

# Generation 55plus

## Lebensqualität und Zukunftsplanung in Moers



**STADT MOERS**

### Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise:

- Die Beteiligung an der Befragung ist freiwillig. Durch Ihre Teilnahme stimmen Sie der Datenerhebung und der genannten Datenverwendung zu. Wenn Sie nicht an der Befragung teilnehmen, entstehen Ihnen keine Nachteile. Bitte bedenken Sie bei Ihrer Entscheidung, dass Ihre Aussagen für die Stadtpolitik sehr wichtig sind.
- Beantworten Sie bitte die Fragen persönlich, und achten Sie bitte beim Ausfüllen auf die entsprechenden Hinweise bei den jeweiligen Fragen. Bitte notieren sie auf dem Fragebogen weder Ihren Namen noch andere persönliche Angaben wie Adresse oder Telefonnummer.
- Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen im beigefügten Rückumschlag möglichst innerhalb der nächsten zwei Wochen an uns zurück. Die Portokosten werden von uns übernommen. Bitte verzichten Sie auf die Angabe eines Absenders.

### Was wird mit den erhobenen Daten gemacht?

- Unsere Befragung hat das Ziel, Informationen über das Älterwerden zu sammeln. Damit dies gelingt, benötigen wir repräsentative Aussagen von Betroffenen zum Beispiel zu ihren Planungen und Wünschen für das Älterwerden oder zu ihrer gesundheitlichen Situation und ihren Ansprüchen an die Gesundheitsversorgung. Mit diesen Informationen können wir unsere Planungen auf die Bedürfnisse und Wünsche unserer Seniorinnen und Senioren ausrichten. Da unsere Befragung gleichzeitig in mehreren Orten durchgeführt wird, können wir die Lebenssituation und Zukunftsplanung von Seniorinnen und Senioren miteinander vergleichen und Gemeinsamkeiten und Unterschiede erkennen.
- Die Anzahl der befragten Personen ist so groß, dass Ihre Anonymität auf jeden Fall gewährleistet ist. Ihre Angaben werden nur für statistische Zwecke verwendet. Die strengen Anforderungen des Datenschutzes und der statistischen Geheimhaltung werden im vollen Umfang gewahrt. An die entsprechenden Bestimmungen sind auch alle externen Dienstleister gebunden, die in unserem Auftrag zum Beispiel mit der Datenerfassung oder der Datenauswertungen betraut sein werden.
- Wir werden keine Einzeldaten an Dritte weitergeben. Alle geplanten Veröffentlichungen werden sich auf zusammengefasste Daten beziehen, das heißt auf ganze Städte oder Stadtteile.

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an:

- Frau Kornelia Jordan, Fachbereich 10 – Leitstelle Älterwerden, Telefon: (0 28 41) 201 – 609
- Herrn Dr. Axel Stender, Fachbereich 3 – Statistikstelle, Telefon: (0 28 41) 201 – 305

Suchen Sie Zahlen zu Moers? Dann schauen Sie doch mal auf <http://statistik.moers.de> vorbei.

### Hinweise zum Ausfüllen

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie in eines der Kästchen ein Kreuz machen

*Beispiel:* 1. Bitte tragen Sie Ihr Geschlecht ein.

- Männlich  
 Weiblich

und auf den Linien gut leserlich einen Text schreiben.

*Beispiel:*  Sonstiges, und zwar: RATHAUS

Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn bei einer Antwort diese Hand  erscheint.

*Beispiel:* 3. Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

- Ja  
 Nein  Bitte weiter mit Frage 25

**Vielen Dank!**

# Fragebogen „Generation 55+“ für die Stadt Moers/ Ortsteil Repelen

Als erstes möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihren beruflichen und nichtberuflichen Tätigkeiten stellen.

**1 Wir möchten zunächst wissen, welchen Tätigkeiten Sie nachgehen. Sind Sie im letzten Monat einer bezahlten Tätigkeit nachgegangen? Was ist für Sie zutreffend?**

Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!

