

Abschlussbericht zum Forschungsprojekt
„Die UN-BRK und ihre Bedeutung
für die kommunale Stadtentwicklung“

Laufzeit: 01.10.2014 – 30.09.2016

Kooperation: Stadt Castrop-Rauxel

Jan-Frederik Wittchen
Dr. Claudia Gottwald

Dortmund, Juni 2018

Inhalt

Tabellenverzeichnis.....	II
Abbildungsverzeichnis.....	II
1 Einleitung.....	1
2 Ausgangslage	2
2.1 Zielsetzung des Projekts	2
2.2 Zentrale Begriffe und Grundannahmen	3
2.2.1 Behinderung.....	3
2.2.2 Anerkennung	5
2.2.3 Partizipation	6
2.2.4 Inklusion.....	7
2.2.5 Bewusstseinsbildung.....	8
2.2.6 Aktionsplan Inklusion	9
3 Menschen mit Behinderung in Castrop-Rauxel	10
3.1 Forschungsfragen	10
3.2 Methodisches Vorgehen.....	11
3.2.1 Stichprobe.....	12
3.2.2 Erhebungsinstrumente.....	14
3.2.3 Gütekriterien.....	16
3.3 Darstellung der Ergebnisse.....	17
3.3.1 Wohnen und Versorgung	18
3.3.2 Mobilität / Barrierefreiheit.....	23
3.3.3 Schule, Bildung, lebenslanges Lernen.....	27
3.3.4 Arbeitswelt	32
3.3.5 Kultur und Freizeit	36
3.3.6 Inanspruchnahme von Leistungen und Diensten.....	39
3.3.7 Soziales Netzwerk.....	44
3.3.8 Diskriminierung, Selbstbestimmung und Teilhabe	47
3.4. Systematisierung zentraler Ergebnisse	54
3.5 Grenzen der Forschung	61
4 Fazit und Ausblick	63
Literatur	70
Anhang.....	72

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Menschen mit Behinderung in Recklinghausen und Castrop-Rauxel (Stand 31.12.2015), Personenanzahl nach Grad der Behinderung und Geschlecht, Einwohneranzahl gesamt und Anteil der Menschen an der Einwohnerzahl mit einem Grad der Behinderung _____	13
Tabelle 2: Item 5.3: Häufigkeit Freizeitaktivitäten (n=56), Personenanzahl und gültige Prozent _____	38
Tabelle 3: Item 8.3: Erlebte Selbstbestimmung (n=56), Personenanzahl und gültige Prozent _____	49
Tabelle 4: Item 8.10: Priorisierung von Entwicklungsbedarfen für gesellschaftliche Teilhabe in Castrop-Rauxel _____	53
Tabelle 5: Items 6.2 bis 6.5: Bewertung der Hausärzte (n=56; fehlend: 1) _____	58
Tabelle 6: Items 6.2 bis 6.5: Bewertung der Fachärzte (n=56; fehlend: 10) _____	58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vetorecht - Entscheidungsbereich - Mitbestimmung (entnommen aus Rohrmann et al. 2014, S. 63) _____	6
Abbildung 2: Item 0.6: Art der Behinderung oder Erkrankung (n=56) _____	18
Abbildung 3: Item 1.8: Unterstützungsbedarfe (n=48) _____	20
Abbildung 4: Item 1.10: Reicht die Hilfe für Sie aus? (n=48) _____	21
Abbildung 5: Item 2.4: Barrieren im öffentlichen Raum [n=56; fehlend: 17] _____	24
Abbildung 6: Item 2.5: Barrieren in Medien (n=56), Häufigkeiten und gültige Prozent _____	26
Abbildung 7: Item 3.8: Einstellung zum Gemeinsamen Unterricht (n=56; fehlend: 1) _____	29
Abbildung 8: Item 4.3: Einkommensquellen (n=56; fehlend: 3) _____	33
Abbildung 9: Item 4.11: Notwendigkeit der Unterstützung von Menschen mit Behinderung im Bereich "Arbeit" in Castrop-Rauxel (n=56) _____	35
Abbildung 10: Item 6.7: Nutzung von Diensten und Angeboten für Menschen mit Behinderung in Castrop-Rauxel (n=56), Häufigkeiten und gültige Prozent _____	42
Abbildung 11: Item 8.1: Erfahrung von Bedrohung oder Gewalt aufgrund der eigenen Behinderung oder Erkrankung (n=56; fehlend: 2) _____	47
Abbildung 12: Skala 8.3: Selbstbestimmung über alle Lebensbereiche (n=56), Median, 14 Items _____	49
Abbildung 13: Item 7.6: Zufriedenheit mit Freundschaft (n=56; fehlend: 1) _____	60
Abbildung 14: Item 7.4: Zufriedenheit mit Sexualität (n=56; fehlend: 12) _____	60

1 Einleitung

Das Lehrgebiet Theorie der Rehabilitation und Pädagogik bei Behinderung der Technischen Universität Dortmund setzt sich mit Dimensionen der Heterogenität, Disability Studies und ethischen Fragen der Sonder-, Heil- und Rehabilitationspädagogik auseinander. In Kooperation mit der Stadt Castrop-Rauxel ergab sich für eine Forschungsgruppe des Lehrgebiets im Sommer 2014 die Chance, die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in ihren Auswirkungen auf die Entwicklung einer Stadtgesellschaft in Nordrhein-Westfalen zu untersuchen. Die Forscher*innen begleiteten die Stadt Castrop-Rauxel im Laufe eines zweijährigen Projekts bei der Entwicklung eines kommunalen „Aktionsplans Inklusion“ und den Vorbereitungen zur späteren Umsetzung dieses Planwerks.

In dem vorliegenden Abschlussbericht werden zunächst die theoretischen Grundlagen und Zielsetzungen des Projekt aus Sicht der Projektbeteiligten der TU Dortmund beschrieben (Kapitel 2). Als zentrales Erkenntnisinteresse des Forschungsprojekts wird hier insbesondere die Frage betont, inwiefern maßgebliche rechtliche Ansprüche der UN-BRK und Paradigmen der Behindertenbewegung und der Behindertenpolitik bzw. -pädagogik, wie z.B. Partizipation, Inklusion und Anerkennung, in lokalen Planungsprozessen Eingang finden und möglicherweise verstärkt finden können. Ausgehend von Beobachtungen der Forschungsgruppe wurden Menschen mit Behinderung bzw. chronischen Krankheiten in Castrop-Rauxel zu diesen Themen befragt. Die forschungsleitenden Fragen, das methodische Vorgehen im Projektverlauf und die Darstellung sowie die Reflexion der Ergebnisse erfolgen in diesem Bericht in Kapitel 3. In Kapitel 4 geht es den Verfasser*innen letztlich darum, positive Entwicklungen der kommunalen Inklusionsplanung ebenso festzuhalten, wie die aus Sicht der Forschungsgruppe kritischen Punkte, um mit einigen Vorschlägen für die weitere kommunale Aktionsplanung zu schließen.

2 Ausgangslage

Seit etwa 1994 im Zuge der Salamanca-Erklärung, spätestens jedoch mit Inkrafttreten der UN-BRK in Deutschland zum 26.03.2009 ist der Begriff „Inklusion“ Gegenstand der bildungspolitischen, sozialpolitischen und fachwissenschaftlichen Diskussionen. Dies hat bislang weder zu einer einheitlichen Begriffsklärung geführt, noch zu einer umfassenden gesellschaftlichen Umsetzung der Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen (CRPD 2015). In der UN-BRK werden die allgemeinen Menschenrechte spezifiziert, um auch für Menschen mit Behinderung Würde und Teilhabe zu ermöglichen und somit Diskriminierung zu verhindern. Gesellschaftliche Diversität und die Vielfalt von Lebensmöglichkeiten und Lebensformen auf Grundlage demokratischer Freiheitsrechte werden in den Vordergrund gerückt. Die Konvention fordert keine Sondermaßnahmen für Menschen mit Behinderung, „sondern ein grundlegendes Umdenken als Paradigmenwechsel“ (Badstieber & Schlummer 2015). Die Stadt Castrop-Rauxel hat sich per Ratsbeschluss vom 14. November 2013 dazu entschieden, inklusiv für alle Bürgerinnen und Bürger zu werden, die Ansprüche der UN-BRK in ihrer Stadtentwicklung zu berücksichtigen und dementsprechend in Form eines „Aktionsplan(s) Inklusion“ eine Maßnahmenplanung zu definieren.

2.1 Zielsetzung des Projekts

Theorien zu Exklusion und Inklusion (z. B. Rudolf Stichweh 2005), zur Anerkennung von Heterogenität (z. B. Axel Honneth 1992) und Pädagogik der Vielfalt (Annedore Prengel 1993) bilden – neben den Menschenrechten - zentrale Anknüpfungspunkte für die Umsetzung der Inklusion benachteiligter Gruppen: Sie verweisen darauf, dass es einer anderen Perspektive und eines anderen Umgangs mit Unterschieden bedarf. Unterschiede dürfen im Sinne oben genannter Theorien nicht zu Unterscheidungen hinsichtlich einer Wertigkeit bzw. Bewertung und Abwertung führen. Darauf verweist auch die UN-Behindertenrechtskonvention. In diesem Zusammenhang folgt das Projekt der TU Dortmund der Fragestellung, wie die Umsetzung entsprechender inklusiver Werte in sozialräumlichen Handlungen konkret vollzogen werden kann und vollzogen wird. Dabei wird geklärt, welchen Niederschlag die Theorien bezüglich Anforderungen der Inklusion und der UN-BRK in der tatsächlichen Realisierung inklusiver Umwelten auf kommunaler Ebene finden können und müssen, um den menschenrechtlichen Strukturmerkmalen der UN-BRK prinzipiell zu entsprechen. Dies soll exemplarisch am Beispiel einer kleineren Kommune in Nordrhein-Westfalen (Castrop-Rauxel) und in

Konzentration auf die – bislang definierten – Inklusionsfelder¹ mithilfe der oben genannten Theorien und der UN-BRK analysiert werden.

Die übergeordneten Fragestellungen sind in dieser Hinsicht, orientiert an den Paradigmen der Rehabilitationspädagogik und der UN-BRK, wie

- a. der Grad der Teilhabe und Selbstvertretung von behinderten und benachteiligten Menschen in kommunalen Zusammenhängen gestärkt werden kann,
- b. Kommunen bzw. deren Mitarbeiter*innen und Bürger*innen für das Erkennen von Behinderungen und Benachteiligungen innerhalb der Kommune sensibilisiert werden können,
- c. und unter welchen anwendungsbezogenen Bedingungen sich die Anforderungen der UN-BRK bzw. ihre theoretischen und menschenrechtsbasierten Grundlagen kommunal umsetzen lassen.

2.2 Zentrale Begriffe und Grundannahmen

Bisherige Vorstellungen des Verhältnisses von Gleichheit und Verschiedenheit (Prenzel 1993 / 2006) führten entweder zur Assimilation, also zur Anpassung oder, wenn dies nicht möglich war, zur Separation (Trennung), aber auch zu Exklusion (Ausschluss) oder sogar zur Auslöschung behinderter Menschen (Extinktion) (Wocken 2010). Zentrale Strategie des Umgangs mit Heterogenität war die Homogenisierung. Diese Strategie verfolgte auch die Integration (von Kindern mit Behinderung in die Schule). Im Folgenden sollen neben der Klärung dessen, was mit der UN-BRK als Behinderung verstanden werden kann, andere Vorstellungen des Umgangs mit Verschiedenheit und ihre Begriffe erläutert werden (Stichworte: Inklusion, Anerkennung von Heterogenität).

2.2.1 Behinderung

Der dem Projekt zugrunde gelegte Behinderungsbegriff muss sich an den Formulierungen und Bestimmungen der UN-BRK orientieren bzw. mit diesen übereinstimmen. Die UN-BRK beruft sich diesbezüglich auf ein menschenrechtliches bzw. soziales Modell von Behinderung. Demzufolge hängt das Vorliegen einer Behinderung nicht nur von individuellen Faktoren ab, Behinderungen entstehen hingegen durch eingeschränkte Interaktionsmöglichkeiten – sowohl rechtlich wie auch sozial (vgl. DIMR 2013). Die Behindertenrechtskonvention verweist darauf, dass für Menschen mit Behinderung – ebenso wie für alle anderen – die Menschenrechte unbedingt gelten. Grundlage ist die Erkenntnis, dass nicht die individuelle

¹ Inklusive Werte, Barrierefreiheit, Teilhabe, Gemeinschaft und Wohlbefinden, Wohnen und Versorgung, Bildung und lebenslanges Lernen, Arbeit und Beschäftigung, Mobilität und Beförderung, Kultur und Freizeit (in Anlehnung an: Montag Stiftung 2011), Armut und Diversität.

Beeinträchtigung, sondern die Entrechtung und Diskriminierung behinderter Menschen für ihre schwierige Lage ursächlich sind. Die UN-BRK fordert deshalb die Einhaltung der Menschenrechte auch für Menschen mit Behinderung und fokussiert entsprechend die Teilhabe behinderter Menschen, die Akzeptanz, Chancengleichheit und Nicht-Diskriminierung von Menschen mit Behinderung (Art. 3 UN-BRK).

Laut UN-BRK (Präambel Buchst. e) entsteht „Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, die sie [Menschen mit Behinderung] an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern.“ In Artikel 1 heißt es wie folgt: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ Behinderung ist demnach keine individuelle Eigenschaft einer Person. Behinderungen entstehen im biopsychosozialen Verständnis erst durch „einstellungs- und umweltbedingte Barrieren“ (Präambel der UN-BRK Buchst. e und Art. 1 Satz 2; ausführlicher dazu Lachwitz & Trenk-Hinterberger 2013). Der Schutzbereich der UN-BRK greift außerdem nicht erst dann, wenn Teilhabemöglichkeiten schon eingeschränkt sind, sondern bereits „wenn aus der Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigung und Barrieren ein diesbezügliches Potential erwächst“ (DIMR 2013, S. 8).

Als Ziel kommunaler Inklusionsplanung kann es angesehen werden, die volle Verwirklichung der Menschenrechte für alle Bewohnerinnen und Bewohner einer Planungsregion zu erreichen. Ausgangspunkt der Erstellung eines entsprechenden Aktionsplans ist zwar die Behindertenrechtskonvention, aber weitere menschenrechtlich relevante Dimensionen von Heterogenität (z.B. Alter, Geschlecht, sozialer Status, Herkunft, sexuelle Orientierung) sollten zumindest langfristig in entsprechend sensibilisierten Planungen einbezogen werden. Ziele eines Aktionsplanes sind in diesem Kontext die Anerkennung von Vielfalt in der Gemeinde, der Abbau von Barrieren (in Gebäuden und Köpfen) sowie die Gestaltung eines inklusiven Gemeindelebens, an dem alle Bürgerinnen und Bürger teilhaben können (und nicht müssen). Diese Zielsetzungen sind auch in entsprechenden Leitbildern zu berücksichtigen.

2.2.2 Anerkennung

„Anerkennung ist Voraussetzung für die Verwirklichung grundlegender [...] Ansprüche von Menschen mit Behinderungen – den Rechten auf Leben, Bildung, Anderssein, Anerkennung und Teilhabe, Selbstverwirklichung und Gerechtigkeit.“

(Dederich 2001, S. 29)

Mit dem Sozialphilosophen Axel Honneth hat Anerkennung eine emotionale², eine rechtliche und eine soziale Ebene (Honneth 2003, S. 114ff): Auf der rechtlichen Ebene geht es um gleiche Grundrechte und Rechtsansprüche aller Menschen³. Honneth bezeichnet die soziale Ebene von Anerkennung als „Solidarität“ und meint damit, dass jedes Mitglied einer Gesellschaft die Chance erhalten muss, sich als „wertvoll für die Gemeinschaft zu erfahren“ (Honneth 2003, S. 209). Diese beiden Ebenen der Anerkennung fokussiert auch die UN-BRK, wenn sie einerseits Diskriminierung verbietet (rechtliche Anerkennung) und gleichzeitig zu Wertschätzung gegenüber behinderten Menschen auffordert (soziale Anerkennung, UN-BRK Art. 8; „Bewusstseinsbildung“).

Für die kommunale Inklusionsplanung ist es zentral, die gleichberechtigten Ansprüche aller Bürgerinnen und Bürger anzuerkennen. So hält auch der Politikwissenschaftler Charles Taylor fest: „Gleichheitliche Anerkennung ist nicht lediglich ein Verhaltensmodus, der einer demokratischen Gesellschaft angemessen ist. Ihre Verweigerung kann denen, die ihrer nicht teilhaftig werden, tatsächlichen Schaden zufügen“ (Taylor 1993, S. 26). Umgekehrt lässt sich festhalten: „Anerkennungsverhältnisse sind der Ermöglichungsrahmen individuellen gelingenden Lebens“ (Dederich 2001, S. 206) und damit eine Voraussetzung für politische und soziale Partizipation. Wertschätzung und Anerkennung in der Gemeinschaft sind auf kommunaler Ebene für den Erfolg inklusiver Prozesse essentiell. Das Gegenteil von Anerkennung ist Missachtung, die sich mit Honneth in Misshandlung (Gewalt), Ausschließung (Exklusion) und Entwürdigung / Beleidigung zeigt (Honneth 1992 / 2003). Diese marginalisierenden, entwürdigenden und diskriminierenden Erlebnisse und Erfahrungen von Menschen (mit Behinderung) müssen auch im Rahmen kommunaler Inklusionsplanung in den Blick genommen werden und bilden einen besonderen Fokus dieser Studie.

² Die emotionale Dimension gehört in die Privatsphäre der Menschen und wird hier deshalb ausgelassen.

³ Die rechtliche Relevanz von Anerkennung wird in Bezug auf Behinderung neben der UN-BRK u.a. auch im Diskriminierungsverbot nach Art. 3 GG und in den Gleichstellungsgesetzen der Länder deutlich. Neben liberalen Freiheitsrechten geht es auf dieser Ebene der Anerkennung um politische Teilhaberechte und soziale Wohlfahrtsrechte (vgl. Dederich 2001, S. 212).

2.2.3 Partizipation

Prosetzky definiert Partizipation als den „ausdrücklich auf die Gemeinschaft mit anderen bezogene[n] Akt individueller Selbstbestimmung“ (Prosetzky 2009, S. 89). Damit Partizipation wirksam und sinnvoll ist, müsse sie demnach auf positive Ziele hin ausgerichtet sein. Sie dürfe zudem nicht missbraucht werden und nur „pro forma“ stattfinden (ebd.). Partizipation bzw. soziale und politische Teilhabe ist ein zentrales Anliegen der UN-BRK. Artikel 3 hebt „die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“ hervor. Neben sozialen Teilhaberechten geht es hier auch um die Beteiligung behinderter bzw. beeinträchtigter Menschen (vgl. Rohrman et al. 2014). Partizipation ist also ein Begriff, der in zweifacher Hinsicht in der UN-BRK gebraucht wird: Einerseits geht es um politische Teilhabe und auf der anderen Seite um die Teilhabe an Funktionssystemen und Diensten der Gesellschaft bzw. hier der Kommune.

Aus Artikel 4 der UN-BRK ergibt sich die Verpflichtung, Menschen mit Behinderungen und ihre Organisationen an der Erstellung von Inklusionsplänen zu beteiligen. Inklusionsplanung ist deshalb partizipativ zu gestalten. Albrecht Rohrman, Johannes Schädler und Kollegen differenzieren in Bezug auf die politische Partizipation drei Stufen: Mitbestimmung, Entscheidungsbereich und Vetorecht. Diese gilt es im Rahmen kommunaler Inklusionsplanung zu verwirklichen.

Vetorecht Entscheidungsbereich Mitbestimmung	Partizipation
Einladung zu Beratungen Anhörung Information	Vorstufe zur Partizipation
Ritual Instrumentalisierung	keine Partizipation

Abbildung 1: Vetorecht - Entscheidungsbereich - Mitbestimmung (entnommen aus Rohrman et al. 2014, S. 63)

Auch Badstieber und Schlummer halten fest, dass die Kommunen als Träger staatlicher Gewalt dazu aufgefordert seien, Menschen (mit Behinderung) „nicht länger als Objekte gesellschaftlicher Fürsorge, sondern als gleichberechtigte und selbstbestimmende

Bürger(innen) anzusehen und insbesondere an der Umsetzung und Verwirklichung der Rechte zu beteiligen“ (Badstieber & Schlummer 2015).

2.2.4 Inklusion

Inklusion – als ein zentraler Begriff der UN-BRK will genau dies erreichen: Alle Bürgerinnen und Bürger sollen Zugang zu allen Institutionen und Dienstleistungen erhalten. Inklusion als Menschenrecht verweist darauf, dass niemand ausgeschlossen oder ausgegrenzt werden darf. Im ideologischen Sinne ist Inklusion „Ausdruck einer Philosophie der Gleichwertigkeit jedes Menschen, der Anerkennung von Verschiedenheit, der Solidarität der Gemeinschaft und der Vielfalt von Lebensformen“ (Seifert 2006, S. 100).

„Inklusion heißt wörtlich übersetzt Zugehörigkeit, also das Gegenteil von Ausgrenzung. Wenn jeder Mensch – mit oder ohne Behinderung – überall dabei sein kann, in der Schule, am Arbeitsplatz, im Wohnviertel, in der Freizeit, dann ist das gelungene Inklusion.

In einer inklusiven Gesellschaft ist es normal, verschieden zu sein. Jeder ist willkommen. Und davon profitieren wir alle: zum Beispiel durch den Abbau von Hürden, damit die Umwelt für alle zugänglich wird, aber auch durch weniger Barrieren in den Köpfen, mehr Offenheit, Toleranz und ein besseres Miteinander.“

(Aktion Mensch o.J.)

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen setzt mit dem Begriff Inklusion einen formalen Schlussstrich unter jegliche Ausgrenzung von Menschen. Inklusion als Menschenrecht bezieht sich nicht nur auf Behinderung, sondern umfasst ebenso beispielsweise Unterschiede zwischen Menschen hinsichtlich Herkunft, Sprache, Religion, Alter, Geschlecht oder sexueller Orientierung. Grundlegend ist die Annahme, dass Unterschiede nicht zu einer Unterscheidung hinsichtlich einer Wertigkeit führen. Inklusion als Haltung bezeichnet einen Habitus, der sich in prosozialen Verhaltensweisen und Denkmustern ausdrückt. Der neu aufgelegte Index für Inklusion definiert: Inklusion heiße, inklusive Werte in Handlungen (sowohl auf individueller wie auf gesellschaftlicher Ebene) umzusetzen. Zu diesen Werten werden u.a. Gleichheit, Gerechtigkeit, Teilhabe, Wertschätzung für Vielfalt, Gemeinschaft und Nachhaltigkeit gezählt (Booth & Ainscow 2011).

Inklusion meint deshalb, die vorhandenen Regelsysteme so zu organisieren, dass sie alle Menschen adressieren. Im internationalen Diskurs ist Inklusion die Fähigkeit von Einrichtungen, „unterschiedlichen Bedürfnissen und Bedarfen aller Beteiligten in einem gemeinsamen Reflexions-, Planungs- und Entwicklungsprozess in immer größerem Maße gerecht werden zu können“ (Booth 2008 zit. nach Hinz 2013, o. S.). Deshalb ist „Inklusion [...] als allgemeingültiger Referenzrahmen und Querschnittsanliegen kommunaler (Behinderten-)Politik zu sehen“ (Badstieber & Schlummer 2015).

2.2.5 Bewusstseinsbildung

Im Jahr 2012 hält die Landesregierung Nordrhein-Westfalens in ihrem Landesaktionsplan Inklusion fest, dass „[d]ie Gewinnung der Menschen für eine neue Kultur inklusiven Denkens und Handelns [...] unverzichtbar [sei], um auf dem Weg in ein inklusives Gemeinwesen voranzukommen“ (MAIS NRW 2012, S. 38). Diese selbstverständlich lautende Feststellung verweist jedoch auf eine so basale wie komplizierte Voraussetzung: Inklusion ist nur möglich, wenn Barrieren im Denken und Handeln abgebaut und traditionelle Denkweisen in Frage gestellt werden. In Artikel 3 setzt die UN-BRK die „Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit“ fest. Gefordert ist also die soziale Anerkennung. Die Kommunen sind diesbezüglich ebenfalls angehalten, Maßnahmen zu ergreifen, die Ausgrenzungen, Diskriminierungen und Segregation entgegen wirken.

Artikel 8 der UN-BRK fordert:

- (1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, sofortige, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um
 - a. in der gesamten Gesellschaft, einschließlich auf der Ebene der Familien, das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde zu fördern;
 - b. Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen, einschließlich aufgrund des Geschlechts oder des Alters, in allen Lebensbereichen zu bekämpfen;
 - c. das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Menschen mit Behinderungen zu fördern.

- (2) Zu den diesbezüglichen Maßnahmen gehören
 - a. die Einleitung und dauerhafte Durchführung wirksamer Kampagnen zur Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit mit dem Ziel,
 - i. die Aufgeschlossenheit gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen zu erhöhen,
 - ii. eine positive Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen und ein größeres gesellschaftliches Bewusstsein ihnen gegenüber zu fördern,
 - iii. die Anerkennung der Fertigkeiten, Verdienste und Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen und ihres Beitrags zur Arbeitswelt und zum Arbeitsmarkt zu fördern;
 - b. die Förderung einer respektvollen Einstellung gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen auf allen Ebenen des Bildungssystems, auch bei allen Kindern von früher Kindheit an;
 - c. die Aufforderung an alle Medienorgane, Menschen mit Behinderungen in einer dem Zweck dieses Übereinkommens entsprechenden Weise darzustellen;
 - d. die Förderung von Schulungsprogrammen zur Schärfung des Bewusstseins für Menschen mit Behinderungen und für deren Rechte.

Castrop-Rauxel muss sich fragen, wie die Anerkennung von Verschiedenheit lokal vorangebracht werden kann. Denkbare Handlungsansätze wären beispielsweise,

- Veranstaltungen zur Bewusstseinsbildung zu fördern,
- positive Begegnungen zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu ermöglichen,
- Mitarbeitende in Institutionen und Verwaltung entsprechend fortzubilden, z.B. Mitarbeitende von Fachdiensten, Lehrkräfte aber auch Mitarbeitende von Polizei und Justiz,
- Menschen mit Behinderung als Expert*innen dabei einzubeziehen.

(vgl. Rohrman et al. 2014)

2.2.6 Aktionsplan Inklusion

Menschenrechtliche Aktionspläne sind gezielte Handlungsprogramme von Staaten oder anderen Verantwortlichen, z.B. kommunalen Verwaltungen aber auch einzelnen Institutionen. Ein Aktionsplan enthält eine Zustandsbeschreibung und benennt die Probleme, die behoben werden sollen. Darüber hinaus legt er konkrete Maßnahmen und Ziele fest. Zentral sind auch das Monitoring (Überprüfung / Überwachung der Umsetzung der Maßnahmen), die Evaluation (fachgerechte Untersuchung und Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen) und die ständige Fortschreibung des Planes. Besondere Relevanz erhält im Kontext von Partizipation und Diskriminierungsfreiheit die Frage, wie Entstehungsprozesse von Aktionsplänen und den enthaltenen Kriterien- und Maßnahmenkatalogen beschaffen sind. Leander Palleit betont aus diesem Grund, dass „[e]in Aktionsplan [...] das Ergebnis eines transparenten und partizipativen Arbeitsprozesses und [...] öffentlich zugänglich“ sein müsse (Palleit 2010, S. 1). Badstieber und Schlummer verweisen darauf, dass kommunale Inklusionsplanung sich „durch einen koordinierten Planungsprozess aus[zeichne], in dem die Kommune die Umsetzung der Menschenrechte stetig und zielstrebig vorantreibt.“ Weiterhin „etabliert [sie] entsprechende Strukturen, übernimmt die Prozesssteuerung und das Monitoring, konkretisiert Zielperspektiven und entsprechende Planungsschritte, weist Meilensteine und zeitliche Terminierungen aus [und] [...] schafft Verbindlichkeiten durch die Zuweisung von klaren Verantwortungsbereichen und stellt entsprechende Ressourcen bereit.“ (Badstieber & Schlummer 2015)

3 Menschen mit Behinderung in Castrop-Rauxel

Das hier vorgestellte Forschungsvorhaben untersucht die Lebensrealität der Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen in Castrop-Rauxel und hinterfragt ihre gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten im Kontext der lokalen Stadtentwicklung und der Konsequenzen der UN-Behindertenrechtskonvention. Um als erste thematisch breit angelegte Datenerhebung dieser Art in Castrop-Rauxel einen Überblick über das Forschungsfeld zu gewinnen, wird ein exploratives Forschungsdesign entworfen, das sowohl standardisierte Elemente der quantitativen Datenerhebung, als auch einen flexiblen qualitativen Zugang zu den subjektiven Lebenswelten ermöglicht. Zielsetzung ist hierbei die Beantwortung eingangs formulierter Forschungsfragen und die Entwicklung weiterer handlungsleitender Hypothesen auf Grundlage des zu erfassenden Materials.

3.1 Forschungsfragen

Kommunen widmen sich seit 2009 nur träge den Anforderungen der UN-BRK und die Datenlage zur Teilhabesituation von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen ist immer noch unzureichend (BMAS 2013). Dies kann in besonderem Maße für spezifische Lebenslagen in einzelnen Städten und Gemeinden angenommen werden. Im Verlauf der nach und nach aufkommenden Pilotprojekte, Aktionspläne und Stellungnahmen einzelner Kommunen ist die Sammlung und handlungsleitende Auswertung entsprechender Daten zwar zu einem zentralen Thema geworden, die Erfassung der Perspektive von Menschen mit Beeinträchtigungen stellt jedoch häufig noch ein praktisches Problemfeld dar, da eine durchgängig partizipative Projektentwicklung und die Beteiligung schwer erreichbarer Personengruppen in Stadtentwicklungsprozessen und Datenerhebungen einen hohen personellen und konzeptionellen Aufwand voraussetzen. Eine gründliche wissenschaftliche Begleitung und ein langfristiges Monitoring dieser Prozesse sind ausschlaggebend für eine nachhaltige Entwicklung dieser Bestrebungen in Richtung der gesellschaftlichen Partizipation aller Menschen, wie sie durch die UN-BRK gefordert wird. Die Stadt Castrop-Rauxel bietet sich für eine derartige wissenschaftliche Begleitung in einem zweijährigen Projektrahmen an, da eine politische Entscheidung zur Erstellung eines „Aktionsplans Inklusion“ bereits getroffen worden ist und erste Problemfelder und Themenschwerpunkte durch die Verwaltung definiert werden konnten.

In Ergänzung der in Kapitel 2.1 bereits benannten übergeordneten Fragestellungen ergeben sich die folgenden Forschungsfragen:

- Ist die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen in bestimmten Lebensbereichen in Castrop-Rauxel gefährdet?
- Werden Menschen aufgrund ihrer chronischen Erkrankungen oder Behinderungen in bestimmten Lebensbereichen in Castrop-Rauxel benachteiligt?
- Gibt es Barrieren physischer, medialer oder sozialer Art für Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen in bestimmten Lebensbereichen in Castrop-Rauxel? Falls ja, welche Handlungsnotwendigkeiten ergeben sich hieraus? Falls nein, welche Beispiele guter Praxis lassen sich feststellen?
- Wie nehmen Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen in Castrop-Rauxel das Ausmaß ihrer Selbstbestimmung in bestimmten Lebensbereichen wahr?
- Wie kann ein Zugang zu marginalisierten, schwer erreichbaren Personengruppen vor Ort gelingen?

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen ist eine Definition der für eine Datenerhebung relevanten Lebens- und Teilhabebereiche der untersuchten Personen notwendig. Da die UN-BRK in ihren Ausführungen zu den Ansprüchen einer partizipativen Gesellschaft bereits deutlich auf einzelne dieser Bereiche eingeht und mit diesen die Forderung nach einer „inkluisiven“, also dem Leitgedanken der Inklusion folgenden gesellschaftlichen Entwicklung einhergeht, werden sie „Inklusionsfelder“ genannt. Die für das Projekt ausgewählten und zu untersuchenden Inklusionsfelder lauten: „Arbeitswelt“, „Mobilität“, „Kultur“, „Freizeit“, „Schule“, „Bildung und lebenslanges Lernen“, „Wohnen“ und „Versorgung“.

3.2 Methodisches Vorgehen

Nach entsprechenden Vorbereitungsarbeiten und Literaturrecherchen begleiten Vertreter*innen der Forschungsgruppe im Verlauf des ersten Projektjahres die projektbezogenen Arbeits- und Steuerungsgruppen der Stadt Castrop-Rauxel, um ein Verständnis der Beteiligungsstrukturen und Planungsweisen der Stadt zu entwickeln. Gleichzeitig wird eine umfangreiche Datenerhebung vorbereitet, die zu Beginn des zweiten Projektjahres durchgeführt werden soll. Im Zuge dieser Befragung von Bürgerinnen und Bürgern Castrop-Rauxels sollen sowohl Themen der Inklusion und Teilhabe in den kommunalen Strukturen beleuchtet, als auch desintegrative,

exkludierende Erfahrungen, Erlebnisse von Diskriminierung und Ausschluss sowie vorhandene Barrieren aufgedeckt werden.

Um die zuvor formulierten Forschungsfragen zu beantworten, wird eine „Untersuchungsform“ gewählt, welche die Erfassung einer Momentaufnahme der Lebenslagen, Teilhabe- und Diskriminierungserfahrungen und thematischen Einstellungen von Personen, begrenzt auf den Wohnort Castrop-Rauxel, zum Ziel hat (Schnell et al. 2013, S. 239). Die Untersuchung überprüft keine zuvor formulierten Hypothesen am Material, sondern schafft einen explorativen Zugang zu den Lebensdimensionen der Stichprobe. Als Methode zur Beantwortung der Forschungsfragen wird eine Befragung von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen anhand fragebogengestützter Interviews angestrebt. Die Datenorganisation und Auswertung der Ergebnisse erfolgt per *IBM SPSS Statistics 23*. Textvariablen werden extrahiert, kodiert und in Oberkategorien zusammengefasst. Anschließend werden die Häufigkeiten dieser Oberkategorien ausgezählt und in der Ergebnisdarstellung als Ergänzung der deskriptiven Statistik referiert.

3.2.1 Stichprobe

Laut Angaben des Verwaltungsbereichs „Stadtentwicklung und Wirtschaftsförderung“ leben zum Stichtag 31.12.2015 75.578 Menschen in Castrop-Rauxel, von denen 37.000 männlich (49,0 %) und 38.578 (51,0 %) weiblich sind. Ungefähr 11.488 Personen (15,2 %) sind demnach 17 Jahre alt oder jünger, während in der Gruppe der 18-Jährigen oder Älteren ca. 18.517 Personen (28,9 %) als 18 bis 40 Jahre alt, ca. 29.098 Personen (45,4 %) als 40 bis 65 Jahre alt, ca. 11.633 Personen (18,2 %) als 65 bis unter 80 Jahre alt und ca. 4.837 Personen (7,5 %) als 80 Jahre alt und älter angegeben werden (Bereich Stadtentwicklung und Wirtschaftsförderung der Stadt Castrop-Rauxel 2015). Aussagen über die Anzahl und Verteilung von Menschen mit Behinderungen können über den Fachdienst 59 „Schwerbehindertenangelegenheiten“ des Kreises Recklinghausen angefordert werden, wobei diese nur beschränkte Strukturkriterien umfassen. Umfangreichere Anfragen müssen über den Kreis an die Bezirksregierung Münster weitergeleitet werden. Aktuell verfügbare Angaben des Fachdienstes 59 über die Anzahl von Menschen mit Behinderung im Kreis Recklinghausen und der Stadt Castrop-Rauxel sind in Tabelle 1 aufgelistet (Fachdienst 59 2016). Bemerkenswert in Hinblick auf die Relevanz kommunaler Inklusionsplanung ist hier, dass fast ein Viertel (23,3 %) der Bevölkerung Castrop-Rauxels von Behinderung (GdB von 20 oder mehr) betroffen ist.

		Kreis Recklinghausen			Stadt Castrop-Rauxel		
		weiblich	männlich	gesamt	weiblich	männlich	gesamt
GdB	Anzahl						

Anzahl GdB	Kreis Recklinghausen			Stadt Castrop-Rauxel		
	weiblich	männlich	gesamt	weiblich	männlich	gesamt
20	7.834	6.876	14.710	1.099	960	2.059
30	10.641	10.043	20.684	1.481	1.427	2.908
40	6.463	6.489	12.952	897	946	1.843
50	13.591	12.744	26.335	1.776	1.685	3.461
60	6.066	6.744	12.810	829	964	1.793
70	4.331	4.763	9.094	609	590	1.199
80	4.983	5.148	10.131	668	676	1.344
90	2.169	2.247	4.416	295	307	602
100	9.429	9.218	18.647	1.159	1.221	2.380
20-40 gesamt (Anteil an GdB gesamt)	24.938 (38,1 %)	23.408 (36,4 %)	48.346 (37,3 %)	3.477 (39,5 %)	3.333 (38,0 %)	6.810 (38,7 %)
50-100 gesamt (Anteil an GdB gesamt)	40.569 (61,9 %)	40.864 (63,6 %)	81.433 (62,7 %)	5.336 (60,5 %)	5.443 (62,0 %)	10.779 (61,3 %)
GdB gesamt	65.507	64.272	129.779	8.813	8.776	17.589
Einwohneranzahl	315.914	301.893	617.807	38.578	37.000	75.578
Anteil der Menschen mit GdB von 20 – 40 an Einwohneranzahl	7,9 %	7,8 %	7,8 %	9,0 %	9,0 %	9,0 %
Anteil der Menschen mit GdB von 50 – 100 an Einwohneranzahl	12,8 %	13,5 %	13,2 %	13,8 %	14,7 %	14,3 %
Anteil der Menschen mit GdB 20 - 100 an Einwohneranzahl	20,7 %	21,3 %	21,0 %	22,8 %	23,7 %	23,3 %

Tabelle 1: Menschen mit Behinderung in Recklinghausen und Castrop-Rauxel (Stand 31.12.2015), Personenanzahl nach Grad der Behinderung und Geschlecht, Einwohneranzahl gesamt und Anteil der Menschen an der Einwohneranzahl mit einem Grad der Behinderung (GdB)

Der Anteil von Menschen mit einem Grad der Behinderung an der Einwohnerzahl in Castrop-Rauxel ist demnach geringfügig höher als im Kreisgebiet und bezogen auf Schwerbehinderung (GdB ab 50) auch landesweit laut der Landesdatenbank NRW⁴ überdurchschnittlich hoch. Dort wird zum Stichtag 31.12.2015 ein Anteil von 10,0 % von Menschen mit einer Schwerbehinderung an der Einwohnerzahl angegeben, wobei auch hier der Anteil der Männer (10,3 %) über dem der Frauen (9,7 %) liegt (IT.NRW 2016). Hierbei muss berücksichtigt werden, dass sich die Angaben der Landesdatenbank von denen des Kreises unterscheiden, da der Kreis im Gegensatz zur Landesdatenbank nach eigenen Angaben auch Menschen mit einer Behinderung in seine Statistik einschließt, die nicht über einen Schwerbehindertenausweis verfügen.

Die Zielgruppe der hier angestrebten Befragung umfasst Menschen mit beliebig stark ausgeprägter chronischer Erkrankung oder Behinderung, die in Castrop-Rauxel wohnen. Es soll keine Befragung von Eltern, Erziehungsberechtigten, Verwandten oder anderen

⁴ Manuelle Datenabfrage und Erstellung von Tabellen online verfügbar unter www.landesdatenbank.nrw.de

durchgeführt werden, sondern ein direkter Zugang zu den betroffenen Personen selbst erfolgen. Da auch subjektive Erfahrungen politischer Partizipation erfasst werden sollen, wird ein Mindestalter der Teilnehmenden von 16 Jahren festgelegt. Eine Herausforderung besteht im Zugang zu den einzelnen Personen, da ein vollständig randomisiertes Auswahlverfahren der Stichprobe auch aufgrund der Gefahr eines systematischen Ausschlusses schwer erreichbarer Personen nicht durchführbar ist. Aus diesem Grund wird eine nichtzufallsbasierte („nichtprobalistische“) Form der Stichprobenziehung gewählt, die als „Gelegenheitsstichprobe“ bezeichnet werden kann (Blanz 2015, S. 51f). Weiterhin wird die Stichprobe an dem Merkmal „Erkrankung oder Behinderung“ ausgerichtet und nicht weitergehend durch „Schichtungen“ kontrolliert strukturiert, wodurch Generalisierbarkeit und Repräsentativität stark eingeschränkt werden (ebd.). Es wird entschieden, über verschiedene Plattformen aufsuchend Menschen mit Beeinträchtigungen über die Möglichkeit zur Teilnahme an der Befragung zu informieren und die Gruppe der erreichten Personen über Multiplikatoren zu vergrößern. Informationen werden als Druckmedium und per E-Mail über Postverteiler der Stadtverwaltung, online recherchierte Adressen von Institutionen und Akteuren der Selbsthilfe und Privathaushalte verteilt, sowie per Telefonkontakt oder persönlich vermittelt. Feldzugänge erfolgen durch

- Informationsplattformen der Stadt (Homepage, Facebook, Zeitung „Stadtanzeiger“),
- die Homepage des Lehrgebiets der TU Dortmund,
- die E-Mail-Verteiler der am Projekt beteiligten Akteure (Arbeitsgruppen, Politik und Institutionen),
- telefonischen Kontakt zu Selbsthilfegruppen,
- eine einmalige Werbeaktion auf dem Weihnachtsmarkt, bei der zufällig Personen angesprochen und informiert werden,
- eine einmalige Werbeaktion an der Infostelle Soziales im Rathaus, bei der zufällig Personen angesprochen und informiert werden,
- sowie weitervermittelte Kontakte über Multiplikatoren wie Einrichtungen, Beratungsstellen und andere Akteure.

3.2.2 Erhebungsinstrumente

Für die Datenerhebung wird ein Fragebogen entwickelt, der die benannten Inklusionsfelder in Modulen behandelt und sowohl standardisierte geschlossene als auch offene Items beinhaltet. Hierzu orientiert sich der Aufbau des Erhebungsinstruments an Inhalten zweier Fragebögen, die auf einen umfassenden Zugang zu den Lebensrealitäten von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen abzielen und in ihrer Anwendung den Einbezug schwer erreichbarer

Personengruppen und alternativer kommunikativer Bedarfe der Teilnehmer*innen berücksichtigen (Eckhardt et al. 2016; Schröttle & Hornberg et al. 2014). Mit Erlaubnis der Autor*innen können einzelne Bestandteile dieser Instrumente modifiziert, d.h. gekürzt, ergänzt und angepasst werden. Um die Verwendung mehrerer unterschiedlicher Bögen zu vermeiden und ein Verständnis der Fragebogeninhalte für Personen mit Lern-, Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsschwierigkeiten zu gewährleisten, wird der Fragebogen in möglichst einfacher Sprache formuliert, ohne aber den Ansprüchen der Leichten Sprache vollends genügen zu können.

Der Fragebogen wird als Leitfaden für teilstandardisierte Interviews verwendet und in einer für die Teilnehmenden bekannten und entspannten Atmosphäre durch die Interviewleitenden ausgefüllt. Dieses Vorgehen verspricht eine alltagsnahe Untersuchungssituation, während der sowohl Verständnisprobleme auf Seiten der Teilnehmenden geklärt, als auch das Ausmaß nicht beantworteter Fragen durch die Anwesenheit und Moderation der Interviewleitenden auf einem Minimum gehalten werden können. Hierbei werden deutliche Einschränkungen der Erhebungsgröße aufgrund des hohen personellen Aufwands der Interviews in Kauf genommen. Weiterhin bildet die Interaktion zwischen Interviewleitenden und Teilnehmenden zusätzliche Fläche für Verzerrungen der erhobenen Daten, die jedoch durch eine gründliche Vorbereitung der Interviewleitenden und möglichst gleichförmige Interviewdurchführung durch vorformulierte Übergangstexte kontrolliert werden sollen. Zur Unterstützung der Kommunikation werden Piktogramme verwendet, die die fünfstufigen Skalen des Fragebogens anhand farbiger Smileys abbilden. Die farbigen Smileys werden durch großgedruckte Unterschriften der jeweils aktuellen Kategorien ergänzt. Für sehbeeinträchtigte Personen wird eine taktile Skala entworfen. Hierzu werden auf einem Pappstreifen die Symbole Plus, Querstrich und Minus (++, +, /, -, --) mit einer Prickelnadel reliefartig ertastbar gemacht.

Der Fragebogen ist in acht Module gegliedert. Die Module eins bis fünf entsprechen jenen aus der UN-BRK abgeleiteten Inklusionsfeldern und werden in den Modulen sechs bis acht durch Themenfelder ergänzt, die als besonders kontextrelevant in Bezug auf die soziale Teilhabe und gesellschaftliche Anerkennung betrachtet werden und über die Lebensbereiche der einzelnen Inklusionsfelder hinausgehen oder diese vernetzen:

1. Angaben zum/zur Interviewpartner*in
2. Alltägliche Lebensführung / Wohnen und Versorgung
3. Mobilität / Barrierefreiheit
4. Schule, Bildung, lebenslanges Lernen
5. Arbeitswelt
6. Kultur und Freizeit
7. Inanspruchnahme von Leistungen und Diensten
8. Soziales Netzwerk

9. Diskriminierung, Selbstbestimmung und Teilhabe

Diese Auswahl von Kategorien entspricht auch einer Orientierung an den „Lebenslagedimensionen“ oder „Teilhabeefeldern“ des Teilhabeberichts der Bundesregierung (BMAS 2013, S. 32). Den städtischen Arbeitsgruppen des Projekts wird die Möglichkeit gegeben, eigene Anliegen oder Fragestellungen in die Fragebogenentwicklung einzubringen.

3.2.3 Gütekriterien

Um die Güte der vorliegenden Untersuchung zu beurteilen, können Gütekriterien der konventionellen empirischen Sozialforschung nicht ohne Weiteres herangezogen werden, da ein Großteil der Datenerhebung auf die Erfassung qualitativer Inhalte hinausläuft. Aus diesem Grund werden Ines Steinke sieben „Vorschläge für Kernkriterien qualitativer Forschung“ (1999) herangezogen:

1. Intersubjektive Nachvollziehbarkeit
2. Indikation des Forschungsprozesses und der Bewertungskriterien
3. Empirische Verankerung der Theoriebildung und -prüfung
4. Limitation
5. Reflektierte Subjektivität
6. Kohärenz
7. Relevanz

(Steinke 1999, S. 252ff)

Durch eine möglichst transparente und vollständige Dokumentation des Forschungsvorhabens, der Instrumentenentwicklung und der Auswertungsschritte in diesem Bericht soll eine angemessene „intersubjektive Nachvollziehbarkeit“ (ebd.) gewährleistet werden. Das verwendete Instrument befindet sich zudem im Anhang dieser Studie. „Indikationen“ (ebd.) des teils qualitativen Vorhabens, der verwendeten Methoden und der Stichprobenauswahl werden eingangs dargelegt. Einschränkungen müssen hier im Bereich der Transkription hingenommen werden, die aus forschungsökonomischen Gründen auf eine Mitschrift der Interviewleitenden während der Gespräche reduziert wird. „Limitationen“ (ebd.) der Studie bestehen zudem in der Generalisierbarkeit und Repräsentativität der ermittelten Ergebnisse („empirische Verankerung“ der Theoriebildung, ebd.), da sie weder die Gesamtheit der in Castrop-Rauxel lebenden Menschen mit Behinderungen in ihrer Gesamtheit erklären, noch unmittelbar auf Sozialräume außerhalb Castrop-Rauxels übertragen werden können. Anspruch ist es vielmehr, beispielhafte Erkenntnisse ohne den Anspruch der

Vollständigkeit zu generieren, die als unmittelbare Entwicklungsprioritäten im Sinne der UN-BRK bezogen auf Castrop-Rauxel formuliert werden können. Das Vorgehen der im Feld tätigen Forscher*innen wird regelmäßig reflektiert, um subjektiv gefärbte Beeinflussungen der Datenerhebung zu minimieren. Dies ist insbesondere für den Umgang mit emotionalen oder informativ intimen Inhalten notwendig, um eine Balance zwischen „Annäherung und Distanz“ (Steinke 1999, S. 252ff) zum Untersuchungsgegenstand wahren zu können und die eigene Rolle als Forschende nicht aufzugeben. Da ausschließlich deutliche Tendenzen der Erhebungsergebnisse in einen gut gefestigten theoretischen Kontext gebracht und in Hinblick auf ihre praktische Relevanz hin interpretiert werden sollen, können die entwickelten Entwicklungsprioritäten für Castrop-Rauxel und ihre theoretischen Konsequenzen als kohärent eingeschätzt werden. Die Fragestellung der Untersuchung wird aufgrund ihres Bezugs zu aktuellen politischen und sozialen Entwicklungen weiterhin als gesellschaftlich relevant betrachtet.

Soweit Angaben zur Reliabilität des Untersuchungsverfahrens gemacht werden können, beziehen diese sich auf die interne Konsistenz der verwendeten Skalen, die anhand von Cronbachs Alpha ausgegeben werden. Hier wird Augenmerk auf die zwei Skalen 5.3 „Freizeitaktivität“ (ALPHA = .782; 19 Items; S. 35 Fragebogen; modifiziert nach Projekt Do-IT 2014, S. 8 und Schröttle & Hornberg et al. 2014, S. 78) und 8.3 „erlebte Selbstbestimmung“ (ALPHA = .857; 14 Items; S. 51f Fragebogen; modifiziert nach Schröttle & Hornberg et al. 2014, S. 87ff) gelegt. Die interne Konsistenz dieser Skalen wird als akzeptabel eingestuft.

3.3 Darstellung der Ergebnisse

Im Zeitraum der Erhebung vom 26. November 2015 bis zum 22. März 2016 konnten 56 fragebogengestützte Interviews mit Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen in Castrop-Rauxel durchgeführt werden. Die Dauer der Interviews lag zwischen 45 und 240 Minuten in Einzelfällen, bei einem Großteil der Gespräche zwischen 120 und 150 Minuten. Die Interviews wurden an Orten und in Settings durchgeführt, die den Befragten eine bekannte, geschützte und alltagsnahe Atmosphäre boten. Die Entscheidung über Termin- und Ortswahl wurde den Befragten freigestellt, sofern die Termine nicht in Einrichtungen stattfanden, die einen Einfluss auf die Terminorganisation ausübten. Zu den Orten, an denen Interviews durchgeführt wurden, gehörten Privathaushalte, Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege, städtische Gebäude (Bürgerhaus, Gemeindehaus) und Cafés.

Von den Befragten identifizieren sich 33 (58,9 %) als weiblich und 23 (41,1 %) als männlich, die Altersspanne der Stichprobe reicht von 21 bis 91 Jahren bei einem Durchschnittsalter von 54,85 Jahren (SD = 18,68). 5 Personen (8,9 %) haben nach

eigenen Angaben einen Migrationshintergrund. 13 Personen (24,5 %) verfügen über eine angeborene Behinderung oder chronische Erkrankung, während 40 Personen (75,5 %) ihre Erkrankung oder Behinderung erst im Laufe ihres Lebens, durchschnittlich im Alter von 38,82 Jahren (SD = 19,31) erworben haben.

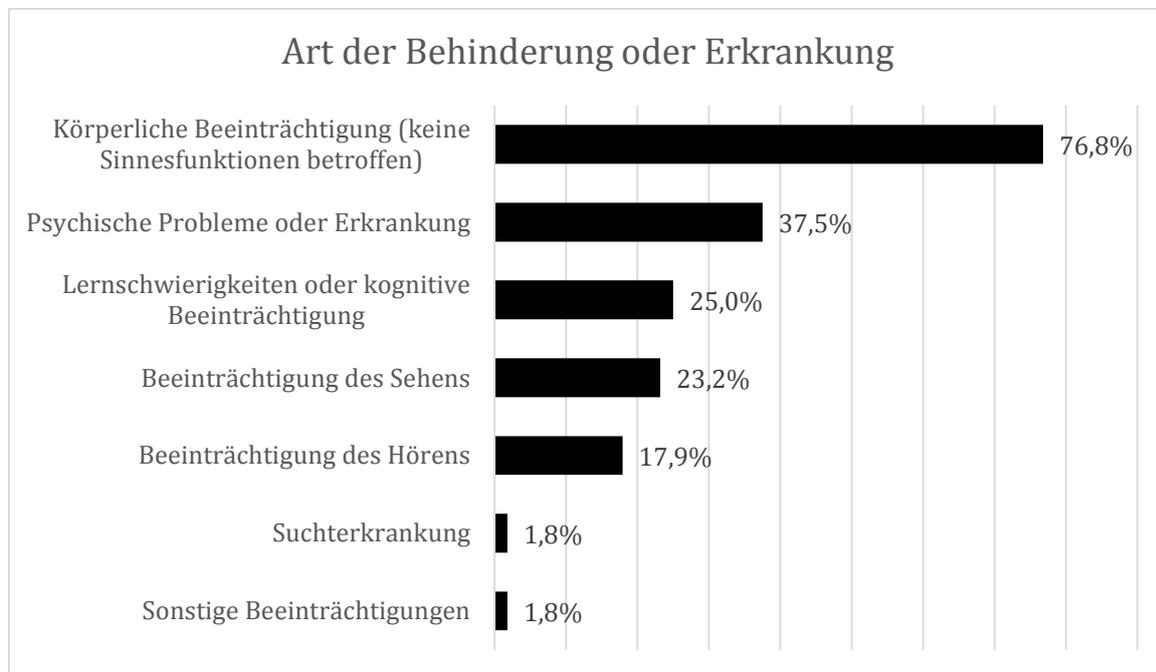


Abbildung 2: Item 0.6: Art der Behinderung oder Erkrankung (n=56)

Die Befragten weisen Beeinträchtigungen unterschiedlicher Arten auf. So geben 43 Personen (76,8 %) körperliche Beeinträchtigungen ohne Einschränkung der Sinnesfunktionen an, 21 Personen (37,5 %) psychische Probleme oder Erkrankungen, 14 Personen (25,0 %) Lernschwierigkeiten oder eine „geistige Behinderung“, 13 Personen (23,2 %) Beeinträchtigungen des Sehens, 10 Personen (17,9 %) Beeinträchtigungen des Hörens, 1 Person (1,8 %) eine Suchterkrankung und 1 Person (1,8 %) berichtet von einer Beeinträchtigung des Geschmacksempfindens. 48 Personen (85,7 %) verfügen weiterhin über einen Schwerbehindertenausweis. Von den übrigen 8 Personen haben 2 Personen (25,0 %) trotz deutlicher Beeinträchtigungen nie einen Antrag gestellt, 1 Person (12,5 %) wartete zum Zeitpunkt der Befragung auf eine Antwort im Antragsvorgang und 5 Personen (62,5 %) berichten, ihr Grad der Behinderung sei zu gering für einen Antrag auf Schwerbehinderung.

3.3.1 Wohnen und Versorgung

Die Befragten stammen aus unterschiedlichen Stadtteilen Castrop-Rauxels, wobei 12 der 15 Stadtteile vertreten sind. So stammen 8 Personen aus Habinghorst (14,3 %), 8 Personen aus Rauxel (14,3 %), 7 Personen aus Castrop (12,5 %), 7 Personen aus Ickern (12,5 %), 7 Personen aus Schwerin (12,5 %), 6 Personen aus Frohlinde (10,7 %), 4

Personen aus Obercastrop (7,1 %), 3 Personen aus Henrichenburg / Becklem (5,4 %), 2 Personen aus Merklinde (3,6 %), 2 Personen aus Pöppinghausen (3,6 %), 1 Person aus Deininghausen (1,8 %) und 1 Person aus Dingen (1,8 %). Die bisherige Lebensdauer in Castrop-Rauxel liegt zwischen 3 und 92 Jahren bei einem Mittelwert von 37,39 Jahren (SD = 21,03).

Bezüglich ihrer Wohnformen geben 40 Personen (71,4 %) an, ohne Betreuung zu leben, 14 Personen (25,0 %) werden ambulant betreut und 2 Personen (3,6 %) sind in (teil-)stationären Einrichtungen untergebracht. Von den 40 Personen, die ohne Betreuung leben, wohnen 26 Personen (65,0 %) eigenständig in einer Mietwohnung, 6 Personen (16,0 %) bei den Eltern oder Familienangehörigen, 6 Personen (15,0 %) eigenständig in einem eigenen oder gemieteten Haus und 2 Personen (5,0 %) in einer Wohngemeinschaft. Von den 14 ambulant betreut Lebenden wohnen 10 Personen (71,4 %) alleine, 3 Personen (21,4 %) mit ihren Partner*innen und 1 Person (7,1 %) in einer Wohngruppe oder -gemeinschaft. 1 Person lebt stationär betreut in einem Pflegeheim und 1 Person lebt teilstationär in einer einem Pflegeheim angeschlossenen Appartementanlage. 28 Personen (50,0 %) wohnen alleine in ihrem Haushalt, 19 Personen (33,9 %) zu zweit, 7 Personen (12,5 %) zu dritt und 2 Personen (3,6 %) mit 4 oder mehr Personen.

Bezüglich der Ausstattung ihrer Wohngebäude berichten 8 Personen (14,5 %), dass keine Bauteile zur Vermeidung oder Überwindung von Barrieren vorhanden sind. Von den 47 Personen (85,5 %), deren Gebäude mindestens ein Ausstattungsmerkmal zum Ausgleich von Barrieren aufweist, geben 13 Personen (27,7 %) lediglich Handläufe oder Treppengeländer als unterstützende Ausstattung an und 34 Personen (72,3 %) berichten von darüber hinausgehender Ausstattung des Gebäudes. 21 Personen (38,2 %) der Befragten verfügen in ihrem Wohngebäude weder über eine Sprechanlage, Rampen oder Eingänge ohne Stufen, noch über Aufzüge, automatisierte Türen oder visuelle / auditive oder taktile Leitsysteme. Bezogen auf die eigene Wohnung berichten 20 Personen (35,7 %) von Bauteilen, die wegen der eigenen Erkrankung oder Behinderung benötigt werden und vorhanden sind, während 36 Personen (64,3 %) derartige Wohnungsanpassungen verneinen. Bei den vorhandenen Bauteilen handelt es sich maßgeblich um Haltegriffe oder Handläufe (14 Nennungen), höhenverstellbare Toilettensitze (5 Nennungen) oder ebenerdige Duschen (4 Nennungen) bzw. Duschen mit niedrigem Einstieg (4 Nennungen). 10 Personen (17,9 %) äußern die Notwendigkeit zusätzlicher Bauteile zur Vermeidung oder Überwindung von Barrieren, wobei hier vermehrt ebenerdige Duschen (6 Nennungen) und Rampen bzw. barrierefreie Zugänge zur Wohnung (4 Nennungen) angesprochen werden. Einzeln wird jeweils auf die Notwendigkeit von rollstuhlgerechten Badezimmern und Küchen, Treppenliften, breiten Türen, Haltegriffen und Badewannensitzen verwiesen.

48 Personen (85, 7%) erhalten in mindestens einem Bereich des alltäglichen Lebens Unterstützung durch andere Menschen (Abbildung 3).

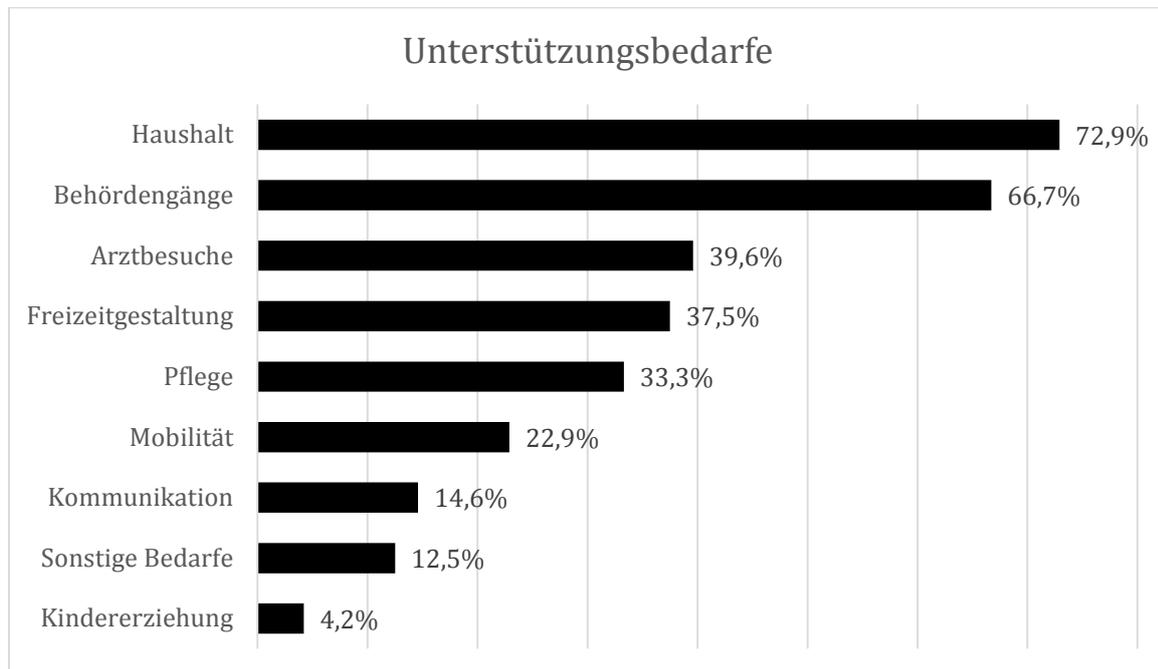


Abbildung 3: Item 1.8: Unterstützungsbedarfe (n=48)

So geben 35 Personen (72,9 %) Unterstützungsbedarf im Haushalt an, 32 Personen (66,7 %) erhalten Unterstützung bei Behördengängen, 19 Personen (39,6 %) Unterstützung bei Arztbesuchen, 18 Personen (37,5 %) Unterstützung bei der Freizeitgestaltung, 16 Personen (33,3 %) Unterstützung bei der Pflege, 11 Personen (22,9 %) Unterstützung bei der Mobilität, 7 Personen (14,6 %) Unterstützung bei der Kommunikation, 2 Personen (4,2 %) Unterstützung bei der Kindererziehung und 6 Personen (12,5 %) Unterstützung in sonstigen Bereichen. Sonstige Unterstützungsbedarfe werden hier jeweils einzeln in der Finanzverwaltung, ausschließlich während akuter Krankheitsepisoden oder ausschließlich beim Betreten und Verlassen des nicht barrierefreien Wohngebäudes ohne Notwendigkeit übriger Mobilitätsunterstützung geschildert. Geleistet wird die jeweilige Unterstützung bei 38 Personen (79,2 %) durch Familienangehörige, bei 15 Personen (31,3 %) durch Freunde, bei 15 Personen (31,3 %) durch Pflegedienste, bei 14 Personen (29,2 %) durch Persönliche Assistenzen, bei 13 Personen (27,1 %) durch Haushalts- und Putzhilfen, bei 13 Personen (27,1 %) durch Nachbarn, bei 11 Personen (22,9 %) durch gesetzliche Betreuungen und in einem Fall (1,8 %) durch eine ambulant tätige Fachkraft im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie.

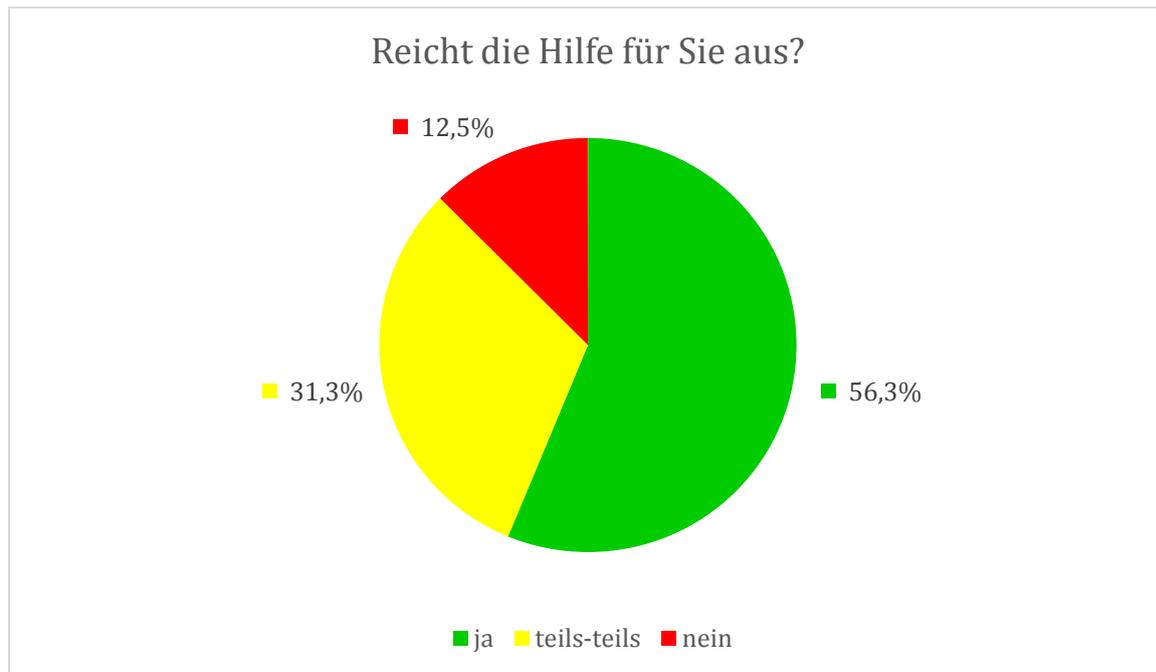


Abbildung 4: Item 1.10: Reicht die Hilfe für Sie aus? (n=48)

Auf die Frage „Reicht die Hilfe für Sie aus?“ antworten 27 Personen (56,3 %) mit „ja“, 15 Personen (31,3 %) mit „teils – teils“ und 6 (12,5 %) mit „nein“. Bei einer Antwort von „teils-teils-„ oder „nein“ wird weiterhin gefragt, ob sich etwas an der Hilfe ändern sollte. Entsprechende Veränderungsbedarfe werden von 18 Personen (94,7 %) bestätigt, 1 Person (5,3 %) gibt keine Notwendigkeit der Veränderung trotz nicht ausreichender Hilfe an. Auf die Gesamtzahl der Personen bezogen, die Unterstützung erhalten, formulieren demnach 37,5 % (18 Personen) Veränderungswünsche. Als notwendige Veränderungen der Unterstützungsleistungen werden mehr Hilfe im Haushalt, auch bei Einkäufen (10 Nennungen), Assistenz bei der Nutzung von Verkehrsmitteln (3 Nennungen), allgemeine persönliche Begleitung und Assistenz (2 Nennungen), Fahrdienste (2 Nennungen), mehr Unterstützungsangebote im Allgemeinen (2 Nennungen), Unterstützung im Freizeitbereich, z.B. beim „Shoppern“ (2 Nennungen), Rechtsberatung über die Unterstützungsmöglichkeiten (2 Nennungen) sowie mehr Angebote und Informationen über Freizeitangebote (2 Nennungen) angegeben. Einzeln werden die Beantragung einer Pflegestufe und eine ambulant betreute Wohnumgebung als Veränderungsbedarfe benannt, sowie Hilfe bei Wohnangelegenheiten im Allgemeinen, eine höhere Flexibilität der Pflegedienste, eine Erhöhung des eigenen Grades der Behinderung, Informationen über Online-(Liefer-)Dienste und einen Wechsel der Persönlichen Assistenz aufgrund mangelnder Sympathie.

Hilfsmittel werden von 47 Personen (83,9 %) in Anspruch genommen, wobei 13 Personen (27,7 %) hiervon ausschließlich Sehhilfen (auch Lesebrillen) benötigen. Auf die Gesamtzahl der Befragten (unter Berücksichtigung fehlender Werte) bezogen nutzen 43 Personen (81,1 %) Sehhilfen, 28 Personen (50,0 %) Mobilitätshilfen, 6 Personen (10,7 %) Kommunikationshilfen und 23 Personen (43,4 %) andere Hilfsmittel. Als

primäre Mobilitätshilfen sind 10 Personen (35,7 %) auf Rollatoren, 6 Personen (21,4 %) auf Rollstühle, 5 Personen (17,9 %) auf Gehstöcke und 7 Personen (25,0 %) auf andere Mobilitätshilfen angewiesen, wobei in den meisten Fällen zusätzlich zu Rollstuhl oder Rollator Gehstöcke oder Unterarmstützen ergänzend verwendet werden. Andere Mobilitätshilfen sind hier zudem einzeln ein motorisierter Bewegungstrainer, ein elektronischer Rollstuhlantrieb, einen Blindenlangstock, ein Stehstuhl, ein Elektromobil oder „E-Scooter“, ein Korsett, Orthesen, ein Stützgurt sowie ein Rollator, der ausschließlich im häuslichen Kontext gebraucht wird („Stubenrollator“). Als Hilfen zur Kommunikation nutzen 3 Personen (25,0 %) Hörgeräte, 3 Personen (25,0 %) Geräte zur Sprachausgabe (auch eigene Mobiltelefone oder Uhren), 2 Personen (16,7 %) Braille-Zeilen, 2 Personen (16,7 %) die Bildschirmlesesoftware JAWS, 1 Person (8,3 %) ein Bildschirmlesegerät und 1 Person (8,3 %) die Sprache-zu-Text-Funktion des Mobiltelefons. 23 Personen (43,4 %) greifen weiterhin auf andere Hilfsmittel zurück, bei denen es sich beispielsweise um Anziehhilfen für Kleidung, Socken oder Schuhe (8 Nennungen), Badewannenlifter oder -sitze (6 Nennungen), Toilettentöpfe, -stühle oder -sitze (4 Nennungen), Greifzangen (4 Nennungen) oder Beatmungsgeräte bei Schlafapnoe (4 Nennungen) handelt. Auf die Frage „Bekommen Sie alle Hilfsmittel, die Sie brauchen?“ antworten 38 (80,9 %) der Hilfsmittelnutzer*innen mit „ja“ und 9 (19,1 %) mit „nein“. Benötigte und nicht vorhandene Hilfsmittel umfassen Treppenlifte (2 Nennungen), sowie in Einzelfällen einen wohnungsgeeigneten Rollstuhl, Unterarmgehstützen, ein Inhaliergerät, ein höhenverstellbares Bett, einen höhenverstellbaren Toilettensitz, eine Brille und Hörgeräte mit Sprach- oder Umgebungserkennung.

Auf ihr Sicherheitsempfinden in der eigenen Wohnumgebung angesprochen beschreiben 19 Personen (33,9 %) sich als „sehr unbesorgt“, 17 Personen (30,4 %) als „unbesorgt“, 12 Personen (21,4 %) sind unentschieden, 5 Personen (8,9 %) „besorgt“ und 3 Personen (5,4 %) „sehr besorgt“. Als Gründe für Angst um die eigene Sicherheit oder ein Gefühl der Unsicherheit werden maßgeblich Überfälle, Diebstähle und Übergriffe auf offener Straße (9 Nennungen) sowie Wohnungseinbrüche (8 Nennungen) angegeben, weiterhin auch Dunkelheit (4 Nennungen), Stürze (3 Nennungen), mangelnde Barrierefreiheit im Stadtverkehr z.B. bei der Ausstattung von Ampeln mit Audiosignalen (3 Nennungen), betrunkenen Menschen (2 Nennungen) oder das Fortschreiten der eigenen Erkrankung und daraus resultierende Ängste z.B. vor Bettlägerigkeit (2 Nennungen). Einzeln werden als Gründe der Angst oder empfundenen Unsicherheit auch Verkehr im allgemeinen, Gewitter, Gleichgewichtsprobleme, die eigene eingeschränkte Wahrnehmung, der eigene gesetzliche Vertreter, Mobbing durch Mitschüler*innen, Angst vor Ablehnung, Hilflosigkeit, Zukunftsangst und Angst vor Isolation genannt.

Ausgeweitet auf das vollständige Stadtgebiet berichten 26 Personen (70,3 %), dass es in Castrop-Rauxel unsichere Orte oder Plätze gebe, während 11 Personen (29,7 %) dies verneinen. Bei den Angsträumen handelt es sich verstärkt um die „Unterführung am Engelsburgplatz“ in Castrop (8 Nennungen), die Altstadt in Castrop allgemein (5 Nennungen), den Hauptbahnhof in Rauxel (5 Nennungen), den Münsterplatz in Castrop (5 Nennungen), den Marktplatz in der Altstadt in Castrop wegen des Kopfsteinpflasters (4 Nennungen), Parks im Allgemeinen wegen schlechter Beleuchtung und betrunkenen Personen (3 Nennungen), die Obere Münsterstraße in Castrop (3 Nennungen) und die Lange Straße in Habinghorst (3 Nennungen). 31 Personen (55,4 %) geben an, dass sie etwas Bestimmtes tun, um sich sicher zu fühlen, oder um sich zu schützen. Hierbei handelt es sich zum Beispiel um die gänzliche Vermeidung von Mobilität im Dunkeln (8 Nennungen) und von dunklen Wegen, Straßen oder Plätzen (6 Nennungen), Einbruchssicherung der Wohnung (5 Nennungen), Isolation (5 Nennungen), Übervorsicht im Straßenverkehr, z.B. häufiges Umschauen oder Stehenbleiben (3 Nennungen), das Abschließen sämtlicher Wohnungseingänge (3 Nennungen), die Vermeidung von Menschenmassen (2 Nennungen) oder des Kontakts zu fremden Personen (2 Nennungen) sowie das Tragen von Waffen wie Pfefferspray oder einer Gaspistole (2 Nennungen).

3.3.2 Mobilität / Barrierefreiheit

Als regelmäßig genutzte Verkehrsmittel nannten 46 Personen (82,1 %) private Kraftfahrzeuge (auch Mitfahrt bei anderen), 45 Personen (80,4 %) den öffentlichen Personennahverkehr, 28 Personen (50,0 %) Taxis, 14 Personen (25,0 %) Fahrräder, 10 Personen (17,9 %) ambulante Fahrdienste und zwei Personen (3,6 %) Motorräder. Bei der Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs im Allgemeinen treffen 30 Personen (62,5 %) nach eigenen Angaben auf Hindernisse oder Barrieren, während 18 Personen (37,5 %) den ÖPNV ohne Einschränkungen nutzen.

23 Personen (50,0 %) berichten demnach von Hindernissen oder Barrieren an Bahnhöfen oder Haltestellen. Hierbei handelt es sich um die mangelnde Barrierefreiheit des Bahnhofs Süd in Castrop (10 Nennungen), zu hohe Einstiege bei Bussen und Zügen im allgemeinen (8 Nennungen), demolierte, fehlende oder unzugängliche Haltepläne (5 Nennungen), defekte Fahrstühle am Hauptbahnhof in Rauxel (4 Nennungen), zu kleine oder unübersichtliche Beschilderung an Haltestellen und Bahnhöfen (4 Nennungen), fehlende abgesenkte Bordsteine (3 Nennungen), fehlende akustische Hinweise, z.B. zu Fahrplänen oder -zeiten (3 Nennungen), mangelnder Regenschutz an Haltestellen (3 Nennungen), zu wenige Sitzplätze an Haltestellen (2 Nennungen) und fehlende barrierefreie Toiletten am Hauptbahnhof in Rauxel.

25 Personen (53,2 %) geben Hindernisse oder Barrieren bei Verkehrsmitteln an, wie hohe Ein- und Ausstiege bei Bussen (8 Personen), mangelnde Barrierefreiheit von Bussen in Hinblick auf Haptik der Druckknöpfe, kontrastreiche Anzeigen, von jedem Sitzplatz aus ersichtliche Anzeigetafeln, funktionierende Haltestellenansagen oder erreichbare Haltegriffe (6 Personen), ruckartiges und zu schnelles Anfahren der Busse (5 Nennungen), unzugängliche Züge am Bahnhof Süd (4 Nennungen), fehlender Platz für Rollstühle oder Rollatoren in Bussen (4 Nennungen), zu kurze Haltezeiten der Busse für Ein- oder Ausstieg (3 Nennungen), „genervtes“, „unfreundliches“ oder „verständnisloses“ Buspersonal (3 Nennungen), nur unregelmäßiges Ausklappen von Rampen durch das Buspersonal (3 Nennungen), zu schnell schließende Türen (2 Nennungen) und mangelnde Schulung des Buspersonals im Umgang mit Behinderungsformen, z.B. beim „Freezing“ von Menschen mit Parkinson (2 Nennungen). Einzeln werden fehlende Leitsysteme für blinde oder sehbehinderte Menschen, Barrieren an Fahrkartenentwertungskästen und die fehlende Möglichkeit der Mitnahme von Elektromobilen (E-Scootern) in Bussen bemängelt. Im öffentlichen Raum Castrop-Rauxels erfahren 39 Personen (73,6 %) Hindernisse oder Barrieren (Abbildung 5).

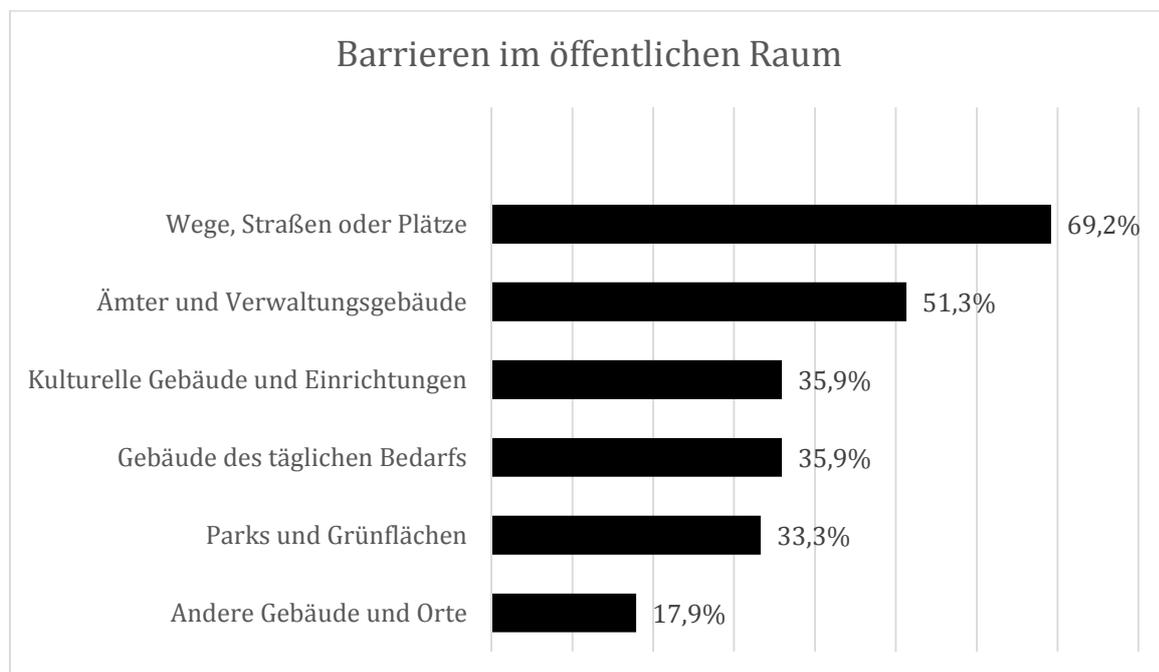


Abbildung 5: Item 2.4: Barrieren im öffentlichen Raum [n=56; fehlend: 17]

27 Personen (69,2 %) nennen dementsprechend Hindernisse oder Barrieren auf Wegen, Straßen oder Plätzen, 20 Personen (51,3 %) in Ämtern und Stadtverwaltungsgebäuden, 14 Personen (35,9 %) in Gebäuden des täglichen Bedarfs wie Supermärkten, Banken, Poststellen oder Geschäften, 14 Personen (35,9 %) in kulturellen Gebäuden oder Einrichtungen wie Theatern, Konzertsälen oder Kinos, 13 Personen (33,3 %) in Parks und auf Grünflächen und 7 Personen (17,9 %) beziehen sich auf andere Gebäude und

Orte. Für 14 Personen (26,4 %) ergeben sich nach eigenen Angaben keine Hindernisse oder Barrieren im öffentlichen Raum.

Auf Wegen, Straßen oder Plätzen stellen laut der Befragten unebene Wege oder Bürgersteige (14 Nennungen) und die Verwendung von Kopfsteinpflaster (9 Nennungen) Hindernisse oder Barrieren dar, sowie Gefälle und Neigungen auf Gehwegen und Straßen (7 Nennungen), fehlende Absenkungen an Bordsteinen (5 Nennungen), fehlende barrierefreie öffentliche Toiletten z.B. in Henrichenburg, Ickern oder Habinghorst (4 Nennungen), Schlaglöcher auf Wegen und Straßen (4 Nennungen), defekte oder „marode“ Bürgersteige mit „Stolperfallen“ (4 Nennungen), zu kurze Ampelschaltungen (3 Nennungen), fehlende Orientierungssysteme für blinde und sehbehinderte Menschen (2 Nennungen), nicht rollstuhlgerechte Fußgängerzone in der Altstadt in Castrop (2 Nennungen) und zu viel Schotter und „Rutschgefahr“ auf Gehwegen (2 Nennungen). Einzeln genannt werden teilweise bei rot und grün gleichlautende Blindensignale an Ampeln, verschmutzte und nach Stürmen nicht frei geräumte Wege, fehlende Zebrastreifen am Münsterplatz in Castrop, unzureichende Beleuchtung an Straßen, schlecht ausgeschilderte Fahrradwegführungen, fehlende Sitzmöglichkeiten in der Altstadt in Castrop, zu wenig (Notfall-)Telefonsäulen in der Altstadt in Castrop und zu schmale Gehwege.

Als Hindernisse und Barrieren im Rathaus werden die schlechten Orientierungsmöglichkeiten und -hilfen genannt (8 Nennungen), die sich etwa auf zu hoch angebrachte oder zu kleine Pläne und verwirrende Beschilderungen beziehen, sowie der mangelnde barrierefreie Zugang, z.B. bezüglich der schwergängigen Eingangstüren (4 Nennungen), ein fehlendes Blindenleitsystem oder Braille-Schrift (3 Nennungen), der nicht vollständig barrierefrei zugängliche Ratssaal (2 Nennungen) und die dunkle Tiefgarage (2 Nennungen). Weiterhin werden einzeln folgende Hindernisse oder Barrieren benannt: unzureichende Kennzeichnung der Treppen und -stufen, zu enger Aufzug, fehlende barrierefreie Toilette, ungekennzeichnete Glastüren, Sprachbarrieren in Rathaus und Amtsgericht bezogenen auf komplexe statt Leichte Sprache, ungeeignete Öffnungszeiten für arbeitende Menschen, unfreundliches Personal und schlechte Lage.

Hindernisse und Barrieren in Gebäuden des täglichen Bedarfs stellen laut den Befragten nicht barrierefreie Bankfilialen, z.B. in der Altstadt in Castrop, in Habinghorst und „auf Schwerin“ dar, die sehr glatte Böden aufweisen, nicht über niedrige Tresen verfügen und deren Bankautomaten nicht über haptisches Feedback bei Eingaben verfügen (7 Nennungen). Weiterhin wird angegeben, dass das häufige Umräumen in Supermärkten Orientierungsprobleme verursache (4 Nennungen) und Poststellen in der Altstadt in Castrop, Habinghorst und Ickern zu wenig Platz für Rollstühle böten und nicht barrierefrei seien (2 Nennungen).

Bezogen auf kulturelle Gebäude und Einrichtungen wird von 7 Personen das Fehlen eines Kinos in Castrop-Rauxel als Hindernis benannt. Zudem seien sowohl die Stadthalle wegen der nur über einen Lastenaufzug zu erreichenden rollstuhlgerechten Toiletten (4 Nennungen) und die Europahalle wegen ihrer zu langen und unzureichend beleuchteten bzw. markierten Stufen im Saal und der fehlenden Geländer (4 Nennungen) nicht barrierefrei nutzbar.

In Parks und auf Grünflächen stellen laut der Befragten starke Gefälle und unebene Gehwege z.B. im Stadtpark oder auf der Schweriner Halde Hindernisse oder Barrieren dar (5 Nennungen), sowie ungepflegte oder nicht regelmäßig geräumte Gehwege z.B. im Erin- oder Goldschmiedingpark (4 Nennungen) und unzureichende Beleuchtung (3 Nennungen). Einzeln genannt werden fehlende Sitzmöglichkeiten, schlecht gewartete Spielplätze, sowie betrunkene Menschen und fehlende barrierefreie Toiletten in Parks. Zusätzlich zu den genannten Orten und Gebäuden werden als Hindernisse und Barrieren berichtet, dass der Fahrstuhl in der Stadtbibliothek häufig defekt sei (2 Nennungen), der Zugang zu Schulen aufgrund von Stufen und fehlenden Leitsystemen erschwert sei, die Orientierung in Krankenhäusern aufgrund fehlender Blindenleitsysteme oder Orientierungshilfen schwierig sei und sowohl das Wichernhaus aufgrund von Stufen als auch das Bürgerhaus in Castrop wegen eines fehlenden Aufzugs nicht barrierefrei nutzbar seien. Abgesehen von Gebäuden und Orten wird auch die Barrierefreiheit von Medien und Informationen untersucht. 23 Personen (41,1 %) berichten bei Medien, die sie nutzen oder gerne nutzen würden, von Hindernissen oder Barrieren (Abbildung 6).

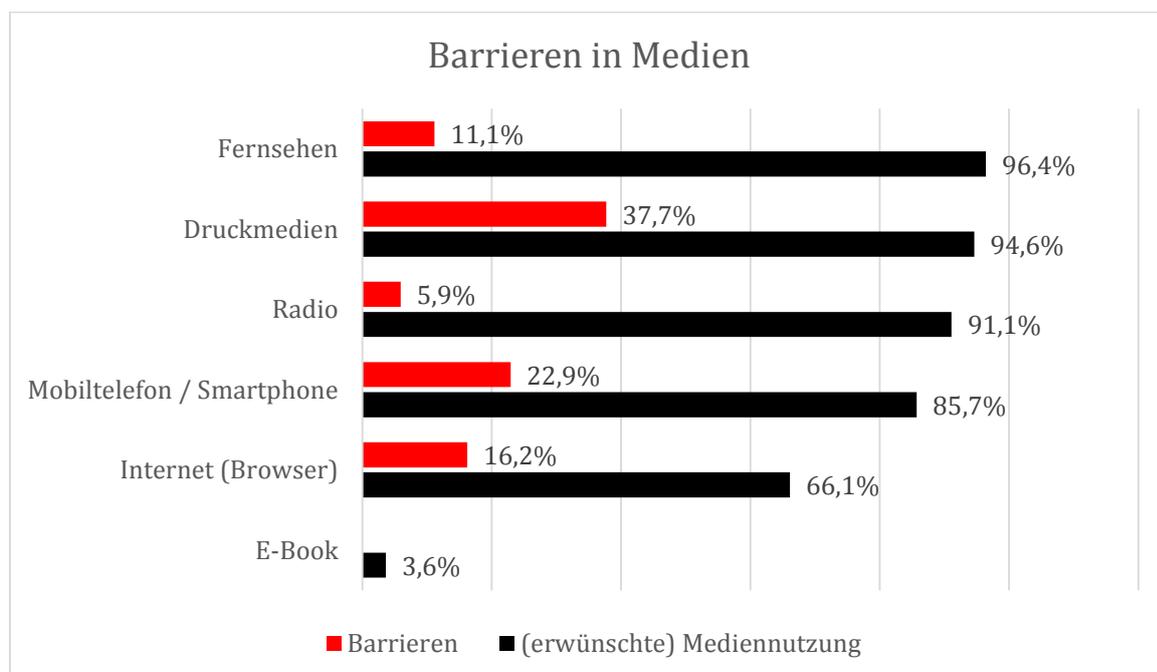


Abbildung 6: Item 2.5: Barrieren in Medien (n=56), Häufigkeiten und gültige Prozent

54 Personen (96,4 %) schauen demnach regelmäßig Fernsehsendungen oder würden dies gern tun, während 6 dieser Personen (11,1 %) dabei Barrieren oder Hindernisse

angeben. 53 Personen (94,6 % der Befragten) nutzen Druckmedien wie Bücher oder Zeitschriften, 51 Personen (91,1 %) hören Radio (auch online), 48 Personen (85,7 %) nutzen ein Mobiltelefon oder Smartphone, 37 Personen (66,1 %) nutzen das Internet über Computer- oder mobile Browser und 2 Personen (3,6 %) verwenden E-Book-Lesegeräte. Hindernisse oder Barrieren im Umgang mit diesen Medien ergeben sich bei Druckmedien für 20 Personen (37,7 % der Nutzer*innen), bei Mobiltelefonen oder Smartphones für 11 Personen (22,9 % der Nutzer*innen), beim Internet für 6 Personen (16,2 % der Nutzer*innen) und beim Radio für 3 Personen (5,9 % der Nutzer*innen).

Alle 23 Befragten (100,0 %), die Einschränkungen bei der Nutzung von Medien angeben, bestätigen, dass bestimmte Unterstützungsformen ihnen die Nutzung von Medien ohne die bislang bestehenden Hindernisse oder Barrieren ermöglichen würden. Diese Unterstützungsbedarfe beziehen sich bei 18 Personen (78,3 %) auf große Schrift, bei 18 Personen (78,3%) auf kontrastreiche Schrift, bei 13 Personen (56,5 %) auf begleitende Bilder, Symbole, Piktogramme oder Fotos, bei 11 Personen (47,8 %) auf Sprachausgabe, z. B. Audioausgabe von Texten, bei 10 Personen (43,5 %) auf einfache oder Leichte Sprache, bei 10 Personen (43,5 %) auf Ton statt Text, z. B. Zusammenfassungen oder Erklärungen des Abgebildeten, bei 2 Personen (8,7 %) auf Braille-Schrift und bei 1 Person (4,3 %) auf Text statt Ton. 6 Personen (26,1 %) geben zusätzliche andere Unterstützungsbedarfe an, die Textausgabe für Telefonate, Spracheingabe für Nachrichten und Text über das Mobiltelefon, einfachere Informationen auch für Menschen mit kürzerer Aufmerksamkeitsspanne z.B. bei Nachrichten, Pausenoption des Fernsehschalters zum Lesen der eingeblendeten Untertitel, Vergrößerungsgläser und akustisches Feedback bei der Bedienung elektronischer Geräte umfassen.

3.3.3 Schule, Bildung, lebenslanges Lernen

Bis auf eine Person besucht keiner der Befragten noch eine Schule. Bezüglich des höchsten erreichten Schulabschlusses geben 15 dieser Personen (27,3 %) einen Volksschulabschluss an, 12 Personen (21,8 %) einen Hauptschulabschluss, 10 Personen (18,2 %) einen Realschulabschluss oder eine „Mittlere Reife“, 6 Personen (10,9 %) eine allgemeine Hochschulreife oder den Abschluss einer erweiterten Oberschule, 5 Personen (9,1 %) den Abschluss einer Sonder- oder Förderschule und 2 Personen (3,6 %) andere Abschlüsse, beispielsweise im Ausland. 5 Personen (9,1 %) beendeten demnach die Schule ohne Abschluss. Als höchsten derzeitigen Bildungsstand gaben 38 der Befragten (67,9 %) eine abgeschlossene Ausbildung an und 3 (5,4 %) ein abgeschlossenes Studium, wobei 2 dieser Studienabsolvent*innen zusätzlich eine Ausbildung abgeschlossen haben (nicht als derzeitiger Bildungsstand gewertet). 13 Personen (23,2 %) haben weder eine Ausbildung, noch ein Studium begonnen und 2 Personen (3,6 %) berichten von einer begonnenen und abgebrochenen Ausbildung. Auf

die Frage nach dem Vorhandensein der eigenen chronischen Erkrankung oder Behinderung schon während Schul-, Ausbildungs- oder Studienzeit geben 15 Personen (29,4 %) eine Behinderung oder Erkrankung zur Schulzeit, 13 Personen (31,7 %) eine Behinderung oder Erkrankung zur Ausbildungszeit und 3 Personen (100,0 %) eine Behinderung oder Erkrankung zur Studienzeit an. 31 Personen (60,8 %) berichten, ihre Behinderung erst nach Ende der Schul-, Ausbildungs- oder Studienzeit erworben zu haben.

Schulzeit

Für 11 Personen, die jünger als 35 Jahre sind und bereits zur Schulzeit eine Behinderung oder Erkrankung aufwiesen, liegen weitere Antworten für diesen Bildungsabschnitt vor. Demnach berichten 9 Personen (81,8 %) von Problemen während der Schulzeit, während 2 Personen (18,2 %) dies verneinen. Als Probleme geben 6 Personen Konflikte oder Schwierigkeiten mit Lehrpersonal an, 5 Personen konnten dem Unterricht nicht gut folgen, 4 Personen wurden gemobbt oder gehänselt, 3 Personen wurde der Zugang zu einer bestimmten Schulform aufgrund ihrer Behinderung verweigert, 3 Personen erlebten Konflikte oder Schwierigkeiten mit Mitschüler*innen und 2 Personen fühlten sich durch ein unangemessenes Leistungsniveau des Unterrichts unterfordert. Einzelne Personen berichten von Hindernissen oder mangelnder Barrierefreiheit der Schule, Überforderung durch zu schnellen und nicht individuell gestalteten Unterricht, fehlende digitale Medien für blinde oder sehbehinderte Schüler*innen, Gewalterfahrungen in Form von Prügel durch Mitschüler, unangemessenen Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten durch das Lehrpersonal oder Kommunikationsprobleme in der Klasse. Bezogen auf die erfahrene Unterstützung beispielsweise durch Personen oder Hilfsmittel während der Schulzeit, geben 9 Personen (81,8 %) an, dass „mehr Unterstützung benötigt“ gewesen wäre, während 2 Personen (18,2 %) die erfahrene Unterstützung als „genau richtig“ einstufen. Notwendiger Unterstützungsbedarf liege demnach darin, den individuellen Lernfortschritt in Form von Erklärungen und der Förderung von Stärken zu unterstützen (3 Nennungen), Unterschätzung der individuellen Leistung durch Lehrpersonen entgegenzuwirken und Lehrkräfte im Umgang mit Schüler*innen mit Behinderung zu schulen, da beispielsweise Verhaltensauffälligkeiten von Schüler*innen ignoriert würden oder Klausurabschriften bzw. -umsetzungen durch Persönliche Assistenzen verweigert worden seien (2 Nennungen).

Auf die Frage nach der persönlichen Zufriedenheit mit der eigenen Schule antworten 3 Personen (27,3 %) mit „sehr zufrieden“, 3 Personen (27,3 %) mit „zufrieden“, 2 Personen (18,2 %) mit „teils-teils“, 2 Personen (18,2 %) mit „unzufrieden“ und 1 Person (9,1 %) mit „sehr unzufrieden“. Als Gründe für die Bewertungen „unzufrieden“ und „sehr unzufrieden“ werden jeweils einzeln folgende Aspekte benannt: unangemessenes

Leistungsniveau (Unterforderung), fehlende Vertrauensperson für die Belange von Schüler*innen mit Behinderung an der Schule, fehlendes Wissen über Inklusion beim Lehrpersonal, wenig „Empathievermögen“ der Lehrkräfte, Mangel an Zeit in der Unterrichtsgestaltung, Mobbing sowie Gewalterfahrungen.

Gemeinsamer Unterricht

Erfahrungen mit dem Modell des „Gemeinsamen Unterrichts“ liegen bei 37 Personen (66,1 %) nicht vor, 12 Personen (21,4 %) haben persönliche Erfahrungen mit dem „Gemeinsamen Unterricht“ gesammelt, 6 Personen (10,7 %) kennen den „Gemeinsamen Unterricht“ aus dem familiären Umfeld und 1 Person (1,8 %) kennt den „Gemeinsamen Unterricht“ durch die Beschulung der eigenen Kinder.

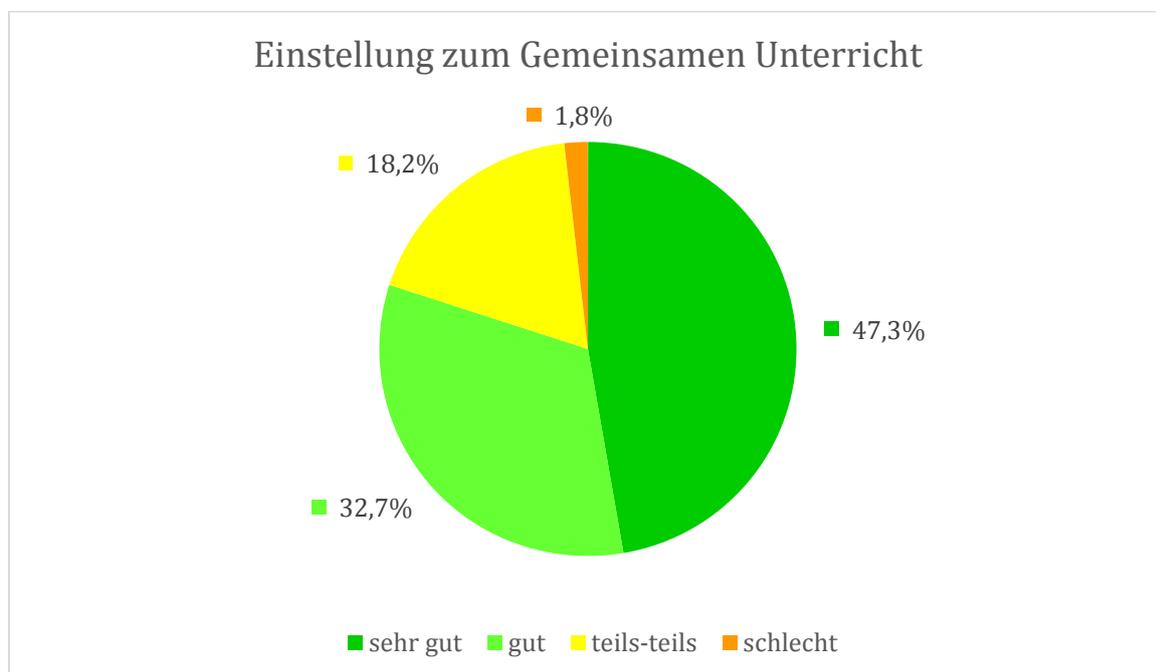


Abbildung 7: Item 3.8: Einstellung zum Gemeinsamen Unterricht (n=56; fehlend: 1)

Auf die Frage „Was halten Sie vom ‚Gemeinsamen Unterricht‘?“ bewerteten 26 Personen (47,3 %) das Modell als „sehr gut“, 18 Personen (32,7 %) als „gut“, 10 Personen (18,2 %) als „teils-teils“ und 1 Person (1,8 %) als „schlecht“. Die Stufung „sehr schlecht“ wird von keiner Person gewählt. Als ausschlaggebende Gründe für eine positive Einstellung zum „Gemeinsamen Unterricht“ werden der Abbau von Vorurteilen (10 Nennungen), die Vermeidung von Ausschluss, Diskriminierung und Mobbing von Menschen mit Behinderung (10 Nennungen) und die Entwicklung von Respekt, Empathie, Akzeptanz und gegenseitigem Verständnis (10 Nennungen) angeführt. Weiterhin sei der „Gemeinsame Unterricht“ zumindest bei körperlicher Beeinträchtigung völlig „unproblematisch“ (8 Nennungen), ermögliche die gegenseitige Unterstützung der Schüler*innen, auch bezogen auf die eigene Sozialkompetenz (7 Nennungen), fördere das Verständnis einer „Normalität“ der Verschiedenheit (7 Nennungen) und lasse die

Kinder voneinander lernen (7 Nennungen). Aus den übrigen Antworten ausgewählte Gründe betreffen beispielsweise Chancengleichheit (4 Nennungen), Gerechtigkeit (4 Nennungen), einen hohen Stellenwert für die Gesellschaft (4 Nennungen) oder eine allgemeine Einschätzung der „Idee der Inklusion“ als „gut“ (4 Nennungen). Als maßgebliche Gründe für eine negative Einstellung gegenüber dem „Gemeinsamen Unterricht“ werden die Ansichten formuliert, dass eine getrennte Förderung von Kindern ohne und mit „geistiger“ Beeinträchtigung notwendig sei (10 Nennungen) und Kinder ohne Beeinträchtigung durch den „Gemeinsamen Unterricht“ benachteiligt oder „gebremst“ würden (9 Nennungen). Eine angemessene Förderung der Kinder mit Behinderung sei durch den „Gemeinsamen Unterricht“ zudem nicht möglich (3 Nennungen), der Erfolg des „Gemeinsamen Unterrichts“ sei abhängig von der Schwere der Beeinträchtigung (3 Nennungen), individuelle Förderung könne nicht gewährleistet werden (3 Nennungen) und das Risiko für Kinder mit Behinderungen, während des „Gemeinsamen Unterrichts“ Opfer von Mobbing durch Mitschüler*innen zu werden, sei „erhöht“ (3 Nennungen). Weitere ausgewählte Gründe beziehen sich auf zu hohen Leistungsdruck für Kinder mit Behinderung im „Gemeinsamen Unterricht“ (2 Nennungen), fehlende Bereitschaft der Gesellschaft und nicht gelungene Umsetzung des „Gemeinsamen Unterrichts“ (2 Nennungen) sowie jeweils einzeln die mangelhafte „Ausbildung“ der Lehrkräfte, die finanzielle Belastung durch den „Gemeinsamen Unterricht“ und die Notwendigkeit von Schonräumen oder bestimmter „Atmosphäre“ für Kinder mit Behinderungen.

Ausbildungszeit

Für 8 Personen, die 35 Jahre alt oder jünger sind und während der Ausbildungszeit eine Behinderung oder Erkrankung aufwiesen, liegen weitere Antworten vor. Demnach geben 6 Personen (75,0 %) an, Probleme während der Ausbildungszeit gehabt zu haben, während 2 Personen (25,0 %) dies verneinen. Es werden hierfür finanzielle Gründe (3 Personen) angeführt, sowie Probleme mit anderen Auszubildenden, Kollegen oder Vorgesetzten (2 Personen). 2 Personen wurde zudem der Zugang zu einer bestimmten Ausbildung aufgrund ihrer Behinderung oder Erkrankung verwehrt. Einzeln werden weiterhin Probleme mit Lehrer*innen, unzureichende Qualität des Unterrichts in Bezug auf die Wissensvermittlung und hoher Stress mit körperlichen Folgen (Zusammenbruch, Krankenhausaufenthalt) benannt. Mobbing, Kundenkontakte, gleichzeitige Erwerbstätigkeit, gleichzeitige Kindererziehung, Hindernisse oder mangelnde Barrierefreiheit stellten während der Ausbildungszeit für keine der 8 Personen Probleme dar. Bezogen auf die erfahrene Unterstützung beispielsweise durch Personen oder Hilfsmittel während der Ausbildungszeit, geben 5 Personen (62,5 %) an, dass „mehr Unterstützung benötigt“ gewesen wäre, während 3 Personen (37,5 %) die erfahrene Unterstützung als „genau richtig“ einstufen. Jeweils einzeln wurden folgende

Unterstützungsnotwendigkeiten formuliert: Die Ausbildung war „überfüllt“ und es hätte mehr Arbeit und Aufträge für die Zahl der Auszubildenden gebraucht, Lehrer hätten „ernsthaft“ sein müssen und es gab keine Konsequenzen für „Nichtstun“, sobald die Erkrankung auftrat wollte ein Betrieb eine Person „nur noch loswerden“ und hätte generell besser unterstützen müssen, es herrschte großer Leistungsdruck und Unterstützung bei der Strukturierung der Ausbildung wäre notwendig gewesen, Unterstützung beim Betriebswechsel und bei der Vorbereitung auf Prüfungen wäre nötig gewesen. Auf die Frage nach der persönlichen Zufriedenheit mit der eigenen Ausbildung antworten 2 Personen (25,0 %) mit „sehr zufrieden“, 1 Person (12,5 %) mit „zufrieden“, 4 Personen (50,0 %) mit „teils-teils“ und 1 Person (12,5 %) mit „sehr unzufrieden“. Als Gründe für die Bewertung „sehr unzufrieden“ werden die unzureichende Inhaltsvermittlung der Berufsschule und die unzureichende Arbeitsvermittlung des Ausbildungsbetriebes angeführt.

Fort- und Weiterbildung

In den letzten 5 Jahren haben nach eigenen Angaben 18 Personen (32,7 %) Maßnahmen der privaten, beruflichen oder rehabilitativen Fort- und Weiterbildung genutzt, während 37 Personen (67,3 %) dies verneinen. Demnach absolvierten 10 Personen (55,6 %) Maßnahmen der beruflichen Fort- und Weiterbildung, 7 Personen (38,9 %) Maßnahmen der privaten Fort- und Weiterbildung und 1 Person (5,6 %) Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation. Als Maßnahmen der beruflichen Fort- und Weiterbildung werden Computerkurse (4 Nennungen) und Erste-Hilfe Kurse (2 Nennungen) angeführt, sowie jeweils einzeln ein Stenographiekurs, ein Telefonistenkurs, eine kaufmännische Zusatzqualifikation, ein „Erstretterschein“, ein Gabelstaplerschein, eine Präventionsschulung zur Vorbeugung sexuellen Missbrauchs bei Kindern, eine „Sachkundeprüfung für den Sicherheitsdienst nach § 34a Gewerbeordnung“, eine Hygieneschulung, eine Fortbildung zur „Pflegeplanung“ und Führungspraktika. Maßnahmen der privaten Fort- und Weiterbildung belaufen sich auf Angebote der Volkshochschule zu Fremdsprachen und Rhetorik (7 Nennungen), sowie jeweils einzeln einen Kurs für Selbsthilfegruppenleitungen eines Behindertenverbandes, Workshops im Rahmen der „Sozialen Stadt“, einen Computerkurs der Volkshochschule, eine Fortbildung zum „Umgang mit Demenz“ der Arbeiterwohlfahrt, eine Fortbildung zum „Umgang mit älteren Menschen“ des Deutschen Roten Kreuzes sowie privaten Gitarrenunterricht. 28 Personen (52,8 %) hätten in den letzten 5 Jahren gerne eine (weitere) Fort- oder Weiterbildung unternommen, während 25 Personen (47,2 %) dies verneinen. Jene Personen, die eine weitere Fort- oder Weiterbildung gewünscht hätten, werden nach Barrieren befragt, die sie an der Nutzung einer solchen Maßnahme gehindert haben. Als Antwort nennen 14 Personen (50,0 %) ihre eigene Behinderung oder Erkrankung, 9 Personen (32,1 %) eine benötigte Assistenz oder Unterstützung, 8

Personen (28,6 %) kein Geld oder andere finanzielle Gründe und 2 Personen (7,1 %) mangelndes Maßnahmenangebot des eigenen Betriebs. Andere Barrieren betreffen ein fehlendes Angebot an interessanten Themen wie „fortgeschrittene Computeranwendungen“, „Nähen“ oder „Malen“ (6 Nennungen), die schlechte Erreichbarkeit (Fahrwege und -zeiten) der Veranstaltungsorte (4 Nennungen) und Zeitmangel (2 Nennungen). Einzeln werden als Barrieren außerdem fehlendes Wissen über die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angegeben, sowie ein Mangel an inklusiven, gemeinsamen Angeboten, überfüllte Kurse an der Volkshochschule, ein Mangel an Angeboten für Menschen mit Lernschwierigkeiten und Assistenzbedarf, zu wenige Angebote in Werkstätten für Menschen mit Behinderung im Vergleich zum dortigen Bedarf und ein Mangel an Bekannten mit gleichen oder ähnlichen Interessen.

3.3.4 Arbeitswelt

Von den 56 befragten Personen beziehen 26 Personen (46,4 %) Renten (auch wegen Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit), 23 Personen (41,1 %) befinden sich derzeit in einem Arbeitsverhältnis, 4 Personen (7,1 %) sind derzeit arbeitslos oder –suchend und 3 Personen (5,4 %) gehen aus anderen Gründen nicht arbeiten. 1 Person hat sich aus der Selbstständigkeit heraus zur Ruhe gesetzt, 1 Person besucht noch die Schule und 1 Person ist derzeit krankgemeldet und besucht eine Tagesstätte. Von den 23 Personen in Arbeitsverhältnissen arbeiten 21 Personen (91,3 %) in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, 1 Person (4,35 %) bei einer Sicherheitsfirma und 1 Person (4,35 %) in der Verwaltung eines Pflegedienstes.

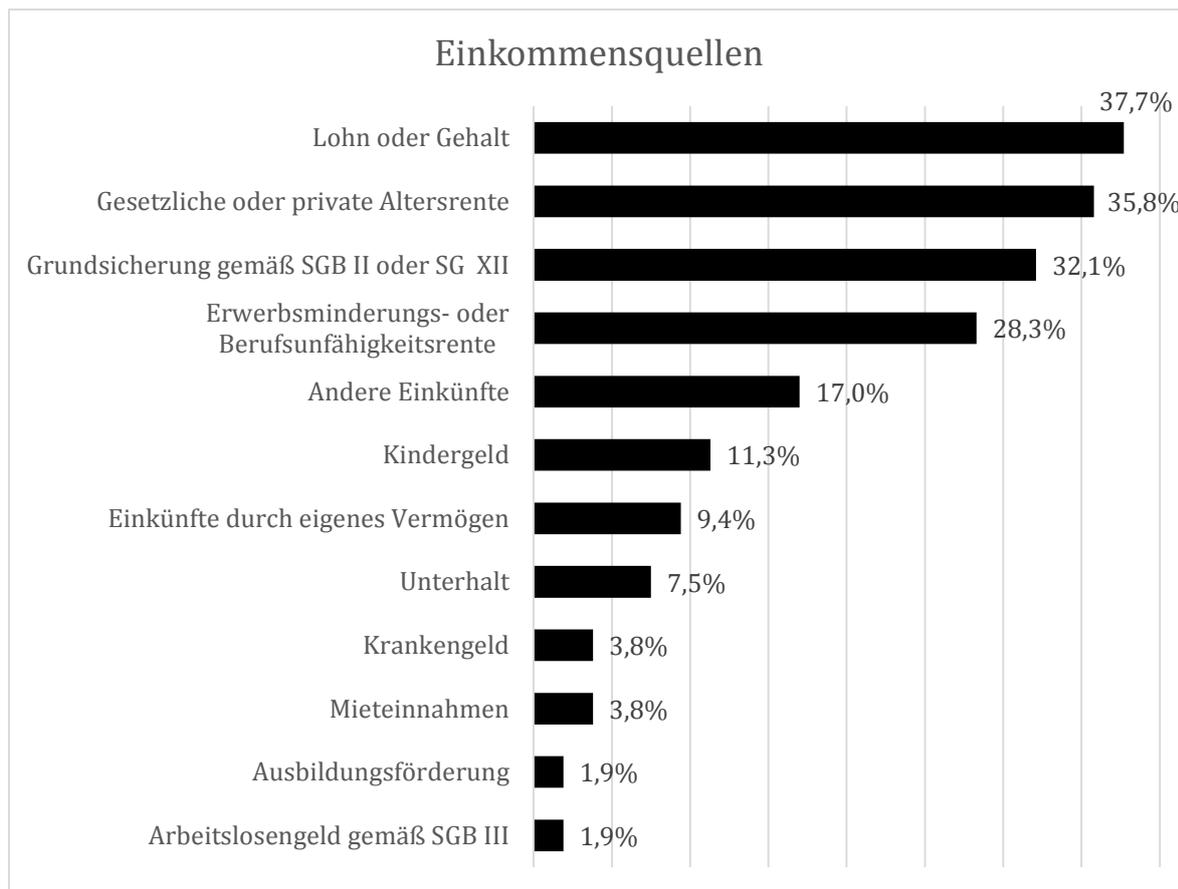


Abbildung 8: Item 4.3: Einkommensquellen (n=56; fehlend: 3)

Auf die Frage „Woher bekommen Sie Geld, um zu leben?“ geben 20 Personen (37,7 %) Lohn oder Einkommen durch ihre Arbeit an, 19 Personen (35,8 %) gesetzliche oder private Altersrente, 17 Personen (32,1 %) Grundsicherung wie Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II gemäß SGB II oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit gemäß SGB XII, 15 Personen (28,3 %) Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente, 6 Personen (11,3 %) Kindergeld, 5 Personen (9,4 %) Einkünfte durch eigenes Vermögen, wie Kapitalerträge oder Fondsanlagen, 4 Personen (7,5 %) Unterhalt durch Eltern oder ehemalige Partner*innen, 2 Personen (3,8 %) Mieteinnahmen, 2 Personen (3,8 %) Krankengeld, 1 Person (1,9 %) Arbeitslosengeld I gemäß SGB III, 1 Person (1,9 %) Ausbildungsförderung, z.B. gemäß BAFöG und 9 Personen (17,0 %) andere Einkünfte. Andere Einkünfte betreffen hier Witwenrente oder Witwenpension (5 Nennungen), Rente oder Pension der Partner*innen (2 Nennungen), betriebliche Altersvorsorge (2 Nennungen), sowie jeweils einzeln „Altersrente für Frauen“, „Versorgungsausgleichsrente des Partners“ und nicht näher bezeichnetes „Geld von der Stadt“. Aufgrund ihrer Behinderungen oder Erkrankungen erhalten 17 Personen (32,1 %) nach eigenen Angaben Nachteilsausgleiche. 11 Personen (64,7 %) dieser Gruppe beziehen Pflegegeld und 2 Personen (11,8 %) Blindengeld. Weiterhin werden Steuervorteile (2 Nennungen) und jeweils einzeln eine Unfallrente der Unfallversicherung, die Finanzierung von Behandlungen durch eine

Berufsgenossenschaft, die Finanzierung von Diensten wie einem Pflegedienst durch eine Krankenkasse und „Haushaltshilfegeld des Sozialamtes“ als Leistungen angegeben, die wegen der eigenen Behinderung oder Erkrankung erhalten werden. Versorgungsrente und Persönliches Budget werden von keiner Person bezogen.

Auf die Frage nach dem monatlichen Nettogesamteinkommen des eigenen Haushalts antworten 45 Personen, wobei 2 Personen (4,4 %) „bis 450 €“ angeben, 10 Personen (22,2 %) „mehr als 450 € bis 850 €“, 5 Personen (11,1 %) „mehr als 850 € bis 1.000 €“, 9 Personen (20,0 %) „mehr als 1.000 € bis 1.500 €“, 16 Personen (35,6 %) „mehr als 1.500 € bis 3.000 €“, 2 Personen (4,4 %) „mehr als 3.000 € bis 5.000 €“ und 1 Person (2,2 %) „mehr als 5.000 €“. Angaben zum eigenen monatlichen Nettoeinkommen werden von 50 Personen getätigt, wonach 1 Person (2,0 %) kein Einkommen angibt, 9 Personen (18,0 %) „bis 450 €“, 14 Personen (28,0 %) „mehr als 450 € bis 850 €“, 8 Personen (16,0 %) „mehr als 850 € bis 1.000 €“, 8 Personen (16,0 %) „mehr als 1.000 € bis 1.500 €“, 8 Personen (16,0 %) „mehr als 1.500 € bis 3.000 €“, 1 Person (2,0 %) „mehr als 3.000 € bis 5.000 €“ und 1 Person (2,0 %) „mehr als 5.000 €“. Auf die Frage „Reicht Ihr Geld dafür aus, wie Sie leben?“ antworten 28 Personen (50,9 %) mit „ja“, 20 Personen (36,4 %) mit „teils-teils“ und 7 Personen (12,7 %) mit „nein“. Die eigenen finanziellen Mittel werden insbesondere in folgenden Bereichen als unzureichend wahrgenommen: Freizeitgestaltung (16 Nennungen), Urlaub und Reisen (11 Nennungen), Kleidungsversorgung und „Shopping“ (10 Nennungen) „größere Anschaffungen“ wie Elektro- und Haushaltsgeräte, Fahrzeuge oder Möbel (6 Nennungen), allgemeine Einkäufe wie Lebensmittel (4 Nennungen), Reparaturen und Renovierungen (4 Nennungen), Medikamentenversorgung (2 Nennungen), Hilfsmittelversorgung, z.B. Zahnprothesen oder Brillen (2 Nennungen), Rücklagen und Sparen (2 Nennungen), Wohnen in eigener Wohnung (2 Nennungen), sowie jeweils einzeln „Umzug“, Fortbildungen, „Luxus“, Tierarzt und Tiersteuer, Altersversorgung und Zigaretten.

Im Laufe ihres Berufslebens haben 13 Personen (34,2 % der Antwortenden) bislang Benachteiligungen aufgrund ihrer Behinderung oder Erkrankung erfahren, während 25 Personen (65,8 %) dies verneinen. 18 Personen der gesamten Befragten (32,1 %), haben bislang nicht gearbeitet oder keine Behinderung oder Erkrankung zum Zeitpunkt eines Arbeitsverhältnisses aufgewiesen und werden hierbei nicht berücksichtigt. Als Benachteiligungen im Berufsleben nennen 8 Personen (61,5 %) Probleme mit Kolleg*innen und/oder Vorgesetzten, 7 Personen (53,8 %) Mobbing, 7 Personen (53,8 %) das Gefühl, nicht ernstgenommen zu werden, 4 Personen (30,8 %) Hindernisse oder mangelnde Barrierefreiheit, 4 Personen (30,8 %) Verweigerung von Vergünstigungen oder Vorteilen, 3 Personen (23,1 %) finanzielle Gründe, 3 Personen (23,1 %) die Übertragung von weniger Verantwortung, als gewünscht, 3 Personen (23,1 %) weniger Förderung als andere, 3 Personen (23,1 %) einen nicht erhaltenen Arbeitsplatz, 2

Personen (15,4 %) Nichtübernahme in ein Arbeitsverhältnis, 2 Personen (15,4 %) gleichzeitige Kindererziehung und 1 Person (7,7 %) schlechtere Entlohnung für gleiche Arbeit wie Kolleg*innen. 1 Person (7,7 %) hat zudem keine Gelegenheit zu einem Bewerbungsgespräch erhalten und 5 Personen (38,5 %) geben andere, einzelne Gründe für Benachteiligungen an, wie Ignoranz durch Kolleg*innen, verzögerte Krankengeldauszahlung, Forderung der vollen Belastung trotz Erkrankung, Lernschwierigkeiten, Verhinderung des Vorruhestands durch den Arbeitsgeber oder die Forderung von Überstunden entgegen ärztlichen Rat.

15 der derzeit arbeitenden Personen (65,2 %) bekommen Unterstützung am Arbeitsplatz, während 8 Personen (34,8 %) dies verneinen. Unterstützung wird hauptsächlich durch Gruppenleitungen in den Werkstätten für Menschen mit Behinderung (12 Nennungen) sowie durch Kolleg*innen (4 Nennungen) geleistet. Als einzelne Unterstützungsformen werden außerdem Hilfsmittel wie Rampen, Unterstützung durch Praktikanten oder Bundesfreiwilligendienstleistende sowie eine individuelle Arbeitsplatzgestaltung genannt.

Auf die Frage „Brauchen Menschen mit Behinderung in Castrop-Rauxel mehr Unterstützung, wenn es um Arbeit geht?“ antworten 42 Personen (75,0 %) mit „ja“ und 14 Personen (25,0 %) mit „weiß nicht“.

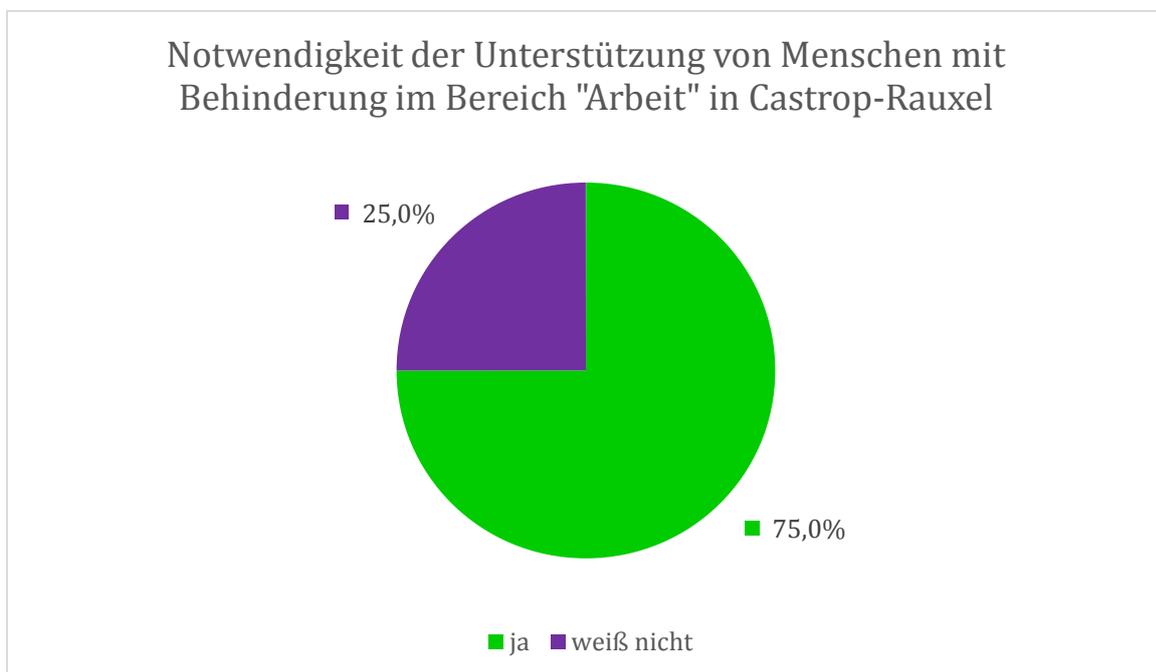


Abbildung 9: Item 4.11: Notwendigkeit der Unterstützung von Menschen mit Behinderung im Bereich "Arbeit" in Castrop-Rauxel (n=56)

Als notwendige Formen der Unterstützung im Bereich Arbeit werden formuliert: die allgemeine Assistenz am Arbeitsplatz auch in „normalen Berufen“ des ersten Arbeitsmarkts (6 Nennungen), der Abbau von Vorurteilen bei Arbeitgebern (6 Nennungen), „mehr Zugänge“ zum Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung (4

Nennungen), die Förderung des sozialen Miteinanders im Sinne der Inklusion und Normalität des Zugangs zum Arbeitsmarkt für alle Menschen (4 Nennungen), die Erweiterung und Verbesserung der Angebotsstruktur von Bildungseinrichtungen, z.B. in Form von Bewerbungs-, Selbstbehauptungs- und Kommunikationstrainings (4 Nennungen), die allgemeine Schaffung von Arbeitsplätzen (4 Nennungen), Hilfen beim Übergang von einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen zu Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (4 Nennungen), die Förderung der Zusammenarbeit in Betrieben und gegenseitige Hilfe (3 Nennungen), die Förderung von Rücksichtnahme, Verständnis und Akzeptanz von Arbeitgebern z.B. in Hinblick auf häufigere Pausen (3 Nennungen), die Abschaffung von „Quotenbehinderten“ (2 Nennungen), mehr Möglichkeiten zur Aussprache und zum Austausch zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen (2 Nennungen), verstärkte Informationen über den allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen (2 Nennungen), der Abbau von Leistungsorientierung (2 Nennungen), Bewerbungshilfen im Sinne von „Empowerment“ (2 Nennungen), verstärkte Informationen über Dienste für Menschen mit Behinderungen wie Integrationsfachdienste, Selbsthilfeangebote oder Rechtsberatungen (2 Nennungen) und verstärkte Kontrollen in der Praxis der „Arbeitsintegration“, die über „Gespräche beim Integrationsamt“ hinausgehen (2 Nennungen). Einzeln genannt werden zusätzlich beispielsweise der Ausbau von Ausbildungsplätzen für Jugendliche mit Behinderung, die Verstärkung von Vorteilen für Arbeitgeber bei der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung, die Schulung von Mitarbeiter*innen zum Umgang mit Behinderungen und Erkrankungen wie z.B. Epilepsie, die Erhöhung des Gehalts in Werkstätten für Menschen mit Behinderung oder die verstärkte Unterstützung von Menschen mit psychischer Erkrankung bei der Arbeitssuche und Bewerbung.

3.3.5 Kultur und Freizeit

Ihre Freizeit verbringen 39 befragte Personen (69,6 %) hauptsächlich mit Freund*innen, 32 Personen (57,1 %) mit der Familie, 21 Personen (37,5 %) mit ihren Partner*innen, 16 Personen (28,6 %) mit Arbeitskolleg*innen, 7 Personen (12,5 %) mit Mitbewohner*innen, 3 Personen (5,4 %) überwiegend allein und 17 Personen (30,4 %) mit anderen Bekannten. Zu den anderen Bekannten zählen Besucher*innen der eigenen Tagesstätte (5 Nennungen), Bekannte aus Freizeittreffs oder Interessengruppen, wie z.B. dem „Generationencafé“ in Habinghorst, Seniorenkreisen, dem „Kreativtreff“ des ambulant betreuten Wohnens der Wohnstätten für Behinderte Herne / Castrop-Rauxel GmbH oder „Multimedia-Clubs“ (4 Nennungen), Bekannte aus Vereinen (4 Nennungen), Mitglieder von Selbsthilfegruppen (3 Nennungen), ehrenamtlich Tätige, z.B. im „Projekt Soziale Stadt“, der „Frauenhilfe“ oder dem „Verband deutscher Kriegsversehrter“ (3 Nennungen), Mitglieder der eigenen Kirchengemeinde (2 Nennungen), sowie jeweils

einzelnen ein ehemaliger Betreuer, Nachbarn und Bekannte durch die eigene Tätigkeit in Politik und Medien. 18 Personen (32,1 %) weisen eine Vereinsmitgliedschaft auf. Zu den entsprechenden Vereinen gehören ein Versehrtensportverein (6 Nennungen), Gesangsvereine und Chöre (3 Nennungen), Sozial- und Behindertenverbände (2 Nennungen), sowie jeweils einzeln ein Fußballverein, ein „Generationencafé“, die freiwillige Feuerwehr, ein Schützenverein, ein Golfclub, eine Siedlergemeinschaft, ein Korbballverein, ein Frauenverein, eine Volkstanz- und Singgruppe, ein Handballverein, ein Mütterverein, ein Seniorenverein, ein Billardverein sowie ein Taubenzüchterverein. Bezüglich des Freizeitverhaltens der Personen (Tabelle 2) wird eine Reihe von Tätigkeiten jeweils in den Stufen „häufig“, „gelegentlich“, „selten“ und „nie“ bewertet. Diese Liste wurde im Verlauf der Befragung um die Tätigkeiten „Gesellschafts-, Karten-, oder Brettspiele spielen“, „Basteln oder Werken“, „Malen oder Zeichnen“ sowie „Musizieren“ ergänzt, sodass für diese Items deutlich geringere gültige Antworten vorliegen. Sie werden aus diesem Grund gesondert berichtet, jedoch in die Berechnung der internen Konsistenz der finalen Skala einbezogen (siehe Kap. 3.2.3).

Häufigkeit	häufig	gelegentlich	selten	nie	fehlend
Freizeitaktivität					
Musik hören	41 73,2 %	9 16,1 %	5 8,9 %	1 1,8 %	0
Fernsehsendungen anschauen	37 66,1 %	8 14,3 %	10 17,9 %	1 1,8 %	0
Radio hören	29 51,8 %	11 19,6 %	13 23,2 %	3 5,4 %	0
Per Telefon oder Soziale Medien kommunizieren	28 50,0 %	12 21,4 %	12 21,4 %	4 7,1 %	0
Lesen	27 48,2 %	13 23,2 %	11 19,6 %	5 8,9 %	0
Freunde / Verwandte treffen	23 41,1 %	18 32,1 %	12 21,4 %	3 5,4 %	0
Spazieren gehen	22 39,3 %	15 26,8 %	12 21,4 %	7 12,5 %	0
Sport treiben	18 32,1 %	11 19,6 %	6 10,7 %	21 37,5 %	0
Internetsurfen	15 26,8 %	9 16,1 %	6 10,7 %	26 46,4 %	0
Bei Aktivitäten von Einrichtungen / Vereinen mitmachen	12 21,8 %	14 25,5 %	9 16,4 %	20 36,4 %	1
Reisen	11 19,6 %	12 21,4 %	11 19,6 %	22 39,3 %	0
Videospielen	10 17,9 %	5 8,9 %	2 3,6 %	39 69,6 %	0
Ausgehen (Bars, Restaurants, Clubs etc.)	9 16,1 %	15 26,8 %	16 28,6 %	16 28,6 %	0
Kulturelle Veranstaltungen besuchen	8 14,3 %	15 26,8 %	11 19,6 %	22 39,3 %	0

Häufigkeit	häufig	gelegentlich	selten	nie	fehlend
Freizeitaktivität					
Politische Veranstaltungen besuchen	7 12,5 %	4 7,1 %	5 8,9 %	40 71,4 %	0
Im Verlauf der Erhebung ergänzte Items:					
Gesellschafts-, Karten-, oder Brettspiele spielen	9 30,0 %	13 43,3 %	3 10,0 %	5 16,7 %	26
Basteln oder Werken	5 22,7 %	4 18,2 %	0	13 59,1 %	34
Malen oder Zeichnen	5 22,7 %	3 13,6 %	2 9,1 %	12 54,5 %	34
Musizieren	3 11,5 %	5 19,2 %	2 7,7 %	16 61,5 %	30

Tabelle 2: Item 5.3: Häufigkeit Freizeitaktivitäten (n=56), Personenanzahl und gültige Prozent

Auf die Frage, ob sie in ihrer Freizeit „lieber mehr“, „weniger“ oder „andere Dinge“ unternehmen würden, wünschen 31 Personen (55,4 %) sich „mehr“ Aktivität in ihrer Freizeit, 22 Personen (39,3 %) sehen keinen Veränderungsbedarf und 3 Personen (5,4 %) würden lieber „andere Dinge“ unternehmen, als ihre aktuelle Freizeitgestaltung bietet. Weniger Unternehmungen in der eigenen Freizeit werden von keiner Person gewünscht. Den Änderungswünschen nach wollen die entsprechenden Personen in ihrer Freizeit „mehr“ Sport treiben (20 Nennungen), verschiedene Bildungsangebote wie z.B. Sprachkurse, Computerkurse, Handarbeitskurse oder Kreativkurse wahrnehmen (13 Nennungen), ausgehen und Ausflüge unternehmen (9 Nennungen), kulturelle Veranstaltungen besuchen, z.B. in Form von Theater, Kino, Konzerten oder Lesungen (7 Nennungen), Urlaub machen und reisen (5 Nennungen), einem Verein oder einer Interessengruppe beitreten (4 Nennungen), Kolleg*innen oder Bekannte treffen (4 Nennungen), Musikinstrumente spielen (2 Nennungen) oder sich Wissen aneignen und neue Dinge lernen, z.B. über Inklusion (2 Nennungen). Einzelne Personen wünschen sich für ihre Freizeit, mehr politische Veranstaltungen zu besuchen, ehrenamtliche Tätigkeiten auszuüben, Auto zu fahren, Praktika zu machen, Nebenjobs zu finden und den Haushalt selbst erledigen zu können. Als „andere Dinge“, die Teile der aktuellen Freizeitgestaltung ersetzen könnten, formulieren die entsprechenden Personen jeweils einzeln, dass weniger über Probleme gesprochen werden solle, Ausflüge oder Reisen gewünscht seien und man mehr Zeit alleine verbringen wolle.

Auf die Frage nach der Zufriedenheit mit ihrer eigenen Freizeit antworten 16 Personen (28,6 %) mit „sehr zufrieden“, 23 Personen (41,1 %) mit „zufrieden“, 14 Personen (25,0 %) mit „teils-teils“, 1 Person (1,8 %) mit „unzufrieden“ und 2 Personen (3,6 %) mit „sehr unzufrieden“. Jenen Personen, die mit „teils-teils“, „unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“ geantwortet haben, wird die Frage „Hindert Sie etwas daran, Ihre Freizeit selbst zu planen?“ gestellt. 16 Personen (94,1 %) bejahen dies, während 1 Person (5,9 %) mit „nein“ antwortet. Als maßgebliche Barrieren der Freizeitgestaltung werden die eigene

Erkrankung oder Behinderung (11 Nennungen), finanzielle Gründe (6 Nennungen), andere Interessen der Freunde oder Bekannten (3 Nennungen), Arzttermine (2 Nennungen) und andere Verpflichtungen wie z.B. die Erstellung von Bewerbungen oder die Betreuung der eigenen Kinder (2 Nennungen) angeführt. Weiterhin nennen Personen als Gründe ihrer eingeschränkten Freizeitgestaltung jeweils einzeln die eigene stationäre Wohnform, das Ausmaß der eigenen ehrenamtlichen Tätigkeit, räumliche Hindernisse und Barrieren, mangelnde Informationen über kostenfreie Freizeitangebote und häufig notwendige Behördengänge.

3.3.6 Inanspruchnahme von Leistungen und Diensten

Bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen werden sowohl die genutzten Angebote, als auch deren Bewertungen in den Kategorien „Verfügbarkeit“, „Erreichbarkeit“, „Barrierefreiheit“ und „Qualität“ erfragt. Alle 56 befragten Personen besuchen demnach eine Hausärztin oder einen Hausarzt, 51 Personen (91,0 %) mindestens eine Fachärztin oder einen Facharzt, 25 Personen (44,6 %) erhalten mindestens eine Form von Therapie, 15 Personen (26,8 %) nehmen einen Pflegedienst in Anspruch und 6 Personen (10,7 %) nutzen andere Gesundheitsdienstleistungen, wie z.B. jeweils einzeln genannt Akupunktur, medizinische Fußpflege, ein Fitnessstudio, eine MS-Ambulanz oder privat bezahlte Massagen. Als regelmäßig aufgesuchte Fachärzte⁵ werden Neurologen (25 Nennungen), Orthopäden (25 Nennungen), Ophthalmologen / Augenärzte (14 Nennungen), Kardiologen (12 Nennungen), Dermatologen (9 Nennungen), Gynäkologen (9 Nennungen), Zahnärzte (8 Nennungen), Pneumologen (8 Nennungen), Psychiater (8 Nennungen), Urologen (7 Nennungen), Hals-Nasen-Ohrenärzte (6 Nennungen), Diabetologen (4 Nennungen), Endokrinologen (2 Nennungen), Rheumatologen (2 Nennungen), sowie jeweils einzeln ein Gastroenterologe, ein Phlebologe, ein Onkologe, ein Radiologe sowie ein Angiologe angeführt. Weiterhin sollen die Befragten für die folgende Bewertung einen Facharzt benennen, der für sie persönlich momentan die größte Relevanz aufweist und der am ehesten aufgesucht werden muss. Dementsprechend geben 19 Personen (38,8 %) ihren Neurologen, 15 Personen (30,6 %) ihren Orthopäden, 5 Personen (10,2 %) ihren Kardiologen, 5 Personen (10,2 %) ihren Psychiater, 2 Personen (4,1 %) ihren Ophthalmologen und jeweils 1 Person (2,0 %) ihren Hals-Nasen-Ohrenarzt, Urologen und Pneumologen als derzeit relevantesten Facharzt an. Genutzte Formen von Therapien sind Krankengymnastik (10 Nennungen), Ergotherapie (5 Nennungen), Physiotherapie (5 Nennungen), Psychotherapie (4 Nennungen), Reha-Sport (3

⁵ Im Folgenden wird zur Bezeichnung der Dienstleistungen übersichtshalber einheitlich die kürzere (maskuline) Form verwandt. Diese Vorgehensweise ist ausdrücklich nicht geschlechterdiskriminierend beabsichtigt.

Nennungen), Massagetherapie (2 Nennungen), Logopädische Therapien (2 Nennungen), Lymphdrainage (2 Nennungen), Wassergymnastik (2 Nennungen) sowie einzeln ein „Bewegungsbad“ in einer anderen Stadt.

Die „Verfügbarkeit“ der Gesundheitsdienste bezieht sich auf die telefonische und persönliche Kontaktaufnahme, sowie auf die Wartezeit für Termine und in Wartezimmern. Ihren Hausarzt bewerten 33 Personen (60,0 %) als „sehr gut“, 16 Personen (29,1 %) als „gut“, 5 Personen (9,1 %) als „teils-teils“ und 1 Person (1,8 %) als „sehr schlecht“ verfügbar. Ihren derzeit relevantesten Facharzt bezeichnen 18 Personen (39,1 %) als „sehr gut“, 15 Personen (32,6 %) als „gut“, 7 Personen (15,2 %) als „teils-teils“, 5 Personen (10,9 %) als „schlecht“ und 1 Person (2,2 %) als „sehr schlecht“ verfügbar. Die gesamten eigenen Therapien werden von 11 Personen (47,8 %) am häufigsten (Median) als „sehr gut“ verfügbar eingeschätzt, 2 Personen (8,7 %) liegen hier zwischen „sehr gut“ und „gut“, 6 Personen (26,1 %) bewerten die Verfügbarkeit als „gut“ und 4 Personen (17,4 %) als „teils-teils“. Bei in Anspruch genommenen Pflegediensten wird die Verfügbarkeit von 5 Personen (35,7 %) als „sehr gut“ und von 9 Personen (64,3 %) als „gut“ beschrieben. Sonstige genutzte Gesundheitsdienstleistungen sind laut 4 der Befragten (66,7 %) „sehr gut“, sowie laut 1 Person (16,7 %) „gut“ und laut 1 Person (16,7 %) „teils-teils“ verfügbar.

Mit dem Begriff „Erreichbarkeit“ wird die räumliche Nähe der entsprechenden Gesundheitsleistungen zum Wohnort der Nutzer*innen, sowie die Anbindung der Dienste an Infrastruktur und den öffentlichen Personennahverkehr erfragt. Ihren Hausarzt schätzen 30 Personen (53,6 %) dementsprechend als „sehr gut“, 17 Personen (30,4 %) als „gut“, 5 Personen (8,9 %) als „teils-teils“, 1 Person (1,8 %) als „schlecht“ und 3 Personen (5,4 %) als „sehr schlecht“ erreichbar ein. Die derzeit relevantesten Fachärzte werden von 15 Personen (30,0 %) als „sehr gut“, von 18 Personen (36,0 %) als „gut“, von 11 Personen (22,0 %) als „teils-teils“, von 3 Personen (6,0 %) als „schlecht“ und von 3 Personen (6,0 %) als „sehr schlecht“ erreichbar eingeschätzt. Bei den gesamten eigenen Therapien (Median) geben 10 Personen (45,5 %) die Erreichbarkeit als „sehr gut“ an, 6 Personen (27,3 %) als „gut“, 1 Person (4,5 %) zwischen „gut“ und „teils-teils“, 2 Personen (9,1 %) als „teils-teils“ und 3 Personen (13,6 %) als „schlecht“. Die angegebenen Pflegedienste sind ausschließlich in den Haushalten / Wohnstätten der Befragten tätig. Die Erreichbarkeit der sonstigen Gesundheitsdienstleistungen (Akupunktur, Fitnessstudio, MS-Ambulanz, Thai-Massage) wird hingegen von 4 Personen (80,0 %) als „teils-teils“ und von 1 Person (20,0 %) als „sehr schlecht“ bewertet, wobei die medizinische Fußpflege hier aufgrund von Hausbesuchen nicht einbezogen wird.

Der problemlos und eigenständig mögliche Zugang zu Gebäuden und Orten der Gesundheitsdienstleistungen sowie das Vorhandensein von nachteilsausgleichenden Bauteilen (Aufzüge, Leitsysteme, Sicherheitsvorkehrungen, elektrische Türen etc.)

werden mit der Kategorie „Barrierefreiheit“ erfragt. 26 Personen (46,4 %) bewerten die Barrierefreiheit der Praxis ihres Hausarztes als „sehr gut“, 25 Personen (44,6 %) als „gut“, 3 Personen (5,4 %) als „teils-teils“ und 2 Personen (3,6 %) als „schlecht“. Die Praxis ihres derzeit relevantesten Facharztes bezeichnen 24 Personen (48,0 %) als „sehr gut“ barrierefrei, 19 Personen (38,0 %) als „gut“, 6 Personen (12,0 %) als „teils-teils“ und 1 Person (2,0 %) als „schlecht“. Die gesamten eigenen Therapien (Median) werden von 11 Personen (50,0 %) als „sehr gut“ barrierefrei angegeben, von 10 Personen (45,5 %) als „gut“ und von 1 Person (4,5 %) als „schlecht“. Die Pflegedienste und die medizinische Fußpflege sind aufgrund ihrer Hausbesuche erneut nicht von Anforderungen der Barrierefreiheit betroffen. Ihre sonstigen Gesundheitsleistungen beschreiben 3 Personen (60,0 %) als „sehr gut“ barrierefrei, 1 Person (20,0 %) als „teils-teils“ und 1 Person (20,0 %) als „schlecht“.

Als Beurteilung der Wertigkeit der eigenen Behandlung wird weiterhin die „Qualität“ der Gesundheitsleistungen erfragt. Ihren Hausarzt beschreiben 32 Personen (57,1 %) daraufhin als „sehr gut“, 16 Personen (28,6 %) als „gut“, 6 Personen (10,7 %) als „teils-teils“, 1 Person (1,8 %) als „schlecht“ und 1 Person (1,8 %) als „sehr schlecht“. Die Qualität des derzeit relevantesten Facharztes wird von 28 Personen (56,0 %) als „sehr gut“ angegeben, von 14 Personen (28,0 %) als „gut“, von 5 Personen (10,0 %) als „teils-teils“, von 2 Personen (4,0 %) als „schlecht“ und von 1 Person (2,0 %) als „sehr schlecht“. Ihre gesamten eigenen Therapien (Median) bewerten 13 Personen (52,0 %) als „sehr gut“, 2 Personen (8,0 %) zwischen „sehr gut“ und „gut“, 9 Personen (36,0 %) als „gut“ und 1 Person (4,0 %) als „teils-teils“. Die Qualität der Pflegedienste wird von 6 Personen (40,0 %) als „sehr gut“, von 8 Personen (53,3 %) als „gut“ und von 1 Person (6,7 %) als „teils-teils“ eingestuft. Ihre sonstigen Gesundheitsleistungen geben 4 Personen (66,7 %) als qualitativ „sehr gut“ und 2 Personen (33,3 %) als „gut“ an.

Auf die Frage, ob sich an den Diensten und Leistungen für die Gesundheit etwas ändern soll, äußern 23 Personen (41,8 %) mindestens einen Veränderungswunsch, während 32 Personen (58,2 %) die Notwendigkeit verneinen. Als notwendige Veränderungen von Gesundheitsdienstleistungen werden eine bessere Verfügbarkeit von Fachärzten z.B. in Bezug auf lange Wartezeiten und fehlende Möglichkeiten von Hausbesuchen formuliert (5 Nennungen), sowie größere Arztbudgets und Kostenübernahmen der Krankenkassen für Therapien und Behandlungen (4 Nennungen), mehr Zeit und Ruhe in der Interaktion zwischen Arzt und Patient bei Terminen (4 Nennungen), mehr Kompetenz von Ärzten, bezogen auf die eigene Behinderung oder Erkrankung (3 Nennungen), barrierefreie Arztpraxen (3 Nennungen), Sensibilität von Ärzten für Patientenbefindlichkeiten auch bei hohem Alter oder psychischen Problemen der Patienten (3 Nennungen), bessere Erreichbarkeit von Gesundheitsdiensten durch den ÖPNV (2 Nennungen) und transparentere Entscheidungen der Krankenkassen (2 Nennungen). Jeweils einzeln wird erklärt, dass Pflegedienste mehr assistieren sollten und die Abschaffung der

Zeitminutenvergabe, mehr Kontaktstellen und Informationen über die gesundheitliche Versorgung, Fahrdienste und Fahrtkostenübernahmen, Entlastungen der Ärztevertretungen und ein allgemein größeres Therapieangebot z.B. in Hinblick auf Rheumatherapien notwendig seien.

Bezüglich der Angebote und Dienste für Menschen mit Behinderungen in Castrop-Rauxel wird sowohl die bisherige Nutzung, als auch der Bedarf bei bisheriger Nichtnutzung erfragt (Abbildung 10).

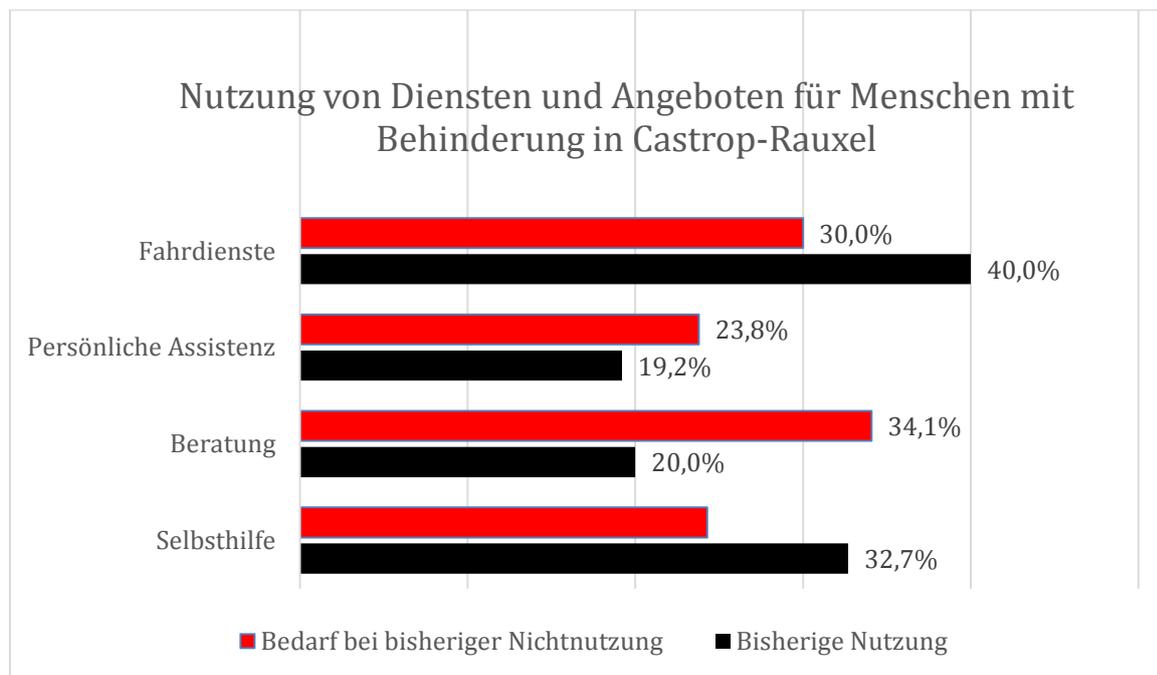


Abbildung 10: Item 6.7: Nutzung von Diensten und Angeboten für Menschen mit Behinderung in Castrop-Rauxel (n=56), Häufigkeiten und gültige Prozent

Dementsprechend haben 18 Personen (32,7 %) bereits Selbsthilfegruppen oder -angebote in Anspruch genommen, während 37 Personen (67,3 %) dies verneinen. Einen Bedarf an Selbsthilfeangeboten sehen 9 dieser Personen (24,3 %) für sich, während 28 Personen (75,7 %) dies nach eigenen Angaben nicht benötigen. Die bisher genutzten Selbsthilfeangebote umfassen Parkinson-Selbsthilfe (7 Nennungen) und Multiple-Sklerose-Selbsthilfe (3 Nennungen) sowie jeweils einzeln Rheuma-Selbsthilfe, Diabetes-Selbsthilfe, eine Rückengruppe, eine Arbeitsgemeinschaft zum Thema Mobilität, Akromegalie-Selbsthilfe, Adipositas-Selbsthilfe, Schlaganfall-Selbsthilfe, Selbsthilfe bei künstlichem Darmausgang, Schlafapnoe-Selbsthilfe, eine Versehrtensportgemeinschaft, ein Trauercafé, Lupus-Selbsthilfe, Soziales Kompetenztraining und Anonyme Alkoholiker. Bedarf an Selbsthilfeangeboten wird in den Bereichen der Selbsthilfe für psychische Probleme und Erkrankungen (5 Nennungen) und der Krebs-Selbsthilfe (2 Nennungen) formuliert, sowie jeweils einzeln in den Bereichen der Schlafapnoe-Selbsthilfe, der Spina-Bifida-Selbsthilfe und der Rheuma-Selbsthilfe.

Beratungsstellen sind bislang von 11 Personen (20,0 %) genutzt worden, von 44 Personen (80,0 %) nicht. 15 Personen (34,1 %) drücken einen Bedarf an Beratungsangeboten aus, der von 29 Personen (65,9 %) verneint wird. Zu den bereits genutzten Beratungsangeboten zählen Pflegenetzwerke und -beratungen wie das Beratungs- und Infocenter Pflege (BIP) (5 Nennungen), Wohn(anpassungs)beratungen (4 Nennungen) und eine Beratungsstelle zum ambulant betreuten Wohnen (3 Nennungen), sowie jeweils einzeln die Fachberatungsstelle für Menschen mit Behinderung im Rathaus, eine Rechtsberatung und Vorträge der Frauenhilfe, die über einen Sozialverband organisiert worden sind. Folgende Beratungsbedarfe werden von den Befragten benannt: psychologische Beratung (7 Nennungen), Pflegeberatung (3 Nennungen), Fachberatung für Menschen mit Behinderung (3 Nennungen), Wohn(anpassungs)beratung (3 Nennungen) und Berufs- und Unterstützungsberatung (2 Nennungen). Einzeln wird jeweils die Notwendigkeit von Paartherapie, barrierefreier Rechtsberatung und einem Patientenbeauftragten betont.

10 Personen (19,2 %) haben bislang bereits eine Persönliche Assistenz in Anspruch genommen, 42 Personen (80,8 %) nicht. Von diesen 42 geben aber 10 Personen (23,8 %) einen Bedarf an Persönlicher Assistenz an, während 32 Personen (76,2 %) dies verneinen. Fahrdienste, z.B. für Wege zur Arbeit, medizinische Zwecke und Privatfahrten werden von 20 Personen (40,0 %) genutzt, von 30 Personen (60,0 %) nicht. 9 dieser Personen (30,0 %) drücken daraufhin eine Notwendigkeit von Fahrdienstleistungen aus, während 21 Personen (70,0 %) diese nach eigenen Angaben nicht benötigen.

Auf die Frage „Wünschen Sie sich, dass sich an diesen Angeboten für Menschen mit Behinderungen in Castrop-Rauxel etwas ändert?“ antworten 32 Personen (64,0 %) mit „ja“, 18 Personen (36,0 %) mit „nein“. Entsprechende Veränderungswünsche beziehen sich auf eine stärkere Information über vorhandene Dienste in Castrop-Rauxel und frühzeitige Information über thematische Veranstaltungen (9 Nennungen), eine Verbesserung der Erreichbarkeit von Diensten wie z.B. Selbsthilfeangeboten im Evangelischen Krankenhaus (5 Nennungen), eine stärkere Förderung der organisierten Selbsthilfe durch lokale Träger, um „dezentraler“ und mit „mehr Anlaufstellen“ arbeiten zu können (5 Nennungen) oder allgemein mehr Beratungsstellen im Stadtgebiet (4 Nennungen). Außerdem betont wird die Notwendigkeit von Fahrdiensten (3 Nennungen), inklusiven Freizeit- und Selbsthilfeangeboten für Menschen mit und ohne Behinderung (3 Nennungen), einer Rechts- und Finanzberatung für Menschen mit Behinderung (3 Nennungen) und einer stärkeren Flexibilität und Förderung der Persönlichen Assistenz (3 Nennungen). Ausgewählte weitere Veränderungswünsche betreffen die Ausweitung der Wohnangebote und -beratung für Menschen mit Behinderung (2 Nennungen) sowie jeweils einzeln eine stärkere Sensibilisierung für die Akzeptanz der Nutzung von Diensten für Menschen mit Behinderungen, eine stärkere Vernetzung bestehender Angebote und Gremien bzw. Arbeitskreise der Verwaltung,

mehr anspruchsvolle Angebote für Senioren, mehr günstige kulturelle Angebote, mehr Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Einrichtung von Helfer*innen und Assistenzen im ÖPNV, mehr barrierefreie Informationen und Websites für Menschen mit Behinderung in Castrop-Rauxel sowie eine Schnittstelle zwischen Arbeitsvermittlung und fachlicher Beratung für Menschen mit Behinderungen vor Ort.

3.3.7 Soziales Netzwerk

Das Modul „Soziales Netzwerk“ erfasst die Struktur der sozialen Kontakte der Befragten in Ergänzung des Familienstands, der Wohnsituation und der in Modul 5 erfragten häufigen Freizeitkontakte. Hierzu werden Fragen zur eigenen Elternschaft, der Zufriedenheit mit Beziehungen und Veränderungswünschen in Bezug zu den sozialen Kontakten gestellt. 35 der befragten Personen (62,5 %) sind demnach selbst Eltern, 21 Personen (37,5 %) haben keine Kinder. 21 der Eltern (60 %) haben ein Kind, 7 (20,0 %) haben zwei Kinder und 7 (20,0 %) haben drei oder mehr Kinder. Das Alter der Kinder reicht von 12 bis 68 Jahren bei einem Durchschnittsalter von 37,8 Jahren (SD=12,4). Als Gründe für das Nichtvorhandensein von Kindern nennen 12 Personen (60,0 %) „keine/n Partner/in“, 5 Personen (25,0 %) „keinen Kinderwunsch“ und 6 Personen (30,0 %) andere Gründe wie eine fehlende wahrgenommene Grundlage zur Kindererziehung, z.B. aufgrund fehlender Ausbildung oder fehlender eigener Wohnung (2 Nennungen), die eigene Behinderung oder Erkrankung, durch die die Elternschaft als „verantwortungslos“ wahrgenommen wird (2 Nennungen) und jeweils einzeln die frühere Sterilisation des Partners bzw. der Partnerin sowie bisherige erfolglose Versuche der Zeugung. 30 Personen (85,7 %) mit Kindern geben an, dass ihre Kinder bei ihnen aufgewachsen seien, während 5 Personen (14,3 %) dies verneinen. Als Gründe für das Aufwachsen der eigenen Kinder außerhalb des eigenen Haushalts werden Scheidungen oder Trennungen der Eltern (4 Nennungen) angeführt, sowie jeweils einzeln die Entziehung des Sorgerechts aufgrund der eigenen Behinderung oder Erkrankung, die Unterbringung eines Kindes in einer stationären Einrichtung und das Aufwachsen eines Kindes in einer Pflegefamilie als Folge der Einreise nach Deutschland. Die Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen wird in den Lebensbereichen „Partnerschaft“, „Sexualität“, „Familie“ und „Freundschaften“ jeweils fünfstufig erfragt, wobei negative Bewertungen („teils-teils“ bis „sehr unzufrieden“) hinterfragt werden. Den Lebensbereich „Partnerschaft“ bewerten 21 Personen (38,2 %) mit „sehr zufrieden“, 10 Personen (18,2 %) mit „zufrieden“, 14 Personen (25,5 %) mit „teils-teils“, 5 Personen (9,1 %) mit „unzufrieden“ und 5 Personen (9,1 %) mit „sehr unzufrieden“. Als Gründe für Unzufriedenheit geben die Befragten hier das Fehlen einer Beziehung an (8 Nennungen), sowie fehlende Möglichkeiten, neue Menschen kennenzulernen (6 Nennungen), die eigene Behinderung oder Erkrankung als Barriere (4 Nennungen),

fehlende „Harmonie“ in der Beziehung, z.B. bei belastender Kommunikation (4 Nennungen), eine erlebte Trennung oder Scheidung aufgrund der Erkrankung oder Behinderung (3 Nennungen), zu wenig Verständnis des Partners oder der Partnerin für die eigene Erkrankung oder Behinderung (2 Nennungen) sowie einzeln Vorurteile außerhalb der Arbeitsumgebung der Werkstatt für Menschen mit Behinderung.

Ihre Zufriedenheit im Bereich „Sexualität“ geben 8 Personen (18,2 %) mit „sehr zufrieden“ an, 13 Personen (29,5 %) mit „zufrieden“, 10 Personen (22,7 %) mit „teils-teils“, 8 Personen (18,2 %) mit „unzufrieden“ und 5 Personen (11,4 %) mit „sehr unzufrieden“. Als Gründe für ihre Unzufriedenheit geben die Befragten nicht mehr vorhandene sexuelle Aktivität an (6 Nennungen), sowie Einschränkungen der Sexualität durch die eigene Erkrankung oder Behinderung (3 Nennungen), Verweigerung von sexuellem Kontakt durch den Partner oder die Partnerin (2 Nennungen) und jeweils einzeln fehlende Abwechslung, keine bisherige sexuelle Erfahrung und das Nichtvorhandensein eines Partners oder einer Partnerin.

Mit dem Lebensbereich „Familie“ beschreiben sich 23 Personen (41,8 %) als „sehr zufrieden“, 14 Personen (25,5 %) als „zufrieden“, 9 Personen (16,4 %) geben „teils-teils“ an, 4 Personen (7,3 %) „unzufrieden“ und 5 Personen (9,1 %) „sehr unzufrieden“. Gründe für Unzufriedenheit bilden hier schwierige Familienverhältnisse (6 Nennungen), eine Belastung der Familienmitglieder durch die eigene Behinderung oder Erkrankung (5 Nennungen), Entfernungen als Barriere (3 Nennungen), das Nichtvorhandensein von Kindern oder Enkeln (3 Nennungen), abgebrochener Kontakt zu Familienmitgliedern (3 Nennungen) und der Tod von Familienmitgliedern (2 Nennungen), sowie einzeln seltener Kontakt zu Familienmitgliedern.

Ihren Lebensbereich „Freundschaften“ bewerten 27 Personen (49,1 %) mit „sehr zufrieden“, 14 Personen (25,5 %) mit „zufrieden“, 8 Personen (14,5 %) mit „teils-teils“, 2 Personen (3,6 %) mit „unzufrieden“ und 4 Personen (7,3 %) mit „sehr unzufrieden“. Gründe für Unzufriedenheit stellen hier das Vorhandensein von lediglich oberflächlichen Bekanntschaften (4 Nennungen), Schwierigkeiten, neue Menschen kennenzulernen (4 Nennungen), Kontaktabbrüche aufgrund der eigenen Behinderung oder Erkrankung (3 Nennungen) oder das wahrgenommene Nichtvorhandensein von freundschaftlichen Kontakten (3 Nennungen) dar, sowie jeweils einzeln Entfernungen als Barriere, die eigene Behinderung oder Erkrankung als Barriere und „Niveauunterschiede“ im Bekanntenkreis oder das Gefühl, „falsche Freunde“ zu haben.

Auf die Frage „Wenn es um Ihre sozialen Kontakte geht, was wünschen Sie sich?“ geben 42 Personen (82,4 %) Veränderungswünsche an, während 9 Personen (17,6 %) keinen Veränderungsbedarf sehen. Die entsprechenden Wünsche der Befragten betreffen sowohl intensivere, weniger oberflächliche Kontakte, die mit den Merkmalen „Vertrauen“, „Ehrlichkeit“, „Verlässlichkeit“, „Offenheit“ oder „Verschwiegenheit“ beschrieben werden (15 Nennungen) und mehr sozialen Kontakt im Allgemeinen (14

Nennungen), als auch mehr Unterstützung und Verständnis durch das soziale Umfeld (9 Nennungen), das Kennenlernen neuer Menschen und entsprechende barrierefreie Plattformen (4 Nennungen), mehr „Harmonie“ in der Familie (2 Nennungen), den Abbau von Vorurteilen und Stigmata (2 Nennungen), die Aufrechterhaltung und Stabilität bestehender Kontakte trotz der eigenen Behinderung oder Erkrankung (2 Nennungen), mehr Erfahrungsaustausch von Menschen mit und ohne Behinderungen (2 Nennungen) und „Ruhe“ (2 Nennungen). Einzelne, ausgewählte Wünsche bestehen zudem darin, einen Partner oder eine Partnerin zu finden, kein Mitleid zu bekommen, eine Gruppe oder einen Verein zu finden, um Menschen mit ähnlichen Interessen zu treffen, mehr gemeinsame Aktivitäten in der Hausgemeinschaft zu unternehmen, ein generationenfreundliches Wohnprojekt zu finden, freundlichen Kontakt zu erleben und „gerecht“ behandelt zu werden.

3.3.8 Diskriminierung, Selbstbestimmung und Teilhabe

Das Modul „Diskriminierung, Selbstbestimmung und Teilhabe“ umfasst Erfahrungen von Gewalt und Fremdbestimmung ebenso wie die wahrgenommene Selbstbestimmung in verschiedenen Lebensbereichen, die soziale und politische Partizipation und Angaben über die spezifische Beteiligung in Castrop-Rauxel. Erfahrungen von Bedrohung oder Gewalt aufgrund der eigenen Behinderung oder Erkrankung werden von 25 Personen (46,3 %) berichtet, während 29 Personen (53,7 %) derartige Situationen bislang nach eigenen Angaben nicht erlebt haben (Abbildung 11).

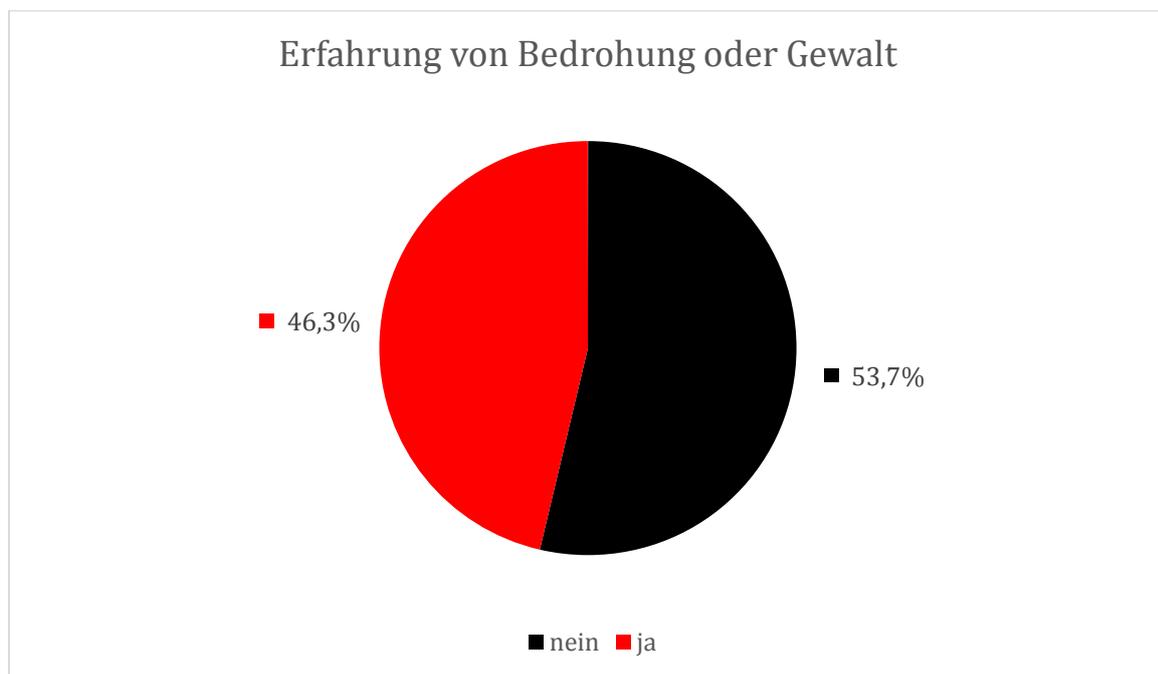


Abbildung 11: Item 8.1: Erfahrung von Bedrohung oder Gewalt aufgrund der eigenen Behinderung oder Erkrankung (n=56; fehlend: 2)

Von den 25 Personen, die von Bedrohung oder Gewalt berichten, haben 22 Personen (88,0 %) demnach bereits sprachliche oder psychische Bedrohung oder Gewalt (z.B. Beleidigung, Ausgrenzung, Einschüchterung) erfahren. Urheber dieser Gewalt waren bei 13 Personen (59,1 %) Passanten oder Fremde, bei 10 Personen (45,5 %) Personen aus der Familie, Angehörige oder Verwandte, bei 8 Personen (36,4 %) Arbeitskolleg*innen, bei 7 Personen (31,8 %) vorige Freunde oder Bekannte, bei 4 Personen (18,2 %) Nachbarn, bei 4 Personen (18,2 %) Vorgesetzte, bei 4 Personen (18,2 %) Mitschüler*innen, bei 1 Person (4,5 %) Betreuer*innen und bei 3 Personen (13,6 %) andere Personen wie Ärzte, Mitpatienten im Krankenhaus oder „Nazis“ bzw. politisch motivierte Gruppen.

14 Personen (56,0 %) geben weiterhin Erfahrungen von physischer Bedrohung oder Gewalt (z.B. Prügel, ungewolltes Festhalten) an, wobei diese bei 7 Personen (43,8 %) durch Personen aus der Familie, Angehörige oder Verwandte, bei 7 Personen (43,8 %)

durch Passanten oder Fremde, bei 3 Personen (18,8 %) durch vorige Freunde oder Bekannte, bei 3 Personen (18,8 %) durch Mitschüler*innen, bei 1 Person (6,3 %) durch Arbeitskolleg*innen und bei 1 Person (6,3 %) durch andere Personen verursacht worden sind. Als andere Person wird ein Arzt in einem Wohnheim angegeben.

Sexuelle Bedrohung oder Gewalt (z. B. Anfassen an intimen Körperstellen, zu sexuellen Handlungen gedrängt werden) musste bislang nach eigenen Angaben von 6 Personen (24,0 %) erlebt werden. Urheber dieser Gewalt waren bei 3 Personen (50,0 %) Personen aus der Familie, Angehörige oder Verwandte, bei 2 Personen (33,3 %) vorige Freunde oder Bekannte, bei 1 Person (16,7 %) Passanten oder Fremde und bei 1 Person (16,7 %) andere Personen, die als Mitarbeitende eines Wohnheims beschrieben werden.

Auf die Frage „Wie häufig machen Sie die Erfahrung, dass andere über Ihr Leben bestimmen?“ antworten 31 Personen (55,4 %) „sehr selten oder nie“, 11 Personen (19,6 %) „selten“, 7 Personen (12,5 %) „teils-teils“, 3 Personen (5,4 %) „häufig“ und 4 Personen (7,1 %) „sehr häufig“. Die Stärke der erlebten Selbstbestimmung der Befragten in unterschiedlichen Lebensbereichen (Tabelle 3) wird anschließend in den Stufen „sehr stark“ (0), „stark“ (1), „teils-teils“ (2), „wenig“ (3) und „sehr wenig oder gar nicht“ (4) bewertet. Hierbei sollen sich die Befragten auf ihre aktuelle Lebenssituation beziehen. Es muss berücksichtigt werden, dass einige der Lebensbereiche nicht (mehr) auf alle Befragten zutreffen, sodass in diesen Fällen vermehrt fehlende Werte vorliegen (z. B. „Bildung und Ausbildung“ auch im Sinne von Fortbildung und lebenslangem Lernen im Alter, „Arbeit und Beruf“ oder „Sexualität“). Betrachtet man den Median, weist ausschließlich das Item „Mediennutzung“ den Wert 0,5 („sehr stark“ / „stark“) auf, während ausschließlich das Item „Aus- und Fortbildung“ sich mit einem Wert von 1,5 („stark“ / „teils-teils“) negativer abgrenzt. Bei allen anderen Items liegt ein Median von 1,0 („stark“) vor.

Selbstbestimmung Lebensbereich	sehr stark	stark	teils-teils	wenig	sehr wenig / gar nicht	fehlend
Mediennutzung	28 50,0 %	20 35,7 %	6 10,7 %	1 1,8 %	1 1,8 %	1
Soziale und Freizeitaktivitäten	26 46,4 %	15 26,8 %	9 16,1 %	4 7,1 %	2 3,6 %	0
Öffentlicher Verkehr	22 41,5 %	13 24,5 %	10 18,9 %	4 7,5 %	4 7,5 %	3
Nutzung von Gesundheitsdiensten	23 41,1 %	15 26,8 %	13 23,2 %	5 8,9 %	0	0
Politische Mitbestimmung	22 40,7 %	19 35,2 %	9 16,7 %	3 5,6 %	1 1,9 %	2
Sexualität (auch Familiengründung)	17 38,6 %	8 18,2 %	8 18,2 %	5 11,4 %	6 13,6 %	12
Kontakt und Austausch mit anderen Menschen	21 38,2 %	16 29,1 %	13 23,6 %	4 7,3 %	1 1,8 %	1

Selbstbestimmung \ Lebensbereich	sehr stark	stark	teils-teils	wenig	sehr wenig / gar nicht	fehlend
Bewegung im öffentlichen Raum	21 37,5 %	14 25,0 %	11 19,6 %	7 12,5 %	3 5,4 %	0
Partnerschaft	16 34,8 %	10 21,7 %	12 26,1 %	3 6,5 %	5 10,9 %	10
Wohnen	18 33,3 %	19 35,2 %	12 22,2 %	4 7,4 %	1 1,9 %	2
Sonstiges Familieneben	16 30,2 %	19 35,8 %	12 22,6 %	3 5,7 %	3 5,7 %	3
Arbeit und Beruf	8 25,8 %	11 35,5 %	8 25,8 %	3 9,7 %	1 3,2 %	25
Wahrnehmung von Rechten / Justiz	12 22,2 %	20 37,0 %	11 20,4 %	7 13,0 %	4 7,4 %	2
Aus- und Fortbildung	11 27,5 %	9 22,5 %	6 15,0 %	10 25,0 %	4 10,0 %	16

Tabelle 3: Item 8.3: Erlebte Selbstbestimmung (n=56), Personenanzahl und gültige Prozent

Eine Einschätzung der gemittelten gesamten Selbstbestimmung der Befragten über alle Lebensbereiche hinweg (Abbildung 12) kann ebenfalls per Median vorgenommen werden: Demnach bewerten 15 Personen (26,8 %) ihre Selbstbestimmung als „sehr stark“, 2 Personen (3,6 %) zwischen „sehr stark“ und „stark“, 25 Personen (44,6 %) als „stark“, 1 Person (1,8 %) zwischen „stark“ und „teils-teils“, 10 Personen (17,9 %) als „teils-teils“ und 3 Personen (5,4 %) zwischen „teils-teils“ und „wenig“.

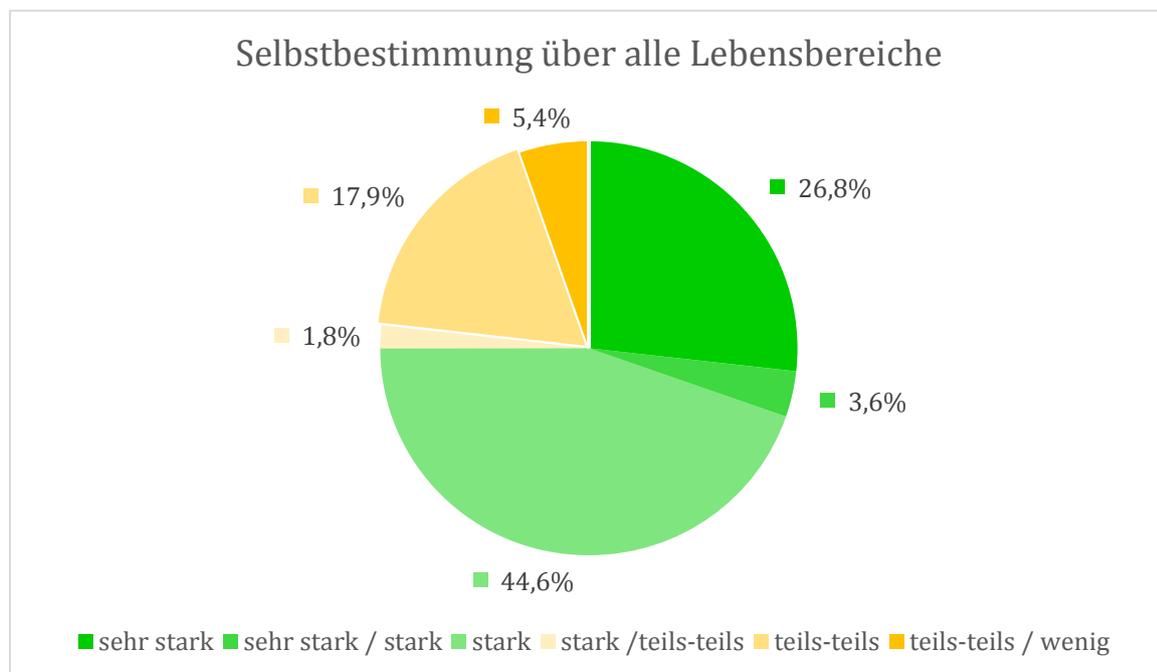


Abbildung 12: Skala 8.3: Selbstbestimmung über alle Lebensbereiche (n=56), Median, 14 Items

Bezüglich der sozialen und politischen Partizipation der Befragten werden sowohl ihr Zugang zu Informationen, als auch das Wahlverhalten und Erfahrungen der öffentlichen

Vertretung eigener Interessen erfragt. Über „das öffentliche Leben und die Politik [...] in Castrop-Rauxel“ (Item 8.4) informieren sich nach eigenen Angaben 53 Personen (94,6 %), während 3 Personen (5,4 %) dies verneinen. 50 Personen (94,3 %) greifen hierzu auf Druckmedien wie Tageszeitungen und Zeitschriften zurück, 23 Personen (43,4 %) auf das Internet in Form von Websites und Nachrichtenfeeds, 19 Personen (35,8 %) auf Fernsehsendungen über lokale Inhalte, 10 Personen (18,9 %) auf die Teilnahme an politischen Veranstaltungen, 9 Personen (17,0 %) auf Radiosendungen über lokale Inhalte, 5 Personen (9,4 %) auf Sozialen Medien wie Facebook oder Twitter, 5 Personen (9,4 %) auf die Mitarbeit in Gremien oder Ausschüssen und 15 Personen (28,3 %) auf sonstige Informationsquellen. Benannte Gremien oder Ausschüsse sind sowohl der Behindertenbeirat (2 Nennungen), als auch der Seniorenbeirat (2 Nennungen), Betriebsschüsse der Stadtverwaltung (2 Nennungen) und jeweils einzeln ein Stadtteilbeirat, ein politischer Stadtverband, eine politische Arbeitsgemeinschaft auf Landesebene und eine Arbeitsgruppe des Projekts „Aktionsplan Inklusion Castrop-Rauxel“. Als sonstige Informationsquellen werden persönliche Gespräche im sozialen Umfeld und Hörensagen (12 Nennungen) angegeben, sowie Kontakt zu politisch aktiven Personen (3 Nennungen) und jeweils mit einer Nennung die Mitarbeit in Projekten der Stadt, Informationen über ein Stadtteilbüro, ein „Generationencafé“, Informationen über Arbeitskreise der Stadtverwaltung und Austausch und Vorträge im Rahmen von Veranstaltungen eines Sozialverbands. Als Gründe, sich nicht über Castrop-Rauxel zu informieren, werden jeweils einzeln ein fehlendes Interesse aufgrund mangelnder Beziehung zur Stadt und eine Schwierigkeit des Informationsverständnisses durch die eigene Erkrankung oder Behinderung angeführt.

Auf die Frage nach ihrem Wahlverhalten bei politischen Wahlen geben 35 Personen (62,5 %) an, „immer“ wählen zu gehen, wohingegen 17 Personen (30,4 %) „ab und zu“ und 4 Personen (7,1 %) „nie“ wählen. Als Gründe für die unregelmäßige oder fehlende Wahlbeteiligung werden die Schwierigkeit, sich für eine Partei zu entscheiden (7 Nennungen) und Einschränkungen durch die eigene Erkrankung oder Behinderung (5 Nennungen) angeführt, sowie fehlendes Interesse (4 Nennungen), fehlende Übereinstimmung mit politischen Entscheidungen in der Vergangenheit (4 Nennungen), Misstrauen (4 Nennungen) und die Priorisierung anderer Dinge an Wahltagen (3 Nennungen). Einzeln werden außerdem die fehlende Barrierefreiheit von Wahlzetteln, eigene Bequemlichkeit, Vergesslichkeit und die Einschätzung, die eigene Stimme werde nichts „bringen“.

Möglichkeiten politischer Partizipation und der Vertretung eigener Interessen in der Öffentlichkeit (abgesehen von Wahlen) sind nach eigener Aussage bislang von 40 (71,4 %) der Befragten genutzt worden, von 16 (28,6 %) nicht. 27 Personen (67,5 %) haben sich an Unterschriftensammlungen beteiligt, 22 Personen (55,0 %) sind oder waren Mitglieder in Selbsthilfegruppen oder -initiativen, 19 Personen (47,5 %) sind einer

ehrenamtlichen Tätigkeit nachgegangen, 17 Personen (42,5 %) haben an politischen Veranstaltungen oder Anhörungen teilgenommen, 15 Personen (37,5 %) haben sich bereits an Kundgebungen oder Demonstrationen beteiligt, 12 Personen (30,0 %) haben bereits in Gremien oder Beiräten mitgearbeitet, 6 Personen (15,0 %) sind oder waren Mitglieder in Sozial- und Behindertenverbänden und 6 Personen (15,0 %) sind auf eine andere Art politisch tätig geworden. Als sonstige Formen politischer Teilhabe werden dementsprechend Pressearbeit für Lokalzeitungen (2 Nennungen) und jeweils einzeln eine politische Jugendvertretung, eine Patienteninitiative und eine Bürgerinitiative benannt.

Als spezifisches Beispiel der gesellschaftlichen Teilhabe wird weiterhin die Bekanntheit des Projekts „Aktionsplan Inklusion Castrop-Rauxel“ zum Zeitpunkt der Erhebung erfragt. 19 Personen (34,5 %) wissen demnach, dass die Stadt Castrop-Rauxel einen „Aktionsplan Inklusion“ plant, 36 Personen (65,5 %) ist dies nicht bekannt. Von den 19 Personen haben 7 (36,8 %) durch Druckmedien wie Lokalzeitungen davon erfahren, 6 Personen (31,6 %) durch andere Personen wie Betreuer*innen, Kolleg*innen, Kontaktpersonen der Stadt, Persönliche Assistent*innen und Mitarbeitende von lokalen Einrichtungen der Behindertenhilfe, 4 Personen (21,1 %) durch Teilnahme an politischen Veranstaltungen, 4 Personen (21,1 %) durch Mitarbeit in Gremien oder Ausschüssen und 5 Personen (26,3 %) durch andere Informationsquellen. Als sonstige Informationsquellen werden hier das regelmäßige Frühstück des Seniorenbeirats (2 Nennungen) sowie jeweils einzeln ein Praktikum, eine Selbsthilfegruppe und ein Arbeitskreis der Stadtverwaltung angegeben. Über Fernsehsendungen, Radiosendungen, Websites oder Soziale Medien hat niemand der Befragten vom „Aktionsplan Inklusion“ erfahren.

Eine persönliche Beteiligung am Projekt „Aktionsplan Inklusion“ oder an ähnlichen Projekten können sich 30 Personen (53,6 %) vorstellen, 26 Personen (46,4 %) nicht. Als akzeptable Formen der Mitwirkung geben 25 Personen (83,3 %) die Beantwortung weiterer Fragen an, 24 Personen (80,0 %) eine Teilnahme an einmaligen Aktionen, Workshops oder Vorträgen, 21 Personen (70,0 %) eine Mitarbeit in Arbeitsgruppen, 13 Personen (43,3 %) das Verfassen von Leserbriefen (auch E-Mails), 6 Personen (20,0 %) eine Mitarbeit über Soziale Medien und 13 Personen (43,3 %) ergänzen andere Formen der Beteiligung, wie Erfahrungsaustausch und -vermittlung (3 Nennungen), kurze telefonische Befragungen (2 Nennungen), Aufrufe zu bestimmten Themen, Unterschriftensammlungen, die Erstellung von Inseraten für Zeitungen, die Gründung eines Vereins für Menschen mit Behinderung, die Organisation von Lesungen oder Informationsabenden, Spendensammlung und Informationsverbreitung in eigenen Bekanntenkreisen und Netzwerken.

Abschließend werden die Befragten gebeten, jene Aspekte zu benennen, die Ihrer Meinung nach für eine gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung in Castrop-Rauxel notwendig sind und/oder verbessert werden müssten (Tabelle 4).

Entwicklungspriorität	Nennungen
Barrierefreiheit schaffen (z.B. Absenkungen an Bordsteinen; mehr öffentliche barrierefreie Toiletten; einfache/leichte Sprache bei Formularen und wichtigen Dokumenten)	17
Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit über Inklusion und die UN-BRK verstärken	9
Mobilitätsbarrieren abbauen (z.B. Gestaltung barrierefreier Bahnhöfe; Straßenverkehr; Radwege; Ampelschaltungen)	9
Barrierefreien Wohnraum schaffen (günstig; auch generationenübergreifend)	7
Regelmäßigen Austausch von Menschen mit und ohne Behinderung schaffen („Treffpunkte in allen Stadtteilen schaffen“; „Gemeinsamkeiten finden“; „Schnittstellen schaffen“; „Veranstaltungen der Stadt“)	7
Arbeitsplätze / Zugänge für Menschen mit Behinderung schaffen (auch für junge Menschen, z.B. Hilfe bei der Arbeitssuche)	7
Vorurteile / Unwissen gegenüber Menschen mit Behinderung abbauen	7
Infrastruktur verbessern (z.B. bessere Busverbindungen; mehr Bushaltestellen)	7
Bewusstseinsarbeit durch konkrete Aktionen betreiben (z.B. mit Jugendlichen an Schulen)	6
Bei Arbeitgebern Aufmerksamkeit schaffen, Vorurteile abbauen und bessere Informationen / Aufklärung über die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung anbieten	5
Informationen über Hilfsangebote und Anlaufstellen für Menschen mit Behinderung ausweiten	4
Freizeit- und Sportangebote für Menschen mit Behinderung erweitern	4
Selbstvertretung von Menschen mit Behinderung fördern	4
Politische Partizipation von Menschen mit Behinderung fördern (z. B. Mitspracherecht bei der Stadtentwicklung; mehr Informationen über politische Veranstaltungen)	4
Selbsthilfegruppen unterstützen und fördern (z.B. durch Meinungsabfragen; auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden eingehen; Aktionsplan „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“)	3
Zugänge zum 1. Arbeitsmarkt schaffen	3
Plattformen / Foren zur Bürgerbeteiligung ausbauen (z.B. Veröffentlichung von Beschwerden)	3
„Menschlichkeit“ / gegenseitigen Respekt fördern	3
Entscheidungsfreiheit betonen („Inklusion darf nicht erzwungen werden“)	2
Lohnanpassung und bessere Arbeitsbedingungen in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung schaffen	2
Mehr Informationen über Ärzte und Dienstleistungen in Castrop-Rauxel anbieten (Zugang zu Gesundheitsdiensten verbessern)	2

Entwicklungspriorität	Nennungen
„Willkommenskultur“ schaffen, z. B. durch absolute Barrierefreiheit bei öffentlichen Veranstaltungen	2
Gegenseitiges Verständnis erzeugen	2
Vernetzung von Arbeitskreisen / politischen Gremien und Selbstvertretungen schaffen	2
Öffentlichkeitsarbeit	2
Bessere Wohnberatung für Menschen mit Behinderung	2
Mehr barrierefreie Informationen über kulturelle Angebote der Stadt anbieten	2
Leinenpflicht für Hunde einführen	1
Hilfsbereitschaft stärken	1
Den „Willen zur Inklusion“ stärken	1
Zugänge für Menschen mit Behinderung in sozialen Einrichtungen schaffen (z.B. Schulen, Kindergärten)	1
Bestehende Freizeitangebote umgestalten / öffnen	1
Mehr lokale Arbeitsgemeinschaften in Castrop-Rauxel (z.B. zum Thema „Inklusion“)	1
Stadtteilgruppen bilden	1
Finanzielle Fördermöglichkeiten durch externe Träger ausschöpfen (z.B. Land und Bund)	1
Den Wegweiser für Menschen mit Behinderung aktualisieren	1
Das gemeinschaftliche / selbstbestimmte Wohnen fördern	1
Mehr Hilfen für Demenzerkrankte entwickeln (z.B. Armband mit Telefonnummer)	1
Parkplätze für ältere oder bewegungseingeschränkte Menschen ohne Schwerbehindertenausweis schaffen	1
„Börse“ für Hilfsarbeiten (z.B. Handwerk) schaffen, die von der Stadt kontrolliert wird	1
Das Zugehörigkeitsgefühl von Menschen mit Behinderung fördern	1
Mehr Polizeipräsenz an unsicheren Orten schaffen	1
Mehr Personal / Assistenz in Supermärkten und Gebäuden des täglichen Bedarfs einsetzen	1
Fahrschule für Menschen mit Behinderung einrichten	1
Mehr kulturelle Angebote für Jugendliche schaffen (nicht nur für Senioren)	1
Bessere Qualifikation von Pflegepersonal schaffen (z.B. bessere Sprachkenntnisse)	1
Bessere / individuellere Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung schaffen (z.B. mehr Zuschüsse für Hilfsmittel)	1
Mehr Toleranz gegenüber Menschen mit psychischer Beeinträchtigung schaffen (z. B. Hilfestellung / Aufklärung für Angehörige; Arbeitsplätze schaffen; Enttabuisierung des Themas)	1

Tabelle 4: Item 8.10: Priorisierung von Entwicklungsbedarfen für gesellschaftliche Teilhabe in Castrop-Rauxel

3.4. Systematisierung zentraler Ergebnisse

Die erreichte Stichprobe der Erhebung ist bezüglich vieler ihrer hier untersuchten Merkmale (Alter, Geschlecht, Art und Grad der Behinderung, sozioökonomischer Status, Erfahrungen der Selbstbestimmung oder Diskriminierung etc.) heterogen, kann jedoch nicht als repräsentativ für eine Grundgesamtheit der Menschen mit Behinderung in Castrop-Rauxel angenommen werden. Ziel einer Interpretation der Ergebnisse ist daher nicht die Herausarbeitung generalisierbarer Annahmen, sondern die Betonung thematischer Indikationen in den einzelnen Inklusionsfeldern, die in folgenden Forschungsvorhaben vertieft werden können. Die Systematisierung zentraler Ergebnisse soll sowohl an der Struktur der städtischen Projektarbeitsgruppen orientiert sein, um eine spätere handlungsleitende Verwendung zu erleichtern, als auch zur Behandlung der hier formulierten Forschungsfragen führen. Allein die Themen der Arbeitsgruppe „Arbeitswelt und Mobilität“ werden in der Darstellung aufgeteilt.

Einleitend kann zunächst festgehalten werden, dass im Rahmen dieser Untersuchung und in den betrachteten Inklusionsfeldern Anzeichen für vorliegende Benachteiligungen, Diskriminierung und Einschränkungen von Menschen mit Behinderungen in Castrop-Rauxel erfasst worden sind, die zukünftig weitere, spezifischere Betrachtungen rechtfertigen und erfordern werden. So bestehen Barrieren in Castrop-Rauxel etwa im Bereich der Mobilität und des Verkehrs, der öffentlichen und privaten Gebäude, der Informations- und Medienkultur, der sozialen Partizipation in Hinblick auf Sensibilisierung und Haltungen von Menschen, der politischen Partizipation in Hinblick auf Zugänge, Instrumente und Plattformen zur gesellschaftlichen Teilhabe, der Arbeitssuche und entsprechenden Unterstützung sowie der selbstbestimmten Lebensführung.

Schule, Bildung, lebenslanges Lernen

Unter den befragten Personen sind alle erfragten Schulabschlüsse und auch abgebrochene Schullaufbahnen vertreten, der häufigste derzeitige Bildungsstand ist mit 67,9 % eine abgeschlossene Ausbildung. Fast ein Viertel der Befragten (23,2 %) hat jedoch nie eine Ausbildung oder ein Studium begonnen. Von den Personen, die 35 Jahre alt oder jünger sind und bereits zur Schulzeit eine Erkrankung oder Behinderung aufwiesen, berichten 81,8 % von Problemen oder Benachteiligungen, die beispielsweise in Konflikten oder Schwierigkeiten mit den Lehrer*innen, Verständnisproblemen oder Mobbing bestanden. Ebenfalls 81,8 % dieser Personen geben an, dass mehr Unterstützung durch Personen oder Hilfsmittel zur Schulzeit nötig gewesen wäre. Etwas mehr als die Hälfte der Personen zeigt sich jedoch trotzdem mindestens „zufrieden“ mit der eigenen Schulzeit. Das Modell des gemeinsamen Unterrichts wird von einem Großteil der Befragten (80,0 %) als mindestens „gut“ bewertet, wobei hier der

angenommene Abbau von Vorurteilen, die Erwartung einer Vermeidung von Diskriminierung und die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklung von gegenseitigem Respekt und Verständnis betont werden. Als Gründe gegen den gemeinsamen Unterricht werden insbesondere eine angenommene Notwendigkeit der gesonderten Beschulung von Kindern mit „geistiger“ Behinderung und eine befürchtete Benachteiligung oder unzureichende Förderung von Kindern ohne Beeinträchtigungen angeführt.

Von jenen Personen, die 35 Jahre alt oder jünger sind und im Zeitraum ihrer Ausbildung eine Erkrankung oder Behinderung aufwiesen, geben 75,0 % Probleme oder Benachteiligungen während der Ausbildung an, die etwa in finanziellen Problemen oder Konflikten mit Kollegen oder Vorgesetzten bestanden. Fast zwei Drittel (62,5 %) der Personen äußern, dass mehr Unterstützung durch Personen oder Hilfsmittel während der Ausbildung nötig gewesen wäre. Die Hälfte der Personen sieht bei der Bewertung ihrer Ausbildung positive und negative Aspekte ausgeglichen („teils-teils“), etwas mehr als ein Drittel ist mindestens „zufrieden“.

Fort- oder Weiterbildungen wurden in den letzten 5 Jahren lediglich von knapp einem Drittel der Befragten durchgeführt, wobei berufliche Maßnahmen hierbei im Vordergrund stehen. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten hätte jedoch gerne eine (weitere) Fort- oder Weiterbildung durchgeführt, wobei besonders die eigene Erkrankung oder Behinderung, fehlende und notwendige Assistenz und finanzielle Gründe hier Barrieren darstellen. Die erlebte Selbstbestimmung ist im Lebensbereich der Schul-, Aus- und Fortbildung am geringsten. 50,0 % der Befragten beschreiben ihre Selbstbestimmung hier als „teils-teils“ oder schlechter, während 25,0 % ihre Selbstbestimmung im Bildungsbereich als „wenig“ angeben.

Mobilität / Barrierefreiheit

Dem Inklusionsfeld „Barrierefreiheit“ wird durch die Befragten eine erhebliche Relevanz zugeschrieben. Forderungen nach Barrierefreiheit werden über die Mobilität hinausgehend auch in weiteren Inklusionsfeldern formuliert und als Entwicklungspriorität zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung in Castrop-Rauxel deutlich häufiger angegeben als andere Faktoren. Zur Fortbewegung im öffentlichen Verkehr greift der Großteil der Befragten (82,1 %) auf private Kraftfahrzeuge zurück, die selbst oder von anderen gesteuert werden, dicht gefolgt von Fahrzeugen des öffentlichen Personennahverkehrs (80,4 %). Die Hälfte der Befragten nutzt weiterhin regelmäßig Taxis. Es fällt auf, dass über die Hälfte der Befragten (62,5 %) Hindernisse oder Barrieren bei der Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs erfahren. 50,0 % der Personen beziehen sich hierbei auf Einschränkungen an Bahnhöfen oder Haltestellen, während 53,2 % Hindernisse oder Barrieren in oder bei der Nutzung von Bussen, Zügen oder anderen öffentlichen Verkehrsmitteln beschreiben. Ein Großteil der Personen (73,6 %) trifft im öffentlichen Raum weiterhin auf Hindernisse oder Barrieren,

die sich besonders auf Wege, Straßen und Plätze im Freien (69,2 %) und Ämter bzw. Gebäude der Stadtverwaltung (51,3 %) beziehen. Knapp ein Drittel der Befragten gibt zudem Einschränkungen in Gebäuden des täglichen Bedarfs (Supermärkte, Banken, Geschäfte etc.) und kulturellen Gebäuden wie Theatern oder Konzertsälen an.

Auch bei der Nutzung von Medien und dem Abruf von Informationen über verschiedene Quellen werden von den Befragten Hindernisse und Barrieren berichtet. So erfahren über ein Drittel der Befragten (41,1 %) bei jenen Medien, die sie nutzen oder gerne nutzen würden entsprechende Einschränkungen, wobei sich 87,0 % dieser Personen auf Einschränkungen bei der Nutzung von Druckmedien wie Tageszeitungen und 47,8 % auf Hindernisse oder Barrieren im Umgang mit dem eigenen Mobiltelefon oder Smartphone beziehen. Die häufig wahrgenommenen Barrieren bei der Nutzung von Druckmedien müssen hierbei betont werden, da fast alle Befragten (94,6 %) Druckmedien regelmäßig nutzen und sie zur Information über das tägliche Leben in Castrop-Rauxel heranziehen (94,3 %). Alle Personen, die Einschränkungen im Umgang mit Medien erleben, geben dabei an, dass sie durch bestimmte Unterstützungsformen die entsprechenden Medien ohne Probleme nutzen könnten, wenn ihnen diese Unterstützungen oder Hilfsmittel zur Verfügung stünden.

Arbeitswelt

Die Anteile an erwerbstätigen Personen und Rentner*innen in der Stichprobe unterscheiden sich nur gering (41,1 % /46,4 %), es sind außerdem arbeitssuchende, arbeitslose und (noch) nicht arbeitende Personen vertreten. Nur etwa ein Drittel der Befragten erhält Leistungen zum Nachteilsausgleich, überwiegend Pflegegeld. Knapp die Hälfte der Befragten (48,0 %) gibt ein eigenes Nettoeinkommen von maximal 850,0 € pro Monat an, wobei dieses Geld laut der Hälfte der Befragten (50,9 %) für den eigenen Lebensstandard ausreicht. Etwas mehr als ein Drittel der Personen sieht den Lebensstandard durch Einsparungen betroffen aber nicht gefährdet („teils-teils“) und 12,7 % geben an, dass ihr Geld nicht für einen akzeptablen Lebensstandard genüge, was z. B. auf Einsparungen im Bereich von Freizeit, Kleidung oder „größeren Anschaffungen“ bezogen wird.

Etwas mehr als ein Drittel der Befragten hat im Bereich der Arbeitswelt bislang Erfahrungen von Benachteiligung oder Diskriminierung gemacht, die sich besonders in Problemen mit Kolleg*innen oder Vorgesetzten, Mobbing oder dem Gefühl äußern, nicht ernst genommen zu werden. Circa zwei Drittel der Befragten erhalten bestimmte Formen von Unterstützung am Arbeitsplatz, wobei es sich hier maßgeblich um Arbeitsverhältnisse in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen handelt, die durch Gruppenleitungen unterstützt werden.

Die allgemeine Notwendigkeit von stärkerer Unterstützung der Menschen mit Behinderung in Castrop-Rauxel im Bereich Arbeit wird von 75,0 % der Befragten

bestätigt, wobei hier Assistenzen an Arbeitsplätzen des ersten Arbeitsmarkts, der Abbau von Vorurteilen bei Arbeitgebern und eine Reihe weiterer Bedarfe als Entwicklungsprioritäten formuliert werden.

Wohnen und Versorgung

Die befragten Personen stammen aus 12 der 15 Stadtteile Castrop-Rauxels und wohnen im Durchschnitt seit längerem in der Stadt ($M=37,39$; $SD=21,03$). Die Hälfte der Befragten lebt allein, ein Großteil der Befragten (71,4 %) wird nicht ambulant oder stationär betreut, während ein Viertel der Personen ambulante Betreuung in Anspruch nimmt. Die Gesamtzahl der Personen, die in ihrem Alltag Unterstützung erfahren, liegt jedoch mit 85,7 % deutlich höher, da diese Unterstützung häufig durch Familienangehörige, Freunde oder Persönliche Assistenzen geleistet wird. Etwas mehr als ein Drittel der Befragten drückt weiterhin die Notwendigkeit aus, dass sich etwas an ihren Unterstützungsstrukturen verändern müsse, insbesondere in den Bereichen der Haushaltsführung und des Einkaufs. Die Ausstattung mit Hilfsmitteln ist bei einem Großteil der Befragten (80,9 %) ausreichend, während knapp ein Fünftel die Versorgung als unzureichend einstuft und auf individuell benötigte Hilfsmittel wie Treppenlifte verweist.

Bezüglich der Ausstattung von Wohngebäuden fällt auf, dass mehr als ein Drittel der Befragten keine Bauteile zum Ausgleich von Barrieren oder ausschließlich Treppengeländer bzw. Handläufe angeben, also auf Sprechanlagen, Rampen, schwellenlose Eingänge, Aufzüge, automatisierte Türen oder Leitsysteme verzichten müssen. Mehr als jede dritte befragte Person fühlt sich in der eigenen Wohnumgebung weiterhin nicht sicher, während 70,3 % der Befragten von unsicheren Orten und Plätzen in Castrop-Rauxel berichten.

35,9 % der Befragten treffen nach eigenen Angaben bezüglich der Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs in den entsprechenden Gebäuden wie Supermärkten, Banken, Apotheken, Postfilialen usw. auf Hindernisse oder Barrieren. Hierbei werden besonders nicht barrierefreie Bankfilialen, Orientierungsprobleme in Supermärkten durch häufiges Umsortieren des Inventars und Platzprobleme für Rollstuhlnutzer*innen in Postfilialen betont.

Die Gesundheitsversorgung der Befragten ist weiterhin breit gefächert, alle Personen nutzen einen Hausarzt, 91,0 % mindestens einen Facharzt, etwas weniger als die Hälfte erhalten mindestens eine Form von Therapie und etwas mehr als ein Viertel nehmen Pflegedienste in Anspruch. Als momentan relevanteste Fachärzte werden am häufigsten Neurologen und Orthopäden angegeben. In Tabelle 5 und Tabelle 6 werden die kategorischen Bewertungen der Haus- und Fachärzte zusammengefasst dargestellt.

Bewertung \ Kategorie	sehr gut	gut	teils-teils	schlecht	sehr schlecht	fehlend
Verfügbarkeit	33 60,0 %	16 29,1 %	5 9,1 %	0	1 1,8 %	1
Erreichbarkeit	30 53,6 %	17 30,4 %	5 8,9 %	1 1,8 %	3 5,4 %	0
Barrierefreiheit	26 46,4 %	25 44,6 %	3 5,4 %	2 3,6 %	0	0
Qualität	32 57,1 %	16 28,6 %	6 10,7 %	1 1,8 %	1 1,8 %	0

Tabelle 5: Items 6.2 bis 6.5: Bewertung der Hausärzte (n=56; fehlend: 1)

Auffällige Unterschiede in den Bewertungen sind in den Kategorien „Verfügbarkeit“ und „Erreichbarkeit“ ersichtlich, bei denen die Hausärzte deutlich bessere Bewertungen erhalten. Diese Einschätzung deckt sich mit den von etwas weniger als der Hälfte der Befragten (41,8 %) geäußerten Veränderungswünschen in Bezug zu ihrer Gesundheitsversorgung, die sich z. B. auf kürzere Wartezeiten bei Fachärzten, Hausbesuche durch Fachärzte, mehr Arztbudgets und Kostenübernahmen für Therapien und Behandlungen sowie entschleunigte Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten beziehen.

Bewertung \ Kategorie	sehr gut	gut	teils-teils	schlecht	sehr schlecht	fehlend
Verfügbarkeit	18 39,1 %	15 32,6 %	7 15,2 %	5 10,9 %	1 2,2 %	10
Erreichbarkeit	15 30,0 %	18 36,0 %	11 22,0 %	3 6,0 %	3 6,0 %	6
Barrierefreiheit	24 48,0 %	19 38,0 %	6 12,0 %	1 2,0	0	6
Qualität	28 56,0 %	14 28,0 %	5 10,0 %	2 4,0 %	1 2,0 %	6

Tabelle 6: Items 6.2 bis 6.5: Bewertung der Fachärzte (n=56; fehlend: 10)

Die Bewertungen von Therapien, in Anspruch genommenen Pflegediensten und sonstigen Gesundheitsdienstleistungen der befragten Personen in Castrop-Rauxel fallen des Weiteren sehr positiv aus.

Die in Castrop-Rauxel vorhandenen Dienste und Angebote für Menschen mit Behinderung werden von den Befragten bislang nur verhalten genutzt, wobei auch nur geringe Bedarfe bei bisheriger Nichtnutzung angegeben werden. So nutzen 32,7 % der Personen bislang Selbsthilfeangebote (24,3 % der bisherigen Nichtnutzer*innen geben Bedarf an), 20,0 % nutzen bislang Beratungsangebote (34,1 % der bisherigen Nichtnutzer*innen geben Bedarf an), 19,2 % nutzen bislang Persönliche Assistenzen (23,8 % der bisherigen Nichtnutzer*innen geben Bedarf an) und 40,0 % nutzen bislang Fahrdienste (30,0 % der bisherigen Nichtnutzer*innen geben Bedarf an). Fast zwei

Drittel der Befragten formulieren jedoch Veränderungswünsche für die Dienste und Angebote für Menschen mit Behinderungen in Castrop-Rauxel, die unter anderem bessere und frühzeitige Informationen über vorhandene Angebote und Veranstaltungen, bessere Erreichbarkeit der Angebote über den ÖPNV und einen stadtweiten Ausbau der „Anlaufstellen“ umfassen.

Kultur und Freizeit

Zu den häufigsten Freizeitaktivitäten der Befragten gehören „Musik hören“, „Fernsehsendungen anschauen“, „Radio hören“, „per Telefon oder Sozialen Medien kommunizieren“, „Lesen“, „Freunde / Verwandte treffen“ und „Spazieren gehen“. Etwas mehr als die Hälfte der Personen würde gerne mehr in ihrer Freizeit unternehmen als bisher, wohingegen 39,3 % hier keinen Veränderungsbedarf sehen. Zu den vermehrt gewünschten Freizeitaktivitäten gehören z. B. Sport, verschiedene Bildungsangebote oder Kurse und Ausflüge oder „Ausgehen“. Nur knapp ein Drittel der Personen weist eine Vereinsmitgliedschaft auf. Mehr als zwei Drittel der Befragten (69,7 %) sind mindestens „zufrieden“ mit ihrer Freizeitgestaltung, während ein Viertel positive und negative Aspekte ausgeglichen sieht („teils-teils“). Nahezu alle Personen (94,1 %), die mit „teils-teils“, „unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“ antworten, sehen sich in ihrer selbstbestimmten Freizeitgestaltung eingeschränkt. Als maßgebliche Barrieren werden die eigene Erkrankung oder Behinderung sowie finanzielle Gründe angeführt. Auch Aspekte der mangelnden Barrierefreiheit im öffentlichen Verkehr oder der Angsträume im Stadtbild, etwa bei Dunkelheit, sind als einschränkende Faktoren zu erwägen. Ihre Freizeit verbringen die Befragten überwiegend mit ihren Freund*innen, Partner*innen oder der Familie. Fast zwei Drittel der Befragten sind selbst Eltern.

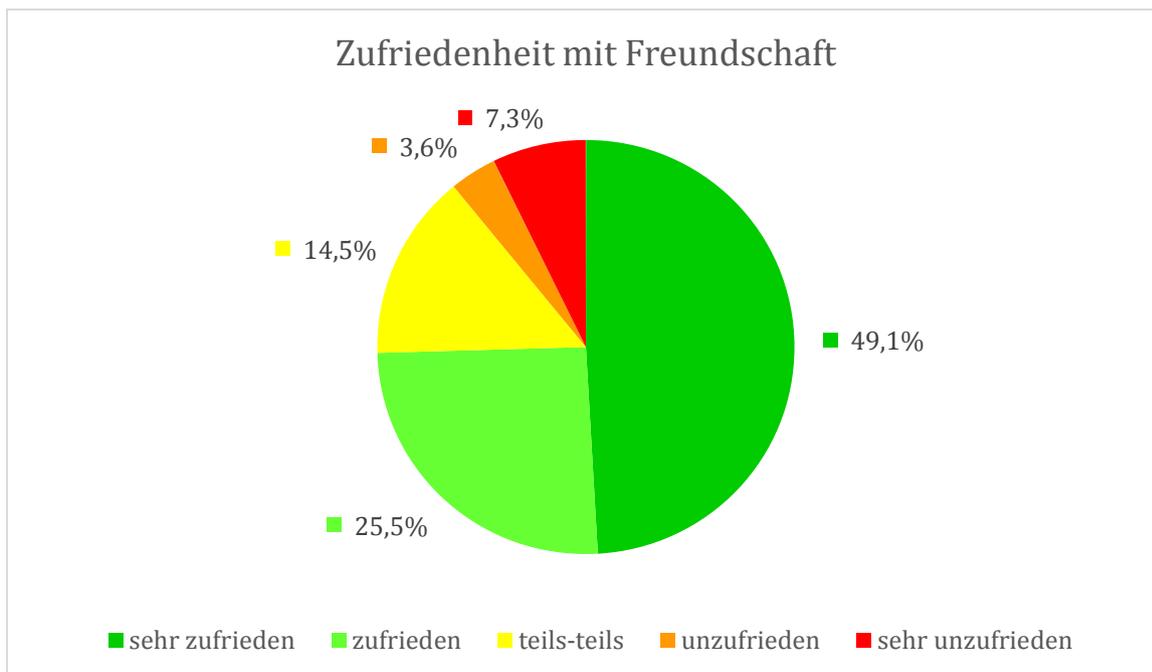


Abbildung 13: Item 7.6: Zufriedenheit mit Freundschaft (n=56; fehlend: 1)

Die Zufriedenheit der Befragten im Lebensbereich „Freundschaft“ ist deutlich stärker als in den drei anderen erfragten Lebensbereichen des sozialen Kontakts. Unzufriedenheit im Bereich der Freundschaften ist nach Angaben der Befragten beispielsweise durch lediglich oberflächliche Beziehungen oder die Schwierigkeit bedingt, neue Menschen kennenzulernen.

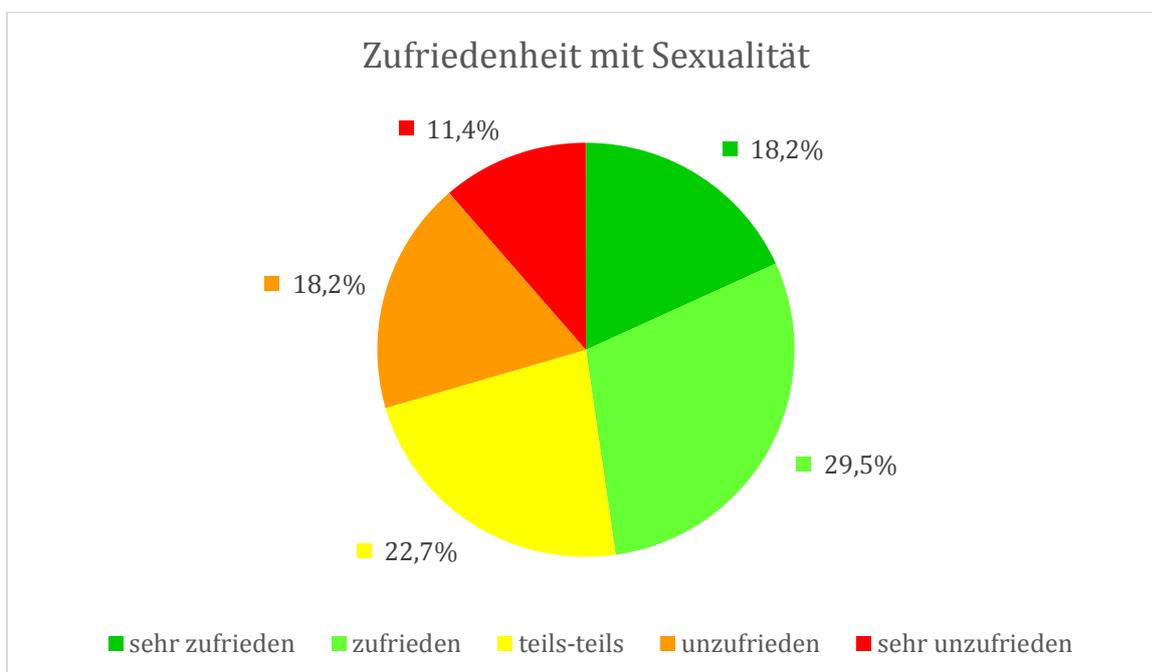


Abbildung 14: Item 7.4: Zufriedenheit mit Sexualität (n=56; fehlend: 12)

Der Lebensbereich Sexualität erfährt die schlechteste Zufriedenheitsbewertung der vier erfragten Bereiche. Mehr als die Hälfte der Befragten stufen sich hier als neutral oder

unzufriedener ein, wobei nur in wenigen Fällen diesbezüglich Erklärungen formuliert werden. Die angegebenen Gründe für Unzufriedenheit beziehen sich dabei auf nicht (mehr) vorhandenen sexuellen Kontakt, sowohl mangels einer Partner*in, als auch in bestehenden Beziehungen (Verweigerung des sexuellen Kontakts durch Partner*innen oder „eingeschlafenes“ Sexualeben) und auf Einschränkungen der Sexualität durch die eigene Erkrankung oder Behinderung.

