
Befragung von Seniorinnen und Senioren im Land Brandenburg

Sehr geehrte Seniorinnen und Senioren,

im Auftrag des Landesseniorenbeauftragten des Landes Brandenburg möchte diese Befragung die Meinungen und Sichtweisen von Seniorinnen und Senioren zu wichtigen Lebensfragen ermitteln. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, politische Entscheidungen so zu unterstützen, dass sie sich an den Bedürfnissen der Seniorinnen und Senioren orientieren.

Für die Beantwortung der Fragen brauchen Sie etwas Zeit und Ruhe (45 bis 60 Minuten).

Bitte füllen Sie die Vor- und Rückseiten des Fragebogens vollständig aus und geben ihn bis zum 27.06.2022 an Ihre Ansprechpartnerinnen oder -partner vor Ort zurück.

Sie können den Fragebogen alternativ auch online ausfüllen. Das spart Papier und Zeit. Zum Online-Fragebogen kommen Sie über folgenden Link:

<https://www.surveymonkey.de/r/senioren-2022> (Bitte geben Sie den Link in Ihren Browser ein!)

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben anonym behandelt und können nicht zurückverfolgt werden.

*Die Befragung wird an vielen verschiedenen Orten unseres Bundeslandes durchgeführt und von der Akademie 2. Lebenshälfte umgesetzt. Bei Rückfragen zur Befragung wenden Sie sich an:
Marion Köstler, koestler@lebenshaelfte.de, Telefon 03334 237520.*

***Der Landesseniorenbeauftragte des Landes Brandenburg
dankt Ihnen herzlich für Ihre wertvolle Unterstützung!***

Bitte beantworten Sie uns zunächst folgende allgemeine Fragen:

1. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

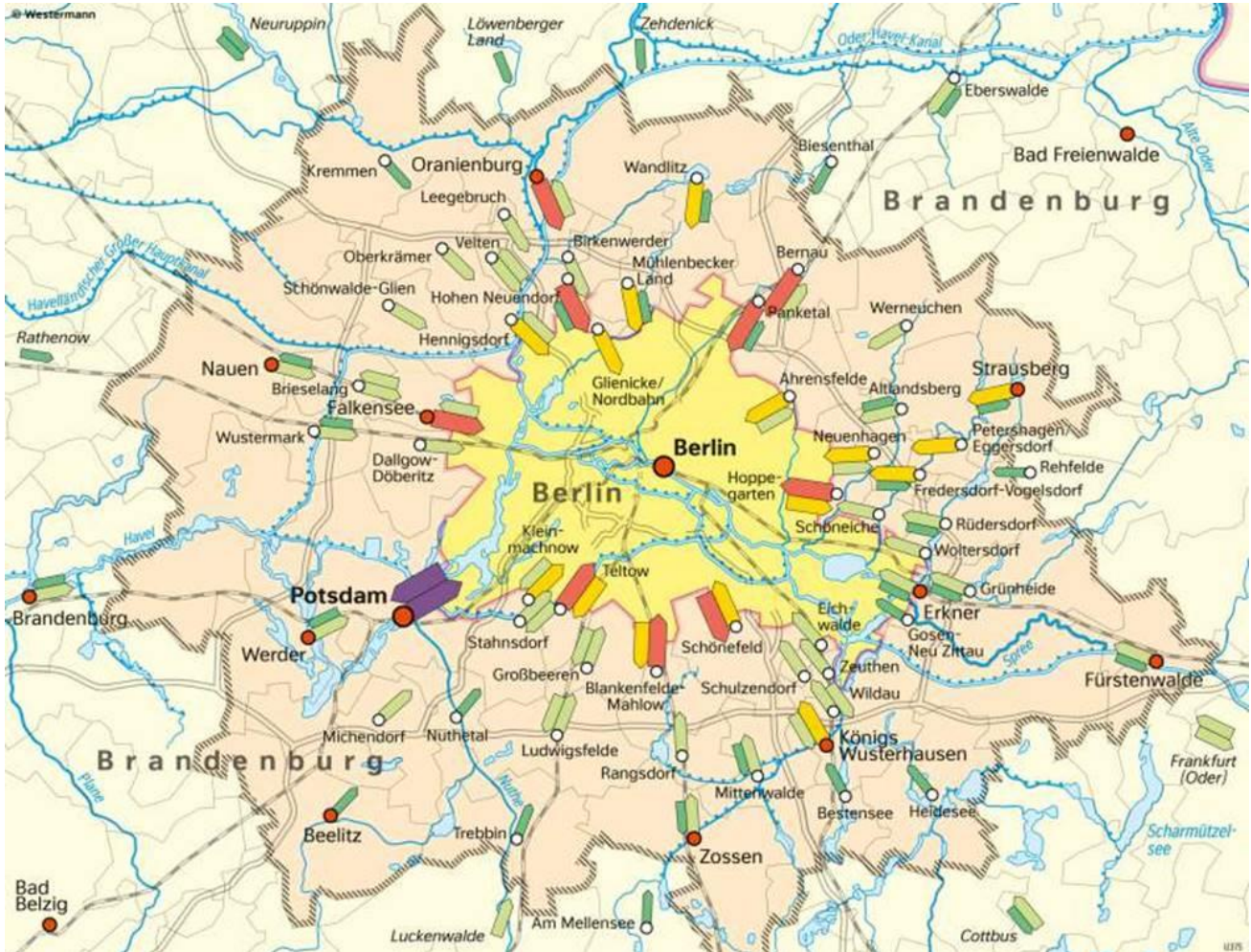
Weiblich Männlich Divers Keine Angabe

2. Wie alt sind Sie?

60 bis 64 65 bis 69 70 bis 74 75 bis 79 80 bis 84 über 85

3. Wenn Sie die folgende Karte betrachten, in welchem Gebiet befindet sich Ihr Wohnort im Verhältnis zu Berlin?

- Im Berliner Umland, auch „Speckgürtel“ genannt (Bereich um Berlin mit schraffierter Grenze)
- Im sonstigen Brandenburg (hell gefärbter Bereich bis zur Landesgrenze)



Quelle: <https://diercke.westermann.de/s/Berliner%20Umland/karte>

4. Mit welchem der folgenden Begriffe ist Ihr Wohnort am besten beschrieben?

- Kreisfreie Stadt (Cottbus, Frankfurt/O., Potsdam, Brandenburg/H.)
- Größere Stadt (Bernau, Eberswalde, Eisenhüttenstadt, Falkensee, Königs Wusterhausen, Oranienburg, Schwedt)
- Mittlere Stadt (Fürstenwalde, Guben, Hennigsdorf, Neuruppin, Rathenow, Senftenberg, Spremberg/Grodk, Strausberg, Wittenberge)
- Kleinstadt
- Dorf (unabhängig davon, ob das Dorf, in dem Sie wohnen, zu einer größeren Gemeinde, Stadt oder einem Amt gehört)

Zufriedenheit mit der Lebenssituation

Lassen Sie sich bei der Beantwortung der folgenden Fragen nicht davon beeinflussen, ob Sie sich im Augenblick gut oder schlecht fühlen, sondern versuchen Sie, die letzten vier Wochen zu berücksichtigen. Mit „gegenwärtig“ ist dieser Zeitraum gemeint.

5. Wie zufrieden sind Sie, alles in allem, gegenwärtig mit Ihrem Leben?

Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	Weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Womit sind Sie gegenwärtig am meisten zufrieden in Ihrem Leben?
(Tragen Sie Ihre Antwort in das freie Feld ein!)

.....

.....

7. Womit sind Sie gegenwärtig am wenigsten zufrieden in Ihrem Leben?
(Tragen Sie Ihre Antwort in das freie Feld ein!)

.....

.....

8. **Wie zufrieden sind Sie jeweils in den nachfolgend aufgeführten Lebensbereichen?**

(Bitte antworten Sie zu allen Lebensbereichen, auch diejenigen, die scheinbar nicht zutreffen: Wenn Sie z.B. keinen Partner oder Partnerin haben, können Sie bei der Frage nach „Partnerschaft“ trotzdem angeben, wie zufrieden Sie mit der derzeitigen Situation - ohne Partnerin oder Partner - sind.)

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	Weiß nicht
Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde / Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung / Hobbies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Sicherheit/Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Gerechtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umwelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demokratieentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönl. politischer Einfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. **Was macht Ihnen Sorgen, wenn Sie an Ihre Zukunft denken?**

(Bitte kreuzen Sie maximal Ihre fünf größten Sorgen an, also max. 5 Kreuze möglich)

<input type="checkbox"/> Mir macht nichts Sorgen	<input type="checkbox"/> Finanzielle Sorgen (Rente reicht nicht, Inflation)
<input type="checkbox"/> Eigene Gesundheit	<input type="checkbox"/> Eigene Sicherheit (Angst vor Überfall, Einbruch etc.)
<input type="checkbox"/> Gesundheit des Partners, der Partnerin	<input type="checkbox"/> Rücksichtslosigkeit der Gesellschaft
<input type="checkbox"/> Eventuelle Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> Krieg, politische Unruhen
<input type="checkbox"/> Nicht mehr mobil sein zu können	<input type="checkbox"/> Klimawandel, Umweltprobleme
<input type="checkbox"/> Einsamkeit	<input type="checkbox"/> Umweltkatastrophen
<input type="checkbox"/> Nicht mehr gebraucht zu werden	<input type="checkbox"/> Pandemien (z. B. COVID-19)
<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte eintragen):	<input type="checkbox"/> Verschlechterung der Lebensqualität für Kinder und Enkel
.....	

10. Wie beurteilen Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand im Allgemeinen?

- Keinerlei Probleme, ich bin gesund
- Geringe Probleme, mit denen ich gut leben kann
- Größere Probleme, die mein Leben einschränken
- Große Probleme, gravierende Einschränkungen im Alltag

11. Was sind die Ihrer Meinung nach die wichtigsten Themen, um die sich die Gesundheitspolitik kümmern sollte? Wählen Sie die Ihrer Meinung nach drei wichtigsten Punkte aus!

(Bitte kreuzen Sie die drei wichtigsten Themen an, also max. 3 Kreuze möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ärzteversorgung in der Region | <input type="checkbox"/> Angebote zur Gesundheitsvorsorge (Prävention) |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausversorgung in der Region | <input type="checkbox"/> Gewinnorientierung im Gesundheitswesen |
| <input type="checkbox"/> Häusliche Pflegeangebote | <input type="checkbox"/> Staatliche Förderung der Medizinischen Forschung |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Pflegeangebote | <input type="checkbox"/> Besserer Austausch von Informationen zwischen den behandelnden Ärzten bzw. Ärztinnen in Praxen, in Krankenhäusern und den Pflegeeinrichtungen |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfe-Angebote | <input type="checkbox"/> Andere Themen, nämlich: |
| <input type="checkbox"/> Höhe der Kranken- und Pflegeversicherung für Rentner/Rentnerinnen | |
| <input type="checkbox"/> Bezahlbarkeit von Gesundheits- und Pflegeleistungen | |
| <input type="checkbox"/> Anzahl der Fachkräfte im Gesundheitswesen | |

