

Interviewleitfaden zur Erfassung von Lebenslagen und Teilhabechancen behinderter Menschen in Dortmund – Projekt Do-IT

(Stand: 10.2014)

Erhebungsstadtteil:

- Eving / Scharnhorst
- Hombruch
- Westerfilde / Bodelschwingh

Datum des Interviews: _____
TT/MM/JJJJ

Name des Interviewers / der Interviewerin:

Codenummer des Interviews (=Interviewer-Codenummer + Nummer des Interviews):

-

0. Angaben zum / zur Interviewpartner/in

0.1 Geschlecht:

- weiblich
- männlich

0.2 Alter:

Jahre

0.3 Familienstand:

- ledig
- verheiratet
- verwitwet
- geschieden

0.4 Migrationshintergrund?

- ja
- nein

Herzlichen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an unserer Studie teilzunehmen. Wie ich Ihnen in unserem Vorgespräch sagte, will die Stadt Dortmund einen Aktionsplan erstellen, mit dem die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen verbessert werden soll. Dazu werden die betreffenden Menschen zu ihrer Lebenssituation und ihren Erfahrungen mit Teilhabemöglichkeiten und Teilhabebarrieren befragt.

1. Themenbereich: Alltägliche Lebensführung / Wohnen / Mobilität

Das erste Thema, über das ich mit Ihnen sprechen möchte, ist die Versorgung im Alltag. Dabei geht es um Fragen zu Ihrer Wohnsituation, zu möglichen Unterstützungsbedarfen im Alltag und um die Mobilität.

1.1 Wie lange leben Sie schon hier in ..? (Name des Stadtteils einfügen!)

Seit (Jahresangabe) _____

1.2 Um welche Wohnform handelt es sich in Ihrem Fall?

Nicht betreute Wohnform und zwar:

- eigenes Haus
- eigene Wohnung
- Wohngemeinschaft

(teil-)stationär betreute Wohnform für alte / behinderte Menschen und zwar:

- Wohnheim (Einrichtung der Behindertenhilfe nach SGB XII)
- Pflegeheim (Einrichtung der Alten-/Pflegehilfe nach SGB XI)
- sonstige (teil-)stationäre Einrichtung und zwar: _____

ambulant betreute Wohnform für alte / behinderte Menschen und zwar:

- betreute Wohngruppe
- betreutes Paarwohnen
- betreutes Einzelwohnen
- sonstige ambulant betreute Wohnform und zwar (bitte angeben!) _____

1.3 Wie viele Menschen leben mit Ihnen in diesem Haushalt / der Wohngemeinschaft?

Anzahl der Haushalts- / Wohngruppenmitglieder, einschließlich interviewte Person: _____

1.4 Ich nenne Ihnen nun Ausstattungen zur Barrierefreiheit. Bitte sagen Sie mir, ob das Wohngebäude über solche Ausstattungen verfügt.

Verfügt das Gebäude, in dem Sie wohnen, über einen / ein (..)?

- Personenaufzug
- barrierefreien Hauszugang (z.B. durch Rampe, schwellenlosen Zugang)
- Gegensprechanlage
- Gegensprechanlage mit Videoanlage
- elektrischen Türöffner
- Handgeländer
- taktile Leitsysteme (z.B. Braille-Kennung in Aufzügen)
- akustisches Leitsystem
- visuelles Leitsystem (Beleuchtung, Piktogramme z.B. zu Notausgängen u.a.)
- sonstige Ausstattungen zur Sicherstellung der Barrierefreiheit, und zwar (bitte angeben!):

trifft nicht zu, da keine barrierefreien Ausstattungen im Gebäude vorhanden

1.5 Verfügt Ihre Wohnung über spezifische Ausstattungen, die in Bezug auf Ihre Behinderung / chronische Erkrankung erforderlich sind?

- nein
- ja, und zwar (*bitte angeben!*):

1.6 Ich nenne Ihnen jetzt einige Tätigkeiten, die man im Alltag regelmäßig tut bzw. tun muss. Bitte sagen Sie mir, ob Sie bei diesen Tätigkeiten Hilfe durch andere Menschen benötigen.

Benötigen Sie im Alltag Unterstützung bei der / beim (*Antwortvorgabe vorlesen!*)..?

- Körperpflege
- sich an- bzw. auskleiden
- Mahlzeiten zubereiten
- Essen / Getränke zu sich nehmen
- Wäschepflege
- die Wohnung / das Zimmer aufräumen bzw. putzen
- Einkäufe tätigen
- Kommunikation / Verständigung mit der Umwelt
- sonstigen Alltagstätigkeiten und zwar (*bitte angeben!*):

- Ich benötige im Alltag keine Hilfe durch Dritte → **weiter mit Frage 1.10**

1.7 Wer unterstützt Sie, wenn Sie im Alltag Hilfe benötigen? (*Mehrfachnennungen möglich!*)

- im Haushalt lebende Personen / Angehörige
- Pflegedienst(e)
- Persönliche/r Assistent/in
- Haushalts-/ Putzhilfe
- Nachbarn
- Freunde
- Sonstige Personen und zwar (*bitte angeben!*)

1.8 Ist die Hilfe, die Sie im Alltag bekommen, für Sie ausreichend?

- ja → **weiter mit Frage 1.10**
- teilweise
- nein

1.9 Wo wären Änderungen bei der Hilfe im Alltag notwendig?

1.10 Benötigen Sie aufgrund Ihrer Behinderung / chronischen Erkrankung im Alltag bestimmte Hilfsmittel?

nein → **weiter mit Frage 1.13**

ja, und zwar:

Mobilitätshilfen (*Mehrfachnennungen möglich!*):

Rollstuhl / E-Rollstuhl

Rollator

Gehstock

sonstige Mobilitätshilfen und zwar (*bitte angeben!*):

Kommunikationshilfen, und zwar (*Mehrfachnennungen möglich!*):

Hörhilfen

Sprachausgabe

sonstige Kommunikationshilfen und zwar (*bitte angeben!*)

Sehhilfen

Sonstige Hilfsmittel und zwar (*bitte angeben!*):

1.11 Ist die Versorgung mit notwendigen Hilfsmitteln für Ihre Bedarfe ausreichend?

ja → **weiter mit Frage 1.13**

nein

1.12 Welche Änderungen würden Sie bei der Versorgung mit Hilfsmitteln benötigen?

Bei meinen nächsten Fragen zur Versorgung im Alltag geht es um „Mobilität“. Also darum, wie Sie beispielsweise von Ihrer Wohnung zur Arbeit kommen oder zu Freunden.

1.13 Ich nenne Ihnen jetzt einige Verkehrsmittel. Bitte sagen Sie mir, welche davon Sie nutzen.

(Antwortmöglichkeiten vorlesen!)

- Privater PKW (einschl. Mitfahrt bei Angehörigen u.a.)
- Taxi
- Ambulante Fahrdienste
- Fahrrad
- Kraftrad (Mofa, Moped, Motorrad)
- Öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn u.a.)
- Sonstige Verkehrsmittel und zwar *(bitte angeben!)*:

1.14 Wenn Sie betrachten, welche Möglichkeiten Sie haben, am Verkehr teilzunehmen, gibt es dabei für Sie Einschränkungen bzw. Probleme?

- nein → *weiter mit Frage 2.1*
- ja

1.15 Welche Einschränkungen bzw. Probleme erschweren es Ihnen, sich inner- oder auch außerhalb der Stadt fortzubewegen?

2. Themenbereich: Familie / soziales Netzwerk

Wir haben vorhin über die Versorgung im Alltag gesprochen. Wie wohl man sich in seiner Umgebung fühlt, hängt zum einen von äußeren Rahmenbedingungen ab, zum anderen aber auch von dem Kontakt zu Menschen, die Einem persönlich wichtig sind. Deshalb würde ich nun gerne mit Ihnen über Ihre Beziehungen zu Familie und Freunden sprechen.

2.1 Welche Menschen sind Ihnen persönlich wichtig?

(Sofern Personen benannt werden, bitte jeweils zusätzlich erfragen:)

Wie häufig haben Sie pro Woche Kontakt mit diesen Menschen?

	täglich	mehrmals pro Woche	Mind. 1 x pro Woche	Seltener	nie
<input type="checkbox"/> Partner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitskolleg/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Personen und zwar <i>(bitte angeben!)</i> :	<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"/>

2.2 Erhalten Sie Unterstützung / Assistenz aus Ihrem sozialen Umfeld?

- ja
- nein → **weiter mit Frage 2.4**

2.3 In welchen Bereichen nehmen Sie Unterstützung durch Ihr soziales Umfeld in Anspruch?

(Mehrfachnennung möglich!)

- Pflege
- Haushaltsführung
- Kommunikation / Verständigung mit der Umwelt
- Freizeitgestaltung
- Aufrechterhaltung sozialer Kontakte
- Arztbesuche
- Behördengänge
- Mobilität / Verkehrsbeteiligung
- Sonstige Unterstützung und zwar *(bitte angeben!)*: _____

2.4 Wie fühlen Sie sich in Ihr soziales Umfeld eingebunden?

- sehr gut
- gut
- teils-teils
- weniger gut
- gar nicht

2.5 Was würden Sie sich bezüglich Ihrer sozialen Kontakte wünschen?

3. Themenbereich: Freizeit

3.1 Ich nenne Ihnen jetzt verschiedene Aktivitäten, die man in seiner Freizeit tun kann. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie diese Möglichkeiten nutzen und – wenn ja – wie häufig Sie das tun. (Antwortmöglichkeiten vorlesen!)

	täglich	mehrmals pro Woche	1 x pro Woche	seltener	Trifft nicht zu / nie
Fernsehen	<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"/>
Computernutzung	<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"/>
Musik hören	<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"/>
mit Freunden treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgehen (z.B. in Cafes, Restaurants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport (aktiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Veranstaltungen (Theater, Ausstellungen u.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Freizeitaktivitäten, und zwar (bitte angeben!):	<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"/>

3.2 Sind Sie Mitglied in einem Verein?

nein

ja, und zwar (bitte angeben!):

3.3 Mit wem verbringen Sie in der Regel Ihre Freizeit? (Mehrfachnennung möglich!)

Familie / Angehörige

Partner / Partnerin

Freunde

Mitbewohner/innen

sonstige Personen und zwar (bitte angeben!): _____

trifft nicht zu, da ich meine Freizeit überwiegend allein verbringe

3.4 Wie zufrieden sind Sie mit den Ihnen zur Verfügung stehenden Freizeitmöglichkeiten?

- zufrieden → *weiter mit Frage 4.1*
- teils - teils
- unzufrieden

3.5 Was hindert Sie daran, Ihre Freizeit so zu gestalten, wie Sie es gerne möchten?

4. Themenbereich: Gesundheitsbedarfe und -versorgung

Als nächstes möchte ich mit Ihnen über Ihre Bedarfe und Erfahrungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung sprechen.

4.1 Können Sie mir bitte zunächst sagen, welche Behinderung / chronische Erkrankung in Ihrem Fall vorliegt?

Art der Behinderung / chronischen Erkrankung (Mehrfachnennung möglich!)

- Körperbehinderung, und zwar (bitte angeben!) _____
- Sinnesbehinderung und zwar:
- Sehbehinderung
 - Hörbehinderung
 - Sprachbehinderung
 - sonstige Sinnesbehinderung und zwar (bitte angeben!) _____
- Lernschwierigkeiten
- Sonstige Behinderung / chronische Erkrankung(en) und zwar (bitte angeben!): _____

4.2 Sind Sie aufgrund Ihrer Behinderung / chronischen Erkrankung als Schwerbehinderte/r anerkannt?

- ja
- nein

4.3 Ich nenne Ihnen jetzt gesundheitliche Dienstleistungen. Ich möchte Sie bitten, mir zu sagen, welche davon Sie regelmäßig in Anspruch nehmen (Antwortvorgaben vorlesen!).

(Sofern Dienstleistungen benannt werden, bitte jeweils zusätzlich fragen:)

Wie häufig nehmen Sie diese gesundheitlichen Dienstleistungen in Anspruch?

	täglich	mehrmals wöchentlich	mind. 1 x wöchentlich	seltener	Trifft nicht zu / nie
Hausärztliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärztliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeutische Versorgung, und zwar (bitte angeben!):					
_____	<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"/>
Sonstige gesundheitl. Dienstleistungen, und zwar (bitte angeben!):					
_____	<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"/>

Ich möchte Sie nun bitten, die von Ihnen in Anspruch genommenen gesundheitlichen Dienstleistungen zu bewerten. Ich nenne Ihnen dazu einige Bewertungskriterien.

4.4 Wie beurteilen Sie die Verfügbarkeit der von Ihnen benötigten gesundheitlichen Dienstleistungen?

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

4.5 Wie beurteilen Sie die Erreichbarkeit der von Ihnen in Anspruch genommenen gesundheitlichen Dienstleistungen (d.h. Entfernung vom Wohnort / Anfahrtsweg)?

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

4.6 Wie beurteilen Sie die Barrierefreiheit der von Ihnen in Anspruch genommenen gesundheitlichen Dienstleistungen?

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

4.7 Wie beurteilen Sie die Qualität der von Ihnen in Anspruch genommenen medizinischen Dienstleistungen?

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

4.8 Wenn Sie sich anschauen, welche Erfahrungen Sie in Bezug auf die Versorgung mit gesundheitlichen Dienstleistungen gemacht haben, welche Änderungen wären dann Ihrer Meinung nach wünschenswert?

5. Themenbereich: Erwerbsarbeit / Sicherung des Lebensunterhaltes

Ich möchte Ihnen jetzt einige Fragen zu ihrer beruflichen Tätigkeit und zur Finanzierung Ihres Lebensunterhaltes stellen.

5.1 Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

- ja
- nein, sondern:
 - in Rente → **weiter mit Frage 5.3.**
 - arbeitslos → **weiter mit Frage 5.3.**
 - sonstiges und zwar (bitte angeben!) _____ → **weiter mit Frage 5.3**

5.2 Wo arbeiten Sie und welche berufliche Tätigkeit üben Sie dort aus?

5.3 Wenn Sie auf Ihre (frühere) Erwerbstätigkeit schauen, haben Sie dann aufgrund Ihrer Behinderung besondere Herausforderungen bewältigen müssen?

- trifft nicht zu, da bislang noch nie erwerbstätig → **weiter mit Frage 5.8**
- nein → **weiter mit Frage 5.7**
- ja

5.4 Welche Herausforderungen haben Sie in der Vergangenheit hier erlebt?

5.5 Gab es Unterstützungsleistungen, die Ihnen bei der Bewältigung dieser Herausforderungen geholfen haben?

- nein → **weiter mit Frage 5.7**
- ja

5.6 Was war bei der Bewältigung von Herausforderungen im Erwerbsleben bislang für Sie hilfreich?

5.7 Welche Maßnahmen erscheinen Ihnen in Bezug auf die Verbesserung der beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung notwendig?

5.8 Welche Arten von Einkünften stehen Ihnen zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhaltes zur Verfügung? (Antwortvorgaben vorlesen! Mehrfachnennungen möglich!)

- Lohn- / Erwerbseinkommen
- gesetzliche / private Altersrente
- Vermögen
- sonstige Einkünfte, und zwar (bitte angeben!): _____

5.9 Erhalten Sie zusätzlich öffentliche Leistungen zur Sicherung Ihres Lebensunterhaltes (z.B. Grundsicherung im Alter u.a.)?

- nein → **weiter mit Frage 5.11**
- ja

5.10 Um welche Leistungen handelt es sich?

5.11 Erhalten Sie zusätzlich öffentliche Leistungen, die Ihnen aufgrund Ihrer Behinderung / chronischen Erkrankung zustehen (z.B. Versorgungsrenten, Blindengeld, Pflegegeld u.ä.)?

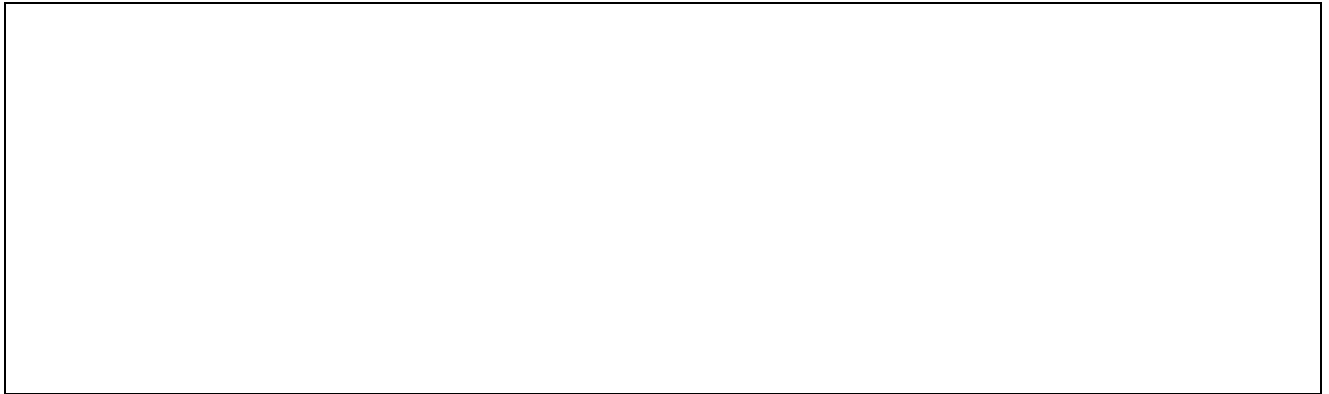
- nein → **weiter mit Frage 5.13**
- ja

5.12 Um welche Leistungen handelt es sich dabei?

5.13 Können Sie den notwendigen Lebensunterhalt durch das Ihnen zur Verfügung stehende Einkommen finanzieren?

- ja → **weiter mit Frage 6.1**
- teilweise
- nein

5.14 Welche notwendigen Bedarfe lassen sich durch das Ihnen zur Verfügung stehende Einkommen nicht (ausreichend) abdecken?



6. Themenbereich: Sicherheit und Schutz vor Gewalt

Es ist ein menschliches Grundbedürfnis, dass man sich dort wo man lebt auch sicher fühlen kann.

6.1 Wenn es um Ihre persönliche Sicherheit geht, als wie besorgt würden Sie sich selbst einschätzen?

- sehr besorgt
- eher besorgt
- eher nicht besorgt → *weiter mit Frage 6.3*
- gar nicht besorgt → *weiter mit Frage 6.3*

6.2 Welche Befürchtungen haben Sie, wenn es um Ihre persönliche Sicherheit geht?

6.3 Haben Sie konkrete Maßnahmen getroffen, um sich sicher zu fühlen bzw. zu schützen?

- nein → *weiter mit Frage 6.5*
- ja

6.4 Welche Maßnahmen zum eigenen Schutz ergreifen Sie?

6.5 Wie sicher fühlen Sie sich, wenn Sie alleine hier in ... (Name des Stadtteils) unterwegs sind?

- sehr sicher → *weiter mit Frage 6.7*
- eher sicher → *weiter mit Frage 6.7*
- eher unsicher
- sehr unsicher

6.6 Was sind Gründe, dass Sie sich hier in ... (Name des Stadtteils) unsicher fühlen?

6.7 Gibt es hier in ... (Name des Stadtteils) Örtlichkeiten, die Sie meiden, weil Sie sich dort nicht sicher fühlen?

- nein → *weiter mit Frage 6.9*
- ja

6.8 Welche Orte in ... (Name des Stadtteils) meiden Sie?

6.9 Haben Sie in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht, wegen Ihrer Behinderung diskriminiert oder sogar bedroht worden zu sein?

nein → *weiter mit Frage 6.11*

ja

6.10 Welche Form von Diskriminierung bzw. Bedrohung haben Sie als Mensch mit Behinderung persönlich schon erlebt?

6.11 An wen wenden Sie sich oder würden Sie sich wenden, wenn man Sie als Mensch mit einer Behinderung diskriminiert oder bedroht?

7. Themenbereich: Politische / Bürgerschaftliche Beteiligung

Bei unserem letzten Thema geht es um politische Teilhabe. Also um die Möglichkeiten, seine Anliegen als Bürgerin / Bürger in der Öffentlichkeit zu vertreten.

7.1 Wie informieren Sie sich über die Politik und das öffentliche Leben hier in Dortmund? (Mehrfachnennung möglich)

- Printmedien
- Fernsehen
- Radio
- Internet
- Soziale Medien
- Teilnahme an politischen Veranstaltungen
- Mitarbeit in Gremien / Ausschüssen und zwar (bitte angeben!) _____
- Sonstiges, und zwar (bitte angeben!): _____
- Trifft nicht zu

7.2 Nehmen Sie an Wahlen teil (z.B. Kommunal-, Land- und Bundestagswahlen)?

- wähle immer → **weiter mit Frage 7.4**
- wähle ab und zu
- wähle nie

7.3 Wenn Sie nicht bzw. nur ab und zu wählen gehen, welche Gründe hat das?

7.4 Es gibt verschiedene Möglichkeiten, sich als Mensch mit Behinderung für seine Anliegen öffentlich einzusetzen.

Ich nenne Ihnen jetzt solche **Beteiligungsformen**. Bitte sagen Sie mir, ob Sie diese bisher bereits genutzt haben. (Antwortvorgaben vorlesen!)

- Mitarbeit in sozialpolitischen Gremien / Beiräten, und zwar (bitte angeben!):

- Mitglied von Behindertenverbänden, und zwar (bitte angeben!):

- Mitglied von Selbsthilfeinitiativen / -gruppen, und zwar (bitte angeben!):

- Beteiligung an Kundgebungen / Demonstrationen
- Teilnahme an politischen Veranstaltungen / Anhörungen
- Beteiligung an Unterschriftensammlungen
- Ehrenamtliche Tätigkeit, und zwar (bitte angeben!): _____
- sonstige Beteiligungsformen, und zwar (bitte angeben!):

- trifft nicht zu

7.5 Kennen Sie politische Ansprechpartner oder Gremien, an die Sie sich mit Ihren Anliegen wenden können?

ja

nein → *weiter mit Frage 7.7*

7.6 Welche politischen Ansprechpartner oder Gremien kennen Sie, an die Sie sich mit Ihren Anliegen wenden (können)?

Ich habe zu Beginn gesagt, dass die Verbesserung der Teilhabechancen für die Stadt Dortmund ein wichtiges politisches Ziel ist. Meine letzte Frage lautet daher:

7.7 Wo sollte – Ihrer Meinung nach - die Stadt Dortmund in den nächsten Jahren vorrangig aktiv werden, um die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderung zu verbessern?

Ich danke Ihnen für unser Gespräch!