Ein Großteil der Befragten (82,4 %) wünscht sich Veränderungen in Bezug auf seine sozialen Kontakte. Am häufigsten werden hierbei Ansprüche an eine besondere Beziehungsqualität, die nicht nur oberflächlich sein soll, formuliert, wie auch Wünsche nach mehr sozialen Kontakten im Allgemeinen und Unterstützung und Verständnis durch das soziale Umfeld.

Fast alle Befragten informieren sich über das alltägliche Leben in Castrop-Rauxel und nutzen hierzu maßgeblich Druckmedien wie Tageszeitungen und Onlineplattformen (Websites und Nachrichtenfeeds), wobei soziale Medien wie Facebook oder Twitter deutlich seltener zur Information über Castrop-Rauxel herangezogen werden. Bedeutung muss hier auch dem Informationsaustausch über Gespräche im sozialen Netzwerk und mit anderen Personen beigemessen werden, der häufig als sonstige Informationsquelle genannt wird.

Ergänzend und übergeordnet kann festgehalten werden, dass eine Fremdbestimmung des eigenen Lebens von 75,0 % der Befragten „sehr selten / nie“ oder „selten“ erfahren wird, von einem Viertel tendenziell häufiger. Die erlebte Selbstbestimmung in verschiedenen Lebensbereichen wird als überwiegend „stark“ angegeben. Es fällt jedoch auf, dass annähernd die Hälfte der Befragten (46,3 %) von Erfahrungen mit Benachteiligung, Bedrohung oder Gewalt aufgrund der eigenen Behinderung oder Erkrankung berichtet, wobei diese Formen der Gewalt sowohl verbal und psychisch (88,0 %), als auch physisch (56,0 %) und sexuell (24,0 %) ausfallen.

3.5 Grenzen der Forschung

Eine maßgebliche Grenze der vorliegenden Untersuchung liegt darin, dass sie sich auf spezifische Spannungsfelder und Lebenswelten einer Beispielregion konzentriert und die entsprechende Datenerhebung nur über einen vergleichsweise geringen Umfang verfügt. Es ist in dem gewählten Forschungsdesign weder vorgesehen, die Forschung zu verblinden, noch eine Stichprobe konventionell zu randomisieren, um die Problematik der Erreichbarkeit marginalisierter Personengruppen angemessen zu adressieren. Methodisch muss aus forschungsökonomischen Gründen auf eine Transkription und explizierte Auswertung der qualitativen Daten verzichtet werden. Die aus quantitativen Gesichtspunkten kleine, ungeschichtete Stichprobe ist weiterhin nicht für eine inferenzstatistische Auswertung geeignet, Gruppenunterteilungen sind kaum akzeptabel

und die Bildung einer Kontrollgruppe von Menschen ohne Behinderung oder Erkrankung war nicht Teil des methodischen Vorgehens. Die explorative und umfangreiche Erfassung subjektiver Lebensrealität von Menschen in Castrop-Rauxel gelingt hingegen über das entwickelte Erhebungsinstrument angemessen und bietet sowohl eine Grundlage für weitere, spezifischere Forschung, als auch für die Ableitung erster praxisorientierter Entwicklungsprioritäten für die Stadtplanung.

4 Fazit und Ausblick

Abschließend sollen der Projektverlauf und die stattgefundenen ersten Schritte einer kommunalen Inklusionsplanung in Castrop-Rauxel kritisch reflektiert werden, um im Anschluss Perspektiven auf zukünftige Entwicklungspotenziale und Handlungsnotwendigkeiten aufzuzeigen. Die Struktur der Darstellung orientiert sich hierbei an sieben Forderungen an die kommunale Inklusionsplanung von Badstieber und Schlummer (2015):

1. Inklusion als Prozess aktiv gestalten
2. Partizipation sicherstellen, fortführen und strukturell verankern
3. Bewusstseinsveränderung herbeiführen/ Inklusiv Haltung etablieren
4. Leitbild formulieren, Standards festlegen und schützen
5. Inklusion als Querschnittsaufgabe formulieren
6. Ressourcen bereitstellen
7. Nachhaltigkeit sicherstellen

Im Folgenden werden diese Forderungen in Bezug auf die Situation in Castrop-Rauxel präzisiert.

1. Inklusion als Prozess aktiv gestalten

Die Stadtverwaltung Castrop-Rauxels formulierte zum Projektstart im Oktober 2014, Inklusion solle als Prozess aktiv gestaltet werden. Zu diesem Zweck wurden vier Arbeitsgruppen gegründet und zudem eine Steuerungsgruppe eingerichtet. Anvisiert waren monatliche Treffen der Arbeitsgruppen, die für alle Interessierten offen stehen sollten. Die Arbeitsgruppen starteten engagiert und motiviert, hatten in der Folge aber z.B. mit schwindenden Teilnehmerzahlen zu kämpfen (mit Ausnahme der Gruppe „Schule, Bildung und lebenslanges Lernen“). Die Arbeitsgemeinschaft „Schule, Bildung und lebenslanges Lernen“ startete sehr aktiv und führte nach dem ersten Projektjahr einen produktiven Workshop-Tag durch. Einige der dort erarbeiteten Ergebnisse, wie beispielsweise die Notwendigkeiten von Akustikdämmung oder eines übergreifenden Medienpools sind anschließend bereits weiter verfolgt worden, während andere Vorhaben noch umgesetzt werden sollen. Dies betrifft etwa die Themen der Zusammenarbeit mit den Eltern, die Information der Eltern zukünftiger Schüler*innen über die Schulwahl und Rechte ihrer Kinder im Sinne der UN-BRK, aber auch die Kooperation vorschulischer, schulischer und nachschulischer Einrichtungen. 80% der Befragten der hier beschriebenen Studie zeigen sich vom Modell des inklusiven bzw. gemeinsamen Unterrichts überzeugt (Bewertung von „sehr gut“ oder „gut“), da es ihrer Einschätzung nach beispielsweise zu einem Abbau von Vorurteilen und mehr

gegenseitigem Verständnis führen könne. Da sich in der schulischen Praxis vor Ort jedoch auch Beharrungstendenzen äußern, erscheint es wichtig, Themen der schulischen Inklusion stetig zu bearbeiten und weiterhin mit allen Beteiligten zu diskutieren, bzw. entsprechende Räume zum produktiven Austausch zu schaffen.

Auch andere Arbeitsgruppen haben bereits unmittelbar im Planungsprozess Maßnahmen umgesetzt. So rief die Arbeitsgruppe „Kultur und Freizeit“ am 22.01.2016 erfolgreich eine „inklusive Disko“ ins Leben, die im Oktober 2016 inzwischen zum vierten Mal stattfindet. Ziel von Inklusion soll aber vor allem die Umgestaltung vorhandener Angebote sein, damit sie für alle Menschen nutzbar werden. Hier wären weitere Schritte in Kooperation mit bestehenden Vereinen, Initiativen und Anbietern ebenso wichtig wie die Veröffentlichung leicht zugänglicher Informationen über die entsprechenden Angebote. Die eingerichtete Steuerungsgruppe hat nach Ansicht der Verfasser*innen die zentrale Aufgabe, in Zukunft die aktive und prozessorientierte Weiterführung der Planung sicherzustellen, damit erarbeitete Ergebnisse und Strukturen sich nicht auflösen und neue Formen der Weiterarbeit gefunden werden können, die von den Beteiligten als motivierend erlebt werden. Hierzu ist auch eine stärkere Befürwortung und Förderung der Projektthemen durch Politik und Verwaltung notwendig.

2. Partizipation sicherstellen, fortführen und strukturell verankern

Die politische Partizipation von Bürger*innen mit Behinderung ist ein zentrales Anliegen, aber auch Problemfeld im Prozess der kommunalen Inklusionsplanung. Es ist im Verlauf der vergangenen zwei Jahre nur vereinzelt gelungen, Bürgerinnen und Bürger aktiv zu beteiligen. Die Gründe für eine Nichtbeteiligung an kommunalen Planungsprozessen sind vielfältig bzw. wären teilweise noch zu klären⁶ (das legen auch die Ergebnisse der studentischen Projektgruppen 2015/2016⁷ nahe, die über das Projektstudium der TU Dortmund in die Kooperation mit der Stadt Castrop-Rauxel eingebunden waren). In den städtischen Arbeitsgruppen wurde das Problem mangelnder Partizipation zwar kritisch reflektiert und es wurde nach alternativen Beteiligungsmethoden gesucht – Bislang hat aber keine Umsetzung alternativer Vorgehensweisen oder Erprobung entsprechender Instrumente stattgefunden. Da ein World-Café der studentischen Projektgruppe am 11.06.2016 im Bürgerhaus Rauxel erfolgreich durchgeführt werden konnte und auf Interesse der Besucher*innen stieß, wäre eine Verstetigung eines solchen (oder ähnlichen) Angebots möglicherweise erfolgversprechend.

⁶ Als Gründe der Nichtbeteiligung an kommunalen Planungsprozessen wurden beispielsweise benannt: nicht vorhandene Barrierefreiheit der Veranstaltungsräume, Fach- und Verwaltungssprache, Uhrzeiten und Ort der Treffen, keine Kenntnisse über die Aktionsplanung, das Gefühl, nicht gehört und ernst genommen zu werden, die Erwartung, dass sich nichts ändern wird etc.

⁷ Siehe unveröffentlichte Projektberichte.

Die befragten Personen nennen zudem am häufigsten weitere (kurze) Befragungen zu bestimmten Themen und die Teilnahme an einmaligen Veranstaltungen wie Workshops als Beteiligungsmethoden, die sie mit hoher Wahrscheinlichkeit in Zukunft wahrnehmen würden. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass eine Befragung keine Methode der Partizipation im Sinne der UN-BRK darstellt und höchstens als „Vorstufe der Partizipation“ verstanden werden kann (Rohrmann et al. 2014, S. 63). Nichtsdestotrotz ist das Interesse der befragten Bürger*innen nach einer aktiven Beteiligung und die Bereitschaft zur zukünftigen Mitarbeit an dieser Stelle zu betonen. Insgesamt fällt auf, dass Castrop-Rauxel über wenig etablierte und entwickelte Strukturen der (politisch aktiven) Selbsthilfe verfügt. In Hinblick auf die Zielsetzung einer partizipativen Stadtentwicklung erscheint es unmittelbar notwendig, diese Strukturen anzuregen und zu fördern, z.B. über verstärkte Anerkennung bürgerlichen Engagements. Auch der vorhandene Behindertenbeirat (oder eine zukünftige Form dieses Gremiums) verfügt über das Potenzial, stärker als bisher in Planungen einbezogen zu werden. Dies wurde bereits bezüglich Fragen der Verkehrswegeplanung und Stadtentwicklung von Seiten der Verwaltung angekündigt. Weitergehend muss auch die Ausweitung politischer Partizipationsmöglichkeiten geprüft werden, beispielsweise in Form eines für eine größere Gruppe von Akteuren zugänglichen Inklusionsbeirats. Ein entsprechendes Positionspapier wurde auf Anfrage erstellt und befindet sich im Anhang dieser Studie.

Teilhabe bzw. Partizipation kann sich weiterhin nur positiv auswirken, wenn bestehende Machtstrukturen kritisch reflektiert werden (vgl. Prosetzky 2009):

„Dem Bedürfnis jeder Institution zu funktionieren und fortzubestehen kann das Bedürfnis nach mehr demokratischer Teilhabe und Teilnahme – und dies ist gleichbedeutend mit einer Veränderung der bestehenden Macht, Gewalt- und Herrschaftsverhältnisse – diametral gegenüber stehen. Daher kann von Partizipation nur die Rede sein, wenn daraus Konsequenzen für die Machtverteilung erfolgen.“

(ebd.)

Diejenigen Institutionen, die bereit waren und sind, sich auf diesen Weg zu machen, sollten Anerkennung ihrer Bemühungen erfahren und Strukturen vorfinden, die es ihnen ermöglichen, ihre Ansätze weiterzuentwickeln. Gewalt, Missachtung und Diskriminierung (siehe Kap. 2.2.2) sind weitere zentrale Themen, die bei inklusionsorientierten Planungen Berücksichtigung erfordern. In den durchgeführten Interviews wurden erhebliche Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen der Befragten in Castrop-Rauxel deutlich. Sowohl diese Benachteiligung und Bedrohung von Menschen mit Behinderung als auch bestehende Machtasymmetrien durch Einrichtungen und professionelle Akteure müssen bei zukünftigen Prozessen verstärkt Beachtung finden.

Diskriminierende Haltungen beteiligter Akteure sind als latente Barrieren inklusiver Planungsprozesse zu verstehen (Kap. 2.2.5).

In Bezug auf die soziale Teilhabe behinderter Menschen sind positive Entwicklungen in Castrop-Rauxel zu verzeichnen: Aus der Arbeitsgruppe „Wohnen und Versorgung“ heraus hat sich ein „Stammtisch Inklusion“ gegründet, der sich monatlich in einer barrierefreien Gaststätte trifft, um über aktuelle Probleme und Fragen zu sprechen. Derartige Schritte erscheinen auch in Hinblick auf die häufig formulierten Veränderungswünsche der Befragten im Bereich ihres sozialen Netzwerks (von 82,4 % der Personen angegeben) wichtig, da sie sich mehr und intensivere soziale Kontakte und einen regelmäßigen Austausch von Menschen mit und ohne Behinderung in Castrop-Rauxel wünschen.

Wichtig, um gleichberechtigte Teilhabe aller zu erreichen, ist weiterhin, dass die Aktivitäten der Stadt zur Inklusionsplanung allen Beteiligten offen stehen. Diesbezügliche Barrieren (sprachlich, räumlich, technisch) sind zu vermeiden. Zudem muss der zu veröffentlichende „Aktionsplan Inklusion“ ebenfalls in leichter Sprache formuliert werden. Barrierefreiheit im Allgemeinen wurde von einem Großteil der Befragten als wichtige Entwicklungspriorität für die Teilhabe in Castrop-Rauxel angegeben. Im Bereich der Medien und Informationsquellen scheinen Informationen über den Alltag in Castrop-Rauxel an den Nutzungsgewohnheiten und -anforderungen von Menschen mit Behinderung vorbeizugehen: Die maßgeblich zur Information genutzten Plattformen (Druckmedien und Websites) entsprechen nicht den Anforderungen von Barrierefreiheit in Bezug auf visuelle Gestaltung (auch Orientierungshilfen im Layout), Audioausgaben von Textinformationen oder einfach verständliche Inhalte. Hier muss auch der barrierefreie Zugang auf Websites über mobile Browser (Smartphones, Tablets) einbezogen werden. Nur knapp ein Drittel der Befragten (34,5 %) ist über den „Aktionsplan Inklusion“ informiert, wobei diese Information entweder über Druckmedien, eigene politische Partizipation und entsprechende Kontakte oder persönliche Gespräche mit anderen Personen (nicht über Websites, soziale Medien etc.) vermittelt worden ist. Auch im öffentlichen Raum und bei der Bewegung im Verkehr werden deutliche Einschränkungen und Barrieren berichtet, denen sich die inklusive Stadtentwicklung weiterhin widmen muss.

3. Bewusstseinsveränderung herbeiführen/ Inklusiv Haltung etablieren

Wiederkehrende Kampagnen und regelmäßige Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung erscheinen notwendig, um die notwendige Aufmerksamkeit auf die Thematik Inklusion zurückzuführen, die in der alltäglichen Berichterstattung schnell überlagert wird. Viele Befragte sahen in fehlenden Bestrebungen zur Bewusstseinsbildung vor Ort einen Faktor, der Teilhabe in Castrop-Rauxel derzeit verhindert. Ein Auftakt wurde diesbezüglich mithilfe einer studentischen Projektgruppe erreicht, die am 14.06.2015 in

der Waldschule in Castrop-Rauxel einen „Aktionstag Inklusion“ mit dem Ziel der Bewusstseinsbildung durchführte. Weitere Aktionen, z.B. zum 5. Mai (Tag der Gleichstellung) oder 3. Dezember (Tag der Menschen mit Behinderung) wären denkbar. Neben gesonderten Aktionen wäre es noch zentraler, sämtliche Feste und Veranstaltungen der Stadt inklusiv zu gestalten. Dabei gilt es, viele zivilgesellschaftliche Akteure aktiv in den Prozess einzubeziehen.

Positiv hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Intention der Volkshochschule Castrop-Rauxel, zukünftig Angebote vorzuhalten, die sich mit Teilhabe und Inklusion beschäftigen (politische Partizipation, z.B. Exkursionen zum Landtag). Mitarbeitende der Verwaltung, die sich in den letzten beiden Jahren mit Inklusion beschäftigt haben, berichten außerdem in informellen Gesprächen von einer Sensibilisierung für Themen der UN-BRK im fachlichen und privaten Bereich.

Um wirksam zu sein, aber auch um eine inklusive Haltung in allen Ebenen der städtischen Verwaltung zu erzielen, erscheint es wichtig, die Inklusionsplanung auf allen Ebenen und in allen Bereichen kommunaler Planung zu verankern, z.B. auch in Stadt- und Bauplanung, Schulentwicklungsplanung oder der Jugendhilfe. Eine alleinige Verortung im Verwaltungsressort „Soziales“ wird dem Anliegen der Inklusion nicht gerecht und greift zu kurz.

4. Leitbild formulieren, Standards festlegen und schützen

Da die Vorbereitung eines „Aktionsplans Inklusion“ für die Stadt Castrop-Rauxel auch eine Auseinandersetzung mit Zielen, Zielgruppen und Normen bedeutet, sind erste wichtige Schritte in Richtung eines entsprechenden Leitbilds eingeleitet worden. Die Festlegung und praktische Einhaltung implizierter Standards ist jedoch eine Aufgabe, die weit über die schriftliche Formulierung hinausgeht und maßgeblich persönliche, subjektive Haltungen und professionelle Selbstverständnisse anschneidet. Die Stadt steht in der Verantwortung, ein entwickeltes Leitbild demnach mit allen beteiligten Akteuren auszuhandeln und seine Aufrechterhaltung systematisch zu kontrollieren, zumindest jedoch zu fördern.

5. Inklusion als Querschnittsaufgabe formulieren

Die in Castrop-Rauxel notwendige Organisation der Aufnahme und Unterbringung geflüchteter Menschen bindet seit Beginn des Jahres 2015 auch zunehmend Ressourcen des Projekts „Aktionsplan Inklusion“. Es bestehen bisher wenige praktische Bestrebungen zur synergetischen Verwendung des „inkluisiven Gedankens“ in beiden Bereichen. Diese Trennung wird jedoch sicherlich zum Teil durch die Intervention des Forschungsprojekts aufrechterhalten bzw. verstärkt, da im Projektzeitraum aus zeitlichen, finanziellen und fachlichen Gründen ein Fokus auf die Themen Behinderung bzw. Beeinträchtigung gelegt werden musste. Fragen nach Querschnittsthemen wurden aber immer wieder in den Arbeitsgruppen und der Steuerungsgruppe benannt und bereits im März 2016 im Behindertenbeirat der Stadt diskutiert.

6. Ressourcen bereitstellen

Auf der Eröffnungsveranstaltung zum Projekt „Aktionsplan Inklusion“ am 01.10.2014 verkündete der damalige Bürgermeister der Stadt Castrop-Rauxel, Johannes Beisenherz, der Stadt sei bewusst, dass für die Umsetzung inklusiver Maßnahmen finanzielle Ressourcen notwendig seien und sicherte zu, diese auch bereitzustellen. Diese Zusicherung muss die Stadt in den nächsten Jahren unter Beweis stellen, wenn es darum geht, die von den Arbeitsgruppen vorgeschlagenen Maßnahmen umzusetzen. Es erscheint retrospektiv nicht erfolversprechend, bereits in anderen Bereichen eingebundene Mitarbeitende der Stadtverwaltung zusätzlich mit Aufgaben der Projektdurchführung eines vergleichbaren Forschungsprojekts zu beauftragen, ohne diese Personen an anderer Stelle zu entlasten.

Bedeutsam ist aus Sicht der Forschungsgruppe besonders, dass personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, damit der Prozess der kommunalen Inklusionsplanung systematisch, aktiv und kontinuierlich stattfindet. Dies bezieht sich sowohl auf Personal für die Projektkoordination, als auch zur Qualitätssicherung. Benötigt werden Personen, die gut vernetzt sind und sich engagiert und aktiv des Auftrages annehmen. Auch am gut besuchten Workshop-Tag der AG Schule, Bildung und lebenslanges Lernen am 03.09.2015 wurde deutlich, wie sehr eine koordinierende lokale Stelle der Inklusionsplanung fehlt. Eine derartige Koordinationsstelle wäre zumindest solange notwendig, bis die Inklusionsplanung in Castrop-Rauxel über einen stabileren Stand verfügt und selbstverständlich in allen kommunalen und institutionellen Planungen berücksichtigt wird.

7. Nachhaltigkeit sicherstellen

Einer produktiven Prozessteuerung ist daran gelegen, die begonnenen Prozesse fortzuführen bzw. zu intensivieren und als Schnittstelle zwischen den einzelnen Beteiligten (Menschen mit Behinderung, Institutionen, Verbände, Verwaltung, Politik...) zu fungieren. Besonders die bereits erschlossenen Ressourcen in Form von persönlichen Netzwerken, Motivationen und eingeleiteten Kleinprojekten (inklusive Disko, inklusiver Stammtisch) laufen Gefahr, bei mangelnder Förderung und Wertschätzung durch die Stadtgesellschaft ihren Antrieb zu verlieren, da sie nur durch eine geringe Anzahl von Personen gestützt werden. Eine von allen Projektarbeitsgruppen vorgeschlagene zentrale „Koordinierungsstelle“ scheint zur Aufrechterhaltung der Netzwerkaktivität sinnvoll, ist jedoch ebenfalls aufgrund der Finanzierungsfrage gefährdet. Deshalb sollten auch Alternativen externer Förderung, beispielsweise durch Projektmittel einzelner Träger, weiterhin geprüft und entsprechende Anträge gestellt werden.

Eine Koordination kann zudem auch dabei unterstützen, entstandene Synergien aufrechtzuerhalten, wie sie beispielsweise in der Kooperation zwischen verschiedenen Akteuren im Verlauf des Forschungsprojekts entstanden sind. Abgesehen hiervon werden zur Gewährleistung von Nachhaltigkeit sowohl materielle, als auch informationsbezogene Ressourcen für das Monitoring und die Evaluation der umgesetzten Maßnahmen benötigt.

Da diese Untersuchung als erste wissenschaftliche Begleitung der inklusiven Stadtentwicklung in Castrop-Rauxel relevante Bedarfe der Bürgerinnen und Bürger erschließen konnte, wird die Stadt diese Ergebnisse in ihrem „Aktionsplan Inklusion“ berücksichtigen wollen. Art. 31 der UN-BRK weist jedoch ausdrücklich auf die Pflicht der Kommunen hin, auch im Zuge des folgenden Monitorings und der kommenden Jahre regelmäßig aktuelle Informationen zu sammeln und ggf. entsprechende Datengrundlagen zu erheben.

Literatur

- Aktion Mensch (o. J.): Was ist Inklusion? Online verfügbar unter <https://www.aktion-mensch.de/themen-informieren-und-diskutieren/was-ist-inklusion.html> [Stand 29.05.2018]
- Badstieber, Benjamin; Schlummer, Werner (2015): Kommunale Inklusionsplanung in Köln - Herausforderungen und Umsetzungsstrategien im (außer-)schulischen Kontext. In: Teilhabe (1), S. 26–31.
- Bereich Stadtentwicklung und Wirtschaftsförderung der Stadt Castrop-Rauxel (2015): Bevölkerungsstatistik 2015. Castrop-Rauxel. Online verfügbar unter https://www.castrop-rauxel.de/Inhalte/Wohnen_Wirtschaft/Stadtentwicklung/Stadtfor-schung_Statistik/Einwohnerstatistik_31.12.2015.pdf [Stand 29.05.2018]
- Blanz, Matthias (2015): Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit. Grundlagen und Anwendungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Booth, Tony (2008): Ein internationaler Blick auf inklusive Bildung: Werte für alle? In: Hinz, Andreas; Körner, Ingrid; Niehoff, Ulrich (Hg.): Von der Integration zur Inklusion. Grundlagen – Perspektiven – Praxis. Marburg: Lebenshilfe, S. 53-73.
- Booth, Tony; Ainscow, Mel (2011): Index for inclusion: developing learning and participation in schools. 3. grundl. überarb. und erw. Aufl. Bristol: CSIE.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2008): Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, ausgegeben zu Bonn am 31. Dezember 2008. Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Hg. v. Bundesanzeiger Verlag. Bonn (Bundesgesetzblatt, 35). Online verfügbar unter http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl208s1419.pdf [Stand 29.05.2018]
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn. Online verfügbar unter http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile [Stand 29.05.2018]
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) (2015): Concluding Observations on the initial report of Germany. Hg. v. CRPD. Genf. Online verfügbar unter <http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=CRPD/C/DEU/CO/1&Lang=E> [Stand 29.05.2018]
- Dederich, Markus (2001): Menschen mit Behinderung zwischen Ausschluss und Anerkennung. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR) (2013): Amicus-Curiae-Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention in dem Verfahren 6 AZR 190/12 des Bundesarbeitsgerichts (eingereicht am 10.09.2013). Berlin. Online verfügbar unter http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/_migrated/tx_commerce/Amicus_Curiae_Stellungnahme_der_Monitoring_Stelle_im_Verfahren_des_Bundesarbeitsgerichts.pdf [Stand 29.05.2018]
- Eckhardt, Jennifer; Schüller, Simone; Wacker, Elisabeth (2016): Dortmund - sozial-innovative Stadt für Teilhabe (Do-iT). Bericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung in Dortmund. In: Dortmunder Inklusionsplan 2020. Dortmund - sozial-innovative Stadt für Teilhabe (Do-iT). Dokumentation der Tagung am 2. September 2015, Dortmund, S. 1-143.
- Fachdienst 59 - Schwerbehindertenangelegenheiten - des Kreises Recklinghausen (2016): Kreis Recklinghausen - Gesamtstatistik Einwohner mit Behinderungen. Stichtag 31.12.2015. Recklinghausen, nicht veröffentlicht.
- Hinz, Andreas (2013): Inklusion – von der Unkenntnis zur Unkenntlichkeit!? – Kritische Anmerkungen zu einem Jahrzehnt Diskurs über schulische Inklusion in Deutschland. In:

- Zt. Inklusion online 01/2013. Online verfügbar unter <http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/26/26> [Stand 29.05.2018]
- Honneth, Axel (2003): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Mit einem neuen Nachwort. Frankfurt am Main: suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1129).
- IT.NRW (2016): 2015 lebten in NRW knapp 1,8 Millionen schwerbehinderte Menschen. Pressemitteilung, 21.04.2016. Düsseldorf. Online verfügbar unter https://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2016/pres_099_16.html [Stand 29.05.2018]
- Kreutz, Marcus; Trenk-Hinterberger, Peter; Lachwitz, Klaus (2013): Die UN-Behindertenrechtskonvention in der Praxis. Erläuterungen der Regelung und Anwendungsgebiete. Köln: Luchterhand.
- Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes NRW (MAIS) (2012): Aktionsplan der Landesregierung. Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Online verfügbar unter https://www.mais.nrw/sites/default/files/asset/document/121115_endfassung_nrw-inklusive.pdf [Stand 29.05.2018]
- Montag Stiftung Jugend und Gesellschaft (Hg.) (2011): Inklusion vor Ort. Der Kommunale Index für Inklusion – ein Praxishandbuch. Bonn: Selbstverlag.
- Prenzel, Annedore (1993): Pädagogik der Vielfalt. Verschiedenheit und Gleichberechtigung in Interkultureller, Feministischer und Integrativer Pädagogik. Opladen: Leske und Budrich.
- Prosetzky, Ingolf (2009): Isolation und Partizipation. In: Dederich, Markus; Jantzen, Wolfgang (Hg.): Behinderung und Anerkennung. Stuttgart: Kohlhammer (Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Bd. 2), S. 87–95.
- Reich, K. (2012): Inklusion und Bildungsgerechtigkeit. Standards und Regeln zur Umsetzung einer inklusiven Schule. Weinheim, Basel: Beltz.
- Rohrmann, Albrecht; Schädler, Johannes; Kempf, Matthias; Konieczny, Eva; Windisch, Marcus (2014): Inklusive Gemeinwesen Planen. Eine Arbeitshilfe. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. Online verfügbar unter http://www.uni-siegen.de/zpe/projekte/inklusivegemeinwesen/inklusive_gemeinwesen_planen_final.pdf [Stand 29.05.2018]
- Schnell, Rainer; Hill, Paul. B.; Esser, Elke (2013): Methoden der empirischen Sozialforschung. 10., überarb. Aufl., München: Oldenbourg Verlag.
- Schröttle, Monika; Hornberg, Claudia (2014): Anhang A: Quantitativer Fragebogen. In: Schröttle, Monika; Hornberg, Claudia: Abschlussbericht. "Vorstudie für eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung(en)". Unter Mitarbeit von Stefan Zapfel, Ivonne Wattenberg, Kathrin Vogt, Gudrun Kellermann und Johanna Becker. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin. Online verfügbar unter http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-vorstudie-repraesentativbefragung-teihabe-quantitativer-fragebogen.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Stand 29.05.2018]
- Seifert, Monika (2006): Inklusion ist mehr als Wohnen in der Gemeinde. In: Dederich, Markus; Greving, Heinrich; Mürner, Christian; Rödler, Peter (Hg.): Inklusion statt Integration? Heilpädagogik als Kulturtechnik. Gießen: Psychosozial-Verlag (Edition psychosozial), S. 98–113.
- Steinke, Ines (1999): Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung. Weinheim, München: Juventa.
- Stichweh, Rudolf (2005): Inklusion und Exklusion. Studien zur Gesellschaftstheorie. Bielefeld: transcript.
- Taylor, Charles (1993): Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Wocken, Hans (2010): Qualitätsstufen der Behindertenpolitik und -pädagogik. Bad Boll (Online-Texte der Evangelischen Akademie Bad Boll). Online verfügbar unter <http://www.ev-akademie-boll.de/fileadmin/res/otg/501909-Wocken.pdf> [Stand 29.05.2018]

Anhang

Fragebogen

Positionspapier Inklusionsbeirat