



KVJS

Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

KVJS

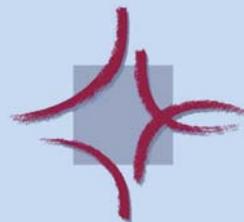
Forschung

Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe (WiFEin)

Zwischenbericht Oktober 2011

Verfasst im Auftrag des KVJS von

**Katholische Fachhochschule
Mainz**



**Katholische
Fachhochschule
Mainz**
Catholic University
of Applied Sciences

Oktober 2011

**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
Dr. Annette Holuscha-Uhlenbrock**
Telefon: 0711 6375-350
Annette.Holuscha-Uhlenbrock@kvjs.de

**Katholische Fachhochschule Mainz
Institut für Forschung und Internationales**
Postfach 2340, 55013 Mainz
www.kfh-mainz.de/ifib/index.htm

Projektleitung: Prof. Dr. Peter Löcherbach
Tel. 06131-2894459
loecherbach@kfh-mainz.de

stellv. Projektleitung: Prof. Dr. Thomas Hermsen
Tel. 06131-2894417
hermsen@kfh-mainz.de

Projektbüro WiFEin
Jens Arnold, Patricia Missler
Tel. 06131-9479797 o. 06131-2894435
wifein@case-manager.de

Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe (WiFEin)

Zwischenbericht Oktober 2011

von

Jens Arnold, Thomas Hermsen, Peter Löcherbach,
Patricia Missler und Michael Monzer

Laufzeit des Vorhabens: 01.12.2010 bis 30.11.2012
Berichtszeitraum: 01.12.2010 bis 31.07.2011

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	4
1.1. Einführung in das Forschungsprojekt und aktueller Sachstand.....	4
1.2. Praxishinweise aus Literaturrecherche und Projekterfahrung	6
2. Allgemeiner Überblick über das Vorhaben	12
2.1. Hintergrund.....	12
2.2. Forschungsleitende Fragen und Ziele.....	17
2.3. Projektbeschreibung.....	19
3. Wissenschaftliche Vorgehensweise und wichtige Ereignisse.....	22
3.1. Schaffung der organisatorischen und technischen Grundlagen	22
3.2. Erarbeitung der inhaltlich-wissenschaftlichen Grundlagen	23
3.3. Screening der Implementierungsgrade und Auswahl der Modellkreise	30
3.4. Konkretisierung des Untersuchungsdesigns	43
3.5. Entwicklung von einzelfallbezogenen Erhebungsinstrumenten und Glossaren zur Verlaufsdokumentation des Fallmanagements durch die Fallmanager-/innen.....	49
3.6. Rückkopplung der Erhebungsinstrumente in die Praxis	54
3.7. Organisation und Standards der Datenerhebung.....	55
3.8. Klärung von Datenschutzfragen.....	58
3.9. Darstellung des Projekts bei den Stadt- und Landkreisen.....	61
4. Abgleich aktueller Stand des Vorhabens mit der Arbeits-, Zeit- und Ausgabenplanung.....	63
5. Erreichbarkeit der Vorhabensziele und Ausblick	66
6. Literatur	68

Anlagen A-H 72

- A: Glossar Allgemeine Hinweise und Maximen zur Datenerhebung t1 und t2
- B: Ausgangserhebungsinstrument Fallmanager/-in t1-Zeitpunkt
- C: Glossar Ausgangserhebungsinstrument Fallmanager/-in t1-Zeitpunkt
- D: Monitoringinstrument Fallmanager/-in t2-Zeitpunkt
- E: Glossar Monitoringinstrument Fallmanager/-in t2-Zeitpunkt
- F: Datenschutzerklärung Leistungsberechtigte
- G: Screeninghebung („Kurzumfrage“) zur Umsetzung des Fallmanagements
in den Bewerberkreisen
- H: Newsletter Nr. 1 bis Nr. 3

1. Zusammenfassung

1.1. Einführung in das Forschungsprojekt und aktueller Sachstand

Das zweijährige Forschungsvorhaben (01.12.2010 – 30.11.2012) Wirkfaktorenanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe (kurz „WiFEin“) ist ein, vom Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS), gefördertes Forschungsvorhaben.

Erstmals sollen auf empirischer Basis, also mit harten Zahlen untermauert, Antworten auf die Fragen gefunden werden wie das Fallmanagement in Baden-Württemberg umgesetzt wird, was es genau bewirkt und wie es zukünftig noch weiter optimiert werden kann. Dies ist insbesondere deshalb von besonderer Bedeutung, da die Eingliederungshilfe nach wie vor einer der expandierenden Bereiche in der Sozialhilfe ist.

Das Forschungsvorhaben wird von der Katholischen Fachhochschule in Mainz durchgeführt, die sich bereits in anderen Studien durch ihre Fachkompetenz im Bereich des Fallmanagements ausgezeichnet hat. Insgesamt sollen ca. 850 mit dem Fallmanagement gesteuerte Fälle, im Hinblick auf ihre Effektivität und Effizienz untersucht werden. Diese verteilen sich auf insgesamt sechs Modellkreise in Baden-Württemberg. Neben der Ergebnisqualität werden auch Strukturen und Prozesse analysiert, so dass alle wichtigen Qualitätsdimensionen im Rahmen der Studie untersucht werden können. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Identifikation derjenigen Faktoren, die einen Einfluss auf die Ergebnisse ausüben. Im Zuge dieser Wirkfaktorenanalyse werden Optimierungspotenziale herausgearbeitet, die allen 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg zu Gute kommen sollen. Im Rahmen der Analysen soll eine einseitige Bezugnahme verhindert werden. Daher werden alle zentralen Verfahrensbeteiligten des Fallmanagements in die Untersuchung einbezogen. Neben den Fallmanager/-innen sind dies die Leistungsberechtigten, also die unmittelbar Betroffenen selbst, die Dienstleister sowie die Verwaltungsebene, also Leitung, Sozial-/Teilhabeplanung und Vergütungswesen.

Die Umsetzung des Vorhabens erfolgt in drei Phasen: Planung, Entwicklung sowie Erhebung und Auswertung. Der vorliegende Zwischenbericht steht dabei ganz im Zeichen der Planungs- und Erhebungsphase, die im Berichtszeitraum erfolgreich abgeschlossen werden konnte. Die zentralen Ergebnisse dieser frühen Projektphase lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- ▶ Schaffung der organisatorischen und technischen Grundlagen der Evaluation (Einrichtung Projektbüro, Rekrutierung der Projektmitarbeiter/-innen)
- ▶ Einrichtung der Projektsteuerungsgruppe
- ▶ Konkretisierung der Zeitplanung und des Projektablaufplans
- ▶ Durchführung von Literaturrecherchen und explorativen Expertengesprächen
- ▶ Auswahl von sechs Modellkreisen aus den insgesamt zwölf Bewerberkreisen anhand von empirisch ermittelten Implementierungsgraden, konzeptionellen Ausrichtungen und regionalen Merkmalen. Bei der Auswahl wurde bewusst darauf geachtet, dass möglichst alle Facetten des Fallmanagements repräsentativ in die Untersuchung einfließen können. Es

handelt sich also nicht per se um eine Auswahl der „Musterkandidaten“ in qualitativer Hinsicht.

- ▶ Im Einzelnen nehmen folgende Modellkreise an dem Forschungsvorhaben teil: Die Landkreise Alb-Donau-Kreis, Böblingen, Emmendingen, Enzkreis und Konstanz sowie die Stadt Stuttgart.
- ▶ In Abstimmung mit den Projektbeteiligten erfolgte eine Konkretisierung des Untersuchungsdesigns, insbesondere hinsichtlich der Fragen, was bei wem wann wie oft und womit erfasst wird. Hierzu zählen u. a. folgende Aspekte:
 - Verabschiedung der endgültigen Untersuchungs- und Auswertungsebenen
 - Definition von Kriterien der Fallauswahl
 - Umfang/Dauer der Erhebungsphase
 - Konkretisierung der Zeiträume zwischen den Stichtagen der Erhebung
 - Umgang mit Neu- und mit Bestandsfällen
- ▶ Entwicklung von einzelfallbezogenen Erhebungsinstrumenten zur Verlaufsdokumentation des Fallmanagements im Dialog mit der Praxis
- ▶ Entwicklung von Glossaren und Hilfestellungen zur Nutzung der Erhebungsinstrumente
- ▶ Durchführung von Workshops und Anwenderschulungen zum Einsatz der Instrumente
- ▶ Einrichtung eines Newsletters zur Information der Projektteilnehmer
- ▶ Klärung von Datenschutzfragen
- ▶ Beginn der einzelfallbezogenen Datenerhebungen in den Modellkreisen

Die Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern gestaltet sich bislang sehr kooperativ und produktiv. Durch die klare Aufgabenteilung und die, u. a. im Rahmen von zahlreichen Workshops erreichten, engen Verzahnung zwischen der Steuerungsgruppe, den Projektmitarbeitern und den Modellkreisen konnten die notwendigen Synergieeffekte realisiert und das vorhandene Know-how gebündelt und für das Projekt gewinnbringend nutzbar gemacht werden. Die Modellkreise bringen sich aktuell engagiert und konstruktiv in die Projektdurchführung ein. Bemerkenswert ist, dass sich auch diejenigen Landkreise sehr aktiv an dem Projekt beteiligen, die sich zwar für das Forschungsvorhaben beworben haben, aufgrund der Beschränkungen aber letztlich nicht als Modellkreis ausgewählt werden konnten.

Somit legen weder die im aktuellen Berichtszeitraum erarbeiteten wissenschaftlichen Erkenntnisse noch sonstige Gegebenheiten im Zuge der aktuellen Projektumsetzung nahe, dass eine bedeutsame Änderung in den Zielsetzungen des Vorhabens von Nöten wäre. Damit bewegt sich die Projektdurchführung vollauf im Rahmen der veranschlagten Aufgaben- und Ressourcenplanung.

1.2. Praxishinweise aus Literaturrecherche und Projekterfahrung

Wie im vorangegangenen Abschnitt dargestellt, befindet sich das Forschungsprojekt, nach abgeschlossener Planung und Entwicklung, aktuell in der Erhebungsphase. Folglich können an dieser Stelle noch keine konkreten Ergebnisse zu den Forschungsfragestellungen dargestellt werden. Dies ist erst nach eingehender inhaltlicher und statistischer Sichtung sowie Analyse der erhobenen Daten möglich. Trotzdem lassen sich bereits jetzt zahlreiche allgemeine Erkenntnisse für die Praxis des Fallmanagements in den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg ableiten. Diese basieren vorrangig auf der Erarbeitung von theoretischen Grundlagen und der damit verbundenen Literaturrecherche. Im Folgenden werden zur besseren Übersicht die wichtigsten Schlussfolgerungen für die Praxis in Form von prägnanten Empfehlungen skizziert:

- ▶ Eine **gelungene Implementierung des Fallmanagements** erfordert Standards auf der Organisationsebene, der Fallebene und der Ebene der institutionellen Netzwerke.

Auf jeden Fall ist Fallmanagement immer dann angebracht, wenn eine komplexe zeitlich andauernde Versorgung bzw. Unterstützung gewährleistet werden muss, die zudem individuell angemessen sein soll. Dabei kommt den Fallmanager/innen die spezifische Aufgabe zu, Arrangements von effektiven und effizienten Leistungen zu gestalten. Es handelt sich hier um ein Unterstützungsmanagement, das informelle Hilfen, etwa durch Familie oder Freunde, und „formale“ Angebote des Versorgungssystems miteinander verknüpft. Darüber hinaus gilt es, das Selbstmanagement der Leistungsberechtigten soweit nötig zu ergänzen oder ggf. auch zu ersetzen. Das Managen bzw. Steuern der Fälle erfolgt allerdings, anders als es die Bezeichnung „Fallmanagement“ suggeriert, nicht ausschließlich auf der Einzelfallebene sondern auch auf der Systemebene. Damit ist gemeint, dass es einer strukturellen und prozessualen Einbettung in der Organisation sowie in den regionalen Versorgungsnetzwerken bedarf. Dabei muss das Fallmanagement auf allen Ebenen den Prinzipien der Sozialraumorientierung genügen. Dies umfasst sowohl eine, an den Wünschen und Ressourcen der Betroffenen orientierte, gezielte Unterstützung im Einzelfall, bei der soweit möglich Selbsthilfepotenziale aktiviert werden, als auch eine fallübergreifende Netzwerkarbeit im Gemeinwesen, im Rahmen derer Sozialraumressourcen erschlossen werden können.

- ▶ Die Systemsteuerung des Fallmanagements in der **Organisation** sollte unmittelbar an das Qualitätsmanagement anknüpfen.

Hierbei müssen insbesondere die notwendigen Strukturen für die Gestaltung der Prozesse geschaffen werden. Es handelt sich dabei um Aktivitäten, die fallübergreifend zu organisieren sind, um die Rahmenbedingungen für die Verwaltungsabläufe zu schaffen. Bspw. in Form von Prozess-, Dokumentations- oder Evaluationsstandards im Rahmen eines Fachcontrollings. Auch die personellen Ressourcen, inklusive der Bereiche Qualifikation sowie Fort- und Weiterbildung, sind zur Organisationsebene zu rechnen. Neben der Erarbeitung von Leitlinien im Rahmen eines Fallmanagement-Konzepts, sind u. a. die Auswahl von für das Fallmanagement in Frage kommenden Fallgruppen, die organisatorischen Rahmenbedingungen für die Kommunikations- und Beratungsstruktur im Team, Entscheidungsbefugnisse, fachliche Kontrolle, Supervision, Qualitätszirkel, Wissensma-

nagement sowie die Definition von Kernprozessen noch weitere wichtige Implementierungsaspekte auf dieser Ebene.

- ▶ Notwendigkeit der Schaffung systematisierter fallübergreifender Kooperations- und Koordinationsstrukturen im Zuge einer Systemsteuerung in den versorgungsbezogenen institutionellen **Netzwerken**, z. B. in Form von regelmäßigen Konferenzen oder anderer Gremien.

Dieser Steuerungsaspekt zielt auf die einzelfallübergreifende Initiierung, den Aufbau sowie die prozesshafte Pflege und Überprüfung von professionellen Vernetzungsstrukturen etwa mit den regionalen Leistungserbringern und Dienstleistern. Je nach Bedarfs- und Bestandsanalysen kann dies auch eine Systementwicklung beinhalten. Wichtige Implementierungsfragen sind bspw. wie genau die Angebotssteuerung erfolgen soll und ob ggf. ein Anreizsystem zur Kooperation geschaffen werden muss.

- ▶ Die **Fallsteuerung** sollte an sechs zentralen Prozessphasen (dem „Regelkreislauf“ des Fallmanagements) ausgerichtet werden. Dazu gehören:

1. Fallaufnahme und Hineinnahme („Intake“): Bekanntwerden eines individuellen Bedarfs in der Eingliederungshilfe. Kontaktaufnahme mit den Leistungsberechtigten und dem erweiterten sozialen Umfeld (Angehörige, Bezugspersonen, Betreuer) zur Klärung der Notwendigkeit des Fallmanagements (organisationsabhängig je nach „Reichweite“ des Konzepts in der Region) und ggf. Einleitung.
2. strukturierte und systematische (standardisierte) Bedarfsfeststellung für die Eingliederungshilfe („Assessment“): Ermittlung des Eingangs-Ist-Zustandes durch Informationssammlung und Zusammenführung sowie Dokumentation des Ergebnisses. Bedarfe ergeben sich in der Zusammenschau und Bewertung der Beeinträchtigungen/Problemlagen und Ressourcen.
3. Ziel- und Maßnahmenplanung im Zuge der Gesamtplanerstellung („Service planning“): partizipative Vereinbarung von Zielen, Maßnahmen und Leistungen sowie Auswahl der Dienstleister/Leistungserbringer, ggf. Zusammenführung einzelner Hilfepläne
4. Vermittlung passender Leistungen und Unterstützungsangebote („Linking“) und verwaltungsmäßige Umsetzung bzw. Durchführung der Maßnahmen
5. Prozessbeobachtung bzw. -überprüfung („Monitoring“) inklusive Erfolgskontrolle und je nach Ergebnis ggf. Modifizierung der Prozesse. Da eine Anpassung der Prozesse erst nach nochmaliger (formaler) Feststellung der veränderten Bedarfe erfolgen sollte („Re-Assessment“), was praktisch einem erneuten Durchlauf der Phasen ab Schritt 2 bedeutet, wird deutlich, warum man hier auch von einem Regelkreislauf spricht.
6. Fallabschluss und Evaluation: Finale Bewertung des gesamten Prozesses nach Abschluss, etwa in Form von Abschlussgesprächen oder eines Berichtswesens.

- ▶ Mit Begriffen wie „steuern“ oder „managen“ ist im Fallmanagement immer ein **kooperatives und kein dirigistisches (einseitig gelenktes) Vorgehen** gemeint.

D. h. es geht um ein planvolles Vorgehen, bei dem ein Ausgangszustand in einen Zielzustand überführt wird. Die hierfür notwendigen Schritte werden zwar von den Fallmana-

ger/innen organisiert und kontrolliert, nur durch eine enge Kooperation mit den Akteuren, also den Leistungsberechtigten und Angehörigen, Dienstleistern und Leistungserbringern sowie Kostenträgern aber kann die für ein faires Verfahren notwendige Transparenz geschaffen werden. Beim Fallmanagement geht es auf gar keinen Fall darum, etwa durch geschickte Manipulation, die sprichwörtliche Gesetzesmacht durchzusetzen.

- ▶ Eine zentrale **Voraussetzung für eine gelingende Einzelfallsteuerung, ist die Bereitstellung der notwendigen Arbeitsinstrumente**, die im Rahmen von Fallaufnahme, Bedarfsfeststellung, Ziel- und Maßnahmenplanung, Umsetzung, Prozessbeobachtung, Evaluation und Dokumentation benötigt werden.

