



KVJS

Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

KVJS **Forschung**

Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe (WiFEin)

Abschlussbericht

Verfasst von

**Prof. Dr. Peter Löcherbach
Prof. Dr. Thomas Hermsen
Jens Arnold
Dr. Michael Monzer
Katholische Hochschule
Mainz**



**Katholische
Hochschule
Mainz**

Catholic University of Applied Sciences

Hochschule für Soziale Arbeit
Praktische Theologie sowie
Gesundheit und Pflege



Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	5
1 Hintergrund und Ziele des Forschungsprojekts.....	6
<i>(Peter Löcherbach und Jens Arnold)</i>	
1.1 Hintergrund	6
1.2 Theoretische Grundlagen der Steuerung im Fallmanagement.....	13
1.3 Forschungsleitende Fragestellungen.....	21
2 Methodisches Vorgehen.....	27
<i>(Jens Arnold, Thomas Hermesen und Michael Monzer)</i>	
2.1 Evaluationsdesign	29
2.1.1 Auswahl der Modellkreise.....	31
2.1.2 Grundlage für die Wirkungsanalyse: Standards der Wirkungsmessung.....	42
2.1.3 Untersuchungsebenen, Stichprobenumfänge und Zeitabläufe der Erhebung	50
2.2 Evaluationsinstrumente	57
2.2.1 Einzelfallbezogene Erhebungsinstrumente zur FM-Verlaufsdokumentation durch die Fallmanager/innen.....	57
2.2.2 Adressatenbefragung	60
2.2.3 Leistungserbringerbefragung.....	61
2.2.4 Interviews	62
2.2.5 Gesamtumfrage.....	65
2.2.6 Rückkopplung der Erhebungsinstrumente in die Praxis.....	66
2.2.7 Datenschutz	67
2.3 Durchführung des Forschungsprojekts.....	70
2.3.1 Projektorganisation.....	70
2.3.2 Projektablauf und Meilensteine.....	72
3 Ergebnisse	74
<i>(Jens Arnold, Thomas Hermesen und Michael Monzer)</i>	
3.1 Wie sehen die Leistungsberechtigten das Fallmanagement?	75
3.1.1 Prozess des Fallmanagements aus Nutzersicht	77
3.1.2 Zufriedenheit mit dem Fallmanagement.....	80
3.1.3 Welchen konkreten Gewinn sehen die Adressaten im Fallmanagement?.....	81
3.1.4 „Impact“-Wirkungen: Subjektive Veränderung der Situation.....	82

3.1.5 Qualitative Auswertung der Rückmeldungen der Leistungsberechtigten.....	85
3.1.6 Methodendiskussion: Welchen Einfluss hat die Bearbeitungsform des Fragebogens?	86
3.2 Wie sehen die Leistungserbringer das Fallmanagement?.....	88
3.2.1 Prozessqualität des Fallmanagements aus Sicht der Leistungserbringer	90
3.2.2 Vorteile und Nachteile des Fallmanagements aus Sicht der Leistungserbringer	92
3.2.3 „Impact“-Wirkungen: Veränderung der Situation der Leistungsberechtigten aus Sicht der Leistungserbringer.....	95
3.2.4 Qualitative Auswertung der Rückmeldungen der Leistungserbringer/Dienstleister...	97
3.3 Effektivität des Fallmanagements: Objektivierte „Effects“	99
3.3.1 Stichprobenbeschreibung	99
3.3.2 Absolute Veränderungseffekte zwischen den Stichtagen t1 und t2	107
3.3.3 Zielerreichung.....	110
3.3.4 Effektivitätsunterschiede zwischen den Modellkreisen.....	112
3.4 Kosten: Ist das Fallmanagement effizient?	114
3.5 Zusammenhänge zwischen den einzelnen Ergebnisebenen	118
3.6 Wirkfaktorenanalyse	120
3.6.1 Wirkfaktoren Prozessebene.....	121
3.6.2 Wirkfaktoren Struktur- und Netzwerkebene und Ergebnisse der Gesamtumfrage..	129
3.6.3 Sonstige Ergebnisse der Gesamtumfrage	143
4 Ansatzpunkte für die weitere Optimierung	153
<i>(Peter Löcherbach und Michael Monzer)</i>	
4.1 Fallebene	154
4.2 Organisationsebene	155
4.3 Netzwerkebene	156
4.4 Gezielte Ansatzpunkte für die weitere Optimierung	157
4.4.1 Verfahren Fallmanagement	157
4.4.2 Leistung/Netzwerk Fallmanagement.....	160
4.4.3 Organisation Fallmanagement.....	162
4.4.4 Personalentwicklung Fallmanagement	167
4.4.5 (Netzwerk-)Strukturen Fallmanagement	168
4.5 Fazit	170



Abkürzungsverzeichnis.....	171
Abbildungsverzeichnis.....	172
Tabellenverzeichnis.....	174
Literaturverzeichnis.....	176
Stichwortverzeichnis	182

Vorwort

Die Steuerung von Leistungen in der Eingliederungshilfe über das Fallmanagement ist in allen 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg bereits etabliert. Bisher gab es jedoch noch keine fundierten Analysen über die standortspezifische Umsetzung oder gar die Wirkung des Fallmanagements. Mit dem zweijährigen Forschungsvorhaben "Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe (WiFEin)" kann diese Lücke nun geschlossen werden: WiFEin gibt Antworten auf die drei Hauptfragestellungen nach Umsetzung, Wirkung und Optimierungsmöglichkeiten des Fallmanagements.

Zielsetzung des KVJS ist es, das Fallmanagement gemeinsam mit den 44 baden-württembergischen Stadt- und Landkreisen kontinuierlich weiter zu entwickeln. Ergebnisse und Erkenntnisse des Forschungsvorhabens werden dazu beitragen,

- den Rahmen für effektivere und effizientere Maßnahmen zu gestalten,
- die Verfahrensweisen in der Eingliederungshilfe weiter zu entwickeln und zu qualifizieren,
- den Mittelaufwand und die erzielten Ergebnisse in Relation zu setzen,
- die besten Umsetzungsansätze zu ermitteln
- sowie sozialpolitische Ziele und Entscheidungen auch vor Ort zu fundieren.

5

Der KVJS bedankt sich bei Herrn Professor Dr. Peter Löcherbach und bei Herrn Prof. Dr. Thomas Hermen von der Katholischen Hochschule Mainz für die ausgezeichnete wissenschaftliche Begleitung sowie bei Herrn Dr. Michael Monzer, Herrn Jens Arnold und allen Mitarbeiter/innen des Projektbüros für die produktive und zielführende Zusammenarbeit.

Ein besonderer Dank gilt nicht zuletzt auch den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg - nur durch deren fachliche Unterstützung konnte WiFEin realisiert werden. Dies gilt in ganz besonderem Maße für die sechs Modellregionen: Ihr hohes Engagement, Ihre stetige Bereitschaft sich fachkompetent und konstruktiv-kritisch in die Diskussion einzubringen sowie die stets gute Zusammenarbeit mit dem Forscherteam hat den Erfolg dieses Forschungsvorhabens möglich gemacht.



Landrat Karl Röckinger
Verbandsvorsitzender



Senator e. h. Prof. Roland Klinger
Verbandsdirektor

1 Hintergrund und Ziele des Forschungsprojekts

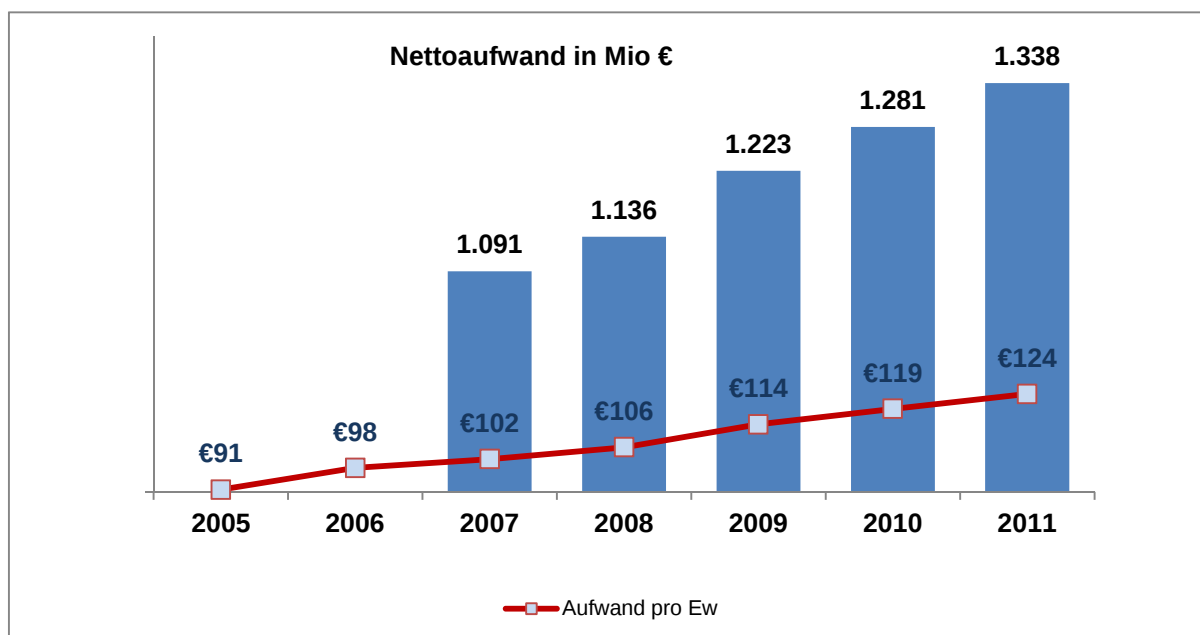
1.1 Hintergrund

Der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung kommt sowohl aufgrund ihres absoluten Volumens als auch aufgrund ihres stetigen Wachstums eine gewichtige Bedeutung bei den Sozialausgaben zu. In Baden-Württemberg wurden 2011 circa 61.700 Eingliederungshilfen mit einem Gesamtvolumen von annähernd 1,4 Milliarden Euro in Anspruch genommen (s. Abbildung 1). Pro Jahr kommen zudem circa 2.000 neue Leistungsempfänger hinzu, was weitere Kostensteigerungen äußerst wahrscheinlich macht. Als wesentliche „Verursacher“, sind hier der demographische Wandel sowie der allgemeine medizinische Fortschritt anzuführen. In diesem Kontext ist unter anderem aber auch der, mit Inkrafttreten des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) zum 1. Januar 2005, eingeleitete Paradigmenwechsel von Bedeutung, den die Eingliederungshilfe hinsichtlich der Betreuung und Inklusion der berechtigten Personengruppen erfahren hat (s. UN-Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen: United Nations 2006).

Weitere „Eckdaten“ zu Baden-Württemberg (KVJS 2011b):

- Ende 2011: insgesamt circa **61.600** Empfänger von Leistungen
- 2007 bis 2011: Ø **2.000 neue** Leistungsempfänger pro Jahr
- 2007 bis 2011: Ø **+62,5 Mio. €** Mehrkosten pro Jahr

Abbildung 1: Netto-Gesamtaufwand für die Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg in den Jahren 2007-2011



(Quelle: KVJS 2011b: Fallzahlen u. Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für 2011)

Der Gesetzgeber sieht nicht nur eine stärkere Zusammenarbeit der Leistungsträger und der Träger der freien Wohlfahrtspflege als einen Schwerpunkt in der Leistungsgewährung vor, sondern er rückt explizit die Beratung, Unterstützung und Aktivierung Leistungsberechtigter in den Vordergrund der Hilfedurchführung (§ 11 SGB XII). Die Eingliederungshilfe hat sich verstärkt der Aufgabe zu widmen, präventiv, rehabilitativ und integrativ zu wirken. Ihre Aufgabe besteht darin, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft einzugliedern (§ 53 Abs. 3 SGB XII). Vor dem Hintergrund dieses, an den individuellen Bedarfslagen und Lebenslagen ausgerichteten, Zuschnitts der Hilfen leitet sich eine Vielfalt von möglichen Formen der Hilfestellung ab, die sowohl hinsichtlich ihrer quantitativen, aber insbesondere auch qualitativen Beurteilung der Leistung nur durch eine ebenso große Vielfalt von Indikatoren beurteilt werden kann. Die Formen der Leistungsgewährung schließen heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind (pädagogische Frühförderung, Integration in Regelkindergärten) ebenso ein wie Leistungen zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft (Begleitpersonen zum Besuch kultureller Veranstaltungen), Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zu einer angemessenen Schulausbildung, Leistungen zum selbst bestimmten Leben von Menschen mit Behinderung in betreuten Wohnmöglichkeiten bis zu bedarfsgerechten Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung sowie der Bewilligung persönlicher Budgets.

Die aktuellen Debatten zur Neu- und Umgestaltung der Formen der Eingliederungshilfe nehmen aktuell zwei Schwerpunkte in den Blick:

7

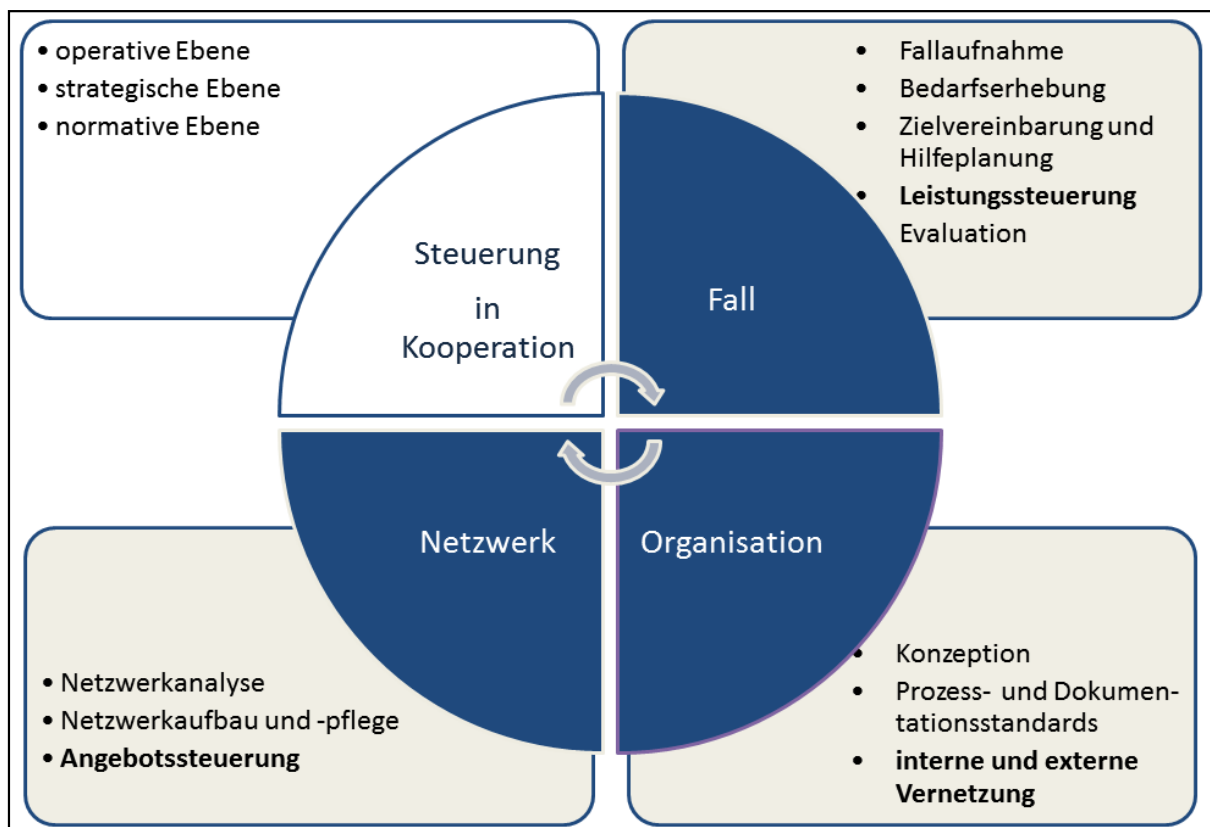
1. Auf der einen Seite ist das bereits bestehende Spektrum der Leistungen nicht nur auf die konkreten Bedürfnislagen des Menschen auszurichten, sondern stärker noch als bislang soll die frühzeitige Beratung von Menschen mit Behinderung und ihrer Angehörigen Beachtung finden. Die persönlichen Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen sowie die Ressourcen im privaten Umfeld und Sozialraum sind zu stärken und besser zu nutzen. Angebote zur Förderung der Selbsthilfe sollen frühzeitig aktiviert und familienunterstützende und -entlastende Dienste mit eingebunden werden. Fragen der fachlich-konzeptionellen Weiterentwicklung werden gekoppelt mit Fragen der Kostensteuerung und bilden die Grundlage für neu zu konzipierende Entwicklungspfade in der Eingliederungshilfe (Stamm u. a. 2010; Dahme u. a. 2009).
2. Auf der anderen Seite ist zu beachten, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe definierten Effizienz- und Effektivitätskriterien genügen müssen und ein angemessenes Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen zu erreichen ist.

Das neue Selbstverständnis der Eingliederungshilfe im Sinne einer besseren Steuerungsfunktion seitens der Leistungsträger – im Interesse der Gewährung von individuell bedarfsgerechten Hilfen – legt also den Fokus auf eine nachhaltige Gestaltung der Leistungen für alle Leistungsberechtigten unter gleichzeitiger Beachtung von Standards zur Beurteilung von Qualitäts- und Kostengesichtspunkten.

Für die Steuerung in der Eingliederungshilfe ist ein Modell notwendig, das sowohl den Erfordernissen des Einzelfalles als auch den erforderlichen organisatorischen und infrastrukturellen Implikationen gerecht wird. Das Case Management ist eine **Verfahrensweise** in Human-

diensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der **Handlungsansatz** ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können (DGCC 2011). Der generelle Ansatz des Case Managements wird in der Praxis für die verschiedenen Handlungsfelder konkretisiert und auch vom Namen angepasst. So wird das Case Management beispielsweise in Anwendungsfeldern der Sozialen Arbeit „Unterstützungsmanagement“ genannt. Im Bereich der Eingliederungshilfe spricht man von „Fallmanagement“: „Das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe bedeutet eine ganzheitliche und umfassende Betrachtungsweise des Einzelfalls. Es soll zielgenaue Hilfen ermöglichen und helfen, die knappen finanziellen Ressourcen effizient einzusetzen“ (KVJS 2011a, 5). In den theoretischen Ausführungen unterscheiden sich daher Case Management und Fallmanagement nicht: Case Management steht für die essentiellen Aussagen des Ansatzes, Fallmanagement für dessen bereichsspezifische Anpassung.

Abbildung 2: Handlungsansatz Fallmanagement



Die kooperative Steuerung (s. Abbildung 2) im Handlungsansatz Fallmanagement (Fall, Organisation und Netzwerk) basiert auf drei Steuerungslogiken:

Operative Ebene: Die operative Ebene des Fallmanagements bezieht sich auf den Aufbau und die Steuerung von Unterstützungsnetzen und auf die Zusammenarbeit mit Klienten im Einzelfall. Sie erfolgt in der praxisorientierten und flexibel auf die jeweilige Situation ange-

passten Anwendung des Verfahrens mit seinen definierten Prozessschritten zur Deckung des individuell festgestellten Bedarfs. Fallmanager/-innen gewährleisten Kontinuität der Intervention und tragen die fachliche Verantwortung gegenüber den einzelnen Leistungsberechtigten.

Strategische Ebene beziehungsweise Organisationsebene: Fallmanagement als eine Kombination von Fall- und Systemsteuerung bedarf intern eines klaren institutionellen Auftrags entsprechend der Strategien, Konzepte, Strukturen, Arbeitsabläufe und Mittel sowie extern der Koordination und Kooperation der Dienste zur Optimierung der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Versorgung.

Normative Ebene beziehungsweise Versorgungsebene: Fallmanagement kann dann am wirksamsten funktionieren, wenn es ausdrücklich als Element der Gesundheitspolitik und der Sozialplanung verankert wird. Hier geht es um die bedarfsgerechte Steuerung der Versorgungssysteme. Die Ebene umfasst einerseits die Ebene der Volkswirtschaft und andererseits die Dimension der politischen Entscheidung und Legitimation.

Auf der operativen Ebene wird das fallbezogene, individuelle Management durchgeführt. Zumindest hier ist die Annahme der Hilfe stark abhängig von der professionellen Beziehung. Aber im Fallmanagement „steuert“ das Programm, das zur Bewältigung der vorgefundenen und ausgehandelten Problemkonstellation notwendig ist, die (Arbeits-) Beziehung und nicht umgekehrt. Gemanagt wird ein Fall in strukturierter Vorgehensweise und in prozeduraler Fairness – dieses Verständnis ist untrennbar mit einem fachlichen Fallmanagement verknüpft. In diesem Sinn ist die komplexe Situation der Fall und nicht, wie umgangssprachlich nahe liegt, der Klient. „Die Person bleibt unverfügbar“ (Wendt 2005, 6). Auf der Organisationsebene wird der strategische Einsatz von Case Management zum strukturbildenden System. Ein Zusammenwirken und seine Organisation stehen im Fokus der lokalen Infrastruktur, die auf Netzwerke baut, formelle und informelle Hilfemöglichkeiten im Sozialraum und die Akteure in ihnen verbindet: Es geht um komplexe Probleme, bei denen nicht erwartet werden kann, dass eine allein handelnde Profession oder Organisation sie löst. Die Wertschöpfungskette verlangt eine horizontale (und nicht, wie bisher, eine vertikale, nach Versorgungssäulen ausgerichtete) Leistungserbringung der handelnden Akteure. Die Netzwerkebene – als infrastrukturelle Ebene der Versorgungsebene vorgeschaltet – beschäftigt sich mit der Umsetzung von Fall- und Versorgungsmanagement in einer überschaubaren Versorgungsregion. Diese kann durch normative Vorgaben unterstützt werden.

Das Fallmanagement (FM) in der Eingliederungshilfe soll diesem Selbstverständnis Rechnung tragen. Im Vordergrund steht der Aufbau eines flexiblen, regionalen, nutzerorientierten Dienstleistungsangebotes, das aber auch professionell aufgebaut und gemanagt werden muss (Rohrmann 2005; vgl. Abbildung 2). Der/die Fallmanager/in wird zum/zur zentrale/n Ansprechpartner/in und Berater/in, tritt an die Seite der Betroffenen und unterstützt diese im Rahmen einer individualisierten Gesamtplanung bei der Auswahl möglicher Hilfeangebote. Das professionelle FM realisiert ein integriertes Verfahren der Eingliederungshilfe und steuert die Leistungen unter ziel- und wirkungsorientierten Gesichtspunkten. Hierbei hat der/die Fallmanager/in, unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften, eine angemessene Balance zwischen der maßgeschneiderten Leistungsgewährung für den Menschen mit Behinderung und der Steuerung der Transferausgaben herzustellen. Der Leistungsberechtigte, die ver-



schiedenen Dienstleister und unterschiedlichen Akteure (z. B. Fach- und Sozialdienste) sollen im Ablauf der Planung, Umsetzung und Anpassung der Leistungen und Maßnahmen aktiv mit einbezogen werden, jedoch liegt die Verantwortung für die Feststellung und Realisierung der individuellen Leistung allein in der Hand des Fallmanagers. Ihm obliegt die zentrale Rolle und Entscheidungskompetenz und er beziehungsweise sie entscheidet über die zu erreichenden Ziele der Hilfeleistungen sowie das „ob“, „wann“, „wie“ und „wie lange“ von Maßnahmen und Ausgaben (vgl. Grundlagenpapier Fallmanagement in der Eingliederungshilfe, KVJS 2011a; Handbuch Fallmanager/-innen nach SGB XII, Senatsverwaltung Berlin 2006).

Vor diesem Hintergrund kann das FM in der Eingliederungshilfe als Bestandteil beziehungsweise Konkretisierung des Handlungsansatzes Case Management (CM) bezeichnet werden. Unter CM wird eine Vorgehensweise organisierter, bedarfsgerechter Hilfeleistung in Sozial- und Gesundheitsdiensten verstanden, die den Fokus auf den aktuellen Versorgungsbedarf von Leistungsberechtigten (Klienten- und Angehörigensystem) richtet, die mit multiplen Belastungen konfrontiert sind.

Auch in Baden-Württemberg werden entsprechende Einzelfälle mit Hilfe eines flächendeckend in allen 44 Stadt- und Landkreisen implementierten Fallmanagements gesteuert, mit dessen Hilfe sowohl fachliche als auch sozialpolitische Rahmenziele erreicht werden sollen. Neben einer stärkeren Partizipation und Inklusion der Menschen mit Behinderung, einer stärker präventiven Ausrichtung und dem effektiveren (wirksameren) beziehungsweise effizienteren (die Nutzen-/Kosten-Relation verbesserndem) Einsatz der finanziellen Aufwendungen soll unter anderem auch die Qualität der regionalen Strukturen und Prozesse weiterentwickelt sowie der Ausbau ambulanter Betreuungs- und Unterstützungsangebote weiter vorangetrieben werden.

Das Fallmanagement ist in Baden-Württemberg zwar das zentrale Steuerungsverfahren in der Eingliederungshilfe, eine wissenschaftliche Evaluation ist allerdings bisher noch nicht erfolgt. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die konkrete Umsetzung des Fallmanagements Gegenstand der kommunalen Selbstverwaltung ist, so dass sich hinsichtlich der konzeptuellen Ansätze, der Intensität, der Qualifikation der Fallmanager/-innen, der Qualität der Kooperation zwischen allen Verfahrensbeteiligten sowie den zugrunde gelegten Struktur- und Prozessstandards mitunter erhebliche Divergenzen ergeben. So zeigt beispielsweise auch die CM4Ju-Studie zur Effektivität und Effizienz des Case Managements in der Kinder- und Jugendhilfe (s. Arnold, Hermsen & Löcherbach 2009), dass auch in anderen Bereichen des Sozialwesens die Implementierung eines Fallmanagements in der Praxis häufig recht heterogen erfolgt.

Eine Auswertung von insgesamt 23 (verschiedene CM-Modelle umfassenden) Studien zeigte überwiegend positive beziehungsweise indifferente Effekte (s. Tabelle 1).

CM zeigte die häufigsten positiven Effekte in Bezug auf das Merkmal „stationäre Behandlungszeiten“ (signifikante Reduktion 61 %). In 75 % der untersuchten Vorhaben zeigten sich positive Ergebnisse (im Sinne einer Stabilisierung) der Wohnsituation. Weniger eindeutige Ergebnisse ergaben sich auf das Merkmal Symptome, soziale Anpassung sowie Arbeit und Beschäftigung. Mueser et al. (Schizophrenia Bulletin 1998) schließen ihren Vergleich mit der Feststellung ab, dass die Entwicklung verschiedener Formen von CM ein wichtiger Prozess

war, der in den vergangenen zwei Jahrzehnten die Versorgung stark verändert hat: Vor der De-Institutionalisierung sei kein Bedarf an CM (in den USA) vorhanden gewesen. Erst durch die Ambulantisierung sei deutlich geworden, wie wichtig Auswahl, Begleitung und Koordination von Hilfeprozessen durch CM seien.

Tabelle 1: Ergebnisse kontrollierter CM-Studien

Ergebnismerkmale	Besser	Ohne Unterschied	Schlechter
Stat. Behandlungszeit	14	8	1
Wohnsituation	9	2	1
Gefängnis	2	7	1
Compliance	2	2	0
Symptome	8	8	0
Substanzmissbrauch	1	5	0
Soziale Anpassung	3	11	0
Arbeit u. Beschäftigung	3	5	0
Lebensqualität	7	6	0
Patientenzufriedenheit	6	1	0
Angehörigenzufriedenheit	2	2	0

Quelle: Schizophrenia Bulletin, Vol. 24, No.1, 1998, 60

11

Inzwischen liegen auch für den deutschsprachigen Raum einige Untersuchungsergebnisse vor:

Tabelle 2: Ergebnisse zu Wirkungen von Case Management (CM)

Auswahl von Ergebnissen aus Modellprojekten und Studien	
Bereich(e)	Ergebnisse
Psychiatrie Krankenversorgung	Verkürzung der stationären Behandlungszeiten(bis ca. 70 %) ^{1,9}
Ambulante Rehabilitation	Vermeidung von Heimplatzeinweisungen (ca. 59 %) ²
Rehabilitation, Jugendhilfe, Krankenversorgung	Kostenreduzierung (20 %) ^{3,9} , Höhere Effizienz ^{7,9}
Jugendhilfe, Krankenversorgung	Stärkerer Defizitabbau (p=0.02), höhere Zielerreich. (p=0.03) ^{7,9}
Psychiatrie, Pädiatrie, Krankenversorgung	Stärkere Beteiligung der Kooperationspartner ^{1,6,9}
Nachgehende Sozialarbeit, Drogenhilfe	Bessere Erreichbarkeit schwer zugänglichen Klientels, Stärkung der Veränderungsbereitschaft, aktive Beteiligung des Klientels, verbesserte Wohnsituation ^{4,8}
Nachgehende Sozialarbeit, Medizin (Brustkrebs), Pädiatrie	Verbesserung der Inanspruchnahme von Hilfen ^{4,5,6}
Pädiatrie, Jugendhilfe, Drogenhilfe, Krankenversorgung	Hohe Patienten-/Klientenzufriedenheit ^{5,6,7,9} Höhere Mitarbeiterzufriedenheit ⁷
Jugendhilfe	Bessere Vernetzungsstrukturen ⁷



Auswahl von Ergebnissen aus Modellprojekten und Studien	
Bereich(e)	Ergebnisse
Psychiatrie Krankenversorgung	Regionale Bestands- und Bedarfserhebung ¹ Systematische Vernetzung ⁹
Wirkfaktorenanalysen (verschiedene Bereiche)	je mehr CM-Elemente auf Ebene der Einzelfall-, Organisations- und Systemsteuerung implementiert, desto besser die Ergebnisse ^{7,8}

Quellen: 1) Psychiatrisches CM - Schleuning/Welschehold 2000; 2) Ambulante Reha - Wissert 2009; 3) Reha-Management - Froese 2003; 4) Nachgehende Sozialarbeit - Schu 2009; 5) Mamanetz - Thorenz 2006; 6) Pädiatrie - Porz et al. 2009; 7) Jugendhilfe – Löcherbach/Hermesen et al. 2009; 8) Heroinstudie - Schmid et al. 2007) 9) Evaluationsstudie zur Patientenbegleitung – Löcherbach/Hermesen et al. 2010.

Losgelöst von der Eingliederungshilfe liefert in der wissenschaftlichen Literatur Schmid und Schu (2006) erste Anhaltspunkte zum Einsatz von Case Management/Fallmanagement. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass sich insgesamt ein eher komplexes und in Teilen auch widersprüchliches Bild abzeichnet. Die Fragen, ob Case Management wirkt und ob Case Management besser wirkt als andere Methoden, lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt, so das Fazit der Autoren, empirisch nicht eindeutig beantworten. Die vorliegenden Studien, Metaanalysen und Reviews aus den Vereinigten Staaten und auch aus Deutschland geben aber durchaus erste Hinweise auf eine höhere Effektivität und Effizienz gegenüber anderen Behandlungsmethoden (s. Tabelle 1 u. Tabelle 2). Eine erste Auswertung von insgesamt 23 Studien/Modellvorhaben weist überwiegend positive beziehungsweise indifferente Effekte nach. Einschränkend ist aber darauf hinzuweisen, dass die Forschungsaktivitäten zu CM in Deutschland sehr unterschiedliche Forschungsfragen betonen und mit entsprechend unterschiedlichen Forschungsdesigns arbeiten. Ein Schwerpunkt liegt auf der Betrachtung krankenbezogener Ergebnisse, während die Systemebene oftmals wenig Beachtung findet (vgl. Schmid/Schu 2006, 294). Resümierend wird deutlich, dass trotz der Vielfalt an Veröffentlichungen und Modellvorhaben nach wie vor ein erhebliches empirisches Forschungsdefizit im Bereich der Wirkungsanalysen des Fallmanagements auf der Basis des Case Managements besteht. Aufgrund der nur wenige Jahre zurückliegenden Reformen fehlt es explizit in der Eingliederungshilfe an einem wissenschaftlichen Nachweis zur Effektivität und Effizienz des Fallmanagements. An diesen Wissensbedarf knüpft das vorliegende Evaluationsvorhaben „Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe“ (kurz: „WiFEin“) an.

1.2 Theoretische Grundlagen der Steuerung im Fallmanagement

Ein Management individueller Versorgung ist immer dann notwendig, wenn das Selbstmanagement (life management) nicht ausreicht und „Standardpakete/-programme“ professioneller Hilfe einer Steuerung bedürfen. Fallmanagement in der Eingliederungshilfe wird (in Analogie zur Theorie des Case Management) zu einer vielfältigen Verknüpfungsleistung von

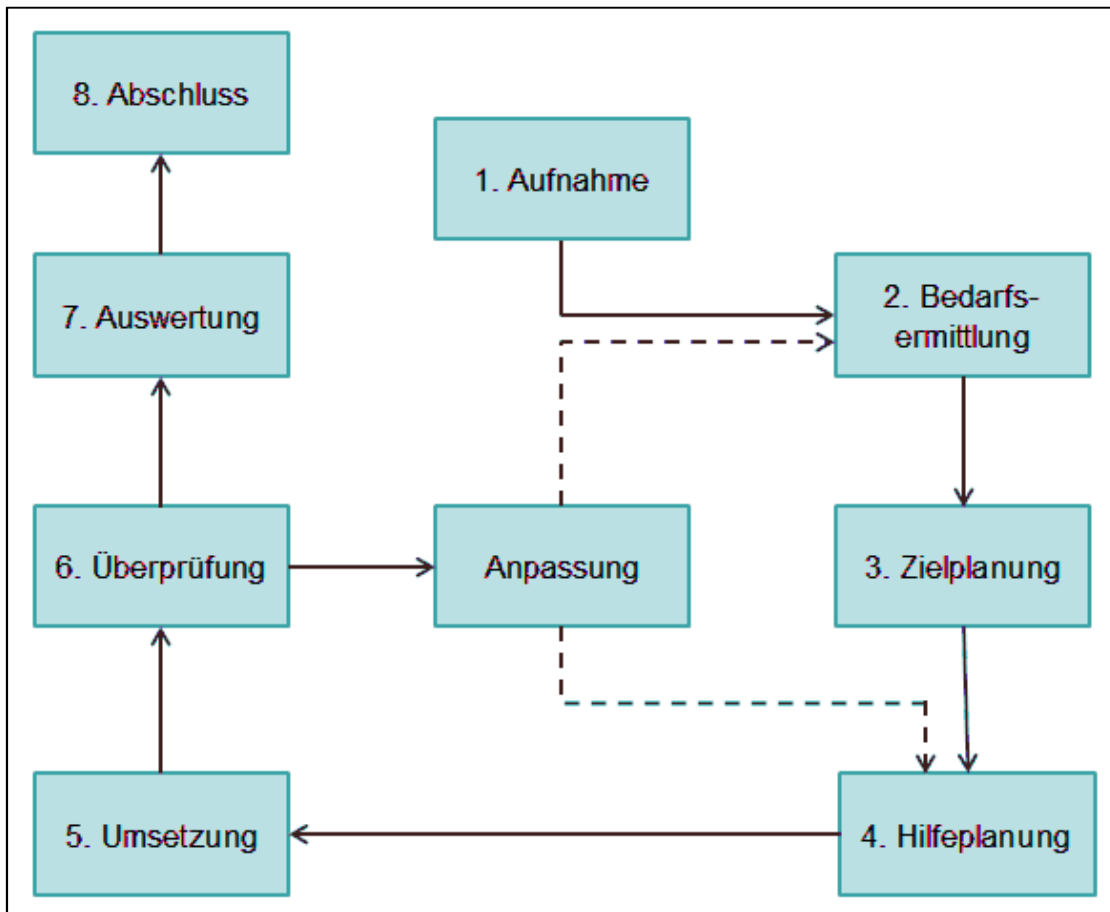
- Methodik, Administration und Organisation: Das methodische Handeln, der konkrete Umgang mit Personen wird mit den organisatorischen und verwaltungstechnischen Ressourcen gekoppelt und so im Kontext der Möglichkeiten der ausführenden Organisation durchgeführt;
- Fall- und Feldorientierung: Die Anschlussfähigkeit an sozialökologische Konzepte und Sozialraumorientierung wird hergestellt;
- formeller und informeller Versorgung: Indem ein Fallmanager eine Person oder Familie in ihrer Versorgung unterstützt und sie in Abstimmung mit ihr organisiert, verknüpft er informelle Hilfen mit formeller Versorgung;
- Selbstsorge und Versorgung: Fall- beziehungsweise Case Management ergänzt oder ersetzt (in besonderen Konstellationen) das Selbstmanagement einer Person oder Familie in bestimmten Belangen. Die Arrangements angemessener Versorgung sowie der Selbstsorge und Lebensgestaltung von Personen werden miteinander abgestimmt.

In der Fallsteuerung liegt der Fokus auf der konkreten Fallarbeit und hat hier seine Verankerung. Zur Fallverantwortung kommt die Feldverantwortung hinzu. In der Fallführung und Fallbegleitung trifft die Programmatik der öffentlichen und sozial veranstalteten Daseinsvorsorge fortwährend auf die ‚Politik der Lebensführung‘ von Menschen in der Art und Weise, wie sie ihre Probleme und die ihrer Umgebung und allgemeiner Entwicklungen bewältigen - oder diese Bewältigung verfehlen (Wendt 2009, 4).

13

Das methodische Vorgehen auf der Fallebene gliedert sich in Phasen, die das Verfahren bedarfsgerecht strukturieren und die Voraussetzung für Prozesssteuerung und Leistungstransparenz darstellen: Aufnahme, Bedarfsermittlung, Ziel- und Hilfeplanung, Umsetzung, Überprüfung, Auswertung und Abschluss (s. Abbildung 3).

Abbildung 3: Ablaufschema Fallmanagement



Schritt 1 – Aufnahme und Hineinnahme

Vor einer Kontaktaufnahme mit den Klienten finden systemseitig jene Aktivitäten einer Stelle statt, die dazu dienen, möglichst zielgenau die "richtigen" Klienten zu finden, das heißt diejenigen, für deren inhaltlich-thematische Problemlage die Stelle zuständig ist und die ein intensives fallbezogenes Management benötigen.

Auf der Fallebene führt zunächst eine allgemeine Sorgeberatung (Care Counselling) zum Verstehen, zur Erörterung der Gesamtsituation (was ist los?) und zur Befähigung, entscheiden zu können, was getan werden kann beziehungsweise soll (also eine Beratung darüber, welche Hilfe, Beratung, Behandlung, Maßnahme angegangen werden kann oder soll oder auch nicht) und zur Anbahnung der Realisierung von Möglichkeiten. Nach dieser grundsätzlichen Erörterung des Anliegens ist vom Mitarbeiter und vom Klienten zu klären, ob und in welcher Form das Fallmanagement angezeigt ist und gewünscht wird. Damit die Klienten ihre Entscheidungen treffen können, werden sie über den generellen Ablauf und mögliche Dienstleistungen informiert. „Die Beratung im Case Management ist der Schlüssel für die Kooperationen. Beratung im Case Management soll Personen und Organisationen zum Verstehen einer Aufgabenstellung und zur Entscheidungsfähigkeit in ihr führen beziehungsweise sie befähigen“ (Löcherbach 2012, 154).

Die Überleitung in das konkrete Fallmanagement erfolgt in der Regel mit Zustimmung der Klienten. Immer wieder taucht die Frage auf, ob die Hineinnahme ins Fallmanagement mit einem Wechsel der Fachkraft innerhalb eines Dienstes beziehungsweise des Sozialamtes verbunden ist. Dies muss nicht sein – die Fachkraft sollte aber in der Lage sein, zwischen ihren unterschiedlichen Funktionen, zum Beispiel Arrangieren von Hilfen in der Funktion als Fallmanager/-in und Agieren in der Funktion als Berater/-in bei rehabilitativen Hilfen, wechseln zu können. Die Hineinnahme ins Fallmanagement umfasst die folgenden Schritte:

- Bekanntwerden eines individuellen Bedarfs der Eingliederungshilfe
- Feststellung der Behinderung
 - medizinische Feststellung
 - Feststellung Teilhabefähigkeit
- Entscheidung im Fallmanagement (organisationsabhängig)
 - Standardfall
 - Besonderer Fall

Schritt 2 – Bedarfsermittlung

Eine ganzheitliche aktuelle Bedarfsermittlung und -feststellung gilt als grundlegende Phase, damit im Optimalfall die Hilfen „aus einer Hand“ koordiniert werden und möglichst wenig Versorgungsbrüche entstehen und die bestmögliche Unterstützung durch das passgenaue bedarfsgerechte Zusammenwirken aller für die Adressaten erreicht werden kann. Relevant ist hierbei, dass vor der Planung und Durchführung von Unterstützungsleistungen die gemeinsame Problem- und Ressourcenanalyse systematisch durchgeführt wird. Im allgemeinen Case Management, und das ist sicher seine große Stärke, wurden und werden praxistaugliche Instrumente zum Assessment entwickelt, die die speziellen Diagnose- und Analyseinstrumente im jeweiligen Arbeitsfeld ergänzen (vgl. Wissert 2006-2008, Poguntke-Rauer et al. 2007). Zunächst wird im Gespräch mit den betroffenen Menschen der individuelle Entlastungs- und Unterstützungsbedarf eruiert. Vorhandene Bewältigungsstrategien und Ressourcen werden in ihrer Gesamtheit und im Rahmen des sozialen Umfeldes gezielt ermittelt werden. Der erkrankte oder in bestimmten Funktionen eingeschränkte Mensch wird dabei mit seinen Vorstellungen und Wünschen sehr ernst genommen. Auftragsklärung und Schweigepflichtentbindung erfolgen miteinander und berücksichtigen auch besondere Situationen, zum Beispiel wenn eine geistige oder psychische Einschränkung vorliegt. Um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten, werden dazu auch standardmäßig Angehörige, andere Bezugspersonen und professionelle Akteure befragt sowie entsprechendes Aktenmaterial herangezogen. Ziel ist eine interdisziplinär gestützte Gesamteinschätzung des Bedarfes.

Es kann zu recht gegenläufigen, konfliktbeladenen Einschätzungen zwischen der zu unterstützenden Person und anderen Beteiligten wie Angehörigen, Beratungsstellen, Ärzten oder Pflegediensten kommen, die kompetent zu moderieren sind. Aufgabe des/der Fallmanager/in ist es hier, bei allen Problemlagen, Anforderungen, Bedürfnissen, Sorgen, Ängsten, Nöten der einzelnen eine systemische Sicht auf die beschriebene komplexe Problemlage zu erhalten und diese in die Ermittlung des Hilfebedarfes und die Vermittlung von Hilfen einzubeziehen.



Die Bedarfsermittlung erfolgt in der Regel schrittweise und nimmt mehrere Gespräche in Anspruch. Die Einschätzung wird entlang einer vorbereiteten Struktur und unter Einsatz feldspezifisch relevanter Tests und Inventare vorgenommen und dokumentiert (auch unter Einbeziehung der Aussagen der Klienten). Das Verfahren kann mit den bereits tätigen Kooperationspartnern auch in einer Helferkonferenz erfolgen. Nach Erörterung und Einschätzen der Situation sind die Problembereiche zu ordnen und Prioritäten zu setzen. Der konkrete Hilfebedarf orientiert sich dabei an den angemeldeten Bedarfen, aus der zusammenfassenden Einschätzung des Fallmanagers sowie aus den Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten, der Klienten selbst, ihre Bezugspersonen oder die Dienste in der Region bieten.

Entsprechend des ermittelten speziellen Bedarfes werden mit den Betroffenen und sonstigen beteiligten Helfern Vereinbarungen zu Versorgungs- und Unterstützungsleistungen getroffen und in einem Hilfeplan/Gesamtplan festgeschrieben. Die Erhebung des Hilfebedarfs für die Eingliederungshilfe im Prozess:

- Ermittlung Ist-Zustand (Eingangsassessment)
 - Informationssammlung und Zusammenführung
 - Informationsbewertung
 - Dokumentation des Ergebnisses
- Bedarfe ergeben sich in der Zusammenschau und Bewertung der Defizite/Probleme und Ressourcen

16

Schritt 3 – Zielplanung

Zielarbeit stellt den ersten Schritt der Hilfeplanung dar. Hilfe kann nur da passgenau geplant werden, wo die Richtung, das Ziel gut herausgearbeitet wurde:

- Was will der Mensch mit Behinderung?
- Was wollen andere Beteiligte?
- Was will der Sozialhilfeträger?
- Ziele benennen
- Einvernehmen herstellen
- Ziele festlegen
- Mit Hilfebedarf abgleichen
- Gemeinsame Zielvereinbarung

Schritt 4 – Hilfeplanung

Die systematische Planung des Unterstützungsprozesses beinhaltet die Identifizierung benötigter und geeigneter Hilfeangebote, sowie Vereinbarungen über das konkrete Vorgehen und die Festlegung von Zuständigkeiten. In dieser Prozessphase ist bedeutsam, dass nicht vor-schnell Entscheidungen über die Hilfen/Leistungen getroffen werden und die Klienten bei der Auswahl der passgenauen Hilfe beteiligt werden. Gegebenenfalls kann hierzu auch eine Fall- oder Hilfeplankonferenz stattfinden. Sowohl die Komplexität des Vorgehens bei der Hilfeplanung als auch die weiteren Schritte in der Ablauforganisation verlangen an dieser Stelle ein geregeltes und transparentes Dokumentations- und Informationsverfahren. Am Ende des

Prozesses der Hilfeplanung erfolgt die schriftliche Fixierung im sogenannten Hilfeplan. Die einzelnen Schritte:

- (passgenaue) Leistungen festlegen
- Dienstleister/Leistungserbringer auswählen
- Hilfeplan erstellen
- Zusammenführung einzelner Hilfepläne zum Gesamtplan
- Entscheidung
- Verwaltungsmäßige Umsetzung
 - Bescheiderteilung

Schritt 5 – Umsetzung

Nach Abschluss der Hilfeplanung/Gesamtplanung initiiert Fallmanagement die vereinbarten Maßnahmen, schafft Verbindungen zwischen Hilfesuchenden und informellen beziehungsweise formellen Hilferessourcen, begleitet die Klienten und unterstützt sie bei der Inanspruchnahme. Koordinierte Hilfen aus dem Netzwerk werden vermittelt, zum Beispiel die Entlastung und Unterstützung durch ambulante und stationäre Versorgung, die Kontaktabahnung zu Einrichtungen im Stadtteil und letztlich die wichtige Klärung der finanziellen Situation und damit der Kostenübernahme. Im Umgang mit den hinzugezogenen Diensten sind strukturierte Leistungsvereinbarungen sowie Regeln oder Standards für den Informationsaustausch hilfreich. Bewährt haben sich des Weiteren einrichtungsübergreifende Qualitätsstandards. Fallmanagern kommt zudem die Verantwortung dafür zu, dass der Kontakt zum Klienten bestehen bleibt (Kontaktverantwortung). Bei Kontaktabbrüchen gehen Fallmanager/-innen aktiv nach und bieten erneut Unterstützung an, da eine Kontinuität der Begleitung gesichert ist. In der Umsetzungsphase sind insbesondere folgende Elemente relevant:

- Die in den Hilfeplänen beziehungsweise im Gesamtplan vorgesehenen Maßnahmen und Aktivitäten werden umgesetzt
- Wer macht was wann zu welchem Zeitpunkt mit welchem gemeinsamen Ziel?
- Aufgabe des FM ist hier das sogenannte Linking - die unterstützende Vermittlung

Schritt 6 – Überprüfung

Die konkreten Vereinbarungen im Gesamtplan, die damit geschaffene Verbindlichkeit und Transparenz sowie die Sicherstellung der Kommunikation und Vernetzung bieten die Grundlage für eine fortlaufende prozesshafte Überprüfung und Fortschreibung beziehungsweise Anpassung der Hilfen. Fallmanagement kontrolliert den Prozess der Durchführung der Hilfen kontinuierlich im gesamten Verlauf und bleibt damit zuständig für eine bedarfsgerechte Planung und Steuerung sowie Bewertung von Hilfeprozessen und -leistungen. Das Monitoring (Überprüfung) sichert im Fallmanagement sowohl die Einhaltung der Vereinbarungen durch die Klienten als auch deren Unterstützung, wenn Einrichtungen oder Dienste ihren übernommenen Verpflichtungen nicht nachkommen. Und tatsächlich muss der/die Fallmanager/in - im Interesse der Klienten – die Durchführung kontrollieren, eventuell umsteuern und notfalls für Klienten Fürsprechen. Fallmanager/n/innen kommt hierbei generell die Aufgabe zu, ihre



Klienten „anwaltlich“ zu vertreten, Interventionen zu ihren Gunsten zu veranlassen (z. B. das Hinzuziehen weiterer Fachkompetenz) beziehungsweise Maßnahmen zu verhindern (z. B. eine disziplinarische Entlassung aus einer Einrichtung) et cetera. Dieser Arbeitsschritt berührt am deutlichsten und empfindlichsten das Verhältnis von Fallmanagement zu anderen Diensten. Vielfältige Problemlagen (Konkurrenz um öffentliche Mittel, Angst vor dem Verlust organisatorischer Selbstständigkeit, ideologische und Statuskonflikte, Rivalität zwischen Berufsgruppen etc.) können zu einer Beeinträchtigung der gemeinsamen Betreuung von Klienten und Patienten führen. Des Weiteren wird im Verlauf des Unterstützungsprozesses die Situation der Klienten regelmäßig neu bewertet (Re-Assessment), um das Erreichte zu würdigen und von hier aus beziehungsweise bei geänderten Rahmenbedingungen eine Anpassung von Hilfeplanung und weiterem Vorgehen vornehmen zu können. Re-Assessment und Planfortschreibung finden prinzipiell gemeinsam mit den Klienten und ihrem System statt. In der Überprüfungsphase sind folgende Schritte zu leisten:

- Begleitende Überprüfung (Monitoring) der Leistungserbringung
 - Abweichungen erkennen
 - gegebenenfalls Re-Assessment durchführen
 - Veränderten Versorgungsbedarf berücksichtigen
 - Überarbeitung Hilfeplanung/Fortschreibung Gesamtplan
 - Leistungssteuerung

18

Schritte 7 und 8 – Auswertung und Abschluss

Kommt der Unterstützungsprozess zu seinem Ende (hiermit ist die intensive Phase des Arrangierens des Hilfesystems gemeint), wird eine ausführliche Ergebnisevaluation durchgeführt, die auf dem Gesamtplan und Aktenführung sowie auch auf Erhebungen von Nutzer- und Kooperationspartnerzufriedenheit zurückgreift. Dabei sind Veränderungsdimensionen (Zustandsdaten zu Beginn und nach Abschluss des Fallmanagement, die sich auf Defizitabbau und Ressourcenaufbau beziehen), Zielerreichung sowie Maßnahmen- und Mitteleinsatz, gegebenenfalls auch Ursachen von Misserfolgen zu beurteilen. Die Beendigung des Fallmanagement-Prozesses erfolgt in der Regel gemeinsam mit den Klienten und gegebenenfalls sind notwendige Weiter- oder Anschlussbetreuungen zu organisieren. Fallmanager tragen dabei sowohl Verantwortung für einen individuell am Klientel orientierten fachkundigen Prozess als auch für eine ökonomische Durchführung.

Die Praxis zeigt, dass hier ein großes Entwicklungspotential besteht, das bisher kaum systematisch ausgewertet wird. Die Sinnhaftigkeit einer IT-gestützten Vorgehensweise besteht in der Verbindung von fallbezogener und fallübergreifender Evaluation.

Steuerungsebenen und Akteure

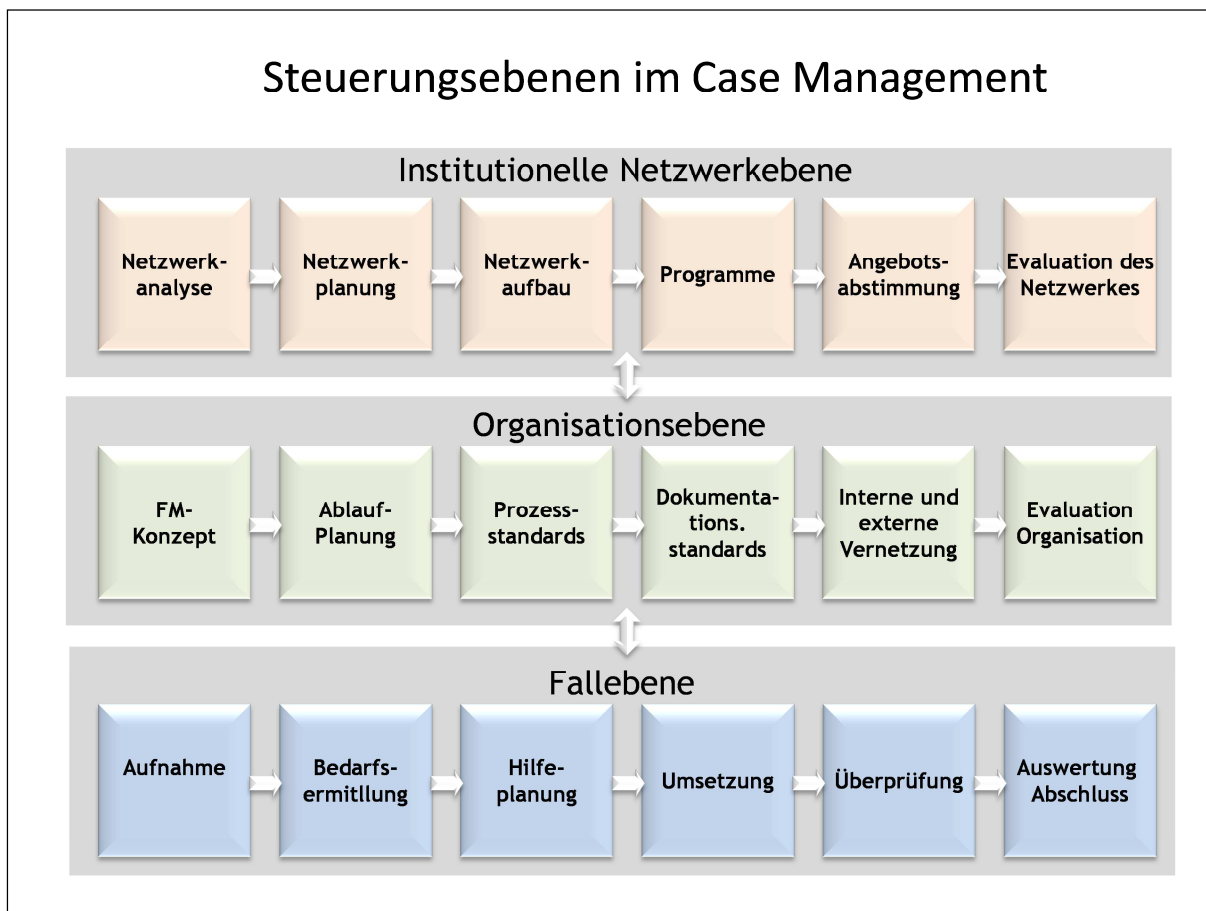
Die erwartete Angemessenheit in der Fallsteuerung lässt sich aber nur gewährleisten, wenn die Güte des Verfahrens in den unterschiedlichen Anwendungen gesichert wird. Die Qualitäten der Gestaltungsweise erschließen sich erst in den vielseitig zusammenhängenden Interaktionen, die zwischen Trägern, Erbringern und Nutzern von personenbezogenen Dienstleis-

tungen im Fall- beziehungsweise Case Management stattfinden. Das Qualitätsniveau, das in ihnen erreicht und gehalten werden soll, wird in Standards beschrieben (DGCC 2008). Betont wird an dieser Stelle, dass unterschiedliche Akteure an den kooperativen Steuerungsaktivitäten zu beteiligen sind.

- Fallsteuerung (Administration und Methodik)
 - erfolgt einzelfallbezogen
 - Fallmanager/in und Leistungsberechtigter steuern
- Systemsteuerung Organisation
 - erfolgt fallübergreifend, organisationsbezogen
 - Leitung steuert die Prozessorganisation
- Systemsteuerung Netzwerke (lokale Infrastruktur)
 - erfolgt fall- und einrichtungsübergreifend
 - Fallmanager/innen steuern in Rückkopplung mit der Leitung und autorisiert durch Netzwerk. Gegebenenfalls unterstützt durch gesetzliche Vorgaben
- Systemsteuerung „Politik“
 - erfolgt versorgungsbezogen
 - Akteure steuern (indirekt) über Gesetze, Ziele/Programme, Finanzierung

Die verschiedenen Steuerungsebenen im Case Management mit ihren Anforderungen werden in Abbildung 4 zusammengefasst.

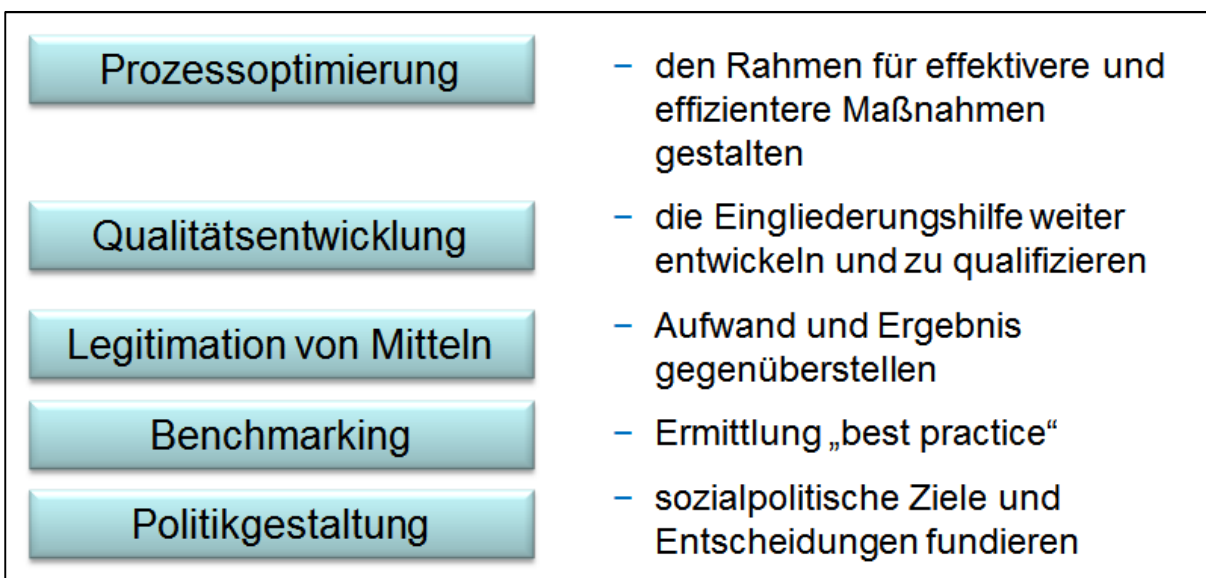
Abbildung 4: Steuerungsebenen im Case Management



1.3 Forschungsleitende Fragestellungen

Allgemein soll das Forschungsvorhaben das Wissen um die Wirkungen und die Wirkmechanismen des Fallmanagements erhöhen und damit dazu beitragen, den Rahmen für effektivere und effizientere Maßnahmen zu gestalten (Prozessoptimierung), die Eingliederungshilfe weiter zu entwickeln und zu qualifizieren (Qualitätsentwicklung), den Aufwand und das Ergebnis einander gegenüberzustellen (Legitimation der eingesetzten Mittel), die „best practice“ im Sinne eines Benchmarkings zu ermitteln sowie auf diesem Hintergrund sozialpolitische Ziele und Entscheidungen zu fundieren (Politikgestaltung) (s. Abbildung 5).

Abbildung 5: Zieldimensionen des Forschungsvorhabens



21

Konkret sollen Antworten auf drei Kernfragestellungen gefunden werden:

1. Wie wird das Fallmanagement umgesetzt?

Die vorliegende Untersuchung orientiert sich am Qualitätsbegriff von Donabedian (1980). Danach müssen drei zentrale Dimensionen von Qualität unterschieden werden: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität (s. Abbildung 6). Im Rahmen des vorliegenden Vorhabens wird auf alle drei Qualitätsdimensionen Bezug genommen. Dies ist unabdingbar, um ein komplexes Arbeitsfeld wie das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe hinreichend differenziert, genau und umfassend beschreiben zu können. Die Frage nach der Umsetzung des Fallmanagements bezieht sich auf zwei dieser Qualitätsdimensionen: Struktur- und Prozessqualität (s. Abbildung 6). Mit Strukturqualität sind die eher längerfristigen, überindividuellen und zeitlich relativ konstanten allgemeinen Rahmenbedingungen gemeint, unter denen das Fallmanagement durchgeführt wird (s. Tabelle 3). Zur Strukturqualität zählen unter anderem die personelle Ausstattung der Sozialämter, die Qualifikation der Fallmanager/innen, die räumliche und sachliche Ausstattung, die Organisationsform mit ihren formellen und informellen Informations- und Beratungsstrukturen oder das Verwaltungs- und Netzwerkmanagement (bspw. Einbindung in regionale Versorgungs- und Kooperationsstrukturen mit Leistungserbringern und Dienstleistern).

Tabelle 3: Strukturqualität (exemplarisch)

Dimensionen	Beispiele für potenzielle Evaluationsindikatoren
Organisationsstruktur und Prozessstandards (letzteres im Sinne von organisatorischen Vorgaben)	– Organisationsaufbau – räumliche und sachliche Ausstattung (bspw. unterstützende Softwaretools) – Konzeption – Personelle Ausstattung – Qualifikation u. Beraterqualität Fallmanager/innen – Abgrenzung Sachbearbeitung und Fallmanagement – Personal-/Fallzahlenschlüssel – Fort- und Weiterbildung – Wissensmanagement – Implementierungsstand FM (Soll-/Ist-Vergleich) – interne Vernetzung/Schnittstellen, z. B. zu internen Fachdiensten und/oder Rechtsreferat – Standardisierungsgrad von Verfahren und Abläufen (bspw. Erhebung des individuellen Bedarfs, Gesamtplanverfahren, Zielüberprüfung u. -fortschreibung) – Dokumentation – Controllinginstrumente (z. B. Wirkungen, Finanzen) – Team-/Besprechungskultur und Konflikte – Mitarbeiterzufriedenheit – Klarheit von Rollen und Zuständigkeiten – Zielvorgaben an das Fallmanagement (bspw. welche Fälle werden aufgenommen, wer selektiert, konkrete Vorgaben bzgl. Einsparungen?)
Netzwerk und regionale Infrastruktur	– Bevölkerungsstruktur – Versorgungslandschaft – Angebotsstruktur (Art und Umfang der Angebote, Verhältnis zur Anzahl der Anbieter) – Form der Analyse und Koordination/Weiterentwicklung einer differenzierten und qualitativ nachhaltigen bedarfsgerechten Angebotsstruktur (Schnittstelle Sozialplanung) – Gremienstruktur – Umfang und Qualität der externen Vernetzung der Leistungsträgern mit Leistungserbringern oder externen Gutachtern – Finanzsituation des Kreises

Unter Prozessqualität wird die Qualität der Abläufe subsumiert, die im Zuge des Fallmanagements durchgeführt werden. Dazu muss betrachtet werden, wie die Prozesse im Einzelnen ablaufen und wie sich die Interaktion der unterschiedlichen Beteiligten und Interessengruppen gestaltet. Beispiele für Prozessqualität können Tabelle 4 entnommen werden.

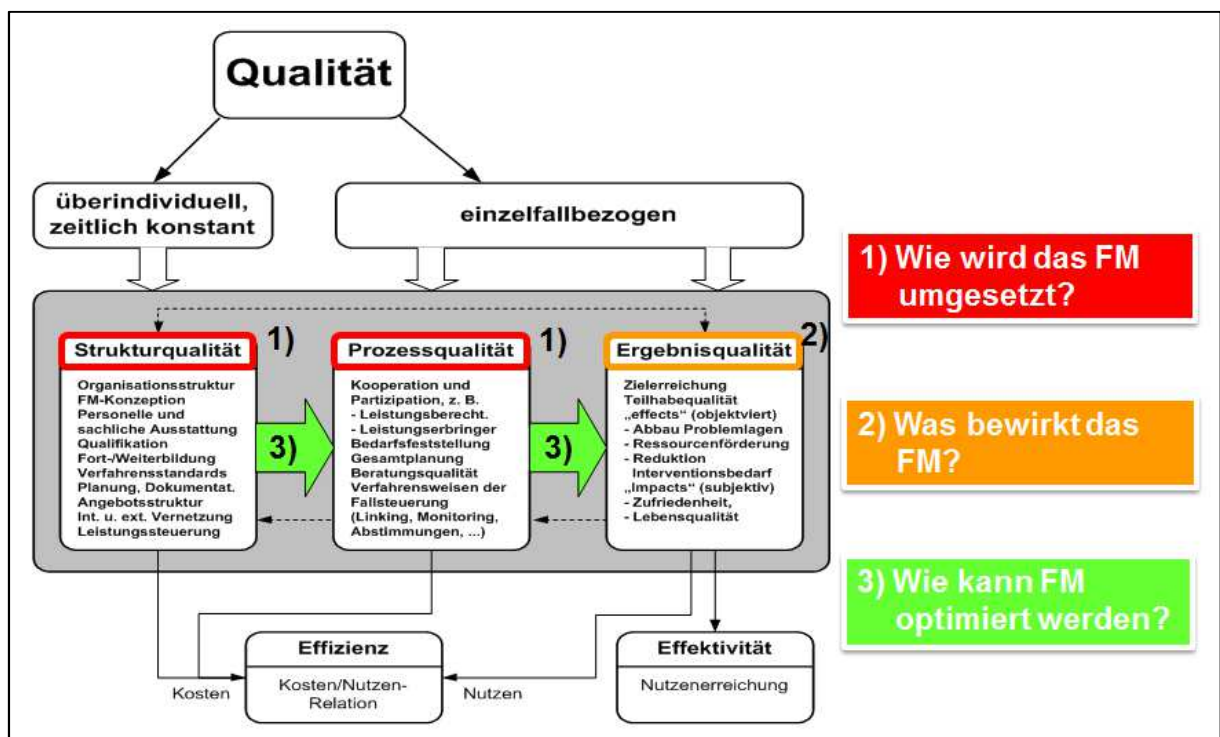
Tabelle 4: Prozessqualität (exemplarisch)

Dimensionen	Beispiele für potenzielle Evaluationsindikatoren
Mitwirkung der Leistungsberechtigten (und ihrer Angehörigen/Vertreter)	– Beteiligung, Einbeziehung in den Prozess der Leistungsgewährung – Berücksichtigung von individuellen Wünschen (bspw. wohnortnahe Versorgung) – Aktive Mitarbeit, Partizipation – Akzeptanz Ziele und Maßnahmen – Vereinbarungstreue – persönliche Beziehung
Kooperation mit sonstigen Beteiligten (Dienstleister/Leistungserbringer, Kliniken, Psychiatrien, Ämter, ...)	– wechselseitiger Informationsfluss – Übereinstimmung hinsichtlich Ziele und Maßnahmen – ggf. Beziehung zum/zur Bezugsbetreuer/in – Koordination aller Verfahrensbeteiligten
Beratungsqualität (fallbezogen/im Prozess)	– Einfühlungsvermögen – Unterstützung der Leistungsberechtigten – Aktivierung der Leistungsberechtigten – Gesprächsatmosphäre – Grad der dialogischen Abstimmung („auf Augenhöhe, keine einseitigen Vorgaben“) – individuelles, bedarfsgerechtes Vorgehen
Bedarfsfeststellung (Assessment)	– Ressourcen- und Bedarfsorientierung – umfassende und „lückenlose“ Erhebung der Bedarfe – Systematisierungsgrad des Vorgehens
Fallbezogene Abstimmungsprozesse (Intensität und Qualität)	– mit den Betroffenen und ihren Vertretern – kollegialer Austausch – Dienstleister/Leistungserbringer – Fachdienste – Jobcenter – andere Ämter (z. B. Jugendamt, Gesundheitsamt)
Gesamtplanung	– Art – Umfang – Grad Personenzentrierung – Qualität
Leistungssteuerung (Linking/Monitoring)	– Rechtzeitige Bereitstellung der Leistungen (im Sinne einer frühen und gezielten Förderung) – ausreichender Umfang/Dauer – Wahlmöglichkeiten zwischen vers. Angeboten – Art und Zeitpunkt Zielüberprüfung – ggf. Persönliches Budget
„Steuerungshoheit“ (formell und informell)	– Praxis der Absprachen hinsichtlich der Fallsteuerung und Umsetzungspraxis im Einzelfall (mit den Leistungserbringern und bei mehreren Beteiligten auch leistungsträgerseitig)

Wichtig ist, dass im Gegensatz zur Strukturqualität die Prozessqualität nur einzelfallbezogen adäquat erfasst werden kann. Dies soll folgendes Beispiel verdeutlichen: Ein Sozialamt hat ein standardisiertes Instrument zur Bedarfsfeststellung eingeführt, dass bei allen Fallmanagementfällen zum Einsatz kommen soll. In dieser Hinsicht ist also eine gute Strukturqualität vorhanden. Wenn nun die Fallmanager/innen bei vielen Fällen dieses Verfahren beispielsweise aus Zeitgründen nicht einsetzen können, wäre hier trotz vorhandener Strukturqualität eine hohe Prozessqualität in Zweifel zu ziehen. Das Beispiel verdeutlicht ferner, dass man zwar ohne Strukturqualität nicht zu Prozessqualität kommt, Strukturqualität aber auch nicht automatisch zu hoher Prozessqualität führt.

Um derartige Zusammenhänge ermitteln zu können, muss zunächst die Struktur- und Prozessqualität des Fallmanagements eingehend beschrieben und evaluiert werden. Dazu ist es auch erforderlich die konzeptionellen Fallmanagementansätze in den am Forschungsvorhaben teilnehmenden Modellkreisen in den Fokus zu nehmen.

Abbildung 6: Einordnung der Fragestellungen in die Qualitätsdimensionen



2. Was bewirkt das Fallmanagement?

Im Rahmen dieser Fragestellung soll untersucht werden, welche Ergebnisse mit den Strukturen und Prozessen bewerkstelligt werden. Ergebnisqualität (s. Abbildung 6) umfasst entsprechend alle Merkmale, anhand derer sich im Einzelfall der Erfolg oder Misserfolg bemessen lässt (s. Tabelle 5). Neben konkreten Veränderungen von Problemlagen, Ressourcen und Interventionsbedarfen im Klientensystem (gemeint sind die Leistungsberechtigten und ihr Umfeld), sind unter anderem auch die Zielerreichungsgrade der in den Gesamtplänen ver-

einbaren Ziele, aber auch die subjektive Lebensqualität/Zufriedenheit der Leistungsberechtigten und ihrer Angehörigen der Ergebnisqualität zuzurechnen.

Im Rahmen der Analysen zur Ergebnisqualität wird neben der reinen Nutzenerreichung (Effektivität) ebenfalls auf das Kosten-/Nutzen-Verhältnis (Effizienz) Bezug genommen.

Tabelle 5: Ergebnis- und Teilhabequalität (exemplarisch)

Dimensionen	Beispiele für potenzielle Evaluationsindikatoren
Zielerreichung	– Zielerreichungsgrad der im Gesamt- bzw. Hilfeplan formulierten Ziele – Konnte dem Prinzip der Nachrangigkeit der Sozialhilfe Rechnung getragen werden? – Realisierbarkeit des Prinzips „ambulant vor stationär“? – Gelingt wohnortnahe Versorgung?
objektivierbare Effektdimensionen („effects“)	Grad der Veränderung von standardisiert erfassten Problemlagen, Ressourcen und Interventionsbedarfen (vor der Hilfeplanung und im Vergleich zu einem definierten Zeitraum nach der Hilfeplanung) die mittelbar und unmittelbar mit dem Leistungsberechtigten in Beziehung stehen, bspw.: – persönliche Ressourcen wie Selbständigkeit oder Tagesstruktur – Soziale Ressourcen wie Beziehungen, Teilhabe und Unterstützung durch Familie/Umfeld – Bedeutende Lebensbereiche wie Wohnsituation oder Arbeits-/Ausbildungssituation – Zugänglichkeit und Nutzung von Angeboten des Versorgungssystems
individuelle/subjektive Effektdimensionen („impacts“)	Zufriedenheit von Leistungsberechtigten und Angehörigen/Vertretern hinsichtlich Prozessen und Ergebnissen

Für die Wechselbeziehungen der Ergebnisqualität mit den anderen beiden Qualitätsdimensionen gilt, ähnlich wie bereits oben für die Beziehung zwischen Struktur- und Prozessqualität beschrieben, dass eine hohe Ergebnisqualität zwar zwingend eine gute Struktur- und Prozessqualität voraussetzt, letztere aber für sich genommen eben noch längst keine Garantie für gute Ergebnisse ist. Ferner sieht das Donabedian-Modell auch „Feedbackschleifen“ vor: So können positive wie negative Ergebnisse sowohl Veränderungen in den strukturellen Rahmenbedingungen als auch in den Prozessen zur Folge haben. Ein Beispiel wäre etwa eine Anpassung der Angebotsstruktur, wenn die Akteure erkennen, dass die vorhandenen Angebote bei bestimmten Personengruppen nicht zu der gewünschten Ergebnisqualität führen. Dies ist natürlich nur möglich, wenn geeignete Instrumente vorhanden sind, die die Ergebnisqualität entsprechend abbilden können (setzt also ebenfalls Struktur- und Prozessqualität voraus).



3. Wie kann das Fallmanagement optimiert werden?

An dieser Stelle stehen die Zusammenhänge zwischen den Qualitätsdimensionen im Vordergrund (s. Abbildung 6). Diese lassen sich wie oben beschrieben wie folgt auf den Punkt bringen: Strukturqualität stellt eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für Prozessqualität dar, und Prozessqualität ist wiederum eine notwendige aber nicht hinreichende Voraussetzung für Ergebnisqualität.

Auf statistisch-analytischer Ebene werden die Zusammenhänge im Rahmen einer sogenannten Wirkfaktorenanalyse näher beleuchtet. Dabei werden die Ergebnisse beziehungsweise Effekte des Fallmanagements (Fragestellung 2) mit den Merkmalen der Struktur- und Prozessebene in Beziehung gesetzt. Im Zuge der Analyse kristallisiert sich dabei heraus, welche Faktoren einen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse haben und wie stark dieser ausfällt. Es kann sich hierbei sowohl um fördernde als auch um hemmende Faktoren handeln. Die Wirkfaktoren (sowohl im Sinne von Erfolgs- als auch Misserfolgsfaktoren) sind wiederum wichtige Ansatzpunkte beziehungsweise „Stellrädchen“ für eine zukünftige Optimierung des Fallmanagements. Das WiFEin-Projekt soll also sowohl eine Bestandsaufnahme der aktuellen Praxis liefern, im Sinne von wie gut (oder schlecht) ist das Fallmanagement aktuell aufgestellt, als auch zeigen, wo und wie gegebenenfalls noch nachgebessert werden sollte.

2 Methodisches Vorgehen

Obwohl sich in der Literatur keine einheitliche Definition findet, kann verallgemeinernd festgehalten werden, dass es im Rahmen von wissenschaftlich fundierter Evaluation um die systematische Untersuchung des Nutzens oder Wertes von Maßnahmen, Programmen oder Organisationen geht. Der zunächst im französischen Sprachraum aufgetauchte Begriff „Evaluation“ kann frei mit „Bewertung“ übersetzt werden (vgl. Wottawa/Thierau 2003).

Evaluation bedeutet im alltagsweltlichen Verständnis, dass irgendetwas durch irgendwen in irgendeiner Weise bewertet wird. Evaluation ist in diesem Sinne ein wesentlicher Bestandteil alltäglichen Handelns. Die Ansprüche an das professionelle und wissenschaftliche Verständnis von Evaluation sind freilich höher: Ein zentrales Charakteristikum ist hier die Ziel- und Zweckorientiertheit. Das heißt primäres Ziel der Evaluation ist nicht der reine Erkenntnisgewinn (wie etwa in der Grundlagenforschung), sondern die Überprüfung und Verbesserung eines klar umrissenen Untersuchungsgegenstandes. Im vorliegenden Fall der Wirkungen des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe in Baden Württemberg.

