

Fragebogen Lebens- und Arbeitssituation Betroffene



Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen

ACHSE e.V.
c/o DRK-Kliniken Westend
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr, liebe Mitglieder,

bitte nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit. Der Ihnen vorliegende Fragebogen beansprucht lediglich einen Zeitumfang von etwa 20 Minuten. Wenn Ihnen eine Frage unangenehm ist und Sie diese nicht beantworten möchten, so lassen Sie diese einfach aus. Dennoch bitten wir Sie, möglichst viele Angaben zu machen, denn je mehr Fragen Sie beantworten, desto genauer können wir auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse eingehen. Selbstverständlich werden alle von Ihnen gemachten Angaben vertraulich behandelt und anonymisiert!

Bitte senden Sie den Fragebogen innerhalb der nächsten vier Wochen ausgefüllt an law@achse-online.de oder an einen, der im Anschreiben genannten Ansprechpartner zurück. Mit Ihrer Unterstützung helfen Sie uns, das bisherige Konzept weiter auszuarbeiten, um schließlich das Angebot exakt auf Ihre Bedürfnisse zuschneiden zu können.

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

1. Geschlecht:

weiblich männlich

2. Wie alt sind Sie?

Jahre

3. Haben Sie Kinder?

nein eins zwei drei mehr als drei

4. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

nein ja, mit GdB von: %

5. An welcher Krankheit leiden Sie?

6. Welche Behinderung ergibt sich hieraus?

Gehbehinderung Hörbehinderung Sehbehinderung Kleinwuchs

Sonstiges:

7. Welche weiteren körperlichen Beeinträchtigungen ergeben sich hieraus?

8. Gibt es Tätigkeiten, die Sie definitiv nicht verrichten können?

9. Welche Hilfsmittel werden von Ihnen aufgrund der Behinderung benötigt?

- keine Rollstuhl Hörgerät Gehhilfen Brille

sonstige:

10. Müssen Sie aufgrund ihrer Behinderung / Krankheit Medikamente einnehmen?

- ja nein

11. Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?

- ja nein

Wenn ja, für welchen Bereich haben Sie eine gesetzliche Betreuung?

12. In welchen Bereichen benötigen Sie im Alltag Unterstützung?

Ich brauche keine Unterstützung → *weiter mit Frage 15* ←

- Geld Behörden Haushalt Arbeit Freizeit persönliche Probleme

sonstiges:

13. In welcher Form benötigen Sie Unterstützung?

14. Wer unterstützt Sie?

- Partner/in Familie Freunde Bekannte Kollege/in Chef/in
 Integrationsfachdienst Wohnbetreuer/in gesetzliche/r Betreuer/in Therapeut/in
 Arbeitsassistent/in keiner

sonstiges:

SCHULISCHE BILDUNG UND BERUFLICHER WERDEGANG

15. In welcher Schule waren Sie? (alle Zutreffenden ankreuzen)

- Hauptschule Gesamtschule Realschule Gymnasium
 in einer Integrationsklasse Sonderschule für Lernbehinderte (Förderschule)
 Sonderschule für geistig Behinderte Sonderschule für Körperbehinderte

andere:

16. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- ohne Abschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Fachhochschulreife
- Sonderschulabschluss
- Qualifizierter Hauptschulabschluss
- Erweiterter Realschulabschluss
- Abitur

17. Welche beruflichen Maßnahmen haben Sie gemacht?

- keine
- Arbeitstraining / Berufsbildungsbereich in einer Werkstatt für behinderte Menschen
- Förderlehrgang
- schulische Vorbereitungsmaßnahme: _____
- andere: _____

18. Haben Sie eine berufliche Ausbildung gemacht?

- Nein, ich habe keine Ausbildung gemacht.
- Helfer- / Werker Ausbildung
- Ausbildung als: _____
- Fachhochschulstudium mit Fachrichtung: _____
- Universitätsstudium mit Fachrichtung: _____
- abgeschlossen*
- abgebrochen*

19. Wie ist Ihr Lebenslauf seit Schulabschluss? Was haben Sie gemacht?

Zeitraum (Von wann bis wann? Monat / Jahr – Monat / Jahr)	Was haben Sie gemacht? Zum Beispiel: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Art des Arbeitsverhältnisses (z.B. Arbeitsbereich Werkstatt für behinderte Menschen, Praktikum, un/befristeter Arbeitsvertrag, ABM/SAM, Werkstattaußenarbeitsplatz, Wehrdienst/Zivildienst) ▪ Art der Firma (z.B. Hotel, Tischlerei) ▪ Art der Maßnahme (z.B. Förderlehrgang, Arbeitstraining, Umschulung, Rehabilitationsmaßnahme) ▪ Arbeitslos, Kindererziehung/Elternzeit, krank, Rente
<i>Sept. 2000 – Aug. 2001</i>	<i>Arbeitstraining Werkstatt für behinderte Menschen</i>
<i>Sept. 2001 – Dez. 2001</i>	<i>Praktikum Tischlerei</i>
<i>Jan. 2002 – Dez- 2005</i>	<i>Unbefristetes Arbeitsverhältnis, Tischlerreihelfer</i>
<i>Jan. 2005 – heute</i>	<i>Unbefristetes Arbeitsverhältnis, Wohnungsbaugesellschaft Hausmeisterhelfer</i>

Beispiel

20. Wie sind Sie insgesamt zufrieden mit der Unterstützung Ihrer beruflichen Integration durch ...

	nicht beteiligt	gar nicht	wenig	eher nicht	teils-teils	etwas	ziemlich	sehr
Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Woran lag das? Bitte begründen Sie:								
Bildungsmaßnahmeträger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Woran lag das? Bitte begründen Sie:								
Werkstatt für Behinderte Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Woran lag das? Bitte begründen Sie:								
Integrationsfachdienst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Woran lag das? Bitte begründen Sie:								
Arbeitsamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Woran lag das? Bitte begründen Sie:								

Integrationsamt / Hauptfürsorgestelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Woran lag das? Bitte begründen Sie:								

DERZEITIGE ARBEITSSITUATION

21. Wie sieht Ihre derzeitige Arbeitssituation aus?

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> unbefristetes Arbeitsverhältnis | <input type="checkbox"/> befristetes Arbeitsverhältnis | |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM/SAM) | <input type="checkbox"/> beschäftigt auf Werkstattaußenarbeitsplatz | |
| <input type="checkbox"/> Beschäftigt in einer Werkstatt (WfbM) | <input type="checkbox"/> Praktikum | |
| <input type="checkbox"/> Berufsbildungsmaßnahme | <input type="checkbox"/> Ausbildungsverhältnis | <input type="checkbox"/> arbeitslos |
| <input type="checkbox"/> nicht arbeitend und nicht arbeitslos gemeldet: | | |
| <input type="checkbox"/> krank | <input type="checkbox"/> Elternzeit, Kindererziehung | <input type="checkbox"/> Rente |
| <input type="checkbox"/> anderes: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis seit: _____ <i>(Monat / Jahr)</i> | | |

Wenn Sie derzeit einer Arbeit nachgehen, bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen! Wenn nicht, bitte weiter ab Frage Nr. 37!

22. Was sind Ihre Tätigkeiten auf der Arbeit?

23. Ihr Einstellungsdatum (Monat / Jahr):

24. Ihre Arbeitszeit (Stunden / Woche):

25. Wie hoch ist Ihr Lohn (brutto)?

Ca. _____ € / Stunde oder

Ca. _____ € / Monat

26. Wie haben Sie Ihr derzeitiges Arbeitsverhältnis bekommen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vermittlung durch Arbeitsamt | <input type="checkbox"/> Vermittlung durch Integrationsfachdienst |
| <input type="checkbox"/> Vermittlung durch Freunde / Bekannte | <input type="checkbox"/> selbst gefunden |
| <input type="checkbox"/> anderes: _____ | |

27. Wird das derzeitige Verhältnis zurzeit noch durch den Fachdienst unterstützt?

- Nein, ich bin noch nie unterstützt worden → *weiter mit Frage 31* ←
 - ja, Unterstützung durch denselben Fachdienst nein, nicht mehr seit
 - seither keine Unterstützung mehr
 - Unterstützung jetzt durch:
 - anderer Integrationsfachdienst (Begleitung)
 - Integrationsamt
 - anderer Dienst:
-

28. Gab es seit der Vermittlung durch den Fachdienst größere Probleme, die das Arbeitsverhältnis beeinträchtigt haben?

- nein einmal mehrmals, aber selten immer wieder häufig

29. Wenn ja, in welchen Bereichen gab es Probleme? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- mit Kollegen/innen mit Arbeitgeber private Probleme Arbeitsleitung
 - betriebliche Auftragslage Arbeitsleistung gesundheitliche Probleme
 - anderes:
-

30. Wenn ja, wer war bei der Lösung der Probleme hilfreich?

- Integrationsfachdienst Werkstatt für behinderte Menschen Betriebsrat
 - Schwerbehindertenvertretung Eltern Kollegen/innen Chef/in
 - Integrationsamt/Hauptfürsorgestelle keiner
 - anderes:
-

31. Was gefällt Ihnen gut an dieser Arbeitsstelle?

32. Was gefällt Ihnen nicht so gut an dieser Arbeitsstelle?

33. Sind spezielle behinderungsbedingte Anpassungen und Hilfen für Sie im Betrieb vorhanden?

- nein
 - Vorgesetzte/r, Kollegen/innen, die mich besonders unterstützen Arbeitsassistent/in
 - Veränderungen am Arbeitsplatz (Tische, Stühle, Werkzeuge etc.) Besondere Hilfsmittel
 - Veränderungen der Räume (Rampe, breite Türen etc.) Arbeitsplan, Checklisten
 - Flexible Arbeitszeit, Arbeitszeitgestaltung
 - andere:
-
-

34. Wie zufrieden sind Sie mit der Arbeitssituation hinsichtlich ...

	gar nicht	wenig	eher nicht	teils-teils	etwas	ziemlich	sehr
Art der Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhältnis zu Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhältnis zu Kollegen/innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslohn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten sich im Betrieb zu verbessern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtzufriedenheit mit der Arbeitssituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Ihre Arbeitssituation in dem Betrieb hat sich in den letzten Jahren

- stark verbessert eher verbessert ist gleich geblieben
 eher verschlechtert stark verschlechtert

36. Möchten Sie Ihren Arbeitsplatz wechseln?

- nein, mir gefällt es sehr gut ja, ich hätte gerne einen anderen Arbeitsplatz
 noch nicht, vielleicht in einigen Jahren ja, aber nur wenn ich etwas Besseres finde
 muss ich, da ich wohl bald meinen Arbeitsplatz verliere

37. In welchen Bereichen möchten Sie gerne tätig sein?

38. Würden Sie einen Wohnortwechsel in Kauf nehmen?

39. Können Sie sich vorstellen, in einem Integrationsunternehmen /-projekt tätig zu sein?

- ja nein

ALLGEMEINE LEBENSSITUATION

40. Wie wohnen Sie?

- Eltern Betreute Wohngemeinschaft Wohngruppe Wohnheim
 Pflegefamilie Ambulantes betreutes Wohnen Unbetreut in eigener Wohnung

41. Hat sich Ihre Wohnsituation seit der Aufnahme einer Arbeit verändert?

- nein ja Eltern Wohnheim Wohngruppe
 Pflegefamilie Betreute Wohngemeinschaft Ambulant betreutes Wohnen
 andere: _____

42. Wie würden Sie gerne wohnen?

43. Hätten Sie gerne Ihre Wohnung, Ihre Arbeitsstätte und Ihre Freizeitaktivitäten an einem Ort?

- ja nein

44. Was machen Sie in Ihrer Freizeit?

45. Wünschen Sie sich speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmte (behindertengerechte) Freizeitangebote?

- nein ja, und zwar: _____

46. Mir ist der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen wichtig:

- ja nein

47. Welche Arten des Einkommens haben Sie?

- Arbeitslohn Arbeitsentgelt WfbM Wohngeld Kindergeld
 Sozialhilfe Arbeitslosengeld Arbeitslosenhilfe Rente
 Unterstützung durch Angehörige / Partner
 anderes: _____

48. Wie viel Geld steht Ihnen aus all diesen Einkommen im Monat zur Verfügung?

Ca. _____ € / Monat

49. Wie zufrieden sind Sie mit der Lebenssituation hinsichtlich ...

	gar nicht	wenig	eher nicht	teils-teils	etwas	ziemlich	sehr
Wohnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtzufriedenheit mit der Arbeitssituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Was wünschen Sie sich für Ihre Zukunft?
