



# Weniger Barrieren – Mehr Wien



## Befragung 2021

Wie leben Menschen mit Behinderungen oder mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Wien?

### Wer kann an der Befragung teilnehmen?

Menschen, die eine Behinderung  
oder eine gesundheitliche Beeinträchtigung haben.  
Diese Beeinträchtigung müssen die Menschen schon länger als ein halbes Jahr haben.

- Frauen zwischen 18 und 60 Jahren,  
Männer zwischen 18 und 65 Jahren
- Diese Menschen müssen in Wien wohnen,  
oder in Wien arbeiten,  
oder in Wien eine Ausbildung machen.

## Sehr geehrte Damen und Herren,

alle Menschen in Wien sollen so selbstbestimmt wie möglich leben können.  
Die MA 57, Frauenservice Wien,  
und der Fonds Soziales Wien, kurz FSW, wollen deshalb wissen:

- Wie leben Menschen mit Behinderungen oder mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Wien?
- Wo werden Sie anders oder schlechter behandelt?
- Wie können Sie sich einbringen?
- Was brauchen Sie?
- Was stört Sie?
- Und was gehört geändert?

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie den Fragebogen aus.  
Wir fragen nicht nach Ihrem Namen.

Die Teilnahme ist freiwillig.

Aber wir freuen uns sehr, wenn Sie den Fragebogen ausfüllen.  
So erfahren wir, was Sie brauchen.

Und wir können unsere Angebote ganz gezielt besser machen.

Vielen Dank, dass Sie mitmachen!

Foto: Alexandra Kromus



**Dr<sup>in</sup> Marion Gebhart**  
Dienststellenleiterin  
Frauenservice Wien (MA 57)

Foto: Astrid Knie



**Anita Bauer**  
Geschäftsführerin  
des Fonds Soziales Wien

# Hilfe zum Ausfüllen des Fragebogens

## Leichte Sprache

Die Befragung richtet sich an Menschen mit ganz verschiedenen Behinderungen.

Wir wollen, dass alle diesen Fragebogen beantworten können.

Deshalb ist er in Leichter Sprache geschrieben.

## So füllen Sie den Fragebogen aus:

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Kreuzen Sie jeweils nur eine Antwort-Möglichkeit an.

Ausnahme: Bei einer Frage sind mehrere Antworten möglich.

So kreuzen Sie richtig an:

|                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------|-------------------------------------|

So nehmen Sie Korrekturen vor:

|                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

Sie sind sich bei einer Frage nicht sicher?

Dann wählen Sie bitte die Antwort, die am ehesten zutrifft.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder wollen, lassen Sie die Frage aus.

## Wir fragen nicht nach Ihrem Namen.

Sie nehmen freiwillig an der Befragung teil.

Und wir werten Ihre Antworten so aus, dass niemand erraten kann, von wem sie sind.

Fragebogen auch online unter:  
[inwienleben.at](http://inwienleben.at)

## So kommt der Fragebogen zu uns.



Bitte falten Sie den Fragebogen in der Mitte und stecken Sie ihn in das Brief-Kuvert.



Schicken Sie es mit der Post.

Schreiben Sie das auf das Kuvert: Post-Filiale 1060  
Gumpendorfer Straße 83 – 85, 1060 Wien  
Postfach 500

Bitte kleben Sie auch eine Briefmarke auf das Kuvert.

Wir können in diesem Fall das Porto nicht für Sie übernehmen.

Sie müssen keinen Absender auf das Kuvert schreiben.



Sie können den Fragebogen auch in eine Einwurfbox einwerfen.

Diese Einwurfboxen werden für die Befragung aufgestellt.

Sie finden die Einwurfboxen bei Vereinen und Organisationen.

Diese Vereine und Organisationen helfen bei der Befragung mit.

Eine Liste der Einwurfboxen finden Sie unter **inwienleben.at** bei „Fragen und Antworten“.

## Sie möchten den Fragebogen lieber online oder in einer anderen Sprache ausfüllen?

Der Fragebogen steht Ihnen online unter **inwienleben.at** in Deutsch (Leicht Lesen), Englisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Türkisch und in Österreichischer Gebärdensprache zur Verfügung.

## Befragungstage im September 2021

Sie benötigen Unterstützung beim Ausfüllen der Befragung?

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Forschungsinstitutes L&R Sozialforschung helfen Ihnen **an drei Tagen im September 2021** beim Ausfüllen des Fragebogens.

Wo und wann finden Sie unter **inwienleben.at**.

## Einsendeschluss ist der 17. Oktober 2021.

Haben Sie noch Fragen?

Rufen Sie uns an: **01 / 24 5 24**

Schreiben Sie uns: **befragung@fsw.at**

## Fragen zur Person

| A01 Was davon trifft auf Sie zu?<br>Mehrere Antworten sind möglich. |  | Ja                       | Nein                     | Keine<br>Angabe/<br>Weiß nicht |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <b>a</b>  | Ich habe eine Behinderung oder eine gesundheitliche Beeinträchtigung. Schon länger als 6 Monate. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <b>b</b>  | Ich habe einen Behindertenpass.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <b>c</b>  | Ich bin im Verzeichnis als begünstigte Behinderte oder als begünstigter Behinderter.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <b>d</b>  | Ich habe eine Erwachsenenvertretung. Früher hieß das: Sachwalterschaft.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |

| A02 Mein Alter: |                      |
|-----------------|----------------------|
| <b>a</b>        | Ich bin _____ Jahre. |

| A03 Ich bin |   |
|-------------|---|
| <b>a</b>    | weiblich <input type="checkbox"/>   |
| <b>b</b>    | männlich <input type="checkbox"/>   |
| <b>c</b>    | divers<br>Die Einteilung in weiblich oder männlich passt für mich nicht. <input type="checkbox"/> |

| A04      | <b>Ich habe folgende Behinderungen oder gesundheitliche Beeinträchtigungen:</b><br>Mehrere Antworten sind möglich. |                          |
|----------|--|--------------------------|
| <b>a</b> | Ich habe eine körperliche Behinderung oder ich bin in meiner Mobilität eingeschränkt.                              | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b> | Ich habe eine psychische Erkrankung.   | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b> | Ich bin sehbehindert oder blind.   | <input type="checkbox"/> |
| <b>d</b> | Ich bin hörbehindert oder gehörlos.  | <input type="checkbox"/> |
| <b>e</b> | Ich habe Lernschwierigkeiten.  | <input type="checkbox"/> |
| <b>f</b> | Ich habe eine chronische Erkrankung.   | <input type="checkbox"/> |
| <b>g</b> | Ich habe eine Sprachbehinderung.   | <input type="checkbox"/> |
| <b>h</b> | Ich habe eine Erkrankung des Nervensystems, zum Beispiel Autismus oder ADHS.                                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>i</b> | Sonstiges, und zwar:<br><hr/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>j</b> | Ich habe eine oder mehrere Behinderungen. Ich möchte diese aber nicht sagen.                                       | <input type="checkbox"/> |

| A05 |  | Wenn Sie mehrere Behinderungen haben:<br>Welche Behinderung oder gesundheitliche Beeinträchtigung macht Ihnen die meisten Probleme? Wodurch stoßen Sie auf die meisten Barrieren? |  |
|-----|--|---|--|
| a   | Körperliche Behinderung und/oder Mobilitätseinschränkung | <input type="checkbox"/>  |  |
| b   | Psychische Erkrankung                                    | <input type="checkbox"/>  |  |
| c   | Sehbehinderung/Blindheit                                 | <input type="checkbox"/>  |  |
| d   | Hörbehinderung/Gehörlosigkeit                            | <input type="checkbox"/>  |  |
| e   | Lernschwierigkeiten                                      | <input type="checkbox"/>  |  |
| f   | Chronische Erkrankung                                    | <input type="checkbox"/>  |  |
| g   | Sprachbehinderung  | <input type="checkbox"/>  |  |
| h   | Nervenerkrankung, zum Beispiel Autismus oder ADHS        | <input type="checkbox"/>  |  |
| i   | Sonstiges. Welche Behinderungen sind das?<br>_____       | <input type="checkbox"/>  |  |
| j   | Das kann ich nicht genau sagen.                          | <input type="checkbox"/>  |  |

| A06 |  | Ja                       | Teilweise                | Nein                     | Keine Angabe/<br>Weiß nicht |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| a   | Wenn Sie als „Mensch mit Behinderung“ bezeichnet werden: Fühlen Sie sich angesprochen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| b   | Wenn Nein: Wie wollen Sie bezeichnet werden?<br>_____                                  |                          |                          |                          |                             |

| A07 Meine höchste abgeschlossene Ausbildung: |   |                          |
|--|---|--------------------------|
| a  | Kein Schulabschluss                                     | <input type="checkbox"/> |
| b  | Pflichtschul-Abschluss                                  | <input type="checkbox"/> |
| c  | Lehrabschluss/Berufsbildende Mittlere Schule            | <input type="checkbox"/> |
| d  | Matura an einer AHS oder Berufsbildenden Höheren Schule | <input type="checkbox"/> |
| e  | Universität, Fachhochschule, Akademie                   | <input type="checkbox"/> |
| f  | Keine Angabe/Weiß nicht                                 | <input type="checkbox"/> |

| A08 |                                 |                          |                             |                          |
|-----|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
|     | Ja                              | Nein                     | Keine Angabe/<br>Weiß nicht |                          |
| a   | Sind Sie in Österreich geboren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |

| A09 Sind Ihre Eltern in Österreich geboren? |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| a   | Beide Elternteile sind in Österreich geboren.           | <input type="checkbox"/> |
| b   | Nur einer meiner Elternteile ist in Österreich geboren. | <input type="checkbox"/> |
| c   | Meine Eltern sind beide nicht in Österreich geboren.    | <input type="checkbox"/> |
| d   | Keine Angabe/Weiß nicht                                 | <input type="checkbox"/> |



| A10 Was ist Ihre Erstsprache? |                                       |                          |
|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| <b>a</b>                      | Deutsch                               | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b>                      | Österreichische Gebärdensprache (ÖGS) | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b>                      | Türkisch                              | <input type="checkbox"/> |
| <b>d</b>                      | Serbisch                              | <input type="checkbox"/> |
| <b>e</b>                      | Kroatisch                             | <input type="checkbox"/> |
| <b>f</b>                      | Englisch                              | <input type="checkbox"/> |
| <b>g</b>                      | Bosnisch                              | <input type="checkbox"/> |
| <b>h</b>                      | Polnisch                              | <input type="checkbox"/> |
| <b>i</b>                      | Albanisch                             | <input type="checkbox"/> |
| <b>j</b>                      | Italienisch                           | <input type="checkbox"/> |
| <b>k</b>                      | Spanisch                              | <input type="checkbox"/> |
| <b>l</b>                      | Französisch                           | <input type="checkbox"/> |
| <b>m</b>                      | Sonstiges, und zwar:<br><hr/>         | <input type="checkbox"/> |

