



QR-Code (Online-Befragung)

Gemeinde Uffing a. Staffelsee
 Rücklauf Bürgerbefragung
 Hauptstr. 2
 82449 Uffing a. Staffelsee

Sie haben die Möglichkeit, an dieser Befragung online <https://www.umfrageonline.com/c/Uffing55>, oder schriftlich teilzunehmen.

Datenschutzerklärung: Diese Umfrage ist freiwillig und anonym. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden, dass die Inhalte des Fragebogens zu Forschungszwecken von dem beauftragten Institut digital erfasst und gespeichert werden. Um den Datenschutz zu wahren, werden Ihre persönlichen Daten stets vertraulich behandelt, nicht an Dritte oder an die Gemeinde weitergegeben und bei einer späteren Visualisierung nur aggregiert dargestellt. Die Gemeinde gibt die rückgelaufenen Fragebögen hierzu ungeöffnet an das beauftragte Institut weiter.

1. Abgesehen von Ihrem Zuhause, was ist Ihr Lieblingsort in der Gemeinde Uffing a. Staffelsee?

2. Sind Sie allgemein mit Ihrem Leben in der Gemeinde Uffing a. Staffelsee zufrieden?

<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> eher zufrieden	<input type="checkbox"/> eher unzufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden
---	---	---	---

Wohnen

3. Wie lange leben Sie bereits in der Gemeinde Uffing a. Staffelsee?

<input type="checkbox"/> seit Geburt	<input type="checkbox"/> 20 Jahre und länger	<input type="checkbox"/> weniger als 20 Jahre	<input type="checkbox"/> 5 Jahre und weniger
--------------------------------------	--	---	--

4. In welchem Eigentumsverhältnis wohnen Sie?

Eigentumswohnung oder Eigenheim (*ich besitze die Immobilie*)

Mietwohnung oder Mietshaus (*ich miete die Immobilie*)

andere Wohnform: _____

5. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen? _____ Personen

6. Welche Personen gehören zu Ihrem Haushalt? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner/in	<input type="checkbox"/> (Schwieger-)Kinder	<input type="checkbox"/> (Schwieger-)Eltern
<input type="checkbox"/> andere Personen	<input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> ich wohne allein

7. Ist Ihre aktuelle Wohnung bzw. Ihr Haus baulich für ein Leben im Alter geeignet? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> Der Wohnraum geht über mehrere Etagen.	<input type="checkbox"/> Der Zugang ist nur über mehre Stufen möglich.
<input type="checkbox"/> Ich komme gut zurecht im Moment.	<input type="checkbox"/> Ich habe schon jetzt gewisse Schwierigkeiten.
<input type="checkbox"/> Meine Wohnung bzw. mein Haus ist auch für ein Leben im Alter geeignet.	<input type="checkbox"/> Ich gehe davon aus, in Zukunft (im höheren Lebensalter) Schwierigkeiten zu haben.

8. Können Sie sich einen Umzug in Zukunft vorstellen?

JA, ich kann mir einen Umzug vorstellen



Wenn JA, was wären für Sie persönlich Umzugsgründe? (Mehrfachnennungen möglich)

- Immobilie (mit Garten) ist zu groß
- Wunsch nach barrierefreiem Wohnen
- Immobilie den eigenen Kindern überlassen
- zunehmender Betreuungs- bzw. Pflegebedarf
- finanzielle Gründe
- Wunsch in der Nähe der Angehörigen zu leben
- nicht mehr allein wohnen wollen
- anderer Grund, und zwar:

NEIN, ich werde nicht umziehen



Wenn NEIN, aus welchen Gründen würden Sie nicht umziehen? (Mehrfachnennungen möglich)

- hohe emotionale Verbundenheit zum Zuhause
- Verbleib in vertrauter Umgebung
- Nähe zu den Angehörigen ist hier gegeben
- Immobilie ist für ein Leben im Alter geeignet
- Umzug ist ein großer organisatorischer Aufwand
- finanzielle Gründe, ich kann / oder will es mir nicht leisten
- anderer Grund, und zwar:

9. Bitte geben Sie an, wie wichtig Sie persönlich folgende Aspekte bei einem möglichen neuen Wohnprojekt in der Gemeinde Uffing a. Staffelsee erachten?

	Ist mir	sehr wichtig	←	sehr unwichtig	→	weiß nicht
	1	2	3	4		
zentrale Lage mit Nähe zu Nahversorgungsangeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
landschaftlich besonders schöne Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnprojekt für Jung <u>und</u> Alt (bei eigener Wohnung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnprojekt <u>nur</u> für Senior/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnprojekt <u>auch</u> für Menschen mit Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambulant betreute Wohngemeinschaft – welche eine <u>Versorgung auch bei Pflegebedarf / Demenz</u> ermöglicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Gemeinschaftsraum als Treffpunkt im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarn im Haus unterstützen sich bei Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>gegen Entgelt</u> ist jemand regelmäßig im Wohnprojekt, kümmert sich und organisiert gemeinsame Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
individuell buchbare Dienstleistungen (z.B. Fußpflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hochwertige Ausstattung – bei entsprechenden Kosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eher „Standardausstattung“ bei bezahlbarer Miete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnprojekt mit Eigentumsoptionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Sollten zukünftig Wohnprojekte für Ältere in unserer Gemeinde geplant werden, könnten Sie sich vorstellen diese zu unterstützen (z.B. konzeptionell, finanziell)? (Mehrfachnennungen möglich)

JA, evtl. durch Inanspruchnahme

JA, durch persönliches Engagement

JA, durch finanzielle Unterstützung

NEIN, keine Unterstützung

Ich weiß nicht

Mobilität und Wohnumfeld

11. Mit welchen Verkehrsmitteln sind Sie üblicherweise unterwegs? Markieren Sie alles, was für Sie zutrifft (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zu Fuß | <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad |
| <input type="checkbox"/> ich fahre selbst Auto | <input type="checkbox"/> ich werde gefahren |
| <input type="checkbox"/> mit öffentlichen Verkehrsmitteln | <input type="checkbox"/> ich bin von anderen abhängig (brauche Begleitung) |
| <input type="checkbox"/> dem Blauen Land Bus | <input type="checkbox"/> anderes: _____ |

12. Es gibt Mobilitätskonzepte, die in unserer Gemeinde bislang nicht angeboten werden. Welche würden Sie jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt ggf. nutzen? (Mehrfachnennungen möglich)

Nutzung vorstellbar:	Ja, schon heute	Ja, vielleicht später	Nein, auf keinen Fall	Ich weiß nicht
Bürgermobil (über Ehrenamtliche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leihräder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitfahrbörse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>ausleihbares</u> Elektro-Seniorenmobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Nutzen Sie zur Fortbewegung eine Geh- oder Mobilitätshilfe? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (Wander-, Geh-) Stock | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> E-Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Elektro-Seniorenmobil (Scooter) | <input type="checkbox"/> keines |

14. Wenn Sie in unserer Gemeinde unterwegs sind, welche der folgenden Punkte stören Sie persönlich? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> fehlende Ruhemöglichkeiten | <input type="checkbox"/> unebener Bodenbelag (bspw. Kopfsteinpflaster) |
| <input type="checkbox"/> nicht abgesenkte Bordsteine | <input type="checkbox"/> Zugänglichkeit öffentlicher Gebäude (Café, Arztpraxen) |
| <input type="checkbox"/> fehlende öffentliche Toiletten | <input type="checkbox"/> fehlender barrierefreier Zugang zum See |
| <input type="checkbox"/> fehlende Fußgängerüberwege | <input type="checkbox"/> fehlende Behindertenparkplätze |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____ | |

15. Wie bewerten Sie folgende (Versorgungs-) Angebote in der Gemeinde Uffing a. Staffelsee?

	sehr gut	gut	befriedigend	schlecht	weiß nicht
Einkaufsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztliche Versorgung	<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"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restaurants und Cafés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grünflächen und Freiflächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarschaftshilfe Für einander / Miteinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Was vermissen Sie in unserer Gemeinde, in Bezug auf gute Lebensbedingungen für Ältere?

Ehrenamt

17. Engagieren Sie sich ehrenamtlich?

JA



Wenn JA, haben Sie grundsätzlich noch Zeit und Interesse für weiteres freiwilliges Engagement?

- JA, ich habe noch Zeit / Interesse
- NEIN, keine weitere Zeit verfügbar
- jetzt nicht – ggf. zu einem späteren Zeitpunkt

NEIN



Wenn NEIN, aus welchen Gründen?

- keine Zeit
- kein Interesse
- ich würde mich engagieren, weiß aber nicht wo
- jetzt nicht – ggf. zu einem späteren Zeitpunkt

18. Können Sie sich vorstellen, bei nachfolgenden Unterstützungsleistungen - ggf. auch zeitlich begrenzt - tätig zu werden? Bitte kreuzen Sie entsprechendes an. (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Begleitung älterer Menschen oder Personen mit Behinderungen (altersunabhängig) | <input type="checkbox"/> kleine Hilfen im Garten und Haushalt |
| <input type="checkbox"/> Demenzbetreuung | <input type="checkbox"/> Hilfe bei Behördenangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Hausaufgabenbetreuung für Schüler/innen | <input type="checkbox"/> Fahrdienste (im Privat-Pkw, ggf. Bürgermobil) |
| <input type="checkbox"/> Vorlesen für Kinder / für Erwachsene | <input type="checkbox"/> Leihgroßeltern |
| <input type="checkbox"/> Organisation von Treffen z.B. Generationencafé | <input type="checkbox"/> anderes, und zwar: _____ |

Soziales und Teilhabe

19. Welche der folgenden (sozialen) Angebote interessieren Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> offene Treffen – z.B. zum Austausch und gemeinsamen Kaffeetrinken | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele / Spielenachmittage |
| <input type="checkbox"/> Singen / Musizieren | <input type="checkbox"/> Seniorennachmittage |
| <input type="checkbox"/> Schulungen zum Umgang mit digitalen Medien | <input type="checkbox"/> Besuch von sonstigen Kursangeboten |
| <input type="checkbox"/> Kulturelle Aktivitäten (Theater, Kino, Konzerte etc.) | <input type="checkbox"/> Seniorenangebote der Vereine |
| <input type="checkbox"/> Sport- / Fitnessangebote (z.B. Gymnastik, Wandern) | <input type="checkbox"/> generationenübergreifende Angebote |
| <input type="checkbox"/> offene gemeinsame Spaziergänge | <input type="checkbox"/> organisierte Ausflüge |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

20. Haben Sie ausreichend soziale Kontakte?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> JA, immer | <input type="checkbox"/> JA, meistens |
| <input type="checkbox"/> NEIN, ich würde mir manchmal mehr Kontakt wünschen | <input type="checkbox"/> NEIN, ich fühle mich oft einsam |

21. An welchen Orten treffen Sie sich in unserer Gemeinde? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> im öffentlichen Raum (Straße, Spaziergang, Plätze, Friedhof, See usw.) | <input type="checkbox"/> bei Angeboten der Nachbarschaftshilfe füreinander / Miteinander bzw. dem Generationenbüro |
| <input type="checkbox"/> in einer Gaststätte oder einem Café | <input type="checkbox"/> Veranstaltungen (z.B. Feste und Märkte) |
| <input type="checkbox"/> Veranstaltungen der Kirchengemeinden | <input type="checkbox"/> in Vereinen bzw. Veranstaltungen der Vereine |

22. Sie finden hier einige Aussagen zum Thema Leben und Älterwerden. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie den Aussagen zustimmen bzw. nicht zustimmen.

	trifft vollständig zu		← →		trifft gar nicht zu	
	1	2	3	4	5	6
Uffing/Schöffau ist ein guter Ort zum Älterwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Verhältnis unter den Nachbarn und Menschen ist sehr offenherzig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin sicher im Umgang mit digitalen Medien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin <u>nicht</u> in Sorge im Alter einsam zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe <u>keine</u> Angst vor „Altersarmut“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema „Pflege im Alter“ ist für mich wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Wie schätzen Sie Ihre aktuelle finanzielle Situation ein? Bitte kreuzen Sie auf der Skala (1-6) an!

völlig ausreichend	1	2	3	4	5	6	nicht ausreichend
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/> keine Angabe

Beratung / Information

24. Welche der folgenden Beratungsangebote sind Ihnen bekannt? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Generationenbüro | <input type="checkbox"/> Beratungsstellen von Wohlfahrtsverbänden (BRK, Caritas, ...) |
| <input type="checkbox"/> Sozialverband VdK | <input type="checkbox"/> Fachstelle für pflegende Angehörige und Demenz |
| <input type="checkbox"/> Hospizverein (in Polling) | <input type="checkbox"/> Wohnberatung (im Landkreis Garmisch-Partenkirchen) |
| <input type="checkbox"/> Pflegestützpunkt des Landkreises Garmisch-Partenkirchen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

25. Welche Informationsmöglichkeiten nutzen Sie grundsätzlich? (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wir für Euch - Mitteilungsblatt | <input type="checkbox"/> Tageszeitung |
| <input type="checkbox"/> Internet allgemein | <input type="checkbox"/> Heimat-Info App (Gemeinde-App) |
| <input type="checkbox"/> Homepage der Gemeinde | <input type="checkbox"/> Soziale Medien (Instagram, Facebook) |
| <input type="checkbox"/> persönliche Gespräche | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

26. Zu welchen Themen des Älterwerdens wünschen Sie sich mehr Informationen?

Unterstützung und Pflege

27. Für den Fall, dass Sie hilfsbedürftig sind oder es einmal werden sollten:

Haben Sie Personen in Ihrer Nähe, die Sie unterstützen könn(t)en? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> JA, mein/e (Ehe-)Partner/in | <input type="checkbox"/> JA, meine Angehörigen wohnen in der Nähe |
| <input type="checkbox"/> JA, in meinem Bekanntenkreis | <input type="checkbox"/> JA, sonstige Personen |
| <input type="checkbox"/> NEIN, meine Angehörigen wohnen weit entfernt | <input type="checkbox"/> NEIN, ich habe leider niemanden |

28. Haben Sie persönlich eine Einstufung in die Pflegeversicherung?

- NEIN | keine Angabe
- JA, folgender Pflegegrad: 1 2 3 4 5

29. Bitte kreuzen Sie an, was von Personen in Ihrem Haushalt in Anspruch genommen wird, bzw. bereits in Anspruch genommen wurde? (Mehrfachnennungen möglich)

- Ambulanter Pflegedienst | Nachbarschaftshilfe füreinander / Miteinander
- Betreuungskraft (die bei Ihnen (mit-)wohnt!) | Tagespflege
- Kurzzeitpflege | Generationenbüro

Welches Angebot fehlt Ihnen aktuell persönlich? _____

30. Pflegen oder betreuen Sie selbst einen Erwachsenen in Ihrem Familien- oder Bekanntenkreis?

- JA | NEIN → weiter mit Frage 32



Falls JA: Unterstützung und Pflege kann auch belastend sein. Wie ist das in Ihrer Situation?

- keine Belastung zeitweise eine Belastung hohe Belastung

31. Wenn Sie eine pflegebedürftige Person betreuen gibt es grundsätzlich Möglichkeiten, die zum Teil über die Pflegekassen finanziert werden. Welches davon würden Sie nutzen?

	ich nutze es bereits	ich würde es sofort nutzen	ich würde es bei Bedarf nutzen	ich würde es nicht nutzen
Tagesbetreuungsgruppe für Pflegebedürftige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geschulte Ehrenamtliche kommen stundenweise nach Hause zur Entlastung (keine Pflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moderierter Gesprächskreis für Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönliche Angaben

32. Wie alt sind Sie?

- unter 59 Jahre 60-64 Jahre 65-69 Jahre 70-74 Jahre
- 75-79 Jahre 80-84 Jahre 85-89 Jahre 90 Jahre und älter

33. Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- Mann Frau Divers

34. Wo wohnen Sie?

- Ortsteil Uffing a. Staffelsee Ortsteil Schöffau

35. Haben Sie Wünsche oder Anregungen zum Thema „Älterwerden“ in unserer Gemeinde?

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis **spätestens 27.07.2026** an die Gemeinde Uffing a. Staffelsee oder werfen Sie ihn in den Briefkasten der Gemeinde.