Ziel- und zweckorientiert heißt auch, dass Evaluation nicht willkürlich durchgeführt werden kann, sondern sich bereits im Vorfeld, anhand eines Evaluationsdesigns (s. Abschnitt 2.1), nach explizierten Kriterien auszurichten hat, die zu einem systematischen und transparenten Vorgehen führen. Dieses hat den aktuell gültigen Regeln der Kunst, also dem Stand wissenschaftlicher Techniken und Forschungsmethoden, zu entsprechen. Dabei müssen sowohl die gewonnenen Daten als auch die daraus gezogenen Schlussfolgerungen genauso nachvollziehbar wie auch valide beziehungsweise zuverlässig sein. Aus dem Evaluationsdesign leitet sich dann das Erhebungsinstrumentarium ab (s. Abschnitt 2.2), mit dessen Hilfe die Fragestellungen der Evaluation beantwortet werden sollen (s. Abschnitt 1.3).

Evaluationen vollziehen sich in der Regel empirisch und damit datengestützt. Im Rahmen der vorliegenden Evaluation wurden daher sowohl quantitative als auch qualitative Datenquellen mit einbezogen. Der Schwerpunkt wurde allerdings, entsprechend den Anforderungen, aus den Fragestellungen auf die quantitativen und ergebnisbezogenen Daten gelegt.

Je nachdem, ob die Evaluation erst nach dem Abschluss der zu evaluierenden Maßnahme oder zeitlich beziehungsweise begleitend tätig wird, spricht man von einer „summativen“ oder „formativen“ Evaluation. Das Ziel einer summativen Evaluation besteht darin, eine abschließende beziehungsweise bilanzierende Bewertung durchzuführen, die sich primär an den Wirkungen und Effekten der evaluierten Maßnahme orientiert. Bei einer formativen Evaluation sollen die Ergebnisse möglichst umgehend von allen beteiligten Akteuren genutzt werden. Hierbei steht die unmittelbar optimierende Gestaltung des Durchführungsprozesses beziehungsweise der „Planungsrationaltät“ im Vordergrund. Ein Beispiel verdeutlicht den Unterschied der beiden Evaluationsformen: „Wenn der Koch die Suppe probiert, dann ist dies formativ, wenn der Gast sie probiert, dann ist dies summativ.“ Da im Rahmen des vorliegenden Vorhabens geplant war, zunächst den „Status quo“ zu erfassen und erst dann die Transfer- und Optimierungsphase einzuleiten, liegt der Schwerpunkt hier ganz klar im summativen



Bereich (bei einer formativen Evaluation beginnt der Transfer zeitgleich mit der Evaluation und begleitet den gesamten Prozess).

Ferner orientiert sich die vorliegende Untersuchung an den von der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (2002) empfohlenen Standards. Demzufolge sollen Evaluationen vier grundlegende Eigenschaften aufweisen: Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit.

2.1 Evaluationsdesign

Bei der Wahl eines Evaluationsdesigns gibt es keine einheitliche, generell anwendbare Methodik. Stattdessen muss die Wahl der Techniken jeweils von der speziellen Thematik abhängig gemacht werden. Schlechte Evaluationen sind oftmals auf eine willkürliche Auswahl der Methode zu Beginn des Unterfangens zurückzuführen. So werden zum Beispiel leicht verfügbare Daten herangezogen, die sich später als ungeeignet erweisen. Bei einer guten Evaluierung werden dagegen bewährte Techniken für die Datenerfassung und -analyse gewählt, und das Design ist an den Untersuchungsfragestellungen ausgerichtet. Es kommen häufig mehrere Techniken zum Einsatz, mit dem Ziel, die Schwächen der einen mit den Stärken einer anderen Technik aufzuwiegen.

Entsprechend des gewählten Evaluationsdesigns, kommt wissenschaftlichen Untersuchungen eine unterschiedliche Aussagekraft zu. Einen hilfreichen Orientierungspunkt für die Klassifikation der Studien gibt die Hierarchie der Evidenz¹ (vgl. etwa Gibis & Gawlik, 2001). Als Goldstandard werden in diesem Zusammenhang randomisierte Kontrollgruppenstudien (abgekürzt „RCT“) definiert. Im Rahmen einer RCT wird eine Experimentalgruppe gebildet, die ein „treatment“ beziehungsweise eine Intervention erhält, wie beispielsweise im vorliegenden Fall ein Fallmanagement, und eine Kontrollgruppe die kein „treatment“ erhält. Die Zuweisung zu den Gruppen erfolgt dabei rein nach dem Zufallsprinzip, im Idealfall ohne dass die Adressaten oder die Untersucher wissen, in welcher Untersuchungsgruppe sie sich befinden (Prinzip der sogenannten „Doppelverblindung“). Bei näherer Auseinandersetzung mit der Thematik wird schnell deutlich, dass solche Designs in „Reinform“ nur bei wenigen sozialwissenschaftlichen Fragestellungen zum Einsatz kommen können. Oftmals sind hierfür sozialrechtliche (formaler Leistungsanspruch) und/oder rein ethische Gründe (Verweigerung einer theoretisch besseren Hilfeleistung) ausschlaggebend. Häufig werden daher Fälle mit „minimalisierter“ Intervention oder bei der Evaluation neuer Versorgungsformen Fälle mit „Regelversorgung“ als Vergleichsgruppe herangezogen.

29

Da das Fallmanagement in Baden-Württemberg zu Beginn der Evaluation bereits flächendeckend implementiert war, konnte im Rahmen von WiFEin eine Kontrollgruppenbildung im Sinne des Goldstandards nicht vorgenommen werden. Ein einfacher Ein-Gruppen-Untersuchungsplan, bei dem über alle Modellkreise hinweg lediglich allgemein die zu untersuchende Maßnahme, also das Fallmanagement, betrachtet und dann, etwa in Form eines Vorher-Nachher-Vergleichs, die darauffolgenden Veränderungen dokumentiert werden, wurde für die Beantwortung der Forschungsfragestellungen aber ebenfalls als unzureichend angesehen. Das Problem ist, dass sich bei einem solchen Vorgehen eben forschungsmethodologisch nicht hinreichend genau feststellen lässt, womit genau die ermittelten Veränderungen in Zusammenhang stehen (geringere interne Validität). Zudem lassen sich Lernprozesse leichter initiieren, wenn auch ein konkreter Vergleichs- beziehungsweise Bezugsmaßstab existiert.

¹ Der Begriff „Hierarchie der Evidenz“ wurde in der sogenannten „evidenzbasierten Medizin“ (EBM) geprägt. Es handelt sich um eine Klassifikation von wissenschaftlichen Studientypen nach dem Grad ihrer erkenntnistheoretischen Bedeutung. Studien deren Untersuchungsdesigns die höchste Aussagekraft beziehungsweise den maximal möglichen Erkenntnisgewinn versprechen, erhalten das „Goldstandard“-Prädikat.



Um sich dem Goldstandard zumindest soweit wie möglich anzunähern, kommen in der sozialwissenschaftlichen Forschungspraxis daher quasiexperimentelle Untersuchungspläne zum Einsatz, im Rahmen derer Kontrollgruppen, beziehungsweise besser ausgedrückt Vergleichsgruppen, auf anderem Wege gebildet werden. Diese werden unmittelbar „aus dem Feld“ heraus, als sogenannte natürliche Gruppen rekrutiert. Ein probates Mittel ist in diesem Zusammenhang der Einsatz eines „Ex-post-facto“-Untersuchungsplans (s. Arnold/Hermesen/Löcherbach et al. 2011). Ein solches Untersuchungsdesign liegt auch der WiFEin-Studie zu Grunde. Die Zuweisung zu den Vergleichsgruppen erfolgt dabei nicht auf der Grundlage einer Randomisierung, sondern basiert auf den vorgefundenen, von der Praxis bereits geschaffenen Fakten. In die Praxis selbst wird dabei von den Untersuchern nicht eingegriffen.

Wie sind im Rahmen einer Wirkungsanalyse des Fallmanagements nun sinnvolle Vergleichsgruppen zu bilden? Da es aus theoretischer Sicht bereits zahlreiche Standards gibt, welche strukturellen und prozessualen Rahmenbedingungen ein „funktionierendes“ Fallmanagement idealtypischer Weise aufweisen müsste, ist es möglich die Praxis nach diesen Kriterien zu durchleuchten und auf Ebene einzelner Stadt- und Landkreise den genauen Implementierungsgrad des Fallmanagements zu bestimmen. Da die Praxis hier in der Regel eine große Bandbreite offenbart, sollten im Rahmen des Forschungsprojekts allgemein Vergleichsgruppen von Modellregionen mit höherem und niedrigerem Implementierungsgrad gebildet werden. Die Implementierungsgrade wurden mit Hilfe eines Screeningverfahrens² (Kurzumfrage bei Beginn des Forschungsvorhabens) ermittelt. Bei der Auswahl der Modellkreise wurden darüber hinaus noch weitere Kriterien berücksichtigt. Die Details dazu sind im folgenden Abschnitt dargestellt.

Ein zentraler Aspekt in der Untersuchungsplanung des Forschungsprojekts ist die Herausarbeitung von Unterschieden. Da Kreise mit höherem Implementierungsgrad auch im Hinblick auf die fallbezogenen Wirkungen effektiver arbeiten sollten als Kreise mit niedrigerem Implementierungsgrad, eröffnet ein systematischer und empirisch-statistisch abgesicherter Vergleich zahlreiche Chancen. Auf diese Weise kann näher bestimmt werden, welche Faktoren auf Struktur-, Prozess- und Netzwerkebene hier denn nun tatsächlich den sprichwörtlichen Unterschied im Hinblick auf die Wirksamkeit machen und welche Merkmale weniger relevant sind. Ohne Vergleichsgruppenbildung verblieben alle Aussagen zur Frage nach den Optimierungsmöglichkeiten des Fallmanagements (Forschungsfragestellung 3, siehe Abschnitt 1.3) auf dem (untersten) Evidenzniveau reiner Experteneinschätzungen.

² Ein Screening ist ein systematisches (wissenschaftliches) Prüfverfahren, das eingesetzt wird, um etwa Personen, Gruppen, Objekte oder Institutionen mit bestimmten vorab definierten Eigenschaften zu selektieren.

2.1.1 Auswahl der Modellkreise

Insgesamt hatten sich landesweit zwölf Sozialämter in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs um die Teilnahme an der Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe beworben. Im Einzelnen: die Landkreise Alb-Donau-Kreis, Tuttlingen, Böblingen, Heilbronn, Neckar-Odenwald-Kreis, Schwäbisch Hall, Ravensburg, Emmendingen, Enzkreis, Esslingen und Konstanz sowie die Stadt Stuttgart. Es war allerdings von Anfang an klar, dass nicht alle Bewerberkreise in das Forschungsvorhaben aufgenommen werden können. In Anbetracht der Zeitplanung und Projektressourcen konnten insgesamt nur sechs Modellkreise berücksichtigt werden. Damit sollte ganz im Sinne eines modellhaften Vorgehens gewährleistet werden, dass bildlich gesehen nicht nur in die Breite, sondern auch in die Tiefe geforscht werden kann.

Die im Folgenden beschriebene Auswahl der Modellkreise war daher eine anspruchsvolle Aufgabe, bei der zur Vergleichsgruppenbildung, im Sinne des einleitend umrissenen Untersuchungsdesigns, verschiedene Kriterien berücksichtigt werden mussten. Im Wesentlichen:

- tatsächliche Implementierungsgrade des Fallmanagements in den Regionen, bestimmt anhand von übergreifenden Fachkriterien,
- konzeptionelle Umsetzung des Fallmanagements,
- regionale und infrastrukturelle Aspekte.

Um den Auswahlprozess nachvollziehen zu können, ist es wichtig zu verstehen, dass es nicht darum ging, ausschließlich proto- beziehungsweise idealtypische Regionen zu ermitteln. Wenn man nur die „Besten“ oder nur „gleich Gute“ betrachtet, kann man die Faktoren, die dazu beitragen, dass der eine es gegebenenfalls besser und der andere womöglich etwas schlechter macht, nicht besonders gut erkennen. Gerade dies ist aber für eine Wirkfaktorenanalyse wesentlich. Dementsprechend wurde angestrebt, dass durch die ausgewählten Modellkreise eine möglichst große Unterschiedlichkeit abgedeckt wird, mit der möglichst alle Facetten der Fallmanagementpraxis beschrieben werden können. Im Fachjargon bezeichnet man dies als eine „Varianzmaximierungsstrategie“. Da Lernprozesse leichter initiiert werden können, wenn einer „best practice“ auch eine „worst practice“ gegenübergestellt wird, kann man sich dies im übertragenden Sinne als eine Art „Kontrastbildung“ vorstellen.

31

Kurzumfrage zur Fallmanagementimplementierung in den Bewerberkreisen

Ein zentraler Aspekt bei der Auswahl der Modellkreise war die Ermittlung der tatsächlichen Implementierungsgrade. Zwar ist in Baden-Württemberg das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe flächendeckend implementiert, da es aber keinen landesweit verbindlichen Standard gibt, haben die einzelnen Stadt- und Landkreise große Spielräume was die konkrete Ausgestaltung anbetrifft. Ein erster Schritt, der bereits in den frühen Phasen der Projektumsetzung erfolgte (vgl. Abschnitt 2.3), war daher die jeweiligen Implementierungsstände anhand allgemeingültiger Fallmanagementstandards, etwa den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), zu bemessen. Dazu wurde in allen Bewerberkreisen eine Screening- beziehungsweise Kurzerhebung durchgeführt.

Mit der Kurzumfrage bei den Bewerberkreisen, die insbesondere auf die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen in den Regionen abzielte, wurden im Detail folgende Inhaltsbereiche untersucht:



- Allgemeine Angaben
 - Ansprechpartner/in
 - Datum der Fallmanagementimplementierung
 - Leistungsarten, bei denen das Fallmanagement durchgeführt wird
 - Anlässe für die Durchführung des Fallmanagements
- Angaben zu Arbeitsprozessen und Workflow im Rahmen des Fallmanagements
 - Konkretisierung des Fallmanagementkonzepts
 - Organisatorische Zuordnung des Fallmanagements
 - Aufgabenspektrum der Fallmanager/innen
 - Leitlinien bei der Fallselektion
 - EDV-Unterstützung im Rahmen des Gesamtplanverfahrens
 - Art der Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs
- Angaben zu personellen Ressourcen und Qualifikation
 - Anzahl Personalstellen im Bereich Fallmanagement
 - Qualifikation der Fallmanager/innen
 - Fortbildungsstand im Fallmanagement
- Zusammenwirken/Vernetzung der Beteiligten
 - Arten interner Abstimmungsprozesse
 - systematische kollegiale Beratung
 - Einbeziehung der Leistungsberechtigten
 - Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten im Rahmen des Gesamtplanverfahrens
 - Systematische Erfassung der Angebotsstruktur aller Leistungserbringer/Dienstleister im Fachbereich
- Leistungssteuerung über das Fallmanagement
 - Spezifische Formen der Leistungssteuerung
 - Systematische Evaluation von Einzelfällen

32

Für die Auswertung der Kurzumfrage wurde von unabhängigen Experten der Katholischen Hochschule Mainz und der DGCC ein Kriterienkatalog mit insgesamt 54 Merkmalen erstellt, anhand dessen überprüft werden kann, welche Standards in den einzelnen Regionen tatsächlich realisiert sind. Jedes der 54 Merkmale wurde wiederum mindestens einer der drei für das Fallmanagement wesentlichen Steuerungsebenen Einzelfall, Organisation und Netzwerk zugeordnet und je nach fachlicher Relevanz mit einem spezifischen Gewichtungsfaktor (hoch, mittel, niedrig oder nicht relevant) versehen. Forschungsbefunde haben gezeigt, dass es wichtig ist bei der Untersuchung der Implementierungsgrade im Fallmanagement die drei Ebenen zunächst getrennt voneinander zu betrachten, da es in der Praxis mitunter ganz unterschiedliche Implementierungsprofile geben kann, so dass der Mittelwert der Gesamtimplementierung dann nur noch bedingt aussagekräftig ist (vgl. etwa Arnold, Hermsen & Löcherbach 2009). Beispielsweise kann eine sehr gute Implementierung auf Netzwerkebene vorliegen, gleichzeitig das Fallmanagement auf Organisationsebene und Einzelfallebene aber nur unterdurchschnittlich implementiert sein.

Den einzelnen Ebenen kommt dabei folgende Bedeutung zu:

- **Einzelfallebene:** Unter dieser Auswertungsebene werden die Standards zusammengefasst, die im Rahmen der einzelfallbezogenen Steuerungsaktivitäten relevant sind, ausgehend von der Fallauswahl über die Bedarfsfeststellung, Ziel- und Maßnahmenplanung,

Vermittlung passender Unterstützungsangebote, Prozessbeobachtung, inklusive Erfolgskontrolle und bedarfsweiser Modifizierung der Prozesse nach Anpassung an eine veränderte Situation (Re-Assessment), bis hin zu Fallabschluss und Evaluation.

- **Organisation:** Zu dieser Ebene sind unter anderem die vorliegenden strukturellen Rahmenbedingungen für die Arbeits- beziehungsweise Verwaltungsabläufe sowie die personellen Ressourcen, mitsamt der Aspekte Qualifikation und Fort- und Weiterbildung zu rechnen.
- **Netzwerk:** Hier geht es vornehmlich um das systematische Zusammenwirken aller Verfahrensbeteiligten in fachlichen Netzwerken aus Personen und Institutionen sowie die hierfür notwendigen Gremien und Strukturen. Eine wichtige Rolle spielt ferner auch die Erfassung und Steuerung des regionalen Versorgungssystems.

Einzelne Merkmale aus der Kurzumfrage können sich dabei durchaus auf mehrere Steuerungsebenen gleichzeitig auswirken, das heißt Überschneidungen der Ebenen sind möglich. Die Bedeutung beziehungsweise das rechnerische Gewicht des Merkmals kann sich in den einzelnen Ebenen aber durchaus unterscheiden. Dies wird beispielhaft in Tabelle 6; Tabelle 7 und Tabelle 8 verdeutlicht, die zu Zwecken der Veranschaulichung eine Auswahl der verwendeten Merkmale aus der Kurzumfrage und deren Zuordnung und Gewichtung im Rahmen der Auswertung der Grade der Fallmanagementimplementierung zeigen.

33

Tabelle 6: Beispielhafte Zuordnung und Gewichtung von verschiedenen Kriterien mit Schwerpunkt Einzelfallebene

Merkmalsbeispiele	Gewicht	EF	Org.	NW
Erhebung des individuellen Hilfebedarfs erfolgt hauptsächlich durch eine interdisziplinäre Bedarfsfeststellung	3	✓ (3)	- (0)	- (0)
Leistungsberechtigte treffen die Entscheidung zur Auswahl der Dienstleister/Angebote	3	✓ (3)	✓ (3)	- (0)
Leistungsberechtigte wirken bei der Auswahl der Dienstleister/Angebote mit	2	✓ (2)	✓ (2)	- (0)
Einzelfälle im Rahmen des Gesamtplanverfahrens werden systematisch evaluiert	2	✓ (2)	✓ (2)	- (0)
Die Leistungsberechtigten werden in der Regel in ihrer Häuslichkeit besucht	2	✓ (2)	✓ (0)	- (0)
Selektion der Fallmanagementfälle wird vom Fallmanager vorgenommen	1-2	✓ (2)	✓ (1)	- (0)
Bei der Erhebung des individuellen Bedarfs wird auf ein standardisiertes Verfahren zurückgegriffen	1	✓ (1)	✓ (1)	- (0)
...	...	...	...	...

Hinweise: Gewicht = Gewichtungsfaktor des jeweiligen Merkmals (1 = niedrig, 2 = mittel, 3 = hoch);

„EF“ = Einzelfallebene; „Org.“ = Organisationsebene, „NW“ = Netzwerkebene

Tabelle 7: Beispielhafte Zuordnung und Gewichtung von verschiedenen Kriterien mit Schwerpunkt Organisationsebene

Merkmalsbeispiele	Gewicht	EF	Org.	NW
Selektion der Fälle für das Fallmanagement erfolgt nach festgelegten Kriterien/Regeln	3	- (0)	✓ (3)	- (0)
Operationalisierung von kostenintensiven Bestandsfällen als Anlass für das Fallmanagement	3	- (0)	✓ (3)	- (0)
Konkretisierung des FM-Konzepts durch Einbindung in ein Qualitätsmanagement oder Fach-Controlling-Verfahren	2	- (0)	✓ (2)	- (0)
Es gibt eine formale Struktur der kollegialen Beratung	2	✓ (2)	✓ (2)	- (0)
Leistungssteuerung durch einen Ergebnis-, Wirkungs- und Wirtschaftlichkeitsvergleich	2	- (0)	✓ (2)	- (0)
Mitarbeiter/innen haben eine Fallmanagement Fortbildung aus der Fortbildungsreihe des KVJS (mit Teilnahmezertifikat) erworben	2	✓ (2)	✓ (2)	✓ (2)
Zur Dokumentation des Gesamtplanverfahrens wird ein EDV-Verfahren eingesetzt	1	✓ (1)	✓ (1)	- (0)
...	...	...	...	...

Hinweise: Gewicht = Gewichtungsfaktor des jeweiligen Merkmals (1 = niedrig, 2 = mittel, 3 = hoch);

„EF“ = Einzelfallebene; „Org.“ = Organisationsebene, „NW“ = Netzwerkebene

Tabelle 8: Beispielhafte Zuordnung und Gewichtung von verschiedenen Kriterien mit Schwerpunkt Netzwerkebene

Merkmalsbeispiele	Gewicht	EF	Org.	NW
Im Fachbereich werden alle Leistungserbringer/Dienstleister systematisch mit ihrer Angebotsstruktur erfasst	3	- (0)	- (0)	✓ (3)
Abstimmungsprozesse in Form von Fallkonferenzen	3	- (3)	- (3)	✓ (3)
Im Rahmen des Gesamtplanverfahrens wird systematisch mit Sozialplanung und Vergütungswesen zusammengearbeitet	2	- (0)	- (0)	✓ (2)
Fallbezogene interne Abstimmungsprozesse mit Verwaltung/EDV	1	- (0)	✓ (1)	✓ (1)
...	...	...	...	...

Hinweise: Gewicht = Gewichtungsfaktor des jeweiligen Merkmals (1 = niedrig, 2 = mittel, 3 = hoch);

„EF“ = Einzelfallebene; „Org.“ = Organisationsebene, „NW“ = Netzwerkebene

Der Fallmanagement-Implementierungsgrad konnte anhand des Bewertungsschemas für jeden Bewerberkreis differenziert erfasst und feinstufig quantifiziert werden. Die rechnerische Ermittlung der Implementierungsgrade erfolgte dabei nach folgendem Schema:

- **Schritt 1:** Bestimmung der auf den drei Ebenen maximal möglichen Punktwerte ($C_{\max}$):
Ebene 1: Einzelfall ($C_{\max} = 64,5$ Punkte)
Ebene 2: Organisation ($C_{\max} = 64,5$ Punkte)
Ebene 3: Netzwerk ($C_{\max} = 29$ Punkte)
- **Schritt 2:** Aufsummierung der individuellen Punktwerte der Sozialämter (C_{SOA}) entsprechend der Angaben in der Strukturhebung
(nicht zutreffende Antwortalternativen = Zahlenwert „0“)
- **Schritt 3:** Berechnung der prozentanalogen Implementierungsgrade (Imp) im Wertebereich 0 bis 100. Zunächst für jede der drei Steuerungsebenen nach der Formel:

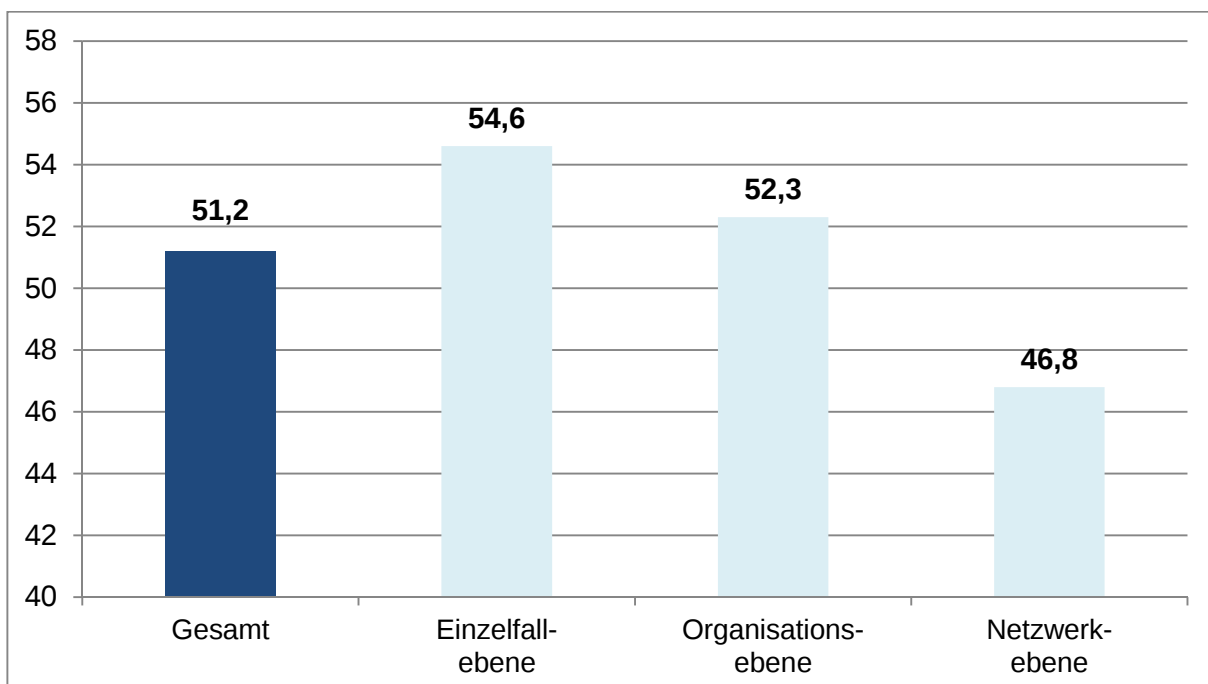
$$Imp = \frac{C_{SOA}}{C_{\max}} \cdot 100$$

- **Schritt 4:** Berechnung des Gesamtimplementierungsgrades
(Mittelwert der „Imp“-Werte für Einzelfall-, Organisations- und Netzwerksteuerung)

Die **Auswertung** der Kurzumfrage lieferte folgende Ergebnisse: Über alle zwölf untersuchten Sozialämter hinweg liegt gemäß der oben beschriebenen Skala ein durchschnittlicher Gesamtimplementierungsgrad von 51,2 vor (s. Abbildung 7). Dieser im Mittelbereich angesiedelte Wert zeigt einerseits, dass die Implementierung des Fallmanagements bei den Bewerberkreisen noch nicht in allen Bereichen optimal umgesetzt ist, also noch Entwicklungspotenzial nach oben besteht, andererseits aber auch, dass durchaus auch nicht von einer mangelhaften Implementierung gesprochen werden kann. Diese Interpretation wird ebenfalls von der in Tabelle 9 ausgewiesenen Standardabweichung und den Minimal- beziehungsweise Maximalwerten gestützt, die belegen, dass Extremwerte im oberen und unteren Bereich der Implementierungsskala in der untersuchten Stichprobe nicht vorkommen.

35

Abbildung 7: Mittlere Implementierungsgrade in absteigender Reihenfolge



**Tabelle 9: Implementierungsgrade nach Steuerungsebenen**

	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Einzelfallebene	54,6	10,43	38,8	72,9
Organisationsebene	52,3	8,55	37,9	69,0
Netzwerkebene	46,8	11,12	27,9	62,0
Gesamt	51,2	9,19	34,9	65,9

In Bezug auf die Unterebenen der FM-Implementierung – Einzelfall, Organisation und Netzwerk – zeigt Tabelle 9, dass entsprechend der aus fachlicher Sicht nahe liegenden Fokussierung auf die Hilfe für die Leistungsberechtigten, die einzelfallbezogenen Fallmanagementstrukturen am besten entwickelt sind (mittlerer Implementierungsgrad 54,6). Auf annähernd gleichem Niveau sind die Bewerberkreise auch auf der Organisationsebene aufgestellt (52,3 Punkte auf der Implementierungsskala). Wie eine Studie zum Fallmanagement bei Jugendämtern zeigt, ist dies durchaus kein selbstverständlicher Befund (s. Arnold, Hermsen & Löcherbach, 2009). Das vergleichsweise größte Verbesserungspotenzial besteht auf der Netzwerkebene, die mit 46,8 den niedrigsten Punktwert der drei Steuerungsebenen aufweist. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass die beobachteten Unterschiede zwischen den Ebenen nur gradueller Natur sind. Alle drei Ebenenmittelwerte bewegen sich innerhalb eines Intervalls von einer halben Standardabweichung um den Gesamtmittelwert. Es ist also nicht zulässig aus den Zahlen zu schlussfolgern, dass die Standards auf der Netzwerkebene besonders dürrtig und die der Einzelfallsteuerung besonders stark implementiert wären.

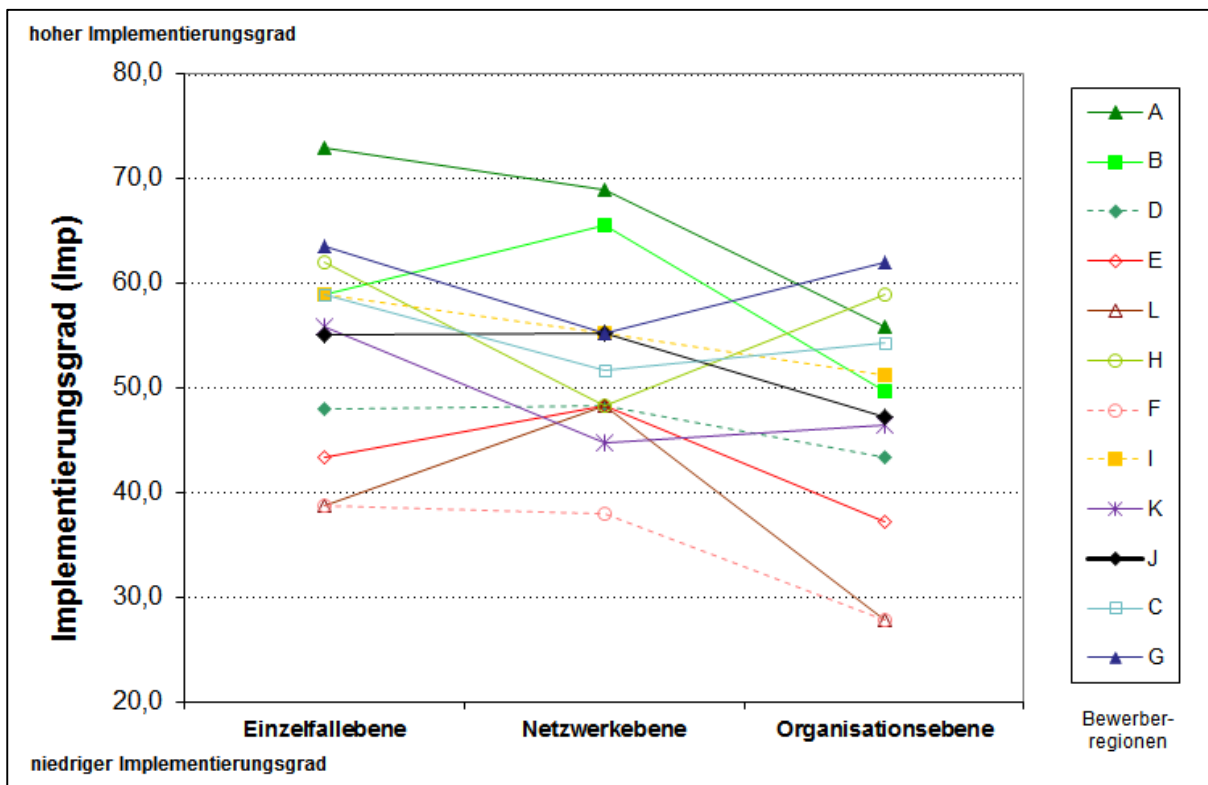
Die Standardabweichung des Gesamtwertes von 9,19 weist ebenfalls darauf hin, dass auch die Implementierungen zwischen den einzelnen Sozialämtern eher kontinuierliche als stufenweise Übergänge aufweisen. Die Betrachtung der in den einzelnen Bewerberkreisen erzielten Implementierungsscores bestätigt diese Annahme (s. Tabelle 10).

Tabelle 10: Implementierungsgrade aufgeschlüsselt nach den Bewerberkreisen

Bewerberkreise	Einzelfall-ebene	Organisations-ebene	Netzwerk-ebene	Gesamt	Rang
Bewerberkreis A	72,9	69,0	55,8	65,9	1
Bewerberkreis G	63,6	55,2	62,0	60,3	2
Bewerberkreis B	58,9	65,5	49,6	58,0	3
Bewerberkreis H	62,0	48,3	58,9	56,4	4
Bewerberkreis I	58,9	55,2	51,2	55,1	5
Bewerberkreis C	58,9	51,7	54,3	55,0	6
Bewerberkreis J	55,0	55,2	47,3	52,5	7
Bewerberkreis K	55,8	44,8	46,5	49,1	8
Bewerberkreis D	48,1	48,3	43,4	46,6	9
Bewerberkreis E	43,4	48,3	37,2	43,0	10
Bewerberkreis L	38,8	48,3	27,9	38,3	11
Bewerberkreis F	38,8	37,9	27,9	34,9	12

In Tabelle 10 sind die Bewerberkreise nach dem ermittelten Grad der Gesamtimplementierung des Fallmanagements geordnet, beginnend mit dem höchsten Punktwert. In Bezug auf die eingangs erwähnte „Kontrastierung“ der Regionen, im Sinne des quasiexperimentellen Untersuchungsdesigns, zeigen im oberen Bereich die Bewerberkreise A und G sowie im unteren Bereich die Bewerberkreise L und F die stärksten Unterschiede. Alle weichen in positiver beziehungsweise negativer Hinsicht circa eine Standardabweichung von dem in der Gesamtstichprobe gemessenen Implementierungsmittelwert ab. Der mit Abstand beste Implementierungsscore wurde dabei von Bewerberkreis A erreicht. Im Bereich von plus/minus einer halben Standardabweichung liegen im Hinblick auf hohe Implementierungsgrade noch die Bewerberkreise B und H sowie im niedrigen Bereich D und E außerhalb des relativ homogenen „Mittelfeldbereichs“ der Regionen mit einem Wert um 50 (Regionen I, C, J und K).

Abbildung 8: Implementierungsprofile der Bewerberkreise



In Bezug auf die Gesamtstichprobe der Bewerberkreise wurde ja bereits festgestellt, dass die Implementierungsunterschiede bei den untersuchten Unterebenen Einzelfall, Organisation und Netzwerk nicht besonders groß ausfallen. Diese Aussage gilt weitestgehend auch für die einzelnen Bewerberkreise. Dies wird durch eine Profilbetrachtung der Implementierungsscores in den Regionen deutlich (s. Abbildung 8). Abgesehen von Bewerberkreis L weichen die Ebenenmittelwerte bei Einzelfall, Organisation und Netzwerk innerhalb der Regionen nicht stärker als eine Standardabweichung der Gesamtstichprobenvarianz von ihrem jeweiligen Mittelwert ab. Dies bedeutet, dass die Implementierungen in den einzelnen Regionen bezogen auf ihr individuelles Durchschnittsniveau relativ homogen erfolgt sind. Es ist also beispielsweise nicht so, dass nur einzelne Ebenen wie etwa die Einzelfall- und Organisationsstandards besonders stark berücksichtigt worden wären, während beispielsweise die



Netzwerksteuerung völlig vernachlässigt wurde. Außerhalb des Bereichs um eine Standardabweichung liegt lediglich der Bewerberkreis L, der zwar eine unterdurchschnittliche Implementierung in Bezug auf die Einzelfall- und Organisationsebene aufweist, bei der Netzwerkebene aber im „Mittelfeld“ abschneidet. Wir werden weiter unten sehen, dass diese Region letztendlich nicht als Modellkreis ausgewählt wurde. Von daher erübrigt sich an dieser Stelle eine nähere Diskussion der Implikationen dieses Implementierungsprofils für das Forschungsvorhaben. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass das abweichende Implementierungsprofil hier auch kein grundlegendes Ausschlusskriterium war.

Konzeptionelle Umsetzungen des Fallmanagements in den Regionen

Es gibt mehrere Gründe, warum die Auswahl der Modellkreise nicht ausschließlich auf Grundlage der mit der Kurzumfrage ermittelten Implementierungsgrade vorgenommen werden konnte. Aufgrund der vielschichtigen Anforderungen an das Forschungsvorhaben, speziell im Hinblick auf die intendierten Struktur- und Prozessoptimierungen, wurde auf die spezifischen Fallmanagement-Konzepte in den Regionen ein besonderes Augenmerk gelegt. So sollte das Forschungsvorhaben auch hier möglichst vielfältige Ausrichtungen berücksichtigen. Hierzu war es zunächst notwendig, die verschiedenen regionalen Konzeptionen einer eingehenden Inhaltsanalyse zu unterziehen. In Tabelle 11 sind die wesentlichen Ergebnisse dieser Analyse dargestellt. Die hier beschriebenen Zuordnungen der Bewerberkreise beziehen sich auf eine vom KVJS erarbeitete Klassifikation von Konzepttypen sowie eine daran anknüpfende vertiefende Betrachtung der organisatorischen Zuordnung des Fallmanagements, die im Rahmen der Kurzumfrage erfasst wurde.

Die von den Bewerberkreisen vorgelegten schriftlichen Konzepte wurden dementsprechend in einem ersten Schritt, abhängig von der fallbezogenen Anzahl an Fachkräften und deren Fachgebiet, in drei Klassen eingeteilt: Bei den meisten Bewerberkreisen (8 von 12) sieht das Konzept vor, dass zwei Personen im gleichen Fachgebiet am gleichen Fall arbeiten (Konzepttyp K1). Bei einem Viertel der Bewerberkreise arbeiten zwei Personen in zwei unterschiedlichen Fachgebieten beziehungsweise Fachdiensten an einem Fall (Konzepttyp K2). Der Konzepttyp K3, bei dem ausschließlich eine Person/Fachkraft an einem Fall arbeitet, ist in der vorliegenden Stichprobe nur durch einen Bewerberkreis repräsentiert. Ein noch differenzierteres Verständnis der Konzepttypen wird durch die Betrachtung der organisatorischen Zuordnung des Fallmanagements ermöglicht. Hierbei wurde bei der vorliegenden Stichprobe an Bewerberkreisen zunächst danach unterschieden, ob das Fallmanagement in die Sachbearbeitung integriert (organisatorische Zuordnungsformen O1 und O2) oder von der Sachbearbeitung getrennt ist (organisatorische Zuordnungsform O3). Im ersteren Falle sind die Fallmanager/innen sowohl für das Fallmanagement als auch die Sachbearbeitung zuständig, das heißt sie bearbeiten sowohl Fallmanagement- als auch Nicht-Fallmanagement-Fälle. Dabei können die gleichzeitig für die Sachbearbeitung zuständigen Fallmanager/innen entweder alle notwendigen Abläufe und Prozesse in alleiniger Zuständigkeit steuern (O1) oder dabei strukturell von einem Fachdienst unterstützt werden (O2). Tabelle 11 zeigt, dass sich die Organisatorische Zuordnungsform O1 innerhalb des Konzepttyp K3 und die organisatorische Zuordnungsform O2 innerhalb des Konzepttyps K2 lokalisieren lässt. Der in der vorliegenden Stichprobe sehr häufige Konzepttyp K1 spiegelt sich in den Bewerberkreisen mit der organisatorischen Zuordnungsform O3 wieder, bei der das Fallmanagement getrennt von der

Sachbearbeitung innerhalb der gleichen Organisationseinheit erfolgt. Im Sinne einer weiteren Binnendifferenzierung kann hier ferner danach unterschieden werden, ob immer alle Fälle in einem Team aus Fallmanager/innen und Sachbearbeiter/innen bearbeitet werden oder aber eine etwas formalisiertere Aufgabentrennung dergestalt vorliegt, dass sich Sachbearbeiter/innen grundsätzlich primär mit den Nicht-Fallmanagement-Fällen befassen und bei den Fallmanagement-Fällen nur die verwaltungsrechtlichen Aspekte der Fallbearbeitung übernehmen (s. Tabelle 11).

Tabelle 11: Übersicht Bewerberkreise differenziert nach konzeptionellen Ansätzen zum FM

Konzepttypen			
2 Personen im gleichen Fachgebiet arbeiten am gleichen Fall (K1)		2 Personen in 2 Fachgebieten/Fachdiensten arbeiten an einem Fall (K2)	1 Person arbeitet an einem Fall (K3)
Bewerberkreis A Bewerberkreis C Bewerberkreis D Bewerberkreis E Bewerberkreis G Bewerberkreis H Bewerberkreis K Bewerberkreis L		Bewerberkreis F Bewerberkreis I Bewerberkreis J	Bewerberkreis B
Organisatorische Zuordnung			
Integriert in die Sachbearbeitung, jeder Sachbearbeiter ist gleichzeitig Fallmanager (O1)	Integriert in die Sachbearbeitung, jeder Sachbearbeiter ist gleichzeitig Fallmanager, wird aber von einem Fachdienst unterstützt (O2)	Getrennt von der Sachbearbeitung innerhalb des gleichen Fachbereiches bzw. der gleichen Organisationseinheit (O3)	
Fallmanager sind sowohl für das Fallmanagement als auch für die Sachbearbeitung zuständig. Sie bearbeiten sowohl FM-Fälle als auch Nicht-FM-Fälle.		Fallmanager sind nur für die Fallmanagementfälle zuständig. Die Sachbearbeiter übernehmen in diesen Fällen den verwaltungsrechtlichen Aufgabenbereich. Die nicht FM-Fälle werden von den Sachbearbeitern bearbeitet.	Alle Fälle werden von einem Team aus Fallmanagern und Sachbearbeitern übernommen und bearbeitet.
Bewerberkreis B	Bewerberkreis F Bewerberkreis I Bewerberkreis J	Bewerberkreis C Bewerberkreis D Bewerberkreis G Bewerberkreis H Bewerberkreis K Bewerberkreis L	Bewerberkreis A Bewerberkreis E

Regionale und infrastrukturelle Aspekte

Neben den Implementierungsgraden sowie den Konzepttypen spielten bei der Auswahl der Modellkreise auch regionale und infrastrukturelle Faktoren eine wichtige Rolle. Auch hier sollte ein möglichst ausgewogenes Verhältnis hergestellt werden. Dabei wurden verschiedene Vergleichskriterien herangezogen, unter anderem Einwohnerzahlen, Platzzahlen in der Eingliederungshilfe oder die Anzahl der im Kalenderjahr erstellten beziehungsweise fortgeschriebenen Gesamtpläne (s. Tabelle 12).

Tabelle 12: Übersicht zu zentralen regionalen Vergleichsparametern in den Bewerberkreisen

Stadt- und Landkreis*	Einwohner (in Tausend)	Platzzahlen Eingliederungshilfe	Plätze je 1000 Einwohner	Eingliederungshilfe-Fälle 2009	Gesamtpläne Stand 2009	Gesamtpläne/Fälle
Bewerberkreis 1	150-250	383	2,01	981	345	35,2 %
Bewerberkreis 2	größer 350	1.535	4,12	1.589	250	15,7 %
Bewerberkreis 3	150-250	755	4,79	807	220	27,3 %
Bewerberkreis 4	150-250	234	1,20	818	250	30,6 %
Bewerberkreis 5	größer 350	1.300	2,53	2.074	350	16,8 %
Bewerberkreis 6	250-350	1.737	5,27	1.233	295	23,9 %
Bewerberkreis 7	250-350	988	3,58	1.350	675	50,0 %
Bewerberkreis 8	100-150	3.626	24,37	937	60	6,4 %
Bewerberkreis 9	250-350	2.618	9,47	2.668	100	3,7 %
Bewerberkreis 10	150-250	1.946	10,29	1.359	186	13,7 %
Bewerberkreis 11	größer 350	2.613	4,35	3.030	284	9,4 %
Bewerberkreis 12	100-150	429	3,17	641	79	12,3 %

* Die Namen der Bewerberkreise wurden verfremdet. Die hierbei verwendeten Ziffern wurden zufällig vergeben und stehen in keinem Zusammenhang mit den in Tabelle 10 dargestellten Rangnummern der Implementierungsgrade.

Endauswahl der Modellkreise

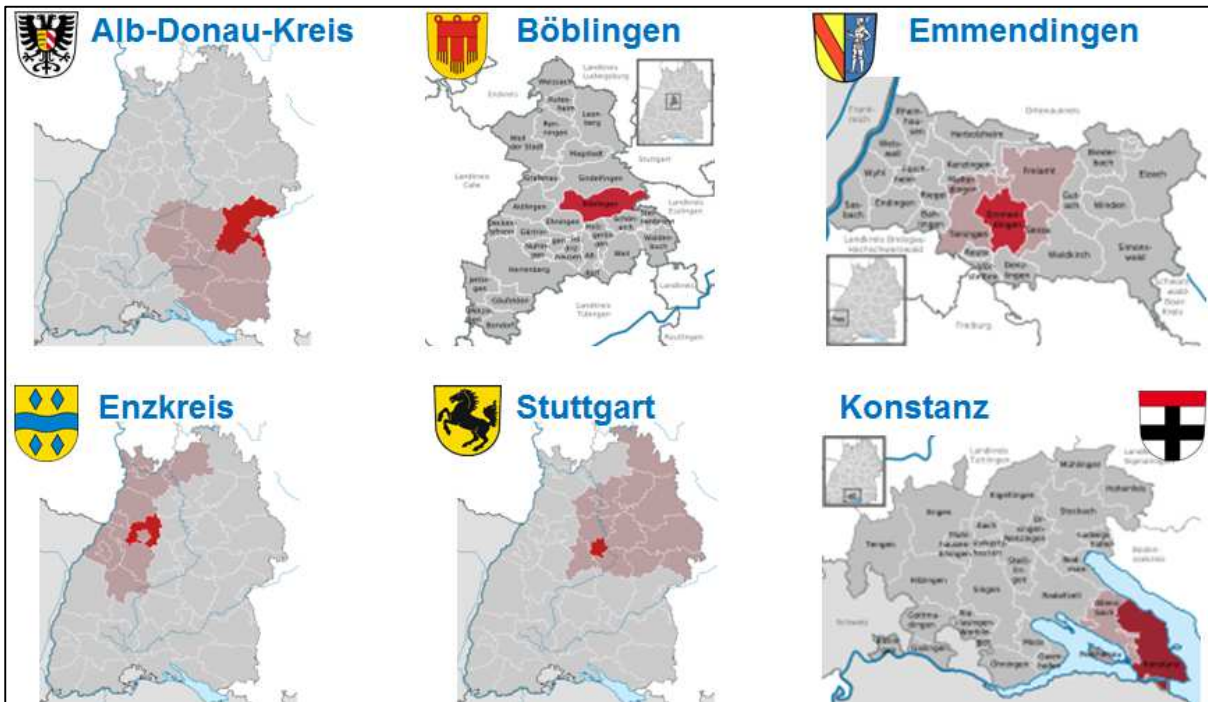
Die finale Auswahl der Modellkreise wurde unter qualitativer Abwägung der beschriebenen Selektionskriterien von einer Expertenkommission der Katholischen Hochschule Mainz vorgenommen. Im Ergebnis wurden die Bewerberkreise mit den Buchstabencodes A, B, C, D, E und F ausgewählt³. Namentlich handelt sich hier um den Alb-Donau-Kreis, Böblingen, Emmendingen, Enzkreis, Konstanz und Stuttgart⁴ (s. Abbildung 9). Es sei darauf hingewiesen,

³ Zur Kennzeichnung der sechs ausgewählten Modellkreise wurden absichtlich die ersten sechs Buchstaben des Alphabets gewählt, um die Lesbarkeit der verschlüsselten Tabellen zu verbessern. Die Buchstabenreihenfolge entspricht dabei dem ermittelten Implementierungsgrad, beginnend beim höchsten Implementierungsgrad mit dem Buchstaben A (vgl. Tabelle 10).

⁴ Die Modellkreise sind hier lediglich in alphabetischer Reihenfolge wiedergegeben. Der zugehörige Buchstabencode kann aus dieser Reihenfolge nicht abgeleitet werden. Die Nennungsfolge der Modellkreise lässt also keine Rückschlüsse auf den im Rahmen der Kurzumfrage ermittelten Implementierungsgrad zu.

dass die Reihenfolge der Namensnennungen hier keine Rückschlüsse auf den zugehörigen Buchstabencode zulässt.

Abbildung 9: Ausgewählte Modellkreise (in alphabetischer Reihenfolge)



Die Auswahl stellt den in Anbetracht der vielfältigen Selektionskriterien, die mit einem kleinen Augenzwinkern mitunter weniger der Auswahl aus der Quadratur des Kreises entsprachen, aus wissenschaftlicher Sicht bestmöglichen Kompromiss dar. Kompromiss heißt in diesem Zusammenhang aber auch, dass es nicht möglich war in jedem Einzelfall allen Selektionskriterien gerecht zu werden. Beispielsweise wurde in Gestalt von Modellkreis C ein Bewerberkreis ausgewählt, dessen mittlerer Implementierungsindikatorwert zahlenmäßig den rein empirisch, anhand der Standardabweichung, definierten Schwellenwert für eine Extremgruppengegenüberstellung knapp verfehlt. Aufgrund der herausragenden Bedeutung für das Forschungsdesign wurde ansonsten aber der „Kontrastierung“ der Implementierungsgrade der Vorrang gewährt.

2.1.2 Grundlage für die Wirkungsanalyse: Standards der Wirkungsmessung

Schon der Arbeitstitel des Vorhabens „Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe“ formuliert den Anspruch, was genau das Forschungsprojekt leisten muss. Um eine Wirkungsanalyse durchführen zu können ist es unabdingbar, dass mit den zu entwickelnden Evaluationsinstrumenten auch tatsächlich Wirkungen gemessen werden können. In der Literatur werden ausgehend von Macsenaere (2007) einige elementare Anforderungen beschrieben, die ein Instrumentarium zur Wirkungsmessung erfüllen sollten. Diese basieren auf den Ergebnissen aus vielen Jahren Effektivitätsforschung in der sozialen Arbeit. In dieser Zeitspanne wurden zur Bestimmung von Effekten Methoden zur Wirkungsmessung geformt, die sich in vielen Anwendungsfeldern als zuverlässig bewährt haben, andererseits aber auch Vorgehensweisen identifiziert, die sich für den Praxiseinsatz als nicht sinnvoll erwiesen haben und daher zukünftig vermieden werden sollten.

Die WiFEin-Instrumente wurden entsprechend dieser Maßgaben entwickelt, aber auch für andere Instrumente können die folgenden Aspekte als Leitlinien, etwa im Sinne einer Checkliste, herangezogen werden:

- **Fokus auf Ergebnisqualität**

Zu Beginn sollte klar definiert werden, welche Qualitätsdimensionen (s. Abbildung 6 in Abschnitt 1.3) im Vordergrund stehen: Im Rahmen einer summativ auf die Wirkungen des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe ausgerichteten Evaluation, ist es notwendig, den Fokus auf die Ergebnisqualität zu legen. Begleitend sollen aber auch die Strukturen und Prozesse betrachtet werden, die für die Ergebnisse verantwortlich sind. Damit werden grundsätzlich nicht nur Aussagen über die Effekte, sondern auch über die dafür maßgeblichen Einfluss- beziehungsweise Wirkfaktoren möglich.

Zum besseren Verständnis der im Rahmen einer Wirkungsevaluation verwendeten **Begrifflichkeiten** sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Begriffe **Ergebnisqualität, Wirkungen, Effekte und Effektivität** inhaltlich weitestgehend gleichbedeutend sind und daher synonym verwendet werden können. Die Unterschiede sind eher punktueller semantischer Natur und somit mehr aus theoretischer als aus praktischer Sicht relevant. So ist Ergebnisqualität beispielsweise ein allgemeiner Sammelbegriff für alle Merkmale an denen die Wirkungen einer Maßnahme bemessen werden können. Um die Effektivität bestimmen zu können, bedarf es darüber hinaus einer genauen „Rechenvorschrift“ wie die einzelnen Merkmale zu gewichtet sind. Lediglich die **Effizienz** als Relation zwischen Effektivität und Kosten muss deutlich von den anderen Begriffen abgegrenzt werden.

- **Längsschnittliche Datenerfassung**

Um Wirkungen zuverlässig abbilden zu können, ist ein Längsschnittdesign notwendig. Längsschnittlich heißt, dass die Daten zu mehreren Erhebungszeitpunkten erfasst werden. Minimalstandard ist hier ein Prä-Post-Design („Vorher-Nachher-Messung“) mit zwei Datenerhebungen, etwa zu Beginn und am Ende der Intervention. Falls die Daten auch zur Prozesssteuerung verwendet werden sollen, müssen weitere Erhebungszeitpunkte eingeplant werden. Zum Beispiel können Erfolgskontrollen in halbjährlichen oder jährlichen Intervallen erfolgen. Aufgrund des vergleichsweise kurzen Untersuchungszeitraums konnte im Rahmen von WiFEin aber nur ein Prä-Post-Design adaptiert werden (s. Abschnitt 2.1.3)

- **Prospektive Erhebung**

Trotz des höheren Aufwands sollten die Daten möglichst immer prozessbegleitend erfasst werden. Nur wenn die Daten zu dem Zeitpunkt erfasst werden, wenn sie tatsächlich aktuell sind, können die bei rückblickenden Erhebungen naheliegenden Verfälschungstendenzen vermieden werden. Dazu sind beispielsweise Erinnerungseffekte (etwa etwas Wichtiges vergessen), Beurteilungsverzerrungen (Ereignisse verbleiben bspw. grundsätzlich umso positiver in Erinnerung, je länger sie zurückliegen) oder schlicht die nicht mehr gegebene Verfügbarkeit von Informationen (Akten, Berichte) zu rechnen. Hilfebegleitende prospektive Erhebungen führen somit zu vollständigeren und erheblich zuverlässigeren Daten als rückblickende retrospektive Erhebungen. Um einen aussagekräftigen Stichprobenumfang erreichen zu können, waren retrospektive Dokumentationen in WiFEin aber als ergänzende Erhebungstechnik zugelassen. Erfreulicherweise wurde hiervon aber nur selten Gebrauch gemacht (s. Abschnitt 3.3.1).

- **Einzelfallbezogene Dokumentation, die für höhere Ebenen nutzbar gemacht wird**

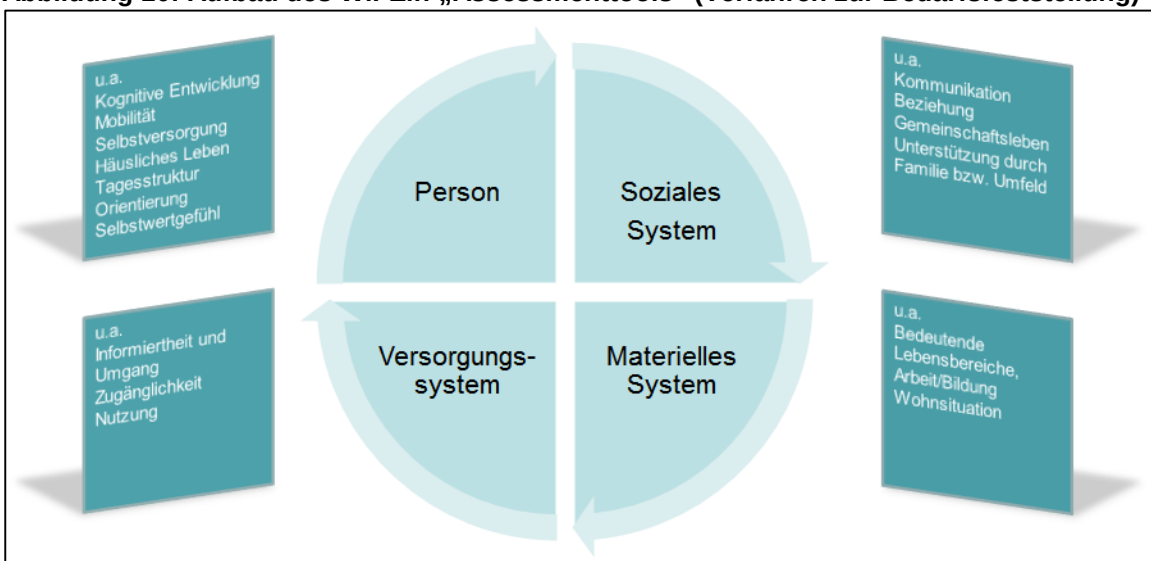
Auch wenn es aufwendiger ist, können Wirkungen nicht pauschal auf überindividueller Ebene „abgeschätzt“ werden. Sie müssen dort erfasst werden wo sie erzielt werden, also im Einzelfall. Dies schließt natürlich nicht aus, dass die so erhobenen Daten für einzelfallübergreifende Ebenen nutzbar gemacht werden, beispielsweise in Form von Wirkungsaussagen zu bestimmten Fallgruppen oder, im Sinne eines Benchmarkingverfahrens, als Kennzahlen zu verschiedenen Kostenträgern (vgl. etwa Ergebnisse in Abschnitt 3.3.4).

43

- **Operationalisierung der Wirkungen durch Veränderungsmessungen von Problemen, Ressourcen und Interventionsbedarfen**

Um Wirkungen als Veränderung der Ist-Situationen zwischen mehreren Erhebungszeitpunkten bestimmen zu können, müssen die Beeinträchtigungen beziehungsweise Probleme, aber auch die Ressourcen und die resultierenden Interventionsbedarfe jeweils standardisiert, also einheitlich und vollständig, erfasst werden. Dabei bedarf es einer umfassenden und ganzheitlichen Betrachtung aller Einzeldimensionen, in denen Wirkungen potentiell auftreten können.

Abbildung 10: Aufbau des WiFEin-„Assessmenttools“ (Verfahren zur Bedarfsfeststellung)





Neben auf die Person des Leistungsberechtigten bezogenen Merkmalen müssen hier auch das soziale System, das materielle System inklusive bedeutender Lebensbereiche wie Wohnen, Ausbildung und Arbeit sowie die Situation im Versorgungssystem (Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzung von Angeboten) betrachtet werden (s.

Abbildung 10). Auf diesem Hintergrund wurde eigens für die WiFEin-Studie ein aufwendiges standardisiertes Bedarfsfeststellungsinstrument (das sog. „Assessment-Tool“; keine Alternative zum HMB-W-Verfahren) entwickelt, das nach einer entsprechenden Schulung von den Fallmanager/n/innen genutzt werden kann und jeweils in analoger Form in die beiden Dokumentationsinstrumente zu den Stichtagen t1 und t2 (Ausgangs- und „Monitoringerhebung“, s. Abschnitt 2.1.3) integriert wurde. Die Entwicklung des Instruments erfolgte dabei unter Rückgriff auf bereits in der Praxis eingesetzte Dokumentationsinstrumente (s. Abschnitt 2.2.1). Das Modell nimmt ebenfalls auf den „Capability Approach“ nach Sen und Nussbaum (1993) Bezug.

Das Bedarfsfeststellungsinstrument umfasst insgesamt 20 Einzeldimensionen, anhand derer jeweils Problemlagen/Beeinträchtigungen, Ressourcen und Interventionsbedarfe auf der Basis von vierstufigen Skalen (von minimalem bis maximalem Ausprägungsgrad) eingestuft werden:

44

Elf Dimensionen im Bereich „Person“:

- lernen und Wissensanwendung/kognitive Entwicklung (Lernen, Denken, Problemlösen, Gedächtnis, Merkfähigkeit, Urteilsvermögen, Aufmerksamkeit und Konzentration, Wissenserwerb und -anwendung, Lesen und Schreiben, Entscheidungen treffen)
- allgemeine Aufgaben und Anforderungen/Alltagskompetenzen (Ausführung von einfachen oder komplexen Aufgaben/täglichen Routinen; alltagspraktische Fähigkeiten; Organisation, Planung und Kontrolle der Handlungen; Umgang mit den Herausforderungen der Aufgaben)
- Umgang mit belastenden Situationen (Belastbarkeit, Frustrationstoleranz, Copingstrategien, Optimismus, Umgang mit Angst, Unruhe, Spannungen. Bewältigung von Antriebsstörungen, akut paranoider oder affektiver Symptomatik, Bewältigung selbst- und fremdgefährdender Verhaltensweisen etc.)
- Mobilität, Motorik und körperliche Gesundheit (Änderung der Körperposition, Bewegung von Gegenständen, Fortbewegung, Gebrauch von Verkehrsmitteln. Gesundheit von Herz-Kreislaufsystem, Atmungssystem, Sinnesorgane etc.)
- Selbstversorgung (bspw. Körperpflege, Kleidung anlegen bzw. ausziehen, Ess- und Trinkverhalten, Baden/Duschen, Toilettengang)
- Gesundheitsverhalten beziehungsweise Gesundheitsfürsorge (Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme, Kenntnisse über gesunde Lebensführung, Vermeidung von Suchtmitteln bzw. gesundheitsschädigender Verhaltensweisen, gesundheitsförderlicher Lebensstil, Gesundheitserhaltung, Krankheitseinsicht)
- häusliches Leben (Handlungen und Aufgaben der alltäglichen Lebensführung. Bspw. Wohnungssuche, Einkaufen, Nahrungszubereitung, Reinigung und Instandhaltung der Wohnung, Waschen)
- Tagesstruktur und innerer Antrieb (Sinnvolle Beschäftigung, Tag-/Nachtrhythmus, Ein-/Durchschlafen, Aktivitätsniveau, Motivation, Antrieb, Eigeninitiative, Begeisterungsfähigkeit)

- Orientierung (räumliche, zeitliche, situative, personenbezogene Orientierung in vertrauter bzw. fremder Umgebung)
- Selbstwertgefühl und Persönlichkeitsentwicklung (Zutrauen, Selbsteinschätzung, Selbstbild, Ausgeglichenheit, Offenheit, Umgang mit der eigenen Behinderung, besondere Interessen, Fähigkeiten und Begabungen etc.)
- Affektivität/Gefühl/Emotion (situationsangemessene bzw. „gesunde“ Stimmungen und Gefühlslagen)

Vier Dimensionen im Bereich „Soziales System“:

- Kommunikation (expressive Sprache, Sprachverständnis, d. h. Potenzial zum Verstehen und Produzieren von Mitteilungen; auch mit Hilfsmitteln (etwa Geräte oder Symbolsprachen). Situationsangemessene nonverbale Kommunikation etwa durch Mimik und Gestik)
- Interpersonelle Interaktion und Beziehung (elementare und komplexe Interaktionen mit Freunden, Fremden, Verwandten sowie Lebenspartnern, allgemeine Beziehungskompetenz, adäquates Sozialverhalten, Konfliktfähigkeit, Absprachefähigkeit, angemessener Umgang mit Nähe und Distanz, Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen, Konfliktlösungskompetenz)
- Gemeinschaftsleben, soziales und staatsbürgerliches Leben (Beteiligung am Leben außerhalb der Familie, bspw. Freizeitgestaltung, Religion oder politisches Leben, Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen, Soziale Integration)
- Unterstützung durch Familie beziehungsweise Umfeld (fördernde, aber auch hemmende Faktoren, bspw. hinsichtlich Umgang mit der Pflege- bzw. Betreuungssituation, angemessene Problemsicht und Kooperation mit Fachkräften, familiäre Bindungen)

45

Zwei Dimensionen im Bereich „Bedeutende Lebensbereiche/Materielles System“:

- bedeutende Lebensbereiche Arbeitssituation/Bildung (Schule/Ausbildung, informelle Bildung, Erwerbstätigkeit, Arbeitsverhalten, bezahlte Arbeit und wirtschaftliches Leben: Beteiligung an Erziehung, Bildung, Arbeit und Beschäftigung, Geschäftsfähigkeit und Geldverwaltung, Umgang mit Banken und Behörden)
- Wohnsituation (Größe, behindertengerechte Ausstattung, Zugänglichkeit etc.)

Drei Dimensionen im Bereich „Versorgungssystem“:

- Informiertheit und Umgang mit Erfordernissen der Behandlung (adäquate Information im Hinblick auf Angebote der Gesundheitsversorgung, Bedienung von Hilfsmitteln, Wissen über pflegerische Anforderungen, Compliance bei Medikamenteneinnahme)
- Vorhandensein/Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten (Angebote in örtlicher Nähe etc.)
- Nutzung von Dienstleistungsangeboten (Auswahl und insbesondere Nutzung geeigneter Hilfsangebote, bspw. Absprache und Durchführung von Arztterminen etc.)

• Erfassung von intendierten Wirkungen wie auch Nebenwirkungen

Bei der Bestimmung der Gesamtwirkungen, etwa im Rahmen eines Index beziehungsweise einer Kennzahl, müssen selbstverständlich auch die Zielerreichungsgrade der im Gesamtplan vereinbarten Ziele Berücksichtigung finden. Diese können allerdings nicht die gleiche Gewichtung erhalten wie die Ergebnisse der standardisierten Veränderungsmessung (siehe

unten). Die weit verbreitete Methode, Wirkungen ausschließlich über die Zielerreichungsgrade zu bestimmen, kann nicht empfohlen werden.

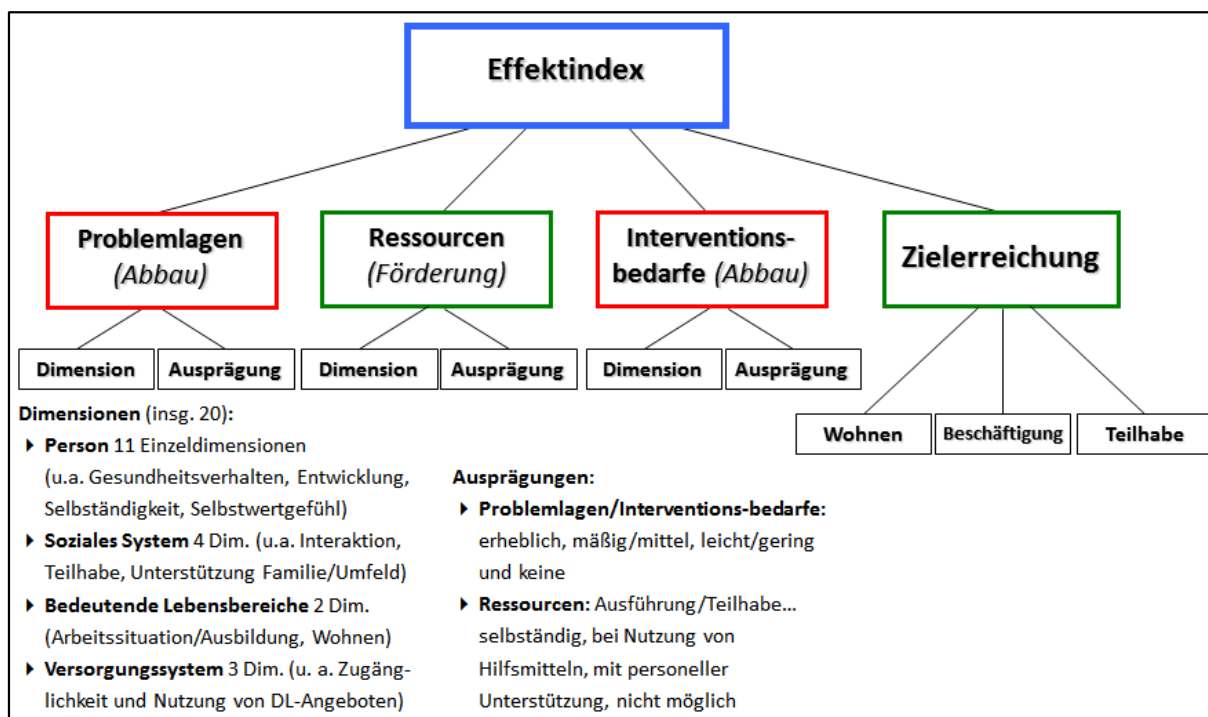
Zielerreichungsgrade haben nur eine vergleichsweise geringe messtechnische Zuverlässigkeit. Dies liegt einerseits daran, dass aufgrund der unvermeidlichen Subjektivität, die jeder Zieldefinition innewohnt, schon minimale Änderungen der Zieldefinition (bspw. etwas weniger spezifisch oder mit einem etwas anderen Zeitbezug formuliert), zu deutlichen Abweichungen bei den Zielerreichungsgraden führen können. Trotz objektiv gleicher „Tatbestände“ stehen am Ende dann völlig unterschiedliche Zahlenwerte.

Des Weiteren sind durch die Zielerreichungsgrade generell nur die fachlich intendierten Wirkungen der Hilfen abbildbar. Nebenwirkungen oder allgemeiner ausgedrückt, die nicht intendierten Wirkungen (negativer wie positiver Art), können nur im Rahmen einer standardisierten Diagnostik erfasst werden, die stets alle „veränderungssensitiven“ Bereiche vollständig im Blick hat.

• Veranschaulichung der Wirkungen anhand von Kennzahlen

Zur Veranschaulichung der Wirkungen ist es notwendig Kennzahlen beziehungsweise Indices zu bilden, mit denen die erreichten Veränderungen für alle Beteiligten, insbesondere aber für Verwaltung und Politik, nachvollziehbar und verständlich dargestellt werden können. In WiFEin wurde als übergreifendes Maß unter anderem ein (Gesamt-)Effektindex gebildet, der sich aus den Veränderungen von Problemlagen, Ressourcen und Interventionsbedarfen sowie dem entsprechend der niedrigeren Zuverlässigkeit, nur mit einem „rechnerischen“ Gewicht von einem Viertel einbezogenen, Zielerreichungsindex ableitet (s. Abbildung 11).

Abbildung 11: Bestimmung der Effekte anhand von Indices



Entsprechend der in Abbildung 11 ersichtlichen hierarchischen Gliederung können Kennzahlen auf allen Inhaltsebenen, etwa für Problemlagen und Beeinträchtigungen, Ressourcen oder die Zielerreichung, aber auch für die 20 Einzelmessdimension der Bedarfsfeststellung, berechnet werden. Dabei ist es möglich sowohl alle Fälle, ausgewählte Fallgruppen oder nur den Einzelfall zu betrachten. Die Kennzahlen können sowohl als Zustandsmaß das Niveau eines Zustands zu einem singulären Zeitpunkt beschreiben (bspw. wie stark die Ressourcen der Leistungsberechtigten bei Beginn des Fallmanagements ausgeprägt sind) als auch, wenn mehrere Zeitpunkte miteinander in Beziehung gesetzt werden, als Veränderungsmaß dienen. Welche Kennzahl wo, wie und in welcher Auflösungsstufe sinnvollerweise betrachtet werden muss, hängt dabei von den jeweiligen Fragestellungen ab, zum Beispiel ob diese zur einzelfallbezogenen Verlaufssteuerung der Maßnahmen/Leistungen oder zur Gesamtschau der Ergebnisse im Rahmen einer summativen Evaluation herangezogen werden sollen. Im letzteren Fall, in dem es häufig auch um eine Legitimation des eigenen fachlichen Handelns gegenüber der Politik geht, reicht es in der Regel übergeordnete Ebenen wie den Effektindex heranzuziehen. Im erstgenannten Fall, also bei der Fallsteuerung, ist es dahingegen meist sinnvoller möglichst detailliert zu schauen, in welchen konkreten Einzelbereichen Veränderungen vorlagen beziehungsweise wo sich gegebenenfalls unerwünschte Entwicklungen abgezeichnet haben, denen entgegengesteuert werden müsste.

Eine entsprechende Veranschaulichung kann nur dann gelingen, wenn den Beobachtungen und Einschätzungen Zahlenwerte zugewiesen werden können. Grundlage dafür sind die Ausprägungsgerade der einzelnen Skalen, bei den Problemlagen beispielsweise „0“ für „keine Beeinträchtigung“, „1“ für „leichte Beeinträchtigung“, „2“ für „mäßig/mittel ausgeprägte Beeinträchtigung“ und „3“ für „erheblich bis voll ausgeprägte Beeinträchtigung“. Diese sind auch dann über den Einzelfall hinaus vergleichbar, wenn durch Schulung und Glossare eine hinreichende Standardisierung sichergestellt ist. Ein Veränderungseffekt wird rechnerisch durch Differenzbildung der Zahlenwerte zu zwei Zeitpunkten bestimmt. In der Praxis werden natürlich nicht einfach die Zahlenwerte „0“, „1“, „2“ und „3“ verwendet. Durch (lineare) Transformationen können die Werte in anschaulichere Skalenbereiche überführt werden. Im Rahmen der Zustandsbeschreibung zu einem konkreten Zeitpunkt, etwa „100“ für „voll ausgeprägt“, „75“ für „erheblich“, „50“ für „mittel“, „25“ für „leicht“ und „0“ für „keine“ oder bei der Veränderungsmessung, wie auch im vorliegenden Forschungsprojekt geschehen, durch Heranziehung international üblicher Effektstärkemaße (s. Abschnitt 3.3.2). Entsprechend der beschriebenen Vorgehensweise liegt der Schwerpunkt hier im quantitativen Bereich. Die Verwendung von Indizes soll einen raschen Überblick über den Erfolg beziehungsweise Misserfolg des Fallmanagements geben. Da sich viele wichtige Sachverhalte nicht hinreichend in Zahlen abbilden lassen, müssen ergänzend, insbesondere mit Blick auf die Einzelfallsteuerung, allerdings weiterhin auch qualitative Daten (etwa in Form von Entwicklungsberichten) erfasst werden. Auch wenn es im Rahmen der WiFEin-Studie nicht im Fokus stand, wäre es grundsätzlich möglich, dass Dokumentationsinstrument zur Wirkungsmessung durch entsprechende freie Nennungsfelder zu erweitern. Dies ist ein wichtiger Diskussionspunkt im Rahmen der Transferphase des Projekts (s. Abschnitt 2.3.2).

47

- **Effizienzaussagen**

Neben der Effektivität sollten immer auch die Kosten betrachtet werden. Kosten-Nutzen-Gegenüberstellungen helfen gleichermaßen dabei, sinnvolle Kosten zu legitimieren wie auch ineffizienten Ressourceneinsatz zu identifizieren und zu vermeiden.



- **Wirkfaktorenbetrachtung**

Getreu der Devise „Hauptsache das Ergebnis stimmt“ kann eine Wirkungsanalyse prinzipiell nach dem „Black-Box“-Prinzip betrieben werden, bei dem ausschließlich die Wirkungen erfasst werden und nicht weiter hinterfragt wird, wie sie überhaupt zustande gekommen sind. Mag eine solche Vorgehensweise für reine Legitimationszwecke noch tauglich sein, können organisatorische Lern- und Optimierungsprozesse (Forschungsfragestellung 3) so natürlich nicht angestoßen werden. Um die den Wirkungen zugrundeliegenden potentiell förderlichen und hemmenden Merkmale im Zuge einer sogenannten Wirkfaktorenanalyse ermitteln zu können, wurden in WiFEin alle relevanten strukturellen und prozessualen Merkmale miteingefasst. Übertragen auf das in Abschnitt 1.3 eingeführte Qualitätsmodell von Donabedian bedeutet dies, dass nicht nur die Ergebnisqualität, sondern auch die Struktur- und Prozessqualität in die Dokumentation eingeflossen ist.

- **Sichtweisen aller Beteiligten berücksichtigen**

Sowohl die Fairness als auch die Güte der Wirkungsmessung machen es notwendig, die Sichtweisen aller wichtigen Verfahrensbeteiligten zu berücksichtigen. Die Erfahrung aus langjähriger Wirkungsforschung zeigt, dass Wirkungen oft ganz unterschiedlich wahrgenommen werden. Dies hängt damit zusammen, dass jeder Verfahrensbeteiligte seine eigenen Wertmaßstäbe in die Beurteilung einbringt. Was aus fachlicher Sicht als großer Erfolg gewertet wird, muss für die Leistungsberechtigten nicht zwangsläufig die gleiche Bedeutung haben. Die umgekehrte Richtung gilt hier natürlich auch. Neben Facheinschätzungen der Fallmanager/innen und Leistungserbringer beziehungsweise Dienstleister wurden in der vorliegenden Studie insbesondere auch die Sichtweisen der Leistungsberechtigten miteinbezogen.

Dementsprechend gibt es in der Sozialen Arbeit zunächst keinen einheitlichen Wirkungsbegriff. Ob die Beteiligten „auf einen gemeinsamen Nenner“ kommen, muss daher erst geprüft werden (vgl. auch Abschnitt 3.5). Die wesentlichen Wirkungsdimensionen die dabei eine Rolle spielen, werden von Schröder und Kettiger (2001) wie folgt klassifiziert:

- „*Effect*“-Wirkungen: die direkt ersichtliche und objektiv messbare (Aus-)Wirkung, zum Beispiel das Erreichen der im Gesamtplan vereinbarten Zielsetzungen. Neben den intendierten Wirkungen, sind in WiFEin insbesondere die ausschließlich über die Veränderungsmessung, auf Basis des standardisierten Bedarfsfeststellungsinstruments, ermittelbaren nicht-intendierten Wirkungen zu den „*Effects*“ zu zählen.
- „*Impact*“-Wirkungen: Hier handelt es sich um subjektive Wirkungen, etwa aus Sicht der Leistungsberechtigten. Dabei können explizit individuelle Einstellungen, Bedürfnisse und Werthaltungen in die Bewertung einfließen. Beispiel: Zufriedenheit mit dem Ablauf des Fallmanagements, dem Grad der Berücksichtigung von Wünschen im Rahmen der Ziel- und Maßnahmenplanung oder die wahrgenommene Veränderung der Lebensqualität. Da die im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführte Befragung der Leistungserbringer und Dienstleister nicht auf standardisierte Weise erfolgen konnte, sind auch die dort ermittelten Wirkungen formal den „*Impacts*“ zuzuschlagen.
- „*Outcome*“-Wirkungen: Hier ist die mittelbare und eher längerfristige Wirkung auf die Gesellschaft und/oder Umwelt gemeint. Die „*Outcome*“-Bestimmung kann beispielsweise durch volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analysen erfolgen. Derart aufwendige Analysen

konnten im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts nicht durchgeführt werden.

Eine ausgewogene Evaluation muss sowohl „effects“ als auch „impacts“ erfassen. Würden beispielsweise nur die „effects“ betrachtet, bestünde die Gefahr, dass die „Kundenperspektive“, und damit auch die dialogische Konzeption der Gesamtplanung im Fallmanagement, bei der Ergebnisbewertung völlig aus dem Blick geraten würde. Die „Definitionshoheit“ über das was als gutes oder schlechtes Fallmanagement anzusehen ist, läge dann allein auf der Fachkräfteseite (einschließlich den Wissenschaftlern übrigens, welche die „effect“-Bewertungskriterien ja auch nach bestimmten Fachstandards vorgeben).

2.1.3 Untersuchungsebenen, Stichprobenumfänge und Zeitabläufe der Erhebung

Entsprechend der Zielsetzungen des Forschungsprojekts und der im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Wirkungsanalysestandards wurden, im Sinne einer ausgewogenen Evaluation, insgesamt sechs Untersuchungsebenen (UE) gebildet. Jede Untersuchungsebene stellt dabei eine wichtige Informationsquelle und eigenständige Perspektive dar. Einen Überblick gibt Tabelle 13. Die Tabelle zeigt auch, wie vielschichtig eine Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe ausgerichtet sein muss.

Tabelle 13: Untersuchungsebenen (UE)

UE	Wer?	Wann?	Wo?	Womit?	Rücklauf	Was?
1	Fallmanager/innen	t1 u. t2-Stichtag	Modellkreise (MK): jeder Einzelfall	2 x 581 standard. Dokumentationsinstrumente der KH	t1: 100 % t2: 99,8 %	Prozesse, Ergebnisse und Kosten
2	Leistungsberechtigte (wenn nötig unterstützt durch Bezugsperson)	t2-Stichtag	Modellkreise: Einzelfall	581 Fragebögen	n = 238 (41,0 %)	Prozesse und Ergebnisse
3	Leistungserbringer/ Dienstleister	Anfang 2012	Modellkreise: Über-individuell	121 Fragebögen	n = 61 (50,4 %)	Strukturen, Netzwerke, Prozesse und Ergebnisse
4	Fallmanager/innen und Koordinator/innen	Anfang 2012	MK: Über-individuell	Vor-Ort-Interviews (6 Termine)	100 %	Strukturen und Netzwerke
5	Verwaltungsebene (u. a. Leitung, Sozialplanung)	Anfang 2012	Modellkreise: Über-individuell	Vor-Ort-Interviews (6 Termine)	100 %	Strukturen, Netzwerke, Prozesse und Kosten
6	Gesamtumfrage	Anfang 2012	Alle Kreise in BW	44 Fragebögen	100 %	Strukturen und Netzwerke

Die Untersuchungsebenen beschreiben aber nicht nur wer untersucht wird beziehungsweise welche Perspektive in die Evaluation einfließt. Jeder Untersuchungsebene ist ein Untersuchungsinstrument beziehungsweise eine Befragungstechnik zugeordnet, die bei der jeweiligen Zielgruppe zum Einsatz kommt. Neben dem „womit“ ist auf den Untersuchungsebenen ebenfalls spezifiziert, zu welchen Messzeitpunkten die Erhebung stattfindet (also das „wann“ der Untersuchung), was genau die Inhalte der Evaluation sind, beispielsweise Strukturen, Netzwerke, Prozesse, Ergebnisse oder Kosten entsprechend Abbildung 6 in Abschnitt 1.3, und auf welcher Auflösungsstufe die Datenerfassung stattfindet, das heißt einzelfallbezogen oder überindividuell. Wie Tabelle 13 zeigt, können je nach Inhalt und Auflösungsstufe bestimmte Zielgruppen wie etwa die Fallmanager/innen gleichzeitig auf mehreren Untersuchungsebenen relevant sein. Dies bedeutet aber nicht, dass dieser Adressatengruppe somit auch ein höheres Gewicht bei der Ergebnisinterpretation eingeräumt wurde. Dieser Abschnitt hat primär die Funktion, eine Übersicht über die Gliederung und den Ablauf der Erhebungen

zu geben. Dabei werden ebenfalls auf diesem Hintergrund wichtige organisatorische Aspekte thematisiert. Auf die Inhalte und den Aufbau der Instrumente wird in Abschnitt 2.2 noch ausführlicher eingegangen.

Als Referenzstichprobe für die Untersuchung (UE 1) konnten von den Fallmanager/innen in den sechs Modellkreisen insgesamt 581 einzelfallbezogene Verlaufsdocumentationen beige-steuert werden. Dies sind etwa 100 Fälle pro Kreis. Damit wurde die zu Projektbeginn ausgegebene Zielmarke von 140 Fällen nicht erreicht. Im Rahmen des vorgegebenen relativ kurzen Untersuchungszeitraums war dies allerdings die Grenze des praktisch möglichen, die auch nur durch ein sehr hohes Engagement der Projektteilnehmer/innen in den Modellkreisen überhaupt erreicht werden konnte. Zukünftige Forschungsplanungen sollten dies entsprechend berücksichtigen. Im Hinblick auf die Zielmarke von 140 Fällen muss auch bedacht werden, dass es sich dabei lediglich um ein theoretisch ermitteltes Optimum handelt, dass auf der für das WiFEin-Untersuchungsdesign elementaren Maxime beruht, dass die Modellregionen in Gruppen höherer und niedrigerer Implementierung beziehungsweise Effektivität eingeteilt und miteinander verglichen werden. Bei Studienbeginn ist leider nicht völlig absehbar, wie stark die Wirkungen des Fallmanagements tatsächlich ausfallen. Die entscheidenden Fragen dabei sind, wie praktisch relevant die bei der Auswahl der Modellregionen zu Grunde gelegten konzeptionellen Unterschiede sind und wie sehr sie sich tatsächlich in den Wirkungen niederschlagen. Entsprechend ist in der Studienplanung immer eine „worst case“-Kalkulation notwendig. Dabei werden die optimalen Stichprobenumfänge so bestimmt, dass sogar Kleinsteffekte, die gerade noch praktisch bedeutsam sind, statistisch abgesichert werden können. Dies geht nur über große Stichproben. Wie die statistischen Signifikanzniveaus im Rahmen der Ergebnisdarstellung in Abschnitt 3 zeigen, waren die 581 Fälle in der Gesamtstichprobe zu diesem Zweck mehr als ausreichend. Auch absolut gesehen, ist die vorliegende Gesamtstichprobe als überaus profunde und aussagekräftige Stichprobe einzuordnen.

51

Die Gesamtstichprobe von 581 Fällen ist gleichsam Referenz für die Untersuchungsebenen UE 2 („Leistungsberechtigte“) und UE 3 („Leistungserbringer/Dienstleister“). Da es sich hier um Befragungen mit freiwilliger Teilnahme handelte, konnte in Bezug auf die Ausgangsstichprobe kein vollständiger Rücklauf erzielt werden. Insgesamt war die Beteiligung dennoch in einem sehr hohen Bereich angesiedelt. Details dazu liefert die Ergebnisbesprechung in Abschnitt 3. Zudem muss an dieser Stelle darauf verwiesen werden, dass aus Ressourcen- und Datenschutzgründen bei den Leistungserbringern nur eine überindividuelle einrichtungsbezogene Erhebung durchgeführt werden konnte. Es wurden aber nur Leistungserbringer ausgewählt mit denen die Modellkreise in Bezug auf eine Mindestzahl von Fällen in der Gesamtstichprobe in einem regelmäßigen Kooperationsverhältnis stehen. Auf diese Weise sollte sichergestellt werden, dass die hier getätigten Aussagen zu den anderen Untersuchungsebenen vergleichbar blieben und sich zudem auch wirklich auf die Fallmanagementfälle (und nicht etwa reine Sachbearbeitungsfälle) beziehen.

Werden auf den Untersuchungsebenen 1-3 neben den Ergebnissen auch die für die Wirkfaktorenanalyse relevanten Prozessmerkmale erfasst, erfüllen die Ebenen UE 4 und UE 5 den gleichen Zweck auf der Ebene der überindividuellen Strukturen und Netzwerke (Organisations- und Systemebene). Hierzu wurden in den Modellkreisen mit Hilfe eines strukturierten Interviews (s. Abschnitt 2.2.4) ausführliche Explorationen vorgenommen. Zielgruppen waren

hier neben den Fallmanager/innen insbesondere die Verwaltungsebene (Leitung und Sozialbeziehungsweise Teilhabepanung). Da nicht nur die Modellkreise, sondern alle Kreise in Baden-Württemberg von dem Forschungsprojekt profitieren sollten, wurde zudem eine Gesamtumfrage (UE 6) durchgeführt. Aus Forschersicht zwar sehr ungewöhnlich, dafür aber umso positiver zu bewerten ist, dass tatsächlich alle 44 Stadt- und Landkreise an dieser Befragung teilgenommen haben, also eine Rücklaufquote von hundert Prozent erreicht werden konnte. Mit den Strukturen und Netzwerken hat die Gesamtumfrage den selben inhaltlichen Fokus wie die Interviews in den Modellkreisen, für die die Daten der Gesamtumfrage zur Validierung der Interviewdaten genutzt wurde, kann aber natürlich nicht annähernd eine ähnliche Tiefe erreichen. Die Ergebnisse der Gesamtumfrage sind flankierend zu den Ergebnissen der Wirkfaktorenanalyse in Abschnitt 3.6 dargestellt.

Zeitabläufe der Erhebungen

Um die Wirkungen des Fallmanagements zuverlässig durch Veränderungsmessungen abbilden zu können, ist, wie in Abschnitt 2.1.2 beschrieben, ein Längsschnittdesign eine unverzichtbare Voraussetzung. Hierbei wurde ein Prä-Post-Design mit zwei Erhebungszeitpunkten gewählt. Weitere Erhebungszeitpunkte waren aufgrund des relativ kurzen Untersuchungszeitraums nicht darstellbar.

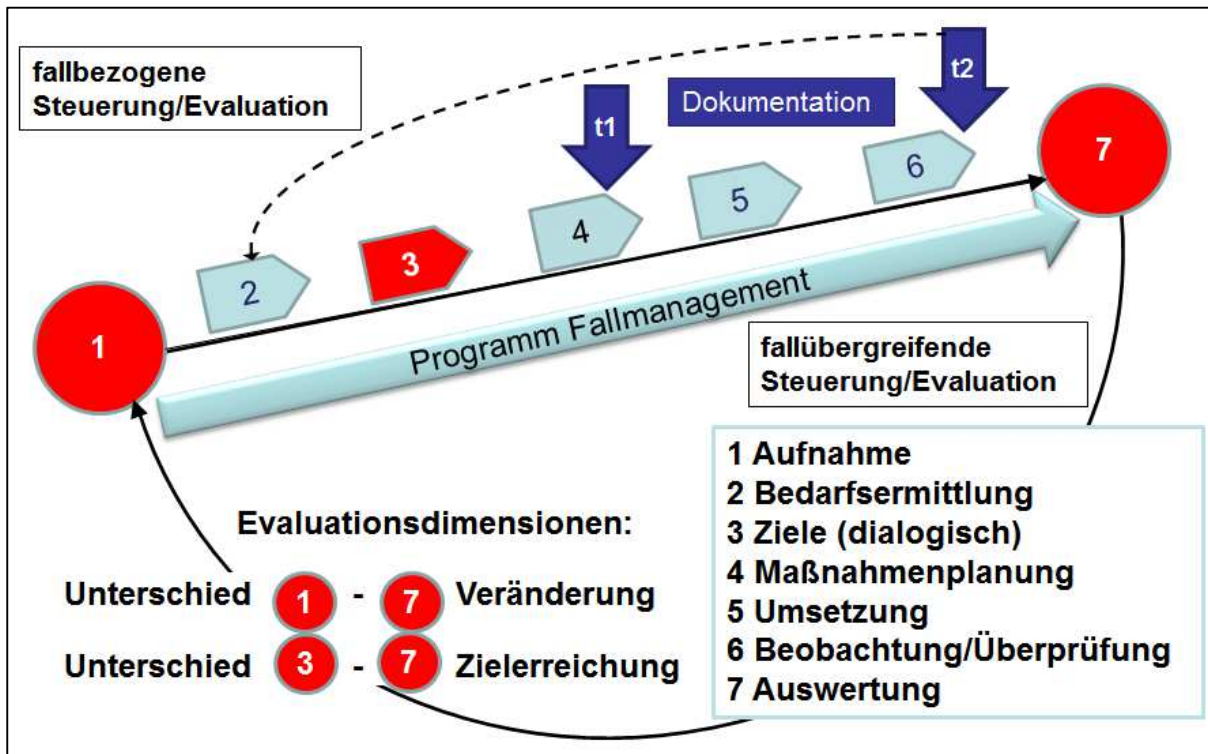
52

- **t1-Erhebung:** Ausgangserhebung bei Neuerstellung oder Fortschreibung eines Gesamtplans (Pretest)
- **t2-Erhebung:** „Monitoring-erhebung“ (Prüfungserhebung) nach einem definierten Zeitintervall von sechs Monaten nach der t1-Erhebung oder bei Beendigung des Fallmanagements (Posttest)

Abbildung 12 veranschaulicht anhand der in Abschnitt 1.2 beschriebenen Prozessphasen an welchen Stellen die beiden Erhebungen in das (Gesamt-)Evaluationsmodell der Fallmanagementwirkungen eingebunden sind.

Formaler „Stichtag“ der Ausgangserhebung t1 ist der Verabschiedungszeitpunkt des Gesamtplans (Neufall oder Fortschreibung) vor Beginn der Maßnahmen. Der Gesamtplan gilt in einem Fall als verabschiedet, wenn er an die Maßnahmenträger übermittelt wurde beziehungsweise sinngemäß sobald er Gültigkeit erlangt (etwa bei Einzug in eine Wohnform). Vom t1-Stichtag zu unterscheiden ist beispielsweise das Datum des Anlasses für das aktuelle Fallmanagement, bei einem Neufall etwa das Bekanntwerden eines Unterstützungsbedarfs oder bei einem Bestandsfall der Zeitpunkt der geplanten Überprüfung des Gesamtplans. In der Praxis können mitunter nicht unerhebliche Zeiträume zwischen dem Beginn der Fallbearbeitung und dem Inkrafttreten der Maßnahmen liegen. Da vor dem Inkrafttreten selbstverständlich kaum Wirkungen zu erwarten sind, wurde der t1-Stichtag absichtlich so gewählt, dass tatsächlich eine halbjährliche Zeitspanne für die potentielle Entfaltung der Wirkungen zur Verfügung steht.

Abbildung 12: Evaluationsmodell Fallmanagementwirkungen



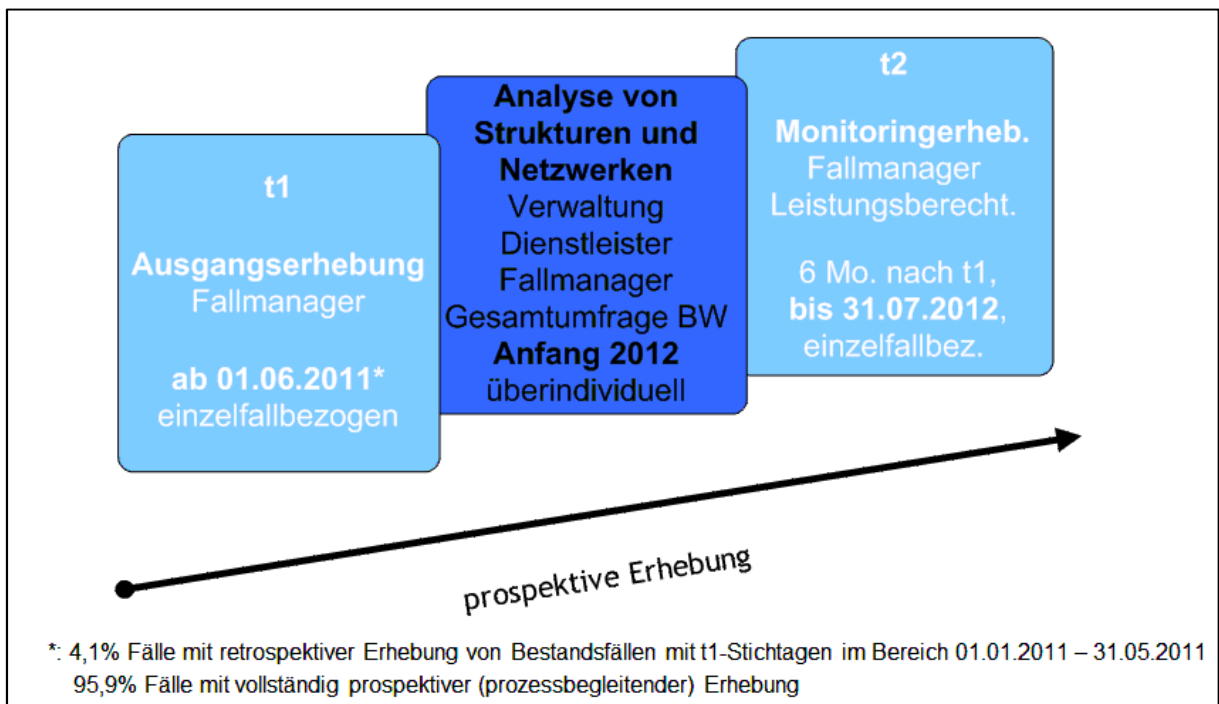
Eine reliable (messgenaue) Wirkungsbestimmung durch Veränderungsmessungen kann nur gelingen, wenn die Erhebung schwerpunktmäßig prospektiv, das heißt prozessbegleitend konzipiert ist. Salopp gesagt müssen die zu dokumentierenden Daten sofort festgehalten werden, wenn sie noch aktuell sind und nicht, wie bei den wegen des geringeren Aufwandes oftmals üblichen retrospektiven (rückblickenden) Erhebungen, erst Monate oder Jahre später. Die Fallstricke von retrospektiven Erhebungen werden schnell deutlich, wenn man einmal selber versucht einzuschätzen wie man sich vor zwei Jahren gefühlt hat oder welche Sorgen und Wünsche man zu diesem Zeitpunkt genau hatte. Es ist dabei allzu menschlich, dass Erinnerungslücken gerne durch aktuelle Bewertungen – meist mit einer Tendenz die „guten alten Zeiten“ ins Positive zu verklären – gefüllt werden, die objektiv dann aber nichts mehr mit dem tatsächlichen Erleben und Verhalten in der Vergangenheit zu tun haben.

Um eine Wirkungsanalyse in der Eingliederungshilfe auf schwerpunktmäßig prospektiver Weise durchführen zu können, sind aus praktischen Erwägungen heraus im Design allerdings einige Zugeständnisse unvermeidlich: Wenn man die lange Dauer von Eingliederungshilfen betrachtet, die im Extremfall lebenslang erfolgen, so ist es beispielsweise vermessen anzunehmen, dass im Rahmen eines zeitlich begrenzten Forschungsvorhabens wie WiFEin solche Hilfen von Beginn bis zum Ende prospektiv begleitet werden können. Dies war aber auch nicht zwingend notwendig, da der Forschungsauftrag darin besteht, die Wirkungen des Fallmanagements und nicht der Eingliederungshilfe per se zu untersuchen. Daher picken sich die t1- und t2-Erhebungen im Rahmen von WiFEin einen Ausschnitt beziehungsweise eine Episode aus dem Fallmanagement heraus, in der mit hoher Wahrscheinlichkeit Wirkungen des Fallmanagements zu erwarten sind. Der t1-Stichtag markiert im Sinne der obigen Definition den Endzeitpunkt einer prozessualen Aktivitäts- beziehungsweise Interventions-

phase des Fallmanagements. Es handelt sich um die Phase, in der der/die Fallmanager/in den Fall aktiv steuert. Mit Abschluss der Bedarfsfeststellung sowie der Ziel- und Maßnahmenplanung tritt das Fallmanagement bildlich gesehen in den Hintergrund und die „Hauptinteraktion“ mit den Leistungsberechtigten wird den Leistungserbringer beziehungsweise Dienstleister überlassen (was aber natürlich nicht gleichsam auch für fortlaufende fachliche Controllingaktivitäten gelten sollte). Aus diesen Überlegungen heraus besteht eine hohe Plausibilität, dass sich in einem Zeitraum von sechs Monaten nach diesem Stichtag im Zuge einer Monitoringerhebung Veränderungen bei Ressourcen und Problemlagen – beispielsweise eine Verbesserung von Wohnsituation oder Lebensqualität – zeigen, die mit der Aktivität des Fallmanagements in Zusammenhang stehen.

An die beiden Stichtage t1 und t2 angebunden sind die Erhebungen auf den Untersuchungsebenen UE 2 und UE 3. So erfolgte die Befragung der Leistungsberechtigten (UE 2) immer zum Stichtag t2. Deren Sicht auf die Prozesse und Ergebnisse wurde dementsprechend von diesem Datum aus rückblickend erhoben. Zwar wäre auch hier theoretisch gesehen eine prospektive Befragung zu zwei Zeitpunkten besser gewesen, praktisch gesehen ist dies aber nicht sinnvoll. Da die Teilnahme an der Befragung nur auf freiwilliger Basis erfolgen kann, kann nicht sichergestellt werden, dass alle Befragten den Fragebogen wirklich zu beiden Zeitpunkten bearbeiten. Vollständige Daten über alle Zeitpunkte sind für die Wirkungsmessung aber unverzichtbar. Durch den kombinierten „Drop-Out“ beider Messzeitpunkte würde die resultierende Stichprobe so stark zusammenschrumpfen, dass sie kaum noch aussagekräftig wäre. Zudem muss auch bedacht werden, dass die Adressaten durch eine Vielzahl von Erhebungen womöglich überfordert werden. Dies betrifft insbesondere auch den Motivationsaspekt. In der Abwägung ist es entsprechend besser, an dieser Stelle die Nachteile einer retrospektiven Bearbeitung in Kauf zu nehmen.

Abbildung 13: Zeitablauf der Erhebungen



Obwohl sie überindividuell (einrichtungsbezogen) angelegt ist, hat auch die Befragung der Leistungserbringer und Dienstleister (UE 3) einen Stichtagsbezug. Da wie einleitend beschrieben von den Modellkreisen hier nur Leistungserbringer ausgewählt werden sollten, zu denen bezogen auf eine Mindestfallzahl von etwa 5 Fällen aus der Einzelfallstichprobe eine regelmäßige Kooperation bestand, konnte diese Erhebung erst erfolgen nachdem alle Ausgangserhebungen zum Stichtag t1 bereits abgeschlossen waren. Aufgrund ihres fallübergreifenden Charakters waren lediglich die Erhebungen der Untersuchungsebenen 4-6 (Interviews Verwaltungsebene und Fallmanager/innen sowie die Gesamtumfrage) ohne konkreten Stichtagsbezug. Sie wurden einmalig Anfang 2012 durchgeführt. Einen Überblick über die konkreten Zeitabläufe der einzelnen Erhebungen gibt Abbildung 13.

Kriterien der Fallauswahl

Eine wichtige Frage des Evaluationsdesigns war, welche Fälle überhaupt in die Evaluation aufgenommen werden sollen. Wie die Auswahl der Modellkreise gezeigt hat (s. Abschnitt 2.1.1), ist die Praxis, welche Fälle genau im Fallmanagement gesteuert werden, recht heterogen. Es ist gleichsam möglich, dass grundsätzlich alle Neufälle, nur kostenintensive Fälle oder nur bestimmte Leistungsarten ins Fallmanagement einfließen. Das Forschungsprojekt gab den Modellkreisen hier grundsätzlich keine Selektionskriterien vor. Entscheidend war allein die jeweilige regionale Vorgabe beziehungsweise das regionale Selektionsprinzip. Da die Fallselektion ebenfalls ein wichtiger Bestandteil des Fallmanagementkonzepts ist, wäre ein objektiver Vergleich der unterschiedlichen Ansätze und Implementierungsformen nicht mehr möglich gewesen, hätte das Projektteam hier Vorgaben gemacht. Welche Fälle und Selektionskriterien sich besonders für die Steuerung im Fallmanagement eignen, war schließlich auch eine Frage für die Wirkfaktorenanalyse (vgl. Abschnitt 3.6). Wichtig war lediglich, dass die Modellregionen keine Positiv- oder Negativselektion in der Fallauswahl vornehmen durften.

55

Um die im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Stichprobenumfänge erreichen zu können, reichte allein ein Rückgriff auf Neufälle nicht aus. Es müssen auch Bestandsfälle betrachtet werden, die schon längere Zeit im Fallmanagement gesteuert wurden (vgl. auch Abschnitt 3.3.1).

Da bei Studienbeginn nicht absehbar war, ob die auf Einzelfallebene angestrebten Fallzahlen allein mit prospektiver Erhebung darstellbar sind, sollte in einem gewissen Umfang auch auf retrospektive Erhebungstechniken zurückgegriffen werden können. Es wurde allerdings festgelegt, dass im Sinne der Erhebungsgüte die zu evaluierenden Merkmale beziehungsweise Zustände grundsätzlich nicht länger als ungefähr sechs Monate zurückliegen dürfen. Mit den Modellkreisen wurde zudem vereinbart, dass prospektive Falldokumentationen immer retrospektiven vorzuziehen sind. Die Vorgabe wurde als „ABC-Erfassungsvorschrift“ definiert:

- Typ A („besonders gut“): t1- und t2-Stichtag liegen in der Zukunft (ab 01.06.2011)
- Typ B („mittel gut“): t1-Stichtag liegt in der Vergangenheit (vor dem 01.06.2011), der t2-Stichtag aber in der Zukunft (ab 01.06.2011)



- Typ C („weniger gut“): sowohl t1- als auch t2-Stichtag liegen in der Vergangenheit (vor dem 01.06.2011)

Erfreulicherweise haben die Modellkreise im Sinne der Datengüte nur sehr selten auf retrospektive Erhebungstechniken zurückgreifen müssen. Das Gros der Dokumentationen ist prospektiv ausgerichtet (s. Abbildung 13). Typ C-Fälle kommen sogar gar nicht vor (s. Abschnitt 3.3.1).

2.2 Evaluationsinstrumente

Entsprechend der in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen Anforderungen, wurde ein umfassendes Evaluationsinstrumentarium entwickelt, mit dem die insgesamt sechs Untersuchungsebenen (s. Abschnitt 2.1.3) abgedeckt werden können. In diesem Kapitel werden Aufbau und die Inhalte der einzelnen Instrumente etwas näher skizziert. Im Detail können die Instrumente im Anhang des vorliegenden Forschungsberichts eingesehen werden.

2.2.1 Einzelfallbezogene Erhebungsinstrumente zur FM-Verlaufsdokumentation durch die Fallmanager/innen

Ein wesentliches Instrumentarium sind die beiden einzelfallbezogenen Erhebungsinstrumente t1 und t2 zur Ausgangs- und Monitoringerhebung entsprechend des Evaluationsdesigns (Untersuchungsebene 1). Die Bearbeitung der Evaluationsinstrumente erfolgt unmittelbar durch die Fallmanager/innen und schließt zur Vermeidung einer Positiv- oder Negativselektion ohne jede Ausnahme alle Fälle, die ein Fallmanagementfall entsprechend des jeweiligen Konzepts des Modellkreises sind und in den für das WiFEin-Projekt vorgegebenen Erhebungszeitraum fallen, ein. Für die Bearbeitung der beiden Instrumente wurden jeweils elektronische Formularvorlagen erstellt, die auf einem, mit Microsoft Word ausgestatteten, PC bearbeitet und gespeichert werden können. Die Verwendung von elektronischen Eingabeformularen hat im Vergleich zu einem Papierbogen mehrere Vorteile: Neben einer exakten Bedarfsdeckung, das heißt dass immer ein Instrument zur Verfügung steht, wenn es benötigt wird und nicht erst noch bei einer dritten Stelle in hinreichender Zahl bestellt und bevorratet werden muss, ist insbesondere die optimale (Maschinen-)Lesbarkeit aller Angaben ein wesentlicher Vorteil der elektronischen Formulare.

57

Die **Ausgangserhebung t1** gliedert sich wie folgt:

- Basisdaten
 - Schlüsselvariablen/Pseudonyme zur Fallidentifikation (Fallcode & Fallmanager-Code)
 - Datum, Anlass und Beginn des Fallmanagements (FM)
 - Stichtag t1 und Stichtag t2 (geplanter Zeitpunkt)
- Fallauswahl und allgemeine Daten Leistungsberechtigte(r)
 - Hauptinitiator/Hauptinitiierungsgrund des Fallmanagements
 - Inhaltliche Hauptanlässe FM
 - Geburtsjahr
 - Geschlecht
 - Staatsangehörigkeit
 - Gesetzliche Vertretung
 - Beziehungsstatus
 - Anzahl Kinder
 - Pflegebedürftigkeit
 - Schwerbehinderung und Grad der Schwerbehinderung
- (Vor)Schule, Berufsausbildung und Lebensunterhalt
 - vorschulische Betreuung (sofern altersbedingt zutreffend)



- höchste Schulausbildung
- Berufsausbildung
- Erwerbsfähigkeit
- Erwerbsstatus
- Überwiegender Lebensunterhalt
- Behinderung, bisherige Maßnahmen/Leistungen und Kosten
 - Art der Behinderung(en)
 - Hilfebedarfsgruppe
 - Selbst- und/oder fremdgefährdendes Verhalten
 - Komorbiditäten: weitere für das FM relevante Erkrankungen
 - derzeitige Wohnsituation
 - bisherige finanzierte Leistungen in der Eingliederungshilfe und Zielerreichung
 - Zufriedenheit der/des Leistungsberechtigten mit der derzeitigen Situation
 - Kosten/Einnahmen des Sozialhilfeträgers zum Stichtag t1
- Assessment
 - einbezogene Personen/Institutionen und Einbeziehungsgrad
 - Verständigungsfähigkeit
 - verwendete Instrumente
 - Ort der Bedarfsfeststellung
 - Art/Umfang der Inanspruchnahme Medizinisch-Pädagogischer Dienst (MPD)
 - relevante Leistungen/Finanzierungsträger
 - aktuelle Problemlagen, Ressourcen und Interventionsbedarfe (20 Einzelskalen bzgl. Person (Leistungsberechtigter), Soziales System (Familie/Umfeld), Bedeutsame Lebensbereiche/materielles System (u. a. Arbeit, [Aus-]Bildung, Finanzen) und Versorgungssystem (Informiertheit sowie Vorhandensein und Nutzung von Dienstleistungsangeboten)
 - Globalbeurteilung des Funktionsniveaus (GAF)
 - Grundlagen/Informationsquellen der Beurteilung
- Gesamtplan
 - Beteiligte bei der Gesamtplanabstimmung
 - Gesamtfallverantwortung
 - berücksichtigte Teilpläne/Hilfepläne
 - Ziele und Maßnahmenplanung in den Bereichen Wohnen, Tagesstrukturierung und Teilhabe
 - Beurteilung der Maßnahmenplanung etwa hinsichtlich Zeitnähe und angemessener Intensität/Umfang
 - Grad der Berücksichtigung der Vorstellung/Sichtweisen der Beteiligten
 - Überprüfung der Zielerreichung: geplanter Zeitpunkt und Maßnahmen

Die **Monitoringerhebung t2** gliedert sich wie folgt:

- Basisdaten
 - Schlüsselvariablen/Pseudonyme zur Fallidentifikation (Fallcode & Fallmanager-Code)
 - Stichtag t2
- Prozessbeschreibung und Leistungssteuerung
 - Anzahl der Gesamtplangespräche

- Art, Anzahl, Umfang und Angemessenheit der fallbezogenen Abstimmungsprozesse/Einzelfallgespräche
- Anlässe für Interventionen/Einzelfallgespräche vor dem Zielüberprüfungsgespräch (sofern geplant)
- Kooperationsfähigkeit der/des Leistungsberechtigten
- Qualität der Kooperation mit der/dem Leistungsberechtigtem, mit Leistungserbringern/Dienstleistern sowie mit sonstigen an der Behandlung/Betreuung der/des Leistungsberechtigten beteiligten Personen/Institutionen
- derzeitige Wohnsituation
- Erfolgskontrolle/Monitoring
 - Art der durchgeführten Maßnahmen und Zielerreichung in den Bereichen Wohnen, Tagesstrukturierung sowie Teilhabe
 - Gründe für gegebenenfalls nicht erreichte Ziele
 - Art der Umsetzung von Zielvereinbarung beziehungsweise Gesamtplan
 - Gründe für gegebenenfalls vorhandene Abweichungen zur ursprünglichen Maßnahmenplanung
 - Grad der Aktivierung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in der Betreuung der/des Leistungsberechtigten
 - Ablauf (Prozess) und Wirkung (Erfolg) des Fallmanagements aus Sicht des Fallmanagements
 - Kosten/Einnahmen des Sozialhilfeträgers zum Stichtag t2
 - Angaben zur Kostensteuerung und zu gegebenenfalls vorhandenen kostenvermeidenden Faktoren
 - aktuelle Problemlagen, Ressourcen und Interventionsbedarfe (20 Einzelskalen bzgl. Person (Leistungsberechtigter), Soziales System (Familie/Umfeld), Bedeutsame Lebensbereiche/materielles System (u. a. Arbeit, [Aus-]Bildung, Finanzen) und Versorgungssystem (Informiertheit sowie Vorhandensein und Nutzung von Dienstleistungsangeboten))
 - Globalbeurteilung des Funktionsniveaus (GAF)
 - Globaler Grad Entwicklung der Behinderung des/der Leistungsberechtigten
 - Zufriedenheit des/der Leistungsberechtigten mit der derzeitigen Situation
 - Grundlagen/Informationsquellen der Beurteilung
 - Einschätzung des Re-Assessment-Bedarfs (Notwendigkeit der Anpassung/Änderung der Ziele bzw. Maßnahmenplanung)
- Fallabschluss (sofern zutreffend)
 - Art der Beendigung des Fallmanagements
 - weitere Mitteilungen, qualitative Informationen

Zur Erleichterung der Handhabung wurden die Instrumente explizit mit Bezug zu bereits in den Modellkreisen eingesetzten Verfahren wie dem HMB-W nach Metzler, ICF, IBRP, Formblatt HB/A sowie den vom KVJS erarbeiteten Prozessstandards gemäß dem Grundlagenpapier Fallmanagement konzipiert. Es handelt sich sozusagen um eine auf einen gemeinsamen Nenner gebrachte Synopsis der bestehenden Praxis, ergänzt um die spezifischen Anforderungen der Evaluation. In diesem Sinne sind die Instrumente ebenfalls eine Strukturierungshilfe für die notwendigen Abläufe im Rahmen fallbezogener Steuerungsprozesse und können insofern, in stärker auf Praxistauglichkeit „getrimmter“ Form, theoretisch auch nach Ende des Forschungsvorhabens in den Modellkreisen weiter genutzt werden (s. auch Abschnitt 2.3.2).



Zur Steigerung der Erhebungsökonomie wurde als Hilfestellung beziehungsweise Bearbeitungshilfe für die Modellkreise unter anderem eine Übersicht erstellt, wie die einzelnen Dimensionen des im Rahmen von WiFEin entwickelten Assessment- beziehungsweise Bedarfsfeststellungsverfahrens den Inhaltsbereichen der oben genannten, bereits gebräuchlichen Einzelverfahren zugeordnet werden können. Die Übersichtstabelle findet sich jeweils am Ende der Glossare (s. Anhang).

Um den für eine wirkungsorientierte Evaluation notwendigen Standardisierungsgrad zu erreichen, wurde neben den eingehenden Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen allgemeine Erhebungsmaximen sowie umfangreiche Glossare erstellt, die ausführliche Handanweisungen für die Fallmanager/innen enthalten, wie die einzelnen Items beziehungsweise Fragen zu bearbeiten sind (s. Anhang).

2.2.2 Adressatenbefragung

Die Adressatenbefragung der Leistungsberechtigten (Untersuchungsebene 2) wurde als fünfseitiger Fragebogen konzipiert, der einzelfallbezogen zum jeweiligen t2-Stichtag zum Einsatz kam. Aus Datenschutzgründen wurden die Befragungsunterlagen direkt von den jeweils zuständigen Fallmanager/n/innen zugestellt. Somit waren dem Projektbüro in Mainz die Namen und Anschriften der Leistungsberechtigten nicht bekannt. Die Teilnahme erfolgte auf rein freiwilliger Basis. Die Leistungsberechtigten wurden darüber informiert, dass eine Nicht-Teilnahme mit keinerlei Nachteilen verbunden ist. Spezifische motivationale Anreize für die Teilnahme (sog. „Incentives“) wie die Aussicht auf Geld- oder Sachpreise im Rahmen einer Verlosung oder ähnliches wurden ebenfalls nicht gesetzt. Bei der Fragebogenkonstruktion wurde im Sinne einer möglichst großen „Barrierefreiheit“ versucht, möglichst vielfältigen Formen von Behinderungen gerecht zu werden. Mit Blick auf Menschen mit geistiger Behinderung wurde insbesondere auf eine verständliche Frageformulierung und nachvollziehbare Antwortmöglichkeiten, etwa in Form von „Smileys“, geachtet. In Bezug auf Menschen mit Sehbehinderungen wurde ein Layout mit möglichst großer Schrift angestrebt. Da der Fragebogen natürlich auch gewissen Vergleichbarkeitsstandards genügen musste, waren diesem Streben enge Grenzen gesetzt. Um trotzdem möglichst viele Leistungsberechtigte erreichen zu können, war es stets möglich, dass Angehörige oder nahestehende Bezugspersonen die Leistungsberechtigten beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützen. Je nach Schweregrad und Form der Behinderung konnte dies etwa im wörtlichen Vorlesen der Antwortalternativen, dem sinngemäßen Umformulieren in besser verständliche Fragen oder einem stellvertretenden Antworten bestehen (s. auch Abschnitt 3.1) geschehen. Die Adressatenbefragung beinhaltet im Einzelnen Fragen zu folgenden Themenbereichen:

- Angaben zur Person, die den Fragebogen bearbeitet hat
 - Leistungsberechtigte selbst, Angehörige oder andere Bezugspersonen
 - wenn nicht Leistungsberechtigte selbst: Form der Bearbeitung des Fragebogens und Kontakthäufigkeit mit den Leistungsberechtigten
 - Alter, Geschlecht
- Angaben zum Ablauf des Fallmanagements
 - Rechtzeitigkeit
 - Initiierung der Kontaktaufnahme zum Fallmanagement

- hauptsächliche Art des Kontakts/der Kommunikation (persönlich, telefonisch, schriftlich)
- Atmosphäre im Rahmen der Kontakte
- Verständlichkeit der Erklärungen
- Freundlichkeit und Zeitkontingent der Fallmanager/innen
- Ausmaß der Wunschberücksichtigung
- Zusammenarbeit mit anderen Verfahrensbeteiligten (z. B. Leistungserbringern)
- wahrgenommene Hauptvorteile des Fallmanagements
- Zufriedenheit mit dem Fallmanagement
- Präferenz bezüglich des „Teilhabemodus“ (eher aktiv oder eher passiv)
- Gesamtbewertung der Hilfe durch das Fallmanagement
- Angaben zur aktuellen Situation verglichen mit der Situation vor einem Jahr
 - körperliche und geistige Verfassung
 - seelisches Wohlbefinden
 - Selbständigkeit bei einfachen und anspruchsvollen Alltagsaktivitäten
 - Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
 - Freundschaften und Beziehungen
 - Beschäftigungs- und gegebenenfalls Ausbildungssituation
 - Wohnsituation
 - Betreuungsbedarf
 - Versorgungssituation
 - Lebensqualität
- Raum für freies „qualitatives“ Feedback
 - gute und schlechte Erfahrungsberichte
 - Verbesserungsvorschläge
 - sonstige Mitteilungen

2.2.3 Leistungserbringerbefragung

Die Befragung der Leistungserbringer und Dienstleister (Untersuchungsebene 3) erfolgte auf überindividueller Ebene mit einem fünfseitigen Fragebogen pro Einrichtung beziehungsweise Dienst. Entsprechend der Vorgabe, dass alle Leistungserbringer an der Befragung teilnehmen sollten, zu denen bezogen auf eine Mindestfallzahl von etwa 5 Fällen der Einzelfallstichprobe eine regelmäßige Kooperation bestand, wurden von den sechs Projektkoordinator/innen der Modellkreise entsprechende Übersichtslisten zusammengestellt und an das Projektbüro in Mainz zurückgemeldet. Je nach Anzahl der Kooperationspartner vor Ort konnte die Anzahl der benannten Leistungserbringer über die Modellkreise hinweg stark schwanken (s. Abschnitt 3.2). Die Leistungserbringerbefragung ist wie folgt aufgebaut:

- Allgemeine Angaben zur Einrichtung beziehungsweise zum Dienst und zur Person die den Fragebogen überwiegend bearbeitet hat
 - Angebotsstruktur (stationär, teilstationär, ambulant)
 - Tätigkeitsschwerpunkt(e)
 - Funktion des/der Fragebogenbearbeiters/-bearbeiterin
- Angaben zum Ablauf des Fallmanagements
 - Art der Kontakte (nur anlassbezogen oder regelmäßig)



- Initiierung der Kontaktaufnahme zum Fallmanagement
- hauptsächliche Art des Kontakts/der Kommunikation (persönlich, telefonisch, schriftlich)
- Zufriedenheit mit dem Fallmanagement (z. B. hinsichtlich Kompetenz der Fallmanager/innen, Zusammenarbeit, Kontakthäufigkeit, Ergebnisse, zeitnahe Umsetzung, Einbeziehungsgrad von Leistungsberechtigten und Einrichtung)
- Entstehungshintergrund der Gesamtpläne
- Vorteile und Nachteile des Fallmanagements
- Einschätzungen zu konkreten Ergebnissen für die Leistungsberechtigten
 - körperliche und geistige Verfassung
 - seelisches Wohlbefinden
 - Selbständigkeit bei einfachen und anspruchsvollen Alltagsaktivitäten
 - Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
 - Freundschaften und Beziehungen
 - Beschäftigungs- und gegebenenfalls Ausbildungssituation
 - Wohnsituation
 - Betreuungsbedarf
 - Versorgungssituation
 - Lebensqualität
 - Betreuungsintensität der Maßnahmen
 - allgemeine Veränderung der Versorgungssituation der Leistungsberechtigten
 - Ursachen für die Veränderungen (Fallmanagement und andere Faktoren)
- Raum für freies „qualitatives“ Feedback
 - Bewertung der Sinnhaftigkeit des Fallmanagements
 - positive und negative Erfahrungsberichte
 - Optimierungsvorschläge
 - sonstige Mitteilungen

62

2.2.4 Interviews

Die Durchführung von Interviews mit den Fallmanagementorganisationen hat vorrangig das Ziel, die Innensicht der Ämter zu erfassen und zu dokumentieren. Dazu waren folgende Vorüberlegungen notwendig:

- Wer kann über die fachliche Praxis des Fallmanagements Auskunft geben?
- Wer kann über die Organisation des Fallmanagements und dessen Einbindung in die Gesamtorganisation Auskunft geben?
- Gibt es eine Sozialplanung für den Bereich der Eingliederungshilfe?
- Wer kann über die Angebotssteuerung und -entwicklung im Bereich der Eingliederungshilfe Auskunft geben?
- Wer kann über das Vergütungswesen im Bereich der Eingliederungshilfe Auskunft geben?
- Wer kann über die Infrastruktur und die politischen Zusammenhänge, die mit der Eingliederungshilfe zu tun haben, Auskunft geben?

Die Auswahl der Themen für die Interviews verfolgte das Ziel, folgende Dimensionen in den jeweiligen Fallmanagementimplementationen abzubilden:

1. **Verfahren** (Verständnis und Umsetzung des Konzepts Fallmanagement mit seinen Instrumenten und Methoden, z. B. Falleinschätzung, Evaluation)
2. **Leistung/Netzwerk** (vom Fallmanagement bzw. von der Fallmanagementorganisation erreichte Strukturverbesserungen, z. B. Schnittstellen, Qualität von Angeboten)
3. **Organisation** (Umsetzung des Handlungskonzept Fallmanagement in den organisatorischen Rahmenbedingungen und Abläufen – ohne Personalentwicklung)
4. **Personalentwicklung** (Einsatz und Unterstützung der Mitarbeiter/innen im Fallmanagement)
5. **(Netzwerk-)Strukturen** (derzeitige strukturelle, regionale und politische Rahmenbedingungen)

Daraus ergaben sich für die Durchführung der Interviews entsprechende Kombinationen von Gesprächspartnern und Inhalten:

Die für die Eingliederungshilfe zuständigen **Leitungen** (Sachgebietsleitung ggf. mit Abteilungsleitung) wurden zu den Themen *Personalentwicklung*, *Qualität* (Management, Sicherung), *Entwicklungen* („welche Ziele wurden und werden verfolgt) *Organisationsaufbau*, *Netzwerk/regionale Infrastruktur*, *Konflikte und Chancen*, *Begrifflichkeiten und Einschätzungen* befragt.

63

Mit den **Sozialplanungen** der Ämter wurden die Themenbereiche *Konzeptionen*, *Versorgungslandschaft*, *Netzwerk/regionale Infrastruktur*, *Begrifflichkeiten* und *Einschätzungen* vertieft.

Die **Mitarbeiter/innen in der Fallarbeit** (Fallmanager/innen, Sachbearbeiter/innen, gegebenenfalls Sozialdienst) wurden zu den Themen *Methodik im Fallmanagement*, *Konflikte und Chancen* sowie *Begrifflichkeiten/Einschätzungen* befragt.

Eine separate Befragung der Leitungen der Leistungsabteilungen zu Fallmanagement bezogenen Zielstellungen war nicht notwendig, da diese entweder durch die Leitungen oder die Sachbearbeitung vertreten wurden. Die Zusammenstellung der Interviewpartner wechselte im zeitlichen Ablauf, sodass bestimmte Themenstellungen auch aus unterschiedlichen Perspektiven vertieft wurden. In den meisten Interviews wurde zuerst mit der Leitung gesprochen, zu der dann später die Sozialplanung und im weiteren Verlauf die Mitarbeiter des Fallmanagements dazu kamen. Zum Abschluss wurden dann in der Regel die Fallmanager/innen alleine interviewt. In Modellstandorten, in denen die fallbearbeitenden Mitarbeiter wenig vertieftes Wissen zum Handlungskonzept hatten und sich eher als Sachbearbeiter verstanden, musste zum Teil von dieser Interviewstrategie abgewichen werden.



Der Interviewleitfaden sah folgende Themenbereiche vor:

a. Organisation und Prozesse

- Qualifikation (v. a. Personalentwicklung)
- Qualität (Kundenzufriedenheit, Wissensmanagement, Beraterqualität, Dokumentation, Verbesserungsmöglichkeiten)
- Quantitäten
- Entwicklungen (Zielimplementation, Entwicklungen auf dem Weg zum Fallmanagement, Widerstände bei der Umsetzung, Personalsituation)
- Aufbau-/Ablauforganisation (Organisationsaufbau, weitere CM-Implementationen im Amt (SGB II, SGB VIII, SGB XI), Konzeptionen, Fallmanagement)

b. Netzwerk/Regionale Infrastruktur

- Anbieterlandschaft (Differenzierung des Hilfesystems, Zusammenarbeit mit den Anbietern, Bewertung des Angebots, Versorgungsmängel etc.)
- Steuerungshoheit
- Bevölkerungsstruktur
- Gremienlandschaft (regionale Hilfekonferenzen, arbeitsfeldspezifische Gremien/Konferenzen/Netzwerke, arbeitsfeldübergreifende Aktivitäten, Partizipation der Klientel)
- Einschätzung der Qualität der Netzwerke
- Finanzsituation des Landkreises/der Stadt bezogen auf das Fallmanagement (mögliche Auswirkungen Personal, Organisation, Netzwerke)

c. Konflikte und Chancen

- intrapersonal (Rollenkonflikte)
- in den Teams
- zwischen Abteilungen
- zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer
- in der (regionalen) Fachlichkeit
- in/mit der Politik
- Haltung des Personalrats zum Fallmanagement

d. Zielvorgaben

- Differenzierung des Hilfesystems
- Wer formuliert die Vorgaben?
- Welche Vorgaben?

e. Begrifflichkeiten/Einschätzungen

- "Fallmanagement"
- "Hilfeplanung"/"Gesamtplan"
- "Leistungssteuerung"
- Macht Fallmanagement Sinn?
- Hat Fallmanagement was gebracht?

Die Auswahl der Fragen resultierte aus den bis zu diesem Zeitpunkt gemachten Erfahrungen im Projekt und stützte sich zusätzlich auf die Ergebnisse beim Vorgehen zur Auswahl der Modellregionen und relevanter Veröffentlichungen.

Die Dauer der Interviews mit den verschiedenen Partnern vor Ort variierte je nach Zusammensetzung, Nachfragen und Antworten zwischen 3,5 und 4,5 Stunden. Die Antworten wurden sowohl schriftlich wie auch als Audioaufnahme gesichert.

Die Darstellungen durch die Vertreter vor Ort beinhalteten neben den intendierten Bewertungen zum Teil auch Inhalte, die spürbar darauf zielten, bestimmte Situationen und Verhältnisse positiv darzustellen. Dies wurde zum Teil direkt in den Interviews durch die Einschätzungen der anderen Interviewten deutlich und relativiert. Aber auch der Abgleich mit den anderen Datenquellen machte es notwendig, einige dieser Darstellungen in ihrer Aussagekraft als ein Bestandteil aller aggregierten Datenquellen zu werten.

2.2.5 Gesamtumfrage

Die Gesamtumfrage (UE 6) aller 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg verfolgt mit ihrem Fokus auf die überindividuellen Strukturen und Netzwerke des Fallmanagements im Prinzip die gleichen Erhebungsziele wie die Interviews. Um alle Kreise erreichen zu können, musste lediglich, in Form der schriftlichen Befragung, ein ökonomischer Erhebungsmodus gefunden werden. Da auch die sechs Modellkreise an der Gesamtumfrage beteiligt waren, konnten die hier zurückgemeldeten Daten zur Validierung der in den Interviews gewonnen Daten genutzt werden. Die Gesamtumfrage ist wie folgt gegliedert:

65

- Allgemeine Angaben
 - Angaben zur Person, die den Fragebogen bearbeitet hat
 - Statistik Eingliederungshilfe-Fälle 2009/2010
 - Leistungsarten, bei denen das Fallmanagement (FM) durchgeführt wird
 - Anlässe für das FM
 - Fallarten
- Standards bezüglich FM-Prozess und Workflow
 - Konkretisierung des FM-Konzepts
 - Organisationsform des FM (z. B. integriert oder getrennt von der Sachbearbeitung)
 - regelhafte Hinzuziehung von weiteren Spezialist/innen
 - Fallauswahl
 - interne Zielvorgaben für das FM
 - organisatorische Umstrukturierungsprozesse mit Bezug zum FM
- Fallmanager/innen
 - Qualifikation
 - Fortbildung
 - Arten interner Abstimmungsprozesse
 - Arten administrativer Unterstützung
 - systematische kollegiale Beratung
- Erhebung des individuellen Hilfebedarfs
 - Arten der Bedarfsfeststellung



- standardisierte Verfahren
- Gesamtplanverfahren
 - standardisierte/systematische Verfahren vom Erstkontakt bis zur Leistungsentscheidung
 - standardisierte/systematische Verfahren von Leistungsbeginn bis Leistungsende
 - Bedeutung des Gesamtplangesprächs
 - Einsatz von EDV-Verfahren
 - weitere standardisierte Steuerungsverfahren
- Zusammenwirken der Beteiligten und Vernetzung
 - Art der Einbeziehung des Leistungsberechtigten in das Gesamtplanverfahren
 - systematisierte Information der Leistungserbringer vor Beginn der Leistung
 - Strukturen der institutionalisierten Vernetzung
 - Häufigkeit und Qualität fallbezogener Abstimmungsprozesse
- Angebotsstruktur
 - systematische Erfassung der Angebotsstruktur der Leistungserbringer/Dienstleister
 - Zugriff der Mitarbeiter/innen auf die Informationen zur Angebotsstruktur
 - Form der Analyse der kommunalen Versorgungsstruktur
 - Arten der Einflussnahme auf die Angebotsstrukturen
- Leistungssteuerung über das Fallmanagement
 - Arten der Leistungssteuerung
 - Überprüfung der Qualität der Leistungserbringer/Dienstleister
 - systematische Evaluation der Einzelfälle

2.2.6 Rückkopplung der Erhebungsinstrumente in die Praxis

Das Forschungsvorhaben war als praxisorientierte Evaluation konzipiert. Im Gegensatz zur Grundlagenforschung, bei welcher der Erkenntnisgewinn und nicht der Anwendungsbezug im Vordergrund steht, ist eine solche Evaluation immer ziel- und zweckorientiert. Konkret geht es darum, praktische Maßnahmen zu bewerten und zu verbessern. Auch ein solches Vorhaben muss bestimmten Standards genügen. Im vorliegenden Fall wurde sich, wie einleitend beschrieben, an den Evaluationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) orientiert. Neben den Durchführbarkeits- und Genauigkeitsstandards, die beispielsweise nur durch den Einsatz aktueller und angemessener wissenschaftlicher Techniken und Methoden erreicht werden können, sind auch Nützlichkeit und Fairness zu beachten. Dazu gehört beispielsweise, dass die am Evaluationsgegenstand partizipierenden oder von ihm betroffenen Personen beziehungsweise Personengruppen in angemessener Form an der Konzeption des Vorhabens beteiligt werden. In den aktuellen Projektphasen war es daher ein zentrales Anliegen, die Modellkreise möglichst aktiv in die Entwicklung des im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Instrumentariums einzubeziehen. Im Fokus standen dabei selbstverständlich, die unmittelbar den/die Fallmanager/innen tangierenden Instrumente der ersten Untersuchungsebene (UE 1). Praktisch gesehen erfolgte hier die Rückkopplung mit der Praxis auf mehreren Wegen: Ein wesentlicher Baustein dieses Prozesses war ein am 18.04.2011 in Stuttgart durchgeführter Workshop zur Instrumentenentwicklung. Der Workshop richtete sich primär an den/die Projektkoordinator/innen in den Modellkreisen sowie fachlich interessierten Projektmitarbeiter/innen. Mit insgesamt circa 20 Teilnehmer/n/innen stieß der Workshop insgesamt auf eine breite Resonanz. Dies belegt auch die

engagierte Diskussion, die in konstruktiver Atmosphäre geführt wurde. Insgesamt wurden viele wertvolle Vorschläge zur praxisgerechten Optimierung der Erhebungsinstrumente vorgelegt, die später bei der Überarbeitung der Instrumentenentwürfe genutzt werden konnten. Erfreulich war, dass auch viele der ursprünglichen Bewerberregionen, die letztendlich nicht als Modellkreis ausgewählt werden konnten, sich ebenfalls überaus aktiv an den Veranstaltungen beteiligt haben.

Darüber hinaus waren die Modellkreise noch über weitere Wege in die Entwicklung des Erhebungsinstrumentariums einbezogen: Zum einen während der Probelaufe, bei denen die Instrumente in mehreren Schritten einem sukzessiven Anwendungstest- und Revisionsprozess unterworfen wurden. Zum anderen über eine Hotline im Projektbüro, die für alle Fragen rund um die Erhebungsinstrumente eingerichtet wurde.

2.2.7 Datenschutz

Eine zentrale Anforderung an ein sozialwissenschaftliches Forschungsvorhaben ist die Gewährleistung des Datenschutzes. Datenschutzfragen wurden im Rahmen von WiFEin, unter Federführung des KVJS, primär im Dialog mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren als der zuständigen obersten Landesbehörde sowie dem Landesbeauftragten für den Datenschutz Baden-Württemberg abgestimmt.

67

Ein wesentliches Charakteristikum im WiFEin-Forschungskonzept war, dass personenbezogene Daten von Leistungsberechtigten, also etwa Name und Anschrift, grundsätzlich nicht an die Forschungsstelle übermittelt werden mussten. Da es im Sinne der Forschungsfragestellungen allerdings unvermeidlich ist, dass Bezüge zwischen verschiedenen Messzeitpunkten, etwa zwischen t1- und t2-Zeitpunkt im Zuge der Veränderungsmessung beziehungsweise Wirkungsbestimmung sowie zwischen unterschiedlichen Untersuchungsebenen (s. Abschnitt 2.1.3) hergestellt werden, konnten die Daten aber auch nicht vollständig anonymisiert erhoben werden. Der Datenschutz wurde daher durch Pseudonymisierung gewährleistet, das heißt durch die Vergabe von Codeschlüsseln aus Buchstaben- und Zahlenketten.

Im Rahmen von WiFEin kamen zwei Pseudonyme zum Einsatz: Ein fünfstelliger Fallmanager-Code, der sich aus einem zweistelligen Regionalcode und einem dreistelligen Mitarbeitercode zusammensetzt, dessen Vergabeschlüssel nur den Projektkoordinatoren in den Modellkreisen bekannt war sowie ein zehnstelliger Fallcode, der sich aus einem Akronym, dem Fallmanager-Code sowie einer fortlaufend vergebenen Fallnummerierung zusammensetzt. Pro Fall beziehungsweise pro Person durfte im Rahmen des Projekts ein Code nur einmal vergeben werden. Beispiele:

- Fallmanager-Code: „R4B02“, „R6A15“
- Fall-Code: „E11R4B0201“, „E11R6A1501“

Zur zusätzlichen Sicherheit wurden die auf diese Weise pseudonymisierten Daten bei der Datenübermittlung nochmals durch passwortgeschützte Archivdateien geschützt. Damit waren die Daten selbst bei Diebstahl oder Verlust auf dem Postweg vor Einsichtnahme von unbefugten Dritten abgesichert.



Die beschriebenen Maßnahmen bewirken in der Summe durchaus schon ein beachtliches Maß an Verschlüsselung und Anonymität. Ein Rückschluss auf die hinter den Daten stehenden Einzelpersonen wäre prinzipiell nur noch mit eigentlich unverhältnismäßigen Mitteln möglich gewesen. Daher wurde innerhalb des Forschungsteams auch diskutiert, ob die Daten nicht bereits so hinreichend pseudonymisiert sind, dass die Datenübermittlung nicht mehr zwingend nach § 75 SGB X hätte genehmigungspflichtig sein müssen. Dies wäre gegebenenfalls auf dem Hintergrund der forschungsmethodologisch nur schwer kontrollierbaren Frage der Eindämmung von Drop-Out-Raten (Erläuterung siehe unten) vorteilhaft gewesen. Aufgrund der besonderen Sensibilität der Datenerfassung im Bereich der Eingliederungshilfe kamen die Gutachten der Datenschutzbeauftragten aber zu dem Schluss, dass auch die in der beschriebenen Form vorliegenden pseudonymisierten Daten, noch als besonders schützenswert anzusehen seien. Nach den Gutachten sind diese Daten ebenfalls als Sozialdaten anzusehen, selbst wenn sich ein Personenbezug nur mit sehr hohem Aufwand rekonstruieren lässt.

68

Um dem Rechnung zu tragen wurde für das Forschungsvorhaben eine Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung entwickelt, der die Leistungsberechtigten beziehungsweise ihre gesetzlichen Vertreter zustimmen sollten. Bei der Gestaltung der Einwilligungserklärung wurden auch die spezifischen Verbesserungsvorschläge und Hinweise des Landesdatenschutzbeauftragten berücksichtigt. Vorgelegt wurde die Einwilligungserklärung in jedem Einzelfall durch die/den fallverantwortliche/n Fallmanager/in. Durch eine etwaige Nicht-Einwilligung entstanden den Leistungsberechtigten selbstverständlich keine Nachteile. Es kommt aber zwangsläufig zu höheren Drop-Out-Raten. Die Drop-Out-Rate ist der im Fachjargon übliche Begriff für den Anteil an den, aus inhaltlich-methodischen Gründen für die Untersuchung vorgesehenen, Personen, die noch vor Beendigung der Erhebungsphase aus der Studie ausscheiden oder erst gar nicht teilnehmen. Ein zu hoher Drop-Out ist vor allem deswegen problematisch, weil die Hintergründe für die Nicht-Teilnahme in der Regel im Dunkeln bleiben. Sind diese aber nicht zufällig verteilt, was beispielsweise dann der Fall ist, wenn im Wesentlichen nur eine bestimmte Personengruppe nicht an der Studie teilnimmt, kann nicht mehr zuverlässig ausgeschlossen werden, dass es nicht auch zu einer systematischen Verzerrung der Studienergebnisse kommt. Dies ist insbesondere eine Gefahr für die Übertragbarkeit der Studienergebnisse. Man stelle sich etwa vor, dass an einer Studie zur Wirksamkeit eines Beratungsangebots nur „unkomplizierte“ Menschen teilnehmen, die sich durch hohe Sozialkompetenz und Offenheit auszeichnen. Da den Fachkräften in der Beratungsstelle die Interaktion mit diesen Personen leicht fällt, wäre es nicht weiter verwunderlich, dass im Zuge des Beratungsprozesses am Ende auch gute Ergebnisse zu Stande kommen. Nun gibt es aber auch „beratungsresistente“ Personen, die weniger unkompliziert sind und dementsprechend auch nicht an einer Wirksamkeitsstudie teilnehmen wollen. Aus den Ergebnissen einer Studie, die sich nur auf die Personen mit den guten Ergebnissen beziehen kann, auf eine generelle Wirksamkeit der Beratung zu schließen, wäre nun offensichtlich ein Fehlschluss.

Letztendlich muss bei jeder Studie/Fragestellung individuell zwischen dem öffentlichen Interesse der Forschung und Planung und dem Schutzinteresse der Betroffenen abgewogen werden. Trotz der aus Forschersicht etwas erschwerten Rahmenbedingungen liegen für die vorliegende Studie keine Hinweise auf mögliche Drop-Out-Verzerrungen vor (s. Abschnitt 3). Dies kann freilich nur für die Befragung der Leistungsberechtigten und Leistungserbringer

anhand eines Abgleichs mit den vorliegenden Referenzstichproben fundiert beurteilt werden. Für die Gesamtstichprobe ist eine abschließende und seriöse Einschätzung nicht möglich. Über Personen, die die Einwilligung verweigert haben, liegen allenfalls qualitative Daten vor. Rückmeldungen aus den Modellkreisen legen nahe, dass speziell bei den seelisch behinderten Menschen, teils etwas höhere Widerstände gegen die Datenübermittlung im Rahmen des Forschungsvorhabens zu beobachten waren.

Zur Verbesserung der „Teilnahmechancen“ bei den Leistungsberechtigten wurden unter anderem folgende Maßnahmen ergriffen: Ein zentraler Aspekt war die Darstellung des Forschungsvorhabens durch den/die zuständige/n Fallmanager/in. Als zusätzlich vertrauensbildende Maßnahme sollten die Fallmanager/innen, jenseits der Vorlage des Schriftstücks, insbesondere im persönlichen Gespräch nochmals auf die wichtigsten „Eckdaten“ der Datenschutzerklärung hinweisen, etwa:

- keine Übermittlung von Name, Anschrift oder Geburtsdatum
- anonymisierte Auswertung, das heißt aus den Ergebnissen ist nicht zu erkennen von welchen Einzelpersonen die Daten stammen
- Bedeutung für die Forschung: die Teilnahme jedes Einzelnen ist wichtig, da sonst keine repräsentativen Ergebnisse ermittelt werden können
- Bedeutung für die Praxis: die Forschungsergebnisse sollen nicht in einem Aktenschrank verstauben, sondern dazu genutzt werden, die Praxis des Fallmanagements konkret zu verbessern, so dass davon im Idealfall alle Leistungsberechtigten profitieren können (Verbesserung der „Servicequalität“)

In der Praxis hatte es sich in vielen Fällen ebenfalls als sehr hilfreich erwiesen, den Leistungsberechtigten neben der Einverständniserklärung noch den KVJS-Flyer zum Forschungsprojekt auszuhändigen, der noch etwas detaillierte Hintergrundinformationen zu den Zielen und der Vorgehensweise des Forschungsprojekts vermitteln konnte.



2.3 Durchführung des Forschungsprojekts

Das Forschungsvorhaben wurde durch den KVJS Baden-Württemberg gefördert und begleitet sowie durch das Institut für angewandte Forschung und internationale Beziehungen (ifb) der KH Mainz mit einer ursprünglich geplanten Laufzeit vom 01.12.2010 bis 30.09.2012 durchgeführt. Um einen längeren Erhebungszeitraum und eine differenziertere Auswertung durch das Projektteam gewährleisten zu können, wurde mit Zustimmung aller Beteiligten das Vorhaben kostenneutral bis zum 31.03.2013 verlängert.

Im Folgenden werden neben der Projektorganisation die wesentlichen wissenschaftlichen Ergebnisse, Meilensteine und Ereignisse beschrieben, die im Berichtszeitraum erreicht wurden beziehungsweise stattgefunden haben.

2.3.1 Projektorganisation

Aufgrund der ausgewiesenen Expertise und fachlichen Vernetzung der KH Mainz in den Bereichen Fallmanagement, Case Management und Wirkungsforschung im Sozialwesen (vgl. hierzu ausgewiesene Forschungsprojekte des ifb der Katholischen Hochschule Mainz unter http://www.kfh-mainz.de/ifib/forschung_schwerpkt_I.html), konnten die für die Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe notwendigen organisatorischen und technischen Grundlagen zeitnah und effizient bereitgestellt werden.

Nach Rekrutierung der Projektmitarbeiter/innen wurde ein Projektbüro in Mainz eingerichtet. Als regionaler Koordinator und unmittelbarer Ansprechpartner für die Modellkreise vor Ort, konnte Dr. Michael Monzer gewonnen werden.

Mitarbeiter/innen des Projektbüros in Mainz:

- Prof. Dr. Peter Löcherbach, Projektleiter, Professor für Sozialarbeitswissenschaft KH Mainz, Email: peter.loecherbach@kh-mz.de, Tel. 06131 2894459
- Prof. Dr. Thomas Hermsen, stellv. Projektleiter, Professor für Soziologie und Sozialmanagement KH Mainz sowie Leiter des Instituts für Forschung und internationale Beziehungen, Email: thomas.hermsen@kh-mz.de, Tel. 06131 2894417
- Jens Arnold, Projektkoordinator Mainz, Diplom-Psychologe, Email: arnold@case-manager.de, Tel. 06131 9479797
- Patricia Missler M.A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Email: patricia.missler@kh-mz.de, Tel. 06131 2894435

Regionalmitarbeiter des Projektbüros:

- Dr. Michael Monzer, Projektkoordinator Baden-Württemberg, Diplom-Psychologe und zertifizierter Case Management-Ausbilder (DGCC), Email: michael@monzer.de, Tel. 0711 753587

Um das Forschungsvorhaben in enger Zusammenarbeit zwischen dem Mainzer Projektteam, dem KVJS und den Modellkreisen durchführen zu können, wurde eine Projektsteuerungsgruppe installiert. Folgende Personen waren Mitglieder der Steuerungsgruppe:

- Franz Schmeller, Sozialdezernent, KVJS
- Dr. Annette Holuscha-Uhlenbrock, Projektleitung KVJS
- Ulrich Allmendinger, stellv. Projektleitung KVJS
- Prof. Dr. Peter Löcherbach, Projektteam Mainz
- Prof. Dr. Thomas Hermesen, Projektteam Mainz
- Jens Arnold, Projektteam Mainz
- Dr. Michael Monzer, Regionaler Projektkoordinator Stuttgart

Die Steuerungsgruppe tagte bis zur Erstellung dieses Berichtes an acht Terminen:

1. Treffen am 06.12.2010 in Mainz, Themenschwerpunkte: Kooperationsvertrag, Zuwendungsbescheid, Diskussion der vorliegenden Projektskizze, Vorgehen bei der Auswahl der Modellkreise, Implementierungsfragen und Zeitplanung (Ergebnisse s. Abschnitt 3).
2. Treffen am 27.01.2011 in Stuttgart, Themenschwerpunkte: Aktueller Stand zum Zuwendungsbescheid, Stand der Kurzumfrage zur Auswahl der Modellkreise und Abstimmung mit der vom KVJS intendierten Gesamtumfrage bei allen 44 Stadt- und Landkreisen, Planung der Auftaktveranstaltung und Auftaktworkshops, Diskussion der Einbeziehung der abgelehnten Kreise in das Forschungsvorhaben.
3. Treffen am 03.03.2011 in Stuttgart, Themenschwerpunkte: Projektkürzel, Vorbereitung der Auftaktveranstaltung, Konkretisierung des Evaluationsdesigns (Evaluationsmethoden- und -instrumente)
4. Treffen am 24.08.2011 in Stuttgart, Themenschwerpunkte: Adressatenbefragung der Leistungsberechtigten/Angehörigen sowie Planung der Vor-Ort-Erhebungen in den einzelnen Modellkreisen
5. Treffen am 11.11.2011 in Stuttgart, Themenschwerpunkte: Gesamtumfrage, Zwischenbericht, Adressatenbefragung, Interviewleitfaden zur Struktur-, Prozess- und Netzwerkanalyse
6. Treffen am 27.02.2012 in Stuttgart, Themenschwerpunkte: Stand der t1-Erhebung und Zeitplanung t2-Erhebung, Qualitative Interviewerhebung in den Modellstandorten, Stand Gesamtumfrage, Adressaten- und Leistungserbringerbefragung sowie Erstellung Abschlussbericht
7. Treffen am 18.06.2012 in Stuttgart, Themenschwerpunkte: Stand der Datenübermittlung sowie aktueller Newsletter
8. Treffen am 31.10.2012 in Stuttgart, Themenschwerpunkte: Präsentation der Forschungsergebnisse sowie Vorbereitung der Abschlusstagung am 20.11.2012



2.3.2 Projektablauf und Meilensteine

Das Forschungsvorhaben Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe (WiFEin) war, wie bereits oben erwähnt, entsprechend des Zuwendungsbescheids ursprünglich mit einer Gesamtlaufzeit von 22 Monaten geplant und sollte Ende September 2011 abgeschlossen sein (Bewilligungszeitraum 01.12.2010 bis 30.09.2012).

Im Zuge der Projektplanung wurde deutlich, dass es innerhalb dieses Zeitrahmens (in Anbetracht der, für die sehr umfassend geplante Erfassung von einzelfallbezogenen Daten, notwendigen personellen Ressourcen) schwierig sein könnte, die für eine fundierte Auswertung notwendige Anzahl an forschungsmethodologisch hochwertigen hilfebegleitenden Falldokumentation zu erreichen (insbesondere bezogen auf die in Abschnitt 2.1.3 beschriebenen „Typ A“-Fälle). Da dem KVJS sehr daran gelegen war, dass belastbare Ergebnisse in einem für alle Beteiligten akzeptablen zeitlichen Rahmen zustande kommen, wurde die Laufzeit im Zusammenhang mit den durchzuführenden Erhebungen um zwei Monate auf den 30. November 2012 verlängert. Um weiterhin eine modellkreisbezogene Auswertung zu ermöglichen, wurde nach Abstimmung mit allen Beteiligten das Vorhaben im November 2012 erneut um weitere vier Monate bis zum 31.03.2013 verlängert.

Im Einzelnen gliedert sich das Projekt in drei Hauptphasen, beginnend mit einer sechsmonatigen Planungs- und Entwicklungsphase über eine einjährige Phase der Erhebung und vertiefenden Evaluation, hin zu einer abschließenden zehnmonatigen Auswertungs- und Präsentationsphase.

Die **erste Projektphase** „Planung und Entwicklung“ umfasste insbesondere die Schaffung der Grundlagen der Evaluation. Neben den organisatorischen (u. a. Einrichtung und Ausstattung des Projektbüros, Rekrutierung der Projektmitarbeiter) und verwaltungstechnischen Grundlagen (etwa Ausgestaltung der Vertragsbeziehungen zwischen den Kooperationspartnern oder Klärung von umsatzsteuerrechtlichen Fragestellungen) war die Konstituierung der Projektsteuerungsgruppe ein erster Meilenstein in diesem Projektabschnitt. Ebenfalls Gegenstand der Planungs- und Entwicklungsphase war die Anpassung beziehungsweise das „Feintuning“ des im Projektantrag formulierten Evaluationsdesigns an die praktischen Gegebenheiten und Erfordernisse. Dazu flankierend wurden eine internationale Literaturrecherche sowie Expertengespräche durchgeführt.

Ein erster bedeutungsvoller Teilarbeitsstrang in Projektphase 1 war die Durchführung und Auswertung der Kurzumfrage zu den strukturellen Rahmenbedingungen und der Art der Umsetzung des Fallmanagements in den zwölf Bewerberkreisen, die in der endgültigen Auswahl der Modellkreise mündete. Damit waren die Grundlagen für die Auftaktveranstaltung am 14.03.2011 gelegt und ein weiterer wichtiger Meilenstein erreicht. Der zweite wichtige Teilarbeitsstrang war die Entwicklung der fallbezogenen Evaluationsinstrumente und Glossare, die durch die Fallmanager/innen eingesetzt werden sollen (Untersuchungsebene 1). Den Abschluss dieses Arbeitsschrittes markiert die Schulung der Projektteilnehmer, deren erfolgreicher Abschluss in die Erhebungsphase überleitete.

Die **zweite Projektphase** konzentrierte sich auf die „Einzelfallbezogene Erhebung/vertiefende Evaluation“ und diente schwerpunktmäßig der Dokumentation und Datener-

fassung mit den Untersuchungsinstrumenten. Der größte zeitliche Ressourcenbedarf entfiel hier auf die umfangreichen einzelfallbezogenen Dokumentationen mit der Ausgangserhebung t1 und der Monitoringerhebung t2, mit deren Hilfe die Effektivität und Effizienz des Fallmanagements bestimmt werden konnte.

Darüber hinaus wurde dieser Projektabschnitt genutzt, um die überindividuell oder punktuell-retrospektiv eingesetzten Erhebungsinstrumente der vertiefenden Evaluation (Untersuchungsebenen 2-6 entsprechend Tabelle 13 in Abschnitt 2.1.3) zu entwickeln und anzuwenden. Im Einzelnen zählten dazu die Befragung der Leistungsberechtigten (Untersuchungsebene 2), die Befragung der Dienstleister und Leistungserbringer (Untersuchungsebene 3) sowie die qualitative Analyse von Strukturen, Netzwerken und Prozessabläufen in den Modellkreisen inklusive der ebenfalls auf diese Aspekte Bezug nehmenden Gesamtumfrage bei allen 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg (Untersuchungsebenen 4 bis 6). Begleitet wurde die Erhebungsphase durch ein ständiges Datenmanagement mit Plausibilitätskontrollen der erhobenen Daten. Zur Gewährleistung der Datenqualität wurde zudem eine telefonische Hotline im Projektbüro Mainz eingerichtet, über die bedarfsweise im Zuge der Datenerhebung auftauchende Probleme und Fragen geklärt werden konnten.

Die dritte Projektphase „**Auswertung und Präsentation**“ konzentrierte sich auf die statistischen Analysen, die Diskussion der Ergebnisse und Optimierungspotentiale sowie die Erstellung des Abschlussberichts inklusive der Präsentation der Ergebnisse in der Fachöffentlichkeit und in den Modellkreisen. Ein zentraler Meilenstein dieser Projektphase war die am 20.11.2012 in Stuttgart durchgeführte landesweite Fachtagung, an der mehr als 100 Vertreterinnen und Vertreter der Städte und Kreise aus Baden-Württemberg teilnahmen.

73

Bis zum 31.03.2013 werden modellkreisbezogene schriftliche Einzelauswertungen der am Vorhaben beteiligten Städte und Kreise erstellt, die durch das Projektteam vor Ort unter Teilnahme von Vertreterinnen und Vertretern des KVJS präsentiert und diskutiert werden. Weiterhin erfolgt eine Präsentation der Forschungsergebnisse auf dem Fachtag für Leistungserbringer und der sonstigen Fachöffentlichkeit am 24.06.2013 im Tagungszentrum Gültstein. In Vorbereitung sind auch diverse Fachpublikationen in unterschiedlichen Fachzeitschriften. Mittelfristig ist die Weiterentwicklung von Instrumenten des Fallmanagements und der Fallsteuerung für die Zielgruppe der Sozialhilfeträger in Baden-Württemberg unter spezieller Bezugnahme auf eine EDV-basierte Nutzung in den jeweiligen Städten und Kreisen geplant.

3 Ergebnisse

Entsprechend eines ganzheitlichen und umfassenden Fallmanagementverständnisses, das explizit die Beteiligung der Menschen mit Behinderung, etwa im Sinne einer Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts nach SGB XII in den Fokus rückt, soll auch im Rahmen der Ergebnisdarstellung zum Fallmanagement zunächst die Perspektive der Betroffenen in den Mittelpunkt stellen (Abschnitt 3.1). Sofern hier nicht zumindest halbwegs akzeptable Ergebnisse vorliegen würden, wäre die Frage nach weiteren Sichtweisen und Wirkungsdimensionen schließlich mehr oder weniger schon obsolet.

In den folgenden Abschnitten 3.2 und 3.3 wird darauf eingegangen, wie die Leistungserbringer und Dienstleister das Fallmanagement wahrgenommen haben, sowie welche Effekte die objektivierte Veränderungsmessung der Fachkräfte in den Sozialämtern gezeigt hat.

Befassen sich die ersten drei Abschnitte noch schwerpunktmäßig mit der einzelfallbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität des Fallmanagements, so wird diese Perspektive in Abschnitt 3.4 noch um die Kosten erweitert. Damit verbunden ist die Frage nach der Effizienz des Fallmanagements.

74

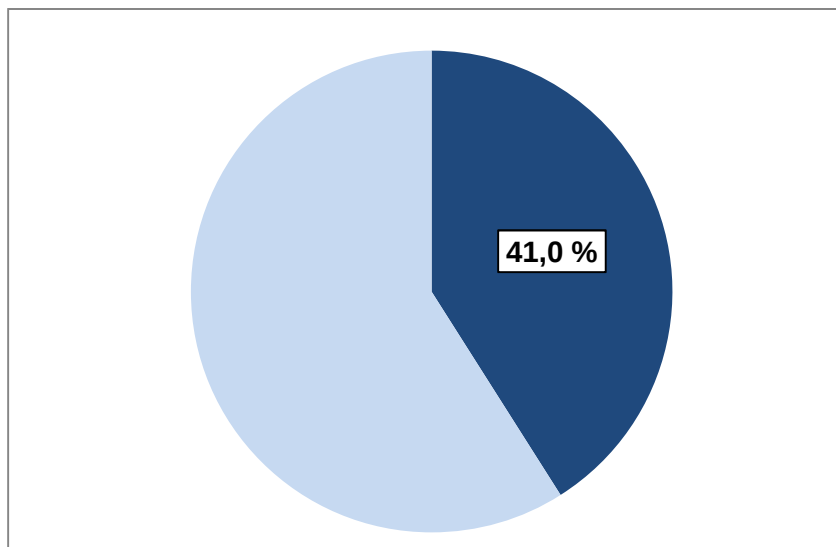
In Abschnitt 3.5 geht es darum, inwieweit die verschiedenen Perspektiven und Sichtweisen, die im Rahmen der Evaluation untersucht wurden, auch tatsächlich miteinander korrespondieren. Also beispielsweise ob Leistungsberechtigte, Leistungserbringer und Fallmanager/innen zu einer einheitlichen Bewertung der Effektivität des Fallmanagements kommen oder ob im schlechtesten Fall ein Verfahrensbeteiligter eine sehr positive und der andere eine sehr negative Wahrnehmung hat.

Im letzten Kapitel der Ergebnisdarstellung (Abschnitt 3.6) wird im Rahmen der Wirkfaktorenanalyse schließlich der Bogen zwischen den drei Hauptfragestellungen nach Umsetzung, Wirkung und Optimierungsmöglichkeiten des Fallmanagements gespannt. Dabei werden die erhobenen Merkmale der Struktur- und Prozessqualität mit der Ergebnisqualität in Verbindung gesetzt und diejenigen Faktoren auf den beiden erstgenannten Ebenen ermittelt, die einen förderlichen oder aber auch hemmenden Einfluss auf die Ergebnisse haben. Darum wird hier auch von Wirkfaktoren gesprochen. Die Wirkfaktoren sind gleichzeitig die besonders wichtigen „Stellschraubchen“ im Fallmanagement-Gefüge, an denen Optimierungsprozesse in den einzelnen Stadt- und Landkreisen anknüpfen können. An dieser Stelle wird daher auch auf die Ergebnisse der landesweiten Gesamtumfrage zum Fallmanagement in Baden-Württemberg Bezug genommen.

3.1 Wie sehen die Leistungsberechtigten das Fallmanagement?

Die hier dargestellten Ergebnisse nehmen Bezug auf die im Zuge der Evaluation durchgeführte Adressatenbefragung (vgl. Abschnitt 2.2), deren Zielsetzung es war, die individuellen Sichtweisen der Leistungsberechtigten abzubilden. Die Daten wurden einzelfallbezogen auf der Basis eines fünfseitigen Fragebogens erfasst. Alle Leistungsberechtigten, für die im Rahmen der Evaluation eine fallbezogene Dokumentation mit den t1- und t2-Instrumenten erstellt wurde, wurden hier berücksichtigt. Die Zustellung des Fragebogens war an den Stichtag der t2-Erhebung gekoppelt. Entsprechend haben insgesamt 580 Personen die Befragungsunterlagen, inklusive vorfrankierter Rückumschläge, erhalten (s. Abschnitt 3.3.1). Die Zustellung erfolgte direkt durch die zuständigen Fallmanager/innen, entweder postalisch oder, wenn im Zuge der t2-Erhebung ein Gespräch stattfand, gegebenenfalls auch persönlich. Um Beeinflussungen zu verhindern, durften die Fragebögen aber grundsätzlich nicht im Beisein der Fallmanager/innen ausgefüllt werden. Da die Teilnahme an der Befragung auf freiwilliger Basis erfolgte, haben nicht alle Leistungsberechtigten einen ausgefüllten Fragebogen beim Projektbüro in Mainz eingereicht. Die Rücklaufquote betrug insgesamt 41,0 % (s. Abbildung 14). Dies entspricht in absoluten Zahlen 238 Fragebögen.

Abbildung 14: Rücklaufquote der Adressatenbefragung



75

Insgesamt handelt es sich dabei um eine sehr gute Beteiligung. In Anlehnung an Töpfer (1999) sind bei schriftlichen Befragungen, die mit der vorliegenden Evaluation vergleichbar sind, in der Regel nur Rücklaufquoten von 10 - 25 % zu erwarten. Höhere Quoten können bei telefonischen Befragungen (60 - 80 %) und bei persönlichen Befragungen (über 80 %) erreicht werden. Aufgrund der konzeptionellen Ausrichtung konnten derart aufwendige Verfahren im Rahmen der vorliegenden Studie allerdings nicht zum Einsatz kommen. Die Rücklaufquoten sind ebenfalls aufgrund der Tatsache, dass keine spezifischen „Incentives“ (Teilnahmeanreize wie Aussicht auf Geld- oder Sachpreise im Rahmen einer Verlosung o. ä.) ausgelobt wurden, sehr positiv zu bewerten. Über die sechs Modellkreise hinweg liegt die Streuung der Rücklaufquoten innerhalb einer Spannweite von 29,9 % bis 53,8 %. Diese Werte liegen im Rahmen der zu erwartenden statistischen Schwankungsbreite.

Der Fragebogen wurde, was die Gestaltung und die Formulierung der Fragen angeht, insbesondere mit Blick auf Menschen mit geistiger Behinderung hin, optimiert. Da eine schriftliche Erhebung im Rahmen einer Evaluation aber auch gewissen Standardisierungs- und Vergleichbarkeitsstandards genügen muss, ist es auf dem Hintergrund der großen Unterschiedlichkeit der Behinderungsarten im Fallmanagement, aber studienökonomisch betrachtet völlig unmöglich ein Instrumentarium zu schaffen, dass von allen Leistungsberechtigten eigenständig bearbeitet werden kann. Daher konnten Angehörige oder andere Bezugspersonen beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützten oder bei besonders schweren Behinderungen auch stellvertretend für die Leistungsberechtigten antworten.

Der überwiegende Teil der Fragebögen wurde allerdings von den Leistungsberechtigten selbst ausgefüllt (60 %). Jeweils 20 % der Fragebögen wurden entweder von nahestehenden Angehörigen wie Lebensgefährten, Ehegatten, Geschwistern, Kindern beziehungsweise Eltern oder von anderen Bezugspersonen wie Freunden, Bekannten, Bezugsbetreuer/innen der Leistungserbringer, Berufsbetreuer/innen oder ähnlichen ausgefüllt. Erwartungsgemäß hängt der Anteil der „Selbstaussfüller/innen“ von der Art der Behinderung ab. Am größten fällt er bei vorrangig seelischen (70,1 %) und körperlichen Behinderungen (60,0 %) aus, während er bei geistigen Behinderungen (42,5 %) sowie Sinnes- und Sprachbehinderungen (20,0 %) am geringsten ausgeprägt ist. In elf Fällen wurde keine Angabe gemacht, wer genau den Bogen bearbeitet hat. Dies war allerdings kein hinreichender Grund, die entsprechenden Fragebögen von der Auswertung auszuschließen.

76

Tabelle 14 zeigt, wie vorgegangen wurde, wenn Angehörige oder andere Bezugspersonen bei der Bearbeitung des Fragebogens unterstützt haben. Die mit einem Anteil von etwa zwei Dritteln mit Abstand häufigste Nennung ist das Hineinversetzen beziehungsweise stellvertretende Antworten ohne direkte Interaktion mit den Leistungsberechtigten. Wörtliches Vorlesen der Antwortalternativen oder das Stellen von sinnngemäßen, gegebenenfalls besser verständlichen, Fragen im Rahmen eines Dialogs mit den Leistungsberechtigten sind mit je 12,3 % eher selten. Entsprechend war es erforderlich, anhand eines systematischen Vergleichs der Antwortmuster der beiden Bearbeitungsmodi, Leistungsberechtigte versus Hilfspersonen zu prüfen, ob die Helfer aufgrund des stellvertretenden Antwortens womöglich eher eine eigene Perspektive als die der Leistungsberechtigten in den Fragebogen eingebracht haben (s. Abschnitt 3.1.6).

Tabelle 14: Bearbeitungsmodus wenn Hilfspersonen den Fragebogen ausgefüllt haben

	Häufigkeit	Prozent
Wörtliches Vorlesen von Antwortalternativen	9	12,3 %
Stellen von sinnngemäßen Fragen	9	12,3 %
Hineinversetzen und stellvertretendes Antworten	49	67,1 %
Andere Methode	6	8,2 %
Nennungen Gesamt	73	100,0 %

Da davon auszugehen ist, dass Hilfspersonen die Lebenswirklichkeit der Leistungsberechtigten besser einschätzen können, je höher die Kontakthäufigkeit ist, wurde diese ebenfalls abgefragt (s. Tabelle 15). Die Ergebnisse zeigen, dass die Kontakthäufigkeit der Hilfsperso-

nen bipolar ausgeprägt ist, das heißt die extremen Antwortalternativen und nicht die mittleren kommen am häufigsten vor: Entweder pflegen die Helfer täglichen Umgang mit den Leistungsberechtigten (27,8 %) oder aber seltener als einmal die Woche. Insgesamt überwiegt mit 41,8 % sogar die Kategorie „seltener als 1x pro Woche“. Auch diese Verteilung gab Anlass für eine Prüfung von möglichen kontakthäufigkeitsbezogenen Verzerrungen im Antwortverhalten.

Tabelle 15: Kontakthäufigkeit der Hilfspersonen mit den Leistungsberechtigten

	Häufigkeit	Prozent
Nahezu täglich	22	27,8 %
Mehr als 1x pro Woche	11	13,9 %
ca. 1x pro Woche	13	16,5 %
Seltener als 1x pro Woche	33	41,8 %
Nennungen Gesamt	79	100,0 %

3.1.1 Prozess des Fallmanagements aus Nutzersicht

In diesem Abschnitt geht es um die Frage, wie die Leistungsberechtigten (LB) den Kontakt mit dem Fallmanagement empfunden und welche Prozessqualität sie erlebt haben. Unter Prozessqualität wird hier etwa verstanden:

- ob die Gesamtplanung rechtzeitig erfolgte,
- ob die Informationsvermittlung seitens des Fallmanagements hinreichend verständlich war,
- ob man sich genügend Zeit genommen hat und freundlich war,
- ob die Wünsche der Leistungsberechtigten hinreichend berücksichtigt wurden,
- ob diese sich auch subjektiv bei den Kontakten wohlfühlt haben,
- wie die wahrgenommene Zusammenarbeit mit anderen Verfahrensbeteiligten, wie zum Beispiel den Leistungserbringern/Dienstleistern, funktioniert hat.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt überwiegend positive bis sehr positive Rückmeldungen der Leistungsberechtigten. So sind beispielsweise vier von fünf Leistungsberechtigten (81,3 %) der Auffassung, dass der Kontakt mit dem Fallmanagement/Sozialamt genau rechtzeitig erfolgte, um die erforderlichen Hilfen zu planen (s. Tabelle 16). Für den überwiegenden Anteil kam die Hilfeplanung also weder zu früh noch zu spät.

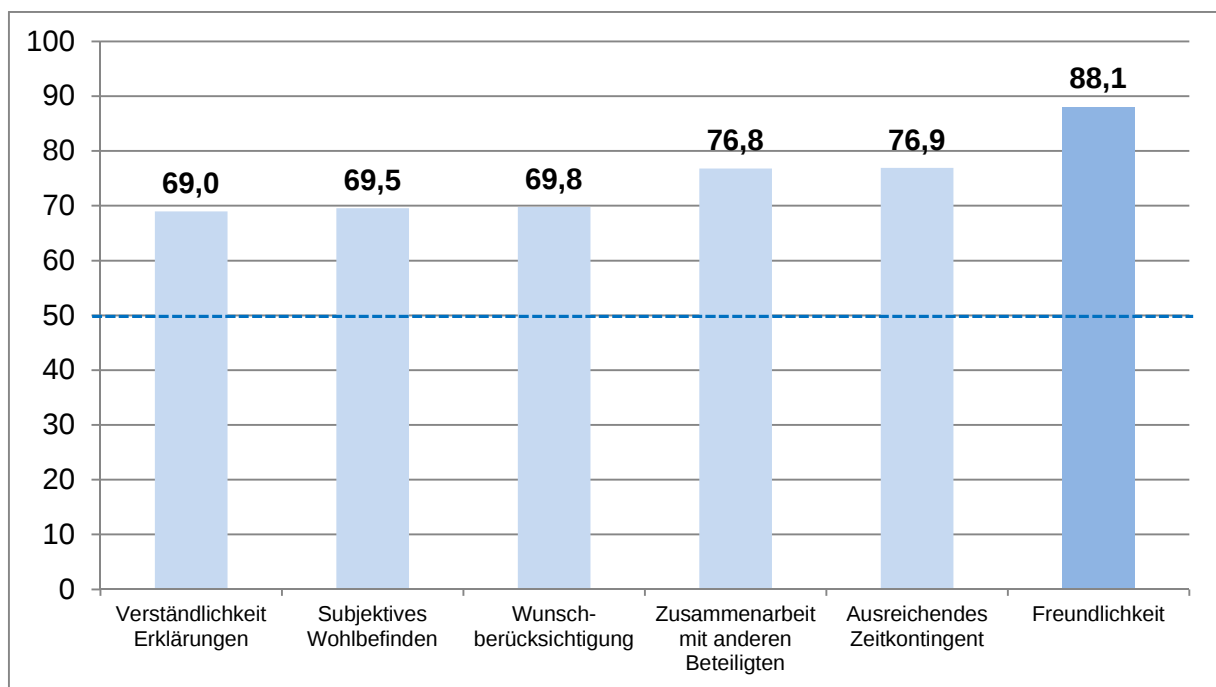
Tabelle 16: Rechtzeitigkeit der Kontaktaufnahme

	Häufigkeit	Prozent
Zu früh	1	0,4 %
Genau rechtzeitig	187	81,3 %
Zu spät	42	18,3 %
Gesamt	230	100,0 %

Auch hinsichtlich der anderen genannten Kernbereiche wird die Prozessqualität in allen Bereichen stets überdurchschnittlich bewertet (s. Abbildung 15). Besonders positiv wird die Freundlichkeit der zuständigen Fachkräfte hervorgehoben. Auch die anderen Dimensionen liegen schulnotenmäßig im „guten“ Bereich:

Die Mitarbeiter/innen nehmen sich ausreichend Zeit für die Anliegen der Leistungsberechtigten. Durchaus nicht selbstverständlich, wenn man bedenkt, dass der Kontakt mit Ämtern beziehungsweise Behörden gemeinhin eher negativ besetzt ist, wird das subjektive Wohlbefinden der Leistungsberechtigten im Rahmen des Kontakts ausdrücklich als „gut“ bewertet. Hervorzuheben ist zudem die Verständlichkeit der Kommunikation mit dem Sozialamt, das „Funktionieren“ der Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten (bspw. Leistungserbringer/Dienstleister, anderen Behörden, Angehörigen oder Schulen- u. Ausbildungsstätten) sowie die Berücksichtigung der Wünsche der Leistungsberechtigten, auf die im Schnitt „größtenteils“ eingegangen werden kann.

Abbildung 15: Verschiedene Facetten der Prozessqualität aus Nutzersicht



Bedeutung Skalenwerte: 100 = sehr gut/immer/völlig; 67 = gut/meistens/größtenteils; 50 = mittel; 0 = sehr schlecht/gar nicht

Nichtsdestotrotz treten in der Adressatenbefragung bezüglich der Prozessqualität punktuell durchaus auch kleinere kritische Aspekte zu Tage. Bei der Frage, von wem die Kontaktaufnahme mit dem Sozialamt ausging (s. Tabelle 17), zeigt sich, dass überwiegend Bezugspersonen die entscheidende Vermittlerrolle einnehmen (46,3 %). In etwa einem Fünftel der Fälle erfolgt die Kontaktaufnahme direkt durch die Leistungsberechtigten selbst. Mit 15,3 % ist die Initiierung des Kontakts durch die Sozialämter die absolut gesehen seltenste Nennung. So gar „Andere“, hier vornehmlich Leistungserbringer, überwiegen mit 18,8 % noch etwas. Im Sinne eines noch stärker auf Prävention ausgerichteten Fallmanagementverständnisses wäre zu überlegen, wie die Kontaktinitiierung seitens der Sozialämter noch weiter ausgebaut werden könnte.

Tabelle 17: Von wem die Kontaktaufnahme ausging

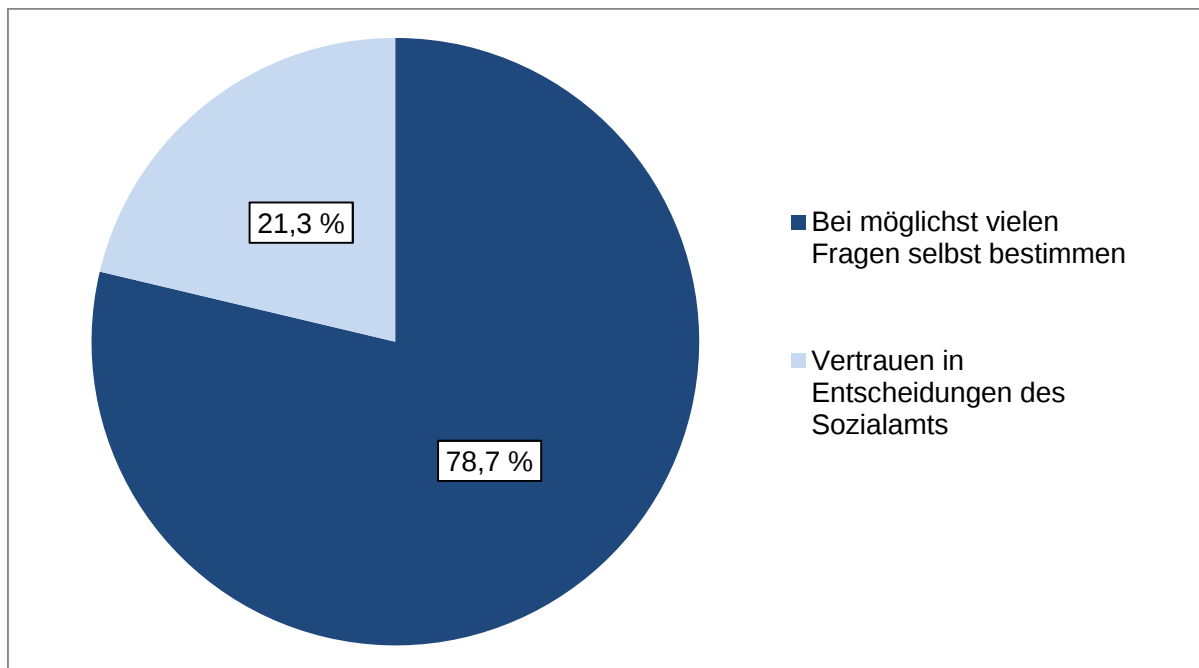
	Häufigkeit	Prozent
Vom Leistungsberechtigten selbst	45	19,7 %
Von Bezugspersonen	106	46,3 %
Vom Sozialamt	35	15,3 %
Andere	43	18,8 %
Gesamt	229	100,0 %

Zu einer ähnlichen Überlegung gibt auch die Frage nach dem hauptsächlichen „Kommunikationsmodus“ im Rahmen der Kontakte Anlass: Insgesamt überwiegen zwar persönliche (43,1 %) oder zumindest telefonische Kontakte (zusammen etwa 55 %). Mit 43,1 % fällt der Anteil einer überwiegend schriftlichen Kontaktpflege aber immer noch vergleichsweise hoch aus (s. Tabelle 18). In Anbetracht der komplexen Aufgaben im Rahmen der Fallmanagement-Fallsteuerung (vgl. Abschnitt 1), die zu allen Zeitpunkten stets eine möglichst tiefgehende Informationslage hinsichtlich der Situation und Bedarfe der Leistungsberechtigten erfordert, ist dies eher kritisch zu bewerten.

Tabelle 18: Auf welche Weise der Kontakt hauptsächlich erfolgte

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Schriftlich	100	43,1 %
Telefonisch	35	15,1 %
Persönlich	97	41,8 %
Gesamt	232	100,0 %

Die Adressatenbefragung wurde darüber hinaus genutzt, um direkt abzufragen, welchen Grad der Beteiligung sich die Leistungsberechtigten eigentlich tatsächlich wünschen. Grundsätzlich lässt sich ja schon davon ausgehen, dass es ein Stück weit auch eine „Typ-Frage“ ist, ob jemand in einem so komplexen Feld wie der Eingliederungshilfe sich lieber von Experten/Fachleuten leiten lassen oder aber selber aktiv und möglichst umfassend mitbestimmen möchte, was genau passieren soll. Die Auswertung zeigt, dass Beteiligung nicht nur eine "Modeerscheinung" des fachlichen Diskurses ist, sondern tatsächlich auch gezielt von den Leistungsberechtigten gewünscht und eingefordert wird: Nahezu vier Fünftel der befragten Personen möchten lieber selbst bei möglichst vielen Fragen mitbestimmen und vertrauen nicht einfach den Vorschlägen des Sozialamts (Abbildung 16). Insofern unterstreichen die Ergebnisse, dass Mitbestimmung ein ganz zentraler Gütemaßstab für die Bewertung der Prozessqualität ist.

Abbildung 16: Welche Rolle wünschen sich die Leistungsberechtigten im FM-Prozess?

3.1.2 Zufriedenheit mit dem Fallmanagement

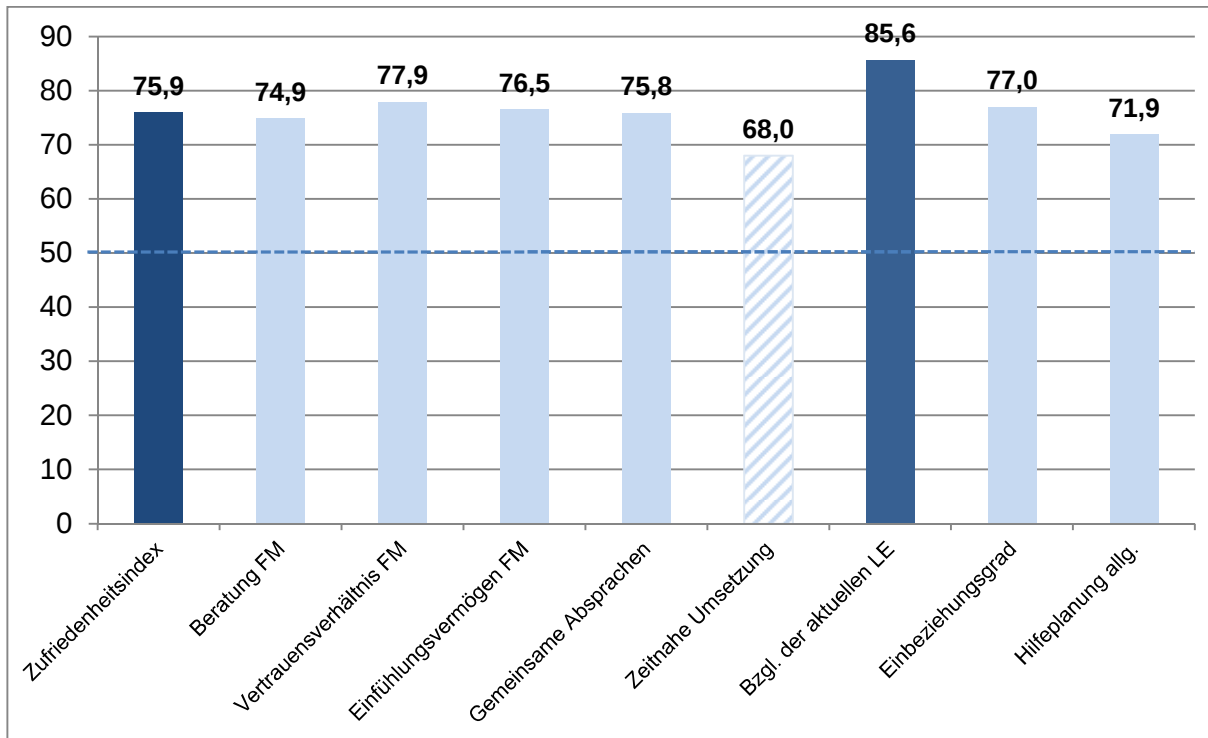
Analog zur Beurteilung der Prozesse fällt ebenfalls die Zufriedenheit der Leistungsberechtigten mit dem Fallmanagement sehr hoch aus. Die Werte sind, in Bezug auf die vierstufige Antwortskala im Fragebogen, größtenteils zwischen den beiden Antwortalternativen "eher zufrieden" und "sehr zufrieden" angesiedelt (s. Abbildung 17). Schlechter als "eher zufrieden" ist sogar kein einziger Durchschnittswert. Der in der Abbildung dargestellte Zufriedenheitsindex stellt einen Mittelwert der einzelnen Zufriedenheitsdimensionen dar.

Besonders bemerkenswert ist, dass die höchste Zufriedenheit in Bezug auf die Mitarbeiter/innen der aktuellen Leistungserbringer vorliegt, die unmittelbar an der Umsetzung der Leistung beteiligt sind. Dies ist auch ein Indiz dafür, dass im Zuge der Gesamtplanung des Fallmanagements wohl offensichtlich „passende“ Maßnahmen zustande kommen.

Die relativ gesehen geringsten Zufriedenheiten liegen in Bezug auf die zeitnahe Umsetzung der Absprachen vor. Absolut gesehen liegt die Zufriedenheit hier aber auch noch in einem hohen Bereich (zahlenmäßig geringfügig oberhalb der Antwortalternative „eher zufrieden“).

Die Zufriedenheitswerte bezüglich der Dimensionen Beratung, Vertrauensverhältnis, Einfühlungsvermögen, Abspracheergebnisse sowie Einbeziehungsgrad liegen auf absolut gutem bis sehr gutem Niveau im „voll zufriedenen“ Bereich, etwa in der Mitte der beiden Kategorien „sehr zufrieden“ und „eher zufrieden“.

Abbildung 17: Zufriedenheit der Leistungsberechtigten mit dem Fallmanagement



Bedeutung der Skalenwerte: 100 = sehr zufrieden; 67 = eher zufrieden; 33 = eher unzufrieden; 0 = sehr unzufrieden

81

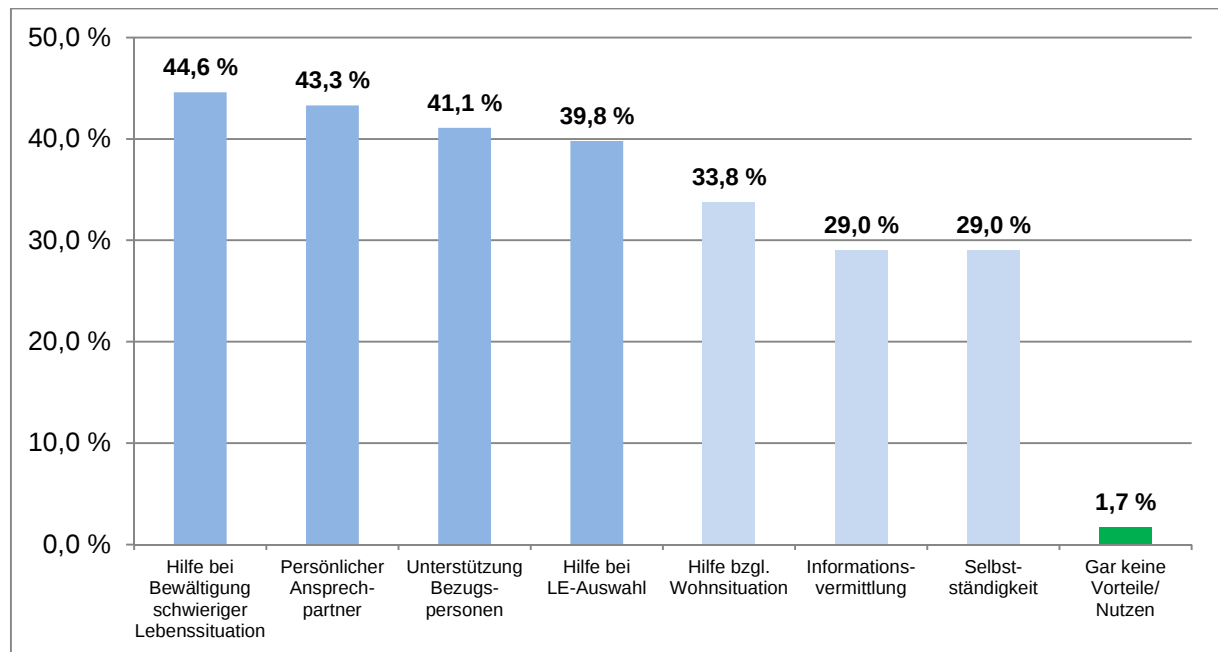
3.1.3 Welchen konkreten Gewinn sehen die Adressaten im Fallmanagement?

Um zu erfahren, was genau den Leistungsberechtigten im Rahmen des Fallmanagements am meisten geholfen hat, wurde diesen eine Liste mit 14 Antwortalternativen vorgelegt, beispielsweise „ich wurde gut über die Hilfen des Sozialamts informiert“ oder „man hat mir dabei geholfen, mit einer schwierigen Lebenssituation besser zurechtzukommen“, aus denen alle zutreffenden Aussagen ausgewählt werden sollten. Ferner konnte auch angegeben werden, dass keine der Aussagen zutrifft und die Hilfeplanung des Sozialamts nicht so von Nutzen sein konnte, wie es sich die Betroffenen erhofft hatten. Im Schnitt haben die Leistungsberechtigten aber circa vier Hilfestellungen des Fallmanagements für ihre individuelle Situation als zutreffend wahrgenommen. Die Spannweite liegt hier zwischen einer und maximal zwölf Angaben pro Befragtem.

Die häufigsten Nennungen, die von etwa 40 % der Befragten benannt werden, sind Unterstützung in einer schwierigen Lebenssituation, einen persönlichen Ansprechpartner bei Fragen zu haben, Unterstützung der Bezugspersonen und Hilfe bei der Auswahl der Leistungserbringer (s. Abbildung 18). Von etwa 30 % der Leistungsberechtigten werden zudem noch Hilfen im Bereich Wohnen und Selbstständigkeit sowie Informationsvermittlung recht häufig genannt. Die darüber hinaus noch zur Auswahl stehenden Bereiche wie etwa „ich kann weiter zu Hause wohnen“ oder „ich habe jetzt eine Beschäftigung die mir gefällt“, tangieren eher individuellere Lebenssituationen der Leistungsberechtigten und wurden daher insgesamt vergleichsweise seltener benannt. Sie sind daher für die globale Darstellung der wesentli-

chen Vorteile, die von den Adressaten mit dem Fallmanagement assoziiert werden, nicht elementar. Ein überaus wichtiges Ergebnis ist in diesem Kontext aber, dass nur 4 von 231 Leistungsberechtigten (1,7 %) sagen, dass die Hilfeplanung in keiner Hinsicht die vorgestellten Ergebnisse gebracht hat. Dies ist ein extrem guter Wert (s. Abbildung 18).

Abbildung 18: (Haupt-)Vorteile des Fallmanagements aus Adressatensicht



82

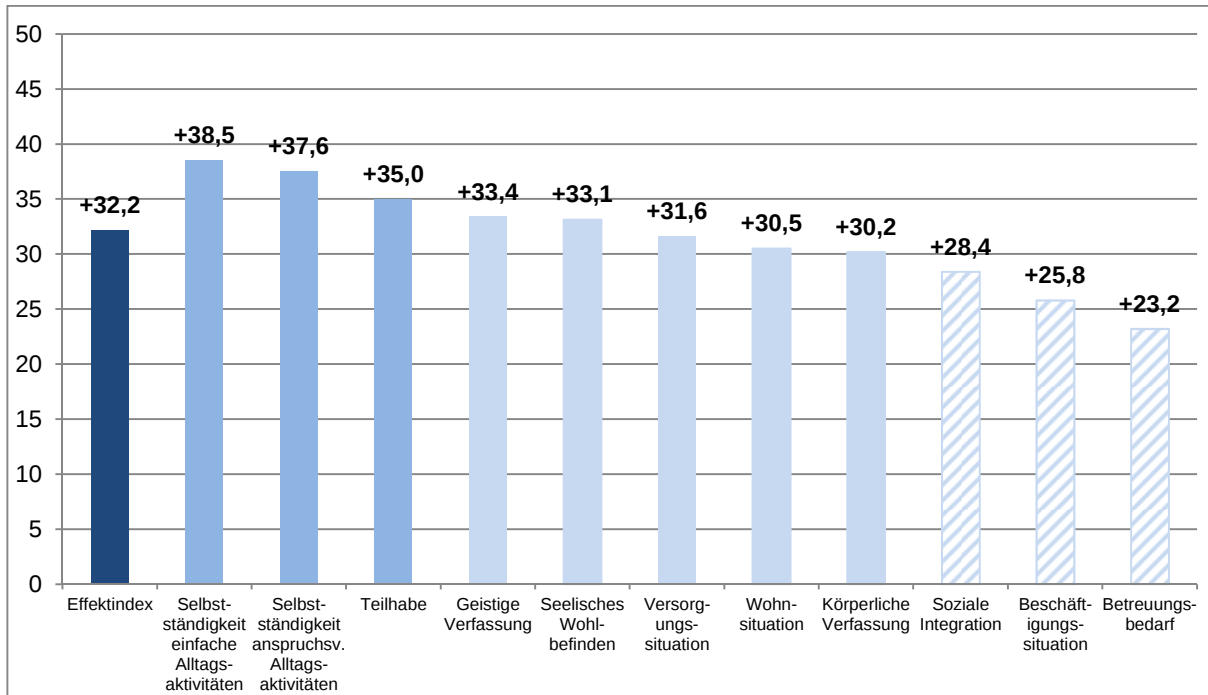
3.1.4 „Impact“-Wirkungen: Subjektive Veränderung der Situation

Etwas anders stellt sich die Höhe der von den Leistungsberechtigten berichteten Effekte dar, wenn nicht primär nach der Qualität von Prozessen, sondern nach konkreten Veränderungen in der eigenen Lebenssituation gefragt wird, die mit dem Fallmanagement in Zusammenhang stehen. An dieser Stelle geht es um die subjektiven Wirkungen des Fallmanagements („Impact“-Wirkungen entsprechend Abschnitt 2.1.2). Damit es den befragten Personen leichter fällt, einen persönlichen zeitlichen Bezugsrahmen zu finden, sollte rückblickend für das letzte Jahr vor der Erhebung die Veränderung der Lebenssituation in den Bereichen körperliche und geistige Verfassung, seelisches Wohlbefinden, Selbständigkeit bei einfachen und anspruchsvollen Alltagsaktivitäten, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, soziale Integration, Beschäftigungs- und Wohnsituation sowie Betreuungsbedarf und Versorgungssituation (passende Angebote/Maßnahmen) eingeschätzt werden. Dies war anhand einer fünfstufigen Skala mit den Antwortalternativen „deutlich verbessert“, „leicht verbessert“, „unverändert“, „leicht verschlechtert“ und „deutlich verschlechtert“ möglich.

Die Ergebnisse der Auswertung zeigen, dass zwar die Durchschnittswerte aller Veränderungsdimensionen durchweg im positiven Bereich liegen, die aktuelle Situation sich also gegenüber der Ausgangslage jeweils verbessert hat, sind aber statistisch gesehen nur auf einem Niveau kleiner Effektstärken im Bereich bis maximal „leichten Verbesserungen“ ange-

siedelt (s. Abbildung 19). In der Abbildung ist dies besonders gut anhand des Effektindex abzulesen, der sozusagen ein „Mittelwert“ aus allen abgefragten Einzelbereichen ist.

Abbildung 19: Veränderung der Situation im letzten Jahr aus Sicht der Leistungsberechtigten



Bedeutung der Skalenwerte: +100 = deutlich verbessert; +50 = leicht verbessert; 0 = unverändert; -50 = leicht verschlechtert; -100 = deutlich verschlechtert

Die vergleichsweise größten Verbesserungen werden in Bezug auf die Selbstständigkeit bei einfachen und anspruchsvollen Alltagsaktivitäten sowie in Bezug auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gesehen. Die geringsten Verbesserungen bezogen auf die Beschäftigungssituation, die soziale Integration sowie insbesondere den globalen Betreuungsbedarf, also das Ausmaß notwendiger Betreuung und/oder Pflege (s. Abbildung 19).

Dass alles in allem eher nur moderat positive Effektstärken ermittelt werden können, ist in dieser Form durchaus erwartungskonform. Hierfür gibt es mehrere Gründe: Einerseits lassen sich zwar konkrete Veränderungen in der Lebenssituation, die sich im Kontext einer umfassenden Hilfeplanung wie dem Fallmanagement zeigen, zwar durchaus mit einer gewissen Plausibilität mit dieser Hilfeplanung in Verbindung bringen. Letztendlich sind diese Veränderungen aber immer auch noch von weiteren Faktoren abhängig, auf die die Hilfeplanung oftmals, wenn überhaupt, allenfalls nur beschränkten Einfluss hat. Ein solcher Faktor ist beispielsweise die Entwicklung beziehungsweise der Verlauf der Behinderung als solche (für viele Schicksale müsste, leider treffender oft, eher von „Nicht-Entwicklung“ gesprochen werden). Dies ist mit eine Erklärung dafür, warum gerade in Bezug auf den Betreuungsbedarf die vergleichsweise geringsten Veränderungseffekte zu konstatieren sind. Andererseits ist zu bedenken, dass der Untersuchungszeitraum der WiFEin-Studie, gemessen an üblichen Zeitdauern in der Eingliederungshilfe, nur relativ kurz ist und demzufolge manch eine, durch das Fallmanagement angestoßene, positive Entwicklung einfach noch mehr Zeit benötigt hätte,

bis die volle Effektstärke zur Entfaltung gekommen wäre. Dies ändert auch nichts daran, dass die Leistungsberechtigten insgesamt gesehen dem Fallmanagement beziehungsweise ihrem zuständigen Sozialamt, eine vollauf gute Hilfe beziehungsweise Unterstützung zuschreiben (s. Tabelle 19).

Tabelle 19: Globaleinschätzung der „Unterstützungsgüte“ im Rahmen des Fallmanagments

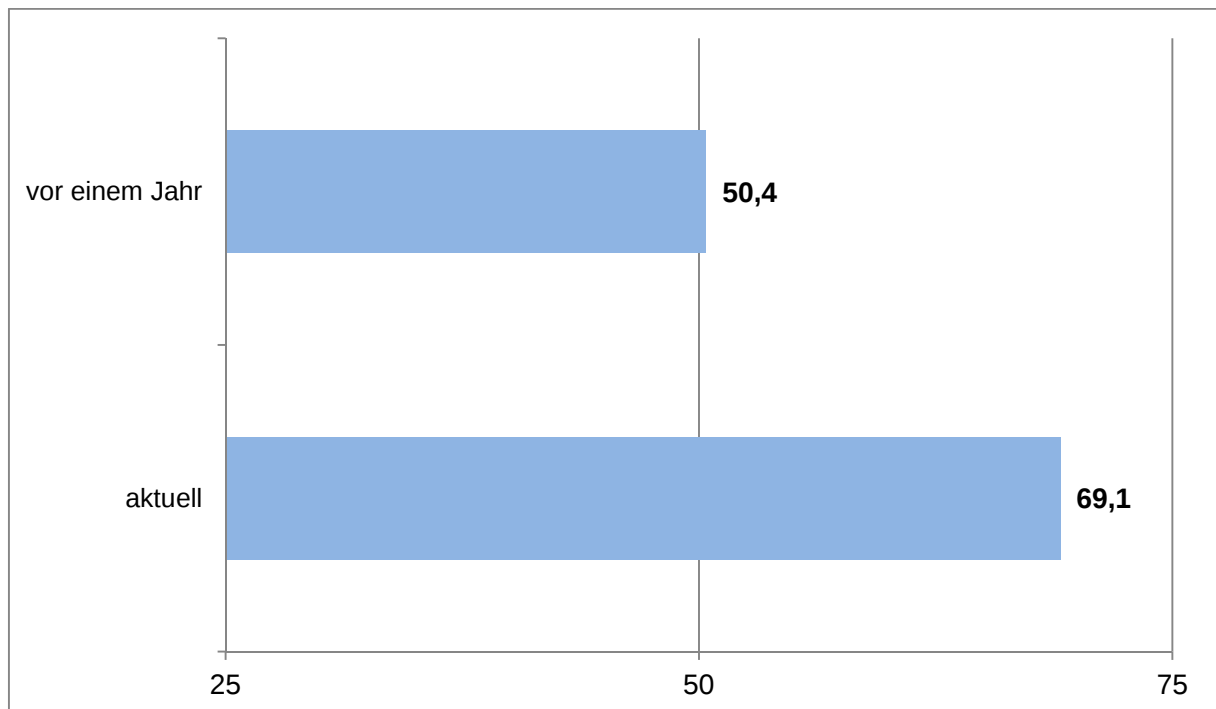
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Frage: „Wie gut wurde Ihnen insgesamt durch das Sozialamt geholfen?“	228	0	100	74,7	19,98

Bedeutung Skalenwerte: 100 = sehr gut; 75 = gut; 50 = mittelmäßig; 25 = kaum; 0 = gar nicht

Jenseits der situativen Veränderungen gibt es zudem noch eine weitere Ergebnisqualitätsdimension im Rahmen der „Impact“-Wirkungen, der aufgrund seiner hervorgehobenen Bedeutung einer eigenständigen Betrachtung bedarf: Den Bereich der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität. Bewegen sich die Einschätzungen, im Zeitraum vor der Gesamtplanung im Rahmen des Fallmanagements, auf einem „mittelmäßigem“ Niveau, wird zum Befragungszeitpunkt nach der Gesamtplanung ein deutlicher Anstieg berichtet, der nahezu den voll guten Bereich erreicht. Dieser Unterschied ist statistisch hoch signifikant ($p < 0,01$). Anders als bei den nur leicht im positiven Bereich angesiedelten Effekten im Bereich der situativen Veränderungen, bewegt sich jenseits der statistischen Signifikanz auch die absolute Effektstärke hier auf einem veritablen mittleren bis starken Niveau.

84

Abbildung 20: Veränderung der von den Adressaten wahrgenommenen Lebensqualität



Bedeutung Skalenwerte: 100 = sehr gut; 75 = gut; 50 = mittelmäßig; 25 = gering; 0 = schlecht

3.1.5 Qualitative Auswertung der Rückmeldungen der Leistungsberechtigten

Damit im Rahmen der primär auf eine quantitative Auswertung ausgerichteten Befragung, für die standardisierte Fragen und Antwortmöglichkeiten unerlässlich sind, das individuelle Erleben der berechtigten Menschen nicht zu kurz kommt, konnten diese auch freie Angaben zu guten oder schlechten Erfahrungen beim Kontakt mit dem Fallmanagement machen. Die Äußerungen wurden einer qualitativen Analyse unterzogen. In diesem Abschnitt werden einige mustergültige Aussagen beispielhaft dargestellt. Die wiedergegebenen Aussagen haben keinen Anspruch auf Repräsentativität.

Positive Erfahrungsberichte wurden von insgesamt 38 % der Leistungsberechtigten (LB) abgegeben, negative dahingegen nur von 27 %. Konkrete Verbesserungsvorschläge wurden von 22 % der insgesamt 238 Personen, die einen Fragebogen beim Projektbüro eingereicht haben, abgegeben. Obwohl aus anderen Studien bekannt ist, dass die Möglichkeit zu offenem Feedback vorrangig zur Äußerung von Kritik genutzt wird, überwiegen bemerkenswerterweise also auch an dieser Stelle die positiven Rückmeldungen.

Die positiven Erfahrungsberichte decken sich inhaltlich mit den in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten quantitativen Ergebnissen zur Prozessqualität. Hervorgehoben werden unter anderem die Empathie, Kompetenz und Zuverlässigkeit der Fallmanager/innen oder die Zufriedenheit mit den aktuellen Leistungserbringern, die letztendlich natürlich auch mit einer „passgenauen“ Gesamtplanung in Zusammenhang steht. Dabei kommt oft auch eine große Dankbarkeit für die Unterstützung zum Ausdruck.

85

- Beispiele für positive Erfahrungsberichte (von 38 % aller LB):
 - „LRA war verständnisvoll, hörten zu, waren interessiert; versuchten, mir beizustehen; waren offen, haben mich ernst genommen.“
 - „Das die Integrationshilfe schnell funktioniert hat. Ich möchte mich nochmal bei de[m] Landkreis ... bedanken.“
 - „Man fühlt sich einfach geborgen[,] absolut zuverlässig[,] hilfsbereit[,] höflich freundlich[,] kompromissbereit[,] sachlich kompetent“
 - „Gut, dass die Kosten für ABW (ambulant betreutes Wohnen) übernommen wurden, bin mit der Arbeit der Bruderhausdiakonie und meiner Betreuerin sehr zufrieden.“

In den negativen Erfahrungsberichten bilden sich unter anderem die nicht vollständig vermeidbaren Schattenseiten einer „intensivierten“ Steuerungsfunktion der Kostenträger ab, die sich etwa in Form einer umfangreicheren Diagnostik beziehungsweise Bedarfsklärung zeigen. Dies kann von einigen Betroffenen dann als Misstrauen oder übersteigerte Kontrolle empfunden werden. Hinterfragt wird in diesem Zusammenhang ebenfalls, wer hier überhaupt wirklich zuverlässige Einschätzungen treffen kann. Einige Leistungsberechtigte nehmen durchaus auch den zunehmenden Kostendruck wahr, unter dem viele Kommunen stehen. Zu Recht kritisch gesehen werden ferner auch Konstellationen mit einem häufigen Wechsel der Ansprechpartner.



- Beispiele für negative Erfahrungsberichte (von 27 % aller LB):
 - „Wenn man einen Behindertenausweis hat [...] man es schon schwer genug[,] dann aber die ständigen Überprüfungen vom Sozialamt und Medizinische[n] Dienst finde ich nicht fair.“
 - „Gesundheitszustand wird von Sachbearbeitern oftmals falsch eingeschätzt.“
 - „Das die Mitarbeiter oft gewechselt haben (Ansprechpartner)“
 - „Vielleicht fühle ich mich nur in ‚Bettelstellung‘. Aber ich habe das Gefühl, dass die finanziellen Mittel im Landratsamt für Eingliederungshilfe nicht sehr locker sitzen und eher gekürzt wird, auf Kosten der Behinderten.“

Bei den Verbesserungsvorschlägen wird häufig auch die Vernetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen Stellen als optimierungsbedürftig gesehen. Interessanterweise decken sich solche Wahrnehmungen auch mit den empirischen Befunden im Rahmen der auf „härteren Daten“ gestützten Wirkfaktorenanalyse (s. Abschnitt 3.6).

- Beispiele für Verbesserungsvorschläge (von 22 % aller LB):
 - „Zusammenarbeit der verschiedenen Ämter[,] Auskünfte bei anderen zuständigen Ämtern kamen erst verzögert (nach mehrmaligen telefonischen Aufforderungen) beim Sozialamt an.“
 - „Anpassung des Hilfeplans sollte nicht nur 1x im Jahr möglich sein. Wenn am Hilfeplan Beteiligte im Sozialamt einem weitergehend helfen können, sollte dies auch kommuniziert werden.“
 - „Schulische Unterstützung in der Schule, nicht außerhalb, auch, wenn man schon 20 Jahre alt ist, aber ich noch lernen will. Längere Zeit im BBW [Berufsbildungswerk] für Ausprobieren verschiedene Praktika in Ausbildungsstätten in der Industrie“

3.1.6 Methodendiskussion: Welchen Einfluss hat die Bearbeitungsform des Fragebogens?

Wie einleitend beschrieben, konnten im Rahmen der Adressatenbefragung, wenn es aufgrund der Art oder des Grads der Behinderung erforderlich war, Angehörige oder eine andere Bezugsperson die Leistungsberechtigten bei der Bearbeitung des Fragebogens unterstützen. Da dies, wie gesehen, in mehr als der Hälfte der Fälle in Form von stellvertretendem Antworten im Sinne der Menschen mit Behinderung geschah, stellt sich die Frage, ob dies gegebenenfalls einen verzerrenden Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben könnte. Aus anderen Kontexten wie der Demenzforschung ist bekannt, dass die Sichtweisen von Betroffenen und Bezugspersonen durchaus nicht deckungsgleich sein müssen. Um diese Frage für das vorliegende Forschungsprojekt beantworten zu können, wurden die Antwortmuster der den Fragebogen autonom ausfüllenden Leistungsberechtigten und der Hilfspersonen statistisch auf systematische Unterschiede hin untersucht. Insgesamt konnten nur drei Dimensionen im Bereich der Prozessqualitätseinschätzungen ermittelt werden, bezüglich derer ein auch nur marginal signifikanter Unterschied besteht: Beim subjektiven Empfinden des Kontakts mit den Sozialämtern, hinsichtlich der Verständlichkeit der vermittelten Informationen sowie im Hinblick auf die Zufriedenheit mit den aktuellen Mitarbeiter/n/innen der Leistungserbringer. In allen Fällen fallen die Einschätzungen der Hilfspersonen konsistent schlechter aus. Wenn die Leistungsberechtigten selber antworten, erhält man also durch-

gänglich noch positivere Einschätzungen. Sollte hier tatsächlich eine abweichende Wahrnehmung der Hilfspersonen vorliegen, was trotz der vorhandenen Unterschiede nicht abschließend belegt werden kann, wäre diese Verzerrung zumindest insofern hinnehmbar, als dass sie nicht zu einer Überschätzung der Fallmanagementeffekte und somit zu einer „Beschönigung“ der Sichtweise der Leistungsberechtigten führt, um die es hier letztendlich geht.

Darüber hinaus wurde auch geschaut, inwieweit es einen Unterschied macht, ob die Hilfspersonen stellvertretende Antworten durch Hineinversetzten in die Leistungsberechtigten treffen, was natürlich das Einfließen eigener Interpretationen prinzipiell begünstigt, oder aber in einem unmittelbarem Dialog mit den Leistungsberechtigten, etwa in Form von wörtlichem Vorlesen, sich auf eine Rolle als rein „instrumenteller Helfer“ beschränken. Die Analyseergebnisse zeigen, dass abgesehen von der Dimension „Wunschberücksichtigung durch das Sozialamt“, bezüglich derer, die stellvertretend antwortenden Helfer eine leicht höhere Wunschberücksichtigung angeben, weder bei den Prozessqualitäts- noch den Veränderungskennwerten signifikante Unterschiede im Antwortverhalten vorliegen.

Schließlich wurde noch geprüft, ob Hilfspersonen, die häufiger Kontakt zu den Leistungsberechtigten haben und somit potenziell besser über deren Lebenswirklichkeit orientiert sind, ein anderes Antwortverhalten zeigen als Hilfspersonen, die eher selten Kontakt haben. Auch hier liegen fast durchgängig keine statistisch relevanten Unterschiede vor. Lediglich bei den Veränderungseffekten bezüglich der geistigen Situation, wird bei häufigerem Kontakt eine tendenziell etwas stärkere Verbesserung wahrgenommen.

87

Da nicht alle Leistungsberechtigten der Gesamtstichprobe, die die Befragungsunterlagen erhalten haben, an der Befragung teilgenommen haben (Rücklauquote 41 %), stellt sich im Hinblick auf eine kritische Methodendiskussion die Frage, inwieweit die Menge der „Antwortenden“ tatsächlich repräsentativ für die Grundstichprobe ist. Es wäre beispielsweise denkbar, dass speziell Personen, die eine negative Wahrnehmung haben, im Rahmen des Fragebogens ihre Meinung kundtun möchten. Ferner ist es auch möglich, dass bestimmte Personengruppen, etwa die Menschen mit seelischer Behinderung, spezifische Vorbehalte und Ängste gegenüber einer schriftlichen Befragung haben, die ja durchaus sehr persönliche Sachverhalte beinhaltet. Ohne die „Nicht-Antwortenden“ darüber tatsächlich befragen zu können, lassen sich derartige Fragen selbstverständlich niemals abschließend klären. Es konnte allerdings eine Prüfung vorgenommen werden, ob sich die beiden Stichproben hinsichtlich elementarer stichprobenbeschreibender Merkmale, wie den soziographischen Merkmalen, unterscheidet. Keine Analyse ergab hier eine Auffälligkeit. So liegen beispielsweise keine signifikanten Unterschiede zwischen den Verteilungen der vorrangigen Behinderungsarten in der Gesamtstichprobe und bei der Adressatenbefragung vor. Folglich kann man nicht sagen, dass eine bestimmte Personengruppe verstärkt an der Adressatenbefragung teilgenommen oder sich verweigert hätte.

Die im Hinblick auf systematische Fehldeutungsquellen im Rahmen der Adressatenbefragung durchgeführten Prüfungen konnten insgesamt keine fundamentalen Probleme offenlegen. Somit ist davon auszugehen, dass die beschriebenen Ergebnisse tatsächlich der Intention gerecht werden, die individuelle Perspektive der Leistungsberechtigten möglichst unverfälscht abzubilden. Dies ist natürlich insbesondere auf dem Hintergrund der insgesamt sehr positiven Ergebnisse ein wichtiger Befund.

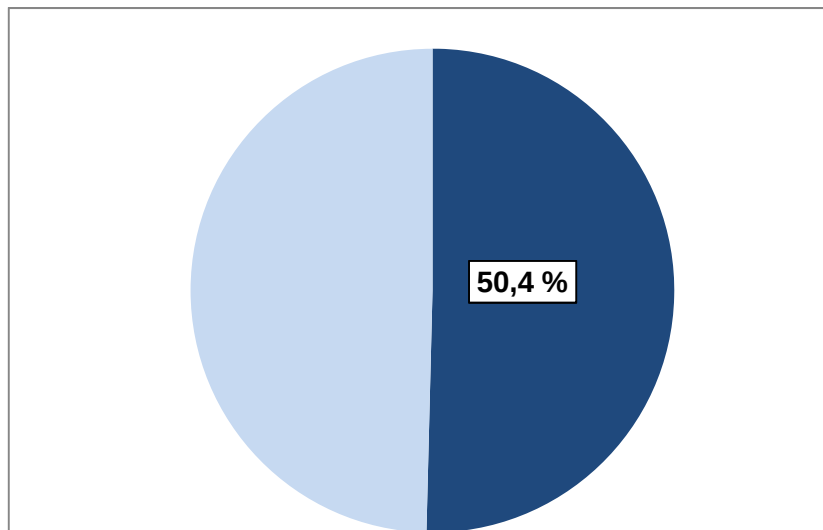
3.2 Wie sehen die Leistungserbringer das Fallmanagement?

Die im Folgenden präsentierten Ergebnisse nehmen Bezug auf die Befragung der Leistungserbringer und Dienstleister (LE) (vgl. Abschnitt 2.2.3), deren Zielsetzung es war, die spezifische Sichtweisen der Anbieter der Hilfeleistungen in der Eingliederungshilfe abzubilden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass das Verhältnis zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern in der Eingliederungshilfe strukturell aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenteilung, belastet sein kann. Der Paradigmenwechsel in der Eingliederungshilfe hat dazu geführt, dass die Steuerungshoheit ausdrücklich den Kostenträgern zugewiesen wurde. Damit sind den LE nicht nur Kompetenzen entzogen worden, sondern den Leistungsträgern wurde ausdrücklich die Aufgabe zugewiesen, einen Abgleich zwischen Auftrag und Erfüllung durchzuführen. Vor diesem Hintergrund wäre durchaus zu erwarten gewesen, dass die LE das Fallmanagement kritisch beurteilen.

Insgesamt wurden 121 Leistungserbringer, die von den 6 Modellkreisen als Kooperationspartner gemeldet wurden, angeschrieben. Kriterium für die Auswahl war, dass in Bezug auf mindestens 5 Einzelfälle in der WiFEin-Gesamtstichprobe eine regelmäßige Kooperation mit den entsprechenden LE bestehen musste. Auf diese Weise konnte sichergestellt werden, dass die Daten auch zu den WiFEin-Fällen in Beziehung gesetzt werden können. Die Befragung wurde nicht einzelfallbezogen, sondern übergreifend für die Einrichtung insgesamt erhoben.

Die Rücklaufquote betrug insgesamt 50,4 %. Dies entspricht in absoluten Zahlen 61 Fragebögen, die ausgewertet werden konnten (s. Abbildung 21).

Abbildung 21: Rücklaufquote Leistungserbringerbefragung



Aus methodischer Sicht ist zu berücksichtigen, dass die Modellkreise in der Häufigkeit unterschiedlich viele Partner zurück gemeldet haben beziehungsweise vor dem Hintergrund der Vorgaben zurück melden konnten. Tendenziell ist festzuhalten, dass Modellkreise mit einem hohen Grad der Vernetzung und einer hohen Anzahl an kooperierenden Leistungserbringern im Rahmen der Stichprobe leicht überrepräsentiert sind. Auf der Basis der Grundgesamtheit von 121 Leistungserbringern liegt die Spannweite in den Modellregionen zwischen 4 und 69.

Im Mittel wurden pro Region etwa 20 Leistungserbringer gemeldet (Median: 9,5). Die Rücklaufquoten schwanken in den einzelnen Regionen zwischen 30 % und 75 %.

Mehrheitlich wurden die Erhebungsbögen von den Einrichtungsleitungen (41,0 %) oder Abteilungs-/Gruppen-/Fachdienst-Leitungen (37,7 %) ausgefüllt. Insgesamt haben eher größere Einrichtungen an der Befragung teilgenommen, die sowohl vollstationäre als auch ambulante Angebote in nicht unerheblichem Umfang anbieten (s. Tabelle 20).

Tabelle 20: Bei den Einrichtungen/Diensten im Vordergrund stehende Angebote

	Nennungen	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
(Voll)stationäre Angebote	40	0	100	66,7	42,70
Teilstationäre) Angebote	32	0	100	50,0	43,18
Ambulante Angebote	48	0	100	75,0	36,71
Sonstige	14	0	100	64,3	46,16

Bedeutung Skalenwerte: 100 = sehr stark; 67 = erheblich; 33 = kaum; 0 = gar nicht

Tabelle 21: Konkrete Tätigkeitsschwerpunkte der befragten Einrichtungen und Dienste

	Anzahl	Prozent
Tätigkeitsschwerpunkte Rehabilitation: Geistige Behinderung	30	50,0 %
Tätigkeitsschwerpunkte Rehabilitation: Körperliche Behinderung	15	25,0 %
Tätigkeitsschwerpunkte Rehabilitation: Seelische Behinderung	37	61,7 %
Tätigkeitsschwerpunkte Rehabilitation: Sinnes- und/oder Sprachbehinderung	7	11,7 %
Tätigkeitsschwerpunkte Rehabilitation: Mehrfachbehinderung o. a.	24	40,0 %
Weitere Tätigkeitsschwerpunkte: Wohnen	46	76,7 %
Weitere Tätigkeitsschwerpunkte: Werkstatt	14	23,3 %
Weitere Tätigkeitsschwerpunkte: Tagesstruktur	33	55,0 %
Weitere Tätigkeitsschwerpunkte: Medizinisch/therapeutische Versorgung	13	21,7 %
Weitere Tätigkeitsschwerpunkte: Berufsausbildung/Integration ins Arbeitsleben	19	31,7 %
Weitere Tätigkeitsschwerpunkte: Schule/schulische Förderung	11	18,3 %
Weitere Tätigkeitsschwerpunkte: Frühförderung/Kindertagesstätte/Kindergarten o. ä.	8	13,3 %
Weitere Tätigkeitsschwerpunkte: Pflege	11	18,3 %
Weitere Tät.-schwerpkt.: Betreuung/Assistenz/Begleitung/alltagspraktische Hilfen	39	65,0 %
Weitere Tätigkeitsschwerpunkte: Beratung	23	38,3 %
Weitere Tät.-schwerpkt.: Familienentlastung/Hilfen für pfleg. Angehörige/Bezugspers.	7	11,7 %
Weitere Tätigkeitsschwerpunkte: Mobilitätsförderung	4	6,7 %
Weitere Tätigkeitsschwerpunkte: Sonstige	7	11,7 %
GESAMT	60	100,0 %

Mehrfachnennungen sind möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil gültiger Nennungen.

Die Angebote der befragten Einrichtungen richten sich schwerpunktmäßig an Menschen mit seelischer und/oder geistiger Behinderung. Des Weiteren werden noch Mehrbehinderungen relativ häufig genannt (s. Tabelle 21). Eher selten genannt sind körperliche sowie Sinnes-

/Sprachbehinderungen. Die Tätigkeitsschwerpunkte liegen im Bereich Wohnen, Betreuung/Assistenz und Tagesstruktur. Weitere "mittelhäufige" Nennungen betreffen die Bereiche Berufsausbildung/Integration in Arbeitsleben sowie Beratung.

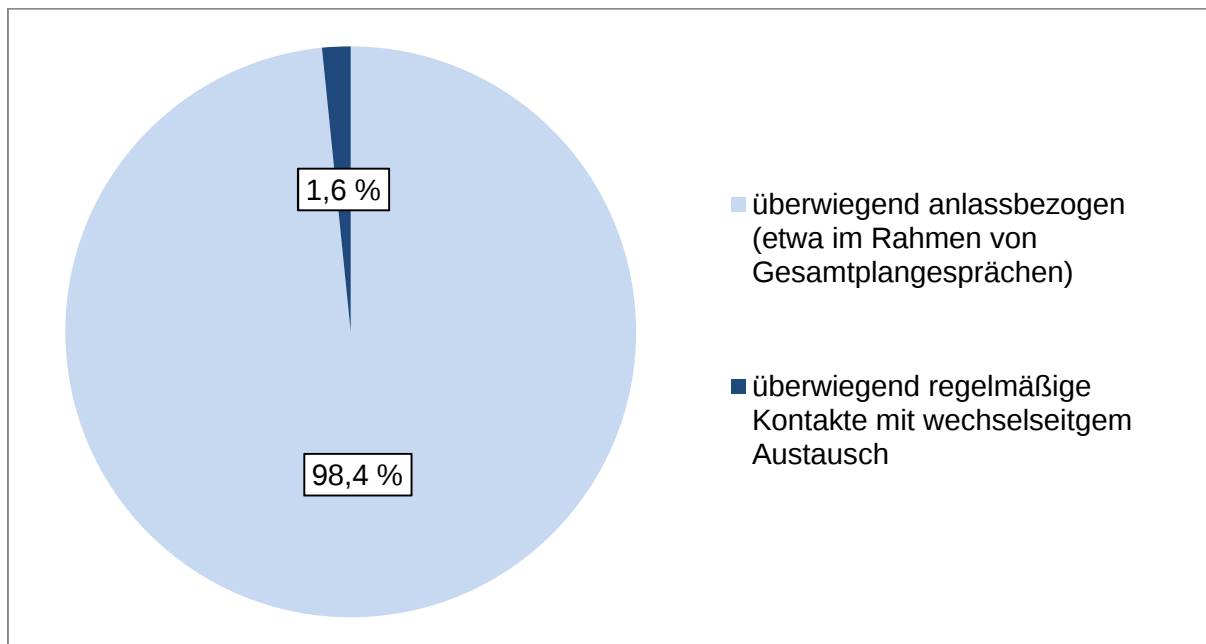
3.2.1 Prozessqualität des Fallmanagements aus Sicht der Leistungserbringer

Im Vordergrund steht die Frage, wie die Leistungserbringer (LE) den Kontakt mit dem Fallmanagement bewerten und welche Prozessqualität sie erlebt haben. Unter Prozessqualität fallen hier Fragen nach der rechtzeitigen Kontaktaufnahme, nach der Art und Weise der Kontaktaufnahme und des fachlichen Austausches sowie der fachlichen Vorbereitung im Rahmen der Gesamtplanung zur Durchführung der Hilfemaßnahmen.

Im Rahmen der Auswertung wurde deutlich, dass die Art der fallbezogenen Kontakte überwiegend anlassbezogen (98,4 %) erfolgte. Sie resultieren nicht aus einem regelmäßigen, wechselseitigen Austausch (s. Abbildung 22). Dieser regelmäßige wechselseitige Austausch mit den Fallmanagern ist eher die Ausnahme und wird nur von einem LE als gegeben angesehen. Vor dem Hintergrund, der dem Fallmanager durch den Gesetzgeber zugewiesenen Steuerungshoheit und den sich daraus ableitenden umfangreichen Steuerungsaufgaben, ist dieser Befund durchaus kritisch in den Blick zu nehmen. Er lässt den Schluss zu, dass in diesem Zusammenhang im Bereich Fachcontrolling und Netzwerkmanagement Optimierungspotential besteht.

90

Abbildung 22: Art der fallbezogenen Kontakte mit dem Fallmanagement aus LE-Sicht



Aus Sicht der Leistungserbringer wurden die Kontakte oft vom Fallmanagement und von den Leistungserbringern selbst initiiert. Absolut gesehen ist dabei die Nennung „Fallmanagement“ am häufigsten. Sehr häufig werden die Leistungsberechtigten (LB) oder die Bezugspersonen als die Initiatoren wahrgenommen (s. Tabelle 22). Relativ häufig wird auch die Ka-

tegorie "andere" benannt. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Psychiatrien, Kliniken, Fachdienste oder Ärzte.

Tabelle 22: Übliche Initiatoren der Kontakte

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
Kontakte wurden vom Fallmanagement initiiert	56	33	100	74,4	22,01
Kontakte wurden von Einrichtung/Dienst initiiert	52	0	100	64,1	24,58
Kontakte wurden initiiert von der/dem LB	43	0	100	13,2	24,27
Kontakte wurden initiiert von der Bezugsperson	46	0	100	20,3	22,74
Kontakte wurden initiiert von anderen	8	0	100	58,3	34,51

Bedeutung Skalenwerte: 100 = (fast) immer; 67 = oft; 33 = selten; 0 = (nahezu) nie

Erwartungsgemäß erfolgt der Kontakt mit den Leistungserbringern am häufigsten auf schriftlichem oder telefonischem Weg. Persönliche Kontakte sind eher unüblich, absolut betrachtet aber auch nicht völlig selten (s. Tabelle 23).

Tabelle 23: Hauptsächliche Art der Kontakte/Kommunikation mit dem FM

	N	Mini-mum	Maximum	Mittel-wert	Standard-abweichung
Kontakte erfolgten schriftlich	56	33	100	71,5	18,454
Kontakte erfolgten telefonisch	55	0	100	63,7	20,57
Kontakte erfolgten persönlich	51	0	100	51,0	28,58

Bedeutung Skalenwerte: 100 = (fast) immer; 67 = oft; 33 = selten; 0 = (nahezu) nie

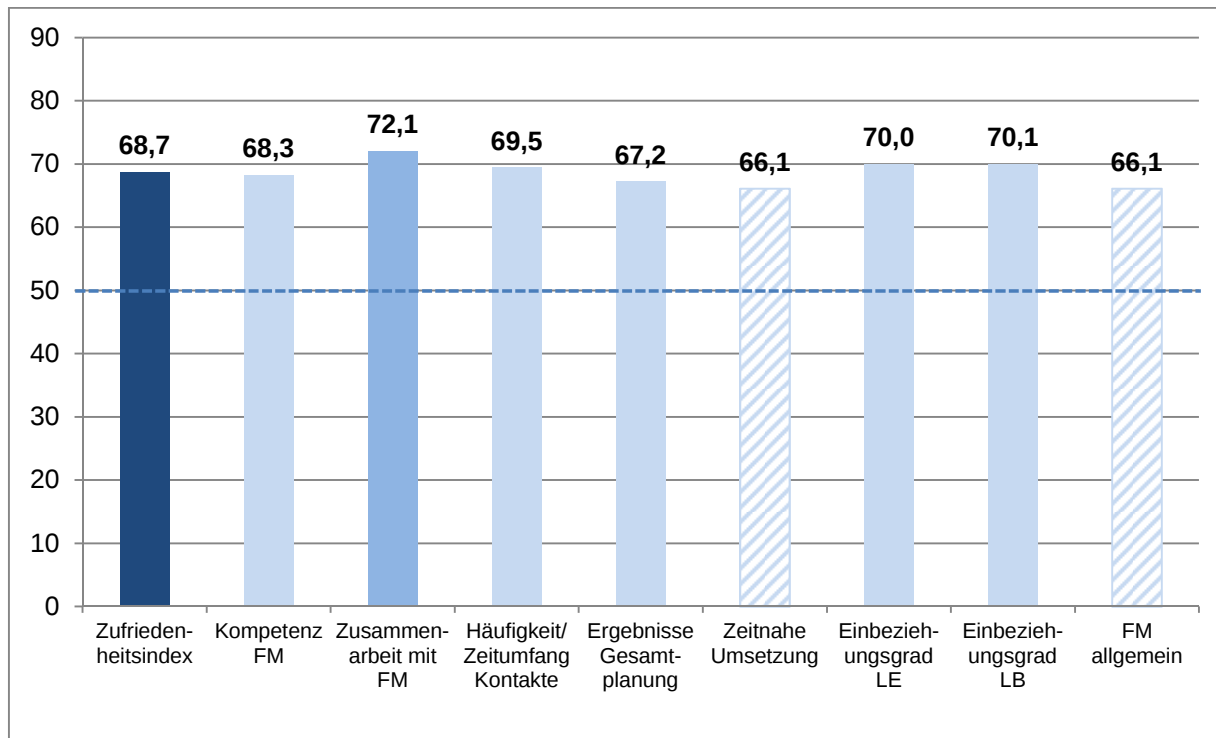
Analog zur positiven Zufriedenheit mit der Kontaktaufnahme der Leistungserbringer im Fallmanagement fällt auch die Zufriedenheit mit den jeweiligen Prozessen positiv aus. Im Durchschnitt ist die Zufriedenheit der Leistungserbringer mit dem Fallmanagement im Skalenbereich „eher zufrieden“ angesiedelt. Hinsichtlich der einzelnen Zufriedenheitsdimensionen schwanken die Zahlenwerte nur gering. Im absoluten Vergleich, dies ist in besonderer Weise hervorzuheben, schneidet die Zufriedenheit bezüglich der Zusammenarbeit mit den Fallmanagern am besten ab. Vergleichsweise hohe Zufriedenheitswerte sind auch in Bezug auf den Einbeziehungsgrad, sowohl der Leistungsberechtigten als auch der Leistungserbringer, festzustellen.

Relativ gesehen etwas geringere Werte (ähnlich auch schon bei der Befragung der Leistungsberechtigten in Abschnitt 3.1) sind hinsichtlich einer zeitnahen Umsetzung von Absprachen, der Bewertung des Fallmanagements im Allgemeinen sowie ansatzweise auch hinsichtlich der Zufriedenheit mit den konkreten Ergebnissen der Gesamtplanung zu beobachten (vgl. Abbildung 23). Absolut gesehen liegt aber auch hier die Zufriedenheit in einem positiven Bereich (zahlenmäßig geringfügig unterhalb der Antwortalternative „eher zufrieden“).

Die Zufriedenheitswerte bezüglich der Dimensionen Kompetenz, Häufigkeit/Zeitungsfang, Kontakte sowie Ergebnisse Gesamtplanung liegen im Bereich „eher zufrieden“ und sind vor dem

Hintergrund der grundsätzlich eher gegenüberliegenden gesetzgeberischen Funktionszuweisung zwischen Auftrag und Erfüllung überraschend positiv.

Abbildung 23: Zufriedenheit der Leistungserbringer/Dienstleister mit dem Fallmanagement



Bedeutung der Skalenwerte: 100 = sehr zufrieden; 67 = eher zufrieden; 33 = eher unzufrieden; 0 = sehr unzufrieden

3.2.2 Vorteile und Nachteile des Fallmanagements aus Sicht der Leistungserbringer

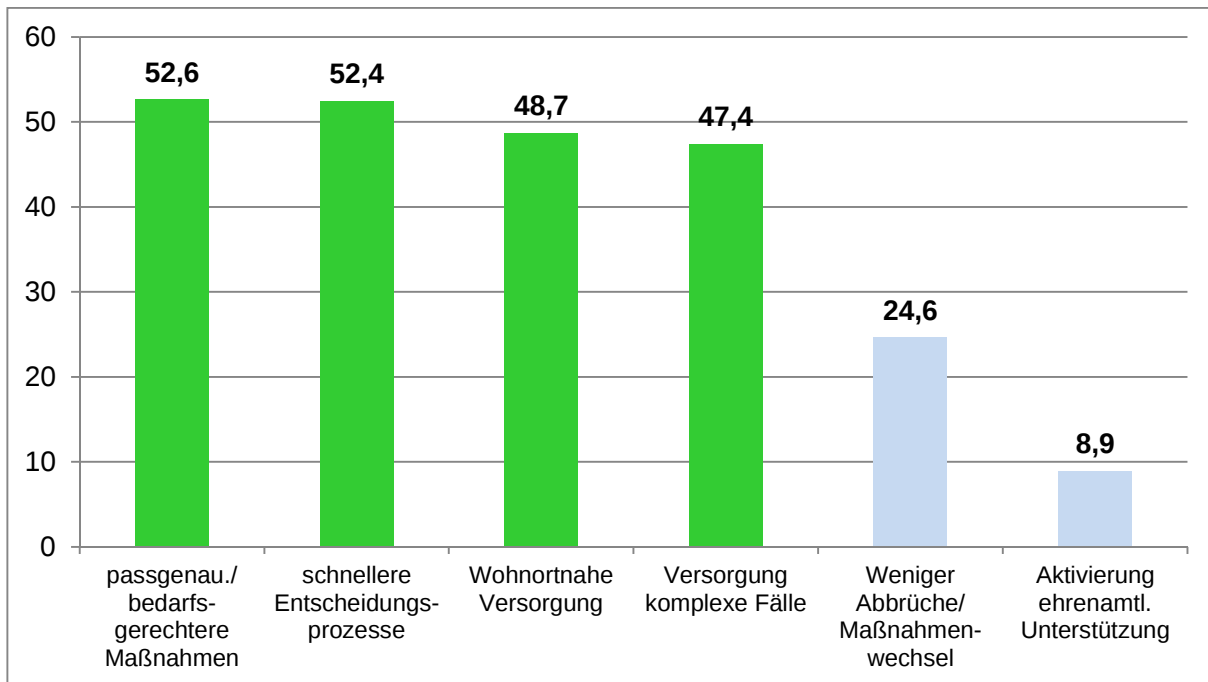
Ähnlich wie bei den Leistungsberechtigten wurde auch den Leistungserbringern eine Liste von 14 Antwortalternativen vorgelegt, um zu erfahren, welche Aspekte im Zuge des Fallmanagements als Vorteile wahrgenommen wurden, beispielsweise hinsichtlich der Auswahl „insgesamt passgenauerer/bedarfsgerechterer Maßnahmen“, der Beförderung „schnellerer Entscheidungsprozesse bei wichtigen Abstimmungs- und Klärungsbedarfen“, einer insgesamt „aktiveren Mitarbeit der Nutzer/innen an der Gestaltung der Maßnahme/Hilfe“ oder der „Unterstützung/Entlastung im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung in komplexen („schwierigen“) Fällen“.

Im Folgenden werden nur die wesentlichen Vor- und Nachteile, also die häufigsten Nennungen, aus einer Vielzahl weiterer Antwortmöglichkeiten genannt. Etwa jeder zweite Leistungserbringer sieht Vorteile des FM im Hinblick auf...

- eine Ermöglichung passgenauerer/bedarfsgerechterer Maßnahmen
- schnellere Entscheidungsprozesse
- die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung
- eine bedarfsgerechtere Versorgung in komplexen Fällen

(Sehr) starke beziehungsweise erhebliche Vorteile des FM werden von den Leistungserbringern insgesamt aber nicht wahrgenommen. Keine beziehungsweise nur sehr geringe Vorteile des FM werden in Bezug auf die Aktivierung zusätzlicher ehrenamtlicher Unterstützung oder die Vermeidung von Abbrüchen beziehungsweise Maßnahmenwechseln gesehen (vgl. Abbildung 24).

Abbildung 24: (Haupt-)Vorteile des FM aus Sicht der Leistungserbringer/Dienstleister



Bedeutung der Skalenwerte: 100 = sehr stark; 67 = stark; 33 = etwas; 0 = gar nicht

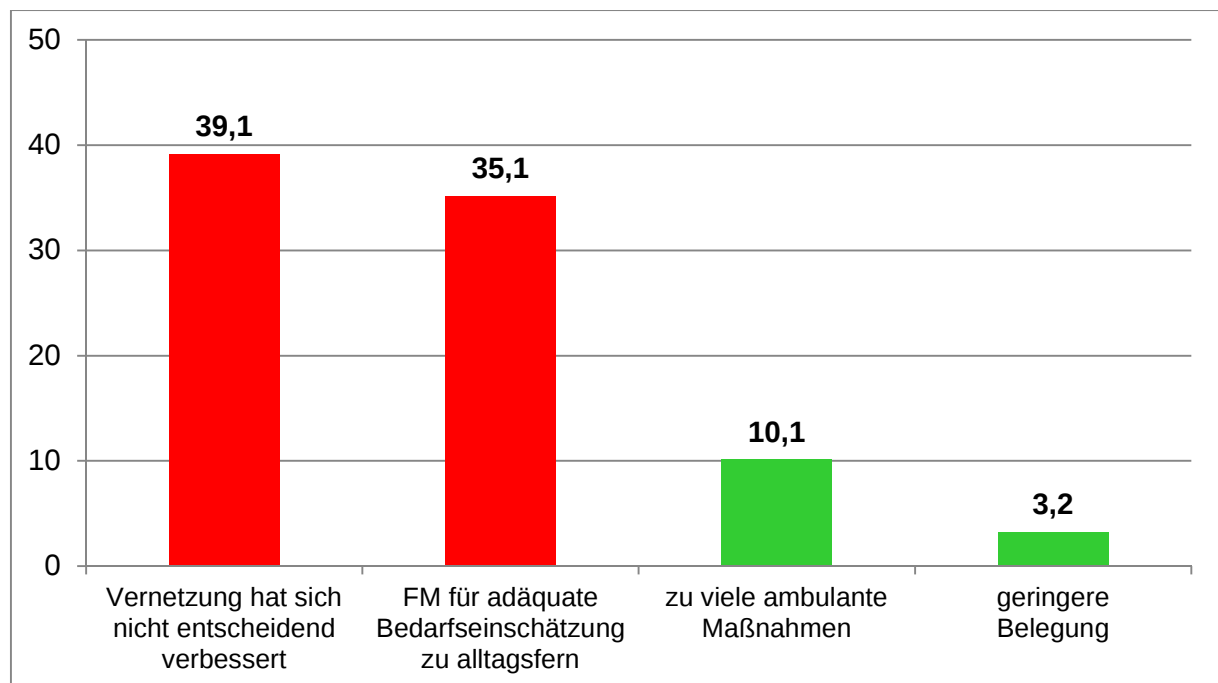
Die häufigsten Nennungen, die von etwa 52 % der LE benannt werden, ist der Hinweis auf passgenauere, bedarfsgerechtere Maßnahmen sowie die Beförderung schnellerer Entscheidungsprozesse. Von 48,7 % der LE werden die wohnortnahe Versorgung und von 47,4 % die Versorgung komplexer Fälle hervorgehoben. Die darüber hinaus noch zur Auswahl stehenden Bereiche, wie etwa „fallbezogene Abstimmungsprozesse mit Institutionen“ (45,1 %) oder „Abstimmungsprozesse mit Angehörigen/Bezugspersonen“ (41,9 %) sowie „besserer Informationsstand“ (39,5 %), wurden insgesamt vergleichsweise seltener benannt und haben einen eher geringeren Stellenwert. Diese Aspekte sind daher auch für die globale Darstellung der wesentlichen Vorteile, die von den LE mit dem Fallmanagement assoziiert werden, weniger bedeutsam. Ein wichtiges Ergebnis in diesem Kontext ist allerdings, dass nur 8,9 % von 121 LE der Aktivierung ehrenamtlicher Unterstützung eine besondere Bedeutung zugemessen. Dieser Befund überrascht und es ist zu überdenken, ob hier gegebenenfalls Ressourcenpotenziale im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements ungenutzt bleiben.

Absolut betrachtet werden von den LE im Rahmen des FM geringe Nachteile wahrgenommen. Die größten Nachteile werden hierbei in Bezug auf die Vernetzung gesehen, die sich nicht entscheidend verbessert. Dies lässt den Schluss zu, dass hinsichtlich der Vernetzungsaktivitäten, die über die Fallebene hinausgehen, grundsätzlich Optimierungspotenziale bestehen und hier aus Sicht der LE auch ein entsprechender Bedarf gesehen wird.

Weiterhin wird hinsichtlich der Bedarfseinschätzung der Fallmanager kritisch hervorgehoben, dass die FM zu weit vom Alltag der Betroffenen entfernt seien, um die Bedarfe adäquat einschätzen zu können. Auch dieses Ergebnis sollte näher seitens der Sozialhilfeträger reflektiert werden. Gegebenenfalls werden aus Sicht der LE die Kompetenzprofile der FM als ausbaufähig angesehen und es wäre zu überdenken, ob es diesbezüglich einen ergänzenden Fortbildungs- und Qualifizierungsbedarf beziehungsweise einen besseren und umfangreicheren fachlichen Austausch zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf beiden Seiten geben sollte.

(So gut wie) keine Nachteile werden in Bezug auf eine geringere Belegung oder zu viele ambulante Maßnahmen in Folge des FM gesehen. Dass die Kosten stärker in den Vordergrund rücken und auch insgesamt ein höherer Kostendruck entsteht, wird demgegenüber aber schon etwas häufiger berichtet (Abbildung 25).

Abbildung 25: (Haupt-)Nachteile des FM aus Sicht der Leistungserbringer/Dienstleister



Bedeutung der Skalenwerte: 100 = sehr stark; 67 = stark; 33 = etwas; 0 = gar nicht

Insgesamt wird das Fallmanagement von den Leistungserbringern im Großen und Ganzen als sinnvoll eingestuft (s. Tabelle 24). Die Einschätzungen liegen im Bereich "eher sinnvoll" bis "überwiegend sinnvoll". In der vorliegenden Umsetzung als Steuerungsinstrument geht die Tendenz allerdings eher zu "eher sinnvoll", während die Bewertung des Fallmanagements als Handlungsansatz allgemein eher als "überwiegend sinnvoll" bewertet wird.

Tabelle 24: Subjektive Bewertung der Sinnhaftigkeit des Fallmanagements

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
FM als Steuerungsinstrument des Sozialhilfeträgers	57	0	100	66,0	23,6
FM als Handlungsansatz/Methode allgemein	55	0	100	74,6	18,64

Bedeutung der Skalenwerte: 100 = sehr sinnvoll; 67 = überwiegend sinnvoll; 33 = eher sinnvoll; -33 = eher nicht sinnvoll; -67 = überwiegend nicht sinnvoll; -100 = überhaupt nicht sinnvoll

Bilanzierend betrachtet, so kann man die Ergebnisse zusammenfassen, ist das Gesamturteil recht positiv und lässt den Schluss zu, dass das Fallmanagement in fachlicher Hinsicht auch bei den Leistungserbringern eine entsprechende Wertschätzung erfährt.

3.2.3 „Impact“-Wirkungen: Veränderung der Situation der Leistungsberechtigten aus Sicht der Leistungserbringer

Wie schon bei den Leistungsberechtigten wurden auch die Leistungserbringer nicht nur nach der Beurteilung der Qualität von Prozessen, sondern auch nach den konkreten Ergebnissen des Fallmanagements für die Nutzerinnen und Nutzer der Dienstleistungen in der jeweiligen Einrichtung befragt. An dieser Stelle geht es um die Einschätzung der Einrichtung beziehungsweise des jeweiligen Dienstes wie sich die Situation der Nutzerinnen und Nutzer, bezogen auf einen Zeitraum von circa einem Jahr nach Erstellung oder Fortschreibung der Gesamtpläne (Hilfepläne), im Schnitt verändert hat. Rückblickend sollten, ähnlich wie bei den Leistungsberechtigten (vgl. Abschnitt 3.1.4) die Veränderung der Lebenssituation, unter anderem in den Bereichen körperliche Verfassung und Mobilität, geistige Verfassung und seelisches Wohlbefinden, Selbständigkeit bei einfachen und anspruchsvollen Alltagsaktivitäten, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Freundschaften und Beziehungen, Beschäftigungs- und Wohnsituation sowie Betreuungsbedarf und Versorgungssituation eingeschätzt werden.

Grundsätzlich ist hervorzuheben, dass alle Veränderungsdimensionen im positiven Bereich liegen. Es konnten generell keine Verschlechterungen aus Sicht der Leistungserbringer festgestellt werden. Die LE sehen maximal leichte Verbesserungen in Bezug auf eine konkrete Verbesserung der Situation der Leistungsberechtigten. Die besten Effekte werden im Bereich der Lebensqualität, beim seelischen Wohlbefinden, der Selbständigkeit bei einfachen und anspruchsvollen Alltagsaktivitäten, der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie der Arbeitssituation beziehungsweise Tagesstruktur gesehen. (So gut wie) keine Effekte werden in Bezug auf die körperliche Verfassung/Mobilität und dem allgemeinen Betreuungsbedarf gesehen (vgl. Abbildung 26).

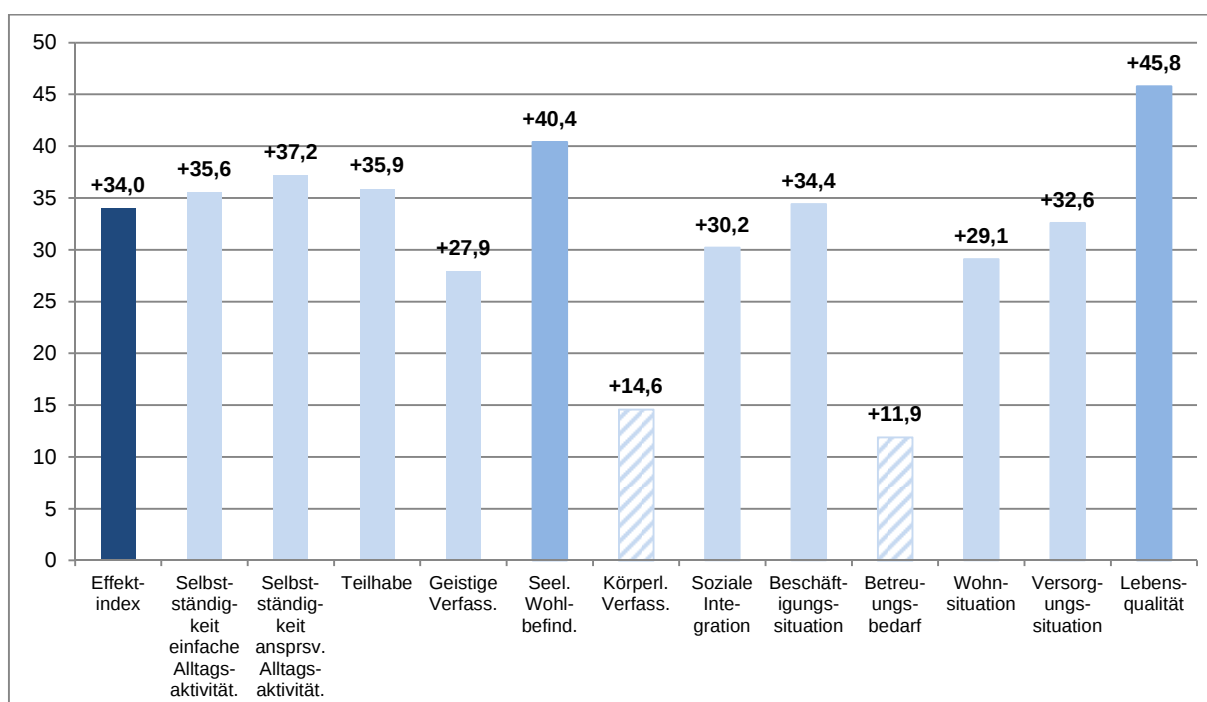
Ähnlich wie schon die Einschätzung der Leistungsberechtigten gezeigt hat, so zeigen auch hier die Ergebnisse der Auswertung aus Sicht der Leistungserbringer, dass zwar die Durchschnittswerte aller Veränderungsdimensionen durchweg im positiven Bereich liegen. Die aktuelle Situation hat sich also gegenüber der Ausgangslage jeweils leicht verbessert. Statistisch betrachtet liegen diese Veränderungen aber eher auf einem Niveau kleiner Effektstär-

ken (maximal "leichte Verbesserungen" s. Abbildung 19). In der Abbildung ist dies ebenfalls wieder anhand des Effektindex abzulesen, der sozusagen ein „Mittelwert“ aus allen abgefragten Einzelbereichen ist.

Ähnlich wie schon bei den Ergebnissen der Einschätzung der Leistungsberechtigten (vgl. Abschnitt 3.1.4) ist aus fachlicher Sicht der Befund einer sich nur mittel- und langfristig vollziehenden und zudem nur graduell mit leichten Verbesserungen einhergehenden Veränderung der Situation der LB aus Sicht der Leistungserbringer wenig überraschend. Vor dem Hintergrund der Schweregrade der körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen sind grundsätzlich nur eher geringfügige (d. h. aber nicht weniger bedeutsame) Veränderungen bei den LB möglich.

Weiterhin ist auch hier wieder zu bedenken, dass der Untersuchungszeitraum der WiFEin-Studie nur relativ kurz ist und demzufolge gegebenenfalls mittel- und langfristig auftretende, durch das Fallmanagement angestoßene, positive Entwicklungen nicht erfasst werden konnten.

Abbildung 26: Veränderung der Situation der LB im Zusammenhang mit dem FM



Bedeutung der Skalenwerte: +100 = deutlich verbessert; +50 = leicht verbessert; 0 = unverändert; -50 = leicht verschlechtert; -100 = deutlich verschlechtert

In den Fällen, bei denen zumindest eine leichte Änderung der Versorgungssituation wahrgenommen wurde, wird diese immerhin in etwa der Hälfte der Fälle unmittelbar auf das Fallmanagement zurückgeführt (s. Tabelle 25). Die andere Hälfte machen "andere Faktoren" aus. Dabei wird am häufigsten auf die nachhaltigeren Konzepte der Einrichtungen selbst verwiesen.

Tabelle 25: Ausschlaggebende Faktoren, wenn eine Veränderung in der Versorgungssituation wahrgenommen wurde

	Häufigkeit	Prozente
Das Fallmanagement (als Handlungsansatz/Methode)	17	51,5 %
Andere Faktoren	16	48,5 %
Gesamt	33	100,0 %

3.2.4 Qualitative Auswertung der Rückmeldungen der Leistungserbringer/Dienstleister

Auch bei der Befragung der Leistungserbringer wurde, neben einer primär auf eine quantitative Auswertung ausgerichteten Befragung, auch nach Verbesserungsmöglichkeiten und positiven Erfahrungen im Zuge des Fallmanagements aus Sicht der Einrichtung/des Dienstes in Form freier Angaben gefragt. Die Äußerungen wurden ebenfalls einer qualitativen Analyse unterzogen.

Die in diesem Abschnitt präsentierten Ergebnisse haben nur exemplarischen Charakter und basieren, trotz des Einrichtungsfokus, auf eher individuellen Rückmeldungen, die keinen repräsentativen Charakter haben. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit zu detailliertem Feedback eher dann genutzt wird, wenn man mit bestimmten Dingen unzufrieden ist. Positive Erfahrungswerte werden in diesem Zusammenhang seltener geäußert.

Trotz allem wurden von insgesamt 48 % der 121 Leistungserbringer positive Rückmeldungen gegeben, Verbesserungsvorschläge wurden hingegen nur von 20 % aller Leistungserbringer abgegeben. Ähnlich wie schon bei den LB decken sich auch hier inhaltlich die positiven Rückmeldungen mit den in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten quantitativen Ergebnissen zur Prozessqualität. Hervorgehoben werden unter anderem

- die „Beratung über weitere Leistungen, die in Anspruch genommen werden können“,
- die „Bewilligung von ergänzenden Maßnahmen“,
- das „gegenseitig aufgebaute Vertrauen zwischen Kostenträger und Leistungserbringer“,
- der „gute persönliche Kontakt“,
- die „stärkere Verpflichtung zur Teilnahme am Angebot durch Zusammenarbeit mit dem Leistungsträger“,
- die stärkere „Steuerung von Einfluss destruktiver Angehöriger durch Zusammenarbeit“,
- sowie der Umstand, dass die „Fallmanager teilweise in Einrichtungen kommen und dadurch das gegenseitige Verständnis wächst und sich der fachliche Hintergrund verbessert.“.

Beispiele für Verbesserungsvorschläge (20 % aller LE) sind beispielsweise

- „die internen ‚Vernetzungsstrukturen‘ bei Leistungsträgern (Bspw.: Eingliederungshilfe zu Kinder- und Jugendhilfe oder zu Agentur/Grundsicherung)“,



- die „Vernetzung zwischen den verschiedenen Leistungsträgern“,
- „Fallmanager sollten auch mit Entscheidungskompetenz zu wirtschaftlichen Fragen ausgestattet werden.“,
- „Selbstbestimmung des Leistungsberechtigten erkennen und mit langfristigen Maßnahmen aufrechterhalten; kurze Bewilligungszeiträume geben Unsicherheiten“,
- „Fallmanager müssen praxisorientiert arbeiten. Kennenlernen der Einrichtungen wäre sinnvoll. Psychische Komponente muss besser in den Fokus gerückt werden und Doppeldiagnosen spezieller Berücksichtigung finden.“,
- aktives Fallmanagement bedeutet auch „Raus gehen – zu den Leistungsberechtigten und Leistungsempfängern“.

In diesem Zusammenhang zeigt sich bei den Verbesserungsvorschlägen, dass auch hier der Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den Sozialhilfeträgern, den Leistungsberechtigten und den Leistungserbringern eine besondere Bedeutung zugemessen wird und dieser Sachverhalt mehrfach als optimierungsbedürftig in der Praxis angesehen wird.

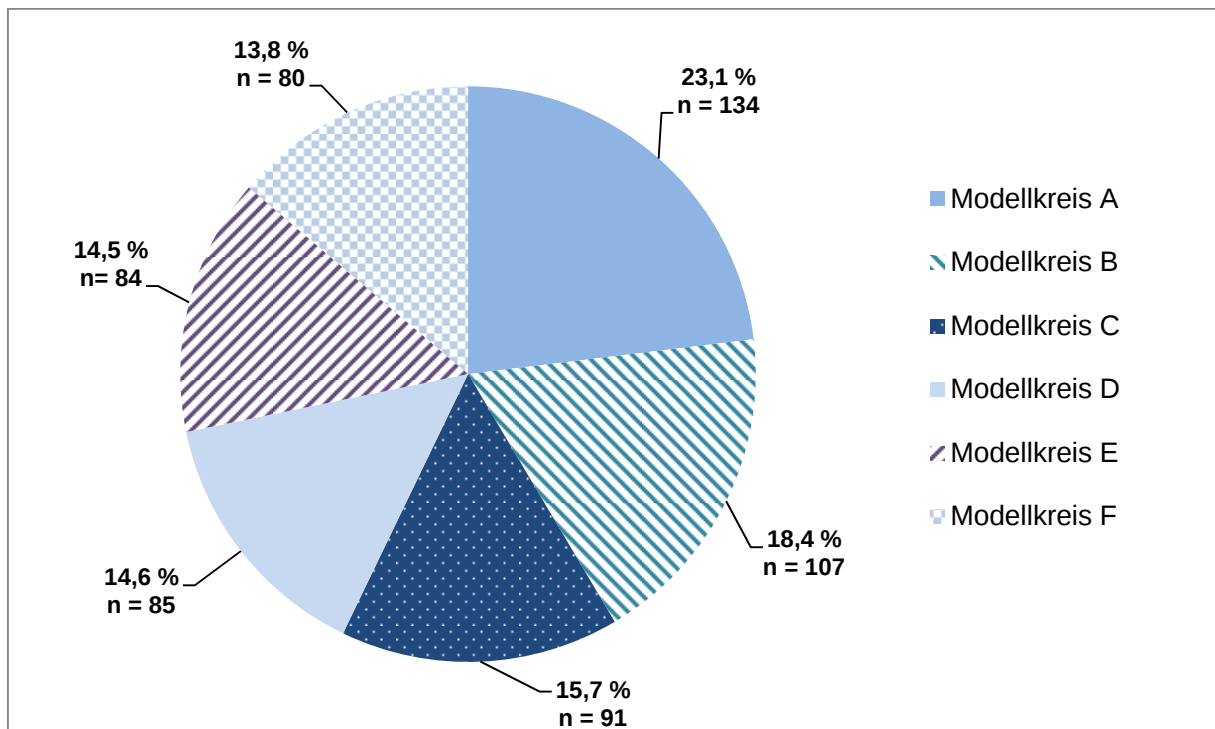
3.3 Effektivität des Fallmanagements: Objektivierte „Effects“

Ging es in den vorangegangenen Kapiteln um die primär subjektive Wahrnehmung der Fallmanagementeffekte seitens der Leistungsberechtigten und Leistungserbringer, wird in diesem Abschnitt eine Objektivierung der Wirkungen vorgenommen. Eine solche Wirkungsbestimmung ist, wie in Abschnitt 2.1 beschrieben, auf der Grundlage einer prozessbegleitenden Veränderungsmessung mit standardisierten Bedarfsfeststellungsinstrumenten möglich, die von den Fachkräften zu mindestens zwei Zeitpunkten eingesetzt werden. Ferner wird auf die Zielerreichungsgrade der Ziel- und Maßnahmenplanung eingegangen. Da es sich hierbei um einen wichtigen Teil des Fallmanagementprozesses handelt, fließen sowohl die Ergebnisse der Veränderungsmessung als auch die naturgemäß etwas weniger messgenauen Zielerreichungsgrade (mit geringerer Gewichtung) in einen übergreifenden Gesamteffektindex ein. Der Gesamteffektindex dient als gemeinsamer Bezugspunkt für die Effektivität des Fallmanagements und als Grundlage für tiefergehende Untersuchungen wie die Wirkfaktorenanalyse (s. Abschnitt 3.6). Ein solches Vorgehen wird möglich und ist sinnvoll, da die einzelnen Ergebnisindikatoren, die im Rahmen des Forschungsprojekts auf den unterschiedlichen Untersuchungsebenen erhoben wurden, stark positiv miteinander korreliert sind (s. Abschnitt 3.5).

3.3.1 Stichprobenbeschreibung

Die in den sechs Modellkreisen erhobene einzelfallbezogene Untersuchungsstichprobe setzt sich zum Stichtag t1 aus insgesamt 581 Fallmanagementfällen zusammen. Im Durchschnitt sind das ungefähr 97 Fälle pro Kreis. Wie in Abbildung 27 zu erkennen ist, liegt die Spannweite zwischen 80 Fällen im Minimum und 134 Fällen in der Spitze. Die Schwankungen hängen mit unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen zusammen. So ist es beispielsweise in einem dicht besiedelten Stadtkreis deutlich einfacher auf eine höhere Fallzahl zu kommen als in einem eher dünn besiedelten Flächenlandkreis. In Anbetracht des vergleichsweise kurzen Erhebungszeitraums von nur etwa einem Jahr, stellt eine Fallzahl von 581 Fällen eine beachtliche Leistung dar, die ohne großen Einsatz und Engagement aller Beteiligten in den Modellkreisen nicht zu erreichen gewesen wäre. Auch wenn die „Ziellatte“ für den optimalen Stichprobenumfang bei Beginn des Forschungsprojekts aus forschungsmethodologischer und weniger aus Sicht der praktischen Umsetzbarkeit noch etwas höher lag (s. Abschnitt 2.1.3), konnten mit dem vorliegenden Stichprobenumfang immerhin kleine bis mittlere Effektstärken statistisch zuverlässig abgebildet werden. Somit ist die Aussagekraft des Untersuchungsdesigns, mit kleineren Abstrichen, insgesamt in einem sehr hohen Bereich angesiedelt. Auch die unterschiedliche Fallverteilung in den Modellkreisen ist in den vorliegenden Größenordnungen insgesamt nicht weiter problematisch. Die Kreise, die hohe Fallzahlen beisteuern konnten, profitieren lediglich durch eine leicht höhere Genauigkeit und Repräsentativität bei den individuellen kreisspezifischen Auswertungen.

Abbildung 27: Zusammensetzung der Gesamtstichprobe



100

Damit eine Veränderungsmessung durchgeführt werden kann, ist es erforderlich, dass zu allen Messzeitpunkten vollständige Daten zu den jeweiligen Bedarfslagen vorliegen. Im Rahmen von WiFEin ist dies erfreulicherweise bis auf lediglich einen einzelnen Fall gelungen, bei dem aufgrund einer längeren Abwesenheit einer Fallmanagerin der t2-Dokumentationsbogen nicht mehr rechtzeitig geliefert werden konnte, um noch in die Auswertung einfließen zu können. Insgesamt lagen somit Veränderungsdaten zu 580 Fällen vor, die zur Bestimmung der Effektivität beziehungsweise der Wirkungen des Fallmanagements genutzt werden konnten.

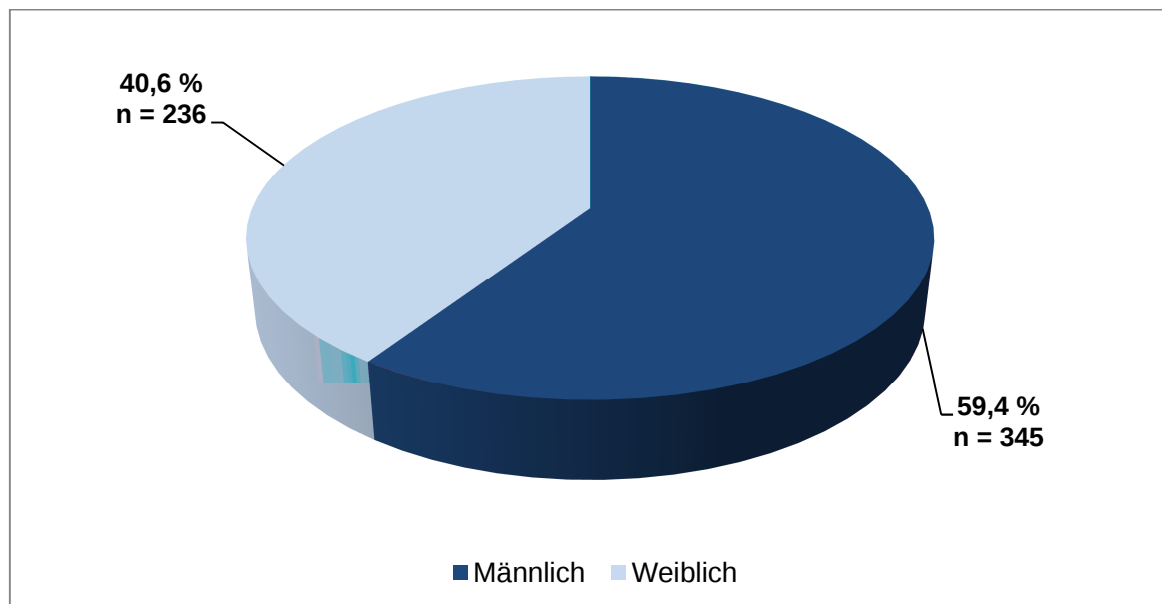
Ein weiteres erfreuliches Ergebnis in Bezug auf die Wirkungsmessung betrifft den Erhebungsmodus. Wie in Abschnitt 2.1.2 beschrieben, ist die Reliabilität beziehungsweise die Messgenauigkeit einer Wirkungsmessung deutlich höher, wenn die Daten prospektiv, also prozessbegleitend zum aktuellen Zeitpunkt ihrer Entstehung und nicht über einen längeren Zeitraum rückblickend, erfasst werden. Trotz des relativen kurzen Erhebungszeitraums sind 96 % der Erhebungen vollständig prospektiv („Typ-A“-Dokumentationen entsprechend der Definition in Abschnitt 2.1.3). Weitere 4 % der Dokumentationen liegt zumindest eine Mischform („Typ-B“-Fälle) aus retrospektiver Erhebung zum Stichtag t1 und prospektiver Erhebung zum Stichtag t2 zu Grunde. Rein retrospektive Dokumentationen („Typ-C-Fälle“) kommen in der Untersuchungsstichprobe überhaupt nicht vor. Insgesamt ist somit eine hohe Datenqualität gegeben.

Neben den Stichprobenumfängen geht es in diesem Abschnitt um die Frage, welche Merkmale die im Fallmanagement gesteuerten Fälle kennzeichnen. Hierbei wird unter anderem auf die zentralen soziographischen Merkmale der leistungsberechtigten Personen eingegangen und beschrieben, welche Behinderungen am häufigsten vorliegen. Soweit möglich wird

ebenfalls auf Vergleichsstatistiken des Bundes oder des Landes Baden-Württemberg Bezug genommen. Um flankierend Anhaltspunkte für die Unterschiedlichkeit der Daten in den Modellkreisen zu geben, wird auf die Streubreite der Daten im Vergleich der Modellkreise Bezug genommen: So sind, soweit sinnvoll, sogenannte „Modellkreis-Werte“ (MK-Werte) ausgewiesen, die das Abschneiden der beiden Modellkreise mit dem insgesamt höchsten (Maximum) und niedrigsten beobachteten Wert (Minimum) kennzeichnen.

- **Geschlecht:** Die überwiegende Anzahl (59,4 %) der Leistungsberechtigten in der Untersuchungsstichprobe weist ein männliches Geschlecht auf (s. Abbildung 28). Dies deckt sich ziemlich exakt mit dem in der Eingliederungshilfeempfängerstatistik des Statistischen Bundesamts (2012a) beschriebenen Geschlechterverhältnis von drei Fünfteln Männern und zwei Fünfteln Frauen. In den Modellkreisen schwankt der Anteil männlicher Klientel von minimal 52,3 % bis maximal 66,7 %.

Abbildung 28: Geschlechtsverteilung in der Untersuchungsstichprobe

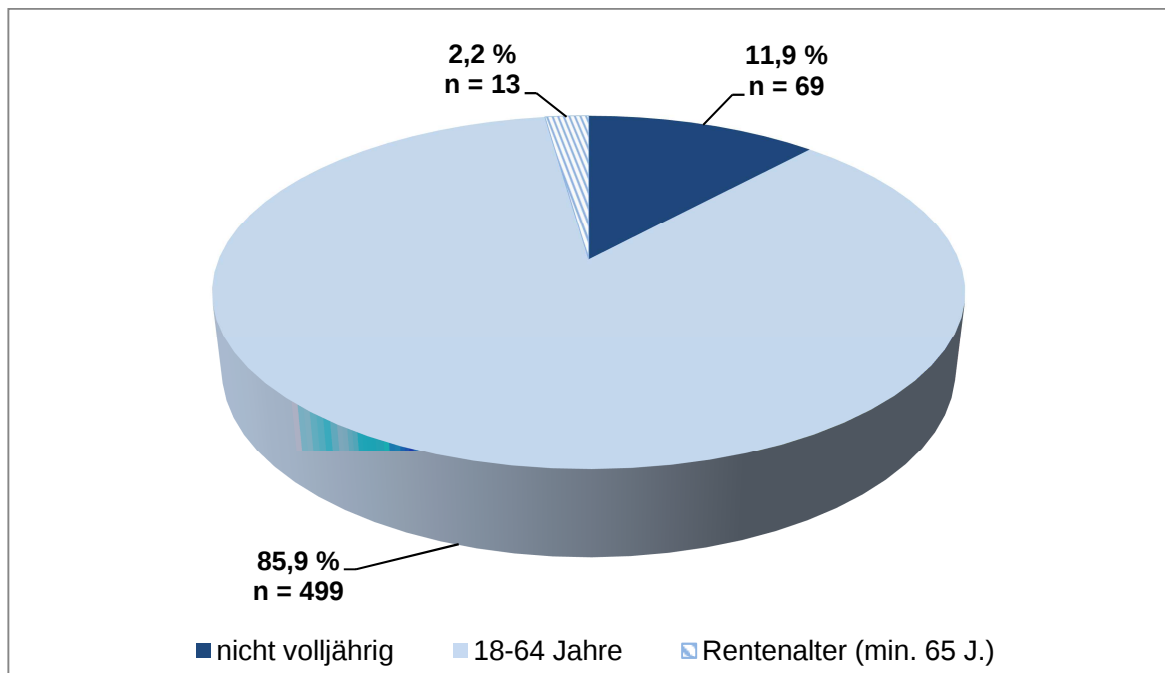


101

- **Alter:** Die Leistungsberechtigten sind im Durchschnitt 35,1 Jahre alt. Die mittlere Altersspannweite in den Modellkreisen variiert dabei zwischen 28,8 und 38,4 Jahren. Der Gesamtmittelwert liegt circa zweieinhalb Jahre über dem in der Eingliederungshilfeempfängerstatistik ausgewiesenen Wert von 32,6 Jahren (Statistisches Bundesamt 2012a).

Der Grund für diese Abweichung wird beim Vergleich der Altersklassen (s. Abbildung 29) mit der Bundesstatistik nachvollziehbar. Hier fällt auf, dass die fallmanagementbezogenen Daten aus WiFEin vergleichsweise geringe Anteile an den beiden „Rändern“ der Altersverteilung aufweisen: So werden einerseits mit 2,2 % (WiFEin) versus 5 % (Bund) zwar einerseits etwas weniger Leistungsberechtigte im Rentenalter (definiert als 65 Jahre und älter) ins Fallmanagement aufgenommen, andererseits mit 11,9 % (WiFEin) versus 29 % (Bund) besonders deutlich aber auch weniger Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre, was den erhöhten Altersmittelwert erklärt.

Abbildung 29: Verteilung der Altersklassen



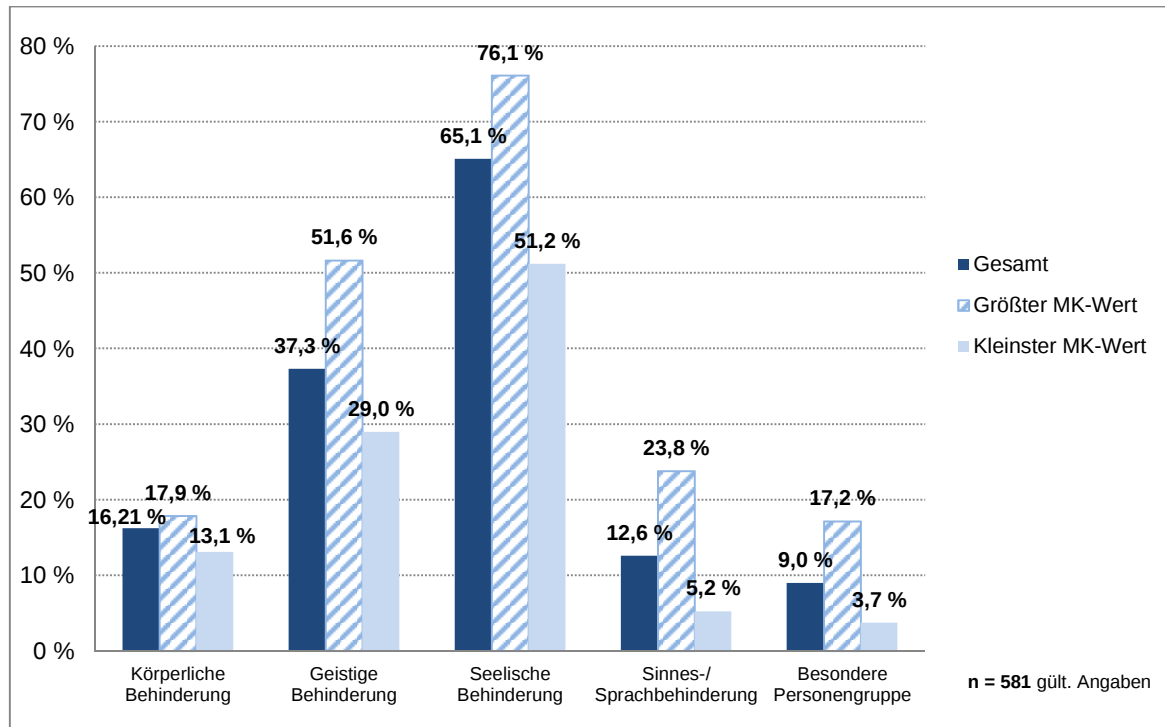
102

Die primäre Zielgruppe des Fallmanagements liegt entsprechend den vorliegenden Daten also im Altersbereich zwischen 18 und 64 Jahren. Dies ist insofern überraschend, da in Baden-Württemberg grundsätzlich ein präventives Fallmanagementverständnis propagiert wird (KVJS 2011a). Dem liegt das Ziel zu Grunde, Menschen mit Behinderung möglichst frühzeitig mit einer geeigneten Hilfeplanung zu erreichen. In Teilbereichen, etwa bei den seelisch behinderten jungen Menschen nach § 35a SGB VIII, hängen die Zahlen sicher auch mit „Schnittstellenproblemen“, etwa in der Zusammenarbeit/Vernetzung mit den Jugendämtern zusammen (vgl. auch Abschnitt 3.6.2). Es muss abschließend aber noch darauf hingewiesen werden, dass zwei Modellkreise mit einem Anteil bei den Nicht-Volljährigen von 30,6 % und 20,2 % doch relativ nahe an den Bundesschnitt heranreichen. Diese Unterschiede sind letztendlich im örtlichen Fallmanagementkonzept, etwa hinsichtlich der Frage welche Fälle überhaupt gesteuert werden, und wie bereits oben erörtert den regionalen Strukturen und Netzwerken begründet. Nähere Aufschlüsse zu Optimierungspotenzialen liefern die in Abschnitt 3.6 beschriebenen Ergebnisse der Wirkfaktorenanalyse.

- **Art der Behinderung:** Mit einem Nennungsanteil von 65,1 % bilden Menschen mit seelischer Behinderung die insgesamt größte Inanspruchnahmegruppe des Fallmanagements (s. Abbildung 30). Die zweithäufigste Nennung (37,3 %) sind geistige Behinderungen. Körperliche Behinderungen (16,2 %), Sinnes-/Sprachbehinderungen (12,6 %) sowie besondere Personengruppen mit Autismus, Epilepsie oder sonstigen Verhaltensauffälligkeiten (9,0 %) werden nur vergleichsweise selten ins Fallmanagement aufgenommen. Die Zahlen können in der Summe größer als 100 % sein, da auch Mehrfachbehinderungen vorliegen können. Dies ist bei etwa einem Viertel der Personen in der Untersuchungstichprobe der Fall.

Die Rangfolge in den Häufigkeiten der einzelnen Behinderungsarten spiegelt sich weitestgehend auch in den Modellkreis-Werten (MK-Werten) wider. Lediglich in einem Modellkreis liegt eine annähernde Gleichverteilung zwischen seelischen und geistigen Behinderungen vor (59,3 % vs. 51,6 %).

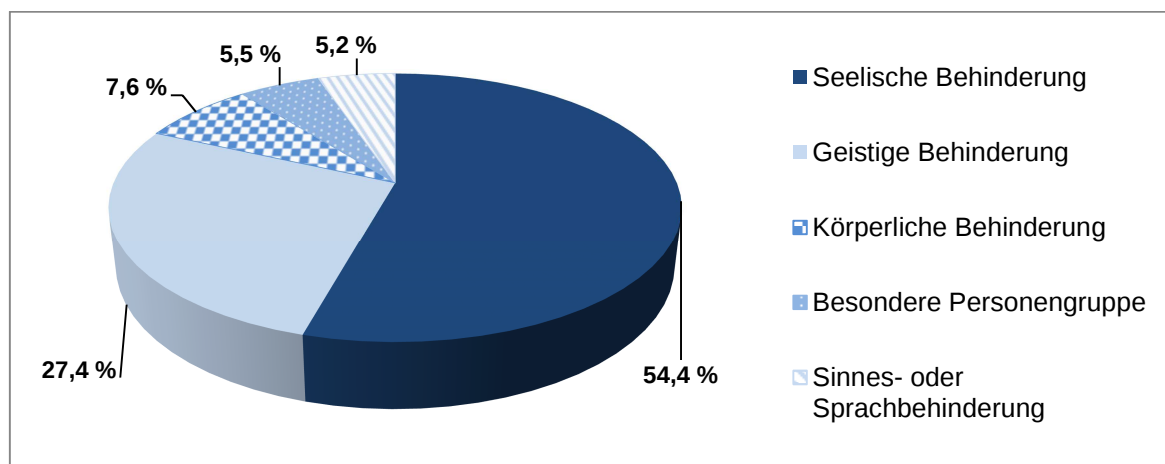
Abbildung 30: Art der Behinderung im Fallmanagement (Mehrfachnennungen möglich)



103

Ein analoges Ergebnis zeigt ebenfalls die Betrachtung der Verteilung der vorrangigen Behinderungen (s. Abbildung 31). In dieser Darstellung wird noch deutlicher, dass körperliche Behinderungen, Sinnes-/Sprachbehinderungen sowie besondere Personengruppen im Fallmanagement nur eine untergeordnete Auftretenshäufigkeit haben.

Abbildung 31: Verteilung der vorrangigen Behinderungen im Fallmanagement



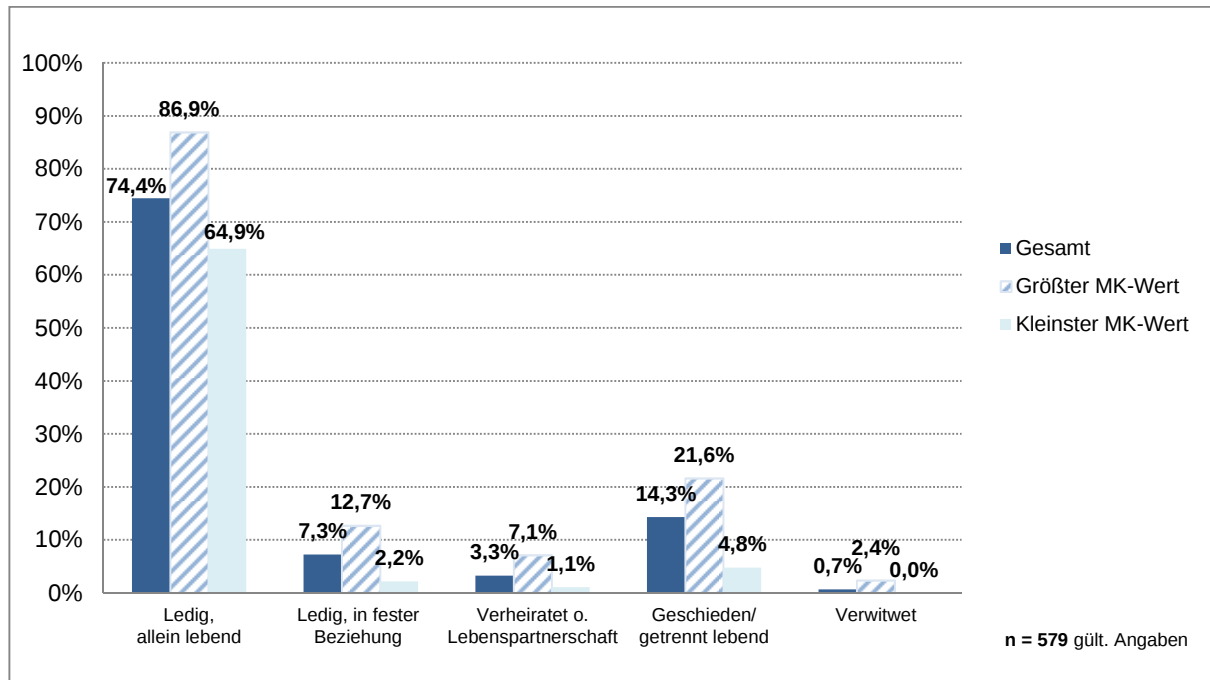


Handelt es sich nun um eine typische Verteilung der Behinderungsarten? Die Frage ist leider nicht leicht zu beantworten. Vergleicht man die vorliegenden Zahlen, beispielsweise mit der Schwerbehindertenstatistik des Statistischen Bundesamts (2012b), so fallen auf den ersten Blick schon mal gravierende Abweichungen auf: Dort ist mit 63,6 % der Anteil der Personen mit körperlicher Behinderung am höchsten, auf geistige und seelische Behinderungen entfallen sogar zusammen nur etwa 10 % der Fälle. Diese Bundesstatistik ist im vorliegenden Kontext aber kein guter Vergleichsmaßstab, da sie nur einen Teilausschnitt der Eingliederungshilfe betrachtet. Erfasst wird lediglich die Zahl der Menschen mit gültigem Schwerbehindertenausweis. Die WiFEin-Daten zeigen aber, dass dies bei vielen Leistungsberechtigten nicht der Fall beziehungsweise nicht relevant ist (etwa weil, selbst wenn es möglich gewesen wäre, gar kein entsprechender Antrag gestellt wurde). Insbesondere bei den Menschen mit seelischer Behinderung liegt nur in etwa 40 % der Fälle ein Schwerbehindertenausweis vor, wohingegen dies bei körperlichen Behinderungen bei 70 % der Betroffenen der Fall ist. Zudem stehen beim Fallmanagement primär wesentliche Behinderungen und nicht Schwerbehinderungen im Vordergrund.

Eine bessere Vergleichsgrundlage bietet daher die Leistungsempfängerstatistik des KVJS (2011b) für Baden-Württemberg. Diese weist zum Stichtag 31.12.2010 Anteile von 52 % Menschen mit geistigen Behinderungen sowie 28 % mit seelischen und 20 % mit körperlichen Behinderungen aus. Auch diese Verteilung weicht stark von der WiFEin-Untersuchungstichprobe ab. So sind die Anteile von Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung nahezu „vertauscht“ und die Anteile der Menschen mit körperlichen Behinderungen viel geringer. Entsprechend spricht vieles dafür, dass die Fallmanagementfälle nicht einfach analog der „üblichen“ Verteilungsmuster selektiert werden. Da es im Fallmanagement auch darum geht, die geeigneten Fälle zu identifizieren, die maximal von der intensiven Steuerung profitieren können, kann dies zunächst weder in positiver noch negativer Weise gewertet werden. Die Ergebnisse der Wirkfaktorenanalyse deuten allerdings darauf hin, dass bei Menschen mit seelischer Behinderung tatsächlich vergleichsweise stärkere Effekte erzielt werden können (s. Abschnitt 3.6.1). Unabhängig davon ist festzuhalten, dass Menschen mit geistiger und insbesondere seelischer Behinderung die zentralen Fallgruppen des Fallmanagements sind.

- **Staatsangehörigkeit:** 90,4 % der Leistungsberechtigten in WiFEin besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit. Dieser Wert fällt etwas geringer als der Vergleichswert von 96 % aus der Bundessozialhilfeempfängerstatistik für die Eingliederungshilfe aus (Statistisches Bundesamt 2012a). In den Modellkreisen schwankt der Wert zwischen minimal 85,0 % und maximal 97,8 %.
- **Familienstand:** Mit 74,4 % ist der mit Abstand größte Teil der Leistungsberechtigten ledig und lebt alleine. In den Modellkreisen liegt dieser Wert zwischen 64 % und 86,9 %, bleibt aber auch jenseits dieser Varianz durchgängig die vergleichsweise häufigste Nennung (s. Abbildung 32).

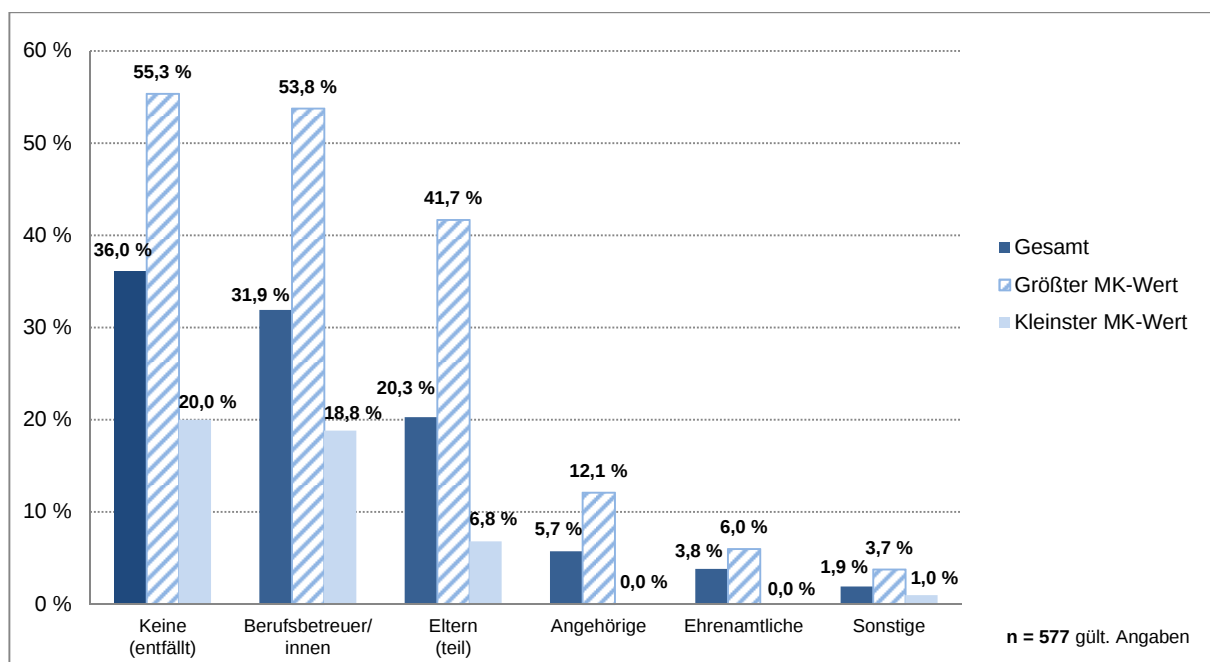
Abbildung 32: Familienstand der Leistungsberechtigten



- Gesetzliche Vertretung: Die gesetzliche Vertretung erfolgt überwiegend durch die Leistungsberechtigten selbst (36,0 %). Ansonsten spielen Berufsbetreuer (31,9 %) und Eltern (21,3 %) die größte Rolle. (Andere) Angehörige, Ehrenamtliche und sonstige Personen, sind in dieser Funktion nur vergleichsweise selten vorzufinden. In den Modellkreisen können die Anteile teils deutlich schwanken (s. Abbildung 33).

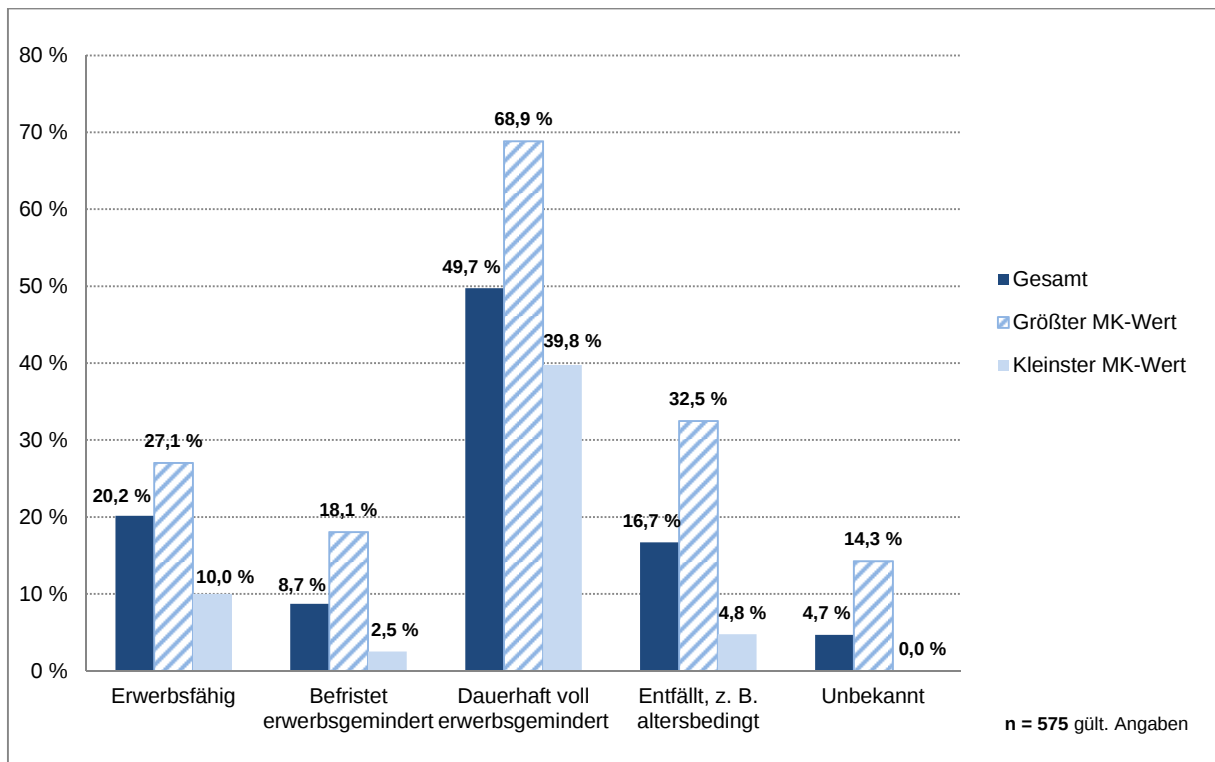
105

Abbildung 33: Gesetzliche Vertretung



- **Erwerbsfähigkeit:** Auch unabhängig von der Frage, ob es altersbedingt überhaupt möglich ist, liegt statistisch betrachtet bei jedem zweiten Leistungsberechtigten eine dauerhafte volle Erwerbsminderung vor. Eine Befristung ist hier vergleichsweise selten (s. Abbildung 34).

Abbildung 34: Erwerbsfähigkeit



- **Neufälle/Bestandsfälle:** Mit 65,3 % handelt es sich beim überwiegenden Teil der in WiFEin, mit einer Ausgangserhebung zum Stichtag t1, dokumentieren Fälle erwartungsgemäß um Bestandsfälle, bei denen ein Gesamtplan fortgeschrieben wird. Fälle mit komplett neu erstellten Gesamtplänen haben einen Anteil von 34,7 %. Dies ist eine wichtige Statistik, da die Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten beziehungsweise -bedarfe in beiden Fällen natürlich ganz anders ausgeprägt sind (vgl. Abschnitt 3.6.1).

Zwischenfazit

Mit insgesamt 581 Falldokumentationen aus sechs Modellkreisen konnte ein für die wissenschaftlichen Zielsetzungen des Vorhabens hinreichender Stichprobenumfang generiert werden. Bei den zentralen soziographischen Merkmalen weist die in WiFEin vorliegende Stichprobe von Fallmanagementfällen, im Hinblick auf das Verhältnis von weiblichen und männlichen Leistungsberechtigten, eine für die Eingliederungshilfe durchaus typische Verteilung auf. Es gibt allerdings auch einige Besonderheiten:

So liegt das Durchschnittsalter der Leistungsberechtigten eher in einem überdurchschnittlichen Bereich, da speziell Kinder und Jugendliche nur vergleichsweise selten im Fallma-

nagement präsent sind. Mit 90 % ist auch der Anteil an Leistungsberechtigten mit deutscher Staatsangehörigkeit leicht unterdurchschnittlich.

Die beiden häufigsten im Fallmanagement relevanten Fallgruppen sind Menschen mit seelischer Behinderung (eine solche liegt in etwa zwei Drittel der Fälle vor) und Menschen mit geistiger Behinderung (liegt in ein Drittel der Fälle vor). Körperliche Behinderungen, Sinnes- und/oder Sprachbehinderungen sowie andere Behinderungsarten sind mit Nennungsanteilen im Bereich von 10 – 20 % vergleichsweise selten. Die Prozentangaben schließen das Vorliegen von Mehrfachbehinderungen mit ein. Der Anteil an Leistungsberechtigten mit Mehrfachbehinderung liegt in WiFEin bei 26,9 %. In den Modellkreisen schwankt dieser Wert im Mittel zwischen 21,2 % und 35,2 %.

3.3.2 Absolute Veränderungseffekte zwischen den Stichtagen t1 und t2

Die Frage nach der Effektivität des Fallmanagements wurde mit Hilfe einer aufwendigen Veränderungsmessung auf der Grundlage eines eigens entwickelten standardisierten Bedarfsfeststellungsinstruments (keine Alternative zum HMB-W-Verfahren) beantwortet. Die Entwicklung des Instruments erfolgte dabei unter Rückgriff auf bereits in der Praxis eingesetzte Dokumentationsinstrumente. Das Bedarfsfeststellungsinstrument (im Fachjargon: „Assessment-Tool“) wurde zu zwei Zeitpunkten, nach Verabschiedung beziehungsweise Fortschreibung eines Gesamtplans (Ausgangserhebung, Stichtag t1) sowie nochmals ein halbes Jahr später („Monitoringenerhebung“, Stichtag t2) eingesetzt. Auf diese Weise kann eine viel höhere Messgenauigkeit erzielt werden, als wenn nur die Zielerreichungsgrade als Effektivitätsindikatoren herangezogen werden. Anders als eine Veränderungsmessung bilden die Zielerreichungsgrade zudem ausschließlich intendierte Wirkungen und keine ebenfalls denkbaren Nebenwirkungen ab (s. Abschnitt 2.1.2).

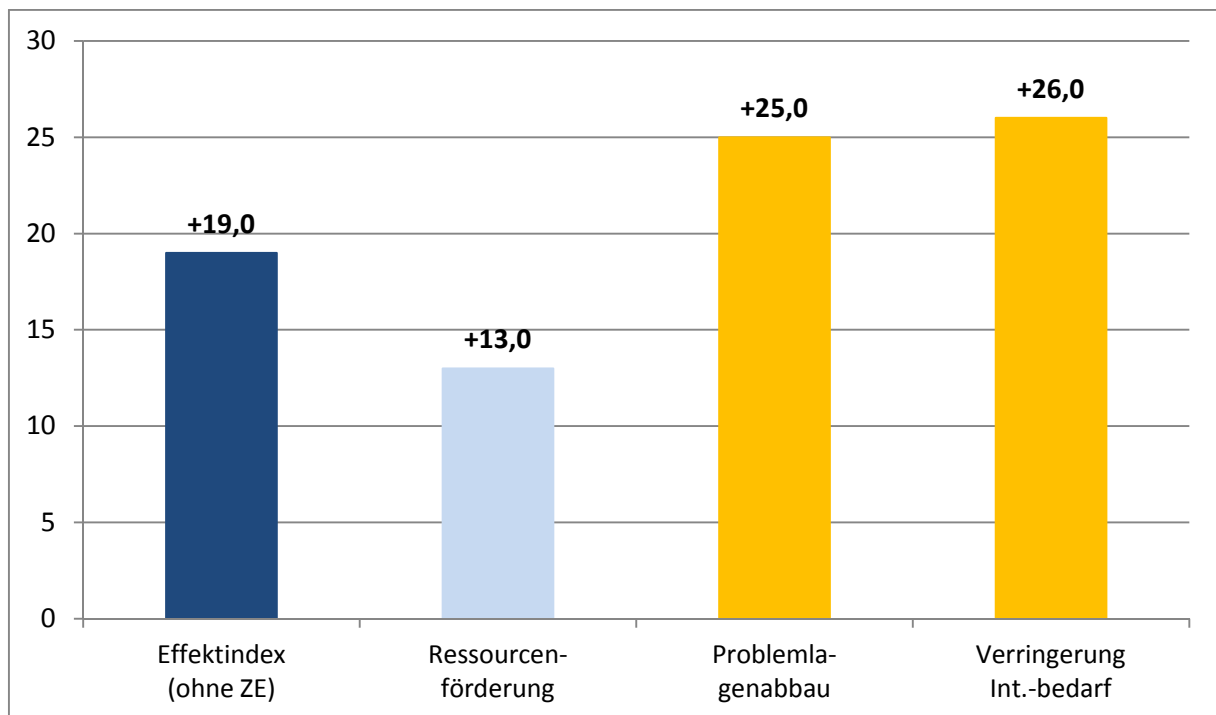
107

Entsprechend der in Abschnitt 2.1.2 beschriebenen hierarchischen Gliederung der Inhaltsbereiche des Bedarfsfeststellungsinstruments lassen sich für die einzelnen Ebenen jeweils zusammenfassende Kennzahlen beziehungsweise Indices berechnen. Die übergeordnete Kennzahl, die sozusagen an der Spitze der Hierarchie steht, dafür aber gemessen an den individuellen Lebenswirklichkeiten die Effekte aber auch am stärksten vergrößert darstellt, ist der Effektivitätsindex. Dieser setzt sich gleichgewichtet aus den zwischen t1- und t2-Stichtag beobachteten Veränderungen von Problemen, Ressourcen und Interventionsbedarfen zusammen.

Untersucht wurden zunächst die übergeordneten Dimensionen Ressourcenförderung, Problemlagenabbau und die Verringerung des Interventionsbedarfs. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass auf allen drei Ebenen überaus hoch signifikante ($p < 0.001$) positive Veränderungen durch das Fallmanagement erzielt werden konnten. Gleiches gilt ebenfalls für den Effektivitätsindex (s. Abbildung 35), der hier zunächst noch ohne die Zielerreichung (ZE) berechnet wird, die erst im folgenden Abschnitt eingeführt wird. Der p-Wert in der Klammer bedeutet, dass die beobachteten Veränderungen mit 99,9 prozentiger Wahrscheinlichkeit nicht rein zufällig zu Stande gekommen sind. Die Signifikanz sagt allerdings alleine noch nichts darüber aus, ob die gemessenen Effekte tatsächlich so groß sind, dass ihnen gleichsam auch eine hohe praktische Bedeutsamkeit zugeschrieben werden müsste. Dazu wurden die Ef-

fektstärken in Abbildung 35 in Einheiten international üblicher studienübergreifender Vergleichbarkeitsstandards dargestellt. Werte im Bereich von „+20“ sind dementsprechend als kleine positive Effekte, Werte von „+50“ als mittlere bis starke positive Effekte zu interpretieren. Gleiches würde übrigens analog auch für den negativen Wertebereich gelten. Da im Rahmen der vorliegenden Studie keine negativen Effekte, also Verschlechterungen gegenüber den Ausgangszuständen, beobachtet wurden, beschränkt sich die Abbildung in ihrer Darstellung auf den positiven Wertebereich. Werte im Intervall um den Nullpunkt kennzeichnen eine unveränderte Situation, also weder Verbesserung noch Verschlechterung.

Abbildung 35: Effektstärken Veränderungen Stichtage t1 und t2



Bedeutung der Skalenwerte: ab +20: kleine positive Effekte; ab +50: mittlere bis starke pos. Effekte

Die stärksten Effekte werden vergleichsweise im Bereich des Abbaus von Problemlagen und der Reduzierung von Interventionsbedarfen erzielt. Die positiven Effekte bei der Ressourcenförderung sind, wie gesehen, zwar hoch signifikant, ihre absolute Effektstärke ist allerdings nur in einem eingeschränkten Bereich praktischer Bedeutsamkeit angesiedelt (s. Abbildung 35). Dies mag plausibel sein, wenn man die spezifische Klientelstruktur in der Eingliederungshilfe berücksichtigt, aus Sicht eines Fallmanagements wäre trotzdem zu prüfen, wo im Rahmen der Fallsteuerung hinsichtlich der Ressourcenorientierung gegebenenfalls noch Optimierungen vorgenommen werden könnten.

Der Absolutwert des Effektindex in Abbildung 35 zeigt ferner, dass die Wirkungen des Fallmanagements insgesamt nur auf dem Niveau kleiner positiver Effektstärken angesiedelt sind. Dies mag auf den ersten Blick etwas ernüchternd erscheinen, relativiert sich aber schnell, wenn man die vergleichsweise kurzen Beobachtungsintervalle zwischen den t1- und t2- Stichtagen von einem halben Jahr berücksichtigt und mit der durchschnittlichen allgemeinen Gesamtdauer von Eingliederungshilfen in Beziehung setzt. Bedenkt man darüber hin-

aus, dass viele Teilnehmer/innen aus den Modellkreisen bei der Diskussion des Untersuchungsdesigns im Rahmen der Auftaktveranstaltungen bezweifelt haben, dass sich im Rahmen eines halben Jahres überhaupt Wirkungen zeigen könnten, sind die vorliegenden Befunde sogar ziemlich positiv zu bewerten.

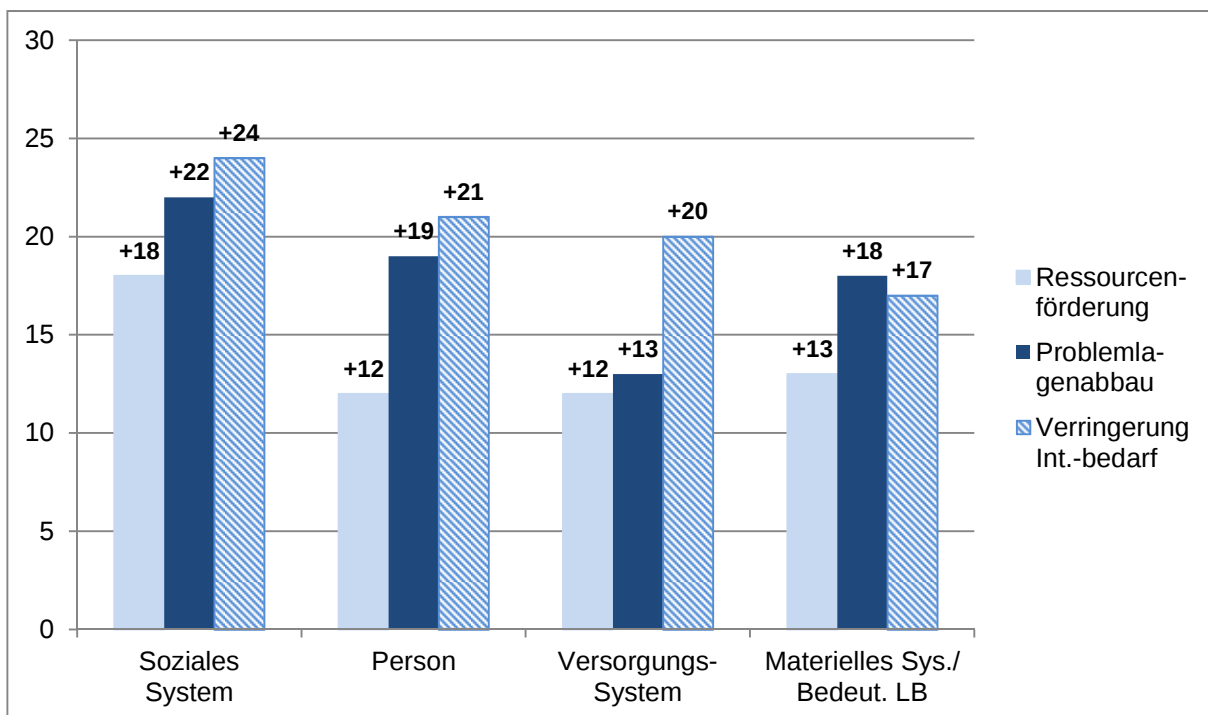
War der vergleichsweise kurze Untersuchungszeitraum den anspruchsvollen Zielsetzungen des Forschungsprojekts geschuldet und sozusagen der aus theoretischer Sicht minimal vertretbare Rahmen, unter dem überhaupt noch Wirkungen zu erwarten gewesen sind, wäre es für zukünftige Forschungsvorhaben mit ähnlichen gelagerten Fragestellungen selbstverständlich spannend, auch längere Beobachtungszeiträume in den Blick zu nehmen. Die wäre auch im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der erzielten Effekte interessant.

Wo genau werden die Veränderungseffekte erzielt?

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass signifikante Effekte (durchgängig $p < 0.01$) auch auf allen vier Grunddimensionen (Person, Soziales System, Versorgungssystem, Materielles System/Bedeutende Lebensbereiche) festgestellt werden konnten. Die stärksten Wirkungen sind dabei im Bereich des Sozialen Systems zu beobachten, gefolgt von personenbezogenen Veränderungen bei den Leistungsberechtigten (s. Abbildung 36).

Abbildung 36: Veränderungen in den Grunddimensionen des Bedarfsfeststellungsinstruments

109



Bedeutung der Skalenwerte: ab +20: kleine positive Effekte; ab +50: mittlere bis starke pos. Effekte

Bei noch weiter differenzierter Betrachtung der 20 Einzeldimensionen des Dokumentationsinstruments sind folgende Ergebnisse festzustellen:



Auf der Ebene der Verringerung des Interventionsbedarfs konnten, gemessen an den Kriterien für praktische Relevanz, die meisten signifikanten Veränderungen beim Sozialen System auf den Ebenen Interaktion/Beziehung sowie Unterstützung durch Familie/Umfeld erreicht werden. Auf Personenebene speziell beim Lernen und der Wissensanwendung, Gesundheitsverhalten, Häusliches Leben sowie Umgang mit belastenden Situationen. Beim Versorgungssystem speziell im Bereich Informationsvermittlung sowie Nutzung von Dienstleistungsangeboten.

Auf der Ebene des Problemlagenabbaus wurden die meisten praktisch relevanten Effekte beim Sozialen System speziell im Bereich der interpersonellen Interaktion und Beziehung erreicht. Auf Personenebene im speziellen Umgang mit belastenden Situationen, Häusliches Leben sowie Lernen und Wissensanwendung.

Auf der Ebene der Ressourcenförderung wurden praktisch relevante und gleichsam statistisch signifikante Effekte lediglich auf einer Dimension, nämlich beim Sozialen System bezüglich der Unterstützung durch Familie/Umfeld erreicht. Der Fokus des Fallmanagements im Bereich Ressourcenförderung scheint somit nicht auf die Leistungsberechtigten selbst, sondern vielmehr in der Erschließung und Aktivierung von Ressourcen im Umfeld, zu liegen. Grundsätzlich ist dagegen natürlich nichts einzuwenden. So ist etwa eine Maxime „ambulant vor stationär“ in der Regel gar nicht anders darstellbar. In Anbetracht der insgesamt niedrigen „Förderquote“ was die Ressourcen anbetrifft, kann natürlich hinterfragt werden, ob durch die Fokussierung womöglich die Potenziale in anderen Bereichen nicht vollständig ausgeschöpft werden.

Insgesamt spiegeln sich auch bei differenzierter Betrachtung nach Einzeldimensionen, anhand der Anzahl der relevanten Bereiche sowie dem Ausmaß der jeweiligen Effekte die bereits global getätigten Aussagen zum Verhältnis der Bereiche Ressourcenförderung, Abbau von Problemlagen und Verringerung von Interventionsbedarfen (vgl. Abbildung 35).

3.3.3 Zielerreichung

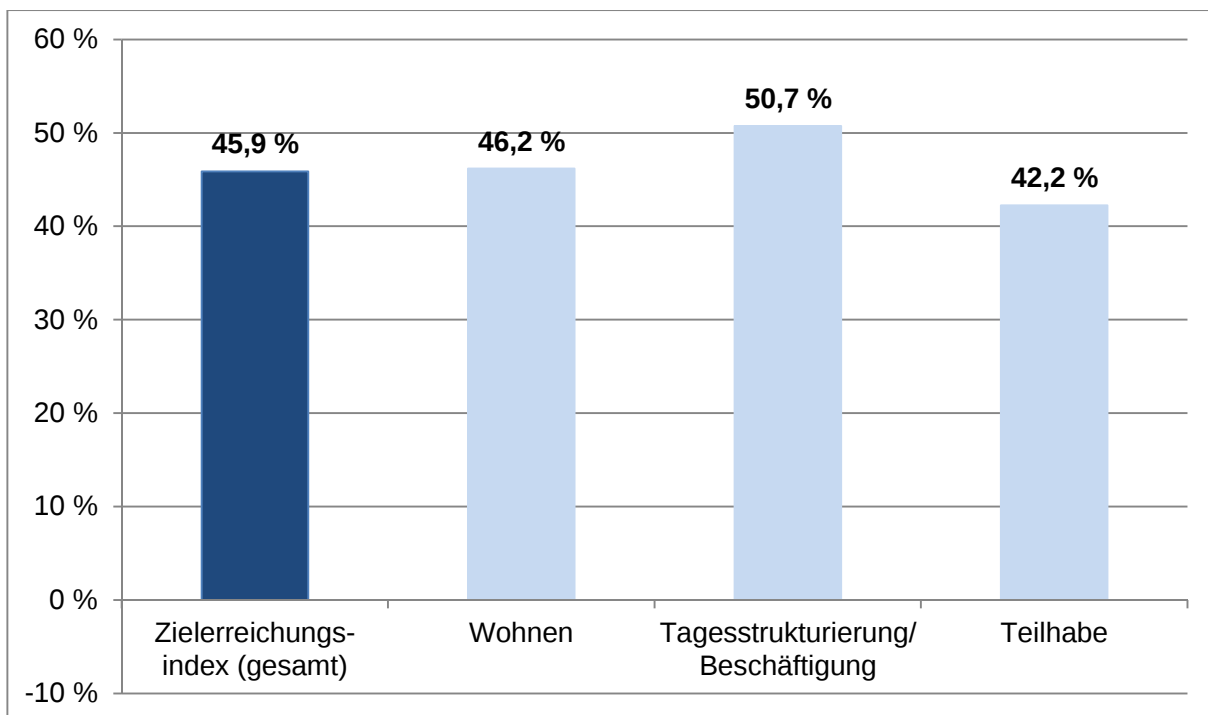
Neben den Veränderungseffekten müssen im Rahmen der Effektivitätsanalyse immer auch die Zielerreichungsgrade betrachtet werden. Zwar sind die Zielerreichungsgrade weniger reliable (messgenaue) Effektivitätsindikatoren, was im Wesentlichen damit zusammenhängt, dass selbst bei „smarter“ Vorgehensweise bereits geringfügige Unterschiede in den Zielformulierungen zu teils erheblichen Niveauverschiebungen in der Zielerreichung führen können. Da die Ziel- und Maßnahmenplanung aber ein ganz wesentlicher Teil der Arbeit des Fallmanagements ist und die Zielerreichungsgrade zudem die wichtigsten spezifischen Indikatoren für die intendierten Wirkungen darstellen, dürfen sie nicht vernachlässigt werden. Dass die Ziele erreicht werden, ist schließlich die Minimalanforderung an ein effektives Fallmanagement. Die Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen (nicht intendierten Wirkungen), die sich im Rahmen der Veränderungsmessung identifizieren lassen, kann man dahingegen schon eher als „Kür“ bezeichnen.

Entsprechend der im KVJS-Grundlagenpapier für das Fallmanagement (KVJS 2011a) vorgeschlagenen Gliederung wurden zum Stichtag t2 die Zielerreichungsgrade im Rahmen des

Forschungsprojekts zunächst getrennt für die drei Bereiche „Wohnen“, „Tagesstrukturierung und Beschäftigung“ sowie „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ erfasst. Als Mittelwert über die drei Bereiche hinweg wurde zudem ein übergreifender (Gesamt-)Zielerreichungsindex gebildet. Die verwendete Skala erstreckt sich in der Regel jeweils von 100 % für Ziele völlig erreicht, über 50 % für mittel erreicht bis zu 0 % für gar nicht erreicht. In Einzelfällen sind auch die Kategorien „Ziele übertroffen“ (per Definition mit 125 % gewertet) und „Verschlechterung“ (per Definition mit „-25 %“ gewertet) möglich.

In den meisten Fällen (63,1 %) sind Ziele in allen drei Bereichen formuliert. In 23,0 % der Fälle sind nur zwei Bereiche und in 13,9 % der Fälle nur ein Bereich tangiert. Mit Anteilen zwischen 83 und 84 Prozent am häufigsten liegen Ziele im Bereich Wohnen sowie Teilhabe vor. Ziele im Bereich Tagesstrukturierung/Beschäftigung sind mit 77,3 % etwas seltener.

Abbildung 37: Zielerreichungsgrade Gesamt und nach einzelnen Zielbereichen



Bedeutung der Skalenwerte: 0 = Ziele nicht erreicht, 25 = etwas, 50 = mittel, 75 = weitgehend, 100 = völlig erreicht

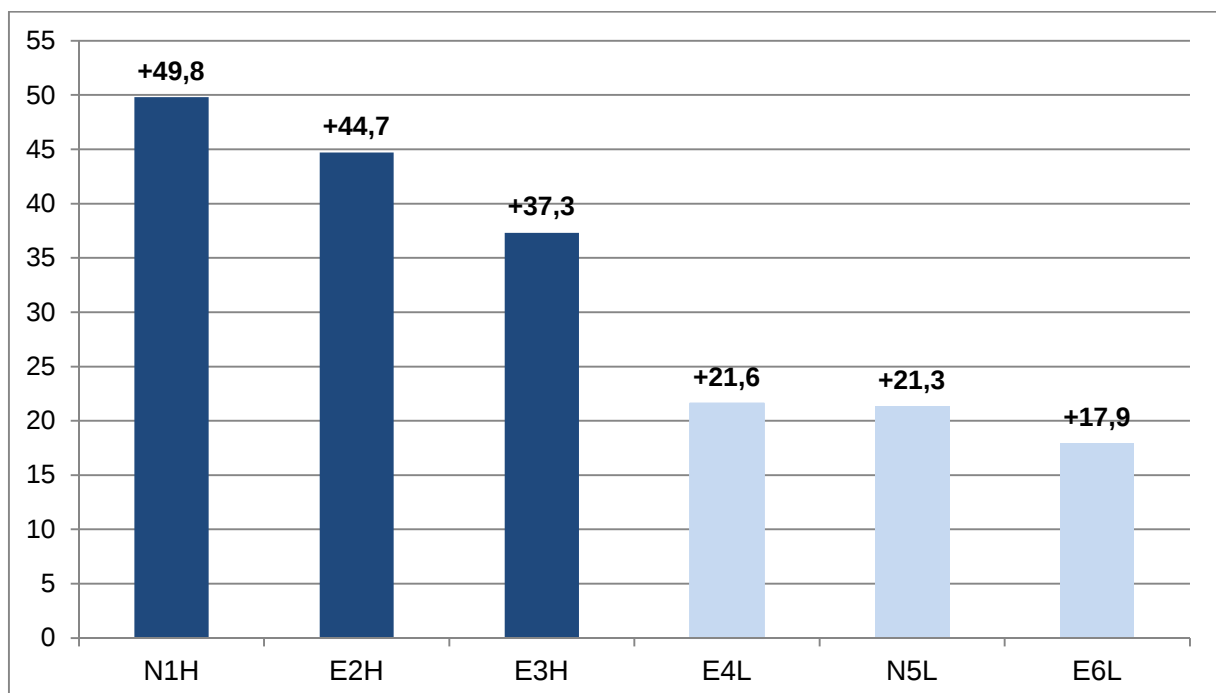
Gemessen am Zielerreichungsindex liegt die durchschnittliche Gesamtzielerreichung ungefähr auf dem Niveau „mittel erreicht“ (s. Abbildung 37). Am besten schneidet im unmittelbaren Vergleich die Tagesstrukturierung (50,7 %) ab, gefolgt vom Bereich Wohnen mit 46,2 %. Obwohl vergleichsweise häufig formuliert, werden die Ziele zur Teilhabe relativ gesehen am geringsten erreicht (42,2 %). Alles in allem sind die Niveauunterschiede der Zielerreichungsgrade in den drei Bereichen, absolut gesehen, nicht als besonders groß einzustufen. Auch bei der Teilhabe kann nicht wirklich von einer schlechten Zielerreichung gesprochen werden. Insgesamt werden auf allen drei Zielebenen etwa 80 % der Ziele mindestens „etwas erreicht“, die Kategorien „völlig erreicht“ und „Ziele übertroffen“ treten mit Anteilen von etwa 10 - 20 % aber nur vergleichsweise selten auf. Ähnlich wie bei den Veränderungseffekten mag dies ebenfalls mit dem relativ kurzen Untersuchungszeitraum zusammenhängen.

Die Wertebereiche der Zielerreichungsgrade in Abbildung 37 und der Veränderungseffekte in Abbildung 35 wurden so gewählt, dass die Bedeutung ihres absoluten Zahlenwerts inhaltlich vergleichbar ist. Dementsprechend ist festzustellen, dass die auf mittlerem Effektstärkebereich angesiedelten Zielerreichungsgrade doch deutlich höher ausfallen als die im kleinen positiven Bereich angesiedelten Veränderungseffekte. Dass die Zielerreichung vermeintlich „besser“ abschneidet als die Veränderungsmessung ist ein studienübergreifend zu beobachtendes Phänomen und hängt wiederum mit der ihr inhärenten Fokussierung auf die intendierten Wirkungen und der Subjektivität der Zielformulierungen zusammen. Dieses Ergebnis unterstreicht nochmals eindringlich, wie fehlleitend es sein kann, im Zuge einer Wirkungsanalyse ausschließlich die Zielerreichungsgrade zu betrachten.

3.3.4 Effektivitätsunterschiede zwischen den Modellkreisen

Ein zentraler Aspekt in der Untersuchungsplanung des Forschungsprojekts, der schon bei der Auswahl der Modellkreise berücksichtigt wurde, ist die Herausarbeitung von Unterschieden in den Implementierungsgraden des Fallmanagements (vgl. Abschnitt 2.1.1). Dementsprechend sollten Kreise mit höherem Implementierungsgrad effektiver arbeiten als Kreise mit niedrigerem Implementierungsgrad. Sofern solche Unterschiede vorhanden sind, können die effektiveren und weniger effektiven Regionen systematisch miteinander verglichen werden. Anhand der Unterschiede sind die Faktoren identifizierbar, die wesentlich mit effektiven beziehungsweise wirksamen Arbeiten in Zusammenhang stehen. Dies ist das in statistischer Hinsicht wesentliche Grundprinzip einer Wirkfaktorenanalyse (s. Abschnitt 3.6). Das Vorliegen von Unterschieden ist somit gleichsam auch Grundvoraussetzung für empirisch fundierte Optimierungsprozesse.

Abbildung 38: Gesamteffektivität (inkl. Zielerreichung) nach Modellkreisen

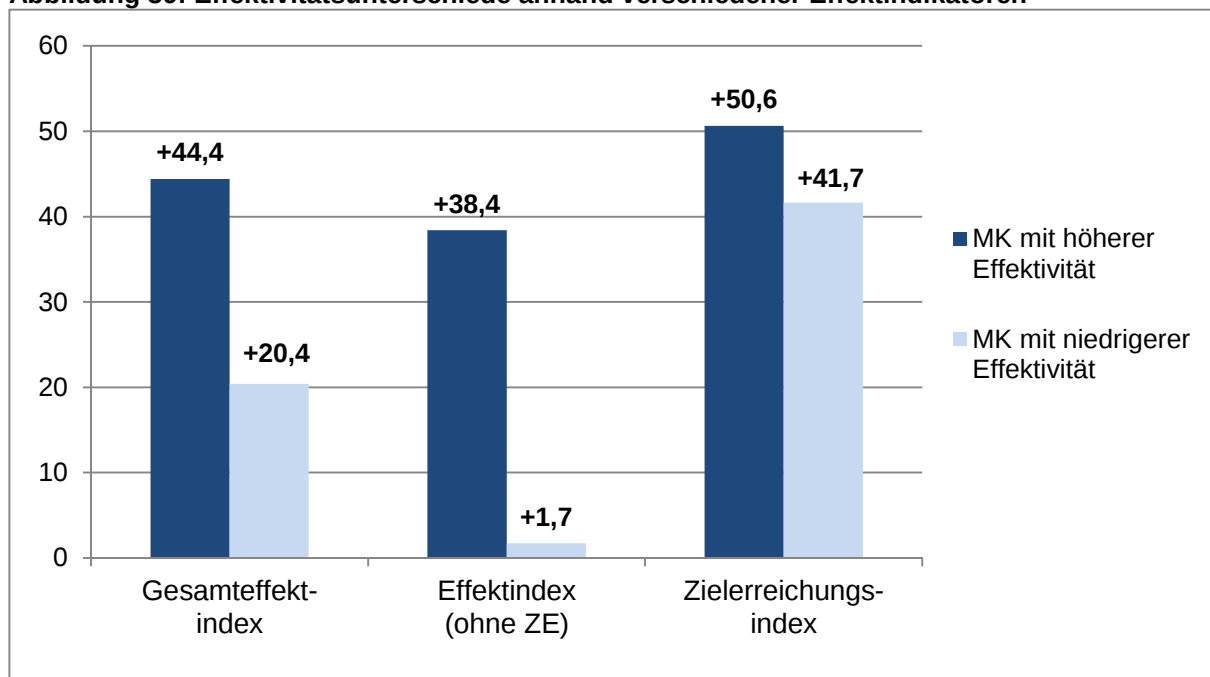


Bedeutung der Skalenwerte: ab +20: kleine positive Effekte; ab +50: mittlere bis starke pos. Effekte

Wie in Abschnitt 2.1.1 gesehen gab es unter den Bewerberregionen keine Kreise mit hundertprozentig mustergültiger Umsetzung, aber auch keine Kreise, die nicht zumindest in einigen Bereichen schon auf dem richtigen Weg sind. Die Übergänge der Implementierungsgrade zwischen den einzelnen Kreisen waren eher kontinuierlich und die Gesamtimplementierung im Mittelbereich angesiedelt. Da sich trotz sorgfältiger Auswahl, im Rahmen einer solchen durchaus praxisüblichen Ausgangslage, nie völlig zuverlässig vorhersehen lässt, ob die selektierten Modellkreise am Ende tatsächlich eine aussagekräftige Diversität aufweisen, muss eine Prüfung vorgenommen werden. Dies geschieht im vorliegenden Abschnitt. Abbildung 38 zeigt das Abschneiden der sechs, mit Codenummern anonymisierten, Modellregionen im Hinblick auf ihre Gesamteffektivität. Im Rahmen des Gesamteffektivitätsindex wurden neben den Veränderungseffekten bei Problemlagen, Ressourcen und Interventionsbedarfen auch die Zielerreichungsgrade eingerechnet. Wie in Abschnitt 2.1 beschrieben ist die Zielerreichung aufgrund ihrer Messungenauigkeit allerdings geringer gewichtet. Die Abbildung zeigt deutlich, dass es Effektivitätsunterschiede zwischen den Modellkreisen gibt. Drei Kreise liegen in einem Bereich mittlerer bis starker Effekte und drei Kreise in einem Bereich kleiner positiver Effekte. Insofern scheint der Forschungsplan also schon mal aufgegangen zu sein. Deutlich ist aber auch, dass alle Modellkreise grundsätzlich eine positive Effektivität generieren. Es stellt sich also die Frage, ob sich im unmittelbaren Vergleich der drei Modellkreise mit höherer Effektivität und der drei Modellkreise mit niedrigerer Effektivität tatsächlich relevante Unterschiede ergeben. Dies ist der Fall. Die effektiveren Kreise schneiden bezüglich aller zentralen Effektivitätsindikatoren signifikant besser ab (s. Abbildung 39). Neben dem Gesamteffektivitätsindex ist dies besonders auch beim Effektindex ohne Zielerreichung deutlich. Zwar erreichen die effektiveren Kreise auch signifikant höhere Zielerreichungsgrade, die Unterschiede zu den weniger effektiven Kreisen fallen hier aber bei weitem nicht so stark aus.

113

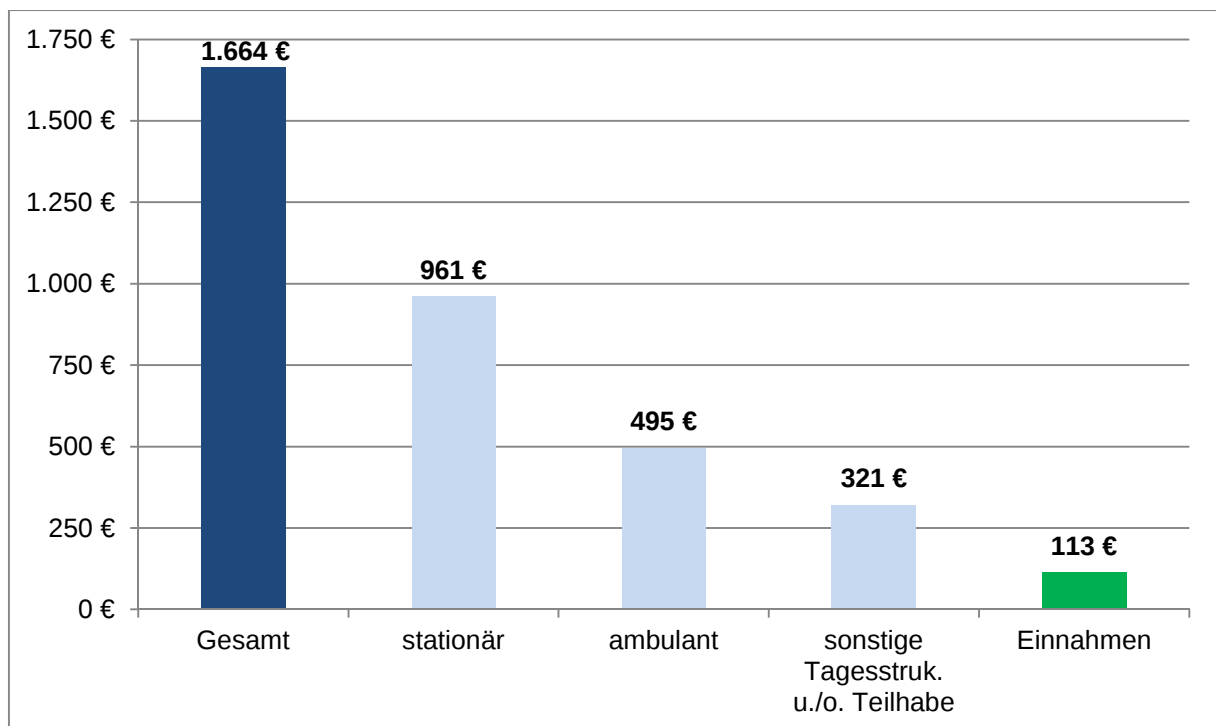
Abbildung 39: Effektivitätsunterschiede anhand verschiedener Effektindikatoren



3.4 Kosten: Ist das Fallmanagement effizient?

Wie bereits in Abschnitt 1.1 erwähnt, steigen mit der Anzahl an Leistungsempfänger/n/innen in der Eingliederungshilfe auch die Kosten. Weiterhin ist unstrittig, dass auf absehbare Zeit kaum entsprechend steigende finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen werden. Die Ressourcenentwicklung wird hinter der Fallzahlentwicklung auch in Zukunft zurückbleiben. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob der Paradigmenwechsel in Richtung Fallmanagement in der Eingliederungshilfe Baden-Württemberg am Beispiel der untersuchten Modellregionen erste Anhaltspunkte für die These liefert, dass das FM zu einer besseren Kosten-Nutzenrelation führt. Um dies statistisch abgesichert im Rahmen des Vorhabens beurteilen zu können, bedarf es zunächst einer Betrachtung der Ausgangskosten (s. Abbildung 40).

Abbildung 40: Ausgangslage Kosten zum Stichtag t1 (pro Monat/Fall)



Im stationären Bereich entfielen zum Stichtag t1 die höchsten Kosten mit einem Betrag von 961,00 € pro Monat und Fall. Es folgt mit deutlichem Abstand der ambulante Bereich mit 495,00 €, gefolgt von Kosten im Bereich Tagesstrukturierung und/oder Teilhabe in Höhe von 321,00 €.

Die Ermittlung der jeweiligen Kosten wurde im Rahmen der Erstellung der Erhebungsbögen mit dem KVJS und den beteiligten Akteuren abgestimmt und ergibt sich, aus der Abbildung 41 zu entnehmenden Übersicht.

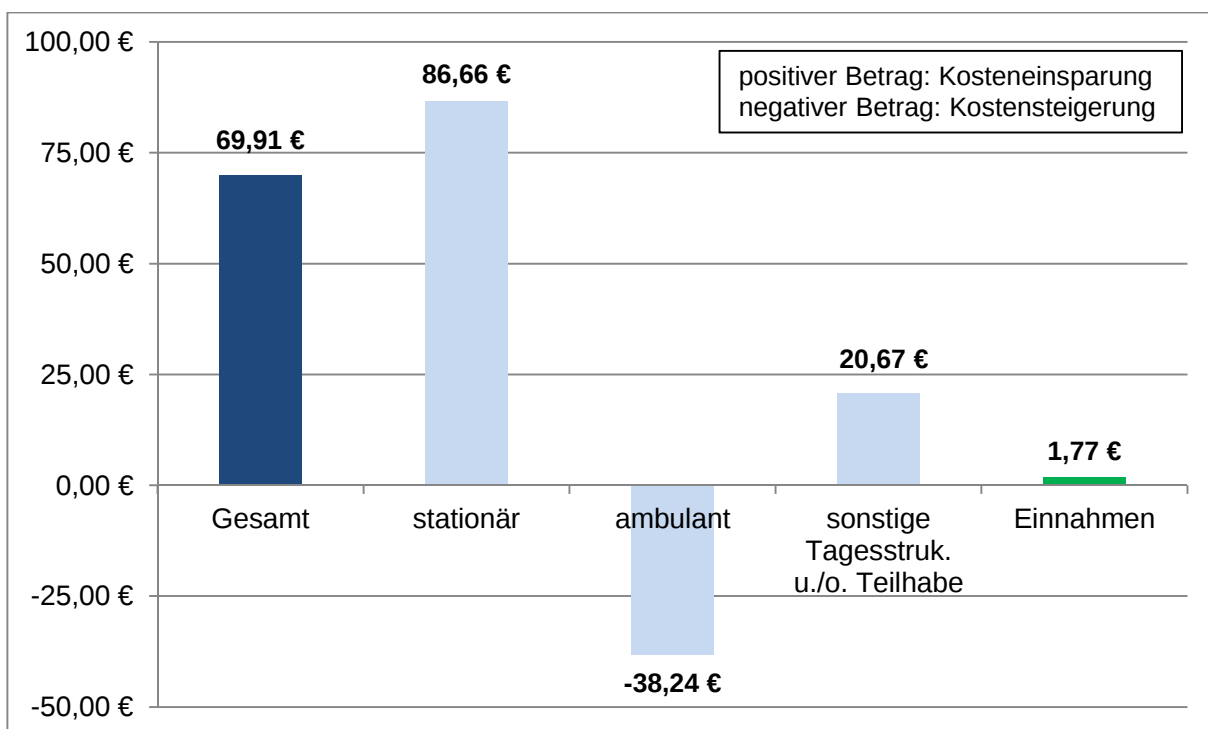
Abbildung 41: Kostenerfassung in den t1- und t2-Erhebungsbögen

33	Monatliche Kosten/Einnahmen zum Stichtag-T1 (nähere Erläuterungen siehe Glossar)
1. (Brutto)Kosten des Sozialhilfeträgers <u>stationär</u> :	€ (99999 = unbekannt)
Summe aus Vergütung (Investitionskosten, Grundpauschale: Unterkunft/Verpflegung, Maßnahmepauschale, Barbe- trag, Bekleidungspauschale und sonstigen Kosten (jeweils umgerechnet auf 1 Monat))	
2. (Brutto)Kosten des Sozialhilfeträgers <u>ambulant</u> :	€ (99999 = unbekannt)
Summe Leistungen Eingliederungshilfe (z.B. ABW-Monatspauschale, Leistungsstunden mtl. und Sonstiges) Summe ergänzende Leistungen nach SGB XII: Hilfe zur Pflege (§ 61), Grundsicherung (inkl. Mehrbedarfe), (§ 30), Haushaltshilfe (§ 27, 3), Kosten der Unterkunft (inkl. Heizkosten)	
3. (Brutto)Kosten des Sozialhilfeträgers	€ (99999 = unbekannt)
für <u>Tagesstrukturierung und/oder Teilhabe</u> , die nicht schon unter 1. oder 2. aufgeführt sind	
4. Einnahmen des Sozialhilfeträgers:	€ (99999 = unbekannt)
im stationären Bereich Summe aus Renten, Kostenbeitrag (z.B. aus WfbM), Erstattung Pflegekasse, Unterhalt Eltern und sonstigen Einnahmen	
im ambulanten Bereich Kostenbeitrag des Leistungsberechtigten	

Nimmt man nun die erzielten Kosteneinsparungen im Vergleich der Stichtage t1 und t2 in den Blick (vgl. Abbildung 42) so wird deutlich, dass es trotz des begrenzten Erhebungszeit-
raumes zu signifikanten Kosteneinsparungen kommt (bei Gesamtkosten $p < 0.05$).

115

Abbildung 42: Kosteneinsparungen im Vergleich der Stichtage t1 und t2



Das Fallmanagement ist also nicht nur effektiv, sondern auch effizient. Im Mittel beträgt die
Einsparung etwa 4,2 %, die statistische Schwankungsbreite liegt zwischen 0 % und 8,4 %. In

Bezug auf ein Gesamtvolumen von etwa 1,3 Milliarden Euro könnte dies hochgerechnet einen Betrag von etwa 50 - 100 Millionen Euro pro Jahr ausmachen. Weder der Kostenanstieg im ambulanten Bereich, noch die (zahlenmäßigen) Mehreinnahmen im Bereich Tagesstrukturierung/Teilhabe sowie bei den Einnahmen sind statistisch signifikant. Der Kosteneffekt ist primär auf Einsparungen im stationären Bereich zurückzuführen ($p < 0.03$).

In diesem Zusammenhang ist wichtig hervorzuheben, dass es sich bei diesen Werten um einen Modellregionen übergreifenden Gesamteffekt des Fallmanagements handelt. Auf Ebene der Modellkreise sind keine signifikanten Unterschiede feststellbar. Dieser Befund war vor dem Hintergrund der begrenzten Projektlaufzeit und der statistisch betrachteten geringen Anzahl der berücksichtigten Modellkreise und damit dann auch der Fallzahlen zu erwarten. Insgesamt ist die Effektstärke hier sehr niedrig (Gesamtkosten Cohens $d_z = 0,09$ und im stationären Bereich $d_z = 0,10$). Wissenschaftlich betrachtet kann hier noch nicht wirklich von bedeutsamen Effekten gesprochen werden. Dennoch sei an dieser Stelle betont, dass die praktische Bedeutsamkeit nicht nur auf der Basis statistischer Konventionen reflektiert werden sollte.

Die hier vorliegenden ersten bescheidenen Befunde lassen den Schluss zu, dass es zu besseren Kosten-Nutzenrelationen durch eine professionell durchgeführte Fallsteuerung im Sinne eines Fallmanagements kommen kann.

116

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass aus Sicht des FM bei circa 70 Prozent der im Vorhaben erfassten und in diesem Zusammenhang relevanten Fälle (398 von 533 Fällen) keine Kostensteuerung möglich war (s. Tabelle 26). Hierfür kann es vielfältige Gründe geben, unter anderem die Art des Krankheitsbildes, das keine alternative Vorgehensweise im FM zulässt oder aber die Angebotsstrukturen der Leistungserbringer, die ebenfalls den Handlungsspielraum des Fallmanagements im Bereich der Steuerung des Falles unter Kosten-Nutzenaspekten begrenzen können.

Tabelle 26: Möglichkeit einer Kostensteuerung (bezogen auf das aktuelle FM)

	Häufigkeit	Prozente
Ja	135	23,3 %
Nein	398	68,6 %
Entfällt, vor dem aktuellen FM noch keine Leistungen	47	8,1 %
Gesamt	580	100,0 %

Wie vielschichtig die Gründe aber auch immer sein mögen, es wird darin deutlich, dass, trotz der sich im Rahmen der Auswertung statistisch überhaupt niederschlagenden Fälle, erkennbare Anhaltspunkte für eine verbesserte Kosten-Nutzenrelation im Fallmanagement identifizierbar sind. Vor diesem Hintergrund rücken die Ergebnisse nochmals „in ein anderes Licht“ und sind deutlich positiver zu interpretieren, als es auf den ersten Blick deutlich wird.

Darüber hinaus wird deutlich, dass bei 242 von insgesamt 580 Fällen, also bei 41,7 % der Fälle, eine stationäre Unterbringung durch das FM vermieden werden konnte (s. Tabelle 27). Auch dies ist ein bemerkenswerter Befund, der die bereits beschriebene Kosteneinsparung

im stationären Bereich nochmals greifbar illustriert und auch die Potenziale erkennen lässt, die mit einem professionellen FM erreichbar sind (vgl. Abbildung 42).

Tabelle 27: Vermeidung von stationären Unterbringungen

	Häufigkeit	Prozent
Ja	242	41,7 %
Nein	97	16,7 %
Nicht relevant	241	41,6 %
Gesamt	580	100,0 %

Ähnlich positiv stellt sich die Analyse der kostenvermeidenden Faktoren im Bereich der Rückführung in die ambulante Versorgung/häusliche Umgebung dar (s. Tabelle 28). Bei 76 von 193 Fällen, also bei 39,4 % der relevanten Fälle konnte eine Rückführung in den ambulanten Versorgungsbereich beziehungsweise die häusliche Umgebung erzielt werden. Auch dies veranschaulicht die Kosteneinsparungen im stationären Bereich und erklärt weiterhin die geringfügig angestiegenen, wenn aber auch statistisch nicht wirklich signifikanten Kostensteigerungen im ambulanten Bereich.

Tabelle 28: „Rückführung“ in ambulante Versorgung/häusliche Umgebung

117

	Häufigkeit	Prozent
Ja	76	13,1 %
Nein	117	20,2 %
Nicht relevant	387	66,7 %
Gesamt	580	100,0 %

Die Heranziehung vorrangiger Kostenträger gelingt insgesamt nur vergleichsweise selten (s. Tabelle 29). Selbst in den etwas mehr als 50 % der Fälle, in denen dies grundsätzlich möglich gewesen wäre, gelingt es nur in etwa einem Viertel der betreffenden Fälle. Zu den vorrangigen Kostenträgern zählen neben der Person selbst, die die Eingliederungshilfe erhalten soll, zum Beispiel Angehörige oder Sozialversicherungsträger. Es scheint so zu sein, dass die Steuerungsmöglichkeiten im Bereich des FM hier nur sehr begrenzt sind. Dies kann unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass als Folge der demographischen Entwicklung, die sich auch in der Klientelstruktur der Eingliederungshilfe niederschlägt, das Nachrangigkeitsprinzip in der Sozialhilfe kaum noch wirksame Kosteneffekte erzielen kann.

Tabelle 29: Verstärkte Heranziehung vorrangiger Kostenträger

	Häufigkeit	Prozent
Ja	79	13,9 %
Nein	239	42,0 %
Entfällt (da bspw. nur 1 Kostenträger)	251	44,1 %
Gesamt	569	100,0 %

3.5 Zusammenhänge zwischen den einzelnen Ergebnisebenen

In diesem Abschnitt geht es darum, wie die verschiedenen Ergebnisindikatoren beziehungsweise Effektivitätskennwerte, die in den vorangegangenen Abschnitten beschrieben wurden, miteinander zusammenhängen. Dabei geht es speziell um die Frage, ob die einzelnen Verfahrensbeteiligten, also die Leistungsberechtigten, Leistungserbringer/Dienstleister sowie die Fallmanager/innen im Rahmen ihrer Befragungen und Dokumentationen zu ähnlichen Bewertungen bezüglich der Effektivität des Fallmanagements kommen oder nicht. Dies ist durchaus nicht selbstverständlich. Schließlich kann eine aus fachlicher Sicht zwingend notwendig erscheinende Veränderung aus subjektiver Sicht nur eine sekundäre Bedeutung haben oder gar völlig irrelevant sein. Man denke an das Beispiel eines Arztes, der seinen mit voller Freude und Genuss essenden übergewichtigen Patienten zur Gewichtsabnahme und einem gesünderen Lebensstil ermahnt.

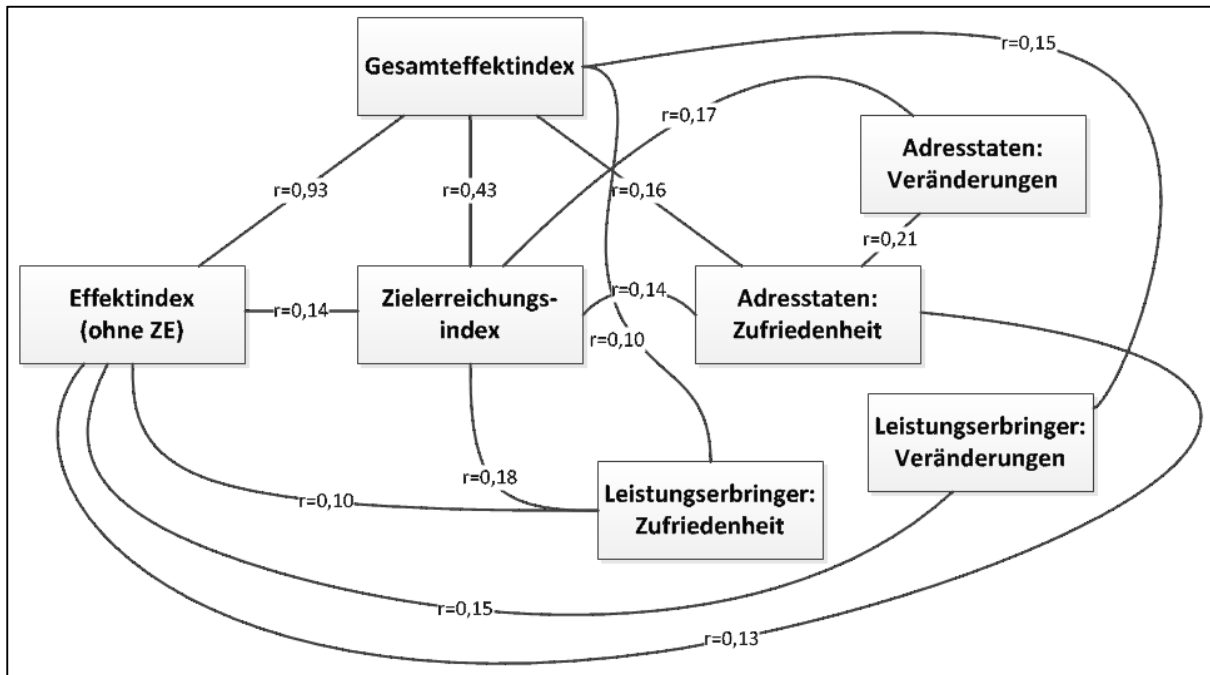
Wichtig sind die Zusammenhänge zwischen den Ergebnisindikatoren auch im Hinblick auf die Wirkfaktorenanalyse. Um fördernde oder hemmende Faktoren identifizieren zu können, muss zunächst einmal klar sein, auf welche Wirkungen beziehungsweise Effektivitätskennzahlen sich die Analyse denn überhaupt beziehen soll. Gibt es einen gemeinsamen Nenner oder müssen die Wirkungen zielgruppenspezifisch optimiert werden? Letzteres wäre dann der Fall, wenn die einzelnen Sichtweisen divergieren würden.

118 In WiFEin wurden die Zusammenhänge der Ergebnisindikatoren über so genannte Korrelationskoeffizienten bestimmt. Korrelationskoeffizienten (Kürzel „r“) geben Aufschluss über Stärke und Richtung einer Beziehung zweier Variablen, erlauben aber keine Aussagen bezüglich ihrer Kausalität. Die Werte können von „-1“ bis „+1“ reichen. Werte im positiven Bereich sprechen für eine hohe „Analogität“ der Einschätzungen, die mit steigenden Zahlenwerten mehr und mehr zunimmt. Werte im negativen Bereich kennzeichnen dahingegen genau gegenläufige Einschätzungen. Im vorliegenden Fall würde dies bedeuten, dass beispielsweise das Fallmanagement zu einer positiven, die Leistungsberechtigten oder Leistungserbringer aber zu einer negativen Effektivitätsbeurteilung gekommen wären. Ein Wert von Null besagt, dass kein Zusammenhang zwischen den untersuchten Merkmalen besteht. Ab einem absoluten Betrag von 0,1 liegt bereits eine kleine Korrelation, ab 0,3 eine mittlere und ab 0,5 eine starke Korrelation vor.

Wie in Abbildung 43 zu erkennen ist, sind alle zentralen Ergebnisindikatoren, entweder unmittelbar oder indirekt über andere Variablen, teils stark positiv mit dem Gesamteffektindex korreliert. Dies gilt sowohl für den reinen (Veränderungs-)Effektindex, den Zielerreichungsindex, aber insbesondere auch für die von den Leistungsberechtigten und Leistungserbringern wahrgenommenen Veränderungseffekte und Zufriedenheitseinschätzungen. Dies spricht insgesamt für gute Übereinstimmungen zwischen den unterschiedlichen Perspektiven. Dass nicht alle Korrelationen stark ausgeprägt sind (s. Abbildung 43) relativiert diese Einschätzung in keiner Weise. Hierbei ist zu bedenken, dass die Merkmale mit ganz unterschiedlichen Untersuchungsinstrumenten erhoben wurden. Allein schon diese Tatsache an sich reduziert die maximal mögliche Korrelation. Dies hängt unter anderem mit unterschiedlichen Frageformulierungen und anderen Bezugsstichproben zusammen. Als Beispiel bei der Adressatenbefragung wäre die behindertengerechte sprachliche Gestaltung zu nennen. Bei der Leistungser-

bringerbefragung liegen etwa nur einrichtungsbezogene Gesamteinschätzungen vor, keine Einzelfalldaten.

Abbildung 43: Zusammenhänge der Ergebnisindikatoren/Sichtweisen



119

Erläuterungen: $r = 0,1$: kleine Korrelation; $r = 0,3$: mittlere Korrelation; $r = 0,5$: starke Korrelation

Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse, dass im Rahmen der Wirkfaktorenanalysen (s. Abschnitt 3.6) der Gesamteffektindex der beste Bezugsmaßstab ist, da er aufgrund seiner zentralen Stellung im Indikatorengefüge den repräsentativsten Querschnitt der Fallmanagement-Wirkungen liefert. Dafür spricht ferner auch, dass hier, anders als etwa auf Ebene der Leistungsberechtigten und Leistungserbringer, mit 580 Fällen auf einen großen Datenpool zurückgegriffen werden kann.

3.6 Wirkfaktorenanalyse

Im diesem Abschnitt wird auf die dritte zentrale Forschungsfragestellung (s. Abschnitt 1.3) des WiFEin-Projekts eingegangen, die sich mit den Optimierungsmöglichkeiten des Fallmanagements befasst. Zwar konnte die Ergebnisdarstellung bis zu diesem Punkt zeigen, dass das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg zurecht als effektiv und effizient bezeichnet werden kann, ob man es aber womöglich sogar noch besser machen und vor allem wie dies gelingen könnte, ist damit freilich noch nicht beantwortet. Um Ansatzpunkte für Optimierungen identifizieren zu können, muss das Zusammenspiel aller drei Qualitätsbereiche, also Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, untersucht werden. Im Rahmen der Analysen wird versucht abzubilden, wie genau sich einzelne Strukturen und Prozesse auf die Ergebnisse auswirken. Die Struktur- und Prozessmerkmale, die einen signifikanten Einfluss haben, werden als Wirkfaktoren bezeichnet, die (wissenschaftliche) Methodologie ihrer „Entdeckung“ entsprechend Wirkfaktorenanalyse. Wichtig ist, dass Wirkfaktoren sowohl förderlicher als auch hemmender beziehungsweise kontraproduktiver Natur sein können (die resultierenden Wirkungen können ja auch gleichsam positiv wie negativ sein). Allen Wirkfaktoren ist gemein, dass sie bildlich gesehen genau die „Stellrädchen“ am komplizierten „Uhrwerk“ Fallmanagement darstellen, deren „Justierung“ (Fokussierung/Ausbau förderlicher Merkmale und Abbau von Hemmnissen), die größte Wahrscheinlichkeit beinhaltet, eine bessere beziehungsweise die beste „Ganggenauigkeit“ zu finden. Dies hat allerdings nie den Anspruch der Ausschließlichkeit.

120

Um eine Wirkfaktorenanalyse durchführen zu können, muss zunächst geklärt werden, auf welche Zielgröße(n) sie sich beziehen soll oder anders ausgedrückt, wie genau die zu analysierenden Wirkungen definiert sind. Wie in den Abschnitten 3.3.4 und 3.5 gesehen, hat sich im Rahmen der vorliegenden Studie der Gesamteffektivitätsindex als der für diesen Zweck am besten geeignete Wirkungsindikator herauskristallisiert. Da WiFEin im Bereich des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe die erste Studie ist, die sich systematisch und umfassend mit der Bestimmung von Wirkfaktoren beschäftigt (s. Abschnitt 1.1), wurde hier ein stark explorativ ausgerichtetes Vorgehen gewählt. Dies bedeutet, dass primär eine möglichst breite Palette von potenziellen Faktoren ermittelt werden sollte und weniger Wert auf eine vollumfängliche statistische Absicherung dieser Faktoren gelegt wurde. Im letzteren Fall hätten viele für die Forschungsfragestellung interessante Untersuchungsebenen gar nicht betrachtet werden können. Die Struktur- und Prozessmerkmale wurden schließlich mit ganz unterschiedlichen Instrumenten und insbesondere auch Stichprobengrößen untersucht (s. Abschnitt 2.1.3). Können die Prozessdaten auf Einzelebene noch für die 581 dokumentierten Fälle analysiert werden, liegen die für eine Wirkfaktorenanalyse verwertbaren Strukturdaten nur überindividuell für die sechs Modellkreise vor. Entsprechend fällt es für die Prozessebene deutlich leichter, etwa mit Hilfe von tiefergehenden multivariaten Analysetechniken, zu empirisch fundierten Aussagen zu kommen als für die Struktur- und Netzwerkebene. Dem wurde auch durch die verwendeten Methoden Rechnung getragen. So sind die Struktur-/Netzwerkdaten in deutlich höherem Maße durch qualitative Daten, etwa in Form von Interviews und Experteneinschätzungen, gestützt. Auch wenn sich hier weniger mit statistischer Signifikanz argumentieren lässt, so zeichnen sich doch auf jeden Fall aufschlussreiche Trends ab. Aufgrund der unterschiedlichen Datengrundlagen und damit verbundener Analysetechniken werden im Folgenden die Befunde zur Prozess- und Strukturebene in eigenständigen Abschnitten (3.6.1 und 3.6.2) behandelt. Entsprechend muss in WiFEin besser

von Wirkfaktorenanalysen und nicht von der Wirkfaktorenanalyse gesprochen werden. Da auf der Struktur- und Netzwerkebene neben Interviewdaten ebenso auf die Daten aus der Gesamtumfrage zum Fallmanagement zurückgegriffen wird (s. Abschnitt 2.1.3 und 2.2), an der die Modellkreise ebenfalls beteiligt waren, enthält der vorliegende Abschnitt auch die diesbezüglichen Ergebnisse. Auch wenn die, nur über die Gesamtumfrage am Forschungsprojekt partizipierenden, Stadt- und Landkreise, aufgrund des Fehlens von einzelfallbezogenen Effektivitätsmessungen, nicht unmittelbar in die Wirkungsanalysen eingebunden werden können, kann deren „Implementierungsgüte“, hinsichtlich der ermittelten überindividuellen Wirkfaktoren auf Struktur- und Netzwerkebene, dennoch mit den effektiveren und weniger effektiven Modellkreisen verglichen werden. Auf diesem Weg ergeben sich Anhaltspunkte für Optimierungspotenziale, die das ganze Fallmanagement in Baden-Württemberg tangieren.

Zum besseren Verständnis der Ergebnisse von Wirkfaktorenanalysen sei darauf hingewiesen, dass Wirkfaktoren überhaupt nur dann erkannt werden können, wenn sie eine Streuung beziehungsweise Unterschiedlichkeit aufweisen, die mit den Wirkungen in Zusammenhang steht. Unterschiedlichkeit in den Implementierungsformen beziehungsweise -graden des Fallmanagements war ebenfalls eine wesentliche Anforderung an die Auswahl der Modellregionen (s. Abschnitt 2.1.1). Da dies für die Wirkfaktorenanalyse essentiell ist, handelt es sich um das zentrale Element des Forschungsdesigns. In Abschnitt 3.3.4 wurde deutlich, dass der Forschungsplan aufgegangen ist und sich die Modellkreise tatsächlich, anhand der im Projektverlauf durchgeführten Wirkungsmessung, in eine Gruppe mit signifikant höherer Effektivität und in eine Gruppe mit niedrigerer Effektivität einteilen lassen. Entsprechend ist der Grad der FM-Implementation auch ein wesentlicher globaler Wirkfaktor. Im Rahmen der folgenden Ausführungen wird hier aber noch differenzierter geschaut, welche Merkmale ausschlaggebend sind. Die Gegenüberstellung der Modellkreise nach höherer und niedrigerer Effektivität, liegt dabei als Leitidee allen durchgeführten Wirkungsanalysen zugrunde.

Ebenfalls wichtig ist, dass Merkmale die sich im Zuge der Analysen nicht als Wirkfaktoren herauskristallisieren, nicht automatisch so verstanden werden dürfen, dass sie für ein gelingendes Fallmanagement irrelevant wären. Wie beschrieben können auf empirischem Weg nur Merkmale als Wirkfaktoren identifiziert werden, die eine gewisse Diversität aufweisen. Wenn etwa anerkannte Fachstandards betrachtet werden, die in allen Kreisen bereits gleichermaßen umgesetzt sind, liegt hier (im positiven Sinne) ebenfalls keine Unterschiedlichkeit vor. Daraus kann natürlich nicht geschlossen werden, dass diese Fachstandards nicht beachtet werden müssten oder dass sie nichts Substantielles zu den Wirkungen beitragen könnten. Wirkfaktoren müssen daher immer, sowohl empirisch als auch aus Expertensicht, beurteilt werden. Dies wurde im Rahmen der vorliegenden Studie berücksichtigt. Statt von Wirkfaktoren könnte man bildhafter auch von „wirkungsmodulierenden“ Faktoren sprechen.

3.6.1 Wirkfaktoren Prozessebene

Die auf Prozessebene durchgeführten Wirkfaktorenanalysen greifen auf die Daten aus den Einzelfalldokumentationen zu. Aufgrund des großen Stichprobenumfangs von 581 Fällen sind die Analyseergebnisse, statistisch-empirisch gesehen, gut „unterfüttert“. Durch den Einzelfallbezug sind auch in inhaltlicher Hinsicht weit differenziertere Aussagen möglich: Auf Strukturebene können Prozesse nur im Sinne von organisatorischen Standards betrachtet

werden. Etwa, ob das regionale FM-Konzept vorsieht, bereits vor Ablauf des geplanten Zeitraums, zur Überprüfung der Zielerreichung Kontakt mit den Leistungserbringern aufzunehmen. Dabei handelt es sich um reine „Soll-Zustände“. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen aber, dass die konkreten „Ist-Zustände“ das Soll oftmals nicht erreichen. Dafür können vielfältige Gründe ausschlaggebend sein, zum Beispiel etwa fehlende zeitliche Ressourcen, längerfristige Erkrankungen von Mitarbeiter/n/innen und ähnliches. Die für die Prozessqualität des Fallmanagements wesentliche quantitative Aussage bezüglich des Grads der „Soll-Erreichung“ kann nur getätigt werden, wenn hier einzelfallbezogene Dokumentationen vorliegen.

Um den einleitend formulierten Anspruch einer explorativen Analyse Rechnung tragen zu können, wurden bei den Wirkfaktorenanalysen auf Prozessebene ein Methodenmix aus zwei Verfahren adaptiert, deren Resultate sich gegenseitig ergänzen. In einem ersten Analyseschritt wurden alle relevanten Prozessmerkmale systematisch dahingehend geprüft, ob ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den drei effektiveren und den drei weniger effektiveren Modellkreisen vorliegt. Dabei sollte insbesondere geschaut werden, welche spezifischen Merkmale die effektiveren Modellregionen auszeichnen. Im Rahmen des zweiten Ansatzes, der auf der multivariaten Methode der Graphischen Kettenmodelle basiert, wurde unabhängig von der Zuweisung zu einer bestimmten Modellregion untersucht, welche Merkmale eine höhere Effektivität begünstigen. Der Fokus dieser Analysen lag dabei speziell auch auf den Zusammenhängen zwischen den einzelnen Einflussgrößen.

122

Vergleich effektivere und weniger effektive Modellregionen

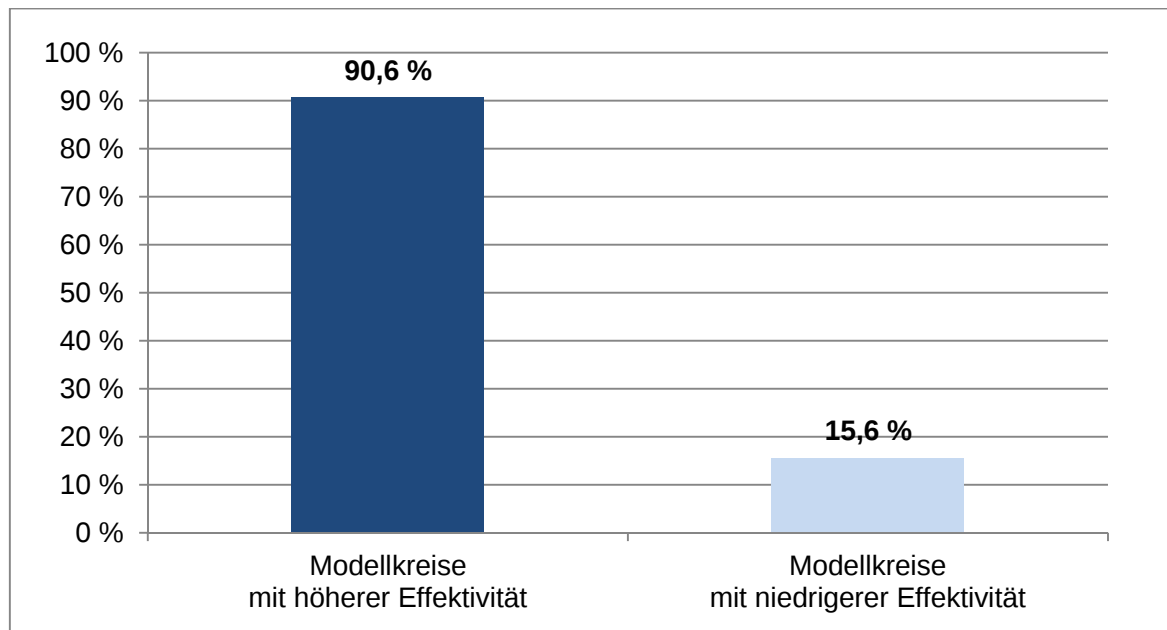
Die Gegenüberstellung der effektiveren und der vergleichsweise weniger effektiven Modellregionen zeigt, dass insbesondere folgende Faktoren für die besser abschneidenden Kreise charakteristisch sind:

- Die **praktische „Steuerungshoheit“** sollte unmittelbar (und ausschließlich) bei den Fallmanager/n/innen liegen. Hiermit ist nicht die rechtliche Verantwortung gemeint. Es geht um die Gesamtfallverantwortung im fachlichen Sinne. Entscheidend dabei ist, wer den Fall im „Tagesgeschäft“ koordiniert und steuert, zum Beispiel wer primär die Aufgabe hat, die Überprüfung der Ziele zu initiieren und den Zeitpunkt dazu festzulegen.

Wie Abbildung 44 zeigt ist der Unterschied zwischen den Modellkreisen mit höherer und niedriger Effektivität erheblich: Liegt in den effektiveren Regionen durchschnittlich in mehr als neun von zehn Fällen die Gesamtfallverantwortung beim Fallmanagement, sind es bei den weniger effektiveren Regionen im Schnitt nur ein bis zwei von zehn Fällen. Damit war die Gesamtfallverantwortung/Steuerungshoheit auch absolut gesehen der stärkste Wirkfaktor im Rahmen des vorliegenden Analysestrangs. An dieser Stelle stellt sich natürlich die Frage, wo denn nun genau die Gesamtfallverantwortung verortet war, wenn schon nicht beim Fallmanagement? Auch diese Frage kann anhand der im Rahmen von WiFEin erhobenen Daten beantwortet werden: In den Fällen, bei denen nicht das Fallmanagement federführend war, lag die Gesamtfallverantwortung in 42,7 % der Fälle bei der Sachbearbeitung, in 23,7 % bei den Leistungserbringern und in 33,0 % der Fälle lag hier eine geteilte Verantwortung vor. Sonstige Stellen, wie zum Beispiel das Jugendamt, waren in diesem Zusammenhang statistisch nicht relevant.

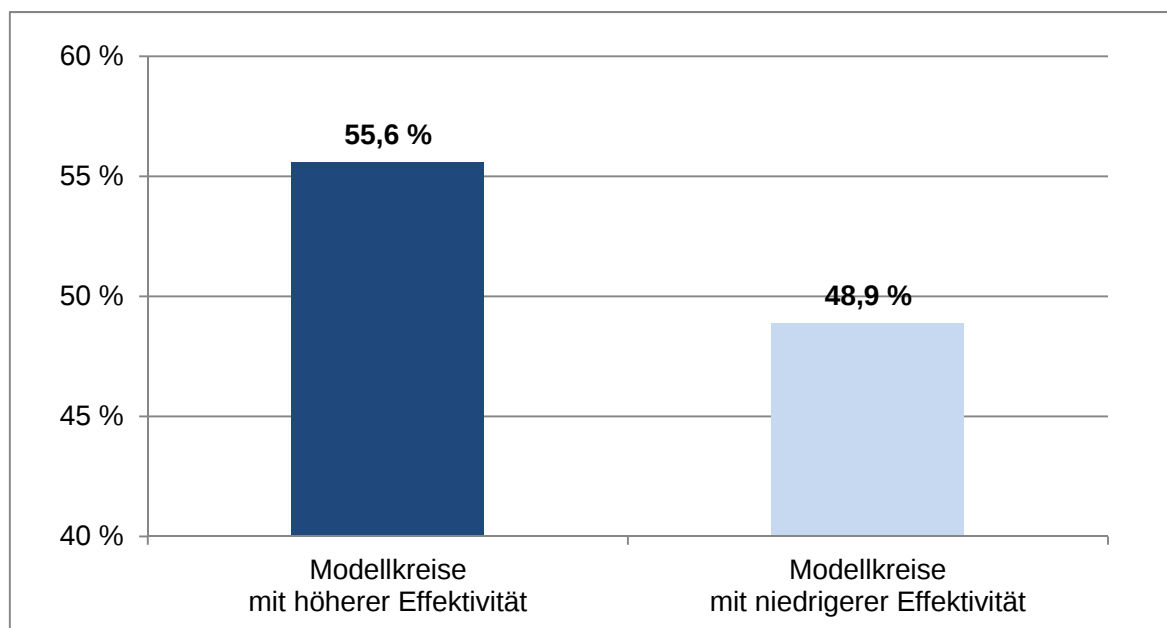
Wenn man den komplexen „Regelkreis“ der Steuerung im Fallmanagement (s. Abschnitt 1.2) betrachtet, ist es im Grunde genommen nicht weiter verwunderlich, dass eine Verortung der Gesamtfallverantwortung beim Fallmanagement zu effektiveren Abläufen führt. Dafür müssen aber selbstverständlich auch die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden. Die Daten belegen ferner auch, dass „demokratische“ Modelle, einer geteilten Verantwortung, insgesamt eher nicht zu einer effektiveren Steuerung beitragen. Hier wäre das Sprichwort „viele Köche verderben den Brei“ deutlich passender.

Abbildung 44: Gesamtfallverantwortung alleine und ausschließlich beim FM



123

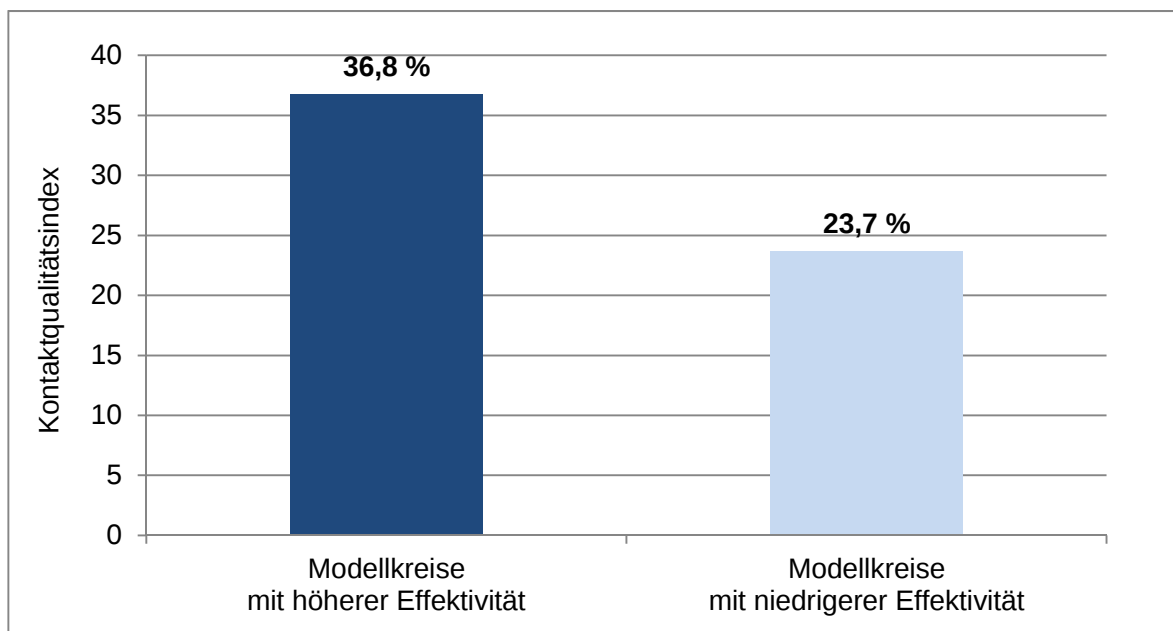
Abbildung 45: Kontakte mit den LE vor Ablauf des geplanten Zeitraums zur Zielüberprüfung



- Ein weiterer bedeutsamer Unterschied zwischen den Modellkreisen mit höherer und niedrigerer Effektivität wurde im Hinblick auf **Kontakte mit den Leistungserbringern (LE) vor Ablauf des geplanten Zielüberprüfungszeitpunkts** gefunden. In den effektiveren Modellkreisen finden solche Kontakte signifikant häufiger statt (s. Abbildung 45). Es ist unmittelbar naheliegend, dass bei höherer Kontakthäufigkeit, mögliche Probleme und sich abzeichnende Fehlentwicklungen viel frühzeitiger erkannt und von Fachseite entsprechend eingegriffen werden kann. Effektive, also gelingende, Prozesse lassen sich unter solchen Rahmenbedingungen viel leichter realisieren. Auf der anderen Seite steht natürlich auch ein höherer Einsatz von personellen Ressourcen für die „Controllingprozesse“.
- Die effektiveren Modellkreise zeichnen sich ferner durch einen intensiveren und passgenaueren **kollegialen Austausch** innerhalb der Sozialämter aus. Um dies zu veranschaulichen wurde ein „Kontaktqualitätsindex“ gebildet, der sowohl die Häufigkeit und den Zeitumfang der fallbezogenen Abstimmungsprozesse als auch die Bewertung ihrer Angemessenheit („genau richtig“, „zu niedrig“, „zu hoch“) miteinschließt. Die Werte können in einem Zahlenbereich von 0 bis maximal 100 liegen. Höhere Zahlenwerte stehen dabei für einen intensiveren und qualitativ angemesseneren Austausch. Die Bedeutung der absoluten Zahlenwerte ist dabei aber eher nebensächlich. Entscheidend ist, dass ein statistisch hoch signifikanter Unterschied zwischen den effektiveren und weniger effektiven Modellkreisen besteht (s. Abbildung 46). Die Zahlen belegen, dass sich ein intensiver und zielgerichteter amtsinterner fachlicher Austausch im Hinblick auf die Effektivität „bezahlt“ machen kann.

124

Abbildung 46: Intensität und Qualität des kollegialen Austauschs auf Fallebene



Die Analyse liefert darüber hinaus noch Hinweise auf weitere Wirkfaktoren. So scheiden beispielsweise Neufälle effektivitätsmäßig etwas besser ab als Bestandsfälle. Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass bei Neubeginn eines Fallmanagementprozesses natürlich ein un-

gleich höheres Steuerungspotenzial vorhanden ist als bei einem Bestandsfall, bei dem in der Regel ja die zentralen „Stoßrichtungen“ der Ziel- und Maßnahmenplanung schon vorgegeben sind und abgesehen etwa von biographischen Übergangssituationen oder ähnlichem, größeren „Adjustierungen“ nicht notwendig sind. Wenn nur wenig Interventionsbedarf besteht kann natürlich auch nur wenig „bewirkt“ werden. Dies ist dann kein Mangel, sondern absolut bedarfsgerecht. In diesen Zusammenhang passt auch, dass die Effektivität tendenziell umso höher ausfällt je weniger finanzierte Eingliederungshilfeleistungen bereits im Vorfeld vorlagen. Die vorliegenden Befunde weisen des Weiteren darauf hin, dass ein effektiver Fallmanagementverlauf insbesondere im Rahmen des Persönlichen Budgets sowie anlässlich einer konkreten Veränderung des Hilfebedarfs zu erwarten ist. Vorteilhaft scheinen auch allgemein weniger organisatorische Vorgaben bei der Fallauswahl, die die Spielräume der Fallmanager/innen bei der Selektion einengen.

Neben effektivitätsfördernden Faktoren liefert die Analyse auch Hinweise auf effektivitätsmindernde Faktoren. So sind etwa bei Mehrfachbehinderungen und/oder vorliegenden Komorbiditäten tendenziell nur weniger stark ausgeprägte Wirkungen zu beobachten. Für Merkmale wie unter anderem Geschlecht, Alter, Art der Behinderung, Schulbildungsniveau oder Hilfebedarfsgruppe konnten keine statistisch signifikanten Wirkfaktorenzusammenhänge ermittelt werden.

Zusammenhänge der Einflussgrößen

125

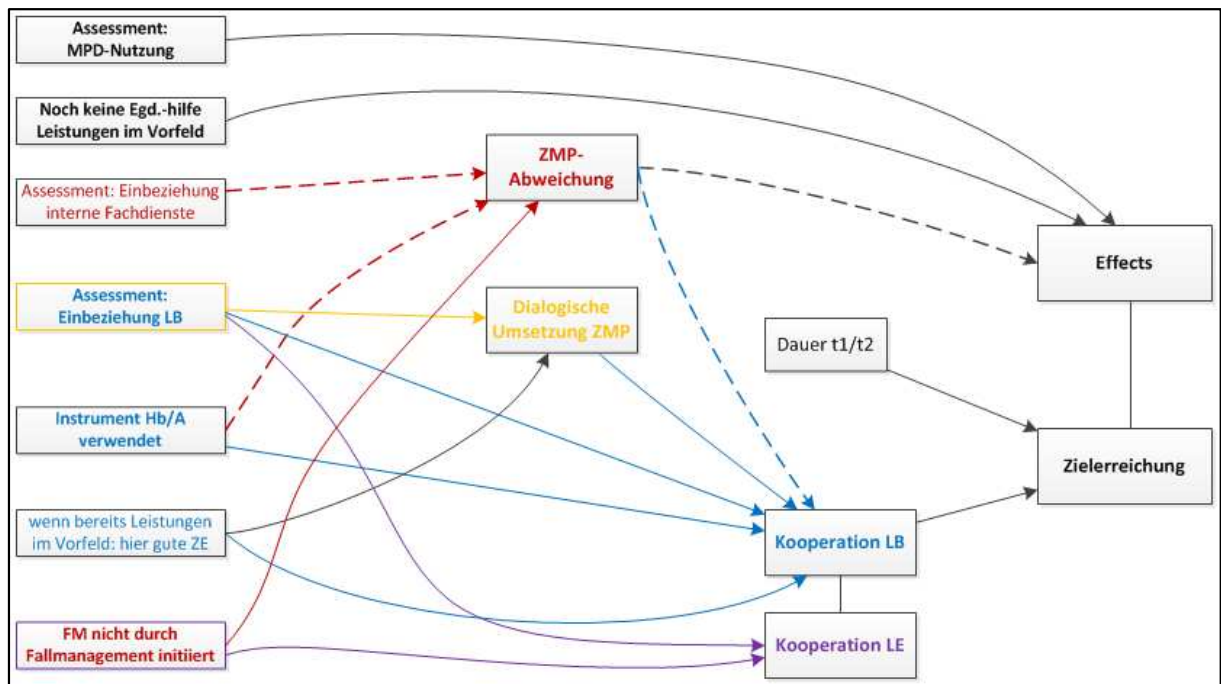
Wie einleitend erläutert, wurde in Anlehnung an die Methode der Graphischen Kettenmodelle versucht, ergänzend auch die Zusammenhänge der Wirkfaktoren noch näher zu beschreiben. Das Verfahren wurde von Cox, Lauritzen und Wermuth entwickelt (Cox & Wermuth 1993 u. 1996; Lauritzen & Wermuth 1989) und knüpft an pfadanalytische Ansätze nach Wright an. Ein wesentlicher Vorteil der Methode ist ihre Anschaulichkeit, da die Assoziationsstrukturen zwischen den Variablen in graphischer Form dargestellt werden. Zudem erlauben Graphische Kettenmodelle eine systematische Betrachtung der sogenannten vermittelten Variablen (Moderatorvariablen). Dabei handelt es sich um diejenigen Variablen, die sowohl als Ziel- als auch als Einflussgröße betrachtet werden können. So ist es möglich, neben den direkten beziehungsweise unmittelbaren Einflüssen auch die indirekten Fallmanagementwirkungen abzubilden.

Die Ergebnisse des WiFEin-Kettenmodells sind in Abbildung 47 dargestellt. Zur besseren Nachvollziehbarkeit beschränkt sich die Visualisierung allerdings, ergänzend zu den bereits dezidiert dargelegten Befunden, auf die zentralen Wirkungspfade. Insgesamt wurde eine Vielzahl von weiteren Variablen, hier nicht abgebildeten Variablen, berücksichtigt. Die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Merkmalen sind dabei durch Linien dargestellt. Durchgezogene Linien kennzeichnen einen Zusammenhang der Art „je mehr, desto mehr“ und gestrichelte Linien einen Zusammenhang der Art „je mehr, desto weniger“ beziehungsweise „je weniger, desto mehr“. Einflüsse in eine bestimmte Richtung und Kausalität sind zusätzlich durch Pfeile gekennzeichnet. Ob eine Kausalität bestehen kann oder nicht, ist durch die Anordnung der Variablen bestimmt. Wie aus Abbildung 47 zu ersehen ist, sind die einzelnen Variablen von links nach rechts in untereinanderstehenden Blöcken angeordnet. Diese Anordnung basiert auf theoretischen und sachlogischen Überlegungen zu den möglichen Kausalitäten zwischen den einzelnen Variablen, die den statistischen Analysen vorge-

lagert sind. Da kausale Abhängigkeiten am besten aus zeitlichen Abfolgen abgeleitet werden können, bietet das Ablaufschema der Einzelfallsteuerung im Fallmanagement hier einen guten Orientierungspunkt (s. Abschnitt 1.2). Auf der rechten Seite des Grundmodells werden die Zielgrößen, also die Wirkungen, aufgeführt. Auf der linken Seite stehen Merkmale, die frühen Prozessphasen zuzuordnen sind. Die mittleren Blöcke umfassen potentielle Einflussgrößen nachgelagerter Ebenen. Entsprechend der Anordnungslogik können grundsätzlich immer Merkmale von links stehenden Blöcken einen ursächlichen Einfluss auf Merkmale von rechts stehenden Blöcken haben. Prinzipiell sind auch mögliche Beziehungen von Variablen innerhalb der Ebenen Gegenstand der Analysen. Solche Beziehungen haben allerdings keine Richtung im Sinne von A folgt B. Es handelt sich um rein korrelative Zusammenhänge, ähnlich etwa wie die in Abschnitt 3.5 untersuchten Beziehungen zwischen den einzelnen in WiFEin erhobenen Ergebnisindikatoren. Im Kettenmodell werden die Wirkungszusammenhänge statistisch auf der Basis von multiplen Regressionsanalysen ermittelt, die ausgehend von der Ebene der reinen Zielgrößen sequentiell, in der Abbildung von rechts nach links, für jede mögliche abhängige Variable durchgeführt werden. Durch sogenannte schrittweise Rückwärtsselektion verbleiben jeweils nur Einflussgrößen beziehungsweise Wirkfaktoren im statistischen Modell, die einem hohen Signifikanzniveau von einem Prozent standhalten (d. h. die Irrtumswahrscheinlichkeit ist damit relativ gering).

Abbildung 47: Zentrale Wirkungszusammenhänge Prozessebene

126



Zeichenerklärung: durchgezogene Linien: „je mehr, desto mehr“; gestrichelte Linien: „je mehr, desto weniger“

Wie lassen sich nun die in WiFEin gefundenen Beziehungen beschreiben? Dazu ist es sinnvoll, zunächst die in Abbildung 47 ganz rechts dargestellten Zielgrößen zu betrachten, die die Wirkungen des Fallmanagements beschreiben. Hier wird auf die Zielerreichungsgrade (gemessen durch den in Abschnitt 3.3 beschriebenen Zielerreichungsindex) sowie die „Effects“ Bezug genommen. Unter „Effects“ ist dabei der ausschließlich auf den Veränderungsmessungen (ohne die Zielerreichung) basierende Effektindex zu verstehen (s. Abschnitt 3.3).

Entsprechend den Befunden in Abschnitt 3.5 bestehen jeweils starke Bezüge zum Gesamteffektivitätsindex. Das heißt, dass sowohl Wirkungspfade die zu einer höheren Zielerreichung als auch solche, die zu einer höheren Wirkung bei den Veränderungsmessungen führen, gleichsam zu einer höheren Gesamteffektivität beitragen. Insofern wäre die graphische Darstellung so nur unübersichtlicher geworden. Durch die Trennung in Zielerreichung und „Effects“ sind zudem differenziertere Aussagen möglich. Dass die Veränderungseffekte und die Zielerreichung im Sinne der übergeordneten Gesamteffektivität miteinander „verschränkt“ sind, wird in der Abbildung durch die Verbindungslinie zwischen den beiden Dimensionen deutlich. Im Folgenden wird dargestellt, welche Faktoren die beiden Zielgrößen im Einzelnen beeinflussen.

Einen unmittelbar förderlichen Einfluss auf die Höhe der „Effects“ hat in den frühen FM-Phasen unter anderem eine stärkere Nutzung des Medizinisch-Pädagogischen Dienstes (MPD) im Rahmen der Bedarfsfeststellung („Assessment“) zum Stichtag t1. Die absoluten Zahlen zeigen, dass der MPD insgesamt nur in etwa einem Viertel der Fälle eingeschaltet wird. Diese Quote wäre also insgesamt durchaus noch ausbaufähig, wenngleich hier natürlich auch die maximal zur Verfügung stehenden Kontingente berücksichtigt werden müssen. Ferner sind stärkere Wirkungen möglich, wenn im Vorfeld der aktuellen Fallsteuerung noch keine beziehungsweise nur wenige Leistungen der Eingliederungshilfe vorliegen (vgl. hierzu auch die Erläuterungen im Abschnitt „Vergleich effektivere und weniger effektive Modellregionen“). Als hemmend in Bezug auf die Effektivität auf Ebene der „Effects“ erweisen sich im Prozess auftretende Abweichungen von der Ziel- und Maßnahmenplanung (abgekürzt „ZMP“, s. Abbildung 47). Damit ist gemeint, dass die ursprünglich vorgeschlagenen Maßnahmen nicht umgesetzt wurden. Die Analyse zeigt allerdings ebenfalls, dass die Wahrscheinlichkeit für solche Abweichungen durch eine verstärkte Einbeziehung interner Fachdienste sowie den Einsatz des KVJS-Formblatts Hb/A, im Rahmen des Assessments beziehungsweise der Bedarfsfeststellung, stark vermindert werden kann. Die Befunde auf Ebene der „Effects“ unterstreichen allgemein wie wichtig eine eingehende, fachlich fundierte, Bedarfsanalyse und ein systematisiertes Vorgehen schon direkt am Anfang des Fallmanagementprozesses sind. Hier werden frühzeitig die entscheidenden Weichenstellungen für ein späteres Gelingen getätigt. Begünstigt werden Abweichungen von der Ziel- und Maßnahmenplanung dahingegen, wenn die Fallmanagementprozesse nicht unmittelbar vom Fallmanagement selbst initiiert sind. In der vorliegenden Analyse waren in diesen Fällen meistens die Leistungserbringer die Initiatoren. Da unter solchen Ausgangskonstellationen, in der Regel schon im Vorfeld der Gesamtplanerstellung, Gespräche zwischen Leistungserbringer und Leistungsberechtigten stattgefunden haben dürften, mit entsprechend konkreten Vorstellungen im Hinblick auf die Maßnahmen, ist es nahe liegend, dass Diskrepanzen beziehungsweise „Passungenauigkeiten“ dann eher erst im Prozess sichtbar werden. Insgesamt dürfte es, insbesondere auf dem Hintergrund der „alteingesessenen“ Strukturen in der Eingliederungshilfe, mittelfristig eine wesentliche Herausforderung an das Fallmanagement sein, Strukturen zu schaffen, die eine möglichst frühzeitige umfassende Beratung/Orientierung der Leistungsberechtigten ermöglichen (vgl. auch Abschnitt 3.6.2). Unabdingbare Voraussetzung ist hier selbstverständlich, dass ausschließlich bedarfs- und nicht rein kostenorientiert vorgegangen wird.

Einen wesentlichen Einfluss auf den Grad der Zielerreichung hat speziell die Kooperation der Leistungsberechtigten. Neben der aktiven Mitarbeit und Beteiligung und dem Einhalten von

getroffenen Vereinbarungen sind hier unter anderem auch die Akzeptanz von Zielen und Maßnahmen sowie die Beziehungsqualität zu den zuständigen Fallmanager/n/innen gemeint. Die Analysen zeigen ferner, dass die Ziele umso mehr erreicht werden, je länger der Zeitabstand zwischen den beiden Stichtagen t1 und t2 praktisch ausgefallen ist. Zur Erläuterung: die im Rahmen der Evaluation gemachte Vorgabe eines halbjährlichen Zeitabstandes zwischen den beiden fallbezogenen Dokumentationen beschreibt lediglich einen „Soll-Zustand“. Aus rein praktischen Gründen, etwa Urlaubszeiten, war diese Frist nicht immer 1:1 realisierbar. Daher liegt zwar im Mittel der Zeitabstand zwischen t1- und t2-Stichtag bei sechs Monaten, die tatsächlichen Zeitabstände streuen aber mit einer Standardabweichung von einem Monat um diesen Mittelwert. Im Prinzip ist es nur logisch, dass mehr erreicht werden kann, wenn mehr Zeit zur Verfügung steht. Dass bei der Zielerreichung allerdings bereits derart kleine Zeitunterschiede statistisch bemerkbar machen überrascht dahingegen schon etwas. Da es sich bei den Zeitunterschieden um insgesamt rein zufällige Schwankungen handelt, und nicht etwa bestimmte Fallgruppen „bevorzugt“ wurden, zeigen sich auch keine weiteren statistisch signifikanten Einflüsse auf die t1-/t2-Dauer (s. Abbildung 47).

Die Kooperation der Leistungsberechtigten ist, neben den naheliegenden fachlichen Gründen, auch deswegen ein so zentraler Wirkfaktor, weil sie wiederum von einer Vielzahl weiterer Merkmale beeinflusst wird. Sie fällt beispielsweise umso höher aus, je stärker eine dialogische Umsetzung der in der Ziel- und Maßnahmenplanung getroffenen Vereinbarungen „auf Augenhöhe“ gelingt. Dialogisch heißt hier insbesondere, dass die Ziel- und Maßnahmenplanung weder durch die „Vorschläge“ oder gar Vorgaben des Fallmanagements, noch ausschließlich anhand der Wünsche der Leistungsberechtigten, geleitet ist. Dies wiederum wird insbesondere durch eine stärkere Einbeziehung des Leistungsberechtigten in die Bedarfsfeststellung begünstigt. Ferner ist in diesem Zusammenhang ebenfalls förderlich, wenn bereits im Vorfeld gute Zielerreichungsgrade vorlagen, sofern es bereits vor dem Fallmanagement Leistungen gab. Die letzten beiden Wirkfaktoren haben darüber hinaus aber auch einen direkten positiven Einfluss auf die „Kooperativität“ der Leistungsberechtigten (s. Abbildung 47). Des Weiteren wirkt sich, ähnlich wie bereits im Wirkungsstrang zu den „Effects“ (siehe oben), im Rahmen der Bedarfsfeststellung ebenfalls die Nutzung des Hb/A-Formblatts positiv auf die Kooperation der Leistungsberechtigten aus. In negativer Hinsicht lässt sich, ebenfalls analog zu den „Effects“, ein hemmender Einfluss im Rahmen von Abweichungen von der ursprünglichen Ziel- und Maßnahmenplanung feststellen.

Innerhalb des Wirkungsgefüges besteht auch ein positiver Zusammenhang zwischen der Kooperation der Leistungsberechtigten und der Leistungserbringer. Neben der Akzeptanz von Zielen und Maßnahmen ist bei Letzterem unter anderem auch die Güte des wechselseitigen Informationsflusses und fachlichen Austauschs mit dem Fallmanagement relevant. Der Befund belegt allgemein die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und Dienstleistern. Die Wirkungsanalyse zeigt aber auch, dass im Hinblick auf die Ergebnisse eher eine „modulierende“ Wirkung vorliegt. Ein unmittelbarer Einfluss auf Zielerreichung und „Effects“ ist für die Kooperation der Leistungserbringer nicht nachweisbar. Der Einfluss erfolgt indirekt, sozusagen auf dem „Umweg“, über die Leistungsberechtigten (siehe Abbildung 47). Die Kooperationsbereitschaft der Leistungserbringer wird, ähnlich wie auch bei den Adressaten selbst, positiv von einem stärkeren Einbeziehungsgrad der Leistungsberechtigten im Rahmen der Bedarfsfeststellung beeinflusst. Nicht überraschend ist, dass die Kooperation der Leistungserbringer ebenfalls höher ausfällt, wenn sie verstärkt selbst den Pro-

zess initiiert haben. In Abwägung der potentiell negativen Auswirkungen auf die Ziel- und Maßnahmenplanung sowie den lediglich mittelbaren Einfluss auf die Zielgrößen (s. Abbildung 47), haben allerdings die bereits oben diskutierten Aussagen/Empfehlungen zur Initiierung des Fallmanagements, davon unbesehen weiterhin Bestand.

Welches Fazit lässt sich aus dem Graphischen Kettenmodell ziehen? Die wichtigste „exklusive“ Erkenntnis ist, dass die Modellierung der Wirkungspfade die zentrale Rolle der Beteiligung der Leistungsberechtigten unterstreicht. Ohne hinreichende Beteiligung ist ein effektives Fallmanagement im Grunde nicht erreichbar. Die Beteiligung zieht sich dabei quer durch alle Ebenen: Sie ist nicht nur im Hinblick auf die Kooperationsbereitschaft, sondern auch schon bei der Bedarfsfeststellung und der Ziel- und Maßnahmenplanung wichtig. Nicht nur, dass die empirischen Ergebnisse zeigen wie wichtig die Beteiligung im Hinblick auf die Effektivität ist, sie wird von den Leistungsberechtigten auch explizit gewünscht (s. Abschnitt 3.1.1). Insgesamt sprechen alle gesammelten Fakten dafür, das Fallmanagement noch stärker in die Richtung eines Teilhabemanagements weiterzuentwickeln (s. Abschnitt 4).

3.6.2 Wirkfaktoren Struktur- und Netzwerkebene und Ergebnisse der Gesamtumfrage

Zur Erfassung der Wirkungen von Fallmanagement in Abhängigkeit von den konkreten Implementierungen vor Ort wurde zum einen eine Gesamtumfrage in allen Stadt- und Landkreisen durchgeführt, um die Bandbreite relevanter Faktoren und generelle Vorgehensweisen sowie Struktur- und Organisationsmerkmale zu erfassen. Im Einzelnen wurde nach folgenden Parametern gefragt: Fallanzahl, Fallselektion, Prozesse, Verfahren, Qualifikationen, Methoden, Instrumente, Vernetzung, Qualitätsgrade, Angebotsstruktur und Leistungssteuerung.

129

Andererseits wurden umfangreiche Interviews durchgeführt, um die Spezifik der Fallmanagementrealisationen in den Modellkreis abzubilden, zu verstehen und einzuschätzen. Die Inhalte der protokollierten, mitgeschnittenen und transkribierten Interviews wurden zur Auswertung in verschiedene Skalen übertragen, die es ermöglichten, unter der Vorgabe des Konzepts Fallmanagement, Einschätzungen mithilfe eines Expertenratings über den jeweiligen Umsetzungsgrad zu formulieren. Die entwickelten Skalen konnten anschließend folgenden Beurteilungsdimensionen zugeordnet werden:

- **Verfahren:** Verständnis und Umsetzung des Konzepts Fallmanagement mit seinen Instrumenten und Methoden, zum Beispiel Falleinschätzung, Evaluation;
- **Leistung/Netzwerk:** Vom Fallmanagement beziehungsweise von der Fallmanagementorganisation erreichte Strukturverbesserungen, zum Beispiel Schnittstellen, Qualität von Angeboten;
- **Organisation:** Umsetzung des Handlungskonzept Fallmanagement in den organisatorischen Rahmenbedingungen und Abläufen – ohne Personalentwicklung;
- **Personalentwicklung:** Einsatz und Unterstützung der Mitarbeiter/innen im Fallmanagement,
- **(Netzwerk-)Strukturen:** derzeitige strukturelle, regionale und politische Rahmenbedingungen.



Zuordnung der Skalen zu den Dimensionen:

1. Verfahren

- differenzierte Fallauswahl versus alle Fälle in der Steuerung
- regelhafte Hinzuziehung von externen Fachdiensten bei Bedarfsfeststellung versus "Eigendiagnose"
- Wird zwischendurch der Stand des Falles abgefragt (vor Ablauf der Kostenzusage)?
- Wer formuliert überwiegend die Ziele? (D. h. Leistungserbringer oder Fallmanagement)
- Grundverständnis des Fallmanagements (bei Fallmanagern und Leitung) bezüglich Gesamtverfahren Fallmanagement?
- Grundverständnis des Fallmanagements (bei Fallmanagern und Leitung) bezüglich Verfahren Assessment?
- Grundverständnis des Fallmanagements (bei Fallmanagern und Leitung) bezüglich Verfahren Hilfeplanung?
- Grundverständnis des Fallmanagements (bei Fallmanagern und Leitung) bezüglich Verfahren Evaluation?
- Grundverständnis des Fallmanagements (bei Fallmanagern und Leitung) bezüglich des Konzeptverständnisses?
- Case Management wird als Struktur bildendes Instrument verstanden und akzeptiert.

130

2. Leistung/Netzwerk

- tatsächliche Dauer bis Fall wieder gesehen wird (bei der überwiegenden Zahl der FM-Fälle)
- System-/Netzwerkebene (Angebotssteuerung)
- Funktionieren der Netzwerkschnittstellen Jugendamt
- Funktionieren der Netzwerkschnittstelle Hilfe zur Pflege
- Funktionieren der Netzwerkschnittstellen zu den Leistungserbringern
- regionale Netzwerksteuerung
- Qualitätssicherung des Fallmanagements

3. Organisation

- Befugnisse der Fallmanager/innen im Einzelfall (bspw. Budgetverantwortung)
- Grundverständnis des Fallmanagements (bei Fallmanagern und Leitung) bezüglich Organisationsentwicklung?
- Grundverständnis des Fallmanagements (bei Fallmanagern und Leitung) bezüglich des Einsatzes von Instrumenten?
- Grundverständnis des Fallmanagements (bei Fallmanagern und Leitung) bezüglich EDV für Fallmanagement?
- Strukturelle Rahmenbedingungen (organisationsintern) bezüglich Fallzahlenschlüssel der Fallmanager/innen?
- Strukturelle Rahmenbedingungen (innerorganisatorisch) bezüglich Vorgaben der Funktion beziehungsweise Aufgaben der Fallmanager/innen?
- Grundverständnis des Fallmanagements (bei Fallmanagern und Leitung) bezüglich Wissens- Informationsmanagement?
- Vorhandensein einer Anlaufstelle/Erstberatungsstelle beim Leistungsträger; Kontaktstrategie: Komm-Gehstruktur

4. Personalentwicklung

- Stellenbesetzung im Fallmanagement
- Grundverständnis des Fallmanagements (bei Fallmanagern und Leitung) bezüglich Weiterbildung
- Grundverständnis des Fallmanagements (bei Fallmanagern und Leitung) bezüglich Unterstützung im laufenden Betrieb, zum Beispiel Supervision, Weiterbildung
- Grundverständnis des Fallmanagements (bei Fallmanagern und Leitung) bezüglich Personalauswahl
- Rekrutierungsstrategie für Fallmanager/innen
- Entwicklung des Fallmanagements in der Organisation

5. (Netzwerk-)Strukturen

- Grundverständnis des Fallmanagements (bei Fallmanagern und Leitung) bezüglich Strukturen für System- beziehungsweise Netzwerksteuerung
- strukturelle Rahmenbedingungen - hier politischer Druck durch Vorgaben
- strukturelle Rahmenbedingungen - hier „Entwickeltheit“ des Gremiensystems (außerhalb der Dienststelle)
- System-/Netzwerkebene; Differenziertheit der Angebotsstrukturen
- System-/Netzwerkebene; Anbieterstrukturen (Gesamturteil)

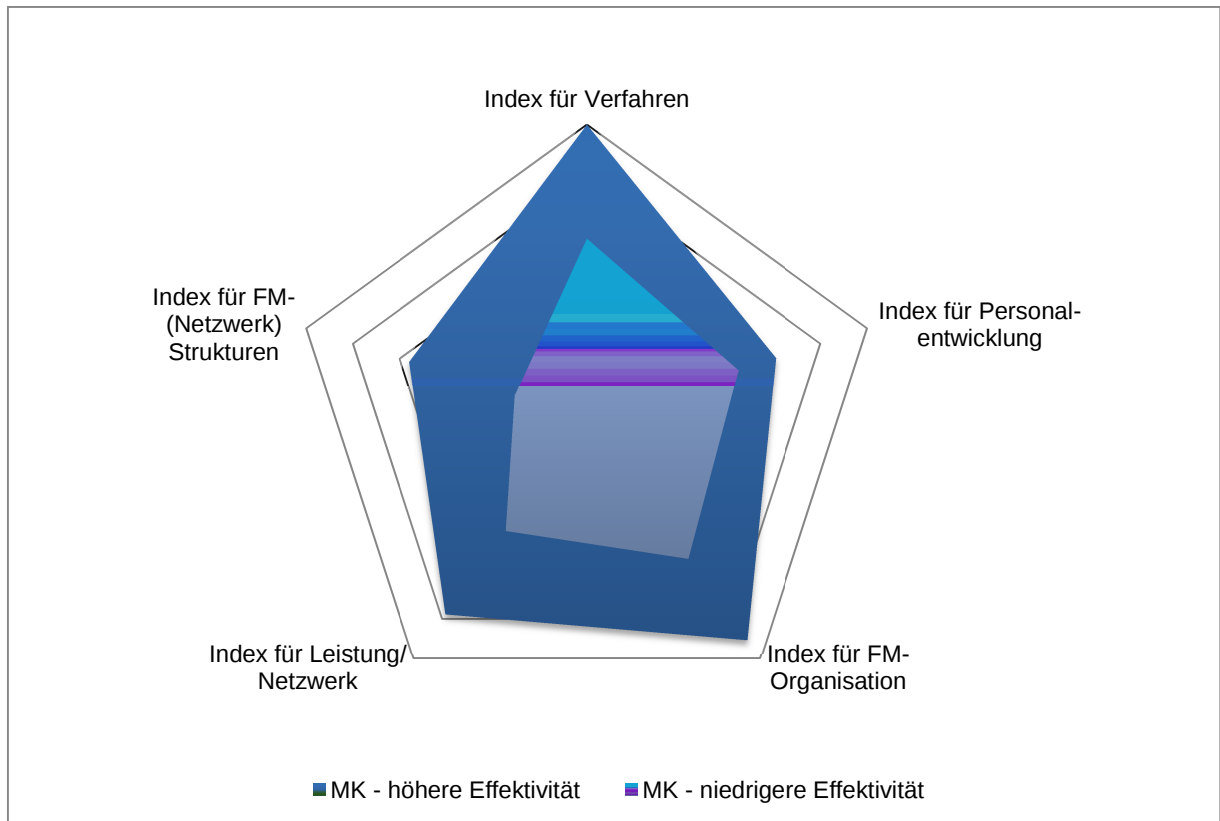
Ergebnisse

131

Die Erkenntnisse aus den Interviews können vor allem dazu genutzt werden, dass der Vergleich von Modellkreisen mit niedrigerer Effektivität mit Modellkreisen mit höherer Effektivität hinsichtlich der aufgeführten Skalen vertieft und konkretisiert wird. Damit können die Elemente der jeweiligen Implementationen im Zusammenhang mit den Wirkungen des Fallmanagements diskutiert werden und damit wichtige Hinweise auf unterstützende Variablen geben.

Eine erste Übersicht (Abbildung 48) deutet darauf hin, dass bis auf den Bereich Personalentwicklung alle Dimensionen deutlich Hinweise auf die unterschiedlichen Effektivitätswerte geben können.

Abbildung 48: Vergleich der Beurteilungsdimensionen zwischen Modellkreisen mit höherer und mit niedrigerer Effektivität



132

Soweit sich über die Gesamtumfrage, für spezifische Fragen, auch landesweite Bezüge herstellen ließen, sind in der folgenden Ergebnisdarstellung auch die Vergleichswerte der Nicht-Modellregionen in Baden-Württemberg ausgewiesen. Ein gelber Pfeil in den Abbildungen weist etwa darauf hin, dass bezüglich des betreffenden Merkmals auch landesweit noch eine relativ hohe Diskrepanz zu den effektiveren Modellkreisen besteht. Auf diese Weise sollen allgemeine Entwicklungspotenziale kenntlich gemacht werden.

Strukturelle Wirkungsfaktoren: Bereich 1 – Verfahren

Verschiedene **Verfahrenselemente** haben sich im Sinne der Effektivität von Fallmanagement als wichtig erwiesen:

- Eine umfassende Falleinschätzung (bereichsübergreifend, einzelfallspezifisch, systematisch vom Fallmanagement initiiert und organisiert) wird praktiziert und von der Leitung unterstützt.

Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Assessment im Verständnis des Fallmanagements (Einsatz von verschiedenen Instrumenten zur Erfassung individueller Risiken, Probleme, Ressourcen und Veränderungsvorstellungen der Betroffenen sowie vorhandener und nicht vorhandener Strukturen zur Klärung des Anlasses und der Zielrichtung) als Organisator und Moderator eines gemeinsamen Fallverständnisses aller wesentlich am

Fall beteiligten Akteure ein entscheidender Effektivitätsfaktor ist. Die effektiveren Modellkreise setzen dabei auffällig häufiger auf interdisziplinäre Bedarfsfeststellung, Beauftragung des Gesundheitsamts, Beauftragung des MPD und sonstige Quellen.

Damit ist die Diagnosestellung durch das Fallmanagement selbst oder die Bedarfsfeststellung ohne eine ausreichende Beteiligung weiterer Informationsquellen und Sachverständiger als nicht ausreichend zu bewerten. Aus den Untersuchungsergebnissen lässt sich in der breiteren Beteiligung von Fachstellen, informellen Fallbeteiligten (z. B. Angehörige) und Informationsquellen ein Entwicklungspotenzial ableiten.

- Erkenntnisse aus dem Fallmanagement werden zur Weiterentwicklung der Strukturen und Angebote genutzt.

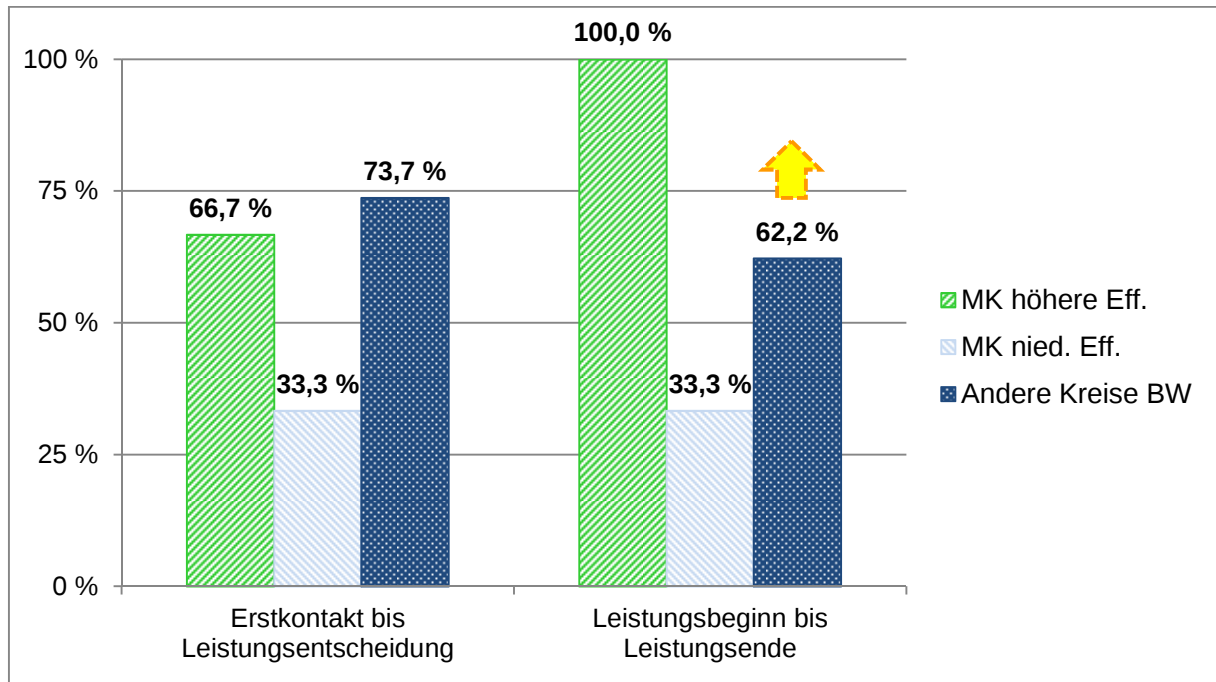
Nur die konsequente Nutzung der Fallperspektive zur Beurteilung der Angebote und der eigenen Organisation führt zu der notwendigen Verfahrensoptimierung. Damit ist eine regelmäßige Beurteilung schwieriger oder nicht effektiver Fallverläufe als Analyseinstrument gefordert.

- Anlass für die kritische Beurteilung der beteiligten Strukturen und Prozesse, im Hinblick auf eine höhere Effektivität, ist nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie zu zwei Zeitpunkten zu empfehlen:
 1. Im Rahmen des Monitorings können Maßnahmen identifiziert werden, die im Sinne der individuellen Zielstellungen nicht effizient sind. Allerdings wird das Monitoring, als regelmäßige Überprüfung des Fallgeschehens (unabhängig von den Fristen der Kostenverpflichtung) in allen Modellkreisen nur sparsam eingesetzt und kann deswegen in seiner differenziellen Wirkung nicht abschließend beurteilt werden.
 2. Eine weitere Möglichkeit zur Organisations- und Angebotsoptimierung ergibt sich in der den Fallverlauf als Ganzes beurteilenden Evaluation. Der Einsatz dieses Verfahrens wird bei den effektiveren Modellkreisen intensiver beschrieben.

133

Der Einsatz von Verfahren dient im Fallmanagement vor allem der Nachvollziehbarkeit beziehungsweise der Systematisierung individualisierter Vorgehensweisen. Inwieweit eine Standardisierung in den, in der Gesamtumfrage erfassten Landkreisen zugrunde gelegt wird, zeigt Abbildung 49.

Abbildung 49: Mindestens (halb-)standardisierte Verfahren im Rahmen des Gesamtplans



(Gelbe Pfeile kennzeichnen landesweite Entwicklungspotenziale im Hinblick auf die Modellkreise mit höherer Effektivität)

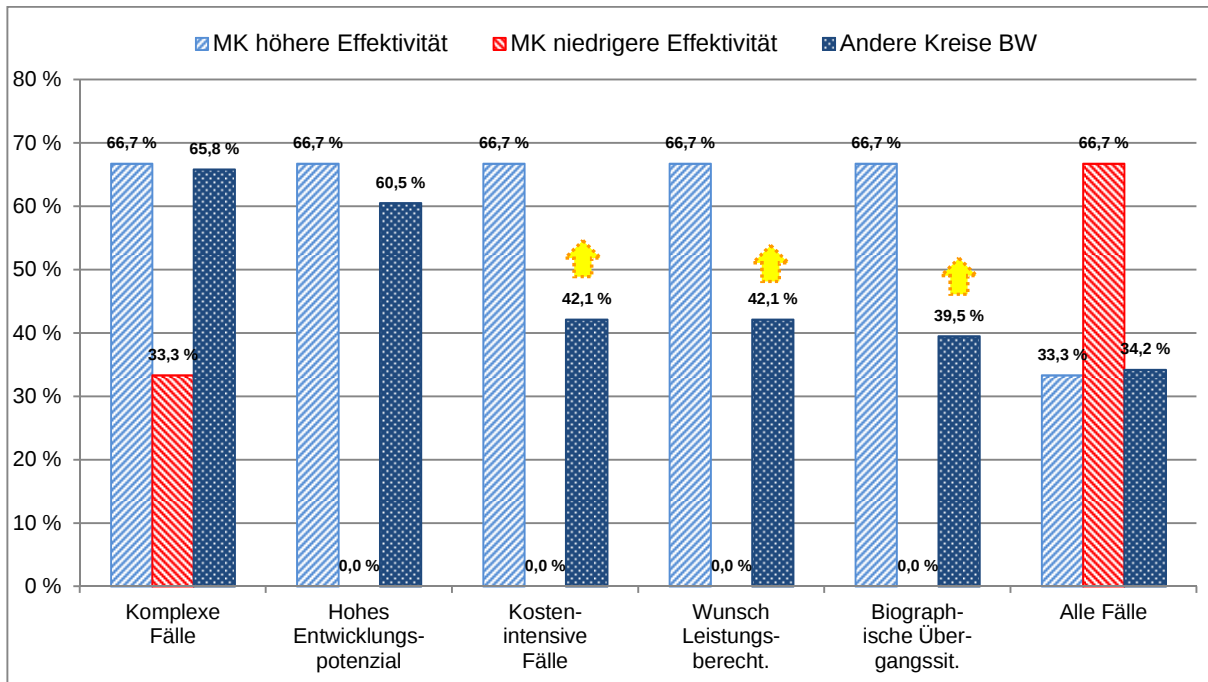
134

Abbildung 49 lässt erkennen, dass Standardisierung der Prozesse ein Merkmal effektiver Landkreise ist. Dieser Eindruck verstärkt sich noch, wenn auf die Abfolgen der Schritte im Fallmanagement abgehoben wird. Während der Effekt eines standardisierten Gesamtplanverfahrens vom Erstkontakt bis zur Leistungsentscheidung moderat ausfällt, ist er bei der Zugrundelegung des gesamten Fallmanagementablaufes besonders auffällig. Diese Beobachtung wird auch durch die Gesamtumfrage bei allen Landkreisen unterstrichen.

Auch der Einsatz von Instrumenten (z. B. das HmbW-Verfahren) führt durch standardisierende Wirkung zu mehr Effektivität. In dieser Hinsicht sind die anderen Kreise in Baden-Württemberg aber auf Augenhöhe mit den effektiveren Modellkreisen.

- Die Fallauswahl ist für das Fallmanagement eine der wichtigsten Entscheidungen, da sie auf alle nachfolgenden Schritte Auswirkungen hat und sich damit auch in der Effektivität auswirken muss. In der Gegenüberstellung von stärker effektiven zu weniger effektiven Kreisen lassen sich tatsächlich deutliche Unterschiede feststellen, legt man das Selektionskriterium zugrunde (vgl. Abbildung 50):

Abbildung 50: Anlässe für die Durchführung des Fallmanagements



(Gelbe Pfeile kennzeichnen landesweite Entwicklungspotenziale im Hinblick auf die Modellkreise mit höherer Effektivität)

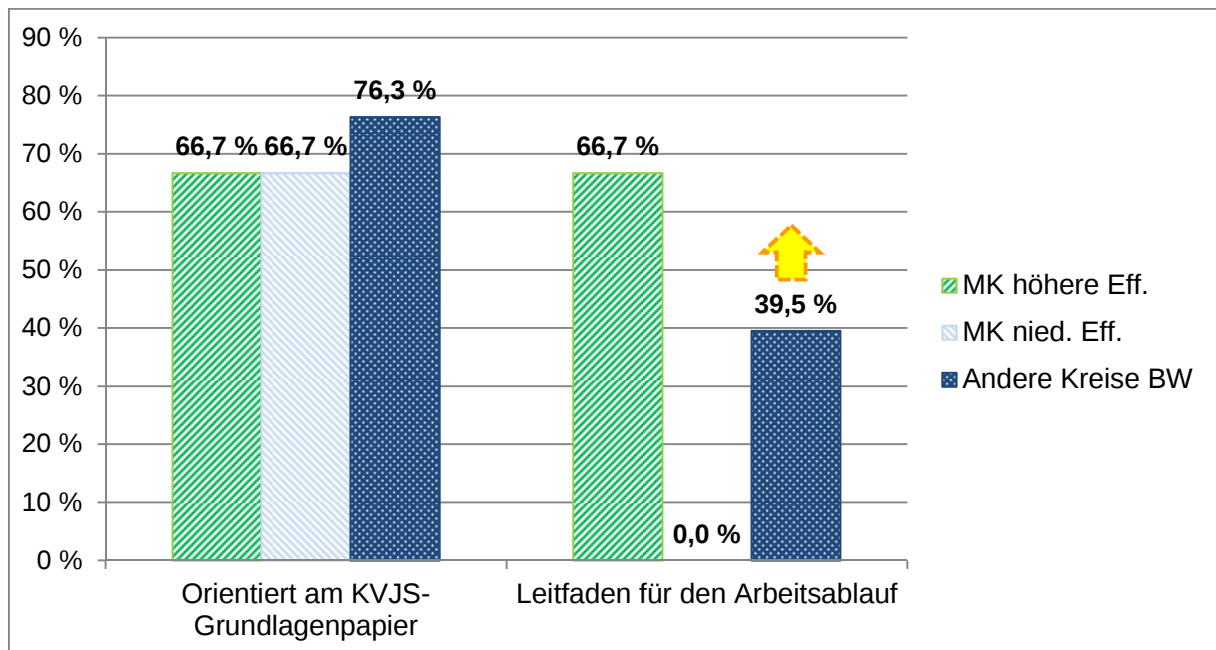
135

- Insgesamt zeigt Abbildung 50, dass die erfolgreicheren Modellkreise selektiver bei der Fallauswahl vorgehen und nicht einfach alle Fälle steuern.
- Bei der Auswahl werden (entsprechend dem Handlungskonzept Fallmanagement) verstärkt komplexe Fälle, Fälle mit hohem Entwicklungspotenzial, kostenintensive Fälle, Fälle in biografischen Übergangssituationen ausgesucht aber auch dem Wunsch des Leistungsberechtigten nach Fallmanagement nachgekommen.
- Da die Auswahl der Modellkreise einen Mix aus besser und schlechter aufgestellten Regionen repräsentiert, verwundert es nicht, dass die Ergebnisse der Gesamtheit aller Kreise insgesamt oftmals eher auf dem Niveau der effektiveren Modellkreise angesiedelt sind.

Größtenteils sind die Fallmanagementkonzepte an den Empfehlungen des Grundlagenpapiers des KVJS ausgerichtet. Modellregionen und die andere Landkreise Baden-Württembergs unterscheiden sich in diesem Punkt nicht wesentlich (auch nicht die effektiveren und weniger effektiveren Modellkreise). Unterschiede gibt es allerdings im Anteil individueller eigener Konzepte zum Fallmanagement. Diese sind in der Gruppe aller Landkreise (Gesamtumfrage) größer. Es kann angenommen werden, dass die Verbundenheit zum KVJS-Grundlagenpapier und die Motivation, sich als Modellkreis zur Verfügung zu stellen, gleiche Ursachen hat.

Im Hinblick auf die Konkretisierung der Konzepte haben die effektiveren Regionen häufiger einen schriftlichen Leitfaden für den Arbeitsablauf konkretisiert als der Landesschnitt (Abbildung 51).

Abbildung 51: Konkretisierung des Fallmanagementkonzepts



(Gelbe Pfeile kennzeichnen landesweite Entwicklungspotenziale im Hinblick auf die Modellkreise mit höherer Effektivität)

136

Strukturelle Wirkungsfaktoren: Bereich 2 – Leistung/Netzwerk

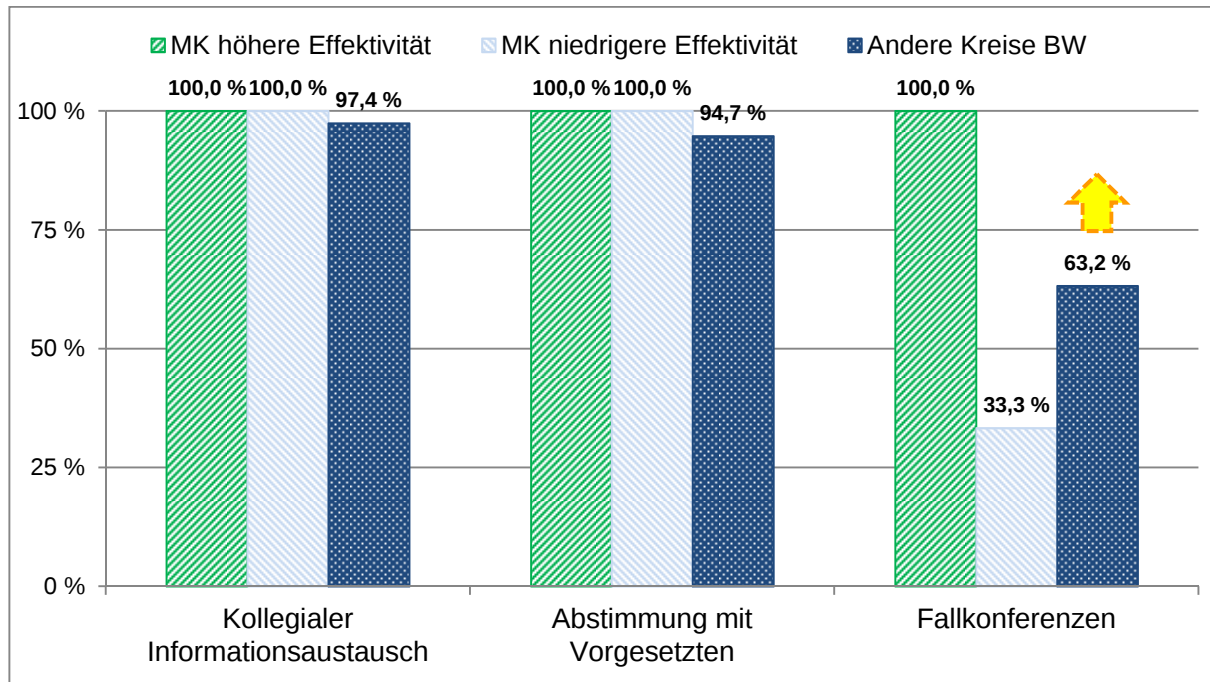
In dieser Kategorie, in der es um Fallmanagement spezifische Fortschritte, vor allem im Sinne von Strukturverbesserungen, geht, treten die Unterschiede zwischen effektiven und weniger effektiven Modellkreisen besonders deutlich zutage.

- Vor allem in der Beziehung zu den Leistungserbringern beschreiben die effektiven Modellkreise ihre Zusammenarbeit als gute Kontakte mit Resultaten, während die weniger effektiven die Zusammenarbeit als eher schwierig darstellen.
- Diese Gegensätzlichkeit setzt sich auch bei der Bewertung der Zusammenarbeit mit dem zuständigen Jugendamt fort, die traditionell schwierig ist.
- Neben den Kooperationen weist diese Kategorie auch die Steuerung über Netzwerke, vor allem im Hinblick auf die Angebotsentwicklung als effektivitätsrelevant aus.

Damit wird der Zusammenhang zwischen Kooperation und Leistungsfähigkeit von Fallmanagementansätzen beeindruckend unterstrichen. Wer seine Unterstützung im Sinne des Fallmanagements organisiert, kann nur dann mit Gewinnen rechnen, wenn er dazu auch die entsprechenden Kooperationen zur Verfügung hat. Deren Entwicklung und Pflege ist somit auch für die Eingliederungshilfe unverzichtbar und rechtfertigt eigene Investitionen.

Die wichtigsten Instrumente zur Entwicklung und Pflege von Kooperationen sind im Fallmanagement die fallbezogenen Abstimmungsprozesse und die Vernetzung durch Gremien. Im Rahmen der Gesamtumfrage und der Untersuchung der Modellkreise zeigte dabei der Einsatz von Fallkonferenzen bei den internen fallbezogenen Abstimmungsprozessen deutliche Unterschiede (vgl. Abbildung 52). Diese Kooperationsform wird auffällig oft bei den effektiven Modellkreisen angewandt. Wogegen kollegialer Austausch und die Abstimmung mit Vorgesetzten in fast allen Kreisen praktiziert werden.

Abbildung 52: Arten interner fallbezogener Abstimmungsprozesse

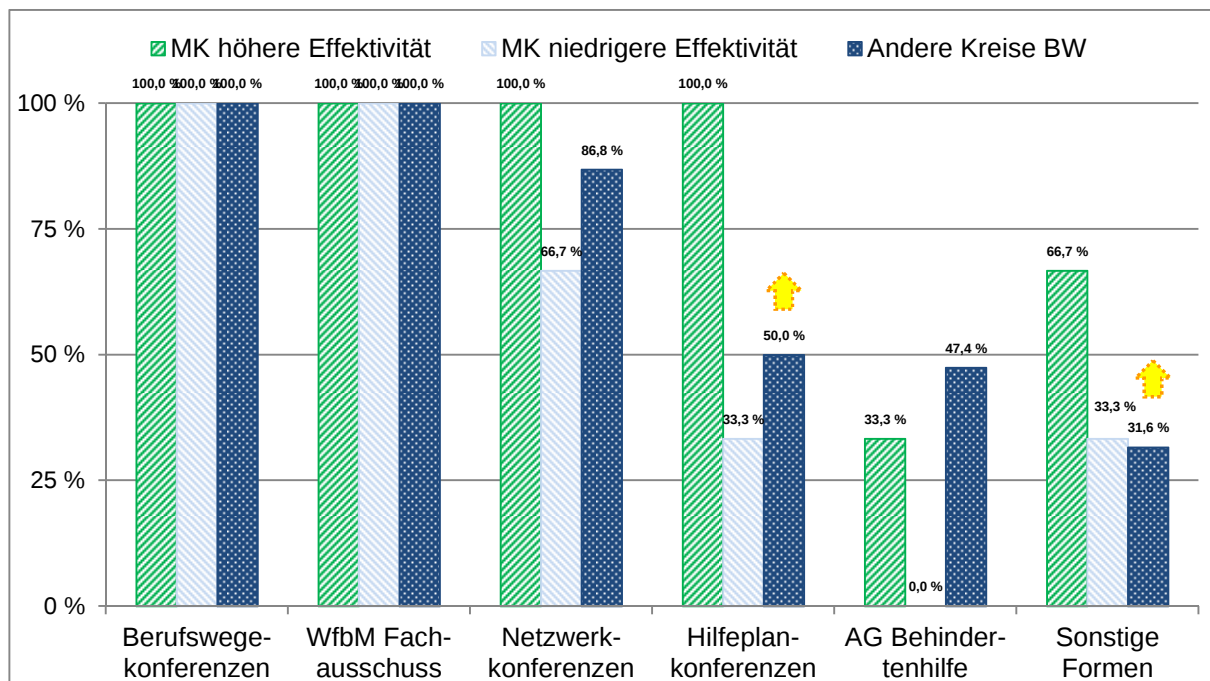


(Gelbe Pfeile kennzeichnen landesweite Entwicklungspotenziale im Hinblick auf die Modellkreise mit höherer Effektivität)

137

Auch beim Einsatz institutionalisierter Vernetzungsstrukturen lassen sich vergleichbare Unterschiede beobachten (vgl. Abbildung 53).

Abbildung 53: Institutionalisierte Vernetzungsstrukturen



(Gelbe Pfeile kennzeichnen landesweite Entwicklungspotenziale im Hinblick auf die Modellkreise mit höherer Effektivität)



Berufswegekongressen sowie der WfbM Fachausschuss können als standardmäßige Strukturen in allen Kreisen vorausgesetzt werden. Die effektiveren Modellkreise zeichnen sich aber dadurch aus, dass sie in den weiteren Bereichen besser vernetzt sind. Insbesondere gibt es mehr Hilfeplankongressen, Netzwerkkongressen, die AG Behindertenhilfe und Andere.

- Die Leistungssteuerung durch regelmäßige Überprüfung der Zielerreichung und über Zielvereinbarung gehören zum standardisierten Vorgehen in allen Kreisen. Die effektiveren Modellkreise steuern allerdings häufiger die Zugänge zu bestimmten Leistungen und setzen dabei verbindliche Qualitätsstandards.
- Die generell noch sehr wenig ausgeprägten Monitoringansätze, die es dem Fallmanagement erlauben würden, Effizienzmaße seiner von ihm finanzierten Angebote auszuweisen, lassen keine eindeutigen Aussagen über diese Funktion zu. Dies dürfte zum einen mit den bisherigen Personalkapazitäten zusammenhängen, die eine Zielüberprüfung meist nur nach Ablauf der Kostenverpflichtung erlauben. Zum anderen – so kann vermutet werden – hält sich das Fallmanagement mit seiner Steuerungsverantwortung gegenüber den Kooperationspartnern derzeit noch zurück und hat vorrangig den Beziehungsaufbau im Blick. Erst wenn hier eine vertrauensvolle Zusammenarbeit etabliert ist, kann auch eine gemeinsame Reflexion bezüglich der Angebotseffizienzen erfolgen.

138

Strukturelle Wirkungsfaktoren: Bereich 3 – Organisation

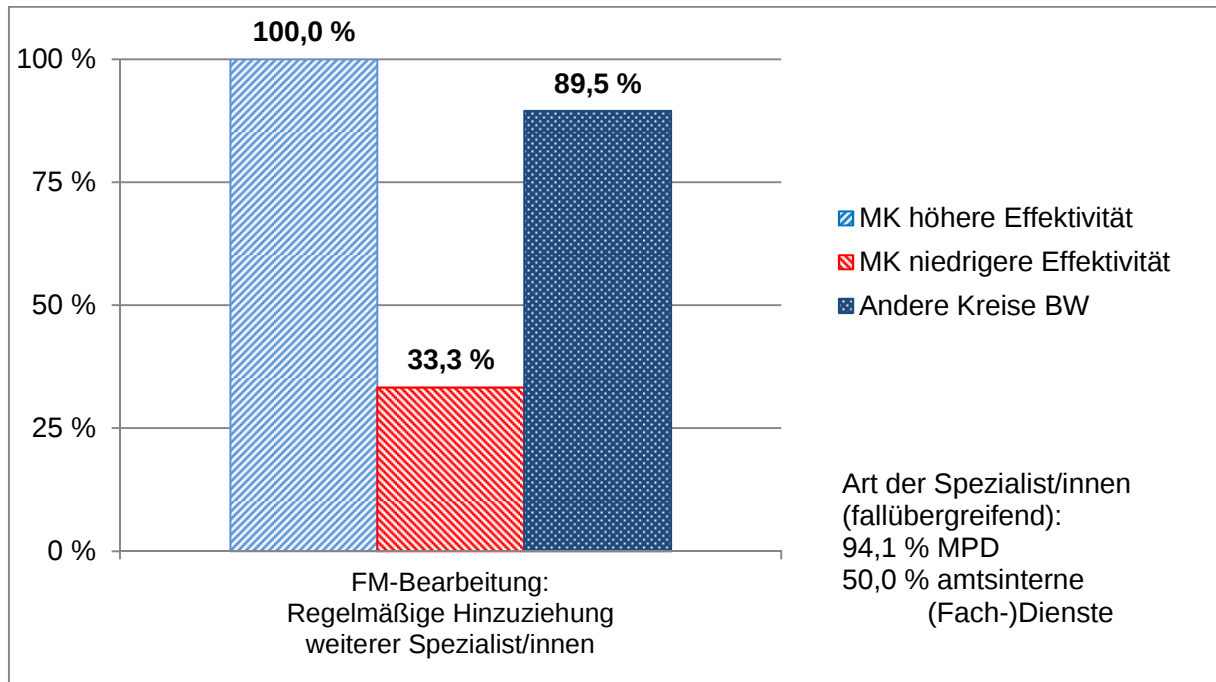
Die Umsetzung des Handlungskonzepts Fallmanagement in der Organisation zeigt verschiedene Auswirkungen hinsichtlich des Effektivitätsmaßes.

- Fallmanagement muss als organisationsprägendes Element behandelt werden und muss spürbare Veränderungen ausgelöst haben. Eine einfache Installation als Verfahren der Einzelfallhilfe ohne Berücksichtigung der Verfahrenserfordernisse in der Organisation ist nicht ausreichend. Die konkrete Beschreibung beziehungsweise Erfassung einer „vollständigen“ Fallmanagementorganisation war nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Zur Verdeutlichung notwendiger Elemente und Prozesse einer Fallmanagementorganisation kann folgende Aufzählung genutzt werden:
 - Festlegung der Selektionskriterien für Fallmanagement;
 - abgesicherte Position des Fallmanagements zur Beschaffung der notwendigen Informationen zu einem Fall;
 - Fallverantwortung bei Fallmanagementfällen liegt beim Fallmanagement;
 - zeitliche und positionelle Voraussetzung zur Überprüfung der vereinbarten Maßnahmen;
 - Weitergabe von Versorgungslücken, anzupassender und nicht mehr notwendiger Angebote an eine politik- beziehungsweise entscheidungsberatende Planungseinheit;
 - Sozialberichterstattung zur Quantifizierung der Hinweise aus dem Fallmanagement;
 - zugeordnete Entscheidungsinstanzen zu den Strukturhinweisen aus dem Fallmanagement;
 - festgelegte Organisationseinheiten für die Angebotsentwicklung

Aus dem Vergleich der effektiveren mit den weniger effektiven Modellkreisen können weitere Elemente benannt werden:

- Fallmanagement spezifische Instrumente (zur Falleinschätzung, in der Hilfeplanung).
- Erweiterung bestehender EDV um Fallmanagementelemente.
- Wird das Fallmanagement durch Instrumente oder durch EDV in seinen spezifischen Aufgaben unterstützt, kann davon ausgegangen werden, dass dies positive Effekte auf die Arbeit hat.
- Ein funktionierendes Wissens- und Informationsmanagement.
- Ein organisiertes Wissen, zum Beispiel durch eine Sammlung der gültigen Verfahrensabsprachen, der nach bestimmten Merkmalen sortierten Angebote et cetera, aber auch der bisher gemachten Erfahrungen ist in den effektiveren Modellkreisen eher zu finden und verweist auf eine für das Fallmanagement bekannt wichtige Rahmenbedingung.
- Direkt auf die Position des Fallmanagements verweist der Untersuchungsbefund, dass es vorteilhaft ist, wenn die alleinige Fallverantwortung beim Fallmanagement liegt oder zumindest gleichberechtigt gegenüber anderen Bereichen ist.
- Damit wird deutlich, dass solche Organisationsmodelle zu bevorzugen sind, bei denen die Funktion des Fallmanagements mit seinen besonderen Aufgaben bei den betreffenden Fällen entweder alle internen Aufgaben übernehmen sollte oder gegenüber anderen beteiligten Organisationsbereichen weisungsbefugt sein sollte. Eine Fragmentierung der Zuständigkeit oder gar eine zuarbeitende Funktion durch das Fallmanagement reduziert seine Wirkung.
- In diesem Zusammenhang sollten auch solche Organisationsformen kritisch beurteilt werden, bei denen Teilaufgaben routinemäßig an spezielle Dienste weitergegeben werden (z. B. Sozialdienste), die in der Praxis die entscheidenden Funktionen (Bedarfsfeststellung, Hilfeplanung) übernehmen aber formal nicht als Fallmanagement agieren und anderen (z. B. sachbearbeitenden) Einheiten unterstellt sind.
- Fallmanager/innen sollten möglichst über eine gewisse Eigenständigkeit verfügen, um ihrer Beauftragung durch den Fall und durch strukturelle Aufgaben ausreichend nachkommen zu können. Hierarchieorientierte Vorgaben oder unaufgelöste Widersprüche, bei denen das individualisierende Fallmanagement mit vielerlei einschränkenden Anweisungen versehen wird, wirken sich negativ auf die Wirkungen des Handlungskonzepts aus.
- Als typisches Merkmal des Fallmanagementhandelns gilt die fallabhängige Hinzuziehung von Spezialist/en/innen. Auch in diesem Bereich lassen Unterschiede zwischen den effektiven und weniger effektiven Modellkreisen erkennen, die durch die Ergebnisse der Gesamtumfrage komplettiert werden (vgl. Abbildung 54).

Abbildung 54: Regelmäßige Hinzuziehung von Spezialist/en/innen im Fallmanagement



140 Die Erfassung der Fallzahlenschlüssel im Fallmanagement, als eigentlich interessantes Organisationsmerkmal für eine vergleichende Diskussion, kann leider wegen der unterschiedlichen Zählmethoden (was gehört zum Fallmanagement, was nicht?) nicht genutzt werden.

Strukturelle Wirkungsfaktoren: Bereich 4 – Personalentwicklung

Unter Gesichtspunkten der Personalentwicklung haben sich im Sinne der Effektivität von Fallmanagement vor allem folgende Faktoren als wichtig erwiesen:

- Alle Fallmanager/innen haben an einer Weiterbildung (v. a. beim KVJS) vollständig teilgenommen.
- Fallmanager/innen erhalten (regelmäßige) Supervision.
- Die spezielle Weiterbildung im Konzept Fallmanagement stellt eine ausschlaggebende Funktion dar. Es kann vermutet werden, dass der Paradigmenwechsel von einer sachbearbeitenden zu einer fallsteuernden Tätigkeit nicht ohne weiteres zu bewerkstelligen ist. Die Veränderung gegenüber den Klienten und den Leistungserbringern, der höhere Verantwortungsrahmen und die direktere Auseinandersetzung mit den Beteiligten erfordert von den Mitarbeiter/n/innen eine sehr grundsätzliche Umstellung. Wird diese nicht durch externe Vermittlung in ihrer Besonderheit und Ansprüchlichkeit begleitet und durch die Diskussion mit anderen angehenden Fallmanager/innen greifbarer gemacht, wird entsprechend der Untersuchungsergebnisse weniger Wirkung erzielt.

- Für die Gewinnung und Einstellung von Fachpersonal liegt ein ausgewiesenes Konzept vor (im Gegensatz zu einfachen Übernahmen interner Mitarbeiter/innen).
- Die Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg wurde erst 2005 durch die Kommunalreform auf die Stadt- und Landkreise übertragen. Dabei musste die Mehrzahl der Mitarbeiter/innen vom Landeswohlfahrtsverband ihren Arbeitsplatz wechseln. Da Fallmanagement in den Folgejahren nach der Reform auch zunehmend personell entwickelt wurde, sollten auch die Mitarbeiter/innen, die zum Teil nur unfreiwillig gewechselt hatten, Fallmanagement machen. Zudem hatten sie ihre Kompetenzen in einem sehr zentralisierten Bearbeitungssetting entwickelt, in der es in der Regel keine persönlichen Kontakte gab. Mussten diese Mitarbeiter/innen oder andere aus organisatorischen Gründen zugewiesene beim Aufbau des Fallmanagements zwingend berücksichtigt werden, konnte hier nicht von demselben Engagement ausgegangen werden, wie bei neu eingestellten Personen, die zudem mit einem bestimmten Profil geworben wurden.
- Über die „effektive“ Mischung von Professionen (Sozialpäd./-wirte, Verwaltungsmitarbeiter, Heilpädagogen/-pfleger) gibt die Untersuchung keine deutlichen Hinweise. Dieses nicht unbedingt zu erwartende Ergebnis lässt sich möglicherweise mit der oben erwähnten Wirkung von Weiterbildung und Supervision plausibilisieren. Möglicherweise sind gut geschulte Teams in ihrer Tätigkeit homogener als unausgebildete. Damit würde die Heterogenität in der Qualifikation nur dann als differenzierendes Moment in Erscheinung treten, wenn wenig oder keine Weiterbildung stattgefunden hat. Weitergebildete Teams kommunizieren mehr über Fallmanagement, unterstützen sich gezielter gegenseitig und sind so auch effektiver.

141

Strukturelle Wirkungsfaktoren: Bereich 5 – (Netzwerk-)Strukturen

Im Gegensatz zu den bis hier dargestellten Wirkungsfaktoren 1 - 4 sind die (Netzwerk-)Strukturen nicht ohne weiteres als regulierbare Größen zu verstehen. Sie beschreiben die im Modellkreis derzeitigen strukturellen, regionalen und politischen Rahmenbedingungen. Diese sind das Resultat von Entwicklungen, die zumeist vor der Einführung des Fallmanagements begonnen haben. Langfristig generieren diese Verhältnisse aber auch die Aufgaben für den Strukturentwicklungsauftrag des Fallmanagements und werden damit leistungsrelevant (vgl. Wirkungsfaktoren: Bereich 2 – Leistung/Netzwerk)

Nach der vorliegenden Untersuchung haben sich folgende (Netzwerk-)Strukturen im Sinne der Effektivität von Fallmanagement als günstig erwiesen:

- Ein differenziertes Angebot mit verschiedenen Trägern (im Gegensatz zu „monopolistischen“ Anbieterstrukturen).
Es liegt auf der Hand, dass ein ressourcenorientiertes Verfahren, das für seine Klienten beziehungsweise Fälle die beste Versorgung organisieren will, auf Auswahl angewiesen ist. Deswegen muss eine Fallmanagementorganisation die Differenzierung der Angebotslandschaft als Ziel ausgeben. Modellkreise, in denen die Verhältnisse im Sinne eines Anbietermarktes zu werten sind, wird es Fallmanagement zumindest in den betroffenen Segmenten schwer haben, sodass hier mit schlechteren Effektivitätsmaßen zu rechnen



ist. Monopolstellungen sind aber auch zumeist als Fallmanagement „feindlich“ einzustufen, weil sie naturgemäß externe Steuerung ohne große Verluste abwehren können. Sind solche Konzentrationsprozesse auch gleichzeitig Ausdruck eines politischen Kräfteverhältnisses, muss Fallmanagement unter Umständen mit Zurechtweisungen rechnen, falls es sich über die Vorstellungen des Anbieters hinwegsetzt. In diesen Fällen sollte die Strategie vermehrt vonseiten der Leitung ausgehen.

- Fallmanagement spezifische Gremien, am besten unter der Leitung der Eingliederungshilfe.

Die System- und Netzwerksteuerung durch die Eingliederungshilfe wird als Paradigmenwechsel erkennbar (z. B. von Politik und Anbietern). Eine Möglichkeit, in die Gestaltung (zurück) zu finden, ist die Initiierung von Fallmanagement spezifischen Gremien. Häufig liegt die Gremienhoheit außerhalb der Ämter noch fest in den Händen der Freien Wohlfahrtspflege. Im besten Fall werden die Gremien alternierend moderiert beziehungsweise veranstaltet. Da sich allerdings herausgestellt hat, dass die Gremien am besten unter der Leitung der Eingliederungshilfe zu konzipieren sind, sollte diese Zielstellung nicht voreilig aufgegeben werden. Diese Positionierung ist nicht mit einer durchsetzenden Haltung gleichzustellen. Sie ist eher Ausdruck des Bemühens eine Signalwirkung zu erzielen, um den Paradigmenwechsel in der Eingliederungshilfe bekannt zu machen.

- 142
- Als weitere Rahmenbedingung wäre ein förderlicher oder hemmender Einfluss durch die Politik infrage gekommen. Obwohl er von einigen der untersuchten Modellkreise erwähnt wurde, sind Wirkungen auf die Effektivität des Fallmanagements nicht nachzuweisen.

Fazit

Die Organisation- und Strukturuntersuchung der Modellkreise hat eine Reihe wichtiger Variablen hervorheben können, die mit dem höheren Wirkungsgrad des Fallmanagements in Verbindung stehen. Es handelt sich dabei um essenzielle Bestandteile des Handlungskonzepts Case Management. Dieses bereits vielfach untersuchte Verfahrens- und Organisationskonzept stellt sich damit als richtige Wahl für die Eingliederungshilfe dar, die im Rahmen der kommunalen Aufgabenstellung nicht nur die beste Versorgung seiner Bürger im Blick hat, sondern auch die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur.

Die Stadt- und Landkreise sollten nun zunächst die Untersuchungsergebnisse und die daraus resultierenden Empfehlungen in einem ersten Schritt auf ihre Situation vor Ort übertragen und daraus eine Stärken-Schwächenanalyse erstellen. Dabei sollten möglichst alle am Fallmanagement beteiligten Mitarbeiter/innen einbezogen werden und ein offenes und dialogorientiertes Klima geschaffen werden. Die aus dieser Analyse resultierenden Änderungsnotwendigkeiten sollten möglichst nicht sofort mit den gängigen Verwaltungsinstrumenten (Amtsrundschreiben, Veränderung von Formularen, Zuständigkeitsdefinitionen etc.) angegangen werden. Sinnvoll wäre zunächst die Formulierung von Zielen für die zukünftige Fallmanagementorganisation, die breit zu diskutieren ist (Mitarbeiterschaft, Personalvertretung, Betroffene, Bürger, Leistungserbringer). Erst nach dieser Phase sollten konkrete Maßnahmen ergriffen werden.

Ein breitverankertes Verfahren entspricht dem neuen Paradigma des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe, sich nicht nur durch die Zuständigkeit für die Kosten zu legitimieren, sondern vor allem als fachlich notwendige Steuerungsinstanz für besondere Fälle, autorisiert durch möglichst viele Netzwerkakteure.

3.6.3 Sonstige Ergebnisse der Gesamtumfrage

Im Rahmen der Beschreibung der strukturellen und netzwerkbezogenen Wirkfaktoren im vorangegangenen Abschnitt wurden bereits Bezüge zur Gesamtumfrage aller Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg hergestellt. Dabei wurde deutlich, in welchen Bereichen die Kreise bereits gut aufgestellt sind und wo noch Optimierungsbedarfe bestehen. Wie einleitend zum Kapitel „Wirkfaktorenanalyse“ beschrieben, sind Merkmale die im Zuge der Analysen nicht als signifikante Wirkfaktoren identifiziert werden können, nicht daraus folgend als irrelevant einzustufen. Die Wirkfaktoren sind lediglich die Ansatzpunkte anhand derer die Wirkungen am besten moduliert werden können, während die anderen Merkmale sozusagen die grundlegenden Rahmenbedingungen für die Wirkungen schaffen. Entsprechend werden in diesem Abschnitt weitere elementare deskriptive Befunde zur Gesamtumfrage dargestellt, die aber keine unmittelbare Wirkfaktorenrelevanz haben. Die Ergebnisse sollen ein besseres Gesamtbild zur Praxis des Fallmanagements in Baden-Württemberg ermöglichen. Neben den Gesamtergebnissen für alle 44 Stadt- und Landkreise werden die Ergebnisse getrennt nach Modellkreisen („MK“) und Nicht-Modellkreisen („Andere“) ausgegeben. Aufgrund der verhältnismäßig kleinen Zahl von Modellkreisen sind hier allerdings Abweichungen im Bereich um die 30 Prozent durchaus noch übliche statistische Schwankungen und noch keine Indizien für Auffälligkeiten oder Abweichungen.

143

Im Schnitt wird das Fallmanagement in Baden-Württemberg etwa fünf Jahre durchgeführt. Mit einem Mittelwert von 5,5 Jahren läuft es in den Modellregionen geringfügig länger (s. Tabelle 30). Der Halbjahresunterschied ist aber in diesem Zusammenhang nicht als so groß einzustufen, dass er relevant wäre.

Tabelle 30: Durchführungsdauer des Fallmanagements

		GESAMT	MK	Andere
Wie lange das FM durchgeführt wird (in Jahren)	Anzahl	44	6	38
	Mittelwert	5,0	5,5	4,9

Mit Nennungsanteilen zwischen jeweils 75 - 80 Prozent sind das ambulante betreute Wohnen (ABW), stationäre Leistungen, Persönliches Budget sowie das begleitete Wohnen in Familien (BWF) die häufigsten genannten Leistungsarten, bei denen standardmäßig das Fallmanagement durchgeführt wird. Mit 61,4 % werden sonstige ambulante Leistungen ebenfalls noch recht häufig genannt. Teilstationäre Leistungen und spezifische regionale Projekte werden insgesamt nur vergleichsweise selten genannt (s. Tabelle 31). Bei den teilstationären Leistungen gilt dies allerdings nur für die Nicht-Modellkreise. In den Modellkreisen selbst sind auch die teilstationären Leistungen ein relativ häufiger Anlass für die Fallmanagementdurchführung.

Tabelle 32 zeigt bei welchen Fallarten das Fallmanagement durchgeführt wird. Dabei sind mit Anteilen von jeweils mehr als 90 % alle Hauptarten von Behinderungen (geistige, seelische, körperliche, Sinnes-/Sprach- sowie Mehrfachbehinderungen) sozusagen standardmäßig inkludiert. Besondere Personengruppen (z. B. Epilepsie oder Autismus) sowie Fälle in Schule, Kindergarten, beruflicher Bildung oder mit Pflegebedarf werden seltener, aber immer noch in deutlich mehr als der Hälfte aller Befragungen genannt (Anteile von 60 - 75%).

Tabelle 31: Leistungsarten, bei denen das Fallmanagement durchgeführt wird

		GESAMT	MK	Andere
Ambulant Betreutes Wohnen (ABW)	Anzahl	35	6	29
	%	79,5 %	100,0 %	76,3 %
Stationäre Leistungen	Anzahl	34	6	28
	%	77,3 %	100,0 %	73,7 %
Persönliches Budget	Anzahl	34	6	28
	%	77,3 %	100,0 %	73,7 %
Begleitetes Wohnen in Familien (BWF)	Anzahl	33	5	28
	%	75,0 %	83,3 %	73,7 %
Sonstige ambulante Leistungen	Anzahl	27	6	21
	%	61,4 %	100,0 %	55,3 %
Teilstationäre Leistungen	Anzahl	14	5	9
	%	31,8 %	83,3 %	23,7 %
Kriterien eines Projektes vor Ort	Anzahl	12	2	10
	%	27,3 %	33,3 %	26,3 %

Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil gültiger Nennungen.

Tabelle 32: Fallarten, bei denen das Fallmanagement durchgeführt wird

		GESAMT	MK	Andere
Fälle mit Mehrfachbehinderung	Anzahl	44	6	38
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Fälle mit geistiger Behinderung	Anzahl	43	6	37
	%	97,7 %	100,0 %	97,4 %
Fälle mit körperlicher Behinderung	Anzahl	42	6	36
	%	95,5 %	100,0 %	94,7 %
Fälle mit Sinnes- und Sprachbehinderung	Anzahl	42	6	36
	%	95,5 %	100,0 %	94,7 %
Fälle mit seelischer Behinderung	Anzahl	41	6	35
	%	93,2 %	100,0 %	92,1 %
Fälle in Schule	Anzahl	33	5	28
	%	75,0 %	83,3 %	73,7 %
Fälle im Kindergarten	Anzahl	31	4	27
	%	70,5 %	66,7 %	71,1 %

		GESAMT	MK	Andere
Besondere Personengruppen	Anzahl	30	6	24
	%	68,2 %	100,0 %	63,2 %
Fälle in beruflicher Bildung	Anzahl	27	4	23
	%	61,4 %	66,7 %	60,5 %
Fälle mit Pflegebedarf	Anzahl	27	3	24
	%	61,4 %	50,0 %	63,2 %
Fälle in Frühförderung	Anzahl	12	0	12
	%	27,3 %	0,0 %	31,6 %

Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil gültiger Nennungen.

Fälle in Frühförderung sind insgesamt, und speziell auch in den Modellkreisen, eher selten. In den Modellkreisen wird das Fallmanagement tendenziell auch eher bei den besonderen Personengruppen mit Autismus, Epilepsie, Verhaltensauffälligkeiten oder ähnlichem durchgeführt (s. Tabelle 32).

Im Hinblick auf die Organisationsform des Fallmanagements wurden in der Gesamtumfrage verschiedene Modelle unterschieden. Dabei haben sich zwei übergeordnete Organisationsformen herauskristallisiert: Einerseits ein eher spezifiziertes Fallmanagement, das maßgeblich von einzelnen Akteuren getragen wird (Spezialisten- und Generalistenmodell in Abschnitt 4.4.3) sowie ein eher „teamorientiertes“, auf mehrere Schultern verteiltes, Fallmanagement (Beauftragungs- und Sozialdienstmodell in Abschnitt 4.4.3). Die beiden Modelle sind sowohl in den Modellkreisen als auch den anderen Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg in etwa gleichverteilt. Wie einleitend beschrieben, werden in diesem Abschnitt nur Merkmale dargestellt, für die in statistisch-empirischer Hinsicht kein unmittelbarer Wirkfaktorenbezug nachgewiesen werden kann. Dies gilt entsprechend auch für die beiden zentralen Organisationsformen. Offensichtlich können also auch unabhängig von der Organisationsform Rahmenbedingungen für ein gelingendes Fallmanagement geschaffen werden. Hier sind die in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen Wirkfaktoren wohl relevanter. Auf der anderen Seite wurde im Laufe der Studie aber auch deutlich, dass für das Gelingen des einen oder anderen Modells ganz stark von den örtlichen Verhältnissen sowie den Wechselwirkungen mit den jeweiligen Rahmenbedingungen (etwa adäquate Fallzahlenschlüssel, vorhandene Infrastruktur, persönliche Eigenschaften der agierenden Fallmanager/innen oder Funktionieren der internen und externen Schnittstellen im Netzwerk) abhängig ist. Solche Bedingungsgefüge sind, in Anbetracht der Tatsache, dass insgesamt nur die sechs Modellkreise über die Vor-Ort-Explorationen in dieser Hinsicht auch in die Tiefe untersucht werden konnten, nicht mit hinreichender Generalisierbarkeit zu erforschen. Nichtsdestotrotz werden in Abschnitt 4.4.3 die konkreten Vor- und Nachteile unterschiedlicher Organisationsmodelle differenziert diskutiert. Daraus sind konkrete Empfehlungen ableitbar.

**Tabelle 33: Wer die Fallmanagement-Fallbearbeitung fachlich verantwortet**

		GESAMT	MK	Andere
Fallmanager/in	Anzahl	25	4	21
	%	56,8 %	66,7 %	55,3 %
Team	Anzahl	15	1	14
	%	34,1 %	16,7 %	36,8 %
Sachbearbeiter/in	Anzahl	8	1	7
	%	18,2 %	16,7 %	18,4 %
Sonstige	Anzahl	7	1	6
	%	15,9 %	16,7 %	15,8 %

Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil gültiger Nennungen.

Im fachlichen und nicht im rechtlichen Sinne wird die Fallbearbeitung im Fallmanagement zumeist von den Fallmanager/n/innen selbst verantwortet (56,8 %). Die mit 34,1 % zweithäufigste Nennung „Fallverantwortung im Team“ ist schon deutlich seltener. Weniger üblich ist, dass die Verantwortung bei Sachbearbeiter/n/innen liegt (s. Tabelle 33). Bei der Frage waren Mehrfachnennungen zugelassen, da innerhalb einzelner Kreise auf personenbezogener Ebene prinzipiell mehrere Modi denkbar sind.

146

Dass in irgendeiner Form organisationsinterne Zielvorgaben an das Fallmanagement gerichtet werden, ist allgemeiner Standard (trifft im Schnitt für 87,8 % aller Kreise und 100 % der Modellkreise zu). Die Unterschiede treten eher bei den einzelnen Arten möglicher Zielvorgaben hervor (s. Tabelle 34). Die mit Anteilen von 75 - 95 % häufigsten Nennungen sind: „nach Möglichkeit ambulant vor stationär“, „nach Möglichkeit die wirksamste Maßnahme“, „Hilfe zur Selbsthilfe“, „Einbeziehung des sozialen Umfelds“ und „wohnortnahe Versorgung“. Die Zielvorgabe „ambulant vor stationär“ wird dabei mit Abstand am häufigsten formuliert. Auch der Kostenfaktor spielt hier eine nicht unwesentliche Rolle: In sieben von zehn Fällen wird die Devise „nach Möglichkeit die kostengünstigste Maßnahme“ vorgegeben. Persönliches Budget und andere Zielformulierungen spielen dahingegen nur eine untergeordnete Rolle. Im Vergleich der Modellregion zu den anderen untersuchten Kreisen in Baden-Württemberg ist festzustellen, dass insgesamt etwas häufiger das Ziel „Einbeziehung des sozialen Umfelds“ formuliert wird.

Tabelle 34: Arten interner Zielvorgaben für das Fallmanagement

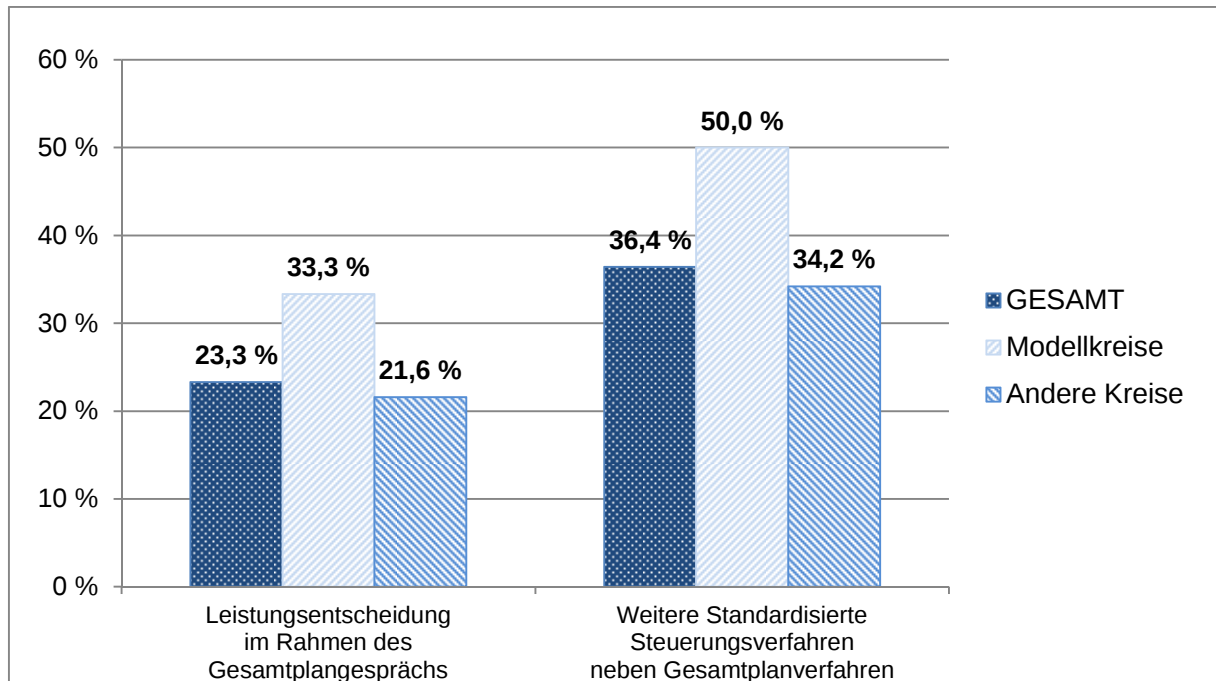
		GESAMT	MK	Andere
Nach Möglichkeit ambulant vor stationär	Anzahl	37	6	31
	%	94,9 %	100,0 %	93,9 %
Nach Möglichkeit die wirksamste Maßnahme	Anzahl	35	6	29
	%	89,7 %	100,0 %	87,9 %
Nach Möglichkeit Hilfe zur Selbsthilfe	Anzahl	33	4	29
	%	84,6 %	66,7 %	87,9 %
Nach Möglichkeit Einbeziehung des sozialen Umfelds	Anzahl	31	3	28
	%	79,5 %	50,0 %	84,8 %
Verbleib im Kreis (Wohnort)	Anzahl	30	4	26
	%	76,9 %	66,7 %	78,8 %
Nach Möglichkeit die kostengünstigste Maßnahme	Anzahl	27	3	24
	%	69,2 %	50,0 %	72,7 %
Nach Möglichkeit Persönliches Budget	Anzahl	14	2	12
	%	35,9 %	33,3 %	36,4 %
Sonstige Zielvorgaben	Anzahl	6	0	6
	%	15,4 %	0,0 %	18,2 %

147

Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil gültiger Nennungen.

Im Hinblick auf das Gesamtplanverfahren ist nur bei einem Viertel der befragten Kreise üblich, dass die Leistungsentscheidung unmittelbar im Beisein aller Beteiligten im Rahmen des Gesamtplanesgesprächs getroffen wird (s. Abbildung 55). In diesem Punkt heben sich die Modellkreise nicht wesentlich vom Gesamtschnitt ab. Ähnliches gilt auch bezogen auf weitere standardisierte Steuerungsverfahren neben dem Gesamtplanverfahren (s. Abbildung 55). Mit einem Gesamtanteil von 36,4 %, sind diese ebenfalls nur vergleichsweise selten vorzufinden.

Abbildung 55: Gesamtplanverfahren - Leistungsentscheidung und weitere Steuerungsverfahren



148

Bei der Frage, auf welche Arten administrativer Unterstützung die Fallmanager/innen in diesem Kontext zurückgreifen können, werden am häufigsten strukturierte Berichtsvorlagen (68,2 %) genannt. In etwa jedem zweiten Stadt- beziehungsweise Landkreis werden zudem strukturierte Protokollvorlagen (54,5 %), Vorlagen für Gesprächsnotizen (50,0 %) sowie Datenbanken (47,7 %) angegeben. Andere Arbeitshilfen wie Handbücher, Mustervordrucke und insbesondere auch EDV-Verfahren sind mit einem Nennungsanteil von 15,9 % vergleichsweise selten. Unüblich ist aber auch, dass in den Kreisen gar keine Formen administrativer Unterstützung vorliegen (6,8 %).

Hinsichtlich der Einbeziehung der Leistungsberechtigten in das Gesamtplanverfahren gibt es im Grunde kaum Unterschiede zwischen den Kreisen. Sowohl die Teilnahme der Leistungsberechtigten an den Gesamtplangesprächen, die Mitwirkung bei der Auswahl der Leistungserbringer beziehungsweise Dienstleister sowie bei Zielvereinbarung und Zielüberprüfung sind mit Nennungsanteilen von teils deutlich über 90 Prozent genauso Standard, wie das Aufsuchen der Leistungsberechtigten in ihrer Häuslichkeit (s. Tabelle 35). Dass die Leistungsberechtigten allerdings die Entscheidung zur Auswahl der Angebote alleine treffen, ist eher die Ausnahme (36,4 %).

Tabelle 35: Einbeziehung der Leistungsberechtigten in das Gesamtplanverfahren

		GESAMT	MK	Andere
LB nimmt am Gesamtplangespräch teil	Anzahl	43	5	38
	%	97,7 %	83,3 %	100,0 %
LB wirkt an der Auswahl der Dienstleister/Angebote mit	Anzahl	43	6	37
	%	97,7 %	100,0 %	97,4 %
LB wirkt an der Zielvereinbarung mit	Anzahl	42	6	36
	%	95,5 %	100,0 %	94,7 %
LB wirkt an der Zielüberprüfung mit	Anzahl	41	6	35
	%	93,2 %	100,0 %	92,1 %
LB wird in seiner Häuslichkeit besucht	Anzahl	40	5	35
	%	90,9 %	83,3 %	92,1 %
LB trifft die Entscheidung zur Auswahl der Dienstleister/Angebote	Anzahl	16	2	14
	%	36,4 %	33,3 %	36,8 %
Sonstiges	Anzahl	2	1	1
	%	4,5 %	16,7 %	2,6 %

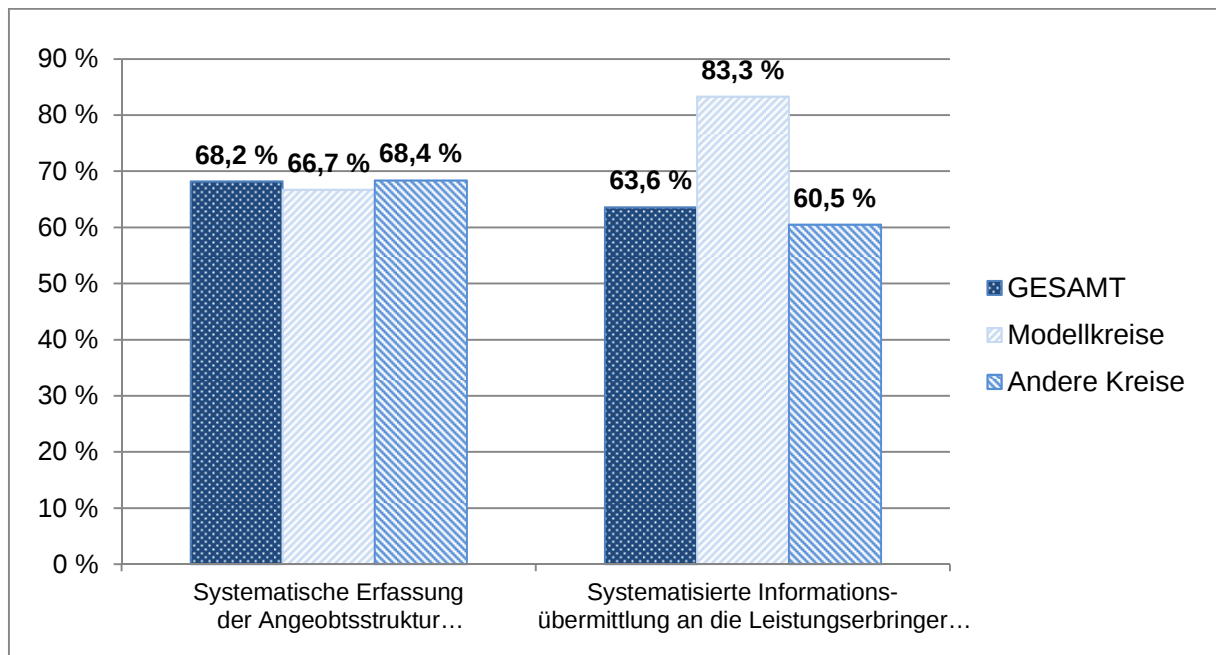
Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil gültiger Nennungen.

149

In etwa sieben von zehn Kreisen in Baden-Württemberg wird in dem Fachbereich, in dem das Fallmanagement angesiedelt ist, die Angebotsstruktur beziehungsweise „Versorgungslandschaft“ systematisch erfasst. Obwohl dies durchaus ein hoher Anteil ist, kann in diesem Punkt noch nicht von einem gängigen Standard gesprochen werden. Das Niveau in den Modellkreisen ist in einem vergleichbaren Bereich angesiedelt (s. Abbildung 56). Sofern entsprechende Daten erfasst werden, haben im Schnitt bei 88,6 % der Stadt- und Landkreise alle fallverantwortlichen Mitarbeiter/innen vollumfänglichen Zugriff auf die Informationen. In weiteren 9,1 % der Kreise können die Informationen nur teilweise zur Verfügung gestellt werden (zum Beispiel für die stationären Leistungserbringer ja, für ambulante Dienstleister nur eingeschränkt). Dass den fallverantwortlichen Mitarbeiter/innen kein Zugriff auf die Angebotsstruktur bereitgestellt werden kann, ist die vereinzelte Ausnahme (2,3 %).

Neben der steuerungsrelevanten Sammlung von Informationen über die Leistungserbringer sind im Hinblick auf eine effektive Zusammenarbeit selbstverständlich auch die Informationsflüsse zu den Leistungserbringern von Belang. So erhalten in 63,6 % der Kreise die Leistungserbringer und Dienstleister vor Beginn der Leistung systematisch beziehungsweise standardisiert Informationen über den Bedarf der Leistungsberechtigten und ihrer Angehörigen (s. Abbildung 56). Damit ist gemeint, dass mehr als nur Basisdaten wie Name und Geburtsdatum übermittelt werden. Mit einem Anteil von 83,3 % ist dies in den Modellkreisen noch etwas häufiger zu beobachten, wobei der Unterschied zu den Nicht-Modellkreisen, wie bereits einleitend erwähnt, hier noch im Bereich der üblichen statistischen Schwankungen angesiedelt ist. Wenn systematisch Informationen an die Leistungserbringer übermittelt werden, erfolgt dies größtenteils in Form des Ergebnisses der individuellen Bedarfsfeststellung (67,9 %) und/oder des Gesamtplan(-entwurfs) (53,6 %). Die Übermittlung erfolgt dabei größtenteils schriftlich (64,3 %) wie auch mündlich beziehungsweise telefonisch (50,0 %). Unüblich ist lediglich die Datenübermittlung auf elektronischem Weg (25,0 %).

Abbildung 56: Leistungserbringer/Dienstleister - Informationssammlung und -weiterleitung



150 Bezüglich der konkreten Analyseformen der kommunalen Versorgungsstruktur wird mit einem Anteil von 68,3 % am häufigsten die Sozialraumanalyse genannt (s. Tabelle 36). In etwas mehr als jedem zweiten Kreis waren die im Fragebogen vorgegebenen Antwortalternativen nicht ausreichend und es wurde die Kategorie „Sonstige“ verwendet. In etwa 65 Prozent der freien Nennungen wird hier auf die Sozial- beziehungsweise Teilhabeplanung verwiesen. Vereinzelt werden auch Benchmarking oder Arbeitskreise angeführt. Zwei von fünf Kreisen (etwa 40 %) setzen zudem auf eine Analyse und Bewertung von Kosten sowie die Abschätzung von Ambulantisierungshemmnissen (s. Tabelle 36).

Tabelle 36: Analyseformen der kommunalen Versorgungsstruktur

			GESAMT	MK	Andere
Sozialraumanalyse	Anzahl		28	5	23
	%		68,3 %	83,3 %	65,7 %
Sonstige Nennungen	Anzahl		21	4	17
	%		51,2 %	66,7 %	48,6 %
Analyse und Bewertung von Kosten	Anzahl		18	1	17
	%		43,9 %	16,7 %	48,6 %
Ermittlung/Abschätzung von Ambulantisierungshemmnissen	Anzahl		17	1	16
	%		41,5 %	16,7 %	45,7 %

Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil gültiger Nennungen.

In den Modellkreisen werden die Antworten „Sozialraumanalyse“ und „Sonstige“ etwas häufiger, „Kostenanalyse“ und „Ambulantisierungshemmnisse“ etwas seltener gegeben. Der Tendenz nach scheinen die Modellkreise mit höherer Effektivität in der Summe etwas mehr Anstrengungen zur Analyse ihrer kommunalen Versorgungsstruktur zu unternehmen als die weniger effektiven Modellkreise. Der Befund war allerdings statistisch nicht hinreichend signifikant und wurde daher nicht in das wirkfaktorenbeschreibende Kapitel aufgenommen.

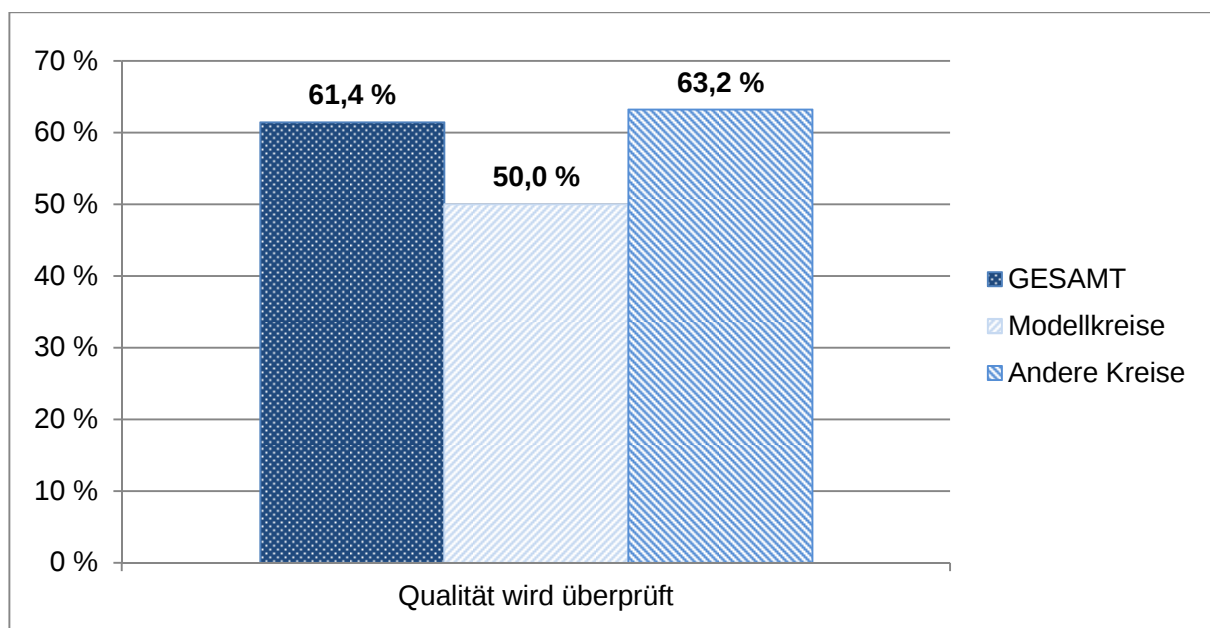
Abschließend sei noch kurz auf die Befunde zur Leistungssteuerung im Rahmen des Fallmanagements eingegangen. In etwas mehr als 95 % der befragten Stadt- und Landkreise (in den Modellkreisen sogar 100 %) wird auf die Angebotsstruktur der Leistungserbringer beziehungsweise Dienstleister Einfluss genommen. Dies ist in Baden-Württemberg, dementsprechend als gängige Praxis anzusehen. Wie Tabelle 37 zu entnehmen ist, kommt diese Aufgabe ausschließlich der Leitungsebene sowie der Sozial- beziehungsweise Teilhabeplanung zu, zwischen denen sie annähernd paritätisch verteilt ist.

Tabelle 37: Wem die Aufgabe zukommt, auf die Angebotsstruktur Einfluss zu nehmen

		GESAMT	MK	Andere
Sozialplanung	Anzahl	21	2	19
	%	51,2 %	33,3 %	54,3 %
Leitungsebene	Anzahl	20	4	16
	%	48,8 %	66,7 %	45,7 %
Fallverantwortliche Mitarbeiter/innen	Anzahl	0	0	0
	%	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Sonstige Mitarbeiter/innen im Fachbereich	Anzahl	0	0	0
	%	0,0 %	0,0 %	0,0 %

151

Abbildung 57: Überprüfung der Qualität der Leistungserbringer/Dienstleister



Die Überprüfung der Qualität der Leistungserbringer und Dienstleister ist dahingegen noch kein landesweit übliches Fallmanagement-Prozedere. Etwas mehr als drei von fünf befragten Kreisen (61,4 %) geben an, Qualitätsüberprüfungen durchzuführen (s. Abbildung 57). Konkret werden dabei beispielsweise Anforderung von Entwicklungsberichten, aufsuchende Bedarfs- und Maßnahmenprüfung, Kooperationsgespräche, Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht, Jahresgespräche mit Trägern sowie Vor-Ort-Dienstbesprechungen genannt.

Eine systematische Evaluation der Einzelfälle, im Sinne der in Abschnitt 1.2 beschriebenen Phasen sieben und acht, erfolgt insgesamt nur bei einem Viertel der Kreise (s. Tabelle 38). Hier besteht sicher insgesamt noch Optimierungsbedarf. Immerhin planen circa 30 Prozent der Kreise, die noch keine Einzelfallevaluation durchführen, die Einführung eines solchen Verfahrens (s. Tabelle 38).

Tabelle 38: Systematische Evaluation der Einzelfälle

			GESAMT	MK	Andere
	Nein	Anzahl	20	4	16
		%	45,5 %	66,7 %	42,1 %
	Geplant	Anzahl	13	1	12
		%	29,5 %	16,7 %	31,6 %
	Ja	Anzahl	11	1	10
		%	25,0 %	16,7 %	26,3 %

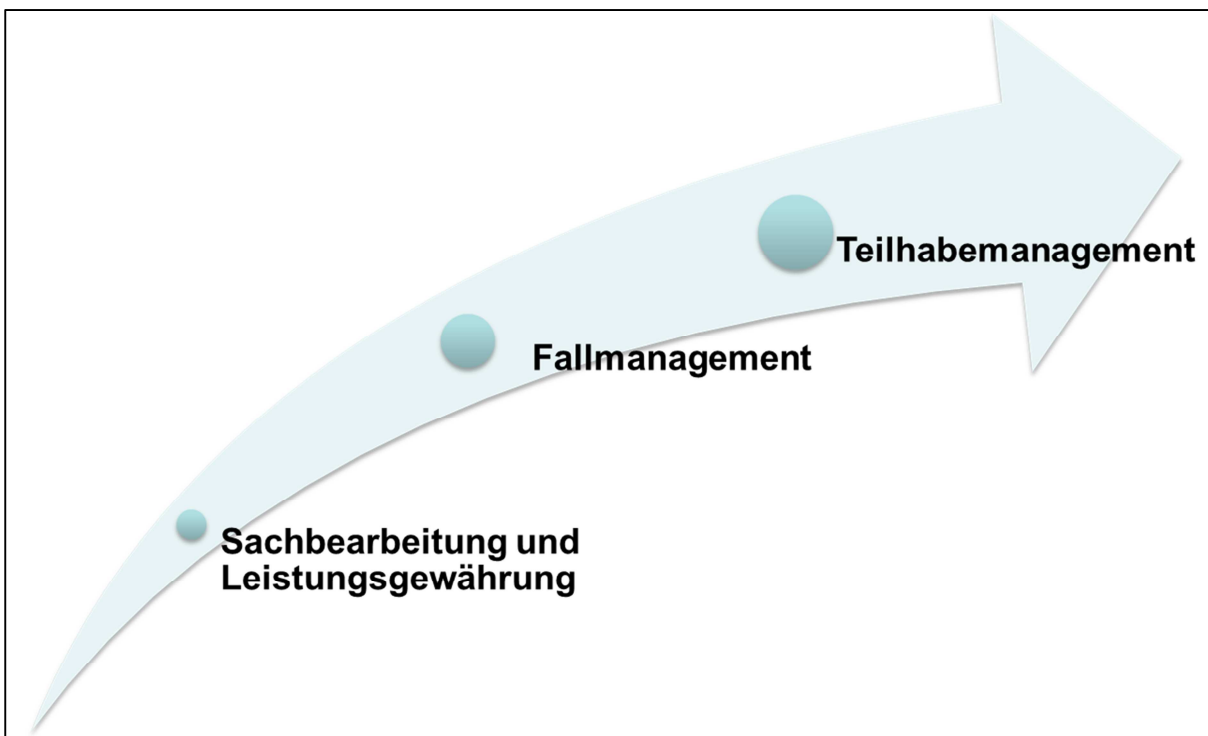
Insgesamt zeigen die in den Abschnitten 3.6.2 und 3.6.3 dargestellten Ergebnisse zur Gesamtumfrage, dass zwar an einigen Stellen durchaus noch Verbesserungsmöglichkeiten und Entwicklungspotenziale bestehen, das Fallmanagement in Baden-Württemberg aber auch insgesamt schon auf einem guten Weg ist.

4 Ansatzpunkte für die weitere Optimierung

Vor dem Hintergrund der in der Studie erfassten Erhebungsdimensionen auf Fall-, Struktur- und Prozessebene und unter Berücksichtigung des begrenzten Erhebungszeitraumes von sechs Monaten lassen sich aus den Auswertungsergebnissen sowohl einige generelle Ansatzpunkte auf Fall-, Organisations- und Netzwerkebene für eine Weiterentwicklung des Fallmanagements ableiten, als auch gezielte Ansatzpunkte für die weitere Optimierung entwickeln.

Grundsätzlich ist hervorzuheben, dass die insgesamt positiven Rückmeldungen zur fachlichen Umsetzung des Fallmanagements, sowohl auf der Seite der Adressaten als auch der Leistungserbringer, den Schluss nahelegen, dass eine konsequente Ausgestaltung des Fallmanagements in Richtung Teilhabemanagement (THM) (s. Abbildung 58) einen erkennbaren, das heißt positiv messbaren Effekt auf die Wirkung der Hilfe hat.

Abbildung 58: Entwicklung und Perspektive des Fallmanagements





4.1 Fallebene

Eine aktive Wahrnehmung der Fallverantwortung durch den zuständigen Fallmanager, konkretisiert in einer fachlich fundierten Wahrnehmung der Teilprozesse der Fallsteuerung, befördert die Effektivität und Effizienz des Hilfeprozesses. Zu den entscheidenden Teilprozessen gehören, eine

- frühzeitige Kontaktaufnahme,
- fachkompetente Grundberatung,
- professionelle Fallauswahl,
- interdisziplinäre Bedarfsfeststellung,
- kooperative Ausgestaltung des Gesamtplans,
- engmaschige Begleitung und Anpassung der Hilfeleistungen sowie
- ein professionelles Fachcontrolling und eine
- regelmäßige Evaluation der durchgeführten Maßnahmen.

Das Teilhabemanagement hat sich hierbei, sowohl auf die aktive Beteiligung und Förderung der Leistungsberechtigten, Angehörigen und sonstigen persönlichen Netzwerkkontakte (konsequente Sozialraumorientierung), als auch auf die aktive Beteiligung und Unterstützung der Leistungserbringer zu beziehen.

4.2 Organisationsebene

Weiterhin wurde deutlich, dass ein sinnvoll umgesetztes THM auf Fallebene einer adäquaten Unterstützung auf Organisationsebene bedarf. Diese hat sowohl die strukturellen als auch finanziellen Rahmenbedingungen für ein professionelles Fall- und Teilhabemanagement zu gewährleisten. Hierzu gehören insbesondere die Sicherstellung des aktuellen fachlichen Verständnisses von Fallsteuerung in der Organisation (z. B. auf Leitungsebene sowie den beteiligten Fachabteilungen und internen Gremien, Ausschüssen, vgl. 4.41.), die Verbesserung der Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote im Bereich Fallmanagement sowie die Etablierung von Qualitätsstandards (QM), zum Beispiel in den Bereichen Dokumentation, Gesamtplangestaltung, Öffentlichkeitsarbeit des Fallmanagements und EDV-basierter Hilfestuerung und Evaluation (ggf. unter Nutzung der in WiFEin entwickelten Erhebungs- und Auswertungsverfahren). Hierzu gehören weiterhin der Ausbau und die Verbesserung der internen Kooperation zwischen den zuständigen Fachabteilungen, der Etablierung einer Anlaufstelle für das Fallmanagement (z. B. in Form einer Beratungsstelle/Beratungstelefon), einer transparenten und den Hilfestrukturen angemessenen Ermittlung und Festsetzung von Fallzahlschlüsseln sowie einer angemessenen Sicherstellung von Gestaltungsspielräumen der Fallmanager (z. B. eigenständige Budgetverantwortung, Bereitstellung von Zeitfenstern und eindeutige Kompetenzzuweisungen zum Ausbau und zur Nutzung von Netzwerkmanagement und Gremienarbeit).



4.3 Netzwerkebene

Hieraus ableitend ergeben sich spezifische Anforderungen an ein professionelles Netzwerkmanagement des Hilfesystems, das sich insgesamt im Rahmen der Erhebungsbefunde als ausbaufähig herausgestellt hat. Der konkrete Einzelfall sowie die Summe der gleichartig gelagerten Fallkonstellationen sind immer auch im Kontext der Vernetzungsbeziehungen zwischen dem öffentlichen Träger (ÖT) und den jeweiligen Leistungserbringern vor Ort zu sehen. Ein öffentlicher Träger hat einerseits den Rahmen hinsichtlich der adressatenbezogenen Netzwerkbeziehungen im Einzelfall zu steuern, andererseits aber auch die organisationsbezogenen, fallübergreifenden Netzwerkbeziehungen des Hilfesystems selbst aktiv zu gestalten. Im ersten Fall entwickelt und vermittelt der Fallmanager des ÖT in Abstimmung mit dem Leistungsempfänger eine möglichst passgenaue Unterstützung und Hilfe. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auf der Seite der Leistungserbringer sind für die konkrete Ausgestaltung der Maßnahmen zuständig und sichern die Umsetzung, aber sie steuern nicht den Fall (Steuerungshoheit bleibt beim FM). Auf dieser Ebene des Netzwerkes bedarf es, dies zeigen die Auswertungen der qualitativen Erhebungen vor Ort, einer eindeutigeren Kompetenzklärung und Abgrenzung sowohl hinsichtlich des Verfahrens der Bedarfsfeststellung, der Umsetzung des Gesamtplanes als auch hinsichtlich eines durchzuführenden Fachcontrollings durch den ÖT.

156 Im zweiten Fall stehen fallübergreifende Aspekte der Netzwerksteuerung im Vordergrund. Je nach konkreter Lage vor Ort geht es hier um eine gemeinsame Analyse von Bedarfs- und Angebotsstrukturen der Hilfen (Anbieterlandschaft), um eine aktive Beteiligung aller relevanten Akteure in wichtigen Gremien, Ausschüssen et cetera, um die gemeinsame Bereitstellung von Ressourcen für die Umsetzung beschlossener Maßnahmen sowie um eine Verständigung über ein von allen Beteiligten mitgetragenes, institutionenbezogenes und institutionenübergreifendes Qualitätsmanagement.

4.4 Gezielte Ansatzpunkte für die weitere Optimierung

4.4.1 Verfahren Fallmanagement

(Verständnis/Umsetzung des Konzepts, der Instrumente und Methoden)

Aus den Ergebnissen zum Einsatz des Verfahrens wird deutlich, dass der vollständige und konzepttreue Einsatz von Fallmanagement einen wesentlichen Beitrag zur Effektivität leistet. Es bietet sich deswegen an, Fallmanagement für die Praxis in der Eingliederungshilfe operational zu definieren. Dieser Definition entsprechend sollen fünf Elemente vollständig nachgewiesen werden, damit davon auszugehen ist, dass tatsächlich Fallmanagement praktiziert wird. Dazu gehört auch, dass das Verfahren in eine Teamstruktur (z. B. durch kollegiale Fachberatung bzw. Intervention) eingebunden ist, damit gewährleistet werden kann, dass die einzelnen Schritte fachlich begleitet und reflektiert werden.

Entsprechend dem Handlungskonzept Case Management und den Ergebnissen dieser Studie sind die fünf folgenden Elemente notwendig (siehe Tabelle 39)



Tabelle 39: Definitivisch unverzichtbare Bestandteile des Fallmanagements

Definitionselement	Erklärung	Positivkriterien	Negativkriterien
1. FALLAUSWAHL	Fallmanagement ist ein ressourcenintensives einzelfallorientiertes Verfahren, das sinnvoll nur mit ausgesuchten Fällen durchzuführen ist.	-> Fallauswahlkriterien sind ausgewiesen und verbindlich; -> Fallauswahlkriterien orientieren sich an den Fällen, nicht an den Strukturen; -> Fallauswahlkriterien werden regelmäßig auf ihre Richtigkeit überprüft	-> Auswahlkriterien existieren nur als Schlagworte ohne differenzierende Erklärungen; -> Fallmanagement ist für alle Fälle vorgesehen; - Fallauswahl nach vorgesehenem Vermittlungsangebot;
2. UMFASSENDE BEDARFS-EINSCHÄTZUNG	Die Strategie zur Bedarfseinschätzung folgt dem Fall, nicht einer festen Regel. Die Aufgabe des FMs ist das zielgerichtete Sammeln, Aufbereiten und Kommunizieren von Informationen, Diagnosen und Einschätzungen. Ziel ist ein mehrdimensionales Fallverstehen, dass vom FM mit den Beteiligten moderiert wird.	-> Vielfalt der genutzten Informationsquellen und Erfassungsinstrumente; -> Aufdecken von Widersprüchen im Fallverständnis; -> Fallkonferenzen bei schwieriger Informations- und Interpretationslage; -> Bedarfseinschätzung wird als fortwährend beschreibender Prozess organisiert	-> schematisches Vorgehen; -> universeller Einsatz von Informationsquellen und Erfassungsinstrumenten; -> Delegation von Teilen der Bedarfseinschätzung ohne spätere Zusammenführung; -> Reduzierung der Fallbeschreibung auf die Kategorien in der Eingliederungshilfe
3. HILFEPLANUNG	Auf der Grundlage der Bedarfseinschätzung formuliert das Fallmanagement soweit wie möglich zusammen mit den Klienten Ziele und leitet daraus Maßnahmen ab. Zudem werden Kriterien festgelegt, anhand derer die Zielerreichung festzustellen ist.	-> die formulierten Ziele spiegeln die individuelle Situation wieder; -> die Ziele werden vom Fallmanagement formuliert; -> Hilfepläne dienen als Kommunikationsmittel, die Ziele sind deswegen „s.m.a.r.t.“; -> es werden auch Ziele formuliert, die in anderen Arbeitsfeldern umzusetzen sind.	-> Verwendung von Textbausteinen; -> die Ziele werden von den Maßnahmenträgern formuliert; -> Ziele folgen bzw. beinhalten Maßnahmen; - Hilfepläne werden nach Maßnahmenantritt erstellt; -> Hilfepläne beinhalten nur einen oder sehr wenige Akteure, das FM erhält selten oder niemals Aufgaben aus der Hilfeplanung



Definitionselement	Erklärung	Positivkriterien	Negativkriterien
4. LEISTUNGS- STEUERUNG	Hilfepläne müssen nach ihrer „Kontraktierung“ kontinuierlich auf ihren Umsetzungsstand geprüft werden. Deswegen sind die verantwortlichen Akteure im Fallmanagement häufiger zu kontaktieren.	-> die Klienten begreifen das FM als kontinuierliche Hilfe; -> Hilfepläne werden vor ihrem Ablauf revidiert; -> ineffiziente Maßnahmen werden vor Ablauf der Kostenverpflichtung erkannt; -> das FM wird in schwierigen Situationen hinzugezogen; -> Fallverlaufsprotokollierungen durch das FM	-> die Maßnahmen werdend erst bei Ablauf der Kostenverpflichtung beurteilt; -> Maßnahmen werden nicht individuell angepasst - Krisen und Abbrüche wurden nicht erkannt; -> Ziele werden einfach fortgeschrieben; -> keine persönlichen Kontakte mit den Klienten
5. ANGEBOTS- STEUERUNG	Als Konsequenz aus der Fallperspektive müssen Angebote, Netzwerke und das FM selbst ständig weiterentwickelt werden. Fälle werden deswegen regelmäßig dahin gehend evaluiert, welche strukturellen Anpassungen und Entwicklungen vorzunehmen sind.	-> regelmäßige Fallevaluationen; -> Zunahme Persönlicher Budgets -> Fachgremien zur Reflexion der Versorgungslandschaft; -> Beschreibungen benötigter Entwicklungen und Veränderungen durch das FM; -> das FM löst sozialplanerische Aktivitäten aus; -> FM wird in die Entscheidungen zur Strukturentwicklung einbezogen	-> Angebotsentwicklungen werden nur von den Anbietern betrieben; -> keine Leistungsbeschreibungen durch die FM-Organisation; -> Angebotsplanung wird ausschließlich durch die Führungssebene initiiert; -> nur interne Gremien; - begrenzter Leistungs- bzw. Angebotskatalog ohne Änderungen über längere Zeit



Fallmanagement liegt dann vor, wenn mit nachvollziehbaren Kriterien eine **Fallauswahl** für den Einsatz von Fallmanagement stattfindet, eine umfassende und bereichsübergreifende **Bedarfseinschätzung** unter Berücksichtigung aller relevanten Informationsquellen durchgeführt wird, aus der Ziele und in der Folge Maßnahmen in der **Hilfeplanung** abgeleitet werden, deren qualitative Umsetzung im Sinne der Zielerreichung in der **Leistungssteuerung** abgesichert wird. Um Erkenntnisse aus den Fällen für die Versorgungsstrukturen zu nutzen, muss Fallmanagement auch über eine **Angebotssteuerung** verfügen.

4.4.2 Leistung/Netzwerk Fallmanagement

(Vom Fallmanagement bzw. von der Fallmanagementorganisation erreichte Strukturverbesserungen, z. B. Schnittstellen, Qualität von Angeboten)

Die Vernetzungen und Kooperationen im Rahmen des Fallmanagements beinhalten ein erhebliches Optimierungspotenzial.

Verwaltungsintern sollten in diesem Sinne folgende Schritte umgesetzt werden:

- Feststellung, in welchen anderen Bereichen der Sozialverwaltung Fallmanagement als Konzept eingesetzt wird.
- Abgleich der Steuerungsansätze auf der Fall- und Systemebene und Überprüfung, an welchen Bestandteilen Parallelisierungen vorgenommen werden können.
- Beschreibung der Schnittstellen, vor allem im Hinblick auf Fallverantwortung, Kommunikations- und Beteiligungspflichten und Fallübergaben.
- Festlegung von Regelungen zur Konfliktbehandlung,
- Allgemeingültige Prinzipien für Fallmanagement (Beteiligung des Fallmanagements an strategischen Entscheidungen, Umgang mit ethischen Fragestellungen, Verpflichtung zur fachlichen Selbstreflexion etc.).
- Vereinbarung gemeinsamer Projekte zur Festigung der Partnerschaft.
- Entwicklung von Kennwerten zur Dokumentation der internen Vernetzung.

Die Fallverantwortung im Fallmanagement sollte möglichst nicht fragmentiert werden. Bei der Bearbeitung der Fälle sollte die Steuerungshoheit durch die Fallmanager/innen auch amtsintern anerkannt werden. Die bestehenden Richtlinien und Handlungsanweisungen sollten darauf geprüft werden, ob sie in diesem Zusammenhang einschränkende Wirkung haben.

Die Entwicklungsverläufe der **Kooperationen** des Fallmanagements mit den Partnern **außerhalb der Verwaltung** weisen in den verschiedenen Modellkreisen erkennbare Unterschiede auf. Als entscheidende Einflüsse haben sich dabei folgende Faktoren herausgestellt:

- die bisherigen (Netzwerk-)Strukturen im Stadt-/Landkreis (vgl. strukturelle Wirkungsfaktoren: Bereich 5 – (Netzwerk-)Strukturen) → offen versus geschlossen
- die Kooperationsfähigkeiten des Fallmanagements → beziehungsorientiert versus distanziert⁵

⁵ Einschätzung der eigenen Kooperationsfähigkeiten im Fallmanagement (beziehungsorientiert vs. distanziert).
Zur Herstellung einer Einschätzung bieten sich folgende Möglichkeiten an:
- Einrichtung eines Stadt- und Landkreis übergreifenden Qualitätszirkel zum Thema Vernetzung

- das Selbstverständnis und die daraus abgeleitete Strategie → aktiv versus abwartend

Die Empfehlungen müssen aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungsstände prozesshaft erfolgen (a bis f).

- a. Als Voraussetzung für eine Intensivierung der Vernetzung ist generell von allen Stadt- und Landkreisen vorweg eine Einschätzung der Situation zu leisten. Dazu können folgende Indikatoren (Auswahl) hilfreich sein (hier als Problemanzeigen formuliert):
 - Klienten mit multiplen Problemlagen können nicht angemessen versorgt werden.
 - Es gibt Doppelstrukturen und für die Betroffenen schwer durchschaubare Zuständigkeiten.
 - Es gibt Angebotssysteme, die mehr am Selbsterhalt interessiert sind als an ihrer Effizienz.
 - Es gibt Angebote, die zu wenig auf die langfristigen Wirkungen ihrer Maßnahmen achten.
 - Es gibt nur wenig Anbieter.
 - Übergänge von einem Zuständigkeitsbereich zu einem anderen führen zu Schwierigkeiten.
 - Die professionellen Angebote beziehen zu wenig andere Ressourcen (z. B. Selbsthilfegruppen, bürgerschaftliches Engagement) der Region ein.
 - Es werden zu wenig präventive Angebote zur Vermeidung langfristiger Versorgungsentwickelt.
- b. Abhängig vom Entwicklungsstand sollte nach der Situationsbeschreibung eine Zielvorstellung darüber entwickelt werden, wie die Vernetzungsstruktur beziehungsweise die Systemintegration im Stadt- und Landkreis aussehen sollte:
 - Wer soll zum vernetzten System dazugehören⁶?
 - Was wären die benötigten Angebote?
 - Wie vielfältig sollte die Anbieterlandschaft sein?
 - Welche in sich funktionierenden Teilsysteme sollten existieren?
 - Welche Schnittstellen soll es geben?
 - Wie ausgeprägt sollen die Kooperationen jeweils sein (nur Kommunikation ... bis ... Fusion)?
 - Wie funktioniert der Mix aus versicherungsrechtlichen, marktlichen, bürgerschaftlichen und familiären Hilfen (Welfare Mix)?
 - Welche typischen Versorgungsabläufe sollten mit diesem Netzwerk ermöglicht werden?
 - Welche Gremien sollten existieren? Unter welcher Leitung?
 - Welche Vorteile können die bestehenden Anbieter in dieser gewünschten Vernetzungsstruktur für sich erkennen?
 - Wie kann dieses System sinnvoll gesteuert und qualitätsgesichert werden?

- Befragung der Kooperationspartner im Stadt- und Landkreis

- Sammlung von Best Practice-Beispielen zum Vergleich

⁶ Hier könnte das Konzept der **Produktionsnetzwerke** sinnvoll eingesetzt werden, vgl. Reis/Geideck/Hobusch/Kolbe/Wende 2010.



Dazu müssen das eigene Selbstverständnis und die daraus abgeleitete Strategie entwickelt werden.

- c. Das erwünschte System sollte in diesem Schritt nun aus dem Blickwinkel der Betroffenen „durchgespielt“ und bewertet werden:
 - Hierzu können die bisher in den Einzelfällen erfolgreichen Vorgehensweisen genutzt werden.
- d. Umsetzungsplan im Sinne eines Projekts entwickeln (z. B. Gremien, Reihenfolge der Kooperationsverhandlungen, Entwicklung von Kennwerten, Steuerungsinstanzen)
- e. Umarbeitung der beteiligten Systeme.
- f. Auswirkungen dokumentieren, evaluieren und bearbeiten.

Eine Besonderheit ergibt sich für die Stadt- und Landkreise, bei denen die Belegung der Einrichtungen in hohem Maß von externen Kostenträgern erfolgt. In diesen Fällen sollten sich die betroffenen Leistungsträger zusammensetzen und eine gemeinsame Vernetzungsvision/-strategie erarbeiten.

162 Je nach Stand der Kooperationen im Stadt- und Landkreis sollte, soweit noch nicht geschehen, die Geschäftsführung der einschlägigen Gremien (Berufswegekongressen, WfbM Fachausschuss, Netzwerkkongressen, Hilfeplankongressen) vom Fallmanagement wahrgenommen werden.

4.4.3 Organisation Fallmanagement

(Umsetzung des Handlungskonzepts FM in den organisatorischen Rahmenbedingungen und Abläufen – ohne Personalentwicklung)

Die Studie kann keine eindeutigen (empirisch untermauerten) Aussagen über das richtige Organisationsmodell für das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe machen, da hier die jeweiligen örtlichen Verhältnisse eine zu wichtige Rolle spielen. Es lassen sich trotzdem Hinweise formulieren, die sich vor allem aus den in der Studie festgestellten, problematischen Organisationselementen ableiten lassen.

Problematische Organisationselemente für das Fallmanagement:

- die Fallauswahl liegt nicht in der Kompetenz der Fallmanager/innen, sondern ist ausschließlich formal geregelt;
- Fallmanager/innen verfügen über keine speziellen beziehungsweise zusätzlichen Instrumente (z. B. EDV, Formulare, Wissensmanagement, Arbeitshilfen) wie bei der Bearbeitung von Nicht-Fallmanagementfällen;
- Fallmanagement hat nicht die alleinige Fallverantwortung – dies gilt nicht nur im formalen Sinne, sondern auch für Konstellationen, in denen andere Bereiche die Wissenshoheit haben und das Fallmanagement damit eigentlich nicht entscheidungsfähig ist;

- enge hierarchische Kontrolle des Fallmanagements;
- wenig Zeit und Möglichkeiten zu Vernetzungsaktivitäten außerhalb des Amtes.

Daraus lassen sich drei Empfehlungen für das Organisationsmodell „Fallmanagement in der Eingliederungshilfe“ formulieren:

1. Fallmanager/innen benötigen in Fallmanagementfällen Entscheidungskompetenzen und zugestandene Verantwortungsbereiche, die über die der Sachbearbeitung hinausgehen (z. B. Einzelfallvereinbarungen, Abweichen von Zuständigkeiten).
2. Für die Bearbeitung von Fallmanagementfällen sind andere und zusätzliche Instrumente bereitzustellen (z. B. EDV, Datenbanken, Gremien)
3. Fallmanager/innen benötigen Möglichkeiten zu amtsexternen Kooperationsbeziehungen. Ihre Orientierung im Handeln für den Fall unterscheidet sich damit von einer rein sachbearbeitenden Tätigkeit durch mehr Kommunikation.

Überträgt man nun diese Forderungen auf die in der Studie untersuchten Modelle, ergibt sich folgende Bewertung (siehe Tabelle 40):



Tabelle 40: Implementationsmodellbewertung anhand der Empfehlungen zur Organisation

	1. Empfehlung: Fallmana- ger/innen benöti- gen in Fallma- nagementfällen Entscheidungs- kompetenzen und Verantwor- tungsbereiche.	2. Empfehlung: Für die Bearbei- tung von Fallma- nagementfällen sind andere und zusätzliche In- strumente und Abläufe einzuset- zen.	3. Empfehlung: Fallmana- ger/innen brau- chen zu amtsex- ternen Koopera- tionsbeziehun- gen.	generelle Stärken des Modells ++	generelle Schwächen des Modells --
MODELLE					
Spezialisten- modell: Die Fallma- nager/innen über- nehmen vollver- antwortlich (inkl. Sachbearbeitung) nur die Fallma- nagementfälle (hier: Fallselektion durch Sachbearbeitung) (Der sehr spezielle Fall, FM ohne Sachbearbeitung wurde hier nicht dargestellt)	++ Die Entscheidungs- kompetenzen können zuset- zen sich bei Spezial- list/en/innen schnel- ler und besser her- ausbilden.	++ Ist hier einfach um- zusetzen	+ Kann hier gut reali- siert werden, erfor- dert aber viel gleich- zeitige Kommunikati- on mit amtsinternen Stellen	Schutz des Fallma- nagements vor ande- ren Fällen und Tätig- keiten, hilft dabei Fallmanagemen- tidentität zu entwickeln	Fälle müssen von der Sachbearbei- tung übernommen und auch wieder abgegeben werden. Es besteht eine zusätzliche Schnitt- stelle Abkoppelung des Fallmanagements von den anderen Abläufen, langfris- tig kann daraus Entfremdung und Misstrauen entste-
Generalisten- modell: Die Fallma- nager/innen über- nehmen alle Fälle und selektieren daraus die Fallma- nagementfälle.	+ Generalisten entwi- ckeln schwerer eine Identität als FM. Aber sie haben die voll- ständige Fallverant- wortung.	+ - Sind andere Instru- mente vorhanden, hilft dies zur Fallab- grenzung. Ohne diese erfordert die Einhaltung der Trennung in FM und Nicht-FM eine hohe Disziplin.	++ Kann gut realisiert werden (wenn die anderen Fälle Zeit dazu lassen); keine Kommunikati- onsprobleme nach innen.	Keine Schnittstellen, dadurch kein Infor- mationsverlust und schnellere Entschei- dungen.	Bei einer Fallzu- nahme besteht kein Schutz der Fallma- nagementfälle, Zeit fließt in aktuelle Dringlichkeiten und nicht in methodi- sches Handeln bei FM-Fällen.



MODELLE	1. Empfehlung: Fallmanager/innen benötigen in Fall- managementfällen Entscheidungs- kompetenzen und Verantwortungsbe- reiche.	2. Empfehlung: Für die Bearbei- tung von Fallma- nagementfällen sind andere und zusätzliche In- strumente und Ab- läufe einzusetzen.	3. Empfehlung: Fallmanager/innen brauchen Möglich- keiten zu amtsex- ternen Kooperati- onsbeziehungen.	generelle Stärken des Modells ++	generelle Schwächen des Modells --
Beauftragungsmodell: Für bestimmte Fälle werden die Fallma- nager/innen von der fallverantwortlichen Sachbearbeitung beauftragt, die Fall- verantwortung bleibt bei der Sachbearbei- tung.	-- Das Fallmanagement kann im Rahmen seiner beauftragten Fallmanagementfälle nur begrenzt gestal- ten.	+ -- Ist dann gut umzu- setzen, wenn die FM ihre Aktivitäten un- abhängig von der Sachbearbeitung organisieren können.	-- Funktioniert nur dann, wenn dies für die amtsinternen Sachbearbeiter transparent ist – kon- fliktanfällig.	Spezialisierung auf Fallmanagement typische Problemstel- lungen; fördert Kom- petenzen in bestimm- ten Bereichen.	Ist abhängig von der Einstellung der SB zum FM, daraus entstehen schwer kalkulierbare Anfäl- lichkeiten und gege- benfalls man- gelnde Wertschät- zung der FM.
Sozialdienstmodell: Für die personenbe- zogenen Tätigkeiten wird ein Sozialdienst vom Fallmanage- ment beauftragt.	-- -- Das Fallmanagement verhält sich eher im Sinne einer Sachbe- arbeitung. Es entwi- ckelt sich keine FM- Identität.	-- -- Ist hier schwer um- zusetzen.	-- -- Amtsexterne Koope- rationspflege ist in diesem Modell für die FM nicht vorgese- hen.	Entlastung zuguns- ten sachbearbeiteri- scher Aufgaben, rationale Entschei- dungen nach Infor- mationen durch den SD und nach Akten- lage.	Fallmanagement ist nur schwach ver- ankert, die Leitdis- ziplin ist die Sach- bearbeitung.

Um die Bewertungstabelle auf die eigenen Bedingungen vor Ort anzuwenden, müssen verschiedene Zusatzbedingungen mit bedacht werden (s. Tabelle 41):

Tabelle 41: Rahmenbedingungen bei der Modellbewertung

Bedingungen	modellbezogene Auswirkungen
persönliche Eigenschaften der Fallmanager/innen, insbesondere deren Fähigkeiten im Bereich Kommunikation, Eigeninitiative, Flexibilität und Durchsetzungsvermögen	→ Ein hohes Maß an Eigenständigkeit und Selbstbewusstheit sind günstig für das Spezialisten- und Generalistenmodell, während diese Eigenschaften beim Beauftragungs- und Sozialdienstmodell eher zu Konflikten oder Frustrationen bei den FM führen kann.
Besoldung der Fallmanager/innen und der Sachbearbeiter/innen	→ Werden Fallmanager/innen und Sachbearbeiter/innen unterschiedlich besoldet, entstehen im Spezialisten- und im Beauftragungsmodell Unzufriedenheiten bei den schlechter bezahlten Mitarbeiter/innen. Dies kann sich auf die Zusammenarbeit negativ auswirken.
Funktionieren der amtsinternen Beziehungen im Rahmen der beteiligten Akteure in der Eingliederungshilfe	→ Schlecht funktionierende amtsinterne Beziehungen an den Fallmanagement relevanten Schnittstellen, haben beim Generalistenmodell die geringsten Auswirkungen.
Anzahl der Fälle pro Fallmanager/in	→ Eine hohe Fallzahl wird sich im Generalistenmodell am stärksten auf das Fallmanagement auswirken; in den anderen Modellen kann es zu „Entlastungsverschiebungen“ ins Fallmanagement kommen.
bereits vorhandene Infrastruktur für Fallmanagement	→ Eine gut entwickelte Fallmanagement-Infrastruktur unterstützt vor allem die Beauftragungs- und Sozialdienstmodelle, da diese geregelte Fallmanagementabläufe (z. B. Hilfeplanung) für die Delegierenden leichter nachvollziehbar machen.
ausgewiesene Auswahlkriterien für Fallmanagementfälle	→ Ausgewiesene Auswahlkriterien fördern vor allem das Generalistenmodell, da die Fälle vor allem bei einem hohen Aufkommen besser identifiziert werden können. → Das Spezialistenmodell und das Beauftragungsmodell erhöht durch festgelegte und periodisch überarbeitete Auswahlkriterien langfristig die Effizienz des Fallmanagements.

Neben der Umsetzung eines funktionierenden Organisationsmodells müssen weitere Schritte unternommen werden, damit Fallmanagement effektiv ist. Dies gilt vor allem für den Zeitpunkt, zu dem sich die Betroffenen an das Fallmanagement wenden. Derzeit wird dieser immer noch in vielen Fällen von formalen Abläufen bestimmt, wie zum Beispiel der Beantra-

gung der Kostenübernahme. Damit wird das Fallmanagement nach wie vor von der Vorstellung geprägt, dass der Kostenträger für die Finanzierung zuständig ist, während die Leistungserbringer den fachlichen Teil vertreten. Solange die Abläufe diese Aufteilung bestätigen, wird Fallmanagement als fachliches Steuerungskonzept wenig Wirkung zeigen. Der Schlüssel zu einer anderen Verteilung der Kompetenzen liegt hier vor allem beim Fallmanagementsträger selbst. Von den Leistungserbringern kann nicht erwartet werden, dass sie sich freiwillig aus ihrer beratenden Rolle zurückziehen. Die Betroffenen selbst werden dort Beratung in Anspruch nehmen, wo sie glauben am besten unterstützt zu werden. Dabei nehmen sie billigend in Kauf, nicht neutral über alle Versorgungsmöglichkeiten aufgeklärt zu werden. Damit liegt die Notwendigkeit zur Änderung in erster Linie bei der Sozialverwaltung.

Daraus folgend muss das Fallmanagement inhaltlich und fachlich überzeugende Beratungsangebote für die Betroffenen leisten können. Dazu muss es einerseits Beratung (inhaltlich und Gesprächsführungstechnisch) als ihre Kernkompetenz in den Vordergrund rücken und dies bei der Personalauswahl und -entwicklung entsprechend berücksichtigen.

Eine weitere Schlüsselkompetenz ist ein aktuelles Informations- und Wissensmanagement, das die umfassende Kenntnis der Versorgungsmöglichkeiten für die Ratsuchenden gewährleistet.

Schließlich muss ein proaktiv beratendes Fallmanagement Möglichkeiten entwickeln, frühzeitig mit den Betroffenen in Kontakt zu treten. Dazu kann ein niederschwelliges Beratungsangebot (ohne Voranmeldung, barrierefrei etc.) in zentralen oder wohnortnahen Räumen eingerichtet werden. Ebenso wichtig sind aber auch Besuche von Elternabenden, Kindergärten oder Kliniken, um dort Antworten zu geben, wo für die Betroffenen Fragestellungen entstehen.

167

4.4.4 Personalentwicklung Fallmanagement

(Einsatz und Unterstützung der Mitarbeiter/innen im FM)

Die berufsbegleitende **Qualifikation** der Fallmanager/innen ist ein entscheidender Erfolgsfaktor. Sie ist wichtiger als die grundständige Ausbildung und trägt somit wesentlich zum Funktionieren des Fallmanagements bei.

Die berufsbegleitenden Weiterbildungen sollten aus mehreren Modulen bestehen, die zumindest folgende Inhalte vermitteln:

- Sinn und Besonderheit des Paradigmenwechsels von der Sachbearbeitung zur Fallsteuerung,
- das Verfahren des Fallmanagements (vgl. operationale Definition des Fallmanagements oben) und Gestaltung von Versorgungsprozessen,
- Rollenbestimmung und Rollengestaltung im Fallmanagement,
- Gesprächsführung und Moderation,
- Umgang mit Konflikten,
- Angebotsentwicklung und -steuerung.



Geht man von einer durchschnittlichen Dauer von 2 Tagen pro Modul aus, erfordert eine entsprechende Weiterbildung circa 12 Tage. Da die meisten Landkreise die Weiterbildungsangebote des KVJS bevorzugen, könnte dieser sein bisheriges Angebot entsprechend erweitern.

Bevorzugen die Fallmanagementträger allerdings eine Weiterbildung mit größerem Vertiefungsgrad und mit einer stärker bereichsübergreifenden Perspektive, ist eine längerfristige Weiterbildung anzuraten, wie sie zum Beispiel von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (vgl. http://www.dgcc.de/dgcc/wb_std.html) in zertifizierter Form angeboten wird.

Ebenfalls zur Qualifikation sollte auch die regelmäßige Teilnahme an **Supervisionen** gezählt werden. Supervisionen können für einzelne Mitarbeiter oder für Gruppen in festen Abständen oder anlassbezogen durchgeführt werden. Einzelsupervisionen sollten nur im Bedarfsfall bei bestimmten belastenden Situationen für betroffene Mitarbeiter/innen eingesetzt werden. Anlassbezogene Supervisionen haben zwar den Vorteil, dass sie mit mehr Motivation durchgeführt werden, andererseits bieten sie gegebenenfalls auch die Möglichkeit, die notwendige Selbstreflexion ganz zu vermeiden. Es ist deswegen anzuraten, Supervisionen in regelmäßigen Abständen anzubieten. Damit die fallmanagementspezifischen Konflikte angemessen behandelt werden, sollte der/die Supervisor/in das Handlungskonzept ausreichend kennen. Eine Supervisionsausbildung ohne Fallmanagementkenntnisse ist nicht ausreichend.

168

4.4.5 (Netzwerk-)Strukturen Fallmanagement

(derzeitige strukturelle, regionale und politische Rahmenbedingungen)

Aufbauend auf der Nutzung der Erkenntnisse aus den Einzelfällen im Fallmanagement mithilfe der Sozialplanung sind weitere Schritte notwendig, um auf die Angebotsstruktur vor Ort Einfluss zunehmen. Ziel muss es dabei sein, die System- und Netzwerksteuerung durch die Eingliederungshilfe als fachlichen Paradigmenwechsel erkennbar zu machen, der sich primär an der Qualität der Angebote orientiert und erst im weiteren Sinne am Preis.

Um dem Vorwurf entgegenzutreten, dass die Kosten für die Träger des Fallmanagements im Vordergrund stehen und dies der eigentlich bestimmende Grund für die Leistungs- und Angebotssteuerung sei, sollte sich auch in diesem Bereich die fachlich und inhaltlich fundierte Strategie fortsetzen. Dazu können folgende Schritte beitragen:

- Zusammenstellung von benötigten Angebotsmerkmalen unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus dem Fallmanagement
- Erstellen von Leistungsbeschreibungen durch den Fallmanagementträger
- Vergütungsvereinbarungen unter Berücksichtigung des Handlungskonzepts Fallmanagement (z. B. Leistungsmerkmale: Mitarbeit bei der Bedarfseinschätzung, Übernahme und konsistente Fortführung der im Hilfeplan festgelegten Ziele, Zusammenarbeit im Monitoring, Umgang mit einzelfallbezogenen Angebotsanpassungen, Voraussetzungen für die (vorzeitige) Beendigung der Maßnahme, Beteiligung an bestimmten Gremien et cetera)



Gegebenenfalls muss in bestimmten Regionen eine politische Vorgabe zur Unterstreichung der Angebotssteuerung durch den Fallmanagementträger erwogen werden. Vor allem in den Stadt- und Landkreisen, in denen die Angebotsstruktur monopolistische Züge aufweist, sollten die politischen Gremien und Vertreter mit den betreffenden Trägern ins Gespräch kommen, da eine Steuerung ansonsten wenig Wirkung hätte. Im Extremfall sollte dabei auch an die Ansiedlung neuer Träger gedacht werden.



4.5 Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Teilhabemanagement aus Sicht der öffentlichen Träger eine Auseinandersetzung mit den internen Prozessen in der Organisation, der Arbeit im Sozialraum auf Fallebene sowie der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern erforderlich macht. Die Umsetzung eines professionellen Teilhabemanagements ist zeitaufwendig, bedarf der Bereitstellung personeller und finanzieller Ressourcen und hat zur Voraussetzung, dass öffentlicher Träger und Leistungserbringer an einer kooperativen und interdisziplinären Zusammenarbeit im Interesse der Adressaten der Eingliederungshilfe interessiert sind.

Trotz des sich hieraus ergebenden beträchtlichen personellen und organisatorischen Aufwandes, der an dieser Stelle nicht verschwiegen werden soll, zeigen die Ergebnisse des Forschungsvorhabens, dass es hinsichtlich der Wirksamkeit der Hilfen signifikant positive Zusammenhänge gibt, wenn

- die Steuerungshoheit beim Fallmanager liegt,
- das Fallmanagement interdisziplinär mit Fachdiensten kooperiert,
- das Fachverständnis zum Fallmanagement auf allen Ebenen in der Organisation gut ausgeprägt ist,
- die Angebotssteuerung mit den Leistungserbringern kooperativ abgestimmt wird und
- die Auswahl der Fallmanager auf definierten fachlichen Standards basiert.

170

Bei der Analyse der ausgewählten Modellkreise hat sich zudem gezeigt, dass es nicht *das* Idealmodell einer Fallsteuerung in der Eingliederungshilfe gibt. Hierzu sind die strukturellen und regionalen Unterschiede der Modellregionen zu unterschiedlich und damit in der Sache nicht vergleichbar. Es konnten allerdings zugleich wichtige Indikatoren und Zusammenhänge der Fallsteuerung identifiziert werden, die eine effektive und effiziente Hilfe in der Eingliederungshilfe, unabhängig von den regionalen Besonderheiten, befördern.

Insgesamt zeigt sich, dass mit der Einführung des Fallmanagements in Baden-Württemberg seit 2005 die Städte und Kreise auf einem „guten Weg“ sind und bereits ein allgemein hoher Qualitätsstandard im Fallmanagement erreicht ist. Die grundsätzlichen Herausforderungen im Bereich Fallmanagement und Fallsteuerung wurden in allen Modellregionen erfolgreich umgesetzt. Es folgt nun die Arbeit im Detail, die sich eng an den regionalen Gegebenheiten auszurichten hat.

Abkürzungsverzeichnis

ABW	Ambulant Betreutes Wohnen	
CM	Case Management	
CM4Ju	Computerunterstütztes Case Management in der Jugendhilfe (Forschungsprojekt)	
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.	
EDV	Elektronische Datenverarbeitung	
FM	Fallmanagement	
GAF	Global Assessment of Functioning Scale (Globalbeurteilung des Funktionsniveaus)	
HB/A	Formblatt zur Ermittlung der Voraussetzungen für Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung	
HMB-W	Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung – Wohnen	
IBRP	Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan	
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit)	171
KH Mainz	Katholische Hochschule Mainz	
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg	
LB	Leistungsberechtigte/r	
LE	Leistungserbringer/in	
Mamanetz	Case Management Netzwerk in der integrierten Versorgung von Frauen mit Brustkrebs	
MK	Modellkreis	
ÖT	Öffentliche Träger	
QM	Qualitätsmanagement	
Reha-		
Management	Rehabilitationsmanagement	
SGB	Sozialgesetzbuch	
UE	Untersuchungsebene	
WiFEin	Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Netto-Gesamtaufwand für die Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg in den Jahren 2007-2011	6
Abbildung 2: Handlungsansatz Fallmanagement.....	8
Abbildung 3: Ablaufschema Fallmanagement.....	14
Abbildung 4: Steuerungsebenen im Case Management	20
Abbildung 5: Zieldimensionen des Forschungsvorhabens	21
Abbildung 6: Einordnung der Fragestellungen in die Qualitätsdimensionen	24
Abbildung 7: Mittlere Implementierungsgrade in absteigender Reihenfolge	35
Abbildung 8: Implementierungsprofile der Bewerberkreise	37
Abbildung 9: Ausgewählte Modellkreise (in alphabetischer Reihenfolge)	41
Abbildung 10: Aufbau des WiFEin-„Assessmenttools“ (Verfahren zur Bedarfsfeststellung)	43
Abbildung 11: Bestimmung der Effekte anhand von Indices	46
Abbildung 12: Evaluationsmodell Fallmanagementwirkungen.....	53
Abbildung 13: Zeitablauf der Erhebungen.....	54
Abbildung 14: Rücklaufquote der Adressatenbefragung	75
Abbildung 15: Verschiedene Facetten der Prozessqualität aus Nutzersicht	78
Abbildung 16: Welche Rolle wünschen sich die Leistungsberechtigten im FM-Prozess?.....	80
Abbildung 17: Zufriedenheit der Leistungsberechtigten mit dem Fallmanagement.....	81
Abbildung 18: (Haupt-)Vorteile des Fallmanagements aus Adressatensicht.....	82
Abbildung 19: Veränderung der Situation im letzten Jahr aus Sicht der Leistungsberechtigten	83
Abbildung 20: Veränderung der von den Adressaten wahrgenommenen Lebensqualität.....	84
Abbildung 21: Rücklaufquote Leistungserbringerbefragung	88
Abbildung 22: Art der fallbezogenen Kontakte mit dem Fallmanagement aus LE-Sicht	90
Abbildung 23: Zufriedenheit der Leistungserbringer/Dienstleister mit dem Fallmanagement	92
Abbildung 24: (Haupt-)Vorteile des FM aus Sicht der Leistungserbringer/Dienstleister	93
Abbildung 25: (Haupt-)Nachteile des FM aus Sicht der Leistungserbringer/Dienstleister	94
Abbildung 26: Veränderung der Situation der LB im Zusammenhang mit dem FM	96
Abbildung 27: Zusammensetzung der Gesamtstichprobe	100
Abbildung 28: Geschlechtsverteilung in der Untersuchungsstichprobe	101
Abbildung 29: Verteilung der Altersklassen	102
Abbildung 30: Art der Behinderung im Fallmanagement (Mehrfachnennungen möglich)	103
Abbildung 31: Verteilung der vorrangigen Behinderungen im Fallmanagement	103

Abbildung 32: Familienstand der Leistungsberechtigten.....	105
Abbildung 33: Gesetzliche Vertretung	105
Abbildung 34: Erwerbsfähigkeit	106
Abbildung 35: Effektstärken Veränderungen Stichtage t1 und t2	108
Abbildung 36: Veränderungen in den Grunddimensionen des Bedarfsfeststellungsinstruments	109
Abbildung 37: Zielerreichungsgrade Gesamt und nach einzelnen Zielbereichen	111
Abbildung 38: Gesamteffektivität (inkl. Zielerreichung) nach Modellkreisen	112
Abbildung 39: Effektivitätsunterschiede anhand verschiedener Effektindikatoren	113
Abbildung 40: Ausgangslage Kosten zum Stichtag t1 (pro Monat/Fall)	114
Abbildung 41: Kostenerfassung in den t1- und t2-Erhebungsbögen	115
Abbildung 42: Kosteneinsparungen im Vergleich der Stichtage t1 und t2	115
Abbildung 43: Zusammenhänge der Ergebnisindikatoren/Sichtweisen	119
Abbildung 44: Gesamtfallverantwortung alleine und ausschließlich beim FM	123
Abbildung 45: Kontakte mit den LE vor Ablauf des geplanten Zeitraums zur Zielüberprüfung	123
Abbildung 46: Intensität und Qualität des kollegialen Austauschs auf Fallebene	124
Abbildung 47: Zentrale Wirkungszusammenhänge Prozessebene	126
Abbildung 48: Vergleich der Beurteilungsdimensionen zwischen Modellkreisen mit höherer und mit niedrigerer Effektivität	132
Abbildung 49: Mindestens (halb-)standardisierte Verfahren im Rahmen des Gesamtplans	134
Abbildung 50: Anlässe für die Durchführung des Fallmanagements	135
Abbildung 51: Konkretisierung des Fallmanagementkonzepts	136
Abbildung 52: Arten interner fallbezogener Abstimmungsprozesse	137
Abbildung 53: Institutionalisierte Vernetzungsstrukturen	137
Abbildung 54: Regelmäßige Hinzuziehung von Spezialist/en/innen im Fallmanagement	140
Abbildung 55: Gesamtplanverfahren - Leistungsentscheidung und weitere Steuerungsverfahren	148
Abbildung 56: Leistungserbringer/Dienstleister - Informationssammlung und -weiterleitung	150
Abbildung 57: Überprüfung der Qualität der Leistungserbringer/Dienstleister	151
Abbildung 58: Entwicklung und Perspektive des Fallmanagements	153

Tabellenverzeichnis

174

Tabelle 1: Ergebnisse kontrollierter CM-Studien.....	11
Tabelle 2: Ergebnisse zu Wirkungen von Case Management (CM)	11
Tabelle 3: Strukturqualität (exemplarisch).....	22
Tabelle 4: Prozessqualität (exemplarisch)	23
Tabelle 5: Ergebnis- und Teilhabequalität (exemplarisch).....	25
Tabelle 6: Beispielhafte Zuordnung und Gewichtung von verschiedenen Kriterien mit Schwerpunkt Einzelfallebene	33
Tabelle 7: Beispielhafte Zuordnung und Gewichtung von verschiedenen Kriterien mit Schwerpunkt Organisationsebene	34
Tabelle 8: Beispielhafte Zuordnung und Gewichtung von verschiedenen Kriterien mit Schwerpunkt Netzwerkebene.....	34
Tabelle 9: Implementierungsgrade nach Steuerungsebenen	36
Tabelle 10: Implementierungsgrade aufgeschlüsselt nach den Bewerberkreisen.....	36
Tabelle 11: Übersicht Bewerberkreise differenziert nach konzeptionellen Ansätzen zum FM	39
Tabelle 12: Übersicht zu zentralen regionalen Vergleichsparametern in den Bewerberkreisen	40
Tabelle 13: Untersuchungsebenen (UE).....	50
Tabelle 14: Bearbeitungsmodus wenn Hilfspersonen den Fragebogen ausgefüllt haben.....	76
Tabelle 15: Kontakthäufigkeit der Hilfspersonen mit den Leistungsberechtigten	77
Tabelle 16: Rechtzeitigkeit der Kontaktaufnahme.....	77
Tabelle 17: Von wem die Kontaktaufnahme ausging.....	79
Tabelle 18: Auf welche Weise der Kontakt hauptsächlich erfolgte	79
Tabelle 19: Globaleinschätzung der „Unterstützungsgüte“ im Rahmen des Fallmanagments.....	84
Tabelle 20: Bei den Einrichtungen/Diensten im Vordergrund stehende Angebote.....	89
Tabelle 21: Konkrete Tätigkeitsschwerpunkte der befragten Einrichtungen und Dienste	89
Tabelle 22: Übliche Initiatoren der Kontakte	91
Tabelle 23: Hauptsächlichste Art der Kontakte/Kommunikation mit dem FM.....	91
Tabelle 24: Subjektive Bewertung der Sinnhaftigkeit des Fallmanagements	95
Tabelle 25: Ausschlaggebende Faktoren, wenn eine Veränderung in der Versorgungssituation wahrgenommen wurde.....	97
Tabelle 26: Möglichkeit einer Kostensteuerung (bezogen auf das aktuelle FM)	116
Tabelle 27: Vermeidung von stationären Unterbringungen	117
Tabelle 28: „Rückführung“ in ambulante Versorgung/häusliche Umgebung	117
Tabelle 29: Verstärkte Heranziehung vorrangiger Kostenträger.....	117

Tabelle 30: Durchführungsdauer des Fallmanagements	143
Tabelle 31: Leistungsarten, bei denen das Fallmanagement durchgeführt wird.....	144
Tabelle 32: Fallarten, bei denen das Fallmanagement durchgeführt wird	144
Tabelle 33: Wer die Fallmanagement-Fallbearbeitung fachlich verantwortet	146
Tabelle 34: Arten interner Zielvorgaben für das Fallmanagement	147
Tabelle 35: Einbeziehung der Leistungsberechtigten in das Gesamtplanverfahren	149
Tabelle 36: Analyseformen der kommunalen Versorgungsstruktur	150
Tabelle 37: Wem die Aufgabe zukommt, auf die Angebotsstruktur Einfluss zu nehmen.....	151
Tabelle 38: Systematische Evaluation der Einzelfälle.....	152
Tabelle 39: Definitorisch unverzichtbare Bestandteile des Fallmanagements.....	158
Tabelle 40: Implementationsmodellbewertung anhand der Empfehlungen zur Organisation.....	164
Tabelle 41: Rahmenbedingungen bei der Modellbewertung.....	166

Literaturverzeichnis

Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) (2009): Beschluss der 86. Arbeits- und Sozialministerkonferenz am 25./26. November 2009 in Berchtesgaden zu Punkt 5.2 „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“, <http://www.stmas.bayern.de/wir/asmk2009/ergebnis-asmk2009.pdf>.

Arnold, E./Schmid, M. (2008): Aktiv Vorsorgen. Ein Modellprojekt in der ambulanten Altenhilfe im Kreis Groß-Gerau. Forschungsbericht Kath. Fachhochschule Mainz.

Arnold, J./Hermsen, T./Löcherbach, P. (2009). „Praxistest bestanden!“ - Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe. In P. Löcherbach, H. Mennemann & T. Hermsen (Hrsg.): Case Management in der Jugendhilfe (S. 124-153). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Arnold, J./Hermsen, T./Löcherbach, P./Mennemann, H./Poguntke-Rauer, M. (2011): Erfolgreiche Hilfestuerung im Jugendamt. St. Ottilien: EOS Verlag.

176 **Bacher, J.** (2002): Statistisches Matching: Anwendungsmöglichkeiten, Verfahren und ihre praktische Umsetzung in SPSS, in: ZA-Information, 51, 38-66.

Brader, D./Faßmann, H./Lewerenz, J./Steger, R./Wübbeke, Ch. (2005): Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB) - Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 1/2005, Nürnberg: IfeS.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe BAGüS (2007): Vorläufige Empfehlungen zur Aufstellung und praktischen Anwendung des Gesamtplans nach § 58 SGB XII im Rahmen der Einzelfallsteuerung in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII, <http://www.lwl.org/LWL/Soziales/BAGues/Veroeffentlichungen/Empfehlungen>. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Hrsg. (2000): Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen, Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 189.1., Stuttgart/Berlin/Köln.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004): Altenhilfestrukturen der Zukunft, Abschlusstagung, Berlin.

Cox, D. R./Wermuth, N. (1993): Linear dependencies represented by chain graphs, in: Statistical Science, 8, 204-218.

Cox, D. R./Wermuth, N. (1996): Multivariate Dependencies. Models, analysis and interpretation. London: Chapman & Hall.

Dahme, H.-J./Wohlfahrt, N. (2009): Zwischen Ökonomisierung und Teilhabe. Zum aktuellen Umbau der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, in: Teilhabe, 4, 164-171.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hrsg.) (2009): Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management, Heidelberg: Economica.

Deutsche Gesellschaft für Evaluation[DeGEval] (2002): Standards für Evaluation. Köln: Geschäftsstelle DeGEval.

Deutscher Landkreistag Berlin (2007): Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Bd. 64, Berlin.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) (2009): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen (http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/behinderung-teilhabe/Empfehlungen_zur_Bedarfsermittlung_und_Hilfeplanung_in_der_Eingliederungshilfe_fuer_Menschen_mit_Behinderungen)

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) (2004): Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Qualitätsstandards für das Fallmanagement NDV, 84, Heft 5/2004. (<http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/pdf/20040301.pdf>)

177

Donabedian, A. (1980): The definition of quality and approaches to its assessment and monitoring, Vol. 1, Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.

Engel, H./Engels, D. (2000): Case Management - Erfahrungen aus neun Ländern. Materialband und Workshop-Diskussionen, Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 189.3., Stuttgart/Berlin/Köln.

Ewers, M. (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. P96-208, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin.

Fisher, K. (1987): Case Management, in: ORB, 13 (8), 287–290.

Froese E./Wenzel G. (2003): Kosten- und Qualitätseffekte des dialogischen Reha-Managements, in: Die BG 5/2003, 203-207.

Gibis, B./Gawlik, C. (2001). Hierarchie der Evidenz. Die unterschiedliche Aussagekraft wissenschaftlicher Untersuchungen. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 44 (9), 876-882.

Gromann P. (2001): Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung. Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP. Psychiatrie-Verlag, Bonn.



Handbuch zur Individuellen Hilfe-/Teilhabeplanung in Rheinland-Pfalz:
http://www.masfg.rlp.de/Soziales/Dokumente/Individuelle_Hilfe-/Teilhabeplanung/Handbuch_12_05.pdf.

Hermesen, T./Macsenaere, M. (2007): Wirkungsforschung in der Kinder- und Jugendhilfe (KFH Mainz, Schriftenreihe Bd. 2). St. Ottilien: EOS Verlag.

Kemp, E. (2007): Fallmanagement in der Beschäftigungsförderung, in: Soziale Arbeit, 11-12, 448-450.

Kofahl, Ch./Katharina Dahl, K./Döhner, H. (2002): Projekt „Synopsis innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland“ ProNETZ, Hamburg.

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg [KVJS] (2011a). Fallmanagement in der Eingliederungshilfe - Gesamtplan nach § 58 SGB XII, Grundlagenpapier (http://www.kvjs.de/soziales/menschen-mit-behinderung/fallmanagement.html?eID=dam_frontend_push&docID=397).

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg [KVJS] (2011b). Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für 2010 und 2011. Stuttgart: KVJS.

178 **Kuhlmann, A. (2005):** Case Management für demenzkranke Menschen. Eine Bestandsaufnahme der gegenwärtigen praktischen Umsetzung, Münster.

Lachwitz, K. (2010): Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, in: Rechtsdienst, 1, 1-6.

Landesverband NRW für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (Hrsg.) (2004): Den Ruhestand gestalten lernen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand“ von Menschen mit Behinderungen. Düsseldorf, Münster.

Lauritzen, S. L./Wermuth, N. (1989): Graphical Models for associations between variables, some of which are qualitative and some quantitative, in: Annals of Statistics, 17, 31-54.

Löcherbach, P. (2003): Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen, in: Porz, F. (u.a.) (Hrsg.): Neue Wege in der Nachsorge und Palliativversorgung. Augsburg, betaInstitutsverlag, 20-33.

Löcherbach, P./Hermesen, Th./Mennemann, H./Schmid M. (2007), Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe, in: Hermesen, Th./Macsenaere, M. (Hrsg.): Wirkungsforschung in der Kinder- und Jugendhilfe. Schriftenreihe KFH Mainz, Band 02, St. Ottilien, 285 - 308.

Löcherbach, P./Klug, W./Rommel-Fassbender, R./Wendt, W.R. (2009): Case Management: Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München: Reinhardt.

Löcherbach, P./Mennemann, H./Hermesen, T. (Hrsg.) (2009): Case Management in der Jugendhilfe. München: Reinhardt-Verlag.

Löcherbach, P./Hermesen, Th./Macsenaere, M./Arnold, J./Klein, J. (2010): Evaluationsstudie zur Patientenbegleitung der Bosch BKK. Abschlussbericht. Mainz: KH (Forschungsbericht, online verfügbar unter: http://www.kh-mz.de/ifib/pdf/Evaluationsstudie_BKK.pdf)

Löcherbach, P. (2012): Die Varianz des Sorgens und Beratens im Case Management. In: Wendt WR (Hrsg.): Beratung und Case Management. Heidelberg: medhochzwei, 151-162.

Macsenaere, M. (2007): Verfahren zur Wirkungsmessung in den erzieherischen Hilfen: Jugendhilfe-Effekte-Studie. In ISA Planung und Entwicklung GmbH (Hrsg.): Wirkungsorientierte Jugendhilfe (Bd. 1, S. 25–31). Münster: ISA.

Nussbaum, M. C./Sen, A. (1993): The Quality of Life. Oxford: Clarendon Press.

Porz F./Erhardt H./Podeswik, A. (2009): Case Management in der Sozialpädiatrie. Das Augsburger Nachsorgemodell, in: Löcherbach et al. (Hrsg.): Case Management - Fall- und Systemmanagement in der Sozialen Arbeit, 90 - 113.

Reis, C./Geideck, S./Hobusch, T./Kolbe, C./Wende, L. (2010): Produktionsnetzwerke und Dienstleistungsketten. Neue Ansätze nachhaltiger Unterstützungsstrukturen für Alleinerziehende. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=167044.html>.

179

Remmel-Faßbender, R. (2008): Case und Care Management - Bedarf und Anforderungen in der Altenhilfe, erscheint in: Zippel, Ch./Kraus, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Leitfaden für Sozialarbeiter/-innen und andere Berufsgruppen, Frankfurt.

Remmel-Faßbender, Ruth/Löcherbach, Peter/Schmid, Martin (Hrsg.) (2012): Case Management. Beratung und Steuerung im Case Management. Schriftenreihe der KH-Mainz, Bd. 6. St. Ottilien: EOS

Rohrmann, A. (2005): Kommunalisierung der Behindertenhilfe. Entwicklungspfade der Behindertenhilfe zwischen Sparzwängen und Qualitätsanforderung., Vortrag Forum Evangelische Akademie Arnoldshain, 29. November 2005, http://www.evangelische-akademie.de/_old/materialien/052858/rohrmann.pdf.

Roters, M./Möller, S. (2006): Case Management in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. In: Wendt, W.R./Löcherbach, P. (Hrsg.) (2009): Standards und Fachlichkeit im Case Management. München: Economics, 173-190.

Schizophrenia Bulletin, Vol. 24, No.1 (1998): Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management by Kim T. Mueser, Qary R. Bond, Robert E. Drake, and Sandra Q. Resnick, 37-74.



Schleunig, G./Welschehold, A. (2001): Psychiatrisches Case Management. Modellprojekt Psychiatrisches Case Management. Band 133 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

Schmid, M./Kuhn, S./Schu, M./Vogt, I./Simmedinger, R./Schlanstedt, G. (2007): Psycho-soziale Interventionen in der Heroinstudie: Implementierung, Durchführung und Wirkung. In: Sozialmagazin 3/2007, 16-20

Schmid, M./Schu, M. (2006): Forschung zu Case Management: Stand und Perspektiven. In: Wendt, W.R./Löcherbach, P. (Hrsg.): Standards und Fachlichkeit im Case Management. München: Economics, 285-298.

Schröder, J. W. & Kettiger, D. (2001): Wirkungsorientierte Steuerung in der sozialen Arbeit. Ergebnisse einer internationalen Recherche in den USA, den Niederlanden und der Schweiz. In BMFSFJ (Hrsg.) Wirkungsorientierte Steuerung in der sozialen Arbeit (Band 229). Stuttgart: Kohlhammer.

Schu, M. (2009): Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe. Ergebnisse aus zwei Modellprojekten, in: Löcherbach et al. (Hrsg.): Case Management - Fall- und Systemmanagement in der Sozialen Arbeit, 139-159.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin (2006): Handbuch für Fallmanager/innen der Eingliederungshilfe nach SGB XII, Berlin.
Stamm, Ch./Sennewald, C./Kinster, U. (2010): Eingliederungshilfe im Wandel, in: NDV, 10, 434-439.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006): Ausgaben, Krankheitskosten, Personal 2004, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012a): Statistik der Sozialhilfe – Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2012b). Statistik der schwerbehinderten Menschen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

United Nations (Hrsg.) (2006): Convention on the Rights of Persons with Disabilities, <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>.

Thorenz, A./Grochock, A. (2006): Case Management für Frauen mit Brustkrebs: Das mammaNetz Augsburg, in: Case Management 2/2006, 81-85.

Töpfer, A. (1999): Kundenzufriedenheit messen und steigern (2. erw. u. überarb. Aufl.). Neuwied: Luchterhand.

Wendt, W. R. (1997/2010): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg i.Br.: Lambertus.

Wendt, W. R. (2005): Die generelle Rolle und Bedeutung des Case Managements in Humandiensten. Case Management 1, 1, 2005: 4- 9.

Wendt, W. R. (2009): Wo stehen wir im Case Management und wie entwickelt es sich weiter? In: Wendt WR, Löcherbach P (Hrsg.) Standards und Fachlichkeit im Case Management. Heidelberg/München: Economica, S. 1-52.

Wendt, W.R./Löcherbach, P. (Hrsg.) (2006): Case Management in der Entwicklung - Stand und Perspektiven in der Praxis. München: Economics.

Wendt, W.R./Löcherbach, P. (Hrsg.) (2009): Standards und Fachlichkeit im Case Management. München: Economics.

Wissert, M. (2006-2008): Tools und Werkzeuge beim Case Management. Case Management 2, 1, 2006: 43-46; 2, 2, 2006: 107-109; 3, 1, 2007: 35-38; 3, 2, 2007: 82-8; 4, 1, 2008: 33-35; 4, 2, 2008: 98-100.

Wissert, M. (2009): Case Management mit alten pflegebedürftigen Menschen. Lehren aus einem Modellversuch, in: Löcherbach et al. (Hrsg.): Case Management - Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, 208-225.

Wottawa, H./Thierau; H. (2003): Lehrbuch Evaluation (3. korrigierte Aufl.). Bern: Huber.



Stichwortverzeichnis

A

Adressatenbefragung · 2, 60, 71, 74, 75, 78, 79, 86, 87, 118, 175, 179
Ausgangserhebung t1 · 52, 57, 73

B

Beauftragungsmodell · 163, 164
Bedarfsermittlung · 13, 15, 16, 170
Bedarfsfeststellung · 23, 24, 31, 32, 44, 47, 54, 58, 65, 127, 128, 129, 130, 133, 139, 149, 154, 155, 175
Bedarfsfeststellungsinstrument · 44, 107

C

Case Management · 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 30, 70, 131, 142, 155, 166, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177

D

Datenschutz · 2, 67
Drop-Out-Raten · 68
Durchführungsdauer · 144, 178

E

Effektindex · 46, 47, 83, 95, 107, 108, 113, 118, 126
Effektivitätsunterschiede · 3, 112, 113, 176
Ergebnisqualität · 21, 24, 25, 26, 42, 48, 74, 120
Evaluationsdesign · 2, 27, 28
Ex-post-facto-Untersuchungsplan · 29

F

Fallauswahl · 31, 55, 56, 57, 65, 125, 130, 134, 135, 154, 156, 158, 161
Fallbezogener Abstimmungsprozesse · 66, 137, 176
Fallmanagementimplementierung · 30, 31

G

Generalistenmodell · 162
Gesamtfallverantwortung · 58, 122, 123, 176
Gesamtplanverfahren · 22, 66, 147, 148, 149, 176, 178
Gesamtstichprobe · 36, 51, 69, 87, 88, 100, 175
Gesamtumfrage · 2, 3, 50, 52, 55, 65, 71, 73, 74, 121, 130, 132, 134, 135, 136, 139, 144, 146, 152, 179

H

Handlungsansatz Fallmanagement · 8, 175
Hilfeplanung · 13, 16, 17, 18, 25, 64, 77, 81, 82, 83, 102, 130, 139, 156, 158, 164, 170
Hineinnahme · 14, 15

I

Impact-Wirkungen · 3, 49, 82, 84, 95
Implementierungsgrade · 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 113, 175, 177
Implementierungsprofile · 31, 36, 175
Institutionalisierte Vernetzungsstrukturen · 137, 176
Interviews · 2, 50, 51, 55, 62, 63, 65, 120, 130, 132

K

Kontrollgruppenstudien · 28
Kooperative Steuerung · 8
Kosteneinsparungen · 115, 117, 176
Kostensteuerung · 7, 59, 116, 177

L

Leistungserbringerbefragung · 2, 61, 71, 88, 119, 175
Leistungssteuerung · 18, 23, 31, 33, 58, 64, 66, 130, 138, 151, 158

M

Meilensteine · 2, 70, 72
Monitoring · 17, 18, 23, 59, 133, 166
Monitoringerhebung t2 · 58, 73
Monitoringerhebung, · 44, 107

N

Netzwerk-Strukturen Fallmanagement · 166
Nachteile des FM · 94, 175
Nutzersicht · 2, 77, 78, 175

O

Objektivierte „Effects“ · 3, 99
Organisation Fallmanagement · 3, 161

P

Personalentwicklung Fallmanagement · 3, 165
Persönliches Budget · 23, 144, 145, 147
Prä-Post-Design · 42, 52
Prozessoptimierung · 21
Prozessqualität · 3, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 48, 74,
77, 78, 79, 85, 90, 97, 122, 175, 177

Q

Qualitative Auswertung · 3, 85, 97

R

Regionale Infrastruktur · 64

S

Screeningverfahrens · 29
Sozialdienstmodell · 146, 163, 164
Sozialplanungen · 63
Spezialisten-modell · 162
Standards der Wirkungsmessung · 2, 42
Steuerungshoheit · 23, 64, 88, 90, 122, 155, 158,
168

Strukturelle Wirkungsfaktoren · 133, 136, 138, 140,
141
Strukturqualität · 21, 22, 24, 26, 177

T

Teilhabemanagement · 153, 154, 168
Teilhabequalität · 25, 177

V

Veränderungseffekte · 3, 83, 107, 109, 112, 118,
127
Vorteile des FM · 92, 93, 175

W

Wirkfaktorenanalyse · 3, 26, 30, 48, 51, 56, 74, 86,
99, 102, 104, 112, 118, 120, 121, 144
Wirkung des Fallmanagements · 5
Wirkungszusammenhänge Prozessebene · 126, 176

183

Z

Zielerreichungsgrade · 24, 46, 99, 107, 110, 111,
112, 113, 126, 128, 176
Zielplanung · 16
Zielvorgaben · 22, 64, 65, 147, 178
Zufriedenheit mit dem Fallmanagement 2, 61, 62, 80

Juni 2013

Herausgeber:

**Kommunalverband für Jugend
und Soziales Baden-Württemberg**

Postfach 10 60 22

70049 Stuttgart

www.kvjs.de

Geschäftsführung KVJS-Forschung

Heide Trautwein

Telefon: 0711 6375-716

Heide.Trautwein@kvjs.de

Verantwortlich:

Projektleitung KVJS

bis November 2012

Dr. Annette Holuscha-Uhlenbrock

ab Dezember 2012

Ulrich Allmendinger

Telefon: 0711 6375-323

Ulrich.Allmendinger@kvjs.de

Katholische Hochschule Mainz

Institut für Forschung und Internationales

Postfach 2340, 55013 Mainz

www.kfh-mainz.de/ifib

Projektleitung: Prof. Dr. Peter Löcherbach

Tel. 06131-28944590

peter.loecherbach@kh-mz.de

stellv. Projektleitung: Prof. Dr. Thomas HermSEN

Tel. 06131-28944170

thomas.hermSEN@kh-mz.de

Wissenschaftliche Mitarbeiter:

Jens Arnold

Dr. Michael Monzer

Bestellung/Versand:

Manuela Weissenberger

Telefon 0711 6375-307

Manuela.Weissenberger@kvjs.de



KVJS

Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

Postanschrift

Postfach 10 60 22
70049 Stuttgart

Hausadresse

Lindenspürstraße 39
70176 Stuttgart (West)

Tel. 0711 63 75-0
www.kvjs.de