

Theresa Hilse, Michael Opielka und Sarina Strumpen

Koproduktion im Hilfesystem Demenz

Der demografische Wandel als sinkende Geburtenrate bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung und die damit zusammenhängende Zunahme von Demenzerkrankungen¹ als eine Form der Altersmorbidity fordern die Gesellschaft heraus.

Verbesserungsbedarfe der Versorgungssituation für Menschen mit Demenz werden von allen Akteuren identifiziert. Seit Jahren werden daher medizinische, pflegerische

und soziale Innovationen in der Versorgung von Menschen mit Demenz gesucht, diskutiert und probiert.² Eine sozialpolitische Konstante in Deutschland ist auch bei der Versorgung von Menschen mit Demenz: ambulant vor stationär (§ 43 Abs. 1 SGB XI). In diesem Sinne sind Versorgungsformen in häuslichen Settings der Unterbringung in stationären Einrichtungen vorzuziehen. Doch aus dem Kontext der häuslichen und ambulanten Settings sind Momente der Fehlversorgung von Menschen mit Demenz – Überlastungen des pflegerischen Umfeldes, Pflege- und Betreuungsmängel sowie eine oftmals nicht ausreichende Infrastruktur professioneller Dienste, gerade im ländlichen Raum – mehrfach dokumentiert.³ Es ist daher ein sozialpolitisches Ziel, die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz zu verbessern, gleichzeitig Überlastungen des pflegerischen Umfeldes zu reduzieren und das Hilfesystem bei Demenz strukturell sowohl qualitativ als auch quantitativ weiterzuentwickeln.

In diesem Zusammenhang sind bisher zahlreiche Ideen diskutiert und Modellprojekte initiiert worden. Die Modellvorhaben und deren wissenschaftliche Begleitung fokussieren mehrheitlich einzelne spezifische Schnittstellen im Hilfesystem Demenz wie beispielsweise die Kommunika-

tion zwischen Fachärzten und den pflegenden Angehörigen oder zunehmend auch die Versorgung von Menschen mit Demenz bei Aufenthalten in Akutkrankenhäusern.⁴ Prominent werden Vorhaben diskutiert, die Netzwerk-

strukturen wie abgestimmte Hilfe und Modelle der integrierten Versorgung entwickeln und im Bereich der Hilfe bei Demenz zu implementieren suchen. Doch auch dabei, so kann bei einer kritischen Be-

trachtung festgestellt werden, werden wieder nur spezifische Schnittstellen einbezogen: beispielsweise die Kom-



Theresa Hilse



Michael Opielka



Sarina Strumpen

1) Berlin-Institut: Demenz-Report, Berlin 2011.

2) Dibelius, O./Maier, W. (Hrsg.): Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen, Stuttgart 2011.

3) Zank, S./Schacke, C.: Abschlussbericht der Phase 2 der Längsschnittstudie zur Angehörigenbelastung durch die Pflege demenziell Erkrankter (LEANDER). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2007; Thyrian, J. R.: Wie das Kaninchen vor der Schlange? – Konzepte und Evidenz zur Bewältigung der Versorgung an Demenz erkrankter Menschen und ihrer Angehöriger, in: Wiesmann, U. u.a.: Alter(n) hat Zukunft, Hamburg 2013, S. 77–91.

4) Kirchen-Peters, S.: Akutmedizin in der Demenzkrise? Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus, Saarbrücken 2013.

Theresa Hilse, Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin (FH) und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Sozialwesen der Ernst-Abbe-Fachhochschule Jena; **Prof. Dr. habil. Michael Opielka**, Professor für Sozialpolitik am Fachbereich Sozialwesen der Ernst-Abbe-Fachhochschule Jena und Wissenschaftlicher Direktor des IZT – Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung, Berlin; **Sarina Strumpen**, Diplom-Gerontologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Sozialwesen der Ernst-Abbe-Fachhochschule Jena.

munikation zwischen dem medizinischen und pflegerischen Bereich oder zwischen medizinischem und psychosozialen Bereich. Bisher ist es kaum zu einer Übernahme positiver Ideen aus Modellprojekten in eine Regelfinanzierung gekommen, eine nachhaltige Reform der Pflegeversicherung steht seit Jahren auf der Agenda der Sozialpolitik. Zwar greifen die neueren Überlegungen zur Erweiterung des Pflegebegriffs die soziale Dimension von Demenz ernsthafter auf, doch noch immer dominiert der medizinische und pflegerische Blick – obwohl gute Gründe dafür sprechen, Demenz womöglich nicht als „Krankheit“, sondern als Lebensausprägung zu konzipieren.⁵

Es ist daher zu überlegen, ob eine neue Betrachtungsweise des Hilfesystems bei Demenz den fachöffentlichen Diskurs gewinnbringend ergänzen kann. Dazu wurde im Forschungs- und Entwicklungsprojekt „KoAlFa – Koproduktion im Welfare Mix der Altenarbeit und Familienhilfe“⁶ das Konzept der Koproduktion zum Ausgangspunkt der Analyse genommen. Wir entwickelten dabei einerseits deduktiv einen konzeptionellen Ansatz von Koproduktion, der durch die Diskurse der Wohlfahrtsforschung inspiriert ist. Darüber hinaus erschließt KoAlFa durch eine qualitativ-empirische Studie induktiv, wie sich Koproduktion im Feld des Hilfesystems bei Demenz gegenwärtig ausformt. Als synthetische Leistung formulieren wir Empfehlungen, wie durch die Förderung von Koproduktion eine Verbesserung im Hilfesystem bei Demenz bewirkt werden könnte.

1. Koproduktion denken

Koproduktion ist als wissenschaftliches Konzept bisher kaum mehrdimensional ausgearbeitet. Und dennoch hat der Koproduktionsbegriff einen besonderen Charme. Der Begriff der Koproduktion ist im sozialwissenschaftlichen Kontext beispielsweise in der Theorie der Sozialen Arbeit eingeführt worden und bezieht sich dort zumeist auf die Dyade zwischen Sozialarbeiter/in und Klient/in – nur durch ein koproduktives Zusammenwirken beider Akteure kann wirkungsvolle Hilfe ermöglicht werden.⁷ Koproduktion ist demnach ein Konzept sozialer, personenbezogener Dienstleistung.

Wir greifen dieses auf der Mikroebene verortete Konzept von Koproduktion auf und plädieren dafür, das Konzept weiter zu differenzieren und mehrdimensional für die Analyse von Hilfesystemen verwendbar auszubauen. Auf der Mesoebene wird der Koproduktionsbegriff für das Zusammenwirken verschiedener Akteure im Welfare Mix genutzt. Dabei wird zunächst eine weite Begriffsdefinition zugrunde gelegt und Koproduktion als ein Konzept betrachtet, das sich auf das komplexe Zusammenwirken von äußerst verschiedenen Akteuren beziehen kann.⁸ Koproduktion betont einen gemeinschaftlichen Herstellungsprozess von Hilfe und ist demnach „mehr“ als Kooperation. Koproduktion ist so verstanden eine besondere Qualität der Zusammenarbeit, in der verschiedene Akteure zusammenwirken, die sich sonst voneinander abgrenzen. Koproduktion meint mehr als das Verweisen innerhalb von Bündnissen und Netzwerken – Koproduktion zielt auf das Aufbrechen bzw. Flexibilisieren etablierter versäulter Hilfe-

strukturen. Koproduktion unterstellt, dass eine gemeinsame und ausdrückliche Fokussierung der beteiligten Akteure vorliegen muss, um eine Hilfeleistung erfolgreich zu erbringen. Zu den Akteuren gehören auch die Nutzer/innen bzw. Empfänger/innen der Hilfeleistung. Kurz: Koproduktion findet zwischen verschiedenen Akteurssystemen (Mesoebene) sowie zwischen verschiedenen Akteuren (Mikroebene) statt. Die Förderung von Koproduktion bedeutet, bestehende Strukturen und Institutionen des Welfare Mix, einschließlich der sozialpolitischen Rahmung (Makroebene), weiterzuentwickeln. Auf Anwendungsbezüge heruntergebrochen heißt dies, dass sich Koproduktion an den Schnittstellen der beteiligten Akteure zeigt.

Von besonderem Interesse ist die Interaktion an den Schnittstellen der an der Koproduktion beteiligten Akteurssysteme. Welche Aspekte, Mechanismen oder Strukturen verhindern oder fördern eine koproduktive Zusammenarbeit? Wo liegen Potenziale brach? Inwiefern können Beispiele für gelingende Koproduktion aufgezeigt werden, die weiterentwickelt werden können?

2. Das Koproduktionsdreieck im Hilfesystem Demenz

Ausgehend vom Konzept des Welfare Mix als Konfiguration verschiedener Versorgungsformen haben wir ein Modell zur Untersuchung einer koproduktiv gestalteten Versorgung bei Demenz entwickelt. Wir nennen dieses Modell das „Koproduktionsdreieck“. Es ist die zentrale Heuristik des Forschungs- und Entwicklungsprojektes KoAlFa. Das Modell des Koproduktionsdreiecks soll zu einer Synthese zweier Konzepte verhelfen: dem Konzept des Welfare Mix und einem Konzept von Koproduktion, das sich auf den Akt des Zusammenwirkens unterschiedlicher Akteure im gemeinschaftlichen Herstellungsprozess von Hilfe bezieht.

Das Hilfesystem der häuslichen Versorgung bei Demenz wird als Koproduktionsdreieck verstanden, bestehend aus den Akteurssystemen Familie, Fachkräfte und Freiwillige. Durch das Koproduktionsdreieck wird eine analytische Aufschlüsselung des Hilfesystems der häuslichen Versorgung bei Demenz möglich. Die drei Akteurssysteme stellen dabei Hilfesysteme mit je eigener Handlungslogik dar, die analytisch als gleichursprünglich gewichtet und als gleichwertig untersucht werden.

Innerhalb des Akteurssystems Fachkräfte sind verschiedene Typen von Akteuren vereint. Die Fachkräfte im Koproduktionsdreieck werden als Gruppe von Akteuren definiert, die im Kontext einer Erwerbstätigkeit mit Demenz in

5) Whitehouse, P. J.: Can We Fix This with a Pill?, in: Ballenger, J. F. et al. (eds.): *Treating Dementia*, Baltimore 2009, S. 168-182; Gronemeyer, R.: *Das 4. Lebensalter. Demenz ist keine Krankheit*, München 2013.

6) KoAlFa wird vom BMBF im Programm „Silqua-FH“ von 2011–2014 unter dem Förderkennzeichen 1750X11 gefördert, die Leitung liegt bei Prof. Dr. Michael Opiełka (EAH Jena), Forschungspartner ist Prof. Dr. Ulrich Otto (Hochschule St. Gallen) <http://koalfa.sw.fh-jena.de>.

7) Thiersch, H.: *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit*, Weinheim/München 1992, S. 30 ff.; Galuske, M.: *Methoden der Sozialen Arbeit*, 7. Aufl., Weinheim/München 2007, S. 47; Müller, B.: *Sozialpädagogisches Können*, 6. Aufl., Freiburg 2009, S. 141.

8) Siehe „Kultur der Koproduktion“ bei Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg./Plempner, B. u.a.): *Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz*, Bern 2007, S. 19 ff.

Berührung stehen. Für ihre Tätigkeit haben sie eine ausgewiesene Qualifikation – entweder über eine akademische oder berufliche Ausbildung oder durch niedrigschwellige Qualifizierungsmaßnahmen. Im besonderen Fokus steht hier die Zusammenarbeit von Pflege, Medizin und Sozialer Arbeit. Neben verschiedenen disziplinären Abgrenzungen kann eine interne Differenzierung des Akteurssystems Fachkräfte über das dienstleistungstheoretische Kriterium der Angebotsausrichtung hinsichtlich Demenz erfolgen. Demnach wird ein Pflegedienst mit Angeboten für Menschen mit Demenz als weiter spezialisiert und differenziert betrachtet als ein Allgemeinmediziner, der auf ein vielfältiges Spektrum von Krankheiten fokussiert ist. Innerhalb des Akteurssystems Fachkräfte wird bewusst nicht von „Professionellen“ gesprochen, da auch in den beiden anderen Akteurssystemen Familie und Freiwillige professionelles Handeln praktiziert werden kann. Der Professionalitätsbegriff als Kriterium soll nicht ausschließlich den Fachkräften vorbehalten bleiben.

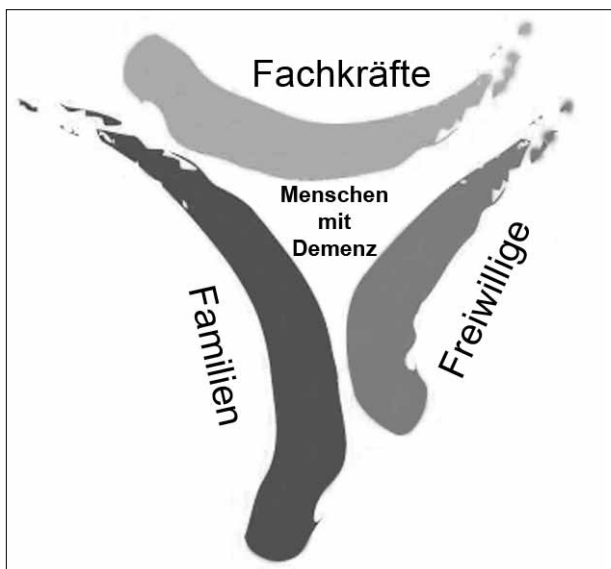


Abbildung 1: Das Koproduktionsdreieck im Hilfesystem Demenz

Im Akteurssystem Familie sind primär pflegende Angehörige vertreten. Hierbei handelt es sich um Akteure, die die Pflege und Betreuung eines im weiteren Sinn verwandten Menschen mit Demenz übernehmen bzw. organisieren. Ein weiter Angehörigenbegriff, der Stief-, Schwieger- und Pflegschaftsverhältnisse sowie dauerhafte Lebensgemeinschaften einschließt (zuweilen wird deshalb von „An- und Zugehörigen“ gesprochen), zeigt und unterstützt die Verwendung von „Familie“ als analytischer Kategorie, um das wesentliche Kriterium der Familienpflege und der damit vorhandenen Sozialbeziehung zu bestimmen. Die interne Differenzierung des Akteurssystems Familie steht, berücksichtigt man das Spektrum der internen Familiendynamik, der Differenzierung der anderen Akteurssysteme nicht nach.

Die Freiwilligen bilden das dritte Akteurssystem im Koproduktionsdreieck. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie

ohne familiäre Beziehung und ohne Erwerbsorientierung Beiträge zur Sorgearbeit bei Demenz leisten. Freiwillige werden aus unterschiedlicher Motivation heraus tätig. Die damit angedeutete Differenzierung beinhaltet noch weitere Aspekte: Die Rahmung des Freiwilligenengagements kann von informeller Nachbarschaftshilfe bis hin zu hoch ausdifferenzierten Systemen reichen (FSJ, Bufdi, Senioren-genossenschaften, Agenturen wie „Pflege engagiert“ in Baden-Württemberg usw.).

Ziel ist es, anhand dieser Heuristik aufmerksam auf unterschiedliche Interaktionsbeziehungen, Transferprozesse, Handlungsbedingungen und Grenzziehungen – kurzum Schnittstellen – zu werden und diese untersuchbar zu machen. In Bezug auf die Freiwilligen scheint es zunächst ungewöhnlich, diese gleichwertig zu den Fachkräften oder den in der häuslichen Versorgung so wichtigen Angehörigen zu konzipieren. Hier wird das Konzept Welfare Mix zentral: Während das Akteurssystem Fachkräfte in allen drei Sektoren des Welfare Mix – Markt, Staat und Gemeinschaft – präsent ist, gehören die Akteurssysteme Familie und Freiwillige zum Gemeinschaftssektor, der nach wie vor analytisch wie sozialpolitisch unterschätzt wird.⁹ Die Konzeption der analytischen Gleichwertigkeit hat den Status einer Heuristik und soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass in der Praxis Hierarchien und Abgrenzungsprozesse zwischen den Akteuren Familie, Fachkräfte und Freiwillige vorliegen und vor allem die Freiwilligen in den meisten empirischen Studien zur häuslichen Demenzversorgung nicht wahrgenommen werden. Die systematische Einbeziehung dieser drei Akteursgruppen und ihrer Institutionen unterscheidet das Koproduktionsdreieck von auf den ersten Blick vergleichbaren Konzeptionalisierungen wie der „Triangle of Care“¹⁰ oder „Collaborative Care“¹¹.

Mit dem Koproduktionsdreieck wird ein Ansatz verfolgt, bei dem es darum geht, das Hilfesystem der häuslichen Demenzversorgung als Komplex von Koproduktionsakteuren und deren Beziehungen zueinander zu erfassen. Hierzu gehört auch der Mensch mit Demenz. Dieser wird mit dem Status eines zentralen Koproduktionsakteurs in der Mitte des Koproduktionsdreiecks platziert, weil die meisten Hilfen der Akteure Fachkräfte, Familie und Freiwillige auf die Menschen mit Demenz bezogen sind und weil ohne deren Mitwirkung und die Berücksichtigung der Selbstbestimmung¹² ein erfolgreicher Koproduktionsprozess nicht gelingen kann. Im Folgenden sollen einige zentrale Befunde des mehrstufigen und methodenreichen Studiendesigns¹³ exemplarisch vorgestellt werden. Im Fokus stehen dabei die Selbst- und Fremddeutungen in den jeweiligen Akteurssystemen.

9) Opielka, M.: Gemeinschaft in Gesellschaft. 2. Aufl., Wiesbaden 2006; Opielka, M.: Sozialpolitik. 2. Aufl., Reinbek 2008.

10) Carers Trust: The Triangle of Care. Carers Included: A Guide to Best Practice for Dementia Care, London 2013.

11) Callahan, C. et al.: Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care, in: JAMA 18, 2006, Vol. 295, S. 2148–2157.

12) Deutscher Ethikrat: Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme, Berlin 2012.

13) Die Datenerhebung fand in den Jahren 2012 und 2013 Jena und dem Thüringer Umland statt. Zu den Methoden der Datenerhebung zählten Gruppendiskussionen, egozentrierte Netzwerkkarten, leitfadengestützte Einzelinterviews sowie Experteninterviews. Die Samples wurden immer wieder unterschiedlich mit Vertretern der Akteurssysteme Fachkräfte, Freiwillige und Familie besetzt. Die Teilstudie Freiwillige wird zugleich als Promotionsprojekt von T. Hilse bearbeitet.

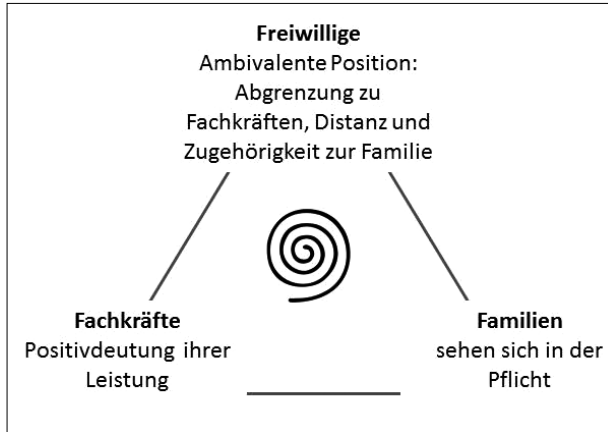


Abbildung 2: Selbstdeutung der Akteurssysteme im Koproduktionsdreieck

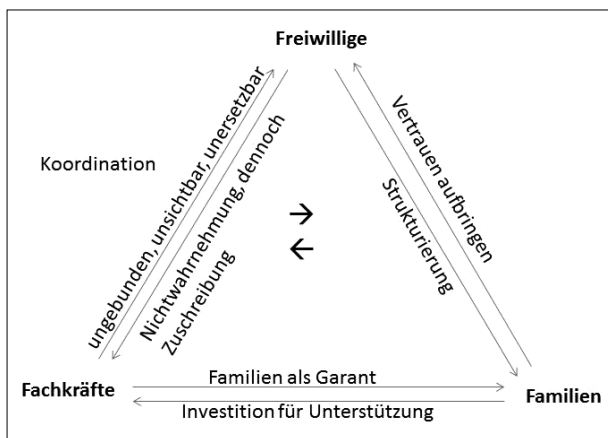


Abbildung 3: Fremddeutung der Akteurssysteme im Koproduktionsdreieck

Aufgrund des Datenmaterials konnte nachgezeichnet werden, dass sich die Selbst- und Fremddeutungen nicht reibungslos aneinander anschließen. Während sie sich in Bezug auf Familie noch decken – Familien sehen sich selbst als die Garanten einer Versorgung und werden auch von den Akteursgruppen der Fachkräfte und Freiwilligen so adressiert – zeigen sich in Bezug auf die Fachkräfte bereits erheblich Spannungen. Fachkräfte sehen sich und ihre Angebote als wichtig und unbedingt hilfreich an. Sie sehen ihr Angebot kaum kritisch, fordern eher einen quantitativen und qualitativen Ausbau ein. Familien erleben die Auseinandersetzung mit den Fachkräften hingegen als sehr ambivalent. Für sie bedeutet die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Angebote der Fachkräfte zunächst eine Umverteilung der Belastung und eben nicht nur oder vordringlich Entlastung. Familien beschreiben es als eine Managementaufgabe, die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch Fachkräfte zu koordinieren, bei der sie wiederum keine Unterstützung erhalten. Sie müssen zunächst in Hilfe investieren, ohne vorher zu wissen, ob es ihnen wirklich hilft und ob der Mensch mit Demenz die Hilfe zulassen wird. Diese Leistung der Familie wird von Fachkräften kaum wahrgenommen. Sie beschreiben eine „zu späte“ Inanspruchnahme von Hilfe und vermuten diese in einer emotionalen Überforderungssituation im familiären System selbst begründet. Familien sind aus Perspekti-

ve der Fachkräfte mehrheitlich mit der Versorgungssicherstellung bei Demenz überfordert und bedürfen (wenn auch in unterschiedlichem Maße) der Unterstützung der Fachkräfte. Dabei sind die Fachkräfte an einer Kom-Struktur orientiert: Sie erwarten, dass die Familie kommt und Hilfe erbittet.

Während Fachkräfte eine relativ homogene Wahrnehmung des Akteurssystems Familie haben, kann im Datenmaterial eine sehr ambivalente Beschreibung der Fachkräfte in Bezug auf die Akteursgruppe der Freiwilligen nachgezeichnet werden. Entweder beschreiben Fachkräfte Freiwillige für das Hilfesystem bei Demenz als irrelevant, also auch für sie unsichtbar. Oder sie bescheinigen Freiwilligen eine Uner-setzbarkeit, ohne deren Engagement eine gewisse Versorgungsqualität gar nicht gewährleistet werden könne (entweder als Ersatz fehlender Hilfeleistungen der Fachkräfte oder als komplementäre Hilfe, in einer Art, wie Fachkräfte sie nie leisten könnten). Unabhängig davon, ob die befragten Fachkräfte Freiwillige als unsichtbar oder unersetzbar beschreiben, thematisieren diese die oftmals als problematisch gedeutete Ungebundenheit der Freiwilligen. Unsicherheit besteht in der Gruppe der Fachkräfte vor allem in Bezug auf die Qualifikation, Begleitung und Kontrolle der Freiwilligen. Auch die Sorge, eigene Tätigkeitsfelder an Freiwillige zu verlieren, wird im Hilfesystem Demenz immer wieder thematisiert, sodass auch bei einer beschriebenen Unsichtbarkeit Freiwillige von Fachkräften als Bedrohung wahrgenommen werden können. Bei den befragten Freiwilligen fällt hingegen eine große Distanz zu den Fachkräften auf. Freiwillige in der häuslichen Versorgung bei Demenz treffen in ihrem Engagement meistens nicht auf Fachkräfte. Mangelnde Kommunikationsräume haben einen Nicht-Kontakt zur Folge. Lediglich in Fällen, in denen das freiwillige Engagement durch formelle Institutionen (Verbände etc.) koordiniert wird, findet ein tatsächlicher Austausch mit diesen speziellen Fachkräften statt. Freiwillige erleben hingegen gerade Familien als die Instanzen, die ihr Engagement strukturieren. Freiwillige scheinen sich als Teil oder als Unterstützung des Akteurssystems Familie zu verstehen. Dabei handeln Freiwillige in ihrer Selbstdeutung kontinuierlich Nähe und Distanz zum Familiensystem aus.

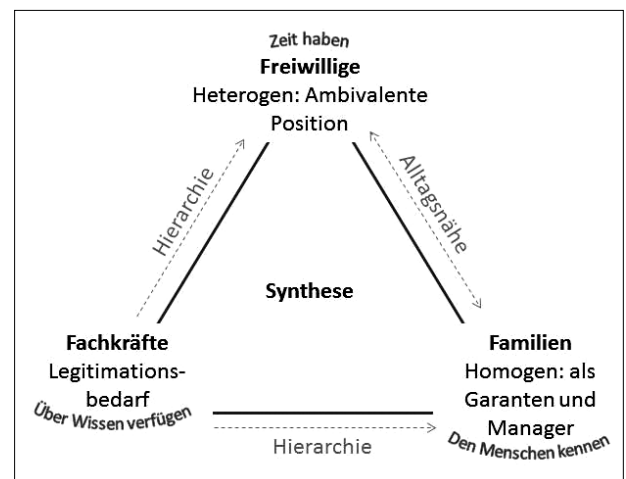


Abbildung 4: Synthese der Selbst- und Fremddeutung im Koproduktionsdreieck



F 4431/14

Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz

12. Dezember 2014

Die wachsende Anzahl demenzkranker älterer Menschen stellt die kommunale Altenhilfe und Seniorenpolitik sowie Dienste und Einrichtungen vor wachsende Herausforderungen. Durch ein Förderprogramm des Bundes sollen bis zum Jahr 2016 bundesweit 500 Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz unterstützt werden, die direkt vor Ort Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen die notwendige Unterstützung bieten sollen (ähnlich den Bündnissen für Familien). Die Erfahrungen der Mehrgenerationenhäuser, die spezielle Angebote für diese Zielgruppe entwickelt haben und umsetzen, sollen einbezogen werden. Es geht dabei um die Bündelung und Vernetzung der Potenziale von Bürgern, Vereinen, Gewerbe, Bildungseinrichtungen, Politik und Kommunalverwaltung. Ziel ist es, die Lebenssituation der Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen nachhaltig zu verbessern. Der Fachtag bietet einer breiten Fachöffentlichkeit die Möglichkeit, das Thema und den Stand der erreichten Praxis vertieft zu diskutieren. Er will Anregungen für die konzeptionelle und praktische Weiterentwicklung lokaler Infrastruktur geben, die auch das ehrenamtliche und bürgerschaftliche Engagement einschließt. Bereits bestehende gute Praxis in den beteiligten Kommunen wird vorgestellt.

Zielgruppe: Mitarbeiter/innen aus Altenhilfe, Altenplanung und Sozialplanung, Mehrgenerationenhäusern, Seniorenorganisationen, Verantwortliche aus Politik, Verwaltung, Wohnungswirtschaft und Zivilgesellschaft, Wissenschaftler/innen und Interessierte aus dem Bereich der Seniorenpolitik.

Verantwortlich: Dr. Irina Pfützenreuter, Referent/in DV

Veranstaltungsort: Hotel Aquino – Tagungszentrum Katholische Akademie, Berlin

Kosten Mitglieder Nichtmitglieder

Veranstaltung*:
 Deutscher Verein 160,- € 200,- € (inkl. Verpflegung, Raum- und Technikkosten und der gesetzl. USt.)

Anmeldeschluss: 13. Oktober 2014

Onlineanmeldung: www.veranstaltungen.deutscher-verein.de/



Deutscher Verein
 für öffentliche und private Fürsorge e.V., Michaelkirchstraße 17/18, 10179 Berlin
 Tel. (030) 629 80-6 05/-6 06/-4 19, Fax (030) 629 80-6 50
 E-Mail: veranstaltungen@deutscher-verein.de
www.veranstaltungen.deutscher-verein.de

Synthetisiert man die beiden Wahrnehmungsperspektiven mit weiteren Ergebnissen aus der empirischen Analyse, so ergibt sich ein komplexes Bild des Koproduktionsdreiecks im Hilfesystem Demenz. Alle drei Akteursgruppen zeichnen sich durch eine spezifische Ressource aus, die sie sich selbst zuschreiben bzw. die ihnen auch von den anderen Akteuren zugeschrieben wird. Bei den Familien kann die zentrale Ressource als „den Menschen kennen“ bezeichnet werden. Sie gelten als diejenigen, die die Letztentscheidung treffen müssen und auch können, da sie biografisches Wissen über den betroffenen Menschen mit Demenz berücksichtigen. Freiwillige haben als besondere Ressource „Zeit haben“. Diese Spezifik schreiben sie sich selbst zu und wird ihnen von den anderen Akteursgruppen zugeschrieben. Sie haben nicht die dauerhafte Einbindung und Belastung wie die Familie, jedoch auch nicht die restriktiven Vorgaben wie Akteure aus der Gruppe der Fachkräfte. Fachkräfte hingegen stellen die Ressource „über Wissen verfügen“ heraus. Dabei geht es insbesondere um spezifisches Fachwissen und weniger um in Qualifizierungen erworbene Kompetenzen. Zieht man die Perspektiven der Selbst- und Fremddeutung hinzu, wird erklärbar, weshalb Fachkräfte kontinuierlich ein Hierarchiegefälle zu den Familien und Freiwilligen reproduzieren, auch wenn sie Familien als die eigentlichen Garanten einer Versorgungssituation konzipieren. Auch Freiwillige und Akteure aus der Gruppe der Familie können Fachwissen erlangen und dabei die übergeordnete Position der Fachkräfte in Frage stellen. Im Unterschied dazu steht die Beziehungsachse zwischen Freiwilligen und Familien, die sich durch eine besondere Alltagsnähe kennzeichnet.

3. Was folgt daraus?

Was steht aktuell einer Koproduktion im Hilfesystem Demenz entgegen? Welche Herausforderungen müssen überwunden werden? Koproduktion im so konzipierten Versorgungsdreieck kann nur dann gelingen, wenn die beteiligten Akteure sich wahrnehmen und die jeweiligen Versorgungsmöglichkeiten und -leistungen wertschätzen. Erst dann kann ein für den einzelnen von Demenz betroffenen Menschen ein individuell angepasstes Versorgungsmodell entstehen, bei dem alle beteiligten Akteure nicht überfordert sind. Besondere Herausforderungen sind dabei disziplinäre Abgrenzungen innerhalb der Gruppe der Fachkräfte, die Nichtwahrnehmung von Versorgungsleistungen durch Freiwillige auf Seiten der Fachkräfte und die neue Belastung in Entlastungsangeboten für Familien.

Wir sprechen vor dem Hintergrund unserer empirischen Befunde und der Rezeption eines breiten Spektrums von Modellprojekten im Feld Demenz¹⁴ Empfehlungen auf drei Ebenen aus: 1. Auf der Ebene des Hilfesystems Demenz allgemein: Welche Strukturen müssten sich ändern? Wie kann das Hilfesystem als *ein* System wahrgenommen und anerkannt werden? 2. Auf der Ebene der einzelnen Akteurssysteme: Welche Empfehlungen lassen sich für Fachkräfte, Familien und Freiwillige formulieren? 3. Auf der Ebene der politischen Steuerung: Welche politischen Rahmenbedingungen könnten koproduktionsförderlich wirken? Nachfolgend sollen vier Empfehlungen exemplarisch vorgestellt werden.¹⁵

3.1 Ein Begleitermodell etablieren

Eine Möglichkeit, die Koproduktion im Feld der häuslichen Demenzversorgung anzuregen, ist die Etablierung eines Begleitermodells. Diese Vision wird im empirischen Material von KoAlFa deutlich. Die interviewten Fachkräfte entwickeln die Koproduktion in der Demenzversorgung durch die Idee eines „Begleiters“ weiter. Als Ausgangspunkt für diese Vision beschreiben die Fachkräfte Situationen der Fehlversorgung in der häuslichen Demenzversorgung. Aus der Perspektive der Fachkräfte zeigt sich ein Moment der Fehlversorgung in der kritischen Schnittstelle zwischen ihnen und den Familien. Fachkräfte erleben Familien oftmals mit dem formellen und informellen Versorgungssystem überfordert. Ausgehend von Situationen der Fehlversorgung reagieren die meisten der interviewten Fachkräfte mit Konzepten, die als Begleitermodell bezeichnet werden können: *„Es müsste jemand da sein, der auch die Angehörigen für eine Weile begleitet und ihnen hilft, mit dieser Erkrankung besser zurecht zu kommen.“* Eine neue Position im Hilfesystem wird verlangt. Die Weiterentwicklungs-idee zur häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz aus dem Feld der Fachkräfte beinhaltet eine neue Fachkraftposition. Diese Visionen zur Weiterentwicklung des Felds erinnern an Case-Management-Modelle: Eine Person, die sich im Feld der Demenzversorgung professionell auskennt, soll die Menschen mit Demenz und ihre Familien eine Zeit lang begleiten. Sie soll informieren, beraten, bei administrativen Tätigkeiten unterstützen, psychosoziale Unterstützung leisten, nach außen hin advokatorisch auftreten, aber die Menschen mit Demenz und Familien nicht bevormunden, sondern zu einem selbstbestimmten Umgang mit den verschiedenen Facetten des Hilfesystems befähigen. Im Grunde sind das Funktionen, die zum Leistungsspektrum der Pflegedienste gehören könnten, aus Zeit- und womöglich auch Kompetenzmangel meist aber nicht erbracht werden. Trotz der konzeptionellen Ähnlichkeit zum Case-Management wird dieser Begriff gemieden, die interviewten Fachkräfte sprechen von Begleitung: *„Ich würde es Begleitung nennen. Einfach immer gucken, welche Situationen treten auf, (...) was ist für die Angehörigen belastend, wie kann man ihnen helfen, sie unterstützen, dass sie (...) selber quasi lernen, das nicht mehr als Belastung zu empfinden, oder sich selbst zu schützen oder wie auch immer.“*

Wird die Idee der Begleitung reflektiert, so wird erkennbar, dass Koproduktion durch die Fachkräfte angestrebt wird und von ihnen ausgeht. Den Fachkräften ist daran gelegen, Familien Entlastung zu ermöglichen. Dazu regen sie an, das Fachkraftsystem zu ergänzen. Die eigenen Abgrenzungsprozesse sowie die Komm-Struktur der bestehenden Angebote werden durch die Implementierung eines Begleitermodells zunächst nicht in Frage gestellt. Eher scheint es so, als ob Familien professionalisiert werden

14) Ehlers, A. u.a.: Vernetzte Demenzversorgung. Empfehlungen für die Praxis (EVI-DENT), Dortmund 2011; Theilig, A.: Demenz-Netzwerke – Eine gute Versorgung gelingt nur miteinander, in: *Management Pro Alter*, 7–8/2013, S. 53–58; zu chronischer Krankheit im Alter, vgl. Hedtke-Becker, A. u.a.: *Zu Hause wohnen wollen bis zuletzt: Beraten und Intervenieren im Netzwerk chronisch kranker alter Menschen*, in: Pohlmann, S. (Hrsg.): *Altern mit Zukunft*, Wiesbaden, S. 141–176.

15) Hilse, T./Opielka, M. (Hrsg.): *Demenz und Politik*, Wiesbaden 2014 (i.E.). Die Forschungsergebnisse sowie weitere Empfehlungen werden in 2015 veröffentlicht.

sollen: Sie werden durch das angedachte Begleiter-Modell geschult, um sich in den Angeboten und Unterstützungsmöglichkeiten des Fachkräftesystems kompetent bewegen zu können. Unabhängig von der Idee der Fachkräfte das eigene Akteurssystem zu erweitern, wäre es auch denkbar, die Begleitung von Freiwilligen oder pflegenden Angehörigen (im Sinne von Selbsthilfe) übernehmen zu lassen.

Fazit: Im Feld der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz wird die Forderung nach kontinuierlicher und individueller Begleitung der pflegenden Angehörigen bzw. des ganzen häuslich lokalisierten Betreuungs- und Pflegesystems geäußert. Es besteht ein Bedarf – und hierin zeigt sich auch die Spezifik der häuslichen Versorgung –, dass Angehörige in der Strukturierung der Versorgung begleitet und beraten werden. Von wem diese Funktion übernommen wird, kann unterschiedlich beantwortet werden. Es ist dabei nicht auszuschließen, dass es innerhalb des Fachkraftsystems zu einem Kompetenzgerangel kommt (Wer kann die Begleiterfunktion übernehmen und erschließt sich gleichzeitig neue Arbeitsfelder?). Die Etablierung eines Begleitermodells in Abstimmungen mit regionalen Strukturen bildet eine zentrale Handlungsempfehlung für die häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz.

3.2 In Vertrauen als Basis von Koproduktion investieren

Koproduktion verwirklicht sich zwischen den Dimensionen „Struktur“ und „Beziehung“, so das zentrale Ergebnis der empirisch-induktiven Analyse. Genauer gesagt heißt das, dass Koproduktion mehr ist als ein struktureller Aspekt der Vernetzung und des Schnittstellenmanagements. Bei Koproduktion muss im Wesentlichen auch über eine Beziehungsebene gedacht werden. Koproduktion ist in diesem Sinne Vertrauensmanagement. Vertrauen und die damit verbundene Spannung zwischen Wertschätzung und Kontrolle sind aus der Sicht von KoAlFa wesentliche Elemente, wenn nicht sogar die Basis für Koproduktion. Ohne Wertschätzung ist Vertrauen einerseits nicht möglich, aber andererseits ist Kontrolle auch ein Element von Vertrauen und wirkt vertrauensbildend, weil es sicherstellt, dass Abläufe korrekt vollzogen werden. Vertrauen und auch der Vertrauensvorschuss, mit denen sich die Akteure der häuslichen Versorgung eines Menschen mit Demenz begegnen (müssen und sollten), kommt an unterschiedlichen Stellen des Koproduktionsprozesses vor. Zwei Beispiele sollen zur Erläuterung dienen: Vertrauen zeigt sich zum einen in Form von Zuschreibungsprozessen zwischen und innerhalb der Akteurssysteme Familie, Freiwillige und Fachkräfte. Es geht darum, in die Arbeit, d.h. in die Kompetenz, in die Qualität eines Anderen Vertrauen zu haben. Im Falle der Familien scheint Vertrauen oftmals alternativlos, sie müssen in die Kompetenz von Medizin, Pflege, Beratung etc. vertrauen. Ein weiteres Beispiel verdeutlicht die Spezifik des häuslichen Kontextes. Die Häuslichkeit wird von den Fachkräften häufig als „Blackbox“, d.h. als Ort erfahren, der höchst privat und für sie nicht unmittelbar zugänglich ist. In Bezug auf das Vertrauensmanagement zeigt sich, dass Fachkräfte, die keinen Zugang zur Häuslichkeit haben, den Angehörigen in für sie durchaus riskanter Weise vertrauen

müssen. Oftmals haben die Fachkräfte keinen genauen Einblick, wie Familien mit Demenz und ihren Angehörigen mit Demenz umgehen. Fachkräfte mit Zugang zur Häuslichkeit wie beispielsweise der Pflegedienst oder das diskutierte Begleitermodell wirken daher nicht nur unterstützend, sondern auch kontrollierend. Für das Akteurssystem der Freiwilligen ist die Häuslichkeit ebenso eine „Hürde“, zu der sie einen Zugang benötigen. Häufig agieren Fachkräfte in der Funktion der Engagementkoordinatoren als Türöffner für die Freiwilligen und ebnen einen Zugang für fremde Menschen, die in der Begleitung eines Menschen mit Demenz tätig werden wollen. Am Beispiel der häuslichen Versorgung zeigt sich deutlich, dass Vertrauen für koproduktive Prozesse unerlässlich ist.

Fazit: Vertrauen ist die Basis für Koproduktion. Strukturen wie Vernetzung und Schnittstellenmanagement können ohne Vertrauen unter den Akteurssystemen nicht langfristig und zufriedenstellend etabliert werden. Koproduktion bei Demenz heißt demnach auch, eine Kultur des Vertrauens zwischen den Akteurssystemen zu fördern, neue Formen von Haftung, Kostenersatz, Kommunikation oder Handlungskompetenzen zu entwickeln. Bisher ist Vertrauen im Hilfesystem Demenz eine knappe Ressource.

3.3 Vom Kausal- zum Finalprinzip

Strukturell anschließend an das Vertrauensmanagement sollte eine Diskussion um die Dominanz des Kausal- oder des Finalprinzips in der Sozialpolitik der Demenz geführt werden. Eine stärkere Förderung des Finalprinzips könnte ein hilfreicher Gedanke sein, wenn wir Vertrauensmanagement als eine Aufgabe verstehen und die Produktion von Hilfe von der Problemlösung her denken, also vom Sinn der Intervention und nicht von der jeweiligen Finanzierungstechnik, von der sozialrechtlichen Ursache. Die Diskussion um das Kausal- oder Finalprinzip begleitet insbesondere die deutsche Sozialpolitik seit Jahrzehnten. Doch diese Diskussion ist nicht veraltet, sondern kann eine neue Perspektive auf Versorgungssysteme bieten, die Debatten zur Wirkungsorientierung in einigen Disziplinen weisen teilweise in diese Richtung. Wenn eine Entsäulung und Desektoralisierung des Hilfesystems gewünscht wird, dann muss zum Finalprinzip in der Demenzversorgung übergegangen werden.

Diese Empfehlung resultiert nicht unmittelbar aus der empirischen Untersuchung der Akteurssysteme im Koproduktionsdreieck, vielmehr aus ihrer sozialpolitikwissenschaftlichen Interpretation. Die Schwierigkeit der Finanzierung beispielsweise der im Feld der Demenzversorgung geschätzten „Pflegestützpunkte“ oder von verlässlichen Institutionen der Freiwilligenkoordination resultiert aus der Geltung des Kausalprinzips: Die Pflegeversicherung sieht sich nicht als neutraler Mittler im Koproduktionsdreieck, Case- und Care-Managementmodelle werden, wenn überhaupt, nur sektoralisiert gefördert. Die für die Finanzierung von nicht über den Pflegefall „kausalisierten“ Leistungen liegt bei den Gebietskörperschaften, vor allem bei den Kommunen, die im Hilfesystem Demenz kaum über Ressourcen verfügen. Es ist in dieser Hinsicht ein deutsches Verhängnis, dass zwar soziale, aber kaum gesundheitlich-

pflegerische Dienstleistungen von der erwerbsarbeitszentrierten Logik der Sozialversicherungen entkoppelt wurden.¹⁶ Vorteilhaft könnte sich im Sinne dieser Empfehlung erweisen, dass die Pflegeversicherung zwar auf der Beitragsseite der erwerbsarbeitszentrierten Logik folgt, auf der Ausgabenseite aber GKV und PKV identische Rechtsansprüche (aber unterschiedliche Pflegeberatungen) aufweisen, in gewisser Weise auf der Leistungsseite (beinahe) einer Bürgerversicherung entspricht, was wiederum die Chance für eine lösungsorientierte, konsequent am Hilfeziel orientierte Ausgestaltung eröffnet.

Fazit: Es spricht viel zugunsten einer Argumentation für eine künftige Dominanz des Finalprinzips, da sich nur so eine Desektoralisierung vorantreiben lässt. Bisher kann die Fragmentierung bzw. Sektoralisierung der Demenzversorgung als größtes Koproduktionsproblem angesehen werden. Bei einer Argumentation für das Finalprinzip werden die Kommunen zwangsläufig als zentrale Akteure identifiziert, da kommunale Sozialpolitik nach dem Finalprinzip funktioniert.

3.4 Kommunen als Orte der Koproduktion

Koproduktion ist auch eine Frage der Verantwortlichkeit bzw. Steuerungsinstanz. Fraglich ist, wer die Forderungen nach mehr Koproduktion im Hilfesystem bei Demenz umsetzen kann. Auf welcher Ebene bzw. anhand welcher Kriterien soll nach einer Verantwortungsinstanz gesucht werden? Anhand der Disziplinen? Anhand der politischen Verwaltungsebenen? Um ein Verweisen verschiedener Entscheidungsträger zu vermeiden, sollte die Kommune – als Experte lokaler Strukturen – Verantwortungsinstanz sein. Die Kommune sollte als zentraler Akteur im Hilfesystem bei Demenz agieren, da Strukturen vor Ort initiiert und gesteuert werden müssen.¹⁷ Auf der Ausgabenseite sind sie dies ohnehin, der kommunale Anteil an den Pflegekosten ist in den letzten Jahren („Hilfe zur Pflege“, §§ 61 ff. SGB XII) kontinuierlich gestiegen, doch die Beratungsvorschrift (SGB XI) wurde nicht mit kommunaler Verantwortung verknüpft, eine Pflegebedarfsplanung für den ambulanten Sektor existiert praktisch nicht. Eine Zukunftsgestaltung mit Koproduktion bei Demenz muss nicht teurer werden, es gibt belastbare Hinweise, dass Konzepte integrierter Versorgung bei identischem Leistungsprofil kostengünstiger arbeiten, wie das Modell „Gesundes Kinzigtal“ belegt.¹⁸

Fazit: Kommunen sollen zu Orten der Koproduktion werden. Das von der Robert-Bosch-Stiftung geförderte und



Mit

- ▶ Management-Symposium der ConSozial
- ▶ ConSozial extra
- ▶ Themen-Specials: Lösungen statt Produkte
- ▶ KITA-Kongress der ConSozial & Messe-Forum KITA

Fachmesse und
Congress des
Sozialmarktes

5.–6. November
NürnbergMesse



der „Aktion Demenz“ propagierte Programm einer „demenzfreundlichen Kommune“¹⁹ konkretisiert die nötigen umfassenden, auch kulturellen Innovationen ebenso wie die eindrucksvolle Zukunftsstudie „Leben mit Demenz im Jahr 2030“²⁰, die deutlich macht, dass nur eine dezentrale, partizipative Zukunftsgestaltung die Gefahr einer gut gemeinten „Gesundheitsüberwachung“ zu vermeiden hilft. ■

16) Bahle, T.: Wege zum Dienstleistungsstaat. Deutschland, Frankreich und Großbritannien im Vergleich, Wiesbaden 2007; Opielka 2008 (Fußn. 9).

17) Die zentrale Position der Kommunen in einer Neugestaltung der Pflege dokumentiert sowohl die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2013 festgelegte Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Rolle der Kommunen in der Pflege wie der Fokus des anstehenden 7. Altenberichts der Bundesregierung: www.siebter-altenbericht.de.

18) www.ekiv.org/de/index.php, www.gesundes-kinzigtal.de.

19) www.demenzfreundliche-kommunen.de.

20) Vollmar, H.C. (Hrsg.): Leben mit Demenz im Jahr 2030, Weinheim/Basel 2014.

Bitte besuchen Sie uns auch im Internet:
www.deutscher-verein.de