## Wohnsituation

| B01      |                     | Ja                       | Nein                     | Keine Angabe/<br>Weiß nicht |
|----------|---------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <b>a</b> | Wohnen Sie in Wien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

| B02 Wie wohnen Sie? |  |                          |
|---------------------|--|--------------------------|
| <b>a</b>            | In einer Mietwohnung oder in einem Haus zur Miete  | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b>            | In einer Eigentumswohnung oder im eigenen Haus   | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b>            | In einer geförderten Wohnung.<br>Zum Beispiel in einer Gemeindewohnung oder<br>in einer geförderten Genossenschaftswohnung | <input type="checkbox"/> |
| <b>d</b>            | In einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderungen   | <input type="checkbox"/> |
| <b>e</b>            | In einem Haus für Seniorinnen und Senioren oder in einem<br>Pflegehaus   | <input type="checkbox"/> |
| <b>f</b>            | Ich bin wohnungslos.   | <input type="checkbox"/> |
| <b>g</b>            | Sonstiges, und zwar:<br><hr/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>h</b>            | Keine Angabe/Weiß nicht  | <input type="checkbox"/> |

| B03      |  | Ja, teil-<br>betreutes<br>Wohnen | Ja, voll-<br>betreutes<br>Wohnen | Nein,<br>keines von<br>beiden | Keine<br>Angabe/<br>Weiß nicht |
|----------|--|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <b>a</b> | Nehmen Sie teilbetreutes oder<br>vollbetreutes Wohnen in Anspruch? | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       |

| B04 | Wenn Sie <b>nicht</b> in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderungen leben:<br><b>Mit wem wohnen Sie gemeinsam in einem Haushalt?</b><br>Mehrere Antworten sind möglich. |                          |
|-----|--|--------------------------|
| a   | Ich wohne alleine.   | <input type="checkbox"/> |
| b   | Mit Partnerin oder Partner, ohne Kind/er   | <input type="checkbox"/> |
| c   | Mit Partnerin oder Partner und mit Kind/ern  | <input type="checkbox"/> |
| d   | Ohne Partnerin oder Partner, mit meinem Kind oder mit meinen Kindern   | <input type="checkbox"/> |
| e   | Mit Verwandten   | <input type="checkbox"/> |
| f   | Mit Freundinnen, Freunden oder Bekannten   | <input type="checkbox"/> |
| g   | Mit persönlicher Assistenz   | <input type="checkbox"/> |
| h   | Keine Angabe/Weiß nicht  | <input type="checkbox"/> |

| B05 | Wenn Sie <b>nicht alleine</b> wohnen:<br><b>Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt?</b> |                          |
|-----|---|--------------------------|
| a   | In meinem Haushalt leben _____ Personen. Dabei habe ich mich mitgezählt.                              |                          |
| b   | Keine Angabe/Weiß nicht   | <input type="checkbox"/> |

| B06 | Wenn in Ihrem Haushalt <b>Kinder</b> leben:<br><b>Mit wie vielen Kindern unter 15 Jahren wohnen Sie gemeinsam in einem Haushalt?</b> |                          |
|-----|--|--------------------------|
| a   | Anzahl der Kinder unter 15 Jahren: _____   |                          |
| b   | Keine Angabe/Weiß nicht  | <input type="checkbox"/> |

| B07      |  |                          |                          |                             |
|----------|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
|          |  | Ja                       | Nein                     | Keine Angabe/<br>Weiß nicht |
| <b>a</b> | Abgesehen von Kindern unter 15 Jahren:<br>Haben Sie Betreuungspflichten für<br>Personen in Ihrem Haushalt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

| B08 Wie ist Ihre Wohnsituation oder Ihre Wohnumgebung? |  |                          |                          |                          |                             |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
|  |  | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          | Keine Angabe/<br>Weiß nicht |
| <b>a</b>   | Ich bin mit meiner Wohnsituation zufrieden.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>b</b>   | Meine Wohnkosten sind mir zu hoch.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>c</b>   | Ich bin mit der Ausstattung meiner Wohnung oder meines Hauses oder meines Zimmers zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>d</b>   | Meine Wohnung oder mein Haus ist für mich behindertengerecht oder barrierefrei eingerichtet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

| B09 Einkaufsmöglichkeiten |  |                          |                          |                          |                             |
|---------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
|                           |  | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          | Keine Angabe/<br>Weiß nicht |
| <b>a</b>                  | Ich kann Einkaufsmöglichkeiten in meiner Wohnumgebung barrierefrei erreichen und nutzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

| <b>B10 Freizeitangebote</b> |   | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          | Keine Angabe/ Weiß nicht |
|-----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>a</b>                    | Ich kann verschiedene Freizeitangebote in meiner Wohnumgebung barrierefrei erreichen und nutzen. Freizeitangebote sind zum Beispiel Lokale, Kinos, Parks. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>B11 Öffentliche Verkehrsmittel:</b> |  | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          | Keine Angabe/ Weiß nicht |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>a</b>                               | Ich kann die Stationen für öffentliche Verkehrsmittel in meiner Wohnumgebung barrierefrei und ohne großen Aufwand erreichen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>B12 Gibt es etwas, das Sie an Ihrer Wohnsituation verändern möchten? Mehrere Antworten sind möglich.</b> |  | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          | Keine Angabe/ Weiß nicht |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>a</b>  | Ich hätte gern mehr Platz oder eine größere Wohnung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b>  | Ich würde gerne alleine wohnen.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b>  | Ich würde gerne mit anderen Personen wohnen.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>d</b>  | Sonstiges, und zwar:<br><hr/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>e</b>  | Nein, ich möchte nichts verändern.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>f</b>  | Keine Angabe/Weiß nicht                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>B13</b> | <b>Was fehlt Ihnen, damit Sie Ihren Alltag und Ihre Wohnsituation barrierefrei gestalten können?</b><br>Mehrere Antworten sind möglich.            |                          |
|------------|--|--------------------------|
| <b>a</b>   | Geeignete Hilfsmittel.<br>Zum Beispiel ein Rollstuhl oder eine Gehhilfe. Oder ein Screen-Reader/Bildschirmvorleseprogramm. Oder ein Assistenzhund. | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b>   | Hilfsmittel in besserer Qualität   | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b>   | Persönliche Unterstützung.<br>Zum Beispiel persönliche Assistenz im Wohnbereich oder in der Freizeit.  | <input type="checkbox"/> |
| <b>d</b>   | Mir fehlt nichts.  | <input type="checkbox"/> |
| <b>e</b>   | Etwas anderes, und zwar:<br><hr/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>f</b>   | Keine Angabe/Weiß nicht  | <input type="checkbox"/> |

## Arbeit und Ausbildung

| C01      |   |                          |                              |                          |                                |
|----------|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
|          |   | Ja,<br>in Wien           | Ja,<br>außerhalb<br>von Wien | Nein                     | Keine<br>Angabe/<br>Weiß nicht |
| <b>a</b> | Haben Sie derzeit einen Arbeitsplatz, einen Platz in einer Tagesstruktur oder einen Ausbildungsplatz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |

| C02 Was machen Sie derzeit?<br>Mehrere Antworten sind möglich. |   |                          |
|--|---|--------------------------|
| <b>a</b>   | Ich habe einen Arbeitsplatz oder bin derzeit in Karenz.               | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b>   | Ich bin in einem Beschäftigungsprojekt oder in einem Arbeitstraining. | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b>   | Ich bin in einer Tagesstruktur.                                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>d</b>   | Ich bin selbstständig erwerbstätig.                                   | <input type="checkbox"/> |
| <b>e</b>   | Ich bin in Ausbildung. Zum Beispiel Lehre.                            | <input type="checkbox"/> |
| <b>f</b>   | Nichts davon trifft zu.   | <input type="checkbox"/> |
| <b>g</b>   | Keine Angabe/Weiß nicht   | <input type="checkbox"/> |

| C03 Wenn keine der oben genannten Tätigkeiten zutrifft:<br>Ich bin derzeit ... |   |                          |
|--|---|--------------------------|
| <b>a</b>   | Arbeitslos oder arbeitssuchend  | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b>   | In Langzeitkrankenstand   | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b>   | In Alterspension  | <input type="checkbox"/> |
| <b>d</b>   | In Berufsunfähigkeits-Pension, Invaliditätspension oder Erwerbsunfähigkeits-Pension | <input type="checkbox"/> |
| <b>e</b>   | In Elternkarenz oder Mutterschutz   | <input type="checkbox"/> |
| <b>f</b>   | Etwas anderes, und zwar:<br><hr/>   | <input type="checkbox"/> |

| C04 |                                      | Wenn Sie arbeiten:<br>Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie durchschnittlich? |
|-----|--------------------------------------|--|
| a   | Ich arbeite _____ Stunden pro Woche. |  |
| b   | Keine Angabe/Weiß nicht              | <input type="checkbox"/>   |

| C05 |   | Wenn Sie arbeiten:<br>Stimmen Sie diesen Aussagen zu Ihrer Tätigkeit zu? | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          | Keine Angabe/<br>Weiß nicht |
|-----|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| a   | Die Arbeit entspricht meinen Fähigkeiten.   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| b   | Ich fühle mich an meinem Arbeitsplatz wohl. |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| c   | Ich würde gerne mehr Stunden arbeiten.      |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| d   | Ich würde gerne weniger Stunden arbeiten.   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| e   | Ich werde für meine Arbeit fair entlohnt.   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

| C06 |  | Wenn Sie in einem <b>Beschäftigungsprojekt, einem Arbeitstraining oder einer Tagesstruktur</b> tätig sind: | Ja                       | Nein                     | Keine Angabe/<br>Weiß nicht |
|-----|--|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| a   | Hätten Sie gerne einen Arbeitsplatz am allgemeinen Arbeitsmarkt? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

| C07 |                         | Wenn Sie in <b>Ausbildung</b> sind:<br>Wo sind Sie derzeit in Ausbildung? |                          |
|-----|-------------------------|---|--------------------------|
| a   | In Wien                 |   | <input type="checkbox"/> |
| b   | Außerhalb von Wien      |   | <input type="checkbox"/> |
| c   | Keine Angabe/Weiß nicht |   | <input type="checkbox"/> |



| C08 |  | Wenn Sie in Ausbildung sind: Welche Art von Ausbildung machen Sie? |
|-----|--|--|
| a   | Schule   | <input type="checkbox"/>   |
| b   | Lehre  | <input type="checkbox"/>   |
| c   | Studium an einer Universität oder Fachhochschule | <input type="checkbox"/>   |
| d   | Andere Ausbildung                                | <input type="checkbox"/>   |
| e   | Keine Angabe/Weiß nicht                          | <input type="checkbox"/>   |

| C09 |   | Was sagen Sie zu den Ausbildungsmöglichkeiten, die Ihnen zur Verfügung stehen? | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          | Keine Angabe/Weiß nicht |
|-----|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| a   | Menschen mit meiner Behinderung haben ausreichend Möglichkeiten zur Aus- und Weiterbildung. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |
| b   | Menschen mit meiner Behinderung stoßen auf zahlreiche Barrieren bei der Ausbildung.         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |

| C10 |  | Was fehlt Ihnen, damit Sie Ihre Arbeit oder Ausbildung barrierefrei gestalten können?<br>Mehrere Antworten sind möglich. |
|-----|--|--|
| a   | Geeignete Hilfsmittel.<br>Zum Beispiel ein Rollstuhl oder eine Gehhilfe. Oder ein Screen-Reader/Bildschirmvorleseprogramm. Oder ein Assistenzhund. | <input type="checkbox"/>   |
| b   | Hilfsmittel in besserer Qualität   | <input type="checkbox"/>   |
| c   | Persönliche Unterstützung.<br>Zum Beispiel persönliche Assistenz am Arbeitsplatz oder in der Ausbildung.   | <input type="checkbox"/>   |
| d   | Mir fehlt nichts.  | <input type="checkbox"/>   |
| e   | Keine Angabe/Weiß nicht  | <input type="checkbox"/>   |

## Politische Vertretung

| D01 Wenn es um das Thema Behinderung oder gesundheitliche Einschränkungen geht: Von wem fühlen Sie sich vertreten? |  |                          |                          |                          |                             |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
|  |  | Voll und ganz            | Teilweise                | Gar nicht                | Keine Angabe/<br>Weiß nicht |
| <b>a</b>   | Politische Parteien  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>b</b>   | Gewerkschaft   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>c</b>   | Interessenvertretung für Menschen mit Behinderungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>d</b>   | Selbsthilfegruppen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>e</b>   | Selbstvertretung für Menschen mit Behinderungen<br>Zum Beispiel Werkstättenrat, Wohnrat, FSW-KundInnenrat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>f</b>   | Behindertenanwaltschaft  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>g</b>   | Von anderen, und zwar:<br><hr/>  |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/>    |

| D02      | <b>Sind Sie selbst in einer oder in mehreren dieser Organisationen oder Stellen tätig?</b><br>Mehrere Antworten sind möglich. |                          |
|----------|---|--------------------------|
| <b>a</b> | Politische Partei oder politischer Verein   | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b> | Gemeinnützige Organisation  | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b> | Gewerkschaft  | <input type="checkbox"/> |
| <b>d</b> | Interessenvertretung  | <input type="checkbox"/> |
| <b>e</b> | Selbsthilfegruppe   | <input type="checkbox"/> |
| <b>f</b> | Selbstvertretung für Menschen mit Behinderungen   | <input type="checkbox"/> |
| <b>g</b> | FSW-KundInnenrat  | <input type="checkbox"/> |
| <b>h</b> | Werkstättenrat  | <input type="checkbox"/> |
| <b>i</b> | Wohnrat   | <input type="checkbox"/> |
| <b>j</b> | Tätigkeit als Behindertenvertrauensperson   | <input type="checkbox"/> |
| <b>k</b> | Sonstiges, und zwar:<br><hr/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>l</b> | Nein, ich beteilige mich in keiner Organisation oder Stelle.  | <input type="checkbox"/> |

| D03 Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |  | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          | Keine Angabe/ Weiß nicht |
| <b>a</b>                                   | Ich informiere mich regelmäßig über die Tagespolitik. Zum Beispiel durch Zeitunglesen.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b>                                   | Politische Informationen sind für mich barrierefrei zugänglich.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b>                                   | Ich weiß, wie ich mich politisch einbringen kann.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>d</b>                                   | Es sollten mehr Menschen mit Behinderungen in der Politik tätig sein.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>e</b>                                   | Die Interessen von Menschen mit Behinderungen sollten in der Politik stärker vertreten werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| D04 In welchen Bereichen muss die Politik dringend etwas tun? |   |
|---|---|
| <b>a</b>  | <p>Hier können Sie selbst etwas aufschreiben.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |

| D05      |   |                          |                          |                          |
|----------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|          |   | Ja                       | Nein                     | Keine Angabe/ Weiß nicht |
| <b>a</b> | Haben Sie bereits Diskriminierung oder Benachteiligung erlebt, weil Sie eine Behinderung haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| D06 Wenn Ja: Können Sie ein Beispiel dafür nennen? |   |
|--|---|
| <b>a</b>   | <p>Hier können Sie selbst etwas aufschreiben.</p> <hr/> <hr/> <hr/> |

## Beratungsleistungen

| E01 Wenn Sie an das Beratungsangebot für Menschen mit Behinderungen in Wien denken: Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |  | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          | Keine Angabe/ Weiß nicht |
| <b>a</b>   | Ich bin mit dem Beratungsangebot für Menschen mit Behinderungen in Wien zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b>   | Ich weiß, wohin ich mich mit meinem Anliegen wenden kann.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b>   | Das Beratungsangebot ist barrierefrei für mich zugänglich.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| E02 Wenn Sie bei der Beratung Verbesserungsbedarf sehen: Was sollte konkret verbessert werden? |   |
|--|---|
| <b>a</b>   | <p>Hier können Sie selbst etwas aufschreiben.</p> <hr/> <hr/> <hr/> |

## Gesundheitsversorgung

| F01 |   | Wenn Sie an das Gesundheitssystem in Wien denken:<br>Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? |                          |                          |                             |
|-----|---|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
|     |   | Stimme zu   | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          | Keine Angabe/<br>Weiß nicht |
| a   | Ich habe Zugang zu Ärztinnen und Ärzten, die sich mit meinem Krankheitsbild oder meiner Behinderung auskennen.                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| b   | Ich kann mir die Behandlung auch leisten.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| c   | Ich habe Zugang zu Gesundheitsleistungen, die meinen Bedürfnissen entsprechen. Zum Beispiel zu Therapien.                               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| d   | Ich bekomme vom Gesundheitspersonal Informationen verständlich erklärt.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| e   | Ich werde vom Gesundheitspersonal als mündige Patientin oder als mündiger Patient behandelt.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| f   | Zu diesen Fragen fühle ich mich gut informiert: Verhütungsmittel, gewollte oder ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| g   | Ich bin mit dem Angebot im Bereich der <b>psychischen Gesundheit</b> zufrieden.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| h   | Ich weiß, wo ich mir beim Thema psychische Gesundheit Unterstützung holen kann.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| i   | Ich habe Zugang zu qualitativ guten Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

| F02      |  | Hatten Sie in der Vergangenheit in den folgenden Bereichen Probleme mit der ärztlichen Versorgung? |                          |                          |                                |
|----------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
|          |  | Nein,<br>noch nie  | Ja,<br>einmal            | Ja,<br>öfter             | Keine<br>Angabe/<br>Weiß nicht |
| <b>a</b> | Ich hatte Probleme, eine Ordination, eine Therapie-Einrichtung oder ein Krankenhaus barrierefrei zu erreichen. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <b>b</b> | Ich hatte Probleme bei der Verschreibung einer Therapie. Sie wurde nicht bewilligt.                            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <b>c</b> | Ich habe bereits körperliche, seelische oder sexuelle Gewalt im Gesundheitsbereich erlebt.                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |

## Frauengesundheit und Beratung für Frauen

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen nur aus, wenn sie auf Sie zutreffen!

| G01 Wenn Sie an Frauenärztinnen und Frauenärzte in Wien denken: Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? |   |                          |                          |                          |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |   | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          | Keine Angabe/ Weiß nicht |
| <b>a</b>   | Ich habe Zugang zu guten Angeboten im Bereich Frauengesundheit.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b>   | Diese sind kostenlos oder ich kann sie mir leisten.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b>   | Die Frauenärztin oder der Frauenarzt ist barrierefrei erreichbar.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>d</b>   | Bei der Untersuchung oder Behandlung durch die Frauenärztin oder den Frauenarzt habe ich bereits schlechte Erfahrungen gemacht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| G02 Kennen Sie diese Angebote für Frauen oder haben Sie diese schon genutzt? |  |   |                            |                          |                          |
|--|--|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |  | Ja, kenne ich, habe ich aber noch nicht genutzt | Ja, habe ich schon genutzt | Nein, kenne ich nicht    | Keine Angabe/ Weiß nicht |
| <b>a</b>   | 24-Stunden-Frauennotruf der Stadt Wien | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b>   | Frauzentrum der Stadt Wien             | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b>   | FEM Frauengesundheitszentrum           | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>d</b>   | Verein Ninlil                          | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>e</b>   | Andere, und zwar:<br><hr/>             |   |                            |                          | <input type="checkbox"/> |



## Auswirkungen von COVID-19/Corona

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die veränderten Lebensbedingungen aufgrund von COVID-19. Die Krankheit wird vom Corona-Virus ausgelöst.

| H01      |  | Wie hat sich Ihr Leben durch Corona verändert? |                          |                          |                             |
|----------|--|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
|          |  | Stimme zu                                      | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          | Keine Angabe/<br>Weiß nicht |
| <b>a</b> | Durch Corona fühle ich mich öfter einsam.  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>b</b> | Durch Corona habe ich Angst um meinen Arbeitsplatz.  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>c</b> | Durch Corona hat sich meine Lebenssituation insgesamt verschlechtert.  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>d</b> | Ich habe Angst vor den gesundheitlichen Folgen einer Corona-Infektion.   | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>e</b> | Es gab für mich auch positive Auswirkungen von Corona. Zum Beispiel: Medikamente können nun auch online verschrieben werden. | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>f</b> | Ich habe in dieser Zeit Arzttermine oder Therapien verschoben.   | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>g</b> | Ich habe das Gefühl, gut über Corona informiert zu sein.   | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

| H02      |   | Gibt es etwas anderes, das sich in Ihrem Leben durch Corona verändert hat? |  |  |  |
|----------|---|--|--|--|--|
| <b>a</b> | Hier können Sie selbst etwas aufschreiben.<br><hr/> <hr/> <hr/> |  |  |  |  |

## Teilhabe am digitalen Leben

| I01      |  | Ja                       | Nein                     | Keine Angabe/<br>Weiß nicht |
|----------|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <b>a</b> | Nutzen Sie das Internet regelmäßig?<br>Zum Beispiel Suchmaschinen,<br>Social Media, Messenger-Dienste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

| I02      |  | Sind Sie auf einer/einem oder mehreren der folgenden<br>Social-Media-Plattformen oder Messenger-Diensten aktiv?<br>Mehrere Antworten sind möglich. |  |  |
|----------|--|--|--|--|
| <b>a</b> | WhatsApp                                       | <input type="checkbox"/>   |  |  |
| <b>b</b> | Signal   | <input type="checkbox"/>   |  |  |
| <b>c</b> | Facebook                                       | <input type="checkbox"/>   |  |  |
| <b>d</b> | Facebook Messenger                             | <input type="checkbox"/>   |  |  |
| <b>e</b> | Instagram                                      | <input type="checkbox"/>   |  |  |
| <b>f</b> | Snapchat                                       | <input type="checkbox"/>   |  |  |
| <b>g</b> | TikTok   | <input type="checkbox"/>   |  |  |
| <b>h</b> | Twitter  | <input type="checkbox"/>   |  |  |
| <b>i</b> | Youtube  | <input type="checkbox"/>   |  |  |
| <b>j</b> | Auf einer oder mehreren Diskussionsplattformen | <input type="checkbox"/>   |  |  |
| <b>k</b> | Sonstiges, und zwar:<br><hr/>                  | <input type="checkbox"/>   |  |  |
| <b>l</b> | Nein, bin ich nicht.                           | <input type="checkbox"/>   |  |  |

| 103      |  | Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu? |                          |                          |                          |
|----------|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|          |  | Stimme zu                                   | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          | Keine Angabe/ Weiß nicht |
| <b>a</b> | Ich kann das Internet ohne Barrieren nutzen.   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b> | Ich brauche aufgrund meiner Behinderung spezielle Hilfsmittel, damit ich das Internet barrierefrei nutzen kann.<br>Zum Beispiel: Einhand-Tastatur, Maus-Ersatz-Gerät, Vergrößerungs-Software, Screen-Reader. | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b> | Ich habe die notwendigen digitalen Geräte, um das Internet zu nutzen.<br>Zum Beispiel Laptop, Tablet, Smartphone und Internet-Zugang.  | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 104      |   | Auf welche Barrieren stoßen Sie bei der Nutzung des Internets? |
|----------|---|--|
| <b>a</b> | <p>Hier können Sie selbst etwas aufschreiben.</p> <hr/> <hr/> <hr/> |  |

## Finanzielles

| J01      | Woher kommt das Geld, das Ihnen für Ihr Leben zur Verfügung steht?<br>Mehrere Antworten sind möglich. |                          |
|----------|---|--------------------------|
| <b>a</b> | Ich bekomme Lohn oder Gehalt.   | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b> | Ich bekomme Bedarfsorientierte Mindestsicherung.  | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b> | Ich bekomme einen Behindertenzuschlag zur Mindestsicherung.   | <input type="checkbox"/> |
| <b>d</b> | Ich bekomme Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe.   | <input type="checkbox"/> |
| <b>e</b> | Ich bekomme eine Berufsunfähigkeits-Pension, Invaliditätspension oder Erwerbsunfähigkeits-Pension.    | <input type="checkbox"/> |
| <b>f</b> | Ich bekomme eine Alterspension.   | <input type="checkbox"/> |
| <b>g</b> | Ich bekomme eine Leistungsanerkennung in der Tagesstruktur, also „Taschengeld“.                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>h</b> | Ich habe kein eigenes Einkommen.  | <input type="checkbox"/> |
| <b>i</b> | Sonstiges, und zwar:<br><hr/>   | <input type="checkbox"/> |

| <b>Wie viel Geld haben Sie im Monat netto zur Verfügung?</b><br><b>Anmerkung:</b><br>Damit ist das gesamte Geld gemeint.<br><b>J02</b> Also das Arbeitseinkommen, aber auch sämtliche Transferleistungen.<br>Transferleistungen sind zum Beispiel: Bedarfsorientierte Mindestsicherung,<br>Pflegegeld, Kinderbeihilfe, Arbeitslosengeld, RehaGeld oder persönliche<br>Transferleistungen. |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| <b>a</b>  | Bis zu <b>500</b> EURO netto                  | <input type="checkbox"/> |
| <b>b</b>  | <b>501</b> bis <b>700</b> EURO netto          | <input type="checkbox"/> |
| <b>c</b>  | <b>701</b> EURO bis <b>900</b> EURO netto     | <input type="checkbox"/> |
| <b>d</b>  | <b>901</b> EURO bis <b>1.100</b> EURO netto   | <input type="checkbox"/> |
| <b>e</b>  | <b>1.101</b> EURO bis <b>1.300</b> EURO netto | <input type="checkbox"/> |
| <b>f</b>  | <b>1.301</b> EURO bis <b>1.500</b> EURO netto | <input type="checkbox"/> |
| <b>g</b>  | <b>1.501</b> EURO bis <b>1.700</b> EURO netto | <input type="checkbox"/> |
| <b>h</b>  | <b>1.701</b> EURO bis <b>1.900</b> EURO netto | <input type="checkbox"/> |
| <b>i</b>  | <b>1.901</b> EURO bis <b>2.100</b> EURO netto | <input type="checkbox"/> |
| <b>j</b>  | <b>2.101</b> EURO bis <b>2.300</b> EURO netto | <input type="checkbox"/> |
| <b>k</b>  | <b>2.301</b> EURO bis <b>2.500</b> EURO netto | <input type="checkbox"/> |
| <b>l</b>  | Über <b>2.500</b> EURO netto                  | <input type="checkbox"/> |

**J03 Stimmen Sie folgenden Aussagen zu?**

|          |   | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          | Keine Angabe/<br>Weiß nicht |
|----------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <b>a</b> | Insgesamt bin ich mit meiner finanziellen Situation zufrieden.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>b</b> | Ich kann es mir leisten, zumindest einmal pro Jahr Urlaub zu machen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>c</b> | Wenn ich meine Fixkosten für Wohnen und Essen gezahlt habe, bleibt mir noch Geld übrig. Für die Freizeitgestaltung, zum Beispiel Kaffeehausbesuch oder Kino. Oder zum Sparen.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>d</b> | Ich habe genug Geld, um mir Arztbesuche oder Therapien leisten zu können.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>e</b> | Ich kann mir die notwendige technische Ausstattung leisten, um am digitalen Leben teilzunehmen. Zum Beispiel Internet, Handy, Computer, Tablet.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>f</b> | Ich habe genug Geld für höhere Ausgaben über 500 Euro. Zum Beispiel für teure Reparaturen. Ich brauche dafür keine Unterstützung durch Familie, Freundinnen und Freunde oder Kredite. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| <b>g</b> | Ich glaube, dass ich im Alter genug Geld haben werde.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

| J04 Welche Pflegegeldstufe haben Sie? |                   |                          |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| a                                     | Pflegegeldstufe 1 | <input type="checkbox"/> |
| b                                     | Pflegegeldstufe 2 | <input type="checkbox"/> |
| c                                     | Pflegegeldstufe 3 | <input type="checkbox"/> |
| d                                     | Pflegegeldstufe 4 | <input type="checkbox"/> |
| e                                     | Pflegegeldstufe 5 | <input type="checkbox"/> |
| f                                     | Pflegegeldstufe 6 | <input type="checkbox"/> |
| g                                     | Pflegegeldstufe 7 | <input type="checkbox"/> |
| h                                     | Keine             | <input type="checkbox"/> |

## Abschlussfrage

| K01 Wollen Sie uns noch etwas mitteilen? |  |
|--|--|
| a  | <p>Hier können Sie selbst etwas aufschreiben.<br/> <b>Bitte schreiben Sie hier aber keine persönlichen Daten hin, wie Ihren Namen oder Ihre Adresse.</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> |

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**

Statistikcode

Die Auswertung der rückübermittelten Fragebögen erfolgt anonym.  
Der Code, der oben steht, enthält die Informationen der Einrichtungen,  
in denen der Fragebogen ausgelegt wurde.

## Impressum

Im Impressum steht, wer für die Befragung und den Fragebogen verantwortlich ist.

### Wer ist für die Befragung verantwortlich?

Fonds Soziales Wien

Guglgasse 7 – 9

1030 Wien

Telefon: 01 / 05 05 379

Internet: [www.fsw.at](http://www.fsw.at)

### Wer hat diesen Fragebogen in Leichte Sprache übersetzt?

capito Wien



### Wer hat diesen Fragebogen gedruckt?

VENDO Kommunikation + Druck GmbH, Vöcklabruck

Dieser Fragebogen wurde auf umweltfreundlichem Papier gedruckt.

Druck-Fehler sind möglich. Stand: April 2021

Der Fonds Soziales Wien und das Frauenservice Wien (MA 57) haben den Auftrag zur Befragung gegeben. L&R Sozialforschung führt die Befragung durch.