

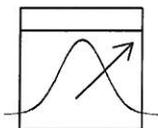


Fragebogen

Befragung von Haushalten mit minderjährigen Kindern im Landkreis Lüchow-Dannenberg



GOE
Gesellschaft für Organisation
und Entscheidung



Ritterstraße 19
33602 Bielefeld
Tel.: 0521 / 875 22 22

Zusicherung:

Ihre Angaben werden vertraulich und anonym behandelt.

Die Befragung erfolgt im Auftrag des Landkreises Lüchow-Dannenberg

Die Fragebögen werden bei der Gesellschaft für Organisation und Entscheidung (GOE) in Bielefeld verwahrt.

Ansprechpartnerinnen:

Frau Schulz – Landkreis Lüchow-Dannenberg (Tel.: 05841/ 120 360)

Frau Dr. Ratzka – GOE (Tel.: 0521/ 875 2222)

Teil A: Ihr Haushalt/Ihre Familie

1. Welche Personen leben mit Ihnen in Ihrer Wohnung/Ihrem Haus zusammen?

- 1 Ich bin alleinerziehende Mutter /alleinerziehender Vater und wohne mit einem oder mehreren Kindern in der Wohnung/im Haus.
- 2 Wir sind eine Familie mit Kindern. Alle oder einige Kinder leben mit uns in der Wohnung/im Haus.
- 3 Wir sind eine Großfamilie: Unsere Kinder und weitere Verwandte (z.B. Großeltern, Bruder, Schwester, Schwiegersohn etc.) wohnen mit uns in der Wohnung/im Haus
- 4 Sonstiges: _____

2. Wie viele Personen (Sie selbst mitgezählt) leben ständig in Ihrer Wohnung/Ihrem Haus?

_____ Personen insgesamt

3. Wie alt ist das Kind/sind die Kinder, die in Ihrem Haushalt leben?

	1. Kind (ältestes)	2. Kind (zweitältestes)	3. Kind (drittältestes)	4. Kind (viertältestes)	5. Kind (fünftältestes)
Alter	_____ <i>Jahre</i>	_____ <i>Jahre</i>	_____ <i>Jahre</i>	_____ <i>Jahre</i>	_____ <i>Jahre</i>

4. Ist eines oder sind mehrere Ihrer Kinder geistig oder körperlich beeinträchtigt?

Anzahl geistig oder körperlich beeinträchtigte Kinder: _____

5. Betreuen Sie pflegebedürftige, erwachsene Angehörige?

- 1 ja, in meiner Wohnung/meinem Haus
- 2 ja, außerhalb meiner Wohnung/meines Hauses
- 3 nein

6. In welcher Stadt/Gemeinde wohnen Sie?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Bergen an der Dumme | <input type="checkbox"/> 10 Hühbeck | <input type="checkbox"/> 19 Neu Darchau |
| <input type="checkbox"/> 2 Clenze | <input type="checkbox"/> 11 Jameln | <input type="checkbox"/> 20 Prezelle |
| <input type="checkbox"/> 3 Damnitz | <input type="checkbox"/> 12 Karwitz | <input type="checkbox"/> 21 Schnackenburg |
| <input type="checkbox"/> 4 Dannenberg | <input type="checkbox"/> 13 Küsten | <input type="checkbox"/> 22 Schnega |
| <input type="checkbox"/> 5 Gartow | <input type="checkbox"/> 14 Langendorf | <input type="checkbox"/> 23 Trebel |
| <input type="checkbox"/> 6 Göhrde | <input type="checkbox"/> 15 Lemgow | <input type="checkbox"/> 24 Waddewitz |
| <input type="checkbox"/> 7 Gorleben | <input type="checkbox"/> 16 Lübbow | <input type="checkbox"/> 25 Woltersdorf |
| <input type="checkbox"/> 8 Gusborn | <input type="checkbox"/> 17 Lüchow | <input type="checkbox"/> 26 Wustrow |
| <input type="checkbox"/> 9 Hitzacker | <input type="checkbox"/> 18 Luckau | <input type="checkbox"/> 27 Zernien |

Teil B: Ihre Stadt/Gemeinde, Ihr Wohngebiet

1. Wie lange wohnen Sie bereits im Landkreis Lüchow-Dannenberg?

- 1 Ich bin hier geboren
- 2 seit (bitte Monatsname und Jahreszahl eintragen, z.B. März 1997) _____ Monat _____ Jahr

2. Wie lange wohnen Sie bereits in Ihrer gegenwärtigen Stadt/Gemeinde?

- 1 Ich bin hier geboren → weiter mit Frage 4
- 2 seit (bitte Monatsname und Jahreszahl eintragen, z.B. März 1997) _____ Monat _____ Jahr

3. Aus welchen Gründen sind Sie hierhin gezogen? (Mehrfachantworten möglich)

- 1 Nähe zum Ausbildungs-/Arbeitsplatz
- 2 Nähe zu Verwandten und Bekannten
- 3 landschaftliche Umgebung
- 4 ruhige Wohnlage
- 5 niedrige Lebenshaltungskosten
- 6 Kindergarten-/Kinderbetreuungsangebot
- 7 sonstiges: _____

4. Wie lange möchten Sie in Ihrer derzeitigen Stadt/Gemeinde wohnen bleiben?

- 1 so lange wie möglich
- 2 noch länger als drei Jahre
- 3 noch 1-3 Jahre
- 4 so schnell wie möglich wegziehen, weil _____

5. Wie lange wohnen Sie bereits in Ihrer jetzigen Wohnung/Ihrem jetzigen Haus?

seit (bitte Monatsname und Jahreszahl eintragen, z.B. März 1997) _____ Monat _____ Jahr

6. Wo wohnen Sie?

- 1 in einer Mietwohnung
- 2 in einem gemieteten Haus
- 3 zur Untermiete
- 4 in einer Eigentumswohnung
- 5 in einem Eigenheim
- 6 sonstiges: _____

7. Würden Sie noch einmal einziehen... (Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen)	auf jeden Fall	eher ja	weiß nicht	eher nein	auf keinen Fall
in die Wohnung/das Haus, in der/dem Sie jetzt wohnen?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
in das Wohngebiet, in dem Sie jetzt wohnen?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
in die Stadt/Gemeinde, in der Sie jetzt leben?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
in den Landkreis Lüchow-Dannenberg?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

8. Für wie familienfreundlich halten Sie die Stadt/Gemeinde, in der Sie leben?

- 5 sehr familienfreundlich → weiter mit Frage 10
 4 eher familienfreundlich → weiter mit Frage 10
 3 teils/teils → weiter mit Frage 10
 2 eher wenig familienfreundlich
 1 gar nicht familienfreundlich

9. Was sind die Gründe dafür, dass Sie Ihre Stadt/Gemeinde für eher wenig oder gar nicht familienfreundlich halten?

10. Wie hat sich die Stadt/Gemeinde aus Ihrer Sicht in den letzten 5 Jahren bezüglich der Familienfreundlichkeit entwickelt?

Die Stadt/Gemeinde hat sich ...

- 5 sehr verbessert
 4 eher verbessert
 3 nicht verändert
 2 eher verschlechtert
 1 sehr verschlechtert
 0 weiß nicht/wir wohnen noch nicht so lange hier

11. Wie wird sich die Stadt/Gemeinde Ihrer Ansicht nach in den nächsten 5 Jahren bezüglich der Familienfreundlichkeit entwickeln?

Die Stadt/Gemeinde wird sich ...

- 5 sehr verbessern
 4 eher verbessern
 3 nicht verändern
 2 eher verschlechtern
 1 sehr verschlechtern
 0 weiß nicht

12. Wie wichtig sind Ihnen folgende Aspekte in Bezug auf Ihr Wohngebiet und wie zufrieden sind Sie damit? (Bitte machen Sie in jeder Zeile zwei Kreuze)

	Wie wichtig ist Ihnen ...?			Wie zufrieden sind Sie mit ...?		
	wichtig	teils/ teils	unwichtig	zufrieden	teils/ teils	unzufrieden
Ruhe im Wohngebiet	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Sicherheit im Wohngebiet	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Gute Anbindung an den ÖPNV	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Einkaufsmöglichkeiten für den tägl. Bedarf sind in 10 bis 15 Minuten zu Fuß zu erreichen	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Nähe zu Freunden, Bekannten, Verwandten	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Hilfsbereite Nachbarn	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Betreuungsmöglichkeiten für Kinder unter 6 Jahre	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Betreuungsmöglichkeiten für Kinder 6 bis unter 15 Jahre	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

	Wie wichtig ist Ihnen ...?			Wie zufrieden sind Sie mit ...?		
	wichtig	teils/ teils	un- wichtig	zufrieden	teils/ teils	un- zufrieden
Nähe zur Schule	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Sicherheit des Schulweges	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Nähe zu medizinischer Versorgung (Ärzte, Apotheke)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Sport-/Freizeitmöglichkeiten für Kinder, Jugendliche	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Sport-/Freizeitmöglichkeiten für Erwachsene	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Möglichkeiten, mit Mitgliedern Ihrer Glaubensgemeinschaft zusammen Ihre Religion auszuüben	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

13. Welche der folgenden Einrichtungen/Angebote im Landkreis Lüchow-Dannenberg kennen und nutzen Sie bzw. haben Sie schon mal genutzt?

	kenne ich nicht	kenne ich, aber haben wir bisher nicht genutzt	kenne ich, und nutzen wir/haben wir schon mal genutzt	Wenn nutzen wir/ haben wir schon mal genutzt“				
				Wie hilfreich fanden Sie das Angebot/die Einrichtung?				
				sehr hilfreich	eher hilfreich	teils/ teils	eher nicht hilfreich	gar nicht hilfreich
Familienservicebüro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Haus für Begegnung – Allerlöd	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Familienzentrum/ Mehrgenerationen- Haus Dannenberg	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Seniorenservicebüro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Beratungsstelle der deutschen Renten- versicherung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Erziehungs-/ Familienberatung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Ehe-/Lebensberatung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Schwangeren-/ Schwangerschafts- konfliktberatung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Schuldnerberatung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Beratungsstelle Frau & Beruf (Vereinbar- keit Familie und Beruf)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Sucht-/ Drogen- beratung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Ernährungs-/ Gesundheitsberatung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Die Tafel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Kleiderkammer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Beratung bei schulischen Ange- legenheiten der Kinder	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

	kenne ich nicht	kenne ich, aber haben wir bisher nicht genutzt	kenne ich, und nutzen wir/haben wir schon mal genutzt	Wenn <u>nutzen wir/ haben wir schon mal genutzt</u>				
				Wie hilfreich fanden Sie das Angebot/die Einrichtung?				
				sehr hilfreich	eher hilfreich	teils/teils	eher nicht hilfreich	gar nicht hilfreich
Hort Popcorn e.V.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Angebote der offenen Kinder- und Jugendarbeit (z.B. Jugendtreff/-zentren)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Pro Aktiv Center (PACE) Lüchow-Dannenberg	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Allgemeine Sozialberatung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Migrantenberatung, Jugendmigrationsdienst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

14. Kennen Sie den Wegweiser zu den sozialen Einrichtungen und Hilfen „Leben und sich wohl fühlen im Landkreis Lüchow-Dannenberg“?

- 3 ja, kenne ich und habe ich auch schon genutzt
- 2 ja, kenne ich, habe ich bisher aber noch nicht genutzt
- 1 nein

15. Wie zufrieden sind Sie alles in allem in Ihrer Stadt/Gemeinde mit den sozialen Angeboten/Diensten (siehe Frage 13)?

- 5 sehr zufrieden → weiter mit Teil C, nächste Seite
- 4 eher zufrieden → weiter mit Teil C, nächste Seite
- 3 teils/teils → weiter mit Teil C, nächste Seite
- 2 eher unzufrieden
- 1 sehr unzufrieden

- 01 in unserer Stadt/Gemeinde nicht vorhanden, aber in Nachbarstädten/-gemeinden und damit zufrieden → weiter mit Teil C, nächste Seite
- 02 in unserer Stadt/Gemeinde nicht vorhanden, aber in Nachbarstädten/-gemeinden und damit unzufrieden
- 03 in unsere Stadt/Gemeinde nicht vorhanden, aber in Nachbarstädten/-gemeinden und damit teils zufrieden/teils unzufrieden

16. Wenn Sie eher oder sehr unzufrieden sind: Was sind die Gründe dafür?

Teil C: Bildung, Betreuung, Schule

1. Ist Ihr Kind/sind Ihre Kinder in einem Verein?

	nein	ja	Wenn ja, bitte Name des Vereins/der Vereine nennen
1. Kind (ältestes)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____
2. Kind (zweitältestes)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____
3. Kind (drittältestes)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____
4. Kind (viertältestes)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____
5. Kind (fünftältestes)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

2. Wenn nein, warum ist Ihr Kind/sind Ihre Kinder nicht in einem Verein? (Mehrfachantworten möglich)

	1. Kind (ältestes)	2. Kind (zweitältestes)	3. Kind (drittältestes)	4. Kind (viertältestes)	5. Kind (fünftältestes)
kein Interesse	<input type="checkbox"/> 1				
kein Geld für Mitgliedsbeitrag oder sonstige Kosten (z.B. Fußballschuhe, Instrument)	<input type="checkbox"/> 2				
kein Verein in der Nähe	<input type="checkbox"/> 3				
Freunde/-innen sind nicht im Verein	<input type="checkbox"/> 4				
Sonstiges	_____				

3. Was macht Ihr Kind/machen Ihre Kinder regelmäßig in ihrer Freizeit? (Mehrfachantworten möglich)

Regelmäßige Freizeitaktivitäten/ Hobbies	1. Kind (ältestes)	2. Kind (zweit- ältestes)	3. Kind (dritt- ältestes)	4. Kind (viert- ältestes)	5. Kind (fünft- ältestes)
Fernsehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Computerspiele spielen, im Internet surfen etc.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Musikschule besuchen, außerschulischer Musikunterricht (z.B. Flöten-/Klavier- unterricht)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Musik machen (in Band spielen, im Chor singen etc.)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
mit Freunden treffen	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Besuch von Jugendzentren/-treffs	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Sport treiben (z.B. Fahrrad fahren, schwimmen, Fußball spielen, Inline-skaten)	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
mit Freunden über SMS, WhatsApp, Social Media etc. sich austauschen	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
an Schul-AGs teilnehmen	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
Unternehmungen mit Jugendgruppen (z.B. Pfadfinder, Falken, Kirchengemeinde)	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
Mit einem Tier/Tieren beschäftigen (z.B. reiten, Hunde ausführen, Tiere pflegen)	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10
Sonstiges:	_____				

Fragen zu Kindern im Vorschulalter

→ Wenn Sie kein Kind/keine Kinder im Vorschulalter haben, weiter mit Frage 10

4. Welche Einrichtung besucht Ihr Kind/Ihre Kinder?

	1. Vor- schulkind (ältestes)	2. Vor- schulkind (zweitältestes)	3. Vor- schulkind (drittältestes)	4. Vor- schulkind (viertältestes)	5. Vor- schulkind (fünftältestes)
Krabbelgruppe/Krippe (0-3-Jährige)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Kindergarten/Kindertages- einrichtung (3-6-Jährige), halbtags	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Spielkreis	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Kindergarten/Kindertages- einrichtung (3-6- Jährige), ganztags	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Kind wird von Tagespflegeperson betreut	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Kind besucht keine Betreuungseinrichtung	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

Wenn keines Ihrer Kinder eine Betreuungseinrichtung besucht,
→ weiter mit Frage 10

5. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Betreuungseinrichtung Ihres Kindes/Ihrer Kinder?

- | | | | |
|----------------------------|----------------|----------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> 5 | sehr zufrieden | <input type="checkbox"/> 2 | eher unzufrieden |
| <input type="checkbox"/> 4 | eher zufrieden | <input type="checkbox"/> 1 | sehr unzufrieden |
| <input type="checkbox"/> 3 | teils/teils | | |

6. Was gefällt Ihnen gut an der Betreuungseinrichtung Ihres Kindes/Ihrer Kinder?

7. Was gefällt Ihnen nicht an der Betreuungseinrichtung Ihres Kindes/Ihrer Kinder?

8. Wie regeln Sie die Betreuung des Kindes/der Kinder, wenn nach Ende der Öffnungszeiten der Kita und/oder aufgrund bestimmter Ausfälle (z.B. Streik, Schließung am Brückentag) keine Betreuung gewährleistet ist?

9. Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Aspekte in Bezug auf die Kindertageseinrichtung/Kinderbetreuung? (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)

	sehr wichtig	eher wichtig	teils/ teils	eher unwichtig	völlig unwichtig
Wohnortnähe	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
pädagogisches Konzept	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
religiöses, weltanschauliches Konzept	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
besondere Bewegungsangebote	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
besondere Sprachförderangebote deutsch	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Gute Vorbereitung des Übergangs zur Grundschule	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Flexibler Aufnahmetermin im Laufe des Jahres	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Betreuungszeiten vor 7.30 Uhr	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Betreuungszeiten nach 16:30 Uhr	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Betreuungsangebot am Wochenende	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Mitarbeitende mit interkultureller Kompetenz (Sprachkenntnisse, Verständnis unterschiedlicher kultureller Orientierungen)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Nähe zum Arbeitsort	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Nähe zur Schule der Geschwister	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
gleiche Einrichtung wie Geschwisterkind, Kinder, befreundeter Familien	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
spezielle Ernährungsangebote	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Zustand des Gebäudes/ Ausstattung der Gruppenräume	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Großes, attraktives Außengelände	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Gibt es sonst noch etwas, was Ihnen wichtig ist?	_____				

Fragen zu Schulkindern

→ Wenn Sie keine Schul Kinder haben, weiter mit Frage 23

10. Welche Schule besucht Ihr Kind/besuchen Ihre Kinder?

	1. Schulkind (ältestes)	2. Schulkind (zweitältestes)	3. Schulkind (drittältestes)	4. Schulkind (viertältestes)	5. Schulkind (fünftältestes)
Grundschule	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Haupt-/ Real-/ Oberschule	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Gymnasium	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Gesamtschule	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Förderschule	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Berufsschule	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Freie Waldorfschule	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Sonstige	_____	_____	_____	_____	_____

11. Wenn Ihr Kind/Ihrer Kinder nicht mehr die Grundschule besucht: Entspricht die gewählte Schulform der Grundschulempfehlung?

	1. Schulkind (ältestes)	2. Schulkind (zweitältestes)	3. Schulkind (drittältestes)	4. Schulkind (viertältestes)	5. Schulkind (fünftältestes)
ja	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
nein, es wurde eine <u>niedrigere</u> Schulform empfohlen, aber wir haben eine <u>höhere</u> Schulform ausgewählt	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
nein, es wurde eine <u>höhere</u> Schulform empfohlen, aber wir haben eine <u>niedrigere</u> Schulform ausgewählt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

12. Geht Ihr Kind/gehen Ihre Kinder auf eine Halbtags- oder eine Ganztagschule?

	1. Schulkind (ältestes)	2. Schulkind (zweitältestes)	3. Schulkind (drittältestes)	4. Schulkind (viertältestes)	5. Schulkind (fünftältestes)
Halbtagschule	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Ganztagschule	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
weiß nicht	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3

13. Nimmt Ihr Kind/nehmen Ihre Kinder an den Angeboten der Ganztagschule teil?

	1. Schulkind (ältestes)	2. Schulkind (zweitältestes)	3. Schulkind (drittältestes)	4. Schulkind (viertältestes)	5. Schulkind (fünftältestes)
ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
nein	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
teils/teils	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
weiß nicht	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

14. Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Aspekte in Bezug auf die Schule Ihres Kindes/Ihrer Kinder? (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)

	sehr wichtig	eher wichtig	teils/teils	eher unwichtig	völlig unwichtig
Wohnortnähe	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Pädagogisches Konzept	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Schulbus/gute Busanbindung	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Besondere Sprachförderangebote deutsch	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Besonderer Religionsunterricht	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Mittagessenangebot	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Offenes Ganztagsangebot	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Besondere Schul-AGs (Sport, Musik, Theater)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Schulsozialarbeit	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Gute Kontakte/Erreichbarkeit der Klassenlehrer/-innen	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Gleiche Schule wie Geschwisterkind, befreundete Familien	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Gibt es sonst noch etwas, was Ihnen wichtig ist?					

15. Was gefällt Ihnen gut an der Schule Ihres Kindes/Ihrer Kinder?

16. Was gefällt Ihnen nicht an der Schule Ihres Kindes/Ihrer Kinder?

17. Machen Sie sich Sorgen wegen des Schullebens Ihres Kindes/Ihrer Kinder?

	überhaupt keine Sorgen	etwas Sorgen	teils/teils	viele Sorgen	sehr viele Sorgen
1. Schulkind (ältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
2. Schulkind (zweitältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3. Schulkind (drittältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
4. Schulkind (viertältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5. Schulkind (fünftältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

18. Wenn Sie sich viele oder sehr viele Sorgen machen, was sind die Gründe dafür?

Sorgen über / wegen ...

1. Schulkind
(ältestes):

2. Schulkind
(zweitältestes):

3. Schulkind
(drittältestes):

4. Schulkind
(viertältestes):

5. Schulkind
(fünftältestes):

19. Wie zufrieden ist Ihr Kind/sind Ihre Kinder mit seinem/ihrem eigenen Schulleben?

	sehr zufrieden	eher zufrieden	teils/teils	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	weiß nicht/kann ich nicht beurteilen
1. Schulkind (ältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Schulkind (zweitältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Schulkind (drittältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Schulkind (viertältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Schulkind (fünftältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

20. Wenn Ihr Kind „eher unzufrieden“ oder „völlig unzufrieden“ ist, was sind die Gründe dafür?

Unzufrieden mit / wegen ...

1. Schulkind (ältestes) _____
2. Schulkind (zweitältestes) _____
3. Schulkind (drittältestes) _____
4. Schulkind (viertältestes) _____
5. Schulkind (fünftältestes) _____

21. Bekommen Sie Hilfe/Unterstützung bei schulischen Problemen Ihres Kindes/ Ihrer Kinder?

(Mehrfachantworten möglich, wenn mehr als ein Schulkind im Haushalt lebt)

- 1 Nein, weil unser Kind keine/keines unserer Kinder schulische Probleme hat
- 2 Nein, weil wir keine externe Unterstützung für die schulischen Probleme unseres Kindes/unserer Kinder brauchen (wir regeln das selbst).
- 3 Nein, obwohl es schulische Probleme unseres Kindes/eines oder mehrerer unserer Kinder gibt, für die wir externe Unterstützung gebrauchen könnten
- 4 Ja, wir bekommen externe Unterstützung für die schulischen Probleme unseres Kindes/eines oder mehrerer unserer Kinder und zwar in folgender Weise:

22. In welchen Bereichen wünschen Sie sich Hilfe/Unterstützung bzw. noch mehr Hilfe/Unterstützung? (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)

	nein	ja, und ich weiß, wo es diese Unterstützung gibt	ja, ich weiß aber nicht, wo es diese Unterstützung gibt
Hausaufgabenhilfe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Nachhilfe/Förderunterricht	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
bei Problemen mit Lehrer/-innen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
im Umgang mit Schulverweigerung (Schule schwänzen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
im Umgang mit Mobbing (Kind wird geärgert, ausgegrenzt, erfährt Gewalt)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Übergang Grundschule - weiterführende Schule	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Übergang Schule - Beruf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Finanzierung schulischer Aktivitäten (Klassenfahrt, Ausflüge, AGs, Mittagessen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Sonstiges		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

23. Wie wichtig sind Ihnen Angebote kultureller Bildung (z.B. Museen, Musikschule, VHS bzw. Angebote im Bereich Kunst, Literatur, Musik etc.) in Ihrer Stadt/ Gemeinde?

- | | | | |
|----------------------------|--------------|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 5 | sehr wichtig | <input type="checkbox"/> 2 | eher unwichtig |
| <input type="checkbox"/> 4 | eher wichtig | <input type="checkbox"/> 1 | völlig unwichtig |
| <input type="checkbox"/> 3 | teils/teils | <input type="checkbox"/> 0 | in unserer Stadt/Gemeinde nicht vorhanden |

24. Wie zufrieden sind Sie mit den Angeboten kultureller Bildung (z.B. Museen, Musikschule, VHS bzw. Angebote im Bereich Kunst, Literatur, Musik etc.) in Ihrer Stadt/ Gemeinde?

- | | | | |
|----------------------------|----------------|----------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> 5 | sehr zufrieden | <input type="checkbox"/> 2 | eher unzufrieden |
| <input type="checkbox"/> 4 | eher zufrieden | <input type="checkbox"/> 1 | sehr unzufrieden |
| <input type="checkbox"/> 3 | teils/teils | | |
-
- 01 in unserer Stadt/Gemeinde nicht vorhanden, aber in Nachbarstädten/-gemeinden und damit zufrieden
- 02 in unserer Stadt/Gemeinde nicht vorhanden, aber in der Nachbarstädten/-gemeinden und damit unzufrieden
- 03 in unserer Stadt/Gemeinde nicht vorhanden, aber in Nachbarstädten/-gemeinden und damit teils zufrieden/teils unzufrieden

Teil D: Fragen zum Bereich Gesundheit

1. Wie würden Sie Ihren und den Gesundheitszustand Ihres/r Ehe-/Lebenspartner/-in beschreiben? Wenn Sie keine/n Ehe-/Lebenspartner/-in haben, machen Sie nur Angaben in der Spalte „Ihr Gesundheitszustand“

Ihr Gesundheitszustand		Gesundheitszustand Ehe-/Lebenspartner/-in	
<input type="checkbox"/> 5	sehr gut	<input type="checkbox"/> 5	sehr gut
<input type="checkbox"/> 4	gut	<input type="checkbox"/> 4	gut
<input type="checkbox"/> 3	befriedigend	<input type="checkbox"/> 3	befriedigend
<input type="checkbox"/> 2	schlecht	<input type="checkbox"/> 2	schlecht
<input type="checkbox"/> 1	sehr schlecht	<input type="checkbox"/> 1	sehr schlecht

2. Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

Sie selber		Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/-in	
<input type="checkbox"/> 0	nein	<input type="checkbox"/> 0	nein
<input type="checkbox"/> 1	ja	<input type="checkbox"/> 1	ja

3. Ist Ihr Alltag psychisch belastend?

- 5 gar nicht belastend → weiter mit Frage 5
- 4 eher nicht belastend → weiter mit Frage 5
- 3 teils/teils → weiter mit Frage 5
- 2 eher belastend
- 1 sehr belastend

4. Wenn Sie Ihren Alltag als eher oder sehr psychisch belastend erleben, was belastet Sie am meisten?

5. Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
Ich fühle mich gesund	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich bin häufig aufgeregt oder nervös	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich kann mich gut entspannen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich leide häufig unter Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich fühle mich stark	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich fühle mich unglücklich oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich kann oft nicht gut schlafen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich habe genug Energie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Es kommen immer wieder Ängste und Sorgen über mich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich fühle mich oft überlastet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Tätigkeiten zu Hause oder im Beruf behindert?

- 0 hatte keine Schmerzen
- 5 überhaupt nicht
- 4 eher wenig
- 3 mittelmäßig
- 2 eher stark
- 1 sehr stark

7. Bekommen Sie selbst Hilfe/Unterstützung im Bereich Gesundheit und Krankheit?

- 1 nein, weil ich in dem Bereich keine Unterstützung benötige → weiter mit Frage 9
- 2 nein, ich bekomme keine Unterstützung, obwohl ich welche benötigen würde
- 3 ja, ich bekomme Unterstützung und zwar in folgender Weise:

8. In welchen Bereichen wünschen Sie für sich selbst Hilfe/Unterstützung bzw. noch mehr Hilfe/Unterstützung?

	nein	ja, und ich weiß, wo es diese Unterstützung gibt	ja, ich weiß aber nicht, wo es diese Unterstützung gibt
Ernährungsberatung, Übergewicht/Abnehmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Motivation zur Teilnahme an Sportangeboten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Entspannungskurse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Mit dem Rauchen aufhören	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Alkohol/Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Vorsorgetermine machen/wahrnehmen (z.B. Krebsvorsorge, Zahnarzt, Check up)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Schwangerschaftsberatung, Sexualberatung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Begleitung zum Arzt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Umgang mit Krankenkasse (z.B. zusätzliche Behandlungskosten/Eigenanteil, Kurantrag)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Kosten für Medikamente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Umgang mit/Akzeptanz von chronischer Erkrankung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
bei Behinderung (Hilfsmittel, Behindertenausweis, persönliche Hilfen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Sonstiges _____		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

9. Hat Ihr Kind/haben Ihre Kinder eine oder mehrere der nachfolgenden Krankheiten oder Beeinträchtigungen? (Mehrfachantworten möglich)

→ Wenn bei Ihrem Kind/Ihren Kindern keinerlei Krankheiten/Beeinträchtigungen vorliegen, weiter mit Frage 12

	1. Schulkind (ältestes)	2. Schulkind (zweitältestes)	3. Schulkind (drittältestes)	4. Schulkind (viertältestes)	5. Schulkind (fünftältestes)
Allergien (Heuschnupfen, Milben, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Neurodermitis oder andere Hautkrankheit	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Erkrankung der Atemwege (Asthma, Bronchitis)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Herz-, Magen- oder Darmkrankheiten	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Hyperaktivität, Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

	1. Schulkind (ältestes)	2. Schulkind (zweitältestes)	3. Schulkind (drittältestes)	4. Schulkind (viertältestes)	5. Schulkind (fünftältestes)
Übergewicht (Adipositas)	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Essstörung (Magersucht, Bulimie)	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Depressionen oder Angstzustände	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
Geistige, seelische Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
Körperliche Behinderungen/ Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Sonstige	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11

10. Wie wirken sich die Krankheiten/Beeinträchtigungen auf den Alltag der Kinder aus?

	gar nicht belastend	eher nicht belastend	teils/teils	eher belastend	sehr belastend
1. Kind (ältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
2. Kind (zweitältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3. Kind (drittältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
4. Kind (viertältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5. Kind (fünftältestes)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

11. Wie wirken sich die Krankheiten/Beeinträchtigungen auf Ihren Alltag aus?

- 5 gar nicht belastend
- 4 eher nicht belastend
- 3 teils/teils
- 2 eher belastend
- 1 sehr belastend

12. Bekommen Sie Hilfe/Unterstützung im Bereich Gesundheit und Krankheit für Ihr Kind/Ihre Kinder? (Mehrfachantworten möglich, wenn mehrere Kinder im Haushalt leben)

- 3 Nein, weil wir in dem Bereich keine Unterstützung brauchen → weiter mit Frage 14
- 2 Nein, obwohl wir in dem Bereich für unser Kind/eines oder mehrere unserer Kinder Unterstützung brauchen könnten
- 1 ja, wir bekommen in dem Bereich Unterstützung für unser Kind/eines oder mehrere unserer Kinder und zwar in folgender Weise:

13. In welchen Bereichen wünschen Sie sich Hilfe/Unterstützung bzw. noch mehr Hilfe/Unterstützung im Bereich Gesundheit und Krankheit für Ihr Kind/Ihre Kinder?

	nein	ja, und ich weiß, wo es diese Unterstützung gibt	ja, ich weiß aber nicht, wo es diese Unterstützung gibt
Ernährungsberatung (z.B. bei Über-/Untergewicht, Nahrungsmittelunverträglichkeiten)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Motivation zur Teilnahme an Sportangeboten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Entspannungskurse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
psychologische Beratung/Psychotherapie wegen psychischer Störungen/Auffälligkeiten (z.B. ADHS, Essstörungen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Wahrnehmung von Früherkennungs-untersuchungen (U-Untersuchungen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Frühförderung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Begleitung zu Arztterminen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Umgang mit Krankenkasse (z.B. zusätzliche Behandlungskosten/Eigenanteil, Mutter-Kind-Kurantrag)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Kosten für Medikamente, Zusatzbehandlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Umgang mit/Akzeptanz von chronischer Erkrankung bei Behinderung (Hilfsmittel, Behindertenausweis, persönliche Hilfen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Sonstiges _____		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

14. Wie zufrieden sind Sie mit den vorhandenen Hilfen und Unterstützungsangeboten im Bereich Gesundheit und Krankheit in Ihrer Stadt/Gemeinde?

- 5 sehr zufrieden → weiter mit Frage 16 2 eher unzufrieden
 4 eher zufrieden → weiter mit Frage 16 1 sehr unzufrieden
 3 teils/teils → weiter mit Frage 16
-
- 01 in unserer Stadt/Gemeinde nicht vorhanden, aber in Nachbarstädten/-gemeinden und damit zufrieden → weiter mit Frage 16
 02 in unserer Stadt/Gemeinde nicht vorhanden, aber in Nachbarstädten/-gemeinden und damit unzufrieden
 03 in unserer Stadt/Gemeinde nicht vorhanden, aber in Nachbarstädten/-gemeinden und damit teils zufrieden/teils unzufrieden

15. Wenn Sie eher oder sehr unzufrieden sind, was sind die Gründe dafür, was fehlt?

16. In welchen sonstigen Lebensbereichen bekommen Sie von außerhalb der eigenen Familie (Ehe-/LebenspartnerIn) Hilfe/Unterstützung?

Hilfe/Unterstützung	nicht bedeut- sam für uns	nein	ja	Wenn ja, von wem? (Mehrfachantworten möglich)
bei Erziehungsfragen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 von Verwandten <input type="checkbox"/> 2 von Freunden <input type="checkbox"/> 3 von Nachbarn <input type="checkbox"/> 4 von professionellen Hilfeanbietern
im Alltag (Entscheidungen treffen, Alltagsorganisation etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 von Verwandten <input type="checkbox"/> 2 von Freunden <input type="checkbox"/> 3 von Nachbarn <input type="checkbox"/> 4 von professionellen Hilfeanbietern
im Haushalt (kochen, aufräumen, Wäsche waschen, Einkauf etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 von Verwandten <input type="checkbox"/> 2 von Freunden <input type="checkbox"/> 3 von Nachbarn <input type="checkbox"/> 4 von professionellen Hilfeanbietern
beim Umgang mit Geld/Schulden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 von Verwandten <input type="checkbox"/> 2 von Freunden <input type="checkbox"/> 3 von Nachbarn <input type="checkbox"/> 4 von professionellen Hilfeanbietern
bei psychosozialen Problemen (Beratung, Seelsorge)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 von Verwandten <input type="checkbox"/> 2 von Freunden <input type="checkbox"/> 3 von Nachbarn <input type="checkbox"/> 4 von professionellen Hilfeanbietern
beim Umgang mit Ämtern und Behörden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 von Verwandten <input type="checkbox"/> 2 von Freunden <input type="checkbox"/> 3 von Nachbarn <input type="checkbox"/> 4 von professionellen Hilfeanbietern
bei Partnerproblemen (Probleme mit dem Vater/der Mutter des Kindes/der Kinder)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 von Verwandten <input type="checkbox"/> 2 von Freunden <input type="checkbox"/> 3 von Nachbarn <input type="checkbox"/> 4 von professionellen Hilfeanbietern
bei der Pflege von Angehörigen (Schwieger-/Eltern, Geschwister...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 von Verwandten <input type="checkbox"/> 2 von Freunden <input type="checkbox"/> 3 von Nachbarn <input type="checkbox"/> 4 von professionellen Hilfeanbietern
Gibt es sonst noch Bereiche, in denen Sie Unterstützung bekommen?				<input type="checkbox"/> 1 von Verwandten <input type="checkbox"/> 2 von Freunden <input type="checkbox"/> 3 von Nachbarn <input type="checkbox"/> 4 von professionellen Hilfeanbietern

17. In welchen Bereichen wünschen Sie sich von außerhalb der eigenen Familie (Ehe-/ LebenspartnerIn) Hilfe/Unterstützung bzw. noch mehr Hilfe/Unterstützung?

Hilfe/Unterstützung ...	nein	ja, und ich weiß, wo ich diese Unterstützung bekommen kann	ja, ich weiß aber nicht, wo ich diese Unterstützung bekommen kann
bei Erziehungsfragen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
bei schulischen Problemen des Kindes/der Kinder	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
im Alltag (Entscheidungen treffen etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
im Haushalt (Essen kochen, aufräumen, Wäsche waschen Lebensmitteleinkauf/ Vorratshaltung etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
beim Umgang mit Geld /Schulden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
psychosoziale Unterstützung, Beratung/Seelsorge	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
im Umgang mit Ämtern und Behörden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
bei Partnerproblemen (Probleme mit dem Vater/der Mutter des Kindes/der Kinder)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
bei der Pflege von Angehörigen (Schwieger-/Eltern, Geschwister)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
durch eine vertraute Person, der Probleme, Sorgen, Ängste Kummer erzählt werden können, wo ich mich ausheulen, wo ich mal Dampf ablassen kann	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Sonstiges: _____		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

18. Welche Aspekte sind Ihnen bei professionellen Hilfeanbietern wichtig? (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)

	sehr wichtig	eher wichtig	teils/ teils	eher unwichtig	völlig unwichtig
Persönlicher und niedrigschwelliger Zugang (Angebote sind einfach und ohne Formulkram für jeden zu nutzen)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
direkte telefonische Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
E-Mail an Hilfeanbieter schicken zu können	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Mitarbeitende des Hilfeanbieters machen Hausbesuche bei Ihnen (aufsuchende Hilfe)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
kurze Wartezeiten	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Einhalten von Versprechen	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Ernstes Interesse, Sie bei Ihren Problemen zu unterstützen	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Fähigkeit, die richtige Hilfe gleich beim ersten Mal zu leisten	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Einhalten von Terminen	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Freundlichkeit der Mitarbeiter/-innen	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Mitarbeitende mit interkultureller Kompetenz (Sprachkenntnisse, Verständnis unterschiedlicher kultureller Orientierungen)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
lange Öffnungszeiten	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Vorhandensein von Broschüren, Informationsmaterial	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Vorhandensein von Internetauftritt/Homepage	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
geringe Entfernung der Einrichtung /des Angebots zu Ihrer Wohnung	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Barrierefreiheit	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Guter Ruf der Einrichtung/ des Hilfeanbieters	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Gibt es sonst noch etwas, was Ihnen wichtig ist? _____

19. Wie gestaltet sich für Sie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie?

- 1 sehr schwierig
 2 eher schwierig
 3 teils/teils
 4 eher leicht → weiter mit Frage 21
 5 sehr leicht → weiter mit Frage 21
-
- 0 trifft nicht zu, weil nicht erwerbstätig → weiter mit Frage 20

20. Was würde Ihnen helfen, Beruf und Familie besser miteinander zu vereinbaren? (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)

	ja	nein	habe ich schon/gibt es schon
Flexiblere Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2
Möglichkeit, von zu Hause zu arbeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2
Mehr Verständnis für familiäre Verpflichtungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2
Kinderbetreuungsmöglichkeiten im Betrieb/der Firma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2

Sonstiges _____

21. Haben Sie oder jemand aus Ihrem Haushalt in den letzten 6 Monaten Personen außerhalb Ihres eigenen Haushalts geholfen/unterstützt?

- 0 nein → weiter mit Frage 24
 1 ja

22. Wem haben Sie geholfen bzw. wen haben Sie unterstützt? (Mehrfachantworten möglich)

- 1 Verwandte
 2 Freunde
 3 Nachbarn
 4 Arbeitskollegen
 5 Flüchtlinge
 6 Sonstige _____

23. In welcher Weise haben Sie geholfen, diese Person/-en unterstützt?

24. Was waren in den letzten 6 Monaten die größten Probleme in Ihrer Familie? Was hat Sie am meisten belastet?

Bitte machen Sie stichwortartig Angaben und bilden bei mehreren Problemen eine Rangfolge (1. = größtes Problem, 2. = zweitgrößtes Problem, etc.)

Die größten Probleme waren ...

1.

2.

3.

4.

5.

0 es gab in den letzten 6 Monaten **keine großen Probleme** in unserer Familie → weiter mit Teil E

25. Wie haben Sie die Probleme gelöst?

1.

2.

3.

4.

5.

0 es gibt (noch) **keine Lösungen** für die Probleme

Teil E: Fragen zur Mobilität

1. Über wie viele PKWs verfügt Ihr Haushalt? Anzahl PKW _____

2. Wie gut ist Ihr Wohngebiet durch den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) erschlossen?

- 5 sehr gut
 4 eher gut
 3 mittelmäßig
 2 eher schlecht
 1 sehr schlecht
 0 weiß nicht

3. Wie gut ist Ihr Wohngebiet/Ihre Gemeinde durch den ÖPNV an die Kreisstadt Lüchow angebunden?

- 4 wir wohnen in der Stadt Lüchow
 3 gut
 2 mittel
 1 schlecht
 0 weiß nicht

4. Wie weit ist Ihre Wohnung von der nächsten Bushaltestelle entfernt?

_____ Minuten zu Fuß bis zur nächsten Haltestelle 0 weiß nicht

5. Wie häufig bringen Sie Ihr Kind/Ihre Kinder mit dem PKW zum Kindergarten/zur Kinderbetreuung, zur Schule, zum Sportverein, zu Freunden etc. bzw. holen sie von dort (wieder) ab?

01 ich besitze/wir besitzen keinen PKW → weiter mit Frage 6

Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen	mehr als 1-2mal täglich	1-2mal täglich	mehrmals in der Woche	einmal im Monat	nie	trifft nicht zu – z.B. kein Schulkind
Kindergarten/-Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 01
zur Schule	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 01
zu Freizeitaktivitäten (Sportverein, reiten etc.)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 01
zu Freunden	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 01
Sonstiges	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 01

6. Wie bewegen Sie sich persönlich in der Stadt/Gemeinde, in der Sie wohnen, fort? (Es geht um die Mobilität derjenigen Person, die den Fragebogen ausfüllt und nicht um die Mobilität hinsichtlich der Kinder) *Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen*

	täglich	mehrmals die Woche	mehrmals im Monat	einmal im Monat	seltener als einmal im Monat	Nie / besitze ich nicht
eigener PKW	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Moped, Motorrad	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Fahrrad	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
zu Fuß	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Fahrgemeinschaft	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Taxi/Sammeltaxi	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
ÖPNV, Buslinie Nr. _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Wenn Sie den ÖPNV nur "einmal im Monat", "seltener als einmal im Monat" oder "nie" benutzen → weiter mit Teil F.

7. Was ist der überwiegende Anlass Ihrer Fahrt mit dem ÖPNV?

- 1 zu/von der Arbeitsstelle
- 2 zu/von Kindergarten/-krippe
- 3 zu/von der Ausbildungsstätte oder Schule
- 4 zum Einkaufen/für Erledigungen in der Stadt/Gemeinde, in der Sie wohnen
- 5 Zum Einkaufen/für Erledigungen außerhalb der Stadt/Gemeinde, in der Sie wohnen
- 6 zu Freizeitaktivitäten, Freizeitfahrten
- 7 Anderer, und zwar _____

8. Welche Veränderungen im Angebot des ÖPNV halten Sie für wünschenswert?
(Mehrfachantworten möglich)

- 0 Keine Veränderungen notwendig
- 1 Häufigerer Takt bzw. mehr Fahrten während der Woche
- 2 Häufigerer Takt bzw. mehr Fahrten am Wochenende
- 3 Nachtbus
- 4 Höhere Verlässlichkeit der Abfahrtszeiten
- 5 Zusätzliche Linie, von _____ nach _____
- 6 Zusätzliche Haltestelle _____
- 7 Sonstiges, z.B. _____

9. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem ÖPNV-Angebot?

- 5 sehr zufrieden → weiter mit Teil F
- 4 eher zufrieden → weiter mit Teil F
- 3 teils/teils → weiter mit Teil F
- 2 eher unzufrieden
- 1 völlig unzufrieden

10. Was sind die Gründe dafür, dass Sie mit dem ÖPNV-Angebot eher oder völlig unzufrieden sind?

Teil F: Sozio-demographische Angaben

1. Ihr Geschlecht

- 1 weiblich
- 2 männlich

2. Ihr Alter _____ Jahre

3. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- 1 Schule beendet ohne Abschluss
- 2 Volks- / Hauptschulabschluss (DDR: 8. Klasse POS)
- 3 Mittlere Reife, Realschulabschluss (DDR: 10. Klasse POS)
- 4 Fachhochschulreife
- 5 Abitur bzw. allgemeine Hochschulreife (DDR: EOS)
- 6 anderer Schulabschluss, und zwar _____
- 7 gehe noch zur Schule

4. Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie?

- 1 gehe noch zur Schule
- 2 noch keine berufliche Ausbildung angefangen
- 3 berufliche Ausbildung ohne Abschluss abgebrochen oder ausgesetzt
- 4 noch in beruflicher Ausbildung
- 5 gewerblicher, technischer, landwirtschaftlicher oder kaufmännischer Ausbildungsabschluss
- 6 Fachschulabschluss
- 7 Berufsfachschulabschluss (z.B. Krankenschwester, Erzieher)
- 8 Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Ausbildungsabschluss
- 9 Fachhochschulabschluss (auch Ingenieurabschluss)
- 10 Hochschulabschluss
- 11 anderer beruflicher Ausbildungsabschluss _____

5. Gibt es in Ihrer Familie Personen, die nach Deutschland eingewandert sind? (Mehrfachantworten möglich)

- 1 Ich selbst oder mein/e Ehe-/Lebenspartner/-in sind nach Deutschland eingewandert
- 2 Meine Eltern sind oder ein Elternteil ist eingewandert
- 3 Meine Großeltern sind oder ein Großelternteil ist eingewandert
- 4 Niemand aus meiner Familie ist eingewandert

Teil G: Fragen zum Haushaltseinkommen

1. Wie viel Geld steht Ihrem Haushalt pro Monat zur Verfügung?

(Bitte berücksichtigen Sie alle Nettoeinkommen – Lohn, Arbeitslosengeld I/ II, Kindergeld, etc. – von allen Haushaltsmitgliedern, ohne Abzug von Miete, Energiekosten, Raten-zahlungen etc.)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 unter 500 € | <input type="checkbox"/> 5 1.250 bis unter 1.500 € | <input type="checkbox"/> 9 2.500 bis unter 3.000 € |
| <input type="checkbox"/> 2 500 bis unter 750 € | <input type="checkbox"/> 6 1.500 bis unter 1.750 € | <input type="checkbox"/> 10 3.000 bis unter 3.500 € |
| <input type="checkbox"/> 3 750 bis unter 1.000 € | <input type="checkbox"/> 7 1.750 bis unter 2.000 € | <input type="checkbox"/> 11 4.000 bis unter 4.500 € |
| <input type="checkbox"/> 4 1.000 bis unter 1.250 € | <input type="checkbox"/> 8 2.000 bis unter 2.500 € | <input type="checkbox"/> 12 4.500 € und mehr |

2. Haben Sie oder andere Haushaltsmitglieder derzeit Schulden?

- 1 nein
- 2 ja, und zwar _____ € insgesamt

3. Über welche Einkommensarten verfügt Ihr Haushalt? (Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> 1	Einkommen aus Selbständigkeit	<input type="checkbox"/> 9	Kindergeld
<input type="checkbox"/> 2	Erwerbseinkommen (Lohn/Gehalt)	<input type="checkbox"/> 10	Kinderzuschlag
<input type="checkbox"/> 3	Krankengeld	<input type="checkbox"/> 11	Betreuungsgeld
<input type="checkbox"/> 4	Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> 12	Unterhalt vom Ehegatten, von den Eltern, vom Jugendamt
<input type="checkbox"/> 5	Arbeitslosengeld II/Sozialgeld (Hartz IV)	<input type="checkbox"/> 13	Wohngeld
<input type="checkbox"/> 6	Sozialhilfe/SGB XII	<input type="checkbox"/> 14	Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Erziehungsgeld
<input type="checkbox"/> 7	Altersrente	<input type="checkbox"/> 15	Bafög, Berufsausbildungsbeihilfe
<input type="checkbox"/> 8	Erwerbsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> 16	Schwarzarbeit
<input type="checkbox"/> 17	Sonstiges: _____		

4. Wo und wie haben Sie sich in den letzten 12 Monaten in Bezug auf Ihren Bedarf (Bedarf der Erwachsenen) eingeschränkt, wenn das Geld mal nicht ausreichte (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)

Ihr Bedarf (Bedarf der Erwachsenen): Einschränkungen im Bereich ...	ganz	teilweise	gar nicht	trifft nicht zu
Ernährung	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	
Körperpflege	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	
Kleidung	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	
Urlaub	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Sport/Hobbies	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Fortbewegung (z.B. Autonutzung, Benzin)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Telefon, Handy, Internet	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ausgehen /Ausflüge (z.B. Kino, Theater, Konzerte, Wochenendausflug)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Geschenke	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Medikamente	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Alkohol, Zigaretten	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Wir mussten uns bisher nicht einschränken, weil das Geld immer ausreichte			<input type="checkbox"/> 4	

5. Gibt es noch weitere Bereiche, in denen Sie sich in Bezug auf Ihren Bedarf (Bedarf der Erwachsenen) einschränken, wenn das Geld nicht ausreicht?

6. Wo und wie haben Sie sich in den letzten 12 Monaten in Bezug auf den Bedarf der Kinder eingeschränkt, wenn das Geld mal nicht ausreichte? (Bitte machen Sie in jeder Zeile Angaben)

Bedarf der Kinder: Einschränkungen im Bereich....	ganz	teilweise	gar nicht
Ernährung	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Körperpflege	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Kleidung	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Bedarf der Kinder: Einschränkungen im Bereich....	ganz	teilweise	gar nicht
Urlaub	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Spielzeug	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Spielkonsolen (Playstation, Wii o. ä.)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Sport/Hobbies	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Telefon, Handy, Internet	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Ausgehen / Ausflüge (z.B. Kino, Theater, Konzerte, Wochenendausflug)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Geschenke	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Medikamente	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Schulbedarf	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Nachhilfe	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Wir mussten uns bisher nicht einschränken, weil das Geld immer ausreichte 4

7. Gibt es noch weitere Bereiche, in denen Sie sich in Bezug auf den Bedarf des Kindes/der Kinder einschränken, wenn das Geld nicht ausreicht?

Teil H: Fragen zur Einschätzung der Situation

1. Ihr Lebensstandard hat sich in den letzten 5 Jahren...

- 5 stark verbessert
- 4 etwas verbessert
- 3 nicht verändert
- 2 etwas verschlechtert
- 1 stark verschlechtert

2. Ihr Lebensstandard wird sich in den nächsten 5 Jahren...

- 5 stark verbessern
- 4 etwas verbessern
- 3 gleich bleiben
- 2 etwas verschlechtern
- 1 stark verschlechtern

3. Glauben Sie, dass Ihr derzeitiger Lebensstandard einen Einfluss auf die Lebensfreude Ihres Kindes/Ihrer Kinder hat?

Die Lebensfreude meines Kindes/meiner Kinder ist im Vergleich zu anderen Kindern im Kreis Lüchow-Dannenberg

- 5 ...viel größer
- 4 ...etwas größer
- 3 ...genauso groß
- 2 ...etwas geringer
- 1 ...viel geringer

4. Glauben Sie, dass Ihr derzeitiger Lebensstandard einen Einfluss auf die Zukunftsperspektiven (z.B. bzgl. Ausbildung, späteres Einkommen) Ihres Kindes/Ihrer Kinder hat?

Die Zukunftsperspektive meines Kindes/meiner Kinder ist im Vergleich zu anderen Kindern im Kreis Lüchow-Dannenberg

- 5 ...viel besser
- 4 ...etwas besser
- 3 ...genauso gut
- 2 ...etwas schlechter
- 1 ...viel schlechter

5. Welche Vor- und Nachteile hat das Leben als Familie mit minderjährigen Kindern in der Stadt/ der Gemeinde, in der Sie wohnen?

<i>Vorteile</i>	<i>Nachteile</i>

6. Was Sie der Gemeinde-/Kreisverwaltung, der Schule, dem Kindergarten, dem Sportverein, der Kirche etc. schon immer mal sagen wollten (egal ob Lob, Tadel oder konkrete Verbesserungsvorschläge)

**Herzlichen Dank für die Teilnahme an der Befragung
und viel Glück bei der Verlosung**

