



Landeshauptstadt  
München

**Sozialreferat**

**Referat für Gesundheit  
und Umwelt**

# Schwerpunkt-Befragung der Münchner Bürgerinnen und Bürger zur sozialen und gesundheitlichen Lage 2016





1 **Wie wohl fühlen Sie sich alles in allem in München?**

- sehr wohl                       eher wohl                       eher nicht wohl                       gar nicht wohl

2 **Wie zufrieden sind Sie zur Zeit mit folgenden Bereichen Ihres Lebens?**

	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	trifft nicht zu
Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundes-/ Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alles in allem mit Ihrem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 **Wie lange brauchen Sie in der Regel, um Ihren Hausarzt/ Allgemeinarzt zu erreichen?**

etwa    Minuten                       habe z.Z. keinen Haus-/ Allgemeinarzt (▶ bitte weiter mit Frage 7)

4 **Die Zeit, die ich derzeit zum Hausarzt/ Allgemeinarzt benötige, ist für mich...**

- viel zu lang                       eher zu lang                       in Ordnung                       trifft nicht zu

5 **Welches Verkehrsmittel nutzen Sie in der Regel, um zum Hausarzt/ Allgemeinarzt zu kommen?**

*(mehrfache Antworten möglich)*

- öffentliche Verkehrsmittel                       Taxi  
 Fahrrad                       zu Fuß  
 Auto/ Motorrad                       sonstige

6 **Welche Gründe sind für Sie persönlich bei der Auswahl eines Hausarztes/ Allgemeinarztes wichtig?**

*(mehrfache Antworten möglich)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nähe zur Wohnung   | <input type="checkbox"/> Öffnungszeiten                                   |
| <input type="checkbox"/> Nähe zu meiner Arbeitsstätte   | <input type="checkbox"/> Parkplätze in der Nähe/ vor der Praxis           |
| <input type="checkbox"/> zentrale Lage  | <input type="checkbox"/> gute Erreichbarkeit mit öffentl. Verkehrsmitteln |
| <input type="checkbox"/> fußläufige Erreichbarkeit  | <input type="checkbox"/> Geschlecht des Arztes/ der Ärztin                |
| <input type="checkbox"/> fachliche Kompetenz des Arztes/der Ärztin  | <input type="checkbox"/> ganzheitliches Gesundheitsverständnis            |
| <input type="checkbox"/> kurze Wartezeiten  | <input type="checkbox"/> Bewertung im Internet                            |
| <input type="checkbox"/> persönliche Sympathie  | <input type="checkbox"/> Angebot an Homöopathie/ Naturheilkunde           |
| <input type="checkbox"/> moderne Praxisausstattung  | <input type="checkbox"/> Arzt/ Ärztin nimmt sich Zeit                     |
| <input type="checkbox"/> Arzt/ Ärztin macht Hausbesuche   | <input type="checkbox"/> barrierefreie Praxis                             |
| <input type="checkbox"/> ist eine Gemeinschaftspraxis   | <input type="checkbox"/> ich war schon immer dort                         |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Freunde/ Bekannte   | <input type="checkbox"/> sonstiges  |
| <input type="checkbox"/> Arzt verfügt über Fremdsprachenkenntnisse (d.h. spricht eine nicht-deutsche Sprache) |   |

7 **Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem der folgenden Ärzte?**  
*(das Abholen eines Rezeptes gilt als Arztbesuch)*

	gar nicht	1-2 mal	3-4 mal	5 mal oder mehr
Hausarzt/ Allgemeinarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 **Wurden Sie in den letzten 10 Jahren von Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin über vorhandene und für Sie empfohlene/ sinnvolle Impfungen beraten?**

ja                       nein                       weiß nicht

9 **Sind Sie gegen Masern geimpft worden?**

ja, einmal                       ja, zweimal                       nein                       weiß nicht

10 **Wenn nein, warum sind Sie nicht gegen Masern geimpft?** *(mehrfache Antworten möglich)*

<input type="checkbox"/> für mich wird die Impfung offiziell nicht empfohlen	<input type="checkbox"/> Masern sind eine Kinderkrankheit, betrifft mich also nicht
<input type="checkbox"/> nicht notwendig, da es eine harmlose Erkrankung ist	<input type="checkbox"/> ich lehne Impfungen generell ab
<input type="checkbox"/> habe Angst vor Nebenwirkung der Impfung	<input type="checkbox"/> sonstige Gründe
<input type="checkbox"/> hatte Masern in meiner Kindheit	<input type="checkbox"/> weiß nicht

11 **Wie sind Sie krankenversichert?**

gesetzlich versichert ohne private Zusatzversicherung  
 gesetzlich versichert mit privater Zusatzversicherung  
 privat versichert  
 nicht krankenversichert

12 **Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?**

sehr gut                       gut                       mittelmäßig                       schlecht                       sehr schlecht

13 **Haben Sie eine oder mehrere lang andauernde (chronische) Krankheiten, die ständiger Behandlung oder Kontrolle bedürfen (z.B. Diabetes, Arthrose)?**

ja                       nein

14 **Welche der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden haben Sie?** *(mehrfache Antworten möglich)*

<input type="checkbox"/> Diabetes/ Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> erhöhtes Cholesterin
<input type="checkbox"/> Asthma/ chronische Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Allergie
<input type="checkbox"/> Arthrose/ degenerative Gelenkerkrankung	<input type="checkbox"/> chronische Magen-/ Darmbeschwerden
<input type="checkbox"/> chronische Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Migräne/ Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Stoffwechselstörungen
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> HIV/ AIDS
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> eine sexuell übertragbare Krankheit
<input type="checkbox"/> koronare Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> keine davon
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

15 **An wie vielen Tagen im letzten Monat hatten Sie Probleme mit Ihrer körperlichen Gesundheit (z.B. aufgrund von Krankheiten oder Unfällen)?**

an keinem Tag                      an   Tagen im letzten Monat                      ||                       weiß nicht

16 **An wie vielen Tagen im letzten Monat hatten Sie Probleme mit Ihrer seelischen Gesundheit (z.B. Stress, Depression, Stimmung)?**

an keinem Tag                      an   Tagen im letzten Monat                      ||                       weiß nicht

17 **Wie stark geraten Sie normalerweise außer Atem bzw. ins Schwitzen, wenn Sie drei Stockwerke Treppen steigen?**

sehr stark                       stark                       etwas                       gar nicht

18 **Wie oft treiben Sie in der Regel Sport?**

täglich     einmal in der Woche  
 4-6 mal in der Woche                       weniger als einmal in der Woche  
 2-3 mal in der Woche                       gar nicht

19 **Wie oft üben Sie körperlich etwas anstrengendere Alltagsaktivitäten aus? (z.B. Spazierengehen, mit dem Fahrrad zum Einkaufen fahren, Treppensteigen)**

täglich     einmal in der Woche  
 4-6 mal in der Woche                       weniger als einmal in der Woche  
 2-3 mal in der Woche                       gar nicht

20 **Schlafverhalten: Wie oft litten Sie in den letzten 4 Wochen an....?**

	gar nicht	weniger als 1 mal pro Woche	1-2 mal pro Woche	3 mal oder häufiger pro Woche
Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 **Hat ein Arzt oder Psychotherapeut bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Depression oder eine depressive Verstimmung festgestellt oder bestätigt?**

ja                       nein                      ||                       weiß nicht

22 **Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?** *(mehrfache Antworten möglich)*

keine     leistungssteigernde Mittel/ Stimulanzen  
 Schmerzmittel                               Antihistaminika/ Medikamente bei Allergien  
 Entzündungshemmer                       Blutdrucksenker  
 Schlaf- und Beruhigungsmittel               Herz-Kreislauf-Medikamente  
 Antidepressiva/ Stimmungsaufheller       Blutverdünner  
 Abführmittel                                       sonstige

23 **Wie oft nehmen Sie Folgendes in der Regel zu sich?**

	mehrmals am Tag	einmal pro Tag	mehrmals pro Woche	einmal pro Woche	seltener	nie
Obst/ Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch oder Wurstwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertigprodukte/ Fastfood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten (z.B. Schokolade, Kuchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollkornprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte (z.B. Joghurt, Käse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsergänzungsmittel (z.B. Vitaminpräparate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
süße Getränke (z.B. Limonade, Softgetränke, Fruchtsaftgetränke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholische Getränke (z.B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 **Rauchen Sie zur Zeit?**

ja, täglich       ja, gelegentlich       nein, nicht mehr       habe noch nie geraucht

25 **Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie zur Zeit durchschnittlich am Tag?**

1-5 Zigaretten       6-10 Zigaretten       11-20 Zigaretten       mehr als 20 Zigaretten

26 **Wie groß sind Sie?**

				cm
--	--	--	--	----

27 **Wie viel wiegen Sie gegenwärtig?**

				kg
--	--	--	--	----

28 **Sind Sie schwerbehindert? Wenn ja, mit welchem Grad der Behinderung (GdB)?**

nein       ja, GdB 100       ja, GdB mindestens 50       ja, GdB mindestens 30

29 **Wie stark fühlen Sie sich innerhalb Ihrer jetzigen Wohnung durch die unten angegebenen Lärmquellen/ Störungen belästigt?**

	sehr stark	stark	etwas	gar nicht
Straßenverkehr (Auto, Bus, LKW)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flugverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trambahn/ U-Bahn/ Zugverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Industrie/ Gewerbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaststätten, Diskotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderlärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
störende Lichtquellen nachts (z.B. Leuchtreklame, die ins Schlafzimmer scheint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30

**Im Sommer 2015 traten gehäuft heiße Tage auf (Lufttemperatur über 30 Grad). Geben Sie bitte an, inwiefern Sie folgenden Aussagen zustimmen.**

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
Ich leide stark unter den heißen Tagen im Sommer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich musste in diesem Sommer aufgrund von körperlichen Problemen an den heißen Tagen einen Arzt aufsuchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den öffentlichen Parks und Plätzen finde ich häufig keine Sitzmöglichkeiten im Schatten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein besseres Angebot von Trinkwasserbrunnen an öffentlichen Plätzen in München wäre sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch an heißen Tagen im Sommer gelingt es mir, in meinem Schlafzimmer durch geeignete Maßnahmen eine angenehme Schlaftemperatur herzustellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich genieße heiße Sommer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31

**Welche Aussagen treffen Ihrer Einschätzung nach auf Ihre Wohnung/ Ihr Haus zu?**

	ja	nein
Die Wände, Fußböden oder das Fundament sind feucht bzw. es bildet sich Schimmel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wohnräume haben zu wenig Tageslicht oder sind dunkel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wohnung ist schwierig zu beheizen (z.B. Fenster sind undicht).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32

**Wie lange brauchen Sie zu Fuß, um folgende Einrichtungen zu erreichen?**

	unter 10 Minuten	10-20 Minuten	mehr als 20 Minuten	nicht zu Fuß erreichbar	weiß nicht
Geschäfte für den alltäglichen Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaststätte/ Kneipe/ Restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bankautomat oder vergleichbarer Zugang zu Bargeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
öffentliche Grünanlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
öffentliche Sport- oder Freizeitanlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grünfläche mit bereit gestellten Bewegungsmöglichkeiten (z.B. Bocciaflächen, Fitnessparcours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltestelle für öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33

**Wie viele Menschen gibt es, auf die Sie sich verlassen können, wenn Sie persönliche Probleme haben?**

keine       1 bis 2       3 bis 5       mehr als 5      ||       weiß nicht

34

**Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von anderen Personen zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?**

sehr einfach       einfach       schwierig       sehr schwierig      ||       weiß nicht

35 <b>Gesundheit und Umwelt: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?</b>	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
Meine Gesundheit kann ich durch eine gesunde Lebensweise beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte sehr auf meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte darauf, dass meine Lebensmittel aus ökologischem Anbau sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin bereit, für umweltfreundliche Produkte mehr Geld auszugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es macht mir Sorgen, welche Umweltprobleme auf zukünftige Generationen zukommen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Umwelt kann nur gerettet werden, wenn wir weniger konsumieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wissenschaft und Technik werden viele Umweltprobleme lösen, ohne dass wir unsere Lebensweise ändern müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
München sollte so umgestaltet werden, dass der Einzelne kaum noch auf ein Auto angewiesen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst, sozial abzurutschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine persönliche Zukunft sehe ich optimistisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36 <b>Haben Sie persönlichen Kontakt zu... ?</b>	ja	nein	weiß nicht
.... Migrantinnen und Migranten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... Lesben, Schwulen und Transgendern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... Menschen mit Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... Menschen muslimischen Glaubens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... Menschen jüdischen Glaubens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... Menschen, die seit mehr als einem Jahr arbeitslos sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... Flüchtlingen/ Asylbewerbern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... von Armut betroffenen Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



37	Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
	Wer in München keine Arbeit findet ist selbst daran Schuld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Langzeitarbeitslose sollten mehr Unterstützung erhalten, damit sie ins Arbeitsleben zurückfinden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wer in seinem bisherigen Beruf keine Arbeit mehr findet sollte eine Umschulung machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wer auch nach fünf Jahren keine Arbeit gefunden hat soll die Leistungen gekürzt bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lesbische und schwule Paare in eingetragener Lebenspartnerschaft sollten rechtlich in jeder Hinsicht Ehepartnern gleichgestellt sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich fände es unangenehm, Lesben oder Schwule als Nachbarn zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es ist gut für München, wenn es eine Vielfalt unterschiedlicher Religionen gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Migrantinnen und Migranten bereichern das Leben in der Stadt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die starke Zuwanderung stellt eine Gefahr für die hier geltenden Werte dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Flüchtlinge sollten schnell eine Arbeitserlaubnis erhalten, damit sie ihren Lebensunterhalt selbst bestreiten können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Flüchtlinge bringen gefährliche Krankheiten mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich bin stolz darauf, wie menschlich die Münchnerinnen und Münchner die Flüchtlinge aufgenommen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich möchte nicht, dass in meinem Viertel eine Wohnunterkunft für Flüchtlinge eingerichtet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	München kann die Aufnahme von weiteren Flüchtlingen verkraften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Flüchtlinge erhöhen die Kriminalität nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In ihrer Heimat verfolgte Flüchtlinge sollen bald ein dauerhaftes Bleiberecht erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Für eine erfolgreiche Integration sind vor allem die Zuwandernden selbst verantwortlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38 **Welche Nationalität haben Sie?** *(mehrfache Antworten möglich)*

<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Österreichisch
<input type="checkbox"/> Türkisch	<input type="checkbox"/> Polnisch
<input type="checkbox"/> Griechisch	<input type="checkbox"/> Kroatisch
<input type="checkbox"/> Italienisch	<input type="checkbox"/> Andere, und zwar: _____

<b>Zuwanderung</b>		ja	nein
39	Sind Sie nach 1955 in das Gebiet der heutigen Bundesrepublik aus dem Ausland zugewandert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Ist mindestens ein Elternteil nach 1955 in das Gebiet der heutigen Bundesrepublik aus dem Ausland zugewandert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41 **Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?**

- Volks-/ Hauptschulabschluss
- Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife, Polytechnische Oberschule
- Abitur, Hochschulreife, Fachhochschulreife, Fachabitur, Erweiterte Oberschule
- Sonstiger Abschluss
- Kein Abschluss
- Gegenwärtig noch in schulischer Ausbildung (▶ *bitte weiter mit Frage 45*)

42 **Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?**

(mehrfache Antworten möglich)

- Abschluss einer beruflich-betrieblichen Berufsausbildung (Lehre)
- Abschluss einer beruflich-schulischen Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)
- Abschluss einer Fachschule, Meister- oder Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie
- Abschluss einer Fachhochschule/ Hochschule für angewandte Wissenschaft
- Abschluss einer Hochschule
- anderer Abschluss, nämlich: \_\_\_\_\_
- kein Abschluss (▶ *bitte weiter mit Frage 45*)

43 **Haben Sie diesen Berufsabschluss im Ausland erworben?**

- ja                       nein

44 **Wenn ja: Ist Ihr Abschluss hier anerkannt worden?**

- ja                       nein

45 **Welche Tätigkeit üben Sie momentan überwiegend aus?** (bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- Angestellte/-r mit einfacher Tätigkeit
- Angestellte/-r, der/ die schwierige Aufgaben selbständig erledigt
- Angestellte/-r mit umfassenden Führungsaufgaben
- Beamte/-r im einfachen Dienst/ 1. Qualifikationsebene
- Beamte/-r im mittleren Dienst/ 2. Qualifikationsebene
- Beamte/-r im gehobenen oder höheren Dienst/ 3. oder 4. Qualifikationsebene
- Meister/-in, Polier/-in
- Angelernte/-r, Arbeiter/-in, ungelernter Arbeiter/-in
- Vorarbeiter, Facharbeiter/-in, gelernte/-r Arbeiter/-in
- Selbstständige/-r (▶ *bitte weiter mit Frage 48*)
- Mithelfende/-r Familienangehörige/-r
- Auszubildende/-r
- Soldat/-in
- in Umschulung
- „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld II)
- Geringfügig Erwerbstätig, Mini Job (450 Euro-Job)

(Fortsetzung auf nächster Seite)

**(Forts.) Welche Tätigkeit üben Sie momentan überwiegend aus?**

- Rentner/-in
- Pensionär/-in
- Schüler/-in, Student/-in
- Wehr-/Zivildienstleistende/-r
- Arbeitslos
- Hausfrau, Hausmann
- Elternzeit
- Sonstiges

► bitte weiter mit Frage 54

46 **Sind Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit befristet beschäftigt?**

- ja                       nein

47 **Sind Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit bei einer Zeitarbeitsfirma beschäftigt, die Sie an andere Unternehmen verleiht?**

- ja                       nein

48 **Wie würden Sie selbst Ihre Haupterwerbstätigkeit einschätzen? Handelt es sich um...?**

- eine Hilfs- oder angelernte Tätigkeit, für die man üblicherweise keine oder eine maximal einjährige Berufsausbildung benötigt
- eine fachlich ausgerichtete Tätigkeit, für die man üblicherweise eine zwei- bis dreijährige Berufsausbildung oder einen Abschluss an einer Berufsfach- bzw. Kollegschule braucht
- eine komplexe Spezialistentätigkeit, für die man üblicherweise eine Meister- oder Techniker Ausbildung oder den Abschluss einer Fachakademie, Berufsakademie oder einen Bachelorabschluss braucht
- eine hochkomplexe Tätigkeit, für die man üblicherweise eine Hochschulausbildung mit Master, Diplom, Magister, Staatsexamen oder Promotion braucht

49 **Bedingungen am Arbeitsplatz:  
Wie oft kommt Folgendes bei Ihrer Tätigkeit vor?**

	sehr oft	oft	selten	nie
Wochenendarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schicht- oder Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben oder Tragen schwerer Lasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwartung, dass Isie außerhalb Ihrer normalen Arbeitszeit für Ihre Arbeit erreichbar sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgebungsbelastungen wie Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit oder Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten unter starkem Termin- oder Leistungsdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konflikte mit Arbeitskollegen oder Vorgesetzten, Mobbing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50

Wie viele Wochenstunden beträgt Ihre vereinbarte Arbeitszeit pro Woche ohne Überstunden?

,  Stunden

keine festgelegte Arbeitszeit / trifft nicht zu

51

Wie viel beträgt im Durchschnitt Ihre tatsächliche Arbeitszeit pro Woche einschließlich eventueller Überstunden?

,  Stunden

52

Wenn Sie den Umfang Ihrer Arbeitszeit selbst wählen könnten und dabei berücksichtigen, dass sich Ihr Verdienst entsprechend der Arbeitszeit ändern würde:

Wie viele Stunden würden Sie dann am liebsten arbeiten?

,  Stunden

53

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, innerhalb der kommenden 12 Monate arbeitslos zu werden?

sehr wahrscheinlich

eher wahrscheinlich

eher unwahrscheinlich

sehr unwahrscheinlich

54

Wie lange waren Sie insgesamt in den vergangenen fünf Jahren arbeitslos bzw. arbeitssuchend gemeldet?

nie

7 bis 12 Monate

weniger als einen Monat

1 bis 2 Jahre

1 bis 6 Monate

mehr als 2 Jahre

55

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?

*Bitte zählen Sie sich selbst mit!*

Personen

56

Wie viele davon sind in der jeweiligen Alterskategorie?

*Bitte zählen Sie sich selbst mit!*

Personen in der Alterskategorie 0-13 Jahre

Personen in der Alterskategorie 14-17 Jahre

Personen in der Alterskategorie 18 Jahre und älter

57 **Welche der folgenden Einkommensarten bezieht Ihr Haushalt?** (mehrfache Antworten möglich)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lohn/ Gehalt   | <input type="checkbox"/> Kindergeld   |
| <input type="checkbox"/> Einkommen aus selbständiger Tätigkeit                        | <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag   |
| <input type="checkbox"/> Rente/ Pension   | <input type="checkbox"/> Wohngeld oder Lastenzuschuss   |
| <input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeitssuchende (ALGII, Hartz VII, SGBII) | <input type="checkbox"/> Elterngeld   |
| <input type="checkbox"/> Einkommen aus Vermögen                                       | <input type="checkbox"/> BaföG  |
| <input type="checkbox"/> Einkommen aus Verpachtung                                    | <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Sozialhilfe (SGBXII) |
| <input type="checkbox"/> Einkommen aus Vermietung                                     | <input type="checkbox"/> Pflegegeld (für Pflegekinder)  |
| <input type="checkbox"/> Unterhalt durch Personen, die nicht im Haushalt leben        | <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschussgeld  |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld (ALGI, SGB III)                             | <input type="checkbox"/> Betreuungsgeld   |
| <input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegeversicherung                            | <input type="checkbox"/> sonstige   |
|   | <input type="checkbox"/> keines   |

58 **Wenn man mal alle Einkünfte zusammen nimmt:  
Wie hoch ist das monatliche Haushaltseinkommen aller Haushaltsmitglieder?**

Bitte geben Sie den monatlichen Netto-Betrag an, also nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben. Regelmäßige Zahlungen wie Renten, Wohngeld, Kindergeld, BAföG, Unterhaltszahlungen usw. rechnen Sie bitte dazu! Falls nicht genau bekannt, bitte schätzen.

Euro (bitte ganze Zahl, ohne Kommastellen angeben)

59 **Können Sie in der Regel monatlich einen gewissen Betrag sparen oder zurücklegen, etwa für größere Anschaffungen, für Notlagen oder zur Vermögensbildung?**

- ja  nein

60 **Wenn ja, welcher Betrag in etwa?**

Euro (bitte ganze Zahl, ohne Kommastellen angeben)

61 **Besitzen Sie oder andere Personen im Haushalt eine oder mehrere der folgenden Wertanlagen?** (mehrfache Antworten möglich)

- Sparbuch/ Tagesgeldkonto
- Bausparvertrag
- Lebensversicherung
- Festverzinsliche Wertpapiere (z.B. Sparbriefe, Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe)
- Andere Wertpapiere (z.B. Aktien, Fonds, Anleihen, Optionsscheine)
- Betriebsvermögen (eigenes Unternehmen, Beteiligungen an Unternehmen)
- Immobilienvermögen (nicht die selbstbewohnte Immobilie)
- selbstbewohnte Immobilie
- sonstige
- 
- keine

62 **Über welche private Vorsorgeformen verfügen Sie oder andere Personen im Haushalt?**

(Hierzu gehört nicht die betriebliche Altersvorsorge)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> Private Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung  |
| <input type="checkbox"/> Riester-Rente, Rürup-Rente | <input type="checkbox"/> Private Unfall- oder Unfallrentenversicherung        |
| <input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung     | <input type="checkbox"/> Private Krankenzusatz- oder Pflegezusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> selbstbewohnte Immobilie   | <input type="checkbox"/> sonstige   |
| <hr/>   |   |
| <input type="checkbox"/> keine                      |   |

63 **Wie kommt Ihr Haushalt mit dem vorhandenen Einkommen zurecht?**

- sehr schlecht       eher schlecht       eher gut       sehr gut

64 **Stellt die Rückzahlung von Krediten für den Haushalt eine Belastung dar?**

- eine große Belastung       ein gewisse Belastung       keine Belastung       Haushalt hat keine Kredite

65 **Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten von der Möglichkeit der Kontoüberziehung Gebrauch gemacht?**

- oft       gelegentlich       selten       nie

66 **War Ihr Haushalt in den letzten 12 Monaten bei folgenden Ausgaben im Zahlungsrückstand?**

	ja, mehrmals	ja, einmal	nein	keine Ausgaben dieser Art
Miete für die selbst bewohnte Wohnung oder das selbst bewohnte Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zinsen und/ oder Tilgung von Hypotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgaben für Strom (ohne Heizung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgaben für Heizung (Gas, Öl, Holz, Strom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zinsen und/ oder Tilgung von Konsumentenkrediten (ohne Dispositionskredite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67 **Wie viel Wohnfläche steht Ihrem Haushalt zur Verfügung?** *Bitte gegebenenfalls schätzen!*

Quadratmeter

68 **Wie viele Räume hat Ihre Wohnung/ Ihr Haus?**  
*Gemeint sind Räume ab 6 Quadratmeter, ohne Küche und ohne Bad.*

Räume

69 **Wie hoch sind Ihre monatlichen Wohnkosten, also Miete bzw. Tilgung/ Zinsen für Eigenheim und Nebenkosten zusammen?** *Bitte gegebenenfalls schätzen!*

Euro *(bitte ganze Zahl, ohne Kommastellen angeben)*

70 **Können Sie die Miete bzw. Tilgung/ Zinsen für Ihre Wohnung/ Ihr Haus in der Regel ohne Probleme zahlen?**

- ja       nein       trifft nicht zu, zahle keine Miete bzw. zahle keine Tilgung/ Zinsen

71 <b>Gibt es die folgenden Gegenstände im Haushalt?</b>	nein, kann sich der Haushalt nicht leisten			nein, hat der Haushalt aus anderen Gründen nicht	
	ja				
Telefon oder Mobiltelefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschmaschine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kühlschrank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefrierschrank/ Gefriertruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrräder für jedes Haushaltsmitglied, das eines nutzen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer (auch Laptop, Notebook, Netbook, Tablet o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetanschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72 <b>Was kann sich der Haushalt aus derzeitiger Sicht finanziell leisten</b>	ja	nein
	Mindestens eine Woche pro Jahr in den Urlaub zu fahren	<input type="checkbox"/>
Unerwartet anfallende Ausgaben in Höhe von mindestens 500 Euro aus eigenen Finanzmitteln zu bestreiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente, die die Krankenkasse nicht zahlt, in der Höhe von weniger als 60 € pro Person im Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische/ zahnmedizinische Leistungen, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden, in der Höhe von weniger als 120 € pro Person im Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleidung zu ersetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renovierung der Wohnung und/ oder Ersetzen von abgewohnten Möbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrtkosten für den öffentlichen Nahverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens einmal im Monat an einer Kultur- oder Sportveranstaltung teilzunehmen, die nicht kostenfrei ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energieeffiziente Haushaltsgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wohnung angemessen zu heizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Diese Frage bitte nur beantworten, wenn Kinder unter 18 Jahren im Haushalt leben:**

73 <b>Nehmen Ihre Kinder an folgenden Aktivitäten teil?</b>	nein, kein Interesse			nein, aus finanziellen Gründen		trifft nicht zu
	ja					
Klassenfahrten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Außerschulischer Musik- oder Kunstunterricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitgliedschaft in einem Sportverein/ Tanzen, Gymnastik, Ballett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendgruppen, z.B. Pfadfinder, kirchliche Gruppen, Umweltgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzerte/ kulturelle Veranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausflüge mit der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74 **Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an?**

- weiblich
- männlich
- trans\* *Begriff für alle, die sich ihrem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht (Mädchen/ Junge) nicht zugehörig fühlen und dies dauerhaft ändern wollen. Man spricht dann von einer Geschlechtsangleichung.*
- inter\* *Menschen, die mit den körperlichen und/ oder genetischen Anlagen beider Geschlechter geboren werden und somit nicht eindeutig dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugeordnet werden können.*

75 **Wie ist Ihr Familienstand?**

- ledig
- verheiratet
- eingetragene Lebenspartnerschaft
- getrennt lebend
- geschieden
- aufgehobene Lebenspartnerschaft
- verwitwet

76 **Leben Sie in einer festen Partnerschaft?**

- ja, im gemeinsamen Haushalt
- ja, in getrennten Haushalten
- nein

77 **Wie alt sind Sie?**

Jahre

78 **Bitte tragen Sie hier den Buchstaben für Ihren Stadtbezirk ein.  
Diesen finden Sie in dem beiliegenden Anschreiben auf der Rückseite**

Buchstabe für den Stadtbezirk

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**