

Datum:

---

Interviewer\_in:

---

Codenummer des Interviews :

---

(Z. B. Interviewer\_innenkürzel + Datum + Interviewnummer des Tages)

Hinweise für Interviewer\_innen:

- Sämtliche Fragen, die „offen“ gestellt werden sollen, werden zunächst ohne Vorgabe von Antwortmöglichkeiten vorgelesen. Sollten die Kriterien „weiß nicht“ oder „keine Angabe“ daraufhin zutreffen, werden Antwortmöglichkeiten vorgelesen. Hierbei wird folgende einleitende Ergänzung verwendet: „Ich nenne Ihnen einige Beispiele: (...)“. Sollten die Kriterien „weiß nicht“ oder „keine Angabe“ in diesem Fall erneut zutreffen, wird das entsprechende Feld markiert.
- Kursiv gesetzte Textteile werden nicht vorgelesen.
- Fett gedruckte Satzteile werden betont ausgesprochen.
- In Klammern stehende Textteile werden zunächst nicht vorgelesen, können jedoch bei Bedarf zur Erklärung herangezogen werden.
- Die vorbereiteten fünfstufigen Piktogramme werden verwendet, sobald der Hinweis (*Piktogramme nutzen*) erfolgt.
- Nicht unmittelbar zuzuordnende Äußerungen können frei auf dem Fragebogen notiert und später zugeordnet werden.

## **0 Angaben zum/zur Interviewpartner\_in**

Zuerst: Vielen Dank, dass Sie bei der Befragung mitmachen. Die Befragung hilft der Stadt Castrop-Rauxel. Damit Menschen ohne Behinderungen und Menschen mit Behinderungen hier besser leben können. Selbst-Bestimmung und Teilhabe sind wichtige Ziele. Die Befragung ist anonym. Das heißt: Ihr Name ist geheim. Es geht nur um Ihre Antworten. Die Befragung ist auch freiwillig. Wenn Sie nicht antworten wollen, müssen Sie nicht antworten.

0.1 Welches Geschlecht haben Sie? Sind Sie... (*Antwortvorgaben vorlesen*)

- weiblich?
- männlich?
- etwas anderes?
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

0.2 Wie alt sind Sie?

- \_\_\_\_\_ Jahre
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
  - keine Angabe (*nicht vorlesen*)

0.3 Sind Sie verheiratet, geschieden oder verwitwet?

- ledig (*auch verlobt*)
- verheiratet
- verwitwet
- geschieden
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

0.4 Haben Sie oder Ihre Eltern einen Migrations-Hintergrund? (Das heißt, Sie oder Ihre Eltern haben früher nicht in Deutschland gewohnt. Und sind dann nach Deutschland gezogen.) (*Frage offen stellen*)

(*Falls „ja“: „In welchem Land haben Sie / Ihre Eltern gewohnt? Seit wann wohnen Sie in Deutschland?“*)

nein, weder ich noch meine Eltern → *weiter mit Frage 0.6*

ja, meine Eltern/ein Elternteil, aber ich nicht, und zwar:

---

---

lebt/leben in Deutschland seit (Jahreszahl):

---

ja, meine Eltern/ein Elternteil und ich, und zwar

---

---

leben in Deutschland seit (Jahreszahl):

---

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

05. Haben Sie die deutsche Staats-Bürgerschaft? (Das heißt, dass man zum Beispiel einen deutschen Ausweis hat.)

ja

nein

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

0.6 Was für eine Behinderung oder dauerhafte Erkrankung haben Sie?

*(Frage offen stellen)*

- Körper-Behinderung, und zwar:

---

---

- Sinnes-Behinderung, und zwar:

- Seh-Behinderung  
 Hör-Behinderung  
 andere Sinnes-Behinderung, und zwar:

---

---

- Lern-Schwierigkeiten (*kognitive Beeinträchtigung*)  
 psychische Probleme oder Erkrankungen  
 Sucht-Erkrankung  
 andere Behinderung(en) / dauerhafte Erkrankung(en), und zwar:

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)  
 keine Angabe (*nicht vorlesen*)

0.7 Einige Behinderungen oder Erkrankungen bestehen schon vor der Geburt. Viele andere passieren erst später im Leben. Zum Beispiel durch Unfälle. Seit wann haben Sie Ihre Behinderung(en) / dauerhafte Erkrankung(en)?

- seit der Geburt?  
 seit dem Alter von? \_\_\_\_\_ Jahren  
 weiß nicht (*nicht vorlesen*)  
 keine Angabe (*nicht vorlesen*)

0.8 Haben Sie einen „Schwer-Behinderten-Ausweis“? (Manche Menschen bekommen so einen „Schwer-Behinderten-Ausweis“. Damit bekommen sie mehr Unterstützung.)

(Falls „**nein**“: „Warum haben Sie keinen Schwer-Behinderten-Ausweis?“) (Frage offen stellen, Mehrfachnennung möglich)

- ja
- nein, weil...
  - wurde der Antrag nie gestellt?
  - wurde der Antrag gestellt, aber abgelehnt?
  - wurde der Antrag gestellt, aber Sie warten noch auf Antwort?
  - ist der Grad der Behinderung zu gering?
  - gibt es andere Gründe?

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

## **1 Alltägliche Lebensführung / Wohnen und Versorgung**

Jetzt geht es um die Versorgung im Alltag. Also um das Wohnen und die Dinge, für die Sie vielleicht Unterstützung brauchen.

1.1 Wie lange leben Sie schon hier in Castrop-Rauxel?

seit (*Jahreszahl*) \_\_\_\_\_

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

1.2 In welchem Stadtteil leben Sie?

- Henrichenburg
- Becklem
- Habinghorst
- Ickern
- Bladenhorst
- Rauxel
- Deininghausen
- Behringhausen
- Castrop
- Dingen
- Obercastrop
- Schwerin
- Bövinghausen
- Merklinde
- Frohlinde
- Pöppinghausen
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

1.3 (Manche Menschen wohnen alleine. Andere Menschen wohnen in Gruppen oder Wohn-Gemeinschaften. Manche haben eine Betreuung, andere nicht.) Wie wohnen Sie? Wohnen Sie... (*Frage offen stellen*)

- ohne Betreuung? Zum Beispiel...
  - in einem eigenen Haus? (*auch Miete*)
  - in einer eigenen Wohnung? (*auch Miete*)
  - in einer Wohngemeinschaft?
  - bei Eltern / Familienangehörigen
- ambulant betreut? (Das heißt, eine Betreuerin oder ein Betreuer kommt manchmal vorbei und hilft.) Zum Beispiel...
  - in einer betreuten Wohngruppe /-gemeinschaft?
  - mit Ihrer Partnerin / Ihrem Partner zusammen?
  - alleine?
  - in einer anderen ambulant betreuten Wohn-Form?

