



# Fragebogen für Senioren\*innen mit Pflegebedarf



Liebe Senior\*innen,

wir arbeiten für das Projekt „Zielgruppen im Quartier“ (<http://www.zielgruppen-im-quartier.de>) und möchten in Hückelhoven neue Pflege- Beratungs- und Unterstützungsangebote u.a. für türkischstämmige/muslimische Senior\*innen entwickeln. Unser Projekt wird vom Gesundheitsministerium NRW und der EU unterstützt.

Bei der Planung neuer Angebote möchten wir Sie beteiligen und einbeziehen. Mit dieser Befragung wollen wir mehr über Ihre individuellen und persönlichen Wünsche und Bedürfnisse im Bereich Pflege und Unterstützung erfahren.

Insbesondere möchten wir bei der Entwicklung neuer Angebote darauf achten, dass Sie als Senior\*innen sich auch bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sicher und wohl fühlen und dass Sie sich so autonom wie möglich in Ihrer Umgebung bewegen und diese bestimmen und kontrollieren können.

Ziel ist es, dass Sie sich in ihrer Selbständigkeit unterstützt bzw. gefördert fühlen, dass Ihre eigenen Ressourcen wertgeschätzt werden und dass Sie die Unterstützung bekommen, die Sie benötigen und wünschen. Insbesondere sind uns die Aspekte respektvolle Begegnung und Austausch sowie gewaltfreie Kommunikation und Umgang wichtig.

Die neuen Angebote sollen die verschiedenen z.B. individuellen, kulturellen, religiösen und geschlechtsspezifischen Hintergründe der Menschen respektieren und berücksichtigen. Dabei hat uns auch der Wunsch nach dem Schutz vor Grenzüberschreitungen (kulturell, persönlich) geleitet.

Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und vertrauensvoll ausgewertet.

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme. Bei Rückfragen können Sie sich gerne an Havva Colak bei den St. Gereon Seniorendiensten (02462/ 981-0) oder an Paul Fuchs-Frohnhofen bei MA&T in Würselen (02405/4552-0), dem Koordinator des ZIQ-Projektes, wenden.

Ihr Projekt-Team ZIQ

# I. Persönliche Daten

<p>1. Geschlecht:  <input type="checkbox"/> Weiblich    <input type="checkbox"/> Männlich</p>	
<p>2. Wann sind sie geboren? Im Jahr: _____</p>	<p>Ab wann pflegebedürftig?</p>
<p>3. Familienstand:  <input type="checkbox"/> Verheiratet   <input type="checkbox"/> Verwitwet   <input type="checkbox"/> Nicht verheiratet</p> <p>Falls Sie verheiratet sind/waren:          In welchem Jahr haben Sie geheiratet? Im Jahr: _____</p> <p>Wie lange sind/waren Sie verheiratet? _____ Jahre</p> <p>Falls Sie verwitwet sind: Seit wann? _____ Jahre</p> <p>In welchem Alter ist Ihr/e Frau/Mann verstorben?          Mit _____ Jahren</p>	<p>Wer pflegt evtl.?</p>
<p>4. Welchen Bildungsabschluss haben Sie?  <input type="checkbox"/> Grundschule   <input type="checkbox"/> Mittelschule   <input type="checkbox"/> Abitur   <input type="checkbox"/> Berufsschule  <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss   <input type="checkbox"/> keinen Abschluss   <input type="checkbox"/> Analphabet</p>	<p>Wie sollten Informationen über Dienstleistungsangebote gestaltet werden?</p>
<p>5. Wann sind Sie nach Deutschland gekommen? Im Jahr: _____</p>	<p>Meistens bekannt, weil es biographisch wichtiger Wendepunkt im Leben ist.</p>
<p>6. Pendeln Sie zwischen Ihrem ehemaligem Heimatort und Deutschland?  <input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, wie lange bleiben Sie im Durchschnitt in Ihrer ehemaligen Heimat? _____</p> <p>Falls ja, welche Jahreszeit oder welche Monate verbringen Sie in Ihrer ehemaligen Heimat?          _____</p> <p>In welchen Monaten sollen pflegerische Dienstleistungsangebote zur Verfügung stehen?          _____          _____</p>	<p>In welchen Jahreszeiten ist mehr Bedarf für externe Dienstleistungsangebote?</p>
<p>7. Wie viel Euro ist Ihr Einkommen im Monat (Netto)?  <input type="checkbox"/> unter 500 Euro   <input type="checkbox"/> zwischen 500 und 1000 Euro  <input type="checkbox"/> zwischen 1000 und 1500 Euro   <input type="checkbox"/> zwischen 1500 und 2000 Euro  <input type="checkbox"/> höher als 2000 Euro</p> <p>Wie beurteilen Sie Ihre finanzielle Situation?  <input type="checkbox"/> Ich bin zufrieden   <input type="checkbox"/> Die Grundbedürfnisse sind gedeckt  <input type="checkbox"/> Ich muss jeden Cent zweimal umdrehen</p>	<p>Einkommenssituation          Alleine oder als Paar</p>

