QUELLENLAND
SCHWARZWALD
BAAR KREIS



Handbuch

Vision und Leitbild der Sozialraumorientierung im Schwarzwald-Baar-Kreis

Inhaltsverzeichnis

3	Vorwort
4 – 5	Einleitung
6 – 8	Leitbild für eine sozialraumorientierte Soziale Arbeit im Schwarzwald-Baar-Kreis
8 – 27	Vier Schritte zur Vision
28 – 39	Weitere Materialien

Vorwort



Die sozialen Herausforderungen unserer Zeit werden komplexer. Demografischer Wandel, gesellschaftliche Veränderungen und vielfältige Lebenslagen stellen auch unseren Landkreis vor neue Aufgaben. Um diesen Entwicklungen wirksam zu begegnen, braucht es eine Sozialpolitik und Soziale Arbeit, die nah an den Menschen ist und ihre Lebenswirklichkeit in den Blick nimmt.

Mit dem vorliegenden Handbuch zur Sozialraumorientierung setzen wir im Schwarzwald-Baar-Kreis ein wichtiges Zeichen. Es beschreibt unsere gemeinsame Vision und unser Leitbild für eine Soziale Arbeit, die sich an den Ressourcen der Menschen, ihren Netzwerken und ihrem unmittelbaren Lebensumfeld orientiert. Sozialraumorientierung bedeutet für uns: nicht nur auf Probleme zu reagieren, sondern gemeinsam mit Bürgerinnen und Bürgern, Fachkräften und Institutionen Lösungen zu entwickeln.

Dieses Handbuch soll Orientierung geben. Es erläutert unser Leitbild, beschreibt konkrete Arbeitsschritte und stellt hilfreiche Materialien für die Praxis zur Verfügung. Gleichzeitig ist es als Grundlage für Schulung, Austausch und Weiterentwicklung gedacht. Denn Sozialraumorientierung lebt davon, dass viele Akteure gemeinsam Verantwortung übernehmen.

Ich danke allen Beteiligten, die an der Entwicklung dieser Vision und dieses Leitbildes mitwirken. Ihr Engagement trägt dazu bei, dass wir auch künftig gute soziale Lebensbedingungen im Schwarzwald-Baar-Kreis gestalten können.

Sven Hinterseh
Landrat

Einleitung

Das Handbuch zur Sozialraumorientierung im Schwarzwald-Baar-Kreis stellt die Vision und das Leitbild „Gemeinsam Lebensräume gestalten – von der Versorgung zur Teilhabe" vor und übersetzt beides in praxisorientierte Beschreibungen für die tägliche Arbeit.

Die Vision beschreibt das angestrebte Zielbild, den Sollzustand, wie soziale Daseinsvorsorge und Teilhabe im Landkreis künftig aussehen sollen. Das Leitbild hingegen definiert die Leitplanken, die Haltungen, Grundsätze und Vorgehensweisen, die den Prozess zur Erreichung der Vision leiten. Vision und Leitbild zusammen bündeln die zentralen Prinzipien und Haltungen der Sozialraumorientierung und machen sie durch konkrete Arbeitsschritte, Methoden und Beispiele unmittelbar nutzbar.

Das Handbuch richtet sich an Mitarbeitende in Kommunalverwaltungen und Sozialdiensten an Fachkräfte freier Träger sowie ehrenamtlich Engagierte. Es unterstützt dabei, vorhandene Ressourcen im Sozialraum zu identifizieren, Angebote zu vernetzen und Menschen in ihrer Selbstwirksamkeit zu stärken. Ob als Nachschlagewerk, Leitfaden für Hilfeplanung oder Arbeitsgrundlage für Schulungen – dieses Handbuch begleitet dabei, soziale Daseinsvorsorge zukunftsfest zu gestalten.

Das Handbuch zur Sozialraumorientierung im Schwarzwald-Baar-Kreis enthält:

1. Das Leitbild „Gemeinsam Lebensräume gestalten" als Einstieg und Orientierung.
2. Ausführungen zu den zentralen Veränderungsbedarfen auf vier Bedingungsebenen: Einzelfallhilfe, Organisation, Steuerung und Finanzierung.
3. Praxisbeispiele und Musterfälle, die zeigen, wie Sozialraumorientierung konkret umgesetzt werden kann.
4. Arbeitsmaterialien, Checklisten und Reflexionsfragen für Teamsitzungen, Fortbildungen und Projektgruppen.

Das Ziel ist, Theorie und Praxis eng zu verzahnen: Die Vision bleibt nicht in der Abstraktion stehen, sondern wird durch konkrete Anleitungen und Beispiele für alle Beteiligten unmittelbar nutzbar.

Leitbild für eine sozialraumorientierte Soziale Arbeit im Schwarzwald-Baar-Kreis

Vorbemerkung

Der Schwarzwald-Baar-Kreis stellt sich den aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen – wie dem demografischen Wandel, dem Fachkräftemangel, der zunehmenden sozialen Ungleichheit und der Vereinsamung vulnerabler Gruppen – mit einem neuen strategischen Ansatz: Wir wollen die soziale Daseinsvorsorge zukunftsfest machen, indem wir die Kräfte im Sozialraum bündeln und Menschen nicht nur versorgen, sondern in ihren Lebensbezügen stärken.

Sozialleistungen sollen nicht länger allein auf der Logik professioneller Einzelfallhilfe beruhen, sondern stärker in lebensweltliche und sozialräumliche Kontexte eingebettet werden. Unser Ziel ist ein wirksames und tragfähiges Hilfesystem, das individuelle Notlagen lindert und gleichzeitig gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht.

Gemeinsam Lebensräume gestalten – von der Versorgung zur Teilhabe

Menschen in ihrer Lebenswelt ernst nehmen
Wir betrachten Menschen nicht als „Fälle", sondern als Expertinnen und Experten ihrer eigenen Lebensrealität. Hilfe soll sich an den subjektiven Bedürfnissen, Ressourcen und sozialen Bezügen der Betroffenen orientieren. Es geht um *ganzheitliche Unterstützung*, die nicht nur Defizite ausgleicht, sondern Potenziale stärkt und Teilhabe ermöglicht.

Sozialräume aktivieren und stärken
Lebensqualität entsteht im direkten Umfeld – im Quartier, in der Gemeinde, in der Nachbarschaft. Deshalb entwickeln wir gemeinsam mit den Städten und Gemeinden sozialräumliche Strukturen weiter, die Begegnung, Selbsthilfe und Unterstützung im Alltag fördern. Jeder Sozialraum im Kreis soll ein Ort sein, an dem soziale Teilhabe möglich ist – auch jenseits professioneller Hilfe.

Zusammenarbeit auf Augenhöhe
Veränderung gelingt nur im Miteinander. Wir setzen auf eine verbindliche Kooperation zwischen Kreisverwaltung, freien Trägern der Wohlfahrtspflege, Leistungserbringern und den kommunalen Strukturen im Kreis. Die Rollen werden neu ausbalanciert: Vom Leistungsanbieter zum Netzwerkpartner, vom Verwalter zum Ermöglicher.

Infrastruktur statt nur Einzelfälle
Wir verstehen Soziale Arbeit nicht nur als Einzelfallhilfe, sondern auch als Aufgabe der *Gestaltung sozialer Infrastrukturen*. Dazu zählen Begegnungsorte, niederschwellige Angebote, freiwilliges Engagement und neue Formen der Unterstützung im Alltag. Wir fördern gezielt den Aufbau solcher Strukturen – nicht als Zusatz, sondern als tragende Säule der sozialen Daseinsvorsorge.

Finanzielle Steuerung neu denken
Wir entwickeln Finanzierungssysteme weiter, die *Prävention und sozialraumorientierte Angebote* ermöglichen – statt nur nachgelagerte Hilfe im Einzelfall zu finanzieren. Dafür schaffen wir Freiräume für Innovation, erproben neue Modelle der Mittelverwendung (z. B. Sozialraumbudgets) und setzen auf Finanzierungen nach Wirksamkeit statt nur auf Zuständigkeit.

Fachlichkeit stärken, Haltung entwickeln
Sozialraumorientiertes Arbeiten verlangt neue Kompetenzen, aber auch eine veränderte Haltung: weg vom „für", hin zum „mit". Wir fördern bei allen Beteiligten ein gemeinsames Ver-

ständnis von Teilhabe, Partizipation und Empowerment – durch Qualifizierung, Austauschformate und gemeinsame Steuerungsprozesse.

Schritt für Schritt zur Sorgenden Gemeinschaft

Dieses Leitbild ist kein Abschluss, sondern der Beginn eines gemeinsamen Weges. Wir wollen diesen Prozess gemeinsam mit allen relevanten Akteuren gestalten – partizipativ, lernend, mit klarer Zielrichtung.

Der Schwarzwald-Baar-Kreis versteht sich dabei als Impulsgeber, Koordinator und verlässlicher Partner in einem starken Netzwerk sozialer Verantwortung.

Vier Schritte zur Vision

Ein Leitbild wird verständlich, wenn es nicht nur allgemeine Ziele beschreibt, sondern aus der Praxis und einem konkreten Fall heraus entwickelt wird. Deshalb wird das Leitbild in folgenden vier Schritten anhand eines fiktiven Beispiels nachvollziehbar gemacht.

Ausgehend von einer bestimmten Ausgangssituation wird der Weg vom **Ist-Zustand** zu einem möglichen **Soll-Zustand** beschrieben. Das Beispiel veranschaulicht, wie sich durch einen sozialraumorientierten Blickwinkel neue Handlungsmöglichkeiten eröffnen können und wie Ressourcen im Lebensumfeld der Menschen stärker in den Mittelpunkt rücken.

Die vier Schritte sollen dazu beitragen, die Gedanken des Leitbildes anschaulich und ihre Bedeutung für die praktische Arbeit besser verständlich werden zu lassen.

1. Schritt – Klassische Fallbeschreibung

„Status Quo in der Einzelfallarbeit zu Beginn der Hilfeplanung"

Frau S. ist 62 Jahre alt und lebt allein in einer einfachen Mietwohnung in der Gemeinde A. Sie hat eine leichte geistige Behinderung. Die finanziellen Mittel sind eng, da sie nur eine Frührente erhält und knapp über der Grundsicherungsgrenze lebt. Die Miete beträgt 450 Euro warm. Dies führt zu dauerhaften Sorgen um die Deckung ihrer Grundbedürfnisse.

Frau S. hat bis vor zwei Jahren die Leistung „Werkstatt für Menschen mit Behinderungen" erhalten. Diese Tätigkeit musste sie jedoch aufgrund einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands aufgeben. Sie hat einen Hausarzt, der bisher aber keine spezifische Diagnose für ihre körperlichen Beschwerden stellen konnte. Frau S. berichtet von großen Ängsten.

Frau S. hat einen Bruder und eine Tochter, zu denen sie allerdings keine stabilen Kontakte hat. Der Bruder wohnt in derselben Gemeinde, ist aber selbst hilfebedürftig.

Für Frau S. ist seit vielen Jahren eine rechtliche Betreuung eingerichtet. Diese kümmert sich um die finanziellen Angelegenheiten. Hier steht demnächst ein Betreuerwechsel an.

Die gegenwärtige Situation von Frau S. erfordert umfassende Unterstützung zur Bewältigung ihrer alltäglichen Herausforderungen. Sie zeigt deutliche Defizite in ihrer Fähigkeit zur Selbstfürsorge und Tagesstrukturierung. Wichtige Bereiche, in denen sie Hilfe benötigt, umfassen die Organisation des Haushalts, die Zubereitung von Mahlzeiten und die persönliche Hygiene.

Die Kombination dieser Faktoren macht deutlich, dass Frau S. umfassende Unterstützung und Hilfe benötigt, um ihre Lebenssituation zu stabilisieren.

2. Schritt – Sozialräumliche Situationsbeschreibung

„Zielbild einer ressourcen- und sozialraumorientierten Beschreibung von Lebenssituationen"

Frau S. ist ein 62-jähriger Dame, die in der ländlichen Gemeinde A. im Schwarzwald-Baar-Kreis lebt. Sie hat eine leichte geistige Behinderung, die ihre Möglichkeiten im Alltag maßgeblich beeinflusst. Ihre Kindheit war stabil, jedoch wuchs sie mit einem Bruder in einem Umfeld auf, das durch die psychische Instabilität ihrer Eltern belastet war. Nachdem sie den Hauptschulabschluss nicht geschafft hat, besuchte sie eine berufsvorbereitende Einrichtung. Später arbeitete sie in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, wo sie Handarbeiten und einfache Montagearbeiten erledigte.

Aufgrund ihrer sich verschlechternden körperlichen Verfassung, musste sie vor zwei Jahren die Werkstattarbeit beenden. Heute bezieht sie eine Frührente und ihre finanzielle Situation ist angespannt. Sie lebt knapp über der Armutsgrenze und hat oft Schwierigkeiten, die grundlegenden Lebenshaltungskosten zu decken.

Frau S. bewohnt eine kleine, einfach ausgestattete Mietwohnung im Erdgeschoss eines Mehrfamilienhauses. Zu den Nachbarn hat sie keine intensiven Kontakte, da die Mieter häufig wechseln. Die Kehrwoche und weitere Aufgaben eines Mieters werden von der Hausverwaltung gegen eine Gebühr erbracht, was zwar praktisch ist, aber auch zu weniger Interaktion mit den Nachbarn führt. Ihr Hauptbegleiter ist ein kleiner Hund, der für Gesellschaft sorgt und ihr hilft, sich weniger einsam zu fühlen. Frau S. macht gerne Handarbeiten, was ihr Freude und eine Möglichkeit zur Entspannung gibt. Aber diese Aktivität übt sie aufgrund ihrer gesundheitlich labilen Situation nur noch eingeschränkt aus.

Frau S. war früher verheiratet und hatte eine Tochter. Die Ehe ging aber bereits nach wenigen Jahren auseinander und die Tochter kam im Alter von acht Jahren in eine Pflegefamilie. Die brüchige Beziehung zu ihrer Tochter ist für Frau S. belastend, da der Kontakt selten ist und meist nur zu besonderen Anlässen stattfindet. Sie empfindet oft, dass sie der Tochter nicht zur Last fallen möchte, was den Kontakt zusätzlich erschwert. Der Bruder von Frau S. ist ein weiterer wichtiger Bezugspunkt in ihrem Leben, jedoch auch eine Quelle emotionaler Belastung, da er wenig Verständnis für ihre Situation und Ängste zeigt.

In letzter Zeit hat sich der Gesundheitszustand von Frau S. weiter verschlechtert. Sie hat zunehmend Schwierigkeiten, alltägliche Aufgaben wie das Einkaufen und das Zubereiten von Mahlzeiten zu bewältigen. Ihr Hausarzt vor Ort rät ihr zu mehr Bewegung, kann aber sonst nichts diagnostizieren. Ihre eingeschränkte Mobilität führt dazu, dass sie immer seltener das Haus verlässt und nur mit dem Hund vor die Tür tritt. Sie leidet unter nicht näher diagnostizierten Angststörungen. Frau S. besitzt keinen Führerschein und nutzt auch keinen ÖPNV.

Eine bedeutende Ressource im Leben von Frau S. ist ihre rechtliche Betreuerin, die eine zentrale Rolle in der Unterstützung von Frau S. spielt und sich freiwillig weit über den üblichen Pflichten engagiert. Sie kümmert sich um viele praktische Angelegenheiten, darunter die Organisation ihrer Finanzen und das Einkaufen. Die Beziehung zu ihrer rechtlichen Betreuerin ist stabil und vertrauensvoll, was es Frau S. ermöglicht, sich sicherer und unterstützter zu fühlen. Aufgrund des eigenen Alters hat die rechtliche Betreuerin allerdings angekündigt, die umfangreiche Unterstützung für Frau S. in absehbarer Zeit nicht mehr leisten zu können.

Eine weitere Ressource in ihrem Leben ist der regelmäßige telefonische Kontakt zu ihrer ehemaligen Schwiegermutter, die in einem Altenheim lebt. In diesen Gesprächen erlebt sich Frau S. als hilfreich und unterstützend, was ihr ein Gefühl von Wertschätzung und sozialer Verbundenheit gibt. Diese Beziehung ermöglicht es ihr, ihre Rolle als unterstützende Person wahrzunehmen, was sich positiv auf ihr Selbstwertgefühl auswirkt.

Trotz dieser Ressourcen lebt Frau S. in einem Zustand der sozialen Isolation. Ihre täglichen Herausforderungen, einschließlich der zunehmenden Überforderung bei der Haushaltsführung und der persönlichen Hygiene, werden durch ihre Angstzustände verstärkt. Ihr fällt es schwer, aus dem Haus zu gehen, was ihre soziale Situation weiter verschlechtert. Aktuell meidet sie oft den Kontakt zu anderen Menschen, insbesondere Männern, was durch in der Vergangenheit gemachte negative Erfahrungen bedingt ist.

Frau S. hat aber den Wunsch nach sozialer Interaktion, „in einem Café zu sitzen" und das Geschehen um sich herum zu beobachten und einen „sinnerfüllten Alltag zu erleben". Diese Äußerungen hat eine Mitarbeiterin vom Sozialdienst im Landratsamt aufgenommen, die sich bei der ehemaligen Klientin, Frau S. nach dem Befinden erkundigt hat.

3. Schritt – Sozialräumlicher Hilfe-Mix auf der Grundlage einer sozialräumlichen Situationsbeschreibung

„Ansätze und Ideen, wie sich die Unterstützungslandschaft für Frau S. ausbilden könnte"

Ziel	Maßnahme/ Unterstützung	Art der Hilfe	Anmerkung/ Träger
Teilhabe am öffentlichen Leben	Café-Begleitung durch Ehrenamtliche 1 x wöchentlich	Sozialraumorientierte Hilfe	Organisation über Nachbarschaftshilfe/ Kirchengemeinde
Struktur im Alltag, Kontakt	"Hunde-Runde" mit Spazierpatin 2 x pro Woche	Sozialraumorientierte Hilfe	Anbahnung durch Quartiersprojekt oder Tierverein
Erhalt der Selbstständigkeit	Weiterführung der rechtlichen Betreuung (Übergabeprozess begleiten)	Professionelle Leistung	Betreuung nach BtG § 1896 BGB, Koordination über Betreuungsverein
Entlastung im Haushalt	Hilfe bei Einkäufen 1 x pro Woche durch Tauschbörse/ Nachbarschaftshilfe	Sozialraumorientierte Hilfe	Vermittlung durch Gemeinwesenarbeit
Aktivierung & Selbstwert	Teilnahme an Handarbeitsrunde im Nachbarschaftstreff (14-täglich)	Sozialraumorientierte Hilfe	Begleitung zu Beginn durch Ehrenamt
Emotionale Stabilisierung	Aufbau eines telefonischen Kontaktkreises (2 – 3 x pro Woche)	Sozialraumorientierte Hilfe	Initiative über Seniorenprojekt/ Ehrenamtliche

Ziel	Maßnahme/ Unterstützung	Art der Hilfe	Anmerkung/ Träger
Unterstützung im Alltag	Ambulante sozial-pädagogische Fachkraft 1 x wöchentlich auf-suchend (für Terminplanung, Strukturierung, Motivation)	Professionelle Leistung	SGB IX Leistungen zur sozialen Teilhabe, ggf. Anbieter Eingliede-rungshilfe
Pflegeähnliche Unterstützung	Beantragung ambulanter Hilfen bei persönlicher Hygiene & Ernährung	Professionelle Leistung	Hilfe zur Pflege (SGB XII) bei vorliegendem Pflegebedarf – in Abstimmung mit MDK

Erläuterungen und weitere Ideen

„Café-Zeit auf Rezept" – Ehrenamtliche Cafébgeleitung
- Format: Nachbarschaftsnetzwerk oder Kirchengemeinde bietet wöchentlich 1:1-Begleitung ins Café.
- Ziel: Frau S. kann ihren Wunsch, ins Café zu gehen und „einfach zu schauen" erfüllen.
- Möglichkeit: Kombination mit Fahrdienst oder gemeinsamer Spaziergang dorthin.

„Hunde-Runden" – Gassigehn-Tandem im Sozialraum
- Format: Spazierpartnerinnen und Spazierpartner mit Hund (z. B. aus der Nachbarschaft oder Hundeverein) werden vernetzt.
- Ziel: Bewegung an der frischen Luft, niedrigschwellige Kontakte, gemeinsames Thema.
- Vorteil: Kein Zwang zu reden – aber Möglichkeit dazu

„Gute-Leitung-Telefonkreis"
- Format: Fester telefonischer Kontakt 2 – 3 x pro Woche durch Ehrenamtliche oder andere Alleinlebende.
- Ziel: Soziale Routine, Austausch, emotionale Stabilität.
- Erweiterbar: Einbindung in einen kleinen, geschlossenen Telefonzirkel unter Seniorinnen und Senioren.

„Kreative Runde – Stricken mit anderen"
- Format: Kleingruppe, die sich (z. B. in einem Nachbarschafts-treff) zum Handarbeiten trifft.
- Ziel: Aktivierung von Kompetenzen, Identitätsstärkung, soziale Einbindung.
- Variation: Auch als „Handarbeitspost" mit wechselnden Mate-rialpaketen und Briefkontakt möglich, wenn Mobilität fehlt.

„Brief-Freundschaften analog 2.0"
- Format: Ein Projekt, bei dem sich zwei Menschen regelmäßig Briefe schreiben (z. B. eine Seniorin und eine Jugendliche).
- Ziel: Beziehung ohne unmittelbare Begegnung, Anregung, Sinnstiftung.
- Idee: In Zusammenarbeit mit Schule, Konfirmandengruppe, Verein o. Ä.

„Fenstergespräche" im Hausflur oder Hof
- Format: Initiative im Wohnhaus, um regelmäßig gemeinsam im Hof oder auf der Bank zu sitzen.
- Ziel: Sichtbarkeit, Zugehörigkeit, Beziehungsaufbau mit Nachbarn.
- Niedrigschwellig: Kein offizielles Treffen, einfach „da sein" zu festen Zeiten.

„Mitbring-Tag" – Hilfe ohne Etikett
- Format: Nachbarn oder Ehrenamtliche bringen beim eigenen Einkauf gezielt etwas für Frau S. mit – auf freiwilliger Basis.
- Ziel: Entlastung ohne offizielle Hilfe, Möglichkeit zur Begegnung.
- Taktik: Keine feste Verpflichtung – es entsteht Gemeinschaft durch kleine Gesten.

„Tausch-Runde Alltagshilfe"
- Format: Kleine Alltagsdienste werden getauscht – z. B. Einkauf gegen Hundesitten, Handarbeiten gegen Pflanzenpflege.
- Ziel: Reziprozität, Selbstwirksamkeit, soziale Einbindung.
- Achtung: Muss gut moderiert oder über bestehenden Verein strukturiert sein.

„Kerze im Fenster" – Zeichen der Zugehörigkeit
- Format: Bewohner eines Hauses oder Viertels stellen zu einem bestimmten Wochentagabend eine Kerze ins Fenster.
- Ziel: Gefühl von Teilhabe ohne Worte – visuelle Verbindung, Hoffnungssymbol.
- Begleitidee: Kann mit kleiner Botschaft oder Gruß kombiniert werden.

„Sozialer Ankerpunkt" – Mini-Begegnungsort im Alltag
- Format: Ein fester Ort im Sozialraum (z. B. Bäcker, kleiner Laden), wo Frau S. immer willkommen ist.
- Ziel: Verlässlicher Anlaufpunkt – auch nur für ein paar Minuten „unter Leute kommen".
- Erreichbar: Zu Fuß mit Hund, ohne großen Aufwand.

Ein Sozialdienst kann diese Formate nicht alle selbst leisten – aber ermöglichen, ermitteln, moderieren. Die Kunst liegt im „Vernetzen statt Versorgen".