12. Wie schätzen Sie das Angebot an medizinischen Einrichtungen in Ihrer Region ein?

	Zu wenige	Genau richtig	Zu viele	Weiß nicht
Hausarztpraxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharztpraxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhäuser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitätshäuser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegestützpunkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarztpraxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nachfolgend geht es um das Thema Gesundheitsvorsorge & Gesundheitsförderung (Prävention):
Lange, bevor gesundheitliche Probleme auftreten, kann man mit entsprechenden
Vorsorgemaßnahmen Erkrankungen verhindern oder möglichst weit ins hohe Alter aufschieben.**

13. Welche der aufgezählten Angebote der Gesundheitsvorsorge haben Sie innerhalb der letzten 10 Jahre schon genutzt oder nutzen Sie gerade? Welche sind durch die Krankenkasse unterstützt, welche bezahlen Sie privat? (Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz!)

	schon genutzt, von der <u>Krankenkasse</u> unterstützt	schon genutzt, <u>komplett</u> privat finanziert	Habe ich noch nie genutzt	Weiß nicht
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präventionssport (z.B. Gymnastik, Fitness-Angebote zur Vorsorge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationssport (z.B. Fitness- Angebote nach einer Erkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwimmen für Senioren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsangebote in der Natur (geführte Wander- oder Radtouren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote zur Stressbewältigung, Entspannungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wellness-Angebote (z. B. Sauna, Whirlpool, Massage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. **Wie oft nutzen Sie generell Präventionsangebote?**

Nutze ich
oft oder sehr oft

Nutze ich
nie oder nur selten

➔ **Was hält Sie davon ab, diese Angebote überhaupt oder öfter zu nutzen?**

(mehrere Kreuze sind möglich)

- Ich benötige keine Präventionsangebote.
- Mir sind Präventionsangebote nicht bekannt.
- Es gibt hier keine Präventionsangebote.
- Ich erreiche die Präventionsangebote nicht.
- Ich sehe keinen Nutzen darin.
- Ich kann mir Präventionsangebote nicht leisten.
- Ich kann mich selbst nicht dazu überwinden („Innerer Schweinehund“)
- Sonstige:

15. **Welche Wünsche im Bereich der medizinischen Versorgung möchten Sie uns noch mitteilen?**

.....
.....

Mobilität / Fortbewegung

16. **Welche Möglichkeiten, sich außerhalb der Wohnung fortzubewegen, nutzen Sie?**

(Mehrere Kreuze sind möglich.)

- Ich gehe zu Fuß ohne Hilfe.
- Ich gehe zu Fuß mit Hilfe z.B. Rollator, Stock, Begleitperson
- Ich fahre ein normales Fahrrad.
- Ich fahre ein eBike. (Fahrrad mit Elektro-Motor)
- Ich nutze Öffentliche Verkehrsmittel (z. B. Bus, Straßenbahn, Bahn)
- Ich fahre selbst Auto.
- Ich fahre als Beifahrerin oder Beifahrer mit dem Auto.
- Ich nutze ein Taxi.
- Ich nutze den Krankentransport.
- Ich nutze den Fahrdienst für Menschen mit Behinderung.
- Sonstige:

.....
 Nichts davon, ich verlasse meine Wohnung nie.

17. **Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Angebot an Öffentlichen Verkehrsmitteln in Ihrer Region?** (Gemeint sind Busse, Bahn, Straßenbahn, S-Bahn u. ä.)

Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	Weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. **Wie kommen Sie üblicherweise zu Ihren Zielen, wenn Sie Ihr Zuhause verlassen?**

Wenn Sie manche Ziele auf unterschiedliche Weise ansteuern (z.B. je nach Befinden oder Wetter), dann wählen Sie bitte alle Optionen aus, die Sie üblicherweise nutzen (mehrere Kreuze pro Zeile sind möglich)

	Zu Fuß	Auto (Selbst- oder Beifahrerin, Beifahrer)	Fahrrad	Öffentliche Verkehrsmittel	Nicht relevant, das ist nie mein Ziel
Einkaufsmöglichkeiten des täglichen Bedarfs (Lebensmittel, Drogerie-Produkte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufsmöglichkeiten für Kleidung, Schuhe, Geschenke u. ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arztpraxen, medizinische Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturveranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtungen für Bewegung/Sport, Fitness-Club, Schwimmbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlichkeiten zum Erholen bzw. Spaziergehen wie Park oder schöne Landschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seniorentreff / Begegnungsstätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienangehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde, Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirchengemeinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Arbeit oder zur Tätigkeit im Ehrenamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. **Wenn Sie an Öffentliche Verkehrsmittel denken (egal, ob Sie diese nutzen oder nicht) wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu:**

(Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz! Nutzen Sie die letzte Spalte „weiß nicht“, wenn Sie die Aussage nicht einschätzen können!)

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Weiß nicht
Die Fahrkarten sind preiswert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fahrt ist schneller als mit dem Auto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fahrt ist bequemer als mit dem Auto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Verbindungen beim Umsteigen sind gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltestellen sind in der Nähe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Ein- und Ausstieg ist für mich problemlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Fahrkartenautomat ist leicht zu bedienen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fahrpläne sind verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt ausreichend Servicepersonal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die öffentlichen Verkehrsmittel sind sauber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettennutzung ist möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentliche Verkehrsmittel sind umweltfreundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:					

20. **Wie oft nutzen Sie Öffentliche Verkehrsmittel?**

Eher oft (im Durchschnitt mindestens 2 x pro Monat) → **jetzt bitte weiter mit Frage 22**

Eher selten (weniger als 2 x pro Monat oder nie) → **jetzt bitte weiter mit Frage 21**

21. **Was würde Sie vor allem dazu bewegen, Öffentliche Verkehrsmittel öfter zu nutzen?**

.....

