Block 1: Soziodemografie

1.1 In welcher beruflichen Stellung befinden Sie sich?

☐	Ich bin selbstständig tätig.
☐	Ich bin angestellt als Berufsbetreuer*in in einem Betreuungsbüro tätig.
☐	Ich bin als Vereinsbetreuer*in in einem Betreuungsverein angestellt.
☐	Ich bin als Behördenbetreuer*in angestellt tätig.

1.2 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

☐	Männlich	☐	Weiblich	☐	Divers

1.3 Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr an: _____

1.4 Bitte nennen Sie uns das Jahr Ihrer Erstbestellung als Berufsbetreuer*in: _____

1.5 In welchem Bundesland befindet sich der Sitz Ihres Betreuungsbüros?

☐ Baden-Württemberg	☐ Mecklenburg-Vorpommern
☐ Bayern	☐ Niedersachen
☐ Berlin	☐ Nordrhein-Westfalen
☐ Brandenburg	☐ Rheinland-Pfalz
☐ Bremen	☐ Saarland
☐ Hamburg	☐ Sachsen-Anhalt
☐ Hessen	☐ Sachsen
☐ Schleswig-Holstein	☐ Thüringen

1.6 Wie groß ist der Ort, an dem Ihre Stammbehörde sitzt?

☐	Kleine Kleinstadt (5.000 bis unter 10.000 Einwohner*innen)
☐	Große Kleinstadt (10.000 bis unter 20.000 Einwohner*innen)
☐	Kleine Mittelstadt (20.000 bis unter 50.000 Einwohner*innen)
☐	Große Mittelstadt (50.000 bis unter 100.000 Einwohner*innen)
☐	Kleinere Großstadt (100.000 bis unter 500.000 Einwohner*innen)
☐	Große Großstadt (ab 500.000 Einwohner*innen)

1.7 Beschäftigen Sie aktuell Angestellte?

☐	Ja
☐	Nein

1.7.1(Wenn 1.7 ja) Wie viele Angestellte beschäftigen Sie aktuell insgesamt?

Insgesamt: _____ Davon Berufsbetreuer*innen: _____

1.7.2 (Wenn 1.7 ja) Bitte geben Sie an, welche Angestellte Sie beschäftigen und in welchem Umfang?

Art der Mitarbeitenden	Sozialversicherungspflichtig angestellt?	Fachkraft	Arbeitsumfang in h/Woche
	Ja - nein	Ja - nein	
Mitarbeiter*in 1			
Mitarbeiter*in 2			
Mitarbeiter*in 3			
Usw.			

1.8 Wie viele Stunden wenden Sie aktuell etwa pro Woche für Ihre Tätigkeit auf?

_____ Stunden pro Woche

1.9 Wie viele Klient*innen betreuen Sie aktuell? _____ Klient*innen

1.10 Wie sind Sie auf unsere Befragung aufmerksam geworden?

☐ Über den Bundesverband der Berufsbetreuer*innen (BdB)
☐ Über die Betreuungsbehörden
☐ Über Social Media
☐ Über andere Kanäle, und zwar: _____

1.11 Sind Sie Mitglied im BdB?

☐ Ja
☐ Nein

1.11.1 (Wenn 1.11 Ja) Zu welchem Mitgliedstyp des BdB gehören Sie?

☐ Selbstständige Berufsbetreuer*in
☐ Behördenbetreuer*in
☐ Vereinsbetreuer*in
☐ Anwärter*in
☐ Fördermitglied

Block 2: Zusammensetzung der Betreuungsverhältnisse & Mehrbelastung durch Aspekte des VBVG

2.1 Nachfolgend interessiert uns die momentane Zusammensetzung Ihrer Betreuungsverhältnisse. Bitte tragen Sie in jedes Feld ein, wie viele Klient*innen Sie aktuell in dieser Kategorie betreuen.

