

Fragebogen

“Lebensqualität und Zukunftsplanung der Generation 55+ im Kreis Mettmann“

2015

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen die folgenden Hinweise

- **Die Beteiligung an der Umfrage ist freiwillig.** Durch Ihre Teilnahme stimmen Sie der Datenerhebung und der Datenverwendung zu. Nähere Hinweise hierzu entnehmen Sie bitte der beigefügten "Information zur Datenerhebung und -verwendung". Wenn Sie nicht an der Befragung teilnehmen, entstehen Ihnen keine Nachteile. Bitte bedenken Sie jedoch bei Ihrer Entscheidung, dass Ihre Aussagen für Verwaltung und Politik im Kreis Mettmann wichtig sind.
- **Die Beteiligung an der Umfrage ist anonym.** Bitte notieren Sie auf dem Fragebogen oder dem Briefumschlag für die Rückantwort weder Ihren Namen noch andere persönliche Angaben wie Adresse oder Telefonnummer.
- Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen möglichst innerhalb der nächsten zwei Wochen - **spätestens bis 30.11.2015** - unter Verwendung des beigefügten Antwortumschlages an die Zentrale Statistikstelle des Kreises Mettmann zurück. Die Portokosten werden vom Kreis Mettmann übernommen.
- Wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, so lassen Sie diese einfach unbeantwortet.
- Bitte beachten Sie die Verzweigungshinweise im Fragebogen, da je nach Lebenslage nicht alle Fragen für Sie relevant sind.
- Sollten Sie Rückfragen generell zur Erhebung oder speziell zu einzelnen Fragen haben, helfen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kreis Mettmann Info-Service unter der Telefonnummer 02104/99-0 montags bis freitags in der Zeit von 8:00 bis 18:00 Uhr gerne weiter. Sie können Ihre Fragen auch an die E-Mail-Adresse umfrage-55plus@kreis-mettmann.de senden.

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 | <input type="checkbox"/> |
| Ja, ich bin Teilzeit erwerbstätig (weniger als 35 Stunden pro Woche; dazu zählen auch unregelmäßige oder geringfügige Beschäftigungen) | <input type="checkbox"/> |
| Nein, ich bin arbeitssuchend | <input type="checkbox"/> |
| Nein, ich bin im Ruhestand | <input type="checkbox"/> |
| Nein, ich bin im Haushalt tätig | <input type="checkbox"/> |
| Nein, ich bin in einer Ausbildung | <input type="checkbox"/> |
| Nein, ich bin aus sonstigen Gründen nicht erwerbstätig | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Fort- und Weiterbildung | <input type="checkbox"/> |
| Kultur, Allgemeinbildung | <input type="checkbox"/> |
| Freizeit, Hobby | <input type="checkbox"/> |
| Anderes | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Fort- und Weiterbildung | <input type="checkbox"/> |
| Kultur, Allgemeinbildung | <input type="checkbox"/> |
| Freizeit, Hobby | <input type="checkbox"/> |
| Anderes | <input type="checkbox"/> |

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

Nein

 Bitte weiter mit der nächsten Frage

 Bitte weiter mit Frage 9

7 In welchem Bereich bzw. in welchen Bereichen üben Sie zurzeit 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 25a**☞ **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	<input type="checkbox"/>
Ich lebe mit jemandem in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft zusammen	<input type="checkbox"/>
Ich lebe mit einem Partner, einer Partnerin zusammen	<input type="checkbox"/>
Ich lebe mit einem oder mehreren Elternteilen von mir / uns zusammen	<input type="checkbox"/>
Ich lebe mit einem oder mehreren meiner / unserer Kinder zusammen	<input type="checkbox"/>
Ich lebe in einer Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/>
Nichts davon ist zutreffend	<input type="checkbox"/>


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

25a Wissen Sie, wo Sie bei Fragen zu Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit beraten werden bzw. Informationen erhalten?

Ja Nein

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 Ehegatte / Partner	<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 könnten?

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 | <input type="checkbox"/> |
| Zuhause in meiner/unserer Wohnung | <input type="checkbox"/> |
| In einer anderen Wohnung (z.B. bei Angehörigen) | <input type="checkbox"/> |
| In einem Pflegeheim | <input type="checkbox"/> |
| In einer kleinen wohngruppenähnlichen Einrichtung | <input type="checkbox"/> |

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

- | | | |
|---|--|---|
| Nein,
das war nicht der Fall
<input type="checkbox"/> | Ja,
ich hatte auch damit zu tun
<input type="checkbox"/> | Ja,
ich mache das noch immer
<input type="checkbox"/> |
| ☞ Bitte weiter mit Frage 34 | | ☞ Bitte weiter mit der nächsten Frage |

32a Wie belastend war/ist die Versorgung für Sie?

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|---|
| Sehr belastend
<input type="checkbox"/> | Belastend
<input type="checkbox"/> | Gering belastend
<input type="checkbox"/> | Nicht belastend
<input type="checkbox"/> | Kann ich nicht beurteilen
<input type="checkbox"/> |
|--|---------------------------------------|--|---|---|

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

*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"/> |

33a

Wie zufrieden waren/sind Sie mit der Hilfe?

- | Sehr zufrieden | Zufrieden | Eher unzufrieden | Sehr unzufrieden |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

33b Wie entlastend war/ist die Hilfe für Sie?

- | | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Sehr entlastend
<input type="checkbox"/> | Entlastend
<input type="checkbox"/> | Gering entlastend
<input type="checkbox"/> | Nicht entlastend
<input type="checkbox"/> | Kann ich nicht beurteilen
<input type="checkbox"/> |
|---|--|---|--|---|

- 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!*

Versorgungsmöglichkeiten	Auf jeden Fall	Eventuell	Auf keinen Fall
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:**

- 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“.**
- Versuchen Sie dann bitte eine Einschätzung, mit welcher Versorgung Sie wahrscheinlich rechnen können.**

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

	1. Was wünschen Sie für sich?			2. Was ist wahrscheinlich ?		
	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"/>	<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"/>

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 ist. 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 bzw. gegeben 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 wichtig ist das für Sie persönlich?		2. Gibt es für Sie ausreichende 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 der folgenden Frage 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	über- haupt 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 Geben Sie bitte Ihr Geschlecht an.

Männlich

Weiblich

44a Ist mindestens ein Elternteil von Ihnen nach Deutschland zugewandert?

Ja

Nein

45 Besitzen Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

Ja, seit Geburt

Ja, später erworben

Nein

46 Sind Sie in Deutschland geboren?

Ja



Bitte weiter mit Frage 48

Nein



Bitte weiter mit der nächsten Frage

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

Bitte nur **ein** Kästchen ankreuzen!

Innerhalb des letzten Jahres

Vor 11-20 Jahren

Vor 1-5 Jahren

Vor über 20 Jahren

Vor 6-10 Jahren

48 Wie lange wohnen Sie schon in dieser Stadt?

Seit _____ Jahr/Jahren. Weniger als ein Jahr.

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

Zur Miete, auch Untermiete

Eigentumswohnung

Eigenes Haus

Nicht zutreffend, ich wohne in einem Heim

50 Wie lange wohnen Sie schon in Ihrer derzeitigen Wohnung bzw. diesem Heim?

Seit _____ Jahr/Jahren. Weniger als ein Jahr.

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: _____ | <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 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 Beteiligung an dieser Umfrage!

Bitte senden Sie jetzt den ausgefüllten Fragebogen im beigefügten Rückumschlag an die Zentrale Statistikstelle des Kreises Mettmann.