Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

Soziale Innovation '23

Short cut
Import & Export
Mitbringsel
Metamorphose
Copy & Paste
Abkupfern
Zuschneiden
Umtopfen
Adaptieren
Transformieren
Kontextualisieren
Transportieren
Umschneidern
Upcyceln
Weiterstricken
Calquer
Ctrl + C
Abluege

Copy & Paste

Soziale Innovation '23

Soziale Innovation '23

Editorial
7

Entwicklung von Innovationen in der Sozialen Arbeit durch Copy & Paste?
Anne Parpan-Blaser und Stéphane Rullac
11

«Damit sich Organisationen in ihrem jeweiligen Kontext weiterentwickeln können»
Marcel Krebs und Christoph Mattes im Gespräch mit Erika Dähler, Daniela Heimgartner und Sybille Roter
23

Aus dem Scheitern lernen
Philipp Frei und Susanne Bachmann
37

Soziale Arbeit in der Arztpraxis: Copy & Paste?
René Rüegg, Dunja Vetter und Michael Deppeler
47

Kunst im Heft: «Metamorphose»
Arbnore Toska
61

Housing first, un projet d'innovation psychosociale
Eliane Bovitutti und Nadia Baumann
77

Förderung digitaler Kompetenzen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen
Lutz Siemer und Marcus Flachmeyer
89

Impressum
104

Soziale Innovation '23

Editorial

Susanne Bachmann
Marcel Krebs
Christoph Mattes
Stefan Schnurr

Wenn sich innovative Angebote und Konzepte bewähren, liegt es nahe, sie andernorts zu übernehmen. Damit es für einen neuen Kontext passt, können die ursprünglichen Vorbilder nicht einfach kopiert werden. Sie brauchen Überarbeitung und Anpassungen, und es sollte im Idealfall eine gute Zusammenarbeit zwischen den Protagonist:innen des «Originals» und der «Kopie» stattfinden. Wie kann dieser Prozess gelingen und welche Fallstricke gilt es bei der Implementation in einer neuen Umgebung zu umgehen?

Damit befasst sich dieses Heft im Nachgang der Fachtagung «Soziale Innovation – copy and paste?» vom 10. Februar 2023 in Olten: Welches Potenzial und welche Herausforderungen sind mit der Übernahme und Adaption von innovativen Angeboten, Konzepten oder Methoden verbunden? Was ist dabei zu bedenken?

Verschiedene Autor:innen berichten von ihren Erfahrungen und schildern, was beachtet werden muss, damit es gelingt, gute Ideen erfolgreich zu übernehmen. Dabei zeigt sich: Copy & Paste ist ein zeitintensiver Prozess und wird gewählt, weil bewährte Angebote überzeugen, und nicht, um Zeit und Geld zu sparen.

Die Fachzeitschrift «Soziale Innovation» wird seit 2006 von der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW herausgegeben. Nach einer Corona-Pause erhielt die Zeitschrift 2022 ein frisches Layout und wurde neu konzipiert. Die Beiträge zeigen den Zusammenhang von empirischen Forschungsbefunden und sozialen Innovationen auf.

Trotz wissenschaftlichem Hintergrund sind die Artikel praxisnah und allgemein verständlich formuliert. Ein künstlerischer Bildbeitrag ergänzt die Fachbeiträge und setzt sich eigenständig mit dem Thema des Heftes auseinander.

Mit der Tagung «Soziale Innovation» bietet die Hochschule für Soziale Arbeit FHNW alle ein bis zwei Jahre ein Forum, um soziale Innovation als Konzept und soziale Praxis in ihrer Breite sichtbar und für die Soziale Arbeit fruchtbar zu machen. Die Zeitschrift greift die Themen der Tagungen auf und vertieft sie.

Alle Ausgaben der Zeitschrift sind online auf der Website *soziale-innovation-fhnw.ch* zu finden. Dort kann sie gratis abonniert werden.

Viel Vergnügen bei der Lektüre!

Die Redaktion

Entwicklung von Innovationen in der Sozialen Arbeit durch Copy & Paste?

Anne Parpan-Blaser
Stéphane Rullac

Innovationen sind in der Sozialen Arbeit wichtig, weil sie es ermöglichen, mit kreativen Lösungen auf neue oder veränderte Problemstellungen zu reagieren oder bereits bestehende Probleme effektiver zu bewältigen. Um Innovation mit Bedacht zu gestalten, ist es entscheidend, sich auf den Stand des Wissens, die Kompetenzen der Disziplin sowie geeignete Methoden zur Gestaltung von Prozessen zu stützen. In diesem Zusammenhang kann ein Copy-Paste-Vorgehen unter Bezugnahme auf andernorts entwickelte bzw. bereits bewährte Ansätze angemessen sein. Es ist jedoch von entscheidender Bedeutung, sich dafür mit einigen Aspekten von Copy & Paste auseinanderzusetzen. Dies soll in diesem Text geschehen.

Parpan-Blaser, Anne / Rullac, Stéphane (2023): Entwicklung von Innovationen in der Sozialen Arbeit durch Copy & Paste?. In: Soziale Innovation 2023. S. 11–20.

Soziale Arbeit ist in vielfältiger Weise herausgefordert, neue und sich verändernde soziale Probleme anzugehen und sich auf methodischer und organisationaler Ebene zu entwickeln. Wenn wir uns im Folgenden dem Thema Copy&Paste im Kontext von Innovation in der Sozialen Arbeit zuwenden, gehen wir von einem Verständnis aus, das Innovation bzw. Innovationsfähigkeit und Professionalisierung eng miteinander verknüpft. Wir schliessen uns damit Damanpour (1991) an, der für gemeinnützige Organisationen feststellte, dass ihre Spezialisierung und Professionalität positiv mit dem Auftreten von Innovationen korreliert. Ein kritischer Zugang zu (wissenschaftlichem) Wissen und dessen gekonntes Nutzen ermöglichen es, Fragen auf neue Weise zu stellen und neuartige Antworten darauf zu entwickeln.

Für eine Innovation im Modus von Copy&Paste schlagen wir sechs methodische Phasen vor, die erkennbar machen, wo Potenziale und Herausforderungen liegen, wenn in Entwicklungsprozessen der Blick über die Grenzen der Organisation, des Handlungsfeldes, der (Sprach-)Region oder auch des Landes hinausgeht und innovative Konzepte, Angebote und Methoden aufgegriffen und weiterentwickelt werden:

1. Einen Entwicklungsbedarf identifizieren
2. Bereits vorhandene Ansätze ausfindig machen
3. Relevante Ansätze auswählen
4. Ansätze an den Implementierungskontext anpassen
5. Risiken des «Paste» bewerten
6. Die Wirkung des implementierten Ansatzes einschätzen

Gleich zu Beginn möchten wir jedoch zu bedenken geben, dass auch derartige Innovationsprozesse ergebnisoffen und damit nicht durchweg planbar sind (Parpan-Blaser 2018).

Einen Entwicklungsbedarf identifizieren

Charakteristisch für Innovationen in der Sozialen Arbeit ist, dass sie erfolgen, um einen Bedarf möglichst qualifiziert und passgenau abzudecken; einen Bedarf, der sich im Zusammenspiel von staatlichen Sicherungssystemen, öffentlichen Diensten und nichtstaatlichen Initiativen als Angebotslücke zeigt (Parpan-Blaser 2020: 145). Was als Bedarf gilt, basiert zudem auf sozialen Aushandlungsprozessen und darauf, ob er sich durch einen «gesellschaftlichen, sozialethischen Zentralwert (soziale Gerechtigkeit, Integration, Partizipation usw.) begründen» lässt (Hüttemann/Parpan-Blaser 2015: 137).

Eine wichtige Aufgabe der Sozialen Arbeit in diesem Zusammenhang ist, als Seismograf des Sozialen zu wirken: Fachkräfte, Leitungspersonen und Forschende sollen Entwicklungsbedarfe und Entwicklungsmöglichkeiten auf verschiedenen Ebenen des Sozialwesens identifizieren und soziale Entwicklungen aufmerksam verfolgen. Damit geht einher, Veränderungen sozial- und gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen mitzugestalten und zu erkennen, zivilgesellschaftliche Forderungen aufzugreifen, die Sichtweisen von Nutzer:innen sozialer Dienste in Erfahrung zu bringen, aktuelle Forschungs- und Evaluationsergebnisse zu erarbeiten, diese zur Kenntnis zu nehmen und zur Begründung und Verbesserung der Praxis beizuziehen. So wird deutlich, wo Lücken sich auftun, wann Angebote sich verändern müssen, sollten oder könnten; und es zeigt sich auch, in welche Richtung der Blick für ein «Copy» gehen kann.

Ein Entwicklungsbedarf kann auf unterschiedlichen Ebenen des sozialen Versorgungssystems angesiedelt sein (Eurich 2018). Präzisieren lässt er sich zumeist lokal (d. h. im Praxisfeld, in der Region, im Gemeinwesen, in der Organisation). Es geht dabei um Fragen wie: Wer ist an der Formulierung und Durchsetzung eines Bedarfs beteiligt? Was sind die spezifischen Ausprägungen des Bedarfs vor Ort? Welche lokalen Akteure gibt es? Wie wird der Bedarf aus verschiedenen Perspektiven wahrgenommen? Wie äussern sich die Betroffenen?

Bereits vorhandene Ansätze ausfindig machen

Der Sozialen Arbeit ist es inhärent, einem Bedarf durch Entwicklung zu begegnen und nach einer Lösung zu suchen. Die Tatsache, dass diese anderweitig entwickelt wurde und es bereits andernorts einen Vorschlag gibt, von dem man sich inspirieren lassen könnte, bildet den Hintergrund für die folgenden Überlegungen. Insgesamt ist ein 360-Grad-Blick unerlässlich, um eine Bestandsaufnahme vorzunehmen und bereits existierende Ansätze zu identifizieren (Rullac 2020): Neben wissenschaftlicher Literatur gilt es hierfür auch Fachliteratur und graue Literatur (soziale Netzwerke, Newsletter usw.) zu sichten. Gleichzeitig sollte die Recherche sich nicht auf diesen ersten Schritt beschränken, sondern in «Feldarbeit» münden, um bereits existierende Innovationen kennenzulernen und dabei über das Bekannte und Anerkannte hinauszugehen, indem man seine Netzwerke mobilisiert und auch Initiativen ausfindig macht, die ansonsten «unter dem Radar» bleiben würden (Alter 2010). Dazu ist es vorteilhaft, wenn die Akteur:innen der Sozialen Arbeit in vielfältige (internationale) Netzwerke eingebunden sind, und zwar in einer multi- und transdisziplinären Logik. Dies bedeutet, auch Wissen einzubeziehen, das nicht nach wissenschaftlichen Kriterien validiert wurde, wie z. B. das Wissen von Nutzer:innen, von politischen Entscheidungsträger:innen, von Organisationen der Zivilgesellschaft oder von Lokal- oder Interessenvertretungen. Dieses Wissen wird als Anwendungs- oder Erfahrungswissen bezeichnet, da es die Expertise derjenigen erschliesst, die die Soziale Arbeit in all ihren Dimensionen nutzen (Heijboer 2019; Rullac 2021). Dies bedeutet insbesondere, über Peer-to-Peer-Beziehungen hinauszugehen und nach Lösungen Ausschau zu halten, die nicht unbedingt in Publikationen erwähnt oder gewürdigt werden. Um Projekte zu identifizieren, die inspirieren können, ist also Vernetzungskompetenz unerlässlich.

Relevante Ansätze auswählen

Das Material für ein «Copy» sind andernorts bereits bestehende neuartige Lösungen, Modellprojekte und (als Innovation) implementierte Ansätze. Sie sind in einem ersten Schritt daraufhin zu besehen, ob sie so beschrieben sind, dass ihre Eignung kritisch geprüft werden kann. Die Einschätzung sollte anhand einer ausreichend fundierten Analyse erfolgen und nicht zuletzt auch darauf ausgerichtet sein, ob am Ort der potenziellen künftigen Implementierung inhärente Anforderungen erfüllt werden können. Es stellt sich in dieser Phase insbesondere die Frage, ob der Informationswert der verfügbaren Dokumentation ausreicht, um die Möglichkeit eines bedarfsgerechten «Copy» zu bewerten. Gerade bei praxisnah erfolgten Entwicklungen steht Dokumentation oft nicht im Vordergrund. Ist dies der Fall oder sollen schriftlich vorliegende Informationen vertieft werden, bietet es sich an, vor Ort nach Zugang zu (zusätzlichen und evtl. auch kritischen) Informationen zu ersuchen und/oder mit involvierten Personen als Wissens- und Erfahrungsträger:innen in Kontakt zu treten. Es lohnt sich in diesem Zusammenhang in Erfahrung zu bringen, ob das Projekt evaluiert wurde, welche (sozialen, ökologischen, finanziellen usw.) Wirkungen identifiziert wurden, ob auch (unerwünschte) Nebenwirkungen auftraten, welche kritischen Stimmen es gibt und welche Erfahrungen aus Sicht der Nutzer:innen bestehen.

In der Bewegung des «Copy» sollte auch der künftige Implementierungskontext nicht gänzlich aus dem Blick geraten, denn andernorts Entwickeltes zu übernehmen, stellt Anforderungen an fachliche Kompetenzen sowie konzeptuelle, finanzielle oder gesetzliche Rahmenbedingungen. Dies könnte bedeuten, dass der Implementierungskontext auf ein «Paste» vorbereitet werden muss (zu denken ist an eine Änderung der Organisationsform, an Sensibilisierungsarbeit, die Sicherung zusätzlicher Mittel oder den Aufbau bestimmter fachlicher Kompetenzen) oder in seinen Begrenzungen von einem «Copy» absehen lässt.

Ansätze an den Implementierungskontext anpassen

Meist ist es so, dass soziale Innovationen beim «Paste» nicht umfassend übernommen werden können, sondern entlang lokaler Besonderheiten zu gestalten sind. Jedes Praxisfeld, jede Region hat seine/ihre eigenen Praktiken, Gepflogenheiten und sozialpolitische Regimes, was eine Anpassung an die lokalen Bedürfnisse erfordert. Diese Abstimmung erfordert ein gründliches Verständnis des Implementierungskontexts und eine Analyse der zugrunde liegenden Ursachen der sozialen Probleme, die zu einem Entwicklungsbedarf geführt haben. Denn ähnliche soziale Auswirkungen bedeuten nicht zwangsläufig auch ähnliche Ursachen. Ausserdem können Diagnosen, Bewertungen und Entwicklungen nicht bedingungslos exportiert werden, da sie auf einem spezifischen Verständnis des sozialen und wirtschaftlichen Kontexts beruhen. Die zu kopierenden Ansätze sollten demnach nicht als Vorbilder betrachtet werden, die einfach durchgepaust werden können, sondern als Inspirationsquelle für die Schaffung einer auf den lokalen Kontext zugeschnittenen Lösung. Alles in allem verlangt soziale Innovation nach einem Kooperationsansatz mit relevanten Akteur:innen, um sicherzustellen, dass das Entwickelte zu den spezifischen Bedarfen und Erfordernissen der Gemeinschaft passt (Vinatier/Morrissette 2015; Bourrassa et al. 2017).

Die Implementierung ist der Prozess der konkreten Umsetzung eines innovativen Projekts. Diese Phase beinhaltet alle Aktivitäten, die notwendig sind, um den von andernorts übernommenen Ansatz einzuführen, namentlich Projektplanung und -management, Mobilisierung von Human- und Finanzressourcen, Kommunikation und Sensibilisierung der Interessengruppen, Koordination mit Partnern und externen Interessengruppen sowie Monitoring und Evaluation der Projektumsetzung.

Die erstmalige Implementierung ist – auch jenseits von Copy&Paste – eine kritische Phase im Prozess der sozialen Innovation, da hier das Visionäre und Geplante

auf das Reale trifft und die sozialen Auswirkungen angestossen werden. Dieser Prozess kann nur in einem iterativen Ansatz erfolgen, der als kontinuierlicher Lernzyklus zu verstehen ist und in dem alle beteiligten Akteur:innen fortlaufend aus Erfahrungen lernen, Anpassungen vornehmen und in kontinuierlicher Feinabstimmung darauf hinarbeiten, dass die Ziele erreicht werden (Peretti-Watel 2003). Diese Notwendigkeit der sukzessiven Justierung eines von andernorts übernommenen Projekts ergibt sich aus dem Umstand, dieses in einem neuen Entwicklungskontext anzuwenden und zu testen. Die Erfordernis der Anpassung besteht dabei sowohl für das Übernommene als auch für den Implementierungskontext. Wünschenswert ist demnach ein organisches Einpassen in einem ko-produktiven Prozess – so wie dies auch bei generischen Entwicklungen angestrebt werden sollte.

Risiken des «Paste» bewerten

Es ist wichtig, die unvorhergesehenen Auswirkungen importierter Ansätze auf das lokale Gleichgewicht und die lokalen Normen, Werte und Praktiken zu berücksichtigen. Wir empfehlen, jeden Copy-Paste-Prozess mit einer sorgfältigen Evaluation zu potenziellen Risiken und unerwünschten Wirkungen zu begleiten, beispielsweise im Rahmen einer Risikostudie im Stil einer kollaborativen Aktionsforschung, die wissenschaftliche Erkenntnisse und lokale Besonderheiten berücksichtigt (Rullac 2018).

Innovationsprozesse sind Lernprozesse, und eine schnelle, iterative Abfolge von Entwicklung und partieller Umsetzung ermöglicht es, gewonnene Erkenntnisse fortlaufend zu nutzen (siehe oben). Oder anders gesagt: Innovation erfolgt immer im Spannungsfeld von Kontinuität und Erneuerung, von Anschlussfähigkeit und Kritik, und es bedarf beim «Paste» der fortwährenden Überprüfung, wie die Übergangs- und Nahtstellen zwischen Bestehendem und neu Implementiertem zu gestalten sind. Es sind diese erforderlichen Anpassungen aber auch mögliche Erfahrungen des (partiellen) Scheiterns, die zu eigenständigen Erkenntnissen zum Thema soziale Innovation führen.

Fazit: Copy & Paste als eigenständiger (wissenschaftlicher) Schaffensprozess

Im Kontext der Sozialen Arbeit spielt die soziale Innovation eine entscheidende Rolle, um die aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen zu bewältigen und eine hohe Qualität der Dienstleistungen zu gewährleisten. Soziale Innovation kann als der Prozess definiert werden, durch den eine innovative Idee oder Lösung in einem bestimmten Kontext geschaffen, umgesetzt und angenommen wird. Ein möglicher Ansatz zur Förderung von Innovationen in der Sozialen Arbeit ist das Nutzen eines Copy-Paste-Ansatzes. Dabei werden innovative Konzepte, Ansätze oder Methoden übernommen, die sich in anderen Kontexten bewährt haben, und durch Anpassungen, Übersetzungen und Neuauslegungen auf den Bedarf vor Ort zugeschnitten. Wir sprechen dann von einer wissenschaftlichen Herangehensweise, weil das Ergebnis auf einer systematischen Analyse eines Realitätsausschnittes und einer fachspezifischen Argumentation – teilweise unter Bezug auf empirisches Wissen – beruht.

Copy & Paste kann eine effektive Methode sein, um bewährte Ansätze mit grossem Veränderungspotenzial schnell zu implementieren, ohne sich an bahnbrechender Innovation zu orientieren. Dies kann potenziell einen Zeitgewinn darstellen und wertvolle Ressourcen sparen und gleichzeitig eine hohe Qualität für Nutzer:innen gewährleisten. In einem Kontext, in dem die für die Entwicklung verfügbaren finanziellen Mittel begrenzt sind, lohnt es sich, auf bereits Entwickeltes zurückzugreifen, das dank einer meist öffentlichen Finanzierung frei zugänglich ist. Der Copy-Paste-Ansatz wirft jedoch einige Fragen auf. Neben den methodischen Schritten, die wir zu gehen vorschlagen, betreffen diese vor allem die Kompetenzen der Akteur:innen sowie die Soziale Arbeit als Disziplin.

Jeder Innovationsprozess, unabhängig davon, ob ein Vorbildprojekt als Inspirationsquelle dient, entspricht einer echten (wissenschaftlichen) Schöpfung, die

nicht als ein linearer Prozess gedacht werden sollte. Die dazu erforderlichen Kompetenzen bei den Involvierten lassen sich als drei Arten definieren, die miteinander verknüpft sind: ethische (Werte), konzeptuelle (Ideen) und methodische (Handlungsweisen). Angesichts dieser Ausgangslage und angesichts der Komplexität von Entwicklungsbedarfen (siehe Phase 1), empfiehlt es sich, in heterogen zusammengesetzten Teams zu arbeiten oder die Perspektivenvielfalt auf anderem Weg punktuell einzuholen.

Zum Schluss soll nochmals darauf hingewiesen werden, wie bedeutsam es für die Disziplin Soziale Arbeit ist, angesichts von Entwicklungsbedarfen das Rad nicht in jedem Fall neu erfinden zu müssen, sondern sich auf die Referenzen des Berufes und den aktuellen Stand des Wissens beziehen zu können: das Wissen um ähnliche Bedarfslagen in anderen Praxisfeldern, anderen (Sprach-)Regionen, anderen Ländern; die Kenntnis beispielhafter Projekte, die andernorts mit Erfolg umgesetzt wurden; die Würdigung der Arbeit, die Fachkolleg:innen in anderen Kontexten bereits für die Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit und des Sozialwesens geleistet haben. Wie Hartley (2005) festhielt, sollte das Interesse also nicht nur innovativen Entwicklungen gelten, sondern auch den Arrangements von Transfer, sodass eine Einbettung in den disziplinären Wissensbestand erfolgen kann.

Prof. Dr. Anne Parpan-Blaser ist Dozentin am Institut Integration und Partizipation der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW.
anne.parpan@fhnw.ch

Prof. Dr. Stéphane Rullac ist Professor für soziale Innovation an der Haute école de travail social et de la santé in Lausanne (HETSL/HES-SO).
stephane.rullac@hestl.ch

→

Literatur

Alter, N. (2010): L'innovation ordinaire. Paris: Presses Universitaires de France.

Bourrassa, B./Picard, F./Le Bossé, Y./Fournier, G. (2017): Accompagner les groupes de recherche collaborative: en quoi consiste ce «faire avec» ?. In: Phronesis, 6 (1–2). S. 60–73.

Carrel, M./Loignon, C./Boyer, S./De Laat, M. (2017). Les enjeux méthodologiques et épistémologiques du croisement des savoirs entre personnes en situation de pauvreté, praticien·ne·s et universitaires : retours sur la recherche ÉQUIsanTÉ au Québec. Sociologie et sociétés, 49 (1), S. 119–142.

Damanpour, F. (1991): Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators. In: The Academy of Management Journal, 34 (3). S. 555–590.

Eurich, J. (2018): Innovationen im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens. In: J. Eurich/M. Glatz-Schmallegger/A. Parpan-Blaser (Hg.): Gestaltung von Innovationen in Organisationen des Sozialwesens. Wiesbaden: Springer VS. S. 7–29.

Frund, R. (2022): Qui a peur de la participation? Discussion sur une référence centrale du travail social, constamment revendiquée, jamais appliquée. In: Revue [petite] enfance, 139. S. 31–46.

Frund, R./Rullac, S. (2022): La participation: une technologie douce décisive pour l'innovation en travail social. In: Revue française de service social, 287. S. 13–20.

Hartley, J. (2005): Innovation in Governance and Public Services: Past and Present. In: Public Money & Management, 25 (1). S. 27–34.

Heijboer, C. (2019): La participation des usagers au secours des institutions sociales et médico-sociales. Vers un nouvel âge de la Solidarité. In: Sociographe, 4(4). S. 13–23.

Parpan-Blaser, A. (2018): Organisationen des Sozialwesens als Ort von Innovation. In: J. Eurich/M. Glatz-Schmallegger/A. Parpan-Blaser (Hg.): Gestaltung von Innovationen in Organisationen des Sozialwesens. Wiesbaden: Springer VS. S. 31–53.

Peretti-Watel, P. (2003): Risque et innovation: un point de vue sociologique. In: Innovations, 18 (2). S. 59–72.

Rullac, S. (2018): Recherche action collaborative en travail social: les enjeux épistémologiques et méthodologiques d'un bricolage scientifique. In: Pensée plurielle, 48 (3). S. 37–50.

Rullac, S. (2020): Le diagnostic du projet en travail social ou le préambule novateur. In: Revue française de service social, 277. S. 98–109.

Rullac, S. (2021): Les expertises d'usage et usagère: quelles définitions pour quelle participation. In: Revue [petite] enfance, 135. S. 28–36.

Vinatier, I./Morrissette, J. (2015): Les recherches collaboratives: enjeux et perspectives. In: Carrefours de l'éducation, 39 (1). S. 137–170.

Fachgespräch: «Damit sich Organisationen in ihrem jeweiligen Kontext weiterentwickeln können»

Marcel Krebs und Christoph Mattes im Gespräch mit Erika Dähler, Daniela Heimgartner und Sybille Roter

Welche Bedeutung hat «Copy&Paste» in der Praxis? Aus welchem Grund werden bestehende Angebote und Programme übernommen und an die hiesigen Verhältnisse angepasst? Welche Herausforderungen und Knacknüsse stellen sich dabei? Diese Fragen diskutiert die Redaktion im Gespräch mit Erika Dähler, Co-Geschäftsführerin des Vereins a:primo, Daniela Heimgartner, Leiterin des nationalen Programms Communities That Care, und Sybille Roter, Leiterin der Sozialen Stadtrundgänge Schweiz vom Verein Surprise.

Krebs, Marcel/Mattes, Christoph (2023): «Damit sich Organisationen in ihrem jeweiligen Kontext weiterentwickeln können». Fachgespräch mit Erika Dähler, Daniela Heimgartner und Sybille Roter. In: Soziale Innovation 2023. S. 23–34.

Könnt ihr euch und das Angebot, welches ihr übernommen und auf Schweizer Verhältnisse angepasst habt, kurz vorstellen?

Sybille Roter Ich vertrete heute hier die «Sozialen Stadtrundgänge», die es seit 10 Jahren in Bern, Basel und Zürich gibt. Sie sind ein Angebot des Strassenmagazins «Surprise», das dieses Jahr sein 25-jähriges Jubiläum feiert. 500 Menschen verkaufen das Magazin in der Deutschschweiz – und aktuell bieten 15 Stadtführende verschiedene thematische Touren in ihrer Stadt an.

Wir haben die Idee der «Sozialen Stadtrundgänge» aus dem internationalen Netzwerk der Strassenmagazine[1] übernommen und weiterentwickelt. Das Ziel ist das Empowerment der Betroffenen – meist Obdachlose und Langzeitarbeitslose –, aber auch gesellschaftliche Sensibilisierung. Menschen mit Obdachlosigkeits- oder Armutserfahrungen zeigen ihre Sicht auf eine Schweizer Stadt und geben der Armut in der Schweiz damit eine Stimme. Rund 120'000 Personen haben seit Beginn des Projektes bereits diese Touren besucht.

Die Stadtführenden werden von uns rund ein Jahr ausgebildet und begleitet, damit sie Besuchenden als Expert:innen der Armut die biografische, aber auch die strukturelle Dimension von Armut und Schulden vermitteln können.

Erika Dähler Ich bin Gründerin und Co-Geschäftsführerin von a:primo. Wir bieten einerseits seit 16 Jahren das Hausbesuchsprogramm «schritt:weise» an 29 Standorten in der Schweiz an. Dieses Angebot ist eine Weiterentwicklung des niederländischen Programms «Opstapje»[2] (niederländisch für Stufe/Aufstieg). Andererseits bieten wir das Programm «ping:pong» an, das eine Neuentwicklung ist und vom niederländischen Programm «VVE Thuis» inspiriert worden ist. Beide Angebote haben wir für die Deutschschweiz adaptiert und dann für die Romandie nochmals angepasst. In den beiden Angeboten begleiten wir pro Jahr rund 1000 Familien, die mit kleinen Kindern in sozial belasteten Verhältnissen leben, zum Beispiel in prekären Wohn- oder Arbeitssituationen, häufig auch mit Migrationshintergrund.

Unsere Vision ist: Jedes Kind in der Schweiz soll gesund aufwachsen und sein Potenzial entfalten können. «schritt:weise» basiert auf dem Peer-to-Peer-Ansatz. Hausbesucher:innen, die einen ähnlichen sozialen Hintergrund wie die teilnehmenden Familien haben, besuchen diese Familien 18 Monate lang jede Woche bzw. alle zwei Wochen und vermitteln ihnen als Rollenmodell vielfältige Spielideen für den Alltag. So versuchen sie, die Kinder anzuregen und zu fördern, die Familie zu vernetzen sowie die Eltern-Kind-Beziehung und die elterlichen Kompetenzen zu stärken. Oft sind es isolierte Familien, die kaum Zugang zu Angeboten wie Spielgruppen o. Ä. finden.

«ping:pong» ist ein Programm, das den Dialog zwischen Eltern und Lehrkräften in Kindergarten und Schule stärkt. Mir ist als Schulsozialarbeiterin aufgefallen, dass viele Kinder schon mit Entwicklungsrückständen in den Kindergarten kommen, aber zugleich die Eltern vielfach zu wenig abgeholt werden.

Daniela Heimgartner Ich leite seit 2015 das Programm «Communities That Care» CTC, welches in der Schweiz von der Schweizerischen Gesundheitsstiftung RADIX angeboten wird. Es stammt ursprünglich aus den USA[3], wurde dann in den Niederlanden und danach in Deutschland[4] adaptiert. Wir konnten die deutsche Übersetzung des Programms übernehmen, mussten es aber noch stark für den Schweizer Kontext anpassen.

«Communities That Care» zielt darauf, die Lebensbedingungen von Jugendlichen und Kindern in den Gemeinden zu verbessern, und zwar in den vier Bereichen Familie, Schule, Nachbarschaft/Freizeit sowie Peergroup. Fachpersonen aus diesen vier Bereichen werden in eine Projektgruppe eingebunden, die zwei bis drei Jahre sehr eng zusammenarbeitet. Das fördert die Vernetzung in der Gemeinde zwischen Akteur:innen aus Schule, Verwaltung und Politik, aber auch Vereinen, Kirchen oder offener Kinder- und Jugendarbeit. Auch die Kinder- und Jugendpartizipation nimmt eine wichtige Rolle im Prozess ein.

CTC ist ein Gemeindeentwicklungsprozess in fünf Phasen. Am Anfang des Prozesses steht eine umfangreiche Jugendbefragung, bei der alle Jugendlichen

in der Gemeinde zu ihren Risiko- und Schutzfaktoren in den vier oben genannten Bereichen befragt werden, z. B. Konflikte in der Familie, positive Haltung zu Substanzkonsum oder Bindung zur Wohnumgebung. Erhöhte Risikofaktoren und tiefe Schutzfaktoren führen dazu, dass Kinder und Jugendliche ein höheres Risiko haben, eine Jugendproblematik zu entwickeln. Es werden daher auch die Prävalenzen der wichtigsten Jugendproblembereiche (Gewalt, Sucht, psychische Gesundheit) gemessen. Diese Daten werden von der Universität Zürich ausgewertet und die Gemeinde sieht so, in welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht. Das CTC-Projektteam in der Gemeinde analysiert anschliessend das bestehende Präventionsangebot und identifiziert Lücken bezüglich der priorisierten Risiko- und Schutzfaktoren. So kann ein Massnahmenplan erarbeitet werden, der genau auf den Bedarf der Gemeinde passt.

Wie seid ihr auf die Projekte gekommen und was davon wolltet ihr umsetzen?

SR Ich habe mir in verschiedenen deutschen Städten «Soziale Stadtrundgänge» angeschaut, z. B. in Hamburg, Nürnberg und Bochum. Ich fand: Die Idee ist gut, aber manches müssen wir anders machen. In Berlin zum Beispiel stellte damals die strukturelle Dimension von Armut eine Fachperson vor, während vom persönlichen Weg in die Armut und Obdachlosigkeit eine betroffene Person berichtet hat. Das fand ich paternalistisch, denn wir wollen die Betroffenen zu Expert:innen der Armut ausbilden.

Dazu kommt: Was sich am Telefon gut anhörte, konnte vor Ort ganz anders aussehen. Daher war es wichtig, dass vor dem Start des Pilotprojekts nicht nur ich als Projektleitende die Stadt besuchte, sondern auch die damaligen Stadtführungskandidat:innen, um sich die Umsetzung persönlich anzuschauen und sich für ihre neue Rolle als Armutsexpert:innen inspirieren zu lassen. Gemeinsam haben wir dann die drei ersten Touren in Basel nach der bestehenden Grundidee entwickelt, wobei sie ihre Expertise einbrachten und ich meine. Die nächste Generation von Stadtführenden aus Zürich und Bern konnte sich bereits mit den Tourguides

in Basel austauschen und anhand dieser Erfahrungen ihre persönlichen Stadtrundgänge zusammen mit Fachpersonen aufbauen und weiterentwickeln.

ED Das Programm «Opstapje» habe ich auf einer Studienreise in den Niederlanden kennengelernt und gedacht: So etwas brauchen wir auch in der Schweiz! Aus Fachkreisen kamen bestärkende Rückmeldungen, als ich «Opstapje» an Fachtagungen vorstellte. Viele der etablierten Programme schienen mir eher paternalistisch ausgerichtet, während «Opstapje» und nun «schritt:weise» die Eltern in ihren Ressourcen stärken.

«Opstapje» war auch schon eine Weiterentwicklung des israelischen Lernprogrammes «HIPPY» (Home Instruction Program for Preschool Youngsters), das stark auf schulische Themen fokussiert ist. Es macht recht enge Vorgaben, unter welchen Voraussetzungen ein ähnliches Programm angeboten werden darf, mit hohen Lizenzgebühren. In den Niederlanden wurde bei «Opstapje» daher nur die Interaktionsstruktur von Israel übernommen, d.h. der Ansatz mit den Hausbesuchen und Gruppentreffen. Inhaltlich veränderte «Opstapje» den Fokus auf die Stärkung der Elternkompetenzen und die spielerische Förderung der Kinder.

In Deutschland wurde wiederum «Opstapje» adaptiert und ich konnte deren Materialien nutzen. Zuerst habe ich den Namen geändert, aber auch die Begrifflichkeiten in den Merkblättern für die Familien. Im Austausch mit der niederländischen und der deutschen Partnerorganisation merkte ich dann, dass in der deutschen Adaption die Stärkung der Elternkompetenzen verloren gegangen war und dass deshalb das niederländische Programm besser zu den Bedürfnissen in der Schweiz passte.

Allerdings gab es in der Schweiz anfangs viele Zweifel, etwa an der Laufzeit von 18 Monaten. Die Angebote in den Niederlanden und in Deutschland wurden jedoch beide wissenschaftlich evaluiert, sodass «schritt:weise» evidenzbasiert die Kernelemente übernehmen konnte. So hatte sich etwa gezeigt, dass das Programm erst durch den Beziehungsaufbau über die lange Laufzeit nachhaltig wird. Oder wenn die Besuchsdauer von 30 Minuten als zu kurz kritisiert wurde, konnte auf

die Erfahrungen in den anderen Ländern verwiesen werden: Die Aufmerksamkeitsspanne von Kleinkindern ist kurz, ein längerer Besuch ist nicht sinnvoll.

Eine kritische Frage war auch die Entschädigung der Hausbesucher:innen. Mir war wichtig, dass diese Arbeit angemessen bezahlt ist, aber so erhöhte sich gleichzeitig das Budget. Das brauchte anfangs viel Überzeugungsarbeit.

Aufwendig waren auch die Vertragsverhandlungen. Wir haben mit dem niederländischen Partner einen Vertrag abgeschlossen. Sie waren glücklicherweise sehr offen. So war es ihnen ein grosses Anliegen, dass das Programm an die Rahmenbedingungen in der Schweiz angepasst und auch weiterentwickelt werden konnte.

Anfangs vereinbarten wir eine Lizenzgebühr und übernahmen viel von ihnen, aber inzwischen ist es eher ein gegenseitiger Erfahrungsaustausch geworden, aus dem sich auch der niederländische Partner Inspirationen holt. Auch ist unser Qualitätssicherungssystem viel weiter entwickelt als ihres, wodurch wir über aussagekräftige Umsetzungsdaten verfügen, die in den Niederlanden schlicht fehlen.

Gab es auch Kernelemente,
die nicht verändert werden durften?

ED In den Niederlanden wurden Forschungen vom Niederländischen Jugendinstitut (NJI) durchgeführt, aber mir schien, dass es entscheidend für die Glaubwürdigkeit gegenüber der Politik ist, dass wir die Standorte in der Schweiz auch selbst evaluieren, und zwar in Zusammenarbeit mit dem Marie-Meierhofer-Institut für das Kind in Zürich. Es zeigten sich dann die gleichen Ergebnisse, etwa dass die Laufzeit von 18 Monaten wirklich sinnvoll ist. Das ist also ein wichtiges Element, es braucht diese Laufzeit, es braucht die Anzahl Kontakte und die Gruppentreffen für die Vernetzung usw.

Wir haben aber immer nach neuen Lösungen gesucht, zum Beispiel entwickelten wir verschiedene Varianten, etwa für den ländlichen Raum, wo es eher Kleingruppentreffen statt einzelner Hausbesuche gibt. Wir müssen die lokalen Gegebenheiten berücksichtigen, damit das Programm gut umsetzbar ist. Aber die

minimale Anzahl der Kontakte mit den Familien etwa ist fix, damit das Programm auch wirksam ist.

Wie seid ihr darauf gekommen, dass es überhaupt solche Angebote in der Schweiz braucht?

DH Wir befassen uns schon lange mit Prozessen in Gemeinden, das Projekt «Die Gemeinden handeln» gab es schon fast zwanzig Jahre. Auch dort gab es jeweils zuerst eine Analyse, aus der Massnahmen entwickelt und dann umgesetzt wurden. Wir merkten dann, dass das Programm CTC zwei Elemente hat, die die Wirksamkeit erhöhen: Erstens eine Befragung der Jugendlichen, sodass eine wissenschaftliche Datengrundlage über den Bedarf vor Ort in den Gemeinden vorhanden ist. Zweitens eine Liste evaluierter Programme oder Massnahmen, auf welche die Gemeinden für die Erarbeitung ihres Massnahmenplans zurückgreifen können. Das haben wir beides genau so übernommen. Allerdings mussten wir die Sammlung wirksamer Programme erst erarbeiten. Sie steht nun unter www.pgfwirkt.ch zur Verfügung. Die entsprechende Programmliste für die USA heisst «Blueprints Programs».

Ein wichtiger Punkt: Wir dachten eigentlich, wir könnten die deutschen Materialien eins zu eins übernehmen. CTC hat etwa eine ausführliche Checkliste, wo jeder Schritt ganz detailliert beschrieben ist. Wir merkten dann aber, dass bei manchen der Punkte für uns nicht nachvollziehbar war, was das Ziel dahinter ist. Also mussten wir das ursprüngliche Material aus den USA heranziehen, um die Grundidee dahinter verstehen zu können. Das Material wird ja für den jeweiligen Kontext angepasst und weiterentwickelt, und wenn nur das Ergebnis dieser Anpassungen angeschaut wird, ist die Quintessenz dahinter nicht mehr sichtbar. Da hat es uns sehr geholfen, wieder auf die Grundidee zurückzugehen.

Das Programm zu adaptieren war einerseits ein sehr grosser Aufwand. Andererseits: Wir haben auch andere Programme übernommen, etwa eines aus Australien, wo es aufwendig ist, alle Fragen rund um die Lizenzgebühren zu klären. Bei CTC ist das sehr unkompliziert, es gibt keine Lizenzgebühren und sie sind sehr interessiert daran, von den Erfahrungen aus anderen Ländern

zu lernen und das Programm, das es inzwischen schon über dreissig Jahre gibt, so auch weiterzuentwickeln.

Wir haben von den deutschen Partner:innen erfahren, dass das nicht immer so war: Anfangs war es den Anbieter:innen von CTC sehr wichtig, dass die zentralen Elemente genau so übernommen werden, etwa die hohen Anforderungen an Massnahmen, welche Gemeinden im Rahmen des Prozesses umsetzen. Es sollten aus Sicht der CTC-Anbieter ausschliesslich Massnahmen angewendet werden, die sich in randomisierten kontrollierten Studien als wirksam erwiesen hatten. Dies ist in der Schweiz so nicht handhabbar. Sie hatten dann eine Person angestellt, die die Adaption in Südamerika begleitet hat, und sie konnte dann deutlich machen, dass es regionale Anpassungen braucht, weil manche Elemente je nach Kontext nicht funktionieren. Hier gab es also einen Lernprozess in der Organisation. Unterdessen sind sie sehr offen für eine gemeinsame Weiterentwicklung des Programms.

SR Diese Offenheit für die gemeinsame Weiterentwicklung sehe ich auch beim internationalen Austausch der verschiedenen «Sozialen Stadtrundgänge»: Alle Anbietenden haben unterschiedliche Rahmenbedingungen. Der gegenseitige Austausch ist ein grosses Bedürfnis: sich Inspiration durch Best-Practice-Beispiele und ähnliche Erfahrungen zu holen, damit sich die Organisationen in ihrem jeweiligen Kontext weiterentwickeln können.

ED Vor a:primo gab es schlicht keine präventiven aufsuchenden Frühförderangebote in der Schweiz. Die Angebote in den verschiedenen Ländern haben sich inzwischen trotz den gemeinsamen Wurzeln stark differenziert. Wir hatten zum Beispiel die Diskussion, ob das Programm auch mit Kindern möglich ist, die jünger sind als ein Jahr. In Deutschland wurde dies umgesetzt, wir waren da vorsichtiger. Gleichzeitig haben wir in der Schweiz das Angebot der Mütter- und Väterberatung, das es in Deutschland nicht so gibt. Solche Rahmenbedingungen müssen bei der Weiterentwicklung und bei Anpassungen berücksichtigt werden.

Was waren eure grössten Knacknüsse in diesem Prozess?

SR Wir mussten immer wieder Widerstände überwinden, auch intern. Anfangs stellte sich die Frage, weshalb Surprise dieses neue Angebot aufbauen soll, da es nicht selbsttragend ist und die Finanzierung eine grosse Herausforderung bedeutet. Es gab damals auch ganz grundlegende Berührungsängste zum Thema Armut – etwa vor der Idee, Armutsbetroffene zu Expert:innen zu machen. Wir haben dann Stiftungen gefunden, die das Projekt unterstützten – das war auch für die kritischen Stimmen ermutigend.

Inzwischen arbeiten wir mit über 60 Institutionen zusammen – auch diese mussten am Anfang erst überzeugt werden, um Widerstände und auch Konkurrenzdenken zu überwinden. Nicht nur Surprise und die Stadtführenden, auch alle beteiligten Anbietenden profitieren schliesslich davon. Die Realisierung einer neuen Idee geht nur gemeinsam. Bis wir Wertschätzung für diese Form der direkten gesellschaftlichen Sensibilisierung und sozialen Teilhabe der armutserfahrenen Tourguides erhalten haben, dauerte es einige Jahre.

ED Die Finanzierung unserer Arbeit ist eine stete Herausforderung. Die frühkindliche Förderung ist in den Händen der Gemeinden, die sich für Angebote entscheiden und sie dann umsetzen. Wir mussten also ein Modell entwickeln, wie wir das Programm «schritt:weise» den Gemeinden zur Verfügung stellen wollen. Die Lösung war das Social Franchising: Dadurch wurde die Umsetzungsverantwortung vollständig an die Gemeinden übertragen, aber zugleich verpflichtet sie ein Nutzungsvertrag zu zwingenden Qualitätsstandards. Das weckte auch das Interesse grosser Organisationen, die das Programm gerne übernommen oder, treffender gesagt: uns weggenommen hätten. a:primo musste zu Beginn richtiggehend um die Eigenständigkeit kämpfen. Heute ist das gar kein Thema mehr.

DH Die grösste Knacknuss war es, herauszufinden, was die ursprüngliche Idee hinter den einzelnen Schritten war und wo das Programm durch die Niederländer und Deutschen bereits adaptiert worden ist. Schliesslich half

uns «back to the roots»: Mit der Auseinandersetzung mit den ursprünglichen Materialien war es uns möglich, den Kern von CTC zu verstehen und diesen an den Schweizer Kontext anzupassen. Eine Expertengruppe mit unterschiedlichem Fachwissen unterstützte uns in diesem Prozess. Ob diese Adaptionen so richtig waren, konnten wir in einem Modellversuch mit drei Schweizer Gemeinden testen und – wo notwendig – nochmals anpassen.

Mit welchen Herausforderungen wart ihr ausserdem konfrontiert?

DH Eine grosse Herausforderung war die Vorgabe der Partner:innen aus den USA, dass die Gemeinden nur Massnahmen umsetzen dürfen, deren Wirksamkeit in randomisierten Kontrollstudien gezeigt worden war. Und in der Schweiz gibt es fast keine solchen Studien. Um das zu erfüllen, setzten wir ein Team von Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis ein, die die Programme geprüft haben.

ED Internationale Partnerorganisationen hatten das Gefühl, die Schweiz sei ja klein, da könne man ein Programm einfach übernehmen und überall gleich implementieren. Da mussten wir einiges an Sensibilisierungsarbeit leisten: dass wir eine föderalistische Struktur und ein ganz anderes Bildungssystem haben und dass das daher nicht ganz so einfach ist.

Anders war es beim niederländischen Partner, da sie selbst bereits verschiedene Programme adaptiert hatten und die Herausforderungen kannten. Ihnen ist daher der Open-Source-Gedanke wichtig, damit jedes Programm eine eigene Identität entwickeln kann, aber es zugleich eine Verpflichtung auf gemeinsame Qualitätsgrundsätze gibt.

Das klingt nach einem doppelten Copy-Paste: Zum einen muss das niederländische Programm auf die Schweiz angepasst werden, und zum anderen müssen die Anbietenden in der Schweiz das Programm auch für sich anpassen.

ED Genau, ein Anbieter im Kanton Waadt hat nicht die gleichen Strukturen wie einer aus Wallisellen. Das ist

eine Herausforderung: zu klären, wie flexibel das Programm sein darf und was fixe Anforderungen sind, die zwingend erfüllt sein müssen und von denen wir nicht abrücken.

Welche Tipps könnt ihr mitgeben?

DH Es hängt natürlich davon ab, wie komplex ein Programm ist, aber grundsätzlich – da habt ihr anscheinend auch ähnliche Erfahrungen gemacht – braucht es Zeit und Ressourcen, um ein Programm gut zu adaptieren.

Copy & Paste ist also kein Zeitsparmodell?

Alle Genau! Nein, das ist es wirklich nicht!

ED Copy & Paste ist aber eine grosse Hilfe, um einen ersten, mutigen Schritt zu machen. Wichtig ist auch, genau hinzuschauen, was der Kern des Originalangebotes ist, und den Dialog mit den Fachpersonen des Originals zu suchen und zu pflegen. Es gab auch Anbieter, die z. B. versucht haben, «schritt:weise» zu kopieren, weil sie fanden, sie könnten das besser oder günstiger anbieten. Kaum eine Kopie konnte aber nachhaltig überzeugen. An diesem Beispiel sieht man, dass es zwei Arten von Copy & Paste gibt: die konstruktive Kopie im Dialog mit dem Original und die «Raubkopie» ohne Dialog. Entscheidend für den langfristigen Erfolg ist, der Grundhaltung treu zu bleiben und evidenzbasierte Qualitätsstandards nicht aufzuweichen.

SR Auch Grundsätze der Angebote müssen stets hinterfragt und weiterentwickelt werden. Hierfür waren für uns auch Wirkungsanalysen, zum Beispiel durch die Fachhochschule, sehr wichtig: Zum einen für die Reflexion nach innen, aber auch für die Anerkennung von aussen.

Und neben dem Gesagten – den Ressourcen, dem genauen Hinhören und dem Fokus auf das Kerngeschäft für die Zielgruppe – sind Netzwerke sehr wichtig. Gerade wenn wir allein vor Ort Überzeugungsarbeit leisten müssen, sind wir auf gute Partner:innen und Erfahrungsaustausch angewiesen.

Erika Dähler, Sozialarbeiterin FH, MBA Sozialmanagement der WU Wien, Gründerin und Co-Geschäftsführerin des Vereins a:primo.
erika.daehler@a-primo.ch, www.a-primo.ch

Daniela Heimgartner, MSc ETH Architektur und Zusatzstudium in Soziologie an der Universität Zürich, nationale Programmleitung «Communities That Care» und Fachexpertin bei RADIX Schweizerische Gesundheitsstiftung.
heimgartner@radix.ch, www.radix.ch

Sybille Roter, Studium der Kunstgeschichte und Ausbildungen in den Bereichen Videokunst, Journalismus, Erwachsenenbildung und NGO-Management, Leitung Soziale Stadtrundgänge Schweiz, Verein Surprise.
sybille.roter@surprise.ngo, www.surprise.ngo

Redaktion

Marcel Krebs, Dr., Soziologe und Sozialarbeiter, Dozent an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW.
marcel.krebs@fhnw.ch

Christoph Mattes, Dr. phil., Sozialarbeiter, Dozent an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW.
christoph.mattes@fhnw.ch

Susanne Bachmann (Transkription), Dr., Soziologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW.
susanne.bachmann@fhnw.ch

1 https://www.insp.ngo
2 https://www.nji.nl/interventies/opstapje
3 https://www.communitiesthatcare.net/programs/ctc-plus/
4 https://www.ctc-info.de

Aus dem Scheitern lernen

Philipp Frei
Susanne Bachmann

Zwei Vorbildprojekte aus dem Ausland mit ähnlichen Voraussetzungen, die für die Schweiz übernommen werden sollten: Eines wurde erfolgreich umgesetzt, das andere kam nie zur Realisation. Wo liegen die Gründe? Was lässt sich aus den Erfahrungen lernen? Der Artikel identifiziert Schlüsselfaktoren, die bei der Anpassung bestehender Projekte aus dem Ausland relevant sind.

Frei, Philipp/Bachmann, Susanne (2023): Aus dem Scheitern lernen.
In: Soziale Innovation 2023. S. 37–44.

Das Blaue Kreuz Schweiz, ein Dachverband der Suchthilfe, ist international gut vernetzt durch seine Anbindung an das Internationale Blaue Kreuz. Ausserdem greifen die Mitarbeitenden auf internationale Datenbanken zurück wie *www.blueprintsprograms.org* mit Informationen und Evaluationen von internationalen Projekten im Suchtbereich. So wurden die Mitarbeitenden des Blauen Kreuzes auf zwei erfolgreiche Projekte in den USA und in Grossbritannien aufmerksam, die sich für die Schweiz eignen könnten. Die Ideen der beiden Massnahmen sollten übernommen und auf den Schweizer Kontext angepasst werden. Die Finanzierung konnte zum grössten Teil über den Alkoholpräventionsfond des Bundesamts für Gesundheit sichergestellt werden (damals unter dem Titel «Nationales Programm Alkohol»). Der Finanzrahmen der beiden Projekte bewegte sich jeweils bei rund 120'000 Franken.

Das Projekt «on twour»

Das Projekt «on twour» basiert auf der Grundidee der «Missing Protector Strategy», welche Ende der 1990er Jahre von Korem & Associates in Texas entwickelt wurde. Der Journalist Dan Korem hatte die Entstehung von sogenannten «Suburban Gangs» in den 1980er Jahren in US-amerikanischen Vorstädten sowie Amokläufe in den USA analysiert. Aus seiner Sicht hingen beide Entwicklungen mit einer schlechten Einbindung in ein soziales Netz sowie mit fehlenden Bezugspersonen zusammen. Auf dieser Feststellung basiert das Konzept der «Missing Protector Strategy»: Jungen Menschen werden erwachsene Freiwillige zur Seite gestellt, welche diesen als «Protector», also als Begleit- und Ansprechperson, zur Verfügung stehen. In Texas und anderen US-Bundesstaaten wurde dieses Modell zwischen 1998 und 2015 in mehreren Städten umgesetzt, um Bandenkriminalität und Amokläufen vorzubeugen.

Für die Schweiz wollte das Blaue Kreuz das Prinzip der Patenschaften für junge Menschen übernehmen. Der Fokus lag dabei auf dem Ziel einer gesunden psychosozialen Entwicklung junger Menschen, die sich eine Bezugsperson ausserhalb ihres bestehenden sozialen Umfelds wünschen. Aus der Forschung ist bekannt,

dass Mentoring-Ansätze eine präventive Wirkung gegen Gewalt haben können (vgl. Eisner/Steiner 2009: 60, 66). Die Umsetzung des Projekts war über geschulte Freiwillige geplant, welche von einer Fachperson des Blauen Kreuzes begleitet werden sollten. Diese Paten und Patinnen sollten mit den Kindern und Jugendlichen Freizeitaktivitäten durchführen, wie Sport, gemeinsame Hobbys oder Ausflüge. Die Passung von «Göttis» und «Gotten» mit den Kindern und Jugendlichen sollte anhand gemeinsamer Interessen vorgenommen werden. Geplant war, dass das Projekt der Patenschaften über die Schulen bei den Eltern und Schüler:innen bekannt gemacht wird.

Die Einführung des Programms in der Schweiz wurde ab 2014 von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe begleitet und in Zusammenarbeit mit dem Blauen Kreuz Thurgau-Schaffhausen umgesetzt. Das Thurgauer Departement für Erziehung und Kultur unterstützte das Projekt und stellte die Kommunikation mit den Schulen sicher.

Zusammen mit einer Fachgruppe aus Lehrpersonen und Suchtfachleuten wurden konzeptionelle Grundlagen für das Projekt erarbeitet und dafür umfassende Abklärungen vorgenommen, speziell zum Schutz vor sexuellen Übergriffen. Es wurden sieben Freiwillige rekrutiert und eingehend geschult. Alle Schulen der Mittel- und Oberstufe im Kanton Thurgau wurden direkt sowie durch das Schulamt angeschrieben und über das Projekt informiert. Schlussendlich kam es aber nie zu einer Umsetzung des Projektes, weil sich die Schulen nicht als Partner gewinnen liessen. Alternative Zugänge über Elternvereine oder ähnliche private Trägerschaften wurden geprüft, schlussendlich aus rechtlichen Abwägungen aber verworfen.

Das Handbuch Alkohol und häusliche Gewalt

Anlass zur Entwicklung dieses Projekts durch das Blaue Kreuz war eine Studie aus dem Jahr 2013 (Gloor/Meier 2013), die eine enge Korrelation zwischen Suchtmittelkonsum und häuslicher Gewalt aufzeigte. Gleichzeitig wies die Studie darauf hin, dass die verschiedenen

Akteure und Akteurinnen in den beiden Themenbereichen Sucht und häusliche Gewalt kaum miteinander vernetzt arbeiten. Mit dem Handbuch «Stella Project Toolkit» der gemeinnützigen Organisation AVA (Against Violence & Abuse) mit Sitz in London fand sich ein Projekt, das aufgrund einer ähnlichen Problemsicht entwickelt wurde und sich in Grossbritannien bewährt hat (vgl. Horvath et al. 2013). AVA hatte ein Handbuch entwickelt, das eine gemeinsame Grundlage für die Präventions- und Interventionsarbeit der verschiedenen beteiligten Fachleute bildete und zwischen 2004 und 2013 in mehreren Regionen in Grossbritannien eingesetzt wurde.

Die leitende Projektidee war, auf dieser Basis einen Leitfaden für Fachpersonen der Sucht-, der Gewalt- und der Opferberatung in der Schweiz zu erarbeiten. Der Leitfaden sollte gewährleisten, dass die jeweiligen Fachstellen die Themenfelder Sucht und häusliche Gewalt als miteinander verbunden betrachten und entsprechend vernetzt vorgehen. So ist es etwa wichtig, dass bei Täter:innen häuslicher Gewalt auch die Suchtthematik angeschaut wird oder dass die Fachleute im Suchtbereich die Angebote und Grundsätze der Opferhilfe kennen.

Die Projektleitung des Blauen Kreuzes besuchte 2014 und 2015 zweimal die Trägerorganisation AVA vor Ort, konnte alle Projektdokumente einsehen und wurde intensiv bei der Adaption begleitet. Das Handbuch von AVA wurde gemeinsam mit der Projektverantwortlichen aus Grossbritannien für die Schweiz angepasst. Dabei konnte das ursprüngliche Handbuch im Aufbau und teilweise auch inhaltlich übernommen werden. Es wurde aber nicht nur eine einfache Übersetzung vorgenommen, sondern die einzelnen Kapitel wurden auf die Passung für den Schweizer Kontext überprüft und wo nötig angepasst, etwa bei den gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die Adaption des Handbuchs wurde von einer interdisziplinären Echogruppe begleitet, in der Fachpersonen aller betroffenen Fachbereiche vertreten waren. Nach der Erstellung des Handbuchs auf Deutsch wurde es auf Französisch übersetzt und für die Romandie adaptiert. Dies wurde von einer Fachperson der Croix-Bleue romande verantwortet und ebenfalls von einer interdisziplinären Fachgruppe begleitet.

Die Erarbeitung des Schweizer Handbuchs «Alkohol und häusliche Gewalt – Leitfaden für die Beratungspraxis» (Aeberhard/Frei 2015) war eingebettet in ein breiteres Projekt zu häuslicher Gewalt und Sucht, welches gemeinsam mit dem Fachverband Sucht und der Croix-Bleue romande umgesetzt wurde. Dieses beinhaltete neben Vernetzungsaktivitäten und einer Konferenz auch Schulungen für Fachorganisationen, welche das Handbuch und entsprechende Prozesse einführen wollten. Das Handbuch wurde an mehreren Tagungen sowie über Newsletter und weitere Kommunikationskanäle der einzelnen Fachbereiche den jeweiligen Fachleuten bekannt gemacht.

Die Umsetzung war erfolgreich und die gesteckten Leistungsziele (Produktion und Vertrieb Handbuch sowie durchgeführte Schulungen) konnten erreicht werden. Ob dies zu einer langfristigen Implementierung von Prozessen in den Organisationen der Sucht-, Gewalt- und Opferberatung führte, wurde bislang nicht evaluiert. Aufgrund der anhaltenden Verkäufe und Nachfragen kann jedoch davon ausgegangen werden, dass das Handbuch weiterhin genutzt wird.

Reflexion und Interpretation

Warum war die Adaption eines gelungenen ausländischen Projekts im einen Fall erfolgreich und im anderen Fall gescheitert? Die Projektleitenden beim Blauen Kreuz befassten sich intensiv mit dieser Frage. Die Projektstruktur mit externen Partnern im Kanton Thurgau und den Freiwilligen war beim Patenschaftsprojekt «on twour» zwar komplexer als beim Handbuch, nach einer kritischen Auswertung des Projekts gelangten die Beteiligten beim Blauen Kreuz aber zur Überzeugung, dass dies für den Misserfolg nicht ausschlaggebend war. Rückblickend zeigt sich vielmehr, dass die kulturellen Komponenten des Projekts zu wenig kritisch hinterfragt wurden: Zum einen fehlte den Schulen in der Schweiz ein vergleichbar grosser Handlungsdruck in den Themenbereichen Sucht und Gewalt. In den USA wurde das Projekt im Schatten grosser Amokläufe und stark steigender Kriminalitätsraten in Vororten eingeführt. Dies erklärt sicher teilweise die hohe Motivation von

amerikanischen Schulen, am Projekt «Missing Protector Strategy» teilzunehmen. In der Schweiz hingegen fokussierte das Projekt «on twour» stärker auf gesundheitsfördernde Aspekte und es wurde ein positives Framing kommuniziert. Hinzu kommt: Zwar ist auch in der Schweiz das Konzept von Patenschaften bekannt und vertraut, dies beschränkt sich jedoch meist auf den familiären Rahmen. Gegenüber Freiwilligen in den Schulen herrscht – anders als in den USA – eine grosse Skepsis. Dieser Aspekt wurde vom Projektteam unterschätzt. Weitere Faktoren, die eine Rolle gespielt haben dürften:

→ Die Auflagen für die Freiwilligen für Treffen mit Kindern und Jugendlichen waren sehr streng, da der Aspekt der Sicherheit hoch gewichtet wurde. Dieses 1:1-Setting stiess zudem auch bei befragten Lehrpersonen und Eltern auf Skepsis.

→ Die Schulen waren grundsätzlich sehr skeptisch gegenüber Freiwilligenarbeit im Schulkontext und sahen offenbar auch keinen Bedarf für das Projekt, obwohl das Erziehungsdepartement des Kantons Thurgau das Projekt unterstützte.

→ Das Projektmanagement war herausfordernd, da verschiedene, sehr unterschiedliche Akteur:innen zusammengebracht werden mussten: die Freiwilligen, die Schulen sowie die Kinder und Jugendlichen. Zudem hätten die Eltern eingebunden und informiert werden müssen.

→ Die Projektleitung besuchte das Ursprungsprojekt nicht vor Ort und der Austausch mit den Initiant:innen war nur sehr lose. So gab es keinen Einblick in die konkrete Umsetzung und damit auch in die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen im US-amerikanischen Kontext.

Bei der Adaption des Stella Toolkits war die Ausgangslage in Grossbritannien und der Schweiz sehr ähnlich und auch die organisationalen Strukturen in beiden Ländern waren vergleichbar: Während die Suchthilfe und die Opferhilfe relativ gut ausgebaut sind und nach

anerkannten fachlichen Konzepten arbeiten, ist die Beratung für Täter:innen von häuslicher Gewalt bisher nur sehr wenig entwickelt. Auch die Problemlast wurde in beiden Ländern von den beteiligten Fachleuten als ähnlich empfunden. Zudem wurden die Schweizer Projektverantwortlichen von der britischen Trägerorganisation eng begleitet und konnten von deren Erfahrungen profitieren. Dies dürften Faktoren sein, welche zum Gelingen des Projekts beigetragen haben.

Was lässt sich daraus lernen?

Aus den Erfahrungen mit den beiden vorgestellten Projekten lassen sich Erkenntnisse für die Adaption von bestehenden Programmen aus anderen Ländern ableiten. Der Projektverantwortliche hat rückblickend auf beide Projekte drei Thesen formuliert. Die Chance auf eine erfolgreiche Adaption ist höher, wenn:

1. im Ursprungs- wie im Zielland ähnliche organisationale Strukturen und Professionsverständnisse bestehen,

2. Methoden, Interventionsformen und Ansätze im Zielland bereits bekannt und etabliert sind,

3. an bestehende Gepflogenheiten und Kontextbedingungen im Zielland angeknüpft werden kann.

In diesen drei Punkten Strukturen, Methoden und Gepflogenheiten unterscheiden sich die beiden adaptierten Projekte fundamental. Ergänzend dazu wurden in der Evaluation noch weitere Schlüsselfaktoren identifiziert, die jedoch bei den beiden vorgestellten Projekten ähnlich waren: Zum einen Flexibilität: Es muss die Möglichkeit bestehen, die Inhalte an die Gegebenheiten im Zielkontext zu adaptieren. Wenn die Vorgaben der ursprünglichen Trägerorganisation hierzu zu eng gefasst sind, also das Ursprungsprojekt weitgehend unverändert übernommen werden muss, ist dies ungünstig. Der andere Aspekt ist die Zusammenarbeit mit der ursprünglichen Trägerorganisation: Es braucht Begleitung durch die Initiant:innen und vor allem den

Einblick in den Entwicklungsprozess der zu adaptierenden Projekte. Je intensiver der Erfahrungsaustausch mit der ursprünglichen Trägerschaft ausfällt, desto hilfreicher.

Nicht zuletzt muss die Notwendigkeit des Projekts von den im Zielland Involvierten geteilt werden. Daher braucht es eine Bedarfsanalyse, die klären muss, ob die Sicht auf den Handlungsbedarf und die geeignete Umsetzungsform von den Beteiligten ähnlich eingeschätzt werden.

Philipp Frei, Stellenleiter Blaues Kreuz Solothurn, Geschäftsführer Dachverband Budgetberatung, Projektleiter der beiden vorgestellten Projekte.
philipp.frei@suchtpraevention.org

Susanne Bachmann, Dr., wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW. susanne.bachmann@fhnw.ch

Literatur

Aeberhard, Nina/Frei, Philipp (2015): Alkohol und häusliche Gewalt. Handbuch für die Beratungspraxis. Bern: Blaues Kreuz Schweiz. https://fachverbandsucht.ch/download/927/Aeberhard__Frei_2015_-_Alkohol_und_husliche_Gewalt_Handbuch_fr_die_Beratungspraxis.pdf (Zugriff 16.3.2023).

Eisner, Manuel/Steiner, Olivier (2009): Jugend und Gewalt. Wirksame Prävention in den Bereichen Familie, Schule, Sozialraum und Medien. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate Leuthard (03.3298) vom 17. Juni 2003, Amherd (06.3646) vom 6. Dezember 2006 und Galladé (07.3665) vom 4. Oktober 2007. Expertenbericht des BSV Nr. 05/09. http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/15741.pdf (Zugriff 16.3.2023).

Gloor, Daniela/Meier, Hanna (2013): Gewalt in der Partnerschaft und Alkohol. Häufigkeit einer Dualproblematik, Muster und Beratungssettings. Schinznach-Dorf: Social Insight.

Horvath, Miranda A. H./Hansen, Susan/Rogers, Shola Apena/Adler, Joanna R. (2013): Final evaluation report for The Stella Project Young Women's Initiative. London: AVA. https://avaproject.org.uk/wp-content/uploads/2013/08/Young-Womens-Initiative-Final-Evaluation-Report-FINAL.pdf (Zugriff 16.3.2023).

Soziale Arbeit in der Arztpraxis: Copy & Paste?

René Rüegg
Dunja Vetter
Michael Deppeler

Soziale Arbeit in der Arztpraxis befindet sich in der Schweiz noch in den Anfängen. Aber auch international gibt es noch keine pfannenfertigen Rezepte oder eine etablierte «gute Praxis». Vielmehr muss sich ihre Ausgestaltung geschmeidig und sorgsam an die gegebenen Kontextbedingungen anpassen. Diese sind nicht nur die Eigenheiten der Arztpraxen, sondern auch die Möglichkeiten der kooperierenden Sozialarbeitenden. Wenn diese Passung gelingt, kann die Sozialberatung ihre maximale Wirkung entfalten.

Rüegg, René/Vetter, Dunja/Deppeler, Michael (2023): Soziale Arbeit in der Arztpraxis: Copy & Paste. In: Zeitschrift Soziale Innovation 2023. S. 47–57.

Historische Entwicklung

Soziale Arbeit in der medizinischen Grundversorgung, die üblicherweise in Arztpraxen oder Gesundheitszentren stattfindet, hat noch keine lange Tradition. Die hausärztliche Praxis selbst hat sich erst im letzten Jahrhundert verbreitet. Im Verlauf der 1970er Jahre und letztendlich mit der Alma-Ata-Konferenz von 1978 wurde die einfach zugängliche Krankenversorgung (*primary health care*) als wichtige Stütze der staatlichen Versorgungsstrukturen anerkannt. Sie umfasst die am Wohnort oder Arbeitsplatz stationierten Eintrittsstellen in die nationale Gesundheitsversorgung mit einem starken Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und «unterstützende Überweisungssysteme» zugunsten einer «Verbesserung der umfassenden Gesundheitsversorgung für alle» (WHO 1978).

Es ist schwierig, die erste Sozialarbeiterin oder den ersten Sozialarbeiter der ambulanten Gesundheitsversorgung zu ermitteln. Wahrscheinlich waren die *Health Maintenance Organizations* in den USA – also Organisationen zur Aufrechterhaltung der Gesundheit (HMOs) – unter den Ersten, die Sozialarbeitende angestellt haben. Im Gegensatz zu sogenannten *Fee-for-Service*-Modellen (FFS) müssen die Versicherten von HMO-Modellen nicht für jede Leistung einzeln bezahlen, sondern können mit einem festen Jahresbetrag Leistungen des gesamten Netzwerkes beanspruchen. Weil die HMO-Netzwerke nicht mit der Behandlung von Krankheit, sondern mit der Erhaltung von Gesundheit gewinnbringend sind, waren Sozialarbeitende auch ökonomisch wertvoll (Rock/Cooper 2000).

Heute finden sich auch ausserhalb der USA verschiedene Berichte von *primary care social work*. In Irland beispielsweise arbeiten rund 80 Sozialarbeiterinnen in multidisziplinären Grundversorgerteams (Ní Raghallaigh et al. 2013). In Ontario, der bevölkerungsreichsten Provinz Kanadas, hat mit 84,2 Prozent die grosse Mehrheit der über 250 Gesundheitszentren eine integrierte Sozialberatung (Tadic et al. 2020). Die über hundert *maisons médicales* in Belgien sind medizinische Zentren, die zusammen mit Sozialarbeitenden auch die sozialen und umweltbezogenen Aspekte der Gesundheit bearbeiten[1].

Weitere Angebote von *primary care social work* finden sich beispielsweise auch in Deutschland, Neuseeland oder England.

Fehlende Standards

Trotz der heute weiten Verbreitung und einem Konsens über den Nutzen und die positiven Wirkungen von Sozialarbeitenden in Arztpraxen (McGregor et al. 2018; Fraser et al. 2018; WHO/UNICEF 2018; Ní Raghallaigh et al. 2013), fehlen internationale Standards und Erfolgsfaktoren, wie die noch junge Kooperationsform gelingen kann. Einigkeit besteht höchstens in Bezug auf die Hürden und Schwierigkeiten. Dies sind unter anderem Rollenunklarheiten in der Fallführung, fehlendes Wissen über die sozialarbeiterischen Kompetenzen, unklare Überweisungskriterien oder fehlende Supervision und Fachaustausch unter den Sozialarbeitenden (Ní Raghallaigh et al. 2013; Ashcroft et al. 2018; Rüegg et al. 2022).

Neben den prozeduralen und kommunikativen Herausforderungen werden unterschiedlichste Kooperationsmodelle praktiziert. Bereits Salvatore (1988 in: Rock/Cooper 2000) unterscheidet zwischen dem Überweisungs- und dem Kooperationsmodell. Diese widerspiegeln die unterschiedlichen Intensitäten der gemeinsamen (oder eben getrennten) Arbeit an und mit den Patientinnen und Patienten. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) betont, dass bei komplexen, psychologisch-sozialen Problemlagen eine ko-kreative interprofessionelle Zusammenarbeit (auch interprofessionelle Kollaboration genannt) notwendig ist (SAMW 2020).

Umsetzung in der Schweiz

Die Berner Fachhochschule (BFH) hat zwischen 2020 und 2022 vier unterschiedliche Pilotprojekte von Sozialer Arbeit in der medizinischen und psychiatrischen Grundversorgung untersucht. In zwei Arztpraxen wurden wegen des hohen Bedarfs und aus Initiative der Ärzteschaft Sozialberatende angestellt. Zwei weitere Angebote wurden von Sozialarbeitenden angestossen. Diese wurden von je einem Verein und einer karitativen

Organisation lanciert, mit einem Beratungsangebot exklusiv für Patientinnen und Patienten von kooperierenden Arztpraxen. Diese externen Beratungsangebote werden bis heute entweder in der Praxis selbst oder in einem nahe liegenden Büro angeboten.

Alle Projekte sind mit oft unentgeltlichem Aufwand und mit viel Überzeugung für eine ganzheitliche und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung entwickelt, finanziert und umgesetzt worden. Die BFH hat die Projekte wissenschaftlich begleitet, miteinander vernetzt und teilweise im Fundraising unterstützt. Mit einer kleinen Ausnahme wurde keine Vereinheitlichung der Umsetzungspraxis angestrebt. Vielmehr haben sich die Projekte selbst organisiert und die Prozesse, Methoden, Kooperations- und Kommunikationsformen selbst definiert. Die Ausnahme war ein einheitliches Überweisungsschreiben, das zwecks statistischer Auswertungen Patientenangaben, Überweisungsgründe und medizinische Diagnosen enthielt (Rüegg et al. 2022).

Kritische Umsetzungsmerkmale

Die Beobachtung und Begleitung der vier Pilotangebote durch die BFH hat gezeigt, wie gross die Variation in der Umsetzung vor Ort sein kann. Je nach lokalen Gegebenheiten, persönlichen Aspekten und institutionellen Merkmalen wurden unterschiedliche Kooperationsmodelle und Zusammenarbeitsformen gewählt. Diese vielfältigen Formen, wie die Innovation «Soziale Arbeit in der Arztpraxis» umgesetzt werden kann, sind in der Tabelle 1 idealtypisch dargestellt. Sie sind aus der Literatur und den Forschungsergebnissen der BFH zusammengestellt und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit (Rüegg et al. 2022; Andrews et al. 2013; Feryn et al. 2022; BCASW o. J.)

Die idealtypischen Ausprägungen der Tabelle 1 zeigen, dass «Soziale Arbeit in der Arztpraxis» viele unterschiedliche Gesichter annehmen kann und auch muss. So ist die Versorgungslandschaft der Schweiz stark geprägt von Einzel- und Kleinstpraxen. Diese Umweltbedingung hat eine Anbieterin dazu bewogen, das rasch umsetzbare Modell der «externen Sozialberatung

Dimension	Merkmal	Ausprägung
Organisation	Modell	• Praxiseigene Sozialberatung • Ambulante Sozialberatung vor Ort • Externe Sozialberatung ausserhalb der Praxis
	Finanzierung	• Stiftung • Praxisertrag • Gemeinde • Tarmed 02.04 • Gemeinwirtschaftliche Leistungen der Kantone (noch nicht umgesetzt)
	Akteneinsicht	• Zugriff in die Krankengeschichte (KG) • Zugriff und Schreibrecht in die KG • Kein Zugriff in die KG
Personen	Motiv der Ärzteschaft	• Entlastung der Ärzteschaft • Verbesserung der Patientenversorgung • Reputation der Praxis
	Motiv der Sozialarbeitenden	• Schnelle Umsetzung niederschwelliger Hilfe • Schliessung einer Versorgungslücke • Umsetzung einer sozialen Innovation • Schaffung von attraktiven Arbeitsbedingungen

Tabelle 1: Idealtypische Merkmale und Ausprägungen von «Sozialer Arbeit in der Arztpraxis»

ausserhalb der Praxis» zu wählen[2]. Arztpraxen brauchen dafür keine zusätzliche Infrastruktur. Mit einem einfachen Überweisungsformular können sie die Patientinnen und Patienten an die Sozialberatung überweisen. Andere Modelle wurden von der Caritas beider Basel und von Salutomed in Zollikofen umgesetzt. Einblicke in diese Praxismodelle werden in den folgenden beiden Kapiteln gegeben.

Praxisbeispiel 1: Ambulante Sozialberatung vor Ort

Seit 2021 betreibt Caritas beider Basel ein Pilotprojekt, in dem Sozialarbeitende direkt in Arztpraxen Beratungen durchführen. Damit knüpft das eigenständige, kleine und regionale Hilfswerk an seiner karitativen Tradition an: die Armutsbekämpfung und Etablierung besserer Gesellschaftsstrukturen in den Kantonen beider Basel. Seit Beginn wird das Angebot von Stiftungen (u. a. Christoph Merian Stiftung) und seit 2023 zusätzlich von der Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) sowie dem Swisslos-Fonds Basel-Stadt finanziert.

Per Anfang 2023 sind insgesamt acht Praxen aus Basel-Stadt und Basel-Landschaft an dem Projekt beteiligt. Wie die medizinischen Konsultationen werden auch die Sozialberatungen von den medizinischen Praxisassistenzen vereinbart und in den Besprechungszimmern vor Ort durchgeführt. Die für die Patientinnen und Patienten bekannten Abläufe erhöhen das Vertrauen und vermeiden, dass sie sich als «Sozialfall» exponiert fühlen. Die Dokumentation erfolgt in den bestehenden Krankengeschichten. Dies ist deshalb wichtig, weil Zusammenhänge zwischen körperlichen, psychologischen und sozialen Umständen rasch erkannt werden, Redundanzen vermieden werden können und die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert werden kann.

Inspiriert durch internationale Vorbilder ist die Caritas beider Basel überzeugt, dass sich die Soziale Arbeit auch in der schweizerischen ambulanten Grundversorgung verbreiten muss. Durch frühzeitiges Intervenieren kann sie präventiv wirken und gesundheitlich-soziale Abwärtsspiralen unterbrechen. In der Praxis

erweist sie sich als logisches Pendant zur bereits etablierten Sozialberatung in der stationären Versorgung.

Die Umsetzung der weitgehend unbekannten sozialen Innovation gestaltet sich nicht immer ganz einfach. Das Praxispersonal beispielsweise ist es häufig noch nicht gewohnt, mit Sozialarbeitenden zusammenzuarbeiten. Insbesondere die Ärztinnen und Ärzte müssen zunächst ein Sensorium für soziale Gesundheitsrisiken entwickeln. Grundsätzlich gilt: Wird nicht nachgefragt, kann auch nicht überwiesen werden. Bei unklaren Patientenanliegen oder Schlüsselbegriffen wie beispielsweise diffuse Sorgen, Zahlungsunfähigkeit oder wiederholten Krankschreibungen müssen sie sich die Zeit nehmen, um nachzufragen. Auch regelmässige Standardfragen der sozialen Situation sind hilfreich, um den Bedarf einer niederschwelligen Sozialberatung abzuklären. Letztlich bietet die Teilnahme an Fallbesprechungen gute Gelegenheiten, den Beratungsbedarf der Patientinnen und Patienten abzuklären.

Praxisbeispiel 2: Integrierte Sozialberatung

Die interdisziplinäre Grundversorgerpraxis Salutomed ist von der Vision getrieben, wie in Situationen von Krankheit und Krise von einem defizitorientierten Denken hin zu einem lösungs- und ressourcenorientierten Handeln gekommen werden kann. Diese Vision war insbesondere dem Chefarzt des C. L. Loryhauses im Inselspital, Prof. Rolf Adler, zu verdanken. Er hat dem Gründer von Salutomed, Dr. med. Deppeler, das biopsychosoziale Modell von Gesundheit mit auf den Weg gegeben. Die interprofessionelle Zusammenarbeit im Loryhaus u. a. mit Sozialarbeitenden und die Bedeutung der sozialen Determinanten von Gesundheit haben ihn in seiner Assistenzzeit massgeblich geprägt.

Nach der Übernahme der Hausarztpraxis fühlte sich Herr Deppeler als Einzelkämpfer und ziemlich einsam. Bald hat er die Praxis zu einer Doppel- und später zu einer Gruppenpraxis erweitert. Er stellte eine Psychologin ein, damit die Patientinnen und Patienten in psychischen Krisen besser unterstützt werden konnten. Später beteiligte sich Salutomed an einer

Physiotherapie-Praxis, um Menschen mit chronischen Schmerzen besser versorgen zu können. Nach zehn Jahren Hausarzttätigkeit wurden Herrn Deppeler verschiedene Aspekte klarer: Im psychosozialen Modell fehlt die vierte Dimension, die «Sinnebene» oder auch die spirituelle Dimension. Erst durch den partizipativen Ansatz und einen Dialog auf Augenhöhe können die Patientinnen und Patienten als Spezialist:innen ihrer Krankheit und ihres Lebens ganzheitlich wahrgenommen werden. Die Profis andererseits sind die Spezialist:innen für die unterschiedlichen Krankheiten.

Weiter musste Herr Deppeler wiederholt erleben, dass die Sozialberatung in den Gemeinden verschiedenen Mandaten unterliegt. Eines dieser Mandate ist die Budgetmitverantwortung, die den Interessen der Patientinnen und Patienten oft untergeordnet werden musste. In dieser Zeit wurde er von einem Sozialarbeiter aus dem Loryhaus gefragt, ob er sich eine Zusammenarbeit mit einer unabhängigen Sozialberatung vorstellen könnte.

Ermutigt durch die Erfahrungen der gelebten Interprofessionalität und Partizipation wagte sich Salutomed an den Aufbau einer praxisinternen, integrierten Sozialberatung und stellte einen Sozialarbeiter mit 60 Stellenprozenten an. Die Stelle wurde einerseits querfinanziert und andererseits im Rahmen der delegierten Psychotherapie in psychosozialen Krisen der psychologischen Versorgung verrechnet.

Die Rückmeldungen haben Herrn Deppeler überwältigt. Sowohl die Patienten und Patientinnen wie auch die Profis waren vom zusätzlichen Angebot begeistert – nicht zuletzt, weil alle täglich voneinander lernen konnten. Es gab gemeinsame Gespräche und kleine Helfer:innenkonferenzen, die rasch umgesetzt werden konnten. Sofort ergaben sich ein gemeinsames Problemverständnis sowie Lösungsschritte mit Rollenklärungen und individuellen Zielvereinbarungen, was letztlich zu zufriedenstellenden Ergebnissen für alle Beteiligten führte.

Rückblickend kann festgehalten werden, dass die Sozialberatung die Arbeit nicht nur erleichtert, sondern auch sinnvoll und erfüllend macht. Gerade in komplexen Fällen sind selten allgemeingültige «pfannenfertige» Lösungen parat. Dafür muss adaptiv auf die individuellen und situativen Merkmale der Patientinnen

und Patienten eingegangen werden. Der eingeschlagene Weg von Salutomed war für Herrn Deppeler einerseits eine Burnout-Prophylaxe und andererseits ein Erkenntnisgewinn. Wenn es um die Re-Integration von vulnerablen Menschen geht, sei es privat, beruflich oder gesundheitlich, müssen neue Finanzierungsmodelle für sektorübergreifende Netzwerke und Kooperationen geschaffen werden. Damit könnte der Weg hin zu echter Gesundheitskompetenz führen.

Resümee

Die Analyse verschiedener Umsetzungsformen Sozialer Arbeit in Arztpraxen zeigt, dass die soziale Innovation bis heute noch kein Copy-Paste-Modell ist. Eine *good practice* oder *best practice* am Standort A kann am Standort B durchaus eine *bad practice* sein. Werden die Umweltbedingungen, die Kooperationsbereitschaft und die persönlichen Hintergründe und Motive zu wenig berücksichtigt, droht die Innovation zu scheitern. Die in der Schweiz beobachteten Pilotprojekte zeigen, dass die Innovationen mit viel Geduld, Engagement, Fingerspitzengefühl und Partizipation entwickelt und sanft eingeführt wurden. Gemeinsame Ziele mussten formuliert, Erwartungen ausbalanciert und Vertrauen aufgebaut werden. *Best practice* gab und gibt es bis heute so wenig wie ein Kochrezept zum Nachbacken.

Rückblickend waren die Pilotprojekte deshalb erfolgreich, weil sie sich flexibel und kreativ an die Kontextbedingungen angepasst haben. Nicht einmal ihre Bezeichnung war einheitlich. So wollte «Soziale Arbeit *in* der Arztpraxis» nicht richtig zur Beratung *ausserhalb* der Praxis passen. Auch erschien der Terminus «Soziale Arbeit» vielen Praxispartner:innen als ein zu stark disziplinär gefärbter Begriff. Er wurde kurzum mit «Sozialberatung» ersetzt. Letztendlich teilten die Pilotpraxen womöglich nur einen Aspekt: die Vision, nach den Massstäben der Erklärung von Alma-Ata eine patient:innenzentrierte, gesundheitsfördernde und zugängliche Grundversorgung zu gewährleisten.

→

René Rüegg, Dr. in Gesundheitswissenschaften, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Berner Fachhochschule BFH, gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, Qualität & Organisation. rene.rueegg@bfh.ch

Dunja Vetter, M.A. Soziale Innovation, Projektleiterin «Sozialberatung direkt in der Arztpraxis» von Caritas beider Basel und Lehrbeauftragte an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW.
dvetter@caritas-beider-basel.ch

Michael Deppeler, Dr. med. in Allgemeiner Innerer Medizin, Weiterbildung in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin SAPPM, ärztliche Leitung von Salutomed und Präsident des Verwaltungsrates.
m.deppeler@salutomed.ch

1 https://www.maisonmedicale.org/
2 http://sbgg.ch/

Literatur

Andrews, C. M./Darnell, J. S./McBride, T. D./Gehlert, S. (2013): Social work and implementation of the Affordable Care Act. In: Health & Social Work 38 (2). S. 67–71. DOI: 10.1093/hsw/hlt002.

Ashcroft, R./McMillan, C./Ambrose-Miller, W./McKee, R./Brown, J. (2018): The Emerging Role of Social Work in Primary Health Care: A Survey of Social Workers in Ontario Family Health Teams. In: Health & Social Work 43 (2). S. 109–117. DOI: 10.1093/hsw/hly003.

BCASW (o. J.): The Role of the Social Worker in Primary Care. BC Association of Social Workers. Vancouver. Onlinepublikation: https://bcasw.org/BCSocial/Assets/Documents/PDFs/Committees/The%20Role%20of%20the%20Social%20Worker%20in%20Primary%20Care.pdf (Zugriff 30.03.2023).

Feryn, N./Corte, J./Roose, R. (2022): The bridging role of social work: the quest towards installing a structural approach within primary health care. In: European J. of Social Work. S. 1–13. DOI: 10.1080/13691457.2022.2077319.

Fraser, M. W./Lombardi, B. M./Wu, S./Saxe Zerden, L./Richman, E. L./Fraher, E. P. (2018): Integrated Primary Care and Social Work: A Systematic Review. In: JSSWR 9 (2). S. 175–215. DOI: 10.1086/697567.

McGregor, J./Mercer, S. W./Harris, F. M. (2018): Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. In: Health & social care in the community 26 (1). S. 1–13. DOI: 10.1111/hsc.12337.

Ní Raghallaigh, M./Allen, M./Cunniffe, R./Quin, S. (2013): Experiences of social workers in primary care in Ireland. In: Social work in health care 52 (10). S. 930–946. DOI: 10.1080/00981389.2013.834030.

Rock, B. D./Cooper, M. (2000): Social work in primary care: a demonstration student unit utilizing practice research. In: Social work in health care 31 (1). S. 1–17. DOI: 10.1300/J010v31n01_01.

Rüegg, R./Eiler, K./Schüpbach, F./Gehrlach, C. (2022): Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Grundlagen und Umsetzung. Berner Fachhochschule. Bern: BFH.

SAMW (2020): Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Differenzierung, Praxis und Implementierung. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Bern: SAMW (Swiss Academies Communications 15 (2)).

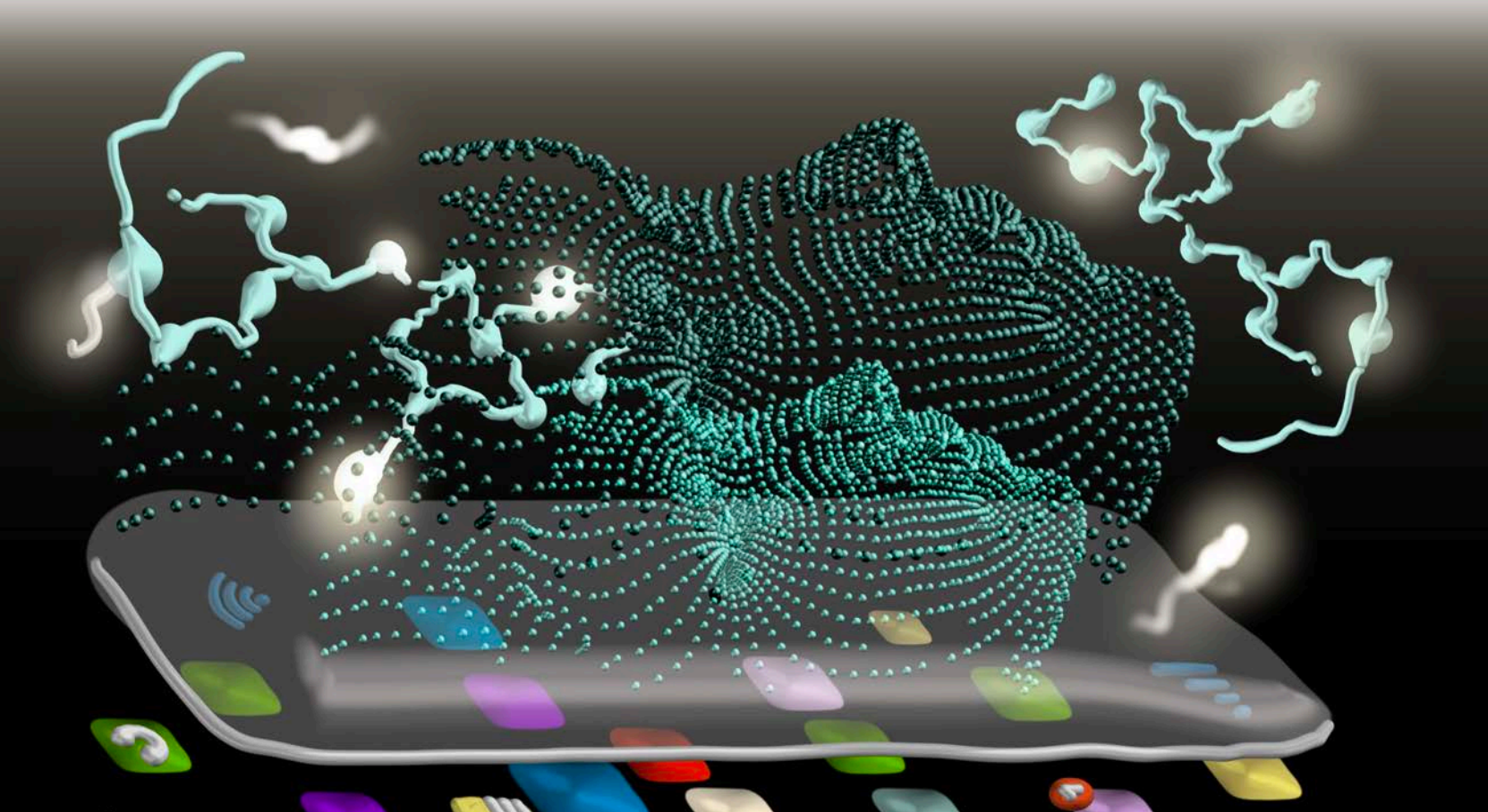
Tadic, V./Ashcroft, R./Brown, J./Dahrouge, S. (2020): The Role of Social Workers in Interprofessional Primary Healthcare Teams. In: Healthcare policy = Politiques de santé 16 (1). S. 27–42. DOI: 10.12927/hcpol.2020.26292.

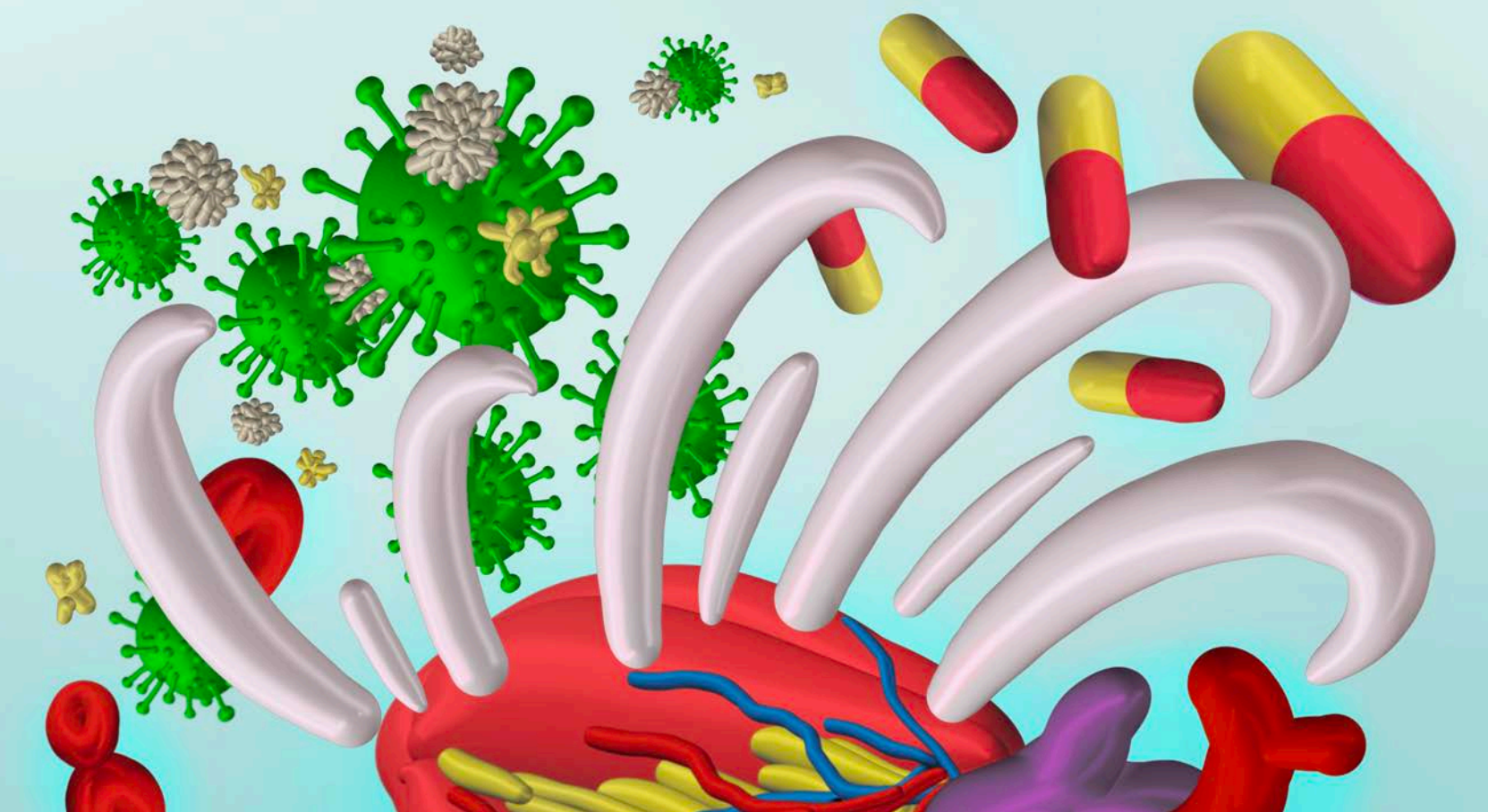
WHO (1978): Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6.–12. September 1978. Alma-Ata: WHO.

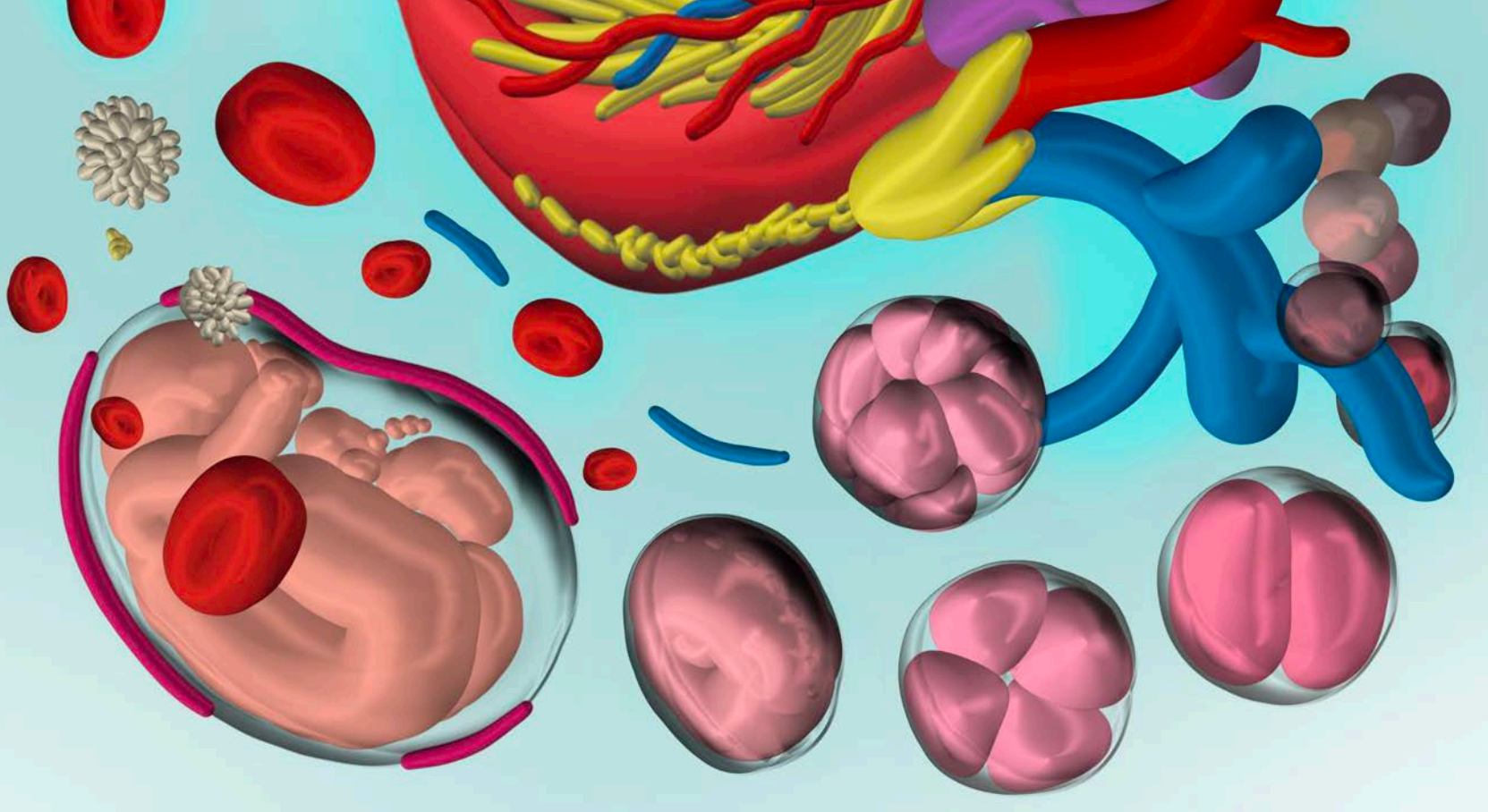
WHO & UNICEF (2018): A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: WHO.

Soziale Innovation '23

Mit copy
and paste,
eine
märchen-
hafte Gabe,
kopierst du
die Welt,
mit Form
und Habe.







Anpassen und einfügen, wie von Zauberhand erhältst du Wunderbares im ganzen Land!

Metamorphose

Arbnore Toska

Soziale Innovation '23

Die Bildserie in dieser Ausgabe widmet sich der Erforschung von Veränderungsprozessen in zentralen Bereichen des Lebens, der Natur, Technologie und Gesellschaft. Jedes Bild stellt ein Detail des vorherigen Bildes in einen neuen Kontext und schafft so eine fortlaufende Verbindung. Gerahmt werden die Illustrationen von zwei Versen, die von einer künstlichen Intelligenz erstellt wurden und als aktuellste Darstellung von Innovation durch «Copy&Paste» gelten.

Mit dem Titel «Metamorphose» möchte diese Serie die Ästhetik von Prozessen hervorheben, indem Transformation als Gestaltungsmittel genutzt wird. Die gestalterische Herausforderung bestand darin, die Schritte des Wandels nicht schematisch nebeneinanderzustellen, sondern in lebendigen Kompositionen zu erzählen.

Arbnore Toska, *1995, arbeitet als freischaffende Illustratorin und Grafikdesignerin in der Schweiz

www.arbnoretoska.com
instagram.com/arbnoretoska/
hello@arbnoretoska.com

Soziale Innovation '23

Housing first, un projet d'innovation psychosociale

Eliane Bovitutti
Nadia Baumann

Le dispositif « Housing first » de la Fondation de l'Orme vise à faciliter l'accès au logement aux personnes itinérantes. Une fois établies, ces personnes concernées par la précarité sociale, l'addiction et/ou un problème de santé mentale, sont accompagnées par une équipe psychosociale mobile de soutien communautaire d'intensité variable qui, en partenariat avec elles, œuvre à leur réinsertion au sein du réseau de santé et de la communauté. Ce processus de rétablissement n'est ni linéaire, ni exempt de difficultés ; il tire sa force des collaborations patiemment tissées entre personnes concernées et professionnels avec, pour objectifs, la réduction des méfaits liés à la maladie, l'autonomisation, la dignité, l'inclusion et l'optimisation des coûts.

Bovitutti, Eliane/Baumann, Nadia (2023): Housing first, un projet d'innovation psychosociale. In: Soziale Innovation 2023. S.77–85.

Das Projekt «Housing first» der Stiftung de l'Orme hat zum Ziel, den Zugang zu Wohnraum für Menschen zu erleichtern, die auf der Strasse leben. Sobald die Personen, die von sozialer Unsicherheit, Sucht- und/oder psychischen Problemen betroffen sind, eine Unterkunft erhalten haben, werden sie von einem mobilen psychosozialen Team begleitet. Die sozialräumlich ausgestaltete Unterstützung arbeitet in Partnerschaft mit den Betroffenen an ihrer Wiedereingliederung in das Gesundheitsnetz und in die Gesellschaft. Dieser Eingliederungsprozess ist weder linear noch frei von Schwierigkeiten, sondern beruht auf der vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Fachpersonen. Die Ziele der Zusammenarbeit sind, gesundheitliche Beeinträchtigungen zu reduzieren, die Betroffenen zu befähigen ihre Würde zu wahren, Inklusion und die Optimierung der Kosten.

Inspiré par le projet « *Pathways to housing* » développé à New York dans les années 1990 dans la période post-désinstitutionnalisation sous l'impulsion du Dr Sam Tsemberis, puis du programme « *Un chez soi d'abord* » déployé plus tardivement dans plusieurs villes françaises, le pôle santé mentale de la Fondation de l'Orme s'est approprié le modèle du « Housing first » dès 2012. Cette appropriation a nécessité plusieurs ajustements d'ordres juridique, financier, éthique et sanitaire, notamment, afin d'adapter ce projet innovant aux exigences du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud.

À ce jour, plus de 120 personnes ont bénéficié de ce dispositif au sein d'un parc immobilier constitué d'une quarantaine de logements diffus dans un rayon d'une vingtaine de kilomètres autour de Lausanne. L'équipe psychosociale mobile accompagne aujourd'hui 34 personnes toujours dans un même objectif de soutien à l'autodétermination et à la réduction des méfaits liés à l'itinérance et à la judiciarisation d'une population précarisée en raison de troubles de la personnalité, du comportement ou de recours aux addictions.

Accompagner hors les murs de l'institution

Le projet « Housing first » trouve son origine dans les difficultés rencontrées en 2010, dès l'ouverture de l'EPSM Le Rôtillon, par l'équipe psychosociale surprise par l'intensité de la violence de certains résidents. Désireuse de donner sens à ce phénomène et imaginer des réponses autres que coercitives, la direction a mené des entretiens avec chacune de ces personnes. Parmi les éléments que ces tête-à-tête ont permis de mettre en lumière, trois désirs (un toit, un emploi et une vie affective) et trois difficultés majeures étroitement interconnectées sont apparues :

- une difficulté à vivre en communauté au sein d'une institution (en raison d'un sentiment de stigmatisation, de promiscuité et d'une difficulté à accepter les règles imposées par une structure d'hébergement communautaire),

- une difficulté à créer et maintenir le lien,
- une difficulté à accéder aux prestations spécialisées.

Pressentant que les actes auto ou hétéro-agressifs, ainsi que les addictions, pouvaient, paradoxalement, constituer des manifestations de survie face aux exigences de la vie communautaire, la direction s'est engagée dans le développement du projet «Housing first» dans l'objectif de proposer une alternative à la vie en institution. A la suite d'une phase de *benchmarking* menée auprès des pionniers en la matière new yorkais et français, la direction de l'EPSM Le Rôtillon s'est approchée des gérances et coopératives afin de sonder les possibilités de collaboration … et s'est heurtée à plusieurs formes de réticence.

Souffrance personnelle et stigmatisation

Les personnes accueillies en institution psychosociale, aussi bien que dans le dispositif «Housing first», cumulent la double peine que constituent la souffrance personnelle et la stigmatisation. La première trouve ses origines dans des attachements insécurisés par des enfances chaotiques, marquées par la solitude, la négligence affective, le rejet, l'abandon, les abus psychologiques et/ou physiques, par des figures parentales absentes, défaillantes ou elles-mêmes aux prises avec des troubles psychiques ou des addictions. De ces empreintes relationnelles douloureuses découlent des troubles de la personnalité et du comportement, ainsi que, souvent, le recours aux addictions, qui peut aussi être compris comme une tentative de faire face à un parcours de vie éprouvant. Or, de manière générale, la société méconnaît les origines de la souffrance et stigmatise les comportements «visibles» qui heurtent les normes sociales. Par conséquent, il est aisé de comprendre les réticences rencontrées au moment de chercher à loger ces personnes au sein de la cité plutôt qu'en appartements protégés.

La création d'une équipe mobile de soutien communautaire d'intensité variable et une collaboration étroite avec les gérances sont les deux réponses

développées par la direction de l'EPSM Le Rôtillon pour pallier ces résistances.

Équipe mobile de soutien communautaire

Pour des personnes souffrant de troubles psychiques et/ou d'addictions, passer de la rue ou de l'institution à une vie autonome en appartement n'est pas aisé, même si elles sont déterminées à mener ce projet à bien. Afin de les soutenir dans leur processus d'autonomisation, créer et maintenir un lien de confiance, partager les risques en matière de prise en soin holistique (incluant les rapports avec le réseau administratif et de santé et la gestion logistique du quotidien), un dispositif d'accompagnement pluridisciplinaire d'intensité variable réunissant plusieurs profils professionnels a été constitué : dès lors, les personnes accompagnées peuvent bénéficier des compétences spécifiques et interconnectées d'éducatrices, d'un sociologue, de travailleuses sociales et d'infirmières, eux-mêmes soutenus par des experts de leur domaine.

Ces professionnels rencontrent les personnes accompagnées à un rythme défini d'entente avec les personnes concernées, en veillant au respect du cadre déontologique et des valeurs du pôle santé mentale. Ensemble, ils assurent l'interface avec le réseau de santé, les proches, les concierges et le voisinage. Ils collaborent étroitement avec le réseau de santé, les curateurs, les responsables des aspects administratifs et financiers, ainsi qu'avec la personne en charge des aspects techniques (maintenance et réparation des électroménagers et installations) afin de se consacrer plus essentiellement à la relation indispensable au processus de rétablissement, à la réduction des risques, à la stabilisation psychique et somatique et à l'inclusion de la personne au sein de la communauté.

Collaborer avec les gérances

Dans une perspective plus centrée sur l'accès au logement dans un contexte immobilier de la région lausannoise extrêmement tendu et pour établir des relations de confiance avec les bailleurs, le pôle santé mentale de la

Fondation de l'Orme est devenu facilitateur de l'accès au logement en acceptant de prendre les baux à son nom et de sous-louer les appartements tout en conservant le projet, à moyen ou long terme, d'encourager leur cession à son locataire.

Cette collaboration avec les gérances, les coopératives ou des propriétaires privés, a pour avantage d'assurer le règlement des loyers et de pérenniser le logement indépendamment de la personne : il se peut, en effet, que pour des raisons liées à la maladie ou à un refus de s'engager à respecter le contrat de collaboration qui accompagne le contrat de bail, la personne ne soit plus en mesure de vivre en appartement autonome et qu'une alternative doive être mise en place (hospitalisation, hôtel, institution).

Cette coopération – qui prévoit, si nécessaire, l'établissement de relations suivies avec les concierges et/ou l'entourage – offre comme avantage complémentaire la possibilité de réagir rapidement en cas de problèmes (troubles du comportement, altercations avec le voisinage, détérioration de l'appartement) et de prévenir, voire de gérer les tensions.

Ces partenariats, mis en place dès 2012, avec une dizaine de bailleurs lausannois ont permis à plus de 120 personnes de bénéficier des prestations de notre dispositif « Housing first ». Or, comme mentionné ci-dessus, ces personnes vivant toutes avec un trouble de la santé mentale, le plus souvent associé à une consommation de substances psychoactives, ont, pour la plupart, connu l'itinérance et font l'objet d'une judiciarisation. Selon les critères institutionnels classiques d'accès au logement, elles n'auraient pas rempli les conditions leur permettant d'accéder à un habitat individuel « non protégé ». Or, une fois remplies les démarches administratives nécessaires, elles ont pu s'établir, sans avoir à transiter auparavant par une structure d'hébergement communautaire.

Bilan actuel

Depuis la création du dispositif « Housing first », plusieurs[1] personnes ont su mobiliser leurs ressources pour garder leur logement, établir des relations suivies avec le système de santé, trouver leur place au sein de la cité et, de ce fait, prendre le bail à leur nom et mettre fin à

l'accompagnement de l'équipe psychosociale : une réussite au regard des objectifs mêmes du « Housing first ».

Ce succès n'est malheureusement pas toujours assuré, car la trajectoire du rétablissement est un processus lent, non linéaire, tissé d'avancées et de rechutes qui questionne l'autonomisation et la capacité à habiter ; par conséquent, certaines personnes ne sont pas encore en mesure de prendre le bail à leur nom, alors que d'autres ont dû quitter le dispositif.

Il est difficile de déceler cette capacité à habiter et à habiter au sein de la communauté d'une personne, avant que celle-ci ne fasse par elle-même l'expérience de vivre en appartement après des années, souvent, d'itinérance ou de vie en institution. Notre pratique nous a permis de révéler *qu'il n'existe pas de critère prédictif* concernant l'aptitude ou non à habiter des personnes atteintes dans leur santé mentale, bien que l'attribution du logement repose encore sur des préjugés portant sur les capacités en question.

Nous pouvons toutefois observer que la mise en place d'une collaboration étroite et suivie avec l'ensemble des parties prenantes favorise aussi bien les *success stories* du « Housing first » que la réduction des méfaits en cas de difficulté ou d'échec.

Bénéfices corollaires

Outre les bénéfices humanistes, le « Housing first » offre une alternative « haute couture » par opposition au « prêt-à-porter » de la prise en soin et contribue à réduire les coûts et le recours chaotique aux prestations d'urgence.

Créer et maintenir des liens

La difficulté à créer et maintenir des liens trouve ses origines, comme décrit ci-dessus, dans des styles d'attachement insécures et des psychopathologies marquantes ; or, le sentiment d'être reconnue, acceptée et partie prenante des décisions la concernant représente une base d'*empowerment* solide pour une personne qui, le plus souvent, n'a pu compter que sur elle-même. Par ailleurs, le système du *case management* et l'accompagnement biopsychosocial régulier assuré par les membres de l'équipe mobile et du réseau de santé offrent un étayage

humaniste thérapeutique soutenant en termes de résilience et rétablissement.

Accéder aux prestations spécialisées

Autre avantage : les personnes en grande difficulté d'accéder aux prestations psychosomatiques ou sociales spécialisées pour des raisons à la fois personnelles[2] et structurelles[3] sont à même d'en bénéficier grâce à l'accompagnement de l'équipe mobile.

En guise de conclusion

La mise en place d'un dispositif « Housing first » requiert, comme tout projet innovant, prise de risque, patience et engagement :

- → Prise de risque pour accepter de sortir de son cœur métier, aller à la rencontre des personnes marginalisées, tout en restant suffisamment ancré dans son expertise.

- → Patience pour convaincre l'ensemble des parties prenantes : des instances étatiques à la personne concernée, sans oublier les équipes d'intervenants administratifs et psychosociaux, les bailleurs ou l'entourage.

- → Engagement pour transcender les résistances, rester suffisamment motivés, créatifs, ouverts et agiles pour faire face et trouver des solutions aux situations inédites et aux problèmes rencontrés.

Accompagner des personnes en difficulté n'est pas une démarche aisée et le « Housing first » n'est pas un remède universel ; toutefois, ce dispositif offre une alternative intéressante à la vie communautaire qui permet à la personne concernée de prendre sa vie en mains, cheminer vers son rétablissement, donner sens à son existence et, pourquoi pas, concrétiser ces trois projets que nous sommes nombreux à souhaiter réaliser, à savoir : un toit, un emploi et une vie affective.

Eliane Bovitutti, MAS en stratégie et direction d'établissements socio-sanitaires, Directrice générale de la Fondation de l'Orme, Pôle santé mentale.
ebovitutti@lacitedesinventions.ch

Nadia Baumann, MAS of Arts, Analyste transactionnelle certifiée, BF formatrice d'adultes, chargée de projet et formation Rétablissement, Fondation de l'Orme, Pôle santé mentale.
nbaumann@lerotillon.ch

Yann Bochsler (Mitarbeit), Dr., wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW.
yann.bochsler@fhnw.ch

1 Au 31.12.22, 34 personnes vivent en appartement et 5 personnes ont mis fin à l'accompagnement de l'équipe mobile car ils sont désormais autonomes.
2 Anosognosie, isolement, désorientation spatiotemporelle, comportements «asociaux» éveillant peur ou dégoût et suscitant honte, agressivité, auto-exclusion, refus de ressasser une histoire de vie douloureuse.
3 Horaires et emplacements des structures de soin; carence, indisponibilité ou tournus du personnel médical; absence ou irrégularité des suivis; dissociation entre soins somatiques et psychiques.

Soziale Innovation ’23

Förderung digitaler Kompetenzen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen

Lutz Siemer
Marcus Flachmeyer

Dieser Artikel untersucht die Relevanz und die Chancen und Risiken der digitalen Inklusion für Menschen mit Behinderungen. Anhand eines Beispiels aus Deutschland wird veranschaulicht, wie ein innovatives Programm aus dem Bereich der Jugendarbeit und -hilfe zur Förderung digitaler Kompetenzen auf die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen übertragen werden kann. Die Herausforderungen und Erfahrungen bei der erfolgreichen Implementierung des Programms (im Sinne von Copy & Paste) werden beschrieben. Darüber hinaus wird aufgezeigt, wie dieses Programm dazu beitragen kann, die digitale Teilhabe zu verbessern.

Siemer, Lutz/Flachmeyer, Marcus (2023): Förderung digitaler Kompetenzen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung. In: Soziale Innovation 2023. S. 89–100.

Einführung und Hintergrund

Der Leitgedanke der UN-Behindertenrechtskonvention, die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gesellschaft, erstreckt sich u. a. auch auf ihren Zugang zu Information und Kommunikation. Artikel 21 der UN-Behindertenrechtskonvention erkennt u. a. das Recht von behinderten Menschen an, sich Informationen und Gedankengut frei zu beschaffen, zu empfangen und weiterzugeben. Im Artikel 9 Absatz 1 verpflichten sich die Unterzeichnerstaaten, geeignete Massnahmen zu treffen, um für Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen den Zugang zu Information und Kommunikation, einschliesslich Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen, zu gewährleisten. Zugänglichkeit bzw. Barrierefreiheit von Informationstechnik ist in Deutschland durch § 12a des Gesetzes zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen geregelt.

Der Zugang zu Information und Kommunikation auch für Menschen mit Behinderungen ist allerdings nur eine Facette eines Spektrums, das in Anlehnung an Bosse (2016) als Dreiklang aus Teilhabe *an* digitalen Technologien (Zugang und Nutzung), Teilhabe *durch* digitale Technologien (individuelle Lebensverbesserung durch assistive Technologien und damit positive Veränderung des gesellschaftlichen Bildes von Behinderung) und Teilhabe *in* digitalen Technologien (aktive Mitgestaltung der Online-Welt und politische Partizipation) verstanden wird (Borgstedt/Möller-Slawinski 2020). Im Kontext dieser umfassenden Sicht auf digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sehen die in einer Trendstudie zur Digitalen Teilhabe von Menschen mit Behinderung (Borgstedt/MöllerSlawinski, 2020) befragten Expert:innen und befragten Menschen mit Behinderungen einige Chancen, aber auch Risiken. Bezogen auf die User:innen nennen die Befragten Risiken u. a. im Umgang mit persönlichen Daten, mit Kaufangeboten oder mit Inhalten hoher Emotionalität oder Gewalt. Es wird auch das Risiko gesehen, dass den Menschen mit Behinderungen durch ihre prekäre sozioökonomische Lage der Zugang zu digitalen Technologien erschwert wird und sich die Benachteiligung

entlang verschiedener Behinderungen ausdifferenzieren könnte.

Es überwiegen in der Sicht der Befragten aber die Chancen, die sich durch digitale Inklusion ergeben. Hierzu zählen bessere Kompensations- und Rehabilitationsmöglichkeiten, mehr Autonomie, erweiterte Fähigkeiten, individuell angepasste Lösungen, mehr Präsenz im öffentlichen Raum, bessere Vernetzung und effizientere Prozesse.

Eine technologiegestützte inklusive Gesellschaft ermöglicht es allen, einschliesslich Menschen mit Behinderungen, von den Vorteilen digitaler Technologien zu profitieren. Dies ist aber auf Makro- und Mesoebene mit einigen Herausforderungen verbunden. So kommen auf Unternehmen, Einrichtungen und Organisationen, die mit Menschen mit Behinderungen arbeiten, Kosten für die Bereitstellung und Einführung digitaler Technologien zu, auch die mangelnden digitalen Kompetenzen beim Fachpersonal, z. B. in Einrichtungen der Behindertenhilfe (Borgstedt/Möller-Slawinski 2020: 6) bedürfen der Entwicklung und damit der Bereitstellung entsprechender Ressourcen.

Vor diesem Hintergrund stellt dieser Beitrag vor, wie der Idee des Copy&Paste folgend ein innovatives Programm zur Digitalisierung und Mediatisierung in der Jugendhilfe aufgegriffen, angepasst und auf die Behindertenhilfe transferiert wurde, um so die digitale Inklusion von Menschen mit Behinderungen zu fördern. Es wird zunächst auf das Programm für Fachkräfte in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen sowie auf das ursprüngliche Programm für Einrichtungen der Jugendarbeit und -hilfe eingegangen, um dann die Herausforderungen bei der Anpassung des ursprünglichen Programms zu schildern. Der Beitrag schliesst ab mit einer Einschätzung der Hindernisse und Erfolgsfaktoren des Copy & Paste.

Design und Umsetzung des Programms in der Behindertenhilfe

Das Programm «Mediatisierung und Digitalisierung in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung» wurde

von HeurekaNet – Freies Institut für Bildung, Forschung und Innovation e. V. (Münster D) aufgesetzt. Ziel war dabei, digitale Kompetenzen von Fachkräften in der Behindertenhilfe und deren Klient:innen zu fördern und die jeweilige Einrichtung oder Organisation in ihrer Auseinandersetzung mit der Digitalisierung und Mediatisierung zu stärken. Ein zentrales Problem wurde in der mangelnden digitalen Kompetenz des Personals identifiziert. Als potenzielle Ermöglicher müssen die Fachkräfte zunächst selbst Zugang zu digitalen Technologien und Medien in ihrem Arbeitskontext haben. Darüber hinaus benötigen sie spezifische Kompetenzen, um Menschen mit Behinderungen eine angemessene Anleitung bieten und die Nutzung fachgerecht begleiten zu können (Borgstedt/Möller-Slawinski 2020).

Das Programm adressiert in diesem Sinne Fachkräfte, die Menschen mit Behinderung im Alltag begleiten, betreuen, anleiten oder pflegen, sowie deren Führungskräfte. Ziel ist es, diese Fach- und Führungskräfte dazu zu befähigen, die digitale Teilhabe massgeschneidert auf die Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung zu unterstützen und zu gestalten. Im Fokus liegen der Erwerb von Technikwissen, die Erweiterung persönlicher und professioneller digitaler Kompetenzen und die Entwicklung einer medienpädagogischen Haltung.

Zugleich wird mit dem Programm eine Auseinandersetzung der jeweiligen Einrichtung oder Organisation mit der umfassenden Digitalisierung und Mediatisierung von Lebens- und Arbeitswelt stimuliert, um die digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderungen nachhaltig zu sichern.

Das Programm ermöglicht weiterhin Menschen mit Behinderung, in Zusammenarbeit mit ihren Fachkräften, die Digitalisierung und Mediatisierung individuell vermittelt zu bekommen und in alltagsnahen Situationen zu praktizieren.

Das Programm wird als berufliche Fortbildung in der Form eines *Blended Learnings* mit jeweils 10 bis 15 pädagogischen und pflegerischen Fachkräften durchgeführt. Dabei wird eine Diversität in Bezug auf Alter, Geschlecht, Arbeitsfeld, Funktion, Position und Digitalität angestrebt. Die Einbindung von Führungskräften

und Spezialist:innen aus verschiedenen Bereichen ist ebenfalls gewünscht.

Es kommen fünf didaktische Ansätze zum Tragen, die den Theorie-Praxis-Transfer fördern und die Lernautonomie sowie die Vernetzung der Teilnehmenden unterstützen. Diese Ansätze umfassen situiertes Lernen, problemorientiertes Lernen, selbstgesteuertes Lernen, entdeckendes Lernen und konnektivistisches Lernen.

- Situiertes Lernen (Lave/Wenger 1991) vermittelt Lerninhalte und Erfahrungen in realitätsnahen Kontexten, wodurch das erworbene Wissen direkt auf den Arbeitsalltag angewendet werden kann. Dies fördert das Verständnis für komplexe Zusammenhänge und die praktische Anwendung von Wissen.

- Beim problemorientierten Lernen (Barrows/Tamblyn 1980) erarbeiten die Teilnehmenden Lösungen für reale Probleme, was kritisches Denken, Problemlösungsfähigkeiten und Teamarbeit unterstützt und anwendungsbezogene Kompetenzen entwickelt.

- Im Rahmen des selbstgesteuerten Lernens (Knowles 1975) übernehmen die Lernenden Verantwortung für ihren eigenen Lernprozess und entwickeln individuelle Lernstrategien. Diese Herangehensweise fördert die Lernautonomie, Motivation und Anpassungsfähigkeit an unterschiedliche Lernsituationen.

- Entdeckendes Lernen (Hammer 1997) ermöglicht den Teilnehmenden, eigenständig neue Konzepte und Inhalte zu erkunden, was die Entwicklung von Kreativität, Neugier und Selbstvertrauen im Lernprozess unterstützt sowie kognitive Fähigkeiten stärkt und nachhaltiges Wissen aufbaut.

- Schliesslich betont das konnektivistische Lernen (Siemens 2005) die Vernetzung und den Wissensaustausch zwischen Individuen. Dieser Ansatz

fördert Zusammenarbeit, Erfahrungsaustausch und die Integration von Wissen aus unterschiedlichen Quellen.

Zusammenfassend ermöglichen diese fünf didaktischen Ansätze eine umfassende und praxisnahe Berufsbildung, die sowohl individuelle als auch gemeinschaftliche Lernprozesse unterstützt.

In der Umsetzung der beruflichen Fortbildung für Fachkräfte in der Behindertenhilfe werden Präsenzveranstaltungen und Online-Treffen miteinander kombiniert, wobei die Teilnehmenden sowohl in Kleingruppen als auch individuell arbeiten. Zusätzlich zum Kleingruppen-Consulting profitieren sie von individuellem Coaching und massgeschneiderten Arbeitsaufträgen.

Die berufliche Fortbildung ist in vier inhaltliche Abschnitte unterteilt, welche unterschiedliche Aspekte der Digitalisierung und Mediatisierung im Kontext von Menschen mit Behinderung behandeln.

- Im ersten Teil liegt der Fokus auf der Erörterung des aktuellen Stands der Digitalisierung, der Diskussion von Chancen und Risiken der Digitalisierung und der Thematisierung des Umgangs mit digitaler Kommunikation zwischen Fachkräften und Klient:innen.

- Der zweite Abschnitt widmet sich der Reflexion der persönlichen Haltung gegenüber digitalen Medien sowie der Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen und rechtlichen Rahmenbedingungen in diesem Bereich.

- Im dritten Teil stehen die Analyse von Stakeholdern, die Netzwerkarbeit und die Qualitätsaspekte im Mittelpunkt. Hier wird die Bedeutung verschiedener Interessengruppen für die digitale Teilhabe untersucht und Strategien für Zusammenarbeit, Vernetzung und Qualitätsmanagement entwickelt. Ein zusätzlicher Schwerpunkt ist die individuelle Kompetenzentwicklung. In diesem Zusammenhang führen die Teilnehmenden eine individuelle Kompetenzanalyse durch,

reflektieren und bewerten ihre eigenen digitalen Kompetenzen und formulieren persönliche Lernziele, die sie während der Fortbildung verfolgen.

→ Der vierte und letzte Teil befasst sich mit den Ergebnissen der Arbeit in Kleingruppen und der individuellen Lernzielverfolgung. Hier präsentieren und diskutieren die Teilnehmenden die praktische Umsetzung des erworbenen Wissens in Form von Projekten zur digitalen Teilhabe. Zum Abschluss finden eine gemeinsame Reflexion und ein Austausch über die erworbenen Kompetenzen sowie die Erfahrungen aus Gruppenarbeit und individuellem Lernen statt.

Praxisorientierte Lernprojekte, bei denen die Teilnehmenden zusammen mit den Menschen mit Behinderung im Sinne einer Ko-Kreation an Herausforderungen des digitalen Alltags arbeiten, fördern den Kompetenztransfer. Durch die Einbeziehung realistischer und authentischer Situationen wird das Gelernte effektiv in die Praxis übertragen, das Gelernte wird gefestigt und es kommt da an, wo es hinsoll: in der digitalen Inklusion von Menschen mit Behinderungen.

Eine detaillierte Beschreibung des Programms findet sich in Siemer/Flachmeyer (2021). Das Programm wurde im Jahr 2021 konzipiert und hat sich im Lichte des positiven Feedbacks von 60 Teilnehmer:innen seit 2021 bewährt.

Die Jugendhilfe als Innnovationsgeberin

Das hier vorgestellte Programm für die Behindertenhilfe ist die Anpassung eines Programms in der Jugendhilfe im Zeitalter von Smartphones und Social Media, das auf zwei europäische Innovationsprojekte zurückgeht: YOWOMO2.0 und YOWOMO2.0-Train.

«Youth Work Mobile 2.0» (YOWOMO2.0) war eine europäische Partnerschaft, die sich mit der wachsenden Bedeutung von Smartphones und sozialen Medien im Leben von Jugendlichen und den Auswirkungen von Mediatisierung und Digitalisierung auf die

Jugendhilfe auseinandergesetzt hat. Sie erkannte die Notwendigkeit, die Arbeitsweisen der Jugendhilfe stärker mit den digitalen und medialen Kommunikations- und Informationspraktiken von Jugendlichen zu harmonisieren, und entwickelte in den Jahren 2013 bis 2015 einen Kompetenzrahmen für die Fortbildung von Fachkräften in der Jugendhilfe im Zeitalter von Smartphones und Social Media (Siemer et al. 2015). Der Rahmen umfasste:

- eine Beschreibung der erforderlichen Kompetenzen,
- ein Instrument zur Messung dieser Kompetenzen,
- einen Korpus der Kenntnisse, Fähigkeiten und Haltungen,
- eine Beschreibung der beruflichen Produkte, die als Kompetenznachweis dienen,
- verschiedene Trainingsszenarien und
- die Kriterien für die Bewertung der beruflichen Produkte.

Das europäische Folgeprojekt «Youth Work Mobile 2.0 – Train» (YOWOMO2.0-Train) hat die Trainingsszenarien weiter konkretisiert und konkrete Trainingsformate mit dem Ziel ausgearbeitet, Fachkräfte in der Jugendhilfe fit für die Mediatisierung und Digitalisierung im 21. Jahrhundert zu machen. Hierzu gehörten drei Formate:

- Ein Kurs für Jugendarbeit im Zeitalter von Smartphones und sozialen Medien. Dieser Kurs ermöglichte es Auszubildenden und Fachkräften der Jugendarbeit, die Kompetenzen für die Jugendarbeit im Zeitalter von Smartphones und sozialen Medien zu erwerben.
- Ein Vorbereitungskurs für Lehrende in der beruflichen Bildung zur Durchführung von Kursen für

Fachkräfte zum Thema Jugendarbeit im Zeitalter von Smartphones und sozialen Medien.

→ Eine Online-Lernplattform und ein Repository. Die Online-Plattform YOWOMO2.0-Train bot diese Kurse in Form von MOOCs an und diente als Repositorium für offene Bildungsressourcen für Bildung und Ausbildung.

Herausforderungen und Erfahrungen bei der Anpassung

Basierend auf den guten Erfahrungen mit diesem Programm, das von HeurekaNet – Freies Institut für Bildung, Forschung und Innovation e. V. (Münster D) ab 2017 mit verschiedenen Einrichtungen der Jugendhilfe und -arbeit in unterschiedlichen Formaten (Fachtage, Grundlagenkurse, Aufbaukurse für Multiplikator:innen) praktisch umgesetzt wurde, hat HeurekaNet im Jahr 2021 auf Nachfrage eines regionalen Trägers der Behindertenhilfe damit begonnen, das vorhandene Programm für den Arbeitsbereich der Behindertenhilfe zu überarbeiten. Dabei erwies sich das Programm konzeptionell als sehr stark, da einfach übertragbar, in der Umsetzung taten sich allerdings einige Herausforderungen auf, die spezifische Anpassungen erforderten.

Für die Umsetzung machte sich in einer ersten Recherche sehr schnell bemerkbar, dass für den Bereich der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen deutlich weniger Materialien für Fachkräfte zur Verfügung standen als für den Bereich Jugend, wo beispielsweise die europäischen Safer Internet Centres umfangreiche Informationen bereitstellen, die sich gut in Fortbildungen einbringen lassen.

Für die Umsetzung bedeutsam war weiter, dass auf dem Hintergrund einer Gemengelage von allgemeinem Fachkräftemangel und coronavirusbedingten Fachkräfteengpässen der Workload der Teilnehmer:innen in der beruflichen Fortbildung eingekürzt und die Inhalte verdichtet werden mussten, da die Teilnahme sonst die Versorgung der Menschen mit Behinderung beeinträchtigt hätte.

Weiterhin waren Verschiebungen in den thematischen Ausarbeitungen nötig, da beispielsweise im Bereich Jugend die Themen Gaming, Social Media und Internetkriminalität mehr Raum einnahmen, während im Bereich Menschen mit Behinderung eher Themen wie Medienkonsum (Musik, YouTube) oder die Nutzung von Smart Speakern («Alexa») aufkamen. Unser Eindruck ist, dass im Bereich Jugend eine «aktive» Nutzung digitaler Technologien im Vordergrund steht, während im Bereich der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen digitale Technologien eher «passiv» genutzt werden.

Als sehr stabil und übertragbar erwies sich auf konzeptioneller Ebene die Kombination verschiedener didaktischer Ansätze, die sehr praxisorientiert sowohl individuelle als auch gemeinschaftliche Lernprozesse unterstützt und die selbstverantwortlichen Lernenden ins Zentrum stellt. Auch die Umsetzung als ein Training mit hohem Praxisanteil (Lernprojekte) und einem Blended Learning mit einem Mix aus Präsenztagen, Zoom-Konferenzen und Learning Management System (Moodle) für das Selbststudium hat sich unverändert bewährt.

Die von den Teilnehmer:innen erstellten Ergebnisse waren ebenfalls vergleichbar mit denen, die im Bereich der Jugendhilfe erzeugt wurden. Die Teilnehmenden erstellten auch in der «Copy»-Version in ihren praxisnahen Lernprojekten zusammen mit den Menschen mit Behinderungen zahlreiche alltagsnahe Berufsprodukte. Mit und für Menschen mit Behinderungen wurden Schulungen zur Nutzung von WLAN, Social Media, Smart Speakern, Streaming Services, iPads, Messengern oder Apps gestaltet. Für Fachkräfte und/oder für Menschen mit Behinderungen wurden Tutorials, Poster, Leitfäden, Podcasts und Videos mit Inhalten zu verschiedenen Themen der Digitalisierung und Mediatisierung entwickelt. In den Einrichtungen wurden parallel beispielsweise Spotify mit geteilten Accounts über mehrere Gruppen, Padlets zum Verbreiten von Informationen und zum Organisieren von Events, digitale Fotobücher zum Teilen von Erinnerungen und digital geteilte Einkaufslisten zum gemeinsamen Einkaufen eingeführt.

Die Evaluation fiel ebenfalls positiv aus und zeigte unter anderem, dass die Teilnehmenden die behandelten Themen relevant fanden, ihre berufliche Fortbildung als nützlich für ihre Arbeit erlebten, mit der eigenen Kompetenzentwicklung zufrieden waren, ihr Verständnis und Interesse für Mediatisierung und Digitalisierung vertieft haben und dass die Kompetenzentwicklung persönlich eine grosse Bedeutung für sie hatte. Negativ wurde lediglich angemerkt – und dies war auch im Bereich Jugendhilfe der Fall gewesen –, dass im Arbeitsalltag zu wenig Zeit für die Bearbeitung der Lernprojekte zur Verfügung stand. Dieser erlebte Zeitmangel ist zwar einerseits schade, da die Teilnehmenden die Praxisprojekte bei mehr Zeit eventuell noch besser hätten ausführen können, zeigt aber gleichzeitig auch, dass der gewählte didaktische Ansatz zu einer hohen Motivation und Aktivierung und eben auch zur angestrebten Haltungsänderung, nämlich hier zur Verantwortungsübernahme für das Thema Digitalisierung und Mediatisierung, geführt hat.

Schlussfolgerungen zu Copy & Paste

Die vergleichbaren Ergebnisse der Fortbildung und der Evaluation lassen den Schluss zu, dass das Copy&Paste des Programms aus dem Bereich der Jugendhilfe in den Bereich der Behindertenhilfe als gelungen angesehen werden kann. Wie auch in der Jugendhilfe konnten die Teilnehmenden aktiviert werden, das Thema Digitalisierung und Mediatisierung praxisnah mit ihrer jeweiligen Klientel zu bearbeiten und dabei neben der Kompetenzentwicklung auch Praxisänderungen herbeizuführen. Trotz der Herausforderungen (weniger frei verfügbares Material, Zeitmangel) liess sich das Programm übertragen, was vermutlich auf das didaktische Konzept zurückzuführen ist, das weniger einen inhaltlichen Input betont und stattdessen auf situiertes, exploratives und konnektivistisches Lernen setzt und somit mehr den Lernprozess als die Lerninhalte fokussiert.

→

Lutz Siemer, Dr., Diplom-Psychologe, Dozent im Fachbereich Sozialwesen an der Saxion University of Applied Sciences; wissenschaftlicher Mitarbeiter bei HeurekaNet – Freies Institut für Bildung, Forschung und Innovation e. V. (Münster D), l.siemer@saxion.nl

Marcus Flachmeyer, Diplom-Pädagoge, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der FH Münster, Vorstand und wissenschaftlicher Mitarbeiter bei HeurekaNet – Freies Institut für Bildung, Forschung und Innovation e. V. (Münster D), flachmeyer@heurekanet.de

Literatur

Barrows, H. S., & Tamblyn, R. M. (1980): Problem-Based Learning: An Approach to Medical Education. New York: Springer.

Borgstedt, S. & Möller-Slawinski, H. (2020): Digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung: Trendstudie. Bonn: Aktion Mensch e. V./SINUS-Institut. https://aktion-mensch.stylelabs.cloud/api/public/content/AktionMensch_Studie-Digitale-Teilhabe.pdf?v=16179909 (Zugriff 22.6.2023).

Bosse, I. (2016): Teilhabe in einer digitalen Gesellschaft – Wie Medien Inklusionsprozesse befördern können. Bundeszentrale für politische Bildung. Online-Publikation: https://www.bpb.de/themen/medien-journalismus/medienpolitik/172759/teilhabe-in-einer-digitalen-gesellschaft-wie-medien-inklusionsprozesse-befoerdern-koennen/(Zugriff 22.6.2023).

Hammer, D. (1997): Discovery learning and discovery teaching. In: Cognition and Instruction, 15 (4). S. 485–529.

Knowles, M. S. (1975): Self-Directed Learning: A Guide for Learners and Teachers. In: Group & Organization Studies, 2 (2). S. 256–257. DOI: 10.1177/105960117700200220

Lave, J., & Wenger, E. (1991): Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation. Cambridge: University Press. DOI: 10.1017/CBO9780511815355

Siemens, G. (2005): Connectivism: A Learning Theory for the Digital Age. In: International Journal of Instructional Technology and Distance Learning, 2 (1). S. 3–10.

Siemer, L., Flachmeyer, M., & Siefen, U. J. (2015): Youth Work Mobile 2.0. Ein Kompetenzrahmen für die Arbeit mit Jugendlichen im Zeitalter von Smart Mobile Devices und Social Networking Sites. In: Der pädagogische Blick, 23 (3). S. 186–189.

Siemer, L. & Flachmeyer, M. (2021): Digital skills for people with disabilities – a concept for a practice-oriented, blended online and face-to-face training for professionals working on digital inclusion in disability work. In: Aydogmus, M. (Hg.), New Trends and Promising Directions in Modern Education – New Perspectives 2021. S. 256–267. Palet Yayınları.

Soziale Innovation '23

Fachzeitschrift.
Herausgegeben von der Hochschule
für Soziale Arbeit FHNW

Redaktion
Susanne Bachmann
Marcel Krebs
Christoph Mattes
Stefan Schnurr

Mitarbeit
Yann Bochsler

Korrektorat
Sandra Ryf
www.varianten.ch

Gestaltung
Bonbon, Zürich

Druck
Kromer Print AG, Lenzburg

Bindung
Buchbinderei Grollimund, Reinach

Auflage
1600 Exemplare

PDF und Abonnement unter
soziale-innovation-fhnw.ch

Alle Rechte vorbehalten.
Nachdruck nur mit Genehmigung
der Herausgeberin.

ISSN 1661-6871

Soziale Innovation. Zeitschrift
der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW

Soziale Innovation '23

Entwicklung von Innovationen in der Sozialen Arbeit durch Copy & Paste?
Anne Parpan-Blaser und Stéphane Rullac
11

«Damit sich Organisationen in ihrem jeweiligen Kontext weiterentwickeln können»
Marcel Krebs und Christoph Mattes im Gespräch mit Erika Dähler, Daniela Heimgartner und Sybille Roter
23

Aus dem Scheitern lernen
Philipp Frei und Susanne Bachmann
37

Soziale Arbeit in der Arztpraxis: Copy & Paste?
René Rüegg, Dunja Vetter und Michael Deppeler
47

Kunst im Heft: «Metamorphose»
Arbnore Toska
61

Housing first, un projet d'innovation psychosociale
Eliane Bovitutti und Nadia Baumann
77

Förderung digitaler Kompetenzen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen
Lutz Siemer und Marcus Flachmeyer
89