

Liebe Bürgerinnen und Bürger der Gemeinde Blankenfelde-Mahlow,

wie Sie über das Gemeindejournal bereits informiert wurden, ist es der Gemeinde Blankenfelde-Mahlow ein wichtiges Anliegen, die Pflege und Versorgung der zu pflegenden Personen in der eigenen Häuslichkeit zu unterstützen und zu stabilisieren. Dazu gehört auch ein altersgerechtes, würdevolles und gut versorgtes Leben im eigenen Wohnumfeld. Das Diakonische Werk TF e.V. unterstützt die Gemeinde bei diesem wichtigen Vorhaben.

Um dieses Ziel zu erreichen, sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen!

Mit dem folgenden Fragebogen möchten wir herausbekommen, wie Sie als zu pflegende Person, als pflegende/r Angehörige/r oder als Akteur/in in der Gemeinde die aktuellen Gegebenheiten in dieser Thematik in der Gemeinde Blankenfelde-Mahlow einschätzen. D.h. hiermit startet die angekündigte Bedarfsanalyse. Die Befragung erfolgt selbstverständlich anonym und endet zum 31.05.2023.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen per E-Mail an paktfuerpflege@dw-tf.de oder per Post an Gemeindeverwaltung Blankenfelde-Mahlow-Bürgerservice, Karl-Marx-Str. 4 in 15827 Blankenfelde-Mahlow.

Fragebogen A zur Befragung von Pflegenden Personen

1. In welchem Ortsteil wohnen Sie?

2. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation? (Mehrfachnennung möglich)

Ich wohne (zusammen) mit:

- der zu pflegenden Person
- in der Nachbarschaft
- in weiterer Entfernung

3. Welche Möglichkeiten nutzen Sie, um mobil zu sein?

Ich bin mobil

- Ich habe ein Auto und fahre selbst.
- Mein Partner / Freunde / Verwandte haben ein Auto, ich fahre mit ihnen.
- Ich nutze eine offizielle Mitfahrgelegenheit (z.B. "Mitfahrtafel").
- Ich nutze öffentliche Verkehrsmittel: _____
- Ich habe ein Elektromobil (z.B. Scooter).
- Um mobil zu sein, nutze ich: _____
- Ich habe keine Möglichkeit mobil zu sein.

Meine Mobilität ist eingeschränkt

- beim Laufen von Kurzstrecken
- Laufen von längeren Wegstrecken
- Treppensteigen
- sonstige Angaben: _____

4. In welchem Verhältnis stehen Sie zur Person, die Sie pflegen?

- Ehepartner/in oder Lebenspartner/in
- Verwandtschaft
- Freundschaft
- Nachbarschaft
- sonstige Personen: _____

5. Wo findet die Pflege und Versorgung statt?

- in meiner / unserer Häuslichkeit
 in der Häuslichkeit der/ des Zu-Pflegenden
 in einer sonstigen Wohnform (z.B. betreutes Wohnen): _____

6. Ist die zu pflegende Person auf eine regelmäßige Behandlung angewiesen?

- ja, in einer Arztpraxis / in einer Klinik
 nein / nein, noch nicht

7. Rund um den Pflegegrad der Person, die Sie pflegen:

- | | |
|---|--|
| hat bisher keinen Pflegegrad (beantragt) | der Antrag ist gestellt / in Bearbeitung |
| <input type="checkbox"/> benötigt dafür Hilfe | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> benötigt dafür keine Hilfe | <input type="checkbox"/> nein |
| der Antrag wurde abgelehnt | Pflegegrad |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 |
| | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 |
| | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 |
| | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 |

8. Gibt es Geschäfte / Einrichtungen für den Bedarf des täglichen Lebens, die für Sie nicht erreichbar sind, die Sie aber dringend benötigen? (Mehrfachnennung möglich)

- ich bin bestens versorgt
 Lebensmittelgeschäft
 Drogerie
 Apotheke
 Sanitätshaus
 Bekleidungsgeschäft
 Bankgeschäfte (z.B. Sparkasse)
 Ärzte
 (Zahn-)Ärztlicher Notdienst
 sonstige: _____

9. Wie viele Stunden wenden Sie (in etwa) täglich für die Pflege der Person auf?

- Stunden pro Tag: _____
 nächtlicher Bedarf

10. Ich als pflegende Person selbst bin

- berufstätig in Vollzeit in Teilzeit
 Rentner/in vorübergehend nutze ich Pflegezeit
 Student/in Sonstiges

11. Was würde Ihnen persönlich Entlastung bei der Pflege bringen? (Mehrfachnennung möglich)

- stundenweise Betreuung meiner/meines zu pflegenden Angehörigen
 Austausch mit anderen Betroffenen (z.B. Selbsthilfegruppe / Angehörigengruppe)
 soziale Kontakte
 Unterstützung durch professionelle Hilfen (z.B. ambulanter Pflegedienst)
 Umbaumaßnahmen in unserer häuslichen Umgebung
 sonstige: _____

12. Durch wen werden Sie in der Versorgung Ihrer pflegebedürftigen Person unterstützt oder begleitet?

(Mehrfachnennung möglich)

- durch einen ambulanten Pflegedienst
- Hilfe bei der Nachtpflege
- ambulanter Hospizdienst
- durch einen Besuchsdienst / es kommt: _____
- Menüservice ("Essen auf Rädern")
- Einkaufsservice (z.B. von REWE)
- Fahrdienste
- (Ehe-)Partner/in
- Kind(er)
- Enkelkind(er)
- Bruder / Schwester
- Schwager / Schwägerin
- Freunde / Nachbarn
- Tagespflege an (Tagen/Woche): _____
- palliative Begeleitung (SAPV)
- sonstige: _____

13. Würde es Ihnen helfen, wenn Sie eine Schulung im Bereich Pflege und Versorgung erhalten würden? (z.B. Umgang mit demenziell erkrankten Personen, Pflegekurs)

- ja nein weiß ich nicht

14. Sind Ihnen die Beratungsangebote im Landkreis Teltow-Fläming bekannt?

- ja nein

15. Wenn Sie eine Beratung brauchen, wissen Sie wohin Sie sich wenden können?

- ja nein

16. Welche Beratungsthemen wären für Sie von Interesse?

- Anpassung Wohnumfeld
- Pflegeleistungen
- Sozialleistungen
- Hilfsmittel
- Selbsthilfe
- Vorsorgevollmachten
- Digitalisierung
- sonstiges: _____

17. Personen mit einem Pflegegrad haben Anspruch auf Entlastungsleistungen in Höhe von 125 EURO im Monat. Werden diese genutzt?

- ja, der Betrag wird genutzt für _____
- nein, der Betrag wird bisher nicht genutzt
- diese Leistung ist nicht bekannt

18. Haben Sie selbst einen Pflegegrad?

- ja
- ich habe keinen Pflegegrad (beantragt)
- mein Antrag wurde abgelehnt
- mein Antrag wird derzeit bearbeitet

19. Zu welchen Personen pflegen Sie soziale Kontakte? (Mehrfachnennung möglich)

- zu Verwandten
- zu Freunden / Nachbarn
- zu niemanden
- zu Vereins- / Ortsgruppenmitgliedern
- sonstige: _____

20. Sind Sie Mitglied in einem Verein oder einer Ortsgruppe?

- ja: _____
- nein

21. Sind ausreichend Freizeit- und Kulturangebote in Ihrer Umgebung vorhanden?

- ja
- nein
- weiß ich nicht

22. Welche Angebote würden Sie sich im Bereich Freizeit und Kultur für Ihre zu pflegende Person vor Ort wünschen? (Mehrfachnennung möglich)

- sportliche Aktivitäten
- Freizeitgruppen
- kulturelle Veranstaltungen
- religiöse Veranstaltungen
- organisierte Veranstaltungen (z.B. Feste von Vereinen, Gemeindefest)
- organisierte Veranstaltungen für Senioren (z.B. Seniorentanz)
- sonstige Angebote: _____
- keine, das Angebot ist ausreichend
- ich brauche keine solcher Angebote
- weiß ich nicht

23. Was wäre hilfreich für Sie, um Angebote (häufiger) in Anspruch nehmen zu können? (Mehrfachnennung möglich)

- Für mich müsste sich nichts ändern.
- Ich brauche eine Beratung für meine zu pflegende Person.
- Ich brauche eine Begleitung (z.B. aufgrund einer Erblindung).
- Es sollte ein Fahrdienst eingerichtet werden.
- Es sollte mehr über die Veranstaltungen informiert werden.
- sonstiges: _____
- Ich brauche keine solcher Angebote.
- Ich weiß es nicht.

die Angebote sollten angeboten werden

- vormittags
- nachmittags
- abends

24. Wie viel Freizeit haben Sie als Pflegende/r Angehörige/r täglich für sich selbst zur Verfügung? (Mehrfachnennung möglich)

- Die Pflege ist so umfassend, ich habe keine / nur sehr wenig Freizeit.
- Vormittags 1 bis 2 Stunden
- Nachmittags 1 bis 2 Stunden
- Nachmittags 2 bis 4 Stunden
- Abends 1 bis 2 Stunden
- Ich kann folgende Tage pro Woche für mich nutzen: _____

25. Üben Sie eine ehrenamtliche Tätigkeit aus? (freiwillig übernommene Aufgaben außerhalb der Familie)

- ja
 nein (bitte weiter bei Frage Nr. 27)

26. In welchem Bereich führen Sie Ihre ehrenamtliche Tätigkeit aus? (Mehrfachnennung möglich)

- Kinder / Jugendliche
 Familien
 Menschen mit Behinderung
 ältere Menschen
 Migranten, Zuwanderer, Flüchtlinge
 Umwelt- und Tierschutz
 kultureller Bereich
 Kirchengemeinde
 anderer Bereich: _____

27. Haben Sie Interesse an einem Ehrenamt bzw. möchten Sie weitere Ehrenämter übernehmen?

- ja
 nein (bitte weiter bei Frage Nr. 29)

**28. In welchen Bereichen können Sie sich ein bzw. ein weiteres Ehrenamt vorstellen?
(Mehrfachnennung möglich)**

- Kinder / Jugendliche
 Familien
 Menschen mit Behinderung
 Ältere Menschen
 Migranten, Zuwanderer, Flüchtlinge
 Umwelt- und Tierschutz
 kultureller Bereich
 Kirchengemeinde
 anderer Bereich: _____
 egal welcher Bereich

29. Würden Sie gern über Stellen, in denen ehrenamtliche Tätigkeiten möglich sind, besser informiert werden?

- ja
 nein

30. Wenn es dieses Angebot / diese Angebote in meiner Nähe gäbe, würde ich mich für folgendes Thema interessieren: (Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> pflegende Angehörige | <input type="checkbox"/> zum Austausch |
| <input type="checkbox"/> Orientierungskurs | <input type="checkbox"/> Angehörigengruppe |
| <input type="checkbox"/> Basispflege-Kurs | |
| <input type="checkbox"/> Pflegekurs - Morbus Parkinson | |
| <input type="checkbox"/> Pflegekurs - Schlaganfall | |
| <input type="checkbox"/> Pflegekurs - Demenz | |
| <input type="checkbox"/> "Hilfe beim Helfen" - Spezial-Kurs | |
| <input type="checkbox"/> Individuelle Anleitung | |

alle Interessierten

- Themenabend - rechtliche Betreuung
- Themenabend - Demenz und Straßenverkehr
- Themenabend - Aromatherapie
- Themenabend - Mobilität
- Themenabend - Ernährung
- Themenabend - Sturzprophylaxe
- Themenabend - Sterben, Tod und Trauer
- Themenabend - nach Absprache und Wünschen

Gern können Sie uns hier Ihre Kontaktdaten hinterlassen:

In welchem Jahr sind Sie geboren?

Sind Sie männlich, weiblich, divers?

Wünschen Sie Kontakt zu uns oder auch ein Gespräch, dann hinterlassen Sie gern Ihren Namen und Ihre Telefonnummer Ihre Adresse

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und grüßen Sie herzlich.