



hilf
los

Hilfe bei sexueller Gewalt

Nicht alle Gewaltopfer finden in der Schweiz geeignete Anlaufstellen, wie eine Studie der BFH zeigt. Vor allem Kinder und Erwachsene mit einer Behinderung, die sexuelle Gewalt erleiden, sind betroffen. ▶ 16



Junge Straftäterinnen und Straftäter

Wie betroffene Jugendliche eine jugendstrafrechtliche Schutzmassnahme erleben ▶ 10

Fachbereich

- 4 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Schlaglichter auf ein wenig beachtetes Arbeitsfeld
- 8 Behinderung und Sexualität – Unterschiedliche Realitäten in Italien und der Schweiz
- 10 «Wenn ich nie gekifft hatte, wäre ich jetzt ein Bäcker» – Junge Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrecher im Massnahmenvollzug
- 13 Gastbeitrag: Soziale Arbeit ist ... von Marianne Vogel Kopp
- 14 News & Infos

**Soziale Intervention**

- 16 Hilfe bei sexueller Gewalt: in der Schweiz nicht für alle gleich?
- 20 Psychisch belastete Kinder und Jugendliche in der sozialpädagogischen Arbeit
- 22 Ambivalenzarbeit mit Klientinnen und Klienten im Pflichtkontext
- 24 Abklärungen für den Kinderschutz: komplex und professionell
- 27 Weiterbildung

**Soziale Organisation**

- 29 Innovative Qualitätsentwicklung in der ärztlichen Grundversorgung
- 32 Unterwegs zu einem Kinder- und Jugendhilfegesetz im Kanton Bern
Andrea Weik im Interview
- 36 Aktuelles und Weiterbildung

**Soziale Sicherheit**

- 38 Lieber reich und gesund als arm und krank – 2. Nationale Tagung Gesundheit & Armut
- 40 Langzeitbezug in der Sozialhilfe
- 44 Aktuelles und Weiterbildung

Institut Alter

- 46 Gemeinden für das Thema Alter sensibilisieren
- 49 Freiheitsbeschränkende Massnahmen bei Menschen mit Demenz
- 52 Aktuelles und Weiterbildung





Prof. Dr. Martin Wild-Näf
Leiter Abteilung Weiterbildung,
Dienstleistung, Forschung
martin.wild@bfh.ch

Liebe Leserinnen und Leser

Die Zahlen und auch der politische Diskurs zur Sozialhilfe sind bekannt. Und trotzdem fühlt es sich anders an, wenn man mit einzelnen Fällen konfrontiert ist. Als Mitglied der Sozialhilfekommission der Stadt Bern habe ich im Rahmen der Dossierkontrolle einmal pro Jahr Einblick in die Arbeit des Sozialdienstes sowie der Sozialarbeitenden und lerne einzelne Klientenbiografien kennen. In diesem Jahr haben wir uns speziell mit Sozialhilfebeziehenden beschäftigt, die über 50 Jahre alt sind.

Drei Punkte sind mir dabei besonders aufgefallen: Der Sozialhilfebezug hat eine klare Indikation, ergibt sich aus langen Vorgeschichten mit schwierigen beruflichen und privaten Konstellationen. Ein konstanter Verlauf ist bereits ein Erfolg, eine Verschlechterung insbesondere mit gesundheitlichen Problemen ist gehäuft feststellbar. Und last but not least: Mehrjähriger Sozialhilfebezug ist die Regel, Ablösung in den Arbeitsmarkt die Ausnahme.

Ich erlaube mir, drei persönliche Folgerungen für die Soziale Arbeit zu ziehen: Finanzielle Hilfe allein genügt nicht, es braucht vor allem auch professionelle Sozialberatung, um Klientinnen und Klienten in der Sozialhilfe zu stützen. Notwendig ist breites interdisziplinäres Wissen und die Zusammenarbeit mit anderen Professionen, um zum Beispiel eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festzustellen und angemessen zu intervenieren. Und schliesslich: Soziale Arbeit ist wichtig, sie kann individuelle und gesellschaftliche Probleme jedoch nicht alleine lösen. Wir sind alle zusammen gefragt, um zum Beispiel niederschwellige Arbeitsplätze in privaten und staatlichen Unternehmen zur Verfügung zu stellen.

Impressum impuls 1/2016

Herausgeberin: Berner Fachhochschule BFH,
Fachbereich Soziale Arbeit
Erscheinungsweise: 3-mal jährlich
Auflage: 10 400 Exemplare
Redaktion: Denise Sidler Kopp, Brigitte Pfister,
Catrina Dummermuth, Oliver Slappnig
Fotos: iStock (1, 5, 6, 10, 17, 21, 25, 43, 44, 47, 52),
Fox (9), Oliver Slappnig (32–35), photocase (39),
UPD (49), Urs Pfister (50); restliche: zVg

Layout: Oliver Slappnig
Druckvorstufe: Lithwork, Niederwangen
Druck: Stämpfli AG, Bern
Copyright: Texte und Bilder sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion.
Abonnement: soziale-arbeit.bfh.ch/impuls
ISSN 1661-9412

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Schlaglichter auf ein wenig beachtetes Arbeitsfeld



Thomas Friedli
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
thomas.friedli@bfh.ch

Das Gesundheitswesen ist ein bedeutendes Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit. Trotzdem wird die gesundheitspezifische Soziale Arbeit sowohl innerhalb der eigenen Profession als auch von den etablierten Gesundheitsprofessionen wenig wahrgenommen und muss sich in der Praxis immer wieder legitimieren.

Dass die Grenzen zwischen Sozial- und Gesundheitswesen fließend sind, ist fachlich und politisch unstritten. Die gegenseitige Abhängigkeit von gesundheitlichen Parametern und soziostrukturellen Bedingungen ist seit Jahrzehnten gut untersucht (Bauer et al. 2008). 2005 beschrieb die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Bangkok Charta (WHO 2005) Gesundheitsförderung als «Prozess, Menschen zu befähigen, die Kontrolle über ihre Gesundheit und deren Determinanten zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern». Sie versteht Gesundheitsförderung damit als multiprofessionellen Ermächtigungsprozess, in dem der Sozialen Arbeit ein wichtiger Platz zukommt, ist doch der Einfluss von sozialer Unterstützung und sozialen Netzwerken, der Einfluss der Teilnahme am Arbeitsmarkt und an der sozialen Lebensumwelt auf die Gesundheit unstrittig belegt (Franzkowiak Homfeldt & Mühlum 2011: 44).

Entsprechend kann Soziale Arbeit im Gesundheitswesen «als Bindeglied zwischen Gesundheits- und Sozialwesen verstanden [werden], welches darauf spezialisiert ist, die Wirkmechanismen der gegenseitigen Beeinflussung von sozialer Umwelt, Gesundheit und Lebensführung aufzuzeigen, zu bearbeiten und die Patientinnen und Patienten (resp. Menschen ganz allgemein, Anm. des Autors) dabei zu unterstützen, die dadurch entstehenden Probleme zu bewältigen» (Friedli 2015, SFSS 2014).

Eher toleriert als anerkannt

Trotzdem ist die Soziale Arbeit teilweise eine eher tolerierte als anerkannte Profession, die in der nach wie vor von einem biomedizinischen Verständnis von Gesundheit dominierten Praxis des Gesundheitswesens oftmals wenig beachtet wird (Sting & Zurhorst 2000: 7). Dieser Effekt wurde gerade im stationären Gesundheitswesen durch die Einführung der Fallpauschalen (DRG) eher noch verstärkt. Ein sichtbares Zeichen für den zu-

nehmenden Legitimationsdruck ist die Tatsache, dass in Sozialberatungen von Organisationen des stationären Gesundheitswesens teurere Sozialarbeitende durch günstigere Pflegefachpersonen ersetzt oder Praktikumsstellen für angehende Sozialarbeitende gestrichen werden.

Rund ein Fünftel arbeitet im Gesundheitswesen

Da keine einheitlichen Datengrundlagen vorhanden sind, ist es schwierig, die Zahl der im Gesundheitswesen tätigen Sozialarbeitenden zu beziffern. Eine 2013 von der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) durchgeführte Studie zeigt jedoch, dass etwa 20 Prozent aller Fachpersonen Sozialer Berufe (Diplomierte in Sozialer Arbeit sowie Berufsleute mit verwandten Abschlüssen auf Niveau HF) im Gesundheitswesen tätig sind (Süss-trunk 2013). Dies deckt sich in etwa mit den Ergebnissen einer Studie von Homfeldt (2012), die zum Schluss kommt, dass in Deutschland etwa 25 Prozent aller Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen angestellt sind.

Im stationären Gesundheitswesen in der Schweiz (also in Spitälern, Psychiatrien, Pflegeheimen und Rehabilitationskliniken) sind gemäss einer Schätzung des Schweizerischen Fachverbandes Sozialdienst in Spitälern (SFSS) zurzeit rund 500 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter angestellt (SFSS 2013: 3). Das ambulante Gesundheitswesen ist damit für Sozialarbeitende das weitaus grössere Arbeitsfeld als die stationäre Gesundheitsversorgung.

Interessensvertretung im Aufbau

Interessanterweise sind aber diejenigen Sozialarbeitenden, die im ambulanten Gesundheitswesen tätig sind, fachlich und berufspolitisch deutlich weniger gut organisiert als ihre Kolleginnen und Kollegen im stationären Gesundheitswesen. Während der Schweizerische Fachverband Sozialdienst in Spitälern (SFSS) das Ziel



In der Praxis des Gesundheitswesens wird die Soziale Arbeit oftmals wenig beachtet.



Nicht zu viele Stühle besetzen, sondern Kräfte bündeln, das ist die Aufgabe der Schweizer Verbände.

verfolgt, die Sozialberatung in Institutionen des stationären Gesundheitswesens zu stärken und auszubauen, fehlt den Sozialarbeitenden in ambulanten Settings ein entsprechendes Äquivalent.

Der zweite grosse Verband für Sozialarbeit im Gesundheitswesen, der Verein Clinical Social Work Switzerland (CSWS), deckt zwar prinzipiell auch Interessen von Sozialarbeitenden in ambulanten Settings ab, fokussiert jedoch mit seinem Zweck, «im Bereich der gesundheitsspezifischen Beratung und Behandlung, der Wissenschaft und der Ausbildung Voraussetzungen für eine [...] wirksame Klinische Sozialarbeit zu schaffen, zu fördern und auszubauen» (CSWS 2012) stark auf Forschung und die Weiterentwicklung methodischer Ansätze.

Die Sozialarbeitenden im Bereich der Psychiatrie sind ihrerseits in der Fachkonferenz Sozialdienste Psychiatrie (FKSP) vernetzt, welche sich «für eine qualitativ hochstehende und evidenzbasierte Sozialarbeit, die adäquate Integration der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Behandlungsprozess sowie einen konstruktiven Informations- und Wissensaustausch zwischen den Mitgliedern» einsetzt (Rotzer 2013).

Alle drei Verbände kämpfen jedoch mit dem Problem, dass ihre Vorstände tendenziell überlastet sind und die anstehenden Aufgaben für Organisationen ihrer Grösse schlechterdings nicht zu bewältigen sind. Daher ist eine der grossen Aufgaben der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen für die nahe Zukunft, ihre organisationalen Kräfte sinnvoll zu bündeln und in einem grossen Fachverband zusammenzuführen.

Gesundheitsspezifische Sozialarbeit in Curricula der Fachhochschulen

Eine weitere Herausforderung liegt nach Lützenkirchen (2005: 24) darin, dass die Fachhochschulen für Soziale Arbeit ihre Curricula so ausbauen müssen, damit zukünftige Generationen von Sozialarbeitenden dafür gewappnet sind, die Mitverantwortung der Sozialen Arbeit für das «gesundheitliche Wohl benachteiligter Bevölkerungsgruppen» wahrzunehmen. Dazu ist es nötig, die eigene Fachlichkeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen auszubauen, da heute genau an dieser Schnittstelle erhebliche Versorgungslücken bestehen. Gemäss Lützenkirchen (2005: 24f.) sind für die Fachhochschulausbildungen im Bereich Soziale Arbeit Qualifikationen gefragt, welche dazu befähigen, «auf die sozial bedingten Gesundheitsprobleme in der Versorgungspraxis und auf den Innovationsdruck im Gesundheitswesen zu reagieren».

Gefordert ist damit sowohl Innovation als auch Rückbesinnung auf die Wurzeln der Sozialen Arbeit als Beruf und Profession. Denn lebten etwa Alice Salomon oder Jane Addams heute, würden sie wahrscheinlich nicht zögern, Soziale Arbeit auch als Public-Health-Profession zu bezeichnen. Die Interventionen Sozialer Arbeit waren immer schon auch Massnahmen der öffentlichen Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung. Man denke dabei nur an die Settlement-Bewegung oder an den grossen Stellenwert der Gesundheitslehre in den ersten Ausbildungsgängen für Soziale Arbeit an der Schule von Alice Salomon. Public Health sollte vermehrt als Thema der Sozialen Arbeit etabliert und entsprechende Module und Inhalte in der Bachelorausbildung von Sozialarbeitenden verankert werden (vgl. Kasten). ■

Module zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen im Bachelorstudiengang der BFH

Soziale Arbeit im stationären Gesundheitswesen

Dieses Modul thematisiert das breite Spektrum der Sozialen Arbeit im stationären Gesundheitswesen und vermittelt sowohl theoretisches Wissen wie auch Einblicke in unterschiedlichste Praxisfelder.

Behinderung und Gleichstellung

In diesem Modul erhalten die Studierenden Einblick in aktuelle und historische Modelle zum Thema. Sie reflektieren ihre eigene Haltung und den Umgang mit Menschen mit Behinderungen vor allem unter dem Aspekt der Gleichstellung.

Sozialpsychiatrie

Das Modul Sozialpsychiatrie thematisiert psychische Erkrankungen und deren Behandlung unter verschiedenen sozialwissenschaftlichen Perspektiven und vermittelt Einblicke in sozialpsychiatrische Einrichtungen sowie Reflexionen zur Begründung und Methodik Sozialer Arbeit in diesem Feld.

Psychische Störungen und therapeutische Ansätze

In diesem Modul werden Genese und Therapie psychischer Störungen auch aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit betrachtet.

Sexuelle Gesundheit in der Sozialen Arbeit

Dieses Modul thematisiert unterschiedliche Aspekte von Sexualität und sexueller Gesundheit in der Sozialen Arbeit – sei es auf konzeptueller Ebene oder in direktem Kontakt mit Klientinnen und Klienten.

Sucht

Das Modul Sucht ermöglicht es Studierenden, Kenntnisse für einen professionellen Umgang mit suchtbetroffenen Klientinnen und Klienten zu erlangen. Es thematisiert unter anderem die sozialen Kontexte der Entstehung von Süchten.

Gesundheit und Gesundheitsmanagement

Dieses Modul wird momentan überarbeitet und im Herbstsemester 2016 mit neuen Inhalten wieder an den Start gehen.

Zurzeit bestimmt eine Arbeitsgruppe Themenfelder, die neu thematisiert oder weiter ausgebaut werden müssen, um angehende Sozialarbeitende optimal auf eine Tätigkeit im Gesundheitswesen vorzubereiten.

Literatur:

- Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe H. & Richter, Matthias (2008): Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Die Herausforderung einer erklärenden Perspektive. In: Ullrich Bauer, Uwe H. Bittlingmayer & Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities – Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- CSWS Clinical Social Work Switzerland (2012): Statuten. Abgerufen von <http://www.klinische-sozialarbeit.ch/CSWSStatuten-per20.3.2012.pdf>
- Franzkowiak, Peter; Homfeldt, Hans Günther & Mühlum, Albert (2011): Lehrbuch Gesundheit. Weinheim und München: Juventa.
- Friedli, Thomas (2015): Über den Nutzen von Spitalsozialarbeit bei Epilepsie – Ein Panorama aus der Sicht Betroffener (Master-Thesis, Kooperationsstudiengang Master of Science in Sozialer Arbeit der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich). Verfügbar unter www.soziothek.ch.
- Homfeldt, Hans Günther (2012): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und Gesundheitsförderung. In: Werner Thole (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit: ein einführendes Handbuch (S. 489-504). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lützenkirchen, Anne (2005): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rotzer, Paolo (2013): Stationäre Psychiatrie und Soziale Arbeit. (Masterarbeit, MAS Psychosoziale Beratung der Fachhochschule Nordwestschweiz). Abgerufen von http://www.ortsgruppezug.ch/pdf/MAS_FHNW_Rotzer_Paulo.pdf
- SFSS Schweizerischer Fachverband Sozialdienst in Spitälern (2013): Bestandsaufnahme Spitalsozialarbeit in der Schweiz. Abgerufen von http://sfss.ch/cms/fileadmin/user_upload/news/Bestandsaufn_Spitalsozialarbeit_4maerz_OEFFENTLICH_SH_korr.pdf
- SFSS Schweizerischer Fachverband Sozialdienst in Spitälern (2014): Soziale Arbeit ist ein Gesundheitsberuf. Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens zum Gesundheitsberufegesetz. Abgerufen von <http://www.sfss.ch/cms/>
- Sting, Stephan & Zurhorst, Günter (2000): Einführung: Gesundheit – ein Kernthema Sozialer Arbeit? In: Stephan Sting & Günter Zurhorst (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit (S. 7-11). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Süsstrunk, Simon (2013): Stellungnahme der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW zum Vorentwurf zu einem Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GeSBG) vom 18.12.2013. Abgerufen von http://www.gesbg.admin.ch/themen/00519/index.html?lang=de#sprungmarke0_5
- WHO (2005): Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. Abgerufen von http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf

Behinderung und Sexualität – Unterschiedliche Realitäten in Italien und der Schweiz



Caroline Pulver
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
caroline.pulver@bfh.ch



Rossella Convertino
Doktorandin in sozialer Theorie und
Sozialforschung
rossellaconvertino@libero.it

Die bereits bestehende Erasmus-Zusammenarbeit zwischen der Università del Salento in Lecce und der BFH ermöglichte Rossella Convertino die Erstellung eines internationalen Vergleichs zwischen Italien und der Schweiz zum Thema der assistierten Sexualität. Der Artikel von Rossella Convertino und Caroline Pulver gibt Einblick in die vorläufigen Resultate der Dissertation und die Fragen, mit denen sich Rossella Convertino während ihres Aufenthalts in Bern beschäftigt hat.

Die Themen Behinderung und Sexualität werden aktuell in Italien viel diskutiert. Das Interesse ist auf eine Initiative zurückzuführen, die von politisch linken Parteien im Parlament eingereicht wurde. Dass sich das Parlament mit dem Recht von Menschen mit einer Behinderung auf Sexualität auseinandersetzen will, ist grundsätzlich als positiv zu bewerten. Jeder politische Prozess hat aber auch eine Kehrseite. Von den für die Initiative benötigten 5000 Unterschriften wurde nur die Hälfte von Menschen mit einer Behinderung beigesteuert. Die andere Hälfte kam von Personen, die eigene Interessen verfolgen, zum Beispiel die Lancierung und den Verkauf von Ausbildungsgängen, die im Rahmen der neuen Gesetzgebung entstehen sollen. Es geht also nicht in erster Linie um ein Thema, das von Menschen mit einer Behinderung und deren Interessenverbänden gefördert worden wäre. Der nun präsentierte Gesetzesentwurf riskiert, mehr Schaden anzurichten, als Gutes hervorzubringen. Vor dem Hintergrund dieser Diskussionen entwickelte Rossella Convertino ihr Promotionsprojekt. Die Dissertation liefert einen Beitrag zur Versachlichung der Debatte und wissenschaftliche Grundlagen, um politische Akteure zu informieren, bevor sie Entscheide fällen, die einen nicht umkehrbaren Einfluss auf das Leben einzelner Staatsbürgerinnen und -bürger haben würden, konkret auf Menschen mit einer Behinderung.

Entstehung einer neuen Rolle: Sexualassistenz

Der Gesetzesentwurf beinhaltet die Einführung eines neuen, professionellen Dienstleisters im Rahmen der öffentlichen sozialen Dienste; nämlich desjenigen der Sexualassistentinnen und Sexualassistenten. Eine Rolle, die in der Schweiz bereits bekannt ist: Sexualassistenz für Menschen mit einer Behinderung gibt es in der Schweiz seit über 30 Jahren. Gerade weil Diskussionen und Bemühungen zu den Themen Behinderung und Sexualität für Italien neu sind, war es für das Promotions-

projekt nötig, Erhebungen in einem Land zu machen, das bereits über soziale Praktiken innerhalb dieser äusserst intimen Sphäre von Menschen mit einer Behinderung verfügt. Der Aufenthalt in Bern diente dazu, Erhebungen im Feld zu machen und mehr zu erfahren über die sozialen Vorstellungen zur Thematik und vor allem darüber, welche Angebote und Dienstleistungen es bereits gibt und welche wichtig sein können für die betroffenen Menschen und ihre sexuelle Gesundheit.

Gibt es ein «Schweizer Modell»?

Die Schwierigkeit mit Sexualassistentinnen und -assistenten entsteht in Italien unter anderem deshalb, weil eine professionelle Rolle legitimiert werden soll, die sich in einem bis anhin nicht regulierten Kontext befindet, nämlich dem der Sexualität. In Italien ist der Austausch von Sex gegen Geld illegal. In der Schweiz, wo Prostitution legal ist und durch öffentliche Stellen auch reglementiert und kontrolliert wird, ist der gesellschaftliche Kontext ein anderer. In diesem Umfeld können sich Menschen mit einer Behinderung als private und freie Bürgerinnen und Bürger an Sexualassistenten wenden. So wurde auch die Notwendigkeit erkannt, Sexualassistentinnen und -assistenten speziell auszubilden, weil diese professionelle Rolle sich trotz allem erheblich von derjenigen der Prostituierten unterscheidet. Die Schweiz hat kein spezifisches Modell zur Sexualassistenz eingeführt, die Angebote sind erst mit der Zeit entstanden und wurden zunehmend professionalisiert. In Italien beriefen sich die Initianten indes immer auf das spezifische «Schweizer Modell». Teil des Promotionsprojekts ist es demnach auch, zu untersuchen ob es dieses Schweizer Modell gibt und ob es sich als Best-Practice-Modell wirklich für die Einführung in Italien eignet. Soll von der sich mit der Zeit etablierten Praxis der Schweiz von einem Modell gesprochen werden, dann liesse es sich trotz allem nicht einfach auf Italien übertragen, weil es bereits normative und rechtliche



Berühren erlaubt: Sexualassistenz im Film «The Sessions» (USA 2012).

Bezüge aufweist, die sich auf schweizerische Eigenheiten beziehen. Wenn mit dem Modell allerdings nur Art und Inhalt der Ausbildung der Sexualassistenten gemeint ist, dann wäre das Schweizer Modell letztlich dem deutschen Modell ähnlich, da sich die Ausbildung in der Schweiz jener in Deutschland anlehnt.

Liberaler Tradition in der Schweiz

Die Schweiz verfügt traditionell über ein eher liberales Wohlfahrtssystem, das auf ausgebauten Sozialversicherungen beruht, die durch Lohnbeiträge und öffentliche Gelder finanziert werden. Geld- und Hilfeleistungen sind bis zu einem gewissen Grad voneinander entkoppelt. Die Personen, welche Geldleistungen beziehen, sind in der Verwaltung dieses Geldes mehr oder weniger frei, ebenso in der Auswahl der sozialen Dienstleistungen. Italien weist dagegen ein familiales Wohlfahrtssystem auf. Entwicklungen hin zu einem mehr Community-orientierten Wohlfahrtsstaat sind zwar zu beobachten, aber letztlich ist die Familie das Herz des italienischen Wohlfahrtsstaates. Der öffentliche Wohlfahrtsstaat wird ausschliesslich von der Regierung gesteuert und über Steuern finanziert. Diese beiden Faktoren beeinflussen die Angebote eben dieses Wohlfahrtsstaates sowie auch die Politik und die Soziale Arbeit. Eine in Italien lebende Person mit einer Behinderung findet keine den Privatbereich betreffende Angebote, die ihre selbstständige Position in der Gesellschaft stärken würde, sondern sie trifft auf soziale Kontrolle und tendenziell auf soziale Gettoisierung. Das Paradoxon des Gesetzesentwurfs be-

steht nun darin, dass ein Modell übernommen werden soll, das es erstens in dieser Form nicht gibt und zweitens auf Basis einer ganz anderen sozialen Realität und Wahrnehmung entstanden ist.

Ein weiteres Ziel der Dissertation ist es, herauszufinden, was die wirkliche soziale Frage hinter den Themen Behinderung und Sexualität ist. Mit Sexualität werden ethische, moralische und kulturelle Werte verbunden, die die Sichtweise auf das Thema und den Umgang damit prägen. In der Schweiz ist der Einfluss der katholischen Kirche auf das Thema Sexualität zum Beispiel deutlich weniger spürbar als in Italien. Dort wird ein grosser Teil der sozialen Dienstleistungen für Menschen mit einer Behinderung von der Kirche administriert. Auch die italienische Leitkultur ist direkt von der katholischen Kirche beeinflusst, was nicht zuletzt den Privatbereich der Sexualität mitprägt. Personen mit einer Behinderung leben tendenziell mit dem Stigma asexuelle Wesen zu sein, ewige Kinder, die keine sexuellen Bedürfnisse haben. Würde der Gesetzesentwurf zum Thema Sexualassistenz in der aktuell geplanten Form umgesetzt, wären die Auswirkungen auf die Menschen mit einer Behinderung gravierend: Sie würden doppelt diskriminiert – erstens, weil ihre sexuellen Bedürfnisse in den Bereich der Öffentlichkeit delegiert würden und zweitens, weil nur ihnen dieser spezielle Dienst der käuflichen Sexualität zugestanden würde.

Wer würde die Dienstleistung anbieten?

Was wäre zudem mit den Personen, die diese Dienstleistung anbieten würden? Würde es zum gleichen Phänomen kommen wie bei den privaten Pflegekräften – eine Tätigkeit, die fast ausschliesslich durch schlecht bezahlte und schlecht abgesicherte ausländische Frauen ausgeübt wird? Solche Überlegungen müssen zwangsläufig in die Planung und Einführung einer solchen Dienstleistung miteinbezogen werden. Vor dem Hintergrund dieser Tatsachen geht es bei der Umsetzung der Sexualassistenz kaum um Emanzipation oder Ausübung von Menschenrechten. Ausländische Vergleiche auf Basis eines Best-Practice-Modells reichen nicht aus, um die Konsequenzen dieses Gesetzes auf die breite Bevölkerung abzuschätzen. Über Behinderung und Rechte für Menschen mit Behinderung zu sprechen, heisst immer auch über Politik zu sprechen. Und die Politik Italiens ist einer anderen Logik unterworfen als jene der Schweiz. Im untersuchten Fall will die Politik neue Angebote lancieren, jedoch ohne die Gesellschaft entsprechend darauf vorzubereiten. Nun ist es notwendig, dass man rund um den Versuch, die Sexualassistenz in Italien als öffentliche, soziale Dienstleistung einzuführen, Rahmenbedingungen studiert und Recherche betreibt. Es geht letztlich nicht um ein Minderheitenthema, schliesslich kann eine Behinderung alle treffen. Aktuell sind die parlamentarischen Auseinandersetzungen zum Thema allerdings blockiert, weil andere Geschäfte im Parlament als dringlicher eingestuft und daher vorgezogen werden. Es bleibt abzuwarten, wann der Gesetzesentwurf weiter diskutiert wird. ■

«Wenn ich nie gekifft hätte, wäre ich jetzt ein Bäcker»



Marc Schnyder
Sozialarbeiter
Jugend-anwaltschaft Region Bern-
Mittelland
marc.schnyder@justice.be.ch

Junge Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrecher können dann von jugendstrafrechtlichen Schutzmassnahmen profitieren und damit sozial wieder integriert werden, wenn man ihnen Entwicklungspotenzial zuspricht, an sie glaubt und Durchhaltevermögen demonstriert. Die Haltung der Sozialarbeitenden ist entscheidend. Zu diesem Schluss kommt Marc Schnyder in seiner Master-Thesis.

«Wenn ich nie gekifft hätte, wäre ich jetzt ein Bäcker.» Diese Aussage illustriert beispielhaft, welche weitreichenden Folgen ein rechtswidriges Verhalten im Leben eines Jugendlichen haben kann. Im Interview berichtet der junge Mann über seine Vergangenheit, über seine Probleme im Elternhaus, den Schulstress, die Perspektivenlosigkeit und über den verzweifelten Versuch, mit Cannabis seine Sorgen loszuwerden.

Er erzählt aber auch von jener Zeit, als die Justiz sein Leben diktierte. Dabei scheint nicht die Bestrafung prägende Spuren hinterlassen zu haben, vielmehr war es die jugendstrafrechtliche Schutzmassnahme, die über Jahre sein Leben orchestrierte. Mit Schutzmassnahmen sind notabene keine Verwöhnprogramme gemeint. Nein, es handelt sich um therapeutische oder pädagogische Anstrengungen, die eine erfolgreiche soziale Integration und damit eine positive Legalprognose einer straffällig gewordenen Person bezwecken.

Jugendliche direkt befragt

Wie erleben betroffene Personen eine Schutzmassnahme? Kann eine strafrechtliche Intervention aus Sicht der Betroffenen zu einer positiven Entwicklung im Lebenslauf beitragen? Werden die Anstrengungen der Behörde von den jungen Verurteilten retrospektiv gewürdigt?

Diese Fragen verfolgten und inspirierten mich zugleich, zumal ich selbst als Sozialarbeiter bei der Jugend-anwaltschaft Region Bern-Mittelland tätig bin. Im Rahmen meiner Master-Thesis untersuchte ich mittels einer Aktenanalyse 105 Massnahmenverläufe. Die Daten dienten dazu, die Stossrichtung und Schwerpunktsetzung bei der sozialen Integration von straffälligen Jugendlichen aus Sicht der Vollzugsbehörde zu ermitteln.

Eine zweite Erhebungswelle galt der Befragung von fünf delinquenten Jugendlichen, bei welchen eine ambulante oder stationäre Schutzmassnahme angeordnet und inzwischen wieder aufgehoben wurde. Das Erkenntnisinteresse bestand darin, den Erfolgskriterien



Das Potpourri aus Frustration und Desillusionierung muss überwunden werden.

von Schutzmassnahmen auf die Spur zu kommen. Dabei war die Perspektive von ehemals Betroffenen von zentralem Interesse. Ihre retrospektive Einschätzung stand im Fokus.

Erziehung als Leitgedanke

Bevor auf diese subjektorientierten Erkenntnisse näher eingegangen wird, erscheint es wesentlich, das häufig kritisierte schweizerische Jugendstrafrecht grob zu skizzieren. Es handelt sich um ein erzieherisch ausgerichtetes Täterstrafrecht, welches das Ziel verfolgt, abweichendes Verhalten und künftige Rechtsbrüche bei einer straffällig gewordenen minderjährigen Person zu verhindern.

Das Jugendstrafrecht orientiert sich dabei nicht an einem sanktionsorientierten Strafkonzep mit vergeltungsorientierten Kerninteressen, sondern vielmehr daran, erzieherische und soziale Defizite abzubauen und persönlichkeitsbildende Faktoren zu fördern. Oder

mit anderen Worten: Das Delikt wird zum Anlass genommen, ungünstige Entwicklungen bei der Täterin oder beim Täter zu korrigieren.

Sinnvolle Strafen ansetzen

Das Jugendstrafgesetz beruht auf einem sogenannt dualistisch-vikariierenden System. Das heisst, Jugendanwältinnen und Jugendanwälte können sowohl eine Strafe als auch eine Schutzmassnahme anordnen, wobei die Schutzmassnahme Vorrang hat. Eine pädagogische Wirkung übt allerdings nicht nur die Schutzmassnahme aus, die Praxis zeigt, selbst Strafen verfolgen erzieherische Intentionen. Die Verurteilten werden typischerweise zu einer Arbeitsleistung in Grossküchen, Hausdiensten, Gärtnereien oder ähnlichen Einrichtungen verpflichtet. Dabei nutzen sie diese Erfahrung, um eigene Kompetenzen und berufliche Präferenzen zu ermitteln.

Pädagogisch gehaltvoll ist zudem eine Strafe, die in Form eines Kurses oder eines Beratungsgesprächs zu erbringen ist. Eine solche Strafform steht in unmittelbarem Bezug zum begangenen Delikt. So können Jugendliche bei Straftaten gegen das Strassenverkehrsgesetz zum Besuch eines Verkehrsinstruktionskurses und bei Gewaltdelikten zur Teilnahme an einem Anti-Aggressions-Training verpflichtet werden. Oder sie werden zu Beratungsgesprächen bei einer Drogenfachstelle verdonnert, sofern gegen das Betäubungsmittelgesetz verstossen wurde.

Schutzmassnahmen – pädagogische Knochenarbeit

Sofern der Jugendanwaltschaft vor oder während der ersten Einvernahme Informationen zufließen, die auf eine Gefährdung der beschuldigten Person hindeuten, tritt der interne Sozialdienst in Aktion. Es erfolgt eine umfassende Abklärung der persönlichen Verhältnisse.

Dabei werden im Rahmen von regelmässigen Gesprächen mit den Betroffenen, den erziehungsberechtigten Personen, dem engsten Umfeld und involvierten Fachpersonen sämtliche Lebensbereiche wie Familie, Bildung, Freizeitverhalten, Umgang mit Suchtmitteln u.v.m. durchleuchtet. Es werden Ursachen- und Erklärungsmodelle von Problemlagen ausgearbeitet, welche zusammen mit den Abklärungsergebnissen die Voraussetzung für das weitere Vorgehen bilden.

Letztlich ist zu klären, ob sowohl eine Massnahmenbedürftigkeit als auch eine Massnahmenfähigkeit vorliegen. Ist dies der Fall, werden in Zusammenarbeit mit den Jugendlichen sowie der gesetzlichen Vertretung Vollzugsziele und Massnahmen zur Zielerreichung ausgearbeitet.

Respekt und Zutrauen

Wie eingangs erläutert, ging ich in meiner Master-Thesis der Frage nach, wie Betroffene mit den Angeboten und Erwartungen der Vollzugsbehörde umgehen und ob sie rückblickend die Massnahmenzeit als zweckmässig und angemessen erachten. Insgesamt wurde berichtet, dass die Schutzmassnahmen – zumindest in retrospektiver Hinsicht – als Unterstützung und nicht als Hindernis der eigenen Entwicklung wahrgenommen wurden.



Vor allem der wohlwollende Umgang wurde geschätzt, dass eigene Anliegen Gehör fanden, auf das Individuum eingegangen wurde und die Jugendlichen mit Respekt und Wertschätzung behandelt wurden. Dabei scheint die Ausdauer und das ausserordentliche Durchhaltevermögen der Vollzugsbehörde von zentraler Bedeutung zu sein. Rückschläge wurden als Teil des gesamten Prozesses betrachtet und führten nicht gleich zum Abbruch der Massnahme.

Der Entwicklungs- und Lernprozess besteht also nicht nur im Befolgen von Auflagen der Vollzugsbehörde, sondern vielmehr darin, eigene Erfahrungen machen zu dürfen. In diesem Sinne waren sich alle interviewten Jugendlichen einig: Nur sie selbst sind es, die den Weg in eine konstruktive und fruchtbare Zukunft beschreiten können. Nebst klaren Strukturen, eigenem Engagement und Kooperationsbereitschaft gehören Wille und Disziplin zu jenen Eigenschaften, die aus ihrer Sicht für ein erfolgreiches Vorankommen notwendig sind.

Der Beziehungsaspekt und die Rolle der Eltern

Häufig wurde die Bedeutung einer guten und vertrauensvollen Beziehung zu einer Ansprechperson betont. Dabei scheint es unerheblich, ob diese Rolle Familienmitglieder, Pflegeeltern oder Sozialarbeitende der Jugendanwaltschaft einnehmen. Vertrauensvolle und tragfähige Beziehungen geben offensichtlich Halt und Sicherheit. Sie bilden den Motor für eigene Anstrengungen im Bereich der sozialen Integration.

Konfrontationen und Machtkämpfe sind dabei ebenso wichtig wie genügend Aufmerksamkeit und ernstgemeinte Hilfsbereitschaft. Es erstaunt daher kaum, dass gerade Eltern erheblich Einfluss auf den Massnahmenprozess nehmen können.

Bei Eltern kommen Gefühle der Verzweiflung, des Scheiterns und der Enttäuschung auf, wenn ihr Kind ein delinquentes Verhalten demonstriert. Mütter und Väter glauben, in ihrer Funktion als Eltern versagt zu haben. Gleichzeitig sind betroffene Jugendliche unkontrollierbaren Emotionen ausgesetzt, falls sie sich von ihren Eltern nicht verstanden und akzeptiert fühlen.

Interventionen im Rahmen einer Schutzmassnahme können hier eine Beruhigung herbeiführen. Dadurch wird eine Basis für eine neue Beziehung und einen besseren Umgang zwischen Eltern und Kind geschaffen. Eltern können erzieherische Verantwortung an die Sozialarbeitenden abgeben und fühlen sich nicht mehr in der Pflicht, in eine nervenaufreibende und destruktive Auseinandersetzung treten zu müssen.

Perspektiven bilden = Selbstbewusstsein fördern

Trägheit, Motivationslosigkeit, das Schwänzen des Schulunterrichts und regelmässiges Verschlafen prägen phasenweise das Leben der betroffenen Jugendlichen. Häufig wurde von Schul- und Lehrabbrüchen oder von gescheiterten Berufswahlprozessen berichtet. Die Folgen waren ein Potpourri von Frustration, Enttäuschung oder gar Desillusionierung, welche zweifellos den Entwicklungsprozess hemmten.

Um mit Optimismus, Engagement, Kraft und Ausdauer voranzuschreiten, bedarf es eigener Ziele und Wünsche. Das Entwickeln von realitätsnahen Perspektiven ist daher von elementarer Bedeutung. Aus diesem Grund leisten aktive Bemühungen um berufliche Integration einen wichtigen Beitrag für das Leitziel der sozialen Integration. Dabei liegt die grosse Schwierigkeit darin, ein passendes Berufsbildungsangebot zu finden, welches das Interesse der Jugendlichen weckt und an ihre Ressourcen anknüpft, zugleich aber keine Überforderung darstellt.

Die eigene Haltung entscheidet über Erfolg und Misserfolg

Ehemalige Klientinnen und Klienten des Justizsystems sind sich also einig: Einem respektvollen Umgang und einer akzeptierenden, auf Bindung ausgerichteten Haltung der Sozialarbeitenden kommt eine grundlegende Bedeutung zu. Die Überzeugung, dass junge Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrecher nachreifen und sich positiv entwickeln können, fördert die Einstellung der Sozialarbeitenden, Durchhaltevermögen zu demonstrieren, wiederholt Chancen zu gewähren und die Beziehung aufrecht zu erhalten.

Letztlich besteht die vorrangige Aufgabe des Massnahmenvollzugs in der sozialen Integration der Jugendlichen. Dazu bedarf es einer intensiven Auseinandersetzung mit den jungen Täterinnen und Tätern. Kompetenzen gilt es zu erweitern und Ressourcen zu stärken, stets behutsam und die Geschwindigkeit und Intensität der Schutzmassnahme so regulierend, dass Anforderungen nicht zur Überforderung führen. Diese Haltung auch gegen die oftmals entgegengesetzte öffentliche Meinung zu vertreten, ist nicht nur die Aufgabe der Sozialen Arbeit, sondern aller im Jugendstrafrecht und Massnahmenvollzug tätigen Personen. ■

Die Master-Thesis von Marc Schnyder mit dem Titel «Junge Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrecher im Massnahmenvollzug. Eine empirische Untersuchung mit Fokus auf die Subjektperspektive als Beitrag für eine gelingende soziale Integration von jungen Straftäterinnen und Straftätern im Kanton Bern» steht auf soziothek.ch zum kostenlosen Download zur Verfügung.

Der Master in Sozialer Arbeit ist eine Kooperation der Berner Fachhochschule BFH, der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, der FHS St. Gallen und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW.

MASTER

IN

SOZIALER

ARBEIT

BERN | LUZERN
ST. GALLEN | ZÜRICH

Soziale Arbeit ist...

von Marianne Vogel Kopp



Marianne Vogel Kopp ist freischaffende reformierte Theologin, Erwachsenenbildnerin und Autorin.
marianne.vogel@vogelkopp.ch

... überflüssig. Jedenfalls wenn ich mich der Vision einer gerechten Welt hingeebe, in der Menschen einander aufmerksam, Anteil nehmend und zärtlich begegnen. Und Träumen ist ja nicht verboten.

Aber noch leben wir hier in einer Ego-Kultur, sind auf Selbstoptimierung aus, und wer den Anforderungen der Selbstdarstellungsgesellschaft nicht nachzukommen vermag, fällt heraus. Er findet oft keinen Halt mehr in der Sippe, im Freundeskreis, im Quartier, sondern fällt direkt in die Arme der professionellen Helfer, der organisierten Sozialarbeit. Dort soll er gefälligst dankbar sein für dieses Auffangen, seine Wunden lecken und den Erfolgreichen möglichst aus den Augen, aus dem Sinn und dem Weg gehen.

Als Theologin bin ich eine, die nachdenkt über Gott und die Welt. Als spiritueller Mensch habe ich ein waches Sensorium für das Auseinanderklaffen von «Gott» und «Welt». Ich versuche immer mehr, das Ganze als eine einzige, zusammengehörende Wirklichkeit zu erfahren. Ich glaube, dass nur im Absoluten verwurzelte Menschen wirklich lebendig, glücklich und menschenfreundlich sind. Das beste Beispiel dafür ist immer noch der Mann aus Nazareth, der keine Religion stiften wollte, der keine Nachbeter suchte, der keine besondere Göttlichkeit beanspruchte – der einfach wahrer Mensch war, nicht mehr, aber auch nicht weniger. Er hatte Augen für die Armen und Ausgegrenzten, von denen es in seiner Gesellschaft mehr als genug gab. Und er liess sich ohne Berührungängste ein. An ihm und seinem Verhalten mache ich meine Vision fest.

Natürlich ist die Sozialarbeit, wie sie vom Staat, von Institutionen, von der Kirche zur Verfügung gestellt wird, unendlich wertvoll. Gleichzeitig ist sie ein Freipass dafür, zwischenmenschliche Hilfestellung verkümmern zu lassen und sie an bezahlte Profis zu delegieren. Nächstenliebe ist nicht mehr selbstverständlicher Im-

puls aller, sondern wird den besoldeten Helfern übertragen, die sollen es richten. Kein Zweifel, ist dieser Anspruch an die Berufs-Sozialen eine Zumutung, sie sollen idealistische Menschen sein und gleichzeitig verwaltungstechnisch durchorganisierte Hilfestellung anbieten und möglichst unauffällig die Opfer der Schönerschneller-erfolgreicher-Gesellschaft ver- und entsorgen. So bleiben die Funktionstüchtigen im Licht – und um jene im Schatten kümmern sich die Professionellen.

Meine Vision kommt ohne derartiges Delegieren und Abspalten aus. Wir haben letztlich nur eine einzige, ungeteilte Wirklichkeit, in der Licht und Schatten überall ineinandergreifen. Alle Abspalterei entfremdet uns vom «grossen Ganzen». Philosophisch gesehen leiden wir an der dualistischen Betrachtung der Welt. Diese Strömung ist vorchristlich, hat sich aber unserer Kultur stark bemächtigt. Und so klaffen für uns Geist und Körper, Leben und Tod, Ideal und Schatten seither heftig auseinander – das eine wird auf den Sockel gestellt und das andere möglichst ausgeblendet.

Diese Spaltung der Wirklichkeit aufzuzeigen, sie als Illusion zu begreifen und zu überwinden, ist das Ziel aller Spiritualität. Die verstörendste Kluft der Menschen besteht darin, dass sie meinen, ein alleiniges, getrenntes und anderen überlegenes Wesen zu sein. In der spirituellen Weltsicht sind wir verbunden und gehören zusammen. Wir sind voneinander abhängig und nur im Miteinander des grossen Gefüges machen unsere Haltungen und Handlungen Sinn. Das Schicksal der anderen bleibt keinem gleichgültig, denn es wird auch als das eigene begriffen.

Mir ist die jüdisch-christliche Tradition lieb und ein grosser weisheitlicher Fundus. Für mich ist deshalb nicht Buddha oder sonst ein Weiser Anhaltspunkt. Es reicht mir, Jesus als Symbol zu begreifen für dieses Leben in vollkommener Einheit mit der Wirklichkeit; Jesus steht für «Gott und Welt in einem». Sein sozialer Blick würde heute vielleicht weniger die Randständigen orten. Ich stelle mir vor, wie er sich als Heiler vielmehr all den Oberflächlichen, den Arroganten, den Selbstverliebten und Egomane zuwenden und diese Überflieger auf den Boden der Wirklichkeit hinunterlieben würde, wo sie sich als präserter, zugehöriger Teil der Menschheit entdecken könnten. Dort würden sie verstehen, was der nüchterne Mystiker Meister Eckhart 1300 Jahre nach Christus auf den schlichten Punkt brachte: «Immer ist die wichtigste Stunde die gegenwärtige; immer ist der wichtigste Mensch der, der dir gerade gegenübersteht; immer ist die wichtigste Tat die Liebe.» Und eben, dann wird die professionelle Sozialarbeit überflüssig sein. Ich träume weiter.

Neue Mitarbeitende



Martin Alder

Was ich mag: Gipfeltouren, schmale Bücher, lange Filmnächte

Was ich nicht mag: Convenience Food, Halligalli, Affenhitze

Martin Alder arbeitet seit Mitte Oktober 2015 im Kommunikationsteam des Departementes Wirtschaft, Gesundheit, Soziale Arbeit und ist dort für das BFH-Zentrum Soziale Sicherheit zuständig. Er studierte Philosophie, Politikwissenschaften und Publizistik an der Universität Zürich und arbeitete in den letzten Jahren als Verantwortlicher Kommunikation/Kampagnen der SP Stadt und Kanton Zürich.



Regina Jenzer

Was ich mag: Schwimmen in der Aare, Ketchup, Kinderlachen, Sonntagszopf

Was ich nicht mag: lange Reden mit kurzem Sinn, Brotkrümel unter den nackten Füssen

Regina Jenzer ist seit Januar 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Soziale Arbeit. Vor und während des Studiums zur dipl. Sozialarbeiterin FH an der BFH unterrichtete sie an einer Primar- und Realschule. Anschliessend arbeitete sie während über sechs Jahren auf dem polyvalenten Sozialdienst Münchenbuchsee und absolvierte berufsleitend den Master in Sozialer Arbeit.



Lorenz Bosshard

Was ich mag: Fussball, Sonne, Reisen, Schwimmen in der Aare

Was ich nicht mag: Gleichgültigkeit, Fremdenhass, gekochtes Gemüse

Lorenz Bosshard arbeitet seit September 2015 als Sachbearbeiter im Bachelorstudiengang, wo er das Ressort Praxisausbildung unterstützt. Er erlangte im Jahr 2013 die eidgenössische Matur am Gymnasium Kirchenfeld. Nun studiert er an der Universität Freiburg Sozialarbeit und Sozialpolitik.



Sibylle Ries

Was ich mag: schöne Aussichten, inneres Taiji, die Aprikosenkonfitüre meiner Mutter

Was ich nicht mag: Terminkollisionen, Ungeduld (auch meine)

Seit August 2015 arbeitet Sibylle Ries als Dozentin und Studienleiterin am Fachbereich Soziale Arbeit. Zuvor war sie als Diplom-Sozialpädagogin über 20 Jahre in verschiedenen sozialpsychiatrischen Handlungsfeldern (zuletzt Leitung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes in Bayern) und als Dozentin in der Erwachsenenbildung tätig. Nachdem sie Anfang 2000 die Ausbildung zur Systemischen Beraterin und Therapeutin absolviert hatte, schloss sie im vergangenen Jahr den Masterstudiengang Systemische Beratung an der Universität Kaiserslautern ab. An der BFH sind ihre Arbeits- bzw. Themenschwerpunkte Systemische Beratung in der Abteilung Weiterbildung sowie Coaching und Sozialpsychiatrie im Bachelorstudiengang Soziale Arbeit.



Anna Bouwmeester

Was ich mag: Wärme, ein erfrischendes Aarebad im Sommer, Raclette, Lachen

Was ich nicht mag: Ignoranz, Japonais-guetzli, geduldig sein, Missgunst

Anna Bouwmeester arbeitet seit September 2015 als wissenschaftliche Assistentin im Bachelorstudiengang und absolviert gleichzeitig den Master in Sozialer Arbeit. Nach ihrem Bachelorabschluss in Sozialer Arbeit 2011 an der BFH sammelte sie Arbeitserfahrung im Praxisfeld. In der Stiftung Contact Netz war sie in der Suchtberatung tätig, danach arbeitete sie im Motivationssemester move in Thun mit Jugendlichen.

Edition Soziothek

Die Edition Soziothek ist ein Non-Profit-Verlag, der sozialwissenschaftliche Studien und Forschungsarbeiten publiziert, die nicht für den kommerziellen Buchhandel bestimmt sind. Bei den Publikationen handelt es sich hauptsächlich um Bachelor- und Master-Thesen, die mit dem Prädikat «sehr gut» oder «hervorragend» beurteilt wurden, und um Forschungsarbeiten von öffentlichen und privaten Stellen.

www.soziothek.ch





Claudia Schuwey

Was ich mag: Natur, Wandern, Perspektivenwechsel, Tai Chi

Was ich nicht mag: Ignoranz, Arroganz, Menschenmassen, Polemik

Am 2. November 2015 trat Claudia Schuwey ihre Stelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin an. Derzeit arbeitet sie unter anderem im Projekt Kennzahlen zur Sozialhilfe in Schweizer Städten 2016 und an der Evaluation des Case-Management-Projekts «BerufsWegBereitigung» im Kanton Basel-Landschaft. Claudia Schuwey hat nach einer kaufmännischen Ausbildung die Maturität nachgeholt und an den Universitäten Bern und Freiburg Sozialwissenschaften, Sozialpolitik und Sozialarbeit studiert. Sie ist Autorin des durch Caritas herausgegebenen «Neuen Handbuchs Armut in der Schweiz». Als Projektmitarbeiterin bei der Saurer Partner GmbH in Bern arbeitete sie in den vergangenen Jahren zu den Themen Soziale Arbeit und Sozialpolitik, soziale und berufliche Integration, Inklusion und Sozialraumorientierung.



Matthias von Bergen

Was ich mag: gute Bücher, Zeitungen lesen, starken Espresso, schmackhafte Würste, Wanderungen im Herbst, die uruguayische Musikgruppe Los Iracundos

Was ich nicht mag: Dauerregen, anstehen bei der Gelateria di Berna, Angeber und eingebilddete Menschen, Spinat

Seit Anfang November 2015 arbeitet Matthias von Bergen am Fachbereich Soziale Arbeit als Dozent und Projektleiter. Er studierte Geschichte, Volkswirtschaft und Staatsrecht in Bern und Sozialpolitik am IDEAP in Lausanne, wirkte als wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern und war später in der Unternehmensberatung tätig. Seit 2007 war er als Dozent an der Hochschule Luzern – Wirtschaft engagiert. Seine Kompetenzen liegen in den Bereichen Nonprofit-Management, Reformprojekte im öffentlichen Sektor sowie im Sozial- und Gesundheitsmanagement.

Bibliothek Soziale Arbeit

Die Bibliothek am Fachbereich Soziale Arbeit ist eine wissenschaftliche Spezialbibliothek. Das Angebot umfasst Bücher, DVDs, Zeitschriften, Datenbanken, E-Journals und E-Books. Die Bibliothek ist öffentlich.

Öffnungszeiten: Montag bis Freitag, 9.30 bis 17.30 Uhr
Hallerstrasse 8, 3012 Bern
soziale-arbeit.bfh.ch/bibliothek

Studierende ausbilden heisst in die Zukunft investieren

Während des Bachelorstudiums absolvieren die Studierenden zwei Praxismodule, die je zwischen fünf und zwölf Monaten dauern können. Um die Praxisorganisationen im Bewerbungsprozess zu entlasten und die Studierenden auf der Stellensuche zu unterstützen, organisiert die BFH jährlich zwei Stellengalerien. Wenden Sie sich für Informationen zur Publikation Ihrer Ausschreibung für August 2016 (Herbstsemester 16) an praxisausbildung.soziale-arbeit@bfh.ch.

Master in Sozialer Arbeit

Qualifizieren Sie sich für anspruchsvolle Aufgaben in Praxis, Forschung und Lehre. Der Master in Sozialer Arbeit bietet neue Perspektiven für Fachleute der Sozialen Arbeit. Besuchen Sie unsere Infoveranstaltung in Bern:

9. Februar 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr und 18.15 bis 19.15 Uhr
9. März 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr und 18.15 bis 19.15 Uhr
25. April 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr und 18.15 bis 19.15 Uhr
25. Mai 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr und 18.15 bis 19.15 Uhr

www.masterinsozialerarbeit.ch

MASTER

IN

SOZIALER

ARBEIT

BERN | LUZERN
ST. GALLEN | ZÜRICH

Newsletter

Verkürzen Sie sich die Zeit zwischen den «impuls»-Ausgaben: Abonnieren Sie unseren Newsletter. Der viermal jährlich erscheinende Newsdienst richtet sich an alle thematisch Interessierten, an ehemalige und aktive Studierende, an Medienschaffende und Praxispartner. Unter soziale-arbeit.bfh.ch/newsletter können Sie in den letzten Ausgaben schmökern.

Alumni

Werden Sie Mitglied! Weitere Informationen finden Sie unter www.alumni-sozialerarbeit.bfh.ch

Alumni BFH

Soziale Arbeit

Hilfe bei sexueller Gewalt: in der Schweiz nicht für alle gleich?



Nina Jacobshagen
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
nina.jacobshagen@bfh.ch

Eine schweizweite Studie der BFH über Meldestellen für Gewaltopfer deckt Lücken auf. Für manche Zielgruppen finden sich vielerorts keine geeigneten Anlaufstellen. Dieser Missstand trifft namentlich Kinder und Erwachsene mit Behinderung, die sexuelle Gewalt erleiden. Angesichts der massiven Missbrauchsfälle in der nahen Vergangenheit erscheint der Mangel prekär. Die Sozialverbände fordern effektivere Meldesysteme.

Über 30 Medien, von Tageszeitungen über News-Portale bis zu Radio SRF, griffen die Studie als Thema auf: «Behinderte finden bei sexuellem Missbrauch kaum kompetente Hilfe» titelte die nationale Nachrichtenagentur. Projektleiter Christoph Urwyler und sein Team hatten fast 200 Anlauf- und Fachstellen in der gesamten Schweiz umfassend zu Bedarf und Angebot befragt (vgl. Grafik Seite 19). Die BFH-Studie bezog alle Erscheinungsformen von Gewalt und Grenzverletzung ein, jede Art von Anlauf- oder Fachstelle und das ganze Spektrum der Zielgruppen.

Es beteiligten sich Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche, für Frauen oder Männer, für Selbsthilfgruppen, Angehörige, Betreuungspersonen und für Gewaltausübende selbst. Auch die Stellen von Sozialverbänden, Polizei und öffentlicher Verwaltung sowie die kantonalen Ombuds- und Opferhilfestellen waren einbezogen.

Angebote im Missverhältnis

Das interessanteste Ergebnis für Christoph Urwyler ist, «dass die Angebotslandschaft im Bereich sexuelle Gewalt generell zwar breit und vielfältig ist, die Versorgung mit Hilfsangeboten jedoch nach Wohnort, Alter, Geschlecht und Problemkontext stark variiert. Für gewisse Zielgruppen gibt es überproportional viele und sehr qualifizierte Angebote, für andere sehr wenige oder gar keine».

Der Mangel an Anlauf- und Fachstellen im Bereich sexuelle Gewalt betrifft Menschen, die in Einrichtungen leben oder in Abhängigkeitsverhältnissen stehen (z.B. ambulante Therapien), und er tangiert Ausländerinnen und Ausländer, männliche Opfer und ältere Menschen.

Am stärksten sind allerdings Menschen mit Behinderung betroffen. Die Studie konnte unter den 181 untersuchten Stellen nur drei identifizieren, die als spezifisch fachkompetent für diese Zielgruppe gelten können,

wenn Hilfe aufgrund sexualisierter Gewalt geboten ist. Spezifische Fachkompetenz heisst: Kompetent im persönlichen Umgang mit jeder Art von Behinderung – psychisch, geistig, körperlich, sinn- oder kommunikationsbezogen – und kompetent auf dem Gebiet sexueller Gewalt.

Für Erwachsene trifft das landesweit nur auf zwei Opferhilfe-Beratungsstellen zu; deren Einzugsgebiet ist zudem auf ihre Kantone beschränkt. Es sind dies die Opferhilfe-Beratungsstelle der Kantone St. Gallen und beider Appenzell sowie die Opferhilfe-Beratungsstelle Schwyz. Für Kinder und Jugendliche erfüllt einzig die Kinderschutzgruppe des Kinderspitals Zürichs die geforderten Kriterien.

Kinder mit Behinderung und sexuelle Übergriffe

Diese Ergebnisse sind alarmierend. Denn Kinder mit Behinderungen – die verletzlichsten Mitglieder einer Gesellschaft – sind gleichzeitig jene, die deutlich häufiger von Gewalt betroffen sind. Eine Studie der Universität Bielefeld im Auftrag des deutschen Bundesfamilienministeriums von 2012 zeigt, wie stark die Biografien von Frauen mit Behinderung durch sexuellen Missbrauch belastet sind.

Bis zu 56 Prozent der befragten Frauen gaben an, Opfer sexueller Übergriffe geworden zu sein. Jeder dritten bis vierten Frau war bereits in der Kindheit sexualisierte Gewalt widerfahren und damit zwei- bis dreimal häufiger als dem weiblichen Bevölkerungsdurchschnitt. Besonders stark betroffen waren in Einrichtungen lebende Mädchen und Frauen.

Vor diesem Hintergrund hat Deutschland nach dem nationalen «Hilfetelefon Sexueller Missbrauch» für Kinder das Hilfetelefon «Gewalt gegen Frauen» aufgeschaltet. Dieses Angebot ist auch auf Mädchen und Frauen mit Behinderung zugeschnitten. Fachpersonen beraten und



Der Mangel an Anlauf- und Fachstellen tangiert u.a. männliche Opfer.

vermitteln an das regionale Hilfesystem weiter. Sie sind per Telefon und Internet 24 Stunden erreichbar, das Angebot ist anonym, kostenlos, mehrsprachig und barrierefrei. Für Frauen mit Behinderung gibt es qualifizierte Fachberaterinnen, darunter Dolmetscherinnen für Gebärdensprache. 2014 machten diese Beratungen 7,5 Prozent aller Kontakte aus.

Charta für Null-Toleranz gegen sexuelle Gewalt

Anstoss zur Studie der BFH gab der Fall H.S.. Ein Sozialtherapeut, der in verschiedenen Einrichtungen für Kinder mit Behinderungen arbeitete, hatte während fast 30 Jahren mehr als 120 Mädchen und Jungen missbraucht. Nachdem seine Verbrechen 2011 aufgedeckt wurden, bildeten noch im selben Jahr zwölf Schweizer

Verbände, Organisationen und Institutionen die Arbeitsgruppe Prävention und erarbeiteten eine Charta.

Die Arbeitsgruppe Prävention setzt sich für eine Null-Toleranz-Politik ein und arbeitet an einem niederschweligen, mehrstufigen Meldesystem. Sie plädiert zudem für eine unabhängige nationale Meldestelle für sexuelle Gewalt (siehe Interview Seite 18). Die BFH-Studie sollte die Notwendigkeit einer solchen Stelle klären und als Grundlage zur Definition ihres Aufgabenprofils dienen.

Hilfe durch nationale Meldestelle

Die Zusammenschau der Ergebnisse lässt den Schluss zu, dass eine nationale Stelle sinnvoll ist. Ihre hauptsächliche Aufgabe sollte in der Unterstützung der kantonalen Fachstellen und damit in indirekter Hilfe liegen.

«Ein Beauftragter für Fledermäuse, aber keiner für sexuellen Missbrauch»



Ueli Affolter ist Geschäftsführer von Socialbern und Leiter der «Arbeitsgruppe Prävention».

Interview

Nina Jacobshagen
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
nina.jacobshagen@bfh.ch

Ueli Affolter, weshalb hat Ihre Arbeitsgruppe die Studie in Auftrag gegeben?

Ueli Affolter: Wir fordern von unseren Verbänden, dass ihre Mitglieder niedrigschwellige interne Meldestellen für Gewaltopfer einrichten. Ebenso fordern wir fachkompetente Stellen ausserhalb der Verbände und die Schaffung einer nationalen Anlaufstelle. Wir wollten uns deshalb einen Überblick über die Schweizer Angebotslandschaft verschaffen: Wohin können sich Gewaltbetroffene wenden? Der Fokus sollte auf Menschen mit Behinderung und sexualisierter Gewalt liegen. Die Studie sollte aber Angebote für jede Personengruppe und alle Formen von Gewalt abdecken. Gewalt ist ein gesamtgesellschaftliches Thema.

Wie beurteilen Sie die Ergebnisse der Studie?

Die Ergebnisse sind sehr ernüchternd im Hinblick auf die Fachkompetenz. Im Umgang mit Behinderungen gibt es so gut wie keine tatsächlich kompetente Anlaufstelle. Das besondere Problem dabei ist, dass viele Stellen nicht wissen, dass sie nicht fachkompetent sind und sich dafür halten. Es hat sich auch bestätigt, dass es sehr viele und sehr heterogene Angebote in einer schwer überschaubaren Landschaft gibt. Die Anlaufstellen unterscheiden sich stark, zum Beispiel was die Klientel betrifft. Viele richten sich nicht an Opfer oder Angehörige, sondern an Mitarbeitende und andere Adressaten. Im Weiteren klaffen Angebot und Nachfrage auseinander. Es fehlen niederschwellige Angebote. Es fehlen insbesondere Stellen, an die man sich wenden kann, wenn nur ein Verdacht besteht.

Die «Arbeitsgruppe Prävention» verfasste die «Charta zur Prävention von sexueller Ausbeutung, Missbrauch und anderen Grenzverletzungen» und beauftragte die BFH mit der Studie über die Anlauf- und Fachstellen. Im Interview verdeutlicht Ueli Affolter, Leiter der Arbeitsgruppe, die Tragweite der Studienergebnisse.

Der Bundesrat hat als Antwort auf eine Interpellation im Jahr 2014 argumentiert, dass eine nationale Meldestelle sexuelle Gewalt keinen Mehrwert hätte, weil es die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) gebe: «Jedermann kann der KESB Meldung erstatten.»

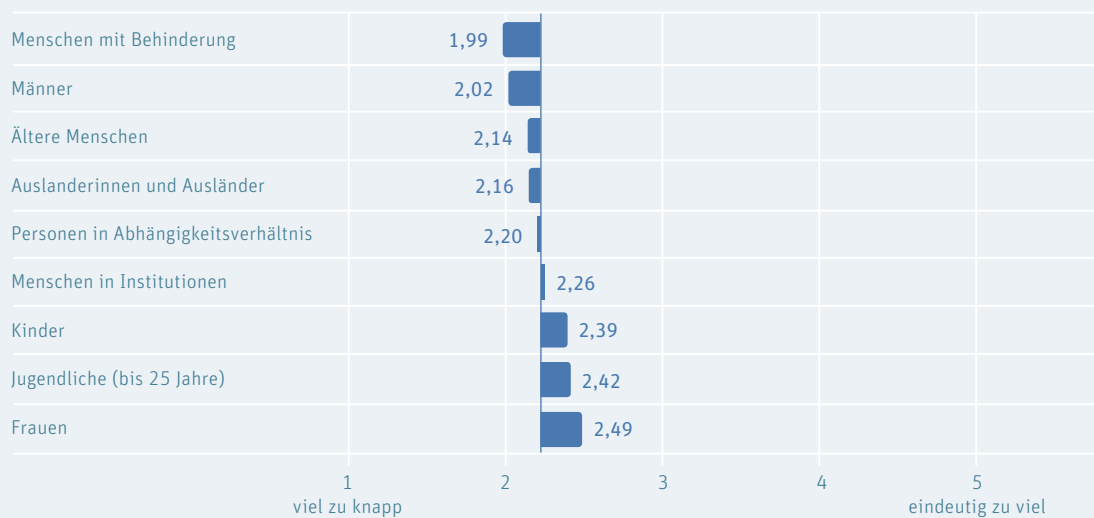
Das Argument ist alt und eine Abwehrantwort. Wenn nur eine Bezugsperson einen Verdacht auf sexuellen Missbrauch angibt, werden die KESB nicht aktiv. Im Unterschied zu anderen Gewaltformen muss sich dort ein Opfer selbst melden. Im Sinn der Charta sollte aber jedem Verdacht nachgegangen werden. Hinzu kommt, dass Missbrauchsoffer sich in der Regel erst Jahre später offenbaren und dass der Verdacht auf sexuellen Missbrauch ein sehr diskretes Vorgehen erfordert. Die KESB sind deshalb keine Lösung.

Der Bund muss sich seiner Verantwortung stellen. Es gibt in der Schweiz einen Preisüberwacher und es gibt sogar einen Beauftragten für Fledermäuse, nicht aber für Opfer von sexueller Ausbeutung.

In Deutschland hat das Bundesfamilienministerium das zentrale «Hilfetelefon Sexueller Missbrauch» und das «Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen» erfolgreich eingeführt. Orientieren Sie sich an diesen Beispielen?

Man muss das Rad nicht neu erfinden. Eine Möglichkeit besteht darin, ein Hilfetelefon in bestehende Strukturen zu integrieren. Dort, wo Kompetenzen schon vorhanden sind, wie sie zum Beispiel «Die Dargebotene Hand» bietet. Grundsätzlich ist eine Anlaufstelle notwendig, in der erfahrene, ausgebildete Beraterinnen und Berater zuhören, helfen und triagieren, die Betroffenen also an passende Stellen vermitteln. Sie sollte ihre Angebote an alle Personengruppen adressieren, also auch fachkompetent im Umgang mit jeder Art von Behinderung sein. Zugleich sollte sie sich an Opfer aller Formen von Gewalt richten, insbesondere aber an Betroffene von sexueller Ausbeutung. Die Studie ist für dieses zentrale Anliegen der Arbeitsgruppe Prävention sehr dienlich. Sie liefert die Argumente gegen die Behauptung, eine solche Anlaufstelle sei überflüssig.

Einschätzung des Angebots der Anlauf- und Fachstellen im Bereich sexueller Gewalt, unterteilt nach Zielgruppen



Einschätzung durch Expertinnen und Experten bezogen auf das geografische Umfeld ihrer eigenen Anlauf- und Fachstelle.

Zu den Aufgaben gehören zudem Präventionsarbeit, Forschung und Weiterbildung, Vernetzung und Koordination. Dazu stellt Christoph Urwyler fest: «Innerhalb und zwischen den Kantonen mangelt es häufig an Koordination und Kooperation. Das kann dazu beitragen, dass für bestimmte Zielgruppen und ihre Bedürfnisse Angebote fehlen.»

Direkte Hilfe für Gewaltbetroffene sollte hingegen auf kantonaler und regionaler Ebene und nah am Lebensort geleistet werden. Im Fazit der Studie ist allerdings auch festgehalten, dass gerade auf der Interventionsebene erhebliche Defizite und Lücken existieren, was insbesondere Menschen mit Behinderung betrifft. «Diesem Befund sollte in der Diskussion um eine nationale Anlauf- und Fachstelle für sexuelle Gewalt und deren zweckmässiges Tätigkeitsprofil angemessen Rechnung getragen werden». ■

Literatur:

- Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (2015): Jahresbericht des Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen. www.hilfetelefon.de.
- Charta zur Prävention von sexueller Ausbeutung, Missbrauch und anderen Grenzverletzungen: www.charta-praevention.ch.
- Schröttle, Monika; Hornberg, Claudia; Glammeier, Sandra; Sellach, Brigitte; Kavemann, Barbara; Puhe, Henry; Zinsmeister, Julia (2013): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Methodik der Studie

Die BFH erarbeitete im Auftrag der Arbeitsgruppe Prävention von zwölf Schweizer Verbänden, Organisationen und Institutionen eine Bestandesaufnahme der Anlauf- und Fachstellen für Menschen, die Gewalt in sexueller oder nicht-sexueller Form erlitten haben, ob mutmasslich oder tatsächlich. Der Fokus galt spezifischen Fachkompetenzen gegenüber Menschen mit Behinderung.

Für die schweizweite Erhebung wurden im Sommer 2014 insgesamt 335 Stellen per Online-Fragebogen kontaktiert; für die Auswertungen lagen 181 gültige Fragebogen vor (Rücklaufquote: 54 Prozent).

Für jede Stelle wurden die Angaben zu Zielpublikum, Opferspezialisierung, Behinderungsarten, thematischem Fokus und Tätigkeiten erhoben und ausgewertet. Dazu wurden die Stellen kartiert und ihre Strukturen und Leistungen analysiert. Zusätzlich schätzten die Fachstellen die gegenwärtigen Bedarfslagen und Angebotslücken ein.

Unter den 181 untersuchten Stellen fanden sich 25, die von sexueller Gewalt betroffene Menschen mit Behinderung oder ihre Bezugspersonen beraten. Um zu prüfen, ob diese Stellen tatsächlich über entsprechende Fachkompetenzen verfügen, wurden sie einer vertieften Analyse unterzogen.

Die Studie steht zum Download bereit unter soziale-arbeit.bfh.ch/forschung > Publikationen Soziale Intervention:

Urwyler, Christoph (2014): Bestandesaufnahme der Anlauf- und Fachstellen sexuelle Gewalt. Bericht zuhanden des Auftraggebers, Berner Fachhochschule.

Psychisch belastete Kinder und Jugendliche in der sozialpädagogischen Arbeit



Prof. Dr. Yvonne Piesker
Dozentin
yvonne.piesker@bfh.ch

In stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe leben zunehmend psychisch sehr stark belastete Kinder und Jugendliche. Klassische sozialpädagogische Methoden stossen in diesen Fällen häufig an ihre Grenzen.

Die Familie ist einer der zentralen Erziehungs- und Sozialisationsorte für Kinder und Jugendliche. Sie ist heute rapiden sozialen, ökonomischen und kulturellen Veränderungen ausgesetzt (Lange 2011: 283). «Anforderungen seitens verschiedener gesellschaftlicher Teilsysteme», wie Schule, Freizeit, Gesundheitsvorsorge, Wirtschafts- und Arbeitswelt, «haben die Leistungsanforderungen an die Elternrolle erhöht» (Nave-Herz 2013: 287).

Wenn Eltern den an sie gerichteten Anforderungen nicht mehr gerecht werden, ihrem Erziehungs- und Sozialisationsauftrag nicht mehr in ausreichendem Masse nachkommen können oder diesen vernachlässigen, benötigen sie und ihre Kinder sozialpädagogische Hilfe. Diese kann in Form von Erziehungs- und Familienberatung, sozialpädagogischer Familienbegleitung, Einzelbetreuung, Tagesgruppen oder betreuten Wohnformen erfolgen (Marotzki, Nohl & Ortlepp 2006: 17).

Mehrfache körperliche und seelische Verletzungen

Viele Familien, die sozialpädagogische Unterstützung erhalten, weisen komplexe und mehrdimensionale Problemlagen auf. Dazu gehören beispielsweise Arbeitslosigkeit, Armut, prekäre Wohnverhältnisse, Paarkonflikte, Überlastung eines Elternteils, Trennung oder Scheidung, Drogen- beziehungsweise Alkoholmissbrauch, Gewalt sowie sexueller Missbrauch.

Im Rahmen sozialpädagogischer Unterstützungsangebote, insbesondere in stationären Einrichtungen, werden daher immer mehr Kinder und Jugendliche betreut, die aus mehrfach belasteten Lebens- und Familiensituationen stammen (Kärcher et al. 2012: 227). Viele dieser Kinder und Jugendlichen haben körperliche und seelische Verletzungen erfahren.

In den letzten Jahrzehnten ist es zu einer Akkumulation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit extremen psychosozialen Belastungen in den stationären Angeboten gekommen. 74 Prozent der Heimjugendlichen sind von mindestens einer inter-

national anerkannten psychischen Erkrankung betroffen. Es gibt neben einer notwendigen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung einen «breiten und nachhaltigen pädagogischen Unterstützungsbedarf junger Menschen in Heimerziehung» (Schmid et al. 2013: 128–130).

Klassische Methoden nicht immer erfolgreich

Psychisch belastete Kinder und Jugendliche haben ein deutlich höheres Risiko, dass sozialpädagogische Massnahmen nicht greifen. Sie müssen beispielsweise mehrere Wechsel der Fremdplatzierung und damit verbundene Abbrüche von Beziehungen und Bindungen bewältigen. Die bewährten Bindungs- und Beziehungsangebote und klassische sozialpädagogische Methoden und Interventionen sind deshalb nur teilweise erfolgreich. Viele der psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen haben Verhaltensmuster entwickelt, welche die sozialpädagogischen Fachkräfte verunsichern, herausfordern und an ihre Grenzen bringen (Kärcher et al. 2012: 228).

Fachkräfte gut vorbereiten

Spezialisierte und intensive sozialpädagogische Angebote sollten daher unbedingt ausgebaut, weiterentwickelt (Warnke & Lehmkuhl 2011: 92ff) und mit gut qualifizierten personellen Ressourcen ausgestattet werden (Beck 2011: 192). Gefordert sind spezielle Qualifizierungsangebote, welche die sozialpädagogischen Fachkräfte auf die Verhaltensweisen und den spezifischen sozialpädagogischen Bedarf dieser Kinder und Jugendlichen vorbereiten (Kärcher et al. 2012: 228).

Der Fachkurs Sozialpädagogische Arbeit mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen (vgl. Kasten Seite 21) an der BFH stellt ein spezifisches Angebot zur Qualifizierung sozialpädagogischer Fachkräfte für die herausfordernde Arbeit mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. ■



Mehrfach belastete Jugendliche sind für sozialpädagogische Fachkräfte eine besondere Herausforderung.

Fachkurs Sozialpädagogische Arbeit mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen

Der Fachkurs befähigt Berufsleute, die sozialpädagogische Betreuung und Begleitung von psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen professionell zu gestalten.

Dies ist eine herausfordernde Tätigkeit, die vertiefte Fachkompetenzen bezüglich der Entstehung, Behandlung und Therapie von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie spezifische Methodenkompetenzen erfordert.

Die Fach- und Methodenkompetenzen werden in diesem Kurs praxisnah erweitert und vertieft, indem Fallbeispiele der Teilnehmenden in kleinen Coaching-Gruppen handlungsorientiert analysiert und bearbeitet werden.

Der Kurs findet an 12 Halbtagen von Mai bis September 2016 statt.

Weitere Informationen und Anmeldung

soziale-arbeit.bfh.ch
Web-Code: K-MET-16

Literatur:

- Beck, Norbert (2011): Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie: Möglichkeiten und Herausforderungen der Zusammenarbeit aus Sicht der Jugendhilfe. In Heinrich Hölzl, Eckert Knab, Heribert Mörsberger, Helmut Remschmidt, Hans Scholten (Hg.), Fachübergreifend helfen. Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Erziehungshilfe (S. 180–197). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kärcher, Andrea; Lindlacher, Monika; Romer, Reiner & Schneider-Arnoldi, Wolfram (2012): «Sichere Orte schaffen» – ein Qualifizierungsprojekt des SOS-Kinderdorfs-Vereins zur Betreuung psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher in stationären Erziehungshilfen. In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hg.), Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik (S. 227–243): Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lange, Andreas (2011): Familie. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.), Fachlexikon soziale Arbeit (7., völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 282–283). Baden-Baden: Nomos.
- Marotzki, Winfried; Nohl, Arnd-Michael & Ortlepp, Wolfgang (2006): Einführung in die Erziehungswissenschaft (2., durchgesehene Auflage). Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Nave-Herz, Rosemarie (2013): Familie. In Dieter Kreft & Ingrid Mielenz (Hrsg.), Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik (7., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 285–287). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schmidt, Marc; Kölch, Michael, Fegert, Jörg M. & Schmeck, Klaus (2013): Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz. Zusammenfassung der wichtigen Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ). Bundesamt für Justiz. Bern
- Warnke, Andreas & Lehmkuhl, Gerd (2011): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien (4. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Ambivalenzarbeit mit Klientinnen und Klienten im Pflichtkontext



Lia Figini
Sozialarbeiterin,
Sozialhilfe Basel-Stadt
liasara.figini@students.bfh.ch



Michael Lehmann
Sozialarbeiter, Amt für Erwachsenen-
und Kinderschutz Bern
michael.lehmann.2@students.bfh.ch

Der Pflichtkontext in der Sozialhilfe ist geprägt von Veränderungserwartungen gegenüber den Klientinnen und Klienten. Häufig stossen Sozialarbeitende aber auf Widerstand. In der Ambivalenzarbeit werden die beiden Positionen «Verändern» und «Bewahren» berücksichtigt, mit dem Ziel, Perspektiven zu erweitern und die Veränderungsbereitschaft zu fördern. Lia Figini und Michael Lehmann haben sich im Rahmen ihrer Weiterbildung in Systemischer Beratung damit befasst.

In der kommunalen Sozialhilfe ist – neben der materiellen Existenzsicherung – die möglichst rasche (Wieder-)Eingliederung der Klientinnen und Klienten in den Arbeitsmarkt ein primäres Ziel. Der Gesetzgeber erwartet Mitwirkung und eine Veränderungsleistung der Klientinnen und Klienten, um ihre Vermittlungsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt zu erhöhen.

Je nach persönlicher Situation der betroffenen Personen sind diese jedoch nicht oder noch nicht bereit, die von ihnen verlangten Veränderungen umzusetzen. Für die Sozialarbeitenden können daraus widersprüchliche Auftragskonstellationen entstehen. Der Auftrag der Institution und somit des Arbeitgebers der Sozialarbeitenden lautet, bei der Klientin oder dem Klienten eine Veränderung anzustossen, diese zu begleiten, zu kontrollieren und gegebenenfalls Sanktionen umzusetzen.

Dem gegenüber kann die Erwartung der Klientinnen und Klienten stehen, dass ihre Existenz gesichert wird, ohne dass eigene Veränderungsleistungen erbracht werden – es soll alles so bleiben wie es ist. Für die Beratung im Pflichtkontext ist diese Ambivalenz von «Verändern» und «Bewahren» typisch.

Auswirkungen in der Beratung

Klientinnen und Klienten befinden sich in der Regel unfreiwillig im Pflichtkontext und die Situation suggeriert, dass sie keine Wahl- und Entscheidungsfreiheit haben. Sozialarbeitende stehen durch ihre Rolle und ihren Auftrag per se auf der Position der Veränderung. Im Beratungsalltag wird deshalb oft zu Ratschlägen und Empfehlungen tendiert, welche die Klientinnen und Klienten von der Veränderung überzeugen sollen. Der

Pflichtkontext kann von den Sozialarbeitenden auch dazu genutzt werden, Sanktionen anzudrohen, um Veränderungen zu erreichen.

Das daraus teilweise resultierende verweigernde oder nicht-kooperierende Verhalten von Klientinnen und Klienten wird von den Sozialarbeitenden oft als Widerstand interpretiert; zum Beispiel, wenn sie sich nicht an institutionelle Vorgaben halten, lediglich oberflächlich kooperieren, sich albern verhalten oder das sagen, was die Sozialarbeitenden hören möchten.

Widerstand kann aber auch als berechtigte eigene Position der Klientinnen und Klienten anerkannt werden, für deren Einnehmen es gute Gründe gibt. Der Anspruch in der Beratung besteht dann nicht darin, den Widerstand zu überwinden, sondern diesen als eigene Position zu respektieren und wertzuschätzen.

Umgang mit den Ambivalenzen

Je stärker sich die Sozialarbeitenden im Beratungs- und Unterstützungsprozess für die Veränderung zuständig fühlen, desto eindeutiger treten die Klientinnen und Klienten auf der anderen Seite dafür ein, nichts zu verändern und den bekannten Zustand zu bewahren.

In der offenen Arbeit mit den Ambivalenzen kann die Veränderungsbereitschaft durch die Erweiterung der Möglichkeitsräume und die Erhöhung der Entscheidungsfreiheit gefördert werden. Dies kann erreicht werden, indem Sozialarbeitende die beiden sich widersprechenden Positionen thematisieren und die daraus resultierenden Ambivalenzen würdigen. Die beiden Positionen «Verändern» und «Bewahren» werden als gleichwertige Entscheidungsmöglichkeiten akzeptiert. Allfällige Sanktionen oder eine Meldepflicht an andere

Stellen werden in diesem Prozess transparent erläutert. Die Grenzen des Einflusses und der Handlungsmöglichkeiten der Sozialarbeitenden werden klar benannt.

Mit dieser Klärungsarbeit wird eine aktive Entscheidung der Klientinnen und Klienten für ein Verändern oder Bewahren gefördert. Die Herausforderung besteht darin, dass die Klientinnen und Klienten das Dilemma zwischen Verändern versus Bewahren überwinden und eine für sie stimmige Entscheidung treffen können.

Methoden für die Ambivalenzarbeit

Auf der Grundlage systemischer Prinzipien wie Hypothesenbildung, Zirkularität, Multiperspektivität sowie mit einer Haltung aus Wertschätzung und Neutralität lassen sich Interventionen nutzen, welche die Entscheidungsfreiheit der Klientinnen und Klienten erhöhen und damit zu alternativen Verhaltensweisen anregen.

Die Ambivalenzwippe und das Tetralemma sind zwei Beratungsmethoden, die in der Ambivalenzarbeit eingesetzt werden können.

Ambivalenzwippe

Das Bild der Wippe versinnbildlicht die Positionen «Verändern» und «Bewahren». Eine Wippe funktioniert nur, wenn beide Positionen eingenommen werden. Die Beratenden geben beiden Positionen Raum.

Schritt 1:

Freiheitsgrade erhöhen: Die Entscheidung, nichts verändern zu wollen, wird vom Berater oder der Beraterin als aktiver Entscheidungsprozess gewürdigt.

Schritt 2:

Die Klientinnen und Klienten werden durch offene Fragen eingeladen, die Vor- und Nachteile der Positionen «Verändern» und «Bewahren» zu reflektieren.

Beispiele:

«Was beunruhigt Ihren Lebenspartner an Ihrer jetzigen Situation?» (Verändern)

«Was gefällt Ihnen an Ihrer jetzigen Situation?» (Bewahren)

Schritt 3:

Die Beratenden informieren die Klientinnen und Klienten über mögliche Konsequenzen ihrer Entscheidung und ermutigen sie zu einer aktiven Entscheidung für Verändern oder Bewahren.

Tetralemma

Mit dem Tetralemma kann eine Erstarrung im Denken vor einer Entscheidung bewältigt werden. Dazu werden die Klientinnen und Klienten eingeladen, fünf Positionen zu definieren:

1. «Das Eine»: diejenige Lösungsmöglichkeit, die zurzeit nahe liegt.
2. «Das Andere»: die andere Seite der Ambivalenz, welche zurzeit weiter weg liegt.
3. «Beides»: bisher nicht erkannte Übereinstimmungen der beiden ersten Lösungsmöglichkeiten

4. «Keines von beiden»: weder die eine noch die andere Lösungsüberlegung.
5. «Nichts von alledem»: stellt alle bisherigen Überlegungen in Frage.

Die Klientinnen und Klienten werden eingeladen, nacheinander die fünf Positionen einzunehmen. Sie können Vor- und Nachteile der verschiedenen Lösungsmöglichkeiten vergleichen. Gleichzeitig wird die Entscheidungsfreiheit erhöht, da statt zwei nun fünf Entscheidungsmöglichkeiten erarbeitet werden.

Reflektierte Beratungshaltung ist Voraussetzung

Ambivalenzarbeit setzt seitens der Sozialarbeitenden ein wertschätzendes und interessiertes Vorgehen voraus. Werte, Wirklichkeitskonstruktionen und Entscheidungen der Betroffenen werden in einer neutralen Haltung geachtet und akzeptiert.

Die Umsetzung der Ambivalenzarbeit erfordert Mut und Zuversicht. Weiterhin sind Sensibilität und Offenheit notwendig, um mögliche Widerstände zu erkennen, deren Hintergründe auszuleuchten und in einen möglichen Zusammenhang mit dem jeweiligen Verhalten der Klientinnen und Klienten zu stellen. Der Systemkontext, die Fähigkeiten der Klientinnen und Klienten im sprachlichen Ausdruck sowie deren psychische Verfassung sind zu berücksichtigen.

Ebenso wichtig ist es, dass sich die Beratenden als Teil des Beratungssystems mit dem eigenen Menschenbild, Werten und Normhaltungen auseinandersetzen. Zu beachten sind auch die eigenen Ambivalenzen hinsichtlich der institutionellen Vorgaben, der Erwartungen der Klientinnen und Klienten und der persönlichen Erwartungen als Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter an die eigene Arbeit.

Ambivalenzarbeit schafft insbesondere in Pflichtkontexten eine Erweiterung des Handlungsspielraums und ist ein Vorgehen, das Sozialarbeitende sowie Klientinnen und Klienten auf Augenhöhe bringt. Die getroffenen Entscheidungen berücksichtigen den Willen der Klientinnen und Klienten sowie gleichermaßen die institutionellen Vorgaben. Dadurch werden Klienten und Klientinnen in ihrer Selbstverantwortung gestärkt und die Sozialarbeitenden von Entscheidungsdruck entlastet. ■

Literatur:

- Conen, Marie-Luise & Cecchin, Gianfranco (2013): Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung mit unmotivierten Klienten und in Zwangskontexten (4. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Nöcker, Karin & Molter, Haja (2013): Die Kunst, von der Wippe zu steigen – wie HelferInnen Ambivalenzen nutzbar machen können. *Systema*, 3/2013, 214-222.
- Schwing, Rainer & Fryszer, Andreas (2013): Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis (6. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Abklärungen für den Kinderschutz: komplex und professionell



Livia Hirter hat an der BFH Soziale Arbeit studiert und den CAS Kinderschutz absolviert.
livia.hirter@bluewin.ch

Interview

Nina Jacobshagen
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
nina.jacobshagen@bfh.ch

Es stellt hohe Anforderungen, die Gefährdung eines Kindes professionell zu beurteilen. Livia Hirter nimmt sich dieser Aufgabe als Abklärungsperson im Berufsfeld Kinderschutz an. Für Fachleute wie sie haben die BFH und die Hochschule Luzern das «Berner und Luzerner Abklärungsinstrument zum Kinderschutz» entwickelt.

Livia Hirter, Sie klären für die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) Gefährdungsmeldungen über Kinder und Jugendliche ab. Was macht diese Arbeit so anspruchsvoll?

Livia Hirter: Ich habe den Eindruck, dass eine grosse Herausforderung während einer Abklärung darin besteht, einer Familie nahe zu kommen, in ihre Lebenswelt einzutauchen und die Problemlagen zu verstehen – und andererseits wieder Abstand zu nehmen, zu analysieren, zu reflektieren und zu einer sozialarbeiterischen Einschätzung zu kommen. Um es mit einem Bild zu sagen: Es ist vielleicht vergleichbar mit dem Zoom-Modus einer Kamera. Erst wird herangezoomt und eine Nahaufnahme entsteht. Wenn wieder weggezoomt wird, sieht man ein Gesamtbild. Bei der Einschätzung müssen wir Fachleute die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur kindlichen Entwicklung berücksichtigen. Insbesondere im zivilrechtlichen Kinderschutz kommen ausserdem die rechtlichen Aspekte hinzu, die für den Kinderschutz von Bedeutung sind.

Aus welchen persönlichen Motiven heraus arbeiten Sie im Gebiet des Kinderschutzes?

Für mich kumulieren sich im Kinderschutz die wichtigen Themen der Sozialen Arbeit, was ich absolut spannend finde. Kinder sind Teil von Familiensystemen und die Vielfalt der Familiensysteme ist Teil unserer Gesellschaft. Diese verschiedenen Perspektiven zusammenzubringen, die Lebensrealität eines Kindes und seiner Familie zu erfassen und unter rechtlichen und psychologischen Aspekten zu betrachten, das mache ich gerne. Das ist wohl ein Grund, weshalb ich im zivilrechtlichen Kinderschutz arbeite.

Welchen Nutzen bringt Ihnen das Berner und Luzerner Abklärungsinstrument bei diesen Aufgaben?

Die fachspezifischen Fragen des Kinderschutzes bleiben herausfordernd, weil sie so vielfältig sind. Aber das Instrument strukturiert mich während einer Abklärung. Vor allem in sehr komplexen Familiensituationen ist diese Komplexitätsreduktion im Sinne einer Übersicht sehr hilfreich. Es hilft, sich durch die zentralen Themengebiete durchzudenken und eine Situation präzise zu

«Das Instrument strukturiert mich während einer Abklärung.»

erfassen. Ich finde es praktisch, auf einen Blick zu sehen, in welchen Bereichen das Kindeswohl gut oder sehr gut gewährleistet ist und in welchem konkreten Lebensbereich Veränderungsbedarf besteht. Denn während der Abklärung mit dem Instrument wird sehr deutlich, in welchen Bereichen das Kindeswohl konkret wodurch gefährdet ist. Entsprechend differenziert können Ziele formuliert und Interventionen geplant werden.

Ich bin aber der Meinung, dass jede Kindeswohlabklärung auch bei der Anwendung des Instruments als Einzelfall zu betrachten ist. Die Abklärungsperson muss sich unbedingt fragen, ob es weitere wichtige Merkmale gibt, die bei dem speziellen Fall zu berücksichtigen sind.

Das Berner und Luzerner Abklärungsinstrument bezieht jedenfalls zentrale Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern ein, die aus der empirischen Forschung bekannt sind. Damit stellt es eine evidenzbasierte Grundlage für die Beurteilung eines Falls zur Verfügung.



Das Abklärungsinstrument bietet Orientierung.

Bewahrt die Vereinheitlichung des Abklärungsverfahrens vor Willkür in der Beurteilung eines Falles?

Ich denke, dass ein solches Instrument zunächst den Diskurs über Willkür in der Beurteilung eines Falles anregt. Dann kann das Abklärungsinstrument einen gemeinsamen Orientierungspunkt schaffen für die vielen Akteure, die am Kinderschutz beteiligt sind. Schon die Haltungen und Arbeitsweisen der verschiedenen KESB sind ja sehr unterschiedlich. Aber auch Schulen, Beratungsstellen, Ärzte und Juristen können durch die Orientierung an einem Instrument eine gemeinsame Sprache beim Kindeswohl sprechen. Das wird sich auch auf ihre Zusammenarbeit auswirken.

Welche besonderen Anforderungen stellt das Berner und Luzerner Instrument bei seiner Anwendung?

Mir scheint, dass es vor allem am Anfang erforderlich ist, sich darin zu orientieren und sich an ein neues

Berner und Luzerner Abklärungsinstrument zum Kinderschutz

Das forschungsbasierte Abklärungsinstrument ist eine gemeinsame Entwicklung der BFH und der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Es steht Abklärungspersonen im Kinderschutz zur Verfügung, um Gefährdungen beurteilen zu können: einheitlich, umfassend und wissenschaftlich abgestützt. Es bietet auch professionelle Hilfestellung, wenn es darauf ankommt, Vorkehrungen zu treffen, die das Wohl eines Kindes dauerhaft sichern sollen. Dazu – und das ist im Schweizer Kinderschutz einzigartig – kombiniert das Instrument die verschiedenen Einschätzungsaufgaben mit dem behördlichen Massnahmensystem. Das Instrument wurde als Webapplikation entwickelt, welche die üblichen EDV-Erfassungssysteme ergänzt.

Auskunft und weitere Informationen

Administration und Bezug der Lizenz:

Franziska Staudenmann
Telefon +41 31 848 36 90
franziska.staudenmann@bfh.ch

Fachliche Fragen:

Andrea Hauri
Telefon +41 31 848 36 29
andrea.hauri@bfh.ch

soziale-arbeit.bfh.ch/abklaerung-kinderschutz

Kurs

Im zweitägigen Kurs «Professionelle Kindeswohlabklärungen – Einführung in ein neues Instrument für die Schweiz» wird die Anwendung des neuen Instruments geschult. Der Kurs wird in Kooperation mit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit angeboten.

Kursdaten in Bern:

17./18. März 2016
22./23. Juni 2016
13./14. September 2016
30. November/1. Dezember 2016

Weitere Informationen und Anmeldung

soziale-arbeit.bfh.ch
Web-Code: K-KES-1

«Kindeswohlabklärung ist nur mit einer entsprechenden Aus- und Weiterbildung verantwortbar.»

Dokumentationssystem zu gewöhnen. Dazu braucht es Zeit und Übung. Wenn ich als Abklärungsperson einen Bericht schreibe, dann muss für die KESB zum Beispiel sehr genau nachvollziehbar sein, durch welche Informationen meine Einschätzung entstanden ist. Sich dafür den Raum zu nehmen, stellt unter Zeitdruck eine grosse Herausforderung dar. Durch Routine sollte es aber weniger zeitintensiv werden. Aus meiner Sicht ist aber auch bei Anwendung eines Instruments die Kindeswohlabklärung nur mit einer entsprechenden Aus- und Weiterbildung verantwortbar.

CAS Kindesschutz

Der CAS-Studiengang ist konzipiert für Berufsleute im freiwilligen und behördlichen Kindesschutz. Er vertieft und erweitert das Wissen im vielschichtigen Feld des Kindesschutzes. Die Teilnehmenden erlangen mehr Sicherheit und Kompetenz in den Fragen der Kindeswohlgefährdung und ihrer Einschätzung nach fachlichen Standards.

Elf praxisorientierte Module vermitteln fundierte Kenntnisse aus sozialarbeiterischer, psychologischer und rechtlicher Sicht. Dazu zählen: das Fachwissen zu den Risiko- und Schutzfaktoren des Kindeswohls und seine Gefährdungsformen; das Beschreibungs-, Erklärungs- und Handlungswissen für Abklärung und Diagnostik; die Kenntnis wirksamer Massnahmen und sozialarbeiterischer Unterstützungsprozesse (z.B. Kooperationsfördernde Arbeit mit Eltern).

Die Studienleitung legt grossen Wert darauf, Wissen zur Vorbeugung und Intervention zu vermitteln, die das Kind in den Mittelpunkt stellen – ressourcenorientiert gestaltet und mit angemessener Beteiligung des Kindes. Der Studiengang wurde in Kooperation mit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit entwickelt.

Durchführung: 24 Studientage, März 2016 bis Juni 2017 in Bern

Weitere Informationen und Anmeldung

soziale-arbeit.bfh.ch

Web-Code: C-KIS-1

Welche Qualifikationen erachten Sie im Kindesschutz als notwendig?

Ich habe mit einem Bachelor in Sozialer Arbeit im zivilrechtlichen Kindesschutz zu arbeiten angefangen, und zwar in einem Tandem mit einem sehr erfahrenen Sozialarbeiter. Ich profitierte unglaublich viel von dieser achtmonatigen Einführung. Ein Jahr nach Abschluss meines Bachelorstudiums habe ich den CAS Kindesschutz an der BFH absolviert. Auch das war für mich eine grosse Bereicherung. Der CAS-Studiengang war wichtig, damit ich mich als Sozialarbeiterin im Kindesschutz gut entwickeln konnte. Ich bin aber davon überzeugt, dass ein Schlüsselmoment im Übergang vom Studium in die Praxis liegt. Hier besteht definitiv ein sehr grosser Handlungsbedarf, denn ich habe von verschiedenen Seiten gehört, dass nur eine kurze oder kaum Einarbeitung stattgefunden hat. Eine Einarbeitung sollte nicht nur auf technische Fragen, Präsenzzeiten oder Sicherheitsvorkehrungen fokussieren, sondern auf inhaltliche Fragen der Sozialen Arbeit.

Wie gehen Sie mit den emotionalen Belastungen um, die Ihre Arbeit mit sich bringt?

Eine positive, tragende Teamkultur ist unabdingbar. Ein gutes Team hilft, mit emotionalen Belastungen umzugehen. Auch die Führung eines Teams ist dabei sehr entscheidend. Mir persönlich hilft der Austausch über emotionale Belastungen aus der Fallarbeit. Teilzeitarbeit ist wohl auch eine Bewältigungsstrategie. Die arbeitsfreie Zeit hilft, um Abstand von emotional belastenden Situationen zu nehmen. ■

Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute

Im Januar erscheint das neue «Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute». Über die rechtlichen Neuerungen im Erwachsenenschutz sind in den vergangenen Jahren zahlreiche Publikationen erschienen. Die Literatur zum Kindesschutz, insbesondere mit Praxisbezug, war bisher rar. Das neue Handbuch schliesst diese Lücke. Es gibt praktische Hinweise zum Verfahren der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB), zur Abklärung (enthalten ist ein Abdruck des Abklärungsinstruments) und zur Mandatsführung. Zudem thematisiert das Buch spezifische Themen des Kindes- und Erwachsenenschutzes jeweils unter rechtlichen und methodischen Aspekten. Zu den Autorinnen und Autoren gehören die BFH-Dozierenden Andrea Hauri und David Lätsch.

Rosch, Daniel; Fountoulakis, Christiana; Heck, Christoph (Hrsg.) (2016): Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute. Haupt Verlag.

Weiterbildung

Angebot	Datum	Web-Code
Kurse zum Thema Beratung		
Fachkurs Motivierende Gesprächsführung	August 2016 bis Februar 2017	K-MET-2
Fachkurs Neuro-Systemische Beratung	November 2016 bis März 2017	K-BER-8
Fachkurs Systemisch-lösungsorientierte Beratung mit Kindern und Jugendlichen	Februar bis Juni 2016	K-BER-1
Fachkurs Systemische Kompetenz in Veränderungsprozessen	Februar bis April 2016	K-BER-7
Fachkurs Systemische Beratung und psychiatrische Diagnosen	Neue Daten 2017 folgen	K-BER-5
Fachkurs Systemisches Gesundheitscoaching	April bis Mai 2016	K-BER-6
Fachkurs Elterncoaching	April bis Dezember 2016	K-BER-3
Schreiben als Ressource in der Beratung [neu]	Frühjahr 2016, 8.45–17.15 Uhr	K-BER-9
Beratungsgespräche	6./7. April und 25./26. Mai 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MET-6
Grundlagen der Systemischen Beratung	30./31. Mai und 1. Juni 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-BER-4
Fachkurs Trauma und Beratung	Juni bis Oktober 2016	K-BER-2
Gesprächsführung mit traumatisierten Menschen	6./7. September 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-SPE-33
Kurs zum Thema Case Management		
Fachkurs Case Management	August bis Dezember 2016	K-CM-20
Kurse zum Thema Kindes- und Erwachsenenschutz		
Fachkurs Koordinatorin/Koordinator im Familienrat – Family Group Conference	März bis Dezember 2016	K-KES-15
Fachkurs Kinderschutz für Fachkräfte in der frühen Kindheit	März bis Oktober 2016	K-KES-2
Fachkurs Sozialpädagogische Arbeit mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen [neu]	Mai bis September 2016	K-MET-16
Berichterstattung in der Mandatsführung: Übungswerkstatt [neu]	auf Anfrage	K-KES-11
Feststellung der Vaterschaft, gemeinsame elterliche Sorge, Unterhaltsregelung	21./22. Januar 2016, 8.45–17.15 Uhr	K-REC-12
Professionelle Kindeswohlabklärungen – Einführung in ein neues Instrument für die Schweiz (in Kooperation mit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit) [neu]	17./18. März 2016, 9.00–16.45 Uhr	K-KES-1
Zu weit weg – zu nah – Prävention von sexuellen Übergriffen [neu]	6. Juni 2016, 9.00–16.45 Uhr	K-SSA-8
Kindes- und Erwachsenenschutz: Basiswissen für die Soziale Arbeit	10./11. August 2016, 8.45–17.15 Uhr	K-KES-14
Kindeswohlgefährdung erkennen und angemessen handeln	24./25. August 2016, 9.00–16.45 Uhr	K-EKS-9
Neues Erwachsenenschutzrecht – Massschneidung	3./4. November 2016, 8.45–17.15 Uhr	K-KES-6
Kurse zum Thema Mediation und Konfliktmanagement		
Fachkurs Mediation	12 Kurstage, Start mehrmals jährlich	K-MED-1
Fachkurs Konfliktmanagement	November 2016 bis Juni 2017	K-MED-55
Gerichtsnaher Mediation – als Empfehlung, Aufforderung und Anordnung	25./26. Januar 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-133
Mediation in Teamkonflikten	7./8./9. März 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-6
Mediation im öffentlichen Bereich	9./10./11. März 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-12
Hochstrittige Konflikte im Familienkontext	23./24. März 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-148
Gewaltfreie Kommunikation – Einführung – offen	7./8. April 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-153
Systemisches Denken	20./21. April 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-118
Mediative Haltung	2./3. Mai 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-86
Systemische Konfliktanalyse in Organisationen und im öffentlichen Bereich	19./20. Mai 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-144
Methodenschatzkiste	23./24. Mai 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-82
Umgang mit aggressivem Verhalten	26. Mai 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-154
Scheidungs- und Trennungsmediation – Grundlagen	31. Mai/1./2. Juni 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-120
Umgang mit Diversity in der Konfliktbearbeitung	7./8. Juni 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-99
Gewaltfreie Kommunikation, Vertiefung	13./14. Juni 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-100
Arbeitsplatzkonflikte	16./17. Juni 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-161
Lösungsfokussiertes Arbeiten in der Mediation	22./23. Juni 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-MED-145
Weitere Kurse für ausgebildete Mediatorinnen und Mediatoren finden Sie unter mediation.bfh.ch		

Angebot	Datum	Web-Code
Kurse im methodischen Handeln		
Einführung ins wissenschaftliche Arbeiten	17./24. März 2016, 8.30–16.30 Uhr 14./21. Juni 2016, 8.30–16.30 Uhr 14./21. Oktober 2016, 8.30–16.30 Uhr	K-MET-15
Fachkurs Praxisausbildung	Juli bis November 2016	K-SPE-6
Selbst- und Ressourcenmanagement [neu]	22./23. März und 26./27. Mai 2016, 8.45–17.15 Uhr	K-MET-17
Kurse zum Thema Kinder- und Jugendarbeit		
Verantwortung für die offene Kinder- und Jugendarbeit in der Gemeinde. Was heisst das?	9. und 25. Mai 2016, 17.00–20.15 Uhr	K-SOZ-23
Zu weit weg – zu nah – Prävention von sexuellen Übergriffen [neu]	6. Juni 2016, 9.00–16.45 Uhr	K-SSA-8
Certificate of Advanced Studies (CAS)		
CAS Ausbildung in Mediation I – Grundlagen	Einstieg mit dem Fachkurs Mediation	C-MED-6
CAS Ausbildung in Mediation II – Vertiefung	Einstieg mit dem Fachkurs Mediation	C-MED-1
CAS Mediative Konfliktintervention	Einstieg mit dem Fachkurs Mediation	C-MET-5
CAS Konfliktmanagement	Einstieg mit dem Fachkurs Konfliktmanagement	C-SOZ-8
CAS Case Management (in Kooperation mit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit)	Oktober 2016 bis Oktober 2017	C-CM-4
CAS Case Management	August 2016 bis Februar 2017	C-CM-1
CAS Case Management – Alter [neu]	August 2016 bis Februar 2017	C-CM-2
CAS Case Management im Kindes- und Erwachsenenschutz [neu]	August 2016 bis Februar 2017	C-CM-3
CAS Systemische Beratung – Grundhaltungen, Prämissen und Methoden	Mai 2016 bis April 2017	C-MET-3
CAS Systemische Beratung mit Familien, Paaren und Gruppen	August 2016 bis Juni 2017	C-BER-1
CAS Systemische Beratung in Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit	Einstieg z.B. mit dem Fachkurs Systemisches Gesundheitscoaching	C-BER-2
CAS Praxisausbildung	Einstieg mit dem Fachkurs Praxisausbildung	C-SPE-2
CAS Täterarbeit – Grundlagen	Februar bis Dezember 2016	C-OHT-1
CAS Mandatsführung im Kindes- und Erwachsenenschutz (in Kooperation mit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit)	Januar bis November 2016	C-KES-1
CAS Kinderschutz (in Kooperation mit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit)	März 2016 bis Juni 2017	C-KIS-1
Diploma of Advanced Studies (DAS)		
DAS Case Management	Einstieg jederzeit möglich	D-CM-1
DAS Mediation	Einstieg jederzeit möglich	D-MED-1
Master of Advanced Studies (MAS)		
MAS Mediation	Einstieg jederzeit möglich	M-MED-1
MAS Systemische Beratung in der Sozialen Arbeit	Einstieg jederzeit möglich	M-BER-1
Infoveranstaltungen		
Infoveranstaltung Weiterbildung Case Management	26. Januar 2016, 17.30–19.00 Uhr	IW-CM-1
Infoveranstaltung Ausbildung in Mediation und Konfliktmanagement	1. Februar 2016, 18.00–20.00 Uhr	IW-MED-16
Infoveranstaltung Weiterbildung Systemische Beratung	24. Februar 2016, 17.30–19.00 Uhr	IW-BER-1
Infoveranstaltung Weiterbildung Case Management	24. März 2016, 17.30–19.00 Uhr	IW-CM-2
Infoveranstaltung Ausbildung in Mediation und Konfliktmanagement	26. April 2016, 18.00–20.00 Uhr	IW-MED-17
Infoveranstaltung Weiterbildung Systemische Beratung	3. Mai 2016, 17.30–19.00 Uhr	IW-BER-2

soziale-arbeit.bfh.ch

Innovative Qualitätsentwicklung in der ärztlichen Grundversorgung



Carmen Schenk
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
carmen.schenk@bfh.ch

Eine qualitativ hochstehende ärztliche Grundversorgung zu gewährleisten ist und bleibt eine grosse Herausforderung. Aus diesem Grund ist das «Qualitäts-Basis-Modul» entwickelt worden. Es führt Ärztinnen und Ärzte stufenweise an die Qualitätsarbeit in der Praxis heran und initiiert konkrete Verbesserungsmaßnahmen.

Die ärztliche Grundversorgung wird in den nächsten Jahren vor grossen Herausforderungen stehen: Die Lebenserwartung der Bevölkerung steigt und damit auch die Zahl der Menschen mit chronischen und mehrfachen Erkrankungen. Gleichzeitig zeichnet sich ein Mangel an Gesundheitsfachpersonen im medizinischen und pflegerischen Bereich ab (Schibli et al. 2012). Wie kann angesichts des Wandels die medizinische Grundversorgung nachhaltig gestärkt und damit die steigende Nachfrage nach hausärztlichen und pflegerischen Leistungen angegangen werden?

In der Praxis verankerte Qualitätsarbeit

Um die medizinische Grundversorgung auch in Zukunft gut und qualitativ hochstehend zu gewährleisten, ist das Qualitäts-Basis-Modul (QBM) von Ärzten für Ärzte und in Zusammenarbeit mit der BFH entwickelt worden. Das QBM ist ein praxisnahes Instrument zur Entwicklung und Sicherung von Qualität in der Hausarztmedizin. Durch ein gezieltes Vorgehen wird die Qualität in der Praxis sichtbar gemacht und in regelmässigen Workshops der Austausch zwischen den Grundversorgern gefördert. Auf diese Weise kommen Diskussionen zustande, die einen kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozess in Gang bringen. Das Ziel besteht darin, anhand von Best-Practice-Beispielen Qualitätsverbesserungen in der eigenen Praxis umzusetzen.

Alle, die das Qualitätsentwicklungsinstrument QBM anwenden, sind aufgefordert, dieses mitzugestalten und Inputs für die Weiterentwicklung zu geben. Dieser für das QBM zentrale Bottom-Up Ansatz ist Programm: QBM wurde von Ärztinnen und Ärzten in Zusammenarbeit mit der BFH in Klausurtagungen und mit Arbeitsgruppen unter Beiziehung von Experten, immer in Kontakt mit Patientenstellen, der Stiftung für Patientensicherheit, Versicherern und Gesundheitspolitikerinnen und -politikern, entwickelt. Die Philosophie «Aus der Praxis für die Praxis» (Ramstein & Schneider 2011) will, dass die Qualitätsentwicklung in der Basis verankert ist.

So wird das QBM mit Hilfe von Rückmeldungen, im Austausch mit der Wissenschaft sowie durch Diskussionen an Workshops kontinuierlich weiterentwickelt und verbessert.

Stufenweise über den Qualitätsnachweis hinaus

Die spiralförmige Darstellung des QBM-Stufenmodells ist Ausdruck für einen nachhaltigen und dynamischen Qualitätssicherungs- und Qualitätsentwicklungsprozess, der auf die individuellen Bedürfnisse der Grundversorger angepasst ist (vgl. Tabelle 1). Hierzu sind drei Stufen entwickelt worden.

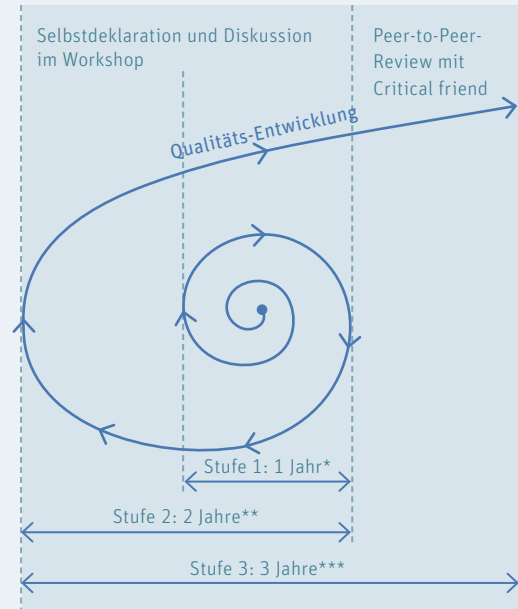
Auf der Stufe 1 kann sich das Praxisteam zu Beginn mit einem Set von Sensibilisierungsindikatoren auseinandersetzen – ohne grossen administrativen Aufwand. Diese Indikatoren sollen die Lust an der Auseinandersetzung mit Qualität wecken und deutlich machen, dass Qualität zu einem integralen Bestandteil der täglichen Abläufe werden muss.

In der QBM-Stufe 2 setzen sich die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte anhand ausgewählter, qualitätsrelevanter Indikatoren vertieft mit der Qualität ihrer Leistungen in der Praxis, insbesondere auch mit der Ergebnisqualität, auseinander. Während der Erhebungsphase werden die Daten über ein Online-Webportal von den Ärztinnen und Ärzten und den Medizinischen Praxis-Assistentinnen und -Assistenten (MPA) erhoben. Der durchschnittliche Erhebungsaufwand pro Tag beträgt ungefähr fünf Minuten. Nebst der jährlichen Online-Befragung der Mitarbeitenden wird auch einmal jährlich eine Erhebung der Patientenzufriedenheit in Papierform durchgeführt. Über jede Erhebungsphase erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine individuelle Auswertung, welche die eigenen Werte den Vergleichswerten aller teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen in anonymisierter Form gegenüberstellt. Diese werden regelmässig zusammen mit den MPA an Auswertungsworkshops analysiert und interpretiert.

Tabelle 1: QBM-Stufenmodell

Stufe 1 Sensibilisierungsstufe	<ul style="list-style-type: none"> - QBM-Teilnahmebestätigung nach einem Jahr - 2 Erhebungsphasen à 9 Wochen - MPA- und Patientenbefragung - Auswertungsworkshop nach jeder Erhebungsphase
Stufe 2 Vertiefungsstufe	<ul style="list-style-type: none"> - QBM-Qualitätsbescheinigung nach zwei Jahren - 4 Erhebungsphasen à 9 Wochen - Präventions- und diagnoserelevante Indikatoren - MPA- und Patientenbefragung - Auswertungsworkshop nach jeder Erhebungsphase
Stufe 3 Peer-to-Peer-Review	<ul style="list-style-type: none"> - Kollegiale, gegenseitige Praxisvisitation der Praxisteams (Critical Friends)
Abschlüsse:	
* Stufe 1: QBM-Teilnahmebestätigung	
** Stufe 2: QBM-Qualitätsbescheinigung Stufe 2	
*** Stufe 3: QBM-Qualitätsbescheinigung Stufe 3	

Kontinuierliche Qualitäts-Entwicklung im QBM



Die QBM-Stufe 3 beinhaltet einen gegenseitigen Praxisbesuch (Peer-to-Peer-Review). Dieser erfolgt auf der Basis der erhobenen Daten und durch ein gleichgestelltes, sich auf Augenhöhe begegnendes Peer-Team. Zusammen wird der auf Vertrauen und Dialog basierende, entwicklungsorientierte Qualitätsprozess vertieft. Schliesslich werden die konkreten Verbesserungsmassnahmen, die durch Rückmeldungen zu Stärken und Verbesserungspotenzialen aus fachlicher und kollegialer Sicht sowie durch die kritische (Selbst)-Reflexion des ärztlichen Handelns im Dialog mit Fachkollegen entstanden und entwickelt wurden, umgesetzt und in einem Bericht festgehalten.

Das Stufenmodell ermöglicht die Teilnahme aller Ärztinnen und Ärzte unabhängig davon, wie weit die kontinuierliche Qualitätsarbeit und die Auseinandersetzung der jeweiligen Praxisteams fortgeschritten sind. Es ist möglich, auch direkt in die QBM-Stufe 2 einzusteigen, ohne vorher die Sensibilisierungsstufe zu durchlaufen.

In der Tabelle 2 sind die qualitätsrelevanten Themen der Grundversorgung in Fokusfelder gegliedert aufgelistet. Diese bezeichnen die thematischen Bereiche des QBM.

Die Fokusfelder sind thematische Schwerpunkte und beinhalten alle definierten und durch Experten validierten Indikatoren, die jeweils einem dieser Fokusfelder zugeordnet werden (Ramstein & Schneider 2009). Die thematischen Schwerpunkte des QBM bilden ein stabiles Gerüst. Sie sind jedoch nicht «in Stein gemeisselt», sondern können aufgrund von Entwicklungen, neuen Validierungen oder auch im Sinne der stetigen Qualitätsverbesserung des Instruments an sich, angepasst und ergänzt werden.

Tabelle 2: QBM-Fokusfelder

1.	Arzt-Patienten-Interaktion
2.	Fachwissen, Erfahrung, Verhalten und Reflexion
3.	Kooperation
4.	Strukturen und Abläufe
5.	Service, Patienten- und Kundenorientierung
6.	Mitarbeitende
7.	Qualitätsaktivitäten, wie z.B. die Teilnahme an Qualitätszirkeln, ausgelöste Verbesserungen, Analyse der fünf aufwändigsten Fälle usw.
8.	Work-Life-Balance
9.	Diagnoserelevante Indikatoren
10.	Präventionsrelevante Indikatoren
11.	Hintergrundvariablen (allgemeine, für die Berechnung sowie die Interpretation notwendige Basis-Informationen zur Praxis, z.B. Anzahl Patientinnen und Patienten, Arbeitsstunden, Ferien usw.)
12.	Patientenzufriedenheit
13.	Shared Decision Making

QBM lohnt sich

QBM lohnt sich für Ärztinnen und Ärzte, für Praxisteam, für Patientinnen und Patienten. Eine Ärztin berichtet, dass sie dank der Auseinandersetzung mit der Qualität in der eigenen Praxis begonnen hat, ihre Work-Life-Balance ernster zu nehmen und im Tagesablauf zu integrieren. Dabei geholfen haben ihr die beiden Fokusbereiche «Arzt-Patienten-Interaktion» und «Work-Life-Balance». Zwischenmenschliche Konflikte und Überarbeitung verursachen wohl die häufigsten Probleme in einer Arztpraxis. Ein angenehmer Umgangston im Praxisteam und eine auf Vertrauen basierende Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen, mit Patientinnen, Patienten und mit Partnern (Peltenberg et al. 2005) tragen hingegen zur Verbesserung des Praxisklimas bei. Ist die Work-Life-Balance im Gleichgewicht, so kann man davon ausgehen, dass auch das Klima in der Praxis davon profitiert. Durch praxisorientierte Qualitätsentwicklung werden darüber hinaus interne Verbesserungen vorgenommen, wie etwa die Standardisierung häufiger Arbeitsabläufe.

Mittel- und langfristig können durch kontinuierliche Qualitätsarbeit auch die Arbeits- und Kompetenzverteilung in der Grundversorgung und dadurch der Ressourceneinsatz optimiert werden. Dies wird nicht nur die Attraktivität der betroffenen Berufe steigern, sondern auch einen optimalen Nutzen für Patientinnen und Patienten ermöglichen.

Letztlich lohnt sich das QBM auch finanziell. Ein in der Praxis etabliertes Qualitätsentwicklungsinstrument wie QBM wertet den monetären Wert einer Praxis auf. Aussagen von QBM-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern zufolge dürfte es für eine Praxis mit etabliertem Qualitätsinstrument etwas einfacher werden, eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger zu finden und damit die Übernahme der Praxis zu sichern. Dies ist ein Hinweis darauf, dass mit einem Qualitätsinstrument wie dem QBM auch die Herausforderung des Mangels an ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern proaktiv angegangen werden kann.

Wird Qualität schliesslich zum Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld, so dient dies nicht nur den Grundversorgern, sondern auch den Patientinnen und Patienten und damit dem gesamten Gesundheitswesen.

Vom Pilotprojekt zum etablierten Instrument

Das QBM hat es geschafft, sich vom Pilotprojekt zum etablierten Qualitäts-Entwicklungs-Instrument in der schweizerischen Grundversorgung zu entwickeln. Erstmals startete die Stufe 3 des QBM im vergangenen Sommer mit einer Kick-off-Veranstaltung. Bis Ende 2015 werden die gegenseitigen Praxisbesuche, die sogenannten Peer-to-Peer-Reviews, stattgefunden haben. Dabei werden die Praxen in enger Zusammenarbeit und nach den Grundsätzen der ebenbürtigen Fachkompetenz visitiert. Ausgangslage sind die vier Auswertungen pro Praxis, die auf der Stufe 2 des QBM erworben und an den Workshops mehrfach analysiert und diskutiert wurden. Produkt ist ein Qualitätsbericht, der die Vergabe der QBM-Qualitätsbescheinigung (Stufe 3) ermöglicht.

Damit die kontinuierliche Qualitätsarbeit der Schweizer Ärzteschaft allen Patientinnen und Patienten Nutzen bringt, soll das QBM flächendeckend und mit einer breit abgestützten Trägerschaft der niedergelassenen Ärzteschaft zur Verfügung gestellt werden. Deshalb soll es nicht nur für deutschsprachige Ärztinnen und Ärzte, sondern künftig auch für Ärzte in der Romandie und im Tessin zugänglich gemacht werden (Ramstein & Schneider 2011). Auch soll das Instrument noch spezifischer auf die Bedürfnisse der wachsenden Anzahl von Gruppenpraxen ausgerichtet werden.

Unabdingbar ist dabei, dass die Grundversorger die Qualitätsarbeit in der Praxis in den eigenen Händen behalten und die damit verbundene Eigenverantwortung übernehmen. Denn ist erst einmal ein Schritt in Richtung Idealzustand (Best Practice) gemacht, muss die «Qualitätsreise» per Informations- und Erfahrungsaustausch kontinuierlich Schritt für Schritt fortgesetzt werden. ■

Literatur:

- Peltenberg, M.; Kernen, H.; Schneider, P.; von Below, G. C.; Waldis, G.; Vogel, H. A.; Roches, J.-C. & Schoop, W. (2005): Qualität – ein Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld. Schweizerische Ärztezeitung, 86(18), S. 1055–1059.
- Ramstein, C.; Schneider, P. (2009): Wie kann in der Grundversorgung Qualitätssicherung erbracht und Qualität transparent gemacht werden? Qualitäts-Basismodul. Schweizerische Ärztezeitung, 90(39), S. 1498–1500.
- Ramstein, C.; Schneider, P. (2011): Von der Herausforderung, ein Qualitätsmanagement-System zu entwickeln. Schweizerische Ärztezeitung, 92(9), S. 1883–1889.
- Schibli, D.; Hodel, M. (2012): Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit (2012). Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG. Bern. http://www.fmh.ch/files/pdf13/versorgungsmodelle_d.pdf (abgerufen im Juli 2015).

Unterwegs zu einem Kinder- und Jugendhilfegesetz im Kanton Bern



Andrea Weik ist Vorsteherin des Berner Jugendamtes.

Interview

Prof. Daniel Iseli
Dozent
daniel.iseli@bfh.ch

Manuela Grieb
Studentische Mitarbeiterin
manuela.grieb@bfh.ch

Andrea Weik, Vorsteherin des Kantonalen Jugendamtes, berichtet im Interview über die Veränderungen durch das neue Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz und den Stand der Umsetzung des Projektes «Optimierung der ergänzenden Hilfen zur Erziehung im Kanton Bern». Und sie skizziert, welche Vision und Mission sie für ein ganzheitliches Leistungsgesetz in der Kinder- und Jugendhilfe hat.

Andrea Weik, das neue Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz (KESG) ist seit 2013 in Kraft. Wie beurteilen Sie die Umsetzung im Kanton Bern?

Andrea Weik: Natürlich gibt es bei einer so grundlegenden Reform noch einige ungeklärte Fragen sowie die eine oder andere Schwachstelle. Insgesamt zieht der Zwischenbericht der Evaluation von Ende Mai 2015 aber eine positive Bilanz, auch im interkantonalen Vergleich stehen die Berner Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) gut da. So wurde beispielsweise die Interdisziplinarität als Stärke des Berner Modells positiv hervorgehoben. Gleich zu Beginn des Projekts wurde eine fachlich und politisch breit abgestützte Begleitgruppe installiert, die sich für die Akzeptanz als unerlässlich herausgestellt hat. In diesem Gefäss können Fragestellungen thematisiert werden, wie beispielsweise die Kostenentwicklungen der angeordneten Massnahmen. In der Finanzierung hat sich die Trennung der kommunalen und kantonalen Ebene sehr bewährt. Meiner Meinung nach hat sich auch bewährt, dass die KESB mit den in den Gemeinden verankerten Sozial- und Abklärungsdiensten zusammenarbeitet und keine eigenen zentralen Abklärungsdienste etabliert hat. Dadurch kann die Niederschwelligkeit weiterhin garantiert werden, was in Bezug auf die freiwilligen Massnahmen relevant ist. Es zeigt sich jedoch, dass

Vereinfachungen von Abläufen, Klärung von Aufgaben sowie eine Optimierung der Zusammenarbeit erforderlich sind.

Durch die Reform haben die Gemeinden im Kindes- und Erwachsenenschutz heute einen weniger wichtigen Stellenwert. Wie funktioniert die Zusammenarbeit zwischen den Gemeinden, den Sozialdiensten und den KESB?

Die elf KESB arbeiten unterschiedlich und auch die 67 Sozialdienste sind sehr verschieden aufgestellt. In Bezug auf die Vereinheitlichung sage ich immer: so viel kantonale Einheit wie möglich und so viele regionale Unterschiede beachten wie nötig. In diesem stetigen Aushandlungs- und Optimierungsprozess befinden wir uns zurzeit. Sowohl die Sozialdienste als auch die KESB sind herausgefordert. Beispielsweise stellt die Personalfuktuation auf den Sozialdiensten für die Behörde eine grosse Herausforderung dar. Bei einem Beistandswechsel müssen jeweils die Massnahme neu formuliert sowie die Personen neu instruiert werden, was einen grossen Aufwand bedeutet. Die Entwicklungen auf den Sozialdiensten wirken sich auch bei den KESB aus und umgekehrt ist dies ebenso der Fall.

Sie haben gesagt, die Interdisziplinarität sei bei der Umsetzung mehrheitlich verwirklicht worden. Der Vorsitz der Behörden durch Juristen wurde jedoch insbesondere in der Sozialen Arbeit kritisch diskutiert. Wie hat sich dies entwickelt?

Der Zwischenbericht der Evaluation hat diese Problematik aufgezeigt und im Rahmen der zurzeit laufenden Anpassung des Gesetzes über den Kindes- und Erwachsenenschutz wurde in der Vernehmlassung

«So viel kantonale Einheit wie möglich und so viele regionale Unterschiede beachten wie nötig.»



Andrea Weik leitet das Projekt «Optimierung der ergänzenden Hilfen zur Erziehung im Kanton Bern».

«Bei Fällen mit grossem finanziellen Aufwand sollte der Einbezug der Sozialbehörden geprüft werden.»

ebenfalls eine Lockerung der Anstellungsveroraussetzungen für das Präsidium verlangt. Das Hauptproblem liegt meiner Meinung nach nicht beim Vorsitz des Präsidiums, sondern bei der Zusammensetzung der Geschäftsleitung der KESB in Fällen, wo interdisziplinäres Know-how gefordert ist. In der Geschäftsleitung KESB hat man zu Beginn die anderen Professionen zu wenig miteinbezogen, wobei sich auch dieses Gremium erst konstituieren musste. Bei der Besetzung des Präsidiums gibt es aufgrund des Bundesrechts die Einschränkung, dass mindestens ein Behördenmitglied Jurist oder Juristin sein muss.

Sie haben die Finanzierung von freiwilligen Massnahmen bereits angesprochen. Oft hört man betreffend freiwilligem Kinderschutz von einer Abschiebungstendenz von den Gemeinden hin zu den KESB. Konnte man im Kanton Bern ähnliche Entwicklungen erkennen?

Grundsätzlich hat sich gezeigt, dass kaum Versuche unternommen wurden, einen Fall aus finanzpolitischen Gesichtspunkten an die KESB abzuschieben. Dies spricht für die Professionalität der Sozialdienste. Es gibt dennoch einzelne Gemeinden, die unter finanziellem Druck stehen. Wir haben für die Sozialdienste einen Leitfaden zur Abgrenzung des freiwilligen und behördlichen Kinderschutzes sowie ein Strategiepapier zum umfassenden Kinderschutz im Kanton Bern ausgearbeitet, um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken.

Bei Fällen mit grossem finanziellen Aufwand sollte der Einbezug der Sozialbehörden geprüft werden. Auch der Kanton Bern hat im Jahr zwei bis drei Fälle, welche mit den Kosten der Sondersettings im «Fall Carlos» vergleichbar sind. Gerade bei diesen Fällen muss man Transparenz herstellen und, sofern es sich nicht um eine zivilrechtliche oder jugendstrafrechtliche Massnahme handelt, der betroffenen Sozialbehörde die Fallverläufe und die nötigen Massnahmen vorlegen. Die Devise muss lauten: Legitimation durch Transparenz. Die Legitimation dieser Kosten war früher vielleicht selbstverständlicher, heute muss diesbezüglich unbedingt aktiv und offensiv kommuniziert werden.

Der Vorschulbereich gewinnt im Kinderschutz zunehmend an Bedeutung. Sehen Sie im Früherkennungsbereich auch Handlungsbedarf?

Zurzeit findet ein Projekt zur Früherkennung im Vorschulbereich in Zusammenarbeit mit der BFH und weiteren Akteuren statt. Die Früherkennung ist zunehmend der Grundsatz in der Kinderschutzarbeit. Je früher man Anzeichen einer möglichen Gefährdung wahrnimmt, umso eher kann man die negative Entwicklung korrigieren. Früherkennung ist nur möglich, wenn die beteiligten Akteure im Feld zusammenarbeiten. Diese müssen ihre Rollen gut kennen, die Kooperation muss verbind-

lich ausgestaltet und für alle klar benannt sein. Dieses Projekt soll nun auch auf den Schulbereich ausgedehnt werden, wo die Schulsozialarbeit eine wichtige Rolle in der Früherkennung einnimmt.

Ein anderes grosses Projekt, das Sie zurzeit durchführen ist das Projekt «Optimierung der ergänzenden Hilfen zur Erziehung im Kanton Bern», das den fehlenden Überblick über die Leistungsangebote der Kinder und Jugendhilfe und die Fragmentierung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten angeht. Wie weit ist die Umsetzung gediehen?

Das Projekt zielt auf einheitliche Steuerung, Aufsicht und Finanzierung in der stationären und ambulanten Kinder- und Jugendhilfe. Ende März 2014 startete der Regierungsrat das interdirektionale Projekt. 2014 wurde eine umfassende Ist-Analyse vorgenommen. Der Zeitplan des Projektes ist ambitioniert, doch bis jetzt sind wir zeitlich auf Kurs. Momentan besteht generell ein riesiger Handlungsdruck, was die Kosten von sozialen Dienstleistungen betrifft. Die Gefahr besteht, dass die stationäre Kinder- und Jugendhilfe ebenso ungesteuert und unkontrolliert abgebaut wird, wie sie zuvor gewachsen ist, falls es nicht gelingt, wirksame Planungs- und Steuerungsprozesse zu etablieren. Teilweise ist diese Entwicklung bereits erkennbar, so etwa in der Begrenzung der Platzierungskosten bei freiwilligen Hilfen, was rechtlich und fachlich nicht vertretbar ist. Hier merkt man den finanziellen Druck – man muss etwas machen, auch wenn es aus verschiedenen Gründen nicht tauglich ist.

Gibt es bisher Widerstände gegen das Projekt?

Mit unserem Newsletter informieren wir sämtliche Akteure, u.a. auch den Grossen Rat, aktiv über unsere Bestrebungen. Bei den Informationsveranstaltungen hat sich gezeigt, dass bei den meisten Akteuren Verständnis für das Projekt vorhanden ist. Man ist sich über die wesentlichen Zielsetzungen einig und es ist allen klar, dass Handlungsbedarf besteht. Der Teufel steckt ja bekanntlich im Detail, und da rechne ich schon auch noch mit Widerständen.

Das Jugendamt verfügt über eine integrale Sicht über die gesamte Kinder- und Jugendhilfe. Gibt es weitere Bereiche und Zielsetzungen, die sich künftig abzeichnen werden?

Ich stelle fest, dass gemeinsame Begrifflichkeiten und ein gemeinsames Verständnis von Kinder- und Jugendhilfe fehlt. Es muss sowohl innerhalb des Kantons als auch im Verhältnis zum Bund eine gewisse Systematisierung entstehen. Nebst den Begrifflichkeiten wie beispielsweise «ergänzende Hilfen» oder «Kriseninterventionsplätzen» und anderem mehr muss geklärt werden, was unter Kinder- und Jugendhilfe fällt. Meine Vision ist ein Kinder- und Jugendhilfegesetz, das die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe auf eine klare rechtliche Grundlage stellt und die Zuständigkeiten und Aufgaben der Akteure klärt. Das Projekt zur Optimierung der ergänzenden Hilfen ist nur ein Teil davon.



«Die Devise muss lauten: Legitimation durch Transparenz», sagt Andrea Weik.

«Momentan besteht generell ein riesiger Handlungsdruck, was die Kosten von sozialen Dienstleistungen betrifft. Die Gefahr besteht, dass die stationäre Kinder- und Jugendhilfe ebenso ungesteuert und unkontrolliert abgebaut wird, wie sie zuvor gewachsen ist, falls es nicht gelingt, wirksame Planungs- und Steuerungsprozesse zu etablieren.»

Was alles würde unter ein solches Gesetz fallen?

Ziel der Kinder- und Jugendhilfe ist neben dem Schutz vor Gefahren die Förderung und Stärkung der Kinder und Jugendlichen in ihrer sozialen Entwicklung. Die Aufgabenbereiche der Kinder- und Jugendhilfe können in Form einer Pyramide gesehen werden: Im untersten Teil der Pyramide – sozusagen als Sockel – finden sich Leistungen zur allgemeinen Förderung von Kindern, Jugendlichen und Familien wie zum Beispiel die offenen Angebote der Kinder- und Jugendarbeit oder die familienergänzende Kinderbetreuung. Im mittleren Teil der Pyramide ist der Bereich Beratung und Unterstützung zur Bewältigung allgemeiner Herausforderungen und schwieriger Lebenslagen angesiedelt, wie zum Beispiel die Mütter- und Väterberatung. Die ergänzenden Hilfen zur Erziehung bilden die Spitze der Pyramide. Ein Kinder- und Jugendhilfegesetz regelt den Zugang und die Inanspruchnahme dieser Leistungen.

Als Teil der Kinder- und Jugendhilfe haben Sie denjenigen der Beratung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen genannt, bei dem die Schulsozialarbeit eine wichtige Rolle spielt. Im Kanton Bern verfügt fast die Hälfte der Schulen über das Angebot, die Einführungs- und Pionierphase nähert sich dem Ende. Wie nehmen Sie die Konsolidierung der Schulsozialarbeit wahr?

Ich würde mir noch eine klarere Rollenklärung und Definition des Auffassungsgebiets wünschen. Schulsozialarbeit ist ein ganz wichtiges Angebot, das unter anderem offenbar auch einen Einfluss auf den Rückgang der Jugendgewalt hat. Die Funktion der Schulsozialarbeit sollte sein, dass sich die unterschiedlichen Systeme der Kinder- und Jugendhilfe und der Schule gegenseitig öffnen und durchlässiger werden. Die Schulsozialarbeit hat in diesem Sinn eine Brückenfunktion.

Die Tätigkeit des Kantonalen Jugendamtes hat sich von der operativen Ebene vermehrt auf die strategisch-politische Ebene verlagert. Warum kam es zu diesem Wandel?

Früher war die Beratung der Vormundschaftsbehörde eine unserer zentralen Aufgaben. Besonders die ehemaligen kleinen Milizbehörden stiessen bei anspruchsvollen Fällen rasch an ihren Grenzen. Die Aufsicht im Kindes- und Erwachsenenschutz hat sich grundlegend verändert. Das Kantonale Jugendamt (KJA) übt die Aufsicht über die administrative und organisatorische Führung der KESB aus. Dies beinhaltet auch die Aufsicht über die Kostenentwicklung. Indem wir uns mit finanzpolitischen Themen auseinandersetzen, gelangen wir automatisch in den Bereich der Steuerung hinein. Steuerung ist denn auch eine wichtige

Funktion eines Fachamtes. Das KJA gibt es seit 85 Jahren. Wenn ich zurückblicke, war das KJA immer am Puls der Zeit und hat versucht, die Entwicklungen für einen guten Kinderschutz voranzutreiben. Beispielsweise hat es zur Verhütung von Missständen im Verdingkinderwesen schon früh neue Gesetze wie die Pflegekinderverordnung angeregt, auch wenn es bei der Umsetzung haperte.

Die letzte Frage betrifft Ihre Erwartungen aus Perspektive Verwaltung und Politik an die Fachhochschulen. Erfüllt die BFH den Auftrag, Entscheidungsgrundlagen herzustellen und Konzepte zu entwickeln, oder gibt es andere Erwartungen?

Die BFH leistet wichtige Grundlagenarbeit, jüngstes Beispiel ist das Abklärungsinstrument (vgl. auch Seite 24; Anm. d. Red.). Das ist eine wichtige und fundierte Basis, auf die wir im Kanton angewiesen sind. ■

Weitere Informationen zum Projekt «Optimierung der ergänzenden Hilfen zur Erziehung im Kanton Bern» und zur Evaluation der Umsetzung der Revision des Kindes- und Erwachsenenschutzgesetzes im Kanton Bern finden sich auf der Website des Kantonalen Jugendamtes. www.jgk.be.ch

Weiterbildungen an der BFH

CAS Kinderschutz

Der CAS-Studiengang vertieft und erweitert Ihr Wissen im vielschichtigen Feld des Kinderschutzes. Sie erlangen mehr Sicherheit und Kompetenz in den Fragen der Kindeswohlgefährdung und Ihrer Einschätzung, sei es im freiwilligen oder behördlichen Kontext.

24 Studientage, März 2016 bis Juni 2017

Weitere Informationen und Anmeldung

soziale-arbeit.bfh.ch
Web-Code: C-KIS-1

CAS Mandatsführung im Kindes- und Erwachsenenschutz

Im CAS Mandatsführung im Kindes- und Erwachsenenschutz liegt der Schwerpunkt auf der Weiterentwicklung der Fach- und Methodenkompetenz: Die rechtlichen Grundlagen und ausgewählte, mit der Mandatsführung verbundene methodische Fragestellungen stehen im Mittelpunkt.

24 Studientage, Januar bis November 2016

Weitere Informationen und Anmeldung

soziale-arbeit.bfh.ch
Web-Code: C-KES-1

Aktuelles

Dienstleistung

Unterstützung für Gemeinden bei der Ausgestaltung ihrer Kinder- und Jugendpolitik

Gemeindebehörden, beauftragte Trägerorganisationen und Leitungsverantwortliche der offenen Kinder- und Jugendarbeit begegnen in der Steuerung und Entwicklung ihrer öffentlichen Dienstleistung vielfältigsten Herausforderungen und Fragen:

- Wie kann die Gemeinde zu möglichst optimalen Aufwuchsbedingungen für die jüngeren Generationen beitragen? Was bedeutet dies für den öffentlichen Raum und die Infrastruktur? Wie lassen sich Mitwirkung und die Verbundenheit zwischen den Generationen fördern und die Eigenverantwortung auch im Sinne des Jugendschutzes stärken?
- Wie kann das Angebot der offenen Kinder- und Jugendarbeit mit dem raschen gesellschaftlichen Wandel Schritt halten und gleichzeitig mit den Vorstellungen der politisch-strategisch Verantwortlichen in Einklang gebracht werden?
- Wie können Aufbau und Entwicklung, in einer späteren Phase dann die längerfristige Verankerung und Legitimation des Angebotes in einer Gemeinde oder in einer Region mit unterschiedlichen Bedürfnissen gelingen?
- Wie viel und welche Art von Steuerung, Führung, Controlling sind nötig und für die Entwicklung der offenen Kinder- und Jugendarbeit förderlich?
- Welche Organisationsform gewährleistet einen effektiven und effizienten Betrieb?

Diese und andere Fragen können sich mit besonderer Brisanz bei der Erneuerung von Leistungsverträgen stellen, z.B. im Zusammenhang mit der bevorstehenden kantonalen Ermächtigungsperiode. Für die «jungen» Organisationen der offenen Kinder- und Jugendarbeit empfiehlt es sich, sich auch ohne äusseren Anlass periodisch zu analysieren und eine Neupositionierung vorzunehmen.

Die BFH und der Verband offene Kinder- und Jugendarbeit Kanton Bern (voja) haben ihre Zusammenarbeit ausgebaut und bieten nun auch gemeinsam Dienstleistungen an für die Praxis, für die Gemeinden, Trägerschaften und Leitungsverantwortliche. Angebote in Beratung, Begleitung oder Unterstützung werden von BFH und voja gemeinsam entwickelt und à la carte realisiert.

Ihre Ansprechpersonen:

Prof. Daniel Iseli
Dozent und Projektleiter
Telefon +41 31 848 36 64
daniel.iseli@bfh.ch

Jonathan Gimmel
Präsident Verband voja
Telefon +41 31 850 10 92
info@voja.ch

Einführungskurs für Trägerschaften der offenen Kinder- und Jugendarbeit: Verantwortung für die offene Kinder- und Jugendarbeit in der Gemeinde. Was heisst das?

9. und 25. Mai 2016

soziale-arbeit.bfh.ch, Web-Code: K-SOZ-23

Weiterbildung

Angebot	Datum	Web-Code
Kurse zum Thema strategisches und operatives Management sowie Führung		
Fachkurs Konfliktmanagement	November 2016 bis Juni 2017	K-MED-55
Fachkurs Führung von Sozialarbeitenden	nächster Start Herbst 2016	K-MAN-4
Projektmanagement	10./11. März und 9./10. Juni 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-SPE-11
Verantwortung für die offene Kinder- und Jugendarbeit in der Gemeinde. Was heisst das?	9. und 25. Mai 2016, 17.00–20.15 Uhr	K-SOZ-23
Kurse zum Thema Schulsozialarbeit		
Konflikte lösen im öffentlichen Raum [neu]	18./19. Januar 2016, 9.00–16.45 Uhr	K-SSA-7
Schulsozialarbeit in Kindergarten und Unterstufe	14./15. April 2016, 9.00–16.45 Uhr	K-SSA-4
Beziehungen – Liebe – Sexualität	2. Mai 2016, 9.00–16.45 Uhr	K-SSA-3
Zu weit weg – zu nah – Prävention von sexuellen Übergriffen [neu]	6. Juni 2016, 9.00–16.45 Uhr	K-SSA-8
Einführung in die Schulsozialarbeit	August bis November 2016, 9.00–16.45 Uhr	K-SPE-16
Kindeswohlgefährdung erkennen und angemessen handeln	24./25. August 2016, 9.00–16.45 Uhr	K-EKS-9
Neue Medien in der Schulsozialarbeit und Jugendarbeit	19. September 2016, 9.00–16.45 Uhr	K-SSA-5
Certificate of Advanced Studies (CAS)		
CAS Führungskompetenzen	Mai 2016 bis März 2017	C-SOZ-3
CAS Change Management	nächster Start Herbst 2016	C-SOZ-7
CAS Konfliktmanagement	Einstieg mit dem Fachkurs Konfliktmanagement	C-SOZ-8
Master of Advanced Studies (MAS)		
MAS Integratives Management	Einstieg mit jedem CAS-Studiengang möglich	M-MAN-1
Infoveranstaltung		
Infoveranstaltung CAS Change Management, CAS Führungskompetenzen, MAS Integratives Management	20. Januar 2016, 17.00–18.30 Uhr	IW-MAN-5

soziale-arbeit.bfh.ch

Lieber reich und gesund als arm und krank!



Prof. Wiebke Twisselmann
Studiengangsleiterin
Master in Sozialer Arbeit
wiebke.twisselmann@bfh.ch

Über den saloppen Spruch im Titel schmunzeln vermutlich nur diejenigen, die im Wohlstand leben. Als Handlungsanleitung ist so etwas kaum zu gebrauchen, als Hinweis auf ein ernstes Thema hingegen schon. Denn in der Schweiz lebt heute jede zehnte Person in einem Haushalt, der mit einem Erwerbseinkommen unterhalb der Armutsgrenze durchkommen muss.

Fakt ist, dass Armut die Chance auf ein gesundes und langes Leben verringert. Fakt ist auch, dass die Schweiz zu den reichsten Ländern der Welt gehört und das schweizerische Krankenversorgungssystem im internationalen Vergleich Bestnoten erzielt. Auch verfügt die Schweiz über weitreichende soziale Sicherungssysteme. Da müsste doch eigentlich mit der Gesundheit der Bevölkerung alles zum Besten stehen. Aber halt: Das Bundesamt für Statistik (BFS) beziffert in seinen neusten Publikationen die schweizerische Armutsquote mit 7,7 Prozent!

Was ist Armut und wer ist arm?

«Armut als relatives Phänomen bezeichnet Unterversorgung in wichtigen Lebensbereichen wie Wohnen, Ernährung, Gesundheit, Bildung, Arbeit und sozialen Kontakten.» (SKOS)

Gemäss BFS waren 2012 in der Schweiz 590'000 Personen von Einkommensarmut betroffen, davon rund 130'000 Erwerbstätige. Weiter waren rund 1,19 Millionen Personen armutsgefährdet, und rund 280'000 Personen wiesen in mindestens drei von neun Lebensbereichen einen finanziell bedingten Mangel auf. Von Armut betroffen sind in der Schweiz vor allem Alleinerziehende, Kinder und Jugendliche, Langzeitarbeitslose, ältere Frauen, Personen mit geringer beruflicher Qualifikation und solche im Tieflohnsegment sowie Migrantinnen und Migranten. Mindestens diesen Zielgruppen gilt es Aufmerksamkeit zu schenken, wenn gleiche Gesundheitschancen auf der politischen Agenda stehen.

Ungleichheit macht krank und Krankheit macht ungleich

Die SKOS-Definition von Armut erwähnt die Gesundheit von armutsbetroffenen Menschen in Bezug auf «Unterversorgung», also ungleiche Chancen bei der Behandlung von Krankheiten. Es reicht jedoch viel weiter. Die Gesundheitsforschung zeigt, dass ein individualistisch ausgerichteter Erklärungsansatz nicht genügt, um die

Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft zu erfassen. Nicht nur die individuelle Gesundheit, sondern auch die gesundheitliche Lage ganzer Gesellschaften wird massgeblich durch die sozialen Bedingungen bestimmt, in denen Menschen leben und arbeiten. Fachleute argumentieren heute, dass der Gesundheitszustand eines Menschen nur zu 10 bis 20% von seinem frei wählbaren Gesundheitsverhalten abhängt. Der direkte Einfluss der Lebensbedingungen auf die Gesundheit beläuft sich hingegen auf 50 bis 60% (Quelle: BAG, Spectra, August 2006, Nr. 58). Public-Health-Expertinnen und -Experten sowie Akteure aus Gesundheitsförderung und Prävention engagieren sich seit Jahrzehnten, um Evidenzen zu finden, wie gesundheitliche Ungleichheit verringert werden kann. Vor zehn Jahren nahm eine Kommission der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter der Leitung von Sir Michael Marmot die Arbeit auf. Der Schlussbericht mit dem Titel «Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health» wurde 2008 veröffentlicht. Als anerkannte soziale Determinanten von Gesundheit gelten nicht erst seither Einkommen, sozialer Status, soziale Netzwerke, Bildung, soziale Lebensumwelt, Gender, kulturelles Umfeld u.a.m.

Aus diesen Gründen ist heute unbestritten: Für die Förderung von Gesundheit dürfen sich die Aktivitäten nicht in Verhaltensprävention (Stärkung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen eines Menschen) erschöpfen, vielmehr muss die Verhältnisprävention (Verbessern der Lebensbedingungen der Menschen) gestärkt werden.

Was haben Bern und Berlin gemeinsam?

Nun von der Weltbühne WHO zurück nach Europa. Was haben Bern und Berlin gemeinsam? Seit jeher teilen sich die beiden Städte die ersten drei Buchstaben, beide Städte sind Regierungssitz und beide haben den Bären als Wappentier. Darüber hinaus gibt es aber seit Kurzem eine weitere Gemeinsamkeit, um die es hier gehen soll:

In Berlin und in Bern finden Tagungen zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit statt.

In Berlin wird seit 20 Jahren unter dem Titel «Armut und Gesundheit» (www.armut-und-gesundheit.de) ein Kongress durchgeführt, der auch von Schweizer Fachleuten gern besucht wird und der in den zwei Jahrzehnten seiner Durchführung mit fast 2500 Teilnehmenden zur grössten Public-Health-Konferenz der Bundesrepublik geworden ist.



Gesundheitliche Probleme von Armutsbetroffenen liegen in staatlicher und gesellschaftlicher Verantwortung.

Am 9. Mai 2014 fand in Bern unter dem Titel «Ungleich gesund» zum ersten Mal die Nationale Tagung Gesundheit & Armut statt, mit rund 150 Teilnehmenden jedoch in wesentlich kleinerem Rahmen. 2016 kann man sich nun bereits auf die zweite Durchführung freuen. Das BFH-Zentrum Soziale Sicherheit bereitet in Zusammenarbeit mit einer stark erweiterten Trägerschaft die Tagung vor. Die Stadt Bern, das Schweizerische Rote Kreuz, Caritas, die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe SKOS und das Bundesamt für Gesundheit BAG engagieren sich für dieses Vorhaben ebenfalls bereits zum zweiten Mal. Für die Zusammenarbeit konnten seit der ersten Durchführung weitere zehn wichtige Partnerinnen und Partner gewonnen werden: die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern GEF, die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und -direktoren SODK, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Public Health Schweiz, FIMM Forum für Integration der Migrantinnen und Migranten, die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGIM, der Schweizerische Hebammenverband SHV, das Nationale Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV, die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP sowie Gesundheitsförderung Schweiz.

Staatliche und gesellschaftliche Verantwortung

Man kann sich die Frage stellen, ob es denn nicht genüge, wenn sich Schweizer Expertinnen und Experten in Berlin schlau machen. Ob es nötig sei, hier eine eigene Tagung auf die Beine zu stellen. Bei diesem Thema reicht es eben nicht, nur über den «Gartehaag z'luege» in der Annahme, das ebenfalls reiche Deutschland habe ja schon 20 Jahre Vorsprung in dieser Sache und wir könnten einfach die bestehenden Rezepte übernehmen. Wenn gesundheitliche Ungleichheit aus sozialer Ungleichheit resultiert, liegen gesundheitliche Probleme von armutsbetroffenen Menschen in staatlicher und gesellschaftlicher Verantwortung. Wir müssen uns damit beschäftigen, was hierzulande unsere Politik, unsere Wirtschaft und unsere NGOs zur Chancengerechtigkeit beitragen können. Und wie es anzugehen ist, dass sich hiesige Verantwortungsträger vermehrt mit den der Gesundheit vorgelagerten sozialen Determinanten befassen und Rahmenbedingungen schaffen, in denen alle in der Schweiz wohnhaften Menschen ihr volles Gesundheitspotenzial ausschöpfen können.

Die Tagung bietet eine Plattform für den Austausch zu den gesundheitlichen Belangen von Menschen in schwierigen Lebenslagen in der Schweiz und zu den Möglichkeiten, hier im Land gesundheitsbezogene Ressourcen zu stärken. Das Ziel einer nationalen Tagung ist es, Praxisbeispiele aus der Schweiz vorzustellen und den Austausch aktueller wissenschaftlicher und politischer Erfahrungen zu ermöglichen. Es wird ein Treffen von aktiven, engagierten und impulsgebenden Personen der sozialbezogenen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung dieses Landes sein. Alles mit dem gemeinsamen Ziel, sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit in den öffentlichen Diskurs einzubringen und entsprechende Reaktionen anzustossen. ■

Nationale Tagung Gesundheit & Armut

Im Juni 2016 findet die 2. Nationale Tagung Gesundheit & Armut statt. Die Tagung richtet sich an Fachpersonen, die sich mit Gesundheitsfragen von armutsbetroffenen Menschen auseinandersetzen.

Referentinnen und Referenten aus Praxis, Forschung, Politik und Verwaltung werden das Themenfeld in seiner ganzen Breite beleuchten. Die Trägerschaft der Tagung verspricht sich wertvolle Handlungsimpulse und Beispiele für verantwortungsbewusstes und interdisziplinäres Handeln zum Abbau sozial bedingter Ungleichheiten in Gesundheitschancen.

Datum: 24. Juni 2016

Ort: UniS, Schanzeneckstrasse 1, Bern

Information und Anmeldung

soziale-arbeit.bfh.ch/gesundheit

Um frühzeitige Anmeldung wird gebeten.

Langzeitbezug in der Sozialhilfe



Prof. Renate Salzgeber
Dozentin
renate.salzgeber@bfh.ch

Gut drei Viertel aller Sozialhilfebeziehenden können sich nach einer relativ kurzen Unterstützungsdauer wieder von der Sozialhilfe ablösen. Rund ein Viertel bleibt jedoch länger als drei Jahre in der Sozialhilfe – und zwar im Durchschnitt immer länger. «Einmal Sozialhilfe – immer Sozialhilfe»: Diese Aussage stimmt somit nicht. Aber die Situation von Personen, die teilweise sehr lange im Sozialhilfebezug bleiben muss genauer untersucht werden.

Die Wahrscheinlichkeit für einen Langzeitbezug von Sozialhilfe ist nicht unerheblich: Jede sechste Person, die neu Sozialhilfe bezieht wird langzeitbeziehend, d.h. sie wird länger als drei Jahre auf Unterstützung angewiesen sein. Gut ein Viertel der neuen Fälle wird nach der Ablösung erneut auf Sozialhilfe angewiesen sein.

Über die Gruppe der Langzeitbeziehenden und ihre spezifischen Problemlagen sind bisher nur eingeschränkte Informationen vorhanden. Im Rahmen der Kennzahlenerhebung zur Sozialhilfe in 13 Schweizer Städten wurde daher zu dieser Personengruppe eine eigene Erhebung durchgeführt (Salzgeber 2014). Die soziodemografischen und sozioprofessionellen Merkmale aus der Sozialhilfestatistik wurden ergänzt durch Informationen zum Gesundheitszustand, zur akuten Problemlage und zu den durchgeführten und geplanten Integrationsmassnahmen während des Sozialhilfebezugs.

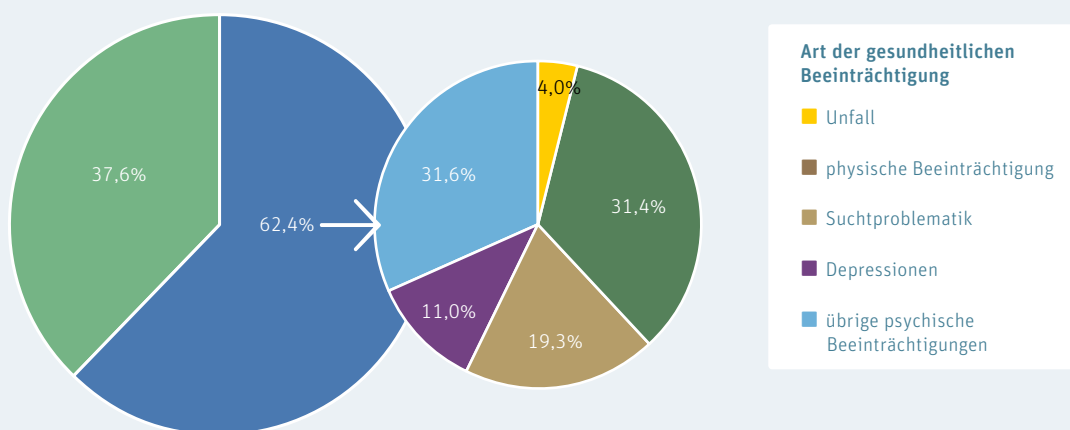
Bezugsdauer kontinuierlich gestiegen

Die durchschnittliche Bezugsdauer ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen, die Zahl der Fälle mit einer sehr langen Bezugsdauer ebenfalls. Die Langzeitfälle machen im Durchschnitt der 13 Kennzahlenstädte 40% der Sozialhilfefälle aus. Fast die Hälfte davon bezieht seit sechs Jahren und länger Sozialhilfe, in den grossen Städten sogar jeder Zehnte länger als zehn Jahre, in den kleineren Städten ist es jeder Fünfte.

Die Altersgruppe der 46- bis 55-Jährigen weist den grössten Anteil bei den Langzeitbeziehenden auf. Mehr als zwei Drittel der Langzeitbeziehenden wohnen allein. Je nach Stadt beträgt der Anteil der Alleinerziehenden zwischen 10% und 20%.

Im Vergleich zur Gesamtzahl der Sozialhilfebeziehenden ist bei den Langzeitbeziehenden der Anteil ohne

Grafik 1: Gesundheitssituation der Langzeitfälle



Quelle: Eigene Erhebung Städtekenzahlen, BFH, Soziale Arbeit; Anmerkung: Durchschnitt aller Städte, Mehrfachnennung möglich

■ Keine gesundheitliche Beeinträchtigung vorhanden ■ Gesundheitliche Beeinträchtigung vorhanden

Berufsausbildung höher und der Anteil der Erwerbstätigen tiefer. Dieser Anteil schwankt je nach Stadt zwischen 10% und 30%, wobei der weitaus grösste Teil in Teilzeit arbeitet. Mehr als 60% der Langzeitbeziehenden sind aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung nicht oder nur mit einem kleinen Teilzeitpensum erwerbstätig bzw. suchen keine Arbeit. Jede achte Person nimmt an einem Integrationsprogramm teil.

Gesundheitliche Probleme

Knapp zwei Drittel der Langzeitbeziehenden leiden unter gesundheitlichen Problemen. Dabei kämpft ein Drittel mit psychischen Problemen und jede zehnte Person mit Depressionen; jede fünfte Person ist von einer akuten Suchterkrankung betroffen (vgl. Grafik 1). Die Möglichkeit für Integrationsmassnahmen und die Ablöseswahrscheinlichkeit hängen klar mit der gesundheitlichen Situation der Sozialhilfebeziehenden zusammen.

Die knapp 40% Langzeitbeziehenden, die keine ausgewiesenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben, sind überdurchschnittlich häufig alleinerziehend oder leben in einem Paarhaushalt mit mehreren Kindern. Diese Personen können sich auch nach einer längeren Unterstützungsdauer wieder von der Sozialhilfe ablösen, wenn ihr finanzieller Bedarf wieder abnimmt.

Viele Sozialhilfebeziehenden haben mehrfache gesundheitliche Beeinträchtigungen. Aufgrund der Folgen von physischen Krankheiten oder Unfällen kommen oft psychische Krankheiten dazu, die durch einen langen Sozialhilfebezug teilweise noch verstärkt werden können (durch Ausgrenzung, fehlende Tagesstruktur usw.). Die Identifikation der Gesundheitsprobleme ist oft nicht einfach. Die Sozialarbeitenden stützen sich dabei auf vorhandene Arztberichte und Arbeitsunfähigkeitsatteste.

Der Anteil der langzeitbeziehenden Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ist bei den jün-

geren Sozialhilfebeziehenden (bis 35 Jahre) mit 40% bis 50% deutlich tiefer als bei den älteren Sozialhilfebeziehenden (60% bis 70%). Am höchsten ist der Anteil bei den 36- bis 45-jährigen Langzeitbeziehenden.

Psychische Beeinträchtigungen häufig bei jüngeren Menschen

Bei den jüngeren Langzeitbeziehenden (bis 35 Jahre) manifestiert sich die gesundheitliche Beeinträchtigung vor allem durch psychische Probleme. Auch die Suchtproblematik ist vor allem bei den 26- bis 35-Jährigen virulent. Bei 36- bis 45-Jährigen sind Depressionen überdurchschnittlich häufig. Ältere Sozialhilfebeziehende ab 46 Jahren leiden häufiger an den Folgen von Unfällen und bei Personen ab 56 Jahren ist der Anteil mit physischen Krankheiten überdurchschnittlich hoch.

Von allen Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung sind 10% erwerbstätig und 18% auf Stellensuche. An einem Integrationsprogramm nehmen 9% teil. 62% sind ganz ohne Erwerbstätigkeit. Personen, die an Unfallfolgen leiden, sind überproportional häufig auf Stellensuche oder in Integrationsprogrammen – niemand in dieser Gruppe war erwerbstätig.

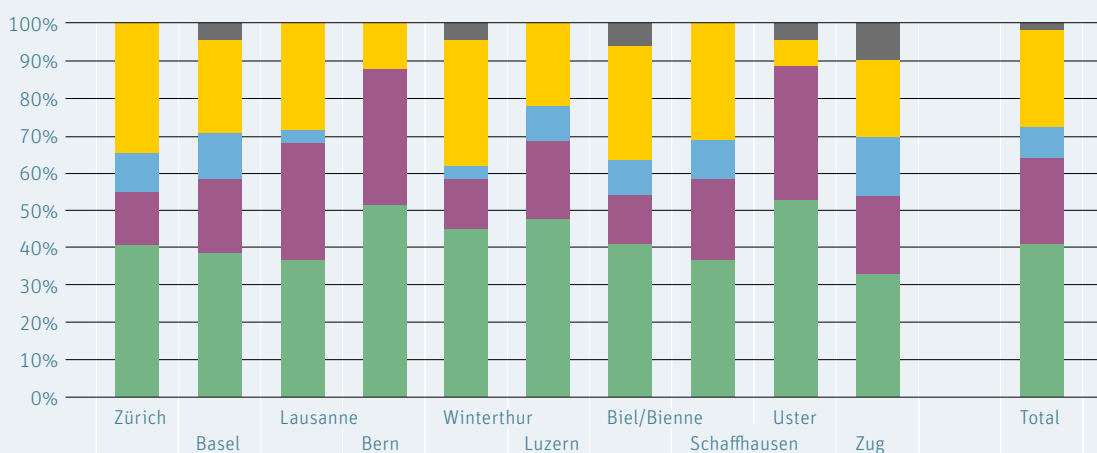
Welche Rolle spielt die IV?

Angesichts der Häufigkeit von Gesundheitsproblemen stellt sich die Frage, ob und wie die Invalidenversicherung (IV) bei diesen Langzeitfällen involviert ist bzw. war (vgl. Grafik 2). Im Durchschnitt aller Städte wurden 25% aller IV-Anträge von Langzeitbeziehenden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen abgelehnt, bei weiteren 23% ist ein IV-Antrag pendent. Insgesamt wurde bei 60% der Langzeitbeziehenden mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung eine IV-Rente in Betracht gezogen. Die Anteile schwanken deutlich zwischen den Städten.

Die IV hat in den letzten zehn Jahren ihre Zulassungskriterien für eine IV-Rente mit diversen Revisionen

Grafik 2: Langzeitfälle mit Gesundheitsproblem und IV-Prozess

Situation der antragstellenden Person



Quelle: Eigene Erhebung Städtekenntzahlen, BFH, Soziale Arbeit

Anmerkung: Durchschnitt aller Städte, fehlende Werte 18%; ohne Angaben aus Schlieren, das auch zu den untersuchten Städten gehört. Sehr wenige Fälle beziehen IV-Taggelder. Daher wurde auf die Darstellung verzichtet.

deutlich verschärft, nachdem diese Sozialversicherung aufgrund einer massiven Zunahme von IV-Neurentnerinnen und -Neurentnern in den beiden vorangegangenen Jahrzehnten in finanzielle Bedrängnis geraten ist. Da eine IV-Anmeldung und -Abklärung mit einem erheblichen personellen Aufwand verbunden ist, wird nur eine IV-Anmeldung erwogen, wenn Aussicht auf Erfolg besteht. Im Weiteren ist bekannt, dass die kantonalen IV-Stellen nicht gleich restriktiv entscheiden bei der Zuspreehung von Eingliederungsmassnahmen und insbesondere IV-Renten.

Bei rund 40% der Langzeitfälle mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung wurde während des Sozialhilfebezugs noch nie eine IV-Anmeldung gemacht. Für nicht vorgenommene IV-Anmeldungen werden verschiedene Gründe genannt (vgl. Grafik 3): Bei gut einem Drittel dieser Fälle besteht eine akute Suchtproblematik, die für sich genommen kein Anrecht auf eine IV-Rente begründet.

Bei rund einem Viertel der Langzeitbeziehenden mit gesundheitlichen Problemen besteht keine IV-relevante gesundheitliche Beeinträchtigung. Dabei handelt es sich teilweise um Personen, die aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nur Teilzeit erwerbstätig sind. Die meisten leiden unter einer psychischen Beeinträchtigung oder einer schwer zu diagnostizierenden Beeinträchtigung – oft sind sie schon sehr lange im Sozialhilfebezug. Ihr Gesundheitszustand hat sich häufig mit dem langen Sozialhilfebezug verschlechtert – die Diagnosen sind vielfach nicht eindeutig oder betreffen ein Krankheitsbild, das keinen Anspruch auf eine IV-Rente begründen kann. Zum Teil handelt es sich dabei um Personen, die kurz vor der (Früh-)Pensionierung stehen. Teilweise ist die Fallkonstellation sehr komplex (z.B. bei älteren Flüchtlingen) und eine Veränderung der Situation sehr schwierig. Die knappen Ressourcen bei der Sozialberatung werden in erster Linie dazu eingesetzt, einen langen Sozialhilfebezug zu verhindern. So-

zialarbeitende konzentrieren sich daher eher auf die neuen Fälle, da verschiedene Untersuchungen zeigen, dass eine Ablösung von der Sozialhilfe vor allem im ersten Unterstützungsjahr erfolgreich ist.

Keine Chance auf eine IV-Rente

Bei einem Teil ist die gesundheitlich bedingte Arbeitsunfähigkeit nur vorübergehend und es wird angestrebt, diese Personen durch geeignete Massnahmen (Integrationsprogramme) wieder in den Arbeitsmarkt zurückzuführen. Viele Personen – vor allem ältere Sozialhilfebeziehende – sind bereits sehr lange aus dem Arbeitsmarkt ausgeschieden und es besteht kaum mehr eine Chance, diese vor der Pensionierung von der Sozialhilfe abzulösen. Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind zu gering oder zu unspezifisch, als dass ein Anspruch auf IV-Leistungen bestünde.

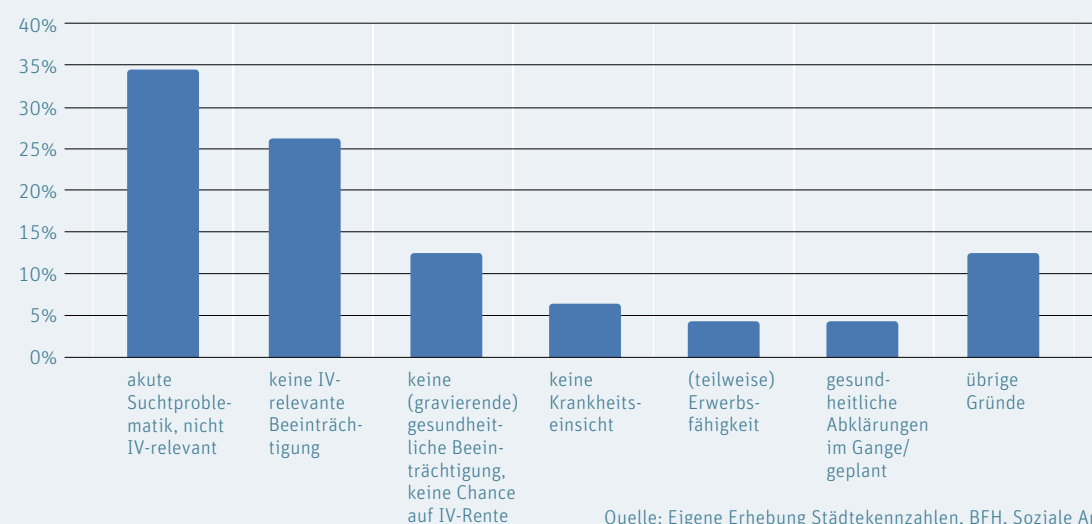
Diese Gründe treffen auch auf die rund 12% Langzeitbeziehenden ohne IV-Anmeldung zu, die unter «keine (gravierende) gesundheitliche Beeinträchtigung, keine Chance auf IV-Rente» zusammengefasst sind. Ein Teil dieser Personen hatte bereits einen ablehnenden IV-Entscheid, bevor sie Sozialhilfe in Anspruch nahmen. Da sich bei vielen während des Sozialhilfebezugs am Gesundheitszustand nicht grundlegend etwas geändert hat (kein neues, klareres Krankheitsbild oder eine nachweisbare Verschlechterung), wurde (bisher) auf eine erneute IV-Anmeldung verzichtet. Auch in dieser Gruppe sind etliche Personen in Teilzeit erwerbstätig.

Ein Teil der unterstützten Personen betrachtet sich selbst nicht als krank. Aus diesem Grund kann kein IV-Verfahren eingeleitet werden, da die unterstützte Person selber einen IV-Antrag einreichen müsste. Bei den übrigen Gründen gibt es unzählige Einzelmeldungen, z.B. finden behandelnde Ärzte eine Anmeldung (noch) nicht sinnvoll.

Rund 60% der Langzeitbeziehenden nahmen mindestens einmal an einer Integrationsmassnahme teil,

Grafik 3: Langzeitfälle mit Gesundheitsproblem ohne IV-Anmeldung

Gründe für Verzicht auf IV-Anmeldung (für die antragstellende Person)



Quelle: Eigene Erhebung Städtekenntzahlen, BFH, Soziale Arbeit

Anmerkung: Durchschnitt aller Städte, ohne Angaben aus Schlieren, das auch zu den untersuchten Städten gehört.



Jede sechste Person, die neu Sozialhilfe bezieht wird länger als drei Jahre auf Unterstützung angewiesen sein.

wobei es sich häufiger um Massnahmen zur beruflichen Integration handelte. Die Mitarbeitenden der Städte nennen als Gründe, warum nie eine Integrationsmassnahme durchgeführt wurde bei rund einem Drittel Gesundheitsprobleme, bei einem Viertel Erwerbsunfähigkeit, keine Chance auf dem Arbeitsmarkt sowie Alter, bei jeder sechsten Person eine vorhandene Erwerbstätigkeit (meistens Teilzeit oder unregelmässig) und bei jeder siebten Person eine akute Suchtproblematik.

Zu krank für den Arbeitsmarkt, zu gesund für die IV

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein Teil der Sozialhilfebeziehenden lange, ein kleiner Teil sehr lange in der Sozialhilfe bleibt. Die strukturellen Veränderungen in Wirtschaft und Gesellschaft haben dazu geführt, dass die Sozialhilfe ein wichtiger Pfeiler im sozialen Sicherungssystem ist und die längerfristige Existenzsicherung für einen Teil der Menschen übernimmt, die keine andere Möglichkeit mehr haben, selber oder durch den Bezug von Sozialversicherungsleistungen für ihren Lebensunterhalt aufzukommen.

Fast zwei Drittel der Langzeitbeziehenden haben gesundheitliche Probleme. Viele verfügen über keine oder geringe berufliche Qualifikationen. Ein grosser Teil ist über 45 Jahre alt. Sehr viele leben allein. Martin Waser, ehemaliger Stadtrat von Zürich und Präsident der Städteinitiative Sozialpolitik, hat an der Medienkonferenz zum Kennzahlenbericht 2012 die Situation vieler, vor allem älterer Langzeitbeziehender treffend zusammengefasst: «Viele Personen in der Sozialhilfe sind zu wenig leistungsfähig für den Arbeitsmarkt, aber zu wenig krank für die IV». Bei vielen Langzeitbe-

ziehenden steht ganz klar die soziale Integration im Vordergrund – sie ist die beste Gesundheitsvorsorge. Es stellt sich die Frage, ob diese vielfältigen Herausforderungen längerfristig über ein rein sozialarbeiterisches Setting in den Sozialen Diensten sinnvoll und effizient bewältigbar sind oder ob nicht für Teile der Problemlage spezialisierte Fachleute beigezogen werden sollten (Gesundheitsförderung, Abklärung der Erwerbsfähigkeit durch die IV, Arbeitssuche über das RAV, soziale Integrationsstrategien, gesellschaftliche Tätigkeiten ausserhalb der privaten Wirtschaft). Einige Soziale Dienste in den Städten gehen diesen Weg bereits. ■

Literatur:

- Salzgeber, R. (2014): Kennzahlen zur Sozialhilfe in Schweizer Städten. Berichtsjahr 2014. 13 Städte im Vergleich, Herausgeberin Städteinitiative Sozialpolitik. www.staedteinitiative.ch.
- Salzgeber, R., Fritschi T., Von Gunten, L., Hümbelin, O., Koch, K. (2015): Analyse der zeitlichen Verläufe in der Sozialhilfe. Bern: Berner Fachhochschule BFH, Fachbereich Soziale Arbeit. Im Auftrag des Bundesamtes für Statistik (BFS).

Das Projekt Kennzahlen zur Sozialhilfe in Schweizer Städten wurde im Rahmen des BFH-Zentrums Soziale Sicherheit durchgeführt.

bfh.ch/socialsecurity

Aktuelles

Forschung

Online-Beratung für Armutsbetroffene

Im Rahmen des Nationalen Programms zur Bekämpfung der Armut wird eine Online-Plattform entwickelt, auf der armutsbetroffene Menschen niederschwellige Beratungs- und Anlaufstellen finden können. Hierzu arbeiten die Fachbereiche Soziale Arbeit und Wirtschaft gemeinsam am Forschungsprojekt «Bestandesaufnahme Informations- und Beratungsangebote für armutsbetroffene Menschen» mit dem Ziel, die Angebote in der ganzen Schweiz zu erheben sowie ein Strukturierungskonzept für die Präsentation der Ergebnisse zu entwickeln. Für die Ermittlung der Suchstrategien und Informationsbedürfnisse armutsbetroffener Menschen werden Workshops mit zukünftigen Nutzerinnen und Nutzern durchgeführt. Parallel dazu läuft eine Bestandesaufnahme der Beratungsstellen und Online-Informationsangebote in Gemeinden und Kantonen.



Forschung

Verläufe und berufliche Integration von neuen ALV-Beziehenden

Ziel eines neuen Projekts im Auftrag des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO ist es, die Faktoren für eine nachhaltige berufliche Integration von Arbeitslosen (insbesondere Langzeitarbeitslosen) zu untersuchen. Ausgehend von den Leistungsverlaufstypen einer Vorgängeruntersuchung werden Erwerbsverläufe und Sozialhilfebezüge von Personen ab dem Beginn der Arbeitslosigkeit untersucht. Erstmals können Verläufe im Anschluss an den ersten Bezug des Arbeitslosentageldes über eine Periode von neun Jahren beobachtet werden. Im Fokus steht zudem der Verlauf im Anschluss an eine Aussteuerung. Dabei werden die Fragen untersucht, wer wieder nachhaltig beruflich integriert werden kann, wer in eine Working-Poor-Situation mit Sozialhilfeunterstützung gerät und wer ganz vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen bleibt. Die Verläufe werden im Anschluss an die Aussteuerung erfasst und die Profile der Personengruppen beschrieben, die hohe bzw. geringe Chancen für eine nachhaltige berufliche Integration haben.

Weiterbildung

Fachkurs Sozialversicherungsrecht: Praxisnahe Vertiefung

Materielle Ressourcen zu erschliessen gehört für viele Fachpersonen der Sozialen Arbeit zur Kernaufgabe. Um Ansprüche feststellen und auslösen zu können, braucht es spezifisches Wissen. Der Fachkurs Sozialversicherungsrecht vermittelt dieses Wissen mit hohem Praxisbezug und Fallbeispielen. Der Fachkurs setzt sich aus zwei Kursen zusammen: Kurs 1 bietet eine Einführung in die Grundsätze des schweizerischen Sozialversicherungsrechts und in die Besonderheiten der einzelnen Sozialversicherungen. Dabei arbeiten die Teilnehmenden auch mit ersten Fallbeispielen. Kurs 2 vertieft die Inhalte des ersten Kurses. Die Fallübungen sind komplexer. Koordinations- und Verfahrensfragen wie sie im Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts geregelt sind, werden diskutiert und angewendet. Voraussetzung für den Vertiefungskurs ist der Besuch des Kurses 1 oder ein Testat einer gleichwertigen Weiterbildung. Bei beiden Kursen wird mit dem Buch von Dieter Widmer «Die Sozialversicherung in der Schweiz» gearbeitet.

Weitere Informationen und Anmeldung:
soziale-arbeit.bfh.ch, Web-Code: K-SVE-2

Weiterbildung

Angebot	Datum	Web-Code
Kurse zum Thema Sozialhilfe, Sozialversicherungen und Arbeitsintegration		
Fachkurs Arbeitsintegration	März bis Mai 2016	K-SOZ-28
Fachkurs Sozialhilfe	Mai bis Juni 2016	K-SOZ-22
Fachkurs Sozialversicherungsrecht [neu]	2 x 4 Tage, Juni bis September 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-SVE-2
Fachkurs Methodisches Handeln mit Risikogruppen Sozialversicherungsrecht	August bis November 2016 1./2. und 20./21. Juni 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-SOZ-26 K-REC-1
Soziologie im Alltag: Einüben eines analytischen Blicks [neu]	9./10. und 23./24. Juni 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-SOZ-31
Beratung von jungen Erwachsenen	25./26. August 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-SPE-2
Beratung von Menschen mit psychischen Problemen	22./23. September 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-SOZ-27
Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund	19./20. Oktober 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-SOZ-29
Arbeit mit Kindern und Familien	23./24. November 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-SOZ-30
Kurse zum Thema Opferhilfe		
Fachkurs Opferhilfe	Januar bis September 2017	K-SPE-1
Gesprächsführung mit traumatisierten Menschen	6./7. September 2016, 8.45–17.15 Uhr	K-SPE-33
Kurse zum Thema Sozialpolitik		
Einführungskurs für Mitglieder von Sozialbehörden im Kanton Bern / Region Thun und Berner Oberland	12. Mai 2016, 8.45–17.00 Uhr	K-SOZ-10
Einführungskurs für Mitglieder von Sozialbehörden im Kanton Bern / Regionen Bern Mittelland, Seeland, Oberaargau/Emmental	16. Juni 2016, 8.45–17.00 Uhr	K-SOZ-11
Einführungskurs für Mitglieder von Sozialbehörden im Kanton Bern	24. August 2016, 8.45–17.00 Uhr	K-SOZ-8
Vertiefungskurs 1: Kontrolle und Controlling durch die Sozialbehörde	10. März 2016, 17.00–20.15 Uhr	K-SOZ-14
Vertiefungskurs 2: Kosteneffizienz und Kostenrechnung in der Sozialhilfe	6. Juni 2016, 17.00–20.15 Uhr	K-SOZ-15
Vertiefungskurs 3: Strategische Sozialplanung in der Gemeinde durch die Sozialbehörde	10. November 2016, 17.00–20.15 Uhr	K-SOZ-16
Vertiefungskurs 4: Interne und externe Kommunikation der Sozialbehörde	15. November 2016, 17.00–20.15 Uhr	K-SOZ-17
Verantwortung für die offene Kinder- und Jugendarbeit in der Gemeinde. Was heisst das?	9. und 25. Mai 2016, 17.00–20.15 Uhr	K-SOZ-23
Kurs für Sachbearbeitende		
Sozialversicherungskennntnisse für Sachbearbeitende	23./24./25. August 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-ADM-2
Tagung		
Nationale Tagung Gesundheit & Armut	24. Juni 2016	T-SOZ-13
Certificate of Advanced Studies (CAS)		
CAS Opferhilfe	Beginn mit jedem Fachkurs Opferhilfe	C-SPE-1
CAS Soziale Sicherheit	März bis Dezember 2016	C-REC-2
CAS Soziale Arbeit im sozialen Sicherungssystem [neu]	Start jederzeit möglich	C-SOZ-9

soziale-arbeit.bfh.ch

Gemeinden für das Thema Alter sensibilisieren



Sandra Kunz
Studentische Mitarbeiterin
sandra.kunz@bfh.ch



Cécile Neuenschwander
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
cecile.neuenschwander@bfh.ch

Mit der demografischen Entwicklung der kommenden Jahre wird es zu einem Anstieg der älteren Bevölkerung kommen und das intergenerationelle Zusammenleben wird sich verändern. Welche Auswirkungen hat diese Entwicklung auf die Gemeinden? Wie können sie auf die veränderten Bedürfnisse der Bevölkerung eingehen?

In den kommenden Jahrzehnten bekommt die Altersstruktur der schweizerischen Bevölkerung markante Veränderungen zu spüren. Der Anteil der pensionierten Schweizerinnen und Schweizer wird bis ins Jahr 2045 von aktuellen 18% auf rund 26% ansteigen (BFS 2015). Für die Gruppe der über 80-Jährigen wird mit einer Zunahme um 179% gerechnet. Dieser Anstieg ist unter anderem auf die geburtenstarken Jahrgänge der 60er-Jahre zurückzuführen: die sogenannten Babyboomer-Jahrgänge erreichen zwischen 2025 und 2035 das Rentenalter (BFS 2009; Francois, Bayer-Oglesby & Zumbunn 2011). Ein weiterer Faktor für die Bevölkerungsalterung ist die seit Jahrzehnten ansteigende Lebenserwartung. Im Jahr 2045 können Männer mit einer mittleren Lebenserwartung von 86,1 Jahren rechnen, bei den Frauen wird sie 89,2 Jahren betragen (BFS 2015). Die Lebensphase «Alter» dehnt sich demnach weiter aus und wird länger als die beiden Phasen «Kindheit» und «Jugend» zusammen.

Gemeinden müssen sich vorbereiten

Den eintretenden demografischen Wandel werden die Gemeinden deutlich zu spüren bekommen. Deshalb ist es eminent, dass sie die politischen, infrastrukturellen und administrativen Voraussetzungen erfüllen, die es allen Bürgerinnen und Bürgern ermöglichen, ihr Leben selbstständig zu gestalten. Jede Bevölkerungsgruppe hat spezifische Bedürfnisse und benötigt unterschiedliche Unterstützungsangebote. Im Folgenden wird der Fokus auf die Unterstützungsmöglichkeiten für die ältere Bevölkerungsgruppe gelegt und aufgezeigt, an welchen Themenfeldern sich Gemeinden in der Alterspolitik orientieren können.

Aufgrund der Heterogenität der Gemeinden sind spezifische und auf die regionale Situation zugeschnittene Angebote notwendig, um allen Herausforderungen gerecht zu werden (Amrhein & Backes 2012). Die Frage nach geeigneten Unterstützungsangeboten stellt sich nicht nur Familien und Angehörigen, sondern auch der

Politik, den Kantonen sowie den einzelnen Gemeinden. Aus diesem Grund forderte die Gesundheits- und Fürsorgedirektion vor einigen Jahren sämtliche Gemeinden im Kanton Bern auf, ein Altersleitbild zu erstellen. Bis heute haben 91% der bernischen Gemeinden ein Altersleitbild verfasst, in dem relevante Lebensbereiche älterer Menschen thematisiert werden. Die im Jahr 2011 erhobene Bestandesanalyse zeigt, dass die Umsetzung relativ weit fortgeschritten ist (Stocker, Künzi & Egger 2011).

Damit ältere Menschen bis ins hohe Alter selbstständig ihren Alltag gestalten und sich aktiv am Gemeindeleben beteiligen können, braucht es neben Pflege- und Unterstützungsdiensten auch Angebote, die das Mitwirken und Teilnehmen innerhalb der Gemeinde ermöglichen. Daraus leiten sich vier Themenbereiche ab, die in die Überlegungen zur sozial- und alterspolitischen Ausrichtung der Gemeinde einfließen sollten (vgl. Abbildung).

Themenfelder der Alterspolitik





Damit ältere Menschen selbstständig ihren Alltag gestalten und sich aktiv am Gemeindeleben beteiligen können, braucht es entsprechende Angebote.

Selbstständigkeit fördern und erhalten

Die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit im Alltagsleben sind in jedem Lebensalter wichtig. Für ältere Menschen sind neben der Gesundheit das Wohnen und die Wohnumgebung wichtige Faktoren für die Lebenszufriedenheit. Wenn die Mobilität abnimmt verlagert sich ein grosser Teil des Lebens in die eigene Wohnung bzw. ins wohnungsnaher Umfeld. Wenn die Wohnung, die örtliche Infrastruktur und der öffentliche Raum barrierefrei gestaltet werden, können ältere Menschen auch im hohen Alter selbstständig wohnen.

Aus diesem Grund müssen die Wohnungen und die Wohnumgebung so gestaltet werden, dass auch Personen mit leichtem Unterstützungsbedarf oder mit eingeschränkter Mobilität in ihrer angestammten Umgebung bleiben können. Geeignete Alterswohnungen werden in Zukunft immer wichtiger, denn für viele Gemeinden und Städte wird es kaum möglich sein, der wachsenden älteren Bevölkerung genügend institutionelle Wohnangebote zur Verfügung zu stellen. Barrierefreier Wohnraum sollte gerade bei Neubauten im Fokus stehen. Gleichzeitig sollten diese Wohnangebote auch für jüngere Menschen, insbesondere auch für Familien, attraktiv sein. Es geht also nicht in erster Linie um «Wohnraum für alte Menschen», sondern um Wohnangebote, die allen Generationen gerecht werden.

Einbeziehen und informieren

Aktivierende und begleitende Angebote in der Gemeinde sind für ältere Einwohnerinnen und Einwohner eine gute Möglichkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten und sich auszutauschen. Intergenerationelle Begegnungen können dabei gestärkt werden. Eigene Untersuchungen zeigen (vgl. Kasten Seite 48), dass besonders dann viele Angebote entstehen, wenn ein Seniorenrat (oder «runder Tisch») in der Gemeinde verankert ist. Die beteiligten Seniorinnen und Senioren sind Experten für die Lebenslage der älteren Bevölkerung und kennen somit auch deren Bedürfnisse und Problemfelder. Gleichzeitig bietet der Seniorenrat die Möglichkeit zur Vernetzung in der Gemeinde, eigene Kompetenzen und Interessen können eingebracht werden. Es können Vorschläge für Angebote erarbeitet werden, die auch von den jeweiligen Zielgruppen getragen werden. Der Seniorenrat ist zudem ein wichtiges Mittel, um die Anliegen der älteren Bevölkerung in der Gemeinde einbringen zu können. Idealerweise hat er auch Mitspracherecht bei sozialpolitischen Entscheidungen. Neben dem Einbezug ist auch die Information wichtig. Wenn Angebote, wichtige Adressen und Dienstleistungen gebündelt vorliegen, erleichtert dies die Partizipation am Gemeindeleben. Viele Gemeinden erstellen hierzu Broschüren, um gezielt die ältere Bevölkerung anzusprechen.

Unterstützen und betreuen

Es ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach ambulanten Diensten in den kommenden Jahrzehnten ansteigen wird, da die individualisierten Versorgungs- und Pflegedienstleistungen noch stärker zum Tragen kommen werden. Ebenfalls zunehmen wird die Akzeptanz solcher Angebote in der Bevölkerung. Neben den ambulanten Dienstleistern spielen Angehörige, Familienmitglieder und ausserfamiliale Personen eine wichtige Rolle in der Unterstützung älterer Menschen. Dass pflegende Angehörige erheblichen Belastungen ausgesetzt sind, ist mehrfach belegt (Perrig-Chiello, Höpflinger & Schnett 2010). Entlastungs- und Unterstützungsangebote für diese Personen werden jedoch selten angeboten.

Partizipation und Freiwilligenarbeit fördern

Mit der Pensionierung und dem Ende des Erwerbslebens endet für viele Menschen die Möglichkeit, eigene Kompetenzen einzubringen und Erfahrungen und Fähigkeiten weiterzugeben. Ein Freiwilligenengagement könnte dafür neue Gelegenheiten bieten. Aufgrund der Komplexität des Managements von Freiwilligenarbeit ist die Koordination und Begleitung dieser Einsätze auf Gemeindeebene sinnvoll.

Gleichzeitig gewinnen Partizipationsmöglichkeiten innerhalb der Gemeinde insbesondere für ältere Menschen an Bedeutung, wenn der eigene Aktionsradius zunehmend abnimmt. Dann werden nahräumliche Angebote besonders wichtig und geben Gelegenheit, Kontakte mit anderen Personen und Bevölkerungsgruppen zu pflegen.

Zusammenhalt zwischen Jung und Alt

Das generationenübergreifende Zusammenleben und der Zusammenhalt zwischen Jung und Alt sind für Gemeinden wichtig. Nur so können die anstehenden demografischen und sozialen Veränderungen positiv

genutzt werden. Gemeinden für das Thema Alter zu sensibilisieren bedeutet auch, die ältere Bevölkerung nicht losgelöst und gesondert zu betrachten.

Die kommunale Sozialpolitik wird idealerweise so gestaltet, dass alle Generationen und Lebensalter darin Beachtung finden (Rothen 2009, Naegele 2010). Aus diesem Grund sollte sich die Sozialpolitik der Gemeinden auf zwei Aspekte fokussieren (Ottensmeier & Schönberg 2009): dem Angebot bedürfnisgerechter Pflege- und Unterstützungsleistungen sowie der Förderung und Stärkung von Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Mitverantwortung (beispielsweise im Freiwilligenbereich). ■

Literatur:

- Amrhein, Ludwig & Backes, Gertrud M. (2012): Wie Kommunen für das Alter(n) planen können. Regionale Herausforderungen einer demographiesensiblen Sozialplanung für das Alter(n) am Beispiel des Landkreises Vechta (Niedersachsen). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, S. 379–384.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg., 2009): Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunale Seniorenpolitik. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- BFS (2009): Demografisches Porträt der Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2015): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015–2045. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy & Zumbrunn, Andrea (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter – Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Naegele, Gerhard (2010): Kommunen im demografischen Wandel – Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, April-Ausgabe, S. Springer-Verlag.
- Ottensmeier, Brigitte; Schönberg, Frauke (2009): Was ist eine zukunftsorientierte Seniorenpolitik? In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunale Seniorenpolitik. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. S. 56–75.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Höpflinger, François & Schnett, Brigitte (2010): Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz (Schlussbericht) – SwissAgeCare-2010, Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex Schweiz.
- Rothen, Hans-Jörg (2009): Weiterentwicklung kommunaler Seniorenpolitik – Alter neu denken. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunale Seniorenpolitik. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. S. 15–24.
- Stocker, Désirée; Künzi, Kilian & Egger, Theres (2011): Umsetzung der Altersleitbilder in den bernischen Gemeinden (Bestandesanalyse). Bern: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG.

Generationenplattform Bremgarten

Die Gemeinde Bremgarten plant, eine Fachstelle für Alters- und Generationenfragen zu schaffen. Sie soll...

- Initiativen von Einwohnerinnen und Einwohnern für freiwillige Einsätze oder Anlässe unterstützen,
- Einwohnerinnen und Einwohner beim Thema Altersgerechtes Wohnen beraten,
- Freiwilligeninitiativen Fachexpertisen zur Verfügung stellen sowie
- das generationenübergreifende Zusammenleben von Jung und Alt fördern.

Die BFH hat in diesem Zusammenhang eine Umfeldanalyse durchgeführt, um die Gemeinde bei diesem Vorhaben zu unterstützen.

Freiheitsbeschränkende Massnahmen bei Menschen mit Demenz



Urs Pfister
Pflegefachmann HöFa I und
Gerontologe MAS
Universitäre psychiatrische Dienste Bern
urs.pfister@gef.be.ch

In welchen Fällen und unter welchen Umständen werden im Umgang mit demenzkranken Menschen freiheitsbeschränkende Massnahmen eingesetzt, wenn es darum geht, Stürze zu vermeiden? In seiner Masterarbeit kommt Urs Pfister zum Schluss, dass eine individuelle Situationsanalyse wichtig ist und dass freiheitsbeschränkende Massnahmen so wenig wie möglich zum Einsatz kommen sollten.

Menschen mit Demenz sind teilweise in ihrer Mobilität eingeschränkt. Um beispielsweise Stürze zu verhindern, ist eine freiheitsbeschränkende Massnahme manchmal unausweichlich (vgl. Kasten Seite 51). In den letzten Jahren wurde viel Wissen zum Thema generiert, unter anderem über Sturzprophylaxe (Tideiksaar 2008; Wiesli et al. 2013). Zudem wurden freiheitsbeschränkende Massnahmen zu Forschungszwecken erfasst und ausgewertet (Nationale Vergleichsberichte ANQ 2013 & 2014). Im Jahre 2013 trat das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht in Kraft, das viel zur Klärung und Sensibilisierung im Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen beiträgt.

Doch wie sieht die Praxis in der Alterspsychiatrie aus? Um dies zu erfahren, führte Urs Pfister, Autor dieses Artikels, im Rahmen einer Masterarbeit eine qualitative Studie durch. Er befragte 23 Pflegefachleute zweier Akutstationen der Universitären psychiatrischen Dienste Bern (UPD) und führte dazu Gruppeninterviews anhand eines theoriegeleiteten Leitfadens durch.

Wann kommt es zum Einsatz freiheitsbeschränkender Massnahmen?

Folgendes Zitat eines Befragten fasst zusammen, in welchen Fällen freiheitsbeschränkende Massnahmen als Sturzprophylaxe bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden:

«Es braucht unterschiedliche Faktoren dazu: eine gewisse Einschränkung in der Mobilität verknüpft mit kognitiven Defiziten. Diese sind soweit ausgeprägt, dass die Selbsteinschätzung nicht mehr passend ist. Die Person hat das Gefühl, aufstehen und problemlos umhergehen zu können, obwohl dies objektiv nicht mehr so gesehen wird.»

Neben der genannten Einschränkung der Mobilität, die eine Sturzgefahr zur Folge haben kann, sind es kognitive Defizite, manchmal auch einhergehend mit



Der Autor der Studie, Pflegefachmann Urs Pfister (Mitte), auf Visite bei einer Patientin der Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie.

Foto: Universitäre psychiatrische Dienste Bern (UPD)

Verhaltensstörungen, die dazu führen können, dass freiheitsbeschränkende Massnahmen als Sturzprophylaxe eingesetzt werden. Ein weiterer Faktor, der in den Interviews oft genannt wurde, ist der Einsatz sedierender Medikamente. Diesbezüglich unterscheiden sich die Ergebnisse der Befragung nicht von den in der Fachliteratur genannten Gründen (Buchmann & Held 2013, Gschwind & Bridenbaugh 2011, Schmitt & Kressig 2008).

Unter welchen Umständen freiheitsbeschränkende Massnahmen als Sturzprophylaxe bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden, beschreibt folgendes Zitat einer Interviewteilnehmerin:

«Grundsätzlich sind freiheitsbeschränkende Massnahmen keine Sturzprävention. Es ist eine personelle Frage, also eine Frage der Betreuung. Es gibt Zeiten, in denen man zu zweit ist und ich drei, vier sturzgefährdete Patienten habe, wo ich dann zu dieser Massnahme greife. Es ist sonst nicht zu bewältigen, den Menschen im Überblick zu haben, zu leiten oder abzulenken. Dies ist häufig in Randzeiten, zum Beispiel am Abend, der Fall.»

Die Wahl der Massnahmen hängt demnach ab von personellen Ressourcen, der Tageszeit sowie der Anzahl der sturzgefährdeten Menschen mit Demenz, die zu betreuen sind. Gleichzeitig ist es aber auch eine Frage der Haltung jedes Einzelnen, des interdisziplinären Teams, der Institution und der Gesellschaft. All dies beeinflusst, ob eine freiheitsbeschränkende Massnahme als Sturzprophylaxe eingesetzt wird oder nicht.

Personallengpass ist keine Rechtfertigung

Bezüglich der Frage, unter welchen Umständen freiheitsbeschränkende Massnahmen als Sturzprophylaxe

bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden, wurden nur teilweise Ergebnisse in der Literatur gefunden, die mit der Studie verglichen werden können. In der Literatur (Lindenmann et al. 2012) wird postuliert, dass Personalengpässe den Einsatz von Fixierungen und anderen freiheitsbeschränkenden Massnahmen keinesfalls rechtfertigen und die Institutionen solche auch nicht anordnen dürfen, um mit weniger Personal über die Runden zu kommen. Eine Studie (Hahn et al. 2012) kommt ferner zum Schluss, dass die Konzeption der Einrichtung, die Haltung der Pflegekräfte und ihre spezifische Qualifikation im Umgang mit Menschen die extrem unterschiedliche Häufigkeit der freiheitsbeschränkenden Massnahmen beeinflussen; nicht der jeweilige Personalbestand oder die Teamzusammensetzung.

Wie auch die Befragung der Pflegekräfte ergeben hat, ist es eine Summe mehrerer Faktoren, die beeinflusst, unter welchen Umständen freiheitsbeschränkende Massnahmen eingesetzt werden. Allein das Fehlen personeller Ressourcen rechtfertigt eine solche Massnahme nicht.

In den Gruppeninterviews waren sich alle Befragten einig, dass heute im Vergleich zu vor 20 Jahren bei Menschen mit Demenz viel weniger freiheitsbeschränkende Massnahmen zur Sturzprophylaxe eingesetzt werden. Die Sturzprophylaxe bei Menschen mit Demenz hat sich offenbar in eine modernere und vor allem humanere Praxis gewandelt. Diese äusserst positive Entwicklung wird vor allem durch die Sturzprävention (vgl. Kasten Seite 51), aber auch durch das neue Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz beeinflusst.

Im interdisziplinären Team entscheiden

Aus den Ergebnissen der Masterarbeit können Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden: Zuerst muss



Arbeitsort des Autors, an dem die Studie durchgeführt wurde.

nach Gründen gesucht werden, warum der demenzkranke Mensch gangunsicher und daher sturzgefährdet ist. Ein Gespräch mit den Angehörigen kann dabei helfen, den Gründen auf die Spur zu kommen. Kommt es zu einem einmaligen Sturzereignis, rechtfertigt dies die Anwendung einer freiheitsbeschränkenden Massnahme noch nicht, allerdings kommt es auch auf die Schwere eines Sturzes an.

Kommt es zu Mehrfachstürzen oder starken Verhaltensauffälligkeiten, muss eine freiheitsbeschränkende Massnahme in Betracht gezogen werden. Es sollte im interdisziplinären Team, je nachdem auch unter Einbezug der Angehörigen, entschieden werden, welche Massnahme eingesetzt wird. Ethische Grundsätze wie die Gewährleistung der Autonomie und Sicherheit und das Abwägen der Verhältnismässigkeit werden miteinbezogen. Jede Situation wird individuell eingeschätzt.

Wird eine freiheitsbeschränkende Massnahme eingesetzt, muss die Wirkung beobachtet werden. Es sollte mehrmals am Tag überprüft werden, ob nicht freiheitsfördernde Massnahmen geeigneter wären als freiheitsbeschränkende. Generell sollten freiheitsbeschränkende Massnahmen so wenig wie möglich eingesetzt werden.

Pflegerische Ressourcen umverteilen

Im Pflorgeteam und im interdisziplinären Team sollte ferner besprochen werden, mit welchen Mitteln dem Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen entgegengewirkt werden kann. Vielleicht kann die Verlegung in ein Einzelzimmer die Situation beruhigen, oder die Behandlungspläne oder die medikamentöse Therapie könnten angepasst werden. Generell ist eine individuelle Situationsanalyse unabdingbar.

Eine Pflegefachperson könnte die Tagesverantwortung für einen Menschen mit Demenz übernehmen. Einzelbetreuungen müssen jedoch verbindlich geplant werden. Das Pflorgeteam wechselt sich bei dieser an-

Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Wenn eine Person den Willen zur Fortbewegung hat und durch eine Massnahme daran gehindert wird, dann wird diese Massnahme als freiheitsbeschränkend bezeichnet (Ermler & Schmitt-Mannhart 2011). Darunter fallen mechanische Einschränkungen (z.B. Fixationen durch Körpergurten oder Sicherheitswesten im Bett, Rollstuhl oder Stuhl) und organisatorische Einschränkungen (z.B. abgeschlossene oder mit Codes versicherte Ausgänge mit generalisierter oder individueller Alarmfunktion) (Lindenmann et al. 2012).

Sturzprävention

Unter Sturzprävention fallen Hilfsmittel wie z.B. Bodenbetten, bauliche Massnahmen wie etwa Handläufe, die Analyse der Sturzrisikoerfassung und konkrete sturzpräventive Massnahmen wie etwa Kinästhetik.

spruchsvollen Aufgabe ab und teilt sich so die Verantwortung.

Es muss überlegt werden, dass am Abend, im Spätdienst oder sogar in der Nacht kurzfristig zusätzliche pflegerische Ressourcen benötigt werden. Vor allem am Abend nimmt die Unruhe unter den Menschen mit Demenz in der Regel zu. In der Literatur (Ermini-Fünfschilling & Held 2006) wird diese charakteristische Form von Unruhe beim Menschen mit Demenz mit dem Begriff «Sundowning» beschrieben. Stationen und Institutionen sind aufgefordert, entsprechende Konzepte zu erstellen, wie damit umgegangen werden kann.

Haltung und Belastungserleben reflektieren

Die eigene Haltung und das Belastungserleben müssen innerhalb des interdisziplinären Teams reflektiert werden. Pflegefachleute sollen nicht mit ihrem ethischen Dilemma (das z.B. durch eine schwierige Situation in der Nacht ausgelöst wird) allein gelassen werden. Hier haben Führungskräfte die Aufgabe, entsprechende Unterstützung und Support zu bieten. ■

Die Masterarbeit von Urs Pfister kann unter urs.pfister@gef.be.ch bezogen oder im Institut Alter der BFH eingesehen werden.

Literatur:

- Buchmann, R. & Held, Ch. (2013): Dissoziatives Alltagserleben: Herausforderndes und schwieriges Verhalten. In: Held, Ch. Was ist «gute» Demenzpflege? Demenz als dissoziatives Erleben – Ein Praxishandbuch für Pflegenden. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Ermini-Fünfschilling, D. & Held, Ch. (2006): Das demenzgerechte Heim. Basel: S. Karger AG.
- Ermler, A. & Schmitt-Mannhart, R. (2011): Freiheit und Sicherheit – Richtlinien zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Bern: SGG SSG.
- Gschwind, Y. J. & Bridenbaugh, S. A. (2011): Geriatrie Forum – Die Rolle der Ganganalyse, Früherkennung von Demenz und Sturzrisiko. Der informierte Arzt. 06. Erlenbach: Ärzteverlag Medinfo AG.
- Hahn, S., Klie, T. & Becker, S. (2012): Risiken eingehen. Ziele erreichen – die Kunst, Sicherheit und Autonomie zu gewährleisten. Psych. Pflege. 18. Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag KG.
- Kressig, R. W. (2007): Geriatrie – Gangbesonderheiten bei demenzten Patienten. Neurologie & Psychiatrie. 3. München: Springer Medizin, Urban & Vogel GmbH.
- Lindenmann, R., Schmucki, S. & Schmid Ch. (2012): Bewegungseinschränkende Massnahmen – nur, wenn es nicht anders geht. In: Neues Erwachsenenschutzrecht, Basisinformation, Arbeitshilfen und Musterdokumente für Alters- und Pflegeinstitutionen. Bern: CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter.
- Mayring, Ph. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. Weinheim & Basel: Beltz Verlag.
- Nationaler Vergleichsbericht Outcome ANQ. Stationäre Psychiatrie Erwachsene (2013): Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ.
- Nationaler Vergleichsbericht Stationäre Psychiatrie Erwachsene (2014): Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ.
- Schmitt, K. & Kressig R. W. (2008): Mobilität und Balance. Therapeutische Umschau. 65. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Tideiksaar, R. (2008): Stürze und Sturzprävention. Assessment – Prävention – Management. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Wiesli, U., Decurtins, S. & Zuniga, F. (2013): Sturzprävention in Alters- und Pflegeinstitutionen, Analyseinstrument und Fachinformation als Leitfaden für die Praxis. Bfu-Fachdokumentation 2.120. Bern: bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung.

Aktuelles

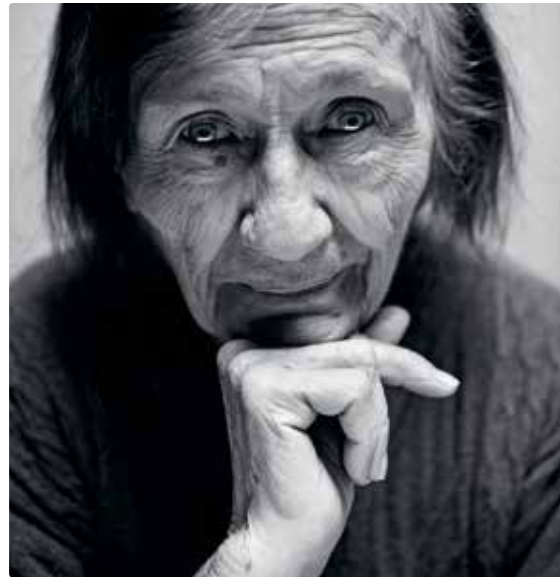
Studium

Förderpreis «Lebensgestaltung im Alter» für BFH-Studierende

Studentinnen und Studenten aller Fachrichtungen, die sich in ihrem Studium an der BFH mit dem Thema Alter beschäftigen, können sich um den Förderpreis der Senevita Stiftung bewerben. Mit dem Wettbewerb, den die Senevita Stiftung gemeinsam mit dem Institut Alter der BFH organisiert, soll das Interesse von Studierenden für das Thema «Lebensgestaltung im Alter» geweckt und der Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis unterstützt werden. Die Sicht von jüngeren und älteren Menschen, die sich im Studium oder in ihrer Weiterbildung mit dem Lebensabschnitt Alter beschäftigen, kann in vielen Bereichen des Lebens helfen, neue Wege zu finden und Brücken zwischen den Generationen zu schlagen.

Studentinnen und Studenten, die ihre Arbeiten zwischen dem 1. März 2014 und dem 15. Januar 2016 eingereicht haben und eine Benotung von 5,5 oder 6 bestätigt erhalten haben, können sich um den Preis bewerben.

Nähere Informationen unter alter.bfh.ch/foerderpreis



Weiterbildung

Altern in Würde? – Eine Auseinandersetzung in Theorie und Praxis

Das Institut Alter organisiert zu diesem Thema gemeinsam mit den reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn sowie mit der römisch-katholischen Landeskirche des Kantons Bern eine Tagung. Diese findet am Donnerstag, 21. April 2016 an der Hallerstrasse 10 in Bern statt. Inhaltlich liegen der Tagung unter anderem einige der zehn Thesen aus der Charta «Zum würdigen Umgang mit älteren Menschen» zugrunde, die CURAVIVA 2010 herausgegeben hat. Mittels Referaten und Podien wird das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven, auch von älteren Menschen selber, beleuchtet. Workshops am Nachmittag geben die Möglichkeit, das Thema in kleineren Gruppen weiter zu vertiefen. Ziel ist, dass interessierte Personen aus verschiedenen Berufs- und Tätigkeitsfeldern sich mit der Frage der Würde im Alter auseinandersetzen und Impulse für ihre Tätigkeit erhalten.

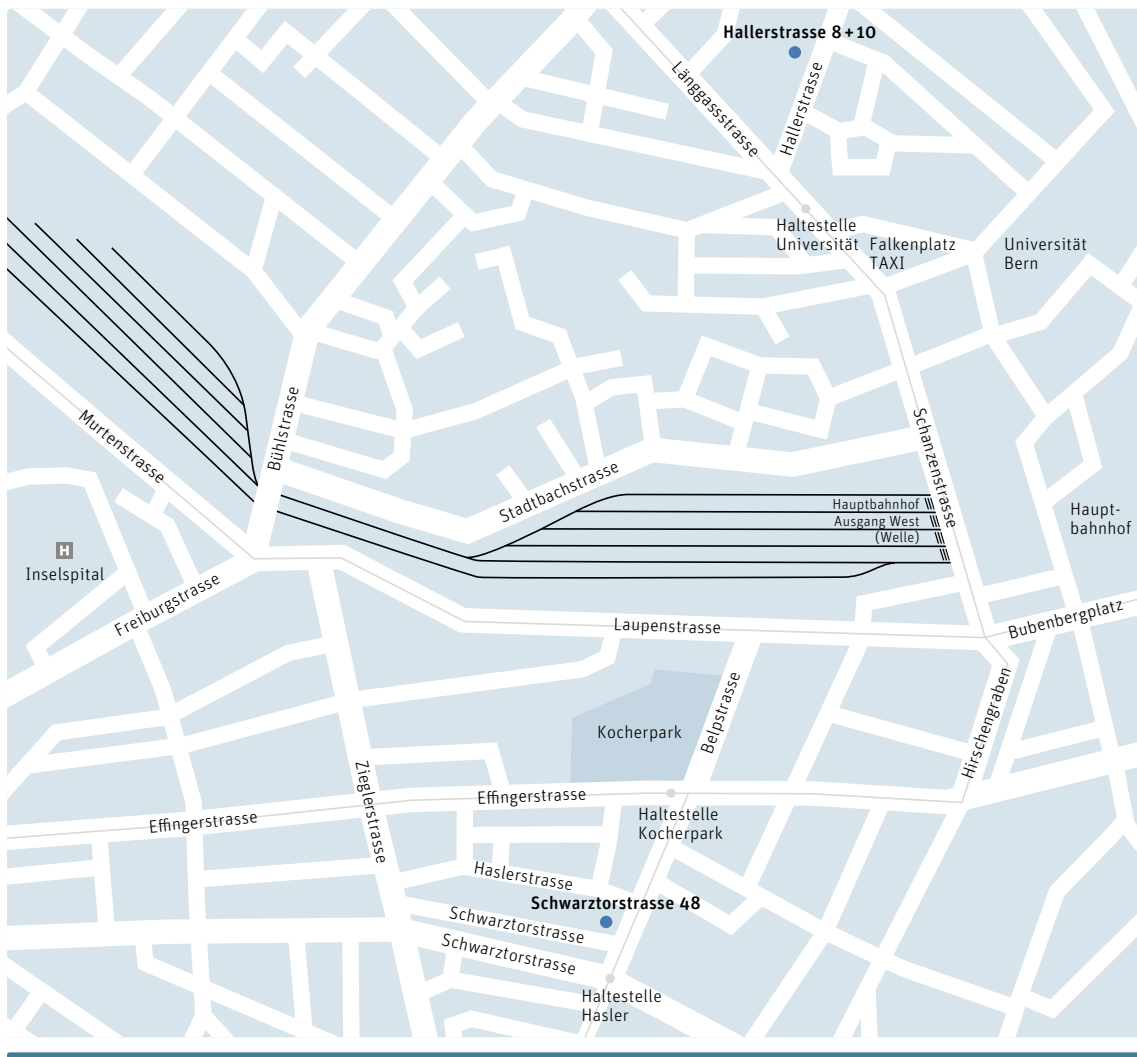
Weitere Informationen und Anmeldung:
alter.bfh.ch, Web-Code: T-A-13

Weiterbildung

Angebot	Datum	Web-Code
Kurse zum Thema Altern und Alter		
Biografische Bildungsarbeit	4./5. Februar 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-A-34
Logotherapie: Sinnfindung und Endlichkeit	9. März 2016, 8.45–16.45 Uhr und 10. März 2016 8.45–12.15 Uhr	K-A-37
Kurse zu den Themen Familiale Pflege, Betreuung, Beratung, Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung		
Idiolektik – Eigensprache als Zugang zu eigenen Ressourcen	4 Tage, März bis Dezember 2016	K-A-54
Case Management und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Zusammenhang mit häuslichen Pflegesituationen	14. März und 9./10. Mai 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-A-3
Systemisch-ökologischer Beratungsansatz für den Support von pflegenden Angehörigen und Freiwilligen	15./16. März 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-A-60
Ästhetik eigener Bewegung als Tanzerfahrung	4 Tage, April bis Oktober 2016	K-A-53
Allein lebende Menschen mit Demenz [neu]	6. Juli 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-A-59
Erfassung der Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE)	7. Juli 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-A-10
Demenz, Kultur und Ethik	15./16. August 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-A-26
Familiale Pflegesituationen im Migrationskontext: Transkulturelle Support-Kompetenz	19. August 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-A-12
Demenz im gesundheits- und sozialpolitischen Kontext	12./13. September 2016, 8.45–16.45 Uhr	K-A-1
Fachkurse		
Lebenswelt als Bildungssystem	8 Tage, März bis Dezember 2016	K-A-51
Koordinatorin/Koordinator im Familienrat – Family Group Conference	8 Tage, März 2016 bis Januar 2017	K-KES-15
Bewegung ist Bildung	12 Tage, Mai bis November 2016	K-A-52
Certificate of Advanced Studies (CAS)		
CAS Grundlagen Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung – Befähigen statt helfen bis ins hohe Alter	März 2016 bis April 2017	C-GER-2
CAS Altern im gesellschaftlichen Kontext	Juni 2016 bis Januar 2017	C-A-4
CAS Altern – systemisch betrachtet	Oktober 2016 bis Mai 2017	C-A-3
CAS Pflegende und betreuende Angehörige und Freiwillige unterstützen	Oktober 2016 bis September 2017	C-GER-1
CAS Demenz und Lebensgestaltung – Grundlagen und konzeptionelles Handeln	November 2016 bis November 2017	C-GER-3
CAS Gerontologie als praxisorientierte Wissenschaft	Januar bis September 2017	C-A-5
Diploma of Advanced Studies (DAS)		
DAS Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung – Befähigen statt helfen bis ins hohe Alter	März 2016 bis April 2018	D-GER-2
DAS Angehörigen- und Freiwilligen-Support	Oktober 2016 bis September 2018	D-GER-1
DAS Demenz und Lebensgestaltung	November 2016 bis November 2018	D-GER-3
Master of Advanced Studies (MAS)		
MAS Gerontologie – Altern: Lebensgestaltung 50+ [neu in modularer Form]	Einstiegsmöglichkeit mit jedem CAS	M-GER-1
Infoveranstaltung		
Infoveranstaltung Master-, Diploma-, Zertifikats-Studiengänge des Instituts Alter (in Bern)	26. Januar 2016, 18.15–20.00 Uhr	IW-A-5
Tagung		
Altern in Würde? Eine Auseinandersetzung in Theorie und Praxis	21. April 2016	T-A-13

alter.bfh.ch

Unsere Standorte



Die Weiterbildungsveranstaltungen finden in der Regel an der Schwarztorstrasse 48 in Bern statt. Bitte beachten Sie die Anzeige beim Eingang.

Berner Fachhochschule

Fachbereich Soziale Arbeit
Hallerstrasse 10
3012 Bern

Telefon +41 31 848 36 00

soziale-arbeit@bfh.ch
soziale-arbeit.bfh.ch

Studium

- Bachelor und Master in Sozialer Arbeit

Weiterbildung

- Master, Diploma und Certificate of Advanced Studies
- Kurse
- Betriebsinterne Weiterbildungen

Dienstleistungen

- Evaluationen und Gutachten
- Entwicklung und Beratung
- Bildung und Schulung

Angewandte Forschung und Entwicklung

- Soziale Intervention
- Soziale Organisation
- Soziale Sicherheit