

# Gemeinsame Servicestellen

## Plädoyer für die Besetzung der Servicestellen mit Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen

Matthias Dalferth

### Zusammenfassung

Die Arbeitsweise der Gemeinsamen Servicestellen (GS) zur Beratung behinderter Menschen und ihrer Angehörigen, vor drei Jahren mit der Verabschiedung des Sozialgesetzbuches IX (SGB) bundesweit eingerichtet, lässt erhebliche Defizite erkennen. Qualitätsdefizite der Mitarbeitenden und Struktur-mängel der GS geben Anlass zu Zweifeln, ob diese ihren gesetzlichen Auftrag erfüllen können. Es wird vorgeschlagen, die Servicestellen umgehend mit Fachkräften der Sozialen Arbeit zu besetzen, damit diese Beratungsstellen – auch im Hinblick auf die bevorstehende Einführung eines Persönlichen Budgets ab 2007 – qualifiziert tätig werden können.

### Abstract

The working method for providing advice to disabled people and their relatives used by the joint facilities (Gemeinsame Servicestellen GS), which were established all over Germany three years ago by passing the Social Code IX (SGB IX), shows substantial deficits. Quality deficits of employees and structural flaws of the GS give grounds for doubting whether they are able to fulfil their statutory task. It is proposed to immediately place social work experts in these facilities to enable these advice facilities to act qualitatively, also with regard to the upcoming introduction of a personal budget which will commence from 2007.

### Schlüsselwörter

Sozialgesetzbuch IX - Behinderte - Beratung - Sozialarbeiter - Berufsbild

### 1. Einleitung

Die Idee klingt überzeugend: Da behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen und ihre Angehörigen oft nicht wissen, welche Rehabilitationsleistungen ihnen zustehen, wer sie erbringt und wer die Kosten trägt, und deshalb allzu oft lange Wartezeiten in Kauf nehmen oder auf notwendige Unterstützung verzichten mussten, hat der Gesetzgeber bei der Verabschiedung des Gesetzes SGB IX vor drei Jahren neue Beratungsstellen ins Leben gerufen: die Gemeinsamen Servicestellen (GS). Ihnen sollte – dem Leitparadigma „Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und am Arbeitsleben“ entsprechend – die Aufgabe zukommen, Träger übergreifend und netzwerkorien-

tiert den Rat Suchenden Auskunft darüber zu erteilen, welche Rehabilitationsleistungen ihnen zustehen, wer sie erbringt und wer verpflichtet ist, die Kosten zu tragen. Da im differenzierten und gegliederten System der Rehabilitation Zuständigkeitsstreitigkeiten der Kostenträger nicht zu einer unzumutbaren Verzögerung der Leistungsgewährung führen und damit zum Nachteil der Hilfe Suchenden gereichen sollten, wurde gleichfalls verfügt, dass eine schnelle Zuständigkeitsklärung der Leistungsträger nach zwei Wochen gemäß § 14.1 SGB IX beziehungsweise, wenn vorher ein Gutachten für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist, innerhalb von drei Wochen gemäß § 14.2 SGB IX erfolgen muss.

Die Anforderungen, die an eine solche Beratungstätigkeit geknüpft werden, sind hoch: Beratung und Unterstützung sollen „umfassend, qualifiziert und bürgernah“ gewährt werden, auf eine „unverzügliche Leistungserbringung“ ausgerichtet sein, „anbieterneutral informieren und in enger Kooperation mit den Rehabilitationsträgern“ erfolgen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2001a, 2001b).

### 2. Aufgaben und Zielsetzung von Servicestellen

Seit Inkrafttreten des Gesetzes wurden bereits 577 Servicestellen (Deutscher Bundestag 2004, S. 191) eingerichtet, die eine flächendeckende, wohnortnahe Beratungs- und Informationsmöglichkeit in sämtlichen Landkreisen und kreisfreien Städten für Menschen mit einem Rehabilitationsbedarf oder für ihre Angehörigen gewährleisten. Die Aufgabenstellung bezieht sich gemäß SGB IX § 22 auf:

- ▲ Informationen über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen, besondere Hilfen im Arbeitsleben und Informationen über Verwaltungsabläufe;
- ▲ Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs, Mithilfe bei Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe, auch in Form eines persönlichen Budgets;
- ▲ Klärung der Zuständigkeit von Kostenträgerschaften und Weiterleitung der Anträge an die zuständigen Institutionen;
- ▲ Einleiten von Maßnahmen, die es dem zuständigen Träger ermöglichen, auf Grund der umfassenden Information über Leistungen der Teilhabe unverzüglich entscheiden zu können;
- ▲ Forcieren von zeitnahen Entscheidungen und
- ▲ Koordination der Leistungserbringung bei der Beteiligung von mehreren Trägern – auch während der Leistungserbringung.

Für die Soziale Arbeit bedeutet dieser Service:

- ▲ Klärung des Hilfebedarfs durch ein Assessment unter Berücksichtigung lebensweltlicher Bezüge;

- ▲ Case- beziehungsweise Rehabilitationsmanagement vor und während der Leistungserbringung, damit Hilfen umfassend, unverzüglich, anbieterneutral und zugleich verbindlich gewährt werden können;
- ▲ Qualitätssicherung durch standardisierte Dokumentation und Evaluation;
- ▲ Koordination verschiedener Leistungen sowie der beteiligten Institutionen und Behörden durch systematische Vernetzung;
- ▲ Lobbyarbeit für die Hilfe Suchenden und
- ▲ Empowerment der Rehabilitanden durch umfassende Information und Aufklärung.

Diese Interpretation, die über den Formalismus der Aufgabenstellung nach § 22 SGB IX scheinbar hinaus reicht, lässt sich direkt aus den Ansprüchen ableiten, die der Gesetzgeber mit dieser Beratungstätigkeit verknüpft. So sollen nach dem § 23 SGB IX Servicestellen so ausgestattet sein, dass ein „barrierefreier Zugang“ möglich ist, „dass sie ihre Aufgaben umfassend und qualifiziert erfüllen können“ und über „besonders qualifiziertes Personal mit breiten Fachkenntnissen insbesondere des Rehabilitationsrechts und der Praxis“ verfügen.

Auch in den Rahmenempfehlungen zur Einrichtung Träger übergreifender Servicestellen für Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2001a) wird argumentiert: Diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen so qualifiziert sein, dass eine effiziente teamorientierte Zusammenarbeit innerhalb der Servicestelle gewährleistet werden kann. Regional sollen gemeinsame Beratungsteams gebildet werden, die eng mit Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, Selbsthilfegruppen, Hauptfürsorgestellen sowie den Trägern der Sozialhilfe, Jugendhilfe und der gesetzlichen Pflegeversicherung zusammenarbeiten. Auf regionaler Ebene gilt es, einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch zu organisieren und die Beratenden nach einem bundeseinheitlichen Träger übergreifenden Konzept weiterzubilden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2001b).

Die GS wurden zu 95 Prozent bei den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern eingerichtet, nur fünf Prozent sind bei einem Sozialhilfeträger, der Agentur für Arbeit oder bei einem Unfallversicherungsträger untergebracht (Deutscher Bundestag 2004, S. 192). Ungefähr 1500 Mitarbeitende sind für die Beratungstätigkeit in den GS zuständig. Spätestens hier werden sich etliche Leser und Leserinnen fragen, wie es sich erklären lässt, dass sie über die Existenz dieser flächendecken-

den Beratungsstellen bisher keine Kenntnisse gewinnen konnten. Dies ist insofern entschuldbar, als sich in diesem Zusammenhang das ganze Dilemma der Servicestellen offenbart.

### 3. Unbekannt, ineffizient und überfordert

Der vorliegende Bericht der Wissenschaftlichen Begleitforschung zur Umsetzung des SGB IX (Deutscher Bundestag 2004, S. 190-198) dokumentiert massive Mängel und bestätigt weitgehend die Erfahrungen, die der Autor im Verlauf der letzten Jahre mit den Servicestellen gewinnen konnte.