Je nach den Erfordernissen und Möglichkeiten vor Ort kann es sinnvoll sein, entweder vollständig auf gängige „Standardverfahren“ zurückzugreifen, solche Verfahren den eigenen Bedürfnissen anzupassen oder aber ein eigenes Verfahren zu entwickeln, das womöglich besser zum individuellen Konzept und den Arbeitsabläufen („Workflow“) passt. Eine pauschale Empfehlung für die eine oder andere Vorgehensweise kann an dieser Stelle nicht ausgesprochen werden. Grundsätzlich ist es aber sinnvoll, dass die eingesetzten Instrumente einen möglichst hohen Standardisierungsgrad aufweisen (bspw. Formulare mit feststehenden Fragen zum Ankreuzen oder Ausfüllen, die auf freie Formulierungen ohne genaue Vorgaben soweit möglich verzichten).

Ein weiterer wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist, dass sich die gebräuchlichen Standardverfahren zumeist nur auf einzelne Prozessphasen beziehen. Der HMB-W nach Metzler etwa primär auf die Bedarfsfeststellung oder der IBRP vorrangig auf die Hilfeplanung. Ein **übergreifendes Steuerungs- und Dokumentationsinstrument**, das alle Prozessphasen im Fallmanagement vereint, fehlt in der Regel. Da im Rahmen des WiFEin-Projekts neben den Strukturen und Ergebnissen auch die Prozesse des Fallmanagements evaluiert werden, kann hier allerdings durchaus das **im Rahmen der Studie für die Fallmanager/innen entwickelte Erhebungsinstrumentarium t1 und t2** (s. Anhang) Abhilfe schaffen. Es kann zwar, dem Forschungsauftrag entsprechend, im Detail nicht so sehr in die Tiefe gehen, wie etwa ein spezifisches Hilfeplanungsinstrument, und dementsprechende Verfahren auch nicht ersetzen, ermöglicht aber den Anwendern eine geleitete- und kontrollierte Verknüpfung der einzelnen Prozessphasen und ist insofern auch ein Qualifizierungs- und Controllinginstrument, das im Fallmanagement als Teil des fallbezogenen Qualitätsmanagements genutzt werden kann.

Es sei an dieser Stelle allerdings darauf hingewiesen, dass die Instrumente in der vorliegenden Fassung genutzt werden können, durch den zur Beantwortung der Forschungsfragestellungen notwendigen Umfang aber ggf. noch nicht hinreichend praxistauglich sind. Sollte sich in den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg in Folge des Forschungsvorhabens möglicherweise ein Interesse abzeichnen, die Instrumente dauerhaft für die Umsetzung des eigenen Fallmanagements zu nutzen, müssten diese für eine ökonomische Handhabung im Alltag nochmals angepasst werden. Dies würde sehr wahrscheinlich auf eine Kürzung bzw. Straffung der Inhalte hinauslaufen.

- ▶ Mit dem in WiFEin entwickelten Erhebungsinstrumentarium können Wirkungen in der Eingliederungshilfe abgebildet und gemessen werden. Es eignet sich folglich insbesondere als **Effektivitäts- und Effizienzcontrollinginstrument**.

Eine wesentliche Fragestellung an das Forschungsprojekt ist, was genau das Fallmanagement in Baden-Württemberg bewirkt (s. Abschnitt 2.2). Folglich war es unabdingbar, dass mit den zu entwickelnden Untersuchungsinstrumenten Wirkungen gemessen werden können. In der Literatur werden einige Anforderungen beschrieben, die ein Instrumentarium zur **Wirkungsmessung** erfüllen sollten. Diese sind im Folgenden als Empfehlungen wiedergegeben. Die WiFEin-Instrumente wurden entsprechend dieser Maßgaben entwickelt, aber auch für andere Instrumente können die folgenden Aspekte als Leitlinien, auch im Sinne einer Checkliste, herangezogen 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.

▶ **Prospektiv erheben**

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 bspw. 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.

▶ **Immer einzelfallbezogen dokumentieren, die Daten aber auch für höhere Ebenen nutzen, bspw. im Rahmen eines Benchmarkings**

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, bspw. in Form von Wirkungsaussagen zu bestimmten Fallgruppen oder, im Sinne eines Benchmarkingverfahrens, als Kennzahlen zu verschiedenen Standorten bzw. Regionen.

▶ **Operationalisierung der Wirkungen durch Veränderungsmessungen von Beeinträchtigungen und Ressourcen**

Um Wirkungen als Veränderung der Ist-Situationen zwischen mehreren Erhebungszeitpunkten bestimmen zu können, müssen die Beeinträchtigungen bzw. Probleme, aber auch die Ressourcen jeweils standardisiert, insbesondere einheitlich und vollständig, erfasst werden. Dabei bedarf es einer umfassenden und ganzheitlichen Betrachtung aller Einzeldimensionen, in denen potentiell Wirkungen auftreten können. Neben auf die Person des Leistungsberechtigten bezogenen Merkmalen wie bspw. Teilhabefähigkeit, Alltagskompetenz oder seelisches Wohlbefinden müssen hier auch das soziale System (bspw. Grad der sozialen Integration oder informelle Unterstützung durch Angehörige), bedeutende Lebensbereiche (bspw. Wohnen, Beschäftigung, Finanzen) sowie die Situa-

tion im Versorgungssystem (Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzung von Angeboten) betrachtet werden.

► **Sowohl intendierte Wirkungen als auch Nebenwirkungen erfassen**

Bei der Bestimmung der Gesamtwirkungen, etwa im Rahmen eines Index bzw. einer Kennzahl, müssen selbstverständlich auch die Zielerreichungsgrade der im Gesamtplan vereinbarten Ziele Berücksichtigung finden. Diesen sollte allerdings eine geringere Gewichtung zukommen als den Ergebnissen der standardisierten Veränderungsmessungen. 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.

► **Kennzahlen zur Veranschaulichung der Wirkungen bilden**

In der Praxis empfiehlt sich die Bildung von komprimierten Kennzahlen bzw. Indices, mit denen die erreichten Veränderungen für alle Beteiligten, insbesondere aber auch Verwaltung und Politik, nachvollziehbar abgebildet werden können. Hierbei kann bspw. ein globaler Effektindex gebildet werden, bedarfsweise für differenziertere Ergebnisse aber auch hierarchisch untergeordnete Indices, aus denen sich der Effektindex zusammensetzt, wie etwa ein Ressourcenindex, ein Beeinträchtigungsindex oder ein reiner Zielerreichungsindex. Jeder Index kann sich wiederum aus mehreren einzelnen Messdimensionen zusammensetzen. Die Verwendung von Indizes ermöglicht somit einen raschen Überblick über den Erfolg bzw. Misserfolg des Fallmanagements und kann sowohl zur einzelfallbezogenen Verlaufssteuerung der Leistungen als auch in der Gesamtschau der Ergebnisse zur abschließenden Evaluation herangezogen werden.

► **Kosten-Nutzen-Betrachtungen zur Effizienz durchführen**

Die Kosten von Humandienstleistungen stehen oft für sich, da ihr Nutzen zwar i. d. R. gut durch abstrakte Erklärungen, nicht aber gleichsam durch Zahlen belegt werden kann. Bei hohen Kosten gerät der Nutzen so schnell völlig aus dem Blick. Die Quantifizierung der Nutzen- bzw. Effektivitätsdimension im Rahmen einer Wirkungsmessung schafft hier Abhilfe. Auf dieser Grundlage lassen sich mit einem überschaubaren Mehraufwand Kosten-Nutzen-Analysen realisieren. Kosten-Nutzen-Betrachtungen helfen gleichermaßen dabei, sinnvolle Kosten zu legitimieren wie auch ineffizienten Ressourceneinsatz zu identifizieren und zu vermeiden.

▶ **Auch Wirkfaktoren betrachten**

Getreu der Devise „Hauptsache das Ergebnis stimmt“ kann eine Wirkungsevaluation prinzipiell nach dem „Black-Box“-Prinzip betrieben werden, bei der nicht weiter hinterfragt wird wie die Wirkungen zustande gekommen sind. Organisatorische Lern- und Optimierungsprozesse können so natürlich nicht angestoßen werden. Ferner kann auch bei negativen (Aus-)Wirkungen nicht gegengesteuert werden. Um die den Wirkungen zugrundeliegenden Wirkfaktoren ermitteln zu können, sollten daher immer möglichst alle relevanten strukturellen und prozessualen Merkmale miterfasst werden.

▶ **Sichtweisen aller Beteiligten berücksichtigen**

Sowohl die Fairness als auch die Güte der Wirkungsmessung machen es notwendig, die Sichtweisen aller wichtigen Verfahrensbeteiligten zu berücksichtigen. Neben den subjektiven Sichtweisen der Leistungsberechtigten sollten hier insbesondere auch die Leistungserbringer bzw. Dienstleister miteinbezogen werden.

Weiterführende Informationen zu Inhalten, Handhabung und Anwendung der in WIFEin entwickelten Evaluationsinstrumente können den Abschnitten 3.5 bis 3.7 sowie den Anlagen zu diesem Zwischenbericht entnommen werden.

2. Allgemeiner Überblick über das Vorhaben

2.1. Hintergrund

Der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen kommt sowohl aufgrund ihres absoluten Volumens als auch aufgrund ihres stetigen Wachstums eine gewichtige Bedeutung bei den Sozialausgaben zu. In Baden-Württemberg wurden 2009 ca. 60.000 Eingliederungshilfen mit einem Gesamtvolumen von 1,2 Mrd. € in Anspruch genommen. Pro Jahr kommen zudem ca. 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 (siehe Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen: United Nations 2006). Der Gesetzgeber sieht nicht nur eine stärkere Zusammenarbeit der Leistungsträger und der Träger der freien Wohlfahrtspflege als einen Schwerpunkt in der Hilfestellung 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 behinderten Menschen 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 Hilfestellung 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 behinderter Menschen 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:

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 behinderter Menschen und ihrer Angehörigen Beachtung finden. Die persönlichen Fähigkeiten behinderter Menschen und Ressourcen im privaten Umfeld und Sozialraum sind zu stärken und zu nutzen. Angebote zur Förderung der Selbsthilfe sollen frühzeitig aktiviert und familienunterstützende und -entlastende Dienste sollen mit eingebunden werden. Fragen der fachlich-konzeptionellen Weiterentwicklung werden gekoppelt mit Fragen der Kostensteue-

nung 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 bedarfsge-rechten 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.

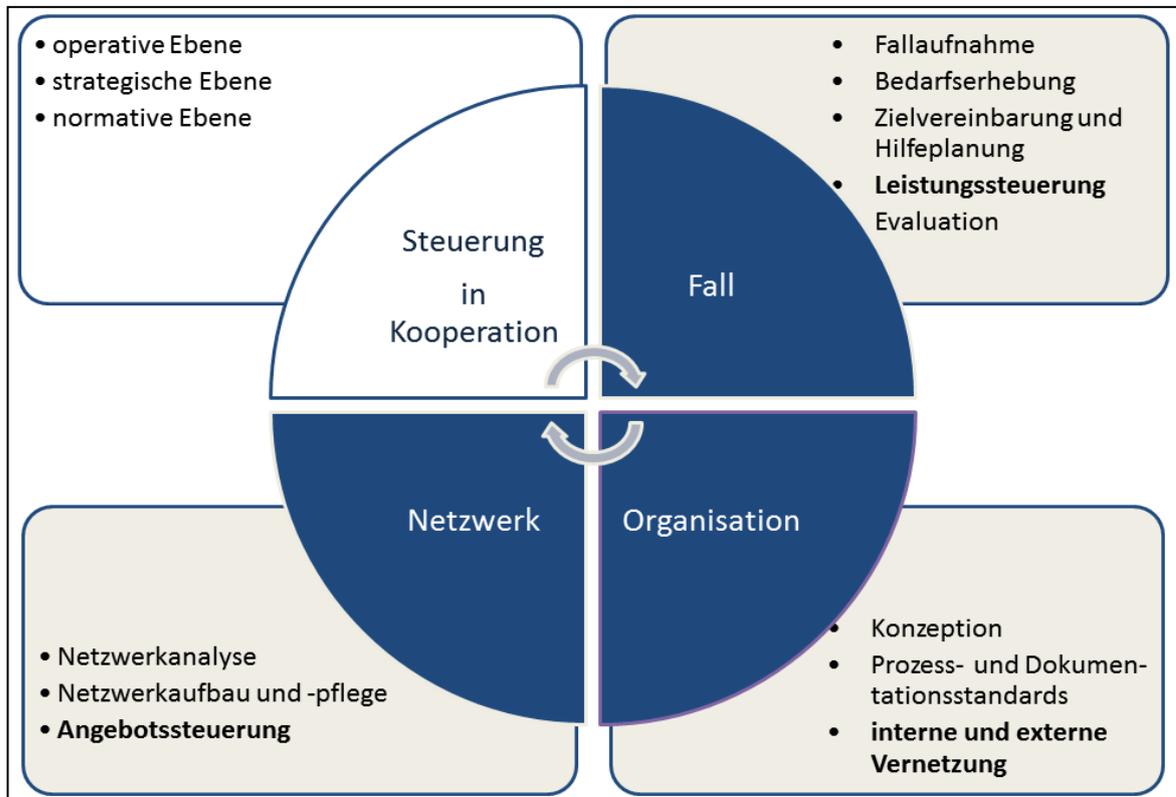


Abbildung 1: Handlungsansatz Fallmanagement

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 (Rohrman 2005; vgl. Abbildung 1). Der Fallmanager/die Fallmanagerin wird zum/zur zentrale/r 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 Fallmanager/die Fallmanagerin, unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften, eine angemessene Balance zwischen der maßgeschneiderten Leistungsgewährung für den Menschen mit Behinderung und der Steuerung der Transferausgaben herzustellen. Der Leistungsberechtigten, die verschiedenen 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 bzw. 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 2011; Handbuch Fallmanager/innen nach SGB XII, Senatsverwaltung Berlin 2006).

Vor diesem Hintergrund kann das FM in der Eingliederungshilfe als Bestandteil bzw. 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 behinderten Menschen, einer stärker präventiven Ausrichtung und dem effektiveren (wirksameren) bzw. 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- u. 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 bspw. 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.

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

Tabelle 2: Ergebnisse aus bundesdeutschen Projekten

Verkürzung der stationären Behandlungszeiten (ca. 70 %) ¹
Vermeidung von Heimplatzeinweisungen (ca. 59%) ²
Kostenreduzierung (20 %) ³ , Höhere Effizienz ^{7,9}
Stärkerer Defizitabbau (p=0.02), höhere Zielerreichung (p=0.03) ^{7,9}
Stärkere Beteiligung der Kooperationspartner ^{1, 6, 9}
Bessere Erreichbarkeit schwer zugänglichen Klientels, Stärkung der Veränderungsbereitschaft, aktive Beteiligung der Klienten, verbesserte Wohnsituation ⁴
Verbesserung der Inanspruchnahme von Hilfen ^{4,5,6}
Hohe Patienten-/Klientenzufriedenheit ^{5,6,7,9}
Regionale Bestands- und Bedarfserhebung ¹ Systematische Vernetzung ⁹
Zusammenfassend: je mehr CM-Elemente auf Ebene der Einzelfall-, Organisations- u. Systemsteuerung implementiert sind, desto besser fallen die Ergebnisse aus ^{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 bzw. indifferente Effekte nach. Einschränkung 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 klientenbezogener 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.

2.2. Forschungsleitende Fragen und Ziele

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 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).

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 2). 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 2). Mit Strukturqualität sind die eher längerfristigen, überindividuellen und zeitlich relativ konstanten allgemeinen Rahmenbedingungen gemeint, unter denen das Fallmanagement durchgeführt wird. 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).

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. Zur Prozessqualität zählen bspw. Faktoren wie Rollenklarheit bei der Leistungserbringung (u. a. klar definierte Funktions- und Aufgabenverteilung im Netzwerk), die Besprechungskultur (Kommunikationsformen und -wege zwischen den Beteiligten) die Beachtung von Verfahrensstandards etwa bei der Bedarfsfeststellung, der Zielformulierung oder Maßnahmenplanung, Art und Umfang der Maßnahmen, die Kooperation und Partizipation der Leistungsberechtigten sowie die Netzwerksteuerung (etwa regelmäßige Abstimmungen der Netzwerkarbeit in Steuerungsgremien).

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 bspw. 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.

2. Was bewirkt das Fallmanagement?

Im Rahmen dieser Fragestellung soll untersucht werden, welche Ergebnisse mit den Strukturen und Prozessen bewerkstelligt werden. Ergebnisqualität (s. Abbildung 2) umfasst entsprechend alle Merkmale, anhand derer sich im Einzelfall der Erfolg oder Misserfolg bemessen lässt. 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 vereinbarten 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.