4. Schritt – Abgeleitete Veränderungsbedarfe auf vier Bedingungsebenen

(mit Bezügen zum Musterfall Frau S.)[1]

„Sozialraumorientierung auf allen Ebenen" – mit Beispielen aus der Situationsbeschreibung

Handlungsebene – Fachliches Arbeiten im Bezug zur konkreten Situation – Einzelfallhilfe

Aktuelle Praxis:
Die Einzelfallhilfe ist auf die individuelle Bedürftigkeit und die Zuweisung professioneller Leistungen ausgerichtet. Hilfeplanung erfolgt primär im Rahmen gesetzlicher Leistungen, wobei professionelle Angebote und Ziele aus Leistungsbewilligungen im Zentrum stehen. Punktuell konstruierte Ziele bestimmen die Soziale Arbeit mit dem Menschen. Die Freien Träger werden als Dienstleister und Leistungserbringer gesehen. Lebensweltliche Kontexte, alltägliche Veränderungsdynamiken, sozialräumliche Bezüge und Ressourcen werden kaum systematisch einbezogen. Fachkräfte handeln oft unter starkem Zeitdruck, mit hohen Fallzahlen und unter der Prämisse rechtssicherer Entscheidungen. Die Aufwände für Dokumentation, Verwaltung und Bürokratie steigen.

Veränderungsbedarf:

• Von einer defizitorientierten Fallbearbeitung nach Leistungspaketen → zu einem ressourcen- und lebensweltorientierten Fallverstehen

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: Die offen beratende Sozialarbeiterin hat sich empathisch und umfänglich die Lebenssituation erschlossen, interessiert Detailwissen erfragt

[1] Das Papier ist im weiteren Verlauf noch um die Perspektiven der Freien Träger und der Kommunen als Sozialräume zu ergänzen.

und die Willensbekundung reflektierend unterstützt. So wurden nicht nur die gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen (eingeschränkte Mobilität, Ängste) betrachtet, sondern die Leidenschaften (Handarbeit, Hund), Kompetenzen (Unterstützung der Schwiegermutter, Alltagsbewältigung) und Ressourcen (Beziehungen in den Sozialraum, Lebensthemen) erkannt. Durch die Präsenz der Sozialarbeiterin im Sozialraum, z.B. über das Büro vor Ort, den Aufenthalt im Nachbarschaftstreff oder die Teilnahme an Veranstaltungen sowie über die regelmäßige Kommunikation mit den unterstützenden Menschen aus dem Netzwerk von Frau S. kommt es immer wieder zu Begegnungen, zur Aktualisierung und Möglichkeit auf Veränderung und Anpassung der Unterstützung.

• Von Hilfe- und Leistungsplanung für die Betroffenen → zur Aktivierung der selbstständigen Gestaltung und Strukturierung des Lebensalltags.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: In Gesprächen und durch eine „klientenzentrierte" Gesprächsführung wird Frau S. in ihrer Selbstreflektion unterstützt, die eigene Situation besser zu verstehen. Frau S. wird aktiv in die Entwicklung eines Alltagsszenarios einbezogen, ihre persönliche Motivation („in ein Café gehen") wird ernstgenommen und das Zugehen auf Menschen im Sozialraum angeregt. Erst durch eine an der Eigenmotivation anknüpfenden Bedarfsermittlung werden kreative und im Sozialraum vorhandene oder zu erschließende Unterstützungsformate ermöglicht. Dies alles fließt in die Hilfeplanung ein. Professionelle Hilfen haben vielmehr eine ergänzende Funktion. Die Sozialarbeiterin wird zur Lotsin, Moderatorin und Koordinatorin.

• Von der Fokussierung auf ausschließlich professionelle Leistungen → zu einem Aufbau und Einbezug fallunspezifischer und fallübergreifender Unterstützungsformen.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: Das Lebensumfeld, in dem Frau S. lebt, ist auf den zweiten Blick doch lebendiger als es zuerst scheint. Über die Leiterin des Nachbarschaftstreffs ließ sich eine „Hunderunde" mit einer Nachbarin initiieren. Zusammen mit der Teilnahme am „Handarbeitstreff" ist damit der Grundstein für die Alltagsstruktur von Frau S. gelegt. Die Anbindung an den Nachbarschaftstreff wird als Zielsetzung in der Hilfeplanung festgeschrieben. Die rechtliche Betreuung arbeitet ebenfalls daran, ihre Hilfe durch eine ehrenamtliche Patin ergänzen zu erlassen.

• Von Einzelfallhilfe in Aktenform → zu Beziehungsarbeit im Kontext der Lebenswelt und des Sozialraums.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: Die Sozialarbeiterin versteht sich als Teil des Sozialraumes. Sie verbringt einen Teil ihrer Arbeitszeit aktiv im Nachbarschaftstreff, im nahegelegenen Café und auch bei Abendveranstaltungen des örtlichen Wohlfahrtsverbandes. Dort begegnet sie Menschen, Kooperationspartnern und ermöglicht so einen niederschwelligen Zugang zur Beratung, Informationen und Austausch.

Organisationsebene – Struktur und Aufbau von öffentlichen und freien Trägern

Aktuelle Praxis:
Öffentliche und Freie Träger sind stark nach Fachbereichen, Rechtskreisen und Zuständigkeiten organisiert. Die Einteilung von Sozialräumen ist nicht einheitlich. Freie Träger werden als Dienstleister und Leistungserbringer im Auftrag des Kostenträgers gesehen. Formelle und informelle Sozialraumkenntnisse und -zugänge sind kaum vorhanden und Träger werden als anonym wahrgenommen. Die Kommunikation mit zivilgesellschaftlichen Akteuren ist begrenzt. Sozialraumorientierte Angebote sind häufig befristet und projektbezogen.

Veränderungsbedarf:

• Von einer örtlichen Zuständigkeit gemäß „Bezirken" (Kreisebene) → zu einer Zuordnung nach kommunalen Gebietskörperschaften.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: Die Sozialarbeiterin ist gemeinsam mit drei Kolleginnen und Kollegen dem Wohnort von Frau S. als Ansprechpartnerin für Beratung und Hilfeplanung zugeordnet. Gemeinsam leisten sie zu allen Rechtskreisen, die vom Sozialdezernat verantwortet werden, Erstberatung und Hilfeplanung. Zur Weiterleitung an die spezialisierte Fachberatung und an die wirtschaftliche Sachbearbeitung stehen ihnen Kolleginnen und Kollegen aus den Sachgebieten im Landratsamt zur Verfügung.

Bei der Zuordnung nach Sozialräumen wurde darauf geachtet, dass jede/r Mitarbeiter/in nur für wenige Sozialräume zuständig ist. Dadurch ist sichergestellt, dass hohe Sozialraumkenntnisse entstehen.

• Von zentralisierten Fach-Zuständigkeiten → zu fachübergreifenden und generalistischen Kompetenzteams.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: Nachdem sich die Arbeitsweisen in den Sozialen Diensten der Öffentlichen und Freien Träger angepasst haben, wurde in jedem Sozialraum ein Kompetenzteam gebildet. Dieses besteht aus wenigen Fachkräften, die offene Beratung und Hilfeplanung generalistisch und im gesamten Verantwortungsbereich erfüllen. Die Sozialarbeiterin von Frau S. ist auch die Teamleitung und hat in dieser Rolle und in Abstimmung mit den Sachgebiets- und Bereichsleitungen organisatorische Kompetenzen. Aus Sicht von Frau S. ist es gut, dass sie durch diese Neuorganisation nur wenige Ansprechpartner hat, sie die „Gesichter" kennt und leichter Vertrauen aufbauen kann.

• Von einem abgrenzenden geografischen Zuständigkeitsverständnis → zu gemeinsamer Verantwortungsgemeinschaft für die Lebensbedingungen im Sozialraum.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: Das Kompetenzteam hat in der Kommunalverwaltung einen zentralen Ansprechpartner für alle sozialen Belange. Zwischen diesen Partnern findet ein koordinierter und strukturell verankerter Austausch statt. D.h. ein Sozialraumdialog mit entscheidungskompetenten Ansprechpartnern für alle Rechtskreise, Zielgruppen und relevanten Akteure. Dadurch ist eine Verantwortlichkeit für den Sozialraum und die unterschiedlichen Perspektiven und Kompetenzen gewachsen. Die Verwaltung versteht sich als Bürgerkommune und sieht den Mehrwert von einer Kooperation mit den Öffentlichen und Freien Trägern. Ausgehend von der Lebenssituation von Frau S. und weiterer Menschen in ähnlichen Lebenssituationen werden die Entwicklungen im Sozialraum reflektiert, niederschwellige Zugänge geschaffen, sozialräumlich-relevante Medien- und Kommunikationswege bedient und die jeweils eigene Organisation am Zielbild einer Sorgenden Gemeinschaft ausgerichtet.

• Von einer trennenden Logik zwischen Verwaltung, Dienstleister und Zivilgesellschaft → zu kooperativen Arbeitsbeziehungen mit Akteuren im Sozialraum.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: Die Verantwortungsgemeinschaft im Sozialraum ist auch für Frau S. konkret. Die verschiedenen Akteure, z.B. Sozialdienst, Ehren- und Nebenamtliche, Zugehörige und Profis sind im Unterstützungsarrangement von Frau S. beteiligt. Zwischen diesen findet vertrauensvolle Kommunikation statt. Die Netzwerkarbeit ist anstrengend, aber krisenfest, flexibel und es gibt immer viele verschiedene Wege und Optionen Unterstützung zu realisieren.

• Von projektbezogener, befristeter Arbeit → zu dauerhaften Strukturen für Sozialraumorientierung.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: Die ehrenamtliche Patin von Frau S. ist an den Nachbarschaftshilfeverein angebunden und kann bei Bedarf dort auch eine Vertretung anfordern. Der Verein ist als gemeinnützige Organisation dauerhaft anerkannt und bekommt eine institutionelle Förderung über die Pflegeversicherung. Eine Kollegin aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst hat Frau S. zum Gruppenangebot „Handarbeitskreis", als eine Form der professionellen Leistungserbringung, in den Nachbarschaftstreff eingeladen. Das Programm im Nachbarschaftstreff wird von der Kommunalverwaltung koordiniert.

Steuerungsebene – Entscheidungskompetenzen und Verantwortungsübernahme

Aktuelle Praxis:
Sozialpolitische Entscheidungen werden ohne Einbezug des Sozialraumes getroffen. Es gibt keine entsprechenden Arbeitsstrukturen und Gremien zwischen der Sozialverwaltung im Landkreis, den Kommunen und den Akteuren vor Ort.

Aufwand und Ergebnis werden an der Anzahl der bearbeiteten Fälle oder den Kosten gemessen. Individuelle Ansprüche und Intensitäten von „Fällen" legitimieren und bestimmen die Steuerung.

Professionelle Sozialarbeit muss unter zunehmend schwierigeren Rahmenbedingungen (Arbeitsbelastung, Personalmangel, …) geleistet werden. Die Beteiligung der Betroffenen an der Steuerung ist sehr eingeschränkt.

Veränderungsbedarf:

• Von Leistungsaufsicht und Fachkontrolle → zu kooperativer Zielsteuerung mit Beteiligung der Menschen vor Ort.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: Frau S. wird nicht als „Fall" behandelt, sondern als Teil des Sozialraumes wahrgenommen. Dank der Unterstützung ist sie wieder mehr unterwegs, wird gesehen und es ergeben sich spontane Kontakte, auch zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Von einer Mitarbeiterin wird die Ressource beobachtet, dass im Stadtteil eine weitere Frau mit einem Hund spazieren geht und sie stellt den Kontakt zu Frau S. her. Seither gehört die „Hunderunde" zu ihrer festen Tagesstruktur. Die professionellen Hilfen müssen sich daran ausrichten. Veränderungen und Entwicklungen sind gewollt, werden dokumentiert und verändern auch die Leistungserbringung.

In regelmäßigen Gesprächen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern wird die eigenverantwortliche Arbeit aller Helfenden reflektiert und anhand der Lebenssituation der Menschen gesteuert.

• Von der Messung von Aufwand und Zielerfüllung → zu Indikatoren für Teilhabe, Eigenaktivität und Sozialraumressourcen.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: Die Sozialarbeiterin hat mit Frau S. nicht nur die „Versorgung mit gesetzlichen Ansprüchen" im Blick. Es geht um mehr und darüber hinaus. Die sozialräumliche Anbindung von Frau S. war Teil der Zielvereinbarung und Form der Leistungserbringung. Sie fühlt sich nun wieder als Teil einer Gemeinschaft, spürt Selbstwirksamkeit und durch ihren Anstoß können noch mehr Menschen auf die „Hunderunde" mitkommen. Eine kleine Ressource im

Sozialraum, die quasi als „Nebenprodukt" entstanden ist und als Outcome von professioneller Hilfe festzuhalten ist. Davon ausgehend ist der Sozialraum in dem Frau S. wohnt ins Blickfeld gekommen. Im kollegialen Austausch wurde die Ressource „fallübergreifend" weiterentwickelt. An der „Hunderunde" beteiligen sich gelegentlich auch Eltern und Großeltern mit Kinderwägen.

• Von einer Steuerung über Einzelfallzahlen und Leistungsabrechnungen → zu einer Steuerung nach Wirkung, Teilhabe und Lebensqualität.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: Frau S. ist mit ihrer Lebenssituation nicht alleine. Im Überblick auf alleinstehende Menschen im Sozialraum und die bislang gewährten Einzelfallleistungen entsteht ein Gesamtbild von Lebensbedingungen in der Kommune. Fallunspezifische Bedarfe werden deutlich und zwischen den Akteuren vor Ort besprochen. Gemeinsam werden Indikatoren für Lebensqualität und Teilhabe vereinbart, die sich auch in der Hilfeplanung für Frau S. wiederfinden. So wurde im Quartalsgespräch zwischen den Trägern beschlossen, dass alle im Rahmen ihrer Leistungserbringung an der Durchführung eines Nachbarschaftsfestes mitwirken sollen und ein fester Mittagstisch als neues Angebot bei der evangelischen Kirche unterstützt werden soll (fallübergreifende Arbeit).

• Von institutioneller Selbstbezogenheit → zu einer gemeinsamen Verantwortung für gelingende Lebensverhältnisse.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: In der Kommune hat sich mit dem „Sozialraumdialog" ein auf der Gemeindeordnung fußender Beirat gegründet und etabliert. In diesem von der Kommunalverwaltung geleiteten, entscheidungsbefugten Gremium sind Kommune, öffentliche und freie Träger sowie zivilgesellschaftliche Akteure vertreten. In diesem Kreis werden kleinräumige Bedarfsplanungen und Vorhaben zur Verbesserung und Weiterentwicklung des Sozialraumes beraten und beschlossen. In der letzten Sitzung wurde über den gemeinsamen Budgetplan für den Erhalt und Ausbau des Nachbarschaftstreffs, in den Frau S. regelmäßig geht, beraten. Außerdem wurde darüber informiert und diskutiert, welche neuen Mitarbeitenden in den Sozialdiensten arbeiten und ob die Neustrukturierung beim freien Träger der Jugendhilfe sinnvoll ist.

Finanzierungsebene – Spielräume für Innovation und Flexibilität

Aktuelle Praxis:
Leistungen werden überwiegend personenbezogen und fallspezifisch finanziert, meist in Form von Einzelfallbewilligungen für professionelle Dienste. Damit werden Fehlanreize gesetzt und Bürokratie aufgebaut. Gute und sich überflüssig machende Arbeit wird bestraft und eine defizitorientierte Perspektive strukturell gefördert. Auch durch ein Fachcontrolling kann dies nicht korrigiert werden. Es fehlt an Finanzierungsmöglichkeiten in Form von Budgets für flexible, kreative und vertrauensfördernde Lösungen im Sozialraum und zur Förderung ehrenamtlicher Unterstützungsleistungen. Fallübergreifende und fallunspezifische Leistung werden nicht finanziert. Der Einbezug auch finanzieller Ressourcen aus dem Sozialraum und eine Verbindung von Einzelfallhilfen und Infrastrukturförderung fehlt.

Veränderungsbedarf:

• Von einer Fallpauschale je Person → zu einem Sozialraumbudget für bedarfsgerechte Gestaltung des Sozialraums.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: Auf der Grundlage des Fachcontrolling im Sozialdezernat wurde für den

Sozialraum ein Finanzierungsbudget errechnet und im Sozialraumdialog beschlossen. Die freien Träger, die sich der Verantwortungsgemeinschaft angeschlossen und eine Versorgungsgarantie übernommen haben, können ihre Leistung darüber fallunspezifisch abrechnen. Seien es regelmäßige Besuche bei Frau S. in ihrer Wohnung oder die Anbahnung und Begleitung zu Aktivtäten im Nachbarschaftstreff. Aus dem Budget werden auch Aufwendungen im Zusammenhang mit offenen Gruppenangeboten, wie z.B. der „Handarbeitskreis" finanziert.

• Von einer rechtskreisabgegrenzten Einzelfinanzierung → zu flexibler Finanzierung von Hilfe-Mixen und informellen Angeboten.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: Das Unterstützungsarrangement, welches Frau S. in ihrer Aktivität unterstützt, besteht aus verschiedenen Bausteinen und einem Hilfe-Mix. Dazu gehört der Besuch von infrastrukturellen Angeboten (z.B. Nachbarschaftstreff), die nachbarschaftliche Unterstützung durch eine Patin, die Begleitung durch Sozialdienste und der Zugang zu medizinisch-psychologischer Beratung. Über entsprechende Richtlinien sowie Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen sind solche Hilfen unter Einbezug individueller Pflichtleistungen möglich, z.B. als Aufwandsentschädigung für die Patin von Frau S.

• Von der Vollfinanzierung professioneller Hilfen → zu einem Einbezug von Finanzierungen aus Kommune, Ehrenamt und Zivilgesellschaft.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: In das Finanzierungsbudget für den Sozialraum werden auch freiwillige Leistungen der Kommune und der Zivilgesellschaft, wie z.B. Bürgerstiftungen, freie Träger integriert. Die Kommune, in der Frau S. lebt, stellt das Gebäude des Nachbarschaftstreffs mietfrei zur Verfügung und ist auch Mitglied und Bürge für den Nachbarschaftshilfeverein, über den die Patin versichert ist und Fortbildung erhält.

• Von einer Kostenvermeidung durch Leistungskürzung → zu Kostenvermeidung durch Eigeninitiative, Prävention und Verbesserung der Lebensbedingungen.

Bezug zur Situationsbeschreibung von Frau S.: In halbjährlichen Budget-Gesprächen werden zwischen den Kostenträgern und den Mitgliedern der Verantwortungsgemeinschaft die Entwicklungen im Sozialraum besprochen. In die Steuerung und in das Finanzcontrolling werden dabei neben „Fallzahlen" auch weiche Indikatoren, wie z.B. Anzahl der Angebote, Besucherzahlen, allgemeine Entwicklung in der Kommune einbezogen und berücksichtigt. So wurde z.B. um der steigenden Einsamkeit im Sozialraum, von der auch Frau S. betroffen ist, zu begegnen, wurde das Ziel vereinbart, in den nächsten sechs Monaten ein täglich fester Mittagstisch zu organisieren und über das Budget mit zu finanzieren.

Fazit:
Die Reflexion der Veränderungsbedarfe entlang der vier Bedingungsebenen zeigt, wie eine umfänglich sozialraumorientierte Arbeitsweise aussehen kann. Sie verbessert nicht nur die Lebensqualität der Menschen, sondern führt auch zu einer effizienteren Nutzung öffentlicher Mittel. Anhand der Lebenssituation von Frau S. wird verdeutlicht: Eine Sorgende Gemeinschaft ist durch Kooperation möglich.

Weitere Materialien

Die folgenden Materialien können als Arbeitspapiere für Schulungen, Workshops oder andere Formen der gemeinsamen Auseinandersetzung mit dem Thema Sozialraumorientierung genutzt werden.

1. Klassisch-professionelles Leistungsangebot im Fall S.

Als Variante zu Schritt 3 – Sozialräumlicher Hilfe-Mix auf der Grundlage einer sozialräumlichen Situationsbeschreibung.

Ziel	Maßnahme/ Unterstützung	Art der Hilfe	Anmerkung/ Träger
Medizinische Versorgung sichern	Regelmäßige hausärztliche Betreuung, ggf. Überweisung an Fachärzte (z. B. Internist, Neurologe)	Professionelle Leistung	Vertragsärzte, Krankenkasse
Psychische Stabilisierung	Psychotherapeutische Behandlung zur Angstbewältigung	Professionelle Leistung	Niedergelassene/r Psychotherapeut/in Krankenkasse (SGB V)
Rechtliche und finanzielle Sicherheit	Fortführung und Begleitung des Betreuerwechsels	Professionelle Leistung	Betreuungsverein oder Berufsbetreuer, BtG §1896 BGB
Lebensführung stabilisieren	Ambulante sozialpädagogische Unterstützung (Haushaltsorganisation, Terminplanung, Tagesstruktur)	Professionelle Leistung	Eingliederungshilfe (SGB IX), Träger sozialer Dienste
Körperpflege und Ernährung sichern	Ambulante Pflege zur Grundpflege (Körperhygiene, Ernährung)	Professionelle Leistung	Pflegedienst, Hilfe zur Pflege nach SGB XI/XII
Soziale Teilhabe ermöglichen	Teilnahme an Tagesstätte oder tagesstrukturierendem Angebot	Professionelle Leistung	Einrichtung der Eingliederungshilfe, Finanzierung nach SGB IX
Wohnsituation erhalten	Wohnraumberatung, Prüfung auf barrierefreie Anpassungen	Professionelle Leistung	Wohnberatungsstellen, Alter und Technik, Sozialamt
Alltagsentlastung	Haushaltshilfe für Reinigung, Wäsche, Einkäufe	Professionelle Leistung	Sozialamt oder Pflegekasse, ggf. ergänzende Leistungen nach SGB XII

2. Kompetenzprofil einer sozialräumlichen Arbeitsweise

a. Lebensweltorientierung und biografische Sensibilität

- Anschluss an die reale Lebenswelt der Klientin (nicht nur Problemanalyse, sondern Kontextverständnis).
- Biografisches Zuhören: Erfassen der Lebensgeschichte, von Brüchen, Übergängen und Beziehungen
- Anerkennung individueller Lebensleistung: nicht defizitorientiert, sondern wertschätzend.

b. Ressourcenorientierung
- Systematische Erfassung von Ressourcen auf persönlicher, sozialer, materieller und sozialräumlicher Ebene.
- Stärkenfokus statt Problemfokus: Auch kleine Handlungsspielräume und Kompetenzen werden sichtbar gemacht.
- Subjektperspektive: Was erlebt Frau S. selbst als Ressource?

c. Beziehungsgestaltung und Vertrauen
- Langfristige Beziehungsarbeit: Nur über Vertrauen werden tiefere persönliche Themen zugänglich.
- Partizipative Haltung: Frau S. wird als Expertin ihres eigenen Lebens ernst genommen.
- Zuhören können mit Geduld und Empathie, auch wenn Gespräche unstrukturiert oder emotional belastet sind.

d. Soziale Diagnostik in Verknüpfung mit sozialräumlichem Wissen
- Soziale Diagnostik: Verstehen der Wechselwirkungen zwischen Person, Sozialem Umfeld und institutionellen Bedingungen.
- Kenntnis des Sozialraums: Welche Cafés, Nachbarschaftsprojekte, Fahrdienste, Anlaufstellen etc. gibt es?
- Einbezug des Umfelds: Sicht auf vorhandene und fehlende Teilhabemöglichkeiten.

e. Alltagsnähe und Niederschwelligkeit
- Erreichbarkeit und Verlässlichkeit des Sozialdienstes (z. B. Hausbesuche, Telefonate).
- Beratung in Alltagssituationen: z. B. beim Einkaufen, in der Wohnung, mit dem Hund spazieren.
- Keine institutionelle Überfrachtung: Nähe, ohne Kontrolllogik.

f. Multiprofessionelle Kooperation und Netzwerkarbeit
- Zusammenarbeit mit rechtlicher Betreuung, Pflege, Ehrenamt, Nachbarschaftshilfe etc.
- Koordination von Unterstützungsstrukturen im Sinne einer integrierten Hilfeplanung.
- Schnittstellenkompetenz: Fachkraft vermittelt zwischen Systemen (SGB XII, IX, II, Pflege, Gemeinde etc.).

g. Dokumentationskompetenz
- Fähigkeit, komplexe Lebenssituationen schriftlich zu erfassen, ohne sie zu vereinfachen.
- Sprachliche Sensibilität: respektvolle Beschreibung der Person, keine Stigmatisierung.
- Strukturierte Erfassung nach z. B. Lebenslagen, Ressourcen, Bedürfnissen und Zielen.

Fazit:
Eine sozialräumliche Situationsbeschreibung entsteht nicht aus einem einmaligen Gespräch. Sie setzt eine kontinuierliche, zugewandte, respektvolle und methodisch reflektierte Beratung voraus – mit einem Blick für das Ganze der Lebenslage, der Wechselwirkungen zwischen Individuum und Umwelt sowie der Bedeutung kleiner Ressourcen.

3. Zwei unterschiedliche Geschichten

Vom Leben im Hilfesystem
Vom Rückzug zur Teilhabe
Vergleich der Geschichten

Vom Leben im Hilfesystem
Frau S. lebt weiterhin allein in ihrer kleinen Wohnung im Erdgeschoss eines Mehrfamilienhauses in der Gemeinde A. im Schwarzwald-Baar-Kreis. Ihr Hund liegt zusammengerollt auf der Decke im Wohnzimmer, während draußen die Müllabfuhr vorbeifährt. Es ist Mittwoch, der Tag, an dem der ambulante Pflegedienst vorbeikommt. Zwei Mal pro Woche schaut jemand vorbei – heute wird der Kühlschrank überprüft, das Mindesthaltbarkeitsdatum kontrolliert, ein kurzer Blick auf die Medikamentenpackung geworfen. Die Hilfe ist wichtig, aber sie bleibt funktional. Die Mitarbeiter wechseln oft, manche sind freundlich, manche wortkarg. Frau S. kennt kaum jemanden beim Namen.

Seit einigen Monaten erhält sie zusätzlich Unterstützung durch eine Haushaltshilfe, die über die Eingliederungshilfe bewilligt wurde. Sie hilft beim Putzen und Kochen, manchmal wird gemeinsam eingekauft – sofern Frau S. sich dazu überwinden kann, das Haus zu verlassen. Die Hilfe ist strukturiert, auf Stunden begrenzt. Gespräche finden selten statt, meist geht es um Aufgaben: Waschen, Abwasch, Staubwischen.

Der Fahrdienst des örtlichen Wohlfahrtsverbandes bringt Frau S. einmal im Monat zum Hausarzt. Der Arzt kennt ihre Situation, aber viel mehr als allgemeine Ratschläge kann er nicht geben: mehr Bewegung, gesündere Ernährung. Beides fällt Frau S. schwer. Ihre Mobilität ist weiter eingeschränkt, sie verlässt das Haus kaum noch. Ihre Angststörungen sind geblieben – keine klinische Diagnose, also auch keine therapeutische Hilfe. Der Sozialdienst hatte eine psychologische Beratung vorgeschlagen, aber Frau S. konnte sich nicht dazu aufraffen, einen Termin zu machen.

Ihre rechtliche Betreuerin regelt weiterhin die Finanzen, organisiert Leistungen, hat Kontakt mit dem Sozialamt. Doch sie hat angekündigt, bald aufhören zu müssen. Das Amtsgericht wird dann eine neue Betreuungsperson einsetzen – eine berufliche Betreuerin, die mehrere Fälle parallel betreut. Frau S. kennt sie noch nicht. Es wird ein neuer Name auf einem Briefumschlag stehen.

Die Freizeit von Frau S. besteht aus Fernsehen, Stricken in Phasen, in denen die Hände nicht schmerzen und kurzen Spaziergängen mit dem Hund. Gelegentlich ruft sie die ehemalige Schwiegermutter an – ein Gespräch, das für beide wichtig ist. Doch wenn das Telefon nicht klingelt, vergeht auch mal eine Woche in völliger Stille.

Im Ort kennt sie kaum jemanden. Die Nachbarn wechseln häufig. Die Hausverwaltung kümmert sich um alles. Kehrwoche, Winterdienst – erledigt durch Dienstleister. Es gibt keinen Anlass, an der Tür zu klingeln. Keine Begegnungen auf dem Flur.

Frau S. erhält die Leistungen, die ihr zustehen. Die Versorgung ist gesichert, die Existenz gesichert. Doch das Gefühl, „dazuzugehören", bleibt aus. Frau S. sagt manchmal: „Ich bin versorgt, aber nicht verbunden."

Vom Rückzug zur Teilhabe

Frau S. lebt weiterhin in ihrer kleinen Wohnung im Erdgeschoss eines Mehrfamilienhauses in A. Der Alltag fällt ihr nicht leicht – besonders das Aufstehen am Morgen kostet Kraft. Doch an diesem Dienstag weiß sie: Heute ist wieder der „Handarbeitskreis im Nachbarschaftstreff". Es ist ein kleines, offenes Angebot, das einmal in der Woche im Café des Seniorenbegegnungszentrums im Ort stattfindet – ganz in der Nähe, fußläufig erreichbar.

Der Weg dorthin ist kurz, aber Frau S. geht ihn trotzdem in kleinen Etappen. Ihr kleiner Hund trottet neben ihr her. Seit sie vor einigen Monaten durch eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes auf das Treffen aufmerksam gemacht wurde, hat sie langsam Vertrauen gefasst. Zuerst war sie nur Zuhörerin, saß am Rand mit ihrem Strickzeug, sprach kaum. Aber inzwischen kennt sie zwei andere Frauen beim Vornamen, und sie lächeln, wenn sie kommt. Niemand erwartet, dass sie viel redet – aber das gemeinsame Tun und die warme Atmosphäre helfen ihr, sich sicherer zu fühlen.

Über den Nachbarschaftstreff entstand auch ein weiterer schöner Kontakt. Die Leiterin des Treffs hatte beobachtet, dass im selben Wohngebiet eine andere ältere Frau täglich mit einem Hund spazieren geht. Mit viel Feingefühl und ohne Druck schlug sie ihr vor, doch gemeinsam mit Frau S. mal eine Runde mit dem Hund zu gehen – „nur einmal um den Block, Sie bestimmen das Tempo." Daraus entwickelte sich ein regelmäßiger Spaziergang an zwei Vormittagen in der Woche. Kein Therapieangebot, sondern einfach ein Ritual, das Struktur gibt.

Auch sonst haben sich kleine Dinge verändert. Ihre rechtliche Betreuerin, die bald ihr Amt abgeben muss, hat in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst eine neue Lösung vorbereitet: eine junge ehrenamtliche Patin aus dem Ort, vermittelt über eine Initiative für nachbarschaftliche Unterstützung. Sie schaut einmal die Woche vorbei – hilft beim Einkaufen oder hört einfach zu. Frau S. war anfangs skeptisch, doch die Patin ist zurückhaltend und respektvoll. Sie bringt manchmal Wolle oder neue Ideen für Handarbeiten mit, die Frau S. gern ausprobiert.

Die Wohnung von Frau S. ist noch immer schlicht, aber sie wirkt aufgeräumter. Ein mobiler Mittagstisch aus dem Ort versorgt sie zwei- bis dreimal die Woche mit warmem Essen. Es war die Frau vom Café, die ihr davon erzählte – „kein Muss, nur eine Möglichkeit.

Die Beziehung zur Tochter bleibt fragil, aber kürzlich hat Frau S. ihr ein Foto von ihrem Hund und sich geschickt – mit einem selbstgebastelten Rahmen. Es kam eine kurze Nachricht zurück: „Schönes Bild. Ich hoffe, dir geht es gut." Das hat sie sich ausgedruckt und an den Kühlschrank gehängt.

Frau S. lebt noch immer mit Einschränkungen. Ihre Ängste sind nicht verschwunden. Aber sie ist weniger allein. Ihr Alltag hat wieder kleine Inseln der Begegnung, Rituale, die sie halten. Niemand verlangt viel von ihr, aber sie wird gesehen. Es sind keine großen Hilfen, die ihr Leben verändert haben, sondern viele kleine, abgestimmte und respektvolle Impulse aus ihrem direkten Umfeld – getragen von einer Haltung, die nicht nur „hilft", sondern Raum lässt. Raum für das, was sie kann, was sie mag und was sie beitragen möchte.

So hat sich das Leben von Frau S. nicht spektakulär, aber spürbar verändert – leise, langsam und in ihrem eigenen Tempo.

4. Vergleich der Geschichten

Der Vergleich der beiden Geschichten von Frau S. verdeutlicht zwei sehr unterschiedliche Entwicklungsverläufe:

1. Vergleich der Lebensläufe

Der Vergleich der beiden Geschichten von Frau S. – einmal mit **sozialräumlicher Unterstützung**, einmal mit **ausschließlich professionellen Hilfen** – zeigt zwei grundlegend verschiedene Lebensrealitäten. Beide Lebensverläufe spielen in derselben Wohnung, mit derselben biografischen Vorgeschichte, doch der Unterschied liegt in der **Art der Unterstützung** – und deren Wirkung auf das **Erleben von Alltag, Selbstwert und Teilhabe**.

Aspekt	Mit sozialräumlicher Unterstützung	Mit ausschließlich professionellen Hilfen
Lebensqualität	Höhere Lebenszufriedenheit, mehr Selbstwirksamkeit und soziale Teilhabe	Versorgung gesichert, aber Isolation und Fremdbestimmung bleiben
Soziale Beziehungen	Aufbau tragfähiger, freiwilliger Beziehungen im Nahraum	Funktionale Kontakte zu wechselnden Fachkräften
Alltagsstruktur	Sinnstiftende Rituale, freiwillige Aktivitäten, Tagesstruktur durch Teilhabe	Struktur durch Termine, aber ohne persönlichen Bezug oder Selbstgestaltung
Psychische Stabilität	Entlastung durch Zugehörigkeit, positive Rückmeldungen, soziale Rollen	Chronifizierung von Angst und Rückzug mangels Beziehungsangeboten

Aspekt	Mit sozialräumlicher Unterstützung	Mit ausschließlich professionellen Hilfen
Eigeninitiative	Aktivierung durch ressourcenorientierte Angebote	Passivität durch einseitige Hilfestrukturen
Systembezug	Ergänzung professioneller Leistungen durch niedrigschwellige Hilfen	Vollständige Abhängigkeit vom Hilfesystem
Perspektive	Lebensbejahender Ausblick, realistische Entwicklungsschritte	Stagnation, kaum Veränderungspotenzial

2. Gestaltung des Alltags

• **Mit sozialräumlicher Unterstützung:**
Der Alltag von Frau S. ist zwar strukturiert, aber auch lebendig. Es gibt kleine Rituale (Handarbeitskreis, kleine Hunde-Spaziergänge mit einer Bekannten), Gelegenheiten zum Mitwirken (Häkeldeko im Café) und informelle Kontakte, die nicht leistungsbezogen sind. Der Tag hat sinnvolle Ankerpunkte, und Frau S. erlebt sich nicht nur als Empfängerin von Hilfe, sondern auch als gestaltend – sie geht, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, eigene Schritte.

• **Mit rein professionellen Hilfen:**
Der Alltag wird durch Termine mit Fachpersonal bestimmt: Haushaltshilfe, Pflegedienst, rechtliche Betreuung. Alles ist funktional organisiert, aber es fehlt an persönlichen Bindungen, an Freiwilligkeit, an Begegnung. Frau S. ist in einen Hilfeablauf eingebettet, aber nicht wirklich beteiligt.

3. Soziale Beziehungen und Teilhabe

• **Sozialräumlich:**
Frau S. baut allmählich tragfähige, niedrigschwellige Beziehungen im unmittelbaren Umfeld auf – zum Beispiel zu einer ehrenamtlichen Patin, zur Gruppe im Nachbarschaftstreff oder zur Spaziergangsbegleitung. Sie erlebt Rückmeldung, Resonanz und ein Gefühl von Zugehörigkeit. Dadurch steigt ihr Selbstwertgefühl, und sie kommt – behutsam – wieder in soziale Rollen.

• **Professionell:**
Die Kontakte sind formal und dienstlich geprägt. Die Hilfen rotieren, Bezugspersonen wechseln. Persönliche Beziehung entsteht kaum, und Frau S. bleibt in der Position der passiv Versorgten. Ihre sozialen Bedürfnisse bleiben ungestillt – was langfristig zu Rückzug, Vereinsamung und innerer Verarmung führen kann.

4. Psychische und emotionale Entwicklung

• **Sozialräumlich:**
Durch das Gefühl, gesehen und gebraucht zu werden – z. B. durch das Telefonat mit der Schwiegermutter oder das Lob im Handarbeitskreis – stabilisiert sich Frau S. psychisch. Die Ängste bleiben, aber sie werden eingebettet in ein Netz kleiner Erfolge und positiver Erfahrungen. Sie gewinnt Vertrauen in sich und andere.

• **Professionell:**
Frau S. lebt mit unveränderten Ängsten und zunehmender Passivität. Da ihr keine Räume für Selbstwirksamkeit und Beziehung zur Verfügung stehen, besteht die Gefahr psychischer Chronifizierung. Sie ist funktional versorgt, aber emotional auf sich allein gestellt.

5. Rolle und Identität

• **Sozialräumlich:**
Frau S. erlebt sich nicht nur als „Klientin", sondern auch als Nachbarin, Häklerin, Hundefreundin, Gesprächspartnerin. Sie wird nicht auf ihre Defizite reduziert, sondern als Person mit Bedürfnissen und Ressourcen wahrgenommen. Daraus entwickelt sich eine stärkere Identität und ein Gefühl von Bedeutung.

• **Professionell:**
Frau S. erlebt sich primär als Pflegefall, als betreute Person, als Hilfeempfängerin. Ihre Rolle im System ist eindeutig, aber eng. Es fehlen ihr Gelegenheiten, sich als aktiv oder wertvoll zu erleben – was ihr Selbstbild schwächt.

6. Auswirkungen auf Hilfebedarf und Sozialausgaben

• **Sozialräumlich:**
Die Hilfe ist zwar am Anfang beratungs- und koordinationsintensiv, aber langfristig **entlastend** für professionelle Dienste. Niedrigschwellige Angebote (Cafés, Gruppen, Besuchsdienste) sind kostenarm, aber wirkungsvoll. Die Eigenaktivität von Frau S. führt dazu, dass weniger formelle Leistungen dauerhaft nötig sind.

• **Professionell:**
Der Bedarf an professionellen Hilfen bleibt konstant hoch – und kann mit der Zeit sogar steigen (z. B. durch psychische Verschlechterung, Vereinsamung, Antriebslosigkeit). Die Kosten für Pflegedienste, Betreuung, Essensversorgung und psychosoziale Unterstützung belasten dauerhaft die Sozialhaushalte. Es entsteht ein **Versorgungskreislauf**, aus dem es schwer ist, auszubrechen.

Fazit

Der Unterschied zwischen den beiden Lebensverläufen ist nicht primär eine Frage der Menge an Hilfen, sondern ihrer **Qualität, Nähe und Passung zum Lebensalltag**.

• **Sozialräumliche Unterstützung** setzt an den Stärken der Menschen an und schafft Räume für Beziehung, Teilhabe und Selbstwert.

• **Professionelle Versorgung** sichert das Notwendige – aber ohne menschliche Bindung bleibt sie unvollständig.

Für Gesellschaft und Sozialstaat bedeutet das: Ein Umdenken hin zu präventiven, lebensweltbezogenen Hilfen lohnt sich – menschlich wie finanziell.

QUELLENLAND
SCHWARZWALD
BAAR KREIS

Kontakt

Landratsamt Schwarzwald-Baar-Kreis
Am Hoptbühl 2
78048 Villingen-Schwenningen

Telefon: 07721 913-7080
Mail: Sozialraumorientierung@Lrasbk.de

www.Lrasbk.de/Sozialraumorientierung

