



**Befragung der über 60-Jährigen in Rheine zu ihrer
Lebenssituation**

Die Stadt Rheine hat das SOKO Institut für Sozialforschung und Kommunikation aus Bielefeld beauftragt, eine Befragung zur Lebenssituation der über 60-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner durchzuführen. Mit diesem Fragebogen sollen individuelle Daten erhoben und auf deren Basis Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität in Rheine durchgeführt werden.

Aus allen über 60 Jahre alten Personen, die in Rheine wohnen, wurden auch Sie nach einem statistischen Zufallsverfahren für diese Befragung ausgewählt. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und senden ihn in dem vorfrankierten Rückumschlag bis zum **18.11.2022** an das SOKO Institut zurück.

Mit Ihrer Teilnahme an der Befragung können Sie dazu beitragen, dass bei der Weiterentwicklung der Angebote für Menschen ab 60 Jahren 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. Bitte planen Sie zum Ausfüllen etwa **45-60** Minuten ein.

Alternativ können Sie auch digital teilnehmen:

Um zur Online-Befragung zu gelangen, öffnen Sie bitte folgende Internetadresse und geben Sie anschließend Ihren individuellen Zugangscode ein, oder scannen Sie den QR-Code:

Internetadresse: www.soko-institut.de/rheine

SCAN ME



Individueller Zugangscode: 74yaxj

Eine telefonische Teilnahme ist ebenfalls möglich:

Rufen Sie dazu einfach im SOKO Institut an unter der Telefonnummer 0521/52 42 - 210.

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

Die zuständige Mitarbeiterin der Stadt Rheine, Frau Medina Atalan, erreichen Sie unter der Telefonnummer 05971/939-394.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Dr. Peter Lüttmann
Bürgermeister

Dr. Henry Puhe
Wissenschaftlicher Leiter
des SOKO Institutes

1. Seit wann leben Sie in Rheine?

Seit: _____ (Bitte die Jahreszahl eintragen.)

Ich lebe seit meiner Geburt ohne Unterbrechung in Rheine.

2. In welchem Stadtteil leben Sie heute?

Bitte **den zutreffenden Stadtteil** in der Liste ankreuzen!

Falls Sie sich nicht sicher sind, geben Sie das bitte **zusätzlich** an!

- 0101 Innenstadt- West
- 0102 Innenstadt-Ost
- 0201 Dutum
- 0202 Dorenkamp-Nord
- 0203 Dorenkamp-Süd
- 0204 Hörstkamp
- 0301 Wadelheim
- 0302 Schleupe
- 0401 Bentlage
- 0402 Wietesch
- 0501 Schotthock-West/Baarentelgen
- 0502 Schotthock-Ost
- 0503 Altenheine
- 0601 Stadtberg
- 0602 Eschendorf-Nord
- 0603 Rodde/Kanalhafen
- 0701 Südesch
- 0702 Eschendorf-Süd
- 0703 Gellendorf
- 0801 Elte
- 0901 Mesum-Dorf
- 0902 Mesum-Feld
- 1001 Hauenhorst
- 1002 Catenhorn
- Ich bin mir nicht sicher

3. Mit welchen Personen leben Sie zusammen in einem Haushalt?

Bitte **zutreffende Kästchen** ankreuzen!

Ich lebe allein

Mit Ehe- oder Lebenspartner(in)

Mit weiterer(en) Erwachsenen Person(en) (ab 18 Jahren)

Mit Kind(ern) unter 18 Jahren

4. Wie viele Personen (Sie eingeschlossen) leben in Ihrem Haushalt?

Bitte **zutreffende Anzahl** angeben!

Insgesamt leben _____ Personen in meinem Haushalt.

| 5. | Wie ist Ihr aktueller Beziehungsstatus? |
|---|---|
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | ledig |
| <input type="checkbox"/> | verheiratet |
| <input type="checkbox"/> | mit festem/r Partner/in zusammenlebend |
| <input type="checkbox"/> | mit festem/r Partner/in getrennt lebend |
| <input type="checkbox"/> | geschieden/getrennt lebend |
| <input type="checkbox"/> | verwitwet |

| 6. | Haben Sie Kind(er)? |
|--|---|
| <i>Bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Ja, _____ Kind(er), unabhängig von Alter und Wohnort. |
| <input type="checkbox"/> | Nein. (<i>⇒ weiter mit Frage 8</i>) |

| 7. | Wo wohnen Ihre Kinder? |
|---|--|
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Zusammen mit mir im gleichen Haus |
| <input type="checkbox"/> | In der Nachbarschaft |
| <input type="checkbox"/> | Im gleichen Ort |
| <input type="checkbox"/> | An einem anderen Ort, aber innerhalb einer Stunde erreichbar |
| <input type="checkbox"/> | Weiter entfernt in Deutschland |
| <input type="checkbox"/> | Weiter entfernt im Ausland |

| 8. | Wie fühlen Sie sich gesundheitlich? | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Bitte ein Kästchen ankreuzen!</i> | | | | |
| sehr gut | gut | mittel | schlecht | sehr schlecht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 9. | Leiden Sie seit mindestens 1 Jahr an chronischen Beschwerden oder Krankheiten? |
|---|--|
| <i>Bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen und entsprechend ausfüllen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Nein, ich habe keine chronischen Beschwerden oder Krankheiten. |
| <input type="checkbox"/> | Ja, und zwar an: _____ _____ |

| 10. | Haben Sie einen Pflegegrad? | | |
|--|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| <i>Bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen!</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 1 | <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 4 |
| <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 2 | <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 5 |
| <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 3 | <input type="checkbox"/> | Nein |

| 11. | Welche Formen von Unterstützung, Hilfe oder Pflege benötigen Sie derzeit regelmäßig? |
|---|---|
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Hilfe bei Fragen zum Computer, Internet oder Handy |
| <input type="checkbox"/> | Hilfe beim Finden von Informationen (z.B. sucht jemand für mich Dinge im Internet) |
| <input type="checkbox"/> | Begleitung zum Arzt, zu Behörden oder Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> | Besuchsdienste (z. B. zur Unterhaltung, Vorlesen, Hilfe bei Briefen oder Anträgen) |
| <input type="checkbox"/> | Hilfe beim Einkauf |
| <input type="checkbox"/> | Hilfe im Garten |
| <input type="checkbox"/> | Hilfe im Haushalt (bspw. Fensterputzen) |
| <input type="checkbox"/> | Hilfe bei der Körperpflege |
| <input type="checkbox"/> | Fahrdienste |
| <input type="checkbox"/> | Etwas anderes, und zwar: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Ich benötige derzeit keine regelmäßige Unterstützung. (<i>⇒ weiter mit Frage 13</i>) |

| 12. | Durch welche Personen erhalten Sie diese regelmäßige Hilfe oder Unterstützung? |
|---|--|
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Ehe- oder Lebenspartner(in) |
| <input type="checkbox"/> | Kind(er) |
| <input type="checkbox"/> | Andere Verwandte |
| <input type="checkbox"/> | Freunde/Bekannte/Nachbarn |
| <input type="checkbox"/> | Pflegedienst |
| <input type="checkbox"/> | Haushaltshilfe |
| <input type="checkbox"/> | Seniorenberatung |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige, und zwar: _____ |

| | |
|--|--|
| 13. | Haben Sie jemanden, den Sie jederzeit um Rat oder Hilfe bitten könnten? |
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Ja, Verwandte. |
| <input type="checkbox"/> | Ja, Freunde und Bekannte. |
| <input type="checkbox"/> | Ja, Nachbarn. |
| <input type="checkbox"/> | Ja, Seniorenberatung. |
| <input type="checkbox"/> | Ja, und zwar: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Nein, da müsste ich erst überlegen. |

| | |
|--|--|
| 14. | Hätten Sie gerne mehr Kontakte? |
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Ja, zu Verwandten. |
| <input type="checkbox"/> | Ja, zu Freunden und Bekannten. |
| <input type="checkbox"/> | Ja, zu Nachbarn. |
| <input type="checkbox"/> | Ja, und zwar zu _____ |
| <input type="checkbox"/> | Es ist alles gut, so wie es ist. |

| | |
|--|--|
| 15. | Von wem wünschen Sie sich mehr Rat und seelische Unterstützung? |
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Von meinen Verwandten. |
| <input type="checkbox"/> | Von meinen Freunden und Bekannten. |
| <input type="checkbox"/> | Von meinen Nachbarn. |
| <input type="checkbox"/> | Von anderen, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> | Von keinem. |

| | |
|--|---|
| 16. | Von wem wünschen Sie sich mehr konkrete Unterstützung im Alltag? |
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Von meinen Verwandten. |
| <input type="checkbox"/> | Von meinen Freunden und Bekannten. |
| <input type="checkbox"/> | Von meinen Nachbarn. |
| <input type="checkbox"/> | Von anderen, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> | Von keinem. |

| | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. | Fühlen Sie sich manchmal einsam? | | | |
| <i>Bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen!</i> | | | | |
| Ja, täglich. | Ja, mehrmals pro Woche. | Ja, mehrmals pro Monat. | Ja, seltener. | Nein, nie. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 18. | Machen Sie sich Sorgen, dass Sie irgendwann ...? | | | | |
| <i>Bitte in jeder Zeile ein zutreffendes Kästchen ankreuzen!</i> | | | | | |
| | Stimme sehr zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme gar nicht zu | Kann ich nicht beurteilen |
| einsam sein werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pflegebedürftig sein werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| den Anschluss an das gesellschaftliche Leben in Rheine verlieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu wenig Geld haben werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| in eine Altenpflegeeinrichtung umziehen müssen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nicht mehr mobil sein werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Opfer von Kriminalität sein werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| dement sein werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verwandten zur Last fallen werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Sorgen, und zwar: _____ _____ | | | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------|------|
| 19. | Unterstützen Sie Menschen in Ihrer Nachbarschaft hin und wieder durch kleinere Hilfen (z. B. beim Einkauf, im Haushalt, im Garten, bei der Zubereitung von Mahlzeiten etc.)? | | |
| <i>Bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen!</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. | Wie werden Ihrer Meinung nach die Bedürfnisse und Interessen älterer Menschen in Rheine insgesamt berücksichtigt? | | | |
| <i>Bitte ein Kästchen ankreuzen!</i> | | | | |
| Viel zu viel | Eher zu viel | Angemessen | Eher zu wenig | Viel zu wenig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 21. | Wie wohnen Sie? |
|--|--|
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Als Eigentümer(in) oder Miteigentümer(in) in einem Haus |
| <input type="checkbox"/> | Als Eigentümer(in) oder Miteigentümer(in) in einer Wohnung |
| <input type="checkbox"/> | Mietfrei, zum Beispiel durch Wohn- oder Nießrecht |
| <input type="checkbox"/> | Bei meinem Kind/meinen Kindern im Haus |
| <input type="checkbox"/> | Als Mieter(in) in einem Haus |
| <input type="checkbox"/> | Als Mieter(in) in einer Wohnung |
| <input type="checkbox"/> | Servicewohnen in der eigenen Wohnung |
| <input type="checkbox"/> | Servicewohnen in einer Mietwohnung |
| <input type="checkbox"/> | Betreutes Wohnen |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges, und zwar _____ |

| 22. | Was trifft auf Ihre jetzige Wohnsituation zu? |
|--|---|
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Die Miete bzw. die Wohnkosten sind angemessen. |
| <input type="checkbox"/> | Die Wohnung bzw. das Haus sind stufenlos erreichbar. |
| <input type="checkbox"/> | Die Wohnung bzw. das Haus sind mit mehreren Stufen erreichbar. |
| <input type="checkbox"/> | Innerhalb der Wohnung bzw. des Hauses kann ich mich stufenlos bewegen. |
| <input type="checkbox"/> | Alle Türschwellen können problemlos mit Rollator oder Rollstuhl überwunden werden. |
| <input type="checkbox"/> | Alle Treppen – auch im Eingangsbereich – haben einen Handlauf. |
| <input type="checkbox"/> | Auch im Bereich der Zimmereingänge gibt es einen Handlauf. |
| <input type="checkbox"/> | Die Innentüren sind mindestens 90 cm breit, sodass man auch mit Gehhilfe oder Rollstuhl hindurch kommt. |
| <input type="checkbox"/> | Die Türen von Bad und WC gehen nach außen auf. |
| <input type="checkbox"/> | In Bad und WC hätte ich auch mit einem Rollator ausreichend Platz, um mich zu bewegen. |
| <input type="checkbox"/> | Die Dusche ist bodengleich oder mit einer Schwelle von maximal 2 cm. |
| <input type="checkbox"/> | Es gibt ein mobiles Notrufsystem (Hausnotruf-Service). |
| <input type="checkbox"/> | Es gibt einen Treppenlift. |
| <input type="checkbox"/> | Es gibt einen Aufzug im Haus. |

| 23. | Ist Ihre Wohnsituation so, dass Sie dort auch bei eingeschränkter Mobilität wohnen könnten? |
|---|---|
| <i>Bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Ja, meine Wohnung/mein Haus ist absolut barrierefrei. |
| <input type="checkbox"/> | Vermutlich ja, meine Wohnung/mein Haus ist überwiegend barrierefrei. |
| <input type="checkbox"/> | Vermutlich nein, meine Wohnung/mein Haus ist überwiegend nicht barrierefrei. |
| <input type="checkbox"/> | Nein, meine Wohnung/mein Haus ist absolut nicht barrierefrei. |
| <input type="checkbox"/> | Das weiß ich nicht. Ich bräuchte mehr Informationen zum barrierefreien Wohnen. |

| 24. | Käme es für Sie in Frage, Ihr Haus zu einem fairen Marktpreis (z.B. an eine junge Familie) zu verkaufen, wenn die Stadt Rheine ein Wertgutachten bezahlen und Sie beim Verkauf unterstützen würde? | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------|----------------------------|
| <i>Bitte ein Kästchen ankreuzen!</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Ja, auf jeden Fall | <input type="checkbox"/> | Ja, eher wahrscheinlich |
| <input type="checkbox"/> | Nein, eher nicht | <input type="checkbox"/> | Nein, auf keinen Fall |
| <input type="checkbox"/> | Weiß ich noch nicht | <input type="checkbox"/> | Besitze kein Wohneigentum. |

| 25. | Wie möchten Sie am liebsten wohnen, falls Sie zukünftig Unterstützung oder Pflege brauchen? |
|--|---|
| <i>Beantworten Sie diese Frage auch, wenn Sie bereits Unterstützung oder Pflege erhalten und sich Ihr Zustand verschlechtert. Bitte wählen Sie Ihre drei liebsten Möglichkeiten!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | In eigener Wohnung/ Haus und Unterstützung durch familiäre Pflege |
| <input type="checkbox"/> | In eigener Wohnung/ Haus und Unterstützung durch ambulanten Pflegedienst |
| <input type="checkbox"/> | In eigener Wohnung/ Haus und Unterstützung durch privat organisierte Betreuungskraft/Haushaltshilfe |
| <input type="checkbox"/> | Bei Kindern/ Verwandten und Unterstützung durch familiäre Pflege |
| <input type="checkbox"/> | Bei Kindern/ Verwandten und Unterstützung durch ambulanten Pflegedienst |
| <input type="checkbox"/> | Bei Kindern/ Verwandten und Unterstützung durch privat organisierte Betreuungskraft/Haushaltshilfe |
| <input type="checkbox"/> | In einer Pflegeeinrichtung |
| <input type="checkbox"/> | In einer Pflegewohngemeinschaft („Pflege-WG“) |
| <input type="checkbox"/> | In einem Mehrgenerationenwohnhaus |
| <input type="checkbox"/> | In einer Seniorenresidenz |
| <input type="checkbox"/> | In einer Wohnanlage mit „Betreutem Wohnen“/ „Servicewohnen für Senioren“ |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges, und zwar: _____ |

| 26. | Planen Sie in den nächsten 2 Jahren Ihre Wohnsituation zu verändern? |
|---|--|
| <i>Bitte kreuzen Sie zutreffende Kästchen an!</i> | |
| Ja ich plane ... | |
| <input type="checkbox"/> | in ein eigenes Haus/eine Eigentumswohnung zu ziehen. |
| <input type="checkbox"/> | in eine andere Mietwohnung zu ziehen. |
| <input type="checkbox"/> | zu meinem Kind/meinen Kindern zu ziehen. |
| <input type="checkbox"/> | in eine private Wohn- oder Hausgemeinschaft zu ziehen. |
| <input type="checkbox"/> | meine Wohnung/mein Haus aus- oder umzubauen. |
| <input type="checkbox"/> | in eine seniorengerechte, barrierefreie Wohnung zu ziehen. |
| <input type="checkbox"/> | in eine Wohnung zu ziehen, in der betreutes Wohnen möglich ist. |
| <input type="checkbox"/> | in eine Seniorenwohnanlage, -Residenz zu ziehen oder Servicewohnen zu nutzen. |
| <input type="checkbox"/> | in eine Pflegeeinrichtung zu ziehen. |
| <input type="checkbox"/> | eine unterstützende Betreuungskraft/Haushaltshilfe zu engagieren, die bei mir wohnt. |
| <input type="checkbox"/> | Teile meiner Wohnung/meines Hauses zu vermieten. |
| <input type="checkbox"/> | etwas Anderes, und zwar: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Nein, ich plane keine Veränderung. |

| 27. | Was könnte Ihrer Meinung nach in Ihrem Wohnumfeld <u>verbessert</u> werden? |
|--|---|
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Besseres altersgerechtes Wohnumfeld (z. B. mehr Sitzgelegenheiten, längere Ampelphasen, mehr Fußgängerwege, mehr Zebrastreifen) |
| <input type="checkbox"/> | Bessere Einkaufsmöglichkeiten (Lebensmittel) |
| <input type="checkbox"/> | Bessere gesundheitliche Versorgung mit Hausärzten |
| <input type="checkbox"/> | Bessere gesundheitliche Versorgung mit Apotheken |
| <input type="checkbox"/> | Bessere Versorgung mit Angeboten zur körperlichen Pflege (Frisör, Fußpflege etc.) |
| <input type="checkbox"/> | Mehr Grünflächen, mehr Bäume |
| <input type="checkbox"/> | Mehr Begegnungsangebote für ältere Menschen |
| <input type="checkbox"/> | Begegnungsmöglichkeiten für Jung und Alt |
| <input type="checkbox"/> | Verbessertes Angebot des ÖPNV (Öffentlicher Personennahverkehr) |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges, und zwar: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Weiß ich nicht. |
| <input type="checkbox"/> | Ich brauche keine weiteren Verbesserungen. |

| 28. | Wie zufrieden sind Sie in Ihrem näheren Wohnumfeld mit der Erreichbarkeit von folgenden Angeboten? | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Bitte in jeder Zeile nur ein Kästchen ankreuzen!</i> | | | | | | | | | | |
| | 1 = sehr unzufrieden | | | | | sehr zufrieden = 10 | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Einkaufsmöglichkeiten (Lebensmittel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apotheke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ärzteversorgung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bank/Geldinstitut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grünflächen, Park | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ÖPNV (Öffentlicher Personennahverkehr) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fußpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frisör | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| schnelles Internet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Begegnungsangebote für Ältere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kirche oder andere religiöse Einrichtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewegungs- und Sportangebote für Ältere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Altersgerechte Wohnangebote | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Altersgerechtes Wohnumfeld (z. B. ausreichende Ampelphasen, Ruhebänke, öffentliche Toiletten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bildungs- und Kulturangebote | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Restaurants/Gastronomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 29. | Gibt es in Ihrem Haushalt eine oder mehrere andere Personen, die dauerhaft hilfe- oder pflegebedürftig sind? |
|---|--|
| <i>Bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Ja |
| <input type="checkbox"/> | Nein (⇒ weiter mit Frage 34) |

| | | | | |
|---|--|--------------------------|-----------------|--|
| 30. | Wie ist/sind diese Person(en) eingestuft? | | | |
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 1 | <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 4 | |
| <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 2 | <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 5 | |
| <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 3 | <input type="checkbox"/> | ohne Pflegegrad | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| 31. | Von wem erhält diese Person Pflege, Hilfe und Unterstützung im Haushalt? | | | |
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | von mir (⇒ weiter mit Frage 32) | | | |
| <input type="checkbox"/> | von anderen Angehörigen im Haus (⇒ weiter mit Frage 34) | | | |
| <input type="checkbox"/> | von Angehörigen außerhalb des Haushalts (⇒ weiter mit Frage 34) | | | |
| <input type="checkbox"/> | von Freunden/Bekanntem (⇒ weiter mit Frage 34) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Nachbarn (⇒ weiter mit Frage 34) | | | |
| <input type="checkbox"/> | vom ambulanten Pflegedienst und/oder ambulanten Haushalts-/Betreuungsdienst (⇒ weiter mit Frage 34) | | | |
| <input type="checkbox"/> | von anderer Person (⇒ weiter mit Frage 34) | | | |

| | | | | | |
|---|---|--------------------------|-----------|--------------------------|------|
| 32. | Wenn Sie an die letzten 2 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? | | | | |
| <i>Bitte ein Kästchen ankreuzen!</i> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Teilweise | <input type="checkbox"/> | Nein |

| | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 33. | Wie stark fühlen Sie sich durch die Pflege, Hilfe oder Unterstützung, die Sie geben, belastet? | | | | |
| <i>Bitte ein Kästchen ankreuzen!</i> | | | | | |
| | sehr stark | eher stark | weder stark noch gering | eher gering | sehr gering |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| 34. | Sind Ihnen im Pflegefall diese Angebote bekannt? | | | |
| <i>Bitte in jeder Zeile zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | | | | |
| | ...ist mir nicht bekannt | ...ist mir bekannt/möglich | ...habe ich bereits genutzt | ...kann ich mir gut vorstellen |
| Ambulante Pflegedienste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung | <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"/> |
| Kurzzeitpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verhinderungspflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Versorgung durch Verwandte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Versorgung durch andere Bekannte oder Nachbarn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges, und zwar: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|---|--|-----------------------------|------------------------------------|---|
| 35. | Kennen und nutzen Sie Beratungs- und Hilfsangebote folgender Anbieter etc.? | | | |
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | | | | |
| | ...kenne ich nicht | ...kenne ich bereits | ...habe ich bereits genutzt | ...Nutzung kann ich mir gut vorstellen |
| Caritasverband Rheine e.V., VdK, Diakonie, DRK, AWO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seniorenberatungsstelle Caritasverband Rheine e.V. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflegestützpunkt des Kreises Steinfurt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Koordinierungsstelle für Senioren der Stadt Rheine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sozialpunkt des Bürgertreffs „für einander“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Salzstreuer im Dorenkamp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seniorenbegegnungsstätten/-Treffs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges, und zwar: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 36. In welchem Bereich wünschen Sie sich mehr Unterstützung oder Informationen? | | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen! | | | | |
| Themenbereiche | Wünsche mehr Informationen... | | | Wünsche persönliche Beratung |
| | ...schriftlich | ...digital | Veranstaltung | |
| Zu digitalen Medien (Handy, Smartphone, Computer, Internet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mobil sein in Rheine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Behördlicher Schriftverkehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheit ganz allgemein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hilfe bei seelischen Problemen und Krisen | <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"/> |
| Freizeitgestaltung für Senioren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterstützung im Alltag (Mahlzeiten-Lieferdienste, Hausnotrufe) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wohnen im Alter ganz allgemein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hausumbau und barrierefreies Wohnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hausverkauf und Umzug in eine Wohnform nach Wunsch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflegebereich: Pflege, Pflegedienste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. Pflegegeld, Verhinderungspflege, Entlastungsbetrag) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wohngemeinschaften für Senioren, Wohnanlagen mit Service, Tages- und Kurzzeitpflege, Einrichtungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ambulant Betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Präventionsbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rehabilitationsbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges, und zwar: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 37. Welche der folgenden Themen interessieren Sie besonders? | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bitte zutreffende Kästchen (falls auch nur eine Nennung zutrifft) ankreuzen!! | | | |
| | Interessiert mich... | | |
| | sehr | etwas | gar nicht |
| Künstlerisches Gestalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Praktische handwerkliche Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommunikation, Konfliktbewältigung, soziale Kompetenzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fremdsprachen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Literatur, Kunst, Musik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Theater, Kino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Museum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gesellschaft, Geschichte, Politik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheit, Ernährung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umwelt, Ökologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erziehung, Psychologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Religion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Philosophie (Daseinsfragen, Lebenssinn) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Esoterik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spiritualität, Astrologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sport, Gymnastik, Tanz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mathematik, Naturwissenschaften | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Computer, Internet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hauswirtschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fortbildung für ein Ehrenamt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gedächtnistraining | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reisen/Studienfahrten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges, und zwar: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 38. | Wenn wir Sie zu einem neuen Angebot für Senioren einladen möchten, wie erreichen wir Sie am besten? |
|---|--|
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Zeitung |
| <input type="checkbox"/> | Postalische Werbung im Briefkasten |
| <input type="checkbox"/> | Radio |
| <input type="checkbox"/> | E-Mail; Newsletter, WhatsApp |
| <input type="checkbox"/> | Homepage der Stadt Rheine |
| <input type="checkbox"/> | Informationsveranstaltung |
| <input type="checkbox"/> | Freunde/Bekannte/Nachbarn |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges, und zwar: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Ich wäre bereit, der Stadt Rheine meine E-Mail Adresse für einen Newsletter oder meine Handy-Nr. für Kurznachrichten (wie WhatsApp) zur Verfügung zu stellen. |

| 39. | Was hält Sie von der Teilnahme an einem Angebot in Rheine ab? | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen!</i> | | | | |
| | Trifft völlig zu | Trifft eher zu | Trifft eher nicht zu | Trifft gar nicht zu |
| Schlechte Busverbindungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Finanzielle Gründe (Angebote meist zu teuer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eingeschränkte Mobilität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitlicher Zustand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keine Zeit /Kein Interesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unsicherheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kenne dort Niemanden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich gehe nicht gerne alleine aus. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges, und zwar: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 40. | Wann würden Sie ein Angebot in Rheine eher nutzen? |
|---|--|
| <i>Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen!</i> | |
| Wenn ... | |
| <input type="checkbox"/> | ich wüsste, dass es einen Ansprechpartner gibt. |
| <input type="checkbox"/> | es einen Busshuttle gäbe, der mich Zuhause abholt und auch wieder zurückbringt. |
| <input type="checkbox"/> | mich jemand Bekanntes begleitet. |
| <input type="checkbox"/> | die Veranstaltung in meinem Stadtteil stattfinden würde. |
| <input type="checkbox"/> | ich wüsste, dass es dort barrierefrei ist. |
| <input type="checkbox"/> | ich wüsste, dass es dort Bewirtung gibt. |
| <input type="checkbox"/> | ich den Ort bereits kennen würde (z. B. wüsste, wo Garderobe und Toilette sind). |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges, und zwar: _____ |

| 41. | Wann haben Sie Zeit, um Angebote wahrzunehmen? | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Bitte bevorzugte Zeiträume ankreuzen!</i> | | | | | | | |
| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| Vormittags | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachmittags | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abends | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 42. | Welche Vorschläge zu weiteren Angeboten in Rheine hätten Sie? |
|--|---|
| <i>Bitte tragen Sie Ihre Ideen/Vorschläge hier ein!</i> | |
| | |
| | |

| 43. Wie sind Sie in Ihrem Alltag üblicherweise unterwegs, wenn Sie Folgendes unternehmen möchten? | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bitte <i>zutreffende Kästchen</i> ankreuzen! | | | | | | | | |
| | Einkauf | Arzt-termin | Freunde | Familie | Verwandte | Freizeit | Kultur | Sonstiges |
| Zu Fuß | <input type="checkbox"/> |
| Mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> |
| Mit dem Bus | <input type="checkbox"/> |
| Selbst mit dem Auto | <input type="checkbox"/> |
| Bei jemandem mit im Auto | <input type="checkbox"/> |
| Werde gebracht und abgeholt | <input type="checkbox"/> |
| Fahrdienst | <input type="checkbox"/> |
| Trifft nicht zu | <input type="checkbox"/> |

| 44. Wie selbständig sind Sie, wenn Sie Folgendes unternehmen möchten? | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bitte <i>zutreffende Kästchen</i> ankreuzen! | | | | |
| | Gar nicht | Eher nicht | Eher | Völlig |
| Arztbesuche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besuch von Kulturveranstaltungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teilnahme an Freizeitaktivitäten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besuch religiöser Einrichtungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Friedhofsbesuch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besuch bei Freunden, Bekannten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besuch bei der Familie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges, und zwar: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 45. Nutzen Sie digitale Medien (Navigationsgerät, Handy, Smartphone, Computer, Tablet usw.)? | |
|--|---|
| Bitte <i>zutreffendes Kästchen</i> ankreuzen! | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein (⇒ weiter mit Frage 49) |

| 46. Wozu nutzen Sie digitale Medien (Navigationsgerät, Handy, Smartphone, Computer, Tablet usw.)? | |
|---|--|
| Bitte <i>zutreffende Kästchen</i> ankreuzen! | |
| <input type="checkbox"/> Telefonieren | |
| <input type="checkbox"/> WhatsApp (Messenger) | |
| <input type="checkbox"/> SMS | |
| <input type="checkbox"/> Videotelefonie, Videokonferenz, Skype, Zoom | |
| <input type="checkbox"/> E-Mail | |
| <input type="checkbox"/> Navigationsgerät | |
| <input type="checkbox"/> Reiseplanung, Navigation, Übernachtungen, Fahrpläne von Bus und Bahn | |
| <input type="checkbox"/> Unterhaltung (Spiele, Videos, Musik) | |
| <input type="checkbox"/> Informationen suchen (z. B. über Google) | |
| <input type="checkbox"/> Dinge einkaufen (z. B. über Amazon) | |
| <input type="checkbox"/> Online-Banking (z. B. Überweisungen tätigen oder Kontostand prüfen) | |
| <input type="checkbox"/> Digitale Beratungsangebote | |
| <input type="checkbox"/> Tele-Medizin | |
| <input type="checkbox"/> Armbanduhr mit Fitnessfunktionen | |
| <input type="checkbox"/> Andere Bereiche, und zwar: _____ | |

| 47. Wie häufig nutzen Sie digitale Medien? | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bitte <i>zutreffende Kästchen</i> ankreuzen! | | | | | |
| | Täglich | Mehrmals pro Woche | Einmal pro Woche | Seltener | Nie |
| Navigationsgerät | <input type="checkbox"/> |
| Handy, Smartphone | <input type="checkbox"/> |
| Computer, Tablet | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges, und zwar: _____ | <input type="checkbox"/> |

| 48. Wie gut schätzen Sie Ihre Kenntnisse im Umgang mit digitalen Medien ein? | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen! | | | | | |
| | Sehr gut | Gut | Mittel | Schlecht | Sehr schlecht |
| Navigationsgerät | <input type="checkbox"/> |
| Handy, Smartphone | <input type="checkbox"/> |
| Computer, Tablet | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges, und zwar: _____ _____ | <input type="checkbox"/> |

| 49. Was hält Sie davon ab, digitale Medien (häufiger) zu nutzen? | |
|--|---|
| Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen! | |
| <input type="checkbox"/> | Die Nutzung ist nicht relevant für mich/es besteht kein Bedarf. |
| <input type="checkbox"/> | Ich wüsste nicht, wozu ich sie nutzen sollte. |
| <input type="checkbox"/> | Mir fehlt das Wissen hierzu. |
| <input type="checkbox"/> | Die Anschaffungs- und Betriebskosten sind zu hoch. |
| <input type="checkbox"/> | Es ist kein Internetzugang vorhanden. |
| <input type="checkbox"/> | Die Bedienung ist mir zu kompliziert. |
| <input type="checkbox"/> | Ich habe die Sorge, im Internet Opfer von Betrügern zu werden. |
| <input type="checkbox"/> | Andere Gründe, und zwar: _____ |

| 50. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zum Thema Digitalisierung zu? | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen! | | | | | |
| | Stimme sehr zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme gar nicht zu | Weiß nicht |
| Digitale Medien und Technologien vereinfachen meinen Alltag. | <input type="checkbox"/> |
| Es macht mir Freude, neue digitale Medien und Technologien auszuprobieren. | <input type="checkbox"/> |
| Die zunehmende Digitalisierung macht mir Sorgen, weil sich die digitale Technik so schnell entwickelt und ich nicht mehr mithalten kann. | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich durch die vermehrte Nutzung von digitaler Technik verunsichert. | <input type="checkbox"/> |
| Durch digitale Medien kann ich leichter Kontakt zur Familie und zu Freunden halten. | <input type="checkbox"/> |

| 51. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit...? | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen! | | | | | | | | | | | |
| | 1 = sehr unzufrieden | | | | | sehr zufrieden = 10 | | | | | Weiße nicht/ trifft nicht zu |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| bezahlbarem Wohnraum in Rheine? | <input type="checkbox"/> |
| der Versorgung durch Hausärzte in Rheine? | <input type="checkbox"/> |
| der Versorgung durch Fachärzte in Rheine? | <input type="checkbox"/> |
| der Versorgung durch alternative Heilmethoden in Rheine? | <input type="checkbox"/> |
| der Versorgung durch Beratungsstellen zum Thema Gesundheit? | <input type="checkbox"/> |
| der Lebensqualität in Rheine? | <input type="checkbox"/> |
| Ihrer Freizeitgestaltung in Rheine? | <input type="checkbox"/> |
| Ihrer Mobilität? | <input type="checkbox"/> |
| Ihrem täglichen Leben und wie Sie darin zurechtkommen? | <input type="checkbox"/> |
| Ihrer Wohnsituation? | <input type="checkbox"/> |
| Ihrer finanziellen Situation? | <input type="checkbox"/> |
| Ihrer körperlichen Gesundheit? | <input type="checkbox"/> |
| Ihrer seelischen Gesundheit? | <input type="checkbox"/> |
| dem Kontakt zu Ihre(m/r) Partner(in)? | <input type="checkbox"/> |
| dem Kontakt zu Ihren Kindern, Enkeln? | <input type="checkbox"/> |
| dem Kontakt zu Ihren Freunden und Bekannten? | <input type="checkbox"/> |
| dem Kontakt zu Ihren Nachbarn? | <input type="checkbox"/> |
| Ihren sozialen Kontakten insgesamt? | <input type="checkbox"/> |
| Ihrem Leben insgesamt? | <input type="checkbox"/> |

52. Engagieren Sie sich aktuell ehrenamtlich?

Bitte **zutreffende Kästchen** ankreuzen!

| | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, im folgenden Bereich: _____ <i>(⇒ weiter mit Frage 54)</i> | <input type="checkbox"/> Nein |
|--|-------------------------------|

53. Können Sie sich vorstellen, ehrenamtlich tätig zu werden?

Bitte **zutreffende Kästchen** ankreuzen!

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, in folgendem Bereich: _____ <i>(⇒ weiter mit Frage 55)</i> | <input type="checkbox"/> Nein <i>(⇒ weiter mit Frage 55)</i> |
|--|---|

54. Können Sie sich vorstellen, Ihr ehrenamtliches Engagement zu verstärken?

Bitte **zutreffende Kästchen** ankreuzen!

| | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, im gleichen Bereich wie bislang. | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja, in einem neuen Bereich und zwar: _____ | |

55. Alles in Allem: Gibt es Lebensbereiche, in denen Sie Hilfe benötigen würden, diese aber nicht bekommen?

Bitte **zutreffendes Kästchen** ankreuzen!

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nein, alles ist zu meiner Zufriedenheit abgedeckt. |

56. Welcher ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

Bitte **zutreffendes Kästchen** ankreuzen!

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss, 8. Klasse POS (Polytechnische Oberschule) |
| <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/Realschulabschluss, 10. Klasse POS (Polytechnische Oberschule) |
| <input type="checkbox"/> Fachabitur, Abitur, 12. Klasse EOS (Erweiterte Polytechnische Oberschule) |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss, Hochschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Promotion (Dokortitel) |
| <input type="checkbox"/> Anderer Abschluss und zwar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Weiß nicht |

57. Wie alt sind Sie?

Ich bin _____ Jahre alt.

58. Welche Einkommen, Renten und staatliche Leistungen erhalten Sie persönlich?

Bitte **zutreffende Kästchen** ankreuzen und **eventuell fehlende Leistungen** eintragen!

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Einkommen aus Erwerbstätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Altersrente/Pension |
| <input type="checkbox"/> Einkommen aus Vermietung, Verpachtung oder aus Vermögen. |
| <input type="checkbox"/> Ich werde von meinem Kind/meinen Kindern finanziell unterstützt. |
| <input type="checkbox"/> Staatliche Hilfeleistungen (Hartz IV/SGB XII) |
| <input type="checkbox"/> Wohngeld |
| <input type="checkbox"/> Leistungen aus der Pflegeversicherung (z.B. Pflegegeld etc.) |
| <input type="checkbox"/> Keine Angabe |
| <input type="checkbox"/> Andere Leistungen, und zwar _____ |

59. Bleibt Ihnen aktuell in der Regel nach Abzug der fixen Kosten (z. B. Wohn- und Energiekosten, Lebensmittel) monatlich ein gewisser Betrag zur freien Verfügung?

Bitte **zutreffendes Kästchen** ankreuzen!

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Nein, mir bleibt am Ende des Monats nichts mehr zum Sparen übrig. |
| <input type="checkbox"/> Ja, bis zu 50 Euro im Monat |
| <input type="checkbox"/> Ja, 50 bis 100 Euro im Monat |
| <input type="checkbox"/> Ja, 100 bis 300 Euro im Monat |
| <input type="checkbox"/> Ja, 300 bis 500 Euro im Monat |
| <input type="checkbox"/> Ja, mehr als 500 Euro im Monat |
| <input type="checkbox"/> Ja, mal bleibt mehr und mal bleibt weniger übrig. |

60. Sind Sie in Deutschland geboren?

Bitte **zutreffendes Kästchen** ankreuzen und **Daten** ergänzen!

| | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| | ➔ Ich bin in folgendem Land geboren: _____ |
| | ➔ Ich lebe seit _____ in Deutschland. (Bitte Jahreszahl eintragen.) |

61. Sind Sie ...?

Bitte **zutreffendes Kästchen** ankreuzen!

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> divers |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

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

Haben Sie noch weitere Anmerkungen zum Thema der Befragung? Haben im Fragebogen wichtige Aspekte gefehlt? Hier können Sie noch weitere Anmerkungen machen:

03051

74yaxj