Vermögensstatus	Gewöhnlicher Aufenthaltsort	Dauer der Betreuung	Anzahl
Nicht mittellos	Stationäre Einrichtung	Bis 12. Monat	
		Ab 13. Monat	
	Andere Wohnform	Bis 12. Monat	
		Ab 13. Monat	
Mittellos	Stationäre Einrichtung	Bis 12. Monat	
		Ab 13. Monat	
	Andere Wohnform	Bis 12. Monat	
		Ab 13. Monat	

2.2 In welche Vergütungsstufe werden Sie eingeordnet?

☐ Stufe 1	☐ Stufe 2

2.3 Im Jahr 2023 wurden im Rahmen einer Novellierung einige Neuerungen im BtOG eingeführt. Wie hat sich der Zeitaufwand hinsichtlich der unten genannten Punkte diesbezüglich verändert?

	(1) Deutlich höher	(2) Höher	(3) Gleichbleibend	(4) Niedriger	(5) Deutlich niedriger
Erstellung der Jahresberichte					
Unterstützte Entscheidungsfindung					
Anfangsberichte					
Kennenlerngespräche					

2.3.1 (Wenn ‚Deutlich höher' oder ‚Höher' bei 2.3) Sie haben angegeben, dass [Antwortoption] eine zeitliche Mehrbelastung für Sie darstellt. Wie viele Stunden im Jahr verwenden Sie durchschnittlich je Klient*in hierfür?

[Antwortoption]: _____ Stunden

2.3.2 (Wenn ‚Deutlich höher' oder ‚Höher'bei 2.3) Wie genau integrieren Sie die zeitliche Mehrbelastung in Ihren Berufsalltag? (Mehrfachantwort möglich)

☐ Ich arbeite mehr und fange die Mehrbelastung mit Überstunden auf.
☐ Ich reduziere die aktuelle Anzahl meiner Betreuungen.

☐ Ich nehme keine neuen Betreuungen an.
☐ Ich stelle andere berufliche Aufgaben hinten an.
☐ Ich gebe berufliche Aufgaben an Kolleg*innen oder Angestellte weiter.
☐ Ich werde die Betreuertätigkeit beenden.
☐ Gar nicht (Exklusiv)
☐ Anders, und zwar: _____--

2.4 Inwieweit stellen die folgenden Aspekte für Sie einen zusätzlichen Zeitaufwand dar?

	(1) Deutlich höherer Aufwand	(2) Höherer Aufwand	(3) Gleichbleibend	(4) Niedrigerer Aufwand	(5) Deutlich niedrigerer Aufwand
Bürokratischer Aufwand (Gesetzesänderungen, steuerliche Änderungen usw.)					
Verkürzung der Aufbewahrungsfrist von 10 auf 8 Jahre					
DSGVO					
Mitwirkungspflichten nach SGB II					
Bundesteilhabegesetz					
Registrierung als Betreuer*in /Mitteilungspflichten (z.B. halbjährliche Bestandsmeldung)					

2.5 (Nur wenn 1.1 Angestellte) Haben Sie es in Ihrer bisherigen Tätigkeit als Betreuer*in bereits in Betracht gezogen, selbstständig tätig zu sein?

☐ Ja
☐ Nein

2.5.1 (Wenn 2.5 Ja) Warum haben Sie das bisher nicht umgesetzt?

☐	Bin aktuell in der konkreten Planung einer Selbstständigkeit
☐	Zu viel Bürokratie
☐	Angst vor finanziellen Einbußen
☐	Wirtschaftliches Risiko (z.B. Vergütungsausfall)
☐	Haftungs- und Verantwortungsfragen
☐	Zu wenig Wissen/Informationen über Selbstständigkeit
☐	Persönliche Unsicherheiten bzgl. der Selbstständigkeit
☐	Aus persönlichen Gründen (z.B. wg. familiären Umständen)
☐	Fehlende Absicherung bei Krankheit, Elternzeit oder Ausfall
☐	Fehlende Vertretung
☐	Fehlende Vorsorge für das Alter
☐	Anderes, und zwar: _____

2.5.2 (Wenn 2.5 Nein) Warum ziehen Sie eine Selbstständigkeit nicht in Betracht?

