

A	Leben in Karlsbad						
1	In welchem Ortsteil der Gemeinde leben Sie?						
	<input type="checkbox"/> Auerbach	<input type="checkbox"/> Ittersbach				<input type="checkbox"/> Langensteinbach	
	<input type="checkbox"/> Mutschelbach	<input type="checkbox"/> Spielberg					
2	Leben Sie gerne in der Gemeinde Karlsbad oder würden Sie lieber woanders wohnen, wenn Sie es sich aussuchen könnten?						
	<input type="checkbox"/> Lebe gerne in Karlsbad				<input type="checkbox"/> Würde lieber woanders in der Region leben		
	<input type="checkbox"/> Würde lieber ganz woanders wohnen						
3	Im Folgenden nennen wir Ihnen einige Angebote und Aspekte. Bitte sagen Sie uns jeweils:						
	1. Wie wichtig sind Ihnen die genannten Angebote?						
	2. Gibt es hierfür ausreichende und gute Möglichkeiten in Ihrem Ortsteil?						
		1. Ist Ihnen dies wichtig?			2. Gibt es ausreichend/ gute Möglichkeiten?		
		wichtig	teils teils	unwichtig	Ja	teils teils	Nein
	Einkaufsmöglichkeiten (Alltagsversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ärzte	<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"/>
	Geldinstitute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Therapieangebote (z.B. Physiotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sport- und Fitnessangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kultur/ Bildung (z.B. Vorträge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In der Kirchengemeinde aktiv sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In Vereinen/ Gruppen aktiv sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Karlsbad mitgestalten/sich engagieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Plätze zum Verweilen im öffentlichen Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Treffpunkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Begegnung/Austausch von Jung und Alt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gastronomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuverdienstmöglichkeiten/ Minijobs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anderes 1: (bitte eintragen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Anderes 2: (bitte eintragen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4	<p>Gibt es ein Angebot, das Ihrer Meinung nach <u>in Ihrem Ortsteil</u> besonders fehlt?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgendes: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p style="margin-left: 150px;">Würden Sie sich für den Aufbau dieses Angebotes einsetzen? <i>Z.B. durch ehrenamtliche Unterstützung, Spende, Nutzung trotz etwas höherer Kosten etc.</i></p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>																
B	Mobilität und Alltagsversorgung																
5	<p>Wie häufig nutzen Sie im Alltag die öffentlichen Verkehrsmittel und Mobilitätsangebote?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Verbindung Richtung Pforzheim</td> <td style="width: 16.6%;"><input type="checkbox"/> Häufig</td> <td style="width: 16.6%;"><input type="checkbox"/> Selten</td> <td style="width: 16.6%;"><input type="checkbox"/> Nie</td> </tr> <tr style="background-color: #cccccc;"> <td>Verbindung Richtung Karlsruhe</td> <td><input type="checkbox"/> Häufig</td> <td><input type="checkbox"/> Selten</td> <td><input type="checkbox"/> Nie</td> </tr> <tr> <td>Das AnrufSammelTaxi (AST)</td> <td><input type="checkbox"/> Häufig</td> <td><input type="checkbox"/> Selten</td> <td><input type="checkbox"/> Nie</td> </tr> <tr style="background-color: #cccccc;"> <td>Die Mitfahrbänklen (in Ittersbach)</td> <td><input type="checkbox"/> Häufig</td> <td><input type="checkbox"/> Selten</td> <td><input type="checkbox"/> Nie</td> </tr> </table>	Verbindung Richtung Pforzheim	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nie	Verbindung Richtung Karlsruhe	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nie	Das AnrufSammelTaxi (AST)	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nie	Die Mitfahrbänkl en (in Ittersbach)	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nie
Verbindung Richtung Pforzheim	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nie														
Verbindung Richtung Karlsruhe	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nie														
Das AnrufSammelTaxi (AST)	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nie														
Die Mitfahrbänkl en (in Ittersbach)	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nie														
6	<p>Würden Sie Bus/Bahn (häufiger) nutzen, wenn die Rahmenbedingungen besser wären?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> → Derzeit für <u>mich persönlich</u> hinderliche Bedingungen: <i>Bitte alles Zutreffende ankreuzen</i></p> <p><input type="checkbox"/> Haltestelle zu weit entfernt in: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Schlechte Anbindung zur S-Bahn</p> <p><input type="checkbox"/> Verkehrsmittel fährt zu selten</p> <p><input type="checkbox"/> Schlechte/ Fehlende Verbindung nach: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>Würden Sie eine flexible Beförderungsmöglichkeit (Bürgerbus, Bürger-Rufauto) nutzen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> Ja, gelegentlich <input type="checkbox"/> Nein</p>																
7	<p>Welche weiteren Verkehrsmittel nutzen Sie im Alltag? <i>Bitte alles Zutreffende ankreuzen</i></p> <p><input type="checkbox"/> Keine/ ich gehe zu Fuß <input type="checkbox"/> Fahrrad/ E-Bike <input type="checkbox"/> Motorrad/ Motorroller</p> <p><input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Carsharing <input type="checkbox"/> Fahrgemeinschaften <input type="checkbox"/> Taxi</p>																
8	<p>Sind Sie persönlich in Ihrer Mobilität bei Alltagswegen eingeschränkt (z.B. beim Einkaufen)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> Ja, stark eingeschränkt</p>																
9	<p>Insbesondere im Alter können verschiedene Hindernisse die Bewegung im öffentlichen Raum einschränken, wie z. B. hohe Bordsteine oder fehlende öffentliche Toiletten. Falls dies auf Sie zutrifft, nennen Sie uns bitte solche Hindernisse in Karlsbad:</p> <p>1. Was? _____ Wo? _____</p> <p>2. Was? _____ Wo? _____</p> <p>3. Was? _____ Wo? _____</p>																
10	<p>Wo kaufen Sie vorwiegend ein (Grundversorgung im Alltag)? <i>Bitte alles Zutreffende ankreuzen</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Langensteinbacher Schießhüttenzentrum (KSC)</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Supermarkt/Discounter vor Ort</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Einzelhändler vor Ort</td> <td><input type="checkbox"/> Wochenmärkte</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hofläden</td> <td><input type="checkbox"/> Mobile Lebensmittelhändler</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Langensteinbacher Schießhüttenzentrum (KSC)	<input type="checkbox"/> Supermarkt/Discounter vor Ort	<input type="checkbox"/> Einzelhändler vor Ort	<input type="checkbox"/> Wochenmärkte	<input type="checkbox"/> Hofläden	<input type="checkbox"/> Mobile Lebensmittelhändler										
<input type="checkbox"/> Langensteinbacher Schießhüttenzentrum (KSC)	<input type="checkbox"/> Supermarkt/Discounter vor Ort																
<input type="checkbox"/> Einzelhändler vor Ort	<input type="checkbox"/> Wochenmärkte																
<input type="checkbox"/> Hofläden	<input type="checkbox"/> Mobile Lebensmittelhändler																

11	Wer geht in Ihrem Haushalt einkaufen (Alltagsversorgung)? Bitte alles Zutreffende ankreuzen <input type="checkbox"/> Ich selbst <input type="checkbox"/> Mein/e Partner/in <input type="checkbox"/> Andere Familienangehörige <input type="checkbox"/> Nachbarn <input type="checkbox"/> Bezahlte Einkaufshilfe <input type="checkbox"/> Andere: _____
C Wohnsituation	
12	Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt (Sie eingeschlossen)? <input type="text"/> <input type="text"/> Personen. Bitte sagen Sie uns, welche Personen dies sind: Bitte alles Zutreffende ankreuzen <input type="checkbox"/> Lebens-/ Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Kind/er <input type="checkbox"/> Andere Verwandte <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Bekannte/ Andere Personen <input type="checkbox"/> „24-h-Hilfe“, z.B. aus Osteuropa
13	Wie viel Fläche bewohnen Sie zusammen mit den oben genannten Personen in Ihrem Haushalt? Insgesamt ca. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m ² Wohnfläche. Bitte tragen Sie keine Kommazahlen ein.
14	Muss man, um von der Straße in Ihre Wohnung/ Ihren Wohnbereich zu gelangen, zwangsläufig Treppenstufen bewältigen? <input type="checkbox"/> Nein, keine <input type="checkbox"/> Ja, 1-3 Stufen <input type="checkbox"/> Ja, mehr als 3 Stufen
15	Ist ein Badezimmer in Ihrer Wohnung „barrierefrei“ (d.h. bodengleiche Dusche etc.)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
16	Gibt es innerhalb Ihrer Wohnung/ Ihres Wohnbereichs verschiedene Ebenen/ Stockwerke? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <div style="margin-left: 100px;"> <input type="checkbox"/> Ja → Gibt es einen Treppenlift o.ä.? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja </div>
17	Wie geeignet ist Ihre Wohnung nach eigener Einschätzung für Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind? Denken Sie z.B. an Türbreiten oder die oben genannten Einschränkungen. <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Eher gut <input type="checkbox"/> Eher schlecht <input type="checkbox"/> Schlecht
18	Ist das Haus/ die Wohnung in dem/r Sie leben Ihr Eigentum oder leben Sie dort zur Miete? <input type="checkbox"/> Wohneigentum <input type="checkbox"/> Zur Miete
19	Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, Ihre Wohnung/Ihr Haus altersgerecht umzubauen oder aus diesem Grund umzuziehen bzw. haben Sie dies schon gemacht? Bitte alles Zutreffende ankreuzen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, über <u>Umbau</u> nachgedacht <input type="checkbox"/> Ja, über <u>Umzug</u> nachgedacht <input type="checkbox"/> Ja, habe bereits umgebaut <input type="checkbox"/> Ja, bin bereits umgezogen
20	Haben Sie nähere Familienangehörige in Karlsbad oder im Umland (nicht solche, die in Ihrem Haushalt leben)? Bitte alles Zutreffende ankreuzen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Karlsbad <input type="checkbox"/> Ja, in der Region (ca. 50km um Karlsbad)
21	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem „sozialen Umfeld“ <u>außerhalb der Familie</u>, also mit Ihren Kontakten zu Freunden, Nachbarn und Bekannten? <input type="checkbox"/> Sehr zufrieden <input type="checkbox"/> Eher zufrieden <input type="checkbox"/> Teils, teils <input type="checkbox"/> Eher nicht zufrieden <input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden <input type="checkbox"/> kann/will ich nicht sagen

D Neue (Wohn-)Angebote in Karlsbad

22 Stellen Sie sich vor, in Karlsbad würden eine/ mehrere verschiedene Wohnformen mit Service- und Betreuungsangeboten entstehen. Die neuen Wohnangebote wären barrierefrei und insbesondere für ältere Menschen gedacht. Darüber hinaus wäre ein Wohnangebot speziell für Menschen mit Demenz und Pflegebedarf denkbar. **Wie interessant finden Sie generell diese möglichen Wohnformen?**

Mögliche Wohnformen:

Barrierefreie Wohnung

für: Ältere Menschen ohne/ mit leichtem Pflegebedarf, Menschen mit Behinderung

→ Rollstuhlgerechte Wohnung

Mehrgenerationenwohnen

→ wie „Barrierefreie Wohnung“, aber für Menschen aller Generationen (Wohnkomplex für Jung und Alt)

„Alten-WG“

für: „junge Alte“

→ Gemeinsame Wohnung mit Freunden/ Gleichgesinnten; später bei Bedarf Versorgungleistungen möglich

Ambulant betreute Wohngemeinschaft

für: Menschen mit Demenz oder schwerem Pflegebedarf

→ 8-12 Personen in gemeinsam genutzter Wohnung; eigenes Zimmer; gemeinsamer Alltag mit Rundumbetreuung; Pflege durch Pflegedienst

1. Finde ich für Karlsbad:					
Wichtig/ Interessant		Unwichtig/ uninteressant		Kann ich nicht sagen	
←	→				
2	1	0	-1	-2	
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23 **Bitten kreuzen Sie nun an, ob Sie selbst oder Angehörige von Ihnen für die oben genannten Wohnformen 1. aktuell oder 2. zukünftig Bedarf haben.**

Bitte kreuzen Sie nur etwas an, wenn ein tatsächlicher Bedarf vorhanden bzw. absehbar ist

Mögliche Wohnformen:

Barrierefreie Wohnung (Servicewohnen)

→ Rollstuhlgerechte Wohnung; bei Bedarf Serviceleistungen

Mehrgenerationenwohnen

→ Wohnkomplex für Jung und Alt

„Alten-WG“

→ Gemeinsame Wohnung mit Gleichgesinnten

Ambulant betreute Wohngemeinschaft

→ für Menschen mit Demenz u. Pflegebedarf

	1. <u>Aktueller</u> Bedarf für...		2. <u>Zukünftiger</u> Bedarf für...	
	mich	Angehörige/r	mich	Angehörige/r
<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"/>

24	<p>Falls Sie <u>aktuellen</u> Bedarf an barrierefreien Wohnungen angekreuzt haben:</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe schon eine Wohnung im Blick <input type="checkbox"/> Ich benötige noch eine passende Wohnung</p> <p>Welche Wohnarten könnten Sie sich vorstellen? <i>Bitte alles Zutreffende ankreuzen</i></p> <p><input type="checkbox"/> Zur Miete <input type="checkbox"/> Als Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Wohnanteile (Genossenschaft)</p> <p>Welche Wohnungsgröße käme Ihren Ansprüchen besonders entgegen?</p> <p><input type="checkbox"/> ca. 40 m² (1 Zimmer) <input type="checkbox"/> ca. 40-60 m² (2 Zimmer) <input type="checkbox"/> ca. 60-80 m² (2-3 Zimmer) <input type="checkbox"/> ca. 80-100 m² (3-4 Zimmer)</p>
25	<p>Wenn die Angebote zu Austausch und Begegnung in Karlsbad ausgebaut würden: Welche Angebote würden Sie persönlich besonders interessieren? <i>Bitte alles Zutreffende ankreuzen</i></p> <p><input type="checkbox"/> Regelmäßiger Treff mit verschiedenen Aktivitäten (Singen, Spielenachmittag etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Kulturelle Veranstaltungen (Konzert, Kinonachmittag o.ä.)</p> <p><input type="checkbox"/> Informationsveranstaltungen (z.B. zu Angeboten der Altenhilfe, zu barrierefreiem Wohnen etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Erzählcafé / Erzählwerkstatt</p> <p><input type="checkbox"/> Ältere unterstützen Jüngere (z.B. Hausaufgabenhilfe, Näh-/ Strickcafé)</p> <p><input type="checkbox"/> Jüngere unterstützen Ältere (z.B. Computer- oder Smartphonecourse)</p> <p><input type="checkbox"/> Sport- und Gymnastikkurse</p> <p><input type="checkbox"/> Organisation von Ausflügen/ Reisen</p> <p><input type="checkbox"/> Weiteres: _____</p>
<p>E Engagement</p>	
26	<p>Sind Sie derzeit ehrenamtlich tätig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>→ Einmal alles zusammengenommen: Wie viele Stunden wenden Sie für Ihr gesamtes ehrenamtliches Engagement im Durchschnitt <u>pro Woche</u> ungefähr auf?</p> <p><input type="checkbox"/> bis zu 2 Std. <input type="checkbox"/> ca. 2-5 Std. <input type="checkbox"/> ca. 5-10 Std. <input type="checkbox"/> über 10 Std.</p>
27	<p>Können Sie sich vorstellen, sich zukünftig auf die ein oder andere Weise (zusätzlich) einzubringen, um Personen mit Unterstützungsbedarf in Karlsbad zu helfen?</p> <p><i>Bitte alles Zutreffende ankreuzen</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nein, eher nicht <input type="checkbox"/> Ja, als ehrenamtliche/r Helfer/in</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, als bezahlte/r Helfer/in <input type="checkbox"/> Ja, finanziell</p>
28	<p>Falls ja, in welchem Bereich könnten Sie sich Ihr Engagement konkret vorstellen?</p> <p><input type="checkbox"/> Vermittelte Hilfen (z.B. Einkauf, Fahrdienst, technische Hilfen)</p> <p><input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Hilfen (z.B. Kochen, Reinigung)</p> <p><input type="checkbox"/> Gelegentliche Betreuung und Besuche</p> <p><input type="checkbox"/> Regelmäßige Betreuung unterstützungsbedürftiger Menschen (z.B. in der Wohngruppe)</p> <p><input type="checkbox"/> Mithilfe bei Veranstaltungen oder Aktivitäten (z.B. in einem Treffpunkt)</p> <p><input type="checkbox"/> In der Organisation (z.B. Mitglied eines Vorstands)</p> <p><input type="checkbox"/> Weiteres: _____</p>

29 Was motiviert Sie bzw. könnte Sie motivieren, sich in diesem Bereich freiwillig zu engagieren?
Bitte alles Zutreffende ankreuzen

Die Gesellschaft zumindest im Kleinen mitgestalten

Vor allem mit anderen Menschen zusammenkommen

Qualifikationen erwerben, die im Leben wichtig sind

Durch das Engagement etwas dazuverdienen

Eine berufliche Perspektive vor Ort haben (z.B. Alltagsbetreuung in einer Wohngruppe)

Engagement macht Spaß

Mit Menschen anderer Generationen zusammensein

Unterstützungsbedürftigen Älteren den Verbleib in Karlsbad zu ermöglichen

F Hilfe und Unterstützung im Alter

30 Viele Menschen möchten im Alter auch bei Einschränkungen zuhause wohnen bleiben. Ob ein Verbleib „in den eigenen vier Wänden“ möglich ist, hängt in der Regel davon ab, ob es jemanden gibt, der Pflege und Unterstützung übernehmen kann. Wie ist das bei Ihnen: Haben Sie jemanden, der Sie im Falle Ihrer eigenen Pflegebedürftigkeit zuhause unterstützen könnte?

Ja Nein Kann ich (noch) nicht sagen

→ **An wen denken Sie dabei insbesondere?** *Bitte alles Zutreffende ankreuzen*

Lebens-/ Ehepartner/in Kind/er Bruder/ Schwester

Andere Verwandte Freunde Nachbarn

Bekannte Sonstige: _____

31 Kümmern Sie sich derzeit um einen oder mehrere pflegebedürftige Personen?

Ja Nein

→ In meinem Haushalt Im Haushalt der Person

Erhalten Sie zusätzlich regelmäßige Unterstützung?
Bitte alles Zutreffende ankreuzen

Nein Ja, durch einen ambulanten Pflegedienst

Ja, von anderen Verwandten Ja, von einer „24-h-Hilfe“, z.B. aus Osteuropa

Ja, von Freunden, Nachbarn etc. Ja, Entlastung durch Tagespflege

Hätten Sie Bedarf an weitergehender Unterstützung?

Nein Ja, und zwar: _____

32 Erhalten Sie derzeit aufgrund eigener altersbedingter Einschränkungen Unterstützung im Haushalt oder in der Pflege?

Ja Nein

→ **Von wem erhalten Sie diese Unterstützung?** *Bitte alles Zutreffende ankreuzen*

ambulanter Pflegedienst Angehörige Freunde, Nachbarn

Nachbarschaftshilfe o.ä. Besuch einer Tagesbetreuung

"24-h-Hilfe", z.B. aus Osteuropa Andere: _____

33 Neben Angehörigen können verschiedene Dienste Aufgaben in der Betreuung und Pflege übernehmen. Können Sie sich generell vorstellen solche in Anspruch zu nehmen?

Ja Nein Kann ich (noch) nicht sagen

Welche der folgenden Angebote könnten Sie sich für Ihre Unterstützung bzw. die Entlastung Ihrer Angehörigen vorstellen?

	Ja, kann ich mir gut vorstellen	Kann ich mir eventuell vorstellen	Kann ich mir eher nicht vorstellen	Nein, kann ich mir nicht vorstellen
organisierte Nachbarschafts-Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übernahme von Pflegeleistungen durch ambulanten Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entlastung von Angehörigen z.B. 1-2x pro Woche durch eine Tagespflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entlastung von Angehörigen z.B. 1-2x pro Woche durch eine Tagesbetreuung (z.B. bei Demenz <u>ohne</u> Pflegebedarf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzzeitpflege im Pflegeheim, um Angehörigen eine kurze „Auszeit“ zu ermöglichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzzeitige Übernahme der Pflege zuhause, z.B. durch eine Pflegekraft (Verhinderungspflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24-h-Hilfe , z.B. aus Osteuropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G Wohnen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit

34 Jeder von uns kann im Alter irgendwann auf Unterstützung angewiesen sein und braucht entsprechende Hilfe. Stellen Sie sich vor, dass Sie selber einmal „leicht pflegebedürftig“ wären.

1. Welche der genannten Versorgungsarten würden Ihren Wünschen entsprechen?
2. Für wie realistisch bzw. wahrscheinlich halten Sie diese Möglichkeiten jeweils?

	<u>1. Wunsch</u>			<u>2. Realistisch/ Wahrscheinlich</u>		
	Käme auf jeden Fall in Frage	Käme eventuell in Frage	Käme auf keinen Fall in Frage	Sehr wahrscheinlich	vielleicht	Sehr unwahrscheinlich
<i>(jeweils ggf. mit Unterstützung von Familie, Tagespflege, Nachbarschaftshilfe und/ oder ambulantem Pflegedienst)</i>						
Im jetzigen Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umzug in den Haushalt von Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umzug in eine barrierefreie Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 35 Es kann auch passieren, dass man einmal „stark pflegebedürftig“ wird und die oben genannten Versorgungsarten nicht mehr ausreichen. Bitte sagen Sie uns:
1. Welche der Formen der intensiven Rundumversorgung würden in diesem Fall Ihren Wünschen entsprechen?
 2. Für wie realistisch bzw. wahrscheinlich halten Sie diese Möglichkeiten jeweils?

	1. Wunsch			2. Realistisch/ Wahrscheinlich		
	Käme auf jeden Fall in Frage	Käme eventuell in Frage	Käme auf keinen Fall in Frage	Sehr wahrscheinlich	vielleicht	Sehr unwahrscheinlich
<u>Privates Wohnen, und zwar:</u> <i>(jeweils ggf. mit Unterstützung von Familie, Nachbarschaftshilfe und/ oder ambulantem Pflegedienst)</i>						
Im privaten Haushalt mit den oben genannten Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im privaten Haushalt mit einer 24-h-Hilfe, z.B. aus Osteuropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Eine spezielle Pflegeeinrichtung:</u>						
Eine familiäre ambulant betreute Wohngemeinschaft in Karlsbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umzug in ein gut geführtes Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H Fragen zu Ihrer Person

36 Ihr Geburtsjahr? Ich bin 1 9 geboren. Bitte Jahreszahl eintragen, z.B. 1 9 6 3

37 Ihr Geschlecht? Männlich Weiblich Divers

38 Seit wann leben Sie in Karlsbad? Seit Bitte Jahreszahl eintragen

39 Sind Sie erwerbstätig oder bereits im Ruhestand?

Erwerbstätig Im (Vor-)Ruhestand

Nicht erwerbstätig, im Haushalt tätig Momentan nicht erwerbstätig, arbeitssuchend

40 Ich habe allgemein noch folgende Anregungen:

VIELEN DANK FÜR IHRE BETEILIGUNG AN DIESER BEFRAGUNG!