#### 3.1 Unbekannt

Nicht nur bei Fachleuten, auch bei den Adressaten der Behindertenhilfe ist die Existenz der Servicestellen kaum bekannt. Wie aus mehreren Umfragen im Rahmen von Fachtagungen und Kongressen unter Selbsthilfegruppen und Menschen mit Behinderungen (Gestrich 2005) hervorgeht, wissen meines Erachtens 80 Prozent der Anspruchsberechtigten beziehungsweise ihre Angehörigen nach wie vor nichts von der Existenz dieser Beratungsstellen. Auch das Team des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (2004), damit beauftragt, Einrichtung und Arbeitsweisen der GS zu untersuchen, wunderte sich, dass von 1000 an Selbsthilfegruppen und Klientel versandten Fragebögen nur 28 zurückkamen. Daraus lässt sich folgerichtig ableiten, dass man den Service, den man nicht kennt, auch nicht in Anspruch nehmen oder beurteilen kann.

Es wundert auch nicht, dass die Hälfte der GS, die ihre Fallzahlen offen legten, nicht mehr als 13 Servicestellenfälle im Jahr 2003 ausweisen konnten (ebd., S. 195). Eine Anfrage bei drei Servicestellen in bayerischen Landkreisen ergab: „Seit der Eröffnung 2002 zwei Beratungen“, „maximal zwei Klienten pro Monat“, „drei bis sechs Beratungen pro Monat“ (Gestrich 2005). Da 30 Prozent der von der Beleitforschung angeschriebenen Servicestellen überhaupt keine Angaben machten, wird vermutet, „dass die GS keine oder sehr wenige Beratungen im Rahmen der Servicestellentätigkeit durchführten. Unter einer worst case Annahme hat fast die Hälfte keine Kunden“ (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik 2004, S. 195). Damit korrespondiert auch das Zeitbudget: Die meisten GS geben ihr Zeitbudget mit ein bis zwei Stunden pro Monat an (ebd., S. 196).

#### 3.2 Ineffizient

Die GS weisen kein eigenes Beratungsprofil auf (Deutscher Bundestag 2004, S. 163) und verfügen über ein uneinheitliches Selbstverständnis. In der Regel verstehen sie ihre Tätigkeit lediglich als Ergän-

zung und als Zusatzangebot, jedoch nicht als die zentrale Stelle für alle Fragen der Rehabilitation. Ein Drittel aller GS sehen „im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben erst dann einen Servicefall als gegeben, wenn mindestens ein weiterer Rehabilitationsträger beteiligt werden muss“ (ebd.). Sie beschreiben zwar, dass ihre Tätigkeiten überwiegend in der Klärung von Zuständigkeiten, in der Eruiierung des Rehabilitationsbedarfs besteht, sie geben Information über Leistungsvoraussetzungen, bisweilen auch über Hilfen im Arbeitsleben und informieren über Verwaltungsabläufe.

Jedoch: 40 bis 60 Prozent leiten bisher keine Informationen an den zuständigen Rehabilitationsträger weiter, wenn ein Gutachten fällig wird. Entscheidungen werden nicht vorbereitet, eine Begleitung der Betroffenen erfolgt nicht, Koordinations- und Vermittlungsaufgaben unterbleiben weitgehend, bei 56 Prozent der GS fand im Jahr 2003 lediglich ein Teamtreffen statt, 37 Prozent verzichteten gänzlich auf Träger übergreifende Kooperation (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik 2004, S. 193). Kurzum: Die Tätigkeit entspricht eher der formalistischen Beratung durch ein Call Center. Von den zentralen Aufgaben Case Management, Netzwerkarbeit, Lobbyarbeit, Empowerment ist wenig zu spüren.

Es ist nachvollziehbar, dass die Vertretenden der Verbände behinderter Menschen an dieser Beratungsarbeit sehr deutliche Kritik äußerten (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004, S. 26). Wenn die obersten Landesbehörden demgegenüber reklamieren, dass ihnen bislang keine Beschwerden von Klienten und Klientinnen zugegangen sind, dann hängt dies auch damit zusammen, dass man sich nicht über etwas beschweren kann, was man gar nicht kennt. Wenn die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation auf Grund ihrer Auswertung der Mitteilungen der Rehabilitationsträger zu der Auffassung gelangt, die befragten Mitarbeitenden der GS und Rat Suchende hätten die Beratungen als „erfolgreich erlebt“ (2004, S. 24), muss diese Selbstauskunft der GS in Zweifel gezogen werden, zumal unklar bleibt, wie viele Kunden und Kundinnen anonym befragt wurden. Die Verbände gewannen hier einen anderen Eindruck. Sie befürchten, „dass eine als unzureichend erlebte Beratung andere behinderte Menschen im Sinne einer negativen Mundpropaganda davon abhalten würde, eine GS überhaupt aufzusuchen“ (ebd., S. 27).

Acht Personen aus verschiedenen Selbsthilfegruppen, die den Rat der Servicestellen suchten, äußerten sich sehr unzufrieden (Gestrich 2004). Die Bera-

tenden hätten ihnen erklärt, sie könnten ihnen nicht weiterhelfen oder eine Auskunft erteilen. Sie bezweifelten ihre Zuständigkeit, lehnten es sogar ab, dem Wunsch einer Selbsthilfegruppe zu entsprechen und die Kontaktadresse der GS in ihren Mitgliederinformationen zu nennen. Sie seien nicht ausreichend qualifiziert und wollten daher nicht als Anlaufstelle im Wegweiser der Selbsthilfegruppe erscheinen. Den Recherchen der wissenschaftlichen Begleitforschung zu Folge gibt es allerdings erhebliche Qualitätsunterschiede in der Arbeitsweise der Servicestellen. In einzelnen, ausgewiesenen Regionen (Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt) beraten die GS nicht nur wesentlich mehr Menschen, sondern leisten auch effiziente Arbeit (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik 2004, S. 198).

### 3.3 Überfordert

Die geringe Auslastung der Servicestellen (nach eigenen Angaben im Durchschnitt ein bis zwei Stunden pro Monat) mündet zwangsläufig in die Überlegung: Was tun denn die Beschäftigten in der verbleibenden Zeit? Während die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation darauf verweist, dass sie „auf Grund der geringen Auslastung ... meist mit weiteren (Beratungs-)Funktionen betraut“ sind (2004, S. 24), verhält es sich wohl genau umgekehrt: „Sie nehmen die Aufgaben der GS wahr, ohne dass dafür ein fester Stellenanteil als Kapazität festgelegt worden wäre. Sie erfüllen die Servicestellentätigkeit zusätzlich zu ihren bestehenden trägerinternen Aufgaben der Kundenberatung und Reha-Sachbearbeitung“, – so die wissenschaftliche Begleitforschung (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik 2004, S. 192 f.).

Hintergrund für diese halbherzige Beratungskonstruktion bildet die Tatsache, dass der Strukturaufbau der GS in der Form erfolgte, dass sie in bereits bestehende Beratungsstellen des Trägers bei gemeinsamer Nutzung der technischen und personellen Infrastruktur integriert wurden (ebd.). Die GS-Beratungsstellen entstanden teilweise durch schlichte Umetikettierung. Es liegt auf der Hand, dass diese fragwürdige kostenneutrale Regelung dazu führt, dass die Beschäftigten die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben nicht zufriedenstellend erfüllen und den Qualifikationsanforderungen nach § 23.3 SGB IX nicht entsprechen können. Mängel in der Qualifikation werden auch von der Bundesregierung (Deutscher Bundestag 2004, S. 161) eingeräumt.

Ein Blick auf den Ausbildungshintergrund zeigt: In den Servicestellen sind Sozialversicherungsfachangestellte, Diplom-Verwaltungswirte und Rehabilitationsberater und -beraterinnen – jedoch nur neun

Prozent Sozialpädagogen oder Sozialarbeiterinnen tätig. Dies erklärt, weshalb die Beschäftigten im Regelfall nicht über Methodenkompetenz (Gesprächsführung), Kenntnisse des Case Management-Konzeptes, Fähigkeiten zur Bedarfsermittlung (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik 2004, S.192), über Netzwerkansätze, Kenntnisse über Ätiologie und Genese von Behinderungen, Coping-Prozesse, einschlägige Assessmentstrategien, Kenntnisse über Aufgaben und Struktur sozialer Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation und last but not least nicht nur über einschlägige, sondern differenzierte rechtliche Kenntnisse verfügen – umfassende Kenntnisse, die Absolvierende der Sozialen Arbeit mit dem Studienschwerpunkt Rehabilitation/Behindertenhilfe bereits im Studium erworben haben.

