

Modellprogramm zur
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI

**Evaluation eines Modellprojekts
zur Umsetzung des niederländischen Buurtzorg-Modells
in Deutschland**

Abschlussbericht

Laufzeit der Maßnahme: 01.12.2019–31.12.2022

Projekträger: GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Wissenschaftliche Begleitung: Hochschule Osnabrück, FH Münster

Verfasser*innen:

Prof. Dr. Andreas Büscher, Eva Maria Gruber, Lara Peters, Hochschule Osnabrück

Prof. Dr. Rüdiger Ostermann, Tobias Becker, FH Münster

Frau Monique Bruns, Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland e.V.

Osnabrück/Münster, 29.12.2022

Gefördert im Rahmen
des Modellprogramms
nach § 8 Abs. 3 SGB XI

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
2 Evaluationsgegenstand und Fragestellung der Evaluation	4
3 Erkenntnisse zum Buurtzorg-Modell	8
4 Methodisches Vorgehen	27
4.1 <i>Perspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen</i>	27
4.2 <i>Die Perspektive der Pflegenden in den Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegediensten</i>	34
4.3 <i>Erfassung von Rahmenbedingungen</i>	39
5 Ergebnisse	41
5.1 <i>Perspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen</i>	41
5.1.1 Analyse der Zwillingspaare.....	41
5.1.2 Zusammenfassende Erkenntnisse der Interviews mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.....	85
5.1.3 Versorgungsqualität.....	99
5.1.4 Belastung pflegender Angehöriger.....	101
5.2 <i>Perspektive der Pflegenden</i>	105
5.2.1 Interviews mit Pflegenden aus Buurtzorg Teams.....	105
5.2.2 Exkurs: Kompetenzen für die Arbeit in selbstorganisierten Teams.....	126
5.2.3 Arbeitsmotivation, -belastung und -zufriedenheit der Pflegenden.....	135
5.3 <i>System- und Kostenaspekte</i>	158
5.3.1 Rahmenbedingungen der beteiligten Pflegedienste.....	159
5.3.2 Modellvereinbarung für Buurtzorg-Teams.....	165
5.3.3 Analyse der Kosten der geplanten pflegerischen Leistungen.....	165
6 Diskussion und Schlussfolgerungen	173
7 Empfehlungen	187
8 Literaturverzeichnis	189
10 Anhang	199

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Buurtzorg Zwiebelmodell	11
Abbildung 2: Manhattan Metrik (Quelle: Koch & Lotterstedt, 2010, S. 4).....	30
Abbildung 3: Kompetenz(bereiche) im Kontext von selbstorganisierten Teams (eigene Darstellung)	130
Abbildung 4: Alter der beteiligten Pflegekräfte T1	136
Abbildung 5: Alter der beteiligten Pflegekräfte T2	137
Abbildung 6: Beschäftigungsumfang der Teilnehmenden T1	139
Abbildung 7: Beschäftigungsumfang der Teilnehmenden T2	140
Abbildung 8: Work Ability Index der teilnehmenden Pflegenden T1	144
Abbildung 9: Work Ability Index der teilnehmenden Pflegenden T2	144
Abbildung 10: Anforderungen bei der Arbeit T1	151
Abbildung 11: Anforderungen bei der Arbeit T2.....	151
Abbildung 12: „Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten“ T1	152
Abbildung 13: „Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten“ T2	153
Abbildung 14: „Soziale Beziehungen und Führung“ T1	154
Abbildung 15: „Soziale Beziehungen und Führung“ T2	154
Abbildung 16: „Weitere Faktoren“ T1	155
Abbildung 17: „Weitere Faktoren“ T2.....	156
Abbildung 18: „Auswirkungen“ T1	157
Abbildung 19: „Auswirkungen“ T2.....	157

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe bei der Literaturstudie	9
Tabelle 2: Pflegequalitätsindikatoren der Buurtzorg-Teams (Quelle: Wasel u. Haas, 2019) ...	17
Tabelle 3: Kodierungen für Pflegegrade 1	28
Tabelle 4: Kodierung nach Punktwert bei der Begutachtung und Pflegegrad	29
Tabelle 5: Kodierungen für Pflegegrade 2.....	29
Tabelle 6: Kodierungen für Dauer der Pflegebedürftigkeit	29
Tabelle 7: Darstellung der zur Qualitätsprüfung hinzugezogenen Qualitätsaspekte.....	32
Tabelle 8: Interviewsituation im Rahmen der Datenerhebung bei pflegebedürftigen Personen.	43
Tabelle 9: Anzahl an Qualitätseinschätzungen	100
Tabelle 10: Soziodemografische Charakteristika bei der Erhebung der Belastungen von Angehörigen	101
Tabelle 11: HPS-Gesamtscore der pflegenden Angehörigen	102
Tabelle 12: HPS-Einzel-Items zur Belastungssituation pflegender Angehöriger	104
Tabelle 13: Zugehörigkeit und Qualifikation der Teilnehmenden	105
Tabelle 14: Rücklaufquote erster (T1) und zweiter (T2) Datenerhebungszeitpunkt.....	136
Tabelle 15: Geschlecht der Teilnehmenden	137
Tabelle 16: Bildungsabschluss der Teilnehmenden.....	137
Tabelle 17: Ausbildung der Teilnehmenden.....	138
Tabelle 18: Dauer der Tätigkeit in der Pflege.....	140
Tabelle 19: Dauer der Tätigkeit in der ambulanten Pflege.....	141
Tabelle 20: Arbeitsfähigkeit mittels Work-Ability-Index T1 und T2	142
Tabelle 21: Status der Arbeitsfähigkeit.....	143
Tabelle 22: Mittelwerte zur Langversion der Effort-Reward-Imbalance-Scale T1	146
Tabelle 23: Mittelwerte zur Langversion der Effort-Reward-Imbalance-Scale T2	147
Tabelle 24: Mittelwerte Summenscores der ERI-Scale T1	148
Tabelle 25: Mittelwerte Summenscores der ERI-Scale T2	148
Tabelle 26: Status psychosozialer Arbeitsbelastungen T1 und T2.....	149
Tabelle 27: Skalensummenwerte der ERI-Scale T1 und T2	150
Tabelle 28: Art der Veränderungen in den letzten drei Jahren.....	159
Tabelle 29: Personaldaten der teilnehmenden Pflegedienste von 2018 bis 2021	162
Tabelle 30: Durchschnittliche Personalzugänge bei Beschäftigten	163
Tabelle 31: Durchschnittliche Personalabgänge bei Beschäftigten	163
Tabelle 32: Durchschnittliche Anzahl der Überstunden im Pflegebereich insgesamt	164
Tabelle 33: Pflegekosten der Zwillingspaare	172

1 Einleitung

Herausforderungen in der ambulanten pflegerischen Versorgung in Deutschland sind seit langem ausführlich beschrieben. Die meisten Menschen möchten für den Fall, dass sie allein die hauswirtschaftlichen und pflegerischen Anforderungen des Alltags nicht mehr bewältigen können, gerne weiter in ihrem Zuhause verbleiben und dort die notwendige Unterstützung erhalten. Bei 80% aller Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, kann diesem Wunsch, zumindest in Teilen, entsprochen werden. Mehr als zwei Mio. Personen werden zuhause ohne die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes versorgt und erhalten Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld, in der Regel von Familienmitgliedern (Statistisches Bundesamt 2020). In knapp einer Mio. Haushalte erfolgt die Unterstützung pflegebedürftiger Menschen in Ergänzung zur familialen oder anderen Formen der lebensweltlichen Pflege oder ausschließlich durch ambulante Pflegedienste.

Die Bedarfslagen in der häuslichen Pflege sind keinesfalls statisch, sondern durch verschiedene Entwicklungen beeinflusst. Dazu gehören einerseits die Herausforderungen durch die Veränderungen des Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen Erkrankungen, die die Notwendigkeit einer stärkeren Selbstmanagementförderung nach sich ziehen. Daneben verändern sich die Personengruppen, die ambulanter Pflege bedürfen (Schaeffer et al. 2008). So steigt die Zahl von Einpersonenhaushalten, in denen nicht auf familiäre Unterstützung zurückgegriffen werden kann. Krankheitsbilder wie die Demenz stellen ebenso erhebliche Anforderungen wie die mittlerweile möglichen technischen Unterstützungsmöglichkeiten für Versorgungsanforderungen, die unter dem im Zusammenhang der häuslichen Pflege nur wenig differenzierten Begriff der Digitalisierung zusammengefasst werden.

Diese hier nur schlaglichtartig genannten Veränderungen haben bislang kaum zu einer systematischen Weiterentwicklung der Organisation und des Leistungsspektrums ambulanter Pflegedienste geführt. Auch die im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 vorgenommene Veränderung von § 36 SGB XI zu den Inhalten der durch ambulante Pflegedienste zu erbringenden Sachleistungen ist bis zum Ende des Jahres 2022 weitgehend ohne Echo im Leistungsrecht geblieben.

Mittlerweile sind die Anzeichen einer zunehmenden Problemverdichtung der häuslichen pflegerischen Versorgung nicht mehr zu übersehen. Für Angehörige, die nach wie vor und in absolut steigenden Zahlen die pflegerische Versorgung übernehmen (Statistisches Bundesamt 2020), stellen die eigenen physischen, psychischen und finanziellen Belastungen der Pflege ebenso eine Herausforderung dar wie die Notwendigkeit der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Ein koordiniertes Zusammenwirken der Pflege von Angehörigen und der Arbeit ambulanter Pflegedienste ist lange versäumt und leistungsrechtlich eher verhindert worden, weil die Leistungen der Pflegeversicherung nahezu ausschließlich auf die Bedarfslagen pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet waren und Möglichkeiten zur Stärkung des gesamten Pflegearrangements nicht explizit vorgesehen sind.

Bereits seit einiger Zeit mehren sich die Anzeichen, dass die Kapazitätsgrenzen ambulanter Pflegedienste an ihre Grenzen stoßen und diese Grenzen bereits oftmals überschritten wurden (Zentrum für Qualität in der Pflege 2019; Büscher et al. 2022). Vor diesem Hintergrund müssen viele Anfragen aus Pflegehaushalten aufgrund mangelnder Kapazitäten abgelehnt werden. Ursächlich dafür ist weniger eine kleinere Zahl von Angehörigen oder professionell Pflegenden, die die Pflege übernehmen könnten, sondern der überproportional ansteigende Bedarf durch eine schneller ansteigende Zahl pflegebedürftiger Menschen. Es ist davon auszugehen, dass sich dieser Trend demografisch bedingt eher beschleunigen als verlangsamen wird.

Die Unterstützung von Angehörigen, die Gewinnung und Bindung von Pflegekräften in ambulanten Pflegediensten sowie die dringend erforderliche Weiterentwicklung der ambulanten Pflege sind vor diesem Hintergrund dringend geboten und seit langem überfällig.

Ähnliche Probleme wie die hier skizzierten lassen sich auch in anderen Ländern mit ähnlicher demografischer Entwicklung finden. Zwar sind dort die Bedingungen der ambulanten pflegerischen Versorgung nur bedingt vergleichbar, die hohe Bedeutung der familialen Pflege durch Angehörige oder andere lebensweltliche Helferinnen und Helfer sind jedoch ebenso wenig ein deutsches Phänomen wie Überlegungen zur Gewährleistung einer leistungsfähigen und ausreichenden professionellen pflegerischen Unterstützung für die häusliche, familienorientierte und gemeindenahere Pflege. Es überrascht daher nicht, dass auch international Ansätze zur Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgung weithin gefragt sind.

Einer der Ansätze, der es in kurzer Zeit zu globaler Bekanntheit gebracht hat, ist das niederländische Buurtzorg-Modell. Es steht für ein Arbeits- und Organisationsmodell, das auf die fachlichen Fähigkeiten der Pflegenden setzt, das soziale Umfeld pflegebedürftiger Menschen aktiv mit einbeziehen will und der Arbeit selbstorganisierter Pflegeteams hohe Bedeutung zuschreibt, um die pflegerische Versorgung von bürokratischen Hürden zu befreien und ihr Potenzial zur Bearbeitung und Lösung pflegerisch relevanter Probleme in der häuslichen Versorgung zu entfalten.

Auch in Deutschland wurden Buurtzorg-Teams gegründet und haben eine hohe mediale Aufmerksamkeit erhalten. Angefangen hat es im Kreis Steinfurt im Münsterland (NRW). Dort haben 2018 zwei Pflegedienste Pionierarbeit geleistet und mit Hilfe von grenzüberschreitenden Austauschtreffen die ersten Teams in Deutschland in Buurtzorg-Teams umgewandelt. Seitdem wurden in Deutschland weitere Buurtzorg-Teams gegründet. Nicht alle Teams haben das Zeitfenster der Covid-19-Pandemie überstanden und wirtschaftliche Probleme führten dazu, dass Buurtzorg Deutschland Ende 2021 Insolvenz anmelden musste. Dennoch sind weitere Beispiele von Pflegeteams bekannt, die nach dem Buurtzorg-Modell arbeiten. Zudem erhält das Modell immer noch eine hohe mediale Aufmerksamkeit, wenn auch weniger als im Jahr 2018.

Der Buurtzorg-Ansatz wird – nach wie vor – mit der Hoffnung auf eine mindestens ebenso gute, ggf. sogar bessere Versorgungsqualität bei geringeren Kosten und höherer Arbeitszufrieden-

heit der Pflegenden verbunden. Angesichts der geschilderten Herausforderungen der häuslichen pflegerischen Versorgung ist diese Hoffnung Anlass, das mit Buurtzorg verknüpfte Arbeits- und Organisationsmodell genauer zu betrachten und im Hinblick auf die damit verbundenen Chancen und Herausforderungen zu analysieren. Dieser Aufgabe hat sich ein Konsortium aus dem Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland e.V., der FH Münster und der Hochschule Osnabrück zwischen 2020 und 2022 gewidmet und legt dazu diesen Bericht vor. In dem Bericht wird zunächst das Erkenntnisinteresse genauer beschrieben, bevor eine Übersicht über die nationale und internationale Literatur zum Buurtzorg-Ansatz gegeben wird. Das methodische Vorgehen der Untersuchung umfasst eine Analyse der Perspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen, der Perspektive der Mitarbeiter*innen in der ambulanten Pflege sowie der Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege. Die Ergebnisse werden für alle Perspektiven differenziert dargestellt, bevor abschließend vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse Schlussfolgerungen abgeleitet und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der ambulanten Pflege in Deutschland gegeben werden.

Bereits in dieser Einleitung sei darauf hingewiesen, dass die ursprüngliche Projektplanung durch verschiedene Entwicklungen herausgefordert wurde und angepasst werden musste. Das Projekt begann drei Monate vor der COVID-19-Pandemie. Die geplante Information und Einbeziehung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen einerseits und der Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste andererseits konnte daher nicht in der geplanten Präsenzform erfolgen, sondern wurde mittels unterschiedlicher Formen der Video- oder telefonischen Kommunikation durchgeführt. Dadurch erhöhte sich der Aufwand für alle Beteiligten erheblich und es konnten Personen, die grundsätzlich zu einer Teilnahme bereit waren, pandemiebedingt nicht teilnehmen. Zwar wurden dennoch alle geplanten Erhebungen durchgeführt, ein Einfluss der sehr präsenten Pandemiesituation auf die Sichtweisen der befragten und interviewten Personen kann aber nicht ausgeschlossen werden.

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor war die auch in den Medien berichtete Insolvenz der Buurtzorg Deutschland Nachbarschaftspflege gGmbH. Zwar konnten bis zum Zeitpunkt der Insolvenz alle geplanten Datenerhebungen durchgeführt werden, allerdings war in den Buurtzorg-Teams die Entwicklung nicht verborgen geblieben. Dies hat sicherlich die Sichtweisen in einigen Interviews beeinflusst, zudem wurde es durch diese Entwicklung zunehmend schwierig, Personen aus den Buurtzorg-Teams für Interviews zu gewinnen.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung wäre eine aus der Insolvenz zu ziehende Schlussfolgerung, dass das Buurtzorg-Modell in Deutschland gescheitert ist, verfrüht und in dieser Grundsätzlichkeit auch nicht gerechtfertigt. Vielmehr bieten die Ergebnisse der Evaluation vielfältigen Anlass, über die häusliche Pflege in Deutschland aktuell und in der Zukunft zu diskutieren. Die Hauptintention dieses Berichts liegt daher neben der Darlegung der Evaluationsergebnisse darin, einen Beitrag zu dieser Diskussion zu leisten und sie zu befördern.

Münster/Osnabrück, Dezember 2022

2 Evaluationsgegenstand und Fragestellung der Evaluation

Die Philosophie in der Organisations- und Arbeitsstruktur hinter Buurtzorg wurde von Frederic Laloux in seinem Buch „Reinventing Organizations“ ausführlich hergeleitet und als das neue, kommende Managementparadigma beschrieben (Laloux 2015). Laloux untersucht in seiner Studie nicht nur das Unternehmen „Buurtzorg“ sondern auch zahlreiche andere Unternehmen, die nach ähnlichen Mustern organisiert sind. Er nennt es das „postmoderne pluralistische Paradigma“. Kern dieses Paradigmas ist die Orientierung an gemeinsamen Werten, die nicht als Statements dienen, sondern eine unternehmensinterne „Leitkultur“ bilden, die in der Regel eine inspirierende Sinnausrichtung ins Zentrum des Handelns stellt. Dabei ist das Stichwort „Ermächtigung“ zentral. Mitarbeiter*innen werden weitestmögliche Entscheidungskompetenzen zugesprochen, bis hin zur öffentlichen Wahl des Managers, der teambasierten Absprache von Arbeitszeiten u.a.

Die hier durchgeführte Evaluation sollte die Frage beantworten, ob ein Pflegeunternehmen mit einer an das Buurtzorg-Modell angelehnten, neuartigen Managementstruktur unter den Rahmenbedingungen des deutschen Systems der ambulanten pflegerischen Versorgung funktionieren kann. Die Ergebnisse sollen die Grundlage bilden, einen Weg zur Weiterentwicklung der ambulanten Pflege aufzuzeigen und einen Beitrag zur zukunftsfähigen Gestaltung dieses Sektors zu leisten. Hinsichtlich der Übertragbarkeit kommt der Frage der Kompatibilität mit dem geltenden System der ambulanten Pflege in Deutschland besondere Bedeutung zu. Dazu gehören Aspekte der Leistungsgestaltung und -finanzierung ebenso wie die Qualitätssicherung der Pflege.

Das zu evaluierende Buurtzorg-Modell hat in kurzer Zeit ein hohes Medienecho erhalten und entsprechend hohe Erwartungen geweckt. In einem Spiegel-Artikel war vom „Ende der Stoppuhr“ und somit einer Abkehr einer kleinteilig in Zeiteinheiten getakteten Pflege die Rede (Jeske 2018). Die ZEIT schrieb von einer grundlegenden Veränderung der Versorgung hilfsbedürftiger Menschen in Deutschland, die durch das Konzept zurück in die Selbständigkeit gebracht werden können und somit nicht mehr im selben Ausmaß der pflegerischen Hilfe bedürfen (Heinrich 2019). Beide Artikel stehen stellvertretend für eine Reihe weiterer Medienberichte, in denen die Vorteile des Buurtzorg-Modells gegenüber der bestehenden Praxis der ambulanten Pflege herausgestellt wurden. Wie in der auf dieses Kapitel folgenden Literaturübersicht deutlich werden wird, handelt es sich dabei nicht nur um Behauptungen, sondern die Studienlage, insbesondere in den Niederlanden, aber auch darüber hinaus, zeigt deutlich positive Auswirkungen des Modells. Diese Auswirkungen beziehen sich sowohl auf Aspekte der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und die dabei erreichten Ergebnisse, wie auf die Situation und Zufriedenheit der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege, als auch auf geringere Kosten.

Für die Evaluation des Ansatzes in Deutschland waren die bekannten Erkenntnisse zum Buurtzorg-Modell Anlass, ebenfalls mehrere Perspektiven einzunehmen und unterschiedliche Auswirkungen zu untersuchen.

Für die Evaluation ist zunächst eine Einschätzung erforderlich, wodurch die skizzierten positiven Auswirkungen erzielt wurden. Buurtzorg besteht nicht aus einer einzigen Intervention, die durchgeführt wird. Das Modell besteht auch nicht aus einem Maßnahmenbündel für ausgewählte fachliche Problemstellungen. Es ist als grundlegendes Konzept ambulanter pflegerischer Versorgung zu verstehen, das weit über die Grenzen dessen, was in Deutschland unter ambulanter Pflege verstanden wird, hinausgeht. Es legt ein inhaltliches Verständnis von pflegerischer Versorgung in der häuslichen Umgebung pflegebedürftiger Menschen zugrunde, das eingebunden ist in einen lokalen Kontext und die dort verfügbaren formellen und informellen Unterstützungsmöglichkeiten. Die Einbeziehung des sozialen Umfelds und die lokale Netzwerkarbeit sind daher Bestandteil des Buurtzorg-Ansatzes. Buurtzorg realisiert ein sehr hohes Vertrauen in die Fachlichkeit und Fähigkeiten zur Problemlösung von Pflegenden, denen bei ihrer Arbeit möglichst wenige Hindernisse in den Weg gestellt werden sollen und die Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung haben sollen, um mit ihren Problemlösungsfähigkeiten für pflegerische Problemstellungen in Absprache mit pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen passende Lösungen entwickeln und umsetzen zu können. Dieser Anspruch realisiert sich einerseits in der Arbeitsorganisation durch selbstorganisierte Teams mit einer begrenzten Zahl von Mitgliedern, die die wesentlichen Fragen ihrer Arbeit eigenverantwortlich entscheiden. Andererseits werden die Gestaltungsmöglichkeiten der Pflegenden durch ein Vergütungssystem unterstützt, das sich an der für die Pflege aufgewendeten Zeit bemisst und nicht auf detailliert definierte Leistungskomplexe oder Einzelleistungen setzt, für die Pauschalpreise – unabhängig von der tatsächlichen Dauer der Pflege – abgerechnet werden können.

Fasst man diese Überlegungen zusammen, dann ist es nicht das Buurtzorg-Modell insgesamt, das es zu evaluieren gilt, sondern es sind zunächst einzelne Bestandteile, die dann zusammenfassend betrachtet werden müssen, um zu einer Aussage zu gelangen, welche Wirkungen dem Buurtzorg-Modell im Kontext der pflegerischen Versorgung in Deutschland zugeschrieben werden können. Für die hier durchgeführte Evaluation standen die folgenden zentralen Prinzipien des Buurtzorg-Modells im Vordergrund:

- Arbeit in selbstorganisierten Teams
- ein an der Wiedererlangung der Selbstständigkeit orientiertes Pflegekonzept
- Einbeziehung eines erweiterten sozialen Umfelds
- Vergütung nach Zeit.

Eine Herausforderung der Evaluation bestand darin, dass die Anzahl der Buurtzorg-Teams und somit auch die Zahl der durch Buurtzorg-Teams versorgten pflegebedürftigen Menschen zu Projektbeginn sehr gering war und es auch im Projektverlauf geblieben ist. Aus diesem Grund blieb die Zahl der in die Evaluation einbezogenen Fälle sehr begrenzt. Die kleine Stichprobe der einzubeziehenden Fälle bedeutet somit, dass eine Repräsentativität der Stichprobe weder für die Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen noch für die der Pflegenden in unterschiedlichen Pflegediensten zu erwarten war. Dennoch wurde eine Aussagefähigkeit

über die beteiligten Pflegehaushalte und Pflegedienste hinaus angestrebt. Entsprechend war es erforderlich, aus unterschiedlichen Perspektiven zu untersuchen, ob und welche Auswirkungen sich durch die Arbeit nach dem Buurtzorg-Modell zeigen.

Drei Perspektiven sollten in der Evaluation betrachtet werden:

- a) die Perspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen
- b) die Perspektive der Pflegekräfte in Buurtzorg-Teams und anderen Pflegediensten sowie
- c) die Perspektive der Rahmenbedingungen, unter denen die ambulante pflegerische Versorgung stattfindet.

Auf Seiten pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen wird durch den Buurtzorg-Ansatz zum einen eine Verbesserung des Beitrags des sozialen Umfelds sowie eine mindestens gleichbleibende Pflegequalität angestrebt. Die Verbesserung wird durch die engere Kooperation zwischen Pflegedienst und Haushalt bzw. sozialem Umfeld erwartet. Daraus ergibt sich die Fragestellung: „Wie gestalten sich unterschiedliche häusliche Pflegearrangements angesichts ähnlicher Bedarfslagen unter herkömmlichen Bedingungen der Leistungserbringung eines ambulanten Pflegedienstes und dem Buurtzorg-Ansatz?“. Da für die häusliche Pflege das Zusammenspiel zwischen der formellen, durch Pflegedienste erbrachten Pflege und der informellen, durch Angehörige oder andere Personen des sozialen Umfelds geleisteten Pflege, von Bedeutung ist, sollen zudem die Fragen beantwortet werden: „Wie nehmen pflegebedürftige Menschen und ihr soziales Umfeld das Buurtzorg-Modell wahr?“ und „Welche Auswirkungen lassen sich hinsichtlich einer veränderten Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und sozialem Umfeld des pflegebedürftigen Menschen beschreiben?“.

Für den Bereich der Pflegekräfte in den Buurtzorg-Teams und anderen Pflegediensten stehen die Fragen: „Wie stellt sich das neue Arbeits- und Organisationsmodell aus Sicht der in den Pflegeteams beteiligten Pflegekräfte im Vergleich zu ihrer bisherigen Arbeitsweise dar?“ und: „Welche Aussagen zur Arbeitsmotivation, -belastung und -zufriedenheit lassen sich im Vergleich des Buurtzorg-Modelles mit klassischen Pflegediensten treffen?“ Ausschlaggebende Indikatoren sind die Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte durch eine Reduktion der Belastungsfaktoren und die Erhöhung des durchschnittlichen Qualifikationsniveaus innerhalb der Pflegeteams. Die Belastungsfaktoren in der Pflege sind auf allen Ebenen vielfältig vorhanden und führen zu einer hohen Fluktuation in den Pflegeunternehmen und darüber hinaus zu einem frühen und endgültigen Ausstieg aus der Pflegearbeit (Hackmann 2009). Auch wenn eine Studie zu Berufsverläufen in der Altenpflege des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur der Goethe-Universität Frankfurt zu deutlich besseren Ergebnissen von durchschnittlich 19 Jahren kommt (Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur 2009), bleibt der Befund, dass Pflegearbeit in der Regel von Personen erbracht wird, die einem hohen individuellen Arbeitsethos folgen, jedoch auf Grund der durchökonomisierten Rationalisierungsprozesse den Beruf häufig verlassen. Dies legen Studien zu Berufsrückkehrern in der Pflege nahe (Flieder 2002, Blum et al. 2004). Dem mit dem Alter steigenden Autonomiebedürfnis von ArbeitnehmerInnen wird selten

Rechnung getragen. Nach Studien von Aiken (2012) sowie Zander und Busse (2012) führen gerade die Unterwerfung der ethosgetriebenen Arbeitsmotivation unter wirtschaftlich enge und tendenziell stressende Arbeitsbedingungen zu erheblicher Arbeitsunzufriedenheit und Burnout beim Pflegepersonal (zusammenfassend: Höhmann et al 2016). Dementsprechend wird eine deutliche Reduktion der psychischen Belastungen auf Grund von geringerem Zeit- und Arbeitsdruck erwartet, der durch die Pflegekräfte selbst nicht beeinflusst werden kann.

Auf der Ebene der Rahmenbedingungen ging es um die Frage, welche Rahmenbedingungen für eine Pflege nach dem Buurtzorg-Ansatz erforderlich sind beziehungsweise welche Gestaltungsmöglichkeiten sich unter den gegebenen Bedingungen ambulanter pflegerischer Versorgung in Deutschland ergeben. Dazu gehörten die Aspekte, wie sich durch Informations- und Kommunikationstechnologie der Buurtzorg-Ansatz unterstützen lässt und welche ökonomischen Auswirkungen durch das Buurtzorg-Modell zu erwarten sind. Insbesondere die zweite Fragestellung hat durch die bereits in der Einleitung erwähnte Eröffnung eines Insolvenzverfahrens eine andere Richtung als ursprünglich geplant erhalten. Durch eine erhöhte Transparenz der wirtschaftlichen Eckdaten gegenüber den Pflegemitarbeitern und einen erweiterten Einsatz von IT soll der Betrieb in der ambulanten Pflege eine verbesserte Qualität liefern. Durch die mit Hilfe der IT geschaffene Transparenz über Ertrag und Aufwendungen sowie die eigene Produktivität erhalten die Pflegekräfte die Möglichkeit, die eigene Leistung zu reflektieren, und zwar sowohl im Hinblick auf Qualität als auch Quantität. Unterstützend sollten vereinfachte Abrechnungsmodalitäten Fehler in der Abrechnung vermeiden, Zeitressourcen für den Patienten gewinnen und die Pflegeteams zu eigenständigen Entscheidungen unterhalb der Leitungsstruktur befähigen. Basis sollte dabei die ausschließliche Abrechnung von Leistungsstunden sein. Zusätzlich werden Einspareffekte im System, die langfristig den Leistungsempfängern zugutekommen, erfasst (beispielsweise verringerte Pflegezeiten).

Rechtliche Gesichtspunkte

Das Gesamtprojekt wurde unter Berücksichtigung der aktuell geltenden Gesetze und rechtlichen Normen sowie Durchführungsverordnungen in Deutschland realisiert. Grundsätzlich handelte es sich bei den Modellpartnern um zugelassene Pflegedienste nach § 72 SGB XI. Entsprechend stellten sich rechtliche Fragestellungen, wie z.B. Nachweis einer verantwortlichen Fachkraft gemäß § 71 Abs. 1 und 3 SGB XI für dieses Modellvorhaben nicht. Alle durch die Pflegekassen und genehmigenden Behörden erforderlichen rechtlichen Anforderungen wurden erfüllt. Parallel wurde mit der zuständigen Pflegekasse ein ergänzender Versorgungsvertrag für das Modell "Buurtzorg" abgeschlossen. Voraussetzung hierfür war die Förderung des hier dargestellten Evaluationsprojekts durch den GKV-Spitzenverband.

3 Erkenntnisse zum Buurtzorg-Modell

Das Buurtzorg-Modell stammt aus den Niederlanden und hat sich dort in kurzer Zeit sehr schnell verbreitet. Die Grundidee des Ansatzes und der Erfolg in den Niederlanden haben in vielen anderen Ländern Aufmerksamkeit erlangt und zur Gründung von weiteren Buurtzorg-Teams und entsprechenden Organisationen geführt. Sowohl in den Niederlanden wie auch in vielen anderen Ländern wurden die dabei gemachten Erfahrungen und Erkenntnisse wissenschaftlich untersucht und publiziert. Im Rahmen der Evaluation des Ansatzes in Deutschland wurde zunächst eine Literatur- und Materialrecherche durchgeführt, auf deren Basis das Buurtzorg-Modell und bisherige Erkenntnisse dazu nachfolgend beschrieben werden.

Die Ziele sowie die leitenden Fragestellungen für die Recherche waren darauf ausgerichtet, nationale und internationale Erkenntnisse zur Umsetzung des Buurtzorg-Ansatzes und anderer Modelle selbstbestimmter, pflegerischer Teams sowie zur integrierten Nachbarschaftshilfe als ganzheitlichem Ansatz zu identifizieren. Zusätzlich stellte sich in diesem Zusammenhang auch die Frage nach dem methodischen Ansatz der Evaluation entsprechender Arbeits- und Organisationsmodelle im In- und Ausland. Zwar sind die Organisationen, Strukturen und Akteure der ambulanten Pflege in anderen Ländern nur bedingt mit den deutschen Gegebenheiten vergleichbar, unabhängig davon stehen aber auch die Gesundheitssysteme anderer Länder vor vergleichbaren Herausforderungen und es besteht ein dementsprechendes Interesse an Erkenntnissen zu Organisations- und Arbeitsmodellen in der ambulanten oder gemeindenahen Versorgung wie dem Buurtzorg-Ansatz.

Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte im vorliegenden Projekt explorativ. Sie wurde in den nationalen und internationalen Datenbanken LIVIVO, Medline, CINAHL, Cochrane und Google Scholar durchgeführt. Darüber hinaus wurden auch die Referenzen der eingeschlossenen Studien nach weiteren Artikeln durchsucht. Die Recherche in den Datenbanken wurde durch eine Freihandsuche in Suchmaschinen und Bibliothekskatalogen sowie durch die Literaturliste der beteiligten Projektpartner*innen zu dem Thema ergänzt. Bei der Recherche wurden deutsch- und englischsprachige Suchbegriffe verwendet, die in Tabelle 1 dargestellt werden. Die einzelnen Begriffe wurden mit den Bool'schen Operatoren ‚AND‘ bzw. ‚OR‘ in verschiedenen Kombinationen miteinander verknüpft. Eingeschlossen wurden deutsch- und englischsprachige Arbeiten, auf die die Möglichkeit des unmittelbaren Zugriffs in Form eines Abstracts oder des Volltexts bestand. Nach Sichtung der Volltexte wurden weitere Dokumente aufgrund des fehlenden Bezugs zum Thema aussortiert. Es wurden Studien aus der Zeit von 2010 bis 2020 eingeschlossen. Da Buurtzorg in den Niederlanden 2007 etabliert wurde, erschien dieser Zeitraum angemessen. Die initiale Literaturrecherche wurde in der Zeit von Januar 2020 bis September 2020 durchgeführt. Im April/Mai 2022 wurde eine Aktualisierung der Literaturstudie analog zum Vorgehen der ersten Literaturrecherche vorgenommen. Dabei konnten die Ergebnisse der vorangegangenen Recherche bestätigt werden.

Kategorie Deutsch	Kategorie Englisch	Merkmal Deutsch	Merkmal Englisch
Pflege	Nursing, caring	Pflege von Menschen	Nursing, Caring, care delivery, Health care, Social care, Nursing for seniors, nursing for elderly,
Ambulante Pflege	Home care, ambulatory care, outpatient care, community care services, long-term care	Ambulante Pflegedienste, Gemeindepflege, Häusliche Pflege, Nachbarschaftshilfe, Langzeitpflege	Outpatient care, Ambulatory nursing services, home care services, home care, community, community nursing, community care, nursing aged service, sub-acute care, reimbursement, mobile nursing service, outpatient nursing care, mobile care service, home assistance service, neighborhood support, district nursing, Family caregivers, Long term care, Care for people at home
Organisationsform / Selbstorganisation	Organizational form / self-management	Selbstorganisierte Teams, Selbstmanagement, selbstverwaltete Teams, klinische Führung, Nachbarschaftsteams, selbstgesteuerte Teams	Nurse-led, self-management, self-managing teams, self-management support, self-managing, nurse leadership, clinical leadership, neighborhood teams, change management, transformational leadership, self-directed teams, new models of care
Buurtzorg	Buurtzorg	Buurtzorg Model	Buurtzorg model
Ganzheitlichkeit/ Ganzheitlicher Ansatz	Holistic, holistic approach	Ganzheitlicher Ansatz Integrierte Pflege, Personenzentrierung	Whole-person care, holistic, Person-centered, Holistic approaches to care, Integrated care system, integrated approach, Integrated-care, integration,

Tabelle 1: Suchbegriffe bei der Literaturstudie

Ergebnisse

Grundsätzlich können die im Rahmen der Recherche identifizierten Beiträge eingeteilt werden in Grundlagenwerke, in denen das Buurtzorg-Modell beschrieben wird¹, in Beiträge, in denen die Autor*innen den Kerngedanken des Buurtzorg-Modells zusammenfassend beschreiben bzw. sich mit der theoretischen Frage auseinandersetzen, ob das Modell auch in einem anderen

¹ Nandram und Koster (2014); Nandram (2015b); Laloux (2015); Blok und Pool (2016); Monsen und Blok (2013).

Land umsetzbar wäre² sowie in weitere Studien zur Evaluation des Buurtzorg-Modells in anderen Ländern oder anderen Bereichen³. Diese Evaluationsstudien weisen unterschiedliche methodische Schwerpunkte auf. Im Laufe der Literaturrecherche wurde die Suche auf weitere nationale und internationale Studien zu selbstbestimmten Arbeits- und Organisationsmodellen im pflegerischen Bereich ausgeweitet. Bei dieser Recherche fiel eine große Anzahl an Studien auf, die sich auf eine selbstbestimmte oder durch Pflegende geleitete Arbeitsweise in Bezug auf einzelne Interventionen, jedoch nicht als generelles Organisationsprinzip beziehen⁴. Von dem Einbezug dieser Studien wurde vor dem Hintergrund der Zielsetzung dieser Literaturrecherche abgesehen. Unabhängig davon konnten jedoch durch die Ausweitung der Recherche weitere Beiträge eingeschlossen werden, die sich mit selbstbestimmten Teams im pflegerischen Bereich neben dem Buurtzorg-Ansatz auseinandersetzen und diese Arbeitsweise evaluieren⁵.

Entstehung des Buurtzorg-Modells

Bis 1980 arbeiteten Pflegende in den Niederlanden autonom und in enger Zusammenarbeit mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen. Umstrukturierungsmaßnahmen mit dem Ziel der Kostenreduzierung führten jedoch zu einer stark regulierten und fragmentierten Versorgung (Monsen und Blok 2013). Organisationen wurden zunehmend vertikal strukturiert und waren gekennzeichnet durch Strukturen, Hierarchien, Richtlinien und Regeln, die durch Führungskräfte definiert wurden (Blok und Weber 2018). Zwischen 1990 und 1995 hat sich die Anzahl der Organisationen in der ambulanten Versorgung in den Niederlanden von 286 auf 86 Organisationen verringert. Die Organisationen vergrößerten sich und die Einsätze der Pflegenden mussten immer stärker durch ein Management geplant werden. Dabei wurde der Fokus vor allem auf eine effiziente Leistungsorientierung gelegt (Gray et al. 2015). Aufgrund der daraus resultierenden Unzufriedenheit der Pflegenden gründete der Krankenpfleger Jos de Blok 2006 eine gemeinnützige Organisation namens Buurtzorg. Das Wort setzt sich aus den niederländischen Begriffen „buurt“ (Nachbarschaft) und „zorg“ (Sorge, Pflege) zusammen. In der Übersetzung heißt „Buurtzorg“ so viel wie Nachbarschaftshilfe und beinhaltet ein Organisationsmodell, in dem Pflegende in selbstorganisierten Teams pflegebedürftige Menschen in deren häuslicher Umgebung versorgen. Unterstützt werden die Teams durch ein Backoffice und eine Infrastruktur, die gekennzeichnet ist von der Nutzung neuer Technologien und einem geringen administrativen Overhead. Die zentralen Prinzipien dieses sehr personenzentrierten Modells bestehen aus Selbstmanagement, Kontinuität, Aufbau vertrauensvoller Beziehungen und der Entwicklung von Netzwerken in der Nachbarschaft. Insgesamt kann die Arbeit in den Buurtzorg-Teams wie folgt zusammengefasst werden: „Buurtzorg-Teams versorgen Patienten mit einem Bedarf an häuslicher, Hospiz- oder Demenzversorgung. Sie arbeiten mit der Familie, Akteuren

² Gray, Sarnak und Burgers (2015); Kreitzer et al. (2015); Leichsenring (2015); Bowen (2017); Leichsenring und Staflinger (2017); Sheldon (2017); Burtke (2018); Cavedon, Minnig und Zängl (2018a); Cavedon, Minnig und Zängl (2018b); Rauter und Meißner (2019a); Rauter und Meißner (2019b); Wasel und Haas (2018); Wasel und Haas (2019).

³ Klein (2018); Hamm und Glyn-Jones (2019); Lalani et al. (2019); Leask und Gilmartin (2019); Wasel und Haas (2019); Weerheim, van Rossum und Have (2019); Leask, Bell und Murray (2020)

⁴ Watts et al. (2015); Sinclair et al. (2020).

⁵ Yeatts et al. (2004); Gessler (2016); Donner (2017)

der primären Gesundheitsversorgung und kommunalen Ressourcen, um Patienten bei der Aufrechterhaltung ihrer Unabhängigkeit in einer möglichst wenig restriktiven Umgebung zu unterstützen⁶.“ (Monsen und Blok 2013, S.55). Mit dem Ziel, ein größtmögliches Maß an Selbstversorgung wieder zu erlangen, orientiert sich diese integrale Sichtweise an den Bedarfen der pflegebedürftigen Menschen und weniger an einzelnen Aufgaben oder Tätigkeiten (Nandram 2015a). Es geht auch darum, dass die Fragmentierung der Versorgung reduziert wird, sodass weniger Akteure beteiligt sind und pflegebedürftige Menschen auf eine feste Bezugsperson im Rahmen der professionellen Pflege zurückgreifen können (Nandram 2015a). Dieser Kerngedanke wird im „Zwiebelmodell“ (vgl. Abbildung 1) verdeutlicht. Der pflegebedürftige Mensch und sein Selbstmanagement stehen im Mittelpunkt dieser Betrachtungsweise und werden umgeben von einem informellen Netzwerk (u.a. Angehörige). Letzteres umschließend folgt das Buurtzorg-Team, das wiederum von einem formalen Netzwerk umgeben wird. Dabei verfolgt die ganzheitliche und nachbarschaftliche Erbringung von Dienstleistungen das Ziel, die Unabhängigkeit der Klient*innen aufrechtzuerhalten oder wiederzustellen. Durch die Nutzung von Ressourcen aus der Nachbarschaft soll das Netzwerk um den pflegebedürftigen Menschen gestärkt werden (Gray et al., 2015).

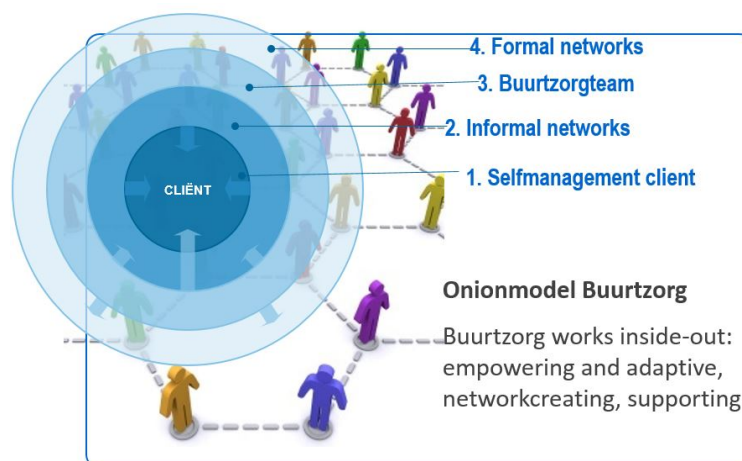


Abbildung 1: Buurtzorg Zwiebelmodell
Quelle: Buurtzorg Nederland, 2018

Das Buurtzorg-Modell kann als ein Beispiel für den Übergang von traditionellen Organisationsmodellen zu neuen und innovativen Versorgungsmodellen mit dem Ziel der professionellen, häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen betrachtet werden (Laloux 2015). Diese Sichtweise begründet auch einen Teil der hohen internationalen Aufmerksamkeit, die sich weniger auf Fragen der pflegerischen Versorgung, sondern eher auf Aspekte agiler Organisationsentwicklung bezieht. Laloux (2015) beschäftigt sich mit ebendiesen Organisationsentwicklungsmodellen, indem er neue Formen der Organisation mit den Elementen der Selbstorgani-

⁶ Originalzitat: „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 und Blok 2013, S.55).

sation und der Ganzheitlichkeit identifiziert. Bei Betrachtung unterschiedlicher Organisationsmodelle unterteilt Laloux (2015) diese in fünf verschiedene Modelle: das impulsive Modell ist gekennzeichnet durch Kontrolle und Macht, genaue Arbeitsteilung und eine Top-down-Autorität. Konformistische Organisationen zeichnen sich durch wiederholbare Prozesse und ein stabiles Organigramm aus. In leistungsorientierten Organisationsmodellen spielen Innovationen und Verlässlichkeit ebenso eine Rolle wie das Leistungsprinzip. Pluralistische Organisationen zeichnen sich aus durch Empowerment ihrer Mitglieder, eine werteorientierte Kultur und die Integration verschiedener Interessengruppen. In der evolutionären Stufe von Organisationen sind Selbstorganisation und das Fehlen von Hierarchien feste Bestandteile. Während eine klare hierarchische Aufteilung auch zu einer sozialen Teilung der einzelnen Berufsgruppen und einem Misstrauen den jeweils anderen gegenüber führen kann (Laloux, 2015), liegt der Schwerpunkt in evolutionären Organisationsformen auf einer intrinsischen Motivation, dem Vorhandensein gemeinsamer Ziele von Team- statt Einzelleistungen und einer Struktur, in der jeder Mitarbeitende jede Rolle in dem Unternehmen einnehmen können sollte (Wasel u. Hass, 2018). Der Buurtzorg-Ansatz wird von Laloux den evolutionären Organisationsmodellen zugeordnet.

Selbstorganisierte Teams

Der Buurtzorg-Ansatz entspricht einer horizontalen Organisationsform. Das Prinzip der selbstorganisierten Teams basiert darauf, dass zwar eine Leitung, jedoch keine mittlere Führungsebene existiert. Aufgrund dieser flachen Hierarchieebenen werden die Teams dazu befähigt, ihren Aufgabenbereich innerhalb definierter Vorgaben selbst zu organisieren und zu verantworten (Vermeer und Wenting 2017). Somit ist jede Pflegekraft im gleichen Maße verantwortlich für den Gesamtprozess und übernimmt dementsprechend auch jede Rolle des Unternehmens. Entscheidungen hinsichtlich der Versorgung pflegebedürftiger Menschen, der Neuaufnahme ebendieser, der Rekrutierung, Einstellung und Kündigung von Mitarbeitenden werden durch alle Mitarbeitenden getragen. Laut Blok und Weber (2018) soll diese horizontale Organisationsform den Pflegenden Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen, in denen nicht mehr nur Führungskräfte die Ziele und Richtlinien vorgeben. Dieser dezentralen Entscheidungsfindung entsprechend planen und erbringen die Pflegenden die gesamte Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in Abstimmung mit ihnen und ihrem sozialen Netzwerk. Sie arbeiten bei Bedarf mit weiteren Akteuren des Gesundheitssystems zusammen (Nandram 2015a). Hierbei besteht das Ziel darin, die Anzahl der Pflegenden, die einen pflegebedürftigen Menschen versorgen, zu begrenzen, um die gegenseitige Zufriedenheit beider Seiten und die Beziehung zu verbessern. Zur Erreichung dieses Ziels arbeiten die Pflegenden möglichst autonom. Jede Pflegekraft trägt zur Verantwortung über die Versorgung des Klientenstamms bei, wobei die fachlichen Kompetenzen jedes Teammitglieds anerkannt und respektiert werden (Nandram 2015a). Hierfür ist ein hohes Maß an Reflexion, Austausch und Kommunikation notwendig, um Probleme in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu identifizieren und Lösungen zu erarbeiten sowie unterschiedliche Ansichten innerhalb der Teams zusammenzubringen. Durch die Stärkung der Autonomie erhalten die Pflegenden mehr Raum, um eigene Kompetenzen zu erkennen bzw.

diese entsprechend ausweiten zu können (Nandram 2015a). Sie führen wöchentliche Teamtreffen durch, um Themen wie aktuelle Interventionen, die Nutzung von Gemeinschaftsressourcen und die zur Durchführung ihrer jeweiligen Aufgaben erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse zu erörtern (Monsen und Blok 2013). Dabei werden für Situationen von pflegebedürftigen Menschen gemeinsam Lösungsansätze entwickelt.

Die Buurtzorg-Teams bestehen aus etwa 10 bis 12 Pflegenden und versorgen 50 bis 60 pflegebedürftige Menschen. Hierbei bildet das Team von Pflegenden mit den Angehörigen und anderen Akteuren in der Primärversorgung sowie Ressourcen aus der Gemeinschaft ein Netzwerk um den pflegebedürftigen Menschen (Laloux 2015). In den Niederlanden finden sich meist mehrere Community-Nurses zusammen, die bereits vorher gemeinsam gearbeitet haben und bilden dann ein neues Buurtzorg-Team. In den Niederlanden gibt es fünf Stufen der Pflegeausbildung. Ungefähr 70% der Pflegekräfte in den Buurtzorg-Teams verfügen über eine Ausbildung der höchsten Niveaustufe 5 (entspricht einem Bachelor-Abschluss), die anderen 30% haben eine zwei- (Stufe 3) oder dreijährige Ausbildung (Stufe 4). Die Begründer des Buurtzorg-Ansatzes sind der Ansicht, dass die Pflege durch höher ausgebildete Pflegekräfte mit besseren Ergebnissen, einer schnelleren Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen und damit geringeren Kosten verbunden ist (Monsen und Blok 2013).

Die Buurtzorg Teams werden bei ihrer Arbeit durch erfahrene und ausgebildete Pflegende (Coaches) unterstützt (Nandram 2015b). Diese helfen den Teams beispielsweise bei der Lösung von Konflikten, sie sind jedoch kein Teil eines Teams oder für die Teams verantwortlich (Monsen und Blok 2013). Ein Coach moderiert etwa 30–40 Teams und gibt dabei bewährte Erkenntnisse und Ansätze an die Teams weiter.

Nachbarschaftspflege

Mit dem Ziel der Stärkung der Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen versuchen die Pflegenden in den Buurtzorg-Teams, ein Unterstützungsnetzwerk aufzubauen. Hierbei bemühen sie sich, Kontakte zu pflegebedürftigen Menschen, ihren Angehörigen, anderen Akteuren der Gesundheitsversorgung (u.a. Primärversorgern) und der örtlichen Gemeinde aufzubauen und zu pflegen. Es soll ein Netzwerk geschaffen werden, das die Gesundheit des pflegebedürftigen Menschen unterstützt. In Amsterdam entwickelte ein Buurtzorg-Team die wöchentliche Radiosendung „Radio Steunkous“ (Radio Stützstrümpfe), um die Gemeinde über Aktivitäten zu informieren (Monsen und Blok 2013). Laut Blok und Weber (2018) besteht das Ziel in der Nutzung des nachbarschaftlichen und gesellschaftlichen Umfeldes darin, für Problemlagen pflegebedürftiger Menschen individuelle und kreative Lösungen zu entwickeln und zu finden.

Administration, Infrastruktur und Omaha-Klassifikationssystem

Bei ihrer Arbeit in selbstorganisierten Teams können die Pflegenden auf ein web-basiertes Informationstechnologiesystem zurückgreifen, mit Hilfe dessen sie die Versorgung planen, dokumentieren und abrechnen können (Monsen und Blok 2013). Durch dieses System besteht die

Möglichkeit, die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen umfassend zu betrachten und zu beurteilen. Auch die Pflegeplanung wird auf diesem Weg unterstützt. Hierzu dient das Omaha-System, ein kodiertes und validiertes Klassifizierungssystem für die ambulante Pflege, das auch die multidisziplinäre Arbeit unterstützen kann. Gleichzeitig soll somit die methodische Arbeitsweise hinsichtlich der Verwendung einheitlicher Begriffe, des Austauschs von Daten und der Qualitätssicherung und -verbesserung gestärkt werden (Nandram 2015b). Nicht zuletzt dient diese Infrastruktur auch dem Austausch innerhalb des Teams.

Das Omaha-Klassifikations-System besteht aus drei Teilen: einem Problem-Klassifikations-Schema, einem Interventionsschema und einer Problem-Beurteilungs-Skala für die Evaluation der Pflegeergebnisse (The Omaha System 2022). Durch die Nutzung aller drei Teile des Omaha-Systems entwickelt sich nach Ansicht der Entwickler ein umfängliches Problemlösungsmodell für die Praxis, Ausbildung und Forschung.

Das Problem-Klassifikations-Schema wird zur Einschätzung der Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen genutzt. Es umfasst vier Bereiche:

- den umweltbezogenen Bereich, zu dem Fragen des Einkommens, der Wohnung und der Wohnverhältnisse gezählt werden,
- den psychosozialen Bereich, der Fragen der interpersonalen Beziehungen, sozialen Kontakte, Veränderungen in den individuellen Rollen aufgrund von Krankheit/Pflegebedürftigkeit, der psychischen Gesundheit, Spiritualität, des Wachstums und der Entwicklung und anderer Aspekte umfasst,
- den physiologischen Bereich, der sich auf Fragen von Gesundheit und Krankheit sowie menschlicher Funktionen bezieht, darunter das Hören, Sehen und Sprechen, die Mundgesundheit, kognitive Fähigkeiten, Schmerzen, neuro-muskuläre Skelett-Funktionen, Atmung, Kreislauf, Ausscheidungsfunktionen, Reproduktion und Schwangerschaft sowie Infektionskrankheiten und
- den Bereich gesundheitsbezogener Verhaltensweisen wie Ernährung, Schlaf und Ruhemuster, physische Aktivitäten, Selbstversorgung, Familienplanung, Konsum von Substanzen, Medikamenteneinnahme und Beobachtung des eigenen Gesundheitszustands.

Die Einschätzung häuslicher Pflegesituationen und Bedarfslagen ist entsprechend umfassend angelegt. Das Interventionsschema dient dazu, Pflege- und Versorgungspläne zu entwickeln und den Pflegenden dazu einen Rahmen zu bieten. Es sieht die Kategorien „Schulung, Anleitung und Beratung“ (mit der Zielsetzung der Information und Unterstützung des Selbstmanagements und der Entscheidungsfindung von Individuen und Familien), „Behandlungen und Verfahren“ (wie beispielsweise Wundversorgung, Übungen mit dem Ziel der Vermeidung, Verminderung oder Verbesserung von Symptomen), „Case Management“ (Aktivitäten der Koordination, des Einsetzens für den pflegebedürftigen Menschen und der Weiterleitung an andere Dienste mit

dem Ziel der angemessenen Leistungsnutzung, Verbesserung der Kommunikation unterschiedlicher Leistungserbringer und Durchsetzung der Interessen der Pflegeempfänger*innen) und „Überwachung und Beobachtung“ (im Sinne von Identifikation, Messung, kritischer Analyse und Beobachtung der individuellen/familiären und populationsbezogenen Situation in Bezug auf zugrunde liegende Problem- oder Bedarfslagen). Das Interventionsschema umfasst darüber hinaus eine Liste 75 möglicher Ziele der Interventionen.

Die Problem-Beurteilungs-Skala ermöglicht die Evaluation individueller Versorgungssituationen. Sie besteht aus drei Likert-artigen Skalen mit fünf unterschiedlichen Bewertungsmöglichkeiten zu den Bereichen Wissen, Verhalten und Status. Unter Wissen wird dabei verstanden, was der pflegebedürftige Mensch weiß, Verhalten beschreibt, was er tut und der Status bezieht sich auf die Anzahl und Schwere der Anzeichen und Symptome der Pflegeempfänger*innen.

Die Nutzung dieses umfangreichen Klassifikationssystem verdeutlicht ein sehr breit angelegtes Pflegeverständnis im Buurtzorg-Modell, welches beispielsweise über das Leistungsspektrum in der ambulanten Pflege in Deutschland deutlich hinausgeht.

Mit der Informationsplattform handelt es sich zudem gleichzeitig um eine Möglichkeit, die Innovationen und Lösungsansätze aus anderen Buurtzorg-Teams in den Niederlanden sammelt und zur Verfügung stellt. Sie ist somit wichtiger Baustein in der lernenden Organisation Buurtzorg (Blok und Weber 2018). Die virtuelle Plattform dient dem Austausch gesammelter Erfahrungen, erworbenen Wissens und möglicher Problemlösungsstrategien zwischen den Teams (Nandram 2015a). Durch die Entwicklung von Informations- und Kommunikationstechnologien können Aufgaben vereinfacht, Bürokratien abgebaut und der Austausch mit anderen verstärkt werden (Nandram 2015a). Die Intention besteht darin, die administrative Planung für die Pflegenden zu reduzieren, sodass sie mindestens 60% ihrer Zeit in der direkten Patientenversorgung verbringen können (Sheldon 2017).

Buurtzorg Nederlands beschäftigt nach eigenen Angaben 45 Verwaltungsmitarbeiter*innen in seiner Zentrale in Almelo – bei insgesamt mehr als 13.000 Pflegenden in den 850 selbstorganisierten Buurtzorg-Teams (Buurtzorg Nederland 2022). Diese sehr schlanke Zentrale versteht sich als Dienstleister für die Pflegenden und unterstützt sie in ihrer Selbstorganisation (Blok und Weber 2018). Sie übernimmt die Lohnabrechnungen, das Vertragswesen und die Finanzverwaltung (Gray et al. 2015). Der zentralisierte Overhead wird somit verkleinert. Seine Kosten liegen bei 8 Prozent, im Gegensatz zu den Kosten des Overheads anderer Pflegedienste in den Niederlanden von durchschnittlich 25 Prozent (Dean 2015).

Die Teams erhalten ein Budget, das sie selbstständig für Fort- oder Weiterbildungen, Teamprojekte oder für gesundheitsförderliche Aktivitäten nutzen und verwalten können (Laloux 2015). Aufgebaut wurde zudem die Buurtzorg Academie, um für die Pflegenden unterschiedliche Fort- und Weiterbildungsprogramme anzubieten.

Entwicklung des Buurtzorg-Modells in den Niederlanden

In den Niederlanden ist Buurtzorg seit der Gründung sehr stark gewachsen. Die Fluktuation in den Buurtzorg-Teams liegt bei 10% im Gegensatz zu 15% in anderen Pflegediensten (Ernst u. Young, 2009). Auch die Abwesenheitsquote der Mitarbeitenden von 2–2,5% ist deutlich niedriger als bei anderen Pflegediensten in den Niederlanden, wo sie bei 6–7% liegt (Wasel u. Haas, 2019). Darüber hinaus hat sich auch das Angebot der Organisation verändert und weiterentwickelt. So erbringen die „Buurdiensten“ ausschließlich Haushaltshilfen mit einem Umsatz von 7 Millionen Euro (Nandram, 2015a). Durch „Buurtzorg Jong“ werden Kinder und Jugendliche versorgt und die „Buurtzorghuis“ bietet eine spezifische Hospizpflege an (Nandram, 2015a).

Buurtzorg wurde mehrfach zum besten Arbeitgeber des Jahres gewählt (Nandram 2015a). Diese Auszeichnung spiegelt sich auch in den Kennzahlen zum Krankheitsstand und zur Fluktuationsrate wider: Im Vergleich zu traditionellen ambulanten Pflegediensten ist die Krankheitsrate um 60 % und die Fluktuationsrate um 33% niedriger (Laloux 2015). Außerdem werden die Pflegenden einheitlich nach Tarif vergütet und es steht aufgrund der geringen Kosten für die Managementebene mehr Geld für die Pflege zur Verfügung (Kramp 2018). Das niederländische Gesundheitsministerium hat das Beratungsunternehmen KPMG mit einer Studie beauftragt, Buurtzorg mit anderen Anbietern von häuslicher Pflege in Bezug auf die Qualität und die Kosten zu vergleichen (KPMG International 2016). Im Ergebnis lagen die Gesamtkosten bei Buurtzorg mit 15.357 € je Klient 500 € unter dem Wert der anderen Anbieter. Dabei ist diese Entwicklung nicht auf den Patientenmix zurückzuführen. Der durchschnittliche Pflegeaufwand pro Jahr und Klient liegt in den Buurtzorg-Teams bei 108h, während er bei anderen Pflegediensten in den Niederlanden 168h beträgt. Wenn man jedoch die Kosten der Patient*innen für Pflegeheime und Krankenhäuser einbezieht, liegen die Gesamtkosten von Buurtzorg pro Patient*in etwa im Durchschnitt. Eine Aufstellung der Ausgaben und Einnahmen zeigt eine Gewinnmarge von ca. 5%, wobei pro Team 54€/h Ausgaben erzeugt werden. Dem stehen 57€/h Einnahmen gegenüber (Wasel u. Haas, 2019). Der Marktanteil von Buurtzorg lag 2018 in den Niederlanden bereits bei über 40% (Kramp 2018).

Das Unternehmen Ernst und Young (2009) führte hinsichtlich der Produktivität auf Team- und Organisationsebene eine Studie durch. Darin wird deutlich, dass bei den pflegebedürftigen Menschen, die von einem Buurtzorg-Team versorgt werden, nur 40% der genehmigten Pflegestunden in Anspruch genommen werden, während bei anderen Anbietern etwa 70% genutzt werden (Ernst u. Young, 2009). Gleichzeitig werden in den Buurtzorg Teams pflegebedürftige Menschen 5,5 Monate gepflegt, während sie in anderen Pflegediensten durchschnittlich 7,5 Monate versorgt werden (Wasel u. Haas, 2019). Monsen und Blok (2013) sehen den Grund darin, dass die Pflegebedürftigen durch die starke Zusammenarbeit mit und das Hinzuziehen des sozialen Umfeldes schneller eine höhere Selbstständigkeit wiedererlangen. Dabei beobachten die Teams die Produktivität und Effizienz ihrer Arbeit selbst und suchen nach Lösungen, um diese zu steigern. Bei Betrachtung des Zusammenhangs zwischen der geringeren direkten pflegerischen Versorgung (108h vs. 168h) und einer größeren Produktivität, werden die Leistungen in

den Buurtzorg-Teams in kürzerer Zeit erbracht (Wasel u. Haas, 2019). Die Studie von Ernst und Young (2009) ergab auch, dass pflegebedürftige Menschen weniger Zeit für die Pflege benötigten, schneller ihre Autonomie wiedererlangten, weniger Notfall-Krankenseinweisungen und kürzere Verweildauern nach der Aufnahme hatten. Darüber hinaus hatte Buurtzorg niedrigere Gemeinkosten als andere Anbieter von häuslicher Pflege (8 Prozent der Gesamtkosten, verglichen mit 25 Prozent) und weniger als die Hälfte des durchschnittlichen Krankenstandes und der Mitarbeiterfluktuation (Ernst u. Young, 2009). Wasel und Hass (2019) erstellten ein sozialwirtschaftliches Review des Buurtzorg-Ansatzes und fassen die ökonomische und personalwirtschaftliche Entwicklung der Organisation zusammen (vgl. Tabelle 2).

Indikatoren	Buurtzorg-Klienten	Quelle
Anteil der erbrachten gegenüber der angeordneten (verschriebenen) Leistung	40 % (70 % vergleichbare andere Pflegedienste)	Ernst & Young, zitiert nach Gray et al.
Durchschnittliche erbrachte Leistung/Jahr und Klient/in	108 h (168 h vergleichbare andere Pflegedienste)	KPMG 2015, zitiert nach Gray et al.
	50 % geringerer Pflegeaufwand	KPMG; de Blok 2013; de Blok/Kimball
Länge der Pflege	Nur halb so lange wie bei vergleichbaren Diensten durch verbesserten Pflegezustand	Ernst & Young, zitiert nach Monsen/de Blok, Laloux
	50 % brauchen Buurtzorg nur 3 Monate	KPMG
	Im Schnitt verweilen Buurtzorg-Klient/innen 5,5 Monate in Pflege vs. 7,5 Monate bei anderen Pflegediensten	KPMG, zitiert nach Alders
Ungeplante Interventionen	Reduziert	KPMG
Noteinweisungen	1/3 seltener als bei anderen Pflegediensten	Ernst & Young, zitiert nach Monsen/de Blok und Laloux (S. 66, S. 288)
Dauer der Klinikaufenthalte	Kürzer	Ernst & Young, zitiert nach Laloux, S. 66, S. 288
Einweisungen in stationäre Pflegeeinrichtungen	Seltener	Ernst & Young, zitiert nach Alders

Tabelle 2: Pflegequalitätsindikatoren der Buurtzorg-Teams (Quelle: Wasel u. Haas, 2019)

Der Buurtzorg-Ansatz wurde in unterschiedlicher Form in etwa 25 Ländern aufgegriffen und umgesetzt. Dazu gehören China, Schweden, UK, USA, Japan, Deutschland, Indien, Taiwan, Österreich, Russland, Dänemark, Frankreich und andere. In Deutschland hat sich in den letzten Jahren die Buurtzorg Deutschland Nachbarschaftspflege gGmbH gegründet, die Partner des hier beschriebenen Evaluationsprojektes ist.

Selbstorganisierte Pflegeteams in Deutschland

Abseits der Implementierung des Buurtzorg-Modells gibt es in Deutschland weitere Bestrebungen, Ansätze der ambulanten Pflege und Patientenversorgung, die auch in dem Buurtzorg-Modell wieder zu finden sind, zu etablieren. Beispielsweise wurde in Düsseldorf-Udenbach die „Quartierspflege“ gegründet. Sie arbeitet in Anlehnung an den Buurtzorg-Ansatz, wobei eine komplette Übertragbarkeit durch die fehlende Möglichkeit der Zeitvergütung und den Unterschieden hinsichtlich des Qualifikationsgrades der Pflegenden im Vergleich zu den Niederlanden für nicht möglich erachtet wird (Klein 2018). Ähnliches findet sich auch in Berlin, wo das Konzept der Nachbarschaftspflege durch den Pflegedienst „Pflegetiger“ umgesetzt werden

sollte. Auch hier findet eine Dezentralisierung der Organisation unter Nutzung neuer Kommunikationstechnologien statt. Die Pflegenden arbeiten in ihrem eigenen Wohnumfeld, erbringen ihre Tour zu Fuß, mit dem Rad oder Straßenbahnen (Burtke 2018). Eine Evaluation dieser Bestrebungen hat bisher nicht stattgefunden.

Auch das EVA-Konzept des ASB Hamburg wurde in Anlehnung an das Buurtzorg Modell aus den Niederlanden erarbeitet. Die sogenannten ASB-EVA-Teams bestehen aus mindestens sechs und maximal 12 Pflegekräften und gehören zu einer ASB-Sozialstation. Innerhalb der Teams gibt es keine hierarchischen Strukturen und die Pflegekräfte organisieren sich weitestgehend selbst. Dabei haben sie sowohl bei den Kernaufgaben – der Pflege und Betreuung – als auch bei organisatorischen Aufgaben wie der Planung der Dienst- oder Tourenpläne freien Gestaltungsspielraum. Unterstützung bei den administrativen Aufgaben erhalten die Teams durch das „Back Office“.

Das eigenverantwortliche und selbstbestimmte Arbeiten der Teams folgt den gemeinsam definierten Rahmenbedingungen. Dabei müssen zum einen die Vorgaben der Versorgungs- und Rahmenverträge eingehalten werden, als auch die internen ASB-Vorgaben, von denen die Teams jedoch in Absprache mit der Pflegedienstleitung abweichen können. In der Gründungsphase werden zudem eigene Teamregeln formuliert, die die Zusammenarbeit innerhalb des Teams und darüber hinaus mit anderen Akteur*innen bestimmen. Weiterhin wird zu Beginn jedes ASB-EVA-Team durch einen Coach aus dem Leitungsteam begleitet. Der Coach zieht sich mit zunehmender Eigenständigkeit der Teams zurück, steht den Pflegekräften aber dennoch als Ansprechperson weiterhin zur Seite.

Die Leitung und Qualitätsbeauftragte des Projekts berichtet von vielen positiven Rückmeldungen zu dem Konzept. Vor allem junge Menschen sind motiviert, ihre Stärken in das Team einzubringen. Für erfahrende Pflegekräfte ist vor allem die Arbeitsweise, die ähnlich der Gemeindekrankenpflege ist, attraktiv. Aktuell (Stand: November 2022) gibt es in sieben Sozialstationen ein ASB-EVA-Team. Für zwei Sozialstationen liegen bereits konkrete Pläne vor, zwei weitere ASB-EVA-Teams zu gründen (Loncaric 2022).

Im November 2022 beendete die Mook we gern gGmbH das dreijährige Projekt „Autonome ambulante Pflegeteams – mehr Menschlichkeit für ein attraktives Arbeitsfeld“. Das Ziel des Projektes war die Erprobung eines neuen ambulanten Pflegemodells – geprägt durch selbstorganisierende Pflegeteams – zur Steigerung der Berufszufriedenheit und Selbstwirksamkeit der Pflegekräfte. Dabei wird das autonome Arbeiten in der ambulanten Pflege nach der Mook we gern gGmbH wie folgt definiert: „Autonome ambulante Pflegeteams sind Teams aus Pflegefachkräften, die Pflege nach Zeit selbstständig und eigenverantwortlich planen, umsetzen, kontrollieren und dokumentieren“. Ähnlich wie bei den ASB-EVA-Teams übernehmen die Pflegekräfte neben der Pflege, die Aufgaben der Teamorganisation oder Dienstplanung. Das unterstützende „Back-Office“ setzt sich in diesem Projekt aus den Pflegedienstleitungen und/oder weiteren Spezialist*innen zusammen.

Zu Beginn des Projektes war neben der Corona Pandemie vor allem die Personalsuche in einem „leer gefegten“ Fachkräftemarkt eine Herausforderung und nahm mehr Zeit und Ressourcen in Anspruch als ursprünglich geplant.

Im Laufe des Projekts zeigten sich dennoch einige Vorteile im Vergleich zur klassischen Pflege. Dazu zählte mehr Zufriedenheit sowohl bei den Klient*innen als auch bei den Pflegefachkräften. Auch haben die Pflegekräfte mehr Flexibilität bei der Organisation und Planung im Pflorgeteam und sie erhalten einen Einblick und Teil-Mitverantwortung für das gesamte Pflegemanagement inkl. Abrechnung, wirtschaftliche Kennzahlen, Verwaltungsaufgaben sowie Leitung eines ambulanten Pflegedienstes. Unterstützung und Beratung benötigen die Pflegekräfte vor allem bei den Verwaltungsaufgaben, der Analyse der wirtschaftlichen Kennzahlen, der Kundenakquise sowie der internen und externen Kommunikation. In der Gründungsphase der Teams wird auch in diesem Projekt auf eine professionelle Begleitung gesetzt.

Insgesamt zeigte sich, dass der Aufbau der ganzheitlichen Pflege und eines entsprechenden Netzwerkes viel Zeit in Anspruch nimmt. Es wurde zudem deutlich, dass das autonome Arbeiten spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten der Selbststeuerung und Verantwortung voraussetzt. Pflegekräften, die lange nach dem „alten System“ gearbeitet haben, fiel die Umstellung entsprechend schwerer. Der überwiegende Teil der Pflegekräfte berichtet jedoch von einer Stärkung der Kommunikations- und Beratungskompetenzen.

Im Hinblick auf die Differenzierung zwischen Stadt und Land wird berichtet, dass die Nachbarschafts-Pflege, als eine tragende Rolle des Konzeptes, auf dem Land mehr gelebt wird als in der Stadt. Grundsätzlich ist aber der Fokus dieser Organisationsform – eine personenzentrierte Pflege – sowohl auf dem Land als auch in der Stadt möglich. Mit Blick auf die Zukunft ist eine Ausweitung des Konzeptes auf weitere Standorte geplant (Horst 2022).

Auch beim Deutschen Roten Kreuz (DRK) und den Johannitern finden sich Beispiele für das Arbeitsmodell der selbstorganisierten Pflege. In der ambulanten Pflege des Roten Kreuzes im Kreis Borken arbeiten Pflegekräfte in Gronau bereits in selbstorganisierten Teams. Dabei folgt das Konzept ebenfalls der Organisation und den Bedingungen des Buurtzorg-Modells. Als Vorteile werden unter anderem die Steigerung der Attraktivität der ambulanten Pflege, mehr Selbstbestimmung, eine gesteigerte Mitarbeiter*innen- und Klient*innenzufriedenheit, eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Nutzung vorhandener Kompetenzen und Ressourcen genannt (DRK, o.J.).

Ebenfalls in Planung ist das Pilotprojekt der Johanniter in NRW mit dem Arbeitstitel „Selbstorganisierte Quartierteams“. Auch hier ist Kernidee die Entwicklung eines Arbeitsmodells für selbstorganisierende Pflgeteams in einem räumlich engen Radius. Das erarbeitete Konzept soll in einer Testphase an Pilotstandorten der Johanniter erprobt werden. Dabei wird eine größere Zufriedenheit seitens der Pflegekräfte und Klient*innen erwartet (DRK, o.J.).

Das Unternehmen kenbi setzt als erstes Start-up auf selbstorganisierte Pflgeteams. Dabei orientiert sich das Organisationsmodell ebenfalls an dem Buurtzorg-Modell. Die Teams übernehmen auch hier sowohl die pflegerischen Aufgaben als auch Aufgaben der Planung, Organisation und des Managements. Dabei macht die Pflege etwa 70% der Arbeit aus und die restlichen Stunden stehen für die weiteren notwendigen organisatorischen Arbeitsschritte zur Verfügung. Die Teammitglieder nehmen unterschiedliche Rollen ein. Jedem Team ist eine Pflegedienstleitung zugeordnet, dennoch wird auch hier ohne hierarchische Strukturen gearbeitet. Weiterhin kann bei aufkommenden Schwierigkeiten oder Problemen ein kenbi-Coach als neutraler Begleiter hinzugezogen werden. Kommuniziert wird über das eigene Intranet und einen internen Chat. Zudem hat das Unternehmen eine eigene App entwickelt, die die gesamte Dokumentation digitalisiert. In Planung ist eine eigene e-Learning Plattform und eine Familien-App für die Angehörigen. Das Unternehmen berichtet, dass die digitalen Anwendungen von den Mitarbeiter*innen überwiegend positiv angenommen werden. Ein Vorteil ist, dass die Software und die Apps vom Unternehmen selbst und gemeinsam mit den Pflegekräften entwickelt werden, so dass Probleme schneller erkannt und behoben werden können. Als Herausforderung der Digitalisierung berichtet das Unternehmen vor allem die Anknüpfung an die Krankenkassen (Lötzerich-Bernhard 2021).

Auch der CareTeam Pflegedienst setzt auf das Arbeitsmodell der selbstbestimmten Pflgeteams und orientiert sich dabei an dem Buurtzorg-Modell. Der Pflegedienst erhofft sich vor allem mehr Zeit für die Versorgung der Klient*innen zu gewinnen, eine gesteigerte Arbeitszufriedenheit durch mehr Flexibilität und Mitspracherecht sowie eine verbesserte Kommunikation (Klein o.J.).

Evaluation des Buurtzorg-Modells im internationalen Kontext

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten verschiedene Studien identifiziert werden, die die Umsetzung und anschließende wissenschaftliche Evaluation des Buurtzorg-Modells in unterschiedlichen nationalen Kontexten beschreiben. Allen Studien gemeinsam ist die Ausgangslage der ambulanten Pflege in den jeweiligen Ländern, die geprägt ist von einem Personalmangel bei steigender Anzahl älter werdender Menschen mit Pflegebedarf und dem daraus abgeleiteten Bedarf an neuen Organisationsmodellen der Pflege (Lalani et al. 2019). So beschreiben beispielsweise Hamm und Glyn-Jones (2019) Herausforderungen der Rekrutierung und Bindung von Pflegenden und den damit verbundenen Rückgang der Bezirkspflegedienste (district nursing services), der dazu führt, dass pflegebedürftige Menschen nicht ausreichend versorgt werden können. Aus dieser Situation heraus gibt es unterschiedliche Bestrebungen, den Buurtzorg-Ansatz auch in anderen Ländern zu übertragen und zu evaluieren. Nachfolgend werden die Erkenntnisse zusammenfassend dargestellt.

Anpassung des Buurtzorg-Ansatzes vor der Implementierung

Vor der Übertragung des Buurtzorg-Modells wurden oftmals Anpassungen durchgeführt, um den Gegebenheiten des jeweiligen Gesundheitssystems gerecht zu werden. Beispielhaft ist hierbei die Untersuchung von Lalani et al. (2019) zu nennen, die evaluierten, inwieweit einzelne

Bestandteile des Buurtzorg Modells auf die ambulante Pflege (community nursing) im Vereinigten Königreich angepasst werden können. Hierbei führte von Juni 2017 bis August 2018 der East London Foundation Trust (ELFT), ein Anbieter für NHS community services and mental health, ein Pilotprojekt für ein Modell der gemeindenahen Pflege durch, das einige der Prinzipien des Buurtzorg-Modells adaptierte. Zu den angepassten Prinzipien gehörten ein selbstgesteuertes Team (Autonomie in der klinischen und operativen Entscheidungsfindung) mit einer flachen Hierarchie unter den Pflegenden mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau, die Anwendung ganzheitlicher Pflegepraktiken und ein geringer Caseload (Anzahl der durch einzelne Pflegende zu versorgenden Personen). Darüber hinaus wurden eine beziehungsorientierte Pflegepraxis und die Förderung der Unabhängigkeit der pflegebedürftigen Menschen angestrebt. Neben der flachen Hierarchie aller Pflegenden mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau übernahm eine erfahrene Pflegefachkraft die Rolle des „enabler“ als Schnittstelle zwischen dem Team und den Gesundheitsorganisationen.

Umsetzung des Buurtzorg-Modells aus Sicht der Pflegebedürftigen

Bei der Evaluation des Buurtzorg-Ansatzes wurde in den meisten Studien auch die Perspektive der pflegebedürftigen Menschen betrachtet, die die Arbeit der Buurtzorg-Teams zu großen Teilen als positiv erlebten. Leask und Gilmartin (2019) untersuchten explizit die Akzeptanz des Buurtzorg-Ansatzes aus der Sicht pflegebedürftiger Menschen in zwei schottischen Pflegediensten. Hierfür wurden acht halbstrukturierte Interviews mit Pflegebedürftigen und Zufriedenheitsbefragungen mit Themenbereichen wie der Förderung einer unabhängigen Lebensführung durchgeführt. Insgesamt berichteten pflegebedürftige Menschen von positiven Erfahrungen. Sie beschrieben eine höhere zeitliche Flexibilität, sie nahmen die Versorgung stärker als vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Einbezug der eigenen Wünsche wahr und berichteten, dass die Pflegenden mehr mit ihren Familienmitgliedern und Freunden kommunizierten und sie in die Pflege integrierten. Gleichzeitig wurde der Kontakt zu Beschäftigungsangeboten in der Gemeinde hergestellt und auch die regionale Anbindung des Pflegedienstes positiv bewertet. Zusätzlich erlebten sie, dass durch die Pflegenden ihre individuelle Unabhängigkeit gestärkt und somit die Häufigkeit der Einsätze über die Zeit reduziert werden konnte. Auch die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Pflegenden bewerteten pflegebedürftige Menschen als positiv. Diese positiven Erfahrungen werden durch die Erkenntnisse der Evaluationsstudie von Lalani et al. (2019) bestätigt, die unter anderem qualitative Interviews mit pflegebedürftigen Menschen führten. In dieser Evaluation schilderten die Teilnehmenden positive Erfahrungen durch eine höhere Kontinuität der Pflege, längere Einsätze und einen leichteren Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten (Lalani et al. 2019).

Diese positiven Erfahrungen werden auch in der Mixed-Method Fallstudie von Drennan et al. (2018) deutlich, in der die Fragestellung untersucht wurde, welche Auswirkungen das angepasste Buurtzorg-Modell auf die Machbarkeit, Akzeptanz und die effektiven Outcomes in einem englischen district nursing service hat. Dazu haben die Forschenden qualitative Interviews mit Pflegenden und Pflegebedürftigen sowohl von Buurtzorg-Teams als auch von herkömmlichen

Pflegediensten (n=14) sowie mit Ärzte*innen, anderen Gesundheitsprofessionen und Pflege-managern (n=10) durchgeführt. Zusätzlich führten sie Gruppeninterviews durch und beobach-teten Teammeetings. Darüber hinaus begleiteten die Forschenden jeweils vier Pflegende aus Buurtzorg-Teams und aus klassischen Pflegediensten über acht Tage während der gesamten Arbeitszeit und beobachteten sie mithilfe des QUEST district nursing audit assessment tool. Zusätzlich wurden Alter, Geschlecht, Grund für die Aufnahme, pflegerische Aktivitäten, Zeiten der Kontakte und der Entlassung von Pflegebedürftigen beider Organisationsformen deskriptiv analysiert. Insgesamt zeigten sich positive Ergebnisse bei der Umsetzung des Buurtzorg-Ansatzes. Die Pflegebedürftigen beschreiben im Vergleich zu den herkömmlichen Teams eine hö-here Kontinuität der Versorgung und eine umfassendere Betrachtung aller Probleme und Fra-gstellungen. Bei der Beobachtung der Pfl egetätigkeiten wurde im Vergleich zu den herkömm-lichen Pfl egeteams deutlich, dass die Kommunikation zu anderen Gesundheitsberufen umfas-sender und integrativer durchgeführt und die Gesamtheit des pflegebedürftigen Menschen stärker in den Blick genommen wurde. Die Dokumentenanalyse zeigte, dass die Buurtzorg-Teams deutlich häufiger telefonisch Kontakt zu den Pflegebedürftigen aufnahmen.

Erkenntnisse auf Ebene der Pflegenden in den selbstorganisierten Teams

Die Pflegenden in den selbstorganisierten Teams erlebten die Arbeit in den Buurtzorg-Teams sehr unterschiedlich. Vor allem die Interaktion mit den pflegebedürftigen Menschen wurde po-sitiv wahrgenommen, die Wartezeit bis zur Leistungserbringung konnte verkürzt und die Kon-tinuität der Versorgung gesteigert werden. Zusätzlich führte die Autonomie des Personals dazu, dass pflegebedürftige Menschen personenzentriert versorgt werden können und Pflegenden sich durch die frei gewählte Dauer bei den Einsätzen weniger eingeschränkt fühlten (Leask, Bell und Murray 2020). Durch das höhere Maß an Autonomie konnten sich die Pflegenden stärker auf die Selbstpflegefähigkeiten der Pflegebedürftigen konzentrieren (Lalani et al. 2019). Sie erleb-ten dadurch eine höhere Arbeitszufriedenheit (Drennan et al. (2018). In einer Fokusgruppen-studie mit Pflegenden in Bezug auf die Attraktivität der Arbeit in der häuslichen Pflege in den Niederlanden konnte dieses hohe Maß an Autonomie und Gestaltungsfreiheit als ein Attrakti-vitätsmerkmal benannt werden. Als ein weiteres Attraktivitätsmerkmal der ambulanten Pflege empfanden die Pflegenden die Vielfalt ihrer Arbeit und die daraus resultierende individuelle Versorgung (De Groot et al., 2017). Abseits dessen zeigte sich eine Verbesserung der Kommu-nikation zu anderen Berufsgruppen (Lalanie, 2019).

Dass die Einführung von und Arbeit in selbstorganisierten Teams eine Herausforderung dar-stellt, wird in der Fallstudie von Leask, Bell und Murray (2020) deutlich, die mithilfe von halb-strukturierten Interviews mit Pflegenden Erkenntnisse über die Arbeit in selbstorganisierten Teams erfassten. Hinsichtlich des neuen Organisationsmodells gab es Unklarheiten darüber, was das Selbstmanagement umfasst und wie es sich praktisch umsetzen lässt, sodass eine mangelnde Klarheit der Teamrollen resultierte. Auch die Zusammenarbeit mit dem höheren Management führte zu Frustration, da keine gemeinsamen Problemlösungsstrategien identi-fiziert werden konnten. Aufgrund mangelnder Zeit wurde ein Coach nur selten hinzugezogen.

Pflegende beschrieben, dass die Arbeit in den Teams neben den inhaltlichen Kompetenzen auch ein hohes Maß an Geduld erfordert, sie sich dabei aber auch persönlich weiter entwickeln konnten. Auch Lalani et al. 2019 beschreibt, dass die flachen Hierarchien eine Herausforderung hinsichtlich der Teamdynamik darstellten. Pflegende berichteten über Spannungen im Team, die unter anderem dadurch begünstigt wurden, dass das Selbstmanagement die Pflegenden überforderte (Leask et al. 2020). Leask, Bell und Murray (2020) stellen heraus, dass sich die Pflegenden hinsichtlich der Schulung in der Vorbereitung mit dem Input überfordert fühlten oder wichtige Inhalte (z.B. zur Selbstkompetenz) aus ihrer Sicht fehlten. Auch die Übernahme der administrativen Aufgaben stellte für die Pflegenden eine neue Herausforderung dar, insbesondere da teilweise ein lückenhafter Zugang zum digitalen Informationssystem eine externe Barriere hinzufügte (Leask et al. 2020). In einem Pilotprojekt zur Umsetzung des Buurtzorg-Ansatzes in Großbritannien wurde die personenzentrierte Arbeit aus Sicht der Pflegenden durch die fehlende Ausrichtung des Gesundheitssystems auf die Beziehungsgestaltung erschwert. In diesem Projekt kam es zu einer höheren Arbeitsbelastung, die aus Sicht der Pflegenden dazu führte, dass die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes eine Herausforderung darstellte (Lalani et al. 2019).

Hamm und Glyn-Jones (2019) beschreiben ihre Erfahrungen als leitende Pflegende und die der Teammitglieder hinsichtlich der Implementierung eines angepassten Buurtzorg-Modells in einem Pflegedienst in London. Der Ansatz wurde von einem kleinen Team von Pflegenden innerhalb einer großen Organisation umgesetzt. Hierbei schildern die Pflegenden, dass die Selbstorganisation des Teams erfolgreich umgesetzt werden konnte. Gleichzeitig bestanden vor allem zu Beginn administrative und organisatorische Herausforderungen (z.B. die Notwendigkeit der Bewilligung einer Leitungsperson bei der Bestellung von Materialien). Aufgrund der Angliederung an eine große Organisation, bestand ein Teil der Aufgaben der Pflegenden darin, die verschiedenen Interessensgruppen auf allen Ebenen mit einzubeziehen. Hierfür organisierten sie Pflorgetreffen und Fokusgruppen. Im Hinblick auf die Teamentwicklung wurde die Rolle des Coaches genutzt, um Arbeitsweisen von selbstorganisierten Teams und gemeinsame Entscheidungsfindungen zu erlernen. Beispielsweise wurde für die Pflegenden deutlich, dass in einigen Bereichen Fortbildungsbedarfe bestanden und sie organisierten selbstständig ihre Schulungen. Hamm und Glyn-Jones (2019) fassen die Herausforderung bei der Teamentwicklung und die Aufgabe des Coaches so zusammen, dass es „die Unterstützung beim Verlernen des NHS mindsets umfasste“ (S. 536). Abseits dessen beschreiben die Autor*innen, dass es im Laufe der Implementierung von großer Bedeutung war, die Zielsetzung des Modells auf allen Ebenen der beteiligten Organisation dauerhaft zu verfolgen.

Bei der Umsetzung des Buurtzorg-Modells in schottischen Pflegediensten stellte unter anderem die Rekrutierung und Bindung der Mitarbeitenden eine Herausforderung dar. Potenzielle Mitarbeitende äußerten Zweifel hinsichtlich der Umsetzbarkeit und entschieden sich für einen anderen Pflegedienst. Drei Mitarbeitende verließen den Dienst während der Projektphase, da sie ihre Kompetenzen nicht einsetzen konnten und die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben durch Telefonate und Besprechungen in der Freizeit gefährdet war (Leask et al. 2020). Ebenfalls in

einem schottischen Pilotprojekt musste einer von zwei Buurtzorg-Pflegediensten aufgrund zu hoher Konkurrenz örtlicher herkömmlicher Pflegedienste schließen. Weitere Gründe für diese Entwicklung wurden von den Autor*innen nicht benannt (Leask und Gilmartin 2019).

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten auch Studien identifiziert werden, die Versorgungsansätze (u.a. Selbstorganisierte Teams, pflegegeleitete Versorgungskonzepte) evaluieren, die sich auch als Bestandteil des Buurtzorg-Modells wiederfinden lassen. Auffällig ist hierbei, dass viele Studien Teilkonzepte des Buurtzorg-Ansatzes untersuchen, ohne dabei gezielt das gesamte Konzept zu evaluieren oder ausschließlich Buurtzorg-Teams einzuschließen. Beispielsweise untersuchten Maurits et al. (2017) in einer quantitativen Querschnittstudie mittels Fragebögen, ob sich die Arbeit in einem selbstorganisierten Team der häuslichen Pflege auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden auswirkt, den Einfluss der Autonomie bei der Versorgung sowie mögliche Unterschiede hinsichtlich der Qualifikation. 191 Pflegenden unterschiedlicher Qualifikationen aus niederländischen Home Care Organisationen nahmen an der Befragung teil. Mithilfe des MAS-GZ (Maastricht Work Satisfaction Scale for Healthcare) wurde die Arbeitszufriedenheit erfasst, das Ausmaß des Selbstmanagements und der Autonomie wurde von den Pflegenden mittels einer Likert-Skala angegeben. Insgesamt kann ein positiver Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit der Pflegenden und dem Selbstmanagement festgestellt werden. Dieser Zusammenhang lässt sich zum Teil durch den höheren Grad an Autonomie bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen erklären, den das Pflegepersonal in selbstgesteuerten Teams wahrnimmt. Für examinierte Pflegenden und Pflegenden mit einem Bachelorabschluss ist eine stärkere Autonomie bei der Versorgung in selbstgesteuerten Teams positiv mit der Arbeitszufriedenheit verbunden. Dieser Zusammenhang konnte bei Pflegeassistenten nicht festgestellt werden. Die Autoren vermuten, dass die Pflegeassistent*innen daran gewöhnt sind, unter einer höher qualifizierten Pflegekraft zu arbeiten und somit der Autonomie einen geringeren Wert zumessen.

Neben diesen Evaluationsstudien liegen auch zahlreiche Aufsätze vor, die sich mit der theoretischen Übertragbarkeit des Buurtzorg-Ansatzes auseinandersetzen. So führten Forschende der Fachhochschule Nordwestschweiz eine Machbarkeitsanalyse in Bezug auf die Fragestellung durch, ob sich der Buurtzorg-Ansatz in der Schweiz umsetzen lässt und welche Faktoren die Implementierung beeinflussen (Cavedon, Minnig und Zängl 2018a). Hierfür verglichen sie das Pflegesystem der Schweiz mit dem der Niederlande und führten anschließend Experteninterviews durch. Eine der größten Herausforderungen sehen die Autor*innen in der Entwicklung einer Kultur des Vertrauens zwischen allen Beteiligten, die entwickelt und aufrechterhalten werden muss. Da sämtliche Entscheidungen von den Pflegenden getroffen werden, beschreiben Cavedon et al. (2018a) die Notwendigkeit eines Umdenkens hinsichtlich der Führungspositionen, die nicht mehr die Rolle der Entscheider, sondern die der Ermöglicher einnehmen. Zusätzlich müsste sich auch das Finanzierungssystem dahingehend ändern, dass die pflegebedürftigen Menschen gemeinsam mit den Pflegenden ein verfügbares Budget verwalten können. Darüber hinaus zählen Cavedon et al. (2018a) die Entwicklung von IT-Strukturen, die Etablierung

eines Coaching-Systems und die Befähigung Pflegender zur partizipativen Entscheidungsfindung zu weiteren Faktoren, die für eine Implementierung in der Schweiz notwendig seien. Auch die Anpassung des Modells an die regionalen Bedingungen sind hierbei unerlässlich.

Leichsenring und Staflinger (2017) setzen sich theoretisch mit der Fragestellung auseinander, inwieweit das Buurtzorg-Modell in das österreichische Versorgungssystem übertragen werden kann und welche Faktoren hierbei notwendig sind. Hinsichtlich der Qualifikation der Pflegenden sehen sie die Stärkung der Kompetenzen u.a. in Bezug auf Community Nursing und die Selbstorganisation als notwendig an. Auch die Etablierung flacher Hierarchien bedarf der Auseinandersetzung unter der Fragestellung, wie es gelingen kann, dass die Budget- und Kostenverantwortung und das damit verbundene Unternehmensrisiko nicht vollständig auf die Pflegenden übertragen wird. Zusätzlich wäre auch in Österreich die Entwicklung entsprechender IT-Systeme zur Dokumentation und zur Unterstützung des Controllings notwendig. Um die Selbstpflege-Potentiale pflegebedürftiger Menschen zu stärken und das Netzwerk als Ressource nutzen zu können, bedarf es auch einer finanziellen Unterstützung dieser Tätigkeiten.

Gray et al. (2015) beschäftigen sich mit der theoretischen Frage, inwieweit der Buurtzorg-Ansatz auf das Gesundheitssystem in den USA übertragbar ist und führen hierfür Interviews mit Buurtzorg-Gründer Jos de Blok, Pflegenden aus den Buurtzorg-Teams, niederländischen Regierungsvertretern, einem konkurrierenden Anbieter häuslicher Pflege, dem niederländischen Hausärzteverband, dem Berufsverband für häusliche Pflege sowie mit Personen, die an den frühen Bemühungen zur Umsetzung des Buurtzorg-Ansatzes in Minnesota beteiligt waren. Auch wenn diese Interviews nicht wissenschaftlich durchgeführt wurden, kommen sie unter Betrachtung der Literatur zu der Erkenntnis, dass die Anwendbarkeit in den USA vor allem durch das dortige Finanzierungssystem (Medicare und Medicaid) erschwert wird.

In einem Scoping Review aus dem Jahr 2022 haben Hegedüs et al. 25 Publikationen identifiziert, die über die Erfahrungen oder Ergebnisse mit dem Buurtzorg-Modell außerhalb der Niederlande berichten. Es wurden sowohl einige der genannten Evaluationsstudien als auch Zeitschriftenartikel und graue Literatur eingeschlossen. Dabei erzielten die Autorinnen ähnliche Ergebnisse wie die bereits aufgeführten Studien. Die Implementierungskonzepte fokussierten hauptsächlich die strukturellen und personellen Aspekte und führten zu Veränderungen - hin zu einer personenzentrierten Pflege mit verbesserter Kommunikation, neuen Netzwerken und Zufriedenheit bei den Patient*innen und Pflegenden. Als die größten Herausforderungen werden die selbstverwaltete Arbeitskultur, die organisatorischen Rahmenbedingungen und die jeweilige nationale Gesundheitspolitik genannt.

Mithilfe der Literaturstudie konnten zunächst die Bestandteile des Buurtzorg-Modells detailliert erörtert werden. Besonders hinsichtlich der Entwicklung des Buurtzorg Ansatzes in den Niederlanden konnten Erkenntnisse zusammenfassend dargelegt werden. Die Recherche nach Untersuchungen, die die Evaluation des Buurtzorg-Ansatzes in anderen Ländern eruieren, zeigt, dass die Umsetzung des Modells vor allem durch die pflegebedürftigen Menschen positiv erlebt wird.

Und auch die Pflegenden bewerten durch das hohe Maß an Autonomie und die personenzentrierte Organisation das Modell als positiv. Gleichzeitig stellt die Umsetzung des Modells in den verschiedenen Gesundheitssystemen eine Herausforderung dar. Hierbei wird deutlich, dass vor allem durch unzureichende Schulungsmaßnahmen die Pflegenden mit dem neuen Organisationsmodell überfordert sind. Es wird deutlich, dass bei der Umsetzung des Modells die Information und Anleitung der Pflegenden sowie die Inanspruchnahme eines Coaches unerlässlich ist, um die neue Form der flachen Hierarchie in Bezug auf die Teamdynamik etablieren und das Konzept der Selbstorganisation erfolgreich einführen zu können. Die Notwendigkeit der Anpassung des Modells an die Gegebenheiten des jeweiligen Gesundheitssystems werden sowohl in den Evaluationsstudien als auch durch die theoretischen Überlegungen einer Übertragung des Ansatzes deutlich.

Bei Betrachtung des methodischen Vorgehens der Evaluationsstudie wird deutlich, dass zu großen Teilen keine Vergleichsstudie durchgeführt wurde. Auch die Analyse ökonomischer Aspekte bei der Umsetzung des Modells in anderen Ländern wurde bisher nicht durchgeführt.

Zusammenfassend zeigen die Veröffentlichungen zum Buurtzorg-Ansatz vielfältige Ansatzpunkte für Weiterentwicklungen in der ambulanten pflegerischen Versorgung auf. Sie verdeutlichen jedoch auch, dass die Übertragung des Ansatzes in andere Systeme und Kulturen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung mit Herausforderungen einhergeht.

4 Methodisches Vorgehen

Die Literaturanalyse vermittelt einen Einblick in bisherige Erkenntnisse zum Buurtzorg-Ansatz aus den Niederlanden und in anderen Pflege- und Gesundheitssystemen. Die Evaluation des Modells in Deutschland orientierte sich an den in Kapitel 2 aufgeworfenen Fragestellungen. Die Zielsetzung, mehrere Perspektiven in die Evaluation einzubeziehen, verlangte ein differenziertes methodisches Vorgehen zur Gewinnung von Erkenntnissen, aus deren Gesamtsicht dann Schlussfolgerungen gezogen und Empfehlungen abgeleitet werden können. Nachfolgend werden die Vorgehensweisen zur Gewinnung von Erkenntnissen aus der Perspektive von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, der Perspektive der Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste und der Buurtzorg-Teams sowie der Rahmenbedingungen dargestellt. Das umfassende, nachfolgend geschilderte methodische Vorgehen wurde vor Beginn der Datenerhebung der Ethikkommission der Hochschule Osnabrück zur Prüfung ethischer und datenschutzrechtlicher Fragen vorgelegt und hat von dort ein positives Votum erhalten.

4.1 Perspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen

Im Hinblick auf pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen wurde die Fragestellung untersucht, wie sich die pflegerische Versorgung in unterschiedlichen häuslichen Pflegearrangements angesichts ähnlicher Bedarfslagen unter herkömmlichen Bedingungen der Leistungserbringung eines ambulanten Pflegedienstes und dem neuen Arbeits- und Organisationsmodell von Buurtzorg gestaltet. Dabei stand im Vordergrund des Interesses, ob und falls ja, welche Unterschiede in der Versorgung bestehen und ob diese ursächlich auf ein anderes Arbeits- und Organisationsmodell zurückgeführt werden können.

Um Vergleiche anstellen und Unterschiede ermitteln zu können, ist die Frage der Vergleichsgröße bzw. der Vergleichseinheit von hoher Bedeutung und angesichts der Heterogenität in der ambulanten pflegerischen Versorgung eine Herausforderung. Um dieser Herausforderung zu entsprechen, wurden zunächst ambulante Pflegedienste in den Projektregionen (Stadt Münster, Münsterland, Stadt Aachen) gesucht, die sich dankenswerterweise bereit erklärt haben, für Vergleiche mit der Arbeit der Buurtzorg-Teams zur Verfügung zu stehen und Einblick in ihre alltägliche Arbeit zu gewähren. Sie werden im weiteren Verlauf als „klassische“ Pflegedienste bezeichnet. Die noch größere Herausforderung bestand darin, pflegebedürftige Menschen und Haushaltskonstellationen zu finden, zwischen denen Vergleiche auch tatsächlich sinnvoll und zulässig sind. Zu diesem Zweck wurde ein umfänglicher Ansatz der Stichprobenbildung, ein Matching-Verfahren, gewählt, bei dem zunächst Merkmale festgelegt wurden, anhand derer häusliche Pflegekonstellationen verglichen werden können. Die dabei als vergleichbar eingestuften Konstellationen werden im Folgenden als „Zwillinge“ bezeichnet. Jeweils ein Zwilling wurde von einem Buurtzorg-Team und der andere von einem klassischen Pflegedienst versorgt.

Für den angestrebten Vergleich sollten „Zwillingspärchen“ gefunden, die in den nachfolgend gelisteten Variablen eine möglichst hohe Übereinstimmung aufweisen.

- Geschlecht
- Alter
- Pflegegrad
- Eingeschränkte Alltagskompetenz
- Dauer der Pflegebedürftigkeit
- Alleinlebend
- Gesetzliche Betreuung

Da alle Variablen als gleichwertig angesehen wurden, wurden alle auf den Wertebereich Null bis Eins normiert, wobei die nachfolgend beschriebenen Transformationen vorgenommen wurden.

Geschlecht: Die beiden Geschlechter wurden mit Mann = „0“ und Frau = „1“ kodiert.

Alter: In einem ersten Schritt wurde das Lebensalter winsorisiert, d.h. alle Werte unter 50 Jahren wurden auf 50 Jahre angehoben und alle Werte über 100 Jahre auf 100 Jahre gekürzt. In einem zweiten Schritt wurde das Lebensalter folgendermaßen normiert:

$$Alter_{neu} = \frac{Alter - 50}{50}$$

Somit befanden sich alle neuen Werte im Intervall [0, 1], wobei der Wert „0“ einem Lebensalter von 50 zugeordnet war und der Wert „1“ einem Lebensalter von 100 Jahren.

Pflegegrad: In einem ersten Ansatz sind die Kodierungen für die Pflegegrade entsprechend der nachfolgenden Tabelle vorgenommen worden:

Pflegegrad	Code
1	0,00
2	0,25
3	0,50
4	0,75
5	1,00

Tabelle 3: Kodierungen für Pflegegrade 1

Nach intensiver Diskussion wurde jedoch entschieden, dass diese Vorgehensweise dem Sachverhalt nicht entsprechen würde. Hintergrund ist die Tatsache, dass die Pflegegrade anhand eines Scorewertes zugeordnet werden, wobei die Intervalle des Scorewertes für die Zuordnung zu den Pflegegraden nicht äquidistant sind. Damit ergab sich die folgende Arbeitstabelle:

Pflegegrad	Scorebereich	Median Score
0	$0 \leq x < 12,5$	Spielt keine Rolle, da nur Pflegebedürftige in die Studie einbezogen werden

1	$12,5 \leq x < 27,0$	19,75
2	$27,0 \leq x < 47,5$	37,25
3	$47,5 \leq x < 70,0$	58,75
4	$70,0 \leq x < 90,0$	80,00
5	$90,0 \leq x \leq 100,0$	95,00

Tabelle 4: Kodierung nach Punktwert bei der Begutachtung und Pflegegrad

Mit der Normierung

$$\text{Distanzwert} = \frac{\text{Median} - 19,75}{95,0 - 19,75}$$

ergeben sich für die Pflegegrade die folgenden nicht-äquidistanten Distanzwerte, die leicht von den ersten Distanzwerten abweichen:

Pflegegrad	Code
1	0,00
2	0,23
3	0,52
4	0,80
5	1,00

Tabelle 5: Kodierungen für Pflegegrade 2

Eingeschränkte Alltagskompetenz: Den beiden Merkmalsausprägungen „Ja“ und „Nein“ wurden die beiden Kodierungen „0“ und „1“ zugeordnet.

Dauer der Pflegebedürftigkeit: Die Kodierungen für die Dauer der Pflegebedürftigkeit können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden:

Jahr der Feststellung der Pflegebedürftigkeit	Code
2020	0,00
2018 oder 2019	0,25
2016 oder 2017	0,50
2014 oder 2015	0,75
2013 und früher	1,00

Tabelle 6: Kodierungen für Dauer der Pflegebedürftigkeit

Alleinlebend: Den beiden Merkmalsausprägungen „Ja“ und „Nein“ wurden die beiden Kodierungen „0“ und „1“ zugeordnet.

Gesetzlicher Betreuer: Den beiden Merkmalsausprägungen „Ja“ und „Nein“ wurden die beiden Kodierungen „0“ und „1“ zugeordnet.

Bei der späteren Auswertung der vorliegenden Datensätze wurde ein exploratives Verfahren angewandt. Alle Kriterien wurden hierbei als gleichwertig angesehen, da sie alle auf das Intervall [0, 1] normiert wurden.

Für die genannten fünf Variablen wurden im Weiteren für jeden pflegebedürftigen Menschen in der Buurtzorg-Gruppe mit jedem pflegebedürftigen Menschen des betreuenden Pflegedienstes im klassischen System auf Basis der Kodierungen eine Distanz berechnet, die auf Basis der Manhattan- bzw. Cityblock-Metrik (L_1 -Metrik) beruht. Jede Variable hat hierbei aufgrund der vorgenommenen Kodierungen eine Maximaldistanz von Eins, damit sind alle Kriterien gleichberechtigt bei der Distanzmessung.

Wie in der nachfolgenden **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** erkennbar ist, kann die Manhattan Metrik in einem zweidimensionalen Raum dargestellt werden. Sie berechnet dabei die Distanz d zwischen zwei Punkten a und b , welche auch als die Summe der absoluten Differenzen ihrer Einzelkoordinaten definiert wird (Koch & Lotterstedt, 2010, S. 4).

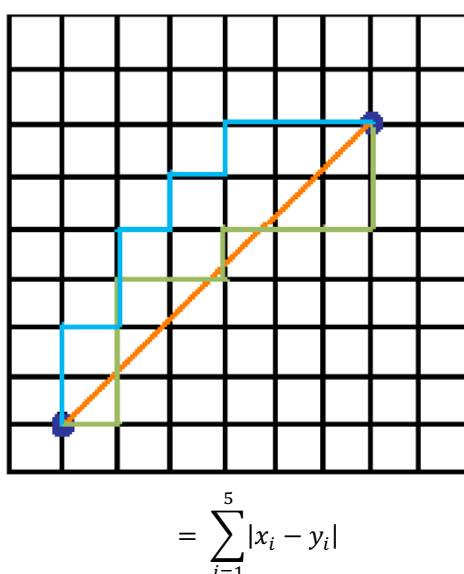


Abbildung 2: Manhattan Metrik (Quelle: Koch & Lotterstedt, 2010, S. 4)

Das theoretische Minimum der Distanzen liegt hier beim Wert „0“ und das Maximum beim Wert „5“. Um zu großen Distanzen zu vermeiden wurde die vorläufige tolerierbare Ergebnisdistanz auf „2“ festgelegt.

Als Vorbereitung auf die Datenerhebung mittels qualitativer Interviews und die damit verbundene und vorhergehende „Zwillingsuche“ wurden im ersten Quartal des Jahres 2020 Verträge mit dem Sozioökonomischen-Panel (SOEP) in Berlin abgeschlossen, welche es erlaubten, den Fragenkatalog und weitere Daten des Panels zu nutzen. Die vorgelegten Datensätze wurden der FH Münster zugestellt und für die Zwillingsuche aufgearbeitet. Spezifisch benötigt wurden der Fragenkatalog zur Gestaltung und anschließenden Bewertung der Variablen „in Anspruch genommene Leistungskomplexe“ sowie „Sozialraum- und Lebenswelt“.

Beim späteren Matching wurden aus den 10 kleinsten Distanzen in einem Konsens-Verfahren die Zwillinge ermittelt. Dazu wurden aufgrund qualitativer Bewertungen die beiden Kriterien „in Anspruch genommene Leistungskomplexe“ und „Sozialraum und Lebenswelt“ begutachtet. Dabei orientierte sich die Bewertung des Kriteriums „Sozialraum und Lebenswelt“ am genannten

Fragenkatalog des sozioökonomischen Panels. Für das Kriterium „in Anspruch genommene pflegerische Leistungskomplexe“ wurden die dokumentierten Leistungen verglichen. Dadurch konnte eine prozentuale Überschneidung festgestellt werden. Je höher diese war, desto ähnlicher sind sich die „Zwillinge“.

Die Personen, die sich hinter den durch das Matching-Verfahren ermittelten Zwillingen verbergen, wurden um Einwilligung in die Datenerhebung gebeten. Im Ergebnisteil ist dargelegt, welche Merkmale die einzelnen Zwillingspärchen aufwiesen und wie viele Personen einbezogen werden konnten. Bei diesen Personen erfolgten Hausbesuche und es wurden Interviews zu den erbrachten pflegerischen Leistungen, zur Versorgungsqualität sowie zur Aushandlung der Pflege geführt. Angestrebt war die Einbeziehung von 20 pflegebedürftigen Menschen, die von einem Buurtzorg-Team und 20, die von einem klassischen Pflegedienst versorgt werden.

Erfassung der pflegerischen Leistungen

In einem ersten Schritt sollten die zwischen den Buurtzorg-Teams einerseits und klassischen Pflegediensten andererseits mit den beteiligten pflegebedürftigen Menschen vereinbarten und dann erbrachten pflegerischen Handlungen und Leistungen erhoben werden. Aufgrund der für die Buurtzorg-Teams möglichen Abrechnung pflegerischer Leistungen nach Zeit war es erforderlich, einen begrifflichen Rahmen zu finden, mit dem ein gegenüber einem auf verrichtungsorientierten Leistungskomplexen basierendes System verfügbarer pflegerischer Leistungen flexibleres Pflegegeschehen abgebildet werden konnte. Um ein solches breiteres Spektrum an Pflegeleistungen untersuchen zu können, wurden die geplanten Pflegeleistungen mithilfe der „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Wingenfeld et al. 2017) erfasst. Anhand dieser Strukturierung wurde in dem Projekt „Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen“ (Büscher et al. 2020) als Unterauftrag des Projektes „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113 c SGB XI“ (Rothgang et al. 2020) eine Leistungsbeschreibung erstellt, die über das in den geltenden Rahmenverträgen für die ambulante Pflege festgeschriebene Leistungsverständnis und Leistungsspektrum hinausgeht. Anhand dieser Leistungsbeschreibung wurden die geplanten pflegerischen Maßnahmen erfasst und analysiert. Die vereinbarten und durchgeführten pflegerischen Handlungen und Leistungen wurden mittels eines Protokolls (Anhang A) im Rahmen der Hausbesuche bei pflegebedürftigen Menschen sowie anhand der Dokumentation der geplanten Leistungen erhoben.

Erhebung der Versorgungsqualität sowie der Aushandlung und Vereinbarung von Pflegemaßnahmen

Ein wichtiger Aspekt des Buurtzorg-Modells ist die Erwartung einer gleichbleibenden oder steigenden Versorgungsqualität. Daraus resultiert die Frage, wie sich die Pflegequalität im neuen

Arbeits- und Organisationsmodell beschreiben lässt. Die Bestimmung der Pflegequalität erfolgte im Hinblick auf die Qualität des professionellen Pflegehandelns, die Aushandlung und Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen sowie die subjektiv wahrgenommene Qualität. Das professionelle Pflegehandeln wurde in den einbezogenen Pflegehaushalten untersucht im Hinblick auf grundlegende fachliche Anforderungen an relevante pflegerische Unterstützungsmaßnahmen. Die Erfassung der Versorgungsqualität erfolgte in Anlehnung an die Vorschläge für das zukünftige Verfahren der Qualitätsprüfung und -darstellung für die ambulante Pflege nach §§ 114 ff. SGB XI. Das hierfür vom Qualitätsausschuss Pflege in Auftrag gegebene Projekt „Entwicklung der Qualität in der ambulanten Pflege gemäß § 113b Absatz 4 Satz 2 Nr. 3 SGB XI“ wurde während der Erhebungsphase der Buurtzorg-Evaluation pilotiert. Daher wurde für die Datenerhebung die Erfassung der Versorgungsqualität auf Basis der Vorschläge aus dem Abschlussbericht dieser Arbeiten (Büscher et al. 2018) durchgeführt. Im Rahmen der zur Evaluation des Buurtzorg-Ansatzes durchgeführten Erhebungen erfolgte in den beteiligten Haushalten zu Beginn und gegen Ende des Erhebungszeitraums eine Einschätzung der Versorgungsqualität zu den genannten pflegerischen Unterstützungsmaßnahmen anhand der in Tabelle 7 dargelegten Qualitätsaspekte.

Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte
Aufnahmemanagement (nur bei Aufnahme oder Krankenhausaufenthalt in den letzten 6 Monaten)
Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren
Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation
Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen
Unterstützung im Bereich der Mobilität
Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition
Unterstützung im Bereich der Kommunikation
Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen
Unterstützung bei der Körperpflege
Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
Unterstützung bei der Ausscheidung
Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte
Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz
Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz
Schmerzmanagement
Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung
Zusammenarbeit mit Angehörigen
Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung

Tabelle 7: Darstellung der zur Qualitätsprüfung hinzugezogenen Qualitätsaspekte (eigene Darstellung in Anlehnung an Büscher et al. 2018)

Entsprechend der Vorschläge zur Qualitätsprüfung wurden die genannten Qualitätsaspekte mittels folgender Kategorien bewertet:

- A) Keine Auffälligkeiten
- B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen

- C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
- D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Als Informationsgrundlage dienten in erster Linie das Gespräch mit dem und die Inaugenscheinnahme des pflegebedürftigen Menschen, die durch die in den Haushalten verfügbare Pflegedokumentation ergänzt wurden.

Während der Hausbesuche bei den Zwillingspärchen wurden leitfadengestützte Interviews mit den pflegebedürftigen Menschen und/oder deren Angehörigen geführt, um Erkenntnisse zur Aushandlung von Pflegemaßnahmen sowie zur subjektiv wahrgenommenen Pflegequalität zu gewinnen. Zusätzlich sollten Erkenntnisse zur Auswirkung der individuellen Beziehung zwischen Mitarbeiter*innen der Pflegedienste und den Mitgliedern der Pflegehaushalte gewonnen werden.

Entwicklung des Interviewleitfadens

Die Datenerhebung erfolgte mittels teilstrukturierter Interviews. Der entwickelte Leitfaden (Anhang B) diente der Orientierung im Sinne eines Gesprächsleitfadens mit einem sehr geringen Strukturierungsniveau, sodass die Befragten die Interviews selbst steuern konnten. Diese Vorgehensweise diente dem Ziel, sich möglichst offen verschiedenen Themenbereichen zu nähern und die subjektive Sichtweise der interviewten Personen erfassen zu können. Der Leitfaden wurde vor Beginn der Datenerhebung konzipiert und im Laufe der Datenerhebungsphase, insbesondere entsprechend der zum ersten Erhebungszeitpunkt gewonnenen Erkenntnisse, angepasst (überarbeiteter Leitfaden siehe Anhang C). Er umfasste verschiedene Themenbereiche. Deren Auswahl lehnt sich an Phänomene und Konzepte an, die aus der Literaturrecherche stammen und für die durchzuführende Evaluation von Bedeutung waren. Neben einer erzählgenerierenden Einstiegsfrage zur aktuellen Situation der Betroffenen umfasste der Leitfaden folgende Themenbereiche:

- Entscheidung zur Wahl des Pflegedienstes
- Entscheidungsprozess über die in Anspruch genommenen Leistungen
- Versorgungssituation
- Kommunikation zwischen Pflegenden der Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegedienste und pflegebedürftigen Menschen
- Pflegequalität
- Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen

Die Fragen im Interview wurden offen und wertfrei gestellt, die Verwendung von Fachbegriffen und Suggestivfragen wurde vermieden (Helffferich 2011).

Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden mittels eines Diktiergeräts aufgezeichnet. Anschließend wurden sie nach festgelegten Regeln transkribiert. Alle Teilnehmer*innen erhielten vor der Befragung ein Informationsschreiben und eine Einwilligungserklärung und konnten im Voraus offene Fragen stellen. Eine informierte Zustimmung wurde direkt vor dem Interview eingeholt und die schriftliche Einwilligungserklärung durch die Teilnehmenden unterzeichnet. Die Interviews wurden durch Mitarbeitende des Forschungsteams persönlich durchgeführt und nach erfolgter Zustimmung der Interviewpartner*innen mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet.

Erhebung der Belastung pflegender Angehöriger

Um die Frage „Wie nehmen pflegebedürftige Menschen und ihr soziales Umfeld die Pflege nach dem Buurtzorg-Modell wahr?“ beantworten zu können und um in diesem Zusammenhang Hinweise auf die tatsächliche Belastungssituation der pflegenden Angehörigen im häuslichen Umfeld zu erhalten, wurde in den Haushalten, in denen Angehörige den wesentlichen Teil der häuslichen Versorgung tragen oder in diese eingebunden sind, eine Erhebung mittels der „Häuslichen-Pflege-Skala“ (HPS) (Gräbel/Leutbecher 2001) durchgeführt. Über die HPS wird die subjektive Belastung pflegender Angehöriger durch die Versorgungssituation in der eigenen Häuslichkeit sowie deren Schweregrad erfasst. Der Fragebogen enthält 28 Fragen, die mithilfe einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet werden. Der Summenwert gibt Auskunft über den Schweregrad der pflegerischen Belastung und ermöglicht einen Vergleich mit bisherigen Studienergebnissen. Neben der HPS-Skala wurde die Erhebung mittels Fragebogen genutzt, um soziodemografische Daten der Angehörigen zu erfassen. Hierzu gehören das Verhältnis zum pflegebedürftigen Menschen und die Wohnsituation. Der Fragebogen (Anhang D) wurde durch die Angehörigen schriftlich ausgefüllt und an das Forschungsteam postalisch zurückgesendet.

Datenauswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels des Tabellenkalkulationsprogramms Excel und der Statistik- und Analyse-Software SPSS. Die Variablen wurden zunächst in eine Excel Datei übertragen und die entsprechenden Werte wurden kodiert. Die absoluten und relativen Häufigkeiten wurden in Excel berechnet.

4.2 Die Perspektive der Pflegenden in den Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegediensten

Die Evaluation aus der Perspektive der Pflegekräfte in den beteiligten Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegediensten umfasste zum einen eine vergleichende Betrachtung von Fragen der Arbeitsmotivation, -belastung und -zufriedenheit, die mittels arbeitswissenschaftlich etablierter Instrumente erhoben wurden. Zum anderen erfolgte eine Betrachtung subjektiver Sichtweisen der Mitglieder der Buurtzorg-Teams, bei der vor allem die Gründe für das Interesse an einer Arbeit bei Buurtzorg sowie die dabei gemachten Erfahrungen im Mittelpunkt standen.

Arbeitsmotivation, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit

Die Erhebung von Arbeitsmotivation, -belastung und -zufriedenheit wurde als Längsschnitterhebung mit zwei Messzeitpunkten geplant. Die Datenerhebung erfolgte mittels selbständig auszufüllender Fragebogen, da diese die Anonymität bei sensiblen Themen gewährleisten sowie einen geringen finanziellen, zeitlichen und personellen Aufwand benötigen (Brandenburg et al. 2018; Schnell, Hill und Esser 2011). Eine Befragung mittels Online-Survey wurde ausgeschlossen, da die Erfahrungen durch die jährlichen Mitarbeiterbefragungen der Pflegedienste eine geringe Teilnahme in der Vergangenheit aufwiesen und somit ungeeignet erschienen.

Arbeitsfähigkeit

Unter der Arbeitsfähigkeit wird die Fähigkeit einer Person verstanden, eine vorgegebene Tätigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt bewältigen zu können (Ilmarinen und Lehtinen 2004). Dabei wird die Arbeitsfähigkeit durch verschiedene Faktoren im Sinne eines „interaktionistischen

Ansatzes“ beeinflusst (Hasselhorn und Freude 2007). Hierzu zählen einerseits individuelle Ressourcen der Beschäftigten (körperliche, mentale und soziale Fähigkeiten, Gesundheit, Qualifikation, Kompetenz, Einstellung und Werte) und andererseits Charakteristika der Arbeit wie die körperlichen und psychischen Anforderungen, das Arbeitsumfeld und die Führung (Hasselhorn und Freude 2007; Ilmarinen und Lehtinen 2004). Die Abhängigkeit dieser Faktoren wird in dem von Hasselhorn (2007), nach Ilmarinen u. Tempel (2002) modifizierten „Haus der Arbeitsfähigkeit“ bildlich verdeutlicht. Hierbei stellen die physische und psychische Gesundheit das Fundament der Arbeitsfähigkeit dar, gefolgt von den berufsspezifischen Kompetenzen der Arbeitnehmer*innen, die notwendig sind, um die Anforderungen der Arbeit bewältigen zu können. Die Werte, Einstellungen und die Motivation haben maßgeblich Einfluss auf die Arbeitskultur und beinhalten auch Aspekte wie Gerechtigkeit und Respekt sowie die Bindung an die Einrichtung. Gleichzeitig beeinflusst die Motivation auch die Bereitschaft zur Kompetenzerweiterung und somit die darunterliegende Ebene. Die darauffolgende Ebene umfasst alle Aspekte der Arbeit, ihre Umgebung, die Anforderungen, die Führung sowie das Management und damit auch die Zuweisung der Mitarbeitenden zu den ihren Kompetenzen entsprechenden Aufgaben. Zusätzlich umgeben die Gesellschaft, Familie und Freunde das Haus der Arbeitsfähigkeit und beeinflussen ebendiese. Insgesamt sollten die einzelnen Ebenen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinanderstehen. Die Arbeitsfähigkeit kann unter anderem durch Maßnahmen wie die betriebliche Gesundheitsförderung auf Ebene der Gesundheit gesteigert werden (Hasselhorn, 2007).

Der Workability-Index (WAI) ist ein Instrument, das die Arbeitsfähigkeit aus subjektiver Sicht der Mitarbeitenden mithilfe eines Fragebogens ermittelt (Hasselhorn und Freude 2007). Er wurde ursprünglich in Finnland in den 1980iger- und 1990iger-Jahren entwickelt und seine Validität wurde durch zahlreiche Studien geprüft. Mithilfe des WAI kann untersucht werden, „[...] inwieweit ein Arbeitnehmer angesichts seiner persönlichen Voraussetzungen sowie angesichts der bei ihm vorliegenden Arbeitsbedingungen in der Lage ist, seine Arbeit zu verrichten“ (Hasselhorn und Freude 2007, S. 14). Der WAI kann auch als Prognoseinstrument genutzt werden, um das Risiko eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Berufsleben der Mitarbeitenden zu erfassen. Anhand von zehn Fragen unterteilt in sieben Dimensionen werden die physischen und psychischen Arbeitsanforderungen, der Gesundheitszustand und die Leistungsreserven des Arbeitnehmers erfasst. Dabei erhält jede Antwort einen (teilweise gewichteten) Punktwert, woraus der WAI-Wert zwischen 7 und 49 Punkten resultiert. Ein hoher WAI-Wert deutet darauf hin, dass die individuellen Ressourcen im Einklang mit den Anforderungen der Arbeit stehen. Ein niedriger WAI zeigt ein Missverhältnis beider Aspekte und weist auf das erhöhte Risiko für den vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben hin.

Da der WAI bereits in zahlreichen Studien genutzt wurde, kann der WAI-Wert der angestrebten Stichprobe mit den Werten anderer Berufsgruppen verglichen werden (Hasselhorn und Freude 2007). Im Rahmen der Auseinandersetzung mit dem WAI wurde auch nach Studien recherchiert, die ebendiese zur Beantwortung pflegewissenschaftlicher Forschungsfragen bereits genutzt haben. Beispielsweise verwendeten Merchaoui et al. (2017) den WAI, um den Einfluss von Schichtarbeit auf die Arbeitsfähigkeit zu messen.

Psychosoziale Arbeitsbelastung und berufliche Gratifikationskrisen

Arbeitswissenschaftlich wird zwischen Belastungen (Gesamtheit der erfassbaren äußeren Einflüsse) und Beanspruchungen (Auswirkungen der Belastungen auf den Menschen in Abhängig-

keit von seinen individuellen Voraussetzungen) sowie den Belastungsfolgen (z.B. Arbeitsunfähigkeit etc.) unterschieden (Nübling et al. 2005). Hierbei besteht jedoch keine direkte Beziehung zwischen den Belastungen und Beanspruchungen, da deren Zusammenhang durch intervenierende Faktoren (u.a. persönliche Ressourcen) beeinflusst wird (Nübling et al. 2005). In der modernen Erwerbsarbeit stehen vor allem psychosoziale Stressoren im Vordergrund, die sich vorwiegend auf den Leistungszusammenhang arbeitender Menschen beziehen und diesen aufgrund ihrer Dauer und Intensität mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigen müssen (Siegrist, 2016). Insgesamt besteht ein wissenschaftlicher Konsens darüber, dass die Erfassung der psychischen Belastungen aufgrund der hohen Komplexität und der unterschiedlichen Begriffsbestimmungen erschwert wird. Trotz dessen wird bei der Erhebung der psychischen Belastung unterschieden zwischen (1) externer Beurteilung, (2) experimenteller Versuchsmessung und (3) einer Befragung der Beschäftigten. Für die Intention der Evaluation einer Erhebung der Perspektive der Pflegenden eignen sich standardisierte Instrumente zur Selbstauskunft am ehesten. Zu diesen Instrumenten zählt der Copenhagen Psychosocial Questionnaire (kurz COPSQ), der zur Erfassung der psychischen Arbeitsbelastungen in diesem Projekt ausgewählt wurden.

Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSQ)

Der Copenhagen Psychosocial Questionnaire (kurz COPSQ) dient der Erhebung psychosozialer Belastungen und Beanspruchungen bei der Arbeit und wurde ursprünglich von Tage S. Kristensen und Vilhelm Borg am Institut für Arbeitsmedizin in Kopenhagen (AMI) entwickelt. Die dänische Studie zielte darauf ab, psychosoziale Arbeitsbelastungen in der berufstätigen Bevölkerung insgesamt, in verschiedenen Berufsgruppen und in unterschiedlichen Arbeitsbereichen zu messen. Das Fundament des COPSQ stellt das bereits beschriebene Verständnis von Belastung und Beanspruchung sowie den beeinflussenden positiv und negativ wirkenden Faktoren dar. Der COPSQ dient nicht nur als Instrument in der betrieblichen Praxis, sondern auch zu Forschungs- und Evaluationszwecken. Nach einer Übersetzung wurde der Fragebogen in Deutschland durch eine Erhebung mit über 2.500 Beschäftigten getestet⁷. Die methodische Güte der deutschen Version des COPSQ wurde hinsichtlich seiner Objektivität, Inhaltsvalidität und Reliabilität getestet⁸. Der in der deutschen Langversion verfügbare COPSQ besteht aus 31 Skalen bzw. 84 Items. Für das vorliegende Forschungsvorhaben wurden alle 31 Skalen genutzt. Für die meisten Fragen sind fünf Antwortstufen mittels 5-stufiger Likert-Skala auf einem Kontinuum mit den Extrempunkten „nie“/ „in sehr geringem Maß“ und „immer“ / „in sehr hohem Maß“ vorgegeben. Den fünf Antwortmöglichkeiten werden jeweils Punktwerte zwischen 0 (Minimum) und 100 (Maximum) zugeordnet. Für jede Frage wird anschließend ein Skalenmittelwert berechnet. Als Vorbereitung der Datenerhebung wurden zahlreiche pflegewissenschaftliche Studien⁹ identifiziert, die den COPSQ zur Beantwortung unterschiedlicher Fragestellungen genutzt haben. So nutzen Ulusoy et al. (2019) unter anderem den COPSQ zur Beantwortung der Frage, welchen psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Pflegenden ohne Migrationshintergrund mehr oder weniger ausgesetzt sind. Ebenso nutzen Dichter et al. (2017) unter anderem den COPSQ zur Wirksam-

⁷ Nübling et al. (2005).

⁸ Nübling et al. (2005); Nübling et al. (2006).

⁹ Park, Cho und Hong (2015).; Berthelsen et al. (2017); Mc Carthy, Wills und Crowley (2018); Ilić et al. (2017); Januario et al. (2019); Sturm et al. (2019); Wagner et al. (2019).

keitsmessung des Dementia Care Mapping (DCM). Insgesamt wurde die Anwendbarkeit im pflegerischen Setting in allen identifizierten Studien als geeignet eingestuft. Die Skalen sind Mittelwerte der Einzelfragen. Wenn weniger als die Hälfte der jeweiligen Fragen nicht beantwortet wurde, dann wurde der Skalenwert als fehlend behandelt.

Effort–Reward–Imbalance–Scale

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen misst das durch Arbeitnehmer*innen erfahrene Verhältnis zwischen der erbrachten Verausgabung bei der Arbeit und der hierfür erhaltenen Belohnung. Ob und in welchem Ausmaß berufliche Gratifikationskrisen vorliegen, kann mittels der Effort–Reward–Imbalance–Scale (kurz ERI–Scale) bestimmt werden. Dabei wird zwischen der extrinsischen Verausgabung, also durch die Arbeit geforderten Leistungen und der intrinsischen Verausgabung der arbeitenden Person unterschieden. Als Belohnung werden die drei Gratifikationsdimensionen (1) Bezahlung, (2) beruflicher Aufstieg bzw. Gewährung von Arbeitsplatzsicherheit und (3) nicht–materielle Formen der Anerkennung und Wertschätzung erbrachter Leistungen verstanden. Das Modell geht davon aus, dass die Gleichwertigkeit von Leistungen und Gegenleistungen im nutzenorientierten Austausch eine grundlegende soziale Norm darstellt und ein Ungleichgewicht zu einer Stressreaktion führen kann. Dieses Missverhältnis kann mithilfe der ERI–Scale erfasst werden. Hierbei handelt es sich um einen standardisierten Fragebogen, dessen psychometrische Güte in zahlreichen Studien bestätigt wurde. Das Instrument enthält die drei Skalen „gefordertes Engagement“/„effort“ (6 Items), „Belohnung“/„reward“ (10 Items) sowie „übersteigertes Engagement/Verausgabungsneigung“/„over–commitment“ (6 Items), die mithilfe einer vierstufigen Likert–Skala erfasst werden. Letztgenannte misst den Beitrag bzw. die Neigung zur Verausgabung der arbeitenden Person zum Erleben von Arbeitsstress. Für die Auswertung wird der Summenwert für jede Skala berechnet: der Summenwert für ‚Engagement/Verausgabung‘ kann zwischen 3 (niedrig) und 12 (hoch) liegen, für ‚Belohnung‘ zwischen 7 (niedrig) und 28 (hoch) und für ‚übersteigertes Engagement/ Verausgabungsneigung‘ zwischen 6 (niedrig) und 24 (hoch). Die Ergebnisse der einzelnen Skalen können aufgrund der großen Anzahl bereits durchgeführter Studien mit Referenzgrößen verglichen werden. Mit dem Ziel, Erkenntnisse zur Anwendbarkeit des ERI im pflegerischen Kontext zu gewinnen, konnten zahlreiche Studien¹⁰ identifiziert werden, in denen das Instrument genutzt wurde. So untersuchten Birgit, Gunnevi und Ann (2013) mithilfe des ERI, wie Pflegende und Ärzt*innen zu Beginn ihrer Karriere ihre Arbeitsumgebung in Bezug auf Aufwand und Belohnung einschätzen.

Die Erfassung mithilfe der arbeitswissenschaftlichen Instrumente wurde durch allgemeine Fragen zur befragten Person ergänzt und in einem gemeinsamen Erhebungsbogen (Anhang E) miteinander verbunden. Bei der Auswahl dieser zusätzlichen Fragen wurde auf den Fragebogen der NEXT–Studie (Hasselhorn et al., 2005) zurückgegriffen. Somit enthält der Datenerhebungsbogen für Pflegekräfte allgemeine Fragen, den WAI, den ERI und den COPSOQ. Für alle Instrumente wurde die Genehmigung zur Anwendung im Rahmen dieses Projektes bei den Entwicklern eingeholt. Die angestrebte Stichprobe bestand aus allen Pflegenden (dreijährig Ausgebildeten ebenso wie Pflegenden mit einer geringeren Ausbildung), die in den Buurtzorg–Teams oder in den klassischen Pflegediensten tätig, über 18 Jahre alt, der deutschen Sprache mächtig und einwilligungsfähig waren. Die Rekrutierung erfolgte über die beteiligten Projektpartner. Zur

10 Griep et al. (2009).; Silva et al. (2010); Schulz et al. (2011); Lamy et al. (2013); Nourry et al. (2014); Salem und Ebrahim (2018); Schadenhofer et al. (2018); Zurlo, Vallone und Smith (2018); Fang et al. (2019).

Sammlung der Fragebögen wurden Einwurfboxen für die ausgefüllten Fragebögen über einen Zeitraum von jeweils vier Wochen zu beiden Erhebungszeitpunkten (T1: Dezember 2020 bis Januar 2021; T2: Dezember 2021 bis Januar 2022) in den Pflegediensten aufgestellt.

Für die erste und zweite Datenerhebung wurden identische Fragebögen genutzt. Modifiziert wurden zum zweiten Erhebungszeitpunkt drei Fragen aus dem Teil 0 des Fragebogens. So wurde die Frage hinzugefügt, ob der/die Teilnehmende schon bei der ersten Datenerhebung teilgenommen habe. Zudem wurde eine Änderung bei Frage 12 vorgenommen. Hier wurde die Art der Ausbildung abgefragt. Zum ersten Datenerhebungszeitpunkt wurde u.a. auch nach Pflegefachmann/-frau gefragt. Da es diesen Abschluss zum Erhebungszeitpunkt noch nicht geben konnte, da die Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz erst im Jahr 2020 begonnen hat und Absolvent*innen frühestens ab dem 01.01.2023 die Ausbildung beendet haben können, wurde diese Ausbildungsart durch das Hochschulstudium ersetzt.

Datenauswertung

Die mittels der arbeitswissenschaftlichen Instrumente erhobenen Werte wurden entsprechend der Vorgaben der Instrumente ausgewertet und zu Summenscores zusammengefasst. Diese Daten sowie die Angaben aus der Abfrage demographischer Daten wurden kodiert und analysiert. Bei der Datenanalyse wurde auch die Rücklaufquote erfasst. Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte entsprechend des vorliegenden Datenniveaus mit deskriptiven sowie induktiven statistischen Verfahren (Polit, Beck und Hungler 2004). Nach Erstellung einer Ordnungstabelle wurden für die auftretenden Items absolute und relative Häufigkeiten ermittelt. Zur visuellen Veranschaulichung wurden Tabellen, Balken- oder Säulendiagramme sowie Boxplots verwendet. Es wurde eine Beschreibung mittels Lage- und Streuungskenngrößen vorgenommen, insbesondere Mittelwerte mit Standardabweichungen. Die Ermittlung der statistischen Signifikanzen erfolgte mithilfe von statistischen Tests. Innerhalb der Untersuchung von T1 ODER T2 wurde die Signifikanz mittels „T-Test bei unabhängiger Stichprobe“ berechnet. Im Zeitreihenvergleich (T1 im Vergleich zu T2) wurde der Test „T-Test bei abhängiger Stichprobe“ angewandt. Die Effektstärke wurde mittels des "Cohen´s d" bestimmt. Hinzuweisen ist darauf, dass angesichts des geringen Stichprobenumfangs die statistischen Analysen vor allem explorativen Charakter haben. Dies bedeutet, dass es nicht das Ziel des Evaluationsprojektes war, statistische Signifikanzen zu entdecken, sondern es sollten lediglich Hinweise gefunden werden, die es erlauben, zukünftig neue Arbeitshypothesen zu generieren, die dann in anderen Studien überprüft werden können. In dem hier vorliegenden Bericht dienen die Angaben von p-Werten lediglich der Tatsache, dass bei diesen Sachverhalten Auffälligkeiten vorliegen, die näher untersucht werden müssen.

Erfassung der subjektiven Erfahrungen der Pflegenden

Neben der standardisierten Befragung der Pflegenden in den Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegedienste wurden subjektive Erfahrungen der Pflegenden in den Buurtzorg-Teams mittels eines qualitativen Ansatzes in Form leitfadengestützter Interviews erhoben. Einbezogen wurden dabei auch Pflegenden eines Buurtzorg-Teams, das ursprünglich an der Evaluation teilnehmen wollte, sich jedoch bereits vor Beginn der Datenerhebung wieder aufgelöst hatte.

Entwicklung des Interviewleitfadens

Die Interviews mit den Pflegenden wurden als teilstrukturierte, leitfadengestützte Interviews geführt. Der Interviewleitfaden (Anhang F) wurde auf Basis einer intensiven Auseinandersetzung

mit dem Untersuchungsgegenstand entwickelt. Die Fragen des Leitfadens wurden offen gestellt und gaben den Interviewpartner*innen im Gespräch die Möglichkeit, weitere Aspekte zu thematisieren. Der Interviewleitfaden ist vor dem Hintergrund der dargestellten Ergebnisse der Literatur- und Materialrecherche erstellt worden. Die Fragen des Leitfadens bezogen sich auf verschiedene Themenkomplexe und waren in übergeordnete Fragen und untergeordnete Nachfragen unterteilt, die je nach Gesprächsverlauf gestellt wurden. Im Anschluss an eine Einstiegsfrage zur Berufswahl, umfasste der erstellte Leitfaden folgende Themenkomplexe:

- Entscheidung für die ambulante Pflege als Arbeitsfeld
- Tätigkeit in der ambulanten Pflege
- Erwartungen an den eigenen Arbeitsplatz / Arbeitgeber
- Arbeit nach dem Buurtzorg-Ansatz
- Arbeit mit den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen
- Eigene Entwicklungsmöglichkeiten
- Berufliche Zukunftsperspektiven
- Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen

Der Interviewleitfaden wurde für die zweite Datenerhebungsrunde an die gesammelten Erkenntnisse und noch offenen Fragen angepasst (angepasster Leitfaden siehe Anhang G).

Durchführung der Interviews

Alle Teilnehmer*innen erhielten vor der Befragung ein Informationsschreiben und eine Einwilligungserklärung und konnten im Voraus offene Fragen stellen. Eine informierte Zustimmung wurde direkt vor den Interviews eingeholt und die schriftliche Einwilligungserklärung durch die Teilnehmenden unterzeichnet. Die Interviews wurden durch Mitarbeitende des Forschungsteams persönlich durchgeführt und nach erfolgter Zustimmung der Interviewpartner*innen mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet.

Datenauswertung

Die Analyse der Interviews erfolgte durch inhaltsanalytische Verfahren, die ausführliche Aussagen zu den Kategorien des Interviewleitfadens ermöglichten und Raum für weitere Aspekte ließen, die von den Pflegenden angesprochen wurden, jedoch nicht expliziter Bestandteil des Leitfadens waren. Zur Vorbereitung der Analyse erfolgte die Transkription der aufgezeichneten Interviews. Die Transkription erfolgte in Anlehnung an die Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2017). Die inhaltsanalytische Auswertung wurde in Anlehnung an Mayring (2015) durchgeführt. Zur Unterstützung der Auswertung wurde das Programm MAXQDA verwendet.

4.3 Erfassung von Rahmenbedingungen

Neben der Erhebung der Perspektiven pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegenden in Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegediensten, waren auch strukturelle Aspekte der beteiligten Teams und Pflegedienste von Interesse, insbesondere, um daraus mögliche Hinweise für die Weiterentwicklung der ambulanten Pflege in Deutschland zu erhalten. Dabei ging es um Erkenntnisse zur Größe der Pflegedienste, einige ökonomische Aspekte, die Möglichkeit und Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien sowie die daraus resultierende Transparenz für die Pflegenden und den Einfluss auf die Qualität der Ver-

sorgung. Die Erfassung der Versorgungsqualität erfolgte wie beschrieben auf Ebene der pflegebedürftigen Menschen. Die Frage nach der Nutzung und der daraus resultierenden Transparenz für die Pflegenden wurde im Rahmen der leitfadengestützten Interviews erfasst. Um Erkenntnisse unter anderem über die Krankheits- und Fluktuationsraten, die Qualifikationen der Pflegenden und die Fortbildungsangebote der ambulanten Dienste gewinnen zu können, erfolgte auf Ebene der beteiligten Organisationen bzw. Träger ambulanter Pflegedienste eine Erhebung mittels Fragebögen (Anhang H), die durch die Pflegedienstleitungen ausgefüllt wurden. Auch wenn eine umfassende ökonomische Analyse aufgrund der überschaubaren Fallzahlen nicht durchgeführt werden konnte, wurden mithilfe der genannten Datenerhebung unter anderem auch die anfallenden Kosten der Leistungserbringung sowie der vertraglich vereinbarte Preis einer Pflegestunde erfasst.

5 Ergebnisse

In der Ergebnisdarstellung werden zunächst die Ergebnisse der Perspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen beschrieben. Nach der Darstellung der Ergebnisse der Bildung der Zwillingspaaren und des Vergleichs der „Zwillingshaushalte“ werden die Erkenntnisse aus den Interviews mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen sowie der Analyse zur Belastung pflegender Angehöriger zusammengefasst. Der zweite Ergebnisteil beleuchtet die Perspektive der Pflegenden im Hinblick auf Arbeitsfähigkeit, –belastung und –zufriedenheit sowie auf Basis der leifadengestützten Interviews. Im dritten Ergebnisteil finden sich die Erkenntnisse zu den Rahmenbedingungen der beteiligten Buurtzorg-Teams und Pflegedienste.

5.1 Perspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen

5.1.1 Analyse der Zwillingspaare

Es konnten durch das im Methodenkapitel geschilderte Verfahren 15 Zwillingspaare gebildet und in die Befragung einbezogen werden, von denen jeweils ein Teil durch ein Buurtzorg-Team und ein anderer durch einen klassischen Pflegedienst versorgt wurde. Die angestrebte Anzahl von jeweils 20 Haushalten konnte leider nicht erreicht werden. Dies lag zum einen an dem komplexen Matching-Verfahren, das einige Zeit in Anspruch nahm und dazu führte, dass manche Personen, die ursprünglich ihre Zustimmung zu einer Teilnahme gegeben hatten, aufgrund des langen Zeitraums zwischen erster grundsätzlicher Anfrage und dann tatsächlicher zweiter Anfrage, ihre Einwilligung zurückgezogen hatten oder beispielsweise aufgrund einer Änderung der Versorgungssituation zurückziehen mussten. Die in der Einleitung bereits geschilderten Herausforderungen durch die Corona-Pandemie waren ein weiterer Grund dafür, dass nur jeweils 15 statt der angestrebten 20 Personen bzw. Haushalte in die Befragung einbezogen werden konnten. Da sich einige Personen für eine Befragung zur Verfügung gestellt und ein Interesse an einer Beteiligung geäußert hatten, die von Buurtzorg-Teams versorgt wurden, für die jedoch kein Zwilling gefunden werden konnte oder der jeweilige Zwilling die Teilnahme nach bereits erfolgter Erhebung bei dem Pflegebedürftigen des Buurtzorg-Teams aufgrund einer Veränderung der Versorgungssituation zurückzog, wurden diese Personen als Einzelpersonen in die Befragung einbezogen, so dass insgesamt 21 Personen, die von Buurtzorg-Teams und 15 Personen, die von klassischen Pflegediensten versorgt wurden, teilgenommen haben.

Die Zwillingspaare bestehen aus 18 Frauen und zwölf Männern. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden beträgt rund 84 Jahre. Pflegegrad 1 war viermal vertreten, Pflegegrad 2 elfmal, Pflegegrad 3 achtmal, Pflegegrad 4 viermal und drei Personen hatten einen Pflegegrad 5 angegeben. Von insgesamt 30 Personen waren elf in ihrer Alltagskompetenz beeinträchtigt. Der angegebene Zeitraum der bestehenden Pflegebedürftigkeit wurde von 2014 bis 2020 angegeben. Zudem waren 14 Personen alleinlebend und drei der Befragten betreut. Das Distanzmaß der Zwillingspaare lag zwischen 0 und 1. Die Darstellung der Zwillingspaare berücksichtigt zudem, ob die einbezogenen Personen im ländlichen oder städtischen Bereich zuhause sind.

Nachfolgend erfolgt eine Darstellung in tabellarischer Form der beteiligten Personen und Haushalte, anhand der für das Matchingverfahren genutzten Merkmale: Geschlecht, Geburtsjahr/Alter, Pflegegrad, Einschränkungen in den Alltagskompetenzen, Dauer der bestehenden Pflegebedürftigkeit, Wohnsituation und bestehende Betreuung. Bei den Zwillingspaaren wird jeweils das errechnete Distanzmaß angegeben. Das für diese Evaluationsstudie entwickelte Distanzmaß besitzt die folgenden Eigenschaften:

- Je geringer der Wert ist, den es annimmt, umso ähnlicher sind sich die beiden Zwillinge, d.h. um so ähnlicher sind die Merkmalsausprägungen der herangezogenen Variablen.
- Nimmt das Distanzmaß den Wert Null an, so sind alle Merkmalsausprägungen zu 100 Prozent identisch.
- Nimmt das Distanzmaß einen Wert kleiner als Eins an, so sind die Merkmalsausprägungen der dichotomen Variablen ("Geschlecht", "Alleinlebend", "Gesetzliche Betreuung" und "Eingeschränkte Alltagskompetenz") identisch.
- Nimmt das Distanzmaß einen Wert kleiner als Eins an, so müssen für die Beurteilung der Ähnlichkeit der beiden Zwillinge nur die Merkmale "Alter", "Dauer und Pflegebedürftigkeit" und "Pflegegrad" betrachtet werden

Aufgenommen in die Darstellung sind zudem Angaben aus den Interviews zu den Gründen für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes, die geplanten und durchgeführten pflegerischen Maßnahmen, zur individuellen Zufriedenheit, der Beschaffenheit des sozialen Netzwerks, zu Hilfsmitteln und weiterem pflegerischen Unterstützungsbedarf sowie zu Veränderungen zwischen den beiden Interviewzeitpunkten.

Wie beschrieben enthält die nachfolgende Darstellung bereits Angaben aus der Analyse der geführten Interviews, sodass zunächst einige Informationen über ebendiese Interviews folgen. Insgesamt wurden 61 leitfadengestützte Interviews mit pflegebedürftigen Personen sowie deren Angehörigen durchgeführt. Zum ersten Erhebungszeitpunkt von Mai bis Juli 2021 wurden insgesamt 36 Interviews mit pflegebedürftigen Personen beziehungsweise deren Angehörigen durchgeführt. Davon wurden 21 Interviews mit pflegebedürftigen Personen durchgeführt, die durch ein Buurtzorg-Team und 15, die durch einen klassischen Pflegedienst versorgt wurden. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt im Februar 2022 wurden insgesamt 25 Interviews durchgeführt, 13 mit pflegebedürftigen Personen, die durch ein Buurtzorg-Team und 12 mit Personen, die durch einen klassischen Pflegedienst versorgt wurden. Aus der Gruppe der Personen, die durch ein Buurtzorg-Team versorgt wurden, lehnten zwei Personen die Teilnahme zum zweiten Erhebungszeitpunkt ab, eine Person war für die zweite Erhebung nicht zu erreichen und eine weitere Person war seit dem ersten Erhebungszeitpunkt verstorben. Eine vierte Person wurde zum zweiten Zeitpunkt in einem Pflegeheim weiterversorgt und daher aus der zweiten Erhebung ausgeschlossen. Aus der Gruppe derjenigen, die durch einen klassischen Pflegedienst versorgt wurden, lehnte eine Person die Teilnahme zum zweiten Erhebungszeitpunkt ab und eine weitere war seit dem ersten Erhebungszeitpunkt verstorben. Bei einer dritten Person fand die Weiterversorgung zum zweiten Zeitpunkt in einem Pflegeheim statt, weshalb sie ebenfalls aus der

zweiten Erhebung ausgeschlossen wurde. Informationen über die Interviewsituation zu beiden Erhebungszeitpunkten können **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** entnommen werden.

Interviewsituation	1. Erhebungszeitpunkt		2. Erhebungszeitpunkt	
	Buurtzorg	Klassisch	Buurtzorg	Klassisch
Nur mit pflegebedürftiger Person	8	7	6	6
Mit pflegebedürftiger Person und Angehörigen	13	8	7	6
Gesamt	21	15	13	12

Tabelle 8: Interviewsituation im Rahmen der Datenerhebung bei pflegebedürftigen Personen.

Von den 61 Interviews wurden 55 Interviews vor Ort in den Haushalten durchgeführt und sechs Interviews telefonisch.

Ländlicher Bereich, weiblich

Zwillingspaar Nr. 1 besteht aus den Personen B3-F/L und K1-F/L

Pseudonym	B3-F/L	K1-F/L
Variablen-information	Person B3-F/L ist weiblich und 1929 geboren. Bei ihr liegt eine Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 2 vor und bestehen keine Einschränkungen hinsichtlich der Alltagskompetenz. Die Pflegebedürftigkeit besteht seit 2016. Person B3-F/L ist alleinlebend und es besteht keine Betreuung.	Person K1-F/L ist ebenfalls weiblich und wurde 1931 geboren. Sie ist somit zwei Jahre jünger als die Zwillingperson A1. Auch sie hat den Pflegegrad 2 und keine Einschränkungen in der Alltagskompetenz. Eine Pflegebedürftigkeit liegt seit 2017 vor. Person K1-F/L ist ebenfalls alleinlebend und nicht betreut.
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B3-F/L und K1-F/L liegt bei 0,29. Unterschiede zwischen den beiden Personen bestehen hinsichtlich der Anzahl ihrer Kinder und der Angaben zur Familienzusammensetzung. So hat Person B3-F/L 6 Kinder und 13 Enkelkinder, Person K1-F/L hat zwei Kinder.	
Wohn- und Lebenssituation	Lebt in einem betreuten Wohnkonzept, enger Kontakt zu ihren 6 Kindern	Wohnt in einem Haus mit Sohn und Schwiegertochter
Gründe für die Inanspruchnahme	<ul style="list-style-type: none"> - Auslöser: Sturz mit Steißbeinprellung und daraus entstehendem Hilfebedarf, zusätzlich vermehrte Einsamkeit - Umzug in betreutes Wohnkonzept mit Inanspruchnahme der dort angebotenen Pflegeleistung; zunächst durch Sander Pflegedienst, dann Buurtzorg-Team - <i>„Und wir hatten ein großes Haus und das war mir denn auch zu viel und ich war eben ganz alleine, ja. Und auch schon, dass ich hier also etwas Hilfe brauchte, mit Duschen und so konnte ich auch nicht mehr gut alleine.“ (B3-F/L, Pos. 20)</i> 	Veränderung des Gesundheitszustandes und gesteigerter Bedarf an Unterstützung <i>„War ich da nicht im Krankenhaus gewesen? (B2: Genau.) Und da haben wir gesagt, zwei Mal in der Woche-. Ja, zwei Mal waren die hier, oder? (B2: Am Anfang: Zweimal die Woche zum Duschen.) Zum Duschen, weil: Alleine ist das schwierig und immer belästigen und dann haben wir gesagt, dann machen wir das. (B2: Das war der Einstieg, ja.“ (K1-F/L, Pos. 3)</i>
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses: Bei Aufnahme wird dieses besprochen zusammen mit dem Pat. Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation: Abwehr von gesundheitlichen Risiken: Durch die PK ggf. durch eine Pflegeberatung. PK bespricht alle eventuellen Risiken mit dem Pat. Erhält tägl. Morgens u. abends Hilfe beim An- und Auskleiden, 2x wöchentlich Duschen, bekommt manchmal Essen auf Rädern,	Ganzwaschung 5x wchtl. (Vergütung nach Leistungskomplex)

Pseudonym	B3-F/L	K1-F/L
	<p>alle 14 Tage bekommt der Pat. Betreuungsangebot über die 125 Euro-Pauschale, telefoniert und bekommt oft Besuch, 1 x wöchentlich bekommt sie Hilfe im Haushalt von extern u. die Kinder kommen oft</p>	
<p>Durchgeführte Pflegerische Leistungen in den Haushalten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jeden Morgen und Abend Unterstützung beim An- und Ausziehen - Täglich Unterstützung beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe - Zweimal pro Woche Unterstützung beim Duschen - Stellen der Medikamente - Zusätzliche Handlung wie Schließen der Fenster, aufräumen des Bades nach pflegerischer Unterstützung - T2: keine Änderungen der Leistungen <p><i>„So gut, wie es ging, will ich das selber machen, aber anziehen, ja, da habe ich Hilfe, da habe ich jetzt Hilfe ganz. Und hatte früher sonst auch ... brauchte ich nicht und somit konnte ich mich wohl alleine anziehen. Aber jetzt, mit Waschen, das mache ich noch alleine, nur nicht Duschen, da helfen die. Und, ja, und wenn das sein muss, die wollen ja wohl helfen, aber ich sage immer, solange wie es geht, mache ich es alleine, ja.“ (B3-F/L, Pos. 186)</i></p> <p><i>T2: „Die, ich habe ja jetzt auch einen Gummistrumpf, und den kann ich nicht alleine ankriegen. Den ziehen sie mir morgens an und helfen mir bei der Ankleidung dann jetzt, wo ich schon über 90 bin. Und ja, nein, und das ist dann morgens früh. Und abends kommen die auch dann. Und wenn ich irgendwie was habe, habe ich eine Telefonnummer, die auf dem Dings steht, wo die ihre-, also sie müssen das ja jeden Tag eintragen. Und da steht eine Telefonnummer drauf. Die kann ich dann wählen, und dann kommt da wohl jemand.“ (B3-F/L_T2, Pos. 41)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wochentags morgens und abends Unterstützung beim An- und Ausziehen sowie morgens Hilfe beim Waschen - Einmal wöchentlich Hilfe beim Duschen - T2: keine Änderung der Leistung <p><i>„Ja, die waschen einen ganz, von oben bis unten und dann wird auch angezogen.“ (K1-F/L, Pos. 22)</i></p>

Pseudonym	B3-F/L	K1-F/L
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Kinder gehen Einkaufen, Mittagessen „Essen auf Rädern“ oder kocht selber; sonntags Essen bei Angehörigen, - selbst organisierte Reinigungskraft - Hausbesuch des Arztes - Nutzt Gemeinschaftsaktivitäten der Einrichtung, durch Corona eingeschränkt (T2: wieder mehr Aktivitäten möglich) 	<ul style="list-style-type: none"> - Medikamentenmanagement selbstständig - Unterstützung durch Sohn und Schwiegertochter bei nächtlichem Toilettengang und An- und Ausziehen am Wochenende - In Familie fest integriert - 4x wöchentlich Tagespflege, um weniger alleine zu sein: Pflegedienst berät diesbezüglich Angehörige - Keine Zuzahlung notwendig - Selbst organisierte Reinigungskraft durch Schwiegertochter - Jährlich Kurzzeitpflege
Zufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> - Sehr zufrieden - <i>„Ja die haben-, also mit der ganzen Planung, was die haben, und so, die werden da eigentlich sehr gut mit fertig. Und woanders ich kann es nicht direkt sagen, aber ich habe schon wohl gehört, dass woanders nicht so klappt. Das liegt auch viel an den Schwestern, wie die sich unter sich vertragen, und da muss ich sagen, das klappt hier sehr gut, das klappt hier sehr gut, ja.“ (B3-F/L, Pos. 206)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Sehr zufrieden - T1: <i>„die sind alle prima“ (K1-F/L, Pos. 20)</i> - T2: <i>„Ach, sind sie alle. Alle, die hier kommen. Ich bin mit allen sehr gut zufrieden“ (K1-F/L_T2, Pos. 72)</i>
Hilfsmittel	Hausnotruf, Rollator	Rollator, Transport zur Tagespflege
Weiterer Bedarf pflegerischer Unterstützung	T1 kein weiterer Bedarf T2 aufgrund der Kündigung durch das Buurtzorg-Team aktuell Ungewissheit hinsichtlich weiterer Versorgung	T2: Wunsch Versorgung auch am Wochenende, aber fehlende Kapazität des Pflegedienstes <i>„Jetzt hatte ich wohl gesagt, die sollen samstags und sonntags auch kommen, morgens zum Anziehen. Aber das geht nicht, die haben so viel zu tun. Er sagt, das kann auch zehn, elf Uhr, kann auch mal halb zwölf werden bis die kommen zum Anziehen. Und dann so lange im Schlafanzug rumsitzen. Ich sage, nein.“ (K1-F/L_T2, Pos. 39)</i>
Besonderheiten	- T2: Kündigung durch Buurtzorg plötzlich und unerwartet. (B3-F/L_T2, Pos. 5)	T1: Schwiegertochter gibt an, unter Abhängigkeit der Pflege zu leiden T2: Weiterhin Überlastung, daher denken sie über eine stationäre Langzeitversorgung nach
Veränderungen T1 und T2	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Änderung der Unterstützung durch Pflegedienst - T2: Aktuell besteht die Weiterversorgung durch Anknüpfung an Einrichtung, aber Ungewissheit, wie es weitergeht 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Änderung der Unterstützung durch Pflegedienst - Wunsch der Ausweitung aufs Wochenende besteht, aber keine Kapazitäten des Pflegedienstes

Pseudonym	B3-F/L	K1-F/L
		- Gesundheitszustand verschlechtert sich zunehmend aufgrund von Vorerkrankungen

Zwillingspaar Nr. 2 besteht aus den Personen B7-F/L und K2-F/L.

Pseudonym	B7-F/L	K2-F/L
Variablen-informationen	Person B7-F/L ist weiblich und wurde 1936 geboren. Sie ist pflegebedürftig im Pflegegrad 2 und es liegen Einschränkungen in den Alltagskompetenzen vor. Die Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Die Person ist alleinlebend und derzeit nicht betreut.	Person K2-F/L ist weiblich und wurde 1931 geboren. Sie hat den Pflegegrad 2 und es liegen Einschränkungen in den Alltagskompetenzen vor. Die Pflegebedürftigkeit besteht seit 2018. Person K2-F/L ist alleinlebend und nicht betreut.
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B7-F/L und K2-F/L liegt bei 0,35. Unterschiede bestehen hinsichtlich des Bildungsabschlusses, der Finanzierung des Pflegedienstes (Private Zuzahlungen), der Biografie (Anzahl der Kinder) sowie der Religionszugehörigkeit.	
Wohn- und Lebenssituation	Lebt mit Sohn, Schwiegertochter und Enkelkindern zusammen	Wohnt mit Schwiegertochter und Sohn zusammen
Gründe für die Inanspruchnahme	- Erhöhter Unterstützungsbedarf u.a. beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe - Organisiert durch Angehörige	- Erhöhter Unterstützungsbedarf bei Körperpflege und Anziehen nach Krankenhausaufenthalt - Sozialdienst des Krankenhauses organisierte Pflegedienst
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	Leistungen der Grundpflege z.B. Schuhe anziehen, bei der GP unterstützen (Vergütung nach Zeit) BZ messen, Kompressionsstrümpfe anziehen, Insulin spritzen ca. 10 Minuten (HKP-Vergütung)	Ganzwaschung 5 wchtl. (Vergütung nach Leistungskomplex) alle 14 Tage 2,0 Stunden Hauswirtschaft
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	- Morgens und abends Hilfe beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe - Morgens und abends BZ-Kontrolle und Insulingabe + Medikamente richten - T2: Leistungen wie T1 trotz anderem Pflegedienst - Anziehen und Waschen selbstständig möglich <i>„Und dann-. Und jetzt mittlerweile, ich bin ja Diabetikerin, und spritzen die auch. Morgens und abends kommen die zum Strümpfe ausziehen und spritzen, messen eben den Blutzucker.“ (B7-F/L, Pos. 13)</i>	- Wochentags morgens Unterstützung bei Körperpflege und beim Anziehen - Zähneputzen selbstständig möglich - Zusätzliche Hilfe durch Pflegedienst (Beratung u. Anleitung) <i>„Da hat uns der Pflegedienst auch sehr stark unterstützt, weil das war auch-, da war ich ja auch verzweifelt, weil ich nicht wusste, wie es weitergeht. Und da hatte-, war damals noch der Herr H., der den Pflegedienst geleitet hat, da habe ich viel mit dem telefoniert, der mir immer wieder Tipps gegeben hat, was wir machen können, um das Toilettentraining auch zu machen. Und muss ich wirklich sagen, die</i>

Pseudonym	B7-F/L	K2-F/L
		haben uns da sehr viel geholfen, dass wir Schwiegermutter wieder so fit gekriegt haben.“ (K2-F/L, Pos. 149) – T2: keine Teilnahme an Datenerhebung, da Unterbringung im Pflegeheim
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> – Schwiegertochter kauft ein und bereitet Essen zu – Feste soziale Kontakte – Privat organisierte Reinigungskraft 	<ul style="list-style-type: none"> – Schwiegertochter kauft ein und bereitet Essen zu – Schwiegertochter hilft am Abend und am Wochenende beim An- und Ausziehen der Kleidung und Körperpflege – Schwiegertochter organisiert Tagespflege und stellt Medikamente – Pflegebedürftige nutzt Aktivitäten der Tagespflege
Zufriedenheit	<p>T1: bei Buurtzorg: „Ja, und dann kam ich dazu und bin auch eigentlich sehr gut zufrieden.“ (B7-F/L, Pos. 3)</p> <p>T2 bei anderem PD: Unzufrieden aufgrund von zeitlicher Unzuverlässigkeit viele verschiedene Personen, die in die Versorgung integriert sind</p>	<p>T1: Sehr zufrieden; Wunsch, nach späterer Einsatzzeit wurde schnell entsprochen; immer ähnlicher Stamm an Pflegekräften</p> <p>T2: keine Teilnahme an Datenerhebung, da Unterbringung im Pflegeheim</p>
Hilfsmittel	Hausnotruf, Rollator	Rollator
Weiterer Bedarf?	T1: keiner, T2: keiner	T1: eigentlich Bedarf an Unterstützung auch am Wochenende, aber fehlende Kapazität des Pflegedienstes
Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> – Absage der Leistungen bei Familienfeiern, dann selbstständige Durchführung der Unterstützung, die sonst der Pflegedienst übernimmt (Ausziehen und BZ-Messung sowie Insulingabe) – Anzahl Pflegende T1: „Zurzeit, es sind eigentlich nur zwei. Ich glaube, die eine, die da mit im Pflegedienst-Team ist, die darf nicht spritzen“. (B7-F/L, Pos. 91) 	
Veränderungen T1 und T2	<ul style="list-style-type: none"> – Kündigung durch Buurtzorg schriftlich erhalten – Tochter hat einen neuen Pflegedienst organisiert – Leistungen bleiben die gleichen – Aber deutlich unzufriedener, da neuer Pflegedienst mehr Zeitdruck hat, unpünktlicher ist, viele verschiedene Pflegende kommen und weniger persönliche Beziehungen entstehen – Ja, da hat man den Zeitdruck überhaupt nicht gemerkt, ja? (B1: Nein.) Und auch nicht-. Weisst du noch, wie, wie, wie lange die 	– Kein Vergleich möglich, da Datenerhebung aufgrund von Unterbringung im Heim entfällt

Pseudonym	B7-F/L	K2-F/L
	<p><i>da waren, als du die Unterzuckerung hattest? Ja gut, aber sie hätte mich auch wenigstens-. Aber ich habe Nichts davon gemerkt. (B7-F/L_T2, Pos. 110-111)</i></p> <p>- <i>„Ja. Und das war vorher anders. Da waren auch schöne private Gespräche, hast du immer erzählt. Das hieß immer: „Unsere [Name einer Pflegenden].“ Also, das ist immer eine ganz andere Ebene gewesen, ja.“ (B7-F/L_T2, Pos. 114)</i></p> <p>- <i>„Ja, und es kamen nicht so oft verschiedene Leute. Das war anders.“ (B7-F/L_T2, Pos. 119-120)</i></p> <p>- <i>„Die Zufriedenheit war eine andere. Auf jeden Fall.“ (B7-F/L_T2, Pos. 129)</i></p>	

Zwillingspaar Nr. 3 umfasst die Personen B2-F/L und K5-F/L.

Pseudonym	B2-F/L	K5-F/L
Variablen-informationen	Person B2-F/L ist weiblich und wurde 1930 geboren. Bei ihr liegt eine Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 3 vor. Es bestehen Einschränkungen in der Alltagskompetenz und die Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Person B2-F/L ist nicht alleinlebend, bei ihr besteht eine Betreuung.	Person B3 ist weiblich, wurde 1930 geboren und in Pflegegrad 3 eingestuft. Einschränkungen in den Alltagskompetenzen liegen nicht vor. Die Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Person K5-F/L ist ebenfalls nicht alleinlebend, aber im Gegensatz zu Person B2-F/L liegt keine Betreuung vor.
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B2-F/L und K5-F/L beträgt 1. Weitere Unterschiede bestehen im Hinblick auf die Wohnsituation. Person B2-F/L lebt gemeinsam mit Familienangehörigen, hingegen wohnt Person K5-F/L in einer Wohngemeinschaft	
Wohn- und Lebenssituation	Wohnt mit Angehörigen zusammen	Wohnt in einer Wohngemeinschaft, 5 Kinder
Gründe für die Inanspruchnahme	<ul style="list-style-type: none"> - Zunehmender Unterstützungsbedarf aufgrund von Demenzerkrankung - Fehlende Kapazitäten zur Unterstützung der Angehörigen durch Berufstätigkeit - Suche durch Sohn über Mund-zu-Mund-Propaganda 	<ul style="list-style-type: none"> - Wohnt im betreuten Wohnen nach einem Krankenhausaufenthalt mit daraus resultierendem erhöhtem Bedarf an Unterstützung organisiert durch eigene Kinder - Vorher zu Hause bereits Hilfe durch einen Pflegedienst versorgt
Geplante pflegerische Leistung nach	morgens 35 Minuten, abends 20 Minuten Mobilisation Bett, TS, Sessel Anleitung bei allen Handlungen	1x tägl. Ganzwaschung 1x tägl. Medikamente richten, Kompressionsstrümpfe an und ausziehen

Pseudonym	B2-F/L	K5-F/L
Auskunft der Pflegedienste	Komplette Übernahme Grundpflege	
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	<ul style="list-style-type: none"> - Festgelegter Zeitaufwand von 30 Minuten morgens und 20 Minuten abends - Maßnahmen in dieser Zeit unterschiedlich: in der Regel tägliche Unterstützung bei Körperpflege und einmal wöchentlich Unterstützung beim Duschen - Nach Bedarf Waschen der Haare - Teilweise übernehmen Angehörige die Versorgung am Abend bei fehlender Kapazität des Pflegedienstes, dafür bleiben Pfleger am Morgen zeitweise länger <p><i>„Ja waschen mit Haare, mal machen auch zweimal die Woche. Sehen die auch dann selber und sagen: „Oh, ich glaube, heute wird es mal Zeit, dass sie mal wieder-.“ Braucht man denen eigentlich meist ja nicht einmal sagen, das machen wir dann von alleine. Die cremen die dann ein und so“ (B2-F/L, Pos. 35)</i></p> <p><i>„Ja, im Moment, also, die waschen die. Einmal in der Woche wird sie dann geduscht.“ (B2-F/L, Pos. 31-33)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Morgens und abends Unterstützung beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe - Einmal wöchentliche Hilfe beim Duschen - Sonst eigenständige Körperpflege - T2: morgens und abends Unterstützung bei Körperpflege, wöchentlich beim Duschen, morgens und abends Hilfe beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe (-> Zunahme der Unterstützung) - T2: selbstständiges Duschen bei fehlender Kapazität des Pflegedienstes <p><i>T1: „Also ich brauche eine Person, die da ist. Wenn ich einmal einen Handgriff, einmal Shampoo oder so. Sonst brauchen die nichts, ich mache mir selbst. Heute Morgen bin ich geduscht worden. Ich mache vieles selbst. Sie sind wohl dabei und helfen und halten. Hauptsache, es ist jemand da.“ (K5-F/L, Pos. 46)</i></p> <p><i>T2: „Ja, die machen uns, waschen uns, und wir unterhalten uns für einen Moment. Aber viel Zeit haben die ja auch nicht. Und heute Morgen habe ich mich schon alleine geduscht, habe ich schon alleine, denn die haben ja hier so viel zu tun, die sind ja überhäuft von Arbeit. Und wir haben hier knapp Pflege, das ist ganz wenig, ich weiß nicht, wie es kommt. Eine Zeit ging das gut, im Moment ist es ganz, ganz schlecht. Aber die sagen ja überall.“ (K5-F/L_T2, Pos. 22)</i></p>
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	Angehörige unterstützen dauerhaft, z.B. beim Toilettengang, sowie bei Nahrungszubereitung und Stellen der Medikamente und Übernehmen Versorgung bei fehlender Kapazität des Pflegedienstes	<ul style="list-style-type: none"> - Kinder unterstützen bei Bürokratie, erledigen Einkäufe, waschen Wäsche und kommen zu Besuch, nicht in die direkte Pflege integriert - Tägliche Raumpflege und Beziehen des Bettes durch Mitarbeitende der Wohngemeinschaft - Ist in die Aktivität der Gemeinschaft integriert und wird dort mit Essen versorgt

Pseudonym	B2-F/L	K5-F/L
		Arztbesuche werden selbstständig organisiert: „Das muss ich alles alleine machen. Das wird von hier nichts gemacht. Die machen gar nichts, das muss man alles, das ist privat.“ (K5-F/L_T2, Pos. 86)
Zufriedenheit	Hohe Zufriedenheit, kleiner Stamm an Pflegenden von 3-4 Personen „Ja, und sonst sind wir da top mit zufrieden, auch was die machen und so, das ist wirklich klasse. Also muss man echt sagen. (B2: Ja, muss man sagen.) Die sind wirklich so zuvorkommend und alles, also ehrlich, hundertprozentig.“ (B2-F/L, Pos. 21)	T1 und T2: insgesamt zufrieden, aber Pflegende haben wenig Zeit, wirken überlastet, dabei jedoch sehr freundlich, anhaltender Personalmangel „Ja, also, die haben nicht mehr so viel Zeit! Die müssen alles kurz. Die sind abends, wenn sie mir die Strümpfe ausziehen, dann sind die schon wieder ganz mit ihren Gedanken schon wieder in der Villa, wo sie schon wieder die Nächsten ausziehen müssen. Und so. Die sind echt, die haben genug zu tun.“ (K5-F/L, Pos. 126)
Hilfsmittel	Rollstuhl	Rollator
Weiterer Bedarf?	Kein weiterer Bedarf	Nein
Besonderheiten	/	– Zuzahlung von ca. 2500€ („Ja, mein ganzes Geld, meine Rente geht hier fast drauf, bis auf ein kleinen Taschengeld. Also da bleibt nicht viel über. Wir müssen ganz schön knausern. Große Sprünge können wir nicht mehr machen.“ (K5-F/L_T2, Pos. 120)
Veränderungen T1 und T2	Kein Vergleich möglich, da bei zweiter Datenerhebung Unterbringung in einem Heim	– Krankenhausaufenthalte mit OP zwischen T1 und T2, häufiger Schwindel – T2: Macht sich Gedanken über mögliche Versorgung in einem Pflegeheim aufgrund steigendem Unterstützungsbedarf

Zwillingspaar Nr. 4 wurde aus den Personen B8-F/L und K3-F/L gebildet.

Pseudonym	B8-F/L	K3-F/L
Variablen-informationen	Person B8-F/L ist weiblich und wurde 1927 geboren. Sie ist pflegebedürftig im Pflegegrad 4. Darüber hinaus bestehen Einschränkungen in den Alltagskompetenzen. Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Person B8-F/L ist alleinlebend und betreut.	Person K3-F/L ist weiblich und wurde 1932 geboren. Sie ist pflegebedürftig im Pflegegrad 3 und es bestehen Einschränkungen in den Alltagskompetenzen. Die Pflegebedürftigkeit ist seit 2017 vorhanden. Person K3-F/L ist alleinlebend und nicht betreut.
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B8-F/L und K3-F/L beträgt 0,63. Merkmalsunterscheidungen liegen in folgenden Punkten vor: Person B8-F/L ist evangelisch und Person K3-F/L katholisch.	

Pseudonym	B8-F/L	K3-F/L
Wohn- und Lebenssituation	Wohnt in einem Haus neben ihrem Sohn und ihrer Schwiegertochter, wird betreut durch eine 24h-Kraft	Lebt mit Ehemann und Sohn in einem Haus
Gründe für die Inanspruchnahme	<ul style="list-style-type: none"> - Gründe für Inanspruchnahme des Pflegedienstes: Angehörige kann Unterstützung beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe aufgrund eigener gesundheitlicher Probleme (u.a. Bandscheibenvorfall) nicht mehr übernehmen - Gründe für Inanspruchnahme der 24h-Kraft: Rat einer Ärztin während des letzten Krankenhausaufenthaltes zur Hinzuziehung einer dauerhaften Betreuung; da Pflegebedürftige blind ist, lehnt sie ein Umzug in eine stationäre Langzeitversorgung ab - Vor dem Krankenhausaufenthalt war bereits ein anderer, klassischer Pflegedienst involviert zur Unterstützung bei der Körperpflege 	Beginnende Demenz des Pflegebedürftigen und Krebserkrankung der vorher schon in die Versorgung integrierten Schwiegertochter führten zum Bedarf an Unterstützung
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	Kompressionsstrümpfe anziehen ca. 5 Minuten	LK01 und LK02 im Wechsel HKP->medizinische Einreibung §45b SGB XI Entlastungsbetrag
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	Tägliche Unterstützung beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe	<p>T1: Zweimal wöchentliche Unterstützung beim Duschen (-> Pflegebedürftige lehnt Hilfe teilweise ab)</p> <p>T2: Keine Veränderung (weiterhin zweimal wöchentlich Unterstützung beim Duschen, die die Pflegebedürftige nicht mehr ablehnt)</p> <p>T1: Ansonsten selbstständig Körperpflege außer Füße, Rücken und Intimbereich</p> <p>T2: Schwiegertochter leitet Pflegebedürftige zur Körperpflege an aufgrund zunehmender Demenz</p>
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Dauerhafte Betreuung der 24h-Kraft mit Unterstützung bei Körperpflege, Kleiden, Medikamentengabe usw. - Schwiegertochter stellt Medikamente 	<ul style="list-style-type: none"> - Schwiegertochter hilft bei Bedarf bei der Körperpflege - Schwiegertochter kauft ein, kocht und wäscht Wäsche - Schwiegertochter achtet auf ausreichende Nahrungszufuhr - Schwiegertochter übernimmt Hauswirtschaft

Pseudonym	B8-F/L	K3-F/L
		<ul style="list-style-type: none"> - Schwiegertochter organisiert Hilfsmittel und übernimmt Medikamentengabe - wöchentliche Reinigungskraft selbst organisiert - T2: zweimal wöchentlich Tagespflege
Zufriedenheit	Zufrieden mit Pflegedienst / Unzufriedenheit mit der Umsetzung der dauerhaften Betreuung und Organisation der Mitarbeiterin durch eine Agentur	Sehr zufrieden
Hilfsmittel	Rollstuhl	Rollator, Treppenlift
Weiterer Bedarf?	Pflegebedürftige lehnt weitere Hilfe ab	<p>T1: Angehörige denken über Weiterversorgung im Pflegeheim oder zumindest Tagespflege nach - Pflegebedürftige lehnt ab</p> <p>T2: bei Zunahme der Inkontinenz in Zukunft würden die Angehörigen eine häufigere Versorgung durch den Pflegedienst organisieren</p>
Besonderheiten	Bevor Betreuung durch 24h-Kraft erfolgte, wurde Pflegebedürftige durch einen klassischen Pflegedienst versorgt. Hierbei erhielt sie Unterstützung der Körperpflege. Angehörige berichten, dass sie keinen Unterschied feststellen zwischen der Versorgung des klassischen Dienstes in der Vergangenheit und der jetzigen Versorgung durch das Buurtzorg-Team. Angehörige wirken insgesamt sehr belastet	Deutliche Überlastung der Angehörigen aufgrund von Abhängigkeit zu beiden Zeitpunkten: berichtet, dass sie selbst nicht genug auf sich achte und kein Privatleben habe
Veränderungen T1 und T2	Kein Vergleich möglich, da Pflegebedürftige beim Zeitpunkt der zweiten Erhebung in einem Pflegeheim untergebracht ist	Deutliche Zunahme der Demenz und des Pflegebedarfs zwischen T1 und T2. Keine Veränderung, der in Anspruch genommenen Leistungen, aber nun Betreuung in Tagespflege und zunehmende Unterstützung durch Angehörige. Angehörige weiterhin belastet

Ländlicher Bereich, männlich

Zwillingspaar Nr. 5 besteht aus den Personen B4-M/L und K4-M/L.

Pseudonym	B4-M/L	K4-M/L
Variablen-informationen	Person B4-M/L ist männlich und wurde 1936 geboren. Er ist pflegebedürftig im Pflegegrad 4 und in den Alltagskompetenzen eingeschränkt. Die Pflegebedürftigkeit besteht seit 2016. Person B4-M/L ist nicht alleinlebend, eine Betreuung liegt nicht vor.	Person K4-M/L ist männlich und wurde 1933 geboren. Es liegt ein Pflegegrad 5 vor. Die Person ist in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt und nicht alleinlebend. Person K4-M/L ist seit 2014 pflegebedürftig. Es besteht eine Betreuung.
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B4-M/L und K4-M/L beträgt 0,51. Weitere Merkmalsunterscheidungen bestehen nur darin, dass im Haushalt von Person B4-M/L eine Katze lebt	
Wohn- und Lebenssituation	Wohnt gemeinsam mit Ehefrau und Sohn in einem Haus	Wohnt mit Ehefrau und Familie des Sohnes in einem Haus
Gründe für die Inanspruchnahme	Zunehmender Unterstützungsbedarf des Pflegebedürftigen, erst anderer Pflegedienst, dann Wechsel zu Buurtzorg aufgrund der Teamgründung	Veränderung des Gesundheitszustandes und Überlastung der Angehörigen
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - 50 Minuten - 1x wöchentl. Leistungen der Grundpflege (Duschen) u. Rasur u. Vorlagenwechsel - geht 3x wöchentlich zur Tagespflege über die 125,- Pauschale u. Pflegegrad - Beratung bei Pat. u. d. Ehefrau - Risikoerhebung im Laufe des Pflegeprozesses - Gehen bei gutem Zustand am Rollator - Gespräche anbieten - Wundversorgung über VO des HA 	<ul style="list-style-type: none"> - LK23 Große Grundpflege mit Lagern/Betten (angegeben bei „Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation“ und „Unterstützung bezogen auf die Mobilität“ sowie bei „Unterstützung bezogen auf die Selbstversorgung“) - LK 31 Pflegerische Betreuung - §45b SGB XI - Beratende Funktion ohne LK (zur Abwehr von gesundheitlichen Risiken)
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	Täglich Unterstützung bei Körperpflege und Rasur <i>„Heute Morgen schon da, der Pflegedienst und hat ihn gewaschen. Und abends mache ich das mit unserem Sohn zusammen. Wenn er von der Arbeit kommt.“ (B4-M/L, Pos. 30)</i> <i>„Das macht der Pflegedienst auch. Also, das ist das Einzige, was ich nicht mache, rasieren. Da habe ich auch, ich weiß nicht, die Hand nicht so dafür. Das macht der Pflegedienst mit. Und dann, der wird auch immer von oben bis unten gewaschen, nämlich</i>	T1: täglich morgens Unterstützung bei der Körperpflege, Rasur, Anziehen und Transfer in den Rollstuhl; täglich abends Unterstützung beim Transfer in das Pflegebett und ggf. Unterstützung bei Ausscheidung (Wechsel der Schutz hose), einmal wöchentlich Hilfe beim Duschen; Wechsel Katheterbeutel, einmal wöchentliche Betreuungsleistung (entfällt aktuell aufgrund von Personalmangel)

Pseudonym	B4-M/L	K4-M/L
	<p><i>Urin ist ja auch scharf, da wird es wund untenrum, wenn man da nicht sauber ist“ (B4-M/L, Pos. 71)</i></p> <p>Beratung und Anleitung durch PD</p> <p><i>„Da haben sie mir ja vom Pflegedienst auch ein paar Kniffe gezeigt, wie die das machen. Ich gucke mir das auch dann immer alles ab, wie die das machen. Auch, wenn er unbeweglich ist und das Bett muss überzogen werden.“ (B4-M/L, Pos. 71)</i></p> <p><i>„Und dann hat sie mir das auch gezeigt, wie ich das selber machen kann, mit dem Hochziehen im Bett und mit dem Waschen. Aber trotzdem ist es anstrengend alleine.“ (B4-M/L, Pos. 73)</i></p>	<p>T2: keine Änderungen der Leistungen; Rasur wird abgerechnet, erfolgt aber nicht immer: <i>„Eigentlich ist es mit drin, aber im Moment wird es immer vergessen.“ (K4-M/L_T2, Pos. 101)</i></p> <p>zeitweise Übernahme der Leistungen am Wochenende durch Angehörige aufgrund von fehlendem Personal; Betreuungsleistung entfällt zeitweise aufgrund von Personalmangel</p>
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	<p>Ehefrau übernimmt Nahrungsaufnahme, bereitet Essen zu und Versorgung am Abend gemeinsam mit Sohn und, wenn möglich, Transfer am Mittag in den Rollstuhl</p> <p>Sohn übernimmt Organisation</p> <p>Ehefrau unterstützt bei Ausscheidung (Wechsel der Schutz hose, Nutzung der Urinflasche)</p>	<p>Ehefrau übernimmt Zahnpflege, Transfer am Mittag, Sondenkostgabe, Medikamentengabe, teilweise hilft Sohn</p> <p>Ärztliche Versorgung, wenn möglich über Hausbesuche</p> <p>Ergotherapie und Physiotherapie erfolgen zu Hause</p>
Zufriedenheit	<p>Zufrieden</p> <p><i>„Also ich kann nicht klagen. Also, hier die, sind alle nett, helfen auch.“ (B4-M/L, Pos. 116)</i></p>	<p>T1: Unzufriedenheit mit Pflegedienst; Betreuungsleistungen finden aktuell aufgrund von Personalmangel nicht statt; Angehörige wirkt sehr überlastet</p> <p>T2: Weiterbestehende Unzufriedenheit aufgrund von unregelmäßigen Versorgungszeiten und häufigen Personalwechseln; Betreuungsleistung findet aufgrund von Personalmangel nicht immer statt</p>
Hilfsmittel	Pflegebett, Rollstuhl	Lift, Pflegebett, Rollator, Absauggerät, Liegerad
Weiterer Bedarf?	<ul style="list-style-type: none"> - Angehörige benötigt eigentlich Unterstützung durch Pflegedienst beim Transfer in den Rollstuhl am Morgen, um Tagespflege zu gewährleisten, aber keine Kapazitäten vorhanden - Ehefrau findet keinen Platz in Kurzzeitpflege 	Angehörige denkt über Tagespflege nach, hat aber keine Informationen dazu; lehnt Langzeitversorgung im Pflegeheim ab, um gute Versorgung weiterhin zu gewährleisten
Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegebedürftiger und Ehefrau wurden beim Wechsel von vorherigem PD zu Buurtzorg nicht informiert 	<p>Mängel in der Qualität der Pflege:</p> <p>T1: Ehefrau berichtet, dass Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen nicht dessen Beeinträchtigungen entspricht</p>

Pseudonym	B4-M/L	K4-M/L
	<ul style="list-style-type: none"> - Ehefrau wirkt überlastet („Ja, man kann ja nicht mehr so, wie man will. Muss man eben die Zähne aufeinanderbeißen. Wenn man nicht mehr so kann.“ (B4-M/L, Pos. 71)) - Fünf verschiedene Pflegende sind involviert: „Ja also so fünf wechseln sich immer ab. Und das ist mir lieber als dann noch mehr. Weil man, da ist die Zeitspanne ein bisschen weiter auseinander und man kennt sich besser. Und Kranke haben nicht gerne fremde Gesichter so dauernd.“ (B4-M/L, Pos. 130)“ - Ehefrau hat den Wunsch nach mehr Flexibilität in der ambulanten Pflege beispielsweise durch einen Springerdienst für akuten Hilfebedarf außerhalb der vereinbarten Versorgungszeiten „Ein bisschen mehr Flexibilität, das wäre gut. Aber das kann man nur machen, wenn genug Personal da ist. Man hat immer früher gesagt, so in großen Betrieben, da gab es Springer, die immer eingesprungen sind, wenn Not am Mann ist. So etwas müsste es geben. Und das habe ich nirgendwo in der Pflege gefunden. Nirgendwo. Ich habe gehabt, mein Mann ist gefallen, keiner war da. Unser Sohn und ich kriegten den nicht hoch. Was mussten wir machen? Krankenhaus anrufen, dass die kamen. Ja, dann kam er sofort auch immer ins Krankenhaus, aber es war ja im Grunde genommen, die hätten ja nur mit anfassen brauchen und hochheben.“ (B4-M/L, Pos. 162) 	<p>„Das finde ich immer, weil er ja auch nicht sprechen kann, nicht. Dann wird-, manchmal wird einfach so weggearbeitet, ohne ein Wort zu sagen. [...] Und bei ihm-, man weiß es halt aus Erfahrung, er realisiert schon noch viel, aber es dauert halt einen Moment. [...] Also, ich bin meistens dabei, um das so ein bisschen abzufangen. Aber es ist schon nicht immer leicht. (K4-M/L, Pos. 113-122)</p> <p>T2: Fehlende Beachtung der Einschränkungen in der Kommunikation</p> <p>„Ja, im Grunde denke ich auch manchmal nicht? Es sollten ja alles gelernte Altenpfleger sein. Aber wenn da welche kommen und die ganze Zeit kein Wort zum Patienten-. Ich meine, er kann auch nicht was sagen, aber wenn man ihn anspricht, die Augen, die gehen. Und normal lernen sie es ja auch, dass mit dem Patienten dann reden muss und, also das ist schon-. Und das gehört eigentlich zu einem guten Pfleger dazu.“ (K4-M/L_T2, Pos. 125)</p> <p>„Ja und vor allen Dingen, wenn dann immer wieder Fremde kommen, so wie diese Woche war auch jemand da, die praktisch noch nie da ist. Dann plötzlich stehen die vom Bett, er schläft noch. Bett wird weggezogen, es geht los. Das ist dann schon manchmal-. Also ich denke, manchmal möchte ich sagen, ob sie selbst auch so gepflegt werden wollen, nicht? Also das-, ich meine-.“ (K4-M/L_T2, Pos. 127)</p>
Veränderungen T1 und T2	Vergleich nicht möglich, da Pflegebedürftiger verstorben ist	Insgesamt weiterhin Überlastung der Angehörigen, gleichbleibende Leistungen, Mängel in der Qualität der Pflege konnten festgestellt werden; weiterhin Auswirkungen der Personalsituation auf Versorgung: Betreuungsleistungen finden nicht regelmäßig statt. Zusätzlich weiterhin häufige Personalwechsel und Personaleinsatz aus anderen Einrichtungen des Trägers

Städtischer Bereich, weiblich

Zwillingspaar Nr. 6 setzt sich zusammen aus den Personen B9-F/S und K15-F/S.

Pseudonym	B9-F/S	K15-F/S
Variablen-informationen	Person B9-F/S ist weiblich und 1937 geboren. Sie ist pflegebedürftig im Pflegegrad 2, es liegen keine Einschränkungen hinsichtlich der Alltagskompetenz vor. Eine Pflegebedürftigkeit besteht seit 2019. Person B9-F/S ist alleinlebend und nicht betreut.	Person K15-F/S ist weiblich und 1937 geboren. Sie hat den Pflegegrad 2 und keine Einschränkungen in der Alltagskompetenz. Eine Pflegebedürftigkeit liegt seit 2019 vor. Person K15-F/S ist alleinlebend und nicht betreut.
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B9-F/S und K15-F/S ist aufgrund der Ähnlichkeit der einzelnen Faktoren bei 0. Unterschiede bestehen lediglich bezogen auf die Heilmittelerbringung. Person K15-F/S erhält eine Anwendung durch einen Heilmittelerbringer, Person B9-F/S hingegen nicht.	
Wohn- und Lebenssituation	Lebt allein in einem betreuten Wohnkonzept, 2 Söhne	alleinlebend, 2 Kinder
Gründe für die Inanspruchnahme	Verordnung zum Anziehen der Kompressionsstrümpfe; bis zum Tod des Ehemannes hat dabei geholfen	Verordnung zum An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen je 1x täglich (nach LK) Beratungseinsätze nach §37 Abs. 3 halbjährlich (nach LK)	Kompressionsstrümpfe 2x tägl. an- und ausziehen (nach LK) 14-tägig 120 Minuten über Entlastungsleistungen
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	<ul style="list-style-type: none"> - Täglich Hilfe beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe morgens (6mal wöchentlich) - T2: Zusätzlich Hilfestellung beim Duschen 	<ul style="list-style-type: none"> - Täglich morgens und abends Hilfestellung beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe - 14-tägig Unterstützung bei der Hauswirtschaft - Einkäufe erfolgen selbstständig, BZ-Kontrolle und Insulingabe sowie Medikamentenstellen ebenfalls <p><i>T2: „Ja, zum Saubermachen kommen die. Wenn die mir die Strümpfe an- und ausziehen, und dann kommt die Reinigungskraft alle 14 Tage.“ (K15-F/S_T2, Pos. 36)</i></p>
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfestellung des Sohnes am Abend beim Ausziehen der Strümpfe und zusätzlich sonntags beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe - Enger Kontakt zu Söhnen - Nutzt Aktivitäten der Einrichtung 	<ul style="list-style-type: none"> - Tochter kümmert sich um bürokratische Angelegenheiten - Nachbarschaftshilfe: „der hier in der Nähe ist und auf der zweiten Etage-. Der hat dann auch einen Schlüssel. Und wir verstehen uns sehr gut. Und dann fahren wir auch schon mal zusammen, wenn ich viel brauche, dann fahren wir zusammen einkaufen.“ (K15-F/S, Pos. 48)

Pseudonym	B9-F/S	K15-F/S
Zufriedenheit	„Gut. Einfach nett. Aufgeschlossen. Hilfsbereit“ (B9-F/S_T2, Pos. 56) „Was mir jetzt gerade einfällt beim Lob. Die sind auch sehr gut, glaube ich, ausgebildet. Und zwar auch büromäßig.“ (B9-FS_T2, Pos. 174)	„Die sind-. Also ich bin gut zufrieden. Sind alle nett und freundlich.“ (K15-F/S, Pos. 126) „Die wechseln sich turnusmäßig ab, weil die haben ja ein Riesengebiet.“ (K15-F/S, Pos. 94)
Hilfsmittel	Rollator, E-Mobil	Rollator im Haus und Draußen, Wannenlift, Hausnotruf
Weiterer Bedarf?	Kein weiterer Bedarf	Kein weiterer Bedarf
Veränderungen T1 und T2	Neben bisheriger Unterstützung, nun auch Hilfestellung beim Duschen	Gleichbleibende Unterstützung, keine Änderung in Leistungen

Zwillingspaar Nr. 7 wurde gebildet aus den Personen B10-F/S und K14-F/S.

Pseudonym	B10-F/S	K14-F/S
Variableninformationen	Person B10-F/S ist weiblich und wurde 1939 geboren. Sie hat derzeit den Pflegegrad 2 und es liegen keine Einschränkungen in der Alltagskompetenz vor. Pflegebedürftigkeit besteht seit 2019. Sie ist alleinlebend und es besteht keine Betreuung.	Person K14-F/S ist weiblich, wurde 1938 geboren. Sie wurde in Pflegegrad 2 eingestuft. Einschränkungen in Alltagskompetenzen liegen nicht vor. Seit 2018 besteht eine Pflegebedürftigkeit. Person K14-F/S ist alleinlebend und nicht betreut.
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B10-F/S und K14-F/S beträgt 0,27. Merkmalsunterscheidungen bestehen unter anderem in der Wohnsituation: Person K14-F/S lebt in einer Mietwohnung, bei Person B10-F/S ist dieser Faktor unbekannt. Person B10-F/S hat Angaben hinsichtlich familiärer Verluste gemacht. Derartige Angaben gibt es zu Person K14-F/S nicht. Darüber hinaus ist über Person K14-F/S bekannt, dass sie katholischen Glaubens ist. Person K14-F/S erhält derzeit eine Anwendung durch einen Heilmittelerbringer, Person B10-F/S hingegen nicht.	
Wohn- und Lebenssituation	Wohnt im betreuten Wohnkonzept	Wohnt allein
Gründe für die Inanspruchnahme	Betreutes Wohnen aufgrund eines Schlaganfalls durch Tochter organisiert	Betreutes Wohnen, aufgrund einer Verschlechterung und Schmerzen in den Knien, organisiert durch Sohn „Zwölf habe ich mal angerufen, wie ich das zweite Knie bekam. Weil da kamen die Probleme mit der Treppe. Da war so eine gefährliche Treppe.“ (K14-F/S, Pos. 15)
Geplante pflegerische Leistung nach	Leistungen der Grundpflege 30 Minuten am Tag 2x wöchentlich (nach Zeit)	LK1 Ganzwaschung 1x wöchentlich; LK3 Ausscheidung 1x tägl. Kompressionsstrümpfe an + ausziehen (nach LK)

Pseudonym	B10-F/S	K14-F/S
Auskunft der Pflegedienste	Medikamente richten im Wochendispenser 1x wöchentlich (HKP) Keine weiteren Zahlungen notwendig	§45b SGB XI: 1xwöchentlich; LK33 1x wöchentlich Zunächst 800 € monatliche Zuzahlung, dann selber Kosten gesenkt, indem sie Leistungen selber gemacht hat (z.B. Abendbrot richten)
Durchgeführte Pflegeleistungen in den Haushalten	<ul style="list-style-type: none"> - 2x wöchentlich Unterstützung beim Duschen, anschließend eincremen - Tabletten werden gestellt - Medikamenteneinnahme selbstständig - T2: keine Änderungen <p>„Einmal duschen. Dienstags und freitags werde ich geduscht und das ist immer sehr gut. Und die Tabletten herstellen. Alle 14 Tage.“ (B10-F/S, Pos. 34)</p> <p>„Es ist schon gut, dass ich geduscht werde. Das ist sehr wichtig. Ich hoffe, das bleibt auch so. Denn dass, und die machen das gut. Die cremen mich dann anschließend ein. Also, es, mehr kann ich nicht verlangen.“ (B10-F/S, Pos. 74)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zweimal die Woche duschen, Pflegedienst kauft ein, ATS Strümpfe an - und ausziehen - Zusätzliche Leistungen durch PD ohne Vereinbarung z.B. Blumen gießen - BZ-Messung selbstständig nach Anleitung durch Pflegedienst - Einmal wöchentlich: Betreuungsleistung in Form von Einkäufen und Erledigungen - T2: keine Änderungen <p>„Schränkt schon ein, ja. Ja, das sind dann die Sachen, wissen Sie-? Auch so spontan meine Blumen gießen. Nein, das hat auch ganz zu Anfang ist da immer mein Sohn für gekommen. Und ich habe den Pflegedienst schon mal morgens gefragt: „Können Sie bitte mal nur ein bisschen?“ Muss ich sagen-. Wenn ich die hier was frage, (I: Machen die das dann.) da darf ich nicht sagen-. Da sagt keiner: „Da bin ich nicht für da. Oder das brauche ich nicht.“ Also das ist-. Also die sind da schon sehr gut geschult.“ (K14-F/S, Pos. 197)</p>
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Drei Kinder, übernehmen die Organisation und Bürokratie und gehen für PB einkaufen und begleiten zum Arzt - Integriert in die Aktivitäten der Einrichtung - T2: wöchentliche Unterstützung bei Hauswirtschaft durch Einrichtung organisiert 	<ul style="list-style-type: none"> - Zwei Söhne übernehmen Organisation und Bürokratie für PB, holen Verordnungen ab, sind für Finanzen zuständig - Gemeinsame Aktivitäten mit Nachbarn
Zufriedenheit	„Aber ich bin sehr gut mit zufrieden. Muss ich sagen. Sind ganz liebe Menschen.“ (B10-F/S, Pos. 18)	Zufrieden, fühlt sich gut aufgehoben
Hilfsmittel	Rollator, Hausnotruf, Inkontinenzmaterial	Rollator, fährt mit Taxi zum Arzt und in die Stadt, Hausnotruf aufgrund von Sturzereignis
Weiterer Bedarf?	Kein weiterer Bedarf	Würde sich weitere Leistungen in Form von Fahrdienst wünschen, aber keine weiteren finanziellen Mittel; sonst keine weiteren Wünsche

Pseudonym	B10-F/S	K14-F/S
Veränderungen T1 und T2	Keine Änderungen; erhält Unterstützung bei der Hauswirtschaft aber von Einrichtung organisiert	Keine Änderung bezüglich der in Anspruch genommenen Leistungen; möchte in Zukunft Geld der Verhinderungspflege für Betreuung nutzen, um Alltagsaktivitäten mit dieser Person zu unternehmen

Städtischer Bereich, männlich

Zwillingspaar Nr. 8 besteht aus den Personen B14-M/S und K13-M/S.

Pseudonym	B14-M/S	K13-M/S
Variablen-informationen	Person B14-M/S ist männlich und wurde 1933 geboren. Es besteht Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 1 und keine Einschränkung in den Alltagskompetenzen. Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Person lebt allein und ist nicht betreut.	Person K13-M/S ist männlich und wurde 1935 geboren. Es liegt ein Pflegegrad 1 vor. Die Person ist in ihrer Alltagskompetenz nicht eingeschränkt und ist alleinlebend. Pflegebedürftigkeit besteht seit 2019. Eine Betreuung liegt nicht vor.
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B14-M/S und K13-M/S beträgt 0,04. Eine Merkmalsunterscheidung besteht hinsichtlich des Bildungsabschlusses: Person B14-M/S hat als Bildungsabschluss Abitur, Person K13-M/S „Sonstiges“ angegeben. Person B14-M/S lebt von Sozialhilfe, bei Person K13-M/S ist die finanzielle Situation weitgehend unbekannt. Person B14-M/S lebt im Gegensatz zu Person K13-M/S, welche in einer Eigentumswohnung lebt, in einer Mietwohnung mit 8 Parteien. Über Person B14-M/S ist hinsichtlich seiner Biografie bekannt, dass sie verwitwet ist und als Migrant nach Deutschland kam. Während Person K13-M/S die deutsche Staatsbürgerschaft inne trägt, ist es bei Person B14-M/S die iranische eingetragen worden. Zur Religionsangehörigkeit kann gesagt werden, dass Person F4 katholisch ist, während diese Angabe zu Person B14-M/S offenbleibt. Zudem erhält Person K13-M/S derzeit eine Anwendung durch einen Heilmittelerbringer, Person B14-M/S hingegen nicht.	
Wohn- und Lebenssituation	Lebt allein	Lebt allein
Gründe für die Inanspruchnahme	Tod der Ehefrau, Verschlechterung des GH-Zustandes und Überlastung der Angehörigen	Notwendige Unterstützung beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	170 Minuten/Monat Anlegen d. Kompressionsstrümpfe, Begleitung zum Friedhof, eventuell Haushalt (nach Zeit)	Kompressionsstrümpfe an + ausziehen (nach LK)

Pseudonym	B14-M/S	K13-M/S
Durchgeführte Pflegeleistungen in den Haushalten	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe am Morgen - Unterstützung bei Bedarf (z.B. Begleitung zum Friedhof) <p><i>„Und aktuell ist es so, dass einmal am Tag Pflegedienst kommt und morgens und im Endeffekt nach unserem Bedarf. [...] ich in [Name des Wohnortes] wohne, auf einmal passiert irgendwas. Ich rufen meinen Vater an. [...]. Ich mache mir Sorgen. [...] Dann rufe ich da an und sie fahren hin. Sie haben noch einen Schlüssel. Oder mein Vater will das Grab von meiner Mutter besuchen, kann ja nicht alleine gehen, dann kann er auch anrufen. Das ist dann auch, sage ich, solche Sachen gemacht wird, weil im Endeffekt man kann nicht 24 Stunden da sein, aber [...], dass man Bedarf hat, also geht das dann auch aktuell.“ (B14-M/S, Pos. 13)</i></p> <p><i>„Also beim [Name des vorherigen Pflegedienstes], glaube ich, gäbe es so was gar nicht. Weil das war im Endeffekt so Pflege, sage ich, nach dem Buch, das, was weiß ich, einmal waschen, erst einmal das ist und duschen und fertig. Also es ist mehr so genau nach Bedürfnisse eigentlich, also was wir brauchen.“ (B14-M/S, Pos. 53)</i></p> <p><i>„das war zum Beispiel neulich mit der Impfung, dass er Fieber hatte und so weiter. Und dann haben wir dann halt mit Schwester [Name einer Pflegekraft] so ausgemacht, weil ich konnte dann auch nicht immer jede Minute hinfahren und so weiter. Und sie hat zum Beispiel zweimal irgendwie meinen Vater besucht, gucken, wie es geht und so weiter. Also solche Sachen, die man am Endeffekt, muss man nicht die ganze Zeit da bleiben, aber so eine Art Kontrolle.“ (B14-M/S, Pos. 51)“</i></p>	<p>Pflegedienst hilft morgens und abends beim An- bzw Ausziehen der Kompressionsstrümpfe</p> <p>T2: keine Änderung</p> <p><i>„Ja soll ich mich dann ins Bett legen? [...] Ich sage Leute, halb vier, vier, [...] ich kann keine Einladungen mehr annehmen für einen Kaffee nachmittags bei Kollegen oder so. Wir alten Leute sind doch froh, wenn wir mal eingeladen werden, oder wenn wir eine Bustour machen, oder sonst was. Ich sitze um vier Uhr am [Brunnen] und esse ein Eis, gucke um drei Uhr gucke auf die Uhr, oh ich muss ja nach Hause, die Strümpfe müssen ja jetzt ausgezogen werden. Und dann sitze ich ab halb vier ohne Strümpfe. Dann fängt für mich der Tag an. [...] Ich will frei sein, ich will so frei wie möglich sein. Ja, sagt er, das geht nicht. Wissen Sie, warum es nicht geht? Ja wir können ja nicht extra für Sie alleine kommen abends, dafür kommen wir schon um vier Uhr. Und die machen dann auch nur das, was sie machen sollen. Und schnell, schnell.“ (K13-M/S: 12 - 12)</i></p> <p><i>„Wenn ich aber um sieben Uhr aufstehe, weil ich ab sieben Uhr bereit sein muss, und die kommen um halb neun, wissen Sie wie dick dann schon meine Füße sind? Ich habe zwar einen Stuhl, wo das Unterteil hochgeht, so sage ich das denen, sitze ich da drin, mache das hoch, dann geht es einigermaßen. Dann klingelt es, dann lasse ich den Stuhl elektrisch runter, dann nehme ich den Stock und dann gehe ich bis zur Tür. Dann drücke ich auf, dann ist keiner da. Dann drücke ich wieder, dann humple ich hoch, dann läuft die irgendwo, ist alles schon passiert, hier die Straße rauf und runter. Ich sage warum laufen Sie weg? Ja Sie haben ja nicht aufgemacht, meinen Sie ich bleibe eine Stunde vor der Türe stehen? (K13-M/S, Pos. 10)</i></p>
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	Tochter organisiert, geht einkaufen Selbst organisierte Reinigungskraft	Sohn kauft mit ein Selbst organisierte Reinigungskraft
Zufriedenheit	Sehr zufrieden	Zufrieden bis auf die Versorgungszeiten und damit Einfluss auf Alltag

Pseudonym	B14-M/S	K13-M/S
Hilfsmittel	Hausnotruf über PD organisiert	Rollator, Sitzerhöhung WC, Badewannenlift, Pflegebett
Weiterer Bedarf?	keine	Anpassung der Versorgungszeiten, sonst keinen
Besonderheiten	Zuzahlung notwendig, Angehörige vermutet falschen PG, Angehörige wirkt sehr überlastet	„Also eins, zwei, drei, ja hier kommt zum Beispiel morgen Früh könnte einer kommen, ach sage ich dann, Sie haben aber lange, lange nicht mehr gesehen. Ja voriges Jahr haben wir uns das letzte Mal gesehen. So ungefähr. Die wechseln sehr häufig hier, wechseln sehr oft und sehr häufig.“ (K13-M/S, Pos. 30-31)
Veränderungen T1 und T2	Kein Vergleich möglich, da keine Teilnahme an zweiter Erhebung	Keine Veränderung hinsichtlich Leistungen. Weiterhin zufrieden mit Versorgungszeiten

Zwillingspaar Nr. 9 besteht aus den Personen B15-M/S und K11-M/S.

Pseudonym	B15-M/S	K11-M/S
Variablen-informationen	Person B15-M/S ist männlich und wurde 1936 geboren. Es besteht Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 5 und eine Einschränkung der Alltagskompetenz. Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Person B15-M/S ist nicht alleinlebend, eine Betreuung liegt nicht vor.	Person K11-M/S ist männlich und wurde 1928 geboren. Es liegt ein Pflegegrad 3 vor. Die Person ist in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt und nicht alleinlebend, eine Betreuung liegt nicht vor. Pflegebedürftigkeit besteht seit 2017.
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B15-M/S und K11-M/S beträgt 0,89. Eine Merkmalsunterscheidung ist hinsichtlich der Wohnsituation zu verzeichnen. Person B15-M/S lebt in einem eigenen Haus, Person K11-M/S wohnt in einer Eigentumswohnung. Die Wohnung der Person F5 ist zudem pflegegerecht ausgestattet.	
Wohn- und Lebenssituation	Lebt mit Ehefrau zusammen	Wohnt mit Angehörigen zusammen
Gründe für die Inanspruchnahme	Veränderung des Gesundheitszustandes, erhöhter Bedarf an Unterstützung durch Schlaganfall und Unzufriedenheit beim vorherigen Pflegedienst	Veränderung des Gesundheitszustandes, erhöhter Bedarf an Unterstützung durch Schlaganfall „Ja Schlaganfall, ich konnte das nicht alleine, er sowieso nicht. Und das hat die Situation gebracht.“ (K11-M/S, Pos. 45-46)
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	25 Minuten tgl./ freitags 85 Minuten 1x/Tag Hilfe beim Ankleiden, 2x/Tag Med-gabe und Augentropfen, 1x / Woche Duschen	LK 1 Ganzwaschung + 3 Ausscheidung 2x wöchtl.

Pseudonym	B15-M/S	K11-M/S
Durchgeführte Pflegeleistungen in den Haushalten	Morgens und abends Unterstützung bei Körperpflege und beim An- und Ausziehen sowie Medikamentengabe, einmal die Woche Hilfe beim Duschen „Dann wird er angezogen. Medikamentengabe.“ (B15-M/S und B16-F/S, Pos. 39)	„Zweimal in der Woche duschen, und ansonsten macht er waschen selber. Manchmal muss ich schon mal mit gucken. Rasieren je nachdem. Alles versucht er selber zu machen, wenn ich dann was entdecke mache ich das nach. Und ja soweit.“ (K11-M/S, Pos. 73)
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Tochter übernimmt Organisation - Tochter organisiert Hilfe aus der Nachbarschaft zur Betreuung (selber finanziert) - Tochter organisiert Tagespflege zur Entlastung der Ehefrau - Pflegebedürftiger geht zweimal die Woche zur Tagespflege und nimmt an Aktivitäten teil - Ehefrau unterstützt bei Toilettengängen - Tochter unterstützt beim nächtlichen Wechsel der Schutzhose, falls Bedarf besteht - Ehefrau wäscht Wäsche 	<ul style="list-style-type: none"> - Ehefrau übernimmt Medikamentengabe - Pflegebedürftiger nimmt an Aktivitäten der Tagespflege teil - Ehefrau liest ihm vor - Ehefrau geht einkaufen, kümmert sich um alles Organisatorische - Reinigungskraft selbst organisiert
Zufriedenheit	Sehr zufrieden	Aufgrund der Unzuverlässigkeit der morgendlichen Versorgung fährt Angehörige selbstständig zur Tagespflege Unstimmigkeiten bei langandauernden Abrechnungen
Hilfsmittel	Rollator, Hausnotruf	Rollator
Weiterer Bedarf?		Kein weiterer Bedarf
Besonderheiten	Tochter wirkt belastet, denkt über 24h-Kraft nach, will aber lieber keine fremden Menschen im Haus	Angehörige wirkt überlastet „Und dann denke ich immer musst du auf die Uhr gucken, der Pflegedienst. Anschließend geht es in die Tagespflege, dann fahre ich ihn selber. [...] Ja dann fahre ich jeden Tag 40 Kilometer, zehn hin, zehn zurück, ich bleibe ja nicht da, und wieder zehn hin und zehn zurück. Ja, das ist mir aber lieber bevor der Pflegedienst nicht pünktlich kommt, bevor die Abhol-Geschichte unten vor der Tür steht und er nicht fertig ist. Dann bin ich auch, dann fahre ich lieber selber.“ (K11-M/S, Pos. 16)
Veränderungen T1 und T2	Kein Vergleich möglich, da Pflegebedürftiger zum zweiten Zeitpunkt verstorben war	Kein Vergleich möglich, da keine weitere Teilnahme erwünscht

Zwillingspaar Nr. 10 besteht aus den Personen B21-M/S und K12-M/S.

Pseudonym	B21-M/S	K12-M/S
Variablen-informationen	Person B21-M/S ist männlich und wurde 1961 geboren. Es besteht eine Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 4 und keine Einschränkung der Alltagskompetenzen. Die Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Person B21-M/S ist nicht alleinlebend, eine Betreuung liegt nicht vor.	Person K12-M/S ist männlich und wurde 1972 geboren. Es liegt ein Pflegegrad 5 vor. Die Person ist in ihrer Alltagskompetenz nicht eingeschränkt und ist nicht alleinlebend. Die Pflegebedürftigkeit besteht seit 2018. Eine Betreuung ist nicht vorliegend.
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B21-M/S und K12-M/S beträgt 0,65. Zu weiteren Unterscheidungsmerkmalen liegen keine Informationen vor.	
Wohn- und Lebenssituation	Zwei Söhne, eine Tochter, lebt mit Ehefrau zusammen	Wohnt gemeinsam mit Pflegemutter, die ihn als Kind zur Pflege aufgenommen hat, in einem Haus
Gründe für die Inanspruchnahme	Pflegebedürftigkeit aufgrund akuten Schlaganfalls	Rückenmarkskarzinom führt zur Pflegebedürftigkeit
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	1x/Tag Leistungen der Grundpflege und beim Anziehen (Vergütung nach Zeit) 1x/ wöchentl. Leistungen der Grundpflege (Duschen) (Vergütung nach Zeit) 1x/Tag Anlegen d. Kompressionsstrümpfe	LK 1 Ganzwaschung 1x tägl., LK 3 Ausscheidung 1x tägl., LK 7 Lagern und Betten + LK 8 Mobilisation 1x tägl. Medikamentengabe 2x tägl.
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	<ul style="list-style-type: none"> - Tägliche Unterstützung bei Körperpflege - Hilfe beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe - Einmal wöchentlich Hilfe beim Duschen - Hilfe beim Transfer in Rollstuhl - Pflegedienst bietet kurzfristige Hilfe bei Veränderung des Gesundheitszustands der Ehefrau an <p>„Die sagen auch immer, wenn ich dann morgens sage, dass es mir nicht gut geht und so, dann wissen die Bescheid, dann kann ich da auch über Tag anrufen wenn ich es mal nicht hinbekomme die Hose zu wechseln, dass die dann jemanden schicken. Weil ich leide auch unter Migräne also ist nicht so“ (B21-M/S, Pos. 68)</p>	<p>Unterstützung bei Transfer in den Rollstuhl morgens und abends, zweimal am Tag Unterstützung durch Pflegedienst bei Körperpflege und bei Ausscheidung (Blasenkatheter und Schutzhose)</p> <p>T2: keine Änderungen</p> <p>„Ich setze mich dann selber, um also vom Bett in den Rollstuhl, ja, morgens erstmal und fahre dann in das Bad. Da kann ich, ja, dann wasche ich mich obenrum selber. Bis auf den Rücken mache ich sonst obenrum alles alleine, außer die Haare waschen, das, da hilft mir noch jemand.“(K12-M/S, Pos. 184)</p> <p>„Ich gehe also ich mache erst vorher selber ja den Rollstuhl die Beine ab und den Beutel und, ja, Zähneputzen, sowas. Und zieh mir obenrum schonmal ein Schlaf-T-Shirt an und sowas. Und ich gucke, die</p>

Pseudonym	B21-M/S	K12-M/S
		<i>brauchen mich eigentlich nur ins Bett zu bringen und den Katheter leer zu machen und die Füße einzucremen.“ (K12-M/S_T2, Pos. 27)</i>
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Ehefrau bereitet Essen vor; Essen und Trinken ist selbstständig möglich, Ehefrau stellt Tabletten - Ehefrau übernimmt Versorgung, wenn PD nicht da ist - Kinder übernehmen Einkäufe - Hausbesuche durch Hausarzt - Ergotherapeutin, Logopädin usw. integriert 	<p>Pflegebedürftiger ist fest in Arbeitsstelle und familiären Kontext integriert</p> <p>Angehörige helfen bei Bedarf</p>
Zufriedenheit	Sehr zufrieden	Insgesamt zufrieden, spürt die Abhängigkeit vom Pflegedienst bei Alltagaktivitäten mit Freunden
Hilfsmittel	Rollstuhlmobil, Pflegebett	Rollstuhlmobil
Weiterer Bedarf?	Kein weiterer Bedarf	Kein weiterer Bedarf
Besonderheiten	<p>Wohnsituation ungünstig: <i>„Und zweite Etage, das ist sehr schwierig runterzukommen, alleine für mal eine Runde spazieren zu gehen, ist schon fast unmöglich, oder man braucht mehrere, weil es ist echt schwer den Rollstuhl runterzutragen und nachher wieder hoch mit ihm drin.“ (B21-M/S, Pos. 88)</i></p> <p><i>„ich fand irgendwie auch sehr zuvorkommend, dass halt man sich auch nicht direkt festlegen muss, wie oft kommen die. Die haben halt gesagt, dass sie am Anfang auch uns vier [...] mal am Tag einplanen würden, auch wenn halt keine Hilfe benötigt würde, einfach halt dann vorbeikommen, fragen, ob wir Hilfe brauchen oder so.“ (B21-M/S, Pos. 42)</i> <i>„Aber das haben wir dann wirklich auch nur zwei Tage gemacht und dann über Tag, war dann nicht nötig, weil eigentlich brauchte man dann ja nur noch Hilfe beim Windeln wechseln ja und wie gesagt, wenn die jetzt kommen, fünf Minuten später kann die Windel voll sein, dass ist eh immer schwer abzapassen.“ (B21-M/S, Pos. 58)</i></p>	<p><i>„Und Problem war für mich, dass sie nur morgens und abends kamen und oft zwischendurch manchmal gar nicht erreichbar sind, wenn er zwischendurch Verdauung hatte oder wenn was wäre. Und da hieß es dann, ich müsste den [Name des Pflegedienstes] Notruf betätigen. Aber das hat wohl nie was gebracht.“ (K12-M/S, Pos. 129)</i></p> <p><i>„Nein. Da hieß es dann, wir haben jetzt niemanden. Versuchen Sie erst es bei den Nachbarn, Hilfe zu bekommen. Und wenn wir kommen, dauert es eh anderthalb Stunden. Ich sage, ich kann ihn doch nicht so lange auf dem Boden liegen lassen. Er ist mir aus dem Lifter rausgerutscht. Und da bin ich einfach auf die Straße gegangen.“ (K12-M/S, Pos. 131)</i></p>
Veränderungen T1 und T2	Kein Vergleich möglich, da keine weitere Teilnahme erwünscht	Keine Veränderung hinsichtlich der Leistungen

Städtischer Bereich, beider Geschlechter

Zwillingspaar Nr. 11 besteht aus den Personen B20-M/S und K9-F/S.

Pseudonym	B20-M/S	K9-F/S
Variablen-informationen	Person B20-M/S ist männlich und 1938 geboren. Person B20-M/S hat Pflegegrad 1 und Einschränkungen in den Alltagskompetenzen. Die Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Die Person B20-M/S ist nicht alleinlebend und derzeit nicht betreut.	Person K9-F/S ist weiblich und wurde 1932 Person geboren. K9-F/S hat den Pflegegrad 2 und ebenfalls Einschränkungen in den Alltagskompetenzen. Eine Pflegebedürftigkeit besteht seit 2019. Die Person K9-F/S ist nicht alleinlebend und nicht betreut.
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B20-M/S und K9-F/S liegt bei 0,35. Hinsichtlich der Wohnsituation lebt Person B20-M/S in einem eigenen Haus, Person K9-F/S hingegen in einer Eigentumswohnung. Person K9-F/S ist im Gegensatz zu Person B20-M/S verwitwet. Person B20-M/S hat angegeben, zwei Kinder und zwei Enkelkinder zu haben, bei Person K9-F/S liegt eine Angabe zu einer Ekeltochter vor. Die Staatsangehörigkeit bei Person K9-F/S ist unbekannt.	
Wohn- und Lebenssituation	lebt mit Ehefrau zusammen, hat zwei Töchter lebt zurückgezogen, hat wenig soziale Kontakte auch aufgrund eigener Depression und die seiner Ehefrau	wohnt neben ihrem Neffen
Gründe für die Inanspruchnahme	Verschlechterung des Allgemeinzustandes und Steigerung des Hilfebedarfs	Pflegebedürftige erlitt Schlaganfall, daher erhöhter Unterstützungsbedarf
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	60 Minuten tägl. Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen, Med.gabe 2x / Tag, Med.stellen 1x/Woche, Haushalt 2x/Woche, Duschen 2x/Woche	L16 Erstgespräch L01 Ganzwaschung Herrichten der Medikamentenbox
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	Unterstützung im Haushalt durch PD und beim Duschen (PB lehnt Maßnahmen zeitweise ab, PD ist im Kontakt mit Angehörigen) T2: Unterstützung erfolgt nun durch 24h-Kraft, keine Versorgung mehr durch Buurtzorg-Team	Einmal wöchentlich Unterstützung bei Körperpflege und Medikamentengabe Alle 2 Wochen Hauswirtschaftliche Versorgung Keine Zuzahlung notwendig T2: keine weiteren Leistungen
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Erhält Mittagessen durch externen Anbieter, durch Tochter organisiert - Tochter übernimmt Einkäufe und Wäsche 	Neffe übernimmt finanzielle Angelegenheiten und Einkäufe Zweimal pro Woche besucht Pflegebedürftige die Tagespflege und nimmt an Aktivitäten teil Neffe organisiert Fußpflege und Friseurtermine
Zufriedenheit	T1: „Also dann, wenn irgendein Problem ist oder wenn ich eine Frage habe-. Die haben sich immer Mühe gegeben. Ja, wenn Personalproblem ist, ist ein Personalproblem. Steckst du nicht drin.“	Sehr zufrieden

Pseudonym	B20-M/S	K9-F/S
	<i>Das ist dann einfach so. Aber ansonsten wird es ein-. Geht man auf meine Wünsche ein.“ (B19-F/S und B20-M/S, Pos. 39)</i>	
Hilfsmittel	Hausnotruf, Rollator	Rollator oder Gehstock
Weiterer Bedarf?	Kein weiterer Bedarf	Kein weiterer Bedarf
Besonderheiten	Insgesamt Überlastung der Angehörigen vorhanden, Überlegen Änderungen der Versorgungssituation	
Veränderungen T1 und T2	Steigerung des Hilfebedarfs aufgrund der Parkinson-Erkrankung Versorgung nun durch 24h-Kraft, keine Versorgung mehr durch Buurtzorg-Team, auch aufgrund der Schließung; zwischenzeitlich Unterstützung bei der Medikamentengabe durch einen anderen klassischen Dienst, allerdings aufgrund starker Unzufriedenheit wieder gekündigt wurde.	Keine Veränderung der Leistungen; Versorgung weiterhin wie bei T1

Zwillingspaar Nr. 12 wurde aus den Personen B16-F/S und K10-M/S zusammengesetzt.

Pseudonym	B16-F/S	K10-M/S
Variablen-informationen	Person B16-F/S ist weiblich und wurde 1939 geboren. Es besteht Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 3. Es liegen keine Einschränkungen in der Alltagskompetenz vor, seit 2020 besteht eine Pflegebedürftigkeit. Sie ist nicht alleinlebend und nicht betreut.	Person K10-M/S ist männlich, 1928 geboren und hat Pflegegrad 3. Einschränkungen in Alltagskompetenzen liegen aktuell nicht vor. Seit 2016 besteht eine Pflegebedürftigkeit. Person K10-M/S ist nicht alleinlebend und es liegt keine Betreuung vor.
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B16-F/S und K10-M/S beträgt 0,72. Eine Merkmalsunterscheidung findet sich im Bereich der pflegegerechten Ausstattung des Wohnumfeldes. Im Gegensatz zu Person B16-F/S ist bei K10-M/S die Wohnsituation pflegegerecht angepasst. Person B16-F/S lebt gemeinsam mit ihrem Partner. Die Angabe bei Person K10-M/S wurde hierzu mit Angehörigen allgemein gemacht. Person K10-M/S ist im Gegensatz zu Person B16-F/S vom Partner getrennt. Zudem erhält Person K10-M/S derzeit eine Anwendung durch einen Heilmittelerbringer, Person B16-F/S hingegen nicht.	
Wohn- und Lebenssituation	Lebt mit pflegebedürftigem Ehemann zusammen	alleinlebend
Gründe für die Inanspruchnahme	Veränderung des Gesundheitszustandes und Wechsel aufgrund von Unzufriedenheit bei dem vorherigen Pflegedienst; Suche des neuen Pflegedienstes durch Tochter über Internetplattform	Hinweis zum Anspruch auf Unterstützung durch Hausarzt; selber Kontakt zur Caritas aufgenommen durch Hinweis vom Hausarzt

Pseudonym	B16-F/S	K10-M/S
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	10 Minuten 2x tägl. Medigabe, 1x/Woche Med.stellen	L16 Erstgespräch LK19 Große Grundpflege 3x wtl., L28 kleine pflegerische Hilfeleistung (Anziehen) 4x wtl. Medikamentengabe täglich, Kompressionsstrümpfe anziehen täglich, Herrichten der Medikamentenbox 1x wtl., s.c. Injektion alle 5 Wochen Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	Zweimal tägliche Medikamentengabe und einmal wöchentlich Medikamente Richten Kocht für sich und ihren pflegebedürftigen Mann T2: keine weitere Erhebung	Unterstützung beim Einkaufen und spazieren gehen Hilfe beim Medikamentenmanagement / Besorgen von Rezepten Hilfe beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe Körperpflege selbstständig („Ja. Körperpflege mache ich ja meistens noch alleine.“ (K10-M/S, Pos. 13)) „Die machen auch nicht mehr oder nicht weniger und so weiter, nein.“ (K10-M/S, Pos. 19) „Es ist festgelegt beim Anziehen früh eine Anziehhilfe. Und dann vielleicht beim Einreiben, ja. Dass ich hier die Stellen, wo man tätig werden müsste“ (K10-M/S, Pos. 17)
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	Tochter übernimmt Organisation Tochter organisiert Hilfe aus der Nachbarschaft zur Betreuung (selber finanziert)	Sohn wohnt mit im Haus und kocht für ihn mit, Pflegebedürftiger lehnt Hilfe bei Körperpflege vom Sohn ab; Tochter übernimmt Bürokratisches
Zufriedenheit	Sehr zufrieden	„Ich bin im Prinzip rund um, mehr oder weniger, zufrieden.“ (K10-M/S, Pos. 21) „Ich bin ja, ich sage mal, alleinstehend. Und da kann ich ja-. Sagen wir guten Tag und auf Wiedersehen. Und die machen dann ihre Arbeit. Ja. Und da ist der Fall dann erledigt.“ (K10-M/S, Pos. 11)
Hilfsmittel	Rollator, Hausnotruf	Hausnotruf, Stürze in der Vergangenheit
Weiterer Bedarf?	Tochter wirkt belastet, denkt über 24h-Kraft nach, aber lieber keine fremden Menschen im Haus	Hätte Bedarf für weitere Begleitung bei Einkaufen und Ausziehen der Strümpfe am Abend „Nein. Abends kommen die nicht. Das mit dem Ausziehen ist etwas komplizierter. Weil die haben da auch Rechte. [...]. Oder zumindest geht auch viel Geld drauf, weil das Anfahren, das macht zu viel Arbeit für die. Die würde dann nichts mehr dran verdienen.“ (K10-M/S, Pos.

Pseudonym	B16-F/S	K10-M/S
		55) „Weil das Ausziehen würde schon die Geschichte bei mir erleichtern. Das ist klar.“ (K10-M/S, Pos. 59)
Besonderheiten	Tochter wirkt belastet, denkt über 24h-Kraft nach, möchte aber lieber keine fremden Menschen im Haus	
Veränderungen T1 und T2	Kein Vergleich möglich, da keine weitere Erhebung aufgrund von Trauerfall in der Familie	Keine weitere Erhebung, da Pflegebedürftiger verstorben ist

Städtischer und ländlicher Bereich gemeinsam

Zwillingspaar Nr. 13 setzt sich zusammen aus den Personen B13-F/S und K6-F/L.

Pseudonym	B13-F/S	K6-F/L
Variableninformationen	Person B13-F/S ist weiblich und 1941 geboren. Es besteht Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 1, es liegen keine Einschränkungen hinsichtlich der Alltagskompetenz vor. Eine Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Person B13-F/S ist alleinlebend und aktuell nicht betreut.	Person K6-F/L ist weiblich und wurde 1956 geboren. Person K6-F/L hat den Pflegegrad 2 und keine Einschränkungen in der Alltagskompetenz. Eine Pflegebedürftigkeit liegt seit 2017 vor. Person F1 ist alleinlebend und nicht betreut.
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B13-F/S und K6-F/L liegt bei 0,62. Informationen über weitere Unterscheidungsmerkmale sind nicht vorhanden.	
Wohn- und Lebenssituation	wohnt im Betreuten Wohnen	alleinlebend
Gründe für die Inanspruchnahme	Depression und Z.n. Alkoholabhängigkeit Antriebslosigkeit, <i>„Das war die Idee meiner Kinder. Die meinten, dass ich das alleine nicht so schaffe.“ (B13-F/S, Pos. 3)</i>	Nach Krankenhausaufenthalt Bedarf an SGB V-Leistungen (Wickeln der Beine)
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	1 x tägl. Medikamentengabe (nach LK) 1 x wöchentliche Medikamente richten (nach LK)	Kleine pflegerische Hilfestellung LK 28 Kompressionsstrümpfe anziehen, Kompressionsstrümpfe ausziehen nach LK

Pseudonym	B13-F/S	K6-F/L
Durchgeführte Pflegeleistungen in den Haushalten	Medikamentengabe morgens und Bereitstellung der Medikamente für abends T2: keine Veränderung Medikamentengabe morgens und Bereitstellung für abends („Der kommt so um acht. Und dann kriege ich die Tabletten“ (B13-F/S, Pos. 39)) „Selbständiges Duschen: Nein, das kann ich selbst. Ich habe da so einen Sitz in der Dusche und das mache ich.“ (B13-F/S, Pos. 59)	Unterstützung beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe und der Hose; abends Hilfe beim Ausziehen der Kompressionsstrümpfe Selbstständig bei Körperpflege T2: keine Änderungen „Für die Strümpfe, morgens und abends für die Strümpfe. Morgens für die Strümpfe anzuziehen.“ (K6-F/L, Pos. 33)
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	Sohn kommt dreimal die Woche zu Besuch Nutzt Mahlzeiten und Aktivitäten der Einrichtung	Pflegebedürftige geht Beschäftigungstherapie nach
Zufriedenheit	„Es kommt immer die gleiche Pflegekraft „Aber im Prinzip ist es C. Und mit der verstehe ich mich auch sehr gut. (B13-F/S, Pos. 49), Also erst mal bringt C. sehr viel Verständnis mit auf. Der würde ich alles Mögliche anvertrauen und wüsste, es ist bei ihr gut aufgehoben. Und sie ist immer besorgt. Also ganz lieb.“ (B13-F/S, Pos. 121)	„Aber ich bin eigentlich mit denen dann sehr gut zufrieden gewesen, mit allem drum und dran. Und werde die auch weiterhin immer benutzen müssen.“ (K6-F/L, Pos. 9) „Also mit allen zufrieden, die bis jetzt hier sind und auch waren“ (K6-F/L, Pos. 25)
Hilfsmittel	Rollator, organisiert durch Sohn	Rollator oder E-Fahrmobil
Weiterer Bedarf?	Sieht für sich keinen Bedarf	Pflegebedürftige wünscht weitere Betreuung für soziale Aktivitäten
Besonderheiten		
Veränderungen T1 und T2	Keine Veränderung in den Leistungen, weiterhin integriert in Einrichtung und gut zufrieden	Keine Veränderungen in der Versorgung; Pflegebedürftige weiterhin auf der Suche nach Betreutem Wohnen o.a.

Zwillingspaar Nr. 14 besteht aus den Personen B18-F/S und K7-F/L.

Pseudonym	B18-F/S	K7-F/L
Variableninformationen	Person B18-F/S ist weiblich und 1940 geboren. Es liegen eine Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 3 und keine Einschränkungen in den Alltagskompetenzen vor. Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Die Person ist weder alleinlebend noch betreut.	Person K7-F/L ist weiblich und 1932 geboren. Sie ist pflegebedürftig im Pflegegrad 2 und es bestehen keine aktuellen Einschränkungen in den Alltagskompetenzen. Die Pflegebedürftigkeit ist seit 2019 vorhanden. Person K7-F/L ist nicht alleinlebend und nicht betreut.

Pseudonym	B18-F/S	K7-F/L
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B18-F/S und K7-F/L beträgt 0,45. Informationen über weitere Unterscheidungsmerkmale sind nicht vorhanden.	
Wohn- und Lebenssituation	lebt mit Ehemann und Tochter zusammen	lebt in Wohngemeinschaft / Pflegeheim
Gründe für die Inanspruchnahme	Überlastung und Kuraufenthalt der Tochter	Umzug in Pflegeheim aufgrund von Einsamkeit und zunehmendem Bedarf an Unterstützung
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	20 Minuten 1xtägl. Med.gabe u. Augentropfen, Hilfe im Haushalt, Spülen, Einkaufen, anfallende Dinge T2: Unterstützung wird nicht mehr vom Buurtzorg-Team übernommen, Versorgung aktuell über einen anderen klassischen Dienst (Vergleich zwischen geplanten pflegerischen Leistungen und tatsächlich durchgeführten Maßnahmen somit nicht möglich)	2x wöchentliche Ganzwaschung (nach LK) Medikamente richten (nach LK)
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	Augentropfengabe, Medikamentenstellen Haushaltshilfe über Pflegedienst T2: Unterstützung wird nicht mehr vom Buurtzorg-Team übernommen, Versorgung aktuell über einen anderen klassischen Dienst; Während bei T1 durch den Buurtzorg-Dienst auch weitere anfallende Arbeit wie Spülen durchgeführt wurde, erfolgt Leistungserbringung nun nur noch ausschließlich nach Leistungskomplexen (Vergleich zwischen geplanten pflegerischen Leistungen und tatsächlich durchgeführten Maßnahmen somit nicht möglich)	„Ich werde montags und freitags geduscht.“ (K7-FL, Pos. 52), ansonsten selbstständig T2: keine Veränderungen Pflegebedürftige gibt an, für die Versorgung in der Wohngemeinschaft/Pflegeheim, eine Zuzahlung von 2500€ leisten zu müssen
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	Tochter kümmert sich um die Beantragung des Schwerbehindertenausweises und der Pflegegradbestimmung, Einkaufen, Hilfe beim Kochen, Wäsche waschen	Pflegebedürftige nutzt Aktivität der Einrichtung Neffen unterstützen und bieten soziale Kontakte
Zufriedenheit	<i>Aber ich muss sagen, man kann-. Also wir sind mit denen sehr zufrieden, Herzlich, lieb. Lieb sind die. (B17-M/S und B18-F/S, Pos. 227)</i>	Sehr zufrieden
Hilfsmittel	Hausnotruf, Gehstock	Rollatormobil
Weiterer Bedarf?	Aktuell kein weiterer Bedarf	Kein weiterer Bedarf

Pseudonym	B18-F/S	K7-F/L
Besonderheiten	Familiäres Verhältnis zu den Pflegekräften	
Veränderungen T1 und T2	T2: von Teamschließung betroffen, Weiterversorgung aktuell über einen anderen ortsansässigen klassischen Dienst, aber hohe Unzufriedenheit aufgrund größerer Anzahl an versorgten Pflegebedürftigen, Unzuverlässigkeit	Keine Veränderung hinsichtlich Unterstützungsmaßnahmen, fühlt sich weiterhin gut betreut

Zwillingspaar Nr. 15 besteht aus den Personen B17-M/S und K8-M/L.

Pseudonym	B17-M/S (Anmerkung: Bei dieser Person handelt es sich um den Ehemann der Pflegebedürftigen B18-F/S (siehe Zwillingspaar Nr. 14). Die Interviews wurden zeitgleich mit beiden Personen geführt, sodass sich Aspekte, die beide betreffen, wiederholen können)	K8-M/L
Variableninformationen	Person B17-M/S ist männlich und wurde 1933 geboren. Sie ist pflegebedürftig im Pflegegrad 3 und in den Alltagskompetenzen nicht eingeschränkt. Die Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Person B17-M/S ist nicht alleinlebend, eine Betreuung liegt nicht vor.	Person K8-M/L ist männlich und wurde 1942 geboren. Es liegt ein Pflegegrad 4 vor. Die Person ist in seiner Alltagskompetenz nicht eingeschränkt. Die Person K8-M/L ist seit 2019 pflegebedürftig. Person K8-M/L ist nicht alleinlebend und nicht betreut.
Ergebnis des Matching-Verfahrens	Das Distanzmaß der Personen B17-M/S und K8-M/L beträgt 0,46. Eine Merkmalsunterscheidung liegt hinsichtlich des Bildungsabschlusses vor: Person B17-M/S hat einen Volksschlussabschluss. Person K8-M/L sowohl einen Realschulabschluss wie auch die Hochschulreife. Person K8-M/L hat im Gegensatz zu Person B17-M/S Enkelkinder und auch Kontakt zu diesen. Während Person B17-M/S katholischen Glaubens ist, hat Person K8-M/L zu dieser Frage keine Angabe gemacht. Zudem erhält Person K8-M/L derzeit eine Anwendung durch einen Heilmittelerbringer, Person B17-M/S hingegen nicht.	
Wohn- und Lebenssituation	Lebt mit Ehefrau und Tochter zusammen	Lebt mit Ehefrau zusammen
Gründe für die Inanspruchnahme	Überlastung der Tochter und Kuraufenthalt der Tochter	Bedarf aufgrund von Verschlechterung des Gesundheitszustands
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	30 Minuten tägl. Kompressionsstrümpfe + Augentropfen, 1x/Woche Med.stellen, tägl. Unterstützung im Haushalt, Einkaufen, Spülen, anfallende Arbeiten	2x wöchentlich LK1 Ganzwaschung + LK3 Ausscheidung; 5x wöchentlich LK2 Teilwaschung + LK3 Ausscheidung

Pseudonym	B17-M/S (Anmerkung: Bei dieser Person handelt es sich um den Ehemann der Pflegebedürftigen B18-F/S (siehe Zwillingsspaar Nr. 14). Die Interviews wurden zeitgleich mit beiden Personen geführt, sodass sich Aspekte, die beide betreffen, wiederholen können)	K8-M/L
	Kompressionsstrümpfe, Med.stellen, RR-Kontrolle T2: Unterstützung wird nicht mehr vom Buurtzorg-Team übernommen, Versorgung aktuell über einen anderen klassischen Dienst (Vergleich zwischen geplanten pflegerischen Leistungen und tatsächlich durchgeführten Maßnahmen somit nicht möglich)	
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	Augentropfengabe An- und Ausziehen der Strümpfe Medikamente stellen <i>„Meistens so zwischen halb neun und neun ist dann-. Jetzt zurzeit ist das die Schwester J. Die kommt dann hier. Mein Vater bekommt dann die Oberschenkel ... (B3: Ich kriege nur die Kompressionsstrümpfe angezogen.) Und Oberschenkellang.“ (B17-M/S und B18-F/S, Pos. 37)</i> T2: Unterstützung wird nicht mehr vom Buurtzorg-Team übernommen, Versorgung aktuell über einen anderen klassischen Dienst; Während bei T1 durch den Buurtzorg-Dienst auch weitere anfallende Arbeit wie Spülen durchgeführt wurde, erfolgt Leistungserbringung nun nur noch ausschließlich nach Leistungskomplexen (Vergleich zwischen geplanten pflegerischen Leistungen und tatsächlich durchgeführten Maßnahmen somit nicht möglich)	<i>Ja, die waschen dann und zweimal in der Woche duschen, (K8-M/L, Pos. 105)</i> T2: keine Änderungen
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	Tochter kümmert sich um die Beantragung des Schwerbehindertenausweises und der Pflegegradbestimmung, Einkaufen, Hilfe beim Kochen, Wäsche waschen	Selbst organisierte Reinigungskraft Ehefrau kauft ein und bereitet Essen zu
Zufriedenheit	<i>„Aber ich muss sagen, man kann-. Also wir sind mit denen sehr zufrieden.“ (B17-M/S und B18-F/S, Pos. 200), „Herzlich, lieb. Lieb sind die.“ (B17-M/S und B18-F/S, Pos. 227)</i>	Keine Beanstandungen

Pseudonym	B17-M/S (Anmerkung: Bei dieser Person handelt es sich um den Ehemann der Pflegebedürftigen B18-F/S (siehe Zwillingspaar Nr. 14). Die Interviews wurden zeitgleich mit beiden Personen geführt, sodass sich Aspekte, die beide betreffen, wiederholen können)	K8-M/L
Hilfsmittel	Hausnotruf, Rollator	Rollator, Gehstock
Weiterer Bedarf?	Aktuell kein weiterer Hilfebedarf	Kein weiterer Bedarf
Besonderheiten	Sturzereignis in Vergangenheit	Zwei bis vier Pflegekräfte
Veränderungen T1 und T2	T2: von Teamschließung betroffen, Weiterversorgung aktuell über einen anderen ortsansässigen klassischen Dienst, aber hohe Unzufriedenheit aufgrund größerer Anzahl an versorgten Pflegebedürftigen, Unzuverlässigkeit	Keine Änderung in Unterstützungsleistung

Darstellung der Einzelpersonen

Einzelperson B11-F/S

Pseudonym	B11-F/S
Variablen-information	<p>Einzelperson B11-F/S ist weiblich und wurde 1938 geboren. Sie ist pflegebedürftig, hat Pflegegrad 2 und in ihren Alltagskompetenzen nicht eingeschränkt. Die Pflegebedürftigkeit liegt seit 2008 vor. Die Person ist alleinlebend und nicht betreut.</p> <p>Pflegeleistungen werden von der Pflegekasse übernommen. Die Person hat einen Lebenspartner und zwei Töchter, zu welchen sie Kontakt hält. Sie ist deutscher Staatsangehörigkeit und erhält sowohl Beratung als auch Anwendungen von Heilmittelerbringern.</p>
Wohn- und Lebenssituation	Lebt in einem betreuten Wohnkonzept
Gründe für die Inanspruchnahme	Verordnung zum An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe seit 10 Jahren mit zeitweise schwankendem Unterstützungsbedarf und Inanspruchnahme der Leistungen, Schmerzpatientin, Inkontinenz und liegendes Stoma
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	<p>An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen je 1x täglich (Vergütung nach HKP)</p> <p>Pflegerische Betreuung in Minuten nach Bedarf</p> <p>Leistungen der Hauswirtschaft in Minuten nach Bedarf</p>
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	<p>Unterstützung beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe</p> <p>Infusionsgabe nach eigenem Bedarf (i.d.R. alle zwei Tage abends) und Unterstützung bei Kontakt zur Krankenkasse bezüglich Kostenübernahme der Infusionsgabe (T2: Widerspruchsverfahren läuft)</p> <p>Betreuungsleistungen: Pflegebedürftige wird bei Bedarf zu Arztbesuchen begleitet, gemeinsames Frühstück („<i>Gegen sieben kommt der Pflegedienst schon. Dann frühstücken wir meist, die meisten Helferinnen frühstücken mit mir, wenn es nur Tässchen Kaffee ist.</i>“ (B11-F/S_T2, Pos. 61))</p> <p>„<i>Zurzeit bekomme ich auch etwas mehr. Ich bekomme-. Ich habe Flüssigkeitsmangel, bedingt durch Stoma. Und wenn ich das nicht gut im Griff habe, dann geht es mir ganz schlecht. Und da kriege ich jetzt zurzeit jeden zweiten Tag eine Infusion, 500 Milligramm. Und das machen immer die Buurtzorg-Pfleger, Pflegerinnen. Jeden Abend, also jeden zweiten Tag, legen die mir diese Verbindung. Und die haben ja auch-. Es ging mit der Krankenkasse ein bisschen-. Die Krankenkasse wollte es nicht bezahlen. Die wollen nur bezahlen, wenn ein Port gelegt wäre. Dann wäre es selbstverständlich. Aber dieses geht ja unter-, ins Fettgewebe, in die Bauchdecke. Und das will die Krankenkasse-. Wir haben es-. In Widerspruch sind wir gegangen und das läuft noch. Ich weiß nicht, was rauskommt. Jedenfalls, Firma Buurtzorg macht das wunderbar für mich. Ich weiß nicht, die haben da irgendeinen Pott. Woher es kommt, kann ich von mir nicht sagen, wo sie abrechnen.</i>“ (B11-F/S, Pos. 15-16)</p> <p>- Verhinderungspflege geleistet durch Bekannte mit Hilfe bei Medikamentengabe</p>

Pseudonym	B11-F/S
	<ul style="list-style-type: none"> - 125€ Entlastungsbetrag für Hilfe im Haushalt und Begleitung zum Friedhof („habe ich noch Guthaben?“ „Ja, Sie haben noch hundert.“ Das muss ich bis Juli verbraucht haben. Dann bin ich mit denen zum Friedhof gefahren. Wir sind zum Gärtner gefahren, Blumen geholt, nicht? (B11-F/S_T2, Pos. 86)) - Haushaltshilfe läuft nicht über Buurtzorg aufgrund mangelnder Kapazität; daher aktuell über einen anderen Anbieter
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Zwei Töchter, organisieren Arzttermine und kommen zu Besuch - Gutes Verhältnis / Zusammenarbeit zwischen PD und Angehörigen: „Oder wo ich schwer krank war. Da haben die gut miteinander verhandelt und was ist und so weiter. Ja, das ist gut, muss ich sagen, ja. Auch meine Tochter kommt, ja, mit dem Buurtzorg gut zurecht.“ (B11-F/S, Pos. 29)“ - Nutzt Aktivitäten des betreuten Wohnens - Friseur kommt zu Besuch in Einrichtung - Einkaufen selbstständig, alle 14 Tage Lieferdienst mit frischem Gemüse - Lieferservice der Apotheke
Zufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> - „und muss einfach sagen, ich bin auch sehr gut-. Komme sehr gut zurecht mit allem.“ (B11-F/S, Pos. 13) - „Die hören zu. Die schauen mich an, beim Fragen. Und geben auch Hilfe und Tipps. Also was nicht so larifari ist. Das geht einfach in der Pflege nicht.“ (B11-F/S_Teil2, Pos. 34) - Zeitweise lange Dauer der Abrechnung mit Warten auf Auszahlung des Pflegegelds bei Kombi-Leistungen - T2: „Hilfsbereit, kann es nicht anders sagen.“ (B11-F/S_T2, Pos. 10)
Hilfsmittel	Rollator, E-Mobil
Weiterer Bedarf pflegerischer Unterstützung	Bei weiterem Unterstützungsbedarf würde Pflegebedürftige zusätzliche Hilfe vom Pflegedienst in Anspruch nehmen
Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> - Vor 10 Jahren Beginn der Versorgung durch einen Pflegedienst mit schwankendem Unterstützungsbedarf - Wahl des Pflegedienstes aufgrund der bereits bestehenden Verknüpfung zwischen Einrichtung des betreuten Wohnens und dem Pflegedienst - Anschließend Wechsel von Sander zu Buurtzorg bei gleichbleibendem Personal: „Auch-, bei der Firma geblieben bin. Dann hat die Firma einfach gewechselt. Ich habe die mir nicht ausgesucht, sondern es wurde einfach-. Die Firma wurde dann Buurtzorg“ (B11-F/S, Pos. 13) - Anzahl PK: „Also ich glaube, ich kenne sie alle. Ja. Wie viele verschiedene sind es? Acht, neun, vielleicht. Ja. Aber mehr nicht.“ (B11-F/S, Pos. 39) - Zuzahlung für Inkontinenzmaterial notwendig, nicht ausreichend von Kostenträger: „Das ist ein Problem, kriege ich nicht genug von der Krankenkasse. Und muss immer zuzahlen, nicht? Ich muss immer zuzahlen.“ (B11-F/S_T2, Pos. 136)
Veränderungen T1 und T2	<ul style="list-style-type: none"> - Besserung der Schmerzen bei Spinalkanalstenose - T2: aktuell läuft neue Begutachtung der Pflegebedürftigkeit

Pseudonym	B11-F/S
	- Keine weiteren Leistungen

Einzelperson B12-F/S

Pseudonym	B12-F/S
Variablen-information	Einzelperson B12-F/S ist weiblich und wurde 1941 geboren. Sie ist pflegebedürftig im Pflegegrad 3 und es bestehen keine Einschränkungen in den Alltagskompetenzen. Die Pflegebedürftigkeit besteht seit 2015. Die Person ist alleinlebend, eine Betreuung liegt nicht vor. Pflegeleistungen werden von der Pflegekasse übernommen. Die Person hat einen Partner und einen Sohn. Sie ist deutscher Staatsangehörigkeit und gab an, katholisch zu sein.
Wohn- und Lebenssituation	Lebt allein
Gründe für die Inanspruchnahme	Steigender Unterstützungsbedarf, insbesondere beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen je 1x täglich (Vergütung nach HKP) Beratungseinsätze nach §37 Abs. 3 halbjährlich (Vergütung nach LK)
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe - <i>„Na die Kompressionsstrümpfe anziehen. Meine anderen Strümpfe. Jeden Morgen [...]“ (B12-F/S, Pos. 29)</i> - <i>„Und dann mache ich mir nachher mal einen Kaffee und die bringen mir auch die Zeitung mit hoch, die liegt unten.“ (B12-F/S, Pos. 59)</i> - <i>„das ist ja nur eine Kleinigkeit, aber das ist tageweise nur das-, die einzige Unterhaltung, die man hat.“ (B12-F/S_T2, Pos. 174-175)</i> - Unterstützung im Haushalt durch anderen klassischen Pflegedienst - Erledigt kleinere Einkäufe selbstständig, kocht selber und geht selbstständig zu Ärzt*innen
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung beim Duschen durch Sohn bzw. Freundin - <i>„Und duschen kann ich selbst. Ich habe aber so ein Klapp-Ding drin. Und dann ist entweder meine Freundin- Zweimal die Woche mache ich das, meine Freundin hier oder mein Sohn. Nur zu, dass jemand da ist und ich kann nicht mehr meine Zehe abtrocknen und hinten gucken geht auch nicht mehr, dass die das dann machen. Aber jetzt ist meine Freundin auch im Krankenhaus. Also so wird das immer ein bisschen weniger, dass ich dann auch nachher mehr in Anspruch nehmen muss. Nur wenn ich möchte, noch so selbstständig sein-.“ (B12-F/S, Pos. 17-18)</i> - Hilfestellung beim Öffnen der Schuhe durch Nachbarin - Sohn kümmert sich um Organisatorisches und erledigt größere Einkäufe
Zufriedenheit	- Insgesamt zufrieden mit der pflegerischen Handlung, aber Probleme bei Abrechnungen

Pseudonym	B12-F/S
	<ul style="list-style-type: none"> - „Klappt wunderbar und sollte- Weil später sein, dann rufen die auch an. Also Steffen sagte auch schon mal: "Ich bin da und da. Ich schaffe es nicht." Damit man auch Bescheid weiß.“ (B12-F/S, Pos. 61) - „Oder wenn ich dann mal so- Die bleiben auch stehen und hören sich das dann auch an. Ja, ich bin sehr zufrieden.“ (B12-F/S, Pos. 149) - Probleme bei der Abrechnung von Leistungen bei Nicht-Nutzung aufgrund einer Gesundheitsmaßnahme (u.a. Kur): <ul style="list-style-type: none"> - T1: „Was jetzt wohl war, das ist jetzt ab April, März und April. Wir hatten noch nie eine Rechnung und haben immer gesagt- Er sagte: "Ja, da ist ein Umschwung." Und so weiter. Jetzt habe ich auch jetzt die Rechnung gestern gekriegt, von Mai erst. Jetzt sage ich nichts mehr. Das läuft jetzt irgendwie ein bisschen anders. Ich habe nur gedacht: Nicht, dass sie nachher meinen, ich habe die Rechnung und ich bezahle nicht. Ich möchte keine Mahnung haben.“ (B12-F/S, Pos. 99) - T2: „Ich kann doch nicht alles doppelt bezahlen, hier das muss ich unterschreiben, das sind 17., wenn ich das jetzt einreiche ich muss das ja miteinreichen, ich kriege nur die 17 Tage von dem bezahlt. Ich habe doch eine Gesundheitsmaßnahme gemacht, ich bin doch nicht einfach nur, was weiß ich-.“ (B12-F/S_T2, Pos. 10) - Mangelnde Erreichbarkeit des Buurtzorg-Teams („Und dann habe ich so Pflaster gekriegt und die sollten dann drauf gemacht werden abends, damit ich die ganze Nacht Ruhe habe. Ich habe telefoniert und telefoniert, habe an dem Freitag keinen erreicht, sowas darf nicht sein, nein.“ (B12-F/S_T2, Pos. 24))
Hilfsmittel	Pflegebett, Rollator, Sitzerrhöhung Toilette, Duschhocker
Weiterer Bedarf pflegerischer Unterstützung	Kein weiterer Bedarf an Unterstützung
Besonderheiten	Probleme bei der Abrechnung und mangelnde Erreichbarkeit des Buurtzorg-Teams (siehe Zufriedenheit)
Veränderungen T1 und T2	Keine weiteren Leistungen werden in Anspruch genommen; Pflegebedürftige weiterhin fest in ihrem sozialen Umfeld integriert

Einzelperson B19-F/S

Pseudonym	B19-F/S
Variablen-information	<p>Einzelperson B19-F/S ist weiblich und wurde 1945 geboren. Sie ist pflegebedürftig im Pflegegrad 4 und in ihren Alltagskompetenzen eingeschränkt. Eine Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Person B19-F/S ist nicht alleinlebend und nicht betreut.</p> <p>Die Person hat einen Volks-/Hauptschulabschluss und war bis 2003 selbstständig tätig. Die Finanzierung der Pflege erfolgt über die Pflegekasse. Die Person lebt mit Lebenspartner in einem eigenen Haus. Das Paar ist verheiratet und hat zwei Töchter sowie Enkelkinder. Die Person ist deutscher Staatsangehörigkeit</p>

Pseudonym	B19-F/S
	und katholischer Konfession. Derzeit werden keine Beratungen oder Anwendungen von Heilmittelerbringern in Anspruch genommen.
Wohn- und Lebenssituation	lebt zurückgezogen, hat wenig soziale Kontakte auch aufgrund von Depression und Medikamentenabusus
Gründe für die Inanspruchnahme	Steigerung des Hilfebedarfs und Überlastung der Tochter bei Medikamentenabusus und Depression der Pflegebedürftigen <i>„Weil wir nicht mehr haben wollten, dass Medikamente im Haus lagen. Wir wollten also einen Pflegedienst haben, der die Medikamente bringt, die gebraucht werden.“ (B19-F/S und B20-M/S, Pos. 5)</i>
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	40–120 Minuten 2x tägl. Medikamentengabe, Kommunikation, 2x/Woche Duschen, 2x/Woche Haushalt (Vergütung nach Zeit)
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe und Medikamentengabe; zweimal wöchentlich Hilfestellung beim Duschen, wobei Pflegebedürftige diese Hilfe häufig ablehnt - <i>„Die Strümpfe sind jetzt dazu gekommen. Erst waren es wirklich nur die Medikamente. Ja. Dass wir auch gesagt haben-. Weil wir nicht wussten: Was macht meine Mutter? Wenn sie die Schlaftabletten ja nicht mehr hat. Und es liegen aber andere da. Schwenkt das dann um? Und dann haben wir gesagt: „Nein. Keine Medikamente mehr im Haus.“ Die müssen gebracht werden. Also sie bekommen jetzt dann heute Abend und bringen die für den abends.“ (B19-F/S und B20-M/S, Pos. 11)</i> - <i>„Also was dann passiert ist, dass morgens die Tabletten gebracht werden. Dann steht meine Mutter ja auch auf. Je nachdem wird einer von beiden geduscht. Wobei meine Mutter immer versucht zu schieben.“ (B19-F/S und B20-M/S, Pos. 41)</i> - T2: Unterstützung erfolgt nun durch 24h-Kraft, keine Versorgung mehr durch Buurtzorg-Team oder anderen Pflegedienst; Medikamentengabe jetzt wieder durch Tochter
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Tochter geht einkaufen und übernimmt Organisation - Tochter bringt zwischendurch gekochtes Essen vorbei, da Pflegebedürftige „Essen auf Rädern“ ablehnt - Lebt sehr zurückgezogen, hat wenig soziale Kontakte - T2: Tochter übernimmt wieder komplette Medikamentengabe
Zufriedenheit	<p>T1: <i>„Also dann, wenn irgendein Problem ist oder wenn ich eine Frage habe-. Die haben sich immer Mühe gegeben. Ja, wenn Personalproblem ist, ist ein Personalproblem. Steckst du nicht drin. Das ist dann einfach so. Aber ansonsten geht man auf meine Wünsche ein.“ (B19-F/S und B20-M/S, Pos. 39)</i></p> <p>T1: <i>„Also im Moment, glaube ich, nur zwei. Es waren ja mal drei und ein Mann, die dann im regelmäßigen Abstand kamen. Ja. Und das ist auch so ein Phänomen. Meine Mutter findet normalerweise jeden und alles doof. Kann sie nicht ausstehen. Das merkt man auch ganz deutlich an. Aber mit der Buurtzorg von</i></p>

Pseudonym	B19-F/S
	<p><i>Anfang an hat sie-. Es gab keinen, wo sie nicht mit zurechtkam. Das war auch ganz komisch.“ (B19-F/S und B20-M/S, Pos. 67-68)</i></p> <p>T2: deutliche Unzufriedenheit aufgrund der aktuellen Situation nach Schließung des Buurtzorg-Teams und zeitweise Unterstützung durch einen klassischen Pflegedienst</p>
Hilfsmittel	Hausnotruf
Weiterer Bedarf pflegerischer Unterstützung	Kein weiterer Bedarf
Besonderheiten	Insgesamt Überlastung der Angehörigen vorhanden; Überlegungen zur zukünftigen Weiterversorgung in Langzeitpflegeeinrichtung
Veränderungen T1 und T2	<p>Steigerung des Hilfebedarfs</p> <p>Versorgung nun durch 24h-Kraft, keine Versorgung mehr durch Buurtzorg-Team, auch aufgrund der Schließung; zwischenzeitlich Unterstützung bei der Medikamentengabe durch einen anderen klassischen Dienst, allerdings wieder gekündigt aufgrund starker Unzufriedenheit</p>

Einzelperson B1-F/L

Pseudonym	B1-F/L
Variablen-information	<p>Einzelperson B1-F/L ist weiblich und wurde 2005 geboren. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 5 vor, zudem bestehen Einschränkungen in den Alltagskompetenzen. Die Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Die Person ist nicht alleinlebend und betreut.</p> <p>Die Person geht derzeit noch zur Schule. Die Finanzierung der Pflege erfolgt über die Pflegekasse. Die Person lebt gemeinsam mit den Eltern in einem Haus und ist ledig. Sie ist deutscher Staatsangehörigkeit. Eine Religionszugehörigkeit wurde angegeben, jedoch keine der christlichen oder islamischen Religionen. Derzeit werden keine Beratungen oder Anwendungen von Heilmittelerbringern erbracht.</p>
Wohn- und Lebenssituation	Lebt bei den Eltern
Gründe für die Inanspruchnahme	<ul style="list-style-type: none"> - Überlastung der Mutter als pflegende Angehörige mit gleichzeitig weiteren Geschwisterkindern, daher Unterstützung am Morgen bei der Körperpflege notwendig - Keine leichte Entscheidung, da immer jemand Fremdes im Haus und das Gefühl, das eigene Kind nicht versorgen zu können - <i>„Das war so, weil für mich war ein bisschen zu viel, weil ich habe zwei kleine Kinder. Also insgesamt habe ich fünf Kinder. Ja gut, die Große ist jetzt ausgezogen, das ist jetzt außer Frage, aber jetzt zu Hause sind immer noch drei Kinder. [...] Ich hätte das zwar geschafft, das ist gar kein Problem, aber ich war mit meinen Kräften und Nerven irgendwann am Tagesende am Ende. So, es ist machbar, aber es ist natürlich sehr extrem belastbar. Und haben wir entschlossen, warum, weil morgens es ist immer, morgens ist bei uns immer am meisten für Turbulentes“ (B1-F/L, Pos. 3) (B1-F/L, Pos. 3)</i>

Pseudonym	B1-F/L
	<ul style="list-style-type: none"> - „Ja, komisches Gefühl und vor allem auch so vom Gefühl her denkst du, du gibst deine Verantwortung jemandem ab, und du bist nicht in der Lage, deine Tochter zu versorgen. Diese Gedanken spielen immer.“ (B1-F/L, Pos. 5) - Suche über Beratungsstelle, da Schwierigkeiten, einen Pflegedienst zu finden -> Erstgespräch mit Buurtzorg: „Und dann Vorstellungsgespräch sage ich mal so. Und dann haben wir paar Stunden so gemacht, und da waren wir eigentlich zufrieden. Und seitdem sind wir auch da geblieben.“ (B1-F/L, Pos. 5) - „Und also die haben nichts, was heißt, vorgeschlagen, die haben nur mich gefragt nach meinen Wünschen. Und dementsprechend haben die gesagt: „Okay, wir gucken, wie das bei uns mit dem Personal und so, ob das geht.“ Weil das die Zeit, ja, wenn man nicht zur Schule muss, kann man vielleicht variieren. Aber wenn die zur Schule muss, dann muss sie pünktlich fertig“ sein, (B1-F/L, Pos. 49)
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	<p>Mobilisation Bett, RS ca. 5 Minuten</p> <p>Komplette Übernahme GP, Essen anreichen ca. 45-60 Minuten</p> <p>Medikamentengabe ca. 3 Minuten (Vergütung nach HKP)</p>
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	<p>T1: „Die waschen sie, die ziehen sie an und geben Medikamente und Frühstück geben die. So das alles machen die.“ (B1-F/L, Pos. 33)</p> <p>T2: wieder vollständige Versorgung durch Angehörige aufgrund der Teamschließung und fehlender Kapazitäten anderer Dienste</p>
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Eltern und Großeltern übernehmen restliche Versorgung - Geht zur Förderschule und ist dort integriert, erhält dort Therapien - Inanspruchnahme zur Kurzzeitpflege über das Jahr verteilt - Unterstützung durch Eltern bei regelmäßigen Untersuchungen im Krankenhaus und Arztbesuche
Zufriedenheit	<p>T1: Sehr zufrieden, da große Entlastung</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Aber im Großen und Ganzen denke ich, nein, die nehmen sich Zeit. Weil, wie gesagt, bei S. beim Essen geht es nicht schnell. Also die muss-, manchmal braucht sie wirklich lang. Manchmal macht sie gerne Mund auf, manchmal nicht. Und da braucht man schon Geduld oder Zeit dafür. Und nein, also die haben alles gut gemacht, und die nehmen sich wirklich Zeit dafür, das muss ich sagen.“ (B1-F/L, Pos. 73) - „Also man muss sagen, da haben die sich wirklich Mühe gegeben. Ich habe mit denen sogar um 22 Uhr telefoniert. Das macht nicht jeder. (I: Ja, das stimmt, stimmt.) Doch, das war schon um 22 Uhr, und da haben wir da telefoniert. Und die haben nachgefragt, wie es S. geht, wie ist am besten zu machen und ob ich doch in der Zeit Hilfe brauche und sowas. Da haben wir in der Zeit auf Hilfe verzichtet, weil ich wollte nicht, dass-, klar, die machen auch Tests und so, Schutzkleidung, aber trotzdem.“ (B1-F/L, Pos. 75) - „Nein, aber, wie gesagt, wir sind im Moment zufrieden mit dem Pflegedienst. Mal gucken, vielleicht irgendwann machen wir ein bisschen mehr mit denen. Die sind alle freundlich und so, das ist schon was, ja.“ (B1-F/L, Pos. 83)

Pseudonym	B1-F/L
Hilfsmittel	Rollstuhl, Pflegebett usw.
Weiterer Bedarf pflegerischer Unterstützung	T1: denken über weitere Hilfestellung des PD nach, zum Beispiel auch Betreuungsleistung oder Unterstützung am Abend; auch abhängig vom Gesundheitszustand der Großeltern, zeitweise Gedanken zur dauerhaften Langzeitversorgung
Besonderheiten	– <i>„Ja, es ist schön, doch, das ist wirklich eine große Entlastung. Weil, wie gesagt, ich habe im Moment, also bei mir zu Hause habe ich trotzdem Stress mit zwei Kleinen.“ (B1-F/L, Pos. 115)</i>
Veränderungen T1 und T2	<ul style="list-style-type: none"> – Durch die Schließung des Buurtzorg-Teams wird die Pflege wieder komplett durch Angehörige übernommen – Finden keinen anderen Pflegedienst, der Versorgung übernimmt entweder aufgrund mangelnder Kapazität und fehlendem Angebot, ein Kind zu versorgen, oder aufgrund von zu langem Anfahrtsweg – Weiterhin Gedanken über Langzeitversorgung, aber schwierig, einen Platz für ein Kind zu bekommen – Verpflichtende Pflegeberatung läuft über ortsansässigen klassischen Dienst, der aber für weitere Versorgung keine Kapazität hat – <i>„Also, wir haben nur plötzlich irgendwann einen Anruf bekommen, dass die uns nicht mehr weiter betreuen können. Angeblich hat sich das irgendwie nicht rentiert oder-. Ich weiß es nicht. Auf jeden Fall, die Pfleger, die da waren, die waren selber überrascht, dass sie von heute auf morgen schliessen müssen. Und die sagte selber uns: „Wir waren selber vor die Tatsachen gestellt.“ (I: Mhm.) „Jetzt schliessen wir ab und sind wir zu und fertig.“ Und die haben natürlich versucht, uns bisschen weiterzuhelfen und uns weitere Möglichkeit zu geben.“ (B1-F/L_T2, Pos. 10)</i>

Pseudonym	B5-F/L
Variablen-information	<p>Einzelperson B5-F/L ist weiblich und wurde 1927 geboren. Sie ist pflegebedürftig im Pflegegrad 2. Einschränkungen in den Alltagskompetenzen liegen nicht vor. Die Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Die Person ist alleinlebend und nicht betreut.</p> <p>Die Person hat einen Volks- oder Hauptschulabschluss. Sie ist mit 55 Jahren in Rente gegangen. Die Finanzierung der Pflege erfolgt über die Pflegekasse. Sie lebt gemeinsam in einer WG mit 8 Personen. Sie ist getrennt von einem ehemaligen Lebenspartner. Die Person hat drei Töchter und fünf Enkelkinder. Sie ist deutscher Staatsangehörigkeit und katholisch. Derzeit werden keine Beratungen oder Anwendungen von Heilmittelerbringern erbracht.</p>
Wohn- und Lebenssituation	Lebt in einer Wohngemeinschaft
Gründe für die Inanspruchnahme	Erhöhter Unterstützungsbedarf nach Krankenhausaufenthalt mit direktem Umzug von der Reha in die Wohngemeinschaft und Inanspruchnahme durch den dort angeknüpften Pflegedienst, organisiert durch Angehörige.

Pseudonym	B5-F/L
	<i>„Aber ich werde ja immer älter und auch immer pflegebedürftiger, dass ich das nicht mehr alleine kann, sehe ich ja auch ein. Und zu Hause wäre ich ganz alleine. Hier habe ich wenigstens noch Menschen um mich rum.“ (B5-F/L, Pos. 31)</i>
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	30 Minuten tägl. Risikoeinschätzung zu Beginn oder während der Pflege (Vergütung nach Zeit) Beratungsgespräche durch PK oder externe Pflegeberaterin (Vergütung nach Zeit) tägl. morgens Hilfe bei der Körperpflege u. dem Ankleiden (Vergütung nach Zeit) Pat. lebt in einer WG für Senioren, dort ist morgens und abends eine Präsenzkraft
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	Hilfestellung bei der Körperpflege und beim Ankleiden am Morgen und beim Ausziehen am Abend; einmal wöchentlich Unterstützung beim Duschen – <i>„die kommen morgens zur Pflege, dass die mir helfen beim Anziehen. Dass jemand daneben steht. Ich mache vieles noch selbst. Aber, dass einer bei mir ist. Ja und das andere mache ich denn auch selbst. Auch abends ausziehen. Ja. Ich kriege das immer so schlecht über den Rücken, da ist hinten der Rücken. Da muss ich immer schon ein bisschen-. Dauert etwas. Aber man darf sich selbst auch nicht aufgeben. Man muss immer mitarbeiten, dass man noch ein bisschen selbstständig bleibt.“ (B5-F/L, Pos. 37-38)</i> – <i>„Nein, die machen das beide egal und freitags lasse ich mich duschen. Morgens ganz abwaschen. Ich wasche mich ganz ab und freitags werde ich geduscht, mit Haare waschen, alles und dann kommt meine Tochter und dreht mir die Haare auf.“ (B5-F/L, Pos. 169)</i> Selbstständige Gänge zur Apotheke
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	– Fest integriert in Aktivitäten der Senioren-WG – 3 Töchter kümmern sich, helfen bei der Haarpflege und planen Aktivitäten mit der Pflegebedürftigen – Hausbesuche durch Hausärztin
Zufriedenheit	<i>„Die sind sehr freundlich und auch hilfsbereit. Die machen alles das, was man möchte, wenn wir Wünsche haben. Das kann ich wohl sagen.“ (B5-F/L, Pos. 103)</i>
Hilfsmittel	Rollator
Weiterer Bedarf pflegerischer Unterstützung	Bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes ggf. Umzug in ein Pflegeheim
Besonderheiten	Wurde zuvor von einem Buurtzorg-Team versorgt, dann Wechsel zu einem klassischen Dienst; stellt keinen Unterschied zwischen klassischem Dienst und Buurtzorg-Team fest
Veränderungen T1 und T2	Kein Vergleich möglich, da Pflegebedürftige in die Langzeitversorgung eines Pflegeheims gewechselt ist aufgrund erhöhtem Unterstützungsbedarf

Einzelperson B6-M/L

Pseudonym	B6-M/L
Variablen-information	<p>Einzelperson B6-M/L ist männlich und wurde 1937 geboren. Die Person ist pflegebedürftig im Pflegegrad 3 und weist keine Einschränkungen in den Alltagskompetenzen auf. Die Pflegebedürftigkeit besteht seit 2020. Die Person ist alleinlebend und nicht betreut.</p> <p>Person B6-M/L hat einen Volks-/Hauptschulabschluss und ist seit 1991 in Rente. Die Finanzierung der Pflege erfolgt über die Pflegekasse. Die Person lebt in einer Senioren WG und ist verwitwet. Person B6-M/L hat drei Söhne, zu welchen aktuell noch Kontakt besteht und ein Enkelkind. Die Person ist deutscher Staatsangehörigkeit und katholisch. Derzeit werden weder Beratungen noch Anwendungen von Heilmittelerbringern in Anspruch genommen.</p>
Wohn- und Lebenssituation	Lebt in einer Wohngemeinschaft
Gründe für die Inanspruchnahme	Umzug in Wohngemeinschaft aufgrund zunehmendem Unterstützungsbedarf organisiert durch Kinder mit Inanspruchnahme des dort angeknüpften PD
Geplante pflegerische Leistung nach Auskunft der Pflegedienste	<p>170 Minuten pro Woche</p> <p>Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation: Bei Aufnahme und während der Versorgung</p> <p>Abwehr von gesundheitlichen Risiken: Beratung</p> <p>Unterstützung bezogen auf die Mobilität</p> <p>Hilfen hinsichtlich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten</p> <p>Person lebt in einer Senioren-WG, die ist tagsüber mit 1 Präsenzkraft besetzt, morgens Hilfe bei der Körperpflege durch PD (Vergütung nach Zeit und LK)</p> <p>2x tägl. ATS an- und ausziehen u- 2x tägl. Medigabe läuft über VO (Vergütung nach HKP)</p> <p>Reinigungskraft von der WG 3x wöchentlich vor Ort und Präsenzkraft unterstützen ihn (Vergütung nach LK)</p> <p>Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen: Im Zuge von Beratungsgesprächen durch eine Pflegeberatung</p>
Durchgeführte pflegerische Leistungen in den Haushalten	<p>Unterstützung bei der täglichen Körperpflege am Morgen und zweimal wöchentlich Hilfestellung beim Duschen; Unterstützung beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe sowie Übernahme eines Verbandswechsels bei chronischer Wunde; tägliche Unterstützung bei Prothesenpflege und Medikamentengabe</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Ja, und dann kommt, zehn nach sechs (Klopfgeräusch) kommt [Name einer Pflegenden] oder [Name einer Pflegenden] und helfen so ein bisschen, waschen und und und.“ (B6-M/L, Pos. 141) - „Aber Topleute, Topleute, wirklich wahr. Ja, und dann werde ich geholfen hier. Und dann werde ich ein bisschen um die Wunde rasiert. Das machen die alle wunderbar und auch eincremen so mit Rücken. Also die kennen sich da wirklich schon aus, wie der Ablauf ist morgens.“ (B6-M/L, Pos. 143)

Pseudonym	B6-M/L
	Beratung und Anleiten bei der Sturzprophylaxe: <i>„Ich hatte da einen Handstock da. Den habe ich aber jetzt an eine Ecke gestellt. Den brauche ich gar nicht mehr. Ich nehme immer den Rollator. Ist fest in der Hand, sage ich immer. Ja, das hat die [Name einer Pflegenden] gesagt: „Nimm den Rollator auch mit in das Bad.“ Ich sage: „Mache ich.“ Hat man sich dran gewöhnt, ja.“ (B6-M/L_T2, Pos. 154)</i>
Unterstützung durch das soziale Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Fest integriert in Einrichtung - Essen und Waschen der Wäsche über Einrichtung - Hausbesuch durch Hausarzt - Hilfe bei Arztbesuchen durch Schwiegertochter - Angehörige gehen nach Bedarf einkaufen
Zufriedenheit	<p>T1: <i>„Die sind sowas von wirklich top.“ (B6-M/L, Pos. 33); „Nein, die ist schon, die Versorgung geht top, wirklich wahr, essenmäßig und auch verbandsmäßig und überhaupt die Pflege, ja.“ (B6-M/L, Pos. 285)</i></p> <p>T2: <i>„Aber das ist, ich bin gut zufrieden hier, wunderbar.“ (B6-M/L_T2, Pos. 2-3)</i></p>
Hilfsmittel	Rollator
Weiterer Bedarf pflegerischer Unterstützung	Kein weiterer Bedarf
Besonderheiten	<p>Wurde zuvor von einem Buurtzorg-Team versorgt; dann Wechsel zu Sander-Pflege</p> <p><i>„Nein, war gut. Und wie das dann hieß, wir stellen das ein, also wir-, und dann das macht in Zukunft Sander. Ist ja bekannt, Sander Pflege. Ja, ich denke mal zu. Ich sage: „Macht mal.“ Weil man hat ja nicht viel zu sagen mehr.“ (B6-M/L, Pos. 279-280)</i></p>
Veränderungen T1 und T2	Keine Veränderung der in Anspruch genommenen Hilfestellungen

5.1.2 Erkenntnisse aus den Interviews mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen

Neben der Darstellung der einzelnen Zwillinge und der Einzelpersonen in tabellarischer Form werden nachfolgenden die Erkenntnisse der Interviews und Hausbesuche bei und mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen dargestellt. Hierbei werden einzelne Aspekte, die bei häuslicher Pflege von Bedeutung sind, im Hinblick auf Unterschiede zwischen Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegediensten betrachtet. Dazu gehören die Gründe für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes, die Wahl des Pflegedienstes, die Entscheidung über die in Anspruch genommene Unterstützung, der Aufbau eines Hilfenetzwerks, die Belastungen pflegender Angehöriger und die Auswirkungen der Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst. Darüber hinaus folgen Aspekte zu den in die Versorgung involvierten Pflegenden, den Kompetenzen Pflegender und zur Versorgungsqualität aus Sicht pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen. Abschließend werden die Auswirkungen der Schließung von Buurtzorg-Teams dargelegt.

Gründe für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes

Für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen führen unterschiedliche Gründe zur Inanspruchnahme von Hilfeleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst. Ein Großteil der pflegebedürftigen Menschen beschreibt, dass sie nicht mehr allein „zurechtgekommen sind“ bzw. sich der Unterstützungsbedarf verändert hat.

In Bezug auf die Gründe für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes konnten durch den Vergleich der Zwillinge keine Unterschiede hinsichtlich der Organisationsform identifiziert werden. Durch das Zwillingpaar Nr. 10 lässt sich diese Feststellung veranschaulichen. So beschreibt die Angehörige des durch den Buurtzorg-Dienst versorgten Pflegebedürftigen den plötzlich eintretenden Schlaganfall als Grund für den zunehmenden Hilfebedarf:

„Er konnte anfangs auch außer ja und nein gar nicht sprechen. Und ja, ohne Pflegedienst hätte ich das nicht geschafft, weil ich das auch erstmal lernen musste, wie wechselt man die Windel, wie kann ich ihm helfen aus dem Bett und in den Rollstuhl, so Sachen. Die haben mir echt viel geholfen, muss ich ehrlich sagen“ (B21-M/S, Pos. 3)

Für andere pflegebedürftige Menschen ergab sich die notwendige Unterstützung durch einen Pflegedienst aufgrund einer Verordnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege. So berichtet ein Pflegebedürftiger, dass er von seinem Hausarzt darauf aufmerksam gemacht wurde, dass er sich Hilfe beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe verschreiben lassen kann.

Andere pflegebedürftige Menschen haben ihren aktuell genutzten Pflegedienst gewählt, da sie mit dem bisherigen nicht zufrieden waren. Insbesondere zeitliche Unzuverlässigkeit oder die Versorgungszeiten, die nicht zum Alltag der Pflegebedürftigen passten, begünstigten den Wunsch eines Wechsels. In einem weiteren Fall eines pflegebedürftigen Ehepaares führten Pflegefehler zu einem Wechsel. Eine pflegende Angehörige beschrieb ihre Erfahrungen wie folgt:

„Es kann doch nicht sein. Die haben Tabletten fallen lassen. Da saß ich, habe das so ein bisschen beobachtet. Die hatten die noch nicht mal aufgehoben. Dann haben die nur drei Tabletten gegeben. [...] Und dann habe ich mich natürlich eingemischt. Dann habe ich das dann aufgehoben. „Was ist denn mit diesen zwei Tabletten?“ „Oh, das habe ich nicht mitbekommen.“ [...] Immer unpünktlich. Teilweise auch nicht gekommen. Ja, Morphinpflaster. „Ja, haben wir vergessen. Das können wir morgen kleben.“ Ich sage: „Das wird alle 72 Stunden gewechselt. Da kann man nicht morgen kleben.“ Sollte man nicht. „Ja, das ist nicht so schlimm.“ Ich sage jetzt: „Es ist wohl schlimm. Und jetzt fahre ich mit Ihnen oder Sie holen es mir oder ich gebe-, lasse die Medikamente jetzt wieder hier stehen.“ [...] Dann haben die sich immer wieder entschuldigt und dann gesagt: Personalmangel, wie es ja immer so ist. Dann muss man ja auch ein bisschen Verständnis haben. Aber dann kamen so grobe Fehler, so krasse Fehler, wo ich gesagt habe: „Das ist jetzt schon nicht mehr gut.“ Und jetzt habe ich gesagt: „Jetzt wechseln wir.“ (B15-M/S und B16-F/S, Pos. 7)

Aber auch steigende Kosten und daraus resultierende Zuzahlungen führen in einzelnen Fällen zum Wechsel des Dienstes. In einem anderen Beispiel beschrieb eine pflegende Angehörige, dass sie den Dienst wechselte, um weiterhin von der für sie bekannten Pflegekraft versorgt zu

werden, die zu dem Zeitpunkt ein Buurtzorg-Team gründen wollte. Eine pflegebedürftige Frau beschreibt, dass ihr Ziel bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen darin besteht, möglichst lange selbstständig zu Hause zu verbleiben und dabei nicht auf Angehörige angewiesen zu sein.

Im Rahmen der Datenerhebung wurden auch Pflegebedürftige eingeschlossen, die in einem betreuten Wohnkonzept leben und dort von einem Pflegedienst versorgt werden. Sie gaben an, dass sie zu Hause nicht mehr zurechtkamen, da die bisherige Wohnsituation ihren Einschränkungen nicht gerecht wurde oder sie nicht mehr allein sein wollten.

Hinsichtlich der Gründe zur Inanspruchnahme zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Pflegebedürftigen der Buurtzorg-Teams und denen der klassischen Teams. Auch regionale Unterschiede zwischen Stadt und Land konnten nicht ausgemacht werden.

Wahl des Pflegedienstes

Sobald die Entscheidung zur Inanspruchnahme von Unterstützung durch einen Pflegedienst oder zu einem Wechsel des Pflegedienstes gefallen ist, nutzen pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen unterschiedliche Wege, um einen Pflegedienst zu finden. So werden sie beispielsweise durch die Beschriftung der Dienstwagen von Pflegediensten in der Nachbarschaft aufmerksam. Eine pflegende Angehörige berichtet, dass sie durch einen Flyer auf das Buurtzorg-Team aufmerksam wurde. In anderen Fällen wurde im Internet nach einem Pflegedienst recherchiert. So beschreibt eine Angehörige: „Und dann habe ich wirklich im Internet eingegeben- Ich habe mich bei Pflege.de angemeldet. Ich habe einfach mal geguckt (...), welche Pflegedienste sich darauf melden. Und daraufhin hat sich dann auch Buurtzorg gemeldet.“ (B15-M/S und B16-F/S, Pos. 7). Einige pflegebedürftige Menschen berichten, dass sich ihre Angehörigen um die Wahl des Pflegedienstes gekümmert und die Inanspruchnahme organisierten haben. Andere nutzen Kontakte zu Bekannten, die bereits von einem Pflegedienst versorgt werden, um eine Empfehlung zu erhalten. Darüber hinaus erhalten pflegebedürftige Menschen Informationen bezüglich bestehender Dienste durch den Sozialdienst der Krankenhäuser oder durch Haus- und Fachärzt*innen. Oftmals werden unterschiedliche Wege zur Suche eines geeigneten Dienstes auch parallel beschritten und unterschiedliche Strategien genutzt. Im Rahmen der Suche berichten einige Pflegebedürftige, dass sie Schwierigkeiten hatten, überhaupt einen Pflegedienst zu finden. Eine Angehörige fasst die Suche wie folgt zusammen:

Und ich hier alle Pflegedienste sozusagen habe ich mir vier, fünf rausgesucht. Und jeder hatte eine Ausrede. „Nein, das passt nicht. Das ist nicht unser Gebiet. Das passt zeitlich nicht. Das kriegen wir nicht untergebracht.“ und so weiter. Als wenn sie überall so voll gewesen wären und, und. Ja. [...] Gott sei Dank hatte ich dann so Mitte, Ende Juni den Pflegedienst Buurtzorg vom Hausarzt von meinen Eltern. Die sagten: „Haben Sie einen Pflegedienst?“ Habe ich gesagt: „Nein. Das ist im Moment eine Katastrophe. Keiner will. Keiner hat Zeit. Allen ist es zu viel.“ Obwohl es auch bei ihm ja noch nicht so extrem ist. Nicht viel Aufwand. Aber trotzdem, keiner will, keiner wollte. Und da war ich dann Gott sei Dank heilfroh, wie Buurtzorg sagte: „Ja, das geht.“ (B17-M/S und B18-F/S, Pos. 4)

Einige Pflegebedürftige hatten für die Suche alle Pflegedienste im Ort telefonisch kontaktiert und waren aufgrund der hohen Auslastung froh, überhaupt einen Dienst zu finden, der noch

freie Kapazitäten hatte. Einen Unterschied zwischen dem ländlichen und dem städtischen Bereich ließ sich in diesem Zusammenhang nicht feststellen. In anderen Fällen gab es im Vorfeld eine Verständigung mit Angehörigen hinsichtlich der Erwartungen an einen Pflegedienst und welche Aspekte von Bedeutung sind. Bei der Entscheidung ist ein wichtiger Aspekt, dass die Versorgungszeiten in den Alltag des Pflegehaushalts passen. Ein weiterer Aspekt ist das Erstgespräch und der damit verbundene Eindruck. Eine Angehörige fasst die Entscheidung für den Pflegedienst wie folgt zusammen:

„Dass man menschlich irgendwie sich gut versteht, sozusagen. Das heißt, die Person, die gekommen ist, das war im Endeffekt wichtig. Sie waren meistens natürlich auch nicht die Schwester, aber trotzdem. Also das war ein gutes Gefühl, [...] die Uhrzeiten passten und haben wir, sage ich, im Endeffekt direkt losgelegt, weil wir haben keine andere Wahl gehabt. Also es war auch nicht so viel Zeit irgendwie so zur Auswahl oder so [...] also ich würde sagen, nur so, Hauptsache war, dass sie zu den Uhrzeiten kommen und diese fünf, vier Mal, dass wir wollten, dass sie auch kommen.“ (B14-M/S, Pos. 29)

Erfolgt die Suche nach einem Pflegedienst über das Internet, werden auch Rezensionen oder Bewertungen gelesen, um sich einen Eindruck über den Dienst zu machen. Bei denjenigen, die sich für ein Buurtzorg-Team entschieden haben, gab es nur wenige, die den Dienst aufgrund des Konzeptes wählten. Eine Angehörige schildert, dass sie zuvor einen Bericht über die Pflege in den Niederlanden gesehen habe, der sie begeisterte und sie sich daher für den Buurtzorg Pflegedienst entschieden hat. Eine andere Angehörige beschreibt, dass sie das kleine Team überzeugte, sodass nicht zu viele verschiedene Pflegenden in der Versorgung integriert sind. Hiervon erhoffte sie sich eine größere Kontinuität als in dem vorherigen Dienst. Eine Pflegebedürftige, die in einem betreuten Wohnkonzept lebt, dessen Versorgung sich durch den Wechsel von einem klassischen Dienst zu einem Buurtzorg-Team änderte, gibt an, dass die Pflege durch ein Buurtzorg-Team nicht das Ergebnis einer eigenen Suche war: „Da wir sind da nicht nachgefragt worden, ob wir damit einverstanden waren, das ist ja mehr oder weniger von dem Päch-, also dass er das mehr oder weniger verpachtet dann.“ (B3-F/L, Pos. 196). Insgesamt zeigt sich, dass die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen unterschiedliche Strategien zur Suche des Pflegedienstes nutzen. Die später gewählte Organisationsform hat keinen Einfluss auf diese gewählten Strategien.

Entscheidung über die in Anspruch genommene Unterstützung

Nachdem sich die Pflegebedürftigen für einen Pflegedienst entschieden haben, erfolgt eine Verständigung über die Aufgaben und den Umfang der Besuche des Pflegedienstes. Hierbei besteht bei einigen Pflegebedürftigen das Ziel darin, möglichst selbstständig zu bleiben: „Ich will auch versuchen, soviel wie eben möglich selber machen zu können.“ (B10-F/S, Pos. 62). Im Rahmen eines Aufnahmegesprächs wird festgelegt, inwieweit der Pflegedienst die Versorgung unterstützen wird. In der folgenden Aussage einer Angehörigen wird das Gespräch mit einer Pflegenden des Buurtzorg-Teams aus ihrer Sicht beschrieben: „Die ist da vorbeigekommen. [...] Dann haben wir auch so alles besprochen, was gemacht werden muss. Und wie es ist und was wir vielleicht noch brauchen oder so. Da ist dann so alles gemacht worden, Verträge untereinander und so weiter halt.“ (B17-M/S und B18-F/S, Pos. 23–25). Im Gegensatz dazu beschreibt eine Angehörige eines klassischen Dienstes, dass die Entscheidung über die in

Anspruch genommenen Leistungen nicht mit den Pflegenden, sondern mit der Pflegedienstleitung durchgeführt wurde.

Die befragten pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen beschreiben, dass sie sich unabhängig der Organisationsstruktur mit einer konkreten Vorstellung über die Art der Unterstützung für einen Pflegedienst entschieden haben. So berichtet eine Angehörige eines Buurtzorg-Dienstes, dass sie konkret nach einer Entlastung in der Medikamentengabe bei ihren Eltern gesucht hat.

„Wenn ich das nicht immer kontrolliert hätte-. Und da habe ich nur gesagt-. Aber das wurde für mich dann auch immer mehr. Ich bin selber erkrankt. Da habe ich gesagt: „Ich hätte gern, dass die Tabletten abgegeben werden, damit ich da nicht auch noch ständig Rezepte holen muss.“, und, und, und. Und das Stellen. Dass ich weiß, wenn morgens und abends guckt einer danach. Und gleichzeitig werden die medikamentös gut versorgt. Das war dann so-. So fing es dann an.“ (B15-M/S und B16-F/S, Pos. 21)

Die Angehörige des durch das Matching-Verfahren identifizierten Zwillings beschreibt ebenfalls konkrete Vorstellungen über den Bedarf an Unterstützung durch einen Pflegedienst bei der Versorgung ihres Ehemannes, der einen akuten Schlaganfall erlitt.

Auch wenn ein Großteil der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen eine Vorstellung darüber haben, in welchen Bereichen sie Hilfe benötigen, berichten einige, dass sie durch das Aufnahmegespräch über das Leistungsangebot der Dienste informiert wurden. So beschreibt eine Pflegebedürftige, dass sie zwar vorher den Bedarf für sich gesehen hat, Hilfe beim Duschen zu erhalten, in dem Gespräch aber auch darauf hingewiesen wurde, auf welche Leistungen sie darüber hinaus Anspruch hätte. Der Kontakt zum Pflegedienst in Form des Aufklärungsgesprächs bietet entsprechend weitergehende Perspektiven. In einem Fall wurde eine Interviewpartnerin erst über den Pflegedienst auf die Möglichkeiten zur Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung aufmerksam gemacht.

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen tauschen sich mit dem Pflegedienst über ihren Bedarf an Unterstützung aus. Die Pflegedienste beantworten diesen Bedarf mit unterschiedlichen Möglichkeiten an Unterstützung. So bieten die klassischen Pflegedienste Leistungen entsprechend des vorgesehenen Leistungsspektrums an. Demgegenüber erfolgt die Unterstützung bei den Buurtzorg-Teams durch eine Vergütung nach Zeit. Somit wird hier eine zeitliche Dauer der Unterstützung vereinbart und grob geplant, welche Maßnahmen notwendig sind. Eine pflegende Angehörige beschreibt die Vereinbarung über die Dauer wie folgt:

„ich fand irgendwie auch sehr zuvorkommend, dass halt man sich auch nicht direkt festlegen muss, wie oft kommen die. Die haben halt gesagt, dass sie am Anfang auch uns vier [...] mal am Tag einplanen würden, auch wenn halt keine Hilfe benötigt würde, einfach halt dann vorbeikommen, fragen, ob wir Hilfe brauchen oder so.“ (B21-M/S, Pos. 42) „Aber das haben wir dann wirklich auch nur zwei Tage gemacht und dann über Tag, war dann nicht nötig, weil eigentlich brauchte man dann ja nur noch Hilfe beim Windeln wechseln, ja, und wie gesagt, wenn die jetzt kommen, fünf Minuten später kann die Windel voll sein, dass ist eh immer schwer abzapfen.“ (B21-M/S, Pos. 58)

Andere Pflegebedürftige der Buurtzorg-Teams gaben an, dass in Bezug auf die Dauer der Versorgung zunächst ein Kostenvoranschlag angefertigt, das Zeitkontingent dann aber angepasst wurde. Gleichzeitig führen im Verlauf der Versorgung Änderungen des Gesundheitszustandes oder ein erhöhter Pflegebedarf dazu, dass weitere Hilfe von dem bereits integrierten Dienst in Anspruch genommen wird. So erhielt ein pflegebedürftiger Mensch zunächst Hilfe bei der Medikamenteneinnahme, erlitt einen Schlaganfall und nahm dann Unterstützung bei der Körperpflege in Anspruch, da er diese nicht mehr ohne Hilfe durchführen konnte. In einem anderen Fall unterstützte der Pflegedienst zeitweise und anders als sonst beim Ausziehen der Kompressionsstrümpfe, da die Angehörige unter einem Rheuma-Schub litt und somit die Hilfe nicht übernehmen konnte. Dementsprechend ist der Umfang der Hilfestellung auch abhängig von der Situation der pflegenden Angehörigen. Bei Betrachtung der Zwillinge zeigen sich diesbezüglich keine Unterschiede im Vergleich.

Die Entscheidung über die Unterstützung durch den Pflegedienst hängt auch von dessen Angebot und aktueller Personalsituation ab. So beschreibt eine pflegende Angehörige, dass sie neben der bisherigen Hilfestellung Unterstützung im Haushalt bei dem Buurtzorg-Team angefragt hat. Da zu dem Zeitpunkt noch keine Betreuungskraft zu dem Team gehörte, die Einstellung einer neuen Mitarbeiterin aufgrund fehlender Genehmigung durch die Geschäftsführung andauerte, konnte diese Hilfestellung nicht im angefragten Umfang angeboten werden. Bis zur Einstellung der Betreuungskraft übernahmen die Pflegenden jedoch kleinere Aufgaben im Haushalt. Ein anderer Pflegebedürftiger eines klassischen Dienstes bat um zusätzlich Unterstützung beim Ausziehen seiner Kompressionsstrümpfe am Abend. Die Begründung zur Ablehnung dieser Maßnahme durch den Pflegedienst schildert er wie folgt:

„Nein. Abends kommen die nicht. Das mit dem Ausziehen ist etwas komplizierter. Weil die haben da auch Rechte. [...] zumindest geht auch viel Geld drauf, weil das Anfahren, das macht zu viel Arbeit für die. Die würde dann nichts mehr dran verdienen. [...] Es muss dann auch über die Kosten gesprochen-. Wie viel in Minutenaufgabe sie dann fertig sein sollen. Also das macht er nicht so gerne, weil das zu viel Arbeit macht.“
(K10-M/S, Pos. 55-61)

Bei der durch das Matching-Verfahren als Zwilling identifizierten pflegebedürftigen Frau bestand kein weiterer Bedarf an Unterstützungsleistungen, der durch das Team hätte gedeckt werden müssen. In einem anderen Fall bat eine Angehörige das Buurtzorg-Team um zusätzliche Hilfe am Morgen beim Transfer ihres pflegebedürftigen Ehemannes in den Rollstuhl, so dass er für die Tagespflege abgeholt werden konnte. Aufgrund von fehlender Kapazität erhielt die Angehörige keine Hilfe und musste die Tagespflege für ihren Ehemann beenden. So wurde auch in einem anderen Fall die Versorgung auf wochentags reduziert aufgrund von Personalmangel, sodass nun die Angehörige die Pflegebedürftige unterstützt. Hinsichtlich des Einflusses des Personalmangels auf die Entscheidung über die in Anspruch genommenen Leistungen lässt sich kein direkter Unterschied zwischen den Organisationsformen feststellen. Wie beschrieben berichten sowohl Pflegebedürftige der Buurtzorg-Teams als auch die der klassischen Dienste in Einzelfällen über fehlende Kapazitäten der Pflegedienste.

Die Wahl über die in Anspruch genommenen Leistungen ist auch von dem finanziellen Budget pflegebedürftiger Menschen abhängig. Abseits der Organisationsstruktur des Pflegedienstes gaben einige an, dass das Budget über das Zeitkontingent bzw. die Auswahl der Leistungen entscheidet. So beschreibt eine pflegende Angehörige, dass sie die Rasur ihres Mannes und

auch das Kämmen der Haare übernimmt, da das Budget nicht ausreicht, damit diese Hilfestellung vom Pflegedienst übernommen wird. Allerdings beschreiben nur wenige, dass sie eine Zuzahlung leisten müssen. Die Pflegedienste sind bemüht, dass das Pflegegeld ausgeschöpft wird, aber der Rahmen nicht überschritten wird. Andere Pflegebedürftige reduzieren im Laufe der Versorgung auch die Unterstützung durch den Pflegedienst, versuchen den Hilfebedarf beispielsweise durch Angehörige zu decken, um das Pflegegeld wiederum für privat organisierte Hilfen wie eine Reinigungskraft zu nutzen. Eine Angehörige beschreibt, wie sie versucht hat, die Zuzahlung zu reduzieren:

„Also wirklich. Ich habe drei Monate lang an die 800 Euro selber gezahlt. [...] Da habe ich gedacht: [eigener Name], das ist aber kein Dauerzustand. [...] Wissen Sie, um die Kosten zu senken, versuche das doch mal selber [mit Abendbrot]. [...] [Hat geklappt.] Dann habe ich dann gesagt: „Wir können das Abendbrot streichen. Das mache ich selber.“ Weil, das waren dann auch wieder 200 oder 300 Euro im Monat. Dann habe ich gedacht: Och, dann könntest du ja das Frühstück machen. [...] So habe ich das abgebaut.“ (K14-F/S, Pos. 27–29)

Neben der benannten Einschränkung durch die Kapazität der Pflegedienste beschreiben die Pflegebedürftigen, unabhängig der Organisationsstruktur, dass sie aktuell keine weitere Unterstützung von den Diensten in Anspruch nehmen möchten. Gleichzeitig bestätigen sie, dass sie sich bei einer Verschlechterung des Zustands eine Ausweitung vorstellen können und hoffen, dass die Kapazitäten der Dienste dies ermöglichen.

Aufbau eines Hilfenetzwerks

Neben den Leistungen durch die Pflegedienste nutzen pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen bereits vor und während der Hinzuziehung eines Dienstes unterschiedliche private Versorgungsstrukturen und bauen sich ein Netzwerk auf. Einige beschreiben, wie sie ihr soziales Umfeld in die Versorgung integriert haben. So erledigen Angehörige Einkäufe oder übernehmen Fahrdienste zu Arztterminen. Teilweise erhalten pflegebedürftige Menschen auch Unterstützung im Haushalt. Diese erfolgt in einigen Fällen über den Pflegedienst, andere finanzieren die Haushaltshilfe aber auch privat.

Insgesamt zeigt sich, dass unabhängig der Organisationsstrukturen der Pflegedienste pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sich ein Netzwerk für die Versorgung aufbauen. Ein Unterschied zwischen eher städtischen und eher ländlichen Bereichen war dabei nicht festzustellen.

Zur Verdeutlichung dieser Feststellung wird an dieser Stelle die Unterstützung durch das soziale Netzwerk des Zwillingspaars Nr. 9 (bestehend aus den Personen B15-M/S und K11-M/S) herangezogen. Für beide pflegebedürftigen Menschen ergab sich der Unterstützungsbedarf durch einen Schlaganfall. Bei beiden Personen sind die direkten Angehörigen in die Versorgung integriert, organisieren einen Platz in der Tagespflege und übernehmen Einkäufe sowie die Zubereitung von Mahlzeiten. Während die Ehefrau des durch den klassischen Dienst versorgten Pflegebedürftigen K11-M/S zusätzlich eine Reinigungskraft privat organisiert, schließt die Tochter der Person B15-M/S eine Person aus der Nachbarschaft in die Versorgung ein, um weitere Flexibilität für ihren Vater zu schaffen:

„Wir haben noch eine Frau, die kommt halt eben zweimal am Tag. Die geht mit denen spazieren. Das hat aber jetzt nichts mit Buurtzorg zu tun. Das ist diese Art Nachbarschaftshilfe. Das zahlen meine Eltern jetzt selber dann noch. Weil ich einfach sage: Das ist so-. Der möchte spontan sein. Wenn der Lust hat, spazieren zu gehen-. Das kann man halt eben schwer über einen Pflegedienst stemmen, nicht?“ (B15-M/S und B16-F/S, Pos. 33)

Anhand dieses Vergleichs wird deutlich, dass die Organisationsform des Pflegedienstes keinen Einfluss auf die Bemühungen des sozialen Netzwerks bei der Versorgung des pflegebedürftigen Menschen hat. Darüber hinaus beschreiben nur wenige der von Buurtzorg-Teams versorgten Personen, dass sie gefragt wurden, ob eventuell auch Nachbarn in die Versorgung integriert werden könnten. Ein Pflegebedürftiger erklärte, dass es ihm nicht recht sei, wenn der Nachbar die Kompressionsstrümpfe auszieht. In einem anderen Fall lebte der Pflegebedürftige in einem Haus mit Nachbarn, die selbst pflegebedürftig sind und somit nicht helfen können. Insgesamt beschreiben viele Pflegebedürftige, dass sie die Unterstützung durch den Pflegedienst in Anspruch nehmen, um den Angehörigen nicht zusätzlich zur Last zu fallen. Eine Pflegebedürftige macht deutlich, dass auch das von ihr organisierte Netzwerk an Hilfeleistungen durch Veränderungen beeinflusst wird und dadurch eventuell weitere Leistungen durch einen Pflegedienst notwendig sind:

„Und duschen kann ich selbst. [...] Und dann ist entweder meine Freundin [...] hier oder mein Sohn. Nur zu, dass jemand da ist und ich kann nicht mehr meine Zehe abtrocknen und hinten gucken geht auch nicht mehr, dass die das dann machen. Aber jetzt ist meine Freundin auch im Krankenhaus. Also so wird das immer ein bisschen weniger, dass ich dann auch nachher mehr in Anspruch nehmen muss. Nur ich möchte, noch so selbstständig sein-.“ (B12-F/S, Pos. 17-18)

In einigen Fällen wird auch die Betreuung in einer Tagespflege hinzugezogen, um zum einen dem pflegebedürftigen Menschen eine soziale Aktivität zu ermöglichen und zum anderen, um die Angehörigen zu entlasten. Unabhängig der Organisationsstruktur erhalten die pflegenden Angehörigen bei der Organisation der Tagespflege Unterstützung durch den Pflegedienst.

Belastung pflegender Angehöriger

Im Rahmen vereinzelter Interviews wurde das Gespräch entweder allein oder zusammen mit Angehörigen des pflegebedürftigen Menschen geführt. Neben der quantitativen Erhebung der Belastungen der Angehörigen (siehe Kapitel 5.1.4), beschreiben diese auch im Interview ihre Situation. So berichten Angehörige vom Gefühl, ständig erreichbar sein zu müssen bzw. sich dauerhaft Sorgen um den pflegebedürftigen Menschen zu machen und sich keine oder nur eine sehr begrenzte Auszeit nehmen zu können. So müssen Urlaube immer sehr gut geplant werden und für die Zeit nach einem Ersatz gesucht werden. Den Verlust von Spontaneität beschreibt eine Angehörige mit folgenden Worten: „Und dass man auch mal sagen kann: „Ich fahre jetzt mal weg, ohne darüber nachzudenken: [Name der eigenen Tochter], bist du da?“ [...] Auch wirklich mal das Telefon ausschalten kann. [Kurzzeitpflege] wollen die ja nicht. Das ist ja. Da ist ja für die dann wie in das Heim stecken.“ (B15-M/S und B16-F/S, Pos. 217-219). Darüber hinaus hat die Versorgung des pflegebedürftigen Menschen auch Auswirkungen auf weitere Familienmitglieder wie die eigenen Kinder. Auch die Anpassung der eigenen berufli-

chen Situation wird teilweise erforderlich, sodass beispielsweise Stellenanteile reduziert werden oder der Beruf aufgegeben werden müssen, um die Versorgung zu gewährleisten. Die Versorgung kann auch Auswirkungen auf die Gesundheit der Angehörigen haben: „Weil ich hatte noch eine Kur aufgrund der OP vorher. Und die musste ich auch zweimal verschieben, weil ich keinen Pflegedienst zu der Zeit so schnell fand. Also war es schon ein bisschen turbulent.“ (B17–M/S und B18–F/S, Pos. 2). Darüber hinaus gibt eine Angehörige an, dass sie das Bedürfnis hat, alles unter Kontrolle haben zu müssen. Die Situation der pflegenden Angehörigen wird durch plötzliche Krankenhausaufenthalte oder eine Veränderung der Versorgungssituation der Pflegebedürftigen verschärft. Angehörige berichten zudem, dass es zeitweise nicht einfach ist, beispielsweise den pflegebedürftigen Eltern zu kommunizieren, dass aus ihrer Sicht und im Hinblick der eigenen Belastungsgrenze ein Pflegedienst notwendig ist. Eine Angehörige beschreibt die Belastung im Hinblick auf die Kommunikation mit ihren Eltern wie folgt:

„Ich bin phasenwei-. Also ich war-. Am Anfang war ich damit wirklich überlastet. Dann bin ich auch sehr schnell laut geworden. Ich merke das richtig. Ich wurde auch selber aggressiv. Dann habe ich auch, weil die-. Meine Eltern steuern ja auch viel dagegen. Es ist ja nicht so, dass die so kooperativ sind. Die machen immer grundsätzlich das Gegenteil. Das, was ich sage, das ist. Aber seitdem ich jetzt den Pflegedienst reingeholt habe und mir auch anderweitig Hilfe geholt-, geht es mir besser. [...] die wollten keinen Pflegedienst. Die wollten das-. „Das geht ja alles, kann ich alles.“, hat meine Mutter immer gesagt. Aber es ging gar nichts mehr. Und da musst du ja dann auch noch mal gegen deine Eltern dich wehren und sagen: „Nein, es-. Ich mache das aber jetzt. Wir holen jetzt einen Pflegedienst wegen den Medikamenten.“ „Das kann ich doch selber.“ Und dann siehst du, wie sie die Tabletten vertauscht. [...] Und so muss ich auch an mich denken.“ (B15–M/S und B16–F/S, Pos. 159–161)

Vor dem Hintergrund der geschilderten Belastungen stellt der Einbezug eines Pflegedienstes in die Versorgung eine Entlastung für pflegende Angehörige dar. Wobei eine Angehörige die Übernahme von Hilfestellungen zunächst auch als einen Kontrollverlust erlebt hat, da sie zuvor die Versorgung selbst erbrachte. Darüber hinaus empfinden pflegende Angehörige eine feste Ansprechperson bzw. eine Bezugspflegeperson als besonders wichtig, da es ihnen ein Gefühl von Sicherheit gibt. Die Angehörigen, deren Pflegebedürftige durch ein Buurtzorg-Team versorgt werden, geben eher an, dass sie diese feste Bezugsperson vorfinden. Auch die Zeitvergütung der Buurtzorg-Teams stellt eine Entlastung für sie dar. Eine Angehörige, die nicht in der gleichen Stadt wohnt, beschreibt diesen Aspekt wie folgt:

„das war zum Beispiel neulich mit der Impfung, dass er Fieber hatte und so weiter. Und dann haben wir dann halt mit Schwester [Name einer Pflegekraft] so ausgemacht, weil ich konnte dann auch nicht immer jede Minute hinfahren und so weiter. Und sie hat zum Beispiel zweimal irgendwie meinen Vater besucht, gucken, wie es geht und so weiter. Also solche Sachen, die man am Endeffekt, muss man nicht die ganze Zeit dabei bleiben, aber so eine Art Kontrolle. (B14–M/S, Pos. 51)“

Die pflegenden Angehörigen beschreiben auch, dass sie durch den Einbezug eines Pflegedienstes noch weitere Kompetenzen für sich erlernen konnten. So wird die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes auch genutzt, um eigene Fähigkeiten beispielsweise bei der Körperpflege

zu verstärken. „Und ja ohne Pflegedienst hätte ich das nicht geschafft, weil ich das auch erstmal lernen musste, wie wechselt man die Windel, wie kann ich ihm helfen aus dem Bett und in den Rollstuhl, so Sachen. Die haben mir echt viel geholfen, muss ich ehrlich sagen also / Und das gibt mir Sicherheit.“ (B21–M/S, Pos. 3–5), so die Aussage einer Angehörigen. Unabhängig davon eignen sie sich über die Zeit ein breites Wissen über Aspekte wie die Medikamentengabe oder auch das Abrechnungssystem an.

Neben der Inanspruchnahme von Leistungen des Pflegedienstes, nutzen die Angehörigen weitere Strukturen wie eine Tagespflege, um eine Entlastung zu erfahren. Hierbei wird deutlich, dass häufig die Idee zur Betreuung in einer Tagespflege bei den Angehörigen bereits länger besteht, die pflegebedürftigen Menschen diese zunächst ablehnen, da sie nur ungern in einer fremden Umgebung sein möchten. Eine Angehörige gibt an, dass sie zunächst ein schlechtes Gewissen und das Gefühl hatte, ihre Mutter abzuschieben. Ist die Entscheidung für die Betreuung in der Tagespflege getroffen, beschreiben alle Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, dass sie lange auf einen Platz warten mussten oder noch warten. Teilweise ergibt sich bei den Angehörigen auch der Wunsch, eine „24h-Betreuung“ zu haben, um mehr Sicherheit zu erfahren. Gegen eine solche dauerhafte Betreuung zu Hause spricht, dass sie nicht mit einer fremden Person im gleichen Haushalt zusammenleben wollen.

Auch wenn Angehörige durch die Hilfestellung durch den Pflegedienst und den Aufbau weiterer Unterstützungsmöglichkeiten teilweise entlastet werden, äußerten alle Angehörigen das Gefühl, dauerhaft für die Versorgung und auch für die Kommunikation aller beteiligten Personen verantwortlich zu sein. „Als Angehöriger musst du am Ball bleiben mit allem. Wenn du nicht dranbleibst, bist du verloren. Bei den Ärzten, bei der Tagespflege, bei allem“ (B15–M/S und B16–F/S, Pos. 45), so eine Angehörige im Gespräch.

Unabhängig von der Organisationsform geben alle befragten pflegenden Angehörigen auf die Frage, was sie anderen Angehörigen raten würden, an, sich frühzeitig Hilfe zu suchen, da man sonst „kaputt geht“. Darüber hinaus machen sich die Angehörigen auch Gedanken bezüglich der Weiterversorgung in der Zukunft und nehmen dabei ihre eigene Belastungsgrenze in den Blick. Sie sammeln Informationen hinsichtlich einer Langzeitversorgung beispielsweise im Pflegeheim. Demgegenüber steht der Wunsch des pflegebedürftigen Menschen, möglichst lange zu Hause verbleiben zu können. Eine pflegende Angehörige hat auch die Sorge, dass ihr Ehemann in einer stationären Langzeitversorgung nicht gut versorgt wird, sodass für sie diese Option nicht besteht. Welche Auswirkungen die Pflegebedürftigkeit auf das Leben der Angehörigen haben kann, beschreibt eine Angehörige mit folgenden Worten:

„Ja, ich finde das Leben hat sich komplett geändert. Es ist nichts mehr so wie es war. Ich kann nicht mehr so spontan sagen, ich fahre mal schnell einkaufen oder mache was. Das ist schon, dass man manchmal denkt, boah, ich möchte mein altes Leben wieder haben. Das hat man schon. Aber ich denke mir, das geht wahrscheinlich meinem Mann genauso, ne? Der ist ja eigentlich noch mehr eingeschränkt, weil wenn jemand hier ist, kann ich im Prinzip gehen, aber er, ist dann eigentlich noch eingeschränkter.“ (B21–M/S, Pos. 74)

Auswirkungen der Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst

Die Pflegebedürftigkeit als solche und die damit verbundene Inanspruchnahme durch einen Pflegedienst bedeutet für pflegebedürftige Menschen und ihren Angehörigen eine Veränderung. Auf der einen Seite sind sie froh, Hilfe zu bekommen. Andererseits äußert ein Pflegebedürftiger auch, dass er sich erst einmal dran gewöhnen musste, körpernahe Hilfe von fremden Menschen anzunehmen und diese auch in die eigene Häuslichkeit zu lassen. Sobald verschiedene Akteure bei der Unterstützung involviert sind, steigert sich auch die Anzahl der fremden Menschen. Eine Pflegebedürftige beschreibt, dass die Hinzuziehung eines Pflegedienstes für sie eine Umstellung bedeutet und sie „ganz große Abstriche [im Leben machen muss]“ (K14-F/S, Pos. 99), mit denen sie sich abfinden muss.

Unabhängig der Organisationsstrukturen beschreiben viele Pflegebedürftige ein Gefühl der Abhängigkeit bei der Inanspruchnahme. Die Bewältigung alltäglicher Handlungen, die Jahrzehnte lang selbstverständlich war, erfordert nun die Hilfe Außenstehender. Somit hat auch die Unterstützung des Pflegedienstes Einfluss auf die Alltagsgestaltung der Betroffenen. Daher ist es für die Pflegebedürftigen besonders wichtig, zuverlässig versorgt zu werden. Hierbei ist auch der Zeitpunkt der Unterstützung für die Betroffenen von großer Bedeutung. Sie planen ihren Alltag um die Versorgung herum. Somit hat eine zeitliche Unzuverlässigkeit Einfluss auf den weiteren Tagesablauf. Von diesen zeitlichen Verzögerungen berichten sowohl Pflegebedürftige der Buurtzorg-Teams als auch die der klassischen Dienste. Eine Angehörige beschreibt, dass sie ihren pflegebedürftigen Mann nur noch selbst zur 20 km-entfernten Tagespflege fährt, da der Pflegedienst am Morgen immer zu unterschiedlichen Zeiten kommt und die Abholung durch den Transportdienst nicht gewährleistet werden kann. Ein anderer Pflegebedürftiger eines klassischen Dienstes, der Unterstützung beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe benötigt, beschreibt, dass der Pflegedienst ihm nur eine Versorgung am Nachmittag und nicht am Abend anbieten kann. Die Auswirkungen dieses für ihn ungünstigen Zeitpunkts beschreibt er wie folgt:

„Ja soll ich mich dann ins Bett legen? [...] Ich sage, Leute, halb vier, vier, [...] ich kann keine Einladungen mehr annehmen für einen Kaffee nachmittags bei Kollegen oder so. Wir alten Leute sind doch froh, wenn wir mal eingeladen werden, oder wenn wir eine Bus Tour machen, oder sonst was. Ich sitze um vier Uhr am [Brunnen] und esse ein Eis, gucke um drei Uhr gucke auf die Uhr, oh ich muss ja nachhause, die Strümpfe müssen ja jetzt ausgezogen werden. Und dann sitze ich ab halb vier ohne Strümpfe. Dann fängt für mich der Tag an. [...] Ich will frei sein, ich will so frei wie möglich sein. Ja sagt er das geht nicht. Wissen Sie, warum es nicht geht? Ja wir können ja nicht extra für Sie alleine kommen abends, dafür kommen wir schon um vier Uhr. Und die machen dann auch nur das, was sie machen sollen. Und schnell, schnell.“ (K13-M/S: 12 - 12)

Der durch das Matchingverfahren identifizierte Zwilling dieses Pflegebedürftigen, der von einem Buurtzorg-Team versorgt wird, äußert zwar auch das Gefühl der Abhängigkeit bezüglich der Inanspruchnahme der Hilfe, allerdings beschreibt seine Tochter als pflegende Angehörige eine höhere Flexibilität in Bezug auf die Besuche durch den Pflegedienst.

„Und aktuell ist es so, dass einmal am Tag der Pflegedienst kommt und morgens und im Endeffekt nach unserem Bedarf. [...] ich in [Name des Wohnortes] wohne, auf einmal

passiert irgendwas. Ich rufe meinen Vater an. Der antwortet nicht. Ich mache mir Sorgen. [...] Dann rufe ich da an und sie fahren hin. [...] Oder mein Vater will das Grab von meiner Mutter besuchen, kann ja nicht alleine gehen, dann kann er auch anrufen. Das ist dann auch, sage ich, solche Sachen gemacht werden, weil im Endeffekt man kann nicht 24 Stunden da sein, aber [...], dass man Bedarf hat, also geht das dann auch aktuell." (B14-M/S, Pos. 13) „Also beim [Name des früheren klassischen Dienstes], glaube ich, gäbe es so was gar nicht. Weil das war im Endeffekt so Pflege, sage ich nach dem Buch, das, was weiß ich, einmal waschen, erst einmal das ist und duschen und fertig. Also es ist mehr so genau nach Bedürfnissen eigentlich, also was wir brauchen.“ (B14-M/S: 53)

In einem anderen Fall beschreibt eine Angehörige, dass ihr aufgrund eigener Vorerkrankungen an manchen Tagen die Versorgung ihres Mannes schwerer fällt und das Buurtzorg-Team ihr hier ebenfalls mit einer Flexibilität entgegengekommen ist. „Die sagen auch immer, wenn ich dann morgens sage, dass es mir nicht gut geht und so, dann wissen die Bescheid, dann kann ich da auch über Tag anrufen wenn ich es mal nicht hinbekomme, die Hose zu wechseln, dass die dann jemanden schicken. Weil ich leide auch unter Migräne (...)“ (B21-M/S, Pos. 68).

An dieser Stelle zeigt der Vergleich zu dem durch das Matching-Verfahren als Zwilling identifizierten Pflegebedürftigen einen Unterschied hinsichtlich der Flexibilität. So beschreibt die Angehörige in diesem Fall eine fehlende Unterstützung bei plötzlich auftretendem Hilfebedarf: „Und Problem war für mich, dass sie nur morgens und abends kamen und oft zwischendurch manchmal gar nicht erreichbar sind, wenn er zwischendurch Verdauung hatte oder wenn was wäre. Und da hieß es dann, ich müsste den [Name des Pflegedienstes] Notruf betätigen. Aber das hat wohl nie was gebracht.“ (K12-M/S, Pos. 129).

Allerdings erhält eine Pflegebedürftige eines klassischen Dienstes ebenfalls kleinere Hilfestellungen, ohne dass hierfür eine Vereinbarung vorliegt: „Schränkt schon ein, ja. Ja, das sind dann die Sachen, wissen Sie-? Auch so spontan meine Blumen gießen. Nein, das hat auch ganz zu Anfang, ist da immer mein Sohn für gekommen. Und ich habe den Pflegedienst schon mal morgens gefragt: „Können Sie bitte mal nur ein bisschen?“ Muss ich sagen-. Wenn ich die hier was frage, (I: Machen die das dann.) da darf ich nicht sagen-. Da sagt keiner: „Da bin ich nicht für da. Oder das brauche ich nicht.“ (K14-F/S, Pos. 197)

In die Versorgung involvierte Pflegendende

Bei der Erbringung der Leistungen durch den Pflegedienst sind unterschiedliche Pflegekräfte beteiligt. Hierbei fällt auf, dass Pflegebedürftige klassischer Dienste von einer höheren Anzahl unterschiedlicher Pflegepersonen berichten, die in die Versorgung integriert sind. So berichtet eine Pflegebedürftige eines klassischen Dienstes: „Ja, das ist ein Problem. Das sage ich Ihnen ganz ehrlich. Also wenn die wöchentlich kommen, habe ich nichts dagegen. Aber nicht, wenn innerhalb der Woche ein paar wechseln, dass jemand anders kommt. Das finde ich nicht so schön. [...]. Dann muss man sich jeden Tag auf-, wieder neu einstellen.“ (K14-F/S, Pos. 92-96). Darüber hinaus beschreibt sie, dass sie ein paar Mal von einem Mann geduscht wurde, obwohl sie lieber von einer weiblichen Pflegekraft versorgt werden möchte.

„Und dann wollte ich nicht sagen: „Gehen Sie bitte. Oder lassen Sie das. Das möchte ich nicht.“ Das habe ich nicht-. Ich habe dann wohl die Frau [Name der Pflegedienstleitung] dann angerufen. Habe gesagt: „Also, nach Möglichkeit bitte beim Frühdienst-

. Zum Strümpfe anziehen ja. Ist mir das egal. Aber nicht zum Duschen.“ Wissen Sie, der Körper ist nicht mehr so anschaulich, wenn man 83 ist. Das ist nicht angenehm. Das ist auch nicht angenehm für eine weibliche Kraft. Aber das muss man anders sehen. Ist anders wie ein Mann. (K14-F/S, Pos. 97)

Im Gegensatz dazu wird deutlich, dass von Buurtzorg-Teams versorgten pflegebedürftigen Menschen von einer geringeren Anzahl Pflegenden berichten und dass viele von ihnen das gesamte Team kennen. Sie sehen einen Vorteil in der kleinen Anzahl Pflegenden und ziehen einen Vergleich zu Pflegediensten, die sie bisher kennengelernt haben. So beschreibt eine Pflegebedürftige, dass die Absprache unter den Pflegenden besser verläuft und dass sie im Vergleich zum vorherigen Dienst eine feste Pflegekraft als Hauptansprechperson haben. Sie erklärt den Unterschied wie folgt:

„Das ist ja eine, die alles macht. Die kann dann auch sagen: „Ach, das war das und das und das.“ Aber bei den anderen Pflegediensten war immer so: „Keine Ahnung, habe ich nicht gemacht. Ich war nicht da. Da war wohl ein anderer. Ja, die Apotheke stellt die Medikamente. Die blistert ja. Da ist der Fehler in der Apotheke. Sie müssen sich mit der Apotheke in Verbindung setzen. Der Befreiungsantrag war aber nicht bei der Apotheke. Deshalb haben Sie die Rechnung bekommen.“ Sage ich: „Ich habe Ihnen den doch vorgelegt.“ „Nein, den müssen Sie auch der Apotheke vorlegen.“ Und das ist bei Buurtzorg alles anders. Das macht eine Person. [...] Und mein Hausarzt ist auch zufrieden. Der empfiehlt es immer weiter, wo ich jetzt gesagt habe, er soll aufhören. Die haben zu wenig Leute. (lacht)“ (B15-M/S und B16-F/S, Pos. 107)

Darüber hinaus beschreibt eine weitere pflegende Angehörige, dass zu Beginn der Versorgung über einen längeren Zeitraum immer die gleiche Pflegekraft ihren Ehemann unterstützte. Zusätzlich plant das Buurtzorg-Team die Dienste so, dass die wöchentliche Hilfestellung beim Duschen weiterhin nur von dieser Pflegekraft übernommen wird, da ihr Ehemann zu ihr ein großes Vertrauen aufgebaut hat. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass die Pflegebedürftigen der Buurtzorg-Teams eher davon berichten, eine intensive Beziehung zu den Pflegenden aufgebaut zu haben. Häufig handelt es sich hierbei um ein kleineres Team. Daher beschreiben diese pflegebedürftigen vermehrt, dass sie sich mit den Pflegenden auch über private Inhalte austauschen und die Pflegekraft teilweise schon als Teil der Familie wahrgenommen wird.

Abseits dessen werden sowohl in den klassischen Diensten als auch in den Buurtzorg-Diensten die Leistungen entsprechend der Qualifikation erbracht. So beschreibt eine Pflegebedürftige eines Buurtzorg-Teams, dass für die hauswirtschaftliche Unterstützung eine Betreuungskraft nach Hause kommt und die Pflegenden nur bei Personalmangel diese zum Teil mit übernehmen.

Kompetenzen Pflegenden und Versorgungsqualität aus Sicht Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen

Die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen wurden gefragt, was aus ihrer Sicht eine „gute“ Pflegekraft auszeichnet. Pflegebedürftige Menschen wünschen sich, dass die Pflegenden einfühlsam auf sie eingehen und sich Zeit nehmen können. Für sie ist es wichtig, dass sie als Individuen wahrgenommen werden und der Fokus nicht auf der (schnellen) Durchführung der Leistungen liegt. Aus der Sicht einer Pflegebedürftigen bedeutet „gute“ Pflege, „[...] wenn man den ganzen Menschen sieht. Man auch die Stärken und seine Schwächen-. [...] Und

dass man wirklich auch mit ihm kommuniziert. Das ist für mich wichtig bei der Pflege. Und nicht einfach nur macht. Das ist für mich ganz wichtig.“ (B15–M/S und B16–F/S: 147). –Auch die offene Kommunikation „auf Augenhöhe“ sei besonders wichtig. „Ich sage, reden Sie mit mir normal, wie ein normaler Mensch. Ich sage, ich bin nicht Hirnkrank, ich sage, ich kann nur nicht mehr laufen“ (K13–M/S, Pos. 8), so beschreibt ein Pflegebedürftiger seinen Wunsch, ernst genommen zu werden. Aus der Perspektive der Pflegebedürftigen ist es ebenfalls wichtig, dass sie sich auf die Pflegenden verlassen zu können.

Eine Angehörige beschreibt, welche Aspekte für sie als pflegende Angehörige von Bedeutung sind:

„Gute Pflege ist halt schon der Austausch. Also es muss irgendwie-. Das ist was, was ich sehr wünschen würde, ist wirklich immer, dass ein guter Austausch stattfinden kann. Also dass es da einen guten Weg gibt: Wie kann man miteinander kommunizieren? Wie ist gerade der Stand? Wer braucht hier was? Und dass man irgendwie so im Bilde ist. Und im Miteinander irgendwie. Das finde ich schon auch wichtig zu wissen. Oder dass es auf jeden Fall immer die Möglichkeit gibt, sich auszutauschen.“ (B19–F/S und B20–M/S, Pos. 210)

Wenn pflegebedürftige Menschen mit der Versorgung unzufrieden sind, suchen sie häufig zunächst den Kontakt zu einer vertrauten Pflegeperson. Pflegebedürftige Menschen der klassischen Dienste nehmen zusätzlich Kontakt zu den Vorgesetzten auf. Ein Grund für die Kontaktaufnahme liegt unter anderem in einer zeitlichen Unzuverlässigkeit oder wenn Pflegebedürftige mit der Arbeit einzelner Pflegepersonen nicht zufrieden sind. Der Umgang mit diesen Beschwerden unterscheidet sich nicht hinsichtlich der Organisationsform. So geben sowohl Pflegebedürftige der Buurtzorg–Teams als auch diejenigen der klassischen Dienste an, dass ihre Beschwerden entgegengenommen wurden.

Auswirkungen der Schließung von Buurtzorg–Teams

Unter den in die Studie eingeschlossenen pflegebedürftigen Menschen befanden sich auch diejenigen, die zum zweiten Erhebungszeitpunkt von der Schließung der Buurtzorg–Teams unmittelbar betroffen waren. Für sie und ihre Angehörigen kam die Nachricht über die Schließung „ganz plötzlich und unerwartet“ (B3–F/L_T2, Pos. 5). So beschreibt eine Pflegebedürftige, dass sie über einen Brief mit dem Ausstellungsdatum 04.02.2022 über die Kündigung zum Ende des Monats informiert wurde. Andere wurden von den Pflegenden telefonisch in Kenntnis gesetzt.

„Also, wir haben nur plötzlich irgendwann einen Anruf bekommen, dass die uns nicht mehr weiter betreuen können. Dass heute-. Angeblich hat sich das irgendwie nicht rentiert oder-. Ich weiß es nicht. Auf jeden Fall, die Pfleger, die da waren, die waren selber überrascht, dass sie von heute auf morgen schließen müssen. Und die sagte selber uns: „Wir waren selber vor die Tatsachen gestellt.“ „Jetzt schließen wir ab und sind wir zu und fertig.“ Und die haben natürlich versucht, uns ein bisschen weiterzuhelfen und uns weitere Möglichkeiten zu geben.“ (B1–F/L_T2, Pos. 10)

Alle befragten Personen geben an, dass die Pflegenden sehr bemüht waren, bei der Suche nach einer Weiterversorgung mitzuwirken. Eine Angehörige suchte Kontakt zu anderen Pflegediensten im Ort und konnte so einen neuen Dienst für die Versorgung ihrer Mutter finden. In einem

anderen Fall hoffte die Pflegebedürftige, dass die Weiterversorgung über das betreute Wohnkonzept gewährleistet werden kann. Andere Angehörige haben die Versorgung der Pflegebedürftigen wieder selber vollständig übernommen. Teilweise wurde versucht die Betreuung der Pflegebedürftigen durch den Einsatz einer „24h-Kraft“ sicherzustellen. Bei anderen pflegebedürftigen Menschen herrschte noch Unklarheit über die Weiterversorgung, da andere Pflegedienste aufgrund von mangelnder Kapazität die Versorgung abgelehnt haben. Eine Pflegebedürftige, die nach der Schließung nun von einem anderen klassischen Dienst versorgt wird, stellt große Unterschiede zum Buurtzorg-Team fest. Aus ihrer Sicht standen die Pflegenden der Buurtzorg-Teams weniger unter Zeitdruck und auch die Anzahl der in die Versorgung integrierten Personen war deutlich geringer. Dadurch war auch das Verhältnis zu den Pflegenden familiärer. „Die Tage kam eine junge Frau und sagte: „Ich bin die Neue. Ich bin Schwester [Name].“ Und ja, die war einmal da. Oder zweimal. Und dann sieht man sie nicht mehr. Und das war selten, dass sich Eine so vorgestellt hat. Ich weiß von den meisten nicht, weiß ich nicht, wie die heißen.“ (B7-F/L_T2, Pos. 112). Eine andere pflegende Angehörige brach die Versorgung durch einen klassischen Pflegedienst schnell wieder ab, da Medikamente durch Pflegenden vertauscht wurden und eine zeitliche Unzuverlässigkeit vorlag. Teilweise berichten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, dass sie auch nach der Schließung des Teams in persönlichem Kontakt zu den Pflegenden aufgrund des vorher bestehenden Verhältnisses stehen. Vor diesem Hintergrund beschreibt eine Angehörige ihre Sichtweise auf die Schließung des Dienstes:

„Personal und wirtschaftliche Gründe. Was ich jetzt weiß, weil wir haben noch mit einer Kontakt, weil die hatte wohl auch meine Eltern ins Herz geschlossen. Also ich weiß, dass die den Februar bis letzte Woche nicht bezahlt bekommen haben und seit Januar hat die Buurtzorg wohl auch für die keine sozialen-, die sozialen Lasten nicht abgetragen. Also die haben zu zweit, glaube ich, bis zum Schluss, bis Ende Februar auf gelassen, sind aber dafür nicht entgeltet worden. Kein schönes Ende für die.“ (B19-F/S + B20-M/S_T2, Pos. 13-14).

Insgesamt kam die Kündigung durch die Buurtzorg-Teams überraschend. Als Konsequenz waren die Menschen gezwungen, andere Möglichkeiten der Weiterversorgung zu finden. Zum Zeitpunkt des Interviews konnten einige eine andere Versorgungsform organisieren, bei anderen bestand weiterhin Unklarheit über die Versorgung in der Zukunft.

5.1.3 Versorgungsqualität

Im Rahmen der Datenerhebung wurde die Pflegequalität entsprechend des methodischen Vorgehens sowohl für den ersten als auch für den zweiten Erhebungszeitpunkt eingeschätzt. In Tabelle 9 wird die Anzahl der Qualitätseinschätzungen dargelegt. Während des ersten Erhebungszeitpunktes wurde die Qualität der Versorgung von insgesamt 36 pflegebedürftigen Menschen eingeschätzt, wobei 21 Pflegebedürftige von Buurtzorg-Teams und 15 Pflegebedürftige von klassischen Pflegediensten versorgt wurden. Für den zweiten Erhebungszeitpunkt wurde die Versorgungsqualität von 20 pflegebedürftigen Menschen erfasst. Hiervon wurden acht Personen durch ein Buurtzorg-Team versorgt und 12 durch einen klassischen Dienst. Die Differenz hinsichtlich der Einschätzungen zwischen dem ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt begründet sich unter anderem durch die Änderung der Versorgungssituation. Somit

wurden pflegebedürftige Menschen zum zweiten Erhebungszeitpunkt beispielsweise in einem Pflegeheim versorgt. In anderen Fällen wurde der zuvor bestehende Pflegedienst geschlossen und die Versorgung musste dadurch wieder ausschließlich durch die Angehörigen übernommen werden oder eine 24h-Betreuungskraft wurde einbezogen.

	1. Erhebungszeitpunkt	2. Erhebungszeitpunkt
Buurtzorg	21	8
Klassisch	15	12
Gesamt	36	20

Tabelle 9: Anzahl an Qualitätseinschätzungen

Im Rahmen der Qualitätsprüfung bei den durch Buurtzorg-Teams versorgten pflegebedürftigen Menschen konnten über beide Zeiträume hinweg alle genannten Qualitätsaspekte mit der Kategorie „A) Keine Auffälligkeiten“ bzw. „entfällt“ (beispielsweise bezogen auf den Aspekt „Aufnahmemanagement“, wenn in den vergangenen sechs Monaten keine Aufnahme stattfand) bewertet werden.

Während der Qualitätseinschätzung bei den pflegebedürftigen Menschen der klassischen Dienste wurden im Rahmen des ersten Erhebungszeitraums bei 14 von 15 Pflegebedürftigen und während des zweiten Erhebungszeitpunktes bei 11 von 12 Pflegebedürftigen die genannten Qualitätsaspekte ebenfalls mit der Kategorie „A) Keine Auffälligkeiten“ bzw. „entfällt“ bewertet.

Bei einem pflegebedürftigen Menschen der klassischen Dienste wurde der Qualitätsaspekt „Unterstützung im Bereich der Kommunikation“ mit der Kategorie „C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen“ während beider Erhebungszeitpunkte bewertet. Bei diesem Fall handelt es sich um einen Mann im Pflegegrad 5, der aufgrund seiner Vorerkrankungen (u.a. Parkinson) in seiner Kommunikationsfähigkeit stark beeinträchtigt war. Die Ehefrau berichtete, dass Pflegenden während der Pflegehandlungen wenig und gar nicht mit ihm kommunizierten und ihm kaum Gelegenheit gaben, sich mithilfe seiner vorhandenen Fähigkeiten mitzuteilen. Nachfolgende Aussagen der Ehefrau verdeutlichen die Qualitätsbewertung:

„Das finde ich immer, weil er ja auch nicht sprechen kann, nicht. Dann wird-, manchmal wird einfach so weggearbeitet, ohne ein Wort zu sagen. [...] Und bei ihm-, man weiß es halt aus Erfahrung, er realisiert schon noch viel, aber es dauert halt einen Moment. [...] Also, ich bin meistens dabei, um das so ein bisschen abzufangen. Aber es ist schon nicht immer leicht. Ich denke auch-.“ (K4-M/L, Pos. 113-122)

„Ja und vor allen Dingen, wenn dann immer wieder Fremde kommen, so wie diese Woche war auch jemand da, die praktisch noch nie da war. Dann plötzlich stehen die vorm Bett, er schläft noch. Bett wird weggezogen, es geht los. Das ist dann schon manchmal-. Also ich denke, manchmal möchte ich sagen, ob sie selbst auch so gepflegt werden wollen, nicht? Also das-, ich meine-.“ (K4-M/L_T2, Pos. 127)

Abseits dieses einen Falls konnten hinsichtlich der Qualität der Pflege keine Unterschiede zwischen der Versorgung durch die Buurtzorg-Teams und der Versorgung durch einen klassischen Pflegedienst im Rahmen der Evaluation erfasst werden kann.

5.1.4 Belastung pflegender Angehöriger

Insgesamt haben 19 (T1=13; T2=6) pflegende Angehörige an der Befragung mit der Häusliche-Pflege-Skala (HPS) teilgenommen. Bei der ersten Datenerhebung wurden neun Personen von einem Buurtzorg-Team und vier von einem klassischen Pflegedienst versorgt, bei der zweiten Datenerhebung haben sich nur noch jeweils drei Personen aus einem klassischen Pflegedienst und drei Personen aus einem Buurtzorg-Team beteiligt. Von den Befragten haben leider nur drei Personen sowohl an der ersten und zweiten Befragung teilgenommen. Angesichts der insgesamt nur geringen Zahl an Teilnehmenden dienen die Werte der nachfolgenden Tabelle der grundsätzlichen Information, werden aber nicht gesondert interpretiert.

	Buurtzorg		Klassisch		Gesamt	
	T1 (n=9)	T2 (n=3)	T1 (n=4)	T2 (n=3)	T1 (n=13)	T2 (n=6)
Alter in Jahren (Mittelwert)	57,2 ¹¹	50,7	63,7	87,0 ¹²	59,4	65,2
Geschlecht						
weiblich	8	3	3	2	11	5
männlich	1	0	1	1	2	1
Familienstand						
ledig	1	0	1	2	2	2
verheiratet	6	3	3	1	9	4
verwitwet	2	0	0	0	2	0
Beziehungsverhältnis						
Ehepartner*in	1	0	1	1	2	1
Mutter/ Vater	1	0	0	0	1	0
Tochter/Sohn	6	2	0	1	6	3
Schwiegertochter/-sohn	1	1	2	0	3	1
Nichte/Neffe	0	0	1	1	1	1
Wohnsituation						
in einem Haushalt mit Pflegebedürftigen	3	2	2	2	5	4
nicht in einem Haushalt mit Pflegebedürftigen	6	1	2	1	8	2

Tabelle 10: Soziodemografische Charakteristika bei der Erhebung der Belastungen von Angehörigen

Gesamtscore der HPS-Skala

Der Gesamtscore der Häuslichen-Pflege-Skala zeigt, dass zum ersten Erhebungszeitpunkt etwa 44% der Angehörigen, bei denen Buurtzorg-Teams in die Pflege einbezogen sind, und 75% der Angehörigen bei klassischen Pflegeteams ihre subjektive Belastung als mittel einstufen (vgl. Tabelle 11). Etwa 56% der Angehörigen aus der „Buurtzorg-Gruppe“ und 25% aus den

¹¹ Ein Buurtzorg-Teilnehmer aus T1 hat sein Alter nicht angegeben.

¹² Ein Teilnehmer von den klassischen Pflegediensten aus T2 hat sein Alter nicht angegeben.

klassischen Pflgeteams empfanden die Belastungen durch die häusliche Pflege als stark bis sehr stark. Keiner der Angehörigen bewertete die Belastungen als sehr gering bis gering.

Bei der zweiten Erhebung empfand einer von drei Angehörigen, bei denen ein Buurtzorg-Team eingeschaltet ist und keiner der Angehörigen der klassischen Pflegedienste die Belastungen der häuslichen Pflege als sehr gering bis gering. Im mittleren Bereich stuften zwei von drei Angehörigen der „Buurtzorg-Gruppe“ und einer der anderen Gruppe die Belastungssituation ein. Eine starke Belastung zeigt sich beim zweiten Erhebungszeitpunkt bei einem Angehörigen, bei dem ein klassischer Pflegedienst einbezogen ist und bei keinem aus der Buurtzorg-Gruppe.

Der Befund, dass bei den Angehörigen aus der Buurtzorg-Gruppe zum zweiten Erhebungszeitpunkt die Belastung geringer eingeschätzt wird, wogegen sie sich bei den klassischen Pflegediensten erhöht hat, ist ebenso zurückhaltend zu interpretieren wie das Ergebnis der genaueren Betrachtung der beiden Angehörigen, die sich zu beiden Erhebungszeitpunkten beteiligt haben. Diese Betrachtung zeigt, dass sich die Belastungssituation beider Angehöriger verschlechtert hat. Der Gesamtscore des Angehörigen aus der Buurtzorg-Gruppe hat sich von neun auf zehn Punkte erhöht, auch wenn die Belastung insgesamt weiterhin im mittleren Bereich liegt. Bei dem Angehörigen des klassischen Pflegedienstes ist eine deutlich stärkere Verschlechterung der Belastungssituation festzustellen. Zum ersten Erhebungszeitpunkt lag der Gesamtscore bei 13 und folglich im mittleren Bereich. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt beträgt die Summe aller Items 15 und die Belastungen durch die Pflege sind als stark bis sehr stark zu bewerten.

	Buurtzorg		Klassisch		Gesamt	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Sehr gering bis gering	0	1	0	0	0	1
mittel	4	2	3	1	7	3
Stark bis sehr stark	5	0	1	1	6	1

Tabelle 11: HPS-Gesamtscore der pflegenden Angehörigen

(T1 n=13; T2 n=5 da ein Teilnehmender der zweiten Datenerhebung nicht alle Items beantwortet hat, konnte für diesen Angehörigen kein Gesamtscore berechnet werden).

Items der HPS-Skala

Eine detailliertere Analyse im Hinblick auf die Häufigkeiten der Einzel-Items der Häuslichen Pflege-Skala aus beiden Datenerhebungszeitpunkten ermöglicht die nachstehende **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden..** Darin kann konkreter nachverfolgt werden, bei welchen Aspekten sich unterschiedliche Einschätzungen der eigenen Belastungen ergaben und wie es in den Gesamtscores zum geschilderten Bild einer insgesamt höheren Belastung aller Angehörigen, jedoch einer geringeren Belastung der Angehörigen, bei denen ein Buurtzorg-Team einbezogen ist, gekommen ist. In der Gesamtbetrachtung zeigen sich bei beiden Gruppen eine zunehmende Beeinträchtigung der eigenen Gesundheit durch die Pflege sowie große

Sorgen hinsichtlich der eigenen Zukunft und den Anforderungen an die eigene Umgebung und der Pflege.

stimmt genau				Stimmt überwiegend				stimmt ein wenig				stimmt nicht			
Buurtzorg		Klassisch		Buurtzorg		Klassisch		Buurtzorg		Klassisch		Buurtzorg		Klassisch	
T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
HPS 1 Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.															
2	3	0	0	3	1	1	1	4	0	3	1	0	1	0	1
HPS 2 Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.															
1	0	0	1	5	1	3	2	3	1	1	0	0	1	0	0
HPS 3 Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.															
2	0	1	0	2	0	1	2	5	2	2	1	0	1	0	0
HPS 4 Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.															
0	0	0	0	3	0	2	0	5	2	1	2	1	1	1	2
HPS 5 Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.															
0	0	0	1	3	0	2	1	5	2	2	0	1	1	0	1
HPS 6 Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.															
0	0	0	0	2	0	0	3	5	2	3	0	2	1	1	0
HPS 7 Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.															
3	0	0	1	3	2	2	2	3	0	2	0	0	1	0	0
HPS 8 Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.															
2	0	0	0	4	2	1	2	3	0	3	1	0	1	0	0
HPS 9 Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.															
0	0	0	1	3	1	1	0	3	1	2	1	3	1	1	1
HPS 10 Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.															
2	0	0	0	2	1	0	2	3	1	3	1	2	1	1	0

Tabelle 12: HPS–Einzel–Items zur Belastungssituation pflegender Angehöriger

5.2 Perspektive der Pflegenden

5.2.1 Interviews mit Pflegenden aus Buurtzorg Teams

Entsprechend dem methodischen Vorgehen wurden qualitative Interviews mit Pflegenden aus bestehenden oder ehemaligen Buurtzorg-Teams zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten geführt. Insgesamt konnten 16 Interviews mit 13 weiblichen und drei männlichen Personen im Alter von 29 bis 59 Jahren in die Analyse aufgenommen werden (vgl. Tabelle 13). Im ersten Erhebungszeitraum wurden mit 11 Personen Interviews geführt, wovon zum Zeitpunkt der Datenerhebung sechs Personen in einem Buurtzorg-Team arbeiteten und fünf ehemals in einem Buurtzorg-Team gearbeitet haben. In der zweiten Erhebungsphase wurden Interviews mit vier Personen mit bestehender und einer Person mit ehemaliger Zugehörigkeit geführt. Hierbei ist anzumerken, dass sich von denjenigen, die im ersten Erhebungszeitraum in einem Buurtzorg-Team arbeiteten, nur zwei Personen für ein weiteres Interview bereit erklärten. Die restlichen vier Personen lehnten eine Teilnahme ab, zum Teil explizit mit der Begründung, dass sie aufgrund ihrer großen Enttäuschung bezüglich der Schließung des eigenen Teams nicht mehr für ein Gespräch bereitstünden. Von den 16 Interviews wurden 13 telefonisch, 2 persönlich und ein Interview per Videochat geführt.

	Datenerhebung T1		Datenerhebung T2	
	Zugehörigkeit zu einem Buurtzorg-Team	Ehemalige Zugehörigkeit zu einem Buurtzorg-Team	Zugehörigkeit zu einem Buurtzorg-Team	Zugehörigkeit zu einem Buurtzorg-Team
Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger*in	2	0	1	1
Altenpfleger*in	4	4	1	1
Sonstige Qualifikation	0	1 (PDL)	1 (Geschäftsführung)	0
Gesamt	6	5	4	1

Tabelle 13: Zugehörigkeit und Qualifikation der Teilnehmenden

Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich an den Themenbereichen des Interviewleitfadens und umfasst die Entstehung der Teams, die Motivation zur Arbeit in einem selbstorganisierten Team und den Prozess der Teamgründung inklusive der Bedeutung der Teamzusammensetzung und -kultur. Neben der Rekrutierung von Mitarbeitenden und der Aufgaben des Backoffice sowie der Coaches wird auch der Umgang mit Konflikten aufgezeigt. Darüber hinaus werden die Aussagen zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen, zum Aufbau eines Kund*innenstamms und zur Umsetzbarkeit des Einbezugs der Nachbarschaft dargelegt. Abschließend werden die Wirtschaftlichkeit und die Auflösung einzelner Teams sowie das Insolvenzverfahren aus Sicht der befragten Personen in den Blick genommen.

Erwartungen an Arbeitgeber

Bevor die einzelnen Aspekte zur Umsetzung des Buurtzorg-Konzeptes dargelegt werden, sollen nachfolgend die allgemeinen Erwartungen der befragten Pflegenden an einen Arbeitgeber

beschrieben werden. Eine besondere Bedeutung nimmt in diesem Zusammenhang eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen dem Arbeitgeber und den Pflegenden ein. Die befragten Personen erwarten, dass ihre Wünsche, Bedürfnisse und Vorschläge zu Veränderungen durch aktives Zuhören ernst genommen und die Kompetenzen geschätzt werden. Eine Pflegende äußerte ein gutes Gesundheitsmanagement und gemeinsame Aktivitäten (z.B. Sommerfest) als einen Grund, bei dem aktuellen Arbeitgeber zu verbleiben. Eine besondere Bedeutung nimmt auch das Gefühl ein, „den Rücken gestärkt zu bekommen“. Eine Pflegende fasst ihre Erwartungen an den Arbeitgeber wie folgt zusammen:

„Die Erwartungen sind halt, dass meine Professionalität wertgeschätzt wird, also, dass das anerkannt wird und dass ich halt ernst genommen werde und dass man mir halt einfach auch die Freiheit lässt, ja oder, ich weiß nicht, wie man es ausdrückt, oder dass man einfach darauf vertraut, dass das, was ich halt mache auch, dass ich das auch wirklich gut mache und mir auch die Rahmenbedingen dafür gibt, das eben halt auch machen zu können.“ (ID9.1: 25 – 25)

Darüber hinaus ist es aus der Perspektive der Pflegenden besonders wichtig, dass sie ausreichend Zeit für die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen haben. Insgesamt geben die Befragten zu großen Teilen an, dass ihre Erwartungen an einen Arbeitgeber im Buurtzorg-Modell erfüllt werden.

Entstehung eines neuen Buurtzorg-Teams

Die Gründung eines neuen Buurtzorg-Teams haben die Befragten unterschiedlich beschrieben. Vereinzelt haben sich Pflegende auf Stellenausschreibungen der Buurtzorg-Nachbarschaftspflege für ein bereits bestehendes Team beworben. Darüber hinaus äußerte eine Pflegende, dass sie gemeinsam mit einer Kollegin aus einem klassischen Pflegedienst mit der Idee der Gründung eines Buurtzorg-Teams auf das Backoffice der Buurtzorg-Nachbarschaftspflege zugegangen ist. Der Großteil der befragten Pflegenden schilderte, dass bei einem bestehenden Pflegedienst die Pflegedienstleitung oder Geschäftsführung die Idee der Gründung eines Buurtzorg-Teams einbrachte. In diesem Rahmen wurden Informationsveranstaltungen durchgeführt, um Pflegende aus bestehenden klassischen Teams für die Gründung eines eigenen Buurtzorg-Teams zu gewinnen. Somit entstand ein Großteil der in dem Projektvorhaben integrierten Buurtzorg-Teams aus bereits bestehenden klassischen Teams. Eine Pflegende äußert ihre ersten Gedanken zu dem Buurtzorg-Ansatz wie folgt:

„Ja tatsächlich war das so, dass (Name einer Person) ist ja in Holland gewesen und hat dieses Buurtzorg kennen gelernt und hat dann eine Veranstaltung gegeben [...] wo ich auch war, wo ich aber raus gegangen bin und gedacht habe, das kann ja gar nicht funktionieren, man muss doch eine PDL haben, hab' ich gedacht (lacht). Und hab erst mal gedacht, dass ist nichts für mich, das geht nicht. Ja und dann hat man immer mehr davon gehört und dann hat (Name einer Person) uns angesprochen, ob unser Team, weil wir schon so lange zusammen sind, ob wir das nicht mal versuchen wollen. Und dann haben wir gesagt, ja das machen wir. Und dann sind wir auch mit großer Freude gestartet.“ (ID10.1: 22 – 22)

Neben diesen Wegen entstand ein Team auch durch die Gründung einer neuen Zweigstelle eines bereits bestehenden Buurtzorg-Teams. Hierfür lag der Grund in der zunehmenden Anzahl an Mitarbeitenden und dem Bedarf, Pflegebedürftige aus weiteren Ortsteilen versorgen

zu können, die aufgrund des begrenzten Einzugsradius bisher nicht durch ein Buurtzorg-Team versorgt werden konnten.

Insgesamt wurde der Großteil der befragten Pflegenden somit durch die eigene Pflegedienstleitung/Geschäftsführung auf den Buurtzorg-Ansatz aufmerksam. Andere wurden durch Bekannte über das Konzept informiert, die bereits in einem Buurtzorg-Team arbeiteten.

Motivation für die Arbeit in ein Buurtzorg-Team

Neben der Gründung der Teams schilderten die Pflegenden auch ihre Beweggründe, Teil eines Buurtzorg-Teams zu werden bzw. zu sein. Demnach sahen einige der Befragten eine neue Herausforderung in der Umsetzung des Konzeptes und in dem Mitwirken an einer Neugestaltung der ambulanten Pflege. Auch die Unzufriedenheit bei dem vorherigen Arbeitgeber gab Anlass dazu, das Unternehmen zu wechseln. So berichteten einige Pflegende, dass sie sich im vorherigen Team unwohl gefühlt und unter dem negativen Arbeitsklima gelitten haben. Für eine andere Person war das Ungleichgewicht zwischen Arbeit und Freizeit (z.B. durch Einspringen) ausschlaggebend. Die befragten Personen geben an, dass sie in einem Buurtzorg-Team arbeiten, da sie nach diesem Konzept und dem Vergütungssystem mehr Zeit für die Versorgung der Pflegebedürftigen haben. Gleichzeitig können sie ihre Vorstellung von einer guten Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Buurtzorg-Team am ehesten umsetzen. Eine Person vergleicht ihre frühere Arbeit in einem klassischen Dienst mit der jetzigen Arbeit im Buurtzorg-Team:

„[...] also ich hab halt eben bei (Name eines Pflegedienstes) eine feste Tour gehabt und als ich angefangen habe da zu arbeiten, waren es, weiß ich, zehn, elf, zwölf Patienten, die ich zu versorgen hatte und am Ende waren es 27, dann habe ich halt immer Schüler [...] dabei bekommen, damit man die Patienten überhaupt noch bewältigen kann, aber die habe ich dann halt nicht gesehen, aber wir haben dann die Patienten halbiert und ich habe die Patienten vielleicht eine Woche lang nicht gesehen und habe dann auch die Verantwortung dafür gehabt [...] und im Spätdienst waren es halt 40 Patienten, da bist du dann nachmittags um drei rausgefahren und bist bis Mitternacht mit 70 Sachen durch die Stadt, damit du halt die Menge von Patienten bewältigen kannst, ja und hast halt dann noch das Problem, dann kommst du zu den Patienten rein und da ist der feste Lebenspartner gestorben und du hast nicht die Zeit, mit denen darüber zu reden, du musst die halt einfach abservieren.“ (ID9.1: 33 – 35)

Ein weiterer Grund lag in der offenen Kommunikation „auf Augenhöhe“ (ID8: 10 – 10) bei Buurtzorg und der Möglichkeit, direkten Kontakt mit der Geschäftsführung aufzunehmen, um eigene Ideen einzubringen.

Neben den Beweggründen zur Arbeit in einem Buurtzorg-Team wurden die Pflegenden auch nach ihrer generellen Motivation für eine Tätigkeit in der ambulanten Pflege befragt. Hierzu zählte, dass durch die eigene Arbeit ein langer Verbleib pflegebedürftiger Menschen und auch das Versterben in der Häuslichkeit ermöglicht wird. Darüber hinaus sei es möglich, den pflegebedürftigen Menschen in seinem Umfeld kennen zu lernen und die Versorgung stärker an die Bedürfnisse anzupassen.

Ablauf der Teamgründung

Nachdem die Entscheidung zur Gründung eines neuen Teams getroffen wurde, beschreiben die Pflegenden den Ablauf der weiteren notwendigen Schritte. Hierzu gehört die Aushandlung von Versorgungsverträgen mit den Kostenträgern der Region durch das Backoffice der Buurtzorg-Nachbarschaftspflege. Teilweise äußerten die Pflegenden, dass es sich hierbei um einen sehr zeitaufwändigen Prozess gehandelt hat, sodass sich der Beginn der Versorgung um mehrere Wochen verzögerte, obwohl alle anderen Schritte bereits abgeschlossen und die Pflegenden angestellt waren, ohne dass eine Versorgung von Pflegebedürftigen (direkte Pflegezeit) durchgeführt werden konnte.

„Und bei dem Infoabend ist halt noch (Name einer Person) zu uns gestoßen, die hat dann halt gesagt, sie zieht da mit und dann haben wir halt noch ein, also haben Stellenausschreibungen gemacht, dann kam (Name einer Person) dazu und bis dann die Zulassung war [...] hat das halt gedauert, also ein gutes Jahr, bis es fertig war, ja.“ (ID9.1: 45 – 45)

Darüber hinaus waren die Pflegenden, die gemeinsam ein neues Team gründen wollten, für die Organisation notwendiger Bedingungen zuständig. Hierzu zählten die Suche nach geeigneten Büroräumen, die Organisation von Telefonanschlüssen bis hin zum Kauf von Büromöbeln, Druckerpapier u.ä. Bei der Wahl der Büroräume versuchten die Pflegenden vor allem in den größeren Städten ihren Standort bewusst zu wählen in Bezug auf die Größe des Quartiers und die mögliche Konkurrenz anderer Pflegedienste. Eine Pflegende beschreibt, dass sie ein Quartier gewählt hat, das sie bereits aus ihrer vorherigen Arbeit in einem klassischen Dienst kannte und so bereits Kontakte zu anderen Berufsgruppen hatte. Während einige der befragten Pflegenden diese Aufgaben und die Anfangszeit als „aufregend“ beschrieben, fasst eine andere Person ihre Gedanken hierzu wie folgt zusammen:

„Also so ‚Macht mal ein Team‘. Also so, ein bisschen mehr Struktur von oben, ähm, dass man sagt ‚pass mal auf, wir haben ja die Erfahrung, damit ihr euch nicht so lange organisatorisch aufhaltet, wir haben euch hier schon mal so ein Paket zusammengestellt oder Ideen zusammengestellt, was ihr für euer Büro überhaupt braucht‘. Ja, also es ist doof, wenn man die Erfahrung (...) von vorherigen Geschichten, die man dann nicht übertragen kann also. „Passt auf, denkt dran, ihr braucht, das, das, das, das sind die grundlegenden Sachen, damit ihr starten könnt‘. Also wir sollten uns dann eben mit Telefonanlage und so weiter auseinandersetzen, Angebote einholen für Büromaterialien, Drucker, PC hin und her. Das hat man uns so ein bisschen selbst auf die Füße gelegt und das hat uns sehr viel Kraft und Zeit gekostet. Was natürlich auch dazu führte, dass gerade in dieser Anfangszeit das Maß an unproduktiven Stunden, und die hat man uns ganz schnell dann doch wieder unter die Nase gehalten, ja, natürlich aufkamen. Ist ja logisch.“ (ID11: 17 – 17)

Eine Pflegende teilt dieses Gefühl der Überforderung und sieht in der zügigen Eröffnung neuer Teams eine Überforderung des Backoffice, das somit der Begleitung der einzelnen Teamgründungen nicht gerecht werden konnte.

Neben diesen ersten Schritten erhielten die Pflegenden vor Beginn der Eröffnung eines neuen Teams Schulungen. Entstand ein Buurtzorg-Team aus einem bestehenden klassischen Pflegedienst, übernahm die Pflegedienstleitung bzw. Geschäftsführung diese Schulung. In anderen

Fällen wurden die Schulungen von den Mitarbeitenden des Backoffice in Deutschland oder auch aus den Niederlanden (z.B. durch die Coaches) durchgeführt. Hierbei erhielten die Pflegenden Informationen zu Themen wie das Führen von Erstgesprächen und Pflegebesuchen, die Planung von Touren und die Erstellung von Dienstplänen. Auch das Abrechnungswesen in der ambulanten Pflege sowie die Erstellung eines Kostenvoranschlags und der Nachweis von Leistungen waren Inhalt der Schulung. Während ein Teil der befragten Pflegenden die Schulungen als ausreichend empfand, berichteten andere, dass sie sich nicht ausreichend gut auf die Arbeit in einem selbstorganisierten Team vorbereitet gefühlt haben. Auch hier wurden fehlende Kapazitäten des Backoffice oder der Pflegedienstleitung als Grund genannt. Trotzdem konnten bei einigen Pflegenden die Unsicherheit und das Gefühl von Angst vor der neuen Verantwortung durch die Schulungen reduziert werden, wie eine Pflegende folgend beschreibt:

„Erst war das schon ein Stückchen weit Unsicherheit, auch so ein bisschen Angst. Aber da hat (Name einer Person) oder auch die Holländer, die haben uns so gut geschult und so viel Sicherheit gegeben, dass wirklich eigentlich nichts passieren kann, wenn man alles mit einem guten Gewissen macht und jeder, der diese Qualifikation hat, auch das macht, was er machen darf, kann eigentlich nichts schief gehen. Ja das haben wir dann versucht und das hat auch wirklich eigentlich gut geklappt.“ (ID10.1: 22 – 24)

Neben diesen Schulungen berichteten die Pflegenden, dass sie sich zu Beginn der Teamgründung, aber auch im weiteren Verlauf gegenseitig geschult haben. Von Vorteil war es, wenn ein Teammitglied bereits Kenntnisse hatte, da es beispielsweise schon einmal in einem Buurtzorg-Team gearbeitet oder die Fachweiterbildung zur verantwortlich leitenden Pflegeperson absolviert hatte.

Zu den weiteren Schritten der Teamgründung gehörte auch die Gewinnung von pflegebedürftigen Menschen, Marketingmaßnahmen (z.B. Außenwerbung) und die Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und dem Quartier. Diese Aspekte werden in den folgenden Kapiteln näher erläutert. Insgesamt empfanden die befragten Pflegenden die Schritte der Teamgründung als sehr umfangreich und zum Teil herausfordernd.

Teamgröße

Die Pflegenden in den selbstorganisierten Teams entscheiden gemeinsam über die Zusammensetzung und Größe der Teams und des Kund*innenstamms. Beide Größen bedingen sich gegenseitig, wobei die befragten Pflegenden entsprechend des Buurtzorg-Ansatzes eine Grenze von 12 Mitarbeitenden in einem Team als maximale Größe angegeben haben. Dadurch hat beispielsweise ein Team, das diese Grenzen fast überschritten hatte, sich dazu entschieden, ein weiteres Team zu gründen. Eine Person unterstreicht die Bedeutung dieser Grenzen, um als Team weiterhin entscheidungsfähig zu sein. Demnach verlängern sich die Entscheidungswege bei zu vielen Teammitgliedern und eine effektive Arbeitsweise werde erschwert. Auf der anderen Seite beschreiben Pflegende auch den Nachteil kleiner Teams. So bleibt bei spontanen Ausfällen kaum eine Reserve an Mitarbeitenden, die einspringen können. Daraus resultiert, dass Pflegende ihren Urlaub verschieben oder eine hohe Anzahl an Überstunden aufbauen mussten. Eine Person erinnert sich wie folgt an eine solche Situation:

„[...] eine Kollegin wurde dann krank, dann hatte eine Urlaub, die hatte [ein] Kind, die konnte halt nicht ihren Urlaub verschieben und dann standen wir halt im Endeffekt mit drei Touren und einem Abenddienst zu zweit da und haben dann auch an die acht

Wochen mit zwei Tagen frei fast durchgearbeitet, weil es anders nicht funktioniert hat.“
(ID4: 225 – 225)

Die Relation von Pflegenden zu pflegebedürftigen Menschen wurde von den befragten Pflegenden nicht mit konkreten Zahlen beschrieben. Insgesamt entscheidet die Anzahl der Pflegenden über die Kapazitäten, mit der Anfragen von Pflegebedürftigen beantwortet werden können, unter Berücksichtigung der genannten Obergrenze. Gleichzeitig muss entsprechend der Anzahl der Mitarbeitenden eine ausreichende Anzahl von pflegebedürftigen Menschen versorgt werden, um die Wirtschaftlichkeit des Teams aufrecht zu erhalten.

Arbeit in selbstorganisierten Teams

In den einzelnen Teams fallen neben der direkten Versorgung pflegebedürftiger Menschen unterschiedliche Aufgaben an. Dazu gehört unter anderem die Urlaubs-, Dienst- und Tourenplanung, das Abrechnungssystem, das Qualitätsmanagement, die Pflege der Dienstwagen und Büroräume, der Aufbau eines Netzwerks im Quartier, die Rekrutierung von Mitarbeitenden und die Gewinnung von pflegebedürftigen Menschen. Die Pflegenden berichten, dass diese Aufgaben entsprechend der Kompetenzen im Team verteilt wurden. Hierbei besteht zwar das Bestreben, dass jedes Teammitglied in der Lage sein sollte, jede Aufgabe übernehmen zu können, eine regelmäßige Rotation im Sinne des Buurtzorg-Ansatzes fand allerdings nur in wenigen Teams statt. Unabhängig von der Rollen- und Aufgabenverteilung im Team, wurden aber alle Entscheidungen in einem Konsens gemeinsam getroffen.

Die Pflegenden verbinden mit der Arbeit in selbstorganisierten Teams ein starkes Gefühl von Verantwortung. Im Vergleich zu klassischen Pflegediensten übernehmen sie mehr Aufgaben und sind für Auswirkungen der gemeinsam getroffenen Entscheidungen verantwortlich. Gleichzeitig beschreiben sie, dass sie deutlich autonomer in ihrer Arbeit sind und stärker mitbestimmen können. Die befragten Pflegenden ziehen Vergleiche zu ihren früheren Erfahrungen in klassischen Pflegediensten und beschreiben, dass sie sich ernster genommen fühlen, die Arbeit abwechslungsreicher ist und vorhandene Kompetenzen von Mitarbeitenden effektiv genutzt werden können. Diese Unterschiede zu klassischen Teams werden von einer befragten Person mit folgender Schilderung unterstrichen:

„Ja, das ist einfach wie selbstständig sein und dass war man einfach nicht. Man war als Pflegekraft eigentlich unheimlich, will nicht sagen unterdrückt, aber auch teilweise die Fähigkeiten, die man wirklich hat, sind gar nicht genutzt worden. In dem Sinne, in dem einfach gesagt, wir setzen euch da jemanden hin, der macht, der leitet euch, der sagt macht das und das und das. Und letztendlich hätte das schon viel früher oder es einfach auch, es müsste viel bekannter werden, wo ich einfach denke, die Pflegekräfte trauen sich viel zu wenig zu, ne.“ (ID10.1: 28 – 28)

Gleichzeitig sehen die Pflegenden auch Vorteile in der Übernahme von Aufgaben wie die Tourenplanung. Da sie im direkten Kontakt mit den Pflegebedürftigen stehen, können sie die Touren- und Einsatzplanung stärker an die Bedürfnisse der zu versorgenden Menschen anpassen, da sie diese besser kennen. Auch weil sie ein kleines Team sind, kennt jede Pflegende jeden pflegebedürftigen Menschen, sodass eine flexible Einsatzplanung möglich ist. Zusätzlich fühlen sie sich flexibler in der Gestaltung ihrer gesamten Arbeit. So werden Dienst- und Urlaubspläne gemeinsam geschrieben und die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Mitarbeitenden können stärker beachtet werden. Vor allem für Kolleg*innen mit Kindern sei dieser Aspekt von

Vorteil. Eine Person beschreibt, dass eine gut abgestimmte Aufgabenverteilung auch zur Zufriedenheit eines jeden einzelnen führe.

Auf der anderen Seite ergeben sich aus der Arbeit in kleinen, selbstorganisierten Teams aus Sicht der befragten Pflegenden auch Herausforderungen. So beschreiben einige, dass sie aufgrund der Verantwortung nicht abschalten konnten oder das Gefühl hatten, immer abrufbar zu sein. Dieses Gefühl wurde verstärkt, wenn Kolleg*innen ihre Aufgaben nicht ausreichend erledigten und diese mit übernommen werden mussten. Einige Pflegende berichten vom Gefühl, nie wirklich Feierabend zu haben und ausgelaugt zu sein. Eine Person, die mittlerweile wieder in einem klassischen Pflegedienst arbeitet, ist erleichtert, dass sie nicht mehr für alles verantwortlich ist. Rückblickend beschreibt sie ihre Erfahrung im Buurtzorg-Team wie folgt:

„Ja, es war halt schwieriger, weil, ja, man hat halt natürlich auch für die Kollegen, die halt nicht so viel gemacht haben, hat man dann halt auch mitgearbeitet und dann auch länger im Büro, dann ist man abends zum Büro gefahren, am Wochenende konnte man dann auch nicht irgendwie abschalten, weil man dann die Touren gemacht hat, weil man dann immer gedacht hat, hoffentlich habe ich nichts vergessen, hoffentlich können die so fahren und so weiter, also war dann doch schon, ich meine, ich bin halt auch sehr, sehr genau und denk mir dann auch so "hm, hoffentlich und hm hoffentlich hast du alles richtig gemacht und so", also so, man hatte halt nur das Gefühl, dass man kaum noch Freizeit hat, weil man ständig im Denken drin war.“ (ID4: 149 – 149)

Eine andere Pflegende berichtete, dass sie 50–60 Stunden in der Woche und auch nachts gearbeitet hat, da sie die Aufgaben anderer übernommen und gleichzeitig die pflegebedürftigen Menschen versorgt hat. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte sich auch durch Teambesprechungen noch keine Besserung der Aufgabenverteilung gezeigt.

Vor diesem Hintergrund sind einige Pflegende frustriert, wenn sie gleichzeitig das Feedback vom Backoffice bekommen, dass ihre Arbeit noch nicht ausreicht, um die Wirtschaftlichkeit des Teams zu sichern.

„Richtig und wir haben uns ziemlich, also wir sind dann Samstag und Sonntag, wie gesagt, wenn wir dann auch frei hatten, auf dem Markt gewesen und Flyer verteilt und und und. Und wenn man merkt, es fruchtet nicht und wir haben uns auch immer Informationen eingeholt, wie es dann aussieht, wie weit wir es schon geschafft haben und man hört dann ja, so wie das im Moment mit den Patienten aussieht, könnt ihr nicht mal mehr ein Auto bezahlen, so gesehen. Das haut einen dann natürlich schon runter, weil man da wirklich das Gefühl hat, man ist wirklich fast nur am Arbeiten.“ (ID4: 213 – 215)

Insgesamt beschreibt ein Großteil der Pflegenden, dass sie gerne in selbstorganisierten Teams arbeiten und die Vorteile überwiegen. Eine Pflegende beschreibt auch, dass sie sich nicht mehr vorstellen kann, in einem klassischen Team mit einer Pflegedienstleitung zu arbeiten.

Teamkultur und Teamzusammensetzung

Da die Pflegenden eng zusammenarbeiten und Entscheidungen gemeinsam treffen müssen, nimmt die Teamkultur eine besondere Bedeutung ein. Für die befragten Pflegenden ist es wichtig, dass sie Ziele als Team festlegen, um ihrer Arbeit eine Richtung zu geben. Für ihre Tätigkeit ist es von besonderer Bedeutung, dass sich die Pflegenden auf ihre Kolleg*innen

verlassen können. Gleichzeitig sind sie in ihrer Arbeit aber auch voneinander abhängig. So ist beispielsweise die Person, die für die Abrechnung zuständig ist, von der zuverlässigen Arbeit der Kolleg*innen im Zusammenhang mit den Leistungsnachweisen abhängig. Einige Pflegende berichten, dass sie dadurch Aufgaben anderer übernehmen oder dauerhaft „hinterherrennen“ müssen. Handelt es sich um Aufgaben, die im Zusammenhang mit anderen Berufsgruppen unzuverlässig umgesetzt werden, fürchten einige Pflegende, dass darunter auch das Image des gesamten Teams leidet.

Durch die enge Zusammenarbeit wird die Arbeit eines jeden einzelnen im Team transparenter und Stärken sowie Schwächen werden sichtbar. Jedoch können so auch Aufgaben den Kompetenzen entsprechend verteilt oder Kenntnisse ausgeweitet werden. Eine Person aus einem ehemaligen Buurtzorg-Team stellt hierzu folgenden Vergleich zu seiner jetzigen Arbeit in einem klassischen Dienst her.

„In dem jetzigen großen Team, du kriegst die Kollegen immer nur zwischen den Schichten mit, wenn du gerade mal eben im Büro bist und da trifft man sich mal eben oder bei Dienstbesprechungen, wie auch immer. Aber ansonsten weißt du wenig über die Kollegen, du kriegst nur so hinten rum mit, wie sie denn arbeiten und so weiter und sofort. Innerhalb dieses kleinen Teams wurde die ganze Sache wesentlich transparenter, aber auch der Mensch, der da pflegt, wurde transparenter für dich oder für mich in dem Moment. Also das heißt ich wusste eher, mit wem ich es zu tun habe. Aber im Positiven, wie im Negativen. Also ich sag mal, wir hatten ein Teammitglied, das eine eklatante Schwäche im Bereich der Medikamente hatte. So, aber natürlich ist das eine Geschichte, wo man dann überlegen kann, okay wie kriegt man das gemeinsam in den Griff. Im normalen, klassischen ambulanten Dienst, da haut einfach nur mal irgendwann Chef auf die Glocke und sagt "Geht nicht mehr, schäm dich". Und im Team gehst du das Thema anders an.“ (ID11: 97 – 105)

Aus Sicht der befragten Pflegenden sollte eine Teamkultur auch durch ein hohes Maß an Kommunikation gekennzeichnet sein. Hierzu zählt ein offener Umgang miteinander und aktives Zuhören. Für eine gelingende Zusammenarbeit ist es wichtig, dass jedes Teammitglied die eigene Meinung offen mitteilen kann. Gleichzeitig sei es von Bedeutung, dass sich die Pflegenden als ein Teil des Teams verstehen und auch Rücksicht auf andere nehmen.

Aus diesen Aspekten ergibt sich auch die Bedeutung der Teamzusammensetzung. Hierbei spielen nicht nur die Qualifikationen der Mitarbeitenden eine Rolle, sondern auch die bereits genannten notwendigen Kompetenzen hinsichtlich der Arbeit in einem selbstorganisierten Team. In Bezug auf die Gründung der Teams wird deutlich, dass diese Aspekte hierbei eine untergeordnete Rolle spielten und eher die Bereitschaft, ein Buurtzorg-Team zu gründen oder in einem solchen Team mitzuarbeiten im Vordergrund stand. Auch im Verlauf verließen Mitarbeitende Teams aufgrund der Zusammensetzung oder Teams wurden geschlossen.

Umgang mit Konflikten

Da die Pflegenden eng zusammenarbeiten müssen, kommt es auch zu Konflikten in den Teams. Hierbei führten unterschiedliche Ursachen zu Auseinandersetzungen zwischen den Teammitgliedern. Erledigen einzelne Pflegende ihre Aufgaben nicht fristgerecht oder unzureichend, entstehen Konsequenzen für alle Teammitglieder. „[...] wenn ein Zahnrad nicht funktioniert, dann stehen alle anderen auch still, dann können die nicht weiterarbeiten“, so eine

Pflegende. Eine weitere Person sieht die Ursache für Konflikte auch in der Motivation einzelner Teammitglieder, die teilweise nicht dem gemeinsam gesetzten Ziel des Teams entsprechen oder den Teamgedanken mittragen. Die gleiche Person stammt aus einem ehemaligen Team und schildert ihre Erfahrung in diesem Zusammenhang wie folgt:

„Wenn die Motivation darin besteht ‚Oh, Buurtzorg, find ich toll, ja so möchte ich auch gerne pflegen, aber ich hab ja auch im Hinterkopf, okay, ich bin selbstbestimmt, ich hab keinen Chef über mir, ähm, und ich kann alles mit Ruhe angehen ja.‘ das führt dann in der Konstellation, die wir hatten, sprich mit dem wirtschaftlichen Druck wiederum unserer Gesellschaft, die sagen ‚okay, eure produktiven Zeiten müssen nach oben‘ und dann hast du aber Leute die sagen ‚ja, ich wollte es aber gemütlich angehen‘. Dann hast du schon von vornherein irgendwo kräftig Sand im Getriebe.“ (ID11: 29 – 29)

Darüber hinaus sehen die befragten Pflegenden eine Ursache in fehlender Kritikfähigkeit einzelner Teammitglieder, sodass die Konsensbildung bei Entscheidungen erschwert und die Entwicklung des Teams gebremst wurde. Einzelne berichten auch, dass sie in solchen Situationen Sorge hatten, Kritik zu äußern oder die eigene Meinung zu sagen, da sonst weitere Konflikte entstanden wären. Eine Person bestätigt diese Erfahrung und schildert, wie sie die Konfliktsituation erlebt hat.

„[...] du hast natürlich auch aufgepasst, dass dieses Team vernünftig läuft und auch zusammenarbeitet und es gibt halt manche Menschen, die Kritik vertragen können und manche nicht. Und wenn du dann, du hast dir dreimal überlegt, ob du irgendetwas sagst, weil dieses Team muss ja funktionieren. Und wenn du dann einen dazwischen hast, der keine Kritik vertragen kann, dann hast du natürlich auch total das Problem gehabt, weil bei (Name eines Pflegedienstes) zum Beispiel bei diesem großen Team kannst du dir noch aus dem Weg gehen. Bei diesem kleinen Team musst du zusammenarbeiten.“ (ID4: 71 – 77)

Darüber hinaus kam es zu Konflikten, wenn einzelne Teammitglieder das Buurtzorg-Konzept nicht ausreichend umgesetzt hatten. So beschreibt eine Pflegende, dass sie kaum Kolleg*innen im Team hatten, die tatsächlich nach dem Buurtzorg-Ansatz tätig sein wollten, sondern eher einen Job suchten und nach dem für sie bekannten System klassischer Pflegedienste arbeiteten. Auch die fehlende Kontrolle durch eine Pflegedienstleitung hatte bei diesen Personen Auswirkungen auf ihre Arbeit:

„wenn das keiner kontrolliert, dann ist das halt immer so [...] die schreiben sich Stunden auf, die sie nicht gearbeitet haben, ja (...) ähm, ja, so kann man es einfach sagen halt (...), ich glaube, dass es einige bei uns oder viele Kollegen gegeben hat, die bei uns Raubmord mit dem System betrieben haben und das ist sicherlich auch der Grund mit, der dazu geführt hat, dass das Ding pleite gegangen ist und ich denke dass das im BackOffice wahrscheinlich auch nicht viel anders war. Also das [...], die sind halt einfach gewöhnt, dass sie sich über die Schnelligkeit definieren, weißt du und die versuchen dann halt schnell mit der Pflege fertig zu werden und, ähm, das ist dann dem Konzept eher entgegengestellt (...).“ (ID9.2: 17)

Als Umgang mit solchen Konflikten führen die Pflegenden Gespräche im Team, um Lösungsstrategien zu identifizieren. Wenn diese Gespräche nicht zum Erfolg führen, wird der Coach einbezogen, um nach Möglichkeiten der Konfliktlösung zu suchen. Die befragten Pflegenden

berichten, dass diese Gespräche häufig geholfen haben, um auch die Teamziele nach einem Konflikt wiederaufzunehmen. Wenn auch dieser Schritt keinen Erfolg gebracht hat, wurde beispielsweise gemeinsam im Team entschieden, dass eine Kollegin das Team verlassen muss, um ein Weiterbestehen zu sichern. Zwei Personen haben aus der Situation im Team die Konsequenz für sich gezogen und sind in ein anderes Buurtzorg-Team gewechselt bzw. haben das Unternehmen komplett verlassen.

Insgesamt beschreiben eher diejenigen, deren Team sich bereits aufgelöst hatte, von einem schwierigen Umgang mit Konflikten. Die Pflegenden aus bestehenden Teams berichteten ebenfalls von möglichen Konfliktsituationen, aber auch von erfolgreichen Lösungsstrategien.

Gewinnung von neuen Mitarbeitenden

Sowohl bei der Teamgründung als auch im weiteren Verlauf und bei der Vergrößerung des Teams sind die Pflegenden auf die Gewinnung neuer Mitarbeitender angewiesen. Die Erweiterung des Teams wird von der angestrebten Teamgröße abhängig gemacht. Um auf das eigene Team und die Stellenausschreibung aufmerksam zu machen, haben die Pflegenden unterschiedliche Strategien angewandt. Einige Teams haben Stellenausschreibungen über Inserate veröffentlicht oder haben das Backoffice gebeten, ein Inserat zu schalten. Darüber hinaus nutzten die befragten Pflegenden die sozialen Medien, um potenzielle Mitarbeitende zu rekrutieren. Hierbei haben Sie nicht nur auf Plattformen wie Facebook oder Instagram die Stellenausschreibungen veröffentlicht, sondern auch ihre tägliche Arbeit versucht zu zeigen. Zum Teil wurden auch Flyer mit Stellenausschreibungen verteilt oder Zettel in die Fenster der Dienstwagen geklebt. Von vielen befragten Pflegenden wurde die Bedeutung der Mund-zu-Mundpropaganda bei der Gewinnung neuer Kolleg*innen benannt. So wurden Kontakte zu befreundeten Pflegenden oder ehemaligen Arbeitskolleg*innen aus klassischen Pflegediensten genutzt, um Informationen zu offenen Stellenangeboten zu verbreiten. Eine Pflegende berichtete auch, dass die Angehörigen der pflegebedürftigen Menschen von sich aus den Bedarf an weiteren Pflegenden in ihrem Bekanntenkreis verbreitet haben. Eine Pflegende berichtete, dass sich zeitweise die Einstellung von neuen Kolleg*innen verzögerte, da die Erstellung der Arbeitsverträge durch das Backoffice längere Zeit in Anspruch genommen hat, sodass sich die interessierte Bewerberin bereits nach anderen Stellen umsehen wollte.

Neben der Durchführung dieser unterschiedlichen Rekrutierungsmaßnahmen liegt die Verantwortung für den weiteren Prozess ebenfalls bei den Pflegenden der Buurtzorg-Teams. Sobald potentielle Bewerber*innen ihr Interesse an der Stellenausschreibung äußern, werden alle Teammitglieder über die Bewerbung informiert. Anschließend wurden Bewerbungsgespräche mit möglichst allen Teammitgliedern geführt und eine Hospitation organisiert. Da auch die Einstellung neuer Kolleg*innen im Konsens, häufig einstimmig, entschieden wird, wurden alle Teammitglieder in den Prozess integriert. Besonders in diesem Bereich scheint es für viele Teams von hoher Bedeutung zu sein, dass alle Mitglieder hinter der Integration neuer Mitglieder in das bestehende Team stehen. Die Entscheidung für oder gegen einen potenziellen neuen Kollegen wird dann häufig „nach dem Bauchgefühl“ getroffen, je nachdem, ob „die Chemie stimmt“ und inwieweit die Anforderungen an Mitarbeitende in selbstorganisierten Teams erfüllt werden. Diesen Prozess der Entscheidungsfindung hinsichtlich der Einstellung neuer Kolleg*innen beschreibt eine teilnehmende Pflegende wie folgt:

„Also wir würden erstmal gucken, dass die – also erstmal das Konzept halt wirklich vorstellen, wenn die das noch nicht wirklich kennt. Dann halt gucken bezüglich Probearbeiten beziehungsweise, ob die Chemie überhaupt stimmt. Dass man irgendwie ein Treffen vereinbart, sich unterhält und ja dann gucken, was unser Bauchgefühl sagt. Und dann entscheiden würde ich sagen.“ (ID8: 46 – 46)

Des Weiteren betonen die Pflegenden der selbstorganisierten Teams, dass sie sich für die Einarbeitung neuer Mitarbeitender verantwortlich fühlen und auch eigene Einarbeitungskonzepte erstellen. Hierbei wird die Zeit der Einarbeitung als sehr langwierig empfunden, da selbst bei einer erfahrenen Pflegeperson aus dem Bereich der ambulanten Pflege viele weitere Kompetenzen (z.B. Erstellung von Tourenplänen) erlernt werden müssen.

Insgesamt berichten die Pflegenden der Buurtzorg-Teams, dass auch sie den allgemein vorliegenden Fachkräftemangel bei der Besetzung offener Stellen spüren. Eine Pflegende berichtet auch, dass in ihrem Team Leiharbeitskräfte durch das Backoffice eingestellt wurden, deren Motivation eher in der Ausübung des Jobs und weniger an der Umsetzung des Buurtzorg-Ansatzes lag.

Anforderung an Mitarbeitende

Neben den verschiedenen Maßnahmen zur Gewinnung neuer Kolleg*innen beschreiben die befragten Pflegenden die Anforderungen an Mitarbeitende in selbstorganisierten Teams. Eine wichtige Bedeutung nimmt hierbei die Identifikation mit dem Buurtzorg-Modell und seinen Bestandteilen ein. Hierzu versuchen die Pflegenden der bereits bestehenden Teams bereits im Vorstellungsgespräch, den Buurtzorg-Ansatz zu beschreiben.

Damit verbunden beschreiben die Pflegenden auch die Fähigkeit, selbstständig arbeiten zu können und sich verantwortlich fühlen als eine Anforderung an Mitarbeitende in Buurtzorg-Teams. Eine Pflegende verdeutlicht diese Anforderung wie folgt:

„[...] ich glaube so etwas muss man mitbringen bei Buurtzorg, dass man halt irgendwie selbstständig arbeitet und dass man dann natürlich einfach auch nicht Arbeit liegen lässt, sondern, dass man halt dann selber dafür verantwortlich ist, das muss glaube ich in den Köpfen vorhanden sein, um halt in einem Buurtzorg Team mitarbeiten zu können.“ (ID9.1: 65 – 65)

Dadurch, dass die Pflegenden in Buurtzorg-Teams andere Aufgaben als in herkömmlichen Teams übernehmen, sei auch eine Eigeninitiative und das Erkennen notwendiger Aufgaben von Bedeutung. In diesem Zusammenhang betonen die befragten Pflegenden auch die Bereitschaft, ebendiese Zusatzaufgaben wie das Schreiben der Dienstpläne erlernen und eigenständig übernehmen zu wollen. Da die Teamarbeit in selbstorganisierten Teams eine besondere Rolle einnimmt, ist es ebenfalls notwendig, dass Mitarbeitende eine hohe Teamfähigkeit aufweisen. Alle Entscheidungen der Teams werden von allen Pflegenden im Konsens getroffen. Daher sollten Pflegende in der Lage sein, eigene Argumente vertreten und zugleich kritikfähig zu sein. Eine interviewte Person beschreibt diese Anforderung wie folgt:

„Man braucht eine offene Persönlichkeit für viele Dinge. [...] Und man muss lernen Entscheidungen zu treffen. Weil man die Entscheidungen halt grundsätzlich immer trifft, mit dem Team zusammen. Deswegen muss man halt auch hinter seiner Meinung stehen und dann auch erläutern können, warum man das möchte oder warum man das

für sinnvoll erachtet [...]. Also Ja-Sager oder Nein-Sager generell sind immer schlecht. [...] Also man muss ein Charaktermensch sein. Man darf keine Scheu haben, irgendwas zu sagen, und man sollte auch kein Typ sein, der immer nur nach vorne prescht.“ (ID7: 38 – 38)

Aus Sicht einer weiteren Pflegenden ist es von Bedeutung, dass die Mitarbeitenden Spaß bei der Arbeit haben. Hierbei sei es weniger notwendig, dass beispielsweise neue Mitarbeitende schon viele Kenntnisse über die Inhalte der Arbeit (z.B. Abrechnungssystem) haben, da die Einarbeitung ohnehin sehr zeitaufwändig ist. Vorkenntnisse bei der Arbeit im ambulanten Bereich werden grundsätzlich als nützlich empfunden.

Die befragten Pflegenden äußern, dass sie für sich selbst gerne noch an Fort- und Weiterbildungen zu unterschiedlichen Inhalten (z.B. Praxisanleiter*in) teilnehmen möchten. Die Entscheidung zur Teilnahme einzelner Pflegender wird ebenfalls im Team getroffen, abhängig davon, inwieweit diese Kompetenzerweiterung für das Team nützlich ist. Letztendlich muss die Teilnahme vom Backoffice genehmigt werden.

Aufbau eines Kund*innenstamms

Zu den Aufgaben der selbstorganisierten Buurtzorg-Teams gehört auch der Aufbau eines Kund*innenstamms. Hierbei besteht das Ziel darin, entsprechend der Kompetenzen des Teams die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen vor dem Hintergrund der gewählten Teamgröße und unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten. Um pflegebedürftige Menschen für den eigenen Kund*innenstamm zu gewinnen, nutzen die befragten Pflegenden unterschiedliche Strategien. So werden selbst erstellte Flyer in Arztpraxen, Apotheken, bei Friseuren und Physiotherapeuten verteilt oder direkt in die Briefkästen der Einwohner des Quartiers eingeworfen. Auch die Beschriftung der Dienstwagen oder die Erstellung von Zeitungsannoncen und Plakaten sollte dazu dienen, in der Nachbarschaft bekannt zu werden und den Kund*innenstamm zu vergrößern. Darüber hinaus nutzen die Teams auch soziale Medien, um als Pflegedienst bekannter zu werden. Einige Pflegende berichten, dass sie besonders zu Beginn der Teamgründung die pflegebedürftigen Menschen, die sie bisher in einem klassischen Team versorgt haben, von der Idee des Buurtzorg-Ansatzes informiert und dadurch mit in den Bestand des neuen Buurtzorg-Teams übernommen haben. Darüber hinaus haben sich die befragten Pflegenden bei anderen Berufsgruppen vorgestellt bzw. Kontakt gehalten, um beispielsweise von Hausärzten empfohlen zu werden. Auch der dauerhafte Kontakt zu den Sozialdiensten der Krankenhäuser kann dabei helfen, dass die dortigen Mitarbeitenden den Buurtzorg-Dienst an die Patient*innen empfehlen. Insgesamt unterstreichen die Pflegenden die Bedeutung der Mund-zu-Mund-Propaganda bei dem Aufbau eines Kund*innenstamms. Eine befragte Person beschreibt das Ergebnis wie folgt:

„Also wir haben auch welche, die direkt vom Arzt an uns verwiesen werden, da haben wir jetzt jemanden aufgenommen für einen Verbandswechsel, alle zwei Tage, da hat die Ehefrau gesagt, naja, Doktor (Name einer Person) hat gesagt ihr seid die Besten, so und. Ja, da haben wir uns auch echt gefreut und andere haben dann oder wussten das oder haben uns bei Nachbarn stehen sehen und haben dann mal gefragt "und wie seid ihr so zufrieden?" ja so. Wirklich so über Erzählungen“ (ID2: 131 – 136)

Die Mund-zu-Mundpropaganda verlief somit nicht nur durch die Empfehlung von anderen Berufsgruppen, sondern auch über Nachbarn, Angehörige und die Pflegebedürftigen, die das

Buurtzorg-Team empfehlen. Zusätzlich gab es weitere Aktionen, um im Quartier bekannter zu werden. So hat beispielsweise ein Team auf dem Weihnachtsmarkt Suppe verkauft, um mit Menschen ins Gespräch zu kommen. Ein Team hat zeitweise auch einen Verband genutzt, der im Internet Anfragen von Angehörigen an Pflegedienste weiterleitet. Da sie die Vermittlung jedoch bezahlen mussten, haben sie nur selten diese Rekrutierungsstrategie genutzt.

Neben der Darstellung dieser unterschiedlichen Strategien zur Kund*innengewinnung beschrieben die befragten Pflegenden aber auch, wie sie die Umsetzung ebendieser Maßnahmen erlebt haben. Demnach erschwerte die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Beschränkungen Strategien wie die Vorstellung des Teams in Arztpraxen. Darüber hinaus empfanden die Pflegenden vor allem die Anfangszeit als herausfordernd, insbesondere im ländlichen Bereich, da dort die Konkurrenz von langjährig bestehenden Pflegediensten den Aufbau eines Kund*innenstamms erschwerte.

„[...] und die haben ihre alteingesessenen Pflegedienste. [...]. Also es sind bestimmt sieben bis acht Pflegedienste, die noch zusätzlich hier fahren. Und dann für so eine Stadt, wie [Name des Ortes] ist das dann schon reichlich viel.“ (ID4: 109 – 115)

Eine andere Pflegende beschreibt, dass im Laufe der Zeit der Bekanntheitsgrad auch in dem kleinen Ort zunimmt, sie von Einwohner*innen begrüßt werden und innerhalb von 14 Tagen zehn neue Pflegebedürftige aufnehmen konnten. Unabhängig von der regionalen Lage des Teams haben einige Pflegenden den Eindruck, dass der Name „Buurtzorg“ von den Menschen nicht mit einem Pflegedienst in Verbindung gebracht wird und wenn, dann eher mit einem Pflegedienst aus den Niederlanden. So berichtet eine Pflegende von einer Situation, die sie erlebt hat:

„[...] wir hatten zu wenig Patienten, sagen wir es mal so, weil [Ortsname] ist halt so ein eingefahrenes Volk. Die haben alle gedacht, dass wir Holländer sind. [...] also eine Patientin, die hatte ihre Nachbarin da und dann fragte sie: "so, so wer kommt denn morgens zu dir?" "Ja, Buurtzorg." "Ja, also Holländer würde ich nicht in mein Haus rein lassen." nā, also. Da sind wir ganz schön angeeckt, alleine wegen dem Namen.“ (ID4: 89 – 95)

Eine weitere Pflegende beschreibt ebenfalls die Herausforderung durch die Namensgebung, insbesondere, da ausschließlich „Buurtzorg“ auf den Dienstwagen steht und sie zusätzlich mit einem Münsteraner und somit ortsfremden Kennzeichen versehen sind. Dadurch wird aus ihrer Sicht die Strategie erschwert, durch Außenwerbung im Quartier bekannter zu werden.

Insgesamt beschreiben einige Pflegenden Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Kund*innen, andere berichten von einer hohen Nachfrage pflegebedürftiger Menschen und der Absage von Anfragen aufgrund fehlender Kapazität. Eine Person berichtete von einer hohen Fluktuation des Kund*innenstamms, aufgrund von spontanen Krankenhauseinweisungen oder dem Versterben von pflegebedürftigen Menschen, wobei diese Wechsel aufgrund der hohen Nachfrage zügig gedeckt werden konnten.

Bei einer Evaluation der Strategien zur Gewinnung neuer Pflegehaushalte waren die Pflegenden der Auffassung, dass pflegebedürftige Menschen aufgrund einer zunehmenden Unzufriedenheit in der bisherigen Versorgung (z.B. durch Unzuverlässigkeit und unpassenden Versorgungszeiten) einen Wechsel zum Buurtzorg-Team angestrebt haben. Einige pflegebedürftige

Menschen oder Angehörige entschieden sich sehr bewusst für den Buurtzorg-Ansatz, bei anderen stand die grundsätzliche Versorgung im Vordergrund, unabhängig vom Versorgungskonzept. Eine Pflegende beschreibt ihre Eindrücke hinsichtlich der Wahl des Pflegedienstes durch die Pflegebedürftigen wie folgt:

„[...] es ist so 50/50, es gibt tatsächlich welche, also das sind dann vor allen Dingen, ich sag mal, die Angehörigen Söhne, Töchter, Schwiegertöchter, die sich damit auseinandergesetzt haben und auch gegoogelt haben und auch wirklich sagen, wir finden euer Konzept so toll. Und ich sag mal so, wenn die direkt zum Hausarzt kommen für eine Wundversorgung, dann sind die froh, dass überhaupt jemand kommt, das muss man klar so sagen.“ (ID2: 138 – 140)

Auswahl des Kund*innenstamms

Die Pflegenden entscheiden im Team über die Aufnahme oder Absage von pflegebedürftigen Menschen und stellen so ihren Kund*innenstamm zusammen. Von dieser Entscheidung sind verschiedene Faktoren abhängig. So wird zunächst überprüft, inwieweit die angefragten Leistungen überhaupt von dem Buurtzorg-Team hinsichtlich der vorhandenen Kompetenzen und der verfügbaren Kapazität abgedeckt werden können. Eine Pflegende berichtet, dass die angefragte Versorgung eines Kindes abgelehnt wurde, da die Kompetenzen im Team zur Versorgung von pflegebedürftigen Kindern nicht ausreichend waren. Darüber hinaus wird geprüft, inwieweit die angefragte Versorgung in die Tourenpläne und die zeitliche Kapazität integriert werden kann. Auch hier berichten Pflegenden, dass sie Anfragen ablehnen mussten aufgrund der zeitlichen Vorstellung der Pflegebedürftigen, die nicht realisiert werden konnte. Ein wichtiger Aspekt ist, ob der pflegebedürftige Mensch in dem Versorgungsradius des Teams wohnt. Neben dem Bestreben, ein begrenztes Quartier mit Nutzung der Nachbarschaft zu versorgen, wird hierbei auch die finanzielle Grenze durch die Wegepauschale beachtet. Zusätzlich überprüfen die befragten Pflegenden nicht nur bei der Aufnahme, sondern auch im weiteren Verlauf, inwieweit das Buurtzorg-Konzept zu den pflegebedürftigen Menschen passt. Hierbei wird auch das Ziel des Ansatzes bedacht, die Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen zu fördern und sich dadurch stückweise als Pflegedienst aus der Versorgung zurück ziehen zu können. Dieser Grundgedanke wird von den Pflegenden direkt beim Kontakt verdeutlicht. In diesem Zusammenhang berichtet eine Person aber auch von einem Versorgungsabbruch:

„Wir hatten auch schon den Fall, dass jemand uns abgesagt wurde, weil er einfach nicht ins Konzept gepasst hat. Hatten wir auch schon. Also das war wirklich schon sehr... Er wollte alles gemacht haben und konnte aber noch ziemlich viel selbstständig. Und da haben wir gesagt, das machen wir nicht. Das wollen wir nicht und das ist nicht unsere Aufgabe.“ (ID7: 120 – 120)

Insgesamt beschreiben die befragten Pflegenden aber auch, dass sie bemüht sind, das Leistungsangebot an die Anfragen anzupassen. So berichtet eine Pflegende, dass sie zunächst keine reinen Betreuungsleistungen angeboten haben. Aufgrund der zunehmenden Anfragen wurde dann entschieden, eine Betreuungskraft einzustellen, um ebendiese Anfragen als Pflegedienst bedienen zu können.

In der Gesamtheit berichtet ein Großteil der Pflegenden von zahlreichen Anfragen und einer hohen Auslastung des Kund*innenstamms. Allerdings beschreiben auch Pflegende aus anderen Teams, dass sie es trotz ihrer Bemühungen nicht schaffen, einen ausreichend großen Kund*innenstamm entsprechend der Wirtschaftlichkeit des Teams aufzubauen.

Versorgung von Pflegebedürftigen

Bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen besteht das Ziel darin, ihre und die Selbstständigkeit ihrer Angehörigen zu fördern, sodass sich der Pflegedienst auf Dauer teilweise oder vollständig aus der Versorgung zurückziehen kann. Die befragten Pflegenden beschreiben, dass sie dauerhaft versuchen, dieses Ziel umzusetzen. So wird bereits bei der Neuaufnahme auf das Konzept hingewiesen und anschließend wird versucht, die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen durch Beratung, Anleitung und Schulung zu stärken. Hierbei stellen sie fest, dass es Zeit braucht, um die Pflegebedürftigen, die bereits seit Jahren Unterstützung in der Umsetzung verschiedener Maßnahmen erhalten, zur selbstständigen Umsetzung zu ermutigen. Auch durch die Anleitung der Angehörigen können auf Dauer einzelne Hilfestellungen vollständig oder teilweise übertragen werden. Die Pflegenden beschreiben, dass durch die Förderung der Selbstständigkeit auch die Unabhängigkeit der Pflegebedürftigen steigt und sie in ihrer Alltagsgestaltung frei sind. Hierzu schildert eine befragte Person ein Beispiel:

„[...] wir hatten zum Beispiel eine Patientin, [...] da sind wir immer ganz regelmäßig zweimal am Tag sind wir dahin gefahren, haben Blutzucker gemessen und die dann auch gespritzt. Und ja, dann kam dieses Buurtzorg-Konzept, wo es dann hieß, ja versucht mal die Leute, dass die selbstständig werden und das selber versuchen. Dann hab' ich gefragt, ja wie wäre es denn Frau Sowieso, wollen sie nicht mal versuchen, sich selber zu spritzen. Oh ne, das kann ich nicht, das konnte ich noch nie und ich weiß nicht wie, sagte sie. Dann hab' ich gesagt, komm wir machen das zusammen, wir stellen uns vor den Spiegel und dann gucken wir mal, wo man hinspritzen darf, hab die also angelernt. Dann hat sie das erste Mal gemacht und hat festgestellt, Mensch, tut gar nicht weh. Und ja dann haben wir das 14 Tage gemacht und dann hat sie von selber gesagt, ihr braucht abends nicht mehr kommen, ich kann das abends jetzt selber. Und die war ganz, ganz glücklich, weil die jetzt abends wieder frei hat, auf deutsch gesagt, also braucht nicht auf uns zu warten. [...] haben ganz viele, die einfach meinen, ich darf das nicht, ich kann das nicht. Also, man muss denen schon eine Menge Sicherheit oder auch Mut zureden, dass einfach mal zu versuchen. Ja und, die war einfach so glücklich darüber, dass wir ihr das beigebracht haben.“ (ID10.1: 48 – 50)

Zur Umsetzung des Buurtzorg-Ansatzes in Deutschland gehört auch die Vergütung nach Zeit. Hierin sehen die Pflegenden einen deutlichen Gewinn an Flexibilität der Versorgung, durch die sie den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen eher gerecht werden können. Alle Pflegenden berichten, dass sie mehr Zeit für die Versorgung haben als in einem System der Leistungskomplexvergütung. Da ausschließlich ein bestimmtes Zeitkontingent unabhängig von definierten Leistungen vertraglich festgehalten wird, können die Pflegenden besser auf die aktuellen Bedürfnisse der Kund*innen eingehen und fühlen sich weniger unter Druck gesetzt. So berichten die Pflegenden, dass sie bei vorherigen klassischen Pflegediensten häufig das Gefühl hatten, im „Minutentakt“ (ID10.1: 14 – 14) arbeiten zu müssen und festgelegte Leistungen mit vorgegebener Minutenanzahl bei Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit nicht der Versorgungsrealität in der Häuslichkeit gerecht werden. Zusätzliche Hilfeleistungen, die nicht

vereinbart waren, durften nicht erbracht werden und die Dauer der Leistungserbringung wurde durch den verhandelten Preis begrenzt. Eine Person schildert ihre Erfahrungen:

„Ähm, sagen wir mal so. Also früher in dem normal ambulanten Dienst [...] da saß irgendwo jemand, der hat Patienten aufgenommen, da kriegte man dann eine Mitteilung, die und die Neuaufnahme müsst ihr dann und dann anfahren. Und teilweise war das dann eine kleine Katastrophe, weil die gar nicht in die Touren reinpassten und wir dann wirklich oft, auf deutsch gesagt, einen Handstand machen mussten, wie bekommen wir den Patienten noch in die Tour, dass der gut versorgt wird. Und dann natürlich viel ohne Pausen und wie das dann so ist. Viele, lange Touren und immer schnell, schnell, schnell. Und dann im Minutentakt, das war strikt vorgegeben, wo man sich dann anschließend auch erklären musste, warum bist du da eine Minute länger geblieben, du hast nur 5 Minuten. Also bei Buurtzorg ist das ja wirklich so, dass man auf diese Bedürfnisse von den Patienten eingehen kann und wenn die wirklich mal sagen, heute möchte ich nicht geduscht werden, setz dich einfach nur hin und unterhalt dich mit dir oder ich würde lieber zum Arzt gehen oder mal lieber eine Runde spazieren gehen. Also alles das ist ja möglich, weil wir eben die Minuten haben.“ (ID10.1: 14 – 14)

Sobald im Team einer Neuaufnahme zugestimmt wird, erfolgt Erstgespräch mit Anamnese und der Erstellung einer Pflegeplanung. Hierbei wird gemeinsam mit den Pflegebedürftigen geplant, welche Unterstützung die Person benötigt und überprüft, ob gegebenenfalls auch eine ärztliche Verordnung für bestimmte Leistungen vorliegt. Anschließend schätzen die Pflegenden anhand ihrer bisherigen Erfahrungen ein, wie viel Zeit für die Versorgung benötigt wird. Nach 1–2 Wochen wird evaluiert, inwieweit das vereinbarte Zeitkontingent ausreicht. Eine Person fasst diesen Prozess wie folgt zusammen:

„Das machen wir mit dem ersten Einsatz. Wenn wir das erste Mal zum Pflegen kommen, beziehungsweise beim Erstgespräch fängt das schon an. Man guckt sich diesen Patienten dann an, wo ist die Beeinträchtigung, fragt auch noch einmal nach, guckt die Diagnosen an und dann, wenn ich das erste Mal da bin, dann nehme ich mir mehr Zeit, gucke, was er alles kann und dann setze ich das meistens fest. Vorher setze ich einen Rahmen, wie gesagt, wie ich das im Erstgespräch wahrgenommen habe und schaue dann, passt das oder passt das nicht. Das sagen wir den Leuten auch immer im Erstgespräch, dass wir erst einmal vorab einen Kostenvoranschlag machen, wenn sich dann arg etwas verändert, dann setzen wir den neu auf und genau, so läuft das meistens.“ (ID7: 74 – 74)

Einbezug des sozialen Umfeldes

Ein fester Bestandteil des Buurtzorg-Ansatzes ist der Einbezug des sozialen Umfeldes der pflegebedürftigen Menschen. Hierbei wird ebenfalls das Ziel verfolgt, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu fördern. Eine Pflegendende sieht den Aufbau eines unterstützenden Netzwerks als ihre Hauptaufgabe. Die Umsetzung dieses Ziels gestaltete sich in den Teams sehr unterschiedlich. So berichten Pflegendende vereinzelt von Fällen, in denen einzelne Hilfeleistungen durch das Umfeld übernommen werden konnten und beispielweise die Nachbarn am Nachmittag einen Pflegebedürftigen besuchen, um die Medikamentengabe zu übernehmen. Eine Person berichtet von einem Fall, bei dem zwei Pflegebedürftige direkt nebeneinander wohnten

und die sich nun gegenseitig die Kompressionsstrümpfe am Abend ausziehen. Allerdings handelt es sich hierbei um einzelne Fälle, in denen Teilaufgaben von dem sozialen Umfeld übernommen werden konnten. Insgesamt geben die befragten Pflegenden an, dass sie bei ihren Bemühungen auf Herausforderungen gestoßen sind. So versorgen sie beispielsweise Menschen, die alleine leben und wo keine Angehörigen die Versorgung übernehmen können. Zusätzlich sei es den Personen unangenehm, Hilfe von Nachbarn anzunehmen, insbesondere bei körpernahen Aufgaben wie dem Ausziehen von Kompressionsstrümpfen. Andere möchten nicht, dass ihre Nachbarn über den Hilfebedarf informiert sind. Aber auch wenn Pflegebedürftige mit Angehörigen zusammenleben, kann die Übernahme der Versorgung erschwert werden, da sich die Angehörigen beispielsweise aufgrund einer ohnehin bestehenden Überlastung bewusst für die Hilfe durch einen Pflegedienst entschieden haben. Eine Pflegende beschreibt, dass sie häufig auf ein bereits sehr festes Netzwerk an Hilfeleistungen durch Angehörige stößt, in dem die Hinzuziehung eines Pflegedienstes ohnehin eine Überwindung bedeutet hat und somit weitere Hilfestellung durch Außenstehende abgelehnt wird. Andere Angehörige lehnen eine (körpernahe) Versorgung der Pflegebedürftigen grundsätzlich ab, da beispielsweise kein gutes Verhältnis besteht. Darüber hinaus gibt es in sehr ländlichen Gegenden keine direkten Nachbarn. Auf der anderen Seite beschreibt eine Person in einem Stadtgebiet, dass hier die Menschen eher anonym leben und keine direkte Beziehung zu ihren Nachbarn besteht, sodass der Einbezug ebendieser für die Pflegebedürftigen nicht in Frage kommt. Eine weitere Pflegende aus einem Stadtgebiet fasst ihre Erfahrungen wie folgt zusammen:

„Also bei uns ist es so, dass viele Angehörige gar nicht mit dran oder hier wohnen, weiter weg wohnen. Dann das gerade für die ältere Generation sich darauf einzulassen ist, glaube ich, noch mal in so einer größeren Stadt, glaub ich, schwieriger. Also ich komme selber aus einer kleinen Stadt und da ist halt einfach, da kennt man seine Nachbarn auch da, ähm, ja, da ist man glaub ich nochmal eher was zu bereit oder die Wege sind auch nicht so weit und in so einer Großstadt, gerade in so einer jungen, ist es ja so, dass der Wechsel der Nachbarn einmal sehr groß ist. Also dann sind die fertig mit dem Studium, dann zieht der nächste da ein. Dann ähm/ ja es gibt halt verschiedene Faktoren. Die Leute können sich nicht so gut darauf einlassen, weil der Wechsel so groß ist.“ (ID13, Pos. 108)

Insgesamt bewerten die befragten Personen den Einbezug der sozialen Umgebung Pflegebedürftiger eher als schwierig. Teilweise litten die aufgebauten Netzwerke auch unter der Corona-Pandemie und den damit einhergehenden Beschränkungen. Hierbei kam auch bei den Pflegenden die Frage auf, warum die Umsetzung in den Niederlanden scheinbar deutlich erfolgreicher ist. Sie vermuten, dass auch die unterschiedliche Mentalität eine Rolle spielt und sehen einen Unterschied zwischen den „aufgeschlossenen Niederländern“ und den „eher verschlossenen Deutschen“, die die Pflegebedürftigkeit nicht mit anderen teilen oder ihnen zur Last fallen möchten. Eine Person sieht einen weiteren Grund in der leistungsorientierten Gesellschaft, in der neben der Arbeit wenig Zeit für die Versorgung von nahestehenden Angehörigen bleibt und bezeichnet den angestrebten Einbezug des Umfeldes als Paradigmenwechsel in der ambulanten Pflege. Eine weitere Pflegende sieht auch eine Problematik im gesamtgesellschaftlichen Verständnis hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit in Deutschland.

„Ja und so dafür war ja Buurtzorg so gut, also wir haben ja ganz viele Patienten, die wir dann von drei Einsätzen, also diese Verordnung, die der Arzt ausgesprochen hat, meinetwegen dreimal täglich hinfahren, dass wir immer direkt geguckt haben, ist da ist ein Nachbar in der Nähe? Ist da irgendwo jemand im Haus, der vielleicht auch abends gucken kann, ne? Nimmt Oma die Tabletten, ne. Und das hat man ja vorher gar nicht bedacht. Man hat immer gedacht, der Arzt hat angeordnet, dann muss das so laufen. Man ist ja gar nicht darauf gekommen, dass man mal geschaut hat, wer ist denn da noch in der Nähe? Auch Kompressionsstrümpfe ausziehen. Da sind für ja auch einfach so blind losgefahren. Wer weiß wie weit, nur um Strümpfe auszuziehen und die ganze Familie saß drum rum. (lachen) Ja, aber das ist so. Man hat das man (.)/ Ähm man macht das einfach so, ich glaube, weil das ein Arzt anordnet und da hat sich dann auch nie einer ran getraut und da ist man durch Buurtzorg wirklich wachsamer geworden. Da denke ich heute auch noch mal, wenn ich das so sehe, wenn ich irgendwo bin, ne. Der ambulante Dienst kommt weit hergefahren und (lacht) zieht nur mal die Strümpfe aus (ID10.2, Pos. 51).

Aufgaben des Backoffice

Der Buurtzorg-Ansatz sieht vor, dass Mitarbeitende in einem Backoffice die Teams in unterschiedlichen Bereichen unterstützen. Nachfolgend werden die aus Sicht der befragten Pflegenden notwendigen Aufgaben des Backoffice und die Zusammenarbeit dargelegt. Wie bereits beschrieben beginnen die Aufgaben des Backoffice bereits bei der Gründung eines neuen Teams. So werden in dieser Phase die notwendigen Schulungen beispielsweise durch die Coaches durchgeführt. Zusätzlich werden Arbeitsverträge erstellt und Verträge für die Bereitstellung von Büroräumen, Dienstwagen und Telefonverträgen abgeschlossen. Im weiteren Verlauf kontaktieren die Pflegenden die Mitarbeitenden des Backoffice hauptsächlich, um offene Fragen zu stellen, Hilfestellung anzufordern oder Informationen zu erhalten. Häufig handelt es sich um Fragestellungen zu Abrechnungsvorgängen oder zur technischen Umsetzung. Insgesamt beschreiben die Pflegenden, dass sie immer erst versuchten, Probleme mit den vorhandenen Kompetenzen im Team zu lösen. Erst wenn es dann noch Probleme im Ablauf gab, wurde das Backoffice kontaktiert. Das Gefühl, „noch jemanden im Rücken zu haben“ gab den Pflegenden Sicherheit, vor allem zu Beginn der Teamgründung. Darüber hinaus berichtete eine Pflegende, dass ein Teammitglied die Weiterbildung zur verantwortlichen leitenden Pflegekraft durchgeführt hat, um noch sicherer und unabhängiger von der Hilfe des Backoffice zu werden.

In Bezug auf die Zusammenarbeit beschreibt eine Pflegende, die aus einer Eigeninitiative heraus ein Team gegründet hat, dass das Verhältnis zu Beginn durch wenig Vertrauen seitens des Backoffice gekennzeichnet war. Im Laufe der Teamgründungsphase wurde die Beziehung aber zunehmend vertrauensvoller. Einige interviewte Personen berichten von einer abnehmenden Erreichbarkeit des Backoffice im Laufe der Zeit. Hierbei vermuten die Pflegenden auch die hohe Anzahl von Neugründungen als mögliche Überforderung des Backoffice. Eine Pflegende fasst die Entwicklung der Zusammenarbeit wie folgt zusammen:

„[...] ich sag mal so, es hat schon mal besser geklappt, also man wurde besser gefragt und wie meint ihr denn und was meint ihr denn und, ja wie soll ich das sagen, es wächst und wächst und wächst und irgendwie hat man so das Gefühl, dass so das Backoffice weniger oder schlechter erreichbar ist, weniger Zeit hat vielleicht und ja das war schon mal besser und anders [...]“ (ID2: 178 – 178)

Auf der einen Seite bedeutet das Backoffice für die Pflegenden eine Sicherheit. Sie haben einen festen Ansprechpartner. Andererseits werden Prozesse aber auch durch die abnehmende Ansprechbarkeit des Backoffice verzögert. Eine Person berichtet, dass nachdem viele Anfragen nach Betreuungsleistungen erfolgten, sich das Team für die Einstellung einer Betreuungskraft entschieden und auch eine neue Kollegin durch Rekrutierungsstrategien gefunden hat. Da sich die Prozesse hinsichtlich der Beschäftigung jedoch im Backoffice verzögerten, zogen viele Pflegebedürftige die Anfrage nach Betreuungsleistungen zurück und suchten sich in der Zwischenzeit einen anderen Pflegedienst.

Rolle und Aufgaben der Coaches

Nach dem Buurtzorg-Ansatz werden die Teams von ausgebildeten Coaches bei ihrer Arbeit im selbstständigen Team unterstützt. Auch die befragten Pflegenden schildern die Zusammenarbeit mit den Coaches. Einige berichteten, dass ein kontinuierlicher Austausch stattfand und der Coach einmal im Monat das Team besuchte. Andere beschreiben, dass sie eher bei Bedarf den Coach um Hilfe gebeten haben. Vor allem während der Teamgründungsphase haben die Coaches die Teams bei den ersten Schritten unterstützt und Inhalte wie Kommunikation, Umgang mit Konflikten und Stressbewältigung vermittelt. Im Verlauf wurde häufig bei Konfliktsituationen im Team auf den Coach zurückgegriffen. In diesen Fällen wurden Gruppengespräche von dem Coach moderiert und gemeinsam nach Lösungsansätzen gesucht. Eine Pflegende empfand es in diesen Situationen als bereichernd, da es sich um eine neutrale Person gehandelt hat, die von außen auf die aktuellen Geschehnisse im Team geblickt hat. Insgesamt empfinden die befragten Pflegenden die Rolle des Coaches auch als eine vermittelnde Person zum Backoffice. So haben die Teams auch ihre Anliegen und Ideen zur Veränderung an den Coach weitergeleitet. Einige Pflegende berichten von Personalwechseln der Coaches und beschreiben, dass es auch vom Coach abhängt, inwieweit die Anliegen der Teams im Backoffice durch die Coaches stellvertretend vermittelt werden. Eine Pflegende berichtete davon, dass sie sich vorstellen kann, die Rolle eines Coaches übernehmen zu können.

Wirtschaftlichkeit

Die befragten Pflegenden treffen in ihrem Team Entscheidungen hinsichtlich der Auswahl und Größe des Kund*innenstamms, der Einstellung neuer Kolleg*innen und der Aufgabenverteilung im Team auch abhängig von der Wirtschaftlichkeit des Teams. Dieser Aspekt muss aus Sicht der Pflegenden vor allem deswegen beachtet werden, weil sie Aufgaben übernehmen, die Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens haben. Hier sehen sie einen deutlichen Unterschied zu klassischen Pflegediensten, in denen vor allem die Pflegedienstleitung einen Überblick hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit haben muss. So ist den Pflegenden bewusst, dass ein zu geringer Kund*innenstamm bei einer entsprechenden Anzahl an Mitarbeitenden zu einer Mangelwirtschaft des Unternehmens führt. Gleichzeitig berichten sie von Bemühungen, die Bürozeiten gering zu halten, um die Produktivität zu steigern. Einige Pflegende beschreiben, dass sie nicht zu Beginn, sondern erst im Laufe des Bestehens über die wirtschaftliche Lage des Teams durch das Backoffice informiert wurden. Hierbei hätten sie sich eine kontinuierlichere Kommunikation gewünscht. Andere geben an, dass sie monatlich über ihre wirtschaftliche Situation informiert wurden, die Zahlen aber nicht differenziert genug seien. So wurde die Summe der Nebenkosten mitgeteilt ohne Aufteilung einzelner Kosten, sodass es den Pflegenden dann schwerfiel, in diesem Bereich konkrete Sparmaßnahmen abzuleiten. Gleichzeitig beschreibt ein Teil der befragten Pflegenden ein Gefühl von Druck hinsichtlich der

Wirtschaftlichkeit, das im Laufe der Zeit zugenommen hat und insbesondere durch die Hinweise des Backoffice, die Produktivität durch geringe Bürozeiten zu steigern, verstärkt wurde. Für andere Pflegende steht dieser Aspekt weniger im Vordergrund. Eine Person beschreibt ihre Gedanken hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit des Teams wie folgt:

„Klar hat man das irgendwie im Hinterkopf, aber ich denk mir, also ich bin ja ziemlich, ja abgebrüht ist das falsche Wort, aber ich denk mir, wenn ich das machen soll, dann mache ich das, aber dann mache ich das auch im Büro und dann ist das halt auch Arbeitszeit dann, ja ich kann es halt nicht ändern, ich mache das bestimmt nicht in meiner Freizeit. Nur damit wir wirtschaftlich sind.“

Insgesamt versuchten die Pflegenden bei ihren Entscheidungen, den Aspekt der Wirtschaftlichkeit einzubeziehen und sehen sich diesbezüglich auch in einer Verantwortung. Allerdings steht für sie die pflegerische Versorgung der Menschen an erster Stelle. Pflegende, die in der Vergangenheit Teil eines Buurtzorg-Teams waren und nun wieder bei einem klassischen Pflegedienst arbeiten, empfinden die gewonnenen Kenntnisse bezüglich der Wirtschaftlichkeit als eine Bereicherung. Sie berichten, dass sie nun Entscheidungen der Pflegedienstleitung besser nachvollziehen können.

Teamauflösung und Insolvenzverfahren aus Sicht der Pflegenden

Aus Sicht der befragten Personen hat eine Vielzahl von Gründen zur Insolvenz des Unternehmens oder auch einzelner Teams geführt. Hierzu zählt die mangelnde Wirtschaftlichkeit. Wie bereits beschrieben haben die Teams versucht, den Aspekt der Wirtschaftlichkeit bei den Entscheidungen zu berücksichtigen, waren teilweise aber auch frustriert, wenn Bemühungen keine Auswirkungen auf die Situation hatten. Auch die nicht ausreichende Vergütung durch die Kostenträger für die erbrachte Zeit spielte aus Sicht der Befragten eine Rolle. Trotz Bemühungen beschreiben Pflegende, dass sie die indirekte Arbeitszeit nicht ausreichend oder entsprechend der produktiven Zeit (Versorgung Pflegebedürftiger) reduzieren konnten. Auf dieser Grundlage und unter Berücksichtigung des vereinbarten Preises pro Stunde „hätten [wir] keine Chance gehabt wirklich im Plus zu fahren“ (ID4: 137 – 137). Auf der anderen Seite vermuten sie, dass teilweise ungünstige Teamzusammensetzungen die Umsetzung von zielgerichteten Maßnahmen, beispielweise hinsichtlich des Aufbaus eines Kund*innenstamms, erschwert haben und sie somit die wirtschaftliche Situation des Teams dauerhaft nicht sicherstellen konnten. Darüber hinaus bemängelten Pflegende, dass keine offene Kommunikation über die wirtschaftliche Situation der einzelnen Teams vorgelegen hat, sodass sie entweder gar nicht informiert waren oder Sparmaßnahmen nur schwer ableiten konnten. Rückblickend betrachtet eine befragte Person diesen Aspekt wie folgt:

„Wobei ich da auch sagen muss, das Problem ist da halt eben auch, dass wir ja über ein Jahr oder so etwas gar keine Zahlen mehr bekommen haben und ich glaube jetzt, wo ich mich oder wir [...] darein begeben haben, halt zu überlegen wie viel kriegen wir denn und wie viel brauchen wir überhaupt, ja. Dass das halt auch mal wichtig gewesen wäre, um das halt zum Erfolg zu führen. Weil wenn du gar nicht weißt, wie das funktioniert und wie viel du halt noch erwirtschaften musst, ja, damit du dann eben in die Wirtschaftlichkeit kommst und dass alles so ein Blindflug ist, [...] dann weiß ich nicht, wenn du gar keine Linie hast, wonach du dich richten kannst, dann führt das halt auch zu nichts, ja.“ (ID9.2: 85 – 85)

Ein weiterer Grund wird in dem schnellen Wachstum des Unternehmens und der vielen Neugründungen von Teams vermutet. Wie bereits beschrieben führte eine Überforderung des Backoffice zu Verzögerungen in einzelnen Arbeitsschritten. Aus Sicht der Pflegenden fehlte in den Teams die notwendige Stabilität, sowohl hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit als auch in Bezug auf das Team als solches. Auch hierfür vermuten die befragten Personen einen Grund in der Überlastung des Backoffice aufgrund der parallel verlaufenden Neugründungen. Der verzögerte Beginn eines Teams aufgrund eines fehlenden Versorgungsvertrags bei bereits gezahlten Gehältern ohne Versorgung Pflegebedürftiger hat aus Sicht der Pflegenden die Insolvenz ebenfalls begünstigt.

Für die befragten Pflegenden war die Nachricht über die Insolvenz des Unternehmens ein „Schock“ (ID13, Pos. 118) und mit Unsicherheiten hinsichtlich der eigenen Zukunft verbunden. Auch die Kommunikation durch die Geschäftsführung wird in diesem Zusammenhang teilweise bemängelt, da die Information stellvertretend durch die Coaches oder aus Sicht der Pflegenden zu einem sehr späten Zeitpunkt übermittelt wurde. Eine Person empfindet diese Art der Kommunikation als geringe Wertschätzung der eigenen erbrachten Leistung für das Unternehmen. Darüber hinaus fühlten sich viele nach Bekanntmachung der Insolvenz den pflegebedürftigen Menschen gegenüber verpflichtet. So suchten sie gemeinsam mit ihnen nach einem anderen Pflegedienst und versuchten, hierbei eigene Kontakte zu nutzen.

Für die Pflegenden hat die Insolvenz auch Auswirkungen auf die eigene Situation. So beschreibt eine Pflegende, dass sie traurig sei über die Schließung des Teams, da die Zusammenarbeit mit den Kolleg*innen sehr gut funktioniert hat. Hier besteht der Wunsch des Teams, gemeinsam übernommen zu werden. Eine andere Person kann sich nicht mehr vorstellen, in einem klassischen Pflegedienst mit einer Pflegedienstleitung zu arbeiten, da sie die Flexibilität und Eigenständigkeit nicht missen möchte. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung kommt eine Weiterbeschäftigung in der Pflege für sie nicht mehr in Frage und sie begründet ihre Entscheidung wie folgt:

„Also für mich persönlich bedeutet das, [...] dass war für mich die letzte Chance in der Pflege zu arbeiten halt, ja, und würde jetzt glaub ich nicht nochmal machen. Also die Arbeit mit den Patienten macht mir zwar Spaß, aber ich würde mich jetzt keinem anderen Pflegedienst mehr anschließen und auch keinem Altenheim halt mehr anschließen und ja. Für mich ist das jetzt erstmal zu Ende mit der Pflege. Wir haben ja sehr viel Zeit und Arbeit reinvestiert, ich glaub, ich brauch, wenn es hier jetzt zu Ende geht, erstmal nur Pause ja. Mich von dem ganzen Kram zu erholen, von dem wie die Mitarbeiter sich verhalten haben, womit man ja nicht so gerechnet hat [...]. Und ja, und auch wie sich Münster halt verhalten hat [...] Ich meine man muss das ja irgendwie ordnungsgemäß über die Bühne bringen und das ist halt nicht erfolgt“ (ID9.2: 33 – 33)

Auf der anderen Seite nehmen viele der Pflegenden aus ehemaligen Buurtzorg-Teams oder sich auflösenden Teams einen Zugewinn ihrer Kompetenzen mit. Nicht nur die gewonnenen Fachkenntnisse, z. B. zu Abrechnungsfragen ambulanter Dienste, sondern auch eine Bereicherung persönlicher Kompetenzen werden hier betont. Hierzu zählen Aspekte wie Teamfähigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstbewusstsein, Argumentationsfähigkeit und auch der Umgang mit Konflikten.

Gesamtbetrachtung der Umsetzbarkeit des Buurtzorg-Konzeptes

Neben den Einzelaspekten des Buurtzorg-Konzepts wurden die Pflegenden auch um eine Gesamtbetrachtung zur Umsetzbarkeit des Modells in Deutschland vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen gebeten. Viele der befragten Pflegenden befürworteten dabei ausdrücklich die Idee der selbstorganisierten Teams in der ambulanten Pflege. Viele von ihnen beschrieben, dass im Rahmen dieses Konzeptes ihre Kompetenzen als Pflegende stärker genutzt und gefördert wurden als bei der Arbeit in einem klassischen Team. Gleichzeitig kann aus ihrer Perspektive heraus die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen individueller gestaltet werden. Jedoch erfordere die Stärkung der Selbstständigkeit auch ein Umdenken auf Seiten der Pflegebedürftigen.

„Also sobald das bei den Leuten auch wirklich angekommen ist, was man damit erreichen möchte, weg von dem Gedanken, ihr kommt ja, damit ich es nicht mehr machen brauche. Sondern hin zu, ihr kommt, um mich zu unterstützen, das zu tun, was ich tun möchte. Dann wird das, glaube ich, sehr, sehr gut ankommen. Und es kommt jetzt auch schon bei den Leuten, die wir pflegen, sehr gut an, weil die / Ja, die tauen wieder auf. Die machen wirklich wieder viele, viele Dinge selbstständig.“ (ID7: 116)

Eine weitere Pflegende beschreibt vor diesem Hintergrund, dass sie bei einem kompletten Neustart des Konzeptes nicht wieder Pflegebedürftige aus einem früheren klassischen Dienst übernehmen würde, sondern es notwendig sei, auch den Pflegebedürftigen das Konzept stärker zu erläutern, um es gemeinsam zu leben. Hinsichtlich der Umsetzbarkeit der Nachbarschaftshilfe sei ein anderes Verständnis auch auf gesellschaftlicher Ebene notwendig. Bei der Gesamtbetrachtung der Umsetzung des Konzeptes in Deutschland weisen einige Pflegende darauf hin, dass die zeitlichen Anforderungen an die Aufgaben außerhalb der direkten Versorgungen Pflegebedürftiger zu hoch seien und die Produktivität des Teams nicht ausreicht, um die Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten. Zusammenfassend bewerten die befragten Personen das Konzept im Allgemeinen für zukunftsfähig, jedoch müsste die Umsetzung vor dem Hintergrund der bereits genannten Einzelaspekte anders gestaltet werden.

5.2.2 Exkurs: Kompetenzen für die Arbeit in selbstorganisierten Teams

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit dem Buurtzorg-Ansatz und während der Datenerhebung und -analyse wurde wiederholt die Frage der notwendigen Kompetenzen zur Arbeit in selbstorganisierten Buurtzorg-Teams und zur Arbeit in selbstorganisierten Teams in der Pflege generell gestellt. Dieser Aspekt war ursprünglich nicht expliziter Teil des Erkenntnisinteresses der Evaluation, stellte sich jedoch bereits im Lauf der Interviews mit Pflegenden als bedeutend heraus. Aus diesem Grund wurde eine Masterarbeit an der FH Münster zum Thema vergeben und bearbeitet, deren wesentliche Ergebnisse in diesem Exkurs zusammengefasst sind.

Gerade die ambulante Pflege befindet sich seit ein paar Jahren im Umbruch und wird nach und nach durch neue Ansätze ergänzt, wie das in diesem Projekt evaluierte Buurtzorg-Modell. Um den mit diesem Modell verbundenen Intentionen in der Realität zur Geltung zu verhelfen, bedarf es einer Reihe von Kompetenzen auf Seiten der Pflegefachkräfte, welche ggf. über die bestehende pflegerische Expertise hinausgehen. Um zu prüfen, um welche Kompetenzen es

sich handeln könnte, wurde in dieser Teiluntersuchung die Frage, welches Kompetenzprofil für die Arbeit in selbstorganisierten Teams erforderlich ist, untersucht.

Hierzu wurde zunächst der aktuelle Stand der Literatur untersucht mit dem Ziel, einen systematischen Überblick über den vorliegenden Wissensstand zu den benötigten Kompetenzen von Pflegefachkräften in selbstorganisierten Teams zu gewinnen. Bei der Literatursichtung hat sich herausgestellt, dass selbstorganisierte Pflgeteams mittlerweile in vielen verschiedenen Ländern etabliert sind, zumeist im Zusammenhang mit dem Buurtzorg-Modell. Weiterhin hat sich gezeigt, dass es bzgl. der benötigten Kompetenzen verschiedene Aussagen und Anforderungen gibt.

Bei einer Übertragung des Modells der selbstorganisierten Teams in die Schweiz führen Cavedon et al. (2018) aus, dass Pflegefachkräfte einen entsprechenden Skill- und Grade-Mix aufweisen müssen, um den hohen Anforderungen gerecht zu werden und damit das Modell funktionieren kann. Dazu gehören neben den verschiedenen pflegerischen Tätigkeiten auch die medizinischen, sozialarbeiterischen wie auch Managementaufgaben, welche die Pflegefachkräfte zu erfüllen haben. Um die Übertragbarkeit auf die Schweiz prüfen zu können, wurde ein Pflgeteam gegründet, um u.a. eine Anpassung des Modells der selbstgesteuerten Teams an die Schweizer Verhältnisse zu erwirken (Gobet & Wiederkehr, 2020). Bezogen auf die Arbeit der Teams und der benötigten Kompetenzen konnte festgehalten werden, dass eine Weiterbildung der Pflegefachkräfte im Team sowie eine kontinuierliche Reflektion der Arbeit zum Kompetenzausbau unabdingbar sind (Gobet & Wiederkehr, 2020).

In einem Scoping Review wurde ebenfalls geprüft, inwiefern eine Übertragung des Modells in der Schweiz möglich ist. Bezogen auf die Frage nach den benötigten Kompetenzen zur Arbeit in den selbstorganisierten Teams schreiben die Autorinnen, dass Pflegefachkräfte die Fähigkeit besitzen müssen, im Team arbeiten zu können sowie Kritik anzunehmen. Weiterhin benötigen sie gute kommunikative Kompetenzen sowie Kreativität und den Willen etwas Neues schaffen zu wollen. Auch ist es wichtig, dass sie in den gemeinsamen Austausch treten und die Sichtweisen anderer Personen einnehmen (Hegedüs et al., 2022) sowie neuen Ideen genug Freiraum geben können. Weiterhin bedarf es auch guter IT-Kenntnisse, da zumindest bei Buurtzorg viele Prozesse digital durchgeführt werden. Das Scoping Review ergab zudem, dass nicht jede Pflegefachkraft für die Arbeit in selbstorganisierten Teams geeignet ist. In diesem Zusammenhang wird auf die höheren Abschlüsse der Pflegefachkräfte in den Niederlanden verwiesen, welche im Vergleich zu Pflegefachkräften mit beruflichen Ausbildungen höhere Kompetenzen vorweisen können.

Bei Überlegungen zur Übertragung des Modells auf Österreich zeigte sich, dass hier ebenfalls Nachbesserungen im Aus- und Weiterbildungssystem notwendig erscheinen, um möglichen Anforderungen gerecht zu werden (Leichsenring 2015). Laut Leichsenring und Staflinger (2017) ist das Wesentliche hierbei eine Stärkung der Teams durch einen Qualifikations- und Kompetenzmix bei den Pflegefachkräften, ähnlich wie schon Cavedon et al. für die Schweiz gefordert haben. Im Kontrast zur niederländischen Pflegeausbildung wird durch die beiden Autoren ebenfalls die Frage aufgebracht, „welche neuen Kompetenzen die österreichischen Pflege- und Betreuungskräfte in Zukunft brauchen um die neu entstehenden Anforderungen, [...], auch in der Praxis bewältigen zu können“ (Leichsenring & Staflinger 2017, S. 62). Berufsrechtliche Vorgaben mit klar abgrenzenden Beschreibungen der in der Pflegeausbildung zu vermittelnden Kompetenzen stehen einer adäquaten Umsetzung des Organisationsmodells in

Österreich laut den Autoren aber im Weg. So führt Hennessey (2017) an, dass ohne vorhandene Kompetenz keine Autonomie wahrgenommen werden kann und somit auch kein selbstbestimmtes Arbeiten. Somit bedarf es aus seiner Sicht neben einem hohen Maß an Pflegekompetenzen auch der Fähigkeiten in verschiedenen anderen Bereichen wie bspw. im Netzwerken, in der Selbstführung, in der Partizipation oder auch in der Entwicklung von Lösungsstrategien bei aufkommenden Problemen.

In einer Untersuchung durch das University College London, welches eine Übertragung des Modells auf das Vereinigte Königreich untersuchte, zeigten sich ebenfalls Probleme hinsichtlich der (nicht) vorhandenen Kompetenzen bei den Pflegefachkräften. So wurden innerhalb eines Teams verschiedene Pflegefachkräfte mit unterschiedlichen Bildungs- und Qualifikationsniveaus eingesetzt, was dazu geführt hat, dass es zu Spannungen innerhalb des Teams kam. Die besser ausgebildeten oder schon erfahrenen Pflegefachkräfte wollten sich nicht den anderen Kollegen im Team unterordnen oder gleichstellen, weswegen sich Hierarchien gebildet haben (Lalani et al., 2019). Weiterhin sind Probleme bei den nicht pflegerischen Aufgaben aufgetreten. So fühlten sich manche der Pflegefachkräfte bei der Arbeit überlastet, da sie mit den administrativen Aufgaben wie Teamplanungen, Beschaffungen, etc. nicht zurechtkamen und sie auch keinen ausreichenden Zugang zu Unterstützungs- und Schulungsfunktionen hatten um bspw. mit den notwendigen IT-Anwendungen zurechtzukommen (Lalani et al. 2019).

Mittel einer Aktionsforschungsstudie haben auch Vertreter der Nord University Bodö in Norwegen das Modell der selbstorganisierten Teams für eine innovative Pflege untersucht. Wie auch schon bei den anderen Studien haben sich auch hier verschiedene Probleme gezeigt, wie bspw., dass sich die Pflegefachkräfte ohne Führung hilflos und unsicher gefühlt haben und sich nicht darüber im Klaren waren, wie sie im Team vorzugehen haben (Bondas 2018). Es kam zu Meinungsverschiedenheiten und Problemen bei der Zusammenarbeit im Team. Mit der Zeit wurden diese Unsicherheiten und Probleme weniger, die Teams haben sich entwickelt und die Pflegefachkräfte konnten viele neue Dinge lernen, welche ihnen bei der Arbeit geholfen haben und ihnen Sicherheit gaben. Festgestellt wurde auch, dass es einen Wissens- und Kompetenzbedarf im Bereich des Pflegemanagements gibt und ein Raum für Entwicklung sowie Lernmöglichkeiten für die Mitarbeiter*innen geschaffen werden muss, um im Team arbeiten zu können.

Mit Blick auf Deutschland gibt es noch wenig Literatur bzgl. der Umsetzung von selbstorganisierten Pflegeteams, da dieses Thema hier noch recht jung ist. In einem Zwischenbericht einer Studie zu den Effizienzpotentialen einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege für das Bundesministerium für Gesundheit wird erwähnt, dass Pflegefachkräfte heutzutage in verschiedenen Aufgabenbereichen wie der Dienst- und Tourenplanung, der Organisation und Verwaltung von Fort- und Weiterbildungen, der Finanzverwaltung sowie der Planung und Gestaltung von Organisations- und Pflegeprozessen eingesetzt werden (Hahnel et al., 2021). Aus diesen Anmerkungen lassen sich für die selbstorganisierten Teams evtl. erste Kompetenzbedarfe ableiten. Bezugnehmend auf Implementierungsversuche in anderen Ländern, beschreibt dieser Bericht Einschränkungen der Pflegefachkräfte in operativen Prozessen sowie aufkommende Spannungen und Konflikte innerhalb der Teams. Steigende Herausforderungen aufgrund der wegfallenden Managementebene bedingen eine höhere Verantwortungsbereitschaft auf Seiten der Pflegefachkräfte sowie auch einen Ausbau des eigenen Wissens und der eigenen Fähigkeiten (Hahnel et al. 2021). Es wird ebenso darauf hingewiesen, dass das vorhandene

Pflegepersonal in Deutschland aufgrund des vorhandenen Qualifikationsniveaus nicht mit Pflegefachkräften in den Niederlanden verglichen werden kann, wo das Niveau höher liegt. So ist eine Übertragbarkeit von Managementaufgaben und der Wegfall der mittleren Managementebene aus Sicht der Autoren gegenwärtig nicht oder nur limitiert übertragbar auf das deutsche Gesundheitswesen.

In einem Scoping Review aus dem Jahre 2022, in welchem eine Analyse der Buurtzorg-Erfolgsfaktoren und eine mögliche Implikation für Deutschland im Hinblick auf autonome pflegerische Teams durchgeführt wurde, kommen die Autoren zu ähnlichen Ergebnissen. So schreiben Petersen und Helbig (2022), dass es nicht nur einen hohen Bedarf an weiteren Pflegefachkräften gibt, sondern auch an solchen, die akademische Kompetenzen mit in die Versorgung einbringen. „Die ambulante Pflege braucht mehr akademisierte Pflegekräfte, um den steigenden Herausforderungen gerecht werden zu können. Pflegeakademiker können Forschungsergebnisse in die Praxis transferieren, komplexe Problemlagen identifizieren, Lösungsstrategien entwickeln und die Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen einrichtungsübergreifend organisieren und steuern“ (Petersen & Helbig 2022). Der Fokus in der Ausbildung soll über die reine pflegerische Versorgung hinausgehen und einen ganzheitlichen Blick auf den Versorgungsalltag und die Professionalisierung der Pflege ermöglichen. Weiter äußern sie, dass der Bedarf an neuen Kompetenzen und Qualifikationen derzeit nicht von den bisherigen Pflegeausbildungen abgedeckt wird und es erforderlich ist, ein neues Qualifikationskonzept zu entwickeln, welches sich auf die Weiter-, Fort- und die Grundausbildung sowie die Integration eines akademischen Abschlusses bezieht (Petersen & Helbig 2022).

Methodisches Vorgehen

Zur empirischen Untersuchung der erforderlichen Kompetenzen in selbstorganisierten Teams wurden qualitative Experteninterviews mit Pflegefachkräften der am Projekt beteiligten Buurtzorg-Teams durchgeführt. Um einen ganzheitlichen Überblick zu erhalten, wurden die Erkenntnisse aus der ersten Datenerhebungsrunde des Evaluationsprojektes hinzugezogen. Zur thematischen Konkretisierung entstanden in der zweiten Datenerhebungsrunde weitere Interviews mit Mitarbeiter*innen der Pflegedienste, in denen der Fokus auch auf Fragen der Kompetenzentwicklung gerichtet wurde. Die dabei gewonnenen Ergebnisse wurden in den Kontext zu den Informationen gesetzt, welche auf Grundlage der Literatur- und Dokumentenanalysen eruiert wurden. Das methodische Vorgehen orientierte sich an dem Vorgehen des übergeordneten Evaluationsprojektes, auch im Hinblick auf die ethischen und datenschutzrechtlichen Vorgaben. Bei der Masterarbeit lag der Fokus auf der Erfassung eines Kompetenzprofils für Pflegefachkräfte in selbstorganisierten ambulanten Pflgeteams. Da die zu diesem spezifischen Thema bisher bekannten Erkenntnisse eher rar sind oder sich auf Bereiche außerhalb des Pflege- und Gesundheitssystem beziehen, wurde die Arbeit als qualitatives Forschungsdesign mit explorativem Charakter angelegt. Die professionell Pflegenden wurden als Experten für die Arbeit in selbstorganisierten Team angesprochen und ihre Sichtweisen in Form von Interviews einbezogen.

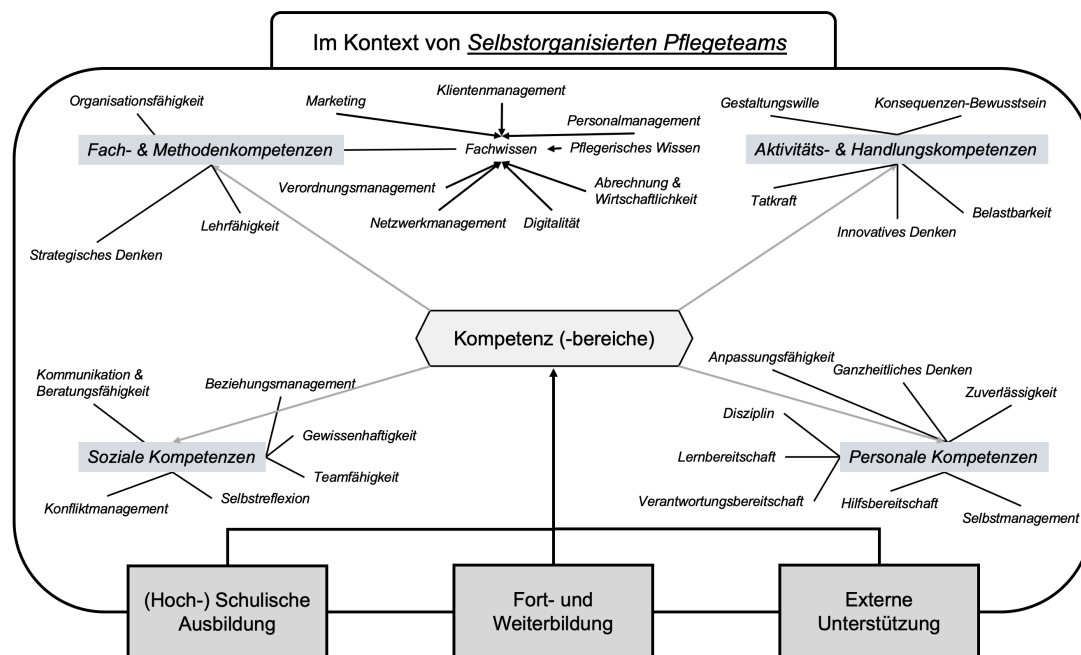


Abbildung 3: Kompetenz(bereiche) im Kontext von selbstorganisierten Teams (eigene Darstellung)

Wie in Abbildung 3 zu erkennen, wurden die in den Interviews erfassten Erkenntnisse in verschiedene Kompetenzbereiche überführt. Hierbei handelt es sich um die Fach- und Methodenkompetenzen, die Aktivitäts- und Handlungskompetenzen, die sozialen Kompetenzen sowie die personalen Kompetenzen. In den jeweiligen Bereichen wurden die erwähnten Kompetenzbedarfe unterkategorisiert. Gestützt werden diese Bereiche durch die Säulen der (hoch-)schulischen Ausbildung, der Fort- und Weiterbildung sowie externen Unterstützungsmöglichkeiten für selbstorganisierte Teams.

In den Interviews hat sich gezeigt, dass es in vielen verschiedenen Bereichen zu einem erhöhten Kompetenzbedarf kommt, um in einem selbstorganisierten Pflegeteam wie Buurtzorg zu arbeiten. Exemplarisch zu nennen wäre hier die Kommunikationsfähigkeit, welche die Fähigkeit umfasst, sich kommunikativ ausdrücken zu können bspw. im Dialog mit pflegebedürftigen Menschen, neuen Kund*innen, im Netzwerk, aber auch mit dem Team an sich. Laut den Schilderungen der interviewten Pflegefachkräfte, welche die Kommunikation teils als eine zentrale Kompetenz ansehen, war diese Fähigkeit in den Teams oftmals nicht vorhanden, weswegen es immer wieder zu innerbetrieblichen Konflikten gekommen ist. Aus diesem Grund besteht auch ein hoher Bedarf im Bereich des Konfliktmanagements, sodass die Pflegekräfte ein hohes Maß an Objektivität sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion mitbringen müssen, um solchen Problemen begegnen zu können. Zusammenfassen lässt sich dies in der Kritikfähigkeit, welche laut den Gesprächspartnern nicht bei jedem Teammitglied gegeben war und somit die gemeinsame Zusammenarbeit verkomplizierte.

Jedoch bedarf es auch einer Teamfähigkeit und der Möglichkeit, sich mit dem Team identifizieren zu können. Bei selbstorganisierten Teams bedeutet dies, dass alle Mitarbeiter*innen gleichgestellt sind und auf einer Ebene stehen. Da dieser Umstand in einem stärkeren Kontrast gegenüber klassischen Pflegediensten steht, wo es ein bestimmtes Hierarchiegefälle gibt, haben manche Mitarbeiter*innen hiermit Probleme und können sich nicht adäquat anpassen. Aufgrund der unterschiedlichen Interpretation des Begriffs Team resultierte dann auch die

jeweilige unterschiedliche intrinsische wie extrinsische Motivation eines jeden Mitarbeiters sowie die Möglichkeit, dem Ziel und den gemeinsamen Werten des Teams gerecht zu werden.

Um diese unterschiedlichen Schwingungen in Einklang zu bringen, müssen die Pflegefachkräfte laut eigener Aussage daher einen bestimmten Grad an Anpassungs- und Integrationsfähigkeit besitzen sowie Engagement zeigen, um ins Team zu passen. Weiterhin wird auch ein Können im Beziehungsmanagement vorausgesetzt für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und um im Buurtzorg-Netzwerk agieren zu können. Die hiermit einhergehenden zusätzlichen Aufgaben, welche die Pflegefachkräfte übernehmen müssen, bringen ebenso den Bedarf an Gewissenhaftigkeit, Pflichtgefühl sowie Flexibilität mit sich. Das bedeutet, dass sich bspw. die Arbeitszeiten nicht immer so abgrenzen lassen wie in klassischen Diensten und es aufgrund der kleineren Teamgröße auch mal notwendig sein kann, dass die Pflegekräfte sich kurzfristig gegenseitig unterstützen müssen.

Zu der Arbeit in den Teams gehört weiterhin auch die Kompetenz zum Selbstmanagement sowie das eigenverantwortliche Arbeiten. Die Pflegefachkräfte empfinden diese beiden Aspekte als sehr relevant, um zusammenarbeiten zu können und wenn es an diesen Kompetenzen mangelt, kann es zu betrieblichen Problemen sowie Verzögerungen im Arbeitsprozess kommen, worunter im Folgenden auch die Kund*innen leiden. Viele Entscheidungen müssen eigenverantwortlich und je nach Situation unmittelbar getroffen werden, was vielen Pflegefachkräften schwerfällt. Grund hierfür ist z.B., dass die Mitarbeiter*innen es nicht gelernt haben, sich selbst zu organisieren und zu verwalten oder ihnen die Vorerfahrungen fehlen, da sie evtl. aus einem stationären Setting¹³ kommen und noch nie in der ambulanten Pflege gearbeitet haben.

In den Strukturen von Buurtzorg besteht die Idee der Rollenrotation, was bedeutet, dass jede Pflegefachkraft alle Aufgaben übernimmt und deswegen nach einem bestimmten Zeitraum si-neue Aufgabenbereiche übernimmt. Unabhängig davon, ob dieser Anspruch in jedem einzelnen Team umgesetzt wird, bedarf es aus Sicht der Pflegefachkräfte Verantwortungsbewusstsein sowie Lernbereitschaft auf Seiten der Mitarbeiter*innen, um diesem Prinzip gerecht zu werden. Weiterhin wird aber auch Hilfsbereitschaft von Seiten der Kollegen benötigt, welche sich schon mit den Aufgaben auskennen und unterstützend zur Seite stehen können. Ferner gehören hier auch die Disziplin und Zuverlässigkeit dazu sowie ein ganzheitliches Denken, ohne welches die Aufgabenübernahme sowie eine erfolgreiche Zusammenarbeit misslingen kann. Um mit diesen Veränderungen umgehen zu können, müssen sie bei diesem Organisationsmodell auch eine Offenheit für Veränderungen mitbringen. Aus Sicht der Mitarbeiter*innen trauen sich die Pflegefachkräfte aber sehr wenig zu und haben eher das Gefühl, auf Anweisungen zu warten. Ihrer Meinung nach sehen sich Pflegefachkräfte als Dienstleister und weniger als die Personen, welche selbst die Aufgabengestaltung übernehmen sollen. Aus diesem Denkmuster müssen sie jedoch ausbrechen und sich auf die neuen und veränderten Aufgaben einlassen, um innerhalb des Teams bestehen zu können.

Durch die Übernahme weiterer Aufgaben ist nicht nur die pflegerische Expertise der Pflegefachkräfte gefragt, sondern auch ihr Können und Handeln im bürokratischen Bereich oder bspw. in der Personal- und Kund*innenakquise. Viele Mitarbeiter*innen sind hiermit vorab nicht in Berührung gekommen und stehen vor der großen Aufgabe, sich das benötigte Wissen

¹³ z.B. Stationäre Langzeitpflege oder Krankenhaussektor

auf unbekanntem Terrain anzueignen. Hier sehen die interviewten Mitarbeiter*innen einen erhöhten Kompetenzbedarf. Viele wissen nicht, wie sie ihren Dienst wirtschaftlich nach vorne bringen können und worauf sie überhaupt zu achten haben. Eine Pflegefachkraft beschreibt dies auch als „Blindflug“ aufgrund der Tatsache, dass sie nicht wisse, wie sie vorzugehen habe, wie das System funktioniert und sie teilweise auch keinen Überblick über die aktuelle wirtschaftliche Situation habe. Gerade im Hinblick auf die Möglichkeiten des eigenen Planungsverhaltens für den Dienst sowie die Anwendung analytischer Fähigkeiten, um den Betrieb operativ sowie strategisch zu führen, wird dies mitunter kritisch gesehen. Gleichzeitig scheint es aber auch so, als würde der Wirtschaftsgedanke nicht bei allen Pflegefachkräften gleich stark priorisiert werden, dabei ist das Wissen um die wirtschaftliche Situation des Pflegedienstes ein zentraler Aspekt, auch im Hinblick auf die Beurteilung zur Aufnahme neuer Kund*innen. Daher fordern die Pflegefachkräfte, dass ein wirtschaftliches Grundwissen vorhanden sein sollte, um bewerten zu können, wie der eigene Dienst derzeit haushaltet und um ihr eigenes Wissen hierzu auch reflektieren bzw. ggf. intervenieren zu können. Aus ihrer Sicht ermöglicht dieses Vorwissen einen leichteren Einstieg in die selbstständige Arbeit und die Auseinandersetzung mit den zusätzlichen Aufgaben führt nicht direkt zur Überforderung und Verunsicherung.

In diesem Zusammenhang wurde auch das Folgebewusstsein für mögliche Konsequenzen genannt, wenn etwas nicht korrekt durchgeführt wurde. So waren manchen Pflegefachkräften zu Beginn die Konsequenzen des eigenen Handelns nicht bewusst und damit auch nicht die Anzahl an möglichen Problemen, welche hiermit einhergehen können, z.B. wenn wichtige Unterschriften zu Abrechnungszwecken fehlen oder jemand seine Aufgaben nicht so erfüllt, dass andere Prozesse reibungslos hierauf eingehen können.

Aufgefallen ist, dass vor allem die pflegefremden Aufgaben den Mitarbeiter*innen Probleme machten. Dazu gehören z.B. auch die Kund*innen- und Mitarbeiter*innenakquise, für die die Pflegefachkräfte verschiedene Kanäle genutzt haben. Dazu gehören laut eigenen Aussagen bspw. die sozialen Medien, Werbung über Arzt- und Therapiepraxen, Friseure, Flyer oder die Durchführung von Aktionen wie Informationsveranstaltungen. Die Entscheidungen, welches Medium und welche Strategie zur Kund*innengewinnung die Richtige ist, erfordert jedoch auch Können und Geschick von den Pflegefachkräften sowie ein Grundwissen im Marketing, um die richtigen Wege zu beschreiten. Dass die Umsetzung von Ideen den Teams zum Teil schwerfällt, zeigt die Antwort einer Interviewteilnehmerin, welche von einer Informationsveranstaltung berichtet, die von ihrem Team durchgeführt wurde und zu welcher auch viele interessierte Gäste kamen. Jedoch war den Pflegefachkräften nicht bewusst, dass jemand von ihnen auch die Veranstaltung moderieren und die Informationen weitergeben muss. Dies führte zu einem kleinen Diskurs im Team, bis jemand diese Aufgabe am Ende übernommen hat. Als wesentlich kann in diesem Zusammenhang folgende Aussage gesehen werden: „Wir sind ja Pflegekräfte und sind keine Manager [...]“. Es zeigt sich, ähnlich wie schon in anderen pflegefremden Bereichen, dass die Pflegefachkräfte verunsichert sind mit den neuen Aufgaben und sich diese zum Teil nicht zutrauen und Angst vor der unbekanntenen Herausforderung haben. Um dies zu verhindern, fordern die Pflegefachkräfte daher u.a. Motivation und Lernbereitschaft aber auch Lehrfähigkeit als elementaren Punkt auf Seiten der Mitarbeiter*innen, um sich gegenseitig zu unterstützen.

Insgesamt hat sich in den Interviews gezeigt, dass es den Teams stellenweise schwerfällt, sich mit den zusätzlichen Aufgaben neben der Pflege auseinanderzusetzen und sich entsprechend

zu organisieren. Anteilig war dies laut Aussage der Interviewteilnehmer auch der angespannten Personalsituation geschuldet, welche es den Teams nicht ermöglichte, alle anfallenden Aufgaben zu erfüllen. Hier wurde priorisiert, was unbedingt gemacht werden muss wie bspw. Abrechnungen, Stundenzettel oder Dienstpläne. Andere Aufgaben wie z.B. die Netzwerkarbeit konnten jedoch nicht mehr adäquat umgesetzt werden. Unabhängig von der personellen Situation bedarf es hier einer Organisationsfähigkeit und einem ausgeprägten Beurteilungsvermögen auf Seiten der Pflegefachkräfte, um auch in angespannten Situationen den Betrieb aufrechterhalten zu können und sich den Gegebenheiten anzupassen.

Wie sich herausgestellt hat, war aber bereits die Definition eines gemeinsamen Ziels zur Aufrechterhaltung des Betriebs problematisch. So wurde berichtet, dass ein Team sich keine Gedanken darüber gemacht hat, wo es in drei Monaten oder in zwei Jahren mit dem Pflegedienst stehen möchte und wie es sich aufzustellen hat. Ohne Gestaltungswillen und Eigeninitiative ist es aus Sicht der Pflegefachkräfte nicht möglich, Vertrauen in mögliche Kund*innen oder Netzwerkpartner aufzubauen und ein Unternehmen erfolgreich zu führen. Es müssen Ideen, gemeinsame Werte und Strategien entwickelt werden, um sich selbst weiterentwickeln zu können und es muss eine Bereitschaft zur Ausführung dieser Ideen vorhanden sein.

So wurde aber auch erwidert, dass es zum Teil keine wirkliche Impulsbereitschaft und ausreichende Tatkraft gegeben hat, um sich eine Basis als Pflegedienst aufzubauen. Gleichwohl wurde ausgesagt, dass sich niemand im Team zurücklehnen kann, sondern sich aktiv einbringen muss. Die Pflegefachkräfte müssen bereit sein, sich mit verschiedenen Themen wie der Digitalisierung, dem Rechnungswesen oder der generellen Kommunikation auseinanderzusetzen und auch ihr Können in diesen Bereichen ausbauen zu wollen. Weiterhin wird gefordert, dass die Mitarbeiter*innen auch Offenheit bzw. Engagement mitbringen sollen, um das Konzept des selbstorganisierten Teams zu unterstützen und das eigene Handeln ausreichend zu reflektieren, um in einem solchen Team bestehen zu können.

Durch die Übernahme der zusätzlichen Aufgaben, der Führung der Pflegedienste sowie der Bürokratie steigt jedoch auch die Belastung bei den Mitarbeiter*innen und verlangt den Teams und ihren Mitgliedern somit ein hohes Maß an Belastbarkeit ab.

Zusammenfassend hat sich gezeigt, dass es einen erhöhten Bedarf an Kompetenzen gibt, welche für die Arbeit in selbstorganisierten Teams benötigt werden, wobei die Defizite vor allem im pflegefremden Bereich liegen. Diese könnten aber kompensiert werden durch entsprechende Fort- und Weiterbildungen oder anderweitige externe Unterstützungsmöglichkeiten. Auch steht hierbei die Frage im Raum, inwiefern die geltenden Vorgaben für die berufliche und hochschulische Ausbildung ausreichend sind, um den neuen Herausforderungen zu begegnen.

So wurden im weiteren Verlauf der Masterarbeit auch diese drei Themenbereiche ((Hoch-) Schulische Ausbildung, Fort- und Weiterbildung, Externe Unterstützung) im Kontext der in den Interviews erfassten Ergebnisse näher betrachtet. In Bezug auf die berufliche und hochschulische Ausbildung zeigen sich Unterschiede in der Ausgestaltung der jeweiligen Curricula. Die Pflegeausbildungsverordnung fordert die Vermittlung von verschiedenen Themengebieten, wobei diese u.a. durch die Fachkommission in den Rahmenplänen nach §53 des Pflegeberufgesetzes für die praktische bzw. berufliche Ausbildung festgehalten und vom Bundesinstitut für Berufsbildung veröffentlicht wurden. Der Fokus bei diesen Aufgaben liegt vor allem

im pflegerischen bzw. pflegewissenschaftlichen Bereich. Pflegefremde Aufgaben, welche bei den selbstorganisierten Teams vermehrt aufkommen (Touren- und Dienstplanung, Kosten- voranschläge, Kund*innen- und Mitarbeiter*innenakquise) werden jedoch nicht vermittelt. Dies sind jedoch Bereiche, welche in den Interviews gefordert und deren Mangel kritisiert wurde. In der grundständigen hochschulischen Pflegeausbildung werden je nach Studiengangsgestaltung im Ansatz solche Inhalte vermittelt, jedoch auch nicht in vollem Umfang. So zeigten sich im Vergleich der Modulhandbücher der FH Münster und Hochschule Osnabrück für die Studiengänge Pflege dual/berufsbegleitend (FHMS) bzw. Pflege dual (HSO) inhaltliche Unterschiede und Schwerpunkte, wobei der Kern aber vergleichbar gewesen ist.

Neben der beruflichen und hochschulischen Ausbildung gibt es noch die Möglichkeit, Kompetenzen durch Fort- und Weiterbildungen zu vermitteln. Gerade für Pflegefachkräfte, welche die Ausbildung schon abgeschlossen haben und ein anschließendes Pflegestudium aus verschiedenen Gründen nicht antreten können oder wollen, erscheint dies eine Möglichkeit, um notwendige Kompetenzen zur Arbeit in selbstorganisierten Pflegeteams zu erlernen. Wie sich in den Interviews gezeigt hat, ist dies auch ein Thema in den Teams. So ist es den Mitarbeiter*innen möglich, verschiedene Fort- und Weiterbildungen (bspw. zum Wundexperten) in Anspruch zu nehmen. Das Vorhandensein von verschiedenen Weiterbildungen und dem dadurch erlangten Qualifikationsmix wird durch die Teams hierbei als sehr wertvoll empfunden. Dies ermöglicht in vielen Fällen eine größere Flexibilität und erhöhte Produktivität für die Erfüllung der aufkommenden Arbeitsprozesse.

Die angebotenen Fort- und Weiterbildungen werden durch die Pflegefachkräfte zum Teil aber als unzureichend angesehen in Bezug auf die notwendigen Kompetenzen. Gerade für die Arbeit in selbstorganisierten Teams wären Angebote in Themenbereichen wie dem Pflegemanagement aus Sicht der Mitarbeiter*innen nötig, um den anstehenden Aufgaben begegnen zu können. Weiterhin kann kritisiert werden, dass manche Mitarbeiter*innen zu Beginn ihrer Arbeit in den Teams zunächst eigentlich eine Reihe an Fort- und Weiterbildungen benötigen, um sich adäquat mit den neuen Aufgaben befassen zu können. Die Bindung dieser personellen Ressourcen in die Weiterqualifizierung führt aber zu einer erhöhten wirtschaftlichen Belastung für den Pflegedienst, welcher die Maßnahmen ggf. finanziert sowie zu einem Verlust von Produktivität, da das Personal nicht direkt zielgerichtet eingesetzt werden kann.

Bzgl. der externen Unterstützungsmöglichkeiten wurden von den Pflegefachkräften vor allem die Coaches der Teams erwähnt. Auch wenn die Zusammenarbeit in einzelnen Fällen nicht ganz konfliktfrei verlaufen ist, wurde die Unterstützung dennoch als hilfreich bewertet. Bemängelt wurde jedoch, dass die Bedarfe der Teams zum Teil so groß waren, dass die Coaches gar nicht alle Anfragen und Wünsche bedienen konnten und selbst in eine Überforderung gerutscht sind. Die Aufgabengebiete der Coaches waren aus Sicht der Mitarbeiter*innen zu überfrachtet, um eine adäquate Unterstützung zu gewährleisten.

Um bereits zu Beginn der Arbeit in den selbstorganisierten Teams in viele Bereiche mit einsteigen zu können, gab es einführende Schulungswochen, in welchen es bspw. darum ging, das Wissen und die Kenntnisse der Mitarbeiter*innen in verschiedenen Themenbereichen zu verbessern, bspw. in der Öffentlichkeitsarbeit oder dem Netzwerkmanagement. Weiterhin umfassten die Schulungen aber auch administrative Aufgabenbereiche wie das Ordnungsmanagement oder Themen z.B. im Bereich der Kostenträger und Sozialämter. Viele Themen wur-

den aber nur am Rande erwähnt und nicht in aller Ausführlichkeit, sodass sich die Mitarbeiter*innen gut vorbereitet gefühlt hätten. So empfanden manche Pflegefachkräfte, dass die Schwerpunkte in den Schulungen falsch gesetzt wurden, manches unstrukturiert oder schwammig war und die Teams ins kalte Wasser geworfen wurden. Durch die Unwissenheit in den notwendigen Aufgabenbereichen haben sich die Mitarbeiter*innen gerade in den Anfangsphasen alleingelassen und hilflos gefühlt. Trotz vorhandener Defizite werden die Schulungswochen von den Pflegefachkräften als sinnvoll angesehen, jedoch sollten diese aus Sicht der Teams so reformiert werden, dass den einzelnen Diensten eine gute Ausgangslage geboten wird, um direkt durchstarten zu können.

In Reflexion aller genannten Ergebnisse und Erkenntnisse, auch im Hinblick auf den aktuellen Stand der Forschung, zeigen sich gewisse Defizite, welche wiederum Einfluss auf die erfolgreiche Gestaltung von selbstorganisierten Teams haben können. Die Pflegefachkräfte sind motiviert und möchten sich erfolgreich einbringen, jedoch sind die Hürden sehr hoch, um diese Ziele umsetzen zu können. Wenn diese Hürden aber überwunden und die notwendigen Kompetenzen und Rahmenbedingungen vorhanden sind, so erscheint eine positive Arbeit von selbstorganisierten Teams möglich.

5.2.3 Arbeitsmotivation, –belastung und –zufriedenheit der Pflegenden

In die standardisierte Befragung zu Fragen der Arbeitsmotivation, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit mit den Instrumenten WAI, COPSOQ und ERI-Fragebogen konnten zum ersten Datenerhebungszeitpunkt 68 von 132 Pflegenden (Rücklaufquote: 51,5%) und zum zweiten Zeitpunkt 36 von 142 Pflegenden (Rücklaufquote: 25,4%) aus Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegediensten einbezogen werden. Die Rücklaufquote war in den Buurtzorg-Teams zu beiden Datenerhebungszeitpunkten höher als bei den klassischen Pflegediensten, wobei für beide Gruppen der Rücklauf bei der zweiten Befragung geringer war. Zum zweiten Datenerhebungszeitpunkt konnten die Pflegenden aus zwei Buurtzorg-Teams aufgrund des Insolvenzverfahrens nicht mehr in die Befragung einbezogen werden. Eine Übersicht über die Beteiligung an der standardisierten Befragung gibt nachfolgende Tabelle.

		Land		Stadt		Gesamt	
		T1	T2	T1	T2	T1	T2
Anzahl aller Pflegenden	Buurtzorg	24	16	13	14	37	30
	Klassisch	47	60	48	52	95	112
	Gesamt	71	76	61	66	132	142
Anzahl teilnehmender Pflegenden	Buurtzorg	18	6	5	3	23	9
	Klassisch	17	10	28	17	45	27
	Gesamt	35	16	33	20	68	36
Rücklaufquote	Buurtzorg	75,0 %	37,5%	38,5 %	21,4%	62,2 %	30%
	Klassisch	36,2 %	16,7%	58,3 %	32,7%	47,4 %	24,1%

	Gesamt	49,3 %	21,1%	54,1 %	30,3%	51,5 %	25,3%
--	---------------	--------	-------	--------	-------	--------	-------

Tabelle 14: Rücklaufquote erster (T1) und zweiter (T2) Datenerhebungszeitpunkt

Die beiden folgenden Abbildungen zeigen die Altersverteilung der Pflegenden. Zum ersten Datenerhebungszeitpunkt lag das Durchschnittsalter aller Teilnehmer*innen bei 43,9 Jahren ($\pm 1,7$). Pflegende in den Buurtzorg-Teams waren mit durchschnittlich 41,9 Jahren ($\pm 2,8$) etwas jünger als in den klassischen Pflegediensten, bei denen das Durchschnittsalter 44,9 Jahre ($\pm 2,1$) betrug. In den Buurtzorg-Teams waren die unterschiedlichen Altersgruppen gleichmäßiger verteilt vertreten, wohingegen in den klassischen Pflegediensten die Gruppe der 41- bis 50-jährigen Beschäftigten den größten Teil ausmachte.

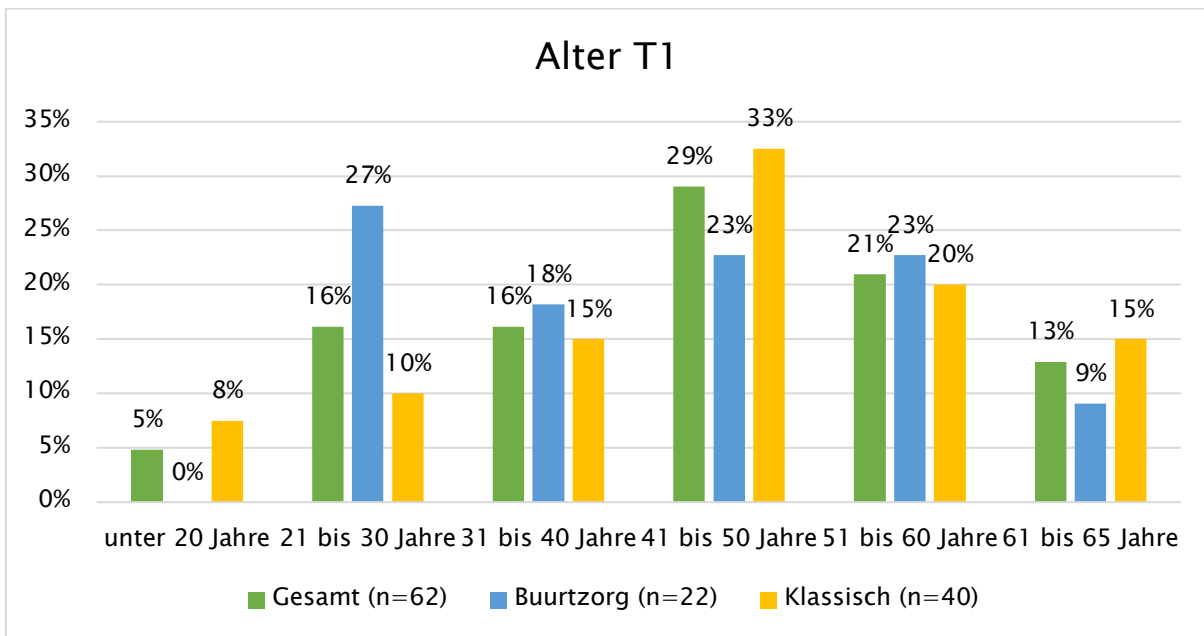


Abbildung 4: Alter der beteiligten Pflegekräfte T1

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt haben keine Beschäftigten aus den Buurtzorg-Teams mehr teilgenommen, die unter 40 Jahre alt waren. Für diesen Zeitpunkt war die Altersverteilung der klassischen Pflegedienste breiter und umfasste alle angegebenen Altersgruppen (vgl. Abbildung 5). Somit ergab sich für den zweiten Erhebungszeitpunkt eine deutlich ältere Stichprobe als zum Zeitpunkt T1 (T1: 43,87 Jahre; T2: 49,06 Jahre). Der Altersunterschied ist insbesondere bei den Pflegenden in den Buurtzorg-Teams auffällig und betrug zwischen T1 und T2 fast 13 Jahre (T1: 41,86 Jahre; T2: 54,43 Jahre). Bei den Pflegenden aus den klassischen Pflegediensten lag die Differenz bei etwa 2,5 Jahren (T1: 44,9 Jahre; T2: 47,4 Jahre).

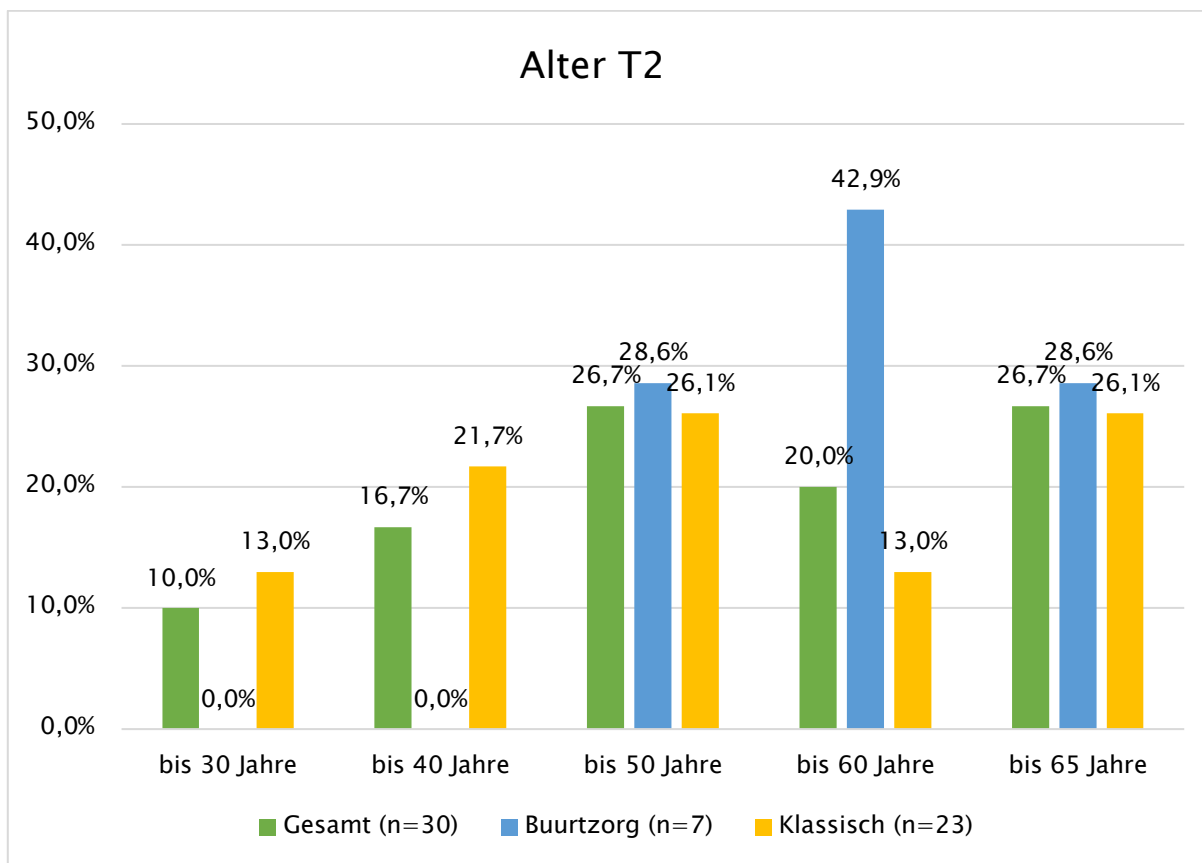


Abbildung 5: Alter der beteiligten Pflegekräfte T2

Der Frauenanteil der Pflegenden war in beiden Gruppen sehr hoch und lag zu beiden Erhebungszeitpunkten um die 85%. In den Buurtzorg-Teams lag der Anteil mit 91,3% (T1) und 100% (T2) jeweils höher.

	Alle		Buurtzorg		Klassisch	
	T1 (n=67)	T2 (n=36)	T1 (n=23)	T2 (n=9)	T1 (n=44)	T2 (n=27)
weiblich	83,6%	86,1%	91,3%	100%	79,5%	81,5%
männlich	16,4%	13,9%	8,7%	0%	20,5%	18,5%

Tabelle 15: Geschlecht der Teilnehmenden

Hinsichtlich der Schulbildung verfügten die meisten Beteiligten über die mittlere Reife und einen Berufsfachschulabschluss. In den Buurtzorg-Teams war der Anteil der Pflegenden mit Abitur geringer als in den klassischen Pflegediensten.

	Alle		Buurtzorg		Klassisch	
	T1 (n=67)	T2 (n=36)	T1 (n=23)	T2 (n=9)	T1 (n=44)	T2 (n=27)
Volks- / Hauptschulabschluss	11,9%	5,6%	17,4%	11,1%	9,1%	3,7%
Berufsfachschule / mittlere Reife	53,7%	61,1%	60,9%	66,7%	50,0%	59,3%
Abitur / Fachabitur	34,3%	33,3%	21,7%	22,2%	40,9%	37,0%

Tabelle 16: Bildungsabschluss der Teilnehmenden

Als häufigste Ausbildung wurde zu beiden Erhebungszeitpunkten in beiden Gruppen die Altenpflege genannt, wobei zum zweiten Zeitpunkt der Anteil der Altenpflege geringer als zum ersten war. Auffallend war der Anstieg bei den „anderen“ Ausbildungen. Zu dieser Antwortmöglichkeit wurden per Freitextantwort Ausbildungen wie Betreuungskraft, Betreuungsassistentin, medizinische Fachangestellte, teils mit der Weiterbildung zur Wundexpertin, Pflegedienstleitung, Hebamme oder Praxisanleiter*in genannt.

		T1 (in %)	T2 (in %)
Keine	Gesamt	1,5	0
	Buurtzorg	4,8	0
	Klassisch	0	0
Altenpflegehelfer*in	Gesamt	4,6	8,3
	Buurtzorg	4,8	11,1
	Klassisch	4,5	7,4
Altenpfleger*in	Gesamt	53,8	36,1
	Buurtzorg	42,9	33,3
	Klassisch	59,1	37
Krankenpflegehelfer*in	Gesamt	3,1	8,3
	Buurtzorg	9,5	0
	Klassisch	0	11,1
Krankenschwester/-pfleger	Gesamt	0	16,7
	Buurtzorg	0	0
	Klassisch	0	22,2
Gesundheits- und Krankenpfleger*in	Gesamt	26,2	5,6
	Buurtzorg	23,8	11,1
	Klassisch	27,3	3,7
Gesundheits- und Kinderkrankpfleger*in	Gesamt	3,1	5,6
	Buurtzorg	4,8	11,1
	Klassisch	2,3	3,7
Pflegefachmann/Pflegefachfrau	Gesamt	0	2,8
	Buurtzorg	0	0
	Klassisch	0	3,7
Andere	Gesamt	7,7	16,7
	Buurtzorg	9,5	33,3
	Klassisch	6,8	11,1

Tabelle 17: Ausbildung der Teilnehmenden

Insgesamt war der Anteil dreijährig ausgebildeter Pflegekräfte zu beiden Erhebungszeitpunkten am höchsten (Klassisch T1: 86%, Buurtzorg T1: 81%; Klassisch T2: 55,6%; Buurtzorg T2: 80,8%).

Eine große Mehrheit der befragten Pflegenden hatten keine leitenden oder stellvertretenden leitenden Positionen inne (T1: 88,9% und T2: 95,5%).

Der größte Teil der beteiligten Pflegenden verfügte über einen unbefristeten Arbeitsvertrag. Dieser lag zum ersten Erhebungszeitpunkt bei etwa 90% (Buurtzorg: 95,7%; klassischer Pflegedienst: 86,4%) und beim zweiten Erhebungszeitpunkt sogar bei 97,2% (Buurtzorg: 100%; klassischer Pflegedienst: 96,3%)

Hinsichtlich des Beschäftigungsumfangs zeigten sich Unterschiede zwischen Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegediensten, die über beide Erhebungszeitpunkte in der Tendenz gleichblieben, sich in der jeweiligen Relation jedoch veränderten. In den Buurtzorg-Teams ist der Anteil der Vollzeitbeschäftigten höher als bei klassischen Pflegediensten, die bei einem Beschäftigungsumfang von über 50% der wöchentlichen Arbeitszeit einen höheren Anteil aufweisen. Geringfügige und Beschäftigungsverhältnisse mit einem Umfang von weniger als 50% der wöchentlichen Arbeitszeit fallen wiederum in den Buurtzorg-Teams höher aus.

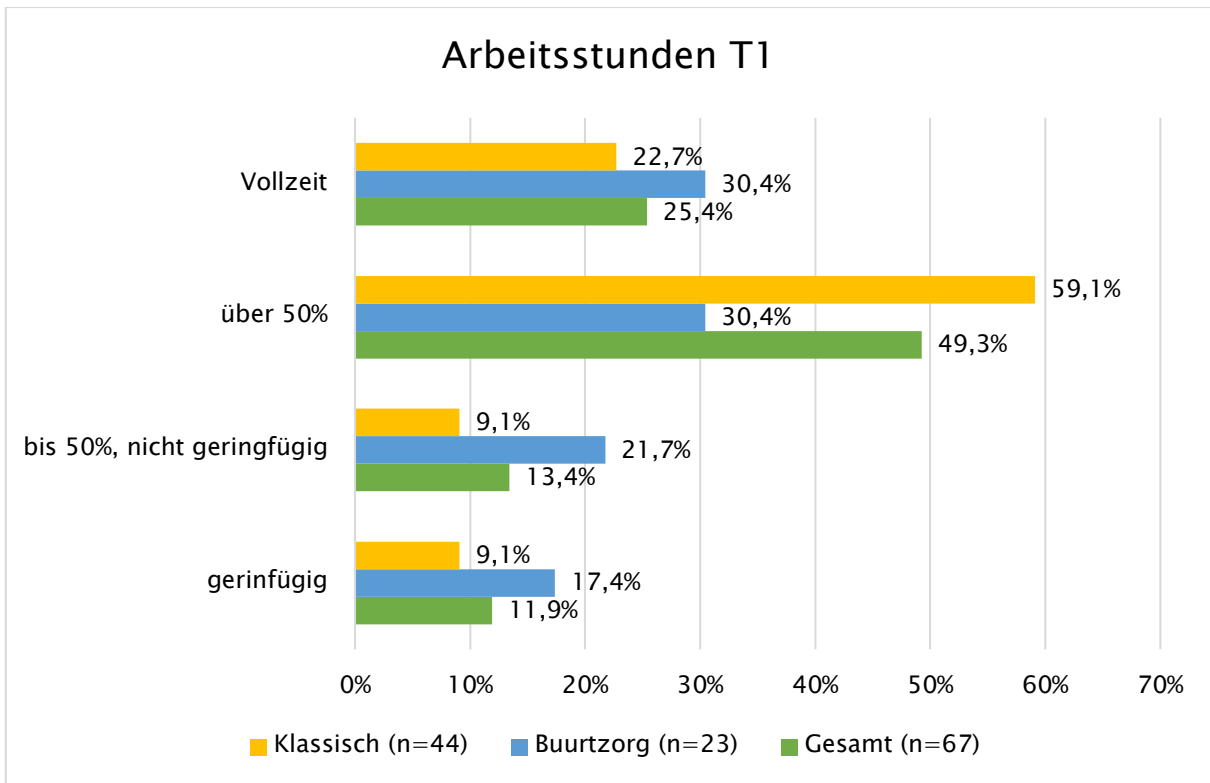


Abbildung 6: Beschäftigungsumfang der Teilnehmenden T1

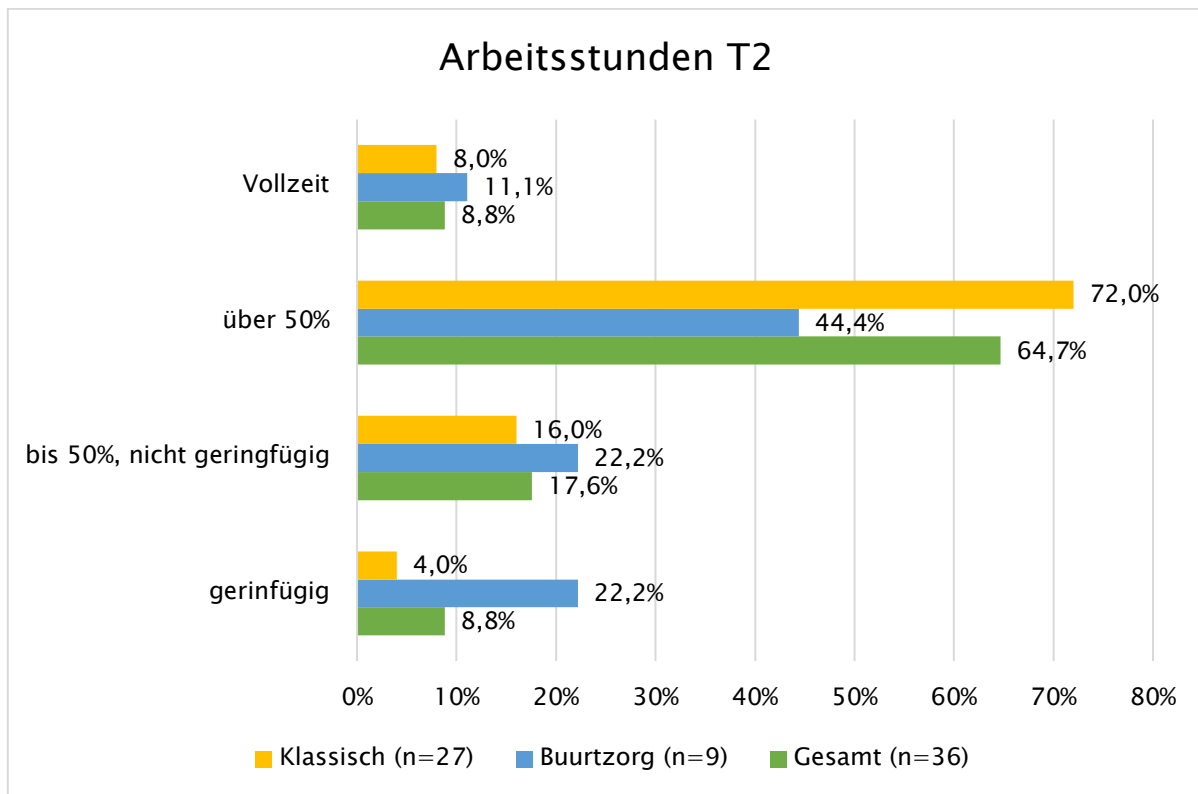


Abbildung 7: Beschäftigungsumfang der Teilnehmenden T2

Auch nach der Dauer der Tätigkeit in der Pflege bzw. in der ambulanten Pflege wurde gefragt. Die Mehrheit der Pflegenden in den Buurtzorg-Teams arbeitet zwischen fünf und zehn Jahren in der Pflege (T1: 33,3%; T2: 42,9%), auch der Anteil mit einer Berufserfahrung von bis zu fünf Jahren war höher als für die anderen Zeiträume. In den klassischen Pflegediensten lag der Schwerpunkt auf einer Berufserfahrung von bis zu fünf Jahren, wobei sich eine insgesamt breitere Verteilung auf unterschiedliche Zeiträume ergab.

	Buurtzorg		Klassisch	
	T1 (n= 21)	T2 (n= 7)	T1 (n= 45)	T2 (n= 27)
unter 1 Jahr	9,5%	0%	8,9%	0%
bis zu 5 Jahre	19,0%	28,6%	24,4%	18,5%
bis zu 10 Jahre	33,3%	42,9%	11,1%	14,8%
bis zu 15 Jahre	9,5%	28,6%	6,7%	18,5%
bis zu 20 Jahre	4,8%	0%	11,1%	7,4%
bis zu 25 Jahre	4,8%	0%	11,1%	3,7%
bis zu 30 Jahre	0,0%	0%	8,9%	14,8%
bis zu 35 Jahre	9,5%	0%	8,9%	7,4%
über 35 Jahre	9,5%	0%	8,9%	14,8%

Tabelle 18: Dauer der Tätigkeit in der Pflege

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Dauer der Tätigkeit der beteiligten Pflegenden in der ambulanten Pflege. Diese erstreckt sich bei den Pflegenden der klassischen Pflegedienste über mehrere Erfahrungszeiträume, bei den Buurtzorg-Teams liegt der Schwerpunkt bei Pflegenden mit einer bis zu fünf- und bis zu zehn-jährigen Erfahrung.

	Buurtzorg		Klassisch	
	T1 (n= 21)	T2 (n= 9)	T1 (n= 45)	T2 (n= 27)
unter 1 Jahr	14,3%	0%	11,1%	0%
bis zu 5 Jahre	38,1%	22,2	26,7%	22,2
bis zu 10 Jahre	42,9%	55,6	20,0%	22,2
bis zu 15 Jahre	4,8%	11,1	13,3%	22,2
bis zu 20 Jahre	0,0%	11,1	13,3%	3,7
bis zu 25 Jahre	0,0%	0%	8,9%	7,4
bis zu 30 Jahre	0,0%	0%	2,2%	11,1
bis zu 35 Jahre	0,0%	0%	4,4%	11,1
über 35 Jahre	0,0%	0%	0,0%	0%

Tabelle 19: Dauer der Tätigkeit in der ambulanten Pflege

Zusammengefasst zeigen die Ausführungen zur Beschreibung der Stichprobe nicht nur, wer sich an der standardisierten Befragung beteiligt hat, sondern sie bestätigen einerseits bekannte Trends aus der ambulanten Pflege (hoher Frauenanteil, hohe Bedeutung von Teilzeitbeschäftigung) und lassen darüber hinaus die Vermutung zu, dass die Beteiligung an Buurtzorg-Teams für jüngere Pflegende naheliegender zu sein schien.

Erhebung der Arbeitsfähigkeit mit dem Work-Ability-Index

Die Arbeitsfähigkeit wurde mittels des Work-Ability-Index (WAI) bestimmt. Mit dem WAI werden sieben Dimensionen der Arbeitsfähigkeit erfasst:

1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten je erreichten Arbeitsfähigkeit (Dimension 1; 0–10 Punkte)
2. Arbeitsfähigkeit in Relation zu den Arbeitsanforderungen (Dimension 2; 2–10 Punkte)
3. Anzahl der aktuellen, ärztlich diagnostizierten Krankheiten (Dimension 3; 1–7 Punkte)
4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten (Dimension 4; 1–6 Punkte)
5. Krankheitstage in den vergangenen 12 Monaten (Dimension; 1–5 Punkte)
6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in 2 Jahren (Dimension 6; 1,4,7 Punkte)
7. Psychische Leistungsreserven (Dimension 7; 1–4 Punkte)

Tabelle 20 stellt die Ergebnisse der erfassten Arbeitsfähigkeit mittels des Work-Ability-Index anhand der unterschiedlichen Dimensionen für alle beteiligten Pflegenden dar. Im Ergebnis weisen niedrige Werte auf ein Missverhältnis zwischen den betrieblichen Arbeitsanforderungen und den individuellen Bedingungen hin. Hohe Werte verweisen demgegenüber auf einen Einklang von Voraussetzungen der Beschäftigten und den Arbeitsanforderungen (Hasselhorn/Freude 2007).

In der Dimension 1 (derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten je erreichten Arbeitsfähigkeit) ist beim ersten Erhebungszeitpunkt zu sehen, dass sowohl die Buurtzorg-Teams als

auch die Teilnehmenden der klassischen Pflegedienste im Durchschnitt eher höhere Werte aufweisen (Buurtzorg: 7,91; Klassisch: 8,59). Zum zweiten Erhebungszeitpunkt T2 bestätigt sich dieses Ergebnis (Buurtzorg: 9,0; klassisch: 7,42), wobei das Ergebnis für die Buurtzorg-Teams deutlich besser als zu T1 ausfällt und für die klassischen Pflegedienste schlechter geworden ist. Auch in der Dimension 2 haben beide Organisationstypen eine hohe Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Anforderungen der Arbeitstätigkeit (Buurtzorg: 8,55; Klassisch: 8,64). Waren diese zu T1 zwischen Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegediensten noch eng beieinander, sind sie für T2 für Buurtzorg-Teams besser und für die klassischen Pflegedienste schlechter geworden. Die Werte der Dimension 3, die die Anzahl der aktuellen vom Arzt diagnostizierten Krankheiten aufzeigen, sind zu T1 bei den Pflegenden beider Organisationsformen eher gering, so dass im Durchschnitt zwei bis drei Krankheiten vorliegen. Bei der zweiten Erhebung zeigt sich eine Verschlechterung bei Buurtzorg und eine Verbesserung bei den klassischen Pflegediensten. Diese Erkrankungen haben einen Einfluss auf die Arbeitsleistung, siehe Dimension 4. Sowohl die teilnehmenden Pflegenden der Buurtzorg-Teams als auch die der klassischen Pflegedienste gaben an, dass die Krankheiten die Arbeitsleistung beeinträchtigen (Buurtzorg:5; Klassisch:5,32). Zum zweiten Erhebungszeitpunkt sind die Ergebnisse in den Buurtzorg-Teams schlechter und bei den klassischen Pflegediensten besser geworden. Die Krankenstandstage (Dimension 5) sind zu T1 gleich (Buurtzorg:3,82; Klassisch:3,82). Zu T2 ist eine leichte Verbesserung bei den klassischen Pflegediensten und eine leichte Verschlechterung in den Buurtzorg-Teams zu erkennen. Die Arbeitsfähigkeit in 2 Jahren wird in den Buurtzorg-Teams zu beiden Erhebungszeitpunkten ein wenig höher eingeschätzt (T1: Buurtzorg: 6,73; Klassisch: 6,32; T2: B: 6,4; k: 6,25). Die psychischen Leistungsreserven werden zu T1 in den klassischen Pflegediensten und zu T2 in den Buurtzorg-Teams etwas besser eingeschätzt.

In der Gesamtbetrachtung ergibt sich eine nur leicht verbesserte Arbeitsfähigkeit der Pflegenden in den Buurtzorg-Teams, die allerdings angesichts der nur geringen Fallzahlen zurückhaltend interpretiert werden sollte.

	Alle T1: n=33 T2: n=17	Buurtzorg T1: n=11 T2: n=5	Klassisch T1: n=22 T2: n=12	
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	p
	T1 T2	T1 T2	T1 T2	T1 T2
Dimension 1 (0 bis 10 Punkte)	T1: 8,36±1,62 T2: 7,88±1,65	T1: 7,91±1,58 T2: 9,0±0,316	T1: 8,59±1,62 T2: 7,42±1,73	n.s. n.s.
Dimension 2 (2 bis 10 Punkte)	T1: 8,61±1,54 T2: 8,0±1,46	T1: 8,55±1,13 T2: 9,0±1,0	T1: 8,64±1,73 T2: 7,58±1,44	n.s. n.s.
Dimension 3 (1 bis 7 Punkte)	T1: 3,79±2,18 T2: 3,18±2,70	T1: 3,82±2,14 T2: 5,0±2,83	T1: 3,77±2,25 T2: 2,42±2,35	n.s. n.s.
Dimension 4 (1 bis 6 Punkte)	T1: 5,21±0,96 T2: 4,82±1,47	T1: 5,0±1,0 T2: 5,6±0,9	T1: 5,32±0,95 T2: 4,5±1,57	n.s. n.s.
Dimension 5 (1 bis 5 Punkte)	T1: 3,82±0,92 T2: 3,59±1,21	T1: 3,82±0,98 T2: 4,0±1,41	T1: 3,82±0,91 T2: 3,42±0,99	n.s. n.s.
Dimension 6 (1,4,7 Punkte)	T1: 6,45±1,39 T2: 6,29±1,31	T1: 6,73±0,91 T2: 6,4±1,34	T1: 6,32±1,59 T2: 6,25±1,36	n.s. n.s.
Dimension 7 (1 bis 4 Punkte)	T1: 3,21±0,65 T2: 3,18±0,73	T1: 3±0,63 T2: 3,6±0,55	T1: 3,32±0,64 T2: 3,0±0,74	n.s. n.s.

Tabelle 20: Arbeitsfähigkeit mittels Work-Ability-Index T1 und T2

Durch die Summe der einzelnen Punktwerte lässt sich feststellen, wie stark die Arbeitsfähigkeit insgesamt ausgeprägt ist. Bestandteil des Work-Ability-Index ist zudem, eine Aussage treffen zu können, mit welcher Intention Maßnahmen ergriffen werden sollten. Unterschieden wird dabei zwischen der Wiederherstellung und Förderung, der Verbesserung und Förderung, der Unterstützung und Förderung sowie der Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit. Tabelle 21 umfasst den Status der Arbeitsfähigkeit anhand des Summenscores sowie die abzuleitenden Ziele möglicher Maßnahmen.

Punktzahl	Status der Arbeitsfähigkeit	Ziel von Maßnahmen
7-27	Schlecht	Arbeitsfähigkeit wiederherstellen und fördern
28-36	Mäßig	Arbeitsfähigkeit verbessern und fördern
37-43	Gut	Arbeitsfähigkeit unterstützen und fördern
44-49	Sehr gut	Arbeitsfähigkeit erhalten und fördern

Tabelle 21: Status der Arbeitsfähigkeit

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung BAuA, 2007, S.9

Der für die teilnehmenden Pflegenden der unterschiedlichen Teams berechnete Summenscore wird in Abbildung 8 dargestellt. Betrachtet man die Summenscores des WAI zum ersten Erhebungszeitpunkt, so ist zu erkennen, dass die Arbeitsfähigkeit in den Buurtzorg-Teams hauptsächlich mäßig bis gut ist. Eine schlechte Arbeitsfähigkeit war gar nicht vorhanden. In den klassischen Pflegediensten haben mit 9,1% der teilnehmenden Pflegenden zwar einige eine schlechte Arbeitsfähigkeit, aber 36,3% weisen sogar eine sehr gute Arbeitsfähigkeit auf.

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt zeigt sich an anderes Bild, das bei nur wenigen Buurtzorg-Beschäftigten einen höheren Anteil mit sehr guter Arbeitsfähigkeit ausweist und bei den klassischen Pflegediensten eine Tendenz zu einer verstärkt mäßigen Arbeitsfähigkeit erkennen lässt (vgl. Abbildung 9). Diese zeigt sich auch in der zusammenfassenden Darstellung, in der sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt die Arbeitsfähigkeit der Befragten tendenziell schlechter darstellt.

Da leider nur eine Befragte aus einem Buurtzorg-Team die Fragebögen zu beiden Erhebungszeitpunkten ausgefüllt hat, lassen sich nur sehr bedingt Rückschlüsse auf die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit einer Beschäftigung in einem Buurtzorg-Team oder einem klassischen Pflegedienst ziehen. In diesem individuellen Fall ist es zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von „mäßig“ (Summenscore 31) zu „gut“ (Summenscore 43) gekommen. Anzunehmen ist bei der Gesamtentwicklung jedoch eher, dass die leichte Verschlechterung der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit den durch die Pandemie einhergehenden höheren Belastungen und Anforderungen in der Pflege zusammenhängt.

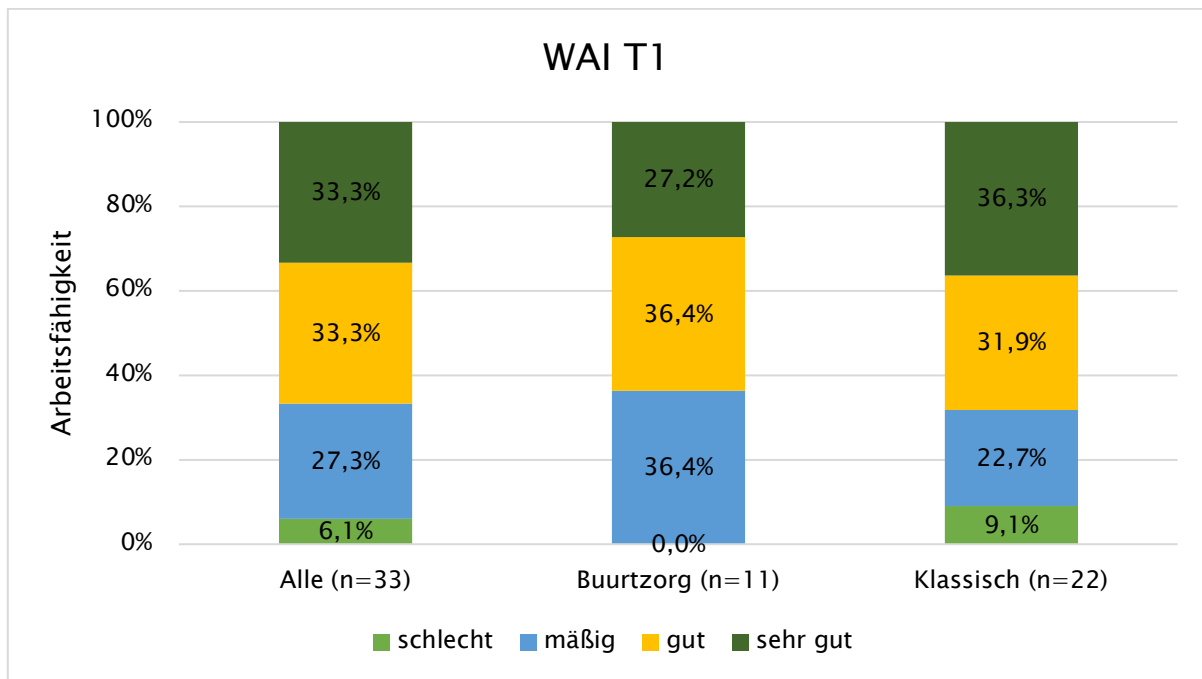


Abbildung 8: Work Ability Index der teilnehmenden Pflegenden T1

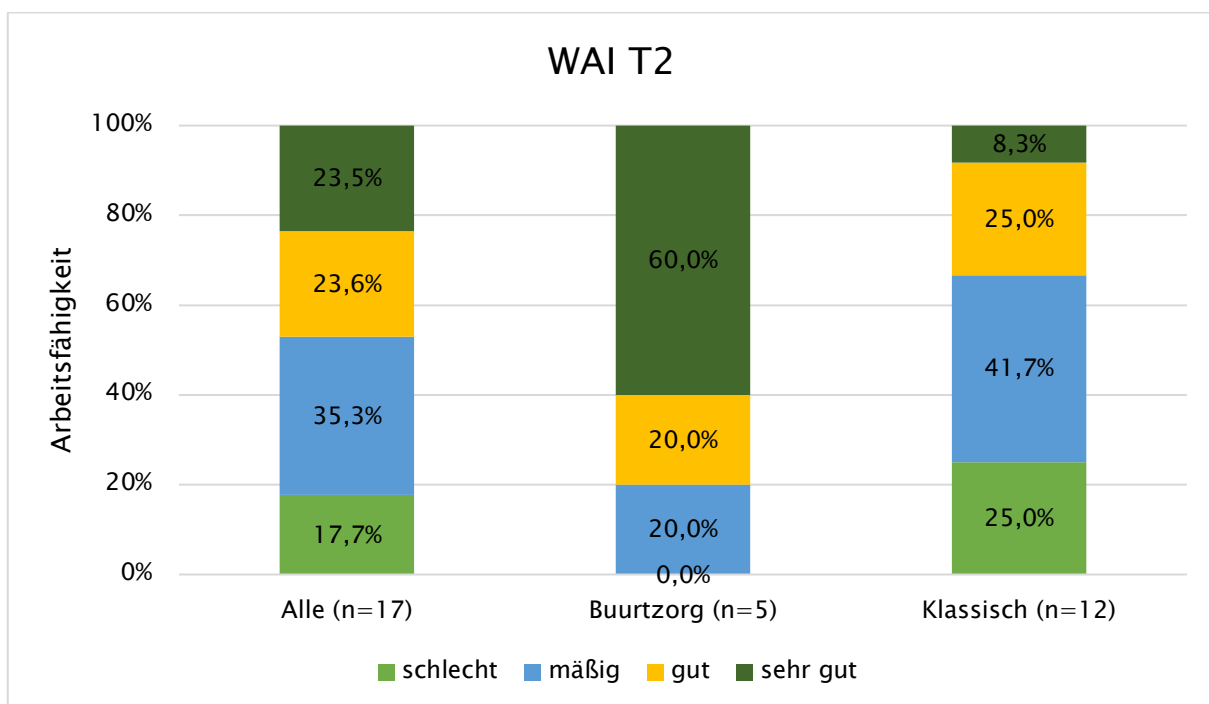


Abbildung 9: Work Ability Index der teilnehmenden Pflegenden T2

Aufwand und Belohnung (Effort und Reward)

Durch den Effort–Reward–Imbalance–Fragebogen (ERI) wird das Verhältnis des bei der Arbeit erforderlichen Aufwands für eine Belohnung in Form von Anerkennung, Arbeitsplatzsicherheit und Bezahlung/Aufstieg ermittelt. Zum ersten Erhebungszeitpunkt (T1) haben insgesamt 68 Pflegende (Buurtzorg: 23; Klassisch: 45) die Fragen der ERI-Scale beantwortet. Einbezogen werden konnten 21 Bögen aus Buurtzorg-Teams und 39 aus klassischen Pflegediensten, 8 Bögen mussten wegen fehlender Angaben ausgeschlossen werden.

Tabelle 22 zeigt die Antworthäufigkeiten in der Übersicht. Insgesamt ergeben sich ähnliche Antwortmuster bei den Mitarbeiter*innen der Buurtzorg-Teams und der klassischen Pflegedienste. Hinsichtlich der Arbeitsanforderungen (die ersten sechs Items) geben in den Buurtzorg-Teams weniger Pflegende an, dass aufgrund der hohen Anforderungen großer Zeitdruck besteht, auch Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit werden in den Buurtzorg-Teams seltener angegeben. Zudem fühlen sich Pflegende in den Buurtzorg-Teams seltener dazu gezwungen, Überstunden zu machen. Bezogen auf Verantwortung, körperliche Anstrengung und mehr werdende Arbeit gibt es lediglich Unterschiede in der Ausprägung der Zustimmung oder Nicht-Zustimmung.

Auch bei den Fragen zur Belohnung zeigen sich hohe Übereinstimmungen. Im Fall der Einschätzung zur Gefährdung des eigenen Arbeitsplatzes ist der Unterschied signifikant ($p < 0,05$). Prozentual ist der Anteil der Befragten in den Buurtzorg-Teams höher, der angab, von „...Vorgesetzten die Anerkennung zu erhalten, die ich verdiene“, die notwendige Unterstützung zu erhalten und die erfahrene Anerkennung für angemessen zu halten. Bei den klassischen Pflegediensten war der Anteil etwas größer, der die persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen hält.

Auffällig sind die nahezu übereinstimmenden Einschätzungen, dass sich die Pflegenden ungerecht behandelt fühlen und ihren Arbeitsplatz gefährdet sehen. Es ist nicht auszuschließen, dass die Auswirkungen der Corona-Pandemie sich in diesen Antworten niederschlagen.

Bezogen auf das Überengagement bestätigt sich die Einschätzung eines höheren Zeitdrucks in den klassischen Pflegediensten. In den Buurtzorg-Teams ist scheint es schwieriger zu sein, nach der Arbeit abzuschalten. Bei den anderen Items bestehen hohe Übereinstimmungen.

	Alle	Klassisch	Buurtzorg	p (Dimension Buurtzorg – Dimension Klassisch)
	T1 (n=60-68)	T1 (n=39-45)	T1 (n=20-23)	T1
Arbeitsanforderungen-Mittelwert				
großer Zeitdruck	2,53	2,64	2,32	n.s.
Häufige Unterbrechung während der Arbeit	2,09	2,18	1,91	n.s.
viel Verantwortung	3,52	3,49	3,59	n.s.
Zwang zu Überstunden	2,14	2,16	2,1	n.s.
körperliche Anstrengung	2,86	2,96	2,67	n.s.
Arbeitsverdichtung	2,53	2,61	2,36	n.s.
Belohnung-Mittelwert				
angemessene Anerkennung	2,83	2,75	3	n.s.
angemessene Unterstützung in schwierigen Situationen	3,1	3,04	3,23	n.s.
ungerechte Behandlung	3,35	3,55	3,43	n.s.
schlechte Aufstiegschancen	2,78	2,98	2,62	n.s.
Verschlechterung der Arbeitsplatzsituation ist zu erwarten	2,78	3,2	3,27	n.s.

Arbeitsplatzgefährdung	3,5	3,71	3,38	0,01*
angemessene Arbeitsposition	3,06	3,13	2,91	n.s.
angemessene Anerkennung gemessen an den erbrachten Leistungen/Anstrengungen	2,75	2,73	2,77	n.s.
angemessene Chancen auf berufliches Fortkommen	2,84	2,93	2,68	n.s.
angemessenes Gehalt	2,21	2,29	2,05	n.s.
Überengagement-Mittelwert				
leichter Zeitdruck	2,47	2,56	2,29	n.s.
ständiges Grübeln über Arbeitsprobleme	2,06	2,02	2,14	n.s.
schlecht abschalten können	2,44	2,43	2,68	n.s.
Aufopferung	2,23	2,19	2,32	n.s.
kein Abschalten, auch nicht abends	2,24	2,11	2,5	n.s.
Einschlafprobleme bei Nicht-Erledigung	2,12	2,09	2,18	n.s.

Tabelle 22: Mittelwerte zur Langversion der Effort-Reward-Imbalance-Scale T1

Bei der zweiten Erhebung haben insgesamt 35 Pflegende (Buurtzorg: n=9; Klassisch: n=26) teilgenommen. Im Bereich Verausgabung wird ersichtlich, dass die körperliche Anstrengung in klassischen Pflegediensten höher war als in den Buurtzorg-Teams (vgl. Tabelle 23).

Im Bereich der Belohnung ist zu erkennen, dass die Arbeitsplatzgefährdung in den klassischen Pflegediensten deutlicher empfunden wird als in den Buurtzorg-Teams.

Im Bereich Überengagement zeigt sich, dass die Pflegenden in den Buurtzorg-Teams nach der Arbeit deutlich weniger abschalten können als die aus den klassischen Pflegediensten.

	Alle	Klassisch	Buurtzorg	p(Dimension Buurtzorg – Dimension Klassisch)
	T2 (n=34-36)	T2 (n=25-27)	T2 (n=8-9)	T2
Arbeitsanforderungen-Mittelwert				
großer Zeitdruck	2,43	2,46	2,33	n.s.
Häufige Unterbrechung während der Arbeit	1,89	1,92	1,78	n.s.
viel Verantwortung	3,29	3,35	3,11	n.s.
Zwang zu Überstunden	2,29	2,15	2,67	n.s.
körperliche Anstrengung	2,86	3,08	2,22	0,005*
Arbeitsverdichtung	2,54	2,58	2,44	n.s.
Belohnung-Mittelwert				
angemessene Anerkennung	2,78	2,7	3	n.s.
angemessene Unterstützung in schwierigen Situationen	2,94	2,85	3,22	n.s.
ungerechte Behandlung	0,36	3,15	3,38	n.s.
schlechte Aufstiegschancen	2,72	2,44	3	n.s.
Verschlechterung der Arbeitsplatzsituation ist zu erwarten	3	2,93	3,22	n.s.
Arbeitsplatzgefährdung	3,22	3,44	2,56	0,001*

angemessene Arbeitsposition	2,89	2,85	3	n.s.
angemessene Anerkennung gemessen an den erbrachten Leistungen/Anstrengungen	2,65	2,56	2,89	n.s.
angemessene Chancen auf berufliches Fortkommen	2,74	2,73	2,75	n.s.
angemessenes Gehalt	2,18	2,04	2,56	n.s.
Überengagement-Mittelwert				
leichter Zeitdruck	2,43	2,5	2,22	n.s.
ständiges Grübeln über Arbeitsprobleme	2,28	2,3	2,22	n.s.
schlecht abschalten können	2,72	2,44	3	n.s.
Aufopferung	2,42	2,41	2,44	n.s.
kein Abschalten, auch nicht abends	2,4	2,23	2,89	0,026*
Einschlafprobleme bei Nicht-Erledigung	2,14	2,15	2,11	n.s.

Tabelle 23: Mittelwerte zur Langversion der Effort-Reward-Imbalance-Scale T2

Aus den Antworten der ERI-Skala wird ein Scorewert gebildet, der das Verhältnis von Aufwand und Belohnung abbildet. Liegt dieser Wert bei 1, dann ist dieses Verhältnis ausgewogen. Liegt er unter 1, dann ist der Aufwand, der für eine Belohnung betrieben werden muss, niedriger. In diesen Fällen sind keine mittel- und langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erwarten. Ist der Wert größer als 1, dann muss ein größerer Aufwand für eine Belohnung betrieben werden, so dass gesundheitliche Folgen nicht ausgeschlossen werden können.

Im Durchschnitt lag die ER-Ratio in den klassischen Pflegediensten bei 0,9188 und in den Buurtzorg Teams bei 0,8915. Das Verhältnis gestaltet sich entsprechend für beide Organisationsformen grundsätzlich günstig. Bei einer genaueren Betrachtung zeigt sich, dass bei Pflegenden der klassischen Teams 76,2% und der Buurtzorg-Teams 74,4% im Vergleich zu den anderen Teilnehmenden einen Wert unter 1 aufweisen. Im Umkehrschluss weisen 25,6% der Pflegenden der klassischen Teams und 23,6% der Buurtzorg-Teams einen Wert über 1 auf, der einen Hinweis auf mögliche mittel- und langfristige gesundheitliche Gefährdungen geben kann.

Auch für den zweiten Erhebungszeitpunkt wurden die Bereiche Arbeitsanforderungen und Belohnungen ins Verhältnis gesetzt, um die ER-Ratio zu errechnen. Im Durchschnitt lag die ER-Ratio in den klassischen Pflegediensten bei 0,9685 und in den Buurtzorg Teams bei 0,8105. Nach wie vor weisen die Werte der Pflegenden beider Teams einen Belohnungsvorteil auf (ER-Ratio < 1). Bei den klassischen Teams sind es 74,1% und bei den Buurtzorg-Teams 77,8%, die im Vergleich zu den anderen Teilnehmenden einen Belohnungsvorteil aufweisen. Im Umkehrschluss hat das zu bedeuten, dass 25,9% der Pflegenden der klassischen Teams und 22,2% der Buurtzorg-Teams im Vergleich zu den anderen Teilnehmern ein hohes Niveau an psychosozialer Arbeitsbelastung zeigen. Die Werte für die Buurtzorg-Teams sind bei der zweiten Erhebung noch einmal besser geworden, die der klassischen Pflegedienste haben sich leicht verschlechtert. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt weisen zudem die Items „körperliche Anstrengung“, „Arbeitsplatzgefährdung“ und „kein Abschalten, auch nicht abends“ ein statistisch signifikantes Niveau ($p < 0,05$) auf.

Betrachtet man die Mittelwerte der Summenscores, so sind zu T1 nur geringe Unterschiede bei der Skala Belohnung (Buurtzorg=28,14; Klassisch=30,15), bei der Sub-Skala Belohnungswertschätzung (Buurtzorg=12,27; Klassisch=12,05) und bei der Skala Overcommitment

(Buurtzorg=14,05 Klassisch=13,48) zu erkennen. Zu T2 zeigen sich hingegen deutliche Unterschiede (Belohnung (Buurtzorg=17,13; Klassisch=27,78); Belohnung-Wertschätzung (Buurtzorg=1,11; Klassisch=11,24) und Overcommitment (Buurtzorg=14,89; Klassisch=10,24)) (vgl. Tabelle 24 und Tabelle 25).

	Verausgabung	Belohnung - Reward	Belohnung- Gehalt	Belohnung- Wertschätzung	Belohnung- Sicherheit	Overcommitment
Alle (n=60-68)	15,70	29,44	10,91	12,13	6,28	13,67
Buurtzorg (n=20-23)	14,90	28,14	10,14	12,27	5,48	14,05
Klassisch (n=39-45)	16,09	30,15	11,31	12,05	6,69	13,48
p	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Tabelle 24: Mittelwerte Summenscores der ERI-Scale T1

	Verausgabung	Belohnung - Reward	Belohnung- Gehalt	Belohnung- Wertschätzung	Belohnung- Sicherheit	Overcommitment
Alle (n=34-36)	15,26	25,03	10,59	8,56	6,22	11,47
Buurtzorg (n=8-9)	14,56	17,13	11,50	14,88	5,78	14,89
Klassisch (n=25-27)	15,52	27,78	10,29	11,24	6,37	10,24
p	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Tabelle 25: Mittelwerte Summenscores der ERI-Scale T2

Aufwand und Belohnung (Effort und Reward) T1 im Vergleich zu T2

Nach der zusammenfassenden Übersicht für die beiden einzelnen Erhebungszeitpunkte und dem dabei gezogenen Vergleich zwischen Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegediensten zeigt die nachfolgende Tabelle 26 die Entwicklung der Ergebnisse innerhalb der beiden Organisationsformen bei den Pflegenden, die sowohl bei der ersten wie auch bei der zweiten Datenerhebung die Fragen der Effort-Reward-Imbalance-Scale beantwortet haben. Dabei handelte es sich um 17 Pflegenden aus klassischen Pflegediensten und fünf aus Buurtzorg-Teams.

Für die Buurtzorg-Teams zeigen sich im Zeitreihenvergleich höhere Werte in den Bereichen „Zwang zu Überstunden“, „angemessene Arbeitsposition“, „angemessene Anerkennung gemessen an den erbrachten Leistungen/Anforderungen“, „angemessenes Gehalt“, „ständiges Grübeln über Arbeitsprobleme“, „schlecht abschalten können“ und „kein Abschalten, auch nicht abends“. Geringere Werte finden sich hinsichtlich der „körperlichen Anstrengung“ und „Arbeitsplatzgefährdung“.

Bei den klassischen Pflegediensten waren die Werte für „häufige Unterbrechung während der Arbeit“, „angemessene Unterstützung in schwierigen Situationen“, „ungerechte Behandlung“, „schlechte Aufstiegschancen“, „Verschlechterung der Arbeitsplatzsituation ist zu erwarten“ und „Arbeitsplatzgefährdung“ zum zweiten Datenerhebungszeitpunkt rückläufig. Es stellte sich sogar ein statistisch signifikanter Effekt in Bezug auf die „ungerechte Behandlung“ ein.

	Klassisch			Buurtzorg		
	T1	T2	p(T1-T2)	T1	T2	p(T1-T2)
Arbeitsanforderungen-Mittelwert						
großer Zeitdruck	2,5	2,4	n.s.	2,2	2,4	n.s.
Häufige Unterbrechung während der Arbeit	2,1	1,9	n.s.	1,6	1,8	n.s.
viel Verantwortung	3,5	3,2	n.s.	3,6	3,4	n.s.
Zwang zu Überstunden	2,3	2,2	n.s.	2	2,8	n.s.
körperliche Anstrengung	3,1	2,9	n.s.	2,6	2,2	n.s.
Arbeitsverdichtung	2,7	2,6	n.s.	2	1,8	n.s.
Belohnung-Mittelwert						
angemessene Anerkennung	2,6	2,6	n.s.	2,8	2,6	n.s.
angemessene Unterstützung in schwierigen Situationen	3,1	2,8	n.s.	3,4	3,2	n.s.
ungerechte Behandlung	3,6	3,2	0,03*	3,2	3,2	n.s.
schlechte Aufstiegschancen	2,8	2,6	n.s.	2,8	2,8	n.s.
Verschlechterung der Arbeitsplatzsituation ist zu erwarten	3,1	2,7	n.s.	3,2	2,8	n.s.
Arbeitsplatzgefährdung	3,7	3,3	n.s.	3,2	2,6	n.s.
angemessene Arbeitsposition	3,1	2,8	n.s.	2,8	3	n.s.
angemessene Anerkennung gemessen an den erbrachten Leistungen/Anstrengungen	2,6	2,5	n.s.	2,8	3	n.s.
angemessene Chancen auf berufliches Fortkommen	2,7	2,7	n.s.	3	2,8	n.s.
angemessenes Gehalt	2,2	1,9	n.s.	2,4	3	n.s.
Überengagement-Mittelwert						
leichter Zeitdruck	2,6	2,5	n.s.	2	2	n.s.
ständiges Grübeln über Arbeitsprobleme	2,2	2,3	n.s.	2,2	2,4	n.s.
schlecht abschalten können	2,3	2,2	n.s.	2,6	3	n.s.
Aufopferung	2,2	2,3	n.s.	2,6	2,6	n.s.
kein Abschalten, auch nicht abends	2,1	2,2	n.s.	2,6	2,8	n.s.
Einschlafprobleme bei Nicht-Erledigung	2	2,1	n.s.	2,4	2,4	n.s.

Tabelle 26: Status psychosozialer Arbeitsbelastungen T1 und T2

Die Mittelwerte aller Summenskalen, bis auf „Überengagement“ in den klassischen Pflegediensten sinken von T1 zu T2. Bei den Buurtzorg-Teams erhöhen sich die Mittelwerte der Skalen „Verausgabung“, „Belohnung-Gehalt“ und „Überengagement“ zum Zeitpunkt T2. Sie vermindern sich für die Skalen „Belohnung“, „Belohnung-Wertschätzung“ und „Belohnung-Wertschätzung“.

	Klassisch T1	Klassisch T2	p Klassisch (T1-T2)	Buurtzorg T1	Buurtzorg T2	p Buurtzorg (T1-T2)
Verausgabung	16,31	15,19	n.s.	14	14,4	n.s.
Belohnung	30,21	27	n.s.	29,6	29	n.s.

Belohnung- Gehalt	10,86	10,13	n.s.	11	11,6	n.s.
Belohnung- Wert- schätzung	11,93	11,12	n.s.	12,2	12	n.s.
Belohnung- Sicher- heit	6,82	6	0,039*	6,4	5,4	n.s.
Überarrangement	13,26	13,8	n.s.	14,4	15,2	n.s.

Tabelle 27: Skalensummenwerte der ERI-Scale T1 und T2

Die Bereiche Arbeitsanforderungen und Belohnungen wurden zusätzlich ins Verhältnis gesetzt, um die ER-Ratio zu berechnen. Im Durchschnitt lag die ER-Ratio in den Buurtzorg-Teams zum Zeitpunkt T1 bei 0,8 und zum Zeitpunkt T2 bei 0,84. In den klassischen Pflegediensten lag sie bei 0,95 (T1) und 0,98 (T2). Die ER-Ratio beider Teams weist somit auf einen Belohnungsvorteil hin (ER-Ratio < 1). Dieser trifft bei klassischen Pflegediensten auf 73,3% und bei den Buurtzorg-Teams auf 80% der Pflegenden zu.

Psychosoziale Arbeitsbelastungen – COPSOQ

Die Arbeitsbelastungen wurden mittels des „Copenhagen Psychosocial „Questionnaire“ (COPSOQ) erhoben. Analysiert wurden alle Aspekte zur Belastung und Beanspruchung, die unter den Oberbegriffen: Anforderungen, Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten, Soziale Beziehungen und Führung, Auswirkungen und weitere Faktoren zusammengefasst sind.

Anforderungen bei der Arbeit

Die Anforderungen beziehen sich auf quantitative und emotionale Anforderungen, das Verbergen von Emotionen, Work-Privacy-Konflikte sowie das Problem der Entgrenzung. Die Ergebnisse in den beiden nachfolgenden Grafiken (vgl. Abbildung 10 und Abbildung 11) zeigen, dass die Anforderungen zu beiden Erhebungszeitpunkten recht ähnlich für die Pflegenden in den Buurtzorg-Teams und bei klassischen Pflegediensten sind. Die sichtbarsten Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Entgrenzung der Arbeit, die bei den Buurtzorg-Teams als höher eingeschätzt wird, was im Zusammenhang mit den Erkenntnissen aus den Interviews nicht verwundert. Zur Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Höhe der ermittelten Werte mal positiv, mal negativ anzusehen ist. Nachfolgend die Angaben dazu von der Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften (FFAW), die eine Internetseite zum COPSOQ betreibt und darauf relevante Informationen zur Verfügung stellt (FFAW 2022). Die ermittelten Werte können vor dem Hintergrund einer Referenzdatenbank eingeordnet werden. Darin sind die Angaben einer repräsentativen Stichprobe aus mehr als 250.000 Befragten aus unterschiedlichen Berufsgruppen enthalten. Die nachstehenden Referenzwerte stammen aus Dezember 2022.

- Quantitative Anforderungen: niedrig = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 55)
- Emotionale Anforderungen: niedrig = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 48)
- Emotionen verbergen: niedrig = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 44)
- Work-Privacy-Konflikte: niedrig = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 39)
- Entgrenzung: niedrig = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 33)

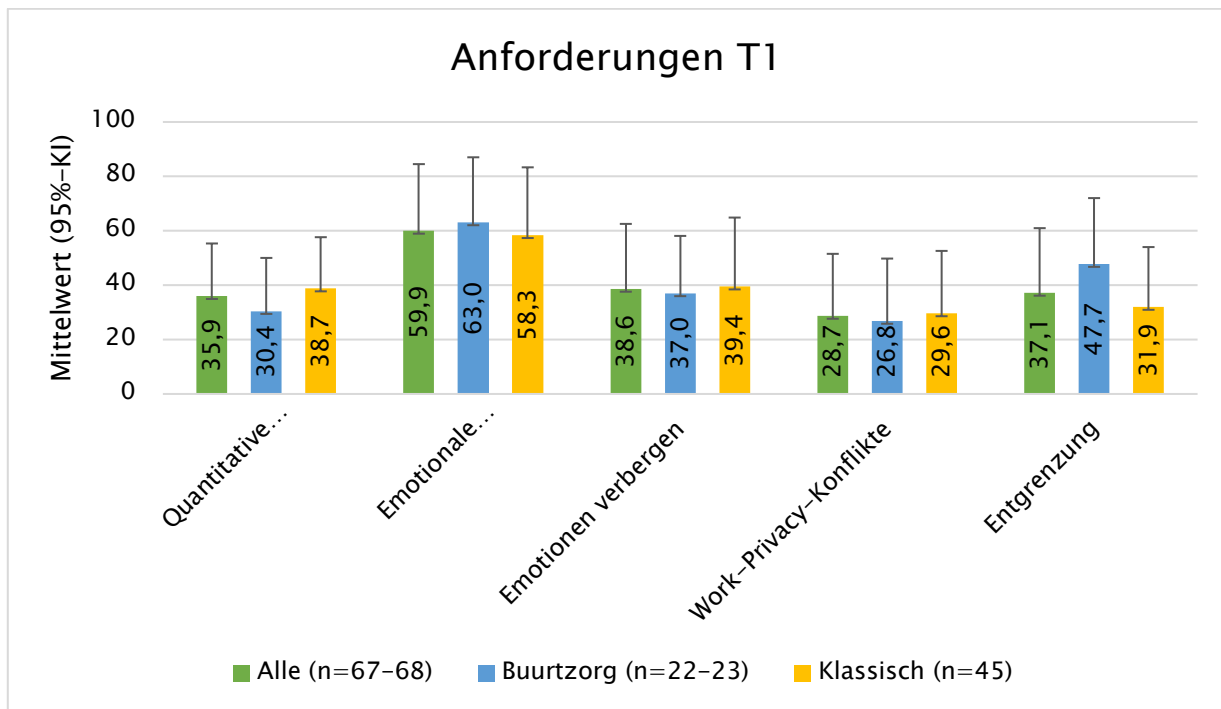


Abbildung 10: Anforderungen bei der Arbeit T1

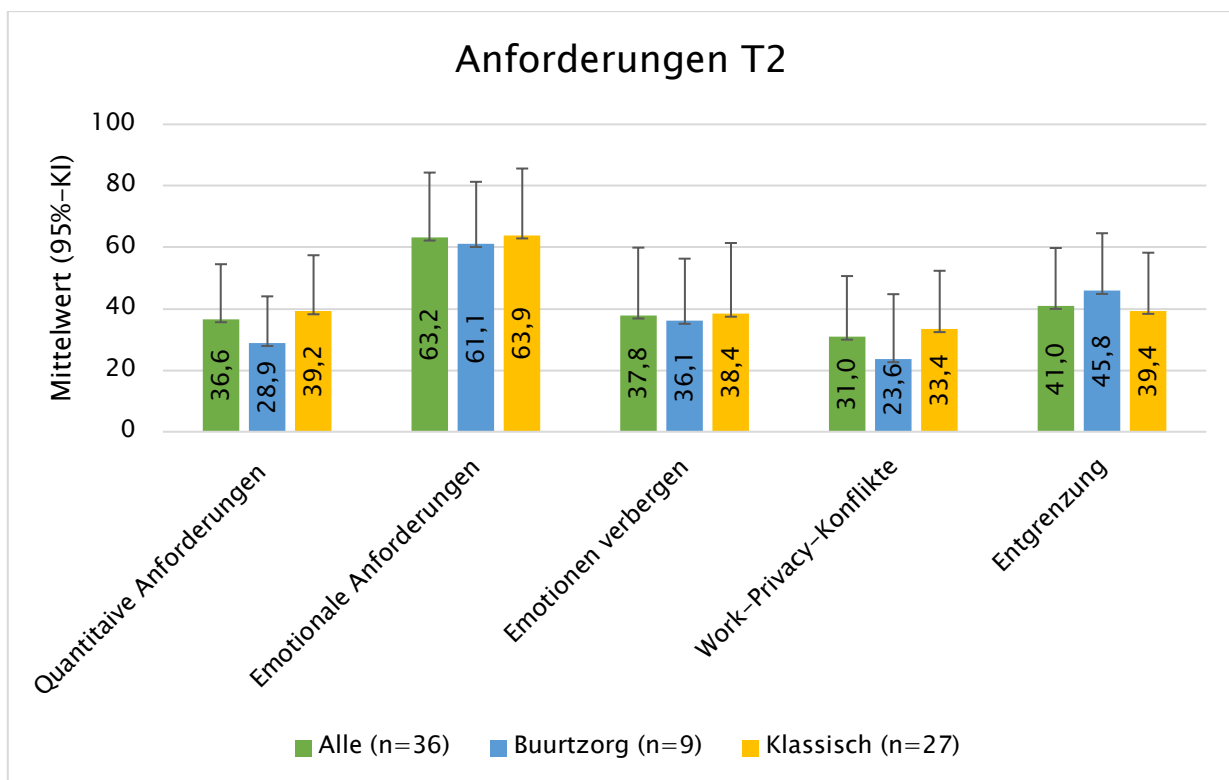


Abbildung 11: Anforderungen bei der Arbeit T2

Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten

Die Aspekte zu diesem Oberbegriff sind der Einfluss auf die Arbeit, Spielraum bei Pausen und Urlaub, Entwicklungsmöglichkeiten, die Bedeutung der Arbeit sowie die Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz. Die Werte in diesem Zusammenhang sind folgendermaßen zu interpretieren:

- Einfluss auf die Arbeit: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 44)

- Spielraum bei Pausen und Urlaub: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 63)
- Entwicklungsmöglichkeiten: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 63)
- Bedeutung der Arbeit: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 74)
- Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 59)

Im Vergleich zum jeweiligen COPSOQ-Referenzwert stellen sich die Ergebnisse für beide Gruppen sehr positiv dar. Im direkten Vergleich bewerten die Pflegenden der Buurtzorg-Teams zu beiden Erhebungszeitpunkten ihren Einfluss und ihre Einflussmöglichkeiten höher als die Pflegenden in den klassischen Pflegediensten. Am deutlichsten sind die Unterschiede bei den Aspekten: Einfluss auf die Arbeit, Spielraum bei Pausen und Urlaub sowie bei der Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz.

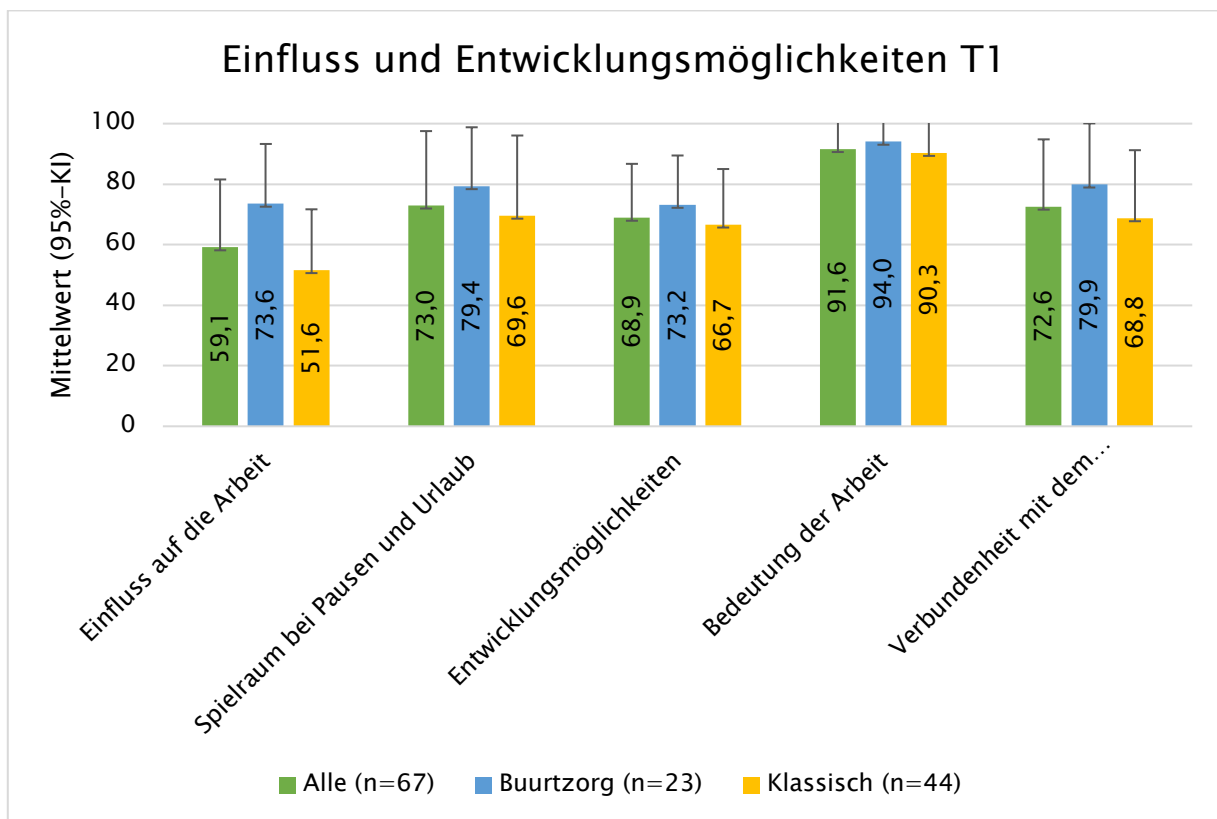


Abbildung 12: „Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten“ T1

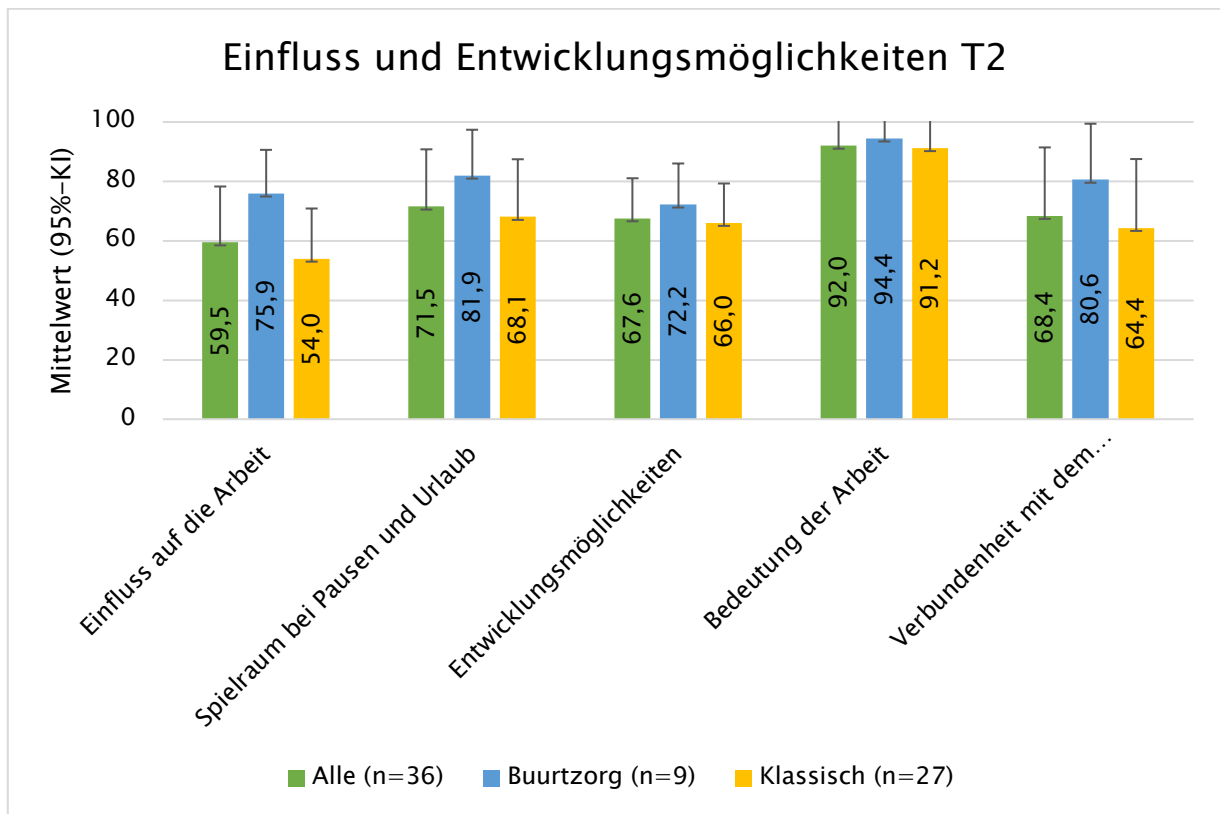


Abbildung 13: „Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten“ T2

Soziale Beziehungen und Führung

Der Bereich „Soziale Beziehungen und Führung“ umfasst 11 Aspekte, die folgendermaßen zu interpretieren sind:

- Vorhersehbarkeit der Arbeit: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 52)
- Rollenklarheit: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 71)
- Rollenkonflikte: niedrig = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 45)
- Führungsqualität: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 53)
- Unterstützung bei der Arbeit: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 69)
- Feedback/Rückmeldung: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 44)
- Menge sozialer Kontakte: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 57)
- Gemeinschaftsgefühl: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 77)
- Ungerechte Behandlung: niedrig = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 21)
- Vertrauen und Gerechtigkeit: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 61)
- Wertschätzung: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 48)

Die Übersicht in den beiden folgenden Grafiken Abbildung 14 und Abbildung 15 zu den Themen Soziale Beziehungen und Führung zeigen im Vergleich der Pflegenden aus den Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegedienste bessere Werte als die COPSOQ-Referenzwerte. Im direkten Vergleich sind die Ergebnisse für die Buurtzorg-Teams positiver, wobei die Unterschiede zum Teil gering ausfallen. Zum ersten Erhebungszeitpunkt fallen lediglich die Ergebnisse für die Führungsqualität bei den klassischen Pflegediensten besser aus – ein Aspekt, der vor dem Hintergrund des Konzepts selbstorganisierter Teams für die Buurtzorg-Team geringere Bedeutung hat. Interessant ist jedoch, dass zum zweiten Erhebungszeitpunkt dieser Aspekt von

den Pflegenden der Buurtzorg-Teams positiver eingeschätzt wird. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurden die Menge sozialer Kontakte, das Gemeinschaftsgefühl und die ungerechte Behandlung von den Pflegenden der klassischen Pflegedienste positiver bewertet.

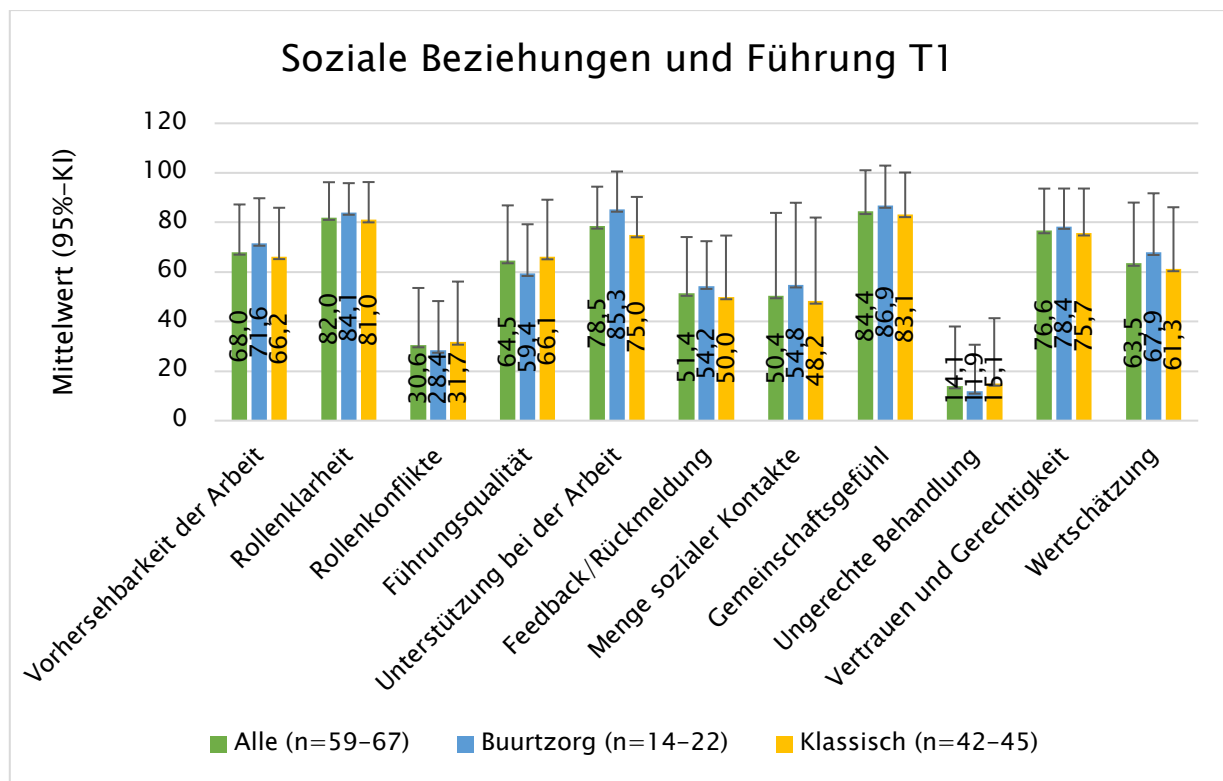


Abbildung 14: „Soziale Beziehungen und Führung“ T1

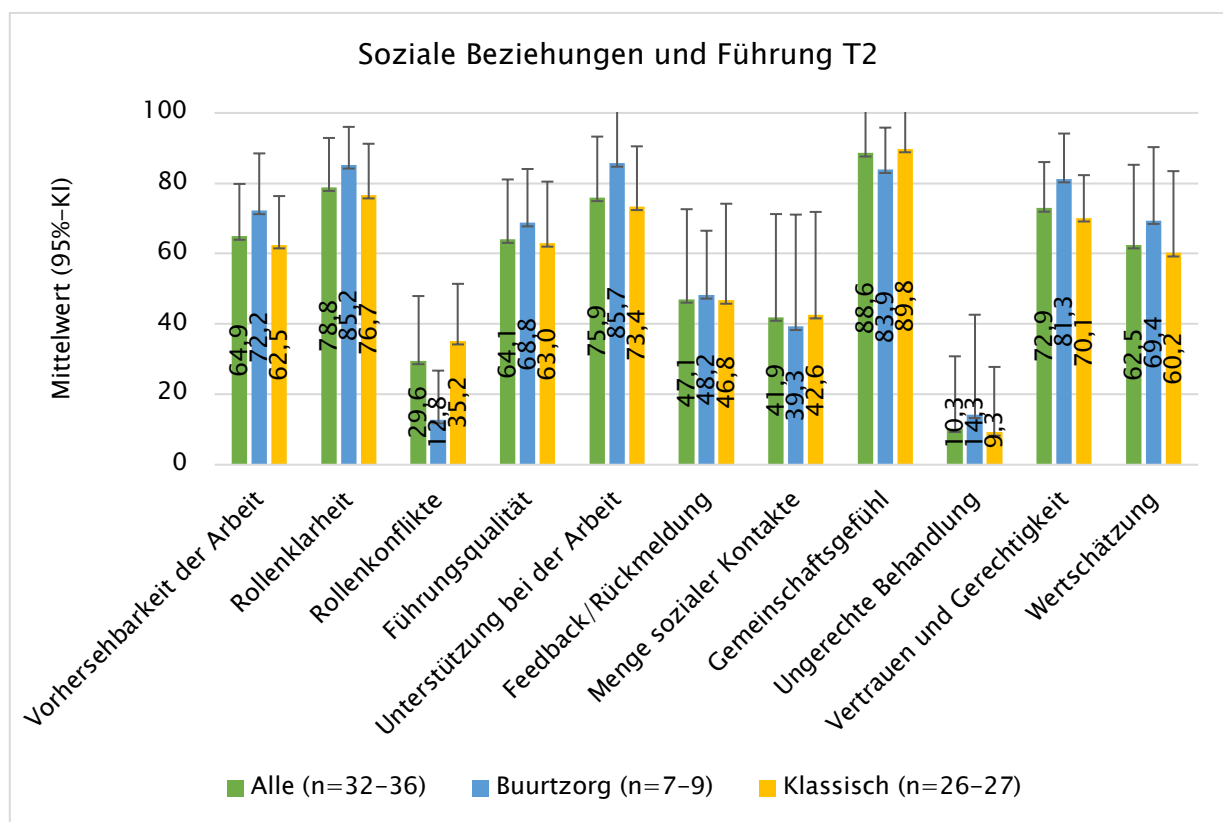


Abbildung 15: „Soziale Beziehungen und Führung“ T2

Weitere Faktoren

Als weitere Faktoren werden Fragen der Arbeitsumgebung, der Unsicherheit des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen zusammengefasst. Die Interpretation erfolgt in nachfolgend dargestellter Art und Weise:

- Arbeitsumgebung/physische Anforderungen: niedrig = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 35)
- Unsicherheit des Arbeitsplatzes: niedrig = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 28)
- Unsicherheit der Arbeitsbedingungen: niedrig = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 29)

Die Ergebnisse zeigen zu diesen weiteren Faktoren unterschiedliche Bewertungen. Die Einschätzung zur Arbeitsumgebung und den physischen Anforderungen fällt zu beiden Erhebungszeitpunkten positiver für die Buurtzorg-Teams aus. Hinsichtlich der Unsicherheit der Arbeitsbedingungen und der Unsicherheit des Arbeitsplatzes ist die Bewertung bei den klassischen Pflegediensten positiver, insbesondere bei der Sicherheit des Arbeitsplatzes. In diese Bewertung dürfte die sich anbahnende und zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung zu großen Teilen bekannte Eröffnung des Insolvenzverfahrens eingeflossen sein.

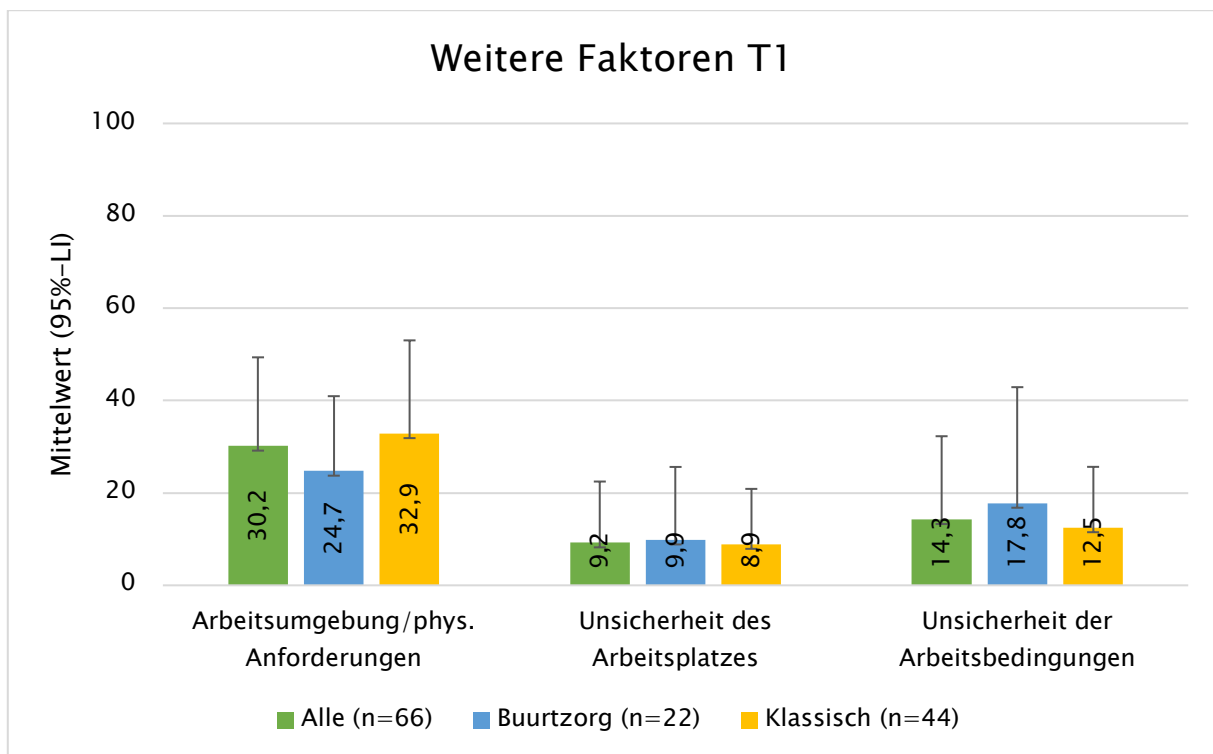


Abbildung 16: „Weitere Faktoren“ T1

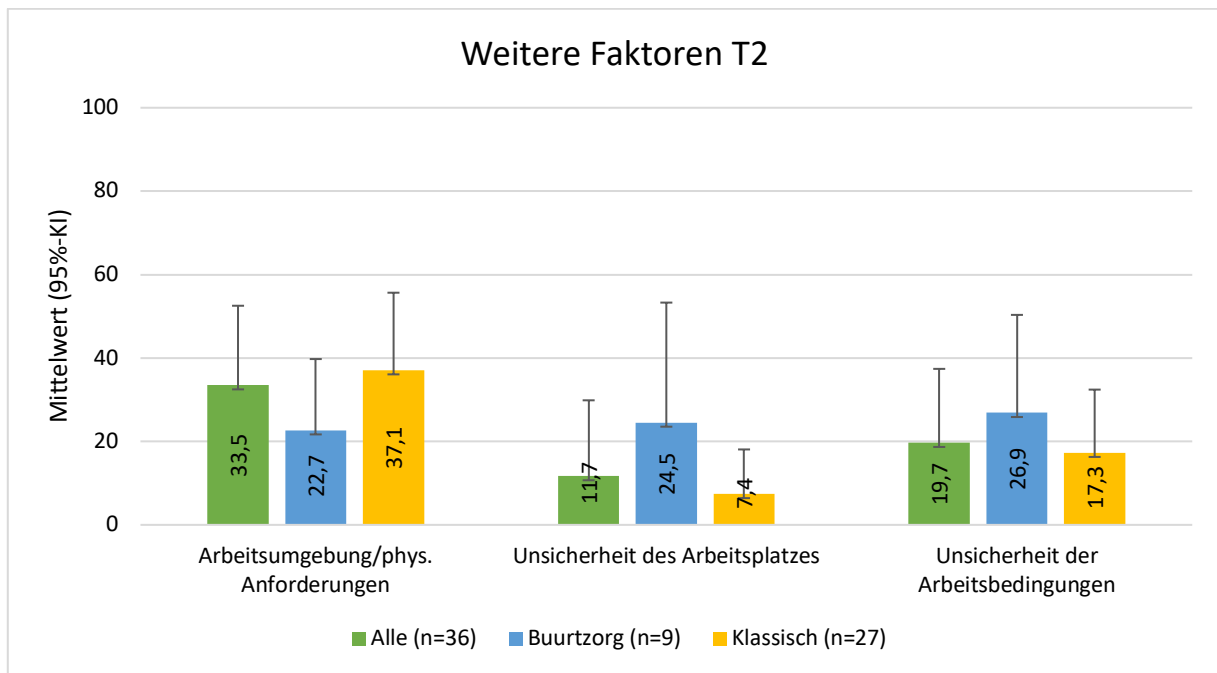


Abbildung 17: „Weitere Faktoren“ T2

Auswirkungen

Auswirkungen beziehen sich auf Aspekte, die eine erhöhte psychosoziale Arbeitsbelastung mit sich bringen können. Im COPSOQ werden darunter sechs Aspekte verstanden:

- Gedanke an Berufs-/Stellenwechsel: niedrig = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 20)
- Arbeitszufriedenheit: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 63)
- Arbeitsengagement: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 63)
- Allgemeiner Gesundheitszustand: hoch = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 70)
- Burnout-Symptome: niedrig = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 50)
- Präsentismus: niedrig = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 42)
- Unfähigkeit abzuschalten: niedrig = positiv (COPSOQ-Referenzwert: 46)

Die Ergebnisse zu diesen Auswirkungen zeigen kein einheitliches Bild der Einschätzung. Der Gedanke an einen Berufs-/Stellenwechsel war zu T1 bei den klassischen Pflegediensten etwas höher als in den Buurtzorg-Teams, zum zweiten Erhebungszeitpunkt hatte sich diese Einschätzung umgekehrt, worauf ebenfalls das Insolvenzverfahren einen Einfluss gehabt haben dürfte. Positiver wurden in den Buurtzorg-Teams das Arbeitsengagement sowie die Burnout-Symptome bewertet. Hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit und des Präsentismus waren die Einschätzungen bei der ersten Erhebung annähernd gleich, zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurden beide positiver von den Buurtzorg-Teams bewertet. Eine deutlich bessere Bewertung hat die Unfähigkeit abzuschalten von den Pflegenden der klassischen Pflegedienste erhalten.

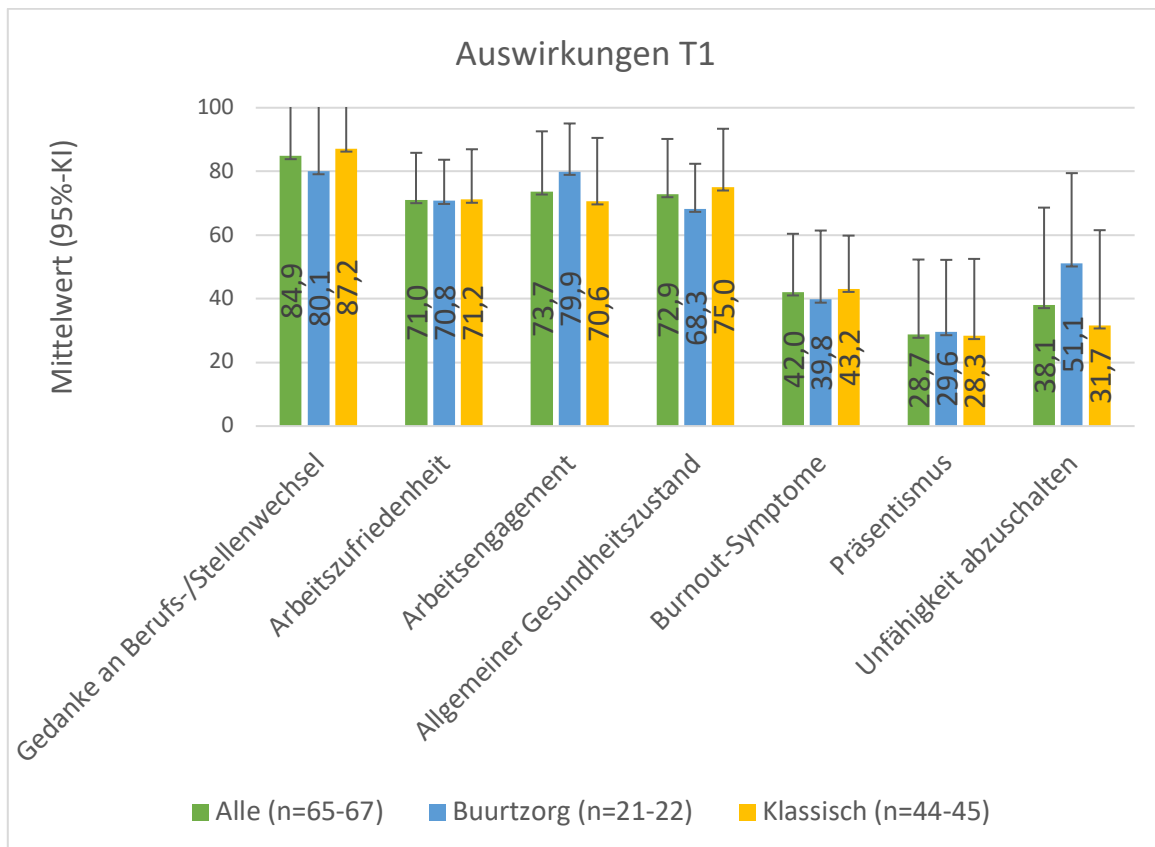


Abbildung 18: „Auswirkungen“ T1

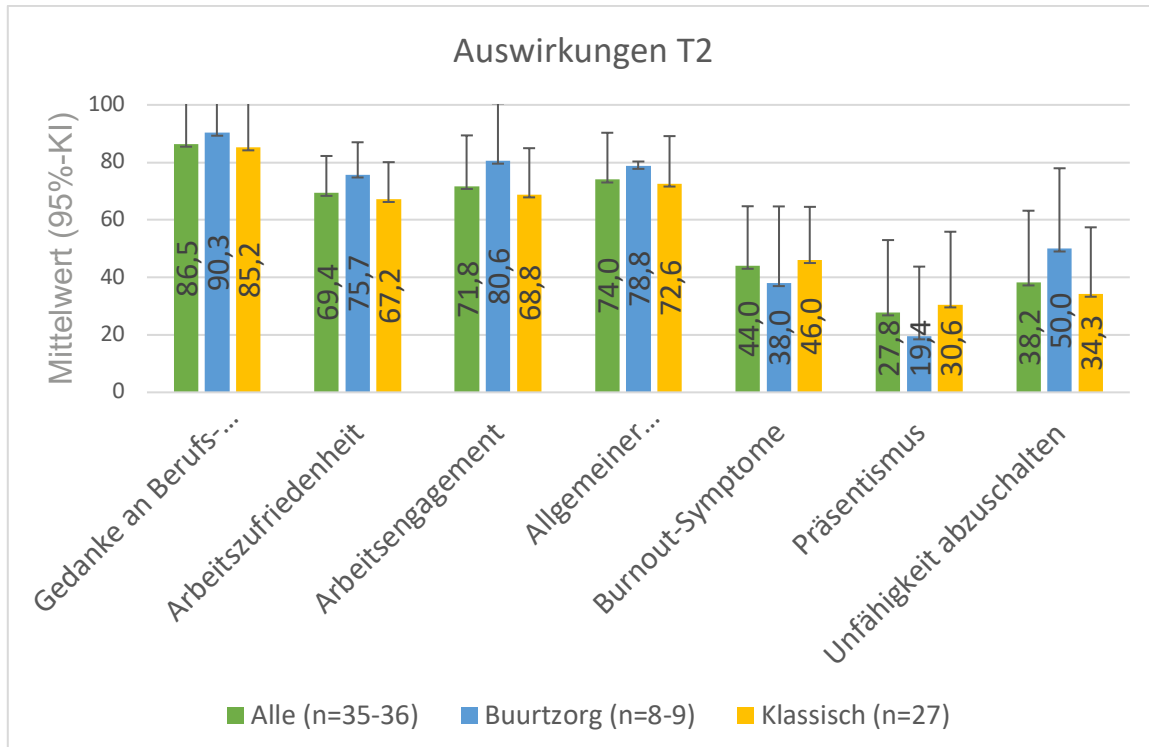


Abbildung 19: „Auswirkungen“ T2

Analyse fehlender Werte

Bei der Fragebogenerhebung unter den Pflegenden gab es einige fehlende Werte. Es wurde eine Analyse durchgeführt, ob es bestimmte Fragen waren, die auffällig wenig beantwortet wurden und ob dafür ggfs. Gründe ersichtlich sind.

Bei der Analyse wurden die Werte eingeschlossen, bei denen mehr als 15% der Teilnehmenden die jeweilige Frage nicht beantwortet haben. Die Limitation von 15% wurde selbst gewählt, um einen entsprechenden Effekt abbilden zu können. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt gab es keinen Wert in diesem festgelegten Grenzbereich.

Am häufigsten wurden Fragen zum Work Ability Index nicht beantwortet. Da es sich bei dem Work Ability Index um einen sehr umfangreichen Fragenblock handelte, ist eine mögliche Erklärung, dass einige der Teilnehmenden nicht jede Frage beantwortet, sondern nur die für sie zutreffenden Aussagen angekreuzt haben. Neben den Fragen zum Work Ability Index wurde die Frage zur Anzahl der Tage von Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen aus Teil A des Fragebogens von 16% der Pflegekräfte nicht beantwortet. Die Anmerkungen der Pflegekräfte lassen vermuten, dass den Pflegenden teilweise nicht bekannt war, wie viele Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sie in Anspruch genommen haben und entsprechend keine konkrete Zahl benennen konnten. So wurde die Frage zu den Fortbildungstagen häufig mit einem Fragezeichen markiert. Ein weiterer Grund für die geringe Anzahl an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen könnte die Corona-Pandemie gewesen sein, aufgrund derer die Fortbildungen teilweise nicht möglich waren bzw. nur online stattfinden konnten. So antworteten zwei Pflegekräfte eines klassischen Pflegedienstes auf die Frage nach der Anzahl der Fortbildungstage mit „keine Tage aufgrund von Corona“ und „durch Corona nicht möglich“.

Im Hinblick auf die Differenzierung zwischen Buurtzorg und den klassischen Pflegediensten haben im Allgemeinen etwa 60% der Pflegekräfte aus den Buurtzorg-Teams häufiger eine Frage nicht beantwortet als die Pflegekräfte des klassischen Pflegedienstes (40%). Nur bei der Frage nach anderen neurologischen und sensorischen Erkrankungen (Work Ability Index: Dimension 3, Item 4) haben die Pflegenden aus dem klassischen Pflegedienst häufiger keine Antwort gegeben.

5.3 System- und Kostenaspekte

Die dritte Ebene der Analyse bezieht sich auf systemische Fragen der ambulanten Pflege in Deutschland und ihre Rahmenbedingungen. Diese sind insbesondere für mögliche Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus dieser Evaluation von Bedeutung. In diesem Kapitel werden einige der strukturellen Bedingungen der an der Evaluation beteiligten Pflegedienste dargestellt. Im Anschluss erfolgt eine kurze Zusammenfassung der Vereinbarung zwischen den Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen und der Buurtzorg Deutschland Nachbarschaftspflege gGmbH, die als Grundlage für die Leistungsabrechnung der Buurtzorg-Teams nach Zeiteinheiten diente. Den dritten Teil der Darstellung bildet eine Übersicht über die in den Zwillingspaaren entstandenen Kosten der pflegerischen Versorgung.

5.3.1 Rahmenbedingungen der beteiligten Pflegedienste

Die Rahmenbedingungen der beteiligten Teams und Pflegedienste wurden per Fragebogen erhoben. Die Datenerhebung fand zwischen Dezember 2021 und Januar 2022 statt. In die Datenerhebung wurden insgesamt 11 Pflegedienste eingeschlossen, wobei es sich hierbei um sechs Buurtzorg-Teams und fünf klassische Pflegedienste handelte. Leider nahmen nur ein Buurtzorg-Team und drei klassische Pflegedienste an der Befragung teil.

Bei den teilnehmenden Pflegediensten handelt es sich um zwei Pflegedienste in privater Trägerschaft, zu denen auch das Buurtzorg-Team gehörte, sowie zwei Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft. Die klassischen Pflegedienste wurden in den Jahren 1996, 2011 und 2020 (Unternehmensgründung 1994) gegründet. Das Buurtzorg-Team startete 2019. Von den drei klassischen Pflegediensten wies ein Pflegedienst einen Versorgungsschwerpunkt im Bereich der Palliativpflege / SAPV auf, die anderen Pflegedienste gaben an, keinen Schwerpunkt zu haben. Das Buurtzorg-Team gab „Zeitintensive Pflegebedürftige“ als Versorgungsschwerpunkt an. Bei der Versorgung bieten die Pflegedienste unterschiedliche Dienstleistungen an. So bietet ein klassischer Pflegedienst einen Hol- und Bringendienst und eine Wäscherei über einen eigenen Service an. Alle klassischen Pflegedienste gaben an, Betreuungsleistungen und Raumpflege als eigenen Service anzubieten. Darüber hinaus zählt bei zwei Pflegediensten die Dienstleistung „Soziale Aktivitäten“ zum eigenen Service.

Hinsichtlich der Arbeitsorganisation arbeiten zwei klassische Pflegedienste nach einem Gruppenpflegesystem¹⁴. Das Buurtzorg-Team und ein klassischer Pflegedienst organisierten die Arbeit nach einem Bezugspflegesystem¹⁵. Gleichzeitig geben alle befragten Pflegedienste an, dass in den letzten drei Jahren größere Veränderungen stattgefunden haben. Das Buurtzorg-Team gab Veränderungen organisatorischer, inhaltlicher und personeller Art sowie die Einführung IT-basierter Dokumentation und Administration an. Letzteres hat ebenfalls in zwei klassischen Pflegediensten stattgefunden. Keine Unterschiede bestanden hinsichtlich der Veränderungen personeller Art feststellen, die in allen teilnehmenden Pflegediensten stattfanden.

Veränderungen	Buurtzorg (n=1)	Klassisch (n=3)
organisatorischer Art (z.B. Fusionen, Abspaltungen)	1	
Einführung IT-basierter Dokumentation und Administration	1	2
inhaltlicher Art (z.B. Aufbau neuer fachlicher Schwerpunkte)	1	
personeller Art (z.B. hohe Fluktuation, Verkleinerung, Vergrößerung)	1	3

Tabelle 28: Art der Veränderungen in den letzten drei Jahren

¹⁴ Gruppenpflege wurde im Fragebogen definiert als: Ein Team von Pflegekräften ist für die Versorgung und Pflege einzelner pflegebedürftiger Menschen während ihres Versorgungszeitraumes verantwortlich.

¹⁵ Bezugspflege wurde im Fragebogen definiert als: Jeder pflegebedürftige Mensch hat seine eigene Bezugspflegekraft während des gesamten Versorgungszeitraumes, die die Versorgung plant und organisiert. Sie stellt die geplante Versorgung über 24 Std. sicher und wird bei Abwesenheit durch eine Gruppe von bestimmten Pflegekräften vertreten.

Bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen gaben die drei klassischen Pflegedienste an, dass sie für die Touren- und Einsatzplanung und für die Erfassung des Pflegeprozesses IT-Systeme wie Medifox oder Euregon nutzen. Aus ihrer Perspektive heraus liegen die Vorteile in Bezug auf die Touren- und Einsatzplanung in der optimalen Planung, einer Reduzierung des bürokratischen Aufwands und des Papierausdrucks sowie in der Förderung des Informationsflusses. Als Vorteile hinsichtlich der digitalen Pflegeprozessfassung werden eine reduzierte Bearbeitungszeit und Bürokratie, eine höhere Qualitätsdichte und die Transparenz für alle Mitarbeitenden benannt. Das Buurtzorg-Team tätigte hierzu keine Aussage, allerdings bestätigte es als einziger Dienst, dass weitere Maßnahmen zur Digitalisierung vorgenommen wurden. Hierzu zählte die Einführung des IT-Systems Messenger Bitrix 24, das ähnlich wie Facebook funktioniert und eine E-Mail-Funktion enthält.

In Bezug auf die Konkurrenz mit anderen Pflegediensten geben alle teilnehmenden Pflegedienste eine starke Konkurrenz um Mitarbeitende an. Hier lässt sich kein Unterschied zwischen dem Buurtzorg-Team und den klassischen Diensten erkennen. Gleichzeitig sahen das Buurtzorg-Team und zwei klassische Dienste kaum oder keine Konkurrenz um pflegebedürftige Menschen, nur ein Pflegedienst empfand diese als stark.

Das Buurtzorg-Team versorgte zwischen 2018 und 2021 durchschnittlich 55,25 pflegebedürftige Menschen pro Jahr, wobei die Anzahl von 50 im Jahr 2018 auf 60 Pflegebedürftige im Jahr 2021 stieg. Im Vergleich versorgten die klassischen Pflegedienste (n=2) zwischen 2018 und 2021 im Durchschnitt 216,1 pflegebedürftige Menschen, wobei einer der beiden Dienste nur Angaben zu den Jahren 2020 und 2021 machte.

In Bezug auf die Aufteilung der Leistungen nach Kostenträgern gab ein klassischer Pflegedienst einen Anteil der Grundpflege mit Vergütung nach Leistungskomplexen am gesamten Leistungsumfang für 2018 von 65%, für 2019 von 60%, für 2020 von 70% und für 2021 von 65% an. Somit schwankt dieser Anteil zwischen den Jahren um 5 bis 10 Prozentpunkten. Zur Grundpflege mit Vergütung nach Zeit und zu Betreuungsleistungen mit Vergütung nach Zeit wurden von keinem Pflegedienst Angaben getätigt. Ein Pflegedienst gab an, dass der Anteil der Betreuungsleistungen mit Vergütung nach Leistungskomplexen zwischen 2018 und 2021 durchschnittlich bei 17 % lag. Der Anteil der hauswirtschaftlichen Versorgung mit Vergütung nach Leistungskomplexen lag bei einem klassischen Pflegedienst im Jahr 2018 bei 17%, im Jahr 2019 bei 20%, im Jahr 2020 bei 7% und im Jahr 2021 bei 17%. Hier fällt auf, dass sich der Anteil im Jahr 2020 um 13 Prozentpunkte reduzierte, im nachfolgenden Jahr aber wieder um 10 Prozentpunkte angestiegen ist. Keinen Anteil nehmen sowohl bei dem Buurtzorg-Team als auch bei den klassischen Diensten die HKP-Leistungen der Grundpflege mit Einzelleistungsvergütung, die HKP-Leistungen der Grundpflege mit Vergütung nach Zeit und die HKP-Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung ein. Die privat finanzierten Leistungen nehmen im Buurtzorg-Team einen Anteil von 5% von 2018 bis 2021 ein, während dieser in einem klassischen Dienst bei durchschnittlich 1,5% liegt.

Vereinbarte Preise für Pflegeleistungen

Gefragt wurde nach den vertraglich vereinbarten und den notwendigen Preisen für Pflegeleistungen. Das Buurtzorg-Team gab einen vertraglich vereinbarten Preis bezogen auf SGB XI-Leistungen von 40€ in den Jahren 2018 und 2019 sowie einen Preis von 45€ für die Jahre 2020 und 2021 an. Der notwendige, kostendeckende Preis bezogen auf SGB XI-Leistungen wurde

mit 75 € angegeben. Ein klassischer Pflegedienst gab vereinbarte Punktwerte statt Preise bezogen auf SGB XI-Leistungen an, wobei dieser zwischen 2018 und 2021 gleichbleibend bei 0,04721 lag. Ein notwendiger Punktwert wurde nicht angegeben. Das Buurtzorg-Team erhielt in den Jahren zwischen 2018 und 2021 für Leistungen der häuslichen Krankenpflege einen Pauschalbetrag von maximal 295€ pro Monat, der sich über Tagespauschalen von 9,53€ ergibt.

Hinsichtlich der Gewinn- und Verlustrechnung äußerte sich nur ein klassischer Pflegedienst und gab an, dass diese Angaben (Gewinn, ausgeglichene Bilanz, Verlust) nicht erfassbar sind. Auch in Bezug auf die Struktur der vom Pflegedienst versorgten pflegebedürftigen Menschen machte nur ein klassischer Pflegedienst Angaben. Demnach versorgte dieser Pflegedienst zu 10% Selbstzahler, zu 14 % Menschen im Pflegegrad 1, zu 22 % Menschen im Pflegegrad 2, zu 24% Personen im Pflegegrad 4 und zu 6% Menschen im Pflegegrad 5. Der Anteil der versorgten Pflegebedürftigen, die Leistungen nach SGB XII erhielten belief sich auf 4%. Zwischen 2018 und 2021 nahm der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3 und Pflegegrad 5 ab, während der Anteil der Menschen mit Pflegegrad 2 und Pflegegrad 4 zunahm.

Personaldaten

Hinsichtlich der Personaldaten gab das Buurtzorg-Team eine kontinuierliche Anzahl von vier Planstellen zwischen 2018 und 2021 an. Bei den Planstellen im Pflegebereich handelt es sich zur Hälfte um Vollzeitkräfte. Die Personalsituation in den klassischen Pflegediensten war heterogen und findet sich zusammenfassend dargestellt in Tabelle 29.

	Anzahl aller Planstellen im Pflegedienst (in Vollzeitstellen)		Anzahl der Planstellen im Pflegebereich (in Vollzeitstellen, ohne freiwillige Helfer*innen etc.)		Planstellen im Pflegebereich (in Vollzeitstellen, ohne freiwillige Helfer*innen etc.)				Anzahl der freiwilligen Helfer*innen, Praktikant*innen, Bundesfreiwilligendienstler*innen und andere Mitarbeitende		Anzahl der Leitungsstellen im Pflegebereich		Anzahl der examinierten Pflegekräfte mit akademischem Abschluss	
					Davon Anzahl der Vollzeitkräfte		Davon Anzahl der unbefristet Beschäftigten							
	B	K	B	K	B	K	B	K	B	K	B	K	B	K
2018	4 (n=1)		4 (n=1)	30 (n=1)	2 (n=1)	2 (n=1)				6 (n=1)		1,5 (n=1)		1 (n=1)
2019	4 (n=1)		4 (n=1)	30 (n=1)	2 (n=1)	2 (n=1)				6 (n=1)		1,5 (n=1)		1 (n=1)
2020	4 (n=1)		4 (n=1)	29 (n=1)	2 (n=1)	1 (n=1)		21 (n=1)		6 (n=1)		1,75 (n=2)		1 (n=1)
2021	4 (n=1)		4 (n=1)	30 (n=1)	2 (n=1)	1 (n=1)		18 (n=1)		6 (n=1)		2,25 (n=2)		1 (n=1)
	Anzahl der 3-jährig ausgebildeten examinierten Pflegekräfte mit Fachweiterbildung		Anzahl der 3-jährig ausgebildeten examinierten Pflegekräfte (bzw. 2-jährig mit Anerkennungsjahr)		Anzahl der 1-jährig ausgebildeten Pflegekräfte		Anzahl der Stellen für unterstützende Aufgaben im Pflegebereich: Bürotätigkeiten		Anzahl der Stellen für unterstützende Aufgaben: Hilfen in der Hauswirtschaftlichen Versorgung etc.					
	B	K	B	K	B	K	B	K	B	K	B	K		
2018		0 (n=1)	3 (n=1)	9 (n=1)	4 (n=1)	5 (n=1)	0 (n=1)	0,75 (n=2)	3 (n=1)	2,25 (n=2)				
2019		0 (n=1)	4 (n=1)	12 (n=1)	4 (n=1)	3 (n=1)	0 (n=1)	0,75 (n=2)	3 (n=1)	2,25 (n=2)				
2020		1 (n=2)	4 (n=1)	8,5 (n=2)	4 (n=1)	4 (n=1)	0 (n=1)	0,75 (n=2)	3 (n=1)	2,25 (n=2)				
2021		2 (n=2)	3 (n=1)	8 (n=2)	4 (n=1)	5 (n=1)	0 (n=1)	0,75 (n=2)	3 (n=1)	1,75 (n=2)				

Tabelle 29: Personaldaten der teilnehmenden Pflegedienste von 2018 bis 2021

In Bezug auf das Alter der Beschäftigten machte das Buurtzorg-Team keine Angaben. In den klassischen Pflegediensten waren durchschnittlich 6,5 Beschäftigte zwischen 20 und 29, 6 Beschäftigte zwischen 30 und 39, 8,5 Beschäftigte zwischen 40 und 45 und 3 Beschäftigte zwischen 46 und 55 Jahre alt. 3 Beschäftigte waren älter als 55 Jahre.

Fluktuation im Pflegebereich

Die Fluktuation ist gekennzeichnet durch Personalzugänge (vgl. Tabelle 30) und Personalabgänge (vgl. Tabelle 31). In Bezug auf die Fluktuation im Pflegebereich gaben die klassischen Pflegedienste eine durchschnittliche Gesamtzahl von drei Personalzugängen in den Jahren 2020 und 2021 an. Im Jahr 2021 wurden durchschnittlich 1,5 drei-jährig ausgebildete examinierte Pflegekräfte (mit und ohne Fachweiterbildung), 1,5 ein-jährig ausgebildete Pflegekräfte und eine/einer andere/anderer Mitarbeiter/in im Pflegedienst neu eingestellt. In beiden Jahren gab es keinen Zugang von Pflegekräften mit einem akademischen Abschluss.

	Examinierte Pflegekräfte mit einem akademischen Abschluss		3-jährig ausgebildete examinierte Pflegekräfte (mit und ohne Fachweiterbildung)		1-jährig ausgebildete Pflegekräfte		andere Mitarbeitende im Pflegedienst		Gesamt	
	B	K	B	K	B	K	B	K	B	K
2019				1 (n=1)						
2020		0 (n=1)		1,5 (n=2)		2 (n=1)		1,5 (n=2)		3 (n=1)
2021		0 (n=1)		1,5 (n=2)		1,5 (n=2)		1 (n=2)		3 (n=1)

Tabelle 30: Durchschnittliche Personalzugänge bei Beschäftigten

Ein klassischer Pflegedienst gab an, dass 2020 drei Personen das Unternehmen verließen, wobei es sich hierbei um eine Pflegekraft mit akademischem Abschluss und zwei drei-jährig ausgebildete examinierte Pflegekräfte handelte. Im Jahr 2021 gaben zwei klassische Dienste an, dass durchschnittlich eine drei-jährig ausgebildete examinierte und eine ein-jährig ausgebildete Pflegekraft sowie 1,5 andere Mitarbeitende das Unternehmen verließen.

	Examinierte Pflegekräfte mit einem akademischen Abschluss		3-jährig ausgebildete examinierte Pflegekräfte (mit und ohne Fachweiterbildung)		1-jährig ausgebildete Pflegekräfte		andere Mitarbeitende im Pflegedienst		Gesamt	
	B	K	B	K	B	K	B	K	B	K
2020		1 (n=1)		2 (n=1)		0 (n=1)		0 (n=1)		3 (n=1)
2021		0 (n=1)		1 (n=2)		1 (n=1)		1,5 (n=2)		1 (n=1)

Tabelle 31: Durchschnittliche Personalabgänge bei Beschäftigten

Bei der Beurteilung der Fluktuation gab das Buurtzorg -Team an, dass diese keine Rolle spielt. Ein weiterer klassischer Dienst bestätigte diese Beurteilung. Ein anderer klassischer Pflegedienst beurteilte die Fluktuation als ungünstig für den Pflegedienst. Das Buurtzorg-Team gab

an, dass von 2018 bis 2021 keine Person in den Ruhestand gegangen ist. Ein klassischer Dienst machte ebenfalls Angaben ab 2020 und stellt auch keine Abgänge in den Ruhestand fest.

In Bezug auf das gegenwärtige Angebot an offenen Stellen antwortete nur ein klassischer Pflegedienst, dass eine Stelle für drei-jährig ausgebildete examinierte Pflegekräfte unbesetzt ist. Zu Problemen hinsichtlich der Personalbeschaffung äußerte sich nur ein klassischer Pflegedienst und berichtete von großen Problemen bei der Gewinnung von dreijährig ausgebildeten examinierten Pflegekräften, mittleren Problemen bei den einjährig ausgebildeten und nur geringen Problemen bei der Rekrutierung von anderen Mitarbeitenden. Das Buurtzorg-Team machte zu Aspekten wie der Anzahl offener Stellen und Problemen bei der Personalrekrutierung keine Angaben.

Im Rahmen der Datenerhebung wurden die Dienste nach der durchschnittlichen Anzahl an Überstunden im Pflegebereich zwischen 2018 und 2021 gefragt (vgl. Tabelle 322). Für diesen Zeitraum gab das Buurtzorg-Team eine gleichbleibende Anzahl von 50 Überstunden an. In den klassischen Diensten lag die durchschnittliche Anzahl der Überstunden zwischen 180 im Jahr 2018 und 272,5 Stunden im Jahr 2021. Hierbei war eine Steigerung um 150 durchschnittlichen Überstunden und eine wachsende Tendenz zwischen 2018 und 2020 zu erkennen.

	Durchschnittliche Anzahl der Überstunden im Pflegebereich insgesamt	
	Buurtzorg	Klassisch
2018	50	180
2019	50	100
2020	50	330 (n=2)
2021	50	272,5 (n=2)

Tabelle 32: Durchschnittliche Anzahl der Überstunden im Pflegebereich insgesamt

Personalmanagement im Pflegebereich

Im Hinblick auf das Personalmanagement gab das Buurtzorg-Team an, dass das Personal monatlich oder öfter Fortbildungsangebote erhält. In zwei klassischen Diensten erhält das Personal vierteljährlich Fortbildungsangebote. Im Durchschnitt gaben die befragten Pflegedienste (n=3) unabhängig ihrer Organisationsstruktur an, dass 66,7% der Mitarbeitenden jährlich an einer beruflichen Fort- und Weiterbildung teilnehmen. Im Buurtzorg-Team nahmen alle Mitglieder an Fort- und Weiterbildungen teil, während in einem klassischen Pflegedienst jährlich 10% und in einem anderen klassischen Dienst 90 % an solchen Maßnahmen teilnehmen.

Sowohl im Buurtzorg-Team als auch in den klassischen Diensten (n=2) zählte die Teilnahme an der beruflichen Fort- und Weiterbildung als Arbeitszeit. Die Kosten für externe Weiterbildungsmaßnahmen von Arbeitnehmer*innen wurden in zwei klassischen Pflegediensten vollständig übernommen und in einem anderen klassischen Dienst wurde ein hoher Anteil finanziert.

In Bezug auf Karrieremöglichkeiten gab ein klassischer Pflegedienst an, dass diese nicht institutionalisiert sind, in einem anderen klassischen Pflegedienst war dies der Fall. Zusätzlich gaben zwei klassische Pflegedienste an, dass eine individuelle Karriereplanung für Mitarbeitende nicht stattfindet. Das Buurtzorg-Team und ein klassischer Dienst machten hierzu keine Angaben.

Keiner der befragten Pflegedienste gab den Anteil des Budgets für die Personalentwicklung für den Pflegebereich an. Allerdings bewertete das Buurtzorg-Team die Entwicklung des Budgets in den letzten drei Jahren als unverändert, während ein klassischer Pflegedienst hierbei einen Anstieg feststellte.

5.3.2 Modellvereinbarung für Buurtzorg-Teams

Grundlage für die Möglichkeit der Zeitvergütung der Buurtzorg-Teams war eine Vereinbarung gemäß § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Nordrhein-Westfalen zwischen der Buurtzorg Deutschland Nachbarschaftspflege gGmbH und der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen.

Darin wurde die Vergütung nach Zeit zur Grundlage für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen festgeschrieben. Die Vergütung wurde dabei pro Minute mit einem Preis von 0,64€ pro Minute für körperbezogene Pflegemaßnahmen, Erstgespräch und Folgebesuche sowie Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung festgelegt. Hochgerechnet auf eine Leistungsstunde ergibt sich daraus eine Stundenvergütung von 38,40€. Vor- und Nachbereitungsaufwände sind als Teil dieser Vergütung enthalten. Für Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI wurde ein Wert von 1.350 Punkten multipliziert mit 0,06144€ vereinbart. Die Beträge erhöhen sich um den in NRW jeweils vereinbarten Umlagebetrag zur Refinanzierung der Ausbildungskosten in der Pflege.

Als Inhalte der Pflegeleistungen wurden die im Rahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung im Einzelfall erforderlichen Tätigkeiten zur Unterstützung, der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen verstanden. Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen werden im Zusammenhang mit § 14 SGB XI beschrieben. Gefordert ist die Erbringung der einzelnen Leistungen in Form der aktivierenden Pflege. Als Leistungen der pflegerischen Betreuung werden Tätigkeiten im Sinne der Begleitung, Beaufsichtigung und Beschäftigung verstanden.

Leistungen der häuslichen Krankenpflege waren nicht Teil der Vereinbarung. In einer gesonderten Vereinbarung wurde dafür eine pauschalierte Vergütung von 9,53€ pro Tag und maximal 295€ im Monat vereinbart.

Weitere Bestandteile sind Regelungen zur Mindestqualifikation des Personals für Betreuungsleistungen, deren Einsatz durch die verantwortliche Pflegefachkraft sicherzustellen ist. Bei Versicherten mit einer Einschränkung der Alltagskompetenz ist eine Qualifikation von mindestens 30 Unterrichtsstunden erforderlich und die eingesetzten Personen sollen durch kontinuierliche Fortbildung und Praxisbegleitung unterstützt werden.

5.3.3 Analyse der Kosten der geplanten pflegerischen Leistungen

Im Rahmen der Datenerhebung haben die Pflegedienste eine Auskunft über die von ihnen erbrachten Leistungen in den beteiligten Pflegehaushalten gegeben. Hierzu haben sie das für die Erfassung der pflegerischen Leistungen angefertigte Protokoll (siehe Anhang A) genutzt. Die in diesem Zusammenhang erfolgten Angaben wurden zur Grundlage einer Schätzung der

durch die Pflege anfallenden Kosten genommen. Für die Leistungen der Buurtzorg-Teams wurden die in der Modellvereinbarung sowie der gesonderten Vereinbarung für HKP-Leistungen ausgewiesenen Preise für Pflegezeiten und -leistungen herangezogen. Da nicht alle klassischen Dienste dezidierte Angaben zu den vereinbarten Preisen für Pflegeleistungen gemacht haben, wurde für die Berechnung der Kosten im SGBXI-Bereich die Übersicht über die vereinbarten ambulanten Leistungskomplexe für NRW des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (2021) herangezogen. Da keine Angaben zu den vereinbarten Preisen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu ermitteln waren, konnten diese nicht in die Berechnungen einfließen. Genannt, aber nicht einbezogen wurden Kosten für pauschalierte Leistungen wie den Entlassungsbetrag oder einmalig erbrachte Leistungen wie das Erstgespräch (Leistungskomplex 16). Die Berechnung der Kosten bezieht sich auf jeweils eine Woche.

Ergebnisse

Eine parallele Betrachtung der zu ermittelnden Kosten bei den Zwillingssäpärchen ermöglicht Tabelle 33. Die Tabelle offenbart die Schwierigkeiten eines unmittelbaren Kostenvergleichs. Neben fehlenden oder nicht zu ermittelnden Angaben zeigt sich, dass trotz der hohen Vergleichbarkeit der beteiligten Pflegearrangements, keine identischen Leistungen vereinbart wurden. Dafür sind neben den unterschiedlichen Vergütungsregelungen und den Möglichkeiten zur Vergütung nach Zeit auch persönliche Präferenzen pflegebedürftiger Menschen verantwortlich. Zudem zeigt sich, dass selbst bei gleichen Leistungen deren Umfang oder Häufigkeit voneinander abweichen kann. Vor diesem Hintergrund sind belastbare Aussagen zu höheren oder niedrigeren Kosten durch Buurtzorg-Teams gegenüber klassischen Pflegediensten nicht möglich. Nicht einbezogen wurde zudem die sowohl von Mitarbeitenden aus Buurtzorg-Teams als auch von durch Buurtzorg-Teams versorgten Personen gemachten Angaben flexibler Vorgehensweisen, in denen eine Förderung der Selbständigkeit einerseits und die regelmäßige Prüfung der Notwendigkeit des Umfangs der Pflegeleistung eine Rolle spielen. Diese wurden nicht erfasst somit sind die nachfolgenden Angaben als Aussage über einen Vergleich zu einem bestimmten Zeitpunkt und nicht als Aussage über Gesamtfallkosten zu verstehen.

Trotz der genannten Einschränkungen lassen sich bei einigen Zwillingssäpären Aussagen treffen. So kann beispielsweise bei Zwillingssäpär 2 ein Vergleich der Leistungen zumindest aus dem SGBXI-Bereich hergestellt werden, da beide Personen Unterstützung bei der Körperpflege erhalten. Bei der durch das Buurtzorg-Team versorgten Person B7-F/L erfolgt die Vergütung dieser Leistung nach Zeit und es ergibt sich eine Summe von 89,60€ pro Woche. Im Gegensatz dazu ergibt sich aus der Vergütung des Leistungskomplexes „LK01 Ganzwaschung“ bei der Person K2-F/L eine Summe von 97,70€ pro Woche. Hierbei muss beachtet werden, dass bei der durch das Buurtzorg-Team versorgten Person die Unterstützung siebenmal pro Woche und bei der durch den klassischen Dienst versorgten Person nur fünfmal pro Woche erbracht wird. Ein Vergleich der Leistungen aus dem SGBXI-Bereich lässt sich auch bei Zwillingssäpär 3 herstellen. Hier ergibt sich bei der durch Buurtzorg versorgten Person eine Summe von 246,40€ pro Woche, während sich die Kosten für die durch den klassischen Dienst versorgten Person auf 136,78€ pro Woche belaufen. Jedoch ist hierbei zu beachten, dass bei der durch das Buurtzorg-Team versorgten Pflegebedürftigen die Unterstützung zweimal am Tag erfolgt. Bei Zwillingssäpär 7 ergibt sich für den SGBXI-Bereich bei der durch das Buurtzorg-Team versorgten Person eine Summe von 38,40€ pro Woche und für die durch den klassischen Dienst versorgten Person entsprechend der Vergütung nach Leistungskomplexen eine Summe von

52,93€ pro Woche. Auch bei diesem Zwillingsspaar ist die Häufigkeit der Leistungserbringung unterschiedlich.

Bei den übrigen Zwillingsspaaren ist ein direkter Vergleich der Kosten der geplanten Leistungen nicht möglich, da Angaben über ebendiese Leistungen oder über die Berechnungsgrundlage durch die Dienste fehlen. Ein Beispiel stellt hierbei das Zwillingsspaar 6 dar. Hier werden bei beiden Personen HKP-Leistungen aus dem SGBV-Bereich erbracht. Da jedoch keine Berechnungsgrundlage der klassischen Dienste vorliegt, kann ein Vergleich der Kosten nicht hergestellt werden.

Nr. Zwi-ling	Pseudo-ny-m	Erbrachte Leistungen laut Angaben der Pflegedienste	Annähernde Berechnung
1.	B3-F/L	Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses; Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation: Abwehr von gesundheitlichen Risiken; Erhält tägl. morgens u. abends Hilfe beim An- und Auskleiden, 2x wöchentlich Duschen, bekommt manchmal Essen auf Rädern; alle 14 Tage bekommt der Pat. Betreuungsangebot über die 125 Euro-Pauschale, telefoniert und bekommt oft Besuch; 1x wöchentlich bekommt sie Hilfe im Haushalt von extern	Keine Berechnung möglich, da keine Dauer angegeben wurde
	K1-F/L	LK01 Ganzwaschung 5 x wchtl.	$426(\text{Punktzahl}) \times 0,04586 = 19,45\text{€ pro Tag} \rightarrow 5\text{x wöchentlich: } \mathbf{97,25\text{€ wchtl.}}$
2.	B7-F/L	morgens + abends 10 Minuten Leistungen der Grundpflege z.B. Schuhe anziehen, bei der GP unterstützen (Vergütung nach Zeit) HKP: BZ messen, Kompressionsstrümpfe anziehen, Insulin spritzen ca. 10 Minuten	20 Minuten pro Tag $\times 0,64\text{€ pro Minute} = 12,80\text{€ pro Tag} \rightarrow 7\text{x wöchentlich: } 89,60\text{€ pro Woche}$ HKP-Leistungen: Berechnung über die vereinbarte Tagespauschale von 9,53€ - > 66,71€ pro Woche Insgesamt: 156,31€ pro Woche
	K2-F/L	LK01 Ganzwaschung 5 x wchtl. alle 14 Tage 2,0 Stunden Hauswirtschaft (LK33)	$426(\text{Punktzahl}) \times 0,04586 = 19,54\text{€ pro Tag} \rightarrow 5\text{x wöchentlich: } \mathbf{97,7\text{€ pro Woche}}$ LK33 alle 14 Tage 2,0h -> $625(\text{Punktzahl}) \times \text{Leistungserbringer individueller Punktwert}$ (da der individuelle Leistungswert von den Pflegediensten nicht bekannt ist, kann eine Berechnung nicht durchgeführt werden)
3.	B2-F/L	morgens 35 Minuten, abends 20 Minuten Mobilisation Bett, TS, Sessel, Anleitung bei allen Handlungen, Komplette Übernahme Grundpflege	$55 \text{ Minuten pro Tag} \times 0,64\text{€ pro Minute} = 35,20\text{€ pro Tag} \rightarrow 7\text{x wöchentlich } \mathbf{246,40\text{€ pro Woche}}$
	K5-F/L	LK01 Ganzwaschung 1x tägl. HKP: 1x tägl. Medikamente richten, Kompressionsstrümpfe an und ausziehen	$426(\text{Punktzahl}) \times 0,04586 = 19,54\text{€ pro Tag} \rightarrow 7\text{x wöchentlich: } \mathbf{136,78\text{€ wchtl.}}$ HKP-Leistung: aufgrund fehlender Angaben durch die Pflegedienste ist eine Berechnung nicht möglich
4.	B8-F/L	HKP: Kompressionsstrümpfe anziehen ca. 5 Minute	HKP-Leistungen: Berechnung über die vereinbarte Tagespauschale von 9,53€ - > 66,71€ pro Woche
	K3-F/L	LK01 und LK02 im Wechsel HKP: medizinische Einreibung §45b SGB XI -> wird in Berechnung nicht aufgenommen	LK01 und LK02 (Keine Infos zur Häufigkeit, daher Berechnung nicht möglich) HKP-Leistung: aufgrund fehlender Angaben durch die Pflegedienste ist eine Berechnung nicht möglich

5.	B4-M/L	<p>50 Minuten</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1x wöchentl. Leistungen der Grundpflege (Duschen) u. Rasur u. Vorlagenwechsel - Beratung bei Pat. und Ehefrau - Risikoerhebung im Laufe des Pflegeprozesses - Gehen bei gutem Zustand am Rollator - Gespräche anbieten - HKP: Wunderversorgung nach VO <p>3x wöchentlich zur Tagespflege über den Entlastungsbeitrag nach § 45b SGB XI (125€) -> wird in Berechnung nicht mit aufgenommen</p>	<p>50 Minuten pro Tag x 0,64€ pro Minute = 32 € pro Tag -> 7x wöchentlich: 224€ pro Woche</p> <p>Angabe des Pflegedienstes enthält HKP-Leistungen, die über die vereinbarte Tagespauschale abgerechnet werden. Da keine genaue Aufteilung der vertraglich festgelegten Dauer vorliegt, ist eine genaue Berechnung nicht möglich. Zusätzlich liegt keine Angabe zur Häufigkeit der HKP-Leistung vor.</p>
	K4-M/L	<ul style="list-style-type: none"> - LK23 Große Grundpflege mit Lagern/Betten (angegeben bei „Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation“ und „Unterstützung bezogen auf die Mobilität“ sowie bei „Unterstützung bezogen auf die Selbstversorgung“) - LK 31 Pflegerische Betreuung - §45b Pflege nach Pflegeleistungsgesetz - Beratende Funktion ohne LK (zur Abwehr von gesundheitlichen Risiken) 	Keine Berechnung möglich aufgrund fehlender Häufigkeiten
6.	B9-F/S	<p>HKP: An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen je 1x täglich</p> <p>Beratungseinsätze nach §37 Abs. 3 halbjährlich -> wird nicht mit in die Berechnung aufgenommen</p>	<p>HKP-Leistungen: Berechnung über die vereinbarte Tagespauschale von 9,53€ -> 66,71€ pro Woche</p>
	K15-F/S	<p>HKP: Kompressionsstrümpfe 2x tägl. an- und ausziehen 14-tägig 120 Minuten über Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI -> wird nicht in Berechnung aufgenommen</p>	<p>HKP-Leistung: aufgrund fehlender Angaben durch die Pflegedienste ist eine Berechnung nicht möglich</p>
7.	B10-F/S	<p>Leistungen der Grundpflege 30 Minuten am Tag 2x wöchentlich (nach Zeit)</p> <p>HKP: Medikamente richten im Wochendispenser 1x wöchentlich</p>	<p>30 Minuten pro Tag x 0,64€ pro Minute = 19,20 € pro Tag -> 2x wöchentlich: 38,40€ pro Woche</p> <p>HKP-Leistungen: Berechnung über die vereinbarte Tagespauschale -> 9,53€ pro Woche, Insgesamt: 47,96€ pro Woche</p>

	K14-F/S	LK1 Ganzwaschung 1x wöchentlich; LK3 Ausscheidung 1x tägl. HKP: Kompressionsstrümpfe an + ausziehen Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI: 1x wöchentlich -> wird nicht in Berechnung aufgenommen LK33 1x wöchentlich	LK01: 426(Punktzahl)x0,04586=19,54€ pro Woche LK03: 104(Punktzahl)x0,04586=4,77€ pro Tag -> 33,39€ pro Woche Insgesamt für SGB XI-Leistungen: 52,93€ pro Woche HKP-Leistung: aufgrund fehlender Angaben ist eine Berechnung nicht möglich LK33 1x wöchentlich -> 625(Punktzahl) x Leistungserbringer individueller Punktwert (da der individuelle Leistungswert von den Pflegediensten nicht bekannt ist, kann eine Berechnung nicht durchgeführt werden)
8.	B14-M/S	170 Minuten/Monat Anlegen d. Kompressionsstrümpfe, Begleitung zum Friedhof, eventuell Haushalt (nach Zeit)	170 Minuten pro Monatx0,64€ pro Minute=108,80€ pro Monat -> 27,20€ pro Woche Zuzüglich HKP-Leistungen: Berechnung über die vereinbarte Tagespauschale von 9,53€ -> 66,71€ pro Woche Insgesamt: 93,91 pro Woche (Hierbei handelt es sich um eine annähernde Berechnung, da keine genaue Aufteilung zwischen Leistungen nach SGBXI und SGBV vorgenommen wurde.)
	K13-M/S	HKP: Kompressionsstrümpfe an + ausziehen	HKP-Leistung: aufgrund fehlender Angaben durch die Pflegedienste ist eine Berechnung nicht möglich
9.	B15-M/S	25 Minuten / freitags 85 Minuten 1x/Tag Hilfe beim Ankleiden, 2x/Tag Med-gabe und Augentropfen, 1x / Woche Duschen (Vergütung nach Zeit)	25 Minuten pro Tagx0,64€ pro Minute=16 € pro Tag -> 6x wöchentlich: 96,00€ pro Woche 85 Minuten pro Tagx0,64€ pro Minute= 54,40€ pro Woche HKP-Leistungen: Berechnung über die vereinbarte Tagespauschale von 9,53€ -> 66,71€ pro Woche Insgesamt: 217,11€ pro Woche (Hierbei handelt es sich um eine annähernde Berechnung, da keine genaue Aufteilung zwischen Leistungen nach SGBXI und SGBV vorgenommen wurde.)
	K11-M/S	LK 1 Ganzwaschung + LK 3 Ausscheidung 2x wöchtl.	LK01: 426(Punktzahl)x0,04586=19,45€ pro Tag -> 2x wöchtl.: 39,08€ pro Woche LK03: 104(Punktzahl)x0,04586= 4,77€ pro Tag -> 2x wöchtl.: 9,54€ pro Woche, Insgesamt: 48,62€ pro Woche
10.	B21-M/S	1x/Tag Leistungen der Grundpflege und beim Anziehen 1x/ wöchentl. Leistungen der Grundpflege (Duschen) 1x/Tag Anlegen d. Kompressionsstrümpfe	Keine Berechnung für den SGB XI-Bereich möglich, da keine Dauer angegeben, HKP-Leistungen: Berechnung über die vereinbarte Tagespauschale von 9,53€ -> 66,71€ pro Woche
	K12-M/S	LK 1 Ganzwaschung 1x tägl., LK 3 Ausscheidung 1x tägl., LK 7 Lagern und Betten + LK 8 Mobilisation 1x tägl.	LK01: 426(Punktzahl)x0,04586=19,45€ pro Tag -> 7x wöchtl.: 136,78€ pro Woche

		HKP: Medikamentengabe 2x tägl.	<p>LK03: $104(\text{Punktzahl}) \times 0,04586 = 4,77\text{€}$ pro Tag \rightarrow 7x wchtl.: 33,39€ pro Woche LK07: $104(\text{Punktzahl}) \times 0,04586 = 4,77\text{€}$ pro Tag \rightarrow 7x wchtl.: 33,39€ pro Woche LK08: $187(\text{Punktzahl}) \times 0,04586 = 8,58\text{€}$ pro Tag \rightarrow 7x wchtl.: 60,06€ pro Woche Insgesamt für SGB XI-Leistungen: 263,62€ pro Woche HKP-Leistung: aufgrund fehlender Angaben durch die Pflegedienste ist eine Berechnung nicht möglich</p>
11.	B20-M/S	60 Minuten tägl. Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen, Med.gabe 2x / Tag, Med.stellen 1x/Woche, Haushalt 2x/Woche, Duschen 2x/Woche	<p>60 Minuten pro Tag $\times 0,64\text{€}$ pro Minute = 38,40 € pro Tag \rightarrow 7x wöchentlich: 268,80€ pro Woche HKP-Leistungen: Berechnung über die vereinbarte Tagespauschale von 9,53€ \rightarrow 66,71€ pro Woche Insgesamt: 335,51 pro Woche (Hierbei handelt es sich um eine annähernde Berechnung, da keine genaue Aufteilung zwischen Leistungen nach SGB XI und SGB V vorgenommen wurde.)</p>
	K9-F/S	LK16 Erstgespräch (wird nicht in die Berechnung aufgenommen, da nur einmalig abrechenbar) L01 Ganzwaschung 1x wöchentlich HKP: Herrichten der Medikamentenbox	<p>LK01: $426(\text{Punktzahl}) \times 0,04586 = 19,45\text{€}$ pro Woche HKP-Leistung: aufgrund fehlender Angaben durch die Pflegedienste ist eine Berechnung nicht möglich</p>
12.	B16-F/S	10 Minuten 2x tägl. Medigabe, 1x/Woche Med.stellen	<p>HKP-Leistungen: Berechnung über die vereinbarte Tagespauschale von 9,53€ \rightarrow 66,71€ pro Woche</p>
	K10-M/S	L16 Erstgespräch (wird nicht in die Berechnung aufgenommen, da nur einmalig abrechenbar) LK19 Große Grundpflege 3x wchtl., L28 kleine pflegerische Hilfeleistung (Anziehen) 4x wchtl. HKP: Medikamentengabe täglich, Kompressionsstrümpfe anziehen täglich, Herrichten der Medikamentenbox 1x wchtl., s.c. Injektion alle 5 Wochen Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI \rightarrow wird nicht in Berechnung aufgenommen	<p>LK19: $467(\text{Punktzahl}) \times 0,04586 = 21,42\text{€}$ pro Tag \rightarrow 3x wchtl.: 64,26€ pro Woche LK28: $104(\text{Punktzahl}) \times 0,04586 = 4,77\text{€}$ pro Tag \rightarrow 4x wchtl.: 19,08€ pro Woche Insgesamt für SGB XI-Leistungen: 83,34€ pro Woche HKP-Leistung: aufgrund fehlender Angaben durch die Pflegedienste ist eine Berechnung nicht möglich</p>
13.	B13-F/S	HKP: 1x tägl. Medikamentengabe 1x wöchentliche Medikamente richten	<p>HKP-Leistungen: Berechnung über die vereinbarte Tagespauschale von 9,53€ \rightarrow 66,71€ pro Woche</p>
	K6-F/L	Kleine pflegerische Hilfestellung LK 28	<p>LK28: $104(\text{Punktzahl}) \times 0,04586 = 4,77\text{€}$ pro Tag \rightarrow 7x wchtl.: 33,39€ pro Woche</p>

		HKP: Kompressionsstrümpfe anziehen, Kompressionsstrümpfe ausziehen	HKP-Leistung: aufgrund fehlender Angaben durch die Pflegedienste ist eine Berechnung nicht möglich
14.	B18-F/S	20 Minuten 1xtägl. Med.gabe u. Augentropfen, Hilfe im Haushalt, Spülen, Einkaufen, anfallende Dinge	20 Minuten pro Tagx0,64€ pro Minute=12,80 € pro Tag -> 7x wöchentlich: 89,60€ pro Woche Zuzüglich HKP-Leistungen: Berechnung über die vereinbarte Tagespauschale von 9,53€ -> 66,71€ pro Woche Insgesamt: 156,31€ pro Woche (Hierbei handelt es sich um eine annähernde Berechnung, da keine genaue Aufteilung zwischen Leistungen nach SGB XI und SGB V vorgenommen wurde.)
	K7-F/L	LK 01 2x wöchentliche Ganzwaschung HKP: Medikamente richten	LK01: 426(Punktzahl)x0,04586=19,54€ pro Tag -> 2x wchtl.: 39,08€ pro Woche HKP-Leistung: aufgrund fehlender Angaben durch die Pflegedienste ist eine Berechnung nicht möglich
15.	B17-M/S	30 Minuten tägl. Kompressionsstrümpfe + Augentropfen, 1x/Woche Med.stellen, tägl. Unterstützung im Haushalt, Einkaufen, Spülen, anfallende Arbeiten Einkaufen Kompressionsstrümpfe, Med.stellen, RR-Kontrolle	30 Minuten pro Tagx0,64€ pro Minute=19,20 € pro Tag -> 7x wöchentlich: 134,40€ pro Woche Zuzüglich HKP-Leistungen: Berechnung über die vereinbarte Tagespauschale von 9,53€ -> 66,71€ pro Woche Insgesamt: 201,11€ pro Woche (Hierbei handelt es sich um eine annähernde Berechnung, da keine genaue Aufteilung zwischen Leistungen nach SGB XI und SGB V vorgenommen wurde.)
	K8-M/L	2x wöchentlich LK1 Ganzwaschung + LK3 Ausscheidung; 5x wöchentlich LK2 Teilwaschung + LK3 Ausscheidung	LK01: 426(Punktzahl)x0,04586=19,54€ pro Tag -> 2x wchtl.: 39,08€ pro Woche LK03: 104(Punktzahl)x0,04586= 4,77€ pro Tag -> 2x wchtl.: 9,54€ pro Woche LK02: 228(Punktzahl)x0,04586= 10,46€ pro Tag -> 5x wchtl.: 52,30€ pro Woche LK03: 104(Punktzahl)x0,04586= 4,77€ pro Tag -> 5x wchtl.: 23,85€ pro Woche, Insgesamt: 124,77€ pro Woche

Tabelle 33: Pflegekosten der Zwillingspaare

6 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Evaluation des Buurtzorg-Ansatzes in Deutschland aus unterschiedlichen Perspektiven hat eine Reihe von Erkenntnissen hervorgebracht. Nachfolgend werden diese Erkenntnisse für die unterschiedlichen Betrachtungsperspektiven zusammengefasst und anschließend in Beziehung zu den für die Evaluation besonders im Fokus stehenden Prinzipien (Arbeit in selbstorganisierten Teams, Wiedererlangung der Selbständigkeit, Einbeziehung eines erweiterten sozialen Umfelds sowie Vergütung von Pflegeleistungen nach Zeit) gesetzt. Im Anschluss erfolgt eine Einordnung in die Erkenntnisse internationaler Studien zum Buurtzorg-Modell, bevor Schlussfolgerungen gezogen und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der ambulanten Pflege in Deutschland gegeben werden.

Perspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen

Hinsichtlich der Perspektive pflegebedürftiger Menschen ist der Ansatz der Bildung von Zwillingspärchen für die Untersuchung der Auswirkungen unterschiedlicher Vorgehensweisen und fachlicher Konzepte ein zwar sehr aufwändiges, aber auch zukunftsweisender Weg zur Untersuchung von Fragestellungen der ambulanten Versorgung. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn aus unterschiedlichen Gründen (z. B. ethische Überlegungen, begrenzte finanzielle Ressourcen, kleine Grundgesamtheit) bei Evaluationsprojekten mit kleinen Stichproben gearbeitet werden muss. Das Problem der großen Heterogenität häuslicher Pflegearrangements kann durch qualitative Forschungsansätze angegangen werden, durch die eine Konzeptualisierung und Beschreibung grundlegender sozialer Prozesse erfolgen kann. Unterschiedliche Pflegearrangements werden in dem Zusammenhang zur Kontrastierung genutzt, um grundlegende Sachverhalte konzeptuell fassen, herausarbeiten und in Beziehung zueinander setzen zu können. Eine vertiefende Einsicht in die Auswirkungen unterschiedlicher Gegebenheiten, wie die im Rahmen dieser Evaluation relevanten unterschiedlichen Arbeits- und Organisationsprinzipien von Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegediensten gelingt jedoch auf diesem Weg nur bedingt, da eine Vergleichbarkeit der Ausgangskonstellationen nur selten hergestellt wird und oftmals auch die Kriterien dafür fehlen. Das Matchingverfahren zur Bildung von Zwillingspaaren, die sich in ausgewählten Kriterien ähneln und bei denen daher von vergleichbaren Bedarfslagen ausgegangen werden kann, zeigt einen Weg auf, wie Vergleichsgrundlagen geschaffen werden können.

In der konkreten Betrachtung der Zwillingspaare zeigt sich, dass durchaus vergleichbare Personen und Konstellationen bei Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegediensten anzutreffen sind. Eine Selektion hinsichtlich besonders aufwändiger oder kostenintensiver (oder kostengünstiger) Pflegearrangements konnte weder in die eine noch die andere Richtung ausgemacht werden.

Die Übersicht über unterschiedliche Aspekte der Lebens- und Pflegesituationen der an der Evaluation beteiligten pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen im Zwillingvergleich zeigt jedoch auch, dass trotz der Übereinstimmung in vielen relevanten Punkten die Entscheidungen bei der Inanspruchnahme ambulanter Pflege und anderer Unterstützungsleistungen keinesfalls identisch sind. Dies liegt zum einen daran, dass es neben den ausgewählten Kriterien zur Zwillingbildung weitere mögliche Kriterien gäbe, die für einen Vergleich heran-

gezogen werden könnten, wie beispielsweise Krankheiten, die mit unterschiedlichen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen könnten. Zum anderen sind die erkennbaren Unterschiede in den Pflegearrangements der Zwillingspartner Anlass für eine genauere Analyse gewesen, ob sie auf das Wirken der involvierten Buurtzorg-Teams und Pflegedienste zurückgehen. In einigen Fällen deutet vieles darauf hin, insbesondere dort, wo die vereinbarten Aufgaben des Buurtzorg-Teams differenzierter und umfassender waren als bei den klassischen Pflegediensten. Das an der Wiedererlangung der Selbständigkeit orientierte Pflegekonzept der Buurtzorg-Teams verfolgt eine explizite Zielsetzung, die sich in einigen Pflegearrangements erkennbar wiederfindet. Darüber hinaus ermöglicht eine Vergütung der Pflegeleistungen nach Zeit einen breiteren Zugang zu den gegebenen pflegerischen Problemstellungen als das Leistungskomplexsystem mit seiner begrenzten Anzahl an pflegerischen Interventionsmöglichkeiten. Die Gegenüberstellung zeigt, dass durch die Buurtzorg-Teams von den erweiterten Möglichkeiten auch Gebrauch gemacht wurde.

Die Interviews mit pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen vermitteln Einblicke in eine Vielzahl relevanter Fragen der häuslichen Pflege und des Zusammentreffens häuslicher Pflegearrangements mit professionellen Pflegediensten. Dabei spielt die Frage, ob es sich um ein Buurtzorg-Team oder einen anderen Pflegedienst handelt, vielfach keine entscheidende Rolle. Die Aussagen verweisen vielmehr auf den Umfang und das Ausmaß zu treffender Entscheidungen und Abwägungen, die in häuslichen Pflegearrangements eine Rolle spielen und mit denen jeder Pflegedienst im Alltag konfrontiert werden dürfte. Unterschiede in den Herangehensweisen an einzelne Problemstellungen konnten jedoch zu folgenden Aspekten festgestellt werden:

- Bei der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes spielten bekannte Gründe eine Rolle (Unterstützungsbedarf, personelle Kontinuität, Unzufriedenheit mit anderem Dienst). Es gab nur vereinzelt Hinweise auf eine gezielte Auswahl eines Buurtzorg-Teams aufgrund des Konzepts. Angesichts der ohnehin bestehenden Problematik für viele pflegebedürftige Menschen, überhaupt einen ambulanten Pflegedienst zu finden, spielten insbesondere auch vorhandene Kapazitäten eine entscheidende Rolle bei der Auswahl des Pflegedienstes.
- Ohne expliziten Bezug auf das Buurtzorg-Konzept war es jedoch für einige pflegebedürftige Menschen sehr schlüssig, dass die Idee eines kleinen Teams eng mit ihrem Wunsch nach personeller Kontinuität in der Pflege verknüpft ist und die Einbeziehung einer zu großen Zahl von Pflegenden in der eigenen Wohnung verhindert. Wenn die Zahl der Pflegenden insgesamt reduziert ist, reduziert sich damit die Zahl der potenziell im eigenen Haushalt tätigen Personen. Dem Wunsch nach Kontinuität wurde zudem dadurch entsprochen, dass durch eine flexible Einsatzplanung sichergestellt werden konnte, dass eine Pflegeperson, zu der großes Vertrauen bestand, so oft wie möglich die Hausbesuche durchgeführt hat. Geäußert wurde demgegenüber der Eindruck einer größeren Beschäftigtenzahl in den klassischen Pflegediensten, die sich in einer größeren Anzahl von Personen manifestiert, die im eigenen Haushalt anzutreffen sind.
- Bei der Vereinbarung der durch den Pflegedienst zu übernehmenden Aufgaben und Leistungen spielen verschiedene Aspekte eine Rolle, u.a. persönliche Vorstellungen und Wünsche sowie finanzielle Fragen. Von den Buurtzorg-Teams wurden in diesem Zusammenhang flexible Vereinbarungen angeboten z.B. in Form unterschiedlicher

Versorgungsintensitäten zum unmittelbaren Beginn der Pflegeübernahme und im weiteren Verlauf oder durch einfache Anpassungen hinsichtlich des Einsatzumfangs oder der Einsatzdauer oder -frequenz.

- Hinweise auf eine gezielte Einbeziehung des sozialen Umfelds durch die Buurtzorg-Teams gab es nur vereinzelt, stattdessen aber eindeutige Hinweise darauf, dass Möglichkeiten zur Einbeziehung weiterer Personen aus dem Familien- und Bekanntenkreis durch Angehörige geprüft und genutzt werden. Im Sinne einer quartiers- oder stadtteilbezogenen Integration und Netzworkebildung konnten keine Hinweise gefunden werden. Deutlich wurde jedoch auch, dass in den beteiligten Pflegearrangements oftmals bereits eine sehr intensive Rolle von Angehörigen etabliert war und nicht ergänzend integriert werden musste. Vielmehr schien es in der Regel so zu sein, dass die Hilfen durch das soziale Umfeld bereits ausgereizt waren und überhaupt erst aus diesem Grund auf professionelle Hilfe zurückgegriffen wurde.
- Unabhängig davon, ob es sich um Buurtzorg-Teams oder klassische Pflegedienste handelte, schilderten pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen die Abhängigkeit von den Pflegediensten im Hinblick auf die Zeiten, zu denen die Hausbesuche erfolgen und im Hinblick auf die generelle Verfügbarkeit.
- Unterschiede wurden wahrgenommen bezüglich der Arbeitsaufteilung in Buurtzorg-Teams und bei klassischen Pflegediensten. Bei den Buurtzorg-Teams wurde wahrgenommen, dass die Pflegenden, die in den Haushalt kommen, sich auch für alle anfallenden Aufgaben und Fragen verantwortlich und zuständig fühlen und es keine kleinteilige Aufteilung gibt, nach der für unterschiedliche Aufgaben unterschiedliche Personen zuständig sind.

Bezüglich der Qualität der Pflege besteht der Anspruch der Buurtzorg-Teams, eine mindestens gleichbleibende Pflegequalität zu gewährleisten. Diesem Anspruch sind die Buurtzorg-Teams in den einbezogenen Fällen eindeutig gerecht geworden. Auf Basis des gewählten Ansatzes zur Qualitätsbestimmung fanden sich keine Hinweise auf eine grundsätzlich bessere Qualität, weil auch in bei den klassischen Pflegediensten mit einer Ausnahme keine Auffälligkeiten festgestellt werden konnten. Im einzigen Fall, bei dem Hinweise auf ein Defizit mit einem Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen vorlagen, erfolgte die Versorgung durch einen klassischen Pflegedienst. Daraus lässt sich angesichts der kleinen Fallzahlen jedoch keine grundsätzliche Aussage über eine unterschiedliche Pflegequalität bei der Versorgung durch einen klassischen Pflegedienst oder ein Buurtzorg-Team ableiten. Es kann aber eindeutig festgehalten werden, dass keinerlei Qualitätsprobleme bei der Versorgung durch ein Buurtzorg-Team aufgetreten sind.

Ähnliches gilt für die Einschätzung der Belastung pflegender Angehöriger, bei der die Unterschiede zwischen denjenigen, bei denen ein Buurtzorg-Team oder ein klassischer Pflegedienst einbezogen ist, nur sehr geringfügig waren und es sich angesichts der geringen Fallzahlen verbietet, grundsätzliche Schlussfolgerungen bezogen auf mögliche Auswirkungen der Pflege auf die Belastungssituation von Angehörigen zu ziehen. Zu konstatieren ist jedoch auch hier, dass es keinerlei Hinweise auf Probleme durch die Versorgung von Buurtzorg-Teams gegenüber anderen Pflegediensten gibt.

Perspektive Pflegende

Die Perspektive der Pflegenden bietet wichtige Erkenntnisse über Anregungen, Vorstellungen, Sorge und Wünsche der Beschäftigten in der ambulanten Pflege. Auf einer grundsätzlichen Ebene waren sich die befragten Pflegenden einig, worin für sie ein vertrauensvolles Verhältnis zum Arbeitgeber besteht. Genannt wurden die Wertschätzung der eigenen Kompetenzen in der Pflege, das aktive Zuhören und die Einräumung von Mitgestaltungsmöglichkeiten, bei der fachlichen Ausrichtung der Pflege sowie der Arbeitsorganisation.

Die Wege zur Mitarbeit in Buurtzorg-Teams waren vielseitig und keinesfalls nur durch die Pflegenden selbst bestimmt. Entscheidungen von Pflegediensten, zukünftig Buurtzorg-Teams zu etablieren, waren dafür ebenso verantwortlich. Neben den interessanten Herausforderungen und Erwartungen, bei etwas Neuem beteiligt zu sein, bestand die Motivation zur Mitarbeit in einem Buurtzorg-Team vor allem in der Erwartung, mehr Zeit für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu haben und eigene Vorstellungen von guter ambulanter Pflege umsetzen zu können. Implizit enthalten ist in dieser Motivation die Einschätzung, dass dies in einem klassischen Pflegedienst, bzw. in dem bisherigen Pflegedienst, nicht möglich ist. Die Erwartung einer Verminderung der Diskrepanz zwischen den eigenen Vorstellungen guter ambulanter Pflege und der erlebten Realität bezieht sich nicht notwendigerweise auf das Buurtzorg-Konzept, sondern besteht auch unabhängig davon. Allerdings werden die mit dem Buurtzorg-Ansatz verbundenen Ideen als sehr ansprechend und überzeugend wahrgenommen.

Die Erfahrungen der Pflegenden in den Buurtzorg-Teams waren sehr umfassend. Übergreifend kann festgehalten werden, dass die Pflegenden in den Buurtzorg-Teams unmittelbar und weitgehend unvorbereitet mit vielfältigen Fragen und Herausforderungen zum Betrieb und Management eines ambulanten Pflegedienstes konfrontiert wurden. Diese reichten von der Beschaffung und Gestaltung von Büroräumen, Anmeldung von Telefonanschlüssen und Anschaffung von Geräten bis hin zu Abrechnungsfragen. Daneben gehörten Aktivitäten zur Gewinnung von Pflegehaushalten und lokalen Netzwerkbildung zu den Aufgaben der Pflegenden. Nicht zuletzt mussten auch die fachlichen Fragen in den Pflegearrangements beantwortet werden, in denen die Buurtzorg-Teams einbezogen waren.

Auch wenn begleitende Schulungsmaßnahmen erfolgten und eine Begleitung durch Coaches aus den Niederlanden und Deutschland stattfand, so wurde diese Situation von vielen Pflegenden als herausfordernd wahrgenommen. In vielen Fällen hat sie zu einer Überforderung der Teams, aber auch, und darauf wurde explizit verwiesen, des Backoffice geführt. Falsch wäre der Eindruck, dass die Situation immer überfordernd war. So wurde von Teams berichtet, in denen sich recht schnell Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten anhand der Fähigkeiten und Neigungen der Teammitglieder entwickelten. Neben der Herausforderung erlebten viele Mitglieder der Buurtzorg-Teams die Situation auch als spannend und schilderten große Lerneffekte. Die zum Teil erlebte Angst vor der Verantwortung konnte durch Schulungsmaßnahmen oftmals reduziert, allerdings nur selten vollständig überwunden werden. Andererseits war das starke Gefühl von Verantwortung damit verbunden, sich ernst genommen zu fühlen und eine Wertschätzung der eigenen Kompetenzen wahrzunehmen. Somit überwogen bei vielen Pflegenden in den Buurtzorg-Teams die positiven Aspekte.

Nicht zu leugnen sind jedoch die Erfahrungen einer entgrenzten und niemals aufhörenden Arbeit und Verantwortung. Verantwortlich waren dafür neben der bestehenden Überforderung durch zu viele Anforderungen in zu kurzer Zeit ein ungleiches Verantwortungsbewusstsein der einzelnen Teammitglieder sowie die zunehmenden Anforderungen, die durch die Gleichzeitigkeit der herausfordernden Gesamtsituation, den zunehmenden wirtschaftlichen Druck und fachliche Fragen gekennzeichnet waren.

Vor diesem Hintergrund betonten die Pflegenden die Bedeutung der Teamzusammensetzung und Kommunikation. Sie wiesen ebenso auf die Wichtigkeit von Konfliktfähigkeit sowie die Unterstützung durch externe Coaches bei der Bearbeitung von Meinungsverschiedenheiten und dem Einüben von Konfliktlösungen hin. Deutlich wurde dies den beteiligten Pflegenden vor allem im Zusammenhang der Frage nach der Gewinnung neuer Teammitglieder und den Gesprächen über eine potenzielle Mitarbeit. Die Arbeit in Buurtzorg-Teams geht mit erhöhter Verantwortung einher und ist kommunikationsintensiv. Die Pflegenden beschreiben dies als Gegensatz zu Erfahrungen in der ambulanten Pflege, die sie bisher gemacht haben. Als Problem beschreiben sie die Überwindung einer angeeigneten Kultur der schnellen Pflege, die für die ambulante Pflege charakteristisch geworden zu sein scheint.

Bei vielen Pflegenden wurde großes Interesse an einer Mitarbeit in einem Buurtzorg-Team wahrgenommen, allerdings machten die Teams bei der Suche nach neuen Kolleg*innen die gleichen Erfahrungen wie klassische Pflegedienste und bekamen ebenfalls die allgemein insgesamt angespannte Personalsituation in der Pflege zu spüren.

Bezogen auf pflegfachliche Fragen zeigte sich, dass der Ansatz der Förderung der Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen und der Unterstützung der Angehörigen sehr ernst genommen wird. Zudem gibt es sehr eindeutige Hinweise, dass die Pflegenden mit der Möglichkeit der flexiblen Leistungsgestaltung gut umgehen können und sie nutzen, um passgenaue Angebote und Vorschläge zu machen, die auf die Situation der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen zugeschnitten sind. Auch die Herangehensweise der kontinuierlichen Überprüfung und Anpassung der erforderlichen Pflegezeiten ist in diesem Zusammenhang zu nennen. Es wäre in einem größeren Zusammenhang zu prüfen, ob und wie die Förderung der Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen auch in ambulanten Pflegediensten erfolgt, die nicht nach dem Buurtzorg-Ansatz arbeiten und wie diese Zielsetzung gefördert werden kann.

Ähnlich wie aus der Perspektive pflegebedürftiger Menschen gibt es nur wenige Hinweise auf eine breitere Einbeziehung des sozialen Umfelds. Pflegenden berichteten von entsprechenden Bemühungen und auch dem generellen Anspruch, die jedoch nicht den gewünschten Effekt hervorbrachten. Zum Teil konnten Mentalitäts- und Einstellungsfragen als maßgeblich dafür angesehen werden, weil manche pflegebedürftigen Menschen nur ungern die Nachbarn einbeziehen würden. In anderen Fällen waren die möglichen informellen Ressourcen bereits involviert, bevor das Buurtzorg-Team tätig wurde. Hinweise auf die lokale Netzwerkbildung erfolgten eher in dem Sinne, dass ein Bewusstsein über die Notwendigkeit besteht, der Aspekt jedoch oftmals vielen anderen Aufgaben nachgeordnet werden musste.

Arbeitsmotivation, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit der Pflegenden

Die durch die Nutzung arbeitswissenschaftlicher Instrumente mögliche Gewinnung von Erkenntnissen zur Arbeitsfähigkeit der Pflegenden, zu den Möglichkeiten und Gefahren beruflicher Gratifikationskrisen und zu vielfältigen psychosozialen Belastungsfaktoren zeigen interessante Ergebnisse zur Beschäftigung in der ambulanten Pflege allgemein. Insbesondere bei den durch den COPSOQ ermittelten Werten zeigt sich die Situation in der ambulanten Pflege interessanterweise weniger problematisch als in anderen Branchen.

Für den in diesem Rahmen vor allem interessanten Vergleich zwischen der Situation von Pflegenden in Buurtzorg-Teams und klassischen Pflegediensten gibt es bei aller Zurückhaltung in der Interpretation eine leichte Tendenz zu verbesserten Werten für die Buurtzorg-Teams. So zeigte sich eine leicht verbesserte Arbeitsfähigkeit der Pflegenden in den Buurtzorg-Teams anhand des Work Ability Index. Die Einschätzungen mittels der Effort-Reward-Imbalance-Scale verweisen ebenfalls auf tendenziell positivere Ergebnisse in den Buurtzorg-Teams hinsichtlich wesentlicher Dimensionen der Anerkennung und Belohnung beruflicher Arbeit und im Hinblick auf psychosoziale Belastungsfaktoren bestätigt sich die Tendenz positiverer Werte für die Pflegenden in Buurtzorg-Teams. Diese zeigten sich insbesondere bei der positiveren Bewertung der Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten. Angesichts der Fallzahlen und des an einigen Stellen offensichtlichen Einflusses des Insolvenzverfahrens von Buurtzorg Deutschland sollten diese Ergebnisse mit Zurückhaltung interpretiert werden. In der Gesamtbetrachtung aller unterschiedlichen bei den Pflegenden erhobenen Aspekte ergibt sich jedoch das Bild einer guten Bilanz der Beschäftigung in einem Buurtzorg-Team, zu der jedoch durch die Gefahr der Entgrenzung der Arbeit und den hohen Anforderungen auch Probleme gehören.

Systemische und ökonomische Aspekte

Die dargelegten Ergebnisse zu ökonomischen und systemischen Fragen zeigen die Komplexität einer vergleichenden Analyse bei kleinen Fallzahlen. Die Schwierigkeiten der Kostenberechnungen wurden dargelegt. Fallbezogene Unterschiede konnten aufgezeigt werden. Die fallbezogene Analyse zeigt die Vielzahl der Einflussfaktoren, die bei einer kohortenbezogenen Betrachtungsweise vermutlich weniger ins Gewicht gefallen wären. Die kohortenbezogene Betrachtung war jedoch angesichts der vorhandenen Datenlage in den Pflegediensten und den Pflegehaushalten sowie der geringen Fallzahlen keine Option. Sinnvoll wäre in diesem Zusammenhang sicherlich die Weiterentwicklung von Möglichkeiten der Analyse des Leistungsgeschehens in ambulanten Pflegediensten über Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen oder eine Aufbereitung entsprechender Daten in ambulanten Pflegediensten.

Zu den Faktoren, die entsprechende Analysen in Deutschland grundsätzlich erschweren, gehören jedoch auch und nicht zuletzt die kaum überschaubaren vertraglichen Vereinbarungen zur Vergütung von Pflegeleistungen und die damit verbundenen unterschiedlichen Regelungen.

Erkenntnisse zu zentralen Prinzipien des Buurtzorg-Ansatzes

In Kapitel 2 wurden vier Prinzipien des Buurtzorg-Modells genannt, die bei der Evaluation im Vordergrund standen und die nachfolgend im Spiegel der Erkenntnisse betrachtet werden sollen.

Arbeit in selbstorganisierten Teams

Trotz der geschilderten Schwierigkeiten überwogen bei vielen Pflegenden die positiven Aspekte der Arbeit in selbstorganisierten Teams in der ambulanten Pflege. Das große Interesse daran zeigt sich auch in den Beispielen zu anderen Initiativen für selbstorganisiertes Arbeiten in der Pflege, die in Kapitel 3 genannt wurden. Die Ergebnisse der Evaluation haben gezeigt, dass die Arbeit in selbstorganisierten Teams gute Ergebnisse im Hinblick auf die pflegerische Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit sich bringen und positive Auswirkungen auf die Arbeitssituation der in den Teams arbeitenden Pflegenden haben kann. Die geschilderten Probleme bestanden vor allem in der Etablierung und konkreten Gestaltung selbstorganisierter Teams. Sie verweisen auf Fragen, die auf Ebene der Pflegedienste von Bedeutung sind, wenn es um die Transformation hierarchisch organisierter Arbeitsweisen zu eher partizipativ bis hin zu selbstorganisiert arbeitenden Teams geht.

Die wichtigste Lehre aus den Erfahrungen der Pflegenden in den Buurtzorg-Teams ist, dass die Arbeit in selbstorganisierten Teams voraussetzungsvoll ist und nicht unmittelbar innerhalb kurzer Zeitspannen funktionieren kann – insbesondere nicht, wenn es um eine deutlich größere Verbreitung des Ansatzes geht, als sie durch die wenigen bestehenden Buurtzorg-Teams möglich war. Die Vorbereitung auf eine neue Arbeitsweise ist in diesem Zusammenhang ebenso zu nennen wie ein gewisser Vorlauf und eine unterstützende Flankierung und Begleitung.

Die Umstellung grundsätzlicher Arbeitsweisen innerhalb einer Organisation erfordert einen grundlegenden Kulturwandel hin zu selbstorganisierten Teams. Laib et al. (2020) beschreiben Bedingungen für gelingende Selbstorganisation und verweisen dabei auf die von Jos de Blok beschriebenen Aspekte bei der Implementierung von Selbstorganisation:

- Bewusstsein über die Konsequenzen, wenn eine Organisation sich umstellt. Eine solche grundlegende Veränderung birgt große Risiken.
- Ist der Zweck (purpose) für jede und jeden klar? Was bringt die Umstellung?
- Es muss über die Strategie nachgedacht werden. Eine solche Implementierung kann nicht einfach als eine Organisationsentwicklung betrachtet werden, sondern es geht darum, den richtigen Dialog zu finden und die Umsetzung „Schritt um Schritt“ zu gestalten.

Laib et al. (2020, 169) geben weitere Hinweise, die bei der Umstellung auf selbstorganisierte Arbeitsweisen Berücksichtigung finden sollten: „Im Arbeitsalltag zeigt sich deutlich, inwiefern eine Organisation mit selbststeuernden Teams die Umstellung unter Berücksichtigung aller dafür erforderlichen Prämissen auch wirklich konsequent durchgeführt hat, oder ob Teams nur mit dem Etikett „autonom“ ausgestattet wurden, ohne dass ein grundlegendes Regelwerk durchdacht und erarbeitet wurde, an welchem sie sich orientieren können. Letztere Situation öffnet zwar ebenfalls einen kreativen und möglicherweise auch innovativen Denkraum, birgt jedoch ein enorm hohes Risiko der Ressourcenverschwendung und Selbstausbeutung von

Teammitgliedern. Wird das Ganze hingegen auf ein theoretisch gestütztes Modell mit allen dafür erforderlichen Detailplanungen und Strukturen als Basis gestellt (...) so wird es möglich, auch bislang brachliegende vorhandene Ressourcen zu mobilisieren und innovatives Potenzial auszuschöpfen.“ (Laib et al. 2020, S. 169)

Nicht zuletzt ist es sinnvoll, sich im Vorfeld mit wesentlichen Kompetenzen zur Arbeit in selbstorganisierten Teams zu beschäftigen. Diese werden in den Pflegeausbildungen nur wenig vermittelt, insbesondere nicht für die ambulante pflegerische Versorgung. In diesem Zusammenhang liegt der Hinweis auf das erhöhte Ausbildungsniveau in der Pflege in den Niederlanden nahe. Allerdings ist der Zusammenhang zwischen verbesserter Ausbildung und verbesserten Kompetenzen zur Arbeit in selbstorganisierten Teams keinesfalls ein unmittelbarer und direkter. Zum einen zeigen Untersuchungen aus anderen Ländern (Hegedüs et al. 2022), dass ein höheres Ausbildungsniveau zwar einen reibungslosen Übergang in selbstorganisiertes Arbeiten gewährleisten kann. Die Erkenntnisse aus der Evaluation in Deutschland, an der keine/r der beteiligten Pflegenden eine akademische Ausbildung in der Pflege hatte, unterstreichen jedoch, dass auch Pflegenden ohne entsprechendes Ausbildungsniveau grundsätzlich in der Lage sind, in selbstorganisierten Teams zu arbeiten. Die vielfältigen Probleme sind eher in der unzureichenden Vorbereitung und zu schnellen Entwicklung sowie der dadurch nur unzureichend möglichen Begleitung der Teams zu sehen, nicht jedoch in einer grundsätzlichen Unfähigkeit oder Nicht-Geeignetheit der beteiligten Pflegenden. Anzunehmen ist jedoch, dass ein verbessertes Ausbildungsniveau oder gut entwickelte Weiterbildungsmöglichkeiten einen wesentlichen Beitrag zu einer gezielten Kompetenzvermittlung leisten können und somit den Übergang von einer herkömmlichen und wenig eigenverantwortlichen zu einer selbstorganisierten Arbeitsweise erleichtern.

Sinnvoll erscheint es darüber hinaus, die Arbeit in selbstorganisierten Teams nicht nur in einer „entweder – oder – Logik“ zu denken, nach der Teams entweder selbstorganisiert oder hierarchisch arbeiten. Denkbar sind auch Mischformen, in denen bestimmte Aspekte der Arbeit wie Dienstpläne oder die Aufnahme neuer Pflegehaushalte innerhalb von Pflegeteams entschieden werden, andere Fragen jedoch nicht. Dabei sind die Möglichkeiten, welche Aufgaben selbstorganisiert übernommen werden können und welche nicht, sehr vielfältig. In diesem Sinne kann auch der Problematik begegnet werden, dass nicht alle Pflegenden bereit oder interessiert daran sind, weitergehende Verantwortung zu übernehmen. Anzunehmen ist, dass sowohl das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten zur Selbstorganisation wie auch die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen der Mitglieder selbstorganisierter Teams mit zunehmender Erfahrung steigen.

Die Übertragung von Verantwortung an Pflegenden in der ambulanten pflegerischen Versorgung sollte als Ausdruck von Wertschätzung und Anerkennung vorhandener Kompetenzen zur Bewältigung pflegerischer Problemlagen für die Beschäftigten in der ambulanten Pflege verstanden werden. Sie ist ein wichtiger Bestandteil von Wertschätzung für Pflegenden. Teil der Wertschätzung sollte es jedoch sein, den Pflegenden Zeit und Gelegenheit zur Weiterentwicklung von Arbeits- und Organisationsmodellen zu geben und sie nicht mit überbordenden Erwartungen großer Erfolge in kurzen Zeiträumen zu überfordern.

Pflegekonzept

Grundlage des Buurtzorg-Ansatzes ist ein Pflegekonzept, dass die Wiedererlangung der Selbständigkeit pflegebedürftiger Menschen in den Mittelpunkt stellt und zum ausdrücklichen Ziel erklärt. Es konnte gezeigt werden, dass diese Zielsetzung ein wesentliches Leitprinzip der Pflegenden in den Buurtzorg-Teams war und sie die ihnen dafür zur Verfügung stehenden Möglichkeiten gut genutzt haben.

Spätestens seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgt auch in der deutschen Pflegeversicherung eine Orientierung an der individuellen Selbständigkeit bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit. Das Ausmaß der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Abhängigkeit von der Hilfe anderer ist entscheidend für die Gewährung von Leistungen in der Pflegeversicherung.

Noch nicht umgesetzt ist dieser Anspruch in den leistungsrechtlichen Grundlagen für die ambulante Pflege, die nach wie vor an der Unterstützung bei Alltagsverrichtungen orientiert sind. Entsprechend finden konzeptionelle Weiterentwicklungen in der ambulanten Pflege nur vereinzelt statt (interessanterweise, wie in Kapitel 3 skizziert, oftmals in Verbindung mit dem Aufbau partizipativer und selbstorganisierter Arbeitsweisen). Das Pflegeverständnis von Buurtzorg kann somit als wichtiger Bestandteil dringend erforderlicher konzeptioneller Weiterentwicklungen der ambulanten Pflege angesehen werden. Sie sind zudem in hohem Maße mit den gesetzlich verankerten Intentionen der langzeitpflegerischen Versorgung in Deutschland kompatibel.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass der Gedanke einer auf die Förderung und Wiederherstellung der Selbständigkeit setzenden Pflege keinesfalls durch Buurtzorg erfunden wurde. Er ist Grundlage vieler pflegetheoretischer Modelle, die in die Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingeflossen sind und kann als wesentlicher Bestandteil professionellen Pflegehandelns angesehen werden (Wingefeld et al. 2007). Buurtzorg hat den Gedanken aufgegriffen und zum zentralen Handlungsprinzip gemacht. Die Arbeitsorganisation orientiert sich daran, wie dem Ziel der Förderung der Selbständigkeit pflegebedürftiger Menschen am besten entsprochen werden kann. In Deutschland orientiert sich die Arbeitsorganisation in erster Linie an vertraglichen und ökonomischen Aspekten, wie in einem Projekt zu Personalfragen in der ambulanten Pflege gezeigt werden konnte (Büscher et al. 2022).

Neben dem Pflegekonzept von Buurtzorg zeigt auch die Verwendung des Omaha-Klassifikations-Systems Wege zur Weiterentwicklung der ambulanten Pflege auf, indem es ebenfalls ein deutlich erweitertes Verständnis ambulanter Pflege enthält, welches auch Aspekte der Sozialraumorientierung umfasst. Die ambulante Pflege in Deutschland hat bisher nicht in dem Maß von internationalen, konzeptionellen Weiterentwicklungen und den damit verbundenen Rollen, Aufgaben und Möglichkeiten profitiert, wie es denkbar und zum Teil auch wünschenswert gewesen wäre. Die Betrachtung des Pflegekonzepts von Buurtzorg steht dafür lediglich beispielhaft.

Die Aussagen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegenden in den Buurtzorg-Teams verdeutlichen, dass die Umsetzung des Pflegekonzepts keine erkennbaren Probleme mit sich gebracht hat, sondern im Gegenteil tendenziell positiv wahrgenommen wurde. Diese Erkenntnis sollte als Ermutigung und Ansporn verstanden werden, auch in

Deutschland Wege zur konzeptionellen Weiterentwicklung der ambulanten Pflege zu beschreiben, Grundlagen dazu in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu vermitteln und die vorhandene Kompetenz und Erfahrung professioneller Pflegekräfte in diesem Zusammenhang zu nutzen.

Einbeziehung des sozialen Umfelds

Die Evaluation brachte nur wenige Erkenntnisse zur Einbeziehung des sozialen Umfelds hervor. Verantwortlich war dafür in erster Linie, dass diese Einbeziehung kaum stattgefunden hat. Pflegende in den Buurtzorg-Teams berichteten davon, dass ihnen das Prinzip und die Zielsetzung der Einbeziehung des sozialen Umfelds bekannt war, jedoch entweder seitens der pflegebedürftigen Menschen in diesem Zusammenhang Zurückhaltung und Abwehr zu spüren war oder der Aspekt vielfältigen anderen Aufgaben zum Opfer gefallen ist.

Nur sehr wenige Hinweise wurden im Hinblick auf erweiterte Netzwerkaktivitäten gegeben. Die Einbeziehung des sozialen Umfelds und die Erschließung weiterer Unterstützungsmöglichkeiten erschöpft sich weder im Buurtzorg-Ansatz noch in anderen Modellen von Community oder Public Health Nursing auf das unmittelbare verwandtschaftliche oder nachbarschaftliche Umfeld einzelner pflegebedürftiger Menschen, sondern auf eine größere Integration und Vernetzung lokal wirkender Akteure, zu denen auch Pflegeteams bzw. ambulante Pflegedienste zählen sollten. Diesem Anspruch konnte durch die in dieser Evaluation betrachteten Pflegeteams nicht Rechnung getragen werden.

Lokale Netzwerkbildung braucht Kontakt und Begegnung vor Ort und beides war im Pandemiejahr 2021, in dem ein Großteil der Datenerhebung stattgefunden hat, nicht möglich. Ob es ohne Pandemie zu einer intensiveren Netzwerkarbeit gekommen wäre, lässt sich nur vermuten. Viele Anzeichen bestanden dafür nicht. Ist dieser Anspruch des Buurtzorg-Modells daher für deutsche Verhältnisse überzogen oder nicht realisierbar?

Die Idee lokal verankerter Strukturen der ambulanten pflegerischen Versorgung bestimmte auch in Deutschland vor der Einführung der Pflegeversicherung das Bild und wurde durch Sozialstationen in Ansätzen gelebt. Von dieser Struktur ist nicht viel übriggeblieben und die Einbindung in lokale Netzwerkstrukturen gehört nicht zum zentralen Aufgabenkatalog für ambulante Pflegedienste. Dies ist insofern bedauerlich, als damit Möglichkeiten zur Aktivierung und Einbeziehung passender Unterstützungsmöglichkeiten für pflegebedürftige Menschen eingeschränkt werden, weil viele Pflegedienste nicht wissen, welche Möglichkeiten es in ihrem Zuständigkeitsbereich gibt und die anderen Akteure in diesem Bereich nur bedingt Einblick in die Möglichkeiten ambulanter Pflegedienste haben. Die lokale Infrastruktur hat eine hohe Bedeutung für die Qualität der Versorgung pflegebedürftiger Menschen (Büscher/Klie 2014). Ein gelingendes Ineinandergreifen professioneller, familiärer, nachbarschaftlicher und bürgerschaftlicher Hilfen ist Voraussetzung für eine verlässliche Versorgung. Dass ambulante Pflegedienste in diesem Bereich eine Verantwortung für sich sehen, ist daher grundsätzlich ein guter Ansatz. Die Verantwortung dafür tragen sie jedoch nicht allein, sondern die häusliche pflegerische Versorgung sollte insgesamt Thema auf der lokalen und kommunalpolitischen Agenda sein. Angesichts der demografisch zu erwartenden Probleme bei der Sicherstellung einer ausreichenden Zahl von Pflegekräften und der aus gleichen Gründen keinesfalls gesicherten Verfügbarkeit der informellen Pflege durch Familien oder andere Angehörige, ist der Aufbau bzw. die Stärkung und Intensivierung lokaler Netzwerke und Kooperationsstrukturen

dringend geboten, um die verfügbaren Ressourcen zu bündeln. Für die zukünftige Unterstützung häuslicher Pflegearrangements sollte daher zukünftig der Fokus auf einer subjektorientierten Perspektive bei der Beurteilung der Qualität der Versorgung liegen, die den pflegebedürftigen Menschen in den Blick nimmt und nicht in erster Linie die versorgenden Institutionen und ihr Handeln (Klie/Büscher 2022).

Das Prinzip der Einbeziehung des sozialen Umfelds und Beteiligung an der lokalen Netzwerkbildung aus dem Buurtzorg-Modell ist somit grundsätzlich ein wichtiger Baustein zukünftiger häuslicher pflegerischer Versorgung. Die Erkenntnisse aus der Evaluation zeigen jedoch, dass die Umsetzung auf unterschiedliche Hindernisse stoßen kann, zu denen nicht zuletzt die Wünsche pflegebedürftiger Menschen zählen können, die sich einer weiteren Öffnung ihres Haushalts verschließen. Dies ist bedeutsam, um Erwartungen und Möglichkeiten richtig einschätzen zu können. Es wäre jedoch kein Grund, eine stärkere Partizipation ambulanter Pflegedienste an der Entwicklung und Stärkung lokaler Pflegeinfrastrukturen nicht weiter zu befördern. Die im Koalitionsvertrag vorgesehene Stärkung von Community Health Nursing, also einer populationsorientierten Pflege, in der Probleme des Einzelfalls immer auch vor dem Hintergrund der Situation einer bestimmten Population bzw. Community betrachtet werden, weist genau in diese Richtung.

Vergütung nach Zeit

Bleibt als letztes Prinzip, das es im Rahmen der Evaluation näher zu betrachten galt, die Vergütung von Pflegeleistungen nach Zeit. Die Erkenntnisse dazu sind sehr eindeutig, allerdings auch nicht neu: So ließen sich keine Hinweise auf Probleme mit einer Vergütung nach Zeit identifizieren. Es wird demgegenüber deutlich, dass viele Pflegenden die Arbeit mit der Zeitvergütung als sinnvoll und hilfreich empfinden und mit der bestehenden Flexibilität in der Lage sind, person-zentrierte und an den Bedarfslagen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen orientierte Pflege zu leisten. Das subjektive Gefühl, mehr Zeit für die Pflege zur Verfügung zu haben und freier entscheiden zu können, was zu tun ist, wurde seitens der Pflegenden sehr positiv und als Teil einer höheren Arbeitszufriedenheit bewertet.

Die Empfehlungen der Konzierten Aktion Pflege (KAP) enthalten ebenfalls Hinweise auf eine Einführung von Zeitvergütungen für die ambulante Pflege. Viele Pflegenden sind interessiert daran und wünschen sich ausdrücklich, dass ihre Kompetenzen wertgeschätzt und ihnen Möglichkeiten zur Gestaltung der Pflege eingeräumt werden, die über die Durchführung verrichtungsorientierter Leistungskomplexe hinausgehen und die sie durch eine Vergütung nach Zeit ermöglicht sehen. Das Leistungsrecht der ambulanten pflegerischen Versorgung spricht ihnen jedoch – und das muss so eindeutig formuliert werden – einen Großteil ihrer Kompetenz ab. Die sehr kleinteilig und dezidiert beschriebenen Leistungskomplexe weisen nicht auf ein hohes Vertrauen in die Beurteilung pflegerisch relevanter Sachverhalte und die Auswahl adäquater pflegerischer Handlungen durch Pflegenden hin. Sinnvoll erscheint es vor diesem Hintergrund, die verschiedenen Anzeichen für die positive Auswirkung von Zeitvergütungen auf die Arbeitssituation von Pflegenden aufzugreifen und in breiterem Rahmen zu untersuchen, um diese in einigen Bundesländern bereits mögliche Form der Vergütung ambulanter Pflegeleistungen auch auf breiterer Ebene zu etablieren.

Selbst die vereinzelt, z. B. durch das Pflegeneuausrichtungsgesetz eingeführten Möglichkeiten zur Zeitvergütung enthalten erhebliche Beschränkungen, die sich auch in der Modellvereinbarung für die Zeitvergütung der Buurtzorg-Teams wiederfinden. Die Vergütung von Pflegeleistungen nach Zeit nach dem Pflegeneuausrichtungsgesetz soll sich auf die Durchführung von Alltagsverrichtungen beziehen. Sie bedeutet keinesfalls eine flexible und bedarfsgerechte Leistungsgestaltung, sondern sie bedeutet für pflegebedürftige Menschen die Auswahl, ob die Körperpflege nach Leistungskomplex oder nach Zeit abgerechnet wird. In der Modellvereinbarung für Buurtzorg Deutschland werden als Pflegeleistungen körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen genannt. Keinesfalls wird die Kompetenz zur Auswahl, Planung und Vereinbarung Pflegefachkräften zugeschrieben, sondern sie wird weiterhin begrenzt. Sie geht zwar weiter als in den an Leistungskomplexen orientierten Vergütungsmodellen, entspricht jedoch nicht einem breiteren Verständnis ambulanter Pflege wie es sich in innovativen Konzepten wiederfindet.

Erforderlich ist angesichts der demografischen und fachlichen Herausforderungen nicht die Fortsetzung der langjährigen Engführung, sondern auch leistungsrechtlich die Öffnung zu einer fachlichen Weiterentwicklung, ohne die vermutlich kaum Chancen bestehen, engagierte und motivierte Pflegenden mittel- und langfristig im Beruf zu halten. Um Missverständnisse zu vermeiden, sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Vergütung von Pflegeleistungen nach Zeit sicherlich keine Lösung für alle in häuslichen Pflegearrangements anzutreffenden Probleme darstellt. In vielen Pflegearrangements kann eine Komplexvergütung ausgewählter Pflegemaßnahmen sicherlich ebenso sinnvoll und angemessen sein. Die Entscheidung darüber, welche Form der Vergütung im Einzelfall angemessen ist, sollte jedoch nicht durch zentralistische Vorgaben getroffen werden, sondern der Aushandlung zwischen den Mitgliedern eines Pflegehaushalts und den Pflegefachkräften ambulanter Pflegedienste, ggf. flankiert oder begleitet durch Pflegeberatung, obliegen. Vorschläge zur leistungsrechtlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs liegen vor, in denen die Zeitvergütung eine Option darstellt (Plantholz u. Richter 2022). Die dabei bestehenden Probleme sind nicht zu vernachlässigen, scheinen jedoch auch nicht unüberwindlich zu sein.

Schlussfolgerungen

Die übergreifende Fragestellung der Evaluation war, ob ein Pflegeunternehmen mit einer an das Buurtzorg-Modell angelehnten, neuartigen Managementstruktur unter den Rahmenbedingungen des deutschen Systems der ambulanten pflegerischen Versorgung funktionieren kann.

Die Ausführungen in der zusammenfassenden Ergebnisdarstellung und Diskussion verweisen auf eine Reihe von Anknüpfungspunkten für die weitere Diskussion zur ambulanten Pflege in Deutschland. Die Beantwortung der übergeordneten Fragestellung würde vor dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse allein lauten, dass es grundsätzlich funktionieren kann, jedoch voraussetzungsvoll auf unterschiedlichen Ebenen ist, ein neues Arbeits- und Organisationsmodell im deutschen System zu verankern. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Begleitung der Umsetzung besser hätte verlaufen können und müssen, um nachhaltige Wirkung zu entfalten und das Buurtzorg-Modell fester zu etablieren.

Nicht zu ignorieren ist bei der Gesamtbewertung jedoch die Tatsache des Insolvenzverfahrens. Eine vertiefte Bewertung der Insolvenzgründe ist im Rahmen der Evaluation nicht möglich, weil

es sich dabei vor allem um betriebswirtschaftliche und nicht um inhaltlich-konzeptionelle Gründe gehandelt hat. Dennoch sollen einige Überlegungen dazu angestellt werden.

Die Insolvenz von Buurtzorg Deutschland kam im Verlauf der Evaluation überraschend. Sie erfolgte zu einem Zeitpunkt, zu dem der Großteil der geplanten Datenerhebungen bereits stattgefunden hatte. Einige Erhebungen zum Ende der Datenerhebungsphasen wurden jedoch vermutlich beeinflusst und es wurde in diesem Bericht jeweils darauf hingewiesen, an welchen Stellen davon auszugehen ist. Unabhängig davon kann die Eröffnung des Insolvenzverfahrens als Indikator dafür angesehen werden, dass es in dem Zeitraum, in dem die entsprechenden Buurtzorg-Teams in Deutschland aktiv waren, nicht gelungen ist, den Buurtzorg-Ansatz betriebswirtschaftlich erfolgreich umzusetzen.

Pflegende aus den Buurtzorg-Teams berichteten davon, dass ab einem bestimmten Zeitpunkt betriebswirtschaftliche Fragen und die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens zunehmend zum Thema wurden und Druck ausgelöst haben. Dadurch entstand neben den ohnehin bereits großen Herausforderungen ein weiterer Erschwernisfaktor. Gleichzeitig berichteten die Pflegenden, dass sie nicht über die aktuelle wirtschaftliche Situation aufgeklärt wurden und somit nur wenig Einfluss durch mögliche Sparmaßnahmen nehmen konnten.

Inhaltlich wurde in der Diskussion die Vergütung von Pflegeleistungen nach Zeit positiv bewertet. Die sich daraus ergebende und nicht minder wichtige Frage ist, in welcher Höhe Pflegeleistungen nach Zeit vergütet werden sollen. Wie dargelegt, belief sich die Stundenvergütung entsprechend der Modellvereinbarung auf 38,40 Euro. Auch wenn nur ein Buurtzorg-Team die Frage nach dem für erforderlich gehaltenen Stundensatz beantwortet und dabei den Wert von 75 Euro genannt hat, zeigt diese eine Einschätzung bereits einen erheblichen Unterschied – das Team nannte einen fast doppelt so hohen Betrag – hinsichtlich der für erforderlich erachteten Vergütung. Hinzugezählt werden müsste im Fall von HKP-Leistungen noch die vereinbarte Pauschale von 9,53 Euro pro Tag. Geht man davon aus, dass die Durchführung der verordneten HKP-Leistungen nicht über eine Stunde dauert (selbst bei zweimaliger Durchführung pro Tag), dann würde sich die Vergütung pro Stunde auf knapp 48 Euro belaufen – dies gilt jedoch nicht für die Fälle, in denen keine HKP-Leistungen erbracht werden. Im sozialwirtschaftlichen Review von Wasel und Haas (2019) wird von einer Vergütung von 57 Euro pro Stunde und einem erforderlichen Stundensatz von 54 Euro bei Buurtzorg in den Niederlanden gesprochen, beide Werte liegen immer noch deutlich über dem in Deutschland vereinbarten Wert, aber ebenso deutlich unter dem von einem Team für notwendig erachteten. Die Angemessenheit der Stundensätze war nicht Gegenstand der Evaluation, sie zu betrachten, wäre Gegenstand weiterer Untersuchungen.

Neben der Insolvenz bei Buurtzorg Deutschland musste auch der Träger des Buurtzorg-Modells in Dänemark Insolvenz anmelden. Die Bedingungen in Dänemark, wo die ambulante Pflege in erster Linie auf kommunaler Ebene organisiert ist, sind sicherlich andere als in Deutschland. Die leider nur in Dänisch vorliegenden Erkenntnisse der Evaluation (VIVE 2021) verweisen jedoch auf ähnliche Beobachtungen hinsichtlich der inhaltlich-konzeptionellen Aspekte. So gab es gute Entwicklungen hinsichtlich der Etablierung eines selbstorganisierten Teams, das um weitere Personen erweitert werden konnte und daher kurz vor der Insolvenz in zwei Teams aufgeteilt wurde. Zum Team gehörten sechs Pflegefachkräfte und sechs Sozial- und Gesundheitsassistenten. Dieses Team war ähnlich wie die Teams in Deutschland hohen Erwartungen und Anforderungen ausgesetzt, die inhaltlich gut bewältigt werden konnten. Als

Gründe für die Insolvenz wurden durch die Organisation Lokalpleje Danmark, in der das Buurtzorg-Team angesiedelt war, „lokale und nationale Rahmenbedingungen und minutiöses Denken“ verantwortlich gemacht. Geplant war, die durch eine einfachere und flexiblere Organisation erzielten Gewinne zur Finanzierung einer höheren Kompetenz der Beschäftigten einzusetzen, was jedoch nicht im geplanten Ausmaß geklappt hat und somit zur Insolvenz geführt hat.

Trotz unterschiedlicher Rahmenbedingungen und Hintergründe zeigen beide Insolvenzen die Herausforderungen der Umsetzung neuer Ansätze in etablierten Versorgungssystemen. In beiden Fällen konnten inhaltlich-konzeptionelle Aspekte jedoch wichtige Innovationsimpulse geben.

Insgesamt fällt somit das Fazit zum Funktionieren des Buurtzorg-Modells unter den in Deutschland bestehenden Bedingungen differenziert und weit weniger enthusiastisch aus, als es verschiedene Medienberichte zum Start des Buurtzorg-Ansatzes in Deutschland vermuten ließen. Die Erkenntnisse aus der Evaluation sind jedoch gut anschlussfähig an die Erkenntnisse aus den Evaluationen oder Begleitforschungen der Umsetzung in anderen Ländern, die von Hegedüs et al. (2022) zusammengefasst wurden. Die Erkenntnisse der Evaluation aus Deutschland zur Arbeit in selbstorganisierten Teams sind vergleichbar denen aus anderen Ländern, auch die grundsätzlich positive Wahrnehmung der Arbeit der Buurtzorg-Teams durch pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen findet sich dort. Hinsichtlich des Pflegekonzepts sind die Erkenntnisse davon abhängig, welche konzeptionellen Grundlagen in einzelnen Diensten oder Ländern bestehen und die Ausgangslage für eine Bewertung bilden. Diese sind sehr heterogen, so dass die Erkenntnisse dazu nur bedingt international vergleichbar sind. Eine grundsätzlich verbesserte Möglichkeit einer mehr person-zentrierten Pflege wurde jedoch ebenso festgestellt wie eine weniger fragmentierte, aber dafür flexiblere Pflege. Die Diskussion um die Vergütung von Pflegeleistungen nach Zeit scheint eine sehr deutsche zu sein, da es dazu in der Übersicht keine Hinweise auf ähnlich intensive Diskussionen in anderen Ländern gab. Die Erkenntnisse zu Kosteneinsparungen variierten erheblich zwischen den unterschiedlichen Projekten. Die Schweizer Autorinnen der Übersichtsarbeit gelangen am Ende zu der Schlussfolgerung, dass es sich bei Buurtzorg um eine komplexe Intervention handelt, die eine langfristige Vision zur Praxisentwicklung benötigt und für deren Einführung auf lokaler Ebene neben einer individualisierten Herangehensweise eine solide konzeptuelle Vorbereitung erforderlich ist. Die Erwartung schneller Buurtzorg-bezogener Veränderungen in der häuslichen Pflege wird als nicht realistisch angesehen – there is no quick fix for buurtzorg-related changes.

7 Empfehlungen

Die detaillierte Evaluation der Einführung des Buurtzorg-Modells in Deutschland zeigt Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen, aus denen die nachfolgenden Empfehlungen abgeleitet:

- Kern jeglicher Weiterentwicklungsüberlegungen sollte die Frage sein, ob und in welcher Art und Weise diese sich auf pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen auswirken. Die Arbeit der Buurtzorg-Teams wurde in den an der Evaluation beteiligten Pflegehaushalten geschätzt und traf auf hohe Zufriedenheit. Auch hinsichtlich der Arbeit der klassischen Pflegedienste bestand eine hohe Zufriedenheit. Die Impulse der Buurtzorg-Teams sollten hinsichtlich der konzeptionellen Weiterentwicklung der ambulanten Pflege aufgegriffen und in Verbindung mit den Intentionen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zur Entwicklung einer pflegerischen Versorgung genutzt werden, in denen eine an den Bedarfslagen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen orientierte Versorgung stärker als bislang betont wird.
- Folgerichtig ist es, der Stimme pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Inhalte mehr Gewicht zu verleihen und nicht komplexen Vertragsgestaltungen zwischen den Vertragspartnern die alleinige Vorherrschaft zu überlassen.
- Das große Interesse an Buurtzorg hat verdeutlicht, dass offensichtlich im bestehenden System der ambulanten Pflege Reformbedarf besteht. Es sollte daher als Aufforderung verstanden werden, sich den vielfältigen und keinesfalls einfachen Fragen der ambulanten Pflege in Deutschland gewissenhafter und umfassender anzunehmen als es bislang erfolgt ist und nicht darauf zu warten, dass sich Ansätze aus anderen Ländern ergeben, die einfach zu kopieren und zu übertragen sind. Arbeiten wie die von Schnie-ring (2021) verdeutlichen bestehende Probleme und Konflikte in deutlicherer Form als sie die hier durchgeführte Evaluation zu zeigen vermag.
- Ein wichtiger Aspekt ist die Stärkung der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu Fragen der ambulanten pflegerischen Versorgung. Die Kompetenzen zur Arbeit in selbstorganisierten Teams, die in diesem Bericht dargestellt sind, bieten für die Entwicklung entsprechender Angebote eine gute Grundlage. Die Zielsetzung dieser Weiterbildungsaktivitäten muss nicht die flächendeckende Etablierung selbstorganisierter Teams in der ambulanten Pflege sein, die Stärkung der Verantwortungsbereitschaft und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen der in der ambulanten Pflege Beschäftigten dürfte jedoch ein wesentlicher Bestandteil im Angesicht zu erwartender Probleme bei der Gewinnung einer ausreichenden Zahl an Pflegenden sein. Ein besonderer Blick sollte dabei auch auf akademisch (aus)gebildete Pflegefachkräfte gerichtet werden, da sie aufgrund ihres Bildungsweges für eine Mitarbeit in einem selbstorganisierten Team gute Voraussetzungen mitbringen.
- Empfohlen wird ein kritischer Diskurs zu den bestehenden leistungsrechtlichen Möglichkeiten in der ambulanten Pflege in Deutschland. Dadurch wäre es möglich, Weiterentwicklungen auf der Basis unterschiedlicher konzeptioneller Modelle konstruktiv voranzutreiben und nicht auf sehr umfassende internationale Ansätze wie beispielsweise das Buurtzorg-Modell warten zu müssen, bevor eingehendere Betrachtungen des Leistungsgeschehens in der ambulanten Pflege angestellt werden.

- Trotz des Insolvenzverfahrens von Buurtzorg Deutschland sollten Ansätze zu einer veränderten Arbeitsorganisation in der Pflege und zu einer besseren Nutzung pflegerischer Kompetenzen konstruktiv unterstützt und begleitet werden. Die Tendenz, die bei Bekanntwerden des Buurtzorg-Modells zu verzeichnen war, dass ein neues Modell nun grundsätzlich alles Bestehende in Frage stellt und das gesamte System entsprechend geändert werden sollte, ist dabei wenig hilfreich. Sie ist eher Zeichen einer oberflächlichen Auseinandersetzung mit der ambulanten Pflege. Sinnvoll ist es stattdessen, eine kontinuierliche Weiterentwicklung anzustreben, in der unterschiedliche Ansätze ihren Platz haben.

8 Literaturverzeichnis

- Aiken, Linda H.; Sermeus, Walter; van den Heede, Koen; Sloane, Douglas M.; Busse, Reinhard; McKee, Martin; Bruyneel, Luk; Rafferty, Anne Marie; Griffiths, Peter; Moreno-Casbas, Maria Teresa; Tishelman, Carol; Scott, Anne; Brzostek, Tomasz; Kinnunen, Juha; Schwendimann, Rene; Heinen, Maud; Zikos, Dimitris; Sjetne, Ingeborg S.; Smith, Herbert L.; Kutney-Lee, Ann (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. In: *BMJ*, 344. Jg., mar20 2, S. e1717–e1717.
- Berthelsen, Hanne; Westerlund, Hugo; Hakanen, Jari J.; Kristensen, Tage S. (2017): It is not just about occupation, but also about where you work. In: *Community dentistry and oral epidemiology*, 45. Jg., Heft 4, S. 372–379.
- Birgit, Enberg; Gunnevi, Sundelin; Ann, Öhman (2013): Work experiences among nurses and physicians in the beginning of their professional careers – analyses using the effort–reward imbalance model. In: *Scandinavian journal of caring sciences*, 27. Jg., Heft 1, S. 36–43.
- Blok, Jos de & Pool, Aart (2016): *Buurtzorg: Menselijkheid boven bureaucratie*. Amsterdam: Boom.
- Blok, Jos de & Weber, Winfried W. (2018): Keine Furcht vor der Freiheit. Horizontale Organisation befördert neue Potenziale. Online verfügbar unter <https://www.hcm-magazin.de/keine-furcht-vor-der-freiheit/150/10837/379132>, zuletzt geprüft am 16.04.2020.
- Blum, Karl; Müller, Udo; Schilz, Patricia (2004): Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf. Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts – Abschlussbericht 2004. Düsseldorf, DKI
- Bondas, Terese (2018): Self-organizing Development Teams for Innovative Nursing Care. In: *Nursing administration quarterly*, 42. Jg., Heft 3, S. 269–277.
- Bowen, Michael (2017): Buurtzorg could work in the UK, but why must it fit into the existing system? In: *BMJ*, 359. Jg., j5376.
- Brandenburg, Hermann; Panfil, Eva-Maria; Mayer, Herbert; Schrems, Berta (Hg.) (2018): *Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): *Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5*. 3. Auflage. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext__Stand_11.2019_3._Auflage.pdf , zuletzt geprüft am 28.12.2022
- Buurtzorg Nederland (2018): *Buurtzorg's model of care*. Online Verfügbar unter: <https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtzorgmodel/>, zuletzt geprüft am 05.11.2020
- Buurtzorg Nederland (2022): *Our Organisation*. Online verfügbar unter: <https://www.buurtzorg.com/about-us/our-organisation/>, zuletzt geprüft am 23.12.2022
- Burtke, Ute (2018): Idee für häusliche Pflege: buurtzorg. In: *Heilberufe*, 70. Jg., Heft 1, S. 52–53.

Büscher, Andreas & Klie, Thomas: Qualität in der häuslichen Pflege. Ansätze zu einer lebensweltorientierten Weiterentwicklung. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. (NDV), 94. Jg., Heft 10, 452–455.

Büscher, Andreas ; Schröder, Dorit; Gruber, Eva Maria; Bäumker, Marie-Theres.; Zeiser, Silvana (2020): Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen. Abschlussbericht. In: Universität Bremen/SOCIUM (Hg.): Anlagenband zum zweiten Zwischenbericht im Projekt: Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Bremen, Anlage A 1.1.

Büscher, Andreas; Schröder, Dorit; Gruber, Eva Maria (2022): Die Personalsituation in der ambulanten Pflege. In: Pflege, 35. Jg., Heft 5, S. 269–277.

Büscher, Andreas; Wingenfeld, Klaus; Wibbeke, Daria; Loetz, Florian; Rode, Monika; Gruber, Eva Maria; Stomberg, Dalien (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht. Online verfügbar unter <https://www.gs-qsapflege.de/wp-content/uploads/2022/06/Verfahren-Qualita%CC%88t-ambulant-Abschlussbericht-HSOS-IPW-samt-Anha%CC%88ngen-13.-September-2018-4.pdf>, zuletzt geprüft am 03.08.2022.

Cavedon, Enrico; Minnig, Christoph; Zängl, Peter (2018a): Buurtzorg in der Schweiz: Kann das funktionieren? In: Spitex Magazin, 3. Jg., S. 13–15.

Cavedon, Enrico; Minnig, Christoph; Zängl, Peter (2018b): Das holländische Buurtzorg-Modell: Selbstorganisation in der ambulanten Pflege. In: Curaviva, 6. Jg., S. 12–15.

Dean, Erin (2015): 'We are in control'. In: Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain)) : 1987), 29. Jg., Heft 20, S. 22–23.

Deutsches Rotes Kreuz (o.J.): Selbstorganisiert in der Pflege arbeiten. Online verfügbar unter <https://www.drkborken.de/das-drk/stellen-boerse/arbeiten-im-selbstorganisierten-team.html>, zuletzt geprüft am 23.12.2022.

Dichter, Martin N.; Trutschel, Diana; Schwab, Christian G.G.; Haastert, Burkhard; Quasdorf, Tina; Halek, Margareta (2017): Dementia care mapping in nursing homes: effects on caregiver attitudes, job satisfaction, and burnout. A quasi-experimental trial. In: International psychogeriatrics 29. Jg., Heft 12, S. 1993–2006.

Donner, Gail (2017): Nursing Leadership in Home and Community Care: An Introduction. In: Nursing leadership (Toronto, Ont.), 30. Jg., Heft 1, S. 6–10.

Drennan, Vari M.; Calestani, Melania; Ross, Fiona; Saunders, Mary; West, Peter (2018): Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. In: BMJ open, 8. Jg., Heft 6, e021931.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2017): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 7. Auflage. Marburg: Eigenverlag.

Ernst & Young (2009): Maatschaappelijke business case Buurtzorg. Online verfügbar unter <http://www.transitiepraktijk.nl/files/maatschappelijke%20business%20case%20buurtzorg.pdf>, zuletzt geprüft am 20.10.2022

Fang, Li; Hsiao, Li-Ping; Fang, Shu-Hui; Chen, Bao-Chen (2019): Associations of work stress and humor with health status in hospital nurses—A cross-sectional study. In: Journal of clinical nursing, 28. Jg., 19–20, S. 3691–3699.

Flieder, Margret (2002): Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Gessler, Michael (2016): Selbstorganisiertes Lernen und lernende Organisation. In: Michael Müller-Vorbrüggen und Jürgen Radel (Hg.): Handbuch Personalentwicklung. Die Praxis der Personalbildung, Personalförderung und Arbeitsstrukturierung. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag, S. 263–282.

Gobet, P; Wiederkehr, S (2020): Das Projekt Curatete. Projektförderung der Age-Stiftung vom Juli 2019 bis Oktober 2020. Online verfügbar unter https://www.age-stiftung.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/2019/012/2020_Age_I_2019_012.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2022.

Gräbel, Elmar; Leutbecher, Marlene (2001): Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. Hogrefe, Göttingen

Gray, Bradford; Sarnak, Dana o.; Burgers, Jako (2015): Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. Online verfügbar unter <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model>, zuletzt geprüft am 09.09.2019.

Griep, Rosane Härter; Rotenberg, Lucia; Vasconcellos, Ana Glória G.; Landsbergis, Paul; Comaru, Cláudia M.; Alves, Márcia Guimarães M. (2009): The psychometric properties of demand-control and effort-reward imbalance scales among Brazilian nurses. In: International archives of occupational and environmental health, 82. Jg., Heft 10, S. 1163–1172.

Groot, Kim de; Maurits, Erica E. M.; Francke, Anneke L. (2018): Attractiveness of working in home care: An online focus group study among nurses. In: Health & social care in the community, 26. Jg., Heft 1, S. e94–e101.

Hackmann, Tobias (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Diskussionsbeiträge No. 40. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Freiburg

Hahnel, Elisabeth; Pörschmann-Schreiber, Ulrike; Braeseke, Grit; Lingott, Nina; Oehse, Isabelle (2021): Studie zu den Effizienzpotentialen einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege. Berlin: IGES.

Hamm, Cepta & Glyn-Jones, Julie (2019): Implementing an adapted Buurtzorg model in an inner city NHS trust. In: British journal of community nursing, 24. Jg., Heft 11, S. 534–537.

Hasselhorn, Hans-Martin & Freude, Gabriele (2007): Der Work Ability Index – ein Leitfaden; – Sonderschrift – S 87; Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW, Verl. für Neue Wiss.

Hasselhorn, Hans-Martin; Müller, Bernd Hans; Tackenberg, Peter; Kümmerling, Angelika; Simon, Michael (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Wirtschaftsverlag NW. Bremerhaven

Hegedüs, Anna; Schürch, Anita; Bischofberger, Iren (2022): Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review. In: International Journal of Nursing Studies Advances, 4. Jg., 100061.

Heinrich, C. (2019): Zurück in die Selbständigkeit. In: Die ZEIT Nr. 6/31. Januar 2019, 35

Helfferrich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten; Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hennessey, Richard (2017): Buurtzorg: Die Versöhnung von Ökonomie und Ethik. In: LQ, 3. Jg., S. 6-11.

Höhm, Ulrike; Lautenschläger, Manuela; Schwarz, Laura (2016): Belastungen im Pflegeberuf: Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber, Antje Schwinger und Denise Becka (Hg.): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer (2016), S. 73-89.

Ilić, Ivana M.; Arandjelović, Mirjana Ž.; Jovanović, Jovica M.; Nešić, Milkica M. (2017): Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout – Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. In: Medycyna pracy, 68. Jg., Heft 2, S. 167-178.

Ilmarinen, Juhani & Lehtinen, Suvi (2004): Past, Present and Future of Work Ability – People and Work Research Report 65, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki

Ilmarinen, Juhani & Tempel, Jürgen (2002): Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hamburg: VSA-Verlag.

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Zentrale Studienergebnisse im Überblick. Frankfurt, IWAK Frankfurt. Online verfügbar unter: https://www.iwak-frankfurt.de/wp-content/uploads/2015/04/berufsverlaeufe_broschuere.pdf, zuletzt geprüft am 21.12.2022

Januario, Leticia Bergamin; Karstad, Kristina; Rugulies, Reiner; Bergström, Gunnar; Holtermann, Andreas; Hallman, David M. (2019): Association between Psychosocial Working Conditions and Perceived Physical Exertion among Eldercare Workers: A Cross-Sectional Multilevel Analysis of Nursing Homes, Wards and Workers. In: International journal of environmental research and public health, 16. Jg., Heft 19, S. 1-13.

Jeske, A.-K. (2018): Das Ende der Stoppuhr. In: Der Spiegel Nr. 52/22.12.2018, 72-73

Johanniter (2022): Pflege der Zukunft: Startschuss für Pilotprojekt der Johanniter. Online verfügbar unter <https://www.johanniter.de/juh/lv-nrw/aktuelles-aus-nrw/nachricht-detail/wie-sieht-die-pflege-der-zukunft-aus-startschuss-fuer-pilotprojekt-der-johanniter-unfall-hilfe-nrw-7625/>, zuletzt geprüft am 23.12.2022.

Klein, Andreas (2018): Für ein Sterben in Würde – Quartierspflege nach dem Modell der Buurtzorg. In: Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen, Heft 77, S. 7-9.

Klein, Andreas (o.J.): Häusliche Pflege, die Menschen verbindet: Das CareTeam Konzept. Online Verfügbar unter: https://d2saw6je89goi1.cloudfront.net/uploads/digital_asset/file/962964/CareTeam_Konzept_2021.pdf, zuletzt geprüft am 21.12.2022.

Klie, Thomas & Büscher, Andreas: Aufmerksamkeit für die Pflege daheim. In: Gesundheit und Gesellschaft, 25. Jg., S. 27–31.

Koch, René & Lotterstedt, Stefan (2010): Metrische Räume und stetige Abbildungen. Vortrag zum Seminar zur Analysis. Lehrstuhl A für Mathematik der RWTH Aachen. Online verfügbar unter: http://www.matha.rwth-aachen.de/de/lehre/ss10/psana/Ausarbeitung_Vortrag1.pdf, zuletzt geprüft am 22.12.2022.

KPMG Advisory N.V. (2015): De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. andere aanbieders van thuiszorg. Een kwantitatieve analyse van thuiszorg in Nederland anno 2013. Online verfügbar unter <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/de-toegevoegde-waarde-van-buurtzorg-t-o-v-andere-aanbieders-van-thuiszorg.pdf>, zuletzt geprüft am 26.09.2019.

Kramp, Marie (2018): Buurtzorg: Das niederländische Modell im Praxischeck. Online verfügbar unter <https://www.contec.de/blog/beitrag/buurtzorg-das-niederlaendische-modell-im-praxischeck/>, zuletzt geprüft am 23.12.2022.

Kreitzer, Mary Jo; Monsen, Karen A.; Nandram, Sharda; Blok, Jos de (2015): Buurtzorg nederland: a global model of social innovation, change, and whole-systems healing. In: Global advances in health and medicine, 4. Jg., Heft 1, S. 40–44.

Laib, Andreas; Lieberherr, Nicole; Schachinger, Viktoria (2020): Selbstorganisation – Ein Managementmodell am Puls der Zeit? Ein Praxisbeitrag. In: Sebastian Wörwag und Alexandra Cloots (Hg.): Arbeitskulturen im Wandel. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 155–170.

Lalani, Mirza; Fernandes, Jane; Fradgley, Richard; Ogunsola, Caroline; Marshall, Martin (2019): Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. In: BMC health services research, 19. Jg., Heft 1, 945.

Laloux, Frédéric (2015): Reinventing Organizations. Ein Leitfaden zur Gestaltung sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit. München: Verlag Franz Vahlen.

Lamy, Sébastien; Gaudemaris, Régis de; Lepage, Benoit; Sobaszek, Annie; Caroly, Sandrine; Kelly-Irving, Michelle; Lang, Thierry (2013): The organizational work factors' effect on mental health among hospital workers is mediated by perceived effort-reward imbalance: result of a longitudinal study. In: Journal of occupational and environmental medicine, 55. Jg., Heft 7, S. 809–816.

Leask, C. F.; Bell, J.; Murray, F. (2020): Acceptability of delivering an adapted Buurtzorg model in the Scottish care context. In: Public health, 179. Jg., S. 111–117.

Leask, Calum F. & Gilmartin, Andrea (2019): Implementation of a neighbourhood care model in a Scottish integrated context-views from patients. In: AIMS public health, 6. Jg., Heft 2, S. 143–153.

Leichsenring, Kai & Staflinger, Heidemarie (2017): Die Buurtzorg-Idee als Evolution in der mobilen Langzeitpflege in Österreich: Chancen und Gestaltungsoptionen eines niederländischen Versorgungsmodells. In: „WISO“ – Wirtschafts- und Sozialpolitische Zeitschrift des ISW, 40. Jg., Heft 3, S. 49–70.

- Leichsenring, Kai (2015): „Buurtzorg Nederland“ – Ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege. In: ProCare, 20. Jg., Heft 8, S. 20–25.
- Loncaric, Asim (2022): Viele positive Rückmeldungen. In: Häusliche Pflege, 11. Jg., S. 42–43.
- Lötzerich–Bernhard, Kerstin (2021): Kommunikation in der Pflege, sich selbst organisierende Teams und die Vorteile digitaler Vernetzung. Online verfügbar unter <https://www.caretria-log.de/kommunikation-in-der-pflege-sich-selbst-organisierende-teams-und-die-vorteile-digitaler-vernetzung>, zuletzt geprüft am 23.12.2022.
- Maurits, Erica E. M.; Veer, Anke J. E. de; Groenewegen, Peter P.; Francke, Anneke L. (2017): Home-care nursing staff in self-directed teams are more satisfied with their job and feel they have more autonomy over patient care: a nationwide survey. In: Journal of advanced nursing, 73. Jg., Heft 10, S. 2430–2440.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken; 12., überarb. Auflage; Weinheim: Beltz.
- McCarthy, V. J. C.; Wills, T.; Crowley, S. (2018): Nurses, age, job demands and physical activity at work and at leisure: A cross-sectional study. In: Applied nursing research, 40. Jg., S. 116–121.
- Merchaoui, Irtyah; Bouzgarrou, Lamia; Mnasri, Ahlem; Mghanem, Mounir; Akrouit, Mohamed; Malchaire, Jacques; Chaari, Neila (2017): Influence of shift work on the physical work capacity of Tunisian nurses: a cross-sectional study in two university hospitals. In: The Pan African medical journal, 26. Jg., S. 59.
- Michaelis, Horst (2022): Freiräume in autonomen Teams. In: care konkret, 44. Jg., S. 2.
- Monsen, Karen & Blok, Jos de (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, Karen A. & Blok, Jos de (2013): Buurtzorg: Nurse-Led Community Care. In: Creative nursing, 19. Jg., Heft 3, S. 112–117.
- Nandram, Sharda S. (2015a): The Buurtzorg case and illustrations of Zorgaccent and Amsteling; in: Amity Global Business Review; 10. Jg., S. 56–63.
- Nandram, Sharda S. (2015b): Organizational innovation by integrating simplification – Learning from Buurtzorg Nederland; Cham, s.l.: Springer International Publishing.
- Nandram, Sharda S. & Koster, Nicole (2014): Organizational innovation and integrated care: lessons from Buurtzorg; in: Journal of Integrated Care; 22 (2014); 22. Jg., Heft 4, S. 174–184.
- Nourry, Nathalie; Luc, Amandine; Lefebvre, François; Sultan-Taïeb, Hélène; Béjean, Sophie (2014): Psychosocial and organizational work environment of nurse managers and self-reported depressive symptoms: cross-sectional analysis from a cohort of nurse managers; in: International journal of occupational medicine and environmental health; 27. Jg., Heft 2, S. 252–269.
- Nübling, Matthias; Stöbel, Ulrich; Hasselhorn, Hans-Martin; Michaelis, Martina; Hofmann, Friedrich (2005): Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen – Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ); Fb 1058; Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW, Verl. für Neue Wiss.

- Nübling, Matthias; Stöbel, Ulrich; Hasselhorn, Hans-Martin; Michaelis, Martina; Hofmann, Friedrich (2006): Measuring psychological stress and strain at work – Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. In: *GMS Psycho-Social Medicine*, 3. Jg.
- Park, Mihyun; Cho, Sung-Hyun; Hong, Hyun-Ja (2015): Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. In: *Journal of nursing scholarship*, 47. Jg., Heft 1, S. 87-95.
- Petersen, Jennifer & Helbig, Roman (2022): Autonome pflegerische Teams: Eine Analyse der Buurtzorg-Erfolgsfaktoren und Implikationen für Deutschland. In: *Pflegewissenschaft*, Heft 2, S. 112-123.
- Plantholz, Markus & Richter, Uwe (2022): Zur leistungsrechtlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. In: *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. (NDV)*, 102. Jg., Heft 8, S. 405-412.
- Polit, Denise F.; Beck, Cheryl Tatano; Hungler, Bernadette P. (2004): *Lehrbuch Pflegeforschung – Methodik, Beurteilung und Anwendung*; 1. Aufl.; Bern: Huber.
- Rauter, Melanie & Meißner, Anne (2019a): Mehr Zeit für die Pflege. In: *Die Schwester | Der Pfleger*, 58. Jg., Heft 12, S. 4-7.
- Rauter, Melanie & Meißner, Anne (2019b): Pflege und Versorgung wieder neu entdecken. In: *Die Schwester | Der Pfleger*, 58. Jg., Heft 12, S. 8-13.
- Rothgang, Heinz et al. (2020): Zweiter Zwischenbericht – Finale Version zur Abnahme durch den Auftraggeber –im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM).
- Salem, Eman A. & Ebrahim, Sabah M. (2018): Psychosocial work environment and oxidative stress among nurses'. In: *Journal of occupational health*, 60. Jg., Heft 2, S. 182-191.
- Schadenhofer, Petra; Kundi, Michael; Abrahamian, Heidemarie; Blasche, Gerhard; Stummer, Harald; Kautzky-Willer, Alexandra (2018): Job-related meaningfulness moderates the association between over-commitment and emotional exhaustion in nurses. In: *Journal of nursing management*, 26. Jg., Heft 7, S. 820-832.
- Schaeffer, Doris; Büscher, Andreas; Ewers, Michael (2008): Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Adelheid Kuhlmeier und Doris Schaeffer (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. 1. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit), S. 352-369.
- Schnell, Rainer; Hill, Paul B.; Esser, Elke (2011): *Methoden der empirischen Sozialforschung*; 9., aktualisierte Aufl.; München: Oldenbourg.
- Schniering, Stefanie (2021): *Sorge und Sorgekonflikte in der ambulanten Pflege. Eine empirisch begründete Theorie der Zerissenheit*. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz, M.; Damkröger, A.; Voltmer, E.; Löwe, B.; Driessen, M.; Ward, M.; Wingenfeld, K. (2011): Work-related behaviour and experience pattern in nurses: impact on physical and mental health. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18. Jg., Heft 5, S. 411-417.
- Sheldon, Tony (2017): Buurtzorg: the district nurses who want to be superfluous. In: *BMJ*, 358. Jg., j3140.

Siegrist, Johannes (2016): Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen (ERI). In: Letzel, S. u. Nowak, D. (2016) [Hrsg.]: Handbuch der Arbeitsmedizin. 40. Aktualisierung. Ecomed Medizin

Silva, Amanda Aparecida; Souza, José Maria Pacheco de; Borges, Flávio Notarnicola da Silva; Fischer, Frida Marina (2010): Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. In: Revista de saude publica, 44. Jg., Heft 4, S. 718–725.

Sinclair, Craig; Auret, Kirsten Anne; Evans, Sharon Frances; Jane, Fiona; Dormer, Siobhan; Wilkinson, Anne; Greeve, Kim; Koay, M. Audrey; Brims, Fraser (2020): Impact of a Nurse-Led Advance Care Planning Intervention on Satisfaction, Health-Related Quality of Life, and Health Care Utilization Among Patients With Severe Respiratory Disease: A Randomized Patient-Preference Trial. In: Journal of pain and symptom management, 59. Jg., Heft 4, S. 848–855.

Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2019. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt. (2022a). Mitten im demografischen Wandel. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/demografie-mitten-im-wandel.html;jsessionid=329F391A793D17DFA7564619BC956FF8.live741>, zuletzt geprüft am 28.12.2022.

Statistisches Bundesamt. (2022b). Altenquotient. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-altenquotient.html#:~:text=Seitdem%20schreitet%20die%20Alterung%20in,von%2036%20auf%2048%20erh%C3%B6ht>, zuletzt geprüft am 28.12.2022.

Statistisches Bundesamt. (2022c). Mehr Pflegebedürftige. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html#:~:text=Im%20Dezember%201999%20gab%20es,des%20Pflegeversicherungsgesetzes%20\(%20SGB%20XI\)](https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html#:~:text=Im%20Dezember%201999%20gab%20es,des%20Pflegeversicherungsgesetzes%20(%20SGB%20XI)), zuletzt geprüft am 28.12.2022.

Sturm, Heidrun; Rieger, Monika A.; Martus, Peter; Ueding, Esther; Wagner, Anke; Holderried, Martin; Maschmann, Jens (2019): Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. In: PloS one, 14. Jg., Heft 1, S. 1–19.

The Omaha System (2022): What is the Omaha System? Online verfügbar unter: <https://www.omahasystem.org>, zuletzt geprüft am 09.12.2022

Ulusoy, Nazan; Wirth, Tanja; Lincke, Hans-Joachim; Nienhaus, Albert; Schablon, Anja (2019): Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen in der Altenpflege: Vergleich zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 52. Jg., Heft 6, S. 589–597.

Verband der Ersatzkassen e. V. [Hrsg.] (2021): Übersicht über vereinbarte ambulante Leistungskomplexe in den Bundesländern. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/siebter_pflegebericht_anlage_7_ambulante_leistungskomplexe_bf.pdf, zuletzt geprüft am 21.12.2022.

Vermeer, Astrid & Wenting, Ben (2017): Sebstorganisierte Teams in der Praxis. Den Haag: Sdu Uitgevers bv.

VIVE (Viden til Velfærd) (2021): Forsøg med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune – Midtvejsevaluering af forsøg med Lokalpleje i Bording-Engesvang. København: VIVE. Online verfügbar unter: <https://www.vive.dk/media/pure/16533/6026793>, zuletzt geprüft am 23.12.2022

Wagner, Anke; Rieger, Monika A.; Manser, Tanja; Sturm, Heidrun; Hardt, Juliane; Martus, Peter; Lessing, Constanze; Hammer, Antje (2019): Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study. In: BMC health services research, 19. Jg., Heft 1, S. 1-14.

Wasel, Wolfgang & Haas, Hanns-Stephan (2018): Buurtzorg: eine agile Organisation – der Versuch eines sozialwirtschaftlichen Reviews. In: NDV – Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und Private Fürsorge e.V., Heft 12, S. 595-602.

Wasel, Wolfgang & Haas, Hanns-Stephan (2019): Buurtzorg: eine agile Organisation – der Versuch eines sozialwirtschaftlichen Reviews. In: NDV – Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und Private Fürsorge e.V., Heft 01, S. 31-37.

Watts, Richard A.; Mooney, Janice; Barton, Garry; MacGregor, Alex J.; Shepstone, Lee; Irvine, Lisa; Scott, David G. I. (2015): The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in the community for people with rheumatoid arthritis: a non-randomised pragmatic study. In: BMJ open, 5. Jg., Heft 8, e007696.

Weerheim, Wilke; van Rossum, Lisa; Have, Wouter Dirk ten (2019): Successful implementation of self-managing teams. In: Leadership in health services (Bradford, England), 32. Jg., Heft 1, S. 113-128.

Wingenfeld, K.; Büscher, Andreas; Wibbeke, Daria (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf, zuletzt geprüft am 27.12.2022.

Wingenfeld, Klaus; Büscher, Andreas; Schaeffer, Doris (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.

Yeatts, Dale E.; Cready, Cynthia; Ray, Beth; DeWitt, Amy; Queen, Courtney (2004): Self-managed work teams in nursing homes: implementing and empowering nurse aide teams. In: The Gerontologist, 44. Jg., Heft 2, S. 256-261.

Zander, Britta & Busse, Reinhard (2012): Das Arbeitsumfeld als (Qualitäts-)Indikator für Patienten- und Pflegeergebnisse. In: Peter Bechtel und Ingrid Smerdka-Arhelger (Hg.): Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 109-121.

Zentrum für Qualität in der Pflege (2019): Fachpersonenmangel in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer ZQP-Befragung. Online verfügbar unter <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Kurzbericht-Personalmangel-Ambulant.pdf>, zuletzt geprüft am 09.12.2022.

Zurlo, Maria Clelia; Vallone, Federica; Smith, Andrew P. (2018): Effects of Individual Differences and Job Characteristics on the Psychological Health of Italian Nurses. In: Europe's journal of psychology, 14. Jg., Heft 1, S. 159-175.

10Anhang

Anhang A: Erfassung geplanter pflegerischer Maßnahmen anhand der Leistungsbeschreibung	200
Anhang B: Interviewleitfaden pflegebedürftige Menschen – Erste Erhebungsphase	202
Anhang C: Interviewleitfaden pflegebedürftige Menschen – Zweite Erhebungsphase.....	204
Anhang D: HPS – Häusliche Pflege-Skala	207
Anhang E: Fragebogen Pflegende – Zweite Erhebungsphase.....	209
Anhang F: Interviewleitfaden Pflegende – Erste Erhebungsphase	234
Anhang G: Interviewleitfaden Pflegende – Zweite Erhebungsphase.....	236
Anhang H: Fragebogen Pflegedienstleitung	238

Anhang A: Erfassung geplanter pflegerischer Maßnahmen anhand der Leistungsbeschreibung



Netzwerk
Gesundheitswirtschaft
Münsterland e.V.



FH MÜNSTER
University of Applied Sciences



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Erfassung geplanter pflegerischer Maßnahmen anhand der Leistungsbeschreibung

Pseudonym Teilnehmer*in: _____

Erfasser*in: _____

Datum der Datenerhebung: _____

Basiserhebung Folgeerhebung

Name des Pflegedienstes: _____

Bei Vergütung nach Zeit: Wurden feste Zeiten zur Dauer der Einsätze vereinbart? Falls ja, in welchem Umfang: _____ Minuten

Nr.	Pflegerische Maßnahmenbereiche	Vergütungsform	Beschreibung, welche geplanten pflegerische Maßnahmen/welche Leistungskomplexe?
1	Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses (Einschätzung, Planung und Vereinbarung, Durchführung, Evaluation)	Vergütung nach Zeit <input type="checkbox"/> Vergütung nach Leistungskomplexen <input type="checkbox"/>	
2	Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation	Vergütung nach Zeit <input type="checkbox"/> Vergütung nach Leistungskomplexen <input type="checkbox"/>	
3	Abwehr von gesundheitlichen Risiken	Vergütung nach Zeit <input type="checkbox"/> Vergütung nach Leistungskomplexen <input type="checkbox"/>	
4	Kommunikation (Absprachen und Aushandlungen)	Vergütung nach Zeit <input type="checkbox"/> Vergütung nach Leistungskomplexen <input type="checkbox"/>	
5	Unterstützung bezogen auf die Mobilität (Einschätzung, Maßnahmen (welche?))	Vergütung nach Zeit <input type="checkbox"/> Vergütung nach Leistungskomplexen <input type="checkbox"/>	
6	Hilfen hinsichtlich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten	Vergütung nach Zeit <input type="checkbox"/> Vergütung nach Leistungskomplexen <input type="checkbox"/>	

Nr.	Pflegerische Maßnahmenbereiche	Vergütungsform	Beschreibung, welche geplanten pflegerische Maßnahmen/welche Leistungskomplexe?
7	Hilfen bei Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen	Vergütung nach Zeit <input type="checkbox"/> Vergütung nach Leistungskomplexen <input type="checkbox"/>	
8	Unterstützung bezogen auf die Selbstversorgung (Ernährung, Körperpflege, Ausscheidung, Sich kleiden)	Vergütung nach Zeit <input type="checkbox"/> Vergütung nach Leistungskomplexen <input type="checkbox"/>	
9	Unterstützung bei krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen	Vergütung nach Zeit <input type="checkbox"/> Vergütung nach Leistungskomplexen <input type="checkbox"/>	
10	Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege	Vergütung nach Zeit <input type="checkbox"/> Vergütung nach Leistungskomplexen <input type="checkbox"/>	
11	Unterstützung im Bereich des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Vergütung nach Zeit <input type="checkbox"/> Vergütung nach Leistungskomplexen <input type="checkbox"/>	
12	Unterstützung bei der Haushaltsführung	Vergütung nach Zeit <input type="checkbox"/> Vergütung nach Leistungskomplexen; <input type="checkbox"/>	
13	Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen	Vergütung nach Zeit <input type="checkbox"/> Vergütung nach Leistungskomplexen <input type="checkbox"/>	
14	Indirekte Leistungen	Vergütung nach Zeit <input type="checkbox"/> Vergütung nach Leistungskomplexen <input type="checkbox"/>	

Anhang B: Interviewleitfaden pflegebedürftige Menschen – Erste Erhebungsphase



Interviewleitfaden pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörige

K = Konventioneller Pflegedienst

B = Buurtzorg-Dienst

Fragen vor/während/nach dem Interview:

- Seit wann sind Sie bei Ihrem jetzigen Pflegedienst?
- Wie sieht Ihre Wohnsituation aus? Leben Sie alleine oder mit Angehörigen zusammen?
- Bei welchen Dingen helfen Ihnen Ihre Angehörigen?

Erzählgenerierende Einstiegsfrage
Wie ist es zu Ihrer aktuellen Situation gekommen? Wie kam es dazu, dass Sie einen Pflegedienst in Anspruch genommen haben?
Entscheidung zur Wahl des Pflegedienstes
Wie sind Sie vorgegangen als Sie entschieden haben, dass Ihnen ein Pflegedienst bei Ihrem Alltag helfen könnte? Haben Sie sich vorher informiert? Wenn ja, bei wem oder wo? Wie sind Sie auf den Pflegedienst aufmerksam geworden? Was ist Ihnen bei der Wahl eines Pflegedienstes besonders wichtig?
Wovon haben Sie Ihre Entscheidung für den jetzigen Pflegedienst abhängig gemacht? Inwieweit sind Sie mit der Wahl des Pflegedienstes zufrieden?
B: Haben Sie sich bewusst für einen Buurtzorg-Pflegedienst entschieden? Wenn ja, wieso? Wie sind Sie auf diesen Ansatz aufmerksam geworden? Warum haben Sie sich für diesen Ansatz entschieden?
Entscheidungsprozess über die in Anspruch genommenen Leistungen
Bei welchen Aktivitäten in Ihrem Alltag benötigen Sie Unterstützung? (unabhängig davon, ob durch Ihre Angehörigen oder durch einen Pflegedienst)
Als Sie sich für den Pflegedienst entschieden haben, wie lief der erste Kontakt ab?
K: Wonach haben Sie entschieden, welche Leistungen Sie durch den Pflegedienst in Anspruch nehmen? B: Wonach entscheiden Sie, wie viel Zeit Sie in Anspruch nehmen?
Inwieweit würden Sie sagen, dass die Leistungen / Zeit ausreichend sind / ist? Würden Sie gerne weitere Leistungen / mehr Zeit in Anspruch nehmen? Wenn ja, welche/wieviel und warum?
Gibt es Dinge / Maßnahmen, die Sie gerne in Anspruch nehmen würden, die aber von dem Pflegedienst nicht angeboten werden? Was würde Ihren Alltag zusätzlich erleichtern?
Versorgungssituation
Können Sie mir einmal erzählen, wie ein „typischer“ Tag bei Ihnen abläuft? Wenn die Pflegenden zu Ihnen kommen, wie läuft das dann ab?
Kommen immer die gleichen Pflegekräfte zu Ihnen oder wechseln die Pflegenden sich ab?

Gefördert im Rahmen
des Modellprogramms
nach § 8 Abs. 3 SGB XI



Wie empfinden Sie diese Situation?
Wie würden Sie Ihr Verhältnis zu den Pflegenden beschreiben?
Inwieweit haben Sie das Gefühl, dass sich die Pflegenden untereinander absprechen? Inwieweit haben Sie das Gefühl, dass sich die Pflegenden mit anderen Berufsgruppen austauschen?
Wenn Sie etwas an der Versorgung in der Vergangenheit gestört hat oder in Zukunft stören würde, wie sind Sie vorgegangen / wie würden Sie dann vorgehen?
Seitdem Sie den Pflegedienst in Anspruch nehmen, was hat sich an Ihrer Situation verändert?
Tragen noch andere Personen aus der Familie oder aus der Nachbarschaft zu Ihrer Unterstützung bei? Gibt es einen Austausch zwischen diesen Personen und den Pflegenden?
Kommunikation zwischen Pflegenden und pflegebedürftigen Menschen / Angehörigen
Wenn eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, kann es ja immer mal zu Veränderungen kommen, die einen vor Herausforderungen stellt. Wie gehen Sie damit um? In welchen Situationen haben Sie schon mal außerhalb der Einsätze Kontakt zu dem Pflegedienst aufgenommen? Wie lief das ab? Konnte man Ihnen dann helfen?
Pflegequalität
Was zeichnet aus Ihrer Sicht ein „guter“ Pflegedienst aus?
Was glauben Sie, braucht eine Pflegekraft, um pflegebedürftige Menschen gut zu versorgen? (z.B. Eigenschaften, Kenntnisse, Fähigkeiten)
Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen
Wenn eine Bekannte Ihnen erzählt, dass Sie Unterstützung in Ihrem Alltag benötigt, was würden Sie Ihren Pflegedienst empfehlen? Wenn ja/nein, Warum?
Wenn Zeit und Geld keine Rolle spielt, was würden Sie sich für die Zukunft wünschen?
Alles in allem, wie zufrieden sind Sie mit dem Pflegedienst? Haben Sie schon einmal über einen Wechsel des Pflegedienstes nachgedacht? Wenn ja, warum?
Abschluss
Möchten Sie mir noch etwas erzählen? Gibt es etwas von dem Sie denken es sei wichtig, aber ich habe Sie nicht danach gefragt? Haben Sie noch Fragen an mich?

Anhang C: Interviewleitfaden pflegebedürftige Menschen – Zweite Erhebungsphase



Interviewleitfaden pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörige

K = Konventioneller Pflegedienst

B = Buurtzorg-Dienst

Fragen vor/während/nach dem Interview:

- Seit wann sind Sie bei Ihrem jetzigen Pflegedienst?
- Wie sieht Ihre Wohnsituation aus? Leben Sie alleine oder mit Angehörigen zusammen?
- Bei welchen Dingen helfen Ihnen Ihre Angehörigen?

Erzählgenerierende Einstiegsfrage
Seit unserem letzten Gespräch sind einige Monate vergangen. Wie haben Sie diese Zeit erlebt? Wie hat sich Ihre Situation seitdem entwickelt?
NUR AN DIEJENIGEN, DIE DURCH IHREN PFLEGEDIENST SEIT DEM LETZTEN INTERVIEW EINE KÜNDIGUNG DER VERSORGUNG ERHALTEN HABEN
Wie kam es zu der Kündigung des Versorgungsvertrages? Wie haben Sie von der Kündigung erfahren / Wie wurde Ihnen die Kündigung mitgeteilt?
Welche Gründe wurden Ihnen für die Kündigung genannt? Was waren aus Ihrer persönlichen Perspektive die Gründe?
Was bedeutet die Kündigung für Sie persönlich? Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie davon erfahren haben?
Was haben Sie getan als Sie die Kündigung erhalten haben? Wie verlief die weitere Versorgung?
Falls Sie nach einem anderen Pflegedienst gesucht haben, wie sind Sie bei der Suche vorgegangen? Wovon haben Sie Ihre Entscheidung für den jetzigen Pflegedienst abhängig gemacht? Inwieweit haben Sie bei der Suche nach einem neuen Pflegedienst Unterstützung erhalten?
Wie war für Sie die Übergangszeit?
Wie haben Sie die Pflegenden des ehemaligen Pflegedienstes während der Kündigungszeit erlebt?
Wie hat sich Ihre Situation seit der Kündigung entwickelt? Wie hat sich die Versorgung entwickelt?
Entscheidungsprozess über die in Anspruch genommenen Leistungen
Bei welchen Aktivitäten in Ihrem Alltag benötigen Sie aktuell Unterstützung? durch Ihre Angehörigen? durch Ihren Pflegedienst?
Wie hat sich die Unterstützung seit unserem letzten Gespräch entwickelt? Brauchen Sie mehr oder weniger Unterstützung?
K: Wonach entscheiden Sie, welche Leistungen Sie aktuell durch den Pflegedienst in Anspruch nehmen? Wie kam es zu dieser Entscheidung? B: Wonach entscheiden Sie, wie viel Zeit Sie aktuell in Anspruch nehmen? Wie kam es zu dieser Entscheidung?

Gefördert im Rahmen
des Modellprogramms
nach § 8 Abs. 3 SGB XI



Inwieweit würden Sie sagen, dass die Leistungen / Zeit aktuell ausreichend sind / ist?
 Würden Sie gerne weitere Leistungen / mehr Zeit in Anspruch nehmen? Wenn ja, welche/wieviel und warum?

Gibt es Dinge / Maßnahmen, die Sie aktuell gerne in Anspruch nehmen würden, die aber von dem Pflegedienst nicht angeboten werden?
 Was würde Ihren Alltag zusätzlich erleichtern?

Versorgungssituation

Wie ist das für Sie einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen? Wenn Sie an die Zeit zurück denken, in der Sie noch keinen Pflegedienst in Anspruch genommen haben, was hat sich seitdem verändert? Welche Bedeutung hat der Pflegedienst für Sie?

Können Sie mir einmal erzählen, wie ein „typischer“ Tag bei Ihnen abläuft?
 Wenn die Pflegenden zu Ihnen kommen, wie läuft das dann ab?

Kommen aktuell immer die gleichen Pflegekräfte zu Ihnen oder wechseln die Pflegenden sich ab?

Wie empfinden Sie diese Situation? / Wie hat sich dieser Aspekt in den letzten Monaten entwickelt?

Gab es einen Wechsel der Pflegenden (z.B. durch neue Mitarbeitenden)? Wenn ja, wie war das für Sie?

Wie würden Sie Ihr aktuelles Verhältnis zu den Pflegenden beschreiben?
 Wenn die Pflegenden bei Ihnen zu Hause sind, über welche Themen reden Sie miteinander?

Inwieweit haben Sie das Gefühl, dass sich die Pflegenden aktuell untereinander absprechen?

Inwieweit haben Sie das Gefühl, dass sich die Pflegenden mit anderen Berufsgruppen austauschen?

Wenn Sie etwas an der Versorgung in der Vergangenheit gestört hat oder in Zukunft stören würde, wie sind Sie vorgegangen / wie würden Sie dann vorgehen?

Wenn Sie an die vergangenen Monate denken, was hat sich an Ihrer Situation verändert durch die Unterstützung der Pflegenden?

Tragen aktuell noch andere Personen aus der Familie oder aus der Nachbarschaft zu Ihrer Unterstützung bei?

Gibt es einen Austausch zwischen diesen Personen und den Pflegenden?

Wie hat sich die Unterstützung der Familie oder der Nachbarschaft seit unserem letzten Gespräch verändert?

Kommunikation zwischen Pflegenden und pflegebedürftigen Menschen / Angehörigen

Wenn eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, kann es ja immer mal zu Veränderungen kommen, die einen vor Herausforderungen stellt. Wie gehen Sie damit um?

In welchen Situationen haben Sie schon mal außerhalb der Einsätze Kontakt zu dem Pflegedienst aufgenommen? Wie lief das ab? Konnte man Ihnen dann helfen?

In welchen Situationen haben die Pflegenden Ihnen schon mal Tipps oder Ratschläge gegeben? Wie kam es dazu?

Pflegequalität

Wenn Sie an die vergangenen Monate zurück denken, was würden Sie sagen, zeichnet aus Ihrer Sicht ein „guter“ Pflegedienst aus? Was ist gute Pflege?

Was glauben Sie, braucht eine Pflegekraft, um pflegebedürftige Menschen gut zu versorgen? (z.B. Eigenschaften, Kenntnisse, Fähigkeiten)

Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen

Wenn eine Bekannte Ihnen erzählt, dass Sie Unterstützung in Ihrem Alltag benötigt, was würden Sie Ihren Pflegedienst empfehlen? Wenn ja/nein, Warum?

Wenn Zeit und Geld keine Rolle spielt, was würden Sie sich für die Zukunft wünschen?

Alles in allem, wie zufrieden sind Sie mit dem Pflegedienst?

Haben Sie schon einmal über einen Wechsel des Pflegedienstes nachgedacht?

Wenn ja, warum?

Abschluss

Möchten Sie mir noch etwas erzählen?

Gibt es etwas von dem Sie denken es sei wichtig, aber ich habe Sie nicht danach gefragt?

Haben Sie noch Fragen an mich?

Anhang D: HPS – Häusliche Pflege–Skala

Pseudonym: _____ (wird von dem Forschungsinstitut ausgefüllt)

HPS - Häusliche Pflege-Skala

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Studie „Evaluation eines Modellprojekts zur Umsetzung des niederländischen buurtzorg-Modells in Deutschland“.

Mithilfe dieses Fragebogens möchten wir gerne einige Informationen zu Ihrer Person sammeln. Wie Sie unserem Informationsschreiben entnehmen können, werden alle Daten pseudonymisiert, also ohne direkte Abgaben zu Ihrer Person erhoben. Wir möchten Sie bitten, möglichst alle Fragen zu beantworten. Die Beantwortung des Fragebogens dauert in etwa 10-15 Minuten.

Datum der Erhebung: _____

Angaben zu Ihrer Person

Geburtsjahr: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Familienstand: ledig
 verheiratet
 verwitwet
 geschieden
 in eingetragener Lebenspartnerschaft

In welchem Verhältnis stehen Sie zu der von Ihnen gepflegten Person? Ich bin die/der.....

- Ehefrau / Ehemann / Lebensgefährtin / Lebensgefährte
- Mutter / Vater
- Tochter / Sohn
- Schwiegertochter / Schwiegersohn
- Bruder / Schwester
- Nichte / Neffe
- Tante / Onkel
- Nachbar / Nachbarin
- Freund / Freundin
- Bekannte / Bekannter

In welcher Wohnsituation leben Sie?

- Ich wohne mit der zu pflegenden Person in einem Haushalt
- Ich wohne nicht mit der zu pflegenden Person in einem Haushalt

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die im Zusammenhang mit Ihrer *gegenwärtigen* Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.

Kreuzen Sie zu jeder Aussagen die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!

		stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
1.	Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z.B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang E: Fragebogen Pflegende – Zweite Erhebungsphase



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

vor einiger Zeit haben wir uns bereits an Sie gewandt und um Ihre Mithilfe gebeten.

Um Entwicklungen in einer längerfristigen Perspektive zu erheben, möchten wir Sie noch einmal um Ihre Unterstützung bitten und erläutern Ihnen noch einmal kurz den Hintergrund unserer Studie.

Falls Sie an der Befragung zum ersten Mal teilnehmen, können Sie selbstverständlich auch den Fragebogen ausfüllen. Wir bitten Sie, dies zu Beginn des nachfolgenden Fragebogens kenntlich zu machen (Teil 0).

Wir möchten uns herzlich für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dem Projekt „Evaluation eines Modellprojekts zur Umsetzung des niederländischen buurtzorg-Modells in Deutschland“ bedanken, das derzeit an der Hochschule Osnabrück, an der Fachhochschule Münster und unter der Leitung des Netzwerks Gesundheitswirtschaft Münsterland e.V. durchgeführt wird.

Durch den demografischen Wandel, eine steigende Zahl an pflegebedürftigen Menschen und die Zunahme chronischer Erkrankungen, werden die Pflegedienste vor immer neue Herausforderungen gestellt. Gleichzeitig weisen die Beschäftigten in der Altenpflege einen höheren Krankenstand im Vergleich zur durchschnittlichen Erwerbsbevölkerung auf. Diese Situation wurde von vier Pflegediensten im Münsterland zum Anlass genommen, ein neues Arbeits- und Organisationsmodell für die ambulante Pflege zu erproben, das sich an dem niederländischen „buurtzorg“-Ansatz orientiert. Das Ziel dieses Projektes ist es, zu untersuchen, inwieweit die pflegerische Versorgung nach diesem neuen Arbeits- und Organisationsmodell in Deutschland funktionieren kann. Hierbei wird die Datenerhebung auf Ebene der Leistungserbringer, der Leistungsempfänger und der Rahmenbedingungen durchgeführt, um einen Vergleich zwischen den unterschiedlichen Arbeits- und Organisationsformen zu ermöglichen.

Mit Hilfe des Ihnen vorliegenden Fragebogens möchten wir gerne Informationen zu Ihrer Person, Ihrer Arbeitssituation sowie zu Ihrer Arbeitsmotivation und Ihren Belastungen durch die Arbeit erfassen.

Datenschutz

Der Schutz Ihrer Daten ist uns besonders wichtig. Alle Hinweise zum Schutz Ihrer Daten entnehmen Sie bitte dem beigefügten Aufklärungsschreiben. Zusätzlich würden wir Sie bitten, die beiliegende **Einverständniserklärung zu unterschreiben und in die dafür vorgesehenen Behälter in Ihrem Pflegedienst einzuwerfen.**

Das Ausfüllen des Fragebogens

Ihre Teilnahme an dem Projekt ist selbstverständlich freiwillig. Dabei hoffen wir natürlich, dass Sie sich die Zeit für den Fragebogen nehmen werden. Je mehr Teilnehmer*innen antworten, desto genauer werden die Ergebnisse. Das Ausfüllen dauert etwa eine halbe Stunde.

Die Fragen beziehen sich auf Ihre Arbeitsbedingungen und Ihre Meinung. Aus diesem Grund bitten wir Sie darum, den Fragebogen für sich selbst, d.h. ohne die Mithilfe Anderer zu beantworten. Sollte eine Frage auftauchen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie diese einfach aus. Bitte versuchen Sie trotzdem, so viele Fragen wie möglich zu beantworten.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigelegten Umschlag und werfen sie ihn gemeinsam mit der Einverständniserklärung in den dafür vorgesehenen Behälter in Ihrem Pflegedienst.

Bei Fragen oder Anmerkungen wenden Sie sich gerne an die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen Eva Maria Gruber (Hochschule Osnabrück, Tel.: 0541 / 969 3796) oder Tobias Becker (Fachhochschule Münster, Tel.: 0251 / 83 65883)

Mit vielem Dank für Ihre Unterstützung und freundlichen Grüßen

Ihr Projektteam

Gefördert im Rahmen
des Modellprogramms
nach § 8 Abs. 3 SGB XI



Teil 0

Vorab werden sowohl der persönliche Kode, als auch Zeitpunkt und Häufigkeit der Teilnahme erfragt.

Bevor Sie mit der Beantwortung des Fragebogens beginnen, fügen Sie bitte Ihren persönlichen Kode nach dem im Beispiel vorgegebenen Schema ein.

Beispiel:

Erster Buchstabe im Vornamen Ihrer Mutter:	<input type="text"/>	Mutter Karin:	<input type="text" value="K"/>
Der Monat in dem Ihre Mutter Geburtstag hat:	<input type="text"/>	Die Mutter ist im November geboren:	<input type="text" value="11"/>
Erster Buchstabe im Vornamen Ihres Vaters:	<input type="text"/>	Vater Paul:	<input type="text" value="P"/>
Der Monat, in dem Ihr Vater Geburtstag hat:	<input type="text"/>	Der Vater ist im August geboren:	<input type="text" value="08"/>

Geben Sie bitte das Datum an, an dem Sie den Fragebogen ausfüllen: _____

Haben Sie diesen Fragebogen schon einmal ausgefüllt?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein

Teil A

Der erste Teil enthält Fragen zum Pflegedienst, in dem Sie arbeiten und zu Ihrer persönlichen Situation.

1. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

_____ (Jahreszahl)

2. Welches Geschlecht haben Sie?

<input type="checkbox"/>	1 weiblich
<input type="checkbox"/>	2 männlich
<input type="checkbox"/>	3 divers
<input type="checkbox"/>	4 keine Angaben

3. Wo wurden Sie geboren?

<input type="checkbox"/> 1	in derselben Stadt / Umgebung, in der ich arbeite
<input type="checkbox"/> 2	in einer anderen Gegend, aber in Deutschland
<input type="checkbox"/> 3	in einem anderen Land

4. Bitte geben Sie den Namen des Pflegedienstes an, in dem Sie arbeiten

<input type="checkbox"/> 1	Sander Ibbenbüren
<input type="checkbox"/> 2	Sander Hopsten
<input type="checkbox"/> 3	Sander Nordwalde
<input type="checkbox"/> 4	Buurtzorg Hörstel
<input type="checkbox"/> 5	Buurtzorg Münster
<input type="checkbox"/> 6	Buurtzorg Recke
<input type="checkbox"/> 7	Buurtzorg Riesenbeck
<input type="checkbox"/> 8	Buurtzorg Lotte
<input type="checkbox"/> 9	Buurtzorg Aachen
<input type="checkbox"/> 10	Caritas Münster
<input type="checkbox"/> 11	Caritas Aachen

5. Welche berufliche Position haben Sie?

<input type="checkbox"/> 1	Leitende Position
<input type="checkbox"/> 2	Stellvertretende leitende Person
<input type="checkbox"/> 3	Ohne leitende Position

6. Wie viele pflegebedürftige Menschen versorgen Sie durchschnittlich während einer Tour bzw. Schicht?

Ungefähr _____ pflegebedürftige Menschen

7. Gibt es in Ihrem Arbeitsbereich derzeit freie Stellen für Pflegepersonal?

<input type="checkbox"/> 1	ja
<input type="checkbox"/> 2	nein
<input type="checkbox"/> 3	weiß nicht

8. Wie hoch ist die Anzahl ihrer vertraglich vereinbarten Arbeitsstunden pro Woche?

_____ Stunden pro Woche

9. Haben Sie einen unbefristeten Arbeitsvertrag?

a.

<input type="checkbox"/> 1	ja
<input type="checkbox"/> 2	nein

b. Falls nein: wann endet der Vertrag: _____ / _____

Monat/Jahre

10. Welcher ist Ihr höchster Schulabschluss?

<input type="checkbox"/> 1	kein Schulabschluss
<input type="checkbox"/> 2	Volks- / Hauptschulabschluss
<input type="checkbox"/> 3	Berufsfachschule / mittlere Reife
<input type="checkbox"/> 4	Abitur / Fachabitur

11. Wie viele Jahre hat Ihre Ausbildung in der Pflege gedauert?

<input type="checkbox"/>	1	weniger als ein Jahr
<input type="checkbox"/>	2	1 Jahr
<input type="checkbox"/>	3	2 Jahre
<input type="checkbox"/>	4	3 Jahre
<input type="checkbox"/>	5	4 Jahre
<input type="checkbox"/>	6	länger als 4 Jahre

12. Welche Art der Ausbildung in der Pflege haben Sie?

<input type="checkbox"/>	1	Keine
<input type="checkbox"/>	2	Altenpflegehelfer*in
<input type="checkbox"/>	3	Altenpfleger*in
<input type="checkbox"/>	4	Krankenpflegehelfer*in
<input type="checkbox"/>	5	Krankenschwester /-pfleger
<input type="checkbox"/>	6	Gesundheits- und Krankenpfleger*in
<input type="checkbox"/>	7	Kinderkrankenpflegehelfer*in
<input type="checkbox"/>	8	Kinderkrankenschwester /-pfleger
<input type="checkbox"/>	9	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in
<input type="checkbox"/>	10	Pflegefachmann / Pflegefachfrau
<input type="checkbox"/>	12	Akademisches Studium
<input type="checkbox"/>	11	Andere: _____

13. An wie vielen Tagen haben Sie in den vergangenen 12 Monaten an beruflichen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilgenommen?

_____ Tage

14. Wie lange arbeiten Sie schon in der Pflege? (Bitte ohne die Ausbildungszeiten angeben.)

_____ Jahre

15. Wie lange arbeiten Sie schon in der ambulanten Pflege? (Bitte ohne die Ausbildungszeiten angeben.)

_____ Jahre

16. In wie vielen verschiedenen Krankenhäusern, Pflegeheimen, ambulanten Diensten oder anderen Gesundheitseinrichtungen haben Sie bisher gearbeitet?

_____ Einrichtungen

17. Wie lange arbeiten Sie bereits für Ihren jetzigen Arbeitgeber?

<input type="checkbox"/>	weniger als 6 Monate
<input type="checkbox"/>	6 bis 12 Monate
<input type="checkbox"/>	1-2 Jahre
<input type="checkbox"/>	3-5 Jahre
<input type="checkbox"/>	über 5 Jahre

18. Üben Sie neben Ihrer hauptberuflichen Tätigkeit noch andere Erwerbstätigkeiten aus?

a.

<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja

b. Falls ja: wie viele Stunden pro Woche? _____ Stunden

19. Haben Sie andere Pflegeaufgaben außerhalb der beruflichen? (z.B. Angehörige zu pflegen; ohne die Betreuung von Kindern)

a.

<input type="checkbox"/> 1	nein
<input type="checkbox"/> 2	ja

b. Falls ja: wie viele Stunden pro Woche? _____ Stunden

20. Wie oft ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie zur Arbeit gegangen sind, obwohl Sie mit Rücksicht auf Ihre Gesundheit hätten zuhause bleiben sollen?

_____ Mal

21. Hat es in den letzten 12 Monaten Versuche gegeben, Sie abzuwerben?

<input type="checkbox"/> 1	nein
<input type="checkbox"/> 2	ja, und zwar aus dem Bereich der Pflege
<input type="checkbox"/> 3	ja, und zwar aus dem Bereich außerhalb der Pflege
<input type="checkbox"/> 4	Ja, sowohl aus dem Bereich Pflege, als auch außerhalb der Pflege

22. Wie schätzen Sie die derzeitige Beschäftigungssituation für Pflegekräfte in Ihrer Region ein?

<input type="checkbox"/> 1	es ist sehr schwierig ,	eine Arbeitsstelle zu bekommen
<input type="checkbox"/> 2	es ist eher schwierig ,	eine Arbeitsstelle zu bekommen
<input type="checkbox"/> 3	es ist nicht so einfach ,	eine Arbeitsstelle zu bekommen
<input type="checkbox"/> 4	es ist eher einfach ,	eine Arbeitsstelle zu bekommen
<input type="checkbox"/> 5	es ist sehr einfach ,	eine Arbeitsstelle zu bekommen

Teil B

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Arbeit im Allgemeinen.

23. Wie zufrieden sind Sie mit...

		sehr un- zufrieden	un- zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
a.	den Zukunftsaussichten Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b.	der psychologischen Unterstützung an Ihrem Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c.	Ihren Möglichkeiten, den Patienten die Pflege zu geben, die sie benötigen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

24. Befürchten Sie...

		nein	ja
a.	arbeitsunfähig zu werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b.	einen neuen Dienstplan zu erhalten, der für Sie ungeeignet ist?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

25. Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht...

		nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag	nicht zutreffend
a.	sich in der Pflege weiter zu qualifizieren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b.	sich außerhalb der Pflege weiter zu qualifizieren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c.	Ihren Pflegeberuf aufzugeben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d.	Ihren Pflegeberuf aufzugeben und eine andere berufliche Tätigkeit zu beginnen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

26. Wie oft im Laufe des letzten Jahres haben Sie daran gedacht...

		nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
a.	in einen anderen Tourenbereich oder zu einer anderen Filiale des Dienstes zu wechseln?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b.	zu einem Krankenhaus zu wechseln?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c.	sich nach einer Stelle in einem anderen ambulanten Dienst umzuschauen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d.	in ein Pflegeheim zu wechseln?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e.	in eine Praxis zu wechseln?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f.	sich selbstständig zu machen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

27. Im Folgenden finden Sie eine Liste von Aussagen, die Ihre Beziehung zu Ihrer Einrichtung zum Ausdruck bringen sollen. Bitte kennzeichnen Sie, wie zutreffend sie sind.

		nein, völlig unzu- treffend	nicht so zu- treffend	teilweise zu- treffend	ziemlich zu- treffend	ja, völlig zu- treffend
a.	Ich fühle mich dieser Einrichtung sehr zugehörig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b.	Diese Einrichtung hat eine große persönliche Bedeutung für mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c.	Ich fühle mich nicht als Teil dieser Einrichtung.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d.	Ich fühle mich dem Pflegeberuf sehr verbunden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e.	Der Pflegeberuf hat eine große persönliche Bedeutung für mich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f.	Ich bin stolz, dem Pflegeberuf anzugehören.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g.	Ich fühle mich nicht als ein Teil der Pflegeberufsgruppe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Teil C

Dieser Teil bezieht sich auf Inhalte Ihrer Arbeit.

28. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

		in sehr geringem Maß	in geringem Maß	etwas	in gewissem Maß	in großem Maß
a.	Erfordert Ihre Arbeit Eigeninitiative?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b.	Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit motiviert und engagiert?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

29. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

		nie / fast nie	selten	manch- mal	häufig	immer
a.	Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b.	Haben Sie genug Zeit, um mit Patienten zu reden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c.	Haben Sie Angst, Fehler zu machen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

30. Wie zutreffend sind die folgenden Aussagen in Bezug auf Ihre persönliche Arbeitssituation?

		völlig unzutreffend	nicht so zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend
a.	Ich kann mit bestimmen, welche Art von Aufgaben mir aufgetragen wird.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b.	Ich kann selbst entscheiden, wie ich die mir aufgetragenen Aufgaben erledige.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c.	Ich kann mein eigenes Arbeitstempo bestimmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d.	Ich kann bestimmen, wann ich die mir aufgetragenen Aufgaben erledige.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

31. Wie häufig sind Sie persönlich an einem typischen Arbeitstag mit folgenden Tätigkeiten beschäftigt?

		0-1 Mal täglich	2-5 Mal täglich	6-10 Mal täglich	mehr als 10 Mal täglich
a.	Betten und Lagern von Patienten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b.	Umsetzen, Umlagern oder Tragen von Patienten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c.	Anheben von Patienten im Bett ohne Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d.	Patienten mobilisieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e.	Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden) von Patienten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f.	Patienten ankleiden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
g.	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
h.	Schieben von Patientenbetten, Essens- oder Wäschewagen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
i.	Einnehmen einer unbequemen Körperhaltung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

32. Wie viele Stunden müssen Sie an einem typischen Arbeitstag stehen oder gehen?

<input type="checkbox"/> 1	weniger als 2 Stunden
<input type="checkbox"/> 2	2 bis 3 Stunden
<input type="checkbox"/> 3	4 bis 5 Stunden
<input type="checkbox"/> 4	6 Stunden und mehr

33. Stehen Ihnen technische Hebehilfen (Patientenlifter etc.) in Ihrem Arbeitsbereich zur Verfügung?

<input type="checkbox"/> 1	nein		
<input type="checkbox"/> 2	ja -> Falls ja: Benutzen Sie diese routinemäßig?	<input type="checkbox"/> 3	ja
		<input type="checkbox"/> 4	nein

34. Wenn Sie an einen typischen Arbeitstag denken, führen Sie Tätigkeiten aus, die Ihrer Meinung nach nicht in Ihr berufliches Aufgabengebiet gehören?

<input type="checkbox"/>	1	nein, eigentlich nie
<input type="checkbox"/>	2	ja, in bis zu 20% meiner Arbeitszeit
<input type="checkbox"/>	3	ja, in mehr als 20% meiner Arbeitszeit

35. Wie häufig müssen Sie Aufgaben erledigen, für die Sie nicht qualifiziert genug sind?

<input type="checkbox"/>	1	nie
<input type="checkbox"/>	2	weniger als einmal pro Woche
<input type="checkbox"/>	3	etwa 1 bis 5 mal pro Woche
<input type="checkbox"/>	4	etwa 1 bis 5 mal pro Tag
<input type="checkbox"/>	5	ständig

36. Wie oft erhalten Sie wichtige Informationen zu Ihrer Arbeit nur unzureichend oder zu spät?

<input type="checkbox"/>	1	nie
<input type="checkbox"/>	2	weniger als einmal pro Woche
<input type="checkbox"/>	3	etwa 1 bis 5 mal pro Woche
<input type="checkbox"/>	4	etwa 1 bis 5 mal pro Tag
<input type="checkbox"/>	5	ständig

37. Wie oft erhalten Sie widersprüchliche oder unvereinbare Arbeitsanweisungen?

<input type="checkbox"/>	1	nie
<input type="checkbox"/>	2	weniger als einmal pro Woche
<input type="checkbox"/>	3	etwa 1 bis 5 mal pro Woche
<input type="checkbox"/>	4	etwa 1 bis 5 mal pro Tag
<input type="checkbox"/>	5	ständig

38. Im Folgenden sind Situationen beschrieben, die gewöhnlich bei der Arbeit auftreten. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie sich durch solche Situationen belastet fühlen.

		Hierdurch fühle ich mich belastet:				
		nie	manch- mal	häufig	sehr häufig	kommt nicht vor
a.	Ein Arzt informiert unzureichend über den Krankheitszustand eines Patienten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b.	Eine ärztliche Anordnung zur Behandlung eines Patienten scheint mir als unpassend.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c.	Ein Arzt ist in Notfällen abwesend.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d.	Es besteht Unkenntnis darüber, was einem Patienten oder seinen Angehörigen über den Krankheitszustand und die Behandlung mitgeteilt werden kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e.	Es besteht Unsicherheit über die Bedienung und Funktionsweise spezieller Geräte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

B. Angaben zur Arbeit und Tätigkeit

B.1: Die folgenden Fragen betreffen die Anforderungen bei Ihrer Arbeit.

		immer	oft	manch- mal	selten	nie / fast nie
1.	Müssen Sie sehr schnell arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Arbeiten Sie den ganzen Tag mit hohem Tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Kommen Sie mit Ihrer Arbeit in Rückstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Müssen Sie Überstunden machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Gehört es zu Ihrer Arbeit, sich mit den persönlichen Problemen anderer Menschen zu beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.1: Anforderungen bei der Arbeit (Teil 2).

		in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
7.	Ist Ihre Arbeit emotional fordernd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, sich mit Ihrer Meinung zurück zu halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.2: Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

		in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1.	Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Meine Arbeit beansprucht so viel Energie, dass sich dies negativ auf mein Privatleben auswirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Meine Arbeit nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass sich dies negativ auf mein Privatleben auswirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich erledige berufliche Dinge auch außerhalb meiner Arbeitszeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	In meiner Freizeit bin ich für Personen, mit denen ich beruflich zu tun habe, erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.3: Die folgenden Fragen betreffen Ihre Einflussmöglichkeiten und Ihren Spielraum bei der Arbeit.

		immer	oft	manch- mal	selten	nie / fast nie
1.	Haben Sie großen Einfluss auf Entscheidungen, die Ihre Arbeit betreffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Urlaub machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.4: Entwicklungsmöglichkeiten und die Bedeutung der Arbeit (Teil 1).

		immer	oft	manch- mal	selten	nie / fast nie
1.	Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.5: Entwicklungsmöglichkeiten und Bedeutung (Teil 2).

		in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1.	Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ist Ihre Arbeit sinnvoll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Sind Sie stolz, dieser Einrichtung anzugehören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Erzählen Sie anderen gerne über Ihren Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.6: Nun einige Fragen zu Regelungen und Abläufen bei Ihrer Arbeit.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Werden Sie rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert, z.B. über wichtige Entscheidungen, Veränderungen oder Pläne für die Zukunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wissen Sie genau, was von Ihnen bei der Arbeit erwartet wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die eigentlich auf andere Weise getan werden sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.7: Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß Ihre unmittelbare Vorgesetzte/Ihr unmittelbarer Vorgesetzter ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß	keine/n Vorgesetzte/n
1. ... für gute Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiter/innen sorgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimisst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... die Arbeit gut plant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Konflikte gut löst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.8: Die folgenden Fragen betreffen Ihr Verhältnis zu Ihren Kollegen/innen und zu Ihrem/Ihrer Vorgesetzten.

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie	habe keine/n Vorgesetzte/n
1. Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen/innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie oft sind Ihre Kollegen/innen bei Bedarf bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihrem/Ihrer unmittelbaren Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie oft ist Ihr/e unmittelbare/r Vorgesetzte/r bei Bedarf bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie oft spricht Ihr/e Vorgesetzte/r mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie oft sprechen Ihre Kollegen/innen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Können Sie sich mit Kollegen/innen unterhalten, während Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen/innen gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen/innen gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie oft fühlen Sie sich durch Kollegen/innen oder Vorgesetzte zu Unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.8a: Die nächsten Fragen beziehen sich nicht auf Ihre eigene Tätigkeit, sondern auf den Arbeitsplatz an sich.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Vertraut das Management / die Führung darauf, dass die Mitarbeiter/innen ihre Arbeit gut machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Können die Mitarbeiter/innen den Informationen vertrauen, die vom Management / der Führung kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Werden Konflikte auf gerechte Weise gelöst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wird die Arbeit gerecht verteilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erfährt Ihre Arbeit Anerkennung und Wertschätzung durch das Management / die Führung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.8b: Die folgenden Fragen betreffen Ihre Arbeitsumgebung.

		immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1.	Wie häufig müssen Sie körperlich schwer arbeiten, z.B. schwer heben, tragen oder stemmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Wie häufig sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz Lärm oder lauten Umgebungsgläuschen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Wie häufig kommen Sie bei Ihrer Arbeit mit Chemikalien bzw. Gefahrstoffen in Berührung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Wie häufig sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz Zugluft bzw. extremen Temperaturen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Wie häufig sind Sie bei der Arbeit schlechter Luft ausgesetzt, z.B. Zigarettenrauch, Gasen oder Ähnlichem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Wie häufig sind Sie bei der Arbeit schlechten Lichtverhältnissen ausgesetzt, z. B. grelles oder schwaches Licht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.9: Machen Sie sich Sorgen, dass ...

		in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1.	... Sie arbeitslos werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... neue Technologien Sie überflüssig machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	... man Sie gegen Ihren Willen auf eine andere Arbeitsstelle versetzen könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	... Ihre Arbeitszeiten gegen Ihren Willen verändert werden (z.B. Arbeitstage, Schichtpläne, Arbeitsbeginn- und ende)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	... Ihr Lohn/Gehalt verringert werden könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.10: Wie oft haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate daran gedacht ...

		nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
1.	... Ihren Beruf aufzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... Ihre Arbeitsstelle zu wechseln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.11: Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit...

	sehr zufrieden	zufrieden	teils-teils	unzufrieden	sehr unzufrieden
1. ... Ihren Berufsperspektiven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... den Leuten, mit denen Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... den körperlichen Arbeitsbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... Ihrem Lohn/Gehalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun einige Fragen zu Arbeit und Gesundheit

B.12: Ihr Gesundheitszustand: Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Gesundheitszustand? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlechtesten denkbaren Gesundheitszustand					besten denkbaren Gesundheitszustand					

B.13: Energie und psychisches Wohlbefinden: Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft. Wie häufig...

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. ... sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... kommen Sie zur Arbeit, obwohl Sie sich richtig krank und unwohl fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... können Sie in Ihrer Freizeit die Arbeit nicht vergessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.14: Wie oft treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. Bei meiner Arbeit bin ich voller Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin von meiner Arbeit begeistert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich gehe völlig in meiner Arbeit auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren derzeitigen Beruf. Bitte geben Sie für jede der Fragen an, ob Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.

		<i>stimme gar nicht zu</i>	<i>stimme nicht zu</i>	<i>stimme zu</i>	<i>stimme voll zu</i>
ERI1	Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI2	Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI3	Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI4	Ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI5	Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI6	Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI7	Ich erhalte von meinem Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI8	Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI9	Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI10	Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI11	Ich erfahre - oder erwarte - eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI12	Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI13	Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI14	Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI15	Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERI16	Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren derzeitigen Beruf. Bitte geben Sie für jede der Fragen an, ob Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.

		<i>stimme gar nicht zu</i>	<i>stimme nicht zu</i>	<i>stimme zu</i>	<i>stimme voll zu</i>
OC1	Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC2	Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC3	Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC4	Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC5	Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf rum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC6	Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf ihre Arbeitsfähigkeit.

Sind Sie bei Ihrer Arbeit...	
vorwiegend geistig tätig?	O ₁
vorwiegend körperlich tätig?	O ₂
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?	O ₃

1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit										
Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)										
O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆	O ₇	O ₈	O ₉	O ₁₀
völlig arbeitsunfähig									derzeit die beste Arbeitsfähigkeit	

2. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen					
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?					
sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht	
O ₅	O ₄	O ₃	O ₂	O ₁	
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?					
sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht	
O ₅	O ₄	O ₃	O ₂	O ₁	

3. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten				
Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.				
1	Unfallverletzungen	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
	Rücken	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Arm/Hand	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Bein/Fuß	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	anderes Körperteil	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
	oberer Bereich des Rückens oder der Halswirbelsäule, wiederholte Schmerzen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Beschwerden im unteren Bereich des Rückens, wiederholte Schmerzen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	vom Rücken in das Bein ausstrahlender Schmerz/Ischias	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Muskel-Skelett-Beschwerden der Gliedmaßen (Hand, Fuß), wiederholte Schmerzen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	rheumatische Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	andere Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

3. Fortsetzung Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten

**Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an.
Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.**

	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
3	<i>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</i>		
	Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Herzleistungsschwäche	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
4	<i>Atemwegserkrankungen</i>		
	wiederholte Atemwegsinfektionen (auch Mandelentzündung, Nebenhöhlenentzündung, Bronchitis)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	chronische Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Bronchialasthma	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Lungenemphysem	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	andere Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
5	<i>Psychische Erkrankungen</i>		
	schwere psychische Erkrankungen (z.B. schwere Depressionen, Psychosen, Verwirrtheit, Halluzinationen)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	leichte psychische Störungen oder Probleme (z.B. leichte Depressionen, Angespanntheit, Angstzustände, Schlaflosigkeit)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
6	<i>Neurologische und sensorische Erkrankungen</i>		
	Schwerhörigkeit oder Hörschaden	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Erkrankungen oder Verletzungen der Augen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	neurologische Krankheit (z.B. Schlaganfall, Neuralgie, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	andere neurologische oder sensorische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
7	<i>Erkrankungen des Verdauungssystems</i>		
	Erkrankungen der Galle, Gallensteine	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Gastritis- oder Zwölffingerdarmreizung	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Dickdarmreizung, Kolitis	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
8	<i>Geschlechts- und Harnwegserkrankungen</i>		
	Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Nierenleiden	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Krankheit der Geschlechtsorgane (z.B. Eileiterinfektion bei Frauen oder Prostatainfektion bei Männern)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	andere Geschlechts- und Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0

3. Fortsetzung Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
9 Hautkrankheiten			
allergischer Hautausschlag, Ekzeme	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
anderer Hautausschlag	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
andere Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10 Tumore			
gutartiger Tumor	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
bösartiger Tumor (Krebs)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11 Hormon- und Stoffwechselerkrankungen			
Fettleibigkeit, Übergewicht	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Kropf oder Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
andere Hormon- und Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
12 Blutkrankheiten			
Anämie	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
andere Blutkrankheit	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
13 Geburtsfehler			
Geburtsfehler	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14 andere Leiden oder Krankheiten; welche?			
_____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit? Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwort-Möglichkeit an.

Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung	O₆
Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden	O₅
Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern	O₄
Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern	O₃
Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten	O₂
Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig	O₁

5. Krankenstand im vergangenen Jahr (12 Monate)

Wie viele ganze Tage sind Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Unfall) in den letzten 12 Monaten der Arbeit ferngeblieben?

überhaupt keinen	O ₅
höchstens 9 Tage	O ₄
10 - 24 Tage	O ₃
25 - 99 Tage	O ₂
100 - 365 Tage	O ₁

6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

unwahrscheinlich	nicht sicher	ziemlich sicher
O ₁	O ₄	O ₇

7. Psychische Leistungsreserven

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O ₄	O ₃	O ₂	O ₁	O ₀

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

immer	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O ₄	O ₃	O ₂	O ₁	O ₀

Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

ständig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O ₄	O ₃	O ₂	O ₁	O ₀

Der Fragebogen endet an dieser Stelle. Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Teilnahme bedanken!

Bitte legen Sie den Fragebogen zurück in den DIN A5 Umschlag und werfen ihn mit der unterschriebenen Einverständniserklärung getrennt voneinander in die dafür vorgesehene Box.

Anhang F: Interviewleitfaden Pflegende – Erste Erhebungsphase



Interviewleitfaden Pflegende

Pseudonym des Befragten:

Erster Buchstabe im Vornamen Ihrer Mutter:

Der Monat in dem Ihre Mutter Geburtstag hat:

Erster Buchstabe im Vornamen Ihres Vaters:

Der Monat, in dem Ihr Vater Geburtstag hat:

Erzählgenerierende Einstiegsfrage / Entscheidung für die ambulante Pflege als Arbeitsfeld
Warum haben Sie sich dazu entschieden in der ambulanten Pflege zu arbeiten? Wie kam es dazu? / Inwieweit handelte es sich dabei um eine bewusste Entscheidung für die Pflege?
Tätigkeit in der ambulanten Pflege
Wie erleben Sie die Arbeit in der ambulanten Pflege? Was zeichnet aus Ihrer Sicht die Arbeit in der ambulanten Pflege im Gegensatz zu anderen Settings aus?
Wie beurteilen Sie die aktuelle Arbeitssituation? Vor welchen Herausforderungen stehen Sie bei Ihrer täglichen Arbeit?
Erwartungen an den eigenen Arbeitsplatz / Arbeitgeber
Welche Erwartungen haben Sie an einen Arbeitgeber?
Was muss vorhanden sein, damit Sie gerne in der ambulanten Pflege langfristig arbeiten?
Inwieweit gelingt es für Sie persönlich Familie und Beruf zu vereinbaren?
Arbeit nach dem Buurtzorg-Ansatz
Wie kam es dazu, dass Sie sich für eine Stelle in einem Buurtzorg-Team entschieden haben? Wie haben Sie von dem Modell gehört?
Wie sieht die Arbeit in einem Buurtzorg-Team aus? Wie empfinden Sie die Arbeit im Team mit Ihre Kolleg*innen? Wie verläuft wie Arbeit mit den Coaches?
Was sind aus Ihrer Sicht die größten Unterschiede zwischen der Arbeit in einem Buurtzorg-Team und in einem konventionellen Team? Welche Unterschiede können Sie hinsichtlich Maßnahmen zur Digitalisierung und Entbürokratisierung feststellen?
Nach dem Buurtzorg-Ansatz arbeiten Sie in selbstbestimmten Teams. Wie empfinden Sie diese Arbeit? Wie gehen Sie mit möglichen Konflikten um? Wie verlaufen die Entscheidungen bezüglich möglicher Bewerber*innen / Aufnahme neuer pflegebedürftiger Menschen? Nach welchen Kriterien wird entschieden?
Welche Fertigkeiten und Kenntnisse werden bei der Arbeit in dem Buurtzorg-Team abverlangt? Wenn Sie die Tätigkeit im Buurtzorg-Team mit der in konventionellen Teams vergleichen, handelt es sich dann um andere Fertigkeiten/Kenntnisse? Haben Sie dafür besondere Schulungen benötigt oder hätten Sie sich diese gewünscht?
Sie haben eben über Ihre Erwartungen an einen Arbeitgeber gesprochen. Inwieweit werden diese Erwartungen bei Ihrer Stelle im Buurtzorg-Team erfüllt?
Wo sehen Sie Chancen und Grenzen des Buurtzorg-Ansatzes?
Arbeit mit den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen

Gefördert im Rahmen
des Modellprogramms
nach § 8 Abs. 3 SGB XI



Wenn Sie einen neuen pflegebedürftigen Menschen aufnehmen, wie läuft der erste Kontakt mit dem pflegebedürftigen Menschen ab / was sind die ersten Schritte?
Nach welchen Kriterien wird entschieden, welche pflegerischen Maßnahmen bei dem pflegebedürftigen Menschen notwendig sind? Wie erleben Sie diesen Aushandlungsprozess?
Inwieweit erhalten die pflegebedürftigen Menschen die aus Ihrer pflegerischen Perspektive heraus notwendigen Maßnahmen?
Wie empfinden Sie die Kommunikation mit den pflegebedürftigen Menschen und Ihren Angehörigen?
Zu dem Buurtzorg-Modell zählt auch der Einbezug des sozialen Umfeldes der pflegebedürftigen Menschen. Einen Schwerpunkt hierbei stellt die Nachbarschaftspflege dar. Wie erleben Sie diesen Ansatz, das soziale Umfeld stärker mit einzubeziehen? Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?
Eigene Entwicklungsmöglichkeiten
Inwieweit können Sie Ihre eigenen Kenntnisse (z.B. auch Weiterbildungen) bei der Arbeit einbringen?
Wie empfinden Sie Ihre eigenen Entwicklungsmöglichkeiten in Ihrem Buurtzorg-Team?
Inwieweit können Sie eigene/neue Ideen und Initiativen in Bezug auf Ihr Arbeitsumfeld einbringen?
Berufliche Zukunftsperspektiven
Wie denken Sie über Ihre eigene berufliche Zukunft?
Inwieweit können Sie sich vorstellen in Zukunft weiterhin in der ambulanten Pflege / in einem Buurtzorg-Team zu arbeiten?
Stellen Sie sich vor, eine befreundete Pflegekraft fragt Sie nach Empfehlungen für einen neuen Arbeitgeber in der ambulanten Pflege. Würden Sie Ihren eigenen empfehlen?
Wie schätzen Sie die Zukunft des Buurtzorg-Ansatzes in Deutschland ein?
Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen
Alles in allem, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz?
Gehen wir einmal 10 Jahre voraus: was denken Sie müssen Arbeitgeber in der ambulanten Pflege machen, um zukunftsfähig zu bleiben? Was muss aus Ihrer Sicht passieren, um die Personalsituation in der ambulanten Pflege zu verändern? Was wünschen Sie sich in diesem Zusammenhang für die Zukunft?
Abschluss
Möchten Sie mir noch etwas erzählen? Gibt es etwas von dem Sie denken es sei wichtig, aber ich habe Sie nicht danach gefragt? Haben Sie noch Fragen an mich?

Soziodemografische Daten:

- Alter, Geschlecht, Berufsausbildung, Dauer der Tätigkeit bei dem jetzigen Arbeitgeber

Anhang G: Interviewleitfaden Pflegende – Zweite Erhebungsphase



Interviewleitfaden Pflegende – Zweite Erhebungsphase

Pseudonym des Befragten: (Hinführung durch Tobi)

Erster Buchstabe im Vornamen Ihrer Mutter:	<input type="text"/>
Der Monat in dem Ihre Mutter Geburtstag hat:	<input type="text"/>
Erster Buchstabe im Vornamen Ihres Vaters:	<input type="text"/>
Der Monat, in dem Ihr Vater Geburtstag hat:	<input type="text"/>

Interviewleitfaden Pflegende – Zweite Erhebungsphase

Erzählgenerierende Einstiegsfrage / Entwicklung seit dem letzten Interview
Seit unserem letzten Gespräch ist ein Jahr vergangen. Wie haben Sie das vergangene Jahr erlebt? Welchen Einfluss hatte die Covid-Pandemie?
Wie hat sich Ihr Team in dem letzten Jahr entwickelt?
Wie hat sich Ihr Kund*innenstamm im letzten Jahr entwickelt?
Wie sehen Sie die jüngsten Entwicklungen bei Buurtzorg- Deutschland und was bedeutet das für Sie persönlich?
Arbeit nach dem Buurtzorg-Ansatz
Inwieweit arbeitet Ihr Team aktuell nach dem Bestandteilen des Buurtzorg-Ansatzes?
Wie sieht die Arbeit aktuell in Ihrem Buurtzorg-Team aus? Wie verläuft die Arbeit mit den Coaches / mit dem BackOffice?
Welche Bedeutung hat die Zusammensetzung des Teams? Nach welchen Kriterien werden neue Teammitglieder ausgewählt?
Wie gehen Sie mit möglichen Konflikten in Ihrem Team um? Wenn es zu Konflikten kommt, welche Gründe bestehen hierfür?
In unserem letzten Gespräch haben wir über Ihre Erwartungen an einen Arbeitgeber gesprochen. Inwieweit werden diese Erwartungen aktuell bei Ihrer Stelle im Buurtzorg-Team erfüllt?
Aus Ihrer Perspektive: was ist notwendig, damit der Buurtzorg-Ansatz in Deutschland umgesetzt werden kann?
Wo sehen Sie Chancen und Grenzen des Buurtzorg-Ansatzes?
Wie schätzen Sie die Digitalisierung in den Buurtzorg-Teams ein? Welche Maßnahmen werden unternommen?
Arbeit mit den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen
Nach welchen Kriterien wird aktuell entschieden, welche pflegerischen Maßnahmen bei dem pflegebedürftigen Menschen notwendig sind? Hat sich im letzten Jahr etwas verändert?
Inwieweit erhalten aktuell die pflegebedürftigen Menschen die aus Ihrer pflegerischen Perspektive heraus notwendigen Maßnahmen?
Wie empfinden Sie die Kommunikation mit den pflegebedürftigen Menschen und Ihren Angehörigen? Wie hat sich die Kommunikation im vergangenen Jahr entwickelt?
Wie erleben Sie die Umsetzung der Nachbarschaftspflege / Einbezug des sozialen Umfeldes?
Eigene Entwicklungsmöglichkeiten
Inwieweit können Sie Ihre eigenen Kenntnisse (z.B. auch Weiterbildungen) bei der Arbeit einbringen?
Wie empfinden Sie aktuell Ihre eigenen Entwicklungsmöglichkeiten in Ihrem Buurtzorg-Team? Welche Erfahrungen bei Buurtzorg sind für Ihre eigenen Entwicklungsmöglichkeiten bedeutsam?
Inwieweit können Sie eigene/neue Ideen und Initiativen in Bezug auf Ihr Arbeitsumfeld einbringen?

Gefördert im Rahmen
des Modellprogramms
nach § 8 Abs. 3 SGB XI



Berufliche Zukunftsperspektiven

Wie denken Sie aktuell über Ihre eigene berufliche Zukunft?

Inwieweit können Sie sich vorstellen in Zukunft weiterhin in der ambulanten Pflege / in einem Buurtzorg-Team zu arbeiten?

Stellen Sie sich vor, eine befreundete Pflegekraft fragt Sie nach Empfehlungen für einen neuen Arbeitgeber in der ambulanten Pflege. Würden Sie Ihren eigenen aktuell empfehlen?

Wie schätzen Sie die Zukunft des Buurtzorg-Ansatzes in Deutschland ein?

Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen

Alles in allem, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz? Wie hat sich die Zufriedenheit im letzten Jahr verändert?

Gehen wir einmal 10 Jahre voraus: was denken Sie müssen Arbeitgeber in der ambulanten Pflege machen, um zukunftsfähig zu bleiben?

Was muss aus Ihrer Sicht passieren, um die Personalsituation in der ambulanten Pflege zu verändern?

Was wünschen Sie sich in diesem Zusammenhang für die Zukunft?

Abschluss

Möchten Sie mir noch etwas erzählen?

Gibt es etwas von dem Sie denken es sei wichtig, aber ich habe Sie nicht danach gefragt?

Haben Sie noch Fragen an mich?

Soziodemografische Daten:

- Alter, Geschlecht, Berufsausbildung, Dauer der Tätigkeit bei dem jetzigen Arbeitgeber

Anhang H: Fragebogen Pflegedienstleitung



Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst einmal möchten wir uns herzlich für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dem Projekt „Evaluation eines Modellprojekts zur Umsetzung des niederländischen buurtzorg-Modells in Deutschland“, das derzeit an der Hochschule Osnabrück, an der Fachhochschule Münster und unter der Leitung des Netzwerks Gesundheitswirtschaft Münsterland e.V. durchgeführt wird, bedanken.

Der Hintergrund dieses Projektes beinhaltet den demografischen Wandel, eine steigende Zahl an pflegebedürftigen Menschen und die Zunahme chronischer Erkrankungen, wodurch die Pflegedienste vor immer neue Herausforderungen gestellt werden. Gleichzeitig weisen die Beschäftigten in der Altenpflege einen höheren Krankenstand im Vergleich zur durchschnittlichen Erwerbsbevölkerung auf. Dadurch steigt die Komplexität der Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Diese Situation wurde von vier Pflegediensten im Münsterland zum Anlass genommen, ein neues Arbeits- und Organisationsmodell für die ambulante Pflege zu erproben, das sich an dem niederländischen „buurtzorg“-Ansatz orientiert. Das Ziel dieses Projektes ist es, zu untersuchen, inwieweit die pflegerische Versorgung nach diesem neuen Arbeits- und Organisationsmodell in Deutschland funktionieren kann. Hierbei wird die Datenerhebung auf Ebene der Leistungserbringer, der Leistungsempfänger und der Rahmenbedingungen durchgeführt, um einen Vergleich zwischen den unterschiedlichen Arbeits- und Organisationsformen zu ermöglichen.

Der Ihnen vorliegende Fragebogen dient der Datenerhebung zu den Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung. Hierbei soll ein Vergleich zwischen den Einrichtungen hinsichtlich rechtlicher, ökonomischer und organisatorischer Kennwerte sowie hinsichtlich des Personalmanagements und der Personalressourcen ermöglicht werden. Um einen zeitlichen Verlauf der Entwicklungen zu erfassen, werden die Daten der Jahre 2018, 2019, 2020 und 2021 erfragt.

Datenschutz

Der Schutz Ihrer Daten ist uns besonders wichtig. Alle Hinweise zum Schutz Ihrer Daten entnehmen Sie bitte dem beigefügten Informationsschreiben. Zusätzlich würden wir Sie bitten, die beiliegende **Einverständniserklärung zu unterschreiben und gemeinsam mit diesem Fragebogen im beigefügten Rückumschlag** an uns zurück zu senden.

Das Ausfüllen des Fragebogens

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Der Zeitaufwand kann dabei sehr unterschiedlich sein. Dort, wo Sie keine genauen Angaben machen können, geben Sie bitte einen Schätzwert an. Um zwischen den Einrichtungen vergleichen zu können, bitten wir Sie, bei einigen Fragen aus der Anzahl der Beschäftigten und deren Stellenumfang auszurechnen, wie viele Vollzeitstellen sich daraus ergeben würden anstatt die absolute Anzahl der Beschäftigten anzugeben. Weiterhin werden zeitabhängige Daten zu einem Stichtag erfragt (der 31. Dezember eines Jahres). Im Fragebogen gehen wir davon aus, dass in den meisten Fällen das Rechnungsjahr mit dem Kalenderjahr übereinstimmt. Wenn Sie einen anderen Stichtag oder ein anderes Rechnungsjahr verwenden, geben Sie uns dieses bitte an der vorgesehenen Stelle an und beantworten die Fragen entsprechend nach Ihren Daten. Je genauer die Antworten, desto besser wird die Qualität der Ergebnisse sein. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen bis zum 15.01.2021 Rückumschlag zurück.

Bei Fragen oder Anmerkungen wenden Sie sich gerne an die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen Eva Maria Gruber (Hochschule Osnabrück, Tel.: 0541 / 969 3796) oder Tobias Becker (Fachhochschule Münster, Tel.: 0251 / 83 65883)

Mit vielem Dank für Ihre Unterstützung und freundlichen Grüßen

Ihr Buurtzorg-Projektteam

Gefördert im Rahmen
des Modellprogramms
nach § 8 Abs. 3 SGB XI



A. Allgemeine Angaben

A1. Name des Pflegedienstes:

.....

A2. Fragebogen ausgefüllt durch:

- a. Name:
- b. Funktion:.....
- c. Telefon (Durchwahl):

B. Träger des Pflegedienstes

B1.a Name des Trägers:

.....

B1.b Trägerschaft:

<input type="checkbox"/> 1	öffentlich
<input type="checkbox"/> 2	freigemeinnützig
<input type="checkbox"/> 3	privat

B3. Anzahl der Einrichtungen des Trägers:

..... Einrichtungen

B4. Wie stark konkurriert Ihr Pflegedienst mit anderen Pflegediensten um **pflegebedürftige Menschen** in Ihrer Region?

<input type="checkbox"/> 1	gar nicht
<input type="checkbox"/> 2	kaum
<input type="checkbox"/> 3	stark

B5. Wie stark konkurriert Ihr Pflegedienst mit anderen Pflegediensten um **Mitarbeitende** in Ihrer Region?

<input type="checkbox"/> 1	gar nicht
<input type="checkbox"/> 2	kaum
<input type="checkbox"/> 3	stark

C. Allgemeine Merkmale des Pflegedienstes

C1. Jahr der Betriebsgründung:

.....

C2. Hat der Pflegedienst einen Versorgungsschwerpunkt?

a.

<input type="checkbox"/> 1	ja
<input type="checkbox"/> 2	nein

b. Wenn ja, welchen?

<input type="checkbox"/> 1	Psychiatrische ambulante Pflege
<input type="checkbox"/> 2	Palliativpflege / SAPV
<input type="checkbox"/> 3	Intensivpflege
<input type="checkbox"/> 4	Kinderkrankenpflege
<input type="checkbox"/> 5	Andere: _____
<input type="checkbox"/> 6	Andere: _____

C3. Welche Dienstleistungen bietet der Pflegedienst direkt bzw. über Subunternehmen an?

		eigener Service	Service durch Subunternehmen (Kooperationsvertrag)	wird nicht angeboten
a.	Hol- und Bringdienst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b.	Raumpflege	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c.	Wäscherei	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d.	Näherei	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e.	Menüdienst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f.	Soziale Aktivitäten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g.	Betreuungsleistungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h.	Andere: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i.	Andere: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

C4. Ausmaß, in dem die Pflegekräfte in die folgenden Arbeiten einbezogen werden:

		Das Pflegepersonal wird hierzu:			
		regelmäßig herangezogen	ausnahmsweise herangezogen	nicht herangezogen	nicht zutreffend
a.	Patientenfahrdienst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b.	Raumpflege	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c.	Näherei	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d.	soziale Aktivitäten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e.	Betreuungsleistungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f.	Andere: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

C5. Gibt es eine bestimmte Form der Arbeitsorganisation in Ihrem Pflegedienst?

<input type="checkbox"/> 1	Gruppenpflege	Ein Team von Pflegekräften ist für die Versorgung und Pflege einzelner pflegebedürftiger Menschen während ihres Versorgungszeitraumes verantwortlich.
<input type="checkbox"/> 2	Bezugspflege	Jeder pflegebedürftiger Mensch hat seine eigene Bezugspflegekraft während des gesamten Versorgungszeitraumes, die die Versorgung plant und organisiert. Sie stellt die geplante Versorgung über 24 Std. sicher und wird bei Abwesenheit durch eine Gruppe von bestimmten Pflegekräften vertreten.
<input type="checkbox"/> 3	Andere:	

C6. Gab es in Ihrem Pflegedienst in den letzten drei Jahren größere Veränderungen?

a.

<input type="checkbox"/> 1	ja
<input type="checkbox"/> 2	nein

b. Wenn ja: in welcher Art?

<input type="checkbox"/> 1	organisatorischer Art (z.B. Fusionen, Abspaltungen)
<input type="checkbox"/> 2	Einführung IT-basierter Dokumentation und Administration
<input type="checkbox"/> 3	inhaltlicher Art (z.B. Aufbau neuer fachlicher Schwerpunkte)
<input type="checkbox"/> 4	personeller Art (z.B. hohe Fluktuation, Verkleinerung, Vergrößerung)
<input type="checkbox"/> 5	Andere:

C7. Nutzen Sie für die **Touren- und Einsatzplanung** ein IT-System?

a.

<input type="checkbox"/> 1	ja
<input type="checkbox"/> 2	nein

b. Wenn ja: welches? (Freitextantwort)

c. Wenn ja: welche Vorteile sehen Sie? (Freitextantwort)

C8. Nutzen Sie für die **Erfassung des Pflegeprozesses** ein IT-System?

a.

<input type="checkbox"/> 1	ja
<input type="checkbox"/> 2	nein

b. Wenn ja: welches? (Freitextantwort)

c. Wenn ja: welche Vorteile sehen Sie? (Freitextantwort)

C9. Wurden in Ihrem Pflegedienst in den letzten drei Jahren weitere Maßnahmen zur Digitalisierung vorgenommen?

a.

<input type="checkbox"/> 1	ja
<input type="checkbox"/> 2	nein

b. Wenn ja: welche?

Leistungsumfang

C7. Anzahl der von Ihrem Pflegedienst **versorgten pflegebedürftigen Menschen** pro Jahr:

- a. 2018:Klienten
- b. 2019:Klienten
- c. 2020:Klienten
- d. 2021:Klienten

C8. Anzahl der **Einsätze** der Pflegekräfte pro Jahr:

- a. 2018:Einsätze
- b. 2019:Einsätze
- c. 2020:Einsätze
- d. 2021:Einsätze

C9. Anzahl der **geleisteten Pflegestunden**: (für die Pflege, ohne pflegefremde Tätigkeiten)

- a. 2018:Pflegestunden
- b. 2019:Pflegestunden
- c. 2020:Pflegestunden
- d. 2021:Pflegestunden

C10. Aufteilung der Leistungen

		Anteil am gesamten Leistungsumfang (in %)			
		2018	2019	2020	2021
SGB XI – Leistungen:					
a.	Grundpflege mit Vergütung nach Leistungskomplexen%%%%
b.	Grundpflege mit Vergütung nach Zeit%%%%
c.	Betreuungsleistungen mit Vergütung nach Leistungskomplexen%%%%
d.	Betreuungsleistungen mit Vergütung nach Zeit%%%%
e.	Hauswirtschaftliche Versorgung mit Vergütung nach Leistungskomplexen%%%%
f.	Hauswirtschaftliche Versorgung mit Vergütung nach Zeit%%%%
g.	ausschließlich Pflegeberatung nach §37 SGB XI mit Vergütung nach Leistungskomplexen%%%%
h.	ausschließlich Pflegeberatung nach §37 SGB XI mit Vergütung nach Zeit%%%%
SGB V – Leistungen:					
i.	HKP-Leistungen der Behandlungspflege mit Einzelleistungsvergütung%%%%
j.	HKP-Leistungen der Behandlungspflege mit Vergütung nach Zeit%%%%
k.	HKP-Leistungen der Grundpflege mit Einzelleistungsvergütung%%%%

Gefördert im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI



I.	HKP-Leistungen der Grundpflege mit Vergütung nach Zeit%%%%
m.	HKP-Leistungen der Hauswirtschaftlichen Versorgung%%%%
Privat finanzierte Leistungen:					
n.	Privat finanzierte Leistungen%%%%
SGB XII – Leistungen:					
o.	SGB XII - Leistungen%%%%
		100 %	100 %	100 %	100 %

Finanzierung

C11. Bitte geben Sie den mit den Kostenträgern vereinbarten Preis und den für Ihr Unternehmen notwendigen, kostendeckenden Preis einer Pflegestunde an, wenn Sie Leistungen mit einer Vergütung nach Zeit anbieten würden.

		2018	2019	2020	2021
a.	Vertraglich vereinbarter Preis einer Pflegestunde bezogen auf SGB XI - Leistungen€€€€
b.	notwendiger, kostendeckender Preis einer Pflegestunde bezogen auf SGB XI - Leistungen€€€€
c.	Vertraglich vereinbarter Preis einer Pflegestunde bezogen auf SGB V - Leistungen€€€€
d.	notwendiger, kostendeckender Preis einer Pflegestunde bezogen auf SGB V - Leistungen€€€€

C12. Gewinn- und Verlustrechnung:

		Gewinn	ausgeglichene Bilanz	Verlust	nicht erfassbar
a.	2018	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b.	2019	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c.	2020	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d.	2021	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

C13. Aufteilung der von Ihrem Pflegedienst versorgten pflegebedürftigen Menschenstruktur nach Pflegegrad

	Pflegegrad	Anteil der pflegebedürftigen Menschen (in %) an Gesamtzahl der pflegebedürftigen Menschen			
		2018	2019	2020	2021
a.	Selbstzahler%%%%
b.	Pflegegrad 1%%%%
c.	Pflegegrad 2%%%%
d.	Pflegegrad 3%%%%
e.	Pflegegrad 4%%%%
f.	Pflegegrad 5%%%%
g.	SGB XII – Leistungen%%%%
		100 %	100 %	100 %	100 %

C14. Anzahl der verstorbenen pflegebedürftigen Menschen pro Jahr:

- a. 2018:pflegebedürftigen Menschen
 - b. 2019:pflegebedürftigen Menschen
 - c. 2020:pflegebedürftigen Menschen
 - d. 2021:pflegebedürftigen Menschen
-

D. Ressourcen: Personaldaten

Für die folgenden Fragen ist der Stichtag jeweils der 31. Dezember. Wenn Sie einen **anderen Stichtag** verwenden, geben Sie diesen bitte hier an:

Unser Stichtag ist:

D1. Anzahl **aller Planstellen** im Pflegedienst (in Vollzeitstellen):

- a. am 31.12.2018:Planstellen
 - b. am 31.12.2019:Planstellen
 - c. am 31.12.2020:Planstellen
 - d. am 31.12.2021:Planstellen
-

D2. Anzahl der Planstellen im **Pflegebereich** (in Vollzeitstellen): (ohne freiwillige Helfer*innen etc., siehe Frage D5)

- a. am 31.12.2018:Planstellen
 - b. am 31.12.2019:Planstellen
 - c. am 31.12.2020:Planstellen
 - d. am 31.12.2021:Planstellen
-

D3. Wie viele der Beschäftigten in Frage D2. sind **Vollzeitkräfte**?

- a. am 31.12.2018:Beschäftigte
 - b. am 31.12.2019:Beschäftigte
 - c. am 31.12.2020:Beschäftigte
 - d. am 31.12.2021:Beschäftigte
-

D4. Wie viele der Beschäftigten in Frage D2 sind **unbefristet** beschäftigt?

- a. am 31.12.2018:Beschäftigte
 - b. am 31.12.2019:Beschäftigte
 - c. am 31.12.2020:Beschäftigte
 - d. am 31.12.2021Beschäftigte
-

D5. Anzahl der freiwilligen Helfer*innen, Praktikant*innen, Bundesfreiwilligendienstler*innen und andere Mitarbeitende, die im Pflegebereich eingesetzt wurden:

- a. am 31.12.2018:Beschäftigte
 - b. am 31.12.2019:Beschäftigte
 - c. am 31.12.2020:Beschäftigte
 - d. am 31.12.2021Beschäftigte
-

D6. Anzahl der **Leitungsstellen** im Pflegebereich (leitende Pflegefachkräfte, Pflegedienstleitungen, stellvertretende Leitungen)

- a. am 31.12.2018:Stellen
 - b. am 31.12.2019:Stellen
 - c. am 31.12.2020:Stellen
 - d. am 31.12.2021Stellen
-

D7. Anzahl der examinieren Pflegekräfte mit **akademischen Abschluss**:

- a. am 31.12.2018:Beschäftigte
 - b. am 31.12.2019:Beschäftigte
 - c. am 31.12.2020:Beschäftigte
 - d. am 31.12.2021Beschäftigte
-

D8. Anzahl der 3-jährig ausgebildeten examinieren Pflegekräfte mit **Fachweiterbildung**:

- a. am 31.12.2018:Beschäftigte
- b. am 31.12.2019:Beschäftigte
- c. am 31.12.2020:Beschäftigte
- d. am 31.12.2021Beschäftigte

D9. Anzahl der **3-jährig ausgebildeten examinierten Pflegekräfte** (bzw. 2-jährig mit Anerkennungsjahr):

- a. am 31.12.2018:Beschäftigte
 - b. am 31.12.2019:Beschäftigte
 - c. am 31.12.2020:Beschäftigte
 - d. am 31.12.2021Beschäftigte
-

D10. Anzahl der **1-jährig ausgebildeten Pflegekräfte**:

- a. am 31.12.2018:Beschäftigte
 - b. am 31.12.2019:Beschäftigte
 - c. am 31.12.2020:Beschäftigte
 - d. am 31.12.2021Beschäftigte
-

D11. Anzahl der Stellen für **unterstützende Aufgaben** im Pflegebereich: Bürotätigkeiten (Sekretariat, Dokumentationsassistenten etc.)

(in Vollzeitstellen)

- a. am 31.12.2018:Stellen
 - b. am 31.12.2019:Stellen
 - c. am 31.12.2020:Stellen
 - d. am 31.12.2021Stellen
-

D12. Anzahl der Stellen für **unterstützende Aufgaben**: Hilfen in der Hauswirtschaftlichen Versorgung etc.

(in Vollzeitstellen)

- a. am 31.12.2018:Stellen
 - b. am 31.12.2019:Stellen
 - c. am 31.12.2020:Stellen
 - d. am 31.12.2021Stellen
-

D13. Altersverteilung **aller bei Ihnen beschäftigten Pflegekräfte** (siehe Frage D7-D9):

- a. 15-19 Jahre:Pflegekräfte
- b. 20-29 Jahre:Pflegekräfte
- c. 30-39 Jahre:Pflegekräfte
- d. 40-45 Jahre:Pflegekräfte
- e. 46-55 Jahre:Pflegekräfte
- f. Älter als 55 Jahre:Pflegekräfte

Fluktuation im Pflegebereich

D14. Personalzugänge bei Beschäftigten:

		Examierte Pflegekräfte mit einem akademischen Abschluss	3-jährig ausgebildete examierte Pflegekräfte (mit und ohne Fachweiterbildung)	1-jährig ausgebildete Pflegekräfte	andere Mitarbeitende im Pflegedienst	Gesamt
a.	2018:	.....	.....	.....	.....	.....
b.	2019:	.....	.....	.....	.....	.....
c.	2020:	.....	.....	.....	.....	.....
d.	2021:	.....	.....	.....	.....	.....

D15. Personalabgänge bei Beschäftigten:

		Examierte Pflegekräfte mit einem akademischen Abschluss	3-jährig ausgebildete examierte Pflegekräfte (mit und ohne Fachweiterbildung)	1-jährig ausgebildete Pflegekräfte	andere Mitarbeitende im Pflegedienst	Gesamt
a.	2018:	.....	.....	.....	.....	.....
b.	2019:	.....	.....	.....	.....	.....
c.	2020:	.....	.....	.....	.....	.....
d.	2021:	.....	.....	.....	.....	.....

D16. Beurteilung der Fluktuation:

Die Fluktuation ist:

<input type="checkbox"/>	1	günstig für den Pflegedienst
<input type="checkbox"/>	2	ungünstig für den Pflegedienst
<input type="checkbox"/>	3	spielt keine Rolle

D17. Wie viele Pflegekräfte gingen in den Ruhestand?

		Examierte Pflegekräfte mit einem akademischen Abschluss	3-jährig ausgebildete examierte Pflegekräfte (mit und ohne Fachweiterbildung)	1-jährig ausgebildete Pflegekräfte	andere Mitarbeitende im Pflegedienst	Gesamt
e.	2018:	.....	.....	.....	.....	.....
f.	2019:	.....	.....	.....	.....	.....
g.	2020:	.....	.....	.....	.....	.....
h.	2021	.....	.....	.....	.....	.....

D18. Krankheitstage der Pflegekräfte (in allen Bereichen):

		Examierte Pflegekräfte mit einem akademischen Abschluss	3-jährig ausgebildete examierte Pflegekräfte (mit und ohne Fachweiterbildung)	1-jährig ausgebildete Pflegekräfte	andere Mitarbeitende im Pflegedienst	Gesamt
i.	2018:	.....	.....	.....	.....	.....
j.	2019:	.....	.....	.....	.....	.....
k.	2020:	.....	.....	.....	.....	.....
l.	2021	.....	.....	.....	.....	.....

D19. Gegenwärtiges Angebot an offenen Stellen:

a.	Examierte Pflegekräfte mit einem akademischen Abschluss	.....offene Stellen
b.	3-jährig ausgebildete examinierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung	.....offene Stellen
c.	3-jährig ausgebildete examinierte Pflegekräfte	.....offene Stellen
d.	1-jährig ausgebildete Pflegekräfte	.....offene Stellen
e.	andere Mitarbeitende im Pflegedienst	.....offene Stellen

D20. Haben Sie Probleme bei der Personalbeschaffung:

		ja, in hohem Ausmaß	ja, in mittlerem Ausmaß	ja, in geringem Ausmaß	nein
a.	Examierte Pflegekräfte mit einem akademischen Abschluss	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b.	3-jährig ausgebildete examinierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c.	3-jährig ausgebildete examinierte Pflegekräfte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d.	1-jährig ausgebildete Pflegekräfte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e.	andere Mitarbeitende im Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

D21. Anzahl der Einsätze nach Länge der Tour:

	Touren	in 2018	in 2019	in 2020	in 2021
a.	unter 10 km	.....Einsätze	.....Einsätze	.....Einsätze	.....Einsätze
b.	10-20 km	.....Einsätze	.....Einsätze	.....Einsätze	.....Einsätze
c.	über 20 km	.....Einsätze	.....Einsätze	.....Einsätze	.....Einsätze

D22. Anzahl der Überstunden im Pflegebereich insgesamt:

- a. 2018:Stunden
- b. 2019:Stunden
- c. 2020:Stunden
- d. 2021:Stunden

E. Personalmanagement im Pflegebereich

E1. Erhält das Personal regelmäßig Fortbildungsangebote?

<input type="checkbox"/> 1	ja, monatlich oder öfter
<input type="checkbox"/> 2	ja, vierteljährlich
<input type="checkbox"/> 3	ja, halbjährlich
<input type="checkbox"/> 4	ja, aber seltener als halbjährig
<input type="checkbox"/> 5	nein

E2. Teilnahme an der beruflichen Fort- oder Weiterbildung:

Vom Personal nehmen jährlich _____% an einer beruflichen Fort- oder Weiterbildung teil.

E3. Zählt die Teilnahme an der beruflichen Fort- oder Weiterbildung als Arbeitszeit?

<input type="checkbox"/> 1	Ja, immer
<input type="checkbox"/> 2	in den meisten Fällen
<input type="checkbox"/> 3	in einigen Fällen
<input type="checkbox"/> 4	nein

E4. Werden die Kosten übernommen, wenn die Arbeitnehmer*innen an externen Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen?

<input type="checkbox"/> 1	ja, alle Kosten werden übernommen
<input type="checkbox"/> 2	ja, ein hoher Anteil der Kosten wird übernommen
<input type="checkbox"/> 3	ja, ein Zuschuss wird geleistet
<input type="checkbox"/> 4	nein

E5. Gibt es eine individuelle Karriereplanung für die Mitarbeitenden?

<input type="checkbox"/> 1	nein
<input type="checkbox"/> 2	in einigen Fällen
<input type="checkbox"/> 3	in den meisten Fällen
<input type="checkbox"/> 4	ja, immer

E6. Sind Karrieremöglichkeiten institutionalisiert?

(zum Beispiel durch ein modular aufgebautes Weiterbildungsprogramm, das die Beschäftigten in verschiedenen Stufen weiterqualifiziert?)

<input type="checkbox"/> 1	ja, für alle Mitarbeitenden
<input type="checkbox"/> 2	in den meisten Fällen
<input type="checkbox"/> 3	in einigen Fällen
<input type="checkbox"/> 4	nein

E7. Haben Mitarbeitende die Möglichkeit, in weniger körperlich und/oder psychisch belastende Positionen zu wechseln?

Von den Pflegekräften, die sich für eine weniger belastende Position bewerben, haben:

<input type="checkbox"/> 1	mehr als 90%	die Möglichkeit zu wechseln.
<input type="checkbox"/> 2	50-90%	die Möglichkeit zu wechseln.
<input type="checkbox"/> 3	10-49%	die Möglichkeit zu wechseln.
<input type="checkbox"/> 4	weniger als 10%	die Möglichkeit zu wechseln.

E8. Anteil des Budgets für die Personalentwicklung am gesamten Budget:

.....%

E9. Welcher Anteil des Budgets für Personalentwicklung ist für den Pflegebereich vorgesehen?

.....%

E10. Wie hat sich das Budget für Personalentwicklungsmaßnahmen im Pflegebereich innerhalb der letzten 3 Jahre entwickelt?

<input type="checkbox"/> 1	hat sich verringert
<input type="checkbox"/> 2	unverändert
<input type="checkbox"/> 3	steigt an