

Fragebogen „Älter werden in Verl“ Lebenslagen – Lebensformen – Lebensperspektiven

Hinweise zur Bearbeitung

Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger,

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

Mithilfe dieses Fragebogens möchten wir gerne Ihre Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse zum Thema „Älter werden in Verl“ berücksichtigen. Zum Ausfüllen des Fragebogens ist kein besonderes Wissen erforderlich, es geht uns vor allem um Ihre Meinung. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es auf Sie persönlich zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten!

In diesem Fragebogen gibt es unterschiedliche Fragetypen; Hinweise zum Ausfüllen finden Sie jeweils nach der Fragestellung (z.B. *Mehrfachnennungen möglich*). Bitte kreuzen Sie die auf Sie zutreffende Antwort in dem vorgegebenen Kästchen an bzw. tragen Sie Ihre Antwort gut leserlich in die vorgesehenen Textfelder ein.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und ausschließlich in anonymisierter Form, also ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet. Der Datenschutz ist voll und ganz gewährleistet.

Mit freundlichen Grüßen

Der Bürgermeister

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



Fachbereich Soziales
Paderborner Str. 5
33415 Verl



Abteilung Soziales
Herzebrocker Straße 140
33324 Gütersloh



Institut für Gerontologie an der TU Dortmund

Evinger Platz 13
44339 Dortmund

Ansprechpartner: Herr Markus Kühnel, Tel. 0231 / 728488-14

Für die Abgabe der Fragebögen hat die Stadt Verl in jedem Stadtteil Sammelboxen aufgestellt, die Sie unabhängig von Ihrem Wohnort zur Abgabe der Fragebögen nutzen können. Die Sammelstellen befinden sich an den folgenden Standorten:

Stadtteil	Sammelstelle	Adresse
Bornholte	Tankstelle	Bergstr. 16
Kaunitz	Volksbank Elli Lebensmittel-Markt Kreissparkasse	Paderborner Str. 222 - 224 Fürstenstr. 7 Alter Schulhof 2
Sende	Bäckerei F. Helfberend	Eckhardtsheimer Str. 7
Sürenheide	Kreissparkasse Thiesbrummel Lebensmittel-Markt	Thaddäusstr. 68 Thaddäusstr. 64-66
Verl-Mitte	Rathaus Kreissparkasse Volksbank Bielefeld-Gütersloh eG Minipreis Edeka	Paderborner Str. 5 Österwieher Str. 5 Wilhelmstr. 25 Bahnhofstr. 8 Österwieher Str. 20

**Bitte werfen Sie ihren ausgefüllten Fragebogen bis zum
11. Juni 2016 dort ein!
Alternativ senden Sie den Fragebogen
bitte postalisch an die Stadt Verl: Paderborner Straße 5, 33415 Verl**

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung!

Die Ergebnisse der Befragung werden im Herbst 2016 in den einzelnen Stadtteilen in Verl vorgestellt und diskutiert.

Fragebogen: „Älter werden in Verl“

1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Lebenssituation insgesamt?

zufrieden

eher zufrieden

eher unzufrieden

unzufrieden

Wohnsituation

2. Wie lange leben Sie schon in Verl?

- durchgehend seit meiner Geburt
- mehr als 20 Jahre
- 11 bis 20 Jahre
- 5 bis 10 Jahre
- weniger als 5 Jahre

3. In welchem Stadtteil von Verl wohnen Sie zurzeit?

- Bornholte
- Kaunitz
- Verl - Mitte
- Sende
- Sürenheide

4. Wohnen Sie zurzeit ...?

- im einem eigenen Haus
- in einem gemieteten Haus
- in einer Eigentumswohnung
- in einer Mietwohnung
- in einer ambulant betreuten Haus- und Wohngemeinschaft
- in einer anderen Wohnform, und zwar:
 - private Wohngemeinschaft mit älteren Personen
 - Mehrgenerationenwohnen
 - Sonstiges, und zwar (*bitte tragen Sie ein*):

weiter mit Frage 5

- im Altenzentrum St. Anna-Haus

→ weiter mit Frage 6

5. Leben mehrere Personen in Ihrem Haushalt?

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

- Ich lebe allein.
- Ich lebe zusammen in einem Haushalt mit:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ehepartner(in)/ Lebenspartner(in) | <input type="checkbox"/> Eltern/ Schwiegereltern |
| <input type="checkbox"/> Kindern/ Schwiegerkindern | <input type="checkbox"/> Freunden/ Bekannten |
| <input type="checkbox"/> Enkel(n) | <input type="checkbox"/> anderen Personen, und zwar
<i>(bitte tragen Sie ein):</i> |

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

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

	zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	unzufrieden
Nähe zu Parks/Grünanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beleuchtung von Parkanlagen/ öffentlichen Plätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit der Straßen und Grünanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zustand von Radwegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zustand der Bürgersteige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zugänge zu öffentlichen Gebäuden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhandensein von Parkplätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr (z.B. Bus, Bahn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit der Gegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barrierefreiheit (z.B. Eignung für Rollstühle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhandensein von Ruhebänken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl und Zustand öffentlicher Toiletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruhiges Wohnumfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungen zur Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Aspekte, die Ihnen wichtig sind, bitte bei Frage 47 am Ende des Fragebogens notieren!

7. Würden Sie gerne dauerhaft an Ihrem derzeitigen Wohnort bleiben? Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

- Ja, in meinem derzeitigen Ortsteil von Verl
- Ja, aber in einem anderen Ortsteil von Verl, weil _____
- Nein, ich werde (wahrscheinlich) aus Verl wegziehen, weil _____
- Ich weiß es noch nicht

8. Trifft eine der folgenden Aussagen auf Ihre Wohnung/ Ihr Haus zu? Mehrfachnennungen möglich.

- zu groß
- zu klein
- zu teuer
- zu viele Treppen, kein Aufzug
- hoher Energiebedarf
- Sonstige Gegebenheiten, die einen Verbleib in der Wohnung im höheren Alter erschweren können?
(bitte tragen Sie ein):

- renovierungsbedürftig
- keine Zentralheizung
- Außentoilette
- Einfachverglasung

9. Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, ob Sie in Ihrer Wohnung bzw. Ihrem Haus wohnen bleiben, auch wenn Sie alleine sind oder allein sein werden? Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

- Ich würde in meiner bisherigen Wohnung wohnen bleiben.
- Ich würde gerne zu meinen Kindern oder anderen Verwandten ziehen.
- Ich würde gerne in eine altersgerecht ausgestattete, barrierefreie Wohnung ziehen.
- Ich würde gerne in eine Einrichtung betreuten Wohnens ziehen.
- Ich würde gerne an einem gemeinschaftlichen Wohnprojekt teilnehmen.
- Ich weiß es noch nicht.
- Ich habe noch nicht darüber nachgedacht.

Nahversorgung

10. Wie zufrieden sind Sie mit der örtlichen Nahversorgung im Bereich der ...

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

	zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	unzufrieden
Einkaufsmöglichkeiten Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufsmöglichkeiten Bekleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstleistungen der Post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstleistungen Bank/Sparkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeinärzte/Hausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhäuser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeuten/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnasten/innen (Physiotherapeuten/innen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparaturdienste (z.B. Schuster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friseure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote für einen Mittagstisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstleistungen der Stadt Verl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Gibt es etwas, das Sie in ihrem Ortsteil bzw. in Verl insgesamt vermissen?

- Nein
- Ja, in meinem Ortsteil, und zwar *(bitte tragen Sie ein)*:

- Ja, in Verl insgesamt, und zwar *(bitte tragen Sie ein)*:

12. Nutzen Sie das Internet?

- Ja Nein

Mobilität

13. Wie bewegen Sie sich fort, wenn Sie Ihre Wohnung/Ihr Haus verlassen?

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

	regelmäßig	selten	nie
zu Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mofa/Motorroller/ Motorrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-Scooter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÖPNV/ Bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
werde gefahren/ kann bei jemandem mitfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges, und zwar (bitte tragen Sie ein):

14. Sind Sie bei der Fortbewegung auf Hilfsmittel oder Unterstützung angewiesen?

Ja Nein

Rollator

Rollstuhl

Gehhilfe

Begleitung

Sonstiges, und zwar (bitte tragen Sie ein):

15. Ist Ihnen bekannt, wie oft aus Ihrem Stadtteil ein Bus nach Verl-Mitte fährt?

Ja Nein

16. Nutzen Sie diese Busverbindung?

Ja Nein

17. Ist Ihnen bekannt, dass von Verl-Mitte regelmäßig Busse nach Gütersloh, Bielefeld, Schloß Holte-Stukenbrock oder Rietberg fahren?

