via sozial
Qualitätsinstitut

Evaluation des Projekts zur Sozialräumlichen Entwicklung der Eingliederungshilfe in Nordfriesland

Analysezeitraum: 2013 bis 2015

Angebot vom 24. April 2013

Inhalt

1 Evaluationsgegenstand ... 3
2 Evaluationskonzept ... 4
3 Evaluationsdesign ... 6
3.1 Forschungsfrage ... 6
3.2 Analysedimensionen ... 6
3.3 Erhebungsmethoden ... 7
4 Datengrundlage ... 9
5 Berichtsprinzip ... 11
6 Evaluationsergebnisse ... 12
6.1 Überblick über den ersten Messzeitpunkt (Baseline) ... 12
6.2 Teilhabeplanung ... 14
6.3 Personelle Ausstattung Kreis NF ... 16
6.4 Regionales Leistungsangebot ... 16
6.5 Finanzielle Entwicklung ... 17
6.6 Hilfequalität: Gesamtwürdigung ... 18
6.7 Hilfequalität: Personenorientierung ... 20
6.8 Leistungsgewährung ... 22
6.9 Kooperation ... 23
6.10 Partizipation ... 24
6.11 Zielorientierung ... 26
6.12 Aktivierung ... 27
6.13 Hilfeeffizienz ... 28
6.14 Hilfequalität: Individuelle Passung ... 29
6.15 Zusammenfassung: Skalenwerte ... 30
7 Dimensionsprüfung ... 32
8 Ergebnisanalyse und Hypothesenprüfung ... 33
9 Ergebnisabgleich ... 34
9.1 Klartext der Betroffenen ... 34
9.2 Von Schulnoten und Romantiteln ... 35
10 Empfehlungen ... 37

1 Evaluationsgegenstand

Die Eingliederungshilfe (EGH) im Kreis Nordfriesland wird gemeinsam mit den Wohlfahrtsverbänden im Sinne der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sozialräumlich weiterentwickelt.

Zu diesem Zweck wurde Anfang 2013 ein Modellprojekt mit einer Laufzeit von fünf Jahren initiiert, das durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein begleitet wird. Dieses hat auch die hier vorliegende Evaluation beauftragt.

Die generellen Ziele des Projekts, gemäß der Leistungsbeschreibung zu der Evaluation, lauten zusammengefasst wie folgt:

(1) Passgenaue und personenzentrierte Leistungen für Menschen mit Behinderungen auf der Basis von individuellen Zielen und Ressourcen
(2) Kooperation von Leistungsträgern und -erbringern, unter umfassender Beteiligung der Betroffenen (Partizipation)
(3) Aktivierung von persönlichem Umfeld und Sozialraum (barrierefreie Nutzung, fallunspezifische Arbeit, verstärkte Ambulantisierung)
(4) Kostenkontrolle durch gemeinsame Verantwortung von Leistungsträgern und -erbringern (Effizienz)

Eingeführt wurden deshalb, ergänzend zu den im SGB XII vorgesehenen, zusätzliche Verfahren und Instrumente, um ressourcenorientierte, bedarfsgerechte und effiziente Leistungen für Menschen mit Behinderung dauerhaft sicherzustellen.

Zentrale Elemente dabei sind die entsprechende Gestaltung der Hilfeplanung, der Ausbau fallunspezifischer Arbeit, die Kooperation in Sozialraumkonferenzen und Netzwerktreffen in den drei neu gebildeten Sozialräumen sowie in der übergeordneten Kreiskonferenz. Zur Finanzierung der Leistungen und Angebote erhalten die beteiligten Leistungserbringer Einrichtungsbudgets im Rahmen der Sozialraumbudgets.

2 Evaluationskonzept

Evaluiert werden sollte, bereits nach etwa der Hälfte der Projektlaufzeit, ob und inwieweit die Projektziele in der nordfriesischen Eingliederungshilfe erreicht werden konnten, und zwar im Vergleich mit der vorherigen Situation zum Stichtag 01.01.2013.

Deshalb musste dieser Ist-Zustand zunächst beschrieben werden, wobei das Land qualitative und quantitative Erhebungen erwartete, bei denen die folgenden Bereiche im Fokus stehen sollten:

(1) Teilhabeplanung
- Verfahren, Kooperation und Partizipation

(2) Leistungsgewährung
- Fallzahlen und Fachlichkeit (insbesondere der Lebenssituation und Ressourcen)

(3) Leistungsangebote
- Struktur und Nutzung

(4) Finanzen
- Ausgaben und Controlling

(5) Sozialraum
- Beschreibung und Rollenverteilung

Diese Bestandsaufnahme musste so gestaltet werden, dass sie als Grundlage für die Evaluation des Modellprojekts genutzt werden konnte, mit anderen Worten, ein sinnvoller, wissenschaftlich fundierten Vergleich zwischen zwei Messzeitpunkten möglich wurde.

Daraus ergab sich die Notwendigkeit einer Abstimmung der jeweiligen Vorgehensweisen. Bei der Evaluation des Modellprojekts im zweiten Halbjahr 2014 mussten laut Leistungsbeschreibung folgende Kriterien untersucht werden:

(1) Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Menschen mit Behinderungen
(2) Gewährung von Leistungen nach § 54 SGB XII
(3) Struktur der Teilhabeangebote
(4) Inhalt und Umfang der Leistungserbringung
(5) Entwicklung des Sozialraums
(6) Finanzielle Effekte

Da die Anforderungskataloge der beiden Messzeitpunkte nicht vollkommen deckungsgleich sind, war es für das bessere Verständnis sinnvoll, diese inhaltlich zu synchronisieren. Dafür wurde ein grundlegender Zusammenhang zwischen den zuvor genannten generellen Projektzielen und den übergeordneten Themen bzw. Evaluationskriterien hergestellt, der in Abbildung 1 als Evaluations-konzept visualisiert ist.

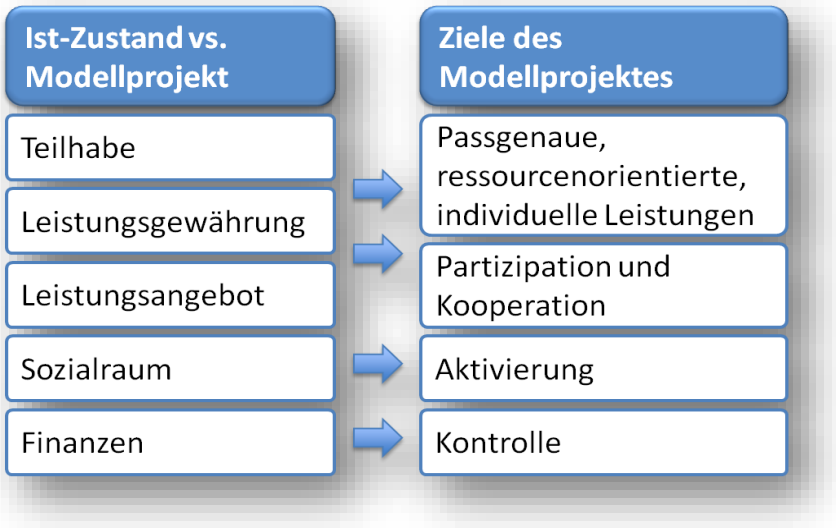


Abbildung 1. Evaluationskonzept

Demnach geht es also darum, ob in den links benannten Bereichen (Teilhabe, Leistungsgewährung, Leistungsangebot, Sozialraum und Finanzen) die rechts zugeordneten Projektziele während des zweiten Messzeitpunktes stärker erfüllt waren als während des ersten.

3 Evaluationsdesign

3.1 Forschungsfrage

Damit lässt sich die Forschungsfrage oder auch Forschungshypothese folgendermaßen formulieren:

Die generellen Projektziele sind nach Einführung des Modellprojekts zur sozialräumlichen Entwicklung der Eingliederungshilfe in Nordfriesland stärker erfüllt als davor, und zwar in ausreichendem Maße.

Prinzipiell geht es somit um den Vergleich zwischen zwei Messzeitpunkten, nämlich der Ist-Zustand-Analyse zum Stichtag 01.01.2013 (MZP 1) und der Evaluation des Modellprojekts etwa bis Ende 2015 (MZP 2). Hierfür sind Unterschiede analysiert (quantitativ-statistisch und inhaltlich-reduktiv) und hinsichtlich ihrer Relevanz, statistischen Signifikanz und Bedeutsamkeit überprüft worden.

Realisiert wurde dies auf der Basis eines sowohl multidimensionalen als auch multimethodischen Ansatzes. Multidimensional meint hier, dass die Projektziele durch verschiedene, geeignete Analysedimensionen oder auch Variablen operationalisiert worden sind, deren Ausprägungsgrade zu den beiden Messzeitpunkten anhand von verschiedenen Verfahren (multimethodisch) bestimmt werden konnten. Die Differenzen dieser Ausprägungsgrade wurden schließlich als Grundlage für die Unterschiedsanalysen und damit auch für die Bestätigung respektive Widerlegung der Forschungshypothese genutzt.

3.2 Analysedimensionen

Als Analysedimensionen dienten die Hilfequalität (1), die Partizipation der Betroffenen (2), die Kooperation der Beteiligten (3), die Aktivierung von Umfeld und Sozialraum (4) sowie die Hilfeeffizienz (5), also das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen. Dabei ist die erste Dimension, die Hilfequalität, zusätzlich noch wie folgt untergliedert worden:

(a) Orientierung an der persönlichen Situation
(b) Orientierung an individuellen Zielen
(c) Orientierung an persönlichen und sozialräumlichen Ressourcen
(d) Passgenauigkeit der Hilfearrangements

3.3 Erhebungsmethoden

Schon im Jahr 2011 wurden in der Eingliederungshilfe im Kreis Nordfriesland insgesamt über 1.600 leistungsberechtigte Menschen gezählt.[1] Um ein System dieser Größe angemessen untersuchen zu können, bietet sich eine Kombination aus verschiedenen Methoden an, die in Erhebungstiefe und Erhebungsumfang (Stichprobengröße) variieren.

So liefern beispielsweise ausführliche Interviews mit Beteiligten detaillierte Informationen aus der Sicht einer eher kleinen Gruppe und groß angelegte Befragungen (Online oder per Fragebogen) gebündelte Aussagen auf einer eher breiten Basis. In ihrer Zusammenschau und ergänzt durch weitere Analysen ergeben die Resultate dann ein differenziertes und valides Gesamtbild.

Auf der Basis dieser Überlegungen wurden für diese Evaluation die folgenden Methoden gewählt:

- Grundlagenanalysen (Rahmenbedingungen, Verfahren, Verträge, Standards, Benchmarking, Statistiken)
- Fallstudien/Aktenanalysen aller relevanten Fallgruppen
- Beteiligtenbefragung (Online- oder Fragebogenerhebung): Menschen mit Behinderung und/oder deren Vertreter/innen, Fachkräfte von Leistungsträgern und -erbringern
- Leitfadenbasierte Interviews: Menschen mit Behinderung und/oder deren Vertreter/innen, Fachkräften und Verantwortlichen von Leistungsträgern und -erbringern
- Gruppendiskussionen: Menschen mit Behinderungen und/oder deren Vertreter/innen, Fachkräften von Leistungsträgern und -erbringern
- Teilnehmende Beobachtung/Feldforschung: Sitzungen, Fallberatung, Projekte

Da die inhaltlichen wie strukturellen Anforderungen an die beiden Messzeitpunkte variieren, wurden auch zwei unterschiedliche Methodenpakete zusammengestellt, die dem Rechnung trugen und deren Aufwandsverhältnis bei in etwa drei zu eins zugunsten der Evaluation des Modellprojekts lag (MZP 2). Gesammelt wurde so eine Vielzahl von Informationen, Daten und Einschätzungen, die in ihrer Gesamtwürdigung geeignet waren, die Ausprägungsgrade der einzelnen Analysedimensionen so reliabel wie möglich abzuschätzen.

[1] con_sens (2011): Benchmarking der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein, Bericht 2011 (S. 11, Darst. 16). Hamburg: con_sens.

Deshalb erfolgten die Einzelurteile sowohl in Interviews und Befragungen als auch im Rahme der Fallstudien jeweils anhand derselben Skalen.[2] Abgefragt oder analysiert wurden dabei u.a. die Bedeutung der Anliegen der verschiedenen Beteiligten, der Stellenwert von Problemen, Stärken und Interessen der Betroffenen, die Qualität der Hilfen (Gesamteinschätzung), die Häufigkeit, Brauchbarkeit und Erreichung von Zielen, die Beteiligung der Betroffenen (Partizipation), die Einbeziehung von Umfeld und Sozialraum, die Zusammenarbeit der Beteiligten, das Verhältnis zwischen Aufwand und Effekten (Effizienz) sowie die individuelle Passung der Hilfen.

Neben dem Raum für generelle Kommentare – auch bezüglich der allgemeinen Stärken oder Schwachstellen (Entwicklungspotentiale) der jeweils thematisierten Hilfesysteme – bestand zusätzlich die Möglichkeit, die Haltung gegenüber der Eingliederungshilfe in Nordfriesland durch Schulnoten und Romantitel auszudrücken.

[2] Zumeist handelte es sich dabei um eine sechsstufige Likert-Skala, die zwischen einem Gegensatzpaar angesiedelt war (z.B. eher gering □ □ □ □ □ □ sehr hoch). Ansonsten wurden bei einzelnen Fragen inhaltsadäquate Skalen konstruiert (z.B. nie, selten, manchmal, häufig, oft, immer). Außerdem wurden die Ausprägungsgrade in den Analysedimensionen noch anhand einer Zahlenskala von 1 bis 10 erhoben.

4 Datengrundlage

Wie zuvor bereits angemerkt, lag das Aufwandsverhältnis zwischen den Messzeitpunkten bei etwa eins zu drei, was jedoch auf den Gesamtaufwand bezogen ist und sich, mit Ausnahme der Fallstudien, nicht exakt in den einzelnen Methoden wiederfindet. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die beiden Methodenpakete der Messzeitpunkte und damit auch über die Datengrundlage, auf der die Evaluationsergebnisse beruhen und die im Sinne der Evaluationsintention als durchaus ausreichend gelten kann.

Tabelle 1

Methodenpakete/Datengrundlage

Methode	MZP 1	MZP 2
Grundlagenanalysen	Relevante Unterlagen	Relevante Unterlagen
Fallstudien/Aktenanalysen	25	71 (4 Akten doppelt)
Beteiligtenbefragung (Fragebogen, Post und online)	71 (etwa 40 % Betroffene)	140 (rund 66 % Betroffene)
Leitfadenbasierte Interviews	7 (Betroffene, Fachkräfte)	15 (Betroffene, Fachkräfte)
Gruppendiskussionen	-	2 (Betroffene, Fachkräfte)
Teilnehmende Beobachtung	-	4 Felder (Projekte, 3 Sitzungen)

Demnach wurden also beim zweiten Messzeitpunkt 71 Fallstudien,[3] 15 Interviews und zwei Gruppendiskussionen durchgeführt, demgegenüber beim ersten Messzeitpunkt 25 Fallstudien und sieben Interviews. An den Befragungen haben sich insgesamt 71 (MZP 1) respektive 140 (MZP 2) Menschen beteiligt.

Hervorzuheben ist dabei, dass der jeweilige Anteil von Betroffenen (40 % und 66 %) erfreulich hoch ausgefallen ist, gleichzeitig jedoch die Beteiligung von Fachkräften, insbesondere beim zweiten Messzeitpunkt, hinter den Erwartungen zurückgeblieben ist. Über potentielle Ursachen für diese Zurückhaltung kann nur spekuliert werden. Denkbar ist eine gewisse Skepsis mancher Fachkräfte

[3] Von den ursprünglich geplanten und übermittelten 75 Fallstudien konnten nur 71 ausgewertet werden, da vier Akten doppelt vorhanden waren.

gegenüber der Anonymität ihrer Beiträge bei der Auswertung.[4] Möglicherweise sind aber auch einige Fachkräfte irrtümlich davon ausgegangen, dass es sich um eine reine Betroffenenbefragung handelte und sie selbst daran nicht teilnehmen sollten.

Vom Grundgedanken her war die Befragung allerdings bewusst als gruppenübergreifend konzipiert, damit alle Interessierten zu allen Inhalten Stellung beziehen konnten. Auch lag deshalb den einzelnen Fragen ein unterschiedliches, fach- oder alltagssprachliches, Abstraktionsniveau zugrunde, mit dem expliziten Hinweis, dass man wirklich nur die Fragen beantworten solle, die man auch beantworten könne oder wolle. Dieser Hinweis wurde jedoch nur bedingt wahrgenommen, was zur Folge hatte, dass sich manche mit ihnen unverständlichen Fachtermini „herumgeschlagen“ und deren zu komplizierte Formulierung beanstandet haben, gleichzeitig aber in klaren Worten und Urteilen ihre jeweilige Meinung zum Ausdruck brachten. Trotzdem oder vielleicht auch gerade deshalb. Somit ist die empirische Basis für die Gruppe der Fachkräfte dünner ausgefallen als erwartet, dafür aber bei den betroffenen Menschen sehr viel profunder.

Der Leitfaden der Interviews ist bei beiden Messzeitpunkten identisch gewesen und hat sich an den Analysedimensionen und dem Fragenkatalog der Beteiligtenbefragung orientiert. Gleiches gilt für die beiden Gruppendiskussionen beim zweiten Messzeitpunkt, einmal mit Betroffenen und einmal mit Fachkräften. Gegenstand der teilnehmenden Beobachtung (MZP 2) schließlich sind vier Felder gewesen, nämlich Projektarbeit (Musikprojekt „Grenzenlos“, Inklusions-Sportgruppe) und drei Sitzungen (Strategiegruppe, Kollegiale Fallberatung, Sozialraumkonferenz), jeweils zu einem einmaligen Zeitpunkt.

[4] So ist z.B. kritisch angemerkt worden, dass bei der Online-Befragung abschließend nach einer E-Mail-Adresse gefragt wurde. Auch wenn diese Angabe keineswegs verpflichtend, sondern vollkommen freiwillig gewesen ist, sollte darauf bei einer etwaigen Folgebefragung unbedingt verzichtet werden.

5 Berichtsprinzip

Bei einem Vergleich zwischen zwei Messzeitpunkten wäre es bei der Darstellung der Ergebnisse nahe liegend, zunächst die Resultate des ersten Messzeitpunktes, dann die des zweiten und schließlich Differenzen bzw. Unterschiede zu präsentieren. Auch wäre es angebracht, sämtliche Auswertungen in der wissenschaftlich gebotenen Tiefe zu beschreiben. Dies würde jedoch zu einem erheblichen Umfang des Gesamtberichts führen, dessen Lesbarkeit durch die doppelte und dreifache Darstellung der Resultate (MZP 1, MZP 2 und Vergleich als jeweils eigenständige Abschnitte) zusätzlich erschwert wäre. Deshalb wird an dieser Stelle auf eine solche Darstellungsweise zugunsten einer kompakteren Variante verzichtet.

Dabei werden zum einen die Evaluationsergebnisse so zusammengefasst, dass insbesondere Kerninhalte präsentiert werden, die geeignet sind, die Forschungsfrage zu beantworten. Eine solche Auswahl relevanter Befunde aus der Gesamtmenge, die mitunter zu Repräsentativitätszweifeln führen kann, war hier insofern unproblematisch, als dass in allen Analysedimensionen klare und auch widerspruchsfreie Tendenzen nachgewiesen werden konnten.

Und zum anderen erfolgt die Präsentation der Ergebnisse beider Messzeitpunkte sowie des entsprechenden Vergleiches jeweils direkt bei den Abschnitten zu den Analysedimensionen oder unter dazugehörigen thematischen Überschriften. Dadurch wird die separate Darstellung der Resultate des ersten Messzeitpunktes, wie sie in einer eigenständigen Präsentation im Rahmen einer Rückmeldung für die Verantwortlichen bereits erarbeitet wurde, entbehrlich. Deren Inhalte sind jedoch vollständig in der vorliegenden Abhandlung enthalten.

Zu Beginn des Ergebnisteils wird jedoch kurz das Gesamtresultat dieser ersten Erhebungen, also die Ausprägungsgrade der Analysedimensionen bei MZP 1, zusammengefasst, da es als Baseline für die Frage nach etwaigen Unterschieden beim zweiten Messzeitpunkt fungierte.

6 Evaluationsergebnisse

6.1 Überblick über den ersten Messzeitpunkt (Baseline)

Die Auswertung sämtlicher Erhebungen im Rahmen des ersten Messzeitpunktes hat bezogen auf die einzelnen Analysedimensionen bestimmte Ausprägungsgrade oder auch Qualitätsbereiche ergeben. Dabei lag eine Skala zugrunde, die von 0 bis 5 reicht und die Ausprägungsgrade „null“ (0 bis 1), „gering“ (>1), „mittel“ (>2), „hoch“ (>3) und „optimal“ (>4 bis 5) umfasst. Gebildet wurden die jeweiligen Dimensionswerte auf der Basis der Summe aller relevanten Befunde, die gebündelt und dann in den Skalenbereichen verortet wurden.

Abbildung 2 gibt einen Überblick über diese Dimensionswerte und beschreibt damit die Baseline (MZP 1) für den Vergleich mit der Analyse des Modellprojekts (MZP 2). Demnach lagen bei den Dimensionen insgesamt geringe bis mittlere Ausprägungen vor, mit Ausnahme von Nr. 4 (Aktivierung Umfeld/Sozialraum), die dem niedrigsten Qualitätsbereich zugeordnet wurde.

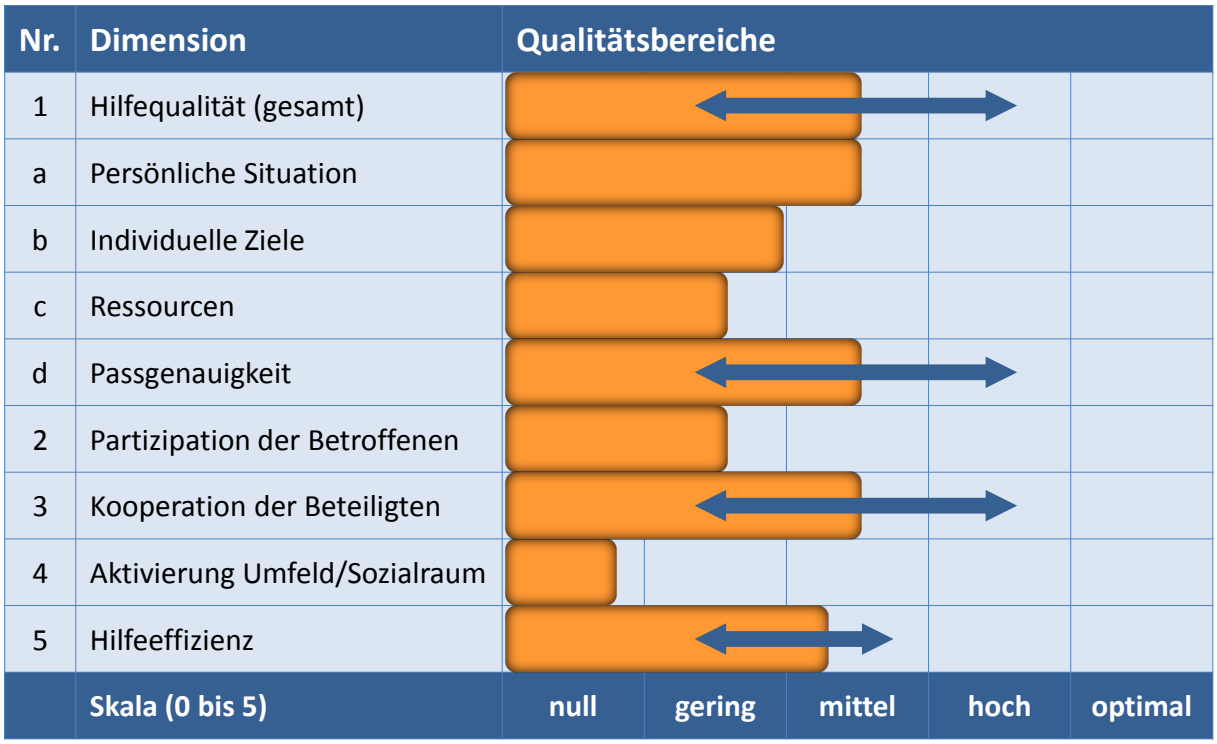


Abbildung 2. Dimensionsprüfung MZP 1 (Baseline)

Die Pfeile in den Dimensionen 1, 1d, 3 und 5 sind nicht in einem statistischen Sinne als Streuung zu verstehen, sondern deuten an, dass bei diesen Themen im Rahmen des ersten Messzeitpunktes keine echten Durchschnittswerte einer realen breiten Mitte angegeben werden konnten. Vielmehr

fand sich, was Qualität, Passgenauigkeit und Effizienz der Hilfen sowie die Kooperation der Beteiligten betraf, eine erhebliche Ambivalenz sowohl bei den Einschätzungen der Beteiligten als auch bei den Analysen der Fälle. Einerseits war bei einigen eine große Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation erkennbar. Andererseits bei vielen anderen eine deutliche Ablehnung beinahe des gesamten Hilfesystems an sich und, wie bereits angedeutet, keine nennenswerte Mitte zwischen diesen Polen, wie sie in einem solchen Kontext eigentlich zu erwarten gewesen wäre. Denn in der Regel sind vergleichbare Variablen eher normalverteilt, also mit geringeren Extremen und einer Häufung im mittleren Bereich, sodass Durchschnittswerte eben jenen realen Haupttrend tatsächlich beschreiben.

Abbildung 2 zeichnet insgesamt also kein wirklich zufrieden stellendes Gesamtbild der Eingliederungshilfe in Nordfriesland vor der Einführung des Modellprojekts zur sozialräumlichen Ausgestaltung, und zwar bezogen auf die qualitative Ausprägung der Analysedimensionen, inklusive der beschriebenen Ambivalenz.

Zu beachten ist dabei, dass es sich hier – und damit natürlich auch bei dem Vergleich mit dem zweiten Messzeitpunkt – um durchschnittliche Werte handelt, die auf der Basis einer großen Menge von Einzelurteilen und Analyseergebnissen gebildet wurden. Somit wird das gesamte System der Eingliederungshilfe aus einer Art wissenschaftlichen „Vogelperspektive“ betrachtet, die versucht, es in seiner Gänze zu erfassen.

Einzelne Blickrichtungen oder auch Erfahrungshorizonte können sich hierbei bestätigt oder auch vollkommen verkannt fühlen. Dies ist absolut verständlich und liegt in der Natur der Sache bzw. in der Methodik einer derartigen Untersuchung. Manchmal muss man vieles möglichst genau erfassen, mitunter auch einiges gewissenhaft durchzählen, um schließlich ein aussagekräftiges Gesamtbild zu erhalten. Dass dabei die vielen Geschichten der vielen einzelnen Menschen, um die es eigentlich geht und die in ihrer Summe eben jenes Gesamtbild überhaupt erst entstehen lassen, scheinbar in den Hintergrund rücken und in einem solchen Evaluationsbericht kaum mehr erkennbar werden, ist durchaus bedauerlich. Allerdings sei hier auch betont, dass eine möglichst hohe durchschnittliche Ausprägung der Analysedimensionen ganz besonders und vor allem im Sinne der betroffenen Menschen und ihrer jeweiligen Geschichten ist.

