

Herzlich Willkommen

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für die Teilnahme an unserer Umfrage nehmen. Ziel dieser Umfrage ist ein umfassender Überblick über den aktuellen Stand des Therapeutischen Reitens bzw. der Pferdegestützten Intervention in Deutschland. Je mehr Menschen an dieser Umfrage teilnehmen, desto repräsentativer sind die Ergebnisse.

Diese Umfrage wird nicht mehr als 15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Ihre Antworten werden vollständig anonym behandelt. Die Ergebnisse unserer Umfrage werden zeitnah veröffentlicht.

Wenn Sie Fragen zu der Umfrage haben, senden Sie uns eine E-Mail an vw@johannisberg.net.

Verwenden Sie die folgenden Navigationsschaltflächen, um durch die Umfrage zu navigieren:

- Klicken Sie auf die Schaltfläche [Weiter], um zur nächsten Seite zu wechseln.
- Klicken Sie auf die Schaltfläche [Zurück], um zur vorherigen Seite zurückzuwechseln.
- Klicken Sie auf die Schaltfläche [Umfrage beenden], wenn Sie die Umfrage beenden möchten.
- Klicken Sie auf die Schaltfläche [Fertig], um die Umfrage zu übermitteln.

Angebotsbreite und -struktur der Einrichtungen

Das Angebot an Therapeutischem Reiten bzw. Pferdegestützter Intervention ist sehr vielfältig.

Welche der folgenden Bereiche bieten Sie in Ihrer Einrichtung an?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hippotherapie | <input type="checkbox"/> Pferdesport für Menschen mit Behinderungen |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeutische Förderung mit dem Pferd | <input type="checkbox"/> Gesundheitssport mit dem Pferd |
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Förderung mit dem Pferd/ Reitpädagogik/
Reittherapie | <input type="checkbox"/> Kindergarten- und Schulsport mit dem Pferd |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Förderung mit dem Pferd | <input type="checkbox"/> Arbeitspädagogische & arbeitsbegleitende Angebote |
| <input type="checkbox"/> Logopädische Förderung mit dem Pferd | <input type="checkbox"/> Coaching, Personal- und Managertraining |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (Bitte angeben) | |

Wo liegen die therapeutischen Schwerpunkte in Ihrer Einrichtung? Ordnen Sie bitte die folgenden Therapiebereiche nach der Relevanz für Ihre Einrichtung - beginnend beim größten Therapiebereich (=1).

<input type="text"/>	Hippotherapie	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Ergotherapeutische Förderung mit dem Pferd	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Heilpädagogische Förderung mit dem Pferd/ Reitpädagogik/ Reittherapie	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Psychotherapeutische Förderung mit dem Pferd	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Logopädische Förderung mit dem Pferd	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Pferdesport für Menschen mit Behinderungen	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Gesundheitssport mit dem Pferd	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Kindergarten- und Schulsport mit dem Pferd	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Arbeitspädagogische & arbeitsbegleitende Angebote	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Coaching, Personal- und Managertraining	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Sonstige	<input type="checkbox"/>	nicht relevant

Welche Aussage trifft für Ihre Einrichtung zu?

- Unser Angebot an Therapeutischem Reiten/ Pferdegestützter Intervention wird neben dem allgemeinen Reitbetrieb angeboten.
- Therapeutisches Reiten/ Pferdegestützte Intervention ist ein Bestandteil unseres therapeutischen Angebots.
- Wir bieten in unserer Einrichtung ausschließlich Therapeutisches Reiten/ Pferdegestützte Intervention an.
- Keine Angabe

Wie viele Therapeutinnen/Therapeuten, Therapieassistentinnen/Therapieassistenten und Therapiepferde sind in Ihrer Einrichtung im Einsatz?

	Anzahl
Therapeutinnen/Therapeuten	<input type="text"/>
Therapieassistentinnen/Therapieassistenten	<input type="text"/>
Therapiepferde	<input type="text"/>

Welche Infrastruktur bietet Ihre Einrichtung?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reithalle < 20 x 40 m | <input type="checkbox"/> Außenreitplatz |
| <input type="checkbox"/> Reithalle ≥ 20 x 40 m | <input type="checkbox"/> Gelände |
| <input type="checkbox"/> Longierhalle | <input type="checkbox"/> Roundpen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (Bitte angeben) | |

Wer ist der Träger Ihrer Einrichtung?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche | <input type="checkbox"/> Private Initiative |
| <input type="checkbox"/> Gemeinnütziger Verein | <input type="checkbox"/> Stiftung |
| <input type="checkbox"/> Karitative/kirchliche Einrichtung | <input type="checkbox"/> Selbstständig |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (Bitte angeben) | |

Welche Zertifizierung/en hat Ihre Einrichtung?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> „Anerkannte Einrichtung für Therapeutisches Reiten“ (DKThR) |
| <input type="checkbox"/> Zertifizierung nach DIN EN ISO |
| <input type="checkbox"/> Keine |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (Bitte angeben) |

Patienten-/Klientenstruktur

Mit welchen Altersgruppen (Patienten, Klienten) arbeiten Sie in Ihrer Einrichtung?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kleinkinder (< 2 Jahre) | <input type="checkbox"/> Jugendliche (12 - 17 Jahre) |
| <input type="checkbox"/> Kinder (2 - 11 Jahre) | <input type="checkbox"/> Erwachsene (≥ 18 Jahre) |

Mit welche Altersgruppen arbeiten Sie hauptsächlich in Ihrer Einrichtung? Geben Sie bitte eine Rangfolge der Altersgruppen Ihrer Patienten/Klienten an - beginnend mit der größten Altersgruppe (=1).

<input type="text"/>	Kleinkinder (< 2 Jahre)	<input type="checkbox"/> nicht relevant
<input type="text"/>	Kinder (2 - 11 Jahre)	<input type="checkbox"/> nicht relevant
<input type="text"/>	Jugendliche (12 - 17 Jahre)	<input type="checkbox"/> nicht relevant
<input type="text"/>	Erwachsene (≥ 18 Jahre)	<input type="checkbox"/> nicht relevant

Arbeitssituation und Qualifikation der Therapeuten

**Welche Ausbildung/en im Bereich des Therapeutischen Reitens/ der Pferdegestützten Intervention haben Ihre Therapeutinnen/Therapeuten erfolgreich absolviert?
(Mehrfachnennungen möglich)**

DKThR = Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V.

IPTh = Institut für Pferdegestützte Therapie

SV-HPR = Schweizerische Vereinigung für Heilpädagogisches Reiten

SG-TR = Schweizer Gruppe Therapeutisches Reiten

FKThR = Förderkreis Therapeutisches Reiten e.V.

Anzahl Therapeutinnen/Therapeuten

Staatlich geprüfte Fachkraft für heilpädagogische Förderung mit dem Pferd DKThR	<input type="text"/>
Fachkraft für Ergotherapeutische Behandlung mit dem Pferd DKThR	<input type="text"/>
Ausbilder/in im Reiten als Sport für Menschen mit Behinderung DKThR	<input type="text"/>
Reitpädagogin/Reitpädagoge oder Voltigierpädagogin/Voltigierpädagoge DKThR	<input type="text"/>
Hippotherapeut/in DKThR	<input type="text"/>
Pferdegestützte Psychotherapeut/in IPTh	<input type="text"/>
Reittherapeut/in IPTh	<input type="text"/>
Hippotherapeut/in IPTh	<input type="text"/>
Reitpädagogin/Reitpädagoge IPTh	<input type="text"/>
Reitpädagogische/r Assistent/in IPTh	<input type="text"/>
Reitpädagogin/Reitpädagoge SV-HPR	<input type="text"/>
Dipl. Reitpädagogin /Reitpädagoge SG-TR	<input type="text"/>
Dipl. Reittherapeut/in SG-TR	<input type="text"/>
Übungsleiter/in für pferdegerechten Basisunterricht FKThR	<input type="text"/>
Reittherapeutische/r Assistent/in (RTA) FKThR	<input type="text"/>
Reitlehrer/in für Menschen mit besonderen Bedürfnissen FKThR	<input type="text"/>
Reittherapeut/in mit Schwerpunktbereich Heilpädagogisches Arbeiten mit dem Pferd/Heilpädagogisches Reiten FKThR	<input type="text"/>
Keine spezifische Ausbildung	<input type="text"/>

Sonstige (Bitte Ausbildung und Anzahl der Therapeutinnen/Therapeuten angeben)

Welche reitsportliche Qualifikation/en haben Ihre Therapeutinnen/Therapeuten? (Mehrfachnennungen möglich)

Anzahl der Therapeutinnen/Therapeuten

Deutsches Reitabzeichen (I-IV)

Trainer (A-C)

Pferdewirt/in

Reitlehrer/in

Keine

Sonstige (Bitte Qualifikation und Anzahl der Therapeuten angeben)

Wie oft ermöglichen Sie Ihren Therapeutinnen/Therapeuten Fortbildungs- /Weiterbildungsmöglichkeiten?

- < 1 x jährlich
- 1 x jährlich
- ≥ 1 x jährlich

In welchem Umfang sind die Therapeutinnen/Therapeuten in Ihrer Einrichtung tätig?

