

Vielen Dank, dass Sie an der Altersbefragung 2023 der Stadt Zürich teilnehmen!

Zürich soll im Jahr 2035 eine noch altersfreundlichere Stadt sein – eine Stadt, in der ältere Menschen möglichst lange selbstbestimmt und in ihrem vertrauten Umfeld leben können. Im Rahmen der «Altersstrategie 2035» führt die Stadt Zürich eine repräsentative Befragung der älteren Bevölkerung der Stadt durch. Die Befragung soll zeigen, wie es um die Lebensumstände, Bedürfnisse und Meinungen der älteren Einwohner*innen der Stadt Zürich steht.

Die Befragung wird vom unabhängigen Institut DemoSCOPE durchgeführt. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt, entsprechend anonymisiert und nur für statistische Auswertungen verwendet. Es werden keine Ergebnisse veröffentlicht, welche Rückschlüsse auf Sie zulassen würden.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und wahrheitsgemäss aus – es gibt keine richtigen oder falschen Antworten! Wir sind nur an Ihrer persönlichen Meinung interessiert.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an DemoSCOPE per E-Mail (zuerich@demoscope.swiss) oder Telefon (041 375 40 00).

Teilnahme in einer **anderen Sprache:**

Può anche ordinare un questionario in **italiano**. Per farlo, ci contatti presso:

También puede solicitar un cuestionario en **español**. Regístrese en:

Também pode solicitar o questionário em **português**. Entre em contacto connosco:

Ju mund të porosisni gjithashtu një pyetësor në **gjuhën shqipe**. Lajmërohuni tek:

Možete naručiti anketu i na **srpskom/ hrvatskom/ bosanskom jeziku**. Prijavite se pod:

You can also order a survey in **English**. Please request one from:

➔ E-Mail: zuerich@demoscope.swiss / Tel.: 041 375 40 00

Zunächst geht es um Ihre generelle Wohnsituation in Zürich.

F1 Wie gerne leben Sie insgesamt in der Stadt Zürich?

- Sehr ungern ☐ 1
- Eher ungern ☐ 2
- Eher gerne ☐ 3
- Sehr gerne ☐ 4
- Weiss nicht..... ☐ 98

F2 Wie lange wohnen Sie schon in der Stadt Zürich?

i Falls Sie erst weniger als 1 Jahr in Zürich wohnen, geben Sie bitte 1 (Jahr) an.

Jahr(e)

Weiss nicht..... ☐ 98

F3 Wohnen Sie in einer/einem...?

- Mietwohnung..... ☐ 1
- Genossenschaftswohnung ☐ 2
- Gemieteten Haus ☐ 3
- Eigenen Wohnung (Eigentum) ☐ 4
- Eigenen Haus (Eigentum) ☐ 5
- Wohnung in einer Alterssiedlung (Alterswohnung) ☐ 6
- Alterseinrichtung (Alterszentrum, Altersheim, Pflegeheim) ☐ 7

F4 Wie lange wohnen Sie schon in Ihrer jetzigen Wohnung / in Ihrem jetzigen Haus?

i Falls Sie erst weniger als 1 Jahr in Ihrer Wohnung/Ihrem Haus wohnen, geben Sie bitte 1 (Jahr) an.

Jahr(e)

Weiss nicht..... ☐ 98

F5 **Wie viele Personen, Sie eingeschlossen, leben in Ihrem Haushalt?**

		Personen
--	--	----------

Weiss nicht..... ☐₉₈

F6 **Was denken Sie, ist Ihre Wohnung / Ihr Haus geeignet, um hier auch noch mit einer (stärkeren) körperlichen Einschränkung wohnen bleiben zu können?**

(i) Wenn Sie z.B. auf einen Rollator oder Rollstuhl angewiesen wären.

Nein..... ☐₁

Ja, aber mit Einschränkungen..... ☐₂

Ja, gut geeignet..... ☐₃

Weiss nicht..... ☐₉₈

F7 **Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?**

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Weiss nicht
a Alles in allem mit Ihrer Wohnung/Ihrem Haus?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉₈
b Alles in allem mit Ihrer unmittelbaren Wohnumgebung (Quartier)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉₈
c Mit der Grösse der Wohnung/des Hauses?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉₈

Beantworten Sie die folgende Frage nur, wenn Sie in einer gemieteten Wohnung, bzw. einem gemieteten Haus leben:

d Wie zufrieden sind Sie mit dem Mietzins, den Sie zahlen?

Sehr unzufrieden..... ☐₁

Eher unzufrieden..... ☐₂

Eher zufrieden..... ☐₃

Sehr zufrieden..... ☐₄

Weiss nicht..... ☐₉₈

F8 Wenn Sie einmal umziehen würden / müssten, wo würden Sie am liebsten wohnen?

- Im selben Quartier ☐ 1
- Im selben Stadtkreis ☐ 2
- In einem anderen Stadtkreis der Stadt Zürich ☐ 3
- Im Kanton Zürich ☐ 4
- Ausserhalb des Kantons Zürich ☐ 5
- Ausserhalb der Schweiz ☐ 6
- Weiss nicht* ☐ 98

In den nächsten Fragen geht es um das Quartier, in dem Sie wohnen.

F9 Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Gegebenheiten in Ihrem Quartier?

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	<i>Weiss nicht</i>
a Nachbarschaftskontakte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
b Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
c Möglichkeiten der Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
d Angebote an Restaurants und Cafés	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
e Nähe zum öffentlichen Verkehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
f Erreichbarkeit von Arztpraxen und Apotheken im Quartier	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
g Öffentlicher Grünraum in Ihrem Quartier, z.B. Parks und Wiesen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Weiss nicht
h Sauberkeit in Ihrem Quartier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉₈
i Öffentliche Sicherheit in Ihrem Quartier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉₈
j Ruhe in Ihrem Quartier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉₈
k Sitzgelegenheiten für Pausen beim Spaziergehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉₈
l Möglichkeiten, Ihre Anliegen bzgl. des Quartiers einzubringen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉₈
m Angebote für ältere Menschen im Quartier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉₈

F10 **Gibt es in Ihrem Quartier alles, was Sie brauchen, um Ihren Alltag gut zu bewältigen?**

- Gar nichts vorhanden ☐₁
- Eher nein ☐₂
- Eher ja ☐₃ ⇒ weiter zu **Frage 12**
- Ja, alles vorhanden ☐₄ ⇒ weiter zu **Frage 12**
- Weiss nicht..... ☐₉₈

F11 **Was konkret fehlt in Ihrem Quartier?**

Weiss nicht..... ☐₉₈

Nun geht es um Ihr soziales Netzwerk.

F12 Wie häufig haben Sie mit folgenden Personen Kontakt?

 Unabhängig davon, ob dieser Kontakt persönlich, telefonisch oder schriftlich erfolgt

	Täglich oder fast täglich	Mind. einmal pro Woche	Mind. einmal pro Monat	Seltener	Nie	nicht vorhan- den / verstor- ben	Weiss nicht
a Eigene/s Kind(er)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
b Enkelkind(er)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
c Eltern/Elternteil	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
d Geschwister oder andere Familienangehörige	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
e Freunde und Bekannte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
f Nachbarn	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈

F13 Wie häufig erhalten Sie Hilfe und Unterstützungen von den nachfolgenden Personen?

	Täglich oder fast täglich	Mind. einmal pro Woche	Mind. einmal pro Monat	Seltener	Nie / aktuell kein Bedarf	Nicht vorhan- den / verstor- ben	Weiss nicht
a Eigene/s Kind(er)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
b Enkelkind(er)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
c Eltern/Elternteil	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
d Geschwister oder andere Familienangehörige	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
e Freunde und Bekannte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
f Nachbarn	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈

F14 **Wie häufig geben Sie Hilfe und Unterstützungen an die nachfolgenden Personen?**

	Täglich oder fast täglich	Mind. einmal pro Woche	Mind. einmal pro Monat	Seltener	Nie / aktuell kein Bedarf	Nicht vorhan- den / verstor- ben	Weiss nicht
a Eigene/s Kind(er)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
b Enkelkind(er)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
c Eltern/Elternteil	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
d Geschwister oder andere Familienangehörige	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
e Freunde und Bekannte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈
f Nachbarn	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈₈	<input type="checkbox"/> ₉₈

F15 **Wie häufig kommt es vor, dass Sie sich einsam fühlen? Kommt das ... vor?**

- Sehr häufig..... ☐₁
- Ziemlich häufig ☐₂
- Manchmal..... ☐₃
- Nie..... ☐₄
- Weiss nicht..... ☐₉₈

F16 **Haben Sie ein oder mehrere Haustiere?**

- Ja ☐₁
- Nein ☐₂
- Weiss nicht..... ☐₉₈

F17 Gibt es Massnahmen, durch die Ihre derzeitige Lebenssituation verbessert werden könnte?

 Sie können mehrere Antworten auswählen

- Vermehrte persönliche Kontakte/Besuche..... ☐ 1
 Vermehrte Handreichungen von Nachbarn..... ☐ 2
 Vermehrter Einsatz einer Haushaltshilfe ☐ 3
 Vermehrte Hilfeleistungen von Familienangehörigen ☐ 4
 Nichts von den oben genannten Punkten..... ☐ 5
 Weiss nicht..... ☐ 98

F18 Wie sehr stimmen Sie den nachfolgenden Aussagen zu?

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu	Weiss nicht
a Ich fühle mich im sozialen Umfeld ausserhalb meiner Familie gut eingebunden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
b Ich komme im Alter gut allein zurecht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
c Ich gestalte mein Leben nach meinen eigenen Vorstellungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98


In den folgenden zwei Fragen geht es um die Themen Hilfe und Betreuung.

F19 Sind Sie oder jemand in Ihrem Haushalt auf regelmässige Unterstützung und/oder Pflege angewiesen?

 Sie können mehrere Antworten auswählen

- Ich selbst ☐ 1
 Meine Partnerin / Mein Partner ☐ 2
 Jemand anderes im Haushalt..... ☐ 3
 Niemand ☐ 4 ⇒ weiter zu **Frage 21**
 Weiss nicht..... ☐ 98

F20 Nutzen Sie selbst eine oder mehrere der nachfolgenden Dienstleistungen?

 Sie können mehrere Antworten auswählen

- Pflegedienst (Spitex) ☐ 1
- Hauswirtschaftshilfe (Reinigung, Wäsche usw.) ☐ 2
- Mahlzeitendienst (Essen auf Rädern)..... ☐ 3
- Fahrdienste ☐ 4
- Tagesbetreuung (Tageszentrum) ☐ 5
- Ambulante Betreuung zuhause ☐ 6
- Nutze nichts davon ☐ 7
- Weiss nicht*..... ☐ 98

Es folgen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit.

F21 Wie fühlen Sie sich zurzeit gesundheitlich?

- Gar nicht gut ☐ 1
- Eher nicht gut..... ☐ 2
- Eher gut..... ☐ 3
- Sehr gut..... ☐ 4
- Weiss nicht*..... ☐ 98

F22 Bitte geben Sie an, wie Sie die folgenden Aspekte Ihres Lebens bewerten.

	Sehr schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Sehr gut	<i>Weiss nicht</i>
a Ihr aktuelles Leben, alles in allem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
b Ihre Alltagsmobilität	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
c Ihre sozialen Kontakte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
d Ihre finanzielle Situation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98


F23 **Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot an Spitälern, Hausärzten, Apotheken und Spitex-Organisationen in der Stadt Zürich?**

- Sehr unzufrieden ☐ 1
- Eher unzufrieden ☐ 2
- Eher zufrieden ☐ 3
- Sehr zufrieden ☐ 4
- Weiss nicht..... ☐ 98

F24 **Betreuen Sie regelmässig eine oder mehrere Ihnen nahestehende ältere Person/en mit einer Demenzerkrankung?**

- Ja ☐ 1
- Nein..... ☐ 2 ⇒ weiter zu **Frage 28**
- Weiss nicht..... ☐ 98

F25 **In welchem (verwandschaftlichen) Verhältnis steht diese Person / stehen diese Personen zu Ihnen?**

 Sie können mehrere Antworten auswählen.

- Eltern/Schwiegereltern ☐ 1
- Partner/in..... ☐ 2
- Geschwister..... ☐ 3
- Weitere Verwandte ☐ 4
- Freunde oder Bekannte ☐ 5
- Sonstige..... ☐ 6
- Weiss nicht..... ☐ 98

F26 **Wie kommen Sie mit dieser Betreuungstätigkeit zurecht?**

- Sehr schlecht..... ☐ 1
- Eher schlecht..... ☐ 2
- Eher gut..... ☐ 3
- Sehr gut..... ☐ 4
- Weiss nicht..... ☐ 98

F27 **Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Angebot in der Stadt Zürich zur Unterstützung von betreuenden Angehörigen?**

- Sehr unzufrieden ☐ 1
- Eher unzufrieden ☐ 2
- Eher zufrieden ☐ 3
- Sehr zufrieden ☐ 4
- Weiss nicht..... ☐ 98

Nun geht es um das Thema Engagement und Aktivitäten.

F28 **Leisten Sie Freiwilligenarbeit?**

 z.B. aktive Vereinstätigkeit, politisches Engagement, soziales Engagement, organisierte Nachbarschaftshilfe, Engagement im Quartiersverein etc.

- Ja ☐ 1 ⇒ weiter zu **Frage 30**
- Nein..... ☐ 2
- Weiss nicht..... ☐ 98

F29 Können Sie sich vorstellen, in Zukunft Freiwilligenarbeit zu leisten?

- Nein, keinesfalls..... ☐ 1
- Eher nicht..... ☐ 2
- Ja, möglicherweise..... ☐ 3
- Ja, sicher..... ☐ 4
- Weiss nicht*..... ☐ 98

F30 Wie häufig gehen Sie folgenden Aktivitäten nach?

	Täglich oder fast täglich	Mind. einmal pro Woche	Mind. einmal pro Monat	Seltener	Nie	<i>Weiss nicht</i>
a Sich bewegen / Sport treiben (mehr als 15 Minuten)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98
b Kulturelle Veranstaltungen (z.B. Theater, Kino, Konzerte) besuchen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98
c Bildungs- oder Weiterbildungsangebote nutzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98
d Treffen mit engen Freunden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98
e Kurzausflüge	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98
f Handwerken, Gestalten oder Gartenarbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98
g Nutzen von Angeboten der Kirche oder anderen Religionsgemeinschaften	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98

Gerne möchten wir wissen, ob Sie die folgenden Angebote der Stadt Zürich kennen und allenfalls auch nutzen.

F31 Kennen Sie die folgenden Angebote für Information und Beratung zu Altersfragen in der Stadt Zürich?

	Ja und bereits ein- oder mehrmals genutzt	Noch nie genutzt, aber schon einmal davon gehört	Nicht bekannt	Weiss nicht
a Fachstelle Zürich im Alter (früher: Beratungsstelle Wohnen im Alter und Präventive Beratung im Alter)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈
b Webseite «Zürich im Alter» (früher: «Zueri60plus»)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈
c Pro Senectute (Stadt Zürich)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈
d Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter (UBA)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈
e Alzheimer Zürich oder Schweiz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈
f Pro Infirmis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈
g Rheumaliga	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈
h Krebsliga	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈
i Parkinsonvereinigung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈
j Zürcher Sehhilfe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈
k Pro Audito	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈
l Gerontologische Beratungsstelle SiL	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈
m HEKS Alter und Migration (AltuM)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈
n Rotes Kreuz (SRK) Kanton Zürich	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈
o Beratungsstelle Leben im Alter (LiA)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉₈

F32 Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den Angeboten für ältere Menschen in der Stadt Zürich?

- Sehr unzufrieden ☐ 1
- Eher unzufrieden ☐ 2
- Eher zufrieden ☐ 3
- Sehr zufrieden ☐ 4
- Weiss nicht*..... ☐ 98

Wir möchten nun generell wissen, wie Sie die Situation für ältere Menschen in der Stadt Zürich einschätzen.

F33 Welches ist aus Ihrer Sicht zurzeit das grösste Problem in der Stadt Zürich für ältere Menschen?

- Keine Probleme..... ☐ 97
- Weiss nicht*..... ☐ 98

F34 Was ist aus Ihrer Sicht gut für ältere Menschen in Zürich?

- Nichts ☐ 97
- Weiss nicht*..... ☐ 98

F35 Als wie altersfreundlich empfinden Sie die Stadt Zürich?

Gar nicht altersfreundlich ☐ 1

Eher nicht altersfreundlich ☐ 2

Eher altersfreundlich ☐ 3

Sehr altersfreundlich ☐ 4

Weiss nicht..... ☐ 98

F36 Als wie altersfreundlich empfinden Sie die Stadt Zürich hinsichtlich...

	Gar nicht alters- freundlich	Eher nicht alters- freundlich	Eher alters- freundlich	Sehr alters- freundlich	<i>Weiss nicht</i>
a Der Gestaltung des öffentlichen Raums und der öffentlichen Gebäude?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
b Der Mobilität und des Verkehrs in der Stadt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
c Des Wohnraums für ältere Menschen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
d Der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
e Des Respekts gegenüber älteren Menschen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
f Der Freiwilligenarbeit für ältere Menschen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
g Des Zugangs zu Informationen für ältere Menschen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
h Der Gesundheitsversorgung für ältere Menschen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98

Jetzt geht es um die Themen Kommunikation und Digitalisierung.

F37 Wie häufig nutzen Sie selbst die folgenden technischen Geräte oder Medien?

	Täglich oder fast täglich	Mind. einmal pro Woche	Mind. einmal pro Monat	Seltener	Nie, oder besitze ich nicht	Weiss nicht
a Festnetztelefon	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98
b Fernseher	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98
c Radio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98
d Internet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98
e Smartphone (Mobiltelefon)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98
f Tablet (z.B. iPad, Galaxy Tab)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98
g Tageszeitungen und Magazine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98
h Bücher	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98
i Hörbücher oder Podcasts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98

F38 Wie möchten Sie am liebsten von der Stadt Zürich über Angebote für ältere Menschen informiert werden?

 Sie können mehrere Antworten auswählen

- Brief per Post..... ☐ 1
- Digitaler Newsletter (via E-Mail)..... ☐ 2
- Inserat in Quartierzeitung..... ☐ 3
- Aushänge an städtischen Einrichtungen..... ☐ 4
- Anderes, und zwar:
- ☐ 5
- Ich möchte gar nicht informiert werden..... ☐ 6
- Weiss nicht..... ☐ 98

F39 Wie gut informiert fühlen Sie sich aktuell über die Angebote für ältere Menschen in der Stadt Zürich?

Sehr schlecht..... ☐ 1

Eher schlecht..... ☐ 2

Eher gut..... ☐ 3

Sehr gut..... ☐ 4

Weiss nicht..... ☐ 98

F40 Nutzen Sie im Alltag folgende Technologien?

	Nutze ich	Nutze ich nicht, wäre aber interessant	Nutze ich nicht und interessiert mich auch nicht	Kenne ich nicht	Weiss nicht
a Fitnessarmband	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
b Smartwatch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
c Sprachgesteuerte persönliche Assistenz (z.B. Amazon «Alexa», Apple «Siri», Google «Ok, Google»)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
d Smarte Haustechnik (z.B. WLAN gesteuerte Lampen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98
e Notrufsystem (z.B. Notrufknopf)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 98

F41 Bitte geben Sie für die folgenden Aussagen zu neuen technischen Dingen (z.B. Internet, Smartphone, Fitnessarmband) an, wie sehr diese für Sie zutreffen.

a «Ich wünsche mir mehr Unterstützung bei der Nutzung von neuen technischen Dingen.»

Trifft gar nicht zu ☐ 1

Trifft eher nicht zu ☐ 2

Trifft eher zu ☐ 3

Trifft voll und ganz zu ☐ 4

Weiss nicht..... ☐ 98

b «Ich finde, es hat genug Angebote in der Stadt Zürich, um den Umgang mit neuen technischen Geräten zu erlernen.»

- Trifft gar nicht zu ☐ 1
- Trifft eher nicht zu ☐ 2
- Trifft eher zu ☐ 3
- Trifft voll und ganz zu ☐ 4
- Weiss nicht..... ☐ 98

Zum Schluss noch einige Fragen zu Ihrer Person.

S1 **Wann sind Sie geboren?**

Geburtsjahr:

S2 **Was ist Ihr Geschlecht?**

- Männlich ☐ 1
- Weiblich ☐ 2
- Divers / Anders..... ☐ 3

S3 **Welchen Zivilstand haben Sie?**

- Ledig..... ☐ 1
- Verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft..... ☐ 2
- Geschieden oder in aufgelöster Partnerschaft ☐ 3
- Verwitwet..... ☐ 4

S4 **Welche Nationalität haben Sie?**

- Schweiz..... ☐ 1
- Doppelbürgerschaft (Schweiz und andere Nationalität). ☐ 2
- Andere Nationalität(en) ☐ 3 ⇒ weiter zu **Frage S6**
- Staatenlos ☐ 4 ⇒ weiter zu **Frage S6**

S5 **Sind Sie Schweizer*in seit Ihrer Geburt oder durch Einbürgerung?**

- Seit der Geburt ☐ 1
- Durch Einbürgerung ☐ 2

S6 **Welches ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?**

- Obligatorische Schule, 10. Schuljahr, einjährige Handelsschule,
Haushaltslehrjahr ☐ 1
- Anlehre, Berufslehre oder Vollzeit-Berufsschule..... ☐ 2
- Fachmittelschule, Maturitätsschule, Berufsmaturität ☐ 3
- Lehrerseminar ☐ 4
- Höhere Fach- und Berufsausbildung (Meisterdiplom, Techniker- oder
Fachschule, höhere Fachprüfung, eidgenössischer Fachausweis..... ☐ 5
- Höhere Fachschule (ohne HTL oder HWV) ☐ 6
- Fachhochschule (ehemals HTL oder HWV)..... ☐ 7
- Pädagogische Hochschule..... ☐ 8
- Universität, ETH, Hochschule ☐ 9
- Kein Abschluss..... ☐ 10
- Weiss nicht..... ☐ 98

S7 **Wie hoch ist das jährliche Bruttoeinkommen Ihres ganzen Haushalts ungefähr?**

i Das Bruttoeinkommen ist das Einkommen bzw. alle Rentenleistungen vor Abzug von Steuern und Sozialabgaben.

- Unter Fr. 30'000.– (Weniger als Fr. 2300.– pro Monat)..... ☐ 1
- Fr. 30'000.– bis 59'900.– (Fr. 2300.– bis 4599.– pro Monat)..... ☐ 2
- Fr. 60'000.– bis 89'000.– (Fr. 4600.– bis 6899.– pro Monat)..... ☐ 3
- Fr. 90'000.– bis 119'000.– (Fr. 6900.– bis 9199.– pro Monat)..... ☐ 4
- Fr. 120'000.– bis 149'000.– (Fr. 9200.– bis 11'499.– pro Monat) ☐ 5
- Fr. 150'000.– bis 200'000.– (Fr. 11'500.– bis 15'400.– pro Monat) ☐ 6
- Über Fr. 200'000.– (Über Fr. 15'400.– pro Monat) ☐ 7
- Weiss nicht..... ☐ 98

S8 Sie sind nun am Ende des Fragebogens angelangt!

Falls Sie uns etwas mitteilen möchten, können Sie dies in diesem Feld tun.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung! Sie leisten hiermit einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung der Altersstrategie der Stadt Zürich.

Bitte schicken Sie den voll ausgefüllten Fragebogen mit dem beigelegten, vorfrankierten Rückantwortcouvert an DemoSCOPE:

Demo SCOPE AG

Klusenstrasse 17
6043 Adligenswil