

Befragung zur Lebenssituation vogtländischer Senioren

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um an unserer vollkommen freiwilligen Befragung teilzunehmen. Es müssen auch nicht alle Fragen beantwortet werden.

Mit Hilfe der Fragebögen möchten wir Ihre Meinungen, Wünsche und Bedürfnisse zum Thema „Älter werden im Vogtlandkreis“ erfahren und berücksichtigen.

Beim Ausfüllen der Fragebögen geht es vor allem um Ihre Meinung und wie das Thema auf Sie persönlich zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Es sind jeweils mehrere Antwortmöglichkeiten vorhanden. Die Umfrage dauert ca. 30-45 Minuten.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich und anonymisiert ausgewertet. Der Datenschutz ist voll und ganz gewährleistet. Mit der Rückgabe der Fragebögen **bis 01.08.2020** dorthin, wo Sie ihn erhalten haben, stimmen Sie der Verarbeitung und Auswertung Ihrer Angaben zu.

Persönliche Angaben

Gemeinde _____

Alter	60-65 <input type="checkbox"/>	66-70 <input type="checkbox"/>	71-75 <input type="checkbox"/>	76-80 <input type="checkbox"/>	ab 81 <input type="checkbox"/>
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/>		weiblich <input type="checkbox"/>		
Berufstätig	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>		
Rentner	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>		
Haben Sie eine Behinderung?	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>		
Sind Sie alleinlebend?	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>		
Sind Sie pflegebedürftig?	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>		

Wer pflegt Sie? _____

Pflegen Sie jemanden? ja nein

Welche Probleme gibt es bei der Pflege? _____

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige finanzielle Lage?

schlecht 1 2 3 4 5 sehr gut

Grundversorgung

Wie zufrieden sind Sie mit den Versorgungsangeboten Ihrer Gemeinde?

sehr zufrieden zufrieden neutral unzufrieden sehr unzufrieden

Wie sichern Sie Ihre Versorgung mit Waren des täglichen Bedarfs?

- gehe selbst einkaufen
 - gehe nur mit Begleitung einkaufen
 - bekomme geliefert
 - Nachbarn, Bekannte, Dienste kaufen für mich ein
 - bestelle online
 - andere Varianten
-

Wie weit (km) ist es ca. von Ihrer Wohnung bis zur / zum nächsten

- | | | | |
|------------------------|-------|--------------------|-------|
| - Lebensmittelgeschäft | _____ | - Facharzt | _____ |
| - Bäcker | _____ | - Apotheke | _____ |
| - Fleischer | _____ | - Bank / Sparkasse | _____ |
| - Hausarzt | _____ | | |

Wie erreichen Sie Ihre Ziele?

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| - zu Fuß | <input type="checkbox"/> | - mit öffentlichen Verkehrsmitteln | <input type="checkbox"/> |
| - mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> | - Sonstiges | <input type="checkbox"/> |
| - mit dem Pkw | <input type="checkbox"/> | | |

Wohnsituation

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?

sehr zufrieden zufrieden neutral unzufrieden sehr unzufrieden

Wie wohnen Sie?

- zur Miete - Eigenheim / eigene Wohnung

Welche Faktoren haben maßgeblich Einfluss auf Ihre Wohnentscheidung?

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| - erschwingliche Miete | <input type="checkbox"/> | - eigenes Haus / Wohnung | <input type="checkbox"/> |
| - gute Wohnausstattung | <input type="checkbox"/> | - ärztliche Versorgung | <input type="checkbox"/> |
| - altersgerechte Wohnung | <input type="checkbox"/> | - Nähe zu Verwandten / Freunden | <input type="checkbox"/> |
| - rollstuhlgerechte Wohnung | <input type="checkbox"/> | - Partnerschaft | <input type="checkbox"/> |
| - barrierefreie / -arme Wohnung | <input type="checkbox"/> | - sonst. Familiäre Gründe | <input type="checkbox"/> |
| - gutes Wohnumfeld | <input type="checkbox"/> | - berufliche Gründe | <input type="checkbox"/> |
| - gute Versorgungseinrichtungen | <input type="checkbox"/> | - fehlende Alternativen | <input type="checkbox"/> |
| - Verkehrsanbindung | <input type="checkbox"/> | - Teilhabe in der Gemeinschaft | <input type="checkbox"/> |
| - Grünanlagen / Park | <input type="checkbox"/> | - Vereinsleben, Freizeitangebote | <input type="checkbox"/> |
| - Parkplatzsituation | <input type="checkbox"/> | - gemischte Altersgruppen | <input type="checkbox"/> |

Der Einzug moderner Technik kann Sicherheit und Hilfe im Alltag garantieren. Was würden Sie nutzen oder was nutzen Sie bereits?

	nutze ich	würde ich nutzen	unbekannt
- Hausnotruf / Alarmknopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rauchmelder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- elektronische Einbruchsicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- modernes Schließsystem mit Einbruchsicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Türöffner mit Gegensprechanlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lampen mit Bewegungsmelder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bewegungsmatten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- automatische Abschalter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- optische Klingel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fahrbare Gardinenstange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anderes			

Ist Ihnen bekannt, dass der Vogtlandkreis eine Servicestelle für altersgerechtes Wohnen sowie Wohnraumberatung anbietet?

ja nein

Würden Sie eine persönliche Beratung oder Besichtigung wünschen?

ja nein

Haben Sie bereits oder beabsichtigen Sie (bei Wohneigentum) oder Ihr Vermieter bauliche Veränderungen für altersgerechtes Wohnen?

ja nein

Was müsste zukünftig hinsichtlich Wohnen noch verbessert oder verändert werden, um ein Leben solange wie möglich im häuslichen Umfeld zu ermöglichen?

Gesundheit und Pflege

Haben Sie einen Hausarzt?

ja nein

Mussten Sie wegen einer Praxisaufgabe wechseln (seit 2015)?

ja nein

Wie beurteilen Sie Ihre medizinische Versorgung, insbesondere das Vorhandensein bzw. die Erreichbarkeit von:

- | | | | | | | | | |
|--------------|----------|--------------------------|-----|--------------------------|-------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| - Hausärzte: | sehr gut | <input type="checkbox"/> | gut | <input type="checkbox"/> | weniger gut | <input type="checkbox"/> | schlecht | <input type="checkbox"/> |
| - Fachärzte: | sehr gut | <input type="checkbox"/> | gut | <input type="checkbox"/> | weniger gut | <input type="checkbox"/> | schlecht | <input type="checkbox"/> |
| - Apotheken: | sehr gut | <input type="checkbox"/> | gut | <input type="checkbox"/> | weniger gut | <input type="checkbox"/> | schlecht | <input type="checkbox"/> |

Was müsste bei der medizinischen Versorgung unbedingt verbessert oder verändert werden?

Technische und andere Möglichkeiten sollen den Ärztemangel abfedern. Kennen Sie bzw. würden Sie folgende Angebote nutzen:

- | | kenne ich | würde ich nutzen |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Telemedizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Medi-Bus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sammeltransport zu Ärzten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gemeindeschwestern für Routineuntersuchungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Medizinische Versorgungszentren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Notdienstpraxen (keine Rettungsstelle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wo möchten Sie, falls Sie pflegebedürftig sind oder es werden, gerne umsorgt und betreut werden?

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------|
| - im Vogtlandkreis | <input type="checkbox"/> | - Sonstiges: _____ |
| - außerhalb des Vogtlandkreises | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - so lange wie möglich in der eigenen Wohnung | <input type="checkbox"/> | |
| - in einer Betreuten Wohnform | <input type="checkbox"/> | |
| - in einer vollstationären Pflegeeinrichtung | <input type="checkbox"/> | |

Auf welche Unterstützungsleistungen würden Sie gerne zurückgreifen?

- | | ja | nein |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Angehörige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ambulanter Pflegedienst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Tagespflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nachbarschaftshelfer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Alltagsbegleiter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Beratungsangebote | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, welche? | | |
| Behindertenberatung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seniorenberatung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflegeberatung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demenzberatung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wohnberatung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Familien- und Eheberatung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schuldnerberatung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unabhängige Teilhabeberatung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sonstiges | <hr/> | |

Ihr Leben in der Gesellschaft

Für Personen im Ruhestand:

Hatten Sie vor Ende Ihres Berufslebens bereits Pläne für den Ruhestand? Wenn ja:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| - Zeit für Familie und Freunde | <input type="checkbox"/> | - Hobbies / neue Hobbies suchen | <input type="checkbox"/> |
| - Reisen | <input type="checkbox"/> | - Weiterbildung | <input type="checkbox"/> |
| - Aktiv bleiben | <input type="checkbox"/> | - Wissen, Erfahrung weitergeben | <input type="checkbox"/> |
| - Natur erleben | <input type="checkbox"/> | - Ehrenamtliche Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> |
| - Sonstiges | <hr/> | | |

Wie beteiligen Sie sich am Leben in der Gemeinschaft?

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| - Ich bin bereits ehrenamtlich tätig. | <input type="checkbox"/> | seit | <hr/> |
| - Ich möchte mich gerne engagieren in: | | | |
| Sportverein / -gruppe | <input type="checkbox"/> | Selbsthilfegruppen | <input type="checkbox"/> |
| Kulturverein | <input type="checkbox"/> | Wohlfahrtsverbände / Hilfsorg. | <input type="checkbox"/> |
| Integration von Flüchtlingen | <input type="checkbox"/> | Umwelt-, Natur-, Tierschutz | <input type="checkbox"/> |
| Kinder- u. Jugendarbeit | <input type="checkbox"/> | Bildung | <input type="checkbox"/> |
| Seniorengruppen | <input type="checkbox"/> | Politik | <input type="checkbox"/> |
| Nachbarschaftshilfe | <input type="checkbox"/> | Stadt- oder Gemeinderat | <input type="checkbox"/> |
| Religionsgemeinschaften | <input type="checkbox"/> | Sonstiges | <hr/> |
| - Ich habe kein Interesse. | | | <input type="checkbox"/> |
| - Ich habe Interesse, bin aber gesundheitlich nicht in der Lage. | | | <input type="checkbox"/> |
| - Ich habe Interesse, bin aber in familiäre Verpflichtungen stark eingebunden. | | | <input type="checkbox"/> |

Freizeitangebote

Wie zufrieden sind Sie mit den Freizeitangeboten in Ihrem Wohnumfeld?

sehr zufrieden zufrieden neutral unzufrieden sehr unzufrieden

Wie gestalten Sie Ihre Freizeit?

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| - Freunde / Bekannte treffen | <input type="checkbox"/> | - Kino, Theater, Konzerte | <input type="checkbox"/> |
| - um Familie / Enkel kümmern | <input type="checkbox"/> | - Essen gehen | <input type="checkbox"/> |
| - ehem. Kollegen treffen | <input type="checkbox"/> | - Sport, Kultur | <input type="checkbox"/> |
| - Garten / Balkon genießen | <input type="checkbox"/> | - Haustiere | <input type="checkbox"/> |
| - Handarbeit, Handwerken | <input type="checkbox"/> | - Vereinsarbeit | <input type="checkbox"/> |
| - Lesen | <input type="checkbox"/> | - Ehrenamt | <input type="checkbox"/> |
| - Wie viele Stunden ca. im Monat? | <hr/> | | |

Gibt es in Ihrem Wohnort einen Seniorenclub, eine Begegnungsstätte...?

ja nein nutze ich

Was fehlt bzw. was müsste an Angeboten unbedingt vorhanden sein?

Worüber beziehen Sie Ihre Informationen?

- Tageszeitung - Anzeigenblätter - Werbezetteln
- Nachbarn - Freunde / Bekannte - Radio
- Handy-App - Fernsehen - Internet
- Sonstiges: _____

Öffentlicher Personennahverkehr

Wenn Sie auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind, wie zufrieden sind Sie?

sehr zufrieden zufrieden neutral unzufrieden sehr unzufrieden

Was müsste aus Ihrer Sicht für eine optimale Nutzung des ÖPNV unbedingt verbessert oder verändert werden?

- günstige (nahe) Haltestellen
- barrierefreie / altersgerechte Haltestellen / Fahrzeuge
- Anpassung der Preise
- gute Anschluss-/ Umsteigeverbindungen
- Verkaufsstellen für Fahrkarten (nicht nur Automaten)

Weitere Vorschläge / Anliegen zur Personenbeförderung:

Würden Sie Ihre Gemeinde als Wohnort für Senioren weiterempfehlen?

sehr zufrieden zufrieden neutral unzufrieden sehr unzufrieden

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Umfrage.