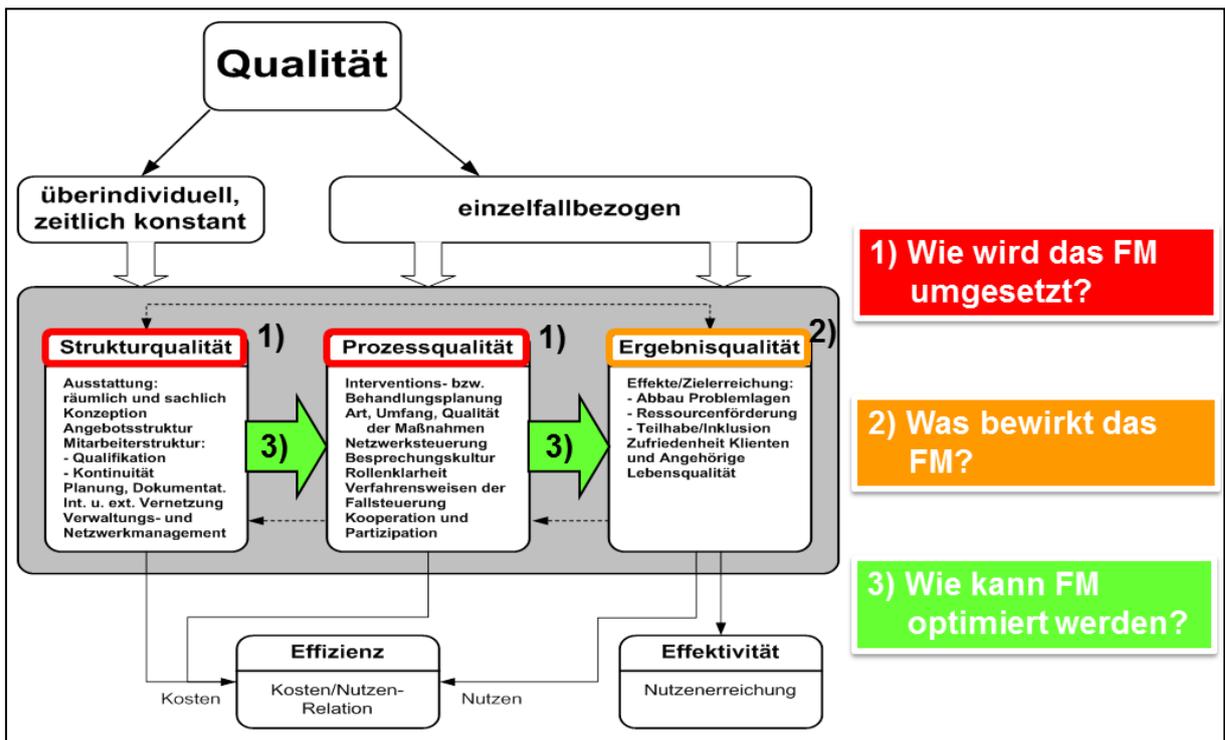


Abbildung 2: Einordnung der Fragestellungen in die Qualitätsdimensionen (mit beispielhaften Qualitätsmerkmalen)

3. Wie kann das Fallmanagement optimiert werden?

An dieser Stelle stehen die Zusammenhänge zwischen den Qualitätsdimensionen im Vordergrund (s. Abbildung 2). Diese werden in der Literatur wie folgt postuliert: 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 sog. Wirkfaktorenanalyse näher beleuchtet. Dabei werden die Ergebnisse bzw. 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 Misserfolgskriterien) sind wiederum wichtige Ansatzpunkte bzw. „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 ggf. noch nachgebessert werden sollte.

2.3. Projektbeschreibung

Projektträger des Forschungsvorhabens ist der Kommunalverband für Jugend und Soziales KVJS Baden-Württemberg, die wissenschaftliche Begleitung und operative Umsetzung erfolgt durch das Institut für angewandte Forschung und internationale Beziehungen (ifb) der Katholischen Fachhochschule Mainz (KFH Mainz). Der KVJS fungiert zudem als Brückenbauer bzw. Vermittler zwischen Wissenschaft und Praxis.

Die Laufzeit des Projekts ist aktuell in einem Zeitraum von zwei Jahren vom 01.12.2010 bis zum 30.11.2012 geplant (s. auch Abschnitt 4).

An dem Vorhaben sind insgesamt sechs Modellkreise in Baden-Württemberg beteiligt (vgl. auch Abschnitt 3.3). Von den Ergebnissen und Erkenntnissen des Vorhabens sollen aber nicht nur die beteiligten Modellkreise profitieren können, sondern alle Stadt- und Landkreise. Daher wird ein rascher Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis angestrebt. Insgesamt handelt es sich um ein anwendungsorientiertes Vorhaben, bei dem auch dem Dialog mit der Praxis eine hohe Bedeutung zukommt. Dies gelingt am Besten im Rahmen einer praxisnahen, ziel- und zweckorientierten, Evaluation. Um die im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Ziele erreichen zu können, darf eine solche Evaluation nicht willkürlich erfolgen. Sie muss an wissenschaftlichen Standards und expliziten Kriterien ausgerichtet sein, die im Rahmen des Evaluationsdesigns konkretisiert werden.

Bei der Wahl eines Evaluationsdesigns gibt es zunächst keine einheitliche, generell anwendbare Methodik. Stattdessen muss die Wahl der Technik jeweils von der speziellen Thematik abhängig gemacht werden. 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 randomi-

¹ Der Begriff „Hierarchie der Evidenz“ wurde in der sog. „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 bzw. den maximal möglichen Erkenntnisgewinn versprechen, erhalten das „Goldstandard“-Prädikat.

sierte² Kontrollgruppenstudien (abgekürzt „RCT“) gesehen: Bei randomisierten Kontrollgruppenstudien wird eine Experimentalgruppe gebildet, die eine zu untersuchende Maßnahme, eine Hilfe, ein Programm oder allgemeiner ausgedrückt eine Intervention (das sog. „Treatment“) erhält, wie bspw. im vorliegenden Fall ein Fallmanagement, und eine Kontrollgruppe die dies nicht erhält. Die Zuweisung zu den Gruppen erfolgt dabei rein nach dem Zufallsprinzip, also ohne dass die Forscher oder die Studienteilnehmer dies frei bestimmen könnten. Da das Fallmanagement in Baden-Württemberg bereits flächendeckend implementiert ist, können im Rahmen von WiFEin leider keine randomisierten Kontrollgruppen gebildet werden. Ein Ein-Gruppen-Plan, bei dem ausschließlich die zu untersuchende Maßnahme implementiert und die darauffolgenden Veränderungen dokumentiert werden, wird für die Beantwortung der Forschungsfragestellungen aber ebenfalls als unzureichend angesehen, da sich hierbei nicht hinreichend genau eruieren lässt, womit genau die erzielten Veränderungen in Zusammenhang stehen. Um sich dem Goldstandard zumindest soweit wie möglich annähern zu können, kommt daher im Rahmen des vorliegenden Vorhabens ein quasiexperimenteller „Ex-post-facto“-Untersuchungsplan³ zum Einsatz, im Rahmen dessen zumindest eine Vergleichsgruppenbildung nach definierten Kriterien möglich ist. Zur Bildung der Vergleichsgruppen werden sowohl empirisch ermittelte Implementierungsgrade des Fallmanagements als auch die unterschiedlichen konzeptuellen Ausrichtungen bei der Implementierung herangezogen. Die Implementierungsgrade werden mit Hilfe eines Screeningverfahrens⁴ ermittelt (Details s. auch Abschnitt 3.3).

Das Evaluationsdesign ist ferner durch folgende Eckdaten/Prämissen gekennzeichnet (vgl. auch Konkretisierung des Evaluationsdesigns in Abschnitt 3.4).

- ▶ **Stichprobe:** Insgesamt sollen n = 840 Fallmanagement-Einzelfälle in den sechs Modellkreisen untersucht werden
- ▶ **Berücksichtigung aller Qualitätsdimensionen:** Sowohl Struktur, Prozess- als auch Ergebnisqualität sind in die Analyse einbezogen. Die Daten werden dazu sowohl einzelfallbezogenen (Prozess- und Ergebnisqualität) als auch überindividuell (Strukturqualität) erhoben.
- ▶ **Datenbasis:** Damit die Evaluation nicht durch einseitige Bezugnahme verzerrt werden kann, finden die Sichtweisen aller wesentlichen Verfahrensbeteiligten auf eigenständigen Untersuchungsebenen ihre Berücksichtigung. Im Einzelnen handelt es sich um die Fallmanager-/innen, die Hilfeadressaten (Leistungsberechtigte und Angehörige), die Leistungs- bzw. Dienstleistungserbringer sowie die administrative Ebene (u. a. Leitung, Sozial-/Teilhabeplanung, Vergütungswesen).

² Randomisierung ist eine Methode innerhalb der empirischen Forschung, bei der Studienteilnehmer allein nach dem Zufallsprinzip den unterschiedlichen Untersuchungsgruppen zugeteilt werden.

³ „Ex-post-facto“ meint in diesem Zusammenhang, dass die Bildung der Untersuchungs- bzw. Vergleichsgruppen erst nach der Datenerfassung erfolgt (frei übersetzt: „anhand bereits vorliegender Fakten“), in WiFEin unter anderem durch die ermittelten Implementierungsgrade, und nicht wie etwa bei randomisierten Kontrollgruppenstudien bereits vor der Datenerfassung durch zufällige Zuweisung.

⁴ Ein Screening ist ein systematisches (wissenschaftliches) Prüfverfahren, das eingesetzt wird, um etwa Personen, Gruppen, Objekte oder Institutionen mit bestimmten vorab definierten Eigenschaften zu selektieren.

- ▶ **Prospektives Längsschnittdesign:** Auf Einzelfallebene kommt zur Bestimmung der Wirkungen ein fallmanagementbegleitendes Prä-Post-Design (auch „Vorher-Nachher-Studie“) mit zwei Messzeitpunkten zum Einsatz: Einer Ausgangserhebung t1, die unter anderem Bedarfsfeststellung sowie Ziel- und Maßnahmenplanung umfasst, und einer sog. „Monitoring“-Erhebung t2⁵, die nach einem festgelegten zeitlichen Abstand von sechs Monaten nach Verabschiedung des Gesamtplans oder bei Fallabschluss, eine Erfolgskontrolle sowie eine Beschreibung der Prozessverläufe beinhaltet.
- ▶ **Operationalisierung der Wirkungen durch Veränderungsmessung:** Neben den Zielerreichungsgraden werden zur Bestimmung der Wirkungen des Fallmanagements Veränderungsmessungen zwischen den t1 und t2-Erhebungen vorgenommen. Dem wird ein standardisiertes Bedarfsfeststellungsverfahren (Assessmentverfahren) zugrunde gelegt, das im Gegensatz zu den Zielerreichungsgraden auch nicht intendierte Wirkungen (umgangssprachlich: „Nebenwirkungen“) abbilden kann.
- ▶ **Art der Analyse:** In die Auswertung fließen sowohl quantitative als auch qualitative Primär- und Sekundärdaten⁶ ein. Sie erfolgt schwerpunktmäßig mit Hilfe quantitativer Methoden der empirischen Sozialforschung. Kernelement der Datenanalyse sind ferner die
 - Ermittlung von Zusammenhängen zwischen den Untersuchungsebenen bzw. Sichtweisen
 - Ermittlung von Kosten-Nutzen-Relationen
 - Durchführung einer Wirkfaktorenanalyse auf der Basis graphischer Kettenmodelle (Cox & Wermuth 1993; Lauritzen & Wermuth 1989)

⁵ je nachdem ob ein Fall zum Stichtag der t2-Erhebung abgeschlossen oder danach noch weiter im Fallmanagement begleitet wird, könnte man statt „Monitoring-Erhebung“ auch von einer Verlaufs- oder Abschlusserhebung sprechen. Die Verwendung des Begriffs „Monitoring“, im Sinne davon etwas zu überwachen oder zu überprüfen, war auf dem Hintergrund einer studieneinheitlichen Terminologie aber sinnvoller.

⁶ Um Primärdaten (synonym auch „Rohdaten“) handelt es sich bei all jenen Daten, die unmittelbar bei der Datenerhebung erfasst werden. Sekundärdaten sind die aus den Primärdaten von den Forschern abgeleiteten Daten. Soll in einem Fragebogen bspw. das Geburtsdatum angegeben werden, so wären Angaben wie „13.11.1980“ oder „02.04.1969“ Primärdaten. Ordnen die Forscher den Datumsangaben nun Altersklassen zu, bspw. „30-40 Jahre“ im ersten oder „40-50 Jahre“ im zweiten Beispiel, so handelt es sich dann um Sekundärdaten. Die Unterscheidung in Primär- und Sekundärdaten ist gerade im sozialwissenschaftlichen Bereich wichtig, da sie eine große Bedeutung im Hinblick auf die Aussagekraft und die Auswertungsmöglichkeiten hat.

3. Wissenschaftliche Vorgehensweise und wichtige Ereignisse

Im Folgenden sind die wesentlichen wissenschaftlichen Ergebnisse, Meilensteine und Ereignisse beschrieben, die im Berichtszeitraum erreicht wurden bzw. stattgefunden haben. Im Wesentlichen beziehen sich diese auf den erfolgreichen Abschluss der ersten Projektphase „Planung und Entwicklung“. Eine genaue Einordnung in die Arbeits- und Zeitplanung erfolgt noch in Abschnitt 3.

3.1. Schaffung der organisatorischen und technischen Grundlagen

Aufgrund der ausgewiesenen Expertise und fachlichen Vernetzung der KFH Mainz in den Bereichen Fallmanagements/Case Managements und Wirkungsforschung im Sozialwesen, konnten die für die Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe notwendigen organisatorischen und technischen Grundlagen schnell 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 KFH Mainz, Email: loecherbach@kfh-mainz.de, Tel. 06131-2894459
- Prof. Dr. Thomas Hermsen, stellv. Projektleiter, Professor für Soziologie und Sozialmanagement KFH Mainz sowie Leiter des Instituts für Forschung und internationale Beziehungen, Email: hermsen@kfh-mainz.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: missler@kfh-mainz.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, KVJS und den Modellkreisen durchführen zu können, wurde eine Projektsteuerungsgruppe installiert. Folgende Personen sind 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 Hermsen, Projektteam Mainz

- Jens Arnold, Projektteam Mainz
- Dr. Michael Monzer, Regionaler Projektkoordinator Stuttgart

Die Steuerungsgruppe tagte bisher an vier 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

3.2. Erarbeitung der inhaltlich-wissenschaftlichen Grundlagen

Neben den organisatorischen Grundlagen und notwendigen Arbeitsbedingungen war die Erarbeitung, oder besser gesagt die Konkretisierung, der inhaltlich-wissenschaftlichen Grundlagen ein weiterer wichtiger Baustein der Planungs- und Entwicklungsphase des Projekts (s. auch Abschnitt 4). Die wesentliche Aufgabe ist hier, den bereits im Vorfeld im Zuge von Vorhabensbeschreibung und Projektskizze allgemein abgesteckten Rahmen auszugestalten und diesen an die tatsächlichen praktischen Gegebenheiten und Möglichkeiten anzupassen. Erst im Anschluss kann dann das endgültige Evaluationsdesign verabschiedet werden (s. Abschnitt 3.4). Zur Klärung der praktischen Evaluationserfordernisse wurden primär Expertengespräche geführt. So fand bspw. mit Frau Dr. Fuchs, der Leiterin des Medizinisch-Psychologischen Dienstes (MPD) beim KVJS ein Expertengespräch zum Thema Fallmanagement und Hilfeplanung sowie zur Rolle des MPD im Rahmen der Bedarfsfeststellung in der Eingliederungshilfe statt. Des Weiteren wurden auch zahlreiche informelle Gespräche mit Wissenschaftlern, Institutsvertretern und Praktikern in den Modellkreisen und im Bereich der Eingliederungshilfe geführt.

Um eine Projektdurchführung gewährleisten zu können, die dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Techniken entspricht, wurde ferner eine internationale Literaturrecherche mit den Schwerpunkten wirkungsorientierte Evaluation, Assessmentverfahren (zur Bedarfsfeststellung) und Erhebungsinstrumente durchgeführt. Die wesentlichen Ergeb-

nisse dieser Recherche sind im Folgenden dargestellt. Zur besseren Übersicht sind die Resultate in vier Kategorien eingeteilt:

- ▶ Allgemeiner theoretischer Hintergrund zum Fallmanagement und zu den wissenschaftlich-methodologischen Grundlagen einer wirkungsorientierten Evaluation
- ▶ Spezifische Instrumente und Hintergründe zu Instrumenten und Verfahren, die im Kontext der Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe eingesetzt werden, bspw. zur individuellen Bedarfsfeststellung
- ▶ Spezifische Instrumente und Verfahren zur Befragung von Fachkräften in der Eingliederungshilfe
- ▶ Spezifische Instrumente und Verfahren zur Befragung der Hilfeadressaten bzw. Leistungsberechtigten

Es sei darauf hingewiesen, dass in den Übersichten explizit auf Verweise verzichtet wird, die sich auf Verfahren beziehen, die bereits standardmäßig im Rahmen des Fallmanagements in Baden-Württemberg eingesetzt werden oder hier eine große Verbreitung haben. In diesem Kontext sind bspw. Verfahren wie die Bewertung des individuellen Hilfebedarfs nach Metzler (HMB-W), die individuelle Behandlungs- und Reha-Planung (IBRP) nach Gromann, Cramer und Peukert, die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO oder die durch den KVJS zur Verfügung gestellten Verfahrensstandards und Leitlinien anzuführen.

Allgemeine theoretische Grundlagen zum Fallmanagement und zu Methoden der wirkungsorientierten Evaluation

Die Ergebnisse der allgemeinen Literaturrecherche zu den Grundlagen und theoretischen Grundfragestellungen der Evaluation sind im Rahmen der in Abschnitt 6 dargestellten Literaturverweise wiedergegeben.

Spezifische Instrumente und Hintergründe zu Verfahren im Kontext der Hilfeplanung

Titel	Quelle
Prof. Dr. Petra Grohmann, Institut personenzentrierte Hilfen/Hochschule Fulda (Power Point Präsentation): „Integrierter Teilhabeplan. Anforderungen und Lösungen für Hilfeplanverfahren“	http://www.dhg-kontakt.de/pdf/gromann_itp_4-2009.pdf , 03.03.2011
Internetseite MASGFF: Soziales > Individuelle Teilhabeplanung „Teilhabeplanung und Finanzierung von voll- und teilstationären Leistungen für Menschen mit Behinderungen und Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten“ (Download verschiedener Fragebogen möglich)	http://masgff.rlp.de/soziales/individuelle-teilhabeplanung/ , 03.03.2011

Titel	Quelle
<p>Eberhard Karls Universität Tübingen Zentrum zur interdisziplinären Erforschung der Lebenswelten behinderter Menschen (Z.I.E.L.) Geschäftsstelle: Forschungsstelle Lebenswelten behinderter Menschen:</p> <p>Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung Fragebogen zur Erhebung im Lebensbereich „Wohnen“ / Individuelle Lebensgestaltung (Fragebogen)</p>	<p>http://www.fassis.net/images/Pdf/hmb_fragebogen-hilfebedarf-wohnen_brd.pdf, 04.03.2011</p>
<p>Dieter Blaschke, Hans-Eberhard Plath. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Zu einigen Problemen der Forschung über Behinderte – eine Einführung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 1997.</p> <p>(Hintergrundinfos: s. Kap. 4 Methodische Zugänge, Kap. 5 Methodologische Probleme, Kap. 6.2 Befragung Behinderter)</p>	<p>http://doku.iab.de/mittab/1997/1997_2_mittab_blaschke_plath.pdf, 04.03.2011</p>
<p>SIVUS (schwedische Abkürzung für 'Social individ via utveckling i Sammwerkan'; auf Deutsch: "Soziale und individuelle Entwicklung durch gemeinschaftliches Handeln")</p> <p>(Hintergrund: Zur Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung)</p>	<p>http://www.sivus-online.de/Sivus/Nutzerorientierung/nutzerorientierung.html, 04.03.2011</p>
<p>Larissa Beck, B. Giraud, B. Petri. Trägerübergreifende Bedarfsfeststellung - mögliche Ansätze und Perspektiven. Rehabilitation 2011; 50(1): 11-1</p>	<p>https://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/rehabilitation/doi/10.1055/s-0030-1270433, 04.03.2011</p>
<p>Abschlussbericht zur Evaluation der Qualifizierung im Fallmanagement in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung</p> <p>(s. Kap. 3, Fragenbogen und Auswertung)</p>	<p>http://opus.kobv.de/zlb/volltexte/2008/1597/, 03.03.2011</p>
<p>Projekt: Teilhabeplanung im Landkreis Weilheim-Schongau - Ein Modellprojekt zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auf örtlicher Ebene – (Projekt- Homepage)</p> <p><u>Abschlussbericht:</u></p> <p>„Örtliche Angebots- und Teilhabeplanung im Landkreis Weilheim-Schongau. Analysen, Einschätzungen und Empfehlungen des Zentrums für Planung und Evaluation sozialer Dienste der Universität Siegen.“</p> <p>(in Einleitung Aussagen über Projektauftrag und Analyse)</p>	<p>http://www.unisiegen.de/zpe/projekte/teilhabeplanung-wm/, 03.03.2011</p> <p>http://www.unisiegen.de/zpe/projekte/teilhabeplanung-wm/pdf/thp_wm_26112010.pdf, 03.03.2011</p>

Titel	Quelle
<p>Homepage des Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung</p> <p>Abschlussbericht zum Download auf Seite: „Selbständiges Wohnen behinderter Menschen - Individuelle Hilfen aus einer Hand.“</p>	<p>http://www.mags.nrw.de/04_Soziales/2_menschenMitBehinderung/Eingliederungshilfe/index.php , 03.03.2011</p>
<p>Vorstudie zur Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben</p>	<p>http://www.bmas.de/portal/34358/proper-ty=pdf/f392_forschungsbericht_kurzbericht.pdf, 03.03.2011</p>
<p>Fachtag der Bundesvereinigung Lebenshilfe zur UN-Behindertenrechtskonvention. Diskussionsrunde II. Neue Herausforderungen für Einrichtungen und Dienste im Zeitalter von Selbstbestimmung und Inklusion.</p>	<p>http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/download/Behindertenrechtskonvention/HerausforderungenEinrichtungenundDienste-Wagner-Stolp.pdf, 03.03.2011</p>
<p>Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK. Eckpunkte für die Reformgesetzgebung „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“</p>	<p>http://www.bag-if.de/wp-content/uploads/2010/10/10-0904-ASMK-BL-Gruppe-Eckpunkte.pdf, 04.03.2011</p>
<p>19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung von 8. bis 10. März 2010, Leipzig</p> <p>(Ab S. 150 Infos zum ICF)</p>	<p>http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_19_reha_kolloqu.pdf, 04.03.2011</p>
<p>Wissenschaftliche Begleitforschung der Modellprojekte "Trägerübergreifendes Persönliches Budget" Universitäten Dortmund und Tübingen</p> <p>Inkl. Kontaktseite: Dr. Heidrun Metzler</p>	<p>http://www.fk-reha.tu-dortmund.de/Soziologie/PB/#5, 04.03.2011</p>

Spezifische Instrumente und Verfahren zur Befragung von Fachkräften

Titel	Quelle
<p>Gertrud Hanslmeier-Prockl. „Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung. Empirische Studie zu Bedingungen der Teilhabe im Ambulanten betreuten Wohnen in Bayern“ Dissertation. Kempten: AZ Druck und Datentechnik. 2009.</p> <p>(s. Kap. II.3, Anhang Interviewleitfaden)</p>	<p>http://books.google.de/books?id=q9dmCRfvmTkC&pg=PA263&lpg=PA263&dq=befragung+teilhabe+behindert&source=bl&ots=UbrjbU8F7t&sig=onYKr1wqhPa7QhhcSdKN-Trw3MM&hl=de&ei=1LtwTYvCGIz4sgbl5Z32Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=7&ved=0CEYQ6AEwBg#v=onepage&q=befragung%20teilhabe%20behindert&f=false, 04.03.2011</p>
<p>Brigitte Ziehlke. Mitarbeiter/innenbefragung in der Lebenshilfe Bremerhaven e.V. -2008 - Abschlussbericht –</p> <p>(Fragebogen im Anhang, S. 80)</p>	<p>http://www.hsbremen.de/mam/hsb/fakultaeten/f3/sozarb/forschung/sozarb-forschungsbericht-mitarbeiterbefragung_lh-bremerhaven-sept09.pdf, 04.03.2011</p>

Spezifische Instrumente und Verfahren zu Befragung der Hilfeadressaten

Befragung von Menschen mit Behinderung allgemein:

Titel	Quelle
<p>Riegler, Christine: Philosophischer und psychologischer Zugang zu den Begriffen Behinderung und Erkrankung. 2004</p>	<p>http://bidok.uibk.ac.at/library/riegler-diplomarbeit.html#id2937269</p>
<p>Witzel, Andreas: Das problemzentrierte Interview.</p>	<p>http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519</p>

Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung:

Titel	Quelle
<p>Meyer, Dorothee, Büter, Annika, Lindmeier, Dr. Bettina: Leitfaden für Interviews mit Menschen mit Behinderung. Universität Oldenburg, 2002.</p>	<p>http://www.dorothee-meyer.privat.t-online.de/Leitfaden/Interviewleitfaden.pdf</p>

Titel	Quelle
Janßen, Christian: Die SIVUS-Methode,	http://www.sivus-online.de/Sivus/Nutzerorientierung/nutzerorientierung.html
Jakobs, Prof. Dr. Hajo: Abschlussbericht / Expertise Zum Forschungsprojekt »Wohnbedarf und -bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung im Kreis Plön«. 2004	http://www.fh-kiel.de/fileadmin/data/sug/LHW-Projektbericht.pdf
Wisso, Timo u.a.: Qualifizierungsmöglichkeiten zum selbständigeren Wohnen in der Stadt Münster 2007. S. 16f	http://www2.uni-siegen.de/~zpe/ih-nrw/Die_Stadt_M%C3%BCnster/Qualifizierungsmoeglichkeiten_zum_selbstaendigeren_Wohnen_in_der_Stadt_Muenster.pdf

Aus den Rechercheergebnissen wurde folgende „Checkliste“ von Aspekten abgeleitet, die im Vorfeld der Entwicklung einer Adressatenbefragung bedacht werden sollten:

1. *Körperliche Behinderung*

- Falls Befragter den Fragebogen nicht selbst ausfüllen kann, wer wird ihm helfen?
- Wie kann eine Beeinflussung durch die ausfüllende Bezugsperson verhindert werden?

2. *Geistige Behinderung*

- Wer soll den Fragebogen ausfüllen? Falls Bezugsperson ausfüllt, muss im Vorfeld geklärt sein, in wie weit er/sie sich in den eigentlich Befragten hinein versetzen
- Empfehlung eines Leitfadenterviews
- Fragen müssen konkret gestellt werden (wenn z.B. nach Stärken der Fallmanager gefragt werden soll, Frage in dieser Form verfassen: „Was ist denn an dem besonders gut?“)
- Entweder-Oder-Fragen vermeiden
- Falls dem Befragten scheinbar keine Antwort einfällt, Frage umformulieren

3. *Seelische Behinderung*

- Hier sollte ggf. auch eine Bezugsperson mit in die Beantwortung der Fragen einbezogen werden.

4. *Sinnes-/Sprachbehinderung*

- Im Fall von Sehbehinderten: Wer wird den Fragebogen vorlesen/ausfüllen?
- Ist vielleicht auch ein Leitfaden-Interview sinnvoll?

5. Sonstige allgemeine Aspekte

- Für behinderte Menschen sind Interviews i. d. R. einfacher als anonyme schriftliche Befragungen, vgl. u.a. Janßen, Christian, Wissel, Timo
- Bei Auswertung berücksichtigen, dass es zu einer Beeinflussung durch die eigentlichen Ausfüller der Fragebogen zu Beeinflussungen kommen kann.
- Vor allem bei Interviews (z. B. Seh- oder geistig Behinderten) muss im Vorfeld die Interviewsituation geklärt sein (Ort, Zeit, ggf. Aufzeichnung müssen den Befragten bekannt sein),
- Aufwärmphase ratsam, damit sich Befragte an Situation gewöhnen können und nicht irrtümlich versuchen im Sinne eines Diagnostiktests die „richtigen“ Antworten zu geben, statt ihre Meinung zu äußern.

3.3. Screening der Implementierungsgrade und Auswahl der Modellkreise

Wie bereits in Abschnitt 2.3 angedeutet, war ein klassisches Kontrollgruppendesign, bspw. mit einer „Experimentalgruppe“ von Modellkreisen die nach den Prinzipien des Fallmanagements arbeitet und einer „Kontrollgruppe“ von Regionen, die kein Fallmanagement betreiben bzw. eine andere Steuerungsmethode anwenden, im Rahmen von WiFEin nicht möglich. Um trotzdem aussagekräftige Vergleichsgruppenbildungen vornehmen zu können, musste ein quasiexperimenteller „Ex-post-facto“ Untersuchungsplan entwickelt werden. Die Gruppenbildungen wurden dabei, in Anbetracht der in den potentiellen Modellkreisen vor Ort faktisch und praktisch vorliegenden Gegebenheiten, anhand von vorab definierten Auswahlkriterien vorgenommen.

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 auch 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 verschiedene Kriterien berücksichtigt werden mussten, unterem anderem

- 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- bzw. 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 besser und der andere es 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 würde man dies als eine Varianzmaximierungsstrategie bezeichnen. Da Lernprozesse leichter initiiert werden können, wenn einer „best practice“ auch eine „worst practice“ gegenübergestellt wird, kann man sich dies im übertragenen Sinne als eine Art „Kontrastbildung“ vorstellen.

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 4), 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- bzw. Kurzerhebung (s. Anlage G) 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

Für die Auswertung der Kurzumfrage wurde von unabhängigen Experten der Katholischen Fachhochschule 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). Bspw. 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- bzw. 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, d.h. Ebenenüberschneidungen sind möglich. Die Bedeutung bzw. das rechnerische Gewicht des Merkmals kann sich in den einzelnen Ebenen aber durchaus unterscheiden. Dies wird beispielhaft in Tabelle 3; Tabelle 4 und Tabelle 5 verdeutlicht, die zu Veranschaulichungszwecken eine Auswahl der verwendeten Merkmale aus der Kurzumfrage und deren Zuordnung und Gewichtung im Rahmen der Auswertung der Fallmanagementimplementierungsgrade zeigen.

Tabelle 3: 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 4: 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 Fallmanagement-Konzepts durch Einbindung in ein Qualitätsmanagement oder durch Verfahren des Fach-Controllings	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 5: 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 12 untersuchten Sozialämter hinweg liegt gemäß der oben beschriebenen Skala ein durchschnittlicher Gesamtimplementierungsgrad von 51,2 vor (s. Tabelle 6). 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 6 ausgewiesenen Standardabweichung und den Minimal- bzw. Maximalwerten gestützt, die belegen, dass Extremwerte im oberen und unteren Bereich der Implementierungsskala in der untersuchten Stichprobe nicht vorkommen.

Tabelle 6: 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 6, 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 dürftig 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 7).

An dieser Stelle sei angemerkt, dass die **Ergebnisse der einzelnen Regionen im vorliegenden Bericht bewusst mit einem (Buchstaben-)Code verschlüsselt** sind. Dies geschieht weniger aus Datenschutzgründen, sondern vor allem, weil es zum jetzigen Zeitpunkt für den weiteren Verlauf des Forschungsprojekts kontraproduktiv wäre, wenn die Modellkreise von ihrem konkreten Abschneiden Kenntnis erlangen würden. Insbesondere könnten bei eher schlechtem Abschneiden ggf. strukturoptimierende Maßnahmen ergriffen werden, die in der Folge möglicherweise zu Verfälschungen bei den derzeit noch laufenden einzelfallbezogenen Erhebungen führen würden. Im Rahmen von WiFEin haben wir uns daher gegen eine formative Evaluation entschieden. Die Prozessoptimierungen können und sollen also erst in die Wege geleitet werden, wenn alle Erhebungen abgeschlossen und ausgewertet sind.

Tabelle 7: Implementierungsgrade aufgeschlüsselt nach den Bewerberkreisen

Bewerberkreise	Einzelfallebene	Organisationsebene	Netzwerkebene	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 7 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 bzw. negativer Hinsicht ca. 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).

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 3). 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 bspw. nicht so, dass nur einzelne Ebenen wie etwa die Einzelfall- und Organisationsstandards besonders stark berücksichtigt worden wären, während bspw. 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 Diskus-

sion der Implikationen dieses Implementierungsprofils für das Forschungsvorhaben. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass das abweichende Implementierungsprofil hier auch kein grundlegendes Ausschlusskriterium war.

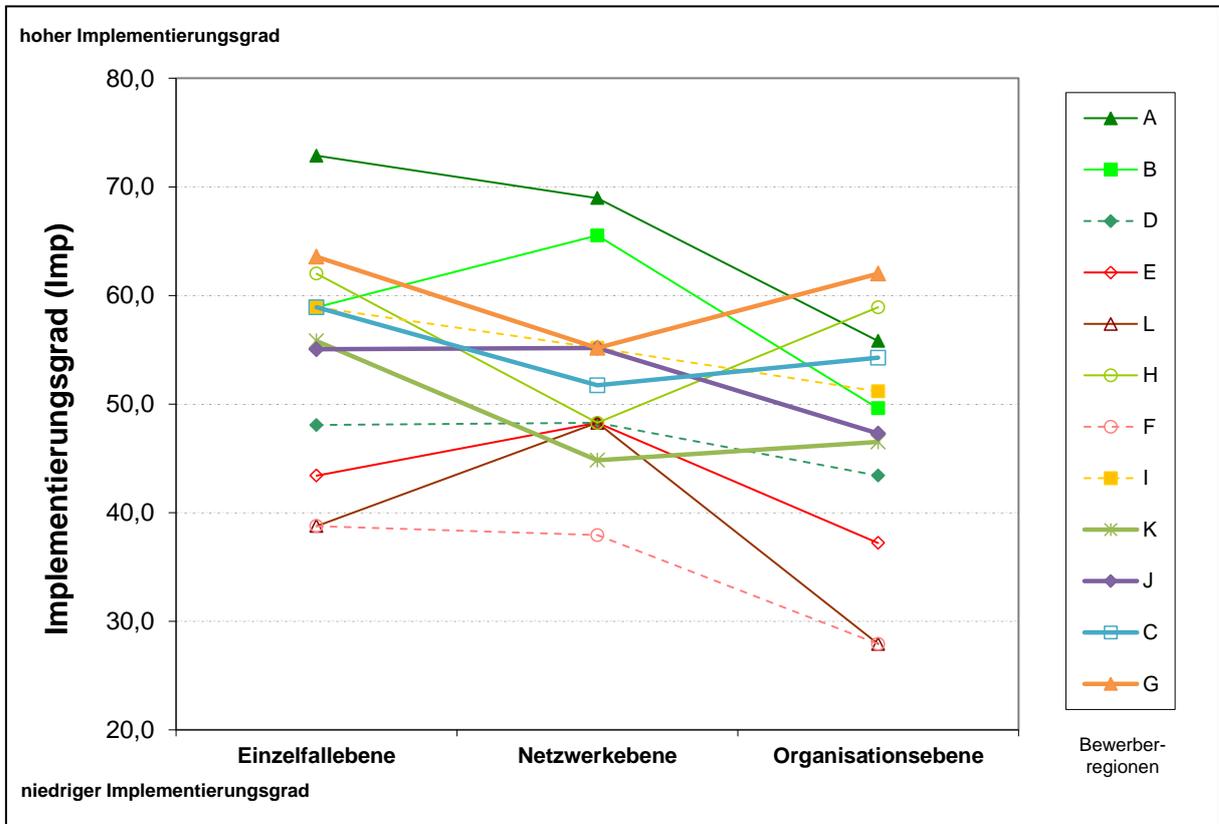


Abbildung 3: Implementierungsprofile der Bewerberkreise

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. So muss bspw. bedacht werden, dass es sich bei der Befragung im wahrsten Sinne des Wortes tatsächlich nur um eine „Kurz“-Umfrage handelt, die prinzipiell nur ein globales Screening der Fallmanagementumsetzungen ermöglicht. Zwar wurden die ermittelten Ergebnisse einer Plausibilitätsprüfung durch Experten unterzogen, die gut in den betreffenden Regionen vernetzt sind, eine zuverlässigere Validierung kann freilich aber erst im Rahmen einer umfassenderen und tiefergehenden Analyse der Strukturqualität im Rahmen der Gesamtumfrage erfolgen, die erst noch im weiteren Verlauf des WiFEin-Projekts für alle 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg geplant ist (vgl. Abschnitt 4).

