



# Sicherung der sozialen Teilhabe armuts- gefährdeter Personen in der Sozialhilfe Handlungsperspektiven moderner Dienstleistungen in der Sozialhilfeverwaltung





FOGS  
Gesellschaft für  
Forschung und Beratung  
im Gesundheits- und  
Sozialbereich

Prälat-Otto-Müller-Platz 2  
50670 Köln  
Tel.: 0221 973101-0  
Fax: 0221 973101-11

E-Mail: [kontakt@fogs-gmbh.de](mailto:kontakt@fogs-gmbh.de)  
[www.fogs-gmbh.de](http://www.fogs-gmbh.de)

## Handreichung

**„Sicherung der sozialen Teilhabe  
armutsgefährdeter Personen in der  
Sozialhilfe“**

**Handlungsperspektiven moderner  
Dienstleistungen in der Sozialhil-  
feverwaltung**

im Auftrag des Sozialministeriums des  
Landes Nordrhein-Westfalen

Bearbeitet durch  
Miriam Martin, FOGS GmbH  
Prof. Dr. Claus Reis (FRA UAS)  
Hans Oliva, FOGS GmbH  
Rüdiger Hartmann, FOGS GmbH  
Martina Schu, FOGS GmbH

Köln, im November 2017  
Projektnr. 912/2016



## **Vorwort**

Soziale Teilhabe zu ermöglichen, ist gerade auch für Personen im Leistungsbezug der Sozialhilfe eine wichtige Aufgabe und zugleich eine Herausforderung. Es handelt sich oftmals um alte, pflegebedürftige, behinderte oder kranke Menschen, die sich aufgrund ihrer geringen finanziellen Mittel oder auch ihrer persönlichen Problemlage von vielen alltäglichen Dingen des Lebens ausgeschlossen oder ausgegrenzt fühlen. Häufig drohen sie zu vereinsamen. Sicherung oder Herstellung sozialer Teilhabe bedeutet mehr als nur die Vermeidung von materieller Bedürftigkeit durch Geldleistungen. Gemeint ist die Teilhabe von Menschen und Gruppen an Errungenschaften eines „sozialen Gemeinwesen“ – angefangen von guten Lebens- und Wohnverhältnissen, Sozial- und Gesundheitsschutz, ausreichenden und allgemein zugänglichen Bildungschancen bis hin zu vielfältigen Freizeit- und Selbstverwirklichungsmöglichkeiten.

Damit dieses auch für Leistungsberechtigte der Sozialhilfe gelingt, müssen die Kommunen als Träger der Sozialhilfe bereit sein, möglichst allen Bürgerinnen und Bürgern Teilhabechancen zu eröffnen.

Es freut mich, dass es uns mit dieser Praxishandreichung gelungen ist, einige bereits bestehende Angebote und Strukturen in Nordrhein-Westfalen, die die soziale Teilhabe armutsgefährdeter Personen fördern, im Sinne von „Good-Practice“ darzustellen. Zusammen mit kommunalen Vertretern ist daraus die vorliegende Handreichung entstanden.

Die Handreichung soll den für die Sozialhilfe zuständigen Gemeinden und Gemeindeverbände einige Praxishinweise geben und die Gelegenheit bieten, unter Berücksichtigung eigener Erfahrungen und Entwicklungen vor Ort Lösungen zu entwickeln.

Gleichzeitig kann sie den Blick öffnen für notwendige Modernisierungs- und Veränderungsprozesse in der Sozialverwaltung und auf die Herausforderung, die in der Sicherung der sozialen Teilhabe aller Menschen liegt. Das ist aber nicht im Sinne einer Einbahnstraße zu verstehen – selbstverständlich sind alle Bürgerinnen und Bürger dazu aufgerufen, hierbei aktiv mitzuwirken.



**Karl-Josef Laumann**

Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen



## Inhaltsverzeichnis

<u>Kap.</u>		<u>Seite</u>
	VORAB IN KÜRZE	1
1	EINLEITUNG	2
2	THEORETISCHER UND BEGRIFFLICHER HINTERGRUND	3
2.1	Begriff und Dimensionen gesellschaftlicher Teilhabe	3
2.2	Aktivierung und Befähigung	5
2.3	Fallmanagement und lokale Netzwerke	8
2.4	Die Frage des Erfolgs und seiner „Messung“	10
3	DARSTELLUNG KOMMUNALER „GOOD-PRACTICE- BEISPIELE“	11
3.1	Ausgewählte Ergebnisse der Breitenerhebung	11
3.2	Modellkommunen Mülheim an der Ruhr und Bonn	13
3.3	Profile der Kommunen der Tiefenerhebung	14
3.3.1	Stadt Bielefeld	15
3.3.2	Stadt Köln	19
3.3.3	Stadt Münster	23
3.3.4	Ennepe-Ruhr-Kreis	27
3.3.5	Oberbergischer Kreis	31
4	ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	35
5	ANHANG	40
5.1	Literatur	40
5.2	Material	42
5.2.1	(Kölner) Hilfeplanverfahren	43
5.2.2	Flyer AKDN (Stadt Köln)	54
5.2.3	Personenübersicht FMThiA (Stadt Münster)	57
5.2.4	Hilfeplan FMThiA (Stadt Münster)	61
5.2.5	Kooperationsvereinbarung Stadt und Verbände (Stadt Münster)	64
5.2.6	Erstkontaktbogen (Ennepe-Ruhr-Kreis)	72
5.2.7	Hilfeplan (Ennepe-Ruhr-Kreis)	76
5.2.8	Entwicklungsbericht (Ennepe-Ruhr-Kreis)	82
5.2.9	Erhebungsbogen für die Leistungsabsprache nach dem SGB XII (Stadt Witten, Ennepe-Ruhr-Kreis)	85
5.2.10	Leistungsabsprache nach § 12 SGB XII (Stadt Witten, Ennepe-Ruhr-Kreis)	90

## Vorab in Kürze

Menschen, die aufgrund ihrer materiellen Situation auf Sozialhilfe angewiesen sind, benötigen i. d. R. komplexe soziale Dienstleistungen zur Überwindung ihrer persönlichen Problemlagen. Das Hauptziel der Sozialhilfe, den Leistungsberechtigten die Führung eines menschenwürdigen Lebens zu ermöglichen (§ 1 Satz 1 SGB XII), ist eng mit der „Hilfe zur Selbsthilfe“ und dem Ziel der Überwindung der eigenen Hilfebedürftigkeit verbunden. Dabei geht es nicht nur darum, Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger mit materiellen Leistungen zu versorgen, sondern sie auch nach dem Leitbild der Sozialhilfe durch Unterstützung und Begleitung in die Lage zu versetzen, sich möglichst selbst zu helfen und sie aktiv bei der Führung eines menschenwürdigen Lebens zu unterstützen und so soziale Teilhabe zu ermöglichen.

Die in Nordrhein-Westfalen von den Kommunen als örtlichen Trägern der Sozialhilfe bisher umgesetzten Aktivierungs- und Befähigungsstrategien sowie Maßnahmen zur Förderung und Sicherung sozialer Teilhabe armer bzw. von Armut bedrohter Personen sind sehr vielfältig und differenziert:

Innovative Ansätze finden sich sowohl auf Einzelfallebene im Rahmen der (personen-zentrierten) Hilfestellung (**Fallmanagement**) in den Sozialämtern als auch durch unterschiedliche möglichst **niedrigschwellige und wohnortnahe Angebote** (z.B. Seniorenberatung, Nachbarschaftshilfen, Begegnungsstätten), die häufig durch Träger der freien Wohlfahrtspflege umgesetzt werden, sowie in Form entsprechender **Netzwerkstrukturen** in den Sozialräumen. Die Verschränkung von Einzelfallsteuerung mit Angebotsplanung sowie der Koordination entsprechender Netzwerke stellt eine zentrale **Steuerungsaufgabe der Kommune** dar.

Den unterschiedlichen Formen und Ausprägungen möglicher Maßnahmen und Programme liegen übergreifend folgende wesentlichen Punkte zugrunde:

- Es besteht ein **Recht** auf Beratung und Unterstützung zur Ermöglichung sozialer Teilhabe.
- **Politischer Wille** (ausgehend von der Stadt- bzw. Kreisspitze über den Rat bis zu anderen relevanten Gremien) sowie ein **umfassenderes Verständnis von sozialer Daseinsvorsorge** (die über die materielle Hilfestellung i. e. S. hinausgeht) sind essentiell für eine personenzentrierte und bedarfsorientierte Ausgestaltung kommunaler Angebotsstrukturen.
- Eine adäquate Implementierung entsprechender Maßnahmen erfordert eine entsprechende **finanzielle und v.a. personelle Ausstattung**.

### Lesehinweis:

Die vorliegende Handreichung richtet sich an Kommunen (oder auch Träger), die sich der Thematik *Sicherung sozialer Teilhabe armer bzw. von Armut bedrohter Personen* annehmen möchten und Interesse an Erfahrungen aus anderen Orten haben. Im Sinne einer Orientierungs- und Reflexionshilfe wird dabei sowohl ein theoretisch-konzeptioneller Blick auf die Thematik geworfen (Kapitel 2), als auch ein Einblick in die derzeitige Praxis in Nordrhein-Westfalen gegeben (Kapitel 3). Die Darstellung ausgewählter Praxisbeispiele versteht sich ebenso (Kapitel 3) als Anregung wie die im Anhang gesammelten Instrumente und Materialien (Kapitel 5).



## 1 Einleitung

Menschen, die aufgrund ihrer materiellen Situation auf Sozialhilfe angewiesen sind, benötigen i. d. R. komplexe soziale Dienstleistungen zur Überwindung ihrer persönlichen Problemlagen. Hierzu bietet das Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe mit Beratung, Unterstützung und Aktivierung eine ganze Reihe von Ansatzpunkten.

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen verfolgt seit Jahren umfassende Handlungskonzepte gegen Armut und soziale Ausgrenzung. Im Rahmen dieser Konzepte soll auch im Handlungsfeld Sozialhilfe gemeinsam mit den nordrhein-westfälischen Kommunen sozialer Ausgrenzung entgegengewirkt und leistungsberechtigten Personen über Aktivierungsansätze mehr soziale Teilhabe ermöglicht werden.

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen will deshalb die Kommunen bei der Effektivierung und Effizienzsteigerung der Sozialhilfegewährung unterstützen. U. a. sollen innovative Wege zur Weiterentwicklung der Sozialhilfe, zur Modernisierung der Sozialämter und zur Vermeidung bzw. Aufhebung von Schnittstellen zu anderen Leistungsbereichen gefördert werden.

Das Land hat schon in der Vergangenheit verschiedene Projekte im Kontext einer „Aktivierung in der Sozialhilfe“ (wie z. B. das Modellprojekt Sozialbüros, Modellvorhaben Sozialagenturen) gefördert. Zudem wurde vom Sozialministerium Nordrhein-Westfalen im September 2013 eine schriftliche Umfrage der örtlichen Träger der Sozialhilfe zum Thema „Stärkung der aktivierenden Hilfen gemäß § 11 SGB XII – Aufdeckung und Bekämpfung der Altersarmut“ durchgeführt, aus der hervorgeht, dass vor Ort bereits vielfältige Aktivierungsansätze und -konzepte realisiert werden.

Anknüpfend an diese Bemühungen hat das Sozialministerium Nordrhein-Westfalen im Jahr 2016 eine wissenschaftliche Analyse und Begleitung von Aktivierungsstrategien und Teilhabeförderung im SGB XII durch die FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (Köln) und Prof. Dr. C. Reis (Frankfurt University of Applied Sciences) in Auftrag gegeben. Dabei wurden im Rahmen einer Breiten- und Tiefenerhebung (s. u.) die in Nordrhein-Westfalen bestehenden Ansätze systematisch erfasst und analysiert. Im Mittelpunkt standen insbesondere Aktivierungsstrategien, die sich einerseits auf eine Verbesserung von Beratung und Fallsteuerung sowie andererseits auf die (Weiter-)Entwicklung passgenauer Angebote vorrangig für ältere und erwerbsgeminderte Menschen beziehen, die Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung (3. und 4. Kapitel des SGB XII) erhalten.

Die in der Untersuchung erfassten Befunde und Erfahrungen sollen in dieser Handreichung für andere nordrhein-westfälische Kommunen nutzbar gemacht werden. Neben theoretischen und begrifflichen Hintergründen sollen dabei sowohl positive Praxisbeispiele („Good-Practice“) als auch förderliche und hemmende Bedingungen zur Umsetzung unterschiedlicher Aktivierungsansätze und -konzepte herausgearbeitet werden.

Die Handreichung richtet sich vorwiegend an Kommunen sowohl in ihrer Rolle als örtliche Träger der Sozialhilfe als auch in ihrer Funktion als Steuerungs- und Planungsinstanz zur (Weiter-)Entwicklung von Angeboten zur Daseinsvorsorge ihrer Bürgerinnen und Bürger. Wichtige Akteure für die Schaffung und Bereitstellung von Angeboten zur Aktivierung und Teilhabeförderung in den Wohnquartieren und Sozialräumen sind auch die Verbände und Träger der freien Wohlfahrtsverbände, an die sich die Handreichung deshalb ebenfalls richtet. Schließlich beinhaltet die Handreichung Anregungen und Denkanstöße für das nordrhein-westfälische Sozialministerium als oberste Landessozialbehörde i. S. von § 7 SGB XII – gemeinsam mit den Kommunen – neue Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Sozialhilfepraxis zu initiieren und einen Erfahrungsaustausch zu fördern.

Die wissenschaftliche Begleitung wurde bei der Durchführung der Analyse und der Erstellung der Handreichung fachlich von einer Projektgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern des Sozialministeriums Nordrhein-Westfalen, der Wohlfahrtsverbände (Caritas, Diakonie und Paritätischer) und interessierter Kommunen (Stadt Duisburg, Stadt Düsseldorf, Ennepe-Ruhr-Kreis, Stadt Gelsenkirchen, Stadt Köln, Stadt Münster) unterstützt. Den Mitgliedern sei an dieser Stelle herzlich für ihr Engagement, den regen Austausch und den fachlichen Input gedankt.

## 2 Theoretischer und begrifflicher Hintergrund

Das Hauptziel der Sozialhilfe, den Leistungsberechtigten die Führung eines menschenwürdigen Lebens zu ermöglichen (§ 1 Satz 1 SGB XII), ist eng mit der „Hilfe zur Selbsthilfe“ und dem Ziel der Überwindung der eigenen Hilfebedürftigkeit verbunden. Dies gilt u. a. auch für Hilfen nach den Kapiteln 3. und 4. des SGB XII. Dabei geht es nicht nur darum, Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger mit materiellen Leistungen zu versorgen, sondern sie auch nach dem Leitbild der Sozialhilfe durch Unterstützung und Begleitung in die Lage zu versetzen, sich möglichst selbst zu helfen und sie aktiv bei der Führung eines menschenwürdigen Lebens zu unterstützen.

Unterstützung und Hilfe, ein Leben in Menschenwürde zu führen, bedeutet aber auch, den Personen, die die Sozialhilfebedürftigkeit auf absehbare Zeit nicht überwinden können, Möglichkeiten und Perspektiven in der Sozialhilfe zur Bewältigung ihrer Lebenssituation aufzuzeigen. Hierbei geht es um die Herstellung von Chancengerechtigkeit und Teilhabemöglichkeiten und die Befähigung, das Leben nach eigenen Zielen zu gestalten. Es geht nicht um Hilfe, die bevormundet, sondern um Hilfen zum selbständigen Leben, die sich an individuellen Bedarfen und Zielen orientieren.

Vor dem Hintergrund der nach wie vor bestehenden Herausforderungen zur nachhaltigen Sicherung der sozialen Sicherungssysteme und der sich gravierend verändernden Lebensbedingungen der Menschen, kann es bei der Sicherstellung der vorgenannten Ziele nicht in erster Linie um finanzielle Aspekte wie Mehrkosten oder Kosteneinsparungen, also um ein „Mehr“ oder „Weniger“ sozialer Angebote, gehen, sondern es ist vor allem eine Frage, „wie“ die (teilweise) bereits bestehenden Angebote zukünftig besser eingesetzt werden können und ihre Inanspruchnahme gefördert werden kann. Es geht um Konzepte und Instrumente für eine effektivere und effizientere Leistung.

### 2.1 Begriff und Dimensionen gesellschaftlicher Teilhabe

Der normative Gehalt des Begriffs „Teilhabe“ legt nahe, zunächst einige rechtliche Bezüge zu präzisieren.

In § 1 Satz 1 stellt das SGB XII die Sozialhilfe in einen verfassungsrechtlichen Rahmen, der prägend ist für die Ausgestaltung der konkreten Leistungen. So hat das Bundesverwaltungsgericht in einer frühen Entscheidung den Zusammenhang von Sozialstaatsprinzip, Menschenwürde und Grundrechten bei der Umsetzung von Fürsorgeleistungen hergestellt (BVerwG v. 24.06.1954 – VC 78.54). Der Gesetzgeber erfüllt mit den Leistungen der Sozialhilfe verfassungsrechtliche Vorgaben, die aus dem Grundrecht auf Sicherung eines menschenwürdigen Lebens (Art. 1 Abs. 1 i. V. m. Art. 20 Abs. 1 GG) folgen. Verstärkt wird dies dadurch, dass die „Sicherung eines menschenwürdigen Daseins“ zu den zentralen Aufgaben des Sozialgesetzbuches gem. § 1 SGB I gehört. Da die Sozialhilfe ein besonderer Teil des Sozialgesetzbuches ist (SGB XII), ergibt sich somit ein „doppelter“ Auftrag zur Sicherung der Menschenwürde, weil die Sicherstellung eines menschenwür-

digen Lebens im konkreten Einzelfall u. a. durch die Leistungen nach SGB XII zu erfolgen hat. „Das SGB I stellt deklaratorisch eine Verbindung zwischen den abstrakten Normen des Verfassungsrechts und den besonderen, sozialrechtlichen Leistungsgesetzen dar“ (Wahrendorf 2014: § 1 SGB XII, Rz 16).

In der sozialwissenschaftlichen Literatur wird die Sicherstellung eines menschenwürdigen Daseins durchgängig in Verbindung mit dem Begriff der „Teilhabe“ gebracht (vgl. Reis/Siebenhaar 2015 m. w. N.). Das Teilhabekonzept kann deshalb als Versuch verstanden werden, einen positiven normativen Begriff zu generieren, der es erlaubt, die Dimensionen eines menschenwürdigen Daseins konkret zu beschreiben. Das Verfassungsgebot der Menschenwürde und der freien Entfaltung der Persönlichkeit impliziert Teilhabeansprüche an den Sozialstaat und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Das soziokulturelle Existenzminimum beinhaltet neben den materiellen Teilhabeansprüchen nämlich auch „ein Recht auf Teilhabe am gesellschaftlich üblichen Leben“ (Bundesregierung 2005, zit. nach Bartelheimer 2007, S. 5).

Mit dem Begriff sind Anforderungen verbunden, die in der praktischen Gestaltung von Hilfe und Unterstützung zu beachten sind:

„1. Teilhabe ist nur historisch relativ zu verstehen, das heißt stets als Teilhabe an den sozioökonomischen Möglichkeiten einer gegebenen Gesellschaft, an wesentlichen Merkmalen ihres Lebensstandards und ihrer vorherrschenden Lebensweise. (...)“

2. Teilhabe ist mehrdimensional: Sowohl der für eine Gesellschaft insgesamt charakteristische „Teilhabemodus“ wie auch die Stellung bestimmter Gruppen im Gefüge sozialer Ungleichheit und sozialer Beziehungen ergibt sich erst durch Zusammenwirken verschiedener Teilhabeformen (...)

3. Teilhabe beschreibt kein einfaches „Drinnen“ oder „Draußen“ (...). Es geht vielmehr darum, Abstufungen ungleicher Teilhabe zu unterscheiden. Dazu sind die individuellen Wohlfahrtspositionen vieler verschiedener Personen vergleichbar zu machen, und es ist klar zu unterscheiden zwischen erwünschter Vielfalt von Lebensweisen und inakzeptablen Gefährdungen von Teilhabe, die gesellschaftlichen Eingriff erfordern. (...)

4. Teilhabe ist ein dynamisches Konzept: Ob Teilhabe gelingt, kann nicht allein nach einem Zustand zu einem gegebenen Zeitpunkt, sondern muss auch nach der Dauer von Zuständen, nach der zeitlichen Dynamik von Lebensverläufen und biografischen Mustern beurteilt werden.

5. Teilhabe ist aktiv: Sie wird durch soziales Handeln und in sozialen Beziehungen angestrebt und verwirklicht. Bei der Beurteilung von Teilhabe kommt es auf die handelnden Subjekte an, auf ihre Erfahrungen und darauf, wie sie ihre soziale Lage bewältigen“ (Bartelheimer 2007, S. 8).

„Teilhabe“ unterstellt somit aktive, handelnde Subjekte und bezieht diese auf die gesellschaftlichen Teilbereiche, die relevant sind zur Realisierung eines „Lebens in der Gemeinschaft“ (vgl. § 11 SGB XII). Da Teilhabe mehrdimensional ist, kann in Bezug auf Ergebnisse der Lebenslagenforschung eine Konkretisierung erfolgen: Teilhabe am System gesellschaftlicher Arbeitsteilung, Wohnen, Einbindung in soziale Nahbeziehungen, politische Partizipation (vgl. Bartelheimer 2007). Damit wird deutlich, dass unter „Teilhabe“ weitaus mehr zu verstehen ist als eine gesicherte materielle Existenz. Dies entspricht dem gesetzlichen Auftrag des SGB XII. Denn unter Menschenwürde ist in § 1 SGB XII analog zum Grundgesetz der dem Menschen als solchen zustehende Eigenwert zu verstehen, der ihn zu eigenverantwortlichem Handeln befähigt. Die vom Sozialleistungsrecht zu gewährleistende Sicherung des menschenwürdigen Daseins umfasst deshalb auch die Schaffung und Aufrechterhaltung von Lebensumständen, die sowohl die

Persönlichkeit des einzelnen Menschen als auch dessen persönliche Handlungs- und Entfaltungsmöglichkeiten erhalten und fördern. Der Einzelne darf nicht zum „Objekt staatlichen Handelns werden und in seinem 'Selbstbestimmungsrecht' nicht in unverhältnismäßiger Weise beeinträchtigt werden“ (Steinbach 2014: § 1 SGB I, Rz 32). Somit manifestiert sich Menschenwürde gem. Art. 1 GG u. a. in der Schaffung eines möglichst weiten individuellen Autonomiebereichs, in dem sich die Potentiale jedes Menschen entfalten können.<sup>1</sup>

## 2.2 Aktivierung und Befähigung

Damit wird der Zusammenhang zu einem Diskurs hergestellt, der seit Beginn der 1990er Jahre in allen Staaten der OECD „passive“ und „aktive“ Leistungen unterschied und die „Aktivierung“ als anzustrebendes Leitbild staatlicher Sozialpolitik formulierte. Diese sollte dem Ziel dienen, Armut und soziale Exklusion zu verhindern: „Ökonomische Gelegenheit und Aktivität für jeden fördern, um Armut, Abhängigkeit und soziale Ausgrenzung zu bekämpfen.“ (OECD 1990, S. 8)

„Aktivierende Politik“ baut konzeptionell auf der individuellen Situation der betreffenden Personen auf, die handlungsleitend bei der Erbringung von Leistungen wird. Diese gehen im Grundsatz selbst im Kontext des SGB II über eine reine Arbeitsmarktorientierung hinaus (vgl. Reis/Siebenhaar 2015 und Brülle/Kretschmer-Hahn/Reis/Siebenhaar 2016), sondern stehen im Kontext einer umfassenden Teilhabesicherung und müssen hinreichend flexibel sein, um „Individualisierung“ auch realisieren zu können.

Das SGB XII hat den Gedanken der Aktivierung aufgegriffen. Einer der inhaltlichen Schwerpunkte des Gesetzes ist, wie auch im SGB II, das „Fördern und Fordern“ durch aktivierende Leistungen. In der BT-Dr.15/1514 verdeutlicht der Gesetzgeber seinen Standpunkt: Auch nach der Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbsfähige sind für Menschen, für die gegenwärtig eine Erwerbstätigkeit nicht in Betracht kommt, Wege zu finden und zu unterstützen, die zu einem eigenverantwortlichen Leben möglichst außerhalb der Sozialhilfe führen. Dies gilt für alle Leistungsberechtigten der Sozialhilfe gleichermaßen. Dazu werden die Instrumente zur Förderung eines aktiven Lebens und zur Überwindung der Bedürftigkeit ausgebaut. Dieser verstärkten Eigenverantwortung wird eine hohe Bedeutung eingeräumt. Darauf aufbauend werden insbesondere die Beratung und Unterstützung zielorientiert intensiviert, verlässliche und planvolle Handlungsmöglichkeiten der Träger der Sozialhilfe und der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger gestärkt sowie einzelfallbezogene Wege aus der Sozialhilfe ge- ebnet.

Der Begriff der Aktivierung, wie er in der Überschrift des § 11 SGB XII zu lesen ist, wird im Paragraphen selbst nicht definiert. In der Gesetzesbegründung wird allerdings erwähnt: „Absatz 3 konkretisiert den Begriff der Unterstützung, die insbesondere auch die Aktivierung umfasst.“<sup>2</sup> Der Gesetzgeber möchte demzufolge durch den Einsatz von Beratung und Unterstützung das Ergebnis „Aktivierung“ erreichen.

---

<sup>1</sup> Dies hat bereits früh der ehemalige Bundesinnenminister Maihofer folgendermaßen zum Ausdruck gebracht: „Die Menschenwürde hat zwei Komponenten: a) die personelle: Die Bereitschaft und Fähigkeit des Menschen, mit sich in Einklang zu leben, also seine individualspezifischen Begabungen, Eigenheiten und Neigungen, die ihn als ein einmaliges Lebewesen kennzeichnen, in Auseinandersetzung und in Zusammenarbeit mit anderen Menschen zum Ausdruck zu bringen und selbstverantwortlich, im Sinne der Lebenserhaltung und Lebensbereicherung, zu entfalten; b) die gesellschaftliche: Die Bereitschaft und Fähigkeit der für den Menschen jeweils bedeutsamen gesellschaftlichen Umgebung, ihm dies nicht nur zu ermöglichen, sondern ihn dabei zu fördern“ (Maihofer/Behrend 1967, S. 543).

<sup>2</sup> BT-Dr. 15/1514 S.56.

Ein wichtiges, im § 12 des SGB XII kodifiziertes Instrument ist die „Leistungsabsprache“. Vor Beginn oder spätestens bis zu vier Wochen nach Beginn fortlaufender Leistungen sollen in einer schriftlichen Leistungsabsprache die Situation der leistungsberechtigten Personen sowie gegebenenfalls Wege zur Überwindung der Notlage und zu gebotenen Möglichkeiten der aktiven Teilnahme in der Gemeinschaft gemeinsam festgelegt und unterzeichnet werden (§ 12 SGB XII)<sup>3</sup>. Dies bedeutet, dass im Regelfall eine Leistungsabsprache erforderlich ist und nur im Ausnahmefall von diesem Erfordernis abgewichen werden kann. Mit der Leistungsabsprache soll die kooperative Vorgehensweise verstärkt werden, da die erfolgreiche Überwindung der Notlage wie auch die Stärkung der Selbsthilfe zur aktiven Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft in vielfältiger Weise von der aktiven Mitwirkung der Leistungsberechtigten abhängig ist. Die Regelung konkretisiert insoweit § 1 Satz 3 SGB XII.

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass „Teilhabe“ ein mehrdimensionaler relationaler Begriff ist, er bezieht sich auf „objektive“ gesellschaftliche Strukturen und Angebote und gleichzeitig auf deren subjektive Wahrnehmung (im doppelten Wortsinne). Deshalb gibt es zwei Ebenen der Realisierung von Teilhabe: Gesellschaftliche Bedingungen („gesellschaftliche Umwandlungsfaktoren“ – Normen, Recht, Infrastruktur usw.) (vgl. Bartelheimer 2007) sowie individuelle Fähigkeiten (individuelle Umwandlungsfaktoren). Hieraus resultieren Verwirklichungschancen. Wie diese dann real wahrgenommen werden, wird durch die Anzahl und Qualität von Wahlmöglichkeiten auf der einen Seite und durch (individuelle wie gesellschaftliche) Zielsetzungen beeinflusst. Aus dieser tatsächlichen (und je nach Person, Region und Umfeld sehr unterschiedlichen) Wahrnehmung ergeben sich dann Teilhabeergebnisse (vgl. Bartelheimer 2007).

„Teilhabe“ beinhaltet somit einerseits die Existenz rechtlich und politisch abgesicherter Teilhabemöglichkeiten, andererseits aber auch die Entwicklung und Realisierung von Teilhabefähigkeiten, die unter Umständen professioneller Unterstützung bedarf. Um diesen komplexen Zusammenhang genauer betrachten zu können, sollte auf den in der internationalen Diskussion verbreiteten „Capability Approach“ (CA) zurückgegriffen werden. Der „Capability Approach“ (in der deutschen Übersetzung „Befähigungsansatz“) geht der Frage nach, über welche Chancen und Befähigungen ein Mensch verfügen muss, damit dieser sein Leben erfolgreich gestalten kann. Mit anderen Worten: Was benötigt ein Mensch für ein gelungenes Leben bzw. für eine gelungene „Lebensführung“? Dieser Ansatz beinhaltet die Forderung an die Gesellschaft, „aktiv zur Entwicklung eines besseren Lebens aller Mitglieder (...) beizutragen“ (Sen 2000, S. 52) und umfasst sowohl passive Freiheiten (als Abwesenheit von Hindernissen) und aktive Freiheiten (nach eigenen Wünschen handeln zu können). Instrumentell zählt Sen hierzu:

- Politische Freiheiten (Kritik, Widerspruch, Wahlrecht usw.);
- Ökonomische Institutionen (Ressourcen, Bedingungen des Tausches, Verteilung);
- Soziale Chancen (Bildung, Gesundheit);
- Transparenzgarantien (Pressefreiheit, Informationspflichten z. B. gegen Korruption);
- Soziale Sicherheit (Arbeitslosenversicherung, Sozialhilfe, Mindestlöhne).

Der Ansatz fokussiert darauf, Ungleichheit in möglichst vielen Dimensionen zunächst zu erfassen (vgl. Bartelheimer 2009), um dann Strategien zu ihrer Bearbeitung bzw. Überwindung abzuleiten. Zur Bewertung von Wohlfahrt sollen grundsätzlich sowohl die objektiven Möglichkeiten als auch die verfügbaren Verwirklichungschancen herangezogen

---

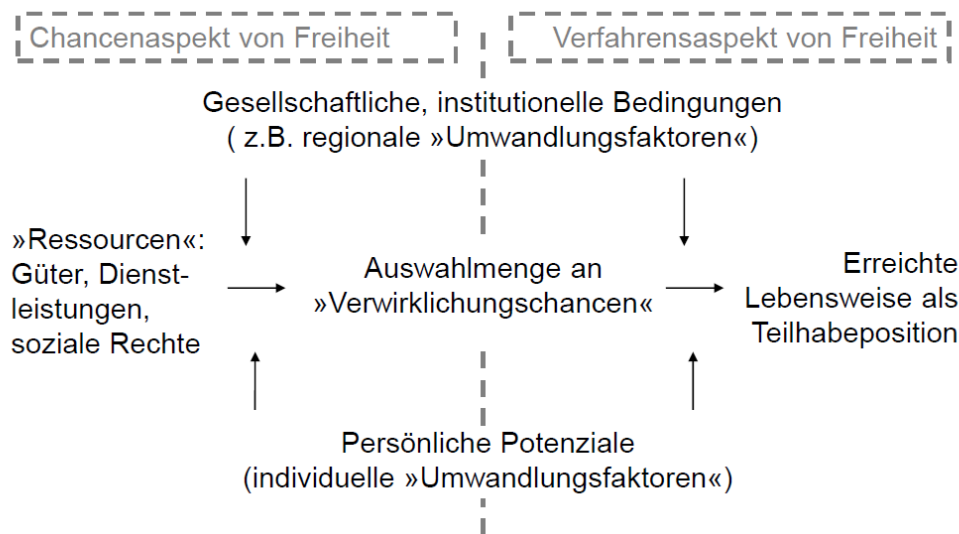
<sup>3</sup> Allerdings gilt für nach dem 4. Kapitel Leistungsberechtigte diese Norm nur als „Kann-Vorschrift“ (vgl. § 44 Abs. 2 SGB XII).

werden, also die subjektive Fähigkeit, etwas zu erlangen sowie das objektive Vermögen, dies auch real zu erreichen – „nicht nur Fahrrad fahren können, sondern auch über ein Fahrrad verfügen zu können“ (Bonvin 2006, zit. nach Bartelheimer 2007, S. 10) – und das Fahrrad gefahrlos nutzen zu können (z. B. durch das Vorhandensein von Fahrradwegen). Der Ansatz schlägt somit eine Brücke zwischen strukturellen Gegebenheiten und realer „Lebensführung“.

Insgesamt ist der Ansatz (analog zum Begriff der „Teilhabe“) multidimensional, indem er den Menschen in seinen gesamten Lebensverhältnissen und nicht einzelne Lebenslagen in den Fokus stellt, und dynamisch, da er auf das Verhältnis von objektiv gegebenen „Chancen“ und deren Verwirklichung (durch subjektives Handeln) abhebt. Zur Bewertung von Wohlfahrt werden deshalb die objektiven Möglichkeiten (Ressourcen), die verfügbaren Verwirklichungschancen und die Freiheit der Artikulation von Wünschen („Capabilities of voice“, vgl. Bonvin/Farvaque 2005) herangezogen. Letztlich geht es um den Raum an Möglichkeiten und Fähigkeiten, über Handlungsweisen (und damit Daseinsweisen) entscheiden zu können – Grundlage einer potenziell gelingenden Selbstverwirklichung – der zentralen Referenz von Menschenwürde.

Bartelheimer und Kädtler stellen eine im Rahmen der „Sozioökonomischen Berichterstattung“ erarbeitete schematische Darstellung des Konzeptes vor (Abbildung 1, Bartelheimer/Kädtler 2012, S. 55):

Abb. 1: Schematisierte Darstellung des Capability Approachs



Gesellschaftlich vorhandene Ressourcen, seien es materielle Güter oder formale soziale Rechte, werden nur dann für die Individuen nutzbar, wenn einerseits die institutionellen Bedingungen gegeben sind (z. B. Rechte auch eingeklagt werden können), andererseits auch individuelle Kompetenzen und Fähigkeiten existieren, um die Ressourcen zu nutzen. Dabei ist es wiederum eine Folge institutioneller Bedingungen (z. B. des Bildungssystems), ob und wie diese Fähigkeiten gefördert werden.

Sind sowohl die institutionellen Bedingungen als auch die persönlichen Potenziale gegeben, ist es eine Frage der Willensentscheidung, wie die tatsächlich realisierte Lebensweise aussieht. Hier existiert potenziell ein nicht aufhebbares Spannungsverhältnis zwischen gesellschaftlich gewährleisteten Verwirklichungschancen und deren individueller Nutzung.

Deshalb geht der Verfahrensaspekt von Freiheit über die Frage hinaus, ob Teilhabemöglichkeiten objektiv bestehen und Fähigkeiten ausgebildet sind, sie zu realisieren. Vielmehr ist weitergehend danach zu fragen, welche Chance Personen haben, eigene Wünsche und Bedürfnisse zu artikulieren, die u. U. quer zu dem stehen, was „sozial erwünscht“ ist und den gesellschaftlich definierten „Verwirklichungschancen“ entspricht – nicht unbedingt jedoch den je individuellen Präferenzen: „Ein Fokus der Mitsprachemöglichkeit liegt in der aktiven Einbindung von Individuen in den Regelsetzungsprozess. Wenn alle betroffenen Individuen aktiv involviert sind im Regelsetzungsprozess ..., dann haben die Normen (...) einen größeren positiven Einfluss auf das Leben des Einzelnen, (...). Der Befähigungsansatz (...) impliziert eine aufrichtige und für beide Seiten wohlwollende Reflexivität zwischen politischen und/oder sozialen Normen und individuellen Freiheiten“ (Bonvin/Farvaque 2005, S. 283f.). Deshalb gehört (politische) Partizipation zu den Grundelementen von Teilhabe.

Für die Analyse und Bewertung von Praxis können aus der bisherigen Diskussion folgende Fragestellungen abgeleitet werden:

- Für welche Lebenslagen werden in welchem Umfang objektive Teilhabemöglichkeiten geschaffen bzw. erweitert?
- Auf welche Weise werden subjektive Fähigkeiten zur Realisierung von Teilhabe unterstützt bzw. erweitert?
- In welchem Umfang und mit welchen Instrumenten wird Partizipation gefördert, d. h. die Möglichkeit eigene Wünsche und Bedürfnisse zu artikulieren und an deren Realisierung mitzuwirken?

### 2.3 Fallmanagement und lokale Netzwerke

Die Lebenssituation vieler Menschen, die Unterstützungsleistungen des Staates und/oder sozialer Organisationen z. B. im Rahmen des SGB XII in Anspruch nehmen müssen, ist häufig hochkomplex und steht quer zu den parzellierten Zuständigkeiten von Verwaltungen. Dies führt in der Realität nicht selten zu Orientierungsdefiziten und dazu, dass vorhandene Hilfsangebote nicht oder nur unzureichend in Anspruch genommen werden.

In den letzten Jahren wurde in vielen Staaten ein Handlungskonzept entwickelt, das hier ansetzt und versucht, individuelle Bedarfslagen und vorhandene Angebote miteinander zu verknüpfen. International wird dieses Handlungskonzept als „Case Management“ bezeichnet (vgl. Wendt/Löcherbach 2017), im Kontext des SGB II und auch des SGB XII als „Fallmanagement“ (vgl. Kolbe/Reis 2009, MAGS 2009, Reis u.a. 2011).

Case Management/Fallmanagement hat seinen Ausgangspunkt in der individuellen Bedarfslage der Hilfesuchenden, die es zu verstehen und zu analysieren gilt. Auf der Basis eines umfassenden Assessments werden dann gemeinsam Ziele vereinbart. Diese Zielvereinbarung bildet die Basis für eine gemeinsame Hilfeplanung, in der die notwendigen Unterstützungsangebote, aber auch die Eigenleistungen der Ratsuchenden bzw. ihres Umfeldes festgehalten werden. Das Case Management/Fallmanagement hat dann die Verantwortung dafür, dass der Hilfeplan auch umgesetzt wird – hierzu ist es meist notwendig, auf Leistungen Dritter zurückzugreifen, die vom Case Management/Fallmanagement koordiniert werden.

Gefordert sind somit Beratungskompetenz und die Fähigkeit zu kooperativem, Institutionen übergreifendem Handeln.

Allerdings läuft Case Management/Fallmanagement ins Leere, wenn die notwendigen Kooperationsstrukturen nicht oder nur unzureichend vorhanden sind. Dies hat der Ge-

setzgeber erkannt und deshalb in vielen Sozialgesetzbüchern Kooperationsverpflichtungen für die Akteure kodifiziert (vgl. §§ 4, 5 SGB XII). Darüber hinaus ist es inzwischen selbstverständlich, in Förderprogrammen Kooperation als Arbeitsgegenstand festzuschreiben. Damit wird reflektiert, dass erst das verbindliche, koordinierte Zusammenwirken unterschiedlicher arbeitsmarkt-, sozial- und bildungspolitischer Akteure angemessene Unterstützungsleistungen sicherstellen kann, die den betreffenden Personen gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht. In der Praxis zeigen sich trotz dieser Rechtsvorschriften immer wieder Hindernisse einer an sich notwendigen Kooperation. Diese liegen sowohl im formal-strukturellen und im informellen organisationskulturellen Bereich als auch in der Einbeziehung verschiedener Formen von Professionswissen und organisationspezifischen Arbeitsformen.

Studien aus dem Kontext der US-amerikanischen Fürsorgereform haben gezeigt, dass Kooperation aus strukturellen Gründen häufig nur schwer zu realisieren ist (vgl. Corbett/Noyes 2005a und b, 2006, 2008; Sandfort 2010). Bei allen Kooperationsvorhaben muss unabhängig vom Grad der Kooperation die gesamte Organisation in ihrem „institutionellen Milieu“ im Blick behalten werden. Selbst bei einer Kooperation mit „nur“ einem Teil der Organisation ist immer die ganze Organisation beteiligt. Dies gilt natürlich umso mehr, je intensiver die Kooperation ist.

Immer wieder wird nach Lösungen gesucht, die die grundlegenden Hindernisse von Kooperation lösen oder zumindest begrenzen. Dabei kann auf vorliegende Theorien und Konzepte zurückgegriffen werden (vgl. Warmington u. a. 2004, Edwards u. a. 2009, Engeström 2008). Aktuell wurden diese theoretischen Konzepte für Forschungen zu „Produktionsnetzwerken“, d. h. verbindlichen Kooperationsstrukturen zwischen eigenständig operierenden, teilweise sogar konkurrierenden Organisationen fruchtbar gemacht (vgl. Reis u. a. 2016). Ausgangspunkt war die Überlegung, dass es bei der Bearbeitung komplexer Problemlagen nicht genügt, Hilfen wie z. B. Fallmanagement für den Einzelfall zu etablieren (das wäre eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung), sondern dass es parallel einer verbindlichen Kooperation aller für die einzelnen Aspekte einer komplexen Problemsituation zuständigen Institutionen und Organisationen bedarf. Die hierzu notwendige Konstruktion ist das Handlungskonzept Produktionsnetzwerk, in dem unterschiedliche Akteure gemeinsam an der Produktion sozialer Dienstleistungen beteiligt sind. Das bedeutet, dass (im organisationssoziologischen Sinn) autonome Organisationen über einen z. T. längeren Zeitraum hinweg gemeinsam Dienstleistungen erbringen. Hierzu ist ersichtlich ein intensiverer bzw. dauerhafterer Kooperationszusammenhang erforderlich als bei anderen Netzwerktypen, z. B. Informationsnetzwerken, in denen Informationen ausgetauscht werden. Die mit dieser Kooperation verbundene Herausforderung stellt sich auf zwei Ebenen:

- als Kooperation zwischen zwei (oder mehreren) Organisationen mit jeweils spezifischen Zwecken, Hierarchien und Mitgliedschaftsbedingungen, die sich in unterschiedlichen Aufbau- und Ablauforganisationen niederschlagen (Netzwerkmanagement);
- als Kooperation zwischen Mitarbeitenden dieser Organisationen, die vor dem Hintergrund der jeweiligen spezifischen Arbeitsbedingungen handeln, und möglicherweise über einen unterschiedlichen beruflichen Hintergrund und ein spezielles Professionswissen verfügen (z. B. Case Management).

Die Herausforderung ist dann besonders groß, wenn es darum gehen soll, dauerhafte und verbindliche Netzwerkstrukturen zu schaffen und zu stabilisieren. Und die Herausforderung wird dann gesteigert, wenn die zu vernetzenden Organisationen unterschiedlichen



organisationalen Feldern<sup>4</sup> angehören, unterschiedliche professionelle Arbeitsweisen zur Anwendung kommen und unterschiedliche professionelle Standards gelten.

Wenn kommunale Projekte und Programme zur Teilhabeförderung die genannten Dimensionen der Erhöhung objektiver Teilhabechancen, der Unterstützung von subjektiven Teilhabefähigkeiten und der Förderung von Partizipation im Fokus haben wollen, müssen sie demzufolge auf drei Ebenen ansetzen:

- der Einzelfallebene (Case Management/Fallmanagement):
- der Angebotsebene (Planung bzw. Weiterentwicklung kommunaler Unterstützungsstrukturen);
- der Netzwerkebene (Auf- und Ausbau multilateraler Kooperationsstrukturen).

## 2.4 Die Frage des Erfolgs und seiner „Messung“

Auch in der Praxis der Sozialhilfe werden vielerorts Zielvereinbarungen geschlossen, auch wenn sie im Gegensatz zum SGB II kein Element eines komplexen bundesweiten Steuerungssystems darstellen (vgl. hierzu kritisch Brülle/Kretschmer-Hahn/Reis/Siebenhaar 2016). Selbst wenn keine förmlichen Zielvereinbarungen existieren, sind die Akteure im Feld der Sozialhilfe immer wieder mit der Frage der Messbarkeit der Ergebnisse ihres Handelns konfrontiert. Grundsätzlich sind für die Überprüfbarkeit einer Zielerreichung diskursive Verfahren geeignet, wie sie Brülle u. a. in ihrer Kritik am Zielsteuerungssystem des SGB II vorschlagen (vgl. Brülle u. a. 2016). Ohne dass hier auf grundlegende Probleme eingegangen werden kann (vgl. hierzu Brülle/Kretschmer-Hahn/Reis/Siebenhaar 2016 m. w. N.), sei nur auf Folgendes hingewiesen: „Kennzahlen, Kennziffern und Indikatoren [...] sind rechenhafte Instrumente der Bereitstellung von Informationen für Entscheidungsprozesse in Organisationen. Indikatoren und Kennziffern fassen Sachverhalte in einer Zahlgröße zusammen und liefern damit bei angemessener Konstruktion relevante Informationen in verdichteter und übersichtlicher Form“ (Nullmeier 2005, S. 434). Grundsätzlich beinhalten Kennzahlen eine Reduktionsleistung, indem komplexe Sachverhalte in einer Zahl ausgedrückt und quantifiziert werden. Kennzahlen sollen Steuerung innerorganisatorischer Prozesse erleichtern, indem sie diese für das Management überschaubar machen. Sie abstrahieren von vielen Merkmalen der Realität und produzieren damit eine eigene (vgl. Brülle/Kretschmer-Hahn/Reis/Siebenhaar 2016). All dies ist Resultat einer gesellschaftlichen Entwicklung, die die „Herrschaft der Zahlen“ über eine vielfältige Realität etabliert. **Zahlen konstituieren eine eigene Wirklichkeit und bilden sie nicht einfach ab.** Problematisch wird dies, wenn damit eine Verschiebung von Wertigkeiten verbunden ist und z. B. Organisationen und Organisationseinheiten in einen wettbewerbsanalogen Vergleich getrieben werden, der große Teile des Organisationshandelns ausblendet und entwertet.

All dies wird deutlich, wenn komplexe Sachverhalte „gemessen“ werden sollen, die einfachen mathematischen Reduktionen nicht ohne Substanzverlust unterworfen werden können. So hängen „Teilhabeergebnisse“ (die relativ problemlos gemessen werden können) von subjektiven Präferenzen ebenso ab wie von gegebenen „Verwirklichungschancen“ und geben nicht eindeutig Auskunft über die „Wohlfahrt“ einer bestimmten Gesellschaft. Notwendig ist hierzu vielmehr ein dreidimensionaler Zugang:

<sup>4</sup> Mit dem Begriff „organisationales Feld“ bezeichnen die amerikanischen Soziologen DiMaggio und Powell „jene Organisationen, die gemeinsam einen abgegrenzten Bereich des institutionellen Lebens konstituieren: die wichtigsten Zulieferfirmen, Konsumenten von Ressourcen und Produkten, Regulierungsbehörden sowie die Organisationen, die ähnliche Produkte oder Dienstleistungen herstellen bzw. anbieten“ (DiMaggio/Powell 2009, S. 149).

- Zunächst ist die Ressourcenausstattung festzustellen, mit der Gesellschaftsmitglieder rechnen können. Dies ist eine Ebene, die sich über Sozialberichterstattung gut erschließen lässt.
- Dann sind die „Verwirklichungschancen“ zu analysieren, und zwar (a) auf der Ebene der institutionellen Voraussetzungen (Zugänge zu Angeboten) wie (b) auf der Ebene individueller Umwandlungsfaktoren (Bildungs- und Beratungsangebote).
- Sind Ressourcen und Verwirklichungschancen identifiziert, hängt die reale Teilhabe von den individuellen Präferenzen ab. Diese sind generell nur auf individueller Ebene festzustellen, allerdings können unterschiedliche Modi der Artikulation von Präferenzen untersucht und bewertet werden (Beteiligungschancen, Beratungs- und Unterstützungsangebote).

Die Forschung zu diesem Feld ist aktuell weit davon entfernt, Konzepte der „Erfolgsmessung“ mit Kennzahlen vorzulegen, die einerseits der dargestellten Komplexität gerecht werden und sich andererseits auf prozessproduzierte Daten stützen können.

## 3 Darstellung kommunaler „Good-Practice-Beispiele“

Wie sieht es in der kommunalen Praxis – eingedenk der unterschiedlichen Voraussetzungen und Strukturen in den verschiedenen Kommunen – aus? Im Rahmen einer schriftlichen Befragung der 53 nordrhein-westfälischen Kommunen und einer Tiefenerhebung in fünf kreisfreien Städten und Landkreisen sowie mehreren Fach- und Expertengesprächen wurden aktuelle Entwicklungen im Bereich der Aktivierung und Förderung gesellschaftlicher Teilhabe armutsgefährdeter und erwerbsgeminderter Personen umfassend erfasst und untersucht.

### 3.1 Ausgewählte Ergebnisse der Breitenerhebung

Analog zu der im Jahr 2013 durchgeführten Umfrage des Sozialministeriums Nordrhein-Westfalen bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe ergab auch die Auswertung der landesweiten Befragung aller Kommunen ein sehr vielfältiges Bild der Ansätze zur Teilhabeförderung und Aktivierung in der Sozialhilfe: Danach beziehen sich die in Nordrhein-Westfalen beobachteten Aktivierungsstrategien nicht nur auf ältere und erwerbsgeminderte Personen (die Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII außerhalb von Einrichtungen erhalten), sondern generell auf unterstützungs- und hilfebedürftige Personen. Hierbei wiederum sind häufig besonders ältere Menschen ohne und mit Hilfe- bzw. Pflegebedarf sowie jüngere Leistungsbeziehende im Fokus, die psychisch erkrankt sind oder eine Suchterkrankung aufweisen.

Vorrangige Ziele der Aktivierungskonzepte und -maßnahmen beziehen sich dabei auf die:

- Förderung einer selbstständigen Lebensführung
- Verbesserung der persönlichen Situation
- Sicherung eines menschenwürdigen Lebens in der Sozialhilfe
- Vermeidung bzw. Verminderung von Armut
- Förderung der Selbsthilfe
- Sicherstellung der häuslichen Versorgung bzw. des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“

- Förderung des bürgerschaftlichen Engagements
- (Wieder-)Erlangung der Erwerbsfähigkeit.

Etwa die Hälfte der nordrhein-westfälischen Kommunen verfügt nach eigenen Angaben über spezifische Konzepte und Maßnahmen zur Aktivierung und Teilhabeförderung: Diese betreffen einerseits den Aufbau von Fallmanagement im Rahmen der Sozialhilfegewährung und die Herausbildung von Netzwerkstrukturen/Gremien; andererseits beziehen sie sich auf die Bereitstellung kommunaler Angebote bzw. die Förderung von Hilfen freier Träger oder Wohlfahrtsverbände. Vereinzelt verfügen die kreisfreien Städte und Landkreise auch über übergreifende Programme und umfangreichere Maßnahmepakete.

In der überwiegenden Zahl der Kommunen in Nordrhein-Westfalen wird finanzielle Unterstützung zur Teilhabe vor allem mit Hilfe von „Sozialpässen“ gewährt. So kann Mobilität und/oder der Zugang zu Aktivitäten der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe gefördert werden. Eine weitere große Säule in diesem Bereich stellt der Aufbau ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements dar, der z. T. durch kommunale Freiwilligenagenturen gefördert, unterstützt und moderiert wird.

Insgesamt variieren die Aktivitäten in den nordrhein-westfälischen Kommunen z. T. nach den Hauptzielgruppen sowie fachlichen Schwerpunktsetzungen und in der Art der bereitgestellten Dienstleistungen. Dabei lassen sich grundsätzlich einzelfall- und angebotsbezogene Maßnahmen sowie netzwerkorientierte Aktivitäten unterscheiden.

Über die persönliche Hilfe mittels Beratung hinaus wird in einer Vielzahl von Kommunen – wie auch bereits in der Befragung 2013 festgestellt – ein Fallmanagement für ältere und erwerbsgeminderte Personen durchgeführt. Das Fallmanagement wird dabei allerdings nur in wenigen Städten und Kreisen für alle Personengruppen umgesetzt. Überwiegend erfolgt die einzelfallbezogene Steuerung für spezifische Fallgruppen (bspw. leistungsberechtigte Personen nach dem 3. Kapitel SGB XII, Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherungsleistungen über 65 Jahre, pflegebedürftige Menschen am Übergang von ambulanter in stationäre Hilfe).

Die Angebote, die in den Kommunen zur Aktivierung und zur Förderung gesellschaftlicher Teilhabe älterer und erwerbsgeminderter Menschen vorgehalten werden, sind sehr differenziert und werden zu großen Teilen durch bzw. in Kooperation mit den Verbänden und Trägern der freien Wohlfahrtspflege umgesetzt. Schon 2013 berichtete der überwiegende Teil der örtlichen Träger der Sozialhilfe für den Personenkreis älterer von Armut betroffener bzw. bedrohter Personen, dass in ihren Kommunen (**dezentrale**) **Seniorenberatungsstellen in den Stadtteilen** bzw. kreisangehörigen Städten und Gemeinden arbeiten. Die Themenfelder „Pflege“ und „Verbleib in der eigenen Häuslichkeit“ stehen hier oftmals im Vordergrund der Beratungstätigkeit.

In der Breitenerhebung wurden von den kommunalen Gebietskörperschaften vor allem folgende Angebote und Dienstleistungen genannt:

- Schuldnerberatung
- Psychosoziale Begleitung
- Suchtkrankenhilfe und Wohnungslosenhilfe
- Energieberatung
- Pflege- und Wohnberatung, Pflegestützpunkte
- präventive Hausbesuche
- Seniorenbegegnungsstätten, Seniorencafé

- Mittagstische und Besuchsdienste
- Haushaltsnahe Dienstleistungen
- Senioren- und Ehrenamtsbüros
- Stadtteil- oder quartiersbezogene Kultur-, Bildungs- und Freizeitangebote
- Nachbarschaftshilfen und ehrenamtlich/bürgerschaftlich erbrachte Angebote
- Gemeinnützige Arbeit
- Selbsthilfe.

Konkrete Beispiele unterschiedlicher Angebote finden sich ausführlicher in der Darstellung der Kommunen aus der Tiefenerhebung (siehe Kap. 3.3).

Bereits die Befragung des Sozialministeriums Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2013 zeigte überwiegend eine enge Zusammenarbeit der örtlichen Träger der Sozialhilfe mit den Trägern und Leistungsanbietern der freien Wohlfahrtspflege auf. Der größte Teil der nordrhein-westfälischen Kommunen verfügt auch nach den aktuellen Befragungsergebnissen über sozialraum- bzw. quartiersbezogene oder kommunenweite Netzwerkstrukturen bzw. Gremien zur Förderung von Aktivierungsstrategien und gesellschaftlicher Teilhabe älterer und erwerbsgeminderter Personen. Dazu gehören vor allem Stadtteil- bzw. Stadtbezirkskonferenzen, Runde Tische, Stadtteilgruppen und -gremien in unterschiedlicher Ausprägung und personeller Besetzung in vielen kreisfreien Städten. Hinzu kommen z. T. kommunenweite Netzwerke und Gremien wie Konferenzen zu Alter und Pflege sowie Generationen- bzw. Seniorennetzwerke.

Ein Teil der Städte und Landkreise in Nordrhein-Westfalen hat Planungsprozesse zur Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen für Menschen mit komplexen Problemlagen und hohem Armutsrisiko eingeleitet und z. T. entsprechende Modellprojekte (u. a. im Rahmen der Initiativen „NRW hält zusammen“ oder „Altengerechte Quartiersentwicklung“) durchgeführt. Einige der kommunalen Prozesse bzw. Modellprojekte beinhalten auch eine Neuausrichtung der Sozialhilfepraxis. Des Weiteren spielen hier Teilhabe- und Pflegebedarfsplanungen sowie zunehmend auch ein differenziertes Sozialmonitoring eine größere Rolle.

### 3.2 Modellkommunen Mülheim an der Ruhr und Bonn

Bereits in den Jahren 2005 bis 2008 hatte das Sozialministerium Nordrhein-Westfalen ein Modellvorhaben zur Aktivierung in der Sozialhilfe gefördert (vgl. MAGS 2009). Ziel war es, ein verallgemeinerbares Handlungskonzept für den Personenkreis der nach SGB XII Leistungsberechtigten zu entwickeln (ohne Berücksichtigung der Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfe für Behinderte und Leistungen nach §§ 41ff. SGB XII). Das Handlungskonzept wurde auf lokale Rahmenbedingungen zugeschnitten und in zwei kreisfreien Städten (Mülheim an der Ruhr und der Bundesstadt Bonn) praktisch erprobt.

Eine zentrale Aufgabe des Modellprojekts bestand darin, die Möglichkeiten des Fallmanagements bei der Unterstützung hilfebedürftiger Personen im SGB XII auszuloten und die Voraussetzungen seiner Implementierung exemplarisch an zwei Pilotstandorten zu untersuchen.

Ausgangspunkt war dabei eine Vorstellung von Fallmanagement, die im Kern im Rahmen des Modellprojektes „Sozialagenturen“ entstanden war und seither kontinuierlich weiterentwickelt wurde (vgl. auch Reis u. a. 2011). Seit Einführung des SGB II hatte sich

der Adressatenkreis der Sozialhilfe (SGB XII) verändert und die wissenschaftliche Begleitung konnte schon zu Beginn des Projekts konstatieren, dass an beiden Standorten keine ausreichend fundierte fachliche Orientierung i. S. des SGB XII bzw. kein hilfepolitisches Leitbild zu erkennen war und in der Praxis Aktivierungselemente in der Sozialhilfe überwiegend unbekannt waren. Gesetzlich vorgegebene Instrumente waren wenig entwickelt (Leistungsabsprache, Hilfeplan, Gesamtplan). Sozialhilfe war in den Augen der meisten im Zuge der „Ist-Analyse“ Befragten auf materielle Leistungsgewährung beschränkt, es gab kaum ein Selbstverständnis im Hinblick auf eine Entwicklung hin zu einer umfassenderen Zuständigkeit. Im Laufe des Modellprojekts konnten an beiden Standorten erhebliche positive Veränderungen erreicht werden; zugleich zeigten sich aber auch Strukturprobleme, die mit der Zielgruppe und den bestehenden Hilfestrukturen zusammenhängen.

Vor allem mit der Einführung *strukturierter Screenings* wurden die jeweiligen Sachbearbeitungen in beiden Sozialämtern dahingehend qualifiziert, sensibler für die psychische und soziale Seite des Sozialhilfebezugs zu sein und hier im Sinne persönlicher Unterstützung Bedarfe zu erkennen. Das Instrumentarium des Screenings, das auch nach der Modellphase in beiden Kommunen weiter eingesetzt wird, ermöglicht die Vermittlung in das im Rahmen des Modellprojekts erprobte Fallmanagement<sup>5</sup>.

Prozessschritte des im Rahmen des Modellprojekts geschulten Fallmanagements, das als Handlungskonzept zu begreifen ist, sind:

- Erstberatung: Klärung, ob es zu einem komplexen Fallmanagement kommt
- Anamnese/Assessment/Diagnose: Feststellung von Ressourcen und Problemen
- Hilfeplanung: Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen zur Zielerreichung
- Leistungssteuerung: Vermittlung von Hilfen.

Insgesamt haben beide Modellprojekte eindeutig gezeigt, dass die Umsetzung eines umfassenden Fallmanagements nicht nur angemessener personeller Ressourcen bedarf, sondern auch lokaler Unterstützungssysteme zur Gewährung der notwendigen Hilfen – möglichst im Sozialraum.

Insofern bieten die Erkenntnisse aus diesen Projekten auch aktuelle Anhaltspunkte für die Ausgestaltung von Fallmanagement für die Zielgruppen des SGB XII in anderen Kommunen.

### 3.3 Profile der Kommunen der Tiefenerhebung

Abgeleitet aus den Ergebnissen der schriftlichen Befragung wählte die wissenschaftliche Begleitung gemeinsam mit den Mitgliedern der Projektgruppe fünf Kommunen für die Tiefenerhebung aus. Dabei sollten Kommunen umfassender analysiert werden, in denen innovative bzw. spezifische Aktivierungsansätze bzw. Maßnahmen zur Förderung gesellschaftlicher Teilhabe in der Sozialhilfe verfolgt werden<sup>6</sup>. Es galt dazu sowohl kreisfreie Städte als auch Landkreise aus beiden Landesteilen Nordrhein-Westfalens in den Blick zu nehmen. Die Freiwilligkeit und entsprechende personelle Kapazitäten berücksichtigend wurden schließlich die Städte Bielefeld, Köln und Münster sowie der Ennepe-Ruhr-Kreis

<sup>5</sup> Vgl. Pilotprojekt „Aktivierung in der Sozialhilfe“. Handbuch zur Umsetzung in Mülheim. Oktober 2007

<sup>6</sup> Die Ansätze in Mülheim an der Ruhr und in der Bundesstadt Bonn wurden hierbei nicht berücksichtigt, da man die dortigen Entwicklungen bereits in den beschriebenen Pilotprojekten begleitet und beobachtet hatte.

und der Oberbergische Kreis für eine Reihe qualitativer, vorliegende Angaben vertiefender, (leitfadengestützter) Interviews ausgewählt.

Die fünf Kommunen stehen exemplarisch für „Good-Practice-Beispiele“, wie Aktivierungs- und Förderstrategien zur Sicherung gesellschaftlicher Teilhabe im Bereich der Sozialhilfe in Nordrhein-Westfalen praktisch umgesetzt werden. Die Unterschiede in den Aktivitäten der Kommunen bilden das Spektrum ab, in dem sich Angebote, Programme und Projekte der in der Breitenerhebung erfassten Kommunen bewegen.

Die Städte Bielefeld, Köln und Münster haben in ihren Konzepten und Maßnahmen zur Bekämpfung von Armut (insbesondere für ältere Menschen) z. T. vergleichbare Wege eingeschlagen, aber dennoch auch (entsprechend ihrer jeweiligen lokalen Rahmenbedingungen) unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte gesetzt. In Bielefeld kann z. B. der konsequente Quartiers- und Sozialraumbezug und darin die leistungsträgerübergreifende Bündelung der Hilfen, in Köln das Fallmanagement in der Hilfe zur Pflege und die enge Kooperation mit den Trägern und Leistungsanbietern der freien Wohlfahrtspflege in der Umsetzung dezentraler Angebote zur Seniorenberatung hervorgehoben werden. In Münster wurde aufbauend auf einer wissenschaftlichen Untersuchung ein umfassender Maßnahmeplan entwickelt, als dessen Kern vor allem das Fallmanagement „Teilhabe im Alter“ gelten kann. Die beiden ausgewählten Kreise unterscheiden sich insbesondere dadurch, dass der Oberbergische Kreis kreisweit in allen kreisangehörigen Gemeinden Seniorenberatungsstellen aufgebaut hat und der Ennepe-Ruhr-Kreis spezifische Konzepte/Projekte vorrangig für erwerbsgeminderte (psychisch kranke) Personen aus dem 3. Kapitel SGB XII entwickelt und umgesetzt hat und kreisweit ein Sozialmonitoring aufbaut.

Vor Ort wurden in Abstimmung mit den Sozial- und Wohnungsämtern mehrere Fokusgruppengespräche und Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der örtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Träger und Leistungsanbieter der freien Wohlfahrtspflege geführt, um differenziertere Informationen zur jeweiligen kommunalen Praxis zu erhalten und „Good Practice“ zu identifizieren.

Im Folgenden werden die Befragungsergebnisse für die fünf Kommunen zusammengefasst, wobei zunächst jeweils kurz auf die örtliche Ausgangssituation eingegangen wird. Im Anschluss werden die jeweiligen Bausteine und Elemente der kommunalen Aktivierungs- bzw. Teilhabeaktivitäten (gegliedert in einzelfall-, angebots- und netzwerkbezogenen Maßnahmen) beschrieben und dabei auf nützliche Instrumente oder Materialien im Anhang verwiesen. Abschließend kommen die Kommunen selbst mit einem O-Ton zu den eigenen Erfahrungen und Einschätzungen zur weiteren Entwicklung zu Wort.

### 3.3.1 Stadt Bielefeld

#### 3.3.1.1 Ausgangssituation

Bielefeld ist mit über 333.000 Einwohnerinnen und Einwohnern die größte Stadt der Region Ostwestfalen-Lippe und liegt im Regierungsbezirk Detmold.<sup>7</sup> Ende 2015 bezogen rd. 14 % der Bielefelder Gesamtbevölkerung Leistungen der sozialen Mindestsicherung.<sup>8</sup> Leistungen nach dem Dritten Kapitel SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt) erhielten in Bielefeld zum 31. Dezember 2015 1.164 Personen außerhalb von Einrichtungen.<sup>9</sup> Von

7 Im Folgenden werden jeweils die aktuellsten zur Verfügung stehenden Zahlen verwendet. Die Stichtage weichen bei den unterschiedlichen Indikatoren ab.

8 = Gesamtregelleistung (ALG II/Sozialgeld) nach dem SGB II sowie Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem SGB XII, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII und Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

9 Vgl. Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland, 2017.



den insgesamt 6.197 Personen, die zum 31. Dezember 2016 in Bielefeld Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel SGB XII bezogen, waren 5.044 Bezieherinnen und Bezieher außerhalb von Einrichtungen, davon 2.450 Personen dauerhaft voll erwerbsgemindert und 2.594 Personen Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter.<sup>10</sup> Mit einer Altersarmutsquote von 4,6 % liegt Bielefeld über dem Landeswert in Nordrhein-Westfalen.<sup>11</sup>

In Bielefeld wird die sozialarbeiterische Unterstützung der Bevölkerung im Rahmen der Quartierssozialarbeit (QSA) organisiert. Zum Auftrag der QSA gehört insbesondere die Beratung und Hilfe für Menschen, die sich nicht selbst helfen können. Darüber hinaus soll die Möglichkeit geschaffen werden, die Soziale Arbeit an die ab dem 1. Januar 2017 geltende Gesetzeslage des Pflegestärkungsgesetzes III und des Bundesteilhabegesetzes anzupassen.

### 3.3.1.2 Bausteine/Elemente der Aktivierungs- bzw. Teilhabeaktivitäten

In der Stadt Bielefeld hat das Sozialdezernat im Zuge der Neustrukturierung des Sozialamtes die QSA und die Zentrale Beratungsstelle für Senioren und Menschen mit Behinderung (ZeB) im April 2016 zusammengelgt. Diese Neuorganisation ermöglicht die Modifizierung des in der Zuständigkeit der Stadt liegenden Bereichs „Soziale Arbeit“. Die durch die Gesetzeslage (u. a. Pflegestärkungsgesetz III und Bundesteilhabegesetz) zugewiesene aktivere Rolle der Kommunen will das Sozialdezernat nutzen, um pflege- und teilhabefreundliche Sozialräume „neu“ zu gestalten und um beteiligte Akteure im kooperativen Zusammenwirken einzubinden.

Die Neugestaltung der Sozialräume („Sozialraumorientierung“) stellt einen wichtigen Beitrag dar, um mehr Koproduktion in Zusammenarbeit mit freien Trägern (s. u.) und Bürgerinnen und Bürgern zu erreichen und u. a. auch mehr Nachbarschaft bzw. mehr Teilhabe zu realisieren.

Zum Auftrag der Quartierssozialarbeit gehört insbesondere die Beratung und Hilfe für Menschen, die Unterstützung benötigen bzw. die sich nicht selbst helfen können. Erreicht werden soll auch die Aktivierung der Zielgruppe sowie des sozialen Umfeldes. Darüber hinaus soll die QSA verbindlich die Hilfefänge für Pflege und Eingliederungshilfe (EGH) in städtischer Leistungsträgerschaft feststellen. Die Zugänge zur QSA erfolgen u. a. durch die Information Dritter oder des Umfeldes und über materielle Hilfen, wenn die Personen z. B. im Leistungsbezug sind: Bei den unterstützungsbedürftigen Personen handelt es sich häufig um Menschen im Sozialleistungsbezug des 3. und 4 Kapitels des SGB XII.

Geplant ist, dass die verschiedenen Akteure im Quartier zukünftig – vorerst modellhaft in ausgewählten Quartieren (s. u.) – in sog. **Stadtteile-Teams** zusammenarbeiten. In den ausgewählten Quartieren werden Stadtteile-Teams – vorerst aus Quartierssozialarbeit, Zentraler Beratungsstelle und freien Trägern – gegründet, deren Mitglieder zum **Fachkonzept der Sozialraumorientierung** und der damit verbundenen Methodenkompetenz geschult werden.

<sup>10</sup> Vgl. Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland, 2017.

<sup>11</sup> Anteil der Grundsicherungsempfängerinnen und Grundsicherungsempfänger an der Bevölkerung ab 65 Jahren, vgl. Wegweiser Kommune der Bertelsmann Stiftung unter [www.wegweiser-kommune.de](http://www.wegweiser-kommune.de).

### 3.3.1.2.1 Einzelfallbezogene Steuerung – Fallmanagement

Der Ansatz der **Sozialraumorientierung** bedeutet, dass bei der (sozialarbeiterischen) Unterstützung hilfebedürftiger Menschen die (unterschiedlich gute) Einbindung in das „eigene“ Quartier berücksichtigt und im Umfeld geschaut wird, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt: Hilfeangebote und Dienstleistungen sollen räumlich im Stadtteil gebündelt werden und eine bessere Vernetzung der Hilfen vor Ort soll bei den Bürgerinnen und Bürgern für kürzere Wege sorgen.

Zur Aufgabe der sozialarbeiterischen Hilfen (des Sozialamts) zählt insbesondere, Bielefelder Bürgerinnen und Bürger, die sich nicht selbst helfen können, zu unterstützen und bei Bedarf geeignete (professionelle) Hilfen zu installieren. Erfahrungen zeigen, dass die betroffenen Bürgerinnen und Bürger häufig über die vorhandenen Möglichkeiten ihres Quartiers nicht Bescheid wissen.

In ausgewählten Quartieren (s. o.) sollen **präventive Hausbesuche** in modifizierter Form durchgeführt werden. Dabei wird die Zielgruppe für das Angebot eines präventiven Hausbesuchs differenziert betrachtet: Personen *ab 65 Jahren*, die Grundsicherung empfangen, werden durch ein Informationsschreiben auf die Hilfen des Sozialamts und die Möglichkeiten im Quartier aufmerksam gemacht. Bei entsprechender Rückmeldung oder Nachfrage von Hilfeempfangenden und Hilfeempfängern werden bedarfsbezogen Unterstützungsmöglichkeiten angeboten bzw. Hilfen geplant/geleistet.

Dem Personenkreis der Grundsicherungsempfängerinnen und Grundsicherungsempfänger *ab 70 Jahren* soll per Anschreiben ein kostenloses Informations- und Beratungsgespräch angeboten werden. Erfolgt keine Reaktion seitens der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger, wird systematisch telefonisch nachgefragt. Ziel ist es, zu jeder Person (ab 70 Jahren), die Leistungen empfängt, einen Kontakt herzustellen. Bei der Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs sollen auch Aspekte der Prävention und Hilfe zu Selbsthilfe (z. B. Selbsthilfepotenzial der Betroffenen) berücksichtigt werden.

Bei der Beratung der Zielgruppe sollen – je nach Bedarfslage – die Quartierssozialarbeit, die Zentrale Beratungsstelle (s. o.) und die im Quartier verorteten freien Träger zusammenwirken (s. u.).

### 3.3.1.2.2 Angebote und deren Planung bzw. Weiterentwicklung

Bedarfsgerechte Angebote im Wohnumfeld der Bürgerinnen und Bürger stellen eine wichtige Voraussetzung zur Sicherung der sozialen Teilhabe dar. Neben der am individuellen Bedarf orientierten Unterstützung sollen in vier ausgewählten Quartieren (Heepen, Jöllenbeck, Sennestadt, Stieghorst) bei älteren und hilfebedürftigen Personen auch Risikofaktoren durch eine veränderte präventive Arbeitsweise (der Akteure) frühzeitig erkannt und ggf. weitergehende Hilfen vermieden werden.

Das Sozialamt plant, dass die verschiedenen Akteure in den ausgewählten Quartieren (s. u.) zukünftig – vorerst modellhaft – in Stadtteile-Teams zusammenarbeiten. Diese themenübergreifende Zusammenarbeit soll dazu beitragen, segmentierte Hilfen zu überwinden und flexible und individuelle Hilfearrangements zu ermöglichen.

Hilfen können als "Koproduktion" aus professionellen Angeboten von Kommune, freier Wohlfahrt und/oder ehrenamtlicher Unterstützung erbracht werden. Beispielsweise ist die DRK Soziale Dienste gGmbH als sozialer Dienstleister im Stadtteil Heepen seit vielen Jahren aktiv und hält ein umfangreiches Angebot vor (insbesondere für ältere Menschen), z. B. Häusliche Pflegestationen, häusliche Palliativpflege, Mobiler Sozialer Dienst, Wohnprojekte und Service Wohnen, Fahrdienste, Hausnotruf, Beratungsangebot. Diese



Angebote wurden im Verlauf der Jahre bedarfsbezogen für den Stadtteil Heepen entwickelt und haben häufig einen Bezug zum Quartier. Auch diese Angebote, die nur beispielhaft genannt wurden, sollen in die neue, von der Stadt geplante Struktur eingebunden werden.

Zukünftig ist darüber hinaus geplant, mit den freien Trägern im jeweiligen Quartier gemeinsame Projekte zu entwickeln: So sollen z. B. vorhandene Orte der Begegnung – wie die (Service- und) Begegnungszentren – gemeinsam genutzt werden. Dazu könnten gemeinsame Sprechzeiten oder Angebote/Aktionen in den Begegnungsstätten initiiert werden. Diese Zusammenarbeit von Kommune und Trägern soll eine integrative Beratung und Versorgung der Bielefelder Bevölkerung über alle Leistungen des SGB V, IX, XI, XII, über Angebote im Quartier und ehrenamtliche Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort sicherstellen.

Ein Beispiel für die Möglichkeit, sich ehrenamtlich zu engagieren, stellt die Initiative Nachbarschaft dar: Sie bietet in Bielefeld vielfältige Möglichkeiten für ein ehrenamtliches Engagement. Ausgehend von persönlichen Interessen und individuellen Fähigkeiten können unterschiedliche Aufgaben im Rahmen der organisierten Nachbarschaftshilfe übernommen werden wie z. B. Gespräche, kleine Besorgungen und Einkäufe, Begleitung zu Veranstaltungen oder zu Arztterminen. Neben diesen wichtigen Alltagshilfen sind es die persönlichen Kontakte, mit denen die ehrenamtlich Engagierten – trotz Krankheit oder zunehmenden Alters – Betroffene unterstützen können und damit soziale Teilhabe fördern.

### 3.3.1.2.3 Bildung und Steuerung von Netzwerken

Damit die Aufgabe, hilfebedürftige Bielefelder Bürgerinnen und Bürger zu unterstützen und bei Bedarf die geeigneten (professionellen) Hilfen zu installieren (s. o.), erfüllt werden kann, bedarf es der Vernetzung der unterschiedlichen Akteure. In den vier ausgewählten Quartieren – Heepen, Sennestadt, Jöllenbeck, Stieghorst – sollen deshalb Netzwerkstrukturen geschaffen und/oder ggf. vorhandene Netzwerkstrukturen genutzt werden. Beispielsweise existiert in Heepen seit vielen Jahren ein „Runder Tisch“, an dem alle aktuellen Informationen bezogen auf den Stadtteil ausgetauscht werden.

In den vier ausgewählten Quartieren sollen durch Stadtteile-Teams (s. o.) Runde Tische geschaffen werden. Die Stadtteile-Teams sollen sich regelmäßig im Quartier treffen und vorhandene Potenziale ermitteln sowie koordinieren. Werden beispielsweise Fehlentwicklungen und Mängel im Quartier festgestellt, so sollen diese bearbeitet und Vereinbarungen über gemeinsame Vorgehensweisen getroffen werden. Die Stadtteile-Teams sollen perspektivisch als erste Anlaufstelle für alle Anliegen der Bielefelder Bevölkerung rund um die Themen Alter, Pflege, Behinderung und Wohnen dienen.

### 3.3.1.3 Erfahrungen und Einschätzungen aus Sicht der Kommune

Die Neuausrichtung der Quartierssozialarbeit erforderte und erfordert auch noch heute ein Umdenken in der Herangehensweise an die tägliche Arbeit. Ursprung hierfür war die Erkenntnis, dass bei einer früheren Intervention, bei einer gezielteren Nutzung der Potenziale des Einzelnen und seines Umfeldes und der barrierearmen Gestaltung des Sozialraumes das selbstbestimmte Leben in der häuslichen Umgebung eher bzw. länger möglich sein wird. Für die Neuorientierung wurden die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter entsprechend geschult und durch den Austausch in der Projektgruppe „Sozialraum“ auf die Aufgabe vorbereitet. Dabei stellt die Neuausrichtung eine Ergänzung und Erweiterung bereits bewährter Handlungskonzepte dar. In einer Lernwerkstatt im November 2017 sollen die

bisher gemachten Erfahrungen in den Pilotquartieren reflektiert und für die Zukunft nutzbar gemacht werden. In der Zwischenzeit wurden bereits Projekterfolge erzielt. Dazu zählen die Installierung einer Ehrenamtlicheninitiative, die Einrichtung eines Tauschmarktes, die Zusammenarbeit in Begegnungs- und Servicezentren und gemeinsame Hausbesuche mit den vor Ort tätigen freien Trägern der Wohlfahrtspflege. Im Laufe des Jahres 2018 soll der neue Ansatz auf das gesamte Stadtgebiet Bielefelds ausgedehnt werden.

Durch das Projekt des Sozialministeriums Nordrhein-Westfalen erhofft sich die Stadt, Anregungen und Erfahrungen anderer Kommunen und die Ergebnisse der Handreichung für die eigene Arbeit nutzen zu können.

### 3.3.2 Stadt Köln

#### 3.3.2.1 Ausgangssituation

Die Stadt Köln ist mit über 1.000.000 Einwohnerinnen und Einwohnern die größte Stadt in Nordrhein-Westfalen und Sitz des gleichnamigen Regierungsbezirks sowie des Landschaftsverbandes Rheinland. Der Großstadtcharakter der Kommune spiegelt sich auch in der sozialen Lage der Bevölkerung wider<sup>12</sup>: Ende 2015 bezogen rd. 14,5 % der Kölner Gesamtbevölkerung Leistungen der sozialen Mindestsicherung.<sup>13</sup> Leistungen nach dem Dritten Kapitel SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt) erhielten in Köln zum 31. Dezember 2015 3.158 Personen außerhalb von Einrichtungen.<sup>14</sup> Von den insgesamt 21.802 Personen, die zum Stichtag 31. Dezember 2016 in Köln Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel SGB XII bezogen, handelt es sich um 20.018 Bezieherinnen und Bezieher außerhalb von Einrichtungen, wovon 6.827 Personen dauerhaft voll erwerbsgemindert und mit 13.191 fast doppelt so viele Personen Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter waren.<sup>15</sup> Mit einer Altersarmutsquote von 7,6 % liegt Köln über dem Landeswert von 4,0.<sup>16</sup>

Die Stadt Köln besteht aus den in Größe (rd. 80.000 bis knapp 150.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) und Sozialstruktur durchaus unterschiedlichen neun Bezirken Chorweiler, Ehrenfeld, Innenstadt, Kalk, Lindenthal, Mülheim, Nippes, Porz und Rodenkirchen. In sieben der neun Bezirke werden im Rahmen der Sozialraumorientierung der Stadt Köln derzeit insgesamt elf Sozialräume definiert, in denen das 2006 aufgelegte Programm „Lebenswerte Veedel – Bürger- und Sozialraumorientierung in Köln“ (2012 mit dem Preis Soziale Stadt ausgezeichnet) umgesetzt wird.

Die Stadt Köln hat in ihrem **Leitbild seniorenfreundliches Köln** die Weiterentwicklung der Seniorenarbeit in den Jahren 2015 bis 2025 festgeschrieben, wobei explizit auf ältere Menschen an der Armutsgrenze (und ohne Familienanschluss) eingegangen wird.

#### 3.3.2.2 Bausteine/Elemente der Aktivierungsstrategien

Zur Vision seniorenfreundliches Köln gehört auch, dass Verwaltung und Wohlfahrtsverbände ihre Strukturen verändern. Im Zentrum der Maßnahmen stehen die kommunale Se-

<sup>12</sup> Im Folgenden werden jeweils die aktuellsten zur Verfügung stehenden Zahlen verwendet. Die Stichtage weichen bei den unterschiedlichen Indikatoren ab.

<sup>13</sup> = Gesamtregelleistung (ALG II/Sozialgeld) nach dem SGB II sowie Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem SGB XII, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII und Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

<sup>14</sup> Vgl. Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland, 2017.

<sup>15</sup> Vgl. Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland, 2017.

<sup>16</sup> Anteil der Grundsicherungsempfängerinnen und Grundsicherungsempfänger an der Bevölkerung ab 65 Jahren, vgl. Wegweiser Kommune der Bertelsmann Stiftung unter [www.wegweiser-kommune.de](http://www.wegweiser-kommune.de).

niorenarbeit, bezirklich orientierte Seniorenberatung und Seniorennetzwerkarbeit in den verschiedenen Stadtteilen.

### 3.3.2.2.1 Einzelfallbezogene Steuerung – Fallmanagement

In der Stadt Köln liegt im Bereich der Leistungsgewährung nach SGB XII ein Fokus auf der Zielgruppe älterer Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger. Bereits seit 1997 besteht ein Fachdienst für pflegebedürftige Personen. Die Zentralisierung des Verwaltungsdienstes im Jahr 2005 sowie die gemeinsame zentrale fachliche Steuerung ermöglichen in der Sozialhilfepraxis eine stärkere Orientierung auf Beratung, Unterstützung und Aktivierung. Im Bereich der Hilfe zur Pflege (Sachgebiet für ambulante und teilstationäre Hilfen) wird ein EDV-gestütztes Fallmanagement (AKDN) durchgeführt, wobei die Fachkräfte alle über eine Doppelqualifikation (Sozialarbeit und Pflege/-management/-wissenschaft) verfügen. In Hausbesuchen (falls angemessen und gewünscht) werden ein Assessment durchgeführt und daraufhin ein Hilfeplan erstellt sowie die notwendigen Hilfen beantragt/bearbeitet, Unterstützungen vermittelt bzw. angeregt. Auch Grundsicherungsempfängerinnen und Grundsicherungsempfänger mit vorpflegerischen Bedarfen können ins Hilfeplanverfahren einbezogen werden.

→ Kölner Hilfeplanverfahren als kommunales Steuerungsinstrument und Flyer AKDN, vgl. Anhang Seiten 43ff und 54

Die Fallmanagerinnen und Fallmanager des Sozialamts vermitteln die älteren Menschen bei Bedarf an die bezirkliche Seniorenberatung (s. u.), z. T. werden auch gemeinsame Hausbesuche durchgeführt.

Eine enge Zusammenarbeit zwischen Leistungsgewährung und Seniorenberatung wird im Rathaus des jeweiligen Bezirks umgesetzt, wo jeweils auch eine Seniorenberatung durch Anbieter der freien Wohlfahrtspflege erfolgt (s. u.). Hier besteht ein strukturiertes Überleitungsverfahren. Im Bezirk nehmen die Seniorenberaterinnen und Seniorenberater fallführende Aufgaben wahr, wobei sie dazu sehr eng mit dem Sozialamt und weiteren relevanten Akteuren (wie bspw. Krankenhaus-Sozialdiensten und dem Sozialpsychiatrischen Dienst) zusammenarbeiten.

### 3.3.2.2.2 Angebote und deren Planung bzw. Weiterentwicklung

Mit der Weiterentwicklung der Seniorenarbeit durch das Konzept „Seniorenfreundliches Köln“ hat die Sozialverwaltung gemeinsam mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, die auch die entsprechenden Angebote vorhalten, eine klare Struktur (und personelle Grundausstattung) für die Seniorenarbeit in allen Kölner Bezirken implementiert.

Kernbereich der Arbeit im Bezirk ist die **Seniorenberatung** als Einzelfallhilfe. Neben 3,0 Stellen Seniorenberatung pro Bezirk existiert jeweils eine halbe Stelle Seniorenberatung im Bezirksrathaus „Tür an Tür“ zur Leistungsgewährung. Die Seniorenberatung wird durch die Verbände der freien Wohlfahrtspflege sichergestellt. Zielgruppe der Seniorenberatung sind Menschen mit erheblichem Unterstützungsbedarf. Die älteren Menschen (sehr häufig mit Anspruch auf Grundsicherung) erhalten Beratung und Unterstützung (auch durch Hausbesuche), um ihnen durch passgenaue Angebote und ein individuelles Unterstützungsnetzwerk zu ermöglichen weiterhin in der eigenen Wohnung leben zu können. Dabei spielen Entlastungsdienste, haushaltsnahe Dienste sowie für den Bereich der sozialen Teilhabe insbesondere auch Initiativen, Treffpunkte und Projekte im Stadtteil eine bedeutende Rolle. Hier ist eine bedarfsorientierte Vernetzung im Bezirk bzw. Sozialraum und Stadtteil besonders wichtig (s. u.); zum Teil läuft diese auch über die Kirchen-

gemeinden. Schwerpunkt der Seniorenberatung ist in den meisten Fällen zunächst die Sicherung der Haushaltsführung im Alltag. Je nach Komplexität und/oder Fallverlauf vermittelt die Seniorenberatung die älteren Menschen in entsprechende Hilfen (bspw. auch in die gesetzliche Betreuung). Zu den Themen, die je nach Wohlfahrtsverband bzw. beratender Person im Rahmen eines Hilfeplans gemeinsam mit den Seniorinnen und Senioren besprochen werden, gehört auch der Bereich Freizeit und verschiedene Angebote der sozialen Teilhabe. Hier sind kostengünstige bzw. -freie Angebote von großer Bedeutung.

→ Ein gutes Beispiel für eine Initiative im Stadtteil ist die ökumenische Nachbarschaftshilfe *Kölsch Hätz*, die seit 1997 Beziehungen zwischen Nachbarn im Quartier vermittelt. Soziale Teilhabe wird hier einerseits durch das ehrenamtliche Engagement und andererseits durch die regelmäßigen Begegnungen (z. B. wöchentliche Besuche mit Vorlesen oder Spaziergänge) gefördert. Ein weiteres ehrenamtliches Angebot zur Unterstützung bei kleineren Alltagstätigkeiten hält das Projekt *Helpende Hände* der Diakonie vor.

Um möglichst alle älteren Menschen (rechtzeitig) zu erreichen und über das vorhandene Angebotsspektrum für Seniorinnen und Senioren in Köln zu informieren, führt die Stadt Köln seit kurzer Zeit **präventive Hausbesuche** durch: Beginnend mit einer ersten Auswahl an Stadtteilen werden nach und nach alle Kölner ab 75 Jahren mit dem Angebot eines Hausbesuchs angeschrieben. Dem Anschreiben liegt eine Beschreibung der zuständigen Kontaktperson sowie eine Rückpostkarte zur Terminvereinbarung bei. Mitarbeitende der freien Wohlfahrtspflege und der Sozial-Betriebe Köln gGmbH besuchen interessierte Personen und beraten je nach persönlichen Anliegen u. a. zu den Themen Wohnsituation, Finanzen, Pflege, Hilfe im Haushalt oder auch soziale Teilhabe. In der Folge wird häufig an die bezirkliche Seniorenberatung vermittelt.

Als Maßnahme zur Sicherstellung der Versorgung aller Kölner Bürgerinnen und Bürger – auch derer, die ggf. sehr zurückgezogen oder isoliert leben – erarbeitete die Stadt Köln bereits im Jahr 2007 das Konzept HILO (Hilflose Person): Über eine zentrale Rufnummer und eine zentrale Clearingstelle im Amt für Senioren und Soziales können sowohl Privatpersonen (bspw. aus der Nachbarschaft) als auch Rettungskräfte (Feuerwehr, Polizei) Meldungen zu entsprechenden Personen abgeben. Mittels einer kurzen Notiz und der Informationsweitergabe an die relevanten Stellen (u. a. die Seniorenberatung) wird innerhalb von max. fünf Tagen reagiert und Hilfe- und Unterstützungsangebote initiiert.

### 3.3.2.2.3 Bildung und Steuerung von Netzwerken

Grundsätzlich liegt in der Stadt Köln die zentrale Steuerung der Hilfen und Angebote im Bereich der Seniorenarbeit beim Amt für Soziales und Senioren. Die Planung findet in enger Abstimmung mit der LIGA der freien Wohlfahrtspflege statt, die im Sinne der Subsidiarität auch für die Durchführung in den jeweiligen Bezirken, Sozialräumen und Stadtteilen verantwortlich ist.

Die Kölner Seniorenberaterinnen und Seniorenberater treffen sich ein- bis zweimal im Jahr bezirksübergreifend, um sich bezüglich der Arbeit und Angebote auszutauschen. Innerhalb der Bezirke werden von den jeweiligen Seniorenberaterinnen und Seniorenberatern jeweils drei- bis viermal im Jahr **Runde Tische zur Seniorenarbeit** organisiert, die als Informations- und Austauschforen zu bestehenden Angeboten und Aktivitäten dienen. Zur Durchführung der Runden Tische existieren ausgearbeitete Qualitätsstandards. Anwesend bei den Runden Tischen sind neben den Seniorenberaterinnen und Seniorenberatern und verschiedenen Anbietern auch die jeweiligen bezirklichen Seniorenvertreterinnen und Seniorenvertreter. Diese sind wiederum Mitglieder in den jeweiligen Bezirksarbeitsgemeinschaften Seniorenpolitik, in denen auch eine Vertretung zweier in der Seniorenarbeit im betreffenden Bezirk aktiver Wohlfahrtsverbände und der Fraktionen sowie

die Bürgeramtsleitung sitzen. Zu den Aufgaben der Bezirksarbeitsgemeinschaften Seniorenpolitik gehören u. a. die Förderung der Zusammenarbeit zwischen allen im Bezirk aktiven Selbsthilfeinitiativen, Einrichtungen und Diensten der Seniorenarbeit, die Mitwirkung bei der Planung der sozialen Infrastruktur und Weiterentwicklung der Angebote für ältere Menschen im Bezirk sowie die Zusammenarbeit mit dem Amt für Soziales und Senioren.

In jedem Kölner Bezirk bestehen zudem **SeniorenNetzwerke**. Die Stadt fördert pro Bezirk je eine halbe Stelle für bestehende Netzwerke sowie für den Aufbau von neuen SeniorenNetzwerken. Gegenwärtig engagieren sich innerhalb der Netzwerke über 5.000 ältere Menschen in mehr als 40 Stadtteilen ehrenamtlich. Die SeniorenNetzwerke unterstützen ältere Menschen im Sinne der Aktivierung und Sicherung der Teilhabe, in Selbsthilfe ein persönliches Netzwerk aufzubauen, das wiederum im Stadtteil gut vernetzt ist.

Die Stadt Köln und die Wohlfahrtsverbände sehen neben der Anpassung der bestehenden Programme und der Sicherstellung der Grundausstattung im Stadtbezirk die Notwendigkeit, eine **Seniorenkoordination im Stadtbezirk**, beginnend mit 0,5 Stellen pro Stadtbezirk, einzurichten.

Der bezirklichen Seniorenkoordinatorin obliegt nicht die Einzelfallbetrachtung, sondern koordinierende Funktionen mit dem Ziel, zur Stärkung der wohnortnahen und bedarfsadäquaten Unterstützungs- und Teilhabestruktur für Seniorinnen und Senioren:

- zum einen die vorhandenen Angebote für den einzelnen Menschen optimal zu verzahnen sowie
- zum anderen veränderte oder neue Bedarfe frühzeitig zu erkennen und die zeitnahe Veränderung bestehender Angebote bzw. Hinzufügung neuer Angebote zu ermöglichen.

Um dies zu erreichen, sind Aufgaben der Seniorenkoordination

- die Geschäftsführung „Runder Tisch Seniorenarbeit“ im Stadtbezirk und dort die Koordination der Anbieter, aktiven Seniorinnen und Senioren sowie sonstiger Akteure, um die individuellen Unterstützungsnetzwerke zu verbessern;
- die Verknüpfung der anbieteraktiven Seniorinnen und Senioren und sonstiger Akteure im Stadtteil bzw. im Quartier mit den professionellen Angeboten herbeiführen;
- die Einbindung und Information von nichtinformierten Seniorinnen und Senioren in die Versorgungs- und Teilhabestrukturen durch Stärkung der Ansprache von Akteuren vor Ort (= Umsetzung der Ergebnisse Forschungsprojekt ÖFFNA);
- Bestandsaufnahme der Lebenssituation der Seniorinnen und Senioren sowie der Unterstützungs- und Teilhabestrukturen.

→ Im Rahmen des Forschungsprojekts „Öffnung des Wohnquartiers für das Alter“ ÖFFNA wurden durch die Fachhochschule Köln zugehende Möglichkeiten der Ansprache (bspw. durch Schlüsselpersonen der Nahversorgung im Stadtteil) speziell für „nicht-informierte“ bzw. zurückgezogen lebende ältere Menschen untersucht und erprobt. Weitere Informationen zum Forschungsprojekt unter [https://www.th-koeln.de/angewandte-sozialwissenschaften/oeffnung-des-wohnquartiers-fuer-das-alter\\_17420.php](https://www.th-koeln.de/angewandte-sozialwissenschaften/oeffnung-des-wohnquartiers-fuer-das-alter_17420.php) bzw. in: Schubert et al. (2014) *Öffnung des Wohnquartiers für das Alter: Entwicklung einer kommunikativen Informationsinfrastruktur zur Überbrückung struktureller Lücken im Sozialraum*. Verlag Sozial Raum Management.

### 3.3.2.3 Erfahrungen und Einschätzungen aus Sicht der Kommune

Köln ist eine Stadt, in der alte, auch hochaltrige, Menschen gerne leben, eine seniorenfreundliche Stadt, in der Kölnerinnen und Kölner gut älter werden können. Die kommunale Seniorenarbeit des Fachamtes, der Wohlfahrtsverbände und der Sozialbetriebe Köln (SBK) tragen zur Seniorenfreundlichkeit der Stadt bei. Dabei stellen die sich ständig verändernden Rahmenbedingungen eine große Herausforderung für alle Verantwortlichen dar: Mehr Seniorinnen und Senioren, insbesondere auch Hochaltrige, mehr Seniorinnen und Senioren ohne Familienanschluss, mehr Seniorinnen und Senioren an oder in der Nähe der Armutsgrenze, Seniorinnen und Senioren mit vielfältigen Lebensstilen und Lebensformen, wie auch in der übrigen Gesellschaft. Damit das Leitbild „seniorenfreundliches Köln“ auch in Zukunft noch trägt, muss es durch eine Vision 2025 konkretisiert werden.

Das „seniorenfreundliche Köln“ 2025 soll sich auszeichnen durch:

- bedarfsgerechte und gut erreichbare, barrierefrei zugängliche Information und Beratung
- vielfältige Beteiligungsmöglichkeiten engagement- und selbsthilfebereiter Seniorinnen und Senioren
- integrierte und passgenaue Angebote, die ein selbstständiges Leben in der eigenen Wohnung auch im hohen Alter und mit Handicaps ermöglichen
- ein in der Öffentlichkeit verankertes Bewusstsein für die Lebenssituation und Bedürfnisse alternder Menschen

Zur Vision eines „seniorenfreundlichen Kölns“ gehört auch, dass Verwaltung, Wohlfahrtsverbände und SBK ihre Strukturen verändern, um den Anliegen und Interessen von Seniorinnen und Senioren besser als bisher begegnen zu können. Dabei ist immer zu berücksichtigen, dass es die Seniorin und den Senior nicht gibt und dass der Vorgang des Alterns äußerst heterogen verläuft. Außerdem gehört eine allgemein wachsende Sensibilität für die Belange von Seniorinnen und Senioren, einschließlich der Menschen mit Demenz, dazu. Wünschenswert ist weiterhin eine Kultur des „Sich-zuständig-Fühlens“, nicht nur von Seiten der professionell und ehrenamtlich Helfenden, sondern auch von Nachbarschaften und Geschäftsleuten in Stadtteilen und Quartieren. Der Gedanke der Vielfalt wird gelebt und ermöglicht, dass alle Menschen, so unterschiedlich sie auch leben, teilhaben können und Respekt und Wertschätzung erfahren.

### 3.3.3 Stadt Münster

#### 3.3.3.1 Ausgangssituation

Die westfälische Stadt Münster mit ihren über 300.000 Einwohnerinnen und Einwohnern ist Sitz des gleichnamigen Regierungsbezirks sowie des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe.<sup>17</sup> Zwar ist Münster dem Durchschnittsalter nach wegen der anteilmäßig vielen Studierenden die jüngste Stadt in Nordrhein-Westfalen, dennoch wird auch hier der Anteil der älteren Bevölkerungsgruppen (ab 65 Jahren) immer höher. Ende 2015 bezogen rd. 10 % der Münsteraner Gesamtbevölkerung Leistungen der sozialen Mindestsicherung<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> Im Folgenden werden jeweils die aktuellsten zur Verfügung stehenden Zahlen verwendet. Die Stichtage weichen bei den unterschiedlichen Indikatoren ab.

<sup>18</sup> = Gesamtregelleistung (ALG II/Sozialgeld) nach dem SGB II sowie Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem SGB XII, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII und Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.



Leistungen nach dem Dritten Kapitel SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt) erhielten in Münster zum 31.12.2015 836 Personen außerhalb von Einrichtungen.<sup>19</sup> Von den insgesamt 4.606 Personen, die zum 31. Dezember 2016 in Münster Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel SGB XII bezogen, handelt es sich um 3.864 Bezieherinnen und Bezieher außerhalb von Einrichtungen, wobei 1.807 Personen dauerhaft voll erwerbsgemindert und 2.057 Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter waren.<sup>20</sup> Mit einer Altersarmutsquote von 4,5 % liegt Münster über dem Landeswert von 4,0 %.<sup>21</sup>

Die Stadt Münster beschäftigt sich seit längerem mit dem Thema der **Altersarmut** und beauftragte im Jahr 2011 die Universität Münster mit einer Expertise zur Entwicklung von Handlungsoptionen. In der Betrachtung des Themas nimmt die Stadt Münster gemäß des Lebenslagenansatzes nicht allein Einkommensarmut in den Blick. Armut zeichnet sich danach auch als Benachteiligung bspw. in folgenden Lebenslagen aus: Bildung, Arbeit, Mobilität, Gesundheit sowie (gesellschaftliche) **Teilhabe**, wobei auch die Frage der Verwirklichungschancen (capability) in den Blick genommen wird.

### 3.3.3.2 Bausteine/Elemente der Aktivierungsstrategien

Anknüpfend an die Ergebnisse der Expertise wurde vom Rat der Stadt Münster im Jahr 2012 ein Maßnahmenprogramm zur Förderung der **Teilhabe im Alter** und zur **Vermeidung von Altersarmut** beschlossen und gestartet. Das Maßnahmenprogramm beinhaltet zehn Bausteine: Fallmanagement Teilhabe im Alter (FMThiA), "Gesund und aktiv – älter werden in Münster", "Bewegt älter werden in Münster", Wohnen im Alter, Arbeit, – "Perspektive 50plus", Lokales Beschäftigungsbündnis, Neuausrichtung des Begegnungsstättenangebotes für alte und behinderte Menschen, stadtteilorientierte Soziale Arbeit der Wohlfahrtsverbände, Stadtteilarbeitskreise "Älter werden in ..." und Münster-Pass. Viele dieser Bausteine zur Teilhabeförderung wie bspw. das FMThiA, die stadtteilorientierte Soziale Arbeit der Wohlfahrtsverbände oder die AKs „Älter werden in...“ sowie das Seniorenticket bzw. der Münsterpass als finanzielle Unterstützung bzw. Vergünstigung zur Förderung der Teilhabe gehören (mittlerweile) zur Regelversorgung in Münster.

#### 3.3.3.2.1 Einzelfallbezogene Steuerung – Fallmanagement

Im Rahmen des Maßnahmenprogramms zur Förderung der Teilhabe im Alter und zur Vermeidung von Altersarmut wurde im Sozialamt Münster ein Fallmanagement für die Zielgruppe der über 65-jährigen Grundsicherungsempfängerinnen und Grundsicherungsempfänger in komplexen Problemsituationen eingeführt. Damit ergab sich eine grundsätzlich konzeptionelle sowie gleichzeitig eine personelle Veränderung innerhalb der Sozialverwaltung. Zwei Mitarbeiterinnen auf insgesamt 1,5 Vollzeitstellen sind für das Fallmanagement verantwortlich; zugleich sind sie für die Leistungen der Grundsicherung an die betreuten Personen zuständig. Sie wurden gemeinsam mit ihrem Vorgesetzten für das Case Management geschult.

→ weitere Informationen zur Schulung und zum Case Management in: J. Ribbert-Elias und S. Glaßmeier: *Das Projekt „Fallmanagement Teilhabe im Alter“ für Menschen in Grundsicherung*. ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Berlin. 48. Jahrgang. Nr. 2/2017

19 Vgl. Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland, 2017.

20 Vgl. Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland, 2017.

21 Anteil der Grundsicherungsempfängerinnen und Grundsicherungsempfänger an der Bevölkerung ab 65 Jahren, vgl. Wegweiser Kommune der Bertelsmann Stiftung unter [www.wegweiser-kommune.de](http://www.wegweiser-kommune.de).

Der Fokus des Fallmanagements liegt auf Menschen in Ein-Personen-Haushalten ohne pflegerische Bedarfe. Ziel der Einzelfallhilfen ist übergreifend die Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe. Dabei kann die Sicherung eines einzelnen existentiellen oder für die ratsuchende Person dringenden Bedarfs, finanziert aus Stiftungs- oder anderen Drittmitteln (Zuwendungen gem. § 84 SGB XII) den Einstieg in den weiteren Prozess und ein erstes Teilziel markieren, um auf dieser Grundlage soziale Kontakte (Teilziel 2 durch Vermittlung in Gruppen, ehrenamtliches Engagement und/oder Teilnahme an Veranstaltungen) herzustellen oder zu reaktivieren. Die Vermittlung einer Bezugsperson wird als weiteres Teilziel formuliert.

Konkret läuft die Betreuung folgendermaßen ab: Die Fallmanagerinnen nehmen Kontakt zu Hilfeempfängerinnen und Hilfeempfängern aus der Zielgruppe auf und fragen diese, ob sie an einem „Fallmanagement“ interessiert sind. Wenn ja, findet (telefonisch und in Hausbesuchen) zunächst ein Assessment statt, wobei neben den Bedarfen v. a. auch die Ressourcen erfasst und bewertet werden ([INSTRUMENT im Anhang, Seite 57](#)). Darauf aufbauend wird gemeinsam die Hilfe mittels der Formulierung von Zielen geplant. Für die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger wird sich seitens der Fallmanagerinnen viel Zeit genommen. Dadurch soll dem individuellen Bedarf entsprechende Unterstützung unter Beteiligung der Betroffenen ermöglicht werden. Das Fallmanagement arbeitet dabei mit den Netzwerken im Nachbarschaftsumfeld der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger zusammen.

Als Erfolgsfaktoren des Fallmanagements Teilhabe im Alter in Münster kann insbesondere die Bereitstellung der personellen Ressourcen und die damit einhergehende Möglichkeit zur intensiven Beziehungsarbeit gesehen werden.

→ weitere Informationen zur Evaluation in: J. Ribbert-Elias und S. Glaßmeier: Das Projekt „Fallmanagement Teilhabe im Alter“ für Menschen in Grundsicherung. ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Berlin. 48. Jahrgang. Nr. 2/2017

### 3.3.3.2.2 Angebote und deren Planung bzw. Weiterentwicklung

Zur Sicherung sozialer Teilhabe sind bedarfsgerechte Angebote in der Wohnumgebung der Menschen notwendig. In der Stadt Münster bestehen insbesondere durch das Maßnahmenprogramm zur Förderung der Teilhabe im Alter und zur Vermeidung von Altersarmut für die Zielgruppe von Armut bedrohter Seniorinnen und Senioren abgestimmte Angebote in den verschiedenen Sozialräumen. Dabei spielt die stadtteilorientierte Soziale Arbeit der Wohlfahrtsverbände eine wesentliche Rolle. Hierzu wurde zwischen den Wohlfahrtsverbänden und der Stadt Münster eine Kooperationsvereinbarung unterzeichnet. Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Erbringung stadtteilbezogener Arbeit, die als Basisangebot individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung beinhaltet. Die Arbeit der Verbände zeichnet sich durch Präsenz vor Ort aus, u. a. die Kirchengemeinden stellen einen wichtigen Zugangsweg dar. Über die Einzelfallebene hinaus beinhaltet die stadtteilbezogene Soziale Arbeit Aufgaben, die die soziale Infrastruktur im Stadtteil fördern (bspw. Gremienarbeit, Förderung eines inklusiven Gemeinwesens etc.).  
→ [KOOPERATIONSVEREINBARUNG im Anhang, Seite 64](#).

Ein weiteres Angebot zur Förderung sozialer Teilhabe sind Begegnungsstätten für Seniorinnen und Seniorinnen. Die Stadt Münster hat durch die Neuausrichtung der Förderrichtlinien einen besonderen Schwerpunkt auf die Vorhaltung von Angeboten zur Förderung von Teilhabe im Alter (insbesondere für von Armut betroffene Menschen) gelegt. Begegnungsstätten mit bspw. folgenden Angeboten erhalten eine höhere Förderung:

- Gelegenheit für offene Begegnung, angebotsungebundene Aufenthaltsmöglichkeit



- Patenschaften mit Seniorinnen und Senioren mit Unterstützungsbedarf im Wohngebiet
- Ehrenamtliche Besuchsdienste und Begleitangebote für ältere Menschen im Wohngebiet
- Ehrenamtliche Beratung in Alltagsfragen
- Aufbau und Begleitung nachbarschaftlicher Aktivitäten zur Unterstützung auf Hilfe angewiesener Seniorinnen und Senioren außerhalb des Angebots der Begegnungsstätte.

Ein gutes Beispiel für ehrenamtliches Engagement im Rahmen einer aktivierenden Nachbarschaftshilfe stellt in der Stadt Münster die Arbeit der Initiative „Von Mensch zu Mensch“ dar. Die Initiative besteht seit 2003 und ist an eine kommunale Stiftung angebunden; die örtliche Freiwilligenagentur koordiniert die Aktivitäten. „Von Mensch zu Mensch“ arbeitet stadtteilorientiert. Die Ehrenamtlichen dort werden begleitet und treffen sich 2-mal im Jahr zu einem Austauschtreffen, zudem bestehen Fortbildungsmöglichkeiten durch die Freiwilligenagentur (zu den Themen Demenz, Kommunikation, Koordination, psychisch Kranke, Grenzen setzen, u. v. m.). Die Hauptaktivitäten im Stadtteil sind Hausbesuche bei Seniorinnen und Senioren sowie die Organisation von Gruppenveranstaltungen (Frühstücktreff, Demenzgruppen, Sportgruppen). In jedem Stadtteil stehen jährlich ca. 3.000 Euro Stiftungsgelder zur Verfügung.

→ Übersichten bzw. Leitfäden zur Gestaltung von Nachbarschaftshilfen finden sich in: Schellhorn, Ann-Katrin: *Handbuch Nachbarschaftshilfe*, Diakonisches Werk des Ev.luth. Kirchenkreises Hildesheim - Sarstedt e.V. sowie in Benevol Zug – Fachstelle für Freiwilligenarbeit (Hrsg.). *Handbuch Nachbarschaftshilfe 2016*. Weitere Informationen zur Initiative „Von Mensch zu Mensch“: <https://www.mensch-muenster.de/>

### 3.3.3.2.3 Bildung und Steuerung von Netzwerken

Zielgruppenspezifische Angebote und personenbezogene Hilfen bedürfen der Vernetzung unterschiedlichster Akteure. In der Stadt Münster wurden dazu stadtteilbezogene Arbeitskreise „Älter werden in...“ eingerichtet. Diese vereinen nicht nur Akteure der sozialen Arbeit, sondern auch Bürgerinnen und Bürger aus fast allen Stadtteilen Münsters. Zum Teil ist auch die Seniorenvertretung stark in diesen Vernetzungsgremien engagiert. Die vielfältige Mischung der Teilnehmenden (Fallmanagerinnen aus dem Sozialamt, Beschäftigte aus sozialen Einrichtungen, Ehrenamtliche, Bürgerinnen und Bürger und Politik) ist besonders fruchtbar für die Arbeit vor Ort. Zudem ist für die Koordination der Arbeit eine hauptamtliche Begleitung bedeutsam. Sie organisiert die halbjährlichen Treffen des Arbeitskreises und bündelt die Angebote im Stadtteil. Die Ausgestaltung in den einzelnen Stadtteilen ist dabei sehr unterschiedlich: Zum Teil besteht eine enge Zusammenarbeit mit Sozialbüros der Kirchen oder mit anderen Arbeitskreisen (bspw. generationenübergreifend mit der Jugendhilfe). Die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Arbeitskreise treffen sich einmal im Jahr zum Informations- und Erfahrungsaustausch, wobei der Stadt Münster eine moderierende Rolle zukommt.

Über die Stadtteilarbeit hinaus steuert und koordiniert die Stadt Münster (u. a. durch die Sozialplanung) auch im Austausch mit den Verbänden der freien Wohlfahrt die Angebote und Hilfen.

### 3.3.3.3 Erfahrungen und Einschätzungen aus Sicht der Kommune

Wer auf Grundsicherung im Alter angewiesen ist, hat in aller Regel keine realistische Perspektive, von Leistungen zur Existenzsicherung unabhängig zu werden. In der Logik eines Lebenslagenkonzepts von Armut ist es aber prinzipiell möglich, nichtmonetäre Unterversorgung (Teilhabehindernisse) in anderen Bereichen des Alltags abzubauen. Diese Überlegung war Ausgangspunkt für die Entwicklung und Einrichtung einer Lightversion von Fallmanagement in Kombination mit Leistungsgewährung (Hilfen aus einer Hand). Um der Einführung einer freiwilligen Aufgabe mit Blick auf wirtschaftliche Gegenargumente eine solide Akzeptanz zu verschaffen, wurde das Fallmanagement zunächst in einer zweijährigen Testphase erprobt; auf dieser Auswertungsbasis konnte das Angebot anschließend verstetigt werden, weil es erfolgreich war. Dass sich Menschen nach der Beratung und Unterstützung über mehr Lebensqualität freuen, erfahren die beiden Fallmanagerinnen aus sehr vielen Rückmeldungen Betroffener.

Das Fallmanagement Teilhabe im Alter richtet sich an Menschen, die bereits Grundsicherung erhalten. Verdeckte Armut kann das Angebot nicht erfassen. Dennoch war es pragmatisch und unter den Aspekten Auswahl- und Verfahrenssystematik für ein Fallmanagement in städtischer Trägerschaft angezeigt, eine eindeutige (Personen-)Gesamtheit zu bestimmen. Ältere Menschen in prekären Lebenssituationen, die keine (oder noch keine) Grundsicherung erhalten, bleiben aber nicht ausgeblendet. Immer wieder passiert es, dass die Beschäftigten der lokalen Wohlfahrtsverbände im Rahmen ihrer stadtteilorientierten Sozialen Arbeit verdeckte Armut entdecken und Betroffene dabei unterstützen, Zugang zu materiellen Hilfen und anderen Angeboten zu erhalten – für ein möglichst selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft.

Von dem Landesprojekt erhofft sich die Stadt interessante Erfahrungen anderer Kommunen über deren Ansätze zur Aktivierung Sozialhilfeberechtigter, weitere Anregungen, Ideen und Impulse für Neues. Sie wünscht sich außerdem auch für die Zukunft einen wenigstens sporadischen Informationsaustausch in Nordrhein-Westfalen.

### 3.3.4 Ennepe-Ruhr-Kreis

#### 3.3.4.1 Ausgangssituation

Der Ennepe-Ruhr-Kreis mit seinen mehr als 320.000 Einwohnerinnen und Einwohnern liegt im Regierungsbezirk Arnsberg und gehört zum Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Der Kreis besteht aus den neun kreisangehörigen Städten Breckerfeld, Ennepetal, Gevelsberg, Hattingen, Herdecke, Schwelm, Sprockhövel, Wetter und Witten.<sup>22</sup> Die kreisangehörigen kommunalen Gebietskörperschaften haben zwischen knapp 9.000 (Breckerfeld) und fast 100.000 (Witten) Einwohnerinnen und Einwohnern. Angrenzend an das Ruhrgebiet sind die Städte des Kreises u. a. geprägt durch den industriellen Strukturwandel.

Ende 2015 bezogen rd. 11 % der Gesamtbevölkerung im Ennepe-Ruhr-Kreis Leistungen der sozialen Mindestsicherung.<sup>23</sup> Leistungen nach dem Dritten Kapitel SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt) erhielten im Ennepe-Ruhr-Kreis zum 31. Dezember 2015 816 Personen außerhalb von Einrichtungen.<sup>24</sup> Von den insgesamt 4.599 Personen, die zum 31.

22 Im Folgenden werden jeweils die aktuellsten zur Verfügung stehenden Zahlen verwendet. Die Stichtage weichen bei den unterschiedlichen Indikatoren ab.

23 = Gesamtregelleistung (ALG II/Sozialgeld) nach dem SGB II sowie Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem SGB XII, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII und Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

24 Vgl. Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland, 2017.

Dezember 2016 im Landkreis Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel SGB XII bezogen, handelt es sich um 3.638 Bezieherinnen und Bezieher außerhalb von Einrichtungen, wobei 1.680 Personen dauerhaft voll erwerbsgemindert und 1.958 Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter waren.<sup>25</sup> Mit einer Altersarmutsquote von 3,1 % liegt der Ennepe-Ruhr-Kreis unter dem Landeswert von 4,0 %.<sup>26</sup>

Entsprechend der Satzung des Ennepe-Ruhr-Kreises über die Heranziehung der kreisangehörigen Gemeinden zur Durchführung von Aufgaben des Ennepe-Ruhr-Kreises als örtlicher Träger der Sozialhilfe vom 3. April 2017 übernehmen die kreisangehörigen Gemeinden u. a. die Leistungsgewährung der Hilfe zum Lebensunterhalt (Kapitel 3) sowie der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Kapitel 4) des SGB XII.