☐	Finanzielle Sicherheit
☐	Zu viel Bürokratie
☐	Angst vor finanziellen Einbußen
☐	Wirtschaftliches Risiko (z.B. Vergütungsausfall)
☐	Haftungs- und Verantwortungsfragen
☐	Zu hohe Stressbelastung
☐	Zu wenig Wissen/Informationen über Selbstständigkeit
☐	Persönliche Unsicherheiten bzgl. der Selbstständigkeit
☐	Aus persönlichen Gründen (z.B. wg. familiären Umständen)
☐	Fehlende Absicherung bei Krankheit, Elternzeit oder Ausfall
☐	Fehlende Vorsorge für das Alter
☐	Grundlegend kein Interesse an selbstständiger Tätigkeit [Exklusiv]
☐	Anderes, und zwar: _____

Block 3: Arbeitswelt

3.1 Was trifft auf Ihre Büroräume zu? (Filterfrage)

☐ Angemietete Räumlichkeiten als Alleinmieter*in
☐ Angemietete Räumlichkeiten in Bürogemeinschaft
☐ Andere angemietete Räumlichkeiten (z.B. CoWorking Space)
☐ Eigene Büroräumlichkeiten (Eigentum, nicht angemietet)
☐ Büroräumlichkeiten im häuslichen Zusammenhang (z.B. Büro im eigenen Wohnhaus)
☐ Anderes, und zwar: _____

3.2 Nutzen Sie ein Postfach?

☐ Ja
☐ Nein

Im folgenden Teil der Befragung stellen wir Ihnen einige Fragen zur Kostenstruktur Ihres Büros. Bitte beantworten Sie diese so genau wie möglich, da nur so ein aussagekräftiges Bild über den Kostenaufwand im Betreuungsbereich und die Betroffenheit durch aktuelle Teuerungen (z.B. hinsichtlich der Energiekosten) generiert werden kann.

3.3 Bitte nennen Sie Ihren Jahresumsatz für die folgenden Jahre:

2024: _____ €

2025: _____ €

3.4 Bitte nennen Sie Ihre angefallenen Kosten für die folgenden Jahre:

2024: _____ €

2025: _____ €

3.5 Monatliche Kosten 2025

Bitte nennen Sie uns im Folgenden Ihre monatlichen Kosten je Kategorie. Falls Sie die Kosten nur jährlich benennen können, wählen Sie bitte 'Jährlich' aus. Wenn diese Kosten bei Ihnen nicht auftreten, kreuzen Sie bitte ‚Trifft nicht zu' an.

(Wenn F3.1: Angemietete Räumlichkeiten)

Büroräume	Monatlich	Jährlich	Betrag	Trifft nicht zu
Miete ohne Nebenkosten (=Kaltmiete)	(x)	(x)		(x)
Stromkosten	(x)	(x)		(x)
Nebenkostenvorauszahlung	(x)	(x)		(x)
Heizkosten (nur falls diese gesondert abgerechnet werden & nicht in der Nebenkostenvorauszahlung enthalten sind)	(x)	(x)		(x)

(Wenn F3.1: Eigentum)

Bitte wählen Sie im Folgenden aus, ob die Kosten jeweils monatlich oder jährlich anfallen und ob Sie für das gesamte Gebäude oder die Büroräume anfallen. Falls eine der Kostenpositionen für Sie nicht zutrifft, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu" an.

Kosten	Monatlich	Jährlich	Gesamtes Gebäude	Anteilig Büroräume	Betrag	Trifft nicht zu
Kreditrate inkl. Zins	(x)	(x)	(x)	(x)	….	(x)
Stromkosten	(x)	(x)	(x)	(x)	….	(x)
Nebenkosten	(x)	(x)	(x)	(x)	….	(x)
Heizkosten	(x)	(x)	(x)	(x)	….	(x)

3.6 Monatliche Kosten 2025: (Wenn 1.7: Ja – Mitarbeiter vorhanden)

Bitte wählen Sie im Folgenden aus, ob die Kosten jeweils monatlich oder jährlich anfallen. Falls eine der Kostenpositionen für Sie nicht zutrifft, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu" an.

Personalkosten	Monatlich	Jährlich	Betrag	Trifft nicht zu
Gehaltskosten Angestellte (Arbeitgeberbrutto)	(x)	(x)	……	(x)
Fortbildungskosten für Mitarbeiter	(x)	(x)	……	(x)
Supervision für Mitarbeiter	(x)	(x)	……	(x)
Soziale Zusatzleistungen (z.B. ÖPNV Zuschuss, Altersvorsorge)	(x)	(x)	……..	(x)

Bitte wählen Sie im Folgenden aus, ob die Kosten Ihnen monatlich, jährlich oder einmalig entstanden sind und geben Sie dann den Betrag an. Einmalige Kosten umfassen all diese Positionen, die nicht jährlich wiederkehren, sondern wirklich einmalig im Sinne einer Ausnahme angefallen sind. Wenn eine dieser Kostenpositionen für sie nicht relevant waren, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an.

Bürokosten	Monatlich	Jährlich	Einmalig 2025	Betrag	Trifft nicht zu
Archivkosten	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Serviceverträge (z.B. Reinigung)	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Büromaterial	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Regelmäßige IT-Kosten (Software, Abos)	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Portokosten	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Telefon-/ Internetkosten	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Wartungskosten für Büroausstattung (z.B. Kopierer, Telefon)	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Reparaturen / Ersatzbeschaffungen	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Aktenvernichtung (datenschutzrechtlich)	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Andere Leasingkosten (z.B. Drucker; nicht KfZ)	(x)	(x)	(x)	……	(x)

Kosten für Mobilität	Anteil %			
Höhe des Anteils der betrieblichen Nutzung des KFZs	…… %			
	Monatlich	Jährlich	Betrag	Trifft nicht zu
Gesamtkosten Mobilität	(x)	(x)	…….	(x)
KfZ Leasingkosten	(x)	(x)	…….	(x)
KfZ Finanzierungskosten / Rate	(x)	(x)	…….	(x)
Kosten für Kraftstoff / Strom	(x)	(x)	…….	(x)
Wartungskosten KfZ	(x)	(x)	…….	(x)
KfZ Versicherung	(x)	(x)	…….	(x)
KfZ Steuer	(x)	(x)	…….	(x)
Parkplatzmiete	(x)	(x)	…….	(x)
ÖPNV Ticket	(x)	(x)	…….	(x)

Versicherungen & Vorsorge	Monatlich	Jährlich	Betrag	Trifft nicht zu
Gesamtkosten betriebliche Versicherungen	(x)	(x)	……	(x)
Krankenversicherung	(x)	(x)	……	(x)
Pflegeversicherung	(x)	(x)	……	(x)
Rentenversicherung (gesetzlich)	(x)	(x)	……	(x)
Private Rentenversicherung	(x)	(x)	……	(x)
Betriebshaftpflichtversicherung	(x)	(x)	……	(x)
Rechtsschutzversicherung	(x)	(x)	……	(x)
Vermögensschadenshaftpflichtversicherung	(x)	(x)	……	(x)
Sachinhaltsversicherung	(x)	(x)	……	(x)
Cyberversicherung	(x)	(x)	……	(x)
Andere Versicherungen, und zwar: _____	(x)	(x)	……	(x)

Sonstiges	Monatlich	Jährlich	Einmalig 2025	Betrag	Trifft nicht zu
Eigene Fortbildungskosten (z.B. Seminarkosten)	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Personalbeschaffungskosten	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Supervision	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Kollegiale Beratung / Mediation	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Coaching	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Rechts- und Beratungskosten	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Fachliteratur	(x)	(x)	(x)	……	(x)

Weitere Kosten	Monatlich	Jährlich	Einmalig 2025	Betrag	Trifft nicht zu
Abschreibungen	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Beiträge für Wohlfahrts- und Fachverbände	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Kosten für Drittdienstleistungen	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Kosten für bisher nicht genannte Drittdienstleistungen (z.B. Steuerberatung, Rechtsberatung)	(x)	(x)	(x)	……	(x)
Bisher nicht aufgeführte, andere Kosten					

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!