

## ANTRAG ZUR ANERKENNUNG ALS KOOPERIERENDE PRAXISSTELLE

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Praxispartnerinnen, liebe Praxispartner,

Praxisorientierung wird an unserer Hochschule großgeschrieben. Dies gilt insbesondere für die enge Verzahnung von Theorie und Praxis in den Vorlesungen und Seminaren, die regelmäßige Einbindung von Praxisvertretern in die Lehre, die verschiedenen durch die Hochschule begleiteten Praxisphasen im Studium sowie für die anwendungsorientierte Forschung.

Um dies auf eine qualitativ gute Basis zu stellen und verlässliche Zusammenarbeit auf partnerschaftlicher Basis zu ermöglichen, hat der Fachbereich Sozialwesen am Standort Köln ein Konzept für die Kooperation mit Praxisstellen entwickelt. In diesem Rahmen spricht der Fachbereich eine Anerkennung als „Kooperierende Praxisstelle“ aus, wenn in Praxisstellen eine an fachlichen Standards ausgerichtete pädagogische Arbeit geleistet und eine qualifizierte Ausbildung und Praxisanleitung gewährleistet wird.

Mit diesem Fragebogen beantragen Sie eine Anerkennung als „Kooperierende Praxisstelle“.  
Wir gehen davon aus, dass Sie die Konzeption der Studiengänge und der Praxismodule kennen und mittragen, und stellen Ihnen diese Dokumente über unsere Website  
<https://katho-nrw.de/fuer-die-praxis/angebote-fuer-die-praxis-fachbereich-sozialwesen-koeln>

Wir danken für Ihr Interesse und die damit verbundene Wertschätzung und freuen uns auf die Zusammenarbeit!



Prof.in Dr. Heike Wiemert  
Dekanin Fachbereich Sozialwesen

## 1. Daten der Einrichtung

<b>Name der Einrichtung</b>
-----------------------------

<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>	<b>Straße</b>	<b>Hausnr.</b>
------------	------------	---------------	----------------

<b>Telefon</b>	<b>E-Mail</b>	<b>Homepage</b>
----------------	---------------	-----------------

<b>Art der Einrichtung</b> (Beispiele: Kindertagesstätte, offene Ganztagschule, stationäre Einrichtung)
---

<b>Trägerzugehörigkeit der Einrichtung</b>	
<input type="checkbox"/> Öffentlicher, kommunaler Träger	<input type="checkbox"/> Deutscher Caritasverband (DCV)
<input type="checkbox"/> Der katholischen Kirche angeschlossen	<input type="checkbox"/> Der Paritätische Gesamtverband
<input type="checkbox"/> Der evangelischen Kirche angeschlossen	<input type="checkbox"/> Deutsches Rotes Kreuz (DRK)
<input type="checkbox"/> Arbeiterwohlfahrt (AWO)	<input type="checkbox"/> Diakonie Deutschland
<input type="checkbox"/> Zentralwohlfahrtsstelle der Juden Deutschlands (ZWST)	<input type="checkbox"/> Privat Gewerblicher Träger
Andere:	

<b>Ist die Einrichtung barrierefrei?</b>		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise

<b>Ist die Einrichtung dem allgemeinen Besucherverkehr zugänglich?</b>		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise

## 2. Angaben zur Personalstruktur und –qualifikation

**Welchen Ausbildungshintergrund haben die Fachkräfte?**  
**Bei Personen mit mehreren Qualifikationen berücksichtigen Sie bitte nur die höchste Qualifikation.**  
**Bitte tragen Sie in die freien Spalten jeweils die Anzahl der Personen ein die über die bezeichnete Qualifikation verfügen.**  
 (Mehrfachnennungen sind möglich!)

Anzahl der Personen in:	Vollzeit	Teilzeit
Sozialpädago_in / Sozialarbeiter_in		
Kindheitspädagog_in		
Pädagog_in / Erziehungswissenschaftler_in		
Sonderpädagog_in		
Erzieher_in (Fachschule)		
Heilerzieher_in (Fachschule)		
Kinderpfleger_in		
Logopäd_in		
Motopäd_in		
Ergotherapeut_in		
Sozialpädagogische Assistent_in		
Integrationshelfer_in/Integrationshelfer_in		
Jahrespraktikant_in		
Praxisintegrierte Ausbildung (PiA) zur Erzieher_in		
Hauswirtschaftler_in		
Koch/ Köchin		
Gärtner_in		
Beschäftigte mit anderer Qualifikation		

**Wie häufig und in welchem Umfang finden Teamsitzungen statt?**

<input type="checkbox"/> 1x pro Monat	<input type="checkbox"/> wöchentlich
<input type="checkbox"/> 2x pro Monat	<input type="checkbox"/> häufiger
<input type="checkbox"/> 3x pro Monat	<input type="checkbox"/> seltener

**Zeitdauer einer typischen Teamsitzung:**

**Wie häufig und in welchem Umfang finden Supervisionen statt?**

<input type="checkbox"/> 1x pro Monat	<input type="checkbox"/> häufiger
<input type="checkbox"/> 2x pro Monat	<input type="checkbox"/> seltener

**Zeitdauer einer typischen Supervision:**

**Finden jährlich Zielvereinbarungsgespräche zur Personalentwicklung mit den Mitarbeiter\_innen statt?**  
**Wie werden diese gestaltet?**

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, sie werden wie folgt gestaltet
-------------------------------	---

## Die kontinuierliche Weiterqualifizierung des Personals der Einrichtung wird folgendermaßen sichergestellt:

(Bitte ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich!)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bereitstellung aktueller Fachliteratur/-zeitschriften | <input type="checkbox"/> Teilnahme an Arbeitskreisen / Gesprächsgruppen |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme an Fachtagungen                             | <input type="checkbox"/> Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen         |
| <input type="checkbox"/> Andere  |   |

## Gibt es eine festgelegte Anzahl von Fortbildungstagen, die den Mitarbeiter\_innen der Einrichtung im Jahr zustehen?

- Nein |  Ja, wie viele

## Wie viele Stunden stehen jedem Mitarbeiter\_in pro Woche für Vor- und Nachbereitung der Arbeit, sog. Verfügungszeiten, zur Verfügung?

Vollzeitkraft

Teilzeitkraft

Praktikant\_in

## 3. Angaben zur Einrichtungsleitung

<b>Titel</b>	<b>Vorname</b>	<b>Nachname</b>
--------------	----------------	-----------------

<b>Telefon</b>	<b>E-Mail</b>
----------------	---------------

## Welchen Ausbildungshintergrund hat die Einrichtungsleitung?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sozialpädagog_in/ Sozialarbeiter_in (FH)                       | <input type="checkbox"/> Sonderpädagog_in (Universität) |
| <input type="checkbox"/> Kindheitspädagog_in (FH/ Universität)                          | <input type="checkbox"/> Erzieher_in (Fachschule)       |
| <input type="checkbox"/> Heilpädagog_in (FH/ Universität)                               | <input type="checkbox"/> Heilerzieher_in (Fachschule)   |
| <input type="checkbox"/> Pädagog_in/ Erziehungswissenschaftler_in (Universität)         |   |
| <input type="checkbox"/> Anderen universitären Abschluss (z.B. Soziologie, Psychologie) |   |

## Die Einrichtungsleitung ist

- ganz von der (direkten) Arbeit mit Adressat\_innen freigestellt
- Stundenweise von der Arbeit mit Adressat\_innen freigestellt und zwar mit \_\_\_\_ Stunden
- nicht freigestellt

## 4. Konzepte der Einrichtung

**In folgenden Handlungsfeldern ist die Einrichtung mit Angeboten, Maßnahmen und Projekten vertreten:**

(Mehrfachnennungen sind möglich)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Betreuungen   | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendarbeit/ Jugendverbandsarbeit  |
| <input type="checkbox"/> Schulsozialarbeit   | <input type="checkbox"/> Erlebnispädagogik                               |
| <input type="checkbox"/> Jugendsozialarbeit  | <input type="checkbox"/> Migration, Internationalität, Interkulturalität |
| <input type="checkbox"/> Pflégewesen   | <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuungen                         |
| <input type="checkbox"/> Hilfen für Menschen mit Behinderung                       | <input type="checkbox"/> Hilfen für Menschen in besonderen Notlagen      |
| <input type="checkbox"/> Soziale Arbeit im Gemeinwesen                             | <input type="checkbox"/> Altenhilfe, Altenarbeit, Altenbildung           |
| <input type="checkbox"/> Materielle Grundsicherung, Arbeit und Arbeitslosigkeit    |  |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrische Hilfen/ Sozialtherapeutische Einrichtungen |  |
| <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen  |  |
| <input type="checkbox"/> Andere:   |  |

**Welche regelmäßigen konzeptionellen Angebote sind in der Einrichtung vorhanden?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erlebnispädagogische Angebote | <input type="checkbox"/> Digitale/ medienpädagogische Angebote   |
| <input type="checkbox"/> Interkulturelle Angebote      | <input type="checkbox"/> Künstlerisch pädagogische Angebote      |
| <input type="checkbox"/> Tiergestützte Angebote        | <input type="checkbox"/> Sport/ bewegungstherapeutische Angebote |
| <input type="checkbox"/> Andere:                       |  |

**Welche zusätzlichen Leistungen und Dienste werden in der Einrichtung angeboten**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hol- und Bringdienst      | <input type="checkbox"/> Vermittlung von Betreuungsangeboten              |
| <input type="checkbox"/> Ehrenamtliches Engagement | <input type="checkbox"/> Vermittlung von Hilfen in speziellen Lebenslagen |
| <input type="checkbox"/> Andere:                   |   |

**Hat Ihre Einrichtung eine schriftlich formulierte Konzeption?**

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja (bitte als PDF-Datei anhängen) | <input type="checkbox"/> Nein |
|--|-------------------------------|

**Wenn die Einrichtung ein Einrichtungskonzept hat, welche konzeptionellen Schwerpunkte werden gesetzt?**

**Wenn die Einrichtung ein Einrichtungskonzept hat, wann fand die letzte Überarbeitung statt, an der das Team beteiligt war?**

Datum:

**Mit folgenden Institutionen bestehen kontinuierliche Kooperationen** (Mehrfachantworten möglich)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Familienzentren             | <input type="checkbox"/> Kindertageseinrichtungen       |
| <input type="checkbox"/> Grundschulen                | <input type="checkbox"/> Sozialpädagogische Fachschulen |
| <input type="checkbox"/> Frühförderzentren           | <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrische Zentren     |
| <input type="checkbox"/> Sportvereine                | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrische Zentren   |
| <input type="checkbox"/> Musikschulen                | <input type="checkbox"/> (Fach-) Kliniken               |
| <input type="checkbox"/> Universitäten / Hochschulen | <input type="checkbox"/> Beratungsstellen               |
| <input type="checkbox"/> Andere:                     |   |

**Bitte benennen Sie wichtige Schwerpunkte für die Arbeit mit Angehörigen**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aufnahmegespräche und Anamnese  | <input type="checkbox"/> Möglichkeit der Hospitation       |
| <input type="checkbox"/> Regelmäßige Tür- und Angelgespräche   | <input type="checkbox"/> Angehörigenbriefe/ -informationen |
| <input type="checkbox"/> Angehörigenstammtisch   | <input type="checkbox"/> Familienfeste                     |
| <input type="checkbox"/> Konzepte der Erziehungspartnerschaft  | <input type="checkbox"/> Regelmäßige Angehörigengespräche  |
| <input type="checkbox"/> Dokumentation der Angehörigengespräche  | <input type="checkbox"/> Hausbesuche                       |
| <input type="checkbox"/> Einsehbare Entwicklungsportfolios   | <input type="checkbox"/> Transparentes Konzept             |
| <input type="checkbox"/> Angehörigenbefragung  |  |
| <input type="checkbox"/> Angehörigencafé / Informationsbroschüren etc.   |  |
| <input type="checkbox"/> Angehörigengruppen (z.B. mit Themenschwerpunkt oder für Alleinerziehende Menschen mit Migrationshintergrund, Väter, etc.) |  |
| <input type="checkbox"/> Transparenter pädagogischer Einrichtungsalltag durch für die Angehörigen einsehbare Dokumentation                         |  |
| <input type="checkbox"/> Andere:   |  |

**Die Einrichtung verfügt über folgende zusätzliche Zertifizierungen oder Auszeichnungen:**

## 5. Angaben zu Praktika

**In welchen Einsatzfeldern der Einrichtung werden Praktikant\_innen eingesetzt?**

**Wie viele Praktikant\_innen nehmen Sie im Jahr an?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> _____ Berufspraktikant_innen  | <input type="checkbox"/> _____ Praktikant_innen im Freiwilligendienst |
| <input type="checkbox"/> _____ Schülerpraktikant_innen   | <input type="checkbox"/> _____ Praktikant_innen im Praxissemester     |
| <input type="checkbox"/> _____ PiA-Praktikant_innen (PiA = Praxisintegrierte Ausbildung zum/zur Erzieher_in) |   |
| <input type="checkbox"/> Andere:   |   |

**Welche Aufnahmekriterien bestehen für eine/n Praktikant\_in?**

**Inwiefern werden die Praktikant\_innen in die pädagogische / soziale und übergreifende Arbeit einbezogen?**

**An welchen betriebsinternen Veranstaltungen können Praktikant\_innen teilnehmen?**

- Teamsitzungen  Supervisionen  Fort- und Weiterbildungen  
 Andere:

**Folgende Verfahren und Methoden zur Ausbildungsbetreuung werden in der Einrichtung angewandt**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erstellen eines Ausbildungsplans   | <input type="checkbox"/> Einbezug in Supervision/ Intervention          |
| <input type="checkbox"/> Einbezug in den pädagogischen Alltag   | <input type="checkbox"/> Regelmäßiges Feedback über pädagogische Arbeit |
| <input type="checkbox"/> Einbezug in Teamsitzungen  |   |
| <input type="checkbox"/> Regelmäßig stattfindende Gespräche über den Entwicklungsverlauf  |   |
| <input type="checkbox"/> Einbezug in die direkte Arbeit mit Adressat_innen (Beratungsgespräche etc.)                            |   |
| <input type="checkbox"/> Einbezug in die Arbeit mit Angehörigen, z.B. bei Angehörigenabenden/ -gesprächen                       |   |
| <input type="checkbox"/> Schaffung von Rahmenbedingungen für die Umsetzung fachschulischer / hochschulischer Aufgabenstellungen |   |
| <input type="checkbox"/> Andere:  |   |

**Werden die Praktikant\_innen vergütet? Wenn ja, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang?**

## 6. Angaben zur Praxisanleitung bzw. Mentor\_in (vgl. dazu auch das Praxiskonzept)

**Wieviele Fachkräfte mit Qualifikation zur Anleitung (siehe Praxiskonzept) gibt es in Ihrer Einrichtung:**

Anleiter\_innen Soziale Arbeit, B.A.

Anleiter\_innen Kindheitspädagogik, B.A.

**Wie viel Jahre Berufserfahrung werden bei Ihnen für die Praxisanleitung vorausgesetzt?**

**Welche Zusatzqualifikationen haben die als Praxisanleitung vorgesehenen Fachkräfte?**

**Wird eine Praxis-Anleiter-Schulung durchgeführt?**

**Welche Formen der Qualitätssicherung werden angewandt?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement       | <input type="checkbox"/> Evaluation              |
| <input type="checkbox"/> Supervision               | <input type="checkbox"/> Kollegiale Fallberatung |
| <input type="checkbox"/> Regelmäßige Teamsitzungen | <input type="checkbox"/> Konzeptionstage         |
| <input type="checkbox"/> Team Tage                 | <input type="checkbox"/> Fort-/ Weiterbildung    |
| <input type="checkbox"/> Andere:                   |  |

Für die Praxisanleitung wird wöchentlich die Zeit von \_\_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_\_ Minuten zur Verfügung gestellt.

**Finden regelmäßig Praxisanleitergespräche statt?**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, wöchentlich              | <input type="checkbox"/> Ja, 14-tägig |
| <input type="checkbox"/> Ja, und zwar alle _____ Tage | <input type="checkbox"/> Nein         |

Hiermit versichern wir, dass die im Fragebogen angegebenen Daten vollständig sind und die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel der Einrichtungsleitung)