Ja, ich bin Vollzeit erwerbstätig

Ja, ich bin Teilzeit erwerbstätig (weniger als 35 Stunden pro Woche; dazu zählen auch unregelmäßige oder geringfügige Beschäftigungen)

Nein, ich bin arbeitssuchend

Nein, ich bin im Ruhestand

Nein, ich bin im eigenen Haushalt tätig

Nein, ich bin in einer Ausbildung

Nein, ich bin aus sonstigen Gründen nicht erwerbstätig

**2 In welchem Alter würden Sie gerne in den Ruhestand gehen bzw. wären Sie gerne in den Ruhestand gegangen?**

Mit \_\_\_\_\_ Jahren

**3 Haben Sie während der letzten 12 Monate Kurse belegt oder Vorträge oder Veranstaltungen besucht?**

Nein

Ja

**Um was ging es dabei?** Sie können mehrere Angaben machen!

Berufliche Fort- und Weiterbildung

Sonstige Fort- und Weiterbildung

Kultur, Allgemeinbildung

Freizeit, Hobby

Anderes

**4 Haben Sie vor, in nächster Zeit – d.h. in den nächsten 12 Monaten – Kurse, Vorträge oder Veranstaltungen zu besuchen?**

Nein

Ja

**Welche Bereiche könnten das sein?**

Sie können mehrere Angaben machen!

Berufliche Fort- und Weiterbildung

Sonstige Fort- und Weiterbildung

Kultur, Allgemeinbildung

Freizeit, Hobby

Anderes

**5 Benutzen Sie das Internet?**

Nein

Ja, täglich

Ja, mehrmals die Woche

Ja, seltener

**6 Sind Sie derzeit ehrenamtlich tätig, das heißt haben Sie in einem Verein, einer Initiative, einem Projekt oder einer Selbsthilfegruppe freiwillig Arbeiten und Aufgaben übernommen, die Sie unbezahlt oder gegen geringe Aufwandsentschädigung ausüben?**

Ja



**Bitte weiter mit der nächsten Frage**

Nein



**Bitte weiter mit Frage 9**

**7 In welchem Bereich bzw. in welchen Bereichen üben Sie zur Zeit eine solche ehrenamtliche Tätigkeit aus?**

Sie können **mehrere** Angaben machen!

Sport und Bewegung

Kultur und Musik

Schule oder Kindergarten

Sozialer Bereich

Kirchlicher oder religiöser Bereich

Berufliche Interessenvertretung außerhalb des Betriebs (z.B. Gewerkschaft)

Umwelt und Naturschutz, Tierschutz

Politik und politische Interessenvertretung

Außerschulische Jugendarbeit oder Bildungsarbeit für Erwachsene

Unfall- oder Rettungsdienst, freiwillige Feuerwehr

Gesundheitsbereich

Justiz, Kriminalitätsprobleme

Wirtschaftliche Selbsthilfe

Freizeit und Geselligkeit

Sonstige bürgerschaftliche Aktivitäten am Wohnort

**8 Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten für Vereine, Verbände oder gemeinnützige Organisationen tätig?**

Bitte nur **ein** Kästchen ankreuzen!

Mindestens einmal in der Woche

Mindestens einmal im Monat

Mindestens einmal alle sechs Monate

Seltener

Nie

Weiß nicht

**9 Könnten Sie sich vorstellen, in nächster Zeit – d.h. in den nächsten 12 Monaten – Ihrer derzeitigen ehrenamtlichen Tätigkeit weiterhin nachzugehen bzw. eine neu aufzunehmen?**

Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!

Nein, auf keinen Fall

Ja, eventuell

Ja, auf jeden Fall

**Und nun möchten wir Ihnen ein paar Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrem Leben stellen.**

**10 Wenn Sie einmal an die letzten sieben Tage denken: An wie vielen Tagen waren Sie 20 Minuten oder länger ohne Unterbrechung körperlich aktiv?**

Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!

An keinem Tag

An einem Tag

An zwei Tagen

An drei Tagen

An vier Tagen

An fünf Tagen

An sechs Tagen

An sieben Tagen

Weiß nicht

**11 Wie schätzen Sie – alles in allem – Ihren Gesundheitszustand ein? Würden Sie sagen, er ist...**

Sehr gut

Gut

Durchschnittlich

Schlecht

Sehr schlecht

**12 Werden Sie bei Ihren täglichen Aktivitäten in irgendeiner Weise von einer längeren Krankheit oder einer Behinderung, einem Gebrechen oder einer seelischen Krankheit beeinträchtigt? WENN JA, gilt das stark oder nur bis zu einem gewissen Grad?**

Ja,  
stark

Ja, bis zu einem  
gewissen Grad

Nein

**13 Wie schätzen Sie Ihre körperliche Beweglichkeit ein?**

Sie ist überdurchschnittlich gut

Durchschnittlich, habe keine Probleme damit

Sie ist schlecht und das macht mir oft Probleme

**14 Wie zufrieden sind Sie – alles in allem – mit Ihrem gegenwärtigen Leben?  
0 bedeutet „äußerst unzufrieden“ und 10 „äußerst zufrieden“.**

Äußerst  
unzufrieden

Äußerst  
zufrieden

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

**15 Wie oft treffen Sie sich mit Freunden, Verwandten oder privat mit Arbeitskollegen?**

- Nie
- Weniger als einmal im Monat
- Einmal im Monat
- Mehrmals im Monat
- Einmal in der Woche
- Mehrmals in der Woche
- Täglich

**16 Haben Sie jemanden, mit dem Sie über vertrauliche und persönliche Angelegenheiten reden können?**

Ja

Nein

**17 Wenn Sie Hilfe und Unterstützung brauchen: In welchem Ausmaß erhalten Sie diese von Menschen, die Ihnen nahestehen?**

Überhaupt  
nicht

0

1

2

3

4

5

Voll und  
ganz

6

Weiß  
nicht

**18 Wenn Sie sich mit Gleichaltrigen vergleichen, wie oft nehmen Sie an geselligen Ereignissen oder Treffen teil?**

- Viel seltener als die meisten
- Seltener als die meisten
- Ungefähr gleich oft
- Häufiger als die meisten
- Viel häufiger als die meisten

Bei den nächsten Fragen geht es um Ihren Haushalt bzw. um Ihre Familie.

**19 Haben Sie Kinder?**

Nein

Ja

 Bitte weiter mit Frage 24

 Bitte weiter mit der nächsten Frage

**20 Wie viele Kinder haben Sie?**

\_\_\_\_\_ Kinder

**21 In welchem Alter ist Ihr Kind / sind Ihre Kinder? Wie alt ist das jüngste und wie alt ist das älteste Kind?**

Wenn Sie ein Kind haben: Bitte als „ältestes Kind“ eintragen!

Das jüngste Kind ist \_\_\_\_\_ Jahre

Das älteste Kind / Mein Kind ist \_\_\_\_\_ Jahre

**22 Leben Kinder von Ihnen ....**

	ja	nein
...mit Ihnen im gleichen Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...außerhalb Ihres Haushalts, aber im gleichen Gebäude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...außerhalb Ihres Haushalts, im gleichen Ort (in der gleichen Stadt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23 Wie häufig haben Sie persönliche Kontakte mit Ihren Kindern?**

Wenn Sie mehrere Kinder haben:

Berücksichtigen Sie bitte das Kind, zu dem Sie am häufigsten Kontakte haben!

Sehr häufig, jeden Tag	Häufig, mindestens einmal pro Woche	Gelegentlich, un- gefähr einmal pro Monat	Selten – hin und wieder	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24 Leben Sie allein oder mit anderen zusammen? Wenn Sie nicht allein leben: Wie viele Personen leben außer Ihnen ständig in diesem Haushalt?**

Ich lebe allein

Im Haushalt leben außer mir

\_\_\_\_\_ Personen

☞ **Bitte weiter mit Frage 26**

☞ **Bitte weiter mit der nächsten Frage**

**25 Was ist für Sie zutreffend?**

Sie können mehrere Angaben machen!

- Ich bin verheiratet und lebe mit meinem Ehepartner, meiner Ehepartnerin zusammen

---

- Ich lebe mit jemandem in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft zusammen

---

- Ich lebe mit einem Partner, einer Partnerin zusammen

---

- Ich lebe mit einem oder mehreren Elternteilen von mir / uns zusammen.

---

- Ich lebe mit einem oder mehreren meiner / unserer Kinder zusammen

---

- Ich lebe in einer Wohngemeinschaft

---

- Nichts davon ist zutreffend

Bei den folgenden Fragen geht es um das Thema Krankheit und Pflegebedürftigkeit.

**26** Wie wäre das, wenn Sie längere Zeit krank oder pflegebedürftig würden: Hätten Sie dann jemanden, der Ihnen regelmäßig helfen würde?

- Nein, ich hätte niemanden   Bitte weiter mit Frage 28
- Ja, aber ich bin mir nicht sicher   Bitte weiter mit der
- Ja, ich bin mir ganz sicher   nächsten Frage

**27** Von welchen der folgenden Personen würden Sie in einem solchen Fall Hilfe erwarten? Wie sicher könnten Sie mit Hilfe rechnen, „sehr wahrscheinlich“, „vielleicht“ oder „sehr unwahrscheinlich“?

Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen!

	Sehr wahrscheinlich	Vielleicht	Sehr unwahrscheinlich	Nicht vorhanden
von Eltern/Schwiegereltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Kindern / Stiefkindern / Schwiegerkindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Enkelkindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Ehegatten / Partnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von anderen Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Freunden, Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**28** Wüssten Sie in einem solchen Fall – also wenn Sie länger krank oder pflegebedürftig wären – welche Organisationen bzw. Einrichtungen Ihnen helfen könnte?

- Nein   Bitte weiter mit Frage 30
- Ja   Bitte weiter mit der nächsten Frage

**29** An welche Einrichtungen bzw. Organisationen denken Sie dabei? Bitte eintragen!

---

**30** War schon einmal eine Ihnen nahestehende Person für eine längere Zeit oder sogar dauerhaft pflegebedürftig, das heißt, er oder sie konnte den Haushalt nicht mehr führen, brauchte Hilfe bei der Körperpflege und beim Toilettengang, kam im Alltag ohne fremde Hilfe nicht zurecht?

- Nein, das gab es noch nie   Bitte weiter mit Frage 34
- Ja, das gab es   Bitte weiter mit der nächsten Frage

**31 Wissen Sie noch, wo die Pflege durchgeführt wurde? Falls Sie mehrere Personen kennen, die regelmäßige Hilfe oder längere Pflege benötigt haben: Berücksichtigen Sie bitte die Situation, die Sie am meisten beschäftigt hat.**

*Sie können mehrere Möglichkeiten wählen!*

- Zuhause in der Wohnung der pflegebedürftigen Person
- Zuhause in meiner/unserer Wohnung
- In einer anderen Wohnung (z.B. bei Angehörigen)
- In einem Pflegeheim
- In einer kleinen wohngruppenähnlichen Einrichtung

**32 Waren Sie auch selbst mit der Versorgung dieser Person beschäftigt? Bzw. sind Sie noch immer damit beschäftigt?**

Nein,  
das war nicht der Fall

Ja,  
ich hatte auch damit zu tun

ja,  
ich mache das noch immer

☞ **Bitte weiter mit Frage 34**

☞ **Bitte weiter mit der nächsten Frage**

**33 Wer hat Ihnen dabei geholfen? Wer hilft Ihnen dabei?**

*Sie können mehrere Möglichkeiten wählen!*

- Niemand
- Verwandte, die im selben Haus wohnen
- Verwandte, die außerhalb des Hauses wohnen
- Nachbarn und Freunde
- Berufliche Pflegekräfte und ambulante Dienste
- Einrichtungen wie die Kurzzeitpflege und die Tagespflege
- Eine Selbsthilfegruppe

**34 Stellen Sie sich vor, ein naher Angehöriger von Ihnen kann wegen körperlicher oder seelischer gesundheitlicher Probleme den Alltag nicht mehr ohne regelmäßige Hilfe meistern. Welche der im Folgenden aufgeführten Möglichkeiten würden Sie für diesen Angehörigen bevorzugen?**

*Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen!*

<b>Versorgungsmöglichkeiten</b>	<b>Auf jeden Fall</b>	<b>Eventuell</b>	<b>Auf keinen Fall</b>
Rundumversorgung in einem größeren und gut geführten Pflegeheim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung in seinem eigenen Haushalt durch einen professionellen Pflegedienst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung in seinem eigenen Haushalt durch eine privat eingestellte Fachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung in einer kleinen wohngruppenähnlichen Einrichtung in seinem eigenen Wohngebiet, mit Kontakten zu Angehörigen, Bekannten und Nachbarn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung in seinem eigenen Haushalt durch Familienangehörige, unterstützt durch professionelle Pflegedienste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung im Haushalt von Familienangehörigen (z.B. bei Sohn oder Tochter), unterstützt durch professionelle Pflegedienste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**35 Überlegen Sie nun bitte:**

1. Welche dieser Möglichkeiten Sie für sich bei eigener Pflegebedürftigkeit wünschen – also, was für Sie „auf jeden Fall in Frage käme“, was „eventuell in Frage käme“ und was für Sie „auf keinen Fall in Frage käme“.
2. Versuchen Sie dann bitte eine Einschätzung, mit welcher Versorgung Sie wahrscheinlich rechnen können.

**Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen!**

	1. Was <u>wünschen</u> Sie für sich?			2. Was ist <u>wahrscheinlich</u> ?		
	Auf jeden Fall	Eventuell	Auf keinen Fall	Sehr wahrscheinlich	Vielleicht	Sehr unwahrscheinlich
Rundumversorgung in einem größeren und gut geführten Pflegeheim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung im eigenen Haushalt durch einen professionellen Pflegedienst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung im eigenen Haushalt durch eine privat eingestellte Fachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung in einer kleinen wohngruppenähnlichen Einrichtung in meinem eigenen Wohngebiet, mit Kontakten zu Angehörigen, Bekannten und Nachbarn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung im eigenen Haushalt durch Familienangehörige, unterstützt durch professionelle Pflegedienste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung im Haushalt von Familienangehörigen (z.B. bei Sohn oder Tochter), unterstützt durch professionelle Pflegedienste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36 Bitte denken Sie jetzt an Ihre eigenen Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen in Ihrer Stadt und an die Erfahrungen von Leuten aus Ihrem Umfeld. Bewerten Sie bitte, ob die Qualität der folgenden Gesundheitsdienste Ihrer Meinung nach sehr gut, ziemlich gut, ziemlich schlecht oder sehr schlecht ist.**

**Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen!**

	die Qualität ist ...				Kann ich nicht beurteilen
	sehr gut	ziemlich gut	ziemlich schlecht	sehr schlecht	
Krankenhäuser	<input type="checkbox"/>				
Zahnbehandlungen / Zahnärzte	<input type="checkbox"/>				
Medizinische oder chirurgische Experten	<input type="checkbox"/>				
Hausärzte oder Allgemeinmediziner	<input type="checkbox"/>				
Pflegedienste für pflegebedürftige Personen in deren Zuhause	<input type="checkbox"/>				
Haushaltsnahe Dienste und Hilfen	<input type="checkbox"/>				
Pflegeheime	<input type="checkbox"/>				
Beratungsstellen zum Thema Pflege	<input type="checkbox"/>				

**37 Bitte denken Sie noch mal an Ihre eigenen Erfahrungen oder die Erfahrungen von Menschen aus Ihrem Umfeld und teilen Sie mit, wie einfach oder schwierig in Ihrer Stadt die Erreichbarkeit und der Zugang zu folgenden Gesundheitsdiensten sind. Dabei geht es nur um die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit, nicht um die Erschwinglichkeit oder darum, welche und wie viele Gesundheitsleistungen angeboten werden.**

**Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen!**

	die Erreichbarkeit ist ...				Kann ich nicht beurteilen
	sehr einfach	ziemlich einfach	ziemlich schwierig	sehr schwierig	
Krankenhäuser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnbehandlungen / Zahnärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische oder chirurgische Experten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte oder Allgemeinmediziner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienste für pflegebedürftige Personen in deren Zuhause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushaltsnahe Dienste und Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstellen zum Thema Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**In dem nächsten Block geht es um das Thema Sicherheit.**

**38 Wie sicher fühlen Sie sich – oder würden Sie sich fühlen – wenn Sie nach Einbruch der Dunkelheit alleine zu Fuß in Ihrer Wohngegend unterwegs sind oder wären? Fühlen Sie sich – oder wie würden Sie sich fühlen...?**

**Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!**

... sehr sicher	<input type="checkbox"/>
... sicher	<input type="checkbox"/>
... unsicher	<input type="checkbox"/>
... sehr unsicher	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

**39 Sind Sie oder ein Mitglied Ihres Haushalts in den letzten fünf Jahren Opfer eines Einbruchs, Diebstahls oder Überfalls geworden?**

**Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen!**

	Ja	Nein
Diebstahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit der nächsten Fragegruppe möchten wir von Ihnen wissen, was aus Ihrer Sicht für eine hohe Lebensqualität wichtig oder unwichtig ist und was davon in Ihrer Stadt vorhanden ist oder fehlt.

40 Was für Möglichkeiten sollten in Ihrer Stadt vorhanden sein? Überlegen Sie bitte zu jeder Vorgabe

1. wie wichtig das für Sie persönlich ist und

2. ob das zurzeit in ausreichender Weise möglich ist.

Bitte in **jeder** Zeile ein Kreuz bei **1. und 2. machen!**

1. Wie **wichtig** ist das für Sie persönlich?

2. Gibt es für Sie **ausreichende** Möglichkeiten?

	1. Wie <b>wichtig</b> ist das für Sie persönlich?		2. Gibt es für Sie <b>ausreichende</b> Möglichkeiten?	
	Wichtig	Unwichtig	Ja	Nein
Kontakte haben, sich mit anderen treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue Bekanntschaften machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einer sportlichen Betätigung nachgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preisgünstig wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhiges Wohnumfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit der Straßen und Grünanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhandensein von Parkplätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnungsnah Einkaufsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einer ehrenamtlichen Tätigkeit nachgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit gelegentlichen Arbeiten die Rente aufbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An kulturellen Veranstaltungen teilnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gute öffentliche Verkehrsanbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzte in erreichbarer Nähe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke in erreichbarer Nähe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barrierefreies Wohnumfeld (z.B. abgesenkte Gehsteige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinsam mit anderen musizieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktiv am Vereinsleben teilnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktiv am Leben der Kirchengemeinde teilnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich politisch an der Stadtentwicklung beteiligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnortnahe Versorgung bei Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten des betreuten Wohnens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarschaftliche Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemischtes Wohnen, Jung und Alt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieangebote (z.B. Physiotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes (bitte notieren): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den folgenden Fragen geht es um das Thema "Wohnen im Alter"

41 Was trifft für Ihre Wohnung unter dem Gesichtspunkt der Barrierefreiheit zu? Und wie wichtig oder unwichtig ist das betreffende Merkmal für Sie persönlich?

Bitte kreuzen Sie in **jeder** Zeile an, was für Sie zutrifft / nicht zutrifft **und** was für Sie wichtig / unwichtig ist!!

	Trifft zu	Trifft nicht zu	Ist wichtig	Ist unwichtig
Die Wohnung hat eine Gegensprechanlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Zugang zur Wohnung ist barrierefrei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innerhalb der Wohnung oder zum Balkon/ zur Terrasse sind keine Stufen und Schwellen zu überwinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Türen im Sanitärbereich haben eine ausreichende Breite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Sanitärbereich gibt es ausreichende Bewegungsflächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine bodengleiche Dusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgende Frage dient dazu, anhand Ihrer Auffassungen zu allgemeinen Themenstellungen etwas über Ihren Lebensstil zu erfahren.

42 Im Folgenden werden einige Personen beschrieben. Bitte machen Sie jedes Mal deutlich, wie ähnlich oder unähnlich Ihnen die jeweils beschriebene Person ist.

Ist mir ...

