

Walking Route Audit Tool (WRATS)

Vorlage für ein Beobachtungsprotokoll für Auditorinnen und Auditoren.



Angaben zur Person

1 Datum Bitte tragen Sie das heutige Datum in die folgenden Felder ein

____ _ z. B.: 21 07 21
Tag Monat Jahr

2 Wohnort Bitte vermerken Sie in den folgenden Feldern gut leserlich den Ort/die Stadt sowie den Stadtteil/Ortsteil bzw. die Ortschaft, in der Sie wohnen

Ort/Stadt

Stadtteil/Ortsteil

3 Alter Wie alt sind Sie?

(Angabe in Jahren)

4 Funktion In welcher Funktion nehmen Sie an der Begehung teil?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einwohnerin/Einwohner | <input type="checkbox"/> Kommunale/r Akteur/in |
| <input type="checkbox"/> Vertreterin/Vertreter einer Institution | <input type="checkbox"/> Vertreterin/Vertreter eines Vereins |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |
- _____

Das nachfolgende Auditinstrument wurde für das Projekt „Aus- und Aufbau bewegungsförderlicher Strukturen in der Kommune“ ins Deutsche übersetzt und adaptiert. Originalversion: Walking Route Audit Tool. Originalquelle: Kerr, J., Carlson, J. A., Rosenberg, D. E., & Withers, A. (2012). Identifying and promoting safe walking routes in older adults. *Health*, 4(1), 720-724. doi:10.4236/health.2012.429112.

Teil 1

Merkmale der Route

Bitte füllen Sie ab hier die Fragen während des Spaziergangs aus.

Wie oft haben Sie auf dem Weg folgende Merkmale gesehen?

(Bitte markieren Sie nur eine Antwort pro Zeile)

A	Keinen Bürgersteig oder gepflasterten Gehweg	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
----------	---	--	---	---

B	Kaputte Bürgersteige (keine Angabe, wenn es keine Bürgersteige gab)	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
----------	--	--	---	---

C	Komplett blockierte Bürgersteige oder Wege (keine Angabe, wenn es keine Bürgersteige gab)	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
----------	--	--	---	---

D	Teilweise blockierte Bürgersteige oder Wege (keine Angabe, wenn es keine Bürgersteige gab)	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
----------	---	--	---	---

E	Hügel oder starke Steigungen	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	--	---	---

F	Baustellen/Straßenbauarbeiten	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
----------	--------------------------------------	--	---	---

G	Treppen	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
----------	----------------	--	---	---

Teil 2

Verkehrssicherheit

Gab es folgende Merkmale auf den Straßen, die Sie überquert haben?

(Bitte markieren Sie nur eine Antwort pro Zeile)

A	Fußgängerinsel auf halber Strecke	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
B	Zebrastreifen	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
C	Fußgängerampeln per Knopfdruck	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
D	Automatisierte Fußgängerampeln	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
E	Mehrspurige Fahrbahnen/ breite Straßen	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
F	Unzureichende Zeit zum Querem	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
G	Zu viel Verkehr	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
H	Hindernisse, die Ihre Sicht auf die Straße/den Weg versperren	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>

(Bitte markieren Sie nur eine Antwort pro Zeile)

I	Rücksichtslose/gefährliche Autofahrende	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
<hr/>				
J	Hohe Bordsteinkanten und/oder fehlende Absenkungen	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
<hr/>				
K	Temposchwellen bzw. Rampen	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
<hr/>				
L	Wie oft haben Sie auf Ihrem Weg eine Straße überquert?	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>

Teil 3

Streckenausstattung

Waren die folgenden Merkmale auf Ihrer Route vorhanden?

(Bitte markieren Sie nur eine Antwort pro Zeile)

A	Überdachte Bereiche	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
B	Öffentliche Toiletten	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
C	Trinkbrunnen/ Wasserspender	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
D	Haltestellen des ÖPNV	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
E	Bewegungs- und Geräteparcours	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
F	Sitzbänke	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>

Teil 4

Attraktivität der Umgebung

Waren die folgenden Merkmale auf Ihrer Route vorhanden?

(Bitte markieren Sie nur eine Antwort pro Zeile)

A	Ansprechende Wohnhäuser/Gebäude	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-10-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 11-mal) <input type="checkbox"/>
B	Bäume	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-10-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 11-mal) <input type="checkbox"/>
C	Ansprechende Gärten/ Grünflächen	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-10-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 11-mal) <input type="checkbox"/>
D	Ansprechende Schaufenster	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-10-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 11-mal) <input type="checkbox"/>
E	Wasseranlagen (z. B. Springbrunnen, Seen, Flüsse)	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-10-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 11-mal) <input type="checkbox"/>
F	Kunstwerke/Skulpturen	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-10-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 11-mal) <input type="checkbox"/>
G	Verkehrslärm/Verschmutzung	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-10-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 11-mal) <input type="checkbox"/>
H	Schatten	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-10-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 11-mal) <input type="checkbox"/>

Teil 5

Persönliche Sicherheit

Wie oft haben Sie Folgendes gesehen?

(Bitte markieren Sie nur eine Antwort pro Zeile)

A	Hinweisschilder in der Nachbarschaft	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
B	Straßenlaternen	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
C	Angsteinflößende/ unfreundliche Personen	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
D	Andere gleichaltrige, gehende Menschen	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
E	Andere gehende Menschen (nicht in Ihrem Alter)	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
F	Müll/Vandalismus	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>
G	Aggressive Hunde	Nie (keinmal) <input type="checkbox"/>	Gelegentlich (1-2-mal) <input type="checkbox"/>	Oft (mehr als 3-mal) <input type="checkbox"/>

Teil 6

Zielpunkte

Haben Sie auf Ihrer Route folgende Orte/Zielpunkte gesehen?

(Bitte markieren Sie die zutreffenden Antworten)

A Park

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

B Läden

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

C Dienstleistungen
(z. B. medizinische, Büchereien, Post)

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

D Kirche

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

E Haus/Wohnung von Freunden

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

F Seniorenzentrum oder
Freizeiteinrichtung

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

G Sonstige:

Wie sicher haben Sie sich auf Ihrer Route gefühlt?

unsicher

sicher

sehr sicher

**Gab es sonst noch etwas, das Ihren Spaziergang
angenehm/unterhaltsam gemacht hat?**

**Gab es sonst noch etwas, das Ihren Spaziergang
unangenehm/langweilig gemacht hat?**

Teil 7

Basisinformationen zur Umgebung/Strecke

Im Folgenden bitten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Route.

A Wegbeschreibung

(Nutzen Sie als Beginn und Ende der Route bitte jeweils die nächstgelegene Kreuzung):

Anfang: _____ / Ecke: _____

Ende _____ / Ecke: _____

(Keine Angabe wenn Rundgang)

B Länge der Strecke (ca.):

_____ Meter

C Dauer:

_____ Minuten

D Uhrzeit:

_____ Uhr

E Wetter:

sonnig

bewölkt

regnerisch

Sonstiges:

F Sind Sie die Route alleine gegangen?

Ja

Nein

G War Ihre Route ein Rundgang?

Ja

Nein

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!