Ja Nein

18. Entspricht das ÖPNV-Bus-Angebot Ihren Bedürfnissen?

Ja Nein, kein Bedarf

ich wünsche mir

- häufigere Abfahrtszeiten
- bessere Zu- und Ausstiegsmöglichkeiten
- bessere Ausstattung der Haltestellen
- zusätzlich Sammelbus/Bürgerbus (auch auf Abruf)
- Sonstiges, und zwar *(bitte tragen Sie ein)*:

19. Würden Sie Ihr Auto weniger nutzen, wenn das ÖPNV-Bus-Angebot besser wäre?

Ja Nein

Freizeit und Ehrenamt

20. Kennen Sie Freizeitangebote für Seniorinnen und Senioren in Verl?

Ja Nein

21. Welche der folgenden institutionellen Angebote kennen Sie? Mehrfachnennungen möglich.

- Familienzentrum (Verl) Seniorenwegweiser Verl
- Seniorenbeauftragte (Beratung) Sinfodie (kreisweite Internetseite mit regelmäßigen Seniorenangeboten: www.sinfodie.de)

22. Welche der folgenden Freizeitangebote in Verl nutzen Sie bereits? Welche Angebote würden Sie sich wünschen? Bitte wählen Sie pro Zeile eine Antwortmöglichkeit aus.

	nutze ich bereits	würde ich mir wünschen	kein Interesse
Gesellige Veranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Veranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisierte Ausflüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport/ Gymnastik/ Tanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Singen/Musizieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basteln/Werken/Handarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentliche Plätze als Treffpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veranstaltungen der Bibliothek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veranstaltungen der Altentagesstätte, des DRK-Zentrums 60 plus o.Ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Weitere Aspekte, die Ihnen wichtig sind, bitte bei Frage 47 am Ende des Fragebogens notieren!

23. Würden Sie (mehr) Freizeitangebote nutzen, wenn ...? Mehrfachnennungen möglich.

	Ja	Nein
Sie regelmäßig über die Angebote informiert würden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
es mehr Angebote direkt im Ortsteil geben würde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie nette Leute kennen würden, mit denen Sie etwas unternehmen könnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
es einen Hol- und Bringdienst gäbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
es mehr Angebote gäbe, die speziell auf ältere Menschen abgestimmt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie persönlich angesprochen würden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote kostengünstig wären	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar (<i>bitte tragen Sie ein</i>):		

24. Wünschen Sie sich mehr soziale Kontakte?

Ja Nein

Wenn ja, zu wem?

- zu Älteren
 zu Gleichaltrigen
 zu Jüngeren

25. Engagieren Sie sich zurzeit ehrenamtlich?

Ja Nein

Falls ja, in welchen Bereichen sind Sie ehrenamtlich tätig? Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sport und Bewegung | <input type="checkbox"/> Umwelt, Naturschutz oder Tierschutz |
| <input type="checkbox"/> Kultur und Musik | <input type="checkbox"/> Politik und politische Interessenvertretung |
| <input type="checkbox"/> Freizeit und Geselligkeit | <input type="checkbox"/> berufliche Interessenvertretung außerhalb des Betriebes |
| <input type="checkbox"/> sozialer Bereich | <input type="checkbox"/> kirchlicher oder religiöser Bereich |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsbereich | <input type="checkbox"/> Justiz und Kriminalitätsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schule oder Kindergarten | <input type="checkbox"/> Unfall- oder Rettungsdienst/freiwillige Feuerwehr |
| <input type="checkbox"/> außerschulischen Jugendarbeit oder Bildungsarbeit für Erwachsene | <input type="checkbox"/> sonstige bürgerschaftlicher Aktivität an Ihrem Wohnort, und zwar (<i>bitte tragen Sie ein</i>): |

26. Möchten Sie sich zukünftig ehrenamtlich engagieren?

Ja Nein

Wenn Sie sich ehrenamtlich engagieren wollen, können Sie mit dem Fachberater für Senioren- und Ehrenamtsarbeit der Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände Kontakt aufnehmen:

Herr Torsten Fischer (DRK Kreisverband Gütersloh)

Dr. Kranefuß-Str. 3

33330 Gütersloh

Tel. 0 52 41 / 98 8620

E-Mail: Torsten.Fischer@drk-guetersloh.de

27. Fühlen Sie sich ausreichend über Engagementmöglichkeiten in Verl informiert?

ja nein

Beratung, Unterstützung und Pflege

28. Kennen Sie folgende Angebote? Mehrfachnennungen möglich.

Wohnberatung der AWO (kreisweites Angebot) ja nein

Pflegeberatungsstelle (Rathaus) ja nein

Kreisweite Internetseite mit Informationen zur Pflege
(www.pflege-gt.de) ja nein

29. Unterstützen Sie eine Person, die hilfs- oder pflegebedürftig ist?

ja **→weiter mit Frage 30** nein **→weiter mit Frage 35**

30. Lebt die Person, die Sie unterstützen, mit Ihnen in Ihrem Haushalt?

ja nein

31. Wen unterstützen oder pflegen Sie? Mehrfachnennungen möglich.

Ehepartner(in)/ Lebenspartner(in) Eltern/ Schwiegereltern
 Kind/ Schwiegerkind Geschwister/ Schwägerin/ Schwager
 Nachbar(in) Freund(in)
 andere Personen, und zwar (bitte tragen Sie ein): _____

32. Wie alt ist die von Ihnen unterstützte hilfs- oder pflegebedürftige Person? (bitte tragen Sie ein)

Alter in Jahren: _____

33. Worin unterstützen Sie diese Person? *Mehrfachnennungen möglich.*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einfachere Pflegetätigkeiten (z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren) | <input type="checkbox"/> Haushaltsführung (z.B. Wäsche waschen/bügeln, Putzen, Kochen, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken) |
| <input type="checkbox"/> Schwierigere Pflegetätigkeiten (z. B. Hilfe beim Umbetten/Lagern, Inkontinenzversorgung usw.) | <input type="checkbox"/> Erledigungen außer Haus durchführen (z.B. Einkaufen, Arztbesuch, Behördengänge) |
| <input type="checkbox"/> Medikamentengaben, Injektionen | <input type="checkbox"/> Organisation von Finanzen, behördlichen Angelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Ernährung (z.B. Mahlzeiten/Getränke anreichen) | <input type="checkbox"/> Finanzielle Unterstützung |
| <input type="checkbox"/> Emotionale Unterstützung (z.B. Gespräche, Gesellschaft leisten) | <input type="checkbox"/> Beaufsichtigung und Anleitung |
| <input type="checkbox"/> Organisation von Pflege und Betreuung (z.B. Absprachen mit anderen Angehörigen, Freunden, Nachbarn, ambulanten Diensten, bei stationärer Unterbringung) | <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar <i>(bitte tragen Sie ein)</i> :
_____ |

34. Welche der folgenden Entlastungsangebote nutzen Sie bereits und welche würden Sie sich wünschen?

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

	nutze ich bereits	würde ich mir wünschen	kein Bedarf
Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauswirtschaftliche Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagespflege-Einrichtungen (für einige Stunden am Tag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzzeitpflege-Einrichtungen (kurzzeitiger vollstationärer Aufenthalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtpflege-Einrichtungen (nur über Nacht, damit die Pflegekraft zur Ruhe kommt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ersatzpflege, die ins Haus kommt, wenn die Pflegeperson verhindert ist (z.B. durch Krankheit, Urlaub u.Ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Unterstützungsdienste (z.B. Besuchsdienste, Betreuungsangebote usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzliche Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigen mit Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hol- und Bringdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegekurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen/Gesprächskreis für pflegende Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

35. Sind Sie selbst regelmäßig auf Hilfe angewiesen? Mehrfachnennungen möglich.

- Nein
- Ja, und zwar
- hauswirtschaftliche Hilfe (Hilfe im Haus/bei der Gartenarbeit)
 - pflegerische Hilfe
 - Hilfe bei der Fortbewegung
 - sonstige Hilfen
- und zwar (bitte tragen Sie ein):

36. Welche Hilfe- und Unterstützungsangebote nehmen Sie in Anspruch? Welche würden Sie sich wünschen?

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

	nehme ich in Anspruch	wünsche ich mir	kein Bedarf
Garten- und Schneeräumhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleine handwerkliche Arbeiten innerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushaltshilfe (z.B. Putzen, Waschen, Kochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuchsdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Schriftverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung zum Arzt und zu Behörden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung bei Spaziergängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei der Versorgung von Haustieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahlzeitendienst/ Mittagstisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege durch Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entlastungsangebote für pflegende Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges, und zwar (bitte tragen Sie ein):

37. Wenn Sie Hilfe in Anspruch nehmen, wer leistet diese Hilfe? Mehrfachnennungen möglich.

- Angehörige/Familie
- Freunde
- Nachbarn
- Ambulante Pflegedienste
- andere bezahlte Dienstleister
- Sonstige, und zwar (bitte tragen Sie ein): _____

38. Wo möchten Sie leben, falls Sie pflegebedürftig werden sollten? Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

- bei der Familie (z.B. mit den Kindern zusammenziehen)
- in eigener Wohnung mit externer Unterstützung (z.B. Essen auf Rädern, hauswirtschaftliche Dienste, ambulante Pflege)
- Betreutes Wohnen
- Pflegewohngruppe
- Seniorenheim
- andere Wohnform, und zwar (bitte tragen Sie ein): _____

Angaben zu Ihrer Person

39. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- männlich weiblich

40. Wie alt sind Sie?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 50 bis 54 Jahre | <input type="checkbox"/> 70 bis 74 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 55 bis 59 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 Jahre oder älter |

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

- deutsche Staatsangehörigkeit seit Geburt
- deutsche Staatsangehörigkeit durch Einbürgerung → Welche Staatsangehörigkeit besaßen Sie vorher bzw. besitzen Sie außerdem? (bitte tragen Sie ein)
- ausländische Staatsangehörigkeit , und zwar (bitte tragen Sie ein): _____

42. Wie lange leben Sie schon in Deutschland?

- seit meiner Geburt/ seit meiner Kindheit
- mehr als 20 Jahre
- 11 bis 20 Jahre
- 5 bis 10 Jahre
- weniger als 5 Jahre

43. Sind Sie zurzeit berufstätig?

ja

Wenn ja, sind Sie ...?

- vollzeitbeschäftigt
- teilzeitbeschäftigt
- selbstständig

nein

Wenn nein, sind Sie ...?

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

44. Gehen Sie zurzeit einer Nebenbeschäftigung nach?

ja

nein

Wenn ja, in welchem Umfang?

Nebenbeschäftigung mit _____ Stunden pro Woche

aus wirtschaftlichen Gründen

aus persönlichen Gründen

45. Welche höchste berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

beruflich-betriebliche Anlernzeit, aber keine Lehre/ Ausbildung

abgeschlossene Lehre/ Ausbildung

Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss

Fachhochschulabschluss (auch Ingenieurschule)

Hochschulabschluss

anderen beruflichen Ausbildungsabschluss, und zwar: (*bitte tragen Sie ein*)

keinen beruflichen Ausbildungsabschluss

46. Wie würden Sie Ihre finanzielle Situation einstufen?

- Ich komme sehr gut zurecht.
- Ich komme gut zurecht.
- Ich komme genau hin.
- Ich muss mich einschränken.
- Ich muss mich stark einschränken.

47. Vielleicht möchten Sie abschließend noch andere Meinungen oder Vorstellungen äußern, die mit den Fragen noch nicht berücksichtigt sind oder Sie möchten zu den Fragen 6 und 22 weitere Anregungen geben.

Was ist Ihrer Meinung nach für ein gutes Älter werden in Verl wichtig?

Bitte füllen Sie je nach Belieben aus! _____

Für die Abgabe der Fragebögen hat die Stadt Verl in jedem Stadtteil Sammelboxen aufgestellt, die Sie unabhängig von Ihrem Wohnort zur Abgabe der Fragebögen nutzen können. Die Sammelstellen befinden sich an den folgenden Standorten:

Stadtteil	Sammelstelle	Adresse
Bornholte	Tankstelle	Bergstr. 16
Kaunitz	Volksbank Elli Lebensmittel-Markt Kreissparkasse	Paderborner Str. 222 - 224 Fürstenstr. 7 Alter Schulhof 2
Sende	Bäckerei F. Helfberend	Eckhardtsheimer Str. 7
Sürenheide	Kreissparkasse Thiesbrummel Lebensmittel-Markt	Thaddäusstr. 68 Thaddäusstr. 64-66
Verl-Mitte	Rathaus Kreissparkasse Volksbank Bielefeld-Gütersloh eG Minipreis Edeka	Paderborner Str. 5 Österwieher Str. 5 Wilhelmstr. 25 Bahnhofstr. 8 Österwieher Str. 20

**Bitte werfen Sie ihren ausgefüllten Fragebogen bis zum
11. Juni 2016 dort ein!
Alternativ senden Sie den Fragebogen
bitte postalisch an die Stadt Verl: Paderborner Straße 5, 33415 Verl**

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung!

Die Ergebnisse der Befragung werden im Herbst 2016 in den einzelnen Stadtteilen in Verl vorgestellt und diskutiert.