

## 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), sollten Sie danach gefragt werden.

## Organisatorische Fragen

1. In welchem Bundesland arbeiten Sie?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg      | <input type="checkbox"/> Niedersachsen       |
| <input type="checkbox"/> Bayern                 | <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen |
| <input type="checkbox"/> Berlin                 | <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz     |
| <input type="checkbox"/> Brandenburg            | <input type="checkbox"/> Saarland            |
| <input type="checkbox"/> Bremen                 | <input type="checkbox"/> Sachsen             |
| <input type="checkbox"/> Hamburg                | <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt      |
| <input type="checkbox"/> Hessen                 | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein  |
| <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> Thüringen           |

2. An welchem Standort nehmen Sie an der Fortbildung teil?

- Rostock
- Dresden
- Halle (Saale)
- Jena

## Daten zur Person

3. Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?

- weiblich
- männlich
- divers

4. Wie alt sind Sie?

\_\_\_\_\_ Jahre

5. 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: \_\_\_\_\_

6. 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<br>zwar _____ | <input type="checkbox"/> Mitarbeiter*in in Werkstatt      |

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

\_\_\_\_\_ Jahre

8. 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: \_\_\_\_\_

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

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

10. 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 zur Organisation

11. 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

12. 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.

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

- ja ([weiter mit Frage 14](#))
- nein ([weiter mit Frage 15](#))
- Ist mir nicht bekannt ([weiter mit Frage 15](#))

14. 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: \_\_\_\_\_

15. 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

16. 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 Mitarbeiter\*innen im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt
- Keines der aufgezählten Angebote
- Sonstige Angebote, und zwar: \_\_\_\_\_

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

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

- Ja ([weiter mit Frage 18](#))
- Nein ([weiter mit Frage 19](#))

18. 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: \_\_\_\_\_

19. 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<br>täglich      | täglich                  | mehrmals<br>wöchentlich  | wöchentlich              | mehrmals<br>monatlich    | monatlich                | nie                      |

20. 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<br>sein | Nicht unbedingt          | Nein, auf keinen Fall    |

21. 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 |

22. 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          |

23. 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          |



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

## Fragen zur Teilnahme an der ReWikis-Lots\*innen Fortbildung

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

---

---

---

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

---

---

---

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

- Ja  
 Nein

28. 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 29)  
 Nein (weiter mit Frage 30)

29. 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                   |

30. 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: \_\_\_\_\_

31. 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

32. 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 33](#))
- Nein ([weiter mit Frage 34](#))

33. Welche Unterstützung erfahren Sie?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

34. 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.

35. 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.

36. 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"/>

37. 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 39)

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

---

---

---

---

---

---

---

39. Sind Ihnen Angebote zum Themenfeld *sexuelle Selbstbestimmung* speziell für Menschen mit Behinderungen **außerhalb** Ihrer Organisation bekannt?

- Nein (weiter mit Frage 41)
- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_(weiter mit Frage 40)

40. Werden diese Angebote von Ihren Klient\*innen in Anspruch genommen?

- Ja
- Nein

## Fragen zu themenspezifischen Kooperationen und Vernetzungen

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

- Nein
- Ja, und zwar mit folgenden:

---

42. 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

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

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr offen               | eher offen               | teils/teils              | wenig offen              | gar nicht offen          |

44. Wie häufig findet eine Auseinandersetzung mit den Themen *Sexualität* und *sexuelle Selbstbestimmung* in folgenden Zusammensetzungen statt?

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
Mitarbeiter*innen untereinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter*innen und Klient*innen gemeinsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klient*innen untereinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klient*innen für sich allein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. 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)**

46. Wie beurteilen Sie das Interesse, sich mit den Themen *Sexualität* und *sexuelle Selbstbestimmung* auseinanderzusetzen, wenn Sie an die folgenden Ebenen Ihrer Organisation und weitere Akteur\*innen denken?

	sehr hoch	hoch	niedrig	kein	kann ich nicht beurteilen
Träger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereichsleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haus-/ Teamleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppenleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr eigenes Interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

47. 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"/>



48. 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. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

49. Wenn Sie insgesamt an die *sexuelle Selbstbestimmung* der Menschen mit Behinderungen in Ihrer Organisation denken, inwiefern kann diese momentan umgesetzt werden?

                                                          

sehr gut            gut            befriedigend            ausreichend            mangelhaft            ungenügend

1. Bitte begründen Sie Ihre vorstehende Antwort etwas.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Offengebliebenes

50. 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.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---