## II. Pflege

<p>8. Brauchen Sie Unterstützung?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Selbsteinschätzung  Pflegebedarf</p>
<p>9. Brauchen/wünschen Sie jemanden am Tage, der Sie regelmäßig unterstützt?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Haben Sie jemanden am Tage, der Sie regelmäßig unterstützt?  (Beispielsweise im gleichen Haus, Nachbarschaft, im Ort, Nachbarort)  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, wie oft werden Sie von dieser Person unterstützt?  <input type="checkbox"/> Mehrmals täglich <input type="checkbox"/> Mehrmals wöchentlich <input type="checkbox"/> Durchgehend</p> <p>Falls ja, warum kommt jemand zu Ihnen?  _____  _____</p> <p>Brauchen/wünschen Sie jemanden in der Nacht, der Sie regelmäßig unterstützt? (Beispielsweise im gleichen Haus, Nachbarschaft, im Ort)  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Konkrete  Bedarfsermittlung:</p> <p>Gibt es Ressourcen?</p>
<p>10. Brauchen/wünschen Sie Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, wobei?  <input type="checkbox"/> Einkaufen (allein oder mit Begleitung)  <input type="checkbox"/> Kochen  <input type="checkbox"/> Wäsche waschen  <input type="checkbox"/> Putzen  <input type="checkbox"/> Beheizung  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Bedarfsermittlung  Selbstversorgung</p>
<p>11. Brauchen/wünschen Sie Unterstützung bei der körperlichen Pflege?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, wobei?  <input type="checkbox"/> Waschen, duschen, baden  <input type="checkbox"/> Wechseln der Kleidung  <input type="checkbox"/> Zahn- und Mundpflege  <input type="checkbox"/> Kämmen und Rasieren  <input type="checkbox"/> Ernährung  <input type="checkbox"/> Hilfestellung bei bestimmten Krankheiten  <input type="checkbox"/> Behandlungspflege z.B. Wundversorgung, Medikamentengabe, Dekubitusbehandlung oder Blutdruck- und Blutzuckermessung  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Bedarfsermittlung  Selbstversorgung, wie  Körperpflege,  Bewältigung von  krankheits- und  therapiebedingten  Anforderungen.</p>

