



Bundesverwaltungsamt

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Fragebogen Gemeinsame Servicestellen

**Version 6.0
07.10.2010**

Zentraler IT-Dienstleister des Bundes



Dieses Dokument wurde im Rahmen des Drei-Partner-Modells erstellt.
Weitere Informationen unter: www.bundesverwaltungsamt.de.

Das vorliegende Dokument wurde durch die Firmen BearingPoint Consulting und Steria Mummert Consulting AG erstellt.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Herrn Bernd Felder, Tel. 0178-661 2134 oder bernd.felder@steria-mummert.de

Stand: Version 6.0
07.10.2010



Inhaltsverzeichnis

1	Organisation und Aufgaben	4
2	Schnittstellen und Zusammenarbeit	5
3	Schulung, Öffentlichkeitsarbeit, Arbeitsstandards	7
4	Entwicklungsvorschläge.....	9

1 Organisation und Aufgaben

1. Wie lässt sich die **gegenwärtige Tätigkeit** (IST) Ihrer GSS beschreiben?
Was **sollte eine GSS** Ihrer Meinung nach **leisten** (SOLL)?

Unsere GSS...	IST: Trifft für unsere GSS zu <i>(Bitte nur eine Nennung)</i>	SOLL: Sollte für eine GSS zutreffen <i>(Bitte nur eine Nennung)</i>
1) ...ermittelt den Rehabilitationsbedarf der Klienten/innen, informiert sie über Leistungen und Leistungsvoraussetzungen der Rehabilitationsträger und nennt den oder die zuständigen Leistungsträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ...hilft neben 1) außerdem den Klienten/innen bei der Antragstellung, hält mit ihnen bis zur Entscheidung / Leistung des Reha-Trägers Kontakt und informiert sie über den Sachstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ...wirkt neben 1) und 2) außerdem bei den Reha-Trägern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hin bzw. koordiniert und vermittelt diese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ...gewährleistet neben 1), 2) und 3) außerdem eine umfassende Begleitung, Beratung und Interessenvertretung der Klienten/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ...arbeitet bei 1), 2), 3) und/oder 4) auch mit anderen Leistungsträgern zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie viel % Ihrer **persönlichen Arbeitszeit in der GSS** nimmt die Beratung und Umsetzung des (trägerübergreifenden) Persönlichen Budgets in Anspruch?

	... in % meiner persönlichen Arbeitszeit in der GSS
Beratung und Umsetzung des (trägerübergreifenden) Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX	_____ %

3. Welche **GSS-Aufgaben** haben Sie bisher in Ihrer Beratungstätigkeit wahrgenommen?

Aufgabe	Häufigkeit der Wahrnehmung				
	täglich	wöchent-lich	monat-lich	jähr-lich	bisher nicht
Information...					
über Leistungsvoraussetzungen/-ansprüchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über Leistungen der Reha-Träger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu besonderen Hilfen im Arbeitsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Verwaltungsabläufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei der...	täglich	wöchent-lich	monat-lich	jähr-lich	bisher nicht
Klärung des Rehabilitationsbedarfs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über die Inanspruchnahme von Leistungen eines Persönlichen Budgets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aufgabe	Häufigkeit der Wahrnehmung				
	täglich	wöchentlich	monatlich	jährlich	bisher nicht
Information...					
über die Inanspruchnahme von Leistungen des betrieblichen Eingliederungsmanagements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuständigkeit, Anträge					
Klärung der Zuständigkeit des Reha-Trägers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit anderen Reha-Trägern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinwirkung auf klare und sachdienliche Anträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiterleitung der Anträge an den oder die zuständigen Reha-Träger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entscheidungen vorbereiten, begleiten					
Umfassende Vorbereitung der Entscheidung des zuständigen Reha-Trägers, umfassende Prüfung der „Entscheidungsreife“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützende Begleitung der Betroffenen bis zur Entscheidung oder Leistung des oder der Reha-Träger/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinwirkung					
Hinwirkung auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen bei den Rehabilitationsträgern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordinierung und Vermittlung					
Koordinierung und Vermittlung zwischen mehreren Reha-Trägern auch während der Leistungserbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Schnittstellen und Zusammenarbeit

4. Mit welchen Reha-Trägern (inkl. Integrationsämter) arbeiten Sie bei Servicestellenfällen zusammen? Wie bewerten Sie die **trägerübergreifende Zusammenarbeit**?

.. mit	Die Zusammenarbeit erfolgte...				wenn Zusammenarbeit: Bewerten Sie die erfolgte Zusammenarbeit bitte mit Schulnoten (1-6)
	intensiv	regelmäßig	selten	bisher nicht	
Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gesetzliche Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gesetzliche Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alterssicherung der Landwirte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gesetzliche Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Integrationsämter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sozialhilfe (örtlich / überörtlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
öffentliche Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kriegsopferversorgung/ -fürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Welche **Formen der Abstimmung** bei Servicestellenfällen mit anderen Reha-Trägern (inkl. Integrationsämter) nutzen Sie?

Abstimmungsform	intensiv	regelmäßig	selten	bisher nicht
persönliche Abstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßiges Treffen der Teammitglieder (Teamrunde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rundschreiben/schriftliche Arbeitsanweisungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-Mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
papierbezogener Schriftverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. Wie bewerten Sie die folgenden Aspekte der **Arbeit in der GSS** und der **trägerübergreifenden Zusammenarbeit**?

Aspekt	Ja	Nein	teilweise	weiß ich nicht
Die Ansprechpartner (inkl. Stellvertreter) der anderen Reha-Träger sind mir bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ansprechpartner (inkl. Stellvertreter) der anderen Reha-Träger sind für mich stets erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Vernetzungskompetenz bei den Mitarbeitern unserer GSS ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Vernetzungsstrukturen (Front-office / Back-office) unserer GSS sind funktionsfähig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachauskünfte von anderen Reha-Träger (z.B. Leistungsrecht) erhalte ich schnell und unkompliziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Ausbildung für die Arbeit in der GSS ist angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte meine soziale Beratungskompetenz (z.B. nach Lebenslagen und Behinderungsarten) weiter verbessern .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit in der GSS mache ich zusätzlich zu anderen Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie gestaltet sich die **Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen**?

.. mit	Die Zusammenarbeit erfolgt...			
	intensiv	regelmäßig	selten / (nur fallbezogen)	bisher nicht
Arbeitgeber (Betriebe / Unternehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Betriebs-)Ärzte, Krankenhaus(-sozialdienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohlfahrtsverbände (AWO, Caritas, Diakonie, DRK, Der Paritätische..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behinderten- und Sozialverbände (z.B. VdK, SoVD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühförderstellen, sozialpädiatrische Zentren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegestützpunkte (und Pflegeberatungsstellen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.. mit	Die Zusammenarbeit erfolgt...			
	intensiv	regelmäßig	selten / (nur fallbezogen)	bisher nicht
Schwerbehindertenvertretungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtberatungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. Bei einer Zusammenarbeit mit den Behinderten-/Sozial-/Wohlfahrtsverbänden:
Wie schätzen Sie die **Zusammenarbeit** mit den **Behinderten-/Sozial-/Wohlfahrtsverbänden** ein?

Zusammenarbeit mit..	Wohlfahrts-/Sozial-/ Behindertenverbände		
	Ja	Nein	weiß ich nicht
Sie verweisen Ratsuchende an uns.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir verweisen Ratsuchende an sie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben gelegentlichen Kontakt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir pflegen einen regelmäßigen Meinungs austausch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir beteiligen sie an der Beratung von Klienten/innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Beratung steht teilweise in Konkurrenz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben unsere Zusammenarbeit schriftlich vereinbart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir führen gemeinsam Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z.B. Fall-/Teambesprechungen, Schulungen) durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Schulung, Öffentlichkeitsarbeit, Arbeitsstandards

9. Welche **Schulungen** haben Sie bisher für Ihre Arbeit wahrgenommen?
Welchen **Nutzen** hatte die Schulung für Ihren Berufsalltag in der GSS?
Welche Schulungen wären **wünschenswert**?

Schulung	Schulung ist erfolgt	Nutzen der Schulung				Schulung wäre wünschenswert
		hoch	mittel	gering	kein Nutzen	
Sozialrechtliche Bestimmungen	<input type="checkbox"/>					
Umgang mit Menschen mit Behinderung	<input type="checkbox"/>					
Konfliktmanagement	<input type="checkbox"/>					
Fallbeispiele aus der Praxis	<input type="checkbox"/>					
Mitarbeiterführung im Team	<input type="checkbox"/>					
Entwicklung und Pflege von Netzwerken	<input type="checkbox"/>					
Trägerübergreifende IT-Nutzung (z.B. gemeinsame Datenbank, Plattform)	<input type="checkbox"/>					
Trägerübergreifende Schulungen (z.B. BAR)	<input type="checkbox"/>					
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>					

10. Welche Maßnahmen zur **Öffentlichkeitsarbeit** wurden in Ihrer GSS bisher umgesetzt? Wie regelmäßig erfolgte die **Umsetzung**? Welche Maßnahmen wären **wünschenswert**?

Maßnahme	Die Umsetzung erfolgt...			Maßnahme wäre wünschenswert
	regelmäßig	selten	bisher nicht	
Aushänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faltblätter, Handzettel, Flyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rundschreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressearbeit (Kontakt zu Redaktionen, Pressemitteilungen, Inserate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Veranstaltungen (z.B. Informationsveranstaltung, Tag der offenen Tür)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit Behinderten-/Sozial-/Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetauftritt der GSS (Homepage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Welche **Instrumente** werden für die Qualitätssicherung **der Arbeit der GSS** eingesetzt? Wie regelmäßig erfolgte die **Anwendung**? Welche Instrumente wären **wünschenswert**?

Instrumente (trägerintern und trägerübergreifend)	Die Umsetzung erfolgt...			Instrument wäre wünschenswert
	regelmäßig	selten	bisher nicht	
Beratungsgrundsätze/ -leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesprächsstandards/ -checklisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätszirkel (z.B. Fall-/Teambesprechungen, Schulungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerdemanagementsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befragungen zur Kundenzufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiterfortbildung (auch trägerübergreifend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie erfolgt **aktuell** die **Falldokumentation** in Ihrer GSS (IST)? Welche Form der Dokumentation wäre wünschenswert (SOLL)?

Format der Falldokumentation	Anwendung (IST)			wünschenswert wäre (SOLL)..
	regelmäßig	unregelmäßig	nein	
Falldokumentationsbogen der BAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
papierbezogene Falldokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
computergestützte Falldokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktennotizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karteikartensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes Format: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Entwicklungsvorschläge

13. Welche **Anmerkungen** und / oder **konkrete Verbesserungsvorschläge** zur Weiterentwicklung der GSS haben Sie? (Nennung von maximal 5 Vorschlägen)

Weitere Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge