



Fragebogen: Älter werden im Landkreis Nienburg

Hinweise zur Bearbeitung und Rückgabe

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an unserer Befragung teilzunehmen !

In diesem Fragebogen gibt es unterschiedliche Fragetypen; Hinweise zum Ausfüllen finden Sie jeweils nach der jeweiligen Fragestellung (z.B. *Mehrfachnennungen möglich.*)

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen in dem beiliegenden portofreien Rückumschlag 15.06.2015 an uns zurück.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und ausschließlich in anonymisierter Form ausgewertet.

Falls Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Mit freundlichen Grüßen,

Anja Giesecking und Dr. Waldemar Schmidt

Fragebogen

1. In welcher Stadt bzw. Gemeinde des Landkreises Nienburg (Weser) wohnen Sie zurzeit?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stadt Nienburg/Weser | <input type="checkbox"/> Samtgemeinde Liebenau |
| <input type="checkbox"/> Stadt Rehburg-Loccum | <input type="checkbox"/> Samtgemeinde Marklohe |
| <input type="checkbox"/> Flecken Steyerberg | <input type="checkbox"/> Samtgemeinde Mittelweser |
| <input type="checkbox"/> Samtgemeinde Grafschaft Hoya | <input type="checkbox"/> Samtgemeinde Steimbke |
| <input type="checkbox"/> Samtgemeinde Heemsen | <input type="checkbox"/> Samtgemeinde Uchte |

Wenn Sie wollen, geben Sie an, in welcher Gemeinde/welchem Ortsteil Sie genau wohnen:

2. Wie lange leben Sie schon dort?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> durchgehend seit meiner Geburt | <input type="checkbox"/> seit 3 bis 10 Jahren |
| <input type="checkbox"/> mit Unterbrechungen seit meiner Kindheit | <input type="checkbox"/> seit weniger als 3 Jahren |
| <input type="checkbox"/> seit mehr als 10 Jahren | |

3. Wohnen Sie zurzeit ...?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> in einer Mietwohnung →weiter mit Frage 4. | <input type="checkbox"/> im Altenpflegeheim →weiter mit Frage 10. |
| <input type="checkbox"/> in einer Eigentumswohnung →weiter mit Frage 4. | <input type="checkbox"/> in einer anderen Wohnform, und zwar:
(bitte tragen Sie ein) |
| <input type="checkbox"/> im eigenen Haus →weiter mit Frage 4. | _____ |
| <input type="checkbox"/> im gemieteten Haus →weiter mit Frage 4. | _____ |
| <input type="checkbox"/> im Betreuten Wohnen →weiter mit Frage 4. | _____ |

4. Leben mehrere Personen in Ihrem Haushalt?

Wenn ja, geben Sie bitte an mit welchen Personen Sie zusammen leben. Mehrfachnennungen möglich.

- Nein, ich lebe allein.
- Ja, ich lebe zusammen mit:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner/in | <input type="checkbox"/> Mutter/Schwiegermutter |
| <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter und/oder Schwiegersohn/-tochter | <input type="checkbox"/> Freunden/Bekannten |
| <input type="checkbox"/> Enkel(n) | <input type="checkbox"/> anderen Personen, und zwar: (bitte tragen Sie ein) |
| <input type="checkbox"/> Vater/Schwiegervater | _____ |

5. Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt?

(Sie selbst eingerechnet)

Anzahl: _____

6. Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind jünger als 14 Jahre?

Anzahl: _____

7. Sind Sie mit Ihrer Wohnung bzw. Ihrem Haus zufrieden bzw. fühlen Sie sich darin wohl?

- ja →weiter mit Frage 9.
 nein →weiter mit Frage 8.

8. Wenn Sie nicht mit Ihrer Wohnung bzw. Ihrem Haus zufrieden sind, welche Gründe hat das?

Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zu groß | <input type="checkbox"/> schlechte Ausstattung (z.B. keine Zentralheizung, Außentoilette, keine Badewanne, Einfachverglasung) |
| <input type="checkbox"/> zu klein | |
| <input type="checkbox"/> zu teuer | <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i> |
| <input type="checkbox"/> zu viele Treppen, kein Aufzug | _____ |
| <input type="checkbox"/> renovierungsbedürftig | _____ |

9. Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, wie Sie im Alter wohnen möchten? Im Folgenden werden einige Wohnmöglichkeiten im Alter genannt. Welche Form des Wohnens können Sie sich für Ihr weiteres Leben vorstellen? *Mehrfachnennungen möglich.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> bisherige Wohnung/Haus/Wohnform | <input type="checkbox"/> ein Alten- oder Pflegeheim |
| <input type="checkbox"/> eine altersgerecht ausgestattete Privatwohnung im Ort | <input type="checkbox"/> eine altersgerecht ausgestattete Privatwohnung an einem anderen Ort |
| <input type="checkbox"/> bei den Kindern oder anderen Verwandten im Haus | <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i> |
| <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen | _____ |
| <input type="checkbox"/> eine Wohngemeinschaft mit anderen älteren Personen | <input type="checkbox"/> Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. |
| <input type="checkbox"/> Mehrgenerationenwohnen | |

10. Wie zufrieden sind Sie mit der Umgebung, in der Sie leben?

Bitte wählen Sie pro Zeile eine Antwortmöglichkeit aus.

	nicht zufrieden	einigermaßen zufrieden	sehr zufrieden
Nähe zu Parks/Grünanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit der Straßen und Grünanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhandensein von Parkplätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Versorgung (z.B. Ärzte/Ärztinnen, Krankengymnastik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr (z.B. Bus, Bahn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit der Gegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufsmöglichkeiten und Dienstleistungen (z.B. Post, Bank, Behörden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barrierefreiheit (z.B. Eignung für Rollstühle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung: Wie zufrieden sind Sie mit der Umgebung, in der Sie leben?			
	nicht zufrieden	einigermaßen zufrieden	sehr zufrieden
ruhiges Wohnumfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungen zur Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Sind die folgenden Einrichtungen/Angebote gut für Sie zu erreichen? (Es spielt keine Rolle, wie sie diese erreichen, ob zu Fuß, mit dem Fahrrad, mit dem Auto, mit dem Bus etc.)

Wäre Ihnen wichtig, dass diese gut zu erreichen sind?

Bitte kreuzen Sie **je Zeile** an, ob die Einrichtung/das Angebot für Sie gut zu erreichen ist **und** ob Ihnen dies wichtig ist.

	gut zu erreichen	schwierig zu erreichen	bin nicht informiert	wichtig	weniger wichtig
Lebensmittelgeschäft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bäckerei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bank/Geldinstitut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt/Ärztin	<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"/>
Psychotherapeut/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnast/in (Physiotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitätshaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Seniorenheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagespflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirche/andere religiöse Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treffpunkte für ältere Menschen z.B. Begegnungsstätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung: Sind die folgenden Einrichtungen/Angebote gut für Sie zu erreichen? Wäre Ihnen wichtig, dass diese gut zu erreichen sind?					
	gut zu erreichen	schwierig zu erreichen	bin nicht informiert	wichtig	weniger wichtig
Tierbedarf					
Gasthaus/Restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grünfläche/Park	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltestelle öffentlicher Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Welche der folgenden Möglichkeiten würden Sie sich zur Erleichterung Ihres Alltags wünschen bzw. was fehlt/sollte verbessert werden? Mehrfachnennungen möglich.

häufigere Abfahrtszeiten der öffentlichen Verkehrsmittel

bessere Zu- und Ausstiegsmöglichkeiten der öffentlichen Verkehrsmittel

bessere Ausstattung der Haltestellen öffentlicher Verkehrsmittel

Mitfahrgelegenheiten

Sammelbus/Bürgerbus (auf Abruf)

mobile Angebote, wie z.B. Verkaufswagen, mobiles Geldinstitut etc.

persönliche Begleitung und Unterstützung

Fahrdienste

Einkaufsdienste

Entlastungsangebote für pflegende Angehörige

bauliche Verbesserungsmaßnahmen in Ihrem Wohnumfeld, z.B. *(bitte tragen Sie ein)*:

Sonstiges, und zwar: *(bitte tragen Sie ein)*

Ich benötige keine (weitere) Erleichterung des Alltags.

13. Haben Sie ein Auto zur Verfügung, welches Sie selber fahren?

ja →weiter mit Frage 15. nein →weiter mit Frage 14.