<p>12. Sind Sie krankenversichert?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Ansprüche  Pflegeversicherung?</p>
<p>13. Haben Sie einen Antrag auf Einstufung des Pflegegrads gestellt?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, welchen Pflegegrad haben Sie erhalten?  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Noch keinen/in Bearbeitung</p>	<p>Ermittlung Pflegegrad  um Bedarf und  Finanzierungsmöglichk  eiten für  Dienstleistungs-  angebote zu ermitteln</p>
<p>14. Nehmen Sie finanzielle Leistungen der Pflegekasse in Anspruch?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, seit wann? _____</p>	<p>Ab wieviel Jahren  pflegebedürftig?</p>
<p>15. Bekommen Sie bereits Unterstützung von Ihrer/n Familie/Bekanntem?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, in welchen Bereichen?  <input type="checkbox"/> Ernährung  <input type="checkbox"/> Körperpflege  <input type="checkbox"/> Haushaltsführung (putzen, Wäsche)  <input type="checkbox"/> Essenzubereitung  <input type="checkbox"/> Begleitung zum Einkauf  <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme  <input type="checkbox"/> Arztbesuche  <input type="checkbox"/> Begleitung bei Teilnahme kultureller und religiöser Veranstaltungen  <input type="checkbox"/> Begleitung bei Besuch von Verwandten und Freunden  <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Konkrete  Bedarfsermittlung/  Ermittlung des Ist-  Zustands</p> <p>Vergleich von  Bedarfsanforderung  oben und Ist-Zustand.</p> <p>Bedarfsermittlung für  zusätzliche Angebote  ableitbar?</p> <p>Welche Ressourcen hat  man schon innerhalb  der  Familie/Bekanntem?</p>
<p>16. Falls Sie Unterstützung bekommen, wer hilft Ihnen bei Ihrer  Versorgung?  <input type="checkbox"/> Selbstverpflegung <input type="checkbox"/> Ehefrau <input type="checkbox"/> Ehemann <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn  <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Nachbarn <input type="checkbox"/> Islamische Organisation  <input type="checkbox"/> Ambulanter Dienst <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Konkrete Ressourcen  und Bedarfsermittlung:  Wer unterstützt?  Gibt es schon  professionelle  Unterstützung?  Sind es meistens  Frauen, die pflegen?</p>
<p>17. Brauchen/wünschen Sie weitere Unterstützung?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, was könnte das sein?  _____  _____</p>	<p>Ist man mit der  aktuellen Pflege  zufrieden?</p> <p>Brauchen die  pflegenden  Angehörigen Schulung  in Pflege?</p>
<p>18. Falls Sie merken, dass Ihre Versorgungssituation nicht mehr gewährleistet  ist, an wen wenden Sie sich?  _____</p>	<p>Gibt es  Ansprechpersonen?</p> <p>Kennt man schon  Beratungsinstitute?</p>
<p>19. Wissen Sie, welche Leistungen (Pflegekasse oder Krankenkassen) Sie bei  einer Pflegebedürftigkeit beantragen können?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Kenntnisse der  Pflegeleistungen</p>

<p>20. Wissen Sie, wie Sie die Leistungen bei einer Pflegebedürftigkeit beantragen können?  <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein</p>	<p>Kenntnisse der Pflegeleistungen</p>
<p>21. Haben Sie/Ihr Angehöriger/Bekannter eine private Pflegeversicherung?  <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein</p>	<p>Private Pflegeversicherung</p>
<p>22. Kennen Sie pflegerische Dienstleistungsangebote (türkischsprachige), wie z.B. Ambulanter Dienst oder Pflegeberatung?  <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein  Falls ja, welche? -  _____</p>	<p>Gibt es schon pflegerische Dienstleistungsangebote innerhalb der muslimischen Community?</p>
<p>23. Kennen Sie das Angebot eines ambulanten Dienstes?  <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein</p> <p><i>Das Personal des ambulanten Pflegedienstes kommt zu den Pflegebedürftigen nach Hause und hilft bei der körperlichen und medizinischen Pflege. Optionale Serviceleistungen, wie Fahr- und Bringdienste, Haushaltshilfe und Hausmeisterdienste werden auch angeboten. Bei Krankheiten kann nur die medizinische Betreuung in Anspruch genommen werden. Er bietet Familien Unterstützung im Alltag, damit pflegende Angehörige zum Beispiel Beruf und Betreuung besser organisieren können. Finanzierungsmöglichkeiten durch Pflegekasse oder Krankenkasse.</i></p> <p>Nehmen Sie das Angebot des ambulanten Dienstes bereits in Anspruch?  <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein</p> <p>Falls nein, warum nicht?  _____  _____</p> <p>Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich das vorstellen?  <input type="checkbox"/> Versorgung in der Muttersprache <input type="checkbox"/> Gleichgeschlechtliche Grundpflege  <input type="checkbox"/> Berücksichtigung Hygienegewohnheiten  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____  _____  _____</p> <p>Glauben Sie eine zusätzliche Unterstützung bei der Pflege vom ambulanten Dienst würde Ihnen und Ihrer Familie helfen?  <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein</p>	<p>Ist ambulanter Dienst bekannt oder akzeptiert?</p> <p>Beschreibung „Ambulanter Dienst“</p> <p>Falls nein, Informationslücke?</p> <p>Begründung für nicht Akzeptanz des ambulanten Dienstes</p> <p>Was sind die konkreten Wünsche und Vorstellungen vom ambulanten Dienst?</p> <p>Hinweise auf Hilfebedarf und Akzeptanzbereitschaft?</p>
<p>24. Kennen Sie das Angebot der Tagespflege?  <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein</p>	<p>Ist Tagespflege bekannt?</p>

<p><i>Tagespflege ist für ältere Menschen, die betreuungsbedürftig sind, aber weiterhin Zuhause wohnen wollen. Sie halten sich tagsüber (stundenweise) in der barrierefreien Tagespflegeeinrichtung auf und sind abends wieder in ihrer bekannten Umgebung. Die Gäste der Tagespflege werden von zu Hause abgeholt und wieder nach Hause gebracht. Zu den Leistungen einer Tagespflege gehören, z.B. pflegerische und medizinische Versorgung, Verpflegung und kreative Aktivitäten.</i></p> <p>Falls sie ein Angebot der Tagespflege bereits kennen, warum nehmen Sie es nicht in Anspruch?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich das vorstellen?</p> <p><input type="checkbox"/> Berücksichtigung Ess- und Trinkgewohnheiten (z.B. vegetarisch, Kaninchenfrei, Helal usw.)</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgung in der Muttersprache</p> <p><input type="checkbox"/> Gleichgeschlechtliche Betreuung</p> <p><input type="checkbox"/> Berücksichtigung Hygienegewohnheiten</p> <p><input type="checkbox"/> Bauliche Berücksichtigung der Geschlechtertrennung</p> <p><input type="checkbox"/> Tagespflege mit Personen aus der gleichen Community</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Würden Sie ein Angebot der Tagespflege (optional mit individuellen Serviceangeboten) in Anspruch nehmen?</p> <p><input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein</p> <p>Würden Sie ein „niedrigschwelliges Angebot“ der Tagespflege in Anspruch nehmen, z.B. Tagesbetreuung in Kleingruppen, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung Pflegepersonen im häuslichen Bereich.</p> <p><input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein</p>	<p>Beschreibung „Tagespflege“</p> <p>Falls bekannt, warum wird Tagespflege nicht genutzt?</p> <p>Unter welchen Bedingungen würde man es Tagespflege in Anspruch nehmen?</p> <p>Niedrigschwellige Tagespflege?</p>
<p>25. Kennen Sie das Angebot des betreuten Wohnens?</p> <p><input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein</p> <p><i>Betreutes Wohnen bedeutet, selbstbestimmend in einer barrierefreien und pflegegerechten eigenen Wohnung (z.B. 43 qm) leben mit individuellem Betreuungsservice. Die Zusätzlichen Betreuungsleistungen dienen dazu, das eigenständige Wohnen zu erleichtern und vorhandene Fähigkeiten möglichst lang zu erhalten. Beispielsweise gibt es neben ambulanten Pflegeleistungen auch Gemeinschaftsräume für Veranstaltungen sowie Serviceleistungen wie Hausnotruf, Hausmeisterservice, Fahr- und Begleitdienste, Reinigungs- und Wäscheservice, Hilfe bei Schriftverkehr und Behördengängen, Essenservice usw.. Finanzierungsmöglichkeiten durch</i></p>	<p>Ist betreutes Wohnen bekannt?</p> <p>Beschreibung „Betreutes Wohnen“</p>

<p><i>Pflegekassen/Krankenkassen und oder privat. (Meistens geförderte Wohnungen).</i></p> <p>Falls sie ein Angebot des betreuten Wohnen bereits kennen, warum nehmen Sie es nicht in Anspruch?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich das vorstellen?</p> <p><input type="checkbox"/> Berücksichtigung Ess- und Trinkgewohnheiten (Helal usw.)</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgung in der Muttersprache <input type="checkbox"/> Gleichgeschlechtliche Grundpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Berücksichtigung Hygienegewohnheiten</p> <p><input type="checkbox"/> Geschlechtertrennung bei Gemeinschaftsräumen (Gebetsräume usw.)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Falls betreutes Wohnen nicht in Anspruch genommen wird, was sind die Ursachen?</p> <p>Wie sollte betreutes Wohnen organisiert werden, damit es in Anspruch genommen wird?</p>
<p>26. Kennen Sie das Angebot einer Senioren-WG (gemeinschaftliches Wohnen)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><i>In einem Senioren-WG hat jeder Senior sein eigenes Zimmer, die Gemeinschaftsräume (Küche, Wohnzimmer) werden zusammen genutzt. Die Senioren können sich im Alltag gegenseitig unterstützen und gemeinsame Aktivitäten unternehmen. Die Wohnqualität ist barrierefrei und pflegegerecht. Ebenso gibt es eine tägliche Verfügbarkeit von Beratung, Information und Betreuung. Zusätzlich kann man als WG einen Pflegedienst engagieren mit zusätzlichen Leistungen.</i></p> <p>Falls sie ein Angebot des Senioren-WG bereits kennen, warum nehmen sie es nicht in Anspruch?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich das vorstellen?</p> <p><input type="checkbox"/> Berücksichtigung Ess- und Trinkgewohnheiten (Helal usw.)</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgung in der Muttersprache <input type="checkbox"/> Gleichgeschlechtliche Grundpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Berücksichtigung Hygienegewohnheiten</p> <p><input type="checkbox"/> Bauliche Berücksichtigung der Geschlechtertrennung</p> <p><input type="checkbox"/> WG mit Personen aus der gleichen Community</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ist Senioren-WG bekannt?</p> <p>Beschreibung Senioren-WG</p> <p>Warum wird es nicht genutzt?</p> <p>Konkrete Bedarfsermittlung_ Was sind die Erwartungen oder Bedingungen?</p>
<p>27. Ein Dienstleistungsangebot, das meinen spezifischen Bedürfnissen entspricht, würde ich annehmen</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Allgemeine Grundeinstellung zu professioneller Pflege?</p>



<p>Falls ja, welches?</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulanter Dienst   <input type="checkbox"/> Tagespflege   <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen</p> <p><input type="checkbox"/> Senioren-WG   <input type="checkbox"/> Pflegeberatung   <input type="checkbox"/> Begleitung durch Sozialarbeiter</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Falls nein, welche Befürchtungen haben Sie?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Was brauchen Sie konkret zu Ihrer Sicherheit, um sich von Fremden versorgen zu lassen und sich in diese fremde Umgebung begeben zu können?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Welche professionellen Dienstleistungs-Angebote kommen überhaupt in Frage?</p> <p>Bedarfsermittlung, kultur-, gender- und traumasensibler Aspekte</p>
<p>28. Wünschen Sie sich eine „türkischsprachige Beratungsstelle vor Ort“ für Fragen rund um die Themen Pflege/altersgerechtes Wohnen usw.?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Bedarfsermittlung Wohnen/Pflege im Alter</p>

### III. Wohnsituation

<p>29. Wo leben Sie aktuell?</p> <p><input type="checkbox"/> Zur Miete <input type="checkbox"/> Eigenheim <input type="checkbox"/> Im Haus meiner Kinder</p> <p><input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Alten- und Pflegeheim <input type="checkbox"/> Senioren-WG</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnen mit Heizung <input type="checkbox"/> Wohnen mit Kohleheizung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Aktuelle Wohnsituation</p>
<p>30. Wer wohnt noch in Ihrem Haushalt?</p> <p><input type="checkbox"/> Mein Ehemann <input type="checkbox"/> Meine Ehefrau <input type="checkbox"/> Meine Kinder <input type="checkbox"/> Wohne alleine</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p>	<p>Familie/Soziale Beziehungen als Ressource?</p>
<p>31. Wie ist Ihre Wohnsituation?</p> <p><input type="checkbox"/> Barrierefreie Wohnung (z.B. breite Türen) <input type="checkbox"/> renovierungsbedürftig</p> <p><input type="checkbox"/> zu viele Treppen, kein Aufzug <input type="checkbox"/> schlechte Ausstattung <input type="checkbox"/> Nähe zu meinen Angehörigen/Familie <input type="checkbox"/> Gebetsstätte/Moschee in der Nähe</p> <p><input type="checkbox"/> Nähe zur (türkischen) Community <input type="checkbox"/> ehrenamtliche Helfer/Helferin</p>	<p>Bedarfsermittlung Wohnsituation</p>
<p>32. Was ist Ihnen wichtig an Ihrer Wohnsituation?</p> <p><input type="checkbox"/> Lage Wohnung/Haus <input type="checkbox"/> Nähe zu meinen Kindern <input type="checkbox"/> Nähe zu (türkischen) Nachbarn <input type="checkbox"/> Nähe zu islamischen Organisationen</p> <p><input type="checkbox"/> Nähe der Einkaufsmöglichkeiten <input type="checkbox"/> ÖPNV (Bushaltestellen)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Was sollte bei pflegerischen Dienstleistungsangeboten beachtet werden?</p>
<p>33. Denken Sie Ihre Wohnsituation ist für die Pflege geeignet?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls nein, was würden Sie ändern?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Wie ist die aktuelle Wohnsituation für die Pflege?</p> <p>Konkrete Bedarfsermittlung: Was fehlt?</p>
<p>34. In welchem Stadtteil oder Straße wohnen Sie in Hückelhoven/Kreis Heinsberg?</p> <p>_____</p>	<p>Relevant für Sozialraum-Monitoring</p>
<p>35. Welche Wohnform würden Sie vorziehen?</p> <p><input type="checkbox"/> Zu Hause wohnen bleiben</p> <p><input type="checkbox"/> Mehrgenerationen-Wohnen</p> <p><input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen mit Ambulantom Dienst</p> <p><input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen mit Ambulantom Dienst und Tagespflege</p> <p><input type="checkbox"/> Senioren-WG mit Ambulantom Dienst</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnen mit Personen aus der gleichen Community</p> <p><input type="checkbox"/> Berücksichtigung der Geschlechtertrennung</p>	<p>Welche pflegerischen Wohnformen oder Dienstleistungsangebote sind erwünscht?</p>
<p>36. Wussten Sie, dass es bei Pflegebedarf von der Pflegekasse Leistungen für altersgerechte Wohnraumgestaltung gibt?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Welche Kenntnisse gibt es über Leistungen der Pflegekassen?</p>
<p>37. Stellen Sie sich vor, Ihre Wohnung/Haus ist für Ihre aktuelle Situation nicht mehr bewohnbar, an wen wenden Sie sich?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Was macht man bei ungünstiger Wohnsituation?</p>

## IV. Was sind Ihre Erwartungen an Pflege/Wohnen?

In wieweit sind die unteren Kriterien für das Wohnen/Leben im Alter für Sie von Bedeutung?

- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| a. Gebetsstätte/Moschee in der Nähe   | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| b. Eine geschlechtlich getrennte Wohngemeinschaft   | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| c. Die Pflegekräfte sprechen meine Muttersprache  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| d. Berücksichtigung von Ess- und Trinkgewohnheiten  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| e. Begleit- und Dolmetscherdienste  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| f. Kulturspezifische Sterbe- und Beerdigungsvorsorge  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| g. Betreten des Wohnraums ohne Straßenschuhe  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| h. Mit Menschen aus meinem Kulturkreis leben  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| i. Wohncafé   | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| j. Gebetsräume  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| k. Besucherräume  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| l. Nutzgarten   | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| m. Anbindung Nachbarschaft (Einkaufen, Ärzte)   | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| n. Gemeinschaftsräume (für Feste, Veranstaltungen)  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| o. Eigenes Zimmer   | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| p. Familiäre Nähe   | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| q. Bleiben im gewohnten Umfeld  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| r. Begleitung durch Sozialarbeiter  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| s. Kontakt zu anderen Generationen  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| t. Einbindung der Angehörigen für die Pflege  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| u. Pflegestation in der Nähe Ihres Wohnumfeldes   | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| v. Ich sollte möglichst von meinen Kinder gepflegt werden   | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| w. Medizinisch-pflegerische Aufklärung/Beratung auf Türkisch  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| x. Die Pflege wird nur von gleichgeschlechtlichen Pflegekräften erbracht  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| y. Die Pflege wird nur von muslimischen Pflegekräften erbracht  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| z. Berücksichtigung von spezifischen Feiertagen, Gebets und Fastenzeiten  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| aa. Kooperation mit örtlichen Multiplikatoren (Kulturverein, Moscheeverein, Konsulat)   | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| bb. Berücksichtigung kulturspezifischer Hygiene-gewohnheiten  | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| cc. Ich möchte selbstverständliche und permanente Einsicht in die Pflegedokumentation und alle Unterlagen, die mich betreffen | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |
| dd. Ich möchte keine freiheitsentziehenden Maßnahmen und Medikamente, ohne dass mir (oder meinen                              | <input type="checkbox"/> Eher wichtig | <input type="checkbox"/> Eher unwichtig |

Vertrauenspersonen) Nutzen und Risiken genau erklärt werden

- ee. Ich wünsche Schutz vor Folgen eines eventuell selbstgefährdenden Verhaltens  Eher wichtig  Eher unwichtig
- ff. Ich möchte keine Medikamente und Behandlungen gegen meinen Willen und übernehme die Verantwortung für die Folgen meiner Gesundheit  Eher wichtig  Eher unwichtig
- gg. Ich wünsche eine ausreichende Schmerztherapie entsprechend meines Bedürfnisses und meiner Wünsche  Eher wichtig  Eher unwichtig
- hh. Ich wünsche schamrespektierende Pflege (von nicht mehr als einer Person durchgeführt mit Schutz vor anderen Blicken)  Eher wichtig  Eher unwichtig

## V. Soziale Beziehungen

<p>38. Haben Sie Kinder?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls, ja, wie viele Kinder haben Sie? _____</p> <p>Falls ja, wohnen Ihre Kinder in der Nähe?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Wie ist die Lebenssituation in Deutschland?</p>
<p>39. Wie häufig sehen Sie Ihre Kinder?  <input type="checkbox"/> Täglich <input type="checkbox"/> Mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Wie sind die Beziehungen zu den Kindern?</p>
<p>40. Wenn Sie Hilfe oder Beratung brauchen, sind Ihre Kinder/Angehörige immer für Sie erreichbar?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls nein, warum nicht?          _____</p>	<p>Beziehungen zu Kindern als Ressource?</p> <p>Haut sich die Lebenssituation (wg. Beruf etc.) geändert?</p>
<p>41. Welche der folgenden Unterstützungsangebote sollten die Kinder den Eltern gegenüber leisten?  <input type="checkbox"/> Finanziell <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Haushalt <input type="checkbox"/> Gartenarbeit <input type="checkbox"/> Kochen  <input type="checkbox"/> Ansprechpartner/Vertrauensperson  <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Was sind die Erwartungen an die Eltern?</p> <p>Werden die Senioren im Familienleben noch integriert?</p>
<p>42. Unterstützen Sie Ihre Kinder bei unterschiedlichen Bedarfen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, wie?  <input type="checkbox"/> Finanziell <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung <input type="checkbox"/> Haushaltsführung <input type="checkbox"/> Kochen  <input type="checkbox"/> Beratung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Hinweise auf Ressourcen von Senioren, sozialen Beziehungen, Gesundheitszustand</p>

<p>43. Wie haben Sie sich bisher über rechtliche, bürokratische oder berufliche Themen informiert?</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> Anwalt</p> <p><input type="checkbox"/> Rathaus</p> <p><input type="checkbox"/> Organisationen</p> <p><input type="checkbox"/> Medien</p> <p><input type="checkbox"/> Verwandte/Bekannte</p> <p><input type="checkbox"/> Meine Kinder</p> <p><input type="checkbox"/> Internet</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Wie informiert man sich generell?</p> <p>Über welche Wege sollte man die Zielgruppe über adäquate pflegerische Dienstleistungsangebote informieren?</p>
<p>44. Mit welcher Organisation (religiöse, kulturelle, sportliche) fühlen Sie sich verbunden? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Falls ja, wie häufig gehen Sie dort hin?</p> <p><input type="checkbox"/> Täglich <input type="checkbox"/> 1 mal pro Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> Mehrmals pro Monat <input type="checkbox"/> Mehrmals pro Jahr <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Falls ja, warum gehen Sie in diese Organisation?</p> <p><input type="checkbox"/> Um an religiösen Veranstaltungen teilzunehmen</p> <p><input type="checkbox"/> Meditation/Mystik/Spirituelle Transzendenzerfahrung (maneviyat)</p> <p><input type="checkbox"/> Um Freunde/Bekannte zu treffen <input type="checkbox"/> Um Menschen kennenzulernen</p> <p><input type="checkbox"/> Liegt in der Nähe meines Wohnorts <input type="checkbox"/> Um ehrenamtlich aktiv zu sein</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>Gibt es Ressourcen?</p> <p>Wie sind die sozialen Kontakte in der muslimischen Community?</p> <p>Welche Angebote gibt es von Organisationen für ältere Muslime?</p>

## VI. Allgemeine offene Fragen

<p>45. Wünschen Sie oder Ihre Familie sich eine zusätzliche Beratung?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja, zu welchen Themen?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Bedarfsermittlung für Pflegeberatung</p> <p>Welche Beratung braucht man konkret? Wünsche, Bedürfnisse.</p>
<p>46. Möchten Sie uns noch etwas mit auf den Weg geben?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	