Aufgrund der vielschichtigen Anforderungen an das Forschungsvorhabens, speziell im Hinblick auf die intendierten Struktur- und Prozessoptimierungen, wurde auf die spezifischen Fallmanagement-Konzepte in den Regionen ein besonderes Augenmerk gelegt. So soll das Forschungsvorhaben bspw. auch Aussagen zu der Frage ermöglichen, ob bestimmte konzeptionelle Ausrichtungen erfolgsversprechender sind als andere und ob ggf. hier entsprechende Empfehlungen ausgesprochen werden können. Hierzu war es zunächst notwendig,

die verschiedenen regionalen Konzeptionen einer eingehenden Inhaltsanalyse zu unterziehen. In Tabelle 8 sind die wesentlichen Ergebnisse dieser Analyse dargestellt. Die hier beschriebenen Zuordnungen der Bewerberkreise beziehen sich auf eine von Frau Dr. Holscha-Uhlenbrock vom KVJS erarbeitete Klassifikation von Konzepttypen sowie eine daran anknüpfende vertiefende Betrachtung der organisatorischen Zuordnung des Fallmanagements, die im Rahmen der oben beschriebenen Kurzumfrage erfasst wurde.

Tabelle 8: Übersicht der Stadt- u. Landkreise differenziert nach konzeptionellen Ansätzen zum Fallmanagement

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

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 bzw. Fachdiensten an einem Fall (Konzepttyp K1). Der Konzepttyp K3, bei dem ausschließlich eine Person/Fachkraft an einem Fall arbeitet, ist in der vorlie-

genden 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, d. h. 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 8 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 8). Der Unterschied mag hier auf den ersten Blick marginal erscheinen, könnte aber im Sinne von in beiden Subtypen strukturell divergierenden internen Vernetzung und der voneinander abweichenden Kommunikationswege durchaus eine Wirkung auf die Ergebnisqualität haben.

Regionale und infrastrukturelle Aspekte

Neben den Implementierungsgraden sowie den Konzepttypen spielten bei der Auswahl der Modellkreise auch regionale und infrastrukturelle Faktoren eine wichtige Rolle. Die Berücksichtigung solcher Aspekte war insbesondere im Hinblick auf die angestrebte Parallelisierung der Modellkreise von entscheidender Bedeutung. Nur so konnte die Vergleichbarkeit der Gruppen im Rahmen des quasiexperimentellen Untersuchungsplans gewährleistet werden. Dies soll an folgendem Beispiel veranschaulicht werden: Gesetzt den Fall, dass von den sechs möglichen Modellkreisen im Projekt die drei Regionen mit dem höchsten zahlenmäßigen Implementierungsgraden ausschließlich im städtischen Bereich angesiedelt wären und die drei mit den zahlenmäßig niedrigsten Implementierungsgraden ausschließlich im ländlichen Bereich, hätte man größte Argumentationsnöte, beobachtete Effekte mit einer allgemeinen Wirkung des Fallmanagements in Verbindung zu bringen. Es wäre in diesem Fall viel naheliegender größere Effekte im städtischen Bereich etwa auf eine differenziertere Infrastruktur zurückzuführen. Das wäre zwar an sich auch ein interessanter Befund, der aber nur leider keinen Zugang für eine Prozessoptimierung bietet, zumal sich eine ländliche Region nun mal eben nicht so einfach in einen städtischen Bereich „verwandeln“ lässt. Es ist daher besser, die Vergleichsgruppen nur mit im Hinblick auf dementsprechende regionale Kriterien ähnlichen Modellstandorten zu bilden. Im Rahmen des vorliegenden Projekts wurden verschiedene Vergleichskriterien herangezogen, unter anderem Einwohnerzahlen, Platzzahlen

in der Eingliederungshilfe oder die Anzahl der im Kalenderjahr erstellten bzw. fortgeschriebenen Gesamtpläne (s. Tabelle 9). Auf übergreifender Ebene wurde zudem darauf geachtet, dass die ausgewählten Modellkreise ein ausgewogenes Verhältnis von badischen und württembergischen Stadt- und Landkreisen widerspiegeln. Dies war allerdings nur eine globale Prämisse und kein Parallelisierungskriterium im engeren Sinne.

Tabelle 9: Übersicht zu zentralen regionalen Vergleichsparametern in den Bewerberkreisen

Stadt-/Landkreis*	Einwohner	Platzzahlen Eingliederungshilfe	Plätze je 1000 Einwohner	Eingliederungshilfe-Fälle 2009	Gesamtpläne Stand 2009	Gesamtpläne/Fälle
Bewerberkreis 1	190.403	383	2,01	981	345	35,2%
Bewerberkreis 2	372.827	1.535	4,12	1.589	250	15,7%
Bewerberkreis 3	157.667	755	4,79	807	220	27,3%
Bewerberkreis 4	195.315	234	1,20	818	250	30,6%
Bewerberkreis 5	514.646	1.300	2,53	2.074	350	16,8%
Bewerberkreis 6	329.743	1.737	5,27	1.233	295	23,9%
Bewerberkreis 7	276.240	988	3,58	1.350	675	50,0%
Bewerberkreis 8	148.763	3.626	24,37	937	60	6,4%
Bewerberkreis 9	276.474	2.618	9,47	2.668	100	3,7%
Bewerberkreis 10	189.158	1.946	10,29	1.359	186	13,7%
Bewerberkreis 11	600.068	2.613	4,35	3.030	284	9,4%
Bewerberkreis 12	135.141	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 7 dargestellten Rangnummern der Implementierungsgrade.

Endauswahl der Modellkreise

Die finale Auswahl der Modellkreise wurde unter qualitativer Abwägung der beschriebenen Selektionskriterien von einer Expertenkommission der Katholischen Fachhochschule Mainz vorgenommen. Im Ergebnis wurden die Bewerberkreise mit den Buchstabencodes A, B, C, D, E und F ausgewählt⁷. Namentlich handelt sich hier um den Alb-Donau-Kreis, Böblingen, Emmendingen, Enzkreis, Konstanz und Stuttgart⁸. Es sei darauf hingewiesen, dass die Reihenfolge der Namensnennungen hier keine Rückschlüsse auf den zugehörigen Buchstabencode zulässt.

⁷ 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 7).

⁸ 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.

Die Auswahl stellt den in Anbetracht der vielfältigen Selektionskriterien 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. Bspw. wurde in Gestalt von Modellkreis C ein Bewerberkreis ausgewählt, dessen mittlerer Implementierungsindikatorwert zahlenmäßig den rein empirisch, anhand der Standardabweichung, definierten Schwellenwert für eine Extremgruppenegegenüberstellung knapp verfehlt (vgl. auch Ausführungen auf S. 36f).

Auf dem Hintergrund der eingangs beschriebenen „Kontrastierung“ von Vergleichsgruppen im Sinne einer quasiexperimentellen Vergleichsgruppenbildung bietet die vorgenommene Auswahl trotzdem die vielfältigsten Auswertungsoptionen bei bestmöglicher Ausbalancierung/Parallelisierung der Gruppen, von denen die wichtigsten hier kurz skizziert werden sollen:

- ▶ Vergleich von Regionen mit (relativ gesehen) hohen und niedrigen Implementierungsgraden im Fallmanagement, ausbalanciert nach regionalen Merkmalen:
 - Gruppe 1 mit vglw. hohen Implementierungsgraden: Modellkreise A, B und C
 - Gruppe 2 mit vglw. niedrigen Implementierungsgraden: Modellkreise D, E und F
- ▶ Globaler Vergleich von konzeptionellen Ansätzen und organisatorischen Zuordnungen, ausbalanciert nach Implementierungsgraden (gruppenübergreifend) und regionalen Merkmalen (innerhalb der Gruppen):
 - Gruppe 1 mit Konzepttyp 1, „Fallmanagement integriert in die Sachbearbeitung“: Modellkreise A, C, D und E
 - Gruppe 2 mit Konzepttypen 2 und 3, „Fallmanagement getrennt von der Sachbearbeitung“: Modellkreise B und F
- ▶ Im Hinblick auf die Analyse der konzeptionellen Ansätze können selbstverständlich auch die drei Konzepttypen sowie die einzelnen dargestellten organisatorischen Zuordnungsformen des Fallmanagements miteinander verglichen werden. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Konzepttypen K2 und K3 sowie die organisatorischen Zuordnungen O1 und O2 jeweils nur durch einen Modellkreis repräsentiert sind. Insofern muss bei der Ergebnisinterpretation streng geprüft werden, inwieweit die Befunde tatsächlich für den zugrundeliegenden konzeptionellen Ansatz modellhaft sein können.

Beteiligung der nicht als Modellkreis ausgewählten Regionen

Ein wichtiges Anliegen der Projektsteuerungsgruppe war es, dass auch die im Auswahlprozess der Modellkreise abgelehnten Bewerberkreise zumindest in niederschwelliger Form weiter am Projekt partizipieren und von den erarbeiteten Ergebnissen profitieren können. Hierzu wurden folgende Angebote unterbreitet:

- ▶ Partizipation / „Hospitation“ auch bei den nicht öffentlichen Projektworkshops
 - Kennenlernen der Praxis, Fachliche Diskussion, Instrumentenschulung
- ▶ Einschreibung in den Projekt-Newsletter mit wichtigen Informationen und Zwischenergebnissen zum Projekt

- ▶ Endergebnisse stehen allen Stadt- u. Landkreisen zur Verfügung (in Form von Abschlussbericht, Fachtagung und Workshops)

Nach aktuellem Stand kann festgehalten werden, dass die abgelehnten Bewerberkreise von diesen Angeboten größtenteils Gebrauch machen und sich mit regem Interesse auch weiterhin am Projekt beteiligen.

3.4. Konkretisierung des Untersuchungsdesigns

Das in der Projektskizze vom 29.10.2010 ausführlich beschriebene und in seinen Eckdaten in der Projektbeschreibung (s. Abschnitt 2.3) grob skizzierte Untersuchungsdesign, das sozusagen den Rahmen für die wissenschaftlich adäquate Durchführung der Wirkungsanalyse in der Eingliederungshilfe absteckt, wurde in der Diskussion der Steuerungsgruppe und im Dialog mit den Projektteilnehmern an die praktischen Gegebenheiten und Anforderungen angepasst. Die Schlüsselergebnisse dieses Ausgestaltungsprozesses sind im Folgenden themenbezogen wiedergegeben. Grundlegende Änderungen an dem in der Projektskizze beschriebenen Vorgehen waren allerdings nicht notwendig, es handelt sich also primär um eine Konkretisierung.

3.4.1. Verabschiedung der endgültigen Untersuchungsebenen

Es gibt in der Sozialen Arbeit keinen einheitlichen Wirkungsbegriff. Die Erfahrung zeigt, dass Wirkungen oft ganz unterschiedlich wahrgenommen werden. Dies hängt damit zusammen, dass jeder an einem Verfahren Beteiligte 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.

Damit die Evaluation nicht nur einseitig die Sichtweise/Perspektive ausgewählter „Interessensgruppen“ abbildet, werden im Rahmen von WIFEin verschiedene Untersuchungsebenen (UE) gebildet. Im Rahmen der Planungs- und Entwicklungsphase wurde beschlossen, dass insgesamt fünf Untersuchungsebenen betrachtet werden sollen (s. Tabelle 10).

Tabelle 10: Untersuchungsebenen (UE)

UE	Wer?	Wann?	Wo?	Womit?	Was?
1	Fallmanager-/innen	zu t1 und t2 je 15-30 min	Jeder Einzelfall	Standardisierte Dokumentationsinstrumente der KFH Mainz	Prozesse, Ergebnisse und Kosten
2	Leistungsberechtigte (Betroffene und Angehörige)	zu t2	Einzelfall	Fragebogen	Prozesse und Ergebnisse
3	Dienstleister	1x während der Projektlaufzeit	Überindividuell	Fragebogen	Strukturen, Netzwerke, Prozesse und Ergebnisse
4	Fallmanager-/innen und Koordinator/-innen	1x während der Projektlaufzeit	Überindividuell	Befragung / Interview	Strukturen und Netzwerke
5	Verwaltungsebene (u. a. Leitung, Sozial-/Teilhabeplanung, Vergütungswesen)	1x während der Projektlaufzeit	Überindividuell	Befragung / Interview	Strukturen, Netzwerke, Prozesse und Kosten

Die Untersuchungsebenen beschreiben aber nicht nur wer untersucht wird bzw. welche Sichtweise in die Evaluation einfließt. Jeder Untersuchungsebene ist ein Untersuchungsinstrument bzw. eine Befragungstechnik zugeordnet (vgl. auch Abschnitt 3.5), 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 – bspw. Strukturen, Netzwerke, Prozesse, Ergebnisse oder Kosten entsprechend Abbildung 2 – und auf welcher Auflösungsstufe die Datenerfassung stattfindet, d. h. einzelfallbezogen oder überindividuell. Wie die Übersicht in Tabelle 10 zeigt, können je nach Inhalten und Auflösungsstufe bestimmte Zielgruppen wie etwa die Fallmanager/-innen gleichzeitig auf mehreren Untersuchungsebenen relevant sein. Dies bedeutet aber nicht zwingend, dass dieser Adressatengruppe somit auch ein höheres Gewicht bei der Ergebnisinterpretation eingeräumt wird.

Ein derart multidimensionales Vorgehen ermöglicht eine differenzierte Abbildung der Wirkungen bzw. Effekte des Fallmanagements. Hierbei muss insbesondere zwischen den weitestgehend objektivierbaren Wirkungskomponenten („effects“) und den subjektiven Komponenten („impacts“) unterscheiden werden (s. Schröder & Kettiger 2001). Beide Dimensionen sind Bestandteile der Ergebnisqualität. Voraussetzung für die Bestimmung von „effects“ ist ein standardisiertes einzelfallbezogenes Bedarfsfeststellungsverfahren (Assessment). Ein solches Vorgehen ist, da eine Qualifizierung notwendig ist, nur auf Fachkräteebene möglich, etwa bei den Fallmanager/-innen (s. UE 1, Tabelle 10).

Die „Impact“-Dimension bezieht sich insbesondere auf die Leistungsberechtigten sowie Angehörigen und deren persönliche Bewertung der Ergebnisse ihres individuellen Fallmanagements. Typische Indikatoren für Impacts sind Zufriedenheit oder eine wahrgenommene Veränderung der Lebensqualität.

Eine ausgewogene Evaluation muss sowohl „effects“ als auch „impacts“ erfassen. Würden bspw. 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).

3.4.2. Festlegung der Stichprobenumfänge

Ein zentraler Aspekt des Erhebungsdesigns ist die Frage nach dem optimalen Stichprobenumfang. Dies ist zunächst eine rein theoretische bzw. methodologische Frage, da die erforderlichen Stichprobenumfänge abhängig von den Forschungsfragestellungen und dem gewählten Evaluationsdesign rein rechnerisch vorgegeben werden. Der erforderliche Stichprobenumfang ist abhängig von der Teststärke (international üblich 80 %), dem Ausmaß der erwarteten Ergebnisse bzw. Wirkungen (Effektgröße), dem erforderlichen Signifikanzniveau (hier $\alpha = 5\%$), den geschätzten Drop-Out-Raten und den direkt aus dem Untersuchungsdesign resultierenden sog. Freiheitsgraden („degrees of freedom“). Es ist an dieser Stelle nicht notwendig, alle genannten Größen im Einzelnen zu erläutern. Für den statistisch nicht geschulten Leser sei lediglich darauf hingewiesen, dass es sich weitestgehend um Gütemaß-

stabe handelt, mit denen eine ausreichende wissenschaftliche „Beweiskraft“ von Befunden sichergestellt werden kann.

Für die Beantwortung der Fragestellungen des vorliegenden Forschungsvorhabens, wurde durch die statistischen Berechnungen ein Gesamtstichprobenumfang von $n = 840$ nahegelegt. Bevor wir uns mit dem Zustandekommen dieses Wertes näher befassen können, muss zunächst noch auf drei rein praktische Fragestellungen Bezug genommen werden, ohne die alle weitergehenden Betrachtungen obsolet wären. Die erste Frage lautet, ob die am Projekt teilnehmenden Modellkreise überhaupt die notwendigen Fälle beisteuern können. Es handelt sich um immerhin 140 Fälle pro Modellkreis. Die Betrachtung der in den Modellkreisen üblichen Zahlen an jährlich erstellten Gesamtplänen lässt dies plausibel erscheinen (vgl. auch Tabelle 9). Die weitaus wichtigere Anschlussfrage ist allerdings, ob sich die geforderte Fallzahl auch im angedachten Erhebungszeitraum des WiFEin-Projekts realisieren lässt. Wie wir in Abschnitt 3.4.3 sehen werden, ist dies mehr eine Frage des Verhältnisses von prospektiven und retrospektiven Dokumentationen als eine grundsätzliche Frage der Machbarkeit oder Nichtmachbarkeit. Eine letzte Frage ist, ob der mit den Erhebungen einhergehende Dokumentationsaufwand von den Modellkreisen überhaupt, neben der Bewältigung des „Tagesgeschäfts“, geleistet werden kann. Diese Hürde konnte nur durch einen Dialog mit der Praxis und eine erhebungsökonomische Konstruktion der Erhebungsinstrumente überwunden werden.

Aus methodischer Sicht muss darauf hingewiesen werden, dass der kalkulierte Gesamtstichprobenumfang von $n = 840$ in mehrfacher Hinsicht einen Sicherheitspuffer enthält, der eine Verwertbarkeit der erhobenen Daten sicherstellen soll. Ein nicht vollständig kontrollierbarer Unsicherheitsfaktor in der Berechnung der optimalen Stichprobenumfänge geht nämlich von den Effektstärken aus, die der Modellrechnung zugrunde gelegt werden. Dabei handelt es sich um nichts anderes als eine Vorab-Schätzung, inwieweit die später ermittelten Wirkungen des Fallmanagements eher klein, mittel oder groß ausfallen. Je kleiner die Effekte tatsächlich ausfallen, desto größere Stichprobengrößen werden benötigt, um wirklich sicherstellen zu können, dass die beobachteten Unterschiede nicht rein zufällig zu Stande gekommen sind. Man kann sich dies in etwa wie mit einem Gegenstand vorstellen, der man unter einem Mikroskop betrachten will. Je kleiner er ist, desto stärker muss das Mikroskop vergrößern können. Reicht der Vergrößerungsfaktor nicht aus, kann man den Gegenstand nicht erkennen.

Das n von 840 ist so berechnet, dass auch kleine bzw. „feine“ Effektunterschiede statistisch abgesichert werden können. Im Maßstab des international gebräuchlichen Cohens d , handelt es sich dabei um eine Effektgröße von $d = 0,2$. Dies ist der kleinste Wert, der in der Literatur als Richtwert für einen gerade so noch praktisch bedeutsamen Effekt angegeben wird.

In die Modellrechnung eingeflossen ist ebenfalls die Prämisse, dass verschiedene statistische Gruppenvergleiche in Bezug auf Effektivität und Effizienz ermöglicht werden (vgl. auch Abschnitt 3.3). Die inferenzstatistische⁹ Absicherung der Gruppenunterschiede erfolgt mit

⁹ Ergänzend zur rein beschreibenden (deskriptiven) Statistik, deren Funktion es ist die erhobenen Datenmengen geordnet darzustellen und systematisch wiederzugeben, geht es bei der Inferenzstatistik bzw. schließenden Statistik um die Wahrscheinlichkeit mit der, aus den vorliegenden Stichprobendaten, auf die zugrundeliegende Grundgesamtheit geschlossen werden kann. Eine typische inferenzstatistische Fragestellung wäre zum Beispiel, ob der in zwei Personengruppen beobachtete Mittelwertsunterschied signifikant ist, d. h. nicht rein zufällig zustande gekommen ist.

Hilfe von T-Tests und/oder zweifaktoriellen Varianzanalysen (ANOVA), sofern auch mehr als zweistufige Untergruppen untersucht werden sollen. Bei inhomogenen Varianzen werden ergänzend Welch-Tests eingesetzt. Tabelle 11 zeigt die Verteilung der Fallzahlen am Beispiel einer Gegenüberstellung der drei Modellkreise mit den höchsten und niedrigsten Implementierungsgraden, entsprechend der Auswertung des im Zuge der Kurzumfrage adaptierten Screeningverfahrens.

Tabelle 11: Optimale Stichprobenumfänge am Beispiel eines Gruppenvergleichs

			<i>Summe</i>
<i>„Experimentalgruppe“</i> (mit vglw. hoher FM-Implementierung)	Modellkreis IR 1	140 (30)	420 (90)
	Modellkreis IR 2	140 (30)	
	Modellkreis IR 3	140 (30)	
<i>„Vergleichsgruppe“</i> (mit vglw. niedriger FM-Implementierung)	Modellkreis IR 4	140 (30)	420 (90)
	Modellkreis IR 5	140 (30)	
	Modellkreis IR 6	140 (30)	
<i>Summe</i>		840 (180)	840 (180)

IR = Implementierungs-Rangplatz des Modellkreises nach Screeningverfahren

Die Erfahrung aus anderen Studien zeigt, dass Effekte im Rahmen des Case Managements/Fallmanagements mitunter durchaus stärker ausfallen als die oben beschriebene Effektgröße von $d = 0,2$. Bei mittleren Effektunterschieden in der Größenordnung einer Effektgröße von $d = 0,5$ wäre im obigen Beispiel schon ein Gesamtstichprobenumfang von $n = 180$ (90 Fälle je aggregierter Untersuchungsgruppe) ausreichend. Die entsprechenden Werte sind in Tabelle 11 in Klammern ausgewiesen. Eine solche Effektstärke schon von vorneherein als Kalkulationsgrundlage heranzuziehen, wäre aus vielerlei Gründen trotzdem hochgradig fahrlässig. Neben dem vorab nicht bestimmbar Ausmaß der tatsächlichen Unterschiedlichkeit der Implementierungen in den Modellkreisen, sind Wirkungsprognosen insgesamt nur schwer von einem auf das andere Arbeitsfeld zu übertragen. In der Eingliederungshilfe liegen derzeit ja leider noch keine Referenzwerte für das Ausmaß von Wirkungen des Fallmanagements vor. Gerade deswegen wird ja die vorliegende Studie überhaupt durchgeführt. Zudem ist studienplanungstechnisch und statistisch eine „Zuviel-Erfassung“ immer einer „Zuwenig-Erfassung“ vorzuziehen. Letzterer Fall könnte nur durch eine Verlängerung der Erhebungsphase und damit deutlichen Verzögerungen beim Beginn des Praxistransfers der Ergebnisse kompensiert werden. Daneben gibt es noch weitere gute Argumente die, trotz des höheren Erhebungsaufwandes, für den Stichprobenumfang von $n = 840$ sprechen: Die Zahl ist nämlich auch so kalkuliert, dass grundsätzlich noch weitere Vergleichsoptionen (s. Abschnitt 3.3) und aufschlussreiche Subgruppenanalysen ermöglicht werden. So können mittlere Effektunterschiede bspw. auch für folgende Detailfragestellungen abgesichert werden:

- Extremgruppenvergleich des besten mit dem schlechtesten Modellkreis, im Sinne einer best practice und worst practice-Analyse
- Analyse der differenzierten Effekte bzw. Wirkungen von max. drei Untergruppen innerhalb der beiden übergeordneten Untersuchungsgruppen

3.4.3. Zeitablauf der Erhebungen: Prospektive und retrospektive Erhebungsmodi

Um die Wirkungen einer Intervention durch Veränderungsmessungen zuverlässig abbilden zu können, ist ein Längsschnittsdesign eine unverzichtbare Voraussetzung. Hierbei wurde sich auf ein Prä-Post-Design mit zwei Erhebungszeitpunkten verständigt.

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

Formaler „Stichtag“ der Ausgangserhebung 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 bzw. sinngemäß sobald er Gültigkeit erlangt (etwa bei Einzug in eine Wohnform). Vom t1-Stichtag zu unterscheiden ist bspw. 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. Es ist leicht nachvollziehbar, dass je nachdem wie lange die genaue Bedarfsfeststellung sowie die Ziel- und Maßnahmenplanung im Einzelfall dauert, ganz unterschiedliche Zeiträume zwischen dem Beginn der Fallbearbeitung und dem Inkrafttreten der Maßnahmen liegen können. Diese Zeitverläufe werden aber durch die Erhebungsinstrumente im Einzelfall abgebildet und sind ebenfalls Gegenstand der Evaluation (s. Abschnitt 3.5).

Eine reliable (messgenaue) Wirkungsbestimmung durch Veränderungsmessungen kann nur gelingen, wenn die Erhebung schwerpunktmäßig prospektiv, d.h. 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 auch 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 müssen, so ist es bspw. 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 bzw. 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- bzw. Interventionsphase des Fallmanagements. Es handelt sich um die Phase, in der der oder die Fallmanager/-in den Fall aktiv steuert. Mit Abschluss der Bedarfsfeststellung, Ziel- und Maßnahmenplanung tritt das Fallmanagement bildlich gesehen in den Hintergrund und die „Hauptinteraktion“ mit den Leistungsberechtigten wird den Leistungserbringer bzw. Dienstleister überlassen (was aber natürlich nicht gleichsam auch für fortlaufende fachliche Controllingaktivitäten gelten sollte). Aus theoretischen Überlegungen heraus ist anzunehmen, dass sich in einem Zeitraum von sechs Monaten nach diesem Stichtag im Zuge einer Monitoringerhebung Veränderungen bei Ressourcen und Problemlagen – bspw. eine Verbesserung von Wohnsituation oder Lebensqualität – zeigen, die mit der Aktivität des Fallmanagements in Zusammenhang stehen.

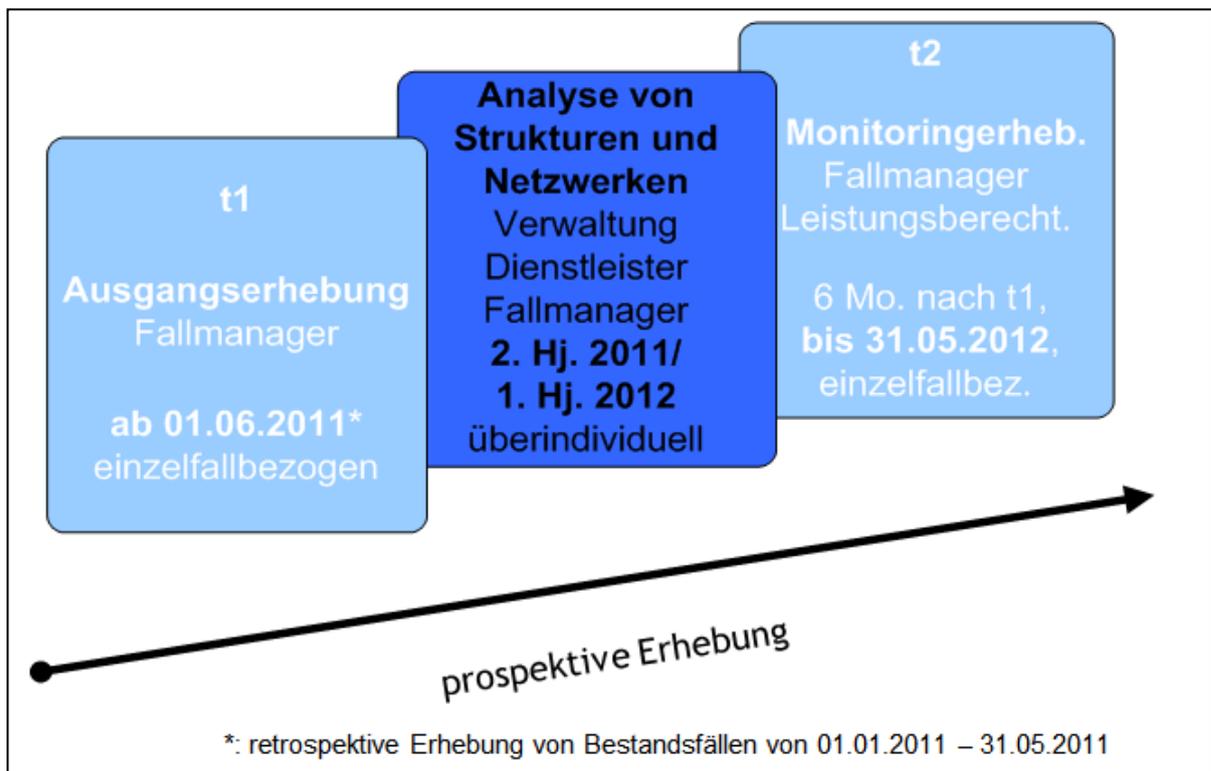


Abbildung 4: Zeitablauf der Erhebungen)

Um die im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Stichprobenumfänge erreichen zu können, reicht im Rahmen des t1-Messzeitpunkts allein ein Rückgriff auf Neufälle nicht aus. Es müssen auch Bestandsfälle betrachtet werden, die schon längere Zeit im Fallmanagement gesteuert werden. Die beschriebenen Aktivitätsepisoden im Fallmanagement, an denen sich dessen Wirkungen festmachen lassen, sind aber auch hier zu beobachten, bspw. wenn eine Überprüfung des Eingliederungserfolgs geplant ist oder mit einer biographischen Übergangssituation eine Veränderung des Hilfebedarfs einhergeht.

Da der Erhebungsbeginn des Vorhabens ab dem 01.06.2011 vorgesehen ist (vgl. Ausführungen in Abschnitt 4) war es in diesem Kontext ferner unvermeidlich, in einem gewissen Umfang auch auf retrospektive Erhebungstechniken zurückzugreifen (s. Abbildung 4). Es wurde allerdings festgelegt, dass im Sinne der Erhebungsgüte die zu evaluierenden Merkmale bzw. Zustände grundsätzlich nicht länger als ungefähr sechs Monate zurückliegen dürfen. Mit den Modellkreisen wurde zudem vereinbart, dass prospektive Falldokumentationen im-

mer 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)

3.4.4. Definition von Kriterien der Fallauswahl

Eine wichtige Frage des Evaluationsdesigns ist, welche Fälle überhaupt in die Evaluation aufgenommen werden. Wie die Kurzumfrage in den Modellkreisen gezeigt hat, ist die Praxis, welche Fälle genau mit dem Fallmanagement gesteuert werden, recht heterogen. Es ist gleichsam möglich, dass grundsätzlich alle Neufälle, nur kostenintensive Fälle oder nur bestimmte Leistungsarten ins Fallmanagement einfließen.

Die Evaluation gibt den Modellkreisen hier grundsätzlich keine Selektionskriterien vor. Entscheidend ist allein die jeweilige regionale Vorgabe bzw. das regionale Selektionsprinzip, welche Fälle gesteuert werden. Es darf nicht vergessen werden, dass die Fallselektion ebenfalls ein wichtiger Bestandteil des Fallmanagementkonzepts ist. Würden hier seitens des Projektteams Vorgaben gemacht, wäre ein objektiver Vergleich der unterschiedlichen Ansätze und Implementierungsformen nicht mehr möglich.

Gleichwohl werden in den einzelfallbezogenen Erhebungsinstrumenten organisatorische Vorgaben bei der Fallselektion und inhaltliche Anlässe für das Fallmanagement differenziert erfasst, um sie später im Zuge der Wirkfaktorenanalyse als potentielle Einflussfaktoren eingehend auswerten zu können.

3.5. Entwicklung von einzelfallbezogenen Erhebungsinstrumenten und Glossaren zur Verlaufsdokumentation des Fallmanagements durch die Fallmanager/-innen

Entsprechend der in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen Anforderungen, wird ein umfassendes Evaluationsinstrumentarium entwickelt, mit dem die einzelnen Untersuchungsebenen abgedeckt werden können. Das wesentliche Instrumentarium, das im Zuge der ersten Projektphase und damit auch im Rahmen des vorliegenden Zwischenberichtszeitraums bereitgestellt wurde, sind die beiden einzelfallbezogenen Erhebungsinstrumente t1 und t2, zur Ausgangs- und Monitoringerhebung entsprechend des Evaluationsdesigns. Die wesentlichen Grundzüge dieser Instrumente werden im Folgenden beschrieben. Die Dokumentationsbögen selbst können im Anhang dieses Zwischenberichts eingesehen werden.

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 (vgl. Abbildung 4). 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 Eingabefeldern hat im Vergleich zu einem Papierbogen mehrere Vorteile: Neben einer exakten Bedarfsdeckung, d. h. 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.

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 ggf. nicht erreichte Ziele
 - Art der Umsetzung von Zielvereinbarung bzw. Gesamtplan
 - Gründe für ggf. 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 ggf. 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 der/des 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

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, ggf. in leicht modifizierter und „gestraffter“ Form, theoretisch auch nach Ende des Forschungsvorhabens in den Modellkreisen weiter genutzt werden (s. auch Abschnitt 5 zur Verwertung). Zur Steigerung der Erhebungsökonomie wurde als Hilfestellung bzw. Bearbeitungshilfe für die Modellkreise unter anderem eine Übersicht erstellt, wie die einzelnen Dimensionen des im Rahmen von WiFEin entwickelten Assessment- bzw. 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 (s. Abschnitt 3.7 allgemeine Erhebungsmaximen sowie umfangreiche Glossare erstellt, die ausführliche Handanweisungen für die Fallmanager/-innen enthalten, wie die einzelnen Items bzw. Fragen des t1- und t2-Instruments zu bearbeiten sind (s. Anhang).

Neben den einzelfallbezogenen Dokumentationsbögen der Fallmanager-/innen werden aktuell, in Anlehnung an die in Tabelle 10 beschriebenen Untersuchungsebenen, noch weitere Untersuchungsinstrumente und -techniken entwickelt. Für Details siehe auch die Ausführungen zum Zeit- und Arbeitsplan in Abschnitt 4.

3.6. Rückkopplung der Erhebungsinstrumente in die Praxis

Das Forschungsvorhaben ist 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 an den Evaluationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) orientiert. Neben den Durchführbarkeits- und Genauigkeitsstandards, die bspw. nur durch den Einsatz aktueller und angemessener wissenschaftlicher Techniken und Methoden erreicht werden können, sind auch Nützlichkeit und Fairness zu beachten. Dazu gehört bspw., dass die am Evaluationsgegenstand partizipierenden oder von ihm betroffenen Personen bzw. 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. Praktisch gesehen erfolgte hier die Rückkopplung mit der Praxis auf mehreren Wegen:

Ein wesentlicher Baustein dieses Prozesses war ein am **Montag den 18.04.2011** in den Räumlichkeiten des KVJS in Stuttgart durchgeführter **Workshop zur Instrumentenentwicklung**. Der Workshop richtete sich primär an die Projektkoordinator/-innen in den Modellkreisen sowie fachlich interessierten Projektmitarbeiter/-innen. Mit insgesamt ca. 20 Teilnehmer/-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.

Die Beteiligung der abgelehnten Bewerberkreise ist auch deswegen von besonderer Bedeutung, da der Praxistransfer der im Rahmen des WiFEin-Projekts ermittelten Ergebnisse wie bereits beschrieben, später landesweit erfolgen soll. Ein solcher Transfer gestaltet sich in der Regel deutlich effizienter, wenn im übertragenden Sinne nicht jeder Kandidat erst mal beim sprichwörtlichen „Stand Null“ abgeholt werden muss. Aus diesem Grund wurden den Nicht-Modellkreisen im Rahmen der Auftaktveranstaltung (s. Abschnitt 3.9) folgende „Angebote“ unterbreitet:

- Partizipation / „Hospitation“ auch bei den nicht öffentlichen Projektworkshops, dadurch Kennenlernen der Praxis und Orientierung über die fachliche Diskussion möglich.
- Teilnahme an der Instrumentenschulung (s. Abschnitt 3.7), dadurch individueller fachlicher Zugewinn durch die qualifizierenden und prozessstandardisierenden Eigenschaften der Instrumente
- Einschreibung in Newsletter (s. Abschnitt 3.7) mit den wichtigen Projektinfos und Zwischenergebnissen

- Endergebnisse stehen allen Stadt- u. Landkreisen zur Verfügung (Abschlussbericht, Fachtagung u. Workshops)

Darüber hinaus waren die Modellkreise noch über weitere Wege in die Entwicklung des Erhebungsinstrumentariums einbezogen: Zum einen während der Probeläufe, 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.

3.7. Organisation und Standards der Datenerhebung

Bereits an mehreren Stellen wurde darauf hingewiesen, dass für eine Wirkungsevaluation durch Veränderungsmessung ein hoher Standardisierungsgrad der Erhebungsinstrumente unerlässlich ist. Neben einer dezidierten Handanweisung in Form von Glossaren (s. Anhang), müssen hierfür auch geeignete Qualifizierungsmaßnahmen ergriffen werden. Die **Instrumentenschulungen** im Rahmen von WiFEin wurden an zwei Terminen in der KVJS-Zentrale in Stuttgart durchgeführt:

- **Donnerstag, 26.05.2011**
- **Dienstag, 31.05.2011**

Neben allgemeinen Informationen zum angemessenen Aufwand, der im Rahmen der Evaluation betrieben werden sollte, wurden die allgemeinen Maßgaben bei der Bearbeitung der Erhebungsbögen besprochen (siehe unten), zentrale Items/Fragestellungen diskutiert sowie Hinweise und Tipps zum Ausfüllen und zur EDV-technischen Handhabung gegeben.

Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die organisatorischen Aspekte, die mit der Datenerfassung einhergehen. Die wesentlichen Ergebnisse sind im Folgenden skizziert. Auf der Einzelfallebene werden sechs Einzelprozesse unterschieden, welche die Fallmanager/-innen beachten müssen:

1. Einverständnis zur Datenübermittlung beim Leistungsberechtigten einholen (s. auch Abschnitt 3.8)
2. Codevergabe in Abstimmung mit der/dem regionalen Projektkoordinator/-in
3. Alle Items vollständig bearbeitet, damit Abschluss Datenerhebung durch Fallmanager/-in. Fallunterscheidung:
 - ▶ wenn es sich um eine Ausgangserhebung t1 handelt: Fallmanager/-in legt sich den Fall zum Stichtag t2 auf Wiedervorlage
 - ▶ wenn es sich um eine Monitoringenerhebung t2 handelt: Unterlagen „Adressatenbefragung“ an die Leistungsberechtigten/Angehörigen übergeben (Instrumentarium befindet sich aktuell noch in Entwicklung)
4. Fallmanager/-in übermittelt die abgespeicherte(n) Datei(en) an die/den regionalen Projektkoordinator/-in

5. Abschließende Prüfung durch Projektkoordinator/-in, bspw. ob die Bogen wirklich vollständig bearbeitet sind
6. Projektkoordinator/-in übermittelt Daten an KFH Mainz

Bei dem Prozedere ist wichtig, dass so lange die Daten noch nicht an die KFH Mainz übermittelt wurden, die Verantwortung für das Erstellen von Sicherungskopien (Backups) von den Daten bei den Systemadministratoren der Modellkreise liegt.

Jeder Modellkreis hat neben den für die Erhebungen zuständigen Projektmitarbeiter/-innen auch eine/einen **Projektkoordinator/-in** benannt. Die Aufgaben der Projektkoordinator/-innen lassen sich wie folgt beschreiben:

- Direkte(r) Ansprechpartner/-in für das Projektteam in Mainz
- Koordination und Controlling der Datenerfassung
 - Vollständigkeit
 - der Angaben innerhalb eines Erhebungsbogens
 - pro Fall muss immer sowohl eine t1 als auch eine t2-Erhebung erfolgen, sonst können keine Veränderungen bestimmt werden
 - für die Einhaltung von Fristen sorgen (insbesondere bezogen auf den t2-Stichtag)
 - bei Fristüberschreitung dafür sorgen, dass Daten so schnell wie möglich nacherfasst werden, spätestens bis zum Ende der Erhebungsphase (s. Abschnitt 4)
- Vergabe der Pseudonyme/Codes für die Einzelfälle und die Fallmanager/-innen
- Daten sammeln und an die KFH Mainz übermitteln
- Koordination der Übergabe von Befragungsunterlagen an die Leistungsberechtigten (so dass keine personenbezogenen Daten an die KFH Mainz übermittelt werden müssen)
- Erstellung einer Übersichtstabelle der relevanten Leistungserbringer/Dienstleister

Die **Datenübermittlung** an die KFH Mainz erfolgt nach Sammlung und Prüfung der Daten durch die Projektkoordinator/-innen in regelmäßigen Zeitabständen von ca. 4-6 Wochen. Hierzu wurde eine eigens für diesen Zweck angedachte Emailadresse eingerichtet. Bei großen Datenmengen kann allerdings ebenfalls ein Postversand auf Datenträger erfolgen. Zum Schutz der Daten bei Verlust oder unbefugtem Zugriff auf dem Übermittlungsweg, werden die Daten mit einer zusätzlichen Verschlüsselung versehen (s. auch Abschnitt 3.8).

Aufgrund ihres Umfangs ist es an dieser Stelle nicht möglich, alle entwickelten **Erhebungsstandards** detailliert wiederzugeben. Dazu sei auf die Glossare zu den Erhebungsinstrumenten t1 und t2 im Anhang verwiesen. Im Folgenden werden daher nur die erarbeiteten Kernprämissen der Erhebung zusammenfassend skizziert. Für nähere Informationen zu den allgemein geltenden, item- und fragebogenübergreifenden Erhebungsleitlinien siehe auch den Glossar „Allgemeine Hinweise“ im Anhang.

1. Zeitnahes Erheben der Daten gewährleisten
 - t1-Erhebung: spätestens zwei Wochen nach Verabschiedung der Neuerstellung oder Fortschreibung des Gesamtplans
 - t2-Erhebung: ebenfalls spätestens Wochen nach dem t2-Stichtag (von der Evaluation vorgegebenes Datum zur Überprüfung der Zielerreichung)
2. Jeder Bogen muss mit Codeangaben versehen werden
 - Fallmanager/-in-Code und Fallcode
 - Übereinstimmung der Codes auf den zusammengehörigen t1 und t2-Bögen muss geprüft werden, ansonsten ist keine korrekte Zuordnung und Veränderungsmessung möglich
3. Jedes Item bearbeiten (Vollständigkeit)
 - Items dürfen nicht einfach ausgelassen werden, da in diesem Fall nicht eindeutig ist, welche Gründe die Auslassung hat: bspw. keine Antwortalternative trifft zu, die Informationen zur Beantwortung der Frage liegen nicht vor oder das Item wurde einfach nur übersehen. Damit eine vollständige Bearbeitung ermöglicht wird, sind bei allen Items auch die Antwortalternativen „entfällt“ und „unbekannt“ vorgesehen (siehe unten)
4. Mehrfach-/Einfach-nennungen beachten
 - um Gewissheit zu erlangen, ob bei einem Item nur eine Nennung/Antwortalternative oder auch mehrere Angaben gemacht werden können, müssen die jeweiligen Itemüberschriften beachtet werden
5. Zeitpunkt/-raum beachten
 - es ist darauf zu achten, ob die zu tätigen Angaben sich auf einen Zeitpunkt oder einen Zeitraum beziehen
6. Kategorie „Sonstige“ soweit möglich vermeiden
 - vereinfacht die Auswertung
7. Kategorie „teils/teils“ bzw. „mittel“ vermeiden
 - kann zu einer Tendenz zur Mitte führen mit geringer Datenvarianz führen und damit die Auswertbarkeit erschweren
 - Mittelangaben korrelieren mit der Unsicherheit des Einschätzenden, der „psychometrische Gehalt“ einer solchen Angabe ist also nicht ganz eindeutig
8. Kategorie „unbekannt“ vermeiden
 - Gute Schätzung ist grundsätzlich keiner Information bzw. fehlender Angabe vorzuziehen
9. Bei Unsicherheiten möglichst immer die Personen/Institutionen kontaktieren, die über die besten Informationen zur Einschätzung eines Sachverhalts verfügen (etwa Leistungserbringer, Ärzte, Fachdienste oder Angehörige)

10. „Unbekannt“ von „Entfällt“ unterscheiden

- Unbekannt = man weiß die Antwort auf die Frage nicht bzw. man kann den Sachverhalt nicht einschätzen
- Entfällt = die Frage trifft im vorliegenden Fall nicht zu, etwa altersbedingt oder aus anderen sachlogischen Gründen (bspw. Angabe zur beruflichen Tätigkeit bei einem Zehnjährigen)

11. Konservative Forschungsstrategie verfolgen

- Bei Unsicherheiten in Bezug auf die Einordnung in zwei psychometrisch nebeneinanderliegende Skalenstufen, bspw. Ausprägung einer Problemlage „schwer“ oder „sehr schwer“, soll das Merkmal immer in der geringeren Ausprägung als zu hoch eingeschätzt werden

12. Angaben entsprechend Vorgaben

- nur die im Erhebungsinstrument vorgesehenen Antwortalternativen dürfen benutzt werden. Bei einer dreistufigen Skala mit den Ausprägungen 1 = nicht zutreffend, 2 = teilweise zutreffend, 3 = voll zutreffend kann bspw. nur mit 1, 2 oder 3 geantwortet werden, nicht aber mit 2,5 oder Ähnlichem

13. Bögen in einem Zug bzw. in möglichst großen Blöcken bearbeiten

- zur Verbesserung der Erhebungsökonomie und im Sinne der Datenqualität sollen die Daten nicht zu sehr „gestückelt“ erhoben werden
- in der Praxis des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe kann eine mehrstufige Erhebung allerdings nicht völlig vermieden werden, da zwischen Beginn der Fallbearbeitung, Bedarfsfeststellung (Assessment) und der Verabschiedung des Gesamtplans tw. größere Zeiträume als zwei Wochen liegen
- in diesen Fällen darf die Erhebung zu mehreren Zeitpunkten bzw. in mehreren Blöcken entsprechend der Arbeitsschritte/Prozessphasen wie etwa der Bedarfsfeststellung oder der Maßnahmenplanung durchgeführt werden
- die zweiwöchige Frist der zeitnahen Erhebung (siehe oben) ist dann sinngemäß in Bezug auf die einzelnen Arbeitsschritte/Prozessphasen anzuwenden

14. Bei Unklarheiten (aktuelle) Glossare benutzen, ggf. Rückfrage beim Projektteam

3.8. Klärung von Datenschutzfragen

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. Trotz der allgemein zunehmenden Bedeutung von datenschutzrechtlichen Fragen ist hierbei leider deutlich geworden, dass die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Detail nicht immer so klar ge-

regelt sind wie dies wünschenswert gewesen wäre. Dies kann bei Forschungsprojekten mitunter zu nicht unerheblichen Komplikationen, bei der ja meist recht straffen Zeit- und Aufgabenplanung, führen. Wir möchten diese Bemerkung im Kontext des vorliegenden Vorhabens übrigens nicht als Kritik an den hier unmittelbar agierenden Personen verstanden wissen, die sich bei allen Anfragen stets sehr kooperativ und engagiert gezeigt haben, sondern eher als allgemeinen Hinweis auf Optimierungspotenziale im Zuge von zukünftigen Forschungsvorhaben.

Ein wesentliches Charakteristikum im WiFEin-Forschungskonzept ist, dass personenbezogene Daten von Leistungsberechtigten, also etwa Name und Anschrift, grundsätzlich nicht an die Forschungsstelle übermittelt werden müssen. Da es im Sinne der Forschungsfragestellungen allerdings unvermeidlich ist, dass Bezüge zwischen verschiedenen Messzeitpunkten – etwa zwischen t1- und t2-Zeitpunkt im Zuge der Veränderungsmessung/Wirkungsbestimmung – sowie zwischen unterschiedlichen Untersuchungsebenen (s. Abschnitt 3.4) hergestellt werden, können die Daten aber auch nicht vollständig anonymisiert erhoben werden. Der Datenschutz wird daher durch Pseudonymisierung gewährleistet, d. h. durch die Vergabe von Codeschlüsseln aus Buchstaben- und Zahlenketten.

Im Rahmen von WiFEin kommen 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 ist sowie ein zehnstelliger Fallcode, der sich aus einem Akronym, dem Fallmanager-Code sowie einer fortlaufend vergebenen Fallnummerierung zusammensetzt. Pro Fall bzw. pro Person darf im Rahmen des Projekts ein Code nur einmal vergeben werden. Beispiele:

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

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

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

Um dem Rechnung zu tragen wurde für das Forschungsvorhaben eine Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung entwickelt (s. Anhang), der die Leistungsberechtigten bzw. ihre gesetzlichen Vertreter zustimmen müssen. Bei der Gestaltung der Einwilligungserklärung wurden auch die spezifischen Verbesserungsvorschläge und Hinweise des Landesdatenschutzbeauftragten berücksichtigt. Vorgelegt wird die Einwilligungserklärung in jedem Einzelfall durch die/den fallverantwortliche(n) Fallmanager/-in. Durch eine etwaige Nicht-Einwilligung entstehen 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 inhaltlichen-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 bspw. dann der Fall ist, wenn im Wesentlichen nur Personen einer bestimmten Gruppe nicht an der Studie teilnehmen, kann grundsätzlich nicht mehr zuverlässig ausgeschlossen werden, dass es auch zu einer systematischen Verzerrung der Studienergebnisse kommt. Dies ist insbesondere eine Gefahr für die Repräsentativität bzw. 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 Ergebnissen zu Stande kommen. Nun gibt es aber auch „beratungsresistente“ Personen, die weniger unkompliziert sind und dementsprechend auch nicht an einer Wirksamkeitsstudie teilnehmen wollen, die die Beratungsstelle gerade durchführt. Aus den Ergebnissen der Studie, die sich notgedrungen nur auf die Personen mit den guten Ergebnissen beziehen kann, auf eine generelle Wirksamkeit der Beratung zu schließen wäre nun offensichtlich gelinde gesagt nicht ganz richtig.

Inwieweit sich die beschriebene Vorgehensweise im Rahmen von WiFEin ggf. negativ auf die angestrebten Forschungszwecke auswirkt, kann nach gegenwärtigem Stand des Projekts noch nicht abschließend beurteilt werden. Es hängt letztendlich auch davon ab, wie hoch der Drop-Out letztendlich ausfällt. Geringe Quoten sind üblich und im Hinblick auf die Aussagekraft der Ergebnisse tolerierbar. Aktuelle Rückmeldungen aus den Modellkreisen legen nahe, dass sich insbesondere bei der Gruppe der seelisch Behinderten erhöhte Widerstände gegen die Datenübermittlung im Rahmen des Forschungsvorhabens abzeichnen. Eine genaue Abschätzung der daraus resultierenden Drop-Out-Raten ist ad hoc aber noch nicht möglich.

Vorbehaltlich der weiteren Entwicklung in diesem Bereich muss ggf. auch nochmals geprüft werden, ob im Sinne von § 75 SGB X Absatz 1 nicht nochmal ein neues Gutachten eingeholt werden muss, dass das öffentliche Interesse der Forschung und Planung im konkreten Fall nochmals etwas eingehender dem Geheimhaltungs- und Schutzinteresse der Betroffenen gegenüberstellt.

Das Thema Datenschutz bleibt also weiterhin ein aktueller Tagesordnungspunkt auf der Projektagenda. Unabhängig von der juristischen Prüfung, werden aktuell noch weitere Maßnahmen, im Hinblick auf eine Drop-Out-Minimierung auf dem Hintergrund der Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung, geprüft. Ein zentraler Aspekt dabei ist die Darstellung des Forschungsvorhabens durch die/den zuständigen Fallmanager/-in. Als vertrauensbildende Maß-

nahme sollen die Fallmanager-/innen, jenseits der Vorlage des Schriftstücks, insbesondere auch im persönlichen Gespräch nochmals auf die wichtigsten „Eckdaten“ der Datenschutzerklärung hinweisen, etwa:

- keine Übermittlung von Name, Anschrift oder Geburtsdatum
- anonymisierte Auswertung, d. h. 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 hat es sich in vielen Fällen bereits jetzt oftmals sehr hilfreich erwiesen, den Leistungsberechtigten neben der Einverständniserklärung auch noch den KVJS-Flyer zum Forschungsprojekt auszuhändigen, der noch etwas detaillierte Hintergrundinformationen zu den Zielen und der Vorgehensweise des Forschungsprojekts vermittelt.

Durch das Gesamtmaßnahmenpaket sollen die Ängste und Befürchtungen der Betroffenen im Hinblick auf den Datenschutz ernst genommen und nicht einfach ignoriert werden. Es wird ebenfalls noch diskutiert, inwieweit die Leistungserbringer und Dienstleister künftig noch besser über das Forschungsprojekt informiert werden, so dass auch von deren Seite kompetent Auskunft geben werden kann, wenn sie ggf. von Leistungsberechtigten auf das Forschungsprojekt angesprochen werden. Nichtsdestotrotz bleiben für die Leistungsberechtigten natürlich die Fallmanager/-innen sowie das Projektbüro in Mainz primäre Anlaufstation bei Fragen zum Thema Datenschutz.

3.9. Darstellung des Projekts bei den Stadt- und Landkreisen

Im Projektzeitraum wurden im Hinblick auf die Darstellung des Forschungsvorhabens bei den Stadt- und Landkreisen zusammenfassend folgende Anstrengungen unternommen:

Am **Montag, den 14.03.2011** wurde in Stuttgart die landesweite **Auftaktveranstaltung** mit breiter Resonanz durchgeführt. Die Auftaktveranstaltung richtete sich insbesondere an die strategische und operative Ebene in den Landkreisen (ausgewählte Modellkreise als auch Bewerberkreise). Entsprechend waren sowohl die Sozialdezernenten, die Sozialamtsleiter und Sachgebietsleiter als auch die Fallmanager bzw. mit dem Fallmanagement betraute Sachbearbeiter zu der Veranstaltung eingeladen. Inhaltlich-thematisch lag der Fokus der Auftaktveranstaltung auf der Darstellung der Fragestellungen und Reichweite des Vorhabens sowie dem potentiellen Gewinn für die Forschung und die Modellkreise. Ferner wurden noch der Forschungsansatz, das konkrete methodische Vorgehen und die Auswahl der Modellkreise dargelegt und diskutiert.

Um die Modellkreise und alle am Projekt Interessierten fortlaufend mit aktuellen Neuigkeiten und Ergebnissen rund um das Projekt zu versorgen, wird in regelmäßigen Abständen über das Projektbüro ein **Newsletter** versendet. Bis dato wurden drei Newsletter versendet (März, Mai und Juli 2011), die im Anhang dieses Zwischenberichtes eingesehen werden können. Neben der Informationsvermittlung soll mit Hilfe des Newsletters insbesondere das Interesse der Projektteilnehmer auf einem konstant aktuellen Niveau gehalten werden.

Seitens des KVJS wurde ferner ein Flyer erstellt, der über die Ziele und den Ablauf des Forschungsvorhabens informiert. Wie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben, wird der Flyer, im Zuge der Einholung der Einwilligung zur Datenübermittlung, auch als Informationsmaterial für die Leistungsberechtigten verwendet.

Weitere Informationen zum Forschungsvorhaben, sind auch auf der Homepage des KVJS unter der Internetadresse „www.kvjs.de/forschung/fallmanagement.html“ zu finden.

4. Abgleich aktueller Stand des Vorhabens mit der Arbeits-, Zeit- und Ausgabenplanung

Das Forschungsvorhaben Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe (WiFEin) war 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 allerdings im Dialog mit den beteiligten Modellkreisen schnell deutlich, dass es innerhalb dieses Zeitrahmens, in Anbetracht der, für die sehr umfassend geplante Erfassung von einzelfallbezogenen Daten, notwendigen personellen Ressourcen, durchaus schwierig sein könnte, die für eine fundierte Auswertung notwendige Anzahl an forschungsmethodologisch hochwertigen hilfebegleitenden Falldokumentation zu erreichen (insbesondere bezogen auf die in Abschnitt 3.4.3 beschriebenen „Typ A“-Fälle). Da dem KVJS sehr daran gelegen ist, dass belastbare Ergebnisse in einem für alle Beteiligten akzeptablen zeitlichen Rahmen zustande kommen können, wurde daher die Laufzeit um zwei Monate auf den 30. November 2012 verlängert, so dass nun ein entsprechend längerer Erhebungszeitraum für die einzelfallbezogenen Daten eingeräumt werden kann. Im Rahmen des in Abbildung 5 dargestellten Projektablaufplans wurde diese Laufzeitverlängerung bereits einbezogen. Insgesamt erstreckt sich die Laufzeit des Vorhabens somit auf zwei Jahre.

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 sechsmonatigen Auswertungs- und Präsentationsphase.

Die aktuell bereits vollständig abgeschlossene **erste Projektphase** „Planung und Entwicklung“ (s. Abbildung 5) 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 bzw. das „Feintuning“ des im Projektantrag formulierten Evaluationsdesigns an die praktischen Gegebenheiten und Erfordernisse (siehe auch Abschnitt 3.4). 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 im aktuellen Berichtszeitraum noch laufende **zweite Projektphase** „Einzelfallbezogene Erhebung/vertiefende Evaluation“ dient schwerpunktmäßig der Dokumentation und Datenerfassung mit den Untersuchungsinstrumenten. Der größte zeitliche Ressourcenbedarf entfällt hier auf die ca. 140 pro Modellkreis geplanten einzelfallbezogenen Dokumentationen mit der Ausgangserhebung t1 und der Monitoringerhebung t2, mit deren Hilfe die Effektivität und Effizienz des Fallmanagements bestimmt werden sollen.

Darüber hinaus wird dieser Projektabschnitt genutzt, um die überindividuell oder punktuell-retrospektiv eingesetzten Erhebungsinstrumente der vertiefenden Evaluation (Untersuchungsebenen 2-5 entsprechend Tabelle 10 in Abschnitt 3.4.1) zu entwickeln und anzuwenden. Im Einzelnen zählen dazu die Befragung der Leistungsberechtigten (Untersuchungsebene 2), die eine bilanzierende Betrachtung der auf den Stichtag t2 bezogenen Prozesse und Ergebnisse beinhaltet, die Befragung der Dienstleister und Leistungserbringer (Untersuchungsebene 3), sowie die Analyse von Strukturen, Netzwerken und Prozessabläufen in den Modellkreisen im Zuge von direkt vor Ort durchgeführten Interviews mit Leitungsebene, Sozial-/Teilhabeplanung, Vergütungswesen und Fallmanager-/innen) inklusive der ebenfalls auf diese Aspekte Bezug nehmenden Gesamtumfrage bei allen 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg (Untersuchungsebenen 4 und 5; vgl. auch Abbildung 5).

Begleitet wird die Erhebungsphase durch ein ständiges Datenmanagement mit Plausibilitätskontrollen der erhobenen Daten. Zur Gewährleistung der Datenqualität wird zudem eine telefonische Hotline im Projektbüro Mainz eingerichtet, über die bedarfsweise im Zuge der Datenerhebung auftauchende Probleme und Fragen geklärt werden können.

Die dritte Projektphase „**Auswertung- und Präsentation**“ umfasst 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 ist eine am 20.11.2012 in Stuttgart geplante landesweite Fachtagung.

Im **aktuellen Berichtszeitraum** wurde, wie bereits erwähnt, die erste Projektphase bereits vollständig abgeschlossen und die ihr zugrundeliegenden Arbeitsziele vollständig erreicht, so dass mit den einzelfallbezogenen Erhebungen in Projektphase 2 begonnen werden konnte. Damit bewegt sich das Forschungsvorhaben im Rahmen der vorgesehenen Zeit- und Aufgabenplanung (s. Abbildung 5). In Bezug auf den im Rahmen der Projektskizze vom 29.10.2010 dargelegten Finanzierungsplan sind ebenfalls keine Abweichungen zu konstatieren.

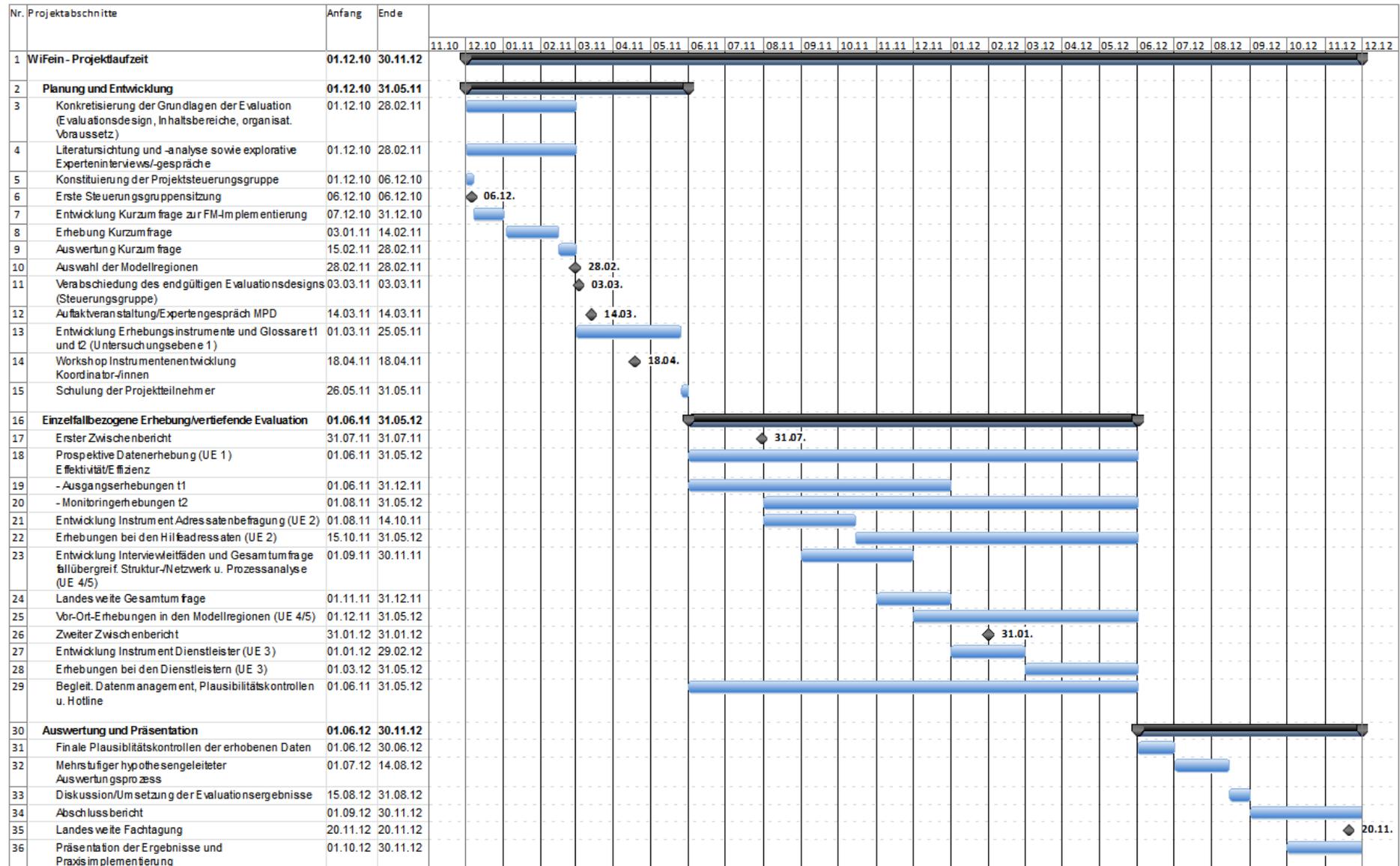


Abbildung 5: Projektablaufplan der Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe (WIFEin)

5. Erreichbarkeit der Vorhabensziele und Ausblick

Die vorliegenden wissenschaftlichen-technischen Erkenntnisse legen in der Gesamtschau in keiner Weise nahe, dass eine bedeutsame Änderung der Erfolgsaussichten des Vorhabens zu konstatieren wäre. Eine Abschätzung anhand von konkreten Kennzahlen wie bspw. der Entwicklung der Fallzahlen oder der Drop-Out-Raten, ist hier allerdings noch nicht möglich, da zum Zeitpunkt der Berichtslegung zu diesen Zahlen noch keine zuverlässigen Prognosen abgegeben werden können. Damit bewegt sich die Projektdurchführung insgesamt im Rahmen der veranschlagten Arbeits- und Ausgabenplanung, die für den Verwendungszweck als notwendig erachtet und bereits in der dem KVJS am 29.10.2010 übermittelten Projektskizze ausführlich beschrieben wurde.

Die Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern gestaltet sich bislang äußerst effizient und produktiv. Durch die klare Aufgabenteilung und die, u. a. im Rahmen von zahlreichen Workshops erreichte, enge Verzahnung zwischen der Steuerungsgruppe, den Projektmitarbeitern und den Modellkreisen konnten die notwendigen Synergieeffekte realisiert und das vorhandene Know-how gebündelt und für das Projekt gewinnbringend nutzbar gemacht werden. Die Modellkreise bringen sich aktuell überaus engagiert und konstruktiv in die Projektdurchführung ein. Bemerkenswert ist, dass sich auch die Landkreise sehr aktiv in das Projekt einbringen, die sich zwar für das Forschungsvorhaben beworben haben, aufgrund der Beschränkungen aber letztlich nicht als Modellkreis ausgewählt werden konnten.

Neben den in Abschnitt 2.2 beschriebenen unmittelbaren Rahmenzielen der Evaluation, also Prozessoptimierung, Qualitätsentwicklung, Legitimation eingesetzter Mittel und Politikgestaltung, die durch das im Rahmen von WiFEin erweiterte Wissen um Effektivität, Effizienz und Wirkfaktoren des Fallmanagements erreicht werden sollen, ergeben sich anknüpfend an das Vorhaben vielfältige konkrete Verwertungsmöglichkeiten, von denen insbesondere zwei besonders naheliegend sind:

Im Rahmen von WiFEin werden standardisierte Items und Erhebungsformen entwickelt, die konkrete Aussagen über die Wirksamkeit des FM erlauben. Neben einer qualifizierten Strukturierung und Vereinheitlichung von fallbezogenen Steuerungsprozessen wird den beteiligten Partnern durch das Instrumentarium in einem gewissen Rahmen auch ermöglicht, eine Selbstbewertung der Effektivität und Effizienz ihrer Hilfe- und Unterstützungsleistungen durchzuführen und daraufhin Qualitätsprozesse zu initiieren. Es ist daher prinzipiell möglich und im Sinne einer Nachhaltigkeit der erreichten Rahmenziele sogar erstrebenswert, dass das entwickelte Instrumentarium auch über das Ende der WiFEin-Projektlaufzeit hinaus noch weiter eingesetzt wird. Neben den Modellkreisen kommen hierfür grundsätzlich alle Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg in Betracht. Eine fundierte fachliche Begleitung in Form von Qualifizierung, Supervision, methodischen Hilfestellungen sowie eines Fachcontrollings der Prozessstandards wäre hier allerdings empfehlenswert.

Dies gilt noch mehr für den zweiten Verwertungsstrang, das Benchmarking: Da die Ergebnisse einer Wirkungsmessung Aussagen ermöglichen, die zur Transparenz des Fallmanagements insgesamt beitragen, verfügen im Endeffekt alle daran partizipierenden Stadt- und Landkreise dann über empirisch fundierte Vergleichsdaten, die im Diskurs von sozialpolitischen Zielen und Entscheidungen relevant sind. Ganz in diesen Sinne kann das Erhebungsinstrumentarium ferner auch Bestandteil eines standardisierten Benchmarkingsystems sein,

das am Ende der Projektlaufzeit überregional einsetzbar ist. Methodisch betrachtet gestaltet sich Benchmarking als ein Vergleich, bei der die eigenen Leistungswerte (bspw. die Effekte der Interventionen oder die Kosten) systematisch sowohl mit den entsprechenden Kennwerten der Benchmarkingpartner verglichen als auch mit objektivierten Qualitätsstandards in Beziehung gesetzt werden. Im Vordergrund dieses Vergleichs zwischen den Stadt- und Landkreisen stünde die Verbesserung der internen Strukturen und Prozessabläufe. Auf Grund der standardisierten Struktur der Evaluationsinstrumente erhielten alle Stadt- und Landkreise, die das neu entwickelte Verfahren in der Praxis einsetzen, unmittelbar miteinander vergleichbare Daten zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ihrer Arbeit. Die aus dem Vergleich gewonnenen Erkenntnisse können im Rahmen der Arbeit für Menschen mit Behinderungen unmittelbar für folgende Anforderungen genutzt werden:

- rechtzeitige Einleitung und höhere Bedarfsorientierung angebotener Hilfen
- Unterstützung kontinuierlicher Verbesserungsprozesse
- Strukturierung, Modifikation und Erweiterung methodischer Handlungskonzepte
- Verbesserung des einrichtungsinternen Kosten- und Prozessmanagements
- Steigerung von Qualität und Produktivität

Dies wiederum kommt jedem einzelnen versorgten Menschen zugute, da sich die Förderung stärker sowohl an den aktuellen als auch an den zukunftsgerichteten Erfordernissen seines individuellen Entwicklungsstandes orientiert. Erste umfangreiche Benchmarkingstudien wurden in den letzten Jahren in den Sozialämtern der öffentlichen Verwaltungen und im Gesundheitssektor durchgeführt und haben zu viel versprechenden Ergebnissen geführt (Hermesen/Macsenaere 2007).

Nach aktuellem Diskussionsstand erscheinen beide potentiellen Verwertungsstränge noch gleichermaßen erstrebenswert wie realisierbar. Konkretere Aussagen hierzu lassen sich allerdings erst im Zuge des weiteren Projektverlaufs, und hier insbesondere im Rahmen der landesweiten „Wissenstransferphase“, treffen.

6. Literatur

- 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.
- Bacher, J. (2002): Statistisches Matching: Anwendungsmöglichkeiten, Verfahren und ihre praktische Umsetzung, in: SPSS. ZA-Information, 51, 38-66.
- Brader, D./Faßmann, H./Lewerenz, J./Steger, R./Wübbecke, 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.
- 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.
- 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>)
- 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] (2011). 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).
- 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./Hermsen, Th./Mennemann, H./Schmid M. (2007), Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe, in: Hermsen, Th./ Macsenaere, M. (Hrsg.): *Wirkungsforschung in der Kinder- und Jugendhilfe*. Schriftenreihe KFH Mainz, Band 02, St. Ottilien, 285 - 308.
- Löcherbach, P./Klug, W./ Rimmel-Fassbender, R./Wendt, W.R. (2009): *Case Management: Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit*. München: Reinhardt.
- Löcherbach, P./Mennemann, H./Hermsen, T. (Hrsg.) (2009): *Case Management in der Jugendhilfe*. München: Reinhardt-Verlag.
- Löcherbach, P./Hermsen, Th./Macsenaere, M./Arnold, J./Klein, J. (2010): *Evaluationsstudie zur Patientenbegleitung der Bosch BKK*. Abschlussbericht. Mainz: KFH (Forschungsbericht, erscheint online: www.kfh-mainz.de)
- 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.
- Rimmel-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.
- 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): Psychosoziale 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.
- 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.
- Wendt, W.R. (1997/2010): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- 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: (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.

Anlagen A-H



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