



1. Für welchen Träger/ welche Einrichtung arbeiten Sie?

-	
-	
-	

2. Ist Ihre Einrichtung konfessionell gebunden?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein

3. In welchem Kontext arbeiten Sie mit Menschen mit Behinderung?

<input type="checkbox"/>	Ambulantes Betreuungs-/ Wohnangebot
<input type="checkbox"/>	Stationäres Betreuungs-/ Wohnangebot
<input type="checkbox"/>	Teilstationäres Betreuungs-/ Wohnangebot
<input type="checkbox"/>	Kindergarten/ KiTa
<input type="checkbox"/>	Schule/ Ausbildung
<input type="checkbox"/>	Beruf/ Werkstatt (WfbM)
<input type="checkbox"/>	Beratung/ Vermittlung
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

4. Welche Formen der Behinderungen haben Ihre Adressat*innen?

<input type="checkbox"/>	Körperliche Behinderung
<input type="checkbox"/>	Geistige Behinderung
<input type="checkbox"/>	Sinnesbehinderung
<input type="checkbox"/>	Sprachbehinderung
<input type="checkbox"/>	Seelische Behinderung
<input type="checkbox"/>	Lernbehinderung
<input type="checkbox"/>	Mehrfachbehinderungen
<input type="checkbox"/>	Sonstige:



5. Welches sind Ihre wesentlichen Arbeitsinhalte?

<input type="checkbox"/>	Assistenz (z.B. Wohnen, Arbeit, Freizeit)
<input type="checkbox"/>	Beratung/ Vermittlung
<input type="checkbox"/>	Reisebegleitung
<input type="checkbox"/>	Pflege
<input type="checkbox"/>	Angehörigenarbeit
<input type="checkbox"/>	Sonstige:

6. In welcher Altersgruppe befinden sich Ihre Adressat*innen?

<input type="checkbox"/>	Bis 18 Jahre
<input type="checkbox"/>	18-25
<input type="checkbox"/>	26-45
<input type="checkbox"/>	46-65
<input type="checkbox"/>	Ab 65 Jahre

7. Wie oft sind Sie während Ihrer Arbeit mit der Sexualität von Menschen mit Behinderung konfrontiert?

<input type="checkbox"/>	Nie
<input type="checkbox"/>	Selten
<input type="checkbox"/>	Wöchentlich
<input type="checkbox"/>	Täglich
<input type="checkbox"/>	Mehrmals täglich

8. Zu welchen sexualpädagogischen Themen besitzt Ihre Einrichtung Leitlinien oder Konzepte?

<input type="checkbox"/>	Umgang mit Sexualität und Behinderung
<input type="checkbox"/>	Sexualpädagogische Angebote/ Sexualaufklärung
<input type="checkbox"/>	Schutzkonzepte vor sexualisierter Gewalt (Fokus: Fachkräfte)
<input type="checkbox"/>	Schutzkonzepte vor sexualisierter Gewalt (Fokus: Adressat*innen)
<input type="checkbox"/>	Keine
<input type="checkbox"/>	Weiß nicht
<input type="checkbox"/>	Sonstige:



9. Wie ermöglichen Sie Menschen mit Behinderung eine selbstbestimmte Sexualität?

<input type="checkbox"/>	Geschultes Personal oder Fachberater*innen
<input type="checkbox"/>	Entsprechende Fort-/ Weiterbildungen
<input type="checkbox"/>	Rückzugsräume, Kuschelecken, Snoezelräume
<input type="checkbox"/>	Finanzielle Mittel werden zur Verfügung gestellt
<input type="checkbox"/>	Sexualpädagogisches Material für Menschen mit Behinderung (z.B. RealCare-Babys, Paomi)
<input type="checkbox"/>	Besuche im Bordell, Sexualbegleitung
<input type="checkbox"/>	Keine Ressourcen
<input type="checkbox"/>	Sonstige:

10. Welche konkreten sexualpädagogischen Angebote bieten Sie innerhalb ihrer Einrichtung an?

-	
-	
-	
-	
<input type="checkbox"/>	Keine

11. Welche externen sexualpädagogischen Angebote und Anbieter*innen nutzen Sie?

-	
-	
-	
-	
<input type="checkbox"/>	Keine



12. Welche sexualpädagogischen Angebote würden Sie sich für Ihre Einrichtung wünschen?

-	
-	
-	
-	
-	

13. Bitte schätzen Sie ein: Was denken Sie, inwieweit können Adressat*innen Ihre eigene Sexualität und den Wunsch nach Familienplanung in Ihrer Einrichtung ausleben?

<input type="checkbox"/>	Gar nicht
<input type="checkbox"/>	Wenig
<input type="checkbox"/>	Mittelmäßig
<input type="checkbox"/>	Relativ selbstbestimmt
<input type="checkbox"/>	Völlig selbstbestimmt

14. Ist Ihnen der Begriff „Sexualbegleitung“ sowie deren Möglichkeiten vertraut?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein

15. Worin sehen Sie die wesentlichen Schwierigkeiten in der Realisierung und Ausübung von Sexualität bei Menschen mit Behinderung?

-	
-	
-	
-	



16. Welche Wünsche im Hinblick auf sexualpädagogische Unterstützung äußern Ihre Adressat*innen?

<input type="checkbox"/>	Sexualpädagogische*n Ansprechpartner*in
<input type="checkbox"/>	Sexualbegleitung
<input type="checkbox"/>	Kontakt zu anderen Menschen/ Wunsch nach Partner*in
<input type="checkbox"/>	Rückzugsmöglichkeiten/ Intimsphäre
<input type="checkbox"/>	Beratung/ Aufklärung
<input type="checkbox"/>	Vielfältigkeit sexueller Orientierungen (homo, trans, queer, hetero etc.)
<input type="checkbox"/>	Sonstige:

Nutzen Sie hierzu bitte auch den Fragebogen in Leichter Sprache.

17. Für wie wichtig halten Sie die Vorbereitung von Menschen mit Behinderung auf den Umgang mit Sexualität?

<input type="checkbox"/>	Überhaupt nicht wichtig
<input type="checkbox"/>	Nicht sehr wichtig
<input type="checkbox"/>	Einigermaßen wichtig
<input type="checkbox"/>	Sehr wichtig
<input type="checkbox"/>	Entscheidend

18. Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit dem Thema Sexualität und Behinderung in Bezug auf Ihre Adressat*innen?

<input type="checkbox"/>	Überhaupt nicht sicher
<input type="checkbox"/>	Nicht sehr sicher
<input type="checkbox"/>	Einigermaßen sicher
<input type="checkbox"/>	Sicher
<input type="checkbox"/>	Sehr sicher



19. Wären Sie gern besser geschult und ausgebildet im Umgang mit Behinderung und Sexualität?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein

20. Wenn ja, welche Themen wünschen Sie sich?

<input type="checkbox"/>	Entwicklung eines sexualpädagogischen Konzeptes
<input type="checkbox"/>	Mitarbeiter*innenschulung
<input type="checkbox"/>	Angehörigenarbeit
<input type="checkbox"/>	Sexualpädagogische Angebote für Adressat*innen
<input type="checkbox"/>	Informationsmaterial
<input type="checkbox"/>	Rechtliche Beratung
<input type="checkbox"/>	Sonstige:

21. Was muss sich verändern, damit alle Menschen gleichberechtigte sexuelle Wesen sind und was können Sie dafür tun?

-	
-	
-	
-	
-	

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!