Bitte in **jeder** Zeile ein Kreuz machen!

	sehr ähnlich	ähnlich	etwas ähnlich	nur ein kleines bisschen ähnlich	nicht ähnlich	überhaupt nicht ähnlich
Sie mag Überraschungen und hält immer Ausschau nach neuen Aktivitäten. Sie denkt, dass im Leben Abwechslung wichtig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie glaubt, dass die Menschen tun sollten, was man Ihnen sagt. Sie denkt, dass Menschen sich immer an Regeln halten sollten, selbst dann wenn es niemand sieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist ihr wichtig, Spaß zu haben. Sie gönnt sich selbst gerne etwas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist ihr wichtig, sich jederzeit korrekt zu verhalten. Sie vermeidet es, Dinge zu tun, die andere Leute für falsch halten könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie sucht das Abenteuer und geht gerne Risiken ein. Sie will ein aufregendes Leben haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie lässt keine Gelegenheit aus, Spaß zu haben. Es ist ihr wichtig, Dinge zu tun, die ihr Vergnügen bereiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist ihr wichtig, in einem sicheren Umfeld zu leben. Sie vermeidet alles, was ihre Sicherheit gefährden könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist ihr wichtig, dass der Staat ihre persönliche Sicherheit vor allen Bedrohungen gewährleistet. Sie will einen starken Staat, der seine Bürger verteidigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zum Schluss hätten wir gerne noch einige Angaben von Ihnen, die wir zur statistischen Auswertung brauchen.

**43 Wie alt sind Sie?**

- |                                   |                                   |                                   |  |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 55 Jahre | <input type="checkbox"/> 64 Jahre | <input type="checkbox"/> 73 Jahre | <input type="checkbox"/> 82 Jahre            |
| <input type="checkbox"/> 56 Jahre | <input type="checkbox"/> 65 Jahre | <input type="checkbox"/> 74 Jahre | <input type="checkbox"/> 83 Jahre            |
| <input type="checkbox"/> 57 Jahre | <input type="checkbox"/> 66 Jahre | <input type="checkbox"/> 75 Jahre | <input type="checkbox"/> 84 Jahre            |
| <input type="checkbox"/> 58 Jahre | <input type="checkbox"/> 67 Jahre | <input type="checkbox"/> 76 Jahre | <input type="checkbox"/> 85 Jahre            |
| <input type="checkbox"/> 59 Jahre | <input type="checkbox"/> 68 Jahre | <input type="checkbox"/> 77 Jahre | <input type="checkbox"/> 86 Jahre            |
| <input type="checkbox"/> 60 Jahre | <input type="checkbox"/> 69 Jahre | <input type="checkbox"/> 78 Jahre | <input type="checkbox"/> 87 Jahre            |
| <input type="checkbox"/> 61 Jahre | <input type="checkbox"/> 70 Jahre | <input type="checkbox"/> 79 Jahre | <input type="checkbox"/> 88 Jahre            |
| <input type="checkbox"/> 62 Jahre | <input type="checkbox"/> 71 Jahre | <input type="checkbox"/> 80 Jahre | <input type="checkbox"/> 89 Jahre            |
| <input type="checkbox"/> 63 Jahre | <input type="checkbox"/> 72 Jahre | <input type="checkbox"/> 81 Jahre | <input type="checkbox"/> 90 Jahre oder älter |

**44 Tragen Sie bitte Ihr Geschlecht ein.**

Männlich

Weiblich

**45 Besitzen Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?**

- |                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja, seit Geburt     |
| <input type="checkbox"/> | Ja, später erworben |
| <input type="checkbox"/> | nein                |

 Bitte weiter mit Frage 48

 Bitte weiter mit der nächsten Frage

**46 In welchem Land sind Sie geboren? Bitte eintragen!**

\_\_\_\_\_

**47 Wann sind Sie zum ersten Mal nach Deutschland gekommen, um hier zu leben?**

Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Jahres | <input type="checkbox"/> Vor 11-20 Jahren   |
| <input type="checkbox"/> Vor 1-5 Jahren               | <input type="checkbox"/> Vor über 20 Jahren |
| <input type="checkbox"/> Vor 6-10 Jahren              |   |

**48 Wie lange wohnen Sie schon hier in dieser Stadt?**

Seit \_\_\_\_\_ Jahr/Jahren

**49 Wohnen Sie in einer Mietwohnung, einer Eigentumswohnung oder in einem eigenen Haus?**

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zur Miete, auch Untermiete            | <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung | <input type="checkbox"/> Eigenes Haus |
| <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend, wohne in einem Heim |   |                                       |

**50 Wie lange wohnen Sie schon in Ihrer derzeitigen Wohnung?**

Seit \_\_\_\_\_ Jahr/Jahren

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

Sehr zufrieden  Zufrieden  Eher unzufrieden  Sehr unzufrieden

**52 Was ist der höchste allgemeinbildende Schulabschluss, den Sie haben?**

Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Kein Schulabschluss   | <input type="checkbox"/> |
| Volks-/Hauptschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. oder 9. Klasse | <input type="checkbox"/> |
| Mittlere Reife/Realschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse | <input type="checkbox"/> |
| Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)                                  | <input type="checkbox"/> |
| Abitur bzw. Erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Kl. (Hochschulreife)                  | <input type="checkbox"/> |
| Anderen Schulabschluss, und zwar: _____   | <input type="checkbox"/> |

**53 Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie? Was trifft auf Sie zu?**

Sie können mehrere Möglichkeiten wählen!

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Beruflich-betriebliche Anlernzeit mit Abschlusszeugnis, aber keine Lehre   | <input type="checkbox"/> |
| Teilfacharbeiterabschluss  | <input type="checkbox"/> |
| Abgeschlossene Lehre   | <input type="checkbox"/> |
| Berufliches Praktikum, Volontariat   | <input type="checkbox"/> |
| Fachschulabschluss   | <input type="checkbox"/> |
| Berufsfachschulabschluss, Berufsgrundbildungsjahr abgeschlossen  | <input type="checkbox"/> |
| Meisterabschluss   | <input type="checkbox"/> |
| Abgeschlossenes Studium an Fachhochschule, Hochschule, Universität, Akademie, Polytechnikum (auch Abschluss einer Ingenieurschule), Schule des Gesundheitswesens | <input type="checkbox"/> |
| Promotion; Habilitation  | <input type="checkbox"/> |
| Anderen beruflichen Ausbildungsabschluss, und zwar:<br>_____   | <input type="checkbox"/> |
| Keinen beruflichen Ausbildungsabschluss  | <input type="checkbox"/> |

**54 Wie hoch ist das gesamte monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts? Gemeint ist die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension ergibt, jeweils nach Abzug der Steuern und Kranken- und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen sie bitte auch Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Geldanlagen und Einkünfte wie Kindergeld, Wohngeld, Sozialhilfe und sonstige Einkünfte hinzu. Wenn Sie die genaue Summe nicht wissen, schätzen Sie bitte.**

Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!

- |                           |                          |  |                          |
|---------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Bis zu 500 Euro .....     | <input type="checkbox"/> | 3.001 bis 3.500 Euro .....                           | <input type="checkbox"/> |
| 501 bis 1.000 Euro.....   | <input type="checkbox"/> | 3.501 bis 4.000 Euro.....                            | <input type="checkbox"/> |
| 1.001 bis 1.500 Euro..... | <input type="checkbox"/> | 4.001 bis 4.500 Euro.....                            | <input type="checkbox"/> |
| 1.501 bis 2.000 Euro..... | <input type="checkbox"/> | 4.501 bis 5.000 Euro.....                            | <input type="checkbox"/> |
| 2.001 bis 2.500 Euro..... | <input type="checkbox"/> | 5.001 bis 5.500 Euro.....                            | <input type="checkbox"/> |
| 2.501 bis 3.000 Euro..... | <input type="checkbox"/> | 5.501 Euro und mehr .....                            | <input type="checkbox"/> |
|                           |                          | Ich kann/möchte die Frage nicht<br>beantworten ..... | <input type="checkbox"/> |

**55 Haben Sie am Ende des Monats Probleme, Ihre Rechnungen zu bezahlen?**

Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Immer                                       | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal                                    | <input type="checkbox"/> |
| Selten                                      | <input type="checkbox"/> |
| Nie   | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann/möchte die Frage nicht beantworten | <input type="checkbox"/> |

**Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit an dieser Befragung!**