6.2 Teilhabeplanung

Vor der Einführung des Modellprojekts erfolgte die Hilfeplanung gemäß der Vorgaben der KOSOZ,[5] wonach passgenaue Hilfeleistungen auf der Basis von Zielvereinbarungen durch die Hilfeplaner/innen im Rahmen eines professionellen Case Managements gestaltet werden sollen. Dabei müssen die entsprechenden Ziele möglichst SMART[6] formuliert sein und die folgenden Prozessschritte beachtet werden:

(1) Erstkontakt
(2) Assessment anhand vorgegebener Lebensbereiche (Gesundheit, Wohnen, Arbeit/Beschäftigung/ Ausbildung, sozialer Lebensraum, Finanzen/Institutionen)
(3) Hilfeplanung
(4) Prozesssteuerung (Überprüfung der Zielerreichung)

An den entsprechenden Hilfeplangesprächen haben, nach Aussage der Beteiligten, neben den Leistungsberechtigten oft nur Fachkräfte vom Kreis und nicht von den Leistungserbringern teilgenommen. Diese Gespräche wurden einerseits bisweilen als effizient wahrgenommen, andererseits aber häufig auch als zu rigide und zu wenig partizipativ, ziel- und ressourcenorientiert. Manche Betroffene fanden dort schnelle adäquate Unterstützung, andere empfanden die Situation als belastend und verspürten mitunter existentielle Ängste.

Außerdem war auch das Verhältnis zwischen dem Kreis und den Leistungserbringern nicht selten durch gegenseitiges Misstrauen, z.B. wegen finanzieller Gesichtspunkte, geprägt. Insgesamt wurde die Qualität der Hilfeplanung als stark personenabhängig erlebt.

Demgegenüber fußt das Modellprojekt auf dem Prinzip der gemeinsamen Verantwortung von Leistungsberechtigten, Leistungserbringern und dem Leistungsträger in drei hierfür gebildeten Sozialräumen (Nord, Mitte, Süd), das durch Kreis- und Sozialraumkonferenzen, fallunspezifische Arbeit, pauschal vereinbarte Sozialraum- und Einrichtungsbudgets sowie eine individuelle Hilfeplanung realisiert wird. Bei dieser werden zunächst, wie gehabt, Informationen über relevante Lebensbereiche (Gesundheit, Wohnen, Arbeit, Familie/Soziales/Kultur, Finanzen) gesammelt, wobei

[5] Koordinierungsstelle soziale Hilfen der schleswig-holsteinischen Kreise (Hrsg.) (2009): Im Mittelpunkt steht der Mensch – Orientierungshilfe zur Hilfeplanung bei den Kreisen in Schleswig-Holstein. Rendsburg: Hrsg.
[6] Akronym, hier: Spezifisch-konkret, Messbar, Attraktiv-motivierend/akzeptabel, Realistisch, Terminiert.

von vorneherein, also bereits bei der Antragstellung, der eigentliche Wille, die Ziele und Ressourcen der Betroffenen im Fokus stehen sollen.

Im Rahmen der so genannten „Kollegialen Fachberatung“, an der insbesondere Fachkräfte vom Kreis und Leistungserbringern, aber auch die jeweiligen Leistungsberechtigten selbst teilnehmen können, werden dann konkrete Ideen für die Gestaltung der Hilfen entwickelt. Diese müssen schließlich noch in einem Hilfeplangespräch zwischen Betroffenen, Leistungserbringern und dem Kreis verbindlich vereinbart werden. Ist eine kontinuierliche Weiterführung der Hilfen geplant, so werden diese in regelmäßigen Standortbestimmungen hinsichtlich ihrer weiteren Passung überprüft. Abbildung 3 fasst den Ablauf der individuellen Hilfeplanung innerhalb des Modellprojekts noch einmal grafisch zusammen.

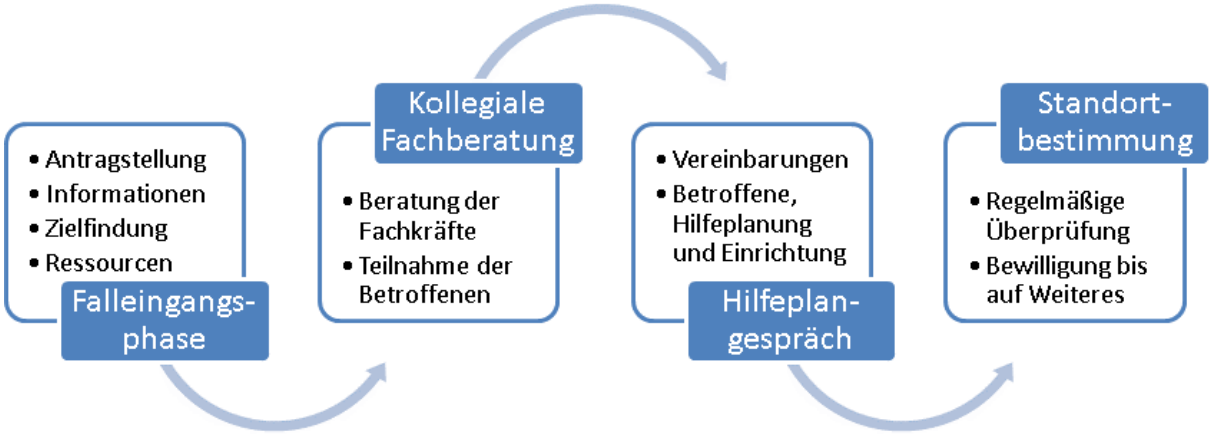


Abbildung 3. Hilfeplanung im Modellprojekt

Laut Aussagen der Beteiligten ist die allgemeine Atmosphäre sehr viel kooperativer und partizipativer geworden. Auch fallen die Entscheidungen deutlich ziel- und ressourcenorientierter aus, wobei das Verfahren und der damit verbundene Aufwand bisweilen als zu kompliziert und überfordernd empfunden werden. Die allgemeine Qualität ist jedoch eindeutig stärker systembasiert und nicht mehr so personenabhängig wie zuvor.

Abbildung 4 stellt die Vor- und Nachteile der jeweiligen Teilhabeplanung bei den beiden Mess-zeitpunkten aus der Sicht der verschiedenen Gruppen gegenüber.

Aus der Perspektive von ...	MZP 1	MZP 2
Leistungsträger	Einzelne gute Entscheidungen, aber insgesamt zu rigide, zu wenig partizipativ, ziel- und ressourcenorientiert	Entscheidungen alles in allem deutlich kooperativer, partizipativer, ziel- und ressourcenorientierter
Leistungsberechtigten	Für manche schnelle, adäquate Unterstützung, für andere belastende Gespräche und existenzielle Ängste	Einerseits hohes Maß an Individualität und Beteiligung, andererseits bisweilen Überforderung durch Verfahren
Leitungserbringern	Von Fall zu Fall gelungene Zusammenarbeit, ansonsten ausgrenzender, misstrauischer Umgang	Eindeutig kooperativere Atmosphäre, wobei der bürokratische Aufwand mitunter als überzogen erachtet wird
	➲ Qualität stark personenabhängig, nicht systembasiert	➲ Qualität eher systembasiert und weniger personenabhängig

Abbildung 4. Teilhabeplanung im Vergleich, aus der Sicht der Beteiligten

6.3 Personelle Ausstattung Kreis NF

In der Abteilung Eingliederungshilfen für Erwachsene des Kreises Nordfriesland waren 2012, also vor der Einführung des Modellprojekts, insgesamt 16,10 Stellen vorgesehen, davon 7,80 für die Sachbearbeitung, 4,30 für Sozialpädagogik, 2,00 Verwaltungsfachangestellte und je eine Stelle für Medizin und Leitung. Im Jahr 2015 (MZP 2) umfasste der gesamte Stellenplan dann 21 Vollzeitäquivalente, was einem Plus von 4,90 Stellen entspricht, die größtenteils der Sozialpädagogik für die umfangreichere Hilfeplanung zugeschlagen worden sind (+ 3,70; ansonsten +0,20 Sachbearbeitung und +1,00 Leitung).

6.4 Regionales Leistungsangebot

Was das regionale Leistungsangebot betrifft, so haben sich bis zum zweiten Messzeitpunkt keine wesentlichen Änderungen ergeben. Laut Daten des Kreises, wobei die Angaben zu den Platzzahlen teilweise unvollständig waren, gab es im Jahr 2012 im Bereich „Wohnen und Leben“ insgesamt 16 stationäre Wohneinrichtungen mit mindestens 463 Plätzen, zwei teilstationäre Wohneinrichtungen mit 33 Plätzen und 19 Dienste für ambulante Betreuung. Und im Bereich „Arbeit und Tagesstruktur“

fanden sich drei Werkstätten (WfbM) mit 561 Plätzen, zwei Beschäftigungsprojekte mit mindestens 35 Plätzen und acht Tages(förder)stätten mit mindestens 115 Plätzen.

6.5 Finanzielle Entwicklung

Der Benchmarking-Vergleich für die Jahre 2012 und 2013,[7] wie er in Tabelle 2 dokumentiert ist, ergibt, dass die Gesamtkosten der Eingliederungshilfe in Nordfriesland etwas stärker als im Landestrend gestiegen sind, und zwar um 4,6 Prozent. Demgegenüber ist bei der Zahl der Leistungsberechtigten eine gewisse Stagnation und damit verbunden eine Erhöhung der Fallkosten zu verzeichnen gewesen, was beides dem Landestrend entgegenläuft.

Tabelle 2

Benchmarking-Vergleich 2012

Benchmarking	Land SH		Kreis NF		∅ Kreise	
MZP 1 vs. MZP 2	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**
Leistungsberechtigte	30.978	31.671	1.703	1.668	-	-
Steigerung seit 2007	18 %	20 %	6 %	4 %	17 %	19 %
LB pro 1.000 Einwohner	10,9	11,2	10,4	10,3	9,8	10,1
Kosten in Millionen €	606,2	620,9	36,8	38,5	-	-
Steigerung seit 2007	23 %	26 %	17 %	22 %	23 %	26 %
Ausgaben pro LB in Tsd. €	19,6	19,6	21,6	23,1	20,0	20,1
Ausgaben pro Einwohner	213 €	220 €	224 €	238 €	197 €	203 €
Ambulante Quote (Wohnen)	46 %	46 %	43 %	42 %	45 %	46 %
LB Arbeit/Tagestruktur	12.171	12.492	755	769	-	-
Anteil WfbM	85 %	85 %	-	95 %	-	86 %

Gemäß einer internen Analyse des Kreises für die Jahre 2013 und 2014 sind die Gesamtkosten erneut in vergleichbarer Höhe gestiegen, nämlich um 4,2 Prozent. Auch die Fallkosten haben sich weiter erhöht, wobei dies verstärkt bei externen Leistungsberechtigten und insbesondere bei vereinzelten

[7] con_sens (2012/2013): Benchmarking der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein, Berichte 2012/2013. Hamburg: con_sens.

Anbietern der Fall gewesen ist. Ohne Berücksichtigung dieser „Ausreißer“ hätten sich lediglich moderate Steigerungen ergeben.

Insgesamt ist eine seriöse Einschätzung der finanziellen Effekte des Modellprojekts auf der Basis der vorliegenden Informationen und zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur sehr bedingt möglich. Belastbare Aussagen hierzu können frühestens am Ende der Projektlaufzeit getroffen werden. Derzeit lässt sich jedoch die Vermutung äußern, dass tendenziell eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Abschwächung der generellen (landesweiten) Kostensteigerungen durch das Modellprojekt besteht als für eine entgegengesetzte Wirkung. Das Finanzcontrolling mittels Sozialraum-und Einrichtungsbudgets scheint hier effektiver zu sein als fallbezogene und angebotsorientierte Ansätze.

6.6 Hilfequalität: Gesamtwürdigung

Die Einschätzung der Qualität der geleisteten Hilfen hat sich zwischen den Messzeitpunkten eindeutig erhöht. Laut der Befragungen ergab sich eine Steigerungen der mittleren Gesamtqualität von etwa einem halben Skalenpunkt (Differenz = 0,43). Abbildung 5 verdeutlicht den Unterschied grafisch anhand von Skala, Mittelwerten (MW) und Standardabweichungen (SA) sowie unter Angabe der Stichprobengrößen (n). Diese Differenz ist statistisch signifikant mit einem kleinen bis mittleren Effekt ($t[203] = 2{,}50$, $p < .05$, Cohens $d = .37$) und dementsprechend bedeutsam.

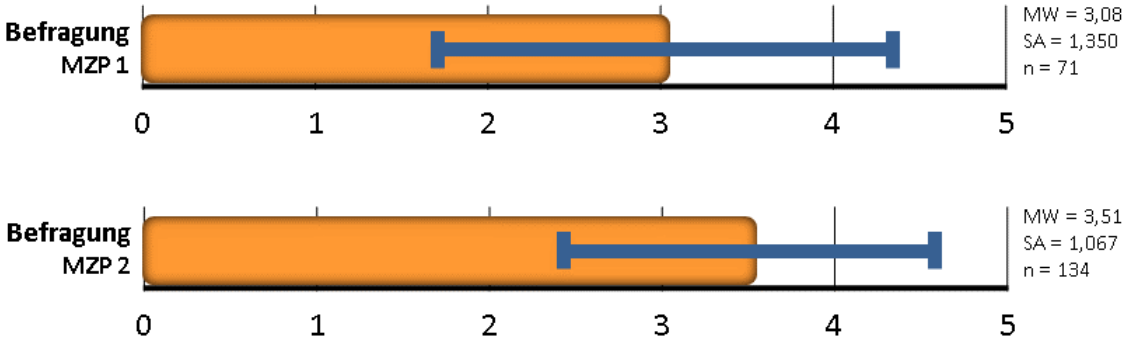


Abbildung 5. Steigerung der Gesamtqualität zwischen den Messzeitpunkten

Die Fallstudien bestätigen den Unterschied und ergeben sogar einen großen Effekt (MZP 1/2: MW = 2,16/3,54, SA = 1,375/1,026, n = 25/71, $t[94] = 5{,}26$, $p < .001$, $d = 1.24$). Auch die Gesamtschau aller Interviews und der beiden Gruppendiskussionen erhärten diesen Befund. Signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen haben sich in der Befragung nur beim zweiten Messzeitpunkt

ergeben (ANOVA: F [2, 130] = 4,07, $p < .05$, $eta^2 = .06$). Tabelle 3 zeigt, dass hier der Mittelwert bei den Leistungsberechtigten eindeutig am höchsten ist, weshalb diese auch als hauptverantwortlich für den Effekt gelten können. Demgegenüber fällt bei den Fachkräften wieder eine gewisse „Zurückhaltung“ auf, sowohl bezüglich der Beteiligung als auch der Einschätzung. Die Verteilung der Urteile der Betroffenen (vgl. Abb. 6) verdeutlicht, dass es nach wie vor viele hohe Werte gibt (entgegen der zu erwartenden Normalverteilung), gleichzeitig aber der mittlere Bereich beim zweiten Messzeitpunkt erheblich zugenommen hat. Damit liegt die Vermutung nahe, dass sich die zuvor beschriebene Ambivalenz gegenüber dem Hilfesystem seit der Einführung des Modellprojekts klar verringert, wenn nicht gar aufgelöst hat.

Tabelle 3
Mittelwerte der Gruppen

Befragung/MZP 2	n	MW	SA
Leistungsberechtigte	90	3,69	1,077
Leistungsträger	9	2,89	0,928
Leistungserbringer	34	3,24	0,987

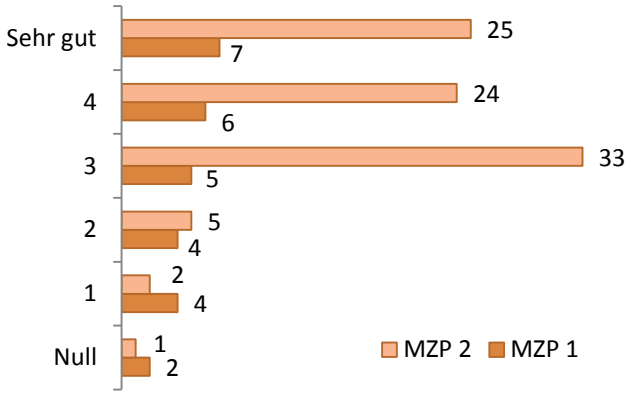


Abbildung 6. Häufigkeit der Urteile der Betroffenen

Die zusammenfassende Darstellung der Befunde bezüglich der Gesamtqualität steht an dieser Stelle sowohl einleitend als auch beispielhaft für die quantitativen Analysen und ihren zentralen Trend, der sich so oder in etwas modifizierten Ausprägungen auch in den anderen Bereichen und Dimensionen ergeben hat.

Die Analyse all dieser Unterschiede ist jeweils mittels geeigneter statistischer Verfahren (hier z.B. Varianzanalyse und *t*-Test) durchgeführt und mit den Ergebnissen der qualitativen Erhebungen (z.B. Interviews, Gruppendiskussionen, inhaltliche Fallstudien) abgeglichen worden. Dabei haben sich keine, von dem gerade in der gebotenen Tiefe dokumentierten Haupttrend substanziell abweichende oder gar widersprüchliche Resultate ergeben. Deshalb wird bei der Darstellung der folgenden Ergebnisse zugunsten der Kernaussagen punktuell auf detaillierte statistische Angaben und ausführliche Abgleiche mit qualitativen Befunden verzichtet.

6.7 Hilfequalität: Personenorientierung

Zu den zentralen Qualitätsstandards innerhalb der Eingliederungshilfe zählt die Anforderung, dass sich die Hilfen in erster Linie an der persönlichen Situation der betroffenen Menschen orientieren, also an deren Anliegen, Problemen, Ressourcen und Interessen und nicht insbesondere an den Vorgaben von Leistungsträgern oder den Bedingungen der Leistungserbringer. Deshalb wurde im Rahmen dieser Evaluation die Bedeutung dieser Aspekte, auch in ihrer Relation zueinander, explizit erhoben. Abbildung 7 visualisiert hier die jeweiligen Mittelwerte, sowohl der Befragungen als auch der Fallstudien.

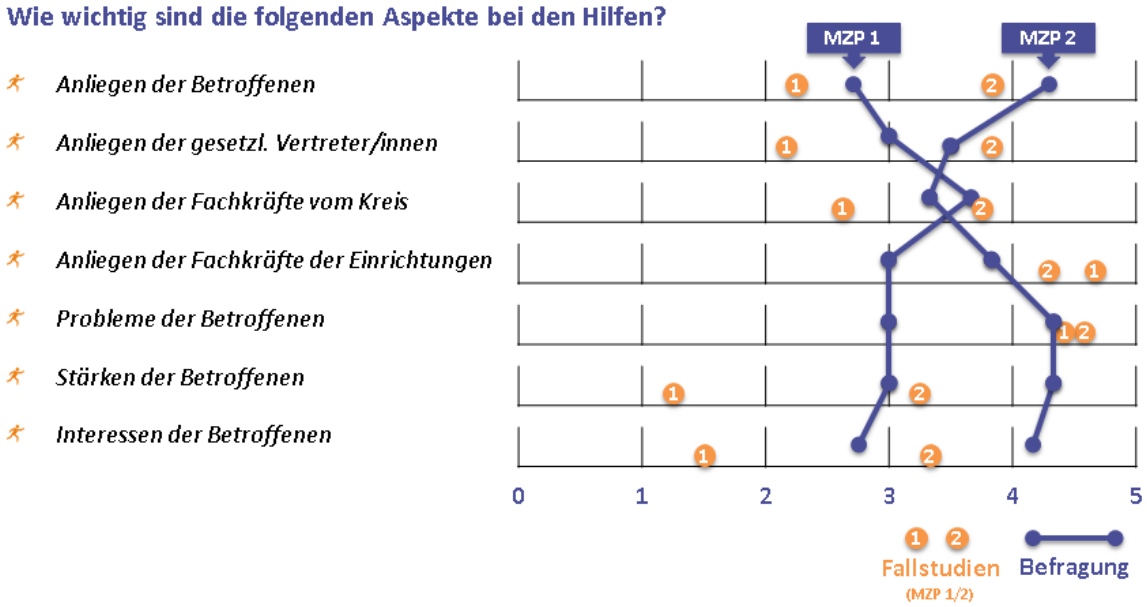


Abbildung 7. Absolute und relative Bedeutung der Anliegen der Gruppen (Mittelwerte)

Die Ergebnisse der Befragungen zeigen eindeutig, dass alle Themenbereiche der Betroffenen an Bedeutung gewonnen haben, und zwar stärker als diejenigen der Einrichtungen. Gleichzeitig haben die Anliegen des Kreises sogar leicht an Einfluss verloren (relativer Bedeutungsverlust). Alle Zuwächse sind signifikant mit mittleren bis sehr großen Effekten (exakte Werte siehe *t*-Test-Statistik, Anhang 1).

Auch die Fallstudien haben entsprechende Effekte bei den Betroffenen ergeben, wobei demnach aber der Problemfokus bereits stark ausgeprägt war und auch bei MZP 2 so geblieben ist. Ansonsten sind alle Veränderungen signifikant, mit mittleren bis sehr großen Effekten (exakte Werte siehe *t*-Test-Statistik, Anhang 1). Interessant ist, dass sich bei den Analysen, anders als bei den Befragungen, keine Vormachtstellung des Kreises und deren Verlust gezeigt hat, sondern eine gewisse Dominanz

der Einrichtungen und deren leichte Reduktion bei MZP 2. Dies könnte daran liegen, dass die Sichtweisen von Betroffenen und Fachkräften der Einrichtungen im Alltag der Hilfemaßahmen stärker aufeinander bezogen sind, während der Kreis doch als eher außenstehend und kontrollierend wahrgenommen wird. Demgegenüber ermöglicht die Außenperspektive der Fallstudien auch einen übergreifenden Blickwinkel, der die Rolle der Einrichtungen in einem anderen Licht erscheinen lässt.

Nun ist es aber an dieser Stelle von nachrangiger Bedeutung, die Verhältnisse vor der Einführung des Modellprojekts genauer unter die Lupe zu nehmen, sondern viel mehr von Belang, wie sich diese Differenzen in den Kooperationsbezügen bei MZP 2 darstellen. Und da lässt sich konstatieren, dass die Betroffenen eindeutig von den Veränderungen profitieren konnten, während sich die Fachkräfte stärker als zuvor mit deren Anliegen arrangieren müssen. Lohnenswert ist hier der Blick auf die konkreten Einzelzusammenhänge bei den Befragungen. Abbildung 8 enthält den Ausschnitt einer entsprechenden Korrelationsmatrix. Darin ist neben der Stärke der Zusammenhänge zwischen den Items (Korrelationskoeffizienten von 0 bis 1) auch deren Signifikanz angegeben ($p < .05/01$). Je näher eine signifikante Korrelation zweier Variablen beim Maximalwert 1 liegt, desto mehr befinden sich diese gewissermaßen im Einklang.

Korrelationsmatrix Befragung MZP 1 / **MZP2**	Anliegen Betroffene		Anliegen Kreis		Anliegen Einrichtungen	
Interessen der Betroffenen	.86**	**.82****	-.29*	**-.09**	.52**	**.47****
Stärken der Betroffenen	.72**	**.73****	-.15	**-.02**	.43**	**.49****
Probleme der Betroffenen	.83**	**.76****	-.14	**-.18**	.49**	**.43****
Anliegen der Vertreter/innen	.51**	**.46****	.10	**.30****	.53**	**.50****
Anliegen Einrichtungen	.58**	**.42****	-.03	**.28****		
Anliegen Kreis	-.23	**-.13**				

* $p < .05$, ** $p < .01$

Abbildung 8. Korrelationsmatrix für die Anliegen der Gruppen (Zusammenhang von 0-1)

Demnach standen also die Anliegen des Kreises bei MZP 1 eher isoliert und es fand sich leidglich ein signifikanter Zusammenhang mit den Interessen der Betroffenen, der allerdings negativ ausfiel. Mit anderen Worten wurden die Anliegen des Kreises als losgelöst von den anderen Anliegen und Aspekten erlebt und den Interessen der Leistungsberechtigten sogar entgegenlaufend, während diese z.B. mit den Anliegen der Einrichtungen sehr viel stärker harmonisierten. Bei MZP 2 hat sich das Bild leicht verändert. Zwar zeigten sich immer noch keine klaren Zusammenhänge mit den Themen der Betroffenen, aber zumindest haben sich die Anliegen des Kreises mit den gesetzlichen

Vertreter/innen und den Einrichtungen etwas synchronisiert. Die hier noch fehlende direkte Verbindung mit den Leistungsberechtigten wird auch durch weiterführende Analysen bestätigt (entsprechende Faktoren bei Hauptachsen-Faktorenanalyse mit Promax-Rotation und Untergruppen bei ANOVA: $F[6, 868] = 15{,}43$, $p < .01$, $\text{eta}^2 = .10$).

6.8 Leistungsgewährung

Die Leistungsgewährung vor der Einführung des Modellprojekts war – wie im Bereich der Eingliederungshilfe generell eher üblich – durch die Kombination bestimmter Hilfeelemente nach einer Art „Baukastenprinzip“ geprägt. Insbesondere betreute Wohneinrichtungen und Werkstätten bilden in diesem Kontext das „Standardpaket“ bzw. die gängigen Regelleistungen, mitunter ergänzt durch ambulante Assistenz (ein bis drei Fachleistungsstunden). Obwohl davon abweichend auch häufig ambulantes Wohnen und einige Alternativen zu den Werkstätten realisiert wurden, so blieb die Leistungsgewährung grundsätzlich doch angebotsorientiert und nur teilweise am Bedarf bzw. den betroffenen Personen ausgerichtet. Abbildung 9 stellt das geschilderte Prozedere grafisch dar.

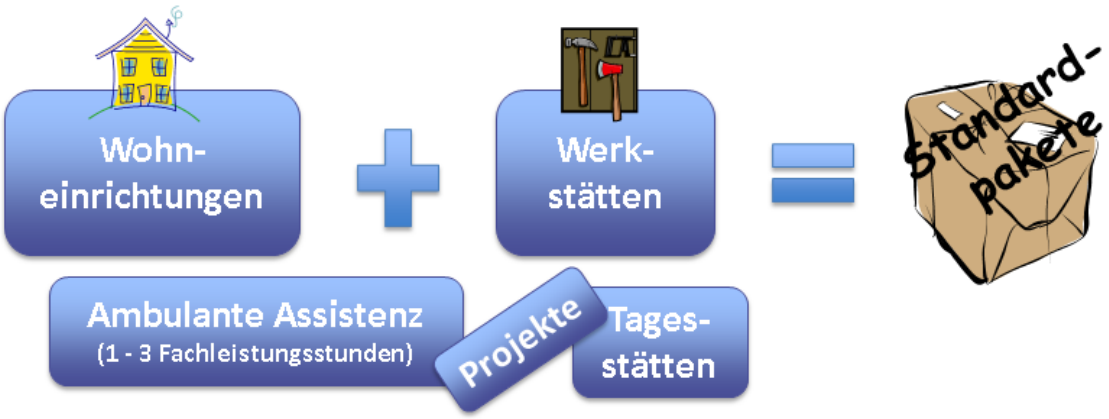


Abbildung 9. Hilfepakete nach dem Baukastenprinzip (MZP 1)

Hier bei MZP 2 eine fundamentale Änderung zu unterstellen, wäre sicherlich übertrieben, zu etabliert, bisweilen bewährt und insgesamt fest verwurzelt sind diese Strukturen. Dennoch scheint die Angebotsdominanz zumindest etwas geringer ausgeprägt zu sein, was sich auch daran ablesen lässt, dass im Rahmen der Sozialraum- und Einrichtungsbudgets zunehmend individuellere und flexiblere Hilfesettings verwirklicht werden. Dies geschieht jedoch erst in Ansätzen und findet häufig dort seine Grenzen, wo ein diesbezüglich eher „starrer“ Rahmen vorherrscht, wie z.B. in Werkstätten, die nach wie vor einzelfall- und nicht budgetfinanziert sind.

