

Guido Becke · Peter Bleses
Frerich Frerichs · Monika Goldmann
Barbara Hinding · Martin K. W. Schweer *Hrsg.*

Zusammen – Arbeit – Gestalten

Soziale Innovationen in sozialen
und gesundheitsbezogenen
Dienstleistungen



Springer VS

Zusammen – Arbeit – Gestalten

Guido Becke • Peter Bleses
Frerich Frerichs • Monika Goldmann
Barbara Hinding • Martin K.W. Schweer
(Hrsg.)

Zusammen – Arbeit – Gestalten

Soziale Innovationen in sozialen
und gesundheitsbezogenen
Dienstleistungen

Herausgeber

Guido Becke
Universität Bremen
Bremen
Deutschland

Monika Goldmann
Technische Universität Dortmund
Dortmund
Deutschland

Peter Bleses
Universität Bremen
Bremen
Deutschland

Barbara Hinding
Universität Heidelberg
Heidelberg
Deutschland

Frerich Frerichs
Universität Vechta
Vechta
Deutschland

Martin K.W. Schweer
Universität Vechta
Vechta
Deutschland

ISBN 978-3-658-04058-1
DOI 10.1007/978-3-658-04059-8

ISBN 978-3-658-04059-8 (eBook)

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 2016

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.

Lektorat: Katrin Emmerich

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Fachmedien Wiesbaden ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media (www.springer.com)

Die diesem Buch zugrundeliegenden Verbundprojekte DOMINNO – *Demografieorientierte Konzepte zur Messung und Förderung von Innovationspotenzialen*, InnoGESO – *Innovations- und Demografiemanagement in Gesundheits- und Sozialberufen*, KoLaGe – *Kompetenzbasierte Laufbahngestaltung in der Pflege*, StrateG!N – *Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Innovative Strategien durch Vernetzung* sowie ZUKUNFT:PFLEGE – *Zukunft der Pflege im demografischen Wandel: Innovationsfähigkeit durch Organisationslernen und regionale Netzwerkbildung* wurden durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie den Europäischen Sozialfonds im Rahmen des Förderschwerpunkts „Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel“ gefördert. Der Förderschwerpunkt und die darin geförderten Verbundprojekte wurden durch den Projektträger im Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.V. (DLR) Innovative Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen betreut.

Die Förderkennzeichen der beteiligten Teilvorhaben sind:

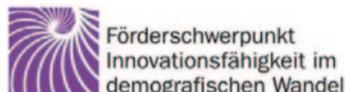
01HH11022, 01HH11023, 01HH11024

01HH11019, 01HH11020, 01HH11021

01HH11025, 01HH11026

01HH11015, 01HH11016, 01HH11017, 01HH11018

01HH11096, 01HH11097, 01HH11098



Inhaltsverzeichnis

Teil I Zur Einführung

ZUSAMMENARBEITGESTALTEN in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen – zur Einführung	3
Guido Becke und Peter Bleses	

Soziale Innovationen – eine neue Perspektive für die Arbeitsforschung im Feld sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen	9
Guido Becke, Peter Bleses und Monika Goldmann	

Teil II Zusammenarbeit in Netzwerken gestalten

Kooperation und Vernetzung als Institutionelle Logik für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Südwestfalen	35
Jens Maylandt und Cornelia Tippel	

Innovative Kooperationsnetzwerke im Gesundheits- und Pflegewesen im Rahmen des Projekts StrateG!N	53
Vera Gerling und Anja Giesecking	

Soziale Innovation durch sektorenübergreifende Vernetzung? – Ansätze der Gesundheitsregion Südwestfalen	71
Monika Goldmann, Kirsten Kemna und Kai Urner	

Soziale Innovationen durch eine nachhaltige Vernetzung: Von der Etablierung zur Verfestigung eines lernenden Netzwerks am Beispiel des Netzwerks ZUKUNFT:PFLEGE	89
Wolfgang Ritter, Sina Lürßen und Stephanie Pöser	
Vernetzung und Kooperation: Soziale Innovationen im demografischen Wandel	109
Janina Evers und Jan Knipperts	
Teil III Arbeit im Unternehmen zukunftsfähig gestalten	
Soziale Innovationen in der ambulanten Pflege	127
Peter Bleses und Kristin Jahns	
Fachlaufbahnen in der Altenpflege als soziale Innovation	145
Theresa Grüner, Ann-Christin Werner, Frerich Frerichs und Nicola K. Schorn	
Ansatzpunkte zur Förderung innovationsbezogenen Verhaltens von Beschäftigten in Gesundheits- und Sozialberufen	163
Barbara Hinding, Maren Albrecht, Ynaiê Bhering Soares und Michael Kastner	
Vertrauen und Loyalität als Regulatoren intergenerationaler Zusammenarbeit	183
Martin K.W. Schweer und Karin Siebertz-Reckzeh	
Neue Wege beschreiten. Konzepte von neuer Führung als eine Interventionsmöglichkeit für eine alters- und generationengerechte Beschäftigung in Pflege und Sozialer Arbeit.	203
Anna Mielich und Cornelia Kricheldorff	
Generationengerechtigkeit als Schlüssel für betriebliche Sozialinnovationen	223
Guido Becke und Raphaela Wehl	

Teil IV Personale Voraussetzungen für soziale Innovationen

- Außerberuflich erworbene Kompetenzen in der Altenpflege –
Potenziale für Fachlaufbahnen** 243
Marvin Blum, Maren Preuß und Annalena Sohn
- Empowerment von Pflegenden in Akutkrankenhäusern** 261
Selda Akca und Christiane Kugler

Teil V Nutzen sozialer Innovationen

- Demografieorientierte Förderung betrieblicher Innovationsfähigkeit** ... 285
Liza Wohlfart und Flavius Sturm
- Laufbahnen in der Altenpflege: Entgeltstrukturen
und Vergütungsoptionen** 305
Uwe Fachinger und Marvin Blum
- Wirtschaftlichkeitsanalyse: Transaktionskostentheorie als
Ansatz zur Beurteilung von Investitionen in nachhaltige
Beschäftigungsfähigkeit am Beispiel ZUKUNFT:PFLEGE** 327
Isabella Schimitzek

Teil VI Resümee und Ausblick

- Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen
Dienstleistungen – Kernergebnisse und zukünftiger
Forschungsbedarf** 347
Frerich Frerichs, Barbara Hinding und Martin K.W. Schweer

Autorinnen und Autoren

Selda Akca, Dipl.-Päd., Studium der Pädagogik und Organisationspsychologie an der Technischen Universität Dortmund, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrbeauftragte an der Universität Witten/ Herdecke, freiberufliche Trainerin und Coach im Institut für Arbeitspsychologie und Arbeitsmedizin.

Maren Albrecht, M.A., Studium der Soziologie an der Universität Heidelberg und Universität Mannheim, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Mannheimer Institut für Public Health an der Universität Heidelberg im BMBF Verbundprojekt InnoGESO (Innovations- und Demografiemanagement in Gesundheits- und Sozialberufen).

