

Fragebogen zur ersten Evaluationsbefragung der ReWikis-Lots*innen-Fortbildung (Version zum Ausdrucken)



Personencode zur Pseudonymisierung (Studien-ID)

Hinweis zum Ausfüllen:

Die Umfrage findet anonym statt. Um Ihre Anonymität zu wahren und um Dopplungen im Ausfüllen zu vermeiden, bitten wir Sie darum, sich selbst einen Personencode (Studien-ID) zu vergeben. Dieser setzt sich aus den ersten zwei Anfangsbuchstaben des Vornamens Ihrer Mutter, den ersten zwei Anfangsbuchstaben Ihres Geburtsortes, dem Anfangsbuchstaben Ihres Geburtsmonats und der letzten Ziffer Ihres Geburtsjahres zusammen.

Beispiel: Ihre Mutter heißt **Anja**, Sie sind in **Berlin** geboren, Ihr Geburtsmonat ist der **April** und Ihr Geburtsjahr ist **1986**, so lautet Ihr Personencode: **An-Be-A-6**.

Wie lauten die ersten zwei Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter?

--	--

Wie lauten die ersten zwei Buchstaben Ihres Geburtsortes?

--	--

Wie lautet der Anfangsbuchstabe Ihres Geburtsmonats?

--

Wie lautet die letzte Ziffer Ihres Geburtsjahres?

--

Hinweis: Liebe Teilnehmer*innen aufgrund von Ihren vielfältigen beruflichen Hintergründen werden die Begriffe „Menschen mit Behinderungen“ und „Klient*innen“ synonym verwendet und schließen Formulierung wie „Nutzer*innen“ oder „Bewohner*innen“ mit ein. Bitte beachten Sie, dass in die Antwortfelder keine konkreten Namen von Personen eingetragen werden sollen. Verwenden Sie alternativ die Rolle oder Funktion der jeweiligen Person (z.B.: Gruppenleitung oder Kolleg*in).

Daten zur Person

1. Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?

- weiblich
- männlich
- divers

2. Wie alt sind Sie?

_____ Jahre

3. In welchem Arbeitsfeld sind Sie aktuell tätig?

- Wohnangebote (Ambulant Betreutes Wohnen, stationäre Wohnformen)
- Beratung
- Weitere Ambulante Hilfen (z.B. familienentlastende Dienste, Assistenzdienste o.ä.)
- Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)
- Sonstiges, und zwar: _____

4. In welcher Funktion sind Sie aktuell in Ihrer Organisation tätig (*Mehrfachnennung möglich*)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einrichtungsleitung | <input type="checkbox"/> Berater*in einer Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> Bereichsleitung | <input type="checkbox"/> Fortbildner*in |
| <input type="checkbox"/> Gruppen-/ Teamleitung | <input type="checkbox"/> Mitarbeiter*in in Wohnangebot |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, und
zwar _____ | <input type="checkbox"/> Mitarbeiter*in in Werkstatt |

5. Wie lange sind Sie in der genannten Tätigkeit in Ihrer Einrichtung bereits tätig? (Bitte auf volle Jahre ab- bzw. aufrunden)

_____ Jahre

6. Welche für Ihre derzeitige Tätigkeit relevante **Grundqualifikation** haben Sie?

- Heilpädagog*in / Rehabilitationspädagog*in (BA/MA/Diplom)
- Sozialarbeiter*in / Sozialpädagoge*in (BA/MA/Diplom)
- Psycholog*in (BA/MA/Diplom)
- Pädagog*in (BA/MA/Diplom)
- Heilerziehungspfleger*in
- Erzieher*in
- Altenpfleger*in / Gesundheits- und Krankenpfleger*in
- Sonstiges, und zwar: _____

7. Über welche themenspezifischen (Sexualität / sexuelle Selbstbestimmung) Fort- oder Weiterbildungen verfügen Sie?

- Fortbildungen (einmalig) : _____
- Weiterbildung (mehrteilig, z.B. mit Abschlussprüfung und Zertifikat):

- keine

8. Bei welchem Träger sind Sie angestellt?

- kirchlicher Träger (z. B. Caritas, Diakonie, sonstiger kirchlicher Träger)
- nicht-kirchlicher Träger (z. B. Lebenshilfe, AWO, DRK, sonstiger nicht-kirchliche Träger)

Daten zu Ihrer Organisation

9. Wie viele Mitarbeiter*innen sind insgesamt in Ihrer Organisation tätig?

_____ Gesamtanzahl Mitarbeiter*innen

10. Wie groß ist die Ortschaft in der sich Ihre Organisation befindet?

- Landgemeinde/ Dorf: bis 5.000 Einw.
- Kleinstadt: 5.000 – 20.000 Einw.
- Mittelstadt: 20.000 – 100.000 Einw.
- Großstadt: ab 100.000 Einw.

Strukturell-konzeptionelle Fragen zur sexuellen Selbstbestimmung

11. Ist im Leitbild Ihrer Einrichtung der Themenkomplex *sexuelle Selbstbestimmung* von Menschen mit Behinderungen enthalten?

- ja
- nein
- Ist mir nicht bekannt.
- Frage trifft nicht zu, da es derzeit kein gültiges Leitbild gibt.

12. Besteht in der Einrichtung ein spezielles (sexualpädagogisches) Konzept im Hinblick auf die *sexuelle Selbstbestimmung* von Menschen mit Behinderungen?

- ja ([weiter mit Frage 13](#))
- nein ([weiter mit Frage 14](#))
- Ist mir nicht bekannt ([weiter mit Frage 14](#))

13. Welche Themenschwerpunkte werden in dem Konzept beschrieben?
(*Mehrfachantworten möglich*)

- Beziehungen / Partnerschaft / Ehe
- Elternschaft
- Unterstützung bei der sexuellen Selbstbestimmung
- Sexualisierte Gewalt
- Sexuelle Vielfalt
- Geschlechtliche Vielfalt
- Sonstige, und zwar: _____

14. Was sind aus Ihrer Sicht die Gründe dafür, dass es (bisher) kein spezielles Konzept zur *sexuellen Selbstbestimmung* von Klient*innen gibt? (*Mehrfachantworten möglich*)

- zu wenig Zeitressourcen für Konzeptentwicklung
- Mangel an themenspezifischen Fachwissen für Konzeptentwicklung
- Bisher keine Notwendigkeit für Konzeptentwicklung
- sonstige Gründe, und zwar: _____
- Keine Angabe

15. Welche der folgenden pädagogischen und psychosozialen Angebote bestehen in Ihrer Einrichtung? (*Mehrfachnennung möglich*)

- Unterstützte Kommunikation
- Persönliche Zukunftsplanung
- Biografiearbeit
- Bildungsangebote für Klient*innen zu den Themen Sexualität und sexuelle Selbstbestimmung
- Gesprächskreise für Klient*innen, u.a. zu den Themen Sexualität und sexuelle Selbstbestimmung
- regelmäßige Fallberatung in Teams, anlassbezogen auch zur Sexualität und sexuellen Selbstbestimmung
- Beratungsangebote für einzelne Klient*innen außerhalb der Wohngruppe
- Anlaufstelle für Klient*innen und/oder Mitarbeitende im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt
- Keines der aufgezählten Angebote
- Sonstige Angebote, und zwar: _____

Fragen im Hinblick auf das Thema *sexuelle Selbstbestimmung* im beruflichen Kontext

16. Spielt das Thema *sexuelle Selbstbestimmung* von Menschen mit Behinderungen in Ihrem aktuellen beruflichen Alltag eine Rolle?

- Ja ([weiter mit Frage 17](#))
- Nein ([weiter mit Frage 28](#))

17. Falls Ja: In welcher Form? (*Mehrfachnennung möglich*)

- Leitbild
- Konzept/ Konzeptpapier
- Qualitätsmanagement
- Fortbildung (einmalig)
- Weiterbildung (mehrteilig, z.B. mit Abschlussprüfung und Zertifikat)
- Teamgespräche/-sitzungen, Fallbesprechungen
- in Alltagsgesprächen unter Mitarbeiter*innen
- im Austausch mit Klient*innen
- im Austausch mit Angehörigen
- Sonstiges, und zwar: _____

18. Wie häufig sind Sie in ihrem beruflichen Alltag mit dem Thema *sexuelle Selbstbestimmung* konfrontiert?

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mehrmals
täglich | täglich | mehrmals
wöchentlich | wöchentlich | mehrmals
monatlich | monatlich | nie |

19. Sind Sie der Meinung, dass das Thema in Ihrem aktuellen beruflichen Kontext häufiger gezielt thematisiert werden sollten?

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, auf jeden Fall | Ja, könnte hilfreich
sein | Nicht unbedingt | Nein, auf keinen Fall |

20. Wie bedeutsam ist das Thema *sexuelle Selbstbestimmung* in Ihrer Organisation nach Ihrer Einschätzung derzeit?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr bedeutsam | bedeutsam | weniger bedeutsam | überhaupt nicht bedeutsam |

21. Wie intensiv beschäftigen Sie sich derzeit in Ihrer Organisation mit **konzeptionellen Fragen** zu dem Thema *sexuelle Selbstbestimmung* von Menschen mit Behinderungen?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr intensiv | intensiv | weniger intensiv | überhaupt nicht |

22. Wie intensiv beschäftigen Sie sich derzeit in Ihrer Organisation mit Fragen, die auf eine **konkrete Umsetzung sexueller Selbstbestimmung** abzielen?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr intensiv | intensiv | weniger intensiv | überhaupt nicht |

23. Wie gehen Sie in Ihrer Organisation mit den Wünschen, Bedürfnissen und Vorstellungen der Klient*innen zu dem Thema *sexuelle Selbstbestimmung* um?
 (Bitte Zutreffendes ankreuzen und auf jede Frage antworten!)

	trifft voll zu	trifft eher zu	teils/ teils	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Wir informieren Klient*innen über ihr Recht auf sexuelle Selbstbestimmung						
Wir informieren und beraten Klient*innen zu Themen der sexuellen Selbstbestimmung (u.a. Verhütung, Partnerschaft, Elternschaft)						
Wir informieren und beraten Angehörige zu Themen der sexuellen Selbstbestimmung (u.a. Verhütung, Partnerschaft, Elternschaft)						
Wir vermitteln Klient*innen an externe Beratungsangebote zu Fragen, die die sexuelle Selbstbestimmung betreffen						
Wir vermitteln Angehörige an externe Beratungsangebote zu Fragen, die die sexuelle Selbstbestimmung betreffen						
Wir ermitteln aktiv die Wünsche und Bedarfe der Klient*innen im Hinblick auf ihre sexuelle Selbstbestimmung						
Wir ermitteln aktiv die Wünsche der Klient*innen zu pflegerischen Versorgungsoptionen (z.B. geschlechtersensible Pflege)						
Wir dokumentieren die Wünsche der Klient*innen schriftlich (z.B.: in der Teilhabeplanung)						
Wir aktualisieren diese Dokumentation in regelmäßigen Abständen						

Fragen zur Teilnahme an der ReWikis-Lots*innen Fortbildung

24. Wie haben Sie von der ReWikis-Lots*innen Fortbildung erfahren?

25. Was hat Sie dazu bewogen, an der ReWikis-Lots*innen Fortbildung teilzunehmen?

26. War es Ihre eigene Entscheidung, an der ReWikis-Lots*innen Fortbildung teilzunehmen?

- Ja
 Nein

27. Haben Sie aus Ihrer Organisation bei Anmeldung und Teilnahme an der ReWikis-Lots*innen Fortbildung Unterstützung erfahren? Wurden Sie dazu ermutigt?

- Ja, und zwar durch: _____ (weiter mit Frage 28)
 Nein (weiter mit Frage 29)

28. Wie beurteilen Sie das Maß der erbrachten Unterstützung durch Ihre Organisation im Zuge Ihrer Anmeldung und Teilnahme an der ReWikis-Lots*innen Fortbildung?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hoch | eher hoch | teils hoch/ teils gering | eher gering | gering |

29. Stehen Ihnen besondere dienstliche Ressourcen (z.B. zeitlich, räumlich, materiell) zur Teilnahme an der Fortbildung und zur Umsetzung der Fortbildungsziele zur Verfügung?

- nein
 ja, und zwar: _____

30. Sind die Teilnahme an der ReWikis-Lots*innen Fortbildung und die begleitenden Arbeiten Teil Ihrer Arbeitszeit?

- Ja, die Fortbildung und begleitende Arbeiten sind Teil meiner Arbeitszeit
 Nein, ich investiere private bzw. freie Zeit in die ReWikis-Lots*innen Fortbildung

31. Fühlen Sie sich durch die Kolleg*innen in Ihrem Engagement für den Themenbereich der *sexuellen Selbstbestimmung* von Menschen mit Behinderungen unterstützt?

- Ja ([weiter mit Frage 32](#))
- Nein ([weiter mit Frage 33](#))

32. Welche Unterstützung erfahren Sie?

33. Welche Widerstände begegnen Ihnen?

Fragen zu fachlichen Kenntnissen und Handlungskompetenzen im Themenbereich sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen

Mit **fachlichen Kenntnissen** sind in der nachfolgenden Frage solche gemeint, die sich auf rechtliche, medizinische, pflegerische, psychosoziale und pädagogische Aspekte beziehen.

34. Wie schätzen Sie Ihre **fachlichen Kenntnisse** zu folgenden Aspekten im Kontext *sexueller Selbstbestimmung* von Menschen mit Behinderungen ein?

	keine	gering	teils gering/ teils hoch	hoch	sehr hoch
Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzeptentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisationsentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit **Kompetenzen** sind in der nachfolgenden Frage Ihre Fähigkeiten bei der Anwendung und Umsetzung der fachlichen Kenntnisse in Ihrer Alltagspraxis gemeint.

35. Wie **kompetent** fühlen Sie sich in den folgenden Themenbereichen *sexueller Selbstbestimmung* von Menschen mit Behinderungen?

	nicht kompetent	weniger kompetent	teils kompetent/ teils weniger kompetent	kompetent	sehr kompetent
Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzeptentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisationsentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Welche Angebote gibt es für Mitarbeiter*innen innerhalb Ihrer Einrichtung, um sich fachliche Kenntnisse und Handlungskompetenzen zu dem Themenkomplex *sexuelle Selbstbestimmung* anzueignen? (Mehrfachnennung möglich)

- Fachliteratur
- Möglichkeit Fortbildungen zu besuchen (einmalig)
- Möglichkeit Weiterbildungen zu besuchen (mehrteilig, z.B. mit Abschlussprüfung und Zertifikat)
- Ergänzende Ausbildungen (z.B.: Sexualpädagog*in)
- Teilnahme an Fachtagungen
- Teilnahme an Arbeitskreisen/ Arbeitsgruppen
- Sonstige, und zwar: _____
- Keine (weiter mit Frage 38)

37. Falls ja: Welche Angebote haben Sie bereits genutzt oder nutzen Sie derzeit?

Fragen zu themenspezifischen Kooperationen und Vernetzungen

38. Bestehen themenspezifische Kooperationen Ihrer Organisation mit **externen Akteuren / anderen Organisationen**?

- Nein
- Ja, und zwar mit folgenden:

39. Sind Sie mit anderen Kooperationspartner*innen **regelmäßig** im Austausch zum Themenbereich *sexuelle Selbstbestimmung* von Menschen mit Behinderungen?

- Nein
- Ja, und zwar mit folgenden:

Fragen zu Formen der themenspezifischen Auseinandersetzung

40. Bitte schätzen Sie ein: Ist Ihre Organisation / Ihr Arbeitsbereich offen für Veränderungen im Bereich der *sexuellen Selbstbestimmung* von Menschen mit Behinderungen?

- sehr offen eher offen teils/teils wenig offen gar nicht offen

41. Was sind oder waren Anlässe zur Auseinandersetzung mit dem Thema *sexuelle Selbstbestimmung* (Mehrfachnennung möglich)?

- Herausforderungen in der Pflege
- Pädagogische Fragestellungen
- Bestandteil der Teilhabeplanung
- Partnerschaft und Ehe
- (bevorstehende) Elternschaft
- Bestandteil persönlicher Zukunftsplanung
- Fälle sexualisierter Gewalt
- es gab bisher keine Anlässe
- Sonstiges, und zwar: _____

Fragen zu förderlichen und hinderlichen Faktoren (Rahmenbedingungen)

42. Wie stark wird die Thematisierung von *sexueller Selbstbestimmung* in Ihrer Organisation durch die folgenden Faktoren **erschwert**?

	sehr stark	stark	mittel	wenig	überhaupt nicht
fehlende Offenheit der Klient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fehlende Offenheit der Mitarbeiter*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fehlende Offenheit der Leitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unzureichende räumliche Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unzureichende zeitliche Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unzureichenden personelle Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unzureichende finanzielle Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unzureichende eigene fachliche Kenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unzureichende fachliche Kenntnisse der anderen Mitarbeiter*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unzureichende Handlungskompetenzen der anderen Mitarbeiter*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Nennen Sie bitte die **drei wichtigsten Rahmenbedingungen**, die aus Ihrer Sicht notwendig sind, um die *sexuelle Selbstbestimmung* von Menschen mit Behinderungen innerhalb von Wohnangeboten der Eingliederungshilfe gewährleisten zu können!

1. _____

2. _____

3. _____

Offengebliebenes

44. Was wollen Sie uns in Bezug auf das Thema *sexuelle Selbstbestimmung* von Menschen mit Behinderungen, den Fragebogen oder die Fortbildung sonst noch mitteilen? Hier ist Platz für Ihre Fragen, Anmerkungen oder Wünsche.

