

# Soziales Kompetenztraining in Oberbayern

## Erhebungsbogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir sind Vertreter unterschiedlicher Einrichtungen und Organisationen, die im Rahmen des Autismus Kompetenznetzwerkes Oberbayern (akn) im Fachausschuss ‚Menschen mit Autismus im Erwerbsleben‘ unterschiedliche Themen bearbeiten.

Mit diesem Erhebungsbogen möchten wir die in Oberbayern bereits bestehenden Angebote im Bereich des **Sozialen Kompetenztrainings** (nachfolgend **SKT** genannt) erfassen, die auch für Menschen mit Autismus offen sind. Wir beabsichtigen damit

1. Menschen mit Autismus, die nach einem geeigneten Angebot suchen, einen Überblick geben zu können;
2. ggf. Bedarfe für bestimmte Altersstufen, Grade der Beeinträchtigung oder Regionen festzustellen und dadurch Impulse für Weiterentwicklungen zu geben.

Wenn Sie ein SKT durchführen, das auch für Menschen mit Autismus offen ist, bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen für Ihre Praxis bzw. Einrichtung oder Organisation auszufüllen.

Bitte beachten Sie:

*Wenn Sie in Ihrer Einrichtung/Organisation SKT-Gruppen für unterschiedliche Zielgruppen anbieten, bitten wir Sie, für jede Zielgruppe einen eigenen Erhebungsbogen auszufüllen.*

Wir bitten Sie, den Erhebungsbogen **bis zum 27.10.2017** zu senden an:

Autismus Kompetenznetzwerk Oberbayern  
Zamdorfer Straße 100  
81677 München

oder an  
[info@autkom-obb.de](mailto:info@autkom-obb.de)

**Sie können den Fragebogen auch online ausfüllen:** [www.akn-obb.de](http://www.akn-obb.de) (Aktuelles)

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung, Telefon 089/452 25 87-0

Bitte reichen Sie diesen Erhebungsbogen auch an weitere Professionelle weiter.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Bitte kreuzen Sie zutreffende Angaben an bzw. füllen Sie die Zeilen aus.  
Mehrfaches Ankreuzen ist möglich.

**1. Name, Kontaktdaten**

Name des Anbieters	
Ansprechpartner	
Straße, Nr. / ggf. Postfach	
PLZ	
Ort	
Telefon	
E-Mail	
Website	

**2. Rahmen des Angebotes**

Trifft zu	
<input type="radio"/>	Praxis
<input type="radio"/>	Institutsambulanz
<input type="radio"/>	Klinik oder stationäre Einrichtung
<input type="radio"/>	Tagesstrukturierende Angebote, z.B. Förderstätte, WfbM, berufliche Reha-Maßnahmen, Tagesstätten
<input type="radio"/>	Verein
<input type="radio"/>	Bildungsträger, z.B. Schulen, VHS
<input type="radio"/>	Selbstständig/Freiberuflich
<input type="radio"/>	Anderes: .....

**3. Zugang zum Angebot**

<input type="radio"/>	SKT ist nur als Modul einer Maßnahme nutzbar
<input type="radio"/>	SKT ist als Einzelmodul zugänglich

**Kapazitäten:**

Anzahl der Gruppen .....

Anzahl der Teilnehmer im Jahr .....

Besteht Warteliste (ggf. Wartezeit?) .....

**4. Wo bieten Sie SKT an?**

Ort, Landkreis, Region: .....

**5. Wer übernimmt die Kosten?**

<input type="radio"/>	Kostenträger (wer? .....)
<input type="radio"/>	Kostenträger mit Selbstbeteiligung (Höhe des Eigenanteils .....)
<input type="radio"/>	Selbstzahler

**6. Besondere Voraussetzungen für die Teilnahme**

z.B. Vereinsmitgliedschaft, ärztliche Verordnung, Reha-Antrag

und zwar: .....

.....

**7. Qualifikation der Trainer**

**Welche Berufsgruppen bieten das SKT an?**

<input type="radio"/>	Ärztliche/r Psychotherapeut/in
<input type="radio"/>	Psychologe/in (Dipl. / MA / BA / M.Sc.)
<input type="radio"/>	Psychologische/r Psychotherapeut/in
<input type="radio"/>	Sozialpädagoge/in
<input type="radio"/>	Heilpädagoge/in
<input type="radio"/>	Logopäde/in
<input type="radio"/>	Sonstige: .....

**Erfahrung mit Menschen mit Autismus:**

Kinder mit Autismus	Jugendliche mit Autismus	Erwachsene mit Autismus	(noch) <b>keine</b> Erfahrung mit Autismus
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**8. Zielgruppe**

Kinder	Jugendliche	Erwachsene
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie spezifische Altersgrenzen haben, dann bitte angeben: .....

**Das Angebot ist offen für:**

<input type="radio"/>	Nichtsprechende Menschen
<input type="radio"/>	Menschen mit sprachlichen Einschränkungen
<input type="radio"/>	Menschen mit geistiger Behinderung
<input type="radio"/>	Menschen mit Lernbehinderung
<input type="radio"/>	Menschen mit Asperger-Autismus/hochfunktionalem Autismus
<input type="radio"/>	Menschen mit Frühkindlichem Autismus
<input type="radio"/>	Menschen mit Atypischem-Autismus
<input type="radio"/>	Menschen ohne Autismus
<input type="radio"/>	Menschen mit zusätzlichen körperlichen Beeinträchtigungen
<input type="radio"/>	Sonstige: .....

**Ausschlusskriterien:**

z.B. psychische Erkrankung, Körperbehinderung und zwar: .....

.....

**9. Konzept des SKT**

Eine Kurzbeschreibung Ihres Konzepts können Sie auch gerne beifügen.

- a) Ziele .....
- .....
- b) Theoretische Grundlagen (z.B. orientiert an) .....
- .....
- c) Vorgehen und Methodik (z.B. Rollenspiele, Hausaufgaben, Videoeinsatz) .....
- .....
- d) Ergebnisevaluation (z.B. Abschlussgespräch, Fragebogen) .....
- .....
- e) Besonderheiten .....
- .....

**Trainingssetting**

<input type="radio"/>	Einzeltraining
<input type="radio"/>	Gruppentraining (Gruppengröße .....

Anzahl der Trainer pro Gruppe .....

Häufigkeit, Dauer der Einheiten .....

Zeitraum des Trainings .....

**10. Datenschutz**

<input type="radio"/>	Ich bin damit einverstanden, dass diese Informationen zum Zwecke der Beratung von Betroffenen und Angehörigen an Personen weitergegeben werden, die auf der Suche nach einem SKT sind.
<input type="radio"/>	Ich bin an einer Kooperation mit dem Autismuskompetenzzentrum Oberbayern interessiert, daher möchte ich regelmäßig Informationen per e-Mail erhalten (z.B. Veranstaltungshinweise). <p style="text-align: right;">Nähere Infos: <a href="http://www.autkom-obb.de">www.autkom-obb.de</a></p>
<input type="radio"/>	Ich bin an einer Kooperation mit dem Autismuskompetenznetzwerk Oberbayern (akn) interessiert, daher bitte ich um Weitergabe meiner Daten an den Vorstand des akn. <p style="text-align: right;">Nähere Infos: <a href="http://www.akn-obb.de">www.akn-obb.de</a></p>

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!