SSOAR

Open Access Repository

www.ssoar.info

Einrichtung und Arbeitsweise Gemeinsamer Servicestellen für Rehabilitation: wissenschaftliche Begleitforschung des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung ; integrierter Abschlussbericht

Pfeuffer, Frank; Engel, Heike; Engels, Dietrich

Abschlussbericht / final report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Pfeuffer, F., Engel, H., & Engels, D. (2004). *Einrichtung und Arbeitsweise Gemeinsamer Servicestellen für Rehabilitation: wissenschaftliche Begleitforschung des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung ; integrierter Abschlussbericht.* (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB316). Köln: ISG - Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-330683

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Einrichtung und Arbeitsweise Gemeinsamer Servicestellen für Rehabilitation

Wissenschaftliche Begleitforschung
des Instituts für Sozialforschung und
Gesellschaftspolitik e.V.

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
und Soziale Sicherung

– Integrierter Abschlussbericht –

Frank Pfeuffer
Heike Engel
Dietrich Engels

Köln, im Juli 2004

Otto-Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e. V. • Postfach 26 02 44 • D-50515 Köln
Barbarossaplatz 2 • D-50674 Köln • Telefon: 02 21 / 23 54 73 • Telefax: 02 21 / 21 52 67 • e-mail: info@isg-institut.de

Vorstand:
Dr. Wilhelm Breuer (Vors.)
Dr. Dietrich Engels
Dr. Werner Friedrich

Bankverbindung:
Stadtsparkasse Köln
Konto-Nr. 776 20 32
BLZ 370 501 98

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis 6

1 Einleitung 7

1.1 Konzeption und Methodik der wissenschaftlichen Begleitforschung 7

1.2 Beteiligung an den schriftlichen Befragungen 8

1.3 Ausgewählte Gemeinsame Servicestellen 11

1.3.1 Schriftliche Befragung der Teammitglieder 12

1.3.2 Nutzerdokumentationen 13

1.3.3 Workshops 13

1.4 Befragung von Selbsthilfegruppen und Verbänden sowie Klienten 14

1.5 Telefonische Interviews 14

2 Umsetzungsstand der Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen 15

2.1 Anzahl der Gemeinsamen Servicestellen und ihre Verteilung nach Bundesländern 15

2.2 Einwohner je Gemeinsame Servicestelle 16

2.3 Umsetzung der flächendeckenden Versorgung 17

2.4 Regionale Zuständigkeit der Gemeinsamen Servicestellen 19

2.5 Verteilung der Gemeinsamen Servicestellen nach Trägern 22

2.6 Trägerstrukturen in den Bundesländern 22

3 Struktur und Organisation der Gemeinsamen Servicestellen 25

3.1 Strukturaufbau der Gemeinsamen Servicestellen 25

3.2 Organisation der Servicestellenteams 26

3.3 Struktur und Ausbildung der Mitarbeiter 27

3.4 Servicestellenarbeit als „zusätzliche Aufgabe“ 28

3.5 Anzahl der Mitarbeiter und Anzahl der Vollzeitstellen 29

3.6 Schulungen der Servicestellenmitarbeiter 30

4 Umsetzung der Barrierefreiheit 36

4.1 Barrierefreiheit im Zugang 37

4.2 Barrierefreiheit in der Kommunikation 38

4.3 Umsetzung der Barrierefreiheit nach Bundesländern und Trägern 40

4.4 Bewertung der Barrierefreiheit durch die Gemeinsamen Servicestellen 43

4.5 Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen an der barrierefreien Einrichtung von Gemeinsamen Servicestellen 43

5 Kooperation des Servicestellenteams und Beteiligung Dritter 46
5.1 Fallbezogene Kooperation 46
5.2 Teamtreffen 48
5.2.1 Teamtreffen im Ländervergleich 49
5.2.2 Teamtreffen im Trägervergleich 50
5.3 Kooperation aus Sicht der Teammitglieder 50
5.3.1 Kontaktaufnahme 50
5.3.2 Zusammenarbeit 52
5.3.3 Veranstaltungen und Informationsaustausch 54
5.3.4 Abschließende Bemerkungen 55
5.4 Beteiligung Dritter an den Gemeinsamen Servicestellen 56
5.5 Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen an der Beratung 60
5.5.1 Beteiligung im Ländervergleich 61
5.5.2 Beteiligung im Trägervergleich 63
5.6 Kooperation aus Sicht von Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden 64

6 Beratungs- und Unterstützungsleistungen der Gemeinsamen Servicestellen 67
6.1 Beratungsprofil der Gemeinsamen Servicestellen 67
6.2 Beratungs- und Unterstützungsleistungen nach § 22 SGB IX 70
6.2.1 Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Ländervergleich 72
6.2.2 Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Trägervergleich 75
6.3 Typen von Gemeinsamen Servicestellen nach ihrem Entwicklungsstand 76
6.3.1 Entwicklungsstand im Ländervergleich 78
6.3.2 Entwicklungsstand im Trägervergleich 78
6.4 Fall- und Unterstützungsmanagement 79
6.4.1 Fall- und Unterstützungsmanagement im Ländervergleich 80
6.4.2 Fall- und Unterstützungsmanagement im Trägervergleich 81
6.4.3 Umsetzung von Case Management-Konzepten in den Gemeinsamen Servicestellen 81
6.4.4 Beachtung der Fristen nach § 14 SGB IX – Fallbegleitung der Gemeinsamen Servicestellen 84
6.5 Dokumentation der Servicestellenarbeit 85
6.6 Qualitätssicherung der Beratungsarbeit 86

7 Inanspruchnahme der Gemeinsamen Servicestellen 88
7.1 Definition eines „Servicestellenfalls“ 88
7.2 Fallzahlen der Gemeinsamen Servicestellen 91
7.2.1 Unterschiedliche Fallzahlen in städtischen und ländlichen Regionen? 92
7.2.2 Unterschiedliche Fallzahlen je nach Einwohnerzahlen im Versorgungsgebiet? 95
7.2.3 Unterschiedliche Fallzahlen je nach Konzept der Gemeinsamen Servicestellen? 95
7.2.4 Fallzahlen nach Leistungsgruppen der Teilhabe 97
7.2.5 Fallzahlen im Ländervergleich 98

7.2.6 Fallzahlen im Trägervergleich ... 100
7.3 Die Klienten und ihre Sichtweise von Gemeinsamen Servicestellen ... 101
7.3.1 Die Klienten ... 101
7.3.2 Die Sichtweise von Klienten ... 104
7.4 Zeitbudget der Gemeinsamen Servicestellen ... 105
7.4.1 Zeitbudget im Ländervergleich ... 106
7.4.2 Zeitbudget im Trägervergleich ... 107
7.5 Beratungsbedarf und -angebot ... 107
7.5.1 Beratungsbedarf und -angebot im Stadt-Land-Vergleich ... 108
7.5.2 Beratungsbedarf und -angebot im Ländervergleich ... 109
7.5.3 Beratungsbedarf und -angebot im Trägervergleich ... 110

8 Öffentlichkeitsarbeit der Gemeinsamen Servicestellen ... 111
8.1 Bekanntheitsgrad der GS ... 111
8.2 Informationsangebot im Internet ... 112
8.3 Außendarstellung der GS ... 113
8.4 Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit der GS vor Ort ... 113
8.5 Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit im Zeitverlauf? ... 117
8.6 Zusammenhang von Öffentlichkeitsarbeit und Inanspruchnahme der GS ... 119

9 Effekte der Einrichtung von Gemeinsamen Servicestellen ... 124
9.1 Effekte der Gemeinsamen Servicestellen auf die Rehabilitationsverfahren ... 124
9.1.1 Beratungsqualität ... 124
9.1.2 Verfahrensbeschleunigung ... 126
9.1.3 Vermeidung unerwünschter Wirkungen ... 127
9.2 Beitrag der Gemeinsamen Servicestellen zur Zielerreichung SGB IX ... 127
9.2.1 Wirkungen im Ländervergleich ... 129
9.2.2 Wirkungen im Trägervergleich ... 131
9.3 Gesamtbewertung von Konzept und Umsetzung durch die Gemeinsamen Servicestellen ... 133
9.3.1 Gesamtbewertung im Ländervergleich ... 135
9.3.2 Gesamtbewertung im Trägervergleich ... 137

10 Regionale Erfolgsmodelle, Erfolgsfaktoren ... 138
10.1 Erfolgsmodell Baden-Württemberg ... 138
10.1.1 Organisation und Personal ... 139
10.1.2 Mobile Gemeinsame Servicestelle im Landkreis Böblingen ... 139
10.1.3 Servicestellenteam und Fortbildung ... 139
10.1.4 Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen sowie Öffentlichkeitsarbeit ... 139
10.1.5 Barrierefreiheit, Leitfaden, Zertifizierung, Schulung ... 140

10.1.6 Definition eines Servicestellenfalls ... 140
10.2 Erfolgsmodell Sachsen-Anhalt ... 141
10.2.1 Frühe und gemeinsame Planung der Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen ... 141
10.2.2 Teamtreffen, Schulungen, Beteiligung Dritter ... 141
10.2.3 Fallzahlen, Definition eines Servicestellenfalls ... 142
10.2.4 Organisation der Teamarbeit, Fallbesprechungen ... 142
10.3 Erfolgsfaktoren ... 144

11 Zusammenfassung der Ergebnisse ... 149
11.1 Umsetzungsstand der Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen ... 149
11.2 Strukturaufbau und Personal der Gemeinsamen Servicestellen ... 151
11.3 Umsetzung der Barrierefreiheit ... 154
11.4 Kooperation des Servicestellenteams und Beteiligung Dritter ... 156
11.5 Beratungs- und Unterstützungsleistungen der Gemeinsamen Servicestellen ... 158
11.6 Inanspruchnahme der Gemeinsamen Servicestellen ... 161
11.7 Öffentlichkeitsarbeit der Gemeinsamen Servicestellen ... 165
11.8 Effekte der Einrichtung von Gemeinsamen Servicestellen ... 167

12 Anhang ... 171
12.1 Erster Workshop am 26. und 27.Juni 2003 in Bonn ... 171
12.1.1 AG 1 - Zugang zur Beratung: Barrierefreiheit und Öffentlichkeitsarbeit ... 171
12.1.2 AG 2 - Qualifikationen, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter ... 173
12.1.3 AG 3 - Kooperation und Zusammenarbeit ... 175
12.2 Zweiter Workshop am 4. und 5. Mai in Berlin ... 178
12.2.1 AG 1 – Profil der Gemeinsamen Servicestellen ... 178
12.2.2 AG 2 – Case Management in Gemeinsamen Servicestellen ... 181
12.2.3 AG 3 – Erfolgsfaktoren Gemeinsamer Servicestellen ... 184

Tabellen und Abbildungen ... 188

Abkürzungsverzeichnis

allgemein

GS	=	Gemeinsame Servicestelle(n) für Rehabilitation
BAR	=	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BMGS	=	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
DPWV	=	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
ISG	=	Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik
VdR	=	Verband der Rentenversicherungsträger

Bundesländer

BW	=	Baden-Württemberg
BY	=	Bayern
BE	=	Berlin
BB	=	Brandenburg
HB	=	Bremen
HH	=	Hamburg
HE	=	Hessen
MV	=	Mecklenburg-Vorpommern
NI	=	Niedersachsen
NW	=	Nordrhein-Westfalen
RP	=	Rheinland-Pfalz
SL	=	Saarland
SN	=	Sachsen
ST	=	Sachsen-Anhalt
SH	=	Schleswig-Holstein
TH	=	Thüringen

Rehabilitationsträger

AOK	=	Allgemeine Ortskrankenkasse
BA	=	Bundesagentur für Arbeit
BG	=	Berufsgenossenschaft
BfA	=	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BEK	=	Barmer Ersatzkasse
BKK	=	Betriebskrankenkasse
DAK	=	Deutsche Angestelltenkrankenkasse
IKK	=	Innungskrankenkasse
LVA	=	Landesversicherungsanstalt
TK	=	Techniker Krankenkasse
VdAK	=	Verband der Angestelltenkrankenkassen

Im vorliegenden Bericht wird als sprachliche Wendung die männliche Form gebraucht. Hintergrund ist ausschließlich, dadurch die Lesbarkeit der Ausführungen zu erleichtern.

1 Einleitung

Mit dem Inkrafttreten des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – am 1. Juli 2001 wurde das komplexe Rehabilitationsrecht weiterentwickelt. Das Gesetz stellt das Ergebnis der Diskussion über das Ob und Wie eines einheitlichen Rehabilitationsrechts für behinderte Menschen dar. Vor dem Hintergrund der politischen Vorgabe der Kostenneutralität für das SGB IX entschied sich der Gesetzgeber gegen die Schaffung eines neuen und eigenständigen Sozialleistungszweigs mit eigenständigem Leistungsträger und für die Verbesserung, Koordination und übersichtlichere Gestaltung des bestehenden, über alle Sozialleistungsgebiete verstreuten Behindertenrechts. Es bleibt dabei, dass für die Leistungen, die behinderten Menschen zu gewähren sind, die bisherigen Leistungsträger auch zukünftig zuständig bleiben. Das SGB IX fungiert als Klammer der verschiedenen Leistungsgesetze. Mit einigen neuen Regelungen soll die erforderliche Kooperation, Koordination und Konvergenz der Rehabilitationsträger und des Rehabilitationsrechts erreicht werden. Als zentraler infrastruktureller Dreh- und Angelpunkt dafür sind Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation vorgesehen. Sie sollen von den Rehabilitationsträgern ortsnah und flächendeckend eingerichtet werden und eine umfassende, bürgernahe und barrierefreie Beratung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und ihrer Angehörigen gewährleisten. Zwar soll die Einrichtung der Gemeinsamen Servicestellen auf bestehenden Strukturen – soweit vorhanden – aufbauen; dennoch handelt es sich hierbei um die Einführung einer neuen Einrichtungsform, deren Kooperationsstruktur und Aufgabenspektrum neu zu bestimmen sind. Damit dieser Implementationsprozess gelingt, sind unterschiedliche Anforderungen hinsichtlich der Struktur und Rahmenbedingungen, der Arbeitsweise und des Verhältnisses zum Klienten zu erfüllen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat das ISG beauftragt, die Einrichtung und Arbeitsweise der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren.

1.1 Konzeption und Methodik der wissenschaftlichen Begleitforschung

Die begleitende Untersuchung erforderte eine mehrschichtige Herangehensweise. Ihr Ziel bestand nicht nur darin, die Auswirkungen der neuen Beratungsstruktur anhand von Nutzer- und Leistungsdaten nach Abschluss einer Aufbauphase auszuwerten, sondern diese Aufbauphase selbst sollte begleitet, gefördert und in ihrem Einfluss auf die Nutzung und Leistung ausgewertet werden. Fragen bezüglich der Umsetzung der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation wurden nach fünf Untersuchungsbereichen gruppiert. Im wissenschaftlichen Fokus standen

1. der Strukturaufbau und die Trägerschaft der GS,
2. die Arbeitsweise der GS,
3. die Struktur und Qualifikation der Mitarbeiter,
4. die Inanspruchnahme der GS und die Klientenstruktur sowie
5. die Kooperation und Vernetzung innerhalb des örtlichen Rehabilitationsspektrums.

Der methodische Ansatz des ISG kombiniert quantitative und qualitative Methoden, um eine gegenstandsadäquate Bearbeitung der interessierenden Themenbereiche zu ermöglichen. Die quantitativen Arbeitsschritte umfassen schriftliche und telefonische Befragungen sowie statistische Analysen relevanter Strukturdaten. Qualitative Methoden kommen insbesondere bei der Beratung der GS im Rahmen von Workshops und der

Befragung von Mitarbeitern sowie von Nutzern der GS im Rahmen von Expertengesprächen zum Einsatz. Die Ergebnisse folgender Instrumentarien der Begleitforschung fließen in den vorliegenden integrierten Abschlussbericht ein:

- Zwei schriftliche Befragungen aller GS im Frühjahr 2003 und im Frühjahr 2004.
- Telefonische Befragung von Mitarbeitern der GS im Sommer 2003. In leitfadengestützten Telefoninterviews wurden die Mitarbeiter von 30 ausgewählten GS nach ihren Erfahrungen und Einschätzungen befragt.
- Nutzerdokumentationen der 30 ausgewählten GS für den Zeitraum September 2003 bis Februar 2004.
- Schriftliche Nutzerbefragung im Zeitraum Dezember 2003 bis Januar 2004.
- Schriftliche Befragung von Teammitgliedern im Backoffice der GS sowie von Kooperationspartnern der GS im Zeitraum November 2003 bis Januar 2004.
- Zwei Workshops mit Mitarbeitern von 30 GS zur Erörterung von Untersuchungsergebnissen, zum Erfahrungsaustausch, Wissenstransfer und zur Ableitung von Entwicklungsvorschlägen. Der erste Workshop fand im Juni 2003 in Bonn, der zweite Workshop im Mai 2004 in Berlin statt.

1.2 Beteiligung an den schriftlichen Befragungen

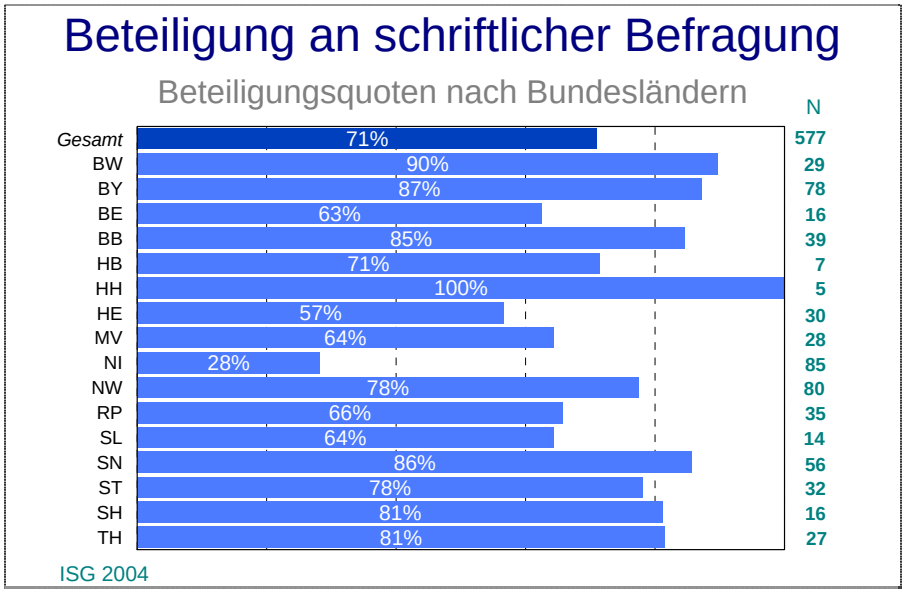
Die schriftlichen Befragungen der GS wurden als Vollerhebungen konzipiert, d.h. alle zu dem jeweiligen Zeitpunkt der Befragung eingerichteten GS wurden angeschrieben und um Beteiligung in Form der Bearbeitung eines Fragebogens gebeten. Während die erste schriftliche Befragung insbesondere auf die Struktur der GS abhob, stellte die zweite schriftliche Befragung stärker Prozesse und Ergebnisse der GS in den Mittelpunkt. An der ersten Befragung Anfang 2003 nahmen insgesamt 378 GS von bis dahin 518 eröffneten GS teil, was einer Beteiligung von 73% entspricht. An der zweiten Befragung Anfang 2004 nahmen insgesamt 410 GS von 577 bis zu diesem Zeitpunkt eingerichteten GS teil.[1] Die Beteiligungsquote beträgt damit 71%. Anders formuliert: die im Folgenden dargestellten Ergebnisse der schriftlichen Befragungen basieren auf den Angaben von knapp drei Vierteln der GS.

Eine Repräsentativität von Befragungsdaten ist dann gegeben, wenn die „Stichprobe" der an der Befragung teilnehmenden GS ein unverzerrtes Abbild der „Grundgesamtheit" aller GS inklusive der nicht an der Befragung teilnehmenden GS darstellt. Das Vorliegen einer solchen weitgehenden Deckungsgleichheit, die es ermöglicht, von den Daten für einige auf die Situation aller zu schließen, soll insbesondere für die Verteilung der GS nach Bundesländern sowie nach Rehabilitationsträgern, bei denen die GS eingerichtet wurden, überprüft werden. Die Beteiligung der GS an der zweiten schriftlichen Befragung fällt je nach Bundesland unterschiedlich aus (Vgl. Abbildung 1). Hamburg mit 100% (Beteiligung aller 5 GS), Baden-Württemberg mit 90%, Bayern mit 87%, Sachsen und Brandenburg mit 86% bzw. 85% weisen die höchsten Beteiligungsquoten auf. Überdurchschnittlich beteiligten sich auch die GS in Schleswig-Holstein und Thüringen mit jeweils 81% sowie in Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt mit 78%. Die Beteiligung der GS in Bremen entsprach mit 71% dem Durchschnitt. Eine unterdurch-

[1] Nachdem bis zum ursprünglich vereinbarten Rücklauftermin des Fragebogens zunächst „nur" 320 GS ihren Fragebogen zurücksendeten, wurde im Mai 2004 eine Erinnerung durchgeführt. Alle GS, die bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht geantwortet hatten, wurden erneut kontaktiert und nochmals gebeten, die Untersuchung zu unterstützen. Nach dieser Erinnerung antworteten noch einmal 90 GS und die Beteiligungsquote von zunächst 55% erhöhte sich auf 71%.

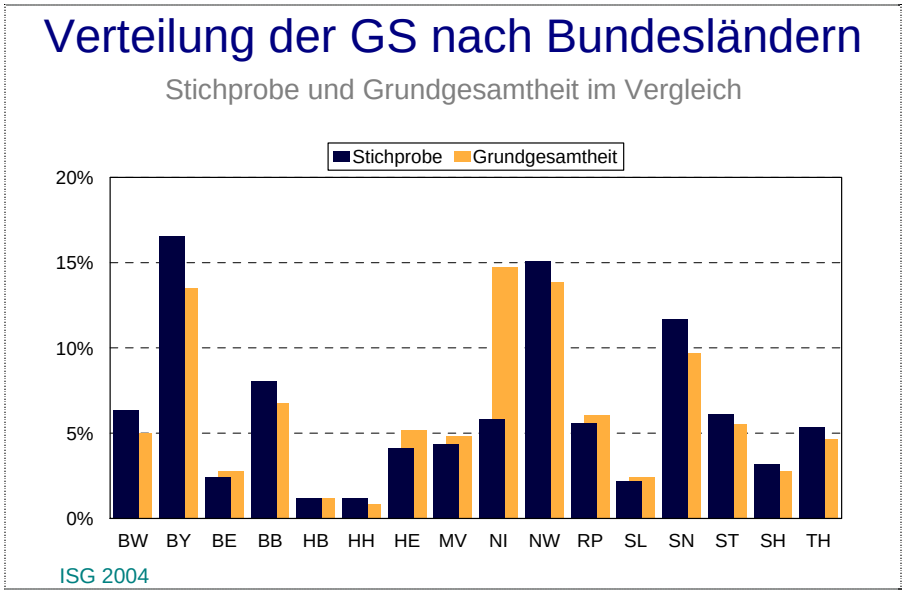
schnittliche Beteiligung der GS ergab sich für Berlin mit 63%, Mecklenburg-Vorpommern und das Saarland mit jeweils 64%, Rheinland-Pfalz mit 66% und Hessen mit 57%. In Niedersachsen beteiligten sich lediglich 28% der GS.

Abbildung 1



Die folgende Abbildung stellt die relative Verteilung der GS in den Bundesländern in der Stichprobe der befragten 410 GS sowie die Verteilung in der Grundgesamtheit der 577 GS dar.

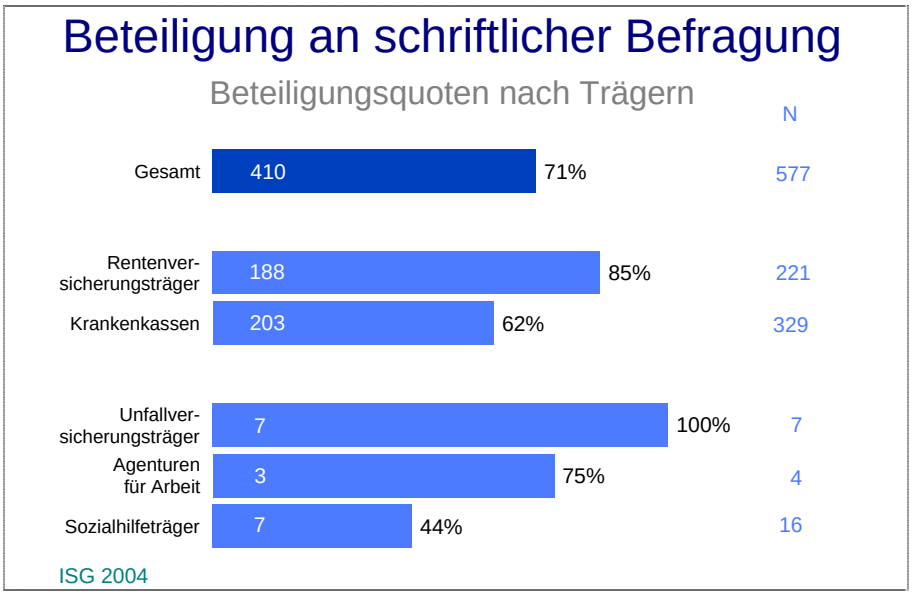
Abbildung 2



Während beispielsweise die 26 befragten GS in Baden-Württemberg über 6% aller an der Befragung teilnehmenden GS ausmachen, beträgt der Anteil der 29 in Baden-Württemberg eingerichteten GS an allen in Deutschland eröffneten GS 5%. Die GS in Baden-Württemberg haben damit in der Stichprobe ein leicht höheres „Gewicht“ als in der Grundgesamtheit. Insgesamt wird deutlich, dass bis auf die Ausnahme Niedersachsen, die Verteilung der Stichprobe nach Bundesländern derjenigen der Grundgesamtheit weitestgehend entspricht.

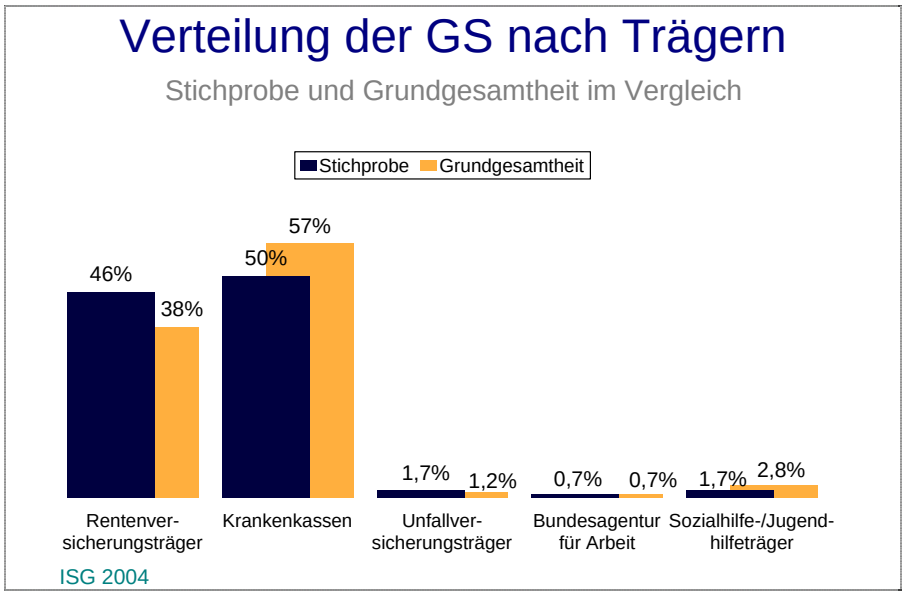
GS, die bei Rentenversicherungsträgern eingerichtet sind, haben sich mit 85% überdurchschnittlich häufig an der Befragung beteiligt. Von den bei Krankenkassen eingerichteten GS nahmen 62% an der Befragung teil. Weiter beteiligten sich alle sieben GS bei Unfallversicherungsträgern, drei der vier GS bei Agenturen für Arbeit und sieben von sechszehn GS bei Sozialhilfeträgern.[2]

Abbildung 3



Der Repräsentativitätsvergleich nach Trägern weist für die Stichprobe eine leichte Überrepräsentierung von GS bei Rentenversicherungsträgern und damit korrespondierend eine leichte Unterrepräsentierung der GS bei Krankenkassen aus. Die relativen Anteile der anderen Träger von GS fallen aufgrund geringer absoluter Häufigkeiten kaum ins Gewicht.

Abbildung 4



[2] Zwei GS antworteten anonym und konnten entsprechend keinem Rehabilitationsträger zugeordnet werden.

Die Repräsentativität der Befragungsdaten und damit der ableitbaren Aussagen ist somit weitgehend gewährleistet. Der Vergleich der Gewichte einzelner Bundesländer sowie Rehabilitationsträger in Stichprobe und Grundgesamtheit fällt zufriedenstellend aus. Folgende Einschränkungen ergeben sich für die Interpretation der Untersuchungsergebnisse:

- Im Vergleich mit den Beteiligungsquoten der anderen Bundesländer fällt die Beteiligung von 28% der GS in Niedersachsen aus dem Rahmen. Eine Erklärung für die geringe Beteiligung könnte sein, dass bei der Anfrage nicht der Weg über die Landesverbände gewählt wurde, sondern die GS alle einzeln angesprochen und um Beteiligung gebeten wurden. Ein Rehabilitationsträger in Niedersachsen teilte mit, dass sich ggf. deshalb Schwierigkeiten einstellten, eine stärkere Beteiligung zu gewährleisten.
- Das Gewicht der GS bei Rentenversicherungsträgern fällt in der Stichprobe etwas stärker aus als in der Grundgesamtheit. Ein Grund dafür könnte eine höhere Motivation der GS bei Rentenversicherungsträgern sein, an der Befragung teilzunehmen, da regelmäßig die LVA in den Ländern die Federführung bei der Koordinierung der Einrichtung von GS übernahm.
- Es ist davon auszugehen, dass die Beteiligung der GS an der Befragung zum Teil davon abhing, ob es etwas Positives zu berichten gab. Gründe für eine Nichtbeteiligung dürften einerseits fehlende Erfahrungswerte und damit in Verbindung andererseits mangelnde Motivation zur Teilnahme sein. Sieben GS sagten ihre Teilnahme explizit mit der Begründung ab, dass bislang niemand die GS in Anspruch genommen hätte und sie sich deshalb nicht in der Lage sähen, an der Befragung teilzunehmen. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass insbesondere die GS nicht teilnahmen, deren Servicestellentätigkeit nicht ans Laufen gekommen ist. Deshalb ist in Rechnung zu stellen, dass die Befragungsergebnisse, z.B. zu den Fallzahlen, keine abgesicherte Hochrechnungsbasis darstellen, da sie vor allem auf den Erfahrungen „funktionierender“ GS beruhen.

1.3 Ausgewählte Gemeinsame Servicestellen

Eine kleinere Auswahl von 30 GS wurde während der Projektlaufzeit intensiver begleitet. Diese Begleitung umfasste gesonderte schriftliche und mündliche Befragungen der Mitarbeiter und der Teammitglieder dieser GS; weiterhin führten sie Klientendokumentationen über einen bestimmten Zeitraum und nahmen an zwei Workshops zum Erfahrungsaustausch teil. Die Auswahl dieser GS erfolgte in enger Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, wobei sowohl die Trägerschaft der GS als auch die regionalen Aspekte berücksichtigt wurden.

Ausgewählt wurden:

Baden-Württemberg:	LVA Baden-Württemberg in Karlsruhe und in Ravensburg
Bayern:	Land- und forstwirtschaftliche Krankenkasse Franken und Oberbayern in Mühldorf; AOK Bayern in München
Berlin:	BKK Siemens; LVA Berlin und BfA, Bundesknappschaft
Brandenburg:	BKK Fortisnova in Schwarzheide
Hamburg:	TK

Hessen:	LVA Hessen in Frankfurt/Main; Agentur für Arbeit in Marburg
Mecklenburg-Vorpommern:	IKK Mecklenburg-Vorpommern in Rostock; LVA Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin
Niedersachsen:	BKK Braunschweig; BG für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege in Delmenhorst
Nordrhein-Westfalen:	AOK Westfalen-Lippe in Gütersloh; Kreis Heinsberg; TK in Köln
Rheinland-Pfalz:	Amt für soziale Angelegenheiten Landau; AOK Rheinland-Pfalz in Montabaur
Saarland:	AOK Saarland in St. Wendel
Sachsen:	BfA in Dresden; AOK Sachsen in Torgau
Sachsen-Anhalt:	DAK in Halle; LVA Sachsen-Anhalt in Sangerhausen
Schleswig-Holstein:	LVA Schleswig-Holstein in Norderstedt
Thüringen:	AOK Thüringen in Bad Salzungen; Verwaltungs-Berufsgenossenschaft in Erfurt; LVA Thüringen in Rudolstadt

1.3.1 Schriftliche Befragung der Teammitglieder

Zunächst ist kurz zu erläutern, weshalb zwischen Mitarbeitern und Teammitgliedern der GS unterschieden wird. Die GS wurden mit dem Zweck eingerichtet, den ratsuchenden behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen eine Anlaufstelle anzubieten, die alle Rehabilitationsträger vertritt. Es ist deren Ziel, dass Ratsuchende nun nicht mehr selbst den für sie zuständigen Rehabilitationsträger suchen müssen und dabei ggf. von einem Träger zum andern geschickt werden. Aus diesem Grund gehören einer Gemeinsamen Servicestelle alle Rehabilitationsträger in Form eines „Teams“ an. Hier können prinzipiell drei Organisationsformen unterschieden werden:

1. Alle Rehabilitationsträger sitzen in der Gemeinsamen Servicestelle „unter einem Dach“ und bieten einen umfassenden Service an, wobei je nach Bedarfslage des Ratsuchenden die entsprechenden Experten der jeweils relevanten Rehabilitationsträger direkt persönlich hinzugezogen werden können. Diese Organisationsform wurde allerdings in keinem Fall umgesetzt.
2. Die Gemeinsame Servicestelle besteht aus einem Team von 5 bis max. 10 Mitgliedern der verschiedenen Rehabilitationsträger. Die Gemeinsame Servicestelle ist bei einem der Rehabilitationsträger nach außen sichtbar und für den Ratsuchenden zugänglich. Die übrigen Teammitglieder bilden das „Backoffice“, und werden bei Bedarf hinzugezogen. Der Unterschied zu der unter (1) genannten Organisationsform besteht darin, dass das Team hier nicht vor Ort, sondern räumlich getrennt zusammenarbeitet.
3. Die Gemeinsame Servicestelle ist bei einem Rehabilitationsträger angesiedelt, und die Mitarbeiter verfügen über eine Liste von Ansprechpartnern der anderen Rehabilitationsträger, die bei Bedarf hinzugezogen werden. Diese Liste kann sehr umfassend sein, da diese z.T. Ansprechpartner bei den verschiedenen Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften, Agenturen für Arbeit, Unfallversicherungen, Jugend- und Sozialhilfeträgern usw. enthalten.

Dieses – wie auch immer ausgestaltete – „Team“ der Gemeinsamen Servicestellen steht für den gemeinsamen Service der Rehabilitationsträger. Im Rahmen der Evaluation wurde aus organisatorischen Gründen die Befragungen der Mitarbeiter, die sichtbar vor Ort in der GS arbeiten (vgl. Abschnitt 1.2) und der Mitarbeiter, die zum weiteren Team der GS gehören, getrennt voneinander vorgenommen. In Kapitel 5.3 werden die Ergebnisse dieser Befragung der Teammitglieder dargelegt.

Die Gruppe der 30 GS, mit denen ein intensiver Kontakt bestand, wurde gebeten, ihre Teammitglieder zu benennen und uns deren Adressen zum Zweck einer Befragung zur Verfügung zu stellen. Sofern uns eine Liste von (bis zu 70) Ansprechpartnern zugesandt wurde, wurden diejenigen (bis zu 15) Ansprechpartner ausgewählt, die den Gemeinsamen Servicestellen räumlich am nächsten waren. Insgesamt wurden 344 Teammitglieder angeschrieben. Hiervon haben 108 einen ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt, was einer Rücklaufquote von 31% entspricht.

1.3.2 Nutzerdokumentationen

Die 30 ausgewählten GS wurden weiterhin gebeten, in einem Zeitraum von einem halben Jahr ihre Leistungen, die sie im Rahmen der Servicestellenarbeit je Klient erbracht haben, zu dokumentieren. Das hierzu erarbeitete Erhebungsinstrument basiert auf dem Dokumentationsbogen der BAR,[3] der um einige wenige Punkte erweitert wurde. Die vielseits diskutierten geringen Fallzahlen (Vgl. Kap. 7.2) wurden auch hier konstatiert: Lediglich 100 Falldokumentationen wurden uns zugesandt, davon gut ein Viertel von der GS aus Baden-Württemberg.

1.3.3 Workshops

Mit jeweils einem bis zwei Mitarbeitern der ausgewählten GS wurden im Verlauf des Projekts zwei Workshops in Bonn (Juni 2003) und in Berlin (Mai 2004) durchgeführt, auf denen zum einen die Ergebnisse, die zu den jeweiligen Zeitpunkten vorlagen, vorgestellt und ausführlich diskutiert wurden. Zum anderen wurden in Arbeitsgruppen spezielle Fragestellungen näher bearbeitet: Die Arbeitsgruppen im Jahr 2003 befassten sich mit den Themen:

1. Zugang zur Beratung: Barrierefreiheit und Öffentlichkeitsarbeit,
2. Qualifikationen, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen
3. Kooperation der beteiligten Rehabilitationsträger/ Zusammenarbeit mit Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen

Die Arbeitsgruppen des zweiten Workshops im Jahr 2004 diskutierten über die Zukunft der Gemeinsamen Servicestellen:

1. Was kann der besondere Service einer Gemeinsamen Servicestelle sein? Gemeinsame Servicestelle als „neues“, besonderes Angebot oder als Zusatzangebot? Profil und Stellenwert der Gemeinsamen Servicestellen.
2. Wie kann Case Management in Gemeinsamen Servicestellen umgesetzt werden? Qualität der Beratung und Begleitung im Interesse der Klienten. Rolle der Gemeinsamen Servicestelle im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget.

[3] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Instrument zur Falldokumentation vom 17. Oktober 2002

3. Unter welchen Bedingungen werden Gemeinsame Servicestellen gut bzw. besser funktionieren? Welche Organisationsform, Qualifikation der Mitarbeiter/innen, Arbeitsbedingungen begünstigen die Arbeit von Gemeinsamen Servicestellen?

1.4 Befragung von Selbsthilfegruppen und Verbänden sowie Klienten

Die Sicht von Selbsthilfegruppen, Wohlfahrts- und Sozialverbänden, Behindertenbeauftragten, interessierten Bürgern etc. stellt einen weiteren Baustein der Gesamtanalyse dar. Die Gruppe der eingehender evaluierten 30 GS haben insgesamt 112 Institutionen benannt, mit denen sie kooperieren. Von diesen haben 28 ausgefüllte Fragebögen an das ISG zurückgesandt, was einer Rücklaufquote von 25% entspricht.

Schließlich wurden die Spitzenverbände der Selbsthilfegruppen auf Landesebene um Mitarbeit bei der Weiterleitung von Fragebögen an Klienten von Gemeinsamen Servicestellen gebeten. Auf diese Weise konnten Selbsthilfegruppen in den Städten und Gemeinden erreicht und zur Mithilfe gewonnen werden. Dieser Umweg wurde gewählt, da es aus Gründen des Datenschutzes nicht möglich war, die Klienten direkt anzuschreiben. Von den insgesamt 1.000 Fragebögen, die auf dem Weg über Selbsthilfegruppen an Klienten weiter geleitet wurden, haben allerdings nur 28 behinderte Menschen einen ausgefüllten Fragebogen an das ISG zurückgesendet.

1.5 Telefonische Interviews

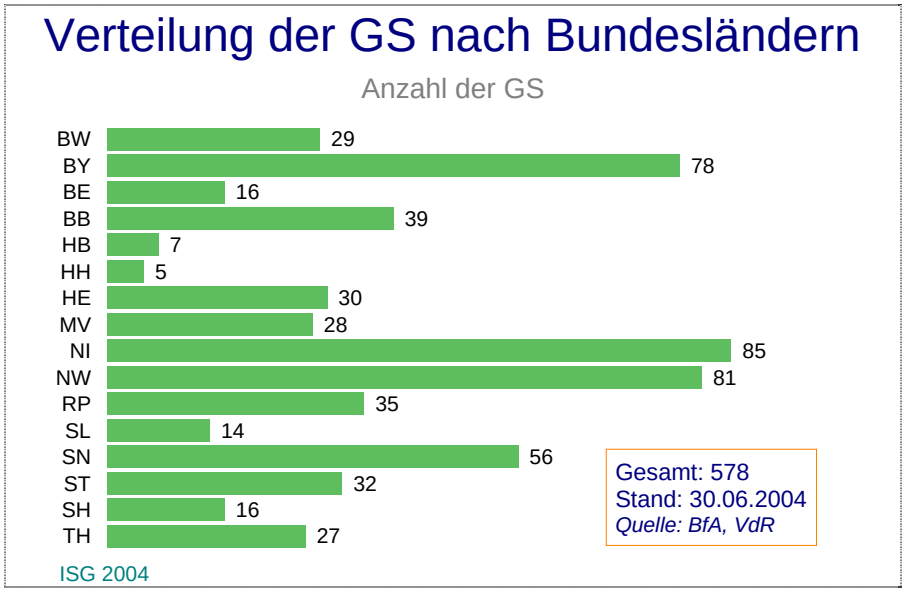
Zur Klärung von Fragen, die sich u.a. im Zuge der Auswertung der quantitativen Untersuchungen stellen, wurde eine Reihe von telefonischen Interviews durchgeführt. Nach der ersten schriftlichen Befragung der GS wurden im Frühjahr 2003 die ausgewählten GS anhand eines Leitfadens befragt. Nach der zweiten schriftlichen Befragung wurden im Frühjahr 2004 nochmals etwa 20 Kurzinterviews geführt; dabei wurden neben den ausgewählten GS auch Vertreter von Spitzenverbänden – vornehmlich in den Bundesländern – kontaktiert, um Erklärungen für bestimmte Phänomene zu gewinnen, wie beispielsweise besonders gute oder besonders schlechte Beteiligungen und Ergebnisse.

2 Umsetzungsstand der Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen[4]

2.1 Anzahl der Gemeinsamen Servicestellen und ihre Verteilung nach Bundesländern

Bis zum 30. Juni 2004 wurden bundesweit 578 Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation eingerichtet. Die folgende Abbildung informiert darüber, wie sich die Gemeinsamen Servicestellen auf die Bundesländer verteilen.

Abbildung 5



Die flächendeckende Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen ist weitestgehend abgeschlossen. Die überwiegende Mehrheit der GS wurde im Jahr 2002 eingerichtet. Seit Jahresanfang 2003 eröffneten noch 60 GS. Zuletzt wurde am 27. Mai 2004 eine GS in Oberhausen eingerichtet. In Einzelfällen kommt es noch zu Standort- und/oder Trägerwechseln bzw. Umzügen eingerichteter GS. Beispielsweise werden nach Informationen der AOK Rheinland-Pfalz zwei GS geschlossen, da sich die zu einer Barrierefreiheit führende Umbaumaßnahmen nicht befriedigend realisieren ließen. Dafür soll an zwei anderen Standorten jeweils eine neue GS bei der AOK eröffnet werden, so dass sich die Gesamtzahl der in Rheinland-Pfalz eingerichteten GS nicht vermindern wird. Perspektivisch wird sie im Gegenteil eher noch ansteigen, da der Arbeitskreis Servicestellen in Rheinland-Pfalz im März 2004 überprüfte, ob an den aufgegebenen Standorten ein anderer Träger eine GS zur Verfügung stellen kann.[5] Die GS bei der Techniker

[4] Im folgenden Kapitel werden statistische Rahmendaten der GS dargestellt. Es handelt sich nicht um Befragungsergebnisse, sondern um Analysen vorhandener Strukturdaten zu Anzahl, Standort, regionaler Zuständigkeit und Trägerschaft aller GS. Die Datenbasis stellen die Datenbanken und Gesamtlisten zu den Gemeinsamen Servicestellen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und des Verbandes der Rentenversicherungsträger (VdR) dar; vgl. <www.bfa.de> sowie <www.vdr.de> jeweils unter den internen Verweisen „Rehabilitation“ und „Reha-Servicestellen“.

[5] Die AOK Rheinland-Pfalz beabsichtigte, die GS in Kusel und Cochem zu schließen. Dafür sollen GS bei der AOK in Rockenhausen und Bad-Neuenahr-Ahrweiler neu eingerichtet werden. In Kusel wird voraussichtlich eine GS bei einer Mitgliedskasse des Verbandes der Ange-

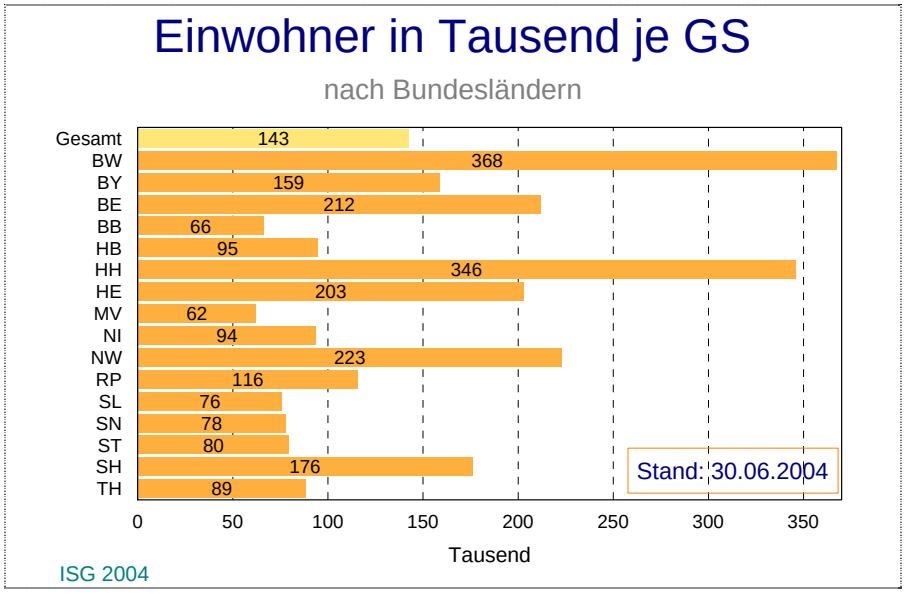
Krankenkasse (TK) Hannover berichtet darüber, dass aufgrund der schlechten Erreichbarkeit der derzeitigen Dienststelle und damit verbundenen geringen Inanspruchnahme der GS in absehbarer Zeit Räume in der Innenstadt bezogen werden sollen.

2.2 Einwohner je Gemeinsame Servicestelle

Länderdurchschnitt

Setzt man die Anzahl der GS in den Bundesländern mit den jeweiligen Einwohnerzahlen in Relation, ergibt sich folgendes Bild: Im Bundesdurchschnitt kommen rund 143.000 Einwohner auf eine GS. Die durchschnittliche Anzahl der Einwohner je GS variiert zwischen 60.000 in Mecklenburg-Vorpommern und 368.000 in Baden-Württemberg.[6] Die Betreuungsrelation Baden-Württembergs erklärt sich durch die dortige spezifische Organisationsform der Gemeinsamen Servicestellen. Sie wurden in der Regel an die Regionalzentren der Landesversicherungsanstalt (LVA) Baden-Württemberg angegliedert.[7] Die unterschiedlichen durchschnittlichen Betreuungsrelationen weisen auf unterschiedliche Organisationsformen und Konzeptionen in den Bundesländern hin.

Abbildung 6



Größenklassen von Versorgungsgebieten

Um die Einwohner im Versorgungsgebiet je GS berechnen zu können, haben wir die Anzahl der Einwohner einer Region durch die Anzahl der GS, die für diese Region zuständig sind, dividiert. Knapp zwei Drittel der GS sind für eine bestimmte Region nicht alleine zuständig, sondern es eröffnete mindestens eine weitere GS.

- Insgesamt 14% der GS sind für ein Gebiet zuständig, in dem unter 50.000 Einwohner leben.

---

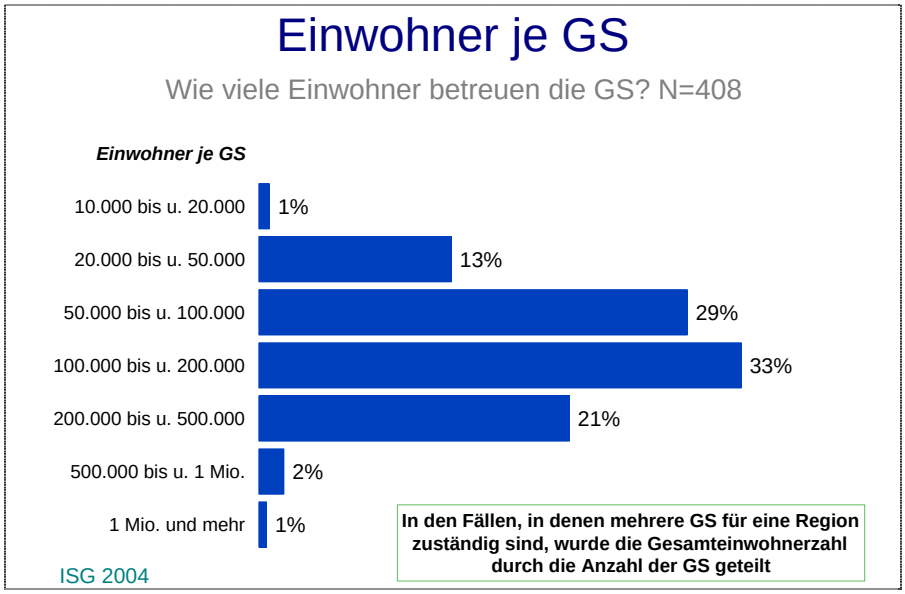
stelltenkrankenkassen und in Cochem eine GS beim Landkreis zur Verfügung gestellt. Vgl. Schreiben der AOK Rheinland-Pfalz an das ISG vom 15. März 2004.

[6] Angemerkt sei, dass die angegebenen Betreuungsrelationen keine Aussage über die tatsächliche Anzahl der Beratungen oder gar deren Qualität vornehmen.

[7] Die Servicestellenkonzeption der LVA Baden-Württemberg wird in Kapitel 10 dargestellt.

- Annähernd ein Drittel der GS (29%) ist für ein Versorgungsgebiet zuständig, in dem zwischen 50.000 und 100.000 Einwohnern leben.
- Der relativ größte Teil der GS (33%) ist für ein Versorgungsgebiet zuständig, in dem zwischen 100.000 und 200.000 Einwohner leben.
- Insgesamt knapp ein Viertel der GS (24%) ist für ein Gebiet mit 200.000 und mehr Einwohnern zuständig.

Abbildung 7



2.3 Umsetzung der flächendeckenden Versorgung

Nach § 23 Abs. 1 SGB IX sollen grundsätzlich in allen Kreisen (kreisfreien Städten und Landkreisen) GS bestehen. Abweichend davon können die GS auch für mehrere kleine Landkreise oder kreisfreie Städte eingerichtet werden, wenn eine ortsnahe Beratung und Unterstützung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gewährleistet ist. Ende Juni 2004 waren in 347 von insgesamt 439 Kreisen in Deutschland, das sind 79%, GS eingerichtet worden (Vgl. Abbildung 8). 85 der Landkreise und kreisfreien Städte, das sind 19%, wurden durch eine GS, die in einem benachbarten Kreis eingerichtet wurde, mitbetreut.[8] 6 Landkreise und 1 kreisfreie Städte, das sind knapp 2% der Kreise mit insgesamt rund 940.000 Einwohnern, werden unseres Kenntnisstandes nach gegenwärtig noch durch keine GS betreut. Weder sind in diesen Kreisen GS eingerichtet worden, noch sind GS an anderen Standorten für sie zuständig.[9]

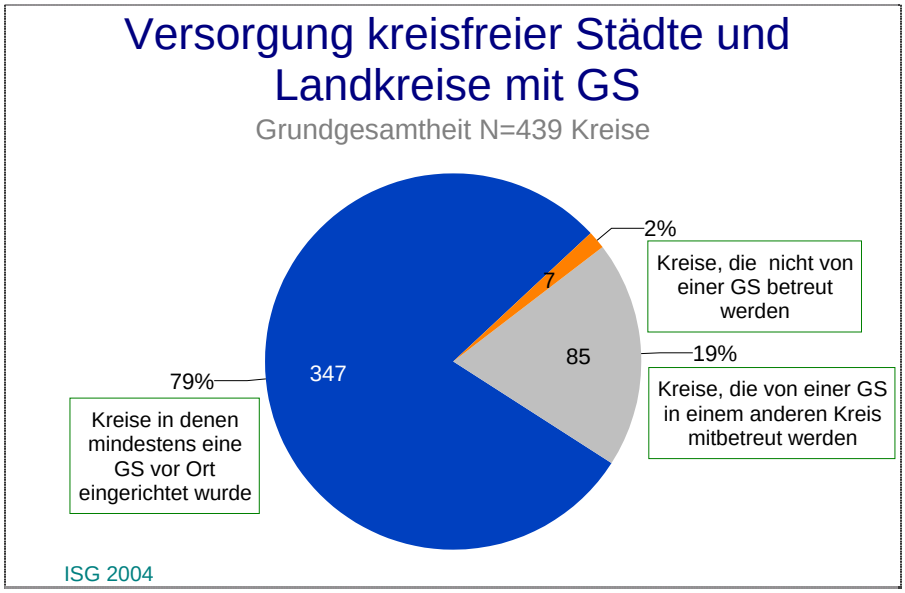
[8] Für den Landkreis Böblingen in Baden-Württemberg ist eine „mobile Gemeinsame Servicestelle“ eingerichtet worden. Nach einer Erprobungsphase werden mittlerweile in drei Gemeinden des Landkreises Sprechstunden von Servicestellenmitarbeitern der LVA Baden-Württemberg angeboten.

[9] Die Gesamtlisten der GS auf den Internetseiten der BfA und des VdR führen die Adressen, Träger und insbesondere regionalen Zuständigkeiten aller GS auf. Nach Auswertung dieser Listen im April 2004 war bei 19 Kreisen mit insgesamt rund 3 Mio. Einwohnern die Zuständigkeit einer GS unklar. Nach telefonischer Rücksprache mit dem VdR stellte sich heraus, dass dies teilweise lediglich an Lücken in den Datenbanken lag, die nunmehr geschlossen werden sollen.

Es handelt sich um

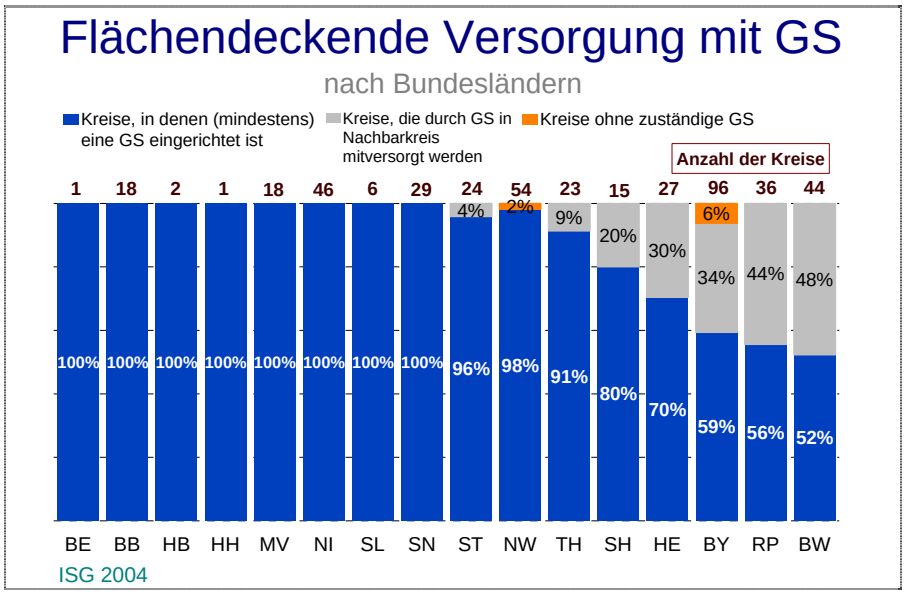
- die Landkreise Eichstädt, Neuburg-Schrobenhausen, Pfaffenhofen a.d. Ilm, Traunstein, Weilheim-Schongau und Schwandorf in Bayern mit insgesamt rund 766.00 Einwohnern sowie
- die kreisfreie Stadt Mülheim a.d. Ruhr in Nordrhein-Westfalen mit rund 172.000 Einwohnern.

Abbildung 8



In Bayern und Nordrhein-Westfalen bestehen damit noch „weiße Flecken“ einer flächendeckenden Versorgung. In den anderen Bundesländern ist die Versorgung mit GS flächendeckend. Neben den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg, ist in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland und Sachsen *in jedem Kreis* mindestens eine GS eingerichtet. Weiter sind in Sachsen-Anhalt, Thüringen und Schleswig-Holstein *in fast allen Kreisen* GS eingerichtet. Hessen, Bayern, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg schließlich zeichnen sich durch vergleichsweise hohe Anteile an Kreisen aus, die durch GS in Nachbargemeinden mitversorgt werden.

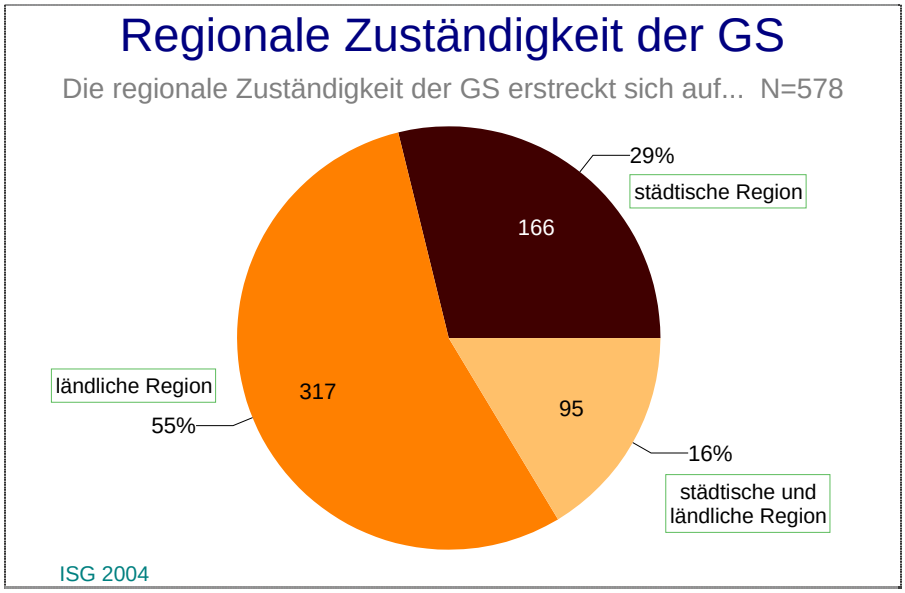
Abbildung 9



2.4 Regionale Zuständigkeit der Gemeinsamen Servicestellen

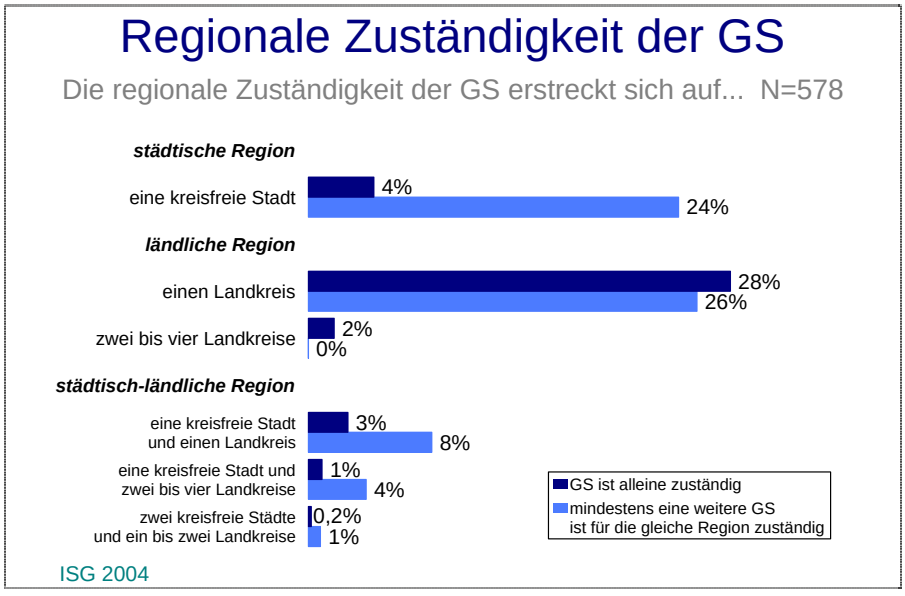
Über die Hälfte der GS (55%) bietet ihre Beratungs- und Unterstützungsleistungen in ländlich strukturierten Räumen an. Ihre Zuständigkeit erstreckt sich in der Regel genau auf einen Landkreis, in Einzelfällen auf zwei bis vier Landkreise. Annähernd ein Drittel der GS (29%) ist für eine kreisfreie Stadt zuständig. 16% der GS betreuen sowohl eine kreisfreie Stadt als auch einen oder mehrere Landkreise.

Abbildung 10



Die GS versorgen bestimmte Regionen entweder alleine, das heißt als einzig zuständige GS, oder mindestens eine weitere GS ist auch für diese Region zuständig. Kreisfreie Städte werden meist von mehr als einer GS betreut. 4,3% der GS in Zuständigkeit für eine kreisfreie Stadt betreuen diese Stadt alleine, ein Viertel (24,3%) der GS teilt sich die Zuständigkeit für eine kreisfreie Stadt mit einer oder mehreren weiteren GS.

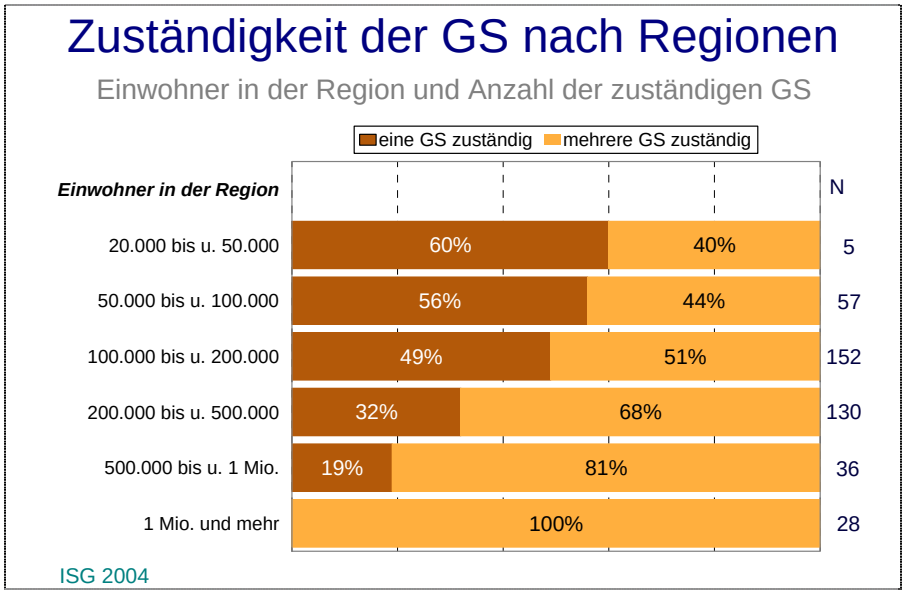
Abbildung 11



Während 28% der GS als allein zuständige GS einen Landkreis betreuen, teilen sich 26% der GS ihre Zuständigkeit für einen Landkreis mit mindestens einer weiteren GS. Bezieht sich die regionale Zuständigkeit sowohl auf eine kreisfreie Stadt als auch auf einen Landkreis, dann ist mehrheitlich mehr als eine GS zuständig: 8% der GS betreuen eine kreisfreie Stadt und einen Landkreis gemeinsam mit mindestens einer weiteren GS, 3% der GS betreuen Stadt und Landkreis alleine.

Eine Zuständigkeit von zwei oder mehreren GS für den gleichen Kreis bzw. die gleichen Kreise ergibt sich in der Regel durch vergleichsweise hohe Einwohnerzahlen. Tendenziell gilt, dass je höher die Einwohnerzahl in einer Region ist, desto mehr GS wurden eingerichtet. Das sei hier anhand der Zuständigkeiten der GS dargestellt, die an der zweiten schriftlichen Befragung teilnahmen. Die Abbildung zeigt zum einen, dass bei höheren Einwohnerzahlen im Versorgungsgebiet der Anteil der GS, die für diese Region allein zuständig sind, immer weiter abnimmt. Zum anderen werden aber auch die Unterschiede innerhalb der einzelnen Größenklassen deutlich. Beispielsweise ist die eine Hälfte der GS (49%), zuständig für ein Versorgungsgebiet mit 100.000 bis 200.000 Einwohnern, die einzige GS in dieser Region. Bei der anderen Hälfte der GS (51%), zuständig für ein Versorgungsgebiet dieser Größenklasse, ist mindestens eine weitere GS auch für diese Region zuständig.

Abbildung 12



Die Unterschiede nach den Einwohnerzahlen des Versorgungsgebietes der GS werden auch am Beispiel der Versorgung der vier Millionenstädte Berlin, Hamburg, München und Köln deutlich:

- Berlin: 16 GS bei rd. 3,4 Mio. Einwohner, Versorgungsschlüssel: 1 GS je 212.000 Einwohner
- Hamburg: 5 GS bei rd. 1,7 Mio. Einwohner, Versorgungsschlüssel: 1 GS je 345.000 Einwohner
- München: 6 GS bei rd. 1,2 Mio. Einwohner in München Stadt und rd. 300.000 Einwohner in München Land, Versorgungsschlüssel: 1 GS je 255.000 Einwohner
- Köln: 3 GS bei rd. 1 Mio. Einwohner, Versorgungsschlüssel: 1: 323.000 Einwohner

Anzahl der GS und Einwohnerzahl des Versorgungsgebietes stehen nicht immer in einem Zusammenhang. Beispielsweise sind in Schwerin in Mecklenburg-Vorpommern bei rund 100.000 Einwohnern 5 GS in Zuständigkeit für die Stadt eingerichtet, genau so viele wie in Hamburg bei rund 1,7 Mio. Einwohnern. Festzustellen ist, dass es kreisfreie Städte respektive Stadtbezirke gibt, in denen sich mehrere GS ballen. Beispielsweise sind in Berlin 7 der 16 GS für die Bezirke Charlottenburg und Wilmersdorf zuständig. Der Berliner Behindertenverband e.V. berichtete in der Berliner Behindertenzeitung von September 2002 über die Schwierigkeiten, die GS in Berlin ortsnah einzurichten:

> „Herr Mohneke von der LVA Berlin, der das Vorgehen koordiniert, wies darauf hin, dass es trotz des Bemühens, die Servicestellen ‚ortsnah' einzurichten, eine starke Konzentration auf die Innenstadtbezirke gebe. Für Reinickendorf habe sich von Anfang an keine Möglichkeit gefunden, für Steglitz-Zehlendorf und Marzahn-Hellersdorf seien jetzt die Stellen wieder ‚weggebrochen'. Auch in anderen Bezirken liegen die bisher vorgesehenen Servicestellen nicht immer zentral."[10]

Ortsnähe stellt ein wichtiges Zugangskriterium zur Beratung durch die GS dar. Im Rahmen telefonischer Interviews unterstrichen die GS den engen Zusammenhang zwischen Ortsnähe bzw. guter Erreichbarkeit und Inanspruchnahme der GS. Eine Klientin kritisierte in einem telefonischen Gespräch, dass es keine GS in Berlin-Steglitz gebe und sie Schwierigkeiten hatte, eine GS aufzusuchen. Gerade für eingeschränkt mobile Menschen ist es offenbar wichtig, dass sich eine GS in der Nähe befindet oder alternativ Hausbesuche anbietet.

Einige GS selbst wie auch Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände kritisierten in den Befragungen die Zuständigkeit mehrerer GS. Die GS argumentierten, dass sie nicht oder wenig von Ratsuchenden in Anspruch genommen würden, weil sich in unmittelbarer Nähe eine weitere GS befindet.

> „Örtliche Nähe einer weiteren Servicestelle wurde nicht beachtet." (GS in Brandenburg)

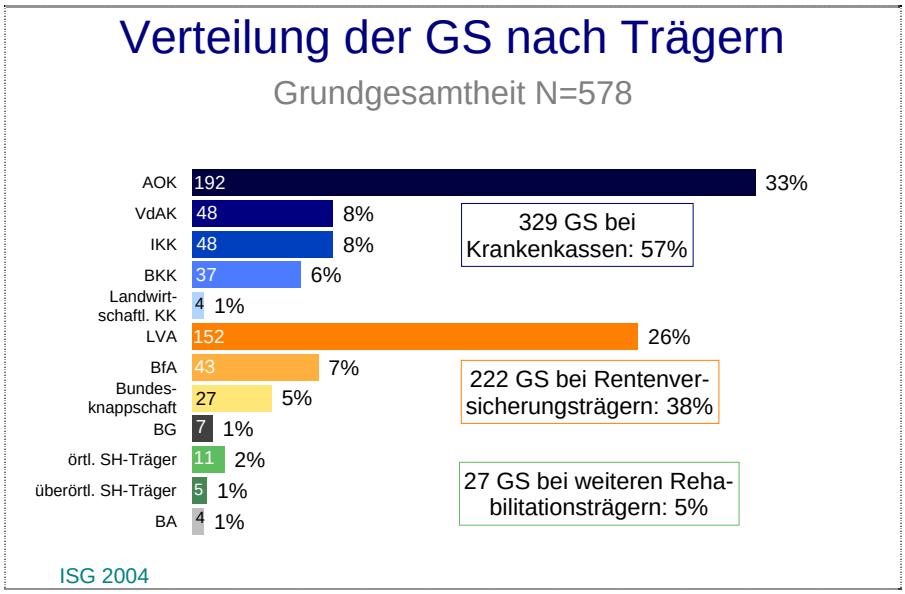
Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände nehmen eine Unterversorgung im ländlichen Raum bei gleichzeitiger Überversorgung im städtischen Raum wahr. Die gleichzeitige Zuständigkeit mehrerer GS für eine kreisfreie Stadt verwirre Ratsuchende eher als dass sie den Zugang zur Beratung erleichtert. Tatsächlich können sich Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger ergeben, wenn mehrere oder sogar jeder „seine" GS betreibt. Das spezifisch Neue einer GS, eben die Gemeinsamkeit durch Kooperation und Koordination wird dann ggf. weder den Rehabilitationsträgern noch den Ratsuchenden deutlich.

[10] Berliner Behindertenverband e.V. (Hg.), Berliner Behindertenzeitung – Ausgabe 9/02; <www.berliner-behindertenzeitung.de>

2.5 Verteilung der Gemeinsamen Servicestellen nach Trägern

Die GS sind überwiegend entweder bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei einem Rentenversicherungsträger eingerichtet. Während 329 GS und damit über die Hälfte (57%) der 578 GS bei einer Krankenkasse eingerichtet sind, wurden 222 GS, das sind über ein Drittel (38%), bei einem Rentenversicherungsträger (inklusive Bundesknappschaft) eröffnet. Relativ selten befinden sich die GS in Trägerschaft anderer Rehabilitationsträger. Nur 27 GS (5%) sind bei einem Sozialhilfeträger, einem Unfallversicherungsträger oder Agenturen für Arbeit eingerichtet. 192 GS bzw. ein Drittel der GS (33%) sind bei der AOK eingerichtet. Bei der LVA befinden sich bundesweit 152 GS, das entspricht einem Viertel der GS (26%). Mitgliedskassen des VdAK, insbesondere die Barmer Ersatzkasse (BEK), die Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) und die Techniker Krankenkasse (TK), eröffneten insgesamt 48 GS (8%), genau so viele wie Innungskrankenkassen (IKK). Betriebskrankenkassen sind 37 Mal (6%) Träger Gemeinsamer Servicestellen. 43 GS (7%) sind bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)[11] und 27 GS (5%) bei der Bundesknappschaft eingerichtet worden. Jeweils ein Anteil von knapp 1% bis 2% aller GS befindet sich in Trägerschaft einer Landwirtschaftlichen Krankenkasse (4 GS), eines Unfallversicherungsträgers (7 GS), eines örtlichen Sozialhilfeträgers (11 GS), eines überörtlichen Sozialhilfeträgers (5 GS) bzw. einer Agentur für Arbeit (4 GS).

Abbildung 13



2.6 Trägerstrukturen in den Bundesländern

Die Einrichtung der GS in den Bundesländern unterscheidet sich danach, bei welchen Rehabilitationsträgern sie wie häufig eingerichtet wurden. In diesem Sinne weisen die GS in den Ländern unterschiedliche Trägerstrukturen auf (Vgl. Tabelle 1). Beispielhaft seien die Trägerstrukturen einiger Bundesländer beschrieben: In Baden-Württemberg sind fast alle GS entweder bei der LVA (22 GS) oder der BfA (6 GS) eingerichtet. Eine GS wurde bei der Agentur für Arbeit in Göppingen eingerichtet, keine GS bei einer

[11] Weitere 7 GS befinden sich in Trägerschaft einer LVA und der BfA. Sie werden in der vorliegenden Systematisierung – aus Gründen der Übersichtlichkeit – der LVA zugeordnet.

Krankenkasse. In Bayern sind drei Viertel der GS (75%) bei Krankenkassen eingerichtet, davon fast zwei Drittel (63%) bei der AOK. GS bei Rentenversicherungsträgern machen in Bayern einen vergleichsweise geringen Anteil von knapp einem Viertel (24%) aus. In Niedersachsen wurden 20 GS und damit knapp ein Viertel (24%) der GS im Land bei Innungskrankenkassen eröffnet. In Nordrhein-Westfalen befindet sich jede zehnte GS (10%) bei einem örtlichen Sozialhilfeträger, während Sozialhilfeträger in den übrigen Ländern kaum eine Rolle spielen.

Tabelle 1 **Verteilung der GS nach Trägern und Bundesländern**

Bundesland	Anzahl der GS insg.	Anzahl der GS eingerichtet bei...											
		AOK	VdAK	IKK	BKK	Landwirtschaftl. KK	LVA	BfA	Bundesknappschaft	BG	BA	örtlicher SH-Träger	überörtl. SH-Träger
BW	29						22	6			1		
BY	78	49	2	1	3	3	12	5	2				1
BE	16	1	5	1	4		2	1		2			
BB	39	18	1	2	3		8	3	2			2	
HB	7	2	1	1	1		1	1					
HH	5		2		1		2						
HE	30	5	5	3	6		3	3	1	1	1	1	1
MV	28	3	4	3			15	3					
NI	85	36	6	20	9		9	3	1	1			
NW	81	26	6	6	3		14	4	14			8	
RP	35	12	3	4	4	1	5	2		1	1		2
SL	14	6			1		1	1	3		1		1
SN	56	6	3	3	1		35	5	2	1			
ST	32	13	2	3			12	1	1				
SH	16	4	2		1		7	2					
TH	27	11	6	1			4	3	1	1			
Ges.	578	192	48	48	37	4	152	43	27	7	4	11	5

Zur Information führen wir im Folgenden die „kleinen“ Träger Gemeinsamer Servicestellen mit ihren Standorten auf:

- GS bei Berufsgenossenschaften wurden zweimal in Berlin sowie in Frankfurt/Main (HE), Delmenhorst (NI), Mainz (RP), Dresden (SN) und Erfurt (TH) eingerichtet.
- GS bei Agenturen für Arbeit existieren in Göppingen (BW), Marburg (HE), Trier (RP) und Saarlouis (SL).
- GS bei örtlichen Sozialhilfeträgern wurden in der Stadt Bielefeld, im Kreis Borken, im Kreis Heinsberg, im Kreis Mettmann, im Kreis Recklinghausen, in der Stadt Siegburg in Zuständigkeit für den Rhein-Sieg-Kreis, in der Stadt Bergisch-Gladbach zuständig für den Rheinisch-Bergischen Kreis und in der Stadt Solingen (NW) eingerichtet. Weitere zwei GS befinden sich in Oranienburg für den Landkreis Oberhavel und in Forst für den Landkreis Spree-Neisse (BB) sowie 1 GS in Homburg (HE).
- GS, die bei überörtlichen Sozialhilfeträgern eröffnet wurden, finden sich beim Bezirk Oberbayern in München (BY), beim Landeswohlfahrtsverband Hessen in

Kassel (HE), beim Landesamt für soziale Angelegenheiten in Landau und beim Landesamt für Soziales, Jugend und Verwaltung in Speyer (RP) sowie beim Landesamt für Jugend und Soziales in Saarbrücken (SL).

- Drei von vier GS bei landwirtschaftlichen Krankenkassen befinden sich in Bayern (Feuchtwangen, Fürth und Mühldorf), die Vierte in Koblenz (RP).

3 Struktur und Organisation der Gemeinsamen Servicestellen

Die folgenden Ausführungen zu Strukturaufbau und Personal der GS sowie Organisation der Servicestellenteams basieren auf Auswertungen der schriftlichen und telefonischen Befragungen der Gemeinsamen Servicestellen.

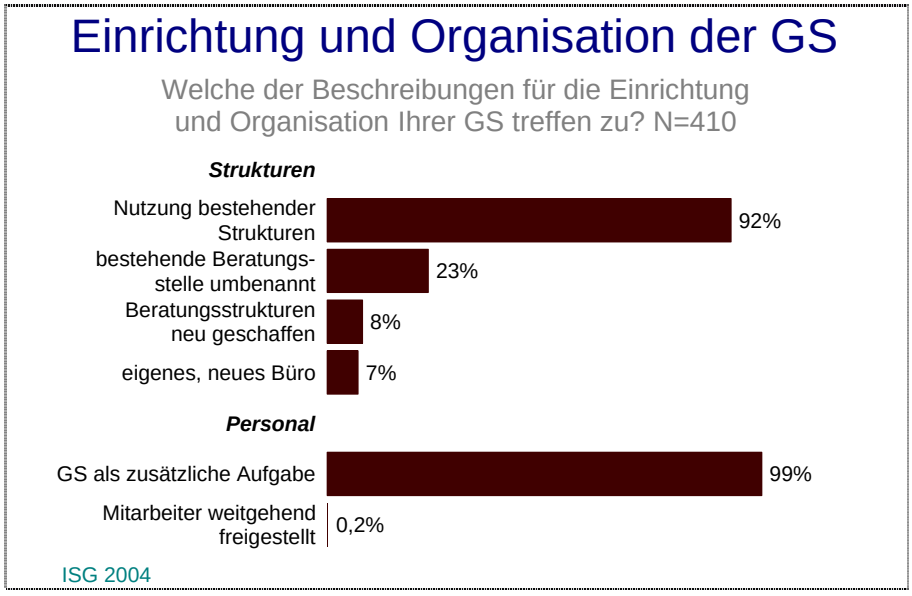
3.1 Strukturaufbau der Gemeinsamen Servicestellen

Die weit überwiegende Mehrheit der GS (92%) nutzte für die Einrichtung der GS – wie in § 23 SGB IX vorgesehen – bestehende Strukturen. Dies erfolgte in aller Regel in der Form, dass die GS in eine bestehende Beratungsstelle des Trägers bei nunmehr gemeinsamer Nutzung der technischen, räumlichen und personellen Infrastruktur integriert wurde.

> „Wir nutzen die vorhandenen Räumlichkeiten. Im Eingangsbereich sitzt eine Empfangsmitarbeiterin, die nach dem Anliegen fragt und die Ratsuchenden entsprechend leitet. Die Beratung erfolgt entweder im Auskunfts- und Beratungsbereich oder bei Bedarf in einem separaten Raum. Die Servicestelle hat zwei Mitarbeiterinnen. Wer gerade frei ist, macht die Beratung.“ (GS in Sachsen-Anhalt)

> „Eine Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen existierte vorher. Die Servicestelle wurde angekoppelt. Eine Mitarbeiterin: Personalunion.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

Abbildung 14



Die Nutzung bestehender Beratungsstrukturen erfolgte in knapp einem Viertel der Fälle (23%) derart, dass eine bestehende Beratungsstelle in „Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation“ umbenannt wurde. Für einen relativ geringen Anteil der GS (8%) wurden die erforderlichen Beratungsstrukturen hingegen neu geschaffen. Diese GS stellen dann überwiegend eigenständige Beratungsstellen mit eigener Infrastruktur dar. Für 21 GS (7%) ist ein eigenes Büro neu eingerichtet worden.

> „Es gibt regelmäßige Sprechzeiten. Der Ratsuchende gelangt zunächst in eine offene Wartezone im Beratungsbereich. Das linke Zimmer ist die Servicestelle, das rechte die Pflegeberatung. Es gibt keinen Counter.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

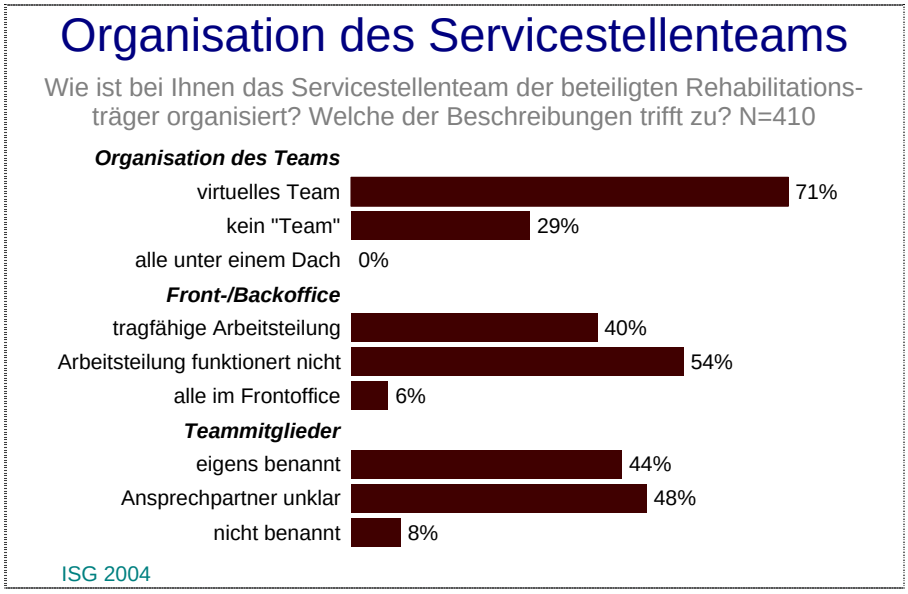
Die Mitarbeiter fast aller GS wurden aus dem Mitarbeiterpool der Rehabilitationsträger, insbesondere aus deren bestehenden Beratungsstellen ausgewählt bzw. benannt. Sie

erfüllen die Servicestellentätigkeit nunmehr zusätzlich im Sinne einer Aufgabenerweiterung zu ihren meist schon zuvor bestehenden Aufgaben der Kundenberatung und Reha-Sachbearbeitung. Nur in einer GS (0,2%) sind die Mitarbeiter nur oder zumindest überwiegend für die Servicestellenarbeit zuständig, also weitgehend freigestellt.[12]

3.2 Organisation der Servicestellenteams

Die durchgängig anzutreffende Organisationsform lässt sich treffend als „virtuelle GS“ oder auch als „vernetzte GS“ bezeichnen. Annähernd drei Viertel der GS (71%) finden sich in der Bezeichnung „virtuelles Beratungsteam“ wieder. Für die restlichen 29% der GS trifft die Bezeichnung dem Sinngehalt nach zwar zu: Die GS ist in den Räumen eines Rehabilitationsträgers eingerichtet, von wo aus Mitarbeiter der anderen Rehabilitationsträger per Telefon oder E-Mail erreichbar sind. Faktisch bestehen aber Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit der Teammitglieder, so dass der Begriff „Team“ nicht als angemessen erachtet wird. Im Rahmen der verschiedenen Untersuchungsschritte ist keine GS bekannt geworden, in der alle oder mehrere Rehabilitationsträger räumlich zusammen gefasst wurden und sich damit „unter einem Dach“ befinden.[13] Vielmehr ist die GS eher bei einem Träger als „Frontoffice“ eingerichtet, während Teammitglieder der anderen Rehabilitationsträger das „Backoffice“ bilden, mit welchem bei Bedarf telefonisch oder per E-Mail Kontakt aufgenommen wird. Das „Gemeinsame“ einer GS ergibt sich damit erst durch ein funktionierendes Zusammenwirken von Rehabilitationsträgern vor dem Hintergrund eines konkreten Falls. Gemeinsamkeit wird ferner durch gemeinsame Fortbildungen der Teammitglieder und Treffen des Servicestellenteams hergestellt.

Abbildung 15



[12] GS bei der gemeinsamen Auskunfts- und Beratungsstelle der LVA Sachsen, BfA und Bundesknappschaft in Freital.

[13] Die bei Unfallversicherungsträgern und bei der landwirtschaftlichen Sozialversicherung eingerichteten GS stellen insofern eine Besonderheit dar, als sie Rehabilitationsträger aller vier Leistungsgruppen zur Teilhabe sind. Aus diesem Grund ist zu erwarten, dass hier schon im Vorhinein Wissen in allen Fragen zur Teilhabe bestand.

In 40% der GS wird zwischen Frontoffice und Backoffice unterschieden. Diese GS sehen die Servicestellentätigkeit durch eine funktionale Arbeitsteilung der beteiligten Rehabilitationsträger unterstützt. Bei über der Hälfte der GS (54%) hingegen existieren keine tragfähigen Absprachen bezüglich einer Arbeitsteilung bzw. Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger. Mit dieser Feststellung korrespondiert, dass bei weniger als der Hälfte der Servicestellenteams (44%) die Teammitglieder der beteiligten Rehabilitationsträger eigens benannt wurden. Bei knapp der Hälfte der GS (48%) ist die Ansprechpartnerschaft innerhalb des Teams nicht klar und befriedigend geregelt. Das kann zum einen daran liegen, dass Teammitglieder nicht benannt wurden oder Rehabilitationsträger nicht einen Mitarbeiter als Teammitglied benennen, sondern mehrere oder viele, was dazu führt, dass sich keiner verantwortlich fühlt. Weitere Erklärungen sind, dass Teammitglieder nicht oder schwer erreichbar sind bzw. im Zuge eines Mitarbeiterwechsels kein klarer Ansprechpartner mehr vorhanden ist. 8% der GS machten in der Befragung ausdrücklich deutlich, dass Teammitglieder nicht benannt wurden.

6% der GS unterscheiden explizit nicht zwischen Frontoffice und Backoffice, vielmehr sind ihrem Verständnis nach alle Rehabilitationsträger im Frontoffice tätig. In diesen Fällen verstehen sich mehrere oder alle Rehabilitationsträger als Anlaufstelle, welche im Bedarfsfall auf andere Rehabilitationsträger als Backoffice zurückgreift. Ein und derselbe Rehabilitationsträger kann in diesen Fällen also sowohl das Frontoffice als auch das Backoffice darstellen, je nachdem, ob sich ein Ratsuchender direkt an ihn wendet oder ein anderer Rehabilitationsträger mit ihm Kontakt aufnimmt.

> „Je nachdem, welche/r Mitarbeiter/in angegangen wird, erfolgt die Weiterleitung." (GS in Bayern)

Diese Organisationsform besteht zum Teil dann, wenn in einer kreisfreien Stadt mehrere GS eingerichtet wurden. So führte ein Mitarbeiter der LVA Sachsen-Anhalt im telefonischen Gespräch aus, dass er die vier GS unterschiedlicher Träger in Halle als eine GS mit vier Standorten versteht. Für alle besteht ein „Beratungsteam" bzw. Netzwerk aller Rehabilitationsträger und weiterer Institutionen für Rehabilitation. Je nach Bedarf nimmt eine GS Kontakt mit der GS eines anderen und im konkreten Fall beteiligten Rehabilitationsträgers auf oder – falls bei dem fraglichen Rehabilitationsträger keine GS eröffnet wurde – mit dem entsprechenden Teammitglied aus dem Beratungsteam. Das gleiche Verständnis von GS liegt in Mainz vor:

> „Es gibt vier Servicestellen in Mainz, die zusammen die Gemeinsame Servicestelle bilden." (GS in Rheinland-Pfalz)

3.3 Struktur und Ausbildung der Mitarbeiter

Für die Aufgabenerfüllung der umfassenden Beratung und Unterstützung Ratsuchender durch die GS soll nach § 23 Abs. 3 Satz 2 „besonders qualifiziertes Personal mit breiten Fachkenntnissen insbesondere des Rehabilitationsrechts und der Praxis eingesetzt" werden. In den GS sind typischerweise Sozialversicherungsfachangestellte, Diplom-Verwaltungswirte und Rehabilitationsberater tätig, die überwiegend schon vor der Einrichtung der GS in der trägerspezifischen Reha-Sachbearbeitung tätig waren und dabei auch Kundenberatung durchführten. Ein Anteil von 9% der Mitarbeiter hat eine pädagogische Ausbildung etwa als Diplom-Sozialarbeiter oder Diplom-Sozialpädagoge. Das Ausbildungsniveau erscheint insgesamt hoch und den Anforderungen an qualifiziertes Personal, zumindest was das sozialversicherungsrechtliche Wissen angeht, grundsätzlich angemessen. Spezielle Beratungskompetenzen im Sinne einer

Methodenkompetenz der allgemeinen Sozialberatung, das heißt der Gesprächsführung, Bedarfsermittlung oder des Case Management liegen aber in der Regel nicht vor. In der Befragung von Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden wurde deutlich, dass diese von den GS gerade ein umfassendes Case Management erwarten, gleichzeitig aber nur selten umgesetzt sehen. Weiter kritisieren Selbsthilfegruppen und Verbände, dass die GS zwar über theoretisches, nicht aber über praktisches Wissen verfügten.

> „Nur Rechtskompetenz in den Servicestellen, keine Kenntnis von Reha-Angeboten und Praxis.“ (Behindertenverband in Mecklenburg-Vorpommern)

Gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB IX i.V.m. § 112 Abs. 3 SGB IX sollen bei der Stellenbesetzung der GS schwerbehinderte Menschen bevorzugt berücksichtigt und dabei ein angemessener Anteil der Stellen mit schwerbehinderten Frauen besetzt werden. Die schriftliche Befragung der GS stellte auf behinderte Beschäftigte, unabhängig von dem Grad der Behinderung ab. 17% der GS beschäftigen Menschen mit Behinderungen. Bezogen auf die Gesamtzahl der in den GS Beschäftigten liegt der Anteil behinderter Menschen bei 6%. Die Behinderungsart ist regelmäßig eine körperliche Behinderung, und zwar entweder des Bewegungsapparates (Gehbehinderung) oder der Sinnesorgane (Seh- oder Hörbehinderung). Während drei Viertel aller Beschäftigten der GS Frauen und ein Viertel Männer sind, sind knapp zwei Drittel (65%) der behinderten Beschäftigten Frauen. Der Anteil behinderter Frauen liegt bei 4%.

3.4 Servicestellenarbeit als „zusätzliche Aufgabe“

Die Aufgaben der GS werden in aller Regel von Mitarbeitern der Rehabilitationsträger „zusätzlich“ zu ihren weiter bestehenden Aufgaben wahrgenommen. Nur die Mitarbeiter eines geringen Anteils der GS von 1% sind ausschließlich oder weit überwiegend für Aufgaben im Rahmen der Servicestellenarbeit zuständig. Im Rahmen der Untersuchung ist im Übrigen kein Fall bekannt geworden, in dem für die Aufgaben der GS neues Personal eingestellt wurde. Die Formulierung „zusätzlich“ ist so zu verstehen, dass die Servicestellenmitarbeiter neben den Tätigkeiten, die sie schon vor Einrichtung der GS erledigten, nunmehr auch Servicestellenarbeit leisten, ohne dass sie andere Aufgaben abgegeben hätten. Es ist hervorzuheben, dass die Servicestellenmitarbeiter regelmäßig zuvor schon in der Rehabilitationsberatung tätig waren (inklusive Kundenkontakte), so dass es sich bei der Servicestellenarbeit meist nicht um eine qualitativ andere Tätigkeit handelt. Vor diesem Hintergrund relativiert sich die Formulierung „zusätzlich“. Auf der anderen Seite wurde an verschiedenen Stellen der durchgeführten Befragungen deutlich, dass eine Reihe von Mitarbeitern die Servicestellenarbeit als „zusätzliche Aufgabe“ im Sinne einer zusätzlichen Belastung empfindet.

> „Mehrbelastung durch zusätzliche Übertragung der durch die GS anfallende Arbeit (GS ‚nebenbei’ als Aufgabe übertragen).“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

> „Zusatz zum täglichen Arbeitspensum.“ (GS in Brandenburg)

> „Personelle Ausstattung fehlt. Zusätzliche Beratungsarbeit.“ (GS in Hessen)

> „Tätigkeit der GS muss neben den eigentlichen beruflichen Aufgaben, die ständig wachsen, gewährleistet werden.“ (GS in Thüringen)

Es liegt auf der Hand, dass Servicestellentätigkeit als zusätzliche Aufgabe im Sinne von Mehrarbeit nicht motivationsfördernd ist. Beispielhaft dokumentiert folgende Aus-

sage die „Erleichterung“ mancher Servicestellenmitarbeiter, dass die GS nicht oder kaum in Anspruch genommen wird:

> „Ich leiste diese trägerübergreifende Beratung, Begleitung und Einleitung entsprechender Maßnahmen bereits seit 16 Jahren... für unsere Versicherten. Plötzlich wurde ich zur Servicestelle benannt, in keinster Weise für diese Aufgaben freigestellt und hatte damit zunächst große Bedenken, dass diese zusätzliche Arbeit neben meinen sonstigen Aufgaben nicht zu realisieren sei. Jetzt muss ich Ihnen jedoch mitteilen, dass seit der Benennung der Servicestelle nicht ein einziger Fremdversicherter bei mir um Beratung gebeten hat.“ (GS in Hessen)

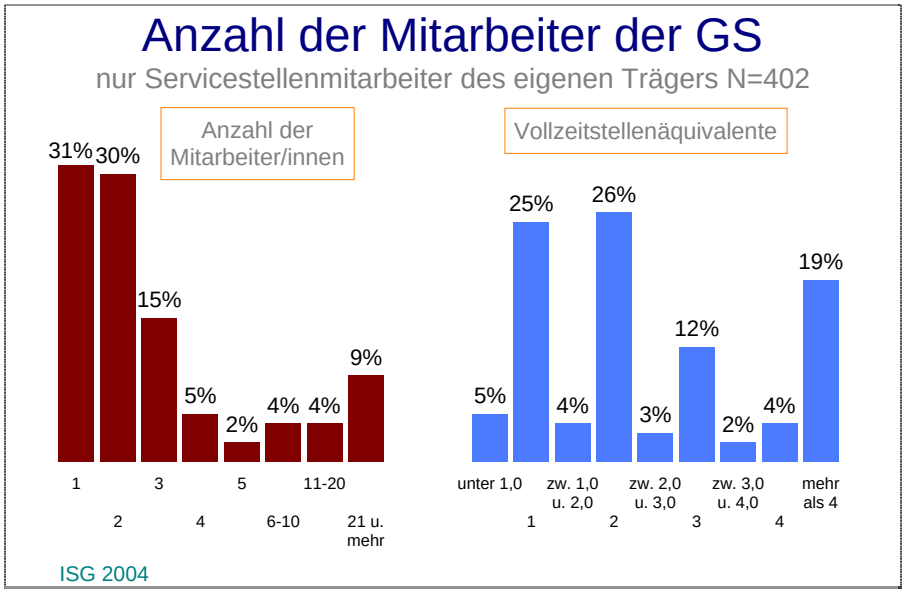
3.5 Anzahl der Mitarbeiter und Anzahl der Vollzeitstellen

Die Anzahl der Mitarbeiter ist schwierig zu ermitteln, da die Träger unterschiedliche Vorstellungen über die personelle Zuständigkeit für die GS umsetzen. In der Regel sind ein oder zwei Mitarbeiter, manchmal auch drei oder vier Mitarbeiter für die Arbeit der GS zuständig. Abweichend davon ist die Zuständigkeit für die GS teilweise auf ganze Abteilungen übergegangen. In diesen Fällen wird die Servicestellenarbeit also als eine Querschnittsfunktion angesehen, für die nicht einzelne Mitarbeiter benannt werden, sondern die von allen Mitarbeitern zu erfüllen ist. Nur vor diesem Hintergrund erklärt sich die große Spannweite der Anzahl von in der GS tätigen Mitarbeitern. Sie reicht von einem Mitarbeiter bis 70 Mitarbeitern und beträgt durchschnittlich 5 Mitarbeiter. In knapp einem Drittel der GS (31%) ist ein Mitarbeiter und in einem weiteren knappen Drittel (30%) sind zwei Mitarbeiter tätig. 17% der GS gaben an, dass mehr als 5 Mitarbeiter für die GS zuständig sind.

Neben der Anzahl der Mitarbeiter sind vor allem ihre Stellenanteile von Interesse. Festzustellen ist, dass Teilzeitarbeit in den GS eine eher untergeordnete Rolle spielt. Ganz überwiegend sind Servicestellenmitarbeiter vollzeitbeschäftigt. Sie nehmen die Aufgaben der GS wahr, ohne dass dafür ein fester Stellenanteil als Kapazität festgelegt worden wäre. Der für die Servicestellenarbeit faktisch genutzte Stellenanteil ist abhängig von der konkreten Nachfrage nach Beratung und Unterstützung.

> „Eine Mitarbeiterin nimmt im Bedarfsfall die Aufgaben der GS wahr.“ (GS in Sachsen)

Abbildung 16



Da die Mitarbeiter der GS die Servicestellentätigkeit „zusätzlich“ und bei Bedarf erledigen, geben die Anzahl der Mitarbeiter und die umgerechneten Vollzeitstellen in erster Linie Auskunft über das *theoretische* Beratungsangebot im Rahmen der GS. Das heißt, wenn sehr viele Anfragen an die GS zu verzeichnen wären, dann könnten im Einzelfall bis zu 70 Mitarbeiter und 60 Vollzeitstellen für die Beratung aktiviert werden. Wenn aber keine Anfragen an die GS zu verzeichnen sind, dann ist auch niemand in den GS tätig. In diesem Zusammenhang ist der *tatsächliche* Zeitumfang, der für die Servicestellenarbeit aufgebracht wird, entscheidend. Eine eingehende Analyse des Zeitbudgets der Servicestellenarbeit erfolgt in Kapitel 7. An dieser Stelle sei schon darauf hingewiesen, dass der Zeitaufwand für die Servicestellenarbeit insgesamt sehr gering ausfällt und durchschnittlich bei lediglich 11 Stunden im Monat liegt. Die Hälfte der GS investiert nicht mehr als 4 Stunden im Monat in die Servicestellenarbeit. Bei beispielhaft angenommenen 160 Arbeitsstunden im Monat beträgt der Anteil der Servicestellenarbeit damit weniger als 2,5% einer Vollzeitstelle. Lediglich 18 GS (4%) geben einen Zeitaufwand von 40 Stunden und mehr im Monat an, der wenigstens etwa einer Viertelstelle entspricht.

3.6 Schulungen der Servicestellenmitarbeiter

Alle Mitarbeiter der GS sollen nach einem – durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeiteten – bundeseinheitlichen trägerübergreifenden Konzept weitergebildet werden.[14] Das Konzept soll ein einheitliches Anforderungsprofil sowie Bausteine umfassen, die an das vorhandene Wissen der Mitarbeiter anknüpfen. Dabei wird eine gemeinsame Schulung der Teammitglieder der beteiligten Rehabilitationsträger angestrebt. Das Schulungskonzept der BAR sieht ein zweitägiges Seminar mit dem kompletten Servicestellenteam vor. Dabei wird darauf hingewiesen, dass sich dieses Seminar

> „... angesichts des zur Verfügung stehenden Zeitbudgets im Wesentlichen darauf beschränken [muss], einen *Überblick über alle Leistungsbereiche* zu geben und einen *Teamentwicklungsprozess* in Gang zu setzen. In so fern ist das vorliegende Konzept nur ein Einstieg in eine weitergehende regelmäßige Schulung auf regionaler Ebene.“[15]

Das Curriculum legt als Lern- und Handlungsziele der Schulung fest, dass die Teilnehmer das SGB IX, die Leistungen zur Teilhabe und ihre Leistungsvoraussetzungen kennen, die Arbeit der GS beschreiben und Betroffene zu Fragen der unterschiedlichen Leistungsgruppen der Teilhabe beraten können.

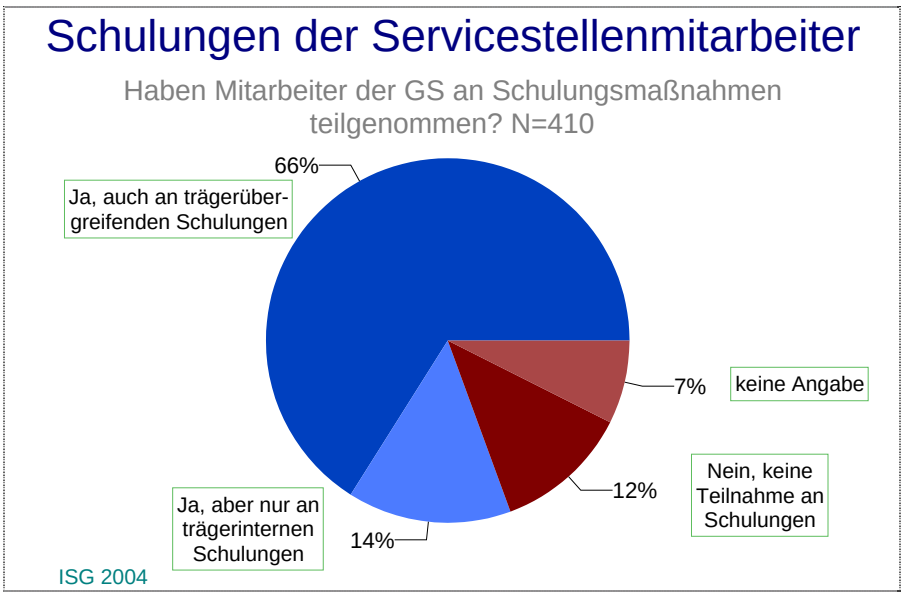
Nach den Ergebnissen der schriftlichen Befragung erfolgte bei 12% der GS keine Schulung der Mitarbeiter zur Vorbereitung auf die Servicestellentätigkeit (Vgl. Abbildung 17). Weitere 7% der befragten GS machten keine Angaben dazu, ob Mitarbeiter an Schulungen teilnahmen oder nicht. Dagegen verfügen 81% der GS über geschulte Mitarbeiter. Von diesen 330 GS berichteten 320 GS davon, dass insgesamt 617, das sind durchschnittlich zwei Servicestellenmitarbeiter, an den vorbereitenden Schulungen teilnahmen. 66% der befragten GS nahmen an trägerübergreifenden Schulungen teil,

[14] Durchführungshinweise der BAR zu der Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation, Ziffer 6, Schulung der MitarbeiterInnen der Servicestellen, Stand: 14. Mai 2001

[15] BAR, Curriculum zur Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der gemeinsamen Servicestellen, Anmerkungen zum Schulungskonzept, Hervorhebungen im Original; Vgl. <www.bar-frankfurt.de>

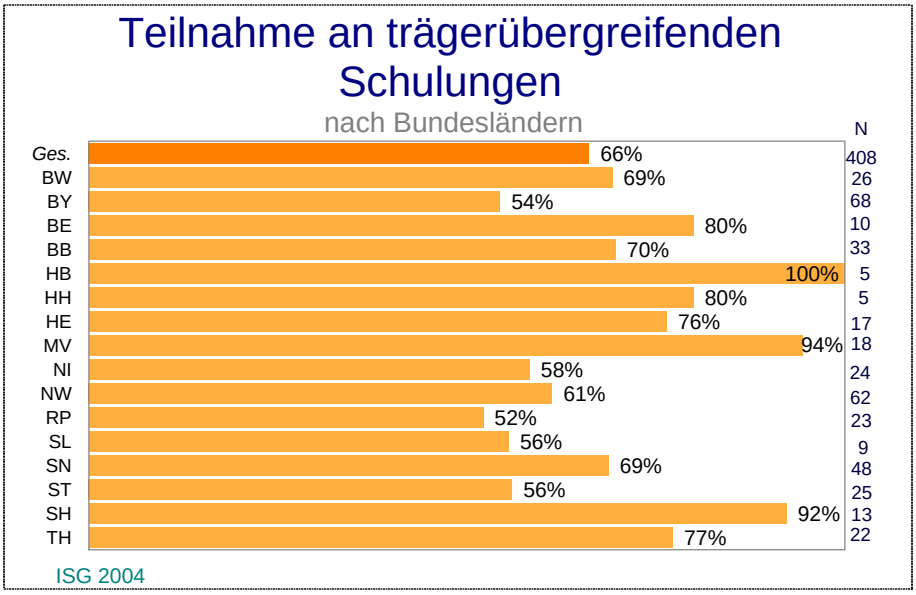
in der Regel auf der Grundlage des Schulungskonzeptes der BAR, während die Mitarbeiter von 15% der GS trägerintern auf ihre Servicestellentätigkeit vorbereitet wurden.

Abbildung 17



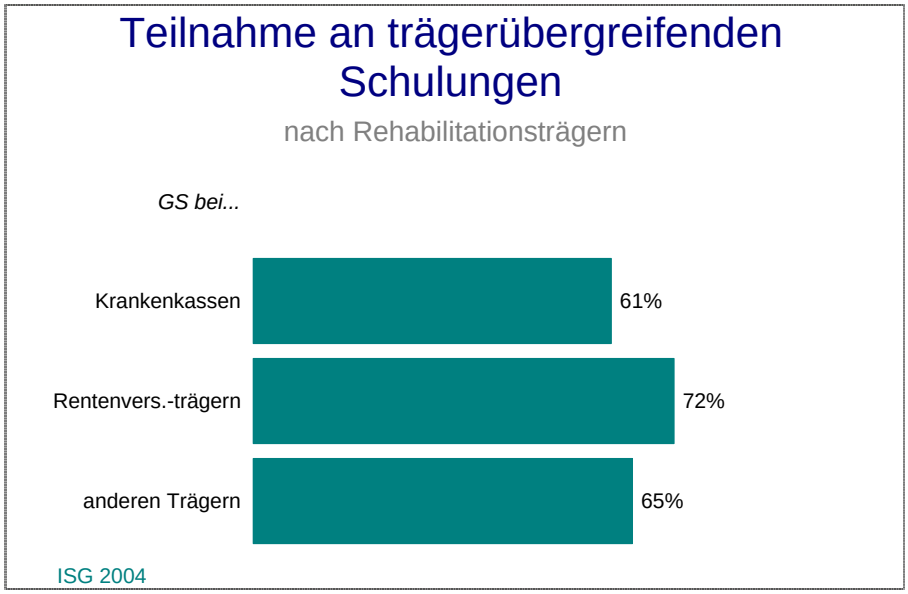
Die folgende Abbildung zeigt, dass trägerübergreifende Schulungen in den Bundesländern unterschiedlich häufig umgesetzt wurden. Mitarbeiter aller 5 befragten GS in Bremen und Mitarbeiter von über 90% der befragten GS in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein sowie über drei Viertel der GS in Hamburg, Hessen und Thüringen nahmen an trägerübergreifenden Schulungen teil. Unter dem bundesweiten Durchschnittswert von 66% liegt die Teilnahme der GS an trägerübergreifenden Schulungen in Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, im Saarland und in Sachsen-Anhalt.

Abbildung 18



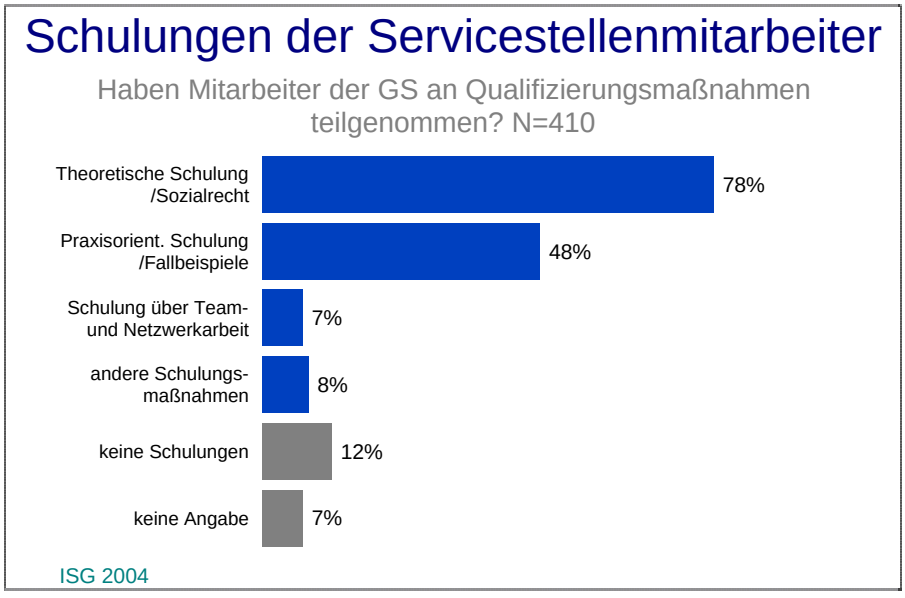
Ein Trägervergleich zeigt, dass fast drei Viertel der GS bei Rentenversicherungsträgern (72%), aber nur 61% der GS bei Krankenkassen an trägerübergreifenden Schulungen teilnahmen. Die Beteiligung der GS bei anderen Trägern liegt bei 65%.

Abbildung 19



Unabhängig davon, ob es sich um trägerübergreifende oder trägerinterne Schulungen handelte, erhielten die Mitarbeiter in erster Linie theoretische Unterweisungen in sozialrechtliche Bestimmungen. Dies trifft auf 78% aller befragten GS zu. Dabei ging es insbesondere um eine Einweisung in die Leistungsstrukturen und Zuständigkeiten anderer Rehabilitationsträger. Bei knapp der Hälfte der GS (48%) erhielten die Mitarbeiter eine praxisorientierte Schulung anhand von Fallbeispielen. Vergleichsweise selten waren Schulungen über das Arbeiten im Team und in Netzwerken (7%).

Abbildung 20

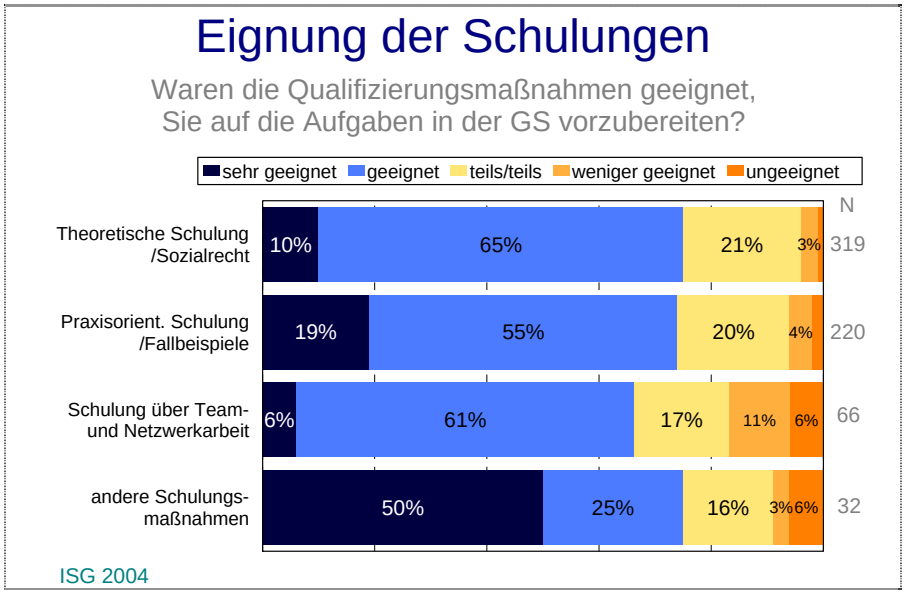


Was die weiteren Schulungsmaßnahmen angeht, so führen einige GS Schulungen im Rahmen von Teamtreffen auf regionaler Ebene an. Vier GS weisen auf ihre Teilnahme

an einem an einem Kurs zum Erlernen der Gebärdensprache bzw. einen Gebärdendolmetscherlehrgang hin.[16]

Die Eignung dieser Qualifizierungsmaßnahmen wurde von den GS überwiegend positiv beurteilt. Drei Viertel der 319 GS mit theoretischen Schulungen in sozialrechtlichen Bestimmungen und drei Viertel der 220 GS mit praxisorientierten Schulungen anhand von Fallbeispielen hielten diese Schulungen für geeignet oder sehr geeignet, um auf die Aufgaben der GS vorzubereiten.

Abbildung 21



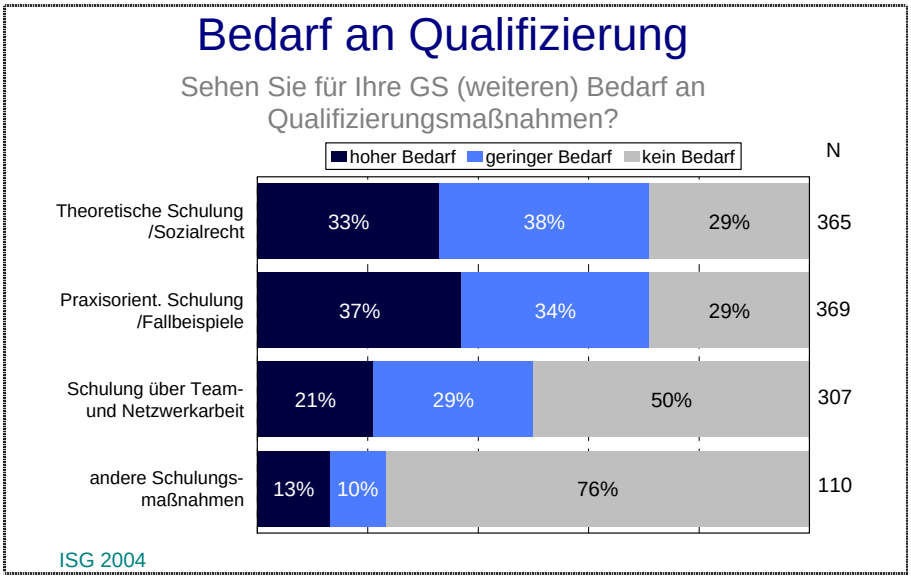
70% der 66 GS, die an Schulungen über das Arbeiten im Team und in Netzwerken teilnahmen, beurteilten diese positiv. Drei Viertel von 32 GS bewerteten weitere Qualifizierungsmaßnahmen positiv, insbesondere Kurse zum Erlernen der Gebärdensprache (5 GS) sowie Schulungen bzw. eine „Qualifizierung-on-the-job“ im Rahmen von Treffen des Servicestellenteams (8 GS). Die Bewertungen zeigen eine Präferenz der GS für praktische gegenüber theoretischen Schulungsinhalten. Die GS schätzen praktische Schulungen doppelt so häufig als sehr geeignet ein als theoretische Schulungen. In Gesprächen erklärten Servicestellenmitarbeiter, dass sie in ein- bis zweitägigen Schulungen das Leistungsrecht aller Rehabilitationsträger „gepaukt“ hätten. Der Umstand aber, dass in erster Linie theoretische Schulungen stattfanden, sei problematisch. Erstens müsste das theoretische Wissen regelmäßig aufgefrischt und aktualisiert werden, überwiegend fanden aber nur einmalige Schulungsveranstaltungen statt. Zweitens unterstellen theoretische Schulungen, Servicestellenmitarbeiter müssten alles wissen. Damit wird aber wiederum die Idee der vernetzten GS, also das Arbeiten im Servicestellenteam sowie die Beteiligung Dritter, zum Beispiel von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen an der Beratung, ausgehebelt. Wichtig erscheint ein Zugeständnis, das sich auch in der Ausrichtung der Schulungsinhalte niederschlägt: das komplexe Leistungsrecht ist nicht von einer Person komplett zu übersehen. Eine umfassende Beratung ergibt sich erst aus dem konstruktiven Zusammenspiel mehrerer Berater. Daher sollte der Akzent stärker auf Fallbeispiele sowie das Arbeiten im Team

[16] Mitarbeiter der bei der AOK Sachsen-Anhalt eingerichteten Gemeinsamen Servicestellen nahmen an einer Praxisschulung zum Erlernen der Gebärdensprache teil, der von einem Gehörlosenverband durchgeführt wurde.

und in Netzwerken gelegt werden. Als Rahmen dafür bieten sich insbesondere Schulungen im Rahmen von Treffen der Servicestellenteams auch unter Beteiligung Dritter an.

Die GS schätzen den weiteren Bedarf an Qualifizierung unterschiedlich ein. Ein Drittel der GS (33%) sieht einen (weiterhin) hohen Bedarf an Qualifizierungsmaßnahmen betreffend einer theoretischen Schulung in den sozialrechtlichen Bestimmungen. Mehr als ein Drittel (37%) schätzt den Bedarf an praxisorientierten Schulungen als hoch ein. Hier wird insbesondere darauf abgehoben, dass aufgrund von Komplexität und Veränderungen des Rehabilitationsrechtes eine ständige Aktualisierung des angeeigneten Wissens erforderlich ist. Ein Fünftel der GS (21%) befürwortet (weitere) Schulungen, die das Arbeiten im Team und in Netzwerken zum Thema haben. Dabei ist anzumerken, dass nur drei Viertel der befragten GS eine Bedarfsschätzung bezüglich Schulungen in Team- und Netzwerkarbeit abgaben.

Abbildung 22



Die Anteile derjenigen, die keinen entsprechenden Bedarf an theoretischen oder praxisorientierten Schulungsmaßnahmen feststellen, liegen bei über einem Viertel (29%). Hinsichtlich von Fortbildungen in Team- und Netzwerkarbeit schätzt sogar die Hälfte der GS (50%) den Bedarf als gering ein. Andere Schulungsmaßnahmen werden lediglich von 110 GS auf ihre Notwendigkeit hin bewertet. Drei Viertel (76%) sehen hier keinen Bedarf. Ihre Einschätzung, dass kein Bedarf an Schulungen besteht, begründen die GS meist mit ihrer geringen Inanspruchnahme:

> „Falls die Inanspruchnahme der GS weiterhin auf so niedrigem Niveau verläuft, eher kein Bedarf.“ (GS in Bayern)

> „Geringer Bedarf aufgrund geringer Fallzahlen.“ (GS in Niedersachsen)

> „Die Servicestelle in unserer Direktion wurde überhaupt nicht in Anspruch genommen. Außerdem wird der Rechtsstand der vor längerem durchgeführten Schulung ohnehin nicht mehr aktuell zutreffen.“ (GS in Bayern)

Ein hoher Bedarf an weiteren Schulungsmaßnahmen wird insbesondere bezüglich von Teamtreffen artikuliert. Mehrfach weisen GS darauf hin, dass einmalige Qualifizierungsmaßnahmen nicht ausreichen:

> „Es sind weitere umfangreiche Schulungen notwendig (Leistungsvoraussetzungen/Fallbsp./ Zusammenarbeit der Reha-Träger [hier besonders Jugend-/Sozialhilfe]. Leistungserbringer, Behindertenverbände, Reha-Fallmanagement)." (GS in Schleswig-Holstein)

Zusammengefasst ergibt sich folgendes Bild: Vier Fünftel der GS haben ihre Mitarbeiter in Schulungen auf ihre Servicestellentätigkeit vorbereitet. Dabei wurden in 14% der GS die Mitarbeiter lediglich intern geschult, während in zwei Dritteln der GS (66%) Mitarbeiter trägerübergreifend geschult wurden. Überwiegend handelte es sich um theoretische Schulungen, insbesondere um Unterweisungen in Leistungsstrukturen und Zuständigkeiten anderer Rehabilitationsträger. Die Fortbildung wurde meist als geeignet angesehen, häufig war sie aber eine einmalige Angelegenheit, so dass das erworbene Wissen zum Teil wieder in Vergessenheit geraten ist. Wenn das Wissen zudem – aufgrund einer geringen Inanspruchnahme der GS – nicht in der Servicestellenarbeit angewendet wurde, bestehen Unsicherheiten in der praktischen Anwendung. Immer wieder wird auf, im Idealfall regelmäßige, Teamtreffen hingewiesen und deren Fortbildungscharakter betont.

4 Umsetzung der Barrierefreiheit

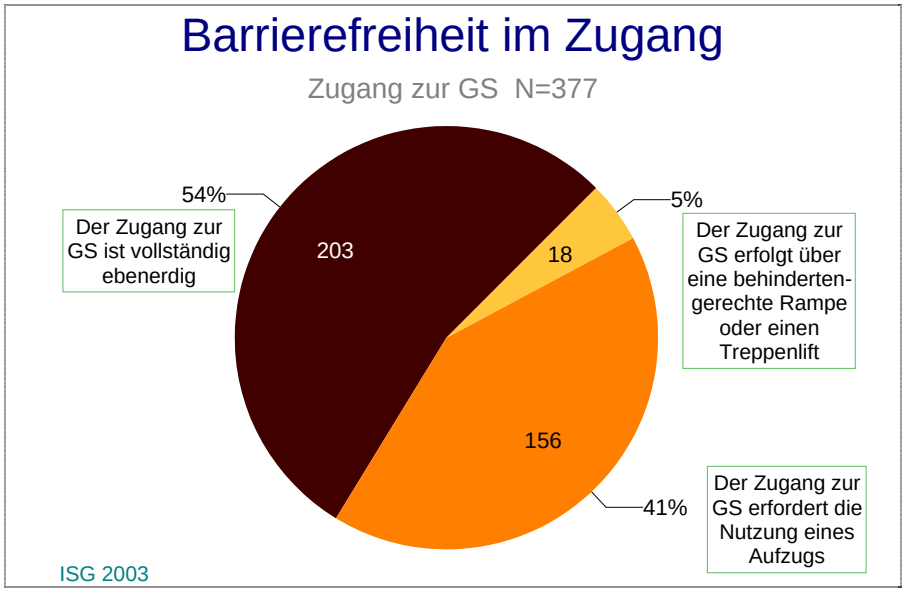
Die in Kapitel 4 dargestellten Ergebnisse zur Umsetzung der Barrierefreiheit basieren auf der ersten schriftlichen Befragung im Frühjahr 2003, an der 378 GS von bis dahin 518 eröffneten GS teilnahmen.

Eine entscheidende Anforderung an die GS ist ihre Barrierefreiheit. Dabei kann Barrierefreiheit zum einen als Barrierefreiheit im Zugang und zum anderen als Barrierefreiheit in der Kommunikation verstanden werden. Die Selbstevaluation der GS fiel insgesamt eher positiv aus, offenbarte dabei aber eine eingeschränkte Perspektive auf das Thema Barrierefreiheit. Die GS verstanden unter Barrierefreiheit im Zugang in erster Linie Barrierefreiheit für Menschen mit Gehbehinderung bzw. für Rollstuhlfahrer (breite Türen, ebenerdiger Zugang oder Aufzug, rollstuhlgerechte Toiletten), Barrierefreiheit der Kommunikation wurde weitestgehend mit der Möglichkeit gleichgesetzt, einen Gebärdendolmetscher hinzuzuziehen, wenn Menschen mit Hörsprachbehinderung die GS in Anspruch nehmen sollten. Weitere Ausstattungsmerkmale oder Hilfsmittel der Barrierefreiheit existierten in den GS überwiegend nicht. Festzustellen war, dass die Mitarbeiter der GS dem Thema Barrierefreiheit zum Teil reserviert oder unsicher gegenüber standen. Häufig anzutreffende Argumentationsmuster bestanden darin, dass erstens bestimmte Hilfen für Barrierefreiheit nicht notwendig sind bzw. nicht notwendig waren, weil bislang keine Ratsuchenden die GS in Anspruch nahmen, die diese spezifischen Hilfsmittel genutzt hätten. Aufgrund mangelnder Nachfrage müsse also auch kein entsprechendes Angebot vorgehalten werden, wobei hier kritisch angemerkt sei, dass sich natürlich auch umgekehrt argumentieren lässt, dass keine oder eine geringe Inanspruchnahme zu verzeichnen ist, weil die GS nicht barrierefrei sind. Zweitens wurde darauf hingewiesen, dass Servicestellenmitarbeiter sich und anderen dabei helfen können, Barrieren zu überwinden. Wenn beispielsweise ein Ratsuchender mit Gehbehinderung Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Treppenstufen hätte, dann würde man diesem assistieren, ihn also „unterhaken“.

4.1 Barrierefreiheit im Zugang

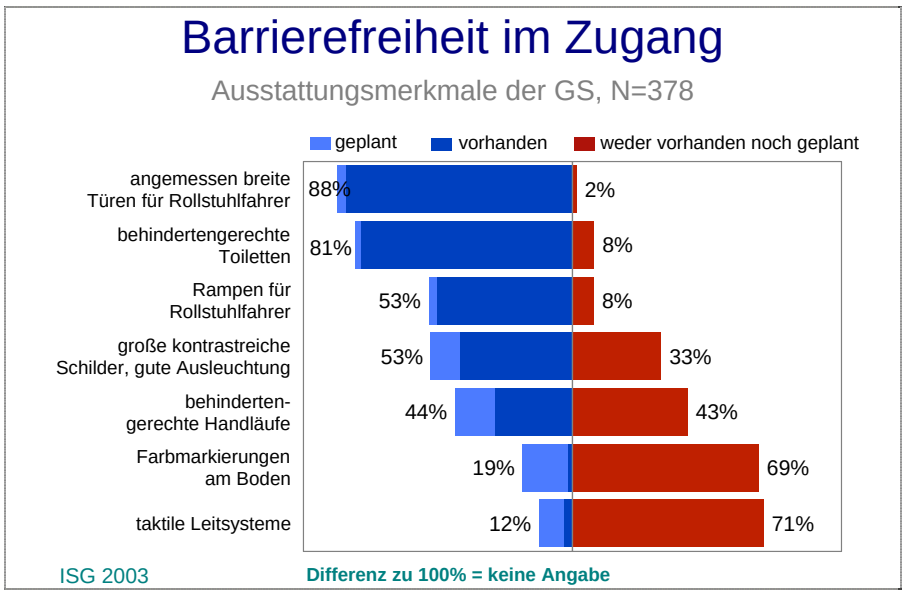
Barrierefreiheit im Zugang macht sich vor allem an der Ebenerdigkeit der Räumlichkeiten fest. Während 54% der GS vollständig ebenerdig zugänglich waren, konnten 41% der GS mit einem Aufzug erreicht werden. Bei weiteren 5% der GS erfolgte der Zugang über behindertengerechte Rampen oder mit Hilfe eines Treppenliftes.

Abbildung 23



Hinsichtlich weiterer Aspekte von Barrierefreiheit im Zugang zur Beratung ergab sich folgendes Bild.

Abbildung 24



Neun von zehn (88%) der im Frühjahr 2003 befragten GS teilten mit, dass ihre GS über angemessen breite Türen für Rollstuhlfahrer verfügt bzw. diese geplant seien. 2% der GS legten hingegen dar, dass breite Türen weder vorhanden noch geplant sind. Über behindertengerechte Toiletten verfügten acht von zehn GS (81%), 8% hatten die-

se nicht und planten sie auch nicht. Rampen für Rollstuhlfahrer waren in etwas über der Hälfte der GS (53%) vorhanden, in 8% der GS waren sie nicht vorhanden und nicht geplant, obwohl diese GS nicht vollständig ebenerdig waren. Während die eben genannten Maßnahmen zur Vermeidung von Barrieren in erster Linie Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats betreffen, sind eine große kontrastreiche Beschilderung mit guter Ausleuchtung, Farbmarkierungen am Boden und taktile Leitsysteme wichtige Maßnahmen zur Vermeidung von Barrieren für Menschen mit einer Sehbehinderung oder für blinde Menschen. Ohne eine solche Ausstattung ist es für sie schwer oder unmöglich, sich zu orientieren. Die GS schätzten diese Problematik teilweise anders ein: So fanden sich große kontrastreiche Schilder und eine gute Ausleuchtung, teilweise geplant, bei gut der Hälfte der GS (53%). Jede dritte GS (33%) erachtete eine solche Ausstattung der GS aber für nicht notwendig, obwohl die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) darauf hinweist, dass zusätzlich zur Anwendung der DIN 18024 Teil 2 (Bauliche Maßnahmen für behinderte und alte Menschen im öffentlichen Bereich – Planungsgrundlagen öffentlich zugänglicher Gebäude) auf eine kontrastreiche Gestaltung für sehbehinderte Menschen hingewirkt werden sollte.[17] Die Meinung der GS über die Notwendigkeit behindertengerechter Handläufe war geteilt. 44% der GS verfügten über Handläufe oder planten ihre Anschaffung, in 43% der GS gab es sie nicht und war ihre Anschaffung auch nicht geplant. Farbmarkierungen am Boden und taktile Leitsysteme schließlich fanden sich nur in einem geringen Anteil der GS, wobei bis zu jede fünfte GS Farbmarkierungen und gut jede zehnte GS taktile Leitsysteme plante. Jeweils eine deutliche Mehrheit der GS hielt eine solche Ausstattung für nicht notwendig.

4.2 Barrierefreiheit in der Kommunikation

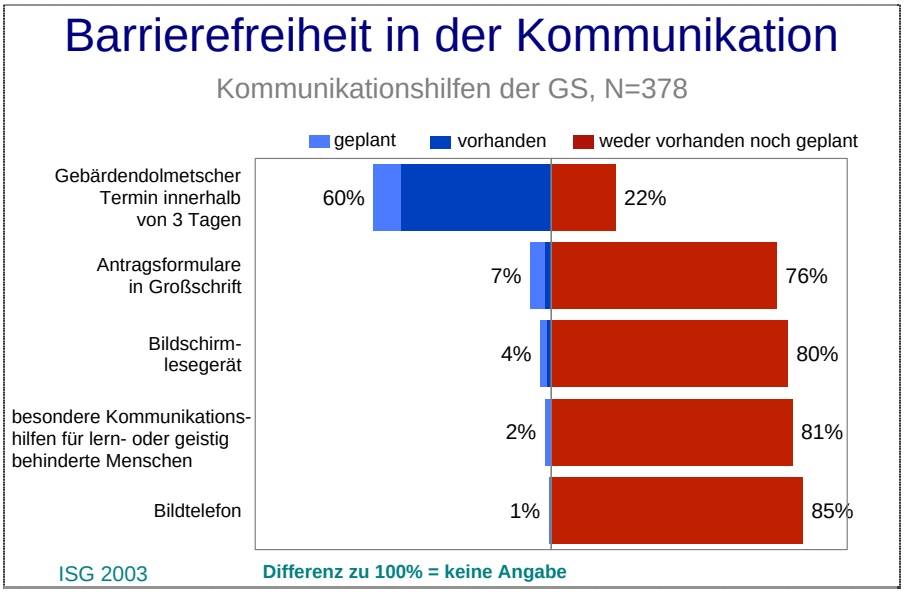
Nach § 17 Abs. 2 SGB I haben hörbehinderte Menschen das Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen die Gebärdensprache zu verwenden. Dabei sind Aufwendungen für Dolmetscher von dem für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger zu tragen. Das BMGS weist darauf hin, dass es sinnvoll ist, mit der GS einen Termin zu vereinbaren, wenn für die Verständigung ein Gebärdendolmetscher oder eine Kommunikationshilfe erforderlich ist.[18] Auch wenn nicht festgelegt ist, in welchem Zeitraum ein Termin mit einem Gebärdendolmetscher zustande kommen sollte, erscheint es wünschenswert, dass dies nach Möglichkeit kurzfristig geschieht. Wir haben die GS deshalb gefragt, ob Sie sich im Bedarfsfall in der Lage sehen, *innerhalb einer Frist von drei Tagen* einen Gebärdendolmetscher zu einer Beratung hinzuzuziehen.

60% der GS berichteten, dass sie dazu in der Lage sind bzw. entsprechende Planungen bestehen (Vgl. Abbildung 25). Über ein Fünftel der GS (22%) hingegen sah sich (auch zukünftig) nicht in der Lage, innerhalb von drei Tagen einen Termin mit einem Gebärdendolmetscher anzubieten. Weitere Kommunikationshilfen, wie beispielsweise Antragsformulare in Großschrift oder Bildschirmlesegeräte, gab es in den GS kaum.

[17] Durchführungshinweise der BAR zu der Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation, Ziffer 3, Standards der Barrierefreiheit, Stand: 14. Mai 2001

[18] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.), SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Inklusive Fragen und Antworten zur Praxis, Stand: Mai 2003, S. 91, Frage 37

Abbildung 25



In den seltensten Fällen verfügten Servicestellenmitarbeiter selbst über Kompetenzen in Gebärdensprache.[19] Schwierigkeiten bestanden offenbar häufig in der kurzfristigen Verfügbarkeit von Gebärdendolmetschern. In mehreren Fällen wurde aber auch bezüglich dieses Aspektes von Barrierefreiheit in der Kommunikation argumentiert, dass ein Gebärdendolmetscher in der Vergangenheit nicht notwendig war, weil Ratsuchende mit Hörsprachbehinderung nur gemeinsam mit Vertrauenspersonen oder durch sie vertreten mit der GS Kontakt aufnahmen. Das Anliegen habe mit Hilfe dieser dritten Person geklärt werden können. In Einzelfällen wurde des Weiteren argumentiert, dass man im Bedarfsfall eine Verständigung über „Zeichensprache“ oder schriftlich herstellen könne.

Im Rahmen der öffentlichen Anhörung zum Umsetzungsstand des SGB IX berichtete ein Vertreter des Deutschen Gehörlosenbundes über die Schwierigkeiten gehörloser Menschen, in den GS eine kommunikationsbarrierefreie Beratung zu erhalten[20]:

> „... Aber das Problem ist, dass Dolmetscher Mangelware sind. So ist unsere Hoffnung, dass es Servicestellen gibt, die man angehen kann und die auch barrierefrei sind, die dann auch über Leistungen des Arbeitsamtes, Krankenversicherungsträger oder die anderen Sozialleistungsträger beraten können und wo man Anträge stellen kann. Aber tatsächlich ist es so, wenn ein Gehörloser zu einer Servicestelle kommt, dass die Leute nicht Gebärdensprache können und sich mit Gehörlosen nicht verständigen können, d.h. in der Regel wird von den Servicestellen gesagt, dass die Gehörlosen selber einen Dolmetscher mitbringen sollen. Aber es ist nun mal so, dass es Gebärdensprachdolmetscher nicht zuhauf gibt und das ist immer mit Wartezeiten verbunden. Einen Dolmetscher zu bekommen, dazu braucht man mindestens 2 Wochen, wenn nicht sogar 4 oder noch länger. Sinn und Zweck einer Servicestelle ist doch nicht, dass man dahin geht und wartet. Wir haben uns gedacht, wenn die Reha-Träger in einer gemeinsamen Servicestelle zu-

[19] Mitarbeiter der bei der AOK Sachsen-Anhalt eingerichteten GS nahmen an einer Praxisschulung zum Erlernen der Gebärdensprache teil, der von einem Behindertenverband durchgeführt wurde.

[20] Wortprotokoll der öffentlichen Anhörung der Koalitionsarbeitsgruppe „Menschen mit Behinderungen“ zum Umsetzungsstand des SGB IX am 13. Oktober 2003 im Deutschen Bundestag in Berlin, Wortbeitrag Thomas Worseck, Deutscher Gehörlosenbund, S. 22-23

sammenarbeiten, muss es doch möglich sein, so wie auch in der Stadt Hamburg, wo ich herkomme, dass es eine Servicestelle gibt, wo auch in Gebärdensprache kommuniziert wird, ohne zu warten. Das muss doch eigentlich organisatorisch möglich sein. Nur geschieht das leider nicht und das Problem wird nicht gesehen. Noch ganz kurz, wenn Gehörlose dann zu den Servicestellen gehen, ist es häufig zu beobachten, dass die Mitarbeiter, die vor Ort sind, keine Kompetenzen haben. Die können nicht in den Fragen beraten, die Gehörlose stellen. Das zweite Problem, was ich sehe, ist, die Servicestellenmitarbeiter, die sagen zu den Gehörlosen, gehen sie lieber zu dem zuständigen Reha-Träger. Die wissen mehr darüber Bescheid als wir. Es ist natürlich eine logische Konsequenz, dass gehörlose Menschen nicht zu den Servicestellen gehen, weil die Barrieren da sind und die Kompetenz nicht vorhanden ist."

Barrierefreiheit in der Kommunikation ist darüber hinaus im Gespräch mit Menschen mit einer Lernbehinderung oder mit einer geistigen Behinderung zu gewährleisten. Wichtig ist dabei der Gebrauch einfacher Sprache. Entsprechende Kommunikationshilfen, wie sie beispielsweise von „People First" angeboten werden, wurden von den GS allerdings nur in Ausnahmefällen genutzt. Auch hier sei angemerkt, dass nach den Durchführungshinweisen der BAR auf Kommunikationshilfen in den GS hingewirkt werden sollte. Gerade Menschen mit Lernbehinderungen weisen auf Schwierigkeiten in der Beratung hin, insbesondere, dass sich die Berater zu wenig Zeit lassen. Weiter wird die Komplexität des Beratungsgesprächs kritisiert:

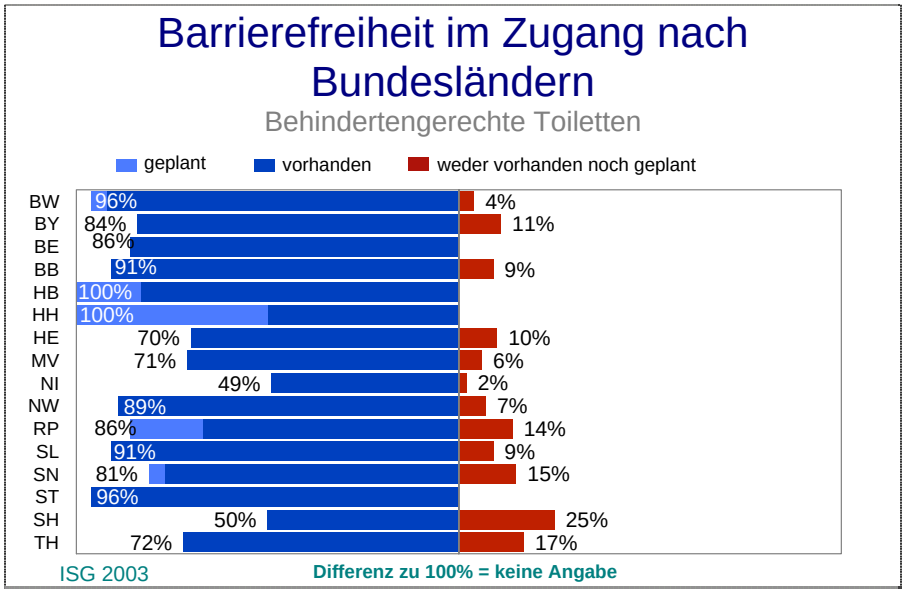
„Es gab für mich manchmal sehr schwierige Fragen, die ich nicht beantworten konnte." (Kunde einer GS in Baden-Württemberg)

Nach Auswertung der Falldokumentationen ist festzustellen, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung oft nicht selbst mit einer GS Kontakt aufnehmen, sondern in der Regel durch eine Vertrauensperson vertreten werden.

4.3 Umsetzung der Barrierefreiheit nach Bundesländern und Trägern

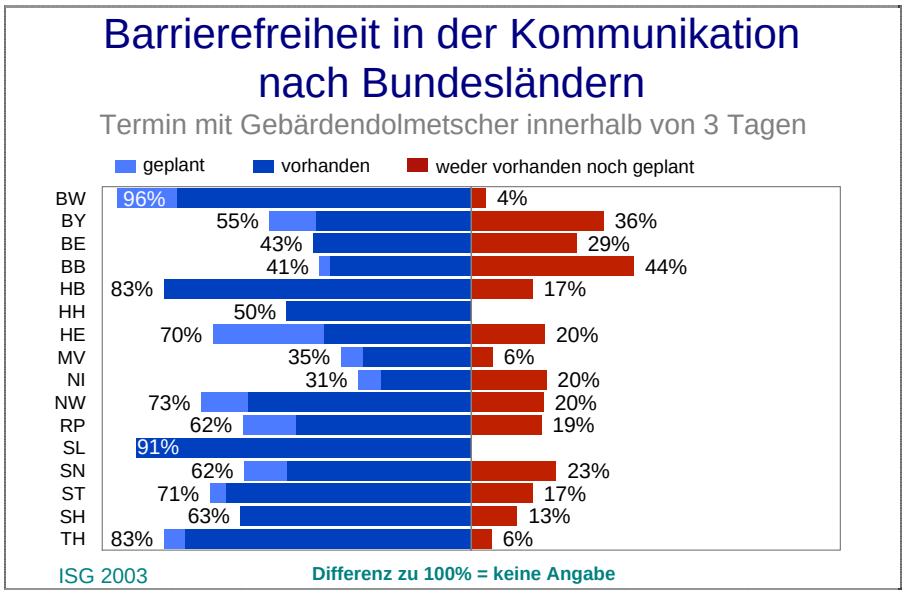
Die Umsetzung der Barrierefreiheit der GS war je nach Bundesland unterschiedlich weit fortgeschritten. Betrachtet man beispielsweise die GS nach Bundesländern danach, ob behindertengerechte Toiletten vorhanden bzw. geplant waren oder nicht, dann ergibt sich das folgende Bild: Mehrheitlich verfügten die befragten GS über behindertengerechte Toiletten (Vgl. Abbildung 26). Während in Bremen und Hamburg eine Quote von 100% erreicht wurde, wenn man entsprechende Planungen einbezieht, liegt der Anteil in den anderen Ländern meist deutlich über 80%. Allerdings berichteten jeweils weniger als drei Viertel der GS in Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen sowie nur die Hälfte der GS in Niedersachsen und Schleswig-Holstein, dass behindertengerechte Toiletten vorhanden oder wenigstens geplant sind. Der Anteil der befragten GS, die keine behindertengerechten Toiletten planten, lag zwischen 0% und 25%. Beispielsweise jede zehnte befragte GS in Bayern, Brandenburg, Hessen und im Saarland und sogar zwischen 14% und 17% der GS in Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen plante im Frühjahr 2003 nicht, behindertengerechte Toiletten vorzuhalten, in Schleswig-Holstein waren es zwei von acht GS (25%).

Abbildung 26



Was das kurzfristige Hinzuziehen eines Gebärdendolmetschers angeht, sahen sich fast alle GS in Baden-Württemberg (96%) und im Saarland (91%) in der Lage, dies aktuell oder geplant zu gewährleisten.

Abbildung 27



Am schlechtesten stellte sich die Lage in Niedersachsen dar, wo nur knapp ein Drittel der GS einen Termin mit einem Gebärdendolmetscher innerhalb von drei Tagen anbieten konnte. Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV)[21] weist darauf hin, dass es in Niedersachsen z. Zt. 25 Gebärdendolmetscher gibt und dies erheblich weniger sind, als benötigt werden, um dem Rechtsanspruch nach SGB IX vollständig nachkommen zu können. Die Situation könnte sich verschärfen, wenn in Niedersachsen wie ab 2006 geplant nur noch Gebärdendolmetscher mit Diplom anerkannt wür-

[21] Vgl. Schriftliche Stellungnahme des DPWV zur öffentlichen Anhörung im Bundestag über die Umsetzung des SGB IX am 13.10.2003.

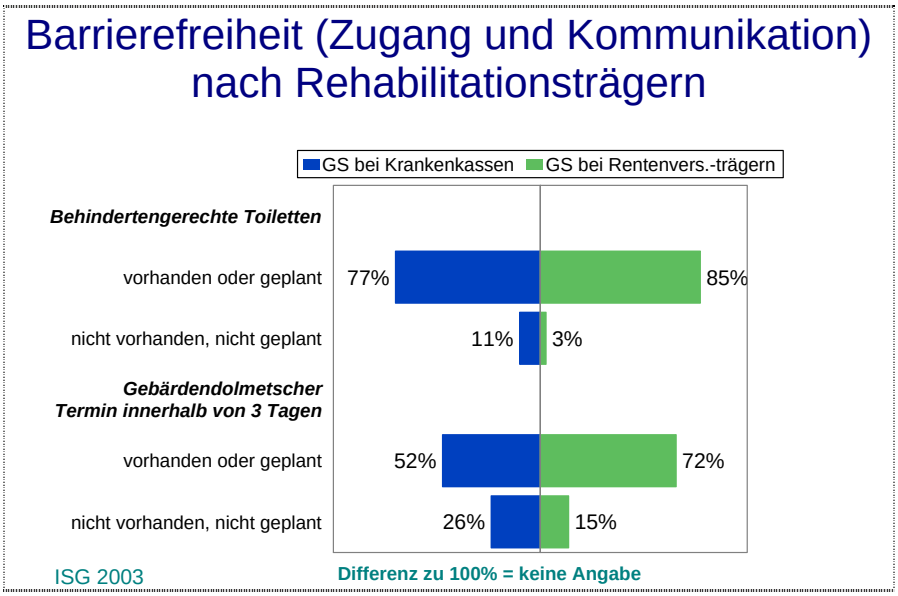
den. Da in Niedersachsen lediglich zwei Gebärdendolmetscher über ein Diplom verfügen, wäre dann der Rechtsanspruch faktisch ausgehebelt. In Bayern und in Brandenburg sahen sich 36% bzw. 44% der befragten GS auch zukünftig nicht in der Lage, einen Termin mit einem Gebärdendolmetscher innerhalb von drei Tagen zur Verfügung zu stellen. Für Bayern stellte die Behindertenbeauftragte der Staatsregierung in ihrem Tätigkeitsbericht 2002 fest[22]:

> „In Bayern kann jedoch derzeit nicht auf ein quantitativ und qualitativ den Anforderungen entsprechendes Gebärdendolmetscherpotenzial zurückgegriffen werden. Um dies in Zukunft sicherstellen zu können, bedarf es nach meiner Einschätzung einer grundsätzlichen Ausbildungs- und Qualifizierungsregelung zum Berufsbild des Gebärdendolmetschers,..."

Nach Auskunft des DPWV waren im Jahr 2003 lediglich 3 von 50 GS in Sachsen, die durch Behindertenverbände auf die Umsetzung der Barrierefreiheit hin bewertet wurden, ausdrücklich und nachweislich in der Lage, Hilfen für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen sofort zur Verfügung zu stellen.[23]

Je nachdem, bei welchem Rehabilitationsträger die GS eingerichtet sind, war die Umsetzung von Barrierefreiheit der GS unterschiedlich weit fortgeschritten.

Abbildung 28



Während nur 77% der GS bei Krankenkassen über behindertengerechte Toiletten verfügten oder sie planten, sind es 85% der GS bei Rentenversicherungsträgern. 11% der GS bei Krankenkassen verfügten über keine entsprechenden Planungen, bei den bei Rentenversicherungsträgern eingerichteten GS waren es 3%. Ein noch deutlicherer Unterschied zwischen GS bei Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern ergibt sich bezüglich der Barrierefreiheit in der Kommunikation am Beispiel der Verfügbarkeit eines Gebärdendolmetschers. Nur gut die Hälfte der GS bei Krankenkassen (52%), aber fast drei Viertel der GS bei Rentenversicherungsträgern (72%) sahen sich in der Lage, kurzfristig einen Gebärdendolmetscher zu einem Gesprächstermin hinzuzuzie-

[22] Die Behindertenbeauftragte der Bayerischen Staatsregierung, Tätigkeitsbericht, April 2001 – Mai 2002, Kapitel II.3, <www.behindertenbeauftragte.bayern.de>

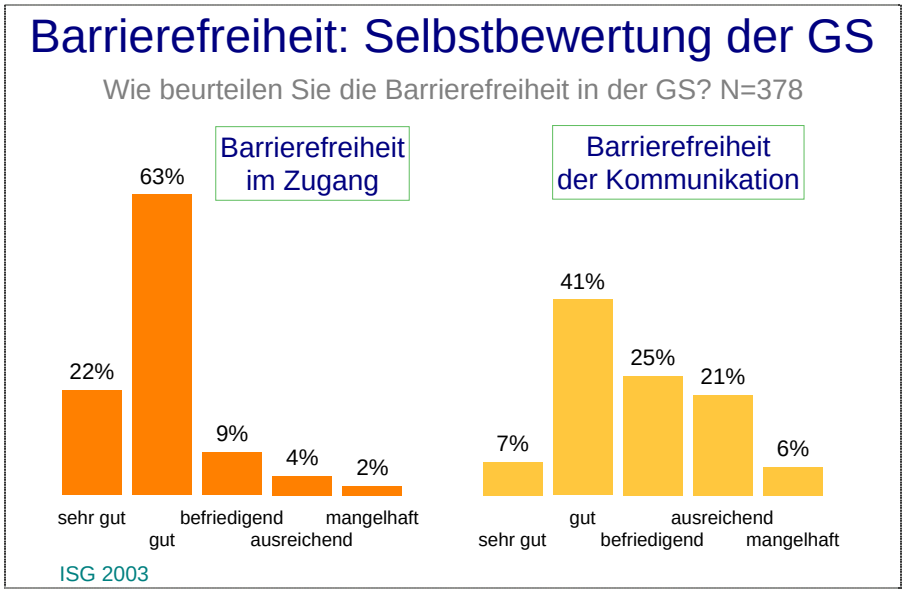
[23] Schreiben der Vorsitzenden des DPWV Barbara Stolterfoht an den Geschäftsführer des VDR Franz Ruland vom 5. Juni 2003, Umsetzung des Sozialgesetzbuches IX, <www.paritaet.org>

hen. Rund ein Viertel der GS bei Krankenkassen (26%) gegenüber 15% der GS bei Rentenversicherungsträgern sahen sich dazu nicht in der Lage. Von fünf befragten GS bei Unfallversicherungsträgern gaben vier GS an, einen Termin mit einem Gebärdendolmetscher innerhalb von 3 Tagen gewährleisten zu können, eine GS machte keine Angabe. Eine der GS bei Sozialhilfeträgern sah sich in der Lage, bei Bedarf kurzfristig einen Gebärdendolmetscher hinzuzuziehen, die anderen beiden befragten GS bei Sozialhilfeträgern konnten dies nicht gewährleisten. Von den drei befragten GS bei Arbeitsämtern berichtete nur eine, dass Planungen bestehen, kurzfristig einen Gebärdendolmetscher hinzuziehen zu können, die anderen beiden GS machten zu diesem Thema keine Angabe.

4.4 Bewertung der Barrierefreiheit durch die Gemeinsamen Servicestellen

Die Umsetzung der Barrierefreiheit stellte sich in der Perspektive der GS positiv dar. Über ein Fünftel (22%) bewertete den Umsetzungsstand der Barrierefreiheit der GS als sehr gut, fast zwei Drittel (63%) als gut. Mängel wurden lediglich von 2% der GS ausgemacht. Die Bewertung der Umsetzung von Barrierefreiheit in der Kommunikation fiel im Vergleich etwas weniger günstig, aber immer noch überwiegend gut aus. Barrierefreiheit in der Kommunikation sahen 7% in ihrer GS als sehr gut, 41% als gut umgesetzt. Nur ein kleiner Teil von 6% der GS bewertete sie als mangelhaft.

Abbildung 29

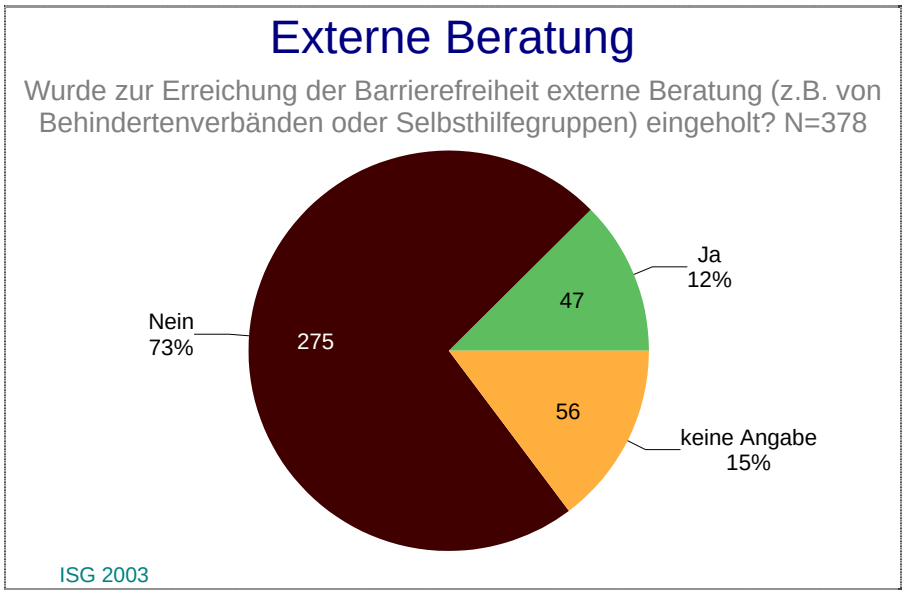


4.5 Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen an der barrierefreien Einrichtung von Gemeinsamen Servicestellen

Lediglich 45 GS (12%) nahmen für die Planung der Barrierefreiheit externe Beratung, zum Beispiel von Behindertenverbänden oder Selbsthilfegruppen in Anspruch (Vgl. Abbildung 30). Während insgesamt die Hälfte der GS in Baden-Württemberg Dritte an der Planung der Barrierefreiheit beteiligte, waren es beispielsweise in Nordrhein-Westfalen nur 11% und in Bayern 6% der GS. Während 24 GS bei Rentenversicherungsträgern, das waren 16% aller befragten GS bei Rentenversicherungsträgern externe Berater beteiligten, waren es 21 GS bei Krankenkassen (10%). Externe Beratung zur Erreichung einer Barrierefreiheit der GS im Zugang und in der Kommunikation wurde in der Hälfte der Fälle durch Behindertenverbände geleistet. Jeweils 6 GS wurden

durch Selbsthilfegruppen, Behindertenbeauftragte bzw. das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beraten. Drei GS führten eine externe Beratung durch kommunale Gremien behinderter Menschen an (Behindertenbeirat, Behindertenforum).

Abbildung 30



In Sachsen hat eine Bewertung der Barrierefreiheit von 50 GS durch Behindertenverbände ergeben, dass keine der untersuchten GS in vollem Umfang den Kriterien des Landes nach umfassender Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderungen entsprach. Mit Ausnahme der GS bei der BfA in Zwickau sei es in keiner der GS möglich gewesen, dass Rollstuhlfahrer ohne fremde Hilfe zur Toilette gehen können. Weiter hätten 15 von 50 der von behinderten Menschen untersuchten GS für Rollstuhlfahrer nur mit fremder Hilfe betreten werden können. Nur 3 von 50 untersuchten GS seien ausdrücklich und nachweislich in der Lage gewesen, Hilfen für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen sofort zur Verfügung zu stellen.[24]

Empfohlen wird vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse die Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen an der Umsetzung der Barrierefreiheit der GS. Dabei ist eine „Abnahme“ bzw. „Zertifizierung“ der Barrierefreiheit durch diese Verbände ratsam, wie dies die LVA in Baden-Württemberg für ihre GS vorsieht.

Wichtig erscheint des Weiteren eine Verständigung über Standards, da die Verständnisse von Barrierefreiheit trotz der Empfehlung der BAR, insbesondere die DIN 18024 Teil II anzuwenden, weit auseinander gehen. Beispielsweise haben der Behindertenverband Leipzig, die LAGH Sachsen in Dresden und der VdK Sachsen in Chemnitz gemeinsam eine CD-ROM mit einer Check-Liste zur Überprüfung der Barrierefreiheit entwickelt. Diese könnte den GS als Qualitätscheck eine Fremdevaluation der Ist-Situation ermöglichen. Weiter ist zum Beispiel auf die Hinweise für den Bau, die Ausstattung und Einrichtung von GS hinzuweisen, die von einer Arbeitsgruppe von Rehabilitationsträgern, Behindertenverbänden und weiteren Beteiligten in Schleswig-Holstein

[24] Schreiben der Vorsitzenden des DPWV Barbara Stolterfoht an den Geschäftsführer des VDR Franz Ruland vom 5. Juni 2003, Umsetzung des Sozialgesetzbuches IX, <www.paritaet.org>

entwickelt wurde.[25] Hier wird ausdrücklich auf Vorgaben verschiedener DIN-Normen Bezug genommen. Die LVA Baden-Württemberg hat wiederum auf der Grundlage von Protokollen von Gesprächen mit Behindertenverbänden eine Sammlung von Empfehlungen erstellt, die zusätzlich zu DIN-Normen bezüglich einer umfassend barrierefreien Gestaltung der GS zu beachten sind.[26]

[25] Anforderungen an Servicestellen im Hinblick auf Zugangs-, Nutzungs- und Kommunikationsbarrieren, Ergebnis der Arbeitsgruppe 4 Barrierefreiheit der Reha-Träger, Behindertenverbände und weiterer Beteiligter in Schleswig-Holstein, Lübeck 2002

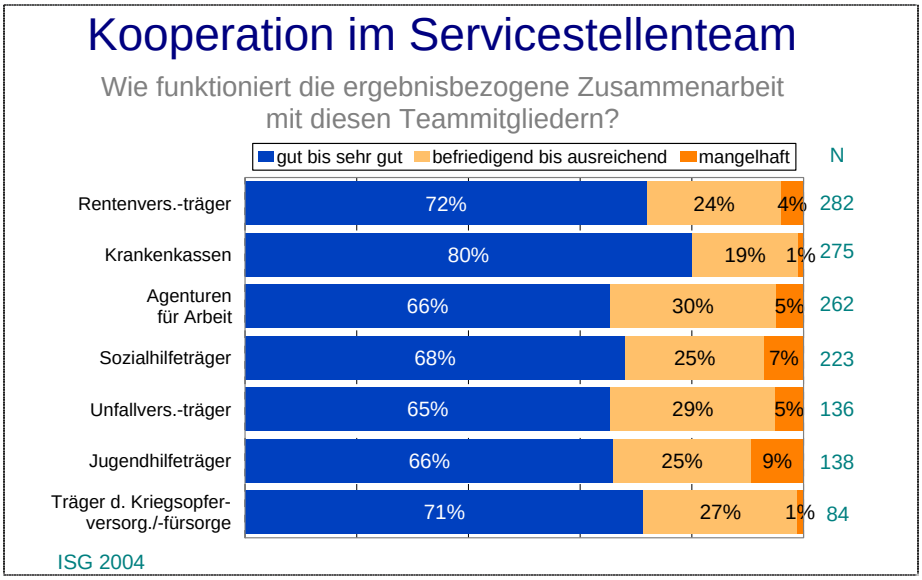
[26] Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg, Barrierefreie Ausgestaltung der Servicestellen, September 2003

5 Kooperation des Servicestellenteams und Beteiligung Dritter

5.1 Fallbezogene Kooperation

Die GS bewerten die fallbezogene Zusammenarbeit mit ihren Teammitgliedern überwiegend mit gut bis sehr gut. Die Bewertung ist weitestgehend unabhängig davon, bei wem die GS eingerichtet ist und unabhängig davon, mit welchem Rehabilitationsträger Kontakt zur Klärung eines Rehabilitationsfalls aufgenommen wurde. Ausgesprochen schlechte Bewertungen der Zusammenarbeit mit Teammitgliedern sind eher selten. Allerdings bewerten beispielsweise immerhin 9% der GS die Kooperation mit Teammitgliedern von Jugendhilfeträgern und 7% der GS die Kooperation mit Teammitgliedern von Sozialhilfeträgern als mangelhaft. Als Gründe hierfür werden insbesondere – wie weiter unten ausgeführt – Schwierigkeiten bei der Zuständigkeitsklärung vor dem Hintergrund komplexer Fälle angeführt.

Abbildung 31



Gute bis sehr gute Bewertungen basieren auf positiven Erfahrungen mit der konkreten Zusammenarbeit von Rehabilitationsträgern. Diese ergeben sich insbesondere dann, wenn vor dem Hintergrund eines Falls gegenseitige Hilfestellungen geleistet bzw. gemeinsame Lösungen gefunden wurden. Neben dem Erfolg spielt in diesem Zusammenhang weiter eine Rolle, ob bei der Kooperation eine hohe Motivation der beteiligten Rehabilitationsträger festgestellt wurde, sowie ob der Kontakt freundlich und ergebnisorientiert verlief. Dies kommt beispielhaft in den folgenden Begründungen der GS zum Ausdruck:

> „Alle tangierten Rehabilitationsträger zeigten sich an schnellen, kundenorientierten Lösungen interessiert.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

> „Gute Verständigung untereinander – Hilfestellung – gemeinsame Ziele.“ (GS in Sachsen-Anhalt)

> „Sachliche, zielorientierte Gespräche.“ (GS in Niedersachsen) – „Gute Auskünfte und Information.“ (GS in Nordrhein-Westfalen) – „Offener und freundlicher Kontakt.“ (GS in Bayern)

„Die Ansprechpartner konnten bei auftretenden Fällen bisher immer weiterhelfen.“ (GS in Hessen)

„Der Rehabilitationsbedarf bzw. der zuständige Rehabilitationsträger ließ sich nach telefonischem Kontakt zum Rehabilitationsträger ohne Probleme feststellen.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

„Die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen hat sich intensiviert; erhebliche Steigerung der Kooperationsbereitschaft; mit Agentur für Arbeit ‚alte Kontakte’.“ (GS in Bayern)

Gute bis sehr gute Bewertungen basieren weiter auf einer geübten Praxis der Kooperation. Wenn schon vor Einrichtung der GS gute Kontakte bestanden, dann ergibt sich daraus regelmäßig auch eine gute Zusammenarbeit des Servicestellenteams.

„Im Bezirk langjährig gewachsene Strukturen, gute Zusammenarbeit auch schon vor dem SGB IX.“ (GS in Brandenburg)

„Die Zusammenarbeit war auch in der Vergangenheit, ohne Servicestelle reibungslos.“ (GS in Hessen)

„Die guten Kontakte vor Einrichtung der Servicestelle werden weiterhin genutzt.“ (GS in Sachsen-Anhalt)

Mittlere oder gar schlechte Bewertungen der Zusammenarbeit im Servicestellenteam erklären sich in erster Linie durch eine schlechte Erreichbarkeit von Ansprechpartnern der beteiligten Rehabilitationsträger. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass bei über der Hälfte der GS entweder Teammitglieder nicht benannt wurden (8%) oder die Ansprechpartner zumindest unklar sind (48%). Dies führt in der Praxis dazu, dass ein Kontakt zu einem Mitarbeiter eines anderen Rehabilitationsträgers gar nicht oder nur schwer hergestellt werden konnte. Neben der Erreichbarkeit spielen weiter eine unterstellte fehlende Fachkompetenz sowie mangelnde Motivation von Teammitgliedern eine wichtige Rolle. Sie werden dann angeführt, wenn Fragen nicht beantwortet werden konnten bzw. keine gemeinsamen Lösungen, insbesondere über die Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers, gefunden wurde.

„Erreichbarkeit und Erfolg der Anrufe = unterschiedlicher Erfolg.“ (GS in Baden-Württemberg)

„Wurde 5x telefonisch verbunden. Keiner wollte zuständig sein.“ (GS in Bayern)

„BfA und LVA: schlechte telefonische Erreichbarkeit; sonstige: Fehlwissen.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

„Im Bereich Auskunftsverhalten und Erreichbarkeit kommt es vor allem mit der BfA zu Problemen!“ (GS in Bayern)

„BA und BfA sind telefonisch schlecht erreichbar. Teammitglieder wechseln häufig.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

„Fehlende Kenntnis und Kommunikation.“ (GS in Rheinland-Pfalz)

„Sehr schlechte Erreichbarkeit der Mitarbeiter der LVA/BfA, unfreundlich, wenig kooperativ, diffuse Sichtweise des § 14 SGB IX.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

„Die Bereitschaft zur Mitwirkung ist nicht immer ausgeprägt.“ (GS in Bayern)

„Von den Trägern der Sozialhilfe wurden keine konkreten Aussagen getroffen.“ (GS in Sachsen)

„Besonders die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung halten sich nicht an § 14 SGB IX." (GS in Brandenburg)

„Gesetzliche Unfallversicherung: Probleme bei der klaren Entscheidung der Zuständigkeit. Rentenversicherung: Zuständigkeitsprobleme; es gibt keine Kontaktaufnahme (telefonisch) mit Teammitgliedern zur Klärung, nur schriftliche Bescheide." (GS in Brandenburg)

„ Lediglich beim RV-Träger und beim Versorgungsamt hatte ich den Eindruck, dass man in erster Linie bemüht war, keine Arbeit zu bekommen!" (GS in Nordrhein-Westfalen)

Neben die unterstellte geringe Motivation einzelner Teammitglieder zur gemeinsamen Fallbearbeitung tritt die in einigen Fällen festgestellte mangelhafte Beteiligung an Teamtreffen. Diese führt in der Konsequenz dazu, dass mit diesen Teammitgliedern nicht oder nur ungern Kontakt aufgenommen wird. Die Nichtteilnahme an Treffen signalisiert, dass keine Bereitschaft besteht, einen Beitrag zur GS zu leisten. Damit wird die Gemeinsamkeit der GS aufgekündigt und die Verantwortung verbleibt in erster Linie bei dem Rehabilitationsträger, bei dem die GS eingerichtet ist.

„An den 1-2x jährlich stattfindenden Servicestellentreffen nehmen die Teammitglieder nur mit sehr geringem Zuspruch teil (keine Zeit!)." (GS in Sachsen-Anhalt)

„Die Träger der Sozialhilfe waren nur beim 1. Treffen anwesend." (GS in Bayern)

Eher schlechtere Bewertungen der Zusammenarbeit im Servicestellenteam ergeben sich außerdem aus komplexen Fällen und den damit verbundenen Schnittstellenproblemen. Diese treten besonders dann auf, wenn Zuständigkeiten mit den neuen Rehabilitationsträgern der Sozial- und Jugendhilfe zu klären sind. Die eher schlechte Bewertung ergibt sich hier also nicht aus dem Verhalten beteiligter Rehabilitationsträger, sondern aus grundsätzlichen leistungsrechtlichen Schwierigkeiten.

„Wenn Teammitglied erreicht wird, ist Zusammenarbeit gut, bei Sozialamt und Jugendhilfe etwas schwierig, da Fälle sehr kompliziert." (GS in Berlin)

„Schnittstellenproblematik Jugendhilfe – Sozialhilfe bei Kindern und Jugendlichen. Zuständigkeiten sind nur schwer zu klären." (GS in Nordrhein-Westfalen)

5.2 Teamtreffen

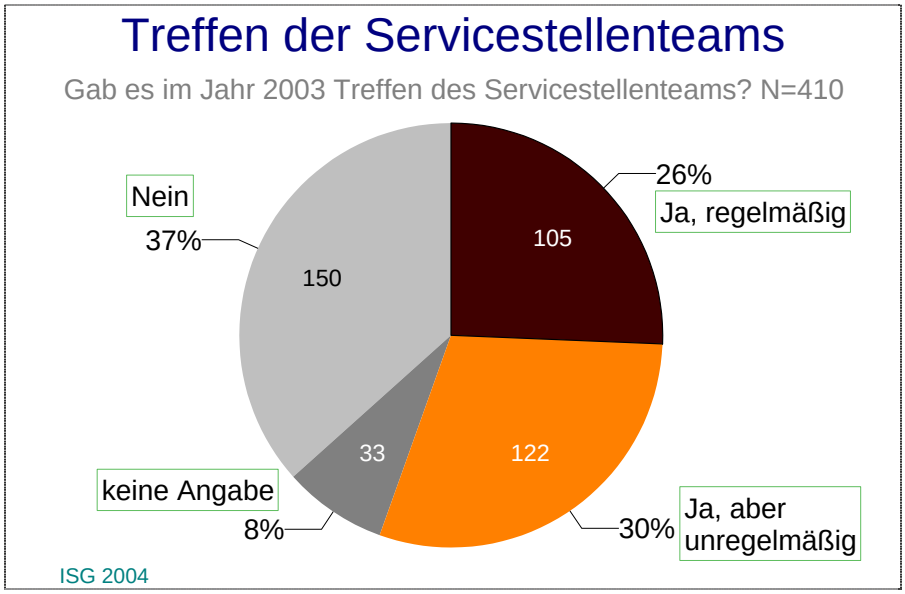
Treffen und Besprechungen sind regelmäßig eine notwendige Bedingung für eine gut funktionierende trägerübergreifende Zusammenarbeit im Servicestellenteam. Die Servicestellenmitarbeiter qualifizierten in den telefonischen Gesprächen insbesondere persönliche Kontakte als wichtige Voraussetzung dafür, dass im Bedarfsfall Teammitglieder telefonisch oder per E-Mail an der Beratung beteiligt werden und die Kooperation erfolgreich verläuft.

„Über gemeinsame Schulungen entstehen persönliche Verbindungen...'kleine intensive Netzwerke'." (GS in Hamburg)

Über die Hälfte der Teams (insgesamt 56%) trafen sich im Jahr 2003, davon 26% der Teams regelmäßig[27] und 30% der Teams unregelmäßig (Vgl. Abbildung 32). Mehr als ein Drittel der Servicestellenteams (37%) traf sich im Jahr 2003 hingegen nicht.

[27] Beispielsweise die GS bei der IKK in Helmstedt. Das Team trifft sich drei- bis viermal im Jahr zum Erfahrungsaustausch und zur gemeinsamen Schulung.

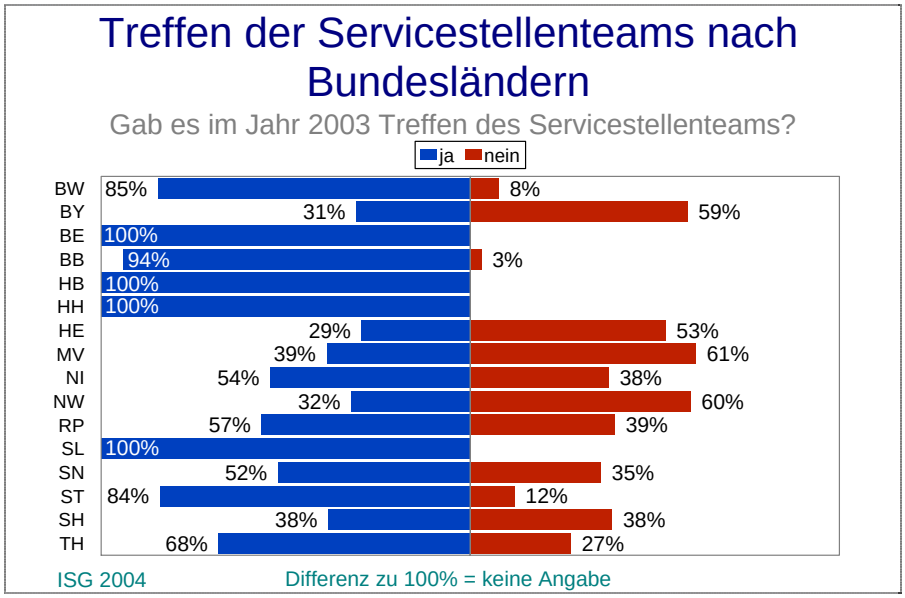
Abbildung 32



5.2.1 Teamtreffen im Ländervergleich

Treffen von Servicestellenteams fanden überdurchschnittlich häufig insbesondere in Brandenburg (31 von 33 befragten GS, 94%), Baden-Württemberg (22 von 26 GS, 85%) und Sachsen-Anhalt (21 von 25 GS, 86%) statt. Zudem trafen sich die Servicestellenteams aller befragten GS der Stadtstaaten Hamburg, Bremen, Berlin sowie im Saarland. Die GS in diesen Ländern berichteten überwiegend, dass die Teamtreffen regelmäßig stattfinden. Insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Bayern und Hessen hingegen haben sich Teamtreffen vergleichsweise seltener etabliert. In diesen Ländern fanden sich im Jahr 2003 nur bei etwa einem Drittel der GS (in Mecklenburg-Vorpommern 39%) die jeweiligen Servicestellenteams aller beteiligten Rehabilitationsträger zu einem Teamtreffen zusammen. Teamtreffen in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Hessen finden zudem meist unregelmäßig statt.

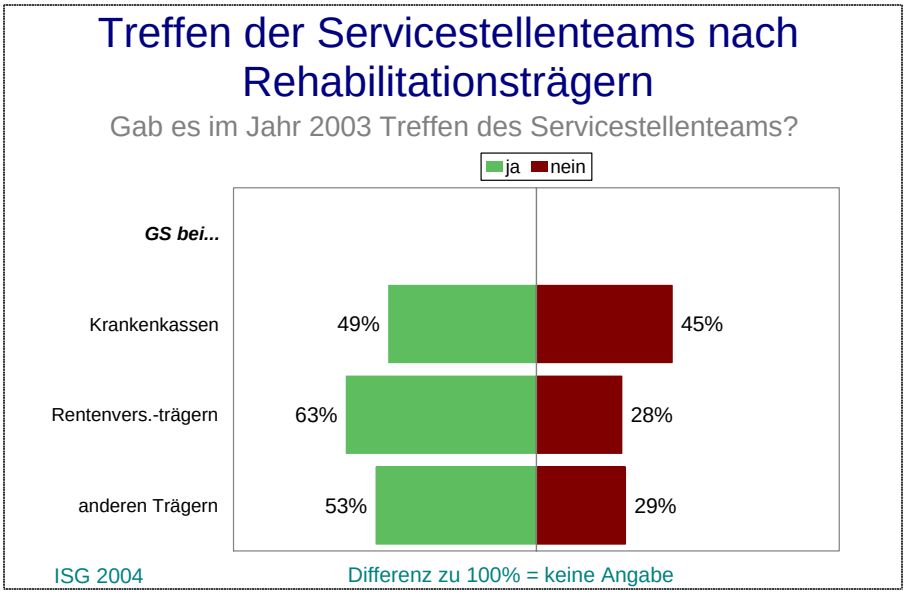
Abbildung 33



5.2.2 *Teamtreffen im Trägervergleich*

Vergleicht man in diesem Kontext Trägergruppen miteinander, dann zeigt sich, dass sich Servicestellenteams von GS, die bei Rentenversicherungsträgern eingerichtet waren, im Jahr 2003 vergleichsweise häufig trafen. Teams von GS, die bei Krankenkassen eingerichtet sind, trafen sich im Vergleich weniger häufig. Teamtreffen von GS bei Rentenversicherungsträgern finden darüber hinaus überwiegend regelmäßig statt.

Abbildung 34



5.3 Kooperation aus Sicht der Teammitglieder

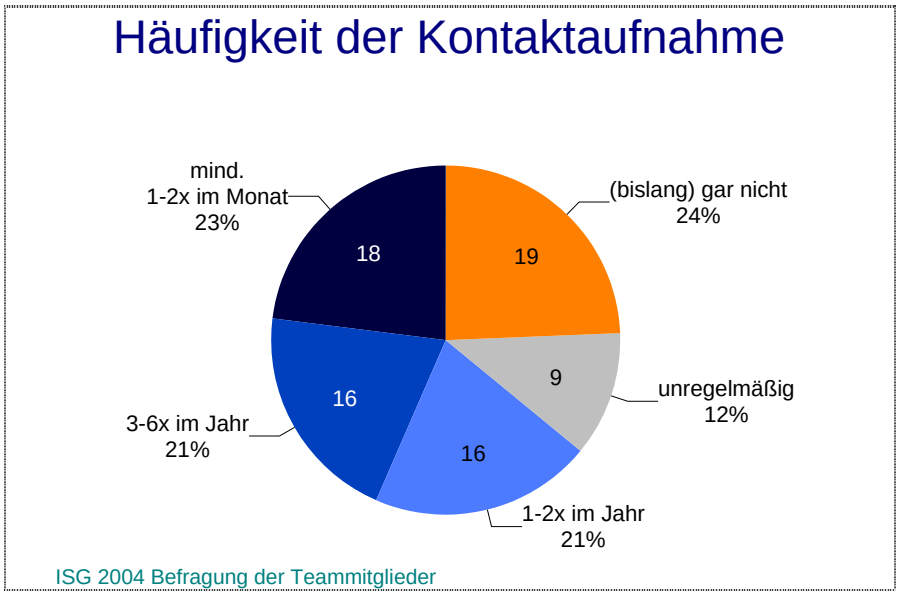
Die Funktionsfähigkeit und Arbeitsweise der Teams wurde nicht nur aus Sicht der Mitarbeiter im Frontoffice, sondern auch aus Sicht der Teammitglieder anderer Rehabilitationsträger untersucht. Die folgende Analyse befasst sich erstens mit Fragen zur Kontaktaufnahme zwischen Mitarbeitern und Teammitgliedern; zentrale Themen hierbei sind, in welcher Form und wie häufig Kontakt zwischen den vor Ort tätigen Mitarbeitern und den Teammitgliedern aufgenommen wird und was die Anlässe der Kontaktaufnahme sind. Im zweiten Abschnitt werden verschiedene Formen der Koordination und ihre Eignung für die Zusammenarbeit aus Sicht der Teammitglieder vorgestellt. Eine gute Vorbereitung auf die neuen Tätigkeiten als Teammitglied einer GS in Form von Schulungen, Treffen, Veranstaltungen etc. sind wichtige Komponenten einer zielorientierten Arbeit von GS; welche Formen hier hauptsächlich gewählt werden, und wie diese aus Sicht der Teammitglieder beurteilt werden, wird im dritten Abschnitt dargelegt. Die Erwartungen und Erfahrungen mit der Einrichtung sowie die Veränderungen durch den Aufbau von GS aus Sicht der Teammitglieder stehen im vierten Abschnitt im Mittelpunkt des Interesses. Diverse Stellungnahmen der Teammitglieder rund um das Thema Gemeinsame Servicestellen schließen die Analyse dieser Befragung ab.

5.3.1 *Kontaktaufnahme*

Unterschiede in der Häufigkeit der Kontaktaufnahme hängen eng mit dem Selbstverständnis der GS zusammen: Sofern das „Team“ lediglich aus einer Liste mit Ansprechpartnern besteht, wird ein Teammitglied nur dann kontaktiert, wenn einer seiner (originären) Klienten zufällig im Frontoffice der GS beraten wird. Eine engere Zusammenarbeit des Servicestellenteams zeigt sich dagegen in regelmäßigen Kontakten. Etwa zwei

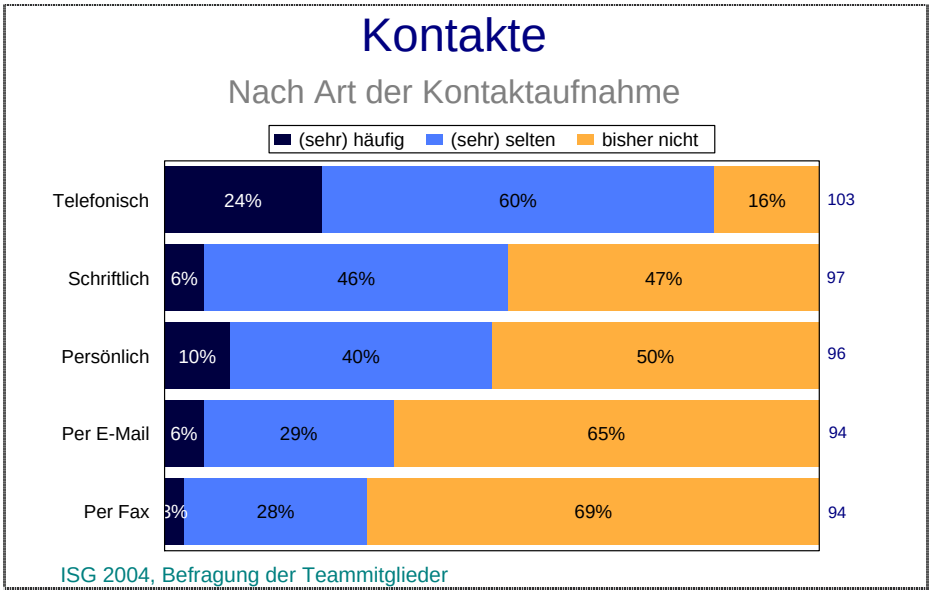
Drittel der befragten Teammitglieder treffen sich regelmäßig mit unterschiedlicher zeitlicher Dichte; allerdings hatte ein Viertel (24%) der befragten Teammitglieder bislang keinen Kontakt mit dem Frontoffice der GS, und weitere 12% treffen sich nur unregelmäßig bzw. nach Bedarf oder Erfordernis.

Abbildung 35



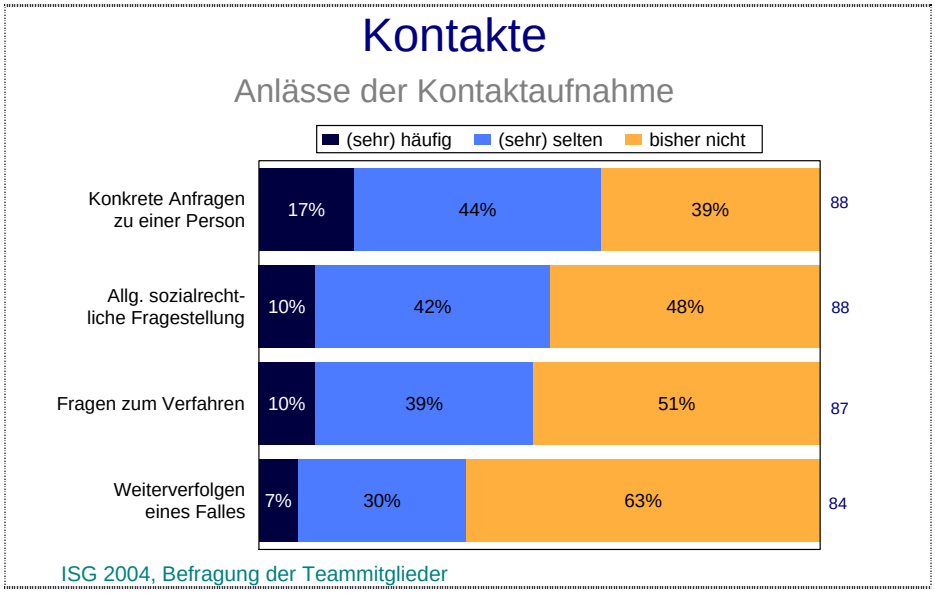
Kontakte werden telefonisch, schriftlich, persönlich, per E-Mail oder per FAX aufgenommen. Das mit Abstand am häufigsten verwendete Kommunikationsmittel ist dabei das Telefon, wobei immerhin 16% der befragten Teammitglieder bislang noch keinen telefonischen Kontakt mit dem Frontoffice hatten. Dies sind überwiegend jene Teammitglieder, die bislang überhaupt noch keinen Kontakt mit dem Front-Office hatten. Etwa die Hälfte der Teammitglieder hatte bisher zudem schriftlichen oder persönlichen Kontakt. Die Möglichkeiten, per E-Mail oder FAX Kontakte aufzunehmen, werden dagegen bisher wenig genutzt.

Abbildung 36



Die Anlässe der Kontaktaufnahme können „allgemeine sozialrechtliche Fragestellungen“, „konkrete Anfragen zu einer Person“, „Fragen zum Verfahren“ oder das „Weiterverfolgen eines Falls“ sein. „Konkrete Anfragen zu einer Person“ waren unter den befragten Teammitgliedern mit gut 60% am häufigsten der Anlass zur Kontaktaufnahme, dieser Anteil sinkt bei „allgemeinen sozialrechtliche Fragestellungen“ und „Fragen zum Verfahren“ auf etwa 50%. Das „Weiterverfolgen eines Falls“ ist verhältnismäßig selten Anlass zur Kontaktaufnahme.

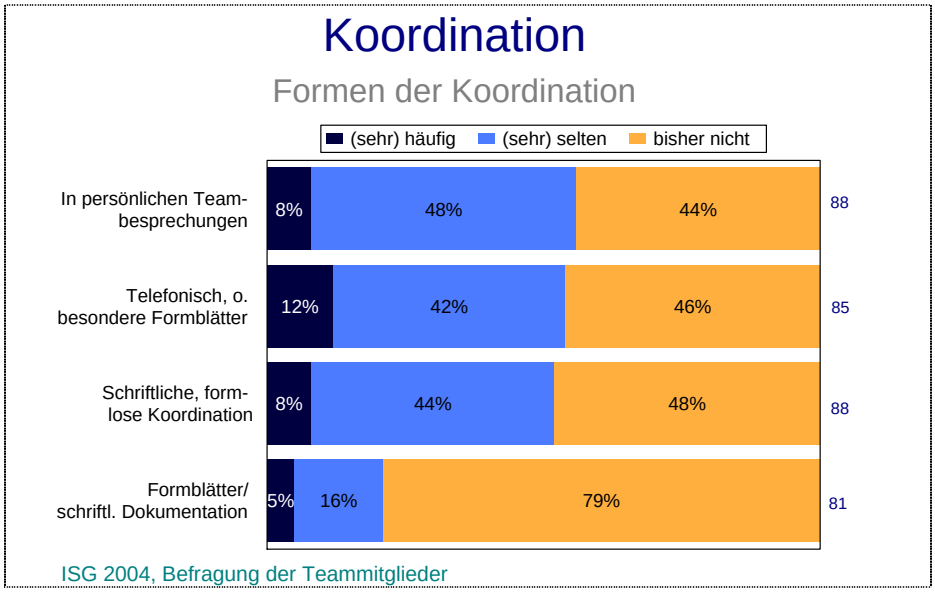
Abbildung 37



5.3.2 Zusammenarbeit

In diesem Abschnitt wird den Fragen nachgegangen, wie die Zusammenarbeit koordiniert wird, ob diese Formen geeignet sind und wie sie beurteilt werden. Gut die Hälfte der Befragten gab an, ihre Arbeit in Form von persönlichen Teambesprechungen, telefonisch oder schriftlich (formlos) zu koordinieren, allerdings erfolgt dies überwiegend selten.

Abbildung 38



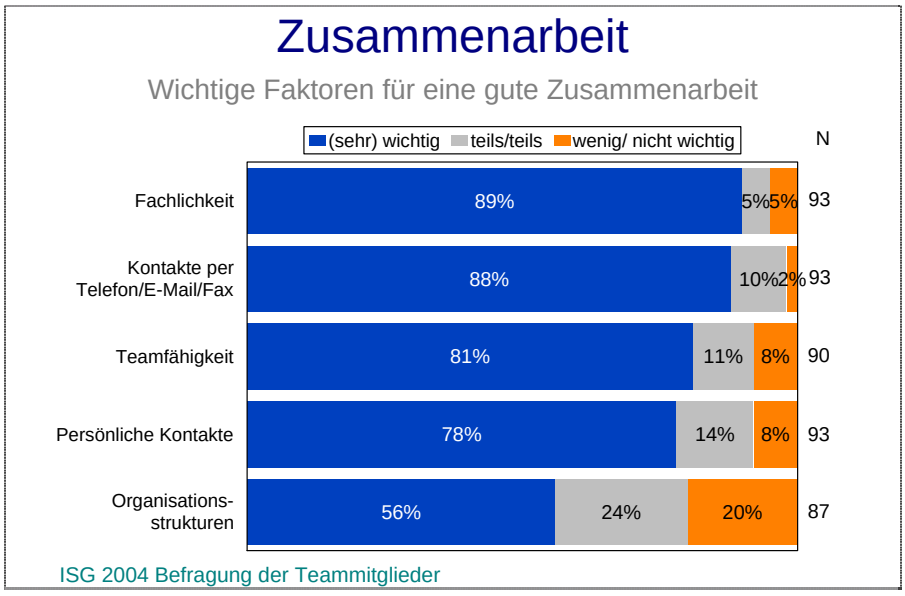
Die Angabe, dass dies „häufig“ geschehe, machen nur 8% der Befragten bei persönlicher und schriftlicher Koordination bzw. 12% bei telefonischer Koordination. Formblätter oder schriftliche Dokumentationen wurden sogar von 80% der Teammitglieder bisher noch nicht verwendet.

Etwa zwei Drittel der Befragten sind der Ansicht, die jeweils gewählte Form sei für die Zusammenarbeit (sehr) geeignet, während 15% die jeweils genutzte Form der Zusammenarbeit für ‘wenig geeignet’ bzw. für ‘ungeeignet’ halten. Die konkrete Zusammenarbeit wird ebenfalls überwiegend positiv beurteilt (61%), allerdings ist hier ein knappes Viertel der Ansicht, die Zusammenarbeit funktioniere nur ausreichend oder überhaupt nicht.

Die Teammitglieder wurden zudem gebeten, die Beurteilungen jeweils zu begründen. Diejenigen, die über eine intensivere Kooperation berichten, bezeichnen diese als gut geeignet, weil hierdurch eine ergebnisorientierte, effektive Zusammenarbeit ermöglicht werde. In den Fällen, in denen nur wenig oder keine Kooperation stattfindet, wird dies damit begründet, dass bislang kein oder wenig Bedarf bestehe. Negative Beurteilungen der Zusammenarbeit werden mit geringer oder fehlender Zusammenarbeit, mit geringem oder fehlendem Bedarf sowie mit Organisationsproblemen begründet.

Weiterhin wurden die Teammitglieder danach gefragt, was ihrer Einschätzung nach wichtige Faktoren für eine gute Zusammenarbeit sind. Überwiegend werden „Fachlichkeit“ und „Kontakte per Telefon“ genannt, knapp 90% der Befragten gaben diesen beiden Faktoren eine hohe Priorität. „Teamfähigkeit“ und „persönlichen Kontakten“ räumen des Weiteren etwa 80% der Befragten einen hohen Stellenwert ein. Die jeweils etablierten Organisationsstrukturen gehören dagegen nur für gut die Hälfte der Befragten zu den Erfolgsfaktoren.

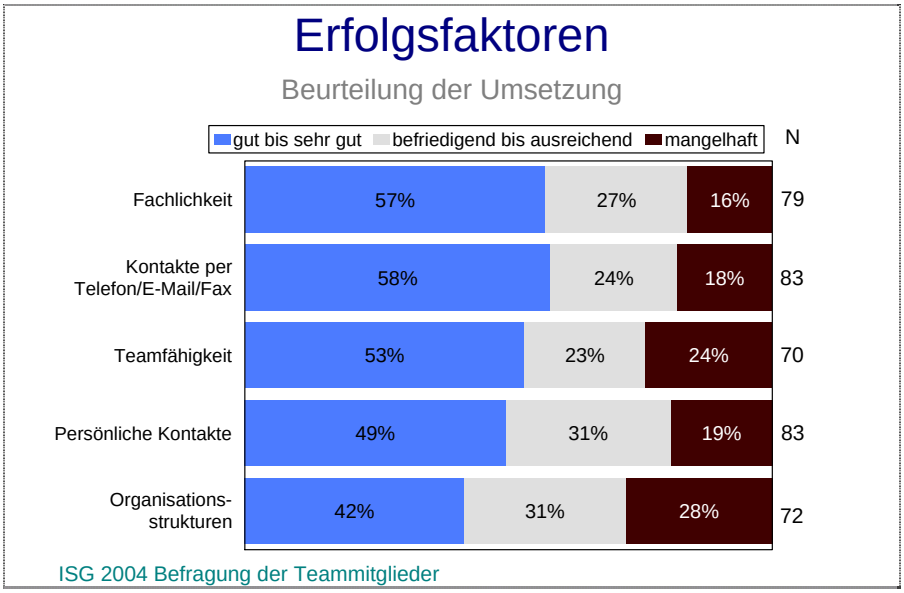
Abbildung 39



Weitere wichtige Faktoren für eine gute Zusammenarbeit sind zudem Verlässlichkeit, Akzeptanz bei den Rehabilitationsträgern und Gemeinsame Beratung/ Fallbesprechungen. In diesem Zusammenhang wurde von einigen Befragten für wichtig erachtet, dass die Vertreter der einzelnen Rehabilitationsträger zur Beratung tatsächlich vor Ort anwesend sind.

Die beiden wichtigsten Erfolgsfaktoren „Fachlichkeit“ und „telefonische Kontakte“ werden in der Praxis auch am besten umgesetzt. So beurteilten immerhin knapp 60% der Befragten die Umsetzung dieser beiden Faktoren mit „sehr gut“ oder „gut“. Allerdings sind 16% bzw. 18% der befragten Teammitglieder der Auffassung, diese Faktoren würden mangelhaft umgesetzt. Etwa die Hälfte der Befragten ist des Weiteren der Ansicht, „Teamfähigkeit“ und „persönliche Kontakte“ würden gut bis sehr gut umgesetzt, wobei immerhin ein knappes Viertel der Teamfähigkeit eine mangelhafte Umsetzung bescheinigt. Die Umsetzung geeigneter Organisationsstrukturen schneidet im Vergleich am schlechtesten ab.

Abbildung 40



5.3.3 Veranstaltungen und Informationsaustausch

Durch persönliche Kontakte – informell, in Form von Veranstaltungen oder Schulungen – kann die Arbeit des Servicestellenteams erheblich erleichtert werden, so die Aussagen von Mitarbeitern im Frontoffice der GS. Immerhin 60% der befragten Teammitglieder gaben an, dass regelmäßige Treffen des Teams – überwiegend einmal im Jahr – stattfinden. Etwa 10% der Befragten bedauerten, dass keine Treffen des Teams stattfinden, während etwa ein Fünftel der Befragten angab, dass keine Treffen stattfinden, diese aber auch nicht notwendig seien.

Gemeinsame Schulungen und Treffen zum informellen Erfahrungsaustausch sind für die Arbeit der GS am wichtigsten und finden auch am häufigsten statt. Dabei wird bei gemeinsamen Schulungen zum einen die Möglichkeit gesehen, Einblicke in die Arbeitsweise und das Leistungsrecht anderer Träger zu erhalten, welche für die Zusammenarbeit positiv genutzt werden können, zum anderen wird der Sinn von Schulungen darin gesehen, Wissen für eine umfassende Beratung aufzubauen. Dem informellen Erfahrungsaustausch wird eine hohe Priorität eingeräumt, weil die praktische Arbeit mit „bekannten Gesichtern“ einfacher ist und weil so „*fachliche Informationen, Arbeitsanweisungen, interne Regelungen diskutiert und besser bzw. einheitlich umgesetzt werden können“.* In einem Fall wurde dem Erfahrungsaustausch nur eine mittlere Priorität gegeben, weil „*es bisher lediglich den informellen Erfahrungsaustausch gab.“* In diesem Zusammenhang wurde des Weiteren angemerkt,

- dass „*regionale Arbeitskreise sehr wünschenswert*“ wären, was die Vermutung nahe legt, dass es bislang keine gibt,
- dass „*Kostenträger in den Teamsitzungen über das Leistungsspektrum berichten*“, und dass eine „*Fallbesprechung wichtig*“ sei und
- dass „*gemeinsame Schulungen und auch Fachtagungen wichtig wären, aber bislang nicht angeboten werden*.“

5.3.4 Abschließende Bemerkungen

Schließlich hatten die befragten Teammitglieder die Möglichkeit, weitere Anmerkungen zur Einrichtung der GS vorzunehmen. Einige der Befragten wiesen nochmals auf die *geringe Anzahl von Kontakten unter anderem aufgrund geringer Fallzahlen* hin; einer/einem Befragten war *bis zum Erhalt des Fragebogens nicht klar, dass er/sie Ansprechpartner* bzw. *Teammitglied einer Gemeinsamen Servicestelle ist*. In zwei weiteren Bögen wurde angegeben, dass der Fragebogen nicht auf die angeschriebene Stelle passe, weil *die angeschriebene Stelle selbst Gemeinsame Servicestelle mit „Außenwirkung sei* bzw. weil *„die Mitarbeiter der Sozialämter nicht Teammitglieder von Servicestellen“ seien, was „auch aus zeitlichen Gründen nicht realisierbar“ sei*.

In weiteren acht Äußerungen wurde erstens kritisiert, dass *sich die Zusammenarbeit der Reha-Träger aufgrund der Regelungen des SGB IX zur Zuständigkeitsklärung, aufgrund der finanziell angespannten Situation oder aufgrund von Abgrenzungsproblemen (im Bereich des § 35a SGB IX) nicht verbessert hat*; nach einer Aussage ist es sogar zu einer Verschlechterung der Zusammenarbeit gekommen.

Eine Äußerung beschäftigt sich mit Erwartungen und tatsächlichen Leistungen: „*Servicestellen stellen eine überflüssige Beratungsstelle dar, die nur theoretisch notwendig erscheint. Andere Träger erwarten eine vollständige Bearbeitung von Anträgen und sind letztendlich enttäuscht, wenn diese nicht erfolgt, sondern der Behinderte lediglich beraten wird. Der Nutzen ist gegen ‘0’!“*

Mehrfach wurde bekundet, dass die Aufgaben der jeweiligen Gemeinsamen Servicestelle nicht bekannt sind bzw. nicht beurteilt werden können: *„Keine Beantwortung möglich, da wir bisher nicht tangiert waren“ (Anmerkung eines Versorgungsamts); „Wir sind Servicestelle nur auf dem Papier. Die Servicestelle ist nicht mit ‘Leben’ gefüllt“; „Kann derzeit nicht beurteilt werden, da bei uns keine Vorgänge anhängig sind“; „Ich weiß nicht, was die Gemeinsame Servicestelle genau, tatsächlich macht“; „Ich kann es nicht beurteilen, weil ich noch in keinem Fall zum Teamgespräch hinzugezogen wurde“; „Es ist nicht bekannt, was die GS überhaupt leisten.“*

Des Weiteren wird von 2 Befragten eine rückläufige Zahl der Klienten – trotz Werbung – konstatiert, eine Begründung hierzu war: *„Bei den Versicherten ist mittlerweile bekannt, dass die Servicestelle keine Entscheidungen anderer Träger treffen kann bzw. Entscheidungen von anderen Trägern ändern kann, deshalb erheblicher Rückgang von zu beratenden Menschen.“*

Ein weiteres, organisatorisches Problem scheint darin zu liegen, dass die Verteilung der nach außen auftretenden Gemeinsamen Servicestellen teilweise zu dicht ist. Ein Befragter fordert etwa die „*Konzentration von Servicestelle in einer Stadt/Region auf eine gemeinsame Servicestelle zur Bündelung von Ressourcen und Erlangung von Synergieeffekten, anstatt auf einen Radius von 300m drei verschiedene Servicestellen zu betreiben*.“

Positiv ist zu verzeichnen, dass die *„Sachbearbeiter sensibilisierter sind, die Klienten anspruchsvoller sind und Kenntnis der Rehabilitationsträger untereinander zugenommen hat.“*

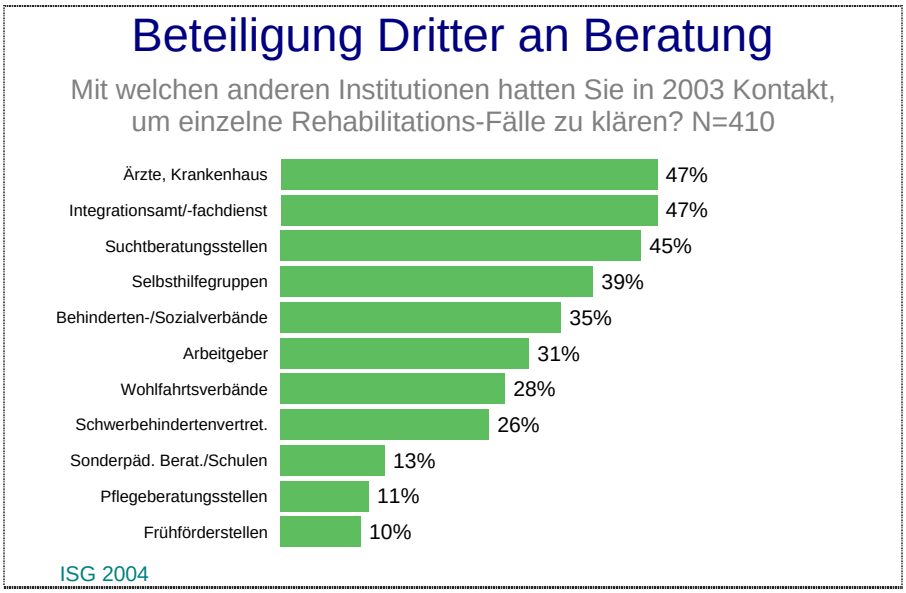
Empfehlungen wurden schließlich von zwei der befragten Teammitgliedern formuliert: Zum einen wird angemerkt, dass *eine Gemeinsame Servicestelle nur dann Sinn mache, wenn alle Beteiligten tatsächlich 'unter einem Dach' sitzen würden*. Zum andern wird darauf hingewiesen, dass die Gemeinsamen Servicestellen *„öffentlicher und transparenter werden und verstärkt eine Koordinierungsfunktion wahrnehmen"* sollten.

5.4 Beteiligung Dritter an den Gemeinsamen Servicestellen

Im komplexen System der Rehabilitation sind viele verschiedene Institutionen daran beteiligt, Menschen mit Behinderungen eine umfassende Teilhabe zu ermöglichen. Entsprechend ist davon auszugehen, dass GS im Rahmen der Beratung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen vielfältige Kontakte herstellen und nutzen. Tatsächlich zeigt sich aber, dass die Zusammenarbeit der GS mit anderen Institutionen im Bereich der Rehabilitation entwicklungsbedürftig ist.

- Nur knapp die Hälfte der GS hatte im Jahr 2003 mindestens einmal fallbezogen Kontakt zu Ärzten bzw. dem Integrationsamt oder Integrationsfachdienst. 45% der GS beteiligten Suchtberatungsstellen und 39% der GS Selbsthilfegruppen an der Beratung eines Rehabilitanden. Dabei waren diese Institutionen noch diejenigen, die von den GS vergleichsweise häufig als Kooperationspartner in Anspruch genommen werden.
- Lediglich rund ein Drittel der GS arbeitete fallbezogen mit Behinderten- bzw. Sozialverbänden (35%) bzw. Arbeitgebern (31%) zusammen. 28% bzw. 26% der GS beteiligen Wohlfahrtsverbände bzw. Schwerbehindertenvertretungen an der Beratung.
- Die Zusammenarbeit schließlich mit Institutionen wie Sonderpädagogischen Beratungsstellen an Schulen, Pflegeberatungsstellen und Frühförderstellen spielt in der Praxis der überwiegenden Mehrheit der GS keine Rolle.

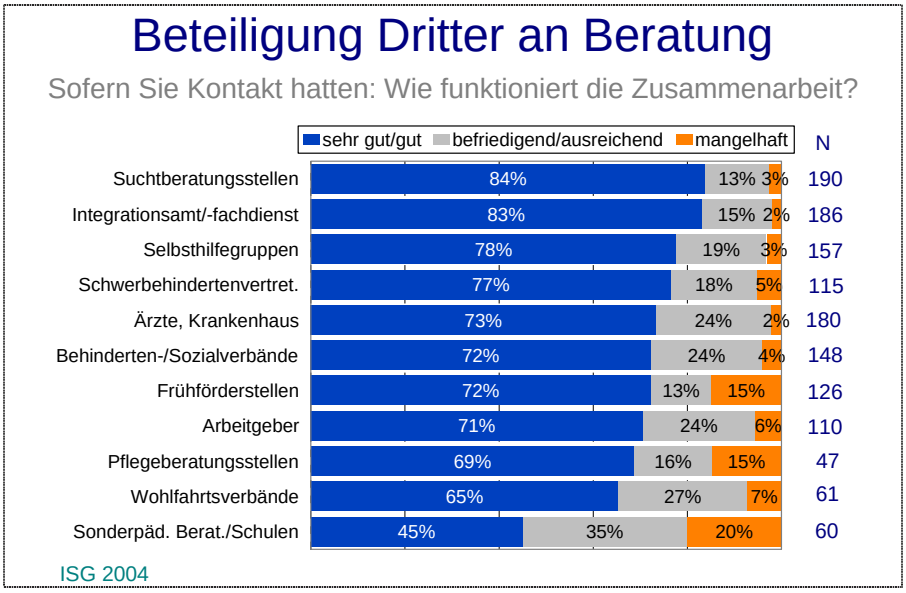
Abbildung 41



Wenn eine konkrete Zusammenarbeit mit einer der genannten Institutionen erfolgte, dann wurde diese von den GS in der Regel mehrheitlich positiv bewertet. Beispielsweise schätzten 84% der GS, die mit einer Suchtberatungsstelle zusammen arbeiteten, diese Kooperation als gut oder sehr gut ein. Eine Ausnahme in den zumeist insgesamt

guten Beurteilungen stellt die Zusammenarbeit mit Sonderpädagogischen Beratungsstellen dar. Von den relativ wenigen GS, die sie überhaupt fallbezogen kontaktierten, bewerten nur 45% die Zusammenarbeit als gut.

Abbildung 42



Die GS begründen gute bis sehr gute Bewertungen der Zusammenarbeit mit der guten und zügigen Hilfe, die diese Institutionen den GS und damit den Ratsuchenden leisten konnten. Die GS heben dabei die grundsätzliche Notwendigkeit der Beteiligung Dritter hervor, weil nur so gewährleistet werden kann, dass die Beratung umfassend ist.

> „Erheblicher verwaltungsmäßiger Aufwand konnte in vielen Fällen vermieden werden. Schnelle Hilfen konnten unbürokratisch zur Verfügung gestellt werden.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

> „Kurzfristige Abstimmung möglich. Integrationsamt: gute Hinweise und Hilfestellung (auch Hausbesuch bei Betroffenen) zum Fachgebiet.“ (GS in Sachsen-Anhalt)

> „Große Hilfsbereitschaft bei Klärung des Rehabilitations- und Hilfebedarfs und umgehende Erledigung bei Beschaffung ärztlicher Unterlagen.“ (GS in Bayern)

> „Der Klient kann umfassender und besser beraten und betreut werden.“ (GS in Brandenburg)

> „Die Telefonate waren informativ und zielgerichtet.“ (GS in Niedersachsen)

> „Auf Grund der jahrelangen Erfahrungen der Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände umfassende Auskünfte über mögliche Leistungen.“ (GS in Brandenburg)

> „Gute Zusammenarbeit durch jahrelange Kontakte + [hoher] Bekanntheitsgrad der Mitarbeiter.“ (GS in Brandenburg)

Verschiedene GS weisen auf schon länger bestehende Strukturen der Zusammenarbeit mit den genannten Institutionen hin, die jetzt auch für die Servicestellenarbeit genutzt werden.

> „Die Kontakte beruhen auf langjährig gewachsenen Strukturen.“ (GS in Bremen)

> „Die guten Kontakte vor Einrichtung der Servicestelle werden weiterhin genutzt.“ (GS in Sachsen-Anhalt)

Mittlere und schlechte Beurteilungen begründen die GS eher selten, sie bezogen sich dann aber besonders darauf, dass die Aufgabenteilung zwischen der GS und bestimmten Institutionen nicht geklärt ist. So wird entweder bemängelt, dass Aufgaben auf die GS übertragen werden oder dass Aufgaben respektive Beratungsfälle abgezogen werden. Daneben kritisieren GS, dass leistungsrechtliche Vorschriften von den Kooperationspartnern nicht beachtet werden und sich dadurch die Zusammenarbeit nicht erfolgreich gestaltet.

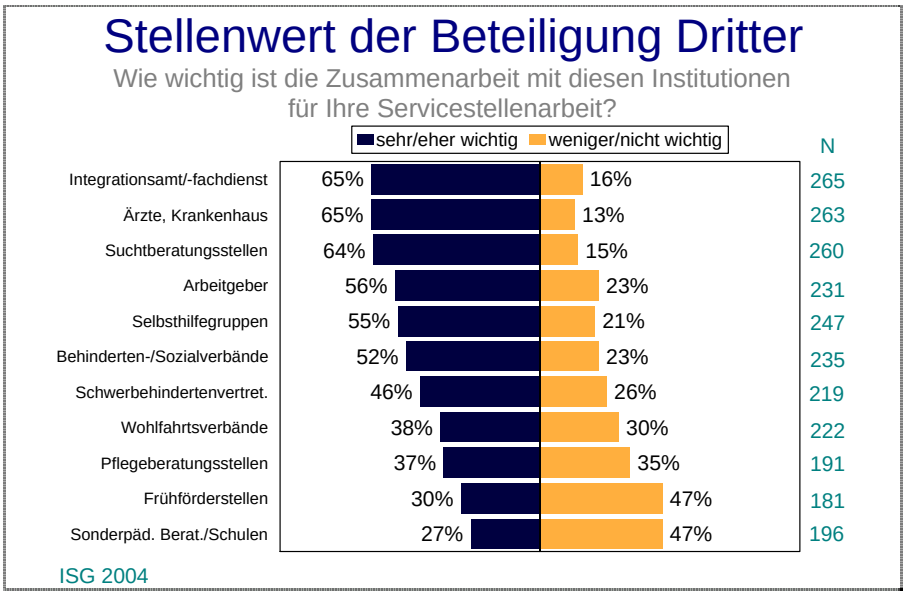
> „Teilweise Abwälzung der Sozialdienste (Aufgabenumverteilung)." (GS in Nordrhein-Westfalen)
>
> „Teilweise Unkenntnis der leistungsrechtlichen Vorschriften der Rentenversicherungsträger beim Integrationsamt. Integrationsamt zieht gerne Fälle an sich." (GS in Nordrhein-Westfalen)
>
> „Gesetzliche Grundlagen werden nicht beachtet." (GS in Bayern)

Drei GS weisen an dieser Stelle auf ihrer Ansicht nach zu hohe Erwartungen hin, die von Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden an die GS herangetragen werden - eine Klage, die im Übrigen auch mehrmals im Rahmen der telefonischen Interviews mit Mitarbeitern von Servicestellen geäußert wurde.

> „Behindertenverbände: zu hohe Erwartungen an eine Servicestelle." (GS in Nordrhein-Westfalen)
>
> „Oft überzogenes Anspruchsdenken der Schwerbehindertenvertretung/VDK." (GS in Nordrhein-Westfalen)
>
> „Zu hohe Erwartungen, z.B. Selbsthilfegruppe an GS. GS kann nur Hilfestellung geben; nicht immer positive Entscheidung möglich." (GS in Bayern)

Wenn bei einer GS im Jahr 2003 keine fallbezogene Zusammenarbeit mit anderen Institutionen erfolgte, dann mag dies teilweise daran liegen, dass es keine Servicestellenfälle oder keine entsprechenden Fallkonstellationen gab. Andererseits bewertet ein Teil der GS den Stellenwert der Beteiligung Dritter als wenig oder gar nicht wichtig bzw. sieht sich nicht in der Lage, einen solchen Stellenwert einzuschätzen.

Abbildung 43



Von 265 GS, die eine Einschätzung abgaben, ob die Zusammenarbeit mit einem Integrationsamt oder einem Integrationsfachdienst für ihre Arbeit wichtig ist oder nicht, beurteilten zwei Drittel (65%) diese Zusammenarbeit als wichtig bis sehr wichtig.

16% der GS konnten in der Zusammenarbeit keinen Nutzen für ihre Servicestellentätigkeit wahrnehmen und beurteilten den Stellenwert der Zusammenarbeit mit Integrationsämtern bzw. Integrationsfachdiensten als wenig bis nicht wichtig. Was die Wichtigkeit der Beteiligung an Beratung in der Perspektive der GS angeht, stehen Integrationsamt und Integrationsfachdienst, Ärzte bzw. Krankenhäuser sowie Suchtberatungsstellen an der ersten Stelle. Zwei Drittel der GS sehen in der Zusammenarbeit mit diesen Institutionen einen hohen Nutzen. Die Beteiligung von Arbeitgebern an der GS wird von der Mehrheit als wichtig erachtet (56%), ein knappes Viertel (23%) allerdings findet die Zusammenarbeit mit Arbeitgebern weniger bis gar nicht wichtig. Genauso erkennt eine Mehrheit der GS einen hohen Stellenwert von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen für die Servicestellenarbeit, während ein Fünftel den Nutzen der Kooperation mit diesen Institutionen in Zweifel zieht.

Die GS begründeten einen zugemessenen hohen Stellenwert der Beteiligung Dritter mit den spezifischen Kompetenzen der Institutionen. Der Zugriff auf dieses Spezialwissen sei in der Regel wichtig, um Rehabilitanden umfassend beraten zu können.

> „Eine erfolgsorientierte Zusammenarbeit mit diesen Institutionen im Reha-Wesen ist durchweg sehr wichtig.“ (GS in Schleswig-Holstein)
>
> „Institutionen sind z.T. wichtige Vermittler bei der Sachverhaltsaufklärung.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)
>
> „Die Zusammenarbeit mit diesen Institutionen ist notwendig, um im Einzelnen zum vernünftigen Ergebnis zu kommen.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)
>
> „Für eine zeitnahe und umfassende Beratung und Antragstellung sowie Leistungserbringung ist ergebnisbezogene Zusammenarbeit wichtig.“ (GS in Bayern)
>
> „Die Institutionen sind lange etabliert und verfügen über Know-how und bereits gute Kontakte zu Reha-Trägern.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)
>
> „Spezialwissen der Verbände ist sehr wichtig.“ (GS in Hessen)

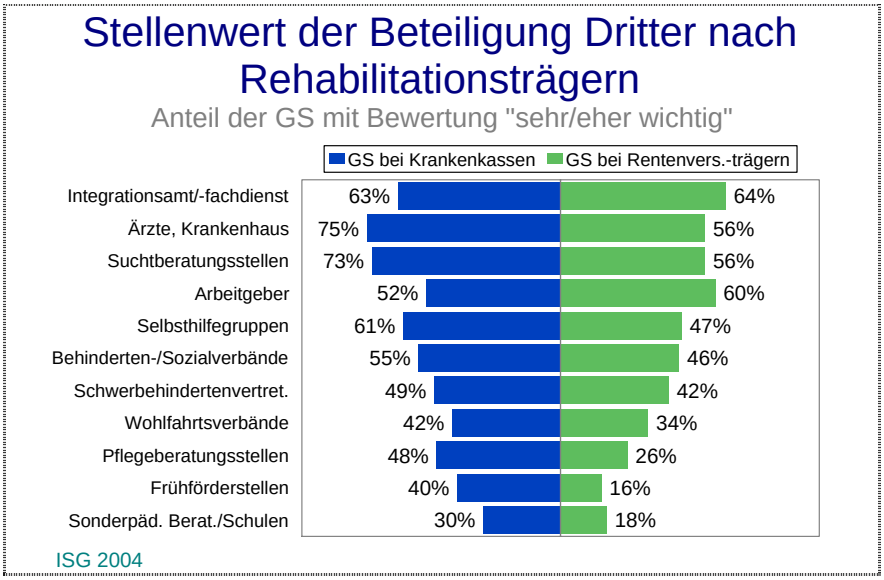
Die GS begründeten ihre Einschätzung, die Zusammenarbeit mit diesen Institutionen sei weniger bis gar nicht wichtig, eher selten. Sie verweisen dann aber darauf, dass die Zusammenarbeit mit bestimmten Institutionen aufgrund der spezifischen Bedarfe der Ratsuchenden weniger häufig oder intensiv erfolgt und aus diesem Grund weniger wichtig ist. Zwei GS bekundeten grundsätzliche Bedenken bezüglich einer Beteiligung Dritter und problematisieren, dass die Eigenständigkeit des Rehabilitationsträgers bzw. die eigene Entscheidungskompetenz tangiert wird.

> „Ergebnisbezug sollte dem Kostenträger weitgehend vorbehalten sein.“ (GS in Rheinland-Pfalz)
>
> „Die geforderte Eigenständigkeit der Reha-Träger vermindert die gute Zusammenarbeit.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

Abbildung 44 zeigt die Bewertung des Stellenwertes der Beteiligung Dritter nach Rehabilitationsträgern. GS bei Krankenkassen stufen die Zusammenarbeit mit Dritten häufiger als wichtig ein als GS bei Rentenversicherungsträgern. Nur die Zusammenarbeit mit Arbeitgebern hat in GS bei Rentenversicherungsträgern einen höheren Stellenwert als in GS bei Krankenkassen. Besonders auffällig sind die Unterschiede in der

Bewertung der Zusammenarbeit mit Pflegeberatungs-, Frühförder- und Sonderpädagogischen Beratungsstellen.

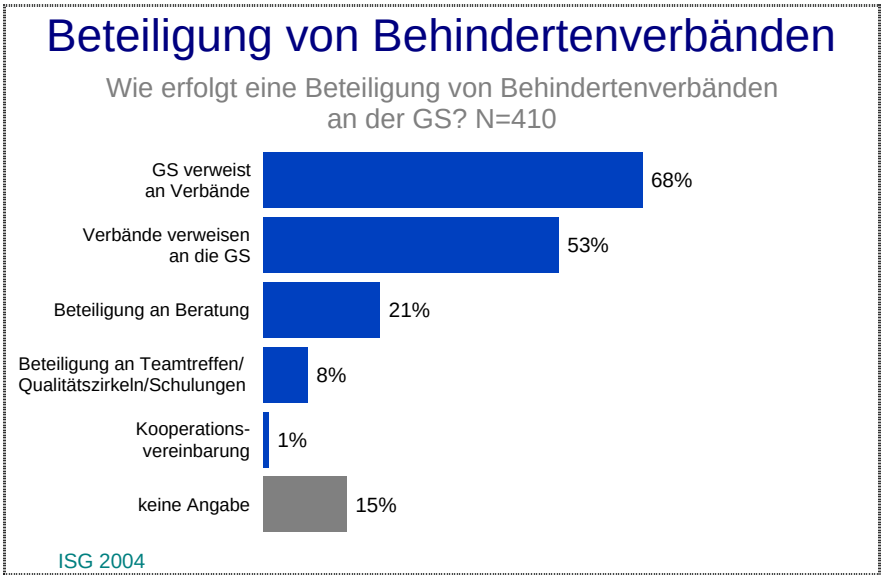
Abbildung 44



5.5 Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen an der Beratung

§ 22 Abs. 1 SGB IX sieht mit Einverständnis der behinderten Menschen die Beteiligung von Behindertenverbänden[28] an der Beratung der GS vor. Wie dargelegt, nahm jeweils rd. ein Drittel der GS wenigstens einmal im Jahr 2003 mit Behindertenverbänden bzw. Selbsthilfegruppen Kontakt auf, um fallbezogen Informationen auszutauschen oder Absprachen zu treffen. In Frage steht, ob und ggf. wie eine Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen noch erfolgen kann.

Abbildung 45



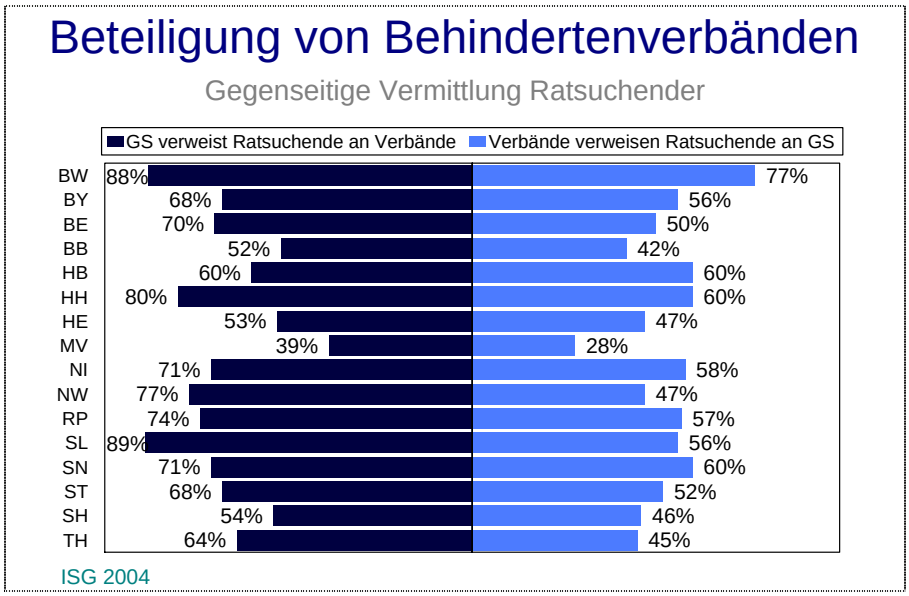
[28] Einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen.

Sehr verbreitet ist in einem weiten Verständnis von Beteiligung der gegenseitige Verweis auf das Angebot des jeweils anderen. Gut zwei Drittel der GS (68%) verweisen Ratsuchende bei Bedarf an Verbände, wobei dies in der Regel als Weitergabe einer Adresse oder Nennung eines Ansprechpartners erfolgt, seltener in Form einer telefonischen Kontaktaufnahme der GS mit einem Verband oder gar einer persönlichen Begleitung des Ratsuchenden. Die Hälfte der GS (53%) gibt an, dass Behindertenverbände ihre Mitglieder oder Ratsuchende an die GS vermitteln. Gut ein Fünftel der GS (21%) nimmt für sich in Anspruch, Verbände an der Beratung zu beteiligen. 8% der GS beteiligen Behindertenverbände an Teamtreffen, führen mit diesen gemeinsam Qualitätszirkel durch und/oder beteiligen sie an Schulungen von Servicestellenmitarbeitern. Dabei sei deutlich unterstrichen, dass von den 33 GS, die eine solche Beteiligung von Behindertenverbänden anführten, sich alleine 12 GS in Baden-Württemberg, 10 GS in Brandenburg[29] und 5 GS in Sachsen-Anhalt[30] befinden. Eine Zusammenarbeit auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung erfolgt schließlich bei zwei GS.[31]

5.5.1 Beteiligung im Ländervergleich

Die einfachste Form der Beteiligung von Behindertenverbänden besteht darin, Ratsuchende bei Bedarf auf die Existenz der Verbände vor Ort aufmerksam zu machen und sie ggf. zu einer Kontaktaufnahme zu motivieren bzw. darin, dass Ratsuchende von Verbänden an die GS vermittelt werden. Auch wenn es sich nur im weitesten Sinn um eine konkrete Beteiligung an Beratung handelt, stellt diese gegenseitige Vermittlung eine potenzielle Vernetzung von Beratungs- und Unterstützungsleistungen her. Diese Vernetzung ist in den Bundesländern unterschiedlich weit fortgeschritten.

Abbildung 46



Beispielsweise vermitteln mindestens fast alle der GS in Baden-Württemberg (88%) und im Saarland (89%) sowie drei Viertel der GS in Hamburg (80%), Nordrhein-

[29] Alle GS sind eingerichtet bei der LVA Brandenburg.

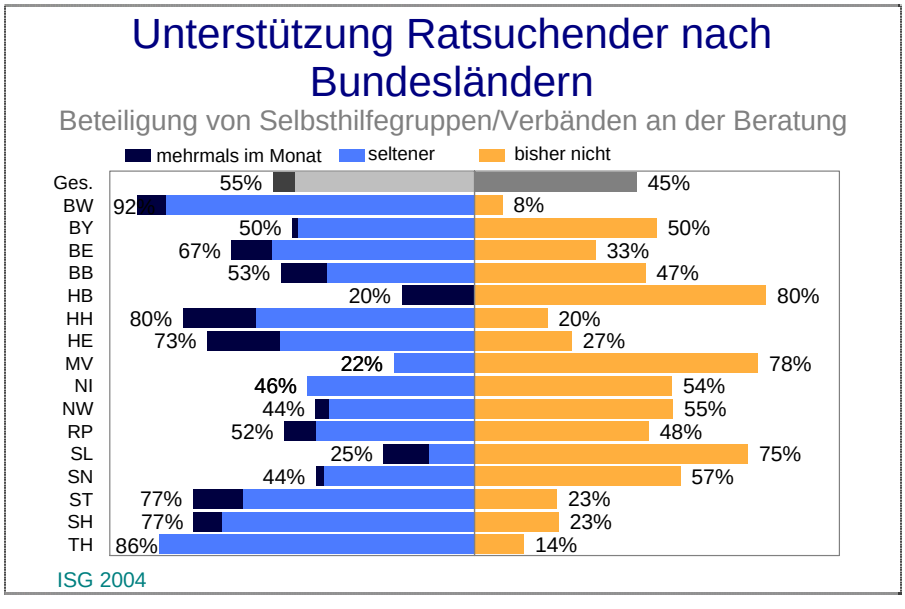
[30] Davon 4 GS bei der AOK Sachsen-Anhalt.

[31] GS bei der LVA Sachsen, BfA, Bundesknappschaft in Weißwasser und GS bei der LVA Hamburg

Westfalen (77%) und Rheinland-Pfalz (74%) Ratsuchende explizit an Verbände. In der Regel erfolgt die Vermittlung Ratsuchender auf wechselseitiger Basis, das heißt, wenn GS Ratsuchende auf Verbände aufmerksam machen, werden Ratsuchende auch von Verbänden an die GS vermittelt. Eine Ausnahme von dieser Regel besteht beispielsweise in Nordrhein-Westfalen, wo zwar 77% der GS Ratsuchende an Verbände vermitteln, gleichzeitig aber – zumindest in der Wahrnehmung der GS – nur in 47% der Fälle Verbände auch die Arbeit der GS unterstützen, indem sie Ratsuchende zur Kontaktaufnahme mit den GS motivieren. Offenbar liegt hier keine Wechselseitigkeit der gegenseitigen Unterstützung vor. Eine weniger starke Vernetzung von GS und Behindertenverbänden liegt insbesondere in Brandenburg, Hessen, Schleswig-Holstein und vor allem in Mecklenburg-Vorpommern vor. Nur gut die Hälfte bzw. in Mecklenburg-Vorpommern weniger als die Hälfte der GS vermittelt Ratsuchende an Behindertenverbände. Entsprechend unterstützen Behindertenverbände die GS eher selten.

Wie oben angeführt, teilt rd. ein Fünftel der GS mit, dass sie Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen an der Beratung Betroffener beteiligen. Wir haben die GS an anderer Stelle des Fragebogens um Auskunft gebeten, wie häufig sie eine solche Beteiligung gewährleisten. Die folgende Abbildung zeigt, dass eine regelmäßige Beteiligung von Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen an der Beratung selten geschieht. Nur 6% der GS gaben an, dies mehrmals im Monat zu gewährleisten. Knapp die Hälfte der GS führte aber aus, zumindest selten oder in Einzelfällen Kontakt mit Verbänden und Selbsthilfegruppen aufzunehmen. Knapp die andere Hälfte der GS (45%) räumte ein, dass dies bisher gar nicht vorgekommen sei. Der Ländervergleich verdeutlicht, dass eine regelmäßige oder zumindest sporadische Beteiligung vergleichsweise häufig in Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen erfolgt. Mindestens drei Viertel der GS in diesen Ländern haben in der Vergangenheit wenigstens in Einzelfällen Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen zu Beratungen hinzugezogen. In Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und im Saarland sind gemeinsame Beratungen von GS und Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen hingegen relativ selten.

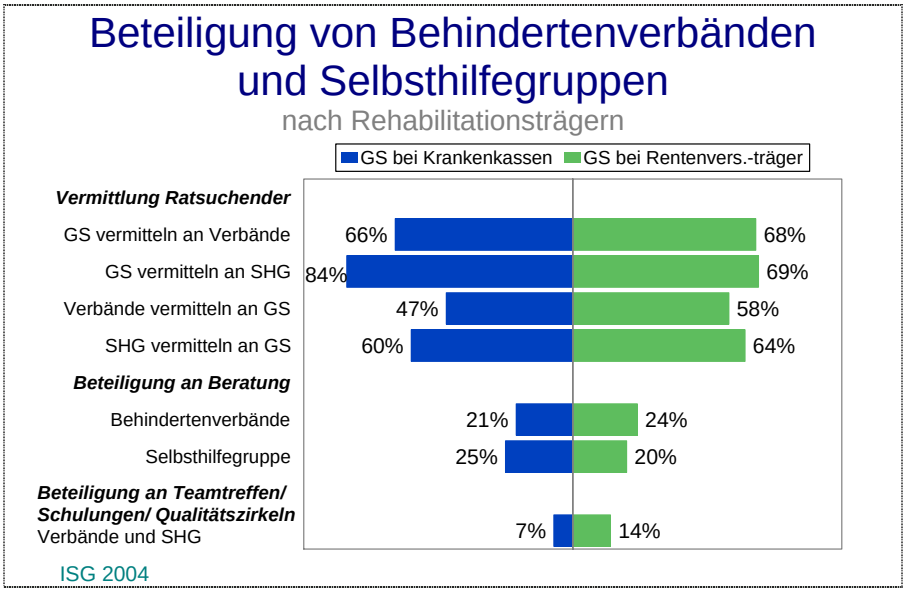
Abbildung 47



5.5.2 *Beteiligung im Trägervergleich*

Betrachtet man die Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen differenziert nach Rehabilitationsträgern, dann ergeben sich einige Auffälligkeiten. Hinsichtlich der Vermittlung Ratsuchender an Behindertenverbände bestehen keine Unterschiede zwischen GS bei Krankenkassen und GS bei Rentenversicherungsträgern.

Abbildung 48



Hinsichtlich der Vermittlung Ratsuchender an Behindertenverbände bestehen keine Unterschiede zwischen GS bei Krankenkassen und GS bei Rentenversicherungsträgern. Unabhängig davon, wo die GS eingerichtet ist, verweisen zwei Drittel der GS Ratsuchende bei Bedarf an Verbände. Wenn es um die Vermittlung an Selbsthilfegruppen geht, dann sind GS bei Krankenkassen deutlich aktiver (84%) als GS bei Rentenversicherungsträgern (69%). Der Grund dafür dürfte sein, dass Krankenkassen insbesondere durch § 20 SGB V beauftragt sind, Prävention und Selbsthilfe zu fördern und auf der Grundlage dieser Aktivitäten der Selbsthilfeunterstützung gute Kontakte bestehen, die für die Servicestellenarbeit nutzbar gemacht werden können. Was umgekehrt aber die Unterstützung durch Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen betrifft, so wird diese von GS bei Rentenversicherungsträgern häufiger festgestellt als von GS bei Krankenkassen. Als Erklärung für diese Bevorzugung von GS bei Rentenversicherungsträgern bietet sich folgende an: Häufig äußern sich Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen dahingehend, dass eine Unabhängigkeit und Neutralität der Beratungsleistungen von GS nicht gewährleistet sei. Dies betreffe GS bei Krankenkassen etwas stärker, da der Kostendruck vor dem Hintergrund der Wettbewerbssituation der Kassen Verbände und Selbsthilfegruppen befürchten lässt, dass eine Beratung nicht frei von Kostenkalkülen erfolgt:

> „Auf Seiten der AOK besteht kein Interesse, dass die Arbeit der Servicestelle publik gemacht wird. Ansiedlung bei einer Krankenkasse ist grundsätzlich schlecht, da es zu Konflikten und Eigeninteressen kommen kann.“ (Wohlfahrtsverband in Rheinland-Pfalz)

> „Wenn man die Servicestellen wirklich mit Leben füllen will, ist es ein grober Fehler sie bei den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern anzusiedeln!“ (Behindertenverband in Mecklenburg-Vorpommern)

Während GS bei Krankenkassen häufiger als GS bei Rentenversicherungsträgern Selbsthilfegruppen an der Beratung beteiligen (25% zu 20%), unterstützen GS bei Rentenversicherungsträgern häufiger Behindertenverbände (24% zu 21%). Schließlich erfolgt eine Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen an Teamtreffen, an Qualitätszirkeln oder Schulungen von Servicestellenmitarbeitern doppelt so häufig durch GS bei Rentenversicherungsträgern (14%) als durch GS bei Krankenkassen (7%).

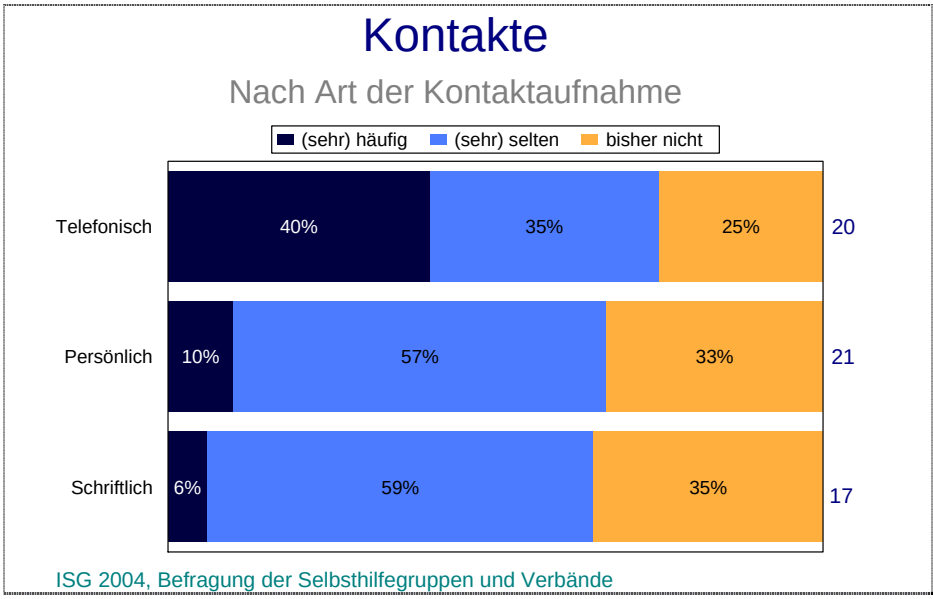
5.6 Kooperation aus Sicht von Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden

Zu der Frage, in welchem Maße die GS mit Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden kooperieren, wurden diese auch selbst befragt. Im Folgenden wird dargestellt, in welcher Weise und von welcher Seite die Kooperationen aufgenommen wurden, wie die Zusammenarbeit nach Einschätzung der Selbsthilfegruppen und Verbände funktioniert und welche Faktoren aus dieser Perspektive für eine gute Zusammenarbeit bedeutsam sind. Abschließend werden allgemeine Einschätzungen bezogen auf die Einrichtung von GS seitens der Selbsthilfegruppen und Verbände dargelegt.

Eine Grundvoraussetzung für das Entstehen von Kooperationen ist die Kenntnis von der Einrichtung der GS. Hierfür wurden neben vorhandenen Kenntnissen aus dem SGB IX in erster Linie Information über Printmedien wie Zeitung/ Fachzeitung/ Internet oder Infoblätter genutzt; Rehabilitationsträger und die eigenen Verbände und Dachorganisationen informierten zudem auch direkt über die Existenz von GS. Drei der Befragten haben an der Einrichtung einer GS selbst mitgewirkt. Die Kooperationen gingen dabei deutlich häufiger von Seiten der Selbsthilfegruppen und Verbände aus als von Seiten der GS, die nur bei einem Drittel der Befragten den Erstkontakt gesucht haben.

Die begonnene Zusammenarbeit kann entweder in engem zeitlichen Rahmen fortgeführt werden, oder aber sie beschränkt sich auf gelegentliche Kontakte: Die Selbsthilfegruppen und Verbände der vorliegenden Stichprobe treffen sich verhältnismäßig häufig mit der GS: So gaben 11 von 28 Befragten (39%) an, sich mindestens 2-mal im Jahr mit der GS zu treffen, ein Drittel hat dagegen nur unregelmäßig oder gar keinen Kontakt mit den GS. Wenn Kontakte mit den GS bestehen, so erfolgen sie überwiegend telefonisch; persönliche und schriftliche Kontakte spielen demgegenüber eine geringe Rolle.

Abbildung 49



ISG 2004, Befragung der Selbsthilfegruppen und Verbände

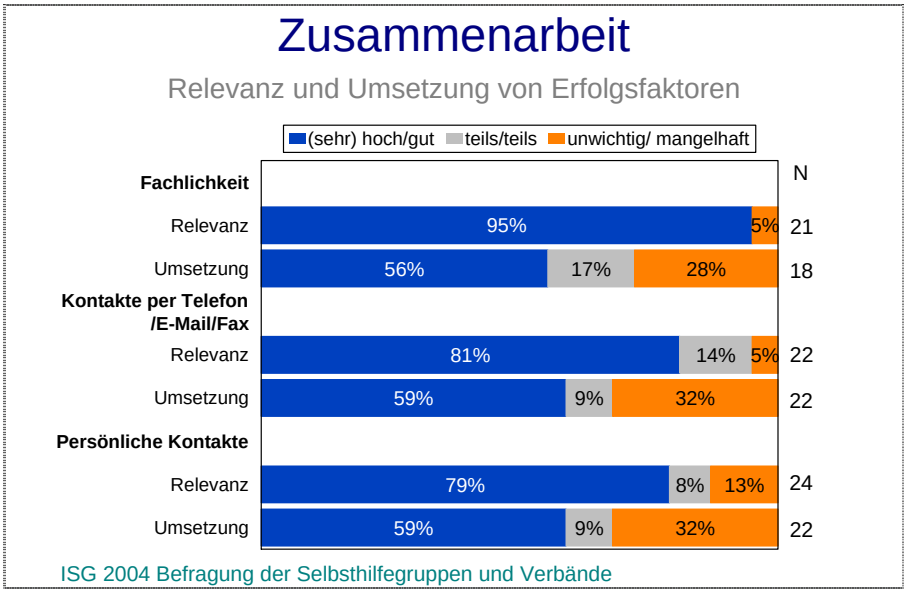
Darüber hinaus wurden andere Arten der Kontaktaufnahme genannt, wie *„Infoveranstaltung“, „Sitzungen und Besichtigungen“, „über unsere Mitglieder“, „alle schriftlichen Veröffentlichungen von uns werden an die Gemeinsame Servicestelle geschickt“, bei Schulungen der Servicestellen-Mitarbeiter.“*

Die Zusammenarbeit mit den GS funktioniert auch aus Sicht der meisten Kooperationspartner dieser Stichprobe gut oder sehr gut. Dem steht ein knappes Drittel gegenüber, das der Meinung ist, die Zusammenarbeit funktioniere überhaupt nicht. Sehr hohe oder hohe Zufriedenheit wird überwiegend damit begründet, dass die Mitarbeiter in den GS kollegial, offen bzw. aufgeschlossen und engagiert sind. Betont wird des Weiteren die Beschleunigung von Antragsverfahren, eine hohe Bereitschaft zur Problemlösung sowie ein ziel- und ergebnisorientiertes Arbeiten; gute Kontakte werden hier ebenfalls bescheinigt.

Sofern die Zusammenarbeit als mangelhaft bewertet wurde, wird dies damit begründet, dass es „zu wenig Kontakt“ gebe, um die Zusammenarbeit beurteilen zu können, es „nichts zu tun“ gebe oder die Gemeinsamen Servicestellen bisher „nicht benötigt“ worden seien.

Weiterhin wurden auch die Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände danach gefragt, was ihrer Ansicht nach eine gute Zusammenarbeit bedingt und wie sie die Umsetzung beurteilen. Deutlich wird, dass bei allen genannten Faktoren die Umsetzung deutlich hinter der eingeschätzten Relevanz zurückbleibt (Vgl. Abbildung 50). Der Fachlichkeit wird für die Zusammenarbeit die größte Bedeutung beigemessen, allerdings meint nur gut die Hälfte der Befragten, die Umsetzung funktioniere sehr gut oder gut. Die Bedeutung von Kontakten, sowohl von persönlichen als auch telefonischen, per E-Mail oder Fax wird gegenüber der Fachlichkeit geringer eingeschätzt, allerdings beurteilen hier knapp 60% der Befragten die Umsetzung mit sehr gut oder gut.

Abbildung 50



Die *„Akzeptanz auf beiden Seiten“* sowie als *„neutraler Vermittler zwischen allen Parteien“* zu fungieren, wurden als weitere (sehr) wichtige Faktoren benannt. Andere Faktoren, die allerdings nicht in ihrer Bedeutung bewertet wurden, sind der *Informationsaustausch (weil Interessenvertreter andere Informationen haben)*, die *Kontinuität der Informationsvermittlung* sowie die *Einhaltung der gesetzlichen Fristen*. Zudem wurde hier noch einmal darauf hingewiesen, dass die *Gemeinsamen Servicestellen sich und*

ihre Leistungen in höherem Maße als bisher bekannt machen sollten. Es bestehe „*kein Bedarf*“ bzw. „*das Leben geht an den Gemeinsamen Servicestellen vorbei*“, waren weitere, allerdings nur vereinzelt geäußerte Meinungen in diesem Zusammenhang.

Schließlich hatten die befragten Selbsthilfegruppen und Verbände die Möglichkeit, weitere Anmerkungen mitzuteilen. Hieraus wurde zum einen deutlich, dass die GS selbst bei den Kooperationspartnern, die uns von ihnen selbst benannt wurden, nicht immer als solche bekannt sind. In einem Fall wurde erst kürzlich Kontakt zur Gemeinsamen Servicestelle aufgenommen, sodass der Fragebogen nur mit Schwierigkeiten ausgefüllt werden konnte.

Des Weiteren wird darüber berichtet, dass die *Zusammenarbeit mit der Gemeinsamen Servicestelle schon vorher bestand und jetzt nur auf den Rehabilitationsbereich ausgedehnt wurde. Dennoch habe sich das eigentliche Aufgabenfeld (Unterstützung der Selbsthilfe) nicht wesentlich verändert*.

Erwartet wird seitens eines Kooperationspartners, dass *die Klienten von den Gemeinsamen Servicestellen richtig, schnell und unbürokratisch beraten werden.*

In den Anmerkungen der Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände kommt vielfach eine kritische Einstellung gegenüber den GS zum Ausdruck, die allerdings teilweise im lokalen Kontext zu interpretieren sind. Einzelne Kritikpunkte beziehen sich zum einen auf eine „*Unterversorgung im ländlichen Raum*“ und zum andern auf eine „*Überversorgung mit 6 Stellen in einer Stadt*“, wobei die Überversorgung „*für Verwirrung*“ sorge. Die *ausschließliche Kompetenz der Gemeinsamen Servicestellen in Fragen der Rechtslage bei gleichzeitig nicht ausreichender Kenntnis von Rehabilitationsangeboten und der Praxis* wird ebenfalls bemängelt. Nach Aussage eines Kooperationspartners haben *die Gemeinsamen Servicestellen in einer Stadt nur etwa 20% der Klienten korrekt beraten*. Und schließlich wird deutlich auf die *Benachteiligung der schwerbehinderten Beschäftigten hingewiesen, deren Arbeitsplatzgestaltung vor der Einführung des SGB IX unproblematisch gewesen sei und Mitarbeiter das Erforderliche auch bekamen*.

Weitere Aussagen zielen darauf ab, dass es *ein Fehler* sei*, die Gemeinsamen Servicestellen bei den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern anzusiedeln, falls die Gemeinsamen Servicestellen wirklich mit Leben gefüllt werden sollen*.

Schließlich beziehen sich einige Aussagen auf den geringen Bekanntheitsgrad der Gemeinsamen Servicestellen verbunden mit Kritik, aber auch mit entsprechenden Maßnahmevorschlägen oder Wünschen:

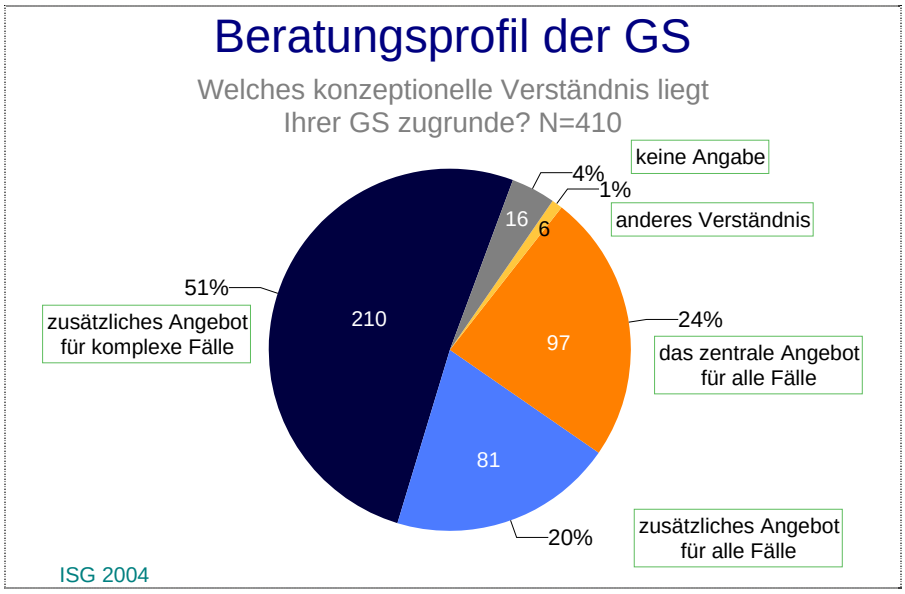
- *„Die Öffentlichkeitsarbeit der Gemeinsamen Servicestellen muss verbessert werden. Wir werden beim nächsten Runden Tisch dazu eine gemeinsame Arbeitsgruppe anregen. Schwierig ist nach wie vor die Einbeziehung der Jugend- und Sozialhilfeträger.“*
- *„Über TV-Spots sollten die Servicestellen noch viel bekannter werden.“ „Durch eigene Kompetenz aus 25-jähriger „Sozialberatung“ ist unsere SHG mehr Geber und Vermittler.“*

6 Beratungs- und Unterstützungsleistungen der Gemeinsamen Servicestellen

6.1 Beratungsprofil der Gemeinsamen Servicestellen

Ein einheitliches Profil der GS hat sich nicht durchgesetzt. Die Positionierung der GS im Gesamtberatungsangebot der Rehabilitationsträger sowie Art und Umfang der Leistungserbringung weisen Unterschiede auf. Nach ihrem Beratungsprofil, das heißt nach ihrer Position im Beratungssystem bzw. Verhältnis zu anderen Beratungsstellen der Rehabilitationsträger lassen sich die GS analytisch in drei Gruppen unterteilen:

Abbildung 51



- Gut die Hälfte der GS (51%) versteht ihr Beratungs- und Unterstützungsangebot als ein *zusätzliches Angebot*, insbesondere für *komplexe Anfragen*, zum Beispiel bei mehrfachem Rehabilitationsbedarf, oder wenn ein Ratsuchender eine umfassende Beratung benötigt. Illustriert wird dieses Profil durch einen Bericht des Berliner Behindertenverbandes[32]:

  „... wird von Seiten der oben genannten Arbeitsgruppe ‚Trägerübergreifende Servicestellen für Rehabilitation' darum gebeten, die Servicestellen als ein zusätzliches, ergänzendes Angebot der Reha-Träger nur dann in Anspruch zu nehmen, wenn das unverändert weiter bestehende bisherige Angebot dem Anliegen nicht gerecht wird, sich mit vertrauten Anliegen aber weiterhin an die schon bekannten Adressen zu wenden. ... Wenn es aber um schwierige Fragen geht, sei die Servicestelle jetzt der richtige Ort: wenn jemand nicht weiß, wohin er oder sie sich mit einem ganz bestimmten Reha-Bedarf wenden kann, wenn jemand Auskunft über das Leistungsgefüge in der Rehabilitation und Teilhabe, die darin enthaltenen Möglichkeiten braucht oder wenn jemand einen mehrfachen Reha-Bedarf hat. In diesen Fällen, die eines wesentlich höheren Klärungs- und Verwaltungsaufwands bedürfen, seien die Servicestellen in Zukunft der an-

[32] Berliner Behindertenverband e.V. (Hg.), Berliner Behindertenzeitung – Ausgabe 9/02; <www.berliner-behindertenzeitung.de>

gebrachte Ort. Zur Vermeidung von Wartezeiten wird die telefonische Vereinbarung eines Termins empfohlen."

- Ein Fünftel der GS (20%) versteht sich als ein *Zusatzangebot*, das grundsätzlich für *alle Fragen der Rehabilitation* zur Verfügung steht. Eine Differenzierung vermeintlich „leichter" und „schwieriger" Fälle und eine Spezialisierung auf letztere wird nicht vorgenommen. Unterstützung erfährt dieses Profil durch folgende Auffassung[33]:

  „Häufig wird eingewandt, dass die Gemeinsamen Servicestellen nur bei schwierigen Fallgestaltungen, nicht aber in Routinefällen benötigt werden. Aber was ist ein schwieriger Fall und was ist Routine? Ich gehe davon aus, dass die Gemeinsamen Servicestellen umso mehr Sinn machen, je mehr sie in Anspruch genommen und so auch Routinearbeiten von den zuständigen Rehabilitationsträgern ferngehalten werden."

- Ein Viertel der GS (24%) wiederum sieht in der GS *das zentrale Angebot für alle Fragen der Rehabilitation*. In die Richtung eines solchen Verständnisses weisen Ausführungen des Behindertenbeauftragten des Landes Niedersachsen[34]:

  „Der Behindertenbeauftragte des Landes Niedersachsen fordert alle Rehabilitanden auf, zunächst die zuständige Servicestelle anzusteuern. Ganz gleich ob sie zukünftig von ihrem Rehabilitationsträger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen oder zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft benötigen. Denn es solle sichergestellt werden, dass die Servicestellen in das Verfahren einbezogen werden und ihre Aufgaben wahrnehmen."

Die Frage, welcher Stellenwert der GS im Gesamtberatungsangebot der Rehabilitationsträger eingeräumt wird und ob die GS besonders für bestimmte Zielgruppen zuständig ist oder sein sollte, berührt das interne und öffentliche Ansehen der GS. „Zusätzlich" meint in diesem Zusammenhang zunächst, wie auch vom Gesetzgeber vorgesehen, dass das zuvor schon bestehende Beratungsangebot der Rehabilitationsträger nicht durch das Angebot der GS ersetzt wird. Darüber hinaus wird der Begriff aber auch wertend im Sinne von „verzichtbar" interpretiert. Mehrere GS äußern die Meinung, dass mit der Einrichtung der GS ein „Doppelangebot" geschaffen wurde, weil das zuvor schon bestehende Beratungsangebot den Anforderungen quantitativ und qualitativ genügt habe. Vermutlich wird ein solches Verständnis die Motivation der Servicestellenmitarbeiter und beteiligten Rehabilitationsträger negativ beeinflussen und den Ratsuchenden den Zugang zur Beratung erschweren. Interessant erscheint, dass sich über ein Viertel der GS als das zentrale Angebot versteht. Damit ist nicht nur gemeint, dass grundsätzlich alle Ratsuchenden umfassend beraten werden und niemand weggeschickt wird, sondern auch, dass die GS eine besondere Stellung im Beratungssystem einnimmt. Eine solche Überzeugung dürfte auch mit einer selbstbewussten und offensiven Öffentlichkeitsarbeit einhergehen. Tatsächlich zeigt sich, dass ein solches Profil mit durchschnittlich höheren Fallzahlen einhergeht, als die anderen Profile. Das

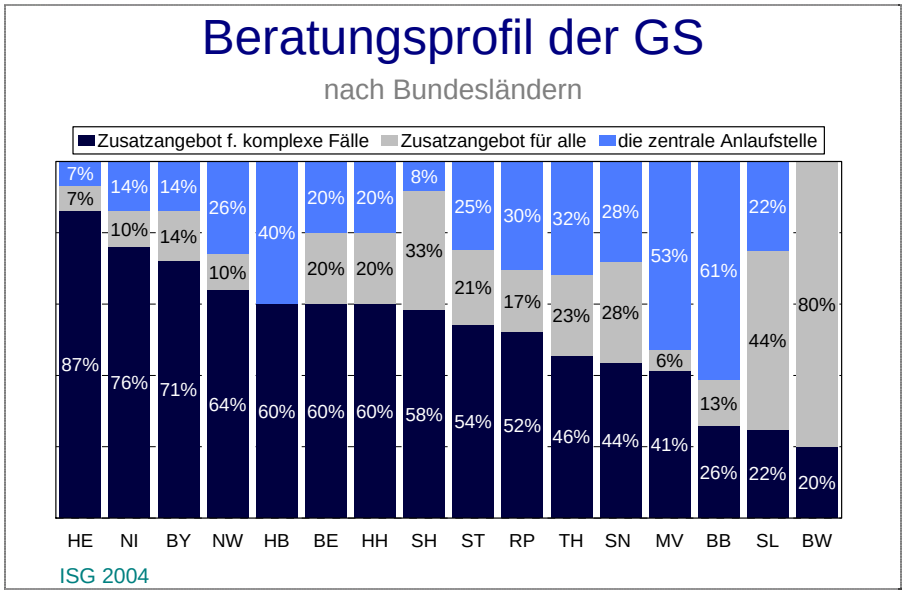
[33] Karl Matzeder, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Konzeption Servicestelle, erschienen in: Behindertenrecht, Heft 3/2003, S. 69-75, hier zitiert nach: Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Konzeption Servicestelle, <www.sgb-ix-umsetzen.de>

[34] Presseerklärung vom 09.04.2003, Behindertenbeauftragter fordert: Servicestellen in Anspruch nehmen, <www.behindertenbeauftragter-niedersachsen.de>

Verständnis, die GS seien ein zusätzliches Angebot für alle Fragen der Rehabilitation, geht einher mit der Ansicht, die GS stellen eine Ergänzung und Ausweitung des Beratungsangebotes dar. Sie werden nach diesem Verständnis weder als Doppelangebot noch als zentrales Angebot, sondern vielmehr als Weiterentwicklung des bestehenden Angebotes verstanden. Ein solches Profil findet sich überwiegend in Baden-Württemberg, wo die GS an die Regionalzentren der LVA „angedockt" wurden.

Ein Ländervergleich zeigt, dass erhebliche Unterschiede in den Selbstverständnissen der GS existieren. Über die Hälfte der GS in Mecklenburg-Vorpommern (61%) und in Brandenburg (52%) sieht sich in ihrer Region als das zentrale Beratungsangebot für Rehabilitation. In Hessen und Niedersachsen hingegen verstehen sich mindestens drei Viertel der GS als zusätzliches Angebot zum bisher schon bestehenden Beratungsangebot der Rehabilitationsträger, das insbesondere bei schwierigen Fällen bzw. mehrfachem Rehabilitationsbedarf zum Zuge kommt. In Baden-Württemberg haben 83% der GS ein Selbstverständnis als ein zusätzliches Angebot für alle Fragen der Rehabilitation.

Abbildung 52

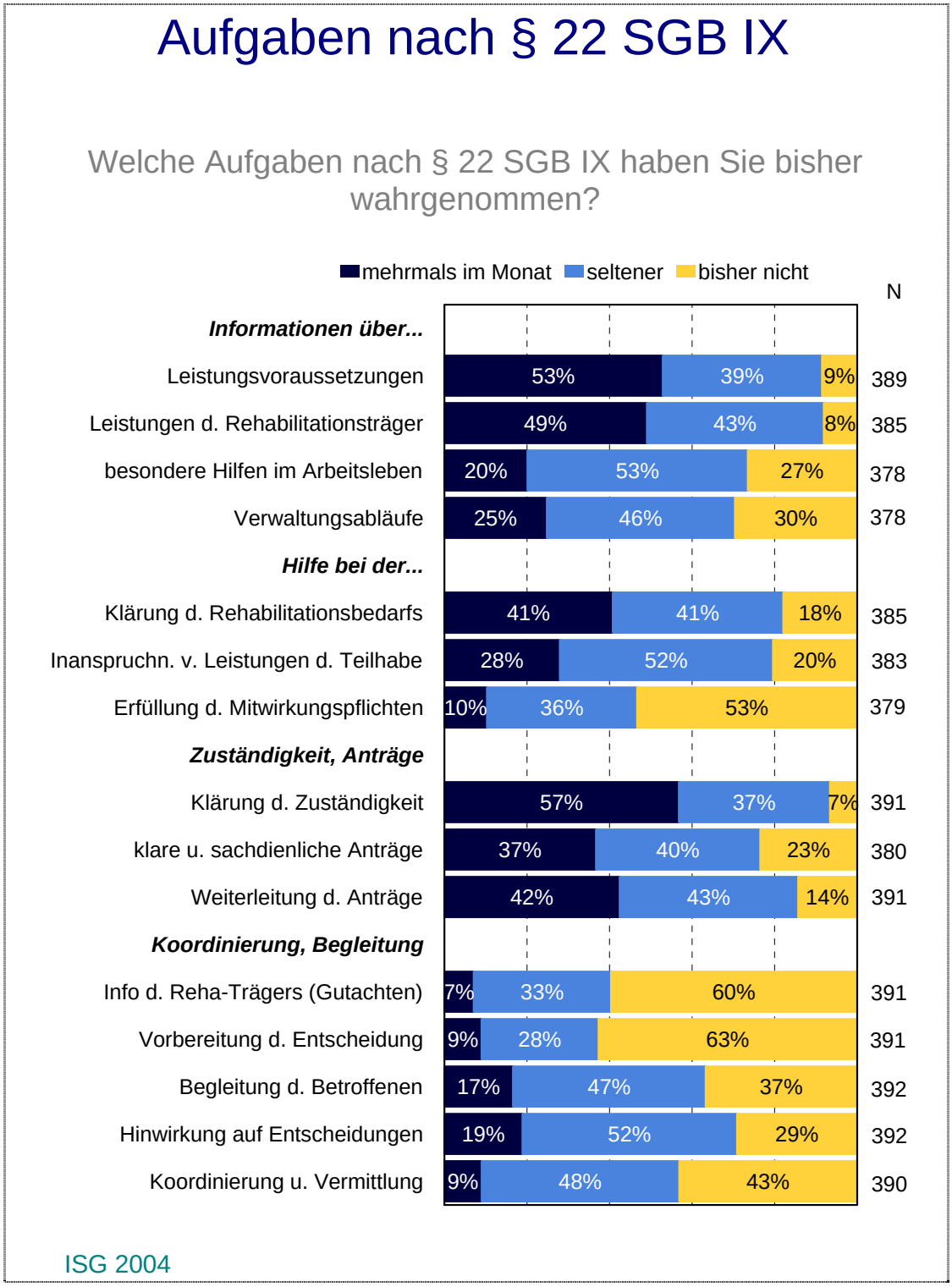


Diese unterschiedlichen Beratungsverständnisse finden sich bei allen Trägern. 53% der GS bei Krankenkassen und 46% der GS bei Rentenversicherungsträgern haben ein enges Selbstverständnis und verstehen sich als zusätzliches Beratungsangebot insbesondere für komplexe Fragen. Demgegenüber haben 30% der GS bei Krankenkassen und 26% der GS bei Rentenversicherungsträgern ein weites Verständnis und sehen sich als die zentrale Anlaufstelle für Rehabilitation. Schließlich arbeiten 16% der GS bei Krankenkassen und über ein Viertel der GS bei Rentenversicherungsträgern auf der Grundlage eines Selbstverständnisses als zusätzliches Angebot für alle Fragen der Rehabilitation. Auch unter den jeweils 7 GS bei Unfallversicherungsträgern bzw. Sozialhilfeträgern sind alle drei Beratungsprofile vertreten.

6.2 Beratungs- und Unterstützungsleistungen nach § 22 SGB IX

Nach § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IX bieten Gemeinsame Servicestellen behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen Beratung und Unterstützung an. Welche konkreten Leistungen diese Beratung und Unterstützung insbesondere umfasst, wird in § 22 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1-8 SGB IX näher ausgeführt.

Abbildung 53



Die vorgehende Abbildung informiert darüber, ob und ggf. wie häufig die GS diese Beratungsaufgaben bisher wahrgenommen haben. Dabei zeigt sich, dass die Aufgabenerfüllung stark von der Inanspruchnahme der GS abhängt. Wenn die GS nur in geringem Maße von Ratsuchenden in Anspruch genommen wird, dann werden entsprechend Beratungsleistungen selten oder gar nicht erbracht.

Auf der Grundlage der Befragungsergebnisse lassen sich die Aufgaben nach § 22 SGB IX in vier Gruppen unterteilen:

1. Drei Leistungen werden von der Hälfte der GS häufig, im Sinne von mehrmals im Monat erbracht. Es handelt sich um „Informationen über Leistungsvoraussetzungen“ (53%), „Informationen über Leistungen der Rehabilitationsträger“ (49%) und „Klärung der Zuständigkeit“ (57%). Der Anteil der GS, der diese Leistungen eher selten (seltener als mehrmals im Monat) erbringt, liegt zwischen 37% und 43%. Zwischen 7% und 9% der GS haben diese Aufgaben bisher nicht wahrgenommen.
2. Von mehr als einem Drittel der GS werden des Weiteren „Hilfe bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs“ (41%), „klare und sachdienliche Anträge“ (37%) und „Weiterleitung der Anträge“ (42%) häufig geleistet. Der Anteil der GS, der diese Leistungen bisher nicht erbracht hat, liegt zwischen 14% und 23%.
3. Eine weitere Reihe von Aufgaben wird von mindestens einem Fünftel der GS häufig wahrgenommen. Es handelt sich um „Informationen über besondere Hilfen im Arbeitsleben“ (20%), „Informationen über Verwaltungsabläufe“ (25%), „Hilfe bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Teilhabe“ (28%) und „Hinwirkung auf Entscheidungen“ (19%). Etwa die Hälfte der GS erbringt diese Beratungsleistungen eher selten, zwischen 20% und 30% der GS nahmen diese Aufgaben bisher nicht wahr.
4. Schließlich gibt es eine Reihe von Aufgaben, die von mindestens einem Drittel bis hin zu weit über der Hälfte der GS bisher nicht erfüllt wurden. 60% der GS leisteten bisher keine „Information des zuständigen Rehabilitationsträgers, falls voraussichtlich ein Gutachten erforderlich wird“, 63% der GS keine „Vorbereitung der Entscheidung“, 37% der GS keine „Begleitung der Betroffenen“ und 43% keine „Koordinierung und Vermittlung“ (43%).

Zusammengefasst bestehen die Leistungen der GS in erster Linie aus der Klärung des Rehabilitationsbedarfs und der Klärung der Zuständigkeit, Informationen über Leistungen und Leistungsvoraussetzungen sowie Unterstützung bei der Antragstellung. Typische Selbstbeschreibungen von GS sind entsprechend:

> „Die Beratungen erschöpfen sich auf Nennung und Adressenweitergabe anderer zuständiger Reha-Träger sowie Beratung bei der Antragsstellung. Für weitere sicherlich wichtige Tätigkeiten sind keine Kapazitäten vorhanden.“ (GS in Bayern)
>
> „Wir helfen beim Ausfüllen und Weiterleiten der Formulare.“ (GS in Sachsen)
>
> „Ermittlung des Reha-Bedarfs und Nennung des zuständigen Trägers.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)
>
> „Wir informieren auf Anfrage über den zuständigen Reha-Träger, ermitteln keinen Reha-Bedarf.“ (GS in Brandenburg)

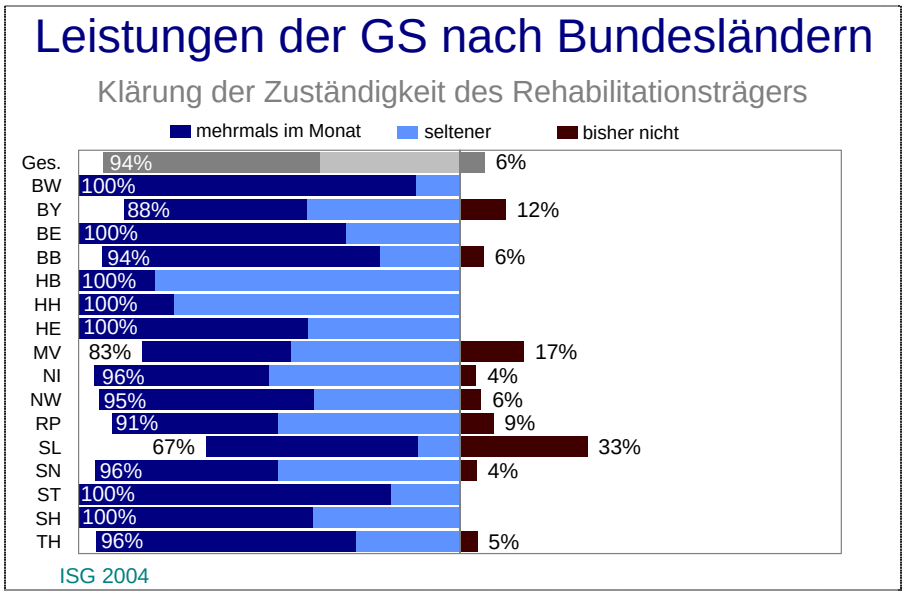
Alle anderen Aufgaben spielen – was die Häufigkeit der Leistungserbringung angeht – eine untergeordnete Rolle. Auffallend ist, dass aber auch diese „Kernaufgaben“ der GS

von bis zu einem Fünftel der GS bisher nicht erfüllt wurden. Das kann zum einen daran liegen, dass die Aufgaben nicht erfüllt werden *konnten*, da die GS nicht (oder kaum) in Anspruch genommen wurden. Eine andere Erklärung besteht darin, dass ein Teil der GS die besprochenen Beratungsleistungen nicht erbringen *will*. Schließlich könnte für bestimmte Tätigkeiten der GS lediglich ein geringer oder kein Bedarf bestehen. Dies trifft ggf. für die Aufgabe „Information des zuständigen Rehabilitationsträgers, falls ein Gutachten erforderlich ist“ zu.

6.2.1 Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Ländervergleich

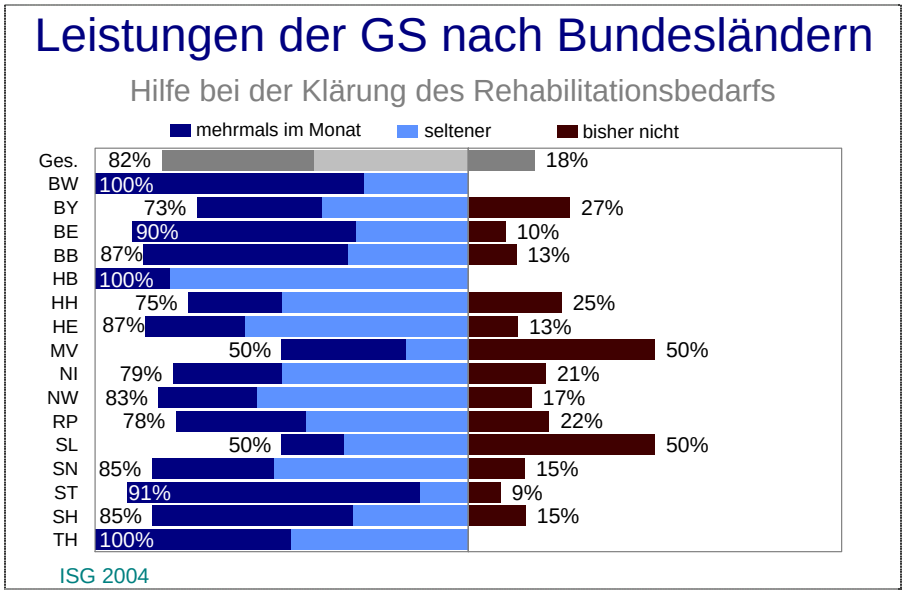
Im Folgenden wird untersucht, ob das Aufgabenprofil der GS in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich umgesetzt wird. Zuständigkeits- und Bedarfsklärung stellen unserer Einschätzung nach zwei grundlegende Aufgaben der GS dar. Die Aufgabe der Zuständigkeitsklärung wird von der überwiegenden Mehrheit der GS in allen Bundesländern zumindest in Einzelfällen erfüllt. Dabei fallen insbesondere die GS in Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt auf, die diese Aufgabe häufig mehrmals im Monat, das heißt regelmäßig erfüllen. Hingegen hat jede zehnte GS in Bayern (12%) und jede sechste GS in Mecklenburg-Vorpommern (17%) bislang keine Zuständigkeitsklärung vorgenommen, im Saarland sind es 3 von 9 befragten GS.

Abbildung 54



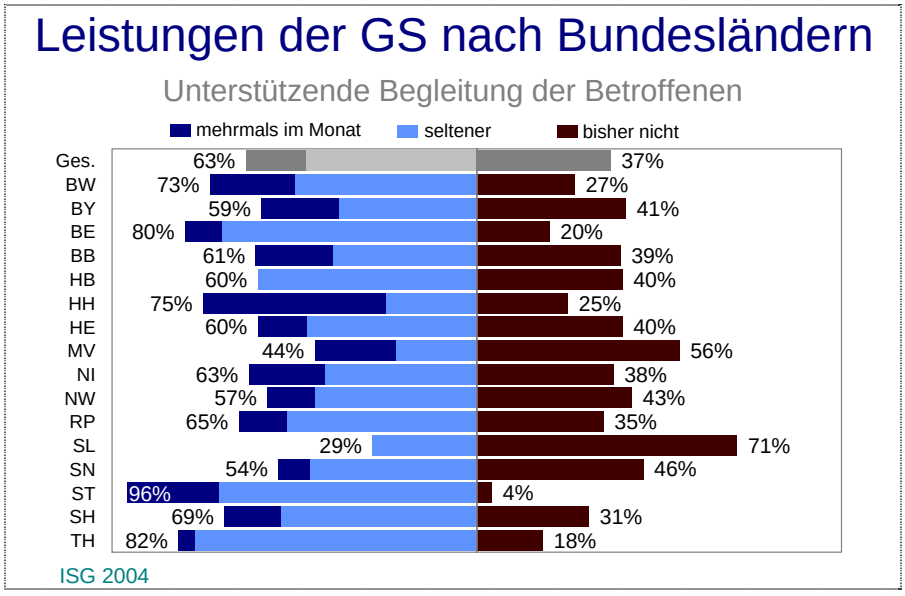
Hilfe bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs leisten vergleichsweise viele GS insbesondere in Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt regelmäßig (Vgl. Abbildung 55). Dagegen gibt es einige Länder, in denen relativ viele GS bisher keine Bedarfsklärungen vornahmen. Dies sind insbesondere Bayern, Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern. Die relativen Anteile in Hamburg und im Saarland relativieren sich vor dem Hintergrund der geringen Anzahl der GS. In Hamburg hat eine von vier GS, die bezüglich der Zuständigkeitsklärung Auskunft gaben, diese bisher nicht wahrgenommen. Im Saarland sind es drei von sechs GS.

Abbildung 55



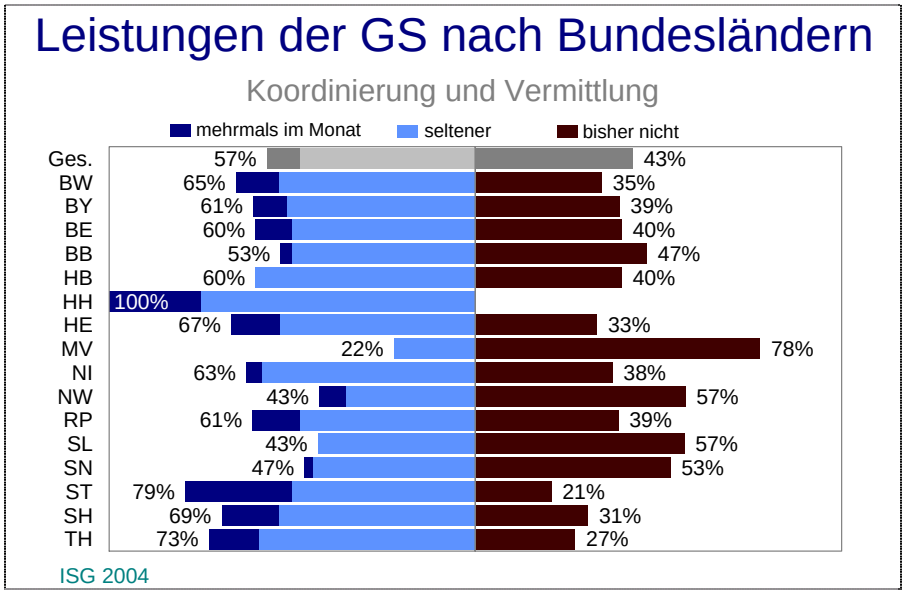
Die Unterschiede im Leistungsumfang der GS nach Bundesländern sollen im Folgenden weiter an den Aufgaben „Unterstützende Begleitung der Betroffenen bis zur Entscheidung oder Leistung des Rehabilitationsträgers“ und „Koordinierung und Vermittlung zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung“ dargestellt werden. Eine unterstützende Begleitung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen erfolgt insbesondere in Sachsen-Anhalt. Hier haben 96% der GS in der Vergangenheit Betroffene begleitet, davon ein Viertel mehrmals im Monat. Überdurchschnittlich häufig begleiten auch GS in Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Schleswig-Holstein und Thüringen behinderte Menschen. Hingegen haben vergleichsweise hohe Anteile der GS insbesondere im Saarland und in Mecklenburg-Vorpommern bisher keine unterstützende Begleitung Betroffener geleistet.

Abbildung 56



Ein ähnliches Bild ergibt sich hinsichtlich der Koordinierung und Vermittlung zwischen mehreren Rehabilitationsträgern. Sie wird von allen 5 GS in Hamburg sowie vergleichsweise häufig von GS in Sachsen-Anhalt, Thüringen, Schleswig-Holstein, Hessen und Baden-Württemberg geleistet. Demgegenüber leisteten 78% der GS in Mecklenburg-Vorpommern sowie über die Hälfte der GS in Nordrhein-Westfalen, im Saarland und in Sachsen bislang keine Koordinierung und Vermittlung.

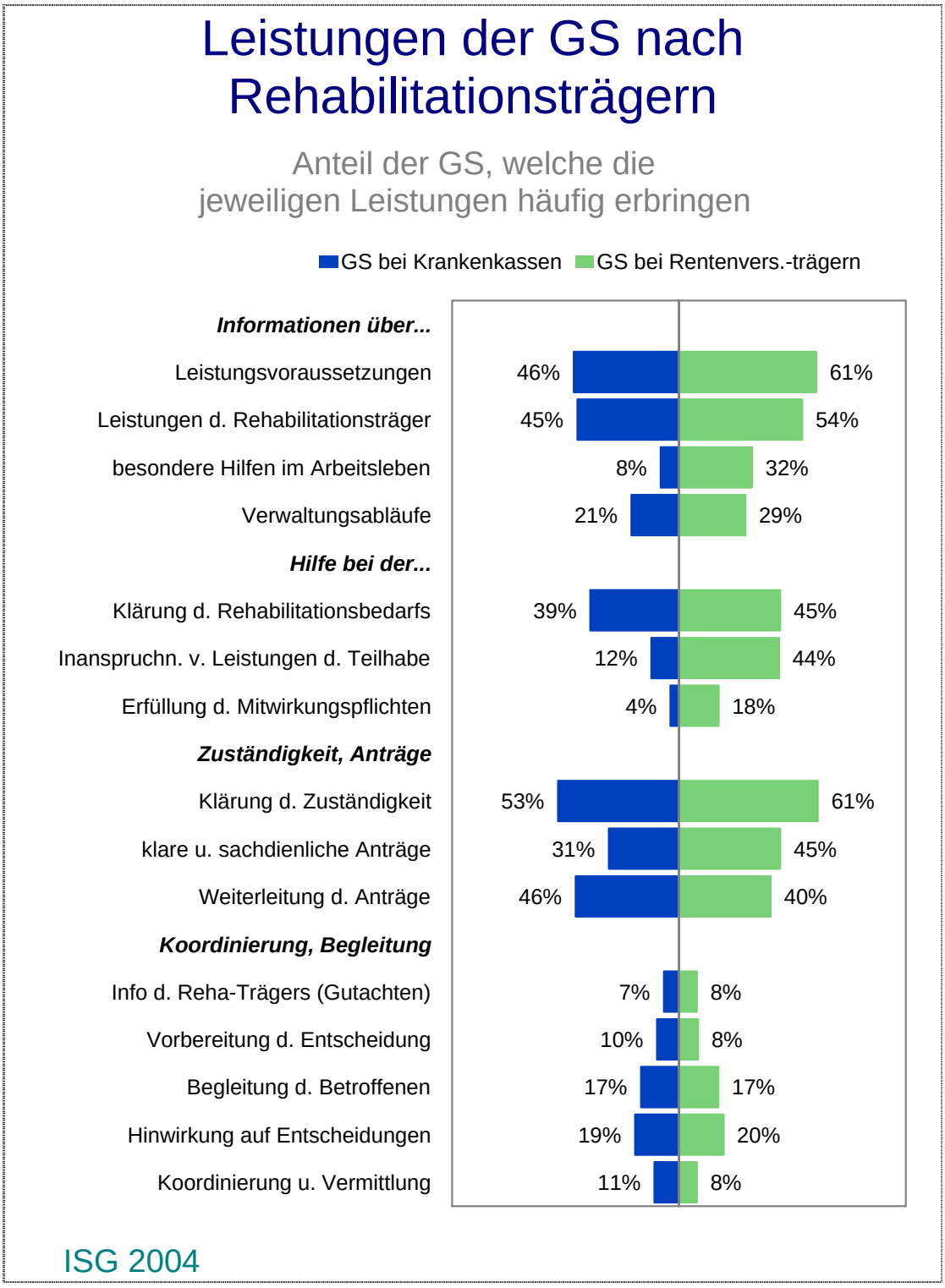
Abbildung 57



6.2.2 Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Trägervergleich

Ein Trägervergleich zeigt, dass die Aufgaben der GS in der Regel verstärkt von GS, die bei Rentenversicherungsträgern eingerichtet sind, erfüllt werden.

Abbildung 58



Beispielsweise informiert knapp die Hälfte der GS (46%) bei Krankenkassen, aber 61% der GS bei Rentenversicherungsträgern häufig über Leistungsvoraussetzungen. Besonders auffällig sind die Unterschiede bei „Informationen über besondere Hilfen im

Arbeitsleben“ und „Hilfe bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Teilhabe und der besonderen Hilfen im Arbeitsleben“. Die Erklärung dafür ist, dass Krankenkassen selbst nicht Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind.

Aber auch die Aufgaben der GS, die die Zuständigkeitsklärung und Antragstellung betreffen, werden vergleichsweise häufiger von GS bei Rentenversicherungsträgern wahrgenommen. Eine Ausnahme betrifft die Weiterleitung von Anträgen. Diese Leistung wird von knapp der Hälfte der GS bei Krankenkassen (46%) häufig erbracht, aber nur von mehr als einem Drittel der GS bei Rentenversicherungsträgern (40%). Was die weiteren Aufgaben der Entscheidungsvorbereitung, Hinwirkung auf Entscheidungen, Begleitung der Betroffenen sowie Koordinierung und Vermittlung angeht, werden diese von etwa gleich großen Anteilen der GS bei Krankenkassen bzw. Rentenversicherungsträgern häufig erfüllt.

6.3 Typen von Gemeinsamen Servicestellen nach ihrem Entwicklungsstand

Auf der Grundlage der beschriebenen Ergebnisse zu der Aufgabenwahrnehmung lassen sich die GS in vier Gruppen unterteilen (Vgl. Abbildung 59). Grundlage für diese Differenzierung bildet ein Index, in den die Antwortmöglichkeiten „mehrmals in der Woche“ mit dem Wert 4, „mehrmals im Monat“ mit dem Wert 3, „seltener als mehrmals im Monat“ mit dem Wert 2 und „bisher nicht“ mit dem Wert 1 eingehen. Bei insgesamt 15 abgefragten Leistungen kann jede GS damit einen Indexwert zwischen 15 und 60 erreichen. Ein Index von 60 ergibt sich, wenn alle Aufgaben sehr häufig wahrgenommen wurden und ein Index von 15, wenn alle Aufgaben bisher nicht erfüllt wurden. 356 GS konnten auf diese Weise einem Typ zugeordnet werden. Bei 54 GS (13%) war eine Zuordnung auf Grund unvollständiger Angaben oder Nichtbeantwortung der Frage nach ihren Leistungen nicht möglich.

- **Typ 1 (8%) „GS mit hohem Entwicklungsstand“**

  34 GS und damit 8% der GS erreichten einen Indexwert größer gleich 46. Diese GS zeichnen sich dadurch aus, dass sie die überwiegende Mehrheit der Aufgaben häufig bis sehr häufig wahrnehmen, insbesondere die Aufgaben der Information, Bedarfs- und Zuständigkeitsklärung sowie der Hilfe bei der Antragstellung. Meist werden auch die Aufgaben der Hinwirkung auf zeitnahe Entscheidungen, der unterstützenden Begleitung und der Koordination häufig erfüllt und nur in ganz wenigen Fällen bisher nicht. Knapp zwei Drittel der GS dieser Gruppe (64%) sind bei Rentenversicherungsträgern und gut ein Drittel (36%) ist bei Krankenkassen eingerichtet.

- **Typ 2 (22%) „GS mit mittlerem Entwicklungsstand“**

  91 GS (22%) erreichten Indexwerte von 36 bis 45. Diese GS nehmen die Aufgaben der Information, Bedarfs- und Zuständigkeitsklärung in der Regel häufig wahr. Leistungen der Hinwirkung, Begleitung und Koordination werden typischerweise seltener erbracht. 55% der GS dieser Gruppe sind bei Rentenversicherungsträgern und 42% der GS bei Krankenkassen eingerichtet. Jeweils eine GS ist bei einem Unfallversicherungsträger, einer Agentur für Arbeit bzw. einem Sozialhilfeträger eingerichtet.

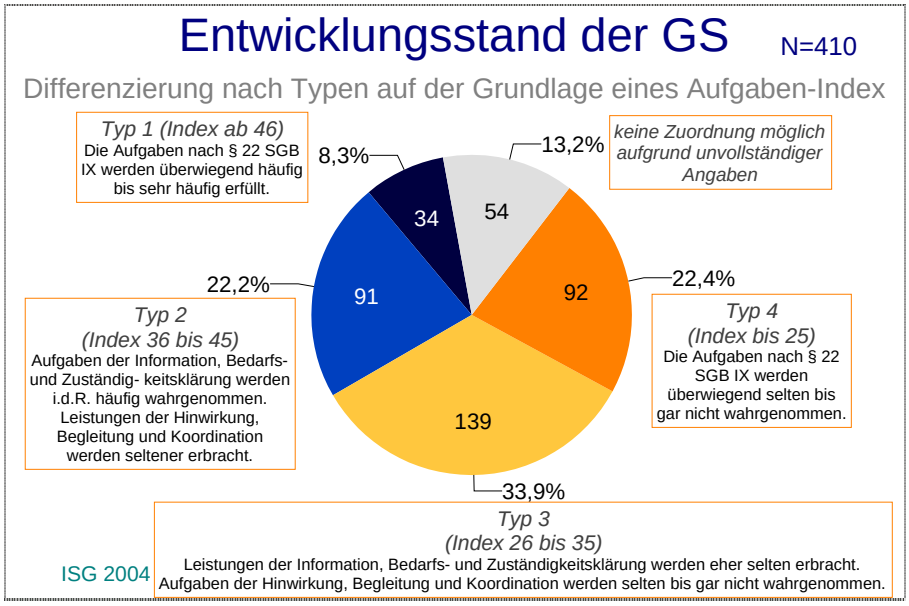
- **Typ 3 (34%) „GS mit niedrigem Entwicklungsstand“**

  139 GS (34%) erreichten Indexwerte von 26 bis 35. Diese GS zeichnet überwiegend aus, dass Leistungen der Information, Bedarfs- und Zuständigkeitsklärung eher selten erbracht werden. Aufgaben der Hinwirkung, Begleitung und Koordination werden eher selten, teilweise bisher nicht erbracht. Die Hälfte der GS dieser Gruppe (53%) ist bei Krankenkassen, 40% sind bei Rentenversicherungsträgern eingerichtet. Weiter befinden sich jeweils 4 GS in Trägerschaft eines Unfallversicherungsträgers bzw. eines Sozialhilfeträgers und eine GS bei einer Agentur für Arbeit.

- **Typ 4 (22%) „GS mit sehr niedrigem Entwicklungsstand“**

  92 GS (22%) erreichten einen Indexwert kleiner gleich 25. Von diesen gaben 14 GS (3%) an, bisher keine der genannten Aufgaben wahrgenommen zu haben. Insgesamt haben die GS dieser Gruppe Beratungs- und Unterstützungsleistungen eher selten bis gar nicht erbracht. 56% der GS dieser Gruppe sind bei Krankenkassen und 40% bei Rentenversicherungsträgern eingerichtet. Die restlichen 5% ergeben sich aus jeweils einer GS bei einem Unfallversicherungsträger bzw. einer Agentur für Arbeit sowie zwei GS bei Sozialhilfeträgern.

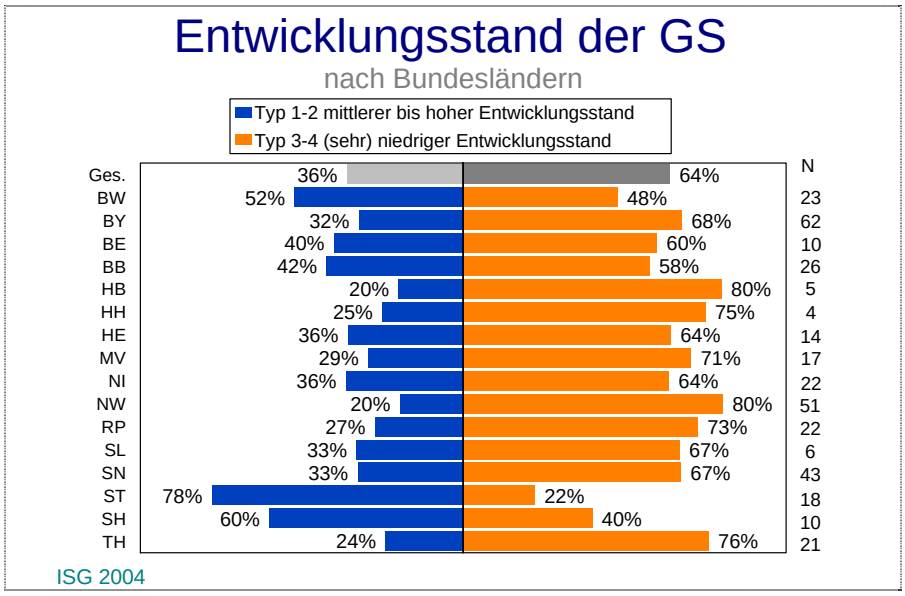
Abbildung 59



6.3.1 *Entwicklungsstand im Ländervergleich*

GS mit mittlerem bis hohem Entwicklungsstand finden sich überdurchschnittlich häufig in Sachsen-Anhalt (78%), Schleswig-Holstein (60%) und Baden-Württemberg (52%). GS mit niedrigem bis sehr niedrigem Entwicklungsstand hingegen befinden sich vergleichsweise häufig in Bremen und Nordrhein-Westfalen mit jeweils 80% sowie Hamburg und Thüringen mit 75% bzw. 76%.

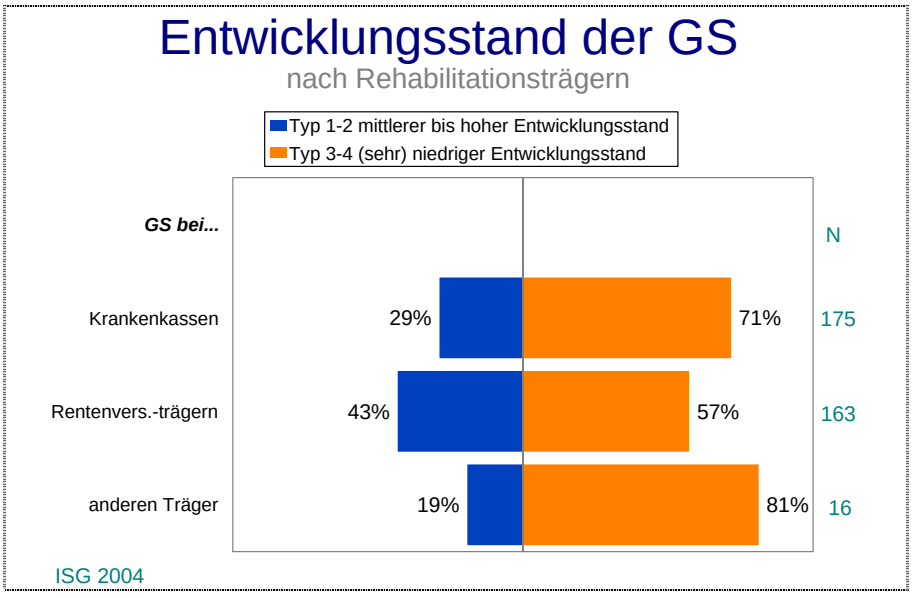
Abbildung 60



6.3.2 *Entwicklungsstand im Trägervergleich*

Ein Trägervergleich zeigt, dass GS mit mittlerem bis höherem Entwicklungsstand eher bei Rentenversicherungsträgern als bei Krankenkassen eingerichtet sind. GS bei anderen Rehabilitationsträgern zeichnen sich eher durch einen niedrigen Entwicklungsstand aus.

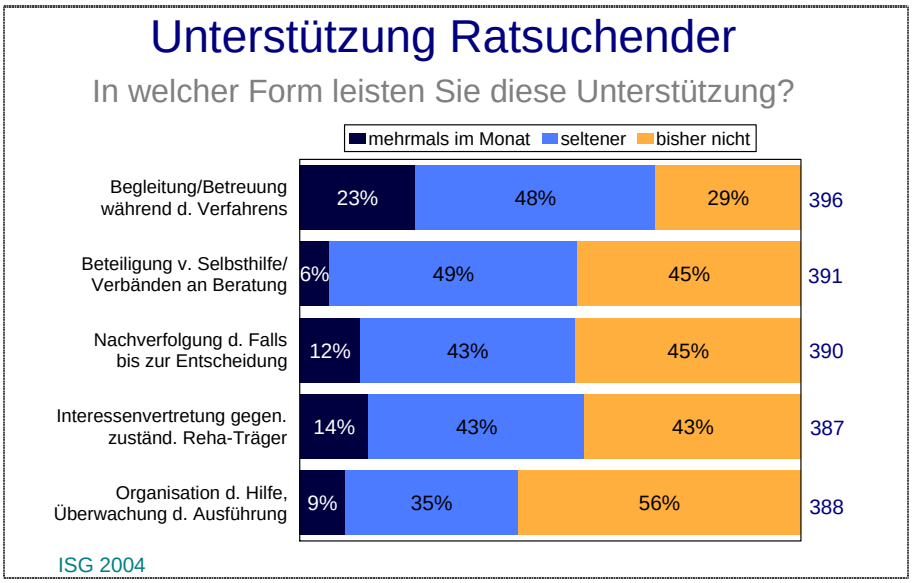
Abbildung 61



6.4 Fall- und Unterstützungsmanagement

§ 22 SGB IX nennt neben Beratung ausdrücklich auch Unterstützung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen als Aufgabe der GS. Der Begriff „Unterstützung“ betont stärker als „Information“ und „Beratung“ psychosoziale Betreuungsleistungen sowie ein anwaltliches Eintreten der GS für die Belange der Ratsuchenden. Die folgende Abbildung weist aus, dass verschiedene denkbare Formen einer solchen „Unterstützung“ eher selten bis gar nicht erbracht werden. Am ehesten wird nach Selbstauskunft der GS noch eine Begleitung Ratsuchender während des Verfahrens gewährleistet, die auch Momente von Betreuung beinhaltet. Ein Viertel der GS (23%) gibt an, eine solche Unterstützung mehrmals im Monat zu erbringen. Knapp die Hälfte der GS (48%) leistet eine Begleitung und Betreuung Ratsuchender während des Verfahrens seltener. Mehr als ein Viertel der GS (29%) hat bisher keine Unterstützung in dieser Form geleistet.

Abbildung 62



Die Beteiligung von Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden an der Beratung als Form der Unterstützung Ratsuchender wird insgesamt eher zurückhaltend umgesetzt. Nur 23 GS (6%) praktizieren diese Beteiligung häufig, knapp die Hälfte (49%) selten. Ein großer Anteil von 45% der GS räumt ein, Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbände bisher nicht an der Beratung beteiligt zu haben. Ähnlich sieht es auch mit der Nachverfolgung eines Falls bis zur Entscheidung aus. Es handelt sich um eine Aktivität, die zu gewährleisten sucht, dass dem Ratsuchenden beim zuständigen Rehabilitationsträger auch tatsächlich und abschließend geholfen wird. Nur gut jede zehnte GS (12%) nimmt für sich in Anspruch, diese Nachverfolgung häufig zu leisten. Der Anteil der GS, die Fälle bisher nicht nachverfolgt haben, liegt bei 45%.

Im Rahmen von Telefoninterviews mit Servicestellenmitarbeitern wurde mehrere Male darauf hingewiesen, dass Personen die GS kontaktieren, die in ihr eine „Widerspruchsstelle“ bzw. eine „Schiedsstelle“ sahen. Auch wenn die GS formal keine solche Funktion erfüllt, nimmt die Mehrzahl der GS gemeinsam mit oder stellvertretend für einen Ratsuchenden Kontakt mit dem zuständigen Rehabilitationsträger auf und vertritt dessen Interessen. 14% der GS erfüllen eine so verstandene anwaltliche Funktion mehrmals im Monat, 43% der GS handeln seltener anwaltlich. 43% der GS haben die Ratsuchenden in dieser Form bisher nicht unterstützt. Eine Organisation von Hilfeleis-

tungen und die Überwachung der Ausführung wird von der Mehrheit der GS (56%) nicht geleistet. Etwa jede zehnte GS (9%) gibt an, diese Unterstützungsleistung häufig, gut jede Dritte (35%), diese Leistung selten zu erbringen.

6.4.1 Fall- und Unterstützungsmanagement im Ländervergleich

Im Ländervergleich des Fall- und Unterstützungsmanagements der GS werden exemplarisch die „Nachverfolgung des Falls bis zur Entscheidung“ und die „Interessenvertretung des Ratsuchenden gegenüber dem zuständigen Leistungsträger“ analysiert. Überdurchschnittlich viele GS in den Stadtstaaten sowie in Sachsen-Anhalt und Thüringen verfolgen ihre Fälle nach. Demgegenüber erfolgte eine Nachverfolgung bei über der Hälfte der GS in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, im Saarland, in Sachsen und in Schleswig-Holstein bisher nicht.

Abbildung 63

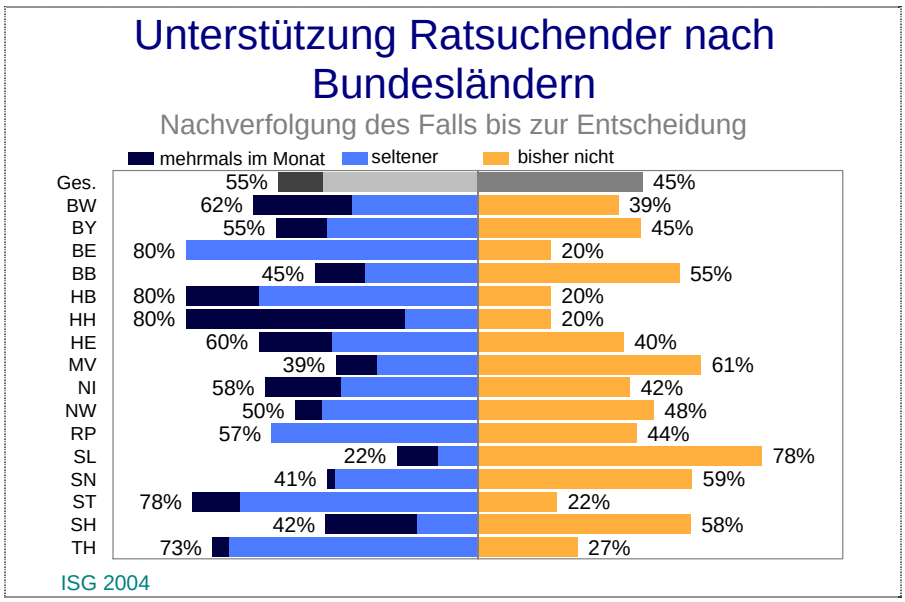
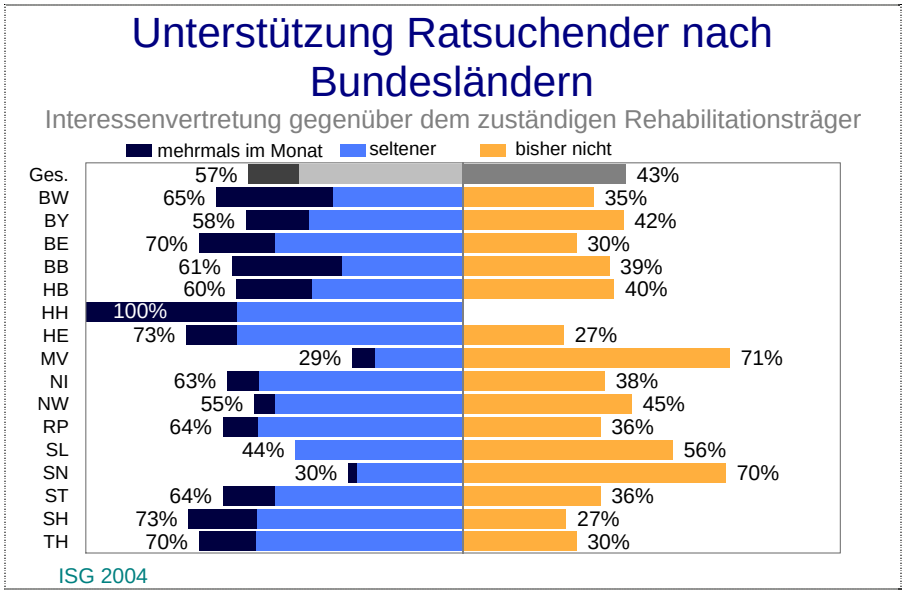


Abbildung 64



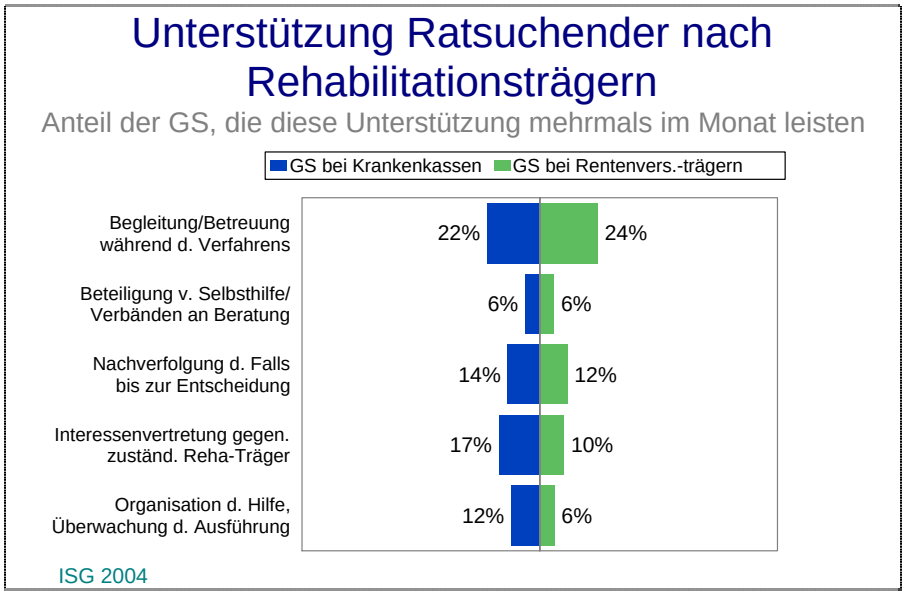
Als Interessenvertreter respektive in einer anwaltlichen Funktion der Ratsuchenden traten zumindest in Einzelfällen knapp drei Viertel der GS in Hessen und Schleswig-

Holstein sowie alle GS in Hamburg auf. In Baden-Württemberg und Brandenburg gibt es relativ viele GS, die eine Interessenvertretung häufig gewährleisten. Dagegen wurde Unterstützung Ratsuchender in dieser Form von vielen GS in Mecklenburg-Vorpommern und in Sachsen bisher nicht geleistet.

6.4.2 Fall- und Unterstützungsmanagement im Trägervergleich

Fall- und Unterstützungsmanagement wird von GS bei Krankenkassen und von GS bei Rentenversicherungsträgern gleichermaßen geleistet. Unterschiede in der Regelmäßigkeit, ergeben sich für die Aufgaben der Interessenvertretung sowie der Organisation der Hilfe und Überwachung ihrer Ausführung. Diese Leistungen werden deutlich häufiger von GS bei Krankenkassen erbracht.

Abbildung 65



6.4.3 Umsetzung von Case Management-Konzepten in den Gemeinsamen Servicestellen

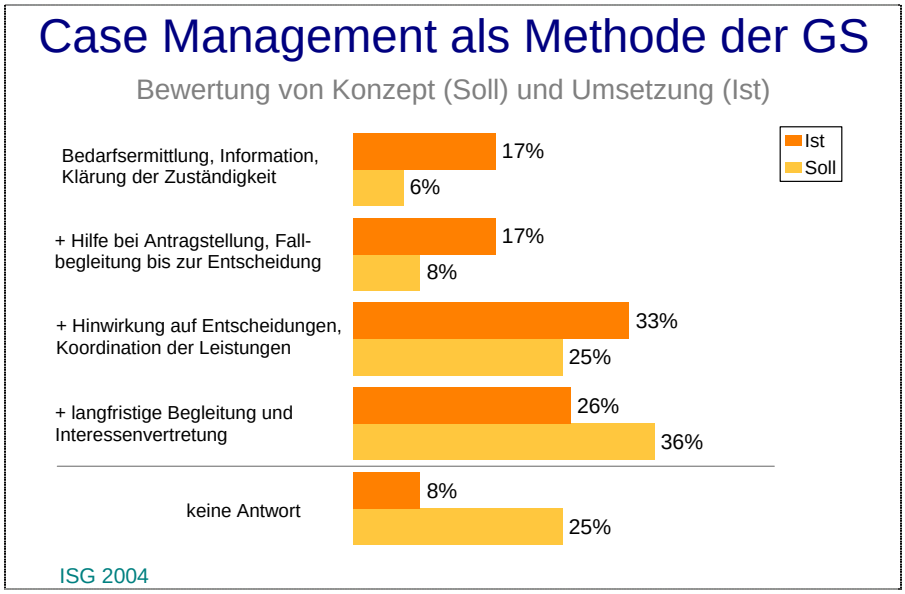
Eine umfassende Information, Beratung und Unterstützung, die auf den Bedarf des Einzelfalls abgestimmt ist, wird in der Fachdiskussion als „Case Management“ bezeichnet.[35] Der Prozess des Case Management umfasst die Schritte von einer Bedarfsermittlung (Assessment) über eine detaillierte Hilfeplanung bis zur Organisation und Vermittlung der Hilfeleistung, und darüber hinaus auch der weiteren Begleitung des Hilfeprozesses, um bei unsachgemäßer Leistungserbringung intervenieren und bei verändertem Hilfebedarf ein erneutes Re-Assessment durchführen zu können. Dieser umfassende Unterstützungsprozess wird unter Beteiligung der Betroffenen und ggf. seiner Vertrauenspersonen durchgeführt. Nicht in jedem Fall sind alle Elemente des Case Management erforderlich – in einfach gelagerten Fällen kann die erforderliche Leistung klar „auf der Hand“ liegen. Dagegen ist dieser Prozess in Fällen eines komplexen Hilfebedarfs erforderlich und sinnvoll, d.h. wenn der Bedarf noch unklar ist, wenn mehrere Leistungsträger zuständig sind und/ oder wenn mehrere Leistungser-

[35] Vgl. etwa W. R. Wendt, Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Freiburg 1997. - M. Wissert, Ambulante Rehabilitation alter Menschen. Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement, Freiburg 1996.

bringer an der Durchführung der Leistungen beteiligt sind. Von verschiedener Seite wird von den GS erwartet, dass sie im Bedarfsfalle ein in diesem Sinne umfassendes „Unterstützungsmanagement“ oder „Case Management“ leisten.[36]

In der schriftlichen Befragung wurden die GS selbst um eine Einschätzung gebeten, ob sie ein umfassendes Case Management als ihre Aufgabe sehen, und inwieweit sie dieses Konzept auch tatsächlich umsetzen. Dabei wurden vier graduelle Stufen von einer einfachen Fallbearbeitung (die nur Bedarfsermittlung, Information und Klärung der Zuständigkeit umfasst) bis zu einer umfassenden Begleitung einschließlich Koordination der Leistungen, längerfristiger Fallbegleitung und Interessenvertretung unterschieden. Die Antworten zeigen zum einen, dass die Realität durchgängig hinter der Zielvorstellung zurück bleibt. Die tatsächliche Arbeitsweise ist doppelt so oft durch einfache Formen der Beratung gekennzeichnet, als es dem Selbstverständnis der GS zufolge sein sollte. Dieses Ergebnis wird durch die Angaben der Teammitglieder gestützt. Die umfassendste Stufe des Case Management bezeichnen 36% als erstrebenswertes Konzept, aber nur 26% sehen dieses in ihrer eigenen GS auch umgesetzt. Die Teammitglieder der GS sind diesbezüglich deutlich kritischer: Etwa ein Fünftel sieht die umfassendste Stufe des Case Managements als erstrebenswertes Konzept an, und nur 5% sehen dieses auch umgesetzt.

Abbildung 66



Zum andern wird deutlich, dass nur eine Minderheit diese Konzeption in ihrer umfassenden Form überhaupt für erstrebenswert hält. Hinzu kommt, dass sich die von uns telefonisch und im Rahmen des Workshops näher befragten GS sehr skeptisch gegenüber einem umfassenden Case Management-Konzept für GS zeigten. Das Befragungsergebnis, ein Viertel der GS setzten dieses Konzept tatsächlich um, wurde als Selbstüberschätzung wahrgenommen – ihrer Einschätzung nach sei dieser Anteil niedriger. Diese Skepsis wird entweder damit begründet, dass ein umfangreiches Case

[36] „Methoden des Unterstützungs- oder Case Management sind besonders geeignet, Zusammenarbeit zu organisieren, Aktionen zu bündeln und zu steuern und so die Mitbestimmung und Mitverantwortung der behinderten Menschen im Sinne des neuen Rehabilitationsrechts umzusetzen (Kundenorientierung).“ K. Matzeder, Konzeption Servicestelle, unveröff. Manuskript, S. 15

Management nicht erforderlich sei bzw. nicht zur Konzeption der GS passe, oder damit, dass es mit den verfügbaren Kapazitäten nicht leistbar sei:

- Zum einen weisen GS darauf hin, dass ein umfassendes Unterstützungsmanagement (zumindest bislang) nicht notwendig ist, weil keine Nachfrage nach einer solchen Leistung besteht.

  „Mangels Nachfrage – trotz Öffentlichkeitsarbeit – kommen diese Sachverhalte [umfassende und längerfristige Begleitung, Beratung und Interessenvertretung der Klienten] selten bzw. kamen bisher nicht vor." (GS in Nordrhein-Westfalen)

  „Die Kunden kommen überwiegend mit der Frage ‚Wer ist zuständig?' und mit der Bitte um Hilfe bei der Antragstellung." (GS in Bremen)

  „Rehabilitanden suchen i.d.R. den für sie zuständigen Reha-Träger selbst auf, da sie umfassend informiert sind; trägerübergreifende Beratungsleistung wird kaum in Anspruch genommen." (GS in Sachsen)

  „Nur in Ausnahmefällen undifferenzierte/unklare Frage- und Antragstellung – die Versicherten nutzen die bekannten und für sie zuständigen Träger. Die in der Aufgabenbeschreibung der Servicestellen unterstellte Problematik entspricht nicht der beraterischen Realität." (GS in Hamburg)

- Zum anderen unterstreichen GS, dass Case Management zwar prinzipiell wünschenswert sei, allerdings die erforderlichen insbesondere personellen bzw. zeitlichen Ressourcen nicht zur Verfügung stehen.

  „...[Hilfe bei der Antragstellung und Fallbegleitung sowie Koordination und Vermittlung zeitnaher Entscheidungen und Leistungen] kann auf Grund der personellen Besetzung nicht gewährleistet werden. Jedoch ist eine andere Besetzung auf Grund der geringen Anzahl der Fälle nicht erforderlich." (GS in Thüringen)

  „...[Koordination und Vermittlung zeitnaher Entscheidungen und Leistungen sowie längerfristige Begleitung, Beratung und Interessenvertretung der Klienten] nur auf Wunsch der Versicherten; vom zeitlichen Aufwand generell nicht möglich." (GS in Brandenburg)

- In Einzelfällen fragen GS des Weiteren kritisch an, ob denn Case Management überhaupt Aufgabe von GS sein kann bzw. soll. Voraussetzung dafür seien übergreifende Steuerungskompetenzen, die das bestehende Rehabilitationssystem auf Grund der Eigenständigkeiten der Rehabilitationsträger nicht hergibt.

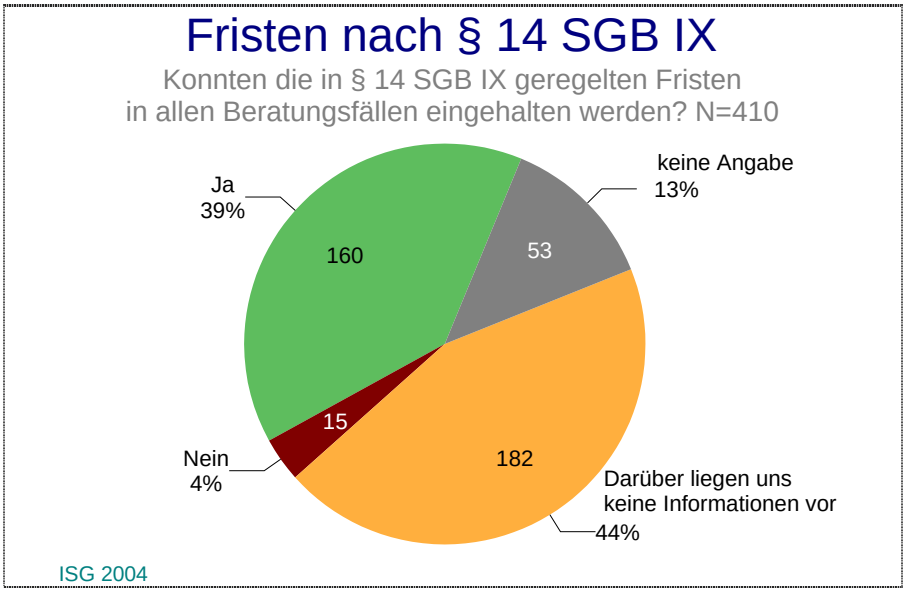
  „Entscheidung liegt weiter bei den Trägern, klientenspezifische Beratung durch bisherige Träger und Gruppen, Beeinflussung der Entscheidung nicht möglich" (GS in Sachsen)

Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen weisen schließlich darauf hin, dass ein Unterstützungsmanagement mangels Kompetenz nicht erfolgen könne. Die GS wiesen zwar theoretisches, leistungsrechtliches Wissen auf, aber kein praktisches Wissen um konkrete Leistungsangebote und -anbieter. Gerade aus diesem Grund sei die Beteiligung der Verbände an der Beratung durch die GS notwendig, weil auf diese Weise eine wechselseitige Ergänzung der Beratungskompetenzen erfolgen könnte.

6.4.4 Beachtung der Fristen nach § 14 SGB IX – Fallbegleitung der Gemeinsamen Servicestellen

Eines der gravierendsten Probleme des gegliederten Systems der Rehabilitation besteht darin, im Einzelfall in möglichst kurzer Zeit die richtige Zuständigkeit zu ermitteln. § 14 SGB IX soll gewährleisten, dass über die Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers innerhalb weniger Wochen abschließend entschieden wird. 39% der GS gaben an, dass die in § 14 SGB IX geregelten Fristen in allen Beratungsfällen eingehalten wurden. 15 GS (4%) räumten ein, dass die Fristen nicht immer gewahrt werden konnten. Die relative Mehrheit von 44% legte dar, dass keine Informationen darüber vorliegen, ob die Fristen immer eingehalten wurden oder nicht. Eine Erklärung für dieses Ergebnis ergibt sich aus der unterschiedlichen Handhabe der GS betreffend die Begleitung Betroffener und damit der Nachverfolgung eines Falls bis zur Entscheidung oder Leistung des zuständigen Leistungsträgers. Nur annähernd die Hälfte der GS begleitet die Ratsuchenden derart, dass eine Aussage darüber möglich ist, ob die Fristen in allen Fällen eingehalten wurden, oder nicht.

Abbildung 67



Sieben GS berichteten von insgesamt 27 Fällen, in denen die Fristen nicht eingehalten werden konnten. Vier GS bezifferten den Anteil dieser Fälle an der Gesamtzahl ihrer Beratungen mit 2% bis 4%. Eine GS berichtete, dass die Hälfte, zwei weitere GS, dass bei allen Servicestellenfällen die Fristen nicht eingehalten wurden. Als Gründe für Fristüberschreitungen wurden folgende angeführt.

> „Anerkennung der Zuständigkeit und Antragsmengen – speziell beim Sozialhilfeträger.“ (GS in Bayern)
>
> „Fehlbearbeitung von Seiten der beteiligten Träger.“ (GS in Hessen, GS in Nordrhein-Westfalen) „Unvollständige Antragsunterlagen.“ (GS in Sachsen-Anhalt)
>
> „Die Kontakte mit unserer Servicestelle wurden aufgenommen, weil bei den zuständigen Reha-Trägern gestellte Anträge dort über Monate liegen geblieben waren (Servicestelle war Beschwerdestelle).“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

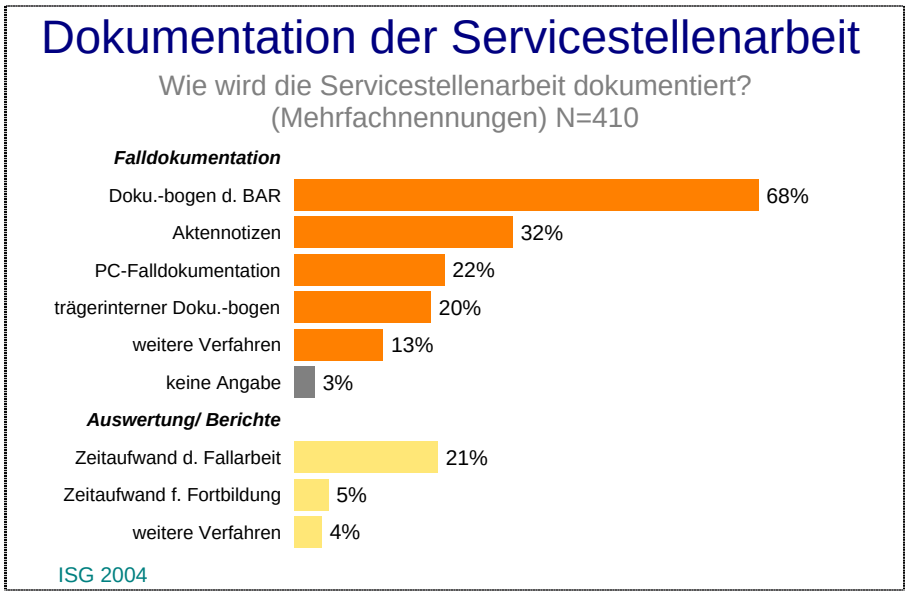
Keine der GS berichtete im Übrigen darüber, dass von der Möglichkeit der Selbstbeschaffung nach § 15 SGB IX Gebrauch gemacht wurde.

6.5 Dokumentation der Servicestellenarbeit

Die BAR empfiehlt, die Erhebung und Erfassung von Daten in der GS bundesweit einheitlich durchzuführen und hat zu diesem Zweck einen Erhebungsbogen entwickelt. [37] Diesen Falldokumentationsbogen der BAR nutzen gegenwärtig gut zwei Drittel der GS (68%). Ein trägerinterner Falldokumentationsbogen findet bei einem Fünftel der GS (20%) Anwendung. Eine trägerinterne Falldokumentation wird dabei insbesondere von fast einem Viertel der GS bei Krankenkassen (22%), aber auch von knapp einem Fünftel der GS bei Rentenversicherungsträgern (18%) verwendet. Knapp 6% der GS nutzen sowohl einen trägerinternen Falldokumentationsbogen als auch den der BAR. Knapp ein Drittel der GS (32%) dokumentiert ihre Arbeit, indem sie Aktennotizen anlegt, ganz überwiegend geschieht dies parallel zu der Nutzung des BAR-Dokumentationsbogens, in wenigen Fällen auch parallel zur Nutzung eines trägerinternen Dokumentationsbogens. Mehr als ein Fünftel der GS (22%) dokumentiert ihre Beratungsfälle computergestützt, wobei diese Dokumentationsform in der Regel mit der BAR-Falldokumentation oder mit Aktennotizen kombiniert wird. Als weitere Dokumentationsverfahren wurden vereinzelt z.B. Beratungsbelege oder tägliche Erfassungsblätter genannt.

Ein Drittel der befragten GS teilte mit, dass neben fallbezogenen Dokumentationen auch Berichte für die Servicestellenarbeit insgesamt erstellt würden. Ein Fünftel der GS (21%) erfasst systematisch und zusammenfassend den Zeitaufwand der Fallarbeit und 5% dokumentieren den Zeitaufwand für Fort- und Weiterbildung. Als eine weitere Berichtsform soll insbesondere die Berichterstattung der bei der Stadt Solingen eingerichteten GS im Rahmen von Teamtreffen sowie im Behindertenbeirat und im Sozialausschuss angeführt werden. Nach Auskunft der GS sind im Behindertenbeirat der Stadt alle örtlichen Behindertenorganisationen und einige Selbsthilfegruppen vertreten. Die Geschäftsführung obliegt einem Mitarbeiter der GS.

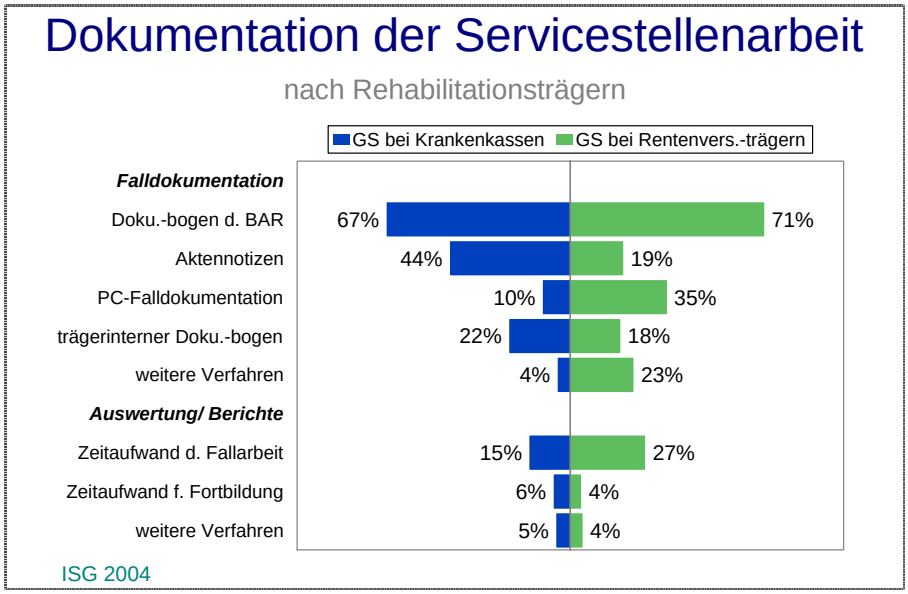
Abbildung 68



[37] Der Falldokumentationsbogen der BAR erfasst neben persönlichen Daten des Ratsuchenden insbesondere die Art der Leistung, den Grund für die Einschaltung der Servicestelle und die Schwerpunkte der Beratung bzw. die Aktivitäten. Die Dokumentation erfolgt bei Fällen, bei denen Kontakt mit einem Teammitglied aufgenommen wurde. Vgl. Durchführungshinweise der BAR zu der Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation, Ziffer 7, Dokumentation, sowie den Erhebungsbogen in Anlage 2, Stand: 14. Mai 2001

Es zeigt sich, dass die Dokumentation in den GS je nach Rehabilitationsträger unterschiedlich erfolgt. Der Falldokumentationsbogen der BAR wird etwas häufiger von GS bei Rentenversicherungsträgern genutzt (71%) als von GS bei Krankenkassen (67%). Entsprechend nutzen GS bei Krankenkassen etwas häufiger alternativ oder ergänzend trägerinterne Dokumentationsbogen. Deutliche Unterschiede ergeben sich für eine Falldokumentation in Aktennotizen. Diese Form wird doppelt so häufig von GS bei Krankenkassen als von GS bei Rentenversicherungsträgern genutzt. Gut ein Drittel der GS bei Rentenversicherungsträgern wendet computergestützte Falldokumentationen an, aber nur jede zehnte GS bei Krankenkassen. Weiter wertet gut ein Viertel GS bei Rentenversicherungsträgern – in Verbindung mit der computergestützten Falldokumentation – ihr Zeitbudget gesondert aus, was bei GS bei Krankenkassen seltener geschieht.

Abbildung 69



6.6 Qualitätssicherung der Beratungsarbeit

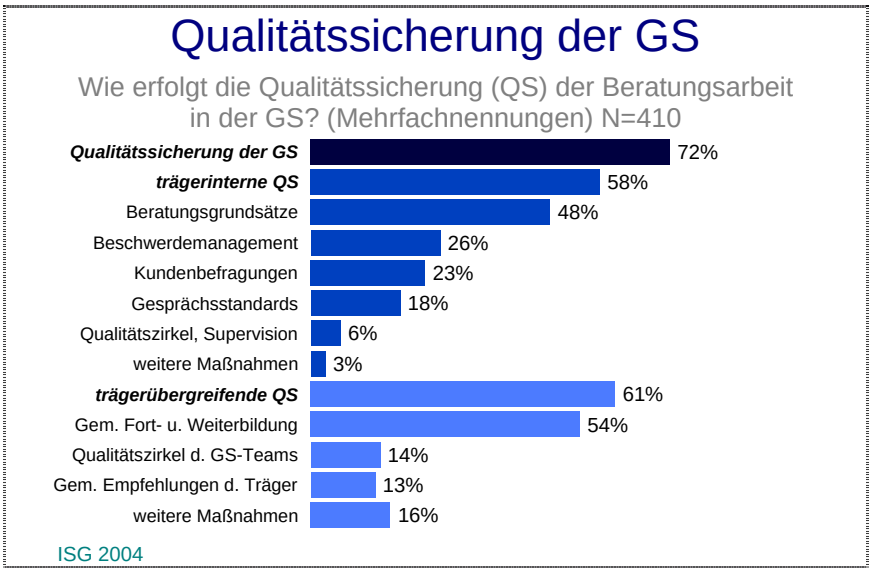
Die BAR weist in ihren Durchführungshinweisen darauf hin, dass die Qualitätssicherung der Servicestellen den Rehabilitationsträgern obliegt.[38] Knapp drei Viertel der befragten GS (72%) gaben Auskunft darüber, wie eine Qualitätssicherung ihrer Servicestellenarbeit erfolgt. Für 58% der GS gelten trägerinterne und für 61% der GS trägerübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen (Vgl. Abbildung 70). Knapp die Hälfte der GS (47%) betreibt sowohl trägerinterne als auch trägerübergreifende Qualitätssicherung ihrer Servicestellenarbeit.

Trägerinterne Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden in der Regel nicht eigens für die Servicestellentätigkeit, sondern sind für die gesamte Beratungstätigkeit des Trägers aufgelegt. Knapp die Hälfte der GS orientiert ihre Beratungsarbeit an Beratungsgrundsätzen bzw. -leitlinien. Ein Viertel der GS (26%) gibt an, dass zumindest trägerweit ein Beschwerdemanagementsystem etabliert sei. Knapp ein Viertel der Träger (23%) führt nach eigener Auskunft Befragungen zur Kundenzufriedenheit durch. Knapp ein Fünftel der GS (18%) verwendet Gesprächsstandards bzw. -checklisten, 6% der GS führen trägerinterne Qualitätszirkel bzw. Supervision durch. Als Maßnahme trä-

[38] Durchführungshinweise der BAR zu der Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation, Ziffer 10, Qualitätssicherung, Stand: 14. Mai 2001

gerübergreifender Qualitätssicherung wird insbesondere die gemeinsame Fort- und Weiterbildung genannt (54%). 14% der GS erkennen in den Teamtreffen eine Möglichkeit der Qualitätssicherung, 13% der GS nennen explizit gemeinsame Empfehlungen bzw. Absprachen der Rehabilitationsträger als qualitätssichernde Maßnahmen.

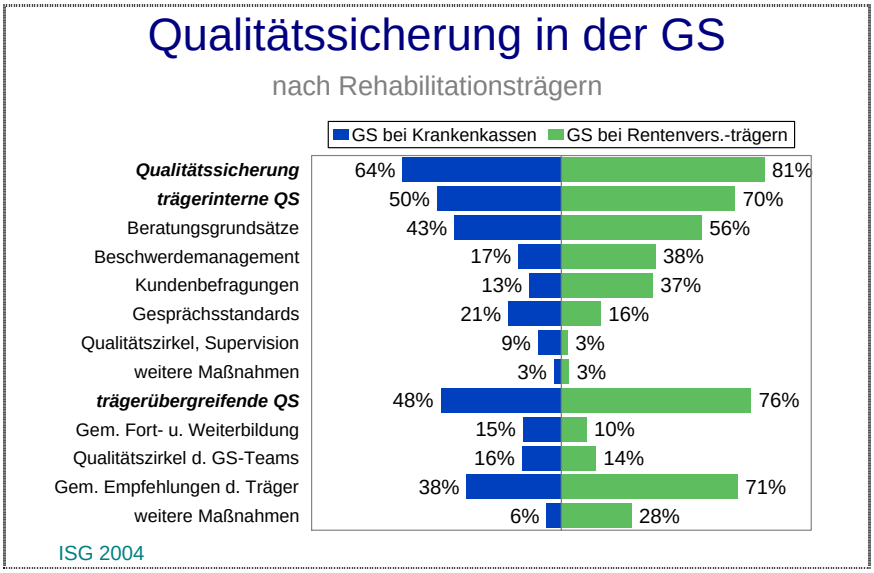
Abbildung 70



Als weitere Maßnahmen der trägerinternen Qualitätssicherung wurden beispielsweise interne Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen genannt. Zwar gab über ein Viertel der GS mit trägerübergreifender Qualitätssicherung an, neben den genannten Maßnahmen weitere Maßnahmen durchzuführen, die wenigsten benannten diese aber konkret. Vier GS weisen auf die Teamtreffen und den damit verbundenen Erfahrungsaustausch als Maßnahme der trägerübergreifenden Qualitätssicherung hin.

Qualitätssicherung der Beratungsarbeit erfolgt insgesamt deutlich häufiger in GS bei Rentenversicherungsträgern (81%) als in GS bei Krankenkassen (64%). Trägerinterne Maßnahmen der Qualitätssicherung werden für die Hälfte der GS bei Krankenkassen, aber für 70% der GS bei Rentenversicherungsträgern durchgeführt. Noch deutlicher ist der Unterschied bei der trägerübergreifenden Qualitätssicherung. Diese erfolgt nur bei knapp der Hälfte der GS bei Krankenkassen, dagegen bei drei Viertel der GS bei Rentenversicherungsträgern.

Abbildung 71

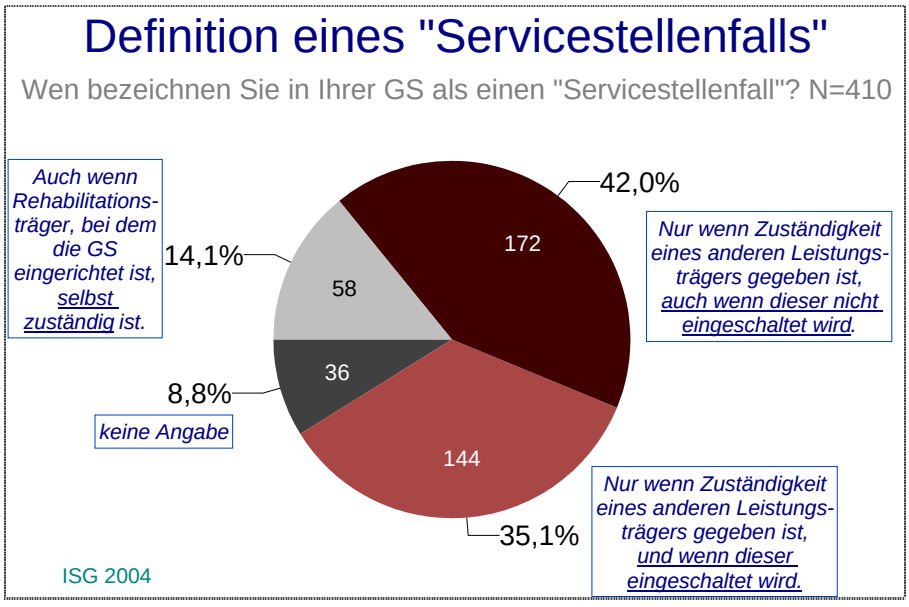


7 Inanspruchnahme der Gemeinsamen Servicestellen

7.1 Definition eines „Servicestellenfalls“

Die Angaben der GS zu den Fallzahlen zeichnen sich durch eine große Spannweite von 0 bis zu 4.700 „Servicestellenfällen“ im Jahr 2003 aus. Sehr hohe Fallzahlen von mehreren Tausend ergeben sich dadurch, dass 14% der GS auch dann Beratungsfälle als Servicestellenfälle werten, wenn der Träger der GS selbst der zuständige Leistungsträger ist. Eine klare Trennlinie zwischen trägerspezifischer Beratungstätigkeit und trägerübergreifender Servicestellentätigkeit wird hier also nicht gezogen. 77% der GS stellen hingegen definitorisch darauf ab, dass ein Servicestellenfall nur dann vorliegt, wenn die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers gegeben ist. Für rd. die Hälfte dieser GS (das sind 42% aller GS) stellt die eigene Nicht-Zuständigkeit eine hinreichende Bedingung für das Vorliegen eines Servicestellenfalls dar, auch wenn keine Kontaktaufnahme zu dem zuständigen Leistungsträger erforderlich ist. Knapp die Hälfte dieser GS wiederum (das sind 35% aller GS) sehen als zusätzliche Bedingung vor, dass der zuständige Rehabilitationsträger, das heißt ein Teammitglied des Servicestellenteams auch tatsächlich eingeschaltet wird. Sie folgen damit der Definitions-Empfehlung der BAR, nach der eine Falldokumentation bei Fällen erfolgen soll, bei denen Kontakt mit einem Teammitglied aufgenommen wurde.[39] Knapp 9% der GS fanden sich in diesen Definitionen eines „Servicestellenfalls“ nicht wieder und machten entweder keine Angabe oder verwiesen darauf, dass sie andere Definitionen zugrunde legen.

Abbildung 72



Die GS heben immer wieder hervor, dass die Unterscheidung zwischen trägerspezifischer Rehabilitationsberatung für die eigene, originäre Klientel, z.B. für die bei der Krankenkasse Versicherten, und trägerübergreifender Beratung „neu hinzukommen-

[39] Vgl. Falldokumentationsbogen in Anlage 2 der Durchführungshinweise der BAR zu der Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation, Stand: 14. Mai 2001

der“ Klienten (z.B. „Fremdversicherte“) im Rahmen der Servicestellentätigkeit schwierig ist.

> „Ich kann zwischen ‚Servicestellenfall’ und meiner täglichen Arbeit (Arbeitsaufgaben) nicht unterscheiden.“ (GS in Brandenburg)
>
> „Viele täglich eintretende Beratungssituationen könnten auch als ‚Servicestellenfälle’ gewertet werden. Die Frage der Definition ‚Was ist ein Servicestellenfall’ ist m.E. weiter unklar. In unserer Servicestelle werden tatsächlich nur Einzelfälle als Servicestellenfall gesehen, da viele Beratungen über Leistungen anderer Träger zum tägl. Beratungsgeschäft ohnehin dazu gehören und auch vor Einrichtung der Servicestellen erfolgten.“ (GS in Thüringen)

Eine Konsequenz ist, dass weitere, pragmatische Definitionen verwendet werden, vor allem solche, die Ratsuchende zu einem Servicestellenfall machen, wen sie explizit nach der GS fragen.

> „Meine tägliche Arbeit ist Beratungsarbeit der Kunden. Nur wenn jemand zu mir kommt und tatsächlich zur Servicestelle möchte, ist dies ein Servicestellenfall.“ (GS in Bayern)
>
> „Alle Besucher, die ausdrücklich zur Servicestelle möchten.“ (GS in Brandenburg)
>
> „Alle Besucher, die selbstständig in der GS vorsprechen.“ (GS in Sachsen-Anhalt)

Daneben kann auch das Besondere oder die Komplexität einer Anfrage ein Kriterium für einen Servicestellenfall darstellen.

> „Wenn es sich nicht um die tägliche Arbeitsroutine handelt.“ (GS in Bayern)

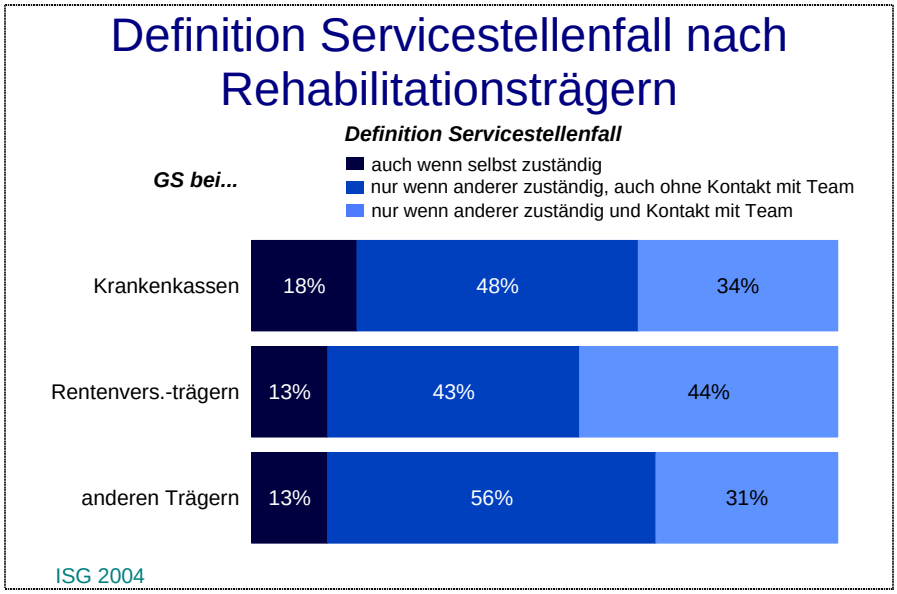
Weitere Beispiele für verwendete Definitionen und Zählweisen sind:

> „Behinderte Versicherte.“ (GS in Sachsen)
>
> „Eigene Klienten: nur dann, wenn Teammitglied einbezogen wird; Fremdklienten: immer dann, wenn es über den eigenen Bereich hinausgeht, auch ohne Teameinbeziehung.“ (GS in Thüringen)
>
> „Eigene und Fremdklienten, die eine Erstberatung in Anspruch nehmen.“ (GS in Sachsen-Anhalt)

Die Ausführungen verdeutlichen, dass die GS viele unterschiedliche Definitionen eines Servicestellenfalls anwenden. Die drei oben angeführten Definitionen stellen insofern analytische Kategorien dar, die in der praktischen Arbeit der GS zum Teil abgewandelt oder miteinander kombiniert werden.

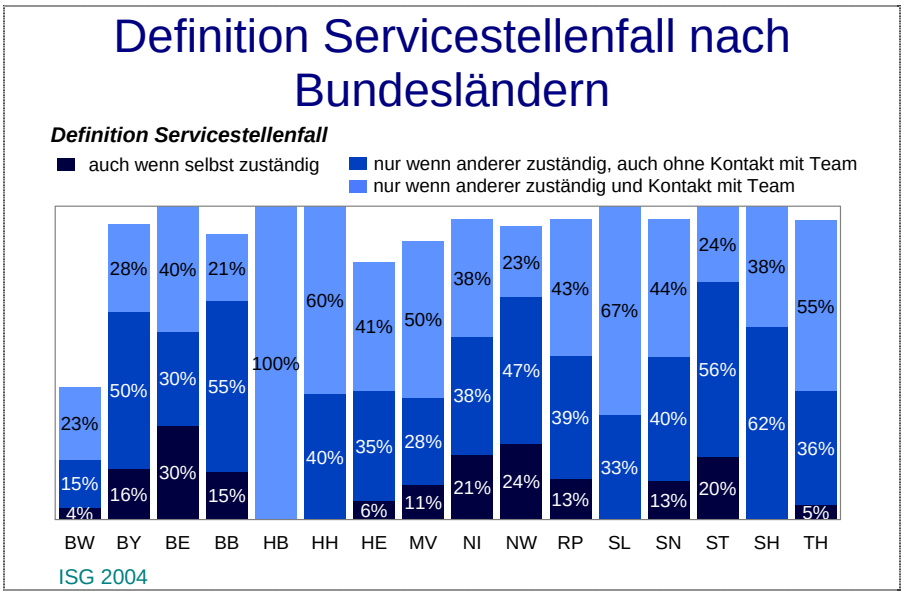
Diese drei grundlegenden Definitionen eines Servicestellenfalls finden sich bei allen Rehabilitationsträgern wieder. Dabei qualifizieren GS bei Krankenkassen mit 18% am relativ häufigsten Beratungsfälle auch dann als Servicestellenfälle, wenn es sich um eigene Versicherte handelt, die jeweilige Krankenkasse also selbst der zuständige Leistungsträger ist (Vgl. Abbildung 73). GS bei Rentenversicherungsträgern hingegen wenden knapp am häufigsten die enge Definition an, nach der Kontakt mit einem Teammitglied aufgenommen wurde. Über die Hälfte der GS bei anderen Trägern wiederum sieht einen Servicestellenfall dann als gegeben an, wenn ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, auch wenn kein Kontakt mit einem Teammitglied erforderlich ist.

Abbildung 73



Die folgende Abbildung weist die Häufigkeit der Definitionen nach Bundesländern aus. Differenzen zu 100% ergeben sich, wenn Mischformen von Definitionen Anwendung finden, wie in Baden-Württemberg, oder zum Teil dadurch, dass die befragten GS keine Auskunft über ihre Definition gaben bzw. eine der oben angeführten pragmatischen Definitionen anwenden. Für die GS bei der LVA in Baden-Württemberg liegt ein Servicestellenfall grundsätzlich dann vor, wenn mit einem Teammitglied Kontakt aufgenommen wurde. Es werden aber auch Beratungsfälle gezählt, bei denen sich erst während der Beratung herausstellt, dass die LVA zuständig ist.[40] Der Ländervergleich der Definitionen zeigt, dass die GS in praktisch allen Ländern unterschiedliche Definitionen zugrunde legen. Eine Ausnahme stellt offenbar Bremen dar. Für alle 5 befragten GS in Bremen ergeben sich Servicestellenfälle nur dann, wenn eine Kontaktaufnahme mit einem Teammitglied erfolgt.

Abbildung 74

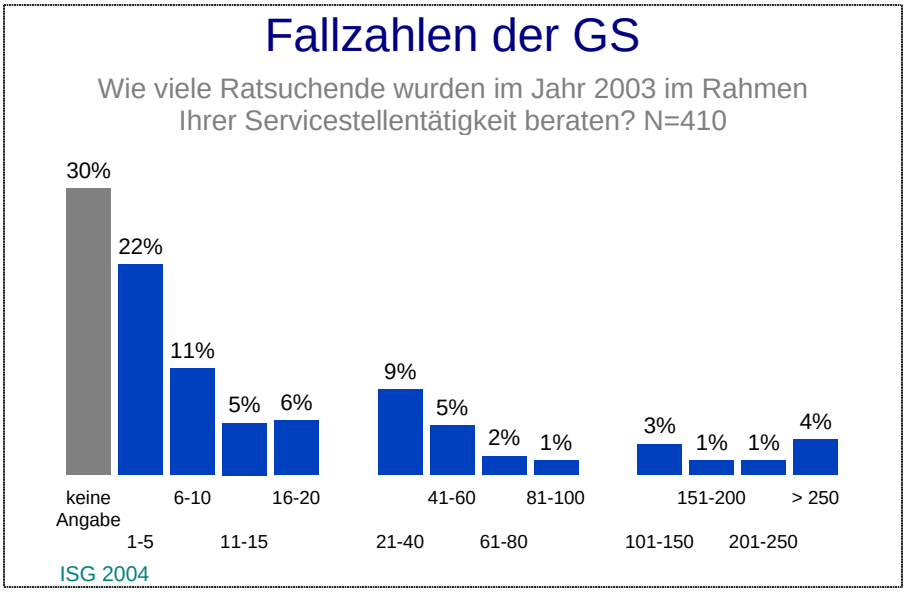


[40] Vgl. hierzu auch ausführlich Kapitel 10.1.6

7.2 Fallzahlen der Gemeinsamen Servicestellen

Da in der Regel ein enges Verständnis eines „Servicestellenfalls“ vorliegt, sind die Fallzahlen der GS insgesamt sehr gering. Dabei ist zu unterstreichen, dass lediglich 70% der GS Angaben zu der Inanspruchnahme ihrer GS machten und 30% der GS von der Beantwortung der Frage nach ihren Fallzahlen absahen. Gut ein Fünftel der insgesamt befragten GS (22%) zählte im gesamten Jahr 2003 lediglich bis zu 5 „Servicestellenfälle“. Aufgrund der großen Spannweite der Fallzahlen liegt der Mittelwert bei 98 Nutzern im Jahr. Hervorgehoben sei aber, dass die Hälfte der GS, die ihre Fallzahlen offen legten, nicht mehr als 13 Servicestellenfälle im Jahr 2003 auswiesen. Dagegen gab knapp jede zehnte GS (9%) an, im Jahr 2003 mehr als 100 Personen beraten zu haben. 121 GS, das sind 30% der Befragten, verweigerten die Antwort. Nichtbeantwortung kann im Allgemeinen außer Betracht bleiben, wenn man davon ausgehen kann, dass sich die Angaben dieser GS nicht grundsätzlich von den Angaben der antwortenden GS unterscheiden würden. Allerdings existiert eine Reihe von Hinweisen, dass die Nichtbeantwortung zumindest in Teilen damit zusammenhängt, dass die GS keine oder sehr wenige Beratungen im Rahmen der Servicestellentätigkeit durchführten. Zum einen äußerten 9 GS an anderer Stelle des Fragebogens explizit, dass sie im Jahr 2003 keine Servicestellenfälle zu verzeichnen hatten. Das waren – neben fünf weiteren – die GS, die auch angaben, dass sie bisher keine der Aufgaben nach § 22 SGB IX wahrgenommen haben. Außerdem wiesen mehrere GS, die nicht an der Befragung teilnahmen, in Telefongesprächen oder schriftlich darauf hin, dass sie deshalb nicht teilnehmen, weil sie keine Fälle oder nur einen Fall hatten und entsprechend über keine Erfahrungen verfügen. Vor diesem Hintergrund ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass diese GS, die die Antwort verweigerten, in der Regel eine sehr geringe oder keine Inanspruchnahme aufweisen. Unter einer „worst-case“-Annahme hat damit fast ein Drittel der GS keine Kunden.

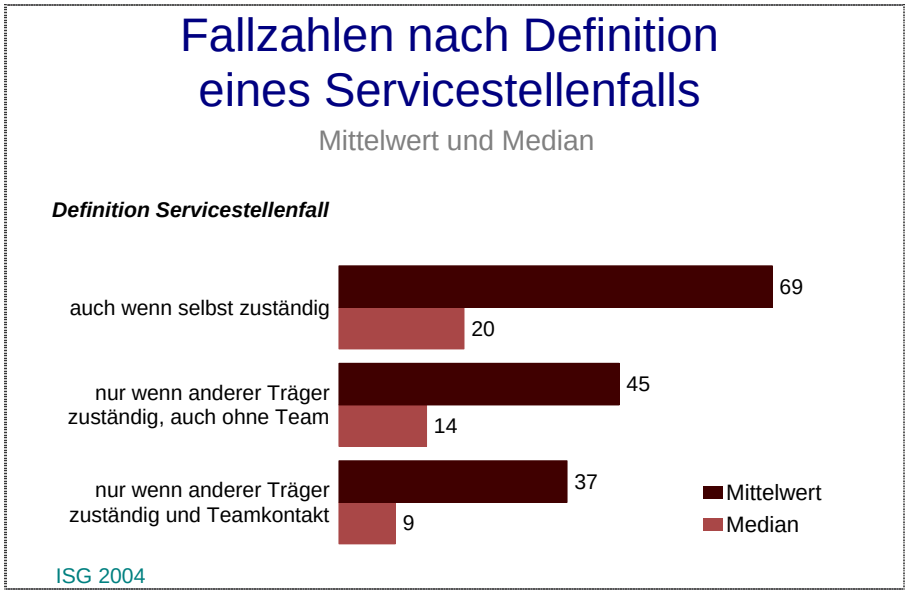
Abbildung 75



Wie weiter oben angeführt, sind die von den GS ausgewiesenen Fallzahlen abhängig von der Definition eines Servicestellenfalls und damit von der Zählweise. Legen die GS eine weite Definition zu Grunde, dann sind ihre Fallzahlen höher. Basieren die Fallzahlen auf einer engen Definition, dann sind sie niedriger. GS, die auch dann Beratungen als Servicestellenfälle betrachten, wenn der Rehabilitationsträger selbst zuständig ist,

weisen Fallzahlen von durchschnittlich 69 Personen auf. Trotzdem hatte die Hälfte dieser GS im Jahr 2003 weniger als 20 Kunden (Median). Stellt die Definition der GS darauf ab, dass ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, aber nicht notwendigerweise auch ein Kontakt mit diesem hergestellt wird, dann ergeben sich durchschnittlich 45 Servicestellenfälle. Die Hälfte dieser GS hatte im Jahr 2003 weniger als 14 Kunden. GS, die schließlich nur dann Beratungen als Servicestellenfälle definieren, wenn ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist und mit diesem Kontakt aufgenommen wird, weisen Fallzahlen von durchschnittlich 37 Personen auf. Die Hälfte dieser GS hatte im Jahr 2003 weniger als 9 Kunden.

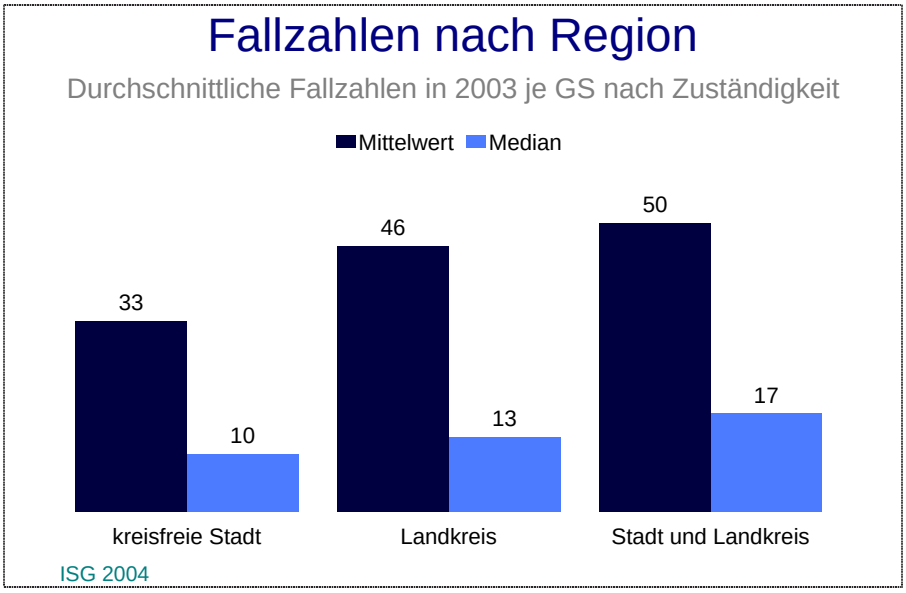
Abbildung 76



7.2.1 Unterschiedliche Fallzahlen in städtischen und ländlichen Regionen?

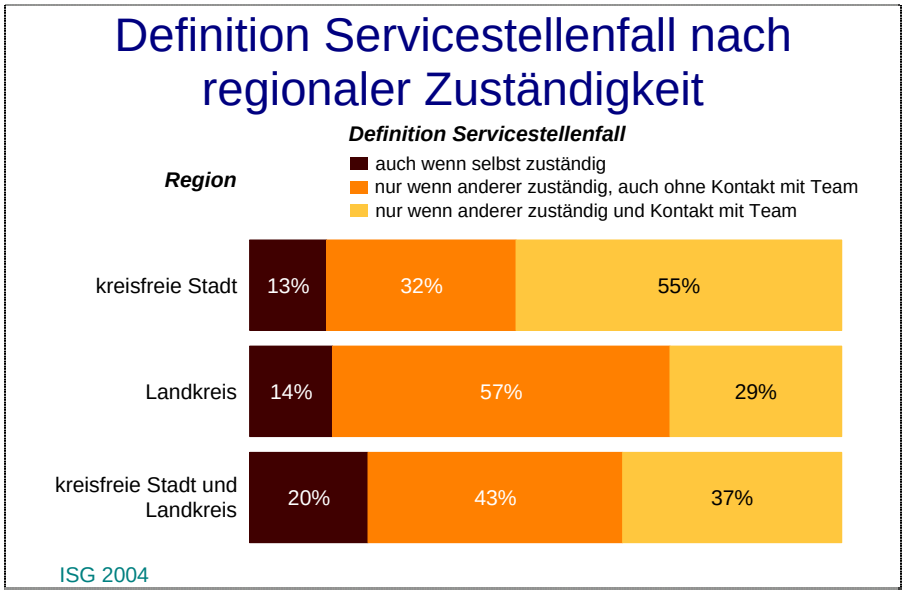
Oft wird angenommen, dass Beratungsangebote in städtischen Regionen intensiver genutzt werden als in ländlichen Räumen. Daher haben wir untersucht, ob GS in Zuständigkeit für eine kreisfreie Stadt stärker in Anspruch genommen werden als GS, die einen oder mehrere Landkreise betreuen. Ein Mittelwertvergleich der Fallzahlen von GS mit verschiedenen regionalen Zuständigkeiten ergibt, dass die Inanspruchnahme von GS in städtischen Gebieten die geringste ist (Vgl. Abbildung 77). Eine GS, die eine kreisfreie Stadt betreut, wies im Jahr 2003 durchschnittlich 33 Ratsuchende aus. Die Hälfte der GS für kreisfreie Städte dokumentierte Fallzahlen von mehr als 10 Ratsuchenden. Vergleichsweise häufiger registrierten GS in Zuständigkeit für Landkreise Servicestellenfälle. Sie wiesen jahresdurchschnittlich 46 Ratsuchende aus, die Hälfte der GS zählte mehr als 13 Personen. Die im Vergleich höchste Inanspruchnahme mit jahresdurchschnittlich 50 Servicestellenfällen und der Hälfte der GS, die mehr als 17 Personen betreuten, lässt sich für GS feststellen, die sowohl für eine Stadt als auch einen Landkreis zuständig sind.

Abbildung 77



Je nach regionaler Zuständigkeit wird eine bestimmte, entweder enge oder weite Definition eines Servicestellenfalls bevorzugt.

