

## Umfrage:

### Wie leben lesbische und schwule Menschen ab 60 Jahren in Essen und welche Wünsche und Bedürfnisse haben sie?

Sehr geehrte Damen und Herren,  
die Aidshilfe Essen e.V. und FLiP e.V. - FrauenLiebe im Pott führen eine Befragung zur lesbisch-schwulen Generationenarbeit in den Stadtteilen **Frohnhausen**, **Holsterhausen** und **Rüttenscheid** durch. Diese Befragung wird durch die Stadt Essen finanziert. Die Umfrage ermittelt die Bedürfnisse und Wünsche von älteren lesbischen Frauen und schwulen Männern. Dafür benötigen wir Ihre Unterstützung! Wir möchten dazu einen Beitrag leisten, dass Sie auch im Alter weiterhin am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können und sich in Ihrem Stadtteil wohlfühlen.

Die Ergebnisse der Umfrage werden im Anschluss in Form einer Broschüre auf der Homepage [www.aidshilfe-essen.de](http://www.aidshilfe-essen.de) und im Frühjahr 2020 im Rahmen einer Fachveranstaltung veröffentlicht.

Wir freuen uns sehr, dass Sie an dieser Umfrage teilnehmen und uns Ihre Wünsche und Bedürfnisse mitteilen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nur zum Zweck der Auswertung anonym gespeichert.

Bitten Sie auch Ihre lesbischen Freundinnen oder Ihre schwulen Freunde, an unserer Umfrage teilzunehmen – jeder ausgefüllte Fragebogen ist wertvoll.

#### Kontakt:

Astrid Gabb und Lana Zimmermann  
Mitarbeiterinnen im Projekt  
Aidshilfe Essen e.V. Varnhorststr. 17, 45127 Essen  
E-Mail: [umfrage@aidshilfe-essen.de](mailto:umfrage@aidshilfe-essen.de)  
Tel.: 0201-10537-00



Finanziert aus Mitteln des Seniorenförderplans.



## I. Informationen zum Stadtteil

### In welchem Stadtteil von Essen wohnen Sie?

- Frohnhausen  Holsterhausen  Rüttenscheid  anderer: *Hier Text eingeben*

### In welchem Stadtteil von Essen nutzen Sie Angebote?

- Frohnhausen  Holsterhausen  Rüttenscheid  anderer: *Hier Text eingeben*

## II. Persönliche Daten

### In welchem Jahr sind Sie geboren?

19 *xx* (Bitte Zahlen auswählen)

### Welches Geschlecht haben Sie?

- weiblich  männlich  *Hier Text eingeben*

### Was beschreibt am besten Ihre sexuelle Orientierung?

- lesbisch  schwul  
 bisexuell  *Hier Text eingeben*

## III. Informationen zur Wohnsituation

### Wie viele Personen, Sie selbst mitgerechnet, leben in Ihrem Haushalt?

- 1 Person  2 Personen  
 3 Personen  4 und mehr Personen  
 Hausgemeinschaft mit *Zahl auswählen* Personen

### Leben Sie zusammen mit ... (Mehrfachnennungen möglich)

- Ehepartner\*in  In eingetragener  
 Lebenspartner\*in Lebenspartner\*innenschaft  
 Kindern  Geschwistern  
 Freund\*innen  
 sonstigen Personen: *Hier Text eingeben*

### Von welchen Personen oder sozialen Netzwerken erhalten Sie Unterstützung bei Besorgungen, im Haushalt oder im Falle einer Krankheit?

- Ehepartner\*in  In eingetragener  
 Lebenspartner\*in Lebenspartner\*innenschaft  
 Kindern  Geschwistern  
 Freund\*innen  
 sonstigen Personen: *Hier Text eingeben*

**Wohnen Sie in einem Wohnheim oder einer ähnlichen Unterkunft?**

- nein  ja, und zwar
- Altenheim/Pflegeheim
- betreutes Wohnen
- sonstiges Heim

**Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?**

- sehr zufrieden  zufrieden  teils/teils  eher unzufrieden  sehr unzufrieden

**Möchten Sie in naher Zukunft etwas an Ihrer Wohnsituation ändern?**

- nein  ja, und zwar: *Hier Text eingeben*

**IV. Ambulante Angebote im Stadtteil****Welche offenen bzw. ambulanten Angebote kennen Sie?**

- Nein, ich bin an ambulanten Angeboten nicht interessiert.
- Nein, ich kenne keine ambulanten Angebote.

|                                  | <u>ja</u>                | <u>nein</u>              |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ambulanter Pflegedienst          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hauswirtschaftliche Hilfsdienste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ehrenamtliche Helfer*in          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

  

|                           | <u>ist gut erreichbar</u> | <u>ist für mich nicht gut zu erreichen</u> | <u>gibt es nicht/kenne ich nicht</u> |
|---------------------------|---------------------------|--|--------------------------------------|
| Begegnungsstätte          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>             |
| Beratungsstelle Ü60       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>             |
| Selbsthilfegruppen        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>             |
| Kurzzeitpflegeplätze      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>             |
| Tagespflegeplätze         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>             |
| <i>Hier Text eingeben</i> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>             |
| <i>Hier Text eingeben</i> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>             |

Andere Dienste/Einrichtungen, die ich vermisse:

*Hier Text eingeben*

**Nutzen Sie die Dienstleistungen eines ambulanten Pflegeanbieters?** nein ja**a) Wenn ja, in welcher Trägerschaft ist dieser Pflegedienst?** Caritas Rotes Kreuz Diakonie Arbeiterwohlfahrt anderer Wohlfahrtsverband privater Anbieter sonstiges**Wie zufrieden sind Sie mit diesen Angeboten?**

sehr zufrieden

zufrieden

teils/teils

eher unzufrieden

sehr unzufrieden

**Fühlen Sie sich als lesbische Frau bzw. schwuler Mann von Ihrem Pflegedienst wahrgenommen?** nein ja**Haben Sie durch Ihren Pflegedienst schon Erfahrungen mit Diskriminierung aufgrund Ihrer sexuellen Orientierung gemacht?** nein ja, und zwar: *Hier Text eingeben***Haben Sie Sorge, dass Sie Diskriminierung erfahren könnten, wenn Sie die Dienstleistungen eines ambulanten Pflegeanbieters nutzen?** nein ja**a) Wenn ja, welche Form der Diskriminierung befürchten Sie?  
(Mehrfachnennungen möglich)**

Ich befürchte, dass ich...

 meine sexuelle Orientierung verschweigen muss. in meiner Wohnung Bilder, persönliche Gegenstände etc. verstecken muss. anders behandelt werden könnte. beleidigt werden könnte. körperlich/sexuell belästigt werden könnte. sonstiges, und zwar: *Hier Text eingeben*

**Was wünschen Sie sich von einem ambulanten Pflegedienst bezüglich Ihrer sexuellen Orientierung? (Mehrfachnennungen möglich)**

- Die Pflegekräfte sollten über das Thema informiert sein.
- Die Pflegekräfte sollten speziell für die Belange v. Homosexuellen geschult sein.
- Der Pflegedienst sollte das Thema sichtbar machen.
- Ich möchte über meine sexuelle Orientierung offen sprechen können.
- Ich möchte nur von einer Pflegekraft des gleichen Geschlechts betreut werden.
- Ich möchte nur von einer Pflegekraft des anderen Geschlechts betreut werden.
- Ich möchte nur von einer homosexuellen Pflegekraft betreut werden.
- Die genannten Punkte sind mir nicht so wichtig, die Qualität der Pflege steht für mich im Vordergrund.
- keine besonderen Wünsche
- sonstiges, und zwar: *Hier Text eingeben*

**V. Informationen zur Mobilität****Wie schätzen Sie Ihre Mobilität ein?**

- Ich kann jedes Ziel selbstständig erreichen.
- Ich kann die meisten Ziele selbstständig erreichen.
- Ich kann mich selbstständig in meinem Stadtteil bewegen.
- Ich benötige persönliche Unterstützung, um mich außerhalb meiner Wohnung zu bewegen.

**VI. Lebensbedingungen als lesbische Frau/schwuler Mann****Wenn Sie die Gestaltung Ihrer freien Zeit insgesamt betrachten, welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu? (Mehrfachnennungen möglich)**

- Ich gehe vielen Tätigkeiten nach.
- Ich hätte Lust, etwas Neues kennen zu lernen.
- Ich habe genug Zeit für mein Hobby.
- Ich würde gern mehr Kontakt zu anderen Menschen haben.
- Mir fehlt eine richtige Freizeitpartnerin/ein richtiger Freizeitpartner.
- Ich habe genug Kontakte und fühle mich gut eingebunden.
- Ich lebe eher zurückgezogen.
- Ich würde gerne mehr unternehmen.
- Für meine Interessen gibt es kein geeignetes Freizeitangebot.

**Wie beurteilen Sie Ihre sozialen Kontakte insgesamt?**

Ich bin mit meinen Kontakten ...

sehr zufrieden      zufrieden      teils/teils      eher unzufrieden      sehr unzufrieden

                                                                                      

**Wie pflegen Sie Ihre Kontakte zu anderen lesbischen Frauen bzw. zu anderen schwulen Männern?**

- Ich nutze mein privates Netzwerk.
- Ich nutze kulturelle und Freizeitangebote explizit für Homosexuelle.
- Ich habe selten Kontakte zu lesbischen Frauen bzw. zu schwulen Männern.
- sonstiges: *Hier Text eingeben*

**Welche Angebote für lesbische Frauen bzw. schwule Männer kennen Sie?***Hier Text eingeben***Welche Angebote nutzen Sie in Essen?***Hier Text eingeben***Wie zufrieden sind Sie mit den Angeboten in Essen?**

sehr zufrieden      zufrieden      teils/teils      eher unzufrieden      sehr unzufrieden

                                                                                      

**VII. Freizeitgestaltung****Welche Angebote aus dem Bereich Kultur, Bildung, Sport und Freizeit möchten Sie mit anderen lesbischen Frauen bzw. schwulen Männern nutzen?***(Mehrfachnennungen möglich)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Spaziergänge/Wanderungen             | <input type="checkbox"/> Bildung                         |
| <input type="checkbox"/> Gesundheit                           | <input type="checkbox"/> Selbsthilfe                     |
| <input type="checkbox"/> Lesungen                             | <input type="checkbox"/> Kino                            |
| <input type="checkbox"/> Konzert/Theater/Museum/Kulturelles   | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele             |
| <input type="checkbox"/> neue Medien (Internet)               | <input type="checkbox"/> Reisen/Ausflüge                 |
| <input type="checkbox"/> kreative Aktivitäten                 | <input type="checkbox"/> gesellige Veranstaltungen, Tanz |
| <input type="checkbox"/> Sport: <i>Hier Text eingeben</i>     |  |
| <input type="checkbox"/> Angebote in Begegnungsstätten        |  |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: <i>Hier Text eingeben</i> |  |

**Wie viel freie Zeit haben Sie dafür pro Woche?**Im Schnitt täglich: *X* Stunden (*Zahl auswählen*)

Werktags eher...

- morgens  
 mittags  
 abends

Wochenende eher...

- morgens  
 mittags  
 abends

**Die Möglichkeiten zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und zur Freizeitgestaltung hängen oft auch vom Geld ab. Wie würden Sie Ihre heutige finanzielle Situation einstufen?**

- Ich komme sehr gut zurecht  
 Ich komme gut zurecht  
 Ich komme genau hin  
 Ich muss mich einschränken  
 Ich muss mich stark einschränken

**In welchen Gruppen, Vereinen und/oder Organisationen sind Sie aktiv?***Hier Text eingeben***Was würden Sie in den Bereichen Kultur, Bildung, Sport und Freizeit vor Ort gerne verändern? (Mehrfachnennungen möglich)**

Es sollte mehr Angebote für über 60-Jährige geben mit Zugang...

- unabhängig der sexuellen Orientierung  
 nur für lesbische Frauen  
 nur für schwule Männer  
 für lesbische Frauen und schwule Männer gemeinsam  
 für Lesben und Schwule jeden Alters  
 sonstiges, und zwar: *Hier Text eingeben*

## VIII. Abschlussfragen

**Was sollte sich in Ihrem Stadtteil ändern, damit Sie sich als lesbische Frau bzw. schwuler Mann in Ihrem Stadtteil wohler fühlen?**

*Hier Text eingeben*

**Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?**

*Hier Text eingeben*

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Teilnahme!