

**F3\_10:** Welche Aspekte sind für Sie ausschlaggebend, damit Sie den ÖPNV künftig häufiger nutzen?  
Bitte nummerieren Sie die folgenden Aspekte dafür in einer persönlichen Rangfolge (von 1 bis 11) nach der Wichtigkeit für Ihre ÖPNV-Nutzung.

- \_\_\_\_\_ Schnelligkeit
- \_\_\_\_\_ Pünktlichkeit
- \_\_\_\_\_ Erreichbarkeit
- \_\_\_\_\_ Wenig Umstiege
- \_\_\_\_\_ Zeitliche Flexibilität
- \_\_\_\_\_ Kosten
- \_\_\_\_\_ Fahren ohne vorherige Anmeldung
- \_\_\_\_\_ Betriebszeiten (z. B. abends, Wochenende)
- \_\_\_\_\_ Fahrthäufigkeit
- \_\_\_\_\_ Barrierefreiheit
- \_\_\_\_\_ Pünktlichkeit

**Angebotsqualität – Haltestellen**

**F3\_11:** Wie bewerten Sie Ihre genutzte Haltestelle am Wohnort hinsichtlich der folgenden Aspekte?

	sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht	keine Angabe
Verständlichkeit der Fahrpläne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartemöglichkeiten (Sitzgelegenheiten/Unterstand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barrierefreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit (z.B. Beleuchtung, Einsehbarkeit, Abgrenzung zur Straße)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Angebotsqualität – Fahrzeuge**

**F3\_12:** Wie bewerten Sie die Fahrzeuge im AVV-Gebiet hinsichtlich der folgenden Aspekte?

	sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht	keine Angabe
Fahrgastinformationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ticketkauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barrierefreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrradmitnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderwagenmitnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Angebotsqualität – Digitale Angebote**

**F3\_13:** Wie bewerten Sie die digitalen Angebote des AVV?

	sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht	keine Angabe
Homepage (Fahrplanauskunft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVV.mobil App	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digitale Haltestellenanzeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digitale Fahrgastinformationen im Fahrzeug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Teil 4: Abschluss**

**F4\_1:** Haben Sie weitere Anmerkungen/Ergänzungen zum ÖPNV-Angebot des AVV?

- nein
- ja

---



---



---



---



---

**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen!**

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen in Ihrer **Gemeinde** ab oder schicken Sie ihn direkt an **AVV-Kundencenter**, Bohus-Center Halderstraße 29 86150 Augsburg

**Sie sind gefragt!**



**Bürgerbeteiligung zur Fortschreibung Nahverkehrsplan**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zurzeit schreibt der **Augsburger Verkehrs- und Tarifverbund (AVV Augsburg)** den **Nahverkehrsplan** fort. Im Nahverkehrsplan werden die Weichen für den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) der nächsten Jahre gestellt. Es geht um die **Weiterentwicklung des Bus- und Bahn-Angebotes im AVV-Gebiet** in der **Stadt Augsburg** und den **Landkreisen Aichach-Friedberg, Augsburg**, sowie **Dillingen a. d. Donau**. Dabei wird auch die Ergänzung des Bus- und Bahn-Angebotes mit neuen Angeboten wie **Bike- und Carsharing** oder **flexible Bedienformen** eine Rolle spielen.

Ihre Einschätzung des aktuellen ÖPNV-Angebots ist uns daher wichtig, um die Bedürfnisse der Bevölkerung in unseren Planungen berücksichtigen zu können. Wir möchten Ihnen im Folgenden daher die Möglichkeit geben, uns Ihre Sichtweise zu schildern und freuen uns auf Ihre ehrliche Bewertung. Die Umfrage steht Ihnen unter **www.avv-augsburg.de/umfrage** auch sehr komfortabel online zur Verfügung.

Ihre Angaben werden nur **anonymisiert** verwendet und lassen keinen Rückschluss auf Ihre Person zu. Die erfassten Daten werden ausschließlich zur Fortschreibung des Nahverkehrsplans verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Die Ergebnisse der Befragung werden dazu ausgewertet und der **Öffentlichkeit im Herbst 2022** präsentiert.

Bei Rückfragen können Sie sich gern an das Team des AVV unter **nahverkehrsplan(at)avv-augsburg.de** wenden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Teil 1: Allgemeine Angaben zu Ihrer Person**

Bitte beantworten Sie zu Beginn ein paar allgemeine Fragen zu Ihrer Person.

**F1\_1:** Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- weiblich
- männlich
- divers
- keine Angabe

**F1\_2:** In welchem Jahr sind Sie geboren?

|||

**F1\_3:** Bitte geben Sie die Postleitzahl, den Ort und ggf. den Ortsteil an, in dem Sie Ihren Hauptwohnsitz haben.

||| PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Ortsteil

**F1\_4:** Wie viele Personen zählt Ihr Haushalt (Sie eingeschlossen)?

\_\_\_\_\_

**F1\_5:** Wie viele Mitglieder Ihres Haushalts besitzen einen Führerschein (Sie eingeschlossen)?

\_\_\_\_\_

**F1\_6:** Wie viele motorisierte Fahrzeuge (Auto, Motorrad, Roller) sind im Haushalt vorhanden?

\_\_\_\_\_

**F1\_7:** Welcher Tätigkeit gehen Sie nach?

berufstätig     Familienmann/ Familienfrau     Renter:in     Schüler:in/Auszubildende:r/ Studierende:r  
 arbeitssuchend     Sonstiges     keine Angabe

**Teil 2: Mobilitätsverhalten**

**F2\_1:** Welches der folgenden Verkehrsmittel/-angebote nutzen Sie für Ihre Fahrtzwecke? (Mehrfachantworten möglich)

	Bus	Straßenbahn	Zug	Car-sharing	Bike-sharing	Auto als Fahrer	Auto als Mitfahrer	Motorrad	E-Roller	Fahrrad	Fußgänger	keine Angabe
Zur Arbeit	<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"/>
Zur Schule/ Ausbildung	<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"/>
Zum Einkauf	<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"/>
Freizeit/Hobby	<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"/>
Näherholung/ Ausflüge	<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"/>
Arzt/Gesundheits-einrichtungen	<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"/>
Behörden	<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"/>

**F2\_2:** Wie häufig nutzen Sie den ÖPNV?

	täglich	1-3 Tage pro Woche	1-3 Tage pro Monat	seltener als monatlich	nie
Zur Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Schule/Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zum Einkauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit/Hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Näherholung/Ausflüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt/Gesundheitseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behörden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F2\_3:** Mit welchem Ticket nutzen Sie den ÖPNV? (Mehrfachantworten möglich)

Einzelticket     Streifenkarte     Tageskarte     Wochenkarte  
 Monatskarte     Abonnement     Firmen-Abo     swa Mobil Flat  
 swa BiBo     Sonstiges, und zwar: \_\_\_\_\_     Keine Angabe

**F2\_4:** Es gibt noch weitere Aspekte, die Ihre persönliche Verkehrsmittelwahl beeinflussen. Bitte bewerten Sie die Wichtigkeit dieser Faktoren für Ihre Verkehrsmittelwahl.

	sehr wichtig	wichtig	eher unwichtig	unwichtig	keine Angabe
Zeitliche Flexibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komfort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barrierefreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Teil 3: Servicequalität des ÖPNV im AVV**

**Angebotsqualität - Allgemein**

\* Definition der Tageszeiten:  
tagsüber: 6-18h  
abends: 18-24h

**F3\_1:** Wie bewerten Sie das ÖPNV-Angebot in Ihrem Wohnort?

	sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht	keine Angabe
Montag-Freitag: tagsüber*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Montag-Freitag: abends*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samstag: tagsüber*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samstag: abends*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonn- und Feiertag: tagsüber*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonn- und Feiertag: abends*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Angebotsqualität - Pünktlichkeit**

**F3\_2:** Wie bewerten Sie die Pünktlichkeit der folgenden Verkehrsmittel des ÖPNV?

	sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht	keine Angabe
Bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straßenbahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anruf-Sammel-Taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rufbus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F3\_3:** Wie gut klappen aus Ihrer Sicht die Umstiege, wenn Sie zwischen zwei Verkehrsmitteln des ÖPNV wechseln?

sehr gut     gut     schlecht     sehr schlecht     keine Angabe

**Angebotsqualität - Erschließung**

**F3\_4:** Wie kommen Sie zur Haltestelle?

zu Fuß     Fahrrad     Auto

**F3\_5:** Wie viel Zeit benötigen Sie mit dem von Ihnen genutzten Fortbewegungsmittel (s. vorherige Frage) zu Ihrer genutzten Haltestelle am Wohnort? (Angabe einer ganzen Zahl in Minuten, z.B. 10 für 10 Min.)

\_\_\_\_\_ Min.     Keine Angabe

**F3\_6:** Wie bewerten Sie die Erreichbarkeit Ihrer genutzten Haltestelle in Ihrem Wohnort?

sehr gut     gut     schlecht     sehr schlecht     keine Angabe

**F3\_7:** Was sind Ihre drei relevantesten Zielorte? Bitte nennen Sie konkrete Orte bzw. Stadtteile.

1. nach: \_\_\_\_\_  
 2. nach: \_\_\_\_\_  
 3. nach: \_\_\_\_\_

**F3\_8:** Wie bewerten Sie die Erreichbarkeit dieser Zielorte mit dem ÖPNV?

sehr gut     gut     schlecht     sehr schlecht     keine Angabe

**F3\_9:** Welche Orte sollten besser miteinander verknüpft werden?

1. von: \_\_\_\_\_ nach: \_\_\_\_\_  
 2. von: \_\_\_\_\_ nach: \_\_\_\_\_  
 3. von: \_\_\_\_\_ nach: \_\_\_\_\_  
 4. von: \_\_\_\_\_ nach: \_\_\_\_\_  
 5. von: \_\_\_\_\_ nach: \_\_\_\_\_