14. Haben Sie jemanden, der Sie regelmäßig fährt?

ja nein

15. Wie häufig gehen Sie den folgenden Aktivitäten in Ihrer Freizeit nach?

 Bitte wählen Sie pro Zeile eine Antwortmöglichkeit aus.

	täglich	mehrmals wöchent- lich	1-4 mal im Monat	mehrmals im Jahr	seltener	nie
Fernsehen, Musik hören, lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde, Bekannte oder Ver- wandte treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Computer arbeiten/im Internet surfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder/Enkelkinder betreuen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausflüge, kleine Reisen machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Garten arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport/Gymnastik betreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kirchliche/religiöse Veranstal- tungen besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cafés, Restaurants, Gaststätten besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungskurse besuchen (z. B. Fremdsprachenkurs oder Com- puterkurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorträge besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basteln, Handarbeiten, hand- werkliche Tätigkeiten ausführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kino, Konzerte, Theater, Muse- en besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wandern/spazieren gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Welche Angebote vermissen Sie in Ihrer Nähe? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> einen gemütlichen Treffpunkt (z.B. Café,
Begegnungsstätte) | <input type="checkbox"/> Sportangebote |
| <input type="checkbox"/> gesellige Veranstaltungen und Unterhaltungs-
angebote | <input type="checkbox"/> Beratungsangebote rund ums Älterwerden |
| <input type="checkbox"/> Bildungsangebote (z.B. Vorträge, Kurse) | <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i> |
| <input type="checkbox"/> kulturelle Angebote | _____ |
| | _____ |

**17. Wenn Sie einmal die Gestaltung Ihrer freien Zeit insgesamt betrachten – welche der folgenden Aussa-
gen treffen auf Sie zu? Mehrfachnennungen möglich.**

- Ich gehe vielen sinnvollen Tätigkeiten nach.
- Ich fühle mich manchmal nutzlos und hätte gerne eine sinnvolle Aufgabe.
- Ich habe manchmal Lust, etwas Neues kennenzulernen.
- Endlich habe ich genügend Zeit für meine Hobbies.

Fortsetzung: Wenn Sie einmal die Gestaltung Ihrer freien Zeit insgesamt betrachten – welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?

- Ich würde gerne mehr Kontakt zu anderen Menschen haben.
- Ich habe keine Langeweile, mein Tag ist ausgefüllt.
- Mir fehlt ein(e) richtige(r) Freizeitpartner/in.
- Ich habe genug Kontakte und fühle mich nicht allein.
- Mir fehlt die Abwechslung, ein Tag ist wie der andere.
- Ich würde gerne mehr unternehmen, aber mir fehlt das Geld.
- Für meine Interessen gibt es kein geeignetes Freizeitangebot.

18. Sind Sie ehrenamtlich tätig? (Es geht um freiwillig übernommene Aufgaben und Arbeiten, die man unbezahlt oder gegen eine geringe Aufwandsentschädigung ausübt.)

- ja →weiter mit Frage 19. nein →weiter mit Frage 21.

19. In welchen Bereichen sind Sie die ehrenamtlich tätig? *Mehrfachnennungen möglich.*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sport und Bewegung | <input type="checkbox"/> Seniorenarbeit |
| <input type="checkbox"/> Freizeit und Geselligkeit | <input type="checkbox"/> kirchlicher/religiöser Bereich |
| <input type="checkbox"/> Kultur und Musik | <input type="checkbox"/> Umwelt- und Naturschutz |
| <input type="checkbox"/> Schule und Kindergarten | <input type="checkbox"/> Gesundheitsbereich |
| <input type="checkbox"/> sozialer Bereich (z.B. Unterstützung von sozial benachteiligten Menschen) | <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i> |
| <input type="checkbox"/> Politik/Interessensvertretung | _____ |

20. Wie häufig sind Sie ehrenamtlich tätig oder müssen dafür Zeit aufbringen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> mehrmals im Monat |
| <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche | <input type="checkbox"/> einmal im Monat |
| <input type="checkbox"/> einmal in der Woche | <input type="checkbox"/> seltener |

21. Würden Sie sich gerne neu oder zusätzlich ehrenamtlich engagieren?

- ja nein vielleicht, kommt darauf an

22. Was würden Sie sagen, wie sehr Sie an der Politik und am öffentlichen Leben interessiert sind?

- sehr interessiert einigermmaßen interessiert nicht sehr interessiert überhaupt nicht interessiert

23. Gibt es in Ihrer Stadt oder Gemeinde eine Interessensvertretung für ältere Menschen (z.B. Seniorenbeirat, Seniorenvertretung, Seniorenbeauftragte)?

- ja nein weiß nicht

Wenn nein oder weiß nicht, fänden Sie es sinnvoll?

- ja
 nein

24. Sind Sie Mitglied in einem der folgenden Vereine oder Organisationen? Welche Funktion haben Sie dort?

 Bitte wählen Sie pro Zeile **eine** Antwortmöglichkeit aus.

	passives Mitglied	aktives Mitglied, ohne verantwort- liche Position	aktives Mitglied in verantwortlicher Position	kein Mitglied
Kulturelle Vereinigungen/ Initiativen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesangs-/Musikverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kegelclub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schützenverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skatclub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrebergartenverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heimatverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertriebenen-, Flüchtlings- oder Kriegsopferverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfeorganisation/-gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bürgerinitiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohlfahrtsverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirchliche/religiöse Organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politische Partei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewerkschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Industrie-/Unternehmerverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierschutzverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Vereine, Verbände oder Interessensgruppen, und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i>				
a) _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ich gehöre gar keinem Verein/keiner Organisation an.				

25. Haben Sie Kinder und/oder Enkelkinder? Wenn ja, wie viele?
 nein, ich habe keine Kinder und keine Enkelkinder →weiter mit Frage 27.

 ja ich habe Kinder und/oder Enkelkinder

und zwar:

_____ Kinder (Anzahl)

_____ Enkelkinder (Anzahl)

→weiter mit Frage 26.

26. Wohnt eines Ihrer Kinder oder eines Ihrer Enkelkinder ...

... in derselben Stadt/Gemeinde wie Sie?

 ja

 nein

... in einer anderen Stadt/Gemeinde im Umkreis von 50 km?

 ja

 nein

27. Wie oft haben Sie Kontakt zu folgenden Personen? (Sowohl der persönliche als auch der telefonische Kontakt ist gemeint.) Bitte wählen Sie pro Zeile eine Antwortmöglichkeit aus.

	täglich	mehrmals wöchentlich	1-4 mal im Monat	mehrmals im Jahr	seltener	nie
Partner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder, Enkelkinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Verwandte	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Sind Sie der Meinung, dass Sie genügend Kontakt zu anderen Menschen haben?
 Ja, ich habe genügend Kontakt.

 Teils, teils.

 Nein, ich habe nicht genügend Kontakt.

→weiter mit Frage 30.

→weiter mit Frage 29.

→weiter mit Frage 29.

29. Wenn Sie der Meinung sind, dass Sie (teilweise) nicht genügend Kontakt zu anderen Menschen haben, woran liegt das?

Bitte beschreiben Sie stichwortartig. _____

30. Wenn Sie Hilfe in unten stehenden Situationen benötigen, an wen wenden Sie sich dann?

Bitte wählen Sie pro Zeile eine Antwortmöglichkeit aus.

	Partner/in	eigene Kinder/ Enkel oder andere Ver- wandte	Bekannte, Freunde, Nachbarn	professio- nelle Dienste	Niemand, ich brau- che keine Hilfe	Niemand, aber ich bräuchte Hilfe
Wenn kleine handwerkliche Arbeiten in der Wohnung anfallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Hilfe brauchen bei leichten Tätigkeiten im Haushalt (z.B. Staub wischen, kochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Hilfe bei schweren Tätigkeiten im Haushalt benötigen (z.B. Fenster putzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Hilfe beim Einkaufen benötigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie krank sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie irgendwo hin müssen und keine Fahrgelegenheit haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Hilfe bei Behörden-gängen brauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie persönlichen Rat brauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie sich einsam fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Trost und Aufmunte- rung brauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Wie würden Sie im Großen und Ganzen Ihre Gesundheit beschreiben?