PD Dr. Guido Becke, Arbeits- und Sozialwissenschaftler, Promotion in Soziologie, Privatdozent für Arbeitswissenschaft an der Universität Bremen. Senior Researcher am artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit sowie Forschungsleiter am Institut Arbeit und Wirtschaft (beide Institute an der Universität Bremen).

Forschungsschwerpunkte: Arbeits- und Organisationsforschung, Sozialität in Organisationen, nachhaltige Arbeitsgestaltung, Organisationswandel, Gesundheitsförderung in flexiblen Arbeitsstrukturen, Arbeit in sozialen Dienstleistungen.

Dr. Peter Bleses, Politikwissenschaftler, seit 2008 Senior Researcher am artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit der Universität Bremen, seit 2014 am Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW) der Universität Bremen.

Forschungsschwerpunkte: Arbeits- und Organisationsforschung, Organisationswandel, Arbeit in sozialen Dienstleistungen, Gesundheitsförderung in kleineren und mittleren Unternehmen, Arbeitsbeziehungen, Sozialpolitik.

Marvin Blum, M.A., Gerontologie, Studium der Gerontologie an der Universität Vechta, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gerontologie der Universität Vechta.

Janina Evers, M.A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Rhein-Ruhr Institut für angewandte Systeminnovation (RIAS) e.V., Promovendin an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Arbeitsschwerpunkte: Arbeits- und Organisationsforschung und -beratung, Personal- und Organisationsentwicklung, soziale Dienstleistungen, demografischer Wandel.

Univ.-Prof. Dr. habil. Uwe Fachinger, Leiter des Fachgebiets „Ökonomie und Demographischer Wandel“ am Institut für Gerontologie der Universität Vechta.

Prof. Dr. Frerich Frerichs, Studium der Soziologie und Psychologie in Berlin, Verbundkoordinator im Projekt KoLaGe sowie Leiter des Fachgebiets „Altern und Arbeit“ am Institut für Gerontologie der Universität Vechta.

Dr. Vera Gerling, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund und Geschäftsführerin der GER-ON Consult & Research UG. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitswirtschaft, gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen, Altern in der Migration, Demografischer Wandel, Wirtschaftskraft Alter sowie Wohnen und Technik im Alter.

Anja Giesecking, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund. Sie hat einen Bachelor of Arts in Sozialmanagement und einen Master of Arts in Alternde Gesellschaften.

Arbeitsschwerpunkte: alternative Wohnmodelle im Alter sowie die gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen.

Dr. Monika Goldmann, Dipl.-Soz., Senior Researcher an der Sozialforschungsstelle, Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der Technischen Universität Dortmund.

Arbeitsschwerpunkte: Arbeitsorganisation und Vernetzung im Bereich von Gesundheit und Pflege sowie internationale Projekte zu Fragen des demografischen Wandels und Reformnotwendigkeiten in Gesundheit und Pflege.

Theresa Grüner, M.A., Studium der Soziologie in Konstanz sowie der Sozialen Arbeit in München, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie der Universität Vechta.

Dr. Barbara Hinding, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin der Universität Heidelberg.

Arbeitsschwerpunkte: Innovativität und Änderungsfähigkeit, Betriebliche Gesundheitsförderung, Unternehmenskultur, Positive Psychologie und positives Management, Umwelt und Gesundheit/ Umweltpsychologie.

Kristin Jahns, M.A., Gesundheitswissenschaftlerin, seit 2012 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit der Universität Bremen im Forschungsfeld „Arbeit und Gesundheit“.

Forschungsschwerpunkte: Arbeits- und Organisationsforschung, Arbeit in sozialen Dienstleistungen, Gesundheitsförderung.

Uni. Prof. Dr. phil. Dr. med. Michael Kastner, Studium der Philosophie, Psychologie und Medizin, lehrt und forscht seit 2011 an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg und an der Universität Witten/Herdecke in den Bereichen Arbeitsmedizin, Public Health und Pflegewissenschaften. Zudem leitet er das Institut für Arbeitspsychologie und Arbeitsmedizin IPAM in Herdecke, Berlin und Amerang, im Rahmen dessen Organisationen in Wirtschaft und Verwaltung zu dieser Thematik unterstützt werden.

Kirsten Kemna, M.A. Sozialwissenschaft, Wissenschaftliche Hilfskraft an der Sozialforschungsstelle, Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der Technischen Universität Dortmund.

Forschungsschwerpunkte: Vernetzung und kommunale Steuerungsinstrumente im Bereich der Pflege, Arbeits- und Organisationsforschung.

Jan Knipperts, M.A., Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachbereich Sozialwissenschaften der Universität Osnabrück.

Schwerpunkte: Kommunal- und regionalpolitische Fragestellungen, insbesondere neue Steuerungs- und Kooperationsformen auf kommunaler und regionaler Ebene sowie die Parteien- und Wahlforschung, hier insbesondere Zusammenhänge zwischen Sozialstruktur und Wahlverhalten.

Prof. Dr. phil. Cornelia Kricheldorf, Prorektorin für Forschung und Weiterbildung der Katholischen Hochschule Freiburg, Institutsleiterin des IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung und Projektleiterin des InnoGESO-Teilprojekts Freiburg.

Prof. Dr. Christiane Kugler, Pflegewissenschaftliche und familienpsychotherapeutische Ausbildung, vertritt seit 2010 die bundesweit einzige Professur für Akutpflege an der Universität Witten/ Herdecke, Fakultät für Gesundheit.

Schwerpunkte: Verhaltensorientierte Veränderungsprozesse auf den Ebenen der Person, Situation und Organisation.

Sina Lürßen, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen in Projekten zur Sicherheit und Gesundheit in der Arbeitswelt und im Teilvorhaben „Netzwerk ZUKUNFT:PFLEGE“.

Jens Maylandt, Dipl.-Soz., Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Sozialforschungsstelle, Zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Technischen Universität Dortmund.

Arbeitsschwerpunkte: Arbeit und Gesundheit, Regionale Innovationsnetzwerke, Organisationen und ihr Handeln regulativ, normativ und kulturell-kognitiv prägende institutionelle Umwelten.

Anna Mielich, M.A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin im InnoGESO-Teilprojekt der Katholischen Hochschule Freiburg.

Stephanie Pöser, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen im Teilvorhaben „Netzwerk ZUKUNFT:PFLEGE“. Mitarbeit an Projekten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie der Organisationsentwicklung.

Dr. Maren Preuß, Dipl.-Gerontologin, ehemalige Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Vechta, heute Fachreferentin bei der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Dr. Wolfgang Ritter, Projektleiter des Teilvorhabens Netzwerk ZUKUNFT: PFLEGE am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und seit 1994 in Projekten zu Sicherheit und Gesundheit in Organisationen sowie Netzwerkanalysen tätig.

Isabella Schimitzek, Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Apollon Hochschule für Gesundheitswirtschaft, promoviert aktuell an der Universität Bremen zum Thema der regionalen Netzwerkpotenzialanalyse vor dem Hintergrund rechtlicher und institutioneller Rahmenbedingungen zur Gestaltung von Versorgungsstrukturen in der ambulanten Pflege.

