

<Stadtwappen> <Stadtname>

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Generation 50plus: Lebensqualität und Zukunftsplanung in <Stadtname>

Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise:

- Die Beteiligung an der Befragung ist freiwillig. Wenn Sie nicht an der Befragung teilnehmen, entstehen Ihnen keine Nachteile. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben nur für statistische Zwecke verwendet werden und die strengen Anforderungen des Datenschutzes und der statistischen Geheimhaltung im vollen Umfang gewahrt sind.
- Beantworten Sie bitte die Fragen persönlich, und achten Sie bitte beim Ausfüllen auf die entsprechenden Hinweise bei den jeweiligen Fragen.
- Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen im beigefügten Rückumschlag möglichst innerhalb der nächsten zwei Wochen an uns zurück.

Wenn Sie Fragen haben, dann stehen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter der Telefonnummer <Nummer bei Stadtverwaltung> zur Verfügung. Sie können uns gerne auch eine Nachricht per E-Mail (<Mailadresse>) oder Telefax (<Faxnummer>) senden.



Zunächst einmal 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

 **Bitte weiter mit der nächsten Frage**

Nein, ich bin im Ruhestand

Nein, ich bin im Haushalt tätig

Nein, ich bin in einer Ausbildung

Nein, ich bin aus sonstigen Gründen nicht erwerbstätig

 **Bitte weiter mit 3**

2 In welchem Alter würden Sie gerne in den Ruhestand gehen?

mit _____ Jahren

3 Haben Sie während der letzten 12 Monate Kurse belegt oder Vorträge oder Veranstaltungen besucht, die Ihrer beruflichen Fort- und Weiterbildung dienen?

Ja

Nein

4 Haben Sie vor, in nächster Zeit – d.h. in den nächsten 12 Monaten – Veranstaltungen zu besuchen, die Ihrer beruflichen Fort- und Weiterbildung dienen?

Ja

Nein

5 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

Nein

 **Bitte weiter mit der nächsten Frage**

 **Bitte weiter mit 7**

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

Sie können **mehrere** Angaben machen!

- | | |
|--|--------------------------|
| Sport und Bewegung | <input type="checkbox"/> |
| Kultur und Musik | <input type="checkbox"/> |
| Schule oder Kindergarten | <input type="checkbox"/> |
| Sozialer Bereich | <input type="checkbox"/> |
| Kirchlicher oder religiöser Bereich | <input type="checkbox"/> |
| Berufliche Interessenvertretung außerhalb des Betriebs (z.B. Gewerkschaft) | <input type="checkbox"/> |
| Umwelt und Naturschutz, Tierschutz | <input type="checkbox"/> |
| Politik und politische Interessenvertretung | <input type="checkbox"/> |
| Außerschulische Jugendarbeit oder Bildungsarbeit für Erwachsene | <input type="checkbox"/> |
| Unfall- oder Rettungsdienst, freiwillige Feuerwehr | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsbereich | <input type="checkbox"/> |
| Justiz, Kriminalitätsprobleme | <input type="checkbox"/> |
| Wirtschaftliche Selbsthilfe | <input type="checkbox"/> |
| Freizeit und Geselligkeit | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige bürgerschaftliche Aktivitäten am Wohnort | <input type="checkbox"/> |

7 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 | <input type="checkbox"/> |  Bitte weiter mit 9 |
| Ja, eventuell | <input type="checkbox"/> |  Bitte weiter mit der |
| Ja, auf jeden Fall | <input type="checkbox"/> |  nächsten Frage |

8 In welchen Bereichen könnten Sie sich vorstellen, einer ehrenamtlichen Tätigkeit in den nächsten 12 Monaten nachzugehen?

Sie können **mehrere** Angaben machen!

- | | |
|--|--------------------------|
| Sport und Bewegung | <input type="checkbox"/> |
| Kultur und Musik | <input type="checkbox"/> |
| Schule oder Kindergarten | <input type="checkbox"/> |
| Sozialer Bereich | <input type="checkbox"/> |
| Kirchlicher oder religiöser Bereich | <input type="checkbox"/> |
| Berufliche Interessenvertretung außerhalb des Betriebs (z.B. Gewerkschaft) | <input type="checkbox"/> |
| Umwelt und Naturschutz, Tierschutz | <input type="checkbox"/> |
| Politik und politische Interessenvertretung | <input type="checkbox"/> |
| Außerschulische Jugendarbeit oder Bildungsarbeit für Erwachsene | <input type="checkbox"/> |
| Unfall- oder Rettungsdienst, freiwillige Feuerwehr | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsbereich | <input type="checkbox"/> |
| Justiz, Kriminalitätsprobleme | <input type="checkbox"/> |
| Wirtschaftliche Selbsthilfe | <input type="checkbox"/> |
| Freizeit und Geselligkeit | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige bürgerschaftliche Aktivitäten am Wohnort | <input type="checkbox"/> |

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

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

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr gut | gut | durchschnittlich | schlecht | sehr schlecht |
| <input type="checkbox"/> |

10 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 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11 Alles in allem betrachtet, was würden Sie sagen, wie glücklich sind Sie? 0 bedeutet „äußerst unglücklich“ und 10 bedeutet „äußerst glücklich“.

- | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| äußerst
unglücklich | | | | | | | | | | | äußerst
glücklich |
| <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

**12 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

13 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

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

Ja

Nein

15 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.

16 Haben Sie Kinder?

Nein

Ja

 Bitte weiter mit 22

 Bitte weiter mit der nächsten Frage

17 Wie viele Kinder haben Sie?

_____ Kinder

18 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

19 Leben Kinder von Ihnen mit Ihnen im gleichen Haushalt?

Nein

Ja

20 Leben Kinder von Ihnen im gleichen Ort außerhalb Ihres Haushalts?

Nein

Ja

21 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,
ungefähr einmal
pro Monat

Selten –
hin und wieder

Nie

22 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 24**

☞ **Bitte weiter mit der nächsten Frage**

23 Was ist für Sie zutreffend?

Ich bin verheiratet und lebe mit dem Gatten, der Gattin
zusammen

Ich lebe mit einem Partner, einer Partnerin zusammen

Keines von beiden ist zutreffend

Bei den folgenden Fragen geht es um das Thema Pflegebedürftigkeit.

24 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 26**

Ja, aber ich bin mir nicht sicher

☞ **Bitte weiter mit der**

Ja, ich bin mir ganz sicher

☞ **nächsten Frage**

25 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 wahr- scheinlich	Vielleicht	Sehr unwahr- scheinlich	Nicht vor- handen
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"/>

26 Wüssten Sie in einem solchen Fall – also wenn Sie länger krank oder pflegebedürftig wären – welche Organisation bzw. Einrichtung Ihnen helfen könnte?

Nein

 **Bitte weiter mit 28**

Ja

 **Bitte weiter mit der nächsten Frage**

27 An welche Einrichtung bzw. Organisation denken Sie dabei?

Bitte eintragen!

28 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 32**

Ja,
das gab es

 **Bitte weiter mit der nächsten Frage**

29 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

30 Waren Sie auch selber mit der Versorgung dieser Person beschäftigt?

Nein,
das war nicht der Fall

 **Bitte weiter mit 32**

Ja,
ich hatte auch damit zu tun

 **Bitte weiter mit der nächsten Frage**

31 Wer hat Ihnen dabei geholfen?

Sie können **mehrere** Möglichkeiten wählen!

Niemand	<input type="checkbox"/>
Verwandte, die im selben Haus wohnen	<input type="checkbox"/>
Verwandte, die außerhalb des Hauses wohnen	<input type="checkbox"/>
Nachbarn und Freunde	<input type="checkbox"/>
Berufliche Pflegekräfte und ambulante Dienste	<input type="checkbox"/>
Einrichtungen wie die Kurzzeitpflege und die Tagespflege	<input type="checkbox"/>
Eine Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>

32 Stellen Sie sich vor, ein älterer Vater oder eine ältere Mutter kann wegen körperlicher oder seelischer gesundheitlicher Probleme den Alltag nicht mehr ohne regelmäßige Hilfe meistern. Was wäre Ihrer Meinung nach das Beste für Menschen in dieser Situation? Und was wäre das Zweitbeste?

Bitte jeweils **ein** Kreuz für das Beste und **ein** Kreuz für das Zweitbeste machen!

	Das Beste	Das Zweitbeste
Sie sollten bei einem ihrer Kinder leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eines ihrer Kinder sollte sie regelmäßig zuhause besuchen, um die notwendige Pflege zu verrichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentliche oder private Dienstleister sollten sie zuhause besuchen und ihnen die geeignete Hilfe und Pflege zukommen lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie sollten in ein Pflegeheim ziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33a Wenn man regelmäßige Hilfe bei der Bewältigung des Alltags benötigt, kann die Versorgung ganz unterschiedlich erfolgen. Einige Möglichkeiten sind hier aufgeschrieben. Überlegen Sie bitte zunächst:

1. Welche dieser Möglichkeiten Sie für sich wünschen.

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

Was **wünschen** Sie für sich?

Versorgungsmöglichkeiten	auf jeden Fall	eventuell	auf keinen Fall
Versorgung im eigenen Haushalt durch einen Verwandten (z.B. Partner/ Ehepartner, Kind, das in der Nähe wohnt).	<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"/>
Versorgung im eigenen Haushalt durch Familienangehörige, unterstützt durch professionelle Pflegedienste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Haushalt eines nahen Familienmitglieds wohnen (z.B. bei Sohn oder Tochter) und von diesem Hilfe erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung im Haushalt von Angehörigen (z.B. Kindern), unterstützt durch professionelle Pflegedienste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rundumversorgung in einem größeren und guten Pflegeheim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung in einer kleinen und gut geführten Einrichtung im eigenen Wohngebiet, mit Kontakten zu Angehörigen, Bekannten und Nachbarn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes (bitte notieren):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33b Überlegen Sie nun bitte:

2. Mit welcher Versorgung Sie wahrscheinlich rechnen können.

Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen!

Womit rechnen Sie? Was ist zu erwarten? Was ist **wahrscheinlich**?

Versorgungsmöglichkeiten	sehr wahrscheinlich	vielleicht	sehr unwahrscheinlich
Versorgung im eigenen Haushalt durch einen Verwandten (z.B. Partner/ Ehepartner, Kind, das in der Nähe wohnt).	<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"/>
Versorgung im eigenen Haushalt durch Familienangehörige, unterstützt durch professionelle Pflegedienste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Haushalt eines nahen Familienmitglieds wohnen (z.B. bei Sohn oder Tochter) und von diesem Hilfe erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung im Haushalt von Angehörigen (z.B. Kindern), unterstützt durch professionelle Pflegedienste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rundumversorgung in einem größeren und guten Pflegeheim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung in einer kleinen und gut geführten Einrichtung im eigenen Wohngebiet, mit Kontakten zu Angehörigen, Bekannten und Nachbarn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes (bitte notieren):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34 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!

	sehr gut	ziemlich gut	ziemlich schlecht	sehr schlecht	kann ich nicht beurteilen
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"/>				
Pflegeheime	<input type="checkbox"/>				
Beratungsstellen zum Thema Pflege	<input type="checkbox"/>				

35 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!

	sehr einfach	ziemlich einfach	ziemlich schwierig	sehr schwierig	kann ich nicht beurteilen
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"/>				
Pflegeheime	<input type="checkbox"/>				
Beratungsstellen zum Thema Pflege	<input type="checkbox"/>				

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

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

Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen!

Ist mir...	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.

37 Was ist der höchste allgemeinbildende Schulabschluss, den Sie haben?

Bitte nur **ein** Kästchen ankreuzen!

Schule beendet ohne Abschluss einer weiterführenden Schule

Volks-/Hauptschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. oder 9. Klasse

Mittlere Reife/Realschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse

Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)

Abitur bzw. Erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Kl. (Hochschulreife)

Anderen Schulabschluss, und zwar:

38 Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie? Was trifft auf Sie zu?

Sie können **mehrere** Möglichkeiten wählen!

Beruflich-betriebliche Anlernzeit mit Abschlusszeugnis, aber keine Lehre

Teilfacharbeiterabschluss

Abgeschlossene Lehre

Berufliches Praktikum, Volontariat

Fachschulabschluss

Berufsfachschulabschluss, Berufsgrundbildungsjahr abgeschlossen

Meisterabschluss

Abgeschlossenes Studium an Fachhochschule, Hochschule, Universität, Akademie, Polytechnikum (auch Abschluss einer Ingenieurschule), Schule des Gesundheitswesens

Promotion; Habilitation

Anderen beruflichen Ausbildungsabschluss, und zwar:

Keinen beruflichen Ausbildungsabschluss

39 Wie viele Jahre haben sie insgesamt eine Schule besucht, inklusive den etwaigen Besuch einer Berufsschule oder Hochschule? Berücksichtigen Sie bitte alle Voll- und Teilzeitausbildungen, und rechnen Sie die Gesamtdauer Ihrer Schul- bzw. Ausbildungszeit in ganze Jahre um.

*Tragen Sie bitte nur **ganze Jahre** ein!*

_____ Jahre

40 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.....

501 bis 1000 Euro.....

1001 bis 1500 Euro.....

1501 bis 2000 Euro.....

2001 bis 2500 Euro.....

2501 bis 3000 Euro.....

3001 bis 3500 Euro

3501 bis 4000 Euro

4001 bis 4500 Euro

4501 bis 5000 Euro

5001 bis 5500 Euro

5501 Euro und mehr.....

kann/will die Frage nicht
beantworten

41 Sind Sie deutsche(r) Staatsbürger(in)?

Ja

 **Bitte weiter mit 43**

Nein

 **Bitte weiter mit der
nächsten Frage**

42 Welche Staatsbürgerschaft besitzen Sie?

Bitte eintragen!

43 Sind Sie in Deutschland geboren?

Ja

 **Bitte weiter mit 46**

Nein

 **Bitte weiter mit der
nächsten Frage**

44 In welchem Land sind Sie geboren?

Bitte eintragen!

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

Bitte nur **ein** Kästchen ankreuzen!

Innerhalb des letzten Jahres

Vor 1-5 Jahren

Vor 6-10 Jahren

Vor 11-20 Jahren

Vor über 20 Jahren

46 Wie lange wohnen Sie schon hier in dieser Stadt?

Seit _____ Jahren

47 Wie alt sind Sie?

Ich bin _____ Jahre

48 Tragen Sie bitte Ihr Geschlecht ein.

Männlich

Weiblich

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