

Evaluation des interkantonalen Integrationsprogramms für Personen mit besonderen Bedürfnissen – «Triple A»

Schlussbericht

20. Oktober 2025

Eva Mey und Nina Brüesch

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis		2
Zusammenfassung		3
1	Einleitung	5
1.1	Ausgangslage	5
1.2	Ziele und Grundstruktur des Pilotprogramms Triple A	6
1.3	Aufbau des Evaluationsberichtes	7
2	Ziele und Fragen der Evaluation	8
3	Methodisches Vorgehen	9
4	Input: Strukturen und Ressourcen	11
4.1	Graubünden	11
4.1.1	Kontext von Triple A: Kantonale Strukturen im Asylbereich (GR)	11
4.1.2	Kantonale Ausgestaltung von Triple A (GR)	12
4.2	Schaffhausen	15
4.2.1	Kontext von Triple A: Kantonale Strukturen im Asylbereich (SH)	15
4.2.2	Kantonale Ausgestaltung von Triple A (SH)	16
4.3	Thurgau	19
4.3.1	Kontext von Triple A: Kantonale Strukturen im Asylbereich (TG)	19
4.3.2	Kantonale Ausgestaltung von Triple A (TG)	20
4.4	Kantonsübergreifende Zusammenarbeit	22
4.5	Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum Appisberg	23
4.6	Stärken und Schwächen kantonaler Modelle	24
4.6.1	Wie früh greift die Früherfassung?	24
4.6.2	Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit von Gesundheit und Integrationscoaches?	25
4.6.3	Zuständigkeitsfragen: Wer hat welche Fallführungs-Kompetenzen?	27
5	Output: Erbrachte Leistungen	29
5.1	Anzahl und Profil der begleiteten Personen	29
5.2	Realisierte Abklärungen und Anschlusslösungen	31
5.3	Leistungen zur Angebots- und Kooperationsentwicklung	33
6	Outcome – Wirkungen bei den Teilnehmenden	38
6.1	Einfluss von persönlichen Lebensumständen und asylpolitischen Rahmenbedingungen	38
6.2	Die Perspektive der Teilnehmenden	39
6.3	Wirkungen aus Sicht der Fachpersonen	42
6.4	Fokus Kompetenzzentrum Appisberg	45
6.5	Analysen auf der Basis der Dossierdaten	48
6.5.1	Stabilisierungs- und Integrationsprozesse im Überblick	48
6.5.2	Diskussion der Outcomes im kantonalen Vergleich	51

7	Impact – Wirkungen auf Systemebene	54
7.1	Aufbau, Ausdifferenzierung und Institutionalisierung relevanter Strukturen	54
7.2	Entlastungseffekte auf Systemebene	56
8	Fazit und Empfehlungen	58
8.1	Haupterkenntnisse	58
8.2	Empfehlungen	59
A	Anhang	62
A.1	Grobkonzept Triple A	63
A.2	Zusammenstellung Datenbasis	69

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datenbasis und Datenerhebung.....	10
Tabelle 2: Nennungen durchgeführter Abklärungen	32
Tabelle 3: Nennungen durchgeführte Anschlusslösungen.....	33
Tabelle 4: Zusammenstellung bisheriger und erschlossener Abklärungsmöglichkeiten	35
Tabelle 5: Zusammenstellung bisheriger und erschlossener Anschlussmöglichkeiten	37
Tabelle 6: Stabilisierungs- und Integrationsprozesse	51

Zusammenfassung

Ausgangslage

Im Rahmen der Umsetzung der 2019 eingeführten Integrationsagenda Schweiz (IAS) wurde festgestellt, dass Personen mit gesundheitlichen und psychosozialen Problemstellungen unter den gegebenen Bedingungen nicht adäquat begleitet und in ihren Integrationsprozessen unterstützt werden können. Die Kantone Graubünden, Schaffhausen und Thurgau initiierten deshalb im Rahmen des vom Staatssekretariat für Migration (SEM) lancierten Programmes «Stabilisierung und Ressourcenaktivierung von Personen mit besonderen Bedürfnissen» ein gemeinsames Pilotprogramm, genannt «Triple A», das mit frühzeitiger Intervention, sorgfältiger Abklärung und passenden Anschlusslösungen Chronifizierungen verhindern und gesundheitliche Stabilisierungs- und berufliche Integrationsprozesse fördern will. Die ZHAW wurde mit der Evaluation des Pilotprogramms beauftragt, das im Januar 2023 startete und bis Ende 2026 läuft. Die Evaluation erstreckt sich über den Zeitraum von Januar 2023 bis Juli 2025.

Ziele und Methoden der Evaluation

Die Ziele der Evaluation lagen in einer sorgfältigen und systematischen Analyse der konzeptionellen Grundlagen und der Umsetzung von Triple A in den drei beteiligten Kantonen, um eine solide Grundlage für die nachhaltige Implementierung und Weiterentwicklung des Programms zu schaffen. Angesichts der Relevanz des Themas wurde zudem davon ausgegangen, dass die Erkenntnisse auch über die drei beteiligten Kantone hinaus für weitere Kreise interessant sein könnten. Im Rahmen der Evaluation wurden die konzeptionellen Grundlagen gesichtet, 55 Interviews mit Fachpersonen (u.a. Gesundheitsbereich, Integrations- bzw. Jobcoaching, Sozialdienste, Unterbringungsstrukturen, Abklärungs- und Anschlussangebote) und 25 Interviews mit Programmteilnehmenden (mehrheitlich mithilfe von Dolmetschenden) durchgeführt und analysiert sowie speziell für die Evaluation erfasste Dossierdaten zu den im Evaluationszeitraum begleiteten Personen (N=129) ausgewertet.

Erkenntnisse

Im Untersuchungszeitraum wurden im Rahmen von Triple A 129 Personen mit psychischen und/oder physischen Problematiken begleitet. Die vorgesehenen Strukturen und Prozesse erwiesen sich als grundsätzlich geeignet, um die Ziele des Programms zu erreichen und dank dem raschen Zugang zu geeigneten Unterstützungsmassnahmen Stabilisierungs- und Integrationserfolge zu erzielen, die zuvor noch kaum für möglich gehalten worden waren. Ausserdem hat das Programm auf struktureller Ebene gewirkt: So wurden Fortschritte in der interinstitutionellen Zusammenarbeit erzielt, und es wurden neue Strukturen im Dreieck von Gesundheit, Integrationsförderung und Sozialbereich geschaffen – zu nennen sind insbesondere der Aufbau der zentralen Ansprech- bzw. Fachstellen für Gesundheit oder die Weiterentwicklung der Angebotslandschaft mit Blick auf die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe. Zugleich hat das Programm Entlastungseffekte auf Systemebene erzeugt, indem frühzeitige Interventionen und Koordination ermöglichen, die Personen rascher der richtigen Behandlung zuzuführen und damit Chronifizierungen zu durchbrechen und hohe Folgekosten zu vermeiden.

Empfehlungen

Die Empfehlungen für die Weiterentwicklung und definitive Implementierung des Programms in den kantonalen Strukturen setzen bei den identifizierten – in den drei Kantonen unterschiedlich vorhandenen und ausgeprägten – Lücken, Schwächen und Risiken des Programms an und adressieren folgende Punkte 1. die Sicherstellung, dass die angestrebte Früherkennung von Personen mit gesundheitlichen Problemlagen ab Zuweisung in den Kanton wirklich greift; 2. die Implementierung einer kontinuierlichen Fallführung Gesundheit, die mit ausreichend Ressourcen und Verantwortung ausgestattet ist; 3. die

sensible Gestaltung der Schnittstelle zwischen gesundheitlicher Stabilisierung und beruflicher Integration; 4. die Schliessung spezifischer Angebotslücken für die Zielgruppe; 5. die konsequente Weiterführung der Verankerung im Regelsystem über institutionelle und disziplinäre Grenzen hinweg; 6. Massnahmen im Bereich Wissensgenerierung und Austausch, die die Übertragung von Triple A auf weitere Kontexte und dessen Weiterentwicklung hin zu einer umfassenden gesundheitssensiblen Integrationsförderung unterstützen.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Mit der Einführung der Integrationsagenda Schweiz (IAS) und der Erhöhung der Integrationspauschale ab 2019 verbesserten sich die Bedingungen deutlich, geflüchtete Menschen in die Gesellschaft begleiten zu können. Auf kantonaler und kommunaler Ebene wurden neue konzeptionelle Grundlagen erarbeitet und neue Strukturen und Angebote geschaffen, um die spezifische Integrationsförderung konsequenter und nachhaltiger umzusetzen und nach Möglichkeit auch besser mit den Regelstrukturen zu verbinden. Dabei zeigen sich heute im kommunalen und kantonalen Vergleich sowohl Parallelen als auch deutliche Unterschiede in der konkreten Ausgestaltung der jeweiligen Umsetzung.

Die Erfahrungen und Befunde aus den ersten Jahren seit der Umsetzung der Integrationsagenda ab 2019 zeigen erste Erfolge dieser Bemühungen, wie zum Beispiel den deutlichen Anstieg von 18 bis 25-jährigen geflüchteten Personen, die in einer beruflichen Grundbildung sind. Gleichzeitig wird deutlich, in welchen Bereichen die grössten Herausforderungen liegen. Als eine besondere Herausforderung erweist sich die adäquate Begleitung von geflüchteten Menschen, die aus gesundheitlichen – das heisst somatischen, psychischen und/oder kognitiven – Gründen in den vorgesehenen Regelprozessen der Integrationsförderung nicht «mithalten» können. Für sie erweisen sich die bestehenden Prozesse und Angebote oft als nicht passend. Gleichzeitig fehlt es in der Fallführung an Ressourcen oder an spezifischen Kompetenzen sowie an passenden Angeboten, um komplexe und manchmal auch verborgene Problematiken wirklich zu erkennen und für die bzw. mit den betroffenen Personen die richtigen Schritte und Settings zu finden – mit der Folge, dass sich bestehende Problematiken verfestigen und verschlimmern.

Da solche Situationen weder aus der Perspektive eines würdigen Umgangs mit den oftmals hoch vulnerablen Menschen noch aus wirtschaftlichen Überlegungen befriedigen können, hat das Staatssekretariat für Migration (SEM) das Programm «Stabilisierung und Ressourcenaktivierung von Personen mit besonderen Bedürfnissen» (kurz «Programm R»), ins Leben gerufen: Mit dem Programm unterstützt der Bund Kantone darin, mit passenden Massnahmen «soziale Isolation zu verhindern, vorhandene Ressourcen zu stärken und zu erhalten, psychosoziale Belastungen zu lindern und längerfristig den Einstieg in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen.» Es wird erhofft, mit dem Programm R auch wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf die Weiterentwicklung der kantonalen Integrationsprogramme (KIP) zu generieren.

Das Pilotprogramm Triple A, das im vorliegenden Bericht evaluiert wird, wurde im Rahmen des Programms R initiiert und wird vom Bund unterstützt. Diese Unterstützung unterscheidet sich aufgrund der unterschiedlichen Anzahl der ständigen Bevölkerung in den drei Kantonen, wobei die Kantone Gelder mindestens in der gleichen Höhe beisteuern müssen: Der Thurgau erhielt vom Bund Programmgelder in der Höhe von CHF 680'000, Graubünden in der Höhe von CHF 674'000 und Schaffhausen in der Höhe von CHF 356'000. Triple A setzt bei den beschriebenen Problematiken und Herausforderungen an und richtet sich an Personen, die im bestehenden Massnahmenrahmen nicht adäquat unterstützt werden können, um durch eine angepasste Begleitung und Unterstützung deren Chancen auf eine mittelfristig erfolgreiche sprachliche und berufliche Integration zu erhöhen. Triple A wurde von den drei Kantonen Graubünden, Schaffhausen und Thurgau als kantonsübergreifendes Kooperationsprogramm gemeinsam lanciert und wird seit 1. Januar 2023 durchgeführt. Die ursprünglich vorgesehene Laufdauer wurde um zwei Jahre bis Ende 2026 verlängert. Die Trägerschaft des Programms liegt bei den drei kantonalen Integrationsfachstellen.

Im Juli 2023 wurde die ZHAW – Soziale Arbeit von der Trägerschaft eingeladen, eine Offerte zur wissenschaftlichen Evaluation des Programms zu unterbreiten, um empirisch fundierte Aussagen zur Weiterentwicklung und Implementierung des Programms zu erhalten. Die Auftragserteilung an die ZHAW erfolgte im September 2023, die Evaluation wurde zwischen Oktober 2023 und August 2025 durchgeführt, dabei wurden Falldaten im Zeitraum von Januar 2023 bis Juli 2025 berücksichtigt. Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Evaluation präsentiert.

1.2 Ziele und Grundstruktur des Pilotprogramms Triple A

Die Grundidee des Programms ist es laut dem gemeinsamen Konzept der Kantone, den Personen mit Fluchthintergrund, die mit den bisherigen Massnahmen im Rahmen der Integrationsförderung (IAS) nicht adäquat begleitet werden können, «frühzeitig Zugang zu auffangenden und aufbauenden Unterstützungsangeboten zu verschaffen. Damit soll eine Chronifizierung von Beeinträchtigungen entgegengewirkt und eine Stabilisierung erreicht werden, womit die Chancen auf eine mittelfristig erfolgreiche sprachliche und berufliche Integration erhöht werden.» Die durch die beteiligten Kooperationskantone entwickelte Grundstruktur sieht ein kombiniertes Programm mit folgenden drei zentralen Elementen bzw. Phasen vor (vgl. dazu das Grobkonzept im Anhang 1):

Auffangen: eine niederschwellige Anlaufstelle für Gesundheitsfragen in allen drei Kantonen, um die Früherkennung sicherzustellen

Abklären: bei Bedarf und Eignung die arbeitsmedizinische Abklärung im Kompetenzzentrum Appisberg durch die berufliche Abklärungsstelle BEFAS

Anschlusslösung: die Triagierung in passende Anschlusslösungen auf der Grundlage der Ergebnisse aus der Abklärung

Der Name des Programms ergibt sich aus den Anfangsbuchstaben der drei zentralen Elemente (A-A-A). Das Konzept hält fest, dass die Anlaufstelle für Gesundheitsfragen von interkulturell und medizinisch geschultem Fachpersonal betreut und der Entlastung der Fallführung dienen soll. Nach Vertrauensaufbau sollen erste Einschätzungen und – mit Einverständnis der begleiteten Personen – weiterführende Abklärungen folgen. Falls sinnvoll, wird eine arbeitsmedizinische Abklärung durch die BEFAS vorgenommen, die fachlich fundierte und anerkannte Rückmeldungen über den Gesundheitszustand sowie die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden liefert und gezielte Empfehlungen in Bezug auf Anschlusslösungen definiert. Die interdisziplinäre Auswertung der Resultate soll eine sinnvolle und weiterführende Planung sowie die Definition von förderlichen Massnahmen mit dem Ziel der sprachlichen und beruflichen Integration erleichtern. Bei Bedarf sind in Zusammenarbeit mit den relevanten Akteuren auch neue Anschlusslösungen zu schaffen und in die bestehende Massnahmenstruktur einzubetten. In Bezug auf die Schnittstellen hält das Konzept fest, dass im Rahmen von Triple A sämtliche involvierte Akteure – namentlich genannt sind medizinische Fachpersonen, Zentrumsleitende, Verantwortliche von Integrationsmassnahmen, Lehrpersonen, Beistand:innen, Akteure im Bereich der psychosozialen Begleitung oder Beratung – auf dem Laufenden zu halten und wo sinnvoll und möglich in die Planung und Definition von Massnahmen einzubinden sind.

Die Zuständigkeit für die konkrete Umsetzung des Pilotprogramms Triple A bzw. für dessen spezifische Ausgestaltung liegt auf kantonaler Ebene. Dabei war von Beginn weg klar, dass sich aufgrund der je anderen Ausgangslagen in den Kantonen auch die konkrete Ausgestaltung von Triple A unterscheiden wird: Je nach Kanton waren einzelne Elemente des Programms bereits ganz oder ansatzweise

vorhanden, während andere von Grund auf neu aufgebaut werden mussten. Die Kantone arbeiten auf einer übergeordneten Ebene konzeptionell und evaluativ zusammen und haben grösstes Interesse daran, die im Rahmen der ZHAW-Evaluation gewonnenen Erkenntnisse nach dem Ende der Pilotphase nachhaltig in der kantonalen Integrationsförderung und soweit möglich in den Regelstrukturen zu verankern.

1.3 Aufbau des Evaluationsberichtes

Der vorliegende Bericht ist in seinen Hauptteilen entlang den klassischen Evaluationsebenen gegliedert: Nach den einleitenden Ausführungen zu Zielen, Fragen und Methoden der Evaluation (*Kapitel 2 und 3*) werden in *Kapitel 4* (Input) die kantonalen Strukturen im Asylwesen sowie die unterschiedlichen Modelle der Implementierung von Triple A in den drei untersuchten Kantonen ausführlich dargestellt und diskutiert. Weiter finden sich hier Angaben zur Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum Appisberg als wichtiger Baustein von Triple A sowie ein kurzer Abschnitt zur interkantonalen Zusammenarbeit. In *Kapitel 5* (Output) werden dann die Leistungen präsentiert, die im Programm während der Evaluationsdauer erbracht worden sind. In einem ersten Teil werden hier Informationen bzw. Daten zu den Teilnehmenden sowie zu den durch sie besuchten Abklärungsangeboten und Anschlusslösungen präsentiert, die auf den Dossierdaten beruhen, die die Triple A-Fachpersonen in den drei Kantonen erfasst haben. In einem zweiten Teil wird auf die im Rahmen des Programms geleistete Angebots- und Kooperationsentwicklung eingegangen. Das Kapitel zum Outcome (*Kapitel 6*) – also zu den Wirkungen des Programms auf die Teilnehmenden – stellt zunächst die Perspektive der Teilnehmenden ins Zentrum und präsentiert wichtige Themen, wie sie sich aus den geführten Gesprächen mit den begleiteten Personen ableiten lassen. Anschliessend wird auch die Perspektive der involvierten Fachpersonen auf die Wirkung und die Wirkungsweise des Programms dargestellt, gefolgt von einem weiteren Unterkapitel, das das Kompetenzzentrum Appisberg in den Fokus stellt. Der vierte und letzte Teil des Outcome-Kapitels beinhaltet eine Quantifizierung der Wirkungen auf die Teilnehmenden – bzw. ihrer Stabilisierungs- und Integrationsverläufe – anhand der Dossierdaten, sowie deren Interpretation unter Einbezug der unterschiedlichen kantonalen Modelle. *Kapitel 7* (Impact) beleuchtet schliesslich die Wirkungen, die das Programm auf der Systemebene zu erzielen vermag. Im abschliessenden *Kapitel 8* werden die wichtigsten Schlussfolgerungen und Empfehlungen präsentiert, die sich gestützt auf die empirischen Befunde aus den Kapiteln 4 bis 7 formulieren lassen.

2 Ziele und Fragen der Evaluation

Die Ziele der Evaluation liegen in einer sorgfältigen und systematischen Analyse der konzeptionellen Grundlagen und der Umsetzung des Pilotprogramms Triple A. Empirisch fundierte Aussagen zu dessen Erfolgen, Chancen und Risiken sollen eine solide Grundlage für die nachhaltige Implementierung und Weiterentwicklung des Programms in den drei Kantonen schaffen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die erzielten Ergebnisse angesichts der Relevanz des Themas über die beteiligten Kantone hinaus auch für weitere Kreise von Interesse sein werden.

Die Evaluation soll dabei folgende zentralen Fragen beantworten:

1. Können die Ziele des Programms erreicht werden? Im Einzelnen bedeutet dies zu prüfen, inwieweit sich
 - einer Chronifizierung von Beeinträchtigungen entgegenwirken lässt;
 - eine Stabilisierung erreichen lässt;
 - die Chancen auf mittelfristig erfolgreiche sprachliche und berufliche Integration erhöhen lassen.
2. Welche Konzepte, Strukturen, Prozesse und Ressourcen erweisen sich im Hinblick auf eine erfolgreiche Zielerreichung als geeignet?
3. Wo liegen die wichtigsten Chancen und Risiken des Programms?

Die besondere Anlage des Programms mit den je unterschiedlichen kantonalen Ausgestaltungen hat verschiedene Implikationen für die Evaluation: Einerseits lassen sich Stärken und Schwächen unterschiedlicher Praxis in der Umsetzung der Grundidee aufgrund der interkantonalen Vergleichsmöglichkeit besonders gut fassen. Andererseits ist ein vertieftes Verständnis der jeweiligen kantonalen Ausgestaltung und eine fundierte Interpretation der empirischen Befunde nur möglich, wenn sie konsequent unter Berücksichtigung der kantonalen Rahmenbedingungen und Strukturen im Asylwesen erfolgt.

Nicht im Evaluationsauftrag enthalten war eine finanzielle Kosten-Nutzen-Analyse des Pilotprogramms bzw. seiner Umsetzung in den drei Kantonen: Die Kantone nutzten die Pilotphase und die gesprochenen Bundesgelder in je unterschiedlicher Weise und setzten entsprechende ihrer Ausgangslage je andere Schwerpunkte in der Umsetzung. Dabei wurden auch Innovationen erprobt und Entwicklungen angestossen, die viel Aufbauarbeit erforderten. Aussagen und Vergleiche zum Kosteneinsatz sind damit zum jetzigen Zeitpunkt wenig zielführend. Auch auf der Nutzen-Seite sind belastbare quantifizierende Aussagen während der Pilotphase noch nicht möglich: das Schwergewicht liegt hier darin, zu eruieren, inwiefern und in welchen Bereichen sich mit dem Programm überhaupt positive Wirkungen erzielen lassen.

3 Methodisches Vorgehen

Die empirischen Daten für die Beantwortung der Evaluationsfragen wurden im Rahmen von vier Modulen erhoben.

Modul 1 fokussierte auf die Anlaufstellen für Gesundheitsfragen inkl. der (nachgelagerten oder parallelen) Struktur für die berufliche Integration.

Modul 2 befasste sich mit sämtlichen weiteren Akteuren auf der kantonalen Ebene (insbesondere zuweisende Stellen sowie Akteure in Abklärungs- und Anschlusslösungen)

Modul 3 fokussierte das Kompetenzzentrum Appisberg als relevantes Element in der vorgesehenen Grundstruktur von Triple A

Modul 4 befasste sich mit der Perspektive der Teilnehmenden bzw. der geflüchteten Personen selbst.

Die Datenbasis umfasste insgesamt 52 persönlich oder online geführte Interviews mit Fachpersonen in allen drei Kantonen und einzelnen überkantonalen Institutionen, 25 persönlich geführte Interviews mit Teilnehmenden, Beobachtungsprotokolle aus dem Appisberg, tabellarisch zur Verfügung gestellte Daten zu den Klient:innendossiers (N=129) sowie schriftliche Dokumente und Unterlagen.

Die Interviews wurden in der Regel aufgezeichnet und transkribiert, in einzelnen Fällen ausführlich protokolliert. Die Klient:innendaten inkl. Angaben zu Fallverläufen wurden entlang von definierten und mit der Auftraggeberin abgesprochenen Kriterien durch die Fallführenden (Gesundheit und/oder Integrationscoaches) erfasst. Die Auswertung der Daten erfolgte inhaltsanalytisch (qualitative Daten) bzw. mit einfacher deskriptiver Statistik (quantitative Daten).

Die Datenerhebung und -auswertung erfolgten unter strikter Einhaltung einer schriftlich festgehaltenen Datenschutzvereinbarung. Dem ethischen Grundsatz der informierten freiwilligen Teilnahme der Interviewpartner:innen wurde mit einer vorgängigen ausführlichen Information der geflüchteten Personen durch die begleitenden Fachpersonen, sowie mit einer nochmaligen ausführlichen Information bei Start der Interviews durch die Forschenden unter Beizug der Dolmetschenden sowie mit einer schriftlich vorliegenden Einverständniserklärung bestmöglich entsprochen.

Die Tabelle 1 stellt die relevanten Informationen zur Datenbasis und zur Datenerhebung im Überblick dar. Eine ausführliche Liste mit detaillierten Angaben zur gesamten Datenbasis findet sich in Anhang 2.

Modul	Datenbasis	Erhobene Perspektive	Angaben zu Datenbasis und Erhebung
1	Projektunterlagen und Konzepte	Konzeptionelle Grundlagen Triple A	Grobkonzept Triple A
		Konzeptionelle Grundlagen je Kanton	GR: Grundlagenpapiere und Stellenbeschreibung med. Früherfassung SH: Dokumente zur Gesundheitsstelle TG: diverse Konzepte, Arbeitsblätter und Grundlagenpapiere
1	Interviews mit Fachpersonen Gesundheitsstellen	Bisherige Erfahrungen, Abläufe und Prozesse, relevante	GR: Katarina Maksimovic, 24.01.24 und 21.07.25

		Themen, abschliessende Einschätzungen	SH: Akrem Braunschweiler, 05.12.23 und 21.07.25 TG: Jacqueline Eichenberger und Claudia Schaffner, CMMG 13.01.25 und 01.07.25
1	Interviews mit Triple A-Coaches	Bisherige Erfahrungen, Abläufe und Prozesse, relevante Themen, abschliessende Einschätzungen	GR: Carmen Disch und Richard Derrer, 18.12.23; Carmen Disch, 21.07.25 SH: Anita Scherrer, 05.12.23 und 21.07.25 TG: Jasmine Wirz und Michael Fritschi, 06.03.24; Bianca Brändle und Michael Fritschi 22.07.25
1	Raster Klient:innendossiers umfassend Zeitraum 01.01.2023 bis 25.07.2025 (GR) / 16.07.2025 (SH) / 01.07.2025 (TG)		GR: Raster mit 61 Dossiers SH: Raster mit 17 Dossiers TG: Raster mit 51 Dossiers
1	Interviews mit Integrationsdelegierten		GR: Felix Birchler, 15.02.24 SH: Kurt Zubler und Sara de Ventura, 19.02.24 TG: Bettina Vincenz und Stephan Eckhart (SOA), 19.02.24
2	Interviews mit Fallführenden Stellen Gemeinden/Kanton		GR: N=2 SH: N=0 TG: N=3
2	Interviews mit vorgelagerten/parallelen Strukturen («normale» Integrationscoaches, Unterbringungs- und Betreuungsstrukturen, Lehrpersonen in Sprach- und Potentialabklärungskursen)		GR: N=5 SH: N=1 TG: N=3
2	Interviews Abklärungsstellen und Anschlusslösungen		GR: N=2 SH: N=4 TG: N=7
3	Interviews Mitarbeitende Appisberg		N=9, 26.03.24, 08.04.10.04.24 N=7, 18.03.25
3	Beobachtungen Appisberg		26.3.24 12.11.24
4	Interviews mit Teilnehmenden		GR: N=8 SH: N=8 TG: N=9

Tabelle 1: Datenbasis und Datenerhebung

4 Input: Strukturen und Ressourcen

In der klassischen Wirk- und Evaluationslogik werden unter «Input» all jene Strukturen und Ressourcen gefasst, die die Voraussetzung dafür bilden, dass ein Programm überhaupt Leistungen erbringen kann. Die Ziele dieses Kapitels liegen darin, die relevanten Aspekte der Input-Ebene zu beschreiben, sowie sie im Hinblick auf ihre Eignung ein erstes Mal zu diskutieren. Dabei ist im Auge zu behalten, dass im Evaluationszeitraum entsprechend dem Pilotcharakter von Triple A teilweise auch Anpassungen des Inputs erbracht wurden, zum Beispiel indem neue Angebote oder Strukturen geschaffen wurden. Solche Anpassungen werden im Folgenden nur kurz angesprochen und im Rahmen der Kapitel 5 und 7 (Output und Impact) wieder aufgenommen und ausführlicher behandelt.

Zur Grundanlage des Pilotprogramms Triple A gehört, dass die drei Kantone für dessen Umsetzung bzw. für die spezifische Ausgestaltung des Programms auf kantonaler Ebene zuständig sind. Dies bedeutet, dass die drei Grundpfeiler des Programms – Auffangen, Abklären, Anschluss – je nach kantonalen Ausgangslage unterschiedlich implementiert werden können bzw. müssen.

Das Kapitel zum «Input» wird deshalb in einem ersten Teil (Kapitel 4.1 bis 4.3) konsequent entlang der Kantone – in alphabetischer Abfolge – strukturiert, ein kurzes Kapitel (4.4) geht anschliessend auf die interkantonale Zusammenarbeit ein. Die berufsmedizinische Abklärung durch die BEFAS auf dem Appisberg als wichtiges Element der Grundidee von Triple A wird im Rahmen eines eigenen Kapitels (4.5) thematisiert. In Kapitel 4.6 werden die zentralen Elemente der jeweiligen kantonalen Ausgestaltung in Bezug auf ihre Eignung für die erhofften Leistungen und Wirkungen diskutiert.

4.1 Graubünden

4.1.1 Kontext von Triple A: Kantonale Strukturen im Asylbereich (GR)

Im Kanton Graubünden weist die Organisation des Asylbereichs grundsätzlich – das heisst noch ohne bzw. vor Triple A – folgende Strukturen und Zuständigkeiten auf:

Die *Unterbringung* und Betreuung von geflüchteten Personen erfolgt im Kanton Graubünden über die Abteilung Asyl und Rückkehr und ist beim Amt für Migration und Zivilrecht angegliedert. Bis zur Statusvergabe werden alle asylsuchenden Personen in Kollektivunterkünften untergebracht (zunächst im Erstaufnahmезentrum, dann in Transitzentren). Vorläufig aufgenommene Personen bleiben bis zur wirtschaftlichen Selbständigkeit in den Kollektivunterkünften, maximal sieben Jahre. Anerkannte Geflüchtete können ab Statuserteilung selbst eine Wohnmöglichkeit in den Gemeinden suchen und sich dort bei der Sozialhilfe anmelden.

Sobald geflüchtete Menschen eine Anerkennung oder vorläufige Aufnahme erhalten, wird bei der Fachstelle Integration ein Dossier eröffnet (*Fallführung Integrationsförderung*). Die Fachstelle Integration ist ebenfalls beim Amt für Migration und Zivilrecht Graubünden angegliedert.

In einer ersten Phase der Integrationsförderung wird der Fokus auf die Sprachförderung gelegt mit der Zielsetzung der Erlangung eines A2-Niveaus. Erst danach werden die Personen den Jobcoaches und beruflichen Integrationsmassnahmen zugewiesen. Die Jobcoaches sind für die sprachliche, berufliche und soziale Integration zuständig.

Die *Fallführung Sozialhilfe* erfolgt für anerkannte Geflüchtete über den Regionalen Sozialdienst, während die wirtschaftliche Sozialhilfe von der Gemeinde ausgerichtet wird. Anerkannte Geflüchtete werden somit im Rahmen einer *gesplitteten Fallführung*¹ via Regionale Sozialdienste (Sozialberatung) und via Fachstelle Integration (Integrationsförderung) begleitet, die Sozialberatung erfolgt also dezentralisiert, die Integrationsförderung zentralisiert. Für vorläufig aufgenommene Personen bleiben die Zuständigkeiten durchgehend zentralisiert, die Abteilung Asyl und Rückkehr ist für die Auszahlung der Sozialhilfe zuständig, die Fachstelle Integration für die Koordination von Massnahmen für die sprachliche, berufliche und soziale Integration. Personen mit Status F verbleiben im Kanton Graubünden somit während der ersten sieben Jahre im eingeschränkten Setting einer pauschal-administrativen Fallführung.

Bei gesundheitlichen Themen werden die vorläufig aufgenommenen Personen, welche in den Unterkünften leben, an die medizinischen Regelstrukturen ausserhalb der Zentren triagiert (v.a. Hausärzt:innen). Die Unterkünfte verfügen über keine internen Gesundheitsstellen. Anerkannte Geflüchtete werden betreffend gesundheitliche Themen über den Regionalen Sozialdienst betreut.

4.1.2 Kantonale Ausgestaltung von Triple A (GR)

Konzeptionelle Grundlagen

Als konzeptionelle Grundlagen des Pilotprogramms Triple A sind im Kanton Graubünden zwei Grundlagenpapiere vorhanden (vgl. Anhang 3): das eine wurde bereits 2021 verfasst und befasste sich mit der Schaffung eines neuen Angebotes für «Personen mit speziellen Unterstützungs- und Beratungsbedürfnissen»; es fokussierte auf die Einführung einer spezialisierten Jobcoachstelle und die Erschliessung massgeschneiderter Angebote und wurde zu einer wichtigen Grundlage für das spätere Triple A-Konzept. Bereits im Rahmen von Triple A folgte 2023 das zweite Grundlagenpapier mit der Konzeption der Medizinische Früherfassung. Beide Grundlagenpapiere beschäftigen sich detailliert mit Ausgangslage und Notwendigkeit der beiden Angebote und definieren Zielgruppen und Aufgabenbereiche. Mögliche Anschlusslösungen im zweiten Arbeitsmarkt werden genannt und hinsichtlich ihrer Eignung beurteilt. Ferner liegt ein Stellenbeschreib für die medizinische Früherfassung vor, der differenzierte Angaben zu den Zuständigkeitsbereichen und Zielen, Aufgabenbereichen, finanziellen Kompetenzen und Anforderungen an die Ausbildung beinhaltet.

*Ressourcen*²

Für Triple A standen ursprünglich 190 Stellenprozente zur Verfügung (90% für die medizinische Früherfassung und 100% für den spezialisierten Jobcoach). Im Programmverlauf wurden die Stellenprozente für die medizinische Früherfassung auf 100% erhöht, während beim spezialisierten Jobcoach das Triple-A-Pensum reduziert wurde und die betreffende Fachperson nebst den Triple-A-Fällen nun auch reguläre Fälle übernimmt.

¹ Wir verwenden den Begriff der *gesplitteten* Fallführung in Abgrenzung zum Modell der *integrierten* Fallführung und orientieren uns dabei an den Begrifflichkeiten bei Bregoli et al. (2024), «Unterschiedlich unterwegs». *Mapping der (Aus)Bildung für junge Geflüchtete mit Fokus auf spezifischer Integrationsförderung (IAS/KIP)*. *SFM Studies* 88. Unter der *gesplitteten* Fallführung wird das Modell verstanden, das im Sinne des Regelstrukturansatzes die Fallführung Sozialhilfe beim Kantonalen Sozialamt bzw. den kommunalen Sozialdiensten angliedert, während die spezifische Integrationsförderung durch spezialisierte Akteure (in der Regel bei der Fachstelle Integration) übernommen wird. Bei der integrierten Fallführung übernimmt die Fallführung sowohl die Sozialberatung im Rahmen der Sozialhilfe als auch die Aufgaben der spezifischen Integrationsförderung. Die Frage, welches Modell das zielführende ist, wird aktuell noch kontrovers diskutiert (vgl. ebd.).

² Die hier ausgewiesenen Angaben zu den Ressourcen beschränken sich für alle Kantone bewusst darauf, die eingesetzten Stellenprozente im Bereich Früherfassung (Aufvangen) und Integrations- bzw. Jobcoaching auszuweisen. Zu diesen Aufwänden kommen in allen Kantonen eingesetzte Ressourcen im Zusammenhang mit dem Aufbau und der Evaluation des Pilots sowie Kosten für Plätze in externen Abklärungs- und Anschlusslösungen hinzu. Deren präzise Erfassung und Abbildung war jedoch wie eingangs erwähnt nicht Teil des Evaluationsauftrags. Sie wird im Rahmen der finanziellen Berichterstattung der Kantone ans SEM geleistet werden.

Zentrale Akteure Gesundheit: «Medizinische Früherfassung»

Für die medizinische Früherfassung wurde im Rahmen von Triple A eine eigene Stelle geschaffen, die der Fachstelle Integration angegliedert und direkt dem Integrationsdelegierten unterstellt ist. Sie ist laut Grundlagenpapier durch fachliche Vertrauenspersonen zu führen, die entsprechende Qualifikationen im interkulturellen- und medizinischen/psychologischen Bereich aufweisen. Die aktuelle 100%-Stelle ist durch eine Fachperson mit einem Master in Pflegewissenschaften besetzt.

Die medizinische Früherfassung übernimmt laut Grundlagenpapier die Funktion eines «Frühwarn- und Interventionssystems», das die Fallführenden von dieser Aufgabe entlastet und zeitnah sowie aufsuchend (über Besuch in Zentren) tätig ist. Als niederschwelliges Angebot richtet sie sich an sämtliche Personen aus dem Asylbereich inkl. Personen mit Status S und Status N. Die medizinische Früherfassung erfüllt vier Aufgaben: 1. Fallführende Stelle zur medizinischen Früherfassung und Begleitung inkl. individualisierter Dossierführung; 2. Vorabklärungen und Begleitung im Hinblick auf anschliessende Integrationsmassnahmen bzw. auf die Übergabe an den spezialisierten Jobcoach; 3. Anlaufstelle und Sprechstunde in den Zentren sowie 4. Vermittlung von Grundwissen zu Gesundheit und Gesundheitssystem.

Zentrale Akteure Integrationsförderung: «Spezialisierte Jobcoaches»

Gemäss Grundlagenpapier von 2021 wurde innerhalb des bisherigen Jobcoach-Teams im Ressort «Berufliche Integration» in der Fachstelle Integration eine spezialisierte 100%-Stelle für Jobcoaching geschaffen. Die spezialisierte Jobcoachstelle ist aktuell durch eine erfahrene Fachperson im Bereich Integration und Coaching besetzt. Sie arbeitet 100%, bearbeitet im Rahmen dieses Pensums aber auch Fälle, die nicht im Rahmen von Triple A laufen. Die Fachperson übernimmt im Rahmen von Triple A, das heisst als spezialisierter Jobcoach, die Aufgaben der integrationsbezogenen Fallführung, inklusive intensiverer Betreuung, Begleitung und Triagen. Bei Personen mit Status B oder F-Flüchtling tut sie dies im Setting der gesplitteten Fallführung, das heisst die Fallführung Sozialhilfe verbleibt beim Sozialdienst.

Ablauf Triple A-Prozess

Falls Personen gesundheitliche Auffälligkeiten (psychisch, physisch, kognitiv, im Verhalten) zeigen und in ihrem Integrationsprozess nicht weiterkommen, können sie über verschiedene Wege an die *medizinische Früherfassung* gemeldet werden: über die Durchgangszentren (entweder auf Initiative der Betreuung in den Zentren oder direkt im Rahmen der Sprechstunde in den Zentren), über die Angebote der Sprachförderung, über die regulären Jobcoaches der Fachstelle Integration, oder über die Fallführenden bei den Regionalen Sozialdiensten. Der Entscheid zur *Fallaufnahme ins Triple A* bzw. Eröffnung eines Dossiers liegt bei der Fachperson der medizinischen Früherfassung und erfolgt bei Hinweisen auf gesundheitlich bedingte Hemmnisse im Integrationsprozess. Grundsätzlich sollen Personen sehr früh, mindestens vor dem Eintritt in die Phase des Jobcoachings, in der medizinischen Früherfassung aufgefangen werden. Es ist sogar möglich, Personen ohne Status, aber mit klarer Aussicht auf Anerkennung, ins Triple A bzw. in die medizinische Früherfassung aufzunehmen.

Im Prozess des Triple A ist die Fachperson der medizinischen Früherfassung für das Auffangen und die medizinische Abklärung sowie die gesundheitliche Stabilisierung zuständig. Sie übernimmt die medizinische Fallführung, erfasst den medizinischen und sozialen Unterstützungsbedarf der Personen, leistet eine bedarfsgerechte medizinische Grundversorgung und vermittelt Grundwissen zu Gesundheitsfragen und zum Schweizer Gesundheitssystem. Sie ist die Ansprechperson für alle involvierten Stellen aus dem Gesundheitsbereich (u.a. Hausärzt:innen, Psychiater:innen) sowie für die Stellen und Strukturen des Asyl- und Integrationsbereichs (u.a. Zentren, Job Coaches, Gemeinden). Die medizinische Früherfassung triagt und koordiniert die Weitervermittlung an Ärzt:innen und andere Organisationen

des Gesundheitssystems, um eine nachhaltige Behandlung sowie Therapien sicherzustellen. Falls nötig, leitet sie (zusätzliche) Abklärungen ein, indem sie via Ärzt:innen aus der Regelstruktur in passende Abklärungsmassnahmen wie beispielsweise Gravita oder Appisberg triagiert. Sie beantragt falls erforderlich Kostengutsprache bei den zuständigen Gemeinden und leitet Anmeldungen bei der Invalidenversicherung ein. Sollte eine berufliche Integration aktuell nicht möglich sein, wird dies aufgezeigt, und es werden entsprechende Schritte für die gesundheitliche Stabilisierung eingeleitet. Auch die Vernetzung zu Massnahmen für die soziale Integration wird übernommen.

Bei Bedarf kann eine temporäre Rückstellung des Integrationsprozesses erfolgen, insbesondere wenn eine medizinische Behandlung vorrangig notwendig ist. In solchen Fällen wird zunächst auf eine gesundheitliche Stabilisierung hingearbeitet, bevor sprachliche oder berufliche Integrationsmassnahmen eingeleitet werden. Sollte eine betroffene Person eine empfohlene medizinische Behandlung (noch) nicht annehmen wollen, wird ein Fall nicht abgeschlossen, sondern die Möglichkeit einer späteren Wiederaufnahme und Weiterführung des Prozesses bleiben bestehen.

Die *Übergabe* von der medizinischen Früherkennung an den spezialisierten Jobcoach erfolgt laut Grundlagenpapier in der Regel nach der Abklärung im Appisberg, insbesondere, wenn arbeitsmarktorientierte Massnahmen wie Einsätze im zweiten Arbeitsmarkt, Praktika oder Qualifizierungen umgesetzt werden sollen. Die Fachperson der Medizinischen Früherkennung merkt im Interview an, dass es vor einer Übergabe zentral ist, dass die gesundheitliche Situation der betroffenen Person ausreichend stabilisiert ist, um eine berufliche Integration zu ermöglichen. So sollten erforderliche gesundheitliche Massnahmen, wie beispielsweise eine ambulante Psychotherapie, installiert, wichtige Medikamente eingestellt und Personen im Umgang mit gesundheitlichen Themen geschult und gewohnt sein, wenn sie dem Jobcoaching zugewiesen werden. Idealerweise wurden bis zu diesem Zeitpunkt auch grundlegende sprachliche Kompetenzen auf Niveau A2 erworben und ein Praxisassessment absolviert. Abweichungen von den Sprachvorgaben sind jedoch möglich, insbesondere wenn das Festhalten an der formalen Voraussetzung ein Integrationshemmnis darstellen würde. Insbesondere bei Personen mit hoher Motivation zur Arbeitsaufnahme, bei denen der Erwerb des Sprachniveaus A2 absehbar länger dauert, kann ein frühzeitiger Einstieg ins Jobcoaching sinnvoll sein. Dies soll verhindern, dass motivierte Personen aufgrund formaler Kriterien vom Integrationsprozess ausgeschlossen oder demotiviert werden. Medizinische Früherfassung und spezialisierter Jobcoach stimmen sich ab, um im Einzelfall gemeinsam den passenden Zeitpunkt für die Übergabe festzulegen, immer mit Blick auf eine individuelle und klientenorientierte Einschätzung. Das eigentliche Übergabegespräch findet zu dritt mit der begleiteten Person statt. Eine (parallele) Weiterbegleitung durch die Medizinische Früherfassung oder die Rückgabe eines Falles an die medizinische Früherfassung nach Übernahme der Fallführung durch den spezialisierten Jobcoaches ist nicht vorgesehen.

Mit der Fallübernahme durch den spezialisierten Jobcoach bleibt das primäre Ziel – wie bei den regulären Job Coaches – die Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Dabei sind jedoch zeitlich angepasste Wege sowie unterstützende Angebote vorgesehen. Alternativ kann auch die Integration im zweiten Arbeitsmarkt angestrebt werden. Der Jobcoach kann in seiner Arbeit auf eine breite Palette von Angeboten und Anschlusslösungen zurückgreifen, von denen einige wenige bereits vor Triple A bestanden, die meisten aber im Rahmen des Pilotprogramms erschlossen oder installiert werden konnten. Er steuert die Teilnahme an geeigneten Massnahmen, gewährleistet einen nahtlosen Integrationsprozess, koordiniert die Zusammenarbeit mit externen Stellen (z. B. Sozialdienst, Anbieter des zweiten Arbeitsmarkts) und übernimmt die Klärung der Finanzierung. Bei Bedarf veranlasst er arbeitsmedizinische Abklärungen (z. B. über Appisberg oder andere Partner), deren Ergebnisse gemäss Grundlagenpapier verbindlich in die weitere Planung einfließen. Ziel ist, auch eingeschränkt arbeitsfähige Personen dauerhaft zu

integrieren, z.B. dauerhafter Teillohn aufgrund medizinischer Einschränkung, Arbeit in Gemeinden anstelle von reinem Sozialhilfebezug. Ergänzend oder alternativ können sechs- bis zwölfmonatige Arbeits-einsätze im zweiten Arbeitsmarkt vermittelt werden, um den Selbstwert der Betroffenen zu stärken und eine Annäherung an den ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Daneben sind weiterhin Deutschkurse anzubieten und wenn möglich eine Lernbegleitung zu installieren. Der Jobcoach prüft zusätzlich bestehende Angebote auf ihre Eignung und Weiterentwicklung für die Zielgruppe. Auch arbeitet er mit dem regionalen Sozialdienst oder Wohngemeinden zusammen, um diese zur Schaffung eigener Einsatzplätze für Klient:innen zu motivieren.

Ein *Fall* wird gemäss spezialisiertem Job Coach wie reguläre Fälle *abgeschlossen*, nämlich dann, wenn die betroffene Person über ausreichende Deutschkenntnisse (mindestens Niveau A2) verfügt, eine Anstellung erreicht oder einen langfristig finanzierten Arbeitsplatz im 2. Arbeitsmarkt hat. Ein Fall kann auch dann abgeschlossen werden, wenn aus gesundheitlichen Gründen eine Integration nicht (mehr) realistisch ist, etwa, wenn auch der Erwerb grundlegender Deutschkenntnisse nicht möglich ist und keine anderen Integrationsperspektiven bestehen. Der maximale Zeitrahmen für die Fallführung durch die Fachstelle Integration bzw. den spezialisierten Jobcoach beträgt wie bei regulären Fällen sieben Jahre bei Status F und fünf Jahre bei Status B. Unabhängig der Gründe wird der Fall bei einem Fallabschluss an den Regionalen Sozialdienst übergeben, sofern ein solcher zuständig ist (Status B).

4.2 Schaffhausen

4.2.1 Kontext von Triple A: Kantonale Strukturen im Asylbereich (SH)

Im Kanton Schaffhausen weist die Organisation des Asylbereichs grundsätzlich – das heisst noch ohne bzw. vor Triple A – folgende Strukturen und Zuständigkeiten auf:

Für die *Unterbringung* und Betreuung von geflüchteten Personen ist das Kantonale Sozialamt zuständig. In einer ersten Phase von drei bis sieben Monaten leben die Personen in einem Durchgangszentrum. In einer zweiten Phase werden vorläufig aufgenommene Personen und anerkannte Geflüchtete in Wohnungen im ganzen Kanton untergebracht und durch eine separate Wohnbegleitung unterstützt. Für unbegleitete Minderjährige und 18- bis 25-jährige Personen stehen intensiver betreute Wohnplätze zur Verfügung.

Direkt bei Zuweisung in den Kanton werden geflüchtete Personen an eine:n zuständige:n Sozialberater:in des Kantonalen Sozialamtes zugewiesen, welche die Sozialhilfe ausrichtet (*Fallführung Sozialhilfe*) sowie Unterstützung in der sozialen und beruflichen Integration bietet (*Fallführung Integrationsförderung*). Personen, welche mehr Unterstützung in der beruflichen Integration benötigen, werden von einer «Fachperson berufliche Integration» (ohne Fallführung) begleitet. Die Integrationsfachstelle wird in der Region Schaffhausen durch den Verein Integres im Rahmen einer Leistungsvereinbarung mit dem Kanton geführt. Sie führt selbst keine Fälle, verwaltet aber die Integrationspauschale des Bundes zur Finanzierung der Integrationsmassnahmen. Es handelt sich hier also um das Modell einer *integrierten* und zentralisierten Fallführung.

Für *gesundheitliche Themen* gab es im Kanton Schaffhausen schon vor der Einführung von Triple A mit dem Fachbereich Gesundheit eine spezialisierte Stelle, welche u.a. Triagen an die medizinische Regelstruktur vornimmt (siehe Ausführungen unten). Der Fachbereich Gesundheit ist ebenfalls dem Kantonalen Sozialamt angegliedert. Drei diplomierte Pflegefachpersonen sind bei diesem angestellt.

Im Kanton Schaffhausen ereigneten sich während der Evaluationszeit des Pilotprogramms verschiedene Personalausfälle und Personalwechsel, sie betrafen unter anderem die Leitung der Integrationsfachstelle, die Leitung der Asyl- und Flüchtlingsbetreuung des kantonalen Sozialamtes sowie leitende Stellen im Team der Sozialberatenden. Die Implementierung des Programms fand damit unter erschwerten Bedingungen statt.

4.2.2 Kantonale Ausgestaltung von Triple A (SH)

Konzeptionelle Grundlagen

Für Schaffhausen liegen keine speziell für das Pilotprogramm Triple A erarbeiteten konzeptionellen Grundlagen vor. Für den Fachbereich Gesundheit, der bereits vor der Einführung von Triple A existierte, liegt jedoch ein Dokument zur «Vorabklärung bei medizinischen Problemen» vor, in dem das schrittweise Vorgehen in der Begleitung vom ersten Kontakt bis hin zur Stabilisierung festgehalten ist; ausserdem gibt es eine Vorlage für die strukturierte Erfassung der gesundheitlichen Situation im Assessment. Grundsätzliche Ausführungen zur Fachstelle Gesundheit lassen sich im «Tätigkeitsbericht der Asyl- und Flüchtlingsbetreuung Kantonales Sozialamt 2024» finden (vgl. Anhang 3).

Ressourcen³

Für Triple A stehen im Kanton Schaffhausen 20 Stellenprozent zur Verfügung (10% für die medizinische Früherfassung und 10% für den Triple A-Coach).

Zentrale Akteure Gesundheit: «Fachbereich Gesundheit»

Die Aufgabe der medizinischen Früherfassung wird im Kanton Schaffhausen vom Fachbereich Gesundheit übernommen. Der Fachbereich Gesundheit ist der Abteilung Asyl- und Flüchtlingsbetreuung im Kantonalen Sozialamt angegliedert und wurde bereits vor Triple A implementiert. Im Fachbereich arbeiten drei medizinische Fachpersonen. Eine der drei diplomierten Pflegefachpersonen ist für Triple A zuständig. Ihre Aufgaben im Rahmen von Triple A sind in das bisherige Aufgabenprofil des Fachbereichs integriert und damit nicht speziell alimentiert. Sie unterscheiden sich nicht grundsätzlich von den Aufgaben ausserhalb von Triple A, abgesehen davon, dass bei den Triple A-Fällen der Austausch mit einer weiteren Fachperson hinzukommt (Triple A-Coach, siehe unten).

Laut Tätigkeitsbericht der Asyl- und Flüchtlingsbetreuung 2024 übernimmt der Fachbereich Gesundheit folgende Aufgaben: Er nimmt eine Koordinationsrolle zwischen Behörden und dem Gesundheitssystem ein, indem er durch medizinische Sprechstunden mit einer ersten Triage Ärzt:innen entlastet und dazu beiträgt, unnötige Arztbesuche zu vermeiden. Bei notwendigen Konsultationen unterstützt er mit präzisen Beschreibungen von Krankheitsbildern, überwacht die Umsetzung ärztlicher Verordnungen und organisiert bei Bedarf Dolmetschdienste. Er schafft zusätzlich ein Bewusstsein im Gesundheitssystem für kulturelle Unterschiede und mögliche traumatische Erfahrungen der Klient:innen.

Gemäss Aussagen der Fachperson besteht das Ziel der Arbeit im Fachbereich Gesundheit darin, die medizinische Grundversorgung der geflüchteten Personen sicherzustellen und das Gesundheitssystem zu entlasten. Medizinische Probleme sollen mit Unterstützung des Fachbereichs Gesundheit frühzeitig erfasst, therapiert und stabilisiert werden. Dabei ist auch ein lückenloser Anschluss an die gesundheitsbezogene Begleitung der Personen im Bundesasylzentrum (BAZ) gegeben: Im Kanton Schaffhausen besteht eine enge institutionalisierte Zusammenarbeit mit allen BAZ in den umliegenden Kantonen,

³ Vgl. Fussnote 2

relevante medizinische Informationen gelangen direkt und rechtzeitig aus dem BAZ an den Fachbereich Gesundheit, der die Unterlagen prüft, für die korrekte Fortsetzung der Medikamenteneinnahme besorgt ist, Anschlusstermine aufgleist, die Sozialberatung informiert und die Suche nach einem für die weitere Behandlung passenden Wohnsetting einleitet. Aktuell ist ausserdem ein Prozess in Planung, der Selbstanmeldungen beim Fachbereich Gesundheit ermöglicht, dafür wurde ein neues Tool entwickelt. In der Arbeit des Fachbereichs geht es immer auch darum, die Personen zu befähigen, ihre gesundheitliche Situation möglichst selbstständig, mit Begleitung durch Hausärzt:innen und das Gesundheitsteam, zu bewältigen und den Alltag zu meistern. Zusätzlich arbeitet die Gesundheitsstelle an Pilotprojekten mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens zusammen, etwa in Form von niederschwelligen psychosozialen Angeboten oder dem Einbezug pensionierter Ärzt:innen.

Zur Qualitätssicherung und Kontinuität der Betreuung wird ein internes Fallführungssystem genutzt, auf das nur die Gesundheitsfachpersonen Zugriff haben. Die Fallverläufe werden dokumentiert, um auch bei personellen Ausfällen eine lückenlose Weiterführung zu ermöglichen.

Zentrale Akteure Integrationsförderung: «Triple A-Coach»

Die Begleitung mit Blick auf eine mögliche berufliche Integration übernimmt im Kanton Schaffhausen der Triple A-Coach, dem dafür 10 Stellenprozente zur Verfügung stehen. Der Triple A-Coach gehört zum Team der Sozialberatung, das wie der Bereich Gesundheit der Abteilung Asyl- und Flüchtlingsbetreuung des Kantonalen Sozialamtes angegliedert ist. Während der Pilotphase von Triple A übernahm die zuständige Fachperson weitere besondere Funktionen innerhalb der Sozialberatung, so war sie nebst ihren Aufgaben für Triple A auch verantwortlich für den Fachbereich berufliche Integration, für die Sozialberatung der unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden (UMA) sowie für die Interimsleitung des UMA-Hauses. Im Kanton Schaffhausen übernimmt der Triple A-Coach (wie auch die Gesundheitsfachperson) nicht die offizielle Fallführung der Triple A Klient:innen, diese bleibt bei der zuständigen Sozialberatung. Die Funktion des Triple A-Coach ist nicht zu verwechseln mit der unter 4.2.1 genannten Funktion der Fachperson für berufliche Integration, die es schon länger gibt und die das Team der Sozialberater:innen bei allen begleiteten Personen in Fragen der beruflichen Integration unterstützt und ebenfalls keine Fallführung übernimmt.

Ablauf Triple A-Prozess

Aufgrund des Fehlens konzeptioneller Grundlagen zum Triple A-Prozess beziehen sich die nachfolgenden Beschreibungen ausschliesslich auf Aussagen seitens der involvierten zentralen Akteure.

Fälle werden dann *in Triple A aufgenommen*, wenn die zuständige Sozialberatung oder die Fachperson für berufliche Integration (nach Rücksprache mit der Sozialberatung) eine Meldung an den Triple A-Coach oder an den Fachbereich Gesundheit vornimmt. Externe Hinweise zu auffälligem Verhalten oder gesundheitlichen Belastungen, etwa von Schulen, Betreuungs- oder Unterbringungsstrukturen, müssen zunächst an die fallführende Sozialberatung gerichtet werden, die dann ihrerseits aktiv werden muss, um einen möglichen Triple A-Prozess zu initiieren. Die Sozialberatung, der Triple A-Coach und der Fachbereich Gesundheit entscheiden dann gemeinsam in einer internen Fallbesprechung (ohne Klient:in), ob eine Aufnahme ins Triple-A-Programm angezeigt ist. Dabei werden der bisherige Verlauf, bereits ergriffene Massnahmen sowie vorhandene Ressourcen und offene Problemstellungen analysiert. Ziel ist eine erste Einschätzung, ob eher gesundheitliche oder psychosoziale Themen im Vordergrund stehen, und wie diese bestmöglich aufgegleist werden können. Entsprechend liegt die vorläufige Hauptverantwortung entweder beim Fachbereich Gesundheit (vorwiegend medizinische Problemstellung) oder beim Triple A-Coach (vorwiegend psychosoziale Problemstellung).

Wenn im Rahmen der internen Fallanalyse gesundheitliche bzw. medizinische Fragestellungen erkannt werden, übernimmt in einer ersten Phase der Fachbereich Gesundheit die Hauptverantwortung und entsprechend die medizinische Abklärung. Dazu gehört das Einholen einer Schweigepflichtentbindung, die Sichtung vorhandener medizinischer Unterlagen sowie die persönliche Vorstellung bei der Klient:in. Ziel ist es, zu eruieren, welche medizinischen Probleme aktuell bestehen und ob z. B. eine hausärztliche Betreuung ausreicht oder weiterführende Massnahmen (z. B. spezialisierte Ärzt:innen, psychiatrische Krisenintervention etc.) oder arbeitsmedizinische Abklärungsinstitutionen wie Appisberg oder neuropsychologische Abklärungen notwendig sind, für die dann der Triple A-Coach die Anmeldung vornimmt. Eine Begleitung zu externen Terminen kann durch den Fachbereich Gesundheit erfolgen. Nach der arbeitsmedizinischen Abklärung erfolgt eine Sichtung und Bewertung des Abschlussberichts, um gemeinsam mit dem Triple A-Coach und der Sozialberatung medizinische Folgeangebote (z.B. psychiatrische Anschlusslösungen, Schmerzlinik) zu planen.

Sobald gesundheitliche Stabilität hergestellt ist bzw. keine akuten medizinischen Massnahmen mehr erforderlich sind, erfolgt eine *schrittweise Übergabe der Hauptverantwortung* an den Triple A-Coach. Der Triple A-Coach übernimmt anschliessend die Koordination für die weiteren Schritte in der beruflichen Integration, kann jedoch bei Bedarf auf Unterstützung des Fachbereichs Gesundheit zurückgreifen. Bei Fällen mit längerfristigen gesundheitlichen und beruflichen Fragestellungen bleiben der Fachbereich Gesundheit und der Triple A-Coach gemeinsam involviert. Die Zusammenarbeit ist eng abgestimmt: Während der Fachbereich Gesundheit die medizinische Stabilisierung sichert und notwendige Behandlungen koordiniert, sorgt der Triple A-Coach für die berufliche Zieldefinition und die schrittweise Umsetzung.

Wenn die Hauptverantwortung beim Triple A-Coach liegt, werden falls nötig auch hier Abklärungsmassnahmen getroffen und in entsprechende Angebote wie z.B. Appisberg angemeldet und die Personen in diesen Prozessen begleitet. Die Rückmeldungen der arbeitsmedizinischen Abklärung werden durch den Coach und allenfalls Fachbereich Gesundheit gemäss Zuständigkeiten in die Planung des weiteren Verlaufes einbezogen und Empfehlungen nach Möglichkeit umgesetzt. Falls keine (weiteren) Abklärungen nötig sind, wird direkt der weitere Integrationsweg geplant, passende Angebote und Anschlusslösungen werden vermittelt. Aufgrund der noch geringen konzeptionellen und institutionellen Verankerung von Triple A und aufgrund der Kleinräumigkeit des Kantons steht bisher eine eher reduzierte Angebotslandschaft zur Verfügung. Bei Bedarf bleibt auch der Fachbereich Gesundheit im Prozess eingebunden, z. B. bei Rückfällen, neuen gesundheitlichen Belastungen oder zur fachlichen Einschätzung bei Verlaufsschwierigkeiten.

Die *Fallführung* verbleibt im Triple A-Prozess durchgängig bei der zuständigen Sozialberatung, dies betrifft grundsätzlich sowohl die Fallführung im Rahmen der Sozialhilfe als auch jene zur Integrationsförderung. Die Schnittstelle zu Triple A ist konzeptionell nicht verankert und scheint auch in der Praxis nicht vollumfänglich geklärt. Gemäss dem Triple A-Coach ist die zuständige Sozialberatung für die Umsetzung und die Finanzierung der Massnahmen verantwortlich, der Triple A-Coach plant, sucht und meldet die Klient:innen bei Anschlusslösungen an und kann, falls angezeigt, zusätzliche Massnahmen durch Triple A finanzieren. Dabei haben beide Seiten (wie auch der Fachbereich Gesundheit) Zugang zur zentralen Falldokumentation und erfassen die durch sie vorgenommenen Schritte. Offiziell übernimmt der Triple A-Coach eine beratende Rolle und fungiert als Bindeglied zwischen den Empfehlungen für weitere Massnahmen, die durch Externe wie zum Beispiel den Appisberg empfohlen werden, und der Fallführung. Der Triple A-Coach kann insbesondere bei schwierigen Situationen entlasten und unterstützen, wenn Massnahmen nicht greifen oder ein Abbruch droht.

Da die Fallführung offiziell immer bei der Sozialberatung liegt, findet im Rahmen von Triple A vor Ablauf der sieben Jahre (Übergang in Gemeindezuständigkeit) kein eigentlicher *Fallabschluss* im Sinne der Übergabe der Fallführung vom Triple A-Coach zur Sozialberatung statt, der Triple A-Coach gibt an, sich vermehrt zurückzuziehen, sobald die eingeleiteten Massnahmen zu greifen beginnen, für die Dokumentation des Prozesses aber weiterhin zuständig zu bleiben. Der Zeitpunkt für die definitive Rückgabe an die Sozialberatung bzw. den Rückzug des Triple A-Coaches scheint nicht klar zu sein, beispielsweise in Bezug auf die Frage, wer genau die Verantwortung für die Koordination und Korrespondenz mit Anschlusslösungen übernimmt. Beim Fachbereich Gesundheit wird ein Dossier dann geschlossen, wenn eine stabile gesundheitliche Basis vorhanden ist. Solange diese Stabilität nicht gegeben ist, werden die Fälle durch den Fachbereich Gesundheit wie bereits erwähnt weiterbegleitet.

4.3 Thurgau

4.3.1 Kontext von Triple A: Kantonale Strukturen im Asylbereich (TG)

Im Kanton Thurgau weist die Organisation des Asylbereichs grundsätzlich – das heisst noch ohne bzw. vor Triple A – folgende Strukturen und Zuständigkeiten auf:

Die *Unterbringung* und Betreuung von geflüchteten Personen erfolgt in kantonalen Durchgangsheimen, welche von der Peregrina-Stiftung per Leistungsvereinbarung mit dem Kantonalen Sozialamt betrieben werden. Die Personen bleiben ca. sechs Monate in den Zentren und erhalten dort Erstintegration mit Deutschunterricht und Integrationskurse. Nach dem Aufenthalt in den Durchgangszentren werden in einer zweiten Phase vorläufig aufgenommene Personen einer Gemeinde zugewiesen. Anerkannte Geflüchtete wechseln ebenfalls in eine Gemeinde, haben jedoch freie Wohnsitzwahl.

Bereits in den Zentren oder spätestens beim Gemeindettransfer wird das Dossier in der Fachstelle Integration eröffnet (*Fallführung Integrationsförderung*). Die Begleitung in der Fachstelle Integration durch die Integrationscoaches bezieht sich auf die soziale, sprachliche und berufliche Integration. Die Fachstelle Integration ist eine Abteilung des Migrationsamtes, während die Bereiche Unterbringung und Sozialhilfe beim Kantonalen Sozialamt angegliedert sind.

Während die Fallführung Integrationsförderung zentral zur Verfügung gestellt wird, ist die Zuständigkeit für die Ausrichtung der Sozialhilfe an die geflüchteten Personen (Status B und F) bei den Gemeinden angegliedert (*Fallführung Sozialhilfe*), der Kanton Thurgau verfolgt damit wie der Kanton Graubünden den Regelstrukturansatz und weist das Modell einer *gesplitteten*⁴ Fallführung auf.

Gesundheitliche Themen liegen in der ersten Phase in der Verantwortung der Peregrina-Stiftung und werden an Hausärzt:innen der Regelstruktur ausserhalb der Zentren triagiert. Die Unterkünfte verfügen aktuell über keine interne Gesundheitsstelle (im Aufbau). Nach dem Gemeindettransfer werden Personen betreffend gesundheitliche Themen über die Fallführung Sozialhilfe betreut.

⁴ Vgl. Fussnote 1.

4.3.2 Kantonale Ausgestaltung von Triple A (TG)

Konzeptionelle Grundlagen

Für den Kanton Thurgau liegen diverse Dokumente als konzeptionelle Grundlage vor, insbesondere die «Leitlinien» zum Triple A, in welchen Abläufe, Zuständigkeiten und Inhalte der einzelnen Phasen sowie Akteure detailliert beschrieben und bei Weiterentwicklung fortlaufend angepasst werden. Der Prozess der Anmeldung an das CMMG wird im Dokument «Auszug aus Leitlinien Erstintegration VA/Flü, Stand 04.10.24» geregelt. Zum Case Management Gesundheit (CMMG) liegen ebenfalls verschiedene Konzepte, Verträge und Dokumente vor, die im Rahmen von dessen Implementierung erstellt wurden.

Ressourcen⁵

Für Triple A stehen Stand Juli 2025 290 Stellenprozente zur Verfügung (140% für das Case Management Gesundheit mit einem Leistungsauftrag an das SRK Thurgau und 150% für die Integrationscoaches der Fachstelle Integration; für sie ist festgelegt, dass sie pro Klient doppelt so viele Ressourcen einsetzen können wie die regulären Coaches). Der Wirkungsbereich des CMMG beschränkt sich dabei nicht auf Triple A-Fälle, sondern schliesst auch geflüchtete Personen mit Bleiberecht mit ein, die nicht im Integrationscoaching der Fachstelle Integration sind. Im Jahr 2026 wird das Kantonale Sozialamt einen Teil der Kosten des CMMG übernehmen⁶, die Finanzierung des CMMG ab dem Jahr 2027 ist noch offen.

Zentrale Akteure Gesundheit: Case Management Gesundheit (CMMG)

Das CMMG wurde im Rahmen des Pilotprogramms Triple A aufgebaut und konnte seine operative Arbeit im Juli 2024 aufnehmen. Es wird im Auftrag des Migrationsamtes vom Schweizerischen Roten Kreuz Thurgau (SRK TG) betrieben. Für das CMMG setzt das SRK TG 140 Stellenprozente ein, verteilt auf zwei Personen. Beide Personen verfügen über einen Hochschulabschluss als diplomierte Pflegefachfrauen und über eine Zusatzausbildung in Clinical Assessment. Im Verlauf des Prozesses wurde eine weitere Person mit Ausbildung als Medizinische Praxisassistentin und Weiterbildung als Migrationsfachfrau eingestellt, welche bei der Administration unterstützt (Koordination der Termine und Dolmetscher sowie Einholen der medizinischen Unterlagen).

Die Fachpersonen des CMMG sind in der Triple A Logik für das «Auffangen» bzw. die Früherkennung zuständig. Auch wenn sich der Wirkungsbereich des CMMG nicht auf Triple A-Fälle beschränkt, konnten die Kosten in den Jahren 2024 und 2025 vollumfänglich aus Triple A-Geldern finanziert werden (für das Jahr 2026 wird sich das Kantonale Sozialamt anteilmässig an den Kosten beteiligen, vgl. auch unter Impact). Das CMMG richtet sich grundsätzlich an geflüchtete Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung mit Status B, F und S (es muss ein Asylentscheid vorliegen). Es ist als spezialisierte und niederschwellige Anlaufstelle konzipiert und fungiert als zentrale Drehscheibe zwischen den verschiedenen involvierten Akteuren, darunter die Peregrina-Stiftung, Hausärzt:innen, Wohngemeinden und der Fachstelle Integration, und übernimmt eine Schlüsselrolle in der frühzeitigen medizinischen Einschätzung, Begleitung und Koordination. Ziel ist es, gesundheitliche Beeinträchtigungen (psychische und physische) rasch zu erkennen, eine bedarfsgerechte Weiterleitung in das Gesundheits- und Unterstützungssystem sicherzustellen und dadurch eine Chronifizierung sowie hohe Sozial- und Gesundheitskosten zu vermeiden. Zugleich sollen Doppelspurigkeiten im Abklärungssystem verhindert und die Regelstrukturen entlastet werden. Die Zuweisung an das CMMG erfolgt primär durch die Peregrina-Stiftung, durch

⁵ Vgl. Fussnote 2

⁶ Die Finanzierung wird aus der Globalpauschale mit Abzug bei der Tarifierung der Gemeinden realisiert.

die Integrationscoaches der Fachstelle Integration oder die Sozialen Dienste der Gemeinden. Die Möglichkeit zur Selbstanmeldung von betroffenen Personen wurde gestrichen, da man einen zu grossen Andrang und Koordinationsaufwand befürchtete.

Zentrale Akteure berufliche Integration: «Triple A-Coaches»

Die Begleitung mit Blick auf eine mögliche berufliche Integration übernehmen im Kanton Thurgau die so genannten Triple A-Coaches. Für die Triple A-Coaches stehen Stand Juli 2025 150 zusätzliche Stellenprozente zur Verfügung, verteilt auf zwei Personen an den beiden Standorten Frauenfeld und Arbon. Die zusätzlichen Stellenprozente erlauben einen erhöhten Ressourceneinsatz bei den Triple A-Klient:innen, sie sind damit abhängig von der jeweiligen Anzahl begleiteter Triple A-Fälle. Die Triple A-Coaches sind Teil des Teams von Integrationscoaches, die der Fachstelle Integration und damit dem Fachbereich «Erstintegration vorläufig Aufgenommene/anerkannte Flüchtlinge» angegliedert sind. Die eine Fachperson führt mit ihrem Pensum nur Triple A-Fälle, die andere begleitet nebst den Triple A-Fällen auch «reguläre» Fälle. Die Fachspezialist:innen sind für die durchgängige Fallführung im Bereich der IAS zuständig, im Fall von Triple A inkl. intensivere Begleitung und Unterstützung. Wie die regulären Integrationscoaches erfüllen auch die Triple A-Coaches ihre Aufgaben im Setting der gesplitteten Fallführung, das heisst die Fallführung im Rahmen der Sozialhilfe liegt bei den Gemeinden.

Ablauf Triple A-Prozess

Es gibt zwei Wege, auf denen mögliche Triple A-Fälle ans CMMG gelangen können: entweder werden sie über die Peregrina Stiftung (Zentren) beim CMMG angemeldet, in diesem Fall hat das Intake bei der Fachstelle Integration noch nicht stattgefunden und ist noch kein Integrationscoach zuständig. Oder die Anmeldung beim CMMG erfolgt erst nach dem Intake über einen Integrationscoach. Die Coaches weisen dem CMMG zu, wenn sie feststellen, dass die durch sie begleiteten Personen im Integrationsprozess nicht weiterkommen und gesundheitliche Gründe dafür vermutet werden. Die Anmeldung durch die Fachstelle Integration erfolgt online inkl. Hochladen der Datenschutzentbindung, der Sozialdienst der Gemeinde und gegebenenfalls der Beistand werden informiert.

Im CMMG wird ein Assessment auf Basis eingeholter Arztberichte und ein Gespräch mit der Klient:in durchgeführt. Nach der medizinischen Einschätzung erstellt das CMMG eine massnahmenorientierte Berichterstattung für die fallführenden Stellen und leitet bei Bedarf eine IV-Abklärung ein. Aufgrund des Abklärungsberichtes des CMMG entscheiden der zuständige (reguläre) Coach im Rahmen einer gemeinsamen Sitzung mit dem Triple A-Coach und allenfalls der Klient:in über eine *Fallaufnahme im Triple A*, der Triple A-Coach informiert die Klientin. Gemäss den Fachpersonen des CMMG umfasst die Abklärung beim CMMG eine fachlich fundierte Einschätzung der aktuellen gesundheitlichen Ausgangslage, die daraus abgeleiteten Ziele sowie konkrete Empfehlungen für das weitere Vorgehen aus medizinischer Sicht. Es wird keine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung vorgenommen, vielmehr wird aufgezeigt, ob weiterführende (arbeits-)medizinische oder psychologische Abklärungen notwendig sind. Damit sollten die fallführenden Stellen auf der Gemeinde und bei der Fachstelle Integration eine klare Grundlage für die Planung und Umsetzung individueller Integrations- und Unterstützungsprozesse erhalten.

In der Zusammenarbeit zwischen CMMG und Triple A-Coach bzw. der *Übergabe vom CMMG zum Triple A-Coach* sind die Empfehlungen des CMMG grundsätzlich verbindlich, können aber laut Aussagen der Triple A-Coach im Dialog besprochen und angepasst werden, wenn die Coaches zu anderen Einschätzungen und Schlussfolgerungen kommen, insbesondere, wenn vorhandene Strukturen bereits greifen oder Informationen nicht mehr aktuell sind. Bei der Berichtsübergabe vom CMMG an die Coaches regelt laut Fachpersonen ein Ampelsystem die Zuständigkeiten im weiteren Prozess: Bei Rot bleibt das CMMG während des weiteren Prozesses involviert und ist vollständig zuständig für die medizinische

Begleitung, dies etwa aufgrund einer komplexen medizinischen Ausgangslage oder psychosozialer Faktoren, oder wenn keine unmittelbare berufliche Integration möglich ist. Bei Gelb bleibt das CMMG passiv involviert und kann bei Bedarf aktiviert werden, etwa zur Sicherstellung einer stabilen Medikation oder als Rückversicherung bei Rückfällen, und bei Grün ist die medizinische Stabilisierung abgeschlossen, das CMMG zieht sich vollständig zurück. Allerdings ist die genaue Abgrenzung und Zuständigkeit (z.B. für psychosoziale Themen, chronische Krankheiten) bisher weder in Konzepten noch in der Praxis (gemäss Triple A-Coaches) genau geregelt.

Die Empfehlung des CMMG bietet einen Überblick zum Gesundheitszustand der Klientel und dient den Coaches, um die weiteren Integrationsmassnahmen zu planen. Der Triple A-Coach koordiniert allenfalls die angezeigten gesundheitlichen und arbeitsmedizinischen Abklärungen auf dem Appisberg, bei Gravita, oder in Programmen im 2. Arbeitsmarkt, regelt Finanzierung und Anmeldung und begleitet die Personen in diesen Prozessen. Die Rückmeldungen sämtlicher Abklärungen werden durch den Triple A-Coach in die Planung des weiten Verlaufes einbezogen und Empfehlungen nach Möglichkeit umgesetzt. Falls keine weiteren Abklärungen nötig sind, werden der weitere Integrationsweg geplant und Anschlusslösungen vermittelt. Hier kann auf die Angebote von externen Anbietern zurückgegriffen werden, die schon früher bestanden oder die für Triple A neu erschlossenen und etabliert wurden. Dazu gehören Lehrstellen im 2. Arbeitsmarkt, Praktische Ausbildungen (PrA), niederschwellige Tagesstrukturen, Therapieangebote, Massnahmen für die soziale und sprachliche Integration. Es ist auch eine direkte Vermittlung in den 1. Arbeitsmarkt, mit oder ohne begleitende Unterstützungsmassnahmen, möglich. Die Triple A-Coaches begleiten die Teilnehmenden und fungieren als Koordinations- und Kommunikationsstellen, sie stellen den Austausch mit externen Partnern und den Gemeinden sicher und klären die Finanzierung, die je nach Anschlusslösung anders geregelt ist.

Ein Fall im Triple A-Programm wird dann *abgeschlossen*, wenn keine gesundheitlichen Beschwerden mehr vorliegen und eine berufliche Integration erfolgt ist. Solange keine gesundheitliche Stabilität erreicht werden kann, verbleibt der Fall beim Triple A-Coach. Ist eine berufliche Integration aufgrund gesundheitlicher Gründe aber dauerhaft nicht möglich und wurden auch die Möglichkeiten im Bereich der sozialen und sprachlichen Integration ausgeschöpft, erfolgt die Übergabe an die zuständige Wohngemeinde, dies betrifft auch den Fall einer erfolgreichen IV-Anmeldung. Ausserdem kann mangelnde Kooperation, in Zusammenarbeit mit der Gemeinde, zu einem vorzeitigen Fallabschluss führen. Im Kanton Thurgau besteht die Möglichkeit, Triple A-Fälle über die Dauer der Kantonszuständigkeit (sieben Jahre) hinaus zu begleiten, wenn besondere Umstände wie z.B. laufende Integrationsfördermassnahmen dies erfordern und die Wohngemeinde damit einverstanden ist.

4.4 Kantonsübergreifende Zusammenarbeit

Sowohl auf Ebene Trägerschaft des Pilotprogramms (Leitungen Fachstellen Integration) als auch auf Ebene der involvierten Fachpersonen (Gesundheit und Integrationsförderung) wurde ein kantonsübergreifender Austausch installiert, um Erfahrungen und Ideen zur Weiterentwicklung auszutauschen. Die beteiligten Gesundheitsfachpersonen und Coaches tauschen sich sowohl im Rahmen eines halbjährlichen Treffens als auch sporadisch und bilateral bei spezifischen Fragen aus.

4.5 Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum Appisberg

Ein zentraler Bestandteil in der Grundstruktur von Triple A stellt die Möglichkeit zur berufsmedizinischen Abklärung im Kompetenzzentrum Appisberg dar. Appisberg ist ein Kompetenzzentrum für berufliche Integration, das primär im Auftrag von kantonalen IV-Stellen, Sozialämtern, SUVA oder Privatversicherungen berufliche Abklärungen, (Früh-)Integrationsmassnahmen sowie berufliche Massnahmen für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen durchführt und bei Bedarf auch eine Wohnmöglichkeit anbietet.

Die Zusammenarbeit zwischen den drei Kantonen und der beruflichen Abklärungsstelle BEFAS auf dem Appisberg wurde zu Beginn des Pilotprogramms Triple A im Rahmen eines ausführlichen «Letter of Agreement» im März 2023 geregelt. Personen aus dem Asylbereich gehörten vor der Zusammenarbeit mit Triple A nicht zur Zielgruppe des Kompetenzzentrums. Für diese Zielgruppe wurde im Rahmen des Letter of Agreement ein spezielles Abklärungsangebot zusammengestellt, das einen reduzierten Umfang hat und sich laut Agreement an folgende Zielgruppen richtet und folgende Leistungen umfasst:

- Zielgruppe geflüchtete Personen mit Status B, F, S mit somatischer und/oder psychischer (Mehrfach-) Einschränkung und Kenntnissen der deutschen Sprache auf mind. Niveau A1 (mündlich)
- 15 Tage Abklärung durch ein interdisziplinäres Team aus Berufsberater:innen, Arbeitsagog:innen, Allgemeinmediziner:in und/oder Psychiater:in; Abklärungsbereiche Holz und Konstruktion, Mechanik und Technik, ICT und KV; situativ wäre über einen externen Appisberg-Kooperationspartner auch eine Abklärung im künstlerischen Bereich möglich
- Funktionelle Evaluation der medizinischen und beruflichen Ressourcen der Klient:innen mit dem Ziel einer validen Einschätzung der Arbeits-, Leistungs- und Präsenzfähigkeit sowie beruflichen Einsatzmöglichkeiten bzw. Empfehlungen zu weiterführenden Massnahmen
- Massnahmenabschliessender Synthesebericht
- Bei Bedarf Einbezug von Dolmetscherdiensten, Verpflegungsmöglichkeiten und begleitender Wohnunterbringung

Im Programmverlauf wurde festgestellt, dass seitens der Kantone sehr genaue Fragestellungen zuhanden der Abklärungsstelle formuliert werden müssen, damit die spezifischen Zwecke im Rahmen von Triple A erfüllt werden können; dabei wurde eine Vorlage möglicher zielführender Fragestellungen ausgearbeitet, die sich in der Zusammenarbeit als sehr hilfreich erwies.

In Bezug auf die Anwendung möglicher Tests bzw. Diagnoseinstrumente zur Abklärung wird im Agreement festgehalten, dass deren Bandbreite je nach (Fremd-)Sprachkenntnissen der Klient:innen eingeschränkt ist. Dieser Punkt wurde auch im Rahmen der Experte:inneninterviews mit den Appisberg-Fachpersonen regelmässig hervorgehoben und dahingehend ergänzt, dass sich die Abklärungen nicht nur auf ein vergleichsweise eingeschränktes Testinstrumentarium stützen müssen, sondern dass bei dieser Zielgruppe in der Regel höchstens rudimentäre Unterlagen aus vorangehenden medizinischen Untersuchungen oder Behandlungen vorliegen und für eine Gesamteinschätzung genutzt werden können.

Als weiterer Punkt in diesem Zusammenhang ist zu nennen, dass keine der interviewten Fachpersonen auf dem Appisberg angab, bis anhin über professionelle Kompetenzen oder Weiterbildungen in der Zusammenarbeit mit Personen aus dem Asylbereich zu verfügen.

4.6 Stärken und Schwächen kantonalen Modelle

In diesem Kapitel werden die jeweiligen kantonalen Ausgestaltungen von Triple A ein erstes Mal auf ihre Stärken und Schwächen hin diskutiert, wobei der Fokus auf Schnittstellen und Prozesse gelegt wird. Beleuchtet werden an dieser Stelle drei Fragen, die als zentral für das gute Funktionieren des Triple A-Prozesses erachtet werden. An dieser Stelle bewusst noch nicht thematisiert wird die Frage nach der Eignung der Angebotslandschaft, die grundsätzlich auch ein Merkmal vorhandener Strukturen und damit des Inputs ist. Sie wird jedoch im Rahmen des Kapitels zum Output thematisiert werden, da die laufende Erschliessung noch fehlender Angebote eines der Ziele von Triple A darstellt und deshalb auch im Sinne einer erbrachten Leistung zu diskutieren ist.

Empirische Grundlage für die nachfolgenden Ausführungen sind nebst den konzeptionellen Unterlagen Interviews mit sämtlichen involvierten Akteuren auf kantonalen Ebene.

4.6.1 Wie früh greift die Früherfassung?

Die Früherfassung befindet sich in den drei betrachteten Kantonen auf unterschiedlichem Entwicklungsstand und ist mit verschiedenen Herausforderungen und Erfolgsfaktoren verbunden.

- Im Kanton Graubünden ermöglicht die strukturelle Verankerung der medizinischen Früherfassung bei der Fachstelle Integration ein frühes Auffangen potenzieller Triple A Fälle. Da die Fachstelle auch für die sprachliche Integrationsförderung verantwortlich ist, die direkt nach Zuweisung in den Kanton einsetzt, können bereits in dieser Phase Meldungen erfolgen, lang bevor eine Fallaufnahme im Jobcoaching stattfindet (vor allem bei Personen, welche aufgrund ihrer Problematiken hinsichtlich des Spracherwerbes eingeschränkt sind). Ergänzend dazu deckt die medizinische Früherfassung dringende gesundheitliche Bedarfe in den Zentren und Gemeinden ab, was weitere Zugänge zur frühen Fallidentifikation schafft.
- Im Kanton Schaffhausen mit seinem System der integrierten Fallführung (Fallführung Sozialhilfe und Fallführung Integration bei derselben Person) sind die Bedingungen für eine konsequente Früherfassung als problematisch zu beschreiben. Meldungen erfolgen häufig erst kurz vor der Gemeindeübergabe (also bis zu 7 Jahre nach Einreise), wobei wertvolle Jahre für die Integrationsförderung verloren gehen. Gründe dafür scheinen sowohl in strukturellen Faktoren wie Ressourcenknappheit, hoher Fallbelastung und personeller Fluktuation, als auch in einer fehlenden Sensibilisierung der Sozialberatenden zu liegen. Mit dem inzwischen gut etablierten Fachbereich Gesundheit besteht zwar eine niederschwellige Ansprechstelle für gesundheitliche Themen, die viele Themen auffangen kann und wichtige Entlastungsarbeit für das Gesundheitssystem leistet, doch fehlen bisher ein klarer Auftrag und ausreichende Ressourcen, um systematisch potenzielle Triple-A-Fälle zu identifizieren und weiterzuleiten. Hinzu kommt, dass der Fachbereich Gesundheit oft erst bei akuten Krisen oder chronischen Erkrankungen involviert wird. Leise oder zurückgezogene Klient:innen bleiben dadurch häufig unentdeckt, insbesondere dann, wenn durch Personalwechsel seitens Sozialberatung Kontinuität in der Beobachtung fehlt. Die Sozialberatung involviert den Fachbereich Gesundheit vielfach erst dann, wenn bereits erheblicher Handlungsbedarf («wenn es schon brennt») besteht. Und auch seitens Triple A-Coach fehlen die Ressourcen, um systematisch bei den Fallführenden nach potenziellen Triple A-Fällen nachzufragen. Viele Betroffene entwickeln über die Zeit individuelle Bewältigungsstrategien wie Suchtverhalten oder Rückzug, zeigen sich nach aussen angepasst, und erkennen eigene psychische Belastungen oft nicht, womit sie unter den gegebenen Bedingungen für eine angemessene Begleitung und Förderung unerreichbar bleiben.

Die im Fachbereich Gesundheit geplante und demnächst implementierte Möglichkeit, dass sich Betroffene niederschwellig selber melden können, ist sehr zu begrüßen, vermag alleine aber das strukturelle Defizit gerade auch bei zurückgezogenen Personen nicht auszugleichen.

- Im Kanton Thurgau wurde durch das CMMG eine wichtige Anlaufstelle zur Früherkennung geschaffen, die auch über einen entsprechenden Auftrag und Ressourcen verfügt, doch hier liegt die Problematik darin, dass die medizinische Früherfassung während der Zeit der Unterbringung in den Zentren noch nicht systematisch gelingt, da hier noch kein interner Fachbereich Gesundheit aufgebaut werden konnte und die Schnittstelle zum CMMG noch zu wenig bespielt wird. Der vorgesehene Prozess, nach welchem Fälle mit medizinischen Themen direkt ab Zuweisung Kanton in den Zentren erfasst und an die Regelstruktur und/oder das CMMG weitergeleitet werden könnten, greift damit noch nicht. Entsprechende Verzögerungen in der medizinischen Abklärung führen dazu, dass gesundheitliche Themen erst zu einem späteren Zeitpunkt aufgegriffen werden, was nachfolgende Integrationsschritte blockieren kann. Als zusätzlicher Punkt ist weiterhin zu beobachten, inwiefern der neu eingeführte Prozess, nach welchem Fälle nicht mehr direkt und intern von den regulären Integrationscoaches ins Triple A gemeldet werden können, sondern zwingend über das CMMG als externe Stelle laufen, sinnvoll ist oder allenfalls zu unnötigen Verzögerungen führt.

Wie gut und wie früh die Früherfassung greift, hängt also stark von den institutionellen Strukturen, einer klaren Zuständigkeitsverteilung sowie funktionierenden Schnittstellen im Integrationssystem ab. Während Graubünden mit einer integrierten Struktur Früherfassung frühzeitig umsetzen kann, zeigt sich in Schaffhausen und Thurgau, wie (noch) ungeklärte Zuständigkeiten und Prozesse, im Fall von Schaffhausen zusätzlich zu wenig Ressourcen, zu Verzögerungen bei der Früherfassung führen. Es ist davon auszugehen, dass unter diesen Bedingungen vor allem psychisch belastete oder zurückgezogene Klient:innen übersehen nicht adäquat aufgefangen werden können. Damit steigt aus Sicht sowohl medizinischer als auch sozialarbeiterischer Fachpersonen die Gefahr, dass sich entsprechende Problematiken chronifizieren.

4.6.2 Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit von Gesundheit und Integrationscoaches?

Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsstellen und Integrationscoaches⁷ stellt einen zentralen Aspekt in der Integrationsarbeit dar. Die Kantone weisen für die Zusammenarbeit in dieser relevanten Schnittstelle unterschiedliche Modelle und Strukturen auf, welche entsprechend zu unterschiedlichen positiven Aspekten und Herausforderungen führen:

- Im Kanton Graubünden zeigt sich die Schnittstelle zwischen medizinischer Früherfassung und Jobcoaching klar geregelt. Die Zuständigkeiten sind transparent definiert: Bei gesundheitlichen Themen wird der Fall zunächst durch die Fachverantwortliche für medizinische Früherfassung geführt, bis eine gesundheitliche Stabilisierung erreicht wird und die Personen möglichst auch sprachlich bereit für den beruflichen Integrationsprozess sind. Dank der räumlichen Nähe – Gesundheitsstelle und die Jobcoaches sind gemeinsam im Büro der Fachstelle Integration in Chur angesiedelt – ist ein rascher, informeller Austausch im Hinblick auf den Wechsel möglich, bei Bedarf wird auch ein gewisser Handlungsspielraum genutzt: Ist eine Person zwar sprachlich noch nicht auf dem

⁷ Den Begriff «Integrationscoach» verwenden wir hier und im Folgenden immer dann, wenn wir kantonsübergreifende Aussagen zu den Coaches machen, die sich im Rahmen von Triple A um die integrationsbezogene Förderung und Unterstützung kümmern; geht es hingegen um die einzelnen Kantone, verwenden wir die dort üblichen Begriffe (Triple A-Coach im Thurgau und in Schaffhausen, Jobcoach im Graubünden)

gewünschten Niveau, aber sehr motiviert, kann der Übergang ins Jobcoaching auch vorgezogen werden, um Absprünge zu vermeiden. Übergaben erfolgen systematisch mit gemeinsamen Gesprächen zu dritt (Gesundheit, Jobcoach, Klient:in), was für Transparenz sorgt und das Vertrauen stärken kann. Trotz der verschiedenen Vorzüge dieses Modells stellt sich die Frage, inwiefern die klare Trennung und Etappierung von gesundheitlichen und beruflichen Themen im Integrationsprozess sinnvoll ist bzw. inwiefern sie auch Risiken beinhaltet, durch die alleinige Fokussierung auf die berufliche Integration Erreichtes im gesundheitlichen Bereich zu gefährden oder auf Lösungen zu setzen, die zu einseitig aus der Logik der (raschen) beruflichen Integration gedacht sind.

- Im Kanton Schaffhausen profitiert das Zusammenspiel zwischen Gesundheitsstelle und Triple A-Coaching in hohem Masse von einer sehr engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit der beiden zuständigen Fachpersonen, die sich schon lange kennen und sich gegenseitig schätzen. Trotz teilweise unterschiedlicher Einsatzorte finden regelmässige Fallabsprachen statt, meist «zwischen Tür und Angel» oder in Pausen. Beide betonen die Wichtigkeit gemeinsamer strategischer Überlegungen zur Zielentwicklung und Motivation der Klient:innen, insbesondere bei komplexen Problemlagen. Während die Fallführung ohnehin bei der Sozialberatung und also einer Drittperson liegt, werden fallbezogene Verantwortungen flexibel und phasenweise untereinander aufgeteilt. Herausforderungen in der Zusammenarbeit werden keine benannt, was auf eine hohe persönliche Abstimmung und gute gegenseitige Ergänzung hinweist. Gleichzeitig bleibt festzuhalten, dass die Zusammenarbeit stark von Einzelpersonen getragen wird und kaum strukturell abgesichert ist.
- Im Kanton Thurgau zeigt sich die Schnittstelle zwischen CMMG und den Integrationscoaches zwar als konzeptionell detailliert ausgearbeitet, jedoch als komplex und in der Praxis noch nicht durchgängig integriert. Zwar wird die medizinische Unterstützung durch das CMMG von den Integrationscoaches als grosse Entlastung wahrgenommen, etwa bei Themen wie Medikation, Hygiene oder Selbstmanagement. Gleichzeitig sind die Abgrenzung und Zuständigkeiten noch nicht durchgehend geklärt, was sich angesichts der grundsätzlichen Verschränkung von medizinischen, psychosozialen und kognitiven Problemlagen, die in Bezug auf berufliche Integration bedeutend sein können, als herausfordernd darstellt. Hinzu kommt die institutionelle und räumliche Trennung (das CMMG ist beim SRK angesiedelt, die Integrationscoaches arbeiten unter der Fachstelle Integration), die rasche und informelle Absprachen behindert, wie sie in Graubünden und Schaffhausen möglich und hilfreich sind. Mit dem Ampelsystem wird versucht, Zuständigkeitsfragen flexibel und doch formalisiert zu klären, indem drei Modi der Zusammenarbeit definiert werden; zumindest aktuell wird das System bei sogenannten «gelben Fällen» nicht als eindeutig wahrgenommen. Zudem kann es zu Rollenkonflikten kommen, wenn erfahrene Integrationscoaches medizinische Empfehlungen fachlich anders einschätzen. Einzelne Beispiele, etwa nicht passgenaue Programmuweisungen oder erst spät erkannte psychische Belastungen, zeigen dies auf.

Die unterschiedlichen Modelle verdeutlichen, jedes auf seine Weise, die Herausforderungen, wenn inhaltlich eng ineinander verschränkte Themenbereiche – Gesundheit und Arbeitsintegration – auf unterschiedliche Personen aufzuteilen sind. In Schaffhausen lässt sich der grossen Herausforderung durch eine persönlich getragene, sehr enge Zusammenarbeit entgegenhalten. In Graubünden wird das Problem gelöst, indem die Themen durch einen klaren Schnitt getrennt werden, was Vorzüge, aber auch Risiken bringt. Und im Thurgau schliesslich, der im Vergleich zu den beiden anderen Kantonen zusätzlich mit unterschiedlichen institutionellen Verankerungen zu kämpfen hat, wird versucht, der Herausforderung mit einem an sich interessanten Modell zu begegnen, das Flexibilität und Standardisierung vereinen möchte, das seine Akzeptanz und Eignung aber noch beweisen muss. Die weiter unten präsentierten Kapitel zum Output und Outcome des Programms in den drei Kantonen werden zusätzliche

Befunde liefern, um die spezifischen Chancen und Risiken der jeweiligen Modelle noch besser herausarbeiten zu können.

4.6.3 Zuständigkeitsfragen: Wer hat welche Fallführungs-Kompetenzen?

Die Evaluation zeigt deutliche kantonale Unterschiede in der Zuständigkeitsfrage für Triple A, die sich auf die jeweils unterschiedlichen Systeme der Fallführung in der Organisation des Asylwesens (vgl. Kap. 4.1.1, 4.2.1, 4.3.1) und die institutionelle Verortung des Pilotprogramms zurückführen lassen.

- Im Kanton Graubünden ist die Fachstelle Integration für die Fallführung Integrationsförderung zuständig, Triple A ist hier angegliedert. Die zentralen Akteure im Prozess – Fachperson Gesundheit und Jobcoach – haben damit eigene Handlungsspielräume, da die Zuständigkeit für den Integrationsprozess in ihrer Organisationseinheit liegt; ausserdem kann die Fachperson Gesundheit für ihre verschiedenen Aufgaben im Rahmen von Triple A ein Pensum von 100 Stellenprozent einsetzen. Im Fall von Personen mit Status B kommt als weitere Akteurin die Fallführung Sozialhilfe hinzu, die bei den regionalen Sozialdiensten angegliedert ist und mit denen die Triple A-Fachpersonen insbesondere bei Finanzierungsfragen oder auch zu gesundheitlichen Fragestellungen in Austausch sind. Hier können die Handlungsspielräume in der Integrationsförderung denn auch eingeschränkt bzw. abhängig von den jeweiligen Gemeinden sein, etwa dort, wo eine Person eine Ausbildung nur antreten kann, wenn die Gemeinde die Finanzierung des Krippenplatzes übernimmt.
- Im Kanton Schaffhausen ist die Situation für die Triple A-Fachpersonen eine andere. Die gesamte Fallführung (also sowohl für die Sozialhilfe als auch für die Integrationsförderung) verbleibt bei der Sozialberatung. Gleichzeitig ist die gesamte Organisation zentralisiert, das heisst, sämtliche involvierten Akteure sind beim KSA angegliedert, was eigentlich eine ideale Ausgangslage für kurze Entscheidungswege und rasches Handeln darstellen würde. Doch so gut die beiden Triple A-Fachpersonen intern miteinander zusammenarbeiten: Im Dreieck bzw. in der Zusammenarbeit mit der Sozialberatung bleibt oft unklar, wer die Koordination und Korrespondenz mit potenziellen Anschlusslösungen übernimmt. Besonders bei Übergängen, etwa in eine Anschlusslösung oder nach einem Abbruch, fehlt ein klar definierter Prozess, wer die Koordination und Korrespondenz übernimmt, was angesichts der vielen Personalwechsel besonders problematisch ist. So erhielten externe Anbieter von Anschlusslösungen relevante Unterlagen zur Situation der Klient:innen nicht, oder sie wurden bei Abbrüchen nicht um Rückmeldung gebeten. Im Grundsatz liegt die Verantwortung bei den Sozialberater:innen, die trotz hoher Fallbelastung nicht nur den Überblick behalten, sondern im Bedarfsfall auch erneut den Kontakt zum Triple A-Coach oder zur Gesundheitsfachstelle herstellen sollten. Dies birgt das Risiko, dass relevante Informationen verzögert oder gar nicht weitergegeben werden. Hinzu kommt die aktuelle Überlastung und Ressourcenknappheit insbesondere des Triple A-Coaches. Auch wenn zwischen allen Akteuren und damit auch zwischen Sozialberatung und Triple A-Coach ein grundsätzlich guter Kontakt besteht, zeigt sich, dass der fehlende strukturierte Rückmeldeprozess nicht durch persönliche Nähe oder spontane Absprachen kompensiert werden kann.
- Im Kanton Thurgau präsentiert sich die Situation in verschiedenen Aspekten vergleichbar mit dem Kanton Graubünden, auch hier ist gemäss dem Regelstrukturansatz bewusst eine gesplittete Fallführung implementiert, bei der die Gemeinden für die Sozialhilfe zuständig sind, während die Kompetenzen und Verantwortung für die Integrationsförderung bei der Fachstelle Integration gebündelt sind. Durch die Bündelung von Kompetenzen bei der Fachstelle wird ein schnelles Eingreifen sowie

eine vereinfachte Koordination und Korrespondenz mit Anschlusslösungen und Gemeinden ermöglicht, auch wenn auch hier in Bezug auf einige Themen wie spezifische Finanzierungsfragen eine Abhängigkeit von der Gemeinde besteht.

Die implementierten Modelle im Kanton Graubünden und im Kanton Thurgau, die auf der gesplitteten Fallführung basieren, überzeugen durch die Bündelung von integrationsbezogenen Kompetenzen und Verantwortungen bei den Integrationscoaches, was als gute Ausgangsbedingung für rasches, gezieltes und kongruentes Handeln in der Integrationsförderung zu werten ist – vorausgesetzt allerdings, die Gemeinden ziehen mit. In der Umsetzung im Kanton Schaffhausen mit seinem Modell der integrierten Fallführung nimmt der Triple A-Coach als zusätzlicher, aber ausserhalb der eigentlichen Fallführung angegliederter Akteur eine vergleichsweise schwächere Stellung ein (die im konkreten Fall durch Personal- und Ressourcenmangel zusätzlich geschwächt war) und scheint der Koordinationsaufwand grösser zu sein; hier stellt sich die Frage, ob es im Kontext der integrierten Fallführung nicht zielführender wäre, konsequent auf das integrierte Modell zu setzen und die auf die Triple A-Zielgruppe spezialisierte Fachperson ebenfalls in der (integrierten) Fallführung einzusetzen, statt sie als parallele Unterstützung zu konzipieren.

5 Output: Erbrachte Leistungen

Der «Output» umfasst in der Evaluationslogik sämtliche Leistungen und Aktivitäten, die im Projektverlauf bzw. im Evaluationszeitraum erbracht wurden. Dies betrifft für das Programm Triple A zum einen die Anzahl und Profile begleiteter Personen (Kap. 5.1) sowie die im Rahmen der Begleitung realisierten Abklärungen und Anschlusslösungen (Kap. 5.2). Zum anderen betrifft es die Beiträge zur Angebotsentwicklung, die seitens der Fachpersonen und teilweise der Leitungen der Integrationsfachstellen geleistet wurden, indem neue Angebote und Anschlussmöglichkeiten gefunden, erschlossen und etabliert werden konnten (Kap. 5.3).

Die Datengrundlage der in den Kapiteln 5.1 und 5.2 präsentierten Befunde bilden die drei «Raster» im Excelformat, in denen die medizinischen Fachpersonen oder die spezialisierten Coaches relevante Daten aus den Dossiers der im Rahmen von Triple A begleiteten Personen erfassten. Insgesamt lagen in dieser Form Dossierdaten zu 129 begleiteten Personen vor. Die Daten decken den Zeitraum von Januar 2023 (Start Pilotprogramm) bis Juli 2025 (Ende der Erhebungsphase⁸) ab.⁹

5.1 Anzahl und Profil der begleiteten Personen

In den ersten eineinhalb Jahren seit Start des Pilotprogramms wurden in den drei beteiligten Kantonen insgesamt 129 Personen ins Programm aufgenommen und begleitet – 61 Personen im Kanton Graubünden, 51 Personen im Kanton Thurgau, 17 Personen im Kanton Schaffhausen. Nachfolgend werden die Profile der begleiteten Personen näher vorgestellt. Unterschiede zwischen den Kantonen werden nur erwähnt, wo diese relevant sind.

Betreffend *Einreisezeitpunkt* in die Schweiz lässt sich festhalten, dass rund 70% der Triple A-Teilnehmenden nach 2020 in die Schweiz einreisten und entsprechend in den ersten vier bis fünf Jahren nach ihrer Ankunft im Triple A aufgenommen wurden. Die Zahlen zur Ankunft der Teilnehmenden in der Schweiz unterscheiden sich allerdings zwischen den Kantonen: Im Graubünden sind es 85.2%, im Schaffhausen 47.1% und im Thurgau 60.8%, die nach 2020 eingereist sind. Die Unterschiede lassen sich vor dem Hintergrund der unterschiedlichen kantonalen Settings der Früherfassung (vgl. Kap. 4.6.1) lesen: Im Kanton Graubünden greift die Früherfassung aufgrund der institutionellen Verankerung der Gesundheitsstelle innerhalb der Fachstelle Integration gut und es werden vor allem «junge» Fälle zugewiesen, während im Kanton Schaffhausen und – in geringerem Ausmass – auch im Thurgau noch mehr ältere Fälle aufgenommen werden, die durch die systematische Identifizierung nun auffallen.

Zum *Alter*: Rund die Hälfte der Programtteilnehmenden sind unter 30 Jahre alt (bis 20 Jahre: 23.3%, 21 bis 30 Jahre: 24.8%). Auffallend ist, dass sich im Kanton Schaffhausen im Vergleich zu den anderen Kantonen ein deutlicher Peak bei den 21- bis 30-jährigen Personen zeigt, im Kanton Thurgau bei den unter 20-Jährigen. In Kombination mit dem Einreisezeitpunkt lässt sich festhalten, dass im Thurgau 12 der 18 Personen unter 20 Jahren als UMAs in die Schweiz gekommen sind. Über 50-jährige Teilnehmende sind im Graubünden unter-, im Thurgau leicht übervertreten.

⁸ Die Stichtage der letzten Erfassung variieren leicht: TG 01.07.2023, SH 16.07.25, GB 25.07.25.

⁹ Die Datenlage weist einige Einschränkungen auf, weshalb die präsentierten Daten mit der nötigen Vorsicht zu interpretieren sind (Eigenangaben, teilweise lückenhaft, kleine Fallzahlen, ungleiche Laufzeiten).

Der *ausländerrechtliche Status* der Programmteilnehmenden ist überwiegend B (51,9%), dicht gefolgt vom F-Status (45,7%). Im Kanton Graubünden und im Kanton Thurgau unterscheiden sich die Anteile von Personen mit B- und F-Status nur geringfügig, im Kanton Schaffhausen ist der Anteil der Programmteilnehmenden mit Status B rund doppelt so hoch wie jener mit Status F. Im Kanton Graubünden haben ausserdem 3,3% der Teilnehmenden, das entspricht zwei Personen, den Status N. Im Kanton Graubünden können Personen bereits mit einem N Status aufgenommen werden, wenn deren Anerkennung realistisch ist, sie können somit früher erfasst werden.

Zum *Geschlecht*: Männer sind gegenüber Frauen im Gesamtsample deutlich häufiger vertreten (77.5% männlich und 22.5% weiblich), entsprechend dem insgesamt höheren Anteil männlicher geflüchteter Personen in der Schweiz. In Graubünden sind die Verhältnisse etwas ausgeglichener, hier beträgt der Anteil weiblicher Teilnehmerinnen 37.7% gegenüber 62.3% Männern.

In Bezug auf die *Familiensituation* ist festzuhalten, dass Personen, die allein in der Schweiz leben, jedoch Familie im Herkunftsland haben, den grössten Anteil stellen (43.4%) – zu beachten ist, dass dies Personen sind, bei denen Sorgen um die Familie und Trennung von dieser ein Einflussfaktor für die gesundheitliche Situation (insbesondere psychische Verfassung) sein kann. 34.9% der Teilnehmenden leben in Partnerschaft mit oder ohne Kinder in der Schweiz.

Bei der *Haushaltssituation* zeigt sich, dass über alle Kantone die Gruppe von Teilnehmenden, welche mit ihrer Familie in einer Wohnung leben, die grösste Gruppe ausmacht. Relevante Unterschiede zeigen sich bezüglich Unterbringung in Zentren: Im Kanton Graubünden leben mit 32.8% ein Drittel der Personen allein in einem Zentrum, im Thurgau und im Schaffhausen sind es nur rund jede zehnte Person, worin sich die unterschiedlichen kantonalen Unterbringungsstrukturen spiegeln. Bedenkt man die Bedeutung der Wohnform für die gesundheitliche Situation von Teilnehmenden, handelt es sich um relevante Unterschiede.

Hinsichtlich des *Sprachniveaus* zeigt sich im Gesamtsample, dass mit 73.7% eine klare Mehrheit der Triple A-Teilnehmenden ein Sprachniveau im Bereich A0 bis A2 aufweist (Anfänger bis grundlegende Kenntnisse; A0: 19.4%, A1: 30.2%, A2: 24.1%) – Werte, die bei der Ausgestaltung von Anschlusslösungen zu beachten sind, damit sie den Sprachkompetenzen der Personen gerecht werden.

Zum *Bildungsniveau*: 42.6% der Teilnehmenden verfügen über keine Schulbildung, weitere 41.1% haben die Schule abgeschlossen, aber keine (Berufs-) Ausbildung besucht. Berufliche Grundbildung, Universität oder andere Bildungsabschlüsse machen einen deutlich kleineren Teil aus. Gleichwohl besteht eine gewisse Heterogenität im Sample, die im Programm aufzufangen ist, da 13 Personen über eine universitäre Bildung verfügen (10.1%). Rund zwei Drittel der Personen, zu welchen diesbezügliche Angaben vorliegen, verfügen über berufliche Erfahrungen im Herkunfts- oder in einem Drittland.

Das häufigste *Herkunftsland* der Teilnehmenden ist Afghanistan (44.2%), gefolgt von der Türkei (20.9%) und Syrien (16.3%).

Zu den erfassten *Themen/Problematiken*, die die Teilnehmenden nach Angabe der Fachpersonen mitbringen: Bei 55.8% der Teilnehmenden werden mehrere Themen bzw. Mehrfachproblematiken genannt, 35.7% weisen nur eine Problematik auf, bei 8.5% der Fälle wurden keine Angaben gemacht. Dabei zeigen über die Hälfte psychische und psychisch/kognitive Themenkonstellationen (50.4%), ein Viertel eine gemischte Konstellation von physischen und psychischen Themen (25.6%) und lediglich 13.2% eine rein physische Themenkonstellation.

Bei einer deutlichen Mehrheit aller Fälle (59.7%) werden mehrere *Gründe* genannt, die zu der Früherfassung führten (Mehrfachnennungen waren möglich). Die häufigsten Gründe im Gesamtsample sind

ärztliche Diagnosen (38.8%), keine Lernfortschritte (34.9%), Verhaltensauffälligkeiten (34.1%) sowie psychische Beschwerden ohne ärztliche Diagnosen (32.6%). Es fällt auf, dass in den verschiedenen Kantonen unterschiedliche Gründe für eine Früherfassung am häufigsten genannt werden. Im Kanton Thurgau werden ärztliche Diagnosen deutlich häufiger als Anlass für eine Früherfassung genannt als in den beiden anderen Kantonen. Im Kanton Graubünden wiederum spielen pädagogische Beobachtungen in den Zentren sowie insbesondere in den Sprachkursen eine zentrale Rolle. In beiden Befunden spiegelt sich die je andere Verankerung von Triple A in den Kantonen: In Graubünden gelangen die Personen bereits zu einem frühen Zeitpunkt des Integrationsprozesses, vermittelt über die Zentren oder die Sprachkurse, ins Programm. Im Thurgau hingegen haben die Teilnehmenden vergleichsweise längere Zeit im Kanton verbracht, bevor ihr Dossier in der Fachstelle Integration eröffnet wird, und konnten dadurch bereits ärztliche Untersuchungen und Diagnosen erhalten, die als Hinweis auf eine Aufnahme ins Triple A dienen.

5.2 Realisierte Abklärungen und Anschlusslösungen

In allen Kantonen zusammengezählt wurden während der Evaluationsphase (Januar 2023 bis Juli 2025) 268 Abklärungen durchgeführt. Dies entspricht bei 129 Teilnehmenden durchschnittlich 2 Abklärungen pro Person. Im Kanton Graubünden wurden 133 Abklärungen (2.18 Abklärungen/Person), im Kanton Schaffhausen 38 Abklärungen (2.23 Abklärungen/Person) und im Kanton Thurgau 97 Abklärungen (1.90 Abklärungen/Person) durchgeführt – die Werte liegen damit nahe beieinander.

Die nachfolgende Tabelle 2 zeigt eine Übersicht über Art und Anzahl aller durchgeführten Abklärungen:

	Graubünden	Schaffhausen	Thurgau	Total
Arbeitsagog:innen 2. Arbeitsmarkt	5	1	10	16
Berufs- und Laufbahnberatung	14	6	2	22
Gespräch Gesundheitsstelle	42	2	10	54
Hausärzt:innen	25	5	19	49
Psychiater:in Regelstruktur	23	3	6	32
spezialisierte Ärzt:innen	13	9	17	39
IV	4	1	8	13
Gravita	3	-	4	7
Appisberg	4	9	14	27
Entwicklungspsychiatrische Abklärung	-	2	7	9
Total	133	38	97	268

Durchschnittliche Anzahl Abklärungen/Person	61 TN 2.18 Abklärungen/ TN	17 TN 2.23 Abklärungen/ TN	51 TN 1.90 Abklärungen/ TN	129 TN 2.07 Abklärungen/ TN
--	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

Tabelle 2: Nennungen durchgeführter Abklärungen

Ersichtlich wird, dass die internen Gespräche auf der Gesundheitsfachstelle sowie Fachpersonen der Regelstruktur eine wichtige Rolle spielen, die Kantone gleichzeitig aber auch ein diversifiziertes Angebot nutzen, um passgenaue Angebote für individuelle Situationen zu finden.

Tabelle 3 zeigt eine Übersicht über die Art und Anzahl der durch die Fachpersonen erschlossenen und aufgegleisten Anschlusslösungen (es wurden nur konsistente Angaben und jene mit Anbieter:in in die Tabelle aufgenommen). Insgesamt wurden im Evaluationszeitraum 192 Anschlusslösungen aufgegleist, installiert und im besten Fall zu Ende geführt. Dies entspricht bei 129 Teilnehmenden durchschnittlich knapp 1.5 Anschlusslösungen pro Person. Im Kanton Graubünden waren es 91 (1.5/Person), im Kanton Schaffhausen 20 (1.2/Person) und im Kanton Thurgau 81 Anschlusslösungen (1.6/Person).

	Graubünden	Schaffhausen	Thurgau	Total
Selbstständige Stellensuche und Integration 1. AM	14	-	6	20
1. AM, gegebenenfalls mit spezifischen Begleitmassnahmen (v.a. Praktika und Schnuppern)	6	1	8	15
2. AM mit Ziel 1.AM, Qualifizierungsprogramme	15	3	5	23
Berufliche Grundbildung EBA/EFZ im Betrieb ggf. mit spez. Begleitmassnahmen	-	2	-	2
berufliche Grundbildung EBA und EFZ im geschützten Rahmen	-	-	5	5
Integrationsausbildung	-	1	2	3
Geschützte Ausbildung PrA nach INSOS	-	-	4	4
2. AM langfristig, Beschäftigungsprogramm	3	3	7	13
Externe Unterstützung bei Stellensuche Lehrstellensuche/lehrstellenerhalt	1	3	2	6
Behandlung oder weitere Abklärung Schmerzthematiken	9	1	3	13
Psychiatrische Anschlusslösungen	21	1	23	45

weitere Behandlung oder Abklärung der Symptomatik	3	2	-	5
Spezifische gesundheitliche Angebote	1	-	3	4
Betreuende Institution	1	-	2	3
Spezifische Massnahmen (sprachliche und soziale Integration) ohne reguläre Sprachkurse	11	2	9	22
IV Anerkennung / IV Anmeldung	3	1	1	5
SVA	1	-	-	1
Beistandschaft	2	-	1	3
Total	91	20	81	192
Durchschnittliche Anzahl Anschlusslösungen/Person	61 TN 1.49 Anschlusslösungen/TN	17 TN 1.18 Anschlusslösungen/TN	51 TN 1.59 Anschlusslösungen/TN	129 TN 1.49 Anschlusslösungen/TN

Tabelle 3: Nennungen durchgeführte Anschlusslösungen

Die Zahlen zeigen, dass die Anschlusslösungen im Gesamtsample sehr divers sind, und geben einen Hinweis darauf, dass die Fachpersonen differenzierte und individuell passende Anschlusslösungen installiert haben. Am häufigsten wurden psychiatrische Anschlusslösungen (ambulant, teilstationär, stationär, 45 Anschlusslösungen) installiert, was mit Blick auf die Problematiken der Teilnehmenden passend scheint. Ebenfalls zeigen sich Aufbau- und Qualifizierungsprogramme im 2. Arbeitsmarkt als oft genutzte Anschlusslösungen (23 Anschlusslösungen). Die Integration in den 1. Arbeitsmarkt durch selbstständige Stellensuche wurde 20-mal als Anschlusslösung genannt (in diesen Fällen also nicht über die Fachpersonen installiert). In 17 Fällen konnte als Anschlusslösung eine langfristige Beschäftigung oder Tagesstruktur im 2. Arbeitsmarkt installiert werden. Mit Blick auf die Problematiken der Teilnehmenden konnten auch dringend nötige Anschlusslösungen zur sprachlichen und sozialen Integration (22 Anschlusslösungen) installiert werden.

5.3 Leistungen zur Angebots- und Kooperationsentwicklung

Eine bedeutende Leistung im Rahmen von Triple A bestand darin, dass im Projektverlauf die Angebote für die Abklärung und für passende Anschlusslösungen erst noch gefunden und erschlossen werden mussten. Ein grosser Teil der Angebote, die im Rahmen von Triple A genutzt wurden, gab es vor Triple A noch nicht bzw. war für die spezifische Zielgruppe – Personen aus dem Asylbereich mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen – noch nicht zugänglich.

Eine Angebotserschliessung umfasst in der Regel nebst der Eröffnung des Zugangs zum Angebot auch die Regelung der Finanzierung, für die je nach Konstellation die Gemeinden einbezogen und überzeugt werden müssen. In manchen Fällen liessen sich innovative Finanzierungsmodelle finden, wie etwa im Fall des Brügglis als Partner für Ausbildungen im geschützten Rahmen: Hier übernehmen die Gemeinde,

die Fachstelle Integration und der Anbieter je einen Drittel der Kosten. Ausserdem wurden für die Erschliessung von Angeboten in vielen Fällen gemeinsam mit den Anbietern neue Formate entwickelt bzw. bisherige Formate so angepasst, dass sie für die Zielgruppe und deren (auch finanziellen) Rahmenbedingungen passten; ein Beispiel ist die Entwicklung eines spezifischen Abklärungsformates in Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum Appisberg, das in Kapitel 4.4 kurz beschrieben wurde. Ein anderes Beispiel betrifft die Bemühungen im Kanton Schaffhausen, im Juma-Angebot separate Klassen für die Zielgruppe mit angepassten Lehrplänen zu gründen.

Tabelle 4 zeigt die bisherigen und die neu erschlossenen *Abklärungen* und macht deutlich, dass bisher mit wenigen Ausnahmen vor allem Angebote der Regelstruktur zur Verfügung standen. Insbesondere arbeitsmedizinische und mit Gravita eine für die Zielgruppe wichtige psychotraumatologische Abklärungen konnten neu erschlossen werden.

		Graubünden	Schaffhausen	Thurgau
Abklärungen hinsichtlich Arbeitsmarkt	Arbeitsmedizinische Abklärungen	Kompetenzzentrum Appisberg	Kompetenzzentrum Appisberg (für Triple A erschlossen)	Kompetenzzentrum Appisberg (für Triple A erschlossen)
	Arbeitsmedizinische Abklärungen 2. Arbeitsmarkt	Stiftung Feschtland Chur (für Triple A erschlossen) Forward (für Triple A erschlossen)		Brüggli (für Triple A erschlossen) Aba (für Triple A erschlossen)
	andere	Berufs- und Laufbahnberatung	Berufs- und Laufbahnberatung	Berufs- und Laufbahnberatung
Abklärungen hinsichtlich Gesundheit	Psychiatrische Abklärungen	Gravita SRK Zentrum für Psychotraumatologie für Kriegs-, Folter- und fluchtbedingte Traumastörungen (für Triple A erschlossen)	Gravita SRK Zentrum für Psychotraumatologie für Kriegs-, Folter- und fluchtbedingte Traumastörungen (für Triple A erschlossen)	Gravita SRK Zentrum für Psychotraumatologie für Kriegs-, Folter- und fluchtbedingte Traumastörungen (für Triple A erschlossen)
		psychiatrische Regelstrukturen	psychiatrische Regelstrukturen	psychiatrische Regelstrukturen
			Entwicklungspädiatrische Abklärung	Entwicklungs-pädiatrische Abklärung Münsterlingen
				Neuropsychologische Abklärung Münsterlingen
	Physiologische Abklärungen	Hausärzt:innen und spezialisierte Ärzt:innen der Regelstruktur	Hausärzt:innen und spezialisierte Ärzt:innen der Regelstruktur	Hausärzt:innen und spezialisierte Ärzt:innen der Regelstruktur
				Zentrum für Schmerzmedizin und Psychosomatik Münsterlingen
	Sprachliche Abklärungen		Individuelle Sprachstandserhebung SAH	
	anderes	Invalidenversicherung	Invalidenversicherung	Invalidenversicherung

Tabelle 4: Zusammenstellung bisheriger und erschlossener Abklärungsmöglichkeiten

Insbesondere auch mit Blick auf *Anschlussangebote und -lösungen* wurde viel Innovation geleistet (Tabelle 4). Hier sind es insbesondere Anschlusslösungen im zweiten Arbeitsmarkt (mit oder ohne Hinführung zum ersten Arbeitsmarkt) sowie Ausbildungsmöglichkeiten im geschützten Rahmen oder mit spezifischen Begleitangeboten, die erschlossen werden konnten und sich als ausserordentlich wichtig und hilfreich für die Zielgruppe erwiesen. Auch die Zusammenarbeit mit Gravita – hier nicht als Abklärung, sondern als zielgruppenspezifische psychiatrische Anschlusslösung – sowie diverse Angebote mit Fokus auf die soziale Integration wurden neu eingeführt. Die grosse Vielfalt an neu erschlossenen Angeboten bietet die Möglichkeit für individuell angepasste Settings, um die Zielgruppe mit ihren besonderen Bedarfen möglichst gut und nachhaltig in ihrer beruflichen und sozialen Integration zu unterstützen.

Die neu erschlossenen Angebote unterscheiden sich danach, ob die Zusammenarbeit punktuell bleibt oder ob es gelingt, sie zu verstetigen – sei es durch Formalisierung, etwa in Form von Leistungsvereinbarungen, Absichtserklärungen oder klar beschriebenen Angeboten mit vereinbartem Finanzierungsschlüssel, oder durch eine weitergehende Institutionalisierung im Sinne einer dauerhaften Verankerung in der Angebotsstruktur. Solche Verstetigungen sind besonders im Thurgau gelungen. Im Kanton Schaffhausen konnten dank der ausgeprägten Vernetzung der zuständigen Fachperson zwar ebenfalls eine grosse Vielfalt an Anschlussmöglichkeiten erschlossen werden, diese lassen sich aber wegen des geringen Mengengerüsts an potenziellen Teilnehmenden nur selten formalisieren oder gar nachhaltig in die Angebotsstruktur einführen (vgl. auch unter Impact, Kap. 7.2). Mit Blick auf den Kanton Graubünden fällt auf, dass die Angebotslandschaft etwas weniger breit aufgestellt ist, insbesondere finden sich hier keine Möglichkeiten zur begleitenden Unterstützung von Personen, die in den ersten Arbeitsmarkt einsteigen. Doch auch hier konnten Angebote im zweiten Arbeitsmarkt als ganz neues Feld installiert werden, und für Personen mit einer IV-anerkannten Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit liess sich eine Lösung finden, damit diese Zugang zu Teillohn-Arbeitsplätzen erhalten.

	Graubünden		Schaffhausen	Thurgau
Arbeit	1 AM	möglich	möglich	möglich
	1. AM ggf. mit spez. Begleitmassnahmen		Verein Perspektive (für Triple A erschlossen) Qualifizierung und Jobcoaching Stiftung Impuls (für Triple A erschlossen) Mitschaffen.ch (für Triple A erschlossen) Jobcoaching Passepartout SAH	Supported Education/ Employment mit Coach RS Integration Brüggli (für Triple A erschlossen)
	2. AM mit Ziel 1.AM	Stiftung Feschland Chur (Brocki, Schreinerei, Industrie, Recycling, Kreativatelier) (für Triple A erschlossen) KIGA Einsatzprogramme (Industrie, Gewerbe und Arbeit) (für Triple A erschlossen)	Arbeitstraining, niederschwellige Beschäftigung bei Stiftung Impuls (für Triple A erschlossen) Praktikum bei Stiftung Altra (für Triple A erschlossen)	aba Beschäftigungsprogramm (für Triple A erschlossen)
	2. AM langfristig Schwierigkeit: Gemeinde muss nach 5/7 Jahren voll finanzieren	Einsatzplätze in Gemeinde Dauerhafter Teilohn via Behindertenintegration (via Triple A erschlossen)	Stiftung Altra (für Triple A erschlossen)	Stiftung Obvita für blinde Personen (Orientierungs- und Mobilitäts-Training sowie Braille) (für Triple A erschlossen)
Ausbildung	Ausbildung PrA nach INSOS, EBA und EFZ im geschützten Rahmen	PrA Ausbildung (nur eine Person mit F-Status) (für Triple A erschlossen)	Stiftung Altra (für Triple A erschlossen)	Brüggli (für Triple A erschlossen) aba (für Triple A erschlossen) Sonnhalde (für Triple A erschlossen)
	Integrationsausbildung		Integrationsvorlehre INVOL oder Berufsvorbereitungsjahr bei BBZ mit Lerntherapie (für Triple A erschlossen)	Niederschwellige Integrationsausbildung (NIA) und Integrationsvorlehre Plus (INVOL+) (für Triple A erschlossen)
	Berufliche Grundbildung EBA/EFZ im Betrieb ggf. mit spezifischen Begleitmassnahmen		Stiftung Impuls mit Begleitung durch Verein Perspektive (für Triple A erschlossen)	
Gesundheit und Soziales	Psychiatrische Anschlusslösungen	Psychiatrische und psychologische Regelstrukturen	Psychiatrische und psychologische Regelstrukturen	Psychiatrische und psychologische Regelstrukturen

		Ambulant oder Tagesklinik Gravita SRK Zentrum für Psychotraumatologie für Kriegs-, Folter- und flucht- bedingte Traumastörungen (für Triple A erschlossen)	Ambulant oder Tagesklinik Gravita SRK Zentrum für Psychotraumatologie für Kriegs-, Folter- und flucht- bedingte Traumastörungen (für Triple A erschlossen)	Ambulant oder Tagesklinik Gravita SRK Zentrum für Psychotraumatologie für Kriegs-, Folter- und flucht- bedingte Traumastörungen (für Triple A erschlossen)
			psychiatrische Klinik Breitenau, Krisenintervention mit Gatekeeperin für Migrationsbereich	Stationäre Traumabehandlung in den psychiatrischen Kliniken Littenheit oder Münsterlingen
			Psychiatrische Sozialpädagogische Begleitung	SPIRIT Psychische Gesundheit für Geflüchtete, SRK Thurgau
	Schmerz-themen		Neurophysiologische Abklärung in Basel	Dreiwöchige Stationäre multimodale Schmerztherapie, Palliativ- & Schmerzzentrum, Kantonsspital St. Gallen (für Triple A erschlossen)
	Spezifische Massnahmen (sprachliche und soziale Integration)	Forward soziale Integration (für Triple A erschlossen)	Verschiedene, teils niederschwellige Deutschkurse Mit Lerncoaching (für Triple A erschlossen)	DaZ für Sehbehinderte (für Triple A erschlossen)
		Deutschkurse (mit/ohne Lernbegleitung)	Beschäftigungsprogramm Stiftung Impuls (für Triple A erschlossen)	Deutschunterricht im 1:4-Setting infras HEKS (für Triple A erschlossen)
		Kunsttherapie	Angebot, um als taubstumme Person Deutsch zu lernen (für Triple A erschlossen)	LERNEN und GEHIRN oder Lernpunkt Lerncoaching (für Triple A erschlossen)
		SRK EinszuEins	Freiwilligenbegleitung	Wohngruppe Obvita (für Triple A erschlossen)
		IG offenes Davos/offene Viamala		Deutschkurs, Haus der Sprachen
		Bergschule Avrona		Entlastungsdienst und weitere Angebote (ProInfirmis)
	Anderes	Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde	Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde	Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde
		Aidshilfe		

Tabelle 5: Zusammenstellung bisheriger und erschlossener Anschlussmöglichkeiten

6 Outcome – Wirkungen bei den Teilnehmenden

Unter «Outcome» werden die Wirkungen verstanden, die sich direkt aus den in einem Programm erbrachten Leistungen ergeben. Dieses Kapitel befasst sich entsprechend mit den Wirkungen der in Triple A geleisteten Begleitung und Unterstützung der Teilnehmenden in ihren Stabilisierungs- und Integrationsprozessen. Dabei ist bereits an dieser Stelle festzuhalten, dass angesichts der Thematik die bisherige Laufzeit des Pilotprogramms und mit ihr der Evaluationszeitraum zu kurz sind, um die Wirkungen auf die Teilnehmenden abschliessend zu beurteilen: Was für Integrationsprozesse allgemein gilt, gilt für die spezifische Zielgruppe, um die es hier geht, in besonderem Masse. Die Prozesse brauchen Zeit, und sie verlaufen selten linear, sondern sind geprägt von Rückschlägen und Umwegen. Insbesondere fallbezogene Beobachtungen und Einschätzungen sind in diesem Sinne immer Momentaufnahmen, die mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren sind. Gleichwohl lassen sich dank der Vielfalt der erhobenen Perspektiven relevante Erkenntnisse sowohl zu den Wirkungen als auch zur Wirkungsweise des Programms gewinnen, die nachfolgend präsentiert werden. Kap. 6.2 stellt die Perspektive der Teilnehmenden ins Zentrum und präsentiert wichtige Themen, wie sie sich aus den geführten Gesprächen mit den begleiteten Personen ableiten lassen, in Kap. 6.3 wird die Wirkung und die Wirkungsweise des Programms aus Sicht der involvierten Fachpersonen dargestellt. Kapitel 6.4 fokussiert auf das Kompetenzzentrum Appisberg, dem in der Evaluation ein eigenes Modul gewidmet war, um Stärken und Schwächen mit Blick auf die Wirkung herauszuarbeiten. Der letzte Teil des Outcome-Kapitels beinhaltet in Kapitel 6.5 schliesslich eine Quantifizierung der Wirkungen auf die Teilnehmenden – bzw. ihrer Stabilisierungs- und Integrationsverläufe – anhand der Dossierdaten und interpretiert die Befunde unter Einbezug der unterschiedlichen kantonalen Modelle, wie sie im Input-Kapitel beschrieben worden waren.

Vorangestellt ist ein kurzes Kapitel zu individuellen und strukturellen Rahmenbedingungen im Kontext von Flucht und Asyl, die die Möglichkeiten dessen, was im Rahmen von Integrationsförderung überhaupt bewirkt werden kann, entscheidend prägen, und die folglich bei der Interpretation und Bewertung von Integrationserfolgen und -misserfolgen nie aus dem Blick zu verlieren sind.

6.1 Einfluss von persönlichen Lebensumständen und asylpolitischen Rahmenbedingungen

Die Lebensrealität geflüchteter Menschen wird wesentlich durch Faktoren bestimmt, die jenseits von Programmen, Projekten und institutionellen Unterstützungsangeboten liegen. Persönliche Lebensumstände, rechtliche Unsicherheiten, strukturelle Hürden und gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflussen in hohem Masse, ob und wie begleitende Massnahmen wahrgenommen, angenommen und überhaupt wirksam werden können.

Persönliche Lebensumstände im Kontext von Flucht und Asyl wie familiäre Sorgen und Probleme, gesundheitliche Herausforderungen, traumatische Erlebnisse oder soziale Isolation wirken sich unmittelbar auf die Wahrnehmung und Nutzung von Unterstützungsangeboten aus. Besonders psychische Belastungen beeinträchtigen nicht nur die Lebensqualität in hohem Ausmass, sondern machen gleichzeitig die Inanspruchnahme und das sich einlassen Können auf unterstützende Angebote höchst voraussetzungsvoll – eine Konstellation, die sich in einem noch unbekannten gesellschaftlichen Kontext und bei wenig Kenntnissen der lokalen Sprache zusätzlich verschärft. Familiäre oder andere soziale Netzwerke, die im positiven Fall emotionale Stabilität, Zugehörigkeit und Orientierung vermitteln könnten, sind in

vielen Fällen nicht oder nur eingeschränkt vorhanden. In anderen Fällen sind sie Anlass zu zusätzlichen Sorgen oder stellen weiterreichende Belastungen dar, wie sich dies in den uns vorliegenden Daten wiederholt zeigt, etwa im Fall von kriegsbedrohten Familienmitgliedern im Herkunftsland. Auch spielen die persönliche Lebensgeschichte und frühere Bildungs- oder Berufserfahrungen eine wichtige Rolle. Manche Menschen bringen grosse innere Stärke mit, die ihnen hilft, Krisen zu bewältigen. Andere sind durch biografische Brüche oder traumatische Erfahrungen stark erschüttert.

Hinzu kommen die erschwerenden Rahmenbedingungen auf struktureller Ebene. Ein stabiler und sicherer Wohnraum wirkt sich stark auf das subjektive Wohlbefinden und die psychische Stabilität aus. Problematische Wohnsituationen erweisen sich immer wieder als Grund für stockende oder verhinderte Stabilisierungsprozesse. Der Zugang zu eigenem Wohnraum ist jedoch für viele geflüchtete Menschen stark eingeschränkt, sei das, weil bei fehlender wirtschaftlicher Unabhängigkeit Kollektivunterkünfte nicht verlassen werden können, oder weil Unterstützungsangebote bei der Wohnungssuche begrenzt sind, zu spät greifen oder ganz ausbleiben. Besonders für vulnerable Gruppen fehlt es oft an betreuten oder sozialpädagogisch begleiteten Wohnformen, die eine Zwischenlösung zwischen Kollektivunterbringung und vollständiger Selbstständigkeit bieten würden. Auch die knappe finanzielle Situation und die manchmal fast ausweglos scheinenden Aussichten, diese zu verbessern und die Abhängigkeit von der Asylsozialhilfe zu überwinden, stellen eine grosse Belastung und Herausforderung dar, sowohl in der alltäglichen Lebensführung als auch mit Blick darauf, sich auf längerfristig angelegte Unterstützungsprozesse einzulassen. Für vorläufig aufgenommene Personen mit Status F stellen sich die genannten und weitere strukturellen Hürden noch deutlich verschärft, hinzu kommen für sie die Ungewissheit bezüglich der rechtlichen Zukunft, eingeschränkte Mobilität und in vielen Fällen ein begrenzter Zugang zu Bildung aufgrund von finanziellen und administrativen Hürden.

Die genannten Bedingungen gelten für alle Menschen mit Fluchthintergrund und prägen die Art und Weise, ob und wie Integrationsmassnahmen Wirkung entfalten können. Für Personen, die zusätzlich mit gesundheitlichen Problemen und Beeinträchtigungen zu kämpfen haben, gilt dies in besonderer und spezifischer Weise. Triple A setzt genau hier an, entsprechend ist besonders wichtig, die Funktionsweise und Wirkungen dieses Modells angemessen zu kontextualisieren.

6.2 Die Perspektive der Teilnehmenden

Im Folgenden wird die Perspektive der Teilnehmenden ins Zentrum gerückt. Aus den Erzählungen der befragten Personen lassen sich Hinweise auf die wichtige Bedeutung einer intensivierten Begleitung und Unterstützung finden, wie sie im Rahmen von Triple A geleistet wird. Gleichzeitig erlauben die Erzählungen auch, Herausforderungen und kritische Aspekte zu identifizieren. Nachfolgend wird eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Themen präsentiert, wie sie sich im Rahmen der Analyse der Interviews herausarbeiten liessen. Auf eine Differenzierung der Teilnehmenden-Perspektive nach kantonalen Kontexten wurde bewusst verzichtet, weil die geringen Interviewzahlen zu falschen Schlussfolgerungen führen könnten, und weil es die versprochene Anonymisierung der Personen strikt einzuhalten gilt.

Die Interviews mit den begleiteten Personen machen deutlich, wie entscheidend für sie eine intensive und enge Begleitung sein kann, wie sie im Rahmen von Triple A vorgesehen ist. Die Erleichterung, mit einer Triple A-Fachperson eine **verbindliche und vertrauenswürdige Ansprechperson** zu haben, die sich um die Belange kümmert, eine Person, bei der man sich gehört und ernst genommen fühlt, ist oft sehr gross – dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass solche tragenden und verlässlichen

Beziehungen im Asylwesen häufig fehlen. Dass sich jemand bemüht, die Perspektive der begleiteten Person wirklich zu verstehen und sich zuverlässig deren Bedürfnissen annimmt und dafür auch die notwendigen Kompetenzen und Ressourcen hat, ist eine besondere Erfahrung, wie dies etwa in folgender Passage zum Ausdruck kommt: *«Sie hilft mir, sie unterstützt mich sehr, besonders die letzte Zeit. Sie schaut, dass es mir gut geht. Ich schätze ihre Unterstützung. Meine Betreuerinnen vorher haben mich nicht so unterstützt. Sie hat mir zugehört, und sie hat mir geholfen. Ich konnte schon mit den anderen Betreuerinnen sprechen, aber ich habe etwas gesagt, und sie haben zugehört und gesagt, dass sie schauen, aber es ist dann nie etwas passiert.»* Dabei zeigt sich im Interviewmaterial auch deutlich, dass für den Unterstützungsprozess auch eine fortlaufende Begleitung und beispielsweise die Sicherstellung von Nachgesprächen entscheidend ist, um die Klient:innen nicht im Gefühl zu lassen, wieder allein zu sein. Brüche in der Betreuung oder fehlende Nachsorge können die Begleitung beeinträchtigen.

Wenn der Integrationsprozess in Bezug auf eine berufliche Tätigkeit im Vordergrund steht, werden die Begleitpersonen dafür geschätzt, dass sie **Orientierung, Kontakte und Lösungsoptionen vermitteln** sowie bei bürokratischen Hürden unterstützen. In vielen Fällen wird die Triple A-Fachperson als einzige Ansprechperson im System wahrgenommen und entsprechend geschätzt, die dringend benötigte Zugänge zu Leistungen schafft, die sonst nicht erschliessbar wären. Eine Person schildert, wie sie die Aufwärtsspirale wahrnahm, die sich im Lauf einer von Engagement und Vertrauen geprägten Begleitung fortlaufend entwickelte: *«Sie hat mich dann in den Appisberg geschickt, weil ich immer so isoliert war, dass ich etwas lernen kann. Es sei mein erster Halt für ein besseres Leben, hat sie gesagt. Es war eine gute Erfahrung, alle waren freundlich (...) Ich habe mich inspirieren lassen. (...) Sie hat mich ein bisschen repariert. Sie hat viel für mich getan, hat viel positiv verändert. Appisberg und die Arbeit, die ich jetzt habe. Ich wollte fertig machen mit dem Leben, habe mir das überlegt, jetzt bin ich aber wieder bei 40% und habe Hoffnung.»*

Dabei zeigt sich immer wieder, als wie wichtig eine **ganzheitliche Begleitung** wahrgenommen wird, und dass die Unterstützung als besonders bedeutungsvoll erfahren wird, wenn sie über die reinen Integrationsaufgaben hinausgeht. Die Möglichkeit, Sorgen zu teilen, konkrete Hilfe zu erhalten und als Mensch in seiner Gesamtheit wahrgenommen zu werden, wird als besonders stärkend erlebt. Eine weitere befragte Person: *«Ich kann nicht beschreiben, was sie alles für mich gemacht hat, weil es so viel war. Mein Leben hat sich komplett gekehrt. Sie hat mich viel motiviert, jedes Mal, als sie mir Termine gegeben hat, habe ich die Termine wahrgenommen. Ich konnte erzählen, was mein Stress ist, meine Probleme, wenn ich eine Müdigkeit hatte. Sie hat mir Tipps gegeben, wie ich damit umgehen kann, z.B. ablenken, Bibliothek, das habe ich gemacht. Als ich noch in XY gelebt habe, da hat sie mir ein Ticket gegeben, dass ich in die Bibliothek kommen kann. Sie hat für mich einen Hausarzt besorgt, eine Freiwillige hat sie für mich gefunden, sie hat mich auch unterstützt mit dem Sozialamt, wenn es dort schwierig war».*

Dabei wird aber auch deutlich, dass die Begleitprozesse oft umso mehr von besonderen Herausforderungen und kritischen Momenten geprägt sind, je mehr die Schritte hin zur beruflichen Integration zum Thema werden. Eine besondere Herausforderung liegt darin, über eine **vertrauensvolle und transparente Kommunikation** die nächsten Schritte im Prozess und das, was davon erwartet werden kann, sorgfältig zu klären. In vielen Fällen wurde deutlich, dass es zu Missverständnissen und Enttäuschungen kam und Erwartungen der Teilnehmenden an eine Massnahme und das, was man schliesslich erfuhr, in keiner Weise in Übereinstimmung standen. Dies kann Ziele, Inhalte und potenzielle Ergebnisse einer Abklärungs- oder Anschlusslösung betreffen, aber auch Entlohnungsmodalitäten. In einigen Fällen konnten negative Vorannahmen (z. B. gegenüber einer Lehre im geschützten Rahmen)

aufgefangen werden, in anderen wirken negative und manchmal als entwürdigend wahrgenommene Erfahrungen in Abklärungs- oder Anschlusslösungen nach.

Dem **Erleben von Autonomie und Selbstbestimmung** kommt generell grosse Bedeutung zu in Bezug darauf, als wie sinnhaft Anschlusslösungen erfahren werden. Angebote, bei denen die Betroffenen das Gefühl haben, nicht mitentscheiden oder sich nicht ehrlich äussern zu können, werden häufig als fremdbestimmt wahrgenommen, selbst wenn sie objektiv sinnvoll erscheinen. Dies wird beispielsweise im Fall einer Zuweisung in den Appisberg deutlich: *«Es hat mir überhaupt nicht gefallen wie dieser Prozess, vor allem im Appisberg gelaufen ist. Ich habe mich in dieser Zeit ergeben, damit sie nicht denken, dass ich Probleme mache, habe einfach mitgemacht»*. Das Gefühl, dass Wahlmöglichkeiten fehlen und sich fügen zu müssen, kann den weiteren Prozess erheblich gefährden.

In anderen Fällen wurde in den Interviews von einem **Gefühl mangelnder Anerkennung** der eigenen Fähigkeiten oder Perspektiven berichtet, und es wurde verschiedentlich deutlich, wie solche Wahrnehmungen verhindern können, dass sich Teilnehmende einlassen und Massnahmen eine Wirkung entfalten können. Eine teilnehmende Person fasst ihre entsprechenden Empfindungen in folgende Worte: *«Ich war drei Wochen dort, man hat mir gesagt, dass ich dorthin gehen soll und arbeiten soll. Ich habe das erledigt. Es war nicht schön für mich. Es hat mir nicht gefallen. Ich hatte ein Brustbeklemmen, es war einfach ein Gefühl, ich kann nicht sagen warum.»* Wiederholt zeigt sich ausserdem, dass auch eine als stabil geltende Lösung aus Sicht der betroffenen Person dennoch unbefriedigend sein kann, etwa wenn die ausgeübte Arbeit als belastend oder nicht erfüllend erlebt wird. Die Einbindung und Berücksichtigung persönlicher Berufsziele erscheint in den Interviews als zentrales Motivationsmoment. Positive Beispiele, in denen auf individuelle Wünsche eingegangen wurde, etwa durch eine Ausbildung im gewünschten Beruf unter angepassten Bedingungen, bestätigen die Relevanz passgenauer Lösungen. In einigen Fällen konnten aber auch vorhandene Vorstellungen korrigiert und negative Vorannahmen (z. B. gegenüber einer Lehre im geschützten Rahmen) aufgefangen werden. In Kontrast dazu stehen Situationen, in welchen die Einschätzungen von Fachpersonen (z.B. im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Abklärung) die Möglichkeit, einer gewünschten Arbeit nachgehen zu können, behindern. In den Interviews zeigt sich, wie schmerzhaft und irritierend und auch lähmend die Erfahrung sein kann, wenn die eigene Arbeitsfähigkeit abgesprochen wird, obwohl man gerne arbeiten würde.

Dort, wo gesundheitliche Problematiken andauern – wenn auch auf stabilisiertem Niveau – zeigt sich die Wichtigkeit, die **gesundheitlichen Bedürfnisse in die weitere Planung einzubinden**. In verschiedenen Beispielen wird deutlich, wie begleitende medizinische und psychologische Angebote für die Teilnehmenden unterstützend und (weiter) stabilisierend wirken. Dies betrifft etwa Begleitprozesse, in denen eine sorgfältig abgeklärte physische Einschränkung (z. B. chronische Schmerzen) zu daraus abgeleiteten Massnahmen für den Arbeitsplatz führen (z. B. sitzende Arbeitsform, flexible Pausen). In anderen Fällen wird als wertvoll wahrgenommen, wenn die Kompetenzen im Umgang mit gesundheitlichen Belastungen gestärkt werden, um langfristige Bewältigungsstrategien im Alltag zu entwickeln. Auch zeigt sich, dass gerade bei psychischer Problematik manchmal auf den ersten Blick unübliche Lösungen besonders sinnvoll sein können. So zeigt sich etwa bei einem jungen Mann, wie erst der Zugang zu einer temporären Erwerbsarbeit die psychische Entlastung brachte, die er brauchte, um anschliessend die sprachliche Integration zu schaffen.

Schliesslich zeigt sich im Interviewmaterial deutlich, wie den **Fachpersonen in den Anschlusslösungen** eine zentrale Bedeutung für die Integrationsprozesse zukommen kann. Auch hier: Insbesondere, wenn die Betroffenen das Gefühl haben, als Personen und in ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen ernst genommen zu werden, wird die Unterstützung als sehr positiv wahrgenommen. Coaches, Lehrer:innen und Vorgesetzte, die sich persönlich engagieren, Hilfestellung und Orientierung bieten, werden hoch

geschätzt und tragen massgeblich zur positiven Wirkung bei. In ihrer Position können sie auch in Krisen wichtige Ansprechpersonen sein: *«Mir gefällt, dass ich mit den Mitarbeitenden und dem Chef sprechen kann, vor allem mit dem Chef, wenn ich ein Problem habe. Letztes Jahr hatte ich ein Problem mit dem Sozialamt (...) zuerst habe ich gesagt, dass ich die Lehre abbrechen möchte, dass ich direkt arbeiten kann, damit ich nicht mehr vom Sozialamt abhängig bin. Ich war wütend. Ich habe dann mit meinem Chef gesprochen und er hat gesagt besser ich mache die Lehre fertig. Jetzt ist schon ein Jahr vorbei und dann kann ich eine Arbeit finden. Noch ein Jahr Geduld».*

6.3 Wirkungen aus Sicht der Fachpersonen

Die Auswertung der Interviews mit Fachpersonen in den unterschiedlichsten Positionen und Rollen ergibt ein deutliches Bild: Triple A entfaltet auf mehreren Ebenen nachhaltige Wirkungen, dies gerade bei Personen, die zuvor als «nicht bildungs- oder arbeitsmarktfähig» eingestuft wurden. Fachpersonen in verschiedenen Settings (Coaching, Anschlusslösungen) berichten von spürbaren Entwicklungsprozessen. Durch die Bereitstellung von mehr Ressourcen, den Aufbau von Vertrauen, die intensivere individuelle Begleitung und die Schaffung angepasster Strukturen wird den Klient:innen ermöglicht, neue Perspektiven zu entwickeln, sich zu stabilisieren und bedeutende Schritte in Richtung soziale und berufliche Integration zu machen – Entwicklungen, die im regulären Begleitsetting kaum je möglich gewesen wären. Speziell mit Blick auf den Kanton Graubünden ist in diesem Zusammenhang die besondere Situation zu nennen, dass geflüchtete Menschen mit Status F, für die hier im Regelfall lediglich eine pauschal-administrative Fallführung installiert ist, dank Triple A das erste Mal überhaupt eine Ansprech- und Begleitperson für ihre oft vielschichtigen Belastungen und Problemlagen erhalten haben.

In den Interviews mit den Fachpersonen spiegeln sich viele Themen und Gelingensbedingungen, die von den befragten Teilnehmenden ebenfalls angesprochen wurden. Der Aufbau einer **vertrauensvollen Beziehung** stellt aus Sicht der Fachpersonen eine zentrale Grundlage dar, um den gemeinsamen Prozess zu starten, krisenhafte Situationen zu begleiten und die Anschlussfähigkeit an Bildungs- sowie Arbeitsprozesse zu gewährleisten. Wie die Aussage *«Sie fühlen sich wahrgenommen – das allein ist schon Wirkung»* verdeutlicht, sind Fachleute überzeugt, dass die Erfahrung von Anerkennung ein wesentlicher Wirkfaktor darstellt. Viele Teilnehmende verfügen über wenig stabile soziale oder professionelle Bindungen. Häufig sind sie institutionell «durchgereicht» worden, ohne dass eine kontinuierliche Begleitung gewährleistet war, oder hatten im bisherigen Prozess noch keine Ansprechperson. Ebenso wurden frühere Angebote oftmals vorzeitig abgebrochen. Im Gegensatz dazu halten die Triple A Coaches und die Gesundheitsstelle, soweit es die strukturellen Rahmenbedingungen und ihr Auftrag erlauben, einen konstanten Kontakt aufrecht, auch in Phasen von Rückschritten, Krankheit oder Abwesenheit. Vertrauen entsteht demnach über Zeit und Kontinuität, was beides in der Struktur des Triple A-Programms stärker vermittelt werden kann als im regulären Integrationsprozess.

Die Aussagen zeigen, dass es in einem ersten und durchaus wichtigen Schritt zunächst um die (emotionale) **Stabilisierung** geht, welche eng mit der vertrauensbasierten Begleitung verknüpft ist. Das Programm ermöglicht es, komplexe Fälle überhaupt erst zu identifizieren und anzugehen, wo die Integration bisher nicht möglich war oder stagniert ist. Durch Fachpersonen können dringend benötigte gesundheitsbezogene wie auch begleitende **Ressourcen erschlossen** werden, wie etwa spezialisierte Abklärungen, um tatsächliche Problematiken zu identifizieren und passende Massnahmen einzuleiten. Dies führt dazu, dass Klient:innen, die sonst aus dem Prozess ausgeschlossen worden wären, nun neue und wertvolle Perspektiven erhalten. Die Motivation der Klient:innen wird aus Sicht der Fachpersonen

massgeblich durch Erfolgserlebnisse gefördert. Wenn Personen, die zuvor als «nicht integrierbar» galten, eine Festanstellung erhalten und zunehmend selbstständiger werden oder eine Lehrstelle absolvieren, wird dies als eindrucksvolles Beispiel für die Wirksamkeit des Programms gesehen.

Durch eine individuelle Begleitung, die an den jeweiligen Ressourcen und Grenzen orientiert ist, können auch sehr kleinteilige Unterstützungsformate (*«wir schauen im Mini-Mini-Format, dass etwas geht, das kann enorm wertvoll sein»*) wirksam sein. Selbst kleinere Fortschritte werden als bedeutend wahrgenommen und tragen zur Stabilisierung der Lebenssituation der Teilnehmenden bei. Oft gehe es auch darum zu erlernen, mit eigenen gesundheitlichen und psychischen Belastungen umzugehen, was ohne das Triple A nicht möglich gewesen wäre. Eine Ansprechperson zu haben und durch fundierte Abklärungen **Entlastung zu schaffen und Druck zu reduzieren**, eröffne ebenfalls Raum für Stabilisierungsprozesse, weil man *«so herausfinden kann, was möglich ist oder eben auch nicht, das kann auch entlastend sein, wenn endlich jemand sagt, dass es wirklich nicht geht und sie auch von der Gemeinde nicht mehr unter Druck gesetzt werden bezüglich Sozialhilfe»*. Nicht nur der teilnehmenden Person, sondern auch der Gemeinde könne man aufzeigen, wenn die berufliche Integration kein Thema ist, was oft vorkomme. Dies eröffne Möglichkeiten, vor Ort eine wirklich passende Begleitung zu erhalten. Die meisten Leute habe man sonst in der Integrationsförderung *«mitgeschleppt und irgendwann abgeschlossen, wenn man nicht weiterkommt.»*

Ein zentraler Gewinn des Programms sei es, den geflüchteten Personen **neue Perspektiven** hinsichtlich ihrer beruflichen und gesellschaftlichen Integration zu eröffnen, wobei auch alternative Handlungsmöglichkeiten sowie neue und innovative Ideen aufgezeigt werden, die insbesondere für Personen von Bedeutung sind, die aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen nicht in standardisierte Integrationsangebote passen. Früher habe es geheissen, dass man solche Personen «abschliessen» müsse. Jetzt heisse es im Gegenteil für die Fachpersonen: *«immer flexibel bleiben, auch mal etwas ausprobieren»*. Diese individuelle Herangehensweise ermögliche durch erweiterte Handlungsspielräume in finanzieller und angebotsbezogener Hinsicht, differenzierte und passgenaue Teilhabechancen zu suchen und zu installieren. Trotz vorhandener bürokratischer und finanzieller Herausforderungen bei der Schaffung von Anschlusslösungen werden individuelle Wege gefunden – und idealerweise institutionalisiert –, wie beispielsweise die Ermöglichung von PrA Lehrstellen oder Plätze im 2. Arbeitsmarkt für geflüchtete Menschen. Triple A verhindert, dass diese Personen aus der Integrationsförderung herausgelöst und dem Sozialhilfebezug überlassen werden. Es wird als *«grosser Gewinn»* und *«Mehrwert»* für die Personen beschrieben, da sie die Chance erhalten, *«so integriert zu werden, wie es ihnen zusteht»*.

Eindrückliche Schilderungen der Fachpersonen deuten darauf hin, dass im Rahmen der alternativen Herangehensweise von Triple A **allgemeine wie auch sprachliche Entwicklungen** stattfinden, die zuvor undenkbar gewesen wären. Die Fachpersonen berichten, dass viele Teilnehmende aufgrund von kognitiven Einschränkungen, Analphabetismus, Traumata oder Schulungseuthymie in klassischen Bildungswegen scheitern würden. Durch Triple A konnten individuelle, oft niedrigschwellige Bildungswege erschlossen werden (z. B. Lerntherapie, PrA, EBA), in denen Teilnehmende erstmals Lernerfolge erleben. Interviews mit Fachpersonen in Anschlusslösungen bestätigen, dass viele Teilnehmende im Alltag überraschende Fortschritte zeigen, vor allem, wenn sie praktisch arbeiten können: *«Es hat sich so gelohnt, vor allem, wenn ich Entwicklungen sehe. Zum Beispiel Herr H., er hat sich so entwickelt. Man muss eine Chance geben. Bei Herrn H. hiess es, er sei nicht integrierbar, und jetzt ist er ein Lernender, der riesige Freude macht. Das ist der Wert von Triple A, solche Geschichten»*. Auch hinsichtlich sprachlicher Fortschritte können Entwicklungen eindrucklich sein. So wird von Fällen berichtet, welche im Rahmen von Triple A oft erstmals relevante Fortschritte machen, da Sprache praxisnah, alltagsintegriert und beziehungsorientiert gelernt wird. Sowohl Triple A-Coaches als auch Ausbildungsverantwortliche

beobachten, dass die Teilnehmenden schneller und nachhaltiger lernen, wenn sie sich wohlfühlen und im sozialen Kontext kommunizieren können: *«Er war anfangs ganz verschlossen, sprach nichts und machte nichts, nach drei Monaten taut er auf und beginnt zu sprechen. Bei ihm geht sprachlich viel.»*. In einem weiteren von einer Fachperson berichteten Beispiel verhinderte eine kognitive Einschränkung längere Zeit den Spracherwerb, seit die Person nun in einer Ausbildung auf PrA Niveau ist, hat sie grosse sprachliche Fortschritte gemacht.

Die Passgenauigkeit und langfristige Finanzierbarkeit von Anschlusslösungen, insbesondere nach dem Austritt aus der Integrationsförderung, sind zentrale Faktoren für die **Nachhaltigkeit der Wirkungen**. Dabei ist die Kooperationsbereitschaft der Gemeinden entscheidend, jedoch nicht immer gegeben. Triple A kann in diesem Rahmen Entwicklungen von Klient:innen anstossen und aufzeigen, wie sich Verläufe positiv und nachhaltig verändern können. Fallführende aus den Gemeinden berichten hingegen, dass nach Abschluss der Integrationsförderung eine Lücke entstehe, wenn Anschlusslösungen nicht langfristig verankert würden. Dabei wird betont, dass die langfristige Verankerung anspruchsvoll sei, da es vielfach an passenden regionalen Angeboten fehle, insbesondere im Bereich Tagesstruktur für Personen, die nicht in den Arbeitsmarkt integriert werden können. In der Folge droht häufig soziale Isolation, was die ohnehin herausfordernde Lebenssituation verschärft und die Nachhaltigkeit der Wirkungen von Triple A gefährdet. In einzelnen Fällen zeigen sich aber auch erst nach Abschluss von Triple A neue Entwicklungsperspektiven, wie etwa in einem Fall, wo die Person erst nach der Übergabe in die Gemeinde wieder bereit war, die sprachliche Integration weiterzuführen, danach aber auf Bisheriges aufbauen konnte: *«Es lohnt sich auf jeden Fall, diese Leute besser zu begleiten. Ich sehe manchmal auch Personen später, die dann noch etwas gemacht haben. Also: Programm funktioniert für alle»*. In Fällen mit finanziellen Schwierigkeiten, rechtlichen Konflikten, langanhaltender Überforderung und grossem Leiden, weil die Situation nicht stabilisiert werden kann, rückt die Perspektive für eine nachhaltige Integration oft in weite Ferne. Eine Fachperson äussert, dass in solchen Fällen Fachpersonen im Triple A auch daran arbeiten könnten, die Perspektiven sorgfältig zu prüfen und gemeinsam mit den Klient:innen eine Rückkehr in das Herkunftsland als mögliche Alternative zu diskutieren.

Als **Grenzen für die Wirkung** bei den Teilnehmenden bezeichnen Fachpersonen nebst der erwähnten oft fehlenden langfristigen Finanzierung auch den fehlenden Zugang zu gewissen Angeboten aufgrund stark eingeschränkter Sprachkenntnisse bzw. aufgrund des Fehlens passender Angebote in der Region. Eine der Angebotslücken betrifft zum Beispiel niederschwellige Therapieangebote in unterschiedlichen Sprachen, die auch ohne weite Reise zugänglich sind. Weiter sind eingeschränkte Wirkungen möglich, wenn die Lebensumstände herausfordernd sind, wie etwa fehlende Begleit- und Wohnangebote für Personen mit multiplen Problemstellungen, welche eine viel engere und erzieherische Begleitung benötigen würden, sowie Personen, welche zu starke Belastungen aufweisen (PTBS, Depressionen, Sucht, Persönlichkeitsstörungen, etc.), so dass keine Struktur passend und nachhaltig scheint und die Integration nicht gelingen kann. Für die Fachpersonen ist es hoch herausfordernd, Gefühle von Stagnation und Orientierungslosigkeit bei den Teilnehmenden aufzufangen, wenn diese (zu) grosse Hoffnungen auf berufliche Entwicklungsschritte und finanzielle Unabhängigkeit haben, die sich aufgrund verschiedener Grenzen aber nur schwer erreichen lassen. Wenn Zukunftsaussichten diffus bleiben, ist auch eine nachhaltige psychische Stabilisierung schwierig.

6.4 Fokus Kompetenzzentrum Appisberg

Die BEFAS Abklärungen auf dem Appisberg bilden im Grobkonzept von Triple A ein Kernstück des gesamten Programms, weshalb hier verschiedene Perspektiven auf Wirkungsweisen und Wirkungen des Appisbergs in einem eigenen Unterkapitel beleuchtet werden.

Perspektive der Teilnehmenden

Die Erfahrungen der Teilnehmenden während ihrer Zeit auf dem Appisberg sind auffallend gemischt: Begeisterte Berichte über eine als äusserst positiv und hilfreich erlebte Zeit stehen neben Erzählungen, in denen enttäuschte Hoffnungen, Einsamkeit und Orientierungslosigkeit zum Ausdruck kommen.

Positive Rückmeldungen äussern insbesondere Teilnehmende, die eine klare medizinische Einschränkung haben und deren Arbeitsfähigkeit abgeklärt werden muss. In solchen Fällen wird der Aufenthalt im Appisberg oft als hilfreich erlebt. Teilnehmende berichten, wie sie in einem geschützten Rahmen beobachtet und untersucht wurden, was ihnen geholfen hat, **ihre Einschränkungen bestätigt zu bekommen**. Diese Bestätigung war für sie wichtig, um im weiteren Prozess, etwa bei der Anmeldung bei der IV oder bei der Suche nach passenden Arbeitsplätzen, ernst genommen zu werden. Viele fühlen sich von den Fachpersonen kompetent begleitet und wahrgenommen: *«Es hat mir viel geholfen, weil ich nun weiss, wie viel ich arbeiten kann (...) Das Bein kann man nicht behandeln. Es wurde im Appisberg geschrieben, dass ich nicht mehr arbeiten kann. Das ist gut. Wenn ich das einfach erzähle, dann glaubt man mir nicht, weil man es nicht sieht. Aber wenn es dort steht vom Appisberg, dann glaubt man mir.»* Das Zitat zeigt ein positives Beispiel dafür, wie der Appisberg bei IV-relevanten Erkrankungen hilfreich sein kann. Weitere Beispiele zeigen auf, wie es bedeutend sein kann, auf dem Appisberg berufliche Möglichkeiten auszuloten und so Raum für neue Perspektiven zu schaffen.

Darüber hinausgehend deuten die Gespräche mit Teilnehmenden darauf hin, dass der Appisberg in bestimmten Fällen ein wirksames und **ganzheitlich stärkendes Erlebnis** darstellen kann. Der Appisberg ermöglicht es den Teilnehmenden, verschiedene Berufsfähigkeiten praktisch zu erproben. Dies kann für Menschen, die in ihrem Herkunftsland andere Berufe ausgeübt haben oder deren Qualifikationen hier nicht anerkannt werden, eine wertvolle Orientierungshilfe sein. Die Möglichkeit, handwerkliche oder andere Fähigkeiten zu entdecken oder wiederzuentdecken, kann neue Perspektiven für die berufliche Zukunft eröffnen, was als unterstützend erlebt wird. Dabei zeigt sich, dass neben der beruflichen Orientierung auch psychosoziale Aspekte wie Anerkennung, Zugehörigkeit und persönliche Entwicklung eine Rolle spielen. So berichten Teilnehmende etwa von einem Zugewinn an sprachlicher Sicherheit, sozialer Integration und Selbstwirksamkeit. Die Möglichkeit, schrittweise zu lernen, mit eigenen körperlichen oder psychischen Belastungen umzugehen, wird als hilfreich erlebt: *«Die Berufsberaterin war ehrlich, hat mir Wege aufgezeigt, was möglich ist (...) Ich bin gerne gegangen, habe besser Deutsch gelernt, es hat mir gefallen. Früher, wenn ich Deutsch sprechen musste, dann war ich immer nervös. Aber dort habe ich es gelernt, weil alle nur Deutsch sprechen, ich musste. Ich konnte lernen mit Schmerzen zu arbeiten, wann ich Pause machen muss. Ich habe gerne technische Sachen, das hat Spass gemacht. Ich habe andere Leute kennengelernt, das war schön für mich»*. Das Potenzial des Angebots liegt somit auch in seiner Funktion als stabilisierender und perspektivenöffnender Raum, in dem Teilnehmende sich ausprobieren, Anerkennung erfahren und ihre Selbstwahrnehmung weiterentwickeln können.

Eine der häufigsten Ursachen für negative Erfahrungen ist eine **mangelnde Übereinstimmung** zwischen den Erwartungen der Teilnehmenden und dem tatsächlichen Angebot des Appisbergs. Wenn Personen mit der Hoffnung auf Heilung einer Krankheit (*«Sie hat mir gesagt, dass ich dorthin gehen könne, damit man meine Krankheit behandeln könne»*) oder auf eine sofortige Arbeitsvermittlung in den

Appisberg gehen, aber stattdessen eine arbeitsmedizinische Abklärung im Vordergrund steht, führt dies zu **Enttäuschung und Frustration**, wie sie zum Beispiel in folgenden Worten zum Ausdruck kommt: *«Aber ich muss sagen, dass ich keine Hilfe und keinen Arbeitsvorschlag erhalten habe (...) Das war meine Erwartung, dass sie mir eine Lehre finden oder zumindest einen guten Job, aber nichts. Ich habe eine Woche gearbeitet für nichts»*. Eine klare und transparente Kommunikation der Ziele des Aufenthalts vorab ist hier entscheidend, wenn auch hoch anspruchsvoll angesichts des komplexen Settings des Appisbergs und teilweise kognitiv beeinträchtigten Personen; verschiedene positive Beispiele zeigen allerdings auch, dass eine transparente Information auch unter schwierigen Bedingungen gelingen kann. Im Gespräch mit Teilnehmenden konnte als weiterer Punkt wiederholt festgestellt werden, dass sich einige vom Setting auf dem Appisberg **stark unter Druck** fühlten, manchmal auch, weil sie davon ausgingen, hier besonders gute Arbeit leisten zu müssen, um sich die Chancen auf eine berufliche Zukunft nicht zu verbauen. Andere Befragte hatten sich gewünscht, andere auf dem Appisberg angebotene berufliche Tätigkeitsfelder ausprobieren zu können, und konnten nicht in Erfahrung bringen, weshalb das partout nicht möglich war.

Mehrere Personen empfanden den Aufenthalt im Appisberg als erzwungen und hatten das Gefühl, **keine Wahl zu haben**: *«Ich habe mich in dieser Zeit ergeben, damit sie nicht denken, dass ich Probleme mache, habe einfach mitgemacht»*. Einerseits lässt sich dieses Verhalten als Ausdruck eines tief verinnerlichten Anpassungsdrucks verstehen, ein Bedürfnis, nicht negativ aufzufallen und Erwartungen zu entsprechen, wie sie durch dominante Integrationsnarrative nahegelegt werden. Andere Erfahrungen deuten eher darauf hin, dass keine Klarheit zu den eigenen Rechten besteht *«Wenn man mir die Option gegeben hätte, dass ich ablehnen kann, hätte ich abgelehnt (...) In diesem Moment wusste ich nicht, was meine Rechte sind, da hätte ich Klarheit gebraucht. Dass man mir sagt, was meine Möglichkeiten sind. Wir sind fremd hier, wir kennen uns mit den Gesetzen nicht aus.»* Die Angst vor negativen Konsequenzen kann daran hindern, eigene Bedenken offen zu äussern.

Schliesslich äusserten verschiedene Teilnehmende den Wunsch nach einem stärkeren sozialen Rahmenprogramm während ihres Aufenthalts im Appisberg. Sie brachten zum Ausdruck, dass ihnen eine umfassendere **psychosoziale Begleitung** gefehlt habe, ebenso wie Unterstützung beim sprachlichen und sozialen Ankommen. Einzelne beschrieben, dass der Fokus stark auf der Arbeitsmarktfähigkeit lag, während andere Aspekte ihrer Lebenssituation wenig Beachtung fanden. Manche empfanden dies als belastend und schilderten, dass sie sich mit ihren Bedürfnissen nicht ausreichend wahrgenommen fühlten, manche berichten von ausgeprägten Gefühlen der Einsamkeit, insbesondere am Abend und in den Nächten. Teilnehmende berichten zudem, dass **sprachliche Hürden** ihren Alltag im Appisberg erschwert hätten. Einige schildern, dass es ihnen schwerfiel, sich mitzuteilen oder Gespräche mit Fachpersonen und anderen Teilnehmenden zu führen. In diesen Situationen fühlten sie sich teilweise isoliert oder missverstanden und oft auch trotz der Anwesenheit anderer Menschen *«allein»*.

Die **psychiatrische Abklärung** im Appisberg wurde von einigen Personen als problematisch erlebt. Besonders Fragen zur Fluchtgeschichte, die keinen erkennbaren Bezug zur beruflichen Integration haben, wurden teilweise als übergriffig und unpassend empfunden. In einigen Erzählungen wurde deutlich, wie sich eine fehlende traumasensible Haltung während der (zu) kurzen psychiatrischen Abklärung negativ auf den Aufenthalt auswirken und das Vertrauen in die Betreuung beeinträchtigen kann. Umgekehrt beschreibt eine interviewte Person die Auseinandersetzung mit traumatischen Erfahrungen im Gespräch mit dem Psychiater im Appisberg allerdings als eine wichtige und positive Erfahrung.

Perspektive der Triple A-Fachpersonen

Die Triple A-Fachpersonen schätzen den Appisberg insbesondere dafür, dass er IV-erkannte Abklärungen vornimmt, die im Fall einer Bestätigung nur eingeschränkter Arbeitsfähigkeit für die Triple A-

Zielgruppe wichtige Perspektiven im 2. Arbeitsmarkt eröffnen kann, da sich dadurch die Kosten für eine PrA-/EBA-/EFZ-Ausbildung im geschützten Rahmen oder für einen geschützten Arbeitsplatz einfacher legitimieren lassen. Die Berichte aus dem Appisberg dienen als wichtige Grundlage für Anträge bei den Gemeinden und insbesondere für IV-Verfahren. *«Hat sich meistens bewährt. Appisberg ist wertvoll für Gemeinden, vor allem in Richtung IV».* Gleichzeitig wird betont, dass die Zuweisung nicht zu früh im Prozess stattfinden dürfe: *«Hier müssen wir sehr genaue Fragen stellen und schon viel wissen.»*

Die Fachpersonen stellen auch fest, wie manche Teilnehmenden auf dem Appisberg Selbstwirksamkeit erfahren und neue Motivation und Orientierung gewonnen haben. Darüber hinaus wird an den BEFAS-Abklärungen geschätzt, dass die Anmeldung und die Überweisung einfacher sind als in den Regelstrukturen, z.B. bei den psychiatrischen Diensten, dass der gesamte Prozess schneller geht und dass das für Regelstrukturen oft fehlende Deutschniveau hier «kein Killer-Argument» sei.

Der Appisberg als Teil der Angebotslandschaft wird damit insgesamt als «sicher gut und wichtig» angesehen. Gleichzeitig kamen im Projektverlauf weitere Abklärungsmöglichkeiten hinzu bzw. konnten neu erschlossen werden, namentlich Abklärungen im zweiten Arbeitsmarkt, die oft kostengünstiger und näher gelegen und für die Teilnehmenden niederschwelliger zu besuchen sind und deshalb von den Fachpersonen ebenfalls gerne genutzt werden – solange sich keine IV-anerkannte Abklärung aufdrängt. Auch wird darauf hingewiesen, dass bei bestimmten Problemlagen wie insbesondere schwer einzuordnenden kognitiven Einschränkungen oder vermuteter starker Traumatisierung das Kompetenzzentrum Appisberg nicht der richtige Ort sei und auch keine verwertbaren Erkenntnisse liefere. Hier werden nach Möglichkeit Abklärungen bei Institutionen vorgezogen, die in ihren Möglichkeiten konsequenter auf die Zielgruppe abgestimmt sind, wie etwa Gravita.

Perspektive der Fachpersonen auf dem Appisberg

Die Fachpersonen auf dem Appisberg sind sich bewusst, dass die BEFAS-Abklärungen für die Triple A-Zielgruppe ein wichtiges Instrument sein können, um Zugänge zu bestimmten Anschlusslösungen zu schaffen. Gleichzeitig betonen sie fast durchgehend, dass die Möglichkeiten zu einer fundierten Abklärung bei dieser Zielgruppe im Vergleich zu der herkömmlichen Appisberg-Zielgruppe stark eingeschränkt seien: erstens, weil hier oft nur sehr dünne Unterlagen seitens Fach- oder Hausärzt:innen vorlägen, zweitens, weil die Möglichkeiten der sprachlichen Verständigung gering seien, was selbst mit Dolmetschenden nicht ganz aufgefangen werden könne (*«eine richtige Kommunikation ist fast nicht möglich»*; *«wir sind oft nach kurzer Zeit schon fertig»*) und drittens, weil wichtige Testinstrumente aufgrund ihrer Sprachlastigkeit oder anderer Hürden nicht zum Einsatz kommen können (wie dies auch im Letter of Agreement festgehalten ist, s. Kapitel 4.4). Die Abklärung bleibe deshalb auf einem basalen Niveau, wird betont – auch wenn im Grundsatz nicht daran gezweifelt wird, dass dank den verschiedenen Perspektiven relevante Erkenntnisse und Einschätzungen zur Person und ihren Möglichkeiten gewonnen werden können. Einige Fachpersonen geben an, dass die Triple A-Teilnehmenden auf sie manchmal etwas «verloren» und orientierungslos wirkten. In den Erzählungen der Fachpersonen auf dem Appisberg kam in den meisten Fällen Engagement und professionelle Kompetenz zum Ausdruck. Deutlich wurde allerdings auch, dass die Institution primär auf eine andere Zielgruppe ausgerichtet ist und keine der Fachpersonen über ausgewiesene transkulturelle und/oder traumasensible Kompetenzen oder professionelle Erfahrungen im Umgang mit geflüchteten Personen verfügt.

Umsetzbarkeit der Empfehlungen

Zu den vereinbarten Leistungen des Kompetenzzentrums Appisberg gehört auch das Aufzeigen von realistischen Ansätzen zur beruflichen Integration und die Formulierung von «zweckmässigen» Empfehlungen zu möglichen Anschlusslösungen. Bei den 27 Personen, die im Evaluationszeitraum auf dem

Appisberg abgeklärt wurden, liessen sich die entsprechenden Empfehlungen nach Angabe der Triple A-Fachpersonen (Dossierdaten) folgendermassen umsetzen: Nach zwei bis drei Monaten konnten 41% der Empfehlungen des Appisbergs teilweise oder ganz umgesetzt werden und funktionierten auch. Nach sechs Monaten waren es gut die Hälfte der Fälle (52%), bei welchen die Empfehlungen des Appisbergs teilweise oder ganz umgesetzt werden konnten und funktionierten. Lediglich in fünf Fällen (19%) liessen sich die Empfehlungen nach sechs Monaten gar nicht umsetzen, in weiteren vier Fällen (15%) wurde dies ansatzweise versucht, aber ohne Erfolg. Die Zahlen zeigen, dass die Empfehlungen aus dem Appisberg in vielen Fällen durchaus zielführende und für die Integrationscoaches wichtige Anhaltspunkte beinhalten. Die Gründe dafür, dass sie nicht immer umsetzbar sind, sind vielfältig: niedrige Übertragbarkeit auf die kantonalen Strukturen (fehlende passende Angebote, v.a. hinsichtlich Sprache), arbeitsmarktliche Situation (wenig Arbeitsplätze mit passender Ausgangslage), fehlende Kostenübernahme durch die Gemeinde, anderer Fokus der Teilnehmenden, zu optimistische Beurteilung der Arbeitsmarktfähigkeit bzw. (allenfalls unterschätzte) gesundheitliche Belastungen der Teilnehmenden.

6.5 Analysen auf der Basis der Dossierdaten

6.5.1 Stabilisierungs- und Integrationsprozesse im Überblick

Die im Rahmen der Evaluation erfassten Dossierdaten zu den begleiteten Fällen enthalten nebst Angaben zum Profil der begleiteten Personen und zu getroffenen Abklärungen und installierten Anschlusslösungen, die in Kapitel 5 Thema waren, auch Beschreibungen und Einschätzungen der Fachpersonen in Bezug auf den jeweiligen Fallverlauf. Für die nachfolgenden Ausführungen wurde ausgehend von den zur Verfügung stehenden Dossierdaten eine Typologie erarbeitet, um die Situation in Bezug auf die angestrebten Stabilisierungs- und Integrationseffekte bei jeder Person fassen zu können. Ziel ist eine Quantifizierung der erreichten Wirkungen, die – mit der nötigen Vorsicht bei der Interpretation¹⁰ – Vergleiche zwischen den Kantonen ermöglichen und damit weitere Erkenntnisse für die Einschätzung der Stärken und Schwächen der kantonal unterschiedlichen Ausgestaltung des Programms liefern.

Folgende Kategorien in Bezug auf den gesundheitlichen Stabilisierungs- und den beruflichen Integrationsprozess wurden unterschieden:

Fokus Gesundheit: gesundheitliche Stabilisierungsprozesse

- *Erreichte Stabilisierung:* Als erreichte Stabilisierung wurden Situationen gefasst, die im Raster explizit so benannt wurden oder bei denen andere explizite Hinweise auf die erfolgreiche Stabilisierung gemacht wurden («Klient fühlt sich deutlich besser») und die Stabilisierung (z.B. durch eine ambulante Unterstützung) nachhaltig gesichert ist. Als Spezialfall wurden hier ausserdem auch Stabilisierungen im Sinne der Installation einer umfassenden institutionellen bzw. (sozialversicherungs-) rechtlichen Lösung subsumiert, wie das Errichten einer Beistandschaft oder die Übernahme des Falls durch die SVA.
- *Im Stabilisierungsprozess:* Hiermit sind Situationen gemeint, in denen die Personen in Abklärung für mögliche Behandlungen und Massnahmen sind, welche für ihre Situation stabilisierend wirken

¹⁰ Dies, weil die Datenlage wie bereits in Kapitel 5 erwähnt einige Einschränkungen aufweist (Eigenangaben, teilweise lückenhaft und inkonsistent, kleine Fallzahlen, ungleiche Laufzeiten).

könnten, oder eine entsprechende Behandlung oder Massnahme angefangen haben. Es kann sein, dass die Stabilisierungsprozesse relativ ruhig verlaufen (z.B. Besuch einer Massnahme für soziale Integration und regelmässige Gespräche mit der zuständigen Triple A-Fachperson), es kann aber auch sein, dass die Prozesse durch Brüche und Rückschläge geprägt sind oder versuchte Massnahmen noch nicht oder nicht mehr greifen und nun neue Ansätze gesucht und geplant werden.

- *Prekäre Stabilisierung:* In diese Kategorie fallen vor allem jene Situationen, in denen die Stabilisierungsprozesse aus Sicht der Fachpersonen noch nicht abgeschlossen sind, die begleitete Person sich aber weiteren Schritten zur Stabilisierung – etwa empfohlenen psychiatrischen Unterstützungsangeboten – entziehen und sich stattdessen z.B. «nur» auf die sprachliche Integration fokussieren oder selbständig eine Arbeit suchen.

Fokus berufliche Integration: berufliche Integrationsprozesse

- *Erreichte Arbeitsintegration 1. AM (mit Aufbau):* Hierunter werden jene Situationen gefasst, in denen Personen eine Stelle im 1. Arbeitsmarkt gefunden haben und über vorbereitende Programme – zum Beispiel Praktika oder Qualifizierungsangebote im 2. Arbeitsmarkt – auf die berufliche Integration vorbereitet wurden; oder aber Situationen, in denen die Personen eine Anstellung haben, begleitend aber unterstützende Angebote besuchen.
- *Erreichte Arbeitsintegration 1. AM (ohne Aufbau):* Darunter fallen Anstellungen im 1. AM, die ohne eine Heranführung an die Arbeitsmarktintegration möglich waren; in vielen Fällen handelt es sich um Situationen, in denen die Personen selbständig eine Stelle gefunden haben, manchmal auch an Stelle der durch die Fachpersonen vorgesehenen weiteren Stabilisierungs- oder Aufbauschritte. Eine häufige Konstellation diesbezüglich findet sich bei jungen Männern, die den starken Wunsch und/oder grossen Druck haben, ihre Familie im Heimatland finanziell zu unterstützen, und entsprechend keine Geduld für einen längeren Aufbauprozess haben; diese Situation findet sich auch bei jungen Menschen ohne gesundheitliche Themen sehr häufig, wenn gesundheitliche und möglicherweise noch zu wenig stabilisierte Belastungen dazu kommen, ist die Gefahr von nicht nachhaltigen Lösungen umso grösser.
- *Im Aufbauprozess:* Hierzu werden Situationen gezählt, in denen die Personen schrittweise auf eine berufliche Integration – mit dem Ziel einer späteren Integration in den 1. Arbeitsmarkt – vorbereitet werden, etwa durch Bildungsformate im geschützten Rahmen oder durch ein Supported Employment Angebot.

Fokus: Kombination von Stabilisierungs- und Integrationsprozessen

- *Stagnation:* Der Prozess steckt aktuell fest, in der Regel, weil sich die Person den vorgeschlagenen Massnahmen entzieht, ohne dass sich die Situation verbessern würde; Stagnationen können ein Stadium im Stabilisierungs- und Aufbauprozess sein und später überwunden werden; sie können aber auch zum Abbruch des Programms in Folge wiederholter fehlender Kooperationsbereitschaft führen.
- *Abbruch:* Situationen des vorzeitigen Abbruchs des Programms, in der Regel wegen mangelnder Verbindlichkeit oder Kooperation oder im Fall eines Umzugs,
- *Fokus soziale Integration:* dieses Label wurde zusätzlich bzw. quer zu den bisherigen Kategorien vergeben, wenn vom Ziel einer beruflichen Integration im 1. Arbeitsmarkt explizit abgesehen wurde und sich die Massnahmen auf die psychosoziale Stabilisierung fokussieren (Massnahmen ausschliesslich im sprachlichen und sozialen Bereich und/oder explizit «2. AM als langfristige Strategie»).

- In einem weiteren Schritt wurden diese Kategorien wo sinnvoll kombiniert, um die jeweiligen Situationen noch vollständiger abbilden zu können. Daraus ergaben sich folgende zusätzlichen Kategorien:
- Stabilisierung erreicht / im Aufbauprozess
- Stabilisierung erreicht / Arbeitsintegration (mit Aufbau)
- Stabilisierung erreicht / Arbeitsintegration (ohne Aufbau)
- Stabilisierung prekär / im Aufbauprozess
- Stabilisierung prekär / Arbeitsintegration (ohne Aufbau)
- Im Stabilisierungs- und Aufbauprozess

Tabelle 6 zeigt die so operationalisierten Outcomes aufgeschlüsselt nach Fällen/Kanton.

	Graubünden (N=61)	Schaffhausen (N=17)	Thurgau (N=51)	Total (N=129)
Stabilisierung erreicht	13 Fälle 21.4%	2 Fälle 11.8%	1 Fall 2.0%	16 Fälle 12.3%
Im Stabilisierungsprozess	7 Fälle 11.5%	5 Fälle 29.4%	17 Fälle 33.3%	29 Fälle 22.5%
Stabilisierung prekär	4 Fälle 6.6%	1 Fall 5.9%	2 Fälle 3.9%	7 Fälle 5.4%
Erreichte Arbeitsintegration 1. AM (mit Aufbau)	4 Fälle 6.6%	keine Fälle 0.0%	keine Fälle 0.0%	4 Fälle 3.1%
Erreichte Arbeitsintegration 1. AM (ohne Aufbau)	2 Fälle 3.3%	keine Fälle 0.0%	keine Fälle 0.0%	2 Fälle 1.6%
Im Aufbauprozess	6 Fälle 9.8%	keine Fälle 0.0%	keine Fälle 0.0%	6 Fälle 4.7%
Stabilisierung erreicht / im Aufbauprozess	6 Fälle 9.8%	3 Fälle 17.6%	10 Fälle 19.6%	19 Fälle 14.7%
Stabilisierung erreicht / Arbeitsintegration (mit Aufbau)	4 Fälle 6.6%	keine Fälle 0.0%	1 Fall 2.0%	5 Fälle 3.9%
Stabilisierung erreicht / Arbeitsintegration (ohne Aufbau)	3 Fälle 4.9%	1 Fall 5.9%	1 Fall 2.0%	5 Fälle 3.9%
Stabilisierung prekär / im Aufbauprozess	keine Fälle	2 Fälle 11.8%	2 Fälle 3.9%	4 Fälle 3.1%
Stabilisierung prekär / Arbeitsintegration (ohne Aufbau)	1 Fall 1.6%	keine Fälle 0.0%	2 Fälle 3.9%	3 Fälle 2.3%
Im Stabilisierungs- und Aufbauprozess	1 Fall 1.6%	keine Fälle 0.0%	8 Fälle 15.7%	9 Fälle 7.0%
Stagnation	6 Fälle	keine Fälle	1 Fall	7 Fälle

	9.8%	0.0%	2.0%	5.4%
Abbruch	1 Fall 1.6%	3 Fälle 17.8%	4 Fälle 7.8%	8 Fälle 6.2%
Keine Angaben	3 Fälle 4.9%	keine Fälle 0.0%	2 Fälle 3.9%	5 Fälle 3.9%

Tabelle 6: Stabilisierungs- und Integrationsprozesse

Insgesamt werden quer über die Kategorien lediglich neun Fälle (7.3% aller Fälle) berichtet, die auf die soziale Integration fokussieren. Im Kanton Graubünden sind dies 3 Fälle (5.2% der Fälle im GR), im Kanton Schaffhausen 2 Fälle (11.8%) und im Thurgau 4 Fälle (8.2%).

6.5.2 Diskussion der Outcomes im kantonalen Vergleich

Im Folgenden werden die Merkmale und die Besonderheiten der kantonalen Outcomes diskutiert. Die Diskussion erfolgt dabei zum einen im Vergleich zu den anderen Kantonen, zum anderen unter Bezugnahme auf die je anderen Strukturen und Prozesse in der Implementierung von Triple A, wie sie im Input-Kapitel detailliert beschrieben worden sind (vgl. Kapitel 4.1 – 4.3 und 4.6).

Graubünden

- Im Vergleich mit den anderen Kantonen fällt hier die hohe Anzahl Fälle in der Kategorie «Stabilisierung erreicht» auf. Dies ist in Zusammenhang damit zu sehen, dass in Graubünden die gesundheitliche Stabilisierung als eigene Phase konzipiert ist, die scharf von der nachfolgenden Phase der beruflichen Integration getrennt ist. Die «erreichte Stabilisierung» ist in diesem Sinne eine strenge Voraussetzung dafür, dass der Fall überhaupt an den spezialisierten Jobcoach übergeben werden kann. In jenen Fällen, in denen die Fachperson der medizinischen Früherkennung das Dossier an die Jobcoach abgegeben hat oder eine Übergabe kurz bevorsteht, hat sie die erreichte Stabilisierung explizit als solche benannt. Es dürften also auch erfassungstechnische Gründe für die hohe Anzahl erreichter Stabilisierungen sprechen. Auch stellt sich die Frage, ob die zum Erfassungszeitpunkt erreichte Stabilisierung auch nach der Übergabe an den Jobcoach aufrechterhalten bleibt, zumal sich in den anderen Kantonen Rückschläge oft über den ganzen Prozess hinziehen. Dies alles gesagt, ist auf eine weitere Interpretation einzugehen, die auch durch Interviews mit Fachpersonen und Teilnehmenden im Kanton Graubünden gestützt wird: Das Setting, in dem die Fachperson arbeitet – die Fallführung Integration liegt bei ihr und sie hat eine 100%-Stelle inne, was beides ihre Handlungsspielräume vergrössert, gleichzeitig kann sie sich auf die Bearbeitung gesundheitlicher und psychosozialer Thematiken fokussieren – scheint eine von Engagement und von grossem Vertrauen geprägte Beziehung und Fallarbeit zu ermöglichen, die zu den beobachteten positiven Wirkungen führt.
- Analog zum ersten Punkt gibt es kaum Fälle in der Kategorie «im Stabilisierungs- und Aufbauprozess», auch dies eine Folge der klaren Etappierung bzw. Trennung von Gesundheit und beruflicher Integration. Wie bereits oben angesprochen, stellt sich hier die Frage, als wie nachhaltig sich diese Trennung zeigt: Fachpersonen betonen immer wieder die untrennbare Verknüpfung beider Thematiken. Eine empirische Überprüfung in Bezug auf die Nachhaltigkeit des Modells würde eine längere Beobachtungsphase erfordern.

- Schliesslich finden sich im Graubünden besonders viele Fälle im Vergleich mit den anderen Kantonen mit bereits erfolgter Arbeitsmarktintegration – darunter manche, bei denen der Stellenantritt «ohne Aufbau» erfolgte. In jenen Fällen, in denen ein Aufbau stattfand und als solcher codiert wurde, handelt es sich nicht um qualifizierende Aufbaumassnahmen im engeren Sinne – die im Graubünden auch noch nicht erschlossen wurden –, sondern in der Regel um Einsatzprogramme im 2. Arbeitsmarkt, die sich allerdings zuverlässig als Türöffner für eine Stelle im 1. Arbeitsmarkt erweisen; denkbar ist auch, dass der spezifische Arbeitsmarkt im Graubünden (hohe Gastro- und Landwirtschaftsanteile) eine rasche Integration erleichtert. In anderen Fällen erfolgte kein Aufbau, weil der/die Teilnehmer:in lieber eigenständig auf Jobsuche ging. Die hohe Anzahl erfolgreicher Integrationen auf dem 1. Arbeitsmarkt ist erfreulich, gleichzeitig ist auch hier die Beobachtungsdauer zu kurz, um diese auf ihre Nachhaltigkeit zu prüfen.

Schaffhausen

Die Fallzahl im Kanton Schaffhausen ist so tief, dass eine Diskussion allein anhand der quantitativen Muster kaum sinnvoll ist. Unter Rückgriff auf weitere Angaben im Raster lassen sich trotzdem einzelne Punkte festhalten:

- In über einem Drittel der Fälle wird ein «Abbruch» oder eine «prekäre Stabilisierung» berichtet. Der Blick in die Fallverläufe zeigt, dass es in allen Fällen die Unverbindlichkeit in der Zusammenarbeit mit der begleiteten Person war, die trotz hohem Engagement der begleitenden Fachpersonen und vielen versuchten Lösungen einer positiveren Entwicklung im Wege stand. Die Gründe dürften wesentlich in der schwachen Verankerung von Triple A in Kombination mit den zu wenig geklärten Prozessen und Zuständigkeiten liegen. Die Fallführung liegt durchgehend bei der Sozialberatung, dies im Rahmen einer integrierten Fallführung – die Sozialberatung ist also sowohl für die Sozialhilfe als auch, anders als in den anderen Kantonen, für die Integrationsförderung zuständig. Sie kann im Rahmen von Triple A als Unterstützung sowohl die Gesundheitsstelle als auch den Triple A-Coach einbeziehen, diese verfügen jedoch nur über eingeschränkte eigene Handlungsspielräume. Hinzu kommt, dass weder die Sozialberatungen noch die Fachpersonen im Triple A mit den nötigen Ressourcen ausgestattet sind. Sowohl von den Rollen als auch von den Ressourcen her ist eine durchgehende und verbindliche Fallführung im Triple A also nur in Ausnahmefällen zu leisten.
- Gleichwohl konnte im Kanton Schaffhausen in mehreren Fällen eine Stabilisierung erreicht werden und befinden sich die Personen in Aufbauprozessen, die auch Bildungsanteile haben und dank dem fallbezogenen Erschliessen von Anschlusslösungen im eigenen Netzwerk möglich sind – in Schaffhausen findet sich der bisher einzige Teilnehmer, der eine EBA-Lehre im ersten Arbeitsmarkt absolviert, begleitet von einem externen Unterstützungsangebot.
- Schliesslich finden sich einige Fälle bereits seit längerem in einem Stabilisierungsprozess und brauchen auf Zusehen hin eine sehr enge Begleitung seitens des Gesundheitsteams. Generell kommt in den kurzen Fallbeschreibungen zum Ausdruck, dass die gesundheitlichen Problematiken in vielen Fällen äusserst gravierend und vielschichtig sind – wohl auch ein Ausdruck davon, dass die Fälle, die aktuell ins Triple A gelangen, angesichts der Lücken in der Früherkennung über lange Zeit unbehandelt blieben.

Thurgau

- Zunächst ist festzuhalten, dass die Dossierdaten durch die Triple A-Coaches ausgefüllt wurden und das CMMG erst in wenigen rapportierten Fällen in Erscheinung tritt. Es ist also auch noch zu früh,

um die Eignung des CMMG anhand des Outputs, wie er in den Rastern abgebildet ist, ablesen zu können.

- Im Kanton Thurgau ist der hohe Anteil an Personen zu nennen, die sich laut Dossierdaten in einem Aufbauprozess befinden. Dabei handelt es sich in den meisten Fällen um einen qualifizierenden Aufbau, der im Rahmen der verschiedenen, über Leistungsvereinbarungen, Absichtserklärungen und Angebotsbeschreibungen erschlossenen Kooperationen mit externen (Bildungs-) Partnern angegangen wird. Die Triple A-Coaches können hier auf eine gut ausgebaute Angebotslandschaft zurückgreifen und haben auch die notwendigen Ressourcen zur Verfügung. Damit unterscheiden sich die Kantone in Bezug auf die Rahmenbedingungen und gleichzeitig in Bezug auf die Schwerpunktsetzungen und die (bisherigen) Outcomes. Während in Graubünden auf die (rasche) Integration in den Arbeitsmarkt fokussiert wird und damit auch deutlich mehr erreichte Arbeitsmarktintegrationen zu verzeichnen sind, wird im Thurgau auf Nachhaltigkeit durch Qualifizierung gesetzt – ein Muster, das zumindest teilweise auch mit der im Vergleich zum Graubünden jüngeren Zielgruppe erklärt werden könnte.
- Auffallend ist ausserdem, dass im Thurgau in vielen Fällen Stabilisierungs- und Aufbauprozesse parallel laufen, und dass Aufbauprozesse auch unter der Bedingung prekärer Stabilisierung angegangen werden, anders also als im Kanton Graubünden mit seinem klaren Schnitt zwischen Stabilisierung und beruflicher Integration. Die Daten enthalten in mehreren Fällen Hinweise auf die Vorteile des Ineinandergreifens gesundheitlicher Stabilisierung und beruflicher Integrationsschritte, so wird wiederholt berichtet, wie sich psychischer Zustand und Stabilität der teilnehmenden Person im Lauf des Besuchs eines Kurses oder im Rahmen einer PrA stark verbessert hätten. Andererseits wird auch von Rückfällen und (plötzlichen) Verschlechterungen berichtet, die es aufzufangen gilt. Ob diese aufgrund einer möglichen Überforderung im Prozess oder aufgrund von völlig anderen, programmexternen Belastungen und Dynamiken eingetroffen ist, lässt sich nicht beurteilen. Generell ist in vielen Fällen ein intensives Auf und Ab und gleichzeitig ein kontinuierliches und engagiertes Dranbleiben der Jobcoaches am Prozess zu beobachten. Wie dies bereits in der Diskussion zu den Verläufen in Graubünden festgehalten wurde, ist die Beobachtungszeit im Rahmen dieser Evaluation zu kurz, um die Nachhaltigkeit der Begleitung im Rahmen von Triple A wirklich beurteilen zu können. Davon unabhängig wird es wichtig sein, die ersten Erfahrungen mit dem eingeführten Ampelsystem in der Zusammenarbeit mit dem CMMG auszuwerten, um die neue Schnittstelle und den neuen, differenzierten Ansatz im Zusammenspiel von Stabilisierungs- und Integrationsarbeit möglichst gut gestalten zu können.

Im Quervergleich wird deutlich, dass die kantonalen Unterschiede auf abweichende Prozessmodelle und unterschiedliche Zielgruppen zurückzuführen sind. Graubünden setzt auf eine strikte Phasentrennung zwischen Stabilisierung und beruflicher Integration, was hohe Stabilisierungsergebnisse und relativ viele Integrationen hervorbringt. Thurgau kombiniert Stabilisierung und Aufbau parallel, nutzt eine breite Angebotslandschaft und kann Stagnationen fast vollständig vermeiden. Schaffhausen arbeitet unter deutlich schwierigeren strukturellen Voraussetzungen und hat höhere Abbruchquoten sowie den höchsten Anteil an Fällen mit ausschliesslichem Fokus auf soziale Integration – was ein Hinweis auf eine Zielgruppe mit besonders gravierenden gesundheitlichen Problemlagen sein könnte. Über alle Kantone hinweg fällt auf, dass Stagnation vor allem dort auftritt, wo Übergänge nicht flussend gestaltet werden, und Abbrüche dort gehäuft vorkommen, wo Strukturen und Ressourcen begrenzt sind.

7 Impact – Wirkungen auf Systemebene

Was bereits einleitend zum vorangehenden Kapitel zum Outcome von Triple A festgehalten wurde, gilt hier, auf der Ebene des Impacts, erst recht: In der kurzen Pilot- und Evaluationsdauer können Wirkungen, die auch auf struktureller Ebene greifen und damit eine besondere Nachhaltigkeit aufweisen, erst ansatzweise beurteilt werden. Dennoch ist gerade beim Pilotprogramm Triple A wichtig, den ersten Anzeichen für Wirkungen auf Systemebene Beachtung zu schenken, da die Implementierung des Pilotprogramms auch mit entsprechenden Hoffnungen auf strukturelle Verbesserungen einherging.

7.1 Aufbau, Ausdifferenzierung und Institutionalisierung relevanter Strukturen

Die Wirkungen, die Triple A auszulösen vermag, beschränken sich nicht auf Veränderungen in der Lebenssituation der begleiteten Personen. Mit der Implementierung des Pilotprogramms in den drei Kantonen wurden auch wesentliche Prozesse auf struktureller Ebene angestossen, welche eine deutlich bessere Grundlage bieten, um Gesundheit und Integrationsförderung enger und nachhaltiger miteinander zu verbinden.

Dies zeigt sich auf mehreren Ebenen: Innerhalb der Asylstrukturen wurden wichtige Kooperationen aufgelegt und installiert, die eine adäquatere und effektivere Begleitung von Menschen mit somatischen, psychischen oder kognitiven Problemstellungen ermöglicht. Mindestens so wichtig sind aber auch Prozesse im Austausch von Asyl- und Regelstruktur, damit sich Fortschritte in der Begleitung geflüchteter Menschen nicht auf den Ausbau von Parallelstrukturen im Asylsystem beschränken, sondern breiter und nachhaltiger im Gesundheits- und Sozialwesen verankert werden können.

Auf drei Bereiche soll hier eingegangen werden, in denen relevante Verbesserungen erzielt wurden:

1. Aufbau der Ansprechstellen für Gesundheit in zwei Kantonen als Dreh- und Angelpunkt einer verbesserten Unterstützungsstruktur

Während im Kanton Schaffhausen mit dem Aufbau des Bereichs Gesundheit bereits 2022 entsprechende Strukturen geschaffen wurden, konnten diese nun auch in den Kantonen Graubünden und Thurgau ihren Betrieb aufnehmen. Im Kanton Graubünden hat sich die medizinische Früherfassung bereits gut etabliert und ist von einer Vielzahl von Stakeholdern zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr wegzudenken, die angedachten Abläufe können weitgehend reibungslos umgesetzt werden. Im Kanton Thurgau ist die Implementierung des CMMG als entsprechende Stelle noch frischer und, da mit externen Partnern, auch komplexer. Abläufe und Schnittstellen müssen noch weiter geklärt werden (was auch laufend geschieht), doch auch hier schätzen viele Stakeholder das neue Angebot als grossen Fortschritt ein. Im Kanton Schaffhausen ist das Team im Fachbereich Gesundheit daran, ihre Prozesse und Angebote zu prüfen oder neue einzuführen, um Triple A noch besser implementieren zu können, zum Beispiel das neue Tool für Selbstanmeldungen betroffener Personen.

2. Ausbau und Verankerung einer zielgruppengerechten Angebotsstruktur der Integrationsförderung

Auf die wichtigen Fortschritte, die in Bezug auf die Ausdifferenzierung und Ausweitung der Angebotsstruktur für die spezifische Triple A-Zielgruppe erzielt wurden, ist bereits in Kapitel 5 eingegangen worden. Insbesondere im Kanton Thurgau gelang es im Programmverlauf, in Kooperation mit zahlreichen externen Partner:innen eine differenzierte Angebotsstruktur zu etablieren und im Rahmen von

Leistungsaufträgen zu institutionalisieren, die nach Aussagen der Triple A-Fachpersonen heute kaum mehr Lücken aufweist. Der wohl wichtigste Fortschritt in allen Kantonen bezieht sich auf das konsequente Erschliessen des zweiten Arbeitsmarktes für die Zielgruppe, in der Regel als wichtiger Schritt auf dem Weg zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt, in einzelnen Fällen auch im Sinne einer langfristigen Möglichkeit von (Teil-) Beschäftigungen, die die Betroffenen vor Isolation schützen.

3. Fortschritte in der interinstitutionellen Zusammenarbeit auch mit Regelstrukturen im Schnittfeld von Gesundheit und Integrationsförderung

An verschiedenen Stellen lassen sich Fortschritte in Bezug auf eine bessere Verzahnung von Gesundheit und Integrationsförderung feststellen, die eine Voraussetzung dafür sind, dass die adäquate Unterstützung der Zielgruppe von Triple A nicht in der alleinigen Verantwortung der Integrationsförderung bleibt, sondern besser in den Regelstrukturen verankert werden kann. *«Dank Triple A sind die Prozesse ins Fließen gekommen»*, formuliert eine interviewte Fachperson. Es seien nun plötzlich neue Wege denkbar geworden, neue Austauschkanäle hätten sich ergeben und es könne innovativer gedacht werden. Die durch Triple A erreichte erhöhte Sensibilisierung gelte einerseits für gesundheitliche Themen im Asylsystem und andererseits für die Anliegen der Integrationsförderung an die Regelstruktur. Der entstandene oder intensiviertere Austausch wird als wertvoll eingestuft, um die Wege für die Integration weiter zu ebnen. Im Kanton Thurgau wird der dank Triple A verbesserte Austausch zwischen den drei Ämtern (Migration, Soziales, Gesundheit), die überdies auf zwei Departemente verteilt sind, von einem Interviewpartner als einen der grössten Gewinne des Projekts überhaupt angesehen. Triple A habe eine Diskussion in Gang gesetzt. Es sei ein Anstoss und könne genutzt werden, um Sach- und Politiklogik besser miteinander zu verbinden. Konkrete Erfolge bleiben nicht aus: Inzwischen ist es im Kanton Thurgau gelungen, für das Jahr 2026 eine gemeinsame Finanzierung des CMMG durch Sozial- und Migrationsamt zu vereinbaren und den für den Abschluss der Leistungsvereinbarungen notwendigen Regierungsratsbeschluss zu erwirken. Im Kanton Graubünden konnte der Zugang zu Teillohnarbeitsplätzen für stark beeinträchtigte Personen mit Fluchthintergrund dank der Zusammenarbeit zwischen dem Migrations- und dem Kantonalen Sozialamt ermöglicht werden. Auch auf operativer Ebene hat sich der Austausch zwischen Sozial- und Integrationsbereich verbessert und man ist daran, entsprechende Prozesse und Strukturen zu etablieren. Gemeinsame Austauschgespräche sind im Aufbau. Welcher Gewinn die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf operativer Ebene bedeutet, wird von einer Fachperson im Kanton Schaffhausen folgendermassen konkretisiert: *«Früher sagte ich oft: 'Das ist nicht meine Baustelle!' Wir alle hatten ein Gartenhag-Denken. Ich war nicht kreativ auf der operativen Ebene.»* Hier ist man nun beispielsweise daran, mit den Krankenkassen andere Tariflösungen für Hausärzt:innen auszuhandeln, wenn sie geflüchtete Menschen behandeln, in der Hoffnung, mehr Fachpersonen aus der Regelstruktur für das Engagement dieser Zielgruppe gewinnen zu können.

Solche Prozesse benötigten allerdings auch viel Zeit und Energie, sowohl auf strategischer als auch auf operativer Ebene, wird betont. Es brauche die nötigen Ressourcen, und es brauche die nötige Bereitschaft, sich gegenseitig kennenzulernen und die Strukturen und Abläufe der jeweils anderen Seite wirklich zu verstehen. Gelingen dies, nütze dies allen. Trotz vielen Fortschritten bleiben Herausforderungen im Schnittfeld von Migrations-, Sozial- und Gesundheitswesen bestehen und gibt es noch viel Potential, um das Wirken der verschiedenen Bereiche noch besser aufeinander abzustimmen – unter anderem in solchen Fällen, in denen eine problematische Wohnsituation gesundheitliche Stabilisierungsprozesse und Integrationsschritte behindert.

7.2 Entlastungseffekte auf Systemebene

Dass die im Rahmen von Triple A etablierten Strukturen und Prozesse auch zu relevanten Entlastungen auf Systemebene führen, dafür gibt es bereits nach der vergleichsweise kurzen Laufzeit vielfache und klare Hinweise. Die Entlastungseffekte lassen sich sowohl innerhalb der asylspezifischen Strukturen als auch in der Regelstruktur beobachten. Für deren Quantifizierung ist es noch zu früh, doch wird im Folgenden kurz beschrieben, bei welchen Akteuren und in welcher Hinsicht Entlastungen wahrgenommen werden.

Grundsätzlich werden durch das frühe Auffangen im Rahmen von Triple A *alle beteiligten Fachpersonen und Stellen* im System entlastet, weil eine Chronifizierung gesundheitlicher Probleme abgeschwächt oder verhindert werden kann. Fachpersonen betonen, dass sich so jene «Mammutfälle» vermeiden liessen, die sonst das gesamte System stark und lange beanspruchen, sowohl spezifische wie Regelstrukturen. Es zeige sich immer wieder, wie sich dank der Früherfassung und einer sorgfältigen Klärung und Koordination anstehender Schritte die für alle belastenden Umwege, Stagnationen und Fehleinschätzungen vermeiden liessen: *«Wir sind da, um das Labyrinth zu verhindern»*, bringt es eine Fachperson auf den Punkt.

Seitens der befragten *Gemeinden* wird Triple A durchgängig als wichtige Entlastung wahrgenommen, die Möglichkeit, Rat einzuholen und schwierige Fälle weiterzuweisen, schaffe auch Raum dafür, sich um andere Themen – z.B. die Wohnungssuche – kümmern zu können. Besonders positiv werden von den befragten Gemeinden die neu aufgebauten Ansprechstellen für Gesundheitsfragen wahrgenommen. Die Fachpersonen brächten die nötigen Kompetenzen mit, um auch in «diffusen» gesundheitlichen Situationen zu handeln, in denen man selber kaum den Überblick halten könne. Im Kanton Thurgau wurde die positive Wahrnehmung seitens Gemeinden im Rahmen einer kleinen Umfrage der Fachstelle Integration unter 85 Stakeholdern im Mai 2025 abgebildet, die Rückmeldungen sind äusserst positiv. Im Graubünden werden die im Rahmen von Triple A aufgebauten Angebote und Strukturen grundsätzlich ebenfalls sehr geschätzt. Einschränkend wird aber angemerkt, dass der intensive Prozess während der Phase der medizinischen Früherfassung in späteren Phasen manchmal etwas versande, wenn keine passenden und nachhaltigen Anschlusslösungen gefunden werden könnten und die Personen am Ende doch wieder bei ihnen «landeten».

Die Entlastung in den *Zentren* ist aktuell besonders im Kanton Graubünden spürbar, wo die medizinische Fachperson die Unterkünfte regelmässig aufsucht und wo es in den Zentren ansonsten (noch) keine medizinische Grundversorgung gibt. Die Verantwortlichen in den Zentren sind froh, Verantwortung abgeben zu können und im Austausch mit der Fachperson Sicherheit bei medizinischen Fragen zu gewinnen, die ihnen sonst eher fehle. Hinzu kommt ein spürbarer Rückgang der Termine mit externen Ärzten, da die Fachperson aus Triple A kleinere Anliegen direkt erledigen kann. Noch nicht wirklich greifen kann die Entlastung in den Unterkünften im Kanton Thurgau, wo die Schnittstelle zum CMMG noch wenig geklärt ist. In der bereits erwähnten Umfrage zum Nutzen des CMMG wird seitens Peregrina Stiftung im Mai 2025 sogar ein Mehraufwand rapportiert, der sich durch das CMMG ergeben habe.

In der *medizinischen Regelstruktur* vermag Triple A Überforderungen abzufangen, insbesondere bei Hausärzt:innen, die im Umgang mit geflüchteten Personen oft unsicher sind, etwa weil sie die ganz anderen Lebensrealitäten zu wenig kennen, und weil sie ungewohnt sind, Behandlungen mit Dolmetschenden durchzuführen. Eine Fachperson aus dem Kanton Schaffhausen beschreibt: *«In manchen Fällen sind die Hausärzte auch verzweifelt, weil die Klienten sie nicht verstehen oder nicht mitmachen, da sind sie sehr froh, wenn wir dabei sind.»* Die medizinischen Fachpersonen bieten deshalb auch Mikroschulungen zur Kommunikation mit der für sie ungewohnten Zielgruppe an, um die viele

Hausärzt:innen sehr froh seien. Auch das Zusammenstellen und die Übersetzung sämtlicher medizinischer Fallunterlagen zuhanden der Hausärzt:innen durch die Triple A-Fachpersonen wird geschätzt. Ausserdem würden die Spitalbesuche und der ungezielte Gang in die Notfallaufnahme reduziert, wenn den Betroffenen früh vermittelt werde, dass ein Spital nicht die erste Anlaufstelle ist. Durch gezielte Koordination werden somit Doppelspurigkeiten verhindert und Betroffene schneller den richtigen Therapieformen zugeführt, was eine raschere Besserung ermöglicht. Auch auf die Zielgruppe zugeschnittene Behandlungskonzepte, wie sie insbesondere in der vom SRK geführten Gravita angeboten werden, tragen dazu bei, dass Behandlungen effektiv greifen und der langwierige Gang durch das Medizinsystem erspart bleibt. Alle genannten Entlastungen tragen dazu bei, Kosten zu reduzieren – durch den Abbau von Leerläufen, die Verringerung von Fehl- oder Doppelbehandlungen und, langfristig, auch durch die erhöhten Chancen, dass die begleiteten Personen später selbstständig ein Einkommen erzielen können.

8 Fazit und Empfehlungen

Mit dem Pilotprogramm Triple A konnten deutlich verbesserte Bedingungen geschaffen werden, damit geflüchtete Menschen mit gesundheitlichen (physischen und/oder psychischen) Problematiken eine ihren Bedarfen und Möglichkeiten angepasste Begleitung und Unterstützung erhalten. Triple A und die während der Pilotphase gewonnenen Erkenntnisse können damit auch einen Beitrag dazu leisten, dass in der Weiterentwicklung der aktuellen Integrationspolitik den sozialen und gesundheitlichen Aspekten gesellschaftlicher Teilhabe mehr Beachtung geschenkt wird, als dies bisher der Fall war.

Im Folgenden werden die Haupteckdaten der Evaluation kurz zusammengefasst sowie daran anschliessende Empfehlungen für die langfristige Implementierung und Weiterentwicklung des evaluierten Programms formuliert. Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen sind an dieser Stelle bewusst kantonsübergreifend formuliert. Leser:innen, die sich speziell für die spezifischen kantonalen Stärken und Schwächen und Entwicklungspotentiale interessieren, ist die Lektüre der Kapitel 4.6 und 6.5.2 empfohlen.

8.1 Haupteckdaten

Die Evaluation hat gezeigt, dass die vorgesehenen Strukturen und Prozesse grundsätzlich geeignet sind für eine *erfolgreiche Zielerreichung*: die Verhinderung von Chronifizierungen, gesundheitliche Stabilisierung und verbesserte Chancen auf eine berufliche Integration für geflüchtete Menschen mit gesundheitlichen Problemlagen. Im Evaluationszeitraum von Januar 2023 bis Juli 2025 wurden 129 Personen ins Programm aufgenommen und begleitet. Es gelang, fast alle dieser Personen im Prozess zu halten und damit Chronifizierungen entgegenzuwirken, Abbrüche fanden nur in einzelnen wenigen Fällen statt. In rund zwei Drittel der Fälle liess sich während dem Untersuchungszeitraum eine gesundheitliche Stabilisierung erreichen bzw. sind Stabilisierungsprozesse aktuell im Gang – Verhaltensweisen für den Umgang mit der Krankheit wurden bzw. werden eingeübt, somatische Beschwerden abgeklärt und behandelt, eine (begleitende) psychiatrische Beratung oder Schmerztherapie aufgegleist, soziale Isolation durchbrochen. Einige haben inzwischen eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt gefunden, andere konnten eine Ausbildung (in der Regel im geschützten Rahmen) starten oder befinden sich in aufbauenden Qualifizierungsmassnahmen. Durch die intensivere Begleitung und dank den besser auf die Zielgruppe angepassten Strukturen und Angeboten wurden Entwicklungen und Erfolge ermöglicht, die im regulären Begleitsetting kaum denkbar gewesen wären. Speziell mit Blick auf den Kanton Graubünden ist die besondere Situation zu nennen, dass geflüchtete Menschen mit Status F, für die im Regelfall nur eine pauschal-administrative Fallführung installiert ist, dank Triple A das erste Mal überhaupt eine Ansprech- und Begleitperson für ihre oft vielschichtigen Belastungen und Problemlagen erhalten haben.

Über die angestrebten Wirkungen auf individueller Ebene hinausgehend vermochte Triple A auch *Wirkungen auf der Systemebene* zu entfalten. Als wichtige Entwicklungen, die durch das Programm angestoßen wurden, sind der Aufbau zwei weiterer kantonomer Anlauf- bzw. Fachstellen für Gesundheitsfragen zu nennen, die Ausdifferenzierung der Angebotslandschaft durch Neuerschliessungen und generell die Fortschritte bei der interinstitutionellen Zusammenarbeit im Dreieck von Integrationsförderung, Gesundheit und Sozialwesen. Zugleich wurde deutlich, dass das Projekt relevante Entlastungseffekte im System erzeugen kann: Durch das frühe Eingreifen und eine verbesserte Koordination lassen sich Doppelspurigkeit, Umwege, Stagnationen und Fehleinschätzungen vermeiden und Folgekosten sparen.

Nebst den positiven Wirkungen zeigen sich aber auch Herausforderungen. In der konkreten Begleitarbeit stellt die *Vulnerabilität der Zielgruppe* und die enge Verwobenheit von somatischen, psychischen,

sozialen und manchmal auch kognitiven Problemstellungen eine grosse Herausforderung mit hohen Ansprüchen an eine professionelle Begleitung dar. Die *strategische Ausrichtung* des Programms, die gesundheitsbezogene Ziele mit dem (Fern-) Ziel einer beruflichen Integration kombiniert, kann gerade bei der vulnerablen Gruppe zu besonderen Herausforderungen führen – die Hoffnungen können gross sein, und der Grat zwischen «zu wenig» und «zu viel» Förderung ist schmal. Enttäuschungen, Rückschläge und Stagnationen sind unter diesen Bedingungen und generell angesichts gesundheitlicher Einschränkungen immer Teil des Prozesses. Es braucht Zeit, Geduld, Empathie und hohe Professionalität, um die richtige Balance zu finden und schwierige Phasen gut begleiten zu können.

Auch in Bezug auf die *organisationale Ausgestaltung der Schnittstellen* im Dreieck von Integrationsförderung, Gesundheit und Sozialbereich stellen sich Herausforderungen, die sorgfältig zu bearbeiten sind. Je nach Ausgestaltung des Asylwesens und je nach implementierten Fallführungsmodellen entstehen durch die Umsetzung von Triple A unterschiedlich viele neue – und unterschiedlich schwierig zu bespielende – Schnittstellen. Es zeigte sich deutlich, dass die Herausforderungen grösser werden, je grösser die Zahl involvierter Organisationen und Ämter ist. Schliesslich ist auf die schwierigen oder gar dysfunktionalen Rahmenbedingungen hinzuweisen, die sich als grosse Herausforderungen und Hürden für die Zielerreichung erweisen, namentlich die (finanzielle) Abhängigkeit von den Gemeinden beim Umsetzen angezeigter Massnahmen, die für gesundheitliche Stabilisierungsprozesse hochproblematischen Wohnsituationen in der Asylstruktur, oder die noch geringe Befähigung des Gesundheitssystems für den Umgang mit der Zielgruppe geflüchteter Personen (inkl. der fehlenden Finanzierung von Dolmetschenden für Hausärzt:innen).

Trotz bestehender Herausforderungen: Das Grundmodell von Triple A (Auffangen – Abklären – Anschluss) erweist sich grundsätzlich als tragfähig und auch *in andere kantonale Kontexte übertragbar*, solange die Implementierung die kantonale Ausgangslage berücksichtigt und strukturelle Erfolgsfaktoren – klare Schnittstellen, ausreichende Fachressourcen, interdisziplinäre Zusammenarbeit – gesichert sind.

8.2 Empfehlungen

Die nachfolgenden Punkte verstehen sich nicht als konkret ausgearbeitete Handlungsempfehlungen, sondern benennen ausgehend von den Evaluationsergebnissen wichtige Gelingensbedingungen für die längerfristige Etablierung einer gesundheitssensiblen Integrationsförderung.

1. Sicherstellen einer griffigen Früherfassung

Die möglichst frühe Erkennung von gesundheitlichen Problematiken bei geflüchteten Menschen im Asylsystem ist zentral, damit diese rasch eine ihrer Situationen und ihren Bedürfnissen angepasste Unterstützung erhalten und Chronifizierungen und Re-Traumatisierungen vermieden werden können – gerade auch dann, wenn die Betroffenen still und zurückgezogen sind. Eine griffige Früherfassung muss unabhängig vom institutionellen (Unterbringungs- und Fallführungs-) Setting im Asylwesen sichergestellt sein und ab Kantonszuweisung einsetzen. Sie sollte sich auf eine Gesundheitsfachstelle in den Zentren abstützen bzw. an diese anschliessen können und ist auf definierte Prozesse zwischen allen involvierten Akteuren und insbesondere auch über institutionelle Grenzen hinweg angewiesen, damit die relevanten Informationen an sie gelangen und sie diese zielführend weitergeben kann. Die Grundanlage in Triple A, dass die Früherfassung als zentrale Ansprechstelle für Gesundheitsfragen konzipiert

bzw. in eine solche eingebettet ist, überzeugt, da dies die Bündelung gesundheitsbezogener Meldungen erleichtert. Ob und inwieweit die Ansprechstelle nebst der Früherfassung sinnvollerweise auch weitere Funktionen übernimmt – Ansprechstelle für weitere Zielgruppen, fallunabhängige Beratung in medizinischen Fragen, Schulungen zu Gesundheitsfragen in der Regelstruktur –, hängt von den Bedarfen im jeweiligen Kanton ab. Für den Triple A-Prozess empfiehlt sich, dass die Früherfassung dieselbe Fachperson übernimmt, die auch für die Triple A-Fallführung (vgl. unten) zuständig ist. Ist dies nicht möglich/vorgesehen, ist eine definierte Übergabe an die nachgelagerte Fallführung sicherzustellen und darauf zu achten, dass Begonnenes fortgeführt werden kann.

2. Starke Stellung und gute Ausstattung der Triple A-Fallführung (Gesundheit)

Um geflüchtete Menschen mit gesundheitlichen Problemlagen adäquat unterstützen zu können, ist eine Begleitung wichtig, die früh einsetzt, gesundheitliche Themen professionell ansprechen und bearbeiten kann und möglichst wenig institutionelle und personelle Brüche aufweist. Nur in einem kontinuierlichen Setting kann der hohen Bedeutung gerecht werden, die im Kontext gesundheitlicher und psychosozialer Vulnerabilität dem Vertrauensaufbau und -erhalt zukommt. Die Begleitung muss in der Lage sein, den vielfältigen gesundheitlichen und psychosozialen Problemlagen gerecht zu werden und deren Bearbeitung gut und unter Einbezug aller relevanten Akteure inkl. gesundheitlicher Regelstruktur koordinieren zu können. Es empfiehlt sich mit Nachdruck, die Begleitung im Rahmen einer eigenen, kontinuierlichen Fallführung zu installieren, die mit ausreichend Ressourcen, Kompetenzen und Verantwortung ausgestattet ist. Die Fallführung ist durch eine medizinisch-pflegerische Fachperson mit psychosozialen Kompetenzen und Erfahrungen im Umgang mit der Zielgruppe wahrzunehmen, um die anspruchsvollen Prozesse gut begleiten zu können. An den Schnittstellen zu weiteren Akteuren und insbesondere zur Fallführung Sozialhilfe sind klare Zuständigkeiten und eine transparente Zusammenarbeit elementar, um Doppelspurigkeit, Umwege, Brüche und Stagnation zu vermeiden.