Dr. Nicola K. Schorn, Studium der Erziehungswissenschaften, Psychologie und Soziologie in Düsseldorf, Projektleiterin im Projekt KoLaGe am Institut für Gerontologie der Universität Vechta.

Prof. Dr. Martin K.W. Schweer, Leitung des Lehrstuhls für Pädagogische Psychologie und des Zentrums für Vertrauensforschung an der Universität Vechta, Koordinator des Verbundprojekts DOMINNO.

Dr. Karin Siebertz-Reckzeh, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Pädagogische Psychologie und am Zentrum für Vertrauensforschung an der Universität Vechta, Projektmanagement des Verbundprojekts DOMINNO.

Ynaiê Bhering Soares, Dipl.-Psych., M.A., Studium der Psychologie an der Staatlichen Universität São Paulo (Brasilien) und der Sozialen Arbeit an der Hochschule Mannheim, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Mannheimer Institut für Public Health im BMBF-Verbundprojekt InnoGESO (Innovations- und Demografiemanagement in Gesundheits- und Sozialberufen).

Studienschwerpunkte: Verhaltenstherapie, Organisations- und Personalentwicklung und Sportpsychologie.

Annalena Sohn, M.A., Studium der Gerontologie an der Universität Vechta, angestellt bei der St. Elisabeth Stiftung Detmold und derzeit Quartiersmanagerin in Horn-Bad Meinberg.

Flavius Sturm, Dipl.-Ök., Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Competence Center Forschungs- und Entwicklungsmanagement des Fraunhofer IAO.

Schwerpunkte: Fragen des strategischen Technologie- und Innovationsmanagements, Produktivitätsmessung wissensintensiver Dienstleistungen, Erfolgsfaktoren auf den Innovationserfolg, u. a. demographischer Wandel.

Cornelia Toppel, Dipl.-Ing. (Raumplanung), Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Sozialforschungsstelle, Zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Technischen Universität Dortmund. Arbeitsschwerpunkte: Wohnstandortwahl- und Wanderungsforschung, residenzielle Multilokalität und mobile Lebensformen, Anpassung lokaler Politik und Planung.

Kai Urner, M.A., Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Sozialforschungsstelle, Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der Technischen Universität Dortmund.

Forschungsschwerpunkte: Versorgungsforschung, vernetzte Versorgung und soziale Innovationen.

Raphaela Wehl, Arbeits- und Kulturwissenschaftlerin, Wissenschaftlicher Mitarbeiterin am artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit der Universität Bremen im Forschungsfeld „Arbeit und Gesundheit“.

Forschungsschwerpunkte: Arbeits- und Organisationsforschung, Organisationsentwicklung, Arbeit in sozialen Dienstleistungen, soziale Innovationen, Gesundheitsförderung.

Ann-Christin Werner, M.A., Studium der Gesundheitswissenschaften in Bremen, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie der Universität Vechta.

Liza Wohlfart, M.A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Competence Center Forschungs- und Entwicklungsmanagement am Fraunhofer IAO.

Schwerpunkt: Der Faktor Mensch in der Forschung und Entwicklung (F&E).

Teil I
Zur Einführung

ZUSAMMENARBEITGESTALTEN in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen – zur Einführung

Guido Becke und Peter Bleses

Zusammenfassung

Soziale und gesundheitsbezogene Dienstleistungen stehen auch deshalb unter großem Handlungsdruck, weil sie sozialen Innovationen zu wenig Beachtung geschenkt haben. Dabei bieten sozialen Innovationen für diese Dienstleistungsbereiche angesichts großer Herausforderungen der Arbeit und Zusammenarbeit beträchtliche Entwicklungschancen. Deshalb hat sich die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie vom Europäischen Sozialfonds geförderte Fokusgruppe „Demografiemanagement und Vernetzung“ mit den in ihr zusammengeschlossenen Verbundprojekten, aus denen die Beiträge für diesen Band stammen, analysierend und gestaltend mit verschiedenen sozialen Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen befasst. Die Fokusgruppe, die Verbundprojekte und der Aufbau dieses Bandes werden kurz geschildert. Abgeschlossen wird die Einführung mit einem Dank.

Sprecher der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie vom Europäischen Sozialfonds (ESF) im Rahmen des Förderschwerpunkts „Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel“ geförderten Fokusgruppe „Demografiemanagement und Vernetzung“.

G. Becke (✉) · P. Bleses
Bremen, Deutschland
E-Mail: becke@uni-bremen.de

P. Bleses
E-Mail: pbleses@uni-bremen.de

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016
G. Becke et al. (Hrsg.), *Zusammen – Arbeit – Gestalten*,
DOI 10.1007/978-3-658-04059-8_1

Die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen stehen seit Jahren unter verstärkten Veränderungsanforderungen. Erstens beeinträchtigen anhaltende Restrukturierungs- und Regulierungsprozesse sowie fortwährender Kosten- und Wettbewerbsdruck die Attraktivität dieser Tätigkeitsfelder stark und berauben sie ihrer personellen wie finanziellen Handlungsressourcen. Zweitens greift der demografische Wandel die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen in einer Zangenbewegung an: Einerseits wächst die Nachfrage nach diesen Dienstleistungen in alternden Gesellschaften beständig an, andererseits verringert sich die Zahl jüngerer Beschäftigter, und das Durchschnittsalter der Beschäftigten steigt. Beide Herausforderungen wirken wechselseitig verstärkend zusammen und drohen, die Innovationsfähigkeit der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen dauerhaft zu schwächen.

Die geringe Resilienz der sozialen und Gesundheitsdienstleistungen angesichts der gegenwärtigen Herausforderungen kann zu einem Teil darauf zurückgeführt werden, dass sozialen Innovationen in der Vergangenheit anders als etwa im industriellproduzierenden Bereich zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Die Förderung sozialer Innovationen kann in dieser drohenden Abwärtsspirale indes Kontrapunkte setzen: Denn soziale Innovationen setzen auf Gestaltungschancen, Erhalt, Stärkung und Mobilisierung von Ressourcen der Akteure und der Organisationen. Im Fokus sozialer Innovationen steht die Entwicklung sozialer Praktiken in der *Gestaltung von Arbeit und Zusammenarbeit*, welche die Fähigkeiten der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleister erhöhen, den anstehenden Herausforderungen standhalten zu können. Soziale Innovationen schlagen eine Brücke zwischen verschiedenen Trägern, ihren jeweiligen Interessen, Erwartungen und Erfahrungshorizonten. Sie zielen auf eine Neugestaltung von Arbeits- und Kooperationsbeziehungen im demografischen Wandel und suchen hierbei ökonomische und soziale Handlungslogiken miteinander zu verbinden. Dieser Brückenschlag ist jedoch voraussetzungsvoll. Er verlangt Forschung, die Entwicklung von Gestaltungsansätzen und deren Erprobung – also die Mühen der empirischen Praxisforschung!

1 Soziale Innovationen als Thema der BMBF-Fokusgruppe „Demografiemanagement und Vernetzung“

Die Fokusgruppe

Die folgenden Aufgaben hat sich die Fokusgruppe „Demografiemanagement und Vernetzung“, die im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Europäischen Sozialfonds (ESF) geförderten För-

derschwerpunkts „Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel“ gegründet wurde, zu eigen gemacht: Sie analysiert Rahmenbedingungen, Treiber und Barrieren sozialer Innovationen im Handlungsfeld sozialer und Gesundheitsdienste. Im Mittelpunkt stehen die ambulante wie stationäre Pflege, die medizinischen Gesundheitsdienstleistungen und die Soziale Arbeit. Die Fokusgruppe besteht aus fünf geförderten Verbundprojekten. Sie erarbeiten forschungsgestützte Gestaltungskonzepte, mit denen die Herausforderungen der demografischen Entwicklung angegangen und ihre Chancen genutzt werden können.

In den Verbundprojekten der Fokusgruppe „Demografiemanagement und Vernetzung“ werden spezifische soziale Innovationen zur Gestaltung des demografischen Wandels als Chance betrachtet:

- Gestaltungsansätze zum möglichst langfristigen *Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit* von Mitarbeitenden sozialer Dienste. Unser Verständnis von Beschäftigungsfähigkeit erstreckt sich dabei nicht nur auf den dafür notwendigen Erwerb von Qualifikationen und Kompetenzen. Beschäftigungsfähigkeit meint hierbei auch den Erhalt und die Regeneration der gesundheitlichen Ressourcen sowie der Arbeitsmotivation von Mitarbeitenden und Führungskräften. Derartige soziale Innovationen beziehen sich z. B. auf die Gestaltung von Interaktionsarbeit in personenbezogenen Dienstleistungen und ihrer betrieblichen Rahmenbedingungen oder aber auf die Entwicklung lebensphasenspezifischer Personaleinsatz- und Laufbahnkonzepte.
- *Nachhaltige Kompetenzentwicklung* auf den Ebenen Unternehmen und Netzwerke, Teams und Individuen, beispielsweise zur Förderung der Innovationskompetenz von Beschäftigten durch demografiesensible Konzepte und Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung.
- Die Entwicklung oder *Neugestaltung von Kooperationsbeziehungen* in Unternehmen und in Netzwerken, um dadurch z. B. neue regionale Lösungsansätze zu fördern, Synergieeffekte in der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu erzielen oder aber die Zusammenarbeit zwischen altersheterogenen Belegschaftsgruppen produktiv zu gestalten.

Die Verbundprojekte der Fokusgruppe und ihr Bezug zur Perspektive „Soziale Innovationen“

Das Verbundprojekt **DOMINNO** (*Demografieorientierte Konzepte zur Messung und Förderung von Innovationspotenzialen* – koordiniert vom Zentrum für Vertrauensforschung an der Universität Vechta) verfolgt das Ziel, die Innovationsfähigkeit von Organisationen in der Pflegebranche zu messen und zu stärken. Basierend auf der Analyse alters- und generationenübergreifender Zusammenarbeit in der

Perspektive kollektiven und sozialen Alters werden hierzu Handlungshilfen und Maßnahmen mit Mitarbeitenden und Führungskräften erarbeitet. Langfristig wird ein betrieblich erprobtes Rahmenkonzept zur Stärkung der demografieorientierten Innovationsfähigkeit von Unternehmen unterschiedlicher Branchen entwickelt. Die demografiesensible Gestaltung innerbetrieblicher Kooperationsbeziehungen altersheterogener Belegschaftsgruppen bildet aus Sicht des Verbundprojekts den Fokus sozialer Innovationen.

Das Verbundprojekt **InnoGESO** (*Innovations- und Demografiemanagement in Gesundheits- und Sozialberufen* – koordiniert vom Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin, Universität Heidelberg) hat zum Ziel, die Innovationsfähigkeit von Beschäftigten in verschiedenen Lebensphasen aufzuzeigen. Zudem werden Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung erarbeitet, um das Potenzial der Innovationsfähigkeit der Beschäftigten zu erschließen und über ihre Erwerbsbiografie hinweg zu fördern. Zielführend ist die Implementation verschiedener sozialer Innovationen: solche, die als Mittel bzw. Wegbereiter fungieren, um im weiteren Verlauf solche mit eigenständigen Zielen umzusetzen. Alle richten sich an Organisationen, die Pflegekräfte und Sozialarbeiter beschäftigen.

Das Verbundprojekt **KoLaGe** (*Kompetenzbasierte Laufbahngestaltung in der Pflege* koordiniert vom Institut für Gerontologie der Universität Vechta) konzentriert sich auf die Verbesserung der Fachkräftegewinnung, -bindung und -entwicklung durch die Entwicklung von Fachlaufbahnen in ambulanten und stationären Pflegeunternehmen. Ziel des Verbundprojekts ist es, zunächst das pflegerische Arbeitssystem aus einer kompetenzbezogenen Perspektive zu analysieren, um dann eine kompetenzbasierte und altersdifferenzierte Personalentwicklung zu implementieren. Die zentrale soziale Innovation, auf die das Verbundprojekt abzielt, besteht in der Entwicklung eines integrierten Gestaltungskonzepts, das altersdifferenzierte Maßnahmen des Kompetenzmanagements mit demografiesensiblen arbeitsorganisatorischen Gestaltungsansätzen verknüpft.

Das Verbundprojekt **StrateG!N** (*Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Innovative Strategien durch Vernetzung* – koordiniert von der Sozialforschungsstelle, TU Dortmund) zielt auf die Entwicklung vielfältiger Strategien zur Stabilisierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in einer ländlich geprägten Modellregion. Das Projekt untersucht fördernde und hemmende Bedingungen für regionale Gesundheitsnetze im ländlichen Raum und formuliert Erfolgskriterien für abgestimmte regionale Vorgehensweisen. Zentrales Ergebnis ist eine mit den Praxispartner/-innen gemeinsam erarbeitete Roadmap, die Empfehlungen für im Projekt identifizierte (teils bereits pilotierte) Handlungsfelder gibt.

Das Verbundprojekt beabsichtigt die Entwicklung sozialer Innovationen im Bereich der Neugestaltung von branchen- und sektorenübergreifenden Kooperationsbeziehungen in regionalen Netzwerken gesundheitsbezogener Dienstleistungen und ihres institutionellen Umfeldes.

Das Verbundprojekt **ZUKUNFT:PFLEGE** (*Zukunft der Pflege im demografischen Wandel: Innovationsfähigkeit durch Organisationslernen und regionale Netzwerkbildung* – koordiniert vom artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit der Universität Bremen) bearbeitet die Auswirkungen der demografischen Entwicklung in der ambulanten Pflege mit zwei verbundenen Lösungsstrategien: Erstens werden mit ambulanten Pflegeunternehmen Gestaltungskonzepte einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit entwickelt, erprobt und evaluiert. Zweitens wird ein sich langfristig selbst tragendes regionales „Netzwerk ZUKUNFT:PFLEGE“ aufgebaut, das die meist kleinen ambulanten Pflegeunternehmen in zentralen Zukunftsaufgaben unterstützt (v. a. Qualifikationsentwicklung, Gesundheitsförderung). Im Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE werden soziale Innovationen als Basisinnovationen verstanden. Sie ermöglichen die Veränderungsfähigkeit von Unternehmen, weil sie Innovationen in Technik, Arbeitsprozess- und Organisationsgestaltung, Produkten und Angeboten eine soziale Grundlage verschaffen.

Aufbau des vorliegenden Bandes

Der vorliegende Band gliedert sich in verschiedene Abschnitte, in denen die Autorinnen und Autoren der Verbundprojekte soziale Innovationen in den sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen theoretisch-konzeptionell, empirisch sowie gestaltungsorientiert auf verschiedenen Handlungsebenen und Handlungsfeldern beschreiben und reflektieren.

Im diesem *Einführungsteil* geht es im anschließenden Beitrag zunächst um die *theoretisch-konzeptionellen Perspektiven* der sozialen Innovationen, die als Handlungsansatz zur Bearbeitung der Herausforderungen der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen angesehen werden können.

Im zweiten Abschnitt des Bandes geht es um die *Zusammenarbeit in Netzwerken*. Hier werden Versorgungsnetzwerke, Branchen- bzw. Interessennetzwerke als auch regionale Innovationssysteme behandelt.

Die Beiträge im dritten Abschnitt bewegen sich auf der *Unternehmensebene*. Im Mittelpunkt stehen soziale Innovationen in der Arbeits- und Organisationsgestaltung auf verschiedenen Feldern sozialer Dienstleistungen mit unterschiedlichen Themengewichtungen (z. B. nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit, Kompetenz, Qualifikations- und Laufbahnentwicklung, Gestaltung der Generationenbeziehungen und der Generationengerechtigkeit).

Im vierten Abschnitt werden die *personalen Voraussetzungen für soziale Innovationen* thematisiert. Adressiert werden sowohl die außerberuflichen Handlungskompetenzen als auch die Frage des ‚Empowerments‘ für soziale Innovationen.

Im fünften Abschnitt analysieren verschiedene Beiträge den *Nutzen sozialer Innovationen*. Im Blickpunkt stehen Nutzenaspekte durch soziale Innovationen sowohl auf betrieblicher Ebene als auch auf Netzwerkebene.

Im abschließenden Abschnitt und Beitrag werden ein übergreifendes *Resümee* aus den vorangegangenen empirischen Beiträgen gezogen und ein Ausblick auf zukünftige Forschungsfragen zur Entwicklung sozialer Innovationen gegeben.

Dank

Die Verbundprojekte der Fokusgruppe „Demografiemanagement und Vernetzung“ danken dem BMBF und dem ESF für die Förderung ihrer Forschungs- und Entwicklungsarbeit. Die Projektförderung im Bereich der Arbeitsgestaltung kann als ein Grundpfeiler der arbeitsweltbezogenen Forschung angesehen werden. Das gilt nicht nur für den jetzt beendeten Förderschwerpunkt „Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel“, sondern für eine Vielzahl von Förderschwerpunkten in den vergangenen Jahrzehnten (etwa im Bereich Gesundheitsförderung, Vertrauensgestaltung). Diese Förderung bietet der Arbeitsforschung eine Kontinuität, die wiederum inhaltliche Vernetzung und Chancen zur nachhaltigen konzeptionellen Weiterentwicklung bietet. Sie ermöglicht es, Gestaltungskonzepte für die moderne Arbeitswelt in enger Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis zu entwickeln, zu erproben und zu verbreiten.

Die Verbundprojekte sprechen ihren Dank Frau Kopp und Frau Kossack vom Projektträger im DLR aus: Frau Kossack hat die Fokusgruppe und Verbundprojekte mit vielfältiger Unterstützung begleitet und sehr kompetent beraten. Frau Kopp hat in ihrer Koordination des Förderschwerpunkts wichtige Impulse für die Aktivitäten der Fokusgruppe gegeben sowie die Entwicklung des Fokusgruppen übergreifenden Memorandums zum Förderschwerpunkt „Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel“ begleitet und unterstützt.

Schließlich danken die Verbundprojekte auch dem Metaprojekt „DemoScreen“, das den Förderschwerpunkt durch vielfältige Aktivitäten vernetzt und auch die Fokusgruppe „Demografiemanagement und Vernetzung“ unterstützt hat. Ein besonderer Dank geht hier an die Betreuerin unserer Fokusgruppe Frau Dr. Claudia Joob für die vielfältige und immer hilfreiche Unterstützung!

Soziale Innovationen – eine neue Perspektive für die Arbeitsforschung im Feld sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen

Guido Becke, Peter Bleses und Monika Goldmann

Zusammenfassung

Soziale Innovationen können helfen, die gegenwärtigen Herausforderungen des demografischen und ökonomisch-strukturellen Wandels an die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen zu meistern. Es ist jedoch konzeptionell wie empirisch zu zeigen, wie sie zu gestalten sind, was sie bewirken können, auf welchen Ressourcen sie aufbauen und welche Hemmnisse ihnen entgegenstehen können. Dieser Beitrag skizziert vor dem Hintergrund der Herausforderungen vor allem konzeptionelle Aspekte sozialer Innovationen, auf denen die verschiedenen Beiträge in diesem Band mittels Analysen und Gestaltungskonzepten auf organisatorischer und interorganisationaler Handlungsebene empirisch aufbauen.

G. Becke (✉) · P. Bleses
Bremen, Deutschland
E-Mail: becke@uni-bremen.de

P. Bleses
E-Mail: pbleses@uni-bremen.de

M. Goldmann
Dortmund, Deutschland
E-Mail: goldmann@sfs-dortmund.de

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016
G. Becke et al. (Hrsg.), *Zusammen – Arbeit – Gestalten*,
DOI 10.1007/978-3-658-04059-8_2

1 Einleitung

In sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen stehen die Arbeit und ihre Organisation vor besonderen Herausforderungen. Die zunehmende Alterung der Menschen, die ein starkes Nachfragewachstum nach betreuenden, pflegerischen und medizinischen Dienstleistungen nach sich zieht, ist dabei nur eine besonders herausragende und sichtbare Herausforderung. Aber sie ist bei weitem nicht die einzige. Hinzu kommen politisch-rechtliche, ökonomische und gesellschaftliche Veränderungen, die mit der demografischen Entwicklung zusammenwirken (vgl. Görres 2013). Die Herausforderungen treffen auf Arbeitsfelder, die besonders anfällig und wenig widerstandsfähig sind. Das liegt daran, dass es sich bei sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen um *Interaktionsarbeit* handelt, also um *Arbeit am und mit Menschen*, die darauf vielfach existenziell angewiesen sind (Böhle und Glaser 2006). Es sind unverzichtbare Arbeiten, die sich gegen weitgehende Effizienzsteigerungen sperren. Die Arbeit und ihre Organisation beruhen meist auf anspruchsvollen professionellen Leitbildern mit hohem normativen Sinngehalt. Er bietet Orientierung und bildet eine wichtige Ressource bei oft körperlich wie psychisch belastender Arbeit. Werden die normativen Grundlagen der Branche beispielsweise durch Ökonomisierungsbestrebungen angegriffen, entstehen schnell Anerkennungs- und Legitimationsdefizite.

In den sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen ist zudem meist ein Innovationsverständnis leitend, das sich auf die Erfüllung ihrer Primäraufgaben (also der Versorgung, Betreuung und Pflege von Menschen) und deren Qualitätsverbesserung konzentriert. Fragen der Organisationsbedingungen und der Arbeitsqualität – gerade auch unter sich verändernden Rahmenbedingungen – blieben hingegen lange Zeit unterbelichtet. Auch deshalb wurde dieser Dienstleistungssektor durch die Entwicklungen der vergangenen Jahre relativ unvorbereitet getroffen.

Unseres Erachtens könnten die im sozialen Bereich lange Zeit vernachlässigten *sozialen Innovationen in der Gestaltung von Arbeit und Zusammenarbeit* auf betrieblicher wie überbetrieblicher Ebene einen wichtigen Beitrag zur zukünftigen Entwicklungsfähigkeit sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen leisten. Soziale Innovationen können grundlegend verstanden werden *als absichtsvolle Entwicklung neuer und die Veränderung schon vorhandener sozialer Praktiken in bestimmten Handlungsfeldern und auf unterschiedlichen Handlungsebenen, welche die Fähigkeit der Beteiligten erhöhen, mit Herausforderungen besser als zuvor umgehen zu können* (nach Howaldt und Schwarz 2010, S. 54).

Wir gehen von drei Thesen zu sozialen Innovationen in den sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen aus:

1. Soziale Innovationen in der Arbeits-, Organisations- und Kooperationsgestaltung, die *verschiedene Handlungsebenen* (Unternehmen, überbetriebliche und regionale Kooperationen) berücksichtigen, können helfen, die wachsenden Herausforderungen des demografischen und ökonomisch-strukturellen Wandels zu bewältigen.
2. Soziale Innovationen lassen sich durch *Ressourcenstärkung* gestalten und ihre Nützlichkeit für Unternehmen und Beschäftigte empirisch nachweisen. Die Beiträge dieses Bands bieten hierfür empirische Belege und Ausführungen.
3. Soziale Innovationen sind – sollen sie nachhaltig wirken können – allerdings nicht zum Nulltarif zu erhalten: Vielmehr sind sie *voraussetzungsvoll*, stehen ggf. in *Konkurrenz* zueinander sowie zu technologischen Innovationen und bergen ein hohes *Scheiternsrisiko*.

Die Annahme der Nützlichkeit sozialer Innovationen zur Bewältigung tiefgreifender struktureller Wandlungsprozesse ist an sich nicht neu (vgl. etwa die Beiträge in Jeschke et al. 2011 sowie Howaldt und Jacobsen 2010). Neu sind u. E. jedoch:

- der umfassende Bezug auf soziale und gesundheitsbezogene Dienstleistungen,
- der Versuch, konkrete Gestaltungsperspektiven einschließlich ihrer Wirkungen und Erfolgsbedingungen empirisch aufzuzeigen, sowie
- die Perspektive auf Voraussetzungen, Risiken und die mögliche Konflikthaftigkeit sozialer Innovationen.

Wir werden am Ende des Beitrags im Fazit auf diese Annahmen zurückkommen (4.). Zuvor wollen wir jedoch die Herausforderungen an die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und damit auch an mögliche soziale Innovationen näher beschreiben (2.). Vor diesem Hintergrund zeigen wir anschließend, wie soziale Innovationen in diesen Arbeitsfeldern konzeptionell zu fassen sind (3.).

2 Zentrale Herausforderungen der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und ihre Folgen

Die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen stehen seit vielen Jahren unter wachsendem Handlungsdruck. Wir gehen zunächst auf die zentralen Herausforderungen ein und schildern anschließend die Folgen für die Branche. Heraus-

forderungen und Folgen können sich dabei wechselseitig negativ im Sinne eines Teufelskreises beeinflussen und eine Abwärtsspirale auslösen.

Herausforderung: Privatisierung und Ökonomisierung

Die Privatisierung und Ökonomisierung ehemals öffentlicher oder wohlfahrtsverbandlich erbrachter Dienstleistungen sowie eine Diversifizierung der Leistungsanbieter kennzeichnet die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen seit wenigstens zwei Jahrzehnten. Im Rahmen vieler Gesundheitsreformen, der Etablierung der Pflegeversicherung und der Marktöffnung für private Anbieter dieser Dienstleistungen hat sich der rechtlich-ökonomische Rahmen stark verändert. Während sich soziale und gesundheitliche Dienstleistungen zuvor überwiegend ‚außerhalb des Marktes‘ bewegten, wurden in der jüngeren Vergangenheit immer mehr marktliche Steuerungselemente etabliert, die auch für die ehemals öffentlichen oder gemeinnützigen Leistungsanbieter gelten. Ziel war eine Senkung der Kosten bei gleichzeitiger Erhöhung der Dienstleistungsqualität mittels Konkurrenz zwischen den Anbietern und Wahlmöglichkeiten der Klientinnen und Klienten. Entstanden ist ein erhöhter Kosten- und Wettbewerbsdruck (vgl. verschiedene Beiträge in Manzei und Schmiede 2014 (Hrsg.) sowie Görres 2013, S. 36 ff.), ein beachtlicher Kapazitätsabbau im Bereich der akutstationären medizinischen Versorgung (Deutscher Bundestag 2014, S. 7) sowie in Teilen auch eine Prekarisierung der Arbeit im Gesundheitswesen (Auth 2013).

Herausforderung: Neue Qualitätsanforderungen

In allen sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen sind die Qualitätsanforderungen und deren beständige Dokumentation stark angestiegen. Dabei treten zusätzlich bürokratische Anforderungen, wie z. B. ausgeweitete Dokumentationspflichten, in aller Regel zu den Primäraufgaben der Anbieter hinzu, ohne zusätzlich entgolten zu werden. Das erhöht das Arbeitsvolumen und wird gleichzeitig von vielen Beschäftigten als belastend empfunden (vgl. Bleses et al. 2013, S. 70 f.; Hien 2009, S. 60; Theobald et al. 2013, S. 83.). Trotz dieser neuen und erhöhten Qualitätsanforderungen ist die Schnittstellenproblematik zwischen den Sektoren der ambulanten und stationären medizinischen und pflegerischen Versorgung nach wie vor virulent.