- 
- stationär betreut (*auch teilstationär*)? (Das heißt, eine Betreuerin oder ein Betreuer ist immer da und hilft.) Zum Beispiel...
    - in einem Wohnheim? (*Einrichtung der Behindertenhilfe SGB XII*)
    - in einem Pflegeheim? (*Einrichtung der Alten-/Pflegehilfe SGB XI*)
    - in einer anderen (teil-)stationären Einrichtung?

- 
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
  - keine Angabe (*nicht vorlesen*)

1.4 Wie viele Menschen wohnen in Ihrem Haushalt? Sie selbst eingerechnet? (Das heißt, mit wie vielen Menschen wohnen Sie zusammen?)

Anzahl der Haushalts- / Wohngruppenmitglieder, einschließlich Interviewpartner\_in:

---

1.5 Jetzt geht es um Barriere-Freiheit. Also um Hindernisse in dem Gebäude, in dem Sie wohnen. Hat das Gebäude, in dem Sie wohnen, einen / ein ...  
(Antwortvorgaben vorlesen, Mehrfachnennung möglich)

- Aufzug?
- Treppen-Lift? (Das ist ein Sitz, mit dem man zum Beispiel Treppen hoch und herunter fahren kann.)
- Rampen, oder Eingänge ohne Stufen?
- Sprech-Anlage am Eingang?
- Sprech-Anlage am Eingang mit Video?
- Türen, die sich automatisch öffnen?
- Hand-Läufe oder Geländer? (Das sind Griffe oder Stangen, an denen man sich festhalten kann.)
- Leit-Systeme zum Fühlen? (Das ist zum Beispiel ein besonderer Belag auf dem Boden. Damit Menschen mit Seh-Behinderung beim Gehen fühlen, wo es lang geht. Auch Blinden-Schrift ist so ein Leit-System.)
- Leit-Systeme zum Hören? (Das ist zum Beispiel eine besondere Hör-Anlage im Haus. Damit Menschen mit Hör-Geräten besser hören, was gesagt wird.)
- Leit-Systeme zum Sehen? (Das ist zum Beispiel ein Plan an der Wand. Damit man Not-Ausgänge schneller findet.)
- andere Bau-Teile für Barriere-Freiheit?

---

---

---

- nein, keine barrierefreie Ausstattung im Gebäude vorhanden
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)



1.6 Hat Ihre **Wohnung** besondere Bau-Teile, die Sie wegen Ihrer Behinderung / dauerhaften Erkrankung brauchen? Zum Beispiel Rampen, oder Hand-Läufe? (*Falls „ja“: „Welche besonderen Bau-Teile gibt es?“*)

nein

ja, und zwar:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

1.7 **Brauchen** Sie besondere Bau-Teile in Ihrer Wohnung? Die sie noch **nicht** haben? (*Falls „ja“: „Was brauchen Sie?“*)

nein

ja, und zwar:

---

---

---

---

---

---

---

---

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

1.8 Ich nenne Ihnen jetzt einige Dinge, die man im Alltag regelmäßig tut. Brauchen Sie bei diesen Dingen **Hilfe**?

Brauchen Sie Hilfe bei der / beim...? (*Antwortvorgaben vorlesen, Mehrfachnennung möglich*)

- Pflege? (z. B. Waschen, Duschen, sich An- und Ausziehen)
- Haushalt? (z. B. Kochen, Essen und Trinken, Wäschewaschen, Putzen und Aufräumen oder Einkaufen)
- Kindererziehung?
- Kommunikation? (z. B. sich mit anderen unterhalten, sich mitteilen, die Umwelt verstehen)
- Freizeit? (z. B. Ausflüge, Hobbies, Unternehmungen)
- Arztbesuch?
- Behördengang? (z. B. Weg zum Rathaus oder Amt, Orientierung vor Ort, wissen, wo man hin muss)
- Mobilität und Bewegung in der Stadt
- anderen Dingen im Alltag? Und zwar:

---

---

---

- Ich benötige im Alltag keine Hilfe → *weiter mit Frage 1.12*
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

1.9 Wer unterstützt Sie, wenn Sie Hilfe brauchen? Bekommen Sie Hilfe von...? (*Antwortvorgaben vorlesen, Mehrfachnennung möglich*)

- Ihrer Familie, oder Menschen, die mit Ihnen zusammen wohnen?
- einem Pflege-Dienst oder Pflege-Diensten?
- einer Persönlichen Assistentin oder einem Persönlichen Assistenten?  
(*auch Betreuer\_in im Wohn- oder institutionellen Kontext*)
- einer gesetzlichen Betreuerin oder einem gesetzlichen Betreuer?  
(*Vormund*)
- einer Haushalts- oder Putzhilfe? (*auch wenn von Pflegedienst organisiert*)
- Nachbarn?
- Freunden?
- anderen Menschen? Und zwar:

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

1.10 Reicht die Hilfe für Sie aus?

- ja → *weiter mit Frage 1.12*
- teils-teils
- nein
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

1.11 Soll sich etwas ändern an der Hilfe? (Falls „ja“: „Was soll sich ändern?“)

- nein
- ja, und zwar:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

1.12 Brauchen Sie bestimmte Hilfs-Mittel? (Zum Beispiel, um sich zu bewegen? Oder um sich zu verständigen? Oder bei anderen Dingen?)  
(Frage offen stellen)

nein → **weiter mit Frage 1.14**

ja, und zwar:

Mobilitäts-Hilfen, und zwar:

Rollstuhl / E-Rollstuhl

Rollator

Gehstock

andere Mobilitäts-Hilfen, und zwar:

---

---

---

Kommunikations-Hilfen, und zwar:

Hör-Hilfen

Sprach-Ausgabe

andere Kommunikations-Hilfen, und zwar:

---

---

---

Seh-Hilfen (*auch Brille*)

andere Hilfs-Mittel, und zwar:

---

---

---

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

1.13 Bekommen Sie alle Hilfs-Mittel, die Sie brauchen?

(Falls „**nein**“: „Welche Hilfsmittel fehlen Ihnen? Was soll sich ändern?“)

ja

nein, notwendige Änderungen:

---

---

---

---

---

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

1.14 Dort, wo man lebt (*Wohnumfeld*), soll man sich auch **sicher** fühlen. Fühlen Sie sich **sicher**? Oder haben Sie **Angst** um Ihre Sicherheit? Sind Sie... (*kurz zur Einführung die fünfstufige Skala erklären, Piktogramme nutzen*)

sehr unbesorgt?      → *weiter mit Frage 1.16*

unbesorgt?            → *weiter mit Frage 1.16*

teils-teils?

besorgt?

sehr besorgt?