3. Sensible Gestaltung der Schnittstelle zwischen Gesundheit und beruflicher Integration

Die Schnittstelle zwischen Gesundheit und beruflicher Integration – beides Ziele von Triple A – ist aufgrund der engen Verknüpfung der beiden Themenbereiche besonders anspruchsvoll und sensibel. Dazu trägt auch das Enttäuschungs- oder Überforderungspotential bei, das einer möglichen Schwerpunktsetzung auf einen der beiden Bereiche innewohnt. Die Umsetzung von Triple A sieht in allen am Pilotprogramm beteiligten Kantonen die Zusammenarbeit mit speziellen Integrations- bzw. Jobcoaches vor, die eingebunden werden, wenn Fragen der beruflichen Integration konkret werden. Dabei variieren allerdings Zeitpunkt und Art der Zusammenarbeit bzw. der Übergabe zwischen Gesundheits- und Integrationsbegleitung. Eine abschliessende Beurteilung der drei unterschiedlichen Modelle, die teilweise noch in der Entwicklung sind, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich. Die bisherigen Befunde sprechen tendenziell für eine klar definierte Übergabe, die stattfindet, wenn die gesundheitliche Stabilisierung abgeschlossen oder weit fortgeschritten ist und sich die Perspektiven auf eine berufliche Integration konkretisiert haben. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass für die gelingende Integration beider Bereiche in der Zusammenarbeit transparente, gut abgestimmte Übergaben und möglichst wenig institutionelle Brüche wichtig sind, aber auch eine offene, kontinuierliche Kommunikation, gegenseitiges Vertrauen sowie die Fähigkeit, flexibel auf individuelle und situative Bedarfe einzugehen – eine zu rigide Standardisierung wäre kontraproduktiv. Wo diese Elemente zusammenspielen, entsteht eine tragfähige, klient:innenzentrierte Unterstützung entlang einer sensiblen Schnittstelle. Für die anschliessende Begleitung im Prozess der beruflichen Integration sind erhöhte Zeitressourcen gegenüber dem regulären

Integrations- bzw. Jobcoaching einzuplanen und Fachpersonen einzusetzen, die über zielgruppenspezifische Erfahrung und idealerweise gesundheitsspezifische Grund- oder Fachkenntnisse verfügen.

4. Zielgruppenadäquate Angebotsstruktur

Um gesundheitliche Stabilisierungs- und berufliche Integrationsprozesse realisieren zu können, ist eine Angebotslandschaft wichtig, die die vielfältigen Problem- und Bedarfslagen der Zielgruppe abdeckt, und in welcher die Zusammenarbeit nach Möglichkeit formalisiert und verfestigt oder sogar strukturell verankert werden kann. Obwohl im Rahmen der Evaluation keine systematische und umfassende Bewertung der erschlossenen Angebote möglich war, lassen sich folgende Punkte festhalten: Von grösster Bedeutung für die Erweiterung von beruflichen Integrationsoptionen ist eine IV-erkannte Abklärungsstelle (Bsp. Kompetenzzentrum Appisberg oder Gravita, letztere konsequent auf flucht- und traumaspezifische Problemstellungen ausgerichtet und deshalb in stark belasteten und vulnerablen Konstellationen angezeigt). Ergänzend dazu erwiesen sich vor allem die neu erschlossenen Kooperationen mit Abklärungs-, Beschäftigungs- und Qualifikationsangeboten im geschützten Rahmen als wichtiges Instrument. Es bestehen zum Teil aber noch empfindliche Lücken in der Angebotsstruktur, dies unter anderem bei fremdsprachlich durchgeführten Gruppen- oder Schmerztherapien und generell in Bezug auf Angebote auf regionaler Ebene, da in vielen Fällen nur sie niederschwellig genug zugänglich sind bzw. wären. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die oft hohe Vulnerabilität der Zielgruppe in der Auswahl von Angeboten bedacht werden muss. Viele Betroffene sind zwingend auf traumasensible und transkulturelle Kompetenzen der Fachpersonen angewiesen, wenn Behandlungen greifen sollen.

5. Langfristige Verankerung in der Regelstruktur

Ein grosses Potential von Triple A besteht darin, Strukturen der spezifischen Integrationsförderung und relevante Bereiche der Regelstruktur – Gesundheitssystem, Sozialwesen, Bildungswesen – noch besser zu verzahnen. Während der Pilotphase konnten diesbezüglich wichtige Entwicklungen angestossen werden, die jedoch konsequent weiterzutreiben sind, damit sich der grundsätzliche Regelstrukturansatz in der Integrationsförderung längerfristig und umfassend durchsetzen kann, womit sich auch dysfunktionale Rahmenbedingungen besser erkennen und überwinden lassen. Wie sich in der Evaluation zeigte, brauchen diese Entwicklungen nicht nur grosses Engagement und Offenheit bei allen Beteiligten für die Bearbeitung der Schnittstellen, sondern sie müssen auch politisch-administrativ getragen und gestützt werden, damit Fortschritte erzielt und auch innovative, zielführende Ansätze gefunden werden können.

6. Wissensgenerierung und Austausch

Wie erwähnt, war die Evaluationsdauer zu kurz, um die unterschiedlichen kantonalen Modi in der Umsetzung von Triple A auch in ihrer längerfristigen Eignung und Wirkung auswerten zu können. Um die Grundidee von Triple A auf andere Kontexte übertragen und im Sinne einer gesundheitssensiblen Integrationsförderung weiterentwickeln und zu können, empfehlen sich noch längere Beobachtungszeiträume, die systematische Sammlung, Analyse und Dokumentation von Beispielen Guter Praxis sowie eine Plattform für interkantonalen Austausch und gemeinsame Lernprozesse.

A Anhang

A.1	Grobkonzept Triple A	63
A.2	Zusammenstellung Datenbasis	69

A.1 Grobkonzept Triple A

Interkantonales Integrationsprogramm Triple A - Projektbeschreibung und Evaluationsfragen

Triple A
Interkantonales Integrationsprogramm
im Rahmen des Modellprogramms
«Stabilisierung und Ressourcenaktivierung von Personen mit besonderen Bedürfnissen» des SEM
Projektbeschreibung und Evaluationsfragen

Kurzanangaben zum Projekt

Projektträger	Integrationsfachstellen der Kantone Graubünden / Thurgau / Schaffhausen
Kontaktperson	Integrationsfachstelle Integres Krebsbachstrasse 61 8200 Schaffhausen Zubler, Kurt 052 624 88 65 kurt.zubler@sh.ch
Projekttitel	Triple A - Interkantonales Integrationsprogramm für Personen mit besonderen Bedürfnissen
Dauer des Projektes	Von 01.01.2023 – 31.12.2024

Projektbeschreibung

Was ist das übergeordnete Ziel des Projekts?

Mit dem Triple A - Auffang-, Abklärungs- und Aufbauprogramm für Personen, die aus verschiedenen Gründen (z.B. Leistungsschwäche, physische oder psychische Beeinträchtigungen) im bestehenden Massnahmenrahmen nicht adäquat unterstützt werden können, lancieren die Kantone GR, SH und TG ein kantonsübergreifendes Kooperationsprogramm. Das Ziel des dreiteiligen Programms besteht 1. in der Früherkennung von Personen, die aufgrund von belastenden Faktoren im Integrationsprozess benachteiligt sind und einen erhöhten Unterstützungs- und Förderbedarf aufweisen. Zentraler Bestandteil des Programms ist 2. die Abklärung der funktionalen Leistungsfähigkeit und der berufspraktischen Arbeitsfähigkeit. Ausgehend von zweckmässigen Empfehlungen für Anschlusslösungen und realistischen Ansätzen für eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt sollen 3. die individuellen Ressourcen in passenden Anschlusslösungen aktiviert und entwickelt werden. Die erwähnte Personengruppe erhält dadurch frühzeitig Zugang zu auffangenden und aufbauenden Unterstützungsangeboten. Damit soll einer Chronifizierung von Beeinträchtigungen entgegengewirkt und eine Stabilisierung erreicht werden, womit die Chancen auf eine mittelfristig erfolgreiche sprachliche und berufliche Integration erhöht werden.

An welche Zielgruppe/n richtet sich die Massnahme und wie wird sichergestellt, dass sie vom Projekt erreicht wird?

Die Massnahme richtet sich an Personen im erwerbs- bzw. ausbildungsfähigen Alter, bei denen aufgrund von physischen und vor allem psychischen Auffälligkeiten eine eingeschränkte Integrationsfähigkeit vermutet wird. Entsprechende Hinweise können vom/von der Klient/-in selbst, von Mitarbeitenden der Unterbringungs- und Betreuungsstrukturen sowie von Lehrpersonen aus Sprach- und Potentialabklärungskursen kommen.

Falls sich die eingeschränkte Integrationsfähigkeit durch die Massnahmen des Programms bestätigt, müssen die Erwartungen bezüglich Dauer des sozialen, sprachlichen und beruflichen Integrationsprozesses angepasst und Zugänge zu massgeschneiderten Angeboten und Beratung geschaffen werden.

Dreh- und Angelpunkt bei der Beratung betroffener Klient/-innen sowie bei der Zuweisungsempfehlung in weiterführende Abklärungsmassnahmen ist die in jede Kanton zu schaffende Anlaufstelle für Gesundheitsfragen. Dieses niederschwellige Angebot soll für alle vA/Flü sowie für Personen mit Status S und N zugänglich sein und durch die Schaffung eines vertrauensvollen Umfelds zu einem offenen Austausch über die persönliche, emotionale Befindlichkeit einladen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass vor allem psychische Problematiken frühzeitig wahrgenommen und entsprechend angegangen werden können.

Welche Massnahmen werden konkret umgesetzt, um das übergeordnete Ziel zu erreichen?

1. Niederschwellige Anlaufstelle für Gesundheits- und Belastungsfragen - Früherkennung

In einem ersten Schritt soll in jedem Kanton eine niederschwellige Anlaufstelle für Gesundheits- und Belastungsfragen von Personen im Asylbereich aufgebaut werden. Geführt wird diese von fachlichen Vertrauenspersonen, die entsprechende Qualifikationen im interkulturellen- und medizinisch-/psychologischen Bereich aufweisen. Die Anlaufstelle nimmt die Funktion eines Frühwarn- und Interventionssystems wahr und entlastet damit die Fallführenden von dieser Aufgabe.

Auf der Grundlage eines gezielten Vertrauensaufbaus resultiert eine erste Einschätzung durch die Fachperson sowie eine konkrete Empfehlung bezüglich des weiteren Vorgehens. Liegt das entsprechende Einverständnis des / der Klient/-in vor, kann nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzten sowie unter Berücksichtigung der bisherigen medizinischen Erkenntnisse eine vertiefte arbeitsmedizinische Abklärung der nächste, zukunftsweisende Schritt sein.

2. Abklärung

Eine auf die Zielgruppe ausgerichtete dreiwöchige, arbeitsmedizinische Abklärung soll Aufschluss geben über die individuelle gesundheitliche Situation sowie die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. Diese Abklärungseinheit wird ausgehend von den Erfahrungen des Kantons Graubünden von allen beteiligten Kantonen gemeinsam und in Zusammenarbeit mit der Beruflichen Abklärungsstelle BEFAS des Kompetenzzentrums Appisberg weiterentwickelt und vereinbart. Die Anmeldung mit den spezifischen Fragestellungen an die Abklärungsstelle erfolgt aus der Zusammenarbeit der Anlaufstelle für Gesundheitsfragen sowie der zuständigen Fallführung. Die Teilnehmenden werden durch ein interdisziplinäres Team von Berufs- und Laufbahnberatern, Ärztinnen / Ärzten (somatisch und/oder psychiatrische Begleitung) sowie Arbeitsagogen/-innen begleitet. Um die funktionale Leistungsfähigkeit und das Potential der Teilnehmenden eruieren zu können, arbeiten sie unter Anleitung in verschiedenen Bereichen der Abklärungsstelle. Integriert sind je zwei Untersuchungstermine mit einem Arzt / einer Ärztin und einer Psychiaterin / einem Psychiater. Die Zusammenführung der verschiede-

nen Erkenntnisse und Resultate hat das Ziel, die konkreten Fragestellungen der Auftraggebenden zu beantworten und fundierte Empfehlungen für die nächsten Schritte auf dem Weg zu einer erfolgreichen sprachlichen und beruflichen Integration zu erarbeiten.

3. Anschlusslösungen

Ausgehend von den Erkenntnissen und Empfehlungen der BEFAS-Abklärung müssen geeignete Anschlusslösungen gefunden bzw. entwickelt oder gegebenenfalls weitere Abklärungen vorgenommen werden. Dazu gehören folgende Möglichkeiten:

- Erster Arbeitsmarkt / berufliche Grundbildung, gegebenenfalls mit spezifischen Begleitmassnahmen
- Zweiter Arbeitsmarkt mit Ziel Erster Arbeitsmarkt
- Praktische Ausbildung (PrA) nach INSOS
- Mindestlohnunterschreitung infolge Leistungseinschränkung
- Weitere berufliche Abklärungen, Qualifikationsprogramme
- Weitere gesundheitliche Abklärungen/ Begleitungen, z.B. Gravita, Spirit etc.
- IV-Anmeldung mit möglichen Folgemaassnahmen wie z.B. Antrag für geschützten Arbeitsplatz etc.
- Spezifische Massnahmen zur sprachlichen und sozialen Integration

Interkantonale Kooperation

Die beteiligten Kantone erarbeiten die konzeptionellen Grundlagen und die Weiterentwicklung des Triple A-Programms sowie die Vereinbarung betreffend die BEFAS-Abklärung im Kompetenzzentrum Appisberg gemeinsam. Ebenso werden eine externe Prozessbegleitung und die Evaluation gemeinsam verantwortet und finanziert. Dagegen erfolgen die Früherkennung und die Planung bzw. Entwicklung der Anschlusslösungen vor Ort nach den Voraussetzungen und Gegebenheiten der jeweiligen Kantone. Aus diesem Grund haben die beteiligten Kantone je ein eigenes Gesuche zum Kooperationsprogramm eingereicht.

Inwiefern enthält das Projekt innovative/neuartige Elemente?

Eine erste Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Situation von geflüchteten Personen wird bereits in den Bundesasylzentren vorgenommen. Nach der kantonalen Zuteilung konnte bisher der Weiterverarbeitung dieser ersten Gesundheitsmeldungen nicht die notwendige Beachtung geschenkt werden. Deshalb und auch in Folge sprachlicher und weiterer Barrieren blieben gesundheitliche und psychosoziale Probleme über längere Zeit unerkannt, was zu vermeidbaren Chronifizierungen und Retraumatisierungen geführt hat.

Mit dem kombinierten Programm der Anlaufstelle für Gesundheitsfragen, der arbeitsmedizinischen Abklärung in Appisberg und den jeweiligen Anschlusslösungen erhalten Personen aus dem Asylbereich unmittelbar nach dem Zuzug in die beteiligten Kantone einen niederschweligen Zugang zu einer gesundheitlichen und psychosozialen Beratung. Dadurch können in Zukunft Personen mit speziellem Unterstützungsbedarf frühzeitig identifiziert und entsprechend begleitet, respektive gefördert werden. Dies kann im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Abklärung erfolgen, die fachlich fundierte und anerkannte Rückmeldungen über den Gesundheitszustand sowie die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden liefert. Nach einer interdisziplinären Auswertung der Resultate sind eine sinnvolle und weiterführende Planung sowie die Definition von förderlichen Massnahmen mit dem Ziel der sprachlichen und beruflichen Integration besser möglich.

Innovativ ist zudem die verbindliche Zusammenarbeit in einem interkantonalen Kooperationsprogramm während der gesamten Programmdauer.

Wie ist das Projekt mit bestehenden Integrationsmassnahmen und –prozessen abgestimmt und inwiefern sind Schnittstellen geklärt?

Unter Berücksichtigung des Datenschutzes und im Sinne der interdisziplinären Zusammenarbeit werden medizinische Fachpersonen, Zentrumsleiter/-innen, Verantwortliche von Integrationsmassnahmen, Lehrpersonen, Beistand/-innen, Akteure im Bereich der psychosozialen Begleitung/ Beratung etc. auf dem Laufenden gehalten und – wo möglich und sinnvoll – in die Planung, respektive Definition von Massnahmen involviert. Passende Anschlusslösungen müssen gegebenenfalls mit den relevanten Akteuren entwickelt bzw. muss die Zugänglichkeit dazu geschaffen werden. Allfällige neue Angebote sind in die bestehende Massnahmenstruktur einzubetten.

Welche Organisationen/Behörden werden wie und zu welchem Zeitpunkt miteinbezogen?

Die Erarbeitung, Weiterentwicklung und Evaluation des Gesamtprogramms erfolgt durch die beteiligten Kooperationskantone. Die Konzeptarbeit zur Früherkennung und zu den Anschlusslösungen erfolgt in den jeweiligen Kantonen. Passende Anschlusslösungen müssen gegebenenfalls mit den relevanten Akteuren entwickelt bzw. muss die Zugänglichkeit dazu geschaffen werden. Allfällige neue Angebote sind in die bestehende Massnahmenstruktur einzubetten.

Wie wird der Projekterfolg beurteilt?

Die Kooperationskantone entwickeln ein gemeinsames Qualitätssicherungs- und Evaluationskonzept. Vorgesehen ist die Beauftragung einer externen Evaluationsstelle, welche die Erfolge, Chancen und Risiken des Projektes sowohl für die Weiterführung und dauerhafte Etablierung in den beteiligten Kooperationskantonen als auch für weitere interessierte Kantone erarbeitet, aufbereitet und zur Verfügung stellt.

Wird sichergestellt, dass das Projekt Veränderungen über das Projektende und den -kontext hinaus bewirkt?

Die beteiligten Kantone haben höchstes Interesse daran, die gewonnen Erkenntnisse nach dem Ende des Programms nachhaltig in der kantonalen Integrationsförderung und soweit möglich in den jeweiligen Regelstrukturen zu verankern. Die Kooperationskantone werden die Erfahrungen und Ergebnisse gerne im grösseren Rahmen verbreiten, ein späterer Einstieg von weiteren Ostschweizer Kantonen ist zudem denkbar. Deshalb ist auch eine externe Prozessbegleitung und Evaluation der Projekterfolge vorgesehen, um die Anschlusslösungen und Weiterentwicklungen auf eine solide Grundlage stellen zu können.

Werden die Öffentlichkeit und Betroffene über die Existenz des Projekts und seine Aktivitäten und Ergebnisse informiert und/oder Massnahmen zur Wissensvermittlung umgesetzt?

Ob und wie die Öffentlichkeit informiert werden soll, ist von den beteiligten Kantonen im Rahmen der Programmentwicklung zu entscheiden. Die Betroffenen werden im Fall einer potentiellen Programmteilnahme informiert. Damit Teilnahmebereitschaft und Motivation erreicht werden können, ist der vertrauensbildenden Zusammenarbeit zwischen der Fallführung und den Betroffenen grosse Bedeutung beizumessen. Für eine erfolgreiche Umsetzung des Programms ist eine aktive und nachhaltige Sensibilisierung bei den beteiligten Akteuren unabdingbar.

Werden Massnahmen zur Qualitätssicherung eingesetzt?

Die Kooperationskantone entwickeln ein gemeinsames Qualitätssicherungs- und Evaluationskonzept. Dazu gehören unter anderem definierte Prozessbeschriebe und Berichtsformate.

Andere Elemente, welche die Notwendigkeit und Relevanz des Projekts begründen?

Wohl alle Schweizer Kantone "leiden" daran, dass für benachteiligte Personen aus dem Asylbereich - insbesondere bei gesundheitlichen Belastungen - die notwendigen Angebote fehlen, nicht zugänglich oder nicht finanziert sind. Das vorliegende Kooperationsprogramm bündelt einerseits dieses Leiden und andererseits die je vorhandenen Kompetenzen, Erfahrungen und Netzwerke. Daraus ergibt sich die Hoffnung, dieses gebündelte Knowhow im Programm selbst potenzieren und in der Folge über den Ostschweizer Raum hinaus nutzbar machen zu können.

Vorläufige Fragestellungen der Evaluation

Die Kooperationspartner haben die grundlegenden Fragenstellungen noch ohne durchgehende Strukturierung provisorisch entwickelt. Das abschliessende Vorgehen soll in Zusammenarbeit mit der beauftragten Institution entwickelt werden.

1. Phase «Früherkennung»

- Rahmenbedingungen und Prozesse in den Kantonen, die zur Zuweisung führen inklusive medizinische Versorgung
- Qualität der Zuweisungsprozesse:
 - Unterlagen
 - Fragestellungen
 - Vorbereitung auf den Prozess im Appisberg, damit die TN «ehrlich» über sich berichten

2. Phase «Appisberg»

- Welche Personen kommen in die Abklärung?
- Sind die «richtigen» Personen in der Abklärung?
- Verteilung der Zielgruppe nach Vulnerabilität
- Rolle der Dolmetschenden und Effekt des Verdolmetschens

Übergang 2. / 3. Phase

- Qualität der Berichte aus Sicht Dritter
- Sind die Ergebnisse / Empfehlungen sinnvoll / brauchbar?
- (Wie) können die Empfehlungen und Ergebnisse in den Kantonen umgesetzt werden?

3: Phase «Anschlusslösungen»

Haben wir die Gefässe / Angebote um geeignete Anschlusslösungen umsetzen zu können?
Haben wir Zugang zu Massnahmen / zur Finanzierung der IV / der Behindertenfachstellen?

- Haben wir die Angebote (inkl. Medizinische Versorgung)?
- Haben wir Zugang?
- Wer finanziert?
- Finanzieren die Richtigen?
- Gibt es Finanzierungslücken bzw. -löcher?

Grundsätzliche Fragestellungen

- Was funktioniert?
- Was fehlt?
- Was ist problematisch?
- Was ist der Aufwand pro Schritt, intern und extern?
- Aussagen zum Kosten- / Nutzenverhältnis

Offene Frage

Soll die Teilnehmendenperspektive berücksichtigt werden?

Wenn ja, wie kann die entsprechende Qualität / Aussagekraft (Stichwort: Angstgetriebenheit) gewährleistet werden?

A.2 Zusammenstellung Datenbasis

Modul 1: Anlaufstellen für Gesundheitsfragen

Perspektive	Kanton	Daten
Konzepte und Unterlagen	SH	<ul style="list-style-type: none"> - Organigramm KSA - Dokument «Vorabklärung bei medizinischen Problemen – sechs Phasen» - Dokument «Assessment»
	GR	<ul style="list-style-type: none"> - Grundlagenpapier «Medizinische Früherfassung» - Grundlagenpapier «Personen mit speziellen Unterstützungs- und Beratungsbedürfnissen» - Stellenbeschreibung für die «Fachverantwortliche Medizinische Früherfassung von Personen aus dem Asylbereich»
	TG	<ul style="list-style-type: none"> - Organigramm Sozialarmt Kanton TG - Leitlinien Triple A (Stand 04.10.24) - Übergabeformular Triple A Klient - Anmeldeformular_BFF - IIZ_Ermächtigung_Datenaustausch Grundsätze für Zusammenarbeit zw_MIA_TG_und_Gravita_SRK <p>Bezogen auf CMMG</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMMG-Auszug aus Leitlinien Erstintegration VA/Flü (Stand 04.10.24) - Leistungsvereinbarung Niederschwellige Anlaufstelle SRK - Vertrag SRK-CMMG (Stand 07.24) - Ablauf SPIRIT_TG - Letter_of_Intent_SRK_TG - Regierungsratsbeschluss Leistungsauftrag Pilotprojekt CMMG - Präsentation CMMG für Regierungsrat 03.25 - Auswertung CMMG-Umfrage nach Stakeholdern - Umfrageauswertung und Justierungen 2025_2026 - Präsentation Fallbeispiele Regierungsrat - Regierungsratsbeschluss Verlängerung Pilotprojekt CMMG - SRK Jahresbericht CMMG 2024
Perspektive Gesundheitsstelle Bisherige Erfahrungen, Wirkungen, Fallspezifische Thematiken	SH	<ul style="list-style-type: none"> - 05.12.23, Interview mit Akrem Braunschweiler (gemeinsam mit Anita Scherrer) - 21.07.25, Interview mit Akrem Braunschweiler (gemeinsam mit Anita Scherrer)
	GR	<ul style="list-style-type: none"> - 24.01.24, Interview mit Katarina Maksimovic - 21.07.25, Interview mit Katarina Maksimovic (gemeinsam mit Carmen Disch)
	TG	<ul style="list-style-type: none"> - 13.01.25, Interview mit Jacqueline Eichenberger und Claudia Schaffner, CMMG SRK Thurgau - 01.07.25 Interview mit Jacqueline Eichenberger und Claudia Schaffner, CMMG SRK Thurgau
Perspektive spezialisierte Jobcoaches/Triple A Jobcoaches	SH	<ul style="list-style-type: none"> - 05.12.23, Interview mit Anita Scherrer (gemeinsam mit Akrem Braunschweiler) - 21.07.25, Interview mit Anita Scherrer (gemeinsam mit Akrem Braunschweiler)

	GR	<ul style="list-style-type: none"> - 18.12.23, Interview mit Carmen Disch und Richard Derrer - 21.07.25 Interview mit Carmen Disch (gemeinsam mit Katarina Maksimovic)
	TG	<ul style="list-style-type: none"> - 06.03.24, Interview mit Jasmine Wirz und Michael Fritschi - 22.07.25, Interview mit Bianca Brändle und Michael Fritschi
Dossiers 01.01.23-31.05.25	SH	Raster mit 17 Dossier
	GR	Raster mit 61 Dossier
	TG	Raster mit 51 Dossier

Modul 2: involvierte Akteure auf kantonaler Ebene

Perspektive	Kanton	Daten
Perspektive Integrationsdelegierte	SH	- 19.02.24, Interview mit Kurt Zubler und Sara De Ventura
	GR	- 15.02.24, Interview mit Felix Birchler
	TG	- 19.02.24, Interview mit Bettina Vincenz und Stephan Eckhart (SOA)
Interview Fallführende Stellen Gemeinden	SH	
	GR	- 28.04.25, Interview mit Ricarda Stupa und Martina Zanetti, Fallführende Gemeinden
	TG	<ul style="list-style-type: none"> - 04.04.25, Interview mit Raina Asprion, Fallführende Amt für Soziale Dienste - 07.04.25, Interview mit Pius Schenker, Leiter Sozialamt Soziale Dienste Egnach - 15.04.25, Interview mit Judith Gerster, Leiterin Sozialamt Soziale Dienste Hauptwil
Perspektive parallele/vorgelagerte Strukturen Normale Jobcoaches, Unterbringungs- Betreuungsstrukturen, Lehrpersonen in Sprach- und Potentialabklärungskursen	SH	- 12.12.23, Interview mit Anna Brügel, Juma SAH
	GR	<ul style="list-style-type: none"> - 27.03.25, Interview mit Daniela Sutter, Leitung Sprachliche Integration Fachstelle Integration - 03.04.25, Interview mit Reto Schnider, Ressortleiter Berufliche Integration FI - 30.06.25 Interview mit Sasa Milankovic, Zentrumsleitung Chur - 03.06.25, Interview mit Rita Mathis, Zentrumsleitung Cazis - 28.05.25, Interview mit Michele Stephani, Zentrumsleitung Davos
	TG	<ul style="list-style-type: none"> - 27.02.24, Interview mit Iris Niedermann Peregrina Stiftung - 10.07.25, Interview mit Diana Kamp, Integrationscoach Fachstelle Integration - 15.07.25, Interview mit Daniel Kälin, Integrationscoach Fachstelle Integration

Perspektive Abklärungsstellen und Anschlusslösungen	SH	<ul style="list-style-type: none"> - 12.12.23, Interview mit Anna Brügel, Juma SAH - 10.10.24, Interview mit Reto Lüdi, Bereichsleiter berufliche Integration, Verein Perspektive - 20.01.25, Interview mit Tatjana Rengel, Jobcoach Stiftung Impuls - 30.01.25, Interview mit Jons Rudolph, Bereichsleiter Gastronomie Stiftung Impuls
	GR	<ul style="list-style-type: none"> - 24.10.24, Interview mit Thomas Richli, Ressortleiter Arbeitsintegration Stiftung Feschland - 10.10.24, Interview mit Daniel Kistler, Leiter Behindertenintegration, Kantonales Sozialamt
	TG	<ul style="list-style-type: none"> - 07.05.24, Interview mit Willi Zweifel, Lehrperson der niederschweligen Integrationsausbildung (NIA) - 14.05.24, Interview mit Roman Sturzenegger, Inhaber RS Integration - 13.08.24, Interview mit Christian Göppel, Leitung Gastronomie Bad Horn Hotel und Spa - 17.04.25, Interview mit Dr. med. Jochen Oeltjenbruns, Leitender Arzt Palliativ- & Schmerzzentrum Kantonsspital St. Gallen - 29.04.25, Interview mit Jasmin Wirz, Bereichsleiterin Agogik Gesamtlogistik Bruggli - 23.05.25, Interview mit Gessica Lavanga, Fachleitung Erwachsenenbildung HEKS in-fra - 15.07.25, Interview mit Robert Feldmann, Leitender Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Gravita SRK

Modul 3: Abklärung BEFAS im Kompetenzzentrum Appisberg

Perspektive	Daten
Sichtung bestehender Konzepte und Unterlagen	<ul style="list-style-type: none"> - Letter of Agreement - BEFAS Fragestellungen - Gesprächsprotokolle ERFA
Interviews im Appisberg Analyse der Konzepte, Strukturen und Leistungen im Rahmen der Abklärung auf ihre Eignung und die besonderen Herausforderungen hin, insbesondere mit Blick auf die besonderen Belastungs- und Lebenssituationen der Zielgruppe. wie sinnvoll und passend sich die durch die Anlaufstelle vorgenommenen Zuweisungen/Unterlagen erweisen	Besuch 26.03.24 <ul style="list-style-type: none"> - Interview mit Deborah Boos & Sabine Hammer, Berufsberaterinnen - Interview mit Stefan Strahm, Somatiker - Interview mit Kathrin Doege, Psychiaterin - Interview mit Max Oberholzer, Arbeitsabklärer Mechanik/Technik - Interview mit Steve Miggel, Arbeitsabklärer Holz - Interview mit Mirella Forzetti Weber, Intake-Verantwortliche und administrative Fallführende

	<ul style="list-style-type: none"> - 08.04.24, Interview mit Klaus Jahn, Psychiater - 10.04.24, Interview mit Benedikt Habermeyer, Psychiater <p>Besuch 18.03.25</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interview mit Deborah Boos, Berufsberaterin - Interview mit Sabine Hammer, Berufsberaterin - Interview mit Stefan Strahm, Somatiker - Interview mit Arbeitsabklärer Mechanik/Technik Max Oberholzer, Arbeitsabklärer Holz Steve Miggle - Interview mit Erika Staudinger, Mitglied Geschäftsleitung
Beobachtung Plus Abläufe sowie professionelle Interaktionen mit der Zielgruppe im Abklärungsalltag zu beobachten und zweitens durch die teilnehmende Präsenz spontane Kurzgespräche mit Teilnehmenden	12.11.24 Vormittag in Mechanik/Technik und Holz, zwei Teilnehmende Triple A vor Ort

Modul 4: Programm-Teilnehmende

Perspektive	Kanton	Daten
Teilnehmende	SH	<ul style="list-style-type: none"> - 22.04.24, Interviews mit fünf Teilnehmenden - 16.05.25, Interviews mit drei Teilnehmenden
	GR	<ul style="list-style-type: none"> - 07./16.10.24, Interviews mit vier Teilnehmenden - 29.05.25 Interviews mit zwei Teilnehmenden - 02.06.25 Interviews mit zwei Teilnehmenden
	TG	<ul style="list-style-type: none"> - 24./30.05.24, Interviews mit fünf Teilnehmenden - 29.04.25, Interviews mit zwei Teilnehmenden - 03.05.25, Interviews mit zwei Teilnehmenden