

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW

Hochschule für Soziale Arbeit HSA

Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit

Olten

Pflege der Zukunft - aber wie?

Der Pflegepersonalmangel in der Schweiz, das „Buurtzorg-Konzept“ als Beispiel eines Lösungsansatzes und die mögliche Rolle der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit in ihm

Bachelor-Thesis vorgelegt von

Farina, Joanna

21-472-535

Eingereicht bei

Prof. Dr. Peter Zängl

Olten, am 06. Januar 2025

Abstract

Die vorliegende Theoriearbeit befasst sich mit der prekären Lage der professionellen (Alten-)Langzeitpflege der Schweiz, mit ihren Folgen sowie mit potenziellen Lösungsansätzen. Im Fokus stehen dabei das Buurtzorg-Pflegekonzept sowie die sozialarbeiterische Netzwerkarbeit im Kontext von organisierten und lebensweltlichen Netzwerken.

Die Fragestellung der Arbeit lautet: *Wie könnte eine Umsetzung der Pflege nach „Buurtzorg“ als Teil des schweizerischen Langzeitpflegesystems gelingen und wie sähen dabei die Aufgaben, bzw. Rollen der Netzwerkarbeit der Sozialen Arbeit aus?*

Im Rahmen der Arbeit wurde als Ausgangspunkt die schweizerische professionelle Altenlangzeitpflege genauer betrachtet sowie die Entstehung der Problemlage in der Pflege dargelegt. Danach wurde ermittelt, wie die Folgen des Fachkräftemangels in Kombination mit der Überalterung auf die Pflegeinstitutionen und -organisationen, auf das Pflegepersonal und auf die Pflegeklientel sowie ihre Angehörigen wirken. Aus den Konsequenzen der Folgen lässt sich ein Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit ableiten. Ein aus der Perspektive der Sozialen Arbeit zielführender Ansatz bildet das niederländische Buurtzorg-Konzept, welches eine ganzheitliche Pflege und Betreuung vorsieht und auf der institutionellen, personalen und organisationalen Ebene anknüpft. Auf die Schweiz bezogen ist das Buurtzorg-Konzept nur umsetzbar, wenn Adaptionen des Konzepts vorgenommen werden oder die Rahmenbedingungen des schweizerischen Pflegesystems verändert werden.

Aufgaben von ambulanten Pflegediensten in der Schweiz, die sich an Buurtzorg orientieren, weisen Lücken auf, wo die sozialarbeiterische Netzwerkarbeit ansetzen könnte. Diese Lücken stellen Aufgaben der Netzwerkarbeit auf der Klientelebene, Aufgaben der Vernetzung der Klientel mit Selbsthilfeinterventionen, Aufgaben der Vernetzung von sozialen und professionellen Diensten sowie interprofessionellen und gesellschaftlichen Organisationen, bzw. Einrichtungen und Aufgaben der netzwerkorientierten Gemeinwesenarbeit dar.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Professionelle Langzeitpflege im Alter in der Schweiz.....	3
2.1 Stationäre professionelle Langzeitpflege	3
2.2 Ambulante professionelle Langzeitpflege	4
2.3 Intermediäre Strukturen	4
3. Vertiefter Blick auf die Entstehung der Problemlage.....	5
3.1 Demographischer Wandel in der Schweiz	6
3.2 Fachkräftemangel in der Schweiz	8
3.2.1 Allgemeiner Fachkräftemangel	8
3.2.2 Fachkräftemangel in der Pflege	10
4. Folgen des Fachkräftemangels und der demographischen Alterung für die Pflege .	12
4.1 Ebene des Personals	12
4.2 Ebene der Institution	13
4.3 Ebene der Pflegeklientel und der Angehörigen.....	15
5. Perspektive der Sozialen Arbeit	15
5.1 Betroffene als Zielgruppe der Sozialen Arbeit	16
5.2 Ableitung des Sozialarbeiterischen Handlungsbedarfs.....	17
6. Kurzes Zwischenfazit und Überleitung zu Buurtzorg	18
7. Lösungsansätze	19
7.1 Kurzdarstellung von Beispielen in der Schweiz	19
7.2 Buurtzorg- ein kurzer Überblick.....	21
8. Buurtzorg in der Praxis	24
8.1 Der Netzwerkgedanke.....	24
8.2 Vor- und Nachteile	25
8.2.2 Kritik, Probleme und Herausforderungen	28
8.3 Buurtzorgs Antwort auf die Problemlage	31
8.4 Sicht der Sozialen Arbeit auf die Buurtzorg-Praxis	32
9. Buurtzorg International	33
9.1 Übertragung in andere Länder	33
9.2 Buurtzorg in der Schweiz	34
9.2.1 Diskrepanzen zu den Niederlanden	34
9.2.2 Erforderliche Adaptionen	36
10. Zweites Zwischenfazit und Überleitung zur sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit...	39
11. Soziale Netzwerke	40
11.1 Soziale Netzwerke- der Versuch einer Erklärung	40
11.2 Theoretische Rahmung	43

11.2.1 Organisierte und Lebensweltliche Netzwerke	44
11.2.2 Brücke zur Buurtzorg-Praxis.....	47
11.3 Das Unterstützungspotential Sozialer Netzwerke	49
12. Soziale Netzwerkarbeit.....	50
12.1 Aufgaben, Rollen und Wirkung der SANWA	50
12.2 Brücke zu lebensweltlichen und organisierten Netzwerken.....	53
13. Soziale Arbeit in der Buurtzorg-Praxis	54
13.1 Berührungspunkte	54
13.2 Anknüpfungspunkte der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit innerhalb von Buurtzorg	55
13.2.1 Analogie der Rollen und Aufgaben	58
13.2.2 Rolle der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit in schweizerischen Buurtzorg-Imi- tationen	60

Abkürzungsverzeichnis

EFZ Eidgenössisches Fachzeugnis

SANWA sozialarbeiterische Netzwerkarbeit

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb.1: *Das Zwiebelmodell von Buurtzorg (vgl. Buurtzorg International 2024c: o.S.)*

Abb. 2: *Fiktives Netzwerk von Herrn P., eigene Darstellung*

Tab. 1: *Vereinfachte Tabelle der Netzwerktypen in Anlehnung an Hack (2024: 4) (nach Straus (1990: 498) und Schubert (2018: 63)), ergänzt durch Granovetter (1973: 1361) und verändert nach eigener Betrachtung*

Tab. 2: *Berührungspunkte und Parallelen der Rollen und Aufgaben von Buurtzorg und der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit, eigene Darstellung nach Bullinger und Nowak (1998: 139-169) und diversen Quellen aus Kapitel «7.2 Buurtzorg – ein kurzer Überblick» und «8.1 Der Netzwerkgedanke»*

1. Einleitung

Die Bevölkerung der Schweiz altert: Zwischen 1990 und 2020 ist der Anteil an Menschen ab 65 Jahren um 4.2 Prozentpunkte gestiegen, während der Anteil von 0-19-jährigen sowie 20-64-jährigen Personen gesunken ist (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2022: 8). 2022 bestand 19.2% der ständigen schweizerischen Wohnbevölkerung aus Personen, die das 65. Lebensjahr bereits beendet hatten und sich somit im offiziellen Rentenalter befanden (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2023a: 129). Weist eine Bevölkerungsstruktur eine prozentuale Abnahme von jungen Menschen und eine Zunahme von älteren Personen auf, wird von „demographischer Alterung“ gesprochen (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2022: 37). Wie sich die Bevölkerung in Zukunft entwickeln wird, kann nicht klar vorausgesagt werden. Alle drei Grundszenarien des Bundesamts für Statistik (BFS) prognostizieren bis zum Jahr 2050 jedoch einen fortschreitenden prozentualen Anstieg von Personen im Seniorenalter (vgl. ebd.).

Mit dem höheren Lebensalter steigt das Risiko, pflegebedürftig zu werden und auf demensprechende Angebote angewiesen zu sein. Pflege durch ausgebildetes Personal wird in Institutionen wie Pflegeheimen, also stationär, oder zu Hause, bzw. ambulant, angeboten, wobei die Pflege zu Hause von Spitex-Diensten ausgeführt wird. Im Jahr 2022 nahmen in der Schweiz über 277'000 Personen ab 65 Jahren die pflegerischen Dienstleistungen von Spitex-Diensten in Anspruch; gleichzeitig waren es über 160'600 Menschen ab dem gleichen Alter, die Pflege- und Betreuungsleistungen in Pflege- sowie Altersheimen lang- oder kurzfristig nutzten – zusammengezählt mehr als eine halbe Millionen Personen (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2023b: o.S., Bundesamt für Statistik BFS 2024: 26f.). Und wo es Menschen gibt, die einen Pflegebedarf aufweisen, braucht es dementsprechend Pflegepersonal, welches diese Nachfrage deckt. Seit einiger Zeit lässt sich in der Schweiz aber einen Fachkräftemangel ausmachen, welcher sich in den letzten Jahren verschärft hat und 2023 den höchsten Stand seit 2015 erreichte (vgl. Adecco Gruppe Schweiz/Stellenmarkt-Monitor Schweiz 2023: 9-11). Von diesem Personalmangel ist auch der Pflegebereich betroffen: 2023 fehlte von allen betroffenen Sektoren genau im Gesundheitssektor am meisten Spezialistinnen und Spezialisten, unter anderem auch Pflegefachpersonen (vgl. ebd.: 29). Das fehlende Personal hat Auswirkungen auf arbeitstätige Pflegefachkräfte, auf die Pflegeinstitutionen, bzw. -organisationen und auf die Klientel inklusive ihrer Angehörigen.

Es ist nicht nur wichtig, dass die Qualität der Pflege sowie die Verfügbarkeit und das Wohlbefinden von Fachpersonal gesichert werden kann, sondern auch, dass die Rechte, Bedürfnisse, Wünsche und die physische sowie psychische Unversehrtheit von pflegebedürftigen älteren Menschen samt ihren Angehörigen adäquat beachtet werden. Der Berufskodex der Sozialen Arbeit von Avenir Sozial hält diesbezüglich fest: „Alle Menschen haben Anrecht auf die Befriedigung existentieller Bedürfnisse sowie auf Integrität und Integration in ein soziales Umfeld.“

(AvenirSocial 2010: 7 (4.1)) Der Fachkräftemangel und der zukünftig prozentuale Anstieg an älteren Personen in der Schweiz bergen demnach die Gefahr, dass die Integrität der Betroffenen innerhalb des Pflegekontexts und das Anrecht auf die Befriedigung der Bedürfnissen von pflegebedürftigen Personen, ihren Angehörigen sowie des Pflegepersonals bedroht ist, was wiederum das Interesse und die Beteiligung der Sozialen Arbeit an einer Lösungserarbeitung begründet.

In Bezug auf die Lösungsansätze wurden bereits intra- sowie international vielfältige Konzepte entwickelt, welche sowohl auf stationärer als auch auf ambulanter Ebene umgesetzt werden oder für einen zukünftig möglichen Einsatz entworfen wurden. Eines dieser Konzepte ist das sogenannte „Buurtzorg-Konzept“, welches im Rahmen der ambulanten Pflege Anwendung findet und in den Niederlanden entwickelt wurde (vgl. De Blok/ Weber 2019: o.S.). Das Modell stellt nicht die reinen pflegerischen Handlungen durch Pflegenden in den Fokus, sondern strebt eine selbstorganisierte, generalistische Arbeitsweise sowie die Vernetzung und Ressourcenaktivierung innerhalb des persönlichen Umfelds der pflegebedürftigen Personen an (vgl. ebd.). Da das Buurtzorg-Konzept positive Ergebnisse auf verschiedensten Ebenen erzielt, zieht es internationales Interesse auf sich und es haben bereits diverse Länder damit begonnen, das Konzept in ihr Pflegesystem zu integrieren (vgl. Buurtzorg International 2024: o.S., vgl. Kramp 2018: o.S.). Buurtzorgs Arbeit mit Netzwerken wirft die Frage auf, inwiefern die Soziale Arbeit durch sozialarbeiterische Netzwerkarbeit an Buurtzorg anknüpfen und so einen Teil zur Lösung der Problemlage, in der sich die professionelle Langzeitpflege in der Schweiz befindet, beitragen könnte.

Aus dieser Herleitung lässt sich folgende Fragestellung formulieren, welche für die vorliegende Arbeit grundlegend sein wird:

Wie könnte eine Umsetzung der Pflege nach „Buurtzorg“ als Teil des schweizerischen Langzeitpflegesystems gelingen und wie sähen dabei die Aufgaben, bzw. die Rollen der Netzwerkarbeit der Sozialen Arbeit aus?

2. Professionelle Langzeitpflege im Alter in der Schweiz

Pflege für Personen ab 65 Jahren wird in der Schweiz in verschiedenen Kontexten angeboten und durchgeführt. Dazu gehören stationäre pflegerische Dienstleistungen in Einrichtungen, in denen professionelle Pflege und Betreuung stattfinden. Alternativ ist es möglich, Betreuung und Pflege ambulant an einem ausserstationären Ort – beispielsweise bei den betroffenen Personen zu Hause – in Anspruch zu nehmen. Pflegedienstleistungen können sowohl in akuten Situationen als auch bei chronischem Pflegebedarf beansprucht werden, weshalb die grobe Unterteilung in Kurz- und Langzeitpflege besteht. Da sich diese Arbeit auf die Langzeitpflege fokussiert, wird die *ambulante* sowie *stationäre Langzeitpflege* in den nächsten Abschnitten genauer erläutert.

2.1 Stationäre professionelle Langzeitpflege

Stationäre Langzeitpflege im Alter findet oft in Altersheimen, allgemeinen Pflegeheimen sowie spezialisierten Pflegeheimen statt. In Pflege- sowie Altersheimen werden primär Langzeitplätze angeboten; in manchen Heimen besteht jedoch auch die Möglichkeit, Kurzzeitaufenthalte sowie Angebote für Tages- und Nachtstrukturen in Anspruch zu nehmen (z.B. als Überbrückung zwischen dem Spital und dem Zuhause) (vgl. Obsan 2022: 6).

Pflegeheime sind « (...) Institutionen, die pflegebedürftige und/oder chronisch kranke Betagte betreuen.» (Bundesamt für Statistik BFS 2005: 12) Sie bieten Pflege und Betreuung für Menschen an, welche in ihrer alltäglichen Lebensführung erheblich eingeschränkt sind. Dazu gehören auch spezialisierte Pflegeheime, welche beispielsweise auf Menschen mit Demenz oder mit Behinderung ausgerichtet sind. Pflegeheime für ältere Personen sind nicht mit *Altersheimen* gleichzusetzen. Der Hauptunterschied zwischen den beiden Einrichtungen liegt darin, dass die finanziellen Kosten in Pflegeheimen über das KVG gedeckt werden können, während dies bei Altersheimen nicht möglich ist (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2005: 12). Dementsprechend sind Altersheime – im Gegensatz zu Pflegeheimen – keine Institutionen, die den Fokus auf Pflegebedürftigkeit älterer Personen ausgerichtet haben, bzw. sich um Menschen mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen und einem hohen Betreuungsgrad kümmern. Altersheime dienen vielmehr der Unterstützung, Beaufsichtigung und Betreuung älterer Menschen, deren körperlichen und, bzw. oder geistigen Einschränkungen (noch) keine hohen Betreuungs- und Pflegebedarf erfordern (vgl. ebd.). Nichtsdestotrotz werden auch in Altersheimen gewisse professionelle Pflegehandlungen im Rahmen der Betreuung durchgeführt. Im Jahre 2022 gab es in der Schweiz 1'485 Alters- und Pflegeheime und über 160'624 Menschen ab 65 Jahren, welche diese kurz- oder längerfristig bewohnten (im Durchschnitt 2.3 Jahre) (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2024: 26f.). Von den Bewohnenden wiesen 75% ein Alter von 80 Jahren und mehr auf: Demnach befindet sich nur ein Viertel der unter 80-Jährigen

in Heimen, wodurch Personen fortgeschrittenen Alters die überwiegende Mehrheit darstellen (vgl. ebd.).

2.2 Ambulante professionelle Langzeitpflege

Pflege wird i.d.R. als «ambulant» bezeichnet, sobald sie ausserhalb von stationären Einrichtungen vollzogen wird. In der Schweiz wird für die ambulante professionelle Betreuung und Pflege die Terminologie «Spitex» verwendet, was nach dem BFS (2018: o.S.) so viel wie spitalexterne Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege bedeutet. Diese Dienstleistungen werden an dem Ort durchgeführt, wo die Klientel wohnt, bzw. wo sich ihr häusliches Umfeld befindet (vgl. ebd.). Spitex-Dienstleistungen können kurzfristig sowie längerfristig in Anspruch genommen werden und bilden einen wichtigen Grundpfeiler der professionellen Langzeitpflege der Schweiz. Neben der Pflege zu Hause kann die Spitex auch z.B. in betreuten Wohnsettings hinzugezogen werden (vgl. Obsan 2022: 22). Im Jahr 2022 gab es 2'724 verschiedenen Spitex-Organisationen in der Schweiz, welche Dienstleistungen im Bereich Pflege und Betreuung durchführten (Bundesamt für Statistik BFS 2024: 3f.). Wie bei Pflegeheimen und Altersheimen liegt der Unterschied zwischen diesen beiden Leistungsarten darin, dass die Spitex-Pflege Pflegeleistungen nach KVG beinhaltet und über die Krankenkassen abgerechnet werden können, während das bei der Spitex-Betreuung nicht der Fall ist (vgl. Obsan 2022: 22). Ambulante Pflegedienstleistungen können von allen Altersgruppen beansprucht werden. Von den fast 458'600 Klientinnen und Klienten der Spitex im Jahre 2022 waren es über 277'000 Personen ab 65 Jahren, welche Pflegeleistungen erhielten (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2024: 28, Bundesamt für Statistik BFS 2023b: o.S.). Parallel dazu wiesen mehr als 222'000 Personen der über 65-jährigen Klientel ein Alter von 80 Jahren oder älter auf und die schweizerische Gesellschaft betrachtend nahmen 5% jener Gesamtbevölkerung Spitex-Dienstleistungen entgegen (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2024: 28f., Bundesamt für Statistik BFS 2023b: o.S.). Anhand des Fakts, dass in der Schweiz jede 20. Person ambulante Pflege- und Betreuungsleistungen beansprucht und nahezu die Hälfte davon Menschen ab 80 Jahren sind, lässt sich erkennen, dass die ambulante Pflegeversorgung eine hohe Relevanz für die Altenpflege sowie für den Rest der schweizerischen Bevölkerung aufweist. In diesem Zusammenhang verfolgt die Schweiz seit ein paar Jahren den Ansatz «ambulant vor stationär», welcher von der Politik durch folgende Aspekte begründet wird: Einerseits bestehe bei den Menschen der Wunsch, in ihrem eigenen Zuhause alt zu werden, und es gäbe angesichts der gesellschaftlichen Überalterung nur in limitierter Anzahl Heimplätze. Andererseits hätte der Ansatz kosteneinsparende Effekte (vgl. Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW 2023: 2). Bei «ambulant vor stationär» zeigte sich jedoch die Problematik, dass die Motivation hinter dieser Taktik stark wirtschaftlichen Ursprungs ist und bisher parallel zu den gesenkten Ausgaben keine

adäquaten Lösungen für den ambulanten Pflege- und Betreuungssektor hervorgebracht wurde (vgl. ebd.).

2.3 Intermediäre Strukturen

Neben den Optionen, Pflege im häuslichen Umfeld durch die Spitex oder in einem Heim zu erhalten, existieren Mischformen der beiden Langzeitpflege-Optionen: Diese Mischformen werden als «intermediäre Strukturen» betitelt, da sie zwischen beiden Pflegemöglichkeiten situiert sind (vgl. Obsan 2022: 22f.). Zu den Mischformen gehören hauptsächlich folgende drei Typen: Tages- und Nachtstrukturen, Kurzzeltaufenthalte in Pflegeheimen sowie betreute Wohnformen (vgl. ebd.).

Tages- und Nachtstrukturen dienen als Ergänzung zur Spitex sowie der temporären Abhilfe pflegender Angehörigen und ermöglichen es, dass pflegebedürftige Personen regelmässig eine bestimmte Zeitspanne in einer Institution verbringen und dort betreut sowie gepflegt werden (vgl. Obsan 2022: 22f.). *Kurzzeltaufenthalte in Pflegeheimen* dienen in erster Linie als temporäre Entlastung von Angehörigen und der Spitex, falls eine pflegebedürftige Person z.B. nach einem Spitalaufenthalt zuerst in einem Heim verweilt, bevor sie zurück nach Hause geht (vgl. ebd.). Durch den kurzzeitigen und überbrückenden Charakter entsprechen die Kurzzeltaufenthalte nicht der typischen Langzeitpflege, sondern finden vielmehr in Institutionen statt, die auf Langzeitpflege ausgerichtet sind. Im Gegensatz dazu bieten *betreute Wohnformen* für Menschen ab 65 Jahren keine temporären Aufenthalte an, sondern stellen Permanenz-orientierte Wohnorte dar. Es handelt sich dabei um Wohnungen, die an Bedürfnisse älterer Menschen angepasst sind und in denen Senioren bei Bedarf Spitex-Leistungen über den Anbieter der Residenzen in Anspruch nehmen können (vgl. ebd.).

Wie die ambulante Pflege haben auch intermediären Strukturen im Laufe der letzten Jahre an Bedeutung gewonnen. Schweizweit ist ein Trend nach oben auszumachen, was die Inanspruchnahme von intermediären Strukturen der Altersbetreuung und -pflege betrifft (vgl. Obsan 2021: 4f.).

3. Vertiefter Blick auf die Entstehung der Problemlage

Die prekäre Situation, in welcher sich die Pflege befindet und die sich in Zukunft verschärfen könnte, wird gegenwärtig sowie in Zukunft durch verschiedene Faktoren bedingt. Zu den bedeutendsten Einflussfaktoren gehören unter anderem der *demographische Wandel* und der *Fachkräftemangel* in der Schweiz. In den folgenden Unterkapiteln soll genauer auf die beiden Hauptursachen der Problemlage eingegangen werden, um ein umfängliches Verständnis über deren Entstehung zu erlangen.

3.1 Demographischer Wandel der Schweiz

Der Begriff des «*demographischen Wandels*» beinhaltet den Aufbau und die Entwicklung einer bestimmten Bevölkerung, bzw. den Wandel der Zusammensetzung ihrer Struktur, wobei der Wandel durch Aspekte wie der Einwanderung, der Geburtenrate und der Lebenserwartung einer spezifischen Zielbevölkerung geprägt wird (vgl. Bundesrat 2016: 14). Eine Betrachtung des demographischen Wandels hilft dabei, ein Verständnis über die bevölkerungsbezogenen Verhältnisse der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft zu erlangen. Je nach definiertem Gebiet, dessen Bevölkerungsstruktur beschrieben werden soll, ergibt sich ein anderes Bild der demographischen Verhältnisse.

Der *demographische Wandel in der Schweiz* zeichnet sich dadurch aus, dass die ständige Wohnbevölkerung fortlaufend grösser wird: Im Jahr 1900 zählte sie 3.3 Millionen Menschen, wobei es im Jahr 2022 schon 8.8 Millionen Personen waren (Bundesamt für Statistik BFS 2023:132). Unter dem Begriff der «ständigen Wohnbevölkerung» versteht man alle schweizerischen Staatsangehörigen mit Hauptwohnsitz in der Schweiz, ausländische Staatsangehörige mit einer Aufenthalts-, Kurzaufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung, welche einen Aufenthalt für mindestens ein Jahr vorsehen, sowie Menschen im Asylprozess mit einer Gesamtaufenthaltsdauer von mindestens einem Jahr (vgl. ebd.: 392). Der demographische Wandel einer Bevölkerung zeigt i.d.R. keine Linearität auf, weil die Bevölkerungsentwicklung durch Ereignisse beeinflusst wird. Auf die Schweiz bezogen stellt ein solches Vorkommnis beispielsweise der Babyboom in den 40er bis 60er Jahren dar, welcher zu einer Geburtenstärke bei spezifischen Jahrgängen geführt hatte (vgl. ebd.: 132).

Demographische Alterung

Der demographische Wandel in der Schweiz charakterisiert sich dadurch, dass der Bevölkerungsanteil an Menschen über 65 Jahren seit den letzten drei Jahrzehnten zugenommen hat, während sich die Anzahl junger Menschen sowie Menschen im erwerbstätigen Alter abnehmend zeigt (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2022: 8). Dabei lässt sich die Alterung der Bevölkerung auf verschiedene Ursachen zurückführen. Das BFS (2022: 37) nennt dabei direkte Gründe wie die tiefe Geburtenrate und die rückläufige Sterblichkeit, wobei hintergründige Faktoren, wie z.B. die gewandelte Führung des eigenen Lebens und des Familienlebens, die Geburtenrate indirekt beeinflussen.

Bei der *rückläufigen Mortalität* geht es im Kern darum, dass sich die Sterblichkeit in der Schweiz verringert hat. Die sogenannte «rohe Sterbeziffer» – also das Verhältnis der Anzahl Todesfälle innerhalb von 12 Monaten im Verhältnis zur Wohnbevölkerungszahl des spezifischen Jahres – ist seit 1876 von 24 Todesfälle pro 1'000 Personen im Jahr 2022 auf 8.5 Todesfälle gesunken (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2022:20, 22, Bundesamt für Statistik BFS 2023a: 134). Die Sterbeziffer ist demnach um fast zwei Drittel gesunken. Ursache der tiefen

rohen Sterbeziffer bildet sowohl die gesunkene Mortalität bei Säuglingen als auch die verringerte Sterblichkeit bei adulten Personen, wobei beides auf verbesserte Hygienestandards, Weiterentwicklung in der Medizin sowie der Eindämmung von Infektionskrankheiten und allgemein verbesserte Lebensstandards zurückzuführen ist (vgl. ebd.: 20).

Aus der gesunkenen Sterblichkeit ergibt sich parallel eine höhere Lebenserwartung und die Menschen werden in dem Sinne immer älter. In der Schweiz hat sich die voraussichtliche Lebensdauer von der Geburt bis zum Tod eines Menschen im Vergleich zu 1876 signifikant erhöht: Im Jahre 1876 lag die Lebenserwartung von Männern bei 39.1 Jahren und von Frauen bei 42.2 Jahren, während im Jahre 2022 eine durchschnittliche Lebenserwartung von 81.6 Jahren bei Männern und von 85.4 Jahren bei Frauen festzumachen war (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2022: 21, Bundesamt für Statistik BFS 2023: 134).

Beim Faktor der *tiefen Geburtenrate* handelt es sich um die sinkende Tendenz der Geburtenrate. Etwa seit den 1975er Jahren gebärt eine Frau in der Schweiz im Schnitt nur noch 1.5 Kinder, im Jahre 2022 lag die Fertilitätsrate (durchschnittliche Anzahl geborener Kinder pro Frau innerhalb ihrer Lebenszeit) sogar nur noch bei 1.39 Kindern (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2022: 15, Bundesamt für Statistik 2023: 141). Damit ein Land ihre Bevölkerungszahl auf gleichem Niveau halten kann, müssten gegenwärtig jedoch durchschnittlich 2.1 Kinder pro Frau geboren werden, weshalb die Schweiz aufgrund ihrer niedrigeren Fertilitätsrate als geburtenschwaches Land bezeichnet wird.

Die Gründe für die tiefe Geburtenrate sind divers. Allgemein betrachtet kann behauptet werden, dass sich die Lebensführung, die Familiensysteme und die Gestaltung des Familienlebens der Schweizer Bevölkerung gewandelt hat, wobei diese Transformation die Reproduktion von Menschen beeinflusst. Ein Grund ist z.B., dass Frauen heutzutage einfacher einen Bildungsabschluss anstreben können und ihre Erwerbstätigkeit an Bedeutung gewonnen hat. Der Kinderwunsch der Menschen hat sich zwar in den letzten 20 Jahren nicht primär verändert, aber die Bildungsexpansion der Frau sowie der Fokus auf berufliche Weiterentwicklung und Karriereziele führt dazu, dass v.a. Frauen mit tertiärem Bildungsabschluss kinderlos bleiben (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2021: 21-24).

Mit Blick auf die demographische Alterung der Schweiz fällt auf, dass die schon länger anhaltende tiefe Geburtenrate, bzw. Fertilitätsrate dazu führen müsste, dass die Schweizer Bevölkerung nicht wächst, sondern schrumpft: Dass die Schweiz dennoch ein starkes Bevölkerungswachstum zu verzeichnen hat, ist u.a. auf den externen Zufluss von Menschen zurückzuführen. Seit dem Jahre 1999 bildet die ausländische Zuwanderung den stärksten treibenden Faktor der Bevölkerungszunahme in der Schweiz: In den letzten 30 Jahren waren die jährlichen Einwanderungszahlen fast ausnahmslos höher als die Anzahl der Auswanderungen (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2022: 33). Die starke Zuwanderung hat auch zur Folge, dass die

Alterung der Schweizer Bevölkerung etwas gehemmt wird (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2022: 37).

Trotz des eindämmenden Effekts der Migration steht die Schweiz vor einer Überalterung ihrer Gesellschaft. Das BFS (2022: 37f.) hat drei hypothetische Szenarien ausgearbeitet, welche zukünftige demographische Verhältnisse darstellen: Das erste Szenario sieht bis 2050 einen weiteren Abfall der Anzahl junger Menschen und einen fortschreitend wachsenden Anteil (bis 25.6% der Bevölkerung) von älterer Menschen ab 65 Jahren vor; das zweite Szenario geht von einem Zuwachs junger sowie älterer Personen aus, wobei der Anteil älteren Menschen mit fast 25% im Jahre 2050 immer noch grösser als der der jüngeren sein wird; und das dritte Szenario prognostiziert, dass der Anteil junger Menschen rückläufiger als beim ersten Szenario sein wird und Menschen über 65 Jahren bis 2050 ein Wachstum auf über 26% aufweisen würden.

Alle Szenarien bilden die Zukunft der schweizerischen Gesellschaft so ab, dass der Anteil alter Menschen wachsen wird. Ein Ungleichgewicht (v.a. beim ersten und dritten Szenario) zwischen dem Anteil der jungen und dem Anteil der älteren Bevölkerung führt zu vielschichtigen Konsequenzen. Diese Auswirkungen greifen bis in den Arbeitsmarkt hinein und hängen mit dem Fachkräftemangel in der Schweiz zusammen, welcher im nächsten Unterkapitel genauer beleuchtet wird.

3.2 Fachkräftemangel in der Schweiz

Wie unter Kapitel 3.1 «Demographischer Wandel der Schweiz» erwähnt wurde, rechnet das BFS mit einem zukünftigen Anstieg der Personen ab 65 Jahren. Aus einer stärker angestiegenen Anzahl älterer Menschen lässt sich einen erhöhten Pflegebedarf ableiten, welcher abgedeckt werden muss. Schon 2022 nahmen über 300'000 Personen ab dem 66. Lebensjahr professionelle Langzeitpflege und -betreuung in Anspruch (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2023b: o.S., Bundesamt für Statistik BFS 2024: 26f.). Dieser künftig erhöhte Bedarf an Pflege kommt mit einer weiteren Herausforderung einher, mit welcher die Schweiz konfrontiert ist: Seit 2022 zeichnet sich ein Fachkräftemangel ab, der sich bis 2023 verstärkt hat (vgl. Adecco Gruppe Schweiz/Stellenmarkt-Monitor Schweiz 2023: 9f). Im folgenden Teil der Arbeit soll auf diesen Fachkräftemangel eingegangen und spezifisch den Fachkräftemangel im Pflegebereich thematisiert werden.

3.2.1 Allgemeiner Fachkräftemangel

Um den Fachkräftemangel in der Schweiz zu verstehen, soll zuerst die Begrifflichkeit genauer betrachtet werden: Denn die Frage, was genau eine Fachkraft ist, lässt sich nicht mit einer universalen Antwort klären. Diplom-Volkswirtin Anja Kettner beschreibt den Begriff der «Fachkraft» folgendermassen: «Fachkräfte gibt es in allen Tätigkeitsbereichen, ausser in jenen, in

denen keinerlei besondere Kenntnisse erforderlich sind, z.B. für Hilfsarbeiten. Fachkräfte zeichnen sich durch fachspezifische Qualifikationen aus, die sie dazu befähigen, bestimmte Tätigkeiten mit einer bestimmten Produktivität auszuüben.» (Kettner 2012: 16). Kettner macht den Begriff der «Fachkraft» also davon abhängig, ob für den spezifischen Berufsbereich eine Ausbildung, bzw. Qualifikation vorhanden ist oder nicht. Unter dem Wort «Fachkräftemangel» wird demnach der Zustand einer Berufsgruppe verstanden, bei der es mehr offene Stellen als Menschen gibt, welche auf der Suche nach einer Stelle für die bestimmte Arbeitstätigkeit sind (vgl. ebd.: 6).

Der Überschuss an unbesetzten Arbeitsplätzen betrifft dabei nicht jeden Berufsbereich gleichermassen und schwankt von Jahr zu Jahr in seiner Ausprägung. Die Adecco Gruppe Schweiz und der Stellmarkt-Monitor Schweiz (2023: 11, 8) stellten jedoch fest, dass das Jahr 2023 den stärksten Fachkräftemangel seit 2015 aufwies und dass dieser in der IT-Branche, im Gesundheitssektor und im ingenieurtechnischen Wesen sehr markant war. Bei genauerer Betrachtung der betroffenen Tätigkeiten fällt auf, dass es sich hauptsächlich um Berufe handelt, welche eine Ausbildung auf tertiärem Niveau fordern (vgl. ebd.: 16). Eine Studie der Volkswirtschaftlichen Beratung und Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich (2023: 34) hebt aber hervor, dass auch signifikanter Fachkräftemangel in Berufssektoren herrscht, für welche allein eine Berufslehre (EFZ) Voraussetzung ist, um den Job ausüben zu können. Parallel dazu lässt sich im Jahre 2023 einen zusätzlichen Trend erkennen, der vom Eindruck wegführen lässt, dass vorwiegend Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen gesucht werden. Namentlich ist eine Veränderung bei den Berufstätigkeiten zu erkennen, welche tiefere Qualifizierungen erfordern und zuvor einen Überschuss an Personal aufwiesen (vgl. Adecco Gruppe Schweiz/Stellmarkt-Monitor Schweiz 2023: 15): Es hat sich herausgestellt, dass sich dort das Überangebot verringert hat, wo zuvor ein Fach- und Arbeitskräfteüberschuss herrschte. Diese Entwicklung führt dazu, dass der schweizerische Arbeitsmarkt von einem Fachkräftemangel, der zuvor mehrheitlich (spezialisierte) Fachpersonen betroffen hat, allmählich in einen allgemeinen Arbeitskräftemangel mündet (vgl. ebd.).

Es gibt verschiedene *Auslöser und Treiber* des Fachkräftemangels in der Schweiz, z.B. spielt die Digitalisierung und Automatisierung unserer Lebenswelt eine Rolle. Dies hat zur Folge, dass sich die Nachfrage nach technischem Wissen, bzw. digitalen Fachkenntnissen und Fachwissen innerhalb des Arbeitsmarkts fortlaufend verstärkt und eine hohe Nachfrage nach ganz spezifischen Qualifikationen und Kompetenzen schafft (vgl. SECO 2022: 24-27). Weiter wird die Covid-19-Pandemie und die Zeit danach als Ursache genannt, da sich die Wirtschaft anschliessend rasch regeneriert hat und sich so die bereits vorhandenen Spannungen des Fachkräftemangels verstärkt haben (vgl. Adecco Gruppe Schweiz/Stellenmarkt-Monitor Schweiz 2023: 10f.). Neben der Digitalisierung und der guten Konjunktur nach der Corona-Pandemie stellen die demografischen Verhältnisse einen zentralen Faktor dar: Geburtenstarke

Jahrgänge wie die der Babyboomer (Geburtsjahr 1946 bis 1964) gehen allmählich in Pension – wodurch langjährige Erfahrung und spezialisiertes Wissen verloren geht – und gleichzeitig kommen weniger junge Menschen als Arbeitskräfte nach (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2019: 1, Grundlehner 2024: o.S.).

Wie sich der Fachkräftemangel zukünftig entwickeln wird, kann nicht genau vorausgesagt werden. Das Indikatorensystem zur Beurteilung der Fachkräftenachfrage des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO (2023: 32) zeigt aber auf, dass sich die Problematik – v.a. im Hinblick auf gewisse Berufsgruppen – nicht auf die Kürze lösen lässt. Gleichzeitig ist jedoch eine verstärkte Zunahme von Ausbildungen auf tertiärem Niveau für den MINT- sowie Gesundheitssektor zu beobachten, was einen hemmenden Effekt auf das Fachkräftedefizit bewirken könnte (vgl. ebd.). Ein weiterer wichtiger Faktor, welcher bislang eine bedeutende Gegenkraft dem Fachkräfte-, bzw. Arbeitskräftemangel gegenüber bildete, ist die Migration: Im Jahr 2022 stellten 1.7 Millionen von den insgesamt 5.2 Millionen erwerbstätigen Menschen in der Schweiz Arbeitspersonal aus dem Ausland dar (vgl. Staatssekretariat für Wirtschaft SECO 2024b: 64). Mit Blick auf diesen hohen Prozentsatz von fast einem Drittel aus dem Ausland stammenden Erwerbsfähigen lässt sich ableiten, dass das ausländische Arbeitspersonal für den Schweizer Arbeitsmarkt und die Abwendung von Personallücken eine hohe Bedeutsamkeit aufweist. In die Zukunft blickend kann die Schweiz zwar das Fachkräftedefizit durch das Personal aus dem Ausland etwas ausgleichen, der Mangel lässt sich jedoch nicht völlig abdecken und bleibt eine Hausforderung; zumal auch viele Länder, aus denen ausländisches Fachpersonal mobilisiert wird, mit einem gegenwärtigen sowie zukünftigen Fachkräfte-Defizit zu ringen haben. (vgl. Speiser/Leist 2023: o.S.). Trotz dieser möglichen bevorstehenden Rekrutierungsproblematik gehört die Schweiz nach wie vor zu jenen Ländern Europas, die eine besonders hohe Attraktivität für Arbeitsmigrierende aufweist (vgl. Staatssekretariat für Wirtschaft SECO 2024b: 60).

3.2.2 Fachkräftemangel in der Pflege

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen gehört – wie in Kapitel «3.2.1 Allgemeiner Fachkräftemangel» bereits beschrieben wurde – zum signifikantesten Personalmangel in der Schweiz und bildet einen erheblichen Teil der Debatte rund um das Fachkräftedefizit. Im Hinblick auf die Pflege konnte einen erheblichen Mangel von allgemeinen Fachkräften sowie spezialisierten Fachkräften ausgemacht werden (Adecco Gruppe Schweiz/Stellenmarkt-Monitor Schweiz 2023: 40). Der schwindende Überschuss von Arbeitspersonal mit Bildungsabschluss auf Sekundarstufe sowie ohne Ausbildung (Stichwort «Arbeitskräftemangel») ist ebenfalls im Pflegesektor vorzufinden: Die Erhebung von Obsan (2024: o.S.) der im Internet ausgeschriebenen Stellen für Pflege- und Betreuungspersonal zeigt, dass das Jahr 2023 für *alle* Arbeitspositionen (mit oder ohne Abschluss) mit über 13'000 unbesetzten Stellen seit 2018 den

höchsten Anstieg an freien Arbeitsplätzen zu verzeichnen hat. Je länger eine ausgeschriebene Stelle unbesetzt bleibt, desto weniger Menschen bewerben sich auf die spezifische Arbeitstätigkeit, was wiederum auf einen verstärkten Personalmangel rückschliessen lässt. Jenseits der *Gründe*, weshalb ein allgemeiner Fachkräftemangel herrscht, stellt sich die Frage, weshalb der Pflegesektor so außerordentlich davon betroffen ist. Bei genauem Betrachten lässt sich neben der alternden Bevölkerung und dem dadurch erhöhten Pflegebedarf, welcher das Angebot übersteigt, Schwierigkeiten bezüglich der Rekrutierung von neuen Fachkräften – besonders von Ausgebildeten mit Tertiär-, aber auch Sekundarabschluss – feststellen: Dabei spielen Faktoren wie bspw. eine unzureichende Entlohnung oder eine hohe Arbeitsbelastung eine bedeutende Rolle (vgl. Universität Basel 2021: 140, Universität Basel 2023: 138). Zusätzlich konnte das SECO (2023: 16f., 32) in den Betreuungs- und Gesundheitsberufen einen erhöhten demografischen Ersatzbedarf feststellen: Das bedeutet, dass in den kommenden Jahren in diesem Berufsbereich viele Menschen wegen ihres Alters ausscheiden werden und dementsprechend ein hoher Bedarf an neuen Arbeitskräften herrschen wird. Parallel zum Personalmangel in der Pflege gibt es aber auch einen wesentlichen ausgleichenden Faktor: Sowie ausländische Arbeitskräfte für die Schweiz im Allgemeinen wichtig sind, so haben sie spezifisch für den Pflegesektor eine grosse Bedeutung. Internationales Personal ist aus der Pflege nicht mehr wegzudenken und bildet einen wichtigen Pfeiler der schweizerischen Gesundheitsversorgung: Allein schon im Jahr 2019 wiesen 30% des Pflegepersonals in Krankenhäusern sowie sozialmedizinischen Institutionen (z.B. ein Pflegeheim) ein ausländisches Arbeitsdiplom auf (vgl. Obsan 2021: 63).

Trotz der Kompensation durch ausländisches Personal wird der Bedarf an Arbeitskräften in der Pflege schätzungsweise weiterhin zunehmen: Obsan (2021: 6f.) schreibt im neusten nationalen Versorgungsbericht, dass der Personalbedarf (mit sowie ohne Ausbildung) bis 2029 im Bereich Pflege und Betreuung unter Anbetracht des Referenzszenarios auf über 222'100 Personen anwachsen wird: Auf die Langzeitpflege bezogen könnte das einen Anstieg des Arbeitskräftebedarfs um 19% bei der Spitex und um 26% in Alters- und Pflegeheimen bedeuten. Neben dem zusätzlichen Bedarf an Personal braucht es jedoch auch Menschen, die bis 2029 diejenigen Angestellten im Pflege- und Betreuungsbereich ersetzen, die pensioniert wurden oder aus anderen Gründen aus dem Beruf ausgestiegen sind (vgl. ebd.).

Der Aspekt, dass sich offene Stellen immer schlechter vergeben lassen, kommt den hoch ausfallenden Bedarfsprognosen für die ambulante Pflege sowie für Heime nicht entgegen. Die Wahrscheinlichkeit einer wachsenden Personallücke wird auch anhand der Einschätzungen zukünftiger Arbeitskräfteressourcen deutlich. Z.B. prognostiziert Obsan (2021: 7) auf Basis des angenommenen Personalbedarfs prospektiv, dass der Nachwuchsbedarf für ausgebildetes Personal für den Zeitraum von 2021 bis 2029 nicht abgedeckt werden kann: 33% der

Nachfrage an Pflegefachpersonen der Tertiärstufe und 20% der Nachfrage an Arbeitskräften mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe II werden nicht befriedigt werden können.

4. Folgen des Pflegefachkräftemangels und der demographischen Alterung für die Langzeitpflege

Im Kapitel «3.2.2 Fachkräftemangel in der Pflege» wurde beschrieben, wie der Pflegebereich gegenwärtig sowie in Zukunft von Personaldefiziten betroffen ist. Aus der Kombination der bereits präsenten sowie zukünftigen Überalterung der schweizerischen Gesellschaft und des Arbeitskräftemangels im Langzeitpflegesektor resultieren komplexe Folgen auf verschiedenen Ebenen. Im nächsten Abschnitt werden die Konsequenzen, welche sich auf den Bereich der Pflege beziehen, auf der Ebene des Personals, der Institution und der betroffenen Personen (Klientel und Angehörige) beschrieben.

4.1 Ebene des Personals

Der Fachkräftemangel verringert zwar aufgrund der vielen offenen Stellen die Arbeitslosenquote, parallel führt er aber wegen des fehlenden Personals zu einer stärkeren Belastung der Angestellten (vgl. Adecco Gruppe Schweiz/Stellenmarkt-Monitor Schweiz 2023: 16). Dies zeigt sich v.a. dann, wenn das Pflegepersonal offene Stellenprozente ausgleichen muss: Es fallen mehr Aufgaben auf eine einzelne Fachkraft zurück und arbeitsbezogener Stress sowie der Druck auf die Pflegenden steigt. Eine Umfrage der Unia (2020: 1,2), welche 2019 mit Pflegenden der stationären Langzeitpflege durchgeführt wurde, ergab, dass der Grossteil von ihnen regelmässig unter Zeitdruck leidet. Weiter gaben mehr als die Hälfte der befragten Personen an, nicht in ihrem eigenen Arbeitstempo agieren zu können und häufig unentgeltlich Überstunden zu erbringen (vgl.ebd.). Die Umfrage zeigt demnach, dass Missstände im Arbeitssektor der Langzeitpflege vorhanden sind, die viele Personen des Arbeitspersonals betreffen. Die Studie der Universität Basel (2021: xif.), die von 2018 bis 2019 Daten anhand von Umfragen in verschiedenen Schweizer Pflegeinstitutionen gesammelt hatte, kam ebenfalls zum Schluss, dass das Wohlbefinden und die Gesundheit des Pflegepersonals in der stationären Langzeitpflege aufgrund des Personalmangels beeinträchtigt ist. Dies äusserte sich bei den betreffenden Pflegekräften in Form von physischen sowie psychischen Beschwerden (vgl. ebd.). Zu gesundheitlichen Erkrankungen aufgrund der Stressoren und Überbelastung in der Pflege gehören beispielsweise körperliche Erschöpfung, Müdigkeit sowie Rückenschmerzen und können bis zu einem Burnout oder einer Depression reichen (vgl. Universität Basel 2023: 107-110). Eine starke Belastung und Einschränkungen des Wohlbefindens während der Arbeitstätigkeit, deren Folgen gesundheitsschädigend sind und bis ins Privatleben greifen können, wirken sich auf die Dauer der Anstellungszeit aus. So ist im stationären Pflegebereich eine erhöhte Fluktuation, bzw. Kündigungsabsicht zu erkennen, welche auf unterschiedliche

Faktoren zurückzuführen ist: Unter anderem auch auf die ausgeprägten Drucksituation aufgrund fehlender Arbeitskräfte, den dadurch verursachten Stress und Frustration am Arbeitsplatz (vgl. Universität Basel 2021: 108).

Die Gesundheit des Pflegepersonals in der ambulanten Langzeitpflege ist gleichermassen bedroht: Auch das Personal von Spitex-Organisationen klagt über gesundheitsbeeinträchtigende und pathologische Auswirkungen aufgrund von Überbelastung und Stress im Rahmen ihrer Berufstätigkeit (vgl. Universität Basel 2023: 138f.).

Trotz der intensiven Belastung erreicht das Pflegepersonal der ambulanten sowie stationären Langzeitpflege insgesamt eine gute Pflegequalität, was mit der Einschätzung durch die Pflegenden selbst korreliert (vgl. Universität Basel 2021: 30., Universität Basel 2023: 105f.). Es sind jedoch auch Stimmen vorhanden, welche im Personaldefizit eine akute Bedrohung für den Pflegestandard sehen: Z.B. ergab eine weitere Umfrage von Unia (2020: 2f.), welche zwischen 2018 und 2019 durchgeführt wurde, dass über 90% der befragten stationär Pflegenden der Auffassung sind, dass die Qualität ihrer Arbeit durch den Mangel an Arbeitskräften negativ beeinflusst wird.

4.2 Ebene der Institution

Einrichtungen und Organisationen, welche im Rahmen ihres Auftrags Pflegedienstleistungen anbieten und durchführen, sind von ihrem Pflegepersonal abhängig. Folgen für das Personal gehen mit den Folgen für die Institution einher. So bringen beispielsweise hohe Fluktuationsraten und längerfristig unbesetzte Stellen die Wirtschaft von Pflegeeinrichtungen unter Druck. Wie sich die Lage zuspitzen kann, lässt sich an der Pflegesituation in Deutschland erkennen: 2022 mussten 142 Pflegeheime schliessen – unter anderem auch wegen dem Mangel an Pflegepersonal (vgl. Santina 2023: o.S., Borchert 2023: o.S.). Die Schweiz war bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht mit einer solch gravierenden Welle an Schliessungen von Alters- und Pflegeheimen oder mit einem signifikanten Schwund an Langzeitpflegeplätzen konfrontiert; angesichts des prognostizierten, sich künftig verschärfenden Fachkräftemangels könnte dies jedoch auch in der Schweiz zur Problematik werden (vgl. Bundessamt für Statistik BFS 2023c: 1f.). Wendet man den Blick tiefer in die Personal-Verhältnisse der schweizerischen Alters- und Pflegeheime, lassen sich Missstände in der stationären Langzeitpflege mancherorts schon heutzutage durchaus erkennen: So hat der Fachkräftemangel bereits dazu geführt, dass gewisse Pflegeheime Wartelisten für Interessenten führen müssen (vgl. Hehli 2022: o.S.). Wie die stationären Langzeiteinrichtungen spürt auch die ambulante Langzeitpflege die Folgen des Personal Mangels: Spitex-Dienste kommen in Situationen, in denen sie der Personalengpass dazu bringt, auf eine Triage der Klientel und auf Angestellte anderer Spitex-Organisationen zurückzugreifen (vgl. Walser/Aschwanden 2023: o.S.). Neben den übergeordneten Problem-Katalysatoren (wie dem Fachkräftemangel und der hohen Nachfrage aufgrund der

Überalterung) kommt auf der spezifischen Ebene der ambulanten Pflege die Schwierigkeit hinzu, dass einerseits die Klientel der Spitäler im Vergleich zur Vergangenheit zu einem früheren Zeitpunkt entlassen werden, und andererseits ältere Personen später in Heime eintreten: Dies führt wiederum dazu, dass Spitex-Dienste stärker in Anspruch genommen werden (vgl. Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft ZHAW 2024: 5). Zusätzlich kann der Arbeitspersonalmangel gelegentlich dazu führen, dass die Pflege gewisser Klientel interimistisch reduziert wird, um den Pflegebedarf aller bedürftigen Personen eines Spitex-Dienstes decken zu können (vgl. ebd.).

Bedarfsprognosen der Alters- und Langzeitpflege

Kurz zusammengefasst lassen sich auf der institutionellen Ebene manche Probleme in Bezug auf die ambulante sowie auf die stationäre Langzeitpflege erkennen, welche durch jene Konsequenzen entstehen, die im Zusammenhang mit dem Personaldefizit auftreten oder durch ihn begünstigt werden: Diese Problemlagen haben das Potential, sich in den folgenden Jahren zuzuspitzen, denn die wachsende Anzahl an älteren Personen in der Schweiz führt zu einem zukünftig erhöhtem Bedarfsanstieg, welche Institutionen abdecken müssen. In einem Bericht präsentiert Obsan (2022) die Bedarfsprognosen der Alters- und Langzeitpflege für Menschen ab 65 Jahren und soll die vermutete Nachfrage bis 2040 abbilden. Bei dieser Einschätzung kam heraus, dass der höchste Bedarfsanstieg in Pflegeheimen (Altersheime ausgeschlossen) vorkommen wird: Dieser beträgt nach der Einschätzung der Studie bis 2040 einen Zuwachs von 69%, was einer Zunahme von 54'335 Langzeitbetten oder ungefähr 921 neuen Pflegeheimen entspricht (vgl. Obsan 2022: 5f., 22). Das sind enorme Zahlen; v.a., wenn bedenkt wird, dass sich das Angebot in einer Zeitspanne von ca. 18 Jahren um weit über das Doppelte, bzw. um das fast Dreifache vergrössern muss. In Bezug auf die stationäre Langzeitpflege ist zwischen 2019 und 2022 weder ein merklicher Abbau noch ein erheblicher Ausbau des Angebots an Langzeitpflegeplätzen zu erkennen; mit Blick in die Zukunft wird unter Berücksichtigung der zunehmenden Menge älterer Menschen bei den verfügbaren Pflegeplätzen jedoch eine rückläufige Tendenz sichtbar (vgl. Bundessamt für Statistik BFS 2023c: 1). Parallel zu den Langzeitpflegeplätzen wird der Bedarf an Möglichkeiten zu Kurzaufenthalten in Pflegeheimen um plus 63% ansteigen (plus 1'242 Kurzzeitbetten), was einen weiteren Ausbau des stationären Pflegebereichs voraussetzt (vgl. ebd.). Auch die Spitex-Pflege wird nach der Prognose von Obsan (2022: 5f.) ein Bedarfswachstum von zusätzlichen 52% erleben, was einem Klientelzuwachs von 101'921 Personen entspricht. Daher wird die ambulante Pflege bis 2040 um schätzungsweise etwas mehr als das Doppelte anwachsen müssen. Das geringste Bedarfswachstum schreibt die Prognose den betreuten Wohnformen zu, bei denen ein Anstieg von plus 43% erwartet wird (vgl. Obsan 2022: 5f.).

Migration

Die bis zum Jahr 2040 prognostizierte Bedarfslage an Langzeitpflege für Menschen ab 65 Jahren fordert eine hohe Menge an Personal, welches die Nachfrage abdecken muss. Für Institutionen wie die Spitex und Pflegeheime sind – wie bereits in Kapitel «3.2.2 Fachkräftemangel in der Pflege» dargelegt wurde – ausländische Arbeitskräfte unabdingbar, um das Personaldefizit auszugleichen. Die Pflegeinstitutionen und -organisationen sind daher nicht nur von der allgemeinen Arbeitspolitik und ihrem Umgang mit dem Fachkräftemangel abhängig, sondern sie werden gleichzeitig durch die schweizerische Migrationspolitik sowie den Beschlüssen, welche in ihrem Zusammenhang entstehen, massgeblich beeinflusst und geprägt (vgl. Wunsch 2014: 96). Zukünftige Entscheide, die im politischen Diskurs rund um die Zuwanderung Restriktionen oder Lockerungen vorhersehen, beeinflussen daher das Pflegepersonalwesen der Institutionen erheblich und bilden einen weiteren wichtigen Aspekt im Hinblick auf die Frage, ob und wie die Langzeitpflege bis 2040 sichergestellt werden kann.

4.3 Ebene der Pflegeklientel und der Angehörigen

Quellen, welche die Perspektive der pflegebedürftigen Personen sowie ihren Angehörigen wiedergeben, sind in beschränkter Menge vorzufinden. Was jedoch oft anzutreffen ist, ist die Bewertung der Pflegequalität durch die Betroffenen: Trotz des Problems, dass manche Pflegeleistungen eingeschränkt oder gar ausgelassen werden müssen, bewerten die direkten Leistungsempfängenden sowie deren Angehörige die Qualität der erhaltenen Pflege positiv: Der erbrachte Pflegestandard von Spitex-Diensten sowie vom Personal in Pflegeheimen werden von Pflegebedürftigen, bzw. dem nahen Umfeld als gut bis sehr gut bewertet (vgl. Universität Basel 2023: 19, Berner Fachhochschule BFH 2015: 43, Hahn 2021: 10,14). Somit sind die Betroffenen Personen mit der erbrachten Pflege zufrieden. Aus der Studie «RESPONS 2019» und «RESPONS-Fam 2019» kam jedoch hervor, dass in Heimen Pflegenden sehr selten bis gar nicht bei den Bewohnenden vorbeigehen, um ein Gespräch zu führen, welches nicht in Verbindung mit einer Pflegehandlung steht (Hahn 2021: 14). Der Austausch zwischen Pflegenden und den bedürftigen Personen werde laut Carlo Knöpfel v.a. bei Senioren erwünscht (vgl. Morf 2020: 31). Angesichts der knappen Personalressourcen könnte dies auf einen möglichen Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel hindeuten, indem das Pflegepersonal wegen den Mitarbeiterdefiziten über keine Zeit für Interaktionen mit den Bewohnenden ausserhalb des Rahmens der Pflege verfügen. In der Studie über die Koordination und Qualität der Spitex gibt es keine genauen Angaben darüber, wie sehr Klientel und Angehörige mit ambulantem Pflegepersonal ausserhalb von Pflegeaktionen interagieren können (vgl. Universität Basel 2023: 19). Im Lichte der Tatsache, dass ambulante Pflegeorganisationen primär Pflegeleistungen vollziehen (und jede andere Leistung separat verrechnet wird) und auch bei der Spitex eine dünne Personaldecke vorhanden ist, werden bei der ambulanten Pflege

wahrscheinlich keine Ressourcen für einen leistungsunabhängigen Austausch mit der Klientel vorhanden sein (QUELLE). Aus dem fehlenden Austausch mit dem Personal im Rahmen der ambulanten und stationären Langzeitpflege ist es durchaus möglich, dass psychosozialen Bedürfnisse der betreffenden Personen – v.a. älterer Menschen – nicht hinreichend befriedigt werden. Diese Gefahr besteht vor allem dann, wenn bei alten Personen kein familiäres oder allgemein soziales Umfeld vorhanden ist: Fehlende Betreuungsleistungen (seitens des formellen sowie des informellen Umfelds) können nach Carlo Knöpfel dazu führen, dass die Menschen verwahrlosen und einsam werden (vgl. Morf 2020: 36).

Bezüglich der Angehörigen von pflegebedürftigen Personen diskutiert Obsan (2022: 96f.) in die Zukunft blickend über die Gefahr, dass diese an die Stelle der professionellen Pflege treten, falls auf Seite der ambulanten und stationären Langzeitpflegeorganisationen keine Ressourcen und Kapazität mehr vorhanden sein werden. Verschärft sich der Fachkräftemangel, könnte es demnach zu einer höheren Belastung des nahen Umfelds der Klientel führen und somit eine Prekarisierung der Situation bewirken.

5. Perspektive der Sozialen Arbeit

Treten Perturbationen des Pflegesystems auf, die negative Auswirkungen auf die unterstützungsbedürftigen Menschen haben, aber auch Beeinträchtigungen weiterer beteiligter Personen mit sich ziehen, ist die Soziale Arbeit dazu angehalten, die Situation genauer zu betrachten und ihren Aktionsbedarf zu überprüfen.

5.1 Betroffene als Zielgruppe der Sozialen Arbeit

Betrachtet man die Folgen des Pflegefachkräftemangels und der Überalterung der Gesellschaft auf den drei Ebenen, so lassen sich zwei Personengruppen erkennen, welche *direkt* von den Konsequenzen betroffen sind: Einerseits sind das die pflegebedürftigen Personen und andererseits das Pflegepersonal. Beide Parteien sind im System «Pflege» dem erhöhten Risiko ausgesetzt, physisch sowie psychisch beeinträchtigt und geschädigt zu werden. Dabei ist die *Pflegeklientel* der Gefahr ausgesetzt, dass die Pflegequalität unter dem Personalmangel leidet und diese Schädigung am Körper der Pflegebedürftigen mit sich ziehen könnte (wobei beachtet werden soll, dass physischer Schaden meist mit psychischer Beeinträchtigung einhergeht). Zum anderen können durch den geringen oder fehlenden Austausch zwischen Pflegenden und Leistungsempfangenden die psychosozialen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen vernachlässigt werden. Das *Pflegepersonal* hingegen steht dem Risiko gegenüber, aufgrund der hohen Arbeitsbelastung physische sowie psychische Beschwerden zu erleiden. Die Pflegeerbringenden sowie die pflegebedürftigen Personen befinden sich demnach in einer vulnerablen Position. In diesem Zusammenhang sollte aber erwähnt werden, dass die Pflegeklientel eine grössere Verletzlichkeit als das Pflegepersonal aufweist, da sie die

unterstützungsempfangende Gruppe darstellt: Als unterstützungsbedürftige Personen befinden sie sich in einer Abhängigkeit zur Unterstützungsleistung. Diese Abhängigkeit kommt im Alter aufgrund der negativen Aspekte von Altersfragilität häufiger vor (vgl. Schroeter/Matter 2022: 53f.).

Die Folgen des Fachkräftemangels und der demographischen Alterung wirken sich *indirekt* auf die *Angehörigen* von Menschen mit Pflegebedürftigkeit aus, indem sie möglicherweise eine (zukünftige) Ersatzfunktion für die professionelle Pflegeleistungen einnehmen und so Überstrapazen erleiden können, die die körperliche und psychische Konstitution der Betroffenen negativ beeinflussen. Daher stehen sie ebenfalls im Fokus des sozialarbeiterischen Interesses.

Institutionen, bzw. *Organisationen* stellen die Hauptanbieter professioneller Pflege dar und umrahmen sie. Beeinträchtigungen ihrerseits setzen sowohl das Personal als auch die Klientel und deren Angehörigen Risiken aus. Können Organisationen der Pflege die Nachfrage personaltechnisch und infrastrukturell nicht abdecken, belastet das wiederum die Angestellten und bedroht die Pflegeversorgung der Pflegeklientel. Zudem besitzen Gesundheitssysteme und somit die gesamte professionelle Pflege einen gesellschaftlichen Auftrag, welcher beinhaltet, dass der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung gewährleistet sein muss und der bestmöglichen Qualität entspricht (vgl. WHO 1978: o.S. (I,VII)). Beeinträchtigungen auf institutioneller Ebene bedrohen daher die Erfüllung dieses Auftrags sowie das von der WHO deklarierte Menschenrecht auf gesundheitliche Versorgung (vgl. ebd.: o.S. (I)). In dem Sinne geraten auch Institutionen, bzw. Organisationen in das Blickfeld sozialarbeiterischen Interesses.

5.2 Ableitung des sozialarbeiterischen Handlungsbedarfs

Mit dem Berufskodex von Avenir Social (2010) als handlungsleitenden Orientierungsrahmen lässt sich aus den in Kapitel «5.1 Betroffene als Zielgruppe der Sozialen Arbeit» dargelegten Folgen einen Handlungsbedarf seitens der Sozialen Arbeit begründen:

Der Kodex gibt vor, dass die Soziale Arbeit den *übergeordneten Auftrag* besitzt, das Recht der Menschen auf die Befriedigung existenzieller Bedürfnisse zu wahren und einzufordern, sowie die Integrität der Menschen zu schützen, bzw. ihre Wiederherstellung anzustreben (vgl. Avenir Social 2010: 7 (4.1)). Die Soziale Arbeit setzt demnach dort an, wo die Wahrung der menschlichen Unversehrtheit und die Bedürfniserfüllung nicht gewährleistet ist. Wie im Kapitel 5.1 beschrieben wurde, werden durch die Folgen die Integrität der direkt sowie der indirekt Betroffenen gegenwärtig sowie u.U. zukünftig eingeschränkt. Ausgehend von Punkt 4.1 des Berufskodexes kann argumentiert werden, dass eine Integritätsgefährdung von Menschen in mehr oder minder vulnerablen Positionen vorliegt (vgl. ebd.). Ferner könnten existenzielle Bedürfnisse in der Hinsicht bedroht sein, dass die Pflegeversorgung nicht mehr sichergestellt und

dem Grundbedürfnis nach körperlicher Gesundheit gerecht werden kann.

Der Berufskodex schreibt der Sozialen Arbeit verschiedene *Ziele* zu. Eines dieser Bestrebungen beinhaltet, dass Soziale Arbeit soziale Problemlagen und Krisensituationen abwendet, behebt und eindämmt (vgl. Avenir Social 2010: 7 (5.5)). Im Kontext der prekären Pflegesituation fordert dieses Ziel die sozialarbeiterische Tätigkeit dazu auf, einen erschwerten bis unmöglichen Zugang zu (zureichender) Pflege zu verhindern und so gesundheitliche wie soziale Notzustände abzuwehren. Ein weiteres Ziel der Sozialen Arbeit stellt die Aufforderung dar, soziale Problemstellungen zu bearbeiten und Wege zu finden, ihnen entgegenzuwirken (vgl. Avenir Social 2010: 7 (5.4)). Demnach gilt, dass sie die Problematik anzugehen hat und sie sich an der Erarbeitung einer Lösung beteiligen sollte.

Resümierend hat die Soziale Arbeit also einen Beitrag dazu zu leisten, dass Massnahmen und Handlungsoptionen entworfen und umgesetzt werden, welche die momentane Problemlage der Pflege bearbeiten sowie eine mögliche zukünftige Notlage des Pflegebereichs unterbinden sollten.

6. Kurzes Zwischenfazit und Überleitung zu Buurtzorg

Der Fachkräftemangel und der demographische Wandel haben das Potential, die schweizerische professionelle Pflegeversorgung zu bedrohen. Wie die Folgen auf den verschiedenen Ebenen zeigen, existieren bereits heutzutage Herausforderungen und Probleme, welche die verschiedenen Betroffenen beeinträchtigen. Dabei lässt sich eine Negativspirale erkennen, da die Probleme der einzelnen Ebenen eng in einem Kausalzusammenhang zueinanderstehen: Werden beispielsweise ambulante Pflegedienste aufgrund der hohen Nachfrage überlastet, führt das zu mehr Stress beim Personal, was wiederum eine niedrigere Pflegequalität und eine höhere Fluktuation bewirken kann; die ausdünnende Personaldecke bringt dann Organisationen unter Druck, wodurch sie ihren Pflegeaufwand bei den bedürftigen Personen kürzen oder die Klientel triagieren müssen, was wieder zu negativen Folgen für die Pflegebedürftigen und ihre Pflegeversorgung führt. Folglich sollten die Ebenen aufgrund ihrer engen Verknüpfung nicht getrennt, sondern als sich gegenseitig bedingend betrachtet werden.

Die gegenwärtigen sowie die eventuell zukünftigen Folgen für die Betroffenen ziehen die Aufmerksamkeit der Sozialen Arbeit angesichts des Schadenpotenzials auf sich. Aus dem übergeordneten Auftrag sowie den Zielen der Sozialen Arbeit lässt sich ableiten, dass durchaus ein sozialarbeiterischer Handlungsbedarf besteht und Aktionen ihrerseits legitimiert sind.

Um sich einer Antwort auf die Pflegeproblematik anzunähern, braucht es einen Überblick über bereits vorhandene Ansätze und Konzepte sowie Überlegungen darüber, welche Herangehensweisen aus einer sozialarbeiterischen Perspektive heraus als zielführend betrachtet werden können. Eine Lösung könnte im Kontext der prekären Situation der Pflege als

«zielführend» bezeichnet werden, wenn sie holistische Interventionen und ganzheitliche Veränderungen vorsieht. Begründet wird dies dadurch, dass sich das schweizerische Pflegesystem in einer komplexen Problemlage wiederfindet, für deren Bearbeitung sowohl auf der Ebene der Pflegeklientel und des Personals als auch auf der übergeordneten, institutionellen Ebene angesetzt werden sollte. Solch einen Ansatz stellt das niederländische Pflegekonzept «Buurtzorg» dar, das eine multidimensionale Alternative zur herkömmlichen ambulanten Pflege darstellt. Die Gründe, weshalb im Rahmen dieser Arbeit ein ambulantes Pflegemodell ausgesucht wurde, sind folgende: Auf der einen Seite stellt «ambulant vor stationär» den zukünftigen Kurs der schweizerischen Gesundheitsversorgung dar, welcher eingeschlagen wurde (siehe Kapitel «2.2 Ambulante professionelle Langzeitpflege»). Daher macht es Sinn, den ambulanten Sektor ins Auge zu fassen. Auf der anderen Seite ist der Grundgedanke, den Wunsch vom Altwerden in der eigenen häuslichen Umgebung zu berücksichtigen, mit dem sozialarbeiterischen Wert, Selbstbestimmung zu ermöglichen, kongruent (vgl. Avenir Social 2010: 10 (8.5)). Es braucht jedoch eine Lösung, welche im Rahmen der ambulanten Pflege tragbar ist und nicht ausschliesslich wirtschaftliche Vorteile mit sich zieht.

Im weiteren Verlauf der Arbeit soll zunächst eine kurze Übersicht über eine Auswahl an Lösungsansätzen in der Schweiz vorgestellt werden und danach wird genauer auf die Pflege nach Buurtzorg sowie auf ihre internationale Verbreitung (inklusive der Schweiz) eingegangen.

7. Lösungsansätze

7.1 Kurzdarstellung von Beispielen in der Schweiz

Ansätze, um der herausfordernden Kombination der Überalterung und des Arbeits-, bzw. Fachkräftemangels zu begegnen sowie den daraus entstehenden Folgen für alle Betroffenen in der Gegenwart und fernerer Zukunft entgegenzutreten, sind bereits auf verschiedenen Ebenen aufgegriffen worden. So wurden für die *intraprofessionelle Ebene* Änderungen von Ausbildungskonzepten ausgearbeitet, welche die Attraktivität des Berufes fördern und den Weg zum Diplom praxisnaher gestalten sollen (vgl. Obsan 2021: 84-92). Es gibt Ansätze auf der institutionellen Ebene sowie Personalebene, welche eine Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit und -gesundheit anstreben und dadurch der Fluktuation sowie der hohen Kündigungsabsicht von Pflegenden entgegenwirken sollten (vgl. ebd.: 92-94). Gleichzeitig bieten Konzepte wie bspw. der «Skill-Grade-Mix» mehr Sicherheit in Bezug auf die Qualitätssicherung der Pflegeversorgung: Mithilfe dieser Durchmischung soll ein Pflegeteam aus Personal mit unterschiedlichem Qualifikationsstand zusammengesetzt sein und so den diversen Bedürfnissen und Problemstellungen der Klientel trotz des Pflegekräftemangels möglichst professionell begegnet werden (vgl. Obsan 2022: 98). Weiter wird auf Konzepte hingewiesen, welche z.B. auf der *interprofessionellen Ebene* eine verstärkte und koordinationsfreundlichere

Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungsträgern fördern, um Aufträge, welche nicht mit dem Angebot der betreffenden Institutionen kohärent sind, möglichst niederschwellig auf die passenden Leistungserbringer übertragen zu können (vgl. Obsan 2021: 94). Im Kontext der Lösungsstrategien liegen nicht nur Ideen und Umsetzungsversuche von Interventionen vor, die sich unmittelbar auf der Ebene der Gesundheitsberufe befinden: Diese sind auch weiterführend auf *übergeordneten* oder *berufsfremden Ebenen* auszumachen – wie bspw. politische Aushandlungen oder Modifikationen im Immobilienbau. So sollen vom Bund und den Kantonen Finanzierungskonzepte entstehen, die u.a. verhindern, dass ältere Personen trotz eines niedrigeren Pflegegrads in Pflegeheime kommen, weil den Einrichtungen und Organisationen des betreuten Wohnens finanzielle Ressourcen fehlen (vgl. ebd.). Den Immobiliensektor betreffend sollen z.B. bereits vorhandene Wohnungen umgebaut werden, um das selbstständige Wohnen im Alter möglichst lange aufrechtzuerhalten und die Inanspruchnahme von stationären Pflegedienstleistungen hinauszuzögern (vgl. Elving/Elvedi 2019: 15, Obsan 2022: 97, Allet 2021: 8-10).

Werden Anpassungen der vorhandenen schweizerischen Pflegestrukturen vorgenommen, die auf der Sichtweise basieren, dass die ambulante und stationäre Langzeitpflege zwei voneinander separierte Dienstleistungsoptionen verkörpern, kann die Problematik entstehen, dass sich die Konzepte der Herausforderung des Arbeits- und Fachkräftemangel gegenüber als unzureichend erweisen. So wird beispielsweise befürchtet, dass die Verschiebung von ambulant zu stationär nicht zielführend ist, da die ambulanten Pflegedienste schon heutzutage mit Personaldefiziten konfrontiert sind und sie selbst bei einer Verlagerung der Pflegekräfte vom stationären in den ambulanten Pflegesektor eine unzureichende Lösung darstellen würde (vgl. Obsan 2022: 97f.). Obsan (2022: 96f.) vermutet daher, dass es zu neuen Ideen und Weiterentwicklungen der Langzeitpflege kommen wird, bzw. kommen muss, welche die positiven Aspekte der ambulanten Pflege mit denen der Pflegeheime kombinieren. So gewinnen die intermediären Strukturen in der Schweiz an Bedeutung, welche die Dienstleistungen der stationären und ambulanten Alterspflege miteinander verknüpfen. Über diese Vermutung hinaus sind nichtsdestotrotz Ideen möglicher Innovationen vorhanden, die die beiden Pflegeoptionen getrennt voneinander betrachten: Z.B. gibt es das Konzept der «sozialen Abwartin» und des «sozialen Abwärts», welche als primäre Kontaktperson für ältere Menschen soziale Betreuung, eine langfristige soziale Beziehung, Organisationsleistungen und u.U. auch Pflege anbieten (Torrado Lara 2019: o.S.). Dieser Ansatz kommt bereits im Kanton Freiburg sowie im Tessin zur Anwendung und zielt darauf ab, Personen höheren Alters den Weg für ein möglichst langes Leben in ihrem eigenen Zuhause ebnen zu können (vgl. Obsan 2022: 99, Torrado 2019: o.S.).

7.2 Buurtzorg – ein kurzer Überblick

Die Pflege nach Buurtzorg wurde 2006 in den Niederlanden durch Jos de Blok und weiteren professionellen Pflegefachkräften ins Leben gerufen und stellt ein ambulantes Betreuungs- und Pflegemodell dar (vgl. Buurtzorg international 2024b: o.S.). Die Idee entspringt ursprünglich der Unzufriedenheit mit dem vorhandenen Pflegesystem: Bürokratische Aufgaben brauchten einen hohen Zeitaufwand und in Zusammenführung mit einer stark strukturierten, fragmentierten, kostspieligen sowie regulierten Pflege und Betreuung resultierte eine verminderte Zeit für den direkten Kontakt mit Klientel (vgl. Monsen/De Blok 2013: 55, Kreitzer et al. 2015: 40). Infolgedessen wurde über ein alternatives Konzept nachgedacht und somit entstand Buurtzorg.

Das Konzept ist nach dem Gedanken konzipiert, eine ganzheitliche Pflege zu ermöglichen, welche die **Klientel** mit ihren Bedürfnissen nach Autonomie, Selbstbestimmung, Selbstermächtigung, sozialen Kontakten und Beziehungen sowie dem Wunsch einer guten Lebensqualität und der Mobilisierung eigener Ressourcen ins Zentrum stellt (vgl. Buurtzorg international 2024c: o.s.). Buurtzorg weicht in dieser Hinsicht vom Bild ab, eine gute, effiziente und zielführende Pflege allein durch Pflegehandlungen erreichen zu wollen und bietet eine Alternative an, die über die reine Pflegedienstleistung hinausgeht. Buurtzorg-Pflegende fokussieren dazu den direkten Austausch mit den Zielpersonen sowie ihrem sozialen Umfeld (vgl. Monsen/ De Blok 2013: 56.) Infolgedessen können sie durch die Nähe zur Klientel die Pflege und Betreuung individuell gestalten und die Versorgung den physischen, physiologischen und psychosozialen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Personen anpassen (vgl. ebd.). Die Zielgruppe von Buurtzorg konstituieren sich aus Menschen verschiedenen Alters, welche akut oder chronisch betreuungs- und pflegebedürftig sind, palliativ betreut werden oder demenziell erkrankt sind, wobei das Aufgabenspektrum der Pflegenden von der täglichen Hygienepflege und Verabreichen von Medikamenten bis zur Zubereitung von Essen reichen (vgl. ebd.: 55f.). Die Klientel wird jedoch nicht bei der Haushaltsführung unterstützt (vgl. ebd.: 56). Mittlerweile gibt es 950 Buurtzorg-Pflegeteams in den Niederlanden, die sich aus geschulten **Pflegekräften** mit verschiedene Ausbildungsabschlüssen konzipieren, wobei die Mehrheit ein Diplom auf Bachelor-Niveau vorweisen kann (vgl. Buurtzorg International 2024e: o.S., Monsen/ De Blok 2013: 56). Der Gedanke hinter Buurtzorg orientiert sich an einer Struktur, die mittels der Selbstbefähigung der Pflegekräfte einem hohen Hierarchiegefälle im System der Pflege sowie einer komplizierten und unverhältnismässigen Bürokratie entgegenwirkt, indem die Pflegekräfte die Organisation der Dienstleistungen, das Personalmanagement und somit die Verantwortung in die eigene Hand nehmen (vgl. De Blok/Weber 2019: o.S.). In diesem Zusammenhang werden die Teams sehr klein gehalten und umfassen ca. 12 Personen, wobei jede Arbeitsgruppe ein räumlich definiertes Gebiet abdeckt (vgl. Monsen/De Blok 2013: 56, De

Blok/Weber 2019: o.S). Somit entsteht eine durch Autonomie, Unabhängigkeit und Eigenständigkeit geprägte Arbeitsweise und Arbeitskoordination, welche im Rahmen eines überschaubaren Teams ausgehandelt wird.

Buurtzorg ist Niederländisch und bedeutet übersetzt «Nachbarschaftssorge oder -hilfe», wobei sich die Begrifflichkeit aus der Relevanz des Personenkreises, bzw. des sozialen Netzwerks der Klientel ableiten lässt: Das Konzept verfolgt die Idee, dass das Pflegepersonal mit diesem dem Umfeld der Zielpersonen in Kontakt steht und dadurch ein erweiterter und lebensweltbezogener Lösungs- und Handlungsspielraum eröffnet wird (vgl. De Blok/Weber 2019: o.S). Um die Unabhängigkeit und Autonomie der pflegebedürftigen Personen möglichst zu bewahren, bzw. wiederherstellen zu können, basiert die Aktivierung von (sozialen) Ressourcen auf dem «Buurtzorg-Zwiebelmodell» (siehe Abb. 1): Dieses Zwiebelmodell sieht vor, dass zur Mobilisierung von Unterstützungsressourcen die Klientel selbst als autonome, fähige und eigenmächtige Personen im primären Fokus steht (vgl. Buurtzorg international 2024c: o.S.). Weiter werden Ressourcen im informellen Netzwerk (z.B. die Familie oder Nachbarschaft), dann die Pflege und Betreuung des professionellen Buurtzorg-Teams und als letztes die Ressourcen des lokalen formalen Netzwerks (z.B. spezialisierter Pflegedienst) aktiviert (vgl. Buurtzorg international 2024c: o.S., Kreitzer et al. 2015: 43).

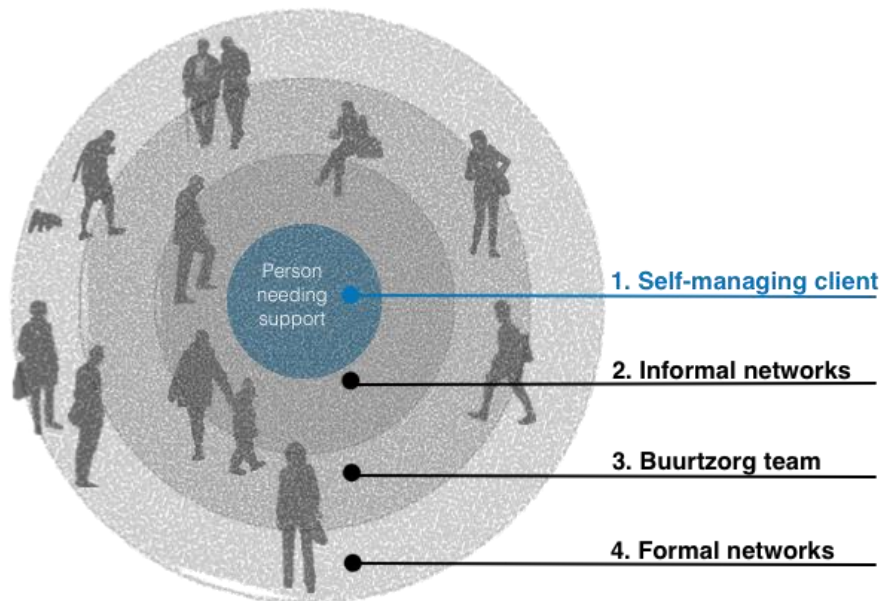


Abb. 1: Das Zwiebelmodell von Buurtzorg (vgl. Buurtzorg International 2024c: o.S.)

Buurtzorg führt davon weg, Pflege in einer heutzutage stark ausgeprägten funktionellen Arbeitsteilung auszuführen, und leitet wieder zu einer generalistischen Pflege zurück (vgl. Jos de Blok/Weber 2019: o.S). Daraus folgt, dass Buurtzorg-Pflegekräften ein viel breiterer Aufgabenbereich zufällt und sie nicht lediglich die Rolle der Person einnehmen, die ausschliesslich

Pflegeleistungen erbringt: Sie schlüpfen neben den physischen Unterstützungsleistungen z.B. in die Rolle der Organisierenden, der Koordinierenden und der Vermittelnden, aber parallel auch in die Rolle der Betreuenden, der Vertrauenspersonen, der klientenzentrierten Denkenden etc.

Aufgrund der Vielfalt an Aufgaben und Funktionen sowie der Selbstorganisation und Autonomie der Buurtzorg-Mitarbeitenden bewegen sie sich nicht nur auf der Ebene der Pflegekraft, sondern bilden gewissermassen auch die **Organisation** selbst: Die Pflegeteams von Buurtzorg stehen nicht unter der direkten Leitung und Befehlsgewalt einer Institution. Dies schafft den Boden für das selbstermächtigte Handeln, was wiederum Vertrauen voraussetzt (vgl. Monsen/ De Blok 2013: 57). Ihnen steht einzig eine kleine Zentrale mit einem Backoffice zur Seite, welches in einem Dienstleistungsverhältnis zu den Teams steht (vgl. De Blok/Weber 2019: o.S.). So wird den Pflegenden beispielsweise beim Aufbau und der professionellen Weiterentwicklung der Teams beigestanden und Unterstützung angeboten, um eine Grundstruktur in den Arbeitsgruppen zu erlangen; oder ihnen werden z.B. elektronische Hilfestellungen und Werkzeuge zur Dokumentation und für den Austausch unter den einzelnen Teams bereitgestellt (vgl. ebd.). Die selbstständige Organisation, Koordination und Administration der Teams wird durch das sogenannte «Buurtzorg Web» ermöglicht und unterstützt: Diese Online-Plattform ist so konzipiert, dass alle Pflegeteams in einem kontinuierlichen Austausch miteinander stehen und Finanzen, Arbeitsprozesse und Dokumentationen eigenständig erfasst werden können (vgl. Kreitzer et al. 2015: 41). Die Büros der Teams befinden sich häufig in der Nähe von weiteren Einrichtungen des Gesundheits- oder Gemeindewesens, um eine optimale Voraussetzung für Vernetzung erlangen zu können (vgl. Nandram 2015: 70f.). Für die Pflegeteams stehen erfahrene Buurtzorg-Pflegende als Coaches zur Verfügung, welche teils einen höheren Ausbildungsgrad besitzen und dem Team beratend zur Seite stehen, wenn es z.B. Fragen in Bezug auf eine spezifische Pflegehandlung gibt oder Hilfe bei der Bearbeitung von Konflikten beansprucht wird (vgl. Monsen/ De Blok 2013: 58.). Dabei nehmen Coaches nur eine unterstützende und keine anordnende, bestimmende oder managende Funktion ein (vgl. ebd.). Man könnte die Rolle der coachenden Person demnach mit der Rolle einer supervisierenden Person vergleichen, welche über pflegerisches Fachwissen sowie vertieftes Wissen über die Struktur von Buurtzorg verfügt.

Ein weiterer Aspekt lässt Buurtzorg von anderen Pflegekonzepten abheben: Und zwar unterscheidet sich der Finanzierungsansatz von dem der traditionellen Kostenabrechnung (vgl. Kreitzer et al. 2015: 41). Die Pflege wird nicht in Handlungsfragmente aufgeteilt und separat verrechnet, sondern basiert bei Buurtzorg auf der Basis einer Zeitpauschale, wodurch die Niederschwelligkeit und die simple Bürokratie begünstigt werden (vgl. ebd.).

Im Laufe der Zeit hat sich Buurtzorg in den Niederlanden kontinuierlich weiterentwickelt und Innovationen hervorgebracht, die in das bestehende Konzept integriert wurden (vgl. Buurtzorg International 2024f: o.S.). Als Exempel kann die Arbeit von «Buurtzorg T» genannt werden, welche den Fokus auf psychiatrische Versorgung legt und sich z.B. an erweiterten Leitprinzipien für den Umgang und die Beziehung mit der Klientel orientiert (vgl. Buurtzorg International 2024g: o.S.).

Durch die Integration und Entwicklung neuer sowie erweiterter Formen der Pflege und Betreuung bleibt Buurtzorg dynamisch und kann infolgedessen auf gegenwärtige Bedürfnisse der Gesellschaft sowie Lücken im Betreuungs- und Gesundheitssystem reagieren.

8. Buurtzorg in der Praxis

Die Pflege und Betreuung nach Buurtzorg zeigt sich in der praktischen Umsetzung sehr facettenreich und geht weit über Betreuungs- und Pflegehandlungen hinaus. In den nächsten Unterkapiteln wird einerseits auf die Netzwerkarbeit von Buurtzorg eingegangen und andererseits die positiven sowie negativen Aspekte der Buurtzorg-Praxis dargelegt. Zusätzlich wird der Frage nachgegangen, wie die Buurtzorg-Pflege und die Folgen des Fachkräftemangels in Verbindung mit der demographischen Alterung korrelieren und die Sicht der Sozialen Arbeit auf Buurtzorg kurz erläutert.

8.1 Der Netzwerkgedanke

Die Pflege nach Buurtzorg sieht eine ihrer Kernaufgaben darin, durch *Netzwerkarbeit* ein persönliches Unterstützungsnetzwerk für die Klientel zu schaffen. Wie in Kapitel «7.2 Buurtzorg – ein kurzer Überblick» beschrieben wird, arbeitet Buurtzorg mit dem formellen und informellen Netzwerk der unterstützungsbedürftigen Person, wobei auch die Nachbarschaft vom Buurtzorg-Team als Ressource hinzugezogen wird. Hinter dieser Kernaufgabe steht die Idee, dass Pflege und Betreuung aus dem individuellen Umfeld heraus erbracht werden soll, wobei sich der Kontext der Klientel aus ihrem Zuhause sowie den relevanten Menschen, wie beispielsweise Freunde, Verwandtschaft oder der Nachbarschaft, konstituiert (vgl. Kreitzer et al. 2015: 43). Buurtzorg nimmt daher eine sozialräumliche Perspektive ein und involviert die direkte Umgebung sowie die sich darin (regelmässig) befindenden Personen, was dem Grundgedanken einer lebenswelt- und ressourcenorientierten Arbeitsweise zugrunde liegt. Weiter werden neben dem informellen Umfeld auch andere Professionelle des Gesundheitsbereichs, wie z.B. medizinische und therapeutische Fachpersonen oder anderen Pfllegeteams, hinzugezogen (vgl. Kreitzer et al. 2015: 43). Über die Netzwerkarbeit mit individuellen Netzwerken der Klientel hinaus vernetzen sich Buurtzorg-Teams mit anderen Buurtzorg-Arbeitsgruppen sowie mit weiteren Organisationen der Gemeinwesenarbeit und mit staatlichen Einrichtungen (vgl. ebd.). Die Verbindung zu anderen lokalen Organisationen kann für Buurtzorg dann relevant sein,

wenn es z.B. um die Umsetzung von Projekten geht oder die Aufgabe besteht, Informationen an die Klientel und die Bevölkerung zu tragen sowie Aktivitäten und Angebote für die Pflegebedürftigen zu organisieren (vgl. Monsen/de Blok 2013: 56). Buurtzorg hat sogar das Potential, auf der nationalen Staatsebene Verknüpfungen zu bilden, wie es beispielsweise in den Niederlanden der Fall ist (vgl. Kreitzer et al. 2015:43., Monsen/de Blok 2013: 56). Die Büros der Buurtzorg-Teams befinden sich häufig in der Nähe von primären Beteiligten der Gesundheitsversorgung, wie z.B. Ärztezentren oder weiteren ambulanten Pflegediensten: Dadurch können die Netzwerke niederschwellig hergestellt werden, wodurch den Teams die Netzwerkarbeit erleichtert wird (vgl. Monsen/de Blok 2013: 56). Zudem profitiert die Klientel davon, dass sich erschlossene Gesundheitsdienstleistende in der Nähe befinden, was besonders älteren Menschen mit eingeschränkter Mobilität entgegenkommt.

Die Pflege und Betreuung der Klientel baut auf dem Gedanken der Verknüpfung von verschiedenen Netzwerken auf. Dadurch hat die Netzwerkarbeit von Buurtzorg einen ganzheitlichen Effekt, welcher über das anzustrebende Wohlbefinden der pflegebedürftigen Personen hinausgeht: Werden in Städten soziale Netzwerke gebildet und verknüpft, profitiert die gesamte Bevölkerung und es können positive Auswirkungen auf die Lebensqualität und das Komfortgefühl der Anwohnenden einer Stadt entstehen (vgl. Kreitzer et al. 2015: 43). So können beispielsweise lokal durchgeführte und mit Hilfe örtlicher Organisationen ermöglichte Anlässe, welche neben der Buurtzorg-Klientel andere Personen der Stadt miteinbinden, das Gefühl von Gemeinschaft fördern (Monsen/de Blok 2013: 56). In diesem Sinne bildet Buurtzorg nicht nur eine ambulante Pflegeorganisation, sondern bewirkt indirekt die lokale Vernetzung von Menschen, Gruppen und Organisationen, wodurch sie wiederum einen Beitrag zur gesellschaftlichen Gemeinschaft leistet.

8.2 Vor- und Nachteile

Buurtzorg scheint bei alleiniger Betrachtung der Idee hinter dem Pflegemodell eine sehr vielversprechende Alternative zu sein. Seit der Einführung des alternativen Pflegekonzepts sowohl in das Pflegesystem der Niederlande als auch in das System anderer Länder konnten sich positive wie auch negative Aspekte erkannt werden, auf welche im folgenden Verlauf genauer eingegangen wird.

8.2.1 Positive Aspekte

Im Rahmen der Pflege und Betreuung nach Buurtzorg ergeben sich für die **Klientel** manche Vorteile:

Da der Beziehung zwischen der Klientel und den Pflegekräften viel Bedeutung zugeschrieben wird, wird sie dementsprechend gefördert und gepflegt. Eine gute Beziehung ist nur möglich, wenn der Kontakt zu den Pflegenden auf Regelmässigkeit und angemessener Dauer aufbauen

kann. Dadurch, dass versucht wird, die Anzahl von Buurtzorg-Personal pro unterstützungsbedürftige Person möglichst gering zu halten, wird dies ermöglicht und es können persönlichere, konstantere und vertrauenswürdige Verhältnisse entstehen (vgl. Kreitzer et al. 2015: 41). Aus dieser Nähe resultiert die Möglichkeit, den Weg zur Selbsthilfe und zum Aufbau von Selbstvertrauen durch die gezielte Unterstützung der Pflegenden zu ebnen (vgl. ebd.). Mit Blick auf die Gestaltung einer stabilen Beziehung ist es nötig, dass sich die Pflegenden Zeit für die Klientel einrechnen und dadurch Raum für psychosoziale Bedürfnisse – wie z.B. Erzählungen – geschaffen wird (vgl. Monsen/De Blok 2013: 57).

Zum Zweck der Selbsthilfe sollen Unterstützungsressourcen aus dem Umfeld der Zielperson möglichst unabhängig von den Buurtzorg-Mitarbeitenden herangezogen werden können: Da jedes Team ein räumlich definiertes Gebiet abgedeckt, ist es den Pflegenden möglich, die lokalen Angebote und Ressourcen zu kennen und ein formelles sowie informelles, konsistentes Unterstützungsnetzwerk um die Klientel herum zu erschaffen (vgl. Kreitzer et al. 2015: 41). Das Wissen der Pflegenden über örtliche Ressourcen bietet in Kombination mit der Beziehungsnähe zu der Klientel einen weiteren Vorteil: Angesichts dessen, dass die Pflegekräfte zusammen mit den Betroffenen einen individuellen sowie bedürfnisorientierten Betreuungs- und Pflegebedarf ermitteln können, können sie durch ihr Wissen die adäquatesten lokalen Angebote hinzuziehen und auf die Klientel zugeschnittene Pflege und Betreuung gewährleisten (vgl. ebd.). Infolge der Netzwerkarbeit und Mobilisierung der Ressourcen wird in einem möglichst zeitnahen Rahmen die Unabhängigkeit der Klientel angestrebt, was wiederum die Inanspruchnahme der Pflege verkürzt (vgl. Monsen/De Blok 2013: 58).

Weiter hat sich erwiesen, dass die pflegebedürftigen Personen bei Buurtzorg weniger medizinische Leistungen erhalten müssen als das Klientel herkömmlicher Pflegeorganisationen: Ihre Medikation fällt geringer aus, sie müssen seltener stationäre medizinische Behandlung in Anspruch nehmen, sie weisen eine kürzere Aufenthaltsdauer im Spital vor, sie gewinnen schneller ihre Autonomie zurück und nach De Blok ereignen sich weniger unerwartete Pflegeeinsätze, bzw. medizinische Notfälle (vgl. Schaeper/Robert 2020: 180, The COMMONWEALTH FUND 2015: 3-5).

Zusammengefasst bedeutet das, dass Buurtzorg das Potential hat, Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit auf einem geringeren Niveau zu halten und die Klientel zur Selbsthilfe zu befähigen. Dies korreliert mit der allgemeinen hohen Zufriedenheit der betreuungs- und pflegebedürftigen Personen, welche die Dienstleistungen von Buurtzorg in Anspruch nehmen (vgl. Schaeper/Robert 2020:180).

Für die **Pflegekräfte** ist das Konzept von Buurtzorg ebenfalls gewinnbringend:

Einerseits bewirken die flachen hierarchischen Strukturen, die autonome Arbeitsgestaltung, die Verantwortungsübernahme, das Entscheidungs- und Mitspracherecht, das in diesem

Zusammenhang zugesprochene Vertrauen sowie die Befähigung zur Selbstorganisation, dass die Pflegenden persönliche Fähigkeiten weiterentwickeln und neue entdecken können (vgl. Nandram 2015: 129f). Dies wiederum stärkt das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeit des Personals (vgl. ebd.). Buurtzorgs Mitarbeitende erhalten dadurch viel Raum, um fachlich sowie persönlich zu wachsen und ihren individuellen Wissenshorizont zu erweitern. Der Handlungsspielraum, der durch die Arbeitsflexibilität eröffnet wird, bietet den nötigen Platz, um auf Problemlagen der Klientel adäquat, individuumsbezogen und ideenvielfältig zu reagieren (vgl. Kramp 2018: o.S.). Infolgedessen trägt die Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeit einen weiteren Beitrag dazu bei, dass eine zielgerichtete sowie personenbezogene Pflege und Betreuung stattfinden kann (vgl. Monsen/De Blok 2013: 57). Die klientenzentrierte und professionelle Arbeitsweise zeigt sich in der Einschätzung der pflegebedürftigen Personen wieder, die die Qualität der Betreuung und Pflege als qualitativ hoch bewerten und mit der Leistung zufrieden sind (vgl. The COMMONWEALTH FUND 2015: 5).

Buurtzorgs Handhabung der Arbeits- und Hierarchiestrukturen spiegelt sich im Wohlbefinden der Angestellten wider: Pflegende zeigen eine hohe Zufriedenheit mit ihrer Arbeitsstelle (vgl. Schaeper/Robert 2020:180). In den Niederlanden konnte ausserdem beobachtet werden, dass es bei Buurtzorg genug Stellenbewerbungen gibt und die Fluktuation verhältnismässig gering ist (vgl. Kramp 2018: o.S.). Folglich zeigt sich ein vorhandenes Interesse an Buurtzorg und eine verbreitete Kenntnis über die Arbeitsbedingungen der Organisation. Zusätzlich liess sich erkennen, dass es zu weniger krankheitsbedingten Ausfällen von Mitarbeitenden kommt (vgl. The COMMONWEALTH FUND. 2015: 3f.) Die Zufriedenheit des Buurtzorg-Personals wiederum beeinflusst sowohl das Wohlbefühl der bedürftigen Personen als auch das Wohlbefinden ihres engen sozialen Umfelds positiv (vgl. Kreitzer et al. 2015: 41). Somit wird verdeutlicht, dass die Zufriedenheit des Personals in einem engen Zusammenhang mit dem Wohlbefühl und Komfort ihrer Zielgruppe steht.

Zuletzt können auf Ebene der **Organisation und Rahmung der Arbeit** Vorteile vorgefunden werden:

Auf der einen Seite erbringt Buurtzorg im Hinblick auf die Finanzen mehrheitlich positive Ergebnisse. Durch das effiziente Management und die Administration, welche im grossen Teil nicht von einer übergeordneten Instanz übernommen und durch die Pflegenden selbst ausgeführt werden, werden die Kosten auf einem niedrigen Niveau gehalten (vgl. Kreitzer et al. 2015: 41). Auf der anderen Seite können die Leistungsabrechnungen aufgrund der Pauschalen simpler vonstattengehen und der zeitintensive, bürokratische Aufwand fällt geringer aus (vgl. ebd.).

Neben den Finanzen erzielt Buurtzorg ebenfalls eine Reduktion bei der Pflegezeit: Die Pflege nach Buurtzorg konnte die Dienstleistungsstunden, welche Pflegebedürftigen von

konventionellen ambulanten Pflegeorganisationen beanspruchen, um die Hälfte reduzieren. Das bedeutet, dass die Buurtzorg-Klientel nur 40% von der Zeit beansprucht, welche ursprünglich pro bedürftige Person eingeplant war (vgl. KPMG 2016: 14f.).

Ein Beispiel für einen positiven Aspekt des IT-Systems von Buurtzorg ist die Dokumentation: Im Rahmen der Datenerfassung wird das sogenannte «Omaha-System» genutzt, welches eine Kategorisierung der individuellen Problemstellungen der Klientel umfänglich und differenziert zu erfassen mag. Die Problemstellungen werden in physiologische, psychosoziale, umweltbezogene sowie (im Zusammen mit Gesundheit und Krankheit stehende) verhaltensbezogene Schwierigkeiten unterteilt (vgl. The COMMONWEALTH FUND 2015: 7). Infolgedessen bietet das Dokumentations-Tool den Vorteil, dass Interventionen auf ganzheitlicher Basis entworfen werden können. Weiter beinhaltet das Omaha-System ein Schema mit möglichen Dienstleistungen (als Reaktion auf die Problemstellung) und ermöglicht es, das Ergebnis der Intervention umfassend in der Dokumentation festzuhalten (vgl. ebd.).

8.2.2 Kritik, Probleme und Herausforderungen

Unter all den positiven Punkten gibt es vereinzelt negative Aspekte und Herausforderungen, welche mit Buurtzorg in Verbindung gebracht werden. In der Literatur sind kritische Stimmen jedoch seltener anzutreffen und es werden mehrheitlich Herausforderungen geschildert, die sich während der Einführung oder während Pilotenprojekten einer adaptierten Form von Buurtzorg in andere Länder herauskristallisiert haben.

Eine Kritik an Buurtzorg stellt z.B. der Vorwurf dar, dass Buurtzorg-Teams ihre Klientel nach Unterstützungsbedarf selektieren und bevorzugt Menschen mit komplexerer Pflegebedürftigkeit annehmen: So soll weniger Ortwechsel stattfinden und dadurch mehr abrechnungsfähige Zeit bei der Klientel sowie weniger nicht verrechenbare Zeit auf dem Weg zu ihnen anfallen (The COMMONWEALTH FUND 2015: 4). Dies wird jedoch von De Blok abgestritten: Er argumentiert, dass der Grund für die hohe Anzahl an komplexen Fällen darauf zurückzuführen sei, dass die zuweisenden Ärzte über den Erfolg der Buurtzorg-Pflege Bescheid wissen und sie die betreffenden Personen eher an die Buurtzorg-Teams weitervermitteln (vgl. ebd.). Weiter wird beispielsweise kritisiert, dass sich Buurtzorg bei nicht eingeplanten Pflegeeinsätzen an anderen ambulante Pflegeorganisationen oder Notfallstationen von Spitäler wenden müssen (vgl. ebd.). In dem Sinne stellt die Kritik die Professionalität und Qualität der Buurtzorg-Pflege infrage. De Blok sagt dazu, dass die Anzahl unvorhergesehener Betreuungs- und Pflegeeinsätze sehr gering sei und nur selten externe Pflegedienste hinzugezogen werden müssen (vgl. ebd.). Zusätzlich widerlegt die hohe Kundenzufriedenheit – welche Buurtzorg bei einer unzureichenden Reaktion auf ausserplanmässige Pflege wahrscheinlich nicht für sich proklamieren könnte – diese Kritik (vgl. ebd.).

Im Rahmen eines Modellprojekts, für welches eine Evaluation von Buurtzorg im deutschen Pflegekontext durchgeführt wurde und die Pflege von Buurtzorg-Teams mit der Pflege von herkömmlichen ambulanten Pflegedienten verglichen wurde, konnten manche potenzielle Herausforderungen erkannt werden (vgl. GKV-Spitzenverband 2022: 27).

Ein Punkt stellt den Aspekt dar, dass die Autonomie, die vielen diversen Aufgaben und die Verantwortung der Buurtzorg-Pflegenden belastend und überfordernd sein können – v.a., wenn es Missstände innerhalb des Teams gibt (vgl. ebd.: 111-115). In diesem Zusammenhang werden die sichtbar gewordenen Problematiken genannt, falls das Personal über keine Konfliktfähigkeit verfügt, Schwierigkeiten mit der Arbeitsaufteilung vorkommen oder Mitarbeitende die fehlende Kontrolle einer übergeordneten Instanz missbrauchen (vgl. ebd.).

Bei einer Befragung der Buurtzorg-Pflegenden innerhalb des Projekts erwähnte das Personal weitere Probleme: Es hat sich gezeigt, dass die selbstorganisierte und selbstständige Arbeitsweise sowie der hohe Stellenwert der Kommunikation eine Menge verschiedener Kompetenzen erfordert (vgl. ebd.: 129f.). Sind gewisse Fähigkeiten (u.a. die Kommunikationskompetenz) in den Teams nicht vertreten oder unzureichend vorhanden, kann dies zu Konfliktsituationen innerhalb der Arbeitsgruppen führen (vgl. ebd.: 130). Gleichzeitig fordert der hohe Autonomiegrad ein hohes Mass an Reflexion über gefällte Entscheidungen, Handlungsprozesse und Interventionen (vgl. ebd.). Dazu ist ein Repertoire an verschiedensten Kompetenzen aus diversen Teilbereichen erforderlich, die über das Wissen über die Pflege hinausgeht (z.B. Fähigkeit zur Flexibilität, Anpassungsfähigkeit sowie Management- und Reflexionskompetenz) (vgl. ebd.: 130-133.). Eine Herausforderung bei der Pflege nach Buurtzorg bildet daher das interdisziplinäre Spektrum an Anforderungen und die damit verknüpften Fähigkeiten, welche für die Arbeit bei Buurtzorg benötigt wird.

Weiter konnte das Projekt eine kritische Haltung der Klientel gegenüber dem Einbezug ihres Umfelds ermitteln. In diesem Zusammenhang wird beschrieben, dass weder die pflegebedürftigen Personen noch die Angehörigen oder benachbarte Menschen immer dazu bereit sind, mit den Personen in ein «Pflegeverhältnis» zu treten (vgl. ebd.: 121). Gründe dafür können z.B. eine schlechte Beziehung oder eine hohe Hemmschwelle sein (vgl. ebd.). Zusätzlich haben die Befragungen im Rahmen des Modellprojekts ergeben, dass es zu Problemen mit dem Backoffice und dadurch zu Behinderungen des Arbeitsprozesses kam, sobald der Kontakt seitens des Office nicht mehr regelmässig hergestellt wurde (vgl. ebd.: 122f.).

Sharda S. Nandram (2015) reflektiert über potenzielle Problematiken und Limitationen, welche innerhalb von Buurtzorg auftauchen könnten. Dabei diskutiert sie verschiedene Aspekte kritisch: U.a. die Gefahren, die bei einer selbstorganisierten und klientenzentrierten Arbeitsweise auftauchen könnten (vgl. Nandram 2015: 174-179). In diesem Zusammenhang wird z.B. das hypothetische Risiko von Burnouts bei den Pflegekräften genannt: Infolgedessen, dass die

Arbeit sowie das Zeitmanagement stark an den individuellen Bedürfnissen der Klientel angepasst und durch diese bestimmt werden, kann die Pflege längerfristig zur Belastung für das Buurtzorg-Personal werden sowie zu Überforderung bei neu eingestiegenem Pflegepersonal führen (was sich wiederum negativ auf das ganze Team auswirken könnte) (vgl. ebd.: 176). Anhand der beschriebenen Problematik lässt sich vor Augen führen, dass die positiven Aspekte von Buurtzorg durchaus auch Schattenseiten aufweisen können.

Die Risiken der Beziehung zwischen den Pflegenden und den Zielpersonen werden in Studien häufig evaluiert und thematisiert. Angesichts dessen, dass die Pflege nach Buurtzorg eine intensive Nähe zwischen den Mitarbeitenden und der Klientel impliziert, braucht es einen professionellen Umgang mit dieser geringen Distanz. Daraus folgt, dass individuelle Bedürfnisse und Grenzen der bedürftigen Personen beachtet und bestenfalls in den Arbeitsgruppen diskutiert werden, da die Teams – wie eine Studie einer adaptierten Form von Buurtzorg in London gezeigt hat – von den betroffenen Personen (im Fall der Studie die Angehörigen) als aufdringlich empfunden werden könnten (vgl. Kingston University/St. George's University of London 2017: 8, 21). Aufgrund dieser Nähe besteht ebenfalls das verstärkte Risiko, dass die Professionalität von Pflege und Betreuung durch zwischenmenschliche Diskrepanzen und Hürden, aber auch durch persönliche Einstellungen, Gefühlslagen und Motivationen der Buurtzorg-Mitarbeitenden negativ beeinflusst wird. An die Problematik anknüpfend machte eine Klientin im Rahmen des Projekts auf die Gefahr aufmerksam, dass Beziehungsstörungen zwischen den Pflegenden und der Klientel im Lichte der kleinen Menge Pflegender pro bedürftige Person zu erheblichen Komplikationen führen können (vgl. ebd.: 12).

Abweichend von der Beziehungsthematik konnte innerhalb der Studie zusätzlich die Schwierigkeit erkannt werden, dass die Selbstorganisation der Teams viel Raum einnimmt und dadurch weniger Platz für den Austausch über Betreuungs- und Pflege-thematiken vorhanden ist (vgl. ebd.: 32).

Wie beim Modellprojekt vom GKV-Spitzenverband (2022: 130f.) zeigte sich in der Studie von Lalani, Fernandes, Fradgley, Ogunsola und Marshall (2019: 2f., 6) über ein ebenfalls in London durchgeführtes Projekt einer adaptiven Form von Buurtzorg Schwierigkeiten mit der Aufgabendiversität und der Bandbreite an Kompetenzen, welche die flache Hierarchie fordert. Lalani et al. (2019: 6) hebt dabei geforderte Fähigkeiten im IT-Bereich hervor, die bei den wenigsten (Versuchs-)Pflegenden vorhanden waren und dadurch diejenigen Personen mehr belastet wurden, die die Kompetenzen besaßen.

Die autonome und selbstorganisierte Arbeitsweise scheint eine Herausforderung zu sein, die bei der Einführung von der Pflege nach, bzw. im Stil von Buurtzorg mehrfach angetroffen wird. Darüber hinaus hat Lalani et al. (2019: 6) die Schwierigkeit erkannt, dass sich die Bildung von Teams sowie die Teamdynamik aufgrund der Heterogenität der Mitarbeitenden als

herausfordernd gestalten kann, weil sie unterschiedliche Ausbildungsgrade und Erfahrungswerte mitbringen. Die gestörte Teamdynamik könnte dazu führen, dass die Arbeitsweise der Pflegenden auf keinem gemeinsamen Konsens basiert und die Buurtzorg-Mitarbeitenden der Zusammenarbeit innerhalb des Teams, welcher Buurtzorg grosse Bedeutung zuschreibt, nicht gerecht wird.

8.3 Buurtzorgs Antwort auf die Problemlage

Wie Kapitel «8.2 Vor- und Nachteile» gezeigt hat, weist Buurtzorg in der Praxis viele positiven Seiten, aber auch eine Menge Herausforderungen und potenzielle Gefahren auf. Nichtsdestotrotz sind die positiven Aspekte im Hinblick auf die Auswirkungen des Fach- und Arbeitskräftemangels in Kombination mit der immer älter werdenden Gesellschaft sehr interessant, da bei einer Gegenüberstellung erkannt werden kann, dass Buurtzorg vielen durch die Folgen entstandenen und begünstigten Schwierigkeiten entgegenwirkt, bzw. sie gar nicht erst entstehen lässt. Diese Schlussfolgerung beruht auf der folgenden Argumentation:

Buurtzorg schafft es, dass sich der Pflegeaufwand pro unterstützungsbedürftige Person verringert und die Klientel weniger medizinische sowie pflegerische Dienstleistungen benötigt. Die Effizienz aufgrund des Selbstmanagements und die Handlungsautonomie des Personals sowie des Pauschalsystems führt zu einer individuellen und bedürfnisorientierten Pflegeversorgung, welche im Endeffekt weniger Pflegezeit benötigt – ein Gut, dessen Rarität in der schweizerischen ambulanten Langzeitpflege ein Hauptfaktor ist, weshalb sich die Pflege in einer prekären Situation befindet. Neben der Pflege profitiert der allgemeine Gesundheitssektor vom verringerten medizinischen Bedarf der Buurtzorg-Klientel, was dessen Überlastung entgegenkommt. Der reduzierte Zeitdruck und die Zufriedenheit des Personals senken die Fluktuation sowie das Krankheitsrisiko der Angestellten, was wiederum zu weniger Personalausfällen führt. In diesem Sinne wirken auch das Interesse und die ausreichenden Stellenbewerbungen Arbeitskräfteengpässen entgegen. Daneben kommt hinzu, dass der Gefahr einer Überlastung des sozialen Umfelds vorgebeugt werden kann, indem die Angehörigen in die Gestaltung und Planung der Pflege aktiv miteinbezogen werden und so Bedürfnisse und Grenzen ihrerseits besprochen und berücksichtigt werden können.

Die negativen Aspekte von Buurtzorg dürfen jedoch nicht ausser Acht gelassen werden, denn sie können einen Einfluss darauf haben, ob die Umsetzung von Buurtzorg erfolgreich ist und ob die positiven Effekte von Buurtzorg sichtbar werden. So besteht die Problematik, dass zwar die Burnout-Gefahr aufgrund ständigen Zeitdrucks beim Personal tiefer ist, das Risiko durch die Belastung der klientenzentrierten Pflege und Betreuung jedoch wieder erhöht werden kann. Gleichzeitig können die Pflegenden durch fehlende Kompetenzen und Spannungen in den Teams überstrapaziert werden. Weiter sollte beachtet werden, dass auch Buurtzorg

zeitaufwendige Elemente beinhaltet: Dabei entstehen diese nicht primär durch die Pflege, sondern konstituieren sich durch den hohen Aufwand der Eigenorganisation und Selbstadministration der Pflegenden.

Kurz gesagt besitzt die Pflege nach Buurtzorg in die Gegenwart sowie in die Zukunft blickend das Potential, die Negativspirale, in der sich die schweizerische Langzeitpflege befindet, zu durchbrechen und die prekäre Lage zu entspannen. Mit Buurtzorg könnte den Prognosen der Langzeitpflege-Bedarfsentwicklung begegnet werden sowie die Verlagerung von stationär zu ambulant positiv beeinflussen. Es ist jedoch wichtig, Buurtzorg-Pflege unter Anbetracht der Vor- und Nachteile sowohl als möglichen Lösungsansatz als auch als Trägerin von Risiken zu betrachten.

8.4 Sicht der Sozialen Arbeit auf die Buurtzorg-Praxis

In Kapitel «5. Perspektive der Sozialen Arbeit» wurden die Problematiken geschildert, die die Soziale Arbeit mit Blick auf die schweizerische Langzeitpflegesituation erkennt. Daraus ergab sich, dass die Integrität und die existenziellen Bedürfnisse der Betroffenen bedroht sind und ein sozialarbeiterischer Handlungsbedarf besteht. Die Pflege nach Buurtzorg setzt an vielen dieser problematischen Punkte an: So trägt das Pflegekonzept zur Verbesserung der physischen und psychischen Befindlichkeit der betroffenen Menschen bei und hat das Potential, Notlagen in der Pflegeversorgung abzuwenden. Gleichzeitig bietet das Konzept Anpassungen auf allen Ebenen an (Ebene der Klientel, des Personals und der Organisation) und wirkt sich positiv auf sie aus.

Nicht nur das Ergebnis und die Effekte der Buurtzorg-Pflege sind aus der Perspektive der Sozialen Arbeit positiv zu bewerten: Auch die Grundhaltung und Orientierung, welche dem Konzept unterliegt, ist mit den Handlungsprinzipien und den Werten der Sozialen Arbeit kohärent. Folgende Beispiele sollen diese Behauptung untermauern:

Grundsatz der Sozialen Arbeit der Selbstbestimmung: Dieser Grundsatz hebt das Recht auf individuelle Gestaltung des eigenen Lebens hervor und fordert die Unterstützung sowie Gewährleistung der Entscheidungsfreiheit (vgl. Avenir Social 2010: 10 (8.5)) ein. Buurtzorg orientiert sich an diesem Grundsatz einerseits in der Hinsicht, dass die Pflegenden eng mit den pflegebedürftigen Personen zusammenarbeiten und in einem gemeinsamen Prozess aushandeln, was die individuellen Bedürfnisse der Personen sind und wie deren Befriedigung aussehen soll. Dadurch, dass die Leistungsempfangenden aktiv am Prozess beteiligt sind und diesen massgeblich bestimmen können, kann Selbstbestimmung ermöglicht werden. Andererseits bietet Buurtzorg dem Personal aufgrund der flachen Hierarchie ein ausgeprägtes Mass an Handlungsautonomie, Selbstermächtigung und daher auch Selbstbestimmung an.

Bedeutung und Mobilisierung der Fähigkeiten und Ressourcen: Soziale Arbeit ist dazu

angehalten, die persönlichen Ressourcen der Klientel wahrzunehmen und sie in den gemeinsamen Unterstützungsprozess zu integrieren (seien es Personen, Kompetenzen, materielle Güter etc.), um die Unabhängigkeit von der professionellen Hilfe anzustreben (vgl. ebd.: 12 (10.2)). Buurtzorg stellt mit der Netzwerkarbeit sowie dem Zwiebel-Modell die Ressourcen der Klientel ins Zentrum und versucht, in einem ersten Interventionsschritt die Ressourcenpotenziale der unterstützungsbedürftigen Personen selbst und danach die des sozialen Umfelds zu mobilisieren. Die Ressourcenorientierung von Buurtzorg entspricht daher dem Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit.

Relevanz des Austauschs im Team: Die Soziale Arbeit sieht grosse Bedeutung im kollegialen Austausch sowie in der gegenseitigen Unterstützung im Team (vgl. ebd.: 14f. (15.2,15.3)). Durch die kleine Grösse der Arbeitsgruppen und das Buurtzorg Web gewährleistet Buurtzorg, dass die Teammitglieder in einem regelmässigen Austausch miteinander stehen und so Handlungsmöglichkeiten besprochen sowie gemeinsam Reflexionen durchgeführt werden können. Die Buurtzorg-Pflege hat demnach eine hohe Relevanz in der Mitarbeitenden-Kommunikation erkannt und Bedingungen geschaffen, um diese zu ermöglichen.

Mehrwert von Vernetzung: Netzwerke haben für die Soziale Arbeit als gesellschaftsbezogene Profession und Mitarbeiterin von strukturellen Problemen einen hohen Stellenwert. Die soziale Arbeit verfolgt aus diesem Grund das Ziel, sich mit Person, Gruppen, Organisationen, staatlichen Einrichtungen etc. zu verknüpfen (vgl. ebd.: 14 (14.2)). Buurtzorg hat den Mehrwert von Netzwerkarbeit ebenfalls für sich erkannt und erschafft nicht nur ein Unterstützungsnetzwerk um die Klientel herum, sondern vernetzt sich selbst mit lokalen Personen, Gruppen, Organisationen und Einrichtungen.

9. Buurtzorg international

9.1 Übertragung in andere Länder

Die niederländische Pflege nach Buurtzorg hat weltweit Aufsehen erregt und Popularität erlangt (vgl. Kramp 2018: o.S.). Die zahlreichen Vorteile, welche das Modell bringt, inspiriert andere Länder dazu, das Konzept in ihr eigenes Langzeitpflegesystem zu integrieren. Während in manchen Ländern das Buurtzorg bereits als Möglichkeit der ambulanten Pflege und Betreuung praktiziert wird, fanden in anderen Ländern Pilotenprojekte statt (vgl. GKV-Spitzenverband 2022: 17f., Leask/Gilmartin 2019: 144f.). Unter den 24 Ländern, in welchen Buurtzorg Eingang gefunden und sich etabliert hat, befinden sich z.B. China, Brasilien und Deutschland (vgl. Harvard Business School 2022: 8). Alle Buurtzorg-Teams dieser Staaten stehen in einem aktiven Erfahrungs- und Wissensaustausch mit den Mitarbeitenden anderer Länder (vgl. Buurtzorg International 2024d: o.S.). Die internationale Kommunikation, welche diverse Inputs ermöglicht, fördert die Weiterentwicklung der Pflegeteams sowie ihre Arbeitsweise.

Da das Buurtzorg-Modell in den Niederlanden entwickelt und auf das eigene Pflegesystem abgestimmt wurde, fordert die Übertragung des Modells in Pflegesysteme anderer Länder i.d.R. eine an die jeweiligen strukturellen Gegebenheiten angepasste Adaptionen des Pflegekonzepts. Eine solche Modifikation lässt sich z.B. beim Pilotenprojekt in England erkennen, bei dem ein «Neighbourhood Nursing Team» – also ein «Nachbarschafts-Pflegeteam» – basierend auf den Prinzipien der Buurtzorg-Pflege und angepasst an bestehende Strukturen in London durchgeführt wurde (vgl. Kingston University/St. George's University of London 2017: 8-10). Die Adaptionen in andere Länder zeigen sich einerseits als potenzialreich und andererseits als hürdenvoll. Zu solchen Hürden zählen beispielsweise Diskrepanzen zwischen den Abrechnungssystemen der gegebenen Gesundheitssystemen und dem Abrechnungssystem von Buurtzorg. Oder es sind Lücken im Gesundheitssystem anderer Länder vorzufinden, welche die Pflege nach Buurtzorg erschweren (vgl. The COMMONWEALTH FUND 2015: 6). Um die Idee einer netzwerkorientierten Pflege, die Eigenmanagement und -organisation der Teams sowie eine niederschwellige und simple Bürokratie vorsieht, in andere Staaten einzuführen, muss Buurtzorg demzufolge erst mit den gegebenen Strukturen der Länder und Regionen in Einklang gebracht werden.

Trotz all den Herausforderungen, welche bei einer Übertragung bewältigt werden müssen, lassen sich Vorteile der Buurtzorg-Pflege erkennen, sobald sich diese in die vorhandenen Pflege-, bzw. Gesundheitssysteme der Länder einfügen lassen konnte. So zeigen manche Studien über Übernahmen von Buurtzorg (oder von dessen modifizierten Versionen) in andere Länder, dass eine hohe Zufriedenheit und positive Effekte sowohl bei den bedürftigen Personen als auch bei den Pflegenden festzustellen ist (vgl. Kingston University/St. George's University of London 2017: 34, 16, GKV-Spitzenverband 2022: 176, Leask/Gilmartin 2019: 150f.).

9.2 Buurtzorg in der Schweiz

Die Schweiz gehört gegenwärtig nicht zu den 24 Ländern, welche Buurtzorg in die ambulante Pflege und Betreuung integriert haben. Dennoch findet das niederländische Pflegemodell Anklang und hat auch in der Schweiz Interesse geweckt (vgl. Rutz 2018: 48). Mit der Neugier am alternativen Pflegekonzept geht gewiss die Frage einher, wie Buurtzorg in der Schweiz aussehen könnte und ob eine Integration in das schweizerische Pflegesystem möglich wäre. Dazu sollen folgend die prägnantesten Unterschiede zwischen dem niederländischen und dem schweizerischen Gesundheitssystem sowie die Einschätzung einer Umsetzung von Buurtzorg in der Schweiz aufgezeigt werden.

9.2.1 Diskrepanzen zu den Niederlanden

Hegedüs, Schürch, Zentgraf, Abegg und Bischofberger (2022: 104,106) haben eine Schweizer Pilotenstudie durchgeführt, welche die Absicht verfolgen sollte, im Kontext eines

Forschungsprojekts den Umgang von Spitex-Mitarbeitenden mit Veränderungen, welche im Zuge einer adaptierten Form von Buurtzorg entstanden, zu ermitteln. Auch die Fachhochschule Nordwestschweiz hat Forschung betrieben, welche die Umsetzungsmöglichkeit der Pflege nach Buurtzorg in der Schweiz sowie die Unterschiede von Buurtzorg zur Spitex aufzeigen sollte (vgl. Cavedon, Minnig und Zängl 2018: 12, FHNW Fachhochschule Nordwestschweiz 2018: 3f.). Im Rahmen der beiden Forschungsinteressen wurden gesundheitssystembezogene Unterschiede zwischen der Schweiz und den Niederlanden herausgearbeitet, welche Hindernisse und Herausforderungen für die Implementierung von Buurtzorg in der Schweiz darstellen:

Als einen bedeutenden Unterschied wird die Differenzen bezüglich der *Bildungsabschlüsse der Pflegekräfte* genannt (vgl. Hegedüs et al. 2022: 105). Wie im Kapitel «3.2.2 Fachkräftemangel in der Pflege» beschrieben wurde, weisen schweizerische Arbeitskräfte in der Pflege verschiedene Abschlüsse auf, welche sich im Ausbildungsniveau unterscheiden. Die Rechtsnormen der Schweiz schreiben dabei vor, dass je nach Qualifikationsgrade Tätigkeiten und Verantwortungen - namentlich z.B. Koordinationsaufgaben und Bedarfserhebungen - auf Personen übertragen oder nicht übertragen werden dürfen (vgl. ebd.). Eine Amalgamierung von verschiedenen Ausbildungsgraden liegt in den Niederlanden im Rahmen der Buurtzorg-Pflege weniger vor und die Pflorgeteams bestehen überwiegend aus Personal mit Bachelorabschluss (vgl. ebd.). Zudem entpuppte sich die Ausbildungsheterogenität in der schweizerischen Pflege in der Studie von Hegedüs et. al. (2022:109) als Herausforderung: Rückmeldungen der Pflegenden zeigen, dass sich die Aufgabenbewältigung aufgrund der verschiedenen Kompetenzniveaus als schwierig gestaltete.

Eine weitere Differenz bildet die Handhabung der *Vergütung der Pflegeleistungen*: Das Abrechnungssystem der Schweiz lässt sich schwer, bzw. nicht mit dem Pauschalen-System von Buurtzorg vereinbaren, da die Honorare für Pflegedienstleistungen durch den Bundesrat bestimmt und festgelegt wurden, was diese unveränderbar macht (vgl. Hegedüs et al. 2022: 105). Diese Divergenz verdeutlicht auch die Forschung der Fachhochschule Nordwestschweiz: Das Finanzierungs- und Abrechnungssystem der schweizerischen Pflege unterscheidet sich zu dem von Buurtzorg markant und es wäre herausfordernd, das Buurtzorg- Finanzensystem mit dem der Schweiz abzugleichen (vgl. Cavedon et al. 2018: 14.). In diesem Zusammenhang lässt sich wieder die Problematik nennen, dass Pflegeleistungen in der Schweiz fragmentiert und auf dessen Grundlage abgerechnet werden, was nicht mit dem Pauschal-System von Buurtzorg übereinstimmig ist. Hegedüs et al. (2022: 105f.) hebt im Kontext der Vergütung von Pflegedienstleistungen noch hervor, dass der Föderalismus dazu führt, dass Regelungen auf kantonaler Ebene gewisse Kosten für die ambulante Langzeitpflege kantonsabhängig machen. Dies hat zur Folge, dass in der Schweiz kein homogenes Vergütungssystem vertreten

ist und eine Einführung von Buurtzorg erschwert. Parallel dazu sind ambulante Pflegedienste eng an die Bestimmungsinstanz der Kantons- sowie Gemeindeebene gekoppelt, da sie deren Autorisierung zum Handeln brauchen und bei Subventionsbezug Pflegeleistungen zuerst anhand eines Leistungsvertrag mit der Gemeinde und dem Kanton vereinbaren und festlegen müssen (vgl. ebd.).

Ergänzend zu den Diskrepanzen der Vergütungssysteme und den unterschiedlichen Verhältnissen des Ausbildungsmix in der Pflege hebt die Forschung der Fachhochschule Nordwestschweiz den *Unterschied in der Vertrauenskultur* hervor: Vertrauen ist für die Umsetzung der Pflege nach Buurtzorg unumgänglich, gestaltet sich in der schweizerischen Pflege jedoch als schwierig (vgl. FHNW Fachhochschule Nordwestschweiz 2018: 17). Die ambulante Langzeitpflege baut nicht auf dem Ansatz einer vertrauensbasierten Entscheidungs- und Handlungsfreiheit auf, wie es in den Niederlanden der Falls ist, und sie weist ein starkes Hierarchiegefälle auf. Zusätzlich kann in der Schweiz ein fehlendes Vertrauen zwischen den ambulanten Pflegediensten und weiteren Beteiligten des Gesundheitssystems, wie z.B. Krankenkassen oder Spitälern, ausgemacht werden (vgl. ebd.). Die herrschenden Vorurteile und die Skepsis können daher zu einer gestörten Beziehungsgestaltung zwischen den einzelnen Parteien führen, welche sich wiederum negativ auf die formelle Netzwerkarbeit von Buurtzorg auswirken kann. Darüber hinaus fehlt der Schweiz ein *geeignetes IT-System*: Sie kann – im Gegensatz zu den Niederlanden – keine in die Arbeit der Pflege eingebundene, von allen Pflegenden genutzte und bedienungsfreundliche digitale Plattform vorweisen, wie es bei Buurtzorg z.B. für die Kommunikation und Dokumentation der Fall ist (vgl. Cavedon et al. 2018: 14., FHNW Fachhochschule Nordwestschweiz 2018: 15).

9.2.2 Erforderliche Adaptionen

In beiden Studien (die der Fachhochschule Nordwestschweiz (2018) und von Hegedüs et. al. (2022)) werden Modifikationen und Anpassungen in der schweizerischen ambulanten Pflege vorgeschlagen, die den Herausforderungen einer Umsetzung von Buurtzorg adäquat begegnen sollen und eine Integration des Pflegekonzepts in das schweizerische Gesundheitssystem unterstützen könnten:

Im Hinblick auf den inhomogenen Mix der *Bildungsabschlüsse von Pflegekräften* in der schweizerischen Pflege stellen Hegedüs et al. (2022: 112) die Frage in den Raum, ob das Personal mit niedrigerem Qualifikationsgrad durch persönliche Motivation und der Weiterentwicklung von Kompetenzen in die Anforderungen hineinwachsen kann, oder ob es mehr Pflegefachkräfte mit einem höheren Diplom bräuchte. Zweiteres wäre jedoch angesichts des Mangels an Pflegepersonal mit tertiärem Abschluss schwierig. Eine Möglichkeit der Problembehandlung sähen Hegedüs et al. (vgl. ebd.) darin, höhere Abschlüsse zu fördern und den

Ausbildungsweg, bzw. den Beruf der Pflege attraktiver zu gestalten. So würde sich der Ausbildungsmix in den Teams auf längere Zeit gesehen einer Homogenität annähern. Auf der anderen Seite hätte das jedoch nach Zängl (2018: 48) zur Folge, dass die Nachfrage an Pflegepersonal mit niedrigerem Bildungsgrad sinken würde. Im Kontext der Qualifikation wären auch von den Organisationen dargebotene Weiterbildungs- und Unterstützungsmöglichkeiten von Relevanz, damit Pflegende Kompetenzen aufbauen und weiterentwickeln können, um den diversen Aufgaben innerhalb von Buurtzorg erfolgreich zu begegnen (vgl. Hegedüs et al. 2022: 113).

Bei der Frage nach der *Vergütung der Pflegeleistungen* weisen Hegedüs et al. (2022: 113) auf das Abrechnungskonzept von Buurtzorg hin und schlägt vor, dass ermittelt werden solle, wie jenes in den Niederlanden Eingang in die ambulante Pflege gefunden hatte und welche Verhandlungspositionen dazu eingenommen wurden. Schlussfolgerungen könnten auf Möglichkeiten rückschliessen, wie eine Einführung des Pauschalsystems von Buurtzorg in der Schweiz gelingen könnte.

Auf den *Aspekt der Vertrauenskultur* bezogen bräuchte es nach Cavedon et al. (2018) einen veränderten Konsens über die Organisation und Hierarchiestrukturen innerhalb der ambulanten Pflege: «Führungspersonen sollen in erster Linie nicht mehr entscheiden, sondern vielmehr Team-Entscheide ermöglichen.» (Cavedon et.al. 2018: 15) Dies müsste auch damit einhergehen, dass angestellte Pflegende in ihren Fähigkeiten eine grössere Heterogenität aufweisen können, um die Autonomie über Organisation und Administration, welche Buurtzorg fordert, ermöglichen zu können (vgl. ebd.). Das partiell gestörte Vertrauensverhältnis zwischen den Beteiligten des Gesundheitssystems müsste angegangen werden, wobei die in diesem Zusammenhang geforderte Beziehungs- und Kommunikationsarbeit – neben einer allgemeinen verminderten Komplexität der schweizerischen Gesundheitsversorgung – die festgefahrenen und steifen hierarchischen Bedingungen auflockern könnte (vgl. ebd.). Das Umdenken und Umstrukturieren könnte Steine aus dem Weg räumen, um einen effizienteren und unkomplizierteren Zugriff auf nötige professionelle Ressourcen zu erhalten. Hegedüs et al. (2022: 111) hebt dazu hervor, dass ein werte-, identitäts- und kulturbezogenes Umdenken auch auf betrieblicher Ebene stattfinden muss, um die Selbstorganisation und Autonomie der Buurtzorg-Mitarbeitenden ermöglichen, fördern und adäquat unterstützen zu können.

Schlussendlich wird noch auf eine Umgestaltung der *Bedarfsabklärung* aufmerksam gemacht, welche nicht aus zusammengetragenen Pflegeleistungen abgeleitet werden sollte (wie es in der Schweiz der Fall ist), sondern eine Bedarfseinschätzung anhand eines umfassenden Beurteilungssystems – wie z.B. dem Omaha-System – anstrebt (vgl. Cavedon et al. 2018: 15). Im Zusammenhang mit der Bedarfsermittlung weisen Hegedüs et al. (2022: 113) darauf hin, dass im Rahmen des Personal-Coachings ein Bewusstsein für eine holistische Abklärung

sowie ein Bewusstsein für ihr Potential, adäquate Massnahmen herzuleiten, geschaffen werden sollte.

Cavedon, Minning und Zängl (2018: 15) kommen zum Schluss, dass die Integration von Buurtzorg in die schweizerische ambulante Pflege möglich und mit Blick zu den Niederlanden lohnenswert ist, aber Anpassungen der strukturellen Bedingungen von Nöten sind. Ihr Fazit betont die gleichen oder ähnliche Herausforderungen, welchen sich die meisten Länder gegenüberfinden, die Buurtzorg als ambulantes Pflegemodell in Erwägung ziehen oder bereits Pilotenprojekte durchgeführt haben: Es müssen Veränderungen der vorhandenen Gegebenheiten und, bzw. oder eine Adaption des Buurtzorg- Modells vorausgehen (vgl. Cavedon et al. 2018: 12).

Zusammenfassend bedeutet das, dass sich die Integration von Buurtzorg in der Schweiz zwar schwierig gestalten würde, die Übernahme des Konzepts jedoch nicht undenkbar wäre und auch hierzulande Vorteile für die ambulante Pflege bringen würde.

Tatsächlich gibt es seit dem Erscheinungsjahr der Studie von der Fachhochschule Nordwestschweiz Spitex-Dienste, die das Pflegekonzept von Buurtzorg adaptiert und teilinternalisiert haben (vgl. Cavedon et al. 2018: 15). Unter den Auftraggebern der Studie befanden sich Spitex-Organisationen, unter anderem auch die «*SPITEX Region Olten*». Diese baut ihre Arbeit seit 2018 auf verschiedensten Aspekten auf, die mit der Pflege nach Buurtzorg korrelieren: Kleine, heterogene, selbstorganisierte Teams mit flacher Hierarchie, welche für einen bestimmten Gebietsabschnitt zuständig sind, der Klientel Unterstützung zur Selbsthilfe leisten, bürokratische und administrative Aufgaben möglichst kleinrahmig halten und nach Bedarf Coaching in Anspruch nehmen können (vgl. SPITEX Region Olten 2024: o.S.). Zudem bildet die Spitex Region Olten eine gemeinnützige Aktiengesellschaft, die non-profit-orientiert ist (vgl. SPITEX Region Olten 2024: o.S.). Wie von Cavedon et al. (2018: 15) beschrieben, konnte die Spitex Region Olten das Buurtzorg-Konzept nicht ganzheitlich übernehmen und es zeigen sich im Vergleich zur klassischen Pflege nach Buurtzorg Unterschiede: So weisen beispielsweise die Teams einen starken, für die Schweiz üblichen Mix verschiedener Ausbildungsniveaus auf. Die Spitex Region Olten führt diesbezüglich gezielt Weiterbildungen, Schulungen und Workshops durch, damit die Pflegenden das erforderliche Kompetenzniveau erreichen können (vgl. SPITEX Region Olten 2024: o.S., SPITEX Region Olten 2023: 4).

Das Exempel der Spitex Region Olten zeigt, dass die Einschätzung von Cavedon et al. (2018: 15) bezüglich einer Umsetzung von (Elementen von) Buurtzorg in der Schweiz korrekt ist und eine adaptierte Form des Pflegekonzepts tatsächlich möglich sein kann.

10. Zweites Zwischenfazit und Überleitung zur sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit

In der Schweiz existieren bereits verschiedenen Lösungsansätze, die an den verschiedenen Dimensionen anknüpfen, um die Problemlage der Pflegeversorgung zu stabilisieren. Viele der bereits umgesetzten Massnahmen folgen der Linie eines pragmatisch orientierten Ansatzes: Soll heissen, dass auf finanzielle Missstände mit Geldmitteln, auf personale Missstände mit mehr Personal usw. reagiert wird. Die Lösungsansätze sind per se nicht schlecht und stellen Interventionen dar, die die prekäre Lage der Pflege potenziell verbessern können. Grob betrachtet fehlt ihnen jedoch der Sinn für den Zusammenhang der einzelnen Dimensionen und das Verständnis darüber, dass diese eng miteinander verknüpft sind und in einem reziproken Verhältnis zueinanderstehen. Gleichzeitig werden häufig Faktoren missachtet, die nicht materiellen Ursprungs sind: Der Einfluss von Wertvorstellungen, Haltungs- und Handlungsprinzipien, zwischenmenschlichen Verhältnissen sowie Dynamiken, der sowohl die direkte Pflege als auch die Teams und Organisationsstrukturen prägt, steht weniger im Fokus. Die Pflege nach Buurtzorg hingegen schlägt einen ganzheitlichen Ansatz vor: Sie bietet alternative Strukturen wie eine flache Hierarchie, Eigenorganisation der Teams, ein simpleres Abrechnungssystem oder unterstützende Vernetzung für die Klientel. Buurtzorg erkennt den Wert von stabilen und vertrauenswürdigen Beziehungen (in Bezug auf die Arbeit mit den bedürftigen Menschen als auch mit den Kooperationspartnerinnen und -partnern) sowie die Wichtigkeit von Selbstermächtigung, vom Einbezug persönlicher Ressourcen, von Kommunikation und von Vernetzung mit Personen und Organisationen. Die Wirkung der positiven Aspekte lassen sich u.a. in der Zufriedenheit der Pflegenden sowie in der Zufriedenheit der pflege- und betreuungsbedürftigen Personen wiedererkennen. Die reduzierte Pflegebedarfsdauer der Klientel unterstreicht einen weiteren Vorzug des Konzepts.

Neben all den Vorteilen gibt es Schwierigkeiten und mögliche Probleme, die in Zusammenhang mit Buurtzorg entstehen können und nicht aus dem Blickfeld geraten sollten. Dabei sollte v.a. ein Auge auf die Burnout-Gefahr (z.B. aufgrund der ungleich vorhandenen Kompetenzen im Team) und die zeitaufwändigen Aufgaben ausserhalb der direkten Pflege und Betreuung (wie bspw. die Selbstorganisation der anstehenden Tätigkeiten) geworfen werden. Alles in allem besitzt das Pflegekonzept jedoch das Potenzial, der Problemlage der Pflege in der Schweiz zu begegnen und ihr entgegenzuwirken. Parallel dazu besteht die Möglichkeit, die physische und psychische Integrität der Pflegenden und der Klientel inklusive die ihres sozialen Umfelds zu stärken, bzw. wiederherzustellen, was ganz im Sinne der Sozialen Arbeit steht. Weiter sieht die sozialarbeiterische Tätigkeit in der Hinsicht Potenzial in Buurtzorg, dass die Grundorientierung, die Werthaltung und die Handlungsprinzipien mit denjenigen der Sozialen Arbeit korrelieren. Eine Einführung von Buurtzorg in der Schweiz oder die Nutzung des

alternativen Pflegekonzepts als Orientierungsgrundlage für Lösungsansätze scheint demnach auch aus sozialarbeiterischer Perspektive vielversprechend. Dabei ergibt sich jedoch die Problematik, dass die Pflege nach Buurtzorg ursprünglich als Teil des Pflegesystems der Niederlande entwickelt wurde und dementsprechend auf die dortigen Rahmenbedingungen abgestimmt ist. Buurtzorg ist zwar international verbreitet, die Übertragung in andere Länder kann sich aber aus diesem Grund herausfordernd gestalten und Anpassungen des gegebenen Gesundheits-, bzw. Pflegesystems oder eine Adaption des Buurtzorg-Pflegekonzepts fordern. Unterschiede zu den Niederlanden sind z.B. bei den Pflegefinanzierungssystemen zu erkennen, die verschieden aufgebaut und nicht in jedem Fall mit Buurtzorg kohärent sind. Die Schweiz findet sich bei einer Übertragung von Buurtzorg v.a. den Problemen gegenüber, dass eine unzureichende Vertrauenskultur im Gesundheitssektor herrscht, dass das Vergütungssystem anders konzipiert ist und dass die Pflegenden eine grosse Diversität an Bildungsabschlüssen vorweisen. Adaptionen und Anpassungen müssten daher auch in der Schweiz vollzogen werden. Im schweizerischen Kontext gibt es Beispiele von ambulanten Pflegediensten, welche sich an Buurtzorg orientieren und ihre Arbeit am Pflegekonzept sowie seinen Werten und Handlungsprinzipien angepasst haben: Eine Einführung ist daher möglich und Versuche wurden bereits umgesetzt.

Netzwerkarbeit bildet einen Hauptbestandteil bei der Pflege nach Buurtzorg. Die Arbeit mit Verknüpfungen stellt auch ein Element der Sozialen Arbeit dar, weshalb es naheliegend und sinnvoll ist, die Netzwerkarbeit der Sozialen Arbeit, bzw. die «sozialarbeiterische Netzwerkarbeit» im Zusammenhang mit der Frage, wie die mögliche Rolle der Sozialen Arbeit innerhalb von Buurtzorg in der Schweiz aussehen könnte, in den Fokus zu nehmen. Deshalb soll im weiteren Verlauf der Arbeit genauer auf soziale Netzwerke eingegangen und die sozialarbeiterische Netzwerkarbeit beschrieben werden.

11. Soziale Netzwerke

In den folgenden Unterkapiteln soll versucht werden, sich dem Begriff des «sozialen Netzwerks» anzunähern, die theoretische Einbettung sowie das Unterstützungspotenzial von sozialen Netzwerken zu erfassen und den Bogen von ihnen zu Buurtzorg zu schlagen. Weiter wird genauer auf die sozialarbeiterische Netzwerkarbeit eingegangen und dargelegt, wie sie sich in der theoretischen Rahmung in ihren Rollen und Aufgaben ausgestaltet.

11.1 Soziale Netzwerke – der Versuch einer Erklärung

Soziale Netzwerke stellen im Kontext der sozialen Unterstützungsarbeit eine präzise Begrifflichkeit dar und sind aufgrund ihrer Abstraktion relativ schwierig zu fassen. Von Kardorff (1995: 402) beschreibt soziale Netzwerke unter anderem als eine Verflechtung verknüpfter

Personen, Systeme und Organisationen, wobei für ihn verknüpftes Wissen, bzw. Informationen ebenfalls eine Rolle spielen. Er benutzt eine Beschreibung, die « (...) das Gewebe sozialer Verbindungslinien zwischen Personen als soziales Netzwerk bezeichnet, wobei die Personen die Kreuzungspunkte dieser Verbindungen bilden.» (Von Kardorff 1995: 402) Ein Netzwerk besteht daher aus individuellen Akteuren und Akteurinnen (dies kann ein einzelner Mensch sein) sowie aus kollektiven Akteurinnen und Akteuren (wie z.B. eine Institution), die durch Verknüpfungen miteinander verbunden sind (vgl. Schubert 2018: 133). Je nach Betrachtungsperspektive wird Nichtmenschliches ebenfalls als potenzielle Netzwerkkomponente verstanden. Dadurch, dass die Vernetzung der Beteiligten eines Netzwerks hervorgehoben wird, rückt das Interaktions- und Beziehungsgeschehen bei der Verdeutlichung, was Soziale Netzwerke sind, in den Fokus. Diesen Aspekt nehmen auch Bullinger und Nowak für die Begriffsklärung auf: «Soziale Netzwerke stellen reale, empirisch beschreibbare soziale Beziehungen zwischen den Individuen dar. « (Bullinger/Nowak 1998: 41) Die Beziehungen müssen – Im Gegensatz zum herkömmlichen Terminus der «Gruppe» – nicht zwingend durch Intensität und persönlicher Vertrautheit sowie durch regelmässigen, direkten Kontakt geprägt sein, sondern können einen engen wie auch flexibleren Charakter aufweisen (vgl. Schubert 2018: 37, Granovetter 1973: 1361). So bilden sich soziale Netzwerke aus Beziehungen, die sich in ihrer Nähe und Distanz zu den Subjekten und in ihrer Bedeutsamkeit für das Individuum unterscheiden. Ein Beispiel: Der Kontakt zum Bruder hat eine grosse Bedeutung für die Person, während der sporadische Kontakt mit der Sozialarbeiterin auf dem Sozialdienst eine Beziehung ohne innere Verbundenheit darstellt und sogar durch Antipathie gekennzeichnet sein kann.

Von Kardorff (1995: 403) nennt Beispiele von verschiedenen, aus Studien abgeleiteten Merkmalen von Beziehungen eines Subjekts: Als Unterscheidungskriterien zählt er den Rahmen, in dem Interaktionen stattfinden (z.B. die Frequenz der Interaktionen); was im Rahmen dieser Interaktionen geschieht (z.B. Motivationsaufbau); die Beschaffenheit der Interaktion (z.B. Spannungen durch Hierarchiegefälle); in welcher Rolle sich die interagierenden Personen befinden (z.B. Rolle der sozialen Fachperson); die Strukturmerkmale eines Netzwerks (z.B. Reichweite des Netzwerks) und die Funktion eines Netzwerks (z.B. die Funktion der Pflegeversorgung) auf. Bullinger und Novak (1998: 41) schreiben ergänzend, dass eine Person innerhalb der verschiedenen Beziehungsnetze unterschiedliche, mit Ansprüchen, Forderungen und Erwartungen behaftete Rollen zugeteilt bekommt, bzw. diese einnimmt (z.B. die Rolle der Geschwister im System «Familie»), wobei sich die Rollenerwartungen mehrheitlich reziprok gestalten.

Zusammenfassend bestehen soziale Netzwerke aus individuellen sowie kollektiven Akteuren und Akteurinnen (human sowie inhuman), welche im Rahmen von Beziehungen und Rollen miteinander interagieren und infolgedessen Beziehungsgeflechte entstehen können.

Um den Begriff des sozialen Netzwerks besser fassen zu können, soll Abbildung 2 ein fiktives Beispiel eines sozialen Netzwerks darstellen, wobei die schwarzen Punkte die Akteurinnen und Akteure und die schwarzen Linien die Beziehungen zwischen ihnen darstellen. Die Farbe Blau markiert die Zugehörigkeit zu einem System.

Das Netzwerk zeigt das soziale Umfeld von Herrn P. (75 Jahre alt), welcher allein in einer Wohnung in einem Mehrfamilienhaus lebt und neben einer eingeschränkten Mobilität keine gesundheitlichen Beschwerden hat. Herr P. hat einen Sohn und eine Stieftochter, wobei die Kinder untereinander und mit Herrn P. ab und zu Kontakt pflegen. Weiter kommt die Spitex zweimal wöchentlich für eine Grundpflege zu ihm nach Hause und steht ganz selten in telefonischem Kontakt mit der Familie. Einmal in der Woche verbringt Herr P. einen Nachmittag mit einem Freiwilligenarbeiter des Roten Kreuzes, mit welchem er Freizeitaktivitäten – wie beispielsweise spazieren – unternimmt. Einmal im Monat wird ein Spielenachmittag in einem sich direkt neben der Wohnung von Herrn P. befindenden Begegnungszentrum durchgeführt, an dem Herr P. fast immer teilnimmt und dort hauptsächlich Kontakt zu zwei Personen hat. Manchmal geht der Freiwilligenarbeiter mit ihm zusammen an den Spielenachmittag. Als letztes besitzt Herr P. zwei Nachbarinnen, welche in die Wohnung oberhalb und unterhalb seiner Wohnung eingemietet sind und die untereinander sowie mit Herrn P. immer wieder Haushaltsgeräte austauschen, falls jemand Bedarf hat. Im Wohnhaus von Herrn P. lebt noch eine Person mit einem Kind im Jugendalter, er kennt diese jedoch nur vom Sehen und hat noch nie mit ihr oder dem Kind gesprochen.

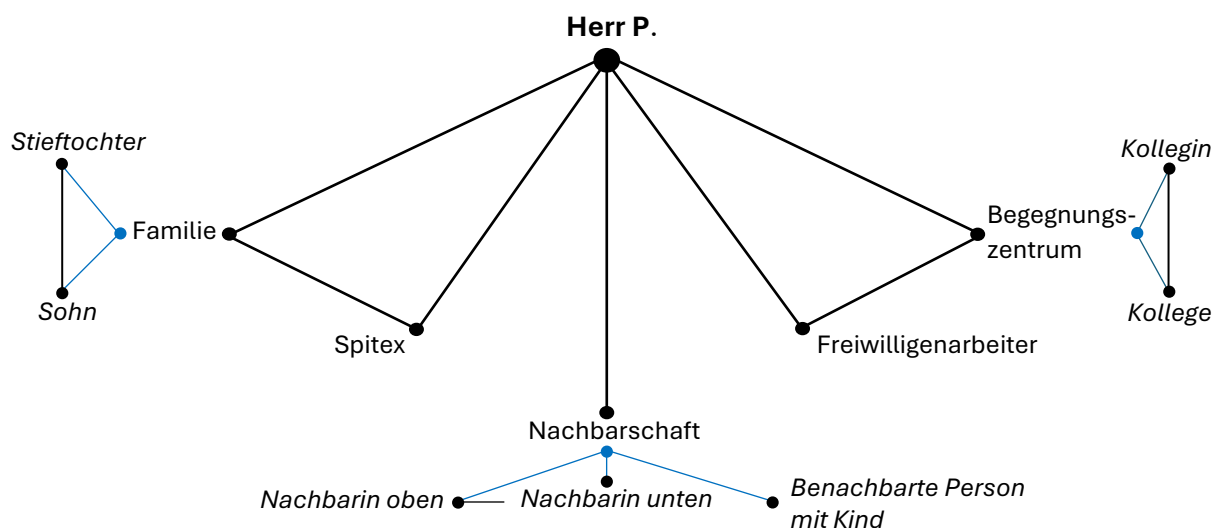


Abb.2: Fiktives Netzwerk von Herrn P., eigene Darstellung

11.2 Theoretische Rahmung

Im sozialanalytischen Diskurs existieren manche *Netzwerktheorien*, welche sich auf unterschiedliche Ebenen und Aspekte von Netzwerken und ihren Beziehungsinteraktionen beziehen. Netzwerktheorien sind für die Netzwerkarbeit insofern relevant, dass sie zur Analyse von Netzwerken und ihren Strukturen herangezogen werden können, welche wiederum für ein umfassendes Verständnis eine grundlegende Voraussetzung ist. Netzwerktheorien knüpfen vielfach an den Versuch an, die Entstehung und die Struktur von Netzwerken sowie das Geschehen und die Dynamik innerhalb des Netzwerks zu analysieren und zu verstehen. Dabei unterscheiden sich die Theorien v.a. in der Perspektive, wie das Agieren der Beteiligten innerhalb eines Netzwerkgeflechts betrachtet, bestimmt und beeinflusst wird (vgl. Gamper 2020: 50f.). Daraus resultieren diverse Theorie mit verschiedenen Auslegungen und Beschreibungen von Netzwerken sowie unterschiedliche Auffassungen und Erklärungen des Beziehungsgeschehens innerhalb der Netzwerke. Einen gewissen Bekanntheitsgrad kann z.B. die *Akteur-Netzwerktheorie* von *Bruno Latour* oder die *phänomenologische Netzwerktheorie* von *Harrison White* für sich proklamieren: Erstere bildet eine Theorie, welche Akteure und Akteurinnen sowie interaktionsbeeinflussende Komponenten von Netzwerken einerseits als Menschen und andererseits als etwas, das über das Menschliche hinaus geht – wie z.B. Informationen, Tiere oder Materialien – erfasst, während Letztere eine Theorie verkörpert, die von einer dynamischen Netzwerkstruktur ausgeht und dabei die (individuellen) Beziehungen sowie das Interaktionsgeschehen zwischen den Akteuren und Akteurinnen in den Mittelpunkt stellt (vgl. Schubert 2018: 53-55, 44-47). Weitere wichtige Namen stellen z.B. *Norbert Elias* (Konzept der «Figurationen», bzw. die Theorie der Abhängigkeit zwischen Menschen, Gruppen und Gesellschaften), *Ronald S. Burt* (Konzept der «Strukturellen Löcher», bzw. die Theorie der Bedeutsamkeit von der Position der Beteiligten innerhalb von sozialen Strukturen) oder im weiteren Sinne auch *Georg Simmel* (Vordenker der Analyse von Netzwerken) dar (vgl. Gamper 2020: 51f., 54f.).

Im weiteren Verlauf der Arbeit werden mehrere Theorien als Grundlage genutzt: Als Basis dient das Konzept der *starken und schwachen Beziehungen* von *Mark S. Granovetter* (1973), die Netzwerk-Typologisierung in *primäre, sekundäre und tertiäre Netzwerke* von *Florian Straus* (1990) mit Ergänzung durch *Bullinger und Nowak* (1998) sowie die durch *Herbert Schubert* (2018) hergeleitete Zuordnung der Netzwerke zu *organisierten und lebensweltlichen Netzwerktypen*. Die Wahl dieser Konzepte liegt der Entscheidung zugrunde, später einen möglichst passenden Bogen zu Buurtzorg schlagen zu können und gleichzeitig ein Verständnis von Netzwerken sowie von ihrer Beschaffenheit (den Beziehungen und ihren Strukturen) zu erlangen. Die Zuordnungen und Typisierung der Netzwerke von Schubert und Straus sowie das

Beziehungskonzept von Granovetter zeigen sich kompatibel mit Buurtzorg, wobei in Kapitel «11.2.2 Brücke zur Buurtzorg-Praxis» Genauerer geschildert wird.

11.2.1 Organisierte und lebensweltliche Netzwerke

So wie es verschiedene Merkmale sozialer Beziehungen gibt, lassen sich auch soziale Netzwerke differenzieren und in Rubriken segmentieren. Die Typologisierung von Straus (1990: 497f.) bildet solch eine Einordnung, welche die Netzwerke in drei Typen unterteilt: In *primäre*, *sekundäre* und *tertiäre Netzwerke*. Hack (2024: 3f.) nimmt diese drei Arten von Netzwerktypen auf und subsumiert sie unter zwei weitere Überkategorien, welche von Schubert (2018: 61f.) als *lebensweltliche Netzwerke* und *organisierte Netzwerke* beschrieben werden (siehe Tab. 1). Im folgenden Abschnitt sollen die lebensweltlichen und organisierten Netzwerke mit ihren Subtypen (primäre, sekundäre und tertiäre Netzwerke) inklusive ihren Beziehungsdynamiken genauer erläutert werden.

Lebensweltliche Netzwerke

Lebensweltliche Netzwerke sind persönliche Netzwerke und entstehen dort, wo das Alltagsgeschehen der Menschen mit ihren wiederkehrenden Beziehungsinteraktionen stattfindet (vgl. Schubert 62). In diesem Sinne befinden sich die Akteure und Akteurinnen nah am Subjekt, weshalb den lebensweltlichen Netzwerken einen hohen persönlichen Bedeutungsgehalt zugeschrieben werden kann. Aufgrund der Eigenschaften der lebensweltlichen Netzwerke und der Merkmale der sich darin befindenden Beziehungen können die *primären* und *sekundären Netzwerke* unter die lebensweltlichen Netzwerke subsumiert werden (vgl. Hack 2024: 3f.). Das *primäre Netzwerk* bildet ein lokal-gemeinschaftliches Netzwerk, von welchem eine Person durch die Geburt Teil geworden ist oder die Person es sich selbst ausgesucht hat (vgl. Bullinger/Nowak 1998: 70). Hier lokalisiert sich der mikrosoziale Teil des Lebens und beinhaltet alltägliche sowie mehr oder minder direkte und bedeutsame Beziehungsinteraktionen (vgl. ebd.: 70, 81). Zu diesen Netzwerken gehört das familiäre, verwandtschaftliche, nachbarschaftliche und freundschaftliche Netzwerk (vgl. Bullinger/Nowak 1998: 70f., Straus 1990: 498). Demnach begrenzen sich primäre Netzwerke auf einen räumlich und, bzw. oder sozial eng gefassten Rahmen, welcher sich anhand der höheren Bedeutsamkeit und der Beziehungsnähe zu den Beteiligten definiert. Bei den *sekundären Netzwerken* handelt es sich um global-gesellschaftliche Netzwerke – wie z.B. eine Bildungseinrichtung, der Arbeitsplatz oder ein Sportzentrum – und beeinflussen das tägliche Leben wesentlich (vgl. Bullinger/Nowak 1998: 82, 84f.). Sekundäre Netzwerke umfassen mehrheitlich «(...) Organisationen und Bürokratien des Produktions- und Reproduktionssektors» (vgl. ebd.: 82). Dazu gehören die marktwirtschaftlich-institutionellen (Unternehmen und Betriebe des sekundären und tertiären Arbeitssektors) sowie die öffentlich-institutionellen Netzwerke (z.B. Bildungsstätten oder

Vereinigungen für Freizeit) (vgl. ebd.: 82, Straus 1990: 498). Straus nennt im Kontext der sekundären Netzwerke auch Netze, welche einen niedrigeren Organisationsgrad aufweisen: Dazu gehören exemplarisch Freizeit- oder Betriebsgruppen. Sekundäre Netzwerke situieren sich folglich in einem grösseren räumlichen und, bzw. oder sozialen Rahmen, haben aber immer noch eine hohe Relevanz und Bedeutsamkeit für die einzelnen Subjekte.

Die *Verbindungen* zwischen den Akteurinnen und Akteuren lebensweltlicher Netzwerke zeichnen sich dadurch aus, dass diese mehrheitlich emotional bedeutsame, vertrauensbasierte sowie unterstützungsorientierte Beziehungen darstellen und sich stetig um diese gekümmert und gesorgt wird (vgl. Schubert 2018: 62, 64f.). Diese Merkmale der Beziehungen ordnet Granovetter (1973: 1361) den «starken Beziehungen» («strong ties» genannt) zu, deren Stärke von Zeitspanne (Dauer), emotionaler Intensität, gegenseitigem Vertrauen (Intimität) und den gegenseitigen Leistungserbringungen abhängig ist. Innerhalb des lebensweltlichen Netzwerktypus gibt es auch Verbindungen, welche einen flexibleren Beziehungscharakter aufweisen und z.B. einzig auf geteilten Interessen beruhen, wie es beispielsweise in einem Sportclub der Fall sein kann (vgl. Schubert 2018: 62). Granovetter (1973: 1361) bezeichnet diese Verbindungen als «schwache Beziehungen» («weak ties» genannt), welche durch weniger häufigen, eher sporadischen, insignifikanteren und distanzierteren Kontakt gekennzeichnet sind.

Organisierten Netzwerke

Organisierte Netzwerke entstehen durch Interaktionen im interinstitutionellen Kontext und stellen Verbindungen dar, welche im Rahmen professionellen Handelns entstehen und bewusst initiiert sowie strukturiert werden (vgl. Schubert 2018: 66). Die Verknüpfungen des organisierten Netzwerks gehen aus der Arbeit von Organisationen, bzw. Institutionen hervor. Gleichzeitig sind sowohl institutionelle Instanzen als Ganzes als auch ihre agierenden, sie vertretenden Personen Akteurinnen und Akteure, bzw. Kollektivakteurinnen und -akteure von Netzwerken (vgl. ebd.: 62). Bei den organisierten Netzwerken handelt es sich nicht nur um Verbindungen zwischen den Institutionen; organisierte Netzwerke sollen bestenfalls an die lebensweltlichen Netzwerke und daher an die Klientel anknüpfen: «Vielmehr ist es für den Erfolg dieser interinstitutionellen Kooperation notwendig, dass die Netzwerkkaskade fortgesetzt wird – d. h. dass die professionell organisierten Netze anschlussfähig sind an die zivilgesellschaftlichen lebensweltlichen Netzwerke vor Ort – etwa von Angehörigen der Adressatinnen und Adressaten sowie der Ehrenamtlichen – im Sozialraum.» (vgl. Schubert 2018: 70) Es ist also von Bedeutung, dass organisierte Netzwerke « (...) durch Akteursbrücken dynamisch mit den natürlichen Vernetzungen verbunden bleiben.» (Schubert 2018: 70)

Unter Betracht der Merkmale der organisierten Netzwerke ordnet ihnen Hack (2024: 3f.) die *tertiären Netzwerke* unter. Die tertiären Netzwerke nehmen den Platz zwischen den primären und sekundären Netzwerken ein und treten vermehrt stellvertretend für diese auf oder nehmen

eine vermittelnde Brückenfunktion zwischen ihnen ein (vgl. Bullinger/Nowak 1998: 85). Sie grenzen sich vor allem dadurch von den primären und sekundären Netzwerken ab, dass sie professionalisiert, bzw. aus einem professionellen Kontext heraus initiiert sind (vgl. Straus 1990: 498). Im Rahmen professioneller Hilfe nennt Straus (1990: 498) als Beispiele Einrichtungen von sozialen Organisationen oder von Wohlfahrtsverbänden. Bullinger und Nowak (1998: 85,87f.) nennen in diesem Zusammenhang etwa die Selbsthilfegruppe, intermediäre professionelle Dienstleistungen (stehen vermittelnd zwischen primären und sekundären Netzwerken, wie z.B. Beratung) und Nichtregierungsorganisationen.

In erster Linie stellen professionelle, bzw. professionell initiierte *Verbindungen* schwache Beziehungen in der Hinsicht dar, da ihnen i.d.R. keine ausgeprägte Intimität oder emotionale Gewichtung zugeschrieben wird. Unter Anbetracht der Merkmale von Granovetter (1973: 1361) spricht hingegen für starke Beziehungen die Argumentation, dass Interaktionen in organisierten Netzwerken lange andauern, auf viel Vertrauen beruhen sowie einem reziproken Leistungsverhältnis zugrunde liegen können (vgl. Schubert 2018: 69). Wie bei den lebensweltlichen Netzwerken ist dementsprechend eine Heterogenität bei den Beziehungsarten innerhalb organisierter Netzwerke festzustellen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, dass je nach Kontext oder individuelle Beziehungsgestaltung der Akteure und Akteurinnen ursprünglich schwache Beziehungen zu starken Beziehungen werden (vgl. ebd.: 70). Dies kann besonders dann der Fall sein, wenn tertiäre Netzwerke stellvertretend für primäre oder sekundäre Netzwerke fungieren. Als Beispiel ist die Selbsthilfegruppe zu nennen, welche zwar durch professionelle Fachkräfte in einem organisierten Rahmen initiiert wurde, unter den Beteiligten aber tiefe Freundschaften entstehen können und somit potenziell bis in die primären Netzwerke der Teilnehmenden hineinwachsen. Dieses «Hinausfallen» aus dem professionellen Kontext könnte der Grund sein, weshalb Straus (1990: 498) die Selbsthilfegruppe – anders als Bullinger und Nowak (1998: 85) – nicht zu den tertiären, sondern zu den sekundären Netzwerken zählt.

Verschwimmende Grenzen der lebensweltlichen und organisierten Netzwerke

Die Einordnung der Netzwerke in lebensweltliche und organisierte Netzwerke zeigt sich für den Versuch, eine Kategorisierung und dadurch eine Übersicht zu erhalten sowie eine verminderte Abstraktion von Netzwerken zu erreichen, als schlüssig. Bei genauerem Betrachten scheint die Zuordnung jedoch nicht immer klar zu sein und man erkennt, dass die Grenzen zwischen den lebensweltlichen und organisierten Netzwerken sowie dementsprechend auch zwischen primären, sekundären und tertiären Netzwerken je nach Kontext verschwimmen können. Straus (1990: 498) nennt dazu das Beispiel der «Einrichtungen aus der Sicht des Gesundheitswesens», welche er zwischen den sekundären und tertiären, bzw. zu der Mischform dieser beiden Netzwerke verortet. Der Grund dazu könnte sein, dass Teile des

Gesundheitswesens – wie z.B. durch eine Organisation initiierte Freiwilligenpflege – nicht immer professionalisiert sind. Zwischen den primären und sekundären Netzwerken kann eine Überlappung stattfinden, wenn z.B. freundschaftliche Beziehungen an der Arbeitsstelle entstehen. Aber auch das Beispiel der Selbsthilfegruppe zeigt, dass genaue Grenzen zwischen den Netzwerktypen nicht eindeutig vorhanden sind und Netzwerkategorien ineinandergreifen. In diesem Sinne stellen die gestrichelten Linien in der Tabelle 1 diese undeutlichen Trennlinien dar.

Lebensweltliche Netzwerke		Organisierte Netzwerke
Primäre Netzwerke	Sekundäre Netzwerke	Tertiäre Netzwerke
Tendenziell <i>starke Beziehungen</i> , auch <i>schwache Beziehungen</i>		Tendenziell <i>schwache Beziehungen</i> , auch <i>starke Beziehungen</i>

Tab.1: Vereinfachte Tabelle der Netzwerktypen in Anlehnung an Hack (2024: 4) (nach Straus (1990: 498) und Schubert (2018: 63)), ergänzt durch Granovetter (1973: 1361) und verändert nach eigener Betrachtung

Die verschwimmenden Grenzen können am fiktiven Beispiel von Herrn P. aus dem Kapitel «11.1 Soziale Netzwerke – der Versuch einer Erklärung» veranschaulicht werden: Per Definition würden die beiden Kinder und das Stiefkind von Herrn P. zum familiären Netzwerk und daher klar zum primären Netzwerk gehören. Die Kinder haben jedoch nur sporadisch mit Herrn P. Kontakt und sind seit geraumer Zeit nicht mehr die ersten Ansprechpersonen, falls Herr P. Unterstützung braucht. Die Charakteristika der Verbindung zu seiner Familie entspricht deshalb eher einer schwachen Beziehung. Anders sieht es mit dem Freiwilligenarbeiter des Roten Kreuzes aus, der stellvertretend für das primäre Netzwerk fungiert: Zwischen ihm und Herrn P. hat sich mit der Zeit eine tiefe Freundschaft entwickelt, die über die vom Roten Kreuz festgelegte Zeit hinausgeht. Die starke Beziehung mit dem Freiwilligenarbeiter entstand jedoch nicht im Rahmen des alltäglichen Lebens und auf natürliche Weise, sondern wurde professionell aus dem organisierten und deshalb tertiären Netzwerkkontext hinaus initiiert. Da die Beziehung aus der Perspektive von Herrn P. klar zum freundschaftlichen Netzwerk gehört, ist sie jedoch Bestandteil des primären Netzwerks geworden.

11.2.2 Brücke zur Buurtzorg-Praxis

Das Konzept von Buurtzorg zeigt manche Berührungspunkte sowohl mit lebensweltlichen als auch mit organisierten Netzwerken auf. Einerseits befinden sich die Pflegenden in einem

organisierten Netzwerk innerhalb von Buurtzorg (Verknüpfungen zu anderen Buurtzorg-Teams, zum Backoffice, etc.) und andererseits ist Buurtzorg selbst in einem organisierten Netz aus weiteren Einrichtungen und Organisationen situiert (siehe Kapitel «8.1 Der Netzwerkgedanke»). In der direkten Pflege und Betreuung machen sich die Pflegenden organisierte Netzwerke zunutze, um ein formelles Netzwerk – falls eines benötigt wird – um ihre Klientel herum aufzubauen oder ein vorhandenes zu erweitern. Darüber hinaus bilden die Pflegenden aus der Perspektive der Klientel selbst einen Teil ihres tertiären Netzwerks, da ihre Beziehung und professionelle Unterstützung aus einer Organisation heraus initiiert wurde.

Lebensweltlichen Netzwerke sind im Kontext der Pflege und Betreuung nach Buurtzorg von hoher Bedeutung: Sie bilden das informelle Unterstützungsnetzwerk um die pflegebedürftigen Personen herum, welches die Pflegenden nach der Mobilisierung der eigenen Ressourcen der Klientel an zweiter Stelle hinzuzuziehen versucht. Dazu werden primäre wie auch sekundäre Netzwerke konsultiert und erweitert.

Im Hinblick auf die *Beziehungsstärken* sind für Buurtzorg starke wie auch schwache Beziehungen von Interesse: So können je nach Kontext schwache Verbindungen zu Bekannten genauso relevant wie starke Verbindungen zu Familienmitgliedern sein, um Ressourcen für Hilfe aktivieren zu können. Die Verbindungen zwischen den Pflegenden und pflegebedürftigen Personen repräsentieren sich als starke Beziehungen, da das Buurtzorg-Pflegekonzept seine Pflegeversorgung auf einer nahen, vertrauten und stabilen Beziehung fundiert und diese Voraussetzung ist, um eine gelingende Umsetzung erzielen zu können. Neben den starken und schwachen Beziehungen kann für Buurtzorg in einem weiteren Verbindungscharakter einen Nutzen erkannt werden: Die sogenannte «absente Beziehung» stellt laut Granovetter (1973: 1361) eine Verbindung im Sinne eines völlig unbedeutsamen und vernachlässigbaren Kontakts dar. Als Beispiels kann etwa die Putzkraft der benachbarten Person genannt werden, die man immer wieder sieht, aber mit ihr nie in eine direkte Interaktion tritt. Diese absenten Beziehungen werden v.a. dann bedeutsam, wenn neue Personen in ein bestehendes Netzwerk der Klientel integriert oder neue Netzwerke erschlossen werden.

Die Buurtzorg-Praxis mit lebensweltlichen und organisierten Netzwerken auf Klientelebene lässt sich am besten an einem Beispiel – namentlich am Beispiel von Herrn P. – verdeutlichen: Nehmen wir an, Herr P. wird nicht von der Spitex gepflegt, sondern von einer Buurtzorg-Pflegekraft. Nun stürzte Herr P. die Treppe hinunter und musste im Spital einen offenen Armbruch operieren lassen. Nach der Entlassung bespricht er mit der Pflegekraft das weitere Vorgehen, denn die Wunde braucht fortan medizinische Versorgung, die über die Kompetenz der Buurtzorg-Pflegekraft hinausgeht. Die Pflegekraft nutzt das *organisierte Netzwerk*, in dem sich ihr Buurtzorg-Team befindet, und setzt sich mit dem lokalen ambulanten Pflegedienst in Verbindung, mit dem ihr Team verknüpft ist und von dem sie weiss, dass dieser eine Wundspezialistin

besitzt. Gemeinsam mit Herrn P. und der Wundspezialistin koordiniert und plant sie die Visiten. Danach schaut sie zusammen mit Herrn P., was alles ohne Hilfe geht und für welche Tätigkeiten er aufgrund seines Armbruchs Unterstützung benötigt. Zusammen evaluieren sie, dass die Selbstständigkeit im Alltag grösstenteils erhalten bleibt, aber der tägliche Verbandswechsel für Herrn P. mit nur einer Hand eine Herausforderung darstellt. Als nächster Schritt wird deshalb versucht, im *lebensweltlichen*, bzw. im *primären und sekundären Netzwerk* von Herrn P. nach Unterstützungsressourcen zu suchen. Da Herr P. eine *schwache Beziehung* zu seiner Familie hat und der Freiwilligenhelfer nicht jeden Tag vorbeikommen kann, kommt die Nachbarschaft als Unterstützung in Frage. Die Pflegekraft und Herr P. setzen sich mit den beiden Nachbarinnen, die Herr P. kennt, in Kontakt und fragen sie, ob es für sie möglich wäre, den Verbandswechsel vorzunehmen. Leider haben beide keine Zeit, fragen jedoch, ob die benachbarte Person mit dem Kind bereits gefragt wurde. Die Verbindung zwischen Herrn P. und der benachbarten Familie stellt eine *absente Beziehung* dar, da Herr P. zwar Kenntnis über sie hat, jedoch abgesehen von sporadischen Begegnungen keinen Kontakt zu ihr pflegt. Nach einer gemeinsamen Absprache gehen die Pflegekraft und Herr P. zur Familie und erkundigen sich bezüglich des abendlichen Verbandswechsels. Es stellt sich heraus, dass die erwachsene Person gerade Urlaub hat und sie es sich deshalb gut einrichten kann, täglich kurz vorbeizukommen und den Verband zu ersetzen.

11.3 Das Unterstützungspotential sozialer Netzwerke

Soziale Netzwerke bestehen aus verschiedensten individuellen sowie kollektiven Akteurinnen und Akteuren, welche in den unterschiedlichen Beziehungskontexten eine Vielfalt an Ressourcen, wie z.B. Leistungen, Kompetenzen oder materielle Güter aufweisen. Daraus geht ein Potential für Unterstützungsmöglichkeiten hervor, welches in und durch die primären, sekundären und tertiären Netzwerke entstehen kann.

Unterstützungsressourcen primärer Netzwerke stellen mehrheitlich eine sehr bedeutende und dem Individuum nahestehende Quelle für Problembehandlungen dar (vgl. Bulliner/Nowak 1998: 117). Sowie primäre Netzwerke soziale Beziehungen des Alltags umfassen, werden ihre Ressourcen für alltägliche und lebensweltnahe Herausforderungen, bzw. Problemstellungen herangezogen. So werden beispielsweise Betreuungs- und Pflegeleistungen bedürftiger Menschen oft durch die Familie vollbracht: Eine schweizerische Studie verdeutlicht dies anhand dessen, dass sie die Gesamtanzahl betreuender Angehöriger im Jahre 2018 auf eine Höhe von 592'000 Personen geschätzt hat (vgl. Bullinger/Nowak 1998: 109, Bundesamt für Gesundheit BAG 2019: 4). Insofern nehmen primäre Netzwerk auch für ältere, betreuungs- und pflegebedürftige Menschen eine bedeutende Rolle ein und werden als wichtige Unterstützungsressource genutzt (vgl. Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW 2023: 47).

Unterstützungsressourcen sekundärer Netzwerke kommen zwar nicht primär aus den

familiären, verwandtschaftlichen, freundschaftlichen oder nachbarschaftlichen Kontexten, bilden aber aufgrund ihrer lebensweltlichen Nähe dennoch wichtige Unterstützungsquellen. Exemplarisch kann die Lehrerschaft von Schule genannt werden, die wichtige Bezugspersonen von Kindern darstellen können und z.B. einen wichtigen Beitrag als psychosoziale Unterstützung leisten (vgl. Bullinger/Nowak 1998: 117). Als weiteres Beispiel kann die Teilnahme am Laien-Fussballclub für Senioren genannt werden, der das physische und psychische Wohlbefinden in der Hinsicht verbessern kann, dass dadurch soziale Kontakte ermöglicht werden und parallel die Gesundheit durch Bewegung gestärkt wird.

Unterstützungsressourcen tertiärer Netzwerke erweisen sich v.a. dann als relevant, wenn Unterstützungsleistungen nicht durch das primäre oder sekundäre Netzwerk erbracht werden können (vgl. Bullinger/Nowak 1998: 123). Tertiäre Netzwerke haben das Potential, aufgrund ihres professionellen Rahmens fachlich begleitete und gezielte Unterstützung zu ermöglichen. Exemplarisch kann die Studie der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW (2023: 47) herangezogen werden, die zum Ergebnis kam, dass tertiäre Netzwerke für ältere Menschen ohne betreuende Angehörige v.a. für Pflegeleistungen, aber auch zur psychosozialen Unterstützung von erheblicher Signifikanz sind.

12. Sozialarbeiterische Netzwerkarbeit

Wie im letzten Unterkapitel beschrieben, können soziale Netzwerke als Unterstützungsnetzwerke fungieren und als Ressource initiiert oder hinzugezogen werden, falls Problemstellungen und Herausforderungen behandelt werden sollen. In diesen Ressourcen hat die Soziale Arbeit Potenzial erkannt und leitet daraus Anknüpfungspunkte für ihre sozialarbeiterische Tätigkeit ab. Die sozialarbeiterische Netzwerkarbeit (SANWA) dient dabei als Methode, die die Chancen der Netzwerke gezielt in ihre Interventionsplanung miteinbezieht. Weil Soziale Arbeit sowohl an die lebensweltliche als auch an die organisierte Netzwerklandschaft anknüpft, bzw. in ihnen lokalisiert ist, arbeitet sie in und mit allen Subkategorien (primäre, sekundäre sowie tertiäre Netzwerke) (vgl. Hack 2024: 5). Infolgedessen knüpft sozialarbeiterische Netzwerkarbeit an der ganzen Bandbreite an Netzwerken mit ihren verschiedenen Beziehungsstrukturen an und findet sich in unterschiedlichen Bereichen mit vielseitigen Aufgaben wieder. In den folgenden Unterkapiteln sollen diese Aufgaben und die damit einhergehende Rollen der SANWA aufgezeigt werden.

12.1 Aufgaben, Rollen und Wirkung von SANWA

Dem Bereich der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit werden unterschiedliche Aufgaben zugeschrieben.

Bullinger und Nowak (1998: 139-169) nennen im Rahmen von verschiedenen Konzepten der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit die *Netzwerk-Beratung*, die *Selbsthilfeunterstützung*, die

Vernetzung sozialer Dienste, Aufgaben im institutionellen Setting, die netzwerkorientierte Gemeinwesenarbeit und die Netzwerkarbeit als Unterstützungsmanagement.

Die *Netzwerk-Beratung* strebt an, das soziale Umfeld von hilfebedürftigen Personen durch Beratungsprozesse zu aktivieren und als Unterstützungsmöglichkeit zu erschliessen, (Bullinger/ Nowak 1998: 139f.). Es wird das Ziel angestrebt, «(...) durch Beratung Hindernisse zur Inanspruchnahme sozialer Unterstützung abzubauen.» (Bullinger/Nowak 1998: 140) In diesem Sinne nimmt die SANWA die Rolle als «Hürdenbeseiterin» ein und knüpft auf der einen Seite direkt bei der hilfebedürftigen Person und auf der anderen Seite beim Umfeld der Person sowie bei professionellen Angeboten an, wodurch Veränderung im unmittelbaren Umfeld der Zielperson sowie beim Individuum selbst bewirkt werden soll (vgl. ebd.: 140-142). Als weiteren Aufgabenbereich wird *Netzwerkarbeit als Unterstützungsmanagement* genannt, die als Handlungsmodell bei der Unterstützung von Einzelfällen ansetzt und in gewisser Hinsicht Netzwerk-Beratung mit umfassenderen Aufgaben darstellt (vgl. Bullinger/Nowak 1998:161). «Der Sozialarbeiter vereinigt in sich als Case-Manager – aus der Perspektive der Klienten – mindestens drei Funktionen und Rollen: Er ist Koordinator, Advocat und Berater für die Belange und Interessen des Klienten. Er denkt fallorientiert in Netzwerkstrukturen.» (Bullinger/Nowak 1998:161) Die Management-Aufgabe im Rahmen sozialarbeiterischer Netzwerkarbeit beinhaltet, formelle sowie informelle Netzwerke als Unterstützungssysteme aufzubauen und vorhandene soziale Netzwerke mit neuen professionellen und informellen Netzwerken zu verknüpfen (vgl. ebd.: 162f.). Netzwerkarbeit als Unterstützungsmanagement soll infolgedessen bewirken, dass die Klientel Zugang zu umfänglichen und diversen Netzwerken erhält, welche verschiedene Unterstützungsleistungen erbringen können.

Bei der *Selbsthilfeunterstützung* geht es darum, dass sozialarbeiterische Netzwerkarbeit den Interventionen der Selbsthilfe unterstützend beisteht und diese initiiert (vgl. Bullinger/Nowak 1998: 144). Auf die Netzwerkarbeit bezogen impliziert das exemplarisch die Verweisung einzelner Personen an Selbsthilfegruppen sowie deren Aufbau und die Vernetzung der Gruppen mit weiteren Selbsthilfegruppen, interessierten Personen oder Professionellen (wie z.B. mit medizinischem Fachpersonal) (vgl. ebd.: 145f.). So nimmt die Soziale Arbeit in dieser Hinsicht die Rolle der Initiantin sowie Vernetzerin von Hilfen zur Selbsthilfe ein und stärkt im Prozess die Autonomie und Selbstermächtigung der Klientel .

Im Bereich der *Vernetzung sozialer Dienste* übernimmt die SANWA eine wegbereitende, koordinierende und verknüpfende Rolle, indem sie ihre Aufgabe darin sieht, soziale Dienste (wie z.B. Beratungs- und Anlaufstellen oder Sozialämter) miteinander zu verknüpfen und so einen Informationsfluss und eine Kooperationsgrundlage zwischen den Diensten sowie eine den Bedürfnissen und Fragestellungen des Individuums adäquate Triage Unterstützungsbedürftiger zu vereinfachen, resp. gewährleisten zu können (vgl. Bullinger/Nowak 1998: 149). In diesem

Zusammenhang verfolgt die sozialarbeiterische Netzwerkarbeit das Ziel, dass sich die sozialen Dienste in ihrer Dienstleistung ergänzen, keine Überschneidungen ihrer Themengebiete und Angebote aufweisen und einen gewissen Grad an Zusammenarbeit zwischen ihnen besteht (vgl. Bullinger/Nowak 1998: 149f.). Aus der Vernetzung sozialer Dienste ergibt sich ein Spektrum an positiven Wirkungen, wie z.B. eine gesteigerte Arbeitseffizienz, das Potenzial zu transparenten Arbeitsabläufen oder Überlegungen zu Problemlösungen über den eigenen institutionellen Rahmen hinaus (vgl. Quilling/Nicolini/Graf/Starke 2013: 29).

Weiter beinhaltet sozialarbeiterische Netzwerkarbeit *Aufgaben im institutionellen Setting*: Mit diesen meinen Bullinger und Nowak « (...) die bewusste Herstellung und Gestaltung von netzwerkförderlichen Bedingungen innerhalb von Institutionen.» (Bullinger/Nowak 1998: 153) Dabei handelt es sich um Institutionen, die einen niederschwelligen, lebens- und sozialraumorientierten Charakter aufweisen und innerhalb dieser die Professionellen mit der Klientel auf einem gemeinsamen Level kooperieren, wie es z.B. bei autonomen Gemeinschaftszentren oder in der offenen Jugendarbeit oft der Fall ist (vgl. Bullinger/Nowak 1998: 153 -155). Zusätzlich soll die SANWA sicherstellen, dass Einrichtungen den Zielgruppen einen Rahmen für Selbstorganisation bieten, Partizipation bei relevanten Beschlüssen gewährleisten sowie die innerhalb der Institution stattfindende Selbsthilfe mit professionellen Unterstützungsangeboten verknüpft wird (vgl. Bullinger/Nowak 1998: 155f.). Dementsprechend werden Bedingungen in den Institutionen geschaffen, die – wie bei der Selbsthilfeunterstützung – autonomes und selbstbefähigendes Handeln der Klientel fördern sollten. Daraus ableitend fungiert die sozialarbeiterische Netzwerkarbeit im institutionellen Setting als Initiantin und «Rahmenschafterin» von Selbstorganisation, Partizipation und Selbsthilfe sowie als Wegbereiterin für eine niederschwellige Herstellung von sozialen Netzwerken und deren Verknüpfung mit professionellen Hilfestellungen.

Im Bereich *netzwerkorientierte Gemeinwesenarbeit* ist in erster Linie wichtig, zu verstehen, dass es die Aufgabe der Gemeinwesenarbeit ist, die « (...) Ressourcen eines Stadtteils zu bündeln, Leute an einen Tisch zu bringen, Bedürfnisse herauszufinden und Interessen zu organisieren.» (vgl. Bullinger/Nowak 1998: 158). Früher spielte die Schaffung einer Verbindung zwischen politischen Instanzen auf Ebene der Gemeinde und den Anwohnenden eine zentrale Rolle; mit der Zeit fiel der Fokus der sozialen Gemeinwesenarbeit eher auf die Rolle der Vermittlerin zwischen den Welten der Klientel – inklusive ihrer persönlichen Netzwerke – und der Welt gesellschaftlicher (und professioneller) Einrichtungen (vgl. Bullinger/Nowak 1998: 159). Dementsprechend bewirkt netzwerkorientierte Gemeinwesenarbeit (v.a. früher) lokal eingebundene Partizipation sowie einen besseren Zugang zu örtlichen Dienst- und Unterstützungsleistungen. Die SANWA befindet sich also in der Position der Brückenbauerin und Vernetzerin zwischen den Anwohnenden (einschliesslich ihres sozialen Umfelds) einer Gemeinde und der örtlichen Politik, Organisationen und Institutionen.

Zu guter Letzt fällt der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit nach Quilling, Nicolini, Graf und Starke (2013: 13) die allgemeine Aufgabe zu, die verschiedenen Interessen, Meinungen und Zielsetzungen der Beteiligten von Netzwerken aufzunehmen, einen gemeinsamen Konsens auszuhandeln und daraus entstehende Konflikte abzuwehren, bzw. zu bearbeiten: Da ein Netzwerk aus vielen unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren bestehen kann, sind Meinungsverschiedenheiten und Auseinandersetzung nicht unüblich. Die SANWA nimmt dementsprechend die übergeordnete Rolle der Verhandlerin sowie Konfliktmanagerin ein.

Bei Betrachtung der Aufgabenbereiche und der Aufträge der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit lassen sich Aufgaben und Rollen erkennen, welche sich durch alle Anknüpfungspunkte ihrer Netzwerkarbeit ziehen: Die Soziale Arbeit findet sich in der Rolle der Ermittlerin, Koordinatorin und Initiantin sozialer Netzwerke; der Mediatorin, Vermittlerin und Vernetzerin der Klientel, professioneller und informeller Netzwerke mit anderen Personen, Gruppen, Organisationen und Netzwerken; sowie in der Rolle der Wegbereiterin und «Hürdenbeseiterin» für Zugänge zu Unterstützungsleistungen und zu autonomen, selbstermächtigtem und selbsthelfendem Handeln innerhalb und durch verschiedene Netzwerke wieder. Auffällig ist, dass die Rollen der SANWA mehrheitlich die Funktion haben, Unterstützung beizuziehen, und weniger direkte Unterstützungsleistungen im klassischen Sinne (wie z.B. Auszahlungen von Geldern auf dem Sozialamt) erbringen: Ihr Handeln dient vielmehr der Mobilisierung und Verknüpfung direkter Unterstützungsquellen.

12.2 Brücke zu lebensweltlichen und organisierten Netzwerken

Von den diversen Aufgaben und Rollen kann abgeleitet werden, dass sozialarbeiterische Netzwerkarbeit an den unterschiedlichsten Netzwerkstrukturen und Beziehungskontexten ansetzt und sie sich im Rahmen lebensweltlicher wie auch organisierter Netzwerke bewegt. So gibt es Aufträge der SANWA, die an den *lebensweltlichen Netzwerken* der Klientel und dadurch an den primären und sekundären Netzwerken ansetzen: Dazu gehört z.B. die Netzwerkberatung, falls diese Unterstützungshindernisse bearbeitet, welche im persönlichen Umfeld der Klientel und demnach im lebensweltlichen Netzwerk der betroffenen Person situiert sind. Zu den Aufgaben, welche sich klar im Kontext *organisierter* und dementsprechend tertiärer *Netzwerke* lokalisieren, gehört das Beispiel der Verknüpfung sozialer Dienste: Dabei geht es ausschliesslich um Verbindungen und Beziehungsgestaltung im professionellen Rahmen. Viele Aufgaben beziehen sich jedoch nicht nur auf eine Netzwerkkategorie: Gerade dadurch, dass sozialarbeiterische Netzwerkarbeit oftmals vermittelnd zwischen der Klientel (inklusive ihres sozialen Umfelds) und professionellen Netzwerken steht, kann sie innerhalb eines Auftrags in und *mit lebensweltlichen* sowie *organisierten Netzwerken* gleichzeitig agieren und interagieren. Dies ist z.B. bei der netzwerkorientierten Gemeinwesenarbeit der Fall, wenn sie die Welt der

Anwohnenden mit lokal-gesellschaftlichen oder professionellen Einrichtungen vernetzt. Wie die netzwerkorientierte Gemeinwesenarbeit arbeitet die Netzwerkberatung und die Netzwerkarbeit als Unterstützungsmanagement mit beiden Netzwerktypen, falls sie nicht nur Beziehungen zwischen der Klientel und ihrer privaten Umwelt fokussieren, sondern Verknüpfungen zwischen der Klientel und Professionellen er- und bearbeiten müssen.

Wie die Aufgaben sozialarbeiterischer Netzwerkarbeit ziehen sich die Rollen gleichermassen durch lebensweltliche und organisierte Netzwerke: Die SANWA kann z.B. eine verknüpfende und vermittelnde Rolle einnehmen, wenn es einerseits um Verbindungen zwischen professionellen Organisationen und Dienstleistenden geht (organisierte Netzwerke), und andererseits, wenn es sich um Verknüpfungen zwischen der Klientel und ihrem nahen sozialen Umfeld (lebensweltliche Netzwerke) handelt. Als weiteres Exempel kann die Rolle als Mediatorin erwähnt werden, die Konflikte innerhalb von lebensweltlichen und organisierten Netzwerken bearbeitet sowie Differenzen zwischen den beiden Netzwerkkategorien aushandelt.

13. Sozialen Arbeit in der Buurtzorg-Praxis

Wie in Kapitel «8.4 Sicht der Sozialen Arbeit auf die Buurtzorg-Praxis» dargelegt wurde, bildet Buurtzorg aus der sozialarbeiterischen Perspektive ein zielführender Lösungsansatz und eine potenzielle Antwort auf die prekäre Lage der Langzeitpflegeversorgung in der Schweiz, wobei die Pflege nach Buurtzorg viele Parallelen und Übereinstimmungen mit der Sozialen Arbeit aufweist. Im weiteren Verlauf soll daher auf die Anknüpfungspunkte der Sozialen Arbeit im Buurtzorg-Konzept eingegangen werden und in einem nächsten Schritt die Rolle der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit innerhalb von Buurtzorg erläutert werden.

13.1 Berührungspunkte

In der Quellenlandschaft – v.a. in der deutschsprachigen – ist Literatur zu Verbindungs- und Anknüpfungspunkten der Sozialen Arbeit zu Buurtzorg rar bis gar nicht vorhanden. Wird der Rahmen der Recherchearbeit erweitert, stösst man auf die Idee eines Modells in Grossbritannien, welches eine durch Buurtzorg inspirierte Kindersozialarbeit darstellt: Das Modell schlägt vor, dass Elemente von Buurtzorg – wie z.B. die vereinfachte Bürokratie, die Selbstorganisation der Teams oder das räumlich begrenzte Einsatzgebiet – in die Kindersozialarbeit übertragen werden (vgl. Frontline/Centre for Public Impact (CPI) UK/Buurtzorg Britain & Ireland 2019: 18).

Das Beispiel zeigt demnach, dass die Soziale Arbeit im Rahmen des Buurtzorg-Konzept durchaus Anknüpfungspunkte findet – wenn auch im Falle von Frontline et al. (2019) in einer adaptierten Form des niederländischen Pflegekonzepts. Im Zusammenhang mit dem Modellentwurf ist jedoch zu erwähnen, dass dieser ganz nach der allgemeinen Kindersozialarbeit

ausgerichtet ist und als primäre Zielpersonen keine pflegebedürftigen Menschen ins Zentrum stellt (vgl. ebd.: 16f.).

Während der Recherche zur Frage, ob und wie sich die Soziale Arbeit im Rahmen von Buurtzorg in der Schweiz verorten könnte, konnten keine Quellen gefunden werden, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzen. Einzig lassen sich in der Studie der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW (2018) Äusserungen dazu finden, dass sich sozialarbeiterische Aufgaben in der Tätigkeit von Buurtzorg- Pflegenden manifestieren: Demnach beinhaltet die generalistische Arbeitsweise und der multiple Verantwortungsbereich Aufgaben, die der Sozialen Arbeit zugesprochen werden können, wie z.B. die gemeinsame Arbeit mit dem sozialen Umfeld oder die Verknüpfungsarbeit mit Organisationen des Gemeinwesens (vgl. ebd.: 10f.,18). Diese Tätigkeiten werden in den regulären ambulanten Pflegediensten der Spitex nicht ausgeführt (vgl. ebd.). Auch die Spitex Region Olten umfasst keine Aufgaben der Gemeinwesenarbeit oder Netzwerkarbeit in Hinblick auf die Arbeit mit der Klientel (vgl. Spitex Region Olten 2024: o.S.). Dies liegt höchstwahrscheinlich an den Limitationen – namentlich z.B. der Fragmentierung der Pflege in Einzelleistungen – welche in Kapitel «9.1 Diskrepanzen zu den Niederlanden» geschildert werden und eine komplette Übernahme des Buurtzorg-Konzepts verhindern.

13.2 Anknüpfungspunkte der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit innerhalb von Buurtzorg

Um einen Bezug der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit zu Buurtzorg herstellen zu können, soll in den nächsten Unterkapiteln einerseits der Vergleich der Rollen, bzw. Aufgaben von SANWA und von Buurtzorg dargestellt und andererseits die mögliche Rolle der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit im schweizerischen Buurtzorg-Kontext hergeleitet werden.

13.2.1 Analogie der Rollen und Aufgaben

In den Kapiteln «7.2 Buurtzorg – ein kurzer Überblick» und «8.1 Der Netzwerkgedanke» wurden die Aufgaben und Rollen von der Pflege und Betreuung nach Buurtzorg dargelegt und im Kapitel «12.1 Aufgaben, Rollen und Wirkung von SANWA» wurden die Aufgaben und Rollen der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit beschrieben. Die folgende Tabelle soll eine Gegenüberstellung von Beispielen dieser Rollen und Aufgaben abbilden und so die Berührungspunkte und Parallelen von Buurtzorg, bzw. von der Arbeit von Buurtzorg-Mitarbeitenden und der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit verdeutlichen:

Sozialarbeiterische Netzwerkarbeit	Buurtzorg
Netzwerk-Beratung Aufgaben: Mobilisierung der Ressourcen des Umfelds durch Beratung; Hindernisse seitens der Klientel und seitens der Netzwerke abbauen, die den Zugang zu (formellen wie informellen) Unterstützungsleistungen erschweren Rollen: Beraterin der Klientel, «Hürdenbeseiterin» für Netzwerkzugang, Vernetzerin der Klientel, Erschliesserin von Netzwerkressourcen	Aufgaben: Pflegende arbeiten mit der Klientel und den Angehörigen der Klienten sowie professionell Dienstleistenden zusammen, um Zugang zu Unterstützung zu gewährleisten Rollen: Pflegende als Vermittelnde zwischen Klientel und Netzwerken, Erschliessende von Ressourcen, Vertretende der Bedürfnisse sowie Interessen der Klientel im Netzwerksystem
Netzwerkarbeit als Unterstützungsmanagement Aufgaben: Aufbau und Erweiterung formeller und informeller Unterstützungssysteme der Klientel (Einzelfallhilfe) Rollen: Vertreterin und Verteidigerin der Bedürfnisse sowie Interessen der Klientel im Netzwerksystem, Beraterin der Klientel, Initiantin und «Ergänzerin» von Netzwerken	Aufgaben: Pflegende streben Ausbau bestehender Netzwerke und Erschliessung neuer Netzwerke um Klientel herum an, die als Unterstützungsquellen dienen können Rollen: Initiierende, «Ergänzende» und Erschliessende von Netzwerken
Netzwerkarbeit als Selbsthilfeunterstützung Aufgaben: Verweisung unterstützungsbedürftiger Personen an Selbsthilfegruppen, Aufbau und Verknüpfung von Selbsthilfegruppen Rollen: Initiantin und Vernetzerin von Selbsthilfeinterventionen	Aufgaben: Pflegende ermöglichen Selbsthilfemächtigung durch Mobilisierung eigener Ressourcen der Klientel sowie Ressourcen der Netzwerke der Klientel Rollen: Initiierende und Unterstützende von Hilfe zur Selbsthilfe
Vernetzung sozialer Dienste Aufgaben: Verknüpfen von sozialen Diensten; Herstellung einer Grundlage für Informationsfluss, Kooperation, Koordination und adäquater Triage der Klientel Rollen: Wegbereiterin und Initiantin von Kooperation und Koordination zwischen sozialen Diensten, Vernetzerin sozialer Dienste	Aufgaben: Buurtzorg, bzw. Buurtzorg-Teams verknüpfen sich selbst (lokal) mit inter- und intraprofessionellen Organisationen und bilden dadurch ein Netzwerk, das Organisationen und Einrichtungen untereinander verbindet; Buurtzorg-Teams sind mit dem Backoffice, mit Coaches und über das Buurtzorg-Web mit anderen Buurtzorg-Teams verknüpft Rollen: Buurtzorg und Buurtzorg-Teams als Verknüpfende von Organisationen und Einrichtungen, Buurtzorg und Buurtzorg-Teams als Verknüpfte in Netzwerken
Aufgaben im institutionellen Setting Aufgaben: Herstellung und Gestaltung netzwerkförderlicher Bedingungen in Institutionen (die i.d.R. einen sozialraumorientierten und niederschweligen Charakter aufweisen); Schaffung eines Rahmens innerhalb von Institutionen für Selbstorganisation, Partizipation und leichter Herstellung von Netzwerken; Verknüpfen von Selbsthilfe in Institutionen mit professioneller Hilfe	Aufgaben: Buurtzorg schafft innerhalb der eigenen Organisation einen Rahmen für Autonomie, Partizipation und Selbstorganisation des Pflegepersonals. Da Buurtzorg ambulant pflegt, befindet sich die Klientel nicht in einem institutionellen Setting

Rollen: Rahmenschafterin und Initiantin für Selbsthilfe, Mitsprache und Selbstermächtigung in Institutionen; Vernetzerin professioneller Hilfe	Rollen: Buurtzorg als rahmenschaffende Organisation für Selbstermächtigung, Eigenverantwortung und Autonomie des Personals
Netzwerkorientierte Gemeinwesenarbeit Aufgaben: Früher Vermittlung und Zusammenführung von politischen Instanzen und den Menschen einer Gemeinde, heute eher Vermittlung zwischen Anwohnenden inklusiv ihres sozialen Umfelds und gesellschaftlichen Einrichtungen sowie Organisationen Rollen: Brückenbauerin und Vermittlerin im gesellschaftlichen und gemeinwesensbezogenen Kontext	Aufgaben: Buurtzorg vernetzt sich mit Organisationen, Einrichtungen der Gemeinwesenarbeit sowie politischen Einrichtungen und engagiert sich im Gemeinwesen, wodurch die ganze Gemeinschaft profitiert Rollen: Buurtzorg als brückenbauende, verknüpfte und verknüpfende Organisation lokaler Einrichtungen und Organisationen; das Gemeinwesen gestaltende Organisation

Tab. 2: Berührungspunkte und Parallelen der Rollen und Aufgaben von Buurtzorg und der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit, eigene Darstellung nach Bullinger und Nowak (1998: 139-169) und diversen Quellen aus Kapitel «7.2 Buurtzorg – ein kurzer Überblick» und «8.1 Der Netzwerkgedanke»

Mit Blick auf die Parallelen fällt auf, dass die Rollen und Aufgaben der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit und der Buurtzorg-Pflege häufig äquivalent sind, obwohl sie zwei verschiedene Berufsgruppen bilden: So hat die SANWA wie auch Buurtzorg beispielsweise die Funktion, Netzwerke zu gestalten, neu aufzubauen und vorhandene zu erweitern. Weiter gibt es Ähnlichkeiten und Überschneidungen der Funktionen, die sich jeweils auf eine andere Ebene beziehen: In diesem Sinne verfolgt die SANWA auf das institutionelle Setting bezogen das Ziel der Selbstermächtigung der Klientel (Klientelebene), während in Buurtzorgs institutionellem Setting Selbstermächtigung auf Personalebene im Fokus steht (wobei auf Buurtzorgs Klientelebene ebenfalls Selbstbefähigung und Emanzipation angestrebt wird). Die Hauptunterschiede der Tätigkeiten von SANWA und Buurtzorg befinden sich ausserhalb der in der Tabelle aufgegriffenen Aufgaben und Rollen und liegen nahezu nur in den Aufgabenbereichen, in denen sich die benötigten Fachkenntnisse grundlegend unterscheiden, wie etwa die Abgabe von Medikation oder die professionelle Hygienepflege. Die Äusserung der Fachhochschule Nordwestschweiz (2018: 10f.,18) darüber, dass die Buurtzorg-Pflegenden sozialarbeiterische Tätigkeiten ausüben, wird dadurch untermauert.

Da sich sowohl die Rollen als auch die Aufgaben sehr ähnlich sind, besteht aufgrund der Analogie das erhöhte Risiko, dass eine Redundanz in der Arbeitsausführung entsteht, falls die Soziale Arbeit mit der Methode der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit in Buurtzorg integriert werden würde: Dies betrifft v.a. die direkte praktische Netzwerkarbeit mit den pflegebedürftigen Personen und ihren Netzwerken, in der die beiden Professionen viel Aufgaben- und Rollenähnlichkeit aufweisen.

Angesichts der signifikanten Ähnlichkeit könnte im Hinblick auf mögliche Anknüpfungspunkte die Frage zielführend sein, in welchen Tätigkeiten und Rollen sich keine Überschneidungen erkennen lassen und wo die sozialarbeiterische Netzwerkarbeit Lücken füllen könnte. Mit Blick auf das *klassische* Buurtzorg-Konzept im niederländischen Kontext – welches in der Tabelle 2 in der rechten Spalte repräsentiert wird – sind kaum Lücken zu erkennen. Im *schweizerischen* Kontext hingegen, in dem Buurtzorg von keiner ambulanten Pflegeorganisation vollumfänglich übernommen werden kann, gibt es solche Nischen, in denen die SANWA wirken und Aufgaben übernehmen könnte. Deshalb werden diese Lücken bei Buurtzorg-orientierten ambulanten Pflegediensten im folgenden Verlauf der Arbeit genauer betrachtet, wodurch aufgezeigt werden soll, wo die sozialarbeiterische Netzwerkarbeit Aufgaben, bzw. Rollen im schweizerischen Buurtzorg-Kontext übernehmen könnte.

13.2.2 Rolle der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit in schweizerischen Buurtzorg-Imitationen

In der Schweiz wäre es denkbar, dass die Spitex-Dienste, welche Buurtzorg als Orientierungsrahmen nutzen, in eine gemeinsame und enge Kooperation mit der Sozialen Arbeit treten oder die Soziale Arbeit sogar ein integrierter Teil der Spitex-Dienste werden könnte. Knöpfel (2020: 34f.) stimmt in der Hinsicht diesem Gedanken zu, dass er einen Mehrwert darin sehen würde, wenn Sozialarbeitende sowie Personen der Sozialpädagogik in die ambulanten Pflegeteams miteingebunden wären. Sie könnten die Pflege durch pädagogische Kenntnisse über professionelle Betreuung individueller und bedürfniszentrierter gestalten – insbesondere im Kontext der Bedarfsabklärung (vgl. ebd.).

Im Hinblick auf die Rollen und Funktionen der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit stellt sich die Frage, wo sich genau die Lücken befinden, die Spitex-Dienste in Korrelation zu Buurtzorg nicht abdecken können. Am Beispiel der Spitex Region Olten (2024: o.S.) könnte dies folgende Aufgaben und Rollen der SANWA betreffen:

- Netzwerkarbeit auf der Klientelebene (Arbeit mit ihren primären, sekundären und tertiären Netzwerken)
- Vernetzung mit Selbsthilfeinterventionen (Arbeit mit überwiegend sekundären, bzw. tertiären Netzwerken)
- Vernetzung von sozialen/professionellen Diensten sowie interprofessionellen und gesellschaftlichen Organisationen/Einrichtungen (Arbeit in und mit organisierten Netzwerken)

- Netzwerkorientierte Gemeinwesenarbeit (Arbeit in und mit lebensweltlichen und organisierten Netzwerken)

Durch die Integration und Etablierung von Sozialarbeitenden in Buurtzorg-orientierten Spitex-Diensten im schweizerischen Kontext könnte erzielt werden, dass die ambulanten Pflegedienstleistungen in Kombination mit den Aufgaben der SANWA einer Umsetzung des gesamten Buurtzorg-Konzepts näherkommt.

Abschliessend soll die Zusammenarbeit, bzw. die Fusion der beiden Berufsbereiche am fiktiven Beispiel von Herrn P. aus dem Kapitel «11. Soziale Netzwerke» verdeutlicht werden: In diesem Fall wohnt Herr P. in der Schweiz und wird von einem Spitex-Dienst gepflegt, der sein Handeln und seine Struktur im Rahmen des Möglichen an Buurtzorg angepasst hat. Nach dem Armbruch von Herrn P. kommt parallel zur pflegenden Person eine Sozialarbeiterin zu ihm, welche er seit seiner Anmeldung beim Pflegedienst kennt. Sie hat bereits manche Gespräche mit Herrn P. geführt und seine Wünsche und Bedürfnisse zusammen mit der Pflegekraft abgeholt. Die Sozialarbeiterin übernimmt nun die Aufgabe, die im Kapitel «11.2.2 Brücke zur Buurtzorg-Praxis» von der Buurtzorg-Mitarbeiterin ausgeführt wurde und evaluiert unter Einbezug der Pflegekraft, was er im Alltag tun kann und wo er Unterstützung braucht. Sie koordiniert mit Herrn P. und der Wundspezialistin eines weiteren lokalen Pflegedienstes, mit welchem sie und ihr Spitex-Pflegeteam sich zuvor durch die Vernetzungsarbeit der Sozialarbeiterin verknüpft hat, die Visiten. Die Gesundheitsversorgung, die nicht von der Wundspezialistin durchgeführt werden muss, wird nach wie vor von der Pflegekraft übernommen. Gemeinsam mit Herrn P. erschliesst sie die Unterstützung durch die Nachbarschaft, die ihm am Abend jeweils den Verband wechselt. Schlussendlich schaut sie, dass alle betroffenen Personen ihres Spitex-Dienstes über die neusten Infos bezüglich der Pflege und Betreuung von Herrn P. Bescheid wissen.

Neben der direkten Arbeit mit der Klientel arbeitet die Sozialarbeiterin gegenwärtig mit dem lokalen Gemeinschaftszentrum zusammen an einem Projekt, welches zur Mobilisierung der allgemeinen Nachbarschaftshilfe des zugehörigen Stadtteils ihres Spitex-Dienstes beitragen soll.

14. Schlussfolgerung

Erkenntnisse und Beantwortung der Fragestellung

Der Fachkräftemangel in Verbindung mit der Überalterung stellen ein reales Risiko für die Pflegeversorgung dar. Es zeigen sich schon heutzutage Folgen auf der Ebene der Institutionen, resp. Organisationen, der Ebene des Personals sowie der Ebene der pflegebedürftigen Personen inklusive ihrer Angehörigen, welche sich in Zukunft sogar intensivieren können. Die Folgen können aus sozialarbeiterischer Sicht als problematisch eingestuft werden und Interventionen der Sozialen Arbeit legitimieren. Diese Auswirkungen, die die verschiedenen Ebenen betreffen, sind eng miteinander verknüpft und bedingen sich gegenseitig.

Der demographische Wandel in der Schweiz zeigt eine zunehmende Tendenz in der Bevölkerungsgrösse sowie in der Zunahme der Anzahl Menschen ab 65 Jahren. Prognostizierte Szenarien der demographischen Entwicklung sagen vorher, dass sich dieser Trend in Zukunft fortsetzen wird und die Zahl sowie der Prozentsatz älterer Menschen weiter steigen wird. Unter Anbetracht dessen, dass der Gesundheitssektor und die Pflege stark vom Fachkräftedefizit betroffen sind und der allgemeine «Fachkräftemangel» langsam in einen «Arbeitskräftemangel» übergeht, entsteht eine reale Bedrohung für die (Alten-)Pflegeversorgung. Das steigende Risiko einer Verschlechterung der Situation wird von Prognosen vom zukünftigen Bedarf in der Altenlangzeitpflege bestätigt, die eine unzureichende Abdeckung der Pflegenachfrage vorhersagen.

Es gibt verschiedene Lösungsansätze in der Schweiz, die der Problematik entgegenwirken sollen, die meisten berücksichtigen jedoch die Reziprozität der Ebenen der Betroffenen nicht genügend. Ein Lösungskonzept könnte deshalb die Pflege nach Buurtzorg darstellen, welche ein holistisches Pflegekonzept darstellt und alle von den Folgen des Fachkräftemangels betroffenen Ebenen miteinbezieht. Dabei kann Buurtzorg manche Vorteile vorweisen, die das Potential haben, die prekäre Pflegesituation zu stabilisieren. Buurtzorg zieht jedoch auch Herausforderungen und Probleme mit sich, die in der Literatur nicht die gleiche Präsenz wie die positiven Aspekte aufweisen. Unter Berücksichtigung dieser negativen Aspekte hat eine Einführung von Buurtzorg dennoch das Potential, der Problematik entgegenzuwirken. Das Konzept von Buurtzorg wird aus der sozialarbeiterischen Perspektive ebenfalls als zielführend betrachtet und weist viele Überschneidungen mit den Werten und Handlungsprinzipien der Sozialen Arbeit auf. Eine Übertragung des Buurtzorg-Konzepts in die Schweiz ist jedoch nur durch Anpassungen des Buurtzorg-Konzepts möglich und für eine kompletten Übertragung wären Veränderungen der Rahmenbedingungen der Pflege, bzw. Modifikationen im Pflege- und Gesundheitssystems von Nöten. Die Spitex Region Olten stellt dabei einen ambulanten Pflegedienst dar, welche Elemente von Buurtzorg integriert hat, aber nicht das komplette Konzept übernehmen konnte.

Für die Frage einer Rolle der Sozialen Arbeit bei Buurtzorg erhält die sozialarbeiterische Netzwerkarbeit Relevanz, da sie – wie Buurtzorg – in und mit Netzwerken arbeitet. Je nach Theorie werden die Bestandteile und Inhalte von Netzwerken anders aufgefasst und dargelegt. Dabei gibt es die Einteilung von Netzwerken in organisierte und lebensweltliche Netzwerke, denen die primären, sekundären und tertiären Netzwerke untergeordnet werden. Innerhalb der Subtypen können schwache sowie starke Beziehungen vorkommen, deren Stärke von verschiedenen Merkmalen abhängig ist. Buurtzorg arbeitet in und mit lebensweltlichen und organisierten Netzwerken gleichermaßen.

Die soziale Netzwerkarbeit stellt eine Methode der Sozialen Arbeit dar, die ebenfalls mit sozialen Netzwerken (inter-)agiert und beinhaltet eine Bandbreite an verschiedenen Aufgaben und Rollen: Dazu gehören die übergeordneten Aufgaben der Netzwerk-Beratung, der Netzwerkarbeit als Unterstützungsmanagement, die Selbsthilfeunterstützung, die Vernetzung sozialer Dienste, Aufgaben im institutionellen Setting sowie netzwerkorientierte Gemeinwesenarbeit. In ihrem Kontext arbeitet die SANWA – genau wie Buurtzorg – in und mit organisierten und lebensweltlichen Netzwerken, wobei sie sich innerhalb ihrer Aufgaben oft als Brückenbauerin und Vermittlerin zwischen den beiden Netzwerkkategorien wiederfindet.

Quellen über Anknüpfungspunkte der Sozialen Arbeit im Buurtzorg-Konzept sind in der Literatur kaum auffindbar. Man stösst jedoch auf die Erkenntnis, dass Buurtzorg-Pflegende sozialarbeiterische Tätigkeiten ausüben und dass dies im Schweizer Kontext bei Pflegenden der Spitex nicht der Fall ist.

In einem Vergleich der Rollen und Aufgaben der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit mit denen von Buurtzorg, fällt auf, dass diese sehr ähnlich und teils übereinstimmend sind. Dies könnte im Falle einer Beteiligung der Sozialen Arbeit anhand der Methode der sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit im Rahmen von Buurtzorg zu Redundanzen führen, weshalb die Frage nach den Unterschieden sinnvoll ist. Dabei lässt sich erkennen, dass im Schweizer Kontext Lücken aufgrund der unvollständigen Übertragung des Buurtzorg-Konzepts vorhanden sind, die die sozialarbeiterische Netzwerkarbeit schliessen könnte. Diese Lücken stellen im Beispiel der Buurtzorg-orientierten Spitex Region Olten die Netzwerkarbeit auf der Klientenebene, die Vernetzung der Klientel mit Selbsthilfeinterventionen, die Vernetzung von sozialen und professionellen Diensten sowie interprofessionellen und gesellschaftlichen Organisationen, bzw. Einrichtungen und die netzwerkorientierte Gemeinwesenarbeit dar.

Schlussfolgernd könnte eine Umsetzung der Pflege nach Buurtzorg als Teil des schweizerischen Langzeitpflegesystems dadurch gelingen, dass Buurtzorg adaptiert und schweizerischen Verhältnissen angepasst werden würde. Ambulante Spitex-Dienste könnten Buurtzorg in ihre Arbeitsweise, Hierarchiestrukturen, Wertevorstellungen und Handlungsprinzipien so weit übernehmen, wie es im schweizerischen Kontext möglich ist. Die Lücken, welche sich

nicht durch Anpassungen bei den Spitex-Diensten schliessen lassen, würden von der Sozialen Arbeit durch die sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit mit den oben beschriebenen Aufgaben abgedeckt werden, was zum Gelingen der Pflege nach Buurtzorg beitragen würde, bzw. könnte. Dabei gibt es aber durchaus Grenzen und die sozialarbeiterische Netzwerkarbeit kann nicht alle Lücken füllen, die nach einer Adaption für eine Vervollständigung des Buurtzorg-Konzepts von Nöten wären (wie z.B. Änderungen des Abrechnungssystems).

Weiterführende Gedanken und Ausblick

Falls es tatsächlich dazu kommen würde, dass die Soziale Arbeit in den von Buurtzorg inspirierten Spitex-Diensten Fuss fassen würde, wäre es von Interesse, nach einiger Zeit einen Vergleich von der Arbeit der durch sozialarbeiterische Netzwerkarbeit ergänzten Spitex-Diensten und der Arbeit von konventionellen Buurtzorg-Teams durchzuführen und Parallelen sowie Unterschiede herauszuarbeiten. Weiter wäre es von Bedeutung, durch Forschung zu ermitteln, ob es zu Überschneidungen in der Tätigkeit der Pflegenden der Spitex und der Tätigkeiten der Sozialen Arbeit kommt, um Redundanzen zu vermeiden.

Damit Buurtzorg in der Schweiz umfänglich Wirkung zeigen könnte, müsste das Pflegekonzept komplett übernommen werden können. In dem Sinne könnten weiterführende Gedanken dazu gemacht werden, wo ausserhalb der bereits erkannten Potentiale bei einer Übertragung Buurtzorgs in die Schweiz noch Anpassungsmöglichkeiten bestehen, um sich einer vollständigen Einführung des Konzepts anzunähern. In dem Hinblick könnte die Frage verfolgt werden, ob sich der Inhalt der Pflegeausbildung (aller Stufen) in den Niederlanden mit dem der Pflegeausbildung in der Schweiz unterscheidet, da das niederländische Pflegepersonal scheinbar besser mit den multidimensionalen Aufgaben von Buurtzorg zurechtkommt. Aus den Ergebnissen könnten Anpassungen für die Pflegeausbildungen in der Schweiz abgeleitet werden, um z.B. eine Ausführung der professionellen Betreuungsaufgaben inklusive der Arbeit mit den Netzwerken der Klientel seitens des Pflegepersonals ermöglichen zu können. In dem Zusammenhang könnte Soziale Arbeit in den Ausbildungskontext eingebunden und Pflegenden die sozialarbeiterischen Netzwerkarbeit nähergebracht werden.

Die Ergebnisse der Arbeit reduzieren sich dabei aufgrund der Eingrenzung der Fragestellung auf die sozialarbeiterische Netzwerktätigkeit. Hier könnte man die Frage wieder öffnen und die potenzielle Rolle der Sozialen Arbeit im Allgemeinen untersuchen. Dabei könnte exemplarisch die Frage verfolgt werden, ob die Soziale Arbeit als Wissensträgerin über Konfliktmanagement, Arbeit mit Gruppen und Fallarbeitskenntnissen als supervisierender Teil des Coachings von Buurtzorg-Teams fungieren könnte.

Die Thematik rund um Anknüpfungspunkte der Sozialen Arbeit zu Buurtzorg wird in der Literatur sehr knapp behandelt. In dieser Hinsicht könnten weitere Studien zu möglichen Aufgaben, bzw. Rollen der Sozialen Arbeit innerhalb von Buurtzorg durchgeführt werden.

Um die prekäre Lage der schweizerischen Langzeitpflege verbessern zu können, braucht es schlussendlich mehr als nur ein einzelnes vielversprechendes Konzept. Buurtzorg stellt ein vorbildliches Beispiel dar, wie ein Lösungsansatz aussehen könnte – reicht unter Anbetracht der Grösse der zukünftigen Problemdimension aber nicht aus. Lösungen müssen im gesamt-systemischen Rahmen ausgearbeitet werden – zumal die Ursprünge der prekären Lage der Langzeitpflege übergeordnete und weitreichende Problematiken darstellen.

Quellenverzeichnis

Adecco Gruppe Schweiz/Stellenmarkt-Monitor Schweiz (2023). *Fachkräftemangel Index Schweiz 2023*. Zürich: The Adecco Group.

AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial.

Berner Fachhochschule BFH (2015). *Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim. Beschreibende Ergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen in der Schweiz. Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS)*. Autorenschaft: Sommerhalder, Kathrin/Gugler, Eliane/Conca, Antoinette/Bernet, Madeleine/Bernet, Niklaus/Serdaly, Christine/Hahn, Sabine. Bern: Berner Fachhochschule BFH.

Bundesamt für Statistik BFS (2018). *Definition: Spitex*. www.bfs.admin.ch URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/hilfe-pflege-hause.assetdetail.5936189.html> [Zugriffsdatum: 29. August 2024].

Bundesamt für Statistik BFS (2019). *Die verschiedenen Generationen auf dem Arbeitsmarkt. Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE), 1991–2018*. In: BFS Aktuell. 03 Arbeit und Erwerb. Neuchâtel: Schweizerische Eidgenossenschaft.

Bundesamt für Statistik BFS (2021). *Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2021*. Eidgenössisches Departement des Innern EDI. Neuchâtel: BFS.

Bundesamt für Statistik BFS (2022). *Demografisches Porträt der Schweiz. Bestand, Struktur und Entwicklung der Bevölkerung im Jahr 2020*. Eidgenössisches Departement des Innern EDI. Neuchâtel: BFS.

Bundesamt für Statistik BFS (2023a). *Die Schweiz in Zahlen. Statistisches Jahrbuch 2022/2023*. Eidgenössisches Departement des Innern EDI. Neuchâtel: BFS.

Bundesamt für Statistik BFS (2023b). *Tabelle: Von Spitex-Diensten betreute Fälle, 2022. Anzahl nach Art der Leistung und Alter*. www.bfs.admin.ch. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/hilfe-pflege-hause.assetdetail.29270746.html> [Zugriffsdatum: 18. Juni 2024].

Bundesamt für Statistik BFS (2023c). *Sozialmedizinische Institutionen: Anzahl Plätze, Tabelle*. www.bfs.admin.ch. URL: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/28465889> [Zugriffsdatum: 30. August 2024].

Bundesamt für Statistik BFS (2024). *Gesundheit. Taschenstatistik 2024*. Eidgenössisches Departement des Innern EDI. Neuchâtel: BFS.

Bullinger, Hermann/Nowak, Jürgen (1998). *Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Buurtzorg International (2024a). www.buurtzorg.com. *Collaboration at Buurtzorg*. URL: <https://www.buurtzorg.com/collaboration/> [Zugriffsdatum: 07. Juli 2024].

Buurtzorg International (2024b). www.buurtzorg.com. *The History of Buurtzorg*. URL: <https://www.buurtzorg.com/about-us/history/> [Zugriffsdatum: 1. November 2024].

Buurtzorg International (2024c). www.buurtzorg.com. *Buurtzorg's model of care*. URL: <https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtzorgmodel/> [Zugriffsdatum: 1. November 2024].

Buurtzorg International (2024d). www.buurtzorg.com. *A pioneering healthcare organization*. URL: <https://www.buurtzorg.com/about-us/> [Zugriffsdatum: 19. November 2024].

Buurtzorg International (2024e). www.buurtzorg.com. *Welcome to Buurtzorg*. URL: <https://www.buurtzorg.com/> [Zugriffsdatum: 23. Dezember 2024].

Borchert, Yannic (o.J.). *Schließungen und Insolvenzen in der Pflege 2022. Ihr Überblick über geschlossene und insolvente Pflegedienste, Pflegeheime und Tagespflegen*. PFLEGE-MARKT.COM. AM PULS DER PFLEGE. www.pflegemarkt.com. URL: <https://www.pflegemarkt.com/news/veraenderungen/anzahl-schliessungen-insolvenzen-pflege-2022/> [Zugriffsdatum: 30. August 2024].

Cavedon, Enrico/ Minnig, Christoph / Zängl, Peter (2018). *Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser. Das holländische Buurtzorg-Modell: Selbstorganisation in der ambulanten Pflege*. In: Curaviva. 6. S. 12-15.

De Blok, Jos/Weber, Winfried W. (2019). *Keine Furcht vor der Freiheit*. Healt&Care Management. www.hcm-magazin.de. URL: <https://www.hcm-magazin.de/keine-furcht-vor-der-freiheit-266121/> [Zugriffsdatum: 07. Juli 2024].

Der Bundesrat (2016). *Demografischer Wandel in der Schweiz: Handlungsfelder auf Bundesebene Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 13.3697 Schneider-Schneiter*. Schweizerische Eidgenossenschaft. www.bk.admin.ch. URL: <https://www.bk.admin.ch/bk/de/home/dokumentation/fuehrungsunterstuetzung/demografie-bericht.html> [Zugriffsdatum: 20. August 2024].

Der Bundesrat (2024). *Auswirkungen der Digitalisierung auf den Arbeitsmarkt – Monitoring 2022*. Bericht des Bundesrates vom 9. Dezember 2022. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.

Eling, Martin/Elvedi, Mauro (2019). *Research Report. Die Zukunft der Langzeitpflege in der Schweiz*. In: I-VW HSG Schriftenreihe, No. 66. St. Gallen: Verlag Institut für Versicherungswirtschaft der Universität St.Gallen.

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW (2023). *Alt werden ohne betreuende Familienangehörige. Eine qualitative Studie*. Autorenschaft: Heger-Laube, Isabel/ Durollet, Rebecca/Bochsler, Yann/Janett, Sandra/Knöpfel. Muttenez: Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit.

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW (2018). *Feasibility Study: Übertragung des Buurtzorg-Modells auf schweizerische Verhältnisse. Gesamtbericht*. Autorenschaft: Cavedon, Enrico/ Minnig, Christoph/Zängl, Peter. Hochschule für Soziale Arbeit und Hochschule für Wirtschaft. Olten: FHNW.

Frontline/Centre for Public Impact (CPI) UK/ Buurtzorg Britain & Ireland (2019). *A Blueprint for Children's Social Care. Unlocking the potential of social work*.

GKV-Spitzenverband (2022). *Evaluation eines Modellprojekts zur Umsetzung des niederländischen Buurtzorg-Modells in Deutschland. Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI. Abschlussbericht*. Autorenschaft: Büscher, Andreas/Gruber, Eva Maria/Peters, Lara/Ostermann, Rüdiger/Becker, Tobias/Bruns, Monique. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Gamper, Markus (2020). *Netzwerktheorie(n) – Ein Überblick*. In: Klärner, Andreas/Gamper, Markus Gamper/Keim-Klärner, Sylvia/Moor, Irene/Von der Lippe, Holger/ Vonneilich, Nico (Hrsg.) *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten. Eine neue Perspektive für die Forschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. S.49-64. E-ISBN: 978-3-658-21659-7.

Granovetter, Mark S. (1973). *The Strength of Weak Ties*. In: *American Journal of Sociology*. Vol. 78, No. 6. S. 1360-1380.

Grundlehner, Werner (2024). *Fachkräftemangel: Ursachen und Folgen für die Schweizer Wirtschaft*. schweizeraktien.net. www.schweizeraktion.net. URL: <https://www.schweizeraktien.net/blog/2024/02/06/fachkraeftemangel-ursachen-und-folgen-fuer-die-schweizer-wirtschaft-61787/> [Zugriffsdatum: 16. August 2024].

Hahn, Sabine (2021). *#Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim RESPONS 2019 und RESPONS-Fam 2019 Die Sicht der Bewohnenden und ihrer Angehörigen*. BFH Berner Fachhochschule. Dedic Fachkongress REPUTATION 1. März 2021. Veröffentlichte PP.

Harvard Business School (2022). *Buurtzorg*. Autorenschaft: Bernstein, Ethan/Sandino, Tatiana/Minnaar, Joost/Lobb, Annelena (N2-122-101)

Hegedüs, Anna/ Schürch, Anita/Zentgraf, Amelie/Abegg, Alwin/Bischofberger, Iren (2022). *Chancen und Herausforderungen für häusliche Pflegedienste bei der Umsetzung des Buurtzorg-Modells in der Schweiz: Ergebnisse einer explorativen Fallstudie*. In: *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PROFESSIONS*. 9. Jg. (1). S. 104-115.

Hack, Carmen (2024). *Soziale Arbeit und Netzwerke*. In: Steigbauer, Christian/Häussling, Roger (Hrsg.) *Handbuch Netzwerkforschung*. Unvollständiger Sammelband, voraussichtlich fertiggestellt 2025. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. Online ISBN: 978-3-658-37507-2.

Hehli, Simon (2022). *Notstand in der Pflege: wie die Heime und Spitäler um die raren Fachkräfte kämpfen*. Neue Zürcher Zeitung NZZ. www.nzz.ch. URL: <https://www.nzz.ch/schweiz/notstand-in-der-pflege-wie-die-heime-und-spitaeler-um-die-raren-fachkraefte-kaempfen-ld.1718978> [Zugriffsdatum: 18. August 2024].

Kaiser, Boris/Siegenthaler, Michael/Wey, Simon (2023). *Diese Stellen sind besonders vom Fachkräftemangel betroffen*. Die Volkswirtschaft. Plattform für Wirtschaftspolitik. www.dievolkswirtschaft.ch URL: <https://dievolkswirtschaft.ch/de/2023/09/diese-stellen-sind-besonders-vom-fachkraeftemangel-betroffen/> [Zugriffsdatum: 16. August 2024]

Kaiser, Boris/Siegenthaler, Michael/Wey, Simon (2023). *Diese Stellen sind besonders vom Fachkräftemangel betroffen*. Die Volkswirtschaft. Plattform für Wirtschaftspolitik. www.dievolkswirtschaft.ch URL: <https://dievolkswirtschaft.ch/de/2023/09/diese-stellen-sind-besonders-vom-fachkraeftemangel-betroffen/> [Zugriffsdatum: 16. August 2024].

Kingston University/St. George's University of London (2017). *The Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust Neighbourhood Nursing Team Test and Learn project of an adapted Buurtzorg model: an early view*. Centre for Health and Social Care. Autorenschaft: Drennan, Vari M./Ross, Fiona/Saunders, Mary/West, Peter. London: Kingston University, St. George's University of London.

Kreitzer, Mary Jo/ Monsen, Karen A./ Nandram, Sharda/ de Blok, Jos (2015). *Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing*. In: *GLOBAL ADVANCES IN HEALTH AND MEDICINE*. Volume 4, Number 1. S. 40-44.

KPMG (2016). *Value walks. Successful habits for improving workforce motivation and productivity in healthcare*. KPMG International Cooperative.

Kramp, Marie (2018). *Buurtzorg: Das niederländische Modell im Praxischeck*. conZepte das magazin. www.contec.de. URL: <https://www.contec.de/blog/beitrag/buurtzorg-das-niederlaendische-modell-im-praxischeck/> [Zugriffsdatum: 07. Juli 2024].

Lalani, Mirza/Fernandes, Jane/Fradgley, Richard/Ogunsola, Caroline/ Marshall, Martin (2019). *Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model*. BMC Health Services Research.

Leask, Callum F./ Gilmartin, Andrea (2019). *Implementation of a neighbourhood care model in a Scottish integrated context - views from patients*. In: AIMS Public Health. 6.Jg (2). S. 143-153.

Monsen, Karen/de Blok, Jos (2013). *Buurtzorg Nederland. A nurse-led model of care has revolutionized home care in the Netherlands*. In: AJN American Journal of Nursing. Vol 113, No. 8. S. 55-59.

Morf, Katrin (2020). «Ohne gute Betreuung im Alter drohen Verwahrlosung und Vereinsamung». Interview mit Knöpfel, Carlo. In: SPITEX MAGAZIN. 7.Jg. (3) S. 30-36.

Nandram, Sharda S. (2015). *Organizational Innovation by Integrating Simplification. Learning from Buurtzorg Nederland*. Cham: Springer International Publishing. E-ISBN: 978-3-319-11725-6.

Quilling, Eike/Nicolini, Hans J./Graf, Christine/Starke, Dagmar (2013). *Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. E-ISBN: 978-3-531-18899-7.

Schaeper, Julia/ Robert, Glenn (2020). *RADICALLY SELF-ORGANIZED CARE: WHAT CAN DESIGNERS LEARN FROM THE EVOLUTIONARY DYNAMICS OF COOPERATION*. In: Proceedings of the 6th International Conference on Design4Health. Amsterdam 2020. Volume 3. S. 175-182.

School of Management and Law ZHAW (2024). *Leistungsintensität von Spitex-Klientinnen und -Klienten und ihre Abbildung im Vergütungssystem. Schlussbericht*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie. Winterthur: School of Management and Law ZHAW.

Schroeter, Klaus R./Matter, Christine. *Fragilität und Sterben. Soziale Ordnungsversuche im Spannungsfeld von wissenschaftlicher Definition, gesellschaftlicher Ausgrenzung und erinnernder Kommunikation*. In: Soziale Ordnung des Sterbens. Theorie, Methodik und Einblicke in die Vergänglichkeit. S. 53-73.

Obsan (2021). *Intermediäre Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz 2021. Aktualisierung einer Kantonsbefragung und statistische Auswertung*. Neuchâtel: Obsan.

Obsan (2021). *Gesundheitspersonal in der Schweiz. Nationaler Versorgungsbericht 2021 Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung*. Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté). Neuchâtel: Obsan.

Schubert, Herbert (2018). *Netzwerkorientierung in Kommune und Sozialwirtschaft. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. E-ISBN: 978-3-658-18998-3.

Obsan (2022). *Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040*. Neuchâtel: Obsan.

Staatssekretariat für Wirtschaft SECO (2023b). *Indikatorensystem Arbeitskräftesituation. Methodische Grundlagen und Ergebnisse*. Grundlagen für die Wirtschaftspolitik Nr. 40. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.

Staatssekretariat für Wirtschaft SECO (2024). *Die Lage auf dem Arbeitsmarkt. Dezember 2023*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.

Staatssekretariat für Wirtschaft SECO (2024b). 20. *Bericht des Observatoriums zum Freizügigkeitsabkommen Schweiz – EU. Auswirkungen der Personenfreizügigkeit auf Arbeitsmarkt und Sozialleistungen*.

Speiser, Amélie/Leist, Stefan (2023). Kaiser, Boris/Siegenthaler, Michael/Wey, Simon (2023). *Fachkräftemangel: Auch in Zukunft eine Herausforderung*. Die Volkswirtschaft. SPITEX Region Olten (2023). *Geschäftsbericht 2023*. Olten: Spitex Region Olten AG.

SPITEX Region Olten (2024). *Organisation*. www.spitexregionolten.ch. URL: <https://spitexregionolten.ch/betrieb/selbstorganisation> [Zugriffsdatum: 28. Dezember 2024].

Straus, Florian (1990). *Netzwerkarbeit. Die Netzwerkperspektive in der Praxis*. In: Textor, Martin R. *Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. S. 496-520.

Plattform für Wirtschaftspolitik. www.dievolkswirtschaft.ch URL: <https://dievolkswirtschaft.ch/de/2023/09/fachkraeftemangel-auch-in-zukunft-eine-herausforderung/> [Zugriffsdatum: 18. August 2024].

The COMMONWEALTH FUND (2015). *Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. CASE STUDY*. Autorenschaft: Gray, Bradford H./Sarnak, Dana O./Burgers, Jako S.

Torrado Lara, Anina (2019). *Die Sozialabwartin von Cadenazzo. Netzwerk Caring Communities*. <https://caringcommunities.ch/>. URL: [https://caringcommunities.ch/news/16? locale=de](https://caringcommunities.ch/news/16?locale=de) [Zugriffsdatum: 27. Oktober 2024].

Unia (2020). *Pflegende am Limit: Wie weiter nach Dank und Applaus? Unia-Umfrageresultate*. Bern: Unia.

Universität Basel (2021). *SHURP 2018 - Schlussbericht Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie*. Medizinische Fakultät. Department of Public health. Basel: University of Basel.

Universität Basel (2023). *SPOTnat Spitex Koordination und Qualität - eine nationale Studie. Nationaler Bericht*. Medizinische Fakultät. Department of Public health. Basel: University of Basel.

Volkswirtschaftliche Beratung AG BSS/ Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich KOF (2023). *Welche Stellenprofile sind von Fachkräftemangel betroffen? Erkenntnisse aus der Analyse der Vakanzdauer von Stelleninseraten. Schlussbericht*. Basel: BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG.

Von Kardorff, Ernst (1995). *Soziale Netzwerke*. In: Flick, Uwe (Hrsg.) /Von Kardorff, Ernst/Keupp, Reiner/Von Rosenstiel, Lutz/Wolff, Stephan. *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 2. Aufl. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union. S. 402-405.

Walser, Brigitte/Aschwanden, Marius (2023). *Spitex hat Mühe, alle Patientinnen zu versorgen*. Der Bund. www.derbund.ch. URL: <https://www.derbund.ch/weil-personal-fehlt-spitex-hat-muehe-alle-patientinnen-zu-versorgen-721795815302> [Zugriffsdatum: 29. August 2024].

WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. World Health Organization.

Wunsch, Conny (2014). *Arbeits- und Fachkräftebedarf der Schweiz bis 2060*. Abteilung Arbeitsmarktökonomie Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät Universität Basel. Basel: University of Basel.