



**Das Buurtzorg-Modell in Sachsen
Pflegeverständnis, Pflegeprozess, Darstellung gegenüber
den Leistungsträgern**

**Verfasser: Tobias Bosold und Robert Wolf
(Bosold Pflege GmbH, Bereich: Buurtzorg-Leipzig)**

03.09.2019

Inhalt

- 1 Charakteristik von Nachbarschaftspflegediensten nach dem Buurtzorg-Modell
- 2 Begriffserklärung, -herleitung
 - 2.1 Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN
 - 2.2 Definition Case Management
 - 2.3 Pflege bei Buurtzorg
 - 2.4 Stabile, instabile Pflegesituation
 - 2.4.1 Instabile Pflegesituation
 - 2.4.2 Stabile Pflegesituation und kompensierte Pflegebedürftigkeit
- 3 Der Pflegeprozess im Buurtzorg-Modell
 - 3.1 Die theoretischen Grundlagen
 - 3.2 Die praktische Umsetzung
 - 3.2.1 Informationssammlung, Selbstpflegedefizite, Pflegeziele
 - 3.2.2 Leistungen der Pflegefachkräfte
- 4 Abbildung professioneller Pflegeleistungen gegenüber den Pflege- und Krankenkassen
 - 4.1 Abbildung professioneller Pflegeleistungen bei stabiler Pflegesituation
 - 4.2 Abbildung professioneller Pflegeleistungen bei instabiler Pflegesituation
- 5 Literatur-, Quellenverzeichnis

Anhang: SIS Datensammlung / Risikomatrix

Anhang: SIS Ziele, Maßnahmen, Evaluation

1 Charakteristik von Nachbarschaftspflegediensten nach dem Buurtzorg-Modell

Nachbarschaftspflegedienste, welche sich am niederländischen Buurtzorg-Modell orientieren, arbeiten lokal verortet und eigenverantwortlich in Selbstorganisation. Ziel ist es, in direkter Absprache mit pflegebedürftigen Menschen in dessen Zuhause den Pflegeprozess individuell und flexibel zu gestalten. Dabei werden pflegebedürftige Menschen auch unter Einbezug von anderen Leistungserbringern, Personen aus deren sozialem Nahbereich und Ehrenamtlichen aus der Nachbarschaft nachhaltig empowered, um ihnen ein selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen und gleichzeitig Langzeitpflege möglichst zu verhindern.

Nachbarschaftspflegedienste organisieren sich in Teams von bis zu zwölf Pflegefachkräften und decken ein Einzugsgebiet von ca. 8000 bis 15000 Einwohnern ab. Dies gilt für den ländlichen und den urbanen Raum. Die Teams arbeiten unabhängig voneinander, sind aber digital vernetzt, so dass ein großer Wissenspool genutzt wird. Die Vorteile von kleinen, einfachen Strukturen werden mit den Vorteilen einer großen Organisation kombiniert.

Das Ziel der Buurtzorg-Teams ist das der Pflege inhärente Ziel der Mobilisation und Selbstbefähigung (Empowerment) von pflegebedürftigen Menschen, wie es auch im Sozialgesetzbuch XI § 2 gefordert ist. Das Novum ist das Organisationsmodell der sozialen Arbeit, welche sich strikt an diesem Ziel orientiert, die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen achtet und die Fachkräfte befähigt und ermächtigt, gemeinsam die tägliche Pflege zu organisieren, um den Pflegebedürftigen zum Teil oder ganz aus der Pflegebedürftigkeit zu holen.

Ausgehend vom Grundsatz, dass erfolgreiche soziale Arbeit nur im Prozess beherrschbar ist, wird hier ein bekanntes Modell, das der Gemeindeschwester, neu interpretiert und mit modernen Mitteln wie der Digitalisierung ergänzt und vernetzt.

2 Begriffserklärung, -herleitung

2.1 Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN

Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Fa-

milien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings).

Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein.

Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik, sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.

(Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe)

2.2 Definition Case Management

Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.

(Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management)

2.3 Pflege bei Buurtzorg

Ausgehend von dieser Definition von Pflege sind im Buurtzorg-Modell mehrere Aspekte dieser Definition von besonderer Bedeutung.

Die eigenverantwortlichen Versorgung und Betreuung: Unter dieser Eigenverantwortlichkeit verstehen wir, die Pflegekraft kann und soll eigenverantwortlich den Pflegeprozess mit den pflegebedürftigen Menschen planen, durchführen und evaluieren. Hier ist keine übergeordnete Verantwortungsebene, zum Beispiel in Form einer PDL, nötig.

Die Kooperation mit anderen Berufsgruppen: die Pflegekräfte stehen in einer sehr engen Beziehung zum pflegebedürftigen Menschen, und sie sind es auch, die am ehesten

die Wünsche, Bedürfnisse und auch Änderungen des pflegebedürftigen Menschen wahrnehmen.

Damit ist es nur sinnvoll ihnen die zentrale Rolle der Steuerung dieser Kooperationen zu geben. Wir sehen somit das Casemanagement als originären und inhärenten Bestandteil der Pflege.

Die Definition von Case Management der Deutschen Gesellschaft für Care und Casemanagement (DGCC) bestätigt diesen Ansatz und die Schlussfolgerung, dass im Bereich der Pflege von pflegebedürftigen Menschen das Case Management ein Teil der Pflege ist.

Die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy): das Ziel der jeweiligen individuellen Pflege legt der pflegebedürftige Mensch fest. Die Pflegekräfte beraten und übernehmen dann pflegerische Maßnahmen, die sie durch ihre pflegfachliche Perspektive für geeignet erachten. Die Interessen des pflegebedürftigen Menschen und dessen Ziele werden auch gegen anderslautende Meinungen und Interessen von Kooperationspartnern und anderen an der Versorgung Beteiligten vertreten.

2.4 Stabile, instabile Pflegesituation

2.4.1 Instabile Pflegesituation

Um bestimmte Phasen im Pflegeprozess besser benennen zu können, haben wir die Begriffe instabile und stabile Pflegesituation entwickelt.

Die Begriffe wurden von den Begriffen instabile und stabile Schmerzsituation aus dem Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ abgeleitet.

Beim Beispiel der instabilen Schmerzsituation sind pflegerische Interventionen gefordert, ebenso wie bei der instabilen Pflegesituation pflegerische Interventionen. Es gibt aber noch weitere Parallelen.

(DNQP: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen, S. 25)

Die instabile Pflegesituation liegt bei faktischer Pflegebedürftigkeit mit darstellbarem Hilfebedarf, welcher nicht oder nicht vollumfänglich kompensiert ist, vor. Dies kann durch ein Akutereignis oder durch allmähliche Veränderungen entstehen.

Bei initialer Pflegebedürftigkeit, Krankenhausentlassungen, plötzlichen und schleichenden Verschlechterungen bei bestehender Pflegebedürftigkeit, nach akuten Ereignissen (wie z. Bsp. Stürzen) und erfahrungsgemäß meistens bei neuen Klienten ist dies der Fall.

Ein typisches Beispiel: durch einen Sturz erleidet der Betroffene eine Schenkelhalsfraktur, die operativ versorgt wird, und trotz Anschlussheilbehandlung bleiben starke Einschränkungen bestehen.

Allmähliche Veränderungen können häufig längere Zeit durch den betroffenen Menschen selber oder durch Personen in seinem Umfeld kompensiert werden. Es kommt aber häufig der Zeitpunkt, an dem der pflegebedürftige Mensch oder die Personen im Umfeld feststellen, dass sie die Situation nicht mehr bewältigen. Zu diesem Zeitpunkt kommt die professionelle Pflege ins Geschehen.

In der ersten Phase werden die dringendsten pflegerischen Probleme angegangen, es wird sozusagen die Grundversorgung sicher gestellt.

In dieser Phase werden auch durch den pflegebedürftigen Menschen und mit der pflegfachlichen Perspektive ganz individuelle Ziele entwickelt, die durch verschiedene Maßnahmen erreicht werden sollen.

Die Ziele, die erreicht werden sollen, sind ganz individuell und bilden einen zentralen Wert für die Maßnahmenplanung, Durchführung und Evaluation der Pflege.

2.4.2 Stabile Pflegesituation und kompensierte Pflegebedürftigkeit

Eine stabile Pflegesituation liegt dann vor, wenn durch die Maßnahmen die Ziele erreicht sind, oder ein Zustand erreicht wurde, in dem keine weitere Verbesserung der pflegerischen Situation des Betroffenen erreicht werden kann, aber weiterhin Pflegebedürftigkeit besteht.

Es liegt dann entweder eine abhängig kompensierte Pflegebedürftigkeit vor, wenn weiterhin Pflegepersonen oder professionelle Pflege nötig ist, oder unabhängig kompen-

sierte Pflegebedürftigkeit, wenn durch Empowerment und/oder Hilfsmittel der pflegebedürftige Mensch selbstständig in der Lage ist, sich zu versorgen.

Die Begriffe, abhängig kompensierte Pflegebedürftigkeit und unabhängig kompensierte Pflegebedürftigkeit sind von den Begriffen abhängig kompensierte Inkontinenz und unabhängig kompensierte Inkontinenz aus dem Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege abgeleitet.

(DNQP : Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz der Pflege, S. 27)

Die notwendigen Hilfen können sich als Netz- bzw. Netzwerk bestehend aus Hilfsmiteleininsatz, professioneller und ehrenamtlicher Arbeit, Angehörigenpflege und informellen Hilfestellungen aus der Nachbarschaft zusammensetzen. Pflegende Angehörige, ehrenamtliche Helfer*innen und weitere Personen aus dem sozialen Nahbereich des Pflegebedürftigen werden im weiteren Text zusammen gefasst als Pflegepersonen bezeichnet.

3 Der Pflegeprozess im Buurtzorg-Modell

3.1 Die theoretischen Grundlagen

Orientiert am sechshebigen Pflegeprozess nach Fiechter/Meier und der Selbstpflege-defizit-Theorie von Orem kann der Pflegeprozess im Buurtzorg-Modell wie folgt beschrieben werden.

Hier die sechs Phasen sind im Pflegeprozess nach Fiechter und Meier:

1. Informationssammlung
2. Erkennen von Problemen
3. Festlegen von Pflegezielen
4. Planung der Pflegemaßnahmen
5. Durchführung der Maßnahmen
6. Beurteilung der Wirkung der Pflege

(V. Fiechter, M. Meier)

Abb. Fiechter und Meier

Im Buurtzorg-Modell werden praktisch die Phasen eins bis drei zusammen durchlaufen.

Während Informationen aus verschiedenen Quellen gesammelt werden, ist der Blick natürlich auch auf bestehende Selbstpfledefizite und mögliche Ressourcen gerichtet. Als besonders wichtig wird die Informationsgewinnung im persönlichen Gespräch mit dem pflegebedürftigen Menschen gesehen. Diese Gespräche dienen nicht nur der Informationsgewinnung, sondern auch für den Aufbau einer positiven pflegerischen Beziehung. In diesen Gesprächen wird auch Phase drei entwickelt. Der pflegebedürftige Mensch formuliert mit Hilfe der pflegfachlichen Perspektive der Pflegefachkraft die Pflegeziele.

Erst wenn die Pflegeziele klar sind, können sinnvolle, zielführende Maßnahmen gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen geplant, durchgeführt und evaluiert werden. Hier werden praktisch die Phasen vier bis sechs zusammengefasst.

Da es beim Buurtzorg-Modell zu einer echten Bezugspflege kommt und die Entscheidungskompetenz wieder bei der Pflegefachkraft liegt, kann viel schneller und direkter in diesen drei Phasen Einfluss genommen werden. Schon während erste pflegerische Maßnahmen beginnen, werden diese zeitgleich evaluiert und unter Beachtung des Pflegeziels angepasst.

Wie beschrieben, gehen die sechs Phasen alle fließend ineinander über und werden im praktischen Pflegeprozess nie nur alleine betrachtet werden.

Eine Ausnahme bildet das Pflegeziel. Dies bildet den zentralen Wert, an dem sich Phase vier bis sechs orientieren.

Aber auch die Pflegeziele können sich ändern, sei es weil der Zustand des pflegebedürftigen Menschen sich ändert, oder weil dieser seine Meinung ändert.

3.2 Die praktische Umsetzung

3.2.1 Informationssammlung, Selbstpfledefizite, Pflegeziele

Im Erst- bzw. Aufnahmegespräch des pflegebedürftigen Menschen in einer instabilen Pflegesituation werden, dessen Wünsche, Bedarf, Selbstpfledefizite und Ressourcen (inkl. verfügbarer Hilfe aus dem persönlichen Nahbereich) gemeinsam mit einer Pflegefachkraft besprochen. Zur Strukturierung (im Sinne eines leitfadengestützten Interviews), pflegfachlichen Einordnung und Dokumentation dieser Pflegeanamnese, dient

das Stammbblatt inkl. Risikomatrix der strukturierten Informationssammlung (SIS). Da SIS einen vierstufigen Pflegeprozess abbildet, muss hier aus Sicht des Buurtzorg-Modells eine Ergänzung der Pflegeziele stattfinden.

Die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen werden mit Hilfe der pflegefachlichen Perspektive der Pflegefachkraft in Pflegezielen formuliert und dokumentiert. Dazu wurde ein Formblatt entwickelt, welches aus den konventionellen Maßnahmenplan und Berichteblatt hervorging. Hier werden die Ressourcen aus pflegefachlicher Sicht formuliert, die für die Erreichung der Pflegeziele genutzt werden können.

Dann werden die Pflegeziele beschrieben und sollen auch immer im Blick gehalten werden.

Maßnahmen, deren Wirksamkeit und Berichte, auch die von Kooperationspartnern, werden hier erfasst.

Dieses „Ziele, Maßnahmen, Evaluations-Blatt“ muss noch in der Praxis weiterentwickelt und den praktischen Erfordernissen angepasst werden.

3.2.2 Leistungen der Pflegefachkräfte

Die durch die Pflegefachkraft zu erbringenden Leistungen lassen sich wie folgt kategorisieren (auch wenn diese sich im praktischen Pflegealltag überschneiden bzw. nicht immer voneinander ganz klar abgrenzen lassen):

- a) Koordinierungsleistungen / Case Management: jeglicher Aufwand, welcher die Organisation der Pflege, die Koordination von anderen Leistungserbringern und ehrenamtlichen Pflegepersonen, die Organisation von Hilfsmitteln, Einkäufen bzw. der Mahlzeitenversorgung und von Haushalts- und Betreuungsdienstleistungen, sowie mögliche Wohnungsanpassungen beinhaltet. Fallbesprechungen sind ein weiterer Teil von Koordinierungsleistungen.
- b) Anleitung / Empowerment: meint die Anleitung von Pflegepersonen zur Pflege von pflegebedürftigen Menschen in ihrem Zuhause, die Anleitungen von pflegebedürftigen Menschen zur selbstständigen Kompensation des Hilfebedarfs, die Anleitung von Pflegebedürftigen zur teilweisen, wie auch vollständigen Mitwir-

kung an der ärztlichen Therapie (Behandlungspflege wie z. Bsp. das Anziehen von Kompressionsstrümpfen) und das Anleiten von pflegebedürftigen Menschen und Pflegepersonen zum Einsatz von Hilfsmitteln.

- c) Pflegeleistungen am pflegebedürftigen Menschen: Leistungen der körperbezogenen Pflegeleistungen und Häuslicher Krankenpflege direkt am pflegebedürftigen Menschen, immer mit Blick auf Mobilisation/Empowerment.

4 Abbildung professioneller Pflegeleistungen gegenüber den Pflege- und Krankenkassen

4.1 Abbildung professioneller Pflegeleistungen bei stabiler Pflegesituation

Werden in einer stabilen Pflegesituation Leistungen durch das Buurtzorg-Pflegeteam erbracht, können diese noch nach dem konventionellen, bestehenden Leistungskomplexsystem und bei Bedarf als Leistungen der Hauskrankenpflege geplant, erfasst und abgerechnet werden.

Aber auch hier ist das Ziel eine Vergütung nach Zeit, da dies das Abrechnungsprozedere für alle Beteiligten deutlich vereinfachen ließe. Nebenbei wird Transparenz, besonders für den pflegebedürftigen Menschen, geschaffen.

4.2 Abbildung professioneller Pflegeleistungen bei instabiler Pflegesituation

Die Chancen, bei plötzlicher akuter Pflegebedürftigkeit, pflegebedürftige Menschen unter Einbezug des sozialen Nahbereichs und informeller Helfer aus der Nachbarschaft zum selbstständigen Leben im eigenen Zuhause zu mobilisieren und zu befähigen (Empowerment), ist zu Beginn des Pflegeprozesses am größten. Die dabei zu erbringenden Pflegeleistungen beinhalten das Case Management und Leistungen des Empowerment (inkl. Anleitung von Angehörigen u.ä.) und übersteigen an Dauer und Intensität den Aufwand regelmäßiger, professioneller Pflegeleistungen bei stabilen Pflegesituationen deutlich. Die bestehenden Festpreis-Leistungen ambulanter Pflege (Leistungskomplexe und Behandlungspflege nach Leistungsgruppen) bilden diese Mehrleistungen inhaltlich

und ökonomisch nur unzureichend ab und setzt vor allem die falschen Anreize. Andererseits ist durch zeitnahe, professionelle und zielgerichtete Intensivmobilisations- und Koordinierungsleistungen eine Reduzierung der professionell erbrachten Leistungen bei gleichbleibender oder höherer Lebensqualität mit geringeren stationären Verweildauern hinsichtlich Frequenz und Dauer erwartbar.

Es ist also wichtig, die Rahmenbedingungen passend zu Gunsten einer intensiven Frühmobilisation anstelle einer chronifizierten Langzeitpflege zu gestalten.

Daher bietet es sich an, die Pflege inklusive der Leistungen des Case Managements und des Empowerments für den einzelnen Leistungsempfänger über die aufgewendete Zeitdauer abzubilden und über das persönliche Budget nach § 35 a SGB XI abzurechnen. Voraussetzung für diese Darstellung sind mobile Endgeräte, welche Leistungsgeschehen und -dauer in (weicher) Echtzeit aufzeichnen.

Weiterhin ist es nötig, den bürokratischen Aufwand für den Erhalt des persönlichen Budget abzubauen.

Die Erstverordnung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) für dauerhafte therapeutische Maßnahmen sollten initial ebenso als instabile Pflegesituation gewertet werden, weil:

- die neue ärztliche Verordnung dauerhafter Therapie könnte ein Hinweis auf eine bestehende oder beginnende instabile Pflegesituation sein,
- ein initialer Hilfebedarf besteht, da der Betreffende die ärztlich verordnete Dauertherapie aktuell nicht selbstständig erfüllen kann, dies aber – wenn möglich (wie z. Bsp. bei der Verordnung von Kompressionstherapie) – das Ziel sein sollte bzw. könnte jemandem aus dem persönlichen Nahbereich des Betreffenden durch Anleitung qualifiziert werden und die Mithilfe bei der ärztlichen Therapie dauerhaft kostenneutral zu übernehmen.

Hier kann die Leistung Anleitung von Leistungen der HKP genutzt werden, ein unbürokratisches Bewilligungsverfahren vorausgesetzt.

Ebenso wie bei der Vergütung in der stabilen Pflegesituation wird auch hier eine Zeitvergütung aus den genannten Gründen als sinnvoll erachtet und für die Zukunft angestrebt.

5 Literatur-, Quellenverzeichnis

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Definition-der-Pflege-ICN-deutsch.pdf>, 29.08.2019

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, <https://www.dgcc.de/case-management/>, 29.08.2019

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Osnabrück 2014

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück 2015

V. Fiechter, M. Meier: Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Basel, Recom. 1992
8.A

Anhang: SIS Datensammlung / Risikomatrix

STANDARD SYSTEME GmbH
 Postfach 90 09 41, 21049 Hamburg
 Tel. (040) 707 319-0 Fax (040) 707 319-60
 © 2016 Urheberrechtlich geschützt
 Konzepte: Beate Schöler
 Nutzungsrechte: BMG - Version 1.2/2015
Bestell-Nr. 82.663

SIS - ambulant -

Strukturierte Informationssammlung Name der pflegebedürftigen Person Geburtsdatum Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

Themenfeld 1 - kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Themenfeld 2 - Mobilität und Beweglichkeit

Themenfeld 3 - krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Themenfeld 4 - Selbstversorgung

Themenfeld 5 - Leben in sozialen Beziehungen

Themenfeld 6 - Wohnen/Häuslichkeit

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene

	Dekubitus		Sturz		Inkontinenz		Schmerz		Ernährung		Sonstiges	
	weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten												
2. Mobilität und Beweglichkeit												
3. krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen												
4. Selbstversorgung												
5. Leben in sozialen Beziehungen												

Bestell-Nr. 82.663

Anhang: SIS Ziele, Maßnahmen, Evaluation

Ziele, Maßnahmen, Berichte (SIS Buurtzorg Leipzig)

Name, Vorname:

Potentiale (aus pflegfachlicher Perspektive)

Ziele (durch pflegebedürftigen Person und mit pflegfachlicher Perspektive formuliert)

Maßnahmenplanung / Evaluation / Berichte (Was, Wann, Wie, Wer)

Berichte von Kooperationspartnern