22. **Wenn Sie selbst Auto fahren oder früher gefahren sind: Haben Sie schon einmal ein freiwilliges Fahrtraining, eine Schulung oder einen Test zur Fahrtauglichkeit mitgemacht?**

Nicht relevant für mich, ich bin nie selbst Auto gefahren.

	Ja	Nein	Noch nie davon gehört
Freiwilliges Fahrsicherheitstraining, Fahrtraining z.B. des ADAC (mit professionellem Fahrtrainer oder -trainerin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freiwilliges Fahrtraining bei Fahrschulen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freiwillige Verkehrsschulung (nur Theorie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freiwilliger Fahreignungstest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. **Gibt es Fuß- und Radwege in Ihrem Wohnumfeld?**

Wie zufrieden sind Sie mit deren Zustand in Ihrem Wohnumfeld?

(Gemeint sind die Oberfläche ohne Stolperfallen, die Beleuchtung, die Sicherheit.)

	Nicht vorhanden	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher nicht zufrieden	Gar nicht zufrieden
Zustand Fußwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zustand Radwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. **Fühlen Sie sich sicher, wenn Sie außerhalb der Wohnung zu Fuß unterwegs sind?**

Ja, ich fühle mich zu Fuß sicher.

Nein, ich fühle mich zu Fuß nicht sicher, weil ...
(mehrere Kreuze sind möglich)

- Gesundheitliche Gründe („Schlecht zu Fuß“)
- Seh- oder Hörvermögen ist schlecht
- Angst vor Stürzen
- Angst vor Unfällen (mit anderen Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmern)
- Rücksichtslosigkeit anderer Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer
- Schlechte Fußwege (Stolpergefahr)
- Schlechte Beleuchtung bei Dunkelheit
- Keine Ampeln oder Fußgängerüberwege
- Fahrrad- oder Rollerfahrerinnen bzw. -fahrer auf dem Fußweg
- Angst vor Kriminalität, Überfall
- Sonstiges:

.....

25. **Fühlen Sie sich sicher, wenn Sie mit dem Fahrrad unterwegs sind?**

- Ja, ich fühle mich mit dem Fahrrad sicher.
- Habe nie Fahrradfahren gelernt.
- Nein, ich fühle mich mit dem Fahrrad nicht sicher, weil ...
(mehrere Kreuze sind möglich)
 - Gesundheitliche Gründe (z.B. Gleichgewichtsprobleme)
 - Seh- oder Hörvermögen ist schlecht
 - Angst vor Stürzen
 - Angst vor Unfällen (mit anderen Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmern)
 - Rücksichtslosigkeit anderer Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer
 - Keine Radwege separat zur Straße
 - Schlechte Radwege (Schlaglöcher)
 - Schlechte Beleuchtung bei Dunkelheit
 - Keine Ampeln
 - Angst vor Kriminalität, Überfall
 - Sonstiges:

.....

26. **Haben Sie bereits von folgenden alternativen Verkehrsangeboten gehört oder gelesen und haben Sie diese schon einmal genutzt?**

	Habe davon gehört	Habe ich bereits genutzt	Habe <u>noch nie</u> davon gehört
Rufbus oder Ruftaxi <i>(Bus oder Taxi fahren nur, wenn man sich mind. eine Stunde vor fahrplanmäßiger Abfahrt telefonisch anmeldet.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenbus <i>(Kleinbus, der medizinische Versorgungseinrichtungen anfährt, fährt nach festem Fahrplan und an den regulären Haltestellen oder von „Tür zu Tür“)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bürgerbus <i>(Bus, der von ehrenamtlichen Bürgern gefahren wird, die einen dementsprechenden Führerschein haben.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Car-Sharing-Unternehmen <i>(Nutzung von Autos eines Car-Sharing-Unternehmens, kurzzeitiges Anmieten nach Bedarf)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privates Teilen eines Autos <i>(mehrere Parteien außerhalb des eigenen Haushalts, z.B. Nachbarn, Bekannte teilen sich ein privates Auto.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Private Mitfahrgemeinschaften <i>(Personen mit eigenem Auto nehmen andere Person(en) mit, die das gleiche Fahrziel haben. Wird privat organisiert im Umfeld oder über Mitfahrzentralen im Internet oder durch Mitfahrbänke in den Orten.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Welche Wünsche oder Anmerkungen im Bereich der Mobilität möchten Sie uns noch mitteilen?

.....

.....

Wohnen und Sicherheit

28. Wo wohnen Sie?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mietwohnung | <input type="checkbox"/> Senioren-Wohngemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung | <input type="checkbox"/> Einrichtung des betreuten Wohnens |
| <input type="checkbox"/> Gemietetes Haus | <input type="checkbox"/> Senioren- oder Pflegeheim |
| <input type="checkbox"/> Eigenes Haus | <input type="checkbox"/> Andere Wohnform (bitte angeben): |
| <input type="checkbox"/> Bei Angehörigen | |

29. Mit wem leben Sie in Ihrer Wohnung/Haus zusammen?

- Lebe allein
- Mit Partner oder Partnerin
- Mit weiteren Familienangehörigen (z.B. Kindern)
- Mit Freunden/Bekanntem
- Sonstige:

30. Bitte denken Sie an die bauliche Ausstattung Ihrer Wohnung/Haus. Wie gut kommen Sie im täglichen Leben in Ihrer Wohnung/Haus zurecht?

Sehr gut, keine Einschränkungen	Eher gut, wenige Einschränkungen	Eher schlecht, einige Einschränkungen	Sehr schlecht, viele Einschränkungen	Weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Müsste in der Zukunft an der baulichen Ausstattung Ihrer Wohnung/Haus etwas geändert werden, damit Sie möglichst lange dort wohnen bleiben können?

(Unabhängig davon, dass Sie vielleicht momentan noch keine oder nur wenige Einschränkungen bemerken.)

Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Was würden Sie vor allem an der baulichen Ausstattung Ihrer Wohnung/Haus ändern wollen, um im täglichen Leben besser zurecht zu kommen?

.....

33. Welche der folgenden Ausstattungsmerkmale sind in Ihrer Wohnung/Haus bereits vorhanden? (mehrere Kreuze sind möglich)

<input type="checkbox"/> Barrierefreier Zugang zur Wohnung (keine Stufen / Treppen)	<input type="checkbox"/> Großes Bad (rollstuhlgerecht)
<input type="checkbox"/> Aufzug / Treppenlift	<input type="checkbox"/> Breite Türen (rollstuhlgerecht)
<input type="checkbox"/> Abgesenkte Türschwellen in der Wohnung	<input type="checkbox"/> Rutschfeste Bodenbeläge
<input type="checkbox"/> Ebenerdige Dusche	<input type="checkbox"/> Notrufgerät oder Notrufsystem
<input type="checkbox"/> Haltegriffe im Bad	<input type="checkbox"/> Gegensprechanlage
<input type="checkbox"/> Haltegriffe, Geländer und Handläufe an anderen Stellen der Wohnung	<input type="checkbox"/> Unterstützungs- / Assistenzsysteme (z.B. automatische Steuerung von Haushaltsgeräten / Heizung)
<input type="checkbox"/> Sonstige Sicherheits- und Hilfseinrichtungen:	

34. Haben Sie schon einmal gehört, dass es Beratungsangebote gibt, die Seniorinnen und Senioren speziell über das Wohnen im Alter informieren?

- Nein
 - Ja → Von welchen haben Sie gehört? (Ungefähre Beschreibung ausreichend)
-

35. Haben Sie schon einmal gehört, dass es finanzielle Fördermöglichkeiten dafür gibt, dass die eigene Wohnung altersgerecht umgebaut wird?

- Nein
 - Ja → Von welchen haben Sie gehört? (Ungefähre Beschreibung ausreichend)
-

36. **Haben Sie sich schon einmal selbst aktiv über Wohnen im Alter informiert?**
(mehrere Kreuze sind möglich)

<input type="checkbox"/> Ja → Bei wem? <input type="checkbox"/> Bei Stadt, Kreis, Land o.ä. <input type="checkbox"/> Bei einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Bei Familie, Freunden, Bekannten <input type="checkbox"/> Beim Vermieter / Wohnungsbaugesellschaft <input type="checkbox"/> Bei einer Veranstaltung / Messe <input type="checkbox"/> Über Internet, Radio, Fernsehen <input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> Nein → Warum nicht? <input type="checkbox"/> Ich wusste nicht, woher ich Informationen bekomme. <input type="checkbox"/> Ich habe es noch nicht gemacht, aber in der Zukunft vor. <input type="checkbox"/> Ich habe dafür keinen Bedarf. <input type="checkbox"/> Sonstige:
---	--

37. **Welche der aufgeführten alternativen Wohnformen könnten Sie sich für sich vorstellen, wenn Sie in der Zukunft nicht mehr in Ihrer jetzigen Wohnung/Haus wohnen bleiben können (z. B. aufgrund altersbedingter Einschränkungen)?** *(mehrere Kreuze sind möglich)*

<input type="checkbox"/> Eigene altersgerechte / barrierefreie Wohnung	<i>(mit selbstständiger Haushaltsführung)</i>
<input type="checkbox"/> Kleinere Wohnung durch Wohnungstausch	
<input type="checkbox"/> Hausgemeinschaft	<i>(eigene abgeschlossene Wohnung in einem Haus mit mehreren Wohnparteien, die sich gegenseitig unterstützen)</i>
<input type="checkbox"/> Generationenwohnen	<i>(eigene abgeschlossene Wohnung in einem Haus mit verschiedenen Generationen und Kontakt untereinander)</i>
<input type="checkbox"/> Seniorenwohnen	<i>(eigene Wohnung in einem Seniorenwohnhaus/-anlage mit z.B. Concierge, Gemeinschaftsräumen wie Bibliothek, Café, Fitness)</i>
<input type="checkbox"/> Senioren- wohngemeinschaft	<i>(mehrere Seniorinnen und Senioren wohnen gemeinsam in einer Wohnung, wobei jede Partei ein eigenes Zimmer hat)</i>
<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen	<i>(eigene Wohnung, Zahlung einer Grundpauschale für Betreuungsleistungen)</i>
<input type="checkbox"/> Wohnen bei Kindern / Angehörigen	
<input type="checkbox"/> Seniorenheim / Pflegeheim	
<input type="checkbox"/> Sonstige (bitte ergänzen):	
<input type="checkbox"/> keine dieser Wohnformen	
<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht, habe mich damit noch nie beschäftigt.	

38. Welche Beratungsangebote oder Informationen würden Sie sich noch wünschen, um sich besser über das Thema Wohnen im Alter informieren zu können?
Was fehlt Ihnen zu diesem Thema?

.....
.....

39. Was stört Sie an Ihrer jetzigen Wohnsituation / Wohngegend? (mehrere Kreuze sind möglich)

<input type="checkbox"/> Wohngegend ist laut	<input type="checkbox"/> Fühle mich einsam
<input type="checkbox"/> Wohngegend ist unsicher	<input type="checkbox"/> Kontakte zu Nachbarn fehlen
<input type="checkbox"/> Wohngegend ungepflegt	<input type="checkbox"/> Familie ist weit entfernt
<input type="checkbox"/> Keine / zu wenige Arztpraxen in der Nähe	<input type="checkbox"/> Schlechtes Verhältnis zu Nachbarn
<input type="checkbox"/> Keine / zu wenig Beleuchtung	<input type="checkbox"/> Keine/ zu wenige Bänke
<input type="checkbox"/> Keine / zu wenige Grünanlagen in der Nähe	<input type="checkbox"/> Keine / zu wenige Senioren-/ Begegnungsstätten in der Nähe
<input type="checkbox"/> Keine / zu wenige Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe	<input type="checkbox"/> Keine / zu wenige Hilfs- und Beratungsangebote in der Nähe
<input type="checkbox"/> Keine / zu wenige Services in der Nähe (z. B. Friseur, Post, Wäscherei)	<input type="checkbox"/> Keine / zu wenige Kultur- und Sportgruppen in der Nähe
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Mich stört nichts

40. Wie sicher fühlen Sie sich allgemein in Ihrer Wohngegend?

Sehr sicher	Eher sicher	Eher unsicher	Sehr unsicher	Weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Haben Sie schon einmal gehört, dass es Beratungsangebote gibt, die Seniorinnen und Senioren speziell zum Thema Sicherheit und Selbstschutz informieren?

- Nein
- Ja → Von welchen haben Sie gehört? (ungefähre Beschreibung ausreichend)

.....

42. Haben Sie sich schon einmal selbst aktiv über das Thema Sicherheit und Selbstschutz informiert?

Nein

Ja → Wenn ja, was haben Sie dazu genutzt? (mehrere Kreuze sind möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infomaterial der Polizei (z.B. Broschüre, Internetseite) | <input type="checkbox"/> Infomaterial von WEISSER RING (z.B. Broschüre, Internetseite) |
| <input type="checkbox"/> Beratung der Polizei wahrgenommen | <input type="checkbox"/> Beratung durch WEISSER RING wahrgenommen |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Internetseiten über Sicherheit und Selbstschutz | <input type="checkbox"/> Selbstverteidigungstraining mitgemacht |
| <input type="checkbox"/> Informationsangebote einer Sicherheitsfirma wahrgenommen | <input type="checkbox"/> Messe o.ä. zum Thema Sicherheit besucht |
| <input type="checkbox"/> Austausch mit Familie, Freunden, Bekannten | <input type="checkbox"/> Informationen in Radio oder Fernsehen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | |
-

43. Welche Beratungsangebote oder Informationen würden Sie sich noch wünschen, um sich besser über das Thema Sicherheit und Selbstschutz informieren zu können? Was fehlt Ihnen zu diesem Thema?

.....

.....

Digitalisierung der Lebenswelt

44. Nutzen Sie selbst das Internet?

(Gemeint ist, dass Sie selbst ein Gerät bedienen, um ins Internet zu gehen.)

<input type="checkbox"/> Ja, und ich muss auch <u>nichts</u> mehr dazu lernen. ↓ Bitte jetzt weiter mit der <u>Frage 50</u>	<input type="checkbox"/> Ja, aber ich würde gerne noch <u>mehr</u> dazu lernen. ↓ Bitte jetzt weiter mit der <u>Frage 45</u>	<input type="checkbox"/> Nein, kann es mir aber grundsätzlich vorstellen. ↓ Bitte jetzt weiter mit der <u>Frage 45</u>	<input type="checkbox"/> Nein, und ich will es auch zukünftig nicht tun. ↓ Bitte jetzt weiter mit der <u>Frage 52</u>
---	--	--	---

45. **Warum nutzen Sie selbst das Internet noch nicht oder noch nicht intensiver?**

(mehrere Kreuze sind möglich)

- In meiner Gegend gibt es keinen Handy- und Internetempfang.
- In meiner Gegend sind Handy- und Internetempfang sehr langsam.
- Ich weiß nicht, welche Geräte ich überhaupt brauche.
- Ich habe die notwendigen Geräte nicht (Router, Smartphone, Tablet, Laptop).
- Ich habe niemanden, der mir die Bedienung der Geräte verständlich erklärt.
- Ich habe niemanden, der mir die Möglichkeiten und den persönlichen Nutzen des Internets verständlich erklärt.
- Ist mir zu teuer.
- Meine sozialen Kontakte könnten darunter leiden.
- Ist mir zu unsicher (Datenklau, Betrug, unseriöse Angebote).
- Sonstige Gründe:
.....
- Weiß nicht

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Möglichkeiten der Unterstützung bei der Nutzung des Internets und der entsprechenden Geräte.

46. **Von wem würden Sie sich Unterstützung bei der Nutzung des Internets und der entsprechenden Geräte wünschen?** *(mehrere Kreuze sind möglich)*

- Keine Unterstützung, ich bringe mir das selbst bei.
- Familie, Freunde, Bekannte
- Verkäufer bzw. Verkäuferinnen, die in einem Fachhandel beraten.
- Experten bzw. Expertinnen, die ich regelmäßig ansprechen kann.
- Erfahrene Internetnutzer, die mich mit Gleichaltrigen unkompliziert anleiten.
- Dozenten bzw. Dozentinnen in Weiterbildungseinrichtungen, die mir und anderen die Kenntnisse systematisch beibringen.
- Sonstige:
.....
- Weiß nicht

47. Welche der folgenden Unterstützungsformate wären für sie besonders gut geeignet, um etwas über die Internetnutzung und entsprechende Geräte zu lernen?

(mehrere Kreuze sind möglich)

- Lockere gesellige Runde, wo ich alles fragen kann (Stammtisch)
- Kurs nach einem klaren Konzept, wo ich Zusammenhänge vermittelt bekomme
- Selbstlernen durch Bereitstellen von Lernmaterialien (analog und digital)
- Info-Hotline, wo ich jederzeit Auskunft und Beratung bekommen kann
- persönliche Beratung zu den Geräten (Technikberatung)
- Ausleihen von Geräten, damit ich in Ruhe ausprobieren und wiederholen kann
- Vorführen praktischer Anwendungen, bei denen ich nicht selbst aktiv werden muss
- Unterweisung durch fachkundige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z.B. Bank- oder Fahrkartenautomat, digitaler Einkaufswagen Supermarkt, Online Ausleihe Bibliothek)
- Sonstige:
.....
- Weiß nicht

48. Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, an einer angeleiteten Schulung zum Internet und den entsprechenden Geräten teilzunehmen?

- Nein,** auf keinen Fall
- Ja,** kann ich mir grundsätzlich vorstellen

→ Wenn ja, welche Orte wären dafür für Sie geeignet?
(mehrere Kreuze sind möglich)

- Weiterbildungseinrichtungen (z.B. Volkshochschule)
- Begegnungsstätte, Seniorengruppe, Verein, Seniorenbeirat, Landfrauen oder Kirchengemeinde
- Bei mir zu Hause im Rahmen von Besuchen
- Sonstige:
.....
- Weiß nicht

49. Haben Sie sich schon einmal selbst aktiv über Unterstützungsmöglichkeiten rund um das Thema Internet und dessen Nutzung informiert? (mehrere Kreuze sind möglich)

Ja → und zwar bei ...

- Weiterbildungseinrichtungen (Volkshochschule, Urania usw.)
- Vereinen, Begegnungsstätten der Wohlfahrtsverbände
- Familie, Freunden, Bekannten
- Andere:
.....

Nein → Gründe ...

- Ich weiß nicht, woher ich Informationen zur Unterstützung bekomme.
- Ich habe mich noch nicht erkundigt, habe es aber in der Zukunft vor.
- Ich habe dafür keinen Bedarf.
- Weiß nicht

50. Wenn Sie das Internet bereits nutzen oder sich eine Nutzung grundsätzlich vorstellen können, **wofür** nutzen Sie es oder würden es nutzen? (mehrere Kreuze sind möglich)

<input type="checkbox"/> Kommunizieren mit Familie / Freunden (z.B. E-Mails, WhatsApp)	<input type="checkbox"/> Online- Terminplanung Arztbesuch
<input type="checkbox"/> über Zeitgeschehen informieren (Nachrichten)	<input type="checkbox"/> Beratung zu Bewegung, Ernährung, Stress oder Sucht per Video oder live
<input type="checkbox"/> Über Gesundheitsfragen informieren	<input type="checkbox"/> Reiseplanung und -buchung
<input type="checkbox"/> Sonstige Informationen finden	<input type="checkbox"/> Videos, Filme, TV schauen, Streaming (z. B. Amazon Prime Video, Netflix)
<input type="checkbox"/> Fahrplanauskunft/Routenplanung	<input type="checkbox"/> Musik hören
<input type="checkbox"/> Einkauf von Medikamenten oder Gesundheitsprodukten	<input type="checkbox"/> Online-Spiele
<input type="checkbox"/> Einlösen von Rezepten in der Online-Apotheke	<input type="checkbox"/> Online-Banking
<input type="checkbox"/> Einkauf anderer Waren im Online-Handel (z.B. bei Amazon)	<input type="checkbox"/> Erledigung von Behördengängen
<input type="checkbox"/> Online-Sprechstunde mit dem Arzt bzw. der Ärztin (live).	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

51. Würden Sie sich noch etwas zum Thema Internet und dessen Nutzung wünschen?

.....

.....

Ehrenamtliches Engagement

Die folgenden Fragen drehen sich um das Ehrenamt. Unter Ehrenamt versteht man freiwillig übernommene Aufgaben und Arbeiten, die man unbezahlt oder gegen eine geringe Aufwandsentschädigung in einer Initiative, einem Verein oder ähnlichen Organisationen übernimmt.

52. Engagieren Sie sich gegenwärtig ehrenamtlich?

- Ja, seit Jahren
- Nein, nicht mehr, aber früher.
- Nein, aber ich könnte es mir unter Umständen vorstellen.
- Nein, noch nie und ich habe es auch in Zukunft nicht vor.

53. Welche persönlichen Motive sind Ihrer Meinung nach besonders wichtig, wenn es darum geht, ein Ehrenamt aufzunehmen? (mehrere Kreuze sind möglich)

- Anderen zu helfen
- Etwas für sich zu tun, was einem Spaß macht
- Seinen Interessen nachzugehen
- Etwas für das Gemeinwohl/die Gesellschaft in meiner Kommune zu tun
- geistig und körperlich aktiv zu bleiben
- Neue Freunde und Bekannte zu finden
- Sich spontan für eine aktuell sinnvolle Initiative zu begeistern.
- Anerkennung zu finden
- Sich dadurch auch noch weiterzubilden und Neues zu erfahren
- Sich angesprochen zu fühlen, weil man persönlich schon betroffen war (z.B. Krankheit, Pflege)
- Möglichkeiten der gesellschaftlichen und politischen Mitgestaltung zu haben
- Sonstiges:
.....
- Kann ich nicht einschätzen.

54. Welche der folgenden Umstände sollten gegeben sein, um ein Ehrenamt aufzunehmen? (mehrere Kreuze sind möglich)

- Konkrete Suche-Biete-Angebote von potentiellen Einsatzstellen
- Spontane Aktionen, wenn ein aktueller Bedarf besteht (z. Bsp. Hilfsaktionen)
- Genügend Zeit neben anderen Aktivitäten und Verpflichtungen (Hobbys, Familie)
- Eine entsprechende gesundheitliche Verfassung
- Möglichkeit der flexiblen Zeiteinteilung
- Finanzielle Anreize (Aufwandsersatz, Aufwandsentschädigung, Ehrenamtskarte mit Boni)
- Vorhandensein einer Haftpflicht- und Unfallversicherung
- Integration in das Team der Einsatzstelle (Hauptamtliche und andere Freiwillige)
- Qualifikations- und Austauschmöglichkeiten
- Anerkennung und Wertschätzung
- Sonstiges:
.....
- Kann ich nicht einschätzen.

55. Welche der folgenden Anlaufstellen sind Ihnen bekannt als Anlaufstelle zur Information, Beratung und Vermittlung von ehrenamtlichen Tätigkeiten? (mehrere Kreuze sind möglich)

- Örtliche Freiwilligenagentur
- Seniorenbüro
- Mehrgenerationenhaus
- Internetplattformen
- Verantwortliche für Ehrenamt in der Kommune
- Seniorenbeauftragte/r der Kommune
- Bürgerstiftung
- Seniorenbeirat/die Senioreninitiative
- andere Anlaufstellen für das Ehrenamt:

.....
 Weiß nicht

56. Welche der folgenden Möglichkeiten sind gut geeignet, um Informationen über das Ehrenamt zu vermitteln? (mehrere Kreuze sind möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rundfunk/Fernsehen | <input type="checkbox"/> Aushänge bei potentiellen Einsatzstellen |
| <input type="checkbox"/> Gedruckte regionale Zeitungen | <input type="checkbox"/> Aushänge im öffentlichen Raum |
| <input type="checkbox"/> Regionale Online Zeitungen | <input type="checkbox"/> Präsentation von interessierten Einrichtungen an offenen Plätzen (Marktplatz) |
| <input type="checkbox"/> Newsletter von Vereinen, Freiwilligenagenturen, Kommunen usw. | <input type="checkbox"/> Freiwilligentag in der Kommune |
| <input type="checkbox"/> Internetseiten von Vereinen, Freiwilligenagenturen, Kommunen usw. | <input type="checkbox"/> Seniorenmessen |
| <input type="checkbox"/> Aktuelle Aufrufe und Informationen auf Facebook oder Twitter | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Online Datenbanken für Freiwillige (z.B. Freinet-Online) | |
| | <input type="checkbox"/> Kann ich nicht einschätzen |

57. Was würden Sie sich noch wünschen, um sich besser zum Thema Ehrenamt informieren zu können? Was fehlt Ihnen zu diesem Thema?

.....
.....

Bitte beantworten Sie zum Schluss noch einige statistische Fragen, die uns sehr bei der Auswertung helfen:

58. **Liegt bei Ihnen ein amtlich festgestellter Grad der Behinderung vor?**

- Nein Ja

→ **Wenn ja, mit welchem Grad der Behinderung bewältigen Sie Ihren Lebensalltag?**

- Unter 50 GdB
 50 GdB und mehr

→ **Wenn ja, sind Sie verbandlich in der Behindertenhilfe organisiert?**
(mehrere Kreuze sind möglich)

- Als Mitglied in einem Verband der Behindertenhilfe
 Als Mitglied einer Selbsthilfegruppe
 Teil eines selbstorganisierten Zusammenschlusses mit anderen Betroffenen

59. **Haben Sie Kinder und/oder Enkel?** *(mehrere Kreuze sind möglich)*

- Ja, Kinder Ja, Enkel Nein,
→ **Wie viele?** weder Kinder noch Enkel

60. **Haben Sie eine Ehe- oder Lebenspartnerin / einen Ehe- oder Lebenspartner?**

- Ja Nein (ledig, verwitwet, geschieden, getrennt lebend)

61. **Welcher ist Ihr höchster beruflicher Ausbildungsabschluss?**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kein beruflicher Abschluss | <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Berufsausbildung,
Facharbeiter/Facharbeiterin | <input type="checkbox"/> Universitäts- oder Hochschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Meisterabschluss | <input type="checkbox"/> Promotion |
| <input type="checkbox"/> Ausbildung an einer Fachschule der DDR | <input type="checkbox"/> Anderer beruflicher Abschluss:
..... |

62. **Sind Sie noch erwerbstätig?**

- Nein
 Ja, geringfügig oder nur gelegentlich beschäftigt (z. B. Minijobs, gelegentliche Aufträge)
 Ja, regelmäßig (angestellt oder selbständig, Wochenarbeitszeit mind. 21 Stunden)

63. Über wie viel Einkommen verfügt Ihr Haushalt im Monat etwa?

(Hier ist das gesamte monatliche Netto Einkommen aller im Haushalt lebenden Personen zusammen zu verstehen. Dazu zählen Einkünfte aus Rentenbezügen, sowie alle zusätzlichen Geldeinnahmen z.B. aus Vermietung, Zinsen, Sozialhilfe, Wohngeld usw.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> unter 500 € | <input type="checkbox"/> 2.501 bis 3000 € |
| <input type="checkbox"/> 501 bis 1.000 € | <input type="checkbox"/> 3.001 bis 3.500 € |
| <input type="checkbox"/> 1.001 bis 1500 € | <input type="checkbox"/> 3.501 bis 4.000 € |
| <input type="checkbox"/> 1.501 bis 2000 € | <input type="checkbox"/> Über 4.000 € |
| <input type="checkbox"/> 2.001 bis 2500 € | <input type="checkbox"/> Keine Angabe |

Sie haben jetzt das Ende des Fragebogens erreicht.

Möchten Sie uns noch etwas zum Thema „Seniorinnen und Senioren in Brandenburg“ mitteilen?

.....

.....

.....

.....

.....

***Wir bedanken uns herzlich für Ihre Unterstützung und Ihre Geduld
beim Beantworten der Fragen.***