



Anonyme Befragung der Bürgerinnen und Bürger im Landkreis Deggendorf - Seniorenpolitisches Gesamtkonzept - **Bitte den Bogen nicht falten / knicken!**



Die Beteiligung an dieser Umfrage ist freiwillig und anonym. Sie dient der Entwicklung eines Seniorenpolitischen Gesamtkonzepts, mit dem die Lebens- und Wohnsituation älterer Menschen im Landkreis und den Kommunen noch weiter verbessert werden soll.
Bitte geben Sie keinen Namen oder Adresse an!

Bitte füllen Sie den Fragebogen mit Kugelschreiber aus und tragen Sie die Kreuze und Ziffern möglichst genau in die dafür vorgesehenen Kästchen ein. Vielen Dank!

1. In welcher Gemeinde / Markt / Stadt im Landkreis Deggendorf wohnen Sie?

Ich wohne in: _____ / _____
Gemeinde / Markt / Stadt Ortsteil

2. Seit wann wohnen Sie dort? Seit

--	--	--	--

 (Jahr) Seit Geburt

3. Wohnen Sie allein oder mit weiteren Personen zusammen?

(Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

Allein Mit (Ehe-)Partner/in Mit Kindern Mit anderen Personen

4. Sind Sie eine Frau? ein Mann?

5. In welchem Jahr sind Sie bzw. Ihr/e (Ehe-)Partner/in geboren?

Befragte(r)

1	9		
---	---	--	--

 (Ehe-)Partner/in

1	9		
---	---	--	--

6. In welchen Eigentumsverhältnissen wohnen Sie?

Miete Wohneigentum In einer Wohnung mit lebenslangem Wohnrecht (Nießbrauch)

Ist das eine Wohnung oder ein Haus? Wohnung Haus Wohnung im eigenen Haus

7. Treppen und andere bauliche Gegebenheiten können im Alter zunehmend zum Problem werden. Kreuzen Sie bitte alles an, was in Ihrer Wohnung / Ihrem Haus zutrifft.

Bad ist eng, wenig Fläche Im Bad ist keine Dusche, nur eine Badewanne

Türbreiten sind zu schmal, ein Rollstuhl käme nicht hindurch (Breite unter 90 cm)

Stufen: In der Wohnung Im Eingangsbereich Zum Balkon / zur Terrasse
 In den Keller Die Wohnung / das Haus umfasst mehrere Etagen

8. Kommen Sie mit den baulichen Verhältnissen in Ihrer Wohnung / Ihrem Haus zurecht oder haben Sie Schwierigkeiten?

Ich komme mit Allem gut zurecht

Ich habe bereits Schwierigkeiten und zwar: (Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

Mit Treppe / Zugang zum Haus Im Bad / Toilette Türbreiten zu schmal

Mit Stufen / Schwellen im Haus Anderes: _____

Denken Sie über einen altersgerechten Umbau Ihrer Wohnung / Ihres Hauses nach?

Ja Nein, kommt für mich nicht in Frage Nein, Umbau ist bereits vollzogen

Nein, aktuell nicht, käme bei Bedarf in Frage

9. Es gibt für ältere Menschen verschiedene Formen des Wohnens, also Alternativen. Haben Sie bereits einmal nachgedacht, ob für Sie ein Umzug in Frage kommt?

Nein, etwas Anderes als jetzt kommt für mich nicht in Frage (**Bitte weiter mit Frage 10**)

Nein, ein Umzug kommt nur „im Notfall“ in Frage

Ja, ich habe bereits darüber nachgedacht und könnte mir vorstellen umzuziehen

Ja, ich bin bereits in eine seniorenrechtliche Wohnung umgezogen

Falls für Sie eine andere Wohnform in Frage kommt, wie würden Sie lieber wohnen?

Ich würde lieber wohnen ...	Sehr gerne	Gerne	Weniger gerne	Gar nicht gerne
... in einer (seniorengerechten) Wohnung, in der man besser zurecht kommt und die z. B. keine Treppen / Schwellen hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in einer Wohnung mit gesicherter Betreuung bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit (z. B. Betreutes Wohnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in einer Haus- oder Wohngemeinschaft mit Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in einer Haus- oder Wohngemeinschaft mit unterschiedlichen Altersgruppen, z. B. Mehrgenerationenhaus, mit jüngeren Familien (jedoch nicht mit den eigenen Kindern,)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in der Nähe der Kinder, ich würde deshalb auch umziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes, was: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wenn Sie einmal Pflege und Unterstützung benötigen oder das bereits jetzt der Fall ist, wie sieht die Unterstützung aus bzw. wie soll sie aussehen? Ich möchte

- zu Hause wohnen wie bisher; Angehörige, Nachbarn etc. helfen mir, soweit nötig
 zu Hause wohnen bleiben und ambulante Hilfen in Anspruch nehmen
 in eine Wohnung mit Betreuung ziehen (z. B. Betreutes Wohnen)
 in ein Senioren- oder Pflegeheim ziehen
 Anderes, nämlich: _____

11. Könnten Sie sich ggf. höhere Kosten, die für eine andere Wohnung oder bei einer anderen Wohnform entstehen können, leisten?

- Nein Ja, problemlos Ja, aber nur mit Einschränkungen

12. Könnten Sie sich ggf. Kosten für eine Unterstützung (Zusatzleistungen) in der eigenen Wohnung oder bei einer anderen Wohnform leisten?

- Nein Ja, problemlos Ja, aber nur mit Einschränkungen

13. Erhalten Sie derzeit Unterstützung im Alltag, z. B. im Haushalt oder bei der Pflege?

- Ja Nein

Falls ja, um welche Hilfen handelt es sich? (Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Hilfe beim Einkaufen Hilfe im Haushalt (Kochen etc.) Hilfe im Garten Pflege
 Fahrservice Hausnotrufsystem Betreuung
 Finanzielle Hilfe Hilfe bei Bank- und Behördengängen Arztbesuch
 Andere Hilfen, und zwar: _____

Falls ja, wer leistet diese Hilfen? (Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- (Ehe-)Partner (Schwieger-)Tochter / Sohn Nachbar Freunde / Bekannte
 Ambulanter Dienst / Sozialstation Nachbarschaftshilfe
 Anderes, und zwar: _____

Falls nein, warum nicht? Nicht notwendig Finanzielle Gründe Habe Niemanden

- Weiß nicht, an wen ich mich wenden soll Sonstige Gründe, welche: _____

14. Leisten Sie selbst für Angehörige, Bekannte, Nachbarn oder andere Personen regelmäßig Hilfe?

- Nein, ich leiste nicht regelmäßig Hilfe Ja, ich leiste regelmäßig Hilfe

Wenn ja, für wen? (Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Familie / Verwandte Nachbarn Freunde / Bekannte Andere Personen

Falls Sie selbst (regelmäßig) Hilfe leisten, welche Hilfen sind das?

(Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Besorgungen / Einkäufe Hausarbeit Gartenarbeit Kinderbetreuung
 Häusliche Pflege Fahrten / Fahrservice Betreuung Demenzkranker
 Handwerkliche Tätigkeiten Aktivitäten (Vorlesen, Spielen) und Besuchsdienst
 Hilfe bei Bank- und Behördengängen Andere Hilfen, und zwar: _____

15. Engagieren Sie sich derzeit ehrenamtlich?

Nein Ja, und zwar Stunden pro Monat

Falls ja, beschreiben Sie bitte kurz Ihr Engagement (Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Seniorenarbeit Jugendarbeit Politik Sport Kultur
 Behindertenarbeit Religiöse Einrichtung / Kirche / Glaubensgemeinschaft
 Nachbarschaftshilfe Tafel Feuerwehr Flüchtlingshilfe
 Anderes, und zwar: _____

Falls nein:

- Es besteht grundsätzlich kein Interesse
 Es besteht schon Interesse, aber derzeit nicht möglich (Gesundheitszustand u. ä.)
 Es besteht schon Interesse, aber habe bisher noch nicht das Passende gefunden

16. An wen wenden Sie sich, wenn Sie Fragen zum Thema Älterwerden, Pflege oder Betreuung haben? (Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Familien- / Freundeskreis Hausarzt / Arzt Kirche
 Internet / Zeitschriften / Bücher Landratsamt Gemeinde / Markt / Stadt
 Soziale Einrichtung / Beratungsstellen Kranken- / Pflegekasse
 An Andere, wen? _____

17. Reicht Ihnen das vorhandene Beratungsangebot aus?

Ja Nein Kann ich nicht beurteilen

18. Benötigen Sie eines der folgenden Hilfsmittel, wenn Sie unterwegs sind?

(Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

Gehstock Rollator Rollstuhl Andere Hilfsmittel benötige keine Hilfsmittel

19. Wenn Sie in Ihrer Gemeinde unterwegs sind, auf welche Schwierigkeiten treffen Sie dabei? (Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Nicht abgesenkte Bordsteine Unebener Straßenbelag (z. B. Kopfsteinpflaster, Kies)
 Barrierefreie Ampeln Keine öffentlichen Toiletten
 Keine (Treppen-)Geländer Zu enge bzw. zugeparkte Gehsteige
 Keine Fußgängerüberwege Keine Ruhemöglichkeiten (z. B. Bänke)
 Andere Schwierigkeiten: _____

20. Wie ist das, wenn Sie unterwegs sein möchten, z. B. zum Einkaufen oder zum Arzt? Welche Verkehrsmittel nutzen Sie? (Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Zu Fuß Fahrrad Private Mitfahrgelegenheit(en)
 Bus Bahn Professioneller Fahrdienst
 Fahre selbst Auto Taxi Ich habe keine dieser Möglichkeiten

21. Nutzen Sie die nachstehenden Angebote, wenn ja, wo nutzen Sie diese?

	Am Ort	In anderen Gemeinden	Nutze ich nicht
Lebensmittelgeschäft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bank / Sparkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post / Poststelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastwirtschaft, Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt / Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieangebot, z. B. Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veranstaltungsangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereinsaktivität, z. B. Sport, Musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seniorenclub / Seniorentreff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Fühlen Sie sich in Ihrer Mobilität eingeschränkt und damit auch in Ihren Aktivitäten?

- Nein, fühle mich nicht eingeschränkt Ja, manchmal Ja, fühle mich eingeschränkt

Falls ja, welche Gründe spielen hierbei eine Rolle? (Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Gesundheitliche Gründe Mangel an geeigneten (öffentlichen) Verkehrsangeboten
 Ich habe / fahre selbst kein Auto Fehlende Gelegenheiten
 Mangelnde Barrierefreiheit im öffentlichen Raum

23. Fehlen Ihnen (gut erreichbare) Versorgungseinrichtungen? Nein Ja

Falls ja, welche: (Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Hausarzt Facharzt Apotheke Post Bank / Sparkasse Treffpunkte (Café etc.)
 Geschäfte des täglichen Bedarfs, z. B.: _____
 Anderes, und zwar: _____

24. Sind Ihnen in Ihrer Gemeinde spezielle Angebote für ältere Menschen, wie z. B. Seniorenkreise, Informationsveranstaltungen, Vorträge, Ausflüge etc. bekannt?

- Nein Ja, vom Hörensagen Ja, bereits in Anspruch genommen

Falls bereits in Anspruch genommen: Haben Sie auch in den letzten sechs Monaten an einem Angebot speziell für Ältere in Ihrer Gemeinde teilgenommen?

- Nein Ja, und zwar: _____

Sind die vorhandenen Angebote für Sie ausreichend?

- Ja Nein, folgende Angebote fehlen: _____

25. Was tun Sie persönlich, um Geist und Körper aktiv zu halten?

(Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Bin (noch) erwerbstätig Betätige mich sportlich Pflege soziale Kontakte
 Gehe zur medizinischen Vorsorge Lese Bücher, Zeitschriften etc. Arbeite im Garten
 Besuche gesundheitsorientierte Vorträge Löse Rätsel, Sudoku etc.
 Anderes: _____

Angaben zu Ihrer Person

Wo sind Sie aufgewachsen? Deutschland Anderes Land, und zwar: _____

Sind Sie (noch) erwerbstätig? Nein Ja, und zwar ca. Stunden pro Woche

Haben Sie ein Kind bzw. Kinder? Ja (Anzahl Kinder) Nein

Wenn Sie Kinder haben, wo wohnen diese? (Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Im gleichen Haus In der Nachbarschaft Am Ort Im Landkreis Weiter weg

Falls Ihr(e) Kinder in der Nähe wohnen: Glauben Sie, dass diese Sie unterstützen würden, wenn Sie Hilfe brauchen (z. B. Einkauf, Haushalt, zum Arzt fahren)?

- Ja, sie unterstützen mich bereits regelmäßig Ja, sie würden mich unterstützen
 Ich möchte nicht von meinen Kindern abhängig sein
 Nein, sie würden / könnten mich nicht unterstützen, weil: _____

Haben Sie noch weitere Hinweise und Vorschläge (ggf. ein eigenes Blatt einlegen):

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Für eventuelle Rückfragen stehen Ihnen gerne Frau Baumgärtler vom Landratsamt Deggendorf, Telefon 0991 / 3100281 oder Herr Rindsfüßer und Frau Ganschinetz vom Institut SAGS, Telefon 0821 / 3462980 zur Verfügung.

Bitte senden Sie den Fragebogen **möglichst bis spätestens 26. Oktober 2015** per Post im beiliegenden Freiumschlag zurück an: **Landratsamt Deggendorf, Sachgebiet Soziale Angelegenheiten, Herrenstraße 18, 94469 Deggendorf**