Abbildung 78



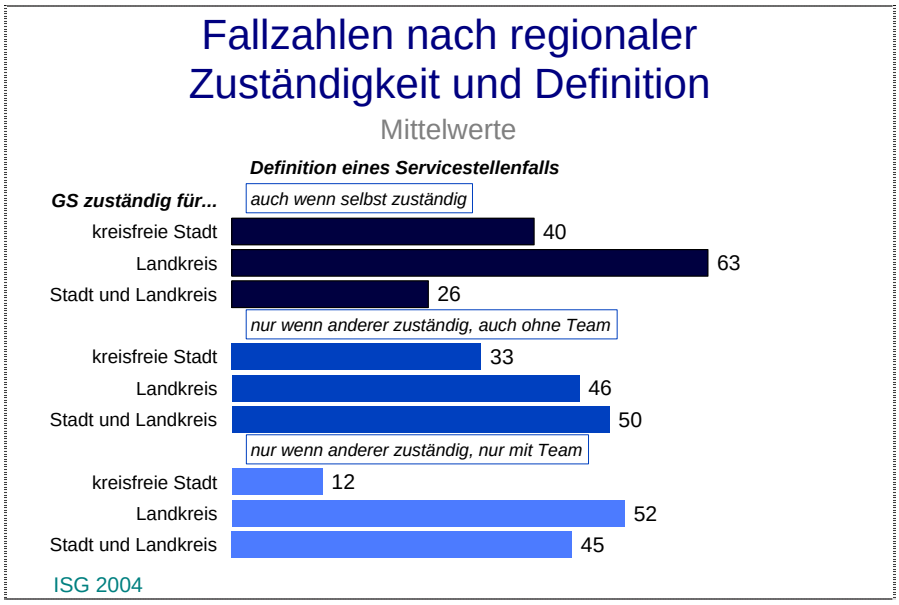
- Über die Hälfte der GS (55%) in Zuständigkeit für eine kreisfreie Stadt legt die engste Definition zu Grunde, nach der ein Servicestellenfall nur dann vorliegt, wenn ein anderer Träger zuständig ist und ein Teammitglied dieses Rehabilitationsträgers eingeschaltet wird. Entsprechend werden von GS, die kreisfreie Städte betreuen, insgesamt vergleichsweise weniger Beratungen durchgeführt als von GS mit anderer regionaler Zuständigkeit.
- Bei den GS, die einen oder mehrere Landkreise betreuen, wird nur von 29% diese engste Definition verwendet. Über die Hälfte dieser GS (57%) sieht einen Servicestellenfall dann als gegeben an, wenn ein anderer Träger zuständig ist, auch wenn ein Teammitglied nicht eingeschaltet wird.

- GS wiederum, die sowohl für eine Stadt als auch für einen Landkreis zuständig sind, verwenden die beiden engeren Definitionen etwa gleich häufig. Ein Fünftel dieser GS (20%) definiert eine Beratung auch dann als Servicestellenfall, wenn die eigene Zuständigkeit vorliegt.

Schaltet man die zugrunde liegende Definition des Servicestellenfalls als Einflussfaktor auf die ausgewiesenen Fallzahlen aus, dann ergibt sich ein uneinheitliches Bild der Inanspruchnahme der GS in Abhängigkeit von der Region.

- GS mit einem weiten Verständnis von Servicestellenfällen weisen bei Zuständigkeit für einen Landkreis die höchsten und bei Zuständigkeit für eine kreisfreie Stadt und einen Landkreis die niedrigsten Fallzahlen auf.
- Wenn die GS auf die mittlere Definition abstellen (anderer Träger zuständig, auch ohne Kontakt mit Team), dann sind die Fallzahlen bei Zuständigkeit für eine kreisfreie Stadt und einen Landkreis die höchsten und in kreisfreien Städten die niedrigsten.
- Wenn die GS schließlich das enge Verständnis eines Servicestellenfalls zugrunde legen, dann sind die Fallzahlen bei einer Zuständigkeit für einen Landkreis vergleichsweise hoch und im Vergleich in kreisfreien Städten niedrig.

Abbildung 79

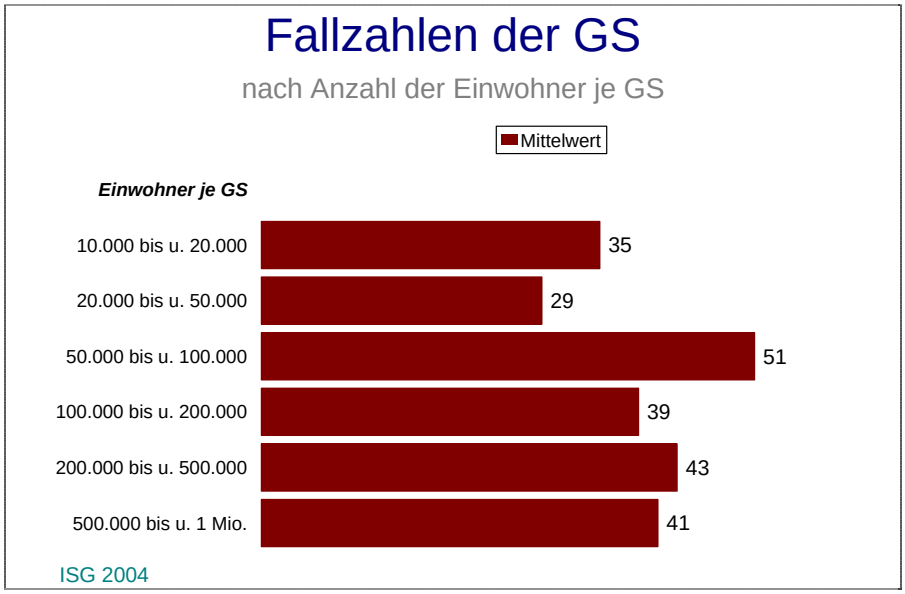


Zusammenfassend ist festzustellen, dass – unabhängig von der zugrunde liegenden Definition eines Servicestellenfalls – die ausgewiesenen Fallzahlen in ländlich strukturierten Räumen höher sind als in Städten. Eine Erklärung dafür ist, dass das Angebot an anderweitigen, trägerinternen Beratungsstellen in Städten größer ist.

7.2.2 *Unterschiedliche Fallzahlen je nach Einwohnerzahlen im Versorgungsgebiet?*

Die Annahme, dass die Inanspruchnahme einer GS desto höher ausfällt, je mehr Einwohner in dem Versorgungsgebiet der GS leben, wird durch die Befragungsergebnisse gestützt. Allerdings zeigt eine statistische Korrelationsanalyse, dass der Zusammenhang gering ist. Das zeigt auch folgende Abbildung.

Abbildung 80



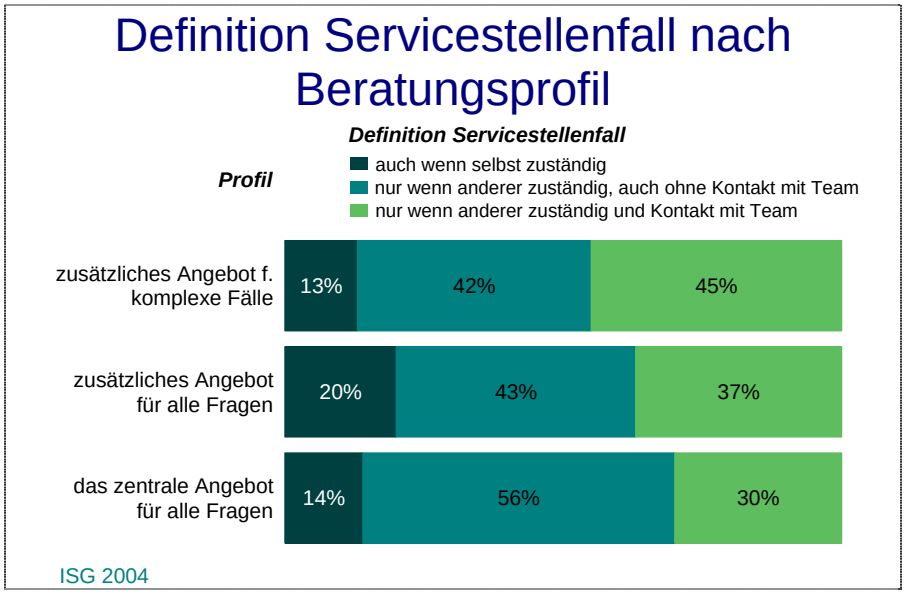
Die mittleren Fallzahlen der GS unterscheiden sich kaum danach, wie viele Einwohner im Einzugsgebiet leben. Es lässt sich eine schwache Tendenz zu höheren Fallzahlen bei höheren Einwohnerzahlen erkennen. Die Fallzahlen der GS lassen sich damit zwar ein Stück weit durch die Einwohnerzahlen in der Region erklären, ganz offenbar gibt es aber weitere und stärkere Einflussfaktoren der Inanspruchnahme der GS. Ein Einflussfaktor besteht vermutlich in dem anderweitigen Beratungsangebot in der Region. Ist dieses groß, dann werden vermutlich weniger Ratsuchende den Weg in die GS finden. Ein weiterer Einflussfaktor könnte darin bestehen, dass die Konzeption und der GS ihre Inanspruchnahme und damit die Fallzahlen beeinflusst.

7.2.3 *Unterschiedliche Fallzahlen je nach Konzept der Gemeinsamen Servicestellen?*

Die Fallzahlen der GS sind davon abhängig, welches Beratungsprofil der Servicestellentätigkeit zugrunde liegt. Versteht sich eine GS als zusätzliches Beratungsangebot insbesondere für komplexe Fälle, dann werden meist nur dann Servicestellenfälle ausgewiesen, wenn ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist und mit dem entsprechenden Teammitglied Kontakt aufgenommen wurde (Vgl. Abbildung 81). Knapp die Hälfte der GS (44,8%) mit diesem Selbstverständnis wendet die enge Definition eines Servicestellenfalls an. GS mit anderen Profilen verwenden diese engste Definition eines Servicestellenfalls weniger häufig. Versteht sich eine GS wiederum als Zusatzangebot für alle Fragen der Rehabilitation, dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass auch dann Servicestellenfälle ausgewiesen werden, wenn die Zuständigkeit des eigenen Rehabilitationsträgers vorliegt. Knapp ein Fünftel (20%) der GS mit diesem Selbstverständnis verwendet diese weiteste Definition eines Servicestellenfalls. Liegt schließlich das Profil der zentralen Anlaufstelle für Rehabilitation vor, dann werden von über

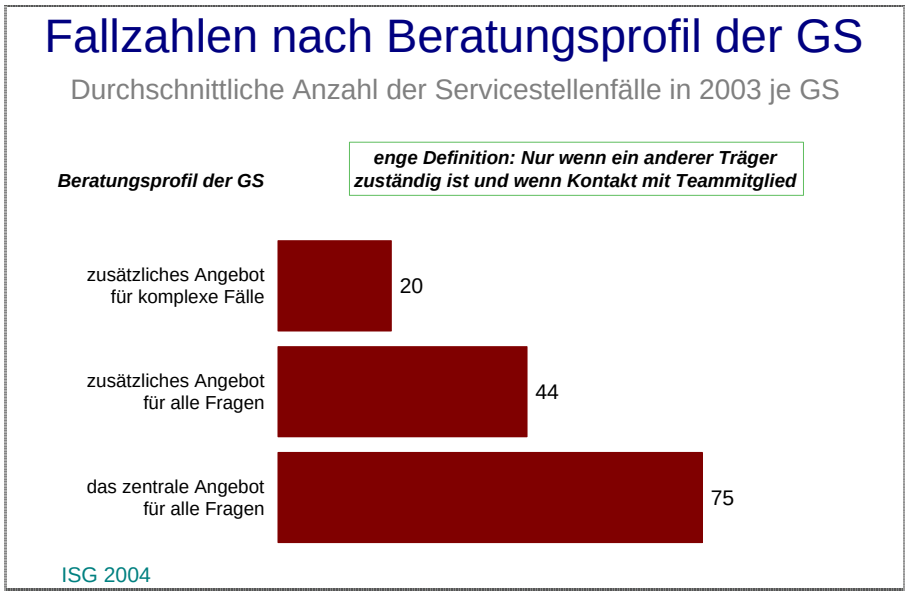
der Hälfte dieser GS (55%) Servicestellenfälle ausgewiesen, wenn ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, auch ohne dass mit dem entsprechenden Teammitglied Kontakt aufgenommen wurde.

Abbildung 81



Festzuhalten ist also, dass unterschiedliche Sichtweisen auf die eigene Servicestellentätigkeit und ihre Position im gesamten Beratungsgefüge für Rehabilitation dazu führen, dass bestimmte Definitionen von Servicestellenfällen eher bevorzugt werden als andere. Vergleicht man die Fallzahlen der GS differenziert nach deren Beratungsprofil, dann erklären sich die Unterschiede zum Teil durch die verschiedenen Definitionen, die zugrunde gelegt wurden. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang, dass aber auch bei gleicher Definition und Zählweise die Fallzahlen der GS voneinander abweichen, und zwar in Abhängigkeit vom Profil der GS.

Abbildung 82



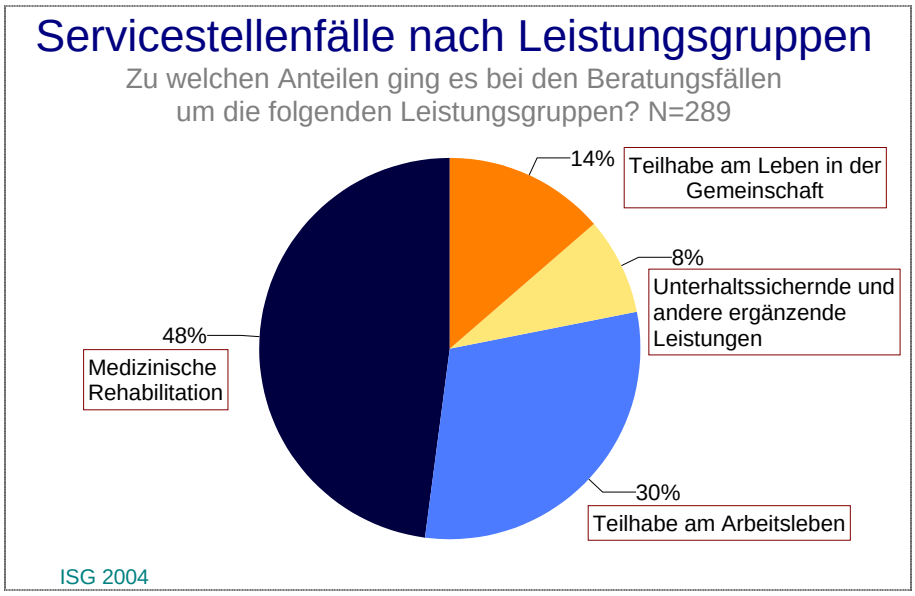
Fokussiert man nur die GS mit enger Definition, dann zeigt sich Folgendes: Eine GS verstanden als zusätzliches Angebot insbesondere für komplexe Fälle wurde im Jahr

2003 durchschnittlich von 20 Ratsuchenden in Anspruch genommen (Vgl. Abbildung 82). Tritt eine GS als Zusatzangebot für alle Fragen der Rehabilitation auf, dann wurde sie in Jahresfrist 2003 durchschnittlich von 44 Personen aufgesucht. Sieht sich eine GS hingegen als die zentrale Anlaufstelle, dann wurde sie von durchschnittlich 75 Ratsuchenden in Anspruch genommen. Dieses Ergebnis lässt sich so erklären, dass die unterschiedlichen Profile öffentlich wirksam werden. GS, die sich vor allem für komplizierte Fragestellungen zuständig sehen, werden von Ratsuchenden mit vermeintlich einfachen Fragen nicht aufgesucht. Das Profil einer zentralen Beratungsstelle hingegen korrespondiert mit einer vergleichsweise hohen Inanspruchnahme. Der Grund dafür dürfte sein, dass sich Ratsuchende von einem Aufsuchen dieser Stelle eine besonders qualifizierte Beratung versprechen.

7.2.4 Fallzahlen nach Leistungsgruppen der Teilhabe

Knapp die Hälfte der Servicestellenfälle (48%) hatte Fragen der medizinischen Rehabilitation zum Thema. In knapp einem Drittel der Fälle (30%) ging es um Teilhabe am Arbeitsleben. Knapp ein Sechstel der Fälle (14%) betraf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und schließlich fast jeder zehnte Fall (8%) betraf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen.

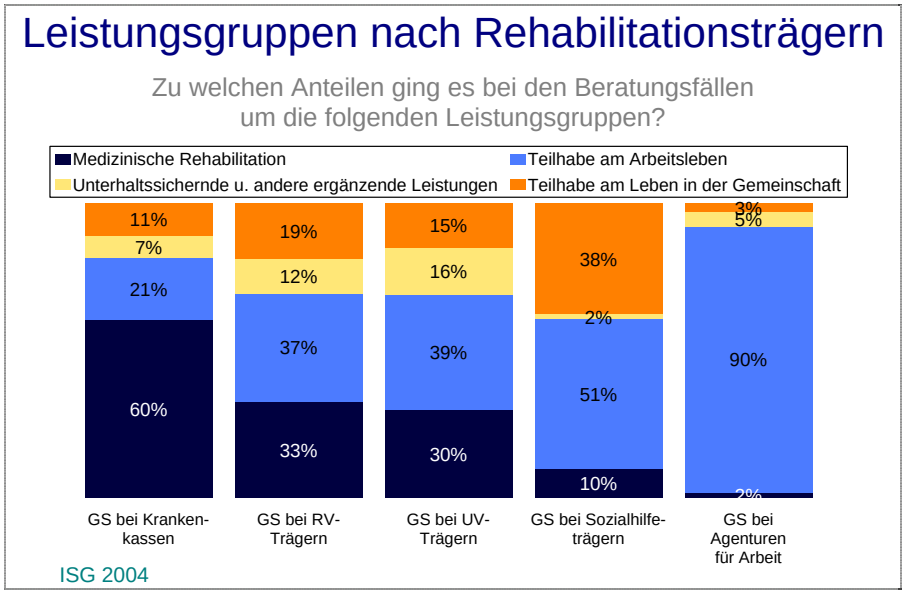
Abbildung 83



Betrachtet man die Leistungsgruppen, die in den Beratungsfällen der GS eine Rolle spielten, danach, bei welchem Rehabilitationsträger die GS eingerichtet ist, dann ergibt sich das folgende Bild: GS bei Krankenkassen beraten ihre Kunden in fast zwei Dritteln der Beratungsfälle (60%) in Fragen der medizinischen Rehabilitation (Vgl. Abbildung 84). Teilhabe am Arbeitsleben ist in jedem fünften Beratungsgespräch Schwerpunkt (19%). In jedem zehnten Beratungsgespräch ging es um die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und in 7% um unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen. Bemerkenswert ist, dass insgesamt 30% der Beratungen in GS bei Krankenkassen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (21%) oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (11%) behandelten, also Leistungen, für die Krankenkassen nicht selbst Rehabilitationsträger sind. Während der Beratungsschwerpunkt der GS also auf der

medizinischen Rehabilitation liegt, weisen GS bei Rentenversicherungsträgern und bei Unfallversicherungsträgern zwei in etwa gleichberechtigte Schwerpunkte der medizinischen Rehabilitation und der Teilhabe am Arbeitsleben auf. GS bei Sozialhilfeträgern beraten im Schwerpunkt über die Teilhabe am Arbeitsleben (51%) und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (38%), GS bei Agenturen für Arbeit schwerpunktmäßig hinsichtlich der Teilhabe am Arbeitsleben. Zwei Erklärungen bieten sich an: Erstens könnten die Ergebnisse dokumentieren, dass die Beratungsschwerpunkte der GS in dem Bereich bzw. den Bereichen liegen, den der jeweilige Rehabilitationsträger auch selbst vertritt. Das würde bedeuten, dass es für Ratsuchende einen Unterschied macht, welche GS er aufsucht bzw. bei welchem Rehabilitationsträger die GS eingerichtet ist. Sollte es beispielsweise um Fragen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gehen, dann wäre der Ratsuchende bei einer GS bei einem Sozialhilfeträger am besten aufgehoben. Zweitens könnten die Ergebnisse aber auch zeigen, dass die Ratsuchenden überwiegend jenen Rehabilitationsträger aufsuchen, der ihrer Meinung nach für die vorliegende Problematik zuständig ist, und nicht eine Gemeinsame Servicestelle. In diesem Fall werden die Ratsuchenden je nach Bedarfslage und nach Zählweise in der GS ggf. zu „Servicestellenfällen“, vielleicht sogar, ohne es zu wissen.

Abbildung 84

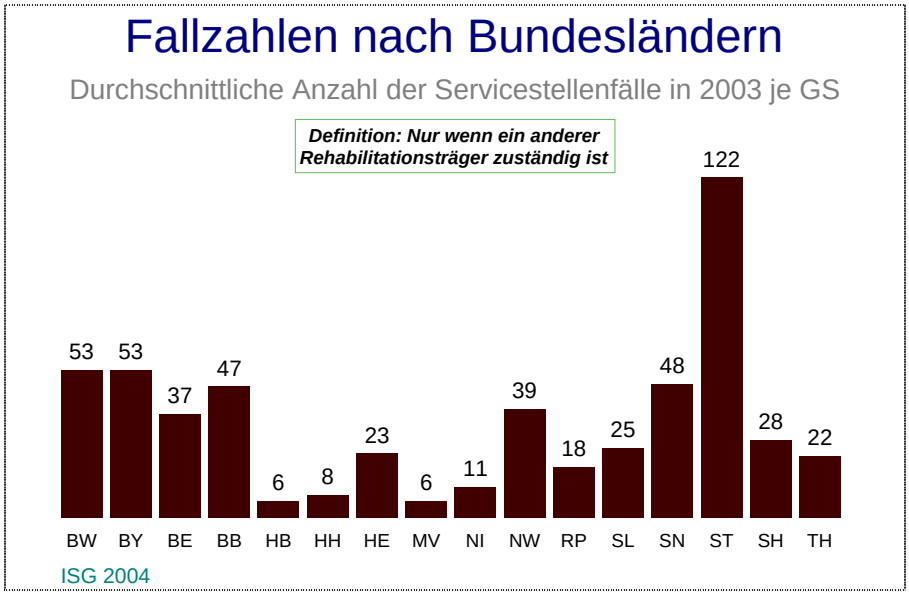


7.2.5 Fallzahlen im Ländervergleich

Die Fallzahlen der GS variieren nach Bundesländern. In jedem Bundesland gibt es mindestens eine GS, die im Jahr 2003 lediglich einen, zwei oder drei Servicestellenfälle dokumentierte. Gleichzeitig existiert in jedem Bundesland (bis auf Bremen) aber auch mindestens eine GS, die angibt, im Jahr 2003 um die Hundert, mehrere Hundert oder mehrere Tausend Personen beraten zu haben. In Bremen betrug das Maximum 9 Servicestellenfälle im Jahr. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass alle GS in Bremen die enge Definition zugrunde legen, nach der ein Servicestellenfall nur dann vorliegt, wenn Kontakt mit einem Teammitglied aufgenommen wurde. Ein Ländervergleich von Fallzahlen wird im Folgenden auf der Grundlage von Durchschnittswerten dargestellt. Dabei muss die der Zählweise der GS zugrunde liegende Definition des Servicestellenfalls berücksichtigt werden. Aus diesem Grund werden an dieser Stelle Fallzahlen der GS von der Analyse ausgeschlossen, die auch dann einen Servicestellenfall anneh-

men, wenn der eigene Rehabilitationsträger, bei dem die GS eingerichtet ist, zuständig ist. Es werden damit nur die Fallzahlen der GS berücksichtigt, die bei Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers tätig werden. Keine Rolle spielt, ob ein Teammitglied eingeschaltet wurde oder nicht.[41] Vor diesem Hintergrund wurde eine GS im Jahr 2003 durchschnittlich von 47 Ratsuchenden in Anspruch genommen, bei denen die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers vorlag. Zum Teil wurde die Beratung und Unterstützung ohne Kontaktaufnahme mit dem Teammitglied des zuständigen Rehabilitationsträgers geleistet, zum Teil war eine Kontaktaufnahme notwendig. Die im Vergleich mit Abstand höchste Fallzahl je GS von 122 ergibt sich für Sachsen-Anhalt. In Baden-Württemberg und Bayern weist eine GS durchschnittlich 53 Servicestellenfälle aus. In Sachsen und in Brandenburg entfallen auf eine GS durchschnittlich 48 bzw. 47 Ratsuchende. Unter dem Bundesdurchschnitt liegen die Fallzahlen je GS in Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Thüringen. Von vergleichsweise wenigen Ratsuchenden wurden die GS Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz in Anspruch genommen.

Abbildung 85

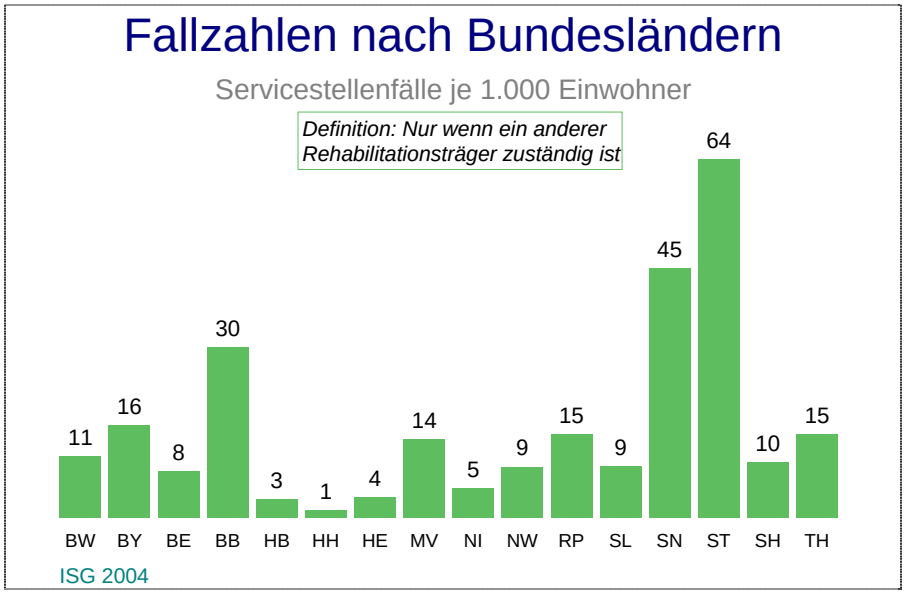


Bezieht man die Fallzahlen der GS in den Ländern auf die jeweiligen Einwohnerzahlen, ergibt sich das folgende Bild: In Sachsen-Anhalt fielen im Jahr 2003 insgesamt 64 Servicestellenfälle je 1.000 Einwohner an, gefolgt von Sachsen mit 45 und Brandenburg mit 33 Servicestellenfällen je 1.000 Einwohner (Vgl. Abbildung 86). Für Baden-Württemberg ergeben sich aufgrund der relativ großen Einzugsbereiche der GS 11 Servicestellenfälle je 1.000 Einwohner. Die Datenbasis besteht beispielsweise in Sachsen-Anhalt aus 14 GS, die insgesamt 1.635 Servicestellenfälle im Jahr 2003 dokumentierten. In die Berechnung der Fallzahlen je 1.000 Einwohner fließen in diesem Beispiel damit die Daten von 44% der insgesamt 32 GS in Sachsen-Anhalt ein. Als Hochrechnungsbasis eignen sich diese aber nicht. Es ist – wie diskutiert – davon auszugehen, dass die GS, welche sich zwar an der Befragung beteiligten, aber keine Angaben zu ihren Fallzahlen machten, sowie die GS, welche sich überhaupt nicht an der Befragung

[41] Da 30% der befragten GS auf die Frage nach ihren Fallzahlen nicht antworteten, ist die Datenbasis eingeschränkt. Eine weitergehende Differenzierung danach, ob ein Teammitglied eingeschaltet wurde oder nicht, ist an dieser Stelle aus methodischen Gründen nicht möglich.

beteiligten, eher unterdurchschnittliche, zum Teil auch keine Fallzahlen hatten. Aus diesem Grund handelt es sich hier also um eine „vorsichtige“ Analyse, die nur die gesicherten Fallzahlen ausweist.

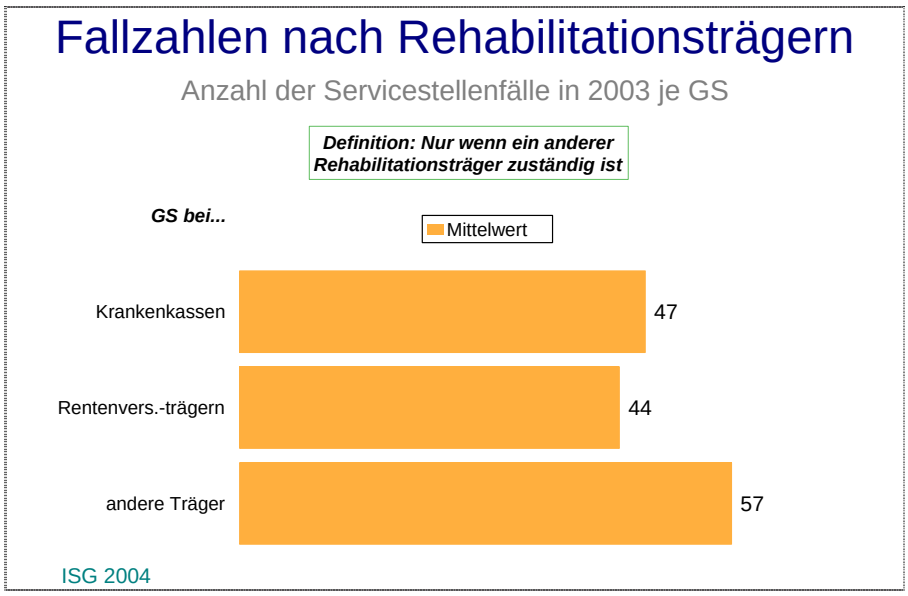
Abbildung 86



7.2.6 Fallzahlen im Trägervergleich

Die Fallzahlen unterscheiden sich kaum nach den Rehabilitationsträgern, bei denen die GS eingerichtet sind. Die durchschnittliche Anzahl der Servicestellenfälle im Jahr 2003 einer GS bei einer Krankenkasse beträgt 47, die einer GS bei einem Rentenversicherungsträger beträgt 44. Auffallend ist der höhere Mittelwert bei GS, die bei anderen Trägern eingerichtet wurden. Er ergibt sich insbesondere durch hohe Fallzahlen, die von GS bei Sozialhilfeträgern und Agenturen für Arbeit berichtet werden.

Abbildung 87



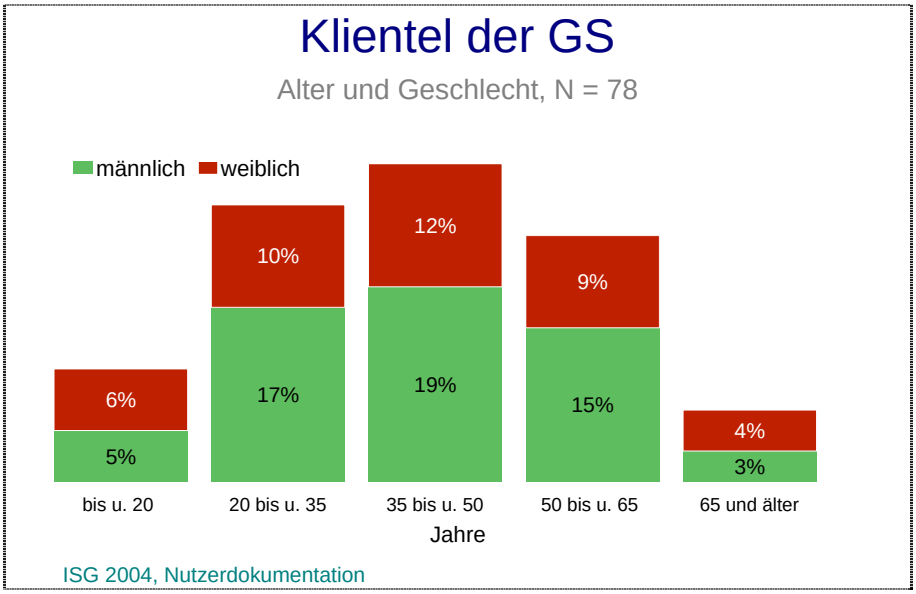
7.3 Die Klienten und ihre Sichtweise von Gemeinsamen Servicestellen

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt dargelegt wurde, wie viele Ratsuchende von den GS betreut werden, wird nun zum einen dargestellt welches Klientel Rat bei einer GS sucht und in welcher Form Kontakt mit der GS aufgenommen wird. Diese Auswertung basiert auf den Nutzerdokumentationen von 30 GS. Zum anderen wird die Sichtweise der Klienten selbst aufgezeigt.

7.3.1 Die Klienten

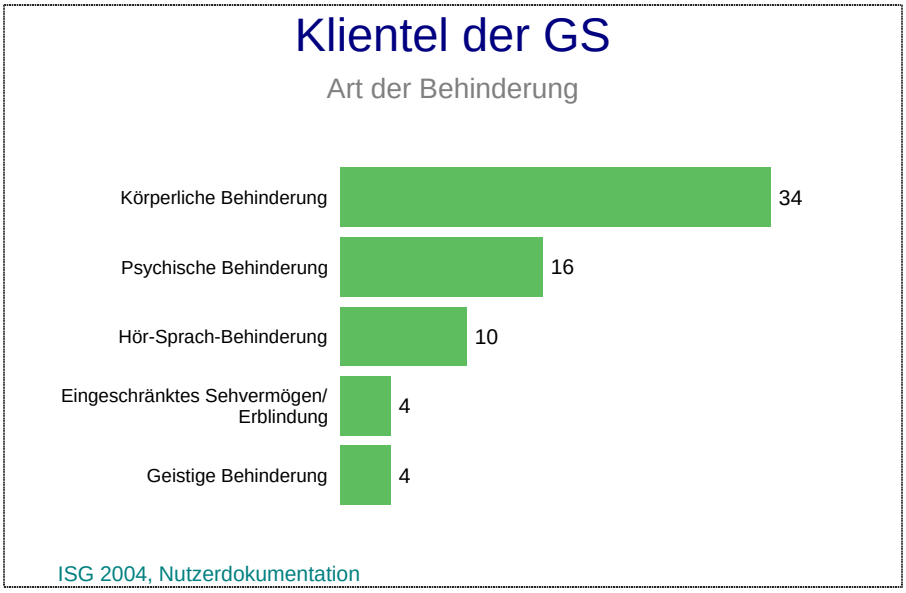
Der überwiegende Teil der Ratsuchenden ist männlich. Zudem kommen überwiegend Menschen in erwerbsfähigem Alter in die GS. Auffallend ist, dass verhältnismäßig wenige junge und wenige ältere Klienten die Leistungen von GS in Anspruch nehmen. Eltern von Kindern mit Rehabilitationsbedarf werden in der Regel von Kinderärzten und Frühförderstellen beraten und begleitet; bei Jugendlichen mit Rehabilitationsbedarf kommt weit überwiegend die Eingliederungshilfe zum Tragen. Da somit die Zuständigkeit in den überwiegenden Fällen klar ist, werden GS nur selten kontaktiert. Bei älteren Menschen entfällt der Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben, wodurch die Komplexität des Rehabilitationsbedarfs deutlich vermindert wird. Zudem werden hier Leistungen bei Krankheit oder Pflegebedarf im Vordergrund stehen, sodass bei Bedarf in der Regel die Kranken- bzw. Pflegekasse direkt kontaktiert wird.

Abbildung 88



Menschen mit körperlichen Behinderungen oder mit anderen Beeinträchtigungen, wie beispielsweise Lungenerkrankungen, Stoffwechselstörungen, Herzkrankheiten etc. stellen den größten Anteil der Klientel dar, gefolgt von Menschen mit psychischen Behinderungen. Dagegen nehmen Menschen mit Sinnesbehinderungen, mit Lernbehinderungen oder mit geistigen Behinderungen eher selten die Angebote von GS wahr (Vgl. Abbildung 89). Hierfür mag es mehrere Erklärungen geben: Menschen mit Sinnesbehinderungen haben ihre eigenen Beratungsstrukturen, sind meist über Selbsthilfegruppen recht gut informiert und benötigen das Angebot der GS nur in wenigen Fällen.

Abbildung 89



Zudem sind die GS für Menschen mit Sinnesbehinderungen oftmals nicht barrierefrei[42] und schließlich haben nur wenige GS besondere Maßnahmen in der Öffentlichkeitsarbeit unternommen, um diese Gruppen zu erreichen. Für Menschen mit einer Lern- oder einer geistigen Behinderung kommen die gleichen Begründungen zum Tragen, wobei dieses Klientel in der Öffentlichkeitsarbeit der GS meist nicht beachtet wurde: Nur 2% der GS haben für diese Gruppen besondere Maßnahmen durchgeführt.

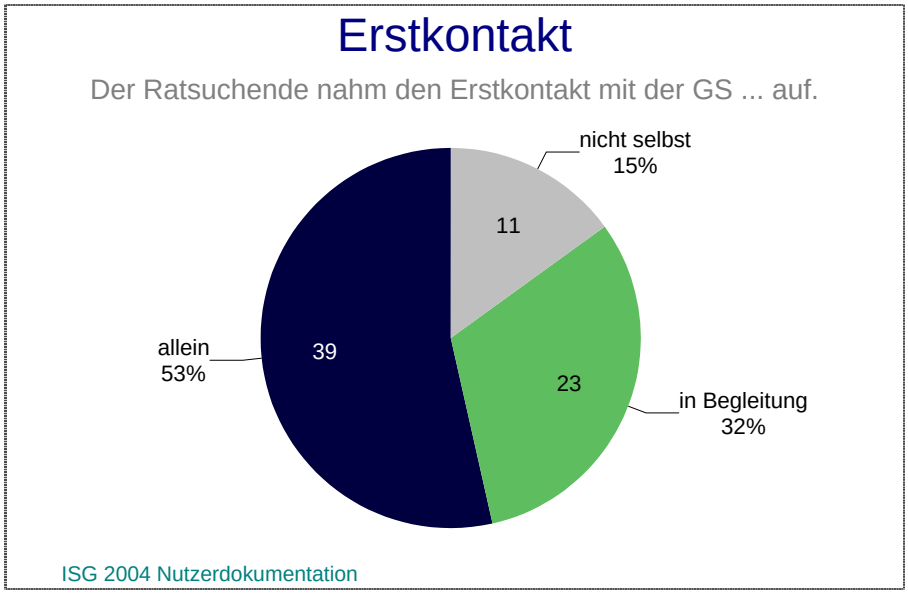
Die BAR empfiehlt, der persönlichen Beratung Vorrang vor anderen, telefonischen oder schriftlichen Formen einzuräumen.[43] Allerdings sind telefonische Beratungsgespräche durchaus nicht die Ausnahme: Die Verteilung der Beratungsgespräche nach ihrer Form (persönlich/ telefonisch) zeigt nach Auskunft der GS ein ausgeglichenes Bild. Auch der Nutzerdokumentation nach zu urteilen, nehmen Beratungen per Telefon, per FAX oder per E-Mail mit 40% der durchgeführten Beratungen einen verhältnismäßig hohen Stellenwert ein.

Die persönlichen Beratungsgespräche werden weit überwiegend in der GS geführt, wobei hier in einem Viertel der Fälle Terminabsprachen erforderlich sind. Hausbesuche werden zwar bisweilen angeboten, stellen aber die Ausnahme dar. Zudem kann der Ratsuchende allein oder in Begleitung zum Beratungsgespräch kommen oder er kann sich vertreten lassen. Es zeigte sich, dass die Gemeinsamen Servicestellen überwiegend von den Ratsuchenden selbst eingeschaltet werden, und diese auch allein zum Gespräch kommen (Vgl. Abbildung 90).

[42] Vgl. zum Umsetzungsstand der Barrierefreiheit in den GS Kapitel 4.

[43] „Auskunft und Beratung sollen in einem persönlichen Gespräch erteilt werden. Darüber hinaus können sie auch [...] über Servicetelefone erfolgen.“ Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation, BAR, Stand April 2001.

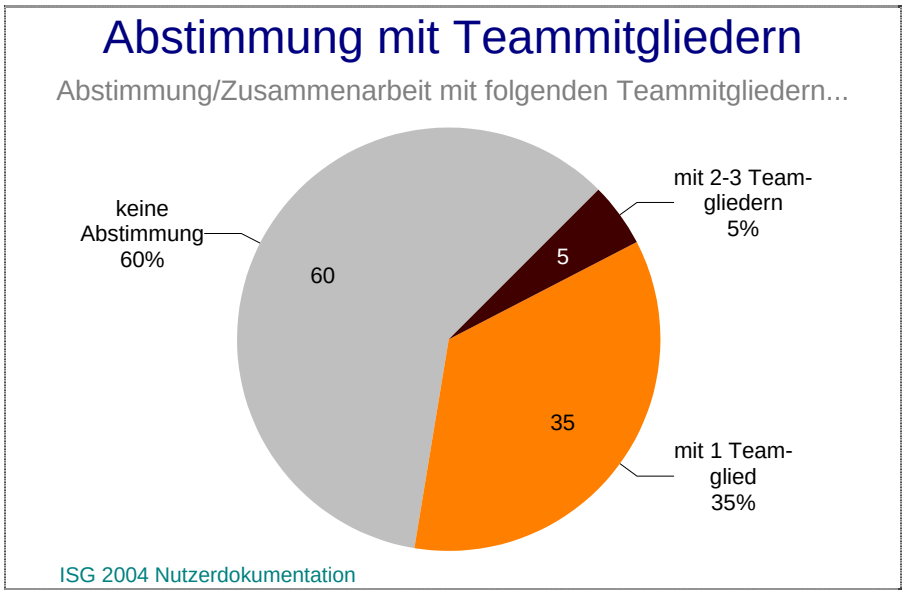
Abbildung 90



Begleitpersonen sind häufig Angehörige oder Freunde. Menschen mit einer Sinnesbehinderung oder mit einer Lernbehinderung kommen häufig in Begleitung. Personen, die sich vertreten ließen, hatten überwiegend eine Hörsprachbehinderung oder eine geistige Behinderung. Hier zeigt sich deutlich, dass Barrieren in der Kommunikation schon die Teilhabe am eigenen Rehabilitationsprozess erschweren.

Der weit überwiegende Teil (ca. 90%) der Klienten wird 1 Mal beraten, während mehrere Kontakte die Ausnahme darstellen. Dieses Ergebnis korrespondiert mit den Aussagen der GS, nach denen in den meisten Fällen keine weiterführende Begleitung notwendig ist. Weiteren Aufschluss bezüglich der Komplexität von Servicestellenfällen in Verbindung mit der Problematik der Definition eines Servicestellenfalls geben die Dokumentationen über erforderliche, fallbezogene Zusammenarbeit. Hier zeigt sich, dass die GS bei den meisten Beratungen nicht mit einem Teammitglied zusammen arbeiteten. In 35% der Fälle wurde ein Teammitglied hinzugezogen und in weiteren 5% mehr als ein Teammitglied. Mehr als drei Teammitglieder waren in keinem Fall beteiligt.

Abbildung 91



7.3.2 Die Sichtweise von Klienten

Die folgende Präsentation der Erfahrungen von Klienten mit den Gemeinsamen Servicestellen basiert auf einer kleinen Basis von Klienten, die sich an der Befragung beteiligt haben. Die Ergebnisse der Befragung konnten nicht sinnvoll quantitativ ausgewertet werden und sind nicht repräsentativ. Dennoch sollen dem Leser die Meinungsäußerungen und Erfahrungen nicht vorenthalten werden.

Zugang zu den Gemeinsamen Servicestellen:

Die regionale Verteilung der Gemeinsamen Servicestellen ist nicht immer geglückt. So sind in einigen Orten bzw. Stadtteilen in einem engen Radius viele Gemeinsame Servicestellen vertreten, was für Verwirrung sorgt, während in anderen Stadtteilen keine Gemeinsame Servicestelle eingerichtet wurde. Speziell Menschen mit Mobilitätsproblemen können ggf. keine Gemeinsame Servicestelle aufsuchen.

Die Selbsthilfegruppen nehmen eine wichtige Stellung bezogen auf die Zusammenarbeit mit den Gemeinsamen Servicestellen ein. Vielen Selbsthilfegruppen ist aber nicht bekannt, dass es Gemeinsame Servicestellen gibt, obwohl das Interesse vorhanden scheint, was die Rückfragen bzw. konkrete Aussagen zeigten:
„Es gibt viele Stellen, die den Behinderten Hilfen anbieten. Aber den Betroffenen ist das selten bekannt..."
„Obwohl ich in der Behindertenarbeit sehr engagiert bin, habe ich noch nie von 'Servicestellen' gehört. Traurig oder?"

Hindernisse in den Gemeinsamen Servicestellen

Hindernisse in den Gemeinsamen Servicestellen bestanden sowohl in einer unzureichenden Beschilderung, in einer schwierigen Auffindbarkeit der Räumlichkeiten als auch in baulichen Hindernissen, wie zu schmale Türen, Treppen etc. Vor allem Klienten mit Sehbehinderungen oder mit einer geistigen Behinderung haben Schwierigkeiten mit der Beschilderung, wobei hier verschiedene Probleme auftreten: Für Menschen mit einer Sehbehinderung muss die Beschilderung groß und vor allem sehr gut ausgeleuchtet sein. *„Beschilderung muss verbessert werden. Gut sichtbar!"* Für Menschen mit einer Lernbehinderung oder einer geistigen Behinderung müssen die Hinweisschilder einfach – am besten mit Symbolen versehen sein. Weitere Hindernisse stellten fehlende Aufzüge oder fehlende Rampen dar.

Die Beratung

Die Klienten zeigten sich meist mit der Beratung zufrieden, insbesondere wurden hier das Eingehen auf die individuellen Wünsche und Belange genannt, positiv wurde ebenfalls bemerkt, wenn sich die Berater Zeit nehmen. *„Ausreichende Auskünfte, wichtige Hinweise", „sehr freundlich, mein Antrag wurde zügig weitergeleitet", „ich war sehr zufrieden", der Berater hat sich sehr viel Zeit genommen".* In einem Fall wurde allerdings auch beschrieben, dass lediglich eine Telefonnummer weitergegeben wurde und alles weitere vom Klienten selbst in die Hand genommen werden musste.

Die Verständigung mit Menschen, die eine Lernbehinderung oder geistige Behinderung haben, scheint teilweise schwierig, dies wurde vor allem deutlich in folgender Aussage, nach der die Klientin mit der Beratung unzufrieden war: *„Es gab für mich manchmal sehr schwierige Fragen, die ich nicht beantworten konnte." „Informationsgespräch war zu langweilig, lang und kompliziert."*

Schließlich führten mangelhaft geregelte Vertretungen zu Verärgerung: *„Bei einem Antrag zu Kur bin ich behandelt worden, als ob ich keine Kur brauchte, und ich wurde gefragt, was ich überhaupt hier wolle? Der Berater ist auch ständig nicht erreichbar wegen Krankheit.“*

Weitere Anmerkungen:

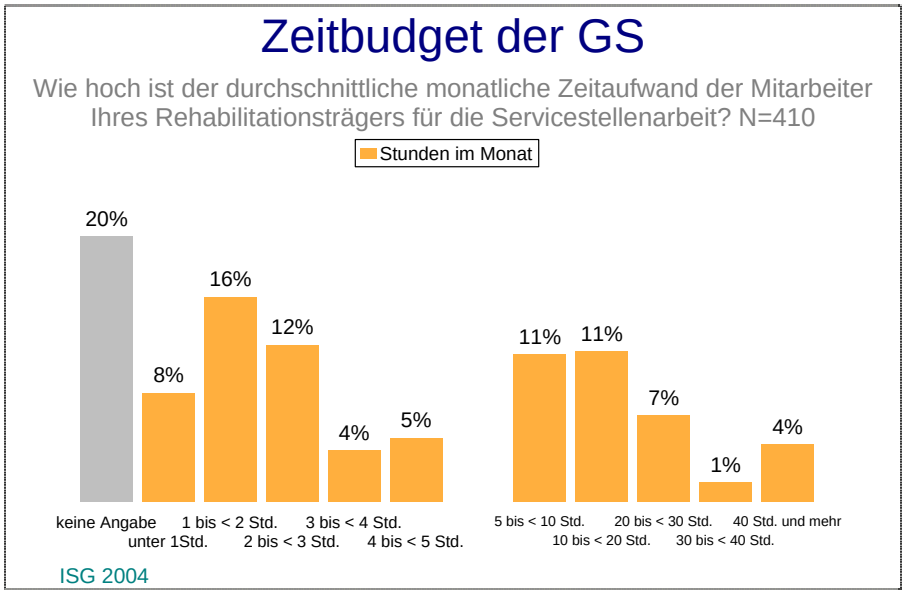
Dass sachkundige Bürger neben Selbsthilfegruppen den Gemeinsamen Servicestellen helfen können, zeigte das Beispiel einer Rollstuhlfahrerin aus Kassel, die immer wieder von Gemeinsamen Servicestellen kontaktiert und um Mithilfe gebeten wird. Diese gegenseitige Form der Zusammenarbeit wird bereits in vielen Fällen praktiziert und sollte weiterhin gefördert und ausgebaut werden.

Darüber hinaus wurde die Möglichkeit aufgezeigt, im Rahmen der Ausbildung bspw. zum Sozialversicherungsfachangestellten auch die Arbeit von Gemeinsamen Servicestellen vor Ort kennen zu lernen. Die trägerübergreifende Arbeit von GS in den Ausbildungsplan aufzunehmen, könnte eine Möglichkeit sein, die übergreifende Beratungstätigkeit der Gemeinsamen Servicestellen bereits in der Ausbildung zu vermitteln.

7.4 Zeitbudget der Gemeinsamen Servicestellen

Wie viel Zeit nimmt die Servicestellenarbeit in Anspruch? Korrespondierend mit den insgesamt geringen Fallzahlen fällt auch der Zeitaufwand gering aus. Die relativ meisten GS (16%) gaben das Zeitbudget für die Servicestellentätigkeit mit 1 bis 2 Stunden im Monat an. Insgesamt knapp die Hälfte der GS (45%) berichtete über ein Zeitbudget von weniger als 5 Stunden im Monat. Lediglich 4% der GS wenden 40 Stunden und mehr im Monat für die Servicestellenarbeit auf, was bei einer angenommenen Arbeitszeit von 160 Stunden im Monat mindestens einer Viertelstelle gleich kommt.

Abbildung 92



Das durchschnittliche Zeitbudget der GS beträgt 11 Stunden im Monat. Dabei investierte die Hälfte der GS, die ihr Zeitbudget offen legten, nicht mehr als 4 Stunden monatlich. Am häufigsten wird der Einzelwert „1 Stunde im Monat“ genannt. 52 GS (13%) der GS geben an, monatsdurchschnittlich eine Stunde für die Servicestellenarbeit aufzuwenden.

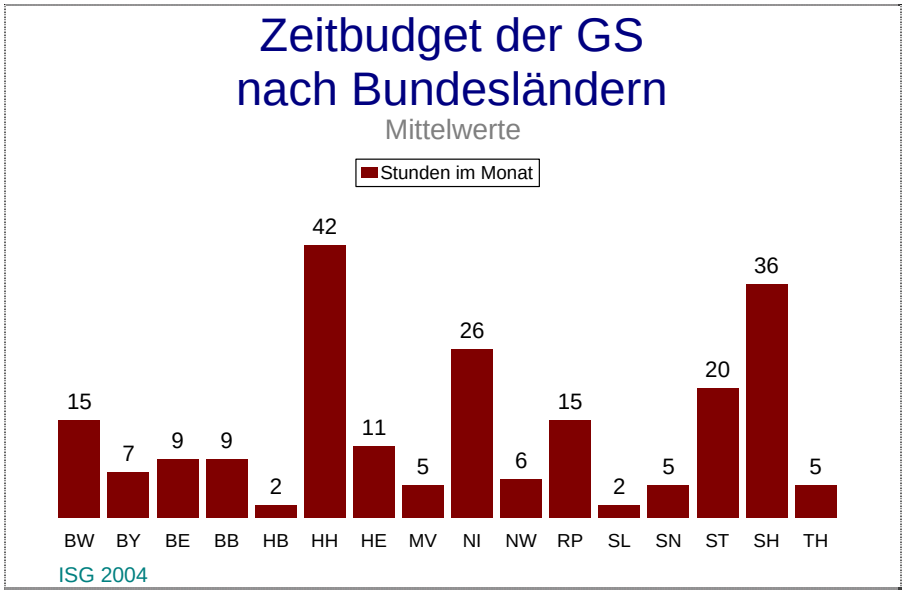
Die Ergebnisse zeigen ein überraschend geringes, von den Trägern selbst eingeschätztes Zeitbudget für die Servicestellenarbeit, insbesondere, wenn man bedenkt, dass bei einer Frage nach dem Aufwand dieser erfahrungsgemäß eher etwas überschätzt denn unterschätzt wird. Herauszustreichen ist, dass nicht nur nach der reinen Beratungszeit gefragt wurde, sondern nach der Servicestellenarbeit insgesamt, also auch nach dem zeitlichen Aufwand für Schulungen, Öffentlichkeitsarbeit, Teamtreffen etc. Es ist denkbar, dass einige Befragte lediglich den Aufwand bezifferten, der sich aus konkreten Kundenkontakten ergab. Auf der anderen Seite erfolgen Schulungen von Servicestellenmitarbeitern nicht kontinuierlich, sondern beschränkten sich, wenn sie überhaupt durchgeführt wurden, häufig auf die Startphase der GS. Öffentlichkeitsarbeit wird in vielen Fällen nicht oder nicht systematisch betrieben bzw. wurde ebenfalls lediglich in der Startphase der GS durchgeführt, so dass in der jüngeren Vergangenheit bzw. aktuell keine oder kaum Arbeitszeit angefallen sein dürfte.

7.4.1 Zeitbudget im Ländervergleich

Wo befinden sich die 49 GS (12%), die ein vergleichsweise hohes Zeitbudget für die Servicestellentätigkeit von mindestens 20 Stunden im Monat angaben? Jeweils 8 dieser GS sind in Baden-Württemberg (31% der befragten GS in BW), Bayern (12%) und Sachsen-Anhalt (32%) eingerichtet. 6 dieser GS befinden sich in Nordrhein-Westfalen (10%). Die restlichen GS verteilen sich gleichmäßig auf die anderen Bundesländer.

Nachfolgende Abbildung weist das Zeitbudget je GS nach Bundesländern aus. Der hohe Durchschnittswert von 42 Stunden im Monat in Hamburg erklärt sich durch das sehr hohe Zeitbudget von 154 Stunden im Monat, dass eine von fünf GS in Hamburg angab. Die anderen bezifferten ihr Zeitbudget mit einer halben Stunden, 6 Stunden, 8 Stunden und 40 Stunden. Überdurchschnittlich viel Zeit wird in Sachsen-Anhalt mit 36 Stunden im Monat investiert. Über dem Durchschnitt von 11 Stunden im Monat liegen Baden-Württemberg, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz. Einen unterdurchschnittlichen Zeitaufwand bedeutet die Servicestellenarbeit hingegen in Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen und Thüringen.

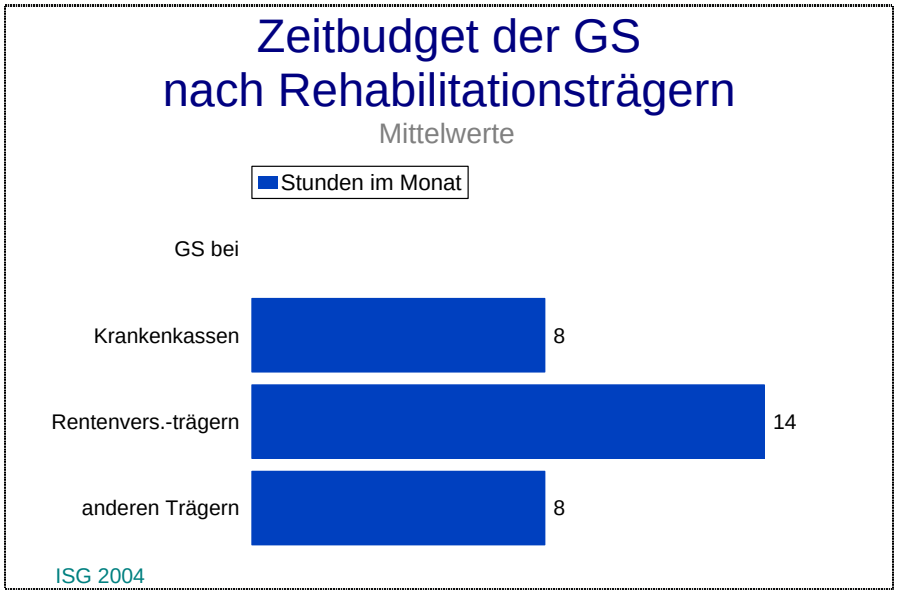
Abbildung 93



7.4.2 Zeitbudget im Trägervergleich

Der Trägervergleich des Zeitbudgets der GS zeigt, dass GS bei Rentenversicherungsträgern mit 14 Stunden im Monat durchschnittlich fast doppelt so viel Zeit in die Servicestellenarbeit investieren als GS bei Krankenkassen oder anderen Trägern.

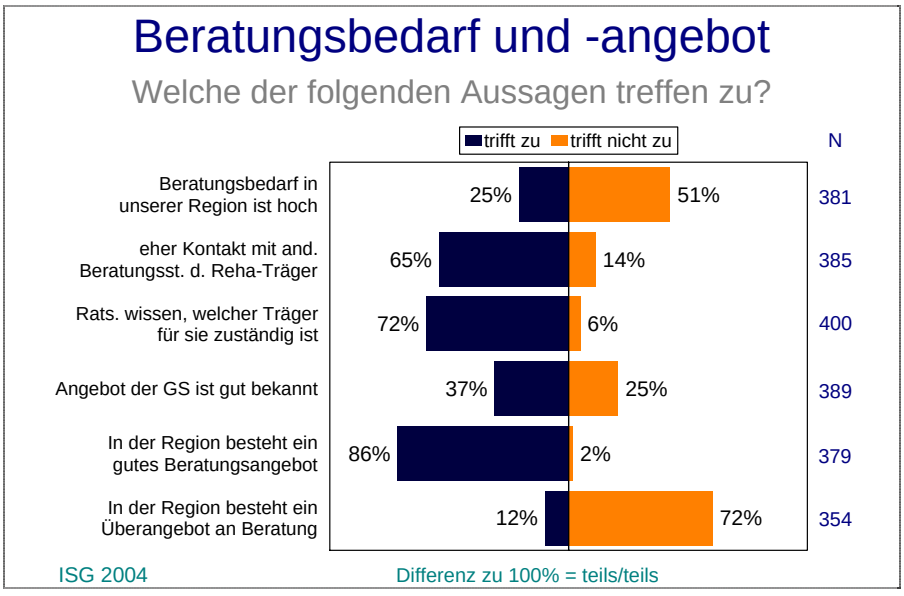
Abbildung 94



7.5 Beratungsbedarf und -angebot

Für die insgesamt geringen Fallzahlen und das damit verbundene niedrige Zeitbudget der GS existieren zwei Erklärungen: Erstens gibt ein Viertel der GS (25%) die Einschätzung ab, dass ihr Angebot in der Region nicht gut bekannt ist. Zweitens nimmt die Hälfte der GS (51%) in ihrer Region einen geringen Beratungsbedarf wahr.

Abbildung 95



Nach Einschätzung der überwiegenden Mehrheit der GS (86%) besteht in der Region zudem ein gutes Beratungsangebot der Rehabilitationsträger. Mit anderen Beratungsstellen der Rehabilitationsträger nehmen Ratsuchende nach Meinung von zwei Dritteln

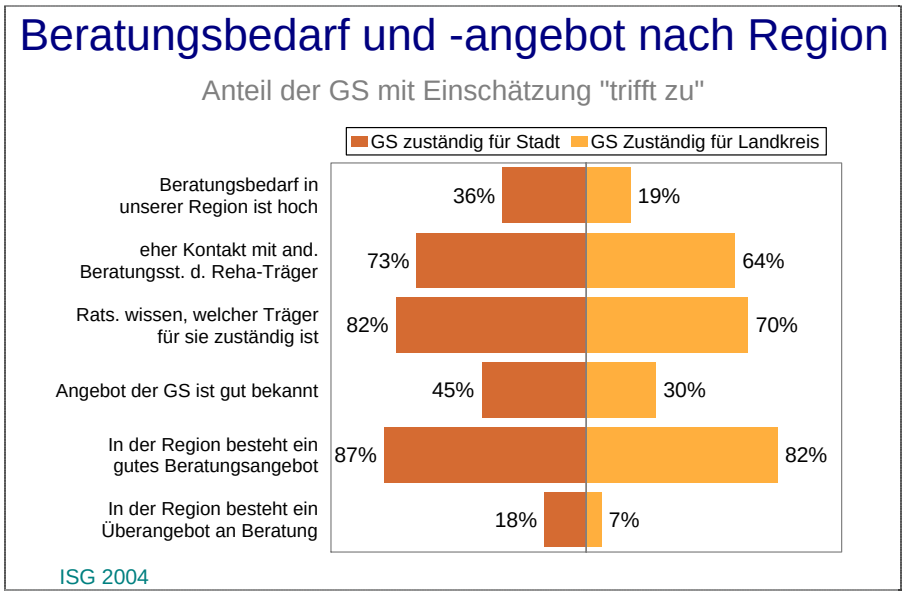
der GS (65%) eher Kontakt auf als mit der GS. Der Grund dafür ist nach Ansicht von knapp drei Vierteln der GS (72%), dass die Ratsuchenden in der Regel wissen, welcher Träger für ihr Anliegen zuständig ist und sie diesen direkt aufsuchen.

7.5.1 Beratungsbedarf und -angebot im Stadt-Land-Vergleich

Die Einschätzungen der GS bezüglich des Beratungsbedarfs und des Beratungsangebots stehen in einem Zusammenhang damit, ob ihr Versorgungsgebiet eine kreisfreie Stadt oder ein Landkreis ist. Interessant erscheint zunächst, dass die GS den Beratungsbedarf in Städten deutlich höher einschätzen als in ländlich strukturierten Räumen. Wie die Analyse der Inanspruchnahme der GS zeigte, sind die Fallzahlen in Städten allerdings niedriger als in ländlich strukturierten Räumen. Eine Erklärung könnte darin bestehen, dass die Ratsuchenden in der Stadt auf ein quantitativ größeres Beratungsangebot treffen und ihr Beratungsbedarf an anderen Stellen gedeckt wird. Tatsächlich gehen die GS davon aus, dass die Ratsuchenden in Städten eher Kontakt zu anderen Beratungsstellen der Rehabilitationsträger aufnehmen und eher wissen, welcher Träger für sie zuständig ist.

Dass das Beratungsangebot in der Region insgesamt gut ist, glauben jeweils gleich viele GS, die für eine Stadt bzw. einen Landkreis zuständig sind. Aus ihrer Perspektive besteht damit im allgemeinen keine Unterversorgung an Beratung im ländlichen Raum. Knapp ein Fünftel der GS gibt weiter die Einschätzung ab, dass in ihrem städtischen Versorgungsgebiet ein Überangebot an Beratung besteht. Was schließlich den Bekanntheitsgrad der GS angeht, zeigen sich die GS in Städten deutlich überzeugter davon, dass ihr Angebot gut bekannt ist.

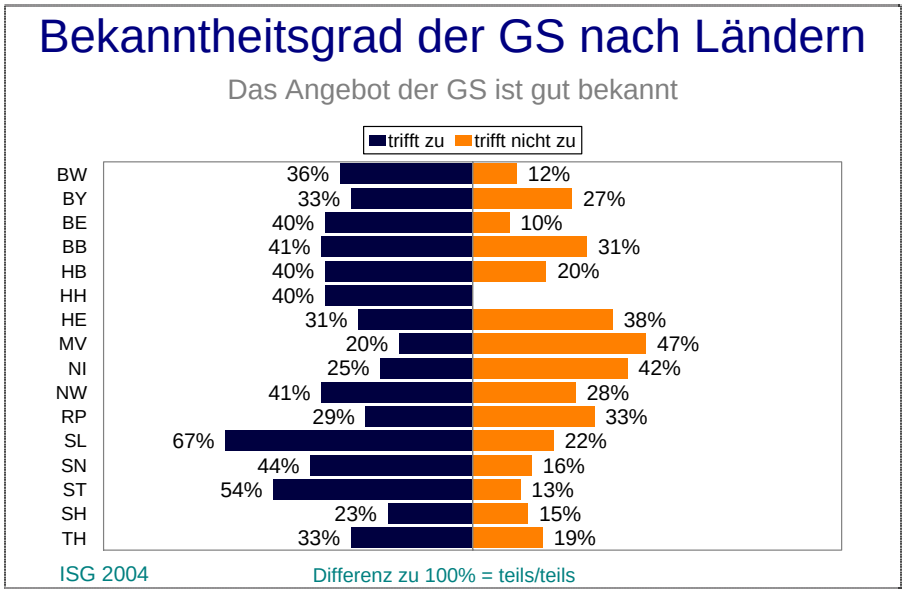
Abbildung 96



7.5.2 *Beratungsbedarf und -angebot im Ländervergleich*

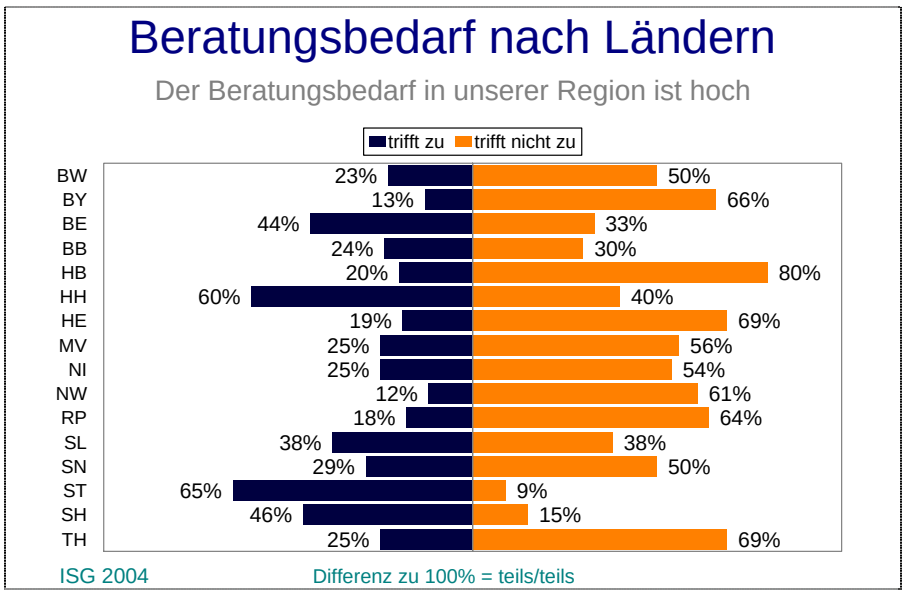
Die Frage des Bekanntheitsgrades der GS soll im Folgenden differenziert nach Bundesländern beantwortet werden. Wie oben beschrieben, äußern 37% der GS die Einschätzung, die GS sei gut bekannt, ein Viertel (25%) hingegen schätzt den Bekanntheitsgrad als schlecht ein. Ein überdurchschnittlich hoher Bekanntheitsgrad der GS liegt offenbar im Saarland (67%) und in Sachsen-Anhalt (54%) vor. Wenig bekannt sind die GS insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern (47%) und Hessen (38%).

Abbildung 97



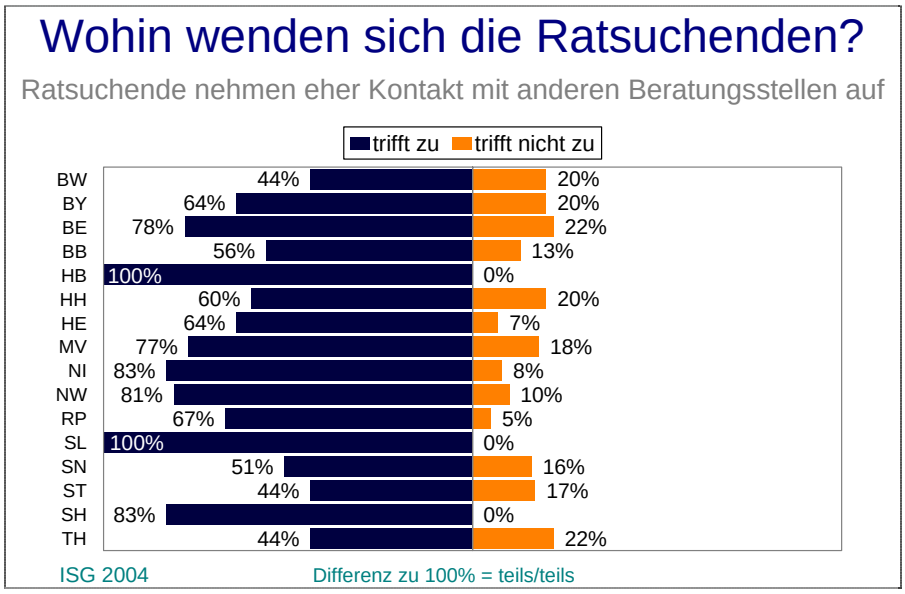
Auch hinsichtlich der Einschätzung des regionalen Beratungsbedarfs ergeben sich Unterschiede im Ländervergleich. Insbesondere in Sachsen-Anhalt, aber auch in Hamburg und Schleswig-Holstein nehmen die GS einen hohen regionalen Beratungsbedarf wahr. Hingegen schätzen GS insbesondere in Bayern, Bremen, Hessen und Rheinland-Pfalz den Beratungsbedarf mehrheitlich gering ein.

Abbildung 98



Wie angeführt wird die insgesamt geringe Inanspruchnahme der GS häufig damit begründet, dass die Ratsuchenden in der Regel wissen, wer für sie zuständig ist und sie sich eher durch die anderen, trägerspezifischen Beratungsstellen beraten lassen. Dieses Argument wird insbesondere in Bremen, im Saarland und in Schleswig-Holstein vertreten. Überdurchschnittlich viele GS in Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt halten dieses Argument für unzutreffend und sehen keine Präferenzen Ratsuchender für die trägerspezifischen Beratungsstellen.

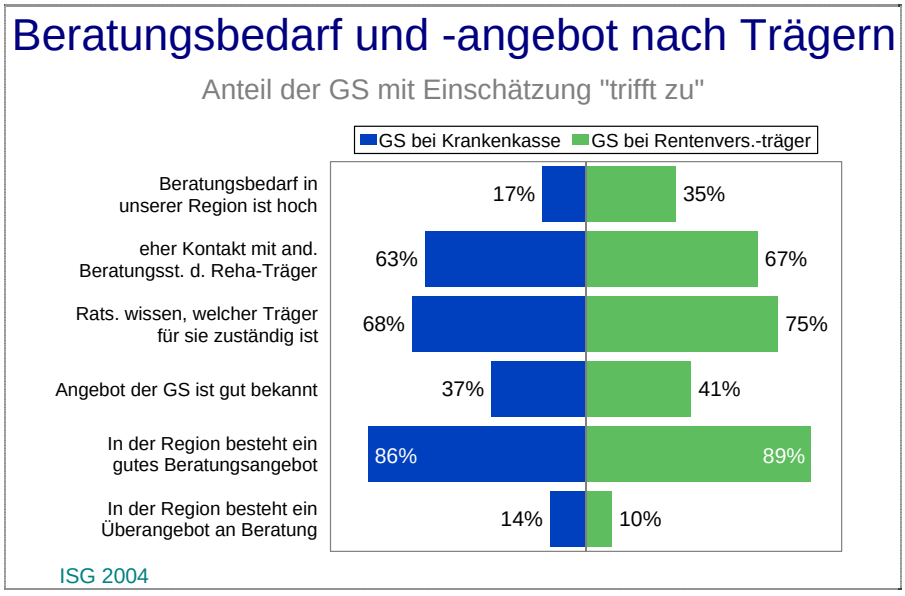
Abbildung 99



7.5.3 Beratungsbedarf und -angebot im Trägervergleich

Die Einschätzungen von GS bei Krankenkassen unterscheiden sich kaum von denen der GS bei Rentenversicherungsträgern. Eine Ausnahme besteht in der Bewertung des Beratungsbedarfs. Der Anteil der GS bei Rentenversicherungsträgern, der einen regional hohen Beratungsbedarf wahrnimmt, ist mit über einem Drittel doppelt so hoch wie der Anteil der GS bei Krankenkassen.

Abbildung 100



8 Öffentlichkeitsarbeit der Gemeinsamen Servicestellen

8.1 Bekanntheitsgrad der GS

Es ist unstrittig anzunehmen, dass die Inanspruchnahme der GS (zumindest auch) von ihrem Bekanntheitsgrad abhängt. Nur wenn die GS und ihre Aufgaben bekannt sind, können Ratsuchende überhaupt erst in Erwägung ziehen, sie in Anspruch zu nehmen. Behinderten- und Sozialverbände nehmen allerdings eher einen geringen Bekanntheitsgrad der GS wahr, wie beispielhaft folgende Stellungnahmen zum Umsetzungsstand des SGB IX für die öffentliche Anhörung am 13. Oktober 2003 dokumentieren:

> „Viele Menschen mit Behinderungen haben noch nie vom SGB IX und den Gemeinsamen Servicestellen gehört. Hier bestehen sehr große Informationsdefizite.“[44]

> „Nach den Erfahrungen des Sozialverbandes VDK sind diese Servicestellen in ihrer praktischen Arbeit bei behinderten Menschen, bei Schwerbehindertenvertretungen, Betriebsräten und Arbeitgebervertretern, aber auch bei den VDK-Geschäftsstellen kaum in Erscheinung getreten. Dies liegt zum Teil an ihrem geringen Bekanntheitsgrad, zum Teil auch daran, dass in den Betrieben selbst die Unterstützungsmöglichkeiten der Rehabilitationsträger häufig unbekannt sind. ...“[45]

Ein geringer Bekanntheitsgrad der GS ergibt sich dabei nicht allein in der Perspektive von Behinderten- und Sozialverbänden. Wie in Abschnitt 7.5 dargestellt, schätzt ein Viertel der GS es selbst so ein, dass ihr Angebot in der Region nicht gut bekannt ist. Verschiedene GS thematisieren diese Problematik und weisen dabei zum Teil auf ihr geringes Zeitbudget hin, das keinen Raum für eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit lässt.

> „Die GS werden zu wenig angenommen, zu wenig Öffentlichkeitsarbeit.“ (GS in Bayern)

> „Die GS sind den Bürgern kaum bekannt.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

> „Für die Mitarbeiter der GS ist es neben der normalen täglichen Arbeit nicht möglich, noch Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. Die Folge ist dann die geringe Nutzung der GS durch Betroffene.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

> „Die GS und ihre Aufgaben sind in weiten Teilen nicht bekannt. Die Reha-Träger stehen nicht hinter den GS.“ (GS in Niedersachsen)

> „Die Aufgabe der Gemeinsamen Servicestelle ist in der Öffentlichkeit noch nicht genug verbreitet.“ (GS in Baden-Württemberg)

Im Folgenden soll die Öffentlichkeitsarbeit der GS aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet werden. Dabei spielen das Informationsangebot im Internet, die einheitliche Außendarstellung der GS und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit vor Ort eine Rolle. Die Darstellung schließt mit der Diskussion des Zusammenhangs von Öffentlichkeitsarbeit und Inanspruchnahme der GS.

---

[44] Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen (ForseA), Stellungnahme anlässlich der Anhörung zur Umsetzung des SGB IX am 13. Oktober 2003 im Deutschen Bundestag

[45] Stellungnahme des Sozialverbandes VdK Deutschland zur Umsetzung des Sozialgesetzbuches IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, für die Anhörung der Koalitionsarbeitsgruppe „Menschen mit Behinderungen“ am 13. Oktober 2003; Bonn, den 10. Oktober 2003, S. 4

8.2 Informationsangebot im Internet

Im Internet besteht mittlerweile ein umfangreiches, teilweise aber eher an eine Fachöffentlichkeit gerichtetes Informationsangebot zu den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Mitte Juli 2004 fanden sich bei einer Recherche mit dem Internet-Suchprogramm „Google“ unter dem Stichwort „Gemeinsame Servicestellen“ rd. 4.100 Einträge. Unter den ersten 20 Einträgen informiert beispielsweise die Stadt Hamburg unter <www.fhh.hamburg.de> und <servicestellen-rehabilitation> über Ziele und Leistungen der GS und führt die 5 GS vor Ort mit Adresse, Kontaktmöglichkeiten und Verbindungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln auf. Beispielsweise unter <www.gemeinsame-servicestelle.de> findet sich ein elektronischer Flyer der LVA Baden-Württemberg, der ausführlich über die GS im Land informiert.

Datenbankabfragen zu allen bislang eröffneten GS sind insbesondere auf den Internetseiten der BfA, des VdR und des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, <www.sgb-ix-umsetzen.de>, möglich. Jeweils können Suchanfragen wahlweise nach Bundesland, Ort bzw. Postleitzahl und Träger gestellt werden. Angezeigt werden dann insbesondere Adresse, Kontaktmöglichkeiten und Öffnungszeiten der einzelnen GS.

Weiter können in der Regel über die Internetseiten der Landes- oder Bundesverbände einzelner Rehabilitationsträger Informationen zu den GS recherchiert werden, die bei diesem Träger eingerichtet wurden.

Auch wenn es damit möglich ist, sich durch das Internet über die GS zu informieren, ist darauf hinzuweisen, dass die Reichweite dieser Informationen beschränkt ist: Nicht jeder Ratsuchende verfügt über einen Internetzugang bzw. über die entsprechenden Kompetenzen im Umgang mit neuen Medien:

> „Gleichwohl dürfen wir nicht verkennen, dass noch sehr viele Menschen – insbesondere im fortgeschrittenen Alter und mit niedrigem Haushaltseinkommen – über keinen Zugang zum Internet verfügen. So nutzen nach den Erfahrungen des VDK in Hessen nur etwa ein Drittel der dort organisierten behinderten Menschen einen Internetzugang. Da jedoch die Mehrzahl behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen nicht organisiert ist, müssen wir davon ausgehen, dass auch ihr indirekter Zugang über Dritte schlechter ist als bei Menschen, die in unseren Mitgliedsorganisationen organisiert sind.“[46]

Festzuhalten bleibt, dass das Informationsangebot im Internet zwar zu begrüßen ist, es aber alleine nicht ausreicht, um die GS einer breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen.

[46] Schreiben der Vorsitzenden des DPWV, Barbara Stolterfoht, an den Geschäftsführer des VdR, Franz Ruland, Umsetzung des Sozialgesetzbuches IX, 05.06.2003, Vgl. <www.paritaet.org>

8.3 Außendarstellung der GS

Einen Aspekt der Öffentlichkeitsarbeit stellt die einheitliche Außendarstellung der GS dar. Die BAR schlägt als Kennzeichen der GS ein einheitliches Signum vor[47], das insbesondere auf Hinweisschildern, aber auch zum Beispiel auf Briefpapier, Visitenkarten oder Stempeln Verwendung finden soll. Nach den uns vorliegenden Informationen ist davon auszugehen, dass an vielen, aber nicht allen Standorten von GS Hinweisschilder mit dem empfohlenen Signum Ratsuchende auf die GS aufmerksam machen bzw. ihnen den Weg zu den für die GS zuständigen Mitarbeitern weisen. Im Rahmen der schriftlichen Befragungen der GS tauchte sowohl das Signum als auch der Begriff „Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation“ oder „Servicestelle für Rehabilitation“ relativ selten (in rd. 15% der Fälle) auf Briefpapier oder Stempeln auf. Bei der Korrespondenz mit den GS war es eher der Fall, dass Fragebogen den Stempel „Auskunfts- und Beratungsstelle“ und dass Anschreiben beispielsweise den Absender „Geschäftsstelle“ oder „Rehabilitationsberatung“ aufwiesen. Einzelne GS führten in der schriftlichen Befragung aus:

> „Materialien für Mitarbeiter fehlen, besonders wichtig wäre ein entsprechender Stempel.“ (GS in Brandenburg)

Es ist zu bedenken, dass eine entsprechende Ausstattung der GS mit „Kennzeichen“ (Signum, Begriff „Gemeinsame Servicestelle“) nicht nur die Außendarstellung der GS und damit den Zugang Ratsuchender zu ihrer Beratung erleichtert, sondern auch die Darstellung „nach innen“, gegenüber dem eigenen Rehabilitationsträger und den Teammitgliedern der beteiligten anderen Rehabilitationsträger. Wenn man bedenkt, dass die GS in aller Regel nicht über ein eigenes Büro verfügen und die Mitarbeiter die Servicestellentätigkeit neben ihren weiter bestehenden Aufgaben zusätzlich erledigen, dann besteht die Gefahr, dass die GS schon für den eigenen und andere Rehabilitationsträger nicht sichtbar ist.

8.4 Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit der GS vor Ort

Der eher geringe Bekanntheitsgrad der GS wirft die Frage auf, welche Anstrengungen die GS bzw. die Rehabilitationsträger unternommen haben und unternehmen, um die GS bekannt zu machen.

Im Rahmen der ersten schriftlichen Befragung der GS im Frühjahr 2003 gaben drei Viertel (77%) der befragten 378 GS an, dass ihre Arbeit durch Presseartikel bekannt gemacht wurde (Vgl. Abbildung 102). Die Empfehlung der BAR, einen Flyer zu erstellen und für die Öffentlichkeit zu verwenden[48], wurde im Frühjahr 2003 erst von der Hälfte der GS (51%) umgesetzt. Allerdings berichteten 16% der GS, dass sich ein Flyer

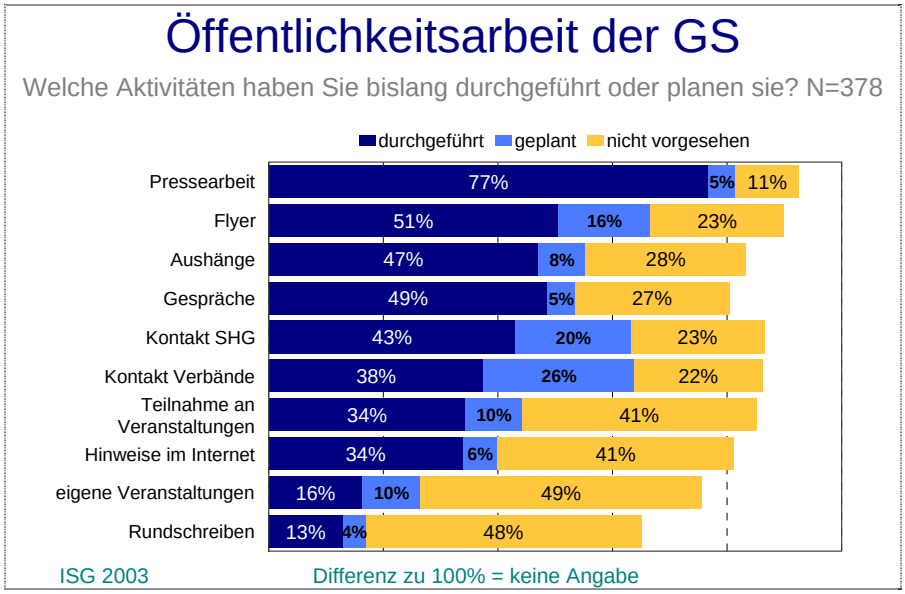
---

[47] Vgl. BAR, Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation vom 24. April 2001, § 6 Kennzeichnung der Servicestellen sowie BAR, Durchführungshinweise zu der Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation, Ziffer 9, Außendarstellung, Ziffer 9.1; Das Signum selbst ist den „Durchführungshinweisen“ als Anlage 3 beigefügt: Eine offene Eingangstür und ein Pfeil zeigen, ob sich im Haus eines Leistungsträgers eine Gemeinsame Servicestelle befindet und wie man am schnellsten dorthin gelangt.

[48] BAR, Durchführungshinweise zu der Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation, Ziffer 9, Außendarstellung, Ziffer 9.1, Stand: 14. Mai 2001

in Planung befinde. Die Hälfte der GS (47%) hatte Aushänge gestaltet, mit denen über die Servicestellenarbeit informiert wird. Neben diesem schriftlichen Informationsangebot stellt die Informationsweitergabe im Rahmen persönlicher Kontakte von Servicestellenmitarbeitern mit Dritten einen weiteren Aspekt von Öffentlichkeitsarbeit der GS dar. Knapp die Hälfte der GS (49%) warb in Gesprächen mit Dritten für die eigene GS. 38% bzw. 43% der GS waren auf Behindertenverbände bzw. Selbsthilfegruppen zugegangen, um ihre Arbeit bekannt zu machen. Eine solche Multiplikatorenarbeit mit Verbänden und Selbsthilfegruppen befand sich bei einem Fünftel bis einem Viertel der GS zum Zeitpunkt der Befragung in Planung. Weiter nahm ein Drittel der GS (34%) an Veranstaltungen Dritter teil, z.B. an einem Selbsthilfetag, und informierte dabei über ihre Arbeit. Eigene Veranstaltungen, zum Beispiel als Tag der offenen Tür, wurden nur von jeder sechsten GS (16%) durchgeführt.

Abbildung 101

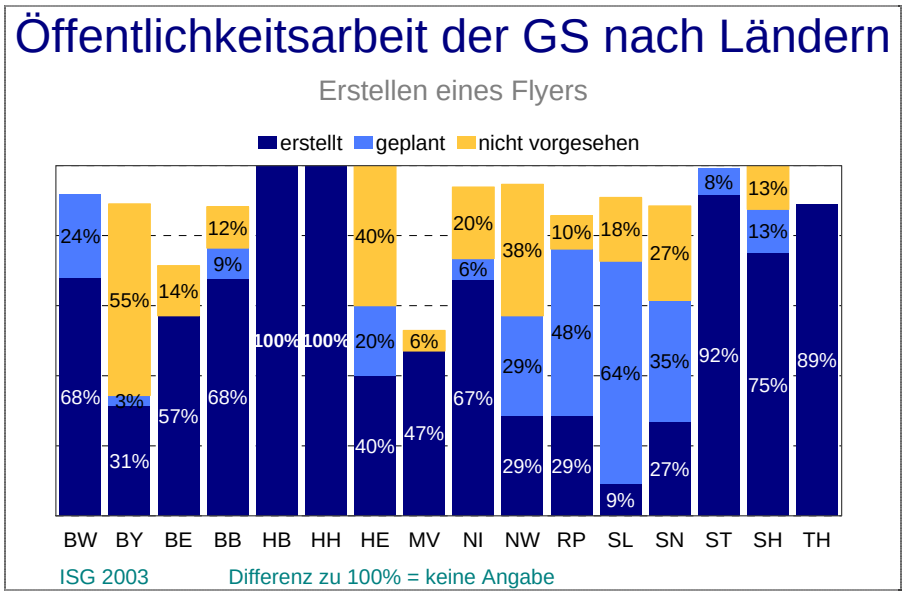


Danach gefragt, ob sie die bislang durchgeführten Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit als ausreichend wahrnehmen, um ihre Tätigkeit bekannt zu machen, schätzten annähernd zwei Drittel der GS (64%) die Öffentlichkeitsarbeit als ausreichend ein. Knapp ein Fünftel der GS (19%) konstatierte Defizite in der Öffentlichkeitsarbeit und damit im Bekanntheitsgrad der GS, der Rest enthielt sich einer Einschätzung.

Insgesamt ergibt sich ein geteiltes Bild: Einerseits führte ein Drittel bis hin zur Hälfte der GS verschiedene Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit durch. Dabei befand sich bei einem weiteren Fünftel bis Viertel der GS die Erstellung eines Flyers sowie die Multiplikatorenarbeit mit Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen in Planung. Andererseits führte jeweils knapp ein Viertel der GS keine Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit in Form von Flyer und Multiplikatorenarbeit durch. Festzuhalten bleibt, dass die GS mehrheitlich durchaus Anstrengungen unternommen haben, um die GS bekannt zu machen, teilweise geschah dies aber auch nicht. Insgesamt betrachtet erscheint die Öffentlichkeitsarbeit weiter entwicklungsbedürftig.

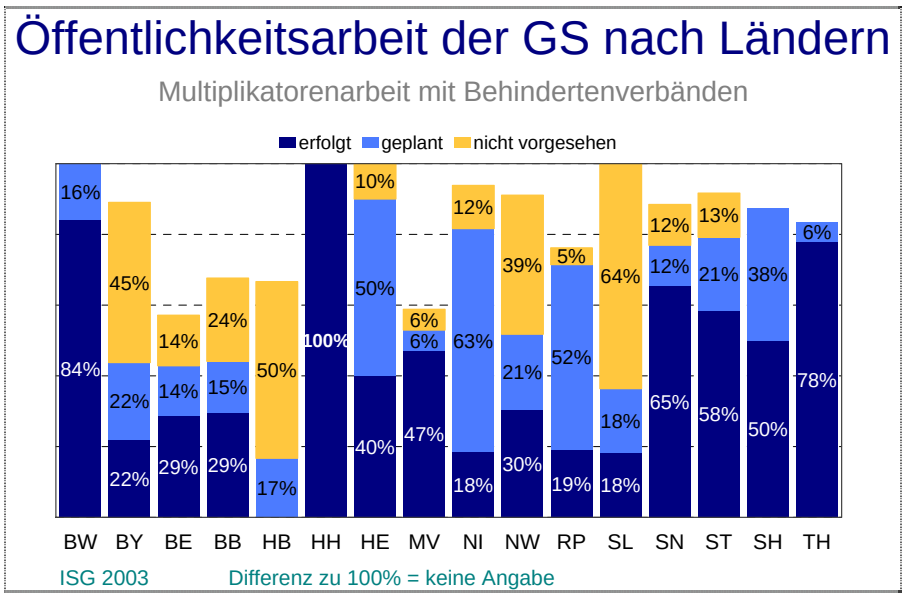
An den Beispielen der Erstellung eines Flyers, der Multiplikatorenarbeit mit Behindertenverbänden und der Teilnahme der GS an Veranstaltungen Dritter ergeben sich im Ländervergleich regionale Unterschiede in der Umsetzung von Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit: Ein Flyer fand im Frühjahr insbesondere in Bremen, Hamburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen Anwendung. In Baden-Württemberg, Brandenburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein war für mindestens zwei Drittel der GS ein Flyer erstellt. Insbesondere in Rheinland-Pfalz, im Saarland und in Sachsen befand sich ein Flyer vergleichsweise häufig in Planung. In Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen war ein Flyer der GS relativ häufig nicht vorgesehen.

Abbildung 102



Eine Öffentlichkeitsarbeit, die Behindertenverbände als Multiplikatoren der Servicestellentätigkeit nutzt, wurde insbesondere in Hamburg, Baden-Württemberg und Thüringen durchgeführt. Bei den GS in Hessen und Niedersachsen war diese Multiplikatorenarbeit häufig erst in Planung.

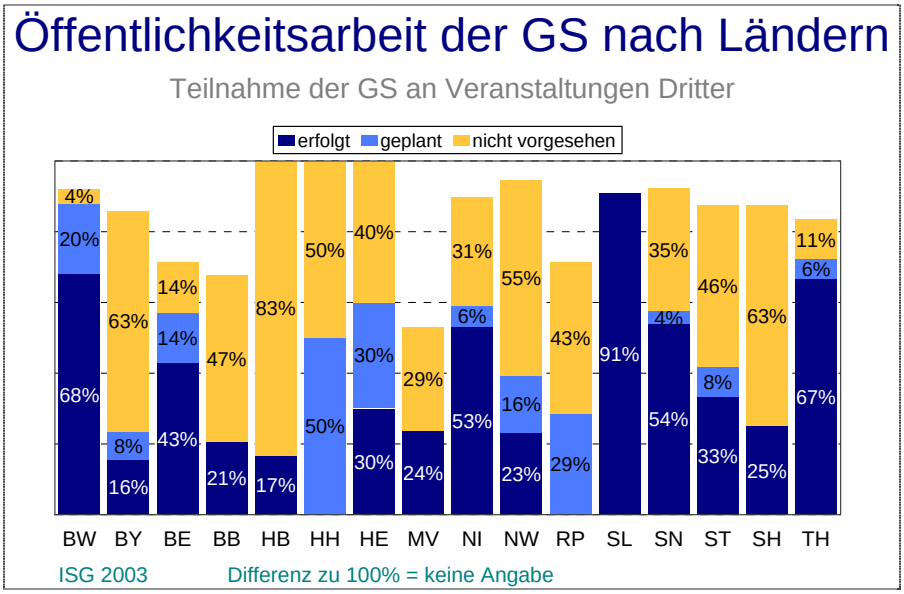
Abbildung 103



Dagegen sahen relativ viele GS in Bayern und Nordrhein-Westfalen sowie in Bremen und im Saarland in der Multiplikatorenarbeit mit Behindertenverbänden keine Option ihrer Öffentlichkeitsarbeit.

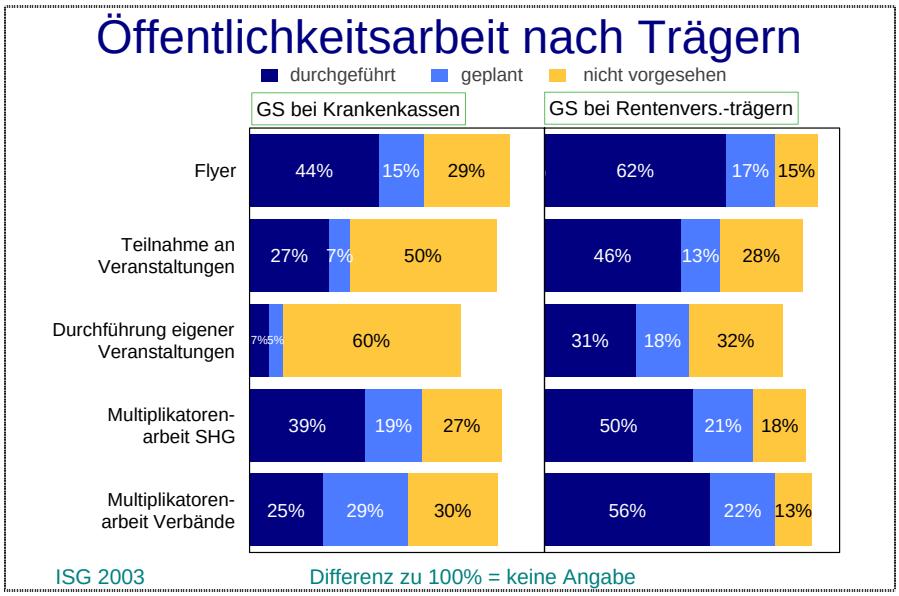
Vergleichsweise viele GS in Baden-Württemberg, im Saarland und in Thüringen nahmen an Veranstaltungen Dritter teil und warben in diesem Rahmen für ihre Arbeit. In Hamburg, Hessen und Rheinland-Pfalz befanden sich solche Aktivitäten relativ häufig in Planung. Nicht vorgesehen war eine Teilnahme von GS an Veranstaltungen vergleichsweise häufig in Bayern, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein.

Abbildung 104



Der Trägervergleich zeigt, dass sämtliche angeführten Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit eher von GS bei Rentenversicherungsträgern als von GS bei Krankenkassen durchgeführt wurden.

Abbildung 105



Beispielsweise verfügten 44% der GS bei Krankenkassen über einen Flyer, aber 62% der GS bei Rentenversicherungsträger. Weiter führte nur ein Viertel der GS bei Krankenkassen Multiplikatorenarbeit mit Behindertenverbänden durch, aber mehr als die

Hälfte der GS bei Rentenversicherungsträgern. Etwas häufiger nutzten GS bei Krankenkassen dagegen Selbsthilfegruppen als Multiplikatoren ihrer Arbeit. Auch hier waren GS bei Rentenversicherungsträgern aber aktiver. Auffällig ist des Weiteren, dass GS bei Rentenversicherungsträgern im Vergleich häufiger als GS bei Krankenkassen an Veranstaltungen Dritter teilnehmen sowie eigene Informationsveranstaltungen durchführen.

8.5 Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit im Zeitverlauf?

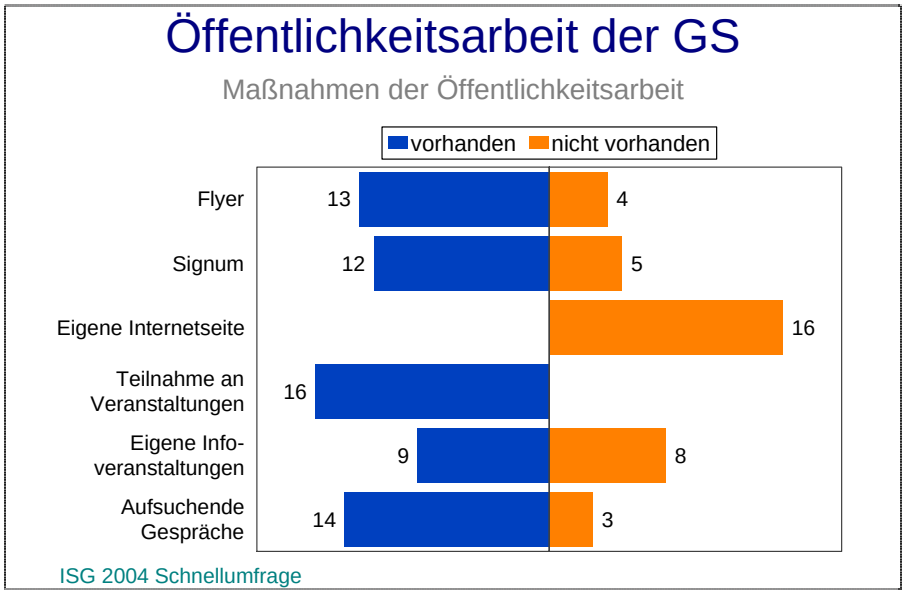
In verschiedenen Gesprächen wiesen Servicestellenmitarbeiter und Vertreter von Rehabilitationsträgern darauf hin, dass die Öffentlichkeitsarbeit der GS im Zeitverlauf und insbesondere in der letzten Zeit intensiviert wurde und sich der Bekanntheitsgrad deshalb seit der ersten schriftlichen Befragung im Frühjahr 2003 deutlich erhöht habe.

Erinnert sei in diesem Zusammenhang nochmals daran, dass im Rahmen der zweiten schriftlichen Befragung der GS im Frühjahr 2004 ein Viertel die Einschätzung abgab, ihr Angebot sei in der Region nicht bekannt, während ein Drittel (37%) die Ansicht vertrat, ihr Angebot sei vor Ort gut bekannt. Eine relative Mehrheit von 38% war geteilter Meinung und antwortete mit „teils/teils“ auf die Frage, ob ihr Angebot gut bekannt sei.

Gegen Ende der Projektlaufzeit führten wir unter den 30 GS, mit denen im Rahmen der Begleitforschung ein intensiverer Austausch bestand, eine Schnellumfrage per E-Mail zum Thema Öffentlichkeitsarbeit durch, an der sich 17 GS beteiligten. Auf der Basis der Antworten sind keine Aussagen mit dem Anspruch auf Repräsentativität möglich, sie geben aber einen Eindruck von der aktuellen Situation:

- 13 der befragten GS verwenden einen Flyer. Sechsmal wurde dieser im Jahr 2002 erstellt, drei wurden im Jahr 2003 erstellt, zwei existieren seit 2001.
- 12 GS nutzen das von der BAR empfohlene Signum. Neben der Verwendung auf Hinweisschildern wird es achtmal auf Briefpapier verwendet sowie jeweils zweimal auf Visitenkarten und auf Stempeln.

Abbildung 106



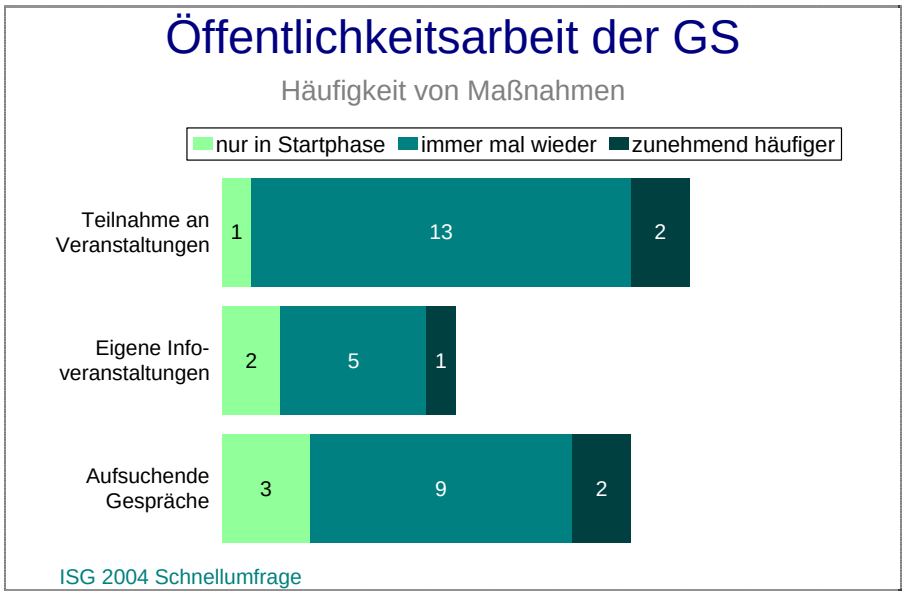
- Keine der GS verfügt über eine eigene Internetseite. Hinweise auf die GS auf den Internetseiten von Bundes- und Landesverbänden der Rehabilitationsträger wurden hier nicht berücksichtigt.

- Alle 16 GS nehmen an Veranstaltungen Dritter teil und informieren dabei über ihre Servicestellenarbeit. 13 GS führen aus, dass sich diese Aktivität nicht nur auf die Startphase ihrer GS beschränkte, sondern seitdem immer mal wieder vorkommt. Zwei GS weisen darauf hin, dass sie sogar zunehmend häufiger an Veranstaltungen Dritter teilnehmen. Eine GS nahm nur in der Startphase an Veranstaltungen Dritter teil.
- Hinsichtlich der Durchführung eigener Informationsveranstaltungen ergibt sich ein geteiltes Bild. 9 GS führen eigene Informationsveranstaltungen durch, 8 nicht. Wenn eigene Veranstaltungen durchgeführt werden, beschränkten sie sich zweimal auf die Startphase der GS. Eine GS gab an, zunehmend häufiger eigene Veranstaltungen durchzuführen. 5 GS führen „immer mal wieder" Veranstaltungen durch.
- Aufsuchende Gespräche mit Dritten führen schließlich 14 GS durch. Bei 3 GS fanden sie nur in der Startphase statt, 9 GS führen sie immer mal wieder durch, 2 GS zunehmend häufiger.

Die Ergebnisse dieser Schnellumfrage bei einem kleinen Kreis der GS deutet darauf hin, dass beispielsweise Flyer und Signum zwar mehrheitlich, aber nicht durchweg Anwendung finden. Drei der befragten GS verfügen weder über einen Flyer noch verwenden sie das Signum. Im Internet sind die GS über die Landes- und Bundesverbände ihres Rehabilitationsträgers sowie über die Gesamtübersichten der Rentenversicherungsträger vertreten. Über einen zusätzlichen, eigenen Internetauftritt verfügt keine GS. Was die Öffentlichkeitsarbeit in Form persönlicher Kontakte angeht, zeigt sich, dass alle befragten GS und damit vermutlich auch die überwiegende Mehrheit aller GS auf Einladung an Veranstaltungen Dritter teilnehmen. Unabhängig von der Teilnahme an Veranstaltungen führen die GS mehrheitlich aufsuchende Gespräche durch und informieren Dritte im kleinen Kreis über ihre Arbeit. Die Bedeutung eigener Informationsveranstaltungen wird offenbar skeptisch beurteilt. Nur überschlägig die Hälfte der GS sehen hier eine Option der Öffentlichkeitsarbeit.

Die These, dass einzelne GS ihre Öffentlichkeitsarbeit im Zeitverlauf verstärkt haben, wird durch die Befragungsergebnisse der 17 GS nicht gestützt.

Abbildung 107



Überwiegend führten sie Öffentlichkeitsarbeit schon seit ihrer Eröffnung durch. Die Anzahl derer, die nur in der Startphase an Veranstaltungen teilnahmen, eigene Veranstaltungen oder aufsuchende Gespräche durchführten, und die Anzahl derer, die diese Aktivitäten zunehmend häufiger durchführen, halten sich in etwa die Waage.

Auf der Grundlage dieser Kurzumfrage bei 17 GS ergibt sich insgesamt ein eher positiver Eindruck bezüglich der Öffentlichkeitsarbeit der GS. Dabei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass sich die befragten GS durch eine überdurchschnittlich hohe Motivation auszeichnen, die alleine schon ihre Teilnahme an dem intensiven Erfahrungsaustausch im Rahmen der Begleitforschung dokumentiert. Aber auch unter diesen gibt es GS, die nicht über das Signum und über keinen Flyer verfügen und insofern weder nach innen noch nach außen hin sichtbar sind. Bei diesen GS steht und fällt die Öffentlichkeitsarbeit und damit der Bekanntheitsgrad der GS alleine mit dem persönlichen Engagement der einzelnen Servicestellenmitarbeiter.

Es erscheint durchaus plausibel, dass der Gesamtanteil aller GS, die Anstrengungen unternehmen, ihr Angebot bekannt zu machen, gestiegen ist. Im Frühjahr 2003 berichtete eine Reihe von GS von entsprechenden Planungen und unserer Meinung nach spricht nichts dagegen, dass diese auch umgesetzt wurden. Aber auch ganz aktuell ist davon auszugehen, dass – wie die Befragungsergebnisse nahe legen – ein Anteil von 20-25% der GS keine oder nur eine rudimentäre Öffentlichkeitsarbeit durchführt.

8.6 Zusammenhang von Öffentlichkeitsarbeit und Inanspruchnahme der GS

Verschiedene GS äußerten sich in Gesprächen deutlich dahin gehend, dass sie einen direkten Zusammenhang zwischen Intensität der Öffentlichkeitsarbeit und Höhe der Fallzahlen sehen. Es gibt aber auch GS, die darauf hinweisen, dass ihr Angebot zwar bekannt ist, sie aber trotzdem nicht in Anspruch genommen werden. Viele GS argumentieren, dass die Inanspruchnahme unabhängig von Öffentlichkeitsarbeit deshalb gering ist, weil der Beratungsbedarf behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen von den trägerspezifischen Beratungsstellen und den Beratungsstellen von Behinderten- und Sozialverbänden in der Region hinreichend gedeckt wird:

> „Es besteht in der Region [...] fast kein Bedarf für die gemeinsamen Servicestellen. Es gibt ein großes Angebot über Selbsthilfegruppen und VdK, so dass sich sehr wenig Versicherte mit Fragen an uns wenden.“ (GS in Sachsen)

> „Die reine Servicestellentätigkeit macht nur einen geringen Anteil an der ‚normalen’ Beratungstätigkeit aus. Das liegt u.E. an dem im Land Berlin bereits vorhandenen guten Beratungsangebot aller Reha-Träger und der Behindertenverbände. Unserer Erfahrung nach sind behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen sehr gut über Zuständigkeiten und Leistungsangebot der Leistungserbringer informiert und benötigen daher nur selten die Unterstützung der Servicestellen.“ (GS in Berlin)

> „Jeder Klient meldet sich bei seiner Krankenkasse, nicht aber bei der GS, daher wenig bis kein Kontakt, da jede Krankenkasse umfangreich berät.“ (GS in Bayern)

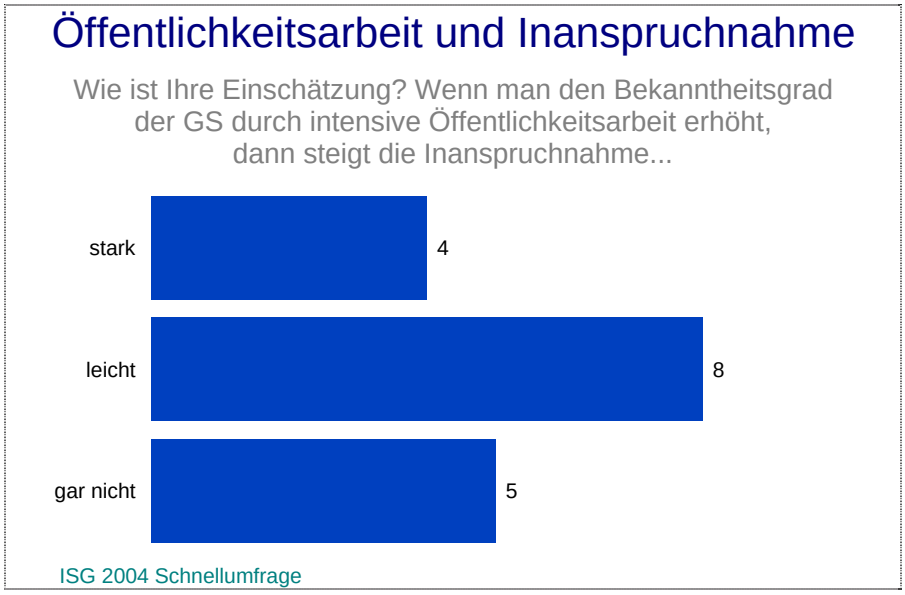
> „Durch die vielen Anlaufstellen (bei Sozialhilfeträgern, Selbsthilfegruppen, Gesundheitsamt, Stadtverwaltung, Sozialarbeiter in Krankenhäusern/Behindertenwerkstätten) wird vieles bereits koordiniert, beantragt – dadurch Rückgang der Servicestellenfälle regional möglich.“ (GS in Thüringen)

Für die Erklärung der insgesamt sehr geringen Inanspruchnahme der GS ergeben sich also zwei gegensätzliche Argumentationslinien mit unterschiedlichen Konsequenzen für die Öffentlichkeitsarbeit der GS:

- Erstens: Die GS werden nicht in Anspruch genommen, weil sie nicht bekannt sind und die Menschen deshalb – trotz Bedarf an Beratung und Unterstützung durch die GS – den Zugang zu ihr nicht finden. Intensive Öffentlichkeitsarbeit erhöht den Bekanntheitsgrad der GS und dadurch ihre Inanspruchnahme.
- Zweitens: Die GS werden deshalb nicht in Anspruch genommen, weil kein Bedarf an Beratung und Unterstützung durch die GS besteht, obwohl ihr Angebot bekannt gemacht wurde. Der Beratungsbedarf wird durch das bestehende Beratungsangebot gedeckt, daran ändert auch Öffentlichkeitsarbeit nicht viel.

Wir haben die 17 GS, die an der Schnellumfrage im Sommer 2004 teilnahmen, um ihre Einschätzung bezüglich des Zusammenhangs von Öffentlichkeitsarbeit und Inanspruchnahme gebeten. Die Hälfte der befragten GS geht davon aus, dass sich auch bei intensiver Öffentlichkeitsarbeit die Inanspruchnahme nur leicht erhöhen lässt. 4 GS geben die Einschätzung ab, dass bei einer entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit die Inanspruchnahme der GS stark ansteigen würde. Weitere 5 GS wiederum sind der Auffassung, dass sich auch bei intensiver Öffentlichkeitsarbeit nichts an der geringen Inanspruchnahme ändert.

Abbildung 108



Die GS wurden weiter darum gebeten, ihre Einschätzung zu begründen bzw. weitere Hinweise oder Bewertungen vorzunehmen. Drei GS, die davon ausgehen, dass sich die Inanspruchnahme durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit stark steigern lässt, führen aus:[49]

> „Die Servicestelle ist im Wesentlichen nur den Trägern der Rehabilitation bekannt. Die Öffentlichkeitsarbeit könnte noch verbessert werden."

[49] In den folgenden Aussagen wird aus Gründen der Anonymität nicht angegeben, aus welchem Bundesland die Aussage der GS stammt. Weiter werden in den Aussagen Träger- und Städtebezeichnungen ausgespart und mit [...] gekennzeichnet.

„Die Öffentlichkeitsarbeit sollte nicht jeder einzelnen Servicestelle überlassen, sondern zentral gesteuert werden."

„Die Servicestellen bilden ein zusätzliches Angebot. Verstärkte ‚Werbung' könnte dazu führen, dass vom eigentlich zuständigen Reha-Träger abgelenkt wird. D.h., wie schon des öfteren geschehen, trotz Kenntnis des Reha-Trägers kommt man zur Servicestelle und wird dann an den – bekannten – Träger weiter geleitet. ‚Das hätte ich auch gleich machen können'. Im Übrigen wäre eine stärkere Inanspruchnahme verbunden mit personeller Verstärkung. Und woher nehmen? Ich denke, es spielt sich ein, insbesondere, weil die Reha-Servicestelle ohnehin zur Auskunftsstelle für alles geworden ist."

Drei GS, die keinen Zusammenhang zwischen Öffentlichkeitsarbeit und Inanspruchnahme sehen, begründen ihre Einschätzung wie folgt:

„Die laufend kritisierte mangelnde Inanspruchnahme der Servicestellen ist m.E. nicht auf mangelnde Öffentlichkeitsarbeit zurückzuführen. Die Ratsuchenden nutzen vielmehr die ihnen bereits bekannten Beratungsstrukturen, diese Strukturen sind seit Jahrzehnten bekannt und werden *intensiv* genutzt. So wurden z.B. in der Beratungsstelle der [...] – gleichzeitig Servicestelle – im Jahr 2003 *7.979 Beratungen* zur med. Reha und zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durchgeführt." (Hervorhebungen im Original)

„Bei der Eröffnung der GS wurde eine Pressemitteilung herausgegeben. In unseren [...]-Nachrichten wird in Zeitabständen immer wieder von GS berichtet. Die Resonanz bleibt insgesamt schwach. Fakt ist und scheint zu bleiben, die GS werden nur in Problemfällen in Anspruch genommen. Ansonsten läuft der Info-Dienst sinnvollerweise über die zuständigen Träger."

„M.E. gibt es zu viele Servicestellen in [...]. Versicherte gehen generell zum zuständigen Reha-Träger. Mehr Öffentlichkeitsarbeit erweckt evtl. Hoffnungen bei den Versicherten, die in den Servicestellen nicht erfüllt werden können."

Zwei GS, die davon ausgehen, dass sich die Inanspruchnahme auch bei intensiver Öffentlichkeitsarbeit nur leicht steigern lässt, erklären:

„Unserer Einschätzung nach würde eine intensivere Öffentlichkeitsarbeit im Bereich unserer GS [...] nur eine unwesentliche Erhöhung der Inanspruchnahme der GS bewirken, denn in einer Stadt wie [...] sind Betroffene grundsätzlich gut versorgt und beraten, suchen den betroffenen Reha-Träger direkt auf."

„[...] bestehen zu dem verantwortlichen Ministerium und den Selbsthilfeorganisationen gute Kontakte. Aufgrund der räumlichen Nähe und der regelmäßig stattfindenden Treffen der Verantwortlichen dient die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit als begleitender Faktor (Sendebeiträge im Rundfunk sowie redaktionelle Berichte in der [...] Zeitung und im Wochenspiegel anlässlich der Eröffnung in der Hauptgeschäftsstelle [...] durch die [...] Gesundheitsminsterin [...]). Innerhalb der Pressegespräche bzw. der Pressemeldungen weisen wir auf die Servicestellen hin."

Der Gegensatz der beiden angeführten gegensätzlichen Argumentationslinien bezüglich des Zusammenhangs zwischen Öffentlichkeitsarbeit, Bekanntheitsgrad und Inanspruchnahme spiegelt sich damit auch in der Befragung des kleinen Kreises der GS wider. Er erklärt sich unserer Einschätzung nach wie folgt:

Zunächst ist – wie in Abschnitt 7.5 dargestellt – auf regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme hinzuweisen. Es besteht offenbar ein Unterschied im Beratungsbedarf in Abhängigkeit davon, ob die GS für einen städtischen oder einen ländlichen Raum zuständig sind. Der Unterschied hängt damit zusammen, dass in Städten in der Regel

ein großes und differenziertes Beratungsangebot verschiedener Institutionen besteht, so dass hier die Nachfrage nach GS geringer ist als in ländlichen Gebieten. Diese Wahrnehmung wird durch die durchschnittlich höheren Fallzahlen in ländlichen Gebieten gestützt. Weiter ist daran zu erinnern, dass die GS in Zuständigkeit für städtische Räume häufig als zusätzliches Angebot nur für komplexe Fälle konzipiert sind, vermutlich um – vor dem Hintergrund der schon bestehenden differenzierten Beratungsstrukturen – die Schaffung von Doppelstrukturen zu vermeiden. Im ländlichen Raum hingegen sind GS häufig als zusätzliches Angebot oder zentrales Angebot für alle Fragen konzipiert. Sie sehen sich damit aufgrund des geringeren Beratungsangebotes und aufgrund ihrer konzeptionellen Ausrichtung einer höheren Nachfrage gegenüber.

Deutlich wird, dass die Inanspruchnahme der GS entscheidend von ihrem Profil und in Verbindung damit von ihrer Positionierung im bestehenden Beratungssystem abhängt. Zusammengefasst ergibt sich damit, dass Öffentlichkeitsarbeit eine notwendige Bedingung für eine hohe Inanspruchnahme der GS darstellt, aber noch keine hinreichende Bedingung. Die zentrale Frage ist, ob die GS als zusätzliches Angebot nur für komplexe Fälle oder als zusätzliches oder gar zentrales Angebot für alle konzipiert werden. Die erste Variante bedeutet den Aufbau einer Parallelstruktur. Da die Zielgruppe eingeschränkt ist, wird auch intensive Öffentlichkeitsarbeit nicht zu sehr hohen Fallzahlen führen. Zielgruppe in den beiden anderen Varianten sind alle Ratsuchenden. Öffentlichkeitsarbeit bewirkt hier dann keine hohen Fallzahlen, wenn sich die GS – wie noch häufig der Fall – faktisch nicht von den bestehenden Beratungsstellen unterscheiden. In diesen Fällen bietet sich den Ratsuchenden kein Anreiz, die GS aufzusuchen, und sie halten an den bestehenden Kontakten fest. Eine gute Öffentlichkeitsarbeit bewirkt unserer Einschätzung nach dann relativ hohe Fallzahlen, wenn sich die GS an alle Ratsuchenden richten, sich ihr Profil aber auch von dem anderer Beratungsangebote deutlich unterscheidet. Dann ist anzunehmen, dass es zu einer „Umlenkung“ Ratsuchender in die GS kommt, oder anders formuliert, die Idee der GS auf die bestehenden Beratungsangebote ausstrahlt und die Strukturen weiterentwickelt. An dieser Stelle wird die Frage nach den Inhalten der Beratung aufgeworden. Dabei kann man davon ausgehen, dass der Bedarf an einfacher Information und Unterstützung bei der Antragstellung tatsächlich vielerorts gedeckt werden kann, nicht aber der Bedarf an Begleitung, Wegweisung und Koordination. Diese Aufgaben werden gegenwärtig allerdings nur von rd. 8% der GS regelmäßig wahrgenommen.

Der These, der Beratungsbedarf im Bereich der Rehabilitation sei grundsätzlich gedeckt, wie es Aussagen im Rahmen der schriftlichen Befragung nahe legen, können die Ergebnisse einer Reihe von Studien im Rahmen der Rehabilitationsforschung entgegen gehalten werden, nach denen die Inanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen geringer ist als der Rehabilitationsbedarf der Bevölkerung und entsprechend die Informations- und Beratungstätigkeit in Bezug auf die Inanspruchnahme deutlich intensiviert werden müsste.[50] Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen stellt für den Bereich der Rehabilitation eine Unterversorgung fest, die sich unter anderem darin ausdrückt, dass der hohe, kontinuierliche und komplexe Beratungsbedarf chronisch

[50] Vgl. beispielsweise Here Klosterhuis, Bedarfsgerechte Rehabilitation? Ein Beitrag zur aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion, in: DangVers 12/00

Kranker, die „Dauernutzer“ und „Vielnutzer“ des Gesundheitssystems sind, nicht gedeckt ist.[51]

Einige GS führten schließlich in Gesprächen an, dass Managementaufgaben der GS nur bei komplexem, mehrfachem Rehabilitationsbedarf notwendig sind, der lediglich bei 5-10% der Rehabilitationsfälle bestehe. Dagegen ist zum einen einzuwenden, dass dieser Anteil erheblich ist, wenn man ihn auf die Anzahl behinderter Menschen (rd. 10% der Bevölkerung[52]) oder auf die Anzahl chronisch Kranker (geschätzte 40% der Bevölkerung[53]) bezieht. Komplexe Fälle bedeuten zum anderen – wie einige GS berichteten – einen erheblichen zeitlichen Aufwand. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Trennung zwischen komplexem und einfachem Rehabilitationsbedarf grundsätzlich problematisch erscheint, da auch ein vermeintlich einfacher Rehabilitationsbedarf eher keinen isolierten Zustand darstellt, sondern sich in zeitlicher Perspektive in der Regel neue Rehabilitations- und Beratungsbedarfe ergeben. Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen empfiehlt daher, Rehabilitation daher eher als einen kontinuierlichen, begleitenden Prozess zu betrachten, als eine singuläre, kurzfristige Intervention.[54]

[51] Vgl. Sachverständigenrat (SVR) für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachten 2000/2001, Ausführliche Zusammenfassung, S. 60 ff.

[52] Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes betrug die Zahl schwerbehinderter Menschen (Grad der Behinderung von 50 und mehr) am Jahresende 1999 insgesamt 6,63 Mio. Weiter waren nach Ergebnissen des Mikrozensus im April 1999 rund 1,5 Mio. Bundesbürger „leichter behindert“ (Grad der Behinderung von 20 bis unter 50). Damit waren in 1999 rd. 8,1 Mio. Menschen amtlich als behindert anerkannt. Vgl. Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2002, S. 483; Pfaff, Lebenslagen der Behinderten – Ergebnis des Mikrozensus 1999, in: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 10/2002, S. 869

[53] SVR, S. 61, siehe Fn. 9; Der Sachverständigenrat schätzt den Anteil der Menschen mit mehr als einer chronischen Erkrankung (Multimorbidität) auf 16% der Bevölkerung.

[54] Vgl. ebd., S. 71

9 Effekte der Einrichtung von Gemeinsamen Servicestellen

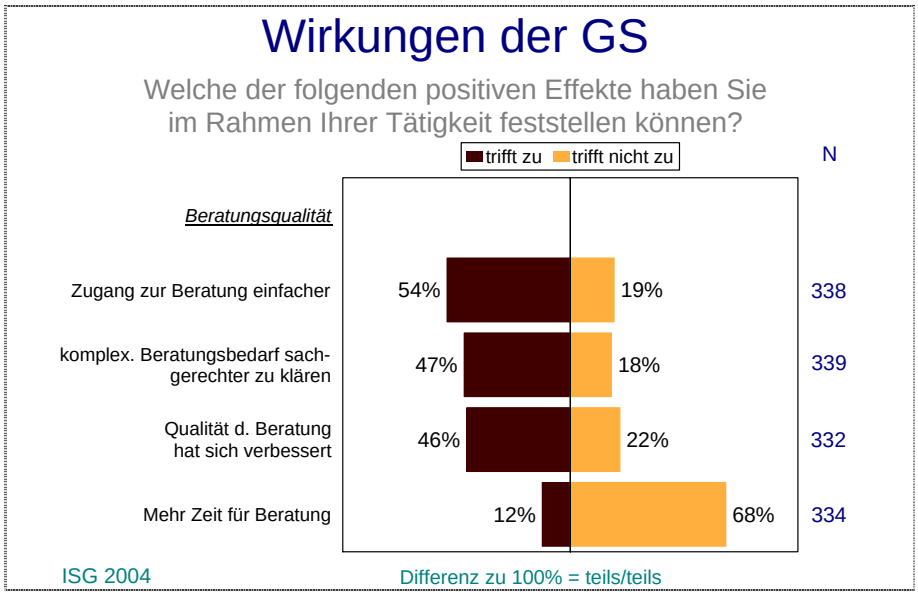
Welche Wirkungen sind mit der Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen für Rehabilitation verbunden? Oder, anders gefragt: Hat sich mit der Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen etwas zum Positiven hin verändert? Die GS nahmen selbst eine Einschätzung vor, ob sich bestimmte positive Effekte im Rahmen ihrer Servicestellenarbeit eingestellt haben. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass je nach Fragestellung ein Fünftel bis zu einem Drittel der GS keine Bewertung vornahm. Die GS begründeten dies damit, dass sie bislang nicht oder kaum in Anspruch genommen wurden bzw. bezüglich des abgefragten Sachverhaltes noch keine Erfahrungen gesammelt haben und deshalb keine begründete Einschätzung vornehmen könnten. In einem ersten Schritt werden potenzielle Wirkungen der GS auf verschiedene Aspekte von Beratungsqualität untersucht.

9.1 Effekte der Gemeinsamen Servicestellen auf die Rehabilitationsverfahren

9.1.1 Beratungsqualität

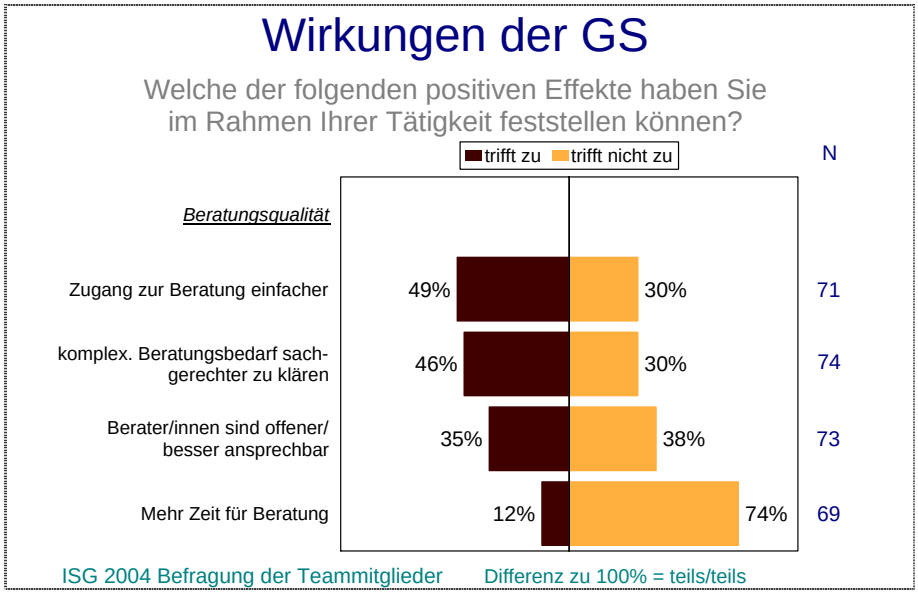
Über die Hälfte der GS (54%) stellt fest, dass der Zugang zur Beratung für Ratsuchende einfacher geworden ist. Ein knappes Fünftel (19%) hält einen solchen Effekt für nicht zutreffend. Ein in der Abbildung nicht ausgewiesener Anteil von einem Viertel (27%) antwortete auf die entsprechende Frage mit „teils/teils“. Weiter stellt jeweils annähernd die Hälfte der GS fest, dass sich komplexer Beratungsbedarf nunmehr sachgerechter klären lässt (47%) und dass sich die Qualität der Beratung verbessert hat (46%). Jeweils rund ein Fünftel der GS äußert die Einschätzung, dass sich diese Effekte nicht eingestellt haben. Eine deutliche Mehrheit von gut zwei Dritteln (68%) findet nicht, dass mehr Zeit für Beratungen zur Verfügung steht. Diese Einschätzung korrespondiert mit dem Umstand, dass die Mitarbeiter die Aufgaben der GS in der Regel „zusätzlich“ zu ihren trägerspezifischen Aufgaben wahrnehmen. Gut jede zehnte GS (12%) stellt hingegen fest, dass im Rahmen der Servicestellentätigkeit mehr Zeit für Beratungen zur Verfügung steht.

Abbildung 109



Die Teammitglieder der GS äußerten sich bezogen auf die Beratungsqualität insgesamt etwas kritischer, aber mit der gleichen Tendenz: Hier war jeweils eine relative Mehrheit der Ansicht, dass der Zugang zur Beratung einfacher geworden sei (49%) und dass sich komplexer Beratungsbedarf nun sachgerechter klären lässt (46%). Die Qualität der Beratung habe sich verbessert, meint immerhin noch ein gutes Drittel der Teammitglieder; jeweils ein knappes Drittel ist in dieser Frage entweder unentschieden oder der Meinung, diese Veränderung sei nicht eingetreten. Schließlich verneinte auch hier die weit überwiegende Mehrheit der Teammitglieder, dass nun mehr Zeit zur Verfügung stünde.

Abbildung 110



Die befragten Teammitglieder wurden zudem gebeten, ihre Einschätzungen zu begründen. Von den insgesamt 33 Begründungen wurde 10-mal darauf verwiesen, dass eine Einschätzung aufgrund der kleinen bzw. nicht vorhandenen Nachfrage nicht möglich. Ebenso häufig wurde konstatiert, dass sich durch die Einführung der GS keine Veränderungen ergeben haben. Weitere Begründungen:

- Die Situation habe sich für die Klienten verbessert, was sich in erster Linie auf eine verbesserte Zusammenarbeit der verschiedenen Rehabilitationsträger, aber auch auf einen unbürokratischeren Zugang zur Beratung zurückführen lässt. (5 Äußerungen)
- Die Situation habe sich seit der Einführung der Gemeinsamen Servicestellen verschlechtert. Dies wird mit erhöhtem Dokumentationsaufwand sowie mit einer schlechteren Zusammenarbeit aufgrund der in § 14 SGB IX geregelten Zuständigkeitsklärung begründet. (4 Äußerungen)

Des Weiteren waren die Mitarbeiter der GS weit überwiegend mit dem Verlauf und dem Ergebnis konkreter Beratungsgespräche zufrieden. Häufig genannte Gründe hierfür waren, dass die Zuständigkeit auch bei komplexen Fällen geklärt werden konnte, dem Klienten der Verfahrensweg verdeutlicht werden konnte bzw. dass die Klienten zufrieden mit dem Beratungsgespräch waren. Aus Sicht der befragten Selbsthilfegruppen und Verbände hat sich die Beratungsqualität durch die Einrichtung von GS deutlich verbessert. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass sich nur ein recht kleiner Teil der Kooperationspartner an der Befragung beteiligt hat, und dabei offensichtlich jener Teil,

der recht gut mit den GS zusammenarbeitet und die Effekte insgesamt positiv beurteilt. Die Erfahrungen von Klienten mit der Beratung von GS sind vielfältig. Einige wiesen ausdrücklich auf die freundliche Atmosphäre im Beratungsgespräch hin und bemerkten zudem positiv, dass sich der Berater Zeit für das Gespräch nahm. Andere berichteten, dass sie eine Telefonnummer erhalten haben und damit fortgeschickt worden seien.

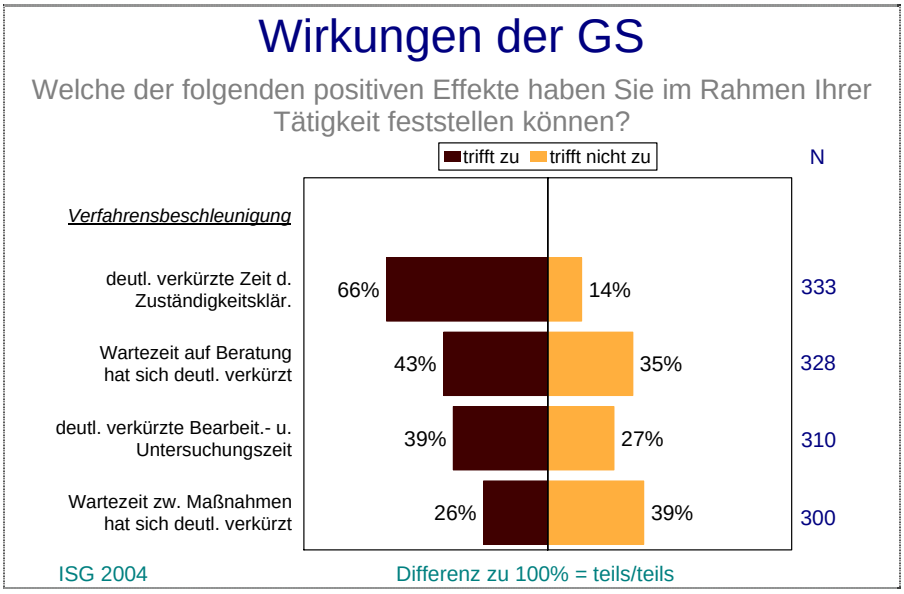
9.1.2 Verfahrensbeschleunigung

Der Gesetzgeber beabsichtigte mit der Einrichtung der GS insbesondere auch eine Beschleunigung von Rehabilitationsverfahren. Tatsächlich nehmen zwei Drittel der GS (66%) eine deutlich verkürzte Zeit der Zuständigkeitsklärung wahr, während 14% einen solchen Effekt nicht feststellen. Jeweils eine relative Mehrheit von 43% bzw. von 39% stellt außerdem fest, dass sich die Wartezeit auf Beratung bzw. die Bearbeitungs- und Untersuchungszeit deutlich verkürzt habe. Der Anteil der GS, der solche Feststellungen als unzutreffend qualifiziert, liegt bei gut einem Drittel (35%) bzw. über einem Viertel (27%). Bei einem Aspekt von Verfahrensbeschleunigung, nämlich der deutlich verkürzten Wartezeit zwischen Maßnahmen, überwiegt die negative Beurteilung. Während nur 26% hier eine Verkürzung sehen, kann die relative Mehrheit von 39% der GS keinen solchen Effekt wahrnehmen. Anmerkungen der GS zum Thema Verfahrensbeschleunigung waren:

> „Servicestelle hat wenig Einfluss auf die Beschleunigung des Verfahrens (keine eigene Entscheidungsbefugnis – nur Erinnerungsanrufe möglich).“ (GS in Bayern)

> „Die Beginn- und Aufnahmetermine der Reha-Institutionen, wie z.B. Kliniken etc. sind vom Wirken der Servicestellen bzw. dem SGB IX nicht/bestenfalls bedingt berührt – Wartezeiten auf bzw. zwischen Maßnahmen sind unverändert Kapazitäts- und Struktur- und Saison abhängig.“ (GS in Hamburg)

Abbildung 111

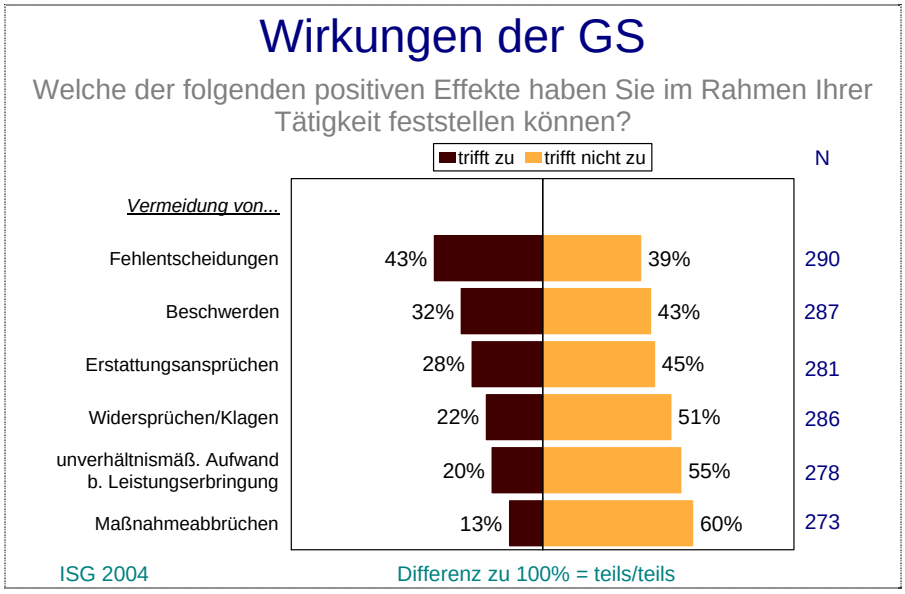


Die Verkürzung von Bearbeitungs- und Untersuchungszeiten liegt nach Ansicht der GS nur zum Teil in ihrem Verantwortungs- und Einflussbereich. Die Wartezeit zwischen Maßnamen kann von einer GS nur dann beeinflusst werden, sofern die Aufgaben der Begleitung sowie der Koordinierung und Vermittlung wahrgenommen werden. Dies ist aber nur selten der Fall.

9.1.3 *Vermeidung unerwünschter Wirkungen*

Rehabilitationsverfahren gehen unter Umständen mit einer Reihe nicht erwünschter Wirkungen einher, zu deren Vermeidung die GS im Idealfall beitragen können. Eine knappe relative Mehrheit der GS (43%) nimmt positive Effekte der Servicestellenarbeit dahingehend wahr, dass Fehlentscheidungen vermieden werden können. 39% der GS können einen solchen Effekt nicht feststellen. Ein knappes Drittel der GS (32%) stellt fest, dass Beschwerden vermieden werden. 28% der GS berichten über die Vermeidung von Erstattungsansprüchen. In beiden Fällen überwiegt allerdings klar die Feststellung, dass dieser Effekt nicht zutreffe (43% bzw. 45%). Was die Vermeidung von Widersprüchen oder Klagen sowie die Vermeidung eines unverhältnismäßigen Aufwandes bei der Leistungserbringung angeht, überwiegt bei der Hälfte der GS eine negative Einschätzung. Der Anteil der Zustimmung liegt hier bei einem Fünftel (22% bzw. 20%). Die deutlichste negative Einschätzung erfährt die Vermeidung von Maßnahmenabbrüchen, die 60% der GS durch Servicestellenarbeit als nicht beeinflussbar erfahren. Der Anteil der positiven Stimmen beträgt hier lediglich 13%.

Abbildung 112



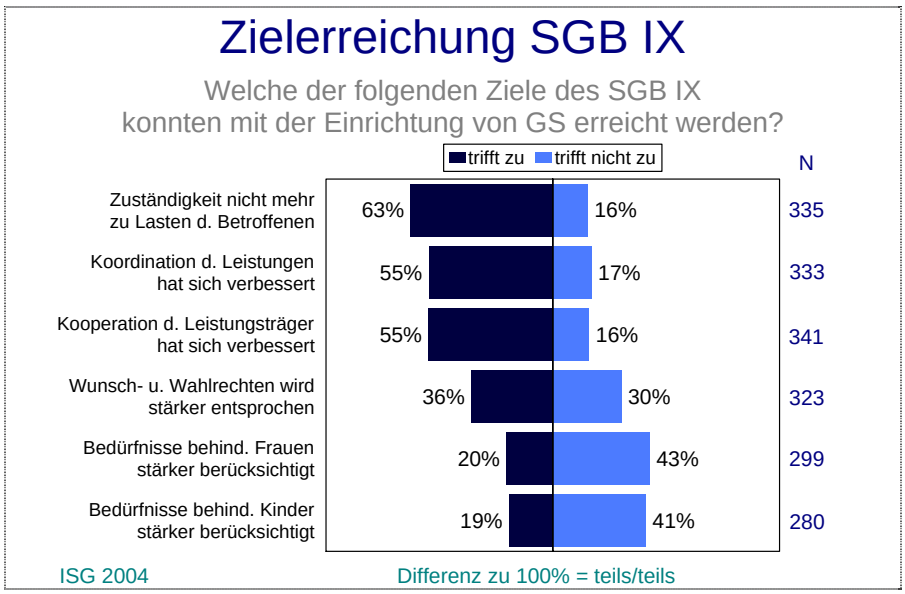
9.2 Beitrag der Gemeinsamen Servicestellen zur Zielerreichung SGB IX

In der sozialpolitischen Diskussion werden die GS mancherorts als der zentrale Dreh- und Angelpunkt des SGB IX qualifiziert. In diesem Zusammenhang ist von Interesse, ob die GS einen Beitrag leisten, Zielbestimmungen des SGB IX umzusetzen.

Knapp zwei Drittel der GS (63%) sehen das Ziel des SGB IX, dass Streitigkeiten zwischen Rehabilitationsträgern über die Frage nach der Zuständigkeit nicht mehr zu Lasten der Betroffenen gehen sollen, mit der Einrichtung von GS verwirklicht (Vgl. Abbildung 113). Ebenso stellt jeweils über die Hälfte der GS (55%) fest, dass sich mit der Einrichtung der GS sowohl die Koordination der Leistungen als auch die Kooperation der Leistungsträger verbessert hat. Eine knappe relative Mehrheit von über einem Drittel der GS (36%) vertritt die Auffassung, dass mit GS Wunsch- und Wahlrechten stärker entsprochen wird. Dagegen sehen 30% dieses Ziel nicht erreicht. Überwiegend negative Einschätzungen betreffen die stärkere Berücksichtigung der Bedürfnisse behinderter Frauen sowie Kinder. Jeweils über 40% äußern die Ansicht, dass die GS kei-

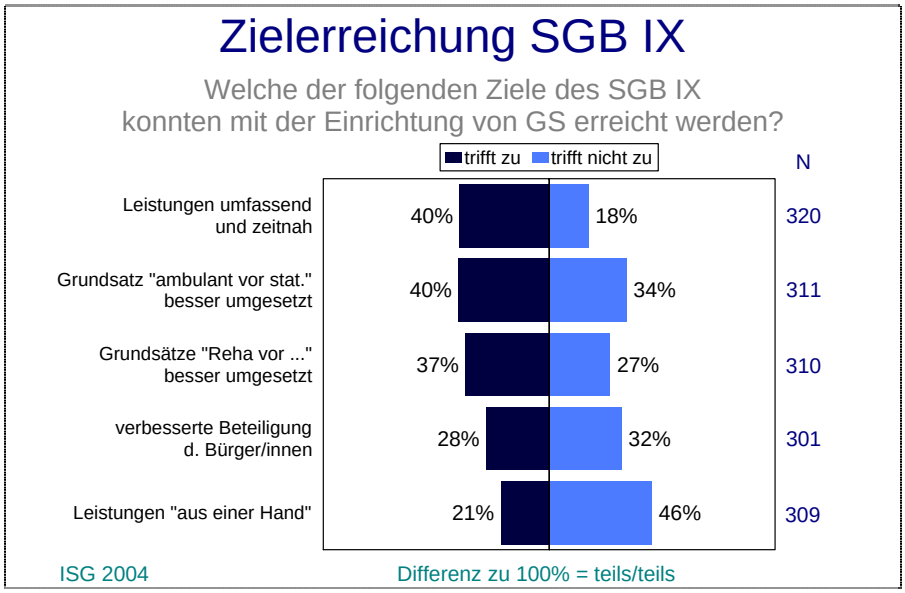
nen Beitrag zur Zielerreichung leisten konnten, während der Anteil der GS, der diese Ziele umgesetzt sieht, bei jeweils einem Fünftel liegt.

Abbildung 113



Weitere Ziele des SGB IX sind beispielsweise eine verbesserte Umsetzung der Grundsätze „Rehabilitation vor Rente, Pflege und anderen Sozialleistungen“ und „ambulant vor stationär“. Relative Mehrheiten von 37% bzw. 40% vertreten die Auffassung, dass diese Ziele mit der Einrichtung der GS erreicht werden konnten. Ein Viertel (27%) respektive ein Drittel der GS (34%) hingegen sieht eine bessere Umsetzung dieser Grundsätze nicht gewährleistet.

Abbildung 114



Vor dem Hintergrund des gegliederten Systems der Rehabilitation sollte angenommen werden, dass der Beitrag der trägerübergreifenden Gemeinsamen Servicestellen zur Umsetzung des Ziels, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht der leistungsberechtigten Bürger wie „aus einer Hand“ erscheinen, groß ist. Allerdings äu-

ßert nur ein Fünftel der GS (21%), dass die GS diesbezüglich einen Beitrag leisten, während fast die Hälfte (46%) diese Zielbestimmung nicht umgesetzt sieht.

> „Da jeder Träger in eigenen Strukturen, nach eigenen Kriterien, in eigener Zuständigkeit prüft, nach jeweils eigenem Förderrecht leistet, kann schwerlich ein ‚abschließender Eindruck einer Leistung aus einer Hand' entstehen." (GS in Hamburg)

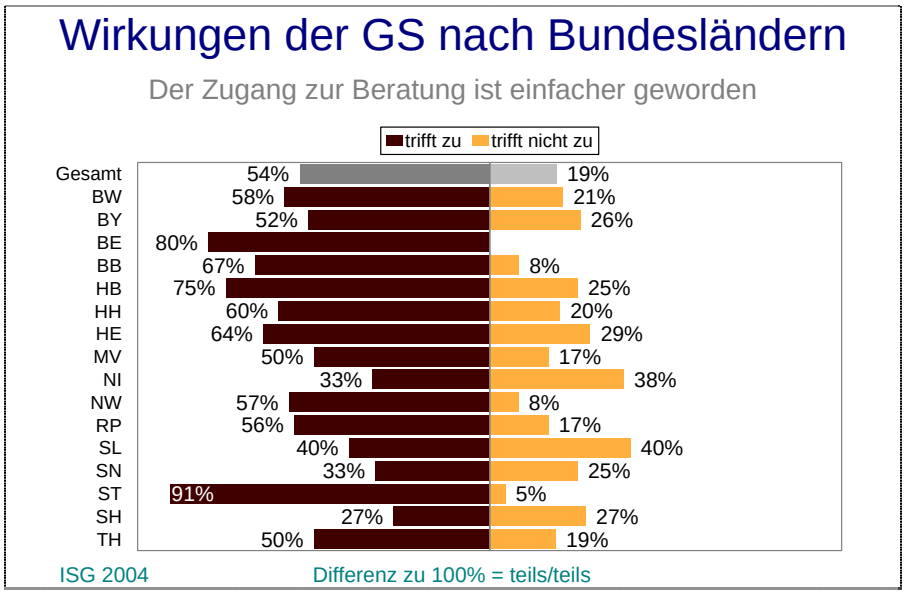
Eine relative Mehrheit von 40% der GS vertritt die Auffassung, dass mit der Einrichtung von GS Leistungen umfassend und zeitnah erbracht werden können. Dagegen sehen 18% dieses Ziel nicht erreicht.

Mit der Umsetzung des SGB IX soll eine verbesserte Beteiligung der Bürger erreicht werden. Während 28% der GS die Einschätzung abgeben, dass die GS diesbezüglich einen Beitrag leisten, sieht ein Drittel der GS (32%) dies nicht gewährleistet.

9.2.1 Wirkungen im Ländervergleich

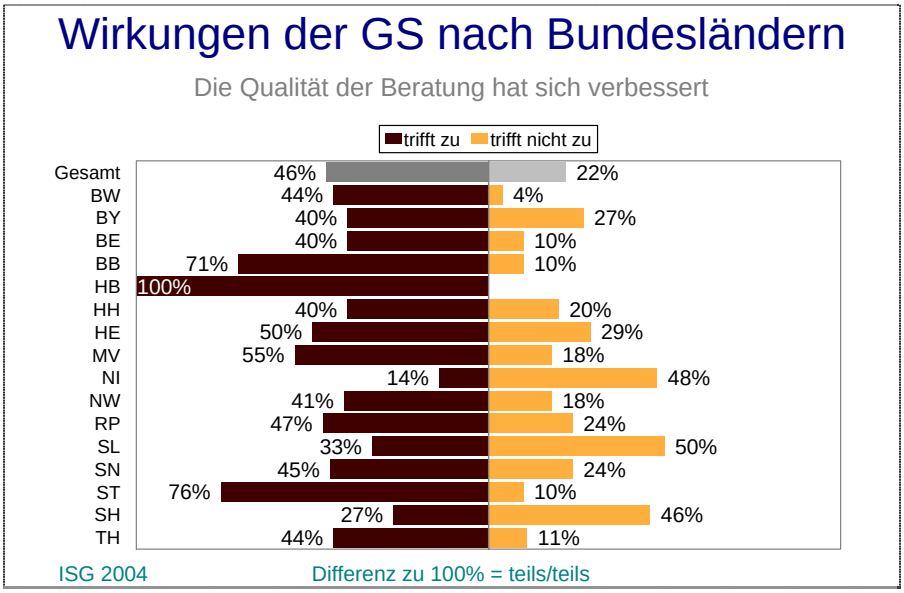
Im Ländervergleich zeigen sich Unterschiede in der Wahrnehmung von Wirkungen der GS. Beispielhaft werden die Wirkungen, „Der Zugang zur Beratung ist einfacher geworden" und „Die Qualität der Beratung hat sich verbessert" betrachtet. Hohe Anteile der GS in Sachsen-Anhalt (91%) und Berlin (80%) äußern die Ansicht, dass sich der Zugang zur Beratung durch die Einrichtung von GS verbessert hat. Hingegen können insbesondere GS in Niedersachsen (38%) und im Saarland (40%) eine solche Wirkung nicht feststellen.

Abbildung 115



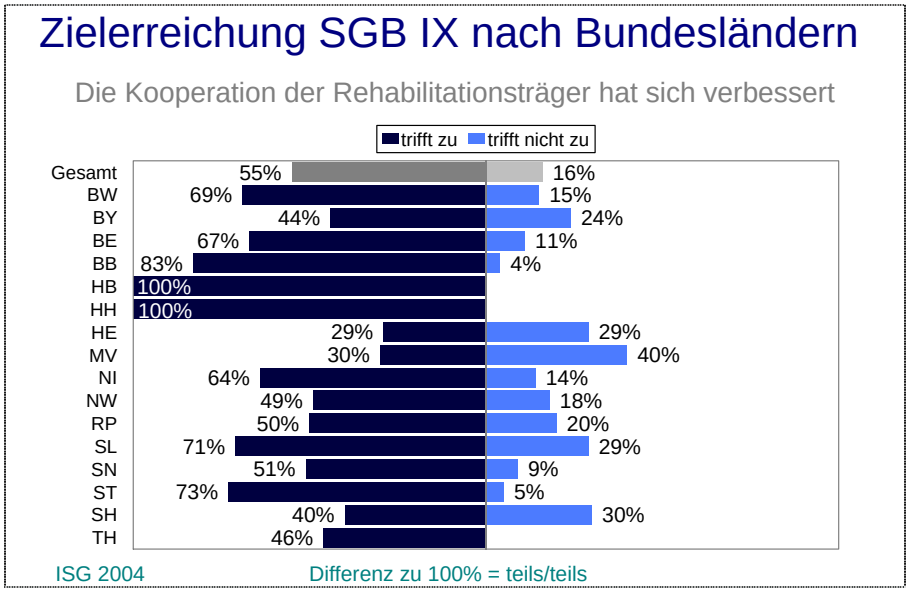
Alle GS in Bremen sowie drei Viertel der GS in Sachsen-Anhalt geben die Einschätzung ab, dass die Einrichtung von GS zu einer Qualitätsverbesserung der Beratung geführt hat (Vgl. Abbildung 116). Hingegen verbindet die Hälfte der GS im Saarland (50%) und in Niedersachsen (48%) mit der Einrichtung der GS keine Verbesserung der Beratungsqualität.

Abbildung 116



Von den diskutierten Zielbestimmungen des SGB IX sei an dieser Stelle beispielhaft die Verbesserung der Kooperation der Rehabilitationsträger angeführt. Alle GS in Bremen und Hamburg sowie 83% der GS in Brandenburg und 73% der GS in Sachsen-Anhalt anerkennen, dass sich mit der Einrichtung von GS die Kooperation der Rehabilitationsträger verbessert hat. Am kritischsten äußern sich hier insbesondere die GS in Mecklenburg-Vorpommern mit 40% sowie in Schleswig-Holstein, Hessen und im Saarland mit 30% respektive 29%.

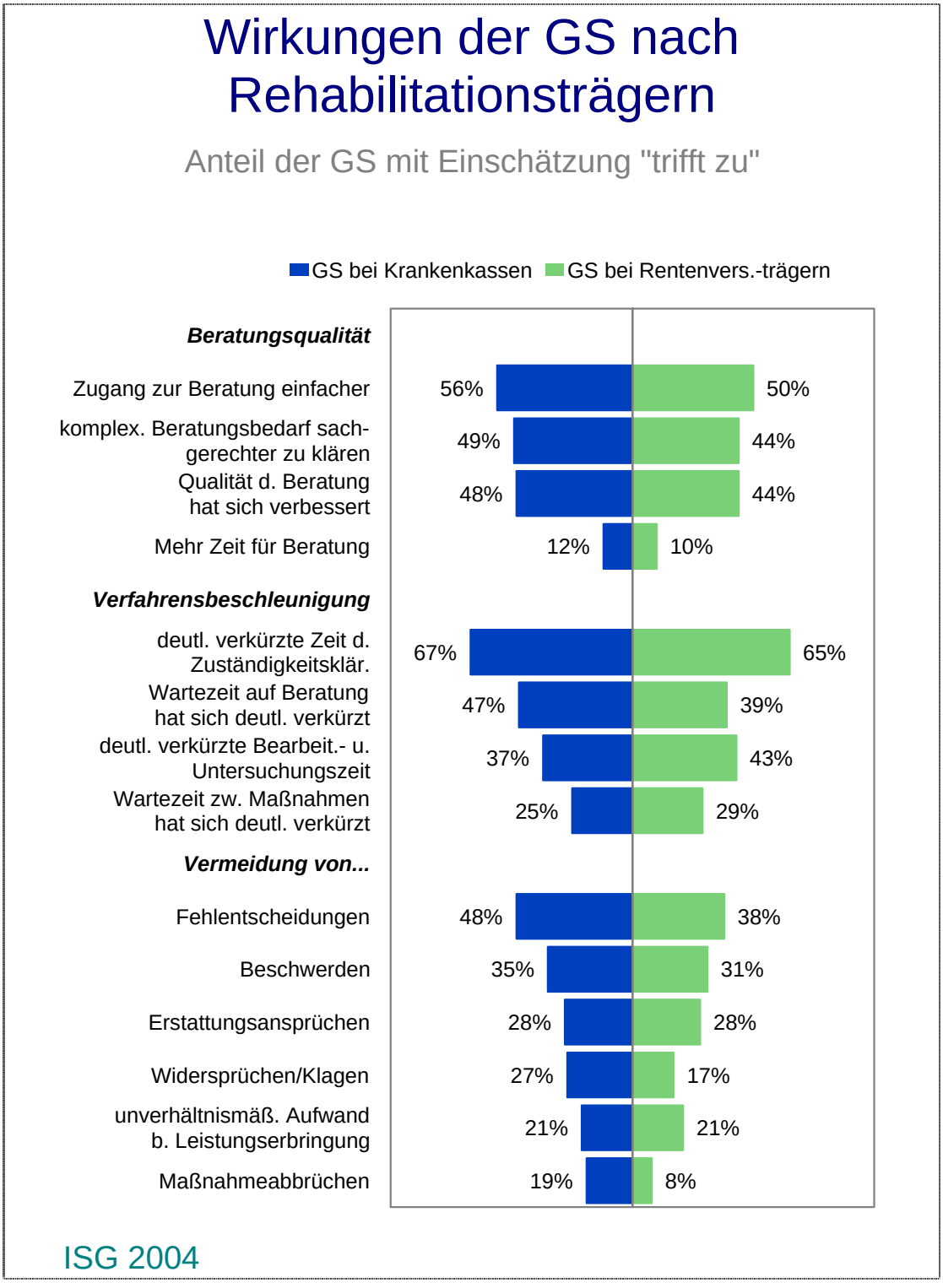
Abbildung 117



9.2.2 *Wirkungen im Trägervergleich*

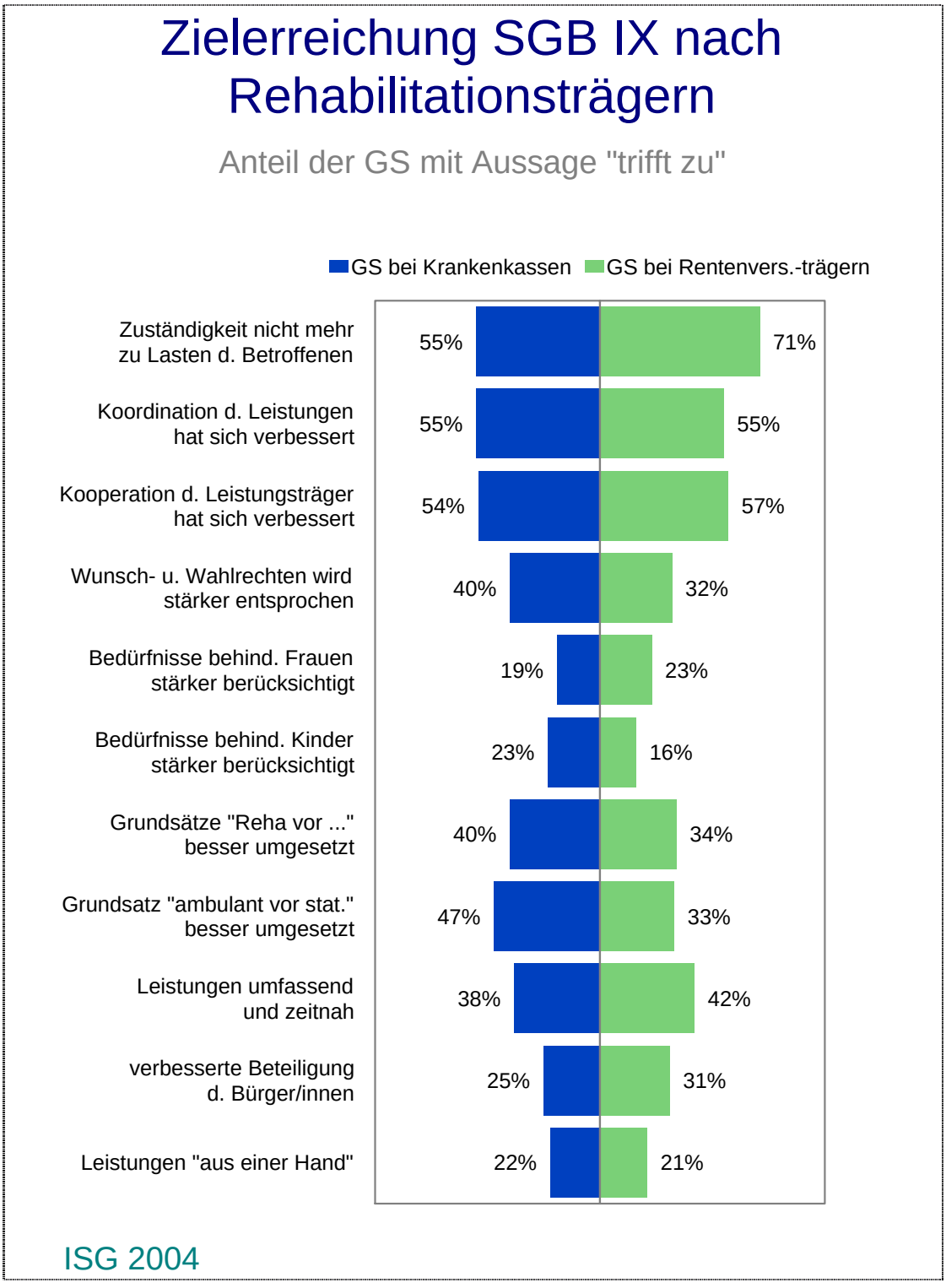
Hinsichtlich der Einschätzung der GS, ob sich im Rahmen ihrer Servicestellentätigkeit bestimmte Wirkungen eingestellt haben, sind Trägerunterschiede in geringem Umfang festzustellen. Es fällt auf, dass GS bei Krankenkassen ihre Wirksamkeit in der Regel etwas höher einschätzen als GS bei Rentenversicherungsträgern.

Abbildung 118



Auch was den Beitrag der GS zur Zielerreichung des SGB IX angeht, ergeben sich nur an einigen Stellen Unterschiede. So stimmen annähernd drei Viertel der GS bei Rentenversicherungsträgern (71%) der Aussage zu, dass durch ihre Servicestellentätigkeit Streitigkeiten über die Zuständigkeit nicht mehr zu Lasten der Betroffenen gehen. Dies sieht aber nur gut die Hälfte der GS bei Krankenkassen (55%) gewährleistet. Unterschiedliche Einschätzungen der Rehabilitationsträger beispielsweise bezüglich der besseren Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ könnten sich aus ihren unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkten bei den Leistungen zur Teilhabe ergeben.

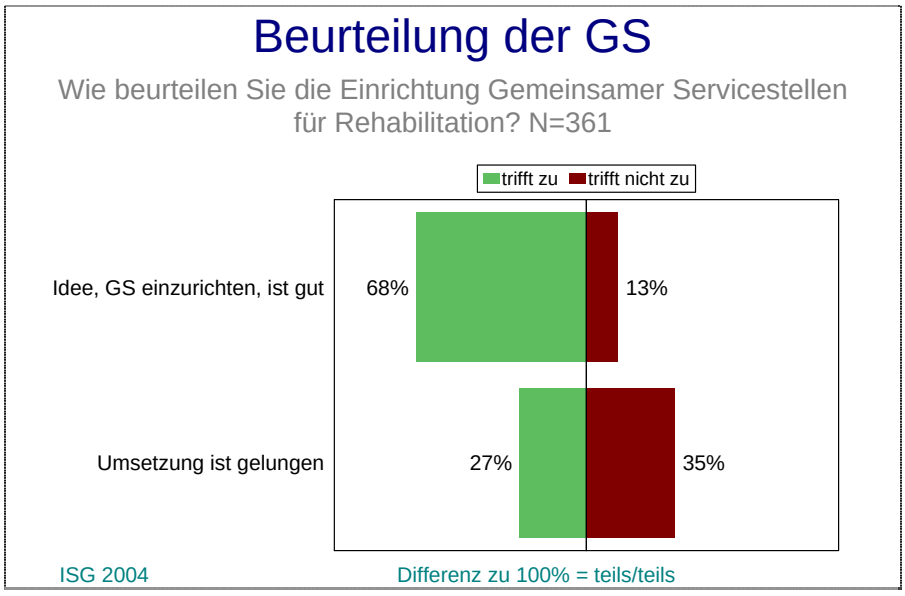
Abbildung 119



9.3 Gesamtbewertung von Konzept und Umsetzung durch die Gemeinsamen Servicestellen

Gut zwei Drittel der GS (68%) bewerten die Idee, Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation einzurichten, grundsätzlich als gut. Mehr als jede zehnte GS (13%) steht allerdings nicht hinter der Idee, was in der Praxis zu einem eingeschränkten Engagement führen könnte. Weiter ist fast jede fünfte GS (19%) geteilter Meinung, was die Idee der GS angeht. Im Vergleich mit der überwiegend guten Bewertung des Konzepts, beurteilen die GS die Umsetzung schlechter. Nur ein Viertel der GS (27%) kann sich der Meinung anschließen, dass die Umsetzung der Einrichtung von GS gelungen ist. Ein Drittel der GS (35%) ist dagegen der Auffassung, diese Umsetzung sei nicht gelungen. 38% der GS sehen die Umsetzung in Teilen gelungen, in anderen Teilen nicht.

Abbildung 120



Die GS begründeten eine positive Bewertung des Konzeptes der GS respektive des Umsetzungsstandes beispielsweise wie folgt:

> „Rehabilitanden sind nicht mehr gezwungen, zur Beratung und Antragstellung evtl. mehrere Einrichtungen aufzusuchen.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

> „Gemeinsamer Service für Rehabilitation lässt sich besser umsetzen durch jetzt konkret benannte Ansprechpartner der anderen Leistungsträger.“ (GS in Sachsen-Anhalt)

> „Ratsuchende Kunden sind froh, ‚eine’ Anlaufstelle vorzufinden, die Antragsaufnahmen als Lotse vornehmen. Belange der Kunden werden zielgenauer vorgefiltert.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

> „Die Einrichtung der Servicestelle in unserem Landkreis ist sehr positiv. Die Betreuung der Klienten konnte dadurch verbessert werden.“ (GS in Brandenburg)

> „Wichtig, dass Behinderte beraten werden und dass es unsere Servicestelle gibt.“ (GS in Brandenburg)

> „Einrichtung ‚GS’ wird vom Bürger angenommen; persönliche Beratung ist dem Ratsuchenden wichtig! Sein Antrag wird zeit- und ortsnah aufgenommen.“ (GS in Bayern)

> „Gutes Netzwerk-gestütztes Arbeiten hier vor Ort; Vorgänge, die aus der GS kommen, werden vorgezogen und prioritär bearbeitet.“ (GS in Bayern)

„Bei den Reha-Trägern wächst Zusammenhalt FÜR den Antragsteller/behinderten Menschen. Wechsel im Denken bzw. in der Stellung des Hilfesuchenden.“ (GS in Baden-Württemberg)

Die GS begründeten kritische Einschätzung des Umsetzungsstandes in erster Linie damit, dass ihrer Auffassung nach kein Bedarf für eine trägerübergreifende Beratung besteht.

„Nach meinen Erfahrungen wird die Servicestelle nicht in wesentlichem Umfang genutzt. Anscheinend ist die bereits seit jeher angebotene Beratung der Reha-Träger gut.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

„Die Servicestelle unseres Bereichs wird eher wenig genutzt, da die Ratsuchenden größtenteils ihren zuständigen Kostenträger kennen.“ (GS in Thüringen)

„Die Erfahrung hat gezeigt, dass kein großer Beratungsbedarf bezogen auf die Servicestelle besteht.“ (GS in Hessen)

„Es besteht kein Bedarf an Servicestellen.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

„Der Beratungsbedarf im Kreis Herford ist sehr gering und die Betroffenen wissen i.d.R. an wen sie sich wenden müssen. Es bestehen reichlich Beratungsangebote.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

„Kreisfreie Stadt – Klienten kennen ihre Ansprechpartner / mehrere vor Ort.“ (GS in Brandenburg)

„Die Servicestellen sind nicht notwendig.“ (GS in Hessen)

„Viel zu geringe Resonanz, dadurch keine wesentliche Verbesserung der Gesamtsituation für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen.“ (GS in Sachsen)

Zwei der GS begründeten kritische Einschätzungen mit einer fehlenden Motivation der Rehabilitationsträger.

„Die GS und ihre Aufgaben sind in weiten Teilen nicht bekannt. Die Reha-Träger stehen nicht hinter den GS.“ (GS in Niedersachsen)

„Meines Erachtens werden die GS durch die einzelnen Träger nicht als erforderlich angesehen.“ (GS in Niedersachsen)

Weiter stellten einige GS auf die fehlenden Entscheidungsbefugnisse der GS ab.

„Entscheidung liegt weiter bei den Trägern, klientenspezifische Beratung durch bisherige Träger und Gruppen, Beeinflussung der Entscheidung nicht möglich.“ (GS in Sachsen)

„Umsetzung der Idee aufgrund der Vielzahl der Leistungen und Reha-Träger schwierig; Vereinbarungen (z.B. Rückinfo über Bearbeitung etc.) werden so gut wie gar nicht eingehalten.“ (GS in Thüringen)

Auch sahen GS in dem komplizierten Recht bzw. dem gegliederten System der Rehabilitation einen Grund dafür, dass die Umsetzung der Idee der GS beeinträchtigt ist.

„Der Umfang der Gesetze in den einzelnen Bereichen ist so groß, dass keiner den Überblick behält, wer im Einzelnen unter welchen Voraussetzungen zuständig ist.“ (GS in Rheinland-Pfalz)

„Mangels Vereinfachung und Vereinheitlichung des Förderrechts bleiben Reibungsverluste erhalten.“ (anonym)

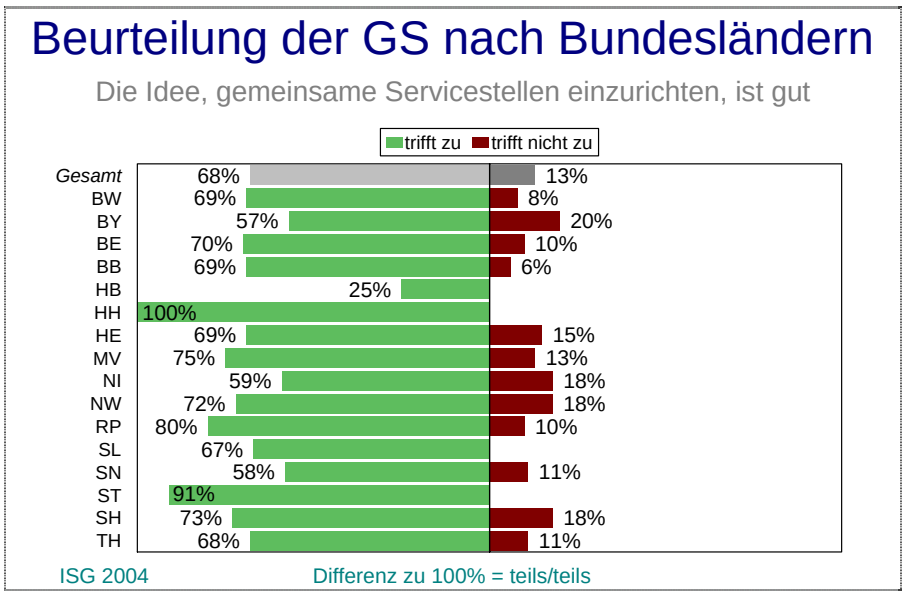
Eine Reihe von Begründungen kritischer Einschätzungen hebt auf die Organisationsform der „virtuellen“ GS ab bzw. gibt Hinweise auf Entwicklungsperspektiven.

> „Der Kunde wäre u.E. eher an einer Servicestelle interessiert, die mit allen Trägern besetzt ist.“ (GS in Baden-Württemberg)
>
> „Die Idee der GS ist eigentlich sehr gut. Man hätte die GS allerdings nicht bei einem bestehenden Reha-Träger, sondern als eigenständige Einrichtung einführen sollen. Für die Mitarbeiter der GS ist es neben der normalen täglichen Arbeit nicht möglich noch Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. Die Folge ist dann die geringe Nutzung der GS durch Betroffene.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)
>
> „Die GS könnten eine deutliche Hilfe für die Menschen mit Behinderungen sein. Leider ist 1. Der Bekanntheitsgrad, 2. Die Quantität des Personals, 3. Das fachübergreifende Fachwissen und 4. Die Zusammenarbeit aller Reha-Träger noch nicht so weit entwickelt, wie sich der Gesetzgeber dies bei der Entwicklung des SGB IX gedacht hatte.“ (GS in Schleswig-Holstein)
>
> „Statt vielen kleinen Servicestellen besser auf reg. Ebene ‚Serviceteams’ die für Region Ansprechpartner sind.“ (GS in Bayern)
>
> „Nur bei wirklicher Teamarbeit (auch räumliche Nähe) der Reha-Träger kann ein gemeinsamer Service umgesetzt werden.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)
>
> „Ohne direkte Einbindung aller Reha-Träger in das Beratungsangebot vor Ort - mit Entscheidungsbefugnis - besteht kaum Interesse an der Arbeit der Servicestelle.“ (GS in Nordrhein-Westfalen)

9.3.1 Gesamtbewertung im Ländervergleich

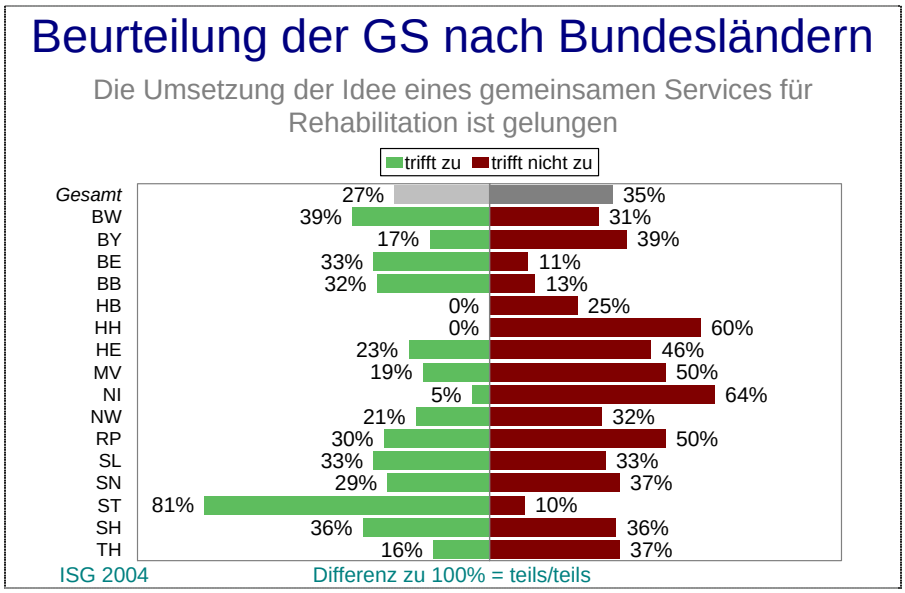
Betrachtet man die Beurteilung der Idee der GS nach Bundesländern, dann ergibt sich folgendes Bild: Alle 5 GS in Hamburg sowie 91% der GS in Sachsen-Anhalt stehen voll hinter der Idee der GS. Eine deutlich überdurchschnittliche Zustimmung erhält die Idee der GS daneben in Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz mit mindestens 75%. Am kritischsten gegenüber der Idee der GS zeigen sich die GS in Bayern mit 20% sowie in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein mit jeweils 18%. In diesen Bundesländern hält jede fünfte GS die Aussage „Die Idee, GS einzurichten, ist gut“ für nicht zutreffend.

Abbildung 121



81% der GS in Sachsen-Anhalt sind der Überzeugung, dass die Umsetzung der Idee eines gemeinsamen Services für Rehabilitation gelungen ist. Vergleichsweise günstige Einschätzungen betreffend die Umsetzung ergeben sich auch in Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, im Saarland und in Schleswig-Holstein mit einer Zustimmung von mindestens zwei Dritteln. Dagegen äußern sich insbesondere GS in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz vergleichsweise kritisch über die Umsetzung der Einrichtung von GS. Hier ist mindestens die Hälfte der befragten GS der Ansicht, die GS sei bei ihnen kein Erfolgsmodell.

Abbildung 122

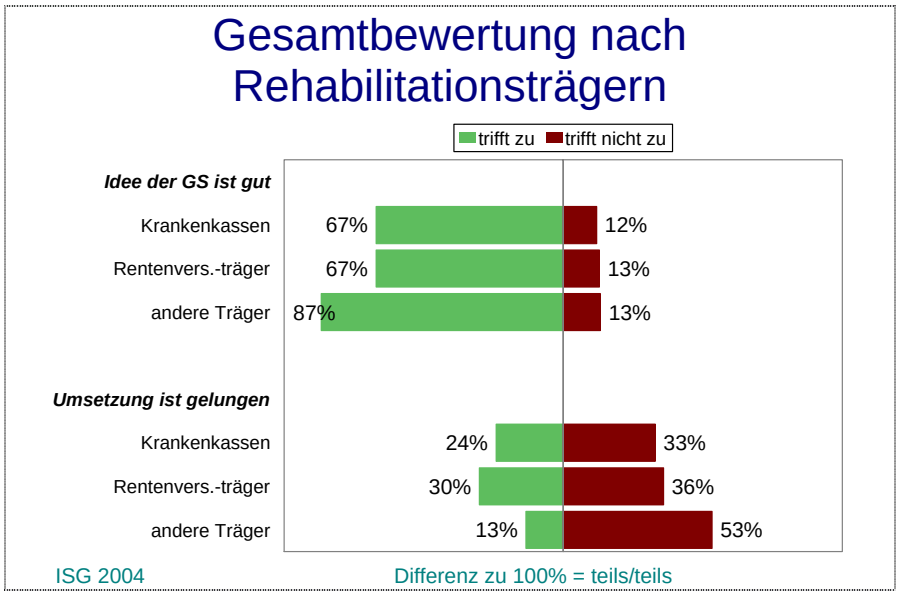


Betrachtet man beide Einschätzungen zusammen, dann fallen unterschiedliche Zusammenhänge zwischen der Beurteilung der Idee, GS einzurichten und dem Urteil bezüglich der Umsetzung auf. Ein klarer Zusammenhang zeigt sich in Sachsen-Anhalt, wo hohe Anteile der GS sowohl die Idee gut finden als auch die Umsetzung als gelungen bezeichnen. Zur Erinnerung: die GS in Sachsen-Anhalt zeichnen sich dadurch aus, dass hier die Beratungs- und Unterstützungsleistungen nach § 22 SGB IX in der Regel häufig erbracht und relativ hohe Fallzahlen berichtet werden. Interessant sind auch die Ergebnisse für Hamburg. Alle 5 GS sind von der Idee der GS überzeugt, eine Mehrheit von 3 GS allerdings bekundet, dass die Umsetzung nicht gelungen ist. In Bayern findet die Idee der GS nur bei etwas über der Hälfte der GS Zustimmung. Nur 17% der GS in Bayern bewerten die Umsetzung als gelungen. Überraschend ist das Ergebnis in Baden-Württemberg. Vor dem Hintergrund des relativ weit fortgeschrittenen Entwicklungsstandes bei der Aufgabenerfüllung und den relativ hohen Fallzahlen, hätte man eine noch größere Zustimmung zur Idee und eine bessere Beurteilung der Umsetzung erwarten können.

9.3.2 Gesamtbewertung im Trägervergleich

Die Gesamtbeurteilung der GS ist weitgehend unabhängig von den Rehabilitationsträgern, bei denen die GS eingerichtet sind. Gleich viele GS bei Krankenkassen wie bei Rentenversicherungsträgern bewerten die Idee der GS als gut, etwa gleich viele lehnen sie ab. Bei den anderen Rehabilitationsträgern erfährt die Idee der GS eine höhere Zustimmung. GS bei Rentenversicherungsträgern bewerten die Umsetzung etwas besser als GS bei Krankenkassen und GS bei anderen Trägern. Bei beiden Trägern bewertet rd. ein Drittel der GS die Umsetzung als nicht gelungen. GS bei anderen Rehabilitationsträgern (Unfallversicherungsträgern, Sozialhilfeträgern und Agenturen für Arbeit) äußern sich bezüglich der Umsetzung besonders kritisch. Über die Hälfte dieser GS ist mit dem gegenwärtig erreichten Umsetzungsstand unzufrieden.

Abbildung 123



10 Regionale Erfolgsmodelle, Erfolgsfaktoren

Es ist deutlich zu unterstreichen, dass es nach den vorliegenden Ergebnissen in allen Bundesländern (und bei allen Rehabilitationsträgern) sowohl fortschrittliche als auch entwicklungsbedürftige GS gibt. Es zeigt sich aber, dass die Anteile der GS, die gute Ergebnisse aufweisen, je nach Bundesland und Rehabilitationsträger sowie je nach betrachtetem Erfolgskriterium (z.B. Umsetzung der Barrierefreiheit, trägerübergreifende Zusammenarbeit oder Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen) unterschiedlich hoch sind. Im Folgenden sollen zwei verschiedene, in gewissen Hinsichten erfolgreiche regionale Modelle dargestellt werden.

10.1 Erfolgsmodell Baden-Württemberg

In der sozialpolitischen Diskussion der Gemeinsamen Servicestellen wird die Situation in Baden-Württemberg als positives Beispiel einer gelungenen Etablierung neuer Strukturen und Prozesse angeführt. Die Untersuchungsergebnisse stützen diese Einschätzung zum Teil. Die Fallzahlen je GS liegen in der Regel relativ hoch und der Entwicklungsstand der GS bezogen auf die erfüllten Aufgaben ist mehrheitlich fortgeschritten. Dass die Fallzahlen und der Entwicklungsstand der Aufgabenerfüllung aber nicht alleiniger Maßstab sein können, ergibt sich aus den unterschiedlich engen bzw. weiten Definitionen und Zählweisen, die zugrunde gelegt werden können und die eine Vergleichbarkeit erschweren. Das Erfolgsmodell Baden-Württemberg ergibt sich unserer Einschätzung nach in erster Linie aus der von den meisten GS umgesetzten Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen sowie einer offensiven Informations- und Öffentlichkeitsarbeit. Bezogen auf andere Kriterien zeigt sich auch in Baden-Württemberg ein Entwicklungsbedarf, beispielsweise in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit. So sind lediglich bei 30% der GS in BW Teammitglieder der anderen beteiligten Rehabilitationsträger eigens namentlich benannt worden. Interessant ist weiter, dass die Zufriedenheit der Servicestellenmitarbeiter in Baden-Württemberg mit der Umsetzung Gemeinsamer Servicestellen zwar im Vergleich relativ hoch ist, mit einer Zustimmung von 39% der GS zu der Aussage „Die Umsetzung ist gelungen“ aber Verbesserungsmöglichkeiten ausweist.

Es ist auch zu berücksichtigen, dass es sich in Baden-Württemberg um ein besonderes Modell der Umsetzung Gemeinsamer Servicestellen handelt. Insbesondere akzentuiert es mit seiner Angliederung der GS an die Regionalzentren der LVA die regionale Ebene. Dies hat den Vorteil, dass eher wenige, aber personell, fachlich und räumlich gut ausgestattete GS eröffnet wurden. Der Umstand, dass (fast) alle GS bei der LVA Baden-Württemberg eingerichtet sind, hat weiter den Vorteil, dass alle die GS betreffenden Maßnahmen, z.B. der Öffentlichkeitsarbeit, einheitlich umgesetzt werden können, ohne dass zuvor eine Abstimmung verschiedener Rehabilitationsträger erfolgen muss. Als Nachteile dieser spezifischen Struktur sind zum einen die fehlende Ortsnähe der GS bzw. ihre vergleichsweise großen Einzugsbereiche zu nennen. Zum anderen erschwert die Einrichtung der GS bei (fast) nur einem Rehabilitationsträger die beabsichtigte Kooperation, Konvergenz und Koordination im Bereich der Rehabilitation. Im Folgenden soll das spezifische Servicestellenkonzept der LVA Baden-Württemberg detailliert beschrieben werden, um aufzuzeigen, was zu dem in Teilen gelungenen Service in Sachen Rehabilitation in Baden-Württemberg beigetragen hat.

10.1.1 Organisation und Personal

In Baden-Württemberg sind 22 von 29 GS bei der LVA Baden-Württemberg eingerichtet. Dies beruht nach Auskunft des Trägers auf dessen dezentraler Struktur, die sich – so die Selbsteinschätzung – für die Einrichtung der GS als vorteilhaft erweist. Die LVA hat in Ballungszentren größere Beratungseinheiten, so genannte „Regionalzentren“ etabliert, die eine umfassende Beratung und Fallbearbeitung anbieten. Durch die Anwesenheit von Fachberatern, die Rehabilitanden in Belangen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beraten, und medizinischem Fachpersonal, könne die GS hausintern auf eine breite Wissens- und Erfahrungsbasis zurückgreifen. Die GS werden von Mitarbeitern der LVA Baden-Württemberg betreut. Diese Mitarbeiter sind auch weiterhin mit Aufgaben der LVA befasst. Sofern jedoch Tätigkeiten für die GS zu erledigen sind, werde diesen Priorität eingeräumt. Die Mitglieder des Servicestellenteams können bei Bedarf telefonisch zu Rate gezogen werden. Ergänzend steht den GS ein Ansprechpartner zur Verfügung, der bei komplizierten Rehabilitationsfällen und organisatorischen Fragen konsultiert werden kann.

10.1.2 Mobile Gemeinsame Servicestelle im Landkreis Böblingen

Die Betreuung des Landkreises Böblingen erfolgt - nach Absprache mit dem Sozialministerium Baden-Württemberg und Behindertenverbänden - durch die in Stuttgart eingerichtete GS der LVA. Auf Nachfrage aus der Region werden seit Februar 2002 ergänzend Sprechtage angeboten. Jeweils am ersten und dritten Dienstag im Monat finden mobile Sprechtage in mittlerweile drei verschiedenen Städten der Region statt, wobei die barrierefreien Räumlichkeiten sowie ein Laptop-Anschluss vom Landkreis zur Verfügung gestellt werden. Eine vorherige Anmeldung zu den Sprechtagen ist nicht erforderlich. Nach Auskunft können die Beratungsfälle in der Regel direkt vor Ort gelöst werden. In komplexen Fällen wird eine Klärung vom Regionalzentrum der LVA aus herbeigeführt. Die mobilen Sprechtage sind nach einer sechsmonatigen Testphase aufgrund reger Inanspruchnahme eine dauerhafte Institution geworden.

10.1.3 Servicestellenteam und Fortbildung

Regelmäßig stattfindende Treffen des Servicestellenteams gewährleisten, dass sich die Teammitglieder persönlich kennen. Im Rahmen dieser Treffen finden auch wechselseitige Schulungen statt. Weiter bieten sie die Möglichkeit, laufende oder bereits abgeschlossene Beratungsfälle, die bei der Bearbeitung Probleme bereiten bzw. bereiteten, zu diskutieren, um für zukünftige, vergleichbare Fälle eine bessere Handhabe zu finden. Neben den internen und den trägerübergreifenden Fortbildungen im Rahmen der Teamtreffen werden auch überregionale Schulungen für Servicestellenmitarbeiter angeboten. Hier werden insbesondere Bereiche des Sozialrechts bzw. des Rechts der Rehabilitation thematisiert, die im Rahmen der alltäglichen Arbeit seltener vorkommen und entsprechend in der Praxis eher Schwierigkeiten bereiten könnten.

10.1.4 Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen sowie Öffentlichkeitsarbeit

Um eine enge Zusammenarbeit mit Behindertengruppen und Selbsthilfegruppen zu gewährleisten, werden diese an den regelmäßigen Teamtreffen beteiligt, so dass Interessen behinderter Menschen unmittelbar berücksichtigt werden können. Zusätzlich beteiligen sich GS in ihrer Region an Veranstaltungen von Behindertenverbänden respektive Selbsthilfegruppen. In der Startphase der Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen haben zahlreiche Informationsveranstaltungen zum Aufgabenprofil der GS

stattgefunden. Weiter werden Handzettel eingesetzt, die für jede Region entworfen wurden, und neben einer kurzen Beschreibung des Tätigkeitsfeldes der GS auch die Anschrift und eine Anfahrtsbeschreibung enthalten. Ein Informationsblatt bietet zusätzlich einen Überblick über alle GS in Baden-Württemberg.

10.1.5 Barrierefreiheit, Leitfaden, Zertifizierung, Schulung

Für die Barrierefreiheit der Gebäude und Beratungsräume hat die LVA Baden-Württemberg einen Leitfaden entwickelt, der auf Erfahrungen aufbaut, die im Zuge eines Umbaus des Regionalzentrums Schwäbisch-Hall gewonnen wurden. Hier ist insbesondere darauf geachtet worden, nicht nur die Belange von Rollstuhlfahrern, sondern auch die Belange seh- und hörbehinderter Menschen zu berücksichtigen. Die Barrierefreiheit von Gebäuden wird von Behindertenverbänden zertifiziert. Um eine barrierefreie Kommunikation zu gewährleisten, wurden und werden Schulungen von der Vorsitzenden des Forums selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e.V. (ForseA) angeboten.

10.1.6 Definition eines Servicestellenfalls

Seit Anfang 2003 erfolgt eine elektronische Erfassung der Servicestellenfallzahlen. Als Servicestellenfälle werden angesehen:

- Beratungsfälle, bei denen die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers gegeben ist und dieser von der GS eingeschaltet wird.
- Beratungsfälle, bei denen die GS von Personen aufgesucht wird und eine Beratung erfolgt (Prüfung der Leistungen), auch wenn sich im Laufe der Beratung herausstellen sollte, dass die LVA als Leistungsträger zuständig ist. Der Fall wird als Servicestellenfall gewertet und geht in die Statistik ein, da die GS eine beratende Funktion im Sinne des § 22 SGB IX wahrgenommen habe.

Nicht erfasst werden Beratungsfälle, in denen ein Ratsuchender an die GS herantritt, jedoch gezielt Maßnahmen der LVA als Rentenversicherungsträger beantragt oder sich hierüber erkundigt. Hier handele es sich um Fälle, die grundsätzlich von jedem Berater der LVA wahrgenommen werden könnten. Dass der Ratsuchende unbeabsichtigt an die GS herantrat („sich im Beratungszimmer geirrt hat“), ist in diesem Fall unerheblich.

10.2 Erfolgsmodell Sachsen-Anhalt

Die Untersuchungsergebnisse legen nahe, dass es neben Baden-Württemberg ein weiteres Erfolgsmodell Sachsen-Anhalt gibt. Dafür sprechen unter anderem die durchschnittlich höchsten Fallzahlen in Verbindung mit einem relativ großen Zeitbudget je GS, die Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen an den GS sowie die positive Bewertung des Umsetzungsstandes durch die GS selbst.

10.2.1 Frühe und gemeinsame Planung der Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen

Das Erfolgsmodell Sachsen-Anhalt zeichnet sich zunächst dadurch aus, dass sich die Rehabilitationsträger frühzeitig mit der Einrichtung von GS auseinander setzten. Die Rehabilitationsträger planten schon während des Gesetzgebungsverfahrens zum SGB IX die Bildung von Servicestellenteams. Bereits Anfang Juli 2001 eröffneten LVA und BfA in Halle und in Magdeburg die ersten beiden GS. Anfang August waren auch in zehn weiteren Auskunfts- und Beratungsstellen der LVA GS eingerichtet. Zum 1. Oktober 2001 eröffneten schließlich GS bei mehreren weiteren Rehabilitationsträgern, insbesondere der AOK, so dass ab diesem Zeitpunkt eine landesweit flächendeckende Versorgung gewährleistet war.[55] Offenbar ist es in Sachsen-Anhalt im Unterschied zu anderen Bundesländern gut gelungen, die GS zur gemeinsamen Sache aller Rehabilitationsträger zu machen. Nach Einschätzung der LVA Sachsen-Anhalt hat sich vor mit der Einrichtung der GS die Kooperation der Rehabilitationsträger weiter verbessert. Dies führt unter anderem dazu, dass die Rehabilitationsverfahren beschleunigt werden konnten. Zur Erinnerung: Die Trägerstruktur in Sachsen-Anhalt zeichnet sich dadurch aus, dass die GS hauptsächlich zu gleichen Teilen bei der LVA und der AOK eingerichtet sind, darüber hinaus auch bei Mitgliedskassen des VdAK, bei der IKK, bei der BfA und der Bundesknappschaft. Anders als in Baden-Württemberg, wo fast alle GS bei der LVA und keine bei Krankenkassen eröffnet wurden, ergibt sich für Sachsen-Anhalt eine differenzierte Trägerstruktur. Die LVA Sachsen-Anhalt leistete - in enger Abstimmung mit der AOK Sachsen-Anhalt - die notwendige Abstimmungs- und Vernetzungsarbeit und erfüllt auch nach der Startphase eine Moderatorenfunktion. In diesem Zusammenhang berichtete eine Servicestellenmitarbeiterin einer GS bei einer Krankenkasse darüber, dass es für Probleme in der Fallbearbeitung oder organisatorischer Art einen Ansprechpartner der LVA Sachsen-Anhalt gebe, den sie anrufen können und der dann Unterstützung leiste.

10.2.2 Teamtreffen, Schulungen, Beteiligung Dritter

Hervorzuheben sind unserer Einschätzung nach außerdem die regelmäßigen Treffen auf Landesebene und insbesondere die regelmäßigen regionalen Treffen von Servicestellenteams. Halbjährlich lädt die LVA die GS, weitere Vertreter der Rehabilitationsträger, den Landesbehindertenbeauftragten sowie Behindertenverbände in Sachsen-Anhalt zum landesweiten Erfahrungsaustausch nach Halle ein. Neben den landesweiten Treffen haben sich in Sachsen-Anhalt regelmäßige Teamtreffen einzelner oder mehrerer GS etabliert, in deren Rahmen neben einem Erfahrungsaustausch und gemeinsamen Planungen auch Schulungen durchgeführt werden. Beispielsweise trifft sich nach Auskunft der GS bei der DAK in Halle das Beratungsteam Halle/Saalkreis vierteljährlich. Es setzt sich zusammen aus den Servicestellenmitarbeitern der vier für

[55] Vgl. Gemeinsame Pressemitteilung LVA, AOK, VdAK, BfA vom 28.09.2001, Reha-Servicestellen in Sachsen-Anhalt flächendeckend ab 1. Oktober; <www.aok.de/sa>

die Region Halle und Saalkreis zuständigen GS sowie weiteren Teammitgliedern. Dabei sind alle Rehabilitationsträger mit mindestens einem extra für die GS benannten Teammitglied vertreten. An den Teamtreffen werden weiter Ansprechpartner des Integrationsamtes und des Integrationsfachdienstes beteiligt, auch in der Form, dass sie Schulungen für die Servicestellenmitarbeiter durchführen. Außerdem nehmen Behindertenverbände an den Teamtreffen teil. Ein guter Kontakt besteht beispielsweise zum Sehschwachen- und Blindenverband. In einer seiner Einrichtungen findet im Herbst 2004 das nächste geplante Teamtreffen statt. Ein weiteres Beispiel für die offenbar gute Vernetzung von GS besteht darin, dass im Landkreis Stendal/Altmark ein Servicestellenmitarbeiter Mitglied des Behindertenbeirates ist. In den Regionen finden zwischen den Rehabilitationsträger abgestimmte Schulungen durch Behindertenverbände statt. Beispielsweise ist noch in diesem Jahr eine Qualifizierung zum Thema Persönliches Budget geplant, die von einer Vertreterin des Diakonischen Werkes geleitet wird. Um den Teilnehmerkreis der Kurse nicht zu groß werden zu lassen, finden die Schulungen in der Regel nicht trägerübergreifend statt. Vielmehr stimmen die Rehabilitationsträger Schulungsinhalte ab und werden die Schulungen dann je Träger durchgeführt.

10.2.3 Fallzahlen, Definition eines Servicestellenfalls

Die relativ hohen Fallzahlen in Sachsen-Anhalt lassen die Frage aufkommen, welche Definition eines Servicestellenfalls zugrunde gelegt wird, das heißt, wie gezählt wird. Nach Auskunft der LVA Sachsen-Anhalt zählten die 12 GS bei der LVA bis einschließlich Mai 2004 insgesamt 4.100 Servicestellenfälle, das sind rd. 800 Fälle im Monat. Die durchschnittliche Inanspruchnahme je GS bei der LVA beträgt damit 68 Kunden im Monat. Die Definition eines Servicestellenfalls erfolge gemäß der BAR-Empfehlung. Es werden also die Beratungsfälle als Servicestellenfälle gewertet, bei denen Kontakt mit einem Teammitglied aufgenommen wurde. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass der Beratungsbedarf in Sachsen-Anhalt als hoch eingeschätzt wird und gleichzeitig die trägerinternen Beratungsstellen nicht als Konkurrenz zu dem Angebot der GS erlebt werden.

10.2.4 Organisation der Teamarbeit, Fallbesprechungen

Beispielsweise in Halle werden die 4 GS unterschiedlicher Träger als 1 GS mit 4 Standorten verstanden. Für alle besteht ein „Beratungsteam“ bzw. Netzwerk aller beteiligten Rehabilitationsträger und weiterer Institutionen für Rehabilitation. Die 4 GS bzw. Standorte sind zum einen – wie dargestellt – durch Treffen und Schulungen, zum anderen aber auch tatsächlich fallbezogen, in der praktischen Arbeit vernetzt. Auch hier erfolgen die Kontakte der Teammitglieder vorwiegend telefonisch und per E-Mail, bemerkenswert ist aber, dass – zumindest in Einzelfällen – Teammitglieder in der Vergangenheit zu kurzfristigen Fallbesprechungen auch in die GS kamen.

Im Schulungshandbuch für Mitarbeiter der GS in Sachsen-Anhalt ist grundsätzlich folgende Verfahrensweise der Zusammenarbeit von Rehabilitationsträgern bei Beratungsgesprächen festgelegt[56]:

- Ergibt sich in einem Beratungsgespräch die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers, klärt dies der Mitarbeiter der GS durch telefonischen Kontakt mit dem entsprechenden Teammitglied.

[56] Handbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation in Sachsen-Anhalt, Stand: 04.12.2002, Zusammenarbeit der Träger untereinander, S. 12

- Stellt sich heraus, dass nur ein anderer Leistungsträger zuständig ist, wird dort ein Beratungstermin für den Ratsuchenden vereinbart.

  „Der Ratsuchende wird also nicht ohne weitere Beratung weggeschickt, sondern er wird von dem anderen Träger in Empfang genommen. In dem Beratungsgespräch in der gemeinsamen Servicestelle wird dann dem Ratsuchenden noch mitgeteilt, welche Unterlagen benötigt werden, damit der zuständige Träger zügig entscheiden kann.“[57]

- Stellt sich bei der Beratung in der GS heraus, dass mehrere Rehabilitationsträger Leistungen erbringen können oder die Zuständigkeit unklar ist, organisiert die GS eine „Fachkonferenz“, an der die beteiligten Träger teilnehmen. In der Fachkonferenz erörtern die Träger den Hilfebedarf, die möglichen Leistungsträger und die erforderlichen Leistungen. Grundsätzlich soll der Ratsuchende und ggf. sein Vertreter zu der Konferenz eingeladen werden.

[57] Ebd.

10.3 Erfolgsfaktoren

Betrachtet man die beiden relativen Erfolgsmodelle Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt sowie fortschrittliche GS in den anderen Bundesländern, dann lassen sich Erfolgsfaktoren für eine gelungene Umsetzung des Konzeptes Gemeinsamer Servicestellen für Rehabilitation benennen:

1. ***Regelmäßige Treffen der Servicestellenteams***

   Regelmäßige Treffen der Servicestellenteams sind eine wichtige Voraussetzung dafür, dass ein funktionsfähiges, trägerübergreifendes Netzwerk entsteht. Da die GS nicht in der Art organisiert sind, dass die Mitarbeiter der beteiligten Rehabilitationsträger räumlich zusammen gefasst sind, also „unter einem Dach" zusammen arbeiten, sondern als Organisationsform regelmäßig eine „vernetzte" bzw. „virtuelle" GS gewählt wurde, ist eine Teamentwicklung erforderlich. Grundlage dafür ist das persönliche Kennenlernen und sind regelmäßige persönliche Kontakte der Teammitglieder. Zusammenarbeit setzt voraus, dass sich ein Team zuerst formiert und von allen akzeptierte Regeln der praktischen Zusammenarbeit aufgestellt werden. Erst wenn dies geschehen ist, ist ein Team in der Lage, erfolgreich zu arbeiten. Es hat sich als günstig erwiesen, weitere Institutionen, insbesondere Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen zu den Teamtreffen einzuladen und sie dadurch in ein erweitertes Team zu integrieren. Teamtreffen stellen auch einen geeigneten Rahmen dar, um Fortbildungen und Schulungen der Servicestellenmitarbeiter durchzuführen. Diese können zum einen als wechselseitige Schulungen der Teammitglieder selbst, zum anderen auch durch Dritte, beispielsweise Behindertenverbände durchgeführt werden.

2. ***Beteiligung Dritter an den GS***

   Die Beteiligung Dritter stellt einen weiteren wichtigen Erfolgsfaktor für die Umsetzung des Konzeptes Gemeinsamer Servicestellen dar. In den §§ 60, 61 und 84 SGB IX ist eine Zusammenarbeit der GS beispielsweise mit Ärzten und Arbeitgebern vorgesehen. Diese Kontakte mit anderen Institutionen im Bereich der Rehabilitation wurden aber bislang nur selten aufgebaut. Sie sind aber aufgrund des Spezialwissens dieser Institutionen wichtige Voraussetzung für eine umfassende und präventive Beratung und Begleitung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen. In der öffentlichen Anhörung zum Umsetzungsstand des SGB IX im Oktober 2003 führte ein Einzelsachverständiger in diesem Zusammenhang aus:

   „Ich denke, wenn die Servicestellen in diesem Bereich ihre gesetzlichen Aufgaben voll erfüllen würden, die auch beinhalten, initiativ auf diese Sphären zuzugehen und damit die Schnittstellenprobleme zu den Bereichen außerhalb des SGB IX lösen zu helfen, dann können die Servicestellen auch nicht mehr über mangelnde Arbeit und Inanspruchnahme klagen."[58]

[58] Wortbeitrag von Harry Fuchs, Einzelsachverständiger, Wortprotokoll der öffentlichen Anhörung der Koalitionsarbeitsgruppe „Menschen mit Behinderungen" zum Umsetzungsstand des SGB IX am 13. Oktober 2003 im Deutschen Bundestag in Berlin, S. 24

3. Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen an den GS

Die Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen stellt einen Erfolgsfaktor in mehrfacher Hinsicht dar. Erstens zeigen die Untersuchungsergebnisse deutlich, dass bei den GS einerseits und den Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen andererseits unterschiedlichen Perspektiven, Erfahrungen und Betroffenheiten bezogen auf die Umsetzung der Barrierefreiheit der GS vorliegen. Die GS bewerten die Umsetzung der Barrierefreiheit in ihrer GS in der Regel mit gut bis sehr gut. Gleichzeitig stellen aber Verbände behinderter Menschen zum Teil erhebliche Mängel fest. In einem ersten Schritt erscheint die Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen an der *Umsetzung der Barrierefreiheit* wichtig. Dies könnte, wie beispielsweise in Baden-Württemberg, in Form einer „Zertifizierung" der GS durch Verbände und Selbsthilfegruppen geschehen.

Weiter ist eine Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen an *Schulungen* der Servicestellenmitarbeiter nützlich. In Baden-Württemberg führte die Vorsitzende des Forums selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen (ForseA) Multiplikatorenschulungen der Mitarbeiter der GS bei der LVA durch. Sie dienten dem Zweck, das Wissen und die Perspektive der Mitarbeiter zu erweitern und ihnen bestehende Unsicherheiten im Umgang mit behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen zu nehmen.

„... Daher bestehen teilweise Unsicherheiten darin, wie mit einem gehörlosen oder blinden Menschen kommuniziert wird, welche Hilfen rollstuhlbenutzende Menschen brauchen und/oder wollen. ... Viele Servicestellenmitarbeiter haben noch nie von persönlicher Assistenz und dem Arbeitgebermodell gehört, geschweige denn, dass sie in diesem Bereich adäquat beraten können."[59]

Die Beteiligung an der Planung der Barrierefreiheit der GS und an Schulungen von Servicestellenmitarbeitern sowie Kontakte, die sich über die Beteiligung an *Teamtreffen* ergeben, stellen eine Arbeitsgrundlage für eine Beteiligung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen auch an der *Beratung* dar.

„... Es ist vielleicht auch ganz wichtig zu sehen, was für ein Ergebnis die Schulungen überhaupt bringen. Wir bekommen immer wieder Anfragen von den gemeinsamen Servicestellen in Einzelfällen. Wir werden gefragt, ob wir die Beratungen übernehmen können oder wie man mit einzelnen Fällen umgeht, also es wird auch trägerübergreifend gearbeitet. Dass man sagt, wie können wir jetzt miteinander kooperieren, dazu gibt es jetzt die ersten recht positiven Ansätze."[60]

Eine Reihe von GS verwies in den Befragungen auf die spezifische Beratungskompetenz von Verbänden und Selbsthilfegruppen, die in den GS nicht vertreten ist, über eine Beteiligung aber eingebracht wird. Eine umfassende Beratung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen setzt deshalb eine Verknüpfung der jeweiligen Beratungskompetenzen voraus.

---

[59] kobinet-nachrichten, Servicestellenmitarbeiterinnen und Mitarbeiter machen sich schlau, 14.11.2003, Vgl. <www.netzwerk-artikel-3.de>

[60] Wortbeitrag von Elke Bartz, ForseA, Wortprotokoll der öffentlichen Anhörung der Koalitionsarbeitsgruppe „Menschen mit Behinderungen" zum Umsetzungsstand des SGB IX am 13. Oktober 2003 im Deutschen Bundestag in Berlin, S. 15

4. Zeitansatz für die Servicestellentätigkeit

Die Mitarbeiter der GS benötigen einen Zeitansatz für die Servicestellentätigkeit, erstens für die in § 22 SGB IX vorgesehenen *Managementaufgaben* der Koordinierung, Vermittlung und Hinwirkung, zweitens für die erforderliche *Teamarbeit* mit Mitarbeitern anderer Rehabilitationsträger und die *Vernetzungsarbeit* mit anderen Institutionen im Bereich der Rehabilitation sowie drittens für eine wirksame *Öffentlichkeitsarbeit* in Form von Präsentationen der Aufgaben der GS, beispielsweise in kommunalen Gremien oder bei Verbänden und Selbsthilfegruppen. Gegenwärtig besteht in den meisten GS eine reine „Komm-Struktur" der Beratung: Nur wenn ein Ratsuchender den Weg in die GS findet, dann findet Servicestellenarbeit statt. Wenn die GS aber nicht nachgefragt wird, dann existiert sie faktisch nicht. Eine Auflösung dieser Situation erfolgt dann, wenn die Mitarbeiter der GS einen Zeitansatz für ihre Servicestellentätigkeit erhalten, den sie in einer Startphase, aber auch über diese hinaus, darin investieren, die „Dienstleistung zum Menschen zu bringen", also eine „Bring-Struktur" der Beratung aufzubauen.

5. Schulungen der Servicestellenmitarbeiter

Schulungen der Servicestellenmitarbeiter sind ein weiterer wichtiger Erfolgsfaktor. Wenn sie trägerübergreifend auf regionaler Ebene stattfinden, dienen sie neben der Vermittlung von Wissen auch der Teamentwicklung. Entscheidend ist, dass die Schulungen nicht einmalig ein- bis zweitägig, sondern über einen längeren Zeitraum regelmäßig stattfinden. Bei der bislang im Schwerpunkt geleisteten Vermittlung leistungsrechtlicher Strukturen besteht die Gefahr, dass jeder Servicestellenmitarbeiter versucht, das Rehabilitationsrecht alleine zu überblicken und ohne Unterstützung anderer in der Servicestellenarbeit auszukommen. Dies ist aber, wie einige Servicestellenmitarbeiter im Gespräch verdeutlichten, auf Grund der Komplexität des gegliederten Systems kaum möglich. Vor diesem Hintergrund sind als Inhalte von Schulungen praxisorientierte Übungen in Teamarbeit mehrerer Rehabilitationsträger entscheidend. Es war ja gerade beabsichtigt, die Beratung in Rehabilitationsverfahren über Kooperation und Koordination der Rehabilitationsträger weiter zu entwickeln. Vor dem Hintergrund der angeführten Erfolgsfaktoren der Teamarbeit und der Beteiligung Dritter sind unserer Einschätzung nach weiter Schulungen der Servicestellenmitarbeiter erforderlich, die Managementkompetenzen vermitteln. Dazu gehören beispielsweise Methodenkenntnisse der Moderation, der Teamentwicklung und des Konfliktmanagements.

6. Koordinierung der GS auf regionaler Ebene

In manchen Regionen gewinnt man den Eindruck, dass jeder Rehabilitationsträger, bei dem eine GS eingerichtet ist, seine „eigene" GS betreibt. Dabei gerät aus dem Blick, dass im Grunde immer alle Rehabilitationsträger gemeinsam Träger der GS sind. Da in zwei Dritteln der Fälle nicht lediglich eine, sondern mehrere GS pro Kommune eingerichtet wurden, besteht unserer Einschätzung nach ein Koordinierungsbedarf auf regionaler Ebene. Dieser betrifft zum einen die Verteilung der GS auf die Region, um zu vermeiden, dass sich mehrere GS in einigen Städten oder Stadtteilen „zusammen ballen", während anderenorts keine GS besteht. Der Koordinierungsbedarf betrifft des Weiteren die Abstimmung der Arbeit, beispielsweise des Aufgabenprofils oder der Öffentlichkeitsar-

beit. Die Koordinierungsarbeit könnte in den nach § 12 SGB IX als Soll vorgesehenen regionalen Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsträger geleistet werden. Aus Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt wurde jeweils unabhängig voneinander von den guten Erfahrungen mit einem regionalen Ansprechpartner eines Rehabilitationsträgers, hier jeweils der LVA, mit Steuerungs-, Koordinierungs- und Moderationsfunktion berichtet, der bei organisatorischen Problemen und bei Schwierigkeiten in der trägerübergreifenden Fallbearbeitung um Unterstützung gebeten werden kann. Im Zusammenhang mit einer Akzentuierung der regionalen Ebene bei der Umsetzung der GS sei außerdem darauf hingewiesen, dass sich das Erfolgsmodell Baden-Württemberg gerade dadurch auszeichnet, dass hier weniger auf eine Vielzahl formell eingerichteter GS gesetzt wurde, als vielmehr auf ein „Andocken“ der GS an die „Regionalzentren“ der LVA. Die Servicestellenstrukturen sind hier auf der regionalen Ebene, also eine Ebene höher als auf einer örtlichen Ebene angesiedelt.

7. Einheitliches Aufgabenprofil der GS

Profil, Leistungen und Kompetenzen der GS sind in der Praxis häufig unklar und werden entsprechend uneinheitlich umgesetzt. Das Profil der GS reicht von einem Zusatzangebot für komplexe Fälle bis hin zu dem zentralen Beratungsangebot. Die tatsächlich erbrachten Leistungen der GS reichen von „einfachen“ Tätigkeiten der Information, Zuständigkeitsklärung und Hilfe bei der Antragstellung bis hin zu „anspruchsvolleren“ Leistungen der Koordinierung und Vermittlung sowie Fallbegleitung. Letztere werden auch deswegen selten umgesetzt, weil die GS keine Steuerungs- und Entscheidungskompetenzen haben.

Diese Selbstblockade der GS könnte beseitigt werden, wenn ihr Aufgabenprofil geschärft und die Rolle der GS im Gesamtberatungssystem der Rehabilitation geklärt würde. Im Zusammenhang mit einem einheitlichen Aufgabenprofil ist auch auf das Erfordernis einer einheitlichen Definition eines Servicestellenfalls als wichtige Voraussetzung für eine gelingende Praxis der GS anzuführen. Es scheint, dass die GS insgesamt sehr wenig in Anspruch genommen werden. Dabei ist aber zu bedenken, dass die Fallzahlen unmittelbar von der Definition eines „Servicestellenfalls“ abhängen. Wird eine weite Definition zugrunde gelegt, werden also auch Beratungen gezählt, wenn der Rehabilitationsträger, bei dem die GS eingerichtet ist, selbst zuständig ist, dann sind die Fallzahlen hoch. Wird eine enge Definition zugrunde gelegt, die voraussetzt, dass ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist und mit einem Teammitglied Kontakt aufgenommen wurde, dann sind die Fallzahlen niedrig. In Verbindung mit der Definition eines Servicestellenfalls hängt die Inanspruchnahme weiter vom Profil der GS ab. Handelt es sich um ein zusätzliches Angebot nur für Beratungen bei komplexem Rehabilitationsbedarf, dann sind die Fallzahlen niedrig. Wenn es sich um eine Weiterentwicklung des zuvor bestehenden Angebotes oder sogar um das zentrale Beratungsangebot für Rehabilitation handelt, dann sind die Fallzahlen vergleichsweise hoch.

8. Öffentlichkeitsarbeit der GS

Der Bekanntheitsgrad der GS ist insgesamt zu gering. Wenn das Angebot der GS aber nicht bekannt ist, dann reduziert dies die Inanspruchnahme. Um den Bekanntheitsgrad zu erhöhen und Ratsuchenden den Weg in die GS zu weisen, ist eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit in der Breite erforderlich. Entscheidend erscheint dabei die Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen, aber auch Ärzten und Betrieben, die als Multiplikatoren der GS wirken können. Dazu bedarf es eines entsprechenden zeitlichen Ansatzes für die Servicestellenmitarbeiter. Die genannten Institutionen sind „Gatekeeper" der GS, sie sind in der Lage Betroffene zu informieren und zu einer Kontaktaufnahme zu motivieren. Untersuchungen haben beispielsweise gezeigt, dass jeder vierte subjektiv Rehabilitationsbedürftige den niedergelassenen Arzt als Informationsquelle nutzt. Neben dieser Maßnahme der Multiplikatorenarbeit, die den Ratsuchenden den Zugang zur Beratung der GS verschafft, ist eine einheitliche Außendarstellung, eine „Corporate Identity" der GS hilfreich. Zu diesem Zweck sollten trägerübergreifend gestaltete Flyer für die Regionen aufgelegt werden und das empfohlene Signum durchgängig verwendet werden. Das Signum auf Hinweisschildern, Briefpapier, Stempeln, Visitenkarten etc. sorgt dafür, dass die GS sowohl nach innen – innerhalb des eigenen Trägers und gegenüber anderen Rehabilitationsträgern – als auch nach außen – gegenüber der Öffentlichkeit – den Betroffenen „sichtbar" und unverwechselbar wird. Weiter erscheint es notwendig, dass sich die Rehabilitationsträger auf eine einheitliche Bezeichnung einigen. Die Begriffe „Servicestelle", „Gemeinsame Servicestelle", „Reha-Servicestelle" etc. meinen zwar alle das Gleiche, sorgen aber bei Ratsuchenden, Multiplikatoren und selbst bei Servicestellenmitarbeitern für Verwirrung. Sie sollten zu dem gesetzlich fixierten Begriff „Gemeinsame Servicestelle" vereinheitlicht werden. Im Idealfall ergänzen und verstärken sich Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit der beteiligten Rehabilitationsträger auf örtlicher und regionaler Ebene. Nicht zielführend ist es jedenfalls, wenn Servicestellenmitarbeiter – wie in einigen Fällen bekannt geworden – „Einzelkämpfer" in Sachen Öffentlichkeitsarbeit sind, ohne Rückendeckung des Rehabilitationsträgers und ohne Materialien wie Flyer oder Signum. Schließlich ist eine gute Öffentlichkeitsarbeit zwingend mit der Klärung des Profils der GS verbunden. Ob die GS nun ein Spezialangebot für besonders komplexe Rehabilitationsfälle darstellt oder ein Angebot für alle Ratsuchenden, hat unmittelbare Auswirkungen auf Inhalte und Art der durchzuführenden Öffentlichkeitsarbeit. Intensive Öffentlichkeitsarbeit stellt in diesem Zusammenhang eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine höhere Inanspruchnahme dar. Entscheidend ist das Profil der GS, ihr Verhältnis zu anderen Beratungsangeboten der Rehabilitation, aus dem sich die Definition eines Servicestellenfalls und eine entsprechende Zählweise ableiten.

11 Zusammenfassung der Ergebnisse

11.1 Umsetzungsstand der Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen

1. *Wie viele GS wurden bislang eingerichtet?*

- Bis zum 30. Juni 2004 wurden bundesweit 578 Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation eingerichtet. Die flächendeckende Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen ist damit weitestgehend abgeschlossen. In Einzelfällen kommt es noch zu Standort- und/oder Trägerwechseln bzw. Umzügen eingerichteter GS, um die Barrierefreiheit im Zugang zu gewährleisten oder eine bessere Erreichbarkeit durch eine zentralere Lage zu gewährleisten.

2. *Ist eine flächendeckende Versorgung mit GS sichergestellt?*

- Ende Juni 2004 waren in 347 von insgesamt 439 Kreisen (kreisfreien Städten und Landkreisen) in Deutschland, das sind 79% der Kreise, GS eingerichtet worden. 85 der Landkreise und kreisfreien Städte, das sind 19% der Kreise, werden durch eine GS, die in einem benachbarten Kreis eingerichtet wurde, mitbetreut. 6 Landkreise und 1 kreisfreie Städte, das sind knapp 2% der Kreise, mit insgesamt rund 940.000 Einwohnern, werden gegenwärtig noch durch keine GS betreut.

  Es handelt sich um

  - die Landkreise Eichstädt, Neuburg-Schrobenhausen, Pfaffenhofen a.d. Ilm, Traunstein, Weilheim-Schongau und Schwandorf in Bayern mit insgesamt rund 766.00 Einwohnern sowie
  - die kreisfreie Stadt Mülheim a.d. Ruhr in Nordrhein-Westfalen mit rund 172.000 Einwohnern.

- Während in Bayern und Nordrhein-Westfalen noch „weiße“ Flecken bestehen, ist die Versorgung mit GS in den anderen Bundesländern flächendeckend. Dabei ist neben den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg, in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland und Sachsen in jedem Kreis mindestens eine GS eingerichtet. In Sachsen-Anhalt, Thüringen und Schleswig-Holstein ist in fast jedem Kreis eine GS eingerichtet. In Hessen, Bayern, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg werden zwischen rd. einem Drittel und knapp der Hälfte der Kreise durch GS, die in Nachbarkreisen eingerichtet sind, mitversorgt.

3. *Wie sind die Versorgungsgebiete der GS strukturiert?*

- Über die Hälfte der GS (55%) bietet ihre Beratungs- und Unterstützungsleistungen in ländlich strukturierten Räumen an. Ihre Zuständigkeit erstreckt sich in der Regel genau auf einen Landkreis, in Einzelfällen auf zwei bis vier Landkreise. Annähernd ein Drittel der GS (29%) ist für eine kreisfreie Stadt zuständig. 16% der GS betreuen sowohl eine kreisfreie Stadt als auch einen oder mehrere Landkreise.
- Eine Zuständigkeit von zwei oder mehreren GS für den gleichen Kreis bzw. die gleichen Kreise ergibt sich in der Regel durch vergleichsweise hohe Einwohnerzahlen. Allerdings gibt es auch Ausnahmen von dieser Regel. Festzustellen

ist, dass es kreisfreie Städte respektive Stadtbezirke gibt, in denen sich mehrere GS ballen. Einige GS selbst wie auch Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände kritisierten in den Befragungen die örtliche Nähe mehrerer GS. Die GS argumentierten, dass sie nicht oder wenig von Ratsuchenden in Anspruch genommen würden, weil sich in unmittelbarer Nähe eine weitere GS befindet. Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände nehmen eine Unterversorgung im ländlichen Raum bei gleichzeitiger Überversorgung im städtischen Raum wahr.

4. *Wie viele Menschen leben durchschnittlich in einem Versorgungsgebiet einer GS?*

- Im Bundesdurchschnitt kommen rund 143.000 Einwohner auf eine GS. Die durchschnittliche Anzahl der Einwohner je GS variiert zwischen 60.000 in Mecklenburg-Vorpommern und 368.000 in Baden-Württemberg.
- 13% der GS sind für ein Versorgungsgebiet mit 20.000 bis 50.000 Einwohnern zuständig. Ein knappes Drittel von 29% der GS ist für ein Versorgungsgebiet zuständig, in dem zwischen 50.000 und 100.000 Einwohner leben. Ein weiteres Drittel der GS (33%) betreut zwischen 100.000 und 200.000 Einwohner einer Region. Ein Fünftel der GS (21%) ist für ein Versorgungsgebiet mit 200.000 bis 500.000 Einwohnern zuständig. Zuständigkeiten für Gebiete mit unter 20.000 Einwohnern oder über 500.000 Einwohnern sind mit insgesamt 3% selten.

5. *Bei welchen Rehabilitationsträgern wurden GS eingerichtet?*

- Die GS sind überwiegend entweder bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei einem Rentenversicherungsträger eingerichtet. Während 329 GS und damit über die Hälfte (57%) der 578 GS bei einer Krankenkasse eingerichtet sind, wurden 222 GS, das sind über ein Drittel (38%), bei einem Rentenversicherungsträger (inklusive Bundesknappschaft) eröffnet. Relativ selten befinden sich die GS in Trägerschaft anderer Rehabilitationsträger. Nur 27 GS (5%) sind bei einem Sozialhilfeträger, einem Unfallversicherungsträger oder Agenturen für Arbeit eingerichtet.
- 192 GS bzw. ein Drittel der GS (33%) sind bei der AOK eingerichtet. Bei der LVA befinden sich bundesweit 152 GS, das entspricht einem Viertel der GS (26%). Mitgliedskassen des VdAK, insbesondere die Barmer Ersatzkasse (BEK), die Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) und die Techniker Krankenkasse (TK), sowie Innungskrankenkassen (IKK) eröffneten jeweils 48 GS (8%). Betriebskrankenkassen sind 37 Mal (6%) Träger Gemeinsamer Servicestellen. 43 GS (7%) sind bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und 27 GS (5%) bei der Bundesknappschaft eingerichtet worden. Jeweils ein Anteil von 1% bis 2% aller GS befindet sich in Trägerschaft einer Landwirtschaftlichen Krankenkasse (4 GS), einer Berufsgenossenschaft (7 GS), eines örtlichen Sozialhilfeträgers (11 GS), eines überörtlichen Sozialhilfeträgers (5 GS) und einer Agentur für Arbeit (4 GS).

6. *Gibt es Unterschiede in den Trägerstrukturen der GS nach Bundesländern?*

- Die Einrichtung der GS in den Bundesländern unterscheidet sich danach, bei welchen Rehabilitationsträgern sie wie häufig eingerichtet wurden. In diesem Sinne weisen die GS in den Ländern unterschiedliche Trägerstrukturen auf. Beispielsweise sind in Baden-Württemberg fast alle GS entweder bei der LVA (22 GS) oder der BfA (6 GS) eingerichtet. Eine GS wurde bei der Agentur für

Arbeit in Göppingen eingerichtet, keine GS bei einer Krankenkasse. In Bayern hingegen sind drei Viertel der GS (75%) bei Krankenkassen eingerichtet, davon fast zwei Drittel (63%) bei der AOK. GS bei Rentenversicherungsträgern machen in Bayern einen vergleichsweise geringen Anteil von knapp einem Viertel (24%) aus. Beispielsweise in Niedersachsen wurden 20 GS und damit knapp ein Viertel (24%) der GS im Land bei Innungskrankenkassen eröffnet. In Nordrhein-Westfalen befindet sich jede zehnte GS (10%) bei einem örtlichen Sozialhilfeträger, während Sozialhilfeträger in den übrigen Ländern kaum eine Rolle spielen.

11.2 Strukturaufbau und Personal der Gemeinsamen Servicestellen

7. Wie ist der Strukturaufbau der GS erfolgt?

- Die weit überwiegende Mehrheit der GS (92%) nutzte für die Einrichtung der GS bestehende Strukturen. Dies erfolgte in aller Regel in der Form, dass die GS in eine bestehende Beratungsstelle des Trägers bei nunmehr gemeinsamer Nutzung der technischen, räumlichen und personellen Infrastruktur integriert wurde. Die Nutzung bestehender Beratungsstrukturen erfolgte in knapp einem Viertel der Fälle (23%) derart, dass eine bestehende Beratungsstelle in „Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation“ umbenannt wurde. Für einen relativ geringen Anteil der GS (8%) wurden die erforderlichen Beratungsstrukturen hingegen neu geschaffen.
- Die Mitarbeiter fast aller GS wurden aus dem Mitarbeiterpool der Rehabilitationsträger, insbesondere aus deren bestehenden Beratungsstellen ausgewählt bzw. benannt. Sie erfüllen die Servicestellentätigkeit nunmehr zusätzlich zu ihren meist schon zuvor bestehenden trägerinternen Aufgaben der Kundenberatung und Reha-Sachbearbeitung.

8. Wie sind die Servicestellenteams der beteiligten Rehabilitationsträger organisiert?

- Die durchgängig anzutreffende Organisationsform lässt sich treffend als „virtuelle GS“ oder auch als „vernetzte GS“ bezeichnen. Annähernd drei Viertel der GS (71%) finden sich in der Bezeichnung „virtuelles Beratungsteam“ wieder. Für die restlichen 29% der GS trifft die Bezeichnung dem Sinngehalt nach zwar zu: Die GS ist in den Räumen eines Rehabilitationsträgers eingerichtet, von wo aus Mitarbeiter der anderen Rehabilitationsträger per Telefon oder E-Mail erreichbar sind. Faktisch bestehen aber Schwierigkeiten in der vernetzten Zusammenarbeit der Teammitglieder, so dass der Begriff „Team“ nicht als angemessen erachtet wird. Im Rahmen der verschiedenen Untersuchungsschritte ist keine GS bekannt geworden, in der alle oder mehrere Rehabilitationsträger räumlich zusammen gefasst wurden und sich damit „unter einem Dach“ befinden. Vielmehr ist die GS eher bei einem Träger als „Frontoffice“ eingerichtet, während Teammitglieder der anderen Rehabilitationsträger das „Backoffice“ bilden, mit welchem bei Bedarf telefonisch oder per E-Mail Kontakt aufgenommen wird.
- In 40% der GS wird zwischen Frontoffice und Backoffice unterschieden. Diese GS sehen die Servicestellentätigkeit durch eine funktionale Arbeitsteilung der beteiligten Rehabilitationsträger unterstützt. Bei über der Hälfte der GS (54%) hingegen existieren keine tragfähigen Absprachen bezüglich einer Arbeitstei-

lung bzw. Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger. Mit dieser Feststellung korrespondiert, dass bei weniger als der Hälfte der Servicestellenteams (44%) die Teammitglieder der beteiligten Rehabilitationsträger eigens benannt wurden. Bei knapp der Hälfte der GS (48%) ist die Ansprechpartnerschaft innerhalb des Teams nicht klar und befriedigend geregelt. 8% der GS machten in der Befragung ausdrücklich deutlich, dass Teammitglieder nicht benannt wurden. 6% der GS unterscheiden explizit nicht zwischen Frontoffice und Backoffice, vielmehr sind ihrem Verständnis nach alle Rehabilitationsträger im Frontoffice tätig. In diesen Fällen verstehen sich mehrere oder alle Rehabilitationsträger als GS, welche im Bedarfsfall auf andere Rehabilitationsträger als Backoffice zurückgreift.

9. Welche Ausbildung weisen die Mitarbeiter der GS auf?

- In den GS sind typischerweise Sozialversicherungsfachangestellte, Diplom-Verwaltungswirte und Rehabilitationsberater tätig, die überwiegend schon vor der Einrichtung der GS in der trägerspezifischen Reha-Sachbearbeitung tätig waren und dabei auch Kundenberatung durchführten. Ein Anteil von 9% der Mitarbeiter hat eine pädagogische Ausbildung etwa als Diplom-Sozialarbeiter oder Diplom-Sozialpädagoge. Das Ausbildungsniveau erscheint insgesamt hoch und den Anforderungen an qualifiziertes Personal, zumindest was das sozialversicherungsrechtliche Wissen angeht, angemessen. Spezielle Beratungskompetenzen im Sinne einer Methodenkompetenz der allgemeinen Sozialberatung, das heißt der Gesprächsführung, Bedarfsermittlung oder des Case Managements liegen aber in der Regel nicht vor.

10. Sind in den GS behinderte Menschen beschäftigt?

- 17% der GS beschäftigen Menschen mit Behinderungen. Bezogen auf die Gesamtzahl der in den GS Beschäftigten liegt der Anteil behinderter Menschen bei 6%. Die Behinderungsart ist regelmäßig eine körperliche Behinderung, und zwar entweder des Bewegungsapparates (Gehbehinderung) oder der Sinnesorgane (Seh- oder Hörbehinderung). Während drei Viertel aller Beschäftigten der GS Frauen und ein Viertel Männer sind, sind knapp zwei Drittel (65%) der behinderten Beschäftigten Frauen. Der Anteil behinderter Frauen liegt bei 4%.

11. Sind die Mitarbeiter der GS für die Servicestellentätigkeit freigestellt?

- Die Aufgaben der GS werden in aller Regel von Mitarbeitern der Rehabilitationsträger „zusätzlich“ zu ihren weiter bestehenden Aufgaben wahrgenommen. Nur die Mitarbeiter eines geringen Anteils der GS von 1% sind ausschließlich oder weit überwiegend für Aufgaben im Rahmen der Servicestellenarbeit zuständig. Im Rahmen der Untersuchung ist im Übrigen kein Fall bekannt geworden, in dem für die Aufgaben der GS neues Personal eingestellt wurde. Die Formulierung „zusätzlich“ ist so zu verstehen, dass die Servicestellenmitarbeiter neben den Tätigkeiten, die sie schon vor Einrichtung der GS erledigten, nunmehr auch Servicestellenarbeit leisten, ohne dass sie andere Aufgaben abgegeben hätten. Es ist hervorzuheben, dass die Servicestellenmitarbeiter regelmäßig zuvor schon in der Rehabilitationsberatung tätig waren (inklusive Kundenkontakte), so dass es sich bei der Servicestellenarbeit meist nicht um eine qualitativ andere Tätigkeit handelt. Vor diesem Hintergrund relativiert sich die Formulierung „zusätzlich“. Auf der anderen Seite wurde an verschiedenen Stel-

len der durchgeführten Befragungen deutlich, dass eine Reihe von Mitarbeitern die Servicestellenarbeit als „zusätzliche Aufgabe“ im Sinne einer zusätzlichen Belastung versteht.

12. Wie viel Personal ist in den GS tätig?

- In der Regel sind ein oder zwei Mitarbeiter, manchmal auch drei oder vier Mitarbeiter für die Arbeit der GS zuständig. Abweichend davon ist die Zuständigkeit für die GS teilweise auf ganze Abteilungen übergegangen. In diesen Fällen wird die Servicestellenarbeit also als eine Querschnittsfunktion angesehen, für die nicht einzelne Mitarbeiter benannt werden, sondern die von allen Mitarbeitern zu erfüllen ist. Vor diesem Hintergrund erklärt sich die große Spannweite der Anzahl von in den GS tätigen Mitarbeitern. Sie reicht von einem Mitarbeiter bis 70 Mitarbeitern und beträgt durchschnittlich 5 Mitarbeiter. In knapp einem Drittel der GS (31%) ist ein Mitarbeiter und in einem weiteren knappen Drittel (30%) sind zwei Mitarbeiter tätig. 17% der GS gaben an, dass mehr als 5 Mitarbeiter für die GS zuständig sind.
- Festzustellen ist, dass Teilzeitarbeit in den GS eine eher untergeordnete Rolle spielt. Ganz überwiegend sind Servicestellenmitarbeiter vollzeitbeschäftigt. Sie nehmen die Aufgaben der GS wahr, ohne dass dafür ein fester Stellenanteil als Kapazität festgelegt worden wäre. Der für die Servicestellenarbeit faktisch genutzte Stellenanteil ist abhängig von der konkreten Nachfrage nach Beratung und Unterstützung.

13. Sind die Mitarbeiter der GS in Vorbereitung auf ihre Tätigkeit geschult worden? Wie viele GS beteiligten sich an trägerübergreifenden Schulungen?

- Bei 12% der befragten GS erfolgte keine Schulung der Mitarbeiter zur Vorbereitung auf die Servicestellentätigkeit. Weitere 7% der befragten GS machten keine Angaben dazu, ob Mitarbeiter an Schulungen teilnahmen oder nicht. Dagegen verfügen 81% der GS über geschulte Mitarbeiter. Von diesen 330 GS berichteten 320 GS davon, dass insgesamt 617, das sind durchschnittlich zwei Servicestellenmitarbeiter, an den vorbereitenden Schulungen teilnahmen. 66% der befragten GS nahmen an trägerübergreifenden Schulungen teil, in der Regel auf der Grundlage des Schulungskonzeptes der BAR, während die Mitarbeiter von 15% der GS lediglich trägerintern auf ihre Servicestellentätigkeit vorbereitet wurden.

14. Was waren die Inhalte der Schulungen?

- Die Mitarbeiter der GS erhielten in erster Linie theoretische Unterweisungen in sozialrechtliche Bestimmungen. Dies trifft auf 78% aller befragten GS zu. Dabei ging es insbesondere um eine Einweisung in die Leistungsstrukturen und Zuständigkeiten anderer Rehabilitationsträger. Bei knapp der Hälfte der GS (48%) erhielten die Mitarbeiter eine praxisorientierte Schulung anhand von Fallbeispielen. Vergleichsweise selten waren Schulungen über das Arbeiten im Team und in Netzwerken (7%).

15. *Waren die Schulungen geeignet, um die Mitarbeiter der GS auf ihre Tätigkeit vorzubereiten?*

- Die Mitarbeiter der GS beurteilten die Eignung der Schulungen überwiegend positiv. Drei Viertel der GS hielten die theoretischen Schulungen in sozialrechtlichen Bestimmungen und die praxisorientierten Schulungen anhand von Fallbeispielen für geeignet oder sehr geeignet, um auf die Aufgaben der GS vorzubereiten. 70% der GS, die an Schulungen über das Arbeiten im Team und in Netzwerken teilnahmen, beurteilten diese positiv. Außerdem bewerteten drei Viertel der GS weitere Schulungen, wie z.B. Kurse zum Erlernen der Gebärdensprache sowie Schulungen im Rahmen von Treffen des Servicestellenteams positiv. Insgesamt ergibt sich eine Präferenz der GS für praktische gegenüber theoretischen Schulungsinhalten.

16. *Gibt es weiteren Schulungsbedarf?*

- Die GS selbst schätzen den weiteren Bedarf an Qualifizierung unterschiedlich ein. Jeweils rd. ein Drittel der GS sieht einen (weiterhin) hohen Bedarf an Qualifizierungsmaßnahmen in Form einer theoretischen Schulung in den sozialrechtlichen Bestimmungen bzw. an praxisorientierten Schulungen. Ein Fünftel der GS (21%) befürwortet (weitere) Schulungen, die das Arbeiten im Team und in Netzwerken zum Thema haben. Die Anteile derjenigen, die keinen entsprechenden Bedarf an theoretischen oder praxisorientierten Schulungsmaßnahmen feststellen, liegen bei über einem Viertel (29%). Hinsichtlich von Fortbildungen in Team- und Netzwerkarbeit schätzt sogar die Hälfte der GS (50%) den Bedarf als gering ein. Stellten die GS keinen Schulungsbedarf fest, dann wurde dies in der Regel mit der geringen Inanspruchnahme der GS begründet. Ein hoher Bedarf an weiteren Schulungsmaßnahmen wird insbesondere bezüglich von Teamtreffen artikuliert. Mehrfach weisen GS darauf hin, dass einmalige Qualifizierungsmaßnahmen nicht ausreichen.

11.3 Umsetzung der Barrierefreiheit

17. *Welcher Umsetzungsstand der Barrierefreiheit der GS wurde im Zugang zur Beratung erreicht?*

- Neun von zehn (88%) der im Frühjahr 2003 befragten GS teilten mit, dass ihre GS über angemessen breite Türen für Rollstuhlfahrer verfügt bzw. diese geplant seien. Über behindertengerechte Toiletten verfügten acht von zehn GS (81%), 8% hatten diese nicht und planten sie auch nicht. Rampen für Rollstuhlfahrer waren in etwas über der Hälfte der GS (53%) vorhanden, in 8% der GS waren sie nicht vorhanden und nicht geplant, obwohl diese GS nicht vollständig ebenerdig waren. Große kontrastreiche Schilder und eine gute Ausleuchtung fanden sich, teilweise noch in konkreter Planung, bei gut der Hälfte der GS (53%). Jede dritte GS (33%) erachtete eine solche Ausstattung der GS aber für nicht notwendig. Die Meinung der GS über die Notwendigkeit behindertengerechter Handläufe war geteilt. 44% der GS verfügten über Handläufe oder planten ihre Anschaffung, in 43% der GS gab es sie nicht und ihre Anschaffung war auch nicht geplant. Farbmarkierungen am Boden und taktile Leitsysteme schließlich fanden sich nur in einem geringen Anteil der GS, wobei bis zu jede

fünfte GS Farbmarkierungen und gut jede zehnte GS taktile Leitsysteme plante. Jeweils eine deutliche Mehrheit der GS hielt eine solche Ausstattung für unnötig.

18. Welcher Umsetzungsstand der Barrierefreiheit der GS wurde in der Kommunikation erreicht?

- 60% der GS berichteten, dass sie in der Lage sind, binnen drei Tagen einen Gebärdendolmetscher zu einem Beratungsgespräch hinzuzuziehen. Über ein Fünftel der GS (22%) hingegen konnte dies nicht gewährleisten. Weitere Kommunikationshilfen, wie beispielsweise Antragsformulare in Großschrift oder Bildschirmlesegeräte, gab es in den GS kaum. In den seltensten Fällen verfügten Servicestellenmitarbeiter selbst über entsprechende Kompetenzen in Gebärdensprache. Schwierigkeiten bestanden offenbar häufig in der kurzfristigen Verfügbarkeit von Gebärdendolmetschern. In mehreren Fällen wurde bezüglich dieses Aspektes von Barrierefreiheit der Kommunikation argumentiert, dass ein Gebärdendolmetscher in der Vergangenheit nicht notwendig war, weil Ratsuchende mit Hörsprachbehinderung nur gemeinsam mit Vertrauenspersonen oder durch sie vertreten mit der GS Kontakt aufnahmen.

19. Wurde bei der Planung der Barrierefreiheit externe Beratung, insbesondere von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen, eingeholt?

- Lediglich 45 bzw. 12% der Anfang 2003 befragten GS nahmen für die Planung der Barrierefreiheit externe Beratung in Anspruch. Externe Beratung zur Erreichung einer Barrierefreiheit der GS im Zugang und in der Kommunikation wurde in der Hälfte der Fälle durch Behindertenverbände gewährleistet. Jeweils 6 GS wurden durch Selbsthilfegruppen, Behindertenbeauftragte bzw. das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beraten. Drei GS berichteten über eine externe Beratung durch kommunale Gremien behinderter Menschen (Behindertenbeirat, Behindertenforum).

20. Wie bewerten die GS selbst den Umsetzungsstand der Barrierefreiheit?

- Die Umsetzung der Barrierefreiheit stellt sich in der Perspektive der GS positiv dar. Über ein Fünftel (22%) bewertete den Umsetzungsstand der Barrierefreiheit der GS als sehr gut, fast zwei Drittel (63%) als gut. Mängel wurden lediglich von 2% der GS ausgemacht. Die Bewertung der Umsetzung von Barrierefreiheit in der Kommunikation fiel im Vergleich etwas weniger günstig, aber immer noch überwiegend gut aus.

21. Wie bewerten Behindertenverbände den Umsetzungsstand der Barrierefreiheit?

- In Sachsen hat eine Bewertung der Barrierefreiheit von 50 GS durch Behindertenverbände im Jahr 2003 ergeben, dass keine der untersuchten GS in vollem Umfang den Kriterien des Landes für eine umfassende Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderungen entsprach. Mit Ausnahme einer GS sei es in keiner der GS möglich gewesen, dass Rollstuhlfahrer ohne fremde Hilfe zur Toilette gehen können. Weiter hätten 15 von 50 der von behinderten Menschen untersuchten GS für Rollstuhlfahrer nur mit fremder Hilfe betreten werden können. Nur 3 von 50 untersuchten GS seien ausdrücklich und nachweislich in der Lage gewesen, Hilfen für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen sofort zur Verfügung zu stellen.

11.4 Kooperation des Servicestellenteams und Beteiligung Dritter

22. Wie funktioniert die Zusammenarbeit innerhalb des Teams der beteiligten Rehabilitationsträger?

- Die GS bewerten die fallbezogene Zusammenarbeit mit ihren Teammitgliedern überwiegend als gut bis sehr gut. Die Bewertung ist weitestgehend unabhängig davon, bei wem die GS eingerichtet ist und unabhängig davon, mit welchem Rehabilitationsträger Kontakt zur Klärung eines Rehabilitationsfalls aufgenommen wurde. Ausgesprochen schlechte Bewertungen der Zusammenarbeit mit Teammitgliedern sind eher selten. Allerdings bewerten beispielsweise immerhin 9% der GS die Kooperation mit Teammitgliedern von Jugendhilfeträgern und 7% der GS die Kooperation mit Teammitgliedern von Sozialhilfeträgern als mangelhaft. Als Gründe hierfür werden insbesondere Schwierigkeiten bei der Zuständigkeitsklärung vor dem Hintergrund komplexer Fälle angeführt.

23. Welches sind die Erfolgsfaktoren gelungener Kooperation?

- Gute bis sehr gute Bewertungen basieren auf positiven Erfahrungen mit der konkreten Zusammenarbeit von Rehabilitationsträgern. Diese ergeben sich insbesondere dann, wenn vor dem Hintergrund eines Falls gegenseitige Hilfestellungen geleistet bzw. gemeinsame Lösungen gefunden wurden. Neben dem Erfolg spielt in diesem Zusammenhang weiter eine Rolle, ob bei der Kooperation eine hohe Motivation der beteiligten Rehabilitationsträger festgestellt wurde, sowie ob der Kontakt freundlich und ergebnisorientiert verlief. Gute bis sehr gute Bewertungen basieren weiter auf einer geübten Praxis der Kooperation. Wenn schon vor Einrichtung der GS gute Kontakte bestanden, dann ergibt sich daraus regelmäßig auch eine gute Zusammenarbeit des Servicestellenteams.
- Mittlere oder gar schlechte Bewertungen der Zusammenarbeit im Servicestellenteam erklären sich in erster Linie durch eine schlechte Erreichbarkeit von Ansprechpartnern der beteiligten Rehabilitationsträger. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass bei über der Hälfte der GS entweder Teammitglieder nicht benannt wurden (8%) oder die Ansprechpartner zumindest unklar sind (48%). Neben der Erreichbarkeit spielen weiter eine unterstellte fehlende Fachkompetenz sowie mangelnde Motivation von Teammitgliedern eine wichtige Rolle. Sie werden dann angeführt, wenn Fragen nicht beantwortet werden konnten bzw. keine gemeinsamen Lösungen, insbesondere über die Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers gefunden wurde. Neben die unterstellte geringe Motivation einzelner Teammitglieder zur gemeinsamen Fallbearbeitung tritt die in einigen Fällen festgestellte mangelhafte Beteiligung an Teamtreffen. Eher schlechtere Bewertungen der Zusammenarbeit im Servicestellenteam ergeben sich außerdem aus komplexen Fällen und den damit verbundenen Schnittstellenproblemen. Diese treten besonders dann auf, wenn Zuständigkeiten mit den neuen Rehabilitationsträgern der Sozial- und Jugendhilfe zu klären sind. Die eher schlechte Bewertung ergibt sich hier also nicht aus dem Verhalten beteiligter Rehabilitationsträger, sondern aus grundsätzlichen leistungsrechtlichen Schwierigkeiten.

24. Welchen Stellenwert haben Treffen der Servicestellenteams und bei wie vielen GS werden sie durchgeführt?

- Da sich die Teammitglieder nicht „unter einem Dach“ befinden, sondern „vernetzt“ bzw. „virtuell“ zusammen arbeiten, sind Treffen und Besprechungen wichtig. In der Regel entstehen nur bei persönlichen Kontakten funktionsfähige Netzwerke.
- Bei über der Hälfte der Teams (insgesamt 56%) fand im Jahr 2003 wenigstens ein Teamtreffen statt. 26% der Teams treffen sich regelmäßig und 30% der Teams unregelmäßig. Bei mehr als einem Drittel der Servicestellenteams (37%) fanden im Jahr 2003 keine Teamtreffen statt.

25. Werden Dritte an der Beratung der GS beteiligt?

- Die Zusammenarbeit der GS mit anderen Institutionen im Bereich der Rehabilitation ist entwicklungsbedürftig. Nur knapp die Hälfte der GS hatte im Jahr 2003 wenigstens einmal fallbezogen Kontakt zu Ärzten bzw. dem Integrationsamt oder Integrationsfachdienst. 45% der GS nahmen Kontakt zu Suchtberatungsstellen und 39% der GS zu Selbsthilfegruppen auf. Lediglich rund ein Drittel der GS arbeitete fallbezogen mit Behinderten- bzw. Sozialverbänden (35%) bzw. Arbeitgebern (31%) zusammen. Wohlfahrtsverbände bzw. Schwerbehindertenvertretungen beteiligten 28% bzw. 26% der GS an der Beratung. Die Zusammenarbeit mit Institutionen wie Sonderpädagogischen Beratungsstellen an Schulen, Pflegeberatungsstellen und Frühförderstellen spielt in der Praxis der überwiegenden Mehrheit der GS keine Rolle.

26. Wie bewerten die GS die Zusammenarbeit mit Dritten?

- Wenn eine konkrete Zusammenarbeit mit einer der genannten Institutionen erfolgte, dann wurde diese von den GS in der Regel mehrheitlich positiv bewertet. Die GS begründen gute bis sehr gute Bewertungen der Zusammenarbeit mit der guten und zügigen Hilfe, die diese Institutionen den GS und damit den Ratsuchenden leisten konnten. Die GS heben dabei die grundsätzliche Notwendigkeit der Beteiligung Dritter hervor, weil nur so gewährleistet werden kann, dass die Beratung umfassend ist. Verschiedene GS weisen auf schon länger bestehende Strukturen der Zusammenarbeit mit den genannten Institutionen hin, die jetzt auch für die Servicestellenarbeit genutzt werden. Mittlere und schlechte Beurteilungen bezogen sich besonders darauf, dass die Aufgabenteilung zwischen der GS und anderen Institutionen nicht geklärt ist. So wird entweder bemängelt, dass Aufgaben auf die GS übertragen werden oder dass Aufgaben respektive Beratungsfälle abgezogen werden. Daneben kritisieren GS, dass leistungsrechtliche Vorschriften von den Kooperationspartnern nicht beachtet werden und sich dadurch die Zusammenarbeit nicht erfolgreich gestaltet. Einige GS weisen auf ihrer Ansicht nach zu hohe Erwartungen hin, die von Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden an die GS herangetragen werden.
- Wenn bei einer GS im Jahr 2003 praktisch keine fallbezogene Zusammenarbeit mit anderen Institutionen erfolgte, dann mag dies teilweise daran liegen, dass es keine Servicestellenfälle oder keine entsprechenden Fallkonstellationen gab. Andererseits bewertet ein Teil der GS den Stellenwert der Beteiligung Dritter als wenig oder gar nicht wichtig bzw. sieht sich nicht in der Lage, einen solchen Stellenwert einzuschätzen.

27. Wie werden Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen an der Beratung beteiligt?

- Jeweils rd. ein Drittel der GS nahm im Jahr 2003 wenigstens einmal mit Behindertenverbänden bzw. Selbsthilfegruppen Kontakt auf, um vor dem Hintergrund eines konkreten Beratungsfalls Informationen auszutauschen oder Absprachen zu treffen. Sehr verbreitet ist in einem weiten Verständnis von Beteiligung der gegenseitige Verweis auf das Angebot des jeweils anderen. Gut zwei Drittel der GS (68%) verweisen Ratsuchende bei Bedarf an Verbände, wobei dies in der Regel als Weitergabe einer Adresse oder Nennung eines Ansprechpartners erfolgt, seltener in Form einer telefonischen Kontaktaufnahme der GS mit einem Verband oder gar einer persönlichen Begleitung des Ratsuchenden. Die Hälfte der GS (53%) gibt an, dass Behindertenverbände ihre Mitglieder oder Ratsuchende an die GS vermitteln. Gut ein Fünftel der GS (21%) nimmt für sich in Anspruch, Verbände „an der Beratung zu beteiligen". 8% der GS beteiligen Behindertenverbände an Teamtreffen, führen mit diesen gemeinsam Qualitätszirkel durch und/oder beteiligen sie an Schulungen von Servicestellenmitarbeitern.

11.5 Beratungs- und Unterstützungsleistungen der Gemeinsamen Servicestellen

28. Weisen die GS ein einheitliches Beratungsprofil auf?

- Die GS weisen kein einheitliches Beratungsprofil auf. Die Positionierung der GS im Gesamtberatungsangebot der Rehabilitationsträger sowie Art und Umfang der Leistungserbringung sind unterschiedlich. Die Hälfte der GS (51%) versteht ihr Beratungs- und Unterstützungsangebot als ein zusätzliches Angebot, insbesondere für komplexe Anfragen, zum Beispiel bei mehrfachem Rehabilitationsbedarf, oder wenn ein Ratsuchender eine umfassende Beratung benötigt. Ein Fünftel der GS (20%) versteht sich als ein Zusatzangebot, das grundsätzlich für alle Fragen der Rehabilitation zur Verfügung steht. Eine Differenzierung vermeintlich „leichter" und „schwieriger" Fälle und eine Spezialisierung auf letztere wird hier nicht vorgenommen. Ein Viertel der GS (24%) wiederum sieht in der GS das zentrale Angebot für alle Fragen der Rehabilitation.

29. Welche Beratungs- und Unterstützungsleistungen erbringen die GS?

- Auf der Grundlage der Befragungsergebnisse lassen sich vier Gruppen von Aufgaben danach unterscheiden, wie häufig sie wahrgenommen werden:
  - Drei Leistungen werden von der Hälfte der GS häufig erbracht. Es handelt sich um „Informationen über Leistungsvoraussetzungen" (53%), „Informationen über Leistungen der Rehabilitationsträger" (49%) und „Klärung der Zuständigkeit" (57%). Der Anteil der GS, der diese Leistungen eher selten erbringt, liegt zwischen 37% und 43%. Zwischen 7% und 9% der GS haben diese Aufgaben bisher nicht wahrgenommen
  - Von mehr als einem Drittel der GS werden des Weiteren „Hilfe bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs" (41%), „klare und sachdienliche Anträge" (37%) und „Weiterleitung der Anträge" (42%) häufig geleistet. Der Anteil der GS, der diese Leistungen bisher nicht erbracht hat, liegt zwischen 14% und 23%.
  - Eine weitere Reihe von Aufgaben wird von mindestens einem Fünftel der GS häufig wahrgenommen. Es handelt sich um „Informationen über beson-

dere Hilfen im Arbeitsleben“ (20%), „Informationen über Verwaltungsabläufe“ (25%), „Hilfe bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Teilhabe“ (28%) und „Hinwirkung auf Entscheidungen“ (19%). Etwa die Hälfte der GS erbringt diese Beratungsleistungen eher selten, zwischen 20% und 30% der GS nahmen diese Aufgaben bisher nicht wahr.

- Schließlich gibt es eine Reihe von Aufgaben, die von mindestens einem Drittel bis hin zu weit über der Hälfte der GS bisher nicht erfüllt wurden. 60% der GS leisteten bisher keine „Information des zuständigen Rehabilitationsträgers, falls voraussichtlich ein Gutachten erforderlich wird“, 63% der GS keine „Vorbereitung der Entscheidung“, 37% der GS keine „Begleitung der Betroffenen“ und 43% keine „Koordinierung und Vermittlung“ (43%).

- Zusammengefasst bestehen die Leistungen der GS in erster Linie aus der Klärung des Rehabilitationsbedarfs und der Klärung der Zuständigkeit, Informationen über Leistungen und Leistungsvoraussetzungen sowie Unterstützung bei der Antragstellung. Alle anderen Aufgaben spielen – was die Häufigkeit der Leistungserbringung angeht – eine untergeordnete Rolle. Auffallend ist, dass aber auch diese „Kernaufgaben“ der GS von bis zu einem Fünftel der GS bisher nicht erfüllt wurden. Das kann zum einen daran liegen, dass die Aufgaben nicht erfüllt werden *konnten*, da die GS nicht (oder kaum) in Anspruch genommen wurden. Eine andere Erklärung besteht darin, dass ein Teil der GS die besprochenen Beratungsleistungen nicht erbringen *will*. Schließlich könnte für bestimmte Tätigkeiten der GS lediglich ein geringer oder kein Bedarf bestehen. Dies trifft ggf. für die Aufgabe „Information des zuständigen Rehabilitationsträgers, falls ein Gutachten erforderlich ist“ zu.

30. Wie stellt sich der Entwicklungsstand der GS dar?

- Auf der Grundlage der beschriebenen Ergebnisse zu der Aufgabenwahrnehmung lassen sich die GS nach ihrem Entwicklungsstand in vier Gruppen unterteilen. 356 der befragten 410 GS lassen sich einer der Gruppen zuordnen, bei 54 GS ist dies auf Grund unvollständiger Angaben nicht möglich.

  - *Typ 1 (8%) „GS mit hohem Entwicklungsstand*“

    34 GS und damit 8% der befragten GS zeichnen sich dadurch aus, dass sie die überwiegende Mehrheit der Aufgaben häufig bis sehr häufig wahrnehmen, insbesondere die Aufgaben der Information, Bedarfs- und Zuständigkeitsklärung sowie der Hilfe bei der Antragstellung. Meist werden auch die Aufgaben der Hinwirkung auf zeitnahe Entscheidungen, der unterstützenden Begleitung und der Koordination häufig erfüllt und nur in ganz wenigen Fällen bisher nicht. Knapp zwei Drittel der GS dieser Gruppe (64%) sind bei Rentenversicherungsträgern und gut ein Drittel (36%) ist bei Krankenkassen eingerichtet.

  - *Typ 2 (22%) „GS mit mittlerem Entwicklungsstand“*

    91 GS (22%) nehmen die Aufgaben der Information, Bedarfs- und Zuständigkeitsklärung in der Regel häufig wahr. Leistungen der Hinwirkung, Begleitung und Koordination werden typischerweise seltener erbracht. 55% der GS dieser Gruppe sind bei Rentenversicherungsträgern und 42% der GS bei Krankenkassen eingerichtet. Jeweils eine GS ist bei einem Unfallversicherungsträger, einer Agentur für Arbeit bzw. einem Sozialhilfeträger eingerichtet.

- *Typ 3 (34%) „GS mit niedrigem Entwicklungsstand“*

  139 GS (34%) zeichnet überwiegend aus, dass Leistungen der Information, Bedarfs- und Zuständigkeitsklärung eher selten erbracht werden. Aufgaben der Hinwirkung, Begleitung und Koordination werden eher selten, teilweise bislang gar nicht erbracht. Die Hälfte der GS dieser Gruppe (53%) ist bei Krankenkassen, 40% sind bei Rentenversicherungsträgern eingerichtet. Weiter befinden sich jeweils 4 GS in Trägerschaft eines Unfallversicherungsträgers bzw. eines Sozialhilfeträgers und eine GS bei einer Agentur für Arbeit.

- *Typ 4 (22%) „GS mit sehr niedrigem Entwicklungsstand“*

  92 GS (22%) weisen einen sehr niedrigen Entwicklungsstand auf. Von diesen gaben 14 GS (3%) an, bisher keine der genannten Aufgaben wahrgenommen zu haben. Insgesamt haben die GS dieser Gruppe Beratungs- und Unterstützungsleistungen eher selten bis gar nicht erbracht. 56% der GS dieser Gruppe sind bei Krankenkassen und 40% bei Rentenversicherungsträgern eingerichtet. Die restlichen 5% ergeben sich aus jeweils einer GS bei einem Unfallversicherungsträger bzw. einer Agentur für Arbeit sowie zwei GS bei Sozialhilfeträgern.

31. Setzen die GS Elemente von Case Management um?

- Die tatsächliche Arbeitsweise der GS ist doppelt so oft durch einfache Formen der Beratung gekennzeichnet, als es dem Selbstverständnis der GS zufolge sein sollte. Die umfassendste Stufe des Case Management bezeichnen 36% als erstrebenswertes Konzept, aber nur 26% sehen dieses in ihrer eigenen GS auch umgesetzt.
- Am ehesten wird die Begleitung bzw. Betreuung Ratsuchender während des Verfahrens gewährleistet. Ein Viertel der GS (23%) gibt an, eine solche Unterstützung mehrmals im Monat zu erbringen. Knapp die Hälfte der GS (48%) leistet eine Begleitung und Betreuung Ratsuchender während des Verfahrens seltener. Mehr als ein Viertel der GS (29%) hat bisher keine Unterstützung in Form von Begleitung und Betreuung während des Verfahrens geleistet. Annähernd die Hälfte der GS (44%) legte dar, dass sie keine Informationen darüber haben, ob die Fristen nach § 14 SGB IX immer eingehalten wurden oder nicht. Nur gut jede zehnte GS (12%) nimmt für sich in Anspruch, eine Nachverfolgung von Fällen häufig zu leisten. Der Anteil der GS, die Fälle bisher nicht nachverfolgt haben, liegt bei 45%.
- Die Mehrzahl der GS nimmt gemeinsam mit oder stellvertretend für einen Ratsuchenden Kontakt mit dem zuständigen Rehabilitationsträger auf und vertritt dessen Interessen. 14% der GS erfüllen eine so verstandene anwaltliche Funktion mehrmals im Monat, 43% der GS handeln seltener anwaltlich. 43% der GS haben die Ratsuchenden in dieser Form bisher nicht unterstützt.
- Eine Organisation von Hilfeleistungen und die Überwachung der Ausführung wird von der Mehrheit der GS (56%) nicht geleistet. Etwa jede zehnte GS (9%) gibt an, diese Unterstützungsleistung häufig, gut jede Dritte (35%), diese Leistung selten zu erbringen.

32. Welche Einstellung haben die GS-Mitarbeiter gegenüber Case Management-Konzepten?

- Nur eine Minderheit der befragten Mitarbeiter der GS hält Case Management in seiner umfassenden Form überhaupt für erstrebenswert. Hinzu kommt, dass sich die von uns telefonisch und im Rahmen des Workshops näher befragten GS sehr skeptisch gegenüber einem umfassenden Case Management-Konzept für GS zeigten. Das Befragungsergebnis, ein Viertel der GS setzten dieses Konzept tatsächlich um, wurde als Selbstüberschätzung wahrgenommen – ihrer Einschätzung nach sei dieser Anteil niedriger. Diese Skepsis wird entweder damit begründet, dass ein umfangreiches Case Management nicht erforderlich sei bzw. nicht zur Konzeption der GS passe, oder damit, dass es mit den verfügbaren Kapazitäten nicht leistbar sei.

33. Wie wird die Servicestellenarbeit dokumentiert?

- Gut zwei Drittel der GS (68%) nutzen gegenwärtig den Falldokumentationsbogen der BAR. Weiter finden trägerinterne Falldokumentationsbogen, Aktennotizen oder eine computergestützte Falldokumentation Anwendung.

34. Erfolgt in den GS eine Qualitätssicherung der Servicestellenarbeit?

- Knapp drei Viertel der GS (72%) gaben Auskunft über die Maßnahmen der Qualitätssicherung ihrer Servicestellenarbeit. Für 58% der GS gelten trägerinterne und für 61% der GS trägerübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen. Knapp die Hälfte der GS (47%) betreibt sowohl trägerinterne als auch trägerübergreifende Qualitätssicherung. Trägerinterne Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden in der Regel nicht eigens für die Servicestellentätigkeit, sondern sind für die gesamte Beratungstätigkeit des Trägers aufgelegt.
- Als Maßnahme trägerübergreifender Qualitätssicherung wird insbesondere die gemeinsame Fort- und Weiterbildung genannt (54%). 14% der GS erkennen in den Teamtreffen eine Möglichkeit der Qualitätssicherung, 13% der GS nennen explizit gemeinsame Empfehlungen bzw. Absprachen der Rehabilitationsträger als qualitätssichernde Maßnahmen.

11.6 Inanspruchnahme der Gemeinsamen Servicestellen

35. Wie werden „Servicestellenfälle“ definiert?

- 14% der GS werten Beratungsfälle auch dann als Servicestellenfälle, wenn der Träger der GS selbst der zuständige Leistungsträger ist. Eine klare Trennlinie zwischen trägerspezifischer Beratungstätigkeit und trägerübergreifender Servicestellentätigkeit wird also nicht gezogen. 77% der GS stellen hingegen definitorisch darauf ab, dass ein Servicestellenfall nur dann vorliegt, wenn die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers gegeben ist. Für rd. die Hälfte dieser GS (das sind 42% aller GS) stellt die eigene Nicht-Zuständigkeit eine hinreichende Bedingung für das Vorliegen eines Servicestellenfalls dar, auch wenn keine Kontaktaufnahme zu dem zuständigen Leistungsträger erforderlich ist. Knapp die Hälfte dieser GS wiederum (das sind 35% aller GS) sehen als zusätzliche Bedingung vor, dass der zuständige Rehabilitationsträger, das heißt ein Teammitglied des Servicestellenteams auch tatsächlich eingeschaltet wird.

Sie folgen damit der Definitions-Empfehlung der BAR, nach der eine Falldokumentation bei Fällen erfolgen soll, bei denen Kontakt mit einem Teammitglied aufgenommen wurde.

- Es zeigt sich, dass die Unterscheidung zwischen trägerspezifischer Rehabilitationsberatung für die eigene, originäre Klientel, z.B. für die bei der Krankenkasse Versicherten, und trägerübergreifender Beratung „neu hinzukommender" Klienten (z.B. „Fremdversicherte") im Rahmen der Servicestellentätigkeit schwierig ist. Eine Konsequenz ist, dass weitere, pragmatische Definitionen verwendet werden (9% der GS), z.B. indem Ratsuchende dann als „Servicestellenfall" betrachtet werden, wenn sie explizit nach der GS fragen.
- Legen die GS eine weite Definition zu Grunde (Servicestellenfall auch dann, wenn eigene Zuständigkeit vorliegt), dann sind ihre Fallzahlen höher. Basieren die Fallzahlen auf einer engen Definition (Servicestellenfall nur dann, wenn Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers vorliegt und ggf. wenn mit diesem Kontakt aufgenommen wird), dann sind sie niedriger.

36. Wie viele Menschen nehmen die GS in Anspruch?

- Da bei 42% der GS ein enges Verständnis eines „Servicestellenfalls" vorliegt, sind die Fallzahlen der GS insgesamt sehr gering. Dabei ist zu unterstreichen, dass lediglich 70% der GS Angaben zu der Inanspruchnahme ihrer GS machten und 30% der GS von der Beantwortung der Frage nach den Fallzahlen absahen. Unabhängig von der Definition zählte gut ein Fünftel der insgesamt befragten GS (22%) im gesamten Jahr 2003 lediglich bis zu 5 „Servicestellenfälle". Aufgrund der großen Spannweite der Fallzahlen liegt der Mittelwert bei 98 Nutzern im Jahr. Hervorgehoben sei aber, dass die Hälfte der GS, die ihre Fallzahlen offen legten, nicht mehr als 13 Servicestellenfälle im Jahr 2003 auswiesen. Dagegen gab knapp jede zehnte GS (9%) an, im Jahr 2003 mehr als 100 Personen beraten zu haben.

37. Gibt es GS, die keine Inanspruchnahme verzeichnen?

- 121 GS, das sind 30% der Befragten, beantworteten die Frage nach ihren Fallzahlen nicht. Nichtbeantwortung kann im allgemeinen außer Betracht bleiben, wenn man davon ausgehen kann, dass sich die Angaben dieser GS nicht grundsätzlich von den Angaben der antwortenden GS unterscheiden würden. Allerdings existiert eine Reihe von Hinweisen, dass die Nichtbeantwortung zumindest in Teilen damit zusammenhängt, dass die GS keine oder nur sehr wenige Beratungen im Rahmen der Servicestellentätigkeit durchführten. Unter einer „worst-case"-Annahme hat fast ein Drittel der GS keine Kunden.

38. Ist die Inanspruchnahme der GS in Städten größer als in ländlich strukturierten Räumen?

- Oft wird angenommen, dass Beratungsangebote in städtischen Regionen intensiver genutzt werden als in ländlichen Räumen. Daher haben wir untersucht, ob GS in Zuständigkeit für eine kreisfreie Stadt stärker in Anspruch genommen werden als GS, die einen oder mehrere Landkreise betreuen. Ein Mittelwertvergleich der Fallzahlen von GS mit verschiedenen regionalen Zuständigkeiten ergibt, dass die Inanspruchnahme von GS in städtischen Gebieten niedriger ist als in ländlich strukturierten Räumen. Eine Erklärung dafür ist, dass in ländlich

strukturierten Räumen das Beratungsangebot insgesamt geringer ist und die GS deshalb stärker nachgefragt werden.

- Die These, dass die Inanspruchnahme einer GS desto höher ausfällt, je mehr Einwohner in dem Versorgungsgebiet der GS leben, wird durch die Befragungsergebnisse gestützt. Allerdings ist der Zusammenhang zwischen Einwohnerzahlen und Fallzahlen eher gering. Die Fallzahlen der GS lassen sich damit zwar ein Stück weit durch die Einwohnerzahlen in der Region erklären, offenbar gibt es aber weitere und stärkere Einflussfaktoren der Inanspruchnahme der GS. Zu denken ist hier einerseits an das trägerinterne Beratungsangebot und andererseits an den Bekanntheitsgrad der GS.

39. Gibt es Unterschiede in der Inanspruchnahme der GS in Abhängigkeit von ihrem Beratungsprofil?

- Die Fallzahlen der GS sind auch davon abhängig, welches Beratungsprofil der Servicestellentätigkeit zugrunde liegt. Unterschiedliche Sichtweisen auf die eigene Servicestellentätigkeit und ihre Position im gesamten Beratungsgefüge für Rehabilitation führen dazu, dass bestimmte Definitionen von Servicestellenfällen eher bevorzugt werden als andere. Vergleicht man die Fallzahlen der GS differenziert nach deren Beratungsprofil, dann erklären sich die Unterschiede zum Teil durch die verschiedenen Definitionen, die zugrunde gelegt wurden. Aber auch bei gleicher Definition und Zählweise weichen die Fallzahlen der GS voneinander ab, und zwar in Abhängigkeit vom Profil der GS. Eine GS, verstanden als zusätzliches Angebot insbesondere für komplexe Fälle, wird seltener in Anspruch genommen als eine GS, die als Zusatzangebot für alle Fragen der Rehabilitation auftritt. Sieht sich eine GS als die zentrale Anlaufstelle, dann wird sie vergleichsweise häufig in Anspruch genommen. Dieses Ergebnis lässt sich so erklären, dass die unterschiedlichen Profile nach außen wirksam werden. GS, die sich vor allem für komplizierte Fragstellungen zuständig sehen, werden von Ratsuchenden mit vermeintlich einfachen Fragen nicht aufgesucht. Das Profil einer zentralen Beratungsstelle hingegen sorgt dafür, dass sich viele Ratsuchende angezogen fühlen.