Anzahl der Therapeutinnen/Therapeuten

Vollzeit ≥ 40 h/Woche

Teilzeit < 40 h/Woche

Bestandsaufnahme der Therapiepferde

Welcher Pferderasse gehören Ihre Therapiepferde an?

Anzahl der Therapiepferde

Vollblut- und arabische Rassen

Warmblutrassen

Halbblutrassen

Kaltblutrassen

Ponys und Kleinpferde

Sonstige (Bitte Rasse und Anzahl der Pferde angeben)

Welches Alter haben Ihre Therapiepferde?

Anzahl der Therapiepferde

≤ 6 Jahre

7 - 15 Jahre

16 - 20 Jahre

> 20 Jahre

Organisation und Finanzierung der Therapie

Welche Hilfsmittel stehen in Ihrer Einrichtung zur Verfügung? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aufstiegshilfe | <input type="checkbox"/> Pad |
| <input type="checkbox"/> Eingriffsgurt | <input type="checkbox"/> Rampe |
| <input type="checkbox"/> Fellsattel | <input type="checkbox"/> Sattel |
| <input type="checkbox"/> Harter Schaumstoffklotz | <input type="checkbox"/> Sicherheitsweste |
| <input type="checkbox"/> Holzpferd | <input type="checkbox"/> Sicherungsgurt (mit/ohne Klettverschluss) |
| <input type="checkbox"/> Keilkissen | <input type="checkbox"/> Spezialsattel |
| <input type="checkbox"/> Klettpelotten | <input type="checkbox"/> Steigbügelkörbchen/Bügelspoiler |
| <input type="checkbox"/> Lammfell | <input type="checkbox"/> Zweigriffiger Gurt |
| <input type="checkbox"/> Lifter | <input type="checkbox"/> Keine |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (Bitte angeben) | |

Wie viele Therapieplätze (max. Kapazität) bietet Ihre Einrichtung an?

Anzahl

max. Anzahl der Patienten/Klienten pro Woche

Wie lange dauert eine durchschnittliche Therapieeinheit pro Patient/Klient (inkl. Auf- und Absitzen)?

Angabe in Minuten

Dauer der Einzeltherapie

Dauer der Gruppentherapie

Stehen zum aktuellen Zeitpunkt Personen auf einer Warteliste?

- Ja
- Nein
- Keine Angabe

Organisation und Finanzierung der Therapie

Wie viele Personen stehen aktuell auf Ihrer Warteliste?

Anzahl der Wartenden

Warteliste

Organisation und Finanzierung der Therapie

Wie viele freie Plätze hat Ihre Einrichtung nach aktuellem Stand?

Anzahl an freien Plätzen

Freie Plätze

Organisation und Finanzierung der Therapie

Wie teuer ist eine Therapieeinheit im Durchschnitt pro Patient/Klient?

Einzelabrechnung (Angabe in €)

Monatspauschale (Angabe in €)

Kosten pro Einzeltherapie

Kosten pro

Gruppentherapie

Ist ein zusätzlicher Beitritt in eine Organisation (z.B. Verein) für den Patienten/Klienten im Bereich des Therapeutischen Reitens/ der Pferdegestützten Intervention obligatorisch?

- Ja
- Nein
- Keine Angabe

Organisation und Finanzierung der Therapie

Wie hoch sind die Kosten für den Beitritt?

Kinder und Jugendliche

Erwachsene

Aufnahmegebühr

Jahresbeitrag

Die Finanzierung der Therapie kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Welche Finanzierungsarten sind für Ihre Einrichtung relevant? (Mehrfachnennungen möglich)

- Berufsgenossenschaft
- Krankenkasse
- Finanzierung im Rahmen von Reha-Maßnahmen
- private Finanzierung durch Patienten/Klienten
- Finanzierung über Eingliederungshilfen
- Spenden
- Sonstige (Bitte angeben)

Bitte sortieren Sie die Finanzierungsarten nach ihrer Relevanz für Ihre Einrichtung - beginnend mit der größten Finanzierungsart (=1).

<input type="text"/>	Berufsgenossenschaft	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Finanzierung im Rahmen von Reha-Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Finanzierung über Eingliederungshilfen	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	private Finanzierung durch Patienten/Klienten	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Spenden	<input type="checkbox"/>	nicht relevant
<input type="text"/>	Sonstige	<input type="checkbox"/>	nicht relevant

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Die Daten dieser Erhebung werden anonymisiert. Bitte geben Sie zum Schluss die ersten zwei Ziffern der Postleitzahl Ihrer Einrichtung für statistische Zwecke an.

Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Kommentare zu diesem Fragebogen?