



## 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]:**

	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Themen der Behindertenpolitik (z.B. Planwerke, UN-Behindertenkonvention, Aktivitäten der Landesbehindertenbeauftragten, Gleichstellungsgesetz usw.) werden zunehmend auch in den kommunalen Ausschüssen beraten, die sich mit Wohnungspolitik bzw. mit Bau- und Verkehrsfragen befassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Kooperation mit Akteuren außerhalb des Feldes der Behindertenhilfe wurde intensiviert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es existieren öffentlichkeitswirksame Aktivitäten, die zu einer Sensibilisierung der allgemeinen Öffentlichkeit für die Belange von Menschen mit Behinderungen, aber auch der regionalen Verwaltung und Politik beitragen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Interessen behinderter Menschen werden in den kommunalen Politikgremien institutionell abgesichert und wirksam vertreten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt auf kommunaler Ebene wirksame Beschwerdemöglichkeiten für behinderte Menschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**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?**

---



---



---

**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?**

Ja     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.)*