

Dortmunder Umfragen

Interview im Kontext „Altersgerechte Stadt im Lichte des Demografischen Wandels“ / Demografiewerkstatt Kommunen

Die Stadt Dortmund erarbeitet gegenwärtig ein Konzept für eine altersgerechte Stadt. Hintergrund ist die Zunahme und die steigende Lebenserwartung älterer Menschen. Mit dem neuen Konzept soll erreicht werden, dass sich in Dortmund die Wohn- und Lebensbedingungen im Alter verbessern. Dazu gehören zum Beispiel sichere und barrierefreie Fußwege, ein seniorenfreundlicher Nahverkehr, mehr Sitzmöglichkeiten und Toiletten oder neue wohnortnahe Nachbarschaftstreffs, um der Einsamkeit im Alter aktiv zu begegnen. Das wichtigste Ziel ist es, dass die Menschen möglichst im Alter in ihrem vertrauten Umfeld selbstständig und selbstbestimmt leben können.

Ein zusätzliches Interesse besteht darin, ob es einen besonderen Unterstützungs- und Hilfebedarf für ältere Menschen gibt, wenn sie 80 Jahre und älter sind. Durch Interviews von Besucherinnen und Besuchern von Begegnungsstätten im Dortmunder Stadtteil Marten besteht die Möglichkeit, dazu entsprechende Hinweise zu erfahren. Die Ergebnisse werden anschließend anonymisiert im Konzept der Stadt Dortmund für eine altersgerechte Stadt berücksichtigt.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Alle Fragebögen werden so ausgewertet, dass Rückschlüsse auf einzelne Personen nicht möglich sind. Selbstverständlich erfolgt die Befragung anonym und auf freiwilliger Basis. Alle Fragebögen werden nach der Auswertung vernichtet.

1. Wohnen/Wohnsituation

1.1 In welchem Stadtteil wohnen Sie?

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Alt-Martens | <input type="checkbox"/> Bövinghausen | <input type="checkbox"/> Somborn |
| <input type="checkbox"/> Germania | <input type="checkbox"/> Kley | <input type="checkbox"/> Kirchlinde |
| <input type="checkbox"/> Lütgendortmund | <input type="checkbox"/> Oespel | <input type="checkbox"/> Dellwig |
| <input type="checkbox"/> Westrich | <input type="checkbox"/> Holte | <input type="checkbox"/> In einem anderen Stadtteil |

1.2 Wie lange wohnen Sie dort bereits?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Weniger als 10 Jahre | <input type="checkbox"/> 20 bis unter 30 Jahre | <input type="checkbox"/> Von Geburt an |
| <input type="checkbox"/> 10 bis unter 20 Jahre | <input type="checkbox"/> 30 und mehr Jahre | |

1.3 Wie sieht Ihre derzeitige Wohnsituation aus?

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| Ich wohne in einem Einfamilienhaus ... | <input type="checkbox"/> im Privateigentum | <input type="checkbox"/> zur Miete |
| Ich wohne in einer Wohnung ... | <input type="checkbox"/> im Privateigentum | <input type="checkbox"/> zur Miete |
| Ich wohne in einer Wohneinrichtung (Seniorenheim, betreutes Wohnen o.ä.) | | <input type="checkbox"/> |

1.4 Wohnen in Ihrem Haushalt weitere Personen?

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

Wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner | <input type="checkbox"/> Eltern/ Geschwister |
| <input type="checkbox"/> Kinder | <input type="checkbox"/> Andere |

2. Barrierefreiheit des genutzten Wohnraums

2.1 Wenn Sie an die baulichen Verhältnisse in Ihrer Wohnung oder in Ihrem Haus denken: Kommen Sie gut zurecht oder bereitet Ihnen etwas Probleme? (Mehrfachnennungen möglich)

Im Bad habe ich ...	<input type="checkbox"/> große Probleme	<input type="checkbox"/> wenige Probleme	<input type="checkbox"/> keine Probleme
In der Toilette habe ich ...	<input type="checkbox"/> große Probleme	<input type="checkbox"/> wenige Probleme	<input type="checkbox"/> keine Probleme
Im Treppenhaus/Eingang habe ich ...	<input type="checkbox"/> große Probleme	<input type="checkbox"/> wenige Probleme	<input type="checkbox"/> keine Probleme
Mit Schwellen und Stufen habe ich ...	<input type="checkbox"/> große Probleme	<input type="checkbox"/> wenige Probleme	<input type="checkbox"/> keine Probleme
Mit Türbreiten habe ich	<input type="checkbox"/> große Probleme	<input type="checkbox"/> wenige Probleme	<input type="checkbox"/> keine Probleme

2.2 Treppen können im Alter zunehmend zum Problem werden. Wie ist das bei Ihnen zuhause? (Mehrfachnennungen möglich)

- Mein Haus/Meine Wohnung ist vollständig barrierefrei.
- Ich muss keine oder nur wenige Treppen steigen, um in meine Wohnung/mein Haus zu gelangen.
- Ich muss viele Treppen steigen, um in meine Wohnung/mein Haus zu gelangen.
- Ich kann einen Lift nutzen.
- Ich muss innerhalb meiner Wohnung/meines Hauses Treppen steigen.

2.3 Wenn Sie im Privateigentum wohnen, hätten Sie im Bedarfsfall Interesse an Umbaumaßnahmen für altersgerechtes Wohnen zuhause?

- Ja Ja, kann ich mir finanziell aber nicht leisten. Nein

3. Die allgemeine Lebenszufriedenheit

3.1 Drücken Sie bitte Ihre allgemeine Lebenszufriedenheit in Schulnoten aus:

Zufriedenheit mit ...

Ihrem Leben allgemein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Ihrer Gesundheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Ihrer Wohnsituation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Ihrer Eigenständigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Ihren sozialen Kontakten (Familie/Verwandte/Freunde)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Ihrer Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Ihrer finanziellen Situation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

4. Mobilität und Selbstversorgung

4.1 Können Sie gut laufen und sich bewegen?

- Ja Nein Es ist von der Tagesform abhängig.

4.2 Nutzen Sie Mobilitätshilfen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

- Gehstock Rollstuhl Scalamobil
 Rollator Raupe

4.3 Können Sie die Wohnung selbstständig verlassen und wieder aufsuchen?

- Ja Nein Es ist von der Tagesform abhängig.

4.4 Wie legen Sie Wege hauptsächlich zurück, die zu Fuß nicht zu erreichen oder zu bewältigen sind? (Nur 1 Antwort)

- Ich fahre noch selbst Auto. Ich werde in der Regel von anderen gefahren/mitgenommen.
 Ich bin auf Bus/Bahn angewiesen. Ich fahre mit dem Taxi oder benutze Fahrdienste.
 Ich nutze das Fahrrad. Ich habe keine dieser Möglichkeiten.

4.5 Was würden Sie vermutlich tun, wenn Sie plötzlich so eingeschränkt wären, dass Sie die Wohnung nicht mehr selbstständig verlassen können? (Nur 1 Antwort)

- Ich würde weiter zu Hause wohnen und meine Angehörigen/Zugehörigen um Unterstützung bitten.
 Ich würde weiter zu Hause wohnen und ambulante Hilfe (Pflegedienst/Sozialstation) in Anspruch nehmen.
 Ich würde zu An- oder Zugehörigen ziehen.
 Ich würde in ein Alten- oder Pflegeheim ziehen.
 Ich könnte mir vorstellen, in ein Mehrgenerationenhaus (Wohnhaus mit Bewohnern unterschiedlicher Altersstrukturen, die sich zur gegenseitigen Hilfestellung verpflichten) zu ziehen.
 Ich würde in eine barrierefreie Wohnung umziehen.
 Weiß nicht/Keine Angabe

4.6 Erhalten Sie derzeit Unterstützung im Alltag, Haushalt oder bei der Pflege?

- Ja Nein

Falls ja, wer leistet diese Hilfe? (Mehrfachnennungen möglich)

- Meine Partnerin/Mein Partner Freunde/Bekannte
 (Schwieger-)Tochter/Sohn/Sonstige Angehörige Hausnotruf-Anbieter
 Sozialstation/Ambulanter Pflegedienst Essenbringdienst
 Nachbarn Andere

4.7 Nehmen Sie Versorgungsangebote, die in Ihren Haushalt kommen, in Anspruch?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

- Haushaltshilfe Pflegedienst Geld abholen Zahnarzt/Zahnärztin
 Essenbringdienst Krankengymnast/in Gesetzlicher Betreuer/in Apotheke
 Fußpflege Ergotherapie Arzt/Ärztin Mobile Mode
 Friseur

5. Nutzung moderner Medien

5.1 Nutzen Sie eines oder mehrere der folgenden modernen Medien?

			Möchten Sie dazu etwas Lernen?	
Internet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
PC/Laptop/Tablet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Smartphone	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Handy	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schnurloses Telefon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

5.2 Wie fänden Sie es, wenn Sie in Marten die Möglichkeit hätten, eine Computer- und Smartphone-Sprechstunde aufzusuchen, bei der Ihnen mit der Bedienung Ihrer mitgebrachten Medien geholfen würde?

- Ja, das fände ich interessant. Nein, das wäre uninteressant für mich.

6. Seniorengerechte Infrastruktur in Marten

6.1 Sind Ihrer Meinung nach genügend Sitzmöglichkeiten in Marten aufgestellt?

- Ja Nein Weiß nicht/Keine Angabe

6.2 Stehen Ihrer Meinung nach genügend öffentlich nutzbare und saubere Toiletten in Marten zur Verfügung?

- Ja Nein Weiß nicht/Keine Angabe

6.3 Wären Sie bereit, einen kleinen Betrag für die Nutzung öffentlich nutzbarer Toiletten zu entrichten?

- Ja Nein Weiß nicht/Keine Angabe

6.4 Gibt es in Marten einen öffentlichen Platz, an dem Sie sich gerne öfters aufhalten würden, dies aber aufgrund fehlender Toiletten und/oder Sitzmöglichkeiten nicht machen können?

- Ja Nein Weiß nicht/Keine Angabe

Wenn ja, wo?

Diese Felder bitte nicht beschriften!

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

7. Zum Abschluss benötigen wir für die statistische Auswertung der Umfrage einige Informationen zu Ihrer Person

7.1 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

- Weiblich Männlich

7.2 Bitte geben Sie Ihr Alter an:

- Bis unter 70 Jahre 75 bis 79 Jahre 85 bis 89 Jahre
 70 bis 74 Jahre 80 bis 84 Jahre 90 Jahre und älter

7.3 Wie ist Ihr Familienstand?

- Ledig Geschieden/Getrennt lebend
 Verheiratet/Eingetragene Lebenspartnerschaft Verwitwet
 Mit einer Partnerin/einem Partner zusammen lebend

7.4 Was ist Ihre Staatsangehörigkeit?

- Deutsch
 Andere



und zwar:

Diese Felder bitte nicht beschriften!

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

7.5 Haben wir noch etwas vergessen, oder möchten Sie gerne noch etwas ansprechen?

Diese Felder bitte nicht beschriften!

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Diese Felder bitte nicht beschriften!

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an der Befragung teilzunehmen!