

## Fragebogen zur sexuellen Selbstbestimmung von erwachsenen Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Liebe Teilnehmende,

schön, dass Sie an der Befragung zum Thema "Sexuelle Selbstbestimmung von erwachsenen Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe" teilnehmen.

Als Alternative zum Online-Fragebogen haben Sie mit diesem Dokument die Möglichkeit, den Fragebogen auszudrucken und händisch auszufüllen. Wir bitten Sie, den ausgefüllten Fragebogen einzuscannen und in einem Upload-Ordner hochzuladen. Folgen Sie dazu diesem Link: <a href="https://hu.berlin/einwilligung361">https://hu.berlin/einwilligung361</a> Nach Bestätigung der Einwilligungserklärung haben Sie die Möglichkeit, den eingescannten Fragebogen hochzuladen.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Für das ReWiKs-Team grüßen herzlich

Tim Krüger und Lena Ursprung

#### 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.

<u>Beispiel:</u> Ihre Mutter heißt **An**ja, Sie sind in **Be**rlin geboren, Ihr Geburtsmonat ist der **A**pril 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?                 |
|   |



<u>Hinweis:</u> Liebe Teilnehmende, 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. \ | Vie alt sind Sie? Jahre   |  |  |  |  |  |  |
| 3. I | n welchem Arbeitsfeld sind Sie aktuell tätig?   |  |  |  |  |  |  |
|      | Besondere Wohnform (ehemals stationäre Wohnform)  |  |  |  |  |  |  |
|      | Weitere Wohnform (z. B. Ambulant Betreutes Wohnen)  |  |  |  |  |  |  |
|      | Weitere Ambulante Hilfen (z.B. familienentlastende Dienste, Assistenzdienste o.ä.)            |  |  |  |  |  |  |
|      | Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)   |  |  |  |  |  |  |
|      | Sonstiges, und zwar:  |  |  |  |  |  |  |
|      | n welcher Funktion sind Sie aktuell in Ihrer Organisation tätig (Mehrfachnennung<br>nöglich)? |  |  |  |  |  |  |
|      | Einrichtungsleitung/Bereichsleitung   |  |  |  |  |  |  |
|      | Gruppen-/Teamleitung  |  |  |  |  |  |  |
|      | Mitarbeiter*in in Wohnangebot   |  |  |  |  |  |  |
|      | Mitarbeiter*in in Werkstatt   |  |  |  |  |  |  |
|      | (Fach-)Beratung   |  |  |  |  |  |  |
|      | Fortbildner*in  |  |  |  |  |  |  |
|      | Sonstiges, und zwar   |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |



# Daten zu Ihrer Organisation

| 5. l | n welchem Bundesland arbeiten Sie?  |       |                                      |
|------|---|-------|--------------------------------------|
|      | Baden-Württemberg   |       | Niedersachsen                        |
|      | Bayern  |       | Nordrhein-Westfalen                  |
|      | Berlin  |       | Rheinland-Pfalz                      |
|      | Brandenburg   |       | Saarland                             |
|      | Bremen  |       | Sachsen                              |
|      | Hamburg   |       | Sachsen-Anhalt                       |
|      | Hessen  |       | Schleswig-Holstein                   |
|      | Mecklenburg-Vorpommern  |       | Thüringen                            |
| 6. \ | Wie groß ist die Ortschaft in der sich Ihre CLANDER Landgemeinde/ Dorf: bis 5.000 Einw. | Orga  | nisation befindet?                   |
|      | Kleinstadt: 5.000 – 20.000 Einw.  |       |                                      |
|      | Mittelstadt: 20.000 – 100.000 Einw.   |       |                                      |
|      | Großstadt: ab 100.000 Einw.   |       |                                      |
| 7. E | Bei welchem Träger sind Sie angestellt?   |       |                                      |
|      | kirchlicher Träger (z. B. Caritas, Diakoni  | e, sc | nstiger kirchlicher Träger)          |
|      | nicht-kirchlicher Träger (z. B. Lebenshilfe<br>Träger)                                  | e, A\ | VO, DRK, sonstiger nicht-kirchlicher |



# Fragen zu organisationalen Haltungen zum Thema sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen

| 8. Wie beurteilen Sie die Umsetzung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen in Ihrer Einrichtung?   |          |                            |   |            |            |                |  |  |  |  |
|---|----------|----------------------------|---|------------|------------|----------------|--|--|--|--|
| sehr gut  | gut      | befriedigend ausreichend m |   | mangelhaft | ungenügend |                |  |  |  |  |
|   |          |                            |   |            |            |                |  |  |  |  |
| 9. Bitte begründen Sie Ihre vorstehende Antwort.  |          |                            |   |            |            |                |  |  |  |  |
| 10. 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 hohes kein kann ich nicht Interesse beurteilen |          |                            |   |            |            |                |  |  |  |  |
|   |          | Interesse<br>5             | 4 | 3          | 2          | Interesse<br>1 |  |  |  |  |
| Träger  |          |                            |   |            |            |                |  |  |  |  |
| Leitungsebene   |          |                            |   |            |            |                |  |  |  |  |
| Mitarbeiter*inn   | en       |                            |   |            |            |                |  |  |  |  |
| Klient*innen  |          |                            |   |            |            |                |  |  |  |  |
| Angehörige  |          |                            |   |            |            |                |  |  |  |  |
| Gesetzliche Be  | etreuung |                            |   |            |            |                |  |  |  |  |



### 11. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zu?

|  | trifft voll<br>zu<br><b>5</b> | 4 | 3 | 2 | trifft<br>überhaupt<br>nicht zu<br><b>1</b> | kann ich<br>nicht<br>beurteilen |
|--|-------------------------------|---|---|---|---|---------------------------------|
| Das Thema sexuelle<br>Selbstbestimmung von Menschen<br>mit Behinderungen ist in unserer<br>Einrichtung wichtig.              |                               |   |   |   |   |                                 |
| Die Klient*innen unserer<br>Einrichtung bestimmen selbst<br>über sämtliche Belange ihrer<br>Sexualität.                      |                               |   |   |   |   |                                 |
| Sexuelle Selbstbestimmung ist ein selbstverständlicher Bestandteil der Einrichtungskultur.                                   |                               |   |   |   |   |                                 |
| Alle Klient*innen kennen ihr<br>Recht auf sexuelle<br>Selbstbestimmung.  |                               |   |   |   |   |                                 |
| Die Klient*innen werden als<br>Expert*innen für ihre sexuellen<br>Bedürfnisse betrachtet.                                    |                               |   |   |   |   |                                 |
| Es besteht eine positive, reflektierte Grundhaltung in Bezug auf sexuelle Selbstbestimmung.                                  |                               |   |   |   |   |                                 |
| Die Einrichtung ist offen für<br>Veränderungen im Bereich der<br>sexuellen Selbstbestimmung von<br>Menschen mit Behinderung. |                               |   |   |   |   |                                 |



# Strukturell-konzeptionelle Fragen zur sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen

| 12 | . In welcher Form | ist das Recht a | uf sexuelle | Selbstbestimmu | ıng der Klie | nt*innen i | in der |
|----|-------------------|-----------------|-------------|----------------|--------------|------------|--------|
|    | Einrichtung vera  | nkert?          |             |                |              |            |        |

|  | ja | nein | ist mir nicht<br>bekannt |
|--|----|------|--------------------------|
| Im Rahmen des organisationalen Leitbildes  |    |      |                          |
| Im Rahmen eines (speziellen) Konzeptes zur sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen |    |      |                          |
| Im Rahmen des Qualitätsmanagements   |    |      |                          |
| Im Rahmen regelmäßiger Fortbildungen für Mitarbeitende   |    |      |                          |

13. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zu?

|   | trifft<br>voll zu<br><b>5</b> | 4 | 3 | 2 | trifft<br>überhaupt<br>nicht zu<br><b>1</b> | kann ich<br>nicht<br>beurteilen |
|---|-------------------------------|---|---|---|---|---------------------------------|
| Es bestehen ausreichend zeitliche und personelle Ressourcen für das Thema sexuelle Selbstbestimmung von Klient*innen.   |                               |   |   |   |   |                                 |
| Es bestehen ausreichend finanzielle Ressourcen, für das Thema sexuelle Selbstbestimmung von Klient*innen.   |                               |   |   |   |   |                                 |
| Es bestehen ausreichend räumliche Ressourcen, um die sexuelle Selbstbestimmung der Klient*innen realisieren zu können.  |                               |   |   |   |   |                                 |
| Die Mitarbeiter*innen verfügen über ausreichend fachliche Kenntnisse und Kompetenzen in Bezug auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. |                               |   |   |   |   |                                 |



## Fragen zu Formen der themenspezifischen Auseinandersetzung mit Themen der sexuellen Selbstbestimmung in der Organisation

14. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zu?

|  | trifft<br>voll zu<br><b>5</b> | 4 | 3 | 2 | trifft<br>überhaupt<br>nicht zu<br><b>1</b> | kann ich<br>nicht<br>beurteilen |
|--|-------------------------------|---|---|---|---|---------------------------------|
| Wir beraten und informieren Klient*innen zu ihren Rechten auf sexuelle Selbstbestimmung.   |                               |   |   |   |   |                                 |
| Wir beraten und informieren Klient*innen zu Themen der sexuellen Selbstbestimmung (u.a. Verhütung, Partnerschaft, Elternschaft).   |                               |   |   |   |   |                                 |
| Wir beraten und informieren Angehörige zu Themen der sexuellen Selbstbestimmung.   |                               |   |   |   |   |                                 |
| Wir vermitteln <b>Klient*innen</b> an externe Beratungsangebote zu sexueller Selbstbestimmung.   |                               |   |   |   |   |                                 |
| 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 stehen in einem regelmäßigen Austausch mit Kooperationspartner*innen zum Themenbereich sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (z. B. Beratungsstellen, Bildungseinrichtungen, etc.). |                               |   |   |   |   |                                 |



### <u>Offengebliebenes</u>

| 15. Was wollen Sie uns in Bezug auf das Thema sexuelle Selbstbestimmung von Menschen<br>mit Behinderungen oder den Fragebogen sonst noch mitteilen? Hier ist Platz für Ihre<br>Fragen, Anmerkungen oder Wünsche. |   |
|--|---|
|  | _ |
|  | _ |
|  | _ |