



Reinventing Organizations und Buurtzorg – Integration der neuen Ansätze in das deutsche Pflegesystem

Peggy Heer und Thomas Rosenthal

1 Einleitung

Der Wandel in der Arbeitswelt stellt die Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland aktuell vor große Herausforderungen, auf die noch keine umfassenden Antworten gefunden wurden (vgl. Rodeck, 2015: 7 f.): *Kann künftig in einer älter werdenden Gesellschaft mit dem bereits vorhandenen Fachkräftemangel die medizinisch-pflegerische Versorgung im Alter sichergestellt werden?* Laut einer Studie von PricewaterhouseCoopers wird die Zahl der unbesetzten Stellen speziell in den Bereichen der stationären und ambulanten Pflege im Jahr 2030 bundesweit insgesamt bei 404.000 Vollzeitkräften liegen (vgl. Burkhart et al., 2012: 16). *Kann dem Anspruch der jüngeren Generation nach Balance zwischen Privat- und Berufsleben begegnet werden? Wie kann die Abwanderung vieler Fachkräfte aus den sozialen Berufen aufgrund von Erschöpfung, Desillusionierung und Entmutigung verhindert werden?* Allein die Frühverrentungsquote liegt für das Krankenpflegepersonal deutschlandweit bei etwa 40 %, bei den Altenpflegekräften sind es knapp 35 % (vgl. Jahn & Pilger, 2013: 38). Nach 15 Jahren sind nur noch 67 % der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger und ca. 53 % der Altenpflegerinnen und Alten-

P. Heer (✉)
Kronshagen, Deutschland
E-Mail: peggy.heer@gmx.de

T. Rosenthal
Elmshorn, Deutschland
E-Mail: t_rosenthal@t-online.de

pflegehelferinnen bzw. Altenpflegern und Altenpflegehelfern in ihrem ursprünglichen Beruf tätig (vgl. Jahn & Pilger, 2013: 44).

Auch wenn in den vergangenen Jahren neue Leadership-Modelle beschrieben worden sind, die sich von dem traditionellen Managementansatz der betriebswirtschaftlich-analytischen Fähigkeiten, der Planung von Organisation, Struktur, Prozessen und Kapazitäten unterscheiden und das Individuum in den Fokus stellen, erscheinen noch viele der heute gelebten Managementansätze vor dem Hintergrund der aktuellen Fragen als veraltet und wenig innovativ (vgl. von Au, 2017): „Irgendwie spürt fast jeder, dass die Art und Weise, wie wir heute in Organisationen arbeiten, nicht mehr funktioniert, dass das bisherige System seinen Zenit überschritten hat“ (Laloux, 2016: 14).

Hinzu kommt, dass durch den demografischen Wandel die Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung notwendig ist und die Veränderungen der Bedingungen am Arbeitsmarkt in den vergangenen Jahren zu spezifischen Veränderungen im Bereich der Pflege geführt haben. Der bereits eingetretene Fachkräftemangel und die damit einhergehenden Versorgungsengpässe ziehen künftig einen Qualitätsverlust und ein unattraktives Berufsbild der Pflegeberufe nach sich (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2018b, c).

Allerdings gewannen in den letzten Jahren vielfältige neue Formen der Zusammenarbeit an Bedeutung, die Antworten auf die gestellten Fragen auch bezüglich der pflegerischen und medizinischen Versorgung geben könnten. Mit großer Geschwindigkeit wachsen und verdrängen diese neuen Organisationen viele traditionelle Unternehmen (vgl. Fischer, 2016: 1).

Der vorliegende Beitrag beschäftigt nach der Analyse der gesellschaftlichen Relevanz des Themas sowie dem Wertewandel in der Gesellschaft, zunächst mit neuen Unternehmensformen und dem evolutionären Managementansatz. Im Anschluss erfolgt die Beschreibung des möglichen Wandels von traditionellen zu hierarchiefreien Unternehmen mit Bezug auf die Forschungsergebnisse von Laloux (2016). Anknüpfend an die vorgestellte Konzeptumsetzung speziell im ambulanten Pflegesektor in den Niederlanden (Buurtzorg), soll die Möglichkeit eines Transfers der gewonnen Erkenntnisse auf die Erfordernisse eines ambulanten Pflegedienstes im deutschen Gesundheitswesen überprüft werden. Hierbei werden fördernde sowie hemmende Strukturmerkmale des hiesigen Gesundheitssystems herausgearbeitet und kritisch diskutiert.

2 Herausforderungen im Gesundheitsmanagement

Der demografische Wandel und der Fachkräftemangel in der Bundesrepublik Deutschland zwingen alle Akteure dazu, sich über tief greifende und nachhaltige Lösungsansätze Gedanken zu machen, um Überlastungssituationen und mangelnder Qualität der Versorgung (insbesondere im Sozialbereich und im Gesundheitswesen) zu begegnen.

Studienergebnisse verdeutlichen, dass die große Mehrheit der betroffenen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter keine Freude mehr an und bei der Arbeit hat. Die Studie *Engagement-Index 2014* des Beratungsunternehmens Gallup (die seit 2001 jährlich erstellt wird) ergab, dass zwar weniger deutsche Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer an eine Kündigung denken, dennoch steigt dadurch nicht automatisch das persönliche Engagement am Arbeitsplatz (welches bei gerade mal 15 % von 100 Beschäftigten in einem durchschnittlichen Unternehmen liegt). Was übrig bleibt ist eine große Gruppe von Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmern mit geringer emotionaler Bindung an das Unternehmen – die lediglich „Dienst nach Vorschrift“ machen (vgl. Kestel, 2015).

„Doch nicht nur die Mitarbeiter, sondern auch jeder zweite Manager sorgt sich im Laufe seiner Karriere ein Burnout zu erleiden“ (Faller, 2015). Die Ergebnisse der Studie *Deutschland, Deine Manager* aus dem Jahr 2014 (der Baumann Unternehmensberatung) zeigen deutlich das Warnsignal einer dauerhaften Belastung der Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer in diesen Positionen. Komplexe Herausforderungen kombiniert mit hoher Geschwindigkeit, starkem Erfolgsdruck und vor allem fehlende Strategien der Stressbewältigung werden hierfür ursächlich aufgeführt (vgl. Faller, 2015).

„Vor diesem Hintergrund ist der Gedanke nicht so ungewöhnlich, dass wir gerade kurz davorstehen, ein völlig neues Managementparadigma zu erfinden“ (Laloux, 2016: 19). *Wie könnte eine neue Form der Zusammenarbeit gestaltet werden? Müssen sich unsere heutigen, meist in Pyramiden hierarchisch strukturierten Unternehmensorganisationen ändern? Was ist mit der traditionellen Rolle der Geschäftsführung, wenn es keine pyramidale Hierarchie mehr gibt?*

Fachkräftemangel im Pflegebereich

Die mit großer Wahrscheinlichkeit sinkende Zahl der Erwerbspersonen als Folge der demografischen Entwicklung kann, neben einer Konjunkturschwäche, besorg-

niserregende Folgen für die Finanzierbarkeit von Renten, Pensionen und des Gesundheitswesens der Bundesrepublik Deutschland als Sozialstaat nach sich ziehen.

In einer Zeitreihengrafik stellt die Bundesagentur für Arbeit (2018a) die Zahlen über die Entwicklung von Berufsausbildungsstellen und Bewerbern auf diese Ausbildungsstellen zur Verfügung. Deutlich wird hier der Rückgang der Lehrstellensuchenden für alle Branchen: 2004/2005 lag die Bewerberzahl für Berufsausbildungsstätten bei knapp unter 800.000 bei knapp unter 500.000 gemeldeten Berufsausbildungsstellen – seit 2014/2015 schließt sich die Schere und in 2017/2018 gibt es seitdem erstmalig mehr gemeldeten Berufsausbildungsstellen als Bewerber. In der Annahme, dass bei Fortschreibung der Kurve über das Jahr 2018 hinaus immer weniger Bewerber für alle angebotenen Berufsausbildungsstellen zur Verfügung stehen, werden sich möglicherweise immer weniger Schulabgänger für einen Pflegeberuf entscheiden.

Wie in der Studie von PricewaterhouseCoopers prognostiziert, fehlen im Jahr 2030 somit 404.000 Vollzeitkräfte in der stationären und ambulanten Pflege, um den gesetzlich verankerten Sicherstellungsauftrag nach § 75 SGB XI der pflegerischen Versorgung der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland zu erfüllen (vgl. Burkhart et al., 2012: 16).

Bereits heute ist der Fachkräftemangel im Bereich von Krankenhäusern nachweislich groß und im Bereich der Altenpflege sogar noch größer. Im *Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse* der Bundesagentur für Arbeit (2018b) wird dieser Unterschied grafisch dargestellt – im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege gibt es in fast allen Bundesländern Fachkräftemangel (in Hamburg, Bremen, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen gibt es „Anzeichen für Fachkräfteengpässe“), in der Altenpflege ausnahmslos in allen Bundesländern.

Neben einer Vielzahl von Strukturveränderungen, die den Fachkräftemangel in diesem Bereich versuchen abzumildern (Gesetzgebung, Kammerbildung, Tarifstruktur), ist jetzt darüber hinaus das Management auf der strategischen und operativen Ebene gefordert, Arbeitsbedingungen zu schaffen, welche die Attraktivität der Pflegeberufe für junge Menschen und Wiedereinsteiger deutlich erhöhen.

Abzuwarten bleibt auch, ob die Ausbildungsoffensive der Bundesregierung in dem verabschiedeten Pflegeberufereformgesetz vom 17. Juli 2017 eine Verbesserung der momentanen Situation zur Folge hat. Zumal der generalistische Ansatz durch eine gemeinsame Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege, eine sektorenüber-greifende pflegerische Versorgung zu schaffen, durch die in der Anlage 4 (Kompetenzen für die staatliche Prüfung zur Altenpflegerin oder zum

Altenpfleger) der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) konterkariert wurde: Hier fand im Nachhinein eine Absenkung der Kompetenzen statt, sodass den examinierten Altenpflegerinnen bzw. Altenpflegern die Durchlässigkeit in alle Berufsfelder erschwert und somit die Generalistik gleichzeitig wieder infrage gestellt wird (vgl. Bundesgesetzblatt, 2018: 1606).

„Wer als Leistungsanbieter auch in Zukunft Pflege mit einem Höchstmaß an Qualität anbieten möchte, sollte neue motivierende Wege in der Gestaltung der Arbeit mit den Beschäftigten der Pflege finden und gehen“ (Misch, 2015: 36). Eine Voraussetzung für das Gehen neuer Wege ist die Berücksichtigung des gesellschaftlichen Wertewandels (der jungen Generation), der zwangsläufig eine veränderte Einstellung bezüglich der Arbeitswelt nach sich zieht.

Wertewandel in der Gesellschaft

Der Begriff Werte wird wie folgt definiert: „Strukturen normativer Erwartungen, die sich im Zuge reflektierter Erfahrung (Tradition, Sozialisation, Entwicklung einer Weltanschauung) herausbilden. Werte strukturieren das Erkennen, Erleben und Wollen, indem sie Orientierungsmaßstäbe für die Bevorzugung von Gegenständen oder Handlungen bilden“ (Suchanek et al., 2018). Ein Wertewandel kann interpretiert werden als eine Änderung oder sogar einen Umbruch der Strukturen der bisherigen Traditionen und Weltanschauungen einer Gesellschaft sowie eine Verlagerung der Prioritäten der Werteorientierung.

„In entwickelten liberalen Gesellschaften hat sich ein einschneidender Wertewandel vollzogen. Statt Vermögen und Besitzum stehen Selbstverwirklichung und Kommunikation im Vordergrund. Mit dem Wertewandel lässt sich auch die zu beobachtende Individualisierung sowie die Pluralisierung von sozialen Milieus und Lebensstilen erklären“ (Müller, 2012). Liberale Gesellschaften weisen dabei drei gemeinsame Entwicklungstrends auf: einen Wandel der gesellschaftlich dominanten Werte, das Verblässen von Klasse und Schicht zugunsten von Milieus und den Übergang von kollektiv geprägten Lebensweisen hin zu individuell geprägten Lebensstilen (vgl. Müller, 2012).

Die veränderte Einstellung und Haltung gegenüber Arbeit und Beruf gehören zu den Bereichen, die nachhaltig vom Wertewandel beeinflusst werden und auf die sich die Unternehmen schon heute einstellen müssen (vgl. Rodeck, 2015: 29 ff.). Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend definiert in seiner Studie *Analyse der volkswirtschaftlichen Effekte* die Work-Life-Balance als „eine neue intelligente Verzahnung von Arbeits- und Privatleben vor dem Hintergrund einer veränderten Arbeits- und Lebenswelt“ (BMFSFJ,

2005: 4). Ein zentraler Aspekt dieser Perspektive ist die Balance zwischen Familie und Beruf. Betriebliche Maßnahmen sollen erfolgreiche Berufsbiografien unter Berücksichtigung der privaten, sozialen, kulturellen und gesundheitlichen Erfordernisse ermöglichen. Integrierte Konzepte einer Work-Life-Balance beinhalten beispielsweise flexible Arbeitszeitmodelle und -orte (Telearbeit), eine angepasste Arbeitsorganisation, Führungsrichtlinien oder betriebliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Schon 1959 entwickelte Herzberg die Zwei-Faktoren-Theorie, in der er beschreibt, welche äußeren Einflüsse die Motivation von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern fördern oder zerstören. Die Ergebnisse der vor über 60 Jahren in England durchgeführten Studie lassen sich ebenso auf die heutige globale Arbeitssituation übertragen. In seiner Theorie geht Herzberg davon aus, dass es zwei voneinander unabhängige Dimensionen der Arbeitszufriedenheit gibt: Unzufriedenheit/Nicht-Unzufriedenheit sowie Zufriedenheit/Nicht-Zufriedenheit. Beide Dimensionen werden von jeweils unterschiedlichen Faktoren der Arbeitssituation beeinflusst – einerseits Hygienefaktoren, welche im Kontext der Arbeit zu suchen sind und andererseits Motivatoren, die schwerpunktmäßig im Arbeitsinhalt selbst liegen (vgl. Herzberg et al., 2010: 79 ff.). Anhand umfangreicher Interviews am damals aufstrebenden Industriestandort Pittsburgh demonstrierte er, dass inhaltliche Kriterien wie Erfolg, Anerkennung und Verantwortung in einem deutlich höheren Maße zur Arbeitszufriedenheit beitragen als Hygienefaktoren wie Verwaltung oder Bezahlung, die sich auf den Arbeitskontext beziehen. Wobei beide Faktoren für das Zustandekommen von Arbeitszufriedenheit vorhanden sein müssen (vgl. Herzberg et al., 2010: 79 ff.).

Die Befunde Herzbergs verdeutlichen sehr anschaulich einen Zusammenhang zwischen Unzufriedenheit und Hygienefaktoren und ebenso zwischen Arbeitszufriedenheit und möglichen Motivatoren. „Diese Arbeit war ein Türöffner und hat einen großen Perspektivwechsel ausgelöst“ (Becker, 2018). Was dieser Theorie allerdings fehlt, ist der dann zwingend notwendige nächste Schritt bezüglich einer inspirierenden Führung oder einer innovativen Gestaltung von Arbeitsaufgaben, damit diese motivieren – und somit die Zufriedenheit und Leistungsbereitschaft steigt (vgl. Becker, 2018).¹

¹In einer Umfrage durch das börsennotierte britische Markt- und Meinungsforschungsinstitut *YouGov online* aus dem Jahr 2016 wurde diese Annahme bestätigt: 76 % der befragten deutschen Angestellten ohne Führungsverantwortung geben an, dass die Atmosphäre am Arbeitsplatz wichtiger ist, als eine bessere Bezahlung, die nur von 24 % bevorzugt wird (vgl. Buckstegen, 2016). Nicht monetäre Ansätze wie ein integrierter

Es scheint, dass die Ansprüche und Bedürfnisse der jüngeren Generation prinzipiell gar nicht so abweichend von Herzbergs Theorie sind: Unabhängig vom Alter ist neben dem Gehalt das grundsätzliche Interesse an der Arbeit sowie deren Sinnhaftigkeit wichtig. Allerdings wünscht sich die neue Generation innovativere Ansätze zur Mitbestimmung, eine persönliche Weiterentwicklung sowie eine Kommunikation auf Augenhöhe und flachere Hierarchien – die Arbeit soll im besten Fall Berufung sein und Freude bereiten (vgl. Rodeck, 2015: 3).

Die Tatsache, dass die emotionale Bindung der Mitarbeiter an ihr Unternehmen mit der Qualität der Führung korreliert, untermauern an dieser Stelle die Ergebnisse von Gallup. 2014 befragte das Beratungsunternehmen branchenübergreifend 2034 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab 18 Jahren in drei Erhebungszeiträumen zwischen April und November. In computergestützten Telefoninterviews wurden zwölf Fragen zum Arbeitsplatz und zum Arbeitsumfeld gestellt – damit sollte der Grad der emotionalen Bindung und der Arbeitszufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermittelt werden. Bei der Ursachenerforschung bezüglich der mangelnden Mitarbeiterbindung, wurde hier die Qualität der Führung in den Fokus genommen. 42 % der „emotional nicht Gebundenen“ erwogen, in den vergangenen zwölf Monaten ihr Unternehmen wegen des bzw. der Vorgesetzten zu verlassen. Ein Viertel aller befragten Mitarbeitenden hatten wegen der Führungskraft die eigene Stelle gekündigt und 39 % der „emotional nicht Gebundenen“ würden das Unternehmen wegen des bzw. der Vorgesetzten sofort verlassen, wenn sie könnten (vgl. Kestel, 2015).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die jüngere Generation die derzeitige Arbeitswelt durchaus fordern wird. Dabei wird zwangsläufig die Bedeutung von sozialen Medien maßgeblich zur Entstehung von neuen Arbeitsstrukturen und Führungskulturen beitragen (vgl. Purgal, 2015: 104). Es kann postuliert werden, dass als mögliches Resultat der digitalen Welt die Bindungsfähigkeit an das Unternehmen sinkt und ein häufigerer beruflicher Wechsel eher in Erwägung gezogen wird, als Konflikte auszutragen und für bessere Bedingungen am

Kindergarten, ein firmeneigenes Fitnessstudio oder Incentive-Reisen sind aufgrund dieser Ergebnisse in einigen Unternehmen als Motivation für die Mitarbeiter eingeführt worden (vgl. Rodeck, 2015: 61). Auch wird an dieser Stelle eine offene und nachhaltige Unternehmenskultur genannt, in die sich jeder sofort integriert und wohl fühlt. „Der Fokus sollte dabei auf flacheren Hierarchien und Gleichberechtigung liegen, da die Angehörigen der [jüngeren Generation] geschlechterübergreifend selbstbewusst sind und sich seltener unterordnen möchten“ (Rodeck, 2015: 61).

aktuellen Arbeitsplatz zu kämpfen. Gerade in den weniger attraktiven Branchen (wie z. B. in Unternehmen des Sozialbereichs und der Gesundheitswirtschaft) bleibt dem Management kaum etwas anderes übrig, als mit innovativen Führungskonzepten und neuen Organisationsmodellen dem fortschreitenden Personal-mangel und den daraus resultierenden Versorgungsengpässen entgegenzuwirken.

3 Innovative Unternehmen – Reinventing Organizations

Reinventing Organizations heißt frei aus dem Englischen übersetzt das „Neuerfinden oder Neudefinieren von Organisationen“ – und bezieht sich hauptsächlich auf ein Umdenken von traditionellen hin zu agilen oder evolutionären Unternehmen (vgl. Lindner, 2016). *Doch was genau verbirgt sich hinter den Begriffen agil und evolutionär und was bedeuten diese Begriffe im Kontext von Unternehmen?* Agilität und Selbstorganisation weisen Verbindungen zu Netzwerkkonzepten und Evolutionstheorien auf. Gemeint sind selbstorganisierende Strukturen unter bestimmten (vorgegebenen) Rahmenbedingungen, aus denen sich interne Prozesse und Elemente durch die Interaktion aller eingebundenen Teile (auch) ungeplant und variabel entwickeln.

Ansätze innovativer Unternehmensformen

Agile Unternehmen

Agil wird im Duden als „beweglich, geschäftig“ beschrieben – und geht auf den lateinischen Begriff *agilis* als „leicht zu führen“ zurück (Dudenredaktion, 2007: 24). Im Kontext von Unternehmen bedeutet Agilität das dynamische und flexible Anpassen und eine kontinuierliche Weiterentwicklung, um der konstant wachsenden Komplexität und Schnelligkeit des Marktes gerecht zu werden (vgl. von Au, 2017: 106).

„Agilität ist die Fertigkeit, schnell, flexibel und situationsbezogen in chaotischen und dynamischen Situationen zu agieren, indem die Balance zwischen Strukturierung und Flexibilität geschaffen wird, um daraus einen Nutzen für den Kunden und sich selbst zu generieren“ (Trepper, 2012: 65). Da sich mit diesen neuen Anforderungen sowohl die Aufgaben und Schwerpunkte als auch die Führungsinstrumente grundlegend ändern, können herkömmliche Organisationsstrukturen der Über- und Unterordnung bzw. traditionelle Weisungs- und Ent-

scheidungsbefugnisse nicht mehr sinnvoll angewendet – und müssen demnach zielführend angepasst werden (vgl. Maehrlein, 2020; Rump, 2019).

Anhand netzwerkartiger Strukturen stellen agile Organisationen den Kunden in den Mittelpunkt des Handelns, der Wunsch des Kunden wird als Ziel vorgegeben. Der Weg wird durch Selbstverantwortung und Selbstorganisation der Mitarbeitenden ermöglicht. Die operativen Aufgaben kann in einem gleichberechtigten Netzwerk effektiver umgesetzt werden – und durch diese Verlagerung von Verantwortung erhalten Professionalität, Qualität und Produktivität eine neue Gewichtung. Bei der Transformation von eher hierarchischen Organisationen hin zu agilen Organisationen sind sechs Dimensionen zu berücksichtigen: Entwickeln eines agilen Zielbilds (z. B. Maximierung des Kundennutzens als Leitbild etablieren), Aufbau einer kundenorientierten Organisationsstruktur (z. B. netzwerkartige Strukturen entwickeln), Einführen eines iterativen und prozesshaften Vorgehens (z. B. dem Kunden kurzfristige Ergebnisse liefern), Etablierung einer mitarbeiterzentrierten Führung (z. B. Führungskraft als Coach und Moderator), Implementierung agiler Führungsinstrumente (z. B. dialogische Personalentwicklung), Leben einer agilen Unternehmenskultur (z. B. die Werte Transparenz, Vertrauen und Feedback auch wirklich „leben“).

Um agil zu werden, müssen klassische, hierarchiebasierte Unternehmen ein neues Wertegerüst und ein kunden- sowie mitarbeiterorientiertes Führungsverständnis implementieren (vgl. von Au, 2017: 106). Das Management nimmt dabei eine Schlüsselrolle bei der Einführung agiler Methoden ein: Ein innovatives Führungsverständnis, welches den Kunden und die Mitarbeiter in den Mittelpunkt stellt, fordert ein strategisches und dienendes Führen. Um dieser Herausforderung zu begegnen, arbeiten die „neuen“ Führungskräfte mit adaptiven und auf Agilität zugeschnittenen Personalinstrumenten, welche die Vertrauenskultur stärken, die Selbstorganisation fördern und somit das gesamte Unternehmen zukunftsfähig werden lassen (vgl. von Au, 2017: 106).

Agile Methoden schaffen einen Paradigmenwechsel in Unternehmen und revolutionieren somit die eigene Unternehmenskultur. Tradierte Glaubensansätze und Verhaltensweisen werden infrage gestellt. Transparentere Strukturen, in denen sich Mitarbeiter stärker einbringen können und die für alle nachvollziehbar sind, werden geschaffen (vgl. Lindner, 2016).

Evolutionäre Unternehmen

Basierend auf einer stufenförmigen Entwicklungstheorie definiert Laloux eine evolutionäre Organisation als eine Evolution des Bewusstseins hin zu komplexen, verfeinerten Verhaltensweisen und Beziehungsformen (vgl. Laloux, 2016: 18).

Diese Organisationen unterliegen einer ständigen Veränderung mit der entsprechenden Bereitschaft und Weitsicht für kommende Veränderungen. Sie werden als selbstführende und sich verändernde Systeme bezeichnet (vgl. Laloux, 2015: 43 ff.). Evolutionäre Unternehmen sind solche, die sich aufgrund aktueller Gegebenheiten stets weiterentwickeln, verändern und anpassen. *Doch wie können neue Organisationen konkret strukturiert und gebildet werden? Was sind die Merkmale dieses neuen Typs? Wie arbeiten diese neuen Organisationen? Was macht den grundlegenden Unterschied zu traditionellen Unternehmen aus?*

Laloux untersuchte diesbezüglich zwölf Organisationen unterschiedlicher Größe, unterschiedlichen Alters und in unterschiedlichen Branchen in verschiedenen Ländern (vgl. Laloux, 2016: 54). Hierzu gehören neben kommerziellen Organisationen wie Morning Star (USA, Lebensmittel) und AES (USA, Energie) auch Unternehmen aus dem Sozialbereich und des Gesundheitswesens wie z. B. Buurtzorg (Niederlande, Pflege) oder die Klinik Heiligenfeld (Deutschland, Krankenhaus). Laloux geht dabei der Frage nach, wie eine radikal neue Form sinnstiftender Zusammenarbeit aussehen kann und sucht bei den entsprechenden Organisationen nach Gemeinsamkeiten, die letztendlich den entsprechenden Unterschied gegenüber herkömmlichen Organisationen ausmachen. Schließlich kommt er zu der Überzeugung, dass diese Managementpraktiken in jeder Kultur angewendet werden können, weil sie aus grundlegenden menschlichen Bedürfnissen, Sehnsüchten und Fähigkeiten entstehen (vgl. Laloux, 2016: 52 f.).

Laloux beschreibt, dass Gründer von diesen Unternehmen eine neue Metapher nutzen: Sie sehen Organisationen als lebendige Systeme, die sich (wie in der Natur) ständig und überall verändern. Organisationen werden nicht länger als „seelenlose Maschinen“ gesehen, sondern als „Lebewesen“ behandelt – in der sich die evolutionäre Kraft der Lebensentwicklung entfaltet. „Darin zeigt sich der selbstorganisierende Drang, der jeder Zelle und jedem Organismus innewohnt. Dabei braucht es keine zentrale Autorität, die Befehle gibt und die Entscheidungen trifft“ (Laloux, 2016: 54). Anhand der zwölf von ihm erforschten Unternehmen skizziert Laloux, dass die bislang existierenden evolutionären Organisationen nicht mehr im Anfangsstatus ihrer Entwicklung stecken, sondern bereits erfolgreich in ihrer Branche etabliert sind. Einige der Organisationen wurden schon mit evolutionären Ideen gegründet, andere haben zuvor mit traditionellen Managementpraktiken gearbeitet, bevor sie durch ein neues Führungsteam transformiert wurden (vgl. Laloux, 2016: 53).

Phasen evolutionärer Unternehmensentwicklung

Historisch betrachtet entwickelt sich die Menschheit nicht kontinuierlich, sondern durch plötzliche Sprünge. Diese Stufensprünge veränderten in der Vergangenheit nicht nur gesellschaftliche Machtstrukturen und Technologien, sondern auch Führung und Formen unserer Zusammenarbeit (vgl. Laloux, 2016: 18). Um die Genese und Grenzen der Organisationsformen besser zu verstehen, skizziert Laloux zunächst vier prototypische Phasen der gesellschaftlichen Entwicklung (tribal – traditionell – modern – postmodern). Laloux stellt dabei den Bezug zu den Entwicklungsstufen der Organisationsmodelle her und konstatiert, dass das Erreichen einer höheren Stufe auch einen Durchbruch in Form einer neuen Zusammenarbeit bedeutet (vgl. Laloux, 2016: 18 ff.).

In seinem Buch *Reinventing Business* vergleicht Fischer (2016) diese Stufen mit den Phasen des Organisationskonzeptes von Lievegoed und Glasl (1993) – der *Dynamischen Unternehmensentwicklung*. In den vier darin beschriebenen Phasen werden unterschiedliche Situationen von Unternehmen in einen Entwicklungszusammenhang gebracht und die Möglichkeiten, Herausforderungen und Lösungsansätze jeweils veranschaulicht (vgl. Fischer, 2016: 4): „Jeder Unternehmensphase liegt ihr eigenes Verständnis von Unternehmen zugrunde. Damit verbunden ist eine entsprechende Organisations- und Führungskultur“ (Fischer, 2016: 5). Laloux beschreibt in seinem Konzept eine sehr ähnliche Einteilung des Entwicklungsprozesses wie Lievegoed und Glasl – er ergänzt diesen Prozess aber um die Phase der hierarchiefreien Unternehmen (tribal – traditionell – modern – postmodern – integral).

Pionierphase

Die Pionierphase ist die Phase, in der sich der Gründer eines Unternehmens (Pionier) intensiv mit einem neuen Geschäftsmodell beschäftigt und schließlich ein Unternehmen aufbaut, das vollständig seinen Vorstellungen entspricht und ganz auf seine eigenen Fähigkeiten zugeschnitten ist (vgl. Fischer, 2016: 9). Nach Lievegoed und Glasl führen die jeweiligen Eigentümer dieses Unternehmen autokratisch. Ihre besonderen Fähigkeiten und ihr Charisma verschaffen den Pionieren Respekt und Anerkennung bei „ihren“ Mitarbeitenden. Die Gründer betrachten das Unternehmen als ein von ihnen allein geschaffenes Werk und erheben damit ein Besitz- und Machtanspruch einschließlich „ihrer“ Mitarbeiter, um die sie sich bis ins Privatleben hinein nach besten Wissen und Gewissen kümmern (vgl. Lievegoed, Glasl, 1993: 46 f.).

Laloux beschreibt diese Phase als „tribale oder impulsive Weltansicht“. Vor etwa 10.000 Jahren entwickelten sich Gesellschaften mit mehreren 1000 Menschen, die eher impulsiv und egozentrisch handelten. Um die soziale Ordnung innerhalb dieser Gesellschaften zu sichern, entstand die Rolle des „Häuptlings“, der die gewünschte Ordnung (wenn nötig auch mit Gewalt) von oben nach unten durchsetzt. Diese Organisationsform zeichnet sich vor allem durch Machtausübung gegenüber Unterebenen aus. Sie wird durch Angst und Respekt vor dem „Häuptling“ und durch Loyalität ihm gegenüber zusammengehalten (z. B. Mafia, Straßengangs). Diese impulsiven Organisationen ziehen demnach zwei außergewöhnliche Durchbrüche mit sich: Top-Down-Befehlsautorität und Arbeitsteilung (vgl. Laloux, 2016: 20 f.).

Differenzierungsphase

Nach Fischer wird bei Lievegoed und Glasl die Differenzierungsphase von Regeln und Formalitäten geprägt. Der Pionier bzw. Gründer des Unternehmens hat in dieser Phase seine Alleinherrschaft aufgegeben und ein strukturiertes Management geformt, welches die Entscheidungen weiter nach seinen Regeln trifft. Die gesamte Unternehmensstruktur und die Prozesse werden dafür hierarchisch geregelt. Durch diese Aufgabenteilung ohne gemeinsame Kommunikationsstruktur verliert die einzelne Mitarbeiterin bzw. der einzelne Mitarbeiter allerdings den Blick für das Ganze (vgl. Fischer, 2016: 21).

Eine ähnliche Phase formuliert auch Laloux in dem „traditionell konformistischen Paradigma“. Etwa 4000 Jahre vor Christus entstand eine Weltansicht, in der die Gesellschaft streng in soziale Klassen oder Kasten aufgeteilt war. Diese Ansicht basierte auf einem Gründungsmythos mit gottgegebenen, unveränderbaren Gesetzen. Die Mitglieder der traditionellen konformistischen Gesellschaft haben gelernt, die Impulsivität des „Häuptlings“ der vorangegangenen Phase zu kontrollieren, was das Zusammenleben in einer gemeinsamen Welt mit mehr Stabilität und Sicherheit für den Einzelnen ermöglicht. In traditionellen konformistischen Organisationsformen (z. B. in der katholischen Kirche) bestimmen klare Rangordnungen und Regeln die Rollen der Mitglieder und die Erwartungen an sie innerhalb dieser Rollen. Traditionellen konformistischen Organisationen werden zwei Durchbrüche zugeschrieben: wiederholbare Prozesse (beispielsweise die Erntefolge) und formale Rollen in stabilen Organisationen (vgl. Laloux, 2016: 22 f.).

Integrationsphase

Die Integrationsphase entwickelt sich aus einem Sinnverlust der Differenzierungsphase. Um neue Herausforderungen des Unternehmens zu

bewältigen, werden in der Integrationsphase die Starrheit der Regeln und Prinzipien an das Erreichen des gewünschten Ziels angepasst. Hier geht es darum, dass die Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter im Sinne eines vorher formulierten Unternehmenszieles handeln können, obwohl sie kein Detailwissen vom Ganzen mehr haben (vgl. Fischer, 2016: 33). Die Phase wird vom Konzept der Prozessorganisation geprägt. Im Gegensatz zur Differenzierungsphase sollen Probleme nicht nur unter Führungskräften, sondern durch die Kooperation der jeweils betroffenen Fachleute gelöst werden (vgl. Lievegoed & Glasl, 1993: 72).

Laloux bezeichnet diese nächste Entwicklungsphase als „modernes leistungsorientiertes Paradigma“ (vgl. Laloux, 2016: 24). Vor etwa 200 Jahren entstand mit der wissenschaftlichen und industriellen Revolution eine neue Weltansicht. Auf dieser Stufe wird die Welt nicht länger als festes Universum gesehen, das von unveränderlichen Regeln bestimmt wird, sondern als Konstrukt deren Naturgesetze wissenschaftlich untersucht und verstanden werden können. Der Mensch kann sich verschiedene Welten vorstellen, kann bestehende Dogmen und soziale Verhältnisse hinterfragen. Diese Entwicklung machte die Abschaffung der Feudalherrschaft möglich. Gesetze wurden eingeführt und demokratische Prozesse verstetigt, was in einem hohen Maß an Wohlstand und Lebenserwartung mündete (vgl. Laloux, 2016: 24 ff.).

Moderne leistungsorientierte Organisationsformen sind durch Expansion und Profit gekennzeichnet. Die jeweiligen Organisationen werden als Maschinen, die reibungslos funktionieren müssen, beschrieben. Das Organisationsmodell beeinflusst die heutigen Managementstrategien maßgeblich durch eine ausschließlich betriebswirtschaftliche Orientierung in der effiziente Praktiken zur Steigerung der Profite vorherrschen. Die modernen leistungsorientierten Organisationen sind gekennzeichnet durch drei Durchbrüche; Neben der Innovation und dem Leistungsprinzip, herrscht hier die Verlässlichkeit in Form von Zielen – das Management formuliert eine allgemeine Ausrichtung und die Ziele werden dann an die untergeordneten Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter weitergegeben (vgl. Laloux, 2016: 24 ff.).

Assoziationsphase

Die Integration des Unternehmens in die Umwelt wird im Anschluss von Glasl als Kernaufgabe der Assoziationsphase beschrieben (vgl. Lievegoed & Glasl, 1993: 116). Die Unternehmensgrenzen werden zum ersten Mal relativiert. Lieferanten und Kunden sollen bei der Produkt- und Verfahrensentwicklung mitwirken, was die Änderung von einer machtgeprägten zu einer vertrauensvollen Abhängigkeit nach sich zieht (vgl. Lievegoed & Glasl, 1993: 117). In dieser Phase wird die Organisation als lernendes System gesehen. Das Unternehmen

befindet sich in einer ständigen Weiterentwicklung, die von jeder Mitarbeiterin bzw. jedem Mitarbeiter initiiert und verantwortet werden kann (vgl. Lievegoed & Glasl, 1993: 120).

Laloux nennt diese Phase „postmodernes pluralistisches Paradigma“ (vgl. Laloux, 2016: 30). Erste Anfänge einer postmodernen pluralistischen Sichtweise finden sich bereits im späten 18. und 19. Jahrhundert, als die Abschaffung der Sklaverei, die Gleichberechtigung der Frau und die Religionsfreiheit vorangebracht werden konnte. Richtig verbreitet wurde diese Weltsicht jedoch erst, als sie Grundlage eines allgemeinen kulturellen Wandels in den 1960er und 1970er Jahren wurde. Die Menschen auf dieser Stufe sind sich bewusst über die Schattenseiten der modernen Weltsicht wie Materialismus, soziale Ungerechtigkeit, Zerstörung der Umwelt und Verlust der Gemeinschaft. Sie streben daher nach Zugehörigkeit, festen sozialen Gefügen und stellen gemeinsame Werte in den Vordergrund (vgl. Laloux, 2016: 30 f.).

Zwar ist die vorangegangene moderne und leistungsorientierte Perspektive nach wie vor in Wirtschaft und Politik vorherrschend, jedoch bestimmen zunehmend postmoderne Ansichten und pluralistische Denkweisen das Handeln (in Organisationen). Die Führungskräfte sehen die Menschen nicht nur als Zahnräder einer Maschine, sondern als Familien- oder Gemeinschaftsmitglieder, in der jeder seinen Platz hat und man sich umeinander kümmert. In dieser Organisationsform wird die Autonomie der Mitarbeitenden durch die Übertragung der Verantwortung durch die Vorgesetzten zum wichtigen Mittel, um eine herausragende Motivation für die Organisation zu erreichen. Zudem werden eine werteorientierte Kultur und die Integration verschiedener Interessengruppen als Durchbruch beschrieben (vgl. Laloux, 2016: 30 f.).

Doch auch die postmodernen pluralistischen Organisationen geraten bereits an ihre Grenzen, weil in diesen Unternehmen ein innerer Widerspruch herrscht: Man möchte alle Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter gleichbehandeln und einen Konsens finden, jedoch wird die hierarchische Pyramidenstruktur grundsätzlich beibehalten. Es findet lediglich eine Delegation der Verantwortung in fest definierten Bereichen durch die Führungskräfte des leitenden und mittleren Managements auf die Mitarbeitenden statt (vgl. Laloux, 2016: 32). An dieser Stelle stellt sich die Frage, welche Entwicklungsstufe der postmodernen pluralistischen Weltansicht folgen könnte. Laloux postuliert, dass diese Stufe gerade in der Entstehung ist und es noch nicht vorhersagbar sei, wie sie verlaufen und die Welt verändern wird. Er bezeichnet diese Phase als das „integrale evolutionäre Paradigma“ (vgl. Laloux, 2016: 38).

Hierarchiefreie Phase

In seinem Buch *Reinventing Organizations* beschreibt Laloux eine Managementtheorie, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Er stellt eine hierarchiefreie Zusammenarbeit im Unternehmen dar, die von einem persönlichen Austauschprozess auf Augenhöhe geprägt ist (vgl. Fischer, 2016: 57).

Aufbauend auf der postmodernen Weltansicht geht es hier um die individuelle und kollektive Entfaltung der Mitglieder und die Auflösung vorhandene Machtstrukturen zugunsten natürlicher Hierarchien. Als Metapher werden „lebendige Systeme“ in ihrer evolutionären Weiterentwicklung genannt. Menschen auf dieser Stufe hören auf ihre „innere Stimme“ und suchen nach Ganzheit und Verbundenheit mit der Natur und anderen Menschen (vgl. Laloux, 2016: 38 f.).

Übertragen auf Organisationsformen bedeutet dies, dass sich Organisationen mit all ihrer Komplexität in einem ebenso komplexen Umfeld eigenständig (autonom und selbstverantwortlich) organisieren sowie flexibel und dynamisch an die Umwelt anpassen. Sie besitzen keine Machthierarchien und sind auf der Suche nach besseren Wegen und Möglichkeiten eines menschlichen Miteinanders im Arbeitskontext. Gemeinschaftsgeist und Unternehmenssinn rücken ins Zentrum – der Mensch wird in seiner Ganzheit betrachtet und anerkannt (vgl. Laloux, 2016: 38 f.).

4 Von traditionellen zu hierarchiefreien Unternehmen

Organisationen sind als labile soziale Gebilde in das gesellschaftliche Umfeld eingebunden. Daher hat gesellschaftlicher Wandel auch immer Auswirkungen auf den Wandel in Organisationen beispielsweise bezüglich der Kommunikationsstruktur und des Führungsverhaltens. Das bedeutet: Organisationen entwickeln und verändern sich (vgl. Rosenthal, 2009: 5).