Nun sind die Träger einer GS gesetzlich verpflichtet, ihr Personal so zu qualifizieren, dass es seine Aufgaben erfüllen kann. Zwei Drittel haben mittlerweile eine dreitägige Schulung zum SGB IX absolviert, Schulungskonzepte und Materialien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation stehen zur Verfügung. Da sich diese Schulung jedoch ausschließlich auf Vermittlung der Inhalte des SGB IX bezieht, bleibt offen, wie sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen die umfassenden Kenntnisse aneignen sollen, die sie nach § 23.3 SGB IX als „besonders qualifiziertes Fachpersonal mit breiten Fachkenntnissen insbesondere des Rehabilitationsrechtes und der Praxis“ ausweisen.

#### **4. Von passiver Öffentlichkeitsarbeit und aktiver Selbstmarginalisierung**

Von allen Trägern und Verbänden wird der unzureichende Bekanntheitsgrad der Servicestellen nachhaltig bemängelt. So wurden die Verantwortlichen der GS bereits 2003 aufgefordert, die Öffentlichkeitsarbeit massiv zu intensivieren. Unsicherheiten und Inkompetenzgefühle der Beschäftigten führten aber dazu, dass die Anstrengungen, die GS und ihre Aufgaben regional bekannter zu machen, damit sie von Hilfe Suchenden auch wahrgenommen und in Anspruch genommen werden können, bisher noch keine nachhaltige Wirkung zeigten. „Da die Servicestellenmitarbeiter und -mitarbeiterinnen ihre unzureichende Qualifizierung kennen, kann nicht erwartet werden, dass sie selbst öffentlichkeitswirksam aktiv werden“ (Hagelskamp 2003, S. 58).

Das Hinweisschild mit Signum, das am Gebäude angebracht werden sollte, wird von einem Drittel der GS überhaupt nicht verwendet und taucht nur in 15 Prozent der Fälle auf Briefpapier oder Stempel auf. In Folge allgemeinen Drucks haben zwar 77 Prozent

der GS mit öffentlichen Veranstaltungen, der Produktion von Flyern unterschiedlicher Qualität, über Presseartikel und Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Verbänden auf sich aufmerksam gemacht. Allerdings führen 20 bis 25 Prozent nach wie vor keine oder nur eine rudimentäre Öffentlichkeitsarbeit durch (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik 2004, S.196).

#### **5. Gemeinsame Servicestellen – kein Bedarf?**

In der allgemeinen Diskussion um die GS wird nun die Frage diskutiert, ob die geringfügige Inanspruchnahme etwas damit zu tun haben könnte, dass gar kein Bedarf vorhanden sei beziehungsweise dass die Menschen mit Hilfebedarf sich direkt an die trägerspezifischen Beratungsstellen der Region richten und nur in strittigen Fragen die GS als „Schlichter“ in Anspruch nehmen. Für Letzteres ergeben sich insbesondere in den Städten, weniger hingegen in den Landkreisen Anhaltspunkte. Allerdings zeigt die vorliegende Recherche: Die geringe Inanspruchnahme lässt sich eher auf den minimalen Bekanntheitsgrad, die aktive Selbstmarginalisierung, die negative Mund-zu-Mund-Propaganda der unzufriedenen Kunden und Kundinnen in einigen Regionen und die Qualifikationsdefizite der Beschäftigten zurückführen. Die halbherzige und vordergründig kostenneutrale Umsetzung des Gesetzes bedarf dringend der Korrektur. Denn bereits heute zeigt sich, dass es keine Erkenntnisse gibt, dass durch die Präsenz der GS Wege verkürzt und dadurch Kosten eingespart werden konnten (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004, S. 4), sondern unter anderem durch die Schulung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zusätzliche Kosten entstanden sind.

#### **6. Fazit**

Eine nachhaltige Korrektur des Kurses zur Rettung der GS erscheint dringend geboten. Doch die bisherigen Vorschläge (Intensivierung der Aus- und Fortbildung des Personals, Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit, weitergehende Schulungskonzepte, Entwicklung geeigneter Software zur Dokumentation, Entwicklung eines Leitfadens zur Strukturierung der Verwaltungsabläufe, Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern, Stärkung der Entscheidungskompetenzen der GS) (ebd., S. 25-26, Deutscher Bundestag 2004, S.161) haben eher als Makulatur zu gelten und sind nicht hinreichend.

Eine weit greifende Korrektur kann nur dadurch erfolgen, dass in jeder GS künftig Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen beschäftigt werden, die sich bereits durch ihr Studium für diese Aufgabe hinreichend qualifizieren konnten und über die gesetzlich

geforderten fachlichen Voraussetzungen verfügen. Schließlich gelangte auch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zu der Überzeugung, dass diese Beratungsaufgaben präzise auf sozialarbeiterische Qualitäten zugeschnitten seien (2001a, S. 59, Mühlum; Gödecker-Geenen 2003, S. 72).

Zudem ist es sinnvoll, auf Grund der sich bereits abzeichnenden Perspektive der bundesweiten Einführung eines Persönlichen Budgets für Menschen mit Behinderung an diesem Beratungskonzept nicht nur festzuhalten, sondern es sukzessive auszubauen. Wenn nach Abschluss der Modellprojekte Menschen mit Behinderungen sich die gewünschte Hilfe im differenzierten Rehabilitationssystem selbst einkaufen können, weil ihnen im Rahmen eines Persönlichen Budgets die erforderlichen finanziellen Mittel anstelle der bislang von und in Institutionen gebotenen Leistungen direkt auf ihr Konto überwiesen werden, dann gewinnen Träger übergreifende, neutrale Servicestellen mit kompetentem Personal, das erforderliches Case Management übernimmt, an erheblicher Bedeutung.

Die Servicestellen sind bereits jetzt – nach der Budget-Verordnung § 3.2, des SGB IX, § 17.2 bis 4 – beauftragt, Träger übergreifend den Bedarf eines Antragstellers auf ein Persönliches Budget zu eruieren, eine Zielvereinbarung über die anzustrebenden individuellen Förder- und Leistungsziele abzuschließen, einen Nachweis der Deckung des festgestellten Bedarfs zu erbringen sowie Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzunehmen. Die Erfüllung dieser Aufgaben ist bei der gegenwärtigen Arbeitsweise kaum vorstellbar. Ohne einen erheblichen Zuwachs an Kompetenzen sind gegenwärtig wohl die wenigsten GS in der Lage, den Unterstützungsbedarf auszuloten, in Absprache mit den Kostenträgern, Leistungsträgern und den Anspruchnehmenden im Rahmen eines umfassenden Case Managements aufgabenentsprechend die Budgetnehmer und -nehmerinnen zu beraten, zu unterstützen und die vereinbarte Verwendung der finanziellen Mittel zu überprüfen.

## Literatur

**Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation:** Rahmenempfehlungen zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation vom 24.4.01. Frankfurt am Main 2001a

**Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation:** Durchführungshinweise zu den Rahmenempfehlungen zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation vom 14.5.01. Frankfurt am Main 2001b

**Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation:** Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen nach § 24.2 SGB IX vom 1.12.04. Frankfurt am Main 2004

**Deutscher Bundestag:** Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. Drucksache 15/4575. Berlin 2004

**Gestrich, D.:** Servicestellen für Rehabilitation. Diplomarbeit. Regensburg 2005

**Hagelskamp, J.:** Praxisprobleme oder die Entdeckung der Langsamkeit. Das neue SGB IX – Servicestellen, Zuständigkeitsklärung, Verbändebeteiligung. In Blätter der Wohlfahrtspflege 2/2003, S. 56-60

**Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik:** Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des SGB IX. Einrichtung und Arbeitsweise der gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitation. In: Deutscher Bundestag: a.a.O. Berlin 2004, S. 190-198

**Mühlum, A.; Gödecker-Geenen, N.:** Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München 2003