

# EUROFAMCARE

**Unterstützung und Entlastung für Angehörige älterer Menschen.  
Eine europäische Vergleichsstudie**

## **Postalische Zweit-Befragung**

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Institut für Medizin-Soziologie  
Sozialgerontologie  
Martinistr. 40

20246 Hamburg



Dieses Projekt wird von der Europäischen Union gefördert - Vertrag: QLK6-CT-2002-02647  
© 2004 EUROFAMCARE Consortium

Wir möchten Ihnen gern einige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens geben.

- a) Wenn Sie inzwischen aus verschiedenen Gründen Ihre/n Angehörige/n *nicht mehr* betreuen oder pflegen, möchten wir Sie bitten, nur die Fragen 1 bis 11 zu beantworten. Darüber hinaus haben Sie auf Seite 16 (Frage 47) Gelegenheit weitere Anmerkungen zu machen, die Ihnen zu diesem Thema wichtig sind.
- b) Wenn Sie *weiterhin* Ihre/n Angehörige/n betreuen oder pflegen, möchten wir Sie herzlich bitten, den gesamten Fragebogen mit Ausnahme der Fragen 2 und 3 zu beantworten.

Bei den meisten Fragen finden Sie vorgegebene Antwortkategorien. Im einfachsten Falle die Unterscheidung zwischen ja oder nein:

Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
--------------------------	----------------------------

Manchmal gibt es auch Fragen, bei denen wir Sie bitten, das für Sie Zutreffende aus mehreren Möglichkeiten anzukreuzen. **Beispiel:**

Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
<input type="radio"/>				

Pro Frage soll meistens nur eine Beantwortungsmöglichkeit angekreuzt werden.

Ja <input checked="" type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
-------------------------------------	----------------------------

Wenn Sie bei einer Frage mehrfach ankreuzen können, finden Sie den Hinweis „Mehrfachnennungen möglich“.

Sollte Ihnen bei der Beantwortung ein „Fehler“ unterlaufen sein, dann korrigieren Sie diesen bitte wie im folgenden **Beispiel** dargestellt:

Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie das Symbol "✍" sehen, dann werden Sie gebeten, Text oder Zahlen per Hand in das entsprechende Feld einzutragen. **Beispiel:**

<b>Wie viele Stunden pro Woche unterstützen und betreuen Sie durchschnittlich Ihre/n ANGEHÖRIGE/N?</b>	<b>28</b>	✍ Stunden pro Woche
--	-----------	---------------------

Ausführlichere Texte im Fragebogen dienen der weiteren Erklärung. Bitte lesen Sie diese aufmerksam durch.

Beginnen Sie nun auf der folgenden Seite mit dem Ausfüllen des Fragebogens.

Vielen Dank!

Fragebogen-Nummer:

1 **Pflegen oder unterstützen Sie nach wie vor die/denselben ANGEHÖRIGE/N mindestens 4 Stunden pro Woche?** Ja  Wenn ja, gehen Sie bitte zu Frage Nr. 4  
Nein  Wenn nein, gehen Sie bitte zu Frage Nr. 2

2 **Wann haben Sie mit der Pflege oder Unterstützung Ihrer/s ANGEHÖRIGEN aufgehört, wie viele Monate ist das her?**  Monate

3 **Aus welchem Grund pflegen und unterstützen Sie Ihre/n ANGEHÖRIGE/N nicht mehr?**  
(Bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

a) Mein/e ANGEHÖRIGE/R benötigt zwar weiterhin mindestens 4 Stunden Pflege oder Unterstützung, diese wird jedoch jetzt von jemand anderem übernommen, und zwar:

Anderes Familienmitglied	Professionelle Pflegekraft	Pflegeheim	Sonstige
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b) Mein/e ANGEHÖRIGE/R ist verstorben:

Zu Hause	Im Pflegeheim	Im Krankenhaus	An einem anderen Ort
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

c) Falls es einen anderen Grund gibt, bitte nennen:

(z.B. Ihr/e ANGEHÖRIGE/R benötigt keine Pflege mehr, Sie sind selber erkrankt usw.)

4 **Wie würden Sie Ihre Gesundheit allgemein einschätzen:**

Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
<input type="radio"/>				

Nun geht es darum, wie Sie Ihre Lebensqualität beurteilen.

In den letzten zwei Wochen...	Die ganze Zeit	Meistens	Mehr als die Hälfte der Zeit	Weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
5 ...war ich froh und guter Laune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10 Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität in den letzten zwei Wochen einschätzen?**

Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
<input type="radio"/>				

**11 Ganz allgemein betrachtet, wer sollte Ihrer Meinung nach für die Pflege und Unterstützung älterer Menschen verantwortlich sein?**

	Die Familie sollte die volle Verantwortung haben	<input type="radio"/>
	Die Familie sollte die Hauptverantwortung haben, aber Staat/Gesellschaft/öffentl. Einrichtungen sollten dazu beitragen	<input type="radio"/>
	Staat/Gesellschaft/öffentl. Einrichtungen sollten die Hauptverantwortung haben, aber die Familie sollte dazu beitragen	<input type="radio"/>
	Staat/Gesellschaft/öffentliche Einrichtungen sollten die volle Verantwortung haben	<input type="radio"/>
	Ist schwer zu sagen	<input type="radio"/>

Für diejenigen, die ihre/n ANGEHÖRIGE/N nicht mehr mindestens 4 Stunden betreuen oder pflegen, ist der Fragebogen hier zu Ende. Auf Seite 16 (Frage 47) haben Sie nun noch die Gelegenheit zu weiteren *Anmerkungen*.

Alle *anderen* möchten wir herzlich bitten, die nun folgenden Fragen, die sich mit Ihrer momentanen Situation als pflegende/r Angehörige/r beschäftigen, zu beantworten.

**12 Wie viele Stunden pro Woche unterstützen und pflegen Sie durchschnittlich Ihre/n ANGEHÖRIGE/N?**

		Stunden pro Woche
--	--	-------------------

**13 Abgesehen von Ihrer/m ANGEHÖRIGEN, wie viele Stunden pro Woche unterstützen und pflegen Sie andere Personen?**  
(Wenn Sie sonst niemanden betreuen oder unterstützen, schreiben Sie bitte eine „0“ in das Kästchen)

		Stunden pro Woche
--	--	-------------------

**14 Wo wohnen Sie und Ihr/e ANGEHÖRIGE/R?**

	Im selben Haushalt <input type="radio"/>
	In verschiedenen Haushalten, aber im selben Gebäude <input type="radio"/>
	Zu Fuß erreichbar <input type="radio"/>
	Innerhalb von 10 Minuten erreichbar mit PKW, Bus oder Bahn <input type="radio"/>
	Innerhalb von 30 Minuten erreichbar mit PKW, Bus oder Bahn <input type="radio"/>
	Innerhalb von 1 Stunde erreichbar mit PKW, Bus oder Bahn <input type="radio"/>
	Mehr als 1 Stunde entfernt mit PKW, Bus oder Bahn <input type="radio"/>

**15 Wo lebt Ihr/e ANGEHÖRIGE/R für gewöhnlich?**

	Im eigenen Zuhause <input type="radio"/>
	In einem Pflegeheim <input type="radio"/>
	In einer Einrichtung für betreutes Wohnen <input type="radio"/>
	Sonstiges, und zwar <input type="radio"/>

Sonstiges:

<b>16</b>	<b>Sind Sie derzeit berufstätig?</b>	
<input type="radio"/>	<b>Nein</b> Falls nein: beantworten Sie bitte die Fragen in den weißen Feldern ↓	<input type="radio"/>
		<b>Ja</b> Falls ja: beantworten Sie bitte die Fragen in den grauen Feldern ↓
	<p>Ich konnte <i>wegen</i> der Betreuung meiner/s ANGEHÖRIGEN gar nicht arbeiten <input type="radio"/></p> <p>Ich musste <i>wegen</i> der Betreuung meiner/s ANGEHÖRIGEN im Laufe der letzten 12 Monate meine Arbeit aufgeben <input type="radio"/></p> <p>Ich habe nicht wegen der Betreuung meiner/s ANGEHÖRIGEN sondern aus anderen Gründen meine Arbeit aufgegeben <input type="radio"/></p> <p>Wie viele Stunden haben Sie pro Woche gearbeitet, bevor Sie aufhörten?</p> <div style="border: 1px dashed gray; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center;">✍</div> <p style="text-align: right;">Stunden</p> <p style="text-align: center;"><i>Bitte weiter mit Frage 17</i></p>	<p>Wie viele Stunden arbeiten Sie in einer durchschnittlichen Woche?</p> <div style="border: 1px dashed gray; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center;">✍</div> <p style="text-align: right;">Stunden</p> <p>Meine wöchentliche Arbeitszeit ist trotz der Betreuung im Großen und Ganzen unverändert geblieben <input type="radio"/></p> <p>Ich musste <i>wegen</i> der Betreuung meiner/s ANGEHÖRIGEN meine Arbeitszeit reduzieren <input type="radio"/></p> <p>Ich musste nicht wegen der Betreuung meiner/s ANGEHÖRIGEN sondern aus anderen Gründen meine Arbeitszeit reduzieren <input type="radio"/></p> <p>Falls Sie Ihre Arbeitszeit reduzieren mussten: wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche weniger?</p> <div style="border: 1px dashed gray; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center;">✍</div> <p style="text-align: right;">Stunden</p> <p>Und wie hoch war dadurch die Verringerung Ihres monatlichen Netto-Einkommens?</p> <div style="border: 1px dashed gray; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center;">✍</div> <p style="text-align: right;">Euro</p> <p style="text-align: center;"><i>Bitte weiter mit Frage 17</i></p>

<b>17</b>	<b>Haben sich <i>durch die</i> Betreuung Ihrer/s ANGEHÖRIGEN irgendwelche anderen Einschränkungen in Ihrem Berufsleben ergeben?</b>	
	Ich kann/konnte meine berufliche Karriere oder mein Studium nicht verfolgen	Ja <input type="radio"/>
		Nein <input type="radio"/>
	Ich kann/konnte nur gelegentlich arbeiten	Ja <input type="radio"/>
		Nein <input type="radio"/>

<b>18</b>	<b>Gibt es jemanden, der sich um Ihre/n ANGEHÖRIGE/N kümmern würde, wenn Sie eine Auszeit von der Betreuung bräuchten?</b>	
	Ja, ich könnte ziemlich problemlos jemanden finden	<input type="radio"/>
	Ja, ich könnte jemanden finden, aber nur mit einigen Schwierigkeiten	<input type="radio"/>
	Nein, es gibt niemanden	<input type="radio"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Aktivitäten im täglichen Leben, die für die meisten Menschen selbstverständlich sind.

Geben Sie bitte an, zu welchen Aktivitäten Ihr/e ANGEHÖRIGE/R *überhaupt nicht in der Lage* ist oder welche sie/er *mit etwas Hilfe* oder *ohne Hilfe* ausführen kann.

19	<b>Überhaupt nicht in der Lage</b> (Aktivität muss vollständig von einer anderen Person ausgeführt werden)	<b>Mit etwas Hilfe</b> (Kann einiges selbst erledigen, benötigt aber persönliche Unterstützung)	<b>Ohne Hilfe</b> (Keine Unterstützung durch andere Personen erforderlich)
Hausarbeit (z.B. Boden wischen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die eigenen Mahlzeiten zubereiten (z.B. Gemüse schneiden, kochen etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkaufen gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Geld umgehen (Rechnungen bezahlen, Geld zählen etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Telefon benutzen (incl. Nummern allein wählen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann ihre/seine Medikamente einnehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Außerhalb des Hauses gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppen steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilette benutzen (oder einen Nachtstuhl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baden oder duschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tägliche Körperpflege (Haare kämmen, rasieren, schminken)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich anziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mahlzeiten zu sich nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**20 Kann sich Ihr/e ANGEHÖRIGE/R im Haus bewegen?**

Überhaupt nicht in der Lage (muss im Rollstuhl geschoben oder getragen werden)

Bewegt sich im Rollstuhl ohne Hilfe oder geht mit großer körperlicher Hilfe

Geht mit etwas Hilfe, gestützt oder beaufsichtigt

Ohne Hilfe

**21 Kann sich Ihr/e ANGEHÖRIGE/R von ihrem/seinem Bett zu einem daneben stehenden Stuhl bewegen?**

Überhaupt nicht in der Lage (kann nicht aufrecht sitzen)

Nur mit großer körperlicher Hilfe durch 1 oder 2 Personen

Mit geringer Hilfe (mit mündlicher Aufforderung oder leichter körperlicher Unterstützung)

Ohne Hilfe

**22** **Hat Ihr/e ANGEHÖRIGE/R Probleme mit dem Wasserlassen (Harninkontinenz)?**

Ja, häufige Probleme (einmal am Tag oder öfter oder benötigt einen Katheder)

Ja, gelegentliche Probleme (weniger als einmal am Tag)

Keine Probleme

**23** **Hat Ihr/e ANGEHÖRIGE/R Probleme den Stuhl zu halten (Stuhlinkontinenz)?**

Ja, häufige Probleme (einmal pro Woche oder öfter oder benötigt Einläufe)

Ja, gelegentliche Probleme (weniger als einmal pro Woche)

Keine Probleme

Häufig hängen die größten Belastungen für betreuende Angehörige mit *Gedächtnisproblemen* und *Verhaltensweisen* der betreuten Person zusammen. Darum geht es in den nächsten Fragen.

**24** **Hat Ihr/e ANGEHÖRIGE/R irgendwelche Gedächtnisprobleme?**  Nein → Bitte gehen Sie zu Frage 27

(z.B. Probleme sich zu erinnern, welcher Tag gerade ist oder Nachbarn und Freunde zu erkennen)  Ja → Bitte gehen Sie zu Frage 25

**25** Falls Ja, hat Ihnen der Arzt irgendeinen Grund für die Gedächtnisprobleme Ihrer/s ANGEHÖRIGEN genannt?  Nein → Bitte gehen Sie zu Frage 27

Ja → Bitte nennen:

**26** Demenz  Sonstiges  ↓

Sonstiges bitte nennen:

<b>27</b>	<b>Wie oft, falls überhaupt, zeigt Ihr/e ANGEHÖRIGE/R folgende Verhaltensweisen?</b>	<b>Meistens</b>	<b>Manchmal</b>	<b>Selten</b>	<b>Nie</b>
	Wandert sie/er in oder außerhalb der häuslichen Umgebung umher oder verhält sich auf eine Weise, die seine/ihre Sicherheit gefährdet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hat sie/er Schwierigkeiten, ein normales Gespräch zu führen, zeigt keine Einsicht in ihre/seine Probleme oder verhält sich unkooperativ bezüglich Ihrer Bitten und Wünsche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Verhält sie/er sich in einer Art und Weise, die Sie als bestürzend empfinden? (Zum Beispiel indem er/sie ständig Fragen stellt, Ihnen hinterherläuft, bereits Gesagtes wiederholt, ohne besonderen Grund schreit und weint oder sich unangemessen an- oder auszieht?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ein Jahr nach unserer ersten Befragung interessiert es uns, welche Unterstützung Sie als pflegender Angehöriger erfahren. Es kann sein, dass einige Antwortmöglichkeiten nicht auf Ihre momentane Lebenssituation zutreffen (z.B. ...“Probleme innerhalb der Familie“ – wenn es keine anderen Familienmitglieder gibt, ist diese Frage für Sie nicht relevant). In diesem Fall kreuzen Sie bitte das Kästchen „Nicht zutreffend“ auf der rechten Seite an.

28		Immer	Meistens	Manchmal	Nie	Nicht zutreffend
	Denken Sie, dass Sie mit Ihrer Rolle als Betreuende/r gut zurechtkommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Empfinden Sie das Betreuen als zu anstrengend?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Wirkt sich das Betreuen negativ auf das Verhältnis zu Ihren Freunden aus?	<input type="radio"/>				
	Hat das Betreuen eine negative Auswirkung auf Ihre körperliche Gesundheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Haben Sie durch das Betreuen Probleme innerhalb Ihrer Familie?	<input type="radio"/>				
	Haben Sie auf Grund des Betreuens finanzielle Probleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Betreuende/r gefangen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Fühlen Sie sich von Ihren Freunden und/oder Nachbarn gut unterstützt?	<input type="radio"/>				
	Finden Sie, dass das Betreuen eine lohnenswerte Aufgabe ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Fühlen Sie sich von Ihrer Familie gut unterstützt?	<input type="radio"/>				
	Haben Sie ein gutes Verhältnis zu der Person, die Sie betreuen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Fühlen Sie sich von den Gesundheits- und Sozialdiensten (öffentlich, privat, ehrenamtlich) ausreichend unterstützt?	<input type="radio"/>				
	Haben Sie das Gefühl, dass Sie als Betreuende/r Wertschätzung erfahren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Hat das Betreuen eine negative Auswirkung auf Ihr seelisches Wohlbefinden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Betreuende/r insgesamt ausreichend unterstützt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Wir würden gerne von Ihnen erfahren, welche pflegerischen, medizinischen, sozialen und Beratungsangebote von Ihnen und Ihrer/m ANGEHÖRIGEN ein Jahr nach unserer ersten Befragung genutzt werden. Dazu möchten wir die beiden Tabellen in den Fragen 29 und 32 nutzen. Es ist durchaus möglich, dass Sie nur sehr wenige, vielleicht sogar überhaupt keinen der angegebenen Dienste in Anspruch genommen haben. Die Liste enthält viele sehr spezielle Angebote, die nur für wenige Menschen bedeutsam sind. Im Anschluss an die beiden Tabellen werden Sie gefragt, welches der Angebote für Sie *besonders hilfreich* war, aber auch, ob Sie einzelne Angebote als *nicht hilfreich* empfunden haben.

Die Tabelle in Frage 29 enthält eine Liste von verschiedenen Angeboten zur sozialen und gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen.

Diese Angebote richten sich alle an die/den von Ihnen betreute/n ANGEHÖRIGE/N.

Wir möchten Sie bitten, sich die verschiedenen Bereiche einmal anzuschauen und anzukreuzen, welche Dienste Ihr/e ANGEHÖRIGE/R in den letzten 6 Monaten genutzt hat. Bei den Diensten, die Ihr/e ANGEHÖRIGE/R tatsächlich in Anspruch genommen hat, tragen Sie bitte ein, wie oft sie/er durchschnittlich dieses Angebot wahrgenommen hat.

29	Welche Angebote hat Ihr/e ANGEHÖRIGE/R in den letzten 6 Monaten genutzt? <i>Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.</i>		Wie oft nutzt Ihr/e ANGEHÖRIGE/R diese Angebote im Durchschnitt?				
		Anzahl	pro Tag	pro Woche	pro Monat	in 6 Monaten	
<b>Medizinische Angebote:</b>							
A01	Hausarzt	<input type="radio"/>	Besuche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A02	Neurologe	<input type="radio"/>	Besuche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A03	Anderer Facharzt	<input type="radio"/>	Besuche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A04	Krankenhaus	<input type="radio"/>	Tage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A05	Tagesklinik (z.B. geriatrische oder psychiatrische Tagesklinik, ambulantes Operieren)	<input type="radio"/>	Tage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A06	Stationäre Rehabilitation	<input type="radio"/>	Tage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Therapeutische Angebote:</b>							
A07	Logopädie	<input type="radio"/>	Besuche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A08	Ergotherapie	<input type="radio"/>	Besuche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A09	Krankengymnastik	<input type="radio"/>	Besuche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A10	Mobile ambulante Rehabilitation (z.B. Krankengymnastik oder Ergotherapie zu Hause)	<input type="radio"/>	Besuche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Pflegerische Angebote:</b>							
A11	Häusliche/ambulante Pflege	<input type="radio"/>	Besuche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A12	Pflegeheim	<input type="radio"/>	Monate		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A13	Tagespflege	<input type="radio"/>	Tage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A14	Kurzzeitpflege (z.B. in Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder im Pflegeheim)	<input type="radio"/>	Tage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A15	Nachtpflege (außer Haus)	<input type="radio"/>	Nächte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A16	Nächtliche Pflege (zu Hause)	<input type="radio"/>	Nächte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A17	Krankenhausvermeidungspflege	<input type="radio"/>	Besuche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

<b>Pflegerische Angebote (Fortsetzung):</b>		<b>Anzahl</b>	<b>pro Tag</b>	<b>pro Woche</b>	<b>pro Monat</b>	<b>in 6 Monaten</b>
A18	Hospiz (Spezielle Häuser für die Betreuung in der letzten Lebensphase)	<input type="radio"/>		Wochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A19	Pflegehilfsmittel (wie Pflegebetten/-zubehör, Bettenhygieneprodukte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A20	Nicht-familiäre Pflegekraft, die mit im Haushalt lebt	<input type="radio"/>		Tage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A21	Private Pflegerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A22	Mobile Fußpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A23	Mobiler Friseur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Beratungsangebote:</b>			<b>pro Tag</b>	<b>pro Woche</b>	<b>pro Monat</b>	<b>in 6 Monaten</b>
A24	Sozialpsychiatrischer Dienst (SpD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A25	Sozialer Hausbesuch (z.B. über die bezirkliche Altenhilfe oder Sozialamt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A26	Medizinische Beratung (z.B. durch Hausarzt, Neurologe, Krankenhäuser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A27	Sozialrechtliche Beratung (z.B. durch Kranken- und Pflegekassen, Rentenversicherungsträger)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A28	Betreuungsrechtliche Beratung (z.B. durch Betreuungsvereine, Landesbetreuungsstellen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A29	Sozial-psychologische Beratung (z.B. durch Vereine, öffentliche und private Beratungsstellen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A30	Telefonhotline/Patiententelefon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anruf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A31	Pastor/Seelsorger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Hauswirtschafts- und andere unterstützende Dienste:</b>			<b>pro Tag</b>	<b>pro Woche</b>	<b>pro Monat</b>	<b>in 6 Monaten</b>
A32	Wäschedienst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A33	Essen auf Rädern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mahlzeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A34	Mittagstisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mahlzeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A35	Hausnotrufsystem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anrufe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A36	Wohnraumanpassung	<input type="radio"/>		Maßnahme		<input type="radio"/>

Hauswirtschafts- und andere unterstützende Dienste (Forts.):					pro Tag	pro Woche	pro Monat	in 6 Monaten
A37	Zivildienstleistender	<input type="radio"/>		Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A38	Betreutes Wohnen	<input type="radio"/>		Tage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A39	Haushaltshilfe	<input type="radio"/>		Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A40	Gärtner	<input type="radio"/>		Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A41	Einkaufsdienst	<input type="radio"/>		Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Angebote:					pro Tag	pro Woche	pro Monat	in 6 Monaten
A42	Transportdienst (insb. Taxidienst, Fahrtkostenübernahme durch die Krankenkasse)	<input type="radio"/>		Fahrten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A43	Freiwillige ehrenamtliche Helfer/innen (z.B. „Schutzengel“, „Grüne Damen“, Diakonissen etc.)	<input type="radio"/>		Besuche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A44	Urlaubsangebote für Paare, die kranke Menschen berücksichtigen	<input type="radio"/>		Tage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**30 Von den Angeboten in Frage 29, die Ihr/e ANGEHÖRIGE/R nutzt oder in den letzten 6 Monaten genutzt hat, welches ist für Sie und Ihre/n ANGEHÖRIGE/N das hilfreichste?**

(Geben Sie bitte in den nachfolgenden Feldern die Bezeichnung (z.B. „Logopädie“ oder „Essen auf Rädern“) an oder schreiben Sie die entsprechende Nummer des Dienstes aus der Angebotsliste in Frage 29 (z.B. „A07“ oder „A34“) auf.

Bezeichnung des Dienstes:

oder Nummer des Dienstes aus der Liste:

**Das zweithilfreichste?**

Bezeichnung des Dienstes:

oder Nummer des Dienstes aus der Liste:

**Das dritthilfreichste?**

Bezeichnung des Dienstes:

oder Nummer des Dienstes aus der Liste:

**31 Vielleicht haben oder hatten Sie auch den Eindruck, dass das eine oder andere der genutzten Angebote aus Frage 29 für Sie und Ihre/n ANGEHÖRIGE/N nicht hilfreich war oder ist. Welche sind/waren das?**

Bezeichnung des Dienstes:

oder Nummer des Dienstes aus der Liste:

Bezeichnung des Dienstes:

oder Nummer des Dienstes aus der Liste:

Bezeichnung des Dienstes:

oder Nummer des Dienstes aus der Liste:

Die nächste Tabelle in Frage 32 enthält eine Liste von verschiedenen Angeboten zur Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen.

*Diese Angebote beziehen sich alle auf Sie als betreuende/r oder pflegende/r Angehörige/r.*

Auch hier möchten wir Sie bitten, sich wieder die verschiedenen Bereiche anzuschauen und anzukreuzen, welche Dienste Sie in den letzten 6 Monaten genutzt haben. Bei den Diensten, die Sie tatsächlich in Anspruch genommen haben, tragen Sie bitte ein, wie oft Sie dieses Angebot durchschnittlich wahrgenommen haben.

32	Welche Dienste haben Sie in den letzten 6 Monaten genutzt?		Wie oft nutzen Sie diese Angebote im Durchschnitt?					
			Anzahl	Einheit	pro Tag	pro Woche	pro Monat	in 6 Monaten
B01	Angehörigengruppe	<input type="radio"/>		Treffen		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B02	Selbsthilfegruppe	<input type="radio"/>		Treffen		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B03	Kurse für Laienpfleger	<input type="radio"/>		Stunden		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B04	Besondere Betreuungsdienste (Übernahme der Betreuung durch Dritte)	<input type="radio"/>		Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B05	Pflegeberatungsstellen der Kommunen, Kassen, Anbieter (Sozialstationen)	<input type="radio"/>		Kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B06	Medizinische Beratung für die/den Betreuende(n) (z.B. durch Hausarzt, Neurologe, Krankenhäuser)	<input type="radio"/>		Kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B07	Sozialrechtliche Beratung (z.B. durch Kranken- und Pflegekassen, Rentenversicherungsträger)	<input type="radio"/>		Kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B08	Betreuungsrechtliche Beratung (z.B. durch Betreuungsvereine, Landesberatungsstellen)	<input type="radio"/>		Kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B09	Sozial-psychologische Beratung (z.B. durch Initiativen, Vereine, öffentliche und private Beratungsstellen)	<input type="radio"/>		Kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B10	Sozialer Hausbesuch (z.B. durch die bezirkliche Altenhilfe oder Sozialamt)	<input type="radio"/>		Besuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B11	Telefonseelsorge/Hotline	<input type="radio"/>		Anrufe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B12	Internet	<input type="radio"/>		Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B13	Einsatz einer/s Freiwilligen HelferIn/Helfers	<input type="radio"/>		Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B14	Betreuungsgruppe speziell für Demenzkranke	<input type="radio"/>		Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B15	Psychotherapie	<input type="radio"/>		Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**33 Welches der Angebote aus Frage 32, die Sie nutzen oder in den letzten 6 Monaten genutzt haben, ist/war für Sie das hilfreichste?**  
*(Geben Sie bitte in den nachfolgenden Feldern die Bezeichnung (z.B. „Selbsthilfegruppe“ oder „Telefonseelsorge“) an oder schreiben Sie die entsprechende Nummer des Dienstes aus der Angebotsliste in Frage 32 (z.B. „B02“ oder „B11“) auf.*

Bezeichnung des Dienstes: oder Nummer des Dienstes aus der Liste:

Das zweithilfreichste?

Bezeichnung des Dienstes: oder Nummer des Dienstes aus der Liste:

Das dritthilfreichste?

Bezeichnung des Dienstes: oder Nummer des Dienstes aus der Liste:

**34 Vielleicht haben oder hatten Sie auch den Eindruck, dass das eine oder andere der genutzten Angebote für Sie nicht hilfreich ist oder war. Welche sind/waren das?**

Bezeichnung des Dienstes: oder Nummer des Dienstes aus der Liste:

Bezeichnung des Dienstes: oder Nummer des Dienstes aus der Liste:

Bezeichnung des Dienstes: oder Nummer des Dienstes aus der Liste:

**35 Erhalten Sie oder Ihr/e ANGEHÖRIGE/R aufgrund der Betreuungssituation eine oder mehrere der folgenden finanziellen Unterstützungsleistungen?**

*Bitte alles Zutreffende ankreuzen.*

	Ja	Nein
Pflegegeld (nach Pflegeversicherungsgesetz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kostenerstattung für Ersatzpflege, wenn die Pflegeperson wegen Krankheit, Urlaub oder aus anderen Gründe verhindert ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzierung von Pflegehilfsmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befreiung von der Zuzahlung von Hilfsmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betreuungsbetrag zur Finanzierung zusätzlicher Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf („Demente“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personenbezogenes Budget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kostenerstattung für Haushaltshilfe bei Krankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befreiungsmöglichkeiten bei Härtefällen, die sich auf „Arznei, Verband- und Heilmittel sowie stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen“ beziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leistungen nach der „Chroniker-Regelung“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Fortsetzung Frage 35</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<i>Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.</i>		
Eingliederungshilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflegegeld (nach Bundessozialhilfegesetz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beiträge zur Alterssicherung der Pflegeperson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufwendungen für Pflegepersonen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haushaltshilfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mehrbedarfe bei der Hilfe zum Lebensunterhalt bei Kranken und Behinderten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschädigtenrente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erstattungen aus privaten Unfall-, Kranken-, Pflege-, Kfz- und Schadensversicherungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leistungen der Beamtenbeihilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Höhere Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die nächste Frage bezieht sich auf die zukünftige Betreuung Ihres/r ANGEHÖRIGEN.

**36 Sind Sie bereit, Ihre/n ANGEHÖRIGE/N auch im nächsten Jahr weiter zu pflegen und zu unterstützen?**

Ja, und ich könnte mir sogar vorstellen, den Betreuungsumfang noch zu vergrößern, wenn es notwendig wäre.

Ja, und ich könnte mir sogar vorstellen, den Betreuungsumfang für eine begrenzte Zeit noch zu vergrößern.

Ja, und ich bin bereit, meine/n ANGEHÖRIGE/N auch weiterhin zu betreuen, solange die Situation gleich bleibt.

Ja, und ich bin bereit, meine/n ANGEHÖRIGE/N auch weiterhin zu betreuen, aber nur, wenn ich mehr Unterstützung bekomme (von Diensten, Familie, Freunden etc.).

Nein, ich bin nicht bereit, meine/n ANGEHÖRIGE/N auch weiterhin zu betreuen, egal, wie viel zusätzliche Unterstützung ich erhalte.

**37 Hat es in Ihrem Leben im letzten Jahr wichtige Veränderungen gegeben, die wir bisher nicht berücksichtigt haben?** Ja  Nein

Falls ja, bitte nennen

---



---

Abschließend möchten wir Ihnen noch einige Fragen zum Thema „Pflegeversicherung“/„Leistungen aus der Pflegeversicherung“ stellen, um auch hier die Veränderungen in der Pflegesituation gegenüber der ersten Befragung zu erfahren.

38 **Bezieht Ihr/e ANGEHÖRIGE/R heute regelmäßig Leistungen der Pflegeversicherung?**

Ja, Antrag wurde positiv entschieden

Nein, bislang wurde (noch) kein Antrag gestellt

Nein, Antrag (oