

**Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter der Einrichtung XXX,**

**haben Sie vielen Dank für die Unterstützung meines Forschungsprojektes.**

**Ziel der Erhebung:**

Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung (a) der Lebenssituation der Bewohner/innen und (b) Ihrer Arbeitssituation im Bereich „sexuelle Selbstbestimmung der Bewohner/innen“

**Zeitraum:**

Die Erhebung wird im Februar 2013 durchgeführt.

**Fragebogen:**

Der Fragebogen besteht aus sechs inhaltlichen Abschnitten. Bitte füllen Sie alle Abschnitte aus.

- Abschnitt I: **Ihre Wahrnehmung**: Sexuelle Verhaltensweisen der Bewohner/innen
- Abschnitt II: **Ihre Wahrnehmung**: Störende/hinderliche sexuelle Verhaltensweisen der Bewohner/innen im Gruppenalltag
- Abschnitt III: **Ihre persönliche Herausforderung**: Sexuelle Verhaltensweisen der Bewohner/innen
- Abschnitt IV: **Ihre Vermutungen**: Gründe für das sexuelle Verhalten der Bewohner/innen
- Abschnitt V: **Ihr Bedürfnis**: Unterstützungs- und Veränderungsbedarf
- Abschnitt VI: Angaben zu **Ihrer Person**

Bei **Rückfragen** können Sie sich gerne an mich wenden: 0251/4176732 oder per Mail: b.ortland@katho-nrw.de

Das Ausfüllen des Fragebogens wird etwa 30 Minuten in Anspruch nehmen.

**Die Auswertung wird selbstverständlich anonym erfolgen.**

Bitte senden Sie den Fragebogen bis zum **28.02. 2013** an mich zurück, indem Sie ihn mit dem adressierten Rückumschlag in die Hauspost zum Bereichssekretariat Eule geben. Der Umschlag bleibt verschlossen und wird erst von mir an der Katholischen Hochschule geöffnet.

**Herzlichen Dank!**

**Ihre**

Barbara Ortland

**Ich bitte um Verständnis, dass manche Ausdrücke im Folgenden abgekürzt werden:  
Bew. = Bewohner/in, Mitbew. = Mitbewohner/in, MA = Mitarbeiter/in**

## I Sexuelle Verhaltensweisen der Bewohner/innen

1. Welche der folgenden sexuellen Verhaltensweisen der Bewohner/innen begegnen Ihnen bei Ihrer Arbeit in der Wohneinrichtung?  
Bitte schätzen Sie deren Häufigkeit des Auftretens bei den Bewohner/innen Ihrer Wohngruppe bzw. Ihres Arbeitsbereiches ein. Es geht dabei um Ihre subjektive Wahrnehmung, wie häufig die genannten Verhaltensweisen auftreten.

Situation	häufig	manchmal	nie
<b>Bewohner/in in Situation alleine/fühlt sich unbeobachtet:</b>			
<b>Der männliche Bewohner.....</b>			
• befriedigt sich (erfolgreich) selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht sich mit der Hand erfolglos selbst zu befriedigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• reibt seinen Penis z.B. an Möbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat die Hand in der Hose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat Hand von außen (über der Hose) am Penis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wäscht sich übermäßig lange im Intimbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beschmiert sich mit Kot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• läuft nackt im eigenen Zimmer und stellt sich ans Fenster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sieht sich als Frau/möchte lieber eine Frau sein und zieht sich Frauenkleider an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• schaut sich Porno-/Erotikfilme in seinem Zimmer an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige, nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Die weibliche Bewohnerin...</b>			
• befriedigt sich (erfolgreich) selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht sich mit der Hand erfolglos selbst zu befriedigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• reibt ihre Scheide z.B. an Möbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• steckt sich Gegenstände in die Scheide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat die Hand in der Hose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat Hand von außen (über der Hose) an der Scheide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wäscht sich übermäßig lange im Intimbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• reibt sich die Brüste/kneift sich in die Brüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beschmiert sich mit Kot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• schmiert mit Menstruationsblut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• läuft nackt im eigenen Zimmer und stellt sich ans Fenster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sieht sich als Mann/möchte lieber ein Mann sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• schaut sich Porno-/Erotikfilme in ihrem Zimmer an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige, nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bewohner-Paare für sich alleine /fühlen sich unbeobachtet</b>			
• schmusen in ihrem Zimmer miteinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• heftiges küssen/knutschen bis hin zu Petting in Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• haben in ihrem Zimmer Geschlechtsverkehr miteinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• haben Analverkehr im eigenen Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• haben Oralverkehr in eigenem Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• baden gemeinsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• schauen sich Erotik- oder Pornofilme im Zimmer an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Situation	häufig	manchmal	nie
<b>Bewohner/in in Situation mit anderen Bewohner/innen</b>			
<b>Der männliche Bewohner...</b>			
• befriedigt sich selbst im Beisein der Mitbew.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fragt Mitbew. direkt nach gemeinsamem Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, männliche Mitbew. an Penis oder Po zu fassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, männliche Mitbew. zu umarmen/zu küssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat mit wechselnden Männern intimen Kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, weibliche Mitbew. an Scheide oder Po zu fassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, weibliche Mitbew. an die Brust zu fassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, weibliche Mitbew. zu umarmen/zu küssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat mit wechselnden Frauen Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, in die Badezimmer/Toiletten von Mitbew. zu schauen, wenn diese drin sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zieht sich vor den Mitbew. aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• läuft nackt durch die Wohngruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht nackt, andere Bew. zu umarmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• lässt die Toiletten- oder Badezimmertür offen stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• schaut Pornohefte bzw. Porno-/Erotikfilme mit anderen an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige, nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Die weibliche Bewohnerin...</b>			
• befriedigt sich selbst im Beisein der Mitbew.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fragt Mitbew. direkt nach gemeinsamem Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, männliche Mitbew. an Penis oder Po zu fassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, männliche Mitbew. zu umarmen/zu küssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat mit wechselnden Männern Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, weibliche Mitbew. an Scheide oder Po zu fassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, weibliche Mitbew. an die Brust zu fassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, weibliche Mitbew. zu umarmen/zu küssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat mit wechselnden Frauen intimen Kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, in die Badezimmer/Toiletten von Mitbew. zu schauen, wenn diese drin sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zieht sich vor den Mitbew. aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• läuft nackt durch die Wohngruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht nackt andere Bew. zu umarmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• lässt die Toiletten- oder Badezimmertür offen stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• schaut Pornohefte oder Porno-/Erotikfilme mit anderen an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige, nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bewohner- Paare...</b>			
• schmusen/gegenseitiges streicheln im Wohnbereich der Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sitzen bei Mahlzeiten sehr dicht beieinander/fast aufeinander/auf dem Schoß des anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Situation	häufig	manchmal	nie
• küssen/knutschen heftig im Wohnbereich der Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• schmusen heftig bis hin zu Pettingversuchen im Wohnbereich der Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• haben Geschlechtsverkehr, so dass die Mitbew. es hören oder sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• haben Oralverkehr, so dass Mitbew. es hören/sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• haben Analverkehr, so dass Mitbew. es hören/sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige, nämlich: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bewohner/in in Situation mit Mitarbeiter/in (MA)</b>			
<b>Der männliche Bewohner...</b>			
• fragt MA nach Hilfsmitteln zur Selbstbefriedigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bittet MA um Hilfe bei Selbstbefriedigung („Hand anlegen“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• nimmt Hand von MA und führt diese in den eigenen Schritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• befriedigt sich selbst im Beisein von MA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• scheint durch Anwesenheit von MA sexuell erregt zu sein (z.B. „spielen“ am Penis/steifer Penis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat eine morgendliche Erektion bei der Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat „feuchte Träume“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• nutzt Pflege, um am Penis zu „spielen“ (ohne „Windeln“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, MA an Scheide/Penis/Po zu fassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, MA zu umarmen, sich auf den Schoß zu setzen und/oder zu küssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, den (steifen) Penis an MA zu pressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• macht MA „anzügliche“ Komplimente (z.B. „geile Titten“) bzw. versucht, MA „anzumachen“ durch Sprüche („Du Süße...“) oder Blicke (z.B. in Ausschnitt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• benutzt stark sexualisierte Sprache gegenüber MA (ficken, poppen, bumsen, Titten, Prengel...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• äußert Wunsch, endlich eine Freundin zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wünscht sich eine Liebesbeziehung zu MA (schreibt z.B. Liebesbriefe, macht Liebeserklärungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• stellt Fragen zu sexuellen Themen (z.B. „Wie geht Liebe machen?“/„Wie fickt man?“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• macht das Thema „Liebe/Partnerschaft/Sexualität“ in der Wohngruppe lächerlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fragt MA nach Pornoheften/Porno-/Erotikfilmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fragt MA nach gemeinsamen Besuch eines Sex-Shops	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fragt MA nach Vermittlung einer Prostituierten für ihn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige, nämlich: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Die weibliche Bewohnerin...</b>			
• fragt MA nach Hilfsmitteln zur Selbstbefriedigung (z.B. Vibrator)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bittet MA um Hilfe bei Selbstbefriedigung („Hand anlegen“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• nimmt Hand von MA und führt diese in den eigenen Schritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• befriedigt sich selbst im Beisein der MA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• scheint durch Anwesenheit des MA sexuell erregt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Situation	häufig	manchmal	nie
• nutzt Pflege, um an Scheide zu „spielen“ (ohne „Windeln“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, MA an Penis/Scheide/Po zu fassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, MA zu umarmen, sich auf den Schoß zu setzen und/oder zu küssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• versucht, die eigenen Genitalien an MA zu pressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• macht MA „anzügliche“ Komplimente (z.B. „geiler Hintern“) bzw. versucht, MA „anzumachen“ durch Sprüche („Du Süßer...“) oder Blicke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• benutzt stark sexualisierte Sprache (ficken, poppen, bumsen, Titten, Pregel...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fragt MA nach Pornoheften/Porno-/Erotikfilmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• äußert Wunsch, endlich einen Freund zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wünscht sich eine Liebesbeziehung zu MA (schreibt z.B. Liebesbriefe, macht Liebeserklärungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• stellt Fragen zu sexuellen Themen (z.B. „Wie geht Liebe machen?“/„Wie fickt man?“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• äußerst starken Wunsch / fragt nach eigenen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• macht das Thema „Liebe/Partnerschaft/Sexualität“ in der Wohngruppe lächerlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige, nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bewohner- Paare...</b> (Die Verhaltensweisen werden ebenfalls angekreuzt, auch wenn nur <b>einer der beiden</b> dieses Verhalten zeigt.)			
• fragen MA um Erlaubnis, dass Partner/in in Wohngruppe/im Zimmer übernachten darf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fragen MA nach dessen/deren sexuellen Erfahrungen aufgrund der eigenen Unsicherheit der Bew.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fragen MA nach „Normalität“ ihres Sexualverhaltens („Ist das normal, wenn wir das so machen?“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• berichten MA über sexuelle Praktiken, die MA übergriffig bzw. gewalttätig erscheinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fragen MA nach konkreter Hilfe beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fragen MA nach sexuellen Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wollen mit MA über ihren Kinderwunsch sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fragen MA nach Möglichkeiten der Verhütung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wirken sehr unsicher und trauen sich nicht, Fragen zu stellen/MA hat Gefühl, sie bräuchten Ermutigung/Unterstützung für Partnerschaft/Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige, nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## II Störende/hinderliche sexuelle Verhaltensweisen der Bewohner/innen im Gruppenalltag:

2. Betrachten Sie bitte noch einmal die Seiten 2-5. **Kreisen Sie bitte in dieser Auflistung die Verhaltensweisen ein** (oder markieren diese farblich), die Sie **im Gruppenalltag für Einzelne oder alle Beteiligten als besonders störend bzw. hinderlich erleben**.

**Als störende Verhaltensweisen sollen hier verstanden werden:**

- Verhaltensweisen der Bew., durch die **Sie sich subjektiv gestört** fühlen und die Sie als hinderlich im Gruppenalltag erleben
- Verhaltensweisen der Bew., durch die **andere Bewohner/innen sich gestört** fühlen
- Verhaltensweisen der Bew., durch die **diese selbst** z.B. in ihren sozialen Kontakten **behindert/gestört werden** (weil z.B. andere sich abgestoßen fühlen)

## III Sexuelle Verhaltensweisen der Bewohner/innen als persönliche Herausforderung an die Mitarbeitenden

Neben den Verhaltensweisen, die man im Gruppenalltag als störend/hinderlich erlebt, gibt es Verhaltensweisen, durch die man **persönlich an seine Grenzen kommt**, weil sie einen z.B. sehr verunsichern, die eigene Schamgrenze verletzen, man sich ekelt oder die Situation als persönliche Zumutung erlebt.

3. **Gibt es in Ihrem Arbeitsalltag sexuelle Verhaltensweisen der Bewohner/innen, durch die Sie persönlich an Ihre Grenzen kommen?**

ja       nein

3. a Wenn „ja“, schätzen Sie bitte den **Grad Ihrer aktuellen persönlichen Belastung** durch die sexuellen Verhaltensweisen der Bewohner/innen ein, indem Sie ihr subjektives Empfinden durch einen **Strich auf der Linie** markieren:

nicht belastet      |-----|      sehr belastet

## IV Vermutungen zum sexuellen Verhalten der Bewohner/innen

4. **Welche möglichen Gründe nehmen Sie für die beschriebenen sexuellen Verhaltensweisen der Bewohner/innen allgemein an? Geben Sie Gründe auch dann an, wenn es Ihres Erachtens nur auf eine Bewohnerin zutrifft.**

Angenommene mögliche Gründe	trifft häufig zu	trifft manchmal zu	trifft nie zu
• Bew. provozieren MA bewusst durch ihr sexuelles Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Menschen mit geistiger Behinderung haben andere sexuelle Bedürfnisse als Menschen ohne Behinderung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aufwertung der eigenen Person durch sexuelles Erleben mit anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sexuelle Erregung bei Pflegehandlungen ist für Bew. nicht steuerbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sexuelles Verhalten ist Ausdruck von Wunsch nach Nähe und Zuwendung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Viele MA wollen nicht wahrhaben, dass Bew. Sexualität haben und leben wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angenommene mögliche Gründe	trifft häufig zu	trifft manchmal zu	trifft nie zu
• Schwere der Behinderung lässt das Erlernen von anderem (sexuellem) Verhalten kaum zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• MA beachten die Intims- und Privatsphäre in der Wohneinrichtung <u>nicht</u> (z.B. ins Bad kommen, ohne anzuklopfen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bew. haben zu wenig Wissen im Bereich Sexualität wegen fehlender Aufklärung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jahrelange Pflege erschwert Erlernen von angemessener Nähe und Distanz für Bew..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bew. haben durch Behinderung kein Verständnis von eigener Sexualität und angemessenen Verhaltensweisen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bew. haben in Einrichtung kaum Möglichkeit, Partner/in zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sexuelles Verhalten ist aufgrund der Behinderung triebgesteuert und deshalb nicht änderbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Überforderung oder Stress sind Auslöser für z.B. Selbstbefriedigung („Ventilfunktion“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bew. hatten zu wenige Erfahrungsmöglichkeiten in der Jugend z.B. durch überbehütende Eltern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bew. erleben sich durch die eigene Sexualität als gleichwertiger Erwachsener.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bew. sind durch jahrelange Pflege „gewohnt“, dass viele Menschen sie nackt sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tragen von „Windeln“ verhindert Sexualität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bew. werden von MA als „große Kinder“ angesehen (Infantilisierung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sexuelles Verhalten ist Ausdruck von Freude/ Lust an Gefühlen/ körperlichem Erleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bew. haben in Einrichtung keine Möglichkeit, ihre sexuellen Wünsche zu leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bew. haben durch Behinderung kein Verständnis von Intim- oder Privatsphäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• MA werden zu gewünschten „Ersatz-Partner/innen“ beim Wunsch nach Nähe und Sexualität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige, nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## V. Unterstützungs- und Veränderungsbedarfe aus Sicht der Mitarbeitenden

5. Wünschen Sie sich Unterstützung für Ihre Arbeit bzw. Veränderungen in der Einrichtung, um mehr zur „sexuellen Selbstbestimmung“ der Bewohner/innen beizutragen?

ja       nein

6. Wenn „ja“, welche Unterstützung bzw. Veränderungen wünschen Sie sich (in linker Spalte ankreuzen)?

7. Was ist von den genannten Angeboten bereits in Ihrer Einrichtung vorhanden (in rechter Spalte ankreuzen)?

Wünsche ich mir:	Mögliche Unterstützungen bzw. Veränderungen	Ist bereits vorhanden:
	<b>für die Bewohner/innen selber:</b>	
<input type="checkbox"/>	mehr Einsehen/Veränderungsbereitschaft von den Bewohner/innen selbst	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bew. beraten sich gegenseitig/tauschen Erfahrungen in geschlechtergemischten Gruppen aus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bew. tauschen Erfahrungen in Männer- bzw. Frauengruppen aus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	mehr MA im Gruppendienst, um mehr Zeit für individuelle Begleitung der Bew. zu haben	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Beratung für die Bew. durch Fachpersonal (z.B. Sexualpädagogen/innen) <i>innerhalb</i> der Einrichtung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Beratung durch Sexualpädagogen/innen für Bewohner/innen von <i>außerhalb</i> (neutrale Ansprechperson für Bew.)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kontakt zu Sexualassistenten/Prostituierten, die bei Bedarf der Bew. „bestellt“ werden können	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leichte Zugänglichkeit zu sexuellen Hilfsmitteln (z.B. Vibrator, künstliche Vagina) auf Wunsch der Bew.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fortbildungsangebote für die Bewohner/innen, um deren Wissen im Bereich Sexualität zu erweitern (Aufklärung)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Angemessenes Aufklärungsmaterial für Erwachsene mit Behinderung zur Arbeit mit Bew.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>
	<b>Für die Mitarbeitenden:</b>	
<input type="checkbox"/>	Mehr Austausch im Team über gemeinsame Vorgehensweise	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Beratung durch erfahrene Mitarbeitende aus der Einrichtung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Supervision für <i>mich</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Supervision für <i>unser Team</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Beratung durch Sexualpädagogen/innen von <i>außerhalb für mich</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Beratung durch Sexualpädagogen/innen von <i>außerhalb für unser Team</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kontakt zu Beratungsstellen zum Thema „sexuelle Gewalt“	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fortbildungsangebote <i>für mich</i> zu folgenden Themen: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fortbildungsangebote für <i>unser Team</i> zu folgenden Themen: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fachliteratur/Informationsmaterial für Mitarbeitende	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Arbeitskreis für MA zu dem Thema in der Wohneinrichtung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Arbeitskreis zu dem Thema außerhalb der Wohneinrichtung (z.B. Interessierte aus mehreren Wohneinrichtungen)	<input type="checkbox"/>
	<b>In gesamter Einrichtung:</b>	
<input type="checkbox"/>	Mehr Austausch über Thema „Sexualität“ in allen Bereichen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Einzelzimmer für alle Bew.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Eigene Badezimmer für alle Bew.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Abschließbare Badezimmer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mehr Möglichkeiten zum Paarwohnen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gesamtkonzept für „sexuelle Selbstbestimmung der Bew.“	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gesamtkonzept „sexuelle Selbstbestimmung“ in leichter Sprache	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Handlungsleitfaden „Verhalten bei Verdacht auf sexuelle Gewalt“	<input type="checkbox"/>

Wünsche ich mir:	Unterstützungs-/Veränderungswünsche	Ist bereits vorhanden:
<input type="checkbox"/>	Handlungsleitfaden „Verhalten bei Verdacht auf sexuelle Gewalt“ in leichter Sprache	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Klare Handlungsvorgaben der Leitung für die MA der Einrichtung zur sexuellen Selbstbestimmung der Bew.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mehr Unterstützung durch Leitung der Einrichtung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>

**8. Wie zufrieden sind Sie mit der Gesamtsituation in Ihrer Einrichtung in Bezug auf die „sexuelle Selbstbestimmung der Bewohner/innen“?**

sehr zufrieden    zufrieden    teils/teils    unzufrieden    sehr unzufrieden

**VI Angaben zu Ihrer Person**

**Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre      **Geschlecht:**  weiblich    männlich

**Ausbildung / ausgeübter Beruf:**

<input type="checkbox"/> Heilerziehungspfleger/in	<input type="checkbox"/> Heilpädagoge/in (Fachschule)
<input type="checkbox"/> Heilerziehungshelfer	<input type="checkbox"/> Heilpädagoge/in (Fachhochschule)
<input type="checkbox"/> Altenpflegehelfer/in	<input type="checkbox"/> Sozialpädagoge/in
<input type="checkbox"/> Erzieher/in	<input type="checkbox"/> Krankenpflegehelfer/in
<input type="checkbox"/> Altenpfleger/in	<input type="checkbox"/> Sozialpädagoge/in
<input type="checkbox"/> Krankenpfleger/in	<input type="checkbox"/> Sozialhelfer/in
<input type="checkbox"/> Pflegeassistent/in	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____

**Dauer der Berufstätigkeit im jetzigen Arbeitsfeld:** \_\_\_\_\_ Jahre

**Beschäftigungsverhältnis:**  
 Vollzeit       Teilzeit mit \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

**Informationen zu Ihrem Arbeitsbereich:**

**Funktion in der Einrichtung:**

<input type="checkbox"/> Wohnbereichsleiter/in/Teamleiter/in	<input type="checkbox"/> Wohngruppenleiter/in
<input type="checkbox"/> Mitarbeitende in Wohngruppe ( <u>Tagdienst</u> )	<input type="checkbox"/> Mitarbeitende in Wohngruppe ( <u>Nachtdienst</u> )
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

Bei Mitarbeitenden in Wohngruppen: **Informationen zur Wohngruppe:**

**Geschlechterverteilung in der Wohngruppe (bitte Anzahl angeben):**  
Anzahl männliche Bewohner: \_\_\_\_\_  
Anzahl weibliche Bewohnerinnen: \_\_\_\_\_

**Altersverteilung in der Wohngruppe (bitte Anzahl angeben):**

<input type="checkbox"/> 18 – 35 Jahre
<input type="checkbox"/> 36 – 50 Jahre
<input type="checkbox"/> 51 – 70 Jahre
<input type="checkbox"/> 70 Jahre und älter
<input type="checkbox"/> Wenn anders, bitte angeben: _____

**Überwiegende Behinderungsform der Bewohner/innen in der Gruppe (bitte Anzahl angeben):**

Anzahl der Bew. mit geistiger Behinderung: \_\_\_\_\_

Anzahl der Bew. psychische Behinderung: \_\_\_\_\_

Anzahl der Bew. mit schwerster/mehrfacher Behinderung: \_\_\_\_\_

**Ich bedanke mich sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!**