

curarete

PFLEGEN | BETREUEN | VERNETZEN



Soziale Innovation im Spitex-Bereich

Das Projekt Curarete

Projektförderung der Age-Stiftung
vom Juli 2019 bis Oktober 2020

Projektlaufzeit 2013-2020



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
1 Einführung	5
2 Kontext.....	5
3 Projektziele	6
4 Annahmen und Bedeutung des Projektes	7
5 Projektstruktur und -verlauf.....	8
6 Die Projektförderung der Age-Stiftung zur Weiterentwicklung der Internetplattform	11
7 Erkenntnisse	12
7.1 zum Geschäftsmodell.....	12
7.2 zum Profil von Curarete	14
7.3 zur Zusammenarbeit mit den beauftragten Spitex-Organisationen.....	14
7.4 zur Softwareentwicklung	15
7.5 zur Selbststeuerung	15
7.6 zur Projektfinanzierung.....	15
7.7 zur Datenlage	16
8 Fazit: Ist die Spitex-Pflege in der Schweiz innovationsfähig?	16
9 Bibliografische Hinweise.....	17

Impressum

Dieser Bericht dokumentiert ein Förderprojekt der Age-Stiftung. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.age-stiftung.ch. Der Bericht ist integraler Bestandteil der Förderung.

Trägerschaft: Verein Curarete C. Flückiger, P. Gobet, H. Tobiska, B. von Castelberg, S. Wiederkehr, T. Witschi

Autor/innen: P. Gobet, S. Wiederkehr

Graphik: Gabrielle Tschudi, Visuelle Kommunikation, Grub/SG

Dank

Unser spezieller Dank geht an die Age-Stiftung. Ihre Projektförderung, die für die Weiterentwicklung der Software bestimmt war, verstehen wir auch als Unterstützung eines Vorhabens, das auf der Überzeugung gründet, dass pflegen und gepflegt werden eine Bereicherung sein können. Neben der finanziellen Unterstützung war die ideelle Unterstützung für uns sehr wichtig und motivierend. Mit der Würdigung des zivilgesellschaftlichen Engagements und der Konkretisierung der fachlichen Diskussion durch Curarete hat die Age Stiftung ein Projekt unterstützt, welches wichtige Impulse für die Herausforderungen im ambulanten Pflegesektor geben konnte und weiter hätte geben können.

Kontakt

Sekretariat Curarete

Pierre Gobet

Forchstr. 19, 8610 Uster

Tel.: 044 941 80 70

Email: pierre.gobet@hetsl.ch

www.curarete.ch

Uster, November 2020

Zusammenfassung

Curarete ist im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) tätig. Der Verein mit Sitz im Kanton Zürich arbeitet nicht profit-orientiert. Er wurde 2013 von Personen aus dem Gesundheitsbereich gegründet, um eine innovative Form der Arbeitsgestaltung zu entwickeln und mit ihr konkret zu experimentieren. Drei Hauptziele wurden formuliert: Erstens die Anpassung des Modells der selbstgesteuerten Teams, das von Buurtzorg in den Niederlanden entwickelt worden ist, an die Schweizer Verhältnisse. Zweitens die Einführung einer agilen Methode der Pflege und Pflegeplanung. Drittens die Etablierung einer integrierten Arbeitsweise durch ein Team, das seine Leistungen stets im Zusammenhang mit den Leistungen der anderen Mitglieder im Unterstützungsnetzwerk versteht. Der Projektverlauf ist geprägt durch die Gründung des ersten Teams im Aargauischen Dottikon 2014 und die Entwicklung einer Software, der eine wichtige Rolle bei der agilen Planung, Dokumentation und Organisation der Pflege der KlientInnen zukommen sollte, und die von Innosuisse und ab Juli 2019 bis Projektende von der Age-Stiftung gefördert wurde. Geplant war zudem die Gründung von zwei weiteren Pilot-Teams in den Kantonen Waadt und Zürich. Das Projekt musste jedoch im Herbst 2020 eingestellt werden, da die Finanzierung der beiden neuen Teams nicht sichergestellt werden konnte.

In diesem Bericht werden 7 Erkenntnisse formuliert, die praktisch alle Projektebenen betreffen. Obwohl das Projekt nicht weitergeführt werden konnte, haben die drei Projektziele von Curarete kaum an Aktualität und Wichtigkeit für die Gestaltung des künftigen Spitex-Bereichs verloren.

1 Einführung

Dieser Bericht erzählt die Geschichte eines überaus interessanten und lehrreichen Projektes, das aber nach 8 Jahren intensiver und anspruchsvoller Tätigkeit eingestellt werden musste.

Wissenschaftsforscher vertreten seit den 1970 Jahren die Ansicht, dass aus Misserfolgen der Forschung gleichviel gelernt werden kann wie aus Erfolgen. Diese Ansicht wollen wir auch für sozial innovative Projekte gelten lassen. In diesem Sinne soll dieser Bericht die Erkenntnisse und Erfahrungen herauschälen, die aus einem zwar nicht erfolgreichen, aber doch sinnstiftenden Projekt gewonnen werden können.

2 Kontext

Der aktuelle Kontext der Hilfe und Pflege zu Hause ist durch drei besonders markante Entwicklungslinien gekennzeichnet: erstens durch dem demografischen Wandel, zweitens durch neue Konzepte der Hilfe für Menschen, die eine externe Unterstützung benötigen und drittens durch die Reform des rechtlichen Rahmens für die Erbringung und Finanzierung häuslicher Pflegeleistungen im Rahmen der obligatorischen Pflegeversicherung (OKP).

Was die demografische Entwicklung betrifft, rechnete das Bundesamt für Statistik damit, dass im Jahr 2014 rund 12% der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und darüber die Dienste einer Spitex-Organisation in Anspruch genommen haben (BfS, 2015). Unter ihnen waren ca. drei Viertel über 65 Jahre und die Hälfte über 80 Jahre alt. Das Amt rechnete auch mit einer starken Zunahme der Bedeutung dieser Altersgruppen. Es schätzte, dass der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung zwischen 2010 und 2060 von 17,1% auf 28,3% steigen wird (BfS, 2010). Es wird zudem davon ausgegangen, dass das Segment der über 80-Jährigen noch schneller steigen wird, da diese Altersgruppe bis 2060 voraussichtlich 11,9% der Gesamtbevölkerung ausmachen wird, gegenüber 4,9% im Jahr 2010.

Ein zweites wichtiges kontextabhängiges Element ist die Umgestaltung davon, was Hilfe und Helfen bedeutet. Während Hilfe ab Ende des Zweiten Weltkriegs als Versorgung (*prise en charge*) verstanden wurde, wurde sie ab Ende der 1990er Jahre als Begleitung (*accompagnement*) konzipiert (Paul, 2009, 2016). Dieses Schlüsselmoment markiert auch den Übergang vom Wohlfahrtsstaat zum aktiven Sozialstaat (Bartholomé & Vrancken, 2005). Im Kontext der Begleitung nehmen die Begleitenden eine zweitrangige Stellung gegenüber der zu unterstützenden Person ein, indem sie institutionelle Ziele in Klammern setzen und sich in erster Linie auf die Bedeutung konzentrieren, die die Person ihrer Situation zuschreibt. Darüber hinaus charakterisieren sie die begleitete Person nicht durch ihre Unzulänglichkeiten und Defizite, sondern vielmehr durch ihre Ressourcen und Potenziale. Diese kann daher als vollwertiger Partner im Unterstützungsnetzwerk angesehen werden, der aktiv

an der Umgestaltung seiner eigenen Situation beteiligt ist. Die Mitglieder des Unterstützungsnetzwerks, seien es Fachleute, Angehörige oder Freiwillige, arbeiten auf integrierte Weise. Sie betrachten ihre Leistungen nicht isoliert, d.h. lediglich vom eigenen Kompetenzbereich heraus, sondern bezogen auf diejenige der anderen Netzwerkpartner.

Das dritte Element, das den Spitex-Bereich nachhaltig verändert hat, ist das Inkrafttreten der Reform der Pflegefinanzierung im Januar 2011. Nicht nur die Form der Finanzierung der Spitex-Organisationen, sondern auch diejenige der Pflegeheime wurde neugestaltet. Noch tiefgreifender ist, dass die Reform den Grundstein für die Entwicklung eines Marktes im Spitex-Bereich legte, indem Organisationen mit kommerzieller Zielsetzung die Möglichkeit erhielten, zu Lasten der OKP zu arbeiten.

3 Projektziele

Das 2006 von "Buurtzorg" entwickelte Selbststeuerungsmodell stand am Anfang des Projekts (De Blok, 2011). Curarete beschränkte sich jedoch nicht darauf, das niederländische Modell an die Schweizer Verhältnisse anzupassen. Mit ihrem agilen Pflegeansatz und der Entwicklung einer Software, die den Pflegenden einen Überblick über die gesamte KlientInnensituation sichern sollte, wollte die Organisation einen eigenständigen Beitrag zur Entwicklung des Spitex-Bereiches leisten.

Die Vision sah wie folgt aus: Die Pflgeteams, die auf Buurtzorgs Selbststeuerungsmodell basieren, sind neben der eigentlichen Pflege auch für die Kundenakquise, die Interventionsplanung, die Auswahl neuer Teammitglieder und die Überwachung der finanziellen Ergebnisse ihrer Tätigkeit, sowie für die Koordinierung der Pflege zuständig. Das Backoffice hingegen entlastet sie von administrativen und buchhalterischen Aufgaben. Die Teams bestehen normalerweise aus 6 bis maximal 12 Mitgliedern, da es schwierig ist, ohne eine hierarchische Struktur über diese Zahl hinaus zu arbeiten. Obwohl die Teams über einen breiten Entscheidungsspielraum verfügen, sind sie nicht auf sich allein gestellt. Sie werden bei ihren Aktivitäten durch die Helpdesks im Backoffice und im IT-Zentrum unterstützt. Jedes Team kann zudem eine oder einen Coach in Anspruch nehmen, der nur auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin, eingreift.

Mit der agilen Methode beabsichtigte Curarete, die passenden Instrumente für einen reaktiven und adaptiven Pflegeansatz zu entwickeln: Im Gegensatz zur konventionellen Pflegeplanung handelt es sich dabei nicht um eine Problemlösungsmethode, die um eine vorgegebene Anzahl von Schritten strukturiert ist und sich an Zielen orientiert, die zu Beginn der Pflege festgelegt werden. Sie besteht aus sechs Handlungsprinzipien, die die PflegerInnen bei Bedarf aktivieren. Die agile Methode ist durch drei Hauptmerkmale gekennzeichnet. Erstens greift sie der Entwicklung der Pflegesituation nicht vor. Im agilen Ansatz verstehen die Pflegenden, dass sie nicht wissen, was der morgige Tag

bringen wird. Aus diesem Grund ist ihr Handeln nicht auf ein vordefiniertes Ziel ausgerichtet, das jederzeit hinfällig werden könnte. Ausgehend von der anfänglich vorgefundenen Situation stellen sie diese in Frage, um "von dort aus weiterzugehen". Es ist der zurückgelegte Weg, der zählt, mehr als das, was noch zu tun bleibt. Dann wird die agile Intervention ausschliesslich auf der Grundlage der Bedeutung, die die begleitete Person ihrer Situation gibt, was sie in ihrer Situation als wichtig erachtet, organisiert. Schliesslich konzentriert sie sich auf die Ressourcen und Potenziale der zu begleitenden Person und nicht auf ihre Unzulänglichkeiten und Defizite. In dieser Hinsicht ist sie "ermächtigend" und nicht kompensatorisch. Die Methode wurde von Curarete in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule für Sozialarbeit und Gesundheit – Lausanne im Rahmen eines von Innosuisse geförderten Projekts entwickelt.

Schliesslich sollte sich das Projekt Curarete dadurch auszeichnen, dass die Dienstleistungen des Teams in den Gesamtkontext der vom Unterstützungsnetzwerk durchgeführten Aktivitäten integriert sind. Dieser integrierte und ganzheitliche Begleitungs- und Pflegeansatz sollte in der zu entwickelnden Software mittels eines Gantt-Diagramms visualisiert werden, dadurch sollten die Teammitglieder nicht nur über ihre Interventionen berichten, sondern auch die Interventionen der anderen Mitglieder des Netzwerks dokumentieren können, um sich einen Gesamtüberblick und Informationen über die Situation der zu betreuenden Person zu verschaffen. Durch seinen agilen und integrierten Ansatz verlieh das Curarete-Projekt den zentralen Postulaten des Begleitungsgedanken eine unmittelbare operative Dimension.

4 Annahmen und Bedeutung des Projektes

Curarete stellte sich auf den Standpunkt, dass das Selbststeuerungsmodell als bahnbrechende Innovation für den Spitex-Bereich anzusehen ist. Im Gegensatz zur inkrementellen Innovation, kann die bahnbrechende Innovation an die vorgefundene Situation nicht anknüpfen, da sie tiefgreifende Strukturänderungen nach sich zieht. Es wurde deshalb angenommen, dass ein Gelingen des Projektes in einer dafür neu geschaffenen Organisation wahrscheinlicher ist als in einer bereits bestehenden Struktur. Diese Auffassung ist stringent mit der niederländischen Erfahrung, denn Buurtzorg wurde als selbständige Organisation aufgebaut.

Die gleiche Überzeugung gilt im Hinblick auf die agile Arbeitsmethode. Curarete geht davon aus, dass Agilität vom Resident Assessment Instrument (RAI-HC, heute InterRAI) nicht unterstützt wird. Die Einführung dieses Systems der Klientenbeurteilung ist jedoch Pflicht für alle Organisationen, die dem Spitex-Verband Schweiz angeschlossen sind.

Zweitens wurde Curarete als Forschungsprojekt im Bereich soziale Innovation implementiert und nicht als Mitbewerberin auf einem bereits sehr umkämpften Markt. Dieser Ansatz unterscheidet sich

zum Vorgehen von Buurtzorg, bei dem die unternehmerische Dimension des Vorhabens im Vordergrund stand. Dadurch konnten die Eigenheiten des Schweizer Spitex-Markts, der gefestigter ist als in den Niederlanden zur Zeit der Gründung von Buurtzorg, berücksichtigt werden.

Drittens wurde angenommen, dass sich eine Zusammenarbeit mit den von der öffentlichen Hand beauftragten Spitex-Organisationen trotz Konkurrenzdruck gestalten lässt, da diese teilweise stark ausgelastet sind und zudem die Nachfrage in den kommenden Jahrzehnten angesichts der demographischen Entwicklung zunehmen sollte.

Die vierte Annahme betrifft die Wirtschaftlichkeit des Modells. Ausgehend von der Einschätzung von Buurtzorg, nach welcher Selbststeuerung zu Einsparungen von bis 50% bewirken kann (De Blok, 2011), wurde Selbststeuerung von Curarete zugleich als Arbeitsgestaltungs- und als Geschäftsmodell betrachtet.

Angenommen wird schliesslich, dass der Curarete-Ansatz keine globale Alternative zum Bestehenden darstellt. Es ist ein Modell unter anderen, das zur Vielfalt der spitalexternen Pflege, Betreuung und Begleitung beiträgt.

Die Bedeutung des Projektes liegt zum grossen Teil darin, dass die von Curarete verfolgte Art der Selbststeuerung ohne ausgeprägte Arbeitsteilung unter den Pflegenden auskommt. Eine Verringerung der Arbeitsteilung fördert eine nahtlose Begleitung und Pflege und verspricht weniger Personalwechsel – ein wesentlicher Vorteil aus Sicht der Klientinnen und Klienten, die dieses Problem oft unterstreichen. Aus Sicht des Personals bietet Selbststeuerung mehr Kontrolle über das Arbeitsumfeld und begünstigt eine ganzheitliche Pflege. Damit wird pflegen attraktiver, auch für die zahlreichen Berufsaussteigerinnen und -aussteiger, denn an diese richtet sich das Projekt Curarete im Speziellen. Das niederländische Modell bietet sich deshalb als Ergänzung neben der im schweizerischen Spitex-Bereich vorherrschenden Arbeitsgestaltungsauffassung an, die auf eine klare Arbeitsteilung und -hierarchisierung setzt.

Die niederländische Erfahrung zeigt auch, dass Personal mit hohen beruflichen Qualifikationen auch bei hohen Lohnkosten wirtschaftlich arbeiten kann, wenn das Arbeitsgestaltungsmodell den Einsatz der gewonnenen Kompetenzen zulässt. Damit trägt das Modell dem Umstand Rechnung, dass die Pflegenden heute eine Ausbildung geniessen, die sie befähigt selbständig zu arbeiten.

5 Projektstruktur und -verlauf

Curarete wurde 2013 als Verein mit Sitz im Kanton Zürich gegründet. Die Organisation ist nicht Profit orientiert und verfolgt keine kommerziellen Zwecke, sondern versteht sich als Innovationsträgerin in ihrem Tätigkeitsbereich. Die Vorstandmitglieder arbeiten ehrenamtlich. Als Netzwerkorganisation strukturiert, soll sich Curarete dezentral durch die allmähliche Einrichtung kleiner, weitgehend

autonomer Teams von Pflegenden entwickeln, die durch ein möglichst schlankes Backoffice in administrativer und buchhalterischer Hinsicht unterstützt werden. Während der ganzen Projektdauer wurden die Aufgaben, die dem Backoffice zukommen, von den Vorstandsmitgliedern wahrgenommen.

Obwohl die Spitex-Pflege in der Schweiz stark fragmentiert und mit sehr ausgeprägten kantonalen Merkmalen gekennzeichnet ist (BAG, 2017), wurde das Projekt Curarete als gesamtschweizerisches Vorhaben konzipiert.

Bei der Entwicklung des Curarete-Projekts lassen sich rückblickend drei Phasen unterscheiden. Die erste, die Konzeptionsphase, begann im Februar 2012 mit der Einladung von Jos de Blok, Mitbegründer von Buurtzorg, in die Schweiz. Die unter dem Motto «Spital statt Fabrik» geführte Veranstaltung fand guten Anklang unter den Pflegenden. Es wurde beschlossen, die Idee mit der formellen Gründung des Verein Curarete weiterzuverfolgen. Es folgte im Juli 2012 ein Besuch des Buurtzorg-Hauptquartiers in Almelo, einer kleinen Stadt in den zentralöstlichen Niederlanden. Die Besichtigung bot den zukünftigen Mitgliedern des Vorstandes die Gelegenheit, sich mit dem Management von Buurtzorg und Mitgliedern eines Pflgeteams auszutauschen.

Das erste Curarete-Team wurde im Oktober 2014 in Dottikon/AG gegründet mit Unterstützung der Wilhelm Doerenkamp-Stiftung, die sich mit 40'000.- Fr. am Projekt beteiligte. Mit der Einrichtung des ersten Teams war Curarete in der Lage, erste Erfahrungen mit dem Buurtzorg-Selbststeuerungsmodell und einer agilen pflegerischen Begleitung zu machen. Die vom Team gesammelten Erfahrungen dienten zudem dazu, das Gesundheitswesen mit seinen Vorschriften, Abläufen, Akteuren und Organisationskulturen kennenzulernen. Auf diese Weise konnte sich Curarete Kenntnisse auf regulatorischer und administrativer Ebene (Normen und Anforderungen im Zusammenhang mit der Betriebsbewilligung, den Arbeitsbedingungen und der Entlohnung), auf fachlicher Ebene (insbesondere Fragen der Hygiene und der Qualität), auf statistischer Ebene (die Produktion der von der kantonalen und eidgenössischen Verwaltung benötigten Daten) und auf buchhalterischer Ebene (das Monitoring des finanziellen Ergebnisses, die Erfordernisse der Kostenrechnung) erarbeiten. Im Juni 2017 wurde das Team im Auftrag der Aargauischen Gesundheitsbehörde von der Firma Concret, einer auf Qualitätskontrolle in der Pflege spezialisierten Zertifizierungsstelle, erfolgreich auditiert.

Das Team war in personeller Hinsicht stabil. Es bestand aus fünf bis sechs diplomierten Pflegefachfrauen HF für etwa ein bis zwei Vollzeitäquivalente. Zwischen 4 – 8 Klientinnen und Klienten wurden gleichzeitig begleitet. Alle Team-Mitglieder arbeiteten auf Stundenbasis nach einem frei festgelegten Beschäftigungsgrad.

In dieser Phase startete Curarete auch die Entwicklung einer Software, die auf dem Selbststeuerungs- und Agilitätsmodell basiert und integriertes Handeln fördern soll. Das zweijährige Projekt begann im Mai 2016. Es wurde von Innosuisse mit 275'000.- Fr. unterstützt. Ende März 2019 organisierte Curarete einen Studientag an der Hochschule für soziale Arbeit und Gesundheit Lausanne (HETSL), um das Ende des Innosuisse-Projektes zu markieren. Die Veranstaltung mit dem Titel «Soziale Innovation in der Spitex fördern» wurde von 135 Personen besucht. Der Abschluss des Innosuisse-Projekts markierte auch das Ende der ersten Phase des Curarete-Projekts.

Die zweite Projektetappe, die Umsetzungsphase, bestand einerseits darin, das aargauische Team zu stärken und weiterzuentwickeln und andererseits die aargauische Erfahrung durch zwei Pilotprojekte in den Kantonen Zürich und Waadt auszuweiten. Die Weiterentwicklung der Software, die Gestaltung einer Weiterbildung und die Durchführung einer Evaluation des gesamten Projekts wurden auch in dieser Phase geplant. Dabei wurde Curarete durch eine Projektförderung der Age-Stiftung unterstützt. Auf diesen Punkt gehen wir im nächsten Kapitel näher ein.

Im Sommer 2019 wurde der Antrag für die Betriebsbewilligung im Kanton Waadt vorbereitet. Die Aufstellung des Dossiers wurde aufwendig. In der von den kantonalen Gesundheitsbehörden gelieferten Anleitung werden 21 Punkte ausgeführt, die zum Teil ihrerseits wiederum mehrere Punkte beinhalten. Dazu gehört u.a. die Aufstellung eines Pflege- und Hygiene Konzepts, eine Beschreibung des Beschwerdemanagements, ein Weiterbildungsplan im Pflegebereich, ein Businessplan und die Registrierung im kantonalen Handelsregister. Zum Antrag gehören des Weiteren die Dossiers, die zur gesamtverantwortlichen Leitung der Organisation und zur Leitung des Pflegebereichs berechtigen. Die entsprechenden Checklisten beinhalten 14, bzw. 16 weitere Punkte. Die Betriebsbewilligung wurde im Januar 2020 von den zuständigen Behörden erteilt.

Zeitgleich wurden die Fördergesuche zur Unterstützung der Pilotteams in Waadt und in Zürich vorbereitet. Das erste wurde im Februar 2020 bei der Leenaards Stiftung in Lausanne, das zweite einen Monat später bei der Beisheim Stiftung in Baar eingereicht. Im Vorfeld der Einreichung des Gesuchs hatte Curarete die Gelegenheit, sich informell mit Personen aus den beiden Stiftungen auszutauschen, die ihr Interesse für das Projekt kundtaten. Curarete wurde von ihnen auch bei der Ausarbeitung der Gesuche mit wertvollen Ratschlägen unterstützt.

Obwohl das Projekt konzeptuell ausgereift war, von Innosuisse unterstützt wurde, Drittmittel ausweisen konnte, über einen Evaluationskonzept verfügte und die Betriebsbewilligung im Kanton Waadt vorhanden war; obwohl der Vorstand sich auf die vom Team Aargau gesammelten Erfahrungen stützen konnte und seine Beständigkeit nach 7 Jahren Projektaufbau unter Beweis gestellt hatte und trotz der Unterstützung von den Stiftungsvertretern bei der Ausfertigung der Gesuche, wurden diese Ende Juni von der Leenaards Stiftung und Mitte Juli von der Beisheim Stiftung

abgelehnt. Stiftungen begründen ihre Entscheide, wenn überhaupt, nur rudimentär. Daher verzichtet Curarete darauf, im vorliegenden Bericht die zwei unterschiedlich ausgefallenen Stiftungsentscheide einzuordnen.

Infolge der ablehnenden Stiftungsentscheide wurde ein entscheidender Meilenstein der zweiten Projektetappe nicht erreicht. Dies führte beim Vorstand zum Entscheid, an seiner Sitzung Nr. 81 vom 2. Oktober 2020 (die Vorstandssitzungen fanden monatlich an einem Samstag statt) das Projekt abubrechen. Die Vorbereitung des Gesuches zur Erteilung einer Betriebsbewilligung im Kanton Zürich, die bereits fortgeschritten war, wurde eingestellt. Das Team wurde nach 6-jähriger Tätigkeit aufgelöst.

Die vorgesehene dritte und letzte Projektetappe, die Konsolidierungs- und Disseminationsphase, hätte ihren Anlauf nach Abschluss des 2-jährigen Pilotprojekts in Waadt und in Zürich starten sollen. Vorgesehen in dieser Projektphase war die Erarbeitung eines nachhaltigen Geschäftsmodells, die Kooperation mit anderen Spitex-Organisation sowie die Bereitstellung von Tools und Erfahrungen, die im Laufe des Projektes von Curarete entwickelt und gesammelt worden waren.

Im Jahr 2014 waren in der Schweiz rund 43'500 Personen im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause tätig. Ihre durchschnittliche Beschäftigungsquote betrug 43% (BfS, 2015). Mit 600 Teams oder 6'000 Pflegenden hätte der Marktanteil von Curarete, den erwarteten Nachfragezuwachs nicht miteinberechnet, knapp, 15% betragen. Der Vorstand hielt eine solche Entwicklung innerhalb von 10 bis 15 Jahren für möglich. Dazu wird es wohl nicht kommen.

6 Die Projektförderung der Age-Stiftung zur Weiterentwicklung der Internetplattform

Die Projektförderung der Age-Stiftung war für die Weiterentwicklung und das Testen der Software, für die Gestaltung eines Weiterbildungsprogramms zu den Themen Selbststeuerung, Agilität und nahtlose Begleitung sowie für die Evaluation des Gesamtprojektes bestimmt. Sie folgte einem Fördergesuch, das Curarete im Frühling 2019 eingereicht hatte. 250'000.- Fr. wurden im Juli 2019 zugesprochen.

Die Software sah alle Funktionalitäten vor, die notwendig sind, um jede KlientInnen-Situation ausführlich zu dokumentieren. Als Vorlage diente eine auf Word und Excel basierte Lösung, die von Curarete entwickelt worden war und vom Aargauer Team während seines ganzen Bestehens eingesetzt wurde.

Die Software stellt gewissermassen die Operationalisierung der drei Projektziele dar. Die Situation wird aufgefasst, ausgehend von den Ressourcen, die für die Mitglieder des Begleitungsnetzwerks bereitstehen, und nicht Aufgrund von geplanten Pflegezielen. Die verfügbaren Ressourcen bestehen aus den kassenpflichtigen Leistungen, den nicht-kassenpflichtigen Leistungen und den Leistungen,

die nicht vom Team, sondern von seinen Netzwerk-Partnern erbracht werden. Das Universum der kassenpflichtigen Leistungen besteht aus den rund 120 Handlungen, die von den Krankenkassen zurückerstattet werden. Der Katalog der nicht-kassenpflichtigen Leistungen besteht aus ca. 15 Positionen in den Bereichen Haushilfe, Betreuung und Administration. Beliebig weitere Ressourcen können hinzugefügt werden, um die Aktivitäten der Partner – die begleitete Person wird selbstverständlich dazu gezählt – vom Team zu beschreiben. Damit hat das Team stets die Übersicht über die gesamte Begleitungssituation und kann seine Handlungen mit denjenigen der anderen Netzwerkmitglieder abstimmen.

Zur Software gehört ein Qualitätshandbuch, das die Teammitglieder jederzeit gezielt abrufen können. Es beinhaltet 35 Themenbereiche für ca. 500'000 Zeichen und besteht aus drei Teilen. Der erste Teil behandelt Themen im Zusammenhang mit den Qualitätsstandards des Spitex-Verbandes Schweiz. Es befasst sich hauptsächlich mit dem rechtlichen Hintergrund der Teamarbeit und stellt das Leitbild und die Organisationsstruktur von Curarete vor. Im zweiten Teil werden ausgewählte pflegerische Themen dargelegt. Die Themen, die in Bezug auf Selbststeuerung unmittelbar relevant sind, werden im letzten Teil besprochen.

Dieses Softwarekonzept wurde zum grossen Teil bereits im Rahmen des Innosuisse-Projektes erarbeitet. Es wurde in einer Business Analyse Juni 2020 nochmals validiert und bildete die Vorlage für die eigentliche Programmierungsarbeit.

Wie die anderen Aktivitäten des Vereins, wurde die von der Age-Stiftung unterstützte Initiative nach der Absage der Fondation Leenaards und der Beisheim Stiftung gestoppt, da die Aufsicht auf eine konkrete und dauerhafte Anwendung der Plattform nicht mehr vorhanden war.

7 Erkenntnisse

Das Projekt Curarete, das nach 8 Jahren kontinuierlicher und nachhaltiger Arbeit nun abgebrochen wird, lässt einige Erkenntnisse zum Reformpotential des Spitex-Bereichs in der Schweiz zu. In dieser Hinsicht möchten wir die folgenden Punkte hervorheben:

7.1 zum Geschäftsmodell

Das Geschäftsmodell sagt aus, wie ein Unternehmen sein Geld verdient, wie es für seine Ausgaben aufkommt. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung unterscheidet zwischen Spitex-Organisationen mit und ohne Auftrag. Ihre Leistungen werden auf unterschiedlicher Basis entschädigt. Für ein- und dieselbe Leistung sind die gewährten Einnahmen bei der Ersteren höher. Die Abgeltungsunterschiede werden von jeweiligen kantonalen Gesundheitsbehörden statistisch ermittelt, jedoch nicht kommuniziert. Für Curarete ist der Kanton Zürich die einzige bekannte Ausnahme. Die folgende

Tabelle zeigt, dass der Unterschied beträchtlich ist. Die Tarife, die den Spitex-Organisationen mit Auftrag gewährt werden, sind mehr als 1,5 Mal höher als die Tarife für Organisationen ohne Auftrag. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieses Verhältnis in den anderen Kantonen in etwa gleich ist, in der Westschweiz wahrscheinlich sogar höher. Die Differenz wird gewöhnlich durch die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen wie einem 24-h-Notruf oder einer Versorgungspflicht auch bei längeren Wegzeiten gerechtfertigt (BAG, 2017, S. 95).

Kanton Zürich: Normkosten 2020 beauftragter und nicht-beauftragter Spitex-Organisationen

	Normkosten beauftragte Spitex-Organisationen [Fr.]	Normkosten nicht-beauftragte Spitex-Organisationen [Fr.]	Delta [Fr.]	Delta [%]
a-Leistungen (Abklärung, Beratung und Koordination)	159,05	107,32	51,73	48,2%
b-Leistungen (Untersuchung und Behandlung)	149,05	91,00	58,05	63,8%
c-Leistungen (Grundpflege)	131,30	83,92	47,38	56,5%

(Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion, 2019)

Bei Betrachtung der Tabelle fällt auf, dass der Tarif für die a- und b-Leistungen für eine Spitex-Organisation ohne Auftrag nicht kostendeckend ist, denn die Leistung muss zwingend von einer diplomierten Pflegefachperson erbracht werden. Hinzu kommt, dass nicht alle von den Pflegenden gearbeiteten Stunden in Rechnung gestellt werden können. Curarete rechnet, in Anlehnung an Buurtzorg, mit einem Verhältnis von 6 verrechenbaren für 10 gearbeitete Stunden. Damit sind die effektiven Einnahmen für eine gearbeitete Stunde 64,40 Fr. für die a- und 54,6 Fr. für die b-Leistungen. Als Vergleich verdient 2020 beim Kanton Zürich eine Pflegefachfrau in der mittleren Lohnstufe (Klasse 14, Lohnstufe 15) mit 5 Wochen Ferien 47,70 Fr. brutto pro Stunde (Kanton Zürich, 2020). Werden die vom Arbeitgeber entrichteten Sozialleistungen (20%) dazu gerechnet, belaufen sich die Kosten auf 57,25 Fr. pro gearbeitete Stunde. Die Tarife a und b decken somit in etwa die Lohnkosten, die direkt an die Pflege gebunden sind. Die allgemeinen Betriebskosten bleiben für eine Organisation ohne Auftrag ungedeckt.

Lediglich die c-Leistungen (Grundpflege) sind kostendeckend, denn sie können von einem Personal ohne spezifische Schulung erbracht werden. Oftmals ist aber auch hier eine Querfinanzierung über nicht-pflegerische Leistungen zu beobachten, wie Betreuung, Haus- oder Gartenpflege, damit das finanzielle Überleben des Betriebs gesichert werden kann.

Die neue Pflegefinanzierung impliziert ein Geschäftsmodell, das auf einer Teilung der pflegerischen Tätigkeit basiert. Die Organisationen ohne Auftrag sollen die Leistungen erbringen, die keine

Qualifikation im Pflegebereich erfordern, während die Organisationen mit Auftrag die anderen Leistungen übernehmen. Die Effizienz des Selbststeuerungsmodells mit Prägung Buurtzorg basiert allerdings darauf, dass auf eine Arbeitsteilung im Pflegebereich weitestgehend verzichtet wird. Unter diesen Voraussetzungen wird seine Implementierung erheblich erschwert.

7.2 zum Profil von Curarete

Die Leistungen von Curarete wurden gemäss dem Tarif für Organisationen ohne Auftrag abgegolten. Als Spitex-Organisation ohne Auftrag wurde sie als Privat-Spitex-Organisation und gleichsam als profit-orientiert betrachtet, denn die Verwaltung kennt nur zwei Organisationstypen: die beauftragten Spitex-Organisationen, die als Anbieterinnen des service public zu den gemeinnützigen Organisationen zugerechnet werden und die nicht-beauftragten Organisationen, die kommerziell arbeiten. Die Verwaltung erkennt Spitex-Organisationen, die gleichzeitig nicht-beauftragt sind und nicht-profit-orientiert arbeiten wie Curarete, nicht an. Damit entstand eine Unsicherheit über Profil und eigentlichen Zweck des Vereins. Eine Richtigstellung erwies sich als unmöglich, obwohl mehrmals auf das Problem hingewiesen wurde.

7.3 zur Zusammenarbeit mit den beauftragten Spitex-Organisationen

Die beauftragten Organisationen haben eine Aufnahmepflicht. Sie müssen die Klientinnen und Klienten betreuen, die Spitex-Pflege benötigen, insofern diese in ihrem Einzugsgebiet wohnhaft sind. Diese Bestimmung erschwert die Zusammenarbeit unter beauftragten und nicht-beauftragten Spitex-Organisationen, denn die ersteren gehen das Risiko ein, vertragsbrüchig zu werden gegenüber dem Leistungsauftraggeber, der Gemeinde oder dem Kanton, falls sie Klientinnen und Klienten – aus welchem Grund auch immer – an andere Organisationen übergeben.

Die Auftraggeberin, entweder die Gemeinde oder der Kanton – dies wird kantonal geregelt –, ist jedoch nicht verpflichtet, sich nur mit einer einzigen Organisation vertraglich zu binden. Im Kanton Aargau ist es seit Verabschiedung des letzten Spitex-Leitbilds im Jahre 2008 den Gemeinden überlassen, «mehrere Anbieter mit der Sicherstellung des Mindestangebots zu beauftragen» (Kanton Aargau, 2008, S.3). Diese Bestimmung stand im Kern des Geschäftsmodells von Curarete im Aargau. Curarete wurde sogar vom Dottiker Gemeinderat eingeladen, um die Frage zu besprechen. Die zwei Sitzungen endeten jedoch ergebnislos. Curarete musste feststellen, dass die Gemeinde von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch machen wollte. Sie zog es vor, mit einer einzigen Organisation zu arbeiten.

Mit dieser Bestimmung verfügen die beauftragten Spitex-Organisationen faktisch über eine Monopolstellung. Diese wird durch Sonderabmachungen unter Leistungserbringern verstärkt. So war

es für Pro Senectute Wohlen AG nicht möglich mit Curarete zu arbeiten, da ein Kooperationsvertrag mit der lokal beauftragten Spitex-Organisation dies untersagte.

Diese Umstände erschwerten den Zugang des Curarete-Teams zum Markt. Anzumerken ist hier, dass die Niederlande diese amtlichen Bestimmungen nicht kennen.

7.4 zur Softwareentwicklung

Die Entwicklung des Softwarekonzepts war zwar anspruchsvoll, konnte aber unter Berücksichtigung der mit dem Team gewonnen Erkenntnisse im Rahmen des Innosuisse-Projekts ohne besondere Schwierigkeiten stets voranschreiten. Viel problematischer hat sich die Ermittlung eines geeigneten Informatikpartners erwiesen. Curarete musste die Zusammenarbeit zweimal aufgeben, bevor sie eine Firma mit der notwendigen Erfahrung und Know-how verpflichten konnte. Damit hat sich die Softwareentwicklung erheblich verzögert. Curarete führt diese Schwierigkeit auf ihren oder seinen Mangel an Erfahrung, aber auch auf die äusserst begrenzten Mittel zurück, die in der ersten Projektphase dafür zur Verfügung standen. Die Suche nach einem Informatikpartner, der den Anforderungen des Vorhabens wirklich genügt, wurde erst dank der Projektförderung der Age-Stiftung möglich.

7.5 zur Selbststeuerung

Selbststeuerung und Agilität etablieren sich nicht spontan, weil sie etwa selbsterklärend oder selbstverständlich wären. Weiterbildung und eine kontinuierliche Reflektion des Teams über seine Praxis ist unabdingbar, sonst ist für seine Mitglieder die Gefahr gross, in bekannte Handlungsmuster zurückzufallen. Dieser Punkt wurde erkannt und wurde mit gezielter Unterstützung mit dem Team bearbeitet. Ein nachhaltiges Weiterbildungs- und Schulungs-Angebot dazu war in der zweiten Projektetappe vorgesehen.

7.6 zur Projektfinanzierung

Im industriellen Bereich kommt Startup-Unternehmen eine wichtige Rolle als Innovationsträger zu. Der Finanzierungsmodus industrieller Neugründungen hängt im Wesentlichen von deren Reifungsgrad ab. Anfänglich wird die Aktivität einer Startup-Unternehmung in der Regel über die von den GründerInnen erbrachten Eigenmittel finanziert. In einer zweiten Phase wird die Finanzierung von sogenannten Business Angels oder mittels Venture Capital gesichert. Schliesslich wird das Unternehmen von einem interessierten Grossbetrieb akquiriert oder, seltener, als unabhängiges Unternehmen an die Börse gebracht. Im Projekt Curarete wurden schätzungsweise 50'000.- Fr. von den Vorstandsmitgliedern als Eigenmittel beigesteuert. Soziale Innovation ist für Business Angel allerdings unattraktiv, denn die zu erwartende Investitionsrendite ist praktisch null. Curarete wandte

sich deshalb an Stiftungen, in der Annahme, dass sie bei gemeinnützigen Projekten die Rolle der Business Angels übernehmen. Diese Annahme wurde nur teilweise bestätigt. Wenn ein Business Angel von einem Projekt überzeugt ist, wird es unterstützt, egal ob, oder gerade weil das Geschäftsmodell den betroffenen Markt umwühlt. Unsere Erfahrung zeigt aber, dass sich Stiftungen schwer tun mit der Unterstützung von sozial innovativen Projekten mit bahnbrechendem Charakter. Auch wenn das innovative Geschäftsmodell den Stiftungszwecken entspricht.

7.7 zur Datenlage

Curarete musste, wie alle anderen Spitex-Organisationen auch, eine grosse Menge an Daten erstellen und den Behörden liefern. So ist die Kostenrechnung gesamtschweizerisch gesetzlich Pflicht. Auf Seite der Behörden wird jedoch eine grosse Intransparenz aufrechterhalten. Über die Ergebnisse der Analyse der Daten wurde Curarete nie informiert. So kennt Curarete die Durchschnittskosten der Spitex-Organisationen ohne Auftrag im Kanton Aargau nicht, obwohl ihre Daten direkt in die Analyse einfließen. Damit ist ein zuverlässiges Monitoring der eigenen Ergebnisse mangels Vergleichsdaten nicht möglich. Auch die Benchmarkdaten der Organisationen mit Auftrag werden nicht kommuniziert. So konnte Curarete die Effizienz ihres Organisationsmodell relativ zur herkömmlichen Arbeitsweise nicht evaluieren.

8 Fazit: Ist die Spitex-Pflege in der Schweiz innovationsfähig?

Das abrupte Ende dieses aufwendigen, aber spannenden und lehrreichen Projekts wirft die Frage der Reformfähigkeit der Spitex-Pflege in der Schweiz auf. Die neue Pflegefinanzierung fordert implizit die Arbeitsteilung innerhalb des Pflegebereiches, indem Grundpflege einerseits von der Abklärung, Beratung und Koordination, sowie von der Behandlungspflege andererseits tendenziell getrennt wird. Damit werden ungünstige Anreize gestellt, die eine Implementierung des Selbststeuerungsmodells, das von einer Pflege «aus einer Hand» ausgeht, merklich erschwert. Der durch die Reform induzierte Sachverhalt setzt sich zudem der internationalen Entwicklung entgegen, die ausdrücklich auf eine Integration der Gesundheitsleistungen insbesondere in der Langzeit- und der Alterspflege seit geraumer Zeit abzielt (WHO, 2017). Auch die Fragmentierung des Spitex-Bereichs, über den vorwiegend auf Gemeindeebene entschieden wird, ist praktisch nicht zu verhandeln und bremst das Vorankommen innovativer Initiative.

Das Projekt legt nahe, dass die Rolle der Innovationsträgerin nicht von den nicht-beauftragten Spitex-Organisationen übernommen werden kann, denn sie stehen unter grossem wirtschaftlichem Druck. Die finanziellen Ressourcen für diese Aufgabe fehlen ihnen. Innovation scheint vorerst nur endogen, von den beauftragten Spitex-Organisationen ausgehend, wirklich möglich.

Das Projekt zeigt weiter, dass der öffentlichen Hand primär daran liegt, das gesetzlich festgelegte Mindestangebot im Spitex-Bereich sicherzustellen. Die Förderung sozialer Innovation im Bereich ist hingegen für sie nicht vorrangig. Die Frage der Finanzierung der sozialen Innovation im Spitex-Bereich ist somit grundsätzlich noch ungeklärt.

Schliesslich bringt das Projekt die ambivalente Rolle der beauftragten Spitex-Organisationen zum Vorschein. Einerseits scheinen sie in der Lage zu sein, innovative Projekte zu tragen und effektiv umzusetzen, andererseits sind sie bestrebt ihre Position gegen das Aufkommen der Organisationen ohne Auftrag zu behalten und damit den Status quo zu verteidigen.

Ob und wie der Spitex-Bereich sich erneuern kann, wird sich erweisen. Wir sind aber überzeugt, dass Selbststeuerung, Agilität und nahtlose Begleitung wichtige Pfeiler einer zukunftsorientierten, Klientinnen und Klienten freundlichen und für das Pflegepersonal attraktiven Spitex-Pflege sind.

9 Bibliografische Hinweise

- Bartholomé, C. & Vrancken, D. (2005). L'accompagnement : un concept au coeur de l'état social actif. Le cas des pratiques d'accompagnement des personnes handicapées. *Pensée plurielle*, 10(2), 85-95.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Ed.) (2017). Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Entwurf Schlussbericht. Zürich, Glarus: Infrac, Careum, Landolt Rechtsanwälte.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2015). Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2014. Zahlen und Trends. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2010). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz. 2010–2060. Neuchâtel.
- Cavedon, E; Minning, C. & Zängl, P. (2018). Feasibility Study: Übertragung des Buurtzorg-Modells auf schweizerische Verhältnisse. Olten: fhnw, Hochschule für Soziale Arbeit.
- De Blok, J. (2011). Buurtzorg Nederland: A new perspective on elder care in the Netherlands. *The Journal*, 82-86.
- Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (DGS) (2008). Spitex-Leitbild 2008. Aarau.
- Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion (2019). Normdefizite 2020 und Rechnungslegung – Nachversand. Zürich.
- Kanton Zürich (2020). Lohnreglement 01 & 05 für das Jahr: 2020. www.zh.ch/de/arbeiten-beim-kanton/das-bieten-wir/lohn-weitere-leistungen.html (21.10.2020).
- Paul, M. (2009). Autour du mot accompagnement. *Recherche et formation*, 62, 129-139.

- Paul, M. (2016). La démarche d'accompagnement. Repères méthodologiques et ressources théoriques. Paris: De Boeck.
- World Health Organisation (WHO) (2017). Guidelines on Integrated Care for Older People (ICOPE). Geneva. https://www.who.int/ageing/WHO-ALC-ICOPE_brochure.pdf?ua=1