Sehr geehrte Einwohnerinnen und Einwohner
von Luckau und den Ortsteilen,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an unserer Befragung teilzunehmen.

Mithilfe dieses Fragebogens möchten wir Ihre Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse zum Thema „Älterwerden in Luckau und den Ortsteilen“ berücksichtigen. Welche Potenziale, aber auch welche Schwächen gibt es vor Ort? Welche Angebote müssten geschaffen werden, damit Sie bis ins hohe Alter gut in Luckau und den Ortsteilen leben können?

Zum Ausfüllen des Fragebogens ist kein besonderes Wissen erforderlich, es geht uns vor allem um Ihre Meinung. Sie benötigen zum Ausfüllen ca. 10 Minuten Zeit.

Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es auf Sie persönlich zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

In diesem Fragebogen gibt es unterschiedliche Fragetypen; Hinweise zum Ausfüllen finden Sie jeweils nach der Fragestellung *(z.B. Mehrfachnennungen möglich).* Bitte kreuzen Sie die auf Sie zutreffende Antwort in dem vorgegebenen Kästchen an bzw. tragen Sie Ihre Antwort gut leserlich in die vorgesehenen Textfelder ein.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir im Fragebogen nur die männliche Form, z. B. „Angehöriger“. Wir meinen damit aber immer alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat ausschließlich redaktionelle Gründe und ist wertfrei.

Bitte füllen Sie pro Person nur einen Fragebogen aus. Falls Sie Fragen haben können Sie sich gern an uns wenden.

Mit freundlichen Grüßen,

Gerald Lehmann	**Nicole Strebe**	**Tahnee Leyh**
Bürgermeister der Stadt Luckau	AWO Regionalverband Brandenburg Süd e.V.	DRK-Kreisverband Fläming-Spreewald e.V.
Tel.: 03544/594100	Tel.: 01523/6910856	Tel.: l0152/31385924

Inhalt des Fragebogens

1. Zu Ihrer Person.....2
2. Ihre aktuelle Wohn- und Lebenssituation 4
3. Ihre zukünftige Wohn- und Lebenssituation 7
4. Aktivitäten 10
5. Medizinische Versorgung 11
6. Pflegerische Versorgung 12

Ihre Angaben werden selbstverständlich **vertraulich behandelt** und ausschließlich anonymisiert, d.h. ohne Namen und Adresse und auch nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet. Der Datenschutz gemäß Art. 6 I 1 lit. a DSGVO ist voll und ganz gewährleistet.

1. Zu Ihrer Person

Wie alt sind Sie? *(bitte tragen Sie ein)*: _____

Sie sind: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ keine Angabe

Sind Sie: *(Mehrfachnennungen möglich)*

☐ Einwohner

☐ pflegender Angehöriger bzw. helfender Nachbar

☐ Dienstleister medizinisch/pflegerischer Versorgung

Sind Sie in Ihrer körperlichen Mobilität eingeschränkt?
(nutzen z.B. Gehhilfen wie Gehstock, Rollator oder Rollstuhl)

☐ ja ☐ nein

Haben Sie einen Pflegegrad?

☐ nein ☐ Pflegegrad 3

☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 4

☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 5

Haben Sie ein Auto und nutzen dieses regelmäßig?

☐ ja ☐ nein

2. Ihre aktuelle Wohn- und Lebenssituation

Wie lange wohnen Sie schon in Luckau bzw. Ihrem Ortsteil?

☐ weniger als 5 Jahre
☐ 5-10 Jahre
☐ 11-15 Jahre
☐ 16-25 Jahre
☐ 26-35 Jahre
☐ 36-45 Jahre
☐ mehr als 45 Jahre

In welchem Ortsteil wohnen Sie?

☐ Bergen
☐ Cahnsdorf
☐ Duben
☐ Egsdorf
☐ Freesdorf
☐ Fürstlich Drehna
☐ Gießmannsdorf
☐ Görlsdorf
☐ Karche-Zaacko
☐ Kreblitz
☐ Kümmritz
☐ Luckau Stadt
☐ Paserin
☐ Rüdingsdorf
☐ Schlabendorf am See
☐ Terpt
☐ Uckro
☐ Wierigsdorf
☐ Willmersdorf-Stöbritz
☐ Zieckau
☐ Zöllmersdorf

Wie lange wohnen Sie bereits in Ihrer jetzigen Wohnung bzw. Ihrem Haus?

☐ 1-4 Jahre ☐ 5-9 Jahre ☐ 10-15 Jahre ☐ über 15 Jahre

Mit welchen Personen wohnen Sie zusammen?
(Mehrfachnennungen möglich)

☐ Ich lebe allein.

☐ Ich lebe zusammen in einem Haushalt mit:

☐ Ehe-/ Lebenspartner
☐ Kindern
☐ Freunden
☐ Eltern/ Schwiegereltern
☐ Enkeln
☐ anderen

☐ Ich wohne in einer Einrichtung.
(z.B. Wohngruppe, Betreutes Wohnen, Pflegeeinrichtung)

Wer unterstützt Sie im Alltag? *(Mehrfachnennungen möglich)*

bei Tätigkeiten im Haushalt (z.B. Fenster putzen, Wäsche waschen, kochen)	Angehörige ☐	Bekannte Freunde Nachbarn ☐	soziale Dienste ☐	Niemand, aber ich bräuchte jemanden. ☐	Ich brauche keine Hilfe. ☐
bei kleinen hand-werklichen Arbeiten	Angehörige ☐	Bekannte Freunde Nachbarn ☐	soziale Dienste ☐	Niemand, aber ich bräuchte jemanden. ☐	Ich brauche keine Hilfe. ☐
wenn Sie Hilfe beim Einkaufen benötigen	Angehörige ☐	Bekannte Freunde Nachbarn ☐	soziale Dienste ☐	Niemand, aber ich bräuchte jemanden. ☐	Ich brauche keine Hilfe. ☐
wenn Sie sich einsam fühlen und/oder Trost suchen	Angehörige ☐	Bekannte Freunde Nachbarn ☐	soziale Dienste ☐	Niemand, aber ich bräuchte jemanden. ☐	Ich brauche keine Hilfe. ☐
wenn Sie Hilfe bei Behördenangele-genheiten brauchen (z.B. Schriftverkehr, Anträge, Verträge)	Angehörige ☐	Bekannte Freunde Nachbarn ☐	soziale Dienste ☐	Niemand, aber ich bräuchte jemanden. ☐	Ich brauche keine Hilfe. ☐
wenn Sie Termine wahrnehmen müssen (z.B. Arzttermin, therapeutische Angebote)	Angehörige ☐	Bekannte Freunde Nachbarn ☐	soziale Dienste ☐	Niemand, aber ich bräuchte jemanden. ☐	Ich brauche keine Hilfe. ☐

Sonstiges *(bitte tragen Sie ein)*:	Angehörige	Bekannte Freunde Nachbarn	soziale Dienste	Niemand, aber ich bräuchte jemanden.	Ich brauche keine Hilfe.
_____	☐	☐	☐	☐	☐
_____					

Wie bewerten Sie die allgemeine Angebotsstruktur in der Stadt Luckau und den Ortsteilen?

	gut	mittelmäßig	schlecht
Einkaufsmöglichkeiten	☐	☐	☐
Dienstleistungsangebote	☐	☐	☐
Gesundheitliche Versorgungsangebote	☐	☐	☐
Angebot an Haushaltshilfen	☐	☐	☐
Altersgerechte Wohnangebote	☐	☐	☐
Freizeitangebote	☐	☐	☐
Sicherheit und Sauberkeit	☐	☐	☐
Verkehrsanbindung RVS	☐	☐	☐
Nachbarschaftshilfe	☐	☐	☐
Begegnungsmöglichkeiten	☐	☐	☐

Vereinsleben	gut	mittelmäßig	schlecht
	☐	☐	☐
Beratungsangebote	gut	mittelmäßig	schlecht
	☐	☐	☐

---

3. Ihre zukünftige Wohn- und Lebenssituation

Was müsste in Ihrem Wohnumfeld verändert werden, damit Sie Ihren Alltag im Alter besser bewältigen können?
(Mehrfachnennungen möglich)

☐ mehr Sitzgelegenheiten im Ort

☐ rutschfeste und gut begehbare Gehwege

☐ ausreichend breite Gehwege und abgesenkte Bordsteine

☐ Verbesserung von einzelnen Straßenübergängen und zwar

(bitte tragen Sie ein): _____

☐ mehr öffentliche Toiletten

☐ bessere Beleuchtung der öffentlichen Straßen

☐ Schattenspender auf öffentlichen Wegen und Plätzen

☐ öffentliche Trinkwasserspender

☐ Verbesserung der Zugänge zu Gebäuden (z.B. Stadtverwaltung, Kitas, Schulen, Bäcker, Frisör, Geschäfte)

☐ Ausbau des RVS (z.B. barrierefreier Einstieg in Bus und Bahn)

☐ Einrichtung eines Rufbusses

☐ Einrichtung eines Bürgerbusses (mobile Verwaltung)

☐ Einrichtung einer mobilen Arztpraxis

☐ Ausbau von Angeboten (Bildung, Kultur, Freizeit, Sport)

☐ Verbesserung der Kontaktmöglichkeiten (Begegnungsräume, Cafés)

☐ Verbesserung des Angebotes an altersgerechten Wohnungen

☐ Anderes, und zwar: *(bitte tragen Sie ein):*

_____

_____

Wenn Sie nicht mehr ohne Unterstützung wohnen können, wie würden Sie Ihre Wohnsituation gestalten?

☐ Ich würde hier wohnen bleiben, mit Unterstützung von:

- ☐ Angehörigen
- ☐ Nachbarn/ Freunden/ Bekannten
- ☐ professionellen Diensten (z.B. ambulanter Pflegedienst)

☐ Ich würde umziehen:

- ☐ zu Angehörigen/ Verwandten/ Freunden
- ☐ in eine altersgerechte Wohnung
- ☐ ins Betreute Wohnen
- ☐ in eine Wohngemeinschaft für Pflegebedürftige
- ☐ in eine Senioreneinrichtung bzw. ein Pflegeheim
- ☐ Sonstiges *(bitte tragen Sie ein)*: _____

Wie schätzen Sie das Angebot verschiedener Wohnformen für ältere Menschen in Luckau und den Ortsteilen ein?

barrierefreie Mietwohnungen	gut ☐	schlecht ☐	kenne ich nicht ☐
barrierefreie Eigentumswohnungen	gut ☐	schlecht ☐	kenne ich nicht ☐
altersgerechte Wohnungen	gut ☐	schlecht ☐	kenne ich nicht ☐
Betreutes Wohnen/ Service-Wohnen	gut ☐	schlecht ☐	kenne ich nicht ☐

Mehrgenerationenwohnprojekte	gut ☐	schlecht ☐	kenne ich nicht ☐
Wohngruppen für Senioren	gut ☐	schlecht ☐	kenne ich nicht ☐
Senioreneinrichtungen bzw. Pflegeheime	gut ☐	schlecht ☐	kenne ich nicht ☐

Können Sie sich vorstellen im Bedarfsfall folgende Angebote in Anspruch zu nehmen?
(Mehrfachnennungen möglich)

☐ haushaltsnahe Dienstleistungen (Fenster putzen, Gardinen waschen, kleine Reparaturen)

☐ persönliche Betreuung im eigenen Haushalt

☐ mobile Dienstleistungen (z.B. Essen auf Rädern)

☐ Fahrdienste (z.B. Einkäufe bringen, zum Arzt fahren)

☐ 24-Stunde-Hausnotruf

☐ individuelle Beratung in allen Lebenssituationen (z.B. Beratung zu Wohnraumanpassung, Pflegeberatung)

☐ digitale medizinische Versorgung (z.B. Arztsprechstunde am PC)

☐ mobile Arztpraxis, die regelmäßig zu einem festen Standort im Ortsteil kommt

☐ Gesundheitsangebote (z.B. Fußpflege, Massagen)

☐ Angebote zur Förderung der Nachbarschaftshilfe (z.B. Besuchsdienst im Krankheitsfall)

☐ sonstige Angebote *(bitte tragen Sie ein):* _____

_____

_____

_____

_____

☐ kein Interesse

---

4. Aktivitäten

Welche der folgenden Freizeitangebote in Luckau und den Ortsteilen nutzen Sie? *(Mehrfachnennungen möglich)*

	Nutze ich.	Würde ich nutzen, wenn es ein Angebot gäbe.	Nutze ich nicht.
kulturelle Veranstaltungen (z.B. Kino, Theater, Konzert, Lesung)	☐	☐	☐
Geselligkeit in Cafés und bei Gaststättenbesuchen	☐	☐	☐
organisierte Treffs oder Ausflüge für Senioren	☐	☐	☐
Spaziergänge, Wanderungen in der Natur	☐	☐	☐
Bildungsveranstaltungen (z.B. Vorträge, Informationsveranstaltungen)	☐	☐	☐
Bibliothek	☐	☐	☐
Kreativ-Kurse (z.B. Handarbeit, Malerei)	☐	☐	☐
Computerkurse	☐	☐	☐
Angebote des Mehrgenerationenhauses	☐	☐	☐
Angebote der Kirchen	☐	☐	☐
Angebote der Sportvereine	☐	☐	☐

Können Sie sich auch vorstellen an digitalen Angeboten zu verschiedenen Themen teilzunehmen (z.B. Videotreffen mit anderen Senioren)?

☐ ja ☐ nein

Mit welcher Personengruppe würden Sie gern gemeinsam Aktivitäten ausüben?

☐ Kindern ☐ Familien

☐ Zugezogene ☐ Menschen mit Beeinträchtigung

☐ Senioren

5. Medizinische Versorgung

Wie schätzen Sie das Angebot an medizinischen Dienstleistungen in Luckau und den Ortsteilen ein?

☐ mangelhaft ☐ verbesserungswürdig ☐ gut

Es gibt ein ausreichendes Angebot an Hausärzten.	trifft nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll zu ☐
Die Versorgung mit Fachärzten ist gut.	trifft nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll zu ☐
Nach einem Krankenhausaufenthalt fühle ich mich gut versorgt.	trifft nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll zu ☐
Es gibt ein ausreichendes Angebot an Gesundheitsdiensten und medizinischen Einrichtungen (z.B. Physiotherapeuten, Apotheken)	trifft nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll zu ☐

6. Pflegerische Versorgung

Wie schätzen Sie das Angebot an pflegerischen Dienstleistungen in Luckau und den Ortsteilen ein?

☐ mangelhaft ☐ verbesserungswürdig ☐ gut

Langzeitbetreuung wie eine Senioren-einrichtung bzw. ein Pflegeheim ist verfügbar.	trifft nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll zu ☐
Kurzzeitpflegeplätze sind verfügbar (nach Krankenhausaufenthalt oder als Vertretung, wenn pflegende Angehörige verhindert sind)	trifft nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll zu ☐
Es gibt ausreichend Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige.	trifft nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll zu ☐
Es gibt ausreichend Tagespflegeplätze.	trifft nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll zu ☐
Es gibt ein ausreichendes Angebot an ambulanten Pflegediensten.	trifft nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll zu ☐

Medizinische, pflegerische und hauswirtschaftliche Dienstleister kooperieren miteinander.	trifft nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll zu ☐
Pflegestützpunkte und deren Angebote sind bekannt.	trifft nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll zu ☐
Ich kann mich zu Hause zum Thema Pflege beraten lassen.	trifft nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll zu ☐
Sonstiges, z.B. Versorgung chronisch Erkrankter, an Demenz Erkrankter oder sterbender Menschen	trifft nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll zu ☐

Was blieb für Sie in diesem Fragebogen offen? *(bitte tragen Sie ein):*

_____

_____

_____

_____

_____

Für die Abgabe Ihres Fragebogens steht ein Briefkasten zur Verfügung:

Hier Standort des Briefkastens benennen (ggf. mit Lageplan)

Bitte werfen Sie Ihren ausgefüllten Fragebogen dort ein!

Alternativ senden Sie den Fragebogen bitte postalisch an:

XXX

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung!