

P Fragebogen zu Einzelmaßnahmen (Projekte, Produkte, Aktionen) (Bitte legen Sie für jede Maßnahmebeschreibung einen neuen Fragebogen an und nummerieren diesen fortlaufend.)			
P 1 Maßnahme Nummer: 1			
P 2 Maßnahme Titel: Alkohol-/Drogenfreie stationäre Komplementäreinrichtung (Haus Sebastian)			
P 3 Kurzbeschreibung der Maßnahme (u.a. Zielgruppe, Ziele, Inhalt auf etwa ½ Seite)			
Ziel: Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII			
Beschreibung: Ganzheitlicher Integrationsansatz (siehe beigelegte Konzeption)			
	<input type="checkbox"/>	Verhaltensprävention	
	<input type="checkbox"/>	Verhältnisprävention	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Verhaltens- und Verhältnisprävention	
P 5 Welches ist die Zielgruppe?			
	<input type="checkbox"/>	Multiplikatoren	
	<input type="checkbox"/>	Kinder	
	<input type="checkbox"/>	Jugendliche	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Erwachsene	
		Andere (Bitte benennen):	Menschen mit Einfach/Doppeldiagnose CMA-Patienten
P 6 Ist die Maßnahme unter dem Aspekt der Flächenwirkung in Ihrer Kommune (bei Landkreisen in den kreisangehörigen Gemeinden):			
	<input type="checkbox"/>	Flächendeckend	
	<input type="checkbox"/>	teilweise flächendeckend	
	<input checked="" type="checkbox"/>	eher punktuell in ausgewählten Einrichtungen (bzw. Kommunen)	
		Sonstiges (Bitte benennen):	
P 7 Wann wurde mit der Maßnahme begonnen?			
	<input checked="" type="checkbox"/>	vor 2000	<input type="checkbox"/> 2000 bis 2002 <input type="checkbox"/> nach 2002
P 8 Welche Laufzeit hat die Maßnahme?			
	<input checked="" type="checkbox"/>	Dauerangebot	<input type="checkbox"/> Bis zu zwei Jahren <input type="checkbox"/> Mehr als zwei Jahre

P 9 Wie lange ist die Finanzierung der Maßnahme gesichert?							
	<input checked="" type="checkbox"/>	Dauerhaft		<input type="checkbox"/>	Zahl der Jahre (Bitte benennen):		Offen
P 10 Wird die Maßnahme dokumentiert?							
	<input checked="" type="checkbox"/>	ja		<input type="checkbox"/>	nein		
P 11 Wird die Maßnahme evaluiert?							
	<input checked="" type="checkbox"/>	Selbstevaluation wurde durchgeführt					
	<input type="checkbox"/>	Fremdevaluation wurde durchgeführt					
	<input type="checkbox"/>	Evaluation ist geplant					
	<input type="checkbox"/>	Keine Evaluation					
P 12 Hat die Maßnahme eine geschlechtsspezifische Ausrichtung?							
	<input checked="" type="checkbox"/>	ja		<input type="checkbox"/>	Nein		
P 13 Gibt es in der Maßnahme eine interkommunale Kooperation?							
	<input checked="" type="checkbox"/>	ja		<input type="checkbox"/>	Nein		
		Wenn ja, welche? (Bitte benennen):					
		Arbeitstherapie					
P 14 Gibt es in der Maßnahme eine überregionale Kooperation?							
	<input type="checkbox"/>	Ja		<input checked="" type="checkbox"/>	Nein		
		Wenn ja, welche? (Partner bitte benennen):					
P 15 Welche Methoden und Materialien werden eingesetzt?							
	<input type="checkbox"/>	Selbst entwickelte Methoden und Instrumente					
	<input type="checkbox"/>	Von Dritten entwickelten Methoden und Instrumente					
	<input checked="" type="checkbox"/>	Beides					
P 16 Sind diese evaluiert?							
	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja		<input type="checkbox"/>	Nein		
		Wenn ja, bitte benennen:				E.F.Q.M.	