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

1.15 Wovor fürchten Sie sich, wenn es um Ihre Sicherheit geht?

---

---

---

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

1.16 Gibt es hier in Castrop-Rauxel Orte oder Plätze, die besonders unsicher sind? (*Falls „ja“: „Welche Orte oder Plätze sind besonders unsicher?“*)

nein

ja, und zwar:

---

---

---

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

1.17 Tun Sie etwas Bestimmtes, um sich sicher zu fühlen oder zu schützen? (*Falls „ja“: „Was tun Sie?“*)

nein

ja, und zwar:

---

---

---

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

## **2 Mobilität / Barrierefreiheit**

Bei meinen nächsten Fragen geht es um „Mobilität“ und „Barrierefreiheit“. (Also darum, wie Sie zum Beispiel von Ihrer Wohnung zur Arbeit kommen. Oder zu Freunden.) Es geht auch darum, welche Hindernisse es in Ihrem Leben gibt.

2.1 Ich nenne Ihnen jetzt einige Verkehrs-Mittel. Bitte sagen Sie mir, welche davon Sie nutzen. Nutzen Sie...?

*(Antwortvorgaben vorlesen, Mehrfachnennung möglich)*

- ein Auto? *(auch Mitfahrt bei Angehörigen u.a.)*
- Taxis?
- ambulante Fahrdienste? *(Das sind zum Beispiel Busse, die Sie von Ihrer Wohnung zur Arbeit bringen. Oder zum Arzt.)*
- ein Fahrrad?
- ein Mofa oder ein Motorrad? *(Krafträder, auch Motorroller)*
- öffentliche Verkehrs-Mittel? *(Das sind zum Beispiel Busse, die an Bus-Halte-Stellen abfahren. Oder Züge.)*
- andere Verkehrs-Mittel? Und zwar:

---

---

---

- weiß nicht *(nicht vorlesen)*
- keine Angabe *(nicht vorlesen)*

2.2 Gibt es Hindernisse oder Probleme am Bahnhof oder an Halte-Stellen?  
*(Frage offen stellen)*

*(Falls „ja“: „Welche?“)*

- nein, keine Einschränkungen
- ja, folgende Einschränkungen:

---

---

---

---

- trifft nicht zu
- weiß nicht *(nicht vorlesen)*
- keine Angabe *(nicht vorlesen)*

2.3 Gibt es Hindernisse oder Probleme bei Verkehrs-Mitteln?

(Frage offen stellen)

(Falls „ja“: „Welche?“)

- nein, keine Einschränkungen
- ja, folgende Einschränkungen:

---

---

---

---

---

- trifft nicht zu
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

2.4 Gibt es Hindernisse oder Probleme in öffentlichen Gebäuden oder an öffentlichen Orten? (Frage offen stellen)

(Falls **Barrieren**: „Wo genau? Was genau?“)

- im Supermarkt, in der Bank, in der Post? Oder in anderen öffentlichen Gebäuden des „täglichen Bedarfs“? (Das sind Dinge, die man immer wieder braucht, wie z. B. Essen oder Geld.) Und zwar:

---

---

---

- im Theater, im Kino, in der Disko? Oder z. B. bei Konzerten? Und zwar:

---

---

---

- im Amt, z. B. im Rathaus? Und zwar:

---

---

---



auf Wegen, Straßen oder Plätzen im Freien? Und zwar:

---

---

---

in Parks? Und zwar:

---

---

---

in anderen Gebäuden oder an anderen Orten? Und zwar:

---

---

---

- keine Einschränkungen
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

2.5 Hindernisse und Probleme gibt es nicht nur bei Gebäuden und Orten. Auch für Medien und Informationen ist Barriere-Freiheit wichtig. (Damit alle Menschen verstehen, was gesagt wird. Oder was geschrieben wird. Oder was gezeigt wird. Und damit alle Menschen zum Beispiel Computer nutzen können.)

Nutzen Sie folgende Medien? Oder würden Sie folgende Medien gerne nutzen?

*(Antwortvorgaben vorlesen, Mehrfachnennung möglich)*

*(Falls genutzt oder gewünscht: „Gibt es für Sie Hindernisse oder Probleme bei/m...?“)*

	Barrieren	keine Barrieren	nutze ich nicht
Bücher(n) oder Zeitschriften?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smartphone oder Handy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere(n) Medien? Und zwar:			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.6 (Falls bei Frage 2.5 mindestens einmal „**Barrieren**“ oder ausschließlich „**nutze ich nicht**“:)

Was brauchen Sie, um Medien nutzen zu können? Ohne dass es dabei Probleme gibt? (Frage offen stellen)

- einfache / Leichte Sprache?
- Bilder, Symbole oder Fotos?
- Text statt Ton? (Z. B. Unter-Titel, die erklären, was passiert?)
- Ton statt Text? (Z. B. Stimmen, die erklären, was passiert?)
- große Schrift?
- kontrastreiche Schrift? (Das ist Schrift, die sich gut vom Hinter-Grund abhebt, z. B. schwarze Schrift auf weißem Papier)
- Gebärden-Videos?
- Sprach-Ausgabe?
- Blinden-Schrift?
- andere Hilfen? Und zwar:

---

---

---

- keine Hilfen
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

### **3 Schule, Bildung, lebenslanges Lernen**

Jetzt möchte ich Ihnen Fragen zur Schule stellen. Oder zu Aus-Bildungen und Fort-Bildungen.

3.1 Gehen Sie noch zur Schule? Oder haben Sie einen Schul-Abschluss (*nur der höchste erreichte Abschluss*)? (*Frage offen stellen*)

(*Falls „ja“: „An welcher Schule?“*)

nein, Schule beendet ohne Abschluss

ja, gehe noch zur Schule, und zwar:

\_\_\_\_\_

ja, Sonder-/Förderschule mit Abschluss, und zwar:

\_\_\_\_\_

ja, Volks- oder Hauptschulabschluss, und zwar:

\_\_\_\_\_

ja, Mittlere Reife, Realschulabschluss, und zwar:

\_\_\_\_\_

ja, Fachhochschulreife / Abitur oder erweiterte Oberschule, und zwar:

\_\_\_\_\_

ja, andere Abschlüsse (*z. B. Ausland*), und zwar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

3.2 Machen Sie gerade eine Ausbildung? Oder haben Sie eine Ausbildung abgeschlossen? Machen Sie gerade ein Studium? Oder haben Sie ein Studium abgeschlossen?

(Falls „ja“: „In welchem Fach? An welcher Schule oder Einrichtung? In welchem Betrieb?“)

nein, weder noch

ja, laufende Ausbildung, und zwar:

Einrichtung / Betrieb: \_\_\_\_\_

Fach: \_\_\_\_\_

ja, laufendes Studium, und zwar:

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Fach: \_\_\_\_\_

ja, Ausbildungsabschluss, und zwar:

Einrichtung / Betrieb: \_\_\_\_\_

Fach: \_\_\_\_\_

ja, Studienabschluss, und zwar:

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Fach: \_\_\_\_\_

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

3.3 (Falls Behinderung / chronische Erkrankung **erst im weiteren Lebensverlauf** eingetreten:)

Hatten Sie Ihre Behinderung / dauerhafte Erkrankung schon in der Schule, in der Aus-Bildung oder im Studium? (*Mehrfachnennung möglich*)

nein, weder noch → **weiter mit Frage 3.7**

ja, während der Schulzeit

ja, während der Ausbildungszeit

ja, während der Studienzeit

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

3.4 *(Falls keine Beeinträchtigung während der Schulzeit bei Frage 3.3 oder Interviewpartner\_in älter als 35 Jahre → weiter mit Frage 3.7)*

Gibt / gab es in Ihrer Schule Probleme? *(Frage offen stellen, Mehrfachnennung möglich)*

- nein
- ja, und zwar:
  - Hindernisse bzw. keine Barriere-Freiheit
  - Zugang zu bestimmter Schule wurde wegen der Behinderung verwehrt
  - wurde gemobbt / gehänselt
  - andere Probleme mit Mitschülerinnen oder Mitschülern
  - Probleme mit Lehrerinnen oder Lehrern
  - konnte dem Unterricht nicht gut folgen
  - andere Probleme, und zwar:

---

---

---

---

---

- weiß nicht *(nicht vorlesen)*
- keine Angabe *(nicht vorlesen)*

3.5 Denken Sie an Ihre Zeit in der Schule. Und an die Unterstützung, die Sie in dieser Zeit bekommen haben. (Z. B. Unterstützung von Menschen. Oder Unterstützung durch Hilfs-Mittel. Oder Unterstützung durch Nach-Hilfe.) Hätten Sie in Ihrer Schul-Zeit mehr Unterstützung benötigt? Oder weniger Unterstützung? Oder war es genau richtig so?

*(Nachfragen: „Warum?“)*

- hätte mehr Unterstützung benötigt, und zwar:

---

---

---

- hätte weniger Unterstützung benötigt, und zwar:

---

---

---

- es war genau richtig so, und zwar:

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)  
 keine Angabe (*nicht vorlesen*)

3.6 Wie zufrieden sind / waren Sie mit Ihrer Schule? Sind / waren Sie...  
(*Piktogramme nutzen*)

(Bei „**unzufrieden**“ bis „**sehr unzufrieden**“: „Woran liegt / lag das?“)

- sehr zufrieden  
 zufrieden  
 teils-teils  
 unzufrieden  
 sehr unzufrieden

Weil...

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)  
 keine Angabe (*nicht vorlesen*)

3.7 Menschen mit Behinderung und Menschen ohne Behinderung können zusammen in der Schule sein. Wir nennen das „gemeinsamer Unterricht“. Haben Sie den „gemeinsamen Unterricht“ schon erlebt? Oder kennen Sie das aus Ihrer Familie? (*Frage offen stellen*)

- nein, keine Erfahrung  
 ja, persönliche Erfahrung  
 ja, Erfahrung aus dem familiären Umfeld  
 ja, eigene(s) Kind(er)  
 weiß nicht (*nicht vorlesen*)  
 keine Angabe (*nicht vorlesen*)

3.8 Was halten Sie vom „gemeinsamen Unterricht“? Finden Sie ihn...

*(Piktogramme nutzen)*

*(Nachfragen: „Warum?“)*

- sehr gut
- gut
- teils-teils
- schlecht
- sehr schlecht

gut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

schlecht: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)



3.9 *(Falls keine Beeinträchtigung während der Ausbildung bei Frage 3.3, Interviewpartner\_in älter als 35 Jahre oder keine Berufsausbildung begonnen → weiter mit Frage 3.12)*

Gibt / gab es in Ihrer Aus-Bildung Probleme? *(Frage offen stellen, Mehrfachnennung möglich)*

- nein
- ja, und zwar:
  - Hindernisse bzw. keine Barriere-Freiheit
  - Zugang zu bestimmter Aus-Bildung wurde wegen der Behinderung verwehrt
  - wurde gemobbt / gehänselt
  - andere Probleme mit anderen Auszubildenden, Kolleginnen oder Kollegen oder Vorgesetzten
  - Probleme mit Lehrerinnen oder Lehrern
  - Probleme mit Kunden
  - gleichzeitige Erwerbstätigkeit
  - Kindererziehung
  - finanzielle Gründe
  - konnte dem Unterricht nicht gut folgen
  - andere Probleme, und zwar:

---

---

---

---

---

- weiß nicht *(nicht vorlesen)*
- keine Angabe *(nicht vorlesen)*

3.10 Denken Sie an Ihre Zeit in der Aus-Bildung. Und an die Unterstützung, die Sie in dieser Zeit bekommen haben. (Z. B. Unterstützung von Menschen. Oder Unterstützung durch Hilfs-Mittel. Oder Unterstützung durch Nach-Hilfe.) Hätten Sie in Ihrer Ausbildung mehr Unterstützung gebraucht? Oder weniger Unterstützung? Oder war es genau richtig so? (Nachfragen: „Warum?“)

hätte mehr Unterstützung benötigt, und zwar:

---

---

---

hätte weniger Unterstützung benötigt, und zwar:

---

---

---

es war genau richtig so, und zwar:

---

---

---

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

3.11 Wie zufrieden sind / waren Sie mit Ihrer Aus-Bildung? Sind / waren Sie... (Piktogramme nutzen)

(Bei „**unzufrieden**“ bis „**sehr unzufrieden**“: „Woran liegt / lag das?“)

sehr zufrieden

zufrieden

teils-teils

unzufrieden

sehr unzufrieden

Weil...

---

---

---

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

3.12 Haben Sie in den letzten 5 Jahren Fort-Bildungen oder Weiter-Bildungen gemacht? (Dazu gehören auch Kurse für Ihre Arbeit oder Ihren Beruf. Z. B. Computer-Kurse. Und auch Angebote in der Frei-Zeit. Z. B. Kurse an der Volks-Hochschule.) (*Frage offen stellen*)

nein

ja, private Kurse, Fort- oder Weiterbildungen, und zwar:

---

---

---

ja, berufliche Fort- oder Weiterbildung, und zwar:

---

---

---

ja, Fortbildungen im Bereich der beruflichen Rehabilitation, und zwar:

---

---

---

ja, sonstige Bildungsmaßnahmen, und zwar:

---

---

---

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

3.13 Hätten Sie gerne eine (weitere) Fort-Bildung oder Weiter-Bildung gemacht?

*(Frage offen stellen)*

*(Falls „ja“: „Warum haben Sie es nicht gemacht?“, Mehrfachnennung möglich)*

- nein
- ja, aber...
  - Benachteiligungen durch die Behinderung
  - hätte Dolmetschung oder Hilfe bei Kommunikation gebraucht
  - hätte andere Assistenz gebraucht
  - hätte technische bzw. andere Hilfs-Mittel gebraucht
  - Hindernisse bzw. keine Barriere-Freiheit
  - Betrieb bietet es nicht an
  - kein Geld bzw. andere finanzielle Gründe
  - andere Gründe, und zwar:

---

---

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

## 4 Arbeitswelt

Jetzt stelle ich Ihnen einige Fragen zu Ihrem Beruf oder Ihrer Arbeit.

### 4.1 Gehen Sie arbeiten? (*Frage offen stellen*)

- ja
- nein, sondern:
  - ich bin in Rente
  - ich bin arbeitssuchend / arbeitslos
  - ich habe andere Gründe, und zwar:

---

---

---

- keine Angabe (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

### 4.2 (*Falls „ja“ bei Frage 4.1:*)

Wo arbeiten Sie? Als was arbeiten Sie dort?

---

---

---

- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

4.3 Woher bekommen Sie Geld, um zu leben? Bekommen Sie...  
(Antwortvorgaben vorlesen, Mehrfachnennung möglich)

- kein Einkommen?
- Lohn oder Einkommen durch Ihre Arbeit?
- Grundsicherung? (Sozialhilfe, ALG II/“Hartz 4“ nach SGB II oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)
- Arbeitslosengeld? (ALG I nach SGB III)
- gesetzliche oder private Altersrente?
- Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente?
- Krankengeld? (von einer Krankenkasse)
- Elterngeld?
- Kindergeld?
- Ausbildungsförderung, z. B. BAföG?
- Unterhalt? (z. B. durch Eltern oder Ex-Partner\_in)
- Geld durch Ihr Vermögen? (Z. B. Kapitalerträge, Fonds)
- Mieteinnahmen?
- Geld durch andere Einkünfte? Und zwar:

---

---

- weiß nicht (nicht vorlesen)
- keine Angabe (nicht vorlesen)

4.4 Bekommen Sie Geld wegen Ihrer Behinderung / dauerhaften Erkrankung?  
(Frage offen stellen)

- nein
- Versorgungs-Rente
- Blinden-Geld
- Pflege-Geld
- Persönliches Budget
- andere Leistungen, und zwar:

---

---

---

- weiß nicht (nicht vorlesen)
- keine Angabe (nicht vorlesen)

4.5 Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen aller Personen in Ihrem **Haushalt insgesamt**? Öffentliche Leistungen, Kinder-Geld oder Renten gehören auch dazu. (Das heißt, wie viel Geld haben alle Personen, mit denen Sie wohnen, im Monat? „Netto“ heißt das Geld, das nach Abzug von Steuern und Versicherung übrig bleibt.) (*Frage offen stellen*)

- kein Einkommen
- bis 450€
- mehr als 450€ bis 850€
- mehr als 850€ bis 1.000€
- mehr als 1.000€ bis 1.500€
- mehr als 1.500€ bis 3.000€
- mehr als 3.000€ bis 5.000€
- mehr als 5.000€
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

4.6 Wie hoch ist Ihr **eigenes** Netto-Einkommen im Monat?  
(*Frage offen stellen*)

- kein Einkommen
- bis 450€
- mehr als 450€ bis 850€
- mehr als 850€ bis 1.000€
- mehr als 1.000€ bis 1.500€
- mehr als 1.500€ bis 3.000€
- mehr als 3.000€ bis 5.000€
- mehr als 5.000€
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

4.7 Reicht Ihr Geld dafür aus, wie sie leben? (*Antwortvorgaben vorlesen*)

- ja → **weiter mit Frage 4.9**
- teilweise
- nein
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

4.8 Für was reicht Ihr Geld nicht?

---

---

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

4.9 Denken Sie an Ihre (frühere) Arbeit. Sind Sie da wegen Ihrer Behinderung / dauerhaften Erkrankung benachteiligt worden? Oder gab es Probleme? (*Frage offen stellen, Mehrfachnennung möglich*)

- nein
- ja, und zwar...
  - Hindernisse bzw. keine Barriere-Freiheit
  - bekam weniger Verantwortung als gewünscht
  - wurde gemobbt / gehänselt
  - andere Probleme mit Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzten
  - hat kein Bewerbungsgespräch erhalten
  - hat den Arbeitsplatz nicht bekommen (*nach einer Bewerbung*)
  - wurde nicht in das Arbeitsverhältnis übernommen (*z. B. nach einer Probezeit / einem Praktikum*)
  - wurde in Bezug auf den Arbeitsplatz weniger gefördert als andere
  - wurde schlechter als andere für gleiche Arbeit und gleiche Stundenzahl entlohnt
  - Vergünstigungen (Vorteile) in der Arbeit wurden verweigert
  - wurde nicht ernst genommen
  - gleichzeitige Kindererziehung
  - finanzielle Gründe
  - andere Probleme, und zwar:

---

---

---

- trifft nicht zu, habe noch nie gearbeitet / hatte meine Behinderung o. Erkrankung noch nicht während der Arbeit
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)



4.10 (Falls Interviewteilnehmer\_in nicht arbeitet → weiter mit Frage 4.11)

Bekommen Sie Unterstützung am Arbeitsplatz? (Falls „ja“: „Welche?“)

nein

ja, und zwar:

---

---

---

---

---

weiß nicht (nicht vorlesen)

keine Angabe (nicht vorlesen)

4.11 Allgemein: Brauchen Menschen mit Behinderung in Castrop-Rauxel mehr Unterstützung, wenn es um Arbeit geht? Was denken Sie?

(Falls „ja“: „Was kann verbessert werden? Und wie?“)

nein, ist nicht notwendig

ja, ist notwendig, durch:

---

---

---

---

---

weiß nicht (nicht vorlesen)

keine Angabe (nicht vorlesen)

## **5 Kultur und Freizeit**

Jetzt stelle ich Ihnen Fragen zu Ihrer Freizeit.

5.1 Mit wem sind Sie in Ihrer Freizeit oft zusammen? Mit...  
(Antwortvorgaben vorlesen, Mehrfachnennung möglich)

- Ihrer Familie?
- Ihrer Partnerin oder Ihrem Partner?
- Freunden?
- Mitbewohnerinnen oder Mitbewohnern?
- Arbeitskolleginnen oder Arbeitskollegen?
- anderen Menschen? Und zwar:

---

---

- niemandem? (*meistens alleine*)
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

5.2 Sind Sie in einem Verein? (Falls „ja“: „In welchem?“)

- nein
- ja, und zwar:

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

5.3 Ich sage Ihnen jetzt verschiedene Dinge, die man in der Freizeit tun kann. Bitte sagen Sie mir, ob Sie diese Dinge machen. Und wenn ja: Wie häufig? *(Antwortmöglichkeiten vorlesen, Mehrfachnennung möglich)*

	häufig	gelegentlich	selten	nie	weiß nicht	keine Angabe
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesellschaftsspiele, Kartenspiele oder Brettspiele spielen (auch z. B. Puzzles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videospiele spielen (z. B. Computer oder Smartphone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Internet surfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik machen, musizieren (z. B. Chor, Instrumente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaziergehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reisen unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Freunden, Bekannten oder Verwandten treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Freunden, Bekannten oder Verwandten per Smartphone, Computer oder Telefon sprechen (z. B. Facebook, Whatsapp, E-Mail, Skype etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgehen (z. B. in Cafés, Restaurants, Bars, Clubs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport machen (aktiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu kulturellen Veranstaltungen gehen (z. B. Kino, Theater, Ausstellung, Lesung, Konzert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malen, Zeichnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basteln, Werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Aktivitäten und Veranstaltungen von Einrichtungen oder Vereinen mitmachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei politischen Veranstaltungen oder Versammlungen mitmachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	häufig	gelegentlich	selten	nie	weiß nicht	keine Angabe
andere Freizeitaktivitäten, und zwar:						
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.4 Würden Sie in Ihrer Freizeit lieber mehr machen? Weniger machen? Oder andere Dinge machen? (*Frage offen stellen*)

- keine Änderungswünsche
- würde gern mehr machen, und zwar:

---

---

---

---

---

---

---

---

- würde gern weniger machen, und zwar:

---

---

---

---

---

---

---

---

- würde gerne andere Dinge machen, und zwar:

---

---

---

---

---

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

5.5 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Freizeit? Sind Sie...

*(Piktogramme nutzen)*

- sehr zufrieden? → **weiter mit Frage 6.1**
- zufrieden? → **weiter mit Frage 6.1**
- teils-teils?
- unzufrieden?
- sehr unzufrieden?
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

5.6 Hindert Sie etwas daran, Ihre Freizeit selbst zu planen?

*(Falls „ja“: „Wer oder was hindert Sie daran?“)*

- nein
- ja, und zwar:

---

---

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

## 6 Inanspruchnahme von Leistungen und Diensten

Jetzt geht es um Ihre Gesundheit. Und um die Angebote für Ihre Gesundheit. Z. B. Ärzte oder Pflegedienste. Wir nennen sie auch Dienstleistungen für Ihre Gesundheit.

- 6.1 Ich sage Ihnen jetzt Dienstleistungen für die Gesundheit. Welche Dienstleistungen davon nutzen Sie regelmäßig? Nutzen Sie...  
(Antwortvorgaben vorlesen, Mehrfachnennung möglich)  
(Falls „ja“ bei „**Facharzt**“, „**Therapie**“ und/oder „**andere Dienstleistungen**“: „Welche(n) genau?“)

- einen Hausarzt?  
 einen Facharzt (*momentan relevantesten unterstreichen und ab Frage 6.2 weiterverwenden*)? Und zwar:

---

- eine Therapie? Und zwar:

---

---

- Pflegedienste?  
 andere Dienstleistungen für die Gesundheit (*nichttherapeutische Massagen, Life-Coaches, Heilpraktiker etc.*)? Und zwar:

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)  
 keine Angabe (*nicht vorlesen*)

6.2 Bitte bewerten Sie die Dienst-Leistungen. Ich stelle Ihnen dazu jetzt Fragen.

Wie verfügbar sind die Dienste? Das heißt zum Beispiel, wie schnell bekommen Sie Termine? Wie sieht das beim / bei der ... aus? Ist der / die ... sehr gut, gut, teils-teils, schlecht oder sehr schlecht verfügbar?

*(Piktogramme nutzen)*

	sehr gut	gut	teils-teils	schlecht	sehr schlecht	weiß nicht	keine Angabe
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____							
Therapie, und zwar:							
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige gesundheitliche Dienstleistungen, und zwar:							
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3 Wie ist die Erreichbarkeit der Dienst-Leistungen? Sind sie weit weg von Ihrem Wohnort? Brauchen Sie lange, bis sie da sind? Wie sieht das beim / bei der ... aus? Ist der / die ... sehr gut, gut, teils-teils, schlecht oder sehr schlecht erreichbar?  
 (*Piktogramme nutzen*)

	sehr gut	gut	teils-teils	schlecht	sehr schlecht	trifft nicht zu / Hausbesuche	weiß nicht	keine Angabe
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____								
Therapie, und zwar:								
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige gesundheitliche Dienstleistungen, und zwar:								
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6.4 Wie ist die Barriere-Freiheit der Dienst-Leistungen? Gibt es Hindernisse?  
 Wie sieht das beim / bei der ... aus? Ist die Barriere-Freiheit dort sehr gut,  
 gut, teils-teils, schlecht oder sehr schlecht?  
 (*Piktogramme nutzen*)

	sehr gut	gut	teils-teils	schlecht	sehr schlecht	trifft nicht zu / Hausbesuche	weiß nicht	keine Angabe
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____								
Therapie, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige gesundheitliche Dienstleistungen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.5 Wie ist die Qualität der Dienst-Leistung? Hat man Ihnen gut geholfen?  
Wie sieht das beim / bei der ... aus? Ist der / die ... sehr gut, gut, teils-  
teils, schlecht oder sehr schlecht?

*(Piktogramme nutzen)*

	sehr gut	gut	teils-teils	schlecht	sehr schlecht	weiß nicht	keine Angabe
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____							
Therapie, und zwar:							
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige gesundheitliche Dienstleistungen, und zwar:							
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.6 Wünschen Sie sich, dass sich an den Dienst-Leistungen für Ihre Gesundheit etwas ändert? Z. B. beim Hausarzt, Facharzt, oder einer Therapie? (*Falls „ja“: Wo? Was soll sich ändern?“*)

- nein, keine Änderungswünsche
- ja, und zwar

---



---



---



---



---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

6.7 Es gibt verschiedene Einrichtungen, Dienste oder Angebote für Menschen mit Behinderungen in Castrop-Rauxel. Ich lese Ihnen jetzt eine Liste vor. Sagen Sie mir bitte, welche Angebote Sie nutzen. Nutzen Sie...? (*Antwortvorgaben vorlesen, Mehrfachnennung möglich*)  
 (*Falls „nein“: „Hätten Sie das gebraucht?“*)

	ja	nein	benötigt	nicht benötigt	weiß nicht	keine Angabe
Selbsthilfegruppen, und zwar:						
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstellen (z. B. Berufsbildungszentrum, Wohnberatung, Beratungs- und Infocenter Pflege, Fach- und Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle), und zwar:						
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	benötigt	nicht benötigt	weiß nicht	keine Angabe
Persönliche Assistenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Angebote, und zwar:						
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.8 Wünschen Sie sich, dass sich an diesen Angeboten für Menschen mit Behinderungen in Castrop-Rauxel etwas ändert? Oder fehlt Ihnen etwas?

(Falls „ja“: „Was soll sich ändern? Oder was fehlt Ihnen?“)

- nein, keine Änderungswünsche
- ja, und zwar

---



---



---



---



---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

## 7 Soziales Netzwerk

Jetzt möchte ich mit Ihnen über Beziehungen zu anderen Menschen sprechen. (Soziale Beziehungen sind für viele Menschen wichtig. Damit man sich in seiner Umgebung wohl fühlen kann.) Die Fragen sind sehr persönlich. Wenn Sie nicht antworten möchten, müssen Sie nicht antworten.

### 7.1 Haben Sie Kinder? (*Frage offen stellen*)

(Falls „**ja**“: „Wie alt sind Ihre Kinder?“)

(Falls „**nein**“: „Warum nicht?“ *Frage offen stellen, Mehrfachnennung möglich*)

ja, und zwar:

Anzahl / Geschlecht:

---

Alter:

---

nein, weil...

kein Kinderwunsch

kein/en Partner/in

kann aus Gründen der Behinderung / chronischen Erkrankung keine Kinder zeugen / bekommen

wurde ohne Einverständnis sterilisiert oder zur Sterilisation gedrängt

hat sich aus eigenem Wunsch sterilisieren lassen

bekommt Verhütungsmittel / sexueller Kontakt und Familienplanung wird durch andere Personen verhindert oder kontrolliert

sonstige Gründe, und zwar:

---

---

---

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

7.2 (Falls „**ja**“ bei 7.1:)

Sind Ihre Kinder bei Ihnen aufgewachsen?

(Falls „**nein**“: „Warum nicht?“)

- ja
- nein, weil

---

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

7.3 Jetzt geht es um Ihre Zufriedenheit mit Beziehungen. Ich stelle Ihnen Fragen zu verschiedenen Lebens-Bereichen. Es geht um Fragen, die sehr privat klingen. Aber es geht **nicht** um private Probleme.

Wie zufrieden sind Sie im Bereich Partnerschaft? Sind Sie...?  
(Piktogramme nutzen)

(Von „**teils-teils**“ bis „**sehr unzufrieden**“: „Warum?“)

- sehr zufrieden?
- zufrieden?
- teils-teils
- unzufrieden?
- sehr unzufrieden?

Weil...

---

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

7.4 Wie zufrieden sind Sie im Bereich Sexualität? Sind Sie...?

*(Piktogramme nutzen)*

*(Von „teils-teils“ bis „sehr unzufrieden“: „Warum?“)*

- sehr zufrieden?
- zufrieden?
- teils-teils?
- unzufrieden?
- sehr unzufrieden?

Weil...

---

---

---

---

- weiß nicht *(nicht vorlesen)*
- keine Angabe *(nicht vorlesen)*

7.5 Wie zufrieden sind Sie im Bereich Familie? Sind Sie...?

*(Piktogramme nutzen)*

*(Von „teils-teils“ bis „sehr unzufrieden“: „Warum?“)*

- sehr zufrieden?
- zufrieden?
- teils-teils?
- unzufrieden?
- sehr unzufrieden?

Weil...

---

---

---

---

- weiß nicht *(nicht vorlesen)*
- keine Angabe *(nicht vorlesen)*

7.6 Wie zufrieden sind Sie im Bereich Freundschaften? Sind Sie...?

*(Piktogramme nutzen)*

*(Von „teils-teils“ bis „sehr unzufrieden“: „Warum?“)*

- sehr zufrieden?
- zufrieden?
- teils-teils?
- unzufrieden?
- sehr unzufrieden?

Weil...

---

---

---

---

- weiß nicht *(nicht vorlesen)*
- keine Angabe *(nicht vorlesen)*

7.7 Wenn es um Ihre sozialen Kontakte geht, was wünschen Sie sich?

---

---

---

---

---

- weiß nicht *(nicht vorlesen)*
- keine Angabe *(nicht vorlesen)*



## 8 Diskriminierung, Selbstbestimmung und Teilhabe

Jetzt geht es um Situationen, in denen Sie sich benachteiligt oder bedroht gefühlt haben. Und darum, wie Sie über sich und Ihr Leben selbst bestimmen können.

8.1 Mussten Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behinderung so etwas schon erleben: ... (*Antwortvorgaben vorlesen, Mehrfachnennung möglich, ggf. nachfragen: „Wer hat das getan?“ Frage offen stellen, Mehrfachnennung möglich*)

sprachliche und psychische Bedrohung oder Gewalt (z. B. Beleidigung, Ausgrenzung, Einschüchterung)? Durch...

Familie / Angehörige / Verwandte

Freunde

Nachbarn

Passanten / Fremde

Vorgesetzte

Arbeitskolleginnen oder Arbeitskollegen

Mitschülerinnen oder Mitschüler

Betreuerin oder Betreuer

andere Person(en), und zwar:

---

---

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

körperliche Bedrohung oder Gewalt (z. B. Prügel, ungewolltes Festhalten)? Durch...

Familie / Angehörige / Verwandte

Freunde

Nachbarn

Passanten / Fremde

Vorgesetzte

Arbeitskolleginnen oder Arbeitskollegen

Mitschülerinnen oder Mitschüler

Betreuerin oder Betreuer

andere Person(en), und zwar:

---

---

weiß nicht (*nicht vorlesen*)

keine Angabe (*nicht vorlesen*)

sexuelle Bedrohung oder Gewalt (z. B. ungewolltes Anfassen an intimen Stellen, zu sexuellen Handlungen gedrängt werden)? Durch...

- Familie / Angehörige / Verwandte
- Freunde
- Nachbarn
- Passanten / Fremde
- Vorgesetzte
- Arbeitskolleginnen oder Arbeitskollegen
- Mitschülerinnen oder Mitschüler
- Betreuerin oder Betreuer
- andere Person(en), und zwar:

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)
- nein, weder noch
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

8.2 Wie häufig machen Sie die Erfahrung, dass andere über Ihr Leben bestimmen? Passiert das...

- sehr selten oder nie?
- selten?
- teils-teils?
- häufig?
- sehr häufig?
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

8.3 Wie selbst-bestimmt fühlen Sie sich in diesen Lebens-Bereichen?  
(Können Sie zum Beispiel eigene Entscheidungen treffen? Oder bestimmen andere über Sie? Sie können auch durch Ihre Erkrankung oder Behinderung fremdbestimmt sein.)

*(Piktogramme nutzen, Antwortvorgaben vorlesen)*

	sehr stark	stark	teils-teils	wenig	sehr wenig / gar nicht	trifft nicht zu	weiß nicht	keine Angabe
in Arbeit und Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Schulbildung, Ausbildung und Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei sozialen und Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Sexualität /und/oder der Familiengründung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im sonstigen Familienleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im öffentlichen Verkehr (z. B. Bus, Bahn, Flugzeug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Nutzung von Medien (z. B. Zeitungen, Fernsehen, Internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Kontakt und Austausch mit anderen Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Nutzung von Gesundheits-Diensten (z. B. bei Arztbesuchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Bewegung im öffentlichen Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der politischen Mitbestimmung, z. B. bei Wahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Wahrnehmung von Recht und Justiz (z. B. Anwaltssuche, eigene Rechte kennen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Wohnen (z. B. Wohnungssuche, Bewegung in der eigenen Wohnung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	teils-teils	wenig	sehr wenig / gar nicht	trifft nicht zu	weiß nicht	keine Angabe
in sonstigen Lebens-Bereichen, und zwar:								
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.4 Wie informieren Sie sich über das öffentliche Leben und die Politik hier in Castrop-Rauxel? (*Frage offen stellen, Mehrfachnennung möglich*)

- Druckmedien (z. B. lokale Zeitschriften, Zeitung, Flyer)
- Fernsehen
- Radio
- Internet
- soziale Medien
- Teilnahme an politischen Veranstaltungen
- Mitarbeit in Gremien / Ausschüssen, und zwar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- sonstige Informationsquellen, und zwar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- trifft nicht zu, weil:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

8.5 Gehen Sie wählen? (z. B. Kommunal-, Land- und Bundestagswahlen) (*Antwortvorgaben vorlesen*)

- wähle immer → **weiter mit Frage 8.7**
- wähle ab und zu
- wähle nie
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

8.6 Wenn Sie nicht oder nur ab und zu wählen gehen, warum?

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

8.7 Es gibt verschiedene Möglichkeiten, sich für seine Anliegen öffentlich einzusetzen.

Ich nenne Ihnen jetzt welche. Bitte sagen Sie mir, ob Sie diese bereits genutzt haben. (*Antwortvorgaben vorlesen, Mehrfachnennung möglich, ggf. nachfragen: „Welche (...) meinen Sie genau?“*)

- Mitarbeit in Gremien / Beiräten, und zwar:

---

---

- Mitgliedschaft in Behindertenverbänden, und zwar:

---

---

- Mitgliedschaft in Selbsthilfegruppen oder -Initiativen, und zwar:

---

---

- Beteiligung an Kundgebungen / Demonstrationen
- Teilnahme an politischen Veranstaltungen / Anhörungen
- Beteiligung an Unterschriftensammlungen
- ehrenamtliche Tätigkeit, und zwar:

---

---

- andere Beteiligungs-Formen, und zwar:

---

---

- trifft nicht zu
- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

8.8 Wussten Sie vor diesem Gespräch, dass die Stadt Castrop-Rauxel einen „Aktionsplan Inklusion“ plant? (*Frage offen stellen*)  
(*Falls „ja“: „Woher wussten Sie das?“, Frage offen stellen, Mehrfachnennung möglich*)

nein

ja, durch...

Druckmedien (z. B. lokale Zeitschriften, Zeitung, Flyer), und zwar:

---

---

---

Fernsehen, und zwar folgende Sender / Sendungen:

---

---

---

Radio, und zwar folgende Sender / Sendungen:

---

---

---

Internet, und zwar folgende Seiten / Dienste:

---

---

---

soziale Medien, und zwar:

---

---

---

Teilnahme an politischen Veranstaltungen, und zwar:

---

---

---

- Mitarbeit in Gremien / Ausschüssen, und zwar:

---

---

- andere Personen, und zwar (Funktion, z. B. Betreuer\_in, Freund\_in, Nachbar\_in):

---

---

- sonstige Informationsquellen, und zwar:

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)  
 keine Angabe (*nicht vorlesen*)  
 weiß nicht (*nicht vorlesen*)  
 keine Angabe (*nicht vorlesen*)

8.9 Bei dem Projekt „Aktionsplan Inklusion“ können alle Menschen mitarbeiten und sich beteiligen. Auf verschiedene Art und Weise. Können Sie sich vorstellen, mitzumachen?

(Falls „ja“: „Würden Sie...?“ Antwortvorgaben vorlesen, Mehrfachnennung möglich)

- nein  
 ja, und zwar...  
 in Arbeitsgruppen mitarbeiten?  
 an einmaligen Aktionen, Workshops oder Vorträgen teilnehmen?  
 über soziale Medien (z. B. Facebook, Twitter) kommunizieren?  
 Leserbriefe schreiben (Druckmedien oder online)?  
 weitere Fragen beantworten? (z. B. Fragebögen, Interviews)  
 anders mitmachen? Und zwar:

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)  
 keine Angabe (*nicht vorlesen*)  
 weiß nicht (*nicht vorlesen*)  
 keine Angabe (*nicht vorlesen*)

8.10 Ich habe am Anfang gesagt, dass die Teilhabe aller Menschen in Castrop-Rauxel ein wichtiges Ziel ist. Meine letzte Frage lautet daher:  
Wo sollten wir besonders aktiv werden, um die Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu verbessern?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- weiß nicht (*nicht vorlesen*)
- keine Angabe (*nicht vorlesen*)

***Ich danke Ihnen für unser Gespräch.***