„Organisationen befinden sich in einem konstanten Wandel. Eine Kernaufgabe des modernen Managers ist es, Veränderungen gemeinsam mit Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern durchzuführen und diese dabei aktiv einzubeziehen. Gerade in Zeiten von Fachkräftemangel und sich ständig ändernden Marktbedingungen ist es wichtig, ein Unternehmen zukunftsfähig auszurichten“ (Lindner, 2016). Es geht darum, den unausweichlichen gesellschaftlichen Wandel durch Führungsinstrumente wie beispielsweise eine offene Kommunikationskultur, Anerkennung, Vertrauen und Loyalität im Unternehmen gut zu begleiten.

Gestaltung der Unternehmenskultur

1 | In Zusammenhang mit Unternehmen bezeichnet der Begriff Kultur alle symbolischen Leistungen in der Entwicklung der Menschheit und Zivilisation (vgl. Wagner, 2017: 16). „Unternehmenskultur prägt auf die eine oder andere Weise alle Unternehmen. Dies ist den Akteuren meist nicht bewusst und genau darin liegen auch die Bedeutung und die Wirksamkeit“ (Wagner, 2017: 49).

Lies definiert Unternehmenskultur als die „Grundgesamtheit gemeinsamer Werte, Normen und Einstellungen, welche die Entscheidungen, die Handlungen und das Verhalten der Organisation prägen“. Die Handlungen einer Organisation bilden die Beobachtungsfläche für ihre Mitglieder (Führungskräfte, Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter) sowie für Dritte (Kundinnen bzw. Kunden, Lieferanten) und tragen maßgeblich zum Image (Fremdbild) und zur Reputation (Ruf) eines Unternehmens bei. Lies unterscheidet zwei Ebenen der Unternehmenskultur: die Tiefenstruktur als handlungsprägende Ebene (Werte, Normen, Einstellungen) sowie die Oberflächenstruktur, die extern beobachtbar ist (Firmenlogo, Leitbild). Dabei bildet die Tiefenstruktur den handlungsprägenden Rahmen, welche die Oberflächenstruktur bestimmt. Allerdings gilt es als umstritten, ob und wie weit sich die Tiefenstruktur durch interne Kommunikation, Anreize oder Sanktionen (überhaupt) verändern lässt.

„Unternehmenskultur ist einfach da“ und jede neue Mitarbeiterin bzw. jeder neue Mitarbeiter hat sich spätestens nach ein paar Wochen ein Bild davon gemacht, welche Werte und Regeln zu beachten sind und was geringschätzig betrachtet wird – kurzum „wie es hier läuft“ (vgl. Wagner, 2017: 7). Unternehmenskultur macht sich in vier verschiedenen Dimensionen bemerkbar (vgl. Wagner, 2017: 11 ff.):

- *Phänomene*: Was kann man sehen? Welche Art von Botschaft vermitteln Architektur oder Ausstattung? Beispielsweise der erste Eindruck beim Betreten einer Arztpraxis.
- *Klima*: Was kann man fühlen? Die Zufriedenheit der Beschäftigten im Unternehmen (Arbeitsklima), Ruhe oder Hektik.
- *Geschichten*: Was kann man in der eigenen Organisation oder in deren Umfeld hören? Worüber wird gesprochen? Worüber nicht? Gibt es eher positive oder negative Geschichten?
- *Schlüsselsituationen*: Was erlebt man in Situationen, in denen Regeln und Werte sozusagen „auf dem Prüfstand“ stehen?

Da es in Organisationen des Gesundheits- und Sozialbereiches immer um den Einsatz von und die Zusammenarbeit mit Menschen geht, spielen das menschliche Miteinander, die humane Orientierung sowie die Dimensionen der Werte, Normen und Regeln eine zentrale Rolle. Daher wird die Kultur dieser Organisationen zu einem wesentlichen Erfolgselement für die Geschäftsführung und das Management (vgl. Wagner, 2017: 6). „Führung und Management müssen sich mit Unternehmenskultur auseinandersetzen, wenngleich diese als solche nicht klassisch gemanagt werden kann. Aus Führungsperspektive sollte sie als wesentliche Ressource für eine produktive Arbeit, für Arbeitszufriedenheit, unternehmerischen Erfolg und zukunftsorientierte Wettbewerbsstärke bewusst beobachtet und gefördert werden“ (Wagner, 2017: 49).

2 | Betrachtet man die neuen Organisationsmodelle, ergeben sich in erster Linie folgende gemeinsame Handlungsstrategien des Managements, welche die Tiefenstruktur der Unternehmenskultur beeinflussen und anschließend zu einer Veränderung der Oberflächenstruktur geführt haben:

- die Realisierung von flachen Hierarchien und kurzen Entscheidungswegen
- ein kontinuierlicher partnerschaftlicher Dialog mit den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern
- die Förderung von Kreativität und Eigenständigkeit der Mitarbeitenden
- eine explizite, individuelle Perspektive im Unternehmen für alle
- eine als gerecht empfundene Entlohnung
- die Berücksichtigung des persönlichen sozialen Umfeldes und flexibler Arbeitszeiten

Dabei sollten beispielsweise gemeinsame Projekte, Herausforderungen und Ziele im Fokus stehen, in denen sich die Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter als Teil eines funktionierenden Teams sehen und somit die individuelle Identifikation mit der Dienstleistung oder dem Produkt verstärkt wird.

Beispiel

Als ein bekanntes Beispiel kann die Upstalsboom Hotel und Freizeit GmbH & Co.KG genannt werden. Nachdem Bodo Jansen, Unternehmer und Geschäftsführer der Hotelkette, nach einer im Jahr 2010 durchgeführten Mitarbeiterbefragung konstatieren musste, dass die allgemeine Stimmung im Unternehmen miserabel war, wurde die Kommunikationskultur nachhaltig modifiziert. Mit Hilfe wissenschaftlicher und spiritueller Erkenntnisse transformierte sich

innerhalb von knapp drei Jahren eine rein betriebswirtschaftliche Führungskultur in eine „Wertschätzungs- und Lernkultur“, welche die Anliegen und Wünsche der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter berücksichtigte und umsetzte (vgl. Upstalsboom Kultur & Entwicklung GmbH, 2013; Janssen & Grün, 2017; Janssen, 2016). In einem Workshop wurde anschließend im Jahr 2013 gemeinschaftlich ein neues Leitbild in einem Wertebaum mit zwölf Werten entwickelt.² Auf der Webseite der Hotelkette werden die positiven Auswirkungen des Upstalsboom Weges in konkreten Zahlen für jeden transparent beschrieben:

- Steigerung der Zufriedenheit der über 600 Mitarbeitern auf 80 %
- Senkung der durchschnittlichen Krankheitsquote von 8 % auf 3 %
- Steigerung der Weiterempfehlungsrate unser über 300.000 Gäste auf 98 %
- Verdopplung der Unternehmensumsätze innerhalb von drei Jahren, bei überproportionaler Steigerung der Produktivität

Anhand dieses Beispiels kann nachvollzogen werden, dass die Bedeutung der Unternehmenskultur aufgrund der zunehmenden Konkurrenz der Organisationen untereinander stark zunimmt. Eine positive Kultur kann sich bei den Anbietern von gleichen Dienstleistungen und Produkten als Alleinstellungsmerkmal erfolgreich abzeichnen. Die Kompetenzen der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, die Art und Weise der Zusammenarbeit, der Einsatzwille, das Aufnehmen und Lösen von Problemen können demnach als Wettbewerbsvorteil betrachtet werden (vgl. Wagner, 2017: 7). Somit bildet eine positive und inspirierende Unternehmenskultur das Fundament für eine permanente Innovationsfähigkeit und für den nachhaltigen wirtschaftlichen Erfolg dieser Organisationen. ◀

²Der Wertebaum besteht aus zwölf Werten (Janssen & Grün, 2017: 125): 1. Fairness („Gleiche Regeln für alle“), 2. Qualität („Unser Anspruch. Menschen zu begeistern“), 3. Wertschätzung („Erkenne Gutes und sprich darüber“), 4. Lebensfreude („Wir überraschen den Alltag“), 5. Zuverlässigkeit („Ein Upstalsboomer, ein Wort“), 6. Herzlichkeit („Jedes Lächeln kehrt zu Dir zurück“), 7. Offenheit („Trau‘ Dich“), 8. Verantwortung („Entscheid Du und steh‘ dazu“), 9. Loyalität („Mit Menschen sprechen, anstatt über sie zu reden“), 10. Vertrauen („Wir glauben an Dich, glaube Du an uns“), 11. Achtsamkeit („Wir leben den Moment und gestalten die Zukunft“), 12. Vorbild („Wir leben unsere Werte“).

Veränderung der Organisationsstruktur

1 | Klassische Organisationen sind in der Regel Linienorganisationen mit einer stark hierarchischen Struktur (Häusling & Rutz, 2017; Olfert, 2012: 147 ff.; Steinbuch, 1995, 166 ff.). Der Begriff Hierarchie bezeichnet eine grundlegende Systematik und eine Über- bzw. Unterordnung zwischen organisatorischen Einheiten oder Personen. Sowohl Organisationen als auch soziale Systeme beinhalten Hierarchien. Die Hierarchie stellt somit ein bestimmtes System der Ordnung dar (vgl. Weis, 2013). Als Linienorganisationen werden Grundformen eines Leitungssystems verstanden, bei der hierarchisch untergeordnete organisatorische Einheiten Weisungen von jeweils einer (Ein-Linien-Prinzip) oder mehreren übergeordneten Instanzen (Mehr-Linien-Prinzip) erhalten (vgl. Schewe, 2018). Bei der Ausrichtung auf die Kundenbedürfnisse werden Linienorganisationen meist als Hindernis gesehen. Während die Teams Kundennutzen generieren wollen, sind die Führungskräfte mit der Aufgabenverteilung innerhalb der hierarchischen Strukturen beschäftigt (vgl. Häusling & Rutz, 2017).

In einer agiler werdenden Organisation verändert sich die Rolle der Führungskräfte grundlegend. Im Kontext von Agilität steht nicht mehr die Geschäftsführung an der Spitze, sondern der Kunde. Die Kundenzufriedenheit entscheidet letztendlich über Erfolg und Misserfolg des Unternehmens.³ Die Organisationsstrukturen werden neu ausgerichtet, die pyramidalen Strukturen beginnen zu kippen. Bisher waren alle Instrumente wie Zielvereinbarungen oder Anreizsysteme auf die Aufrechterhaltung der Pyramide ausgerichtet, was zur Folge hatte, dass die Mitarbeiter der Unternehmenslinie gegenüber loyaler waren als dem Kunden. Um langfristig erfolgreich zu sein und zu bleiben, müssen Unternehmen daher agile Organisationsstrukturen schaffen, die auf die nachhaltige Zufriedenheit des Kunden ausgerichtet sind (vgl. Häusling & Rutz, 2017).

2 | Laloux geht noch einen Schritt weiter und behauptet, auch wenn Pyramidenstrukturen und Hierarchieebenen eine gewisse Ordnung und Stabilität in Organisationen bringen, sind sie mit der Komplexität unserer heutigen Welt überfordert (vgl. Laloux, 2016: 64). In seinem Buch *Reinventing Organizations*

³Zur Agilität und zur Führung selbstorganisierter Teams gibt es von Solingen (2017) einen interessanten Roman für Manager und Projektverantwortliche, der die Geschichte von Mark erzählt – einer Führungskraft in einer großen Supermarktkette, in der auf Selbstorganisation umgestellt wird. Der Roman „Der Bienenhirte“ vermittelt auf originelle Weise Einsichten in das Führen selbstorganisierter Teams – wie eine Aufgabe des Imkers, der bei seinen Bienen dafür sorgt, dass sie ihre Arbeit so gut wie möglich machen können.

skizziert er organisierte Netzwerkstrukturen aus eigenständig denkenden und handelnden Teams. Alle Teammitglieder begegnen sich dabei auf Augenhöhe. Laloux postuliert, dass unzählige Problematiken, die durch Führung entstehen (z. B. lange Entscheidungswege), somit gar nicht erst auftreten. Die Prozesse konzentrieren sich langfristig auf den Kunden anstatt auf interne Unternehmensbelange (vgl. Laloux, 2016: 64 ff.).

In unserer heutigen dynamischen Umwelt müssen die einzelnen Unternehmen in der Lage sein, ihre Produkte bzw. Dienstleistungen immer schneller und konsequenter an Veränderungen des Marktes anzupassen. Agile und evolutionäre Organisationen stellen den Kunden anhand netzwerkartiger Strukturen und interdisziplinärer bzw. bereichsübergreifender Teams (deren Mitarbeiter unterschiedliche Fähigkeiten mitbringen) in den Mittelpunkt des Denken und Handelns, während bei traditionellen Organisationen häufig in hierarchischen Pyramiden und thematisch abgegrenzten Bereichen gedacht und gehandelt wird (vgl. Häusling & Fischer, 2016: 32).

Beispiel

Als Beispiel zur Strukturveränderung in Organisationen kann die Messinggießerei FAVI im Norden Frankreichs angeführt werden, die u. a. Getriebegabeln für die Autoindustrie produziert. Jahrzehnte lang wurde das 1950 gegründete Unternehmen in traditioneller Weise durch hierarchische Strukturen geführt, bis 1983 ein neuer Geschäftsführer eingesetzt wurde, der die Aufbau- und Ablauforganisation des Unternehmens komplett umstrukturierte. Heute arbeitet FAVI mit dreizehn selbstgeführten Teams. Die meisten davon sind für einen bestimmten Kunden zuständig (z. B. Audi). Diese unmittelbare Beziehung ermöglicht die direkte Einbeziehung des Kunden in den Herstellungsprozess. Neben dem Geschäftsführer gibt es keine weitere Managementebene und kein Leitungsgremium. Während alle Mitbewerber dieser Branche nach China gegangen sind, um mit günstigeren Arbeitskräften zu arbeiten, konnte FAVI als einziger Produzent in Europa bleiben und sogar einen Marktanteil von 50 % halten. Im Laufe von 25 Jahren ist nicht eine Lieferung zu spät verschickt worden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden zu einem hohen Anteil am Gewinn beteiligt – eine Fluktuation der Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer ist praktisch nicht vorhanden (vgl. Laloux, 2016: 65 ff.). ◀

Grundprinzipien von Reinventing Organizations

Bei der Übertragung der ganzheitlichen Perspektive der organisatorischen Entwicklung in das Modell *Reinventing Organizations* stützt sich Laloux auf die drei Dimensionen Selbstführung, Ganzheit und evolutionärer Sinn. Deren Kernfaktoren sind von ihm nicht nur konzeptionell, sondern auch empirisch anhand von zwölf sehr unterschiedlichen Unternehmen beschrieben worden. Finden diese Thesen ganz oder teilweise in der strategischen Ausrichtung des Managements Berücksichtigung, trägt dies maßgeblich zum Gelingen der Entwicklung einer integralen Organisationsform bei (vgl. Laloux, 2016: 81 ff.).

Selbstführung – Steuerung durch kollegiale Beziehungen

Die bisherige Annahme, dass wenige Leute an der Spitze des Unternehmens gute Entscheidungen für alle treffen, wird verständlicherweise in einer zunehmend komplexeren Welt immer fragwürdiger. Laloux behauptet, dass komplexere Organisationsprozesse besser durch verteilte Autorität in Netzwerken erfasst und bearbeitet werden können. „Wir dachten, wir brauchen Hierarchien und Pyramiden. Jetzt wissen wir, wie man wirkungsvollere und flüssigere Systeme verteilter Autorität schaffen kann“ (Laloux, 2016: 57).

Selbstführung bedeutet in diesem Kontext nicht, dass Hierarchien und Vorgesetzte abgeschafft werden und somit ein Machtvakuum und Chaos entsteht. Vielmehr sollen die Beschäftigten durch ihre Kompetenzen ihre Rolle im Unternehmen finden, auch wenn sich einige mit engeren Rollen begnügen werden. Beispielsweise kann ein Mitarbeiter besser zuhören, ein anderer besser planen und eine Mitarbeiterin ist besonders gut im Umgang mit Konflikten. „Das Ziel besteht nicht darin, dass alle gleich mächtig werden, sondern dass alle vollkommen mächtig werden“ (Laloux, 2016: 79).

Um ein System verteilter Autorität zu realisieren, müssen alle bestehenden traditionellen Managementpraktiken und Führungsstrukturen erneuert werden. Die vierzehn wichtigsten Strategien fasst Laloux (2016: 64 ff.) zusammen – vier Prinzipien werden dabei von ihm näher erläutert und mit Beispielen hinterlegt:

- *Organisationsstruktur*: Die Notwendigkeit der Abkehr von den Hierarchieebenen hin zu verteilter Autorität in Netzwerken
- *Entscheidungsfindung*: Entscheidungen werden nicht hierarchisch durch Konsens oder Mehrheitsentscheidung, sondern von einer Form kollektiver Intelligenz beeinflusst

- *Entlohnung*: Beispielsweise spricht ein jährlich wechselndes Gremium von Freiwilligen Empfehlungen aus zu der von der Mitarbeiterin bzw. vom Mitarbeiter selbst vorgeschlagenen Gehaltserhöhung
- *Leistungsmanagement*: Der Leistungsgedanke besteht nicht wie in herkömmlichen Organisationen darin, dass Druck der Führungskräfte auf die Mitarbeiterin bzw. auf den Mitarbeiter ausgeübt wird, um die Leistung der Organisation zu steigern

Die oft missverständliche Annahme, dass Selbstführung die Abschaffung der Strukturen und „Narrenfreiheit“ für Jeden bedeutet, wird durch Forschungsergebnisse widerlegt. Wie in der Natur gibt es auch in Unternehmen Strukturen, Koordinationsmechanismen sowie bestehende Prozesse (z. B. Entscheidungsfindung, Konfliktlösung) und die Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter arbeiten in definierten Rollen (vgl. Laloux, 2016: 62).

Ganzheit – Einbeziehung der ganzen Person in die Arbeit

In klassischen Organisationsformen gibt es aus verschiedenen Gründen einen subtilen Druck, der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter dazu veranlasst, eine professionelle Rolle „zu spielen“ (z. B. um durch ein bestimmtes äußeres Erscheinungsbild „den Rang“ in der Hierarchie zu verdeutlichen). Die Organisationen wiederum erheben einen Anspruch auf die Person in der professionellen Rolle, was im Umkehrschluss bedeutet, dass Menschen nie ganz authentisch in ihrer Arbeit sein können (vgl. Laloux, 2016: 82). „Enorme Energie wird freigesetzt, wenn wir endlich unsere Masken fallen lassen und wagen, ganz wir selbst zu sein“ (Laloux, 2016: 81). Doch zum wahren Selbst zu stehen, birgt auch immer ein Risiko in sich. Das „Ego“ sucht Erfolg und Anerkennung. Männliche Eigenschaften wie rationales Denken und Entschlossenheit dominieren immer noch weibliche Eigenschaften wie z. B. Fürsorge und Empfindsamkeit, die sich nicht besonders positiv auf die Karriere auswirken und im schlimmsten Fall auch noch für Spott oder Unverständnis sorgen. Aus diesem Grund verstecken viele Menschen ihre Zweifel und ihre Verletzlichkeit, als Folge fühlt sich der eigene Arbeitsplatz „leiblos“ an (vgl. Laloux, 2016: 84 ff.).

Um die Ganzheit am Arbeitsplatz zu erreichen, greift Laloux (2016: 94 ff., 2015: 144 ff.) auch hier bestehende Managementpraktiken auf und fügt neue hinzu. Seinen Schwerpunkt legt er auf folgende sechs Prinzipien:

- *Sichere Umgebung*: geprägt durch Respekt und Vertrauen
- *Meetings*: regelmäßige Gespräche über Werte und Grundregeln (z. B. ein Wertetag)

- *Arbeitszeit bzw. Arbeitszeitgestaltung*: berücksichtigt die verschiedenen Verpflichtungen des Lebens der Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer
- *Leistungsbeurteilungen als angstfreier Prozess*: ermöglichen Selbstreflexion und Feedback ohne Verurteilung
- *Räume zur Reflexion*: die Mitarbeiter können einer kontemplativen bzw. besinnlichen Praxis nachgehen (Spaziergänge in der Natur)
- *Storytelling*: zur Schaffung einer Gemeinschaft

Wenn Titel und Selbstdarstellung unbedeutend werden, kehrt wieder „Lebendigkeit“ an den Arbeitsplatz zurück. Viele der vorgestellten zwölf evolutionären Organisationen schaffen hierfür die Voraussetzungen, sodass durch Vertrauen, Transparenz und wertschätzendes Feedback, Konflikte im Anfangsstadium verhindert bzw. vorhandene gelöst werden können.

Evolutionärer Sinn – Die Organisation passt sich an und wächst

Die Vorstellung, dass Organisationen einen evolutionären Sinn haben, auf den die Menschen hören können, ist wohl die weitreichendste der drei genannten Dimensionen (vgl. Laloux, 2016: 130). Er postuliert, dass vielmehr der gemeinsame Sinn oder die gemeinsame Aufgabe des Unternehmens die Entscheidungsfindung beeinflussen als der Selbsterhalt der Organisation durch Gewinnmaximierung und Sicherung der Marktanteile (vgl. Laloux, 2016: 113 ff.).

Zur Erreichung der herkömmlichen Ziele plant das Management eine Strategie, die in der Regel auf die Fortschreibung der Vergangenheit und auf einer bestimmten Annahme der möglichen zukünftigen Entwicklung basiert (Strategiefindung). Dazu werden bestimmte Instrumente wie Leistungskennzahlen oder finanzielle Kennzahlen eingesetzt und in Projektplänen verdichtet (Strategieumsetzung) In diesem Planungsprozess besteht die Rolle der Geschäftsführung bzw. des oberen Managements darin, das Umfeld der Organisation zu analysieren und auf dieser Grundlage eine Strategie zu entwickeln, die anschließend von den Organisationsmitgliederinnen bzw. Organisationsmitgliedern auch ziel führend umgesetzt werden kann. Verständlicherweise bietet ein solcher Prozess dann wenig Raum für das Nachdenken über den evolutionären Sinn eines Unternehmens. An dieser Stelle schildert Laloux den wirksamen Schritt zum Durchbruch seiner dritten These: Weg von Vorhersage und Kontrolle, hin zum Spüren und Antworten (vgl. Laloux, 2016: 113 ff.). „Was wäre, wenn wir nicht länger versuchen würden, die Zukunft zu erzwingen? Was wäre, wenn wir stattdessen einfach mit dem, was sich zeigen will, tanzen?“ (Laloux, 2016: 111).

Zur Umsetzung seiner dritten Kernthese vom evolutionären Sinn greift Laloux (2016: 115 ff.) erneut bereits bestehende Managementpraktiken auf, die dann

ganz neu betrachtet werden können. Dazu hat er vier Prinzipien genauer in den Fokus genommen:

- *Strategien*: werden auf die aktuellen Gegebenheiten flexibel angepasst und ausgerichtet
- *Budgetplanungen*: beziehen sich nur auf die zeitnahen, wichtigsten Entscheidungen und nicht routinemäßig auf jährliche Zielzahlen und deren Erreichung
- *Changemanagement*: muss nicht geplant und projiziert werden, sondern schließt sich als selbstverständlicher Prozess ganz spontan den Veränderungen der Umgebung an
- *Konkurrenzfreiheit*: die Organisationen mit einem übergeordneten Sinn bzw. deren Akteure geben die Ideen an ihre interessierten Mitbewerber weiter, um den Sinn schneller zu verbreiten (kein Konkurrenzdenken)

Organisationen mit einem übergeordneten Sinn erweitern ihre Verantwortung, indem sie Kundinnen bzw. Kunden, Mitarbeitende, Zulieferer und andere Interessengruppen in die Prozesse einbeziehen. Statt Strategien vorzugeben, wird eher eine Sensibilität für Änderungen im Umfeld des Unternehmens ausgebildet. Nicht notwendigerweise müssen alle oben genannten drei Faktoren oder Dimensionen von den Organisationen gänzlich umgesetzt werden. Zu Beginn konzentrieren sich die Akteure auf den Durchbruch, von denen die Kollegen am stärksten begeistert sind. Die Umwandlung zur Selbstführung hat sich dabei in vielen Branchen als zielführend und motivierend bewiesen.⁴

⁴Veränderungen in der Gesellschaft und in der Arbeitswelt führen dazu, dass Unternehmen sich immer mehr entscheiden, sinnstiftende und hierarchiearme bzw. hierarchiefreie Organisationsformen zu implementieren. In der Studie „Wertewelten Arbeiten 4.0“ stuften die Befragten Sinnhaftigkeit und Selbstverwirklichung als zentral ein (vgl. Nextpractice 2016). *Welche Einflussfaktoren erweisen sich bei der Implementierung von Selbstorganisation und Selbstführung aus der Perspektive von Gestaltern bzw. Beteiligten in der Praxis als relevant?* Dieser Forschungsfrage gehen Arnold Basler et al. (2021) in ihrer qualitativen Studie „Nicht einfach ohne Hierarchie“ nach. Selbstorganisation wird dabei als „Ordnungs- und Handlungsmuster hierarchiefreier und netzwerkartiger Organisationsformen“ definiert, Selbstführung wird dabei als (rein formale) hierarchiefreie Organisationsform verstanden (Arnold Basler et al., 2021: 66 f.). Ergebnisse der Studie: zentrale Einflussfaktoren auf die Implementierung von Selbstorganisation sind *erstens* eine grundlegende Übereinstimmung und überzeugende Unterstützung durch das obere Management (Sinn und Daseinszweck des Unternehmens in Einklang mit der Grundhaltung des Managements); sind *zweitens* ein positives Menschenbild (Vertrauenskultur)

Beispiel

Von den erforschten Unternehmen beschreibt Laloux den Prozess der Gehaltsermittlung der kalifornischen Firma Morning Star als den fortschrittlichsten zum Thema Selbstführung. Morning Star ist innerhalb der letzten 50 Jahre zum weltweit größten Unternehmen für die Tomatenverarbeitung aufgestiegen und produziert ca. 35 % der Tomatenprodukte, die in den USA konsumiert werden (vgl. Laloux, 2016: 75). In dem Unternehmen werden Gehaltserhöhungen durch den Mitarbeiter selbst in einem Brief vorgeschlagen. Ein jährlich wechselndes, freiwilliges Gremium bespricht im Anschluss diese Vorschläge direkt mit dem Mitarbeiter. Drei Viertel der Kollegen wünschen sich nur eine Teuerungszulage entsprechend der gestiegenen Lebenshaltungskosten, ein Viertel erklärt dem Gremium zusätzlich eine Gehaltserhöhung. Wenn es in wenigen Ausnahmefällen aufgrund unberechtigter Ansprüche zu keiner Einigung kommt, kann das Gremium eine Methode zur Konfliktlösung einleiten, um eine für alle Beteiligten annehmbare Lösung zu finden. Bei Morning Star vergeuden die Mitarbeiter somit nicht viel Zeit mit Gesprächen und Klagen über ihre Gehälter. Sie werden aufgefordert, den Prozess selbstführend in die Hand zu nehmen und einvernehmlich zu lösen (vgl. Laloux, 2016: 76). ◀

Im Kontext von neuen Organisationsmodellen wird auch Buurtzorg als eines der zwölf von Laloux erforschten Unternehmen ausführlich dargestellt (vgl. Laloux, 2016: 42 ff.). Auch hier spielt die Selbstführung eine wesentliche Rolle. Auf die Entstehung dieses niederländischen Dienstleistungsunternehmens in der

und eine grundsätzliche Haltung (Persönlichkeit) mit dem Willen und den Fähigkeiten zur Selbstorganisation und Selbstführung, wobei „Zuverlässigkeit und Offenheit einen relevanten Einfluss“ haben; sind *drittens* das mittlere Management und mikropolitische Handlungsweisen, die als Stolpersteine einer erfolgreichen und nachhaltigen Transformation von Selbstorganisation bewertet werden; sind *viertens* klare Rollendefinitionen und klare Prozessbeschreibungen bei der Implementierung; sind *fünftens* regelmäßige Besprechungen und eine intensive Kommunikation; sind *sechstens* die Einführung eines Konfliktmanagements in einer hierarchiefreien Organisation – es zeigte sich, dass „ein fehlendes Konfliktmanagement sowie die grundsätzliche Tendenz, Konflikte aus dem Weg zu gehen, einen negativen Einfluss auf die Einführung von Selbstorganisation und Selbstführung hatten“ (Arnold Basler et al., 2021:69 f.).

ambulanten Pflege, das Pflegemodell sowie auf die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen wird ausführlich eingegangen.

5 Buurtzorg – Pflegemodell aus den Niederlanden

Kaum ein sozialwirtschaftliches Unternehmen sorgt derzeit europä-, ja sogar weltweit für so ein großes Interesse wie das holländische Unternehmen *Buurtzorg*. Man spricht euphorisch von einer „Revolution des Pflegesystems“ (vgl. Wasel & Haas, 2018: 595).

Der Begriff *Buurtzorg* setzt sich aus den niederländischen Wörtern *buurt* und *zorg* zusammen und bedeutet so viel wie Nachbarschaftshilfe bzw. Nachbarschaftssorge. Der neue Ansatz beruht auf einer ganzheitlicher Betreuung und weniger Bürokratie in der wohnortnahen ambulanten Versorgung. Die jeweiligen Pflegekräfte koordinieren alles, was zum Verbleib der Klientin bzw. des Klienten in der Häuslichkeit notwendig ist (vgl. Burtke, 2018: 52).

Entwicklung des neuen Pflegemodells

Seit dem 18. Jahrhundert arbeiteten, außerhalb der Krankenhäuser, in jedem Stadtteil ein oder zwei Krankenschwestern, um die Kranken und Alten zuhause zu besuchen und zu pflegen (vgl. Laloux, 2016: 42). Die Kosten hierfür wurden teilweise von den Versorgten selbst übernommen oder durch private Krankenkassen finanziert. Ende der 1960er Jahre, als sich abzeichnete, dass die Aufwendungen für die steigende Lebenserwartung und die bessere Versorgung der chronisch kranken und behinderten Patientinnen bzw. Patienten das Versicherungssystem zu überlasten drohte, wurde in den Niederlanden das *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* (Allgemeines Gesetz für besondere Krankheitskosten [AWBZ]) beschlossen und 1968 verbindlich eingeführt. Diese Pflegeversicherung wird bis heute aus festen Prämien, einkommensabhängigen Prämien und staatlichen Zuschüssen finanziert und stellt die Versorgung mit Pflege- und Betreuungsleistungen sicher – die Versicherung deckt darüber hinaus ein wesentlich breiteres Risikospektrum ab, als die in Deutschland 1995 eingeführte Pflegeversicherung und ist im Regelfall bedarfsdeckend (vgl. Slegers, 2005).

Die Leistungen können als Sachleistungen (durch Dienstleister) oder auch als Budget (mit konkreter Abrechnung bei eigenverantwortlicher Organisation) genutzt werden. Der Zugang zu den Versicherungsleistungen erfolgt mittels Einstufung durch sogenannte Assessment-Zentren, die Beauftragung von Dienst-

leistern übernehmen regionale Zentren. Dadurch entstanden sehr kleinteilige und zergliederte Auftragsorganisationen und Abwicklungsprozesse (vgl. Heiber & Weiße, 2018: 39).

In den 1980er Jahren betrachtete die niederländische Regierung die Pflege nun aus der modernen wissenschaftlichen Perspektive. Aus dieser Sicht erschien es sinnvoll, alle Pflegekräfte in großen Organisationen zusammenzufassen, um den ökonomischen Vorteil der Skalierung (Größenveränderung) zu nutzen und somit Steuereinsparungen zu erreichen. Das Krankenpflegepersonal schloss sich den großen Organisationen an, die nach und nach moderne Managementpraktiken einführten. Im weiteren Verlauf entschied die Geschäftsführung dieser Organisationen, dass eine Betreuung der Klientinnen bzw. Klienten von immer derselben Pflegekraft ineffizient sei, die Pflegekräfte wurden ab jetzt je nach Verfügbarkeit eingeteilt. Dadurch sollten Ausfallzeiten seitens des Personals durch mehr Flexibilität sichergestellt werden. Weil die Klientinnen bzw. Klienten als Folge dieser Maßnahme die für sie zuständige Pflegekraft nicht mehr direkt anrufen konnten, mussten zusätzlich Callcenter eingerichtet werden (vgl. Laloux, 2016: 42 ff.).

In einem nächsten Schritt erfolgte die Spezialisierung von Pflegekräften, was zu einem weiteren Einsparungseffekt führte: Erfahrenere Fachkräfte nahmen nur noch die schwierigeren medizinischen Interventionen vor und bekamen mehr Gehalt als ihre Kolleginnen bzw. Kollegen, die einfachere Tätigkeiten wie die Grundpflege oder das Anlegen von Verbänden ausübten. Mit der Zeit bemerkte das Management, dass einige Pflegekräfte viel schneller arbeiteten als andere, was zur Festlegung von Normzeiten und einer minutengenauen Planung führte (z. B. zweieinhalb Minuten für das Wechseln von Kompressionsstrümpfen). Daraufhin wurden in den Firmenzentralen Planungsabteilungen errichtet, deren Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter einen detaillierten Plan für jede Fachkraft am nächsten Tag ausarbeiteten (vgl. Laloux, 2016: 42 ff.).

Mit der Zeit fusionierten die Pflegeunternehmen, um die ökonomischen Vorteile der Skalierung noch besser nutzen zu können. Um die vielen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter in den stark gewachsenen Organisationen zu führen, wurde es notwendig, weitere Hierarchieebenen einzuführen – die Bereichsleitung wurde der Regionalleitung unterstellt, die wiederum einer Managerin bzw. einem Manager zugewiesen war, welche bzw. welcher die Prozesse im ganzen Land verantwortete. Dieses Management hatte meist keine Erfahrung in der Pflege. Die Aufgabe bestand allein darin, die erbrachten Leistungen der Pflegekräfte zu analysieren und zu verbessern (vgl. Laloux, 2016: 42 ff.). „Jede dieser Veränderungen – Spezialisierung, Flexibilität, ökonomische Vorteile der Skalierung, kontinuierliche Verbesserung – hat zur Steigerung der

Effizienz geführt, was wahrscheinlich für das holländische Gesundheitssystem von Vorteil ist“ (Laloux, 2016: 45).⁵

Doch auf der anderen Seite brachte dieser Wandel zwei wesentliche Nachteile mit sich (vgl. Laloux, 2016: 46):

- Erstens konnte die persönliche Beziehung der Pflegekräfte zu den Klientinnen bzw. Klienten nicht mehr garantiert werden. Nicht selten trat jeden Tag ein unbekanntes Gesicht in die Privatsphäre des eigenen Zuhauses, was über kurz oder lang in eine berechtigte Unzufriedenheit seitens der Klientinnen bzw. Klienten mündete.
- Zweitens verloren die Pflegekräfte durch diese Art von Arbeit ihr Gefühl von Berufung und ihre Integrität, was wiederum bei ihnen zu Unmut, Verbitterung und nicht selten zu einem Ausscheiden aus dem Beruf führte.

⁵In der Literatur sind insbesondere die von Laloux bezüglich der Organisationsformen aufgestellten Thesen immer wieder kritisch betrachtet und hinterfragt worden. Zunächst ist die dünne Datenbasis zu nennen – Laloux' Thesen beruhen auf der Analyse von zwölf Unternehmen weltweit. Zwölf Unternehmen, die zwar erfolgreich sind, die aber alles andere als den vorhandenen Mainstream erfolgreicher Unternehmen abbilden. In seinem Buch zur *Soziokratie* zitiert Christian Rüter Beispiele mehrerer Organisationen, die eben nicht so bilderbuchhaft mit den von Laloux' beschriebenen Ansätzen erfolgreich wurden (vgl. Rüter 2018: 242 ff.). Auf eine E-Mail an Laloux, in der der Autor die einseitig positive Beschreibung der genannten Unternehmen hinterfragt, antwortet Laloux: „Deine Bemerkung zu der einseitig positiven Beschreibung der Beispiele trifft zu, weil mein Ziel nicht eine differenzierte Bewertung der Unternehmen war, sondern die Darstellung, was derzeit möglich ist“ (Rüter, 2018: 337). In seiner Rezension von Laloux' Buch *Reinventing Organizations* vom April 2017 konstatiert auch Günther Mohr, dass die Ideen von Laloux prinzipiell nicht neu seien, da diese alle schon früher mal angedacht worden seien. Wenngleich er zugibt, dass aufgrund des heutigen knappen Fachkräfteangebotes die Dringlichkeit eines Umdenken in den Fokus gerückt ist (vgl. Mohr 2017: 4). Ein weiterer Kritikpunkt an den Thesen von Laloux ist die mangelnde Vorhersagbarkeit der ökonomischen Entwicklung von Unternehmen, die diesen neuen Denkansatz übernehmen. Da alle Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter an der Unternehmensentwicklung beteiligt sind, lässt sich schlechter vorhersehen, in welche Richtung sich das Unternehmen tatsächlich entwickelt und somit lässt sich auch keine fundierte Erfolgsaussicht treffen. Der Kapitalmarkt fordert aber genau diese Vorhersagbarkeit ein, um die nötigen Renditeanforderungen und die Investitionen zielführend planen zu können (vgl. Mohr 2017: 4). Es lässt sich damit feststellen, dass die Thesen von Laloux grundsätzlich nachvollziehbar und sogar in weiten Teilen überzeugend wirken. Sie stoßen auch auf ein breites Echo, allerdings stehen sie noch auf einer relativ schmalen Datenbasis bezüglich ihres allgemeinen Erfolges und ihrer Anwendbarkeit auf unterschiedliche Organisationen. Dennoch sind diese Thesen es sicher wert, vor allem im Gesundheitswesen ausprobiert zu werden.

Jos de Blok hatte zehn Jahre als Krankenpfleger gearbeitet und die Veränderungen im niederländischen Pflegesystem unmittelbar (mit-)erlebt. Enttäuscht über diese Situation kündigte er und gründete 2006 mit einem Team von vier Pflegekräften und einer neuen Idee das Unternehmen *Buurtzorg* (vgl. Laloux, 2016: 47). Unter dem Motto „Menschlichkeit vor Bürokratie“ verbreitete er seine Idee in den Niederlanden. Mittlerweile wird das Pflegemodell in 24 Ländern aktiv umgesetzt, unterstützt durch ein kleines internationales Team (vgl. Buurtzorg, 2019a, b, c, d).

Grundzüge des neuen Pflegemodells

Buurtzorg veränderte unter gleichem Namen als Pflegedienst die alltäglichen Abläufe in der ambulanten Pflege in den Niederlanden grundlegend (Heiber & Weiße, 2018: 39). Ziel war es, den Pflegebedürftigen eine optimale Pflege sowie das Maximum an Selbstständigkeit zu ermöglichen und zugleich dem Wunsch der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter nach mehr qualitativer Pflege sowie Zeit für die einzelne Klientin bzw. den einzelnen Klienten nachzukommen. Entsprechend ihrer Berufung sollen sie selbstorganisiert, ganzheitlich und zielorientiert (qualitativ und quantitativ) ihrem Pflegeberuf nachgehen (vgl. Wasel & Haas, 2018: 598 f.). Der Aufbau einer persönlichen Beziehung der Pflegekraft zu den Pflegebedürftigen ist hierfür maßgeblich.⁶

Nach Aussagen vieler Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, aber auch wohlwollender und konkurrierender Anbieter, besteht die eigentliche Neuerung des Pflegemodells in einer Wiederbelebung und zugleich Weiterentwicklung der Versorgung durch die Gemeindeschwestern (Community Health Nursing [CHN]), welcher in den Niederlanden ohnehin bis in die 1980er Jahre eine prägende Tradition hatte (vgl. Wasel & Haas, 2018: 600).⁷ Vermutlich betont jeder

⁶Der Begriff Klient wird im Pflegemodell *Buurtzorg* den Bezeichnungen Patient oder Kunde vorgezogen. Nandram (2015) begründet dies: „At Buurtzorg the term client is preferred instead of a patient or a customer. Because a patient only recalls illness while a customer recalls a business like relationship which is not the case in the community healthcare environment. Trust is a key driver and therefore ‚client‘ suits better as term“ (Nandram 2015: 51 f.).

⁷Die Gemeindeschwestern taugen durchaus auch als Vorbild für ein weitgehend selbstständiges Arbeiten bzw. für ein partnerschaftliches Agieren in der Gemeinde – und als „Geheimwaffe gegen Überlastung und Unterversorgung“ gelten (Korzilius & Rabbata, 2006). Interessant sind in diesem Zusammenhang zwei Modelle in Deutschland, die auch wissenschaftlich begleitet und evaluiert wurden: *erstens* die Modellprojekte AGnES

Pflegeanbieter die zentrale Stellung des Klienten. Erst bei näherem Hinsehen und inhaltlichem Vergleich werden die Unterscheidungsmerkmale zwischen herkömmlichen Pflegediensten und *Buurtzorg* deutlich; „We therefore say our service is professional and personal“ (Nandram, 2015: 52).

Entsprechend dem Grundansatz wird die Klientin bzw. der Klient nicht nur als pflegebedürftig gesehen, sondern als selbstbestimmte und pflegefähige Person mit entsprechenden Ressourcen. Zusätzlich steht an zweiter Stelle das informelle Netzwerk von Angehörigen, Nachbarn, Freunden und Freiwilligen, die in den Unterstützungsprozess eingebunden werden. Aus diesem Blick heraus erfasst das Team möglichst ganzheitlich die Situation der Klientin bzw. des Klienten und bezieht sein komplettes soziales Lebensumfeld umfassend mit in den Pflegeprozess ein (vgl. Wasel & Haas, 2018: 601). Die Darstellung des Pflegeansatzes unter der Überschrift „Alles beginnt mit einer Tasse Kaffee“ zeigt, dass nicht die Symptomerhebung des objektiven Pflegebedarfes, sondern die Wahrnehmung der ganzen Person am Anfang des Pflegeprozesses steht. Dabei achten die Teams präzise darauf, dass die Zahl der Pflegenden möglichst auf nur auf eine bis zwei Personen beschränkt ist (vgl. Wasel & Haas, 2018: 601). Die Pflege-

(Arztentlastende, Gemeinenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) in Mecklenburg-Vorpommern, *zweitens* das Modellprojekt Gemeindegeschwester plus in Rheinland-Pfalz (vgl. Berg et al., 2009; Dini Pou del Castillo, 2013; Gebert et al., 2016, 2019; Weidner et al., 2019; Schulz-Nieswandt et al., 2018). Das AGnES-Konzept „basiert auf der Delegation ärztlicher Leistungen, insbesondere im Rahmen von Hausbesuchen. In Gebieten mit drohender oder bereits manifester hausärztlicher Unterversorgung kann AGnES dazu beitragen, dem einzelnen Hausarzt die Versorgung eines größeren Patientenstammes und/oder einer größeren Region zu ermöglichen“ (Berg et al., 2009: 3). Pflege zählt zwar nicht zu den Aufgaben der Fachkraft in diesem Modell, aber die Kooperation mit den Pflegediensten: „Die Übernahme medizinischer Aufgaben [...] schließt jedoch pflegebedürftige Patienten ausdrücklich mit ein. In den Projekten betrafen bis zu 43 % der Hausbesuche pflegebedürftige Patienten [...]. In vielen dieser Fälle bildete die AGnES-Fachkraft eine wichtige Schnittstelle zu den jeweiligen Pflegediensten“ (Berg et al., 2009: 7). Das Modellprojekt Gemeindegeschwester plus ist ein Angebot für hochbetagte Menschen ab 80 Jahren, die zwar noch keine Pflege benötigen, aber Unterstützung und Beratung wünschen. Dabei soll die Selbständigkeit von hochbetagten Menschen möglichst lange erhalten bleiben und die Pflegebedürftigkeit soll durch gezielte Interventionen vermieden bzw. hinausgezögert werden. Die Aufgaben der Gemeindegeschwester liegen hier z. B. bei der präventiven und gesundheitsfördernden (aufsuchenden) Beratung, bei der Vermittlung konkreter Unterstützungsangebote zum Erhalt der Selbständigkeit bzw. zur Teilhabe im Wohnumfeld oder im Zusammenwirken mit der Kommune (vgl. Gebert et al., 2016, 2019; Weidner et al., 2019).

kräfte sind dabei 24 h an sieben Tagen erreichbar (vgl. Burtke, 2018: 52). Die damit verbundene Möglichkeit eine Beziehung mit hoher Verlässlichkeit aufzubauen, schafft die Grundvoraussetzung für einen erfolgreichen Pflegeprozesses (vgl. Wasel & Haas, 2018: 601). Dieser konsequente Ansatz des Community Health Nursing findet seine Fortsetzung durch die aktive Einbeziehung anderer Kooperationspartner (z. B. Ärzte). Möglicherweise wirkt hier verstärkend, dass die Niederlande als einziges Land in Europa in einem Nachbarschaftsstärkungsgesetz die Vernetzung formeller und informeller Hilfen vorsehen (vgl. Wasel & Haas, 2018: 601).

Rautert und Meißner (2019a, 2019b) geben und kurzen Überblick zu *Buurtzorg* und verweisen bei dieser besonderen Organisation von Pflege vor allem auf das damit einhergehende berufliche Sinnerleben. „Berufliches Sinnerleben steht für das eigene Vertrauen in die Sinnhaftigkeit der beruflichen Tätigkeit“ (Rautert & Meißner, 2019b: 9). Für den Erfolg von *Buurtzorg* stehen fünf Aspekte des Sinnerlebens (vgl. Rautert & Meißner, 2019b: 9 ff.):

- kohärente Teamarbeit (gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit eines Hand in Hand arbeiten, hohe Autonomie und erweiterte Entscheidungsbefugnisse ermöglichen eine Selbstwirksamkeit);
- Beziehung und Interaktion (Beziehung zu und die Interaktion mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen geben der Pflegearbeit „Sinn“);
- Management (Pflegekräfte werden befähigt, pflegebedürftige Menschen und die Angehörigen zu unterstützen und dafür auch ausreichend Zeit zur Verfügung zu stellen; höhere Identifikation mit dem Beruf und höhere Bindung an die Organisation, durch zufriedene, motivierte, engagierte und gesunde Pflegekräfte);
- Praxisumgebung (eine als wertvoll erlebte Praxisumgebung als Arbeitsort);
- Gelegenheit zum Lernen und Wachstum (streben nach Professionalität, Kompetenz fördern, personenzentriertes arbeiten ermöglichen, evidenzbasiert pflegen).

„Sinnerleben im Beruf ist wichtig, damit Pflegenden gern zur Arbeit gehen, sich an ihre Arbeitsstelle gebunden fühlen und weder diese noch den Pflegeberuf an sich frühzeitig verlassen. Buurtzorg ist ein gelungenes Beispiel dafür“ (Rautert & Meißner, 2019b: 12).

Buurtzorg ist (formalrechtlich) eine Stiftung (vgl. Wasel & Haas, 2018: 599). In der Stiftung arbeiten aktuell ca. 10.000 Pflegekräfte in 850 selbstorganisierten Teams, bestehend aus mindestens vier bis maximal zwölf Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern mit unterschiedlichen Funktionen (vgl. Buurtzorg, 2019a, b, c, d).

Die lokalen Teams in den Niederlanden versorgen 40 bis 60 Klientinnen bzw. Klienten in ihrem *buurt* (Stadtteil, Wohnviertel, Nachbarschaftsregion). Wachsen die Zahlen darüber hinaus, wird ein neues Team gegründet (vgl. Heiber & Weiße, 2018: 40).

Die Teams koordinieren alles, was zum Verbleib des Klienten in der Häuslichkeit notwendig ist. Sie sind gemeinschaftlich für Qualität und Wirtschaftlichkeit zuständig und steuern den Gesamtprozess. Dazu zählen neben dem Kerngeschäft und der Gestaltung von Arbeits- und Tourenplanung auch Aufgaben des Personalmanagements. Von der Einstellung über die Fortbildung bis hin zur Bezahlung von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern werden alle Entscheidungen selbstbestimmt im Team getroffen. Es gibt keine feste Leitung, sondern nur verschiedene Rollen und Funktionen, die rotierend von Gruppenmitgliedern wahrgenommen werden (vgl. Wasel & Haas, 2018: 599 f.).

Die Produktivität der Teams vor Ort sollte bei 60 % liegen, die anderen 40 % benötigen die Mitarbeiter für ihre Planung und die notwendigen administrativen Aufgaben. Die in den Studien angegebene Produktivität liegt bei 58 % bei *Buurtzorg* gegenüber 51 % bei anderen Anbietern in Holland. Mit Produktivität ist gemeint, dass „pro Pflegekraft mehr Leistung verrechnet werden kann. Dies ist umso verblüffender, da sie ihre Leistung in kürzerer Zeit erledigen“ (Wasel & Haas, 2019: 32). Durch die Bündelung der Versorgungsverantwortung (Feststellung der Bedarfe und Ressourcen, Planung der Leistungen) aus einer Hand, erhalten die Pflegekräfte wieder ihre eigentlichen Aufgaben und Kompetenzen der Community Health Nursing und somit ihre selbstbestimmte Berufung zurück (vgl. Wasel & Haas, 2018: 599 f.).

Der Umsatz von *Buurtzorg* lag 2015 bei 350 Mio. und die Umsatzrendite lag 2010 bei 8 % und 2014 bei 4 %. Die Gemeinkosten liegen bei *Buurtzorg* bei 8 % bis 12 % gegenüber 25 % bis 30 % bei anderen Anbietern in Holland. Die durchschnittliche Pflegeverweildauer pro Besuch beträgt 25 min bei *Buurtzorg*, die Kosten für den Aufbau eines neuen Teams liegen 25.000 € (vgl. Wasel & Haas, 2019: 32).

Im Hintergrund arbeiten 15 regionale Coaches (2016), die jederzeit zur Beratung hinzugeholt werden können (vgl. *Buurtzorg*, 2019a, b, c, d). Die Coaches sind ebenfalls Pflegekräfte mit einer Zusatzausbildung in Konfliktmanagement. Sie sind hierarchisch nicht übergeordnet und verdienen nicht mehr Geld, sondern haben lediglich eine beratende Funktion und übernehmen Supervisionsaufgaben. Es gibt somit keine Entscheidungsebene innerhalb des Unternehmens aus einer anderen Fachlichkeit – alle sprechen als Pflegefachleute (vgl. Wasel & Haas, 2018: 600). Die Teams bestehen zu rund 70 % aus hochqualifizierten Fachkräften, die oftmals auch einen Bachelorabschluss vorweisen

können, weitere Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter sind Pflegeassistentinnen bzw. Pflegeassistenten mit einer zweijährigen Berufsausbildung (vgl. Heiber & Weiße, 2018: 39).

Die von den Teams festgestellten Leistungsbedarfe der Pflegebedürftigen werden als Jahresbudget in Form von Zeitrechnung erfasst. Das bedeutet, dass die Refinanzierung über Stundensätze erfolgt und nicht über einzelne erbrachte Leistungen, wie es bei der Vergütung im deutschen Pflegesystem üblich ist. Gerade bei der Übernahme einer neuen Klientin bzw. eines neuen Klienten kann neben der pflegerischen Versorgung somit entsprechend viel Zeit für den Aufbau eines neuen Versorgungsnetzwerkes investiert werden – mit dem Ziel, die nötige Hilfestellung durch den professionellen Dienst in diesem Bereich zu minimieren (vgl. Heiber & Weiße, 2018: 39).

In der Zentrale (im niederländischen Almelo) arbeiten zurzeit 45 Personen im Backoffice, die sich um die übergeordnete Administration wie Lohn- und Gehaltsabrechnungen kümmern. Da die Gemeinkosten bei *Buurtzorg* extrem niedrig gehalten werden, kann die Fokussierung der Organisation auf die Pflege gewährleistet werden (vgl. Buurtzorg, 2019). Ein hoher Grad an Informationstechnik unterstützt den alltäglichen Pflegeprozess und ermöglicht den Zugriff auf eine große Datenbank, der sowohl für die Diagnose und Therapie als auch für ein unternehmensübergreifendes Wissensmanagement gleichermaßen bedeutsam ist (vgl. Wasel & Haas, 2018: 601). Eine eigens für *Buurtzorg* entwickelte Dokumentations-App funktioniert wie ein kleines Social Media-Programm, welches die Teams in Holland untereinander vernetzt. Die Fachkräfte können sich zu bestimmten pflegerischen Herausforderungen gegenseitig kontaktieren, Foren bilden und neue Ideen austauschen (vgl. Schneyink, 2018: 100). Nach der anfänglichen Subvention dieses Modells erfolgt die heutige Refinanzierung der Leistungen bei *Buurtzorg* gänzlich aus der Pflegeversicherung (AWBZ), die allen Anbietern mobiler Pflege zur Verfügung steht (vgl. Leichsenring, 2017: 21).

Die Prämisse jeglicher Vorgehensweise bei *Buurtzorg* ist die Erfassung des Willens bzw. der Wünsche der Klientinnen bzw. Klienten sowie deren Fähigkeit, eine größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen bzw. zu erhalten. Dieser Ansatz und die intensive Abstimmung der Pflegemaßnahmen mit allen Beteiligten (wie Partnerin bzw. Partner, Familie oder Nachbarin bzw. Nachbar) sichern einen hohen Zufriedenheitsgrad bei den Klientinnen bzw. Klienten und deren Angehörigen (vgl. Nandram, 2015: 45). Im Zentrum dieses Erfolges stehen die eigenverantwortlich planenden und handelnden Teams – der unternehmerische Geist jeder Einheit, die innovative Kreativität bei der Lösung von Problemen vor Ort, aber auch die Handlungsfreiheit und Eigenverantwortung der Teams bzw. im

Team sind dabei elementare Grundlagen der Zufriedenheit mit dem Beruf und der Arbeit (vgl. Nandram, 2015: 83 f.).

Zufriedenheit mit dem neuen Pflegemodell

Es liegen zwei empirische Originalarbeiten zu dieser Thematik vor, welche als Auftragsstudien des Ministeriums für Gesundheit in den Niederlanden zu werten sind – zum einen die Studie *Maatschappelijke Business Case* (Social Business Case) aus dem Jahr 2009 sowie die Studie *De toegevoegde waarde van Buurtzorg t. o. v. andere aanbieders van thuiszorg* (der Mehrwert von Buurtzorg im Vergleich zu anderen Anbietern häuslicher Pflege) aus dem Jahr 2015. Eine Vielzahl (empirischer) Artikel im deutsch- und englischsprachigen Raum bezieht sich auf diese Originalarbeiten (vgl. Wasel & Haas, 2018: 596). Ebenso bilden diese holländischen Studien und weitere Publikationen mit statistischen Auswertungen bzw. zu Finanzindikatoren die Grundlage für die Abhandlung zum Thema *Buurtzorg: eine agile Organisation – der Versuch eines sozialwirtschaftlichen Reviews*, welche von Wasel und Haas in den Jahren 2018 und 2019 publiziert wurde – die Ergebnisdarstellung zur Zufriedenheit hinsichtlich der Qualität der Pflege und hinsichtlich der Attraktivität für die Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter bezieht sich auf darauf (Wasel & Haas, 2018, 2019).

Zufriedenheitsfaktor: Qualität der Pflege

Die Qualität der Pflege mit einer anderen Form organisatorischen Handelns zum Wohle der Klientinnen bzw. Klienten und Pflegekräfte wiederzubeleben, war eine wesentliche Zielsetzung von Jos de Blok mit seinem Pflegemodell *Buurtzorg*.

Nach Wasel und Haas belegen Ergebnisse aus dem Jahr 2015, dass die direkten pflegerischen Leistungen mit 108 h versus 168 h bei anderen Pflegediensten geringer sind (vgl. Wasel & Haas, 2019: 33). Somit erbringt *Buurtzorg* die Leistungen in weniger Zeit gegenüber anderen Pflegediensten, was de Blok mit höherer Motivation, Fachlichkeit und besserer Infrastruktur begründet. Darüber hinaus arbeitet *Buurtzorg* nur mit ausgebildeten Fachkräften, deren Qualifikationsniveau höher ist als im Marktdurchschnitt (vgl. Wasel & Haas, 2019: 34). Die durchschnittlichen Pflegekosten pro Jahr und Klient liegen bei *Buurtzorg* bei 6400 € zu knapp unter 8000 € bei anderen Anbietern, die Gesamtkosten liegen bei *Buurtzorg* bei 15.300 € zu 15.800 €.

Überzeugend ist auch die Dauer der Pflege. Während in den Niederlanden im Schnitt vergleichbare Pflegedienste 7,5 Monate die Klientinnen bzw. Klienten begleiten, werden bei *Buurtzorg* die Menschen durchschnittlich nur 5,5 Monate

gepflegt. Bei 50 % der Klienten ergibt sich sogar nur eine Pflegenotwendigkeit von drei Monaten durch den ambulanten Dienst (vgl. Wasel & Haas, 2019: 33). Die scheinbar effektivere Wirkung von *Buurtzorg* geht davon aus, dass die Arbeit der Fachkräfte, die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen länger erhält oder schneller wiederherstellt. Ausreichendes Zahlenmaterial liegt zu dieser Aussage allerdings anhand der bisherigen Untersuchungen nicht vor – und es gilt, dies empirisch zu überprüfen (vgl. Wasel & Haas, 2019: 33). Insbesondere spiegelt sich die postulierte hohe Pflegequalität durch weniger ungeplante pflegerische Interventionen und weniger medizinische Notfälle wider. Darüber hinaus werden ein Drittel weniger und kürzere Klinikaufenthalte angegeben als bei anderen Pflegediensten (vgl. Wasel & Haas, 2019: 33).

Besonders hervorzuheben ist aber, dass deutlich weniger Einweisungen in stationäre Pflegeeinrichtungen notwendig sind. Damit wird dem Bedürfnis der Menschen Rechnung getragen, möglichst lange in ihrem eigenen Umfeld weiterleben zu können (vgl. Wasel & Haas, 2019: 33). Die subjektive Bewertung der geleisteten Pflege von Klienten ist ein wichtiger Faktor zur Messung von Pflegequalität. Daher sind jegliche Formen zur Messung von Zufriedenheit bedeutsame, indirekte Gradmesser für eine Qualitätsbewertung. Zu diesem Zweck wurde in den Niederlanden ein einheitliches Bewertungssystem (Client Quality [CQ]) eingeführt (vgl. Wasel & Haas, 2019: 33.). Eine Auswertung der Ergebnisse dieses Instrumentes zeigt, dass *Buurtzorg* in allen Bereichen ca. 30 % bessere Werte erhält als andere Einrichtungen. Besonders gut werden Erreichbarkeit, Pflegefachlichkeit sowie Ansprechbarkeit bewertet. „A client said: [...] I feel at Buurtzorg things are different: the nurses are there for the clients. You can always ask them all types of help“ (Nandram, 2015: 53). Aber auch bei weiteren Themen wie Information, Beteiligung und Qualität überzeugt *Buurtzorg* mit vorbildlichen Werten (vgl. Wasel & Haas, 2019: 33).

Diese Faktoren sorgen auch für mehr Zufriedenheit bei den Klientinnen bzw. Klienten und somit für mehr (subjektive) Pflegequalität. Weniger benötigte direkte Pflege, die sich aus diesem Modell ergibt, postuliert den Erhalt einer möglichst großen Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen. Wenngleich dieses Pflegekonzept durch das hohe Qualifikationsniveau der Pflegekräfte mit einem relativ hohen Preis von 57 € pro geleisteter Stunde keinesfalls primär eine kostengünstigere Form der ambulanten Pflege darstellt (vgl. Wasel & Haas, 2019: 31).

Zufriedenheitsfaktor: Attraktivität für Pflegekräfte

Ähnlich beeindruckend sind die personalwirtschaftlichen Daten. Wasel und Haas fassen in ihrer Publikation auch hier die verschiedenen Studienergebnisse zusammen. Demzufolge werden pro Jahr mehr als 1000 neue Pflegekräfte ein-

gestellt, die Fluktuation ist mit ca. 10 %, deutlich geringer als bei vergleichbaren Pflegediensten (15 %). Ebenso wird die Abwesenheitsquote bei unterschiedlichen Quellen mit knapp unter 2 % bis zu 4 % als geringer angegeben gegenüber 6 % bis 7 % bei anderen Dienstleistern (vgl. Wasel & Haas, 2019: 34 f.). Dies spricht für die deutlich höhere Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter bei *Buurtzorg*. Ein weiterer Aspekt für die Attraktivität des Unternehmens als Arbeitgeber könnte die hohe Fachkraftquote (ca. 70 %) sein, die eine qualifizierte und adäquate Versorgung der anvertrauten Menschen ermöglicht (wobei auch überdurchschnittlich viele ältere Mitarbeitende mit hohem Teilzeitanteil bei *Buurtzorg* arbeiten). Wobei großer Wert auf die Anstellung von Pflegekräften mit einem Bachelorabschluss oder einer vergleichbaren Ausbildungsqualifikation gelegt wird. Hierzu schwanken die Angaben zwischen 40 bis 70 %, während bei anderen Pflegediensten im Schnitt lediglich 10 % der Fachkräfte mit Bachelorniveau angestellt sind. (vgl. Wasel & Haas, 2019: 34 f.).⁸

Auf der Webseite des niederländischen Dienstleisters *Buurtzorg* werden u. a. aktuelle Zahlen veröffentlicht – das Engagement und die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter bei *Buurtzorg* spiegeln sich in der Note 8,7 (von 10) und in dem Titel „Bester Arbeitgeber“ (viermal in den letzten fünf Jahren) wider (vgl. Buurtzorg, 2019a, b, c, d). Auf die in zahlreichen Untersuchungen gestellte Frage „Warum sind Sie bei *Buurtzorg*?“ antworten 20 % der Mitarbeiter, dass lediglich die Arbeit bei *Buurtzorg* ihre Vision von Pflege möglich macht (vgl. Wasel & Haas, 2019: 34).

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Klienten- und Mitarbeiterzufriedenheit bei *Buurtzorg* die höchste aller Gesundheitsorganisationen in den Niederlanden ist (vgl. Buurtzorg, 2019a, b, c, d). „Only by putting ideas into practice, creates a value for the client and nurses and nurses assistants who are continuously using their professionalism and common sense to come up with the best solutions“ (Nandram, 2015: 62). Es werden darüber hinaus beeindruckende finanzielle Einsparungen postuliert. Es wird eine Kostenersparnis von rund 40 % dokumentiert, wenn alle Leistungen auf diese Weise wie bei *Buurtzorg* erbracht werden würden. Denn obwohl dieses Pflegekonzept primär zu höheren Kosten

⁸ Bei einem Unternehmensbesuch der beiden Autoren im niederländischen Almelo erhielten sie mündliche Informationen zu folgenden Aspekten (vgl. Wasel & Haas, 2019: 34 f.): Das Lohnniveau liegt nur unwesentlich über dem Marktniveau und scheint nur eine geringe Relevanz zu haben. Die Altersstruktur und die Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung – hiernach arbeiten bei *Buurtzorg* überdurchschnittlich viele ältere Mitarbeitende mit einem hohen Teilzeitanteil.

pro Stunde geführt hat, wird die Inanspruchnahme des Pflegedienstes mit bis zu 50 % weniger Stunden pro Klientin bzw. Klient sowie weniger Einweisungen in eine Klinik oder eine stationäre Pflegeeinrichtung das Gesundheitssystem in den Niederlanden längerfristig entlasten (vgl. Buurtzorg, 2019a, b, c, d).

Buurtzorg „steht nicht schlicht für ein Sparmodell einer zugleich besseren und billigeren Pflege. Ebenso war zu sehen, dass die Zeit am Kunden vergleichsweise teurer und kürzer ist [...]. Vieles ist in Buurtzorg vorgegeben und organisiert und die Ganzheit darf nicht verwechselt werden mit dem tatsächlichen Spezifikum, dass den Mitarbeitenden gerade durch Vorgaben die Konzentration auf ihre besondere Kompetenz ermöglicht wird. [...] Teilautonomie mit klaren Strukturvorgaben ist nicht Selbstorganisation“ (Wasel & Haas, 2019: 34).

6 Übertragbarkeit des Modells Buurtzorg in das deutsche Pflegesystem

Die demografische Entwicklung in Deutschland wird in den kommenden Jahren zu einem massiven Anwachsen der Hilfebedarfe von immer mehr und immer älter werdenden Menschen führen. Die Bedarfe liegen sowohl im unmittelbar medizinisch-pflegerischen Bereich als auch in der Unterstützung der Betroffenen bei der Überwindung von Einschränkungen im täglichen Leben und bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Anzunehmen ist, dass insbesondere in Regionen mit zurückgehender Bevölkerungsdichte und mangelnder Infrastruktur zukünftig die Sicherheit fehlt, im Notfall Hilfe zu erhalten, wenn nachbarschaftliche Hilfen nicht mehr möglich oder ausreichend sind.

Strukturmerkmale des Pflegesystems in Deutschland

Im Folgenden soll erläutert werden, wie man einerseits diesem Mangel an Pflege entgegenwirken und andererseits auch den Wunsch der Menschen nach Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen kann. Hierzu wird die Integrierbarkeit des Pflegemodells *Buurtzorg* aus den Niederlanden in das Pflegesystem der Bundesrepublik Deutschland kritisch geprüft. Nach der Darstellung der historischen Entwicklung folgt die Gegenüberstellung fördernder sowie

hemmender Faktoren einer Übertragung des niederländischen Modells in das deutsche Pflegesystem.⁹

In der Bundesrepublik Deutschland wurde im Vergleich zu den Niederlanden erst mehr als zwei Jahrzehnte später eine gesetzlich verankerte Versorgung für Pflegebedürftige aufgebaut. Anfänglich geschah dies im Jahr 1991 mit sehr geringen Leistungen aus der Krankenversicherung für Schwerpflegebedürftige. Erst später wurde eine spezifische Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 eingeführt, die bestimmte Leistungen für Pflegebedürftige übernehmen sollte (vgl. Heiber & Weiße, 2018: 39). Zu diesem Zeitpunkt waren bereits rund 1,7 Menschen auf Pflege angewiesen, von denen knapp eine halbe Million in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht waren und ca. 1,2 Mio. zu Hause betreut wurden (vgl. Sozialversicherung kompetent, 2019).

Da mit der Gründung der Pflegeversicherung noch keine finanziellen Mittel zur Verfügung standen, musste eine sogenannte Anschubfinanzierung erfolgen. Das bedeutete die Einführung der Pflegeversicherung in zwei Stufen:

- 1. Stufe | Es bestand Beitragspflicht ab dem 1. Januar 1995, wobei erst ab dem 1. April 1995 Leistungen für häusliche Pflege zur Verfügung gestellt werden konnten.
- 2. Stufe | Ab dem 1. Juli 1996 bestand ein Anspruch auf stationäre Pflege, gleichzeitig stieg der Beitragssatz von 1,0 auf 1,7 % des Arbeitsentgeltes (Brutto) an. Nach weiteren Anhebungen in den Jahren 2008 und 2015 beträgt der Beitragssatz seit dem 1. Januar 2019 aktuell 3,05 % und 3,30 % für kinderlose Versicherte ab dem vollendeten 23. Lebensjahr (vgl. Sozialversicherung kompetent, 2019).

⁹Cavedon et al., (2018a, b, c, 2020) setzen sich mit der Selbstorganisation in der ambulanten Pflege auseinander und diskutieren in einer Studie Chancen und Grenzen der Übertragung des Buurtzorg-Modells auf schweizerische Verhältnisse. *Welche Erfahrungen machen ambulante Pflegeorganisationen in der Schweiz, die Elemente von Selbstorganisation eingeführt oder umgesetzt haben?* „In den Interviews wird von positiven Effekten auf der Ebene Klientel, auf der Ebene Teammitglieder und auf der Ebene Organisation berichtet. Die persönliche Beziehung zwischen Klientel und Teammitgliedern wird gestärkt; Beschwerden der Klientel werden unverzüglich entgegengenommen und im Team effektiv weiterbearbeitet; hochbetagte Klientinnen und Klienten brauchen weniger Medikamente und haben mehr Appetit. Auf der Ebene der Teammitglieder wirkt sich das eigene Suchen nach Lösungen positiv auf die Arbeitsmotivation aus. Damit geht einher, dass die Teammitglieder kreativer und innovativer handeln und weniger krankheitsbedingt abwesend sind“ (Cavedon et al., 2020: 15).

Im Jahr 2012 zählte die Soziale Pflegeversicherung etwa 2,4 Mio. pflegebedürftige Menschen. Ein weiterer prognostizierter Anstieg Pflegebedürftiger in den nächsten Jahrzehnten und ein damit einhergehender zusätzlicher Anstieg von Demenzerkrankten, die im jetzigen System nur unzureichend berücksichtigt wurden, veranlasste den Gesetzgeber zu einer Reform – dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG). Das PNG trat am 30. Oktober 2012 bzw. in weiten Teilen am 1. Januar 2013 in Kraft (vgl. Sozialversicherung kompetent, 2019).

Jedoch konnte zu diesem Zeitpunkt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, welcher sich nicht an den Defiziten, sondern an dem Umfang der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person ausrichtet, noch nicht umgesetzt werden. Aus diesem Grund schuf der Gesetzgeber Übergangsregelungen, die überwiegend Leistungsverbesserungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (kognitive und psychische Beeinträchtigungen) vorsehen. Weitere Schwerpunkte im PNG sind die Beratung der Pflegebedürftigen, die Entlastung der Angehörigen und die Betreuung in Pflegewohngruppen (vgl. Sozialversicherung kompetent, 2019). Ebenso sieht das PNG die Möglichkeit der Vereinbarung von Zeitkontingenten neben den verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen in der ambulanten Pflege vor (vgl. BMG, 2016).¹⁰

¹⁰Sießegger (2013b, c) erörtert die Vor- und Nachteile des Systems der Leistungskomplexe und legt ein betriebswirtschaftliches Gutachten zur *Diskussion zu den Wechselwirkungen von Stundensätzen neben einem System der Abrechnung nach Leistungskomplexen – im Zuge der Umsetzung der Anforderungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes* vor. Sießegger (2013b) konstatiert, dass die „durchschnittlichen Zeiten für die Leistungskomplexe im Laufe der Jahre massiv geschrumpft wurden. Pflegebedürftige sind zunehmend unzufrieden. Mitarbeiter extrem unter Druck. Die ambulante Pflege ist unschön geworden.“ Als Vorteile einer Leistungserbringung und Abrechnung nach Leistungskomplexen wird das eher zielgerichtete Arbeiten angesehen, da „die Inhalte der Leistungen festgelegt sind.“ Im Prinzip seien die Pflegekräfte zwar unabhängig in der Zeiteinteilung, aber sie sind „meist gebunden an die mehr oder weniger rigiden zeitlichen Vorgaben“ im Rahmen der Tourenplanung bzw. Personaleinsatzplanung beim ambulanten Pflegedienst. Als Nachteile einer Leistungserbringung und Abrechnung nach Leistungskomplexen werden genannt: Pflege als „Abfertigung“, „Spannungsfeld zwischen den Wünschen des Pflegebedürftigen und den Möglichkeiten des Leistungskomplexsystems“, Zeitdruck bei Überschreiten eines durchschnittlich geplanten Zeitlimits, „Menschlichkeit, Zuwendung und Kommunikation kommen gegebenenfalls zu kurz, wenn die Leistungen sich rein an den Inhalten einer funktionalen Pflege orientieren.“ Sießegger (2013b) plädiert dafür, „nach einer neuen Reform zumindest einen Teil der Leistungen zukünftig nach Zeit abzurechnen. In diesem Zusammenhang ist aber auch dafür zu sorgen, dass den Pflegediensten mehr Freiheiten eingeräumt werden, ihre Stundensätze selbst zu bestimmen.“

1 | Das **erste Pflegestärkungsgesetz** (PSG I) weitete ab dem 1. Januar 2015 die Möglichkeiten der Leistungsansprüche sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich aus. Neben einer Anhebung sämtlicher Leistungsbeiträge und einer erweiterten Kombinationsmöglichkeit der einzelnen Leistungen, kam es gleichzeitig zu einer Ausweitung der Leistungsansprüche für Versicherte mit der sogenannten Pflegestufe „0“. Mit dieser Regelung wurde der grundpflegerische Hilfebedarf im ambulanten Bereich für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gesichert, die unterhalb der Pflegestufe 1 lagen. Darüber hinaus wurde mit dem PSG I auch ein Pflegeversorgungs fonds eingeführt, der mit seinen Mitteln (0,1 % des Beitragssatzes) künftig erforderliche Beitragssteigerungen in der Sozialen Pflegeversicherung abfedern soll. Der Pflegeversorgungs fonds soll ab dem Jahr 2034 eingesetzt werden, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in das Pflegealter eintreten und bedürftig werden (vgl. Sozialversicherung kompetent, 2019).

Doch auch mit der Umsetzung des ersten Pflegestärkungsgesetzes wurde das Grundproblem nicht beseitigt, dass bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit lediglich die körperlichen Gebrechen im Vordergrund stehen. Mit der schematischen Einteilung der Hilfebedarfe der betroffenen Menschen in drei Pflegestufen (bzw. vier mit Pflegestufe 0) bleiben Versicherte mit kognitiven Problemen oder psychischen Beeinträchtigungen weiter unterversorgt (vgl. Sozialversicherung kompetent, 2019).¹¹

2 | Durch das **zweite Pflegestärkungsgesetz** (PSG II) wurden zum 1. Januar 2017 die bisherigen drei (vier) Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt (vgl. Sozialversicherung kompetent, 2019). Nach einem etwa zehnjährigen Diskussionsprozess konnte im Rahmen der Pflegeversicherung ein neuer Begriff der Pflegebedürftigkeit eingeführt werden. Im Gegensatz zum alten Begriff stehen seitdem nicht mehr die Hilfen bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten im Mittelpunkt der Betrachtung. Der neue Begriff ist vielmehr von der Zielsetzung geprägt, die Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der pflegebedürftigen

¹¹An dieser Stelle sind als Beispiel dementiell erkrankte Menschen anzuführen, die zwar oft körperlich wenig eingeschränkt sind, aber eine umfangreiche Betreuung benötigen und somit auch für ihre Familien und ihr soziales Umfeld eine große Belastung darstellen können. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung postuliert, dass pro Jahr in Deutschland 300.000 Menschen an Demenz erkranken. Da die Zahl der Neuerkrankungen die Sterbefälle übersteigt, wächst die Zahl der Demenzkranken um 40.000 pro Jahr, sodass im Jahr 2050 bei gleichem Verlauf ca. drei Millionen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland an Demenz leiden könnten (vgl. BMBF 2017).

Person möglichst lange zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen (vgl. Büscher & Wingenfeld, 2017: 3).

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI § 14 sind seit diesem Zeitpunkt Personen, „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen“.

Im Zentrum der Pflege steht seitdem der Personenzentrierte Ansatz, der die Einzigartigkeit der Person und den Erhalt bzw. die Stärkung der Menschen in den Fokus stellt. Das bedeutet bei der Leistungserbringung in der Pflege, eine individuelle Abstimmung der pflegerischen Tätigkeiten auf die persönlichen Bedarfe des Menschen unter Einbeziehung seiner bestehenden Ressourcen, Potenziale, Wünsche, Werte und Bedürfnisse (vgl. Prien, 2019: 2).

Implementierung neuer ambulanter Pflegemodelle in Deutschland

Fördernde Faktoren einer Implementierung

Nach dem Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes konnten auf Landesebene die Rahmenverträge über die ambulante pflegerische Versorgung sowie die Leistungskomplexe an ein neues System mit einer verbesserten Finanzierung angepasst werden. In den verbindlichen Hinweisen zur Erbringung und Abrechnung der Leistungskomplexe 2019 in Schleswig–Holstein heißt es beispielsweise: „Die entsprechend dem Leistungskatalog vereinbarten Leistungsinhalte richten sich stets nach dem individuellen Pflegebedarf, den Selbstpflegemöglichkeiten des Pflegebedürftigen sowie den Möglichkeiten und Fähigkeiten der beteiligten Pflegepersonen aus. Leistungsart und Leistungsinhalte werden vom Pflegedienst als Unterstützung, als teilweise oder vollständige Übernahme der Versorgung oder im Rahmen der Beaufsichtigung, Aufforderung, Motivation und Anleitung des Pflegebedürftigen mit dem Ziel erbracht, die Selbstversorgungspotentiale zu erhalten und zu stärken“ (Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Schleswig–Holstein, 2019: 29).

Diese aus fachlicher Sicht begrüßenswerte grundlegende Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes bezieht sich nicht nur auf ein neues Pflegeverständnis und ein neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, sondern auch, wer ab wann welche Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen kann – diese Regelung der ambulanten Pflegesachleistungen findet sich insbesondere in § 36 des elften Sozialgesetzbuches, der hinsichtlich des Leistungsinhaltes ausdrücklich auf die Bereiche bzw. Module des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes nach § 14 Abs. 2 SGB XI Bezug nimmt (vgl. Büscher & Wingenfeld, 2017: 3). Der Leistungsanspruch nach § 36 SGB XI umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Abs. 2 genannten Modulen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Mit der Novellierung des Gesetzes berücksichtigt der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit nicht nur körperliche Einschränkungen, sondern auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen, die nicht selbstständig kompensiert oder bewältigt werden können. Bei der Leistungsbeschreibung wird nicht unterschieden, ob die Leistungen vorrangig für somatisch beeinträchtigte oder vorrangig für kognitiv und bzw. oder psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige erbracht werden (die nun einen früheren Zugang zu den Leistungen des deutschen Pflegesystems erlangen).

Hemmende Faktoren einer Implementierung

Trotz des positiv zu wertenden Paradigmenwechsels erfolgt die Vergütung der Pflegesachleistungen in der Bundesrepublik Deutschland überwiegend weiterhin über einzelne Verrichtungen, die in Leistungskatalogen genau aufgelistet sind – und nicht über Stundensätze (vgl. Burtke, 2018: 52).

Mit der Einführung des PNG wurden 2013 die Pflegekassen und Anbieter verpflichtet, alternativ auch Zeitabrechnungen neben den Leistungskomplexen einzuführen und vergleichbare Kostenvoranschläge zu erstellen. Lediglich zwei Bundesländer (Bremen und Niedersachsen) haben dieses Wahlrecht der Versicherten zu diesem Zeitpunkt umgesetzt (vgl. Sießegger, 2013a). Alle anderen Bundesländer haben so lange gewartet, bis durch das PSG I zum 1. Januar 2015 diese verpflichtende Regelung wieder abgeschafft wurde. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber allerdings klargestellt, dass bereits vorhandene Zeitabrechnungen parallel bestehen bleiben oder auch neue Stundensätze vereinbart werden können (vgl. Heiber & Nett, 2018: 20).

Diese gesetzliche Intention wurde allerdings sehr zurückhaltend umgesetzt. Bis August 2018 können nur fünf Bundesländer eine Zeitvergütung in der Grundpflege vorweisen. Neben Bremen und Niedersachsen bieten jetzt auch Bayern, Hamburg und Hessen alternativ Stundensätze an (vgl. Heiber & Nett, 2018: 19). Das Problem hierbei ist die fehlende Bereitschaft der Pflegekassen, eine kostendeckende Vereinbarung zu verhandeln, was für die Pflegedienste wirtschaftliche Probleme zur Folge haben kann. Darüber hinaus birgt eine Wahlmöglichkeit zwischen zwei nebeneinander bestehenden Systemen die Gefahr in sich, dass Pflegebedürftige mit einem hohen pflegerischen Zeitaufwand künftig überwiegend Leistungskomplexe und pflegebedürftige Personen mit geringerem pflegerischen Zeitaufwand eher Leistungen auf der Grundlage der zeitbezogenen Vergütung in Anspruch nehmen – und somit der entsprechende Ausgleich zwischen beiden Systemen nicht mehr zielführend funktioniert (vgl. Sießegger, 2013a).

Ein weiterer hemmender Faktor für die Umsetzung des niederländischen Pflegekonzeptes ist die in Deutschland gesetzlich vorgeschriebene verantwortliche Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung) nach § 71 Abs. 1 SGB X: „Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 versorgen“. Während es bei *Buurtzorg* keine feste Leitung, sondern nur verschiedene Rollen und Funktionen gibt, die rotierend von Gruppenmitgliedern wahrgenommen werden, verankern die einzelnen Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland die verantwortliche Pflegefachkraft in ihren Rahmenverträgen über die ambulante pflegerische Versorgung (vgl. Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Schleswig–Holstein, 2019: 13).

Doch es gibt noch weitere gravierende Unterschiede zum niederländischen System. Die Leistungen der deutschen Pflegeversicherung bilden nur einen Zuschuss zur notwendigen Versorgung der Pflegebedürftigen. Es können zum Teil Eigenanteile in nicht unerheblicher Höhe anfallen (vgl. Heiber & Weiße, 2018: 39). Hinzu kommt die Wahlmöglichkeit des Versicherten, ob er Pflegesachleistungen (die von einem ambulanten Dienstleister erbracht werden) oder Pflegegeld beziehen möchte. Mit diesem „Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen“ (§ 37 SGB XI) können sie den Aufwand und den Einsatz von pflegenden Angehörigen oder Bekannten für deren tägliche häusliche Pflege abgelten. Dabei kann das Pflegegeld völlig frei zur Sicherstellung der eigenen Versorgung genutzt werden. Der Versicherte hat damit zwar eine größere Autonomie als in

den Niederlanden, allerdings gibt es auch keinen Nachweis und keine Kontrolle über den Einsatz des Pflegegeldes (vgl. Heiber & Weiße, 2018: 39). Lediglich für den Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI schreibt der Gesetzgeber sehr rudimentäre Qualitätsanforderungen vor. Somit stehen Angehörige und sonstige Pflegepersonen im direkten finanziellen Wettbewerb zu den professionellen Anbietern – ohne die Gewährleistung, dass das Pflegegeld auch ausschließlich für die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen genutzt wird (vgl. Heiber & Weiße, 2018: 39).

Die Organisation der deutschen Pflegeversicherung mit dem Teilkaskoprinzip sorgt bei gleichzeitigem Pflegegeldanspruch dafür, dass Einsparungen von Leistungen nur zu höheren Pflegegeldern, nicht aber zu einer Ersparnis der Pflegeversicherung (SGB XI) führen (vgl. Heiber & Weiße, 2018: 39).

Ein weiterer hemmender Faktor im deutschen Pflegesystem sind die unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern zur Refinanzierung der Leistungen. Während die Maßnahmen für direkte Pflege, die pflegerische Betreuung und die Hilfen zur Haushaltsführung in den Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung (SGB XI) fallen, werden medizinische Leistungen der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung (Medikamentengabe, Wundversorgung) durch die Krankenkassen (SGB V) refinanziert – obwohl diese größtenteils von den gleichen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern erbracht werden. Pflegebedürftige, die Hilfe zur Pflege beziehen, fallen wiederum in den Zuständigkeitsbereich des Sozialhilfeträgers (SGB XII). Diese bürokratische Trennung der „Leistungstöpfe“ findet man in den Niederlanden in der Form nicht, da die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in großen Teilen zur Pflegeversicherung gehören (vgl. Heiber & Weiße, 2018: 39).

Umsetzungsansätze neuer ambulanter Pflegemodelle in Deutschland

Als Jos de Blok vor über zwölf Jahren im niederländischen Almelo angefangen hat, waren die Rahmenbedingungen sowohl für die Pflegekräfte als auch für die Pflegebedürftigen in den Niederlanden ähnlich (ungünstig), wie sie jetzt immer noch in Deutschland sind. Er und seine Teams haben aber gezeigt, wie es gelingen kann, den Missständen in der ambulanten Pflege nachhaltig zu begegnen. Dank des hohen Engagements der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, die durch Dokumentation erhobene Zahlen und Fakten gesammelt und qualifiziert ausgewertet haben, konnten im Laufe der Zeit auch Krankenkassen und

die gesetzgebenden Instanzen von diesem Pflegekonzept überzeugt werden (vgl. Leichsenring, 2017).

Das Konzept orientiert sich dabei grundsätzlich auf die Erreichung des Ziels „Wahrung der Eigenständigkeit und Unterstützung der Unabhängigkeit“ – dies erfolgt in vier aufeinanderfolgenden Stufen (vgl. Kirchner, 2016):

- Stufe 1: Beratung und Begleitung der Klientinnen bzw. Klienten dahin gehend, wie sie selbst dazu beitragen können, ihre Unabhängigkeit zu erhalten oder wieder zu erlangen. Eine qualifizierte und dokumentierte Pflegeplanung ist hierbei selbstverständlich und unerlässlich.
- Stufe 2: Aufbau eines informellen Netzwerkes bestehend aus Familienangehörigen oder Nachbarn und Freundinnen bzw. Freunde, die Tätigkeiten übernehmen können, die keine examinierte Pflegekraft erfordern.
- Stufe 3: Übernahme der notwendigen pflegerischen Tätigkeiten vom zuständigen Team.
- Stufe 4: Aufbau, Pflege und Koordination eines stabilen verlässlichen formalen Netzwerkes bestehend aus Hausärztin bzw. Hausarzt, Spezialistinnen bzw. Spezialisten (wie z. B. Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten), Apothekerinnen bzw. Apothekern, Krankenhäusern und anderen Diensten, welche die Patienten in Anspruch nehmen können oder müssen.

Sechs grundlegende Punkte der Herangehensweise sind bei der Umsetzung zwingend erforderlich: „1. Die Bedürfnisse des Kunden werden aufgenommen und bewertet. Die Betrachtung ist dabei ganzheitlich und umfasst medizinische Bedürfnisse ebenso wie langfristig vorausschauende Aspekte der zu erwartenden Entwicklung, zusätzlich persönliche/soziale Bedürfnisse. Auf der Grundlage der erhaltenen Informationen wird der individuelle Pflegeplan erstellt. 2. Die informellen Unterstützungs-Netzwerke werden untersucht und in die Pflege einbezogen. 3. Formale Betreuung und Hilfsmöglichkeiten werden identifiziert und in das Netz miteingebunden. 4. Die qualifizierte Fachkrankenpflege wird als Dienstleistung geliefert. 5. Die Klienten werden in ihren sozialen Rollen aktiv unterstützt. 6. Die Erhaltung der Unabhängigkeit und die Eigeninitiative in der Selbstfürsorge wird aktiv gefördert“ (Kirchner, 2016).

Die Grundsätze – so wenig Pflegekräfte wie möglich (maximal zwei) für alle Aktivitäten, eine 24/7 Erreichbarkeit und die Klienten im Einzugsgebiet kennen – stellen eine hohe Anforderung an die Mitarbeit jedes Einzelnen im Team. Die Befähigung der Teams zur Selbstorganisation wird anfangs in drei zweistündigen Terminen von speziellen Trainern begleitet. Dabei geht es neben allen Aspekten der Eigenständigkeit und des wirtschaftlichen Denken und Handelns, vor allem

um eine achtsame Kommunikation und eine speziell entwickelte Besprechungsmethodik, die vorgestellt, geübt und im Alltag praktiziert wird. Ein kontinuierliches Teamcoaching wird nicht angeboten, damit die Teams von Anfang an befähigt werden, Konflikte selbst zu lösen. Nur in Situationen, die vom Team scheinbar nicht selbst zu lösen sind, kann eine gezielte Begleitung angefordert werden. (vgl. Kirchner, 2016).

Die Bundesrepublik Deutschland ist jedoch im Vergleich zu ihrem niederländischen Nachbarn stärker geprägt von Reglementierung und Bürokratie. Das Modell kann daher nicht einfach 1:1 umgesetzt werden. Es gibt eine Reihe von Menschen aus verschiedenen Regionen im deutschsprachigen Raum, welche die Ideen von Jos de Blok und die Vorgehensweise von *Buurtzorg* übernehmen wollen bzw. diese bereits umsetzen.¹²

Heiber und Weiße zufolge befinden sich in Deutschland die Teams, die nach *Buurtzorg* arbeiten, derzeit noch in der Orientierungsphase. Pflege sei hierzulande eher nach dem Teilkaskoprinzip organisiert, während in den Niederlanden die Pflege auch Lenkungs- und Steuerungsaufgaben mit übernehmen – und das System somit eher dem Vollkaskoprinzip entsprechen würde (vgl. Heiber & Weiße, 2018: 40).

1 | Ein länderüberschreitendes Modellprojekt nach dem niederländischen Beispiel wurde im Sommer 2018 im Münsterland bewilligt. Zwei große Pflegeanbieter aus Emsdetten (Sander Pflege und Impulse Pflegedienst) sowie die Fachhochschule Münster sind daran beteiligt. Gefördert wird die Umsetzung des Modellprojektes im Rahmen des Interreg-Programms Deutschland-Holland mit Mitteln des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (vgl. Burtke, 2018: 53).

In dem Modellprojekt soll es Pflegekräften ermöglicht werden, mit mehr Eigenverantwortung selbst über ihren Arbeitsalltag zu entscheiden. Einrichtungen, die nicht unbedingt eine examinierte Pflegekraft erfordern, sollen verstärkt von Menschen im sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen erbracht werden.

¹²Auf der deutschen Webseite von *Buurtzorg* präsentieren sich fünf aktive Teams sowie ein Team in der Aufbauphase (alle in privater Trägerschaft). Allerdings sind hier nur wenige Informationen zu den Rahmenbedingungen und keine Informationen zu Refinanzierungsbedingungen hinterlegt (vgl. *Buurtzorg* Deutschland, 2019a, b). Unter „Pflege auf Augenhöhe“ (Webseite) finden sich ebenfalls Standorte von acht Teams (sieben davon in privater Trägerschaft), die die ambulante Pflege in Selbstorganisation und Selbstbestimmtheit anbieten. Die Initiatoren dieser Organisation sehen sich als Verbreiter einer neuen Pflegephilosophie und schaffen Räume zur Begegnung mit anderen Interessierten durch Treffen oder durch regionale Vernetzung (vgl. *Pflege auf Augenhöhe*, 2019).

Doch laut des Geschäftsführers Johannes Technau gibt es bei der Realisierung noch einige ungeklärte Fragen: Beispielsweise sind der rechtliche Rahmen der ehrenamtlichen Tätigkeit, die Übernahme der Verantwortung für die frei arbeitenden Teams, die Qualitätssicherung und die Modalitäten der Finanzierung noch nicht geklärt. Denn über die Förderung des Fonds werden lediglich die Ausgaben für die Anpassung der Informationstechnik und das Teamcoaching zu mehr Eigenverantwortung und mehr Entscheidungsfreiheit zu 50 % gedeckt (vgl. Burtke, 2018: 53).¹³

Positiv zu bewerten ist, dass die Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen dem Projekt von Anfang an offen gegenüberstanden. Dirk Ruiss, Leiter des Verbandes der Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen (NRW), betonte auf dem ersten Kongress zu *Buurtzorg* im September 2018 in Steinfurt, dass dieses Modell ein Ansatz sei, der viele aktuelle Forderungen verbindet. Er stellte aber auch fest, dass es aufgrund der anderen Finanzierung in Deutschland aus rechtlichen Gründen nicht möglich sei, eine schnelle Änderung herbeizuführen. In Emsdetten werde zwar ein neues Abrechnungsmodell projekthaft getestet – es brauche aber noch Zeit (vgl. Buurtzorg Deutschland, 2019a, b).

2 | Aber auch in Schleswig-Holstein hat der ambulante Pflegedienst Mook we gern in Meldorf seit 2018 Überlegungen angestellt, wie man die Pflegeleistungen und Organisationsstrukturen zum Wohle der Pflegebedürftigen und der Pflegekräfte modifizieren könnte. Das Projektkonzept wurde im Sommer 2018 im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren in Kiel vorgestellt.

Die Landesregierung Schleswig-Holstein geht seit November 2019 nun neue Wege, um ein neues Versorgungsmodell zu erproben und den Pflegeberuf dadurch attraktiver zu gestalten. Gemeinsam fördern das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren und das Ministerium für Inneres, ländliche Räume, Integration und Gleichstellung das Projekt „Autonome ambulante

¹³In einem Interview antwortet Johannes Technau auf die Frage *Das Pflegemodell Buurtzorg benötigt 40 % weniger Pflegestunden als die konventionelle Pflege. Wie ist das möglich?* „Das konventionelle ambulante Pflegesystem hat keinerlei Anreize, Patientinnen oder Patienten weniger Pflege zuteilwerden zu lassen als diese unbedingt brauchen. Laut Sozialgesetzbuch soll Pflege ihnen zu mehr Selbständigkeit verhelfen. Das aber belohnen die Kostenträger nicht. Somit sind in der konventionellen Pflege Leistungen nicht darauf ausgerichtet, Patientinnen und Patienten schnellstmöglich wieder abzugeben, sondern sie auf lange Zeit zu behalten. Unseren Pflegenden geben wir jedoch klar mit, dass es ihr Job ist, Betroffenen größtmögliche Autonomie zu erhalten – gemeinsam mit ihnen und ihrem Umfeld, ohne permanenten ökonomischen Druck“ (Sleziona, 2019: 16).

Pflegeteams – mehr Menschlichkeit für ein attraktives Arbeitsfeld“. Projektträger ist der ambulante Pflegedienst Mook we gern gGmbH, ein Tochterunternehmen der Stiftung Mensch. Das neue autonom arbeitende ambulante Pflegeteam wird als Pilotbetrieb in Heide aufgebaut.

Das Modellprojekt bietet ganz neue Perspektiven. Die Pflegekräfte können selbst Prioritäten in der Pflege setzen und weitgehend selbstständig agieren. Die Pflege wird in diesem Projekt neu gedacht, weil es nicht darum geht, in möglichst kurzer Zeit viele Leistungen zu erbringen – es soll zum Beispiel mehr Zeit für Gespräche mit den pflegebedürftigen Menschen geben. Mit dem Aufbau von autonom arbeitenden Pflegeteams soll die Eigenverantwortung und Qualität in der Pflege gestärkt und erhöht werden; dabei werden die Pflegesachleistungen nicht einzeln für erbrachte Leistungskomplexe, sondern pauschal nach Stunden vergütet. Die Pflegenden haben zudem die Möglichkeit, direkt mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in Kontakt zu treten – damit soll die sektorenübergreifende Zusammenarbeit gestärkt werden. Darüber hinaus soll die Versorgung im ländlichen Raum verbessert und die Pflege attraktiver und bedürfnisgerechter gestaltet werden, um den Pflegebedürftigen ein Verbleiben in ihrer Umgebung zu ermöglichen.

Das dreijährige Modellprojekt gliedert sich dabei grob in vier Phasen:

- *Vorbereitungsphase*: z. B. organisatorische Rahmenbedingungen vereinbaren (Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Kostenträger) und Akzeptanz auf politischer Ebene sicherstellen, Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter auswählen (ein ganz neues Team aufbauen), Kunden akquirieren und Start des Pflegeteams durch Teamfindung und Vermittlung der Methodenkompetenz.
- *Erste Projektphase*: z. B. Bedarfe der Klienten aufnehmen und Stärkung der Zusammenarbeit mit Dritten (z. B. Ärztinnen bzw. Ärzte, Therapeutinnen bzw. Therapeuten).
- *Zweite Projektphase*: z. B. Stabilisierung des Teams und Aktivierung bzw. Aufbau von Netzwerken mit Angehörigen, Freunden und Nachbarn.
- *Dritte Projektphase*: z. B. Ausdehnung innerer Netzwerke (Angehörige, Nachbarn) und Integration der äußeren Netzwerke.

Ziel ist der Aufbau eines neuen ambulanten Pflegemodells in Schleswig–Holstein – geprägt durch Selbstmanagement und Selbstführung. Erreicht werden soll eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und Reduzierung der Pflegebedarfe der Klientinnen bzw. Klienten sowie eine Vermeidung von Krankenhausaufenthalten.

7 Zusammenfassung

Zaghafte Ansätze einer gesetzgeberischen Reaktion auf die sich abzeichnenden Folgen des demografischen Wandels hat es seit 1995 mit Einführung der Pflegeversicherung gegeben. Mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz wurden ab 2013 erstmals neben den inhaltlich definierten Pflegeleistungen auch reine Zeitkontingente zur Pflege in den Maßnahmenkatalog mit aufgenommen. Die seit 2015 bestehenden Pflegestärkungsgesetze I und II erweiterten die Kombinationsmöglichkeit und die Indikation zur Pflegenotwendigkeit maßgeblich. Mit der Einführung der generalistischen Ausbildung, dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, der Einführung eines Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung und der Agenda für mehr Nachhaltigkeit in Gesundheit und Pflege (2019) waren jüngst viele weitere Aktivitäten zu verzeichnen, um die drohende Minderversorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland abzufedern (BMG, 2019).¹⁴

Die bisher getroffenen Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland zielen nicht umfänglich auf die Bedürfnisse älterer, pflegebedürftiger Menschen und die der Pflegenden ab. Es liegt nicht daran, dass es nicht anderenorts bereits Modelle gibt, die ihre diesbezügliche Funktionsfähigkeit schon seit Längerem unter Beweis gestellt haben, sondern eher an den starren gesetzlichen Rahmenbedingungen auf Bundes- und Länderebene sowie zusätzlich an der wenig innovativen Haltung der verantwortlichen Akteure an der Basis in den einzelnen Regionen (z. B. Kassenvertreterinnen bzw. Kassenvertreter, Geschäftsführung und Management). Im Bereich der ambulanten Pflege ist hier das von Jos de Blok entwickelte Modell *Buurtzorg* aus den Niederlanden besonders hervorzuheben.

¹⁴In dem 35-seitigen Text findet man aber nichts in Hinblick auf Work-Life-Balance, Freizeitausgleich oder Homeoffice; Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird zweimal genannt. Das Wort Arbeitsbedingung findet sich immerhin siebenmal in dem Text verbunden mit dem Wunsch, diese beispielsweise durch eine bessere Personalausstattung zu optimieren. Die zunehmende Digitalisierung als Lösungsansatz bestehender Probleme wird sechsmal erwähnt und es wird darauf hingewiesen, dass ein zweiköpfiges Expertenteam das Bundesgesundheitsministerium darin unterstützen wird, „bahnbrechende Technologie“ schneller zu erkennen. An dieser Stelle wird u. a. die Vereinbarung von digitalen Anwendungen (digitaler Impfpass, digitaler Mutterpass) genannt (BMG, 2019: 14). Die Agenda für mehr Nachhaltigkeit in Gesundheit und Pflege berücksichtigt aber weder die grundsätzlichen Bedürfnisse der (ambulanten) Pflegebedürftigen, möglichst lange und möglichst gut versorgt in der gewohnten Umgebung zu verbleiben, noch die ebenso klar definierten Wertvorstellungen der jüngeren Generation bezüglich ihres Arbeitsumfeldes.

Es ist ein seit 2006 etabliertes Modell, welches zwar primär eine teurere, aber sekundär dennoch durch die Nichtinanspruchnahme von stationärer Pflege und stationärer Krankenhausleistungen eine kosteneffiziente und eine an den Klienten orientierte Versorgung ermöglicht.

Der Wandel in der Arbeitswelt der Bundesrepublik Deutschland wird durch den Fachkräftemangel, die besonderen Bedürfnisse und Ansprüche der jüngeren Generation und eine zunehmend älter werdende Bevölkerung hervorgerufen. In der Pflege ist der Mangel an Fachkräften schon heute überall in der Bundesrepublik stark ausgeprägt und in zehn Jahren werden einigen Voraussagen zur Folge mehr als 400.000 Fachkräfte in diesem Sektor fehlen.

Seit 1995 hat es im Hinblick auf die prognostizierten Probleme Versuche aufseiten des Gesetzgebers gegeben, dem steigenden Mangel durch Strukturveränderungen zu begegnen. Zu nennen sind hier beispielsweise die Einführung der Pflegeversicherung 1995, das Pflegeneuausrichtungsgesetz 2013 und die Pflegestärkungsgesetze I und II ab 2015 sowie die Zusammenführung der früher getrennten Ausbildungen in eine generalistische Pflegeausbildung. Zu einer Neubewertung der Pflege vor dem Hintergrund der Vorstellungen von Pflegenden (Anforderungen der jüngeren Generation) und Pflegebedürftigen (möglichst langer Verbleib zu Hause) haben diese Gesetze allerdings nicht geführt. Das bisher schon hohe Komplexitätsniveau der Gesundheits- und Pflegeversorgung mit unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen und unterschiedlichen Finanzierungsmodellen, die in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern (SGB V, SGB XI und SGB XII) niedergelegt sind, besteht nach wie vor. Im Gegenteil: verschiedene Maßnahmen wie die Graduierung der Pflegegrade, die Einschätzung derselben durch Aufsichtsbehörden und die stark zergliederte Maßnahmenmatrix der Pflege mit Punkt- und Zeitwerten haben die entstandene Bürokratie vor gewährter Leistung eher deutlich anwachsen lassen.

Laloux beschreibt anhand von Best-Practice-Beispielen aus verschiedenen sozialen und wirtschaftlichen Bereichen unterschiedliche Lösungsansätze, die sowohl die Sicht der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter als auch die der Klientinnen bzw. Klienten in die Organisationsstruktur mit einbeziehen – und damit zu ganz neuen Erkenntnissen bei der eigenen Unternehmensentwicklung gelangen. Als Antwort auf die Frage der zunehmenden Komplexität der Arbeitswelt sieht Laloux die Schaffung einer sich selbst organisierenden, hierarchiearmen und stark vernetzten Organisation als Alternative zur herkömmlichen Unternehmensstrukturen in Hierarchien.

Eines der von Laloux genannten Beispiele ist das Pflegemodell *Buurtzorg*, welches im Jahr 2006 von Jos de Blok in den Niederlanden gegründet wurde. Bei ähnlichen Ausgangsvoraussetzungen, wie wir sie heute in der Bundesrepublik

Deutschland in der Versorgung alter bzw. pflegebedürftiger Menschen haben, wurde hier ein hierarchiefreies, vernetztes und ein sowohl an den Bedürfnissen und Wünschen der Klientinnen bzw. Klienten als auch an den Werten und dem beruflichen Ethos der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter orientiertes Modell etabliert. Zwar ist dieses Modell durch die Beschäftigung hoch qualifizierter Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter zunächst kurzfristig (primär) teurer als die konventionellen Pflegemodelle, längerfristig (sekundär) allerdings können durch weniger stationäre Krankenhausüberweisungen und weniger Einweisungen in stationäre Pflegeeinrichtungen insgesamt volkswirtschaftlich deutliche Kostenvorteile generiert werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit könnte breiter angelegte und flächendeckender ausgerichtete Modellvorhaben in Deutschland anstoßen, um verschiedene Organisationsformen und Pflegekonzepte im ambulanten Bereich zu testen und dem heutigen Standardmodell der Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gegenüberzustellen. Mit einem solchen Vorhaben könnten dann erfolgsversprechende Versorgungsalternativen auch herausgefiltert werden (statt im bestehenden System immer weitere und komplexere Neuerungen zu implementieren). Gleichzeitig könnte durch eine intensive und auch breiter angelegte wissenschaftliche Evaluation die bisher schwache Evidenz des Nutzens auf verschiedenen Ebenen fundiert herausgearbeitet werden. Die momentane Situation erfordert einen grundlegenden Richtungswechsel, um die ambulante Pflege der bedürftigen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland dauerhaft zum Wohle aller Mitwirkenden zukunftsfähig zu gestalten.

Literatur

- Arnold Basler, D., Wehner, T., & Schulze, H. (2021). Nicht einfach ohne Hierarchie. Ergebnisse einer qualitativen Studie zur Implementierung von Selbstorganisation und Selbstführung. *Organisationsentwicklung*, 1, 66–71.
- Becker, F. (2018). *Herzbergs Zwei-Faktoren-Theorie der Motivation: Hygienefaktoren und Motivatoren*. Wirtschaftspsychologische Gesellschaft. <https://wpgs.de/fachtexte/motivation/herzbergs-zwei-faktoren-theorie-der-motivation-hygienefaktoren-und-motivatoren/>. Zugegriffen: 2. Febr. 2019.
- Berg, van den N., Meinke, C., Heynmann, R., Fiß, T., Suckert, E., Pöller, C., Dreier, A., Rogalski, H., Karopka, T., Oppermann, R., & Hoffmann, W. (2009). AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. *Deutsches Ärzteblatt*, 106(1–2), 3–9.
- BMBF. (2017). 3 Millionen Deutsche könnten im Jahr 2050 an Demenz leiden. <https://www.bmbf.de/de/3-millionen-deutsche-koennten-im-jahr-2050-an-demenz-leiden-4826.html>. Zugegriffen: 7. Juni 2019.

- BMFSFJ. (2005). *Work Life Balance. Motor für wirtschaftliches Wachstum und gesellschaftliche Stabilität. Analyse der volkswirtschaftlichen Effekte – Zusammenfassung und Ergebnisse*. DruckVogt.
- BMG. (2016). Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflege-neuausrichtungs-gesetz.html>. Zugegriffen: 7. Juli 2019.
- BMG. (2019). Agenda für mehr Nachhaltigkeit in Gesundheit und Pflege. Ressortbericht des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975274/1631014/7110a7e99a14d34160a5735f74ab7a74/2019-05-28-bmg-ressortbericht-gesundheit-und-pflege-data.pdf?download=1>. Zugegriffen: 18. Juni 2019.
- Buckstegen, N. (2016). YouGov DE. Das Arbeitsklima ist den meisten wichtiger als das Gehalt. <https://yougov.de/news/2016/01/19/das-arbeitsklima-ist-den-meisten-wichtiger-als-das/>. Zugegriffen: 30. März 2019.
- Bundesagentur für Arbeit. (2018a). Ausbildungsstellenmarkt. Aktuelle Eckwerte im Berichtsjahr 2017/2018-Stand: September 2018. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-The-men/Ausbildungsstellenmarkt/Ausbildungsstellenmarkt-Nav.html>. Zugegriffen: 2. Dez. 2018.
- Bundesagentur für Arbeit. (2018b). Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt- Fachkräfteengpassanalyse. Nürnberg. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2018b-06.pdf>. Zugegriffen: 2. Nov. 2018.
- Bundesagentur für Arbeit. (2018c). Statistik Fachkräfteengpassanalyse. Statistische Analysen. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2018c-06-Abbildungen.pdf>. Zugegriffen: 2. Dez. 2018.
- Bundesgesetzblatt online. (2018). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe vom 02.10.2018, BGBl. I S. 1606. https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGB1&jumpTo=bgbl118s1572.pdf#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1572.pdf%27%5D_1566043711624. Zugegriffen: 30. Apr. 2019.
- Burkhardt, M., Erhard, T., Friedl, C., & Ostwald, D. (2012). 112 – und niemand hilft. Wirtschaftsforschung Fachkräftemangel. Die Gesundheitswirtschaft – Schlüsselbranche in Deutschland. In PricewaterhouseCoopers AG (Hrsg.) <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/pwc-studie-112-und-niemand-hilft-sep-2012.pdf>. Zugegriffen: 5. Apr. 2019.
- Burtke, U. (2018). Idee für häusliche Pflege: Buurtzorg. *Heilberufe Das Pflege-magazin*, 18(1), 52–53.
- Buurtzorg. (2019a). About us. A pioneering healthcare organisation. <https://www.buurtzorg.com/about-us/>. Zugegriffen: 6. Juni 2019.
- Buurtzorg. (2019b). Our organisation. Humanity over bureaucracy. <https://www.buurtzorg.com/about-us/our-organisation/>. Zugegriffen: 6. Juni 2019.
- Buurtzorg. (2019c). The Buurtzorg Model. Buurtzorg's model of care. <https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtzorgmodel/>. Zugegriffen: 6. Juni 2019.
- Buurtzorg. (2019d). Welcome to Buurtzorg. Humanity over bureaucracy. <https://www.buurtzorg.com/>. Zugegriffen: 6. Juni 2019.

- Buurtzorg Deutschland. (2019a). Auch in Deiner Nähe. <https://www.buurtzorg-deutschland.de/teams>. Zugegriffen: 7. Juni 2019.
- Buurtzorg Deutschland. (2019b). Erster Buurtzorg Kongress 2018 in Steinfurt. <https://www.buurtzorg-deutschland.de/beitraege/2019b/2/3/erster-buurtzorg-kongress-2018-in-steinfurt>. Zugegriffen: 7. Juni 2019.
- Cavedon, E., Minnig, C., & Zängl, P. (2018a). Das holländische Buurtzorg-Modell: Selbstorganisation in der ambulanten Pflege. Kontrolle ist gut. *Vertrauen ist besser*. In: *Curaviva*, 6, 12–15.
- Cavedon, E., Minnig, C., & Zängl, P. (2018b). Buurtzorg in der Schweiz: Kann das funktionieren? *Spitex Magazin*, 3, 13–15.
- Cavedon, E., Minnig, C., & Zängl, P. (2018c). *Übertragung des Buurtzorg-Modells auf schweizerische Verhältnisse. Gesamtbericht*. Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Cavedon, E., Minnig, C., & Zängl, P. (2020). Buurtzorg – Selbstorganisation in der ambulanten Pflege. Menschlichkeit vor Bürokratie. *Krankenpflege [Spitex-Pflege]*, 3, 12–17.
- Dini Pou del Castillo, M. L. (2013). *Externe Evaluierung des AGnES-Projekts in Mecklenburg-Vorpommern*. Dissertation, Medizinische Fakultät Charité | Universitätsmedizin Berlin, Berlin.
- Dudenredaktion. (2007). *Duden: Bd 7 Das Herkunftswörterbuch* (4. Aufl.). Dudenverlag.
- Faller, M. (2015). Baumann Unternehmensberatung, Presseinformation. Ausgebrannt: Jeder zweite Manager fürchtet den Burnout. <https://www.baumann-ag.com/baumann-ag/news-wissen/news/ausgebrannt-jeder-zweite-manager-fuerchtet-den-burnout>. Zugegriffen: 30. Jan. 2019.
- Fischer, B. (2016). *Reinventing Business – wie traditionelle Unternehmen hierarchiefrei werden & wie sich eine Geschenkökonomie entwickelt*. Bertram Fischer.
- Gebert, A., Seifert, K., & Weidner, F. (DIP). (2016). *Modellprojekt Gemeindeschwester plus. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur Implementierungsphase Juli 2015 – Dezember 2016*. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz.
- Gebert, A., Weidner, F., Weber, C., Ehling, C., Seifert, K., & Sachs, S. (DIP). (2019). *Modellprojekt Gemeindeschwester plus. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung Juli 2015 – Dezember 2018*. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz.
- Häusling, A., & Fischer S. (2016). Mythos Agilität – Oder Realität? *Personalmagazin. Management, Recht und Organisation*, 16(4), 30–33.
- Häusling, A., & Rutz, B. (2017). Agile Prozesse und Selbstorganisation. In C. von Au (Hrsg.), *Struktur und Kultur einer Leadership-Organisation. Holistik, Wertschätzung, Vertrauen, Agilität und Lernen* (S. 106–122). Springer
- Heiber, A., & Weiße, O. (2018). Buurtzorg. *Pflege niederländischer Art*. In: *Häusliche Pflege*, 18(5), 38–41.
- Heiber, A., & Nett, G. (2018). Bundesländer Vergütung. *Föderales Stückwerk*. In: *Häusliche Pflege*, 18(8), 18–24.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (2010). *The motivation at work* (12. Aufl.). Transaction Publishers.
- Jahn, D., & Pilger C. (2013). Gesundheitswesen in Baden-Württemberg: Struktur und Entwicklung der Beschäftigung, IAB-Regional. IAB Baden-Württemberg, Nr. 01/2013,

- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg. http://doku.iab.de/regional/BW/2013/regional_bw_0113.pdf. Zugegriffen: 4. Apr. 2019.
- Janssen, B. (2016). *Die stille Revolution. Führen mit Sinn und Menschlichkeit* (2. Aufl.). Ariston.
- Janssen, B., & Grün, A. (2017). *Stark in stürmischen Zeiten. Die Kunst, sich selbst und andere zu führen* (2. Aufl.). Ariston.
- Kestel, C. (2015): Bindung steigt, Leidenschaft dümpelt. <http://www.harvardbusinessmanager.de/blogs/gallup-index-mitarbeiterbindung-steigt-a-1022614.html>. Zugegriffen: 12. Jan. 2019.
- Kirchner, U. (2016). Was ist Buurtzorg? Eine besondere Form der ambulanten Pflege aus Holland. Das Modell. <http://www.buurtzorg-in-deutschland.org/buurtzorg/>. Zugegriffen: 8. Juni 2019.
- Korzilius, H., & Rabbata, S. (2006) Gemeindegewerkschaft. Geheimwaffe gegen Überlastung und Unterversorgung. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(44), A 2926–A 2928.
- Laloux, F. (2015). *Reinventing Organizations. Ein Leitfaden zur Gestaltung sinn-stiftender Formen der Zusammenarbeit*. Vahlen.
- Laloux, F. (2016). *Reinventing Organizations visuell. Ein illustrierter Leitfaden sinn-stiftender Formen der Zusammenarbeit*. Vahlen.
- Leichsenring, K. (2017). Soziale Innovationen. „Buurtzorg“ als Organisationsform für Pflegeheime? *Lebenswelt Heim*, 17(24). 20–22.
- Lievegoed, B. C. J., & Glasl, F. (1993). *Dynamische Unternehmensentwicklung: Wie Pionierbetriebe und Bürokratien zu schlanken Unternehmen werden. Organisationsentwicklung in der Praxis*; 6. Haupt.
- Lindner, D. (2016). Agile Unternehmen. Reinventing Organizations: Organisationen gestern und heute. <https://agile-unternehmen.de/was-ist-agil-definition/>. Zugegriffen: 5. Apr. 2019.
- Maehrlein, K. (2020). Agile Werte leben – so geht’s. *Projektmagazin*, 12, 1–14.
- Misch, F. (2015). Wie Sie Unvorhersehbares planen. *Altenheim Lösungen fürs Management* (Nr.8 vom 17.08.2015: 36).
- Müller, H.-P. (2012). Wertewandel. Bundeszentrale für politische Bildung. <https://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138454/werte-milieus-und-lebensstile-wertewandel>. Zugegriffen: 5. Apr. 2019.
- Nandram, S. S. (2015). *Organizational Innovation by Integrating Simplification. Learning from Buurtzorg Nederland*. Springer.
- Nextpractice. (2016). *Wertewelten Arbeiten 4.0*. Studie (Bundesministerium für Arbeit und Soziales).
- Olfert, K. (2012). *Organisation. Kompendium der praktischen Betriebswirtschaft* (16. Aufl.). Kiehl.
- Pflege auf Augenhöhe. (2019). Standorte. <https://www.buurtzorg-deutschland.de/teams>. Zugegriffen: 8. Juni 2019.
- Prien, L. (2019). *Erläuterung zu den neuen Leistungskomplexen der ambulanten häuslichen Pflege nach SGB XI für Schleswig-Holstein mit Gültigkeit zum 01.09.2019*. Forum Pflegegesellschaft e. V.
- Purgal, P. (2015). *Wertewandel der Y-Generation. Konsequenzen für die Mitarbeiterführung*. Diplomica.

- Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Schleswig-Holstein vom 01.08.1995 (unveröffentlichter Entwurf i. d. F. v. 01.09.2019). Kiel.
- Rautert, M., & Meißner, A. (2019a). Mehr Zeit für Pflege. Das Modell Buurtzorg. *Die Schwester | Der Pfleger* 12–19, 5–7.
- Rautert, M., & Meißner, A. (2019b). Pflege und Versorgung wieder neu entdecken. Sinnerleben bei Buurtzorg. *Die Schwester | Der Pfleger*, 12–19, 9–13.
- Rodeck, M. L. (2015). *Der Wertewandel in der Arbeitswelt durch die Generation Y. Wie Unternehmen bei der Personalführung sinnvoll reagieren und agieren können*. Diplomica.
- Rosenthal, T. (2009). *Organisationsmanagement. Studienbrief 2: Organisationsentwicklung*. Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Rump, J. (2019). Muster brechen. *Agil führen*. In: *Wohlfahrt intern*, 9, 20–31.
- Rüther, C. (2018). *Soziokratie, S3, Holokratie, Frederic Laloux' „Reinventing Organizations“ und „New Work“*. Ein Überblick über die gängigsten Ansätze zur Selbstorganisation und Partizipation (2. Aufl.). BoD.
- Schneyink, D. (2018). Freiheit für die Profis. *Stern* (Nr. 35 vom 23.08.2018): 100–102.
- Schulz-Nieswandt, F., Köstler, U., & Mann, K. (2018). *Modellprojekt Gemeindegewerkschaft plus. Evaluation des Modellprojekts*. Universität zu Köln.
- Sießegger, T. (2013a). Häusliche Pflege. Vor- und Nachteile einer Zeitvergütung. <http://www.hauesliche-pflege.net/Infopool/Hauesliche-Pflege-Blog/Vor-und-Nachteile-einer-Zeitverguetung>. Zugegriffen: 7. Juni 2019.
- Sießegger, T. (2013b). Vor- und Nachteile des Systems der Leistungskomplexe. [Www.hauesliche-pflege.net](http://www.hauesliche-pflege.net). Zugegriffen: 4. März 2022.
- Sießegger, T. (2013c). *Diskussion zu den Wechselwirkungen von Stundensätzen neben einem System der Abrechnung nach Leistungskomplexen – im Zuge der Umsetzung der Anforderungen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes*. Betriebswirtschaftliches Gutachten. Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin.
- Sleegers, A. (2005). Niederlande-Wissen. Gesundheitsversorgung. <https://www.uni-muenster.de/NiederlandeNet/nl-wissen/soziales/gesundheitsversorgung/awbz.html>. Zugegriffen: 6. Juni 2019.
- Sleziona, M. (2019). Den Pflegenden Vertrauen schenken. Ambulanter Pflegedienst Buurtzorg (Interview mit Johannes Technau). *Die Schwester | Der Pfleger*, 12–19, 14–18.
- Solingen, R. van. (2017). *Der Bienenhirte. Über das Führen von selbstorganisierten Teams Ein Roman für Manager und Projektverantwortliche*. Dpunkt.
- Sozialversicherung kompetent. (2019). Geschichte der Pflegeversicherung. <https://sozialversicherung-kompetent.de/sozialversicherung/allgemeines/29-geschichte-der-pflegeversicherung.html>. Zugegriffen: 7. Juni 2019.
- Steinbuch, P. A. (1995). *Organisation. Kompendium der praktischen Betriebswirtschaft* (9. Aufl.). Kiehl.
- Suchanek, A., Lin-Hi, N., & Maier, Günter W. (2018). *Werte (Definition)*. Springer Fachmedien. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/werte-49667/version-272895>. Zugegriffen: 5. Apr. 2019.
- Trepper, T. (2012). *Agil-systemisches Softwareprojektmanagement*. Springer.

- Upstalsboom Kultur & Entwicklung GmbH. (2013). Unsere Werte. Upstalsboom Wertebaum. <https://www.der-upstalsboom-weg.de/der-upstalsboom-weg/unsere-werte/>. Zugegriffen: 2. Apr. 2019.
- von Au, C. (Hrsg.). (2017). *Struktur und Kultur einer Leadership-Organisation. Holistik, Wertschätzung, Vertrauen, Agilität und Lernen*. Springer.
- Wagner, E. (2017). *Organisationsmanagement. Studienbrief 1: Unternehmenskultur* (3. Aufl., Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule). Hamburger Fern-Hochschule (HFH).
- Wasel, W., & Haas, H. S. (2018). Buurtzorg: Eine agile Organisation – der Versuch eines sozialwirtschaftlichen Reviews, Teil 1. *NDV-Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V.*, 18(12), 595–602.
- Wasel, W., & Haas, H. S. (2019). Buurtzorg: Eine agile Organisation – der Versuch eines sozialwirtschaftlichen Reviews, Teil 2. *NDV-Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V.*, 19(1), 31–37.
- Weidner, F., Gebert, A., Ehling, C., & Weber, C. (DIP). (2019). *Modellprojekt Gemeindegewest plus. Empfehlungen aus dem Modellprojekt 2015–2018*. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz.
- Weis, C. (2013). Hierarchie. Das regionale Wirtschaftsportal. http://www.business-on.de/definition-hierarchie-die-hierarchie-als-system-der-sinnvollen-aufgabenverteilung-_id42534.html. Zugegriffen: 10. Febr. 2019.
- Wingenfeld, K., & Büscher, A. (2017). *Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. Universität Bielefeld.