

PRAKTIKABILITÄTSTEST CASA FIDELIO. SYSTEMMODELLIERUNG UND REAL-TIME MONITORING

EVALUATIONSBERICHT

GEFÖRDERT VON DER STIFTUNG 3F ORGANISATION, FELDBRUNNEN

RAPHAEL CALZAFERRI
PETER SOMMERFELD
SERKAN YAVUZ

20. SEPTEMBER 2013

casa
fidelio

n|w Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

IPW
Institut Professionsforschung
und kooperative Wissensbildung

Fachhochschule Nordwestschweiz
Riggenbachstrasse 16
Postfach
CH-4601 Olten
Tel. +41 0848 821 011
www.fhnw.ch

	Einleitung	
Thema 1:	Methodisches Vorgehen: Der Praxis-Optimierungs-Zyklus	S. 5
Thema 2:	Die Projektziele	S. 7
Thema 3:	Evaluation des Projektes: Ziele	S. 9
Thema 4:	Evaluation des Projekts: Basis und Design	S. 10
Thema 5:	Überblick über den Projektverlauf	S. 12
Thema 6:	Systemmodellierung: Das biografische Interview	S. 13
Thema 7:	Systemmodellierung: Kompetenzentwicklung	S. 14
Thema 8:	Systemmodellierung: Auf der Suche nach einer praktikablen Form	S. 15
Thema 9:	Systemmodellierung: Auf der Suche nach einer praktikablen Form/ Neuer Anlauf	S. 17
Thema 10:	Zusammenfassung Systemmodellierung	S. 18
Thema 11:	Real-Time Monitoring: Verwendung durch den Projektleiter und die Mitarbeiter der casa fidelio	S. 19
Thema 12:	Real-Time Monitoring: Verwendung durch die Bewohner	S. 21
Thema 13:	Potenziale des Real-Time Monitoring: Aussagen zur Wirkung von Interventionen und zum zukünftigen Verlauf der Falldynamik	S. 23
Thema 14:	Zusammenfassung Real-Time Monitoring	S. 24
Thema 15:	Kooperation: Das Zusammenwirken von Wissenschaft und Praxis	S. 26
Thema 16:	Kooperation: Unterschiedliche Verständnisse, unterschiedliche Handlungsrationitäten Entwicklung versus Implementation?	S. 27
Thema 17:	Kooperation: Projektorganisationsstruktur	S. 29
Thema 18:	Lernprozesse, Rückblick und Ausblick	S. 32
	Literatur- und Quellenverzeichnis	S. 35

Ungeläufige Abkürzungen:

cf	casa fidelio
FHNW	Fachhochschule Nordwestschweiz
HSA	Hochschule für Soziale Arbeit
IPW	Institut Professionsforschung und kooperative Wissensbildung
POZ	Praxis-Optimierungs-Zyklus
RTM	Real-Time Monitoring
SM	Systemmodellierung

Die **Institution casa fidelio** (cf) bietet in einem stationären Rahmen 25 Therapieplätze für drogenabhängige Männer ab 25 Jahren, die einen Ausstieg aus ihrer Substanzabhängigkeit suchen und einen Weg in ein wieder selbstbestimmtes Leben finden wollen. Etwa die Hälfte der Bewohner (interner Begriff für Klienten) ist freiwillig in der Institution, die andere im Rahmen eines Massnahmenvollzugs nach Strafgesetzbuch. Die Therapie-dauer liegt zwischen 12 und 18 Monaten.

Die cf **differenziert sich** von anderen Einrichtungen durch ihren männer-spezifischen Ansatz. Einerseits werden Themen wie Gewalt, kriminelle Energie, Männerfreundschaften, Gefühle unter Männern zeigen können, Nähe unter Männern zulassen, Schwächen zulassen, Erfolg und Leistungsbereitschaft, männliche Sexualität, Beziehungen zu Frauen, Vater sein, Arbeit usw. gezielt aufgenommen und reflektiert, andererseits besteht das Mitarbeiterteam bewusst nur aus Männern.

Im Vergleich zu anderen Institutionen wird von Anfang an die Selbstverantwortung und die Verantwortungsübernahme der Bewohner für ihre Gruppe betont. Der **Rahmen** ist offen mit viel individuellem Freiraum und Gestaltungsmöglichkeiten. Die Bewohner wohnen in vier teilautonomen Wohngruppen mit fünf respektive zehn Personen pro Haushalt. Ein weiteres Merkmal der casa fidelio ist die Baukultur, ein Grossteil der Überbauung wurde durch die Bewohner gebaut. Auch neue Gebäude sowie Umbauten und Renovationen werden durch die Bewohner realisiert.

Die Institution verfügt über ein fest definiertes Wochenprogramm, das aus Therapie (Gruppen- und Einzeltherapie), Arbeit und Erwachsenen-

bildung besteht. Im Arbeitsbereich werden einerseits interne und externe Bauaufträge ausgeführt, andererseits auch hauswirtschaftliche Arbeiten erledigt und Unterhaltsarbeiten an Häusern und Gelände durchgeführt.

In der Institution bestehen mehrere **Konzepte**, die eine grosse Anzahl von Zielen definieren. Daneben existiert ein Leistungskatalog im Rahmenvertrag mit dem Kanton Solothurn, in dem ebenfalls zahlreiche Ziele formuliert sind. Das zentrale Konzept ist das Betreuungskonzept. Weitere wichtige Konzepte der verschiedenen Bereiche in denen Behandlungsziele definiert sind, sind das arbeitsagogische Konzept, das Konzept Bewohnerbüro (Bildung und interner Sozialdienst), das Konzept Rückwärtiger Dienst (Hauswirtschaft) und das mÄnnerspezifische Konzept.

Die wichtigsten **Behandlungsziele** sind ein drogenfreies, eigenverantwortliches Leben, die Definition und Gestaltung eines neuen Rollenbildes für sich als Mann mit Stärken und Schwächen, ein neuer Zugang zu Emotionen und Bedürfnissen, die Therapie körperlicher und psychischer BeeintrÄchtigungen, die KlÄrung von Beziehungen, Verbesserung von Beziehungsfähigkeit und Sozialkompetenz, realistische Selbsteinschätzung eigener Fähigkeiten, der Aufbau neuer drogenfreier, tragfähiger Beziehungen und Integration in die Gesellschaft, das Erkennen persönlicher Bildungsbedürfnisse, persönlicher Grenzen und Möglichkeiten, das Erkennen problematischer Verhaltensmuster, der Aufbau beruflicher Schlüsselkompetenzen und langfristige berufliche Integration, der Aufbau von Wohn-, Alltags- und Freizeitkompetenzen, KlÄrung der finanziellen Situation.

Über diesen Zielen steht gewissermassen **als Schlüsselziel der Therapie die Integration** in die Gesellschaft, in ein soziales Umfeld wie auch in die Berufswelt, mit dem Anspruch einer größtmöglichen Selbstbestimmung und Verantwortung. Von Seiten der cf gab es als Ausgangspunkt ein starkes Interesse an der verbesserten Erreichung dieses Schlüsselziels.

Seitens des **Instituts Professionsforschung und kooperative Wissensbildung** (IPW) der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW (HSA) in Olten kann die Ausgangssituation wie folgt charakterisiert werden:

Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 51 (www.nfp51.ch) zu „Integration und Ausschluss“ haben Peter Sommerfeld, Lea Hollenstein und Raphael Calzaferri vom IPW im durchgeführten **Projekt „Die Dynamiken von Integration und Ausschluss“** (vgl. Sommerfeld / Hollenstein / Calzaferri 2011) drei **Erkenntnisse zu Re-Integrationsprozessen** gewonnen: Es gibt **erstens** eine **kritische Phase** nach Austritt oder Entlassung aus stationären Einrichtungen, die verpasst bzw. **nicht in ihrem Potential genutzt** wird, weil **zweitens** die **Komplexität und Dynamik des Falles nicht erfasst** wird. Diese Erkenntnisse schliessen an das oben genannte Interesse der cf unmittelbar an. **Drittens** haben sich zwei **Instrumente zur Abbildung der Falldynamik** im erwähnten und in weiteren Forschungsprojekten der HSA als ergiebig im Hinblick auf die Erfassung der psychosozialen Komplexität erwiesen: **Systemmodellierung** (SM) und **Real-Time Monitoring** (RTM). An den Proband/innen der Forschungsprojekte wurden zudem positive **Effekte dieser Instrumente** be-

obachtet, so dass von Seiten der Hochschule die Hoffnung gehegt wurde, dass diese in der Praxis genutzt werden könnten. Das RTM ist ein computergestütztes Verfahren zur täglichen Erfassung der körperlichen und psychischen Zustände sowie der sozialen Resonanzen. Dieses Instrument zusammen mit den heute zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der SM könnte einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der Unterstützung von Re-Integrationsprozessen leisten, so die Arbeitshypothese, die sich aus der genannten Forschungsarbeit ableiten liess.

Diese **Interessenkonvergenz**, nämlich das Interesse einerseits der cf, die Nachsorge und die Re-Integration der Bewohner zu verbessern und dafür neue Instrumente und Verfahren einzusetzen, sowie andererseits das im Forschungskontext der HSA entwickelte Wissen sowie die dort wirksamen Instrumente im Praxiskontext zu testen und weiter zu entwickeln, bildeten also den Ausgangspunkt und den konzeptionellen Zielhorizont für das auf drei Jahre angelegte Projekt, das mit dem vorliegenden Bericht evaluiert wird.

Mit diesem Zielhorizont sowie mit dem im folgenden Kapitel dargestellten methodischen Zugang des **„Praxis-Optimierungs-Zyklus“** (POZ) war gemeinsames Lernen als zentrale Strukturierung konzeptionell gesetzt. **Gegenseitige Lernprozesse** bilden denn auch das strukturierende Element im vorliegenden Bericht, er ist gleichzeitig selber wiederum ein Lernanlass für alle Beteiligten. So soll der Bericht sowohl in der cf als auch in der HSA Reflexion über den Prozess im Projekt insgesamt und auch über den Lernprozess ermöglichen. Er gliedert sich in sechs Abschnitte: Der erste Abschnitt ist der Darstel-

lung der Arbeitsweise, der Projektziele und der Evaluation gewidmet. Der zweite Abschnitt gibt einen Überblick über den Projektverlauf. Weitere Abschnitte betreffen die SM und das RTM. Der fünfte Abschnitt beschreibt und reflektiert den Kooperationsprozess, der in der Prozessevaluation zwischen September 2012 und Januar 2013 evaluiert wurde (Rotzetter 2013), seither aber noch fortgesetzt wurde. Der Bericht endet mit einer zusammenfassenden Darstellung der Lernprozesse, Rückblick und Ausblick (sechster Abschnitt).

Der folgende *Hinweis* mag das Lesen dieses Berichtes unterstützen:

Es ist möglich, sich sehr schnell einen Überblick über den Inhalt des Berichts zu verschaffen, wenn man nur die Überschriften und die Sidelines (ohne Zitate) am Seitenrand liest. Der jeweils dazu gehörende Text fasst dann in möglichst kurzer Form zusammen, was bezogen auf das in der Überschrift benannte Thema erarbeitet wurde. Die Zitate aus den Interviews in den Sidelines dienen der Illustration der Aussagen im Text. Im Inhaltsverzeichnis können Sie sich einen Überblick über die behandelten Themen machen und von daher den Bericht auch selektiv lesen. Wir empfehlen natürlich den gesamten Text zur Lektüre. Da sich der Bericht wesentlich an Expertinnen und Experten der Praxis wendet, wird Detailwissen z. B. zu Gegebenheiten der Arbeit in der stationären Drogenarbeit vorausgesetzt.

Methodisches Vorgehen: Der Praxis-Optimierungs-Zyklus

Thema 1

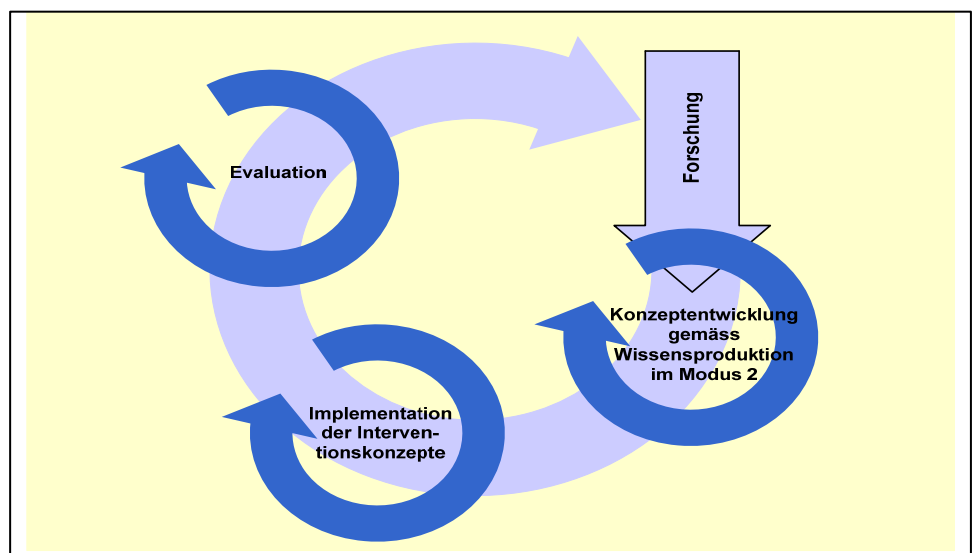
Der Praxis-Optimierungs-Zyklus (POZ) zielt auf Praxisentwicklung durch gezielte Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis bei der Entwicklung innovativer Konzepte.

Bevor die einzelnen Projektziele vorgestellt werden, soll eine Einordnung des hier skizzierten Projekts gegeben werden. Es schliesst unmittelbar an dem Vorhaben der HSA an, durch neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis den **Austausch von Wissen** zu verbessern. Oder mit anderen Worten: durch forschungsbasierte Praxisentwicklung und kooperative Wissensbildung in verschiedenen Arbeitsfeldern die Professionalisierung der Sozialen Arbeit voran zu treiben. Es geht bei dieser Form der Zusammenarbeit um eine Form der Wissensproduktion, bei der Akteure mit verschiedenen fachlichen Hintergründen **gemeinsam problemlösungsorientiertes Wissen erzeugen** – und nicht wie im traditionellen Wissenstransfermodell einseitig wissenschaftliches Wissen in die Praxis transferiert werden soll. Vielmehr sollen von Wissenschaft und Praxis gemeinsam erzeugte Problemlösungen zu Veränderungen und Innovation in der Praxis führen. Dies geschieht in projektformigen Kooperationen. Die so zusammen kom-

menden, unterschiedlichen Wissensformen (wissenschaftliches Wissen, operationales Wissen, Erfahrungswissen usw.) werden im Hinblick auf konkrete Problemstellungen aufeinander bezogen und in eine Handeln anleitende Form gebracht. Dieser Prozess wird als **Hybridisierung von Wissen** bezeichnet (vgl. Gredig / Sommerfeld 2010, S. 86). Gleichzeitig führt auch Lernen im Handeln zu hybridem Wissen, das durch Explizierung der Reflexion zugänglich gemacht werden kann.

Diese konzeptionellen Überlegungen zur Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis bilden die Grundlage für die Methodik des Praxis-Optimierungs-Zyklus (POZ), mit der das Projekt in der cf strukturiert wurde. Der POZ unterscheidet vier Phasen:

Die **Forschungsphase** zielt darauf, das in der Praxis vorhandene Wissen und Know-how in Bezug auf das gewählte praktische Problem systematisch zu erfassen und mit forschungs- und theoriegestütztem Wissen über Handlungsbedarfe und Wirkdimensionen erfolgreicher In-



Methodisches Vorgehen: Der Praxis-Optimierungs-Zyklus

Thema 1

In der casa fidelio wurden die vier Phasen des POZ mit Modifikationen durchgeführt.

tervention zu konfrontieren. Die folgende **Phase der Konzeptentwicklung** kennzeichnet sich dadurch, dass Wissenschaftler/innen und Praktiker/innen ihr je spezifisches Wissen in einer gleichberechtigten Kommunikationssituation in einen kooperativ gestalteten Entwicklungsprozess einbringen, so dass durch die Verschränkung der unterschiedlichen Wissensbestände sowohl forschungsbasierte als auch praxistaugliche Innovationsmodelle entstehen können. Der Entwicklungsphase folgen die **Implementationsphase** durch die Praxis und die **Evaluationsphase**, in der die Bewährung der Umsetzung untersucht wird.

In der cf wurden diese idealtypischen Phasen des POZ teilweise und modifiziert umgesetzt. Die Forschungsphase war, wie in der Einleitung beschrieben, vorgelagert. Deren Ergebnisse wurden in einer frühen Phase des Projekts primär im Sinne von Anpassung bestehender Instrumente, in einer späteren Projektphase aber im Sinne eigentlicher Entwicklung transformiert. Der Entwicklungsprozess erfolgte in zwei Gefäßen: Zum einen im **Projektteam**, das als kleines arbeitsfähiges Team aus Praktikern¹ und Wissen-

schaftler/innen die Aufgabe hatte, die konzeptionellen Arbeiten zu leisten; zum anderen im **Projektforum**, das aus Experten, der Co-Heimleitung und den Therapeuten zusammengesetzt und damit beauftragt war, (Zwischen)-Ergebnisse des Entwicklungsprozesses zu diskutieren und dem Projektteam Feedbacks zu geben. Bei einzelnen Sitzungen des Projektforums und bei weiteren gemeinsamen Treffen waren teilweise auch die Agogen anwesend. Im Projekt ergaben sich unterschiedliche Formen. Bezüglich der SM wurde während der gesamten Dauer entwickelt, indem Versuche mit dem Vorgehen seitens der HSA und auch weiter entwickelten bzw. vereinfachten Vorgehensweisen unternommen wurden. Beim RTM war es möglich, schon relativ schnell in Richtung Implementation zu gehen, wenngleich dies nicht zu einer Implementation in die Regelpraxis der cf geführt hat.

Das Projekt wird nun mit der Evaluationsphase abgeschlossen. Die gemachten Erfahrungen und gewonnenen Erkenntnisse werden von der HSA darüber hinaus weiter genutzt.

¹ Im Projektteam waren seitens der Praxis der für das Projekt angestellte Projektleiter (Psychologe, nachstehend Projektleiter cf) und als sein Stellvertreter der Leiter des Bewohnerbüros (Erwachsenenbildner und Sozialarbeiter, nachstehend stv. Projektleiter cf) vertreten. Seitens der Wissenschaft wirkten zeitweise der Projektleiter der HSA, ständig eine wissenschaftliche Mitarbeiterin und ein wissenschaftlicher Mitarbeiter mit. Diese

drei Personen (nachstehend Projektleiter HSA, wissenschaftliche Mitarbeiterin HSA und wissenschaftlicher Mitarbeiter HSA) werden nachstehend als Team HSA bezeichnet, wenn sie als Gruppe angesprochen sind. Die wissenschaftliche Mitarbeiterin hat als operative Projektleiterin gewirkt. Sie hat die HSA nach Halbzeit des Projektes verlassen, der erwähnte wissenschaftliche Mitarbeiter übernahm ihre Aufgaben.

Thema 2

Die Ziele:

Praktikabilitätstest
Systemmodellierung und
Real-Time Monitoring

Einbezug in Therapie

Nachsorge verbessern

Grundlagen für Schulung/
Implementation
generieren

Für das Projekt wurde vereinbart, im Rahmen eines Entwicklungsprojektes einen Praktikabilitätstest für die beiden Instrumente SM und RTM zu machen. Das heisst, *erstens* sollte die **SM in der cf als zusätzliches Instrument** zur Anamnese und Diagnose des Klientensystems und damit zur Formulierung von Therapiezielen genutzt werden. Um die **Verläufe der Klienten** in der Integrationsphase und Nachtherapiephase zu erfassen, sollte *zweitens* das **RTM** herangezogen werden. Es wurde vereinbart, die Instrumente SM und RTM an die Problematiken der Klienten und das Behandlungssystem der cf **anzupassen**, um die maximale Effektivität der Instrumente für die Klienten sowie die behandelnde Institution wie die nachsorgenden Stellen zu gewährleisten.

Drittens wurde vereinbart, dass die jeweiligen **Bezugspersonen** (Therapeuten) der einzelnen Klienten der cf **das RTM in die Einzelgespräche** während der Integrationsphase **einbeziehen**, um Reflexionsprozesse über das eigene Denken und Handeln anzuregen. Dies fördert das Bewusstsein über die „eigenen Handlungslogiken“ sowie die Selbstwirksamkeit.

Ein *viertes* Ziel war es, für einen Teil der involvierten Klienten die **Nachsorge zu übernehmen und dabei das RTM anzuwenden**. Bei Klienten, bei denen die Nachsorge nicht durch die cf erfolgt, sollte dazu die nachsorgende Stelle über das RTM informiert und die Methodik entsprechend den Gegebenheiten der nachsorgenden Stelle in die Beratung integriert werden. Würden durch das RTM Krisen erkannt, so sollte die casa fidelio sowohl Gesprächsangebote machen, als auch die vorbestehende Möglichkeit einer

Krisenintervention nach einem Rückfall mit Drogen- oder Alkoholkonsum nutzen (vgl. Konzept casa polish).

Neben diesen Hauptzielen wurde auch eine Reihe von **Teilzielen** formuliert.

1. In Bezug auf die **Systemmodellierung** bestand ein Teilziel darin herauszufinden, **wie weit** unter Praxisbedingungen **valide Modellierungen** angefertigt werden können, und ob diese einen Mehrwert für die therapeutisch - sozialarbeiterische Arbeit bieten. Insbesondere stellte sich auch die Frage, inwieweit die Klienten die Systemmodellierungen für sich nutzen können, und welchen Einfluss dieses Instrument auf die Bildung eines Arbeitsbündnisses hat.

2. In der Schweiz (und auch in Deutschland/Österreich) wurde vor dem vorliegend evaluierten Projekt das **RTM** entweder im ambulanten (bspw. Opferhilfe) oder dann im stationären Bereich (bspw. in der Psychiatrie) zu Forschungszwecken angewendet. Mit dem Einsatz des RTM in der casa fidelio kam daher erstmalig hinzu, dass das RTM von Klienten bereits **in der Phase eines stationären Aufenthalts, aber gleichzeitig auch über diese hinaus** angewendet wurde. Zu dieser kombinierten Anwendung in stationärer und nachsorgerischer Behandlung sollten – als zweites Teilziel – im Projekt Erkenntnisse gesammelt werden.

3. Das bedeutet zugleich auch, dass damit Erfahrungswissen gesammelt werden sollte, **wie die Übergänge von drinnen nach draussen** verlaufen und wie darauf basierend eine optimierte Nachsorge zu gestalten ist. Nebst dem Testen der Praktikabilität interessierte auch die

Thema 2

Die Ziele:

Praktikabilitätstest
Systemmodellierung und
Real-Time Monitoring

Einbezug in Therapie

Nachsorge verbessern

Grundlagen für Schulung/
Implementation
generieren

Frage, wie die neue Methode zur verbesserten sozialen Integration und zur Rückfallvermeidung beiträgt (drittes Teilziel).

4. Schliesslich sollte Wissen darüber gesammelt werden, **wie Fachleute in der Praxis mit SM und RTM arbeiten können** und wie darauf basierend die **Befähigung** zur Handhabung in Aus- und Weiterbildung **zukünftig geschult werden muss**. Nach Abschluss dieses Projektes sollten Ergebnisse und Erfahrungen vorliegen, wie bzw. in welcher Form diese neuen Methoden im Sinne von Nachfolgeprojekten bzw. Implementierungen in den Praxisalltag weiterer Institutionen des Straf- und Massnahmenvollzugs bzw. im Suchtbereich zu verfolgen sind.

Thema 3

Lernprozess evaluieren

Erkenntnisse zur
Instrumenten-
entwicklung

Kooperation

Der vorliegende Evaluationsbericht zielt wie bereits erwähnt einerseits darauf, in der cf und an der Hochschule eine **Reflexion über den Kooperationsprozess und über die durch ihn ausgelösten Lernprozesse** zu ermöglichen. Bei diesen Lernprozessen spielt hybrides, d.h. im Austausch zwischen Praxis und Wissenschaft gewonnenes Wissen eine bedeutende Rolle. Gleichzeitig sollen die Stiftung 3FO als Geldgeberin und weitere Interessierte einen **vertieften Einblick** in den Verlauf des Projektes und die Ergebnisse, die damit erzielt werden konnten, erhalten.

Die ursprünglich für die Evaluation angedachten Ziele legten den Fokus auf die Praktikabilität der Instrumente und auf den Prozess der dafür nötigen Kompetenzbildung, auf Impact und Nutzen für Institution und Klienten (vgl. Konzept für die Evaluation 2011, S. 1). Aufgrund des Verlaufs des Projekts wurden sie modifiziert und im Herbst 2012 wie folgt vereinbart: Es soll **der Lernprozess evaluiert** werden, der anhand von Entwicklung und Umgang mit den Instrumenten stattfand. Weiter soll deutlich gemacht werden, wo dieser Lernprozess steht mit dem Ziel, Erkenntnisse aus dem Projekt sowohl auf Seiten der cf wie auch der HSA zu sichern. Weil Kooperation und Lernprozess die **Instrumente SM und RTM** zum Anlass hatten, ist der Blick auf ihre **Praktikabilität** selbstverständlich ein davon untrennbarer Aspekt (vgl. Evaluationsskizze 2012, S. 1). Dabei gibt nicht die HSA mit einem Evaluationsbericht einseitig ein Verständnis über den Prozess ab, sondern **auch die Evaluation ist Teil der Kooperation** zwischen cf und HSA. Er wurde daher an einer abschliessenden POZ-Sitzung diskutiert und in diesem Sinne

kommunikativ validiert und ergänzt. Der Bericht soll aufzeigen, wo und weshalb die Weiterentwicklung und Testung der Instrumente an Grenzen stiess, aber auch wo sich Potenziale gezeigt haben. Weil keine Kontrollgruppe zur Verfügung stand, ist eine Auswertung des Outcome des RTM bei den Bewohnern nicht möglich.

Thema 4

Prozessevaluation und die Erkenntnisse zur Praktikabilität der Instrumente bilden die Grundlage für die Evaluation

Die Evaluation basiert zum einen auf einer **formativen Evaluation** (vgl. von Kardorff 2009), die auf den Prozess gerichtet bereits im Januar 2013 abgeschlossen wurde (Prozessevaluation, vgl. Rotzetter 2013). Zum anderen wurde die **Praktikabilität der Instrumente SM und RTM evaluiert**. Diese insgesamt drei Teile der Evaluation und die dabei verwendeten Instrumente werden nachstehend kurz dargestellt.

Die von einer Absolventin des Master-Studiums an der HSA² durchgeführte **Prozessevaluation** verfolgte drei übergeordnete Fragestellungen: Erstens sollte der Prozess der kooperativen Wissensbildung im Projekt betrachtet werden. Mit welchen Schwierigkeiten und erfreulichen Entwicklungen sahen sich die Beteiligten konfrontiert und welche Schlüsse können daraus für weitere Projekte gezogen werden? Die Unterfragestellungen der Prozessevaluation betrafen die einzelnen Massnahmen im Projekt, die Zielerreichung, den Nutzen und die Auswirkungen der SM und des RTM auf die Organisation und auf den Therapieprozess, sowie zur allgemeinen Zusammenarbeit und den Lernprozessen (vgl. Rotzetter 2013, S. 6). Mit der Formulierung und Bearbeitung dieser Fragestellungen wurde ein expliziter Bezug auf die Hybridisierungsprozesse gemacht (vgl. das Thema Praxis-Optimierungs-Zyklus)

Methodisch wurde das Kernstück der Prozessevaluation durch fünf halb-strukturierte, qualitative Interviews mit relevanten Projektbeteiligten gebildet. Es wurden dabei die Projektmitarbeiterin HSA, der Pro-

jektleiter cf, der stv. Projektleiter cf und zwei Therapeuten befragt, die bei der Anwendung der Instrumente eine wichtige Rolle spielten. Der dafür verwendete Leitfaden enthält sowohl offene, erzählgenerierende Fragen als auch strukturierte Fragen zu den genannten Unterfragestellungen. Die **Analyse** des Interviewmaterials orientierte sich an der Grounded Theory (vgl. Strauss / Corbin 1996). Ergänzend zu den fünf Interviews wurde die Prozessdokumentation des Teams HSA berücksichtigt (Projektbeschrieb, Protokolle der sechs ersten POZ-Sitzungen, Journal des Teams FHNW, ausgewählte Protokolle von Sitzungen des Projektteams, statistische Dokumente zu SM und RTM). Die Evaluatorin nahm im Sinne teilnehmender Beobachtung auch an einer POZ-Sitzung und an einem Workshop zur Thematik der Visualisierung von Falldynamik und Ressourcen teil.³

Die Ergebnisse ihrer Auswertung wurden zum Zweck der **kommunikativen Validierung** und der **Hybridisierung** mit anderen Wissensbeständen zunächst mit dem erweiterten Projektteam und später mit dem Projektforum besprochen. Dies ermöglichte eine gemeinsame Reflexion über das Projekt und den durchlaufenen Prozess.

Der hier vorliegende Bericht nimmt die bei Rotzetter (2013) dokumentierten Befunde zum Prozess sowie zur **Praktikabilität von SM** und RTM auf und führt sie bezüglich des noch bis Sommer 2013 weiter gelaufenen Kooperations- und Entwicklungsprozesses weiter und

² Im Rahmen eines Projektpraktikums des Masterstudiums Soziale Arbeit

³ Zum methodischen Vorgehen im Einzelnen vgl. Rotzetter 2013, S. 7f.

Thema 4

Zusätzliche Analysen der Daten des Real- Time Monitoring als weiteres Element der Evaluation

vertieft sie. Die Bewohner wurden betreffend der SM nicht befragt, da sie mit ihr als digital und auf Papier vorliegendem Produkt keine Berührungspunkte hatten.

Betreffend der **Praktikabilität des RTM** gehen hingegen neben den Daten aus der Prozessevaluation weitere Erhebungen und Auswertungen in den Bericht ein: Erstens wurde eine schriftliche Befragung der Bewohner, die mit RTM gearbeitet und für den Projektleiter cf noch erreichbar waren, durchgeführt (8 von 18 Fragebögen ausgefüllt, März bis Mai 2013). Weiter befragte der Projektmitarbeiter HSA vier Bewohner mit unterschiedlicher Compliance (Dezember 2012 bis Mai 2013). Auf der schriftlichen Befragung von zwei Therapeuten, der Co-Heimleitung und dem stv. Projektleiter cf zum RTM baute eine Gruppendiskussion auf. Schliesslich wurden zwei Fallverläufe durch Zuspieglung unabhängiger Variablen näher analysiert.

Überblick über den Projektverlauf

Thema 5

Die kooperative
Verschränkung von
Wissen hat in
signifikantem Umfang
stattgefunden

Schulung war ein
grosser Bestandteil

Die Suche nach
Problemlösungen für die
Systemmodellierung hat
einen grossen Raum
eingenommen

Problemlösendes
Lernen hat im Hinblick
auf Inhalt und
Prozessgestaltung
stattgefunden

Im Rahmen des Projektes fanden sieben Sitzungen mit dem **Projektforum** (sog. POZ-Sitzungen) und ca. 30 **Projektteam-Sitzungen** statt. Zur Vermittlung der Kompetenzen für die Instrumente SM und RTM wurden acht **Schulungsanlässe** im Rahmen des Projektteams durchgeführt, weitere drei im Rahmen des Projektforums (zum biografischen Interview und zum RTM, davon einmal mit Günter Schiepek, vgl. auch Haken / Schiepek 2010). Zur Besprechung der SM eines Bewohners waren der Projektleiter HSA und die beiden Mitarbeitenden HSA bei einer **Retraite** der cf zeitweise anwesend. Zusätzlich fanden **Workshops** zur Demonstration des Vorgehens der SM durch Günter Schiepek, zur Präsentation der SM eines Bewohners, die von der HSA durchgeführt wurde sowie zur Sichtung vorhandener Formen der Erhebung von Ressourcen und zur Visualisierung statt.

Alle diese Sitzungen boten grundsätzlich Anlass zum gegenseitigen Lernen entlang von anspruchsvollen Themen, d.h. zur Verschränkung der verschiedenen Wissensformen und damit zur Bildung von hybridem Wissen. Zur Veranschaulichung werden im Folgenden die **Inhalte der Sitzungen des Projektteams und der POZ-Sitzungen** summarisch beschrieben. Grundsätzlich wurde die Hauptarbeit im Projektteam und von dessen Mitgliedern geleistet, diese Arbeit wurde in den POZ-Sitzungen reflektiert, mit dem Ziel, die Bezugspersonen der Bewohner (Therapeuten) und die Geschäftsleitung mit einzubeziehen.

Für die geleistete Kooperation lassen sich mehrere **Phasen** unterscheiden. In einer ersten Phase wurden der Projektleiter cf und sein

Stellvertreter in die bestehenden Instrumente und gleichzeitig auch die Therapeuten in die Interviewführung eingeführt. Danach folgten die ersten Analysen von biografischen Interviews, Modellierungen von SM und deren Nachbearbeitung. Parallel dazu wurde das RTM für die austretenden Bewohner eingeführt.

Weil die Arbeit an angemessenen Formen der SM sich schwierig gestaltete und Probleme hervorbrachte, zu deren Bewältigung teilweise unterschiedliche Ansätze vertreten wurden, kam es zu Spannungen. Dabei konnte auf der persönlichen Ebene aber ein gutes Einvernehmen bewahrt werden. Inhaltlich begann eine Phase der Suche nach Alternativen. Dementsprechend entwickelte sich eine Phase der Suche nach Problemlösungen für die SM, die mehrere Anläufe umfasste. Dazu zählt u.a. die Beschäftigung mit dem Ansatz von Schiepek zu idiografischer Systemmodellierung. Gleichzeitig wurde das RTM weiter angewandt und die nachsorgenden Stellen dabei begleitet.

Die Prozessevaluation, die zu Beginn des dritten Projektjahres begann, stellte gewissermassen eine Zäsur dar und führte zu neuen Erkenntnissen betreffend Inhalten und Strukturierung des Projektes. In einer letzten Phase wurden aufgrund dieses Lernprozesses andere Formen der Visualisierung und Modellierung der Problemgenese und Problemdynamik entwickelt. Diese letzte Phase dokumentiert auf spezifische Weise das Lernen an Problemen und hat neue Pfade eröffnet.

In den folgenden Abschnitten wird nun die Arbeit mit der SM und dem RTM näher beschrieben.

Systemmodellierung: Das biografische Interview

Thema 6

Das biografische Interview unterstützt den Beziehungsaufbau zwischen Therapeut und Bewohner und liefert zusätzliche Einblicke.

„Es ist ein sehr guter Einstieg zur Erarbeitung von Therapiethemen und Behandlungszielen.“

Die idiografische Systemmodellierung, so wie sie von Schiepek verwendet wird (Haken / Schiepek 2010, S. 432), zielt darauf, den Zusammenhang von innerpsychischen Vorgängen und persönlichen Mustern zu visualisieren und damit die Komplexität der psychischen Prozesse zu erfassen und der Bearbeitung zugänglich zu machen. In der Weiterentwicklung, wie sie an der HSA geleistet wurde, bildet die **Systemmodellierung das Zusammenspiel von psychischen und sozialen Prozessen und deren Komplexität** ab. Dies birgt für die Unterstützung von Re-Integrationsprozessen ein enormes Potenzial. (vgl. Sommerfeld / Hollenstein / Calzaferri 2011). Basis für die Gewinnung der dafür notwendigen Informationen, so wie sie im Forschungskontext generiert wurden, ist das biografische Interview. Für die sozialarbeiterische Praxis ist die Arbeit an der Biografie ein gängiges Verfahren (Hölzle / Jansen 2009), so dass vermutet werden konnte, dass ein biografisches Interview auch in diesem Praxiskontext sinnvoll eingesetzt werden kann.

Das **biografische Interview** wurde den Therapeuten zu einem frühen Projektzeitpunkt vorgestellt und von diesen in der Folge in neun und d.h. bei allen neuen Fällen für das Erstgespräch verwendet, in einem weiteren vom Projektmitarbeiter HSA. Es wurde von den Therapeuten anlässlich der Präsentation der Prozessevaluation als bereicherndes Element bezeichnet: Es unterstützt den Beziehungsaufbau und wird als sehr guter Einstieg zur Erarbeitung von Therapiethemen und Behandlungszielen gesehen. Die Bewohner konnten mit der offenen Erzählsituation gut umgehen. Insgesamt zeigen

sich **Wertschätzung der Therapeuten für das Instrument** und eine weitgehende **Bewährung im betrieblichen Alltag**. Die Annahme, dass sich das biografische Interview in der Praxis zur Datenbeschaffung und zur Strukturierung der Arbeitsbeziehung bewähren würde, hat sich also vollumfänglich bestätigt. Zugleich kann im Hinblick auf Lernprozesse an dieser Stelle festgehalten werden, dass mit der Einführung des biografischen Interviews dem Repertoire der Therapeuten ein weiteres Element hinzugefügt werden konnte, verbunden mit den damit einhergehenden Kompetenzbildungsprozessen.

Die **Auswertung** des biografischen Interviews erfolgte aber seitens der Therapeuten mit den bisherigen therapeutisch-diagnostischen Mitteln, die sich dafür als geeignet erwiesen haben. Dies hat auf der einen Seite dazu geführt, dass die Akzeptanz dieses „Instrumentes“ unmittelbar gegeben war, auf der anderen Seite musste sich nun zeigen, welchen Mehrwert die Systemmodellierung, also eine differente Form der Analyse des biografischen Interviews generieren würde, die völlig andere Kompetenzen erfordert.

Thema 7

Systemmodellierungen erstellen zu können bedingt die schrittweise Aneignung einer Kunstlehre. Mit klassischer Schulung ist dies nicht zu erreichen.

Die SM bietet die Möglichkeit, das Zusammenspiel von biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Faktoren abzubilden, was für das **Verständnis von Falldynamik und das Zeichnen von Perspektiven der Re-Integration nach stationären Aufenthalten** wesentlich ist. Es ist voraussetzungsvoll, das Verfahren der SM anzuwenden, was auch schon im Rahmen der Forschungsprojekte an der HSA deutlich wurde. Im evaluierten Projekt wurde dem ungenügend Rechnung getragen, wie aus der Rückschau deutlich ist. So wurden im Projektteam bezüglich der Schritte vom biografischen Interview zu einer Modellierung der psycho-sozialen Falldynamik, d.h. zur Modellierung eines Lebensführungssystems, **an klassischer Schulung orientierte Schritte** unternommen. Die beiden wissenschaftlichen Mitarbeitenden der HSA stellten Projektleiter cf und stv. Projektleiter cf das Konzept der Synergetik (der Lehre von komplexen dynamischen Systemen) sowie die Ergebnisse des Forschungsprojektes (vgl. Sommerfeld / Hollenstein / Calzaferri 2011) vor. Anschließend wurden das biografische Interview und sodann die in Grounded Theory und qualitativer Sozialforschung begründete Analysetechnik der Codierung mit den Schritten hin zur Formulierung einer Strukturhypothese besprochen, die die Charakteristik und Problematik des Falls prägnant fasst. D.h. es wurde die Methodik der rekonstruktiven Sozialforschung vermittelt, um deren Ergebnisse für die SM zu nutzen, so wie es auch in der Forschungspraxis üblich ist. Dabei wurde zügig vorgegangen in der Absicht, dass schon rasch erste Modellierungen erstellt werden sollten. Entsprechend sollten dann die Problemgenese von

Fällen, die frühere oder aktuelle Dynamik in einzelnen Handlungssystemen und die aktuelle Problemlösungsdynamik modelliert werden können. Letztere umfasst das Zusammenspiel von sozialen und psychischen Faktoren und d.h. wesentlich die heute relevanten Kognitions- Emotions- Verhaltens-Muster von Menschen und die Reaktionen anderer Akteure darauf. Daraus lassen sich dann Ansatzpunkte zur Veränderung eruieren, die professionell unterstützt werden können.

Rückblickend lässt sich festhalten, dass dieses Vorgehen zur Kompetenzbildung nicht angemessen war, dies deshalb weil die **Erstellung einer SM im Rückgriff auf eine Kunstlehre** erfolgt, die sich nicht ohne weiteres vermitteln und lernen lässt. Die erforderlichen Kompetenzen lassen sich nicht so einfach angeben. Vielmehr ist hier ein **ausgreifender Prozess** notwendig, wo Noviz/innen Schritt für Schritt mit laufenden Möglichkeiten zu üben in die Kunst eingeführt werden. Dies bedeutet, dass ein schrittweises Vorgehen mit Einbezug des Projektleiters HSA in einer zentralen Rolle zielführender wäre. Für ein solches Vorgehen bieten sich workshopartige Veranstaltungen mit vielen Übungsmöglichkeiten an. In künftigen Projekten und auch in einem neu anlaufenden Modul im Bachelor-Studiengang Soziale Arbeit der HSA soll dies so berücksichtigt werden.

Systemmodellierung: Auf der Suche nach einer praktikablen Form

Thema 8

Intensive Suche nach Problemlösungen in unterschiedliche Richtungen

Alle Lösungsversuche sind versandet.

Wie oben geschildert und auch problematisiert bestand also der Ansatz der HSA darin, das Vorgehen zur Erstellung einer SM im Rahmen von Schulung zu vermitteln. Im Anschluss machten die Projektmitarbeitenden HSA Vorschläge, wie die Erarbeitung der ersten SM schrittweise begleitet werden könnte. Bei der **Erstellung** der SM fand im Anschluss eine derartige **Begleitung** statt, wobei der Projektleiter cf unter Beibehaltung eines regelmäßigen Austauschs mit der operativen Projektleiterin HSA diese Schritte zunehmend selbständig leistete. Er erstellte im Laufe der Zeit insgesamt sieben SM. Aus seiner Sicht zeigten sich die gewonnenen **Ergebnisse als zu wenig ergiebig**, das gesamte Vorgehen für die Koordination mit dem Aufenthalt der Bewohner und dem Therapieprozess als zu aufwändig und zu lange dauernd. Um diese Koordination aber zu sichern, sollten die SM zeitnah vorliegen. Rückblickend wird diese Ausrichtung an der **Synchronisation der Erarbeitung der einzelnen SM mit den Bedarfen der Therapie** von den Akteuren des Projektteams kritisch betrachtet. Im Thema 16 werden damit zusammen hängende unterschiedliche Verständnisse der Stossrichtung des Projekts und von Praktikabilität näher beleuchtet.

Zurück zur Darstellung der Suche nach einer praktikablen Form der SM: Ausgelöst durch diese Schwierigkeiten begann zunächst einmal der Projektleiter cf verstärkt nach Alternativen für die Erstellung einer SM zu suchen. Gemeinsam wurde dann das sogenannte „**Experiment 2011**“ entwickelt, das darauf abzielte, mit **weniger Analyseaufwand** vom biografischen Interview zu einer Modellierung zu kommen. Dabei sollte einerseits die Codierung ver-

einfacht, d.h. Codes fallübergreifend verwendet werden. Andererseits sollte nurmehr der Beginn des Interviews transkribiert und auf dieser Basis eine erste Darstellung des Zusammenspiels psychischer und sozialer Faktoren in der sogenannten Problemgenese erstellt werden, der Rest der Tonaufnahme dann abgehört und die SM auf dieser Basis ggf. ergänzt werden. Dieses Vorhaben wurde für einen Fall umgesetzt, ohne allseits befriedigendes Ergebnis. Der stv. Projektleiter erstellte später mit einem veränderten Verfahren eine weitere Modellierung.

In einem weiteren Fall fand ein Teil der Analyse wie in einzelnen deutschen sozialpädagogischen Institutionen in einer **interdisziplinären Arbeitsgruppe** statt, die aus Mitarbeitern der cf und dem Projektleiter cf bestand. Später wurde das der Weiterentwicklung durch die HSA zugrundeliegende Verfahren der idiografischen Systemmodellierung von Günter Schiepek (vgl. Haken / Schiepek 210, S. 432) näher angeschaut und ausprobiert (inklusive Weiterbildungsveranstaltung). Keines dieser Verfahren, die in anderen Kontexten als praktikabel gelten, wurde allerdings schlussendlich konsequent weiterverfolgt.

Im weiteren Verlauf stellte sich neben der Frage der Praktikabilität vermehrt die Frage nach dem Mehrwert der SM. Um dieser Frage nachzugehen und die schwelende Frage nach der Kompetenzabhängigkeit der SM zu klären, erstellte das Team HSA zwecks Demonstration einer sogenannten „guten SM“ für einen weiteren Fall eine achte Modellierung. Das hier zugrunde liegende „**Experiment 2012**“ sah vor, dass die cf den Bewohner wie üblich

Systemmodellierung: Auf der Suche nach einer praktikablen Form

Thema 8

Prozessevaluation setzte Impuls für neuen Anlauf

begleitete und der zuständige Therapeut sein gesammeltes Wissen den Erkenntnissen aus der SM gegenüberstellt, um einen **Vergleich der möglicherweise unterschiedlichen Ergebnisse** zu ermöglichen. Die Präsentation der entsprechenden SM durch die beiden wissenschaftlichen Mitarbeitenden HSA im Projektforum löste dann einerseits Bestätigung seitens der Therapeuten in der Form aus, dass mit dieser Modellierung gearbeitet werden könnte, verbunden allerdings mit der Aussage, die Ergebnisse würden über die mit den vorhandenen Kompetenzen und Verfahren erzielbaren Ergebnisse nicht weit genug hinaus gehen. Mehraufwand und Mehrwert wurden also als in einem ungünstigen Verhältnis stehend beurteilt.

Die erstellten SM wurden aufgrund der zeitlichen Verzögerung und des nicht wahrnehmbaren Mehrwerts nicht für die Anamnese und Diagnose der jeweiligen Bewohner und die Formulierung von Therapiezielen genutzt. Sie wurden auch nicht mit Bewohnern besprochen. Aus demselben Grund konnten die Erkenntnisse aus den SM auch in der Handlungsplanung und im Monitoring des Integrationsprozesses nicht berücksichtigt werden. Keine der erstellten SM wurde an eine nachsorgende Stelle weiter gegeben. Insgesamt hat sich **die SM in der an der HSA verwendeten Form ebenso wie die getesteten Alternativen als in der cf nicht praktikabel** erwiesen.

Zum „Experiment 2012“ und den hier geschilderten weiteren Prozessen ist anzumerken, dass die Problemlösungsstrategien im Projektteam bezüglich der seitens Therapeuten und Team HSA kritisierten Ergebnisse der SM des Projektlei-

ters cf auseinander liefen: Das Team HSA wollte im Kern die Kompetenzen der Mustererkennung beim Projektleiter cf unterstützen und hatte dabei vor allem die Nachsorgephase und damit Partner/innen ausserhalb der cf im Auge. Für den Projektleiter cf aber stand die Steigerung des Nutzens für die stationäre therapeutische Praxis und d.h. die Synchronisierung des SM-Erstellungsprozesses mit dem Therapieprozess bzw. dem Aufenthalt in der cf im Vordergrund. Diese **Spannung zwischen der Orientierung an Qualität der SM mit ihrem Bezug auf die Re-Integrationsphase und der Orientierung am Nutzen für die Therapeuten** konnte zunächst nicht aufgelöst werden und erschwerte das Vorankommen. Rotzetter (2013, S. 15) stellt ausführlich dar, wie das Projektteam, das in der Konzeption des Projektes der zentrale Ort war, an dem die Entwicklungsprozesse stattfinden sollten, für eine relativ lange Zeit eigentlich handlungsunfähig bzw. in einem unproduktiven Modus gefangen war. Die **Prozessevaluation** unterstützte wesentlich, dass diese Zusammenhänge und mögliche Erklärungen ins Bewusstsein aller Akteure gerückt und einer diskursiven Bearbeitung zugänglich wurden. Damit konnte die im nächsten Abschnitt geschilderte letzte Phase zur SM in Angriff genommen werden.

Systemmodellierung: Auf der Suche nach einer praktikablen Form/ Neuer Anlauf

Thema 9

In einer weiteren Phase wurden alternative Möglichkeiten der Visualisierung gesucht, aufbauend auf schon vorhandenen Daten und mit weiteren Informationen

Hier ist eine Weiterentwicklung gelungen, die prototypisch teilweise auch zur Anwendung gelangte

Ausgehend von der 6. POZ- Sitzung im September 2012 wurde angestrebt, eine angepasste Form der SM und der Visualisierung zentraler Muster sowie hinderlicher und förderlicher Faktoren für gelingende Re-Integration zu entwickeln, dies auf der Basis von in der cf bereits praktizierten Formen der Visualisierung. In einem Workshop mit allen Therapeuten und Agogen wurden solche intern bekannten Verfahren (u.a. Genogramm, Ecogramm, VIP-Karten) gesammelt. Danach wurde der Auftrag an das Projektteam erteilt, Alternativen zu suchen, wie man **aufbauend auf schon vorhandenen Daten** zusammen mit weiteren Informationen zu einer **Visualisierung** kommt. Diese Alternativen sollten weniger kompliziert und anspruchsvoll sein.

Im Projektteam wurde **prototypisch ein Verfahren** entwickelt, das die drei Schritte der **Wissensintegration**, der Erstellung eines **Metamodells** und der **Modellierung des Lebensführungssystems** umfasst. Die Datenerhebung besteht aus einem Raster zur Erfassung von Ressourcen und Problembereichen eines Bewohners, einem Fragebogen zu Schlüsselkompetenzen, einer Darstellung der biografischen Eckpunkte und VIP-Karten (Darstellung der wichtigen Personen im Leben eines Menschen). Auf dieser Grundlage findet eine Fallbesprechung mit Beteiligung von Bezugsperson und zuständigem Agogen statt. Dazu liegen als Instrumente ein Leitfaden und ein Raster zur Erfassung der Resultate vor. Sodann folgt die Modellierung eines Metamodells durch den Projektleiter cf mit Bezug auf einen „Ganzheitlichkeitstest“, um die Berücksichtigung von Elementen aus allen relevanten Lebensbereichen zu sichern.

Im Projekt wurden bisher diese beiden Schritte geleistet, ohne Ganzheitlichkeitstest und Metamodell.

Auf dieser Basis erlaubt im dritten Schritt eine Bewertung des Metamodells eine Modellierung des Lebensführungssystems mit den einzelnen relevanten Handlungssystemen vorzunehmen. Dazu wurde auf die erwähnte SM des stv. Projektleiters zurückgegriffen. Dieser hat Definitionen entwickelt, die eine standardisierte Darstellung einzelner Elemente ermöglichen (d.h. von Ereignissen, Kompetenzen, Verhalten, Strategien, Beziehungen zwischen Elementen). Wie im Verfahren der HSA wurden dabei die biologische, biografische, psychische, psychosoziale und soziale Ebene berücksichtigt. Der stv. Projektleiter und der zuständige Therapeut werden das Verfahren nach Projektabschluss weiter verfolgen.

Auch wenn damit noch nicht das ganze Procedere zur prototypischen Anwendung gelangte und damit auch keine fertige Form resultierte, so ist dem Projektteam in diesem noch einmal äusserst konstruktiven Prozess doch eine **Weiterentwicklung gelungen**, die vielversprechend ist, aber auch noch einmal zeigte, dass es von der Sache her eben schwierig ist, sich der Komplexität eines menschlichen Lebensführungssystems anzunähern, egal wie man diese Annäherung aufgleist. Noch einmal wurde eine intensive Phase gemeinsamen Lernens realisiert, die allerdings wieder nicht zu einem in der cf unmittelbar praktikablen Instrument geführt hat. Insgesamt leistet das Erarbeitete aber einen Beitrag, in der Anamnese und Analyse von Falldynamiken eine grössere Tiefenschärfe zu erreichen.

Thema 10

Die Systemmodellierung wurde aufgrund der zeitlich verzögerten Erstellung nicht als zusätzliches Instrument für Anamnese und Diagnose des Klientensystems genutzt. Sie wurde den Bewohnern nicht gezeigt und auch nicht hinsichtlich der Nachsorge weiter verwendet.

In einigen Fällen diente sie der Dokumentation und Berichterstattung.

„Die übersichtliche Form der Hauptthemen nützt mir für das Schreiben von Berichten.“

Die Mitarbeiter der casa fidelio haben aus dem Projekt gelernt.

„Wir sind uns der Struktur der Arbeit oder des Therapieverlaufs stärker bewusst geworden.“

Als Projektziel war formuliert worden, die SM als zusätzliches Instrument zur Anamnese und Diagnose des Klientensystems und zur Formulierung von Therapiezielen zu nutzen. Dieses Ziel wurde nicht erreicht. Es zeigte sich nämlich, dass die Anwendung der in der Forschung weiter entwickelten, **anspruchsvollen SM des Zusammenspiels von sozialen und psychischen Faktoren in Übergängen auch mit Anpassungen zeitlich aufwändig** ist und die Vermittlung und Aneignung der nötigen Kompetenzen auf dem gewählten Weg nicht angemessen möglich war. Gleichzeitig wurde aber das **biografische Interview** wie oben dargestellt durch die Therapeuten geschätzt. Sie konnten auf einfache Weise zusätzliche Erkenntnisse über den Bewohner gewinnen und erhielten Unterstützung beim Beziehungsaufbau und bei der Erarbeitung von Therapiethemen und Behandlungszielen. Die **durch die ergänzte Form der SM** der HSA diente darüber hinaus mit ihrer übersichtlichen Form der Hauptthemen in einigen der analysierten Fälle den Therapeuten für die eigene Dokumentation und für die Berichterstattung. An dieser Stelle hat sich also durchaus ein **Mehrwert** in der Praxis gezeigt. Mit dem oben dargestellten, prototypisch angewandten Verfahren wurde weiterer Mehrwert für die Praxis erst absehbar, aber noch nicht eigentlich gezeigt. Aus Sicht der Mitarbeitenden der Hochschule schliesslich besteht ein Mehrwert nach wie vor auch auf der Ebene der Erfassung der psychosozialen Dynamik und der damit einhergehenden Komplexität. Dieser Mehrwert ist allerdings besonders für sozialarbeiterische Interventionen relevant, und zwar v.a. in der

Nachsorge bzw. Re-Integration. Diese Schnittstelle konnte nicht weiterentwickelt werden.

Aus der Rückschau lässt sich festhalten, dass durch das Team HSA zu einseitig und zu lange **Kompetenzbildung** in der Mustererkennung angestrebt wurde. Eine frühzeitige gemeinsame Tätigkeit zusammen mit dem Projektleiter HSA in kleinen Schritten hätte hier eine bessere Unterstützung geboten und die Kunstlehre der Erstellung von SM greifbar gemacht.

Als wesentliches Ergebnis der verschiedenen Bemühungen resultierte wie oben beschrieben aber eine **angepasste Form der SM**, die sich in einem Fall mit einiger Verzögerung prototypisch auch anwenden liess. Es bleibt **offen, wie dieses Vorgehen in der Praxis zu implementieren ist**. Weiter ist festzuhalten, dass eine Entwicklung, die über die Projektleitung cf hinaus weitere Mitarbeiter beteiligt, mit den gegebenen Ressourcen nicht möglich ist. Entwicklungsbedarf besteht prinzipiell vom Instrument her und gleichzeitig u.E. auch von der Praxis her.

Interessant ist der Hinweis eines Therapeuten, man sei sich durch den Prozess mit der SM auch der Arbeit und des Verlaufs der Therapie von Bewohnern stärker bewusst geworden. Überhaupt sind **Lernprozesse** gerade bezogen auf die SM und die Schwierigkeiten, die damit verbunden waren, als wichtiges Ergebnis festzuhalten, auch wenn sie nicht zur Erreichung des ausgewiesenen Ziels geführt haben.

Real-Time Monitoring: Verwendung durch den Projektleiter und die Mitarbeiter der casa fidelio

Thema 11

Die Einführung des Real-Time Monitoring lief planmässig und problemlos

Der Fragebogen wurde angepasst

Praktikabilität und Mehrwert sind gegeben

Im Projekt wurde wie erwähnt auch getestet, inwiefern sich das Instrument des RTM in der Praxis einsetzen lässt. Dass das Instrument wie bereits aus früheren Forschungsprojekten bekannt und im Projektbeschrieb postuliert Potenzial hat, durch zusätzliche Daten einen erweiterten Einblick in die Falldynamik zu ermöglichen, war für die Beteiligten von Anfang an einleuchtend. Es war aufgrund der Forschungsarbeiten der HSA erwartbar, dass sich individuelle Krisen auch zum Voraus erkennen lassen. Auch vielen Bewohnern erschien das Instrument attraktiv, indem es prinzipiell bei der Affinität von Digital Natives ansetzt, zu denen viele der Bewohner zählen.

Der Projektleiter cf eignete sich das **Know-How zum RTM** aufgrund der Vermittlung durch das Team HSA erfolgreich an.

Der Entwicklungsbedarf beschränkte sich weitgehend auf die Entwicklung der Fragebögen, die für die Zeit während des Aufenthalts einerseits und für diejenige nach dem Aufenthalt andererseits benötigt wurden.⁴ Diese Entwicklung ging in Zusammenarbeit zwischen cf und FH wenige Monate nach Projektstart in relativ kurzer Zeit und – im Rahmen eines Pretests – mit Einbezug einiger Bewohner vorstatten. Einige Monate nach Beginn der Implementation verständigten sich die Mitarbeiter der cf darauf, den **Gebrauch des RTM als Bestandteil der Integrationsphase** zu erklären. Bis

zum Sommer 2013 kam das RTM in 16 Fällen zur Anwendung.

Der **Projektleiter cf** führte dabei die Bewohner in das RTM ein, prüfte das Ausfüllen, führte mit den Bewohnern Feedbackgespräche und unterrichtete die Therapeuten über Entwicklungen bei den einzelnen Bewohnern. Eine kurze **Einführung der therapeutischen Mitarbeiter** in die Funktionalitäten des SNS fand dabei im Projektforum statt. Weiter stellte der Projektleiter cf auch den Kontakt zur nachsorgenden Stelle her, gab dieser jeweils eine Einführung in das RTM und übernahm zum Teil auch in der Nachsorge die Funktion als Lieferant von Informationen aus dem RTM. Die Therapeuten hat er im Laufe des Projektes teilweise zu **Feedbackgesprächen** dazu geholt. Gewisse Themen, die in den Feedbackgesprächen angesprochen werden, griffen die Therapeuten in Therapiegesprächen dann wieder auf. In der Nachsorge übernehmen sie keine Funktion, weil sie mit den Aufgaben als Bezugsperson für bis zu acht Bewohner ausgelastet sind. Die Mitarbeiter waren bereit, das RTM als Gesprächsanlass, nicht aber – abgesehen vom Projektleiter – als zusätzlichen Kommunikationskanal zu nutzen, was einzelne Bewohner versucht hatten.

Die Mitarbeiter berichten in den Interviews der Prozessevaluation, dass sie durch das RTM einen **tieferen Einblick in die Befindlichkeit der Bewohner** erhalten, da die Tagebucheinträge sehr aufschlussreich seien, gewisse Muster der Klienten sehr deutlich würden und deren Befindlichkeit an den Zeitreihendarstellungen gut abgelesen werden könne. Für die schriftlich befragten Mitarbeiter lassen die

⁴ Um die Entwicklung der zeitlich durchlaufenden Items beobachten zu können, wurde ein dritter Bogen in der Erfassungs- und Auswertungssoftware *Synergetic Navigation System* eingerichtet.

Real-Time Monitoring: Verwendung durch den Projektleiter und die Mitarbeiter der casa fidelio

Thema 11

Potenzial für Nachsorge
bestätigt

Teilnahme an
internationalem Forum

Daten des RTM Rückschlüsse über den Stand der Therapie und teilweise auch in Bezug auf den bevorstehenden Integrationsprozess zu. Dabei war das Erkennen kritischer Phasen im therapeutischen Prozess für die meisten befragten Mitarbeiter möglich.

Der Projektleiter cf hatte bei einigen ehemaligen Bewohnern noch tieferen Einblick, indem er die Daten aus dem RTM regelmässig konsultierte, teilweise Auffälligkeiten an nachsorgende Stellen meldete, teilweise aber auch selber Gesprächsangebote an die Ehemaligen machte. Die so erkannten Krisen im Integrationsverlauf konnten durch den Projektleiter cf damit teilweise aufgefangen werden. Bezüglich des Grads der Implementation bestätigte sich in der Gruppendiskussion, dass das RTM wie bereits im Projektantrag postuliert im therapeutischen Alltag als zusätzliches Instrument eingesetzt wurde. Es wurde aber von den Therapeuten wegen der technischen Unzulänglichkeiten **nicht in ihre Arbeitsweise integriert**. In der Gruppendiskussion wurde von einem Therapeuten die Durchführung von interdisziplinären **Fallbesprechungen** vorgeschlagen, in denen auch die Daten aus dem RTM aufgegriffen würden.

Der Projektleiter cf und der wissenschaftliche Mitarbeiter HSA nahmen mehrmals an Netzwerktreffen der SNS-nutzenden Einrichtungen teil und gestalteten an einer Tagung einen Workshop, der sich auf die Anwendung des RTM im Projekt und die gewonnenen Erfahrungen bezog. **Es werden dazu Publikationen erscheinen.**

Real-Time Monitoring: Verwendung durch die Bewohner

Thema 12

Die interviewten Bewohner haben in den Feedbackgesprächen zum Real-Time Monitoring Muster erkannt.

„Konntest du durch das RTM bedeutsame Sachen für dich erkennen?“ „Ja, natürlich.

Wenn es mir schlecht geht, ziehe ich mich zurück, der Kontakt zu anderen Personen wurde dann schlecht. Es ist dann wichtig, dass ich in Kontakt bleibe und kommuniziere, muss das irgendwo deponieren. Das RTM half mir dabei.“

Für die Gruppe, die sich auf das Instrument einlassen kann, ist das Real-Time Monitoring ein hilfreiches Tool

Die Bewohner füllten das RTM online, wenn vorhanden auf einem eigenen internetfähigen Gerät, während der Integrationsphase in der Regel aber auf dem PC im Bewohnerbüro oder auf einem Netbook in einem der Gruppenhäuser aus. Nach dem Austritt wurde bei Bedarf ein Netbook leihweise abgegeben. Die Fragen beziehen sich auf die fünf Dimensionen Optimismus/ Sinnhaftigkeit/ Selbstwirksamkeit/ Perspektivenerweiterung, Negative Emotionalität, Problembelastung, Soziale Resonanz und Wohnen/ Arbeit/ Freizeit⁵. Die entstandenen Zeitreihen reichen von zwei bis 17 Monaten.

Der **Umgang der Bewohner** mit dem Instrument zeigte sich als sehr **unterschiedlich**. Das Spektrum reichte von einigen, die grosse Mühe mit dem Ausfüllen hatten und dieses nach kürzerer oder längerer Zeit abbrachen, bis zu denjenigen, die das Instrument intensiv für sich selbst oder auch für die Kommunikation mit den Mitarbeitern nutzten. Die Bewohner bestätigten in der **schriftlichen Befragung** zum RTM⁶ vieles, was aus den Beobachtungen des Projektleiters und der therapeutischen Mitarbeiter schon bekannt war: So sind die meisten durch den Projektleiter und die Bezugsperson motiviert worden, das RTM für ihre Entwicklung zu nutzen. Teilweise hatten sie Schwierigkeiten, das Ausfüllen des RTM in ihren Alltag zu

integrieren. Ihre Selbstwahrnehmung hat sich durch die tägliche Reflexion verbessert. Durch die **Feedbackgespräche**, in denen sie mit dem Projektleiter und teilweise gleichzeitig auch ihrem Therapeuten die Daten reflektiert haben, haben sie **wichtige Zusammenhänge erkannt und verstanden, wie sich im zeitlichen Verlauf Erlebens- und Verhaltensweisen verändert** haben. Die Gespräche sind wichtiger Bestandteil ihrer Therapie geworden. Sie glauben, dass das RTM einen Einfluss auf ihren Therapieprozess hatte und sie im Therapieprozess unterstützte. Die acht Befragten bezeichnen die Aussage, dass sie vom Einsatz des RTM überzeugt sind, als vollständig zutreffend, als zutreffend oder (in zwei Fällen) zumindest als ziemlich zutreffend.

Die anhand eines Leitfadens **interviewten Klienten** mit unterschiedlicher Compliance⁷ bestätigen, dass die tägliche Rekapitulation des Erlebten und der Emotionalität für sie bedeutsam geworden ist und sie **in anderer Weise über das eigene Leben nachdenken**. Dass das RTM als Teil der Integrationsphase deklariert ist, unterstützt dabei die Compliance. Um das Tool gewinnbringend nutzen zu können, braucht es allerdings Musse und Ruhe.

Teilweise ist das Ausfüllen während des Arbeitsexternates oder auch in der Nachsorgephase (d.h. nach dem Austritt) zu viel oder aber es erinnert die Ehemaligen zu sehr an das therapeutische Setting der casa fidelio, von dem sie sich doch verabschiedet hatten. Auch schon vor dem Austritt wird das Ausfüllen für einige Bewohner unattraktiv, weil zu

⁵ Eine entsprechende Faktorenanalyse für die beiden Fragebögen steht aus. Aus diesem Grund ist in diesem Bericht von Dimensionen und nicht von Faktoren die Rede.

⁶ Verteilte Fragebögen: 18; Rücklauf 8 Fragebögen.

⁷ Es wurden vier Bewohner befragt.

Real-Time Monitoring: Verwendung durch die Bewohner

Thema 12

Die Bewohner wurden durch das Real-Time Monitoring in neuer Weise für ihre Herausforderungen sensibilisiert.

„Die Bewohner sehen Sucht und Lebensprobleme in einem bewussteren Zusammenhang.“

wiederholend. Das **Kommentarfeld** ermöglicht es einigen Bewohnern, Themen überhaupt erst anzusprechen oder auch Enttäuschung offenzulegen.

Die Feedbackgespräche geben schon prospektiv eine Struktur und erhöhen so die Verbindlichkeit für das Ausfüllen. Sie ermöglichen das Erkennen von Mustern und von Veränderungen. Die interviewten Bewohner sahen in den Feedbackgesprächen auch, dass es Krisen und Fortschritte gibt.

Werden Verlaufsdaten im *Synergetic Navigation System* betrachtet, so werden verschiedene Zusammenhänge ersichtlich, so z.B. auch der bekannte Zusammenhang zwischen Selbstwert und Drogenkonsum. Für einzelne Bewohner wurde dies anhand eines Vergleichs mit den Einträgen im Kommentarfeld genauer geprüft.

Auch die **Therapeuten berichten** (in den Interviews der Prozessevaluation) über den Nutzen des RTM für die Therapie und über verschiedene Auswirkungen. So sehen sie eine **Unterstützung des Reflexionsprozesses** bei denjenigen Klienten, die dafür bereit sind, da sich diese durch die Fragen und das tägliche Ausfüllen des **Zusammenhangs von Befindlichkeit und Handeln stärker bewusst** würden und sich dadurch die Selbstwirksamkeit erhöhe. Diese Selbstreflexion kann Prozesse auslösen, im Einzelfall wurden Bewohnern auch Muster bewusst. Die Therapeuten bestätigen damit die oben erwähnte Aussage von Bewohnern. Sie bestätigen auch (in der schriftlichen Befragung und in der Gruppendiskussion), dass die Bewohner Sucht und Lebensprobleme in einem bewussteren Zusammenhang sehen.

In der Gruppendiskussion berichteten die Therapeuten ergänzend, dass die digitale Kommunikation vielen Bewohnern entspricht, das Instrument aber durch die Gestaltung analog einer Smartphone-App **noch näher an den Alltag** gebracht werden könnte. Dies u.a. auch in dem Sinne, dass das Gerät zum Ausfüllen auf dem Nachttisch und d.h. im intimen Umfeld des Bewohners bereit stehen könnte.

Der therapeutische Leiter schätzt das Potential gar so ein, dass die Bewohner, die das RTM machen, **früher und adäquater auf Krisen und Veränderungen in ihrem Leben reagieren**.

Potenziale des Real-Time Monitoring: Aussagen zur Wirkung von Interventionen und zum zukünftigen Verlauf der Falldynamik

Thema 13

Multivariate
Auswertungen zeigen,
dass die Ergänzung der
RTM-Daten durch die
Eruierung unabhängiger
Variablen wertvoll ist.

Damit sind Aussagen
zur Wirkung von
Interventionen möglich.
Der Therapie- oder
Interventionsprozess
könnte aufgrund der
RTM-Daten evaluiert
werden.

Die HSA wird
experimentelle Designs
für Folgeprojekte
prüfen.

Das RTM bietet wie oben beschrieben ein Potenzial bezogen auf die Begleitung und Dokumentation von Reintegrationsprozessen. Es stellen sich aber weitere Fragen zum RTM: Welches Potenzial hat es im Hinblick auf die **Evaluation der Praxis von Therapie und Sozialer Arbeit**? Wie weit werden Veränderungen bei Klientinnen und Klienten erfasst und wie weit ist eine Verknüpfung mit Interventionen empirisch beschreibbar? Bietet das RTM eine Möglichkeit für die Erfassung der Wirksamkeit sozialarbeiterischer und therapeutischer Interventionen?

Zu diesen Fragen wurden an der HSA FHNW **multivariate Auswertungen der Daten zweier Bewohner** vorgenommen, die in Zukunft durch die Analyse weiterer (auch aggregierter) Daten anderer Bewohner und von Proband/innen aus anderen Forschungs- und Entwicklungsprojekten vervollständigt wird. Mittels Regressionsanalyse können Ursachenanalyse und Wirkungsprognose geleistet, mittels Zeitreihenanalyse Trends (Wachstum oder Schrumpfung) eruiert werden. Die für die Regressionsanalyse notwendigen unabhängigen (erklärenden) Variablen wurden in einem separaten Bogen für jeden Bewohner ergänzt. Dabei wurden Auskünfte des Projektleiters cf, der Therapeuten und des Sozialarbeiters sowie Angaben aus den Tagebucheinträgen genutzt. Erfasst wurden dabei kritische Lebensereignisse der Bewohner, Übergänge (z.B. Eintritt ins Arbeitsexternat, Austritt aus der cf), und auch Interventionen seitens der cf (Projektleiter, Therapeut, Sozialarbeiter) oder der Nachsorge. Diese wurden dem RTM-Datensatz zugespielt.

Bei diesen **Analysen** (vgl. Haunberger 2013) wurde deutlich, dass die beiden betrachteten Bewohner das Instrument auch und gerade in Krisen genutzt haben, während die Nutzung verflachte, wenn eine stabile Phase erreicht wurde.⁸ Die Verläufe der Falldynamik sind durch die unabhängigen Variablen wie Übergänge oder kritische Lebensereignisse teilweise erklärbar. Es sind Aussagen über die Stärke des Einflusses verschiedener erklärender Variablen möglich, aber auch über die Wirkung von Interventionen. Zudem kann der Verlauf der Falldynamik prognostiziert werden, wenngleich die Prognosegüte noch in weiteren Analysen ermittelt werden muss. Insgesamt zeigte sich, dass die **Ergänzung der RTM-Daten durch die Eruierung unabhängiger Variablen wertvoll** ist. Voraussetzung hierfür ist eine möglichst exakte Falldokumentation, in der Interventionen und andere bedeutende Ereignisse in der Fallgeschichte zeitlich genau dokumentiert werden. Damit wären dann auch **Aussagen zur Wirkung von Interventionen** möglich und die RTM-Daten könnten für eine einzelfallbezogene **Evaluation des Therapie- und/oder Integrationsprozesses** genutzt werden.

Insgesamt zeigt sich ein grosses Potenzial des RTM für die Gestaltung der Nachsorge und für die Evaluation der Leistungen von casa fidelio. Die HSA FHNW wird dies in künftigen Projekten berücksichtigen und auch entsprechende **experimentelle Designs für Folgeprojekte** prüfen.

⁸ Umgekehrt hat eine Reihe anderer Bewohner in Krisen das RTM abgebrochen.

Zusammenfassung Real-Time Monitoring

Thema 14

Potenzial für Therapie,
Selbstreflexion der
Klienten und
Nachsorge bestätigt

Technische Grundlage
entwicklungsbedürftig

Als Zielsetzung für das Real-Time Monitoring war formuliert worden, dass die Verläufe in der Integrationsphase und Nachtherapiephase erfasst werden sollten, dies unter Anpassung an die Problematiken der Klienten und des Behandlungssystems der casa fidelio, um die maximale Effektivität zu gewährleisten. Weiter war beabsichtigt, das Instrument während der Integrationsphase in den Einzelgesprächen zu verwenden. Schliesslich sollte auch für einen Teil der Klienten die Nachsorge übernommen werden und es sollten Erfahrungen zur kombinierten Anwendung des RTM in stationärer und nachsorgerischer Behandlung gesammelt werden.

In der Umsetzung des RTM waren technische Schwierigkeiten (verzögerte Implementation der Fragebögen zu Beginn, Systemausfälle) erschwerend. Eher ungeduldige Bewohner füllten dann das RTM nicht mehr aus. Gleichzeitig wird die Übergabe des Instruments an die Nachsorge damit enorm erschwert. Mit der gegebenen Technologie des *Synergetic Navigation Systems* ist das RTM zu wenig zuverlässig und mit der wenig intuitiven Benutzeroberfläche auch nicht benutzerfreundlich, was aber gerade für weniger involvierte Mitarbeitende in der cf und darüber hinaus die nachhaltige Anwendung verhindert. Hier besteht Entwicklungsbedarf. Die Praktikabilität bestätigte sich mit den erwähnten technischen Einschränkungen weitgehend: Es zeigte sich, dass **viele Bewohner bereit und in der Lage sind, über einen mittleren bis längeren Zeitraum hinweg** die Fragen des RTM zu beantworten und dass sich mit entsprechendem Ressourceneinsatz das Instrument bewirtschaften und die Verläufe insbesondere in der Integrations-

phase erfassen lassen. Commitment und Disziplin des Ausfüllens zu unterstützen bei derjenigen Klientel, die das Ausfüllen als sinnvoll erlebt, bedingt allerdings einen erheblichen Aufwand. Als Einschränkung ist gleichzeitig eine gewisse **zeitliche Begrenztheit des Instrumentes** zu akzeptieren: Nach einer gewissen Zeit verliert es für viele an Bedeutsamkeit. Mit der vermehrten Integration individueller Fragen in den Bogen könnte die Auseinandersetzung mit individuellen Themen noch unterstützt werden. Die Kombination mit einer individuellen Systemmodellierung kann als zusätzlicher Verstärker angesehen werden, konnte aber nicht überprüft werden aufgrund der nicht weit genug gediehenen Entwicklung dieses Instruments.

Intern hätte eine intensivere Auseinandersetzung mit dem RTM durch den Projektleiter cf und seinen Stellvertreter stärker unterstützt werden können, um eine auch über das Projekt hinaus reichende Anwendung zu realisieren. Die Konzeption des *Synergetic Navigation Systems* setzt diesem Ansinnen im betrieblichen Alltag allerdings enge Grenzen. Das RTM kann in der Phase der Nachsorge eine bedeutsame Rolle spielen. Wird die Zielsetzung der Erhebung der Verläufe in der Nachtherapiephase betrachtet, so lässt sich festhalten, dass das **Potenzial des Instruments nicht ausgeschöpft werden kann, wenn es nicht auf eine Nachsorge abstellt, die tatsächlich auf dem Prozess der Re-Integration**, wie er während des stationären Aufenthalts angelaufen ist, **aufbaut** und daran unmittelbar ansetzt. Der befristet angestellte Projektleiter cf hat einige Male direkt bei Ehemaligen oder bei nachsorgenden Stellen interveniert. Eine Routine konnte daraus schon

Thema 14

Schnittstelle Nachsorge weiterhin offen

aus strukturellen Gründen nicht entstehen und damit blieb das RTM ein temporär eingesetztes Instrument, dem die strukturelle Verankerung fehlte. Die Gründe dafür liegen darin, dass einerseits die cf keinen Einfluss auf die nachsorgenden Stellen hat, die ihrerseits ins Projekt nicht involviert waren, andererseits **die cf die Nachsorge nicht selber übernehmen** konnte. Schriftliche Vereinbarungen mit nachsorgenden Stellen betreffend des RTM wären hier eventuell hilfreich. Schliesslich ist in der Projektlaufzeit auch kein konzeptioneller Prozess bezüglich Gestaltung der Nachsorge in Angriff genommen worden. Demgegenüber wäre die Phase von Übergang und Nachsorge aus Sicht der HSA deutlich stärker zu gestalten.

Der anfangs des Projekts festgestellte **Bedarf an einer verbesserten Nachsorge/ Begleitung des Re-Integrationsprozesses besteht weiterhin** und wird ein wichtiger Zielhorizont für Folgeprojekte der HSA in diesem Bereich bleiben.

In der Gruppendiskussion wurde deutlich, dass die Konzeption eines gewinnbringenden Einsatzes des RTM in der Nachsorge nach Projektende angesichts der Gesprächsrhythmen und der gegebenen Ressourcenlage bei den nachsorgenden Stellen als schwierig erachtet wird. Hier stellt sich die Frage, ob die **Nachsorge auch institutionenübergreifend neu zu konzipieren wäre in dem Sinne, dass in dieser erfolgskritischen Phase deutlich mehr investiert** würde. Dabei wäre darauf zu achten, dass Kontinuität und Koordination sicher gestellt sind (vgl. Sommerfeld / Hollenstein / Calzaferri 2011, S. 326). Zu beachten ist dabei, dass die Klienten, wie in der Gruppendiskussion berichtet,

in der Nachsorgephase ihre Bedürfnisse auch unterschiedlich aufgreifen: Gegenüber der nachsorgenden Stelle werden alltagsnahe Fragen, im Einzelfall gegenüber der casa fidelio aber durchaus auch während des Aufenthalts bearbeitete Problematiken wieder aufgegriffen. Ein Therapeut machte in der Gruppendiskussion den Vorschlag, allenfalls ein neues Berufsfeld „Aufsuchende Suchtarbeit für Nachsorge“ zu konzipieren.

Kooperation: Das Zusammenwirken von Wissenschaft und Praxis

Thema 15

Prozessevaluation und die Auseinandersetzung darüber ermöglichten die Herausarbeitung problematischer Anteile der Kooperation und der Projektanlage

Diversität von Zusammenarbeitenden kann zu produktiver Zusammenarbeit führen, ist aber auch eine potentielle Quelle für Dissens und Konflikt

„Wir haben aneinander vorbeigeredet“

Trotz Schwierigkeiten fand Verständigung immer wieder statt

„Die persönliche Zusammenarbeit war stets angenehm.“

„Man hat sich immer wieder gefunden“

Wie eingangs dargelegt, bildet die Kooperation von Wissenschaft und Praxis sowohl das konzeptuelle als auch das methodische Kernstück des Projekts. Deshalb ist hier komplementär zur Arbeit von Fabienne Rotzetter (vgl. Rotzetter 2013) diese Dimension gesondert zu betrachten.

Im Projekt ist es wie beschrieben trotz intensiver Bemühungen nicht gelungen, die SM in eine implementierbare Form zu bringen. Ob dieses Nicht-Gelingens sind auch Spannungen in der Kooperation zutage getreten. Die Autoren dieses Berichts halten diesen Tatbestand für eine wichtige erklärende Variable, wie weiter unten ausgeführt werden wird.

Die **Prozessevaluation** (vgl. Rotzetter 2013) **und die Auseinandersetzung darüber** (in den Hybridisierungsschleifen im erweiterten Projektteam und einer POZ-Sitzung) machten diverse **Ansatzpunkte** sichtbar, wie auf diese Spannungen erklärend reflektiert wurde. Damit konnten problematische Anteile der Kooperation und der Projektanlage herausgearbeitet werden, von denen im Folgenden zwei zentrale Dimensionen behandelt werden.

Zunächst gilt es aber festzuhalten, was die Struktur der Kooperation von Wissenschaft und Praxis grundsätzlich kennzeichnet.

Anhand der Überlegungen von Rotzetter (2013, S. 13 f.) und somit in konkretem Bezug auf das Projekt kann diese Grundstruktur gut dargestellt werden. Diversität in der Gruppe von Zusammenarbeitenden (**Group Member Diversity**) lässt sich als Ressource für Innovation nutzen (West / Hirst 2003, S. 298) Auch das Konzept der kooperativen Wissensbildung und der POZ gründen auf dieser Vorstellung (vgl.

Gredig / Sommerfeld 2010, S. 95). Diese Voraussetzungen waren im evaluierten Projekt in hohem Masse gegeben. Erstens arbeitet in der cf ein interdisziplinäres Team aus Therapeuten, Agogen und einem Sozialarbeiter. Zweitens waren im Projektteam verschiedene fachliche Hintergründe und berufliche Erfahrungsschätze und gleichzeitig sowohl die Systeme Wissenschaft und Praxis vertreten. Diese Diversität kann zu produktiver Zusammenarbeit führen, ist gleichzeitig aber auch eine potentielle Quelle für Dissens und Konflikt (vgl. West / Hirst 2003, S. 298). Bezogen auf die Kooperation von Wissenschaft und Praxis muss davon ausgegangen werden, dass ein **hohes Mass an gegenseitiger Offenheit** und die Fähigkeit, zwischen den Leitdifferenzen Wahrheit und Nützlichkeit hin und her zu wechseln (vgl. Oberholzer 2007, S. 1f.), vorhanden sein muss. Im Projekt waren die Voraussetzungen diesbezüglich günstig. Wie Rotzetter anhand der Frage nach gemeinsamen Zielen und Interessen aufzeigt, ergaben sich dennoch **grundlegende, teilweise kontraproduktive Verständigungsschwierigkeiten** in Bezug auf die Kooperation von Wissenschaft und Praxis, aber auch auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Institution. Die Interviews zeigen dies, gleichzeitig sprechen aber die Interviewten auch davon, dass **Verständigung immer wieder stattgefunden** hat und bewerten den Prozess insofern als positiv.

Die Struktur hat also beides hervorgebracht: konstruktiven Austausch und Dissens und Konflikt. Wie hat sich das gezeigt und wie kann man es verstehen?

Kooperation: Unterschiedliche Verständnisse, unterschiedliche Handlungsrationitäten Entwicklung versus Implementation?

Thema 16

Die Praxis erwartete bei der Systemmodellierung eine Adaptation eines bestehenden, geprüften Instrumentes auf ihren Bedarf. Die HSA ging davon aus, dass eine Weiterentwicklung des Instrumentariums der Systemmodellierung notwendig sei. Dieses unterschiedliche Verständnis – Implementation versus Entwicklung – trat erst zu einem späten Zeitpunkt deutlich zutage.

„Der Kernpunkt ist: Entwicklung oder Implementation.“ (stv. Projektleiter cf)

„Weshalb gelang es nicht, die Ausrichtung auf einen Entwicklungsprozess anfangs klar rüber zu bringen? (...) Als Vision hatten wir das Entwicklungsziel Nachsorge.“ (Projektleiter HSA)

Die Ziele des Projekts wurden anfangs dieses Berichts ebenso wie die Methodik des POZ dargestellt und bilden auch nachprüfbar Bestandteile des Projektvertrags. Der POZ umfasst eine Phase der Forschung, der Entwicklung und der Implementation, sowie der Evaluation. Das Projektdesign war darauf angelegt, die Instrumente zu testen, sie ggf. zu modifizieren (Entwicklung) und sie sodann testweise als Bestandteil eines zu entwickelnden Verfahrens der Nachsorge zu implementieren. Die ursprüngliche Konzeption der Evaluation stellte darauf ab, zu überprüfen, ob damit ein Mehrwert erzielt werden kann, so dass eine Implementation in die Regelpraxis der cf und darüber hinaus begründet werden kann. Dies wurde anlässlich der konstituierenden Sitzung des Projektforums ausführlich präsentiert und diskutiert.

Die Evaluation durch Fabienne Rotzetter hat eine zentrale Problemstellung herausgearbeitet, nämlich dass ein **unterschiedliches Verständnis der vereinbarten Zielsetzungen** bestanden habe. Dies wurde in der Sitzung des Projektforums, an der die Ergebnisse der Prozessevaluation vorgestellt wurden, von den Angehörigen der cf unterstrichen. Der Projektleiter cf und auch zumindest ein Teil der Mitarbeiter der cf erwarteten demnach, ein fertig **entwickeltes Instrumentarium** einsetzen zu können. Aus Sicht der HSA beinhaltete das vereinbarte Ziel der Erprobung unter Praxisbedingungen aber wie dargelegt die Notwendigkeit, die Instrumente, insbesondere die SM **zuerst in eine angepasste Form** zu bringen. Das darin zum Ausdruck kommende Spannungsfeld wurde mit dem Begriffspaar **Entwicklung versus Implementation** gefasst. Es ist an dieser Stelle an die geschil-

derte erfolgreiche Verwendung von biografischem Interview und RTM zu erinnern, die als praktikabel bewertet wurden, und an die lange Suche nach Problemlösungen in Bezug auf die SM.

Ein anderes Spannungsfeld, das aus der Sicht der Autoren mit dem soeben genannten in enger Beziehung steht, kann mit dem **Anspruch der Hochschule an die Qualität der SM** vor dem Hintergrund des eigenen theoretischen Verständnisses sowie dem **Nutzen für eine zu entwickelnde (sozialarbeiterische) Praxis** und dem **Nutzen für die bestehende (therapeutische) Praxis** im Sinne einer raschen Verfügbarkeit der SM bezeichnet werden. Es wurde also zunehmend eine Synchronisierung des SM-Erstellungsprozesses mit dem Therapieprozess bzw. dem Aufenthalt in der cf angestrebt, was von der HSA auch weitgehend mitgetragen wurde. In der Perspektive der HSA ging es dabei aber nach wie vor um Entwicklung, in der cf hat sich im Laufe dieses Prozesses zunehmend die Vorstellung von Implementation und unmittelbarem Nutzen trotz der genannten Ausgangslage gebildet. Jedenfalls gab es unterschiedliche Verständnisse von Praktikabilität.

Diese unterschiedlichen Sichten wurden nicht rechtzeitig wahrgenommen und daher auch nicht zu einem frühen Zeitpunkt ausgetauscht und bearbeitet. Spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem die Problemlösungsstrategien innerhalb des Projektteams auseinandergedriftet sind, wäre eine **Arbeit an** den Grundlagen der Beziehung und somit **der Kooperation** notwendig zu leisten gewesen. Hier wären die jeweiligen Vorgesetzten der jeweili-

Kooperation: Unterschiedliche Verständnisse, unterschiedliche Handlungsrationaltäten Entwicklung versus Implementation?

Thema 16

Das Auseinanderdriften von Problemlösungsstrategien sowie von Vorstellungen und Erwartungen bezüglich der Zieldimension hat mit der grundlegenden Struktur und den unterschiedlichen Handlungsrationaltäten von Praxis und Wissenschaft zu tun.

„Die Zielvereinbarung war am Anfang nur für jeden Einzelnen klar, nicht für das Gesamte. Beide Seiten, Fachhochschule und casa fidelio, haben ihre eigene Praxis.“

gen Mitglieder des Projektteams gefordert gewesen. Die Projektorganisationsstruktur wird sogleich noch gesondert behandelt.

Diesen Punkt abschliessend ist noch der Frage nachzugehen, wie dieses Auseinanderdriften der Problemlösungsstrategien und der Vorstellungen und Erwartungen bezüglich der Zieldimension erklärbar ist.

Aus der Sicht der Autoren dieses Berichts hat dies erheblich mit der grundlegenden **Struktur und** den unterschiedlichen **Handlungsrationaltäten von Wissenschaft und Praxis** zu tun. Während der Alltag der Wissenschaft auf zeitlich gedehnte Entwicklungsarbeit ausgerichtet ist, ist der Alltag der Handlungspraxis auf zeitlich gedrängte Arbeit mit Klienten auf der Grundlage der erworbenen Kompetenzen und Organisationsroutinen ausgelegt. Solange die Entwicklungsarbeit in der Praxis auf zeitlich begrenzte Lernprozesse und mit relativ wenig Aufwand zu erwerbende Kompetenzen ausgerichtet ist, wie mit dem biografischen Interview und dem RTM, ist dies mit der praktischen Handlungsrationaltät vereinbar. Und es entsteht offenbar der Eindruck, dass hier etwas implementiert wird, das aus der Sicht der Hochschule ein Test, also ein wesentlicher Bestandteil von Entwicklung ist. Die dazu im Kontrast stehenden Schwierigkeiten bei der SM übersteigen hingegen die diesbezügliche Toleranz, selbst wenn auf der persönlichen Ebene sehr viel Wohlwollen und Bereitschaft vorhanden sind, so dass die Vorstellung entsteht, dass man zu einem solchen Entwicklungsprojekt ja nicht ja gesagt hat.

Aufgrund der Erfahrungen der HSA in früheren Projekten war ein we-

sentlicher Teil der Anlage des Projektes, **Ressourcen für die Praxis zu akquirieren**, damit der allergrösste Teil der projektbezogenen Arbeit in der cf durch eine von anderen Aufgaben frei gestellte Person übertragen und den Therapeuten bzw. anderen Mitarbeitern möglichst wenig Zusatzaufwand entstehen sollte. So sehr eine solche Überlegung konzeptionell richtig ist, so sehr bricht sie sich zugleich mit der Realität. Der Projektleiter cf nahm mit Zustimmung des Projektteams die Anforderung an, die Erstellung der SM mit dem Therapieprozess zu synchronisieren, was einen hohen Anspruch darstellt. Seine Position und Rolle in der cf waren demgegenüber angesichts der zu wenig geklärten Projektorganisationsstruktur (nächstes Thema) in ihren Konturen teilweise unscharf. Aus der Sicht der Autoren erklärt dies die zunehmende Drift in die Betonung der Rationalität der Praxis und die sich aufbauende Spannung innerhalb des Projektteams und darüber hinaus.

Mit der Klärung oder zumindest dem Thematisieren der Spannungsfelder im Zuge der Prozessevaluation konnte diese **unproduktive Spannung so weit gelöst** werden, dass ein **neuer Anlauf zur Entwicklung der SM** gemacht werden konnte, der auf Seiten der HSA einen definitiven Abschied von den eigenen Vorstellungen einer SM bedingte und auf Seiten der cf zumindest für einen gewissen Zeitraum wieder die Legitimation für ausgedehntere Entwicklungsarbeiten geschaffen hat, was zu einer beidseitig wieder freieren Verschränkung geführt hat.

Thema 17

Die Leitidee des Praxis-Optimierungs-Zyklus besteht in einer grundsätzlichen Symmetrie in der Begegnung von Wissenschaft und Praxis

So entspricht die Struktur, wie das Projekt organisiert war, der Idee der gleichberechtigten Kooperation, sie hat aber auch zu Schwierigkeiten geführt

Vor dem Hintergrund der soeben gemachten Ausführungen kann nun noch ein weiteres Problemfeld der Kooperation näher betrachtet werden, nämlich die Projektorganisationsstruktur.

Es ist noch einmal daran zu erinnern, dass die Leitidee der kooperativen Wissensbildung und des POZ in einer grundsätzlichen **Symmetrie in der Begegnung** von Wissenschaft und Praxis besteht, also darin, dass sich Vertreter/innen der Wissenschaft und Praxis gemeinsam zur Bearbeitung eines gemeinsamen Ziels (nämlich eine Innovation zu entwickeln), zusammenschliessen.

In gewisser Weise spiegelt sich das auch in der Projektorganisation wider. Obwohl es formal einen **Projektleiter auf Seiten der HSA** gab (der Vorgesetzte des Projektteams HSA), gab es **zwei weitere Projektleitende**, nämlich auf Seiten der HSA die delegierte operative Projektleitung an eine wissenschaftliche Mitarbeiterin (auch aus finanziellen Gründen), und es gab einen Projektleiter auf Seiten der cf, der wiederum dem Leiter der cf unterstellt war. Der **Projektleiter cf** nahm **sowohl strategische als auch operative Aufgaben** wahr. Wie aus Thema 1 (POZ) schon ersichtlich, gab es im Projekt damit eine doppelte operative Projektleitung; gleichzeitig gab es auch eine doppelte strategische Projektleitung. Letztere lag beim Projektleiter HSA und beim Projektleiter cf, diese beiden Partner haben aber keine weiteren Absprachen getroffen. Auch zwischen dem Projektleiter HSA und dem therapeutischen Leiter der cf, die das Projekt initiiert hatten, gab es im Projektverlauf ausserhalb der POZ-Sitzungen kaum mehr Kontakt. Die

beiden hier angesprochenen Settings wurden nicht realisiert, sie hätten aber dazu beitragen können, die Rolle des Projektleiters cf einerseits intern in der cf, andererseits aber auch gegenüber der HSA zu klären. Unabhängig von den Sitzungen des Projektforums (POZ-Sitzungen) wäre nochmals eine andere Struktur notwendig gewesen, um eine adäquate Abstützung der Entscheide und Vorgehensweisen und damit die Projektsteuerung zu sichern. Der angesprochene Klärungsbedarf wurde nicht rechtzeitig erkannt; nachdem der neue Anlauf für eine angepasste Form der SM erste Früchte trug, rückte er dann in den Hintergrund.

Die realisierte Kompetenzregelung hat gleichzeitig nochmals einen anderen Aspekt: Der Projektleiter cf hatte nach innen und aussen in vielen Belangen grosse Autonomie; gleichzeitig wäre nach innen noch grössere Autonomie wünschbar gewesen, damit der Druck nach Verwertbarkeit der Ergebnisse der SM durch die Therapie hätte relativiert werden können. Dieser Druck wurde beidseits kaum hinterfragt.

Betrachten wir **doppelte Projektleitung und die doppelte Unterstellung** nochmals aus einer anderen Optik: Sie zeigen, dass die beiden Systeme strukturell getrennt blieben, sich aber in dem Projekt operativ verschränken mussten. Solange diese operative Verschränkung problemlos verlaufen ist, war diese Struktur angemessen. Mit der Drift **in die geschilderten Problemzonen der Kooperation** hat sie sich als **nachteilig** erwiesen. Erstens deshalb, so die Sichtweise der Autoren, weil die beiden Vorgesetzten zwar in das Projekt involviert waren, aber mit einer gewissen Distanz die

Thema 17

Die Systeme sind zwar operativ verschränkt, aber strukturell getrennt gelaufen. Damit war nicht klar, wer für was mit welchen Mitteln zuständig war

Eine solche Struktur ist im Hinblick auf Projektmanagement ungünstig

Die Erkenntnisse sind für die Gestaltung von Kooperationsprozessen wichtig

Prozesse verfolgt haben und somit nicht zeitlich angemessen auf diese Problematik reagiert haben. Dies hängt, wieder aus der Sicht der Autoren, mit eben der genannten Struktur zusammen, dass die **Systeme zwar operativ verschränkt, aber strukturell getrennt** gelaufen sind, und somit auch nicht klar war, wer für was mit welchen Mitteln (ausser kommunikativer Klärung) eigentlich zuständig war. Zweitens war die Tatsache, dass viele Absprachen zwischen dem Projektleiter cf und der operativen Projektleiterin HSA getroffen wurden, nicht passend zu den jeweiligen Kompetenzregelungen.

Zur Verdeutlichung dieser Struktur und ihrer Problematik: Das Anliegen, die Instrumente zu testen, kam aus der HSA und traf auf ein Interesse der Praxis. Die Verfügung über die Ressourcen ging an die cf. Aufgrund dieser Konstellation war die cf aber auch **nicht ein Auftraggeber im klassischen Sinn, sondern eben Projektpartner**. Mit den Ressourcen, die an die cf gegangen sind, hat sie eine Stelle geschaffen, die sie nach ihren Bedürfnissen und ihrem Gutdünken besetzt hat, und die den Weisungsstrukturen der cf unterstellt ist, so wie umgekehrt die HSA ihre Personalentscheidungen autonom getroffen hat und die cf keine Weisungsbefugnis in Bezug auf die Mitarbeitenden der HSA hat.

Eine derartige Struktur entspricht zwar grundsätzlich der Idee der gleichberechtigten Kooperation, **im Hinblick auf Projektmanagement** und auf die Möglichkeiten, Entschiede durchzusetzen und das heisst auch die strategische Ausrichtung kohärent zu halten, ist sie aber **ungünstig**. Und es ist klar, dass eine solche eher schwammige

Projektorganisationsstruktur hohe Anforderungen an die Mitarbeitenden im Projektteam stellte, jeweils mit adäquater Rücksprache mit den Vorgesetzten für einen zeitgerechten und sachgerechten Kommunikationsfluss zu sorgen. Die Sitzungen des Projektforums haben dafür offenbar nicht ausgereicht, auch weil dort die jeweils aktuellen Probleme und Problemlösungsversuche besprochen wurden, nicht aber die Grundlagen, auf denen sich die Problematik entfaltet hat, thematisiert werden konnten. Bei alledem soll hier nochmals betont werden, dass auf der persönlichen Ebene ein gutes Einvernehmen bewahrt werden konnte.

Ohne auf die Konsequenzen dieser einerseits gewollten und sinnvollen Struktur im Detail weiter einzugehen, ergibt sich aus ihr, dass an das Projektmanagement hohe Anforderungen gestellt werden, insbesondere wenn Probleme auftreten, denn es können zwar Absprachen getroffen werden, aber die Kontrolle der Einhaltung entzieht sich dem jeweiligen Partner, so dass notwendig kommunikative Schlaufen der Wahrnehmung, der Klärung und der neuen Vereinbarung getroffen werden müssen. Und die Zielerreichung bleibt zugleich vom jeweiligen Partner abhängig, so dass Blockaden entstehen können, die die Zielerreichung verunmöglichen. Im Projekt auftretende Widerstände wurden nicht immer als solche codiert, aus Sicht eines Interviewees in der Prozessevaluation teilweise eine Schonhaltung gepflegt (vgl. Rotzetter 2013, S. 16). Daher wurde versucht, mit Variationen des Ansatzes der HSA auch dann noch weiter zu gehen, als man sich diesbezüglich eigentlich bereits in einer Sackgasse befand.

Thema 17

Im hier zu evaluierenden Projekt hat sich die **Problematik der kooperativen Verschränkung von Wissenschaft und Praxis** auf der hier thematisierten Ebene deutlich gezeigt. Es werden von Seiten der HSA diesbezüglich für zukünftige Projekte und für die Konzeption der kooperativen Wissensbildung **Konsequenzen** zu ziehen sein. Für das Projekt selbst haben sich aus dieser Konstellation Ineffizienzen und in der Sache bedeutende Einschränkungen ergeben, die zwar bedauerlich sind, die aber auf der anderen Seite und **auf der Basis einer gleichwohl tragfähigen Beziehung enorme Lernprozesse** ermöglicht haben, zum Teil in Bezug auf die Instrumente, vor allem aber in Bezug auf die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis. Im Sinn von „Umwege erhöhen die Ortskenntnis“ sind einige **wichtige Erkenntnisse zur Gestaltung von Kooperationsprozessen** gewonnen worden.

Thema 18

Im Projekt fand sowohl auf Seiten der casa fidelio wie auch der Hochschule für Soziale Arbeit vielfältiges Lernen statt.

Dieses betrifft die Instrumente Systemmodellierung und Real-Time Monitoring, von da aus aber auch Gesprächsführung, Visualisierung, Gestaltung von Anamnese, Fallbesprechung, interdisziplinärer Zusammenarbeit, Arbeitsbündnis und Nachsorge.

Es liegt ein spannendes, herausforderungsreiches Projekt hinter uns. Dabei ist nicht alles gelungen und einige Ziele konnten nicht erreicht werden, aber das Hauptziel, nämlich Wissenschaft und Praxis und deren Wissensformen so zu verschränken, dass Erkenntnisse gewonnen und Erfahrungen gesammelt werden konnten, kurz dass **Lernen inszeniert** wurde, ist ohne Zweifel realisiert worden. Sowohl auf Seiten der cf wie auch der HSA haben vielfältige Lernprozesse stattgefunden, die für sich wertvoll sind. Gleichzeitig konnte eine Reihe von **Erkenntnissen bestätigt, erweitert** oder auch **neu gewonnen** werden. Abschließend und noch einmal zusammenfassend sollen Lernprozesse summarisch dargestellt, Rückschau gehalten und ein Ausblick gewagt werden.

Die **Mitarbeiter der cf** beschäftigten sich mit dem biografischen Interview und d.h. mit Formen der Gesprächsführung, mit dem RTM und d.h. ansatzweise auch mit der Synergetik. Sie wandten im Projektverlauf das biografische Interview an und waren teilweise auch bei Feedbackgesprächen zum RTM anwesend. Über die POZ-Sitzungen beschäftigten sie sich auch mit der SM sowie den theoretischen Grundlagen von Integration und Lebensführung und den Forschungsergebnissen der HSA zu Re-Integrationsprozessen. Dies betrifft systematisch die Therapeuten, punktuell aber auch die Agogen. Die **beiden Projektleiter cf** setzten sich mit diesen Konzepten und Instrumenten eingehender auseinander und zusätzlich auch mit allgemeiner Systemtheorie und intensiver mit dem theoretischen Konzept von Integration und Lebensführung und der darin verwendeten Synergetik. Diese Auseinanderset-

zung ermöglichte Lernen in Bezug auf **Gesprächsführung, Visualisierungstechniken** und darüber hinaus u.a. auch auf Gestaltung von **Anamnese** (inkl. Ressourcenerfassung), **Fallbesprechung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Arbeitsbündnis und Nachsorge**. All dies wurde von beidseitig bereichernden Diskussionen gerahmt.

Lernprozesse fanden **auch auf Seiten der HSA** statt, dies auf verschiedenen Dimensionen. Eine erste betrifft die Prozessgestaltung: Es ist eine klarere **Strukturierung des Prozesses** notwendig. Wie ein straffes Projektmanagement mit der Idee der Kooperation zu verbinden ist, und welche Form solche Projekte dann annehmen sollten, ist eine offene und weiter zu verfolgende Frage. **Grundlegende Orientierungen** müssen nicht nur frühzeitig und vollständig geklärt werden, sondern auch im Prozessverlauf beobachtet werden.

Es bestätigte sich auf einer **zweiten Dimension** erneut die Erkenntnis aus früheren Projekten, dass ausreichende **Ressourcen** auf Seiten der Praxisorganisation eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen von Entwicklungsprojekten sind, dass aber auch die Einbindung in die Handlungsrationalität ein eigenständiges und zu bearbeitendes Feld darstellt. **Drittens** und damit zusammenhängend führten die Erfahrungen zur Vermutung, dass **Implementation fertig entwickelter Verfahren** einfacher zu realisieren wäre als gemeinsame Entwicklung. Die Frage, was daraus für Konsequenzen zu ziehen sind, wird aktuell an der HSA weiter verfolgt. Entwicklung und Implementation sind jedenfalls schärfer zu trennen.

Thema 18

Die Hochschule für Soziale Arbeit hat zur Systemmodellierung viele Anregungen und Material gewonnen, die für eine Weiterentwicklung genutzt werden.

Systemmodellierung und Real-Time Monitoring wären nun zu einem fertigen Instrumentarium mit entsprechender Methodik zusammen zu fügen. Die Reichweite ihres Zusammenspiels ist noch offen.

Aus Sicht der Hochschule für Soziale Arbeit wäre ein integriertes Nachsorgekonzept notwendig.

Mehrere **Lernprozesse** beziehen sich auf die **SM als solche**. In der im Forschungskontext entwickelten Form der HSA erwies sie sich als zu schwierig und zu aufwändig, gleichzeitig wurden aber **zur Visualisierung von Systemdynamiken und individuellen Mustern Varianten entwickelt**, die interessante neue Perspektiven eröffnet haben. Dabei zeigte sich, dass in einem gemeinsamen Lernprozess durchaus eine Modellierung konzipiert werden kann, die wiederum biologische, psychische, soziale und kulturelle Faktoren berücksichtigt. Insgesamt wurden dabei **viele Anregungen und Material** gewonnen, die für die Weiterentwicklung genutzt werden können und genutzt werden. Die SM bedarf einer solchen Weiterentwicklung, sodass sie praktisch nutzbar ist.

Betreffend beider **Instrumente**, aber auch der sie integrierenden Verfahren bestätigte sich insgesamt, dass sie wie vermutet teilweise verwendbar und teilweise weiter zu entwickeln sind. Sie wären nun zu einem fertigen **Instrumentarium mit entsprechender Methodik** zusammen zu fügen, das man schulen und entsprechend implementieren kann. Schritte dazu sind an der HSA angedacht. Es bleiben gleichzeitig – in der cf, aber auch über die cf hinaus – viele **offene Baustellen**, vor allem die konzeptionelle Entwicklung der **Nachsorge**, aber auch die **Gestaltung von Anamnese, Fallbesprechung, Dokumentation**. An diesen Themen zu arbeiten war lohnend, eine Weiterarbeit wäre es ebenso.

Eine weitere Dimension bezieht sich auf das RTM alleine. Es bestätigte sich im Projekt die grundsätzliche Eignung **des RTM zur Unterstüt-**

zung der Selbstreflexion und der therapeutischen Arbeit. Gleichzeitig zeigte sich auch grosses Potenzial des RTM für die Gestaltung der Nachsorge. Das **Potenzial des RTM für die Evaluation** hat sich auch konkret in einer Zeitreihen- und Regressionsanalyse gezeigt. Diesem Potenzial soll in einem nächsten Schritt mit der Analyse von aggregierten Daten aus den verschiedenen Projekten der HSA FHNW noch weiter nachgegangen werden. Diese sehr interessanten Erkenntnisse in Richtung auf Nachsorge und Evaluation werden zu **Folgeprojekten** führen. Dabei ist an ein Projekt zu denken, dem ein experimentelles Design mit einer Kontrollgruppe zugrunde liegt, in dem also bestehende Formen der Nachsorge mit einer datengestützten Begleitung des Re-Integrationsprozesses verglichen werden.

Noch offen ist die Abschätzung der Reichweite des **Zusammenspiels der beiden Instrumente SM und RTM**. Günter Schiepek gewinnt z.B. Items für das RTM aus einer idio-grafischen SM, die die psychische Ebene fokussiert (vgl. Haken/Schiepek 2010, S. 432). Die zusätzliche Erfahrung aus diesem Projekt gibt hierzu ebenfalls Anregungen.

Bezogen auf die **Nachsorge** zeigten sich die bekannten Probleme (vgl. Sommerfeld / Hollenstein / Calzaferri 2011), ohne dass man hier wesentlich weiter gekommen wäre. Aus Sicht der HSA wäre nach wie vor ein integriertes Nachsorgekonzept zu erstellen. Dabei ist denkbar, dass z.B. die cf die Nachsorge selber in der Form übernimmt, dass sie ihre ehemaligen Bewohner durch die kritische Phase von sechs Monaten hindurch nach draussen oder in eine andere Struk,

Thema 18

Für die Hochschule für Soziale Arbeit bleibt die Frage wichtig, wie Kompetenzbildungsprozesse im Rahmen kooperativer Praxisentwicklung gewinnbringend organisiert werden können.

Wie können Prozesse der kooperativen Praxisentwicklung gestaltet werden, damit sie effizient und effektiv verlaufen?

Struktur begleitet, oder dass eine Form von Helferkonferenz installiert wird, oder dass die Bewohner von einer Art selbständigem Integrationsbegleiter⁹ betreut werden, um eine Idee aus dem Projekt an der Stelle aufzunehmen. Gerade vor dem Hintergrund einer zunehmenden Medikalisierung des Suchtbereichs wären innovative und wissenschaftlich abgestützte Vorgehensweisen extrem wichtig.

Richten wir den Blick nochmals auf das Projekt als Ganzes und gleichzeitig in die Zukunft: Es sind verschiedene Probleme aufgetreten, es wurden Lernprozesse gemeinsam gegangen, und die Beziehung hat sich in diesem Sinn als tragfähig erwiesen. Es gibt Gründe auf struktureller und auf Prozessebene einerseits, aber auch auf sachlicher Ebene andererseits, dass manches nicht gelungen ist. Dies ist für weitere Projekte wichtig zu lernen. Effektivität und teilweise auch Effizienz bleiben dabei prinzipiell immer steigerungsfähig. Eine solche Steigerung muss aber in Abgleich mit der **Idee der kooperativen Entwicklung** stehen, die ihren Sinn für die HSA behält. Diesbezügliche Konsequenzen sind noch offen, aber aufgrund der wichtigen Erfahrungen können weiterführende Überlegungen gemacht werden. In diesem Sinn blieb für die HSA die Frage wichtig, wie für die Soziale Arbeit wichtige **Kompetenzbildungsprozesse** im Rahmen kooperativer Praxisentwicklung gewinnbringend organisiert werden können, insbesondere dann, wenn die in der Praxis zur Verfügung stehenden Ressour-

cen knapp sind (vgl. Rotzetter 2013, S. 16). Auch diese Frage ist für das Lernen auf Seiten der HSA wesentlich. Dabei gilt es zu unterscheiden, wo tatsächlich Kompetenzbildung oder aber wo letztlich andere Fragen im Zentrum stehen. Eine Beschränkung auf Kompetenzbildung würde auf ein zu einseitiges Verständnis verweisen, weil dies ein asymmetrisches Beziehungsgefüge bedingt (vgl. Rotzetter 2013, S. 21) und so die Kommunikation auf Augenhöhe erschwert (vgl. dies., S. 20). So ist es auch wichtig, sorgfältig zu klären, **welche relevanten Akteure** für eine intensive Mitarbeit z.B. im Projektteam gewonnen werden sollten – wobei sie (hier: z.B. die Therapeuten) dann auch über die nötigen Ressourcen verfügen müssen. Eine Alternative, die sich aufgrund der Erfahrungen in diesem Projekt aufdrängt, wäre Mitarbeiter aus der Praxis für Entwicklungsarbeiten mit der Hochschule ganz frei zu stellen, eventuell temporär an der Hochschule anzustellen.

Dies verweist darauf, dass auch die Methodisierung des POZ noch voranzutreiben ist unter der Frage, **wie Prozesse der kooperativen Praxisentwicklung zu organisieren** sind, damit sie effizienter und effektiver verlaufen. Die Alternative dazu wäre, tatsächlich die Asymmetrie zu stärken und den Modus der Implementation, wie er den Erwartungen der Praxis zu entsprechen scheint, zu wählen. Ob dies die Aufgabe einer Hochschule ist, bleibt allerdings dann auch noch zu diskutieren. Vorläufig heisst der **Auftrag Forschung und Entwicklung** und nicht Forschung und Implementation.

⁹ Konzeptuell wäre es naheliegend, aber keineswegs zwingend, dass Männer diese Aufgabe übernehmen.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Bürki, Leo (2006). Systemik. Praxis nachhaltiger Lösungen. Vorlesungsunterlagen - Version 5/Herbst 2006. Handout für Studierende am Managementzentrum Bern. Berner Fachhochschule. Unveröffentlichtes Manuskript. Bern.
- Casa Fidelio (2007). Casa polish. Angebot zur Krisenbewältigung. Konzept. Niederbuchsiten: casa fidelio.
- Gredig, Daniel/Sommerfeld, Peter (2010). Neue Entwürfe zur Erzeugung und Nutzung lösungsorientierten Wissens. In: Otto, Hans-Uwe/Polutta, Andreas/Ziegler, Holger (Hg.). What works — Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Praxis. Opladen: Barbara Budrich. S. 83-98.
- Haberfellner, Reinhard/Nagel, P./Becker, M./Büchel, A./von Massow, H. (2002). Systems Engineering. Methodik und Praxis. 11. Aufl. Zürich: Verlag Industrielle Organisation.
- Haken, Hermann/Schiepek, Günter (2010). Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten. 2. korr. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Haunberger Sigrid (2013). Real-Time Monitoring. Erste multivariate Auswertungen mittels Regressions- und Zeitreihenanalyse. Interner Bericht. Olten: Hochschule für Soziale Arbeit.
- Hölzle, Christa/Jansen, Irma (Hg.). (2009). Ressourcenorientierte Biografiearbeit: Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden. Wiesbaden: VS Verlag.
- Meile, Ferdinand (2009). Qualitative Evaluation der stationären Suchttherapie casa fidelio. Praxisprojekt Studiengang Sozialarbeit. Luzern: Hochschule Luzern, Soziale Arbeit.
- Meile, Ferdinand/Hosang, Claudia (2010). Männlichkeit und abweichendes Verhalten. Eine qualitative Studie mit süchtigen Männern im Massnahmenvollzug. Bachelor Thesis. Luzern: Hochschule Luzern, Soziale Arbeit.
- Oberholzer (2007). Berührungsflächen wissenschaftlicher Praxis und Berufspraxis. Paradoxien und Transformationsbedarf (unveröffentlichter Artikel)
- Praktikabilitätstest von Systemmodellierung und Real-Time Monitoring in der casa fidelio. Projektbescrieb z. Hd. 3FO Stiftung. 21.5.2010. Nennung im Text: Projektbescrieb (2010)
- Praktikabilitätstest Systemmodellierung und Real-Time Monitoring in der casa fidelio. Konzept für die Evaluation. 1.12.2011. Nennung im Text: Konzept für die Evaluation (2011)
- Praktikabilitätstest Systemmodellierung und Real-Time Monitoring in der casa fidelio. Evaluationsskizze. 26.9.2012, ergänzt 30.11.2012. Nennung im Text: Evaluationsskizze (2012)
- Rotzetter, Fabienne (2013). Kooperation von Wissenschaft und Praxis. Einblicke in und Empfehlungen zur Gestaltung kooperativer Wissensbildung anhand einer formativen Evaluation eines kooperativen Entwicklungsprojekts. Unveröffentlichter Leistungsnachweis im Master-Studium Soziale Innovation. Olten: Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea/Calzaferri, Raphael (2011). Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Strauss, Anselm L./Corbin, Juliet (1996). Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- von Kardorff, Ernst (2009). Qualitative Evaluationsforschung. In: Flick, Uwe/von Kardorff, Ernst /Steinke, Ines (Hg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt S. 238-250.