SOKO Institut
Sozialforschung
Kommunikation

STADT RHEINE
Leben an der Ems

Der Bürgermeister

Stadt Rheine, 48427 Rheine

**Ansprechpartnerin:**
Frau Medina Atalan
Sozialplanung

Neues Rathaus, 2. OG, Zimmer 217
☎ 05971 939-394
Fax 05971 939-8 394
E-Mail medina.atalan@rheine.de

**Befragung des SOKO Instituts Bielefeld zur Lebenssituation der Menschen über 60**

Liebe Bewohnerinnen und Bewohner von Rheine,

die Stadt Rheine hat das SOKO Institut (Sozialforschung und Kommunikation) aus Bielefeld beauftragt, eine Befragung zur Lebenssituation der über 60-Jährigen durchzuführen. Dadurch sollen die Lebenslagen dieser Altersgruppe erfragt und aufgrund der erhobenen Daten Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität in Rheine durchgeführt werden.

Wir bitten Sie daher, diesen Fragebogen auszufüllen und in dem beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag bis zum **31. Mai 2022** an das SOKO Institut zurückzusenden. Sie können dazu Ihre Rückmeldung in den Briefkasten der Stadt Rheine einwerfen oder aber auch die Briefkästen der Deutschen Post nutzen.

Mit Ihrer Teilnahme an der Befragung können Sie dazu beitragen, dass bei der Weiterentwicklung der Angebote für Menschen ab 60 auch Ihre Interessen berücksichtigt werden.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Beantworten Sie einfach jede Frage so, wie es am besten auf Sie persönlich zutrifft. Sie können sich auch gerne beim Ausfüllen von Verwandten, Bekannten oder auch von Frau Medina Atalan bei der Stadt Rheine unter der Telefonnummer 05971 / 939 394 helfen lassen.

Gerne können Sie auch telefonisch teilnehmen. Dazu stehen Ihnen die Mitarbeiter/-innen des SOKO Institutes unter der Telefonnummer 0521 / 52 42 140 zur Verfügung.

Wir versichern, dass alle Regeln des deutschen und europäischen Datenschutzes eingehalten werden. Weitere Informationen können Sie der beiliegenden Erklärung entnehmen.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Dr. Peter Lüttmann
*Bürgermeister*

Dr. Henry Puhe
*Wissenschaftlicher Leiter des SOKO Institutes*

| **1.** | ***Sind Sie …?*** |
|---|---|
| ❑ | Weiblich |
| ❑ | Männlich |
| ❑ | Divers |

| **2.** | ***Wie alt sind Sie?*** |
|---|---|
| Ich bin _____ Jahre alt. | |

| **3.** | ***Sind Sie in Deutschland geboren?*** |
|---|---|
| *Bitte tragen Sie das **Land und eine Jahreszahl** ein, wenn Sie im Ausland geboren sind!* | |
| ❑ Ja | ❑ Nein |
| | ➡ Ich bin in folgendem Land geboren: _____ |
| | ➡ Seit wann leben Sie in Deutschland? Seit: _____ *(bitte die Jahreszahl eintragen)* |

| **4.** | ***Welche Personen leben in Ihrem Haushalt?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **alle zutreffenden Kästchen** an und tragen Sie unten eine Zahl ein!* | |
| ❑ | Nur ich alleine |
| ❑ | Partnerin / Partner |
| ❑ | Weitere erwachsene Person(en) |
| ❑ | Kind(er) unter 18 Jahren |

| **5.** | ***Wie viele Personen – Sie eingeschlossen – leben insgesamt in Ihrem Haushalt?*** |
|---|---|
| Insgesamt leben_____ Personen in meinem Haushalt. | |

| **6.** | ***Haben Sie Kinder?*** |
|---|---|
| *Bitte tragen Sie eine Zahl ein, wenn Sie Kinder haben! (unabhängig vom Wohnort oder Alter)* | |
| ❑ | ja, _____ Kind(er) |
| ❑ | nein (→ *weiter mit **Frage 10**)* |

| **7.** | ***Meine Kinder wohnen…?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **alle zutreffenden Kästchen** an!* | |
| ❑ | … zusammen mit mir im gleichen Haus |
| ❑ | … in der Nachbarschaft |
| ❑ | … im gleichen Ort |
| ❑ | … an einem anderen Ort, aber innerhalb von einer Stunde erreichbar |
| ❑ | … weiter entfernt in Deutschland |
| ❑ | … weiter entfernt im Ausland |

| **8.** | ***Wie oft hatten Sie im letzten Jahr Kontakt zu Ihren Kindern?*** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Bitte machen Sie in jeder Zeile **nur ein Kreuz!*** | | | | | |
| | täglich | mehrmals pro Woche | einmal pro Woche | bis 3x pro Monat | mehrmals im Jahr |
| Persönlicher Besuch | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Per Telefon | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Per Brief | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Digital per SMS / WhatsApp / E-Mail / Videotelefonie / Zoom etc. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Zufälliges, spontanes Treffen | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| **9.** | ***Wie hat sich der Kontakt zu Ihrem Kind / Ihren Kindern bzw. zu Ihrem Enkelkind / Ihren Enkelkindern <u>während der Coronapandemie</u> entwickelt?*** |
|---|---|

*Bitte machen Sie in jeder Zeile **nur ein Kreuz!***
*Falls Sie keine Kinder oder Enkelkinder haben, lassen Sie die jeweiligen Zeilen bitte frei.*

| | … häufiger geworden | … gleich geblieben | … seltener geworden |
|---|---|---|---|
| Der Kontakt zu Ihrem Kind / Ihren Kindern ist … | ❑ | ❑ | ❑ |
| Der Kontakt zu Ihrem Enkelkind / Ihren Enkelkindern ist … | ❑ | ❑ | ❑ |

| **10.** | ***Haben Sie, außer Verwandten, gute Freunde oder Bekannte, die Sie jederzeit um Rat oder Hilfe bitten können?*** |
|---|---|
| ❑ | ja |
| ❑ | nein (*→ weiter mit **Frage 13**)* |

| **11.** | ***Wie oft hatten Sie im letzten Jahr Kontakt zu diesen Freunden oder Bekannten?*** |
|---|---|

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

| | täglich | mehrmals pro Woche | einmal pro Woche | bis 3x pro Monat | mehrmals im Jahr |
|---|---|---|---|---|---|
| Persönlicher Besuch | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Per Telefon | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Per Brief | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Digital per SMS / WhatsApp / E-Mail / Videotelefonie / Zoom etc. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Zufälliges, spontanes Treffen | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| **12.** | ***Wie hat sich der Kontakt zu Ihren Freunden oder Bekannten <u>während der Coronapandemie</u> entwickelt?*** |
|---|---|

*Bitte machen Sie **nur ein Kreuz!***

| | … häufiger geworden | … gleich geblieben | … seltener geworden |
|---|---|---|---|
| Der Kontakt zu Freunden oder Bekannten ist… | ❑ | ❑ | ❑ |

| **13.** | ***Wie gut ist Ihre Beziehung / Ihr Kontakt zu Ihren Nachbarn?*** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Bitte machen Sie **nur ein Kreuz!*** | | | | | |
| | sehr gut | gut | neutral | schlecht | sehr schlecht |
| Die Beziehung / der Kontakt zu Nachbarn ist… | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| **14.** | ***Hätten Sie gerne…?*** |
|---|---|
| *Bitte machen Sie **nur ein Kreuz!*** | |
| ❑ | … mehr Kontakt zur Nachbarschaft |
| ❑ | … weniger Kontakt zur Nachbarschaft |
| ❑ | … die gleiche Kontakthäufigkeit wie jetzt (Es ist gut so, wie es ist) |

| **15.** | ***Welche Einkommen, Renten und staatlichen Leistungen erhalten Sie persönlich?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **alle zutreffenden Kästchen** an und tragen evtl. fehlende Leistungen ein!* | |
| ❑ | Einkommen aus Erwerbstätigkeit |
| ❑ | Arbeitslosengeld II (Hartz IV) einschließlich Sozialgeld und Unterkunftskosten |
| ❑ | Altersrente/Pension |
| ❑ | Leistungen aus der Pflegeversicherung (Pflegegeld) |
| ❑ | Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt / Hilfe in besonderen Lebenslagen |
| ❑ | Hilfe zur Pflege |
| ❑ | Eingliederungshilfe |
| ❑ | Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung |
| ❑ | Wohngeld |
| ❑ | Andere Leistungen (*bitte angeben:*) _____ |
| ❑ | Ich werde von meinen Kindern/meinem Kind finanziell unterstützt |

| **16.** | ***Bleibt Ihnen in der Regel monatlich ein gewisser Betrag übrig, den Sie sparen oder zurücklegen können? Wie viel Geld bleibt Ihnen ungefähr nach Abzug der festen Kosten (z. B. Wohn- und Energiekosten, Lebensmittel) zur freien Verfügung?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **das zutreffende Kästchen** an!* | |
| ❑ | ja, bis zu 50 € im Monat |
| ❑ | ja, 50 bis 100 € im Monat |
| ❑ | ja, 100 bis 200 € im Monat |
| ❑ | ja, 200 bis 300 € im Monat |
| ❑ | ja, 300 bis 400 € im Monat |
| ❑ | ja, 400 bis 500 € im Monat |
| ❑ | ja, mehr als 500 € im Monat |
| ❑ | nein |
| ❑ | keine Angabe |

| **17.** | ***Wie wohnen Sie?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **das zutreffende Kästchen** an!* | |
| ❑ | als Eigentümer*in oder Miteigentümer*in in einem Haus (→ *weiter mit **Frage 18**)* |
| ❑ | als Eigentümer*in oder Miteigentümer*in in einer Wohnung (→ *weiter mit **Frage 19**)* |
| ❑ | Servicewohnen in der eigenen Wohnung (→ *weiter mit **Frage 19**)* |
| ❑ | Servicewohnen in einer Mietwohnung (→ *weiter mit **Frage 19**)* |
| ❑ | mietfrei, z. B. durch Wohn- oder Nießrecht (→ *weiter mit **Frage 19**)* |
| ❑ | als Mieter*in in einem Haus (→ *weiter mit **Frage 19**)* |
| ❑ | als Mieter*in in einer Wohnung (→ *weiter mit **Frage 19**)* |
| ❑ | bei meinem Kind / meinen Kindern im Haus (→ *weiter mit **Frage 19**)* |
| ❑ | Sonstiges (bitte nennen und → *weiter mit **Frage 19***): _____ |

| **18.** | ***Käme es für Sie in Frage, Ihr Haus zu einem fairen Marktpreis an eine junge Familie zu verkaufen, wenn die Stadt Rheine ein Wertgutachten bezahlt und Sie beim Verkauf unterstützt?*** |
|---|---|
| *Bitte machen Sie **nur ein Kreuz!*** | |
| ❑ | ja, auf jeden Fall |
| ❑ | ja, eher wahrscheinlich |
| ❑ | nein, eher nicht |
| ❑ | nein, auf keinen Fall |
| ❑ | weiß ich noch nicht |

| **19.** | ***Wie möchten Sie am liebsten wohnen, falls Sie Unterstützung oder Pflege im Alltag brauchen? Bitte kreuzen Sie hier auch an, wenn Sie bereits Unterstützung oder Pflege erhalten und sich Ihr Zustand verschlechtert!*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **bis zu 3 Kästchen** an!* | |
| ❑ | in meiner eigenen Wohnung bzw. meinem Haus mit Unterstützung durch einen professionellen ambulanten Pflegedienst |
| ❑ | in meiner eigenen Wohnung bzw. meinem Haus mit familiärer (Pflege)Unterstützung |
| ❑ | in meiner eigenen Wohnung bzw. meinem Haus mit einer durch mich oder meine Familie privat organisierten Pflegekraft (z. B. auch aus dem Ausland) |
| ❑ | bei meinen Kindern oder Verwandten |
| ❑ | in einem Pflegeheim |
| ❑ | in einer Pflegewohngemeinschaft („Pflege-WG“) |
| ❑ | in einem Mehrgenerationenwohnhaus |
| ❑ | in einer Seniorenresidenz |
| ❑ | in einer Wohnanlage mit „Betreutem Wohnen“ |
| ❑ | Sonstiges (bitte nennen): _____ |

| **20.** | ***Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Ihre jetzige Wohnsituation zutrifft!*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **alle zutreffenden Kästchen** an!* | |
| ❑ | es gibt ein mobiles Notrufsystem (Hausnotruf-Service) |
| ❑ | es gibt einen Treppenlift |
| ❑ | es gibt einen Aufzug im Haus |
| ❑ | die Wohnung bzw. das Haus sind stufenlos erreichbar |
| ❑ | die Wohnung bzw. das Haus sind mit mehreren Stufen erreichbar |
| ❑ | innerhalb der Wohnung bzw. des Hauses kann ich mich stufenlos bewegen |
| ❑ | alle Treppen – auch im Eingangsbereich – haben beidseitig einen Handlauf |
| ❑ | auch im Bereich der Zimmereingänge gibt es auf beiden Seiten ein Handlauf |
| ❑ | alle Zimmertüren haben keine Schwellen oder diese sind so niedrig (unter 2 cm), dass sie mit einem Rollator oder Rollstuhl problemlos überwunden werden können |
| ❑ | die Türen in der Wohnung/ im Haus sind so breit, dass man auch mit Gehhilfe oder Rollstuhl hindurch kommt (Türbreite mindestens 90 cm) |
| ❑ | die Türen von Bad und WC gehen nach außen auf |
| ❑ | in Bad und WC hätte ich auch mit einem Rollator ausreichend Platz mich zu bewegen |
| ❑ | die Dusche ist bodengleich (oder mit Schwelle von maximal 2 cm) |
| ❑ | die Miete bzw. die Wohnkosten sind angemessen. |

| **21.** | ***Meine Wohnsituation ist so, dass ich hier auch bei Pflegebedürftigkeit wohnen könnte.*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **das zutreffende Kästchen** an!* | |
| ❑ | ja, meine Wohnung/mein Haus ist absolut barrierefrei |
| ❑ | vermutlich ja, denn meine Wohnung/mein Haus ist überwiegend barrierefrei |
| ❑ | vermutlich nein, denn meine Wohnung/mein Haus ist **überwiegend nicht** barrierefrei |
| ❑ | nein, denn meine Wohnung/mein Haus ist **absolut nicht** barrierefrei |
| ❑ | das weiß ich nicht, und ich hätte gerne mehr Informationen zu barrierefreiem Wohnen |

| **22.** | ***Planen Sie in den nächsten zwei Jahren Ihre Wohnsituation zu verändern?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **alle zutreffenden Kästchen** an!* | |
| | **Ja ich plane…** |
| ❑ | … in eine andere Mietwohnung zu ziehen. |
| ❑ | … in ein eigenes Haus / eine Eigentumswohnung zu ziehen. |
| ❑ | … in eine private Wohn- oder Hausgemeinschaft zu ziehen. |
| ❑ | … zu meinen Kindern zu ziehen. |
| ❑ | … meine Wohnung / mein Haus aus- oder umzubauen. |
| ❑ | … in eine seniorengerechte, barrierefreie Wohnung zu ziehen. |
| ❑ | … in eine Wohnung zu ziehen, in der betreutes Wohnen möglich ist. |
| ❑ | … in eine Seniorenwohnanlage/Servicewohnen/Seniorenresidenz zu ziehen. |
| ❑ | … eine unterstützende Pflegekraft zu engagieren, die auch bei mir wohnt. |
| ❑ | … etwas anderes, und zwar:_____ |
| ❑ | … Teile meiner Wohnung/ meines Hauses zu vermieten. |
| ❑ | **Nein, ich plane keine Veränderung** |

| 23. | *Bitte kreuzen Sie an, wo Sie wohnen!* |
|---|---|
| | **Stadtbezirke rechts der Ems** |
| ❑ | Innenstadt Ost |
| ❑ | Schotthock-West/Baarentelgen |
| ❑ | Schotthock-Ost |
| ❑ | Altenrheine |
| ❑ | Stadtberg |
| ❑ | Eschendorf-Nord |
| ❑ | Rodde/Kanalhafen |
| ❑ | Südesch |
| ❑ | Eschendorf-Süd |
| ❑ | Gellendorf |
| | **Stadtbezirke links der Ems** |
| ❑ | Innenstadt West |
| ❑ | Dutum |
| ❑ | Dorenkamp Nord |
| ❑ | Dorenkamp Süd |
| ❑ | Hörstkamp |
| ❑ | Wadelheim |
| ❑ | Schleupe |
| ❑ | Bentlage |
| ❑ | Wietesch |
| | **Stadtbezirke Südraum** |
| ❑ | Elte |
| ❑ | Mesum-Dorf |
| ❑ | Mesum-Feld |
| ❑ | Hauenhorst |
| ❑ | Catenhorn |

| **24.** | ***Wie zufrieden sind Sie in Ihrem Wohnviertel/Stadtbezirk mit der fußläufigen Erreichbarkeit von folgenden Angeboten?*** | | | |
|---|---|---|---|---|
| *Bitte machen Sie in jeder Zeile* ***nur ein Kreuz!*** | | | | |
| | sehr zufrieden | eher zufrieden | weniger zufrieden | gar nicht zufrieden |
| Einkaufsmöglichkeiten | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Apotheke | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Ärzteversorgung | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Bank/Geldinstitut | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Grünflächen, Park | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| öffentlicher Busverkehr | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Pflege- und Unterstützungsangebote | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Fußpflege | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Frisör | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| schnelles Internet | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Begegnungsangebote für Ältere | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Kirche oder andere religiöse Einrichtung | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Bewegungs- und Sportangebote für Ältere | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Bewegungsparcours | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| bezahlbarer Wohnraum | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Altersgerechte Wohnangebote | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Altersgerechtes Wohnumfeld (z. B. ausreichende Ampelphasen, Ruhebänke, öffentliche Toiletten) | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Bildungs- und Kulturangebote | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Restaurants/ Gastronomie | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| **25.** | ***Hier ist eine Liste mit häufigen Alterserkrankungen: An welchen Krankheiten oder Beschwerden leiden Sie seit mindestens 12 Monaten oder chronisch?*** | | | |
|---|---|---|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **alle zutreffenden** Punkte an!* | | | | |
| | keine Beschwerden | geringe Beschwerden | starke Beschwerden | sehr starke Beschwerden |
| Herz-Kreislauferkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzrhythmus-störungen, Angina Pectoris) | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Erkrankungen des Bewegungs-apparates oder der Wirbelsäule (z.B. Rheuma, Arthritis, Arthrose, Gicht, Osteoporose) | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Erkrankungen der Lunge (z. B. chronische Bronchitis, COPD, Asthma) | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Neurologische Erkrankungen (z. B. Demenz, Parkinson, Multiple Sklerose) | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Psychische Erkrankungen (z. B. Depression, Angststörungen, Suchterkrankungen) | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Erkrankungen im Magen-Darm-trakt, Leber oder Bauchspeichel-drüse z. B. (Diabetes) | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Krebs | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| sonstige, und zwar: _____ _____ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Ich habe **keine chronischen** Krankheiten oder Beschwerden | ❑ | | | |

| **26.** | ***Wie fühlen Sie sich gesundheitlich?*** | | | |
|---|---|---|---|---|
| *Bitte machen Sie **nur ein Kreuz!*** | | | | |
| sehr gut | gut | mittel | schlecht | sehr schlecht |
| ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| **27.** | ***Brauchen Sie derzeit regelmäßig Hilfe, Pflege oder andere Unterstützung?*** |
|---|---|
| ❑ | ja |
| ❑ | nein (→ *weiter mit **Frage 31**)* |

| **28.** | ***In welchem Pflegegrad sind Sie eingestuft?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **das zutreffende Kästchen** an!* | |
| ❑ | Pflegegrad 1 |
| ❑ | Pflegegrad 2 |
| ❑ | Pflegegrad 3 |
| ❑ | Pflegegrad 4 |
| ❑ | Pflegegrad 5 |
| ❑ | noch ohne Pflegegrad |

| **29.** | ***Welche Formen von Unterstützung benötigen Sie regelmäßig?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **alle zutreffenden Kästchen** an!* | |
| ❑ | Hilfe im Garten |
| ❑ | Hilfe im Haushalt |
| ❑ | Hilfe beim Einkauf |
| ❑ | Hilfe bei der Körperpflege |
| ❑ | Begleitung zum Arzt, zu Behörden oder Veranstaltungen |
| ❑ | Besuchsdienste (z. B. zur Unterhaltung, Vorlesen, Hilfe beim Schreiben von Briefen oder Anträgen) |
| ❑ | Fahrdienste |
| ❑ | Hilfe bei Fragen zum Computer, Internet oder Handy |
| ❑ | etwas anderes, und zwar: _____ |

| **30.** | ***Durch welche Personen erhalten Sie Hilfe oder Unterstützung?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **alle zutreffenden Kästchen** an!* | |
| ❑ | Ehe- oder Lebenspartner*in |
| ❑ | Kind/-er |
| ❑ | Andere Verwandte |
| ❑ | Freunde/ Bekannte |
| ❑ | Pflegedienst |
| ❑ | Haushaltshilfe |
| ❑ | Sonstige (bitte nennen): _____ |

| **31.** | ***Und jetzt einige Fragen zu Ihren nahestehenden Menschen. Gibt es außer Ihnen in Ihrem Haushalt eine Person, die dauerhaft hilfe- oder pflegebedürftig ist?*** |
|---|---|
| ❑ | ja |
| ❑ | nein (*→ weiter mit **Frage 38**)* |

| **32.** | ***Wie ist diese Person eingestuft?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **das zutreffende Kästchen** an!* | |
| ❑ | Pflegegrad 1 |
| ❑ | Pflegegrad 2 |
| ❑ | Pflegegrad 3 |
| ❑ | Pflegegrad 4 |
| ❑ | Pflegegrad 5 |
| ❑ | noch ohne Pflegegrad |

| **33.** | ***Von wem erhält diese Person Pflege, Hilfe oder Unterstützung im Haushalt?*** | |
|---|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **alle zutreffenden Kästchen** an!* | | |
| ❑ | von mir (→ *weiter mit **Frage 34**)* | |
| ❑ | von anderen Angehörigen im Haushalt | *Bitte weiter mit **Frage 37*** |
| ❑ | von Angehörigen außerhalb des Haushalts | |
| ❑ | von Freunden/Bekannten | |
| ❑ | von Nachbarn | |
| ❑ | von Gemeindeschwester, Sozialhelfer*in | |
| ❑ | von ambulantem Pflegedienst | |
| ❑ | von anderer Person | |

| **34.** | ***Wenn Sie an die letzten zwei Wochen denken, blieb Ihnen in dieser Zeit neben der Pflege, Hilfe oder Unterstützung und anderen Verpflichtungen noch genügend Zeit für persönliche Dinge oder Hobbys übrig?*** |
|---|---|
| ❑ | ja |
| ❑ | teilweise |
| ❑ | nein |

| **35.** | ***Wie stark fühlen Sie sich durch die Pflege, Hilfe oder Unterstützung, die Sie geben, belastet?*** | | | |
|---|---|---|---|---|
| *Bitte machen Sie **nur ein Kreuz!*** | | | | |
| sehr stark | eher stark | weder stark noch gering | eher gering | sehr gering |
| ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| **36.** | ***Was würde passieren, wenn Sie als pflegende, helfende oder unterstützende Person plötzlich ausfallen?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **alle zutreffenden Kästchen** an!* | |
| ❑ | Organisation eines Pflegedienstes |
| ❑ | Inanspruchnahme von Verhinderungspflege |
| ❑ | Inanspruchnahme von Tagespflege |
| ❑ | Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege |
| ❑ | Versorgung durch Verwandte |
| ❑ | Versorgung durch andere Bekannte oder Nachbarn |
| ❑ | Sofortige Unterbringung in einer stationären Einrichtung |
| ❑ | Sonstiges (bitte nennen!): _____ |
| ❑ | Weiß ich nicht |

| **37.** | ***Könnten Sie die Pflege übernehmen, wenn Ihnen nahestehende Menschen plötzlich pflegebedürftig werden?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **das zutreffende Kästchen** an!* | |
| ❑ | ja |
| ❑ | ja, aber nur zeitlich begrenzt |
| ❑ | weiß nicht, ich würde es aber versuchen |
| ❑ | nein |

| **38.** | ***Unterstützen Sie Menschen in ihrer Nachbarschaft hin und wieder durch kleinere Hilfen (z.B. Beim Einkauf, im Haushalt, bei der Zubereitung von Mahlzeiten, etc.)?*** |
|---|---|
| ❑ | ja |
| ❑ | nein (→ *weiter mit **Frage 40**)* |

| **39.** | ***Was würde passieren, wenn Sie in Ihrer Nachbarschaft als pflegende, helfende oder unterstützende Person plötzlich ausfallen?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **alle zutreffenden Kästchen** an!* | |
| ❑ | Organisation eines Pflegedienstes |
| ❑ | Inanspruchnahme von Verhinderungspflege |
| ❑ | Inanspruchnahme von Tagespflege |
| ❑ | Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege |
| ❑ | Versorgung durch Verwandte |
| ❑ | Versorgung durch andere Bekannte oder Nachbarn |
| ❑ | Sofortige Unterbringung in einer stationären Einrichtung |
| ❑ | Sonstiges (bitte nennen):_____ |
| ❑ | Weiß ich nicht |

| 40. | ***Wünschen Sie sich (mehr) Informationen und Ansprechpersonen zu folgenden Themen und Angeboten?*** | |
|---|---|---|
| | Ja | Nein |
| Präventionsangebote (z.B. über Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheits- und Sportkurse) | ❑ | ❑ |
| Angebote der Rehabilitation (z.B. über die Möglichkeiten einer Kur oder einer geriatrischen Reha) | ❑ | ❑ |
| Leistungen der Pflegeversicherung (z.B. über Pflegegeld, Verhinderungspflege oder den Entlastungsbeitrag) | ❑ | ❑ |
| Hilfe bei seelischen Problemen und Krisen | ❑ | ❑ |
| Pflegeangebote (z.B. über Wohngemeinschaften für Senioren, Wohnanlagen mit Service, Tages- und Kurzzeitpflege oder Pflegeheime) | ❑ | ❑ |
| Unterstützung im Alltag (z.B. über Mahlzeiten-Lieferdienste oder Hausnotrufsysteme) | ❑ | ❑ |
| Ambulant Betreutes Wohnen (bei Behinderung oder psychischer Erkrankung) | ❑ | ❑ |
| Schulungen im Umgang mit digitalen Medien (Smartphones, Computer, Internetnutzung) | ❑ | ❑ |
| Sonstiges (bitte nennen!):_____ | | |

| 41. | ***Wie beurteilen Sie folgende Angebote für ältere Menschen in Rheine?*** | | | |
|---|---|---|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile **alle Kästchen an, die auf Sie zutreffen** bzw. tragen Sie unten die Bezeichnung ein!* | | | | |
| | kenne ich nicht | kenne ich bereits | habe ich bereits genutzt | Nutzung kann ich mir gut vorstellen |
| Caritasverband | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Pflegestützpunkt des Kreises Steinfurt | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Koordinierungsstelle für Senioren | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Sozialpunkt des Bürgertreffs „für einander“ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Salzstreuer im Dorenkamp | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Sonstiges, und zwar: _____ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| **42.** | ***Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Pflegeangebote und -dienstleistungen für ältere Menschen Sie in Rheine kennen oder bereits nutzen oder deren Nutzung Sie sich gut vorstellen könnten!*** |
|---|---|

*Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile **alle Kästchen an, die auf Sie zutreffen** bzw. tragen Sie unten die Bezeichnung ein!*

| | kenne ich nicht | kenne ich bereits | habe ich bereits genutzt | Nutzung kann ich mir gut vorstellen |
|---|---|---|---|---|
| Ambulante Pflegedienste | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Tagespflege | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Kurzzeitpflege | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheim) | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Hausnotruf | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Mahlzeiten-Lieferdienste (Auch Einkaufshilfen) | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Wohnanlagen mit Service für ältere Menschen | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Begleit- und Fahrdienste | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Hilfe im Haushalt | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Einzelbetreuung zu Hause | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Wohngemeinschaften für Senioren | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Verhinderungspflege | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Sonstige Angebote, und zwar: _____ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| **43.** | ***Nutzen Sie das Internet?*** |
|---|---|
| ❑ | ja |
| ❑ | nein *(→ weiter mit **Frage 47**)* |

| **44.** | ***Wie häufig nutzen Sie das Internet?*** | | |
|---|---|---|---|
| *Bitte machen Sie **nur ein Kreuz!*** | | | |
| täglich | mehrmals pro Woche | einmal pro Woche | seltener |
| ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| **45.** | ***Wozu nutzen Sie das Internet?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **alle zutreffenden Kästchen** an!* | |
| ❑ | Kommunikation mit Familie und Freund*innen (z.B. WhatsApp oder Videotelefonie) |
| ❑ | Unterhaltung (z.B. Spiele, Videos, Musik) |
| ❑ | Informationen suchen |
| ❑ | Dinge einkaufen |
| ❑ | Online-Banking (z.B. Überweisungen tätigen oder Kontostand prüfen) |
| ❑ | Mobil sein (z.B. Reiseplanung, Navigation, Fahrpläne von Bus und Bahn) |
| ❑ | Digitale Beratungsangebote |
| ❑ | Andere Nutzungen (bitte nennen): _____ |

| **46.** | ***Wie gut schätzen Sie Ihre Kenntnisse im Umgang mit digitalen Medien und/oder dem Internet ein?*** | | | |
|---|---|---|---|---|
| *Bitte machen Sie **nur ein Kreuz!** (→ weiter mit **Frage 48**)* | | | | |
| sehr gut | gut | teils / teils | schlecht | sehr schlecht |
| ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| **47.** | ***Aus welchen Gründen nutzen Sie digitale Medien und / oder das Internet nicht?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **alle zutreffenden Kästchen** an!* | |
| ❑ | Die Nutzung ist nicht relevant für mich / es besteht kein Bedarf. |
| ❑ | Ich wüsste nicht, wozu ich das Internet nutzen sollte. |
| ❑ | Mir fehlt das Wissen hierzu. |
| ❑ | Die Anschaffungs- und Betriebskosten sind zu hoch. |
| ❑ | Es ist kein Internetzugang vorhanden. |
| ❑ | Die Bedienung ist mir zu kompliziert. |
| ❑ | Ich habe die Sorge im Internet Opfer von Betrügern zu werden |
| ❑ | Andere Gründe (bitte nennen): _____ |

| **48.** | ***Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zum Thema Digitalisierung zu?*** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile **nur ein Kästchen** an!* | | | | | |
| | stimme sehr zu | stimme zu | stimme eher nicht zu | stimme gar nicht zu | kann ich nicht beurteilen |
| Digitale Medien und Technologien vereinfachen meinen Alltag. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Es macht mir Freude, neue digitale Medien und Technologien auszuprobieren. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Die zunehmende Digitalisierung macht mir Sorgen, weil sich die digitale Technik so schnell entwickelt und ich nicht mehr mithalten kann. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Ich fühle mich durch die vermehrte Nutzung von digitaler Technik verunsichert. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Durch digitale Medien kann ich leichter Kontakt zur Familie und zu Freunden halten. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| **49.** | ***Engagieren Sie sich aktuell ehrenamtlich?*** |
|---|---|
| ❑ Ja | ❑ Nein |
| ***Können Sie sich vorstellen, Ihr Engagement zu verstärken?*** | ***Können Sie sich ein ehrenamtliches Engagement vorstellen?*** |
| ➡ ❑ Ja<br>➡ ❑ Nein | ➡ ❑ Ja<br>➡ ❑ Nein |

| **50.** | ***Wie zufrieden sind Sie mit …*** | | | |
|---|---|---|---|---|
| *Bitte machen Sie **in jeder Zeile nur ein Kreuz**!* | | | | |
| | sehr zufrieden | eher zufrieden | weniger zufrieden | gar nicht zufrieden |
| … Ihren sozialen Kontakten? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| … Ihrer finanziellen Situation? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| … Ihrer körperlichen Gesundheit? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| … Ihrer seelischen Gesundheit? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| … Ihrer Freizeitgestaltung? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| … Ihrer Wohnsituation? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| … der Lebensqualität in Rheine insgesamt? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| **51.** | ***Machen Sie sich Sorgen, dass Sie irgendwann…*** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Bitte machen Sie **in jeder Zeile nur ein Kreuz**!* | | | | | |
| | keine Sorgen | wenig Sorgen | große Sorgen | sehr große Sorgen | Problem besteht schon |
| ... einsam sein werden? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| ... pflegebedürftig sein werden? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| ... den Anschluss an das Leben in Rheine verlieren? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| … zu wenig Geld haben werden? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| ... in ein Altenpflegeheim umziehen müssen? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| ... nicht mehr mobil sein werden? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| ... Opfer von Kriminalität werden? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| ... dement sein werden? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| ... Verwandten zur Last fallen werden? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| **52.** | ***Wie werden Ihrer Meinung nach die Bedürfnisse und Interessen älterer Menschen in Rheine berücksichtigt?*** |
|---|---|
| *Bitte **nur ein Kästchen** ankreuzen!* | |
| ❑ | zu viel berücksichtigt |
| ❑ | ausreichend berücksichtigt |
| ❑ | eher zu wenig berücksichtigt |
| ❑ | viel zu wenig berücksichtigt |
| ❑ | weiß ich nicht |

| **53.** | ***Was könnte Ihrer Meinung nach in ihrem Wohnquartier für Menschen über 60 Jahren getan werden?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie **alle zutreffenden Kästchen** an!* | |
| ❑ | Ich brauche keine weiteren Verbesserungen |
| ❑ | Mehr Informationen und bessere Beratung über Dinge des Alterns |
| ❑ | Mehr Angebote für Frauen ab 60 Jahren |
| ❑ | Mehr Angebote für Männer ab 60 Jahren |
| ❑ | Bessere Zugangsmöglichkeiten zum Internet für Ältere |
| ❑ | Mehr altersgerechte, barrierefreie Wohnungen |
| ❑ | Besseres altersgerechtes Wohnumfeld<br>(Zum Beispiel längere Ampelphasen, mehr Fußgängerwege, mehr Zebrastreifen) |
| ❑ | Mehr gesundheitsfördernde Aktivitäten |
| ❑ | Mehr kulturelle Angebote |
| ❑ | Verbessertes Angebot des ÖPNV |
| ❑ | Weiß ich nicht |

| **54.** | ***Welche der folgenden Themen und Angebote interessieren Sie besonders?*** | | |
|---|---|---|---|
| *Bitte machen Sie **in jeder Zeile nur ein Kreuz**!* | | | |
| | interessiert sehr | interessiert etwas | interessiert gar nicht |
| Künstlerisches Gestalten oder Basteln | ❑ | ❑ | ❑ |
| Praktische handwerkliche Fähigkeiten | ❑ | ❑ | ❑ |
| Kommunikation, Konfliktbewältigung, soziale Kompetenzen | ❑ | ❑ | ❑ |
| Fremdsprachen | ❑ | ❑ | ❑ |
| Literatur, Theater, Kunst, Musik | ❑ | ❑ | ❑ |
| Gesellschaft, Geschichte, Politik | ❑ | ❑ | ❑ |
| Gesundheit, Ernährung | ❑ | ❑ | ❑ |
| Umwelt, Ökologie | ❑ | ❑ | ❑ |
| Erzählcafé | ❑ | ❑ | ❑ |
| Erziehung, Psychologie | ❑ | ❑ | ❑ |
| Religion, Philosophie, Daseinsfragen, Lebenssinn | ❑ | ❑ | ❑ |
| Astrologie, Esoterik | ❑ | ❑ | ❑ |
| Spiritualität | ❑ | ❑ | ❑ |
| Sport, Gymnastik, Tanz | ❑ | ❑ | ❑ |
| Länder–, Heimatkunde | ❑ | ❑ | ❑ |
| Mathematik, Naturwissenschaften | ❑ | ❑ | ❑ |
| Computer, Internet | ❑ | ❑ | ❑ |
| Hauswirtschaft | ❑ | ❑ | ❑ |
| Fortbildung für ein Ehrenamt | ❑ | ❑ | ❑ |
| Aspekte des Alterns, Vorbereitung auf den Ruhestand, Rentenfragen | ❑ | ❑ | ❑ |
| Gedächtnistraining | ❑ | ❑ | ❑ |
| Reisen/Studienfahrten | ❑ | ❑ | ❑ |

| 55. | ***Welche der folgenden Titel würden Sie wählen, um eine Initiative zur Verbesserung der Situation älterer Menschen in Rheine zu beschreiben?*** |
|---|---|
| *Bitte kreuzen Sie Ihre **zwei** favorisierten Titel an!* | |
| ❑ | Sozialplan Alter |
| ❑ | Altern neu denken |
| ❑ | Alter als Chance |
| ❑ | Rheine denkt Alter neu |
| ❑ | Mehr Generationengerechtigkeit schaffen |
| ❑ | Neues Altern in Rheine |
| ❑ | Seniorenfreundliches Rheine |
| ❑ | Rheine - seniorenfeundlich |
| ❑ | Altersfreundliches Rheine |
| ❑ | Zukunft der Senioren |
| ❑ | Senioren der Zukunft |
| ❑ | Zukunft der Senioren - Senioren der Zukunft in Rheine |
| Und hier können Sie Ihre Vorschläge nennen: _____ | |

***Wir bedanken uns herzlich für Ihre Teilnahme an unserer Befragung!***

*Falls Sie Interesse an einem **Ehrenamt** haben, dann wenden Sie sich gerne direkt an*:

Martina Wietkamp
Tel.: 05971 9548-770
martina.wietkamp@rheine.de