



Fragebogen für Dienste und Einrichtungen zur Unterstützung von Menschen mit Behinderungen im [(Land-)Kreis oder Stadt]

Wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen für organisatorisch abgrenzbare Dienste und Einrichtungen (z.B. Beratungsstellen, ambulanter Dienst oder Wohnheim) gesondert auszufüllen.

Der Fragebogen soll möglichst durch die Leitung bearbeitet werden und bis zum [Datum] an [Name der Einrichtung, z.H. Herr/Frau, Adresse] zurückgeschickt werden. Herzlichen Dank!

Wenn Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns postalisch (s.o.), telefonisch ☎ [Telefonnummer] oder per e-Mail: [E-Mail Adresse]

Name der Einrichtung / des Dienstes _____

Bezeichnung des ‚Fachbereichs‘ der Einrichtung / des Dienstes (z. B. Frühförderung, WfbM, Ambulant Betreutes Wohnen, Außenwohngruppe, Wohnheim, Fahrdienst, etc.) auf den sich dieser Fragebogen bezieht:

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Fax _____

e-Mail _____ Homepage _____

Ansprechpartner/in _____

Träger _____

1.) Gesamtanzahl der Nutzer/innen Ihrer Einrichtung / Ihres Dienstes:

_____ davon _____ Nutzer/innen mit Persönlichem Budget

2.) Zum Adressatenkreis des Dienstes / der Einrichtung gehören ...



... Menschen von __ bis einschließlich ___ Jahren

3.) Bitte beschreiben Sie kurz die Schwerpunkte (Behinderung, Unterstützungsbedarf, ...) in Ihrem Adressatenkreis:



4.) Kurzbeschreibung des Unterstützungsangebotes: _____



(Wir möchten Sie bitten, der Rücksendung des Fragebogens eine Kopie der Leistungsbeschreibung oder entsprechende Materialien beizulegen, aus denen hervorgeht, welche Dienstleistungen angeboten werden.)

5.) Aus welchem Einzugsbereich kommen Ihre Nutzer/innen?

_____ % aus der Verwaltungsgem. [...] _____ % aus der Gemeinde [...]

_____ % aus der Gemeinde [...] _____ % aus der Gemeinde [...]

...

6.) Gibt es einen festgelegten Einzugsbereich für Ihren Dienst / Ihre Einrichtungen?

O Ja O Nein

Wenn ja, welchen? _____



7.) Wie schätzen Sie den Bedarf für die von Ihnen angebotenen Unterstützungsleistungen in Ihrem Einzugsbereich ein? (bitte kreuzen Sie die zutreffende Aussage an)

- Der Bedarf ist im Wesentlichen gedeckt.
- Es besteht ein weiterer Bedarf bei etwa ___ Personen.
- Ich erwarte in Zukunft einen höheren Bedarf.
- Ich kann keine Einschätzung abgeben.



8.) Erläutern Sie bitte, wie Sie zu den Bedarfsannahmen kommen und welche Konsequenzen die Annahmen haben:



9.) Wie ermitteln Sie den individuellen Hilfebedarf Ihrer Nutzer/innen?



10.) Wenn Sie das Unterstützungsangebot für Menschen mit geistiger und / oder körperlicher / Sinnes-Behinderung im [(Land-)kreis oder Stadt] insgesamt betrachten ...

wo liegen die Stärken?



wo liegen die Schwächen?





11.) Welcher vordringliche Handlungsbedarf besteht?

- im Bereich ‚früher Hilfen‘ (z.B. Frühförderung):



- im Bereich ‚familienunterstützender Hilfen‘:



- im Bereich ‚Schule und Ausbildung‘:



- im Bereich ‚Arbeit, Beschäftigung‘:



- im Bereich ‚Wohnen‘:



- im Bereich ‚Freizeitgestaltung‘:



- im Bereich ‚Mobilität‘:



- Weiteres: _____ 





12.) Gibt es Ihrer Meinung nach Probleme bei der Inanspruchnahme von Diensten und Einrichtungen ...

- für Menschen mit geistiger Behinderung? Ja Nein
- für Menschen mit körperlicher Behinderung? Ja Nein
- für Menschen mit Sinnesbehinderung? Ja Nein
- für Menschen mit psychischen Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?



13.) Menschen mit Behinderungen sollen ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben im Gemeinwesen führen. Nicht zuletzt ist dies in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen postuliert. In den letzten Jahren wird eine intensive Diskussion darüber geführt, wie Hilfen für Menschen mit Behinderungen in ihrer eigenen Wohnung und ihrem individuellen Lebensumfeld bzw. außerhalb von Einrichtungen erbracht werden können.

a) Wenn Sie den Kreis Ihrer Nutzer/innen betrachten, werden im [(Land-)kreis oder Stadt] die Voraussetzung dafür erfüllt?

- Ja teilweise Nein

b) welche konkreten Schritte wurden im [(Land-)kreis oder Stadt] dazu schon eingeleitet?



c) welche konkreten Schritte müssen Ihrer Meinung nach im [(Land-)kreis oder Stadt] noch eingeleitet werden?





d) welche Schwierigkeiten sehen Sie dabei?



e) welche Schritte wurden in Ihrem Dienst / Ihrer Einrichtung bereits eingeleitet?



f) welche Schritte sollen in Ihrem Dienst / Ihrer Einrichtung noch eingeleitet werden?



g) welche Schwierigkeiten sehen Sie dabei?



14.) Welche Unterstützungsangebote bieten Sie oder andere Anbieter für Menschen mit geistiger und/oder körperlicher / Sinnes-Behinderung im [(Land-)kreis oder Stadt] zur Vorbereitung auf ein eigenständiges Leben an?





Teilhabeplanung im [(Land-) Kreis oder Stadt]

15.) Bitte treffen Sie eine Einschätzung zu den folgenden Aussagen zu Planungsaktivitäten im Bereich der Unterstützung für Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung im [(Land-)kreis oder Stadt]:

Table with 5 columns: Statement, trifft zu, trifft eher zu, trifft eher nicht zu, trifft nicht zu. Contains 5 rows of statements regarding disability policy and support.

16.) Wo sehen Sie dringlichste Aufgaben, um ambulante (alltags- und beschäftigungsbezogene) Hilfen im [(Land-)kreis oder Stadt] weiterzuentwickeln, so dass sie zu einer Alternative zur Unterstützung für alle Menschen mit Behinderung werden, unabhängig von ihrem Unterstützungsbedarf?

Three horizontal lines for handwritten input, with a pencil icon at the end of the bottom line.

17.) Sind Sie der Meinung, dass ein bedarfsgerechtes Angebot für Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung hergestellt werden kann, ohne dass weitere Plätze in (teil-)stationären Einrichtungen und/oder Sondereinrichtungen geschaffen werden müssen?

O Ja O Nein



Begründung: _____

_____ 

18.) Sind Ihnen gelingende Beispiele ambulanter Hilfearrangements von Menschen mit hohem und komplexen Hilfebedarf bekannt, die sich auf verschiedene Finanzierungsgrundlagen stützen?

Ja Nein

19.) Wie bewerten Sie die Zuständigkeitsregelung im Bereich der Eingliederungshilfe zwischen dem örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger in Bundesland? (bitte zutreffendes ankreuzen ☒)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Örtlicher Sozialhilfeträger | <input type="checkbox"/> Arbeitsverwaltung |
| <input type="checkbox"/> Überörtlicher Sozialhilfeträger | <input type="checkbox"/> Integrationsamt |
| <input type="checkbox"/> Pflegekassen | <input type="checkbox"/> Krankenkassen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

_____ 

20.) Wie schätzen Sie die Finanzierung der Hilfen Ihrer Einrichtung / Ihres Dienstes ein? (bitte zutreffendes ankreuzen ☒)

- | | | |
|----------------------|---|--|
| Die Finanzierung ist | <input type="checkbox"/> gesichert | <input type="checkbox"/> nicht gesichert |
| Die Finanzierung ist | <input type="checkbox"/> ausreichend | <input type="checkbox"/> nicht ausreichend |
| Die Finanzierung | <input type="checkbox"/> funktioniert reibungslos | <input type="checkbox"/> erzeugt hohen Aufwand |

21.) Welche Probleme in der Finanzierungsstruktur sehen Sie?

_____ 

22.) Wo sehen Sie Veränderungsbedarf?

_____ 

23.) In welchen Gremien, Arbeitskreisen und Zusammenschlüssen ist Ihre Einrichtung / Ihr Dienst regelmäßig vertreten?

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____ 



24.) In welchen Organisationen besteht eine Mitgliedschaft?

- 1) _____ 2) _____
3) _____ 

25.) Mit welchen Organisationen besteht eine Kooperationsvereinbarung?

- 1) _____ 2) _____
3) _____ 

26.) Welche Planungen bestehen in Ihrer Einrichtung / Ihrem Dienst für die Weiterentwicklung des Unterstützungsangebotes für Menschen mit Behinderungen in den nächsten fünf Jahren?

_____ 

27.) Welche Erwartungen haben Sie an die Teilhabeplanung im [(Land-)kreis oder Stadt]?

_____ 

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum [Datum] an uns zurück:
[Name der Einrichtung, z.H. Herr/ Frau, Adresse,]

(Denken Sie bitte daran, Ihre Leistungsbeschreibung und ggf. weitere Informationsmaterialien beizulegen.)