








## Fragebogen

### zur Erhebung des Mobilitätsverhaltens im Salzlandkreis

**Modellprojekt:** Langfristige Sicherung von Versorgung und Mobilität in ländlichen Räumen

(online abrufbar unter: <http://mobilitaetslk.limequery.com/424134?lang=de>)

Bitte füllen Sie die Antwortfelder aus bzw. setzen ein Kreuz in die entsprechenden Antwortfelder. Mehrfachantworten sind möglich.

1	Bitte tragen Sie hier Ihr Geburtsjahr ein:		
2	Angaben zum Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
3	Wohnort/Ortsteil:		
4	Bitte ordnen Sie sich einer dieser Gruppen zu:		
	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> arbeitsuchend
	<input type="checkbox"/> im Ruhestand	<input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> Schüler(in)/Studierende(r)
5	Anzahl der lebenden Personen im Haushalt:		
6	Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen/ Behinderungen, die ihre Mobilität beeinflussen?	<input type="checkbox"/> ja, bitte benennen: ----- <input type="checkbox"/> nein	
7	Fehlt Ihnen für eine höhere Mobilität eine Barriere- freiheit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	
8	Haben Sie einen Führerschein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wenn <u>ja</u> , besitzen Sie einen PKW/ein Motorrad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mehrere _____ Anzahl	
	Wenn <u>nein</u> , haben Sie die Möglichkeit einen PKW zu nutzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
9	Wie mobil fühlen Sie sich in Ihrer Region?		
	    	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

10 *Wie hat sich Ihre Mobilität in den letzten 5 Jahren verändert?*

weniger Mobil  unverändert  mobile

11 *Nutzen Sie Ihr Smartphone für die Mobilitätsplanung?*

ja  nein      Wenn ja, wofür?

Fahrplan  
 Reiseroute  
 Ticketbuchung  
 Mitfahrgelegenheit

12 *Wie häufig nutzen Sie welches Fortbewegungsmittel?*

	täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	mehrmals im Jahr	nie
Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 *Wohin fahren Sie?*

	täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	mehrmals im Jahr	nie
Arbeit/Schule/Uni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmitteleinkauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 *Welches Fortbewegungsmittel nutzen Sie?*

	PKW	Bahn	Bus	Fahrrad	Taxi	zu Fuß	Mitfahrgelegenheit	Ruf-Bus	Fahrgemeinschaft	...
Arbeit/Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmitteleinkauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 *Wie lang ist ihr Weg pro Strecke?*

	weniger als 10 min	weniger als 30 min	weniger als eine Stunde	mehr als eine Stunde	Orts(teil)name
Arbeit/Schule/Uni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmitteleinkauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 *Wieso nutzen Sie den Nahverkehr (nicht)?*

Nutzung	Nichtnutzung
<input type="checkbox"/> gute Anbindung	<input type="checkbox"/> zu teuer
<input type="checkbox"/> umweltfreundlich	<input type="checkbox"/> Am Abfahrtsort Haltestelle zu weit entfernt.
<input type="checkbox"/> günstig	<input type="checkbox"/> Am Ankunftsart Haltestelle zu weit entfernt.
<input type="checkbox"/> Kann während der Fahrt andere Sachen Machen.	<input type="checkbox"/> Fahrzeiten zu selten
<input type="checkbox"/> Keine Parkplatzsuche erforderlich.	<input type="checkbox"/> zu viel Umsteige- und Wartezeiten

17 *Haben Sie bereits Erfahrungen mit Mitfahrgelegenheiten oder -gemeinschaften (carsharing, carpooling) gemacht?*  ja  nein

Wenn ja, bei wem fahren Sie mit?	Wenn nein, bei wem würden Sie mitfahren?
<input type="checkbox"/> Freunde	<input type="checkbox"/> Freunde
<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> Bekannte
<input type="checkbox"/> Verwandte	<input type="checkbox"/> Verwandte
<input type="checkbox"/> Fremde/Unbekannte	<input type="checkbox"/> Fremde/Unbekannte
<input type="checkbox"/> keine dieser Gruppen	<input type="checkbox"/> bei keinem

18 *Hinterlassen Sie hier bitte Anmerkungen, Fragen oder Ergänzungen, die im Fragebogen unberücksichtigt blieben.*

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie unter:



**Salzlandkreis**

41 FD Kreis und Wirtschaftsentwicklung  
Dirk Helbig, Projektleiter  
Ermslebener Straße 77  
06449 Aschersleben  
Tel.: 03471 684-1717



**RKW Sachsen-Anhalt GmbH**

Sebastian Marschall, Projektmanagement  
Werner-Heisenberg-Str. 1  
39106 Magdeburg  
Tel.: 0391 73619-13