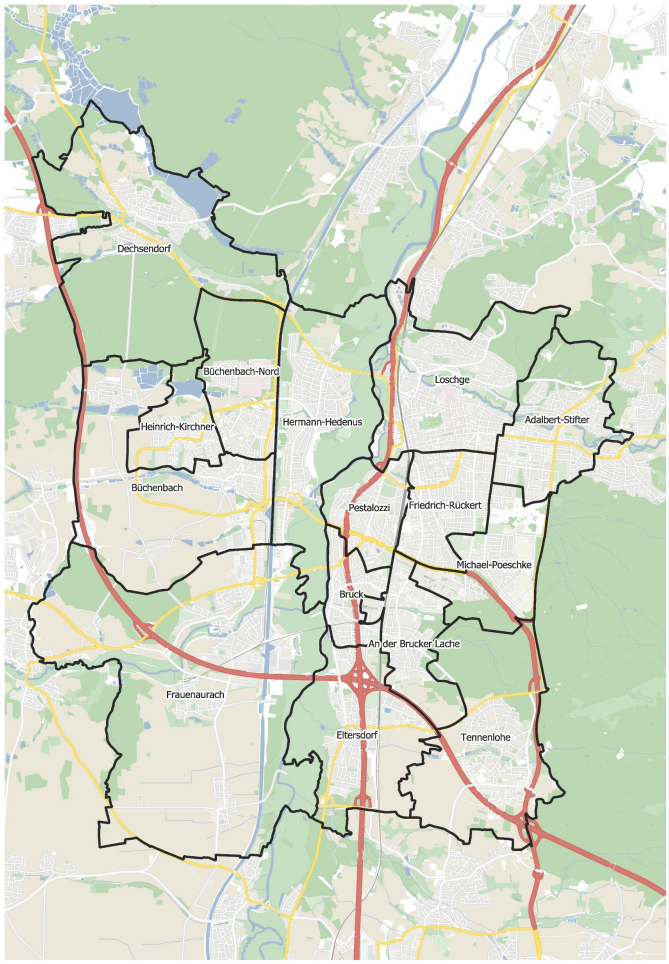
Fragebogen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,
dieser Bogen wird maschinell ausgewertet. Markieren Sie eine Antwort bitte in der folgenden Weise: ○⊗○.
Wenn Sie eine Antwort korrigieren möchten, füllen Sie bitte den falsch markierten Kreis und noch etwas darüber hinaus aus, ungefähr so: ○●⊗.

Ziffern sollen ungefähr so aussehen: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9; Korrekturen so: 

In welchem Schulsprengel befindet sich Ihre Einrichtung?



In welchem Schulsprengel befindet sich Ihre Einrichtung?

- ○ Adalbert-Stifter
- ○ An der Brucker Lache
- ○ Bruck (Max-u.- Justine-Elsner)
- ○ Büchenbach-Dorf
- ○ Dechsendorf
- ○ Eltersdorf
- ○ Frauenaurach
- ○ Friedrich-Rückert
- ○ Heinrich-Kirchner
- ○ Hermann-Hedenus
- ○ Loschge
- ○ Michael-Poeschke
- ○ Mönauschule
- ○ Pestalozzi
- ○ Tennenlohe

Wie viele Kinder besuchten zum 31.10.2025 Ihre Kindertagesstätte?	
Kinder im Alter von unter 3 Jahren: (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Kindergarten-Kinder: (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Grundschulkinder: (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder

Fragen zu Kindern mit Integrativem Platz

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf den Stichtag 31.10.25.

Belegen in Ihrer Einrichtung Kinder einen integrativen Platz (mit Faktor 4,5)?	○ Ja ○ Nein

Wie viele Kinder davon belegen einen integrativen Platz (mit Faktor 4,5)?	
Kinder im Alter von unter 3 Jahren: (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Kindergarten-Kinder: (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Grundschulkinder insgesamt: (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Grundschulkinder mit integrativem Platz	
davon Kinder nach §35a SGB VIII: (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
davon Kinder nach §99: (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder

Auf welchen Bereich beziehen sich die Auffälligkeiten? Bitte geben Sie hier die Anzahl der Kinder an:	
Körperbehinderung (Schädigung des Skelettsystems oder des Zentralnervensystems, z.B. Fehlbildung) (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Geistige Behinderung (Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; z. B. Trisomie 21) (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Seelische Behinderung (Auffälligkeiten im Verhalten und bei der Kommunikation z. B. ADHS, Depressionen, Angststörung) oder Autismus-Spektrum-Störung (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Kinder mit Mehrfachbehinderung (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder

MUSTER
Nicht ausfüllen!

Wie viele der integrativen Kinder erhalten Hilfeleistungen (pädagogische und/oder therapeutische Förderung)?	
10 Fachdienststunden (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
50 Fachdienststunden (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Frühförderung (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Integrationshelfer*in (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
(isolierte) heilpädagogische Maßnahme (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Medizinische Leistungen (Ergo-, Logo-, Physiotherapie) (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder

Leistungen der Jugendhilfe (z. B. Sozialpädagogische Familienhilfe, Schulbegleiter*in) (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Sonstige Leistungen (bitte angeben):	

Sind die Hilfeleistungen ausreichend?	○ Ja ○ Nein, es wären weiterführende Hilfen notwendig
Welche weiterführenden Hilfen wären notwendig: **Bitte geben Sie hier die Anzahl der Kinder an:**	
Andere Leistungen durch den Bezirk (z. B. Heilpädagogische Kleingruppen, intensiv-Kleingruppen, Ausbau der SVE Plätze) (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Hilfsangebote für das familiäre Umfeld durch die Jugendhilfe (z. B. Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft) (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Medizinische Leistungen (z.B. Familientherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapie, Ergo-, Logo-, Physiotherapie) (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Sonstige Leistungen (bitte angeben):	

Wie werden integrative Kinder in Ihrer Kindertagesstätte betreut?	○ in der regulären Gruppe ○ Kleingruppe/Intensivgruppe/Integrativgruppe ○ anders: ☐

MUSTER
Nicht ausfüllen!

Können Sie Tendenzen beim Anteil der Anmeldungen von Kindern mit Behinderungen über die letzten 5 Jahre ausmachen?

	Anteil steigend	Anteil gleichbleibend	Anteil sinkend	uneinheitlich	unbekannt
Kinder mit körperlicher Behinderung	○	○	○	○	○
Kinder mit geistiger Behinderung	○	○	○	○	○
Kinder mit seelischer Behinderung	○	○	○	○	○
Kinder mit Mehrfach- Behinderung	○	○	○	○	○

Fragen zu Kindern ohne integrativen Platz

Gibt es in Ihrer Einrichtung Kinder, die Auffälligkeiten haben, für die es keinen Bescheid gibt?	○ Ja ○ Nein
Wie viele Kinder haben Auffälligkeiten, für die es keinen Bescheid gibt?	
Kinder im Alter von unter 3 Jahren: (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Kindergarten-Kinder: (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Grundschulkinder: (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder

Auf welchen Bereich beziehen sich die Auffälligkeiten?
(Mehrfachnennungen möglich)

Körperbehinderung (Schädigung des Skelettsystems oder des Zentralnervensystems, z.B. Fehlbildung) (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Geistige Behinderung (Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; z. B. Trisomie 21) (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Seelische Behinderung (Auffälligkeiten im Verhalten und bei der Kommunikation z. B. ADHS, Depressionen, Angststörung) oder Autismus-Spektrum-Störung (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder

Wären aus Ihrer Sicht weiterführende Hilfeleistungen notwendig?	○ Ja ○ Nein

Welche weiterführenden Hilfen wären notwendig? *(Mehrfachnennungen möglich)*	
Andere Leistungen durch den Bezirk (z. B. Heilpädagogische Kleingruppen, intensiv-Kleingruppen, Ausbau der SVE Plätze) (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Hilfsangebote für das familiäre Umfeld durch die Jugendhilfe (z. B. Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft) (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Medizinische Leistungen (z.B. Familientherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapie, Ergo-, Logo-, Physiotherapie) (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Sonstige Leistungen (bitte angeben):	

MUSTER
Nicht ausfüllen!

Weitere Fragen unabhängig davon, ob ein Bescheid vorliegt oder nicht

Haben Sie schon einmal für ein Kind einen Integrativplatz beantragt?	○ Ja ○ Nein

Wenn Sie schonmal für ein Kind einen Integrativplatz beantragt haben:				
	1-5 Monate	6-12 Monate	Länger als 1 Jahr	Länger als 2 Jahre
Wie viel Zeit vergeht vom Antrag auf Eingliederungshilfe bis zur Bewilligung in der Regel?	○	○	○	○
Wie lange dauert es **davon** durchschnittlich bis zur Diagnose/ zum medizinischen Gutachten?	○	○	○	○
Wie lange warten **davon** die Familien durchschnittlich auf einen Termin bei der begutachtenden Stelle?	○	○	○	○

Mussten Sie schon einmal die Aufnahme eines Kindes (aufgrund o. g. Auffälligkeiten) verweigern bzw. den Betreuungsvertrag vorzeitig beenden?	○ Ja ○ Nein

Aus welchen Gründen mussten Sie schon einmal die Aufnahme eines Kindes verweigern bzw. den Betreuungsvertrag vorzeitig beenden?
Führen Sie eine Warteliste zur Aufnahme für Kinder mit Inklusionsbedarf? ○ Ja ○ Nein

Wie viele Kinder stehen auf der Warteliste zur Aufnahme für Kinder mit Inklusionsbedarf? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Kinder
Wie setzen Sie sich mit dem Thema Inklusion auseinander? (Mehrfachantworten möglich.)	☐ Fortbildungen ☐ Zusammenarbeit mit Trägern (z. B. Erziehungs- und Jugendberatungsstelle, offene Behindertenarbeit etc.) ☐ Beratung durch die Kita-Fachaufsicht ☐ Kontakt zu den Verfahrenslotsinnen ☐ Nicht relevant, da Inklusion derzeit bei uns keine Rolle spielt. ☐ Sonstiges:

Fühlen Sie sich als Team ausreichend informiert über das Thema Inklusion in Kindertagesstätten?	○ Ja ○ Nein

Wenn nein, was würden Sie sich mehr wünschen, um sich ausreichend über das Thema Inklusion in Kindertagesstätten informiert zu fühlen?

Planen Sie Ihre Konzeption in Richtung Inklusion zu verändern?	○ Ja ○ Nein ○ Schon geschehen

Planen Sie die Anzahl integrativer Plätze in Ihrer Einrichtung zu erhöhen?	○ Ja ○ Nein

Um wie viele integrative Plätze planen Sie die Anzahl in Ihrer Einrichtung zu erhöhen? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	☐☐☐ Plätze

Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Anregungen zum Thema Inklusion?

MUSTER
Nicht ausfüllen!