6.9 Kooperation

Dass sich die Ambivalenz der Betroffenen gegenüber dem Hilfesystem deutlich verringert hat, wurde bereits festgestellt. Neben völliger Befürwortung und großer Ablehnung, wie sie bei MZP 1 zu verzeichnen gewesen sind, finden sich bei MZP 2 nun überwiegend differenziertere Einschätzungen, mit insgesamt deutlich weniger Ablehnung. Gleichzeitig wird das neue Hilfeplanverfahren oft aber auch als zu kompliziert, aufwändig, schwerfällig und aus Sicht der Betroffenen nicht selten belastend beschrieben, wobei hier verschiedene Aspekte eine Rolle spielen (z.B. Teilnahme an Kollegialer Fallberatung, zu häufige und zu intensive Fragen zur Lebenssituation, komplizierte bürokratische Anforderungen).

Insgesamt hat sich die allgemeine Kooperation zwischen den Beteiligten allerdings deutlich und sehr stark verbessert. Eine Feststellung, die auf einer großen Mehrheit aller hierzu getroffenen Aussagen und ansonsten erhobenen Daten beruht. Lediglich Einzelmeinungen weichen davon etwas ab. Das gegenseitige Misstrauen zwischen den Fachkräften vom Kreis und den Einrichtungen sowie die gefühlte Angst und Abhängigkeit der Betroffenen, wie sie für die Eingliederungshilfe in Nordfriesland vor der Einführung des Modellprojekts prägend gewesen waren, sind bei MZP 2 einer, von sehr vielen Beteiligten als vertrauensvoll erlebten Zusammenarbeit gewichen. Abbildung 10 visualisiert diese veränderte Kooperationsdynamik.

Abbildung 10. Kooperationsdynamik (MZP 1 vs. MZP 2)

Dementsprechend klare Resultate ergeben sich zum Thema „Kooperation zwischen Kreis und Einrichtungen“ in den Befragungen und Fallstudien, die beide signifikante Differenzen mit sehr großen Effekten liefern (vgl. Tab. 4). Und auch die unterschiedlichen Antworthäufigkeiten auf die Frage, ob diese Kooperation im Sinne der Betroffenen verläuft, passen hier gut in das Bild (siehe Abb. 11).

Tabelle 4
Zusammenarbeit Kreis und Einrichtungen

Zusammenarbeit Kreis/Einrichtungen	MZP	Deskriptive Statistik			Mittelwertvergleich				
		n	MW	SA	Diff.	*t*	*df*	*p* <	*d*
Befragung (0-5)	1	69	2,17	1,382	1,28	7,08	186	.001	1.08
	2	119	3,45	1,072					
Fallstudien (0-5)	1	24	2,67	1,204	1,18	4,54	28,6	.001	1.39
	2	71	3,85	0,710					

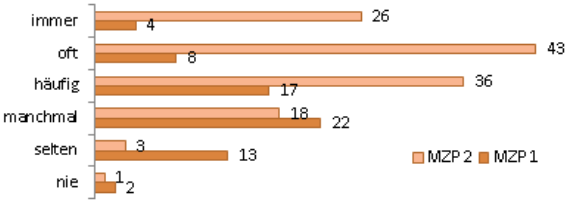


Abbildung 11. Kooperation im Sinne der Betroffenen?

6.10 Partizipation

Die strukturelle Beteiligung der Betroffenen im Rahmen des Modellprojekts wird als ausgesprochen positiv und wirkungsvoll eingeschätzt und hält in ihrer tatsächlichen Umsetzung auch der kritischen Außenperspektive stand. Anders als in manchen vergleichbaren Projekten steht Partizipation hier nicht nur auf dem Papier, sondern kann, zumindest bei MZP 2, de facto als „gelebte Praxis“ gelten. Menschen mit Behinderung (Nutzervertretung) nehmen stellvertretend an Sozialraum- und Kreiskonferenzen teil, bringen Anliegen ein, bündeln Interessen, stehen für Fragen, Sorgen und Nöte zur Verfügung und engagieren sich in daraus entstehenden spezifischen Angeboten. An diesem Punkt kann das Modell durchaus als „Leuchtturm-Projekt“ bezeichnet werden.

Auch die individuelle Beteiligung der Betroffenen am Hilfeplanverfahren wird grundsätzlich als begrüßenswert erlebt, wobei die bereits angesprochene Überforderung durch die Abläufe nicht vergessen werden darf, die einige als Belastung empfinden. Hierbei ist, wie gesagt, vor allem die Teilnahme an der Kollegialen Fachberatung umstritten, auch aus Sicht der Fachkräfte. Diese ist zwar nicht verpflichtend, wird jedoch von manchen nur als vermeintlich freiwillig wahrgenommen und mit einer Art „mulmigem“ Gefühl „durchgestanden“. Prinzipiell findet die Mitbestimmung bei der individuellen Hilfegestaltung immer dort ihre Grenzen, wo bestimmte Rahmenbedingungen den Vorstellungen der Betroffenen nicht flexibel angepasst werden, wie z.B. bei der Leistungsgewährung in Form von Regelleistungen.

Insgesamt ist das mittlere Partizipationsempfinden (Beteiligung an der Entscheidung über die Hilfen) deutlich und auch signifikant gestiegen, mit jeweils großen Effekten, und zwar sowohl bei den Befragungen (Mittelwert von 2,42 auf 3,54, Skala 0 bis 5, $t[126,4] = 5,14$, $p < .001$, $d = .80$, keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bei der ANOVA) als auch bei den Fallstudien (Mittelwert von 2,48 auf 3,92, Skala 0 bis 5, $t[94] = 5,99$, $p < .001$, $d = 1.41$).

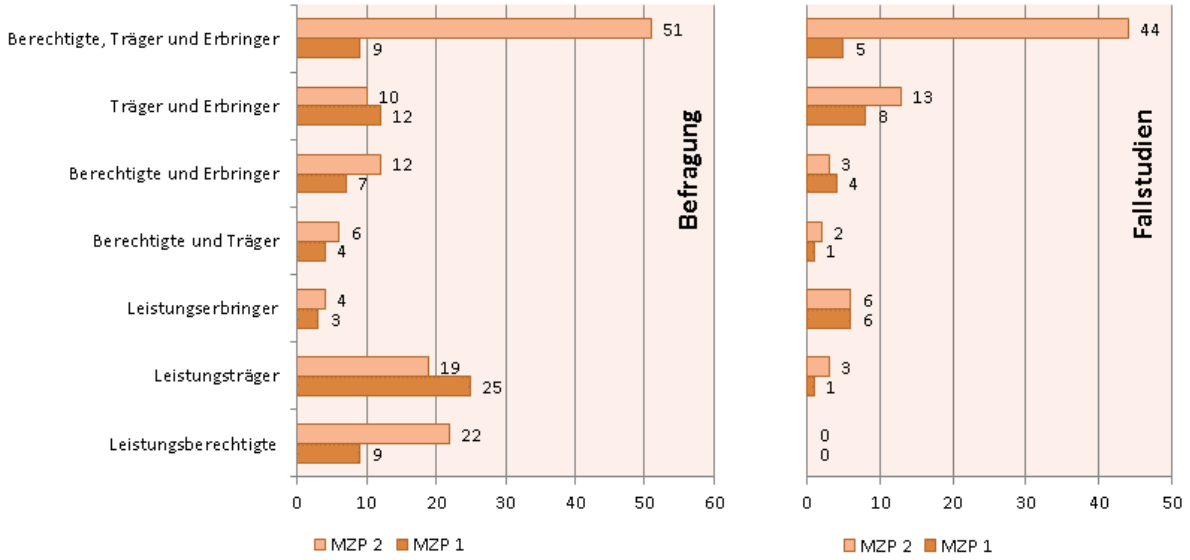


Abbildung 12. Wer traf letztendlich die Entscheidung über die Hilfen?

Abbildung 12 zeigt hierzu, dass bei MZP 1 sehr viel weniger gemeinsame Entscheidungen durch Leistungsberechtigte, -träger und -erbringer erfolgt sind als bei MZP 2, wo diese jeweils klar die Mehrheit ausmachen. Wurden laut Befragungen vor der Einführung des Modellprojekts noch 58 Prozent der Entscheidungen ohne die tatsächliche Beteiligung der Leistungsberechtigten getroffen, so sank dieser Anteil bei MZP 2 auf 27 Prozent. Dies ist zwar deutlich weniger, erscheint aber im Sinne einer partizipativen Grundausrichtung immer noch unbefriedigend hoch.

Alles in allem hat sich also der Grundtenor in den Einschätzungen der Menschen mit Behinderung spürbar gewandelt. Sie nehmen das Hilfesystem weniger ambivalent und entgegen ihren eigentlichen Interessen agierend wahr, sondern empfinden sich zunehmend als mitwirkende Akteure, die sich selbst mit den Möglichkeiten und Grenzen des Systems auseinandersetzen können und müssen. Abbildung 13 illustriert diese Entwicklung anhand von repräsentativen Beispielzitaten, die im Laufe der Erhebungen dokumentiert werden konnten.

- *„Ich fühlte mich immer gut betreut."*
- *„Mein Kind war zufrieden und glücklich."*

Ambivalenz

- *„Wenn man mir anders geholfen hätte, hätte ich vielleicht manche Hilfe heute vielleicht nicht mehr gebraucht. Vielleicht würde ich mich dann auch trauen, woanders zu leben."*
- *„Die Ziele wurden von der stellvertretenden Heimleitung geschrieben und vom Leistungsträger abgesegnet. Mir wurde alles nur zur Unterschrift unter die Nase gehalten."*
- *„Man hat mich in meiner Arbeitskraft ausgenutzt"*

- *„Ich werde ernst genommen."*
- *„Ich habe Mitspracherecht und alles wird auf mich abgestimmt."*
- *„Es ist immer jemand da, wenn ich Hilfe brauche."*
- *„(Mehr) Menschlichkeit im Verfahren, nicht so viele Leute dabei."*
- *„Es könnten die Betreuer manchmal mehr Zeit haben."*
- *„Es sollte weniger Papierkrieg geben."*
- *„Manchmal fehlt mir Rücksicht auf individuelle Probleme."*

MZP 1 → **MZP 2**

Abbildung 13. Kooperation und Partizipation: Beispielzitate

6.11 Zielorientierung

Gemeinsame Zielvereinbarungen als gängiger Standard in der Eingliederungshilfe haben sich von MZP 1 zu MZP 2 verstärkt etabliert. Abbildung 14 zeigt, dass laut den Befragungen insgesamt öfter Ziele vereinbart worden sind. Demnach sind die Kategorien „häufig" bis „immer" von 68 auf 84 Prozent gestiegen, ein Trend, der auch durch die anderen Analysen bestätigt wird.

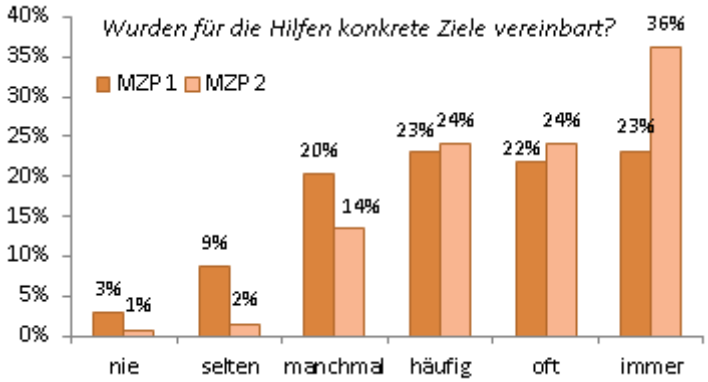


Abbildung 14. Häufigkeit von Zielvereinbarungen

Darüber hinaus haben die Fallstudien ergeben, dass sich die durchschnittliche Zielqualität in Sinne der SMART-Kriterien[8] signifikant erhöht hat, und zwar mit einem mittleren Effekt (MZP 1/MZP 2: Mittelwert von 2,08 auf 2,82, Skala 0 bis 5, SA = 1,213/1,257, n = 24/71, $t[93] = 2{,}49$, $p < .05$, $d = .60$). Dieser Befund wird wiederrum durch die Befragungen bestätigt, und dies sogar auf einem noch

[8] Spezifisch, Messbar, Ausführbar (auch Attraktiv, Akzeptabel), Realistisch, Terminiert.

höheren Niveau, das jedoch unrealistisch bzw. durch subjektive Einschätzungen der Beteiligten verzerrt sein dürfte. Insgesamt fanden sich bei MZP 2 deutlich weniger Ziellisten mit banalen, zu kleinteiligen und/oder globalen Inhalten, dafür verstärkt individuell maßgeschneiderte Zielsetzungen. Ebenso ist eine gewisse Abkehr von der Beschreibung des „perfekten“ Lebens anhand von ausführlichen Zielkataloge bemerkbar gewesen, und zwar zugunsten sinnvoller Fokussierungen auf realistische Inhalte.

Außerdem hat sich auch der durchschnittliche Zielerreichungsgrad signifikant erhöht. Lag dieser bei MZP 1 noch bei 44 Prozent, wobei zumeist die Standardantwort „teils/teils“ gewählt worden ist (vermutlich um Erfolg und die Notwendigkeit der Weiterführung der Maßnahmen zu signalisieren), so ergaben die Analysen bei MZP 2 einen Wert von 71 Prozent (Fallstudien MZP 1/MZP 2: MW von 1,47 auf 2,15, Skala 0 bis 4, 3 = 100 %, SA = 0,513/0,755, n = 19/60, $t[77] = 3{,}64$, $p < .001$, $d = .98$). Das ist einerseits ein unbestreitbar großer Effekt, andererseits besteht, was die Höhe der mittleren Zielerreichung betrifft, durchaus Entwicklungsspielraum. Die Auswertung der Befragungen bestätigen den Effekt prinzipiell, allerdings auf einem niedrigeren Niveau (44 % auf 57 %, $p < .001$, $d = .55$), eine Verzerrung, die bei nachträglichen Einschätzungen nicht unüblich ist.

6.12 Aktivierung

Unter dieser Überschrift geht es hier grob gesagt um dreierlei: Einmal die Aktivierung von persönlichen Ressourcen der Betroffenen, wenn man so will die Nutzung von deren Selbsthilfepotenzialen. Dann die Einbeziehung des persönlichen Umfelds in die Maßnahmen, also z.B. von Familienangehörigen oder Freunden. Und schließlich noch die Aktivierung von Möglichkeiten, die sich in der unmittelbaren Umgebung der jeweils Betroffenen befinden, also z.B. Nachbarschaft, Initiativen und Institutionen, sog. sozialräumliche Ressourcen. Erst wenn all diese Quellen wirklich ausgeschöpft sind, sollten professionelle Hilfesysteme auf den Plan treten, und nur so weit, wie das dann noch notwendig ist.

Was die Aktivierung von persönlichen Ressourcen betrifft, so haben die Stärken und Interessen der Leistungsberechtigten in MZP 2 klar an Bedeutung gewonnen, deren Probleme aber ebenso (vgl. hierzu 6.7, auch Abb. 7 und Anhang 1). Gemäß der Fallstudien hat sich an einer Art Dominanz der Probleme nichts geändert, gleichwohl die Ressourcen sehr viel wichtiger geworden sind (ebd.).

Auch das persönliche Umfeld ist insgesamt etwas stärker einbezogen worden als vor der Einführung des Modellprojekts. Dabei handelt es sich allerdings nur um einen mittleren Effekt, der aufgrund eines geringeren Anfangsniveaus bei den Fallstudien sehr viel größer ausfällt (Befragung MZP 1/2: MW = 1,79/2,78, Skala 0 - 5, SA = 1,511/1,677, n = 71/132, $t[201] = 4{,}16$, $p < .001$, $d = .61$; Fallstudien MZP 1/2: MW = 0,72/2,82, Skala 0 - 5, SA = 0,891/1,376, n = 25/71, $t[65{,}5] = 8{,}68$, $p < .001$, $d = 1.67$).

Die Aktivierung von sozialräumlichen Ressourcen schließlich hat sich lediglich leicht verbessert, wobei zu berücksichtigen ist, dass es den Sozialräumen in Nordfriesland trotz einiger Ausnahmen (z.B. Sport-, Musik- und Begegnungsprojekte) insgesamt noch an Möglichkeiten mangelt, die in den Hilfen eine tragende Rolle spielen könnten. Als dementsprechend klein erweist sich hier dann auch der gefundene Effekt, der in den Fallstudien, wieder aufgrund des geringeren Anfangsniveaus, deutlich größer ausfällt (Befragung MZP 1/2: MW = 1,91/2,49, Skala 0 - 5, SA = 1,463/1,447, n = 69/127, $t[194] = 2{,}65$, $p < .01$, $d = .40$; Fallstudien MZP 1/2: MW = 0,20/2,08, Skala 0 - 5, SA = 0,500/1,118, n = 25/71, $t[88{,}7] = 11{,}34$, $p < .001$, $d = 1.91$).

Summa summarum haben sich zwar der Problemfokus, die Angebots- und die Versorgungsdominanz etwas abgeschwächt, ein diesbezüglich zufrieden stellendes Niveau konnte jedoch keineswegs erreicht werden, weshalb, mit anderen Worten, noch viel Luft nach oben vorhanden ist.

6.13 Hilfeeffizienz

Bei der Beurteilung der Hilfeeffizienz, also dem Verhältnis von Aufwand und Nutzen, gehen die Meinungen zwischen den Gruppen auseinander. Während die Betroffenen selbst und auch die Einrichtungen dazu tendieren, den Leistungsumfang insgesamt als eher zu gering zu erachten, bestehen in dieser Hinsicht beim Kreis gewisse Zweifel. Dieser Eindruck wird, zumindest teilweise, durch die Fallstudien gestützt, welche die Vermutung nahe legen, dass aufgrund der zuvor beschriebenen Regelleistungen der Leistungsumfang in einigen Fällen überdimensioniert ist.

Aus der Sicht der Befragten ist die durchschnittliche Effizienz der Hilfen bei MZP 2 zwar etwas größer als bei MZP 1, aber dieser Unterschied fällt vergleichsweise gering aus und ist auch nicht signifikant (MZP 1/2: MW = 2,60/2,98, Skala 0 - 5, SA = 1,349/1,330, n = 67/123, $t[188] = 1{,}91$, n.s., $d = .29$). Als ursächlich für den fehlenden Effekt hat sich hier vor allem die Skepsis bei den Leistungserbringern erwiesen, die in ihren Einschätzungen bei MZP 2 signifikant und bedeutsam (großer Effekt) von den anderen Gruppen abweichen (ANOVA: $F[2, 119)] = 9{,}94$, $p < .001$, $eta^2 = .14$). Demgegenüber ergaben

die Fallstudien eine viel klarere und signifikante Effizienzsteigerung zwischen den beiden Messzeitpunkten, die obendrein auf einem sehr großen Effekt beruht (MZP 1/2: MW = 1,92/3,28, Skala 0 - 5, SA = 1,352/1,221, n = 25/71, $t[94] = 4{,}66$, $p < .001$, $d = 1.09$).

Abbildung 15 gibt einen Überblick über die Antwort- und Kategorienhäufigkeiten bei Befragungen und Fallstudien, jeweils zur Angemessenheit des Leistungsumfangs. Daran lässt sich zum einen die zuvor erwähnte Differenz zwischen den Sichtweisen ablesen, wonach die Befragten eher einen Mangel an Leistungen („weniger als nötig“) feststellen und die Analysen eher einen Überschuss („mehr als nötig“) attestieren.

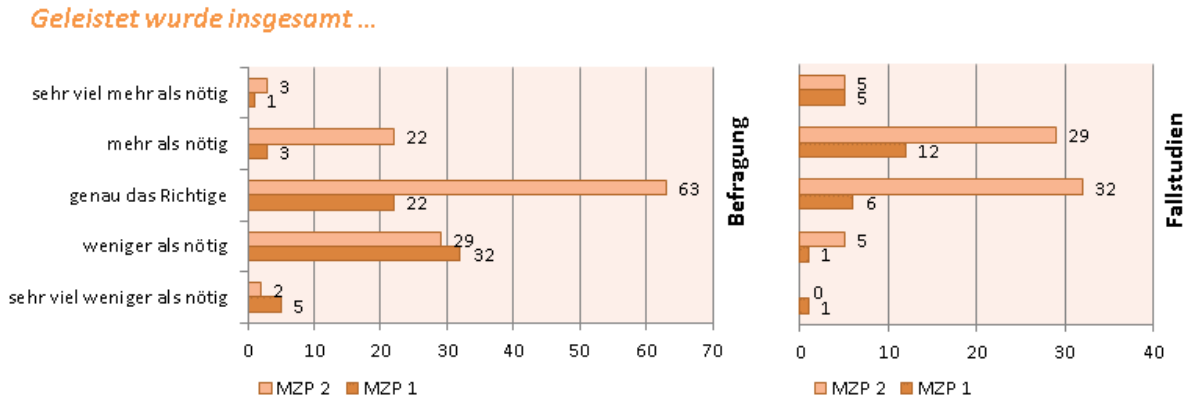


Abbildung 15. Hilfeeffizienz in Befragung und Fallstudien (Häufigkeiten)

Andererseits zeigt sich aber auch, dass bei MZP 2 jeweils die ideale Mitte („genau das Richtige“) am stärksten ausgeprägt ist und dies eine klare Verschiebung im Vergleich mit MZP 1 darstellt. Demnach hat sich die Effizienz also offenbar gesteigert, woraus sich auf eine diesbezüglich planvollere Vorgehensweise bei MZP 2 schließen lässt.[9]

6.14 Hilfequalität: Individuelle Passung

Am Ende der Präsentation der Einzelergebnisse in den verschiedenen Dimensionen und Themenbereichen steht nun die individuelle Passung der Hilfemaßnahmen. Diese wird analog wie die eingangs beschriebene Gesamtwürdigung der Hilfequalität (siehe Punkt 6.6) dargestellt, sodass sich

[9] Zur Illustration für einen in dieser Hinsicht weniger systematischen Ansatz, wie er bei MZP 1 mitunter praktiziert wurde, soll das folgende Beispielzitat eines Verantwortlichen dienen: „Hilflos wurde niemand zurückgelassen, doch waren die Hilfen eher ein Schuss ins Blaue (…).“

gewissermaßen der Kreis an diesem Punkt vorerst schließen kann und sich die generelle Richtung der Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten bzw. deren Ausprägung noch einmal verdeutlichen lässt.

Abbildung 16 zeigt, dass die Passgenauigkeit der Hilfen von MZP 1 zu MZP 2 gemäß der Befragungen gestiegen ist, und zwar ähnlich wie bei der Gesamtwürdigung der Qualität wieder um einen halben Skalenpunkt (Differenz = 0,50) in den hohen Bereich hinein. Auch diese Differenz ist statistisch signifikant mit einem kleinen bis mittleren Effekt ($t[196] = 2{,}84$, $p < .01$, $d = .43$). Außerdem bestätigen die Fallstudien erneut den Unterschied und ergeben sogar einen großen Effekt (MZP 1/2: MW = 2,12/3,68, SA = 1,201/1,066, n = 25/71, $t[94] = 6{,}07$, $p < .001$, $d = 1.43$). Und auch dieser Befund wird wieder durch die Gesamtschau von Interviews und Gruppendiskussionen erhärtet.

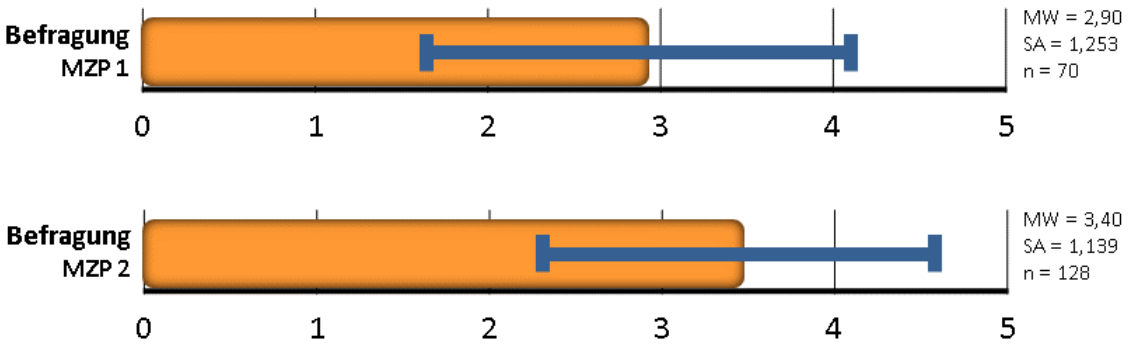


Abbildung 16. Steigerung der individuellen Passung zwischen den Messzeitpunkten

6.15 Zusammenfassung: Skalenwerte

Im Rahmen der Befragungen, der Fallstudien und auch am Ende der Interviews sind die Dimensionen „Qualität“, „Effizienz“, „Partizipation“, „Kooperation“, „Einbeziehung von Umfeld und Sozialraum“ anhand einer Skala von 0 bis 10 separat in ihrer Gänze eingeschätzt worden, wobei die 10 einer optimalen Bewertung der jeweiligen Situation entsprach. Diese Gesamturteile auf der Basis einer alternativen Skala dienten insbesondere zum Vergleich mit den bisherigen Befunden und zur Überprüfung von deren Aussagekraft.

Abbildung 17 veranschaulicht die entsprechenden Durchschnittswerte von den Befragungen und den Fallstudien, jeweils zu beiden Messzeitpunkte, sowie der Interviews bei MZP 2 (kein Mittelwert bei MZP 1 aufgrund der geringen Stichprobengröße).

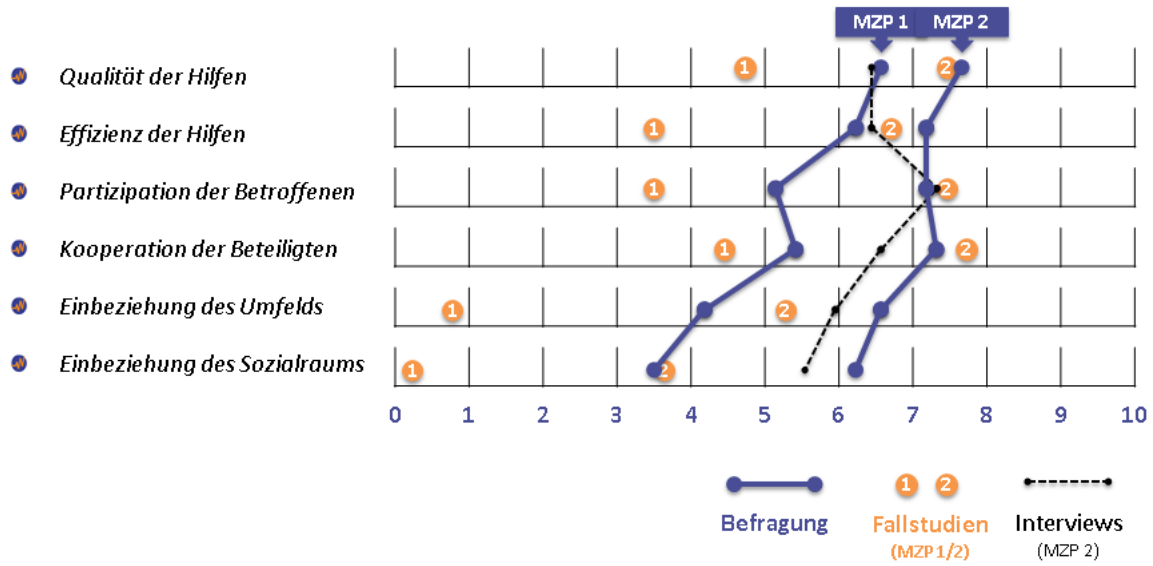


Abbildung 17. Auf einer Skala von 0 bis 10: Mittelwerte der Befragungen, Fallstudien und Interviews

Bereits der erste Blick zeigt, dass sich die Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten auch in den Skalenwerten widerspiegeln. Bei den Befragungen sind diese teilweise zwar etwas stärker oder schwächer als in den zuvor beschriebenen Resultaten, weisen jedoch insgesamt in dieselbe Richtung. Bei den Fallstudien ist auch hier das zumeist geringere Niveau bei MZP 1 auffällig, weshalb die Differenzen deutlich größer ausfallen.

Sämtliche Steigerungen sind statistisch signifikant mit mittleren bis großen Effekten bei den Befragungen und sehr großen Effekten bei den Fallstudien (exakte Werte siehe *t*-Test-Statistik, Anhang 2).

Interessant ist hier vor allem, dass bei MZP 2 in beiden Methoden und auch in den Interviews in fast allen Dimensionen ein vergleichbarer Level erreicht wurde. Demnach bewegen sich „Qualität“, „Effizienz“, „Partizipation“ und „Kooperation“ im Rahmen des Modellprojekts bereits auf einem erfreulich hohen Niveau, während bei der „Einbeziehung von Umfeld und Sozialraum“ noch einiges Entwicklungspotenzial zu verzeichnen ist.

7 Dimensionsprüfung

Um sich nun ein Gesamtbild machen zu können, ist es nötig, sämtliche Evaluationsergebnisse zusammenzufassen und anhand der Analysedimensionen den zweiten Messzeitpunkt mit dem ersten zu vergleichen (vgl. hierzu Punkt 6. 1, Baseline MZP 1). In Abbildung 18 ist das entsprechende Gesamtresultat grafisch veranschaulicht.

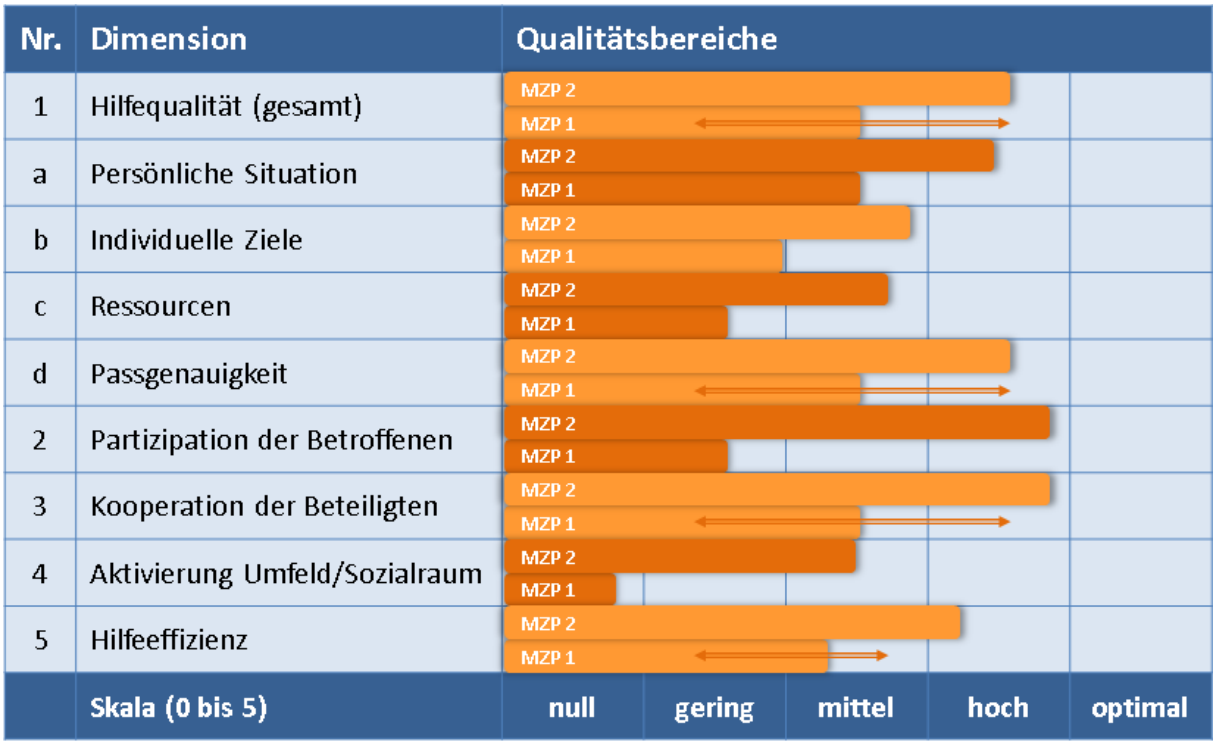


Abbildung 18. Dimensionsprüfung: MZP 1 vs. MZP 2

Wie sich bereits aus den bisherigen Schilderungen ergibt, konnten in allen Dimensionen Steigerungen nachgewiesen werden, und zwar in den nächsthöheren oder sogar den übernächsten Qualitätsbereich hinein. Die Zuwächse bei der Partizipation der Betroffenen und auch der Aktivierung von Umfeld und Sozialraum sind besonders ausgeprägt, wobei das jeweilige Ausgangsniveau zu beachten ist, das sich z.B. bei der Aktivierung im Null-Bereich befunden hat. Die grundsätzliche Ambivalenz gegenüber dem Hilfesystem in MZP 1, wie sie in Abbildung 18 durch die Doppelpfeile symbolisiert wird, hat sich bei MZP 2 nicht mehr gezeigt.

Insgesamt konnte also eine Veränderung von geringer bis mittlerer Systemqualität hin zu mittlerer bis hoher verzeichnet werden. Dabei ist jedoch das Ende einer möglichen Entwicklung (längst) noch nicht erreicht, weshalb weitere Steigerungen durchaus wünschens- und erstrebenswert sind.

8 Ergebnisanalyse und Hypothesenprüfung

Für die Gültigkeit der Evaluationsergebnisse spricht, dass sich einheitliche Zuwächse bei allen Dimensionen, mit mittleren bis sehr großen intradimensionalen Effekten ergeben haben. Außerdem herrscht alles in allem eine hohe Ergebniskongruenz zwischen den einzelnen Methoden vor, also zwischen Befragungen, Interviews, Gruppendiskussionen, Fallstudien, Beobachtungen und Grundlagenanalysen. Darüber hinaus konnten diesbezüglich starke Überzeugungen bei den Betroffenen, die hier gewissermaßen als „Effektgaranten“ fungieren, festgestellt werden und ebenso bei den Verantwortlichen vom Kreis und von den beteiligten Einrichtungen.

Gegen die Gültigkeit der Ergebnisse spricht, dass die Beteiligung der Fachkräfte, insbesondere bei der Online-Befragung, hinter den Erwartungen zurückgeblieben ist, und das diejenigen, die ihre Meinung geäußert haben, teilweise auch spezielle Kritik zu bestimmten Themen (z.B. Praxisferne, spekulative Herangehensweise, Rationalisierung) und generelle Kritik am Hilfeplanverfahren (Dauer, Kompliziertheit und Überforderung) vorgebracht haben.

Insgesamt besteht jedoch, unter Würdigung aller Erhebungen und Befunde, eine hohe Wahrscheinlichkeit für die Gültigkeit und eine geringe Wahrscheinlichkeit für die Nicht-Gültigkeit der Evaluationsergebnisse. Damit kann die Forschungshypothese als bestätigt betrachtet werden (vgl. hierzu 3.1): **Die generellen Projektziele sind nach der Einführung des Modellprojekts (MZP 2) deutlich stärker erfüllt als zuvor (MZP 1).**

Zur Erinnerung, diese generellen Projektziele lauten zusammengefasst wie folgt (vgl. Punkt 1):

(1) Passgenaue und personenzentrierte Leistungen für Menschen mit Behinderungen auf der Basis von individuellen Zielen und Ressourcen
(2) Kooperation von Leistungsträgern und -erbringern, unter umfassender Beteiligung der Betroffenen (Partizipation)
(3) Aktivierung von persönlichem Umfeld und Sozialraum (barrierefreie Nutzung, fallunspezifische Arbeit, verstärkte Ambulantisierung)
(4) Kostenkontrolle durch gemeinsame Verantwortung von Leistungsträgern und -erbringern (Effizienz)

9 Ergebnisabgleich

9.1 Klartext der Betroffenen

Aufgrund der Schwierigkeiten, die einige Betroffene bei der Beantwortung mancher Fachfragen beim ersten Messzeitpunkt hatten – da sie irrtümlich dachten, diese beantworten zu müssen (vgl. hierzu Punkt 4) – wurde bei der zweiten Erhebung eine sog. Klartextbox hinzugefügt bzw. den anderen Fragen vorangestellt.

Darin waren die Erhebungsinhalte, also die Dimensionen oder auch Themenbereiche, wie z.B. Hilfequalität, Partizipation oder Kooperation, in leichter verständlicher Sprache formuliert und mit einer jeweils passenden vierstufigen Antwortskala versehen worden. Dabei sollte immer zwischen leichter und starker Ablehnung sowie leichter und starker Befürwortung gewählt werden, sodass keine undefinierbare Mitte benannt werden konnte („forced choice"). Außerdem bestand noch die Möglichkeit für persönliche Anmerkungen.

Klartextbox für Hilfeempfängerinnen und Hilfeempfänger / Antworthäufigkeiten (nur MZP 2)

A.1: Sie bekommen Unterstützung durch die Eingliederungshilfe. Wie gut finden Sie diese Hilfe?

schlecht	nicht so toll	ganz okay	echt gut
1	5	53	36

A.2: Wie gut passt die Hilfe zu Ihnen und Ihren Fähigkeiten?

gar nicht	eher weniger	passt schon	sehr gut
2	4	51	33

A.3: Wie gut finden Sie die Ziele Ihrer Hilfe?

kenne ich nicht	nicht so toll	ganz okay	echt gut
3	6	47	32

B: Hilfen können sehr unterschiedlich sein. Bestimmen Sie selbst, was bei Ihnen passiert?

nie	selten	manchmal schon	oft
3	6	31	49

C: Der Kreis bewilligt und Einrichtungen leisten die Hilfen. Arbeiten diese Leute in Ihrem Fall gut zusammen?

kaum	ab und zu	eigentlich schon	fast immer
1	6	37	39

D.1: Sind Familienmitglieder oder andere wichtige Menschen an der Hilfe beteiligt?

gar nicht	selten	manchmal schon	regelmäßig
31	12	29	18

D.2: Werde Sie auch durch Menschen oder Orte in Ihrer Umgebung unterstützt?

gar nicht	selten	manchmal schon	regelmäßig
14	13	37	27

E. Bekommen Sie alles in allem eigentlich genug Hilfe?

nein, zu wenig	geht so	passt genau	mehr als genug
3	26	50	13

Abbildung 19. Klartextbox: Antworthäufigkeiten

In Abbildung 19 ist die gesamte Klartextbox, mit Ausnahme der offenen Fragen, wiedergegeben, inklusive der jeweiligen Antworthäufigkeiten, wobei die größten Werte hervorgehoben sind. Nun muss natürlich betont werden, dass diese Daten nicht als integraler Bestandteil der Evaluation gelten können, da sie sich ausschließlich auf den zweiten Messzeitpunkt beziehen und ein Vergleich mit dem ersten nicht möglich ist.

Dennoch ist deren zentrale Tendenz durchaus interessant. Eindeutig bilden hier die positiven bis sehr positiven Einschätzungen der Betroffene die Mehrheit, woraus sich ein Gesamteindruck ergibt, der in etwa mit den Resultaten des zweiten Messzeitpunkts vergleichbar ist (siehe z.B. die Skalenwerte bei Punkt 6.15). Mit anderen Worten bestätigen die Antworten das bei MZP 2 ermittelte qualitative Niveau bzw. befinden sich nicht im Widerspruch dazu. Vielleicht abgesehen von der Beteiligung der Familie oder anderer wichtiger Menschen an den Hilfen, die eher verneint wird. Aus Anmerkungen hierzu lässt sich allerdings schließen, dass dies in erster Linie auf das generelle Fehlen solcher Bezugspersonen zurückzuführen ist und nicht auf mangelnde Bereitschaft der anderen Beteiligten.

Auf die offene Frage nach bestimmten positiven Aspekten wurden u.a. „sofortige Unterstützung“, „nette Mitarbeiter und gute Ideen“ oder „Aktivität und persönliche Nähe“ genannt, ansonsten auch, „dass sich um das tägliche Wohl gekümmert würde“ und „dass man jederzeit mit jemanden reden könne“. Demgegenüber vermissen die Betroffenen z.B. die „Schnelligkeit der Entscheidung“, „noch mehr Kreativität im Denken“, „jemanden, der mehr Zeit hat“, „Geld und eine eigene Wohnung“ und ganz generell „Liebe und Zuwendung“.

Vor allem die letzten Antworten veranschaulichen eindringlich, dass es manchen Menschen mit Behinderung in ihrem Leben an etwas fehlt, was sich im Rahmen der Eingliederungshilfe nicht kompensieren lässt, egal wie hoch die entsprechende Systemqualität auch ausgeprägt sein mag. Hier stoßen wohl auch Partizipation und Inklusion an ihre sozusagen natürlichen Grenzen.

9.2 Von Schulnoten und Romantiteln

Aber nicht nur der Klartext der Betroffenen unterstreicht in der eben beschriebenen Weise die Gültigkeit der Evaluationsergebnisse, sondern auch die vergebenen Schulnoten und Romantitel weisen in diese Richtung. Hierzu sei daran erinnert, dass bei den Befragungen und den Interviews abschließend die Haltung gegenüber der Eingliederungshilfe in Nordfriesland auch auf diese Art ausgedrückt werden konnte (vgl. Punkt 3.3). Stark subjektiv gefärbte, gewissermaßen spielerische

Einschätzungen durch z.B. Schulnoten oder Romantitel werfen nämlich noch mal einen etwas anderen Blick auf die jeweilige Thematik und lassen diese mitunter in einem etwas anderen Licht erscheinen.

Was die Schulnoten von 1 bis 6 betrifft, so hat sich der Gesamtdurchschnitt aus der Sicht der Betroffenen – gebildet aus entweder durch sie selbst vergebenen oder von anderen Befragten aus deren Perspektive vermuteten Noten – tatsächlich von einer eher weniger befriedigenden 3 bis 4 beim ersten Messzeitpunkt auf eine deutlich passablere 2 bis 3 bei MZP 2 verbessert. Allerdings besteht auch hier zweifellos noch ein gewisses Entwicklungspotenzial. Und auch die Auswahl von möglichen Romantiteln über individuelle Erfahrungshorizonte mit der Eingliederungshilfe, wie sie in Abbildung 20 zusammengestellt ist, kann insgesamt durchaus im Sinne dieser Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten interpretiert werden, wobei natürlich von Fall zu Fall auch ganz andere Deutungen denkbar sind.

Abbildung 20. Die Eingliederungshilfe in Romantiteln

10 Empfehlungen

Auf der Grundlage der soeben dargestellten Ergebnisse der Evaluation des Modellprojekts zur sozialräumlichen Entwicklung der Eingliederungshilfe in Nordfriesland können im Sinne einer weiteren und über das bisherige Niveau noch hinausgehenden Erreichung der Projektziele die folgenden Empfehlungen abgeleitet werden, die sich grob in drei Bereiche gliedern lassen.

(1) Komplexität statt Kompliziertheit

Dreh- und Angelpunkt einer qualitativ hochwertigen Gestaltung der Hilfeprozesse ist die Durchführung von Hilfeplanverfahren, die der Komplexität individueller Lebenswelten gerecht werden. Gleichzeitig sollten diese aber auch nicht zu kompliziert und dadurch für die Betroffenen unverständlich und aus deren Sicht übertrieben bürokratisch konzipiert sein. Deshalb wird empfohlen, das Hilfeplanverfahren in geeigneter Weise zu vereinfachen und damit zu beschleunigen. Insbesondere die Teilnahme der betroffenen Menschen an der Kollegialen Fallberatung sollte grundlegend überdacht werden. Die Hilfeplanung beim Kreis könnte hier eine Art Scharnierfunktion zwischen den behördlichen Abläufen und der Realität der Leistungsberechtigten übernehmen, sodass der Kontakt mit dem System für die Betroffenen überschaubarer wird. Ansonsten sollte der Fokus auf der Umsetzung zentraler fachlicher Standards liegen, wie z.B. der Willens- und der Ressourcenorientierung sowie der individuellen Passung. Insgesamt müssten hierfür die notwendigen personellen Ressourcen beim Kreis entsprechend vorgehalten und erweitert werden.

(2) Konsequenz statt Kompromisse

Um die angestrebten passgenauen und personenzentrierten Leistungen umfassend realisieren zu können, erscheint es sinnvoll, möglichst alle Leistungsangebote konsequent im Rahmen von Einrichtungsbudgets abzurechnen und weitgehend auf Kompromisslösungen zu verzichten, die auch andere Finanzierungsmodelle beinhalten. Ebenso wichtig ist es in diesem Zusammenhang, fallunspezifische Arbeit verstärkt zu fördern und zu fordern, um alternative Hilfeelemente erschließen zu können. Denn nur so wird es mittel- und langfristig möglich sein, die zuvor beschriebenen Regelleistungen zugunsten von flexibleren Maßnahmen aufzulösen. Zwar finden sich im Bereich des betreuten Wohnens unter dem Stichwort „Ambulantisierung“ auch vermehrt andere Settings, doch bleibt z.B. der eher einheitliche Betreuungsrahmen innerhalb der Werkstätten

größtenteils unverändert. Die Analysen im Rahmen der vorliegenden Evaluation legen den Schluss nahe, dass es hier derzeit in Nordfriesland, grob vereinfacht, vier Gruppen von Beschäftigten gibt: Einmal Menschen, die dauerhaft in den Werkstätten bleiben wollen (sollen) und für die auch keine Alternative gesehen wird, davon welche mit genügender Eignung für die Produktionsprozesse (Gruppe 1a) und welche mit mangelnder Eignung (Gruppe 1b). Und zum anderen Menschen, die nur vorübergehend in den Werkstätten bleiben wollen (sollen) und denen eine Alternative zugetraut wird (Gruppe 2a: Bemühung um Integration) oder nicht (Gruppe 2b). Insbesondere bei den Gruppen 1b und 2b kann die Situation nicht als zufriedenstellend eingestuft werden. So wurde z.B. ein Beschäftigter in dem offiziellen Hilfebericht einer örtlichen Werkstatt als „junger Mann mit hohem Niedlichkeitsfaktor“ bezeichnet, „für den die Werkstatt ein Riesen-Abenteuerspielplatz ist“, während ein anderer Beschäftigter zu Protokoll gab, er wäre in seiner „Arbeitskraft ausgenutzt“ worden.[10] Gleichzeitig sind jedoch auch klare Tendenzen zur Individualisierung der Leistungen erkennbar (z.B. Außenarbeitsplätze, Praktika, Hospitationen, Gruppenarbeit, Teilzeitmodelle), an denen man, bildlich gesprochen, unbedingt anknüpfen sollte.

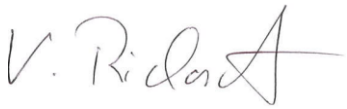
(3) Kontinuität statt Kurzschluss

Das Modellprojekt zur sozialräumlichen Entwicklung der Eingliederungshilfe in Nordfriesland strebt umfangreiche Veränderungen an, die sich in einem System dieser Größe nicht von heute auf morgen realisieren lassen. Auch wenn sich, wie in dieser Evaluation dargelegt, bereits erste Effekte gezeigt haben, so muss man mit einem vorläufigen Gesamturteil noch vorsichtig sein. Wichtig erscheint hier, kontinuierlich und Schritt für Schritt den Prozess weiter voranzutreiben, in seinen Auswirkungen abzuschätzen und dabei keine voreiligen (Kurz-)Schlüsse zu ziehen. Vielmehr sollte man einen langen (fachlichen) Atem beweisen und sich darauf konzentrieren, die Fachbasis von den Projektinhalten zu überzeugen, zeigte sich dort doch diesbezüglich die größte Skepsis. Keinesfalls angebracht wäre es jedenfalls, allzu schnelle, insbesondere finanzielle, Wunder zu erwarten. Um in dieser Hinsicht eine seriöse Einschätzung vornehmen zu können, muss man noch etwas Geduld aufbringen, vermutlich mindestens bis zum Ende der Projektlaufzeit. Dafür, aber auch um die restlichen Effekte absichern und gegebenenfalls bestätigen zu können, erscheint es sinnvoll, eine summative Evaluation zum Abschluss der Modellphase durchzuführen. Dabei würde es sich dann um einen dritten Messzeit-

[10] Das zahlenmäßige Verhältnis zwischen diesen Gruppen kann auf der Basis der ausgewerteten Daten natürlich nicht verlässlich bestimmt werden, aber es ist möglich, zumindest eine näherungsweise Schätzung vorzunehmen, die in einer entsprechenden weiteren Untersuchung als hypothetische Grundlage dienen könnte. Demnach ließen sich die jeweiligen Anteile z.B. folgendermaßen benennen: 1a etwa ein Drittel, 1b etwa ein Viertel, 2a etwa ein Fünftel, 2b etwa ein Viertel. Daraus ergäbe sich dann ein alles in allem nicht unerheblicher Flexibilisierungsbedarf.

punkt handeln, für den prinzipiell ein reduziertes Design mit komprimierten Erhebungsinhalten empfohlen wird, dessen Gesamtaufwand sich sinnvollerweise zwischen dem für den ersten und dem für den zweiten Messzeitpunkt bewegen sollte.

München, 24. Februar 2016



Dr. Vincent Richardt
Dipl.-Psych., Dipl.-Sozialpäd. (FH)

Anhang 1 | *t*-Test-Statistik für gelistete Variablen

Befragung	MZP	Deskriptive Statistik			Mittelwertvergleich				
		n	MW	SA	Diff.	*t*	*df*	*p* <	*d*
Anliegen der Betroffenen	1	71	2,82	1,486	1,51	7,52	112,8	.001	1.21
	2	131	4,33	1,106					
Anliegen der gesetzl. Vertreter/innen	1	65	2,95	1,419	0,53	2,54	174	.05	.40
	2	111	3,49	1,299					
Anliegen der Fachkräfte vom Kreis	1	70	3,67	1,282	-0,33	-1,76	186	n.s.	.27
	2	118	3,34	1,193					
Anliegen der Fachkräfte der Einrichtungen	1	69	2,99	1,500	0,91	4,52	102,6	.001	.76
	2	126	3,90	1,011					
Probleme der Betroffenen	1	70	3,03	1,560	1,24	5,86	110,1	.001	.96
	2	129	4,27	1,144					
Stärken der Betroffenen	1	71	2,96	1,516	1,36	6,67	110,6	.001	1.02
	2	129	4,32	1,090					
Interessen der Betroffenen	1	70	2,77	1,652	1,42	6,3	110,5	.001	1.09
	2	131	4,19	1,241					

Fallstudien	MZP	Deskriptive Statistik			Mittelwertvergleich				
		n	MW	SA	Diff.	*t*	*df*	*p* <	*d*
Anliegen der Betroffenen	1	25	2,28	1,275	1,59	5,78	32,4	.001	1.62
	2	71	3,87	0,877					
Anliegen der gesetzl. Vertreter/innen	1	17	2,24	1,251	1,66	4,78	52	.001	1.42
	2	37	3,89	1,149					
Anliegen der Fachkräfte vom Kreis	1	25	2,56	1,083	1,24	5,43	29,8	.001	1.63
	2	71	3,80	0,624					
Anliegen der Fachkräfte der Einrichtungen	1	24	4,67	0,482	-0,34	-2,48	66,5	.05	.47
	2	70	4,33	0,793					
Probleme der Betroffenen	1	25	4,28	0,936	0,11	0,63	94	n.s.	.14
	2	71	4,39	0,727					
Stärken der Betroffenen	1	25	1,24	0,970	2,08	9,05	94	.001	2.12
	2	71	3,32	0,997					
Interessen der Betroffenen	1	25	1,60	1,258	1,70	6,72	94	.001	1.58
	2	71	3,30	1,020					

Anhang 2 | *t*-Test-Statistik für Skalenwerte

Befragung	MZP	Deskriptive Statistik			Mittelwertvergleich				
		n	MW	SA	Diff.	*t*	*df*	*p* <	*d*
Qualität der Hilfen	1	70	6,56	2,387	1,04	3,13	119	.01	.50
	2	125	7,60	1,913					
Effizienz der Hilfen	1	70	6,16	2,619	1,08	2,92	123,5	.01	.46
	2	122	7,24	2,178					
Partizipation der Betroffenen	1	70	5,07	3,033	2,12	4,98	120,2	.001	.80
	2	117	7,19	2,396					
Kooperation der Beteiligten	1	70	5,40	2,901	1,88	4,74	111,8	.001	.78
	2	121	7,28	2,114					
Einbeziehung des Umfelds	1	70	4,06	2,919	2,41	5,96	187	.001	.90
	2	119	6,47	2,547					
Einbeziehung des Sozialraums	1	67	3,54	2,956	2,63	6,20	182	.001	.95
	2	117	6,17	2,660					

Fallstudien	MZP	Deskriptive Statistik			Mittelwertvergleich				
		n	MW	SA	Diff.	*t*	*df*	*p* <	*d*
Qualität der Hilfen	1	25	4,72	2,638	2,76	4,80	33,4	.001	1.31
	2	71	7,48	1,919					
Effizienz der Hilfen	1	25	3,64	2,596	3,08	5,97	94	.001	1.40
	2	71	6,72	2,071					
Partizipation der Betroffenen	1	25	3,48	2,434	3,80	8,26	94	.001	1.94
	2	71	7,28	1,798					
Kooperation der Beteiligten	1	25	4,32	2,135	3,51	7,54	33,6	.001	2.05
	2	71	7,83	1,567					
Einbeziehung des Umfelds	1	25	0,92	1,470	4,28	10,03	75	.001	1,83
	2	71	5,20	2,606					
Einbeziehung des Sozialraums	1	25	0,24	0,663	3,24	10,12	90,7	.001	1,53
	2	71	3,48	2,454					