Für gemeindeübergreifende angebotsplanende und -steuernde Aufgaben ist im Ennepe-Ruhr-Kreis die Abteilung „Soziales und Inklusion“ bzw. die „Gesundheits- und Sozialplanung“ zuständig. Dort ist bspw. die Pflegeberatung sowie eine der Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfe angesiedelt. Als Optionskommune hat der Ennepe-Ruhr-Kreis den Übergang zwischen SGB II und SGB XII besonders im Blick, weshalb an dieser Schnittstelle in den letzten Jahren verschiedene Projekte umgesetzt wurden.

#### 3.3.4.1.1 Bausteine/Elemente der Aktivierungsstrategien

##### 3.3.4.1.2 Einzelfallbezogene Steuerung – Fallmanagement

Innerhalb der einzelnen kreisangehörigen Städte sind die jeweiligen örtlichen Sozialämter verantwortlich für die Leistungsgewährung in den Bereichen Hilfe zum Lebensunterhalt sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Die kreisangehörigen Gemeinden bieten älteren Bürgerinnen und Bürgern persönliche Unterstützung und zum Teil Fallmanagement (auch hinsichtlich [gesellschaftlicher] Teilhabe) durch Pflegeberatung/über die Seniorenbüros bzw. Sozialdienste an.

In der Stadt Witten wird im Sozialamt explizit für Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger aus dem 3. Kapitel Fallmanagement durch eine Mitarbeiterin durchgeführt. Als besonders wichtig für die Unterstützung der betroffenen Personen wird hierbei das Vorhandensein von entsprechenden Teilhabeangeboten angesehen.

##### 3.3.4.1.3 Angebote und deren Planung bzw. Weiterentwicklung

Ein besonderer Fokus der Aktivierungsstrategien im Ennepe-Ruhr-Kreis bezieht sich auf Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger nach dem 3. Kapitel SGB XII und dabei insbesondere auf den Personenkreis psychisch erkrankter bzw. beeinträchtigter Menschen. In den letzten zehn Jahren hat der Ennepe-Ruhr-Kreis hierzu zwei zielgruppenspezifische Projektvorhaben umgesetzt:

Im Jahr 2009 initiierte der Kreis das **Projekt „Chance“**, um Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger nach dem 3. Kapitel SGB XII, die bis zu drei Stunden täglich arbeitsfähig sind, ein tagesstrukturierendes Angebot und eine sinnvolle Beschäftigung, anbieten zu können. Der mit dem Projekt angesprochene Personenkreis weist häufig (erhebliche) physische oder psychische Beeinträchtigungen sowie Suchterkrankungen auf. Durch Sozialkontakte und Gruppenerlebnisse bei arbeitsmarktnahen Tätigkeiten sollte das Selbstvertrauen gestärkt und eine Stabilisierung des Einzelnen erreicht werden. Ein

<sup>25</sup> Vgl. Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland, 2017.

<sup>26</sup> Anteil der Grundsicherungsempfängerinnen und Grundsicherungsempfänger an der Bevölkerung ab 65 Jahren, vgl. Wegweiser Kommune der Bertelsmann Stiftung unter [www.wegweiser-kommune.de](http://www.wegweiser-kommune.de).

Fernziel war die Annäherung an den ersten bzw. zweiten Arbeitsmarkt. Das Projekt wurde an drei Standorten im Kreis (Witten, Hattingen, Schwelm) von drei verschiedenen Trägern durchgeführt und endete 2014. Während der Projektlaufzeit wurden die angebotenen Platzkapazitäten nicht ausgeschöpft; gleichwohl gelang es, für einen großen Teil der teilnehmenden Personen eine Verbesserung der persönlichen Situation zu erzielen und in einigen Fällen deren Erwerbsfähigkeit zu erreichen.

Das **Projekt „Aktiv“** wurde vom Ennepe-Ruhr-Kreis im Anschluss an das Projekt „Chance“ implementiert, um speziell Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger des 3. Kapitel SGB XII mit psychiatrischen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen (festgestellt über ärztliche Begutachtung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst) zu unterstützen. Eine psychosoziale Förderung stand hierbei im Vergleich zur Eingliederung auf den Arbeitsmarkt im Vordergrund, u. a. um die Personen gesundheitlich zu stabilisieren und wenn notwendig an eine ärztliche Behandlung anzubinden, eine Alltagsstruktur aufzubauen und einer Vereinsamung entgegenzuwirken. Der fachliche Schwerpunkt lag auf der individuellen Förderung jeder einzelnen Person. Das Projekt begann im Sommer 2015 und wurde im Jahr 2016 abgeschlossen.

→ Der im Projekt AKTIV beteiligte Träger MITMENSCHEN e. V. stellt durch seine Arbeit im Kreis Witten ein gutes Beispiel für Maßnahmen zur Teilhabeförderung für den Personenkreis psychisch kranker bzw. beeinträchtigter Menschen im Sozialhilfebezug dar. Durch zeitintensive, umfassende und kontinuierliche persönliche Betreuung in einem überschaubaren Rahmen kann bei einem kleinen Träger gezielt auf Bedürfnisse und die Persönlichkeit der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger eingegangen werden. Der Träger mit dem Schwerpunkt Arbeitstherapie, eigener Schreinerei und Angeboten u. a. in den Bereichen Malerei und Hauswirtschaft besteht seit dem Jahr 2000 und betreut derzeit ca. 40 Personen.

Der Ennepe-Ruhr-Kreis erarbeitet derzeit ein ausführliches **Sozialmonitoring** (gefördert durch die Initiative „NRW hält zusammen“ und mit Unterstützung der Fachstelle für sozialraumorientierte Armutsbekämpfung), das sich auf die Bereiche sozioökonomische Lebensbedingungen, soziale Lebenslagen und Verhältnisse sowie auf Chancen gesellschaftlicher Teilhabe in den jeweiligen Sozialräumen bezieht. Die im Rahmen des Sozialmonitoring durchgeführte (Entwicklung der) Bestandsaufnahme der Sozialstruktur der Bevölkerung sowie der Bedarfe und Versorgungsnotwendigkeiten geschieht in enger Abstimmung mit den kreisangehörigen Städten und soll in Zukunft eine wesentliche Grundlage für die Planung und Steuerung passgenauer, personenzentrierter Hilfen darstellen. Die für das Sozialmonitoring definierten Indikatoren sind in folgende Bereiche gegliedert: Demografische Basisdaten, Wohnen, Arbeit und Transferleistungen, Armut, Alter und Familie. Sie sollen regelmäßig (möglichst jährlich) aktualisiert werden und so – auch in Form von Zeitreihen – eine transparente Darstellung der Lebensverhältnisse in den Sozialräumen des Ennepe-Ruhr-Kreises als Entscheidungsgrundlage für die Sozialplanung zu ermöglichen.

#### 3.3.4.1.4 Bildung und Steuerung von Netzwerken

Im Rahmen der Entwicklung des Sozialmonitorings arbeiten der Kreis und die kreisangehörigen Städte intensiv zusammen. Der Kreis übernimmt dabei – ausgehend von den Befunden des Sozialmonitorings – vor allem die Aufgabe, Netzwerkstrukturen im Bereich der Hilfen und Angebote für ältere Menschen und erwerbsgeminderte Personen aufzubauen bzw. weiterzuentwickeln sowie die Rolle, Projekte zu entwickeln und als Impulsgeber zu fungieren. Insgesamt spielen für die betroffenen Menschen Netzwerke vor Ort, in den (Wohn-)Quartieren und Sozialräumen der jeweiligen Städte eine wichtige Rolle. In

den kreisangehörigen Städten des Ennepe-Ruhr-Kreises bestehen unterschiedliche Ansätze und Initiativen, die soziale Teilhabe (häufig speziell für ältere Menschen) fördern:

→ In der Stadt Schwelm werden bspw. verschiedene Sozialbezirke definiert, in denen jeweils „Sozialbezirksvorsteherinnen“ und „Sozialbezirksvorsteher“ u. a. die Umsetzung von Aktivierungsstrategien und die aktive Teilhabe älterer bzw. erwerbsgeminderter Personen am Leben in der Gemeinschaft fördern. Sie agieren dabei als eine Art „soziale Kümmerer“ nach dem „Elberfelder Modell“, das bereits im 19. Jahrhundert Armenfürsorge nach den Prinzipien der Dezentralisierung und der Ehrenamtlichkeit beschrieb.

→ Die WISEL Netzwerke in der Stadt Witten verbinden ältere Menschen vor dem und im Ruhestand durch formlose und ungezwungene Förderung und Begleitung des sozialen Engagements, des nachbarschaftlichen Miteinanders und durch Austausch von Ideen sowie gemeinsames kreatives Gestalten. Neben dem 2012 gegründeten Netzwerk in Witten-Mitte, wo auch eine Netzwerkkonferenz mit dem Ziel einer zukunftsweisenden Zusammenarbeit sowie eine Servicestelle im Stadtbüro implementiert wurde, besteht auch ein Netzwerk in Annen. Beide Netzwerke vereinen jeweils unterschiedliche Netzwerkgruppen mit vielfältigen Angeboten und Begegnungsmöglichkeiten.

Sowohl für ältere Menschen als auch für erwerbsgeminderte Personen – insbesondere solche mit psychischen Erkrankungen – kann zudem die **Selbsthilfe** einen wichtigen Beitrag zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe darstellen. Im Ennepe-Ruhr-Kreis arbeiten mehrere Selbsthilfekontaktstellen, die als Netze für zahlreiche Selbsthilfegruppen fungieren. Die Selbsthilfekontaktstellen sind beim Kreis und bei Trägern der freien Wohlfahrt (der Diakonie sowie dem Paritätischen) angesiedelt. Unter deren „Dach“ haben sich in den letzten Jahren zunehmend Gruppen zu psychischen/psychiatrischen Themen (inkl. Demenz) herausgebildet, aber auch spezielle Gruppen für ältere Menschen, die sich bspw. dem Thema Altersarmut oder Einsamkeit/Isolation widmen.

#### 3.3.4.2 Erfahrungen und Einschätzungen aus Sicht der Kommune

Die aktivierenden Maßnahmen im SGB XII, besonders des 3. Kapitels, sind keine freiwilligen Leistungen. Darüber sind sich alle Beteiligten im Ennepe-Ruhr-Kreis einig. Zu Beginn der beiden beschriebenen Projekte „Chance“ und „Aktiv“ sowie der Erfahrungen aus den regulären Beratungsangeboten der kreisangehörigen Städte war klar: Der Übergang zum SGB XII soll keine „Einbahnstraße“ für die betroffenen Menschen sein. Erst recht soll es kein Verbleib auf Dauer sein.

Einige Aussagen sind besonders treffend in Erinnerung geblieben:

- „Ich kann doch so junge Menschen nicht als dauerhaft erwerbsunfähig einstufen; aber wenn sie erwerbsfähig sind, werden sie in Maßnahmen gesteckt, die sie nicht schaffen.“
- „Die Menschen, die erwerbsfähig sind, kommen in Maßnahmen, die strenge Auflagen haben, z.B. hinsichtlich der Fehlzeiten, die Menschen, die nicht erwerbsfähig sind, kommen in Maßnahmen, die eine Aufwandsentschädigung beinhalten und wo keine Sanktionen zu befürchten sind – wer will denn da erwerbsfähig sein?“
- „Eigentlich brauchen die Menschen eine sinnvolle Aufgabe und eine Tagesstruktur, leider gibt es davon kein ausreichendes Angebot, oder sie sind noch nicht krank genug.“

Es gab in den acht Jahren der Aktivierungs-Vorhaben so manchen Stolperstein. Aufgrund zu kurzfristiger angelegter Projektlogik, zu hoher Teilnahmeschwellen, unklarer Zielvorga-

ben und eines erhöhten Aufgabenpensums der Sozialämter bei der Unterstützung im Zuwanderungsgeschehen des Jahres 2015 konnten insgesamt nur unzureichende Wirkungen erzielt werden. Daraus ergeben sich grundlegende Handlungsfelder für zukünftige Herangehensweisen: Übergänge und Maßnahmengestaltungen zwischen SGB II und SGB XII sind unzureichend und daher zu intensivieren, der Erwerbsfähigkeitsbegriff greift in einem inklusiven Gemeinwesen zu kurz und bedarf einer Anpassung, (junge) Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind eine besonders vulnerable Gruppe, alle beteiligten Menschen brauchen eine positive Zukunftsaussicht bei der Teilnahme.

Vom Landesprojekt erhofft sich der Kreis, dass die Thematik stärker in den Vordergrund gebracht wird – weniger Freiwilligkeitsdebatten, mehr Investition in das Gemeinwesen. Die bekannten Begriffe der sozialen Teilhabe und der Daseinsvorsorge gilt es auch an dieser Stelle sinnvoll zu füllen.

### 3.3.5 Oberbergischer Kreis

#### 3.3.5.1 Ausgangssituation

Der Oberbergische Kreis hat über 273.000 Einwohnerinnen und Einwohner, liegt im Regierungsbezirk Köln und gehört zum Verbandsgebiet des Landschaftsverbandes Rheinland. Er besteht aus den dreizehn Städten und Gemeinden Bergneustadt, Engelskirchen, Gummersbach, Hückeswagen, Lindlar, Marienheide, Morsbach, Nümbrecht, Radevormwald, Reichshof, Waldbröl, Wiehl und Wipperfürth.<sup>27</sup>

Ende 2015 bezogen rd. 8 % der Gesamtbevölkerung im Oberbergischen Kreis Leistungen der sozialen Mindestsicherung.<sup>28</sup> Leistungen nach dem Dritten Kapitel SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt) erhielten im Oberbergischen Kreis zum 31. Dezember 2015 587 Personen außerhalb von Einrichtungen.<sup>29</sup> Von den insgesamt 3.175 Personen, die zum 31. Dezember 2016 im Kreis Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel SGB XII bezogen, handelt es sich um 2.323 Bezieherinnen und Bezieher außerhalb von Einrichtungen, wobei 1.053 Personen dauerhaft voll erwerbsgemindert und 1.270 Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter waren.<sup>30</sup> Mit einer Altersarmutsquote von 2,8 % liegt der Oberbergische Kreis unter dem Landeswert von 4,0 %.

Der Oberbergische Kreis unterstützt seine Kommunen bei der Teilnahme am Projektanruf des Landes Nordrhein-Westfalen „Starke Quartiere – starke Menschen“ in dessen Rahmen benachteiligte Stadt- und Ortsteile in der Region zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung mit Mitteln der Europäischen Strukturfonds gefördert werden. Das Projekt soll trotz aktuell stabiler Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage im Rahmen einer Gesamtstrategie langfristigen demografischen Entwicklungen vorbeugend entgegenwirken. Der Fokus liegt dabei auf Quartieren mit drohender sozialer Schieflage, die im Hinblick auf Prävention und Bekämpfung von Armut und Ausgrenzung nachhaltig entwickelt werden sollen.

---

27 Im Folgenden werden jeweils die aktuellsten zur Verfügung stehenden Zahlen verwendet. Die Stichtage weichen bei den unterschiedlichen Indikatoren ab.

28 = Gesamtregelleistung (ALG II/Sozialgeld) nach dem SGB II sowie Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem SGB XII, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII und Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

29 Vgl. Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland, 2017.

30 Vgl. Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland, 2017.

### 3.3.5.2 Bausteine/Elemente der Aktivierungsstrategien

Ein grundsätzliches Ziel aktivierender Sozialhilfe besteht darin, den Hilfesuchenden ein Leben in Menschenwürde zu ermöglichen und ihre gesellschaftliche Teilhabe zu fördern. Bezogen auf die Entwicklung einer pflegerischen bzw. pflegeergänzenden Versorgungsstruktur bedeutet dies, dass die Struktur mit den spezifischen Erfordernissen der Hilfe- und Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen abgestimmt sein sollte.

Im Oberbergischen Kreis wurde 2008 mit dem konkreten Aufbau der Senioren- und Pflegeberatung begonnen. Um ältere und hilfe- bzw. pflegebedürftige Menschen wohnortnah, also in den einzelnen kreisangehörigen Kommunen zu erreichen und anbieterneutral (trägerunabhängig) beraten zu können, wurde die Senioren- und Pflegeberatung in allen dreizehn Kommunen des Oberbergischen Kreises aufgebaut.

Neben der bedarfsgerechten individuellen Versorgung der Menschen sollen eine möglichst eigenständige Lebensführung und ein Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung angestrebt werden.

Die aktuelle Struktur umfasst in den beteiligten Städten jeweils eine Beschäftigte für die Senioren- bzw. Pflegeberatung und beim Kreis u. a. die Koordination der Mitarbeitenden in den dreizehn beteiligten Kommunen sowie eine Pflegefachkraft, die für fachliche Fragen der Senioren- bzw. Pflegeberatung zur Verfügung steht.

#### 3.3.5.2.1 Einzelfallbezogene Steuerung – Fallmanagement

Zur Förderung der Teilhabe im Alter wird – wie dargestellt – in allen dreizehn Kommunen im Oberbergischen Kreis eine Senioren- und Pflegeberatung vorgehalten. Zu den wesentlichen Aufgaben dieses Beratungsangebots zählen insbesondere die umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme von Hilfeangeboten im Bereich der Pflege. Ratsuchende erhalten detaillierte Informationen über die verschiedenen Leistungsangebote in den einzelnen Kommunen und sie können beispielsweise im Fall einer Pflegbedürftigkeit Unterstützung erhalten, um in der jetzigen Wohnung bzw. ihrem Haus wohnen bleiben zu können.

Die Kontaktaufnahme zur Senioren- und Pflegeberatung kann persönlich oder telefonisch erfolgen, wobei sich die Betroffenen oder die Angehörigen melden können. Der individuelle Unterstützungsbedarf wird unter Beteiligung der Betroffenen ermittelt, ggf. kann auch ein Hausbesuch durchgeführt werden, um beispielsweise Hilfen für eine Wohnraumanpassung abzustimmen. Der Beratungsprozess kann auch Elemente eines Fallmanagements umfassen.

#### 3.3.5.2.2 Angebote und deren Planung bzw. Weiterentwicklung

Bedarfsgerechte Angebote in der Wohnumgebung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen tragen zur Sicherung der sozialen Teilhabe bei.

Zum Aufgabenspektrum der Senioren- und Pflegeberatung in den einzelnen Kommunen zählen insbesondere:

- die Information über örtliche bzw. wohnortnahe Angebote in vorbeugenden, pflegerischen und pflegeergänzenden Bereichen
- die individuelle Beratung der Zielgruppe



- die bedarfsbezogene Information über die Finanzierung von Hilfen der unterschiedlichen Leistungsträger
- u. a. Fallmanagement, psychosoziale Beratung, Wohnberatung
- die Vernetzung bestehender Angebote und Hilfen
- das Hinwirken auf Schaffung neuer bedarfsgerechter Angebote
- die Förderung des ehrenamtlichen Engagements.

Ratsuchende Menschen bzw. (ältere) hilfe- und pflegebedürftige Bürgerinnen und Bürger sollen über das vorhandene Angebot an vorbeugenden, pflegerischen bzw. pflegeergänzenden Dienstleistungen in „ihrer“ Kommune (detailliert) informiert bzw. beraten werden. Diese Informationen können sich z. B. auf präventive Angebote und ambulante Pflegedienste oder auf Tages- und Kurzzeitpflege (insbesondere zur Entlastung pflegender Angehöriger) sowie Betreutes Wohnen oder Alten- und Pflegeheime beziehen. Informiert werden kann auch über komplementäre Hilfsangebote wie hauswirtschaftliche Hilfen, Hausnotruf, Essen auf Rädern, Aktion Hilfe für alte und behinderte Menschen.

Ziel der Beratung ist es, eine bedarfsgerechte individuelle Versorgung von Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu erreichen.

Ein Beispiel für ehrenamtliches Engagement stellt die „Aktion Hilfe für alte Menschen“ dar, ein Angebot des Oberbergischen Kreises in Zusammenarbeit mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, welches im Sinne der Altenhilfe nach § 71 SGB XII Schwierigkeiten verhüten, überwinden oder mildern soll, die durch das Alter entstehen (können). Für alte Menschen soll die Möglichkeit erhalten bleiben, in ihren Kommunen wohnortnah am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Die Angebote der „Aktion Hilfe für alte Menschen“ sollen ergänzend zu anderen möglichen Leistungen der Altenhilfe (s. o.) mit dazu beitragen, dass alte Menschen möglichst lange in der eigenen Wohnung und im vertrauten familiären bzw. sozialen Umfeld verbleiben und ihr Leben weitestgehend selbstständig gestalten können. Dies geschieht vor allem durch soziale Betreuung in Form von Besuchen bei Betroffenen, Vorlesen oder Begleitung bei Spaziergängen und/oder bei Arztbesuchen u. ä. oder Hilfe bei Einkäufen.<sup>31</sup> Die für die Gewährung der Hilfe erforderlichen Ehrenamtlichen werden von den Wohlfahrtsverbänden gewonnen und organisatorisch begleitet und unterstützt.

Auch in der Ehrenamtsinitiative „Weitblick Oberbergischer Kreis“ sind Ehrenamtliche engagiert, die z. B. auch ältere Menschen wohnortnah unterstützen und bemüht sind, ehrenamtliches Engagement zu fördern.

### 3.3.5.2.3 Bildung und Steuerung von Netzwerken

In den einzelnen kreisangehörigen Kommunen gibt es oftmals ein breites Angebot an Hilfen für ältere Menschen. Um der wichtigen Aufgabe gerecht zu werden, ältere hilfebedürftige Bürgerinnen und Bürger im Kreisgebiet wohnortnah zu unterstützen und – bedarfsabhängig – geeignete (professionelle) Hilfen zu installieren (s. o.), bedarf es der Vernetzung der unterschiedlichen Akteure.

Zum einen treffen sich deshalb die Senioren- und Pflegeberaterinnen/-berater mit ambulanten Diensten bzw. Vertretungen der Pflegeheime jährlich zum Austausch, um sich über aktuelle Entwicklungen im Kreis gegenseitig zu informieren. Zum anderen tauschen sich

---

<sup>31</sup> Pflegerische Tätigkeiten sowie die Durchführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten gehören nicht zu den Aufgabeninhalten der „Aktion Hilfe für alte Menschen“.



auch die dreizehn kreisweit agierenden Pflegeberaterinnen und Pflegeberater regelmäßig untereinander aus und diskutieren u. a. über aktuelle Ereignisse in der Senioren- und Pflegeberatung. Dieser Austausch wird vom Kreis organisiert.

### 3.3.5.3 Erfahrungen und Einschätzungen aus Sicht der Kommune

Um den gesetzlichen Auftrag der Entwicklung einer vorpflegerischen, pflegeergänzenden und pflegerischen Versorgungsstruktur im Oberbergischen Kreis zu erfüllen, wurde das Konzept der integrierten Senioren- und Pflegeberatung entwickelt.

Folgende wesentlichen Ziele lagen diesem Konzept von Beginn an zugrunde:

- Entwicklung einer auf die spezifischen Bedürfnisse der Hilfe- und Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ausgerichteten Angebotsstruktur
- Vermeidung bzw. Hinauszögern des Eintritts von Pflegebedürftigkeit bzw. einer möglichen Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung
- eine optimale individuelle Versorgung der Menschen
- eine möglichst eigenständige Lebensführung und ein möglichst langer Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung
- Vorrang der ambulanten Unterstützungsangebote vor stationärer Pflege
- mittel- bis langfristige Erschließung eines erheblichen Einsparpotenzials durch den gezielten Ausbau der ambulanten Hilfen

Nach mittlerweile fast zehn Jahren der Umsetzung lässt sich feststellen, dass sich dieses Konzept bewährt hat. Es sind wichtige Etappenziele bereits erreicht worden, so z. B. eine geringere Steigerung der Fallzahlen im stationären Bereich trotz demografischer Entwicklung und Begrenzung der Steigerungsraten bei den Leistungsaufwendungen für die Hilfen in Einrichtungen.

Neben den durch konkrete Zahlen belegbaren Fakten ist festzustellen, dass durch die Tätigkeit der Senioren- und Pflegeberatung die Situation und der Bedarf der älteren und pflegebedürftigen Menschen deutlich stärker in den Fokus gerückt sind. Die Beratung und Unterstützung dieses Personenkreises sowie deren Angehörigen hat erheblich an Qualität gewonnen. Diese Qualitätssteigerung ist nicht unmittelbar messbar. Die hohe Zahl an Beratungsgesprächen sowie die Anwesenheit der Senioren- und Pflegeberaterinnen und -berater vor Ort in den einzelnen Kommunen tragen dazu bei, dass der konkrete Bedarf der Seniorinnen und Senioren und Pflegebedürftigen an Hilfen und Unterstützung besser erfasst werden und die Angebotsstruktur entsprechend angepasst werden kann.

Die formulierten Ziele haben sich bis heute nicht geändert. Trotz der grundsätzlich positiven Bewertung der Wirksamkeit des Konzeptes wird aber aktuell die Notwendigkeit gesehen, sowohl die rechtlichen Rahmenbedingungen als auch die Schwerpunkte in der inhaltlichen Gestaltung und Umsetzung dieser Ziele zu überarbeiten, um die Tätigkeit der Senioren- und Pflegeberatung zukunftsorientiert und wirksam weiterführen zu können.

## 4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die in Nordrhein-Westfalen von den Kommunen als örtlichen Trägern der Sozialhilfe umgesetzten Aktivierungs- und Befähigungsstrategien sowie Maßnahmen zur Förderung und Sicherung sozialer Teilhabe armer bzw. von Armut bedrohter Personen sind sehr vielfältig und differenziert. Sie bilden zum einen die lokalen/regionalen Hilfe- und Unterstützungsbedarfe der jeweils sozialpolitisch in den Blick genommenen Zielgruppen ab; zum anderen sind sie stark von den in den Kommunen bestehenden politischen Überlegungen und Prioritätensetzungen sowie den finanziellen, personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Sozialverwaltung geprägt.

Alle im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung durchgeführten Befragungen haben gezeigt, dass die vielerorts implementierten Aktivierungs- und Befähigungsansätze nicht nur auf spezifische Personen(kreise) bspw. aus dem 3. oder 4. Kapitel des SGB XII oder auch auf den Bereich der Hilfe zur Pflege beschränkt sind, sondern sich oftmals an alle sozial ausgegrenzten bzw. benachteiligten Bürgerinnen und Bürger der Kommunen richten. Diese Einschätzung bezieht sich sowohl auf die von kommunaler Seite und den Trägern und Verbänden der freien Wohlfahrtspflege vorgehaltenen Angebote zur sozialen Teilhabe als auch auf die in den Städten und Kreisen bestehenden Vernetzungsansätze. Zum Teil gilt dies aber auch für einzelfallbezogene Steuerungsansätze wie Case- bzw. Fallmanagement, die inzwischen von vielen Sozialverwaltungen erfolgreich umgesetzt werden. Gleichwohl bestehen neben positiven Beispielen in vielen Kommunen des Landes auch Umsetzungsschwierigkeiten aufgrund unterschiedlicher, die Entwicklung von Aktivierungsansätzen hemmenden Faktoren.

Das **Erkennen verdeckter Armut** stellt nicht nur für die Forschung, sondern auch für die in den kommunalen Gebietskörperschaften handelnden Akteure eine große Herausforderung dar. Armutsbekämpfung und darin auch die Hilfe zur Selbsthilfe bzw. die Aktivierung und Befähigung zur Nutzung vorhandener Angebote muss deshalb neben dem Aspekt der Existenzsicherung auch die grundsätzliche Frage in den Blick nehmen, wie arme bzw. von Armut bedrohte ältere bzw. erwerbsgeminderte (häufig psychisch und/oder suchtkranke) Menschen frühzeitig erreicht werden können. Diesem Gesichtspunkt wird von vielen Kommunen eine große Bedeutung zugemessen, trotz der Betonung, dass die Regelung der finanziellen Situation nach wie vor einen ganz wesentlichen Schritt zur Verbesserung sozialer Teilhabe darstellt. Denn trotz vielfältiger vor Ort vorhandener Angebots- und Vernetzungsstrukturen bestehen z. T. erhebliche **Schwierigkeiten und Probleme, einen Zugang** zu hilfebedürftigen Personen, insbesondere zu sozial ausgegrenzten Menschen und zu Personen mit multiplen Problemlagen herzustellen.

Wie viele andere Untersuchungen und Praxiserfahrungen im Gesundheits- und Sozialbereich zeigt auch die vorliegende wissenschaftliche Analyse, dass unterschiedliche leistungsrechtliche **Zuständigkeiten** (u. a. der Sozialgesetzbücher II, V, VI, IX, XI und XII) und damit verbundene Abgrenzungsprobleme sowohl für die betroffenen Hilfebedürftigen als auch z. T. für die Leistungserbringer Schnittstellen- und Zuständigkeitsprobleme mit sich bringen, die sich negativ auf die Schaffung personenzentrierter (leistungsträgerübergreifender) Hilfen auswirken.

Eine Neuausrichtung kommunaler Hilfe- und Unterstützungssysteme hin zu einer auf den individuellen Bedarf ausgerichteten Leistungserbringung „aus einer Hand“ erfordert auch ein Umdenken und ggf. eine organisatorische und personelle Umstrukturierung innerhalb der Sozialverwaltung. Hier zeigt die wissenschaftliche Analyse, dass in vielen nordrhein-westfälischen Kommunen vor allem **begrenzte finanzielle und personelle Ressourcen** (u. a. in Kommunen mit Haushaltssicherung) ein hemmender Faktor für den Aufbau bzw. die Weiterentwicklung (innovativer) Maßnahmen zur Sicherung und Förderung sozialer Teilhabe darstellen.

Auch die **unzureichende Zusammenarbeit und Vernetzung** innerhalb (aber auch außerhalb) der Verwaltung stellt in einigen Kommunen Nordrhein-Westfalens ein Hindernis für die Entwicklung bzw. Implementierung von Aktivierungskonzepten sowie der Sicherung und Förderung sozialer Teilhabe dar. Hier spielt einerseits die bereits erwähnte sozialrechtliche Zuständigkeitsproblematik, aber auch die zu beobachtende mangelnde Kooperationsbereitschaft anderer Akteure – auch der Einrichtungen und Dienste freier Träger – eine Rolle. Übergreifend ist festzustellen, dass die Kooperation zwischen den Kommunen sowie den Trägern und Verbänden der freien Wohlfahrtspflege je nach Stadt bzw. Kreis unterschiedlich ausgeprägt ist, ebenso wie die Zusammenarbeit der Leistungsanbieter verschiedener privater und freier Träger. In diesem Zusammenhang gibt es Hinweise auf zunehmenden **Wettbewerb und Konkurrenz zwischen freien und privaten Trägern**, der/die sich hemmend auf den Auf- bzw. Ausbau von Vernetzungsgremien und Netzwerkstrukturen auswirken. Gleiches gilt für den in den letzten Jahren in den Kommunen beobachtbaren z. T. sprunghaften Anstieg von Diensten und Einrichtungen sowie der Schwierigkeit, in Flächenkreisen eine städte- und gemeindeübergreifende Planung, Entwicklung und Vernetzung von Angeboten zu realisieren.

Die Erfahrungen der wissenschaftlichen Analyse und Begleitung (auch in anderen Projekten) zeigen, dass insbesondere die zuletzt genannten Hemmnisse durch eine kommunale (Sozial-)Planung und Angebotssteuerung verringert bzw. abgemildert werden können. Grundsätzlich gilt, dass **politischer Wille** (ausgehend von der Stadt- bzw. Kreisspitze über den Rat bis zu anderen relevanten Gremien) sowie ein **umfassenderes Verständnis von sozialer Daseinsvorsorge** (die über die materielle Hilfestellung i. e. S. hinausgeht) essentiell für eine personenzentrierte und bedarfsorientierte Ausgestaltung kommunaler Angebotsstrukturen sind. Auch um Aktivierungsansätze und -strategien weiterzuentwickeln und dafür finanzielle bzw. personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen, sind politischer Wille und ein entsprechendes Selbstverständnis der Sozialhilfeverwaltung förderlich bzw. notwendig. Eine in diesem Sinne ausgelegte moderierende, vernetzende und steuernde Rolle der Kommune wird nicht nur seitens der örtlichen Träger der Sozialhilfe, sondern auch von Vertreterinnen und Vertretern der Träger und Verbände der freien Wohlfahrt als hilfreich für alle Bereiche der Förderung sozialer Teilhabe angesehen.

### *Fallebene*

Ein unmittelbarer Zugang zur Zielgruppe armutsgefährdeter Personen erfolgt i. d. R. über die Leistungsgewährung in der Sozialverwaltung. Bereits im Modellprojekt des Landes zur „Aktivierung in der Sozialhilfe“ wurden die Implementierung sowie Durchführung von **Fallmanagement** als wesentliche/s Handlungsstrategie bzw. Element zur individuellen Unterstützung sozial benachteiligter bzw. ausgegrenzter Personen im Hinblick auf deren gesellschaftliche Teilhabe in den Blick genommen. Auch die aktuellen Untersuchungsergebnisse bestätigen, dass der Schaffung eines ggf. (fallgruppenspezifischen) Fallmanagements – wie es bspw. für die Städte Köln oder Münster beschrieben wurde – auf der Einzelfallebene eine entscheidende Rolle für die/den (frühzeitige/n) Erreichung/Zugang und bedarfsgerechte Unterstützung der avisierten Zielgruppen zukommt.

Als (besondere) **Stärken** des Fallmanagements können dabei vor allem folgende Aspekte benannt werden:

- Fallsteuerung ermöglicht einen frühzeitigeren Zugang sowie eine unmittelbarere Einbeziehung der „Betroffenen“ in die Beratung i. S. der §§ 11 und 12 SGB XII sowie in die Hilfeplanung/-umsetzung und stärkt die Wahrnehmung des Wunsch- und Wahlrechts der leistungsberechtigten Personen

- durch den frühzeitigeren Einbezug der leistungsberechtigten Personen und ihrer Angehörigen in die Beratung sowie die bedarfsgerechte Ermittlung der Hilfen können passgenauere/personenzentriertere Leistungen bzw. Hilfearrangements gewährt werden
- mittels des Fallmanagements kann der Einfluss der Kommunen auf die Art, den Umfang und den Zeitraum der Hilfgewährung vergrößert werden.

Wie die „Good-Practice-Beispiele“, aber auch andere Untersuchungen zeigen, **fördern** vor allem folgende **Faktoren** den Auf- und Ausbau von Fallmanagement in der Sozialverwaltung:

- Sensibilisierung der politisch Verantwortlichen und der Verwaltungsspitzen auf Stadt- und Kreisebene im Hinblick auf das Vorgehen und die Wirkungsweise von Fallmanagement
- Ausweitung der personellen Ressourcen und Qualifizierung/Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinsichtlich der Umsetzung von Fallsteuerung
- Einführung/Umsetzung von Supervisionsmaßnahmen und Fachcontrolling zur Unterstützung der Fallmanagerinnen und Fallmanager
- Weiterentwicklung bzw. Neuausrichtung der Organisationsstrukturen in der Sozialverwaltung bzgl. der Wahrnehmung fallsteuernder Aufgaben
- Definition der Fall- bzw. Zielgruppe/n, für die ein Fallmanagement durchgeführt werden soll
- Einsatz (möglichst) standardisierter Instrumente (Screeningbogen, Hilfeplan, Leistungsabsprachen, Förderpläne etc.) zur Umsetzung von Fallmanagement; wichtig ist es dabei auch, dass in – wie in einigen Kommunen bereits geschehen – der EDV der Sozialverwaltung Fallmanagement-Elemente/Verfahren und -Instrumente implementiert werden.

Ein weiterer wesentlicher Faktor für ein gelingendes Fallmanagement ist neben der persönlichen Haltung (z. B. Offenheit, Geduld, Empowerment) der Fachkräfte die Zeit: Fallmanagerinnen und Fallmanager benötigen diese einerseits für Hausbesuche bzw. für weitere zugehende bzw. aufsuchende Hilfen; andererseits ist sie notwendig, um eine vertrauensvolle Beziehung zu den leistungsberechtigten Personen aufzubauen, damit Aktivierung und Befähigung zur Inanspruchnahme bestehender Angebote und/oder die Selbsthilfepotenziale gefördert werden können.

### *Angebots- und Netzwerkebene*

Die Umsetzung eines umfassenden Fallmanagements bedarf neben angemessenen personellen Ressourcen dann auch möglichst niedrigschwelliger (zugehender und aufsuchender) Unterstützungssysteme zur Gewährung der notwendigen Hilfen im Sozialraum bzw. (Wohn-)Quartier. Je mehr passgenaue Angebote in einer Kommune zur Verfügung stehen, umso wirksamer kann sich eine Einzelfallsteuerung entfalten. Hier wird von allen befragten Akteuren die Bedeutung der konsequenten **Entwicklung von auf Sozialräume und Wohnquartiere bezogenen Angebotsstrukturen** betont. Als Teilhabeangebote für die Zielgruppe eignen sich insbesondere **niedrigschwellig angelegte wohnortnahe Projekte** sowie generationsübergreifende und ehrenamtliche Angebote, in denen bspw. soziale Begegnungen ermöglicht werden. Die Ausweitung und Stärkung des **bürgerschaftlichen Engagements** sowie konkreter **Nachbarschaftshilfen** in Wohnquartieren kann

bspw. durch Förderung zivilgesellschaftlicher Unterstützung in Form ehrenamtlicher und privater (ggf. auch internetbasierter) Netzwerke und Hilfestrukturen erfolgen.

Sozialraumorientierung – wie das oben beschriebene Beispiel der Stadt Bielefeld zeigt – bezieht sich nicht nur auf die „fallspezifische“, sondern auch auf „fallunspezifische“ Arbeit. Die Kommunen stehen dabei vor der Herausforderung, dass die Umsetzung notwendiger Angebote nur in Zusammenarbeit mit freien und privaten Trägern von Diensten und Einrichtungen möglich sind. Einige Kommunen arbeiten hier „nur“ mit informellen Absprachen und (gewachsenen) Kooperationsstrukturen, andere – wie das Beispiel der Stadt Münster zeigt – setzen (zusätzlich) auf **formalisierte Kooperationsvereinbarungen** mit den Trägern und Verbänden der freien Wohlfahrtspflege bzw. anderen Leistungserbringern.

Wichtig ist, dass die vorhandenen Netzwerke von allen Akteuren geschätzt und genutzt werden und ein „Wille zur Kooperation auf Augenhöhe“ besteht. Gerade hier ist die Kleinräumigkeit der Netzwerke von Bedeutung: Die Beteiligung von Schlüsselpersonen und die Berücksichtigung von Quartiersstrukturen sind deshalb für die Planung und Umsetzung von Netzwerken essentiell. Darüber hinaus können aus den „Good-Practice-Beispielen“ folgende weitere Wirkfaktoren für eine zielführende Netzwerkbildung abgeleitet werden:

- eindeutige Klarheit über das **Kooperationsverständnis**, die gegenseitigen **Erwartungen und Ziele/Leitlinien** sowie die sich daraus für die jeweiligen Partner ergebenden **Aufgaben, Aufträge und Handlungsmöglichkeiten**
- ein erkennbares **Profil** der Netzwerkbildung
- **Verbindlichkeit** in der Zusammenarbeit zwischen den Diensten und Einrichtungen sowohl innerhalb des Netzwerks als auch nach Außen im Verhältnis zu anderen Akteuren (z. B. durch darauf bezogene Kooperationsvereinbarungen bzw. -verträge, die verbindlich Aufgaben, Inhalte, Zuständigkeiten und Ergebnisse der Zusammenarbeit schriftlich regeln)
- transparente Festlegung der für die Aufrechterhaltung bzw. Weiterentwicklung der Zusammenarbeit verfügbaren **personellen und zeitlichen Ressourcen**
- **personelle Kontinuität** in der Zusammenarbeit, um **Berechenbarkeit** und **Transparenz** der Entscheidungen und damit Vertrauensbildung zu gewährleisten
- aus den Zielen der Netzwerkbildung abgeleiteter, angemessener **Informations-/Daten- und Erfahrungsaustausch** sowie Abstimmungen zwischen den an der Zusammenarbeit beteiligten Diensten, Einrichtungen und Trägern.

Die Untersuchung macht zudem deutlich, dass trotz verbreiteter ehrenamtlicher und bürgerschaftlicher Arbeit in diesem Bereich (insbesondere für die Zielgruppe älterer Menschen, bspw. durch Seniorenvertretungen<sup>32</sup>) eine professionelle Koordination und Begleitung von Netzwerken einen entscheidenden förderlichen Faktor darstellt.

### *Planung und Steuerung in der Kommune*

Die Verschränkung der Einzelfallsteuerung mit der Angebotsplanung sowie der Koordination entsprechender Netzwerke stellt eine zentrale Steuerungsaufgabe der Kommune

---

<sup>32</sup> Die Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen erarbeitet derzeit eine Handreichung zum Thema Altersarmut als Weiterentwicklung der in der Mitgliederversammlung vom 2. April 2014 beschlossenen Empfehlung gegen Altersarmut mit Handlungsempfehlungen für Seniorenvertretungen „Wenn ich einmal arm wär“.

dar. Fallmanagement ist umso wirksamer, je mehr flexible Dienstleistungsangebote für arme bzw. von Armut bedrohte Personen in der Kommune zur Verfügung stehen. Zugleich ist aber auch erkennbar, dass die Verknüpfung von individueller Fallsteuerung und kommunaler Angebotsplanung und -entwicklung fachlich anspruchsvoll und ressourcenbindend ist.

Vielerorts fehlen derzeit noch genauere Daten und Informationen über Hilfe- und Unterstützungsbedarfe und Strukturen in den jeweiligen Kommunen, (Wohn-)Quartieren bzw. Sozialräumen. Grundlage für Planungs- und Steuerungsprozesse kann deshalb ein **Sozialmonitoring** sein, wie es in einigen Kommunen in Nordrhein-Westfalen, u. a. wie dargestellt im Ennepe-Ruhr-Kreis, bereits umgesetzt wird. Die Stärkung einer integrierten und ämterübergreifenden Sozialplanung ist deshalb ein weiterer wichtiger förderlicher Faktor nicht nur für gelingende Unterstützungsleistungen im Bereich der Sicherung bzw. Förderung sozialer Teilhabe, sondern auch für die soziale Daseinsvorsorge im Allgemeinen.

#### *Landesweite Aktivitäten*

Als oberste Landessozialbehörde hat das Sozialministerium gem. § 7 SGB XII die Aufgabe, die Träger der Sozialhilfe bei der Durchführung ihrer Aufgaben zu unterstützen. Dabei kann und sollte das Land einerseits durch die **Förderung innovativer Projekte** und die **Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Instrumenten** aktiv werden.

Für entsprechende Projekte bieten sich u. a. folgende Themen an:

- Verbesserung der Zugangssteuerung für den Personenkreis armer oder von Armut bedrohter Menschen
- Aufbau niedrigschwelliger Angebote im Sozialraum (Begegnungs- und Freizeitangebote, Empowermentprojekte, ehrenamtliche Nachbarschaftshilfen bzw. gemeinwesenorientierte Arbeit als tagesstrukturierende Maßnahmen)
- Entwicklung von Quartiersmanagement und/oder Aufbau von (quartiersbezogenen) Netzwerkstrukturen.

Andererseits sollte das Sozialministerium den u. a. bereits durch das laufende Projekte angeregten interkommunalen Erfahrungsaustausch zwischen allen nordrhein-westfälischen Kommunen verstärkt fördern.

## 5 Anhang

### 5.1 Literatur

Bartelheimer, Peter 2007: Politik der Teilhabe: Ein soziologischer Beipackzettel, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Arbeitspapier Nr. 1/2007 des Projektes Gesellschaftliche Integration, Berlin.

Bartelheimer, Peter 2009: Verwirklichungschancen als Maßstab lokaler Sozialpolitik?, in: Sozialer Fortschritt 58 (3), Landau, S. 48-55.

Bartelheimer, Peter; Kädtler, Jürgen 2012: Produktion und Teilhabe – Konzepte und Profil sozioökonomischer Berichterstattung, in: Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung (Hg.): Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Teilhabe im Umbruch. Zweiter Bericht, Wiesbaden, S. 41-85.

Bonvin, Jean-Michel; Farvaque, Nicolas 2005: What Informational Basis for Assessing Job-Seekers? Capabilities vs. Preferences, in: Review of Social economy 2/2005, S. 269-289.

Brülle, Heiner; Krätschmer-Hahn, Rabea; Reis, Claus; Siebenhaar, Benedikt: Zielsteuerung im SGB II. Kritik und Alternativen, Bonn 2016, FES WISO-Diskurs 9/2016

Corbett, Thomas; Noyes, Jennifer L. 2005a: The challenge of institutional ‘milieu’ to cross-systems integration, in: Focus 24 (1), Madison, S. 28-35.

Corbett, Thomas; Noyes, Jennifer L. 2005b: Cross-system innovations: The line-of-sight exercise, or getting from where you are to where you want to be, in: Focus 24 (1), Madison, S. 36-41.

Corbett, Thomas; Noyes, Jennifer L. 2006: Integrated Human Service Models: Assessing Implementation Fidelity Through the ‘Line of Sight’ Perspective, Working Draft, Milwaukee, [http://legis.wisconsin.gov/lc/publications/rl/rl\\_2007-21.pdf](http://legis.wisconsin.gov/lc/publications/rl/rl_2007-21.pdf) (25.9.2009).

Corbett, Thomas; Noyes, Jennifer L. 2008: Human Services Integration: A Conceptual Framework, Institute For research on Poverty, Discussion Paper No. 1333-08, Madison.

DiMaggio, Paul J.; Powell, Walter W. 2009: Das „stahlharte Gehäuse“ neu betrachtet: Institutioneller Isomorphismus und kollektive Rationalität in organisationalen Feldern, in: Koch, Sascha; Schemman, Michael (Hrsg.): Neo-Institutionalismus in der Erziehungswissenschaft, Wiesbaden, S. 57-84.

Edwards, Anne; Daniels, Harry; Gallagher, Tony; Leadbetter, Jane; Warmington, Paul 2009: Improving Inter-professional Collaborations. Multi-agency working for children's wellbeing, London; New York.

Engeström, Yrjö 2008: Entwickelnde Arbeitsforschung: Die Tätigkeitstheorie in der Praxis, Berlin.

Kolbe, Christian; Reis, Claus 2005: Vom Case Management zum „Fallmanagement“. Zur Praxis des Case Managements in der Sozialhilfe und der kommunalen Beschäftigungspolitik am Vorabend von Hartz IV, Frankfurt am Main.

Leßmann, Ortrud 2007: Konzeption und Erfassung von Armut: Vergleich des Lebenslage-Ansatzes mit Sens „Capability“-Ansatz, Berlin.

Maihofer, Werner; Behrendt, Richard Fritz 1967: Die Würde des Menschen, Hannover.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) 2009: Aktivierung in der Sozialhilfe (SGB XII), Düsseldorf.



Nullmeier, Frank 2005: Output-Steuerung und Performance Management, in: Blanke, Bernhard; von Bandemer, Stephan; Nullmeier, Frank; Wewer, Göttrik (Hg.): Handbuch zur Verwaltungsreform, Wiesbaden, S. 431-444.

OECD 1990: Labour Market Policies for the 1990s, Paris.

Reis, Claus; Hobusch, Tina; Kolbe, Christian 2011: Fallmanagement im SGB II und SGB XII. Ein kritischer Leitfaden, Frankfurt am Main.

Reis, Claus; Geideck, Susan; Hobusch, Tina; Schu, Martina; Siebenhaar, Benedikt; Wende, Lutz 2016: Produktionsnetzwerke in der lokalen Sozial- und Arbeitsmarktpolitik. Aufbau kooperativer Strukturen und Weiterentwicklung sozialer Dienstleistungen am Beispiel des SGB II, Frankfurt am Main.

Reis, Claus; Siebenhaar, Benedikt 2015: Befähigen statt Aktivieren. Aktueller Reformbedarf bei Zielsetzung und Aufgabenstellung im SGB II, Friedrich-Ebert-Stiftung, WISO Diskurs 7/2015, Bonn.

Sandfort, Jodi 2010: Human Service Organizational Technology. Improving Understanding and Advancing Research, in: Hasenfeld, Yeheskel (ed.): Human Services as Complex Organizations, Los Angeles u. a., p. 269-290.

Sen, Amartya 2000: Ökonomie für den Menschen: Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft, München.

Steinbach, Robert 2014: § 1 SGB I, in: Hauck, Karl; Noftz, Wolfgang (Hrsg.): Sozialgesetzbuch (SGB) I, Berlin.

Wahrendorf, Volker 2014: § 1 SGB XII, in: Grube, Christian; Wahrendorf, Volker (Hrsg.): SGB XII: Kommentar, München.

Wallerath, Maximilian 2008: Zur Dogmatik eines Rechts auf Sicherung des Existenzminimums, Juristenzeitung, Tübingen, S. 157-168.

Warmington, Paul; Daniels, Harry; Edwards, Anne; Brown, Steve; Leadbetter, Jane; Martin, Deirdre; Middleton, David 2004: Interagency Collaboration: a review of the literature, Bath; Birmingham.

Weisser, Gerhard 1956: Wirtschaft, in: Ziegenfuß, Werner: Handbuch der Soziologie, Stuttgart.

Wendt, Wolf Rainer; Löcherbach, Peter (Hg.) 2017: Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis, Heidelberg.

5.2 Material

## 5.2.1 (Kölner) Hilfeplanverfahren



## Hilfeplan zur Sicherstellung der häuslichen Pflege für:

---

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Telefon: [REDACTED]  
Mobil:  
E-Mail:

Geburtsdatum: [REDACTED]  
Krankenkasse: [REDACTED]  
Pflegekasse: [REDACTED]  
Pflegegrad: kein Pflegegrad seit: 01.06.2017  
Pflegedienst: Krankenpflegedienst [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

## Hier: Höhe der Leistungen gem. §§ 61 ff SGB XII

---

B-HW (NA) = Angemessene Beihilfe Hauswirtschaft BSG Urteil (Neuantrag)

## Umfeld der Person

---

### Rechtliches Umfeld:

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Seniorenberater

Telefon: [REDACTED]  
Email: [REDACTED]  
[REDACTED]

## 1. Situationserfassung

---

### Hausbesuch

---

Hausbesuch am: 26.06.2017  
Teilnehmer: [REDACTED] (Leistungsberechtigter)  
[REDACTED] (Fachdienst)

### Aktenanalyse / Vorgeschichte

---

#### Bemerkung des Verwaltungsdienstes vom: 04.05.2017

Ich bitte um Feststellung des nach dem SGB XII zu berücksichtigenden Bedarfs. Einzelheiten werden im Dokublatt "Vermerk" genannt.

#### Vermerk vom 14.06.2017:

Der Hilfebedarf wurde laut Abgabebblatt von 502/16 beim Sozialhilfeträger am 04.05.2017 durch den Seniorenberater, [REDACTED], bekannt. [REDACTED] leide an starken Durchblutungsstörungen, die zu Teilamputationen an beiden Füßen führten. Die Wunden werden zurzeit täglich von einem Pflegedienst verbunden. Innerhalb der Wohnung bewege er sich mit einer Krücke fort, außerhalb der Wohnung nutze er einen Rollator für kurze Strecken. Die Wohnung weise umfassende Reinigungsrückstände auf, da [REDACTED] die Reinigung nicht mehr umfänglich erbringen könne. Hauswirtschaftliche Unterstützung werde beantragt.

Laut Gesprächsnotiz von 502/16 vom 07.06.2017 teilte [REDACTED] telefonisch mit, dass er eine private Hilfe in Anspruch nehmen möchte, da er die Kosten für den Hauswirtschaftseinsatz eines Pflegedienstes (Pflegedienst [REDACTED]) als zu hoch empfinde. Zurzeit kaufe eine Schülerin für ihn ein.

#### Hausbesuch vom 26.06.2017:

[REDACTED] wird seit seiner Entlassung aus der Reha am 15.04.2017 notdürftig von Nachbarn unentgeltlich versorgt (Einkäufe, einzelne Fahrten zum Hausarzt). [REDACTED] scheut sich davor, die Nachbarn um ausgedehntere Hilfen zu bitten, da er sich dafür schämt, ihnen nichts geben zu können. Ein Mädchen von der Taschengeldbörse hat für ihn gelegentlich eingekauft. Letzte Woche habe er sich von ihr getrennt, da sie häufig das Falsche eingekauft habe. Da er die Böden und das Badzimmer nicht reinigen konnte, weist die Wohnung leichte Reinigungsrückstände auf.

[REDACTED] beantragt folgende Unterstützung:

Einkaufen 2 x wöchentlich  
Reinigen der Wohnung 1 x wöchentlich  
Reinigen des Treppenhauses 1 x 14-tägig  
Begleitung zu Arztbesuchen 1 x monatlich

[REDACTED] wird beim Hausbesuch über die beiden Versorgungsmöglichkeiten im Haushalt informiert - Hauswirtschafts- bzw. Pflegedienst und private Haushaltshilfe. Er ist sich noch nicht sicher, welche der beiden Möglichkeiten er für sich in Betracht zieht. Er bevorzugt eine private Haushaltshilfe - er wird seine Nachbarn fragen, ob sie mehr Hilfen erbringen könnten.

Falls nicht, wird er die Hilfen durch den mit Behandlungspflege im Einsatz befindlichen Pflegedienst [REDACTED] erbringen lassen. Es wird mit ihm abgesprochen sowohl 503/21/13 als auch 502/16 über seine Entscheidung zu informieren.

## Ressourcen im sozialen Umfeld

Familie: nicht vorhanden  
 Freunde / Bekannte / Nachbarn: förderlich  
 Sonstiges Umfeld: förderlich

## Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

MDK-Begutachtung am: 20.06.2017

Pflegegrad laut MDK-Gutachten: zur Zeit kein Pflegegrad seit: 01.06.2017

Summe der gewichteten Punkte: 5

## Prüfung vorrangiger Leistungsanspr. gem. SGB XI d. d. Fachdienst

Fachdienst-Begutachtung am: 26.06.2017

Die Kriterien für folgenden Pflegegrad liegen vor: zur Zeit kein Pflegegrad seit: 04.05.2017

## Gesundheitliche Situation

### Pflegerelevante Diagnosen / Befunde:

Diagnose gestellt / Befund erhoben durch Fachdienst am 26.06.2017:

- stark eingeschränktes Geh- und Stehvermögen bei peripherer AVK mit Amputation zweier Zehen und Teilen des linken Vorfußes bei Wundheilungsstörung
- Morbus Crohn
- Bei einem Gewicht von 100 kg und einer Größe von 180 cm ergibt sich ein BMI von: 30.86 kg/m<sup>2</sup>. Dies entspricht für Erwachsene (lt. WHO): Adipositas Grad I

### Haus- und fachärztliche Versorgung:

Allgemeinmedizin

[REDACTED] (führt keine Hausbesuche durch)

Telefon: [REDACTED]

Behinderung: Ein Schwerbehindertenausweis wurde beantragt.

## Beurteilung der Ressourcen aller Aktivitäten und Lebensbereiche

### Mobilität

	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
Positionswechsel im Bett	●	○	○	○
Halten einer stabilen Sitzposition	●	○	○	○
Umsetzen	●	○	○	○
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	●	○	○	○
Treppensteigen	○	●	○	○

Bemerkungen:

█ geht in der Wohnung mit Hilfe einer Unterarmgehstütze und mit Festhalten am Mobiliar. Ein Rollator steht ihm ebenfalls zur Verfügung, den er normalerweise außerhalb der Wohnung nutzt. Da er zurzeit nicht mehr als 150 Meter gehen kann und er die Wohnung nicht verlässt, ist der Rollator ungenutzt. Ein Rezept für einen Rollstuhl besitzt █, hat es jedoch noch nicht eingelöst.

Sturzereignisse seien bislang nicht aufgetreten.

### Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

	vorhanden/ unbeein- trächtigt	Größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	●	○	○	○
Örtliche Orientierung	●	○	○	○
Zeitliche Orientierung	●	○	○	○
Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	●	○	○	○
Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	●	○	○	○
Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	●	○	○	○
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	●	○	○	○
Erkennen von Risiken und Gefahren	●	○	○	○
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	●	○	○	○
Verstehen von Aufforderungen	●	○	○	○
Beteiligen an einem Gespräch	●	○	○	○

### Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

	nie oder sehr selten	selten	häufig	täglich
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	●	○	○	○
Nächtliche Unruhe	●	○	○	○
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	●	○	○	○
Beschädigen von Gegenständen	●	○	○	○
Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	●	○	○	○
Verbale Aggression	●	○	○	○
Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	●	○	○	○
Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	●	○	○	○
Wahnvorstellungen	●	○	○	○
Ängste	●	○	○	○
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	●	○	○	○
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	●	○	○	○
Sonstige pflegerelevante inadäquate	●	○	○	○



Handlungen				
------------	--	--	--	--

**Bemerkungen:**

■■■■■ erscheint beim Hausbesuch eher problemfixiert als lösungsorientiert.

Selbstversorgung

	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
Waschen des vorderen Oberkörpers	●	○	○	○
Körperpflege im Bereich des Kopfes	●	○	○	○
Waschen des Intimbereichs	●	○	○	○
Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	●	○	○	○
An- und Auskleiden des Oberkörpers	●	○	○	○
An- und Auskleiden des Unterkörpers	●	○	○	○
Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	●	○	○	○
Essen	●	○	○	○
Trinken	●	○	○	○
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	●	○	○	○
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter mit Urostoma	entfällt, da (überwiegend) kontinent			
Bewältigen der Folgen einer Stuhl-inkontinenz und Umgang mit Stoma	entfällt, da (überwiegend) kontinent			
Sondenernährung	Versorgung selbständig	Versorgung mit Hilfe		
		nicht täglich nicht auf Dauer	Täglich zusätzlich zu oraler Ernährung	Ausschließlich oder nahezu ausschließlich
	entfällt			

**Bemerkungen:**

■■■■■ duscht bzw. badet wegen der Wunden zurzeit nicht. Er duscht sich lediglich den Oberkörper über der Wanne ab. Sobald er wieder duschen/baden darf, möchte er sich einen Wannenaufbau verordnen lassen, da ihm Ein- und Ausstieg seit längerem schon Schwierigkeiten bereiten. Mit Hilfsmittel ist der Hilfebedarf adäquat gedeckt.

Nächtliche Verrichtungen	nie oder max. einmal wöchentlich	mehrmals wöchentlich	einmal pro Nacht	mehrmals pro Nacht
	●	○	○	○

Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

	entfällt	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
Medikation	○	●	○	○	○
Injektionen	●	○	○	○	○

Versorgung intravenöser Zugänge	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absaugen und Sauerstoffgabe	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messung und Deutung von Körperzuständen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körpernahe Hilfsmittel	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbandwechsel und Wundversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Versorgung mit Stoma	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arztbesuche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Bemerkungen:**

Der Pflegedienst wechselt jeden 2. Tag die Verbände. Zudem stellt sich [REDACTED] noch bis zum 30.06.2017 14-tägig im Uniklinikum zur Wundkontrolle vor. Ab Juli soll die Kontrolle von einem chirurgischen Facharzt durchgeführt werden. Die Fahrten dorthin wurden/werden von der Krankenkasse gezahlt.

Hausarztbesuche stellen für [REDACTED] ein Problem dar, da sich die Praxis in Heimersdorf befindet. Eine Bekannte fährt ihn dorthin, da er noch nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren kann. [REDACTED] sucht den Hausarzt max. 1 x monatlich auf.

**Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
Gestaltung des Tagesablaufes und Anpassung an Veränderungen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruhen und Schlafen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sichbeschäftigen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	----------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

		vorhanden	überwiegend vorhanden	gering vorhanden	nicht vorhanden
Verständnis der deutschen Sprache	Deutsch ist die Muttersprache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Außerhäusliche Aktivitäten

Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung:

- selbständig (ohne Begleitung)
- überwiegend selbständig (mit Unterstützung, aber auch mit Eigenaktivität der Person)
- überwiegend unselbständig (Hilfe durch eine Person reicht jedoch aus)
- unselbständig (Hilfe durch zwei Personen erforderlich)

Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung:

- selbständig (ohne Begleitung)
- nur auf gewohnten Wegen selbständig
- auf allen Wegen nur mit personeller Hilfe möglich
- auch mit personeller Hilfe nicht möglich

Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr:

- selbständig (ohne Begleitung)
- nur auf gewohnten Wegen selbständig
- auf allen Strecken nur mit personeller Hilfe möglich
- auch mit personeller Hilfe nicht möglich

Mitfahren in einem Kraftfahrzeug:

- selbständig
- benötigt nur Hilfe beim Ein-/Aussteigen (Hilfsperson während der Fahrt ist nicht erforderlich)
- benötigt Hilfe (auch) während der Fahrt mit dem PKW/Taxi (zusätzlich zum Fahrer)
- nicht möglich, Liegendtransport oder Transport im Rollstuhl (Spezialfahrzeuge) notwendig

Bemerkung:

■■■■■ ist aufgrund der Wunden am linken Fuß nicht in der Lage, mehr als ca. 150 Meter zu gehen, da es dann zu Blutungen und zu starken Schmerzen der Wunden kommt.

### Teilnahme an Aktivitäten (Beurteilung ohne Berücksichtigung von Wegstrecken)

Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen

- Teilnahme selbständig möglich
- nicht selbständig, Teilnahme ist nur mit unterstützender Begleitung möglich
- Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich

Besuch von Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes

- Es findet kein Besuch der genannten Einrichtungen statt.

## Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit andern Menschen

- Teilnahme selbständig möglich
- nicht selbständig, Teilnahme ist nur mit unterstützender Begleitung möglich
- Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich

## Haushaltsführung

	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
Einkaufen für den täglichen Bedarf	○	○	●	○
Zubereiten einfacher Mahlzeiten	●	○	○	○
Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten	●	○	○	○
Aufwendige Aufräum- und Reinigungsarbeiten , einschließlich Wäschepflege	○	○	○	●
Nutzung von Dienstleistungen	●	○	○	○
Umgang mit finanziellen Angelegenheiten	●	○	○	○
Umgang mit Behördenangelegenheiten	●	○	○	○

### Bemerkung:

■■■■■ benötigt Unterstützung beim Reinigen der Böden, des Badezimmers, der Fenster und bei den Einkäufen. Den Bettwäschewechsel sowie die vollständige Wäschepflege erledigt er selbständig. Darüber hinaus ist er in der Lage, seine Mahlzeiten zuzubereiten und zu kochen.

## Wohnen

---

Wohnart:                   Miete  
Etage:                     Parterre  
Fahrstuhl:                vorhanden  
Wohnfläche:             ca. 36,00 m<sup>2</sup>  
Anzahl Räume:         1  
Personen im Haushalt:  1  
Waschmaschine:         vorhanden

### Badezimmerausstattung:

Bad mit Badewanne

### Bemerkungen:

Bis zur Haustür sind 4 Stufen zu überwinden. Die Waschmaschine befindet sich in einer den Mietern zugänglichen Waschküche auf der gleichen Etage. Er nutzt die Waschmaschine, die dort vom Vermieter zur Verfügung steht, unentgeltlich.

Die Wohnung weist leichte Reinigungsrückstände auf (Fenster, Bad, Fußböden). Insgesamt erscheint die Wohnung zwar renovierungsbedürftig (Wände, Decke) ist aber insgesamt wohnlich eingerichtet und aufgeräumt.

### Infrastruktur im Umkreis von 500 m:

Arzt:                       nicht erreichbar  
Apotheke:                erreichbar  
öffentliche Verkehrsmittel: erreichbar

Einkaufsmöglichkeiten: erreichbar

## Hilfsmittel:

---

Rollator  
Zwei Unterarmgehstützen  
Toilettenstuhl

## Beratung

---

Zu folgenden Punkten wurde beraten:

- Informationen zu den Einwilligungserklärungen
- Informationen zu den Leistungen des Pflegedienstes und zum Leistungskomplexsystem
- private Haushaltshilfe
- Anmeldung einer privaten Haushaltshilfe bei der Minijobzentrale
- Hilfsmittel: Verordnung eines Wannenlifts durch den Hausarzt
- Schwerbehindertenausweis und Merkzeichen; Vorlage einer Kopie bei 502/16

## Fazit und Bedarfsdeckung

---

■■■■■■ hat sich beim Hausbesuch des Fachdienstes noch nicht entscheiden könne, ob ein Pflegedienst/Hauswirtschaftsdienst oder eine private Haushaltshilfe seinen Hilfebedarf decken sollen. Ihm wurden beide Optionen ausführlich erläutert. Er sichert zu, sich umgehend bei 502/16 bzw. 503/21 zu melden, sobald er sich entschieden hat.

Zur Deckung des hauswirtschaftlichen Hilfebedarfes ist der Einsatz eines Pflegedienstes/Hauswirtschaftsdienstes erforderlich.

Durch die Gewährung einer angemessenen Beihilfe wird der Einsatz eines Pflegedienstes vermieden. Andere Leistungen gem. § 65 Abs. 1 Satz 2 SGB XII für die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft (Pflegedienst) würden sich die Kosten auf ca. 200 € monatlich belaufen. Für die Deckung des Hilfebedarfs durch die private Pflegeperson ist ein zeitlicher Aufwand von ca. 2 Stunden wöchentlich erforderlich und angemessen (Wohnungsreinigung, Treppenhausreinigung, Einkäufe, Begleitung zu Arztbesuchen). Dies ergibt einen Zeitaufwand von ca. 9 Stunden monatlich (gerundet) . Bei einem Stundenlohn von 10 € entspricht dies einem Betrag von 90 € monatlich .

## Zielformulierung

---

Sicherstellung der häuslichen Versorgung bis auf weiteres.

## 2. Leistungen und Maßnahmen

---

### Maßnahmen zur Bedarfsdeckung (ohne Kosten für den Sozialhilfeträger Stadt Köln)

---

Folgende Leistungen werden von anderen Personen erbracht:

#### Behandlungssicherungspflege gem. § 37 Abs. 2 SGB V

Zeitraum: von: 04.05.2017 bis: auf weiteres

Beschreibung: Verbandwechsel

Anbieter: Krankenpflegedienst [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

### Maßnahmen zur Bedarfsdeckung (mit Kosten für den Sozialhilfeträger Stadt Köln)

---

Bei Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen sind die Kosten für die folgenden Leistungen / Maßnahmen zu übernehmen:

#### (01) Einsatz eines Pflegedienstes

Zeitraum: von: 26.06.2017 bis: auf weiteres

Beschreibung: Wenn sich [REDACTED] dafür entscheidet, sind die Kosten für den Einsatz eines Pflegedienstes bzw. Hauswirtschaftsdienstes auf der Grundlage beiliegender Modulaufstellung zu übernehmen.

Anbieter: Krankenpflegedienst [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

#### (05) angemessene Beihilfe

Zeitraum: von: 26.06.2017 bis: auf weiteres

Beschreibung: Wenn sich [REDACTED] für eine private Haushaltshilfe entscheidet, ist eine Beihilfe in Höhe von monatlich 90 € zu gewähren.

### Beantragte Maßnahmen, die nicht erforderlich sind

---

Folgende Leistungen sind mit Bescheid abzulehnen:

- keine -

### 3. HP zur weiteren Veranlassung

---

Information an den im Einsatz befindlichen Pflegedienst über den Umfang der bewilligten Leistungen - wenn sich [REDACTED] hierfür entscheidet.

Einverständniserklärung zur Zahlweise:  
liegt vor

Bitte um erneute Abgabe am 02.10.2017, da sich der Hilfebedarf voraussichtlich verringern wird.

---

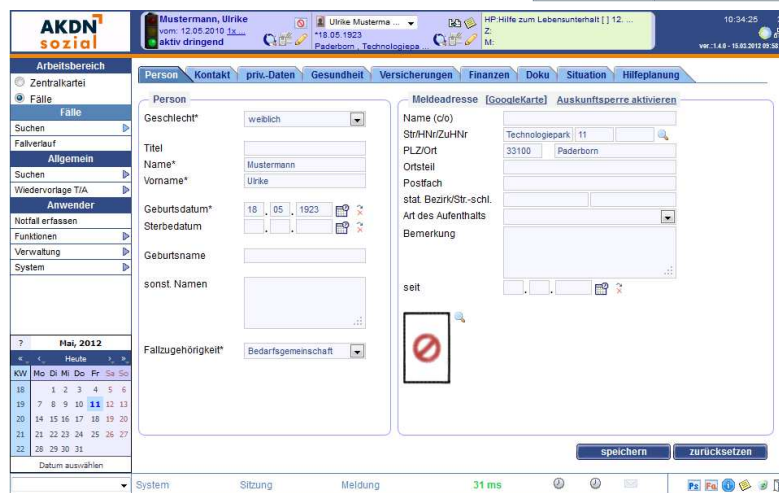
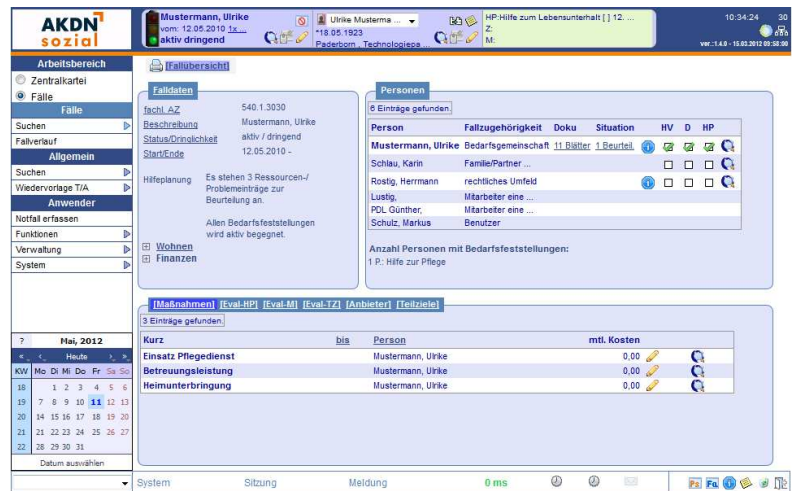
gez. [REDACTED]

5.2.2 Flyer AKDN (Stadt Köln)



## Fallmanagement für das Sozialamt

Die Software für das Fallmanagement von AKDN-sozial wurde in Zusammenarbeit mit erfahrenen Praktikern aus den Sozialämtern für ihre Belange entwickelt und bietet eine effektive Unterstützung der Planung, Implementierung, Koordinierung, Überwachung und Evaluierung des Versorgungsbedarfs Ihres Klienten.



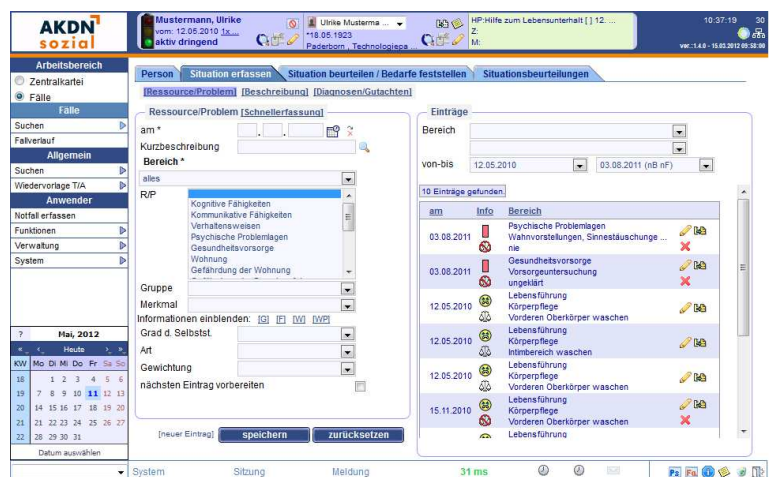
## Übersichtlichkeit

Sie können sich in einer klar strukturierten Oberfläche jederzeit einen Überblick über die Stamm-, Gesundheits-, Finanz-, Situations- und Hilfeplanungsdaten verschaffen.

## Situationserfassung

AKDN-sozial bietet Ihnen ein einfach zu bedienendes System zur Dokumentation einer vorgefundenen Situation insbesondere der Erfassung persönlicher Ressourcen und Probleme.

Durch die Kategorisierung der einzelnen Bereiche wird der Erfassungsaufwand gering gehalten und bietet gleichzeitig die Basis für ein umfangreiches Berichtswesen.





5.2.3 Personenübersicht FMThiA (Stadt Münster)

## Übersichtsblatt FM ThiA

### Nachfragender:

Frau  
 XXXXXXXXX  
 XXXXXXXXX  
 48xxx Münster

geb.: xxxxxxxx  
 Alter: 80 Jahre  
 Telefon: xxxxxxxx

### Hilfsmittel:

- Gehhilfe

## Situation

### Ressourcen

Datum: 10.06.2016  
 Gruppe: Biografie  
 Merkmal: Biografie

Beschreibung: Frau K. hat schon mit 18 geheiratet und ein Kind bekommen. Ihre Lehre hat sie nicht beendet. Ihr Mann hat an der Wese einen Lebensmittelladen geerbt. Den hat sie dann geführt mit dem kleinen Kind. Der Laden hat sich irgendwann nicht mehr gerechnet, weil viele der Häuser dort nur noch als Ferienhäuser genutzt wurden. Daraufhin hat ihr Mann den Martinihof gepachtet und sich als Gastronom selbstständig gemacht. Sie hat im Betrieb mitgearbeitet. Ihr Mann ist zum Alkoholiker geworden. Frau K. sprach davon, dass ihre Kinder es sehr schwer hatten in der Kindheit. Sie hat sich von ihrem Mann getrennt, als die Söhne 12 und 14 Jahre alt waren. Seit der Trennung hat sie in Vollzeit im Textilgewerbe noch 33 Jahre gearbeitet und ist sehr verbittert darüber, dass sie so wenig Rente dafür bekommt. Aber sie ist auch stolz, dass sie es geschafft hat und dass ihre Söhne gute Ausbildungen und gute Stellen haben.

Datum: 10.06.2016  
 Gruppe: Mobilität  
 Merkmal: Bus

Beschreibung: Frau K. fährt viel mit dem Bus. Sie kann kostenlos fahren, da sie das Merkmal G im Ausweis hat.

Datum: 10.06.2016  
 Gruppe: Soziale Kontakte  
 Merkmal: Familie

Beschreibung: Frau K. hat zwei Söhne, die jedoch beide nicht in Münster leben. Der ältere ist verheiratet und hat zwei Kinder und ein Enkelkind. Der jüngere hat Diabetes Typ 1 und ist dadurch sehr eingeschränkt. Frau K. hat ein gutes Verhältnis zu den Söhnen und wird auch häufig eingeladen, möchte aber nicht dauerhaft zu einem der beiden ziehen.

18.11.2016: Der jüngere Sohn ist letzte Woche sehr plötzlich verstorben. Frau K. leidet sehr darunter.

Datum: 10.06.2016  
Gruppe: Soziale Kontakte  
Merkmal: Nachbarn

Beschreibung: Die Nachbarschaft ist gut, aber aufgrund des Alters der Mitbewohner kann Frau K. nicht auf Hilfe zurückgreifen. Die Wohnung ist mit einem Notruf ausgestattet, der auf dem Hausflur klingelt. Dann würden die Nachbarn zu Hilfe kommen.

Datum: 10.06.2016  
Gruppe: Wohnen  
Merkmal: Lage der Wohnung

Beschreibung: Die Wohnung liegt sehr zentral und bietet Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe.

Datum: 10.06.2016  
Gruppe: Wohnen  
Merkmal: Ordnung

Beschreibung: Die Wohnung ist klein, sauber und ordentlich

### **Probleme**

Datum: 10.06.2016  
Gruppe: Lebenseinstellung  
Merkmal: Sorgen/ Nöte

Gewichtung:

Beschreibung: Frau K. ist sehr traurig darüber, dass sie jetzt in dieser Situation ist. Sie war früher ein sehr lebensfroher Mensch und ist gerne ausgegangen. Sie hatte einen Lebensgefährten und hat mit ihm regelmäßig gekegelt und etwas unternommen. Nun hat sie keinen Lebensgefährten mehr und auch kein Geld, um rauszugehen. Auch hat sie den Kontakt zu fast allen Freunden abgebrochen, weil sie sich geschämt hat, dass sie von Sozialhilfe lebt. Sie sitzt fast nur noch zuhause und sieht fern und ist sehr unglücklich dabei.

Datum: 10.06.2016  
Gruppe: Finanzielle Situation  
Merkmal: Umgang mit Geld

Gewichtung:

Beschreibung: Frau K. hat große Probleme mit ihrem Geld auszukommen. Sie spart auf zwei Sparbücher. Das eine mit einem Guthaben von ca. 1000 € ist für die Bestattung und das andere mit einem Guthaben von 100 € für Geschenke für die Enkel- und Urenkelkinder. Sie würde sehr gerne einmal wieder einen Tagesausflug mit dem Bus machen, kann sich das aber nicht leisten.

Datum: 10.06.2016  
Gruppe: Gesundheit  
Merkmal: psychisch/ emotional

Gewichtung:

Beschreibung: Frau K. leidet an Depressionen und wird auch deshalb behandelt.

Datum: 10.06.2016  
Gruppe: Gesundheit  
Merkmal: körperlich

Gewichtung:

Beschreibung: Frau K. hat starke Arthrose. Sie hat schon zwei künstliche Kniegelenke von denen eines neu gemacht werden müsste. Sie schiebt dies aber vor sich her, weil sie nicht

weiß, wie sie anschließend zu Recht kommen könnte. Sie möchte auf keinen Fall, dass ihre Söhne damit belastet werden.

Datum: 10.06.2016  
Gruppe: Freizeit/ Interessen  
Merkmal: Wissen um Angebote

Gewichtung:

Beschreibung:Frau K. würde sehr gerne neue Kontakte schließen und mal wieder heraus kommen aus ihren vier Wänden, sie hat sich aber nicht informiert und auch nicht gekümmert um Angebote.

Datum: 10.06.2016  
Gruppe: Freizeit/ Interessen  
Merkmal: Kirche

Gewichtung:

Beschreibung:Frau K. ist ein gläubiger Mensch, ist aber aus der katholischen Kirche aufgrund der Skandale ausgetreten. Sie möchte auch keinen Kontakt mehr zur Kirche oder dort Veranstaltungen besuchen.

Datum: 10.06.2016  
Gruppe: Freizeit/ Interessen  
Merkmal: Hobby

Gewichtung:

Beschreibung:Frau K. hat keine Hobbys. Sie schaut fast nur fern.

Datum: 10.06.2016  
Gruppe: Soziale Kontakte  
Merkmal: Freunde

Gewichtung:

Beschreibung:Frau K. hat keinerlei Freunde oder Bekannte. Sie hat den Kontakt zu vielen ehemaligen Freunden verloren, weil sie nicht zugeben mochte, dass sie Grundsicherung bekommt und die Unternehmungen nicht mehr mitmachen konnte. Von vielen Bekannten hat sie sich zurückgezogen.

Datum: 10.06.2016  
Gruppe: Wohnen  
Merkmal: Barrierefreiheit

Gewichtung:

Beschreibung:Das Bad ist nur mit einer Badewanne ausgestattet, die Frau K. aufgrund der Höhe des Einstieges nicht mehr nutzen kann.

5.2.4 Hilfeplan FMThiA (Stadt Münster)

## Hilfeplan

### **Gesamtziel:**

gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen  
existentielle Bedarfe decken

### **Teilziele:**

gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen

Beschreibung:

- Altes Backhaus
- Tagestouren,

existentielle Bedarfe

Beschreibung:

- Antrag Lichtblick aus einen Zuschuss für einen Fernseher, Stromnachzahlung und eine Patenschaft,
- Renovierung
- Wohnberatung,

### **Maßnahmen:**

Tagestouren

Beschreibung: Antrag Stiftung, wenn Frau K. eine Tagestour findet, die sie machen möchte.

Status: abgelehnt, Frau K. fühlt sich über die Veranstaltungen des Vereins Lichtblick ausgelastet.

Anbieter:

Kontakt:

Altes Backhaus

Beschreibung: Frau K. war im alten Backhaus und möchte jetzt regelmäßig dorthin gehen. Sie fühlt sich sehr wohl und hat schon erste Kontakte geknüpft.

Status: läuft/bewilligt

Anbieter: Altes Backhaus, Coerdestr. 56, Münster

Kontakt:



### Antrag Lichtblick

Beschreibung:Antrag Lichtblick gestellt für Fernseher, Stromnachzahlung und Patenschaft.  
Alle Anträge wurden bewilligt. Frau K. hat sich sehr gefreut.

Status: läuft/bewilligt  
Anbieter: Lichtblick Seniorenhilfe Münster  
Kontakt:

### Renovierung

Beschreibung:Die Renovierung ist mietvertraglich geschuldet. Pauschale wird gezahlt und die Renovierung wurde durchgeführt. Frau K. ist sehr zufrieden.

Status: läuft/bewilligt  
Anbieter:  
Kontakt:

### Wohnberatung

Beschreibung:Frau Eikel von der Wohnberatung ist eingeschaltet. Bei Frau K. wurde das Bad barrierefrei aus Mitteln der Eingliederungshilfe umgebaut. Sie kann die Dusche nun wieder ohne fremde Hilfe nutzen.

Status: läuft/bewilligt  
Anbieter:  
Kontakt:

### sozialer Kontakt

Beschreibung:Frau K. würde sehr gerne einmal wieder ins Theater gehen. Der Verein Lichtblick hat Frau K. nun mehrfach zu Konzerten und Ausflügen mitgenommen. Frau K. hat auf diesen Veranstaltungen eine Dame kennengelernt, die in der gleichen Situation ist wie sie und mit der sie sich gut versteht. Die beiden unternehmen nun auch häufiger etwas zusammen.

Status: läuft/bewilligt  
Anbieter: Lichtblick Seniorenhilfe  
Kontakt:

5.2.5 Kooperationsvereinbarung Stadt und Verbände  
(Stadt Münster)

## **Vertrag**

**zwischen der Stadt Münster, vertreten durch den Oberbürgermeister**

**im folgenden "Stadt" genannt –**

**und**

**...**

**im Folgenden "Verband" genannt –**

**wird folgender Vertrag geschlossen:**

### **§ 1**

#### **Gegenstand des Vertrags**

Der Verband bietet in Münster stadtteilbezogene soziale Arbeit an, die sich an erwachsene Menschen mit den in den Kapiteln 3 bis 9 SGB XII bezeichneten Hilfebedarfen (Zielgruppe) richtet. Die stadtteilbezogene Sozialarbeit ist ein Basisangebot wohnortnaher Dienstleistungen für die Zielgruppe und umfasst insbesondere individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung, die der Verband selbst bereitstellt oder für deren Bereitstellung durch Dritte er sorgt. Eine individuelle Leistungsberechtigung nach dem SGB XII ist nicht Zugangsvoraussetzung für die Dienstleistungen.

Im sachlichen Zusammenhang seines Dienstleistungsangebots arbeitet der Verband mit anderen Gruppen und Institutionen zusammen, die soziale Angebote und Dienste für die betreffenden Stadtteile bereitstellen; er wirkt darüber hinaus an der bedarfsgerechten Sicherung und Weiterentwicklung der wohnortnahen sozialen Infrastruktur in den betreffenden Stadtteilen mit.

Für die Wahrnehmung dieser Aufgaben unterstützt die Stadt Münster den Verband gem. § 5 III S. 2 SGB XII. Die kommunale Förderung setzt sich aus einem die Aufgabenwahrnehmung im Rahmen stadtteilorientierter sozialer Arbeit betreffenden Teilzuschuss sowie einer Grundpauschale zusammen.

Die Aufgabenwahrnehmung des Verbandes im Rahmen weiterer spezifischer sozialer Dienstleistungsangebote, für deren Bereitstellung er finanzielle Leistungen der Stadt erhält, bleibt durch diesen Vertrag unberührt.

### **§ 2**

#### **Zielgruppe und Aufgaben**

Die Zielgruppe umfasst erwachsene Personen, die außerhalb von Einrichtungen wohnen und auf eine oder mehrere individuelle, in den Kapiteln 3 bis 9 SGB XII bezeichneten

Hilfen angewiesen sind, bei denen ein solcher Hilfebedarf einzutreten droht oder bei denen nach Beseitigung der Notlage die Wirksamkeit der zuvor geleisteten Hilfe abzusichern geboten ist. Die Aufgabenwahrnehmung im Rahmen dieses Vertrags ist gegenüber spezifischen Dienstleistungen des Verbandes sowie entsprechender Leistungen Dritter nachrangig.

Zu den Beratungs-, Begleitungs- und Unterstützungsangeboten (Einzelfallebene), die der Verband selbst bereitstellt oder für deren Bereitstellung durch Dritte er sorgt, gehören:

- vorläufige Bedarfsklärung unmittelbar nach Bekanntwerden einer individuellen Notlage und geordnete Fallübergabe,
- trägerneutrale Information über soziale Dienstleistungen und über Möglichkeiten gesellschaftlichen Engagements,
- Beratung und Begleitung bei psychosozialen Problemen,
- Unterstützung bei der Inanspruchnahme wohnortnaher sozialer Angebote und Dienste,
- Vermittlung und Begleitung zu Einrichtungen, Institutionen und Fachdiensten,
- Beratung und Unterstützung von Angehörigen und ggf. weiteren Personen des sozialen Umfelds im konkreten Hilfefallzusammenhang,
- Planung und Durchführung fachübergreifender Informations- und Bildungsveranstaltungen sowie Projekte zu zielgruppenspezifischen Themen im Aufgabenzusammenhang dieses Vertrags.

Die die soziale Infrastruktur in den Stadtteilen betreffenden Aufgaben umfassen:

- Förderung eines inklusiven Gemeinwesens,
- Förderung von nachbarschaftlichen, ehrenamtlichen und ggf. kirchengemeindlichen Bezügen
- Förderung der gesellschaftlichen Mitverantwortung und Mitsprache,
- Informationsaustausch über die Aktivitäten, Vorhaben und Beobachtungen mit den anderen Akteuren sozialer Arbeit (Vernetzung),
- Aktivieren und Begleiten ehrenamtlicher, auch der an Kirchengemeinden angebotenen, Gruppenaktivitäten,
- aktive Mitarbeit in relevanten Gremien im Stadtteil, ggf. Organisation und Moderation (z. B. der Arbeitskreise „Älter werden in ...“),
- aktive Mitwirkung an der Pflege virtueller Netzwerke (z. B. Seniorenportal, KOMM Münster),
- Dokumentation von Informationen über Entwicklungen im Wohngebiet, insbesondere über Bedarfsverschiebungen der Zielgruppe und über Veränderungen des Infrastrukturangebots,
- Bewertung der Informationen, Entwicklung von Lösungsansätzen und Umsetzung unmittelbar realisierbarer Ansätze in Rückkopplung zum jeweiligen Verband und zur Stadt (Sozialamt),
- Entwicklung von Lösungsansätzen und Umsetzung unmittelbar realisierbarer Ansätze,
- Regelmäßiger Austausch der Informationen mit den jeweiligen Verbänden sowie mit der Stadt (Sozialamt), Klärung weiterer Lösungsperspektiven,
- Öffentlichkeitsarbeit.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Verbandes bringen sich aktiv in eine kommunikative, vernetzende und beteiligungsorientierte Sozialplanung auf stadtteil- und gesamtstädtischer Ebene ein.

### § 3

#### Stadtteile, Wohngebiete

Der Verband nimmt die Aufgaben gem. § 2 in folgenden Gebieten wahr:

Bezeichnung des Gebiets	Statistische Bezirke
Stadtbezirk Münster-Mitte	
Stadtbezirk Münster-West	
Stadtbezirk Münster-Nord	
Stadtbezirk Münster-Ost	
Stadtbezirk Münster-Südost	
Stadtbezirk Münster-Hiltrup	

Innerhalb der Gebiete entscheidet der Verband unter Berücksichtigung der Bedarfe im Gebiet und der fachlichen Anforderungen im Einvernehmen mit der Stadt über seine Arbeitsschwerpunkte nach Teilräumen.

### § 4

#### Dokumentation

Der Verband stellt sicher, dass die Fachkraft(/Fachkräfte) die Wahrnehmung der Aufgaben auf der Einzelfallebene schriftlich und nachvollziehbar dokumentiert(/en).

Die Dokumentation erfasst alle Schritte von der Fallübernahme bis zum Abschluss bzw. bis zur Abgabe an einen anderen Fachdienst; sie sollte mindestens folgende Angaben beinhalten: Beschreibung der aktuellen Situation sowie der getroffenen Maßnahmen. Ist die Beratung, Begleitung oder Unterstützung durch den Verband nicht nur vorübergehend erforderlich, enthält die Dokumentation folgende weitere Angaben: Benennung möglicher beteiligter Fachkräfte, Erläuterung zu ersten Ergebnissen bzw. Erfahrungen im Fallverlauf, weitere Entscheidungen, kontinuierliche Rückmeldungen zum Prozess an den entsprechenden Fachdienst, Überprüfung von Zeitvorgaben und weiterer den Einzelfall betreffende Hinweise. Die Dokumentation wird im Detail zwischen dem Verband und der Stadt abgestimmt.

## § 5

### **Jährliche Planungsgespräche und Zielvereinbarungen**

Neben dem regelmäßigen fachlichen Austausch zwischen dem für die Aufgabenwahrnehmung gem. § 2 verantwortlichen Personal des Verbandes und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern der Stadt treffen Verband und Stadt jährliche Zielvereinbarungen. Wesentliche Bestandteile der Zielvereinbarungen, die in Planungsgesprächen in enger Abstimmung mit der Stadt erörtert werden sind z. B.

- Stabilisierung und Verbesserung der Lebenslage betroffener Menschen im Stadtteil,
- Aufbau und/oder Optimierung von Netzwerkstrukturen im Quartier,
- Förderung eines inklusiven Gemeinwesens,
- Darstellung der Angebots- und Bedarfslage im Stadtteil,
- Beratungs- und Vermittlungsarbeit (z. B. Aufbau von persönlichen Kontakten durch zugehende Beratungen),
- Darstellung Auswirkungen des demographischen Wandels im Stadtteil/Quartier.

Pro Jahr werden bis zu drei konkrete Ziele in Jahresgesprächen vereinbart. Wesentlicher Bestandteil der Folgejahresgespräche ist der Austausch über die Zielerreichung.

## § 6

### **Angebote und Räumlichkeiten im Stadtteil**

Zur Durchführung der beschriebenen Leistungen werden geeignete barrierefreie Räume im Quartier bzw. Stadtteil vorgehalten. Anzustreben ist die Nutzung vorhandener Beratungs- und Begegnungsräume, die bereits durch Träger bzw. Einrichtungen genutzt werden. Der Austausch und die Abstimmung mit weiteren Beratungs- und Begegnungsangeboten von öffentlichen Wohlfahrtsträgern, Kirchengemeinden, Sozialbüros und sonstigen Diensten in bereits vorhandenen bzw. neu zu gründenden Netzwerken wird gewährleistet und nach Maßgabe der konkreten Anforderungen an die Aufgabenwahrnehmung im Stadtteil bzw. Wohngebiet ausgebaut.

Der Verband bietet im Rahmen seiner Aufgabenwahrnehmung gem. § 2 die in der Anlage aufgeführten offenen Sprechzeiten in den genannten Stadtteilen sowie weitere Beratungszeiten nach Absprache an. Darüber hinaus ist der Verband auch aufsuchend tätig.

Die Sprech- und Beratungszeiten sind deutlich sichtbar am Gebäude anzubringen und entsprechend öffentlich bekannt zu machen.

## **§ 7**

### **Netzwerk- und Kooperationstätigkeit**

Stadt und Verband pflegen eine Zusammenarbeit zum Wohl der in § 1 und 2 bezeichneten Zielgruppen. Der Verband kooperiert mit allen Leistungsanbietern, Institutionen und ehrenamtlichen Organisationen, die den Einzelfall betreffen und für den Einzelfall und die Zielerreichung notwendig sind.

Die Leistungen und Angebote beteiligungsorientierter Gemeinwesenarbeit werden durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Verbandes im Stadtteil in Netzwerke zusammengeführt.

## **§ 8**

### **Personal**

Zur Erfüllung der in § 2 genannten Aufgaben wird von Seiten des Verbandes insgesamt eine ... Fachkraftstelle ab 01.01.2012 vorgehalten. Die Stellenanteile verteilen sich auf .... Der Verband benennt der Stadt die Person bzw. die Personen, die diese Aufgaben übernimmt bzw. übernehmen und informiert über einen möglichen Mitarbeiterwechsel.

Der Verband verpflichtet sich, eine/einen ausreichend qualifizierte/ Mitarbeiterin/ Mitarbeiter für dieses Aufgabensegment zu beschäftigen und in erforderlichem Maße weiterzuqualifizieren.

## **§ 9**

### **Kommunale Finanzierung / Vergütungsregelung / Abrechnung**

Der Verband wird seine Aufgabenwahrnehmung so planen und durchführen, dass eine stetige und wirtschaftliche Erfüllung der Aufgaben gewährleistet ist.

Die Stadt beteiligt sich im Umfang von jährlich ... € an den laufenden Personal- und Sachkosten der stadtteil- und zielgruppenorientierten sozialen Arbeit des Verbandes im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. § 2; die Stadt gewährt dem Verband darüber hinaus eine Grundpauschale von ... €.

Der Zuschuss der Stadt wird als Festbetrag gezahlt. Eine Nachfinanzierung ist ausgeschlossen. Soweit ein die Leistungen des Verbandes und ihre städtische Förderung regelnder Rahmenvertrag eine Regelung zur Anpassung der in diesem Vertrag festgelegten Zuschüsse trifft, gilt jene Regelung. Die Stadt zahlt den jährlichen Zuschuss zum 01.04. eines Jahres an den Verband aus.

Der Verband ist verpflichtet, den Zuschuss an die Stadt zurückzuzahlen, soweit

- er den Verwendungsnachweis (§ 9) sowie die Zielvereinbarung (§ 4) hierfür nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vorlegt und diesen auch nach Aufforderung nicht erbringt,
- er den Zuschuss für die Aufgaben des Verbandes gem. § 2 nicht verwendet oder nicht benötigt,
- Ansprüche aus diesem Vertrag abgetreten oder verpfändet werden,
- ein Insolvenz- oder Vergleichsverfahren gegen den Verband beantragt oder eröffnet wird oder soweit
- der Verwendungsnachweis unrichtige Angaben über Kosten oder Sachverhalte enthält, die bei zutreffender Angabe eine geringere Bemessung des Zuschusses ergeben hätten.

Einen überzahlten Zuschuss muss der Verband unverzüglich an die Stadt zurückzahlen.

## **§ 10**

### **Verwendungsnachweis, Rechnungsprüfung**

Der Verband legt der Stadt einen Verwendungsnachweis bestehend aus jeweils standardisierten Sach- und Finanzbericht bis zum 31.05. des jeweils folgenden Jahres vor. Der Sachbericht enthält insbesondere Aussagen über

- die tatsächlichen Öffnungszeiten,
- die Zahl der durchgeführten Beratungen,
- den Umfang stattgefundenener Hausbesuche und Begleitungen,
- die Verteilung Ratsuchender nach Alter, Geschlecht, Herkunftsland,
- die Beratungsgegenstände,
- die Ergebnisse der Beratung bzw. begleitenden Unterstützung,
- einen Bericht über die Netzwerkarbeit
- eine begründete Darstellung der Ergebnisse der vereinbarten Ziele.

Die Angaben im Verwendungsnachweis sind durch rechtsverbindliche Unterschrift zu bestätigen. Veränderungen in der Körperschaft, im Gesellschaftsvertrag sowie in der Gemeinnützigkeit und ggf. in den Mietverhältnissen sind zu belegen. In dem Finanzbericht sind die angefallenen Ausgaben und die zu ihrer Deckung eingesetzten Mittel getrennt nach Kostenarten summarisch aufzuführen. Die Personal-, Miet- und Mietnebenkosten im Finanzbericht sind zu belegen. Die Stadt ist berechtigt, die zuvor genannten Unterlagen über das Personal, die Mietverhältnisse sowie die räumliche Unterbringung zu überprüfen. Der Verband verpflichtet sich, alle Abrechnungsunterlagen für eine eventuelle Überprüfung 5 Jahre lang aufzubewahren.

## **§ 11**

### **Dauer und Kündigung**

Der Vertrag erhält ab dem 01.01.2012 Gültigkeit und wird auf eine Dauer von fünf Jahren bis zum 31.12.2016 abgeschlossen. Die Vergütung gem. § 9 wird zunächst für die Zeit



vom 01.01. bis 31.12.2012 vereinbart. Sie bleibt jeweils für weitere zwölf Monate unverändert, sofern sie nicht bis zum 30.06. mit Wirkung ab 01.01. des Folgejahres gekündigt wird.

Der Vertrag kann vorzeitig aus wichtigem Grund, mit einer Kündigungsfrist von einem Jahr, gekündigt werden.

## § 12

### Abschlussbestimmungen

Änderungen und Zusätze zu diesem Vertrag bedürfen zur Wirksamkeit der Schriftform. Auf das Formerfordernis kann nur durch schriftliche Erklärung verzichtet werden.

Beide Vertragspartner erklären, dass bei Unstimmigkeiten die gütliche Einigung den Vorrang haben soll.

Sollten sich einzelne Bestimmungen dieses Vertrages als unwirksam, nichtig oder undurchführbar erweisen oder unwirksam, nichtig oder undurchführbar werden, soll hierdurch die Gültigkeit des Vertrags im übrigen nicht berührt werden und dafür diejenige Regelung gelten, die dem in diesem Vertrag erkennbar gewordenen Willen der Vertragspartner am nächsten kommt.

Beide Vertragspartner erklären ihre Bereitschaft dem Grunde nach, das Vertragsverhältnis mit Wirkung ab 01.01.2017 zu erneuern. Die Vertragspartner werden zu Beginn des Jahres 2016 Verhandlungen über einen Folgevertrag aufnehmen mit dem Ziel, bis zum 30.06.2016 Einigung über den Folgevertrag herzustellen.

Münster, den \_\_\_\_\_

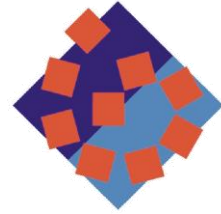
\_\_\_\_\_  
i. A. Dagmar Arnkens-Homann  
Leiter des Sozialamtes

\_\_\_\_\_  
...  
Geschäftsführer

\_\_\_\_\_  
i. V. Thomas Paal  
Stadtrat

5.2.6 Erstkontaktbogen (Ennepe-Ruhr-Kreis)

# Erstkontaktbogen



**Ennepe-Ruhr-Kreis**

**am:**

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum, -ort:	Geschlecht:	
Staatsangehörigkeit:	Aufenthaltsstatus:	
PLZ, Ort:	Straße:	
Telefon:	Familienstand:	
Haushaltssituation:		
<input type="checkbox"/> allein lebend	<input type="checkbox"/> allein erziehend	
<input type="checkbox"/> Partner/-in ohne Kinder	<input type="checkbox"/> mit Partner/-in und Kind/ern	
	<input type="checkbox"/> Kind/er unter 18 Jahren	
<input type="checkbox"/> andere Haushaltssituation, und zwar:		
Sprachverständnis: <input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> weniger gut	<input type="checkbox"/> schlecht
Welche Sprachbarrieren liegen vor:		
Pflegestufe <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein		
GdB: _____ Merkzeichen: _____		

<b>Meine rechtliche Vertretung ist...</b>	
Name, Vorname:	Anschrift:
Telefon:	
für den/die Aufgabenkreis/e:	
<input type="checkbox"/> Gesundheitssorge	<input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> mit einem Einwilligungsvorbehalt
<input type="checkbox"/> mit einem Einwilligungsvorbehalt	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Betreuung wurde beantragt	

**Aktuelle Situation**

**Problemlage**



**Bisherige Unterstützung**

**Was soll aus der Sicht des Klienten verändert werden?**

**Erste Einschätzung und weiteres Vorgehen**

Aufgenommen  ja  nein

Einrichtung:

Wenn nein, warum nicht:

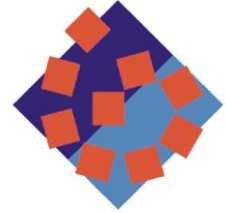
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Unterschrift Teilnehmer/-in**

**Unterschrift Hilfeplaner/in**



**Ennepe-Ruhr-Kreis**

**Mitteilung an das Sozialamt**

**Der/Die Teilnehmer/in**

\_\_\_\_\_

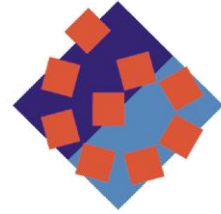
wurde am \_\_\_\_\_ in das Projekt aufgenommen.

**Die Maßnahme wird bei folgendem Hilfeanbieter durchgeführt.**

\_\_\_\_\_

5.2.7 Hilfeplan (Ennepe-Ruhr-Kreis)

# Hilfeplan



**Ennepe-Ruhr-Kreis**

Eintritt:

Austritt:

## 1. Angaben zu meiner Person...

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum, -ort:	Geschlecht:	
Staatsangehörigkeit:	Aufenthaltsstatus:	
PLZ, Ort:	Straße:	
Telefon:	Familienstand:	
Haushaltssituation:		
<input type="checkbox"/> allein lebend	<input type="checkbox"/> allein erziehend	
<input type="checkbox"/> Partner/-in ohne Kinder	<input type="checkbox"/> mit Partner/-in und Kind/ern	
	<input type="checkbox"/> Kind/er unter 18 Jahren	
<input type="checkbox"/> andere Haushaltssituation, und zwar:		
Sprachverständnis: <input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> weniger gut	<input type="checkbox"/> schlecht
Welche Sprachbarrieren liegen vor:		

## 2. Meine aktuelle Lebens- und Wohnsituation...

<b>Ich habe...</b>
<input type="checkbox"/> Einkommen, und zwar
<input type="checkbox"/> Rente, und zwar
<input type="checkbox"/> Schulden, und zwar
<input type="checkbox"/> Ambulant Betreutes Wohnen, und zwar

<b>Ich habe...</b>
<input type="checkbox"/> einen Schulabschluss
<input type="checkbox"/> eine Ausbildung / ein Studium als
<input type="checkbox"/> abgeschlossen
<input type="checkbox"/> angefangen bei
<input type="checkbox"/> abgebrochen
<input type="checkbox"/> und bin arbeitslos seit
<input type="checkbox"/> zuletzt gearbeitet als

### **Ich bin...**

- krankenversichert bei
  - pflichtversichert
  - freiwillig versichert
  - familienversichert
  - privat versichert
- zurzeit bei keiner Krankenkasse gemeldet und zahle keine Beiträge

Ich habe ...

- einen Antrag auf Aufnahme in folgende Krankenkasse gestellt:

### **Meine gesundheitliche Situation ...**



Bestehende Diagnosen:

Psychische Beeinträchtigungen:

Körperliche Einschränkungen:

Folgende Alltagseinschränkungen ergeben sich:

### **Meine rechtliche Vertretung ist...**

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

für den/die Aufgabenkreis/e:

- Gesundheitssorge
- Vermögenssorge
- sonstiges:
- Behördenangelegenheiten
- mit einem Einwilligungsvorbehalt

- Betreuung wurde beantragt

### **Ich habe...**

- einen Schwerbehindertenausweis mit %
- eine Pflegestufe
- dazu folgende Anmerkung/en:

### **Aktuelle Situation**





## **Wohnen / Lebenspraktische Fähigkeiten**

Bedarf im Bereich „Wohnen“



Dieses Ziel soll erreicht werden



Diese Maßnahmen sollen ergriffen werden



## **Arbeit / Beschäftigung**

Bedarf im Bereich „Arbeit“



Dieses Ziel soll erreicht werden



Diese Maßnahmen sollen ergriffen werden



## **Sicherung des Lebensunterhaltes / Finanzen**

Bedarf im Bereich „Sicherung des Lebensunterhaltes“



Dieses Ziel soll erreicht werden



Diese Maßnahmen sollen ergriffen werden



## **Soziale Beziehungen**

Bedarf im Bereich „Beziehungen“



Dieses Ziel soll erreicht werden



Diese Maßnahmen sollen ergriffen werden



## **Freizeit**

Bedarf im Bereich „Freizeit“



Dieses Ziel soll erreicht werden



Diese Maßnahmen sollen ergriffen werden



## **Gesundheit**

Bedarf im Bereich „Gesundheit“



Dieses Ziel soll erreicht werden



Diese Maßnahmen sollen ergriffen werden



## **Besondere / Weitere Hilfebedarfe**

Bedarf im Bereich „Besondere / Weitere Hilfebedarfe“



Dieses Ziel soll erreicht werden



Diese Maßnahmen sollen ergriffen werden



**Weitere Bedarfe**

Weitere Bedarfe



Dieses Ziel soll erreicht werden



Diese Maßnahmen sollen ergriffen werden



**Nächstes HPG:**

**Arbeitstage:**

**Stundenumfang:**

**Ort, Datum**

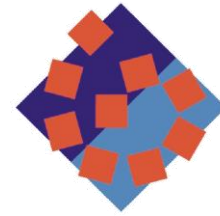
\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Teilnehmer/-in**

**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Anleiter/-in**

5.2.8 Entwicklungsbericht (Ennepe-Ruhr-Kreis)

# Entwicklungsbericht



## Ennepe-Ruhr-Kreis

Name:

Vorname:

### Sozialer Lebensraum / Freizeit / Partnerschaft / Ehrenamt

Vereinbarte Ziele	<input type="checkbox"/> Ziele erreicht	Begründung
	<input type="checkbox"/> Ziele teilweise erreicht	
	<input type="checkbox"/> Ziele nicht erreicht	

### Wohnen / Lebenspraktische Fähigkeiten

Vereinbarte Ziele	<input type="checkbox"/> Ziele erreicht	Begründung
	<input type="checkbox"/> Ziele teilweise erreicht	
	<input type="checkbox"/> Ziele nicht erreicht	

### Finanzen / Institutionen

Vereinbarte Ziele	<input type="checkbox"/> Ziele erreicht	Begründung
	<input type="checkbox"/> Ziele teilweise erreicht	
	<input type="checkbox"/> Ziele nicht erreicht	

### Arbeit / Beschäftigung

Vereinbarte Ziele	<input type="checkbox"/> Ziele erreicht	Begründung
	<input type="checkbox"/> Ziele teilweise erreicht	
	<input type="checkbox"/> Ziele nicht erreicht	

### Gesundheit

Vereinbarte Ziele	<input type="checkbox"/> Ziele erreicht	Begründung
	<input type="checkbox"/> Ziele teilweise erreicht	
	<input type="checkbox"/> Ziele nicht erreicht	

### Weitere Bedarfe

Vereinbarte Ziele	<input type="checkbox"/> Ziele erreicht	Begründung
	<input type="checkbox"/> Ziele teilweise erreicht	
	<input type="checkbox"/> Ziele nicht erreicht	

Name:

Vorname:

**Verlauf der Hilfe, wie.z.B. Wirkung  
der bisherigen Hilfe, Krisen etc.**

**Durchgeführte Maßnahmen:**

**Eintretende Veränderungen:**

**Betreuungszeitraum aus Sicht des Klienten,  
Wünsche und Vorstellungen:**

- 5.2.9 Erhebungsbogen für die Leistungsabspache nach dem SGB XII (Stadt Witten, Ennepe-Ruhr-Kreis)

**Erhebungsbogen für die Leistungsabsprache nach dem SGB XII****Angaben zur Person:**

Name:			
Vorname:			
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort:	Witten		
Telefon:			
Geburtsdatum:			
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> getrennt lebend</span> <input type="checkbox"/> verheiratet <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> geschieden</span> <input type="checkbox"/> verpartnert <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> verwitwet</span> <input type="checkbox"/> eheäuhl. Gemeinschaft <input type="checkbox"/> partnerschaftsäuhl. Gemeinschaft		
Staatsangehörigkeit:			
Dolmetscher erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sprachkenntnisse	deutsch		
Lesen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> gute Kenntnisse
Schreiben	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> gute Kenntnisse
Verstehen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> gute Kenntnisse
Sprachkenntnisse	Fremdsprache		
Lesen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> gute Kenntnisse
Schreiben	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> gute Kenntnisse
Verstehen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> gute Kenntnisse

**Betreuung**

Stehen Sie unter gesetzlicher Betreuung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Name und Anschrift des Betreuers		
Betreuungsumfang:	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Empfang von Post Einwilligungsvorbehalt <input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> nein</span> Wofür?	
ggf. Name und Anschrift einer/eines Bevollmächtigten		



**Behinderung**

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? (Ausweis und Bescheid vorlegen lassen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grad der Schwerbehinderung		
Merkzeichen	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI

**Gesundheitliche Einschränkungen**

Nach dem Gutachten ERK	<input type="checkbox"/> Lernbehinderung
	<input type="checkbox"/> Verhaltensstörung
	<input type="checkbox"/> psychische/seelische Behinderung
	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung
	<input type="checkbox"/> körperliche Behinderung
	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung
	<input type="checkbox"/> Sehbehinderung
	<input type="checkbox"/> Hörbehinderung
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Attest vom behandelnden Arzt (Name und Anschrift)	Diagnose:

Bestehen Suchtprobleme? Welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Drogen
	<input type="checkbox"/> sonstige, welche?	

Bei vorhanden Suchtproblemen:		
Besteht Kontakt zur Drogenberatungsstelle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> regelmäßig	
	<input type="checkbox"/> sporadisch	
Wurden bereits Therapien durchgeführt? Wenn ja: welche?		
Ansprechpartner Ggf. Telefon		

Bestehen andere gesundheitliche/körperliche Einschränkungen? Welche?	
Hilfsmittel vorhanden? Welche?	

Besteht Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

## Wohnumfeld

Leben Sie alleine? zusammen mit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Mutter
	<input type="checkbox"/> Geschwistern	<input type="checkbox"/> Vater
	<input type="checkbox"/> Kindern    Anzahl	<input type="checkbox"/> sonstigen Verwandten
	<input type="checkbox"/> Freunden	<input type="checkbox"/> sonstigen, nämlich
Werden Sie bereits ambulant betreut?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Von wem?		
In welchem Umfang?		
Ist der Wohnraum ausreichend/ angemessen? (zu groß, zu klein, zu teuer, etc)		

## Bezugspersonen

1)	Name:	
	Vorname:	
	Anschrift:	Telefon:
	Häufigkeit der Kontakte:	
2)	Name:	
	Vorname:	
	Anschrift:	Telefon:
	Häufigkeit der Kontakte:	
3)	Name:	
	Vorname:	
	Anschrift:	Telefon:
	Häufigkeit der Kontakte:	
4)	Name:	
	Vorname:	
	Anschrift:	Telefon:
	Häufigkeit der Kontakte:	

### Schulische/Berufliche Situation

Schulabschluss		
erlernter Beruf mit abgeschlossener Ausbildung?		
Zuletzt ausgeübte Tätigkeit		
Wann war die letzte pflichtversicherte Beschäftigung?		
Erfolgt Qualifizierungsmaßnahmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche? Wann?		
Haben Sie bereits an einer Beschäftigungsmaßnahme teilgenommen? (1,50 € Job)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wo?		

### Mobilität

Haben Sie einen Führerschein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Pkw	<input type="checkbox"/> Mofa/Moped
	<input type="checkbox"/> Lkw	<input type="checkbox"/>

### Wirtschaftliche Situation

Verschuldung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Art von Schulden	<input type="checkbox"/> Miete	<input type="checkbox"/> Strom
	<input type="checkbox"/> Versandhäuser	<input type="checkbox"/>
Schuldensumme insgesamt		
Eidesstattliche Versicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Privat-Insolvenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pfändungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
P-Konto	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ratenzahlungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welcher Höhe?		
Bei wem?		
Betreuung durch Schuldnerberatung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### Sonstiges (ggf. Besonderheiten)

--

\_\_\_\_\_  
Leistungsberechtigter

5.2.10 Leistungsabspache nach § 12 SGB XII (Stadt Witten,  
Ennepe-Ruhr-Kreis)

**Leistungsabsprache  
nach  
§ 12 SGB XII**

Die Stadt Witten als Sozialleistungsträger vertreten durch

\_\_\_\_\_  
(Name des Sachbearbeiters)

und

\_\_\_\_\_  
(Name der leistungsberechtigten Person)

Schließen die folgende Leistungsvereinbarung:

**1. Handicaps, die behoben oder abgemildert werden können**

**2. Welche Maßnahmen/Aktivitäten kommen in Betracht?**

**3. Welche Maßnahmen werden vereinbart?**

**4. Wie kann die aktive Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft sichergestellt werden?**

**5. Welche Zeitplanung wird verabredet?**

Es wird folgender Termin festgelegt:

Die unterzeichnenden Personen erklären, dass sie die vorstehende Leistungsabsprache gemeinsam getroffen haben.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der leistungsberechtigten  
Person

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Sachbearbeiters

**Herausgeber**

Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen  
Fürstenwall 25  
40219 Düsseldorf  
Fax 0211 855-3211  
info@mags.nrw.de  
www.mags.nrw

**FOGS**

Gesellschaft für Forschung und Beratung  
im Gesundheits- und Sozialbereich  
Prälat-Otto-Müller-Platz 2  
50670 Köln  
Telefon 0221 97 31 01-0  
Fax 0221 97 31 01-11  
kontakt@fogs-gmbh.de  
www.fogs-gmbh.de

**Umschlaggestaltung** Stella Chitzos

**Druck** Hausdruck

**Titelfotos** Alle Fotos von istock (v.l.n.r.): © Peopleimages,

© Wavebreakmedia, © skynesher, © skynesher,

© shironosov, © FredFroese

© MAGS, Februar 2018

Diese Publikation kann bestellt oder  
heruntergeladen werden:  
[www.mags.nrw/broschuerenservice](http://www.mags.nrw/broschuerenservice)



Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen  
Fürstenwall 25  
40219 Düsseldorf  
Fax 0211 855-3211  
info@mags.nrw.de  
www.mags.nrw