40. Zu welchen Leistungsgruppen der Teilhabe beraten die GS?

- Knapp die Hälfte der Servicestellenfälle (48%) hatte Fragen der medizinischen Rehabilitation zum Thema. In knapp einem Drittel der Fälle (30%) ging es um Teilhabe am Arbeitsleben. Knapp ein Sechstel der Fälle (14%) betrafen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und schließlich fast jeder zehnte Fall (8%) betraf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen. Die Beratungsschwerpunkte der GS liegen in den Bereichen, den der jeweilige Rehabilitationsträger auch selbst vertritt.

41. Wer nimmt die GS in Anspruch?

- Der überwiegende Teil der Ratsuchenden ist männlich. Überwiegend nehmen Menschen in erwerbsfähigem Alter, aber verhältnismäßig wenige junge und wenige ältere Menschen die GS in Anspruch.
- Menschen mit körperlichen Behinderungen oder mit anderen Beeinträchtigungen, wie beispielsweise Lungenerkrankungen, Stoffwechselstörungen, Herzkrankheiten etc. stellen den größten Anteil der Klientel dar, gefolgt von Menschen mit psychischen Behinderungen. Dagegen nehmen Menschen mit Sin-

nesbehinderungen, mit Lernbehinderungen oder mit geistigen Behinderungen die Angebote von GS eher selten wahr.

42. In welchem Rahmen erfolgen die Beratungsgespräche?

- Entgegen der Empfehlung der BAR, der persönlichen Beratung Vorrang vor anderen, telefonischen oder schriftlichen Formen einzuräumen, werden 40% der Beratungen per Telefon, per FAX oder per E-Mail durchgeführt.
- Die persönlichen Beratungsgespräche werden weit überwiegend in der GS geführt, wobei hier in einem Viertel der Fälle Terminabsprachen erforderlich sind. Hausbesuche werden zwar bisweilen angeboten, stellen aber die Ausnahme dar. Zudem kann der Ratsuchende allein oder in Begleitung zum Beratungsgespräch kommen oder er kann sich vertreten lassen. Es zeigt sich, dass die Gemeinsamen Servicestellen überwiegend von den Ratsuchenden selbst eingeschaltet werden, und diese überwiegend allein zum Gespräch kommen.
- Begleitpersonen sind häufig Angehörige oder Freunde. Menschen mit einer Sinnesbehinderung oder mit einer Lernbehinderung kommen relativ häufig in Begleitung. Personen, die sich vertreten ließen, hatten überwiegend eine Hörsprachbehinderung oder eine geistige Behinderung.

43. Wie komplex sind die Beratungsbedarfe?

- Der überwiegende Teil (ca. 90%) der Beratungskontakte ist einmalig. Mehrere Kontakte stellen hingegen die Ausnahme dar.
- Es zeigt sich, dass die GS bei den meisten Beratungen mit keinem Teammitglied zusammen arbeiteten. In 35% der Fälle wurde ein Teammitglied hinzugezogen und in weiteren 5% mehr als ein Teammitglied. Mehr als drei Teammitglieder waren in keinem Fall beteiligt.

44. Wie groß ist das Zeitbudget der GS?

- Korrespondierend mit den insgesamt geringen Fallzahlen fällt auch das Zeitbudget der GS gering aus. Die relativ meisten GS (16%) gaben ihr Zeitbudget für die Servicestellentätigkeit mit 1 bis 2 Stunden im Monat an. Insgesamt knapp die Hälfte der GS (45%) berichtete über ein Zeitbudget von weniger als 5 Stunden im Monat. Lediglich 4% der GS wenden 40 Stunden und mehr im Monat für die Servicestellenarbeit auf, was bei einer angenommenen Arbeitszeit von 160 Stunden im Monat mindestens einer Viertelstelle gleich kommt. Das durchschnittliche Zeitbudget der GS beträgt 11 Stunden im Monat. Dabei investierte die Hälfte der GS, die ihren Aufwand offen legten, nicht mehr als 4 Stunden monatlich. Am häufigsten wird der Einzelwert „1 Stunde im Monat“ genannt. 52 GS (13%) der GS geben an, monatsdurchschnittlich eine Stunde für die Servicestellenarbeit aufzuwenden.

45. Wie stellen sich das regionale Beratungsangebot und der Bedarf dar?

- Für die insgesamt geringen Fallzahlen und das damit verbundene niedrige Zeitbudget der GS existieren zwei Erklärungen. Erstens gibt ein Viertel der GS (25%) die Einschätzung ab, dass das Angebot der GS in ihrer Region nicht gut bekannt ist. Zweitens nimmt die Hälfte der GS (51%) in ihrer Region einen geringen Beratungsbedarf wahr. Nach Einschätzung der überwiegenden Mehrheit der GS (86%) besteht zudem in der Region ein gutes Beratungsangebot der

Rehabilitationsträger. Mit anderen Beratungsstellen der Rehabilitationsträger nehmen Ratsuchende nach Meinung von zwei Dritteln der GS (65%) eher Kontakt auf als mit der GS. Der Grund dafür ist nach Ansicht von knapp drei Vierteln der GS (72%), dass die Ratsuchenden in der Regel wissen, welcher Träger für ihr Anliegen zuständig ist und sie diesen direkt aufsuchen.

11.7 Öffentlichkeitsarbeit der Gemeinsamen Servicestellen

46. Sind die GS in der Öffentlichkeit bekannt?

- Der Bekanntheitsgrad der GS in der Öffentlichkeit ist gegenwärtig eher noch gering. Behinderten- und Sozialverbände weisen darauf hin, dass viele Menschen mit Behinderungen noch nicht vom SGB IX und den GS gehört haben und große Informationsdefizite bestehen. Daneben schätzt ein Viertel der GS es selbst so ein, dass ihr Angebot in der Region nicht gut bekannt ist.

47. Ist es möglich, sich im Internet über die GS zu informieren?

- Im Internet besteht mittlerweile ein umfangreiches Informationsangebot zu den GS, dass sich aber teilweise eher an eine Fachöffentlichkeit richtet. Suchabfragen zu den Adressen, Kontaktmöglichkeiten und Öffnungszeiten aller bislang eröffneten GS sind über die Internetseiten der Rentenversicherungsträger und des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen möglich. Daneben existieren zahlreiche weitere Informationsangebote von Kreisen und Ländern zu den GS in der Region, oder von einzelnen Rehabilitationsträger zu allen bei ihnen eingerichteten GS. Das Informationsangebot ist damit differenziert, seine Reichweite allerdings beschränkt, da nicht jeder Ratsuchende über einen Internetzugang bzw. über die entsprechenden Kompetenzen im Umgang mit neuen Medien verfügt.

48. Wie stellen sich die GS nach außen dar?

- Die BAR schlägt als Kennzeichen der GS ein einheitliches Signum vor, das insbesondere auf Hinweisschildern, aber auch zum Beispiel auf Briefpapier, Visitenkarten oder Stempeln Verwendung finden soll. Es ist davon auszugehen, dass an vielen, aber nicht allen Standorten von GS Hinweisschilder mit dem empfohlenen Signum Ratsuchende auf die GS aufmerksam machen bzw. ihnen den Weg zu den für die GS zuständigen Mitarbeitern weisen. Bei einer Kurzbefragung von 17 GS im Sommer 2004 teilten 5 GS mit, dass das Signum nicht verwendet werde. Daneben stellten wir im Rahmen der schriftlichen Befragungen der GS fest, dass sowohl das Signum als auch der Begriff „Gemeinsame Servicestelle“ relativ selten (rd. 15% der Fälle) auf Briefpapier oder Stempeln auftauchte. Die einheitliche Außendarstellung der GS erscheint damit entwicklungsbedürftig, da eine entsprechende Ausstattung mit „Kennzeichen“ (Signum, Begriff „Gemeinsame Servicestelle“) sowohl die Außendarstellung und damit den Zugang Ratsuchender zur Beratung erleichtert, als auch die Darstellung „nach innen“, gegenüber dem eigenen Rehabilitationsträger und den Teammitgliedern der beteiligten anderen Rehabilitationsträger.

49. Welche Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit führen die GS durch?

- Gut drei Viertel (77%) der im Frühjahr 2003 befragten GS haben Anstrengungen unternommen, ihre GS über die Presse bekannt zu machen, insbesondere in Form von Presseerklärungen in der Eröffnungsphase. Die Empfehlung der BAR, einen Flyer zu erstellen und für die Öffentlichkeit zu verwenden, wurde im Frühjahr 2003 erst von der Hälfte der GS (51%) umgesetzt. Allerdings berichteten 16% der GS, dass sich ein Flyer in Planung befinde. Die Kurzbefragung bei 17 GS im Sommer 2004 zeigte, dass in 13 GS ein Flyer vorhanden ist, in 4 GS hingegen nicht. Knapp die Hälfte der GS (49%) warb in persönlichen Gesprächen mit Dritten für die eigene GS. 38% bzw. 43% der GS waren auf Behindertenverbände bzw. Selbsthilfegruppen zugegangen, um ihre Arbeit bekannt zu machen. Eine solche Multiplikatorenarbeit mit Verbänden und Selbsthilfegruppen befand sich bei einem Fünftel bis einem Viertel der GS zum Zeitpunkt der Befragung in Planung. Eine weitere Maßnahme stellt die Teilnahme von GS an Veranstaltungen Dritter dar. Ein Drittel der GS (34%) nahm an solchen Veranstaltungen teil, z.B. an einem Selbsthilfetag, und informierte dabei über die Servicestellenarbeit. Eigene Veranstaltungen, zum Beispiel als Tag der offenen Tür, wurden nur von jeder sechsten GS (16%) durchgeführt.

50. Ist die Öffentlichkeitsarbeit im Zeitverlauf intensiviert worden?

- Es gibt Hinweise darauf, dass die Öffentlichkeitsarbeit der GS im Zeitverlauf verstärkt wurde. Zum einen ist das Informationsangebot im Internet ausgeweitet worden, zum anderen ist davon auszugehen, dass die geplanten Maßnahmen, von denen die GS berichteten, umgesetzt wurden. Dies betrifft insbesondere die Multiplikatorenarbeit mit Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen. Daneben dürfte sich der Anteil der GS, die einen Flyer erstellt haben und für die Öffentlichkeit verwenden, von der Hälfte der GS im Frühjahr 2003 auf schätzungsweise drei Viertel im Sommer 2004 erhöht haben. Eine weitere Maßnahme der Öffentlichkeitsarbeit, die offenbar mittlerweile intensiver genutzt wird, ist die Teilnahme von GS an Veranstaltungen Dritter. Es ist aber anzunehmen, dass nach wie vor 20-25% der GS keine oder nur eine rudimentäre Öffentlichkeitsarbeit durchführen.

51. Ist die insgesamt geringe Inanspruchnahme der GS auf zu wenig Öffentlichkeitsarbeit zurückzuführen?

- Verschiedene GS äußerten sich in Gesprächen deutlich dahin gehend, dass sie einen direkten Zusammenhang zwischen Intensität der Öffentlichkeitsarbeit und Höhe der Fallzahlen sehen. Sie haben die Erfahrung gemacht bzw. sind überzeugt, dass intensive Öffentlichkeitsarbeit den Bekanntheitsgrad der GS und dadurch ihre Inanspruchnahme deutlich erhöht. Es gibt aber auch GS, die darauf hinweisen, dass ihr Angebot zwar bekannt ist, sie aber trotzdem nicht in Anspruch genommen werden. Viele GS argumentieren, dass die Inanspruchnahme unabhängig von Öffentlichkeitsarbeit deshalb gering ist, weil der Beratungsbedarf behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen von den trägerspezifischen Beratungsstellen und den Beratungsstellen von Behinderten- und Sozialverbänden in der Region hinreichend gedeckt wird. Diese gegensätzlichen Meinungen und Erfahrungen erklären sich zunächst durch regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme. GS in ländlich strukturierten Räumen wer-

den stärker nachgefragt als GS in städtischen Gebieten. Dies hängt wiederum damit zusammen, dass das Beratungsangebot im ländlichen Raum geringer und in Städten größer ist. Im Zusammenhang damit verstehen sich GS in Städten häufig als Spezialangebot nur für komplexe Rehabilitationsfälle, was zu geringeren Fallzahlen führt, und GS in Landkreisen als Angebot für alle Fragen im Bereich der Rehabilitation, was zu höheren Fallzahlen führt. Deutlich wird, dass die Inanspruchnahme der GS entscheidend von ihrem Profil und in Verbindung damit von ihrer Positionierung im bestehenden Beratungssystem abhängt. Zusammengefasst ergibt sich damit, dass Öffentlichkeitsarbeit eine notwendige Bedingung für eine hohe Inanspruchnahme der GS darstellt, aber noch keine hinreichende Bedingung.

11.8 Effekte der Einrichtung von Gemeinsamen Servicestellen

52. Hat sich die Beratungsqualität verbessert?

- Über die Hälfte der GS (54%) stellt fest, dass der Zugang zur Beratung für Ratsuchende einfacher geworden ist. Ein knappes Fünftel (19%) hält einen solchen Effekt für nicht zutreffend. Weiter stellt jeweils annähernd die Hälfte der GS fest, dass sich komplexer Beratungsbedarf nunmehr sachgerechter klären lässt (47%) und dass sich die Qualität der Beratung verbessert hat (46%). Jeweils rund ein Fünftel der GS äußert die Einschätzung, dass sich diese Effekte nicht eingestellt haben. Eine deutliche Mehrheit von gut zwei Dritteln (68%) findet nicht, dass mehr Zeit für Beratungen zur Verfügung steht. Diese Einschätzung korrespondiert mit dem Umstand, dass die Mitarbeiter die Aufgaben der GS in der Regel „zusätzlich“ zu ihren trägerspezifischen Aufgaben wahrnehmen. Gut jede zehnte GS (12%) stellt hingegen fest, dass im Rahmen der Servicestellentätigkeit mehr Zeit für Beratungen zur Verfügung steht als zuvor.

53. Haben sich die Rehabilitationsverfahren beschleunigt?

- Zwei Drittel der GS (66%) nehmen eine deutlich verkürzte Zeit der Zuständigkeitsklärung wahr, während 14% einen solchen Effekt nicht feststellen. Jeweils eine relative Mehrheit von 43% bzw. von 39% stellt außerdem fest, dass sich die Wartezeit auf Beratung bzw. die Bearbeitungs- und Untersuchungszeit deutlich verkürzt habe. Der Anteil der GS, der solche Feststellungen als unzutreffend qualifiziert, liegt bei gut einem Drittel (35%) bzw. über einem Viertel (27%). Bei einem Aspekt von Verfahrensbeschleunigung, nämlich der deutlich verkürzten Wartezeit zwischen Maßnahmen, überwiegt die negative Beurteilung. Während nur 26% hier eine Verkürzung sehen, kann die relative Mehrheit von 39% der GS keinen solchen Effekt wahrnehmen.

54. Konnten unerwünschte Wirkungen von Rehabilitationsverfahren vermieden werden?

- Eine knappe relative Mehrheit der GS (43%) nimmt positive Effekte der Servicestellenarbeit dahingehend wahr, dass Fehlentscheidungen vermieden werden können. 39% der GS können einen solchen Effekt nicht feststellen. Ein knappes Drittel der GS (32%) stellt fest, dass Beschwerden vermieden werden. 28% der GS berichten über die Vermeidung von Erstattungsansprüchen. In beiden Fällen überwiegt allerdings klar die Feststellung, dass dieser Effekt nicht

zutreffe (43% bzw. 45%). Was die Vermeidung von Widersprüchen oder Klagen sowie die Vermeidung eines unverhältnismäßigen Aufwandes bei der Leistungserbringung angeht, überwiegt bei der Hälfte der GS eine negative Einschätzung. Der Anteil der Zustimmung liegt hier bei einem Fünftel (22% bzw. 20%). Die deutlichste negative Einschätzung erfährt die Vermeidung von Maßnahmenabbrüchen, die 60% der GS durch Servicestellenarbeit nicht beeinflussbar erfahren. Der Anteil der positiven Stimmen beträgt hier lediglich 13%.

55. Welchen Beitrag leisten die GS zur Umsetzung von Zielen des SGB IX?

- Knapp zwei Drittel der GS (63%) sehen das Ziel des SGB IX, dass Streitigkeiten zwischen Rehabilitationsträgern über die Frage nach der Zuständigkeit nicht mehr zu Lasten der Betroffenen gehen sollen, mit der Einrichtung von GS verwirklicht. Ebenso stellt jeweils über die Hälfte der GS (55%) fest, dass sich mit der Einrichtung der GS sowohl die Koordination der Leistungen als auch die Kooperation der Leistungsträger verbessert hat. Eine knappe relative Mehrheit von über einem Drittel der GS (36%) vertritt die Auffassung, dass mit GS Wunsch- und Wahlrechten stärker entsprochen wird. Dagegen sehen 30% dieses Ziel nicht erreicht. Überwiegend negative Einschätzungen betreffen die stärkere Berücksichtigung der Bedürfnisse behinderter Frauen sowie Kinder. Jeweils über 40% äußern die Ansicht, dass die GS keinen Beitrag zur Zielerreichung leisten konnten, während der Anteil der GS, der diese Ziele umgesetzt sieht, bei jeweils einem Fünftel liegt.
- Weitere Ziele des SGB IX sind beispielsweise eine verbesserte Umsetzung der Grundsätze „Rehabilitation vor Rente, Pflege und anderen Sozialleistungen“ und „ambulant vor stationär“. Relative Mehrheiten von 37% bzw. 40% vertreten die Auffassung, dass diese Ziele mit der Einrichtung der GS erreicht werden konnten. Ein Viertel (27%) respektive ein Drittel der GS (34%) hingegen sehen eine bessere Umsetzung dieser Grundsätze nicht gewährleistet.
- Vor dem Hintergrund des gegliederten Systems der Rehabilitation sollte angenommen werden, dass der Beitrag der trägerübergreifenden Gemeinsamen Servicestellen zur Umsetzung des Ziels, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht der leistungsberechtigten Bürger wie „aus einer Hand“ erscheinen, groß ist. Allerdings sieht nur ein Fünftel der GS (21%) diese Zielbestimmung mit der Einrichtung von GS umgesetzt, während fast die Hälfte (46%) keinen Beitrag der GS für eine Zielerreichung erkennen kann.
- Eine relative Mehrheit von 40% der GS vertritt die Auffassung, dass mit der Einrichtung von GS Leistungen umfassend und zeitnah erbracht werden können. Dagegen sehen 18% dieses Ziel nicht erreicht.
- Mit der Umsetzung des SGB IX soll eine verbesserte Beteiligung der Bürger erreicht werden. Während 28% der GS die Einschätzung abgeben, dass die GS diesbezüglich einen Beitrag leisten, sieht ein Drittel der GS (32%) dies nicht gewährleistet.

56. Wie bewerten die GS selbst Konzept und Umsetzungsstand der Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen?

- Gut zwei Drittel der GS (68%) bewerten die Idee, Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation einzurichten, grundsätzlich als gut. Mehr als jede zehnte GS (13%) steht allerdings nicht hinter der Idee, was in der Praxis zu einem eingeschränkten Engagement führen könnte. Weiter ist fast jede fünfte GS (19%) ge-

teilter Meinung, was die Idee der GS angeht. Im Vergleich mit der überwiegend guten Bewertung des Konzepts, beurteilen die GS die Umsetzung schlechter. Nur ein Viertel der GS (27%) kann sich der Meinung anschließen, dass die Umsetzung der Einrichtung von GS gelungen ist. Ein Drittel der GS (35%) ist dagegen der Auffassung, diese Umsetzung sei nicht gelungen. 38% der GS sehen die Umsetzung in Teilen gelungen, in anderen Teilen nicht.

- Die GS begründeten positive Bewertungen insbesondere mit der verbesserten Kooperation der Rehabilitationsträger, der stärkeren Kundenorientierung und einer verbesserten Beratungsqualität.
- Kritische Einschätzung des Umsetzungsstandes begründeten die GS insbesondere mit der geringen Inanspruchnahme in Verbindung mit einem geringen Bedarf, einem zu geringen Bekanntheitsgrad der GS, fehlende Motivation der Rehabilitationsträger, fehlenden Einflussmöglichkeiten der GS und dem komplizierten Rehabilitationsrecht. In diesem Zusammenhang weisen GS darauf hin, dass sich das Konzept der GS nur dann wirklich umsetzen lässt, wenn die Mitarbeiter einen bestimmten Anteil ihrer Arbeitskapazität für die Servicestellenarbeit einsetzen können. Im Idealfall müsste weiterhin eine räumliche Nähe der Teammitglieder geschaffen werden, in dem sie „unter einem Dach“ zusammen gefasst werden.

57. Existieren Länder- und Trägerunterschiede hinsichtlich des Umsetzungsstandes der GS?

- Die Umsetzung des Konzeptes der GS ist regional unterschiedlich weit fortgeschritten. Zwar ist der Umsetzungsstand bundesweit nicht zufriedenstellend, und es gibt in allen Bundesländern und bei allen Rehabilitationsträgern GS mit einem fortgeschrittenen und GS mit einem niedrigen Entwicklungsstand. Trotzdem stellt sich die Situation in einigen Ländern insgesamt vergleichsweise besser dar, in anderen Ländern schlechter. In Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt existieren unterschiedliche Erfolgsmodelle der Umsetzung. Hingegen weisen relativ viele GS in Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen einen niedrigen Entwicklungsstand auf. Weiter finden sich funktionsfähige GS relativ häufiger bei Rentenversicherungsträgern als bei Krankenkassen.

58. Existieren Erfolgsfaktoren der Umsetzung?

- Ein Erfolgsfaktor besteht in regelmäßigen Treffen der Servicestellenteams, in deren Rahmen die gemeinsame Servicestellenarbeit reflektiert und weiter entwickelt wird sowie trägerübergreifende Schulungen durchgeführt werden. Die Teamtreffen erscheinen dann besonders erfolgreich, wenn neben allen beteiligten Rehabilitationsträgern auch Dritte beteiligt sind.
- Notwendig sind trägerübergreifende Schulungen der Mitarbeiter zur Vorbereitung auf ihre Servicestellentätigkeit. Sie sollten inhaltlich weniger auf umfassende theoretische Kenntnisse abstellen, da das komplexe Rehabilitationsrecht nicht von Einzelnen komplett beherrscht werden kann, sondern auf praktische Übungen und das Arbeiten im Team und in Netzwerken, da sich erst durch die Beteiligung vieler Parteien eine umfassende Beratung ergibt.
- Von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Umsetzung ist die Zusammenarbeit mit Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen. Zum einen verfügen sie über Spezialwissen aus eigenen Beratungsaktivitäten, zum ande-

ren können sie Betroffenen den Zugang zur Beratung durch GS erleichtern, indem sie diese an die GS vermitteln.

- Wichtig ist eine hohe Motivation der beteiligten Rehabilitationsträger. Wenn sie bzw. einzelne Träger nicht hinter der Idee der GS stehen und sie entsprechend fördern, dann befinden sich die einzelnen Servicestellenmitarbeiter „auf verlorenem Posten“. Die Mitarbeiter benötigen gesicherte Zeitkapazität für die Servicestellenarbeit, die sie dafür nutzen können, die GS nach außen zu tragen und bekannt zu machen sowie Kontakte zu knüpfen und ein Servicestellenteam aufzubauen bzw. weiter zu entwickeln.

12 Anhang

12.1 Erster Workshop am 26. und 27.Juni 2003 in Bonn

12.1.1 AG 1 - Zugang zur Beratung: Barrierefreiheit und Öffentlichkeitsarbeit

In Bezug auf den Zugang zur gemeinsamen Servicestelle wurde zunächst unterschieden zwischen Erreichbarkeit der gemeinsamen Servicestelle und Barrierefreiheit im Haus der gemeinsamen Servicestelle.

1. Erreichbarkeit der gemeinsamen Servicestelle

Bezogen auf die Erreichbarkeit lassen sich folgende Aussagen zusammenfassen:

- Den Behindertenbeauftragten auf unzureichende Barrierefreiheit des ÖPNV hinweisen. Die Erfolgsaussichten wurden allerdings von den Teilnehmenden als gering eingestuft. Eine andere Möglichkeit besteht darin, über starke Behindertenverbände an die Entscheidungsträger oder den Behindertenbeauftragten herantreten.
- Das Problem liegt prinzipiell darin, dass sich gemeinsame Servicestellen zum Teil nicht überlegt haben, ob sie überhaupt erreichbar sind. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass der Druck bestand, gemeinsame Servicestellen einzurichten.

Die Erreichbarkeit muss regional unterschiedlich beurteilt werden. In ländlichen Gebieten bestehen wesentlich mehr Probleme mit der Erreichbarkeit. Die Entfernungen vom Wohnort bis zur gemeinsamen Servicestelle können bis zu 50 km betragen und ein Bus fährt, wenn überhaupt, einmal am Tag. Hier wurden folgende Aspekte angesprochen:

- In Ravensburg wurde in einem ländlichen Raum eine Kooperationslösung gefunden. In Sigmaringen (ein Ort, der eigentlich zu Ravensburg gehört, aber doch recht weit entfernt liegt) können bei Bedarf Beratungsräume in einer Behinderteneinrichtung genutzt werden. Das bedeutet, der Hauptsitz der gemeinsamen Servicestelle ist in Ravensburg und persönliche Beratungsgespräche für Sigmaringen und Umgebung können trotzdem vor Ort durchgeführt werden. Dieses Verfahren wurde über Flyer publik gemacht oder diese Örtlichkeit wird im Telefongespräch angeboten, wenn deutlich wird, woher die/ der Ratsuchende kommt.
- Eine Kooperation mit anderen Rehabilitationsträgern, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, also das Mitbenutzen der Räumlichkeiten vor Ort, wurde eher kritisch beurteilt.
- Bei fehlender Erreichbarkeit sollten Hausbesuche angeboten werden, auch wenn es lange dauert. Allerdings wurde zu Bedenken gegeben, dass dies natürlich nur so lange geht, wie relativ wenige Fälle an die gemeinsame Servicestelle herantreten.

2. Barrierefreiheit

Zum Thema Barrierefreiheit, die hauptsächlich auf körperlich behinderte Menschen abzielt, wurde zu Bedenken gegeben, dass Deutschland prinzipiell, was Barrierefreiheit angeht, ein Entwicklungsland ist (z.B. im Vergleich zu den skandinavischen Ländern).

- Deutlich wurde der Unterschied zwischen politisch korrekt und praktikabel hervorgehoben, insgesamt bestand aber Einigkeit darüber, dass Barrierefreiheit nur für körperlich behinderte Menschen nicht ausreicht, und hier ein anderer Anspruch angelegt werden sollte.
- Hinweis auf eine neue Verordnung sowie der entsprechenden DIN-Norm und auf das Gleichstellungsgesetz, wonach alle Neubauten und Umbauten von öffentlichen Gebäuden behindertengerecht sein müssen. Das Selbstverständnis und damit der Anspruch der Rehabilitationsträger selbst sollten in diesem Zusammenhang größer sein, als der von anderen öffentlichen Körperschaften.
- Definition von Standards unter Hinzuziehung der Expertise der behinderten Menschen. In welcher Weise dies erfolgen kann, dazu gab es zwei Sichtweisen: Die eine Sichtweise nimmt den Grundsatz der Kostenneutralität erst einmal als gegeben hin, weshalb vor überzogenen Standards, die dann nicht erfüllt werden können; gewarnt wird. Hier wird eine enge Zusammenarbeit mit einzelnen Behindertenverbänden vorgeschlagen, um gemeinsam gute und nicht so teure Lösungen zu finden (Als Beispiel wurde eine Lesehilfe genannt).
  In diesem Zusammenhang wurde auch darauf hingewiesen, dass die Behindertenverbände zum Teil sehr hohe, nicht erfüllbare Erwartungen haben. Dies wurde insofern kontrovers diskutiert, als dass ein Nicht-Behinderter schlecht beurteilen kann, was überzogen ist und was nicht. Der andere Vorschlag ging hier in die Richtung, dass sich die Behindertenverbände der verschiedenen Behinderungsarten zunächst an einen Tisch setzen und eine gemeinsame Empfehlung erarbeiten, die dann z.B. unter Koordination der BAR mit anderen Parteien verhandelt wird. In welcher Höhe Kosten für die hier entschiedenen Maßnahmen entstehen, muss offen gelegt werden.
- Kosten: Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass es schwierig sei, das Konzept der gemeinsamen Servicestellen auch in Bezug auf die Herstellung barrierefreier Räumlichkeiten kostenneutral umzusetzen.
- Abschließend wurde hervorgehoben, dass in vielen Fällen die begleitende menschliche Unterstützung besser sei als technische Hilfsmittel.

3. Öffentlichkeitsarbeit

Mögliche Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind:

- Die Selbsthilfegruppen als Multiplikatoren einsetzen; hier wurden gute Erfahrungen gemacht.
- Mitarbeiter/innen können auf Vorträgen zu anderen Themen bei den Selbsthilfegruppen immer auch die gemeinsame Servicestelle vorstellen.
- Die Ärzte sind derzeit über die Existenz und Arbeit der gemeinsamen Servicestellen schlecht informiert. Diese Zielgruppe könnte über die Kassenärztliche Vereinigung und ihre Mitteilungsblätter erreicht werden.
- Öffentlichkeitsarbeit als Gemeinschaftsaufgabe: „Es gibt über 500 gemeinsame Servicestellen in Deutschland – und wer weiß davon?“ Diesbezüglich wurde darauf hingewiesen, dass von Seiten der Politik bzw. der BAR das Konzept der gemeinsamen Servicestellen einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt werden sollte.

Nach diesem kurzen Einstieg in mögliche Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit wurde deutlich formuliert, dass ein Anstieg der Zahl der Klienten/innen mit der gegenwärtigen Personaldecke in der bestehenden Organisation nicht zu bewältigen wäre. Hinzu

kommt, dass zurzeit zwar nur wenige Klienten/innen die gemeinsame Servicestelle aufsuchen, die Beratungs- und Begleitungsleistungen aber sehr zeitaufwendig sind, weshalb eine Zeiterfassung zur Dokumentation sehr wichtig ist.

In diesem Zusammenhang wurde das Erfordernis formuliert, die potenziellen Ratsuchenden genau zu informieren, was von einer gemeinsamen Servicestelle erwartet werden kann. Es ist nämlich ein Problem, wenn viele Ratsuchende in die gemeinsame Servicestelle kommen, die eigentlich in eine ganz andere Stelle gehörten, und dann enttäuscht werden.

Gibt es einen Bedarf für die Leistungen der gemeinsamen Servicestellen? Diese Frage stellte sich ebenfalls in Zusammenhang mit den niedrigen Klientenzahlen. Hierzu gab es zwei Thesen: 1. Bedarf ist da, aber die Menschen werden nicht erreicht, d.h. der Zulauf ist aufgrund mangelnder Information gering. 2. Möglicherweise gibt es keinen Bedarf und die potenziellen Klienten/innen wissen, an welchen Rehabilitationsträger sie sich wenden müssen.
Diese Frage konnte nicht abschließend geklärt werden, allerdings stehen die gemeinsamen Servicestellen im Mittelpunkt des SGB IX und die Rehabilitationsträger sollten dafür sorgen, dass die gemeinsamen Servicestellen im umfassenden Sinn gute Arbeit leisten können. Dies bedeutet auch, dass gezielte Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden sollte, und wenn festgestellt wird, dass die Leistungen der gemeinsamen Servicestellen in hohem Maße nachgefragt werden, muss der Aufwand über einen Kostenausgleich geregelt werden.

Hier wurde noch einmal darauf hingewiesen, dass sich die ursprüngliche Idee der gemeinsamen Servicestellen bewährt hat, eine optimale Umsetzung aber nicht kostenneutral erfolgen kann.

Abschließende Bemerkung:

Aufgrund der Einrichtung der gemeinsamen Servicestellen haben sich die Arbeitsabläufe und die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger verbessert.

12.1.2 AG 2 - Qualifikationen, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter

Die Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppe (mit 13 Teilnehmern) lassen sich nach vier Themenfeldern strukturieren:

1. Aufgaben und Grenzen der gemeinsamen Servicestellen

Eingangs wurde die Frage gestellt, welche Kompetenzen die Mitarbeiter/innen der gemeinsamen Servicestellen haben und wo sie an ihre Grenzen stoßen. Dazu folgende Beiträge:

Jeder ist Spezialist auf seinem „normalen“, bisherigen Arbeitsgebiet. Grenzen werden deutlich bei fachfremder Leistung, d.h. wenn Fragen auftauchen, die andere Leistungsträger betreffen. Die neue Aufgabe der gemeinsamen Servicestelle beinhaltet, dass auch andere Klient/innen in die Beratung kommen als bisher. Es gilt der Grundsatz, dass niemand „weggeschickt“ werden soll, daher muss auch Hilfe bei Beantragung anderer Leistungen gegeben werden. Hier stößt man an seine Grenzen, wenn es um Details anderer Leistungssysteme geht, insbesondere auch bei Widerspruchsverfahren.

In diesem Zusammenhang wurde die Frage gestellt, ob die gemeinsame Servicestelle auch „Beschwerdestelle“ sein soll, wenn ein vermittelter Leistungsantrag abgelehnt wird (die meisten sprachen sich dagegen aus, dies würde eine Überforderung bedeu-

ten). Wie wird aber dann die längerfristige Fallbegleitung gehandhabt – wird auch bei Vermittlung in andere Zuständigkeit der Verlauf der Hilfeleistung weiter beobachtet? Nach dem Konzept des Case Management gehört ein „Monitoring“ im Sinne einer flankierenden Begleitung und regelmäßigen Überprüfung der Leistungsgewährung zur Beratung dazu. Einige Teilnehmer meinten, dies sei „zeitlich nicht machbar“, andere berichteten über ein Verfahren, dass sich die Klient/innen verpflichten, die gemeinsame Servicestelle über den weiteren Verlauf der Leistung zu unterrichten.

2. Erforderliche Qualifikationen

Als zentrale Leistung der gemeinsamen Servicestellen wird die Klärung des Bedarfs, Zuständigkeitsklärung und Erschließung aller erforderlichen Hilfen gesehen. Welche Kompetenzen sind dafür erforderlich? Im Verlauf der Diskussion kristallisierten sich vier Grundkompetenzen heraus:

a) *Fachkenntnis* der anderen Leistungsträger: Basiswissen über Leistungen und Voraussetzungen anderer Leistungsträger ist notwendig, aber keine Kenntnisse im Detail.

b) *Beratungskompetenz/ Gesprächsführung:* Die Klient/innen ernst nehmen und ihnen wirksam helfen, aber nicht zu viel versprechen – dies erfordert eine Balance zwischen „Vertrauen aufbauen“ und zugleich „Grenzen der Hilfemöglichkeiten“ deutlich machen.

c) *Kenntnis der Beeinträchtigung* der Klient/innen, um deren Situation und Hilfebedarf angemessen erkennen zu können, aber auch, um deren Schwierigkeiten in der Beratungssituation und bei der Antragstellung richtig einschätzen zu können.

d) *Vernetzungs- und Organisationskompetenz:* Die Ansprechpartner/innen anderer Leistungsträger sollte man kennen und zudem wissen, ab welchem Punkt man weiter vermittelt: nicht zu früh (Abschiebung) und nicht zu spät (Selbstüberschätzung).

3. Erfordernis von Schulung und Fortbildung

Von hier aus stellte sich die Frage, wie diese Kompetenzen vermittelt werden.

zu 1. Fachkenntnisse: Diese sind Gegenstand der Schulungen, die zur Vorbereitung der Servicestellen-Mitarbeiter/innen durchgeführt wurden (vgl. auch das BAR-Curriculum). Aber als Schwerpunkt wurden sie zu stark betont bzw. waren zu detailliert („nach 3 Tagen 600 Seiten Papier mitgenommen, das kann man gar nicht mehr lesen“); hilfreich könnte eine Software sein, wo man das Problem eingibt und alle Leistungsinformationen werden unmittelbar in der Beratungssituation angezeigt (Grundlagen gibt es schon dafür).

zu 2. Gesprächsführung: Diese wird unabhängig von den gemeinsamen Servicestellen von der BAR als Fortbildung angeboten; aber reicht das? Werden Mitarbeiter/innen der gemeinsamen Servicestellen zusätzliche Fortbildungen genehmigt? Dies müsste ins Anforderungsprofil aufgenommen werden, zumal Gesprächsführungskompetenzen in Zukunft immer wichtiger werden, wenn mehr „fachfremde“ Klient/innen kommen.

zu 3. Kenntnis der Klient/innen: Hierzu berichtete eine Teilnehmerin über Schulungen, die gemeinsam mit Selbsthilfegruppen durchgeführt wurden und in denen Betroffene ihre Beeinträchtigungen deutlich gemacht haben. Dies wurde als sehr hilfreich wahrgenommen, um die Voraussetzungen und Beeinträchtigungen der Klient/innen besser kennen zu lernen.

zu 4. Vernetzungskompetenz: Bei den Vorbereitungsschulungen lernt man Vertreter/innen anderer Leistungsträger kennen, aber: Regelmäßige Treffen wären sinnvoll. In manchen Regionen werden bereits regelmäßig halbjährliche Treffen durchgeführt.

4. Qualifizierungsbereitschaft der Träger

Ein Problem wurde darin gesehen, dass Fortbildungen nicht genehmigt werden, wenn es nur wenige „Servicestellen-Fälle" gibt. Eine restriktive „Fall-Definition wie z.B. in Hessen scheint darauf abzuzielen, die gemeinsamen Servicestellen „niedrig" zu hängen. Wenn der Arbeitgeber die Servicestellen-Arbeit nur als Nebenbeschäftigung betrachtet, die zusätzlich zur „normalen" Arbeit geleistet werden kann, wird dies die Mitarbeiter/innen auch nicht dazu motivieren, für ihre Servicestelle zu werben und sich dadurch noch mehr Arbeit zu machen.

Erforderlich ist es, ein eigenständiges Profil der gemeinsamen Servicestellen zu entwickeln, um ernst genommen zu werden. Dies erfordert auch eine feste Mitarbeiter-Struktur mit Vertretungsregelung (d.h. nicht nur ein qualifizierter Mitarbeiter, sondern auch ein qualifizierter Vertreter bzw. ein qualifiziertes Team ist erforderlich). Auf eine klare Bewertung der Servicestellen-Arbeit muss hingewirkt werden – der Arbeitgeber soll nicht mehr sagen können, dass durch die Arbeit in der Servicestelle die „eigentliche Arbeit" liegen bleibe.

Fazit für das ISG:

Daraus ergibt sich für das ISG die Aufgabe,

- ein Anforderungsprofil für Servicestellen-Mitarbeiter/innen mit den vier Grundqualifikationen zu erstellen,
- den entsprechenden Qualifizierungsbedarf verdeutlichen (wobei kein starres Fortbildungsprogramm für jede/n Mitarbeiter/in entworfen werden soll, sondern ein „Qualifikationsziel", das je nach individuellem Qualifizierungsbedarf auch durch frühere Fortbildungen abgedeckt sein kann),
- zur Klärung beizutragen, was ein „Servicestellen-Fall" ist und
- Unterstützung in der Entwicklung eines eigenständigen Profils zu geben, das auch gegenüber dem Träger / Arbeitgeber den Stellenwert der gemeinsamen Servicestellen und den damit verbundenen Arbeitsaufwand deutlich macht.

12.1.3 AG 3 - Kooperation und Zusammenarbeit

1. Kooperation der beteiligten Rehabilitationsträger

a. Negative Einflussfaktoren

- Die Teilnehmer/innen der AG 3 stellten fest, dass eine Kooperation der Rehabilitationsträger grundlegend durch *unterschiedliche Verfahrensweisen* im Zusammenhang mit der Arbeit der gemeinsamen Servicestellen erschwert wird. Anzuführen sind hier in erster Linie *unterschiedliche Definitionen eines „Servicestellenfalls",* die zu Missverständnissen und Missstimmungen führten. Angesprochen und diskutiert wurden in diesem Zusammenhang auch Unterschiede im Umgang mit Ratsuchenden, die einen *Widerspruch* gegen die Entscheidung eines Rehabilitationsträgers einlegen möchten und dafür die Unterstützung der gemeinsamen Servicestelle anfragen. Mit solchen Begehren wird sehr unterschiedlich und mit großer Unsicherheit umgegangen. Die

Bandbreite reichte von einer aktiven Unterstützung des Widerspruchs bis hin zu der Ablehnung von Unterstützung, die jeweils mit den spezifischen Aufgaben der gemeinsamen Servicestellen und der Definition eines Servicestellenfalls begründet wurden.

- Kooperation wird erschwert, wenn eine kurzfristige Erreichbarkeit von Mitarbeiter/innen der Rehabilitationsträger nicht gewährleistet ist, oder wenn nicht festgelegt ist, wer die/der Ansprechpartner/in des Rehabilitationsträgers für die gemeinsame Servicestelle ist.
- Die Teilnehmer/innen stellten fest, dass „Sparzwänge" bzw. „Aufträge zur Kostenreduzierung" der einzelnen Rehabilitationsträger die Kooperation untereinander negativ beeinflussen. Es komme dazu, dass die Klärung von Zuständigkeiten bei komplexen Sachverhalten zu Konflikten zwischen Mitarbeiter/innen führt. Haltungen bzw. Standpunkte von Mitarbeiter/innen anderer Rehabilitationsträger werden in solchen Zusammenhängen teilweise als „unfair" gewertet. Es entstehe in solchen Fällen der Eindruck, man arbeite aktiv gegen- und nicht miteinander.

b. Positive Einflussfaktoren

- Persönliche Kontakte der Mitarbeiter/innen sind für die Kooperation der Rehabilitationsträger von entscheidender Bedeutung. Einige Teilnehmer/innen der AG berichteten darüber, dass im Rahmen von trägerübergreifenden Schulungen persönliche Kontakte geschaffen wurden, die sich als sehr nützlich für die Praxis der Kooperation erwiesen haben. In solchen Fällen können mit Namen Gesichter verbunden und Hemmschwellen gegenüber Mitarbeiter/innen anderer Träger abgebaut werden.
- Regelmäßige, zum Beispiel halb- oder vierteljährliche Treffen der Mitarbeiter/innen der beteiligten Rehabilitationsträger werden sehr positiv gewertet. Dies ermögliche gemeinsame Fallbesprechungen komplexer Sachverhalte und fördere die gemeinsame Verantwortung. Als Besonderheit wurde in einem Beispiel davon berichtet, dass die Mitarbeiter/innen im Rahmen der Treffen ihr Miteinander reflektierten und so an einer stetigen Verbesserung der Kooperation arbeiteten.
- Gute Kooperation in der täglichen Arbeit macht sich nach Angaben der Teilnehmer/innen daran fest, dass die Klärung von Fragen sowie Absprachen „unbürokratisch" über das Telefon erfolgen können, feste und fachkompetente Ansprechpartner/innen zur Verfügung stehen und bei komplexen Sachverhalten gemeinsam verantwortlich nach Lösungen gesucht wird, also nicht der Eindruck entsteht, „Fälle" würden abgeschoben.

2. Kooperation mit Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden

- Die Teilnehmer/innen berichten über sehr unterschiedliche Intensitäten des Kontaktes und fachlichen Austauschs mit Selbsthilfegruppen und Wohlfahrtsverbänden. Das Ausmaß und die Bewertung dieser Kooperation reichen von intensiv und gut bis hin zu nicht vorhanden.
- Die Kooperation mit einzelnen Selbsthilfegruppen bzw. mit Selbsthilfekontaktstellen wird von einigen Teilnehmer/innen als sehr effektiv eingeschätzt.
- Kooperation mit Wohlfahrtsverbänden erscheint hingegen insgesamt wenig verbreitet. Teilnehmer/innen weisen auf darauf hin, dass eine Kooperation

schwierig sei, weil Wohlfahrtsverbände im Gegensatz zu Selbsthilfegruppen finanzielle Interessen verfolgten und die gemeinsamen Servicestellen als Konkurrenz betrachten.

3. *Gesamteinschätzung der Kooperation der beteiligten Rehabilitationsträger und der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen*

- Die Teilnehmer/innen der AG waren sich einig, dass die Kooperation aufgrund des komplexen Themenfeldes der Rehabilitation notwendig ist. Sie ist darüber hinaus – wie eine Reihe positiver Beispiele zeigt – auch möglich.
- Kooperation müsse sich vor Ort und in der Praxis entwickeln. Dies erfordere Zeit. Daneben gebe es regional unterschiedliche Ausgangsbedingungen für die Kooperation der Rehabilitationsträger, Selbsthilfegruppen und Wohlfahrtsverbände. Weitangelegte Kooperationsverpflichtungen seien nicht zielführend. Man könne Kooperation nicht verordnen, sondern nur günstige Rahmenbedingungen schaffen. Von praktischer Bedeutung seien trägerübergreifende Schulungen und regelmäßige Treffen der Träger sowie die fachliche Kompetenz und die klar geregelte Zuständigkeit der Mitarbeiter/innen.
- Von entscheidender Bedeutung für die Kooperation sei der Stellenwert, der den gemeinsamen Servicestellen zugebilligt werde. Es müsse unterstrichen werden, dass die gemeinsamen Servicestellen ein Erfolgsmodell darstellen und ein solches auch bleiben werden. Zu betonen sei, dass gemeinsame Servicestellen nicht zusätzliche Kosten verursachten, sondern sie im Gegenteil Kosten reduzierten und sich damit „rechneten“.

12.2 Zweiter Workshop am 4. und 5. Mai in Berlin

12.2.1 AG 1 – Profil der Gemeinsamen Servicestellen

AG 1 behandelte die Frage nach dem Stellenwert und dem Profil der Gemeinsamen Servicestellen. Was kann der besondere Service einer Gemeinsamen Servicestellen sein? Was macht eine Gemeinsame Servicestelle auch in einer perspektivischen Fragestellung eigentlich aus?

Die Teilnehmer der AG näherten sich dieser Fragestellung aus drei unterschiedlichen Blickrichtungen.

In der ersten Blickrichtung wurde zunächst festgehalten, was unter den gegebenen finanziellen und organisatorischen Gegebenheiten der kleinste gemeinsame Nenner einer Gemeinsamen Servicestelle ist. Als dieser *kleinste gemeinsame Nenner* wurde benannt:

1. *Anliegensklärung und Erstorientierung der Ratsuchenden*
   Dies scheint momentan von jeder Servicestelle so auch durchgeführt zu werden und stellt auch ein neues oder besonderes Angebot dar. Es wurde diskutiert, dass auch früher schon und auch in den anderen Beratungsstellen Anliegensklärung und Erstorientierung stattfindet und i.d.R. eher seltener ein Ratsuchender mit Verweis auf die nicht vorhandene Zuständigkeit einfach weggeschickt wurde. Aber in der Gemeinsamen Servicestelle hat diese Anliegensklärung und Erstorientierung noch einmal einen ganz anderen Stellenwert, und das scheint ein Aspekt zu sein, der sich durchgesetzt hat und der – so wurde formuliert – auch unter den gegebenen Bedingungen überlebensfähig erscheint. Bei Bedarf wird diese Anliegensklärung und Erstorientierung ergänzt durch eine Kontaktaufnahme zu dem zuständigen Reha-Träger und bei Bedarf durch eine Antragsweiterleitung.

2. *Begleitangebot*
   Ratsuchenden wird mit auf den Weg gegeben, dass sie sich bei Unklarheiten oder Problemen erneut an die Gemeinsame Servicestelle wenden können. Dies sollte allerdings weniger in der Art verstanden werden, dass die Servicestelle eine Schiedsstelle darstellt, ist aber ein Angebot, um zu gewährleisten, dass die Ratsuchenden nicht zwischen die Maschen fallen, dass tatsächlich ihre Fragen auch geklärt werden können. Es wäre durchaus denkbar, dass, nachdem eine spezifische Fragestellung geklärt wurde, ein Antrag auf den Weg gebracht wurde, sich wieder neue Fragen ergeben haben. Hier wäre es, so war die Meinung der Servicestelle, durchaus denkbar, dass der Ratsuchende auch wieder in die Servicestelle kommen kann, er hier also eine Anlaufstelle hat, die immer wieder angelaufen werden kann und wo um Rat, um Information, um Anliegensklärung gebeten werden kann und wo eine Orientierung stattfindet.

Dies waren in einer ersten Blickrichtung die beiden Punkte, die sich unter den gegebenen Bedingungen anscheinend durchgesetzt haben, die als wertvoll erachtet werden und die auf jeden Fall abgesichert werden sollten.

In einem zweiten Schritt wurde darüber nachgedacht, wie eine Gemeinsame Servicestelle noch ein Stück weit mehr *perspektivisch* aussehen könnte, wobei wir bei der Dis-

kussion dieser perspektivischen Gemeinsamen Servicestelle hinderliche Rahmenbedingungen ausgeklammert haben, um uns selber nicht mit einem Denkverbot zu belegen. Hinderliche Rahmenbedingungen wurden hier ganz deutlich:

- Es wurde immer wieder auch darauf hingewiesen, dass die *Kostenneutralität* ein Hindernis sei, um letztendlich eine Servicestelle sehr umfassend weiter zu entwickeln und z. B. mit freigestellten Mitarbeitern zu besetzen, ferner,

- dass *trägerorganisatorische Gegebenheiten* es häufig schwierig machen, eine Servicestelle mit einem entsprechenden *Profil* zu versehen.

Das Ergebnis dieses zweiten perspektivischen Blicks auf die Gemeinsamen Servicestellen war:

- Es ist wünschenswert, in einer weiteren Entwicklungsstufe daran zu gehen, die *Lotsenfunktion* und *Koordinationsfunktion* der Gemeinsamen Servicestelle zu stärken. Dies könnte zum einen geschehen dadurch, dass dieser Lotse eine eigene *Budgetkompetenz* erhält. Es wurde andiskutiert, dass die Frage nach der *Entscheidungskompetenz* eine sehr schwierige ist und dass es i.d.R. schwierig in der Praxis so umzusetzen sein dürfte, dass ein Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestelle – nehmen wir als Beispiel angesiedelt bei der LVA – in einem konkreten Fall für die AOK entscheidet. Das scheint nach Meinung der Teilnehmer doch wirklich sehr schwierig zu sein, dies abzusprechen, was allein schon damit zusammenhängt, dass hier auch *verschiedene Versichertenstrukturen* eine Rolle spielen und dass solche Entscheidungen für andere schwierig durchzusetzen sein dürften. Was aber schon angedacht wurde, ist, dass es im Idealfall eine Person gibt, die tatsächlich schnell und unbürokratisch vor dem Hintergrund eines Budgets, über das sie verfügt, Entscheidungen treffen kann und Ratsuchenden Leistungen zubilligen kann. Wichtig wäre des Weiteren, dass dieser Lotse oder diese Lotsin tatsächlich diese Aufgabe nicht als zusätzliche Aufgabe leistet, sondern ein Stück weit *freigestellt* ist, um die Aufgabe der Servicestelle zu einer *Hauptaufgabe* machen zu können. Die Tatsache, dass die Servicestellenarbeit i.d.R. „mit gemacht“ wird, sorgt dafür, dass sie immer auch ein Stück „hinten runterfällt“ oder am Rande steht, weil die Kernaufgaben im Endeffekt doch wichtiger sind bzw. noch stärker wahrgenommen werden müssen.

  Diese Lotsenfunktion, so wurde diskutiert, könnte in der Gemeinsamen Servicestelle selbst eingelöst *werden*, zumindest sei dies denkbar, es sei aber auch denkbar, einen solchen Lotsen auf regionaler Ebene zu etablieren, quasi als Klammer für mehrere Gemeinsame Servicestellen. Einen Lotsen, der noch einmal Servicestellen miteinander koordiniert, der bei schwierigen Fällen ansprechbar ist und der mit einer größeren Kompetenz hier auch als Berater für die Servicestellen und über die Servicestellen für den Ratsuchenden zur Verfügung steht. Diesen Lotsen zeichnet aus, dass er schnell und in eigener Regie entscheiden kann.

Der dritte Schritt, der in der Arbeitsgruppe vorgenommen wurde, war der, zu überlegen, wo es denn *Stellschrauben* gibt, um von dieser ersten Variante – kleinster gemeinsamer Nenner der Gemeinsamen Servicestellen: Anliegensklärung, Erstorientierung – hinzukommen zu dieser zweiten perspektivischen Variante: Lotsen mit Bud-

getkompetenz. Hier konnten wir einige wenige Punkte ansprechen. Als sehr wichtig wurde erachtet:

- *Öffentlichkeitsarbeit*
  Diese soll aber, das muss unterstrichen werden, *auf allen Ebenen* betrieben werden. Es wurde dargestellt, dass es sehr schwierig ist, die Öffentlichkeitsarbeit allein in die Hände der Servicestellenmitarbeiter vor Ort zu legen und dies lediglich von den Mitarbeitern einzufordern, sondern im Idealfall würde Öffentlichkeitsarbeit auf verschiedenen Ebenen stattfinden – nicht nur von der Servicestelle, sondern auch von den Trägern, trägerübergreifend und im Idealfall landes- und bundesweit.

  Es wurde darauf hingewiesen, dass es schön wäre, wenn es Fernsehspots geben würde – „Servicestellen in Deutschland" – und man als Mitarbeiter einer Servicestelle sagen könnte: „Und das sind die Servicestellen in der Stadt *xy*..." Es wurde noch einmal deutlich, dass hier eine konzertierte Aktion wünschenswert sei und dass es ungünstig ist, nur von den Servicestellenmitarbeitern vor Ort Öffentlichkeitsarbeit zu erwarten, diese aber nicht zu unterstützen. Wenn die Arbeit als zusätzliche Aufgabe geleistet wird, ist dies praktisch sehr wenig möglich, und wenn der Träger nicht dahinter steht, noch unmöglicher.

- *Servicestellenteam*
  Es wurde diskutiert, dass das Servicestellenteam eine entscheidende *Stellschraube* darstellt. Wenn es zu gemeinsamen Fortbildungen kommt und wenn es auch etablierte gemeinsame Treffen gibt – im Idealfall regelmäßig –, dann, so der Gedanke, bildet sich auch wirklich ein Servicestellenteam, dann steht dieses Team nicht nur auf dem Papier, sondern dann kann bei Problemen auch zum Telefonhörer gegriffen werden und auf einer durchaus auch persönlichen Ebene um Rat gebeten werden und überlegt werden, wie dem Ratsuchenden weitergeholfen werden kann. Wenn dies nicht der Fall ist, geschieht es ganz offensichtlich noch viel zu häufig, dass sich Servicestellen-Teammitglieder aus der Verantwortung ziehen und die Achseln zucken und sagen, das ist doch nicht mein Problem. Diese *gemeinsame Verantwortung* scheint sehr wichtig zu sein. Sie stellt einen entscheidenden Punkt dar, an dem man weiter ansetzen könnte.

- *Begleitung*
  Es wurde diskutiert, wie man ein Verfahren etablieren könnte, um zu gewährleisten, dass tatsächlich auch ein Ratsuchender bis zur Entscheidung oder Leistung begleitet wird, weil es doch ganz offensichtlich noch allzu häufig ist, dass die Gemeinsame Servicestelle eine Zuständigkeitsklärung vornimmt, den Ratsuchenden weitervermittelt, gegebenenfalls mit ihm einen Antrag ausgefüllt hat, ihn zum zuständigen Träger geschickt hat, aber dann auch nichts mehr hört und im Endeffekt nicht sagen kann, ob dem Ratsuchenden jetzt wirklich weitergeholfen worden ist oder ob er beim zuständigen Träger gegebenenfalls abgeblitzt ist und die Leistung nicht erhalten hat und sich jetzt nie wieder traut eine Beratungsstelle aufzusuchen, weil er sich denkt, mir wird einfach nicht geholfen.

  Hier haben wir verschiedene Möglichkeiten kurz andiskutiert. Ist es z. B. möglich, nach der Beratung der Ratsuchenden so etwas wie eine *Wiedervorlage* einzurichten und nach einem gewissen Zeitraum bei dieser Person anzurufen

und zu fragen, ob das Problem gelöst werden konnte? Das schien durchaus möglich zu sein, wobei auch darauf hingewiesen wurde, dass dies natürlich auch die Fallzahlen erhöhen kann, dass man durch eine solche Art dafür sorgen kann, dass diese Ratsuchenden gegebenenfalls motiviert werden, wieder in die Gemeinsame Servicestelle zu kommen. Das sei auf der einen Seite durchaus positiv, weil man dann tatsächlich den längerfristigen Kontakt hat, auf der anderen Seite wurde zu bedenken gegeben, dass unter den gegebenen Bedingungen – Servicestellenarbeit als zusätzliche Aufgabe – hier natürlich eine gewisse Hürde oder Barriere besteht, man sich die Arbeit sozusagen selber schafft durch ein solches Wiedervorlagesystem.

Eine weitere Idee ging in die Richtung, dass es doch eigentlich möglich sein müsste, über eine *datentechnische Vernetzung* der Reha-Träger dorthin zu kommen, dass man einzelne Fälle weiterverfolgen kann, dass man über eine Datenbank mit Erledigungsvermerk sich untereinander schneller und besser austauschen kann: ist den einzelnen Personen wirklich geholfen worden und wo muss man gegebenenfalls wieder einsetzen?

In der AG 1 wurde ein kleinster gemeinsamer Nenner der Servicestellen – Anliegensklärung und Erstorientierung, gegebenenfalls auch das Beratungsangebot einer Neuorientierung oder eines Re-Assessment – festgehalten. Perspektivisch sei ein Lotse mit Budgetkompetenz – gegebenenfalls auf regionaler Ebene – wünschenswert, und folgende Ansatzpunkte, um von Punkt 1 zu Punkt 2 zu kommen, konnten andiskutiert werden: Öffentlichkeitsarbeit, Teamforderung und Teamentwicklung und Verfahrensweisen des Austausches, ob dem Ratsuchenden denn wirklich geholfen werden konnte.

12.2.2 AG 2 – Case Management in Gemeinsamen Servicestellen

Thema der Arbeitsgruppe 2 war die Frage: Ist ein umfassend verstandenes Case Management als normale Arbeitsweise der Gemeinsamen Servicestelle denkbar? Das ist das zu empfehlende Verfahren.

Wir haben auch mit einer Fragestellung begonnen, die in der AG 1 angesprochen wurde:

Wenn zur Zeit überwiegend Zuständigkeiten geklärt werden, wohin könnte dies perspektivisch führen? Was wäre an Erweiterungen denkbar? Könnte das so weit gehen, dass eine trägerübergreifende Beratung in Entscheidungen mündet, auch in Entscheidungen für andere Träger? Da gab es, ähnlich wie in AG 1, auch eine gleiche vehemente Skepsis, dass dies nicht möglich sei. Deswegen haben wir diese Frage zunächst ausgeklammert und haben gesagt: Es gibt vor dieser Frageentscheidung Ja oder Nein, die in der Diskussion ist, auch Unterschiede zwischen reiner Zuständigkeitsklärung und einer doch umfassenden Beratung und bedarfsgerechten Vorbereitung von Lösungen. Das ist ein breites Spektrum, in dem auch solche Verfahren zur Anwendung kommen können. Das sollte ein zumindest kurz- oder mittelfristiges Ziel sein.

Was heißt eine solche *umfassende Beratung* im Rahmen der Gemeinsamen Servicestelle? Es wurden drei Beispiele genannt:

1. Ein Berater der Berufsgenossenschaft plant die Reha vom Krankenbett an umfassend. Er erwirbt sich dadurch eine *Tiefenkenntnis des Einzelfalls* und der Umstände. Dies ermöglicht eine individuelle, bedarfsgerechte Zuschneidung von Maßnahmen. Diese Tiefenkenntnis des Einzelfalls sollte, sobald andere Träger ins Spiel kommen, auch weitervermittelt werden, so dass dort nicht wieder bei Punkt Null angefangen werden muss.

2. Ein anderer Reha-Träger ist betroffen, und es kann sich in Einzelfällen als hilfreich erweisen, dass man die *Beratung tatsächlich gemeinsam macht*, auch wenn man grundsätzlich eine virtuelle Gemeinsame Servicestelle darstellt, d. h. sich über E-Mail und Telefon verständigt, dass es in manchen Fällen eben doch sinnvoll sein kann, eine Art „Runden Tisch“ mit den betroffenen Reha-Beratern der betroffenen Träger durchzuführen. Das ist dann eher eine *Breitenkompetenz*, die Kenntnisse aus dem gesamten Spektrum hier bündelt, mit dem Vorteil, dass die Maßnahmen bedarfsgerecht eben auch zwischen den Trägern konstruiert werden, dass Fehlplanungen vermieden werden können und dass auch ein Zeitgewinn durch *Synergieeffekte* entsteht.

3. Viele Klienten kommen auch mit unrealistischen Wünschen in die Beratungssituation hinein, wenn es beispielsweise klischeehafte Wünsche gibt („jeder Klient will eine Umschulung“), aber das nicht für jeden die geeignete Maßnahme ist. Hier geht es darum, eine genaue *Situationsanalyse* vorzunehmen, eine Klärung von Wünschen und Bedarfen als erster Schritt des Case Management, um dann die tatsächlich bedarfsgerechte Maßnahme zu finden und auch hier Fehlplanungen zu vermeiden und dadurch unter ökonomischen Gesichtspunkten Gewinne bzw. Einsparungen zu erzielen.

Für ein Case Management als interdisziplinäre Beratung innerhalb von Servicestellen lassen sich Argumente aus vier Perspektiven benennen:

1. *Klientenperspektive*
   Für den Klienten heißt das, dass es eine gute Versorgungsqualität gibt, je intensiver die Beratung ist und die auch bereits erwähnte Kontinuität der Fallbegleitung gegeben ist – dass also bei unterschiedlichen Abschnitten der Rehabilitation, des Rehabilitationsprozesses, der Ansprechpartner gleich bleibt und vor dem Hintergrund der Tiefenkenntnis dieses Falles auch entsprechend den weiteren Fortgang begleiten kann.

2. *Wirtschaftliche Perspektive*
   Es kann durch Synergieeffekte Fehlversorgung und Fehlplanung vermieden werden, es kann zu Zeitersparnis kommen.

3. *Fachliche Perspektive*
   Interdisziplinäre Kompetenz wird gebündelt und kann, gerade wenn die Beratung nicht nur auf virtuellem Wege, sondern durch direkte Präsenz verschiedener Berater geschieht, was zunächst aufwendig ist, dann doch zu gemeinsam geschneiderten Lösungen führen, die insgesamt passgenauer sind und fachliche Gesichtspunkte besser zum Tragen bringen.

4. *Juristische Perspektive*
   Ein solches Verfahren ist durch § 22 SGB IX vorgegeben. Der Aspekt der Fallkontinuität ist auch durch eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vorge-

geben. Es wurde der Hinweis darauf gegeben, dass alles nichts Neues ist, sondern dass es darum geht, das, was eigentlich schon angelegt ist, besser umzusetzen.

Auch hier wurde zu bedenken gegeben, dass das gewisse Voraussetzungen mit sich bringt, die erfüllt sein müssen:

- Es muss ein entsprechender *Bedarf* des Klienten da sein. Hier wurde darauf hingewiesen, dass bei vielen Klienten erst einmal der Reha-Bedarf eindeutig zu sein scheint, dass die Maßnahme, die in Betracht kommt, schnell zu entscheiden ist und schnell zu finden ist und dass häufig auch nur ein Träger betroffen ist. Hiergegen wurde eingewandt, dass sich oft nach Abschluss dieser eindeutigen Maßnahme weiterer Rehabilitationsbedarf zeigt, der dann durchaus verschiedene Aspekte auch verschiedener Träger mit sich bringen kann und dass es dafür sicherlich sinnvoll ist, wenn der Fall von Anfang an bekannt ist, wenn jemand von Anfang an diesen Fall begleitet hat und dann auch den weiteren Verlauf mit begleiten kann.

- Man braucht die richtigen *Mitarbeiter*. Sie müssen motiviert und engagiert sein, um Fallverantwortung zu übernehmen. Sie müssen die entsprechende *Fachkenntnis* haben, um qualifizierte Beratung leisten zu können. Sie müssen soziale Kompetenz – Gesprächsführung – beherrschen, um auch unrealistische Wünsche mit dem Klienten in angemessener Weise zu einer realistischen Zielsetzung zu bringen. Sie müssen *Teamkompetenz* haben – Letzteres vor allem, wenn man bedenkt, dass die ersten drei Kompetenzen nicht ohne weiteres bei allen vorhanden sind. Man kann nicht fordern, dass dieser ideale Servicestellen-Mitarbeiter ein Idealmitarbeiter sein muss, der alle Dinge gleich gut beherrscht und der sich in allen Reha-Bereichen auch anderer Träger vollständig auskennt. Das wäre unrealistisch. Aber das ist auch gerade der Ansatzpunkt der Gemeinsamen Servicestelle, dass hier versucht wird, die Kompetenzen unterschiedlicher Träger auf andere Weise zu kombinieren – eben durch das Team. Das muss funktionieren, und damit das funktioniert, ist die Teamkompetenz, die Vernetzungskompetenz, so wichtig. Das ist auch etwas, was man normalerweise nicht von vornherein lernt, das etwas Spezifisches ist.

- Die Mitarbeiter brauchen eine gute *Qualifizierung*. Es wurde der Hinweis auf *Fortbildungsangebote* gegeben, die auch vorher im Plenum angesprochen wurden. Es gibt Fortbildungsangebote speziell für Case Manager auch in diesem Bereich, in denen Gesprächsführung und Vernetzungskompetenz schwerpunktmäßig vermittelt wird. Auf der anderen Seite kann es nicht nur immer die Forderung nach neuen Fortbildungsabschnitten sein, sondern gerade auch "*Training-on-the-job"* wurde stark gemacht. Mit einer guten *Supervision* ist auch während der Arbeit die entsprechende Qualifikation zu erlernen. Beide muss ineinander greifen.

- Schließlich wurde darauf hingewiesen, dass der gesamte Aufwand, den ein solch ernst genommenes und intensiv betriebenes Case Management auch bedeutet, auch eine gewisse *Arbeitskapazität* erfordert, die bereitgestellt sein muss. Hiergegen wurde einerseits darauf hingewiesen, man kann nicht immer nur nach mehr Personal rufen, denn mehr Personal allein garantiert auch nicht automatisch, dass eine umfassende Beratung durchgeführt wird. Andererseits:

solche angestrebten Verfahren, die eine kontinuierliche Fallbegleitung und die interdisziplinäre Beratung, dass man mit anderen Reha-Beratern sich an einen Tisch zusammensetzt und in komplexen Fällen gemeinsam berät, sind zeitaufwendig, und das muss auch zur Kenntnis genommen werden. Sie sind zeitaufwendiger als reine Zuständigkeitsklärung, und realistischerweise muss man sagen, dass sich eine solche Arbeitsweise nur dann durchsetzen wird, wenn sie auch als Teil des normalen Arbeitsumfangs anerkannt wird, wenn das nicht als zusätzlicher Aufwand, sondern als eigenständige Aufgabe akzeptiert wird und wenn diese Aufgabe auch in der Arbeitsplanung berücksichtigt wird.

- Es wurde auf das Stichwort *Persönliches Budget* hingewiesen. Es ist geplant, das Persönliche Budget stärker zu verankern als es bisher praktiziert wird. Es ist auch klar, dass bei trägerübergreifenden Persönlichen Budgets ein bestimmter Beratungsbedarf entsteht. Die Frage wurde gestellt, ob das eine zusätzliche Anforderung an die Gemeinsamen Servicestellen darstellen wird. Das ist wohl so nicht mehr geplant, dass es so eng gekoppelt würde, aber trotzdem ist es ein Aspekt, der, wenn es zur weiteren Verbreitung des Persönlichen Budgets kommt, auch an den Gemeinsamen Servicestellen nicht vorübergehen wird. Hier ist die trägerübergreifende Beratungskompetenz schon auf vorbildliche Weise vorgedacht und vorstrukturiert.

12.2.3 AG 3 – Erfolgsfaktoren Gemeinsamer Servicestellen

Man kann die Ergebnisse unserer Arbeitsgruppe in vier Abschnitte unterteilen.

1. *Bedarf für die Leistung von Gemeinsamen Servicestellen, auch Bedarf von Öffentlichkeitsarbeit*
   Es wurde deutlich darauf hingewiesen, dass es offensichtlich eine *Diskrepanz* zwischen dem Bedarf in Städten und auf dem Land gibt. Wenn man das mit einigen Ergebnissen abgleicht, die wir später noch vorstellen werden, auch mit Aussagen, die von einigen Teammitgliedern und Kooperationspartnern kamen, dann zeigt sich, dass es in manchen Städten im Umkreis von 300 Metern drei Servicestellen gibt, was zu erheblicher Verwirrung führt, und im Nachbarkreis wiederum gar keine Servicestelle vorhanden ist oder nur sehr wenig Leistungen angeboten werden. Es soll noch einmal überprüft werden, wie man die Anlage von Servicestellen organisieren kann, damit es nicht zu Doppel- und Mehrfachversorgung kommt, was den Klienten wenig nützt, sondern eher verwirrt, und auf der anderen Seite noch Lücken zu verzeichnen sind.

   Die Fallzahlen sind insgesamt relativ gering. Es wurde gesagt, dass die Behindertenverbände auch niemanden mehr schicken. Dies wurde u. a. damit begründet, dass die Gemeinsamen Servicestellen keine Entscheidungskompetenz haben. Dies hat sich mittlerweile herumgesprochen, und auch das deckt sich mit einer Aussage aus unserer Befragung. Dies sei ein Manko, und man muss überlegen, wie man damit in Zukunft umgeht.

   Wir haben festgestellt, dass Öffentlichkeitsarbeit zumindest im ländlichen Raum hilft. Es gab zwei Stimmen, die sehr deutlich geäußert haben, dass man einen direkten Zusammenhang zwischen intensiver Öffentlichkeitsarbeit und Fallzahlen herstellen kann. In einem Fall wurde beschrieben, wie die Öffentlich-

keitsarbeit aussieht: Das *Baden-Württemberg-Modell* beinhaltet die Idee, dass sich die Gemeinsamen Servicestellen bei Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen persönlich vorstellen und anbieten, dort Vorträge zu halten und dann aber auch warten, dass die Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen auf die Servicestellen zukommen. Hiernach konnten i.d.R. deutliche Fallzahlsteigerungen festgestellt werden.

Wir haben diskutiert, dass das die verschiedenen Reha-Träger sehr unterschiedlich handhaben und dass dort auch sehr unterschiedliche Ergebnisse herauskommen. Es gibt offensichtlich Träger, die dies forcieren und die Öffentlichkeitsarbeit fördern und die auch höhere Fallzahlen wünschen. Es gibt durchaus auch Rehabilitationsträger, die die unzufriedenstellende Situation der *Kostenneutralität* sehen und auch folglich die Anweisung geben, nicht so viel Öffentlichkeitsarbeit zu leisten und nicht so viele Fälle zu bearbeiten. Zwischen diesen beiden extremen Polen gibt es eine Bandbreite von Dingen, die kommuniziert werden.

Zum Teil ist es für die Servicestellen aufgrund ihrer Strukturen schwierig, Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Diese Servicestellen würden sich wünschen, dass sie dies auch in *Eigenregie* übernehmen dürften. Es gibt Strukturen von Trägern, die eine eigene Öffentlichkeitsabteilung haben. In den Fällen wird es z. T. ganz schwierig, Öffentlichkeit für die Gemeinsame Servicestelle zu machen, weil eine andere Abteilung tangiert ist und das trägerintern Kompetenzgerangel mit entsprechenden Schwierigkeiten auslösen kann.

2. *Organisation von Gemeinsamen Servicestellen*
   Es wurde gesagt: Die beste Lösung ist, dass *alles unter einem Dach* ist und alles gemeinsam entschieden wird. Dagegen gehalten wurde, aufgrund der geringen Fallzahlen ist es schwierig durchzusetzen, und man muss überlegen, wie viel Personal dort vor Ort unter einem Dach gebunden ist. Das ist zumindest zunächst so nicht realisierbar.

   Wie könnte man das dennoch organisieren und *Entscheidungskompetenz* bündeln? Hier wurde vorgeschlagen, dass man *regionale Zirkel* einberufen sollte, die durch den Gesetzgeber verpflichtet werden, bindend teilzunehmen. In diesen Zirkeln sitzen alle Rehabilitationsträger, und in strittigen Fällen wird dort vor Ort bindend entschieden. Kritische Stimmen hielten dagegen, dass dies massiven Widerstand auslösen würde und dies aufgrund der derzeitigen gesetzlichen Lage auch überhaupt nicht möglich sein. Reha-Träger würden vermutlich auch nicht besonders glücklich mit einer solchen Regelung sein und vermutlich auch nicht zustimmen.

   Es wurde vorgeschlagen, der *Netzwerkarbeit,* der Kooperation innerhalb des Teams, mehr Bedeutung beizumessen. Hier wird sich ein *Koordinator* gewünscht – jemand, der das Ganze leitet, in die Hand nimmt, organisiert und koordiniert und der *Weisungskompetenz* hat, der z. B. auch Reha-Trägern, die ausscheren, die die Kooperation verweigern, auf die Finger hauen kann.

3. *Beratungsqualität in Gemeinsamen Servicestellen*
   Es gab unterschiedliche Meinungen zur Beratungsqualität der Gemeinsamen Servicestellen. Zum einen wurde gesagt, man kann in dem ureigenen Fach, in

dem man auch beratend tätig ist, sehr gut beraten, in den anderen Bereichen sieht es schlechter aus. Eine Stimme sagte, man berät doch schon als Gemeinsame Servicestelle gegebenenfalls dorthin, dass es eher die anderen Kostenträger und nicht die eigene Kostenträgerschaft betrifft. Der überwiegende Teil sagte, es wird neutral beraten und man ist im eigenen Fach, in den eigenen Bereichen, besser, weil man einfach mehr weiß.

Es wurde sehr deutlich auf die Probleme hingewiesen, die mit der *Fristenregelung* verbunden sind. Hier wurde vor allem ein Reha-Träger – die Sozialämter – benannt, mit dem die Zusammenarbeit offensichtlich in vielen Fällen sehr schwierig ist. Die Sozialhilfeträger klinken sich bisweilen komplett aus und sagen, sie seien überhaupt nicht zuständig. Dies geschieht z. T. auf unprofessionelle Art, es wird ausgegrenzt, abgegrenzt, Fristen werden nicht eingehalten, die Arbeit wird enorm verzögert. Es war einhelliger Tenor, dass sich die Zusammenarbeit mit diesem Rehabilitationsträger sehr schwierig gestaltet.

4. *Wissen, Verbreitung von Wissen, Fortbildung und Schulung*
   Alle Gemeinsamen Servicestellen-Mitarbeiter haben Schulungen gehabt zu Beginn, um ein *Grundwissen* über die anderen Rechtsbereiche zu erhalten. Regelmäßige weitere Schulungen werden nicht flächendeckend durchgeführt. In einigen Servicestellen wird es gemacht, andere haben zu Beginn eine Schulung bzw. eine Schulfolge gehabt.

   Es wurde kritisiert, dass die Schulungen über die anderen Rechtsbereiche immer nur einen Rechtsbereich abgedeckt haben. Man hat etwas über den Rechtsbereich des Nachbarn erfahren, aber die Gemeinsamen Servicestellenfälle sind eigentlich genau die, wo *Schnittstellenproblematiken* auftreten. Genau diese Schnittstellen wurden in den Schulungen nicht abgedeckt. Man hat punktuelle Einblicke in verschiedene Rechtsbereiche, aber dort, wo mehrere Reha-Träger betroffen sind, wurde weniger in den Schulungen behandelt.

   Niemand kann in allen Bereichen ein derart tiefes Wissen haben, dass er immer umfassend beraten kann. Hier wurde der eindringliche Wunsch geäußert, aufbauend auf den Wegweiser, den es von der BAR gibt, ein *Programm für Beraterunterstützung* zu entwickeln. Dies ist ein Programm, in dem die juristischen Daten aller Reha-Träger permanent eingepflegt werden, das immer auf dem neuesten Stand ist, und das sehr anwenderfreundlich interaktiv benutzt werden kann. Hier kann man z. B. nach Schlagwörtern suchen und dann *Handlungsempfehlungen* bekommen. Es wurde dieser Auftrag an die BAR gegeben, dass dort doch einmal geschaut werden solle, ob es nicht ausgebaut werden könnte, dass ein *Informationspool* geschaffen wird, in dem Wissen zusammenhängend dargestellt wird und den Beratern die Möglichkeit gegeben wird, im Zweifelsfall darauf auch zurückzugreifen. Es wurde darauf hingewiesen, dass es, selbst wenn es ein – gutes – Team gibt, schwierig ist, die Mitarbeiter im Team auch immer zu dem Punkt zu erreichen: sie sind selber in Beratung oder haben andere Sprechzeiten etc. Es gibt viele Gründe, dass dies nicht immer geht. Hier wäre ein solches Programm sehr hilfreich.

   Schließlich haben wir über *Kompetenzen* im Bereich Teambildung/ Netzwerkbildung gesprochen. Einige sagten, dies braucht man auf jeden Fall und man sollte hier Kompetenzen aufbauen. Aber es wurde ganz klar betont: Man

braucht jemanden, der die Weisungskompetenz hat, ansonsten wird es in strittigen Fällen schwierig, sobald jemand ausschert, man hat keine Macht, keine Befugnisse, kann nichts tun. Dies scheint ein Problem zu sein.

Es ist auffällig, dass die *Geschäftspolitik* des jeweiligen Reha-Trägers eine entscheidende Rolle dafür spielt, wie eine Gemeinsame Servicestelle arbeiten kann.

Der Punkt *Kostenneutralität* hat sich auch hier durch die Diskussion gezogen. Es wurde immer wieder angesprochen, dass es ein Problem ist, dass die Gemeinsamen Servicestellen kostenneutral arbeiten müssen.

Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1 Verteilung der GS nach Trägern und Bundesländern 23

Abbildung 1 Beteiligung an schriftlicher Befragung – Beteiligungsquoten nach Ländern 9
Abbildung 2 Verteilung der GS nach Bundesländern – GG und Stichprobe im Vergleich 9
Abbildung 3 Beteiligung an schriftlicher Befragung – Beteiligungsquoten nach Trägern 10
Abbildung 4 Verteilung der GS nach Trägern – GG und Stichprobe im Vergleich 10
Abbildung 5 Verteilung der GS nach Bundesländern – Anzahl der GS 15
Abbildung 6 Einwohner in Tausend je GS – nach Bundesländern 16
Abbildung 7 Größenklassen von Versorgungsgebieten der GS 17
Abbildung 8 Versorgung kreisfreier Städte und Landkreise mit GS 18
Abbildung 9 Flächendeckende Versorgung mit GS - nach Bundesländern 18
Abbildung 10 Regionale Zuständigkeit der GS I 19
Abbildung 11 Regionale Zuständigkeit der GS II 19
Abbildung 12 Zuständigkeit der GS nach Regionen 20
Abbildung 13 Verteilung der GS nach Trägern 22
Abbildung 14 Einrichtung und Organisation der GS 25
Abbildung 15 Organisation des Servicestellenteams 26
Abbildung 16 Anzahl der Mitarbeiter der GS 29
Abbildung 17 Schulungen der Servicestellenmitarbeiter – Teilnahme an Schulungen 31
Abbildung 18 Teilnahme an trägerübergreifenden Schulungen – nach Bundesländern 31
Abbildung 19 Teilnahme an trägerübergreifenden Schulungen – nach Trägern 32
Abbildung 20 Schulungen der Servicestellenmitarbeiter – Art der Schulung 32
Abbildung 21 Eignung der Schulungen 33
Abbildung 22 Bedarf an Qualifizierung 34
Abbildung 23 Barrierefreiheit im Zugang 37
Abbildung 24 Barrierefreiheit im Zugang – Ausstattungsmerkmale der GS 37
Abbildung 25 Barrierefreiheit der Kommunikation – Kommunikationshilfen der GS 39
Abbildung 26 Barrierefreiheit im Zugang nach Bundesländern 41
Abbildung 27 Barrierefreiheit der Kommunikation nach Bundesländern 41
Abbildung 28 Barrierefreiheit im Zugang und der Kommunikation nach Trägern 42
Abbildung 29 Barrierefreiheit: Selbstbewertung der GS 43
Abbildung 30 Externe Beratung zur Erreichung der Barrierefreiheit 44
Abbildung 31 Kooperation im Servicestellenteam – Bewertung der Zusammenarbeit 46
Abbildung 32 Treffen des Servicestellenteams 49
Abbildung 33 Treffen der Servicestellenteams nach Bundesländern 49
Abbildung 34 Treffen der Servicestellenteams nach Trägern 50
Abbildung 35 Teammitglieder: Häufigkeit der Kontaktaufnahme 51
Abbildung 36 Teammitglieder: Art und Häufigkeit der Kontaktaufnahme 51
Abbildung 37 Teammitglieder: Anlässe der Kontaktaufnahme 52
Abbildung 38 Teammitglieder: Formen der Koordination 52
Abbildung 39 Teammitglieder: Erfolgsfaktoren für eine gute Zusammenarbeit 53

Abbildung 40 Teammitglieder: Beurteilung der Umsetzung der Erfolgsfaktoren 54
Abbildung 41 Beteiligung Dritter an Beratung – Kontakte 56
Abbildung 42 Beteiligung Dritter an Beratung – Bewertung der Zusammenarbeit 57
Abbildung 43 Stellenwert der Beteiligung Dritter 58
Abbildung 44 Stellenwert der Beteiligung Dritter nach Trägern 60
Abbildung 45 Beteiligung von Behindertenverbänden 60
Abbildung 46 Beteiligung von Behindertenverbänden nach Ländern I 61
Abbildung 47 Beteiligung von Behindertenverbänden nach Ländern II 62
Abbildung 48 Beteiligung von Behindertenverbänden nach Trägern 63
Abbildung 49 Kooperationspartner: Kontakte nach Art der Kontakte 64
Abbildung 50 Kooperationspartner: Relevanz und Umsetzung von Erfolgsfaktoren 65
Abbildung 51 Beratungsprofil der GS – Konzeptionelles Verständnis 67
Abbildung 52 Beratungsprofil der GS nach Bundesländern 69
Abbildung 53 Aufgaben nach § 22 SGB IX – Welche Aufgaben wurden wahrgenommen? 70
Abbildung 54 Leistungen der GS nach Bundesländern I – Klärung der Zuständigkeit 72
Abbildung 55 Leistungen der GS nach Bundesländern II – Bedarfsklärung 73
Abbildung 56 Leistungen der GS nach Bundesländern III – Unterstützende Begleitung 73
Abbildung 57 Leistungen der GS nach Bundesländern IV – Koordinierung 74
Abbildung 58 Leistungen der GS nach Rehabilitationsträgern 75
Abbildung 59 Entwicklungsstand der GS 77
Abbildung 60 Entwicklungsstand der GS nach Ländern 78
Abbildung 61 Entwicklungsstand der GS nach Trägern 78
Abbildung 62 Unterstützung Ratsuchender – Formen der Unterstützung 79
Abbildung 63 Unterstützung Ratsuchender nach Ländern I – Nachverfolgung des Falls 80
Abbildung 64 Unterstützung Ratsuchender nach Ländern II – Interessenvertretung 80
Abbildung 65 Unterstützung Ratsuchender nach Trägern 81
Abbildung 66 Case Management als Methode der GS 82
Abbildung 67 Fristen nach § 14 SGB IX 84
Abbildung 68 Dokumentation der Servicestellenarbeit 85
Abbildung 69 Dokumentation der Servicestellenarbeit nach Trägern 86
Abbildung 70 Qualitätssicherung der GS 87
Abbildung 71 Qualitätssicherung der GS nach Trägern 87
Abbildung 72 Definition eines „Servicestellenfalls“ 88
Abbildung 73 Definition Servicestellenfall nach Trägern 90
Abbildung 74 Definition Servicestellenfall nach Ländern 90
Abbildung 75 Fallzahlen der GS 91
Abbildung 76 Fallzahlen nach Definition Servicestellenfall 92
Abbildung 77 Fallzahlen nach Region 93
Abbildung 78 Definition Servicestellenfall nach Region 93
Abbildung 79 Fallzahlen nach Region und Definition Servicestellenfall 94
Abbildung 80 Fallzahlen der GS nach Einwohner je GS 95
Abbildung 81 Definition Servicestellenfall nach Beratungsprofil 96

Abbildung 82 Fallzahlen nach Beratungsprofil ... 96
Abbildung 83 Servicestellenfälle nach Leistungsgruppen ... 97
Abbildung 84 Leistungsgruppen nach Trägern ... 98
Abbildung 85 Fallzahlen nach Ländern – Fälle je GS ... 99
Abbildung 86 Fallzahlen nach Ländern – Fälle je 1.000 Einwohner ... 100
Abbildung 87 Fallzahlen nach Trägern ... 100
Abbildung 88 Klientel der GS: Alter und Geschlecht ... 101
Abbildung 89 Klientel der GS: Art der Behinderung ... 102
Abbildung 90 Erstkontakt von Klienten ... 103
Abbildung 91 Abstimmung mit Teammitgliedern ... 103
Abbildung 92 Zeitbudget der GS ... 105
Abbildung 93 Zeitbudget der GS nach Ländern ... 106
Abbildung 94 Zeitbudget der GS nach Trägern ... 107
Abbildung 95 Beratungsbedarf und -angebot ... 107
Abbildung 96 Beratungsbedarf und –angebot nach Region ... 108
Abbildung 97 Bekanntheitsgrad der GS nach Ländern ... 109
Abbildung 98 Beratungsbedarf nach Ländern ... 109
Abbildung 99 Eher Kontakt mit anderen Beratungsstellen? ... 110
Abbildung 100 Beratungsbedarf und –angebot nach Trägern ... 110
Abbildung 101 Öffentlichkeitsarbeit – Durchgeführte und geplante Aktivitäten ... 114
Abbildung 102 Öffentlichkeitsarbeit nach Ländern I – Erstellen eines Flyers ... 115
Abbildung 103 Öffentlichkeitsarbeit nach Ländern II – Multiplikatorenarbeit ... 115
Abbildung 104 Öffentlichkeitsarbeit nach Ländern III – Teilnahme an Veranstaltungen ... 116
Abbildung 105 Öffentlichkeitsarbeit nach Rehabilitationsträgern ... 116
Abbildung 106 Schnellumfrage: Öffentlichkeitsarbeit I – Durchgeführte Aktivitäten ... 117
Abbildung 107 Schnellumfrage: Öffentlichkeitsarbeit II – Häufigkeit von Maßnahmen ... 118
Abbildung 108 Schnellumfrage: Öffentlichkeitsarbeit und Inanspruchnahme – Einschätzungen ... 120
Abbildung 109 Wirkungen der GS I - Beratungsqualität ... 124
Abbildung 110 Teammitglieder: Eingetretene Veränderungen durch die Arbeit der GS ... 125
Abbildung 111 Wirkungen der GS II - Verfahrensbeschleunigung ... 126
Abbildung 112 Wirkungen der GS III – Vermeidung unerwünschter Wirkungen ... 127
Abbildung 113 Zielerreichung SGB IX I ... 128
Abbildung 114 Zielerreichung SGB IX II ... 128
Abbildung 115 Wirkungen der GS nach Ländern I – Zugang zur Beratung ... 129
Abbildung 116 Wirkungen der GS nach Ländern II – Qualität der Beratung ... 130
Abbildung 117 Zielerreichung SGB IX nach Ländern – Kooperation der Träger ... 130
Abbildung 118 Wirkungen der GS nach Trägern ... 131
Abbildung 119 Zielerreichung SGB IX nach Trägern ... 132
Abbildung 120 Beurteilung der GS – Idee und Umsetzung ... 133
Abbildung 121 Bewertung der Idee nach Ländern ... 135
Abbildung 122 Bewertung der Umsetzung nach Ländern ... 136
Abbildung 123 Gesamtbewertung nach Trägern ... 137