



Befragung der Bürgerinnen und Bürger in der Marktgemeinde Garmisch-Partenkirchen

Die Beteiligung an dieser Umfrage ist freiwillig und anonym. Sie dient der Entwicklung eines Seniorenkonzepts für den Markt Garmisch-Partenkirchen, mit dem die Lebens- und Wohnsituation älterer Menschen noch weiter verbessert werden soll. Bitte geben Sie keinen Namen oder Adresse an!

1. In welchem Ortsteil wohnen Sie?

- Garmisch Partenkirchen Wamberg
 Kaltenbrunn Burgrain Griesen

2. Seit wann wohnen Sie dort? Seit (Jahr) Seit Geburt

3. Wohnen Sie allein in einem Haushalt oder mit weiteren Personen zusammen?

(Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Allein Mit (Ehe-)Partner/in Mit Kindern Mit Anderen

4. Sind Sie männlich weiblich

5. In welchem Jahr sind Sie geboren? 1 9

BARRIEREFREIHEIT UND MOBILITÄT

6. Fühlen Sie sich in Ihrer Mobilität eingeschränkt?

- Nein, fühle mich nicht eingeschränkt ja, manchmal
 Ja, ich fühle mich deutlich eingeschränkt

Falls ja, welche Gründe spielen hierbei eine Rolle?

- Gesundheitliche Gründe Mangel an geeigneten (öffentlichen) Verkehrsangeboten
 Ich habe / fahre selbst kein Auto Fehlende Barrierefreiheit in meinem Wohnumfeld

7. Welches Verkehrsmittel nutzen Sie in der Regel, wenn Sie Einkaufen oder z.B. zum Arzt müssen?

(Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Zu Fuß Fahrrad Fahre selbst Auto ÖPNV
 Private Mitfahrgelegenheiten Professionelle Fahrdienste / Taxi

Falls Sie auch mit dem Fahrrad oder E-Bike / Pedelec unterwegs sind, stoßen Sie dabei auf Probleme?

- Nutze weder Fahrrad noch E-Bike
 Nein Ja, und zwar _____

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

- Gehstock / Krücken Rollator („Gehwagen“) Rollstuhl
 Keines
 Ich verlasse das Haus kaum / gar nicht mehr

WOHNEN

9. In welchen Eigentumsverhältnissen wohnen Sie?

- Miete Wohneigentum Lebenslanges Wohnrecht (Nießbrauch)

Wohnen Sie in einer Wohnung oder ist es ein Haus

10. Wenn Sie an die baulichen Verhältnisse in Ihrer Wohnung / Ihrem Haus denken: Wohnen Sie bereits barrierefrei?

- Nein Ja (⇒ Bitte weiter mit Frage 11)

Falls nein, kommen Sie im Moment gut zurecht oder gibt es bauliche Barrieren, die Ihnen Schwierigkeiten bereiten, z.B. Stufen oder eine Badewanne mit hohen Einstieg?

- Ich komme mit Allem gut zurecht Es gibt bauliche Barrieren, die mir Schwierigkeiten bereiten

Könnten Sie sich vorstellen, Ihr Haus / Ihre Wohnung so umbauen zu lassen, sodass es Ihren Bedürfnissen besser entspricht?

- Ja

- Nein, weil: zu teuer zu umständlich

anderer Grund: _____

11. Haben Sie bereits einmal nachgedacht, ob aus Altersgründen für Sie ein Umzug in Frage kommt?

- Nein, etwas Anderes als die jetzige Situation kommt für mich nicht in Frage

(⇒ Bitte weiter mit Frage 12)

- Ja, ich habe darüber nachgedacht und könnte mir vorstellen (später) umzuziehen

Falls Sie darüber nachdenken umzuziehen, gibt es unterschiedliche Wohnformen für Ältere. Was kommt für Sie (jetzt oder später) in Frage? (Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Barrierefreie Wohnung ...
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> in zentraler Lage | <input type="checkbox"/> mit einem Ansprechpartner vor Ort |
| <input type="checkbox"/> mit Dienstleistungen (z.B. Hilfe beim Einkaufen) gegen Gebühr | |
| <input type="checkbox"/> mit gemeinsamen Aktivitäten | <input type="checkbox"/> mit nachbarschaftlicher Hilfe |
| <input type="checkbox"/> nur für Seniorinnen und Senioren | <input type="checkbox"/> mit mehreren Generationen unter einem Dach |
- Alten- und Pflegeheim
- Das kommt für mich alles nicht in Frage

Was wäre bei einem Umzug noch wichtig?

Ich würde eine Wohnung kaufen mieten

Größe der Wohnung: bis 40 m² 40-60 m² 60-80 m² über 80 m²

- Umzug nur innerhalb meines Stadtteils
- Umzug nur innerhalb von Garmisch-Partenkirchen
- Umzug auch in eine andere Stadt möglich
- Kommt für mich alles nicht in Frage, sondern _____

GESELLSCHAFTLICHE TEILHABE UND PRÄVENTION

12. An welchen öffentlichen Orten treffen Sie sich in Garmisch-Partenkirchen mit Bekannten?

(Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> In einer Gaststätte / Speiselokal / Café | <input type="checkbox"/> Im Vereinsheim |
| <input type="checkbox"/> In Räumlichkeiten der Kirchengemeinde | <input type="checkbox"/> In Parkanlagen / auf Plätzen |
| <input type="checkbox"/> Bei öffentlichen Veranstaltungen, z. B. Straßenfeste | <input type="checkbox"/> Beim Einkaufen |
| <input type="checkbox"/> Auf der Straße / beim Spaziergehen | |

13. Der Seniorentreff der Marianne Aschenbrenner Stiftung hat ein vielfältiges Programm für ältere Menschen in Garmisch-Partenkirchen. Haben Sie schon einmal dieses Angebot in Anspruch genommen?

- Ja, ich nehme regelmäßig an Kursen und Veranstaltungen teil
- Ab und zu Nein, ich nehme daran nicht teil. Grund ist: _____

14. Sind die Angebote in Garmisch-Partenkirchen für Sie ausreichend, oder fehlt Ihnen etwas?

- Ja
- Nein, ich würde mir mehr Angebote zur Freizeitgestaltung oder Prävention wünschen, und zwar: _____

15. Haben Sie ausreichend soziale Kontakte?

- Ja Nein, ich würde mir mehr Kontakte und Austausch wünschen
- Nein, ich bin erst kürzlich (in den letzten 5 Jahren) nach Garmisch gezogen und würde mir ein Angebot für Neubürger wünschen

BERATUNG

16. Ist das vorhandene Beratungsangebot für Seniorinnen und Senioren ausreichend?

- Kann ich nicht beurteilen Ja Nein

Falls nein, was fehlt Ihnen? _____

17. Würden Sie sich – bei Bedarf – eine zentrale und neutrale Anlaufstelle wünschen, welche für alle Fragen rund um das Thema Wohnen, Pflege und Betreuung zuständig ist?

- Kann ich nicht beurteilen Ja Nein

18. Würden Sie – bei Bedarf – auch eine zugehende Beratung in Anspruch nehmen?

- Ja Nein
- Ich nehme schon die präventiven Hausbesuche der Marianne Aschenbrenner Stiftung in Anspruch

DEMENZ

19. Ist Ihr Ehepartner oder eine Person in Ihrem Familien- und / oder Freundeskreis an einer Demenz oder an Alzheimer erkrankt?

- Nein Ja

Falls ja, wie wird diese Person gepflegt und betreut?

- Die Person lebt in einer stationären Einrichtung
 Die Person lebt noch zu Hause und wird dort betreut

Ist diese Betreuung zu Hause ausreichend?

- Ja
 Nein, und zwar werden zusätzliche Angebote benötigt
 Beratung Entlastungsangebote Selbsthilfe
 Gesellschaftliche Teilhabe Anderes, und zwar: _____

TECHNIK IM ALTER

20. Wie vertraut sind Sie allgemein mit technischen Geräten (z.B. Handy, Tablet, Computer)?

Bitte geben Sie eine Einschätzung zu Ihrer persönlichen Situation ab.

	Trifft auf mich zu	Trifft teilweise / manchmal auf mich zu	Trifft nicht auf mich zu
Ich habe in der Regel das Gefühl, dass ich neue technische Geräte gut gebrauchen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für mich stellt der Umgang mit neuen technischen Geräten zumeist eine Herausforderung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich informiere mich regelmäßig über die neuesten technischen Trends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Welches technische Hilfsmittel ist in Ihrem Haushalt schon vorhanden oder würden Sie im Bedarfsfall (z.B. bei Demenz) für sich selber akzeptieren?

	In meinem Haushalt schon vorhanden	Würde ich akzeptieren	Kommt für mich nicht in Frage
Beleuchtungssystem mit Bewegungsmeldern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Automatische Herdabschaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehhilfe für Couch oder Sessel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausnotruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tür- und Fensteralarm, wenn diese zu lange offen stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrischer Tablettenspender, der an die Einnahme erinnert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensormatten, um Stürze anzuzeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräte mit GPS-Ortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck- oder Blutzuckermessgerät, welches die Daten direkt an den Arzt weiterleitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Nutzen Sie das Internet?

- Nein
- Ja, und zwar nutze ich es folgendermaßen
 - Beschaffen von Informationen (Nachrichten, Wetter, Kultur etc.)
 - Kontakt mit Freunden / Kindern / Enkeln (E-Mails, Videotelefonie etc.)
 - Einkaufen / Bestellungen tätigen Nutzung sozialer Netzwerke (Facebook, Twitter etc.)
 - Nutzung von Multimediaangeboten (Musik, YouTube, Mediatheken etc.)
 - Neue Kontakte finden Anderes: _____

PFLEGE UND BETREUUNG

23. Erhalten Sie derzeit Unterstützung im Alltag (z. B. im Haushalt oder bei der Pflege)?

	Regelmäßig	Manchmal	Nie
Ich werde gefahren (z. B. zum Arzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme Hilfe im Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme Lebensmittel gebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme Mahlzeiten gebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme Hilfe bei der Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von wem werden Sie derzeit unterstützt? (Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- (Ehe-)Partner/in
- Kinder / Enkelkinder
- Sonstige Verwandte
- Zugehfrau
- Nachbarn / Bekannte
- Ehrenamtliche
- Dienstleister (z. B. BRK, Caritas, Diakonie)
- Osteuropäische Pflegekraft

Ist die Unterstützung ausreichend oder fehlt Ihnen etwas?

- Ja Ich würde mir mehr Unterstützung wünschen und zwar: _____

24. Leisten Sie selbst regelmäßig Hilfe bei einer pflegebedürftigen Person?

- Nein Ja

Falls ja, kann die Unterstützung und Pflege auch belastend sein. Wie ist das in Ihrer Situation?

- Für mich ist es keine Belastung
- Für mich ist es zeitweise eine Belastung
- Für mich ist es eine hohe Belastung

Was würde Ihnen helfen?

- Mehr Hilfe von außen, die ins Haus kommt
- Ein konstanter Ansprechpartner, der mit auch berät
- Bessere finanzielle Hilfen

25. Haben Sie für den Fall, dass Sie persönliche Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können, Vorsorge getroffen?

- Ja, ich habe in meiner Familie bzw. Bekanntenkreis Personen, die sich dann um mich und meine Angelegenheiten kümmern
- Ich habe zusätzlich einer oder mehreren Personen eine schriftliche Vollmacht erteilt
- Nein, ich habe (bisher) keine Vorsorge für diesen Fall getroffen

PERSÖNLICHE ANGABEN

Wo sind Sie aufgewachsen? In Deutschland In einem anderen Land, nämlich: _____

Haben Sie Kinder? Ja 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

Wenn Ihre 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: _____

Wie ist Ihr finanzieller Spielraum?

- Ich bin auf finanzielle Unterstützung angewiesen
- Ich kann mir nur das Notwendigste leisten
- Ich muss selten auf etwas verzichten
- Ich bin finanziell unabhängig

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

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Für evtl. Rückfragen stehen Ihnen gerne Sabine Wenng und Anja Preuß von der Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung in München (Tel.: 089 / 896230 – 44) oder Frau / Herr XX von der Marktgemeinde Garmisch-Partenkirchen (Tel.: XXX / XXX) zur Verfügung.

Bitte senden Sie den Fragebogen möglichst bald, aber bis spätestens 19. Mai 2017 per Post im beiliegenden Freiumschlag an die Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung, Spiegelstr. 4, 81241 München zurück.