****

**ID-Nummer:**

(Bitte nicht ausfüllen. Die ID-Nummer wird von uns eingegeben.)

**Fragebogen**

 **Geschlechtlichkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen. Die Sicht der Betreuungskräfte.**

Herzlichen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, diesen Fragebogen auszufüllen und uns damit bei unserer wissenschaftlichen Studie zu unterstützen. Die Fragen beziehen sich auf Ihre Arbeit als Betreuungskraft im Behindertenbereich, vor allem auf Ihr Wissen und Ihre Erfahrung im Bereich der „Geschlechtlichkeit“ der Men-schen mit geistiger Behinderung. Zudem möchten wir gerne etwas über Ihre Meinung zu bestimmten Themen erfahren. Bislang gibt es hier nur wenige solide wissenschaftliche Daten aus Deutschland. Es ist daher sehr wichtig, dass möglichst viele Betreuungskräfte an dieser Befragung teilnehmen. Wir würden uns deshalb freuen, wenn Sie auch Ihre Kolleg/-innen auf unsere Befragung aufmerksam machen.

Der Fragebogen enthält insgesamt 58 Fragen. Es sind überwiegend Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglich-keiten. Wählen Sie bitte die Antwort/die Antworten aus, die Sie **am ehesten für richtig halten**. Bei einigen Fragen können Sie mehrere Antwortalternativen ankreuzen. Bei anderen Fragen werden Sie gebeten, eine kurze Antwort frei zu formulieren. Beantworten Sie bitte alle Fragen. Das Ausfüllen des Fragebogens wird **etwa 30 Minuten dauern**.

Die Teilnahme an dieser Befragung ist **freiwillig**. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt, **anonymisiert** und ausschließlich zum Zwecke dieser Befragung verwendet. Personenbezogene Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Fragebögen werden statistisch ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Auswertung werden keinerlei Rückschlüsse auf Sie oder die von Ihnen betreuten Menschen mit geistiger Behinderung zulassen. Sie können den Fragebogen online ausfüllen, auf Ihrem Gerät abspeichern und dann per E-Mail zurücksenden. Sie können ihn aber auch ausdrucken, ausfüllen und dann per E-Mail (vorher einscan-nen), Fax oder Post an uns zurücksenden. Unsere Kontaktdaten finden Sie am Ende des Fragebogens. Mit der Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens erklären Sie sich bereit, an dieser Studie teil-zunehmen und erkennen die genannten Bedingungen an. Sie können Ihre Einverständniserklärung während der Durchführung der Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, ohne dass dies für Sie nachteilige Folgen hat.

Die Ergebnisse der statistischen Auswertung werden in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift veröffentlicht. Wenn Sie Interesse daran haben, senden wir sie Ihnen gerne zu. Hierzu bitten wir Sie, uns Ihre E-Mail-Adresse zur Verfügung zu stellen. Die E-Mail-Adresse wird separat gespeichert und keinesfalls mit ihrem ausgefüllten Fragebogen in Verbindung gebracht. Wir möchten Sie noch darauf aufmerksam machen, dass es bis zum Vorliegen der ersten Ergebnisse einige Zeit dauern kann.

Kreuzen Sie nun bitte bei den folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an bzw. tragen Sie Ihre Antwort in das vorgesehene Kästchen ein.

**Achtung:** Bei den folgenden Fragen bitte nur **eine** Antwort ankreuzen, es sei denn, es ist die Möglichkeit zur Mehrfachantwort angegeben.

1. **Fragen zu Ihnen und zur Einrichtung, in der Sie arbeiten**
2. Ihr Geschlecht

1.1 [ ]  weiblich

1.2 [ ]  männlich

1. Ihr Alter

Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Jahre

1. In welchem Bundesland arbeiten Sie derzeit?

3.1 [ ]  Baden-Württemberg

3.2 [ ]  Bayern

3.3 [ ]  Berlin

3.4 [ ]  Brandenburg

3.5 [ ]  Bremen

3.6 [ ]  Hamburg

3.7 [ ]  Hessen

3.8 [ ]  Mecklenburg-Vorpommern

3.9 [ ]  Niedersachsen

3.10 [ ]  Nordrhein-Westfalen

3.11 [ ]  Rheinland-Pfalz

3.12 [ ]  Saarland

3.13 [ ]  Sachsen

3.14 [ ]  Sachsen-Anhalt

3.15 [ ]  Schleswig-Holstein

3.16 [ ]  Thüringen

3.17 [ ]  Ich arbeite im Ausland.

1. In welcher Einrichtung arbeiten Sie derzeit? (Art der Einrichtung)

4.1 [ ]  Wohnstätte (Einrichtungen ohne Tagesstruktur)

4.2 [ ]  Wohnheim (Einrichtungen mit interner Tagesstrukturierung)

4.3 [ ]  Außenwohngruppe/betreute Wohngemeinschaft

4.4 [ ]  Andere Einrichtung, und zwar Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. Der Träger der Einrichtung ist

5.1 [ ]  Staatlich

5.2 [ ]  Kirchlich (z.B. Caritas)

5.3 [ ]  Privat (z.B. Lebenshilfe)

1. In Ihrer Einrichtung werden Menschen mit folgenden Behinderungsarten betreut:

(**Achtung:** Bitte auch hier nur 1 Antwortmöglichkeit ankreuzen!)

 6.1 [ ]  **vorwiegend** Menschen mit leichter geistiger Behinderung

6.2 [ ]  **vorwiegend** Menschen mit mittlerer und schwerer geistiger Behinderung

6.3 [ ]  **vorwiegend** Menschen mit psychischer Einschränkung/Behinderung

6.4 [ ]  **vorwiegend** Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderung

6.5 [ ]  Menschen mit unterschiedlichen Behinderungsarten (geistig/körperlich/

 psychisch) und/oder unterschiedlichem Grad der geistigen Behinderung

1. Als was sind Sie gegenwärtig in dieser Einrichtung beschäftigt?

 7.1 [ ]  BFD/FSJ, Praktikant/-in o.ä.

7.2 [ ]  Auszubildende/r

7.3 [ ]  Fachkraft (z.B. Heilerziehungspfleger/-in; Krankenpfleger/-in; Altenpfleger/-In)

7.4 [ ]  Leitende Kraft (z.B. Fachkraft als Wohngruppenleitung)

7.5 [ ]  Anderes, und zwar Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Partnerschaft bei den Bewohner/-innen**
2. Welches sind Ihrer Ansicht nach die wichtigsten Probleme im Zusammenhang mit Partnerschaft bei den Bewohnern von Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung?

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. Wie oft finden in den Wohngruppen oder während der ambulanten Betreuung Gespräche mit den von Ihnen betreuten Frauen und Männern mit Behinderung zum Thema *Partnerschaft* statt?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Regelmäßig | Von Zeit zu Zeit | Selten | Nie |
| 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  |

9.5 [ ]  Nur bei Bedarf.

1. Wie oft sprechen Sie und Ihre Kolleg/-innen mit den Angehörigen/gesetzlichen Betreuern der von Ihnen betreuten Frauen und Männern mit Behinderung über das Thema *Partnerschaft bei den Bewohnern*?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Regelmäßig | Von Zeit zu Zeit | Selten | Nie |
| 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  |

10.5 [ ]  Nur bei Bedarf.

1. Gibt es unter den von Ihnen betreuten Frauen und Männern mit Behinderung Personen, die in einer festen Partnerschaft leben?

11.1 [ ]  Ja 11.2 [ ]  Nein

1. Gibt es unter den von Ihnen betreuten Frauen und Männern mit Behinderung Personen, die wechselnde Partnerschaften pflegen?

12.1 [ ]  Ja 12.2 [ ]  Nein

1. Gibt es unter den von Ihnen betreuten Frauen und Männern mit Behinderung Personen, die gerne eine Partnerschaft eingehen würden, die aber keinen entsprechenden Partner/Partnerin finden?

13.1 [ ] Ja 13.2 [ ]  Nein

1. Gibt es unter den von Ihnen betreuten Frauen und Männern mit Behinderung Personen, die sich einsam fühlen, da sie keinen Partner/keine Partnerin haben?

14.1 [ ]  Ja 14.2 [ ]  Nein

1. Haben die von Ihnen betreuten Frauen und Männern mit Behinderung die Möglichkeit, auch außerhalb der Einrichtung eine Partnerin/ einen Partner kennenzulernen?

15.1 [ ]  Ja 15.2 [ ]  Nein

Wenn ja, wo könnte das sein? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. Gibt es in Ihrer Einrichtung Räumlichkeiten (eigenes Zimmer oder spezielle Räumlichkeiten), in denen die von Ihnen betreuten Frauen und Männern mit geistiger Behinderung ungestört beisammen sein können?

16.1 [ ]  Ja 16.2 [ ]  Nein

1. **Sexuelle Aktivität bei den Bewohner/-innen**
2. Welches sind Ihrer Ansicht nach die wichtigsten Probleme im Zusammenhang mit der Sexualität der Bewohner von Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung?

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. Finden in den Wohngruppen oder während der ambulanten Betreuung Gespräche mit den von Ihnen betreuten Frauen und Männern mit Behinderung zum Thema *Sexualität* statt?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Regelmäßig** | **Von Zeit zu Zeit** | **Selten** | **Nie** |
| 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  |

18.5 [ ]  Nur bei Bedarf.

1. Wie oft sprechen Sie und Ihre Kolleg/-innen mit den Angehörigen/gesetzlichen Betreuern der von Ihnen betreuten Frauen und Männern mit Behinderung über das Thema *Sexualität bei den Bewohnern*?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Regelmäßig** | **Von Zeit zu Zeit** | **Selten** | **Nie** |
| 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  |

19.5 [ ]  Nur bei Bedarf.

1. Sind die von Ihnen betreuten Frauen und Männern mit geistiger Behinderung - entsprechend ihrer geistigen Fähigkeiten - über das Thema Sexualität (einschl. Zeugung, Schwangerschaft, Elternschaft etc.) informiert?

20.1 [ ]  Ja, alle. 20.3 [ ]  Nein

 20.2 [ ]  Ja, einige. 20.4 [ ]  Ich weiß es nicht.

1. Gibt es unter den von Ihnen betreuten Frauen und Männern mit Behinderung Personen, die sexuell aktiv sind?

21.1 [ ]  Ja 21.2 [ ]  Nein

1. Welche Formen des Körperkontaktes bzw. der sexuellen Aktivität zeigen die von Ihnen betreuten Personen mit Behinderung – Ihrer Kenntnis nach – im Wohnbereich oder in der Öffentlichkeit?

*(Mehrfachnennungen möglich)*

 22.1 [ ]  Küssen 22.4 [ ]  Geschlechtsverkehr

 22.2 [ ]  einfaches Streicheln 22.5 [ ]  Masturbation

 22.3 [ ]  Petting 22.6 [ ]  Exhibitionismus[[1]](#footnote-1)

 22.7 [ ]  Voyeurismus[[2]](#footnote-2)

 22.8 [ ]  Sexuelles Interesse im Hinblick auf andersgeschlechtliche Personen

22.9 [ ]  Sexuelles Interesse im Hinblick auf gleichgeschlechtliche Personen

22.10 [ ]  Bei der Körperpflege kommt es zu sexueller Erregung.

22.11 [ ]  Sie zeigen keine Formen eines solchen Körperkontaktes/der sexuellen Aktivität

22.12 [ ]  Die von mir betreuten Personen sind nicht sexuell aktiv.

22.13 [ ]  Sie zeigen andere Formen der sexuellen Aktivität, und zwar Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. Gibt es unter den von Ihnen betreuten Männern und Frauen mit Behinderung Personen, die Medikamente einnehmen, die den Sexualtrieb vermindern oder hemmen sollen?

23.1 [ ]  Ja 23.3 [ ]  Ich weiß es nicht.

23.2 [ ]  Nein

1. Von wem werden die Medikamente, die den Sexualtrieb vermindern oder hemmen sollen, verordnet?

24.1 [ ]  Hausarzt/Hausärztin

24.2 [ ]  Gynäkolog/-in

24.3 [ ]  Urolog/-in

24.4 [ ]  Psychiater/-in, ärztl. Psychotherapeut/-in

 24.5 [ ]  Ich weiß es nicht.

 24.6 [ ]  Die von mir betreuten Menschen mit Behinderung nehmen keine Medikamente ein, die den

 Sexualtrieb vermindern oder hemmen sollen.

1. Gibt es unter den von Ihnen betreuten Männern und Frauen mit Behinderung Personen, die Ihrer Ansicht nach ein auffälliges Sexualverhalten zeigen?

25.1 [ ]  Ja 25.2 [ ]  Nein

Wenn ja, können Sie uns kurz Näheres dazu mitteilen? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bitte teilen Sie uns auch kurz mit, welche Reaktionen der Umwelt sie auf ein solches Verhalten erlebt haben? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. Haben Sie schon erlebt, dass die von Ihnen betreuten Personen mit Behinderung sexuelles Verhalten gegenüber Ihnen oder einem anderen Betreuer/einer anderen Betreuerin gezeigt haben?

26.1 [ ]  Ja 26.2 [ ]  Nein

Wenn ja, können Sie uns kurz Näheres dazu mitteilen? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Schwangerschaftsverhütende Methoden**
2. Gibt es unter den von Ihnen betreuten Frauen mit geistiger Behinderung Personen, die regelmäßig schwanger-schaftsverhütende Methoden (Pille, Stäbchen, Spirale etc.) anwenden?

27.1 [ ]  Ja 27.2 [ ]  Ich weiß es nicht.

23.2 [ ]  Nein

1. Welche schwangerschaftsverhütenden Methoden werden von den Frauen regelmäßig angewandt?

*(Mehrfachnennungen möglich)*

28.1 [ ]  Antibabypille

28.2 [ ]  Dreimonatsspitze

28.3 [ ]  Hormonimplantat (Stäbchen)

28.4 [ ]  Hormonpflaster

28.5 [ ]  Hormonspirale

28.6 [ ]  Kupferspirale

28.7 [ ]  Mini-Pille

28.8 [ ]  Andere Schwangerschaftsverhütungsmethode, und zwar Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

28.9 [ ]  Ich weiß es nicht.

28.10 [ ]  Die von mir betreuten Frauen nutzen keine schwangerschaftsverhütenden Methoden.

28.11 [ ]  Ich betreue nur Männer mit Behinderung.

1. Sind die von Ihnen betreuten Frauen mit geistiger Behinderung über die bei ihnen angewandten schwanger-schaftsverhütenden Methoden informiert?

*(Mehrfachnennungen möglich)*

29.1 [ ]  Ja, einige oder alle sind darüber informiert.

29.2 [ ]  Nein, einige oder alle sind nicht darüber informiert, obwohl sie aufgrund ihrer geistigen Fähigkeiten dazu

 in der Lage wären, es zu verstehen.

29.3 [ ]  Nein, einige oder alle sind aufgrund ihrer geistigen Fähigkeiten nicht in der Lage, es zu verstehen.

29.4 [ ]  Ich weiß es nicht.

29.5 [ ]  Die von mir betreuten Frauen nutzen keine schwangerschaftsverhütenden Methoden.

 29.6 [ ]  Ich betreue nur Männer mit Behinderung.

1. Gibt es unter den von Ihnen betreuten Frauen mit Behinderung Personen, die regelmäßig solche schwanger-schaftsverhütenden Methoden anwenden, obwohl sie nicht sexuell aktiv sind oder über einen längeren Zeitraum nicht sexuell aktiv waren?

30.1 [ ]  Ja

30.2 [ ]  Nein

30.3 [ ]  Die von mir betreuten Frauen nutzen keine schwangerschaftsverhütenden Methoden.

 30.4 [ ]  Ich betreue nur Männer mit Behinderung.

1. Welche Personen waren an der Entscheidung beteiligt, die genannten schwangerschaftsverhütenden Methoden einzusetzen? *(Mehrfachnennungen möglich)*

 31.1 [ ]  Betroffene Frau mit Behinderung

 31.2 [ ]  Eltern/gesetzlichen Betreuer

 31.3 [ ]  Gynäkolog/-in

 31.4 [ ]  Hausarzt

 31.5 [ ]  Leitung der Einrichtung

 31.6 [ ]  Betreuer in Wohngruppe/ambulanter Betreuer

 31.7 [ ]  Andere Person, und zwar Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 31.8 [ ]  Ich weiß es nicht.

 31.9 [ ]  Die von mir betreuten Frauen nutzen keine schwangerschaftsverhütenden Methoden.

 31.10 [ ]  Ich betreue nur Männer mit Behinderung.

1. Gibt es Probleme bei der Anwendung der genannten schwangerschaftsverhütenden Methoden?

32.1 [ ]  Ja

32.2 [ ]  Nein

 32.3 [ ]  Ich weiß es nicht.

 32.4 [ ]  Die von mir betreuten Frauen nutzen keine schwangerschaftsverhütenden Methoden.

 32.5 [ ]  Ich betreue nur Männer mit Behinderung.

1. Welche Probleme treten bei der Anwendung der genannten schwangerschaftsverhütenden Methoden immer wieder einmal oder regelmäßig auf? *(Mehrfachnennungen möglich)*

33.1 [ ]  Pilleneinnahme wird öfter/regelmäßig verweigert.

33.2 [ ]  Unsicherheit der Wirksamkeit der „Pille“ bei Ausspucken, Erbrechen, Durchfall.

33.3 [ ]  Starke Regelblutungen und/oder Zwischenblutungen.

33.4 [ ]  Ausbleiben der Regelblutungen.

33.5 [ ]  Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme

 33.6 [ ]  Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, die dadurch z.B. weniger gut wirken

 33.7 [ ]  Bauchschmerzen (z.B. bei Spirale)

 33.8 [ ]  Abstoßungsreaktionen an der Einlagestelle bei Hormonstäbchen.

 33.9 [ ]  Hormonpflaster löst sich unbemerkt ab.

 33.10 [ ]  Ich weiß es nicht.

 33.11 [ ]  Nein, es treten keine Probleme auf.

 33.12 [ ]  Die von mir betreuten Frauen nutzen keine schwangerschaftsverhütenden Methoden.

 33.13 [ ]  Ich betreue nur Männer mit Behinderung.

1. Gibt es unter den von Ihnen betreuten Männern mit Behinderung Personen, die regelmäßig oder gelegentlich Kondome als schwangerschaftsverhütende Methode anwenden?

34.1 [ ]  Ja

34.2 [ ]  Nein

 34.3 [ ]  Ich betreue nur Frauen mit Behinderung.

34.4 [ ]  Ich weiß es nicht.

1. **Menstruation, Monatshygiene und gynäkologische Untersuchung**
2. Welche Besonderheiten treten im Rahmen der Menstruation bei den von Ihnen betreuten Frauen mit geistiger Behinderung immer wieder einmal oder regelmäßig auf?  *(Mehrfachnennungen möglich)*

35.1 [ ]  Einige der von mir betreuten Bewohnerinnen haben überhaupt keine oder nur selten eine

 Menstruation.

35.2 [ ]  Einige der Bewohnerinnen haben öfter/regelmäßig Menstruationsbeschwerden.

35.3 [ ]  Einige der von mir betreuten Bewohnerinnen zeigen Angst oder sind unruhig, wenn sie die Blutung

 bemerken.

35.4 [ ]  Einige der Bewohnerinnen zeigen während ihrer Menstruation andere Verhaltensauffälligkeiten.

35.5 [ ]  Einige Bewohnerinnen können das Menstruations-Geschehen nicht einordnen.

35.6 [ ]  Ich habe andere Besonderheiten bemerkt, und zwar Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

35.7 [ ]  Ich weiß es nicht.

35.8 [ ]  Es treten keine Besonderheiten auf.

35.9 [ ]  Ich betreue nur Männer bzw. ältere Frauen nach der letzten Regelblutung (Menopause).

1. Welche Probleme treten im Rahmen der Monatshygiene bei den von Ihnen betreuten Frauen mit geistiger Behinderung immer wieder einmal oder regelmäßig auf? *(Mehrfachnennungen möglich)*

36.1 [ ]  Monatsbinden werden, wenn sie unbequem sind, unbemerkt entfernt, sodass die Wäsche dann

 verschmutzt.

36.2 [ ]  Verschmutzte Monatsbinden werden von Bewohnerinnen an unpassenden Orten entsorgt.

36.3 [ ]  Bewohnerinnen sagen nicht Bescheid, wenn aufgrund heftiger Menstruationsblutungen die Monats-

 binde nicht ausreicht, sodass die Wäsche verschmutzt.

36.4 [ ]  Bewohnerinnen, die selbst für ihre Monatshygiene sorgen, vergessen das regelmäßige Wechseln der

 Binden, sodass es zu Juckreiz und einer Schädigung der Haut kommt.

36.5 [ ]  Es treten andere Probleme auf, und zwar Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

36.6 [ ]  Ich weiß es nicht.

36.7 [ ]  Es treten keine Probleme dabei auf.

35.8 [ ]  Ich betreue nur Männer, Frauen ohne Menstruation bzw. ältere Frauen nach der letzten Regelblutung

 (Menopause).

1. Welche Probleme treten im Zusammenhang mit gynäkologischen Untersuchungen bei den von Ihnen betreuten Frauen mit geistiger Behinderung – Ihrer Erfahrung nach - immer wieder einmal oder regelmäßig auf?

 *(Mehrfachnennungen möglich)*

37.1 [ ]  Die Gynäkolog/-innen und/oder das Praxispersonal sind unerfahren im Umgang mit Frauen mit geistiger

 und/oder körperlicher Behinderung.

37.2 [ ]  Es gibt zu wenige Gynäkolog/-innen, die Erfahrungen im Umgang mit Frauen mit geistiger und/oder

 körperlicher Behinderung haben.

37.3 [ ]  Die konsultierten Gynäkolog/-innen haben zu wenig behindertenspezifisches Fachwissen.

37.4 [ ]  Die betroffenen Frauen haben oft/manchmal starke Angst oder Panik vor einer solchen Untersuchung.

37.5 [ ]  Gynäkologische Untersuchungen müssen oft/manchmal abgebrochen werden, weil die Frauen mit

 geistiger und/oder körperlicher Behinderung zu starke Angst/Panik vor der Untersuchung haben.

37.6 [ ]  Die betroffenen Frauen werden bei gynäkologischen Untersuchungen oft/manchmal gegen ihren

 Willen festgehalten, damit die Untersuchung durchgeführt werden kann.

37.7 [ ]  Es treten andere Probleme auf, und zwar Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

37.8 [ ]  Es treten keine Probleme dabei auf.

37.9 [ ]  Ich betreue nur Männer mit geistiger Behinderung.

1. Nehmen die von Ihnen betreuten Frauen mit geistiger Behinderung im Alter zwischen 50 und 70 Jahren am Mammografie-Screening teil? *(Mehrfachnennungen möglich)*

38.1 [ ]  Ja, regelmäßig

38.2 [ ]  Ja, unregelmäßig

38.3 [ ]  Nein

38.4 [ ]  Ich betreue keine Frauen mit geistiger Behinderung im Alter zwischen 50 und 70 Jahren.

38.5 [ ]  Ich betreue nur Männer mit geistiger Behinderung.

Wenn ja, können Sie uns in diesem Zusammenhang kurz Näheres zu Ihren Erfahrungen mitteilen? Gab es dabei Probleme? Wenn ja, was war der Grund? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. Nehmen die von Ihnen betreuten Frauen mit geistiger Behinderung, die 20 Jahre und älter sind, am Gebärmut-terhalskrebs-Screening (Abstrich vom Gebärmutterhals) teil? *(Mehrfachnennungen möglich)*

39.1 [ ]  Ja, regelmäßig

39.2 [ ]  Ja, unregelmäßig

39.3 [ ]  Nein

39.4 [ ]  Ich betreue keine Frauen mit geistiger Behinderung, die älter als 20 Jahre alt sind.

39.5 [ ]  Ich betreue nur Männer mit geistiger Behinderung.

Wenn ja, können Sie uns in diesem Zusammenhang kurz Näheres zu Ihren Erfahrungen mitteilen? Gab es dabei Probleme? Wenn ja, was war der Grund? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Sexualität und Gewalt[[3]](#footnote-3)**
2. Gab es im Laufe Ihrer beruflichen Tätigkeit im Behindertenbereich schon einmal Fälle von sexueller Gewalt in Ihrem Umkreis?

40.1 [ ]  Ja

40.2 [ ]  Nein

1. Von wem ging diese sexuelle Gewalt aus? *(Mehrfachnennungen möglich)*

41.1 [ ]  Mitbewohner/Mitbewohnerin

41.2 [ ]  Verwandte/Verwandter

41.3 [ ]  Betreuer/-in der Einrichtung

41.4 [ ]  Therapeut/Therapeutin

41.5 [ ]  Freund/-in der/des Betroffenen

41.6 [ ]  Bekannte/r der/des Betroffenen

41.7 [ ]  Fremde Person

41.8 [ ]  Unbekannt

41.9 [ ]  Mir ist kein Fall von sexueller Gewalt in meinem Umfeld bekannt geworden.

1. Wer war Opfer dieser sexuellen Gewalt?

*(Mehrfachnennungen möglich)*

42.1 [ ]  Bewohner/Bewohnerin

42.2 [ ]  Verwandte/Verwandter

42.3 [ ]  Betreuer/-in der Einrichtung

42.4 [ ]  Freund/-in des Täters/der Täterin (= Bewohner/-in)

42.5 [ ]  Bekannte/r der Täters/der Täterin (= Bewohner/-in)

42.6 [ ]  Therapeut/Therapeutin

42.7 [ ]  Fremde Person

42.8 [ ]  Mir ist kein Fall von sexueller Gewalt in meinem Umfeld bekannt geworden.

1. Wo fand die sexuelle Gewalt statt?

*(Mehrfachnennungen möglich)*

43.1 [ ]  In der Einrichtung

43.2 [ ]  Draußen im Freien

43.3 [ ]  Auf dem Weg zur Werkstatt/Tagesstruktur

43.4 [ ]  In der Werkstatt/Tagesstruktur

43.5 [ ]  Während eines Ausflugs

43.6 [ ]  Während einer Freizeit

43.7 [ ]  Bei Verwandten/Bekannten

43.8 [ ]  Ich weiß es nicht.

43.9 [ ]  Mir ist kein Fall von sexueller Gewalt in meinem Umfeld bekannt geworden.

1. In welcher Form fand die sexuelle Gewalt statt?

*(Mehrfachnennungen möglich)*

44.1 [ ]  Vergewaltigung/versuchte Vergewaltigung

44.2 [ ]  Intime Berührungen an Geschlechtsteilen

44.3 [ ]  Vornehmen anderer sexueller Handlungen zur eigenen sexuellen Stimulation

44.4 [ ]  Zwingen des Betroffenen, sexuelle Handlungen an sich selbst vorzunehmen

44.5 [ ]  Exhibitionistische Handlungen vor dem Betroffenen

44.6 [ ]  Masturbation in Anwesenheit des Betroffenen

44.7 [ ]  Zeigen pornografischer Abbildungen

44.8 [ ]  Ich weiß es nicht.

44.9 [ ]  Mir ist kein Fall von sexueller Gewalt in meinem Umfeld bekannt geworden.

1. Wie wurde die sexuelle Gewalt schließlich publik (bekannt)?

*(Mehrfachnennungen möglich)*

45.1 [ ]  Der/die Betroffene wandte sich an die Einrichtung/einen Betreuer.

45.2 [ ]  Der/die Betroffene wandte sich an seine Angehörigen.

45.3 [ ]  Der/die Betroffene wandte sich an eine Hilfestelle außerhalb der Einrichtung.

45.4 [ ]  Der/die Betroffene fiel durch Verhaltensänderungen (z.B. sich nicht mehr ausziehen oder waschen las-

 sen wollen, neu auftretendes Einnässen oder Einkoten etc.) auf.

45.5 [ ]  Ich weiß es nicht.

45.6 [ ]  Mir ist kein Fall von sexueller Gewalt in meinem Umfeld bekannt geworden.

Wenn Sie möchten, können Sie uns hier noch Näheres dazu mitteilen? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Ihr Wissen, Ihre Einschätzungen und Ihre Meinungen zum Thema**
2. Halten Sie das Thema „Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung“ in Deutschland für ein Tabu-Thema?

46.1 [ ]  Ja

46.2 [ ]  Nein

1. Welche Rolle spielt die Sexualität **im Durchschnitt** Ihrer Ansicht nach im Leben der von Ihnen betreuten Menschen mit geistiger Behinderung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sehr große Rolle** | **Deutliche Rolle** | **Mittlere Rolle** | **Geringere Rolle** | **Keine Rolle** |
| 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  |

1. Welchen der folgenden Aussagen stimmen Sie zu?

*(Mehrfachnennungen möglich)*

Meiner Ansicht nach…

48.1 [ ]  spielt Partnerschaft bei einigen Bewohner/innen eine deutlich größere Rolle als körperliche Nähe bzw.

 Sexualität.

48.2 [ ]  haben einige Bewohner/-innen überhaupt keine sexuellen Bedürfnisse.

48.4 [ ]  haben einige Bewohner/-innen kein Schamgefühl.

48.5 [ ]  verhalten sich einige Bewohner/-innen in sexueller Hinsicht distanzlos.

1. Wie gut können Sie damit umgehen, wenn die von Ihnen betreuten Bewohner/-innen ein auffälliges Sexual-verhalten in der Gruppe zeigen?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sehr schlecht** | **Schlecht** | **Mittel** | **Gut** | **Sehr gut** |
| 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  |

49.6 [ ]  Die Bewohner/-innen zeigen kein auffälliges Sexualverhalten in der Gruppe.

1. Wie gut können Sie damit umgehen, wenn die von Ihnen betreuten Bewohner/-innen ein auffälliges Sexualverhalten in der Öffentlichkeit zeigen?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sehr schlecht** | **Schlecht** | **Mittel** | **Gut** | **Sehr gut** |
| 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  |

50.6 [ ]  Die Bewohner/-innen zeigen kein auffälliges Sexualverhalten in der Öffentlichkeit.

1. Wie gut können Sie damit umgehen, wenn ein von Ihnen betreuter Bewohner/eine von Ihnen betreute Bewoh-nerin nackt durch die Wohngruppe läuft?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sehr schlecht** | **Schlecht** | **Mittel** | **Gut** | **Sehr gut** |
| 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  |

51.6 [ ]  Die von mir betreuten Bewohner/-innen zeigen kein solches Verhalten.

1. Wie gut können Sie damit umgehen, wenn die von Ihnen betreuten Bewohner/-innen bei der Körperpflege ein-deutige sexuelle Regungen (z.B. Erektion des Penis) zeigen?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sehr schlecht** | **Schlecht** | **Mittel** | **Gut** | **Sehr gut** |
| 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  |

52.6 [ ]  Die von mir betreuten Bewohner/-innen zeigen kein solches Verhalten.

1. Wie gut können Sie damit umgehen, wenn sich einer/eine der von Ihnen betreuten Bewohner/-innen in Sie verliebt?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sehr schlecht** | **Schlecht** | **Mittel** | **Gut** | **Sehr gut** |
| 1[ ]  | 2[ ]  | 3[ ]  | 4[ ]  | 5[ ]  |

53.6 [ ]  Die von mir betreuten Bewohner/-innen zeigen kein solches Verhalten.

1. In vielen europäischen Ländern wurden zum Teil noch bis in die 1980er-Jahre hinein Menschen mit geistiger Behinderung ohne ihre Einwilligung unfruchtbar gemacht (sterilisiert). Welchen der folgenden Aussagen stimmen Sie in diesem Zusammenhang zu?

*(Mehrfachnennungen möglich)*

54.1 [ ]  Ich finde eine Sterilisation richtig, da Menschen mit geistiger Behinderung sich im Falle einer Schwanger-

 schaft ja nicht um das Kind kümmern und für es sorgen können.

54.2 [ ]  Ich finde eine Sterilisation richtig, da Kinder von Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich nicht

 überlebensfähig sind oder auch wieder eine geistige Behinderung haben.

54.3 [ ]  Ich finde eine Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich *nicht* richtig.

54.4 [ ]  Ich finde eine Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung auch ohne ihre Einwilligung grund-

 sätzlich richtig.

54.5 [ ]  Ich finde eine Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung nur dann *nicht* richtig, wenn sie

 ohne deren Zustimmung bzw. ohne die Zustimmung ihrer gesetzlichen Betreuer durchgeführt wird.

54.6 [ ]  Nicht nur für die betroffenen Menschen mit Behinderung, sondern auch für ihre Angehörigen bzw.

 gesetzliche Betreuer kann eine Schwangerschaft eine zu große Belastung darstellen. Ich finde, dass eine

 Sterilisation der betroffenen Menschen mit Behinderung daher wieder leichter möglich sein sollte.

54.7 [ ]  Wenn ein Mensch mit einer geistigen Behinderung in der Lage ist, hierüber selbst zu entscheiden, sollte

 eine Sterilisation meiner Meinung nach ohne große gerichtliche Hindernisse möglich sein.

54.8 [ ]  Die jahrelange Einnahme der „Pille“ oder anderer hormoneller Mittel zur Schwangerschaftsverhütung

 geht vor allem bei Frauen mit einer geistigen Behinderung plus Übergewicht mit großen gesundheitli-

 chen Risiken (z.B. für einen Schlaganfall) einher. Ich finde, dass alternativ hierzu eine Sterilisation ohne

 große gerichtliche Hindernisse möglich sein sollte.

1. Welche Nebenwirkungen können Ihrer Ansicht nach hormonelle schwangerschaftsverhütende Methoden (z.B. Pille, Minipille, Hormonstäbchen, Hormonspirale) bei Frauen mit geistiger Behinderung haben?

*(Mehrfachnennungen möglich)*

55.1 [ ]  Ausbleiben der Regelblutung

55.2 [ ]  Bauchschmerzen

55.3 [ ]  Gewichtszunahme

55.4 [ ]  Erhöhtes Herzinfarktrisiko

55.5 [ ]  Erhöhtes Schlaganfallrisiko

 55.6 [ ]  Kopfschmerzen

 55.7 [ ]  Übelkeit

 55.8 [ ]  Verhaltensauffälligkeiten

 55.8 [ ]  Verringerung der sexuellen Lust (Libido)

 55.8 [ ]  Verringerung der Wirkung von β-Blockern und Beruhigungsmitteln

 55.9 [ ]  Wechselwirkungen mit bestimmten Antiepileptika, die dadurch weniger gut wirken

 55.10 [ ]  Zwischenblutungen

 55.10 [ ]  Ich weiß es nicht.

1. Welche der folgenden Aussagen sind Ihrer Ansicht nach richtig?

*(Mehrfachnennungen möglich)*

56.1 [ ]  In Deutschland ist es gesetzlich verboten, Menschen mit geistiger Behinderung ohne deren Einwilligung

 bzw. die Einwilligung ihrer gesetzlichen Betreuer sowie einen entsprechenden richterlichen Beschluss

 dauerhaft unfruchtbar zu machen (zu sterilisieren).

56.2 [ ]  Homosexualität kommt auch bei Menschen mit geistiger Behinderung vor.

56.3 [ ]  Hormonimplantate („Stäbchen“; Pearl-Index 0 bis 0,08) sind sicherere Schwangerschaftsverhütungs-

 methoden als Dreimonatsspritzen (Pearl-Index 0,3 bis 1,4) und Hormonpflaster (Pearl-Index 0,72 bis 0,9).

 56.4 [ ]  Männer mit Down-Syndrom sind meist zum Geschlechtsverkehr in der Lage, können jedoch in der Regel

 keine Kinder zeugen.

 56.5 [ ]  Frauen mit Down-Syndrom können trotz eingeschränkter Fruchtbarkeit schwanger werden. Ihr Risiko,

 das Down-Syndrom zu vererben liegt bei 50%. Viele solcher Schwangerschaften enden daher mit einer

 Fehlgeburt.

 56.6 [ ]  Meiner Ansicht nach ist keine der Aussagen richtig.

1. Welchen der folgenden Aussagen stimmen Sie zu? (*Mehrfachnennungen möglich)*

57.1 [ ]  Alle Menschen mit geistiger Behinderung sollen heiraten können, sofern sie das möchten.

57.2 [ ]  Alle Menschen mit geistiger Behinderung sollen Kinder bekommen können, sofern sie das

 möchten.

57.3 [ ]  Der Staat hat die Pflicht, Menschen mit geistiger Behinderung, die Kinder bekommen möchten, um-

 fassend dabei zu unterstützen.

57.4 [ ]  Die Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung, die Kinder bekommen haben, ist eine Ange-

 legenheit der Angehörigen und nicht des Staates.

57.5 [ ]  Bei einem Menschen mit geistiger Behinderung muss es nicht zu einer ungewollten Schwangerschaft

 kommen.

57.6 [ ]  Menschen mit geistiger Behinderung, die keinen Partner haben, sollten die Möglichkeit der Sexualbeglei-

 tung in der Einrichtung haben.

57.7 [ ]  Die Kosten einer Sexualbegleitung sollten bei Menschen mit geistiger Behinderung, die keinen Partner

 haben, von den Krankenkassen übernommen werden.

 57.8 [ ]  Ich stimme keiner der Aussagen zu.

1. Wenn Sie noch etwas zum Thema „Geschlechtlichkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung“ sagen möchten (z.B. wie Sie in Ihrer Einrichtungen mit problematischen Situationen in diesem Bereich umgehen), können Sie das hier gerne tun?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Vielen herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit für unseren Fragebogen genommen haben!**

Wenn Sie Interesse an den Ergebnissen unserer wissenschaftlichen Studie haben oder Informationen zum Fortbildung-sangebot des ***Villingen Institute of Public Health (VIPH)***am Steinbeis+Institutder Steinbeis-Hochschule Berlin (SHB) im Bereich *Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit* haben, bitten wir Sie, Ihren Wunsch und Ihre E-Mail Adresse hier einzutragen:

[ ]  JA, ich habe Interesse an Informationen zu Fortbildungsangeboten des Villingen Institutes of Public Health (VIPH).

[ ]  JA, ich habe Interesse an den Ergebnissen dieser Forschungsstudie.

Meine E-Mail-Adresse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Hier sind unsere Kontaktdaten:**

**Villingen Institute of Public Health (VIPH)**

am Steinbeis+Institut der Steinbeis-Hochschule Berlin (SHB)

z.Hd. Frau Dr. med. Lotte Habermann-Horstmeier, Master of Public Health (MPH)

Klosterring 5

D-78050 Villingen-Schwenningen

Fax: 07721/2069971

E-Mail: Habermann-Horstmeier@viph-steinbeis-hs.de

Internet: [www.viph-steinbeis-hs.de](http://www.viph-steinbeis-hs.de)

Facebook: <https://www.facebook.com/VIPHStudium>

1. *Exhibitionismus:* Entblößen der Geschlechtsteile in Gegenwart fremder Personen [↑](#footnote-ref-1)
2. *Voyeurismus:* Betrachten sich entkleidender oder nackter Menschen bzw. Beobachten sexueller Handlungen, um selbst sexuell erregt zu werden. [↑](#footnote-ref-2)
3. *Gewalt:* Handlungen und Vorgänge gegen den Willen des Betroffenen [↑](#footnote-ref-3)