Herausforderung: Demografische und gesellschaftliche Entwicklungen

Demografische und gesellschaftliche Entwicklungen fordern die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen in zweierlei Weise heraus: Erstens wächst die Nachfrage nach solchen Dienstleistungen insbesondere durch die alternde Bevölkerung und durch die gestiegene Erwerbsbeteiligung der Frauen (etwa im Pflegebereich, in der Kinderbetreuung). Andererseits kennzeichnet diese Dienst-

leistungsbranchen ein immer bedrohlicher werdender Fachkräftemangel (Rothgang et al. 2013, S. 39 ff.). Dieser wird nicht allein durch die demografische Entwicklung (weniger junge Menschen, die den Beruf auswählen können und mehr ältere Menschen, die pflegebedürftig sind), sondern auch durch Attraktivitätseinbußen der Sozial-, Pflege- bzw. Gesundheitsberufe hervorgerufen. Diese resultieren neben der generell hohen körperlichen und psychischen Arbeitsbelastung daraus, dass Beschäftigte ihre normativen und professionellen Handlungsorientierungen aufgrund der Ökonomisierung dieser Dienstleistungen zunehmend weniger einbringen und verfolgen können. Beispielsweise können Pflegekräfte aufgrund enger Zeitvorgaben oftmals nicht mehr die Zeit für die Pflegebedürftigen aufwenden, die sie aufgrund ihrer professionellen Standards für nötig erachten würden (vgl. Hien 2009, S. 43 ff.). Hinzu kommt, dass Nachwuchskräfte in Medizin und Pflege heute verstärkt attraktive Arbeitsbedingungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten erwarten und hohe Anforderungen an eine Balance von Berufs- und Privatleben haben.

Herausforderung: Verschlechterte Arbeitsbedingungen

Die genannten, sich verschlechternden Arbeitsbedingungen in den gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungen werden unter anderem durch eine zunehmende Arbeitsverdichtung und Arbeitsüberlastung, die Ausdifferenzierung verschiedener Qualifikations- und Entlohnungsgruppen sowie eine Flexibilisierung von Arbeitszeiten ausgelöst. Die sinkende Attraktivität der Arbeit in diesen Dienstleistungen (Lohnhöhe, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Belastungsniveau usw.) im Vergleich mit anderen Berufsfeldern führt nicht nur zu Nachwuchsproblemen, sondern auch dazu, dass viele Beschäftigte diese Berufsfelder wieder verlassen (zur Übersicht vgl. Knüppel 2012; Müller 2009) oder versuchen, in Leitungspositionen zu gelangen. Das durch die demografische Entwicklung verursachte Ansteigen des Durchschnittsalters der Beschäftigten wirkt sich dabei problemverschärfend aus, weil viele Beschäftigte lange vor dem Rentenalter ihre Arbeit in den sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen aufgeben. Zudem wählen viele Beschäftigte eine Teilzeitstelle, um den Belastungen der Arbeit standhalten zu können (vgl. Hien 2009).

Herausforderung: Versorgungsengpässe in ländlichen Regionen

Die demografische Entwicklung hat in Verbindung mit der Landflucht in manchen ländlichen Regionen bereits zu großen Versorgungsengpässen geführt. Krankenhausschließungen, Engpässe bei der Versorgung durch ambulante tätige Haus- und Fachärzte und wachsender Fachkräftemangel in Pflegeeinrichtungen sowie eine für die Bewohnerinnen und Bewohner oft schlechte Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen sind prägnante Beispiele. Die übrig bleibenden sozialen und

gesundheitsbezogenen Dienstleister sind vielfach überfordert (vgl. Gerling 2013; Deutscher Bundestag 2014).

Herausforderung: Starre Grenzen im Versorgungssystem

Starre Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in Medizin, Pflege, Rehabilitation und Betreuung sowie zwischen Versicherungs- und Kostenträgern sind gleichermaßen problematisch für die Versorgungs- wie die Arbeitsqualität. Vielfältige Schnittstellenprobleme erschweren kranken und/oder pflegebedürftigen Menschen einen reibungslosen Übergang zwischen den verschiedenen Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen (vgl. Deutscher Bundestag 2012). Sie führen zu Überlastungen der Beschäftigten aufgrund des Fehlens finanzieller Ressourcen (etwa bei der Pflege geistig behinderter Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, vgl. Bleses und Wetjen 2014) und führen zudem zur Überforderung der Leistungserbringer aufgrund personeller Unterausstattung.

Folge der Herausforderungen: Ein Teufelskreis entsteht

Die Dienstleistungsorganisationen drohen durch die finanzielle und personelle Unterausstattung bei gleichzeitig wachsenden Anforderungen und Effizienzerwartungen dauerhaft überlastet zu werden. Bei den Beschäftigten verbreiten sich unterdessen Anerkennungsdefizite und – damit im Zusammenhang stehende – vielfältige gesundheitliche Folgeprobleme. Anerkennungsdefizite sind teils relativ niedrigen Verdienstchancen, teils auch unzureichender symbolischer Anerkennung für Arbeitstätigkeiten geschuldet, z. B. für Interaktionsarbeit mit und an hilfsbedürftigen Menschen. Die Erkrankungsquoten steigen, zu den schon traditionell vorhandenen physischen kommen die psychischen Erkrankungen durch dauerhaften Arbeitsstress (vgl. Steinhöfel 2014) und „berufliche Gratifikationskrisen“ (Siegrist 1996) hinzu. Es entsteht ein *Teufelskreis*: Die sinkende Attraktivität der Beschäftigung in den sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen führt zu einem Fachkräftemangel, der in den kommenden Jahrzehnten aufgrund der Anforderungen einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft dramatische Ausmaße annehmen kann. Der Fachkräftemangel wiederum verschärft die Arbeitsverdichtung und lässt die Qualität der Arbeitsprozesse wie der Arbeitsergebnisse weiter sinken.

Es ist also höchste Zeit, sich Gedanken um die Situation und die zukünftige Entwicklung in den sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen zu machen. Im Fokus stehen soziale Innovationen, die für die Organisationen wie die Führungskräfte und Beschäftigten wichtige Ressourcen bilden können, um dem Teufelskreis zu entkommen.

3 Soziale Innovationen – Plädoyer für eine kontextsensitive Konzeptualisierung

Die skizzierten Herausforderungen verdeutlichen, dass im Feld der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen auf und zwischen der organisatorischen, der interorganisationalen und der politisch-institutionellen Ebene ein erheblicher Innovationsbedarf besteht. Für eine zukunftsfähige Bewältigung dieser Herausforderungen bedarf es nach Erkenntnissen der Fokusgruppe „Demografiemanagement und Vernetzung“ weniger technologischer, sondern insbesondere sozialer Innovationen.

Das Konzept der sozialen Innovationen hat seit den 1990er Jahren eine inzwischen große politische Resonanz (z. B. auf der Ebene der Europäischen Union) gefunden und ist zu einem Schlüsselkonzept in der sozialwissenschaftlichen Innovationsforschung avanciert (vgl. Howaldt et al. 2014). Gleichwohl ist dieses Konzept noch durch eine theoretisch-konzeptionelle Unschärfe geprägt (Rüede und Lurtz 2012). Einerseits kann diese die Anwendung des Konzepts auf empirische Forschungsgegenstände und -felder erschweren. Andererseits eröffnen sich gerade hierdurch Potenziale für die (demografieorientierte) Arbeitsforschung im Feld sozialer und gesundheitsbezogener Dienste. Diese Potenziale gründen darin, soziale Innovation als forschungsorientierendes Rahmenkonzept (Blumer 1954, S. 7) zu verwenden. Dadurch lassen sich neue Perspektiven zur gestaltungsorientierten Arbeitsforschung in diesem Dienstleistungsfeld ausloten und generieren. Das Konzept der sozialen Innovation entfaltet unseres Erachtens insbesondere Potenziale für die gestaltungsorientierte Arbeitsforschung, wenn es kontextsensitiv auf spezifische Felder gesellschaftlicher Arbeit angewendet wird. Mit Blick auf das Feld der sozialen und der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen existieren bisher kaum theoretisch-konzeptionelle Arbeiten bzw. empirische Studien, für welche das Konzept der sozialen Innovation forschungsleitend ist (zu den Ausnahmen: Köhler und Goldmann 2010; Heinze und Naegele 2010; Matthes et al. 2014). Die in diesem Herausgeberband versammelten Aufsätze leisten einen ersten, weiterführenden Beitrag, diese Forschungslücke zu schließen. Der inhaltliche Fokus ist hierbei auf die Handlungsebenen der Organisationen und der interorganisationalen Netzwerkstrukturen gerichtet.

Zunächst soll unser Verständnis sozialer Innovationen als forschungsorientierendes Rahmenkonzept mit Blick auf das untersuchte Feld erläutert werden. Im Anschluss an Howaldt et al. (2014, S. 13) verstehen wir soziale Innovationen als die intendierte Entwicklung neuer und die Rekombination vorhandener sozialer Praktiken in spezifischen sozialen Handlungsfeldern und auf deren unterschiedlichen Handlungsebenen, welche die Fähigkeiten von Akteuren erhöhen, mit Her-

ausforderungen besser als zuvor umgehen zu können. Unser Verständnis sozialer Innovationen knüpft an eine ressourcenorientierte Perspektive an: Die Fähigkeiten von Akteuren zur Bewältigung von Herausforderungen können demnach durch neue soziale Praktiken gefördert werden, welche die Ressourcen der Akteure stärken. Dabei kann es sich um unterschiedliche Ressourcen handeln (vgl. Ducki 1998; Antonovsky 1997; Becke und Meyerhuber 2015):

- Personale Ressourcen (wie Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl),
- Ressourcen der Arbeitsaufgabe (z. B. Vollständigkeit der Aufgabe und Autonomiestpielräume),
- organisatorische Ressourcen (etwa betriebliche Beteiligungsstrukturen),
- soziale Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung, kooperative Konfliktbewältigung, Vertrauen und Reziprozität von Geben und Nehmen in Unternehmen und Netzwerken) sowie
- institutionelle Ressourcen, wie neue gesetzliche Regelungen, welche die Handlungsmöglichkeiten von Akteuren stärken und erweitern.

Soziale Innovationen können nicht nur Ressourcen im Sinne ermöglichender Handlungsbedingungen (Moldaschl 2002, S. 56) hervorbringen, sondern sie können auch selbst neue Ressourcen bilden. Die Relevanz spezifischer Ressourcen für unterschiedliche soziale Handlungskontexte und auf verschiedenen Handlungsebenen lässt sich nur empirisch bestimmen.

Für unser Verständnis sozialer Innovationen sind neben der Ressourcenstärkung weitere Kernmerkmale konstitutiv (vgl. Zapf 1989; Ornetzeder und Buchegger 1998; Howaldt et al. 2014):

- Neuheit
- Intentionalität
- Dualität von Mittel und Zweck
- Wertbezogenheit
- Praxisbewährung
- Soziale Innovationen als Produkte sozialen Handelns
- Soziale Praktiken als Kern sozialer Innovation
- Kontextspezifische Trias von Invention, Praxisbewährung und Diffusion
- Soziale Innovationen als Basisinnovationen
- Perspektivenvielfalt als Innovationspotenzial
- Aushandlung und Konflikt als Grundlagen sozialer Innovation
- Soziale Innovationen als analytisches und gestaltungsorientiertes Konzept

Merkmale: Neuheit

Innovationen zeichnen sich durch ihre *Neuheit* in Abgrenzung zu bisher bewährten, in die Krise geratenen oder zunehmend als unangemessen betrachteten Problemlösungen aus. Der Neuigkeitswert von (sozialen) Innovationen umfasst nicht nur originale Inventionen, sondern auch die Neukombination bereits bekannter Elemente oder Praktiken. Soziale Innovationen sind daher zumindest durch relative Neuheit gekennzeichnet (Kesselring und Leitner 2008, S. 21). Von entscheidender Bedeutung für den Aspekt der Neuheit sind die kollektiven oder subjektiven „Wahrnehmungen potentieller Anwender der Innovation“ (Ornetzeder und Buchegger 1998, S. 13). Bestimmte soziale Praktiken können daher in spezifischen Handlungskontexten von den involvierten Akteuren als soziale Innovation aufgefasst werden, während sie in anderen Kontexten als längst etablierte Praktiken gelten.

Merkmale: Intentionalität

Soziale Innovationen unterscheiden sich von emergenten sozialen Prozessen, wie sozialem Wandel, durch ihre *Intentionalität*, die an zielorientiert handelnde Akteure gebunden ist. Intentionalität ist auf die bewusste Entwicklung bzw. Veränderung von Problemlösungen gerichtet (vgl. Howaldt und Schwarz 2011; Kesselring und Leitner 2008). Dies bedeutet jedoch weder, dass sich soziale Innovationen stets wie ursprünglich geplant realisieren lassen, noch, dass soziale Innovationen keine ungeplanten Risiken bergen oder unvorhergesehene Folgen nach sich ziehen können. Dies wirft die Frage nach der Reflexivität sozialer Innovationen auf, auf die wir mit Blick auf das letzte Kernmerkmal eingehen werden.

Merkmale: Dualität von Mittel und Zweck

Soziale Innovationen sind durch eine *Dualität von Mittel und Zweck* gekennzeichnet: Als Mittel oder Instrument dienen sie dazu, bestimmte Ziele zu erreichen (Kesselring und Leitner 2008, S. 20). Überdies können soziale Innovationen auf unterschiedlichen Handlungsebenen selbst ein Ziel, z. B. der Innovationspolitik, sein. Dies lässt sich anhand der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) als soziale Innovation verdeutlichen (Becke et al. 2014, S. 415): Die BGF ist auf der einen Seite ein Mittel der betrieblichen Innovationspolitik, da sie dazu beiträgt, die Gesundheit von Mitarbeitenden als Quelle ihrer Leistungsfähigkeit und Kreativität zu erhalten. Auf der anderen Seite stellt die BGF selbst eine soziale Innovation dar und ist somit auch ein mögliches Ziel betrieblicher Gesundheitspolitik.

Merkmale: Wertbezogenheit

Soziale Innovationen zeichnen sich durch *Wertbezogenheit* aus. Im Feld der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen ist diese Wertbezogenheit besonders ausgeprägt. Diese Dienstleistungen sind stark an den Werten einer guten