

Edition Centaurus – Perspektiven Sozialer Arbeit
in Theorie und Praxis

Susanne Schäfer-Walkmann
Franziska Traub *Hrsg.*

Evolution durch Vernetzung

Beiträge zur interdisziplinären
Versorgungsforschung



Springer VS

Edition Centaurus - Perspektiven Sozialer Arbeit in Theorie und Praxis

Herausgegeben von

J. Burmeister, Heidenheim, Deutschland

S. Gögercin, Villingen-Schwenningen, Deutschland

R. Gründer, Heidenheim, Deutschland

K. Grunwald, Stuttgart, Deutschland

U. Koch, Stuttgart, Deutschland

K.E. Sauer, Villingen-Schwenningen, Deutschland

Soziale Arbeit als wissenschaftliche Disziplin hat die Aufgabe, für vielfältige Fragen und Gegenstandsbereiche aus Disziplin, Profession und Praxis jeweils spezifische theoriegestützte Angebote zu machen und die je nach Feld, Fragestellung, Bezugswissenschaften usw. verschiedenen wissenschaftlichen Diskurse weiter zu entwickeln. Die vorliegende Schriftenreihe „Edition Centaurus - Perspektiven Sozialer Arbeit in Theorie und Praxis“ ist dieser Aufgabe verpflichtet. Sie entsteht vor dem Hintergrund eigener Lehr- und Praxiserfahrungen der Herausgeberinnen und Herausgeber insbesondere an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg und verfolgt das Ziel, Disziplin und Profession der Sozialen Arbeit mit unterschiedlichen Beiträgen zu befruchten.

Die Herausgeberinnen und Herausgeber, Dezember 2015

Prof. Dr. Jürgen Burmeister, Heidenheim; Prof. Dr. Süleyman Gögercin, Villingen-Schwenningen; Prof. Dr. René Gründer, Heidenheim; Prof. Dr. Klaus Grunwald, Stuttgart; Prof. Dr. Ute Koch, Stuttgart und Prof. Dr. Karin E. Sauer, Villingen-Schwenningen

Die Reihe ist zuvor unter dem Titel „Perspektiven Sozialer Arbeit in Theorie und Praxis“ im Centaurus Verlag erschienen.

Susanne Schäfer-Walkmann
Franziska Traub
(Hrsg.)

Evolution durch Vernetzung

Beiträge zur interdisziplinären
Versorgungsforschung

Mit einem Vorwort der Reihenherausgeber
und -herausgeberinnen Prof. Dr. Jürgen Burmeister,
Heidenheim; Prof. Dr. Süleyman Gögercin,
Villingen-Schwenningen; Prof. Dr. René Gründer,
Heidenheim; Prof. Dr. Klaus Grunwald, Stuttgart;
Prof. Dr. Ute Koch, Stuttgart und Prof. Dr. Karin E. Sauer,
Villingen-Schwenningen

 Springer VS

Herausgeber

Susanne Schäfer-Walkmann
Duale Hochschule Baden-Württemberg
Stuttgart, Deutschland

Franziska Traub
Duale Hochschule Baden-Württemberg
Stuttgart, Deutschland

Edition Centaurus - Perspektiven Sozialer Arbeit in Theorie und Praxis
ISBN 978-3-658-14808-9 ISBN 978-3-658-14809-6 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-14809-6

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2017

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Vorwort der Herausgeberinnen und Herausgeber der Schriftenreihe

In der Schriftenreihe „Perspektiven Sozialer Arbeit in Theorie und Praxis“ werden Monographien und Sammelbände veröffentlicht, die im Kontext der Weiterentwicklung von Disziplin und Profession der Sozialen Arbeit stehen. Dabei soll durch die Auswahl der Fragestellungen, Themenfelder und Autorinnen und Autoren der Fachbereiche Sozialwesen der Dualen Hochschule Baden-Württemberg als Ort von Forschung und Theoriebildung sichtbar(er) gemacht werden.

Die Soziale Arbeit als wissenschaftliche Disziplin ist heute durch vielfältige wissenschaftliche Diskurse gekennzeichnet, die in ihren Forschungsanstrengungen teils stärker theoretisch, teils stärker empirisch ausgerichtet sein können oder auch beide Perspektiven auf spezifische Weise miteinander verbinden. Soziale Arbeit als Disziplin differenziert sich dabei hinsichtlich ihrer Arbeitsfelder, methodischen Zugänge, bezugswissenschaftlichen Kontexte usw. ständig weiter aus.

Soziale Arbeit als Profession bezeichnet eine besondere Form eines Berufs. Sie verfolgt insbesondere seit Ende der 60er Jahre das Ziel einer nachhaltigen Professionalisierung und ist durch die damit verbundenen Diskussionen über Berufsbilder, Kompetenzen und gesellschaftlichen Status von Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen gekennzeichnet. Damit in Verbindung stehen Anstrengungen, die Ausbildung der Fachkräfte wissenschaftlich zu fundieren (vgl. Dewe & Otto 2015, S. 1233).

Disziplin und Profession der Sozialen Arbeit sind aufeinander bezogen und stehen in Wechselwirkung zueinander, auch wenn sie durch unterschiedliche Logiken geprägt sind. Pointiert gesagt: Die Profession benötigt einen Wissenschaftsbezug, um fundiert, kritisch und reflektiert agieren zu können, die Disziplin braucht einen Praxisbezug, will sie sich nicht im Elfenbeinturm der Wissenschaft an Prägekraft für die Praxis verlieren.

Die Profession ‚Soziale Arbeit‘ ist jedoch nicht gleich zu setzen mit der Praxis der Sozialen Arbeit, sondern steht *zwischen* der wissenschaftlichen Disziplin, die „wissenschaftliches Erklärungswissen“ liefert (Kriterium: „Wahrheit“) und der Praxis, die „praktisches Entscheidungswissen“ bereitstellt (Kriterium „Angemessenheit“) (Dewe & Otto 2005, S. 1966). Die Profession bedient sich sowohl des „wissenschaftlichen Erklärungswissens“ als auch des „praktischen Entscheidungswissens“ und verbindet die beiden Kriterien „Wahrheit“ und „Angemessenheit“ miteinander (ebd.). Ihr geht es – im Sinne eines permanenten Lernprozesses – darum, mit wissenschaftlichem Wissen fachliche Entscheidungen sorgfältiger und stichhaltiger begründen zu können und gleichzeitig auf der Basis von praktischem Können die eigene Handlungskompetenz weiter zu verbessern. Die Erklärung oder Deutung von Situationen und Strukturen sowie die Bereitstellung einer Maßnahme oder eines

Angebotes sind aus dieser Sicht aufeinander bezogen. Sie ergänzen und befruchten sich im besten Fall gegenseitig (vgl. ebd.).

Soziale Arbeit als wissenschaftliche Disziplin – und damit auch diese Schriftenreihe – hat insofern die Aufgabe, für vielfältige Fragen und Gegenstandsbereiche aus Disziplin, Profession und Praxis jeweils spezifische theoriegestützte Angebote zu machen und die je nach Feld, Fragestellung, Bezugswissenschaften usw. verschiedenen wissenschaftlichen Diskurse weiter zu entwickeln. Die Disziplin Soziale Arbeit stellt theoretische Rahmungen und Bezugspunkte zur Verfügung, an denen sich die Profession teils orientieren, teils reiben kann und die Herausforderungen für professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit darstellen können. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn die Disziplin einerseits offen und sensibel ist für Themen- und Fragestellungen von Profession und Praxis Sozialer Arbeit und andererseits sich von diesen immer wieder selbst ‚verunsichern‘ bzw. in Frage stellen lässt.

Die vorliegende Schriftenreihe „Perspektiven Sozialer Arbeit in Theorie und Praxis“ ist dieser Aufgabe verpflichtet. Sie entsteht vor dem Hintergrund eigener Lehr- und Praxiserfahrungen der Herausgeber und Herausgeberinnen insbesondere an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg und verfolgt das Ziel, Disziplin und Profession der Sozialen Arbeit mit unterschiedlichen Beiträgen zu befruchten.

Die Herausgeberinnen und Herausgeber, Februar 2016

Prof. Dr. Jürgen Burmeister, Heidenheim; Prof. Dr. Süleyman Gögercin, Villingen-Schwenningen; Prof. Dr. René Gründer, Heidenheim; Prof. Dr. Klaus Grunwald, Stuttgart; Prof. Dr. Ute Koch, Stuttgart und Prof. Dr. Karin E. Sauer, Villingen-Schwenningen

Literatur

- Dewe, B., & Otto, H.-U. (2005). Wissenschaftstheorie. In: H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.). *Handbuch Sozialarbeit/ Sozialpädagogik* (3., unveränderte Neuaufl.) (S. 1966-1979). München: Reinhardt.
- Dewe, B., & Otto, H.-U. (2015). Profession. In: H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.). *Handbuch Soziale Arbeit* (5., erweiterte Aufl.) (S. 1233-1244). München: Reinhardt.

Inhaltsverzeichnis

Evolution durch Vernetzung.....	9
<i>Paul-Stefan Roß</i> Governance als Steuerungskonzept für Versorgungsgestaltung im Alter.....	19
<i>Susanne Schäfer-Walkmann, Franziska Traub und Alessa Peitz</i> Die hohe Kunst der Steuerung von Demenznetzwerken in Deutschland – Ergebnisse der DemNet-D-Studie	47
<i>Liane Schirra-Weirich und Henrik Wiegelmann</i> Typenbildung als Beitrag zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz und ihren versorgenden Angehörigen. Ergebnisse einer Tandem-Studie im Rahmen des Modellprojekts „DemenzNetz StädteRegion Aachen“	59
<i>Karin Wolf-Ostermann, Annika Schmidt und Johannes Gräske</i> Ambulant betreute Wohngemeinschaften – Entwicklungen und Perspektiven.....	77
<i>Jochen René Thyrian, Adina Dreier, Tilly Eichler und Wolfgang Hoffmann</i> Versorgung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit.....	93
<i>Klaus Grunwald, Christina Kubn und Thomas Meyer</i> Demenz bei ‚Menschen mit Lernschwierigkeiten‘ – Ergebnisse eines Forschungsprojekts und Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung	105
<i>Karin Wolf-Ostermann, Katja Dierich, Annika Schmidt und Johannes Gräske</i> Versorgungsforschung zur vernetzten ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz – Strategien und Empfehlungen anhand von Praxiserfahrungen.....	121
<i>Sandra Verhülsdonk und Barbara Höft</i> Inklusion durch interdisziplinäre Netzwerkarbeit im Quartier.....	141
<i>Annette Plankensteiner</i> Auf dem Weg in eine inklusive Gemeinde – Veränderte Versorgungsarrangements im ländlichen Bereich am Beispiel des Modellprojekts ‚Wir daheim in Graben – Ein Inklusions- und Sozialraumprojekt‘	159

Geraldine Höbel

Bürgerbeteiligung und Versorgungsgestaltung im Alter – „Gut und aktiv älter werden in Schorndorf“..... 177

Die Autorinnen und Autoren..... 193

Evolution durch Vernetzung

Susanne Schäfer-Walkmann und Franziska Traub

Unter dem Stichwort „demographischer Wandel“ zeichnen Bevölkerungswissenschaftler und Ökonomen meistens ein düsteres Bild: „Eine schrumpfende, alternde Bevölkerung bedeutet weniger Wachstum, mehr Ausgaben für die Sozialsysteme und geradezu tektonische Verschiebungen in fast allen Bereichen des gesellschaftlichen Zusammenseins“ (Beck/FAZ. 2003, Nr. 115, S. 16). Und egal, ob man das Alter positiv konnotiert, *„den Jahren Leben gibt“*, die *„fitten, aktiven Senioren von heute“* anspricht und die *„best ager“* als zahlungskräftige Konsumenten umwirbt oder aber die *„Gesellschaft des langen Lebens“* in der *„Demografiefalle“* wohnt, die von alten Menschen nahezu *„überrollt“* wird - mit dem demographischen Wandel sieht sich unsere Gesellschaft einem Phänomen gegenüber, für das sie keinerlei historische Erfahrungswerte hat, kein kollektives Gedächtnis und keine kulturellen, ökonomischen, politischen oder sozialen Handlungsmuster.

In einer postmodernen alternden Gesellschaft ist die Versorgung im Falle von Krankheit und Pflege einer der großen gesellschaftlichen Diskursstränge: altersinduzierte Krankheiten (vor allem Demenzen) und Begleiteffekte, wie zunehmende Multimorbidität und ein Anstieg chronischer Erkrankungen rücken in den Fokus, die Nachfrage nach Gesundheits(dienst-)leistungen wächst. Der Gewinn an Lebensjahren hängt nicht nur mit einer sehr geringen Säuglingssterblichkeit, besserer Hygiene und einem gestiegenen Lebensstandard zusammen, sondern vor allem mit dem medizinisch-technischen Fortschritt bzw. Innovationen im Arzneimittelbereich und der Medizintechnik, an denen möglichst Viele partizipieren wollen. Die Dynamik der Entwicklung hat unmittelbare Auswirkungen auf die Sozialversicherungssysteme, und es stellen sich Verteilungsfragen: „Aus diesem Grund muss bei begrenzten Mitteln sichergestellt sein, dass Innovationen auch tatsächlich mit einem zusätzlichen Nutzen für die Gesundheitsversorgung verbunden sind und damit den erhöhten Mittelaufwand rechtfertigen“ (Beske 2011, S. 33).

Der demographische Wandel erzeugt vielfachen gesellschaftlichen und politischen Handlungsdruck. „Bevölkerungsentwicklung, Krankheitshäufigkeit und Versorgungsbedarf bei Krankheit, Versorgung Pflegebedürftiger und Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung sprechen eine deutliche Sprache. Das Gesundheitswesen steht vor einschneidenden Veränderungen. (...) Die Schere zwischen Bedarf und Möglichkeiten der Bedarfsdeckung geht so weit auseinander, dass der

heutige Leistungsumfang nicht mehr finanziert werden kann und das Fachpersonal fehlt. Dies wird vielfältige Maßnahmen erfordern“ (Beske 2016, S. 22).

„Effiziente und wirkungsvolle Krankenversorgung sowie Schutz vor überflüssigen, überteuerten oder mangelhaften Angeboten und die Förderung des psychischen Befindens werden in einer rohstoffarmen, alternden Hochleistungsgesellschaft immer bedeutsamer für die Innovationskraft der Bevölkerung“ (Badura 2011, S. VII). So führten denn auch die „tektonischen Verschiebungen“ in jüngster Zeit zu vier großen Gesetzgebungsvorhaben, die weitreichende Veränderungen in der Gesundheitsversorgung erwarten lassen:

1. Die *Pflegesicherungsgesetze 1 und 2*, die mit der Einführung eines neuen, erweiterten Pflegebegriffs, einer Umwandlung der Pflegestufen in Pflegegrade, einem neuen Begutachtungsverfahren sowie einer Ausweitung der Ansprüche an Begleitung, Beratung und Case Management einen Paradigmenwandel abbilden und eine Vernetzung der relevanten Versorger und Leistungserbringer in den Kommunen einfordern.
2. Das *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention*, das die Grundlagen für eine stärkere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung beschreibt und unter anderem wichtige Weichenstellungen für die Zukunft der Pflegeversicherung enthält. So bekommt beispielsweise die Soziale Pflegeversicherung einen neuen Präventionsauftrag, um künftig auch Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen mit gesundheitsfördernden Angeboten erreichen zu können.
3. Das *Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung* in Deutschland, das darauf abzielt, schwer kranke und alte Menschen am Ende ihres Lebens besser und individueller zu betreuen, um ihre Schmerzen zu lindern und ihnen Ängste zu nehmen. Wichtige Inhalte sind der flächendeckende Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung, die Begleitung Sterbender als Bestandteil des Versorgungsauftrags der gesetzlichen Pflegeversicherung und die Palliativversorgung als Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.
4. In diese Aufzählung einreihen lässt sich außerdem der *Gesetzesentwurf für eine generalistische Pflegeausbildung*, der eine, von heftigen Diskussionen begleitete Reform der Pflegeberufe vorsieht, mit dem Ziel, den Pflegeberuf attraktiver zu machen und dem bundesweiten Pflegefachkräftemangel entgegen zu treten.

Versorgung im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit ist eine komplexe Aufgabe, die in einem vielpoligen Spannungsfeld aus sich ausdifferenzierenden Lebens- und Bedarfslagen der Klientel, Markt- und Wettbewerbsorientierung, kommunal und staatlich gesetzten Rahmenbedingungen sowie der notwendigen sozialräumlichen Verankerung und einer zivilgesellschaftlichen Rückbindung stattfindet. Komplexe Hilfen werden immer dann geleistet, wenn verschiedene Sozialleistungsträger zur Deckung des individuellen Hilfebedarfs benötigt und diese Hilfen multiprofessionell erbracht werden. Der komplexe Hilfebedarf älterer Menschen erfordert „grundsätzlich das Zusammenwirken aller Institutionen und Organisationen, die über entsprechende Hilfeangebote verfügen. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Einbeziehung und Aktivierung des sozialen Umfeldes der älteren Menschen sowie ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer“ (BMFSFJ 2000, S. 123).

Komplexe Versorgungsnotwendigkeiten tangieren sehr schnell das Thema der Finanzierungslogik im bundesdeutschen Sozialrecht. Die unterschiedlichen, für ein komplexes Versorgungsarrangement notwendigen Helferinnen und Helfer sind in unterschiedlichen Sektoren tätig: Ärztinnen und Ärzte im SGB V, die Pflege im SGB V bzw. SGB XI, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der Eingliederungshilfe (Stichwort: Teilhabe). Versorgende Angehörige schultern häusliche Pflege und professionelle und ehrenamtliche Helfer/-innen unterstützen sie dabei. Stationärer, teilstationärer und ambulanter Bereich haben unterschiedliche strukturelle Rahmenbedingungen. Je nachdem, welcher Kostenträger hinter der Leistung steht, unterscheiden sich Versorgungsauftrag, Versorgungsziele und Versorgungsumfang. „Der Gesundheitsversorgung stellt sich damit die in integrativer Hinsicht anspruchsvolle Aufgabe, hausärztliche und fachärztliche, ambulante und stationäre sowie pflegerische Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Präventionsmaßnahmen, der Rehabilitation, der Arzneimitteltherapie sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen ziel- und funktionsgerecht zu verzahnen“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, S. 27).

Vor diesem Hintergrund zeigt sich die Notwendigkeit der Konzeptionierung und Implementierung neuer Versorgungsarrangements, -konzepte und -strukturen (vgl. Schäfer-Walkmann 2011). Dass diese interdisziplinär und nicht intrasektoral gedacht werden müssen, lässt sich dabei in zweierlei Hinsicht begründen: Steigt die Komplexität des Hilfebedarfs, macht dies einerseits häufig verschiedene Hilfeleistungen aus unterschiedlichen Bereichen wie Pflege, Medizin, Rehabilitation oder Hauswirtschaft erforderlich – vor allem dann, wenn die angegliederten sozialen Netze und Systeme den Hilfebedarf nicht (mehr) vollständig abdecken können. Insbesondere im Hinblick auf (chronisch) mehrfacherkrankte ältere Menschen zeigen sich in der Regel komplexe, berufsgruppen- und institutionenübergreifende Hilfebedarfe, denn

je „komplexer der Hilfe- und Pflegebedarf einer Person ist, umso erforderlicher ist eine zielgeführte koordinierte Abstimmung der unterschiedlichen Hilfeleistungen, um mögliche belastende Folgen von Schnittstellenproblemen zu reduzieren“ (Hokema & Sulmann 2009, S. 208). Andererseits sind diese koordinierten und abgestimmten Hilfe- und Versorgungsprozesse für die Gesellschaft bedeutsam, denn in unserer modernen, ausdifferenzierten Gesellschaft als „prekärer Gefüge aus verschiedenen Teilsystemen mit unterschiedlichen rivalisierenden und konkurrierenden Ordnungsprinzipien“ (Evers 2004, S. 5) sind die Sektoren Staat, Markt, Assoziationen (Dritter Sektor) und Primäre Netze (Informeller Sektor) an der Produktion von Wohlfahrt – hier: der gesundheitlichen Versorgung – beteiligt.

Diese Überlegungen führen zu geeigneten Formen der Ausgestaltung moderner Versorgungsarrangements, die zuverlässig und nachhaltig sind. Dabei gehören Kooperationsmodelle schon seit einiger Zeit zu denjenigen gesundheitspolitischen Strategien und Instrumenten, die als Königsweg zur Lösung gesundheitsökonomischer Problemlagen und Fehlallokationen gehandelt werden (vgl. Greußel & Menemann 2006). Sie stehen für eine sektorenübergreifende, zumeist indikations- und regionenbezogene Gesundheits- und Pflegeversorgung in aufeinander bezogenen bis hin zu ineinander greifenden bzw. vernetzten Strukturen. „Gelungene Kooperation ist für die Qualität komplexer Versorgungsketten ebenso ausschlaggebend wie für die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung. (...) Mangelhafte Kooperation wird zu einem zentralen Entwicklungshemmnis der Versorgung“ (Badura 2011, S. VII).

„Kooperation“ ist strategisch angelegt und basiert auf Zusammenarbeit und Austausch mit anderen. Modelle von Kooperation beruhen somit auf der Grundlage gemeinsamer Interessen mit dem Ziel, für alle Beteiligten nutzenbringend zu sein. Hieraus leiten sich Absprachen über Rechte und Pflichten sowie organisationale Strukturen ab. „Netzwerke“ wiederum können als organisierte Formen kooperierenden Handelns bezeichnet werden, in denen eigene Zusammenhänge, formelle und informelle Beziehungen und spezifische Kommunikationsprozesse wirken. „Das Netzwerk bildet ein *Potenzial* zukünftiger Zusammenarbeit und dieses personenbezogene Beziehungsgeflecht fungiert als kooperationsermöglichende soziale Infrastruktur“ (Duschek, Wetzels & Aderhold 2005, S. 148).

Dieses Potenzial wird beispielsweise in ‚Versorgungsverbänden‘ nutzbar gemacht. Versorgungsverbände als „strukturell gebahnte und gesellschaftlich legitimierte Problemlösungsversuche abgestimmten und koordinierten Handelns verschiedener Akteure über sektorale Grenzen hinweg“ (Schäfer-Walkmann 2009, S. 297) sind sozialwirtschaftliche Arrangements, „in denen Menschen in Fürsorge, als Selbstsorgende und als Umsorgte aufeinander bezogen sind“ (Wendt & Wöhrle 2007, S. 70). Ein Beispiel hierfür ist die Integrierte Versorgung (§ 140a ff SGB V), wo Leistungs-

anbieter der gesundheitlichen Versorgung (z. B. Kliniken, Medizinische Versorgungszentren, niedergelassene Ärzte etc.) mit den Krankenkassen einen Versorgungsvertrag über die Erbringung eines definierten Leistungspakets im Fall von Krankheit oder Pflege schließen. Unter der Federführung eines der assoziierten Vertragspartner arbeiten verschiedene Leistungsanbieter eng zusammen und kooperieren miteinander. Basierend auf definierten Behandlungs- und Versorgungspfaden werden entlang eines Versorgungskontinuums aufeinander abgestimmte Versorgungsleistungen von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen diverser Leistungsanbieter erbracht. Zu den zentralen Aufgaben des Trägers der integrierten Versorgung gehören sowohl die Koordination und Sicherstellung der im Einzelfall benötigten Leistungen als auch das Verbundmanagement, die Vernetzung der Verbund- bzw. Kooperationspartner und das Hinwirken auf eine verbindliche Leistungserbringung im Sinne des integrierten Versorgungsvertrages. Idealerweise sind integrierte Versorgungsmodelle außerdem in regionale Strukturen eingebettet.

Auch im Gesundheitswesen wirken Netzwerke „als systembildende, -verändernde und -überdauernde *Strukturen*. Sie verfügen dazu nicht über fest gefügte Kommunikationswege und formale Zuständigkeitsregelungen wie etwa Organisationen, sondern liefern stattdessen eine weitestgehende Offenheit, Fluidität und Unverbindlichkeit in ihren Koordinationsbeziehungen“ (Duschek, Wetzels & Aderhold S. 147). Das Potenzial von Netzwerken liegt in den aktivierbaren Kontakten, die beobachtbar und handlungsleitend werden, „wenn *Personen* in Form einer konkreten *Kooperationshandlung* darauf Bezug nehmen“ (ebd., S. 148). In Versorgungsnetzwerken oder Versorgungsverbänden zielt diese Kooperationshandlung auf eine bessere Versorgungsqualität ab.

Akteure in Netzwerken kooperieren miteinander, wodurch Evolution geschieht. Denn in einem stark fragmentierten und segmentierten Gesundheitssystem ermöglicht Vernetzung strukturelle Kopplung verschiedener Akteure aus den Sektoren Markt, Staat, Dritter Sektor und Informeller Sektor. In einer Innenperspektive ist der Auf- und Ausbau von Versorgungsnetzen beispielsweise gekennzeichnet durch spezifische Variationen der miteinander verbundenen und interagierenden Teile des Systems: Das Netzwerk bildet eine eigene Struktur und Organisation ebenso aus wie einen eigenen „Modus Operandi“. Auch wird immer selektiert: Wer gehört zum Netzwerk? Wer soll unbedingt dabei sein? Wer soll außen vor bleiben? Und wer sind die relevanten Stakeholder?

Evolution durch Vernetzung wird auch in der Außenperspektive ersichtlich. Durch strukturelle Kopplung verbindet sich das Versorgungsnetzwerk mit seiner Umwelt und kann auf unterschiedliche Bedarfe flexibel reagieren. Man findet eine gemeinsame Sprache, um mit dem jeweils anderen Sektor zu kommunizieren. Und man

entwickelt gemeinsame Strategien, um Hürden und Barrieren zu überwinden. Die Evolutionsgeschichte eines Versorgungsnetzwerkes ist deshalb immer auch gekennzeichnet durch strukturelle Kopplung zwischen dem Netzwerk und anderen gesellschaftlichen Funktionssystemen, allen voran Politik und Wirtschaft. Besonders deutlich wird das auf lokaler Ebene: „Der Vernetzung im regionalen Kontext wird Impulsgebung und Innovationskraft (...) sowie ein Beitrag zur Erhöhung regionaler Anpassungsfähigkeit unterstellt“ (Wöllert & Jutzi 2005, S. 57).

Wie der vorliegende Band belegt, liegt die Stärke der Versorgungsforschung in ihrer Interdisziplinarität. Die Beiträge wurden mit der festen Überzeugung zusammengestellt, dass es multiprofessioneller Analysen bedarf, um sich der Komplexität des Versorgungsgeschehens anzunähern und notwendige Verbesserungen für die Menschen anzuregen.

Zum Einstieg ordnet Paul-Stefan Roß mit seinem Beitrag „*Governance als Steuerungskonzept für Versorgungsgestaltung im Alter*“ die interdisziplinäre Gesundheitsversorgung in das wohlfahrtstheoretische Modell der gemischten Wohlfahrtsproduktion ein. Zunächst wird dabei der theoretische Hintergrund der Governance Sozialer Arbeit erläutert, wobei insbesondere die Konzepte des Welfare-Mix, der Governance und der Hybridisierung sozialwirtschaftlicher Organisationen beleuchtet werden. In einem nächsten Schritt zeigt Paul-Stefan Roß analytische, normative, strategische und operative Perspektiven zur Governance von Versorgungsnetzwerken im Alter auf. Der Autor identifiziert die Gewährleistung und Steuerung der Versorgung älterer Menschen durch Versorgungsverbünde mit Netzwerkstruktur als adäquate Antwort auf die demografischen Entwicklungen der Gesellschaft.

Im Beitrag „*Die hohe Kunst der Steuerung von Demenznetzwerken in Deutschland – Ergebnisse der DemNet-D-Studie*“ entwickeln Susanne Schäfer-Walkmann, Franziska Traub und Alessa Peitz vor dem theoretischen Hintergrund des Konzepts der Governance anhand der differenzierenden Hauptvariablen „Stakeholder“, „Steuerung“, „Hybridität“ und „Ziele/Auftrag“ vier analytische Netzwerktypen von Demenznetzwerken. Dafür werden Erkenntnisse aus den Netzwerkanalysen des DemNet-D-Projekts betrachtet. Unter Anwendung der Netzwerktypologie kategorisieren sie die Kernaufgaben der 13 im Projekt untersuchten Netzwerke und weisen abschließend auf das Potential dieser gemischten Wohlfahrtsarrangements hin.

Das Kapitel „*Typenbildung als Beitrag zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz und ihren versorgenden Angehörigen. Ergebnisse einer Tandem-Studie im Rahmen des Modellprojekts „DemenzNetz StädteRegion Aachen*“ stellt die zentrale

Rolle der Angehörigen bei der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz in den Vordergrund. Liane Schirra-Weirich und Hendrik Wiegelmann entwickeln auf Grundlage der Ergebnisse des Modellprojekts eine Typologie, anhand welcher drei typische Konstellationen von Menschen mit Demenz und ihren versorgenden Angehörigen identifiziert werden können. Hierdurch soll die Entwicklung einer bedarfsgerechten, zielgruppenspezifischen Unterstützung der beiden Personengruppen ermöglicht werden.

Karin Wolf-Ostermann, Annika Schmidt und Johannes Gräse stellen in ihrem Beitrag „*Ambulant betreute Wohngemeinschaften – Entwicklungen und Perspektiven*“ das Konzept dieser Wohn- und Versorgungsform für Menschen mit Demenz vor, mit welcher dem Wunsch nach Selbstbestimmung im Alter in den Bereichen Wohnen und pflegerische Versorgung entsprochen werden soll. Anhand der Auswertung des aktuellen Forschungsstandes kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass sich eine generell bessere Versorgungssituation in den vom Modell zum Regelangebot avancierten ambulant betreuten Wohngemeinschaften gegenüber stationären Einrichtungen nicht belegen lässt.

Der Beitrag „*Versorgung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit*“ von Jochen René Thyrian, Adina Dreier, Tilly Eichler und Wolfgang Hoffmann widmet sich dem Dementia Care Management. Dieses Konzept zur optimierten Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulanten Settings wurde im Zuge der Studie „Demenz: lebenswelt- und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern (DelpHi)“ definiert, operationalisiert und evaluiert. Die Autoren schildern den inhaltlichen Fokus, die Voraussetzungen für die Durchführung sowie den Prozess des Dementia Care Management und präsentieren erste Erkenntnisse der Evaluierung des Konzepts.

Im Kapitel „*Demenz bei Menschen mit Lernschwierigkeiten – Ergebnisse eines Forschungsprojekts und Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung*“ werten Klaus Grunwald, Christina Kuhn und Thomas Meyer nationale und internationale Erfahrungen zur adäquaten Begleitung und Betreuung von dementiell erkrankten Personen mit Lernschwierigkeiten aus. Abgeleitet aus den Ergebnissen des Forschungsprojekts werden Empfehlungen für die medizinische Forschung und Diagnostik, die Versorgung und Betreuung von Betroffenen, sowie für die Politik ausgesprochen und Herausforderungen für Fachkräfte, Angehörige und Betroffene hervorgehoben. Zur Bewältigung der Herausforderungen im Umgang mit Menschen mit Lernschwierigkeiten und Demenz betonen die Autoren die Notwendigkeit einer interdisziplinären Perspektive, welche demenz- und pflegewissenschaftliche Wissensbestände mit behindertenpädagogischen Sichtweisen vereint.

Unter dem Titel „*Versorgungsforschung zur vernetzten ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz – Strategien und Empfehlungen anhand von Praxiserfahrungen*“ zeigen Karin Wolf-Ostermann, Katja Dierich, Annika Schmidt und Johannes Gräske zunächst potentielle Schwierigkeiten bei Forschungsvorhaben im Bereich der Versorgungsforschung bei Menschen mit Demenz in nicht-stationären Settings auf. Dass unter Berücksichtigung gewisser Empfehlungen bezüglich der Rekrutierung der Studienteilnehmer, der Auswahl der Erhebungsinstrumente sowie der Dissemination und Implementation der Ergebnisse eine erfolgreiche Durchführung eines solchen Projektes möglich ist, wird exemplarisch anhand von Erkenntnissen aus der Teilnahme des Qualitätsverbund Netzwerk im Alter e.V. an der DemNet-D Studie verdeutlicht.

Im Abschnitt „*Inklusion durch interdisziplinäre Netzwerkarbeit im Quartier*“ werden die Entstehung, die Organisationsstruktur, die inhaltliche Ausrichtung sowie die involvierten und kooperierenden Netzwerkakteure des Demenznetzes Düsseldorf in den Blick genommen. Sandra Verhülsdonk und Barbara Höft gehen zudem auf die Bedeutsamkeit von Betreuungsgruppen für die Arbeit im Quartier und für die Inklusion dementiell erkrankter Menschen ein. Neben der Identifikation der Nutzung von Synergieeffekten als Chance der Netzwerkarbeit werden Ratschläge zur erfolgreichen interdisziplinären Netzwerkarbeit gegeben, durch die insbesondere ein Beitrag zum Erhalt einer hohen Lebensqualität und zur sozialen Teilhabe von Menschen mit Demenz geleistet werden soll.

Der neunte Beitrag „*Auf dem Weg in eine inklusive Gemeinde – Veränderte Versorgungsarrangements im ländlichen Bereich am Beispiel des Modellprojekts ‚Wir dabei in Graben – Ein Inklusions- und Sozialraumprojekt‘*“ basiert auf einem erweiterten Inklusionsverständnis, welches darauf abzielt, auf Grundlage eines Welfare-Mix auch unter den Herausforderungen des demografischen Wandels den Verbleib aller Bürger in ihrer Heimatgemeinde zu ermöglichen. Annette Plankensteiner legt die Erkenntnisse aus dem Modellprojekt, in dem die Implementierung eines Inklusionsbüros und die Einführung eines Helferpools und einer Themengruppe als Instrumente zur Umsetzung einer inklusiven Gemeinwesenarbeit wissenschaftlich begleitet wurden, dar. Hierbei wird die Relevanz der gleichrangigen Bewertung von professionellen Dienstleistern, nebenamtlich erbrachten Unterstützungsleistungen und ehrenamtlicher Hilfe sowie eines reziproken Gebens und Nehmens der Bürgerinnen und Bürger betont.

Geraldine Höbel geht in ihrem Beitrag „*Zwei Seiten einer Medaille – Erfahrungen aus der Praxis aktivierender Bürgerbeteiligung*“ der Frage nach, ob das Instrument der Bürgerbeteiligung einen geeigneten Beitrag zur Versorgungsgestaltung im Alter leisten kann. Hierfür werden Erfahrungen aus der wissenschaftlichen Begleitung

des Projekts „Gut und aktiv älter werden in Schorndorf“ reflektiert. Anhand dieses Beispiels eines langfristig angelegten komplexen Beteiligungsprojekts zeigt die Autorin den positiven Effekt von Bürgerbeteiligung auf, weist jedoch gleichzeitig auf hinderliche Faktoren bei der Fortsetzung hierdurch angestoßener Prozesse hin.

Literatur

- Badura, B. (2011). Geleitwort II. In: H. Pfaff, E. Neugebauer, G. Glaeske & M. Schrappe (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung* (S. VII-VIII). Stuttgart: Schattauer.
- Beck, H. (2013). *Frankfurter Allgemeine Zeitung* (19.05.2003) Nr. 115, 16.
- Beske, F. (2011). *Sechs Entwicklungslinien in Gesundheit und Pflege - Analyse und Lösungsansätze*. Kiel: Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung.
- Beske, F. (2016). *Perspektiven des Gesundheitswesens. Geregelte Gesundheitsversorgung im Rahmen der sozialen Marktwirtschaft*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2000). *Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Duschek, S., Wetzel, R., & Aderhold, J. (2005). Probleme mit dem Netzwerk und Probleme mit dem Management. In: J. Aderhold, M. Meyer & R. Wetzel (Hrsg.), *Modernes Netzwerkmanagement. Anforderungen - Methoden - Anwendungsfelder* (S. 143-164). Wiesbaden: Gabler.
- Evers, A. (2004). Sektor und Spannungsfeld. Zur Politik und Theorie des Dritten Sektor. Diskussionspapiere zum Nonprofit-Sektor 27. Berlin. <http://www.dritte-sektor-forschung.de>.
- Greußel, M., & Mennemann, H. (2006). *Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung*. München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Hokema, A., & Sulmann, D. (2009). Vernetzung in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung: Wem nützt sie? In: K. Böhm, C. Tesch-Römer, & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (S. 207-215). https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00000153/Gesundheit_und_Krankheit_im_Alter.pdf%3Bjsessionid=756BDD3B1DEDADFFE9C287CA17413B89
- Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009*. Berlin.
- Schäfer-Walkmann, S. (2009). Soziale Arbeit in Integrierten Versorgungsverbänden. In: A. Mühlum, & G. Rieger (Hg.), *Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Wolf Rainer Wendt* (S. 295-305). Lage: Jacobs.
- Schäfer-Walkmann, S. (2011). Koordinierung der ambulanten Versorgung - Netzwerke und andere Möglichkeiten. Einführung. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Leuchtturmprojekte Demenz* (S. 69-71). <http://www.bundesgesundheitsministerium.de>.
- Wendt, W. R., & Wöhrle, A. (2007). *Sozialwirtschaft und Sozialmanagement in der Entwicklung ihrer Theorie. Sozialwirtschaft Diskurs. Augsburg: ZIEL*.
- Wöllert, K., & Jutzi, K. (2005). Regionale Netzwerke. Zur besonderen Rolle von Intermediären. In: J. Aderhold, M. Meyer, & R. Wetzel (Hrsg.), *Modernes Netzwerkmanagement* (S. 53-71). Wiesbaden: Gabler.

Governance als Steuerungskonzept für Versorgungsgestaltung im Alter

Paul-Stefan Roß, Stuttgart

„Demografischer Wandel“, „Differenzierung“, „Individualisierung“ und „Selbstbestimmungswille“ - mit diesen Stichworten wurde einleitend die aktuelle gesellschaftliche Entwicklung skizziert. Vor diesem Hintergrund erweist sich die Gewährleistung von Versorgung älterer Menschen als zunehmend komplexe Herausforderung. Dabei geht es auch, aber keineswegs allein um gesundheitliche Versorgung. Hinzu kommen die Bereiche Wohnen, Freizeitgestaltung usw.

Der vorliegende Band geht von der Basisannahme aus (s.o. Einleitung, S. 13f), dass diese Herausforderung nicht nur nach einem interdisziplinären Vorgehen verlangt (vgl. Stricker et al. 2015, S. 17), sondern auch spezifische Organisationsformen erfordert (nämlich Versorgungsnetzwerke bzw. Versorgungsverbände) und spezifische Konzepte der Steuerung solcher Netzwerke (nämlich Governance als Steuerung im „mix of modes“ - s.u. den Beitrag Schäfer-Walkmann u.a., S. 53ff).¹

Der folgende Beitrag rekapituliert in einem ersten Schritt die Ausgangssituation im Bereich sozial(wirtschaftlich)er Dienste. Er entfaltet sodann zweitens die Grundannahmen des seit einigen Jahren intensiv und durchaus kontrovers diskutierten Governance-Ansatzes und strebt damit auch eine begriffliche Klärung dieses recht schillernden Terminus an. Im Kern entwickelt er dabei die These, Versorgungsverbände für ältere Menschen seien als Formen „gemischter Wohlfahrtsproduktion“ mit „governmenteller Steuerung“ sowie als stark „hybridisierte“ Gebilde zu interpretieren. In solchen Verbänden kooperieren Organisationen miteinander, die ihrerseits unterschiedliche Grade der Hybridisierung aufweisen. Auf dieser Grundlage skizziert der Beitrag in einem dritten Schritt Perspektiven für die Analyse, Kon-

1 Eine sehr ähnliche Analyse ließe sich übrigens in einem ganz anderen Politikfeld durchführen: dem der Energieversorgung. Auch hier geht im Kontext der sog. „Energiewende“ die Tendenz eindeutig hin zu (Energie)Versorgungsverbänden, in denen versucht wird, nicht nur verschiedene Energieträger zu mischen, sondern auch unterschiedliche Energieproduzenten mit einander zu vernetzen: Von großen Produktionsanlagen wie klassische Kraftwerke oder Windparks über lokale Bürger-Energiegenossenschaften bis hin zu dezentrale von Privatpersonen betriebenen Kleinanlagen. Diese Parallele zeigt, dass der Trend hin zu immer stärker „gemischter Produktion“ und „gemischter Steuerung“ keineswegs ein Phänomen ist, das sich auf den sozialen Bereich der Wohlfahrt beschränken, sondern gesamtgesellschaftliche Entwicklungen reflektiert.

zeptionierung und Realisierung von Verbänden bzw. Netzwerken für eine angemessene Versorgung älterer Menschen gewinnen lassen.

1 Ausgangssituation

Den Ausgangspunkt der Reflexion bilden folgende Beobachtungen im Bereich der Erbringung sozialer Dienst- und Unterstützungsleistungen:

- Soziale Dienstleistungen (zum Begriff vgl. Grunwald 2012) werden immer stärker in einem Mix erbracht aus: Eigeninitiative der primär Betroffenen, privaten Unterstützungsleistungen informeller Netze (Familie, Freundeskreis usw.), staatlichen Unterstützungsleistungen, beruflich erbrachten Dienstleistungen öffentlicher, freier oder privat-gewerblicher Träger sowie freiwilligem Engagement.
- Die politische Steuerung der Erbringung sozialer Dienstleistungen erfolgt immer stärker in Verhandlungsnetzwerken, in denen sich die Steuerungslogiken von Staat, Markt und Assoziationen mischen, bzw. im Sinne von Kontextsteuerung. Damit einher geht ein sukzessiver Ausstieg aus dem für Deutschland über Jahrzehnte prägenden Modell des Korporatismus (vgl. EyBell 2015, S. 32-36).
- Die Steuerung von sozialwirtschaftlichen Diensten und Einrichtungen stellt sich immer mehr als Organisationsgestaltung dar, die mit Hilfe zirkulärer, nichtdeterministischer und dezentralisierter Ansätze versucht, der wachsenden Komplexität sowohl der Organisationen als auch ihrer Umweltbedingungen gerecht zu werden.
- Insgesamt folgen sozialwirtschaftliche Organisationen in ihrem Agieren nach außen wie nach innen zunehmend einer Mischung staatlicher, ökonomischer und zivilgesellschaftlicher Logiken.

Eine Antwort auf diese Entwicklung ist - bezogen auf die *Individualebene* der personenbezogenen Versorgungsregie - Case Management als Fachkonzept methodischen Handelns (vgl. Wendt 2014).

Bezogen auf die politische Steuerung der *Kontextbedingungen* sozialer Dienstleistungen, aber auch auf die Gestaltung sozial(wirtschaftlich)er Organisationen ist in jüngerer Zeit die Chiffre „Governance“ diskutiert worden (vgl. Nullmeier 2011; Grunwald & Roß 2014; Roß & Rieger 2015). Durch die kritische Rezeption der Diskurse zu Wohlfahrtsmix und Governance sowie auf Basis eines spezifischen Verständnisses von Organisationen und ihrer Steuerung lassen sich, so die These, ebenso theoriebasierte wie handlungsorientierte Perspektiven für den Aufbau bzw.