sehr schlecht schlecht mittelmäßig gut sehr gut

32. Sind bei Ihnen von einem Arzt Krankheiten oder Behinderungen festgestellt worden?

ja nein

Wenn ja, wie viele? Anzahl: _____

33. Haben Sie selbst eine Pflegestufe? ja nein**Wenn ja, welche?** Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3**Wenn nein, haben Sie zurzeit eine Pflegestufe beantragt?** ja nein**34. Unterstützen Sie eine Person, die hilfs- oder pflegebedürftig ist?** ja →weiter mit Frage 35. nein →weiter mit Frage 38.**35. Lebt die Person, die Sie unterstützen mit Ihnen in Ihrem Haushalt?** ja nein**36. Wen unterstützen oder pflegen Sie? Mehrfachnennungen möglich.** (Ehe-)Partner/in (Schwieger-)Mutter/(Schwieger-)Vater Nachbar/in Freund/in andere Personen, und zwar: *(bitte tragen Sie ein)* _____**37. Worin unterstützen Sie diese Person? Mehrfachnennungen möglich.** Einfachere Pfl egetätigkeiten z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren Haushaltsführung z.B. Wäsche waschen/bügeln, Putzen, Kochen, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken Schwierigere Pfl egetätigkeiten, z. B. Hilfe beim Umbetten/Lagern, Transfer vom Stuhl ins Bett, Inkontinenzversorgung usw. Erledigungen außer Haus durchführen z.B. Einkaufen, Arztbesuch, Behördengänge Medikamentengaben, Injektionen Organisation von Finanzen, behördlichen Angelegenheiten Ernährung z.B. Mahlzeiten und Getränke anreichen Finanzielle Unterstützung Emotionale Unterstützung z.B. Gespräche, Gesellschaft leisten Beaufsichtigung und Anleitung Organisation von Pflege und Betreuung z.B. Absprachen mit anderen Angehörigen, Freunden, Nachbarn, ambulanten Diensten Sonstiges, und zwar: *(bitte tragen Sie ein)* _____

Angaben zu Ihrer Person

38. Wie alt sind Sie?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> unter 60 Jahre | <input type="checkbox"/> 75 bis 79 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 60 bis 64 Jahre | <input type="checkbox"/> 80 bis 84 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 65 bis 69 Jahre | <input type="checkbox"/> 85 bis 89 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 70 bis 74 Jahre | <input type="checkbox"/> 90 Jahre oder älter |

39. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- männlich
 weiblich

40. Welchen Familienstand haben Sie?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> verheiratet/in Lebenspartnerschaft | <input type="checkbox"/> geschieden |
| <input type="checkbox"/> verheiratet, lebe getrennt | <input type="checkbox"/> ledig |
| <input type="checkbox"/> verwitwet | |

41. Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie zurzeit? *Mehrfachnennungen möglich.*

- deutsch →weiter mit Frage 43.
 Andere, und zwar: *(bitte tragen Sie ein)* →weiter mit Frage 42.
-

42. Wie lange leben Sie schon in Deutschland?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> seit meiner Geburt | <input type="checkbox"/> seit 10 bis 20 Jahren |
| <input type="checkbox"/> seit meiner Kindheit | <input type="checkbox"/> seit 3 bis 10 Jahren |
| <input type="checkbox"/> länger als 20 Jahre | <input type="checkbox"/> seit weniger als 3 Jahren |

43. Sind Sie zurzeit berufstätig?

- ja
 nein

Wenn ja, sind Sie ...?

- vollzeitbeschäftigt
 teilzeitbeschäftigt
 selbstständig
 Sonstiges, und zwar:
-
-
-

Wenn nein, sind Sie ...?

- Rentner/in bzw. Pensionär/in
 in Altersteilzeit
 Hausfrau/Hausmann
 arbeitslos
 erwerbs-/berufsunfähig
 in Pflegezeit (Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen)
 Sonstiger Grund, und zwar:
-

44. Welche höchste berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> beruflich-betriebliche Anlernzeit, aber keine Lehre | <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> abgeschlossene Lehre | <input type="checkbox"/> anderen beruflichen Ausbildungsabschluss, und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i> |
| <input type="checkbox"/> Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss (auch Ingenieurschule) | _____ |
| <input type="checkbox"/> keinen beruflichen Ausbildungsabschluss | |

45. Wie würden Sie Ihre finanzielle Situation einstufen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich komme sehr gut zurecht | <input type="checkbox"/> Ich muss mich einschränken |
| <input type="checkbox"/> Ich komme gut zurecht | <input type="checkbox"/> Ich muss mich stark einschränken |
| <input type="checkbox"/> Ich komme genau hin | |

46. Vielleicht möchten Sie bei dieser Befragung noch andere Meinungen oder Vorstellungen äußern, die in den Fragen noch nicht berücksichtigt sind. Was sollte Ihrer Meinung nach für ältere Menschen im Kreis Nienburg (Weser) getan werden?

Bitte füllen Sie je nach Belieben aus! _____

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung!