

2) Fragebogen für Personen ohne privaten Bezug zur Pflege sowie Pflegende Angehörige

Bitte stellen Sie sich vor: Sie selbst werden pflegebedürftig.

1. Welche Art von Pflege oder Unterstützung möchten Sie dann?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Häusliche Pflege durch einen Angehörigen (zum Beispiel Kinder, Eltern, Geschwister)
- Häusliche Pflege mit einem ambulanten Pflegedienst
- Häusliche Pflege durch eine externe Hilfe, die mit im Haushalt wohnt (24h-Pflegekraft)
- Besuch einer Tagespflege
- Besuch einer Nachtpflege
- Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege
- Pflegekrisendienst für maximal fünf Tage
- Betreutes Wohnen (mit oder ohne Nutzung des Pflegedienstes)
- Ambulant betreute Wohngemeinschaften
- Stationäre Pflege in einem Pflegeheim
- Sonstige Pflegeformen: _____

2. Welche Beratungs- und Versorgungsangebote im Landkreis würden Sie nutzen?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Informationen über Freunde und Bekannte einholen
- Digitale Pflegeberatung NeaWiS
- Unterstützung durch organisierte Nachbarschaftshilfe
- Angebote zur Entlastung im Alltag:
 - Fahrdienst
 - Einkaufsservice
 - Essen auf Rädern
 - Haushaltshilfe
 - Hausnotruf
- Seniorenbeauftragte der Kommunen
- Pflegeberatungsstelle der Krankenkasse
- Pflegeberatung der Fachstellen für Pflegende Angehörige
- Betreuungsstelle Landratsamt
- Gute-Pflege-Lotsen (Berater in Gesundheits- und Pflegefragen)
- Fachstelle für Demenz und Pflege Mittelfranken
- Beratung durch Pflegedienstleister
- Sonstige: _____

3. Was könnte Sie davon abhalten, Hilfe oder Pflege in Anspruch zu nehmen?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Ich habe Angst, was andere von mir denken, wenn ich Hilfe annehme.
- Ich möchte nicht zur Belastung werden.
- Ich möchte meine Selbstständigkeit bewahren.
- Ich habe mich mit Unterstützungs- und Pflegeangeboten noch nicht beschäftigt.
- Ich habe Sorge, ob ich mir Unterstützung finanziell leisten kann.
- Ich fühle mich unwohl, wenn fremde Menschen (Pflegekräfte) in die Wohnung kommen und intime Tätigkeiten übernehmen.
- Ich möchte keine Hilfe annehmen müssen.
- Ich habe Sorge, dass die Annahme von Hilfe der erste Schritt ins Pflegeheim ist.
- Ich muss/möchte es alleine schaffen.
- Ich möchte Streitigkeiten innerhalb der Familie vermeiden.
- Sonstige: _____

4. Wie haben Sie für den Fall vorgesorgt, dass Sie einmal Pflege brauchen?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Ich verlasse mich auf die staatlichen Pflegeleistungen
- Vermögen, auf das ich zurückgreifen kann
- Erwartung, von den Kindern oder An- und Zugehörigen gepflegt zu werden
- Private Pflegezusatzversicherung
- Sonstige: _____

5. Eine Verbesserung der eigenen Pflegesituation ist oftmals auch mit höheren Kosten verbunden. Wären Sie bereit, mehr Geld für bessere Pflege zu bezahlen?

- Ja, in Höhe von _____
- Nein.

6. Wie bewerten Sie die Pflegeinfrastruktur in Ihrer Region? Gibt es genug Pflegeheime, Pflegedienste usw.?

- Sehr gut
- Gut
- Weniger gut
- Gar nicht gut
- Unentschieden

Bitte stellen Sie sich vor: Ein Angehöriger wird pflegebedürftig.

7. Wie sollte die Unterstützung dann am besten aussehen?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Häusliche Pflege durch einen Angehörigen (zum Beispiel Kinder, Eltern, Geschwister)
- Häusliche Pflege mit einem ambulanten Pflegedienst
- Häusliche Pflege durch eine externe Hilfe, die mit im Haushalt wohnt (24h-Pflegekraft)
- Tagespflege
- Nachtpflege
- Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege
- Betreutes Wohnen
- Ambulant betreute Wohngemeinschaft
- Stationäre Pflege in einem Pflegeheim
- Sonstige Pflegeformen: _____

8. Würden sie grundsätzlich (noch einmal) einen Angehörigen pflegen?

- Ja
- Nein

Ihre Erfahrungen als pflegende Person

9. Helfen oder halfen Sie selbst einem Angehörigen im Alltag oder bei der Pflege?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Ja, derzeit
- Ja, in den letzten 10 Jahren
- Ja, mehrere Pflegeempfänger/innen gleichzeitig
- Nein, weder noch **[bitte springen Sie zu Frage 20]**

10. Wie weit entfernt wohnt oder wohnte die Person, die Sie pflegen oder gepflegt haben?

- bis zu 5 km
- bis zu 15 km
- bis zu 25 km
- bis zu 50 km
- bis zu 100 km
- mehr als 100 km

11. Wie alt ist oder war die Person, die Sie pflegen oder gepflegt haben?

- Bis 25 Jahre
- 25 – 65 Jahre
- 65 – 80 Jahre
- Über 80 Jahre

12. Wen pflegen oder pflegten Sie?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Großvater/Großmutter
- Vater/Mutter
- Schwiegervater/Schwiegermutter
- (Ehe-)Partner/Partnerin
- Eigene Kinder
- Enkelkinder
- Andere Angehörige (z.B. Tante/Onkel)
- Sonstige: _____

13. Wie oft helfen oder halfen Sie bei der Pflege oder im Alltag?

- Täglich
- 2–3-mal wöchentlich
- Einmal wöchentlich
- Einmal im Monat
- Weniger

14. Wo lebt oder lebte die Person, die Sie pflegen oder gepflegt haben?

- Bei sich zu Hause
- Bei mir zu Hause
- Bei anderen Angehörigen oder bei Freunden zu Hause
- In einem betreuten Wohnen
- In einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft
- In einem Pflegeheim
- Sonstige: _____

15. Wer hilft oder half noch bei der Pflege?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Meine Eltern/Schwiegereltern
- Meine Geschwister bzw. Schwager/Schwägerin
- Mein/e (Ehe-)Partner/Partnerin
- Meine Kinder
- Sonstige An- und Zugehörige
- Freunde, Bekannte oder Nachbarn
- Ehrenamtliche/Nachbarschaftshilfe
- Pflegedienste
- Pflegeheim
- Kurzzeitpflegeheime
- Private Pflegekraft
- Fachkräfte (z.B. Physiotherapeuten)
- Sonstige: _____

16. Welche Unterstützung würde Ihnen in Ihrer Situation als pflegender Angehöriger helfen?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Unterstützung durch haushaltsnahe Dienstleistungen (Essen auf Rädern, Fahrdienste, Putzhilfe o.ä.)
- Unterstützung durch Freunde oder Nachbarn
- Unterstützung durch Alltagsbegleiter/Assistenzkräfte
- Unterstützung durch ambulanten Pflegedienst
- Psychologische Begleitung der Pflegenden An- und Zugehörigen
- Entlastung durch medizinische Hilfsmittel
- Unterstützung durch organisierte Nachbarschaftshilfe
- Freizeitangebote für Pflegende
- Entlastung durch Tagespflege bzw. Nachtpflege
- Unterstützung durch Gute-Pflege-Lotsen zur Beratung in Gesundheits- und Pflegefragen
- Sonstige: _____

17. Wie wird oder wurde die Pflege bezahlt (soweit Sie das wissen)?

- Pflege- bzw. Krankenversicherung
- Laufende Einkünfte des Pflegebedürftigen (z.B. Rente)
- Ersparnisse des Pflegebedürftigen (z.B. Sparkonten, Finanzanlagen)
- Laufende Einkünfte anderer Familienangehöriger
- Private Zusatzkrankenversicherung
- Private zusätzliche Pflegeversicherung
- Ersparnisse anderer Familienangehöriger (z.B. Erbe)
- Erlös aus dem Verkauf oder der Vermietung von Immobilien
- Sonstige: _____

Angaben zu Ihrer Person

Diese Angaben ermöglichen uns eine genauere Auswertung. Selbstverständlich werden alle Angaben anonymisiert und streng vertraulich behandelt.

- **Bitte geben Sie ihr Geschlecht an.**
 - Weiblich
 - Männlich
 - Divers
 - Keine Angabe

 - **Zu welcher Altersgruppe gehören Sie?**
 - Unter 25 Jahre
 - 25 – 64 Jahre
 - 65 – 80 Jahre
 - Über 80 Jahre

 - **Welchen Schul- oder Berufsabschluss haben Sie?**
 - (noch) kein Abschluss
 - Haupt-/Mittelschulabschluss
 - Realschulabschluss/Mittlere Reife
 - (Fach-)Abitur
 - Berufsausbildung
 - (Fach-)Hochschulabschluss

 - **Wo wohnen Sie aktuell?**
 - Ihre Postleitzahl: _____
 - Keine Angabe
-

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Weitere Informationen finden Sie unter: <https://www.gesundheitsregion.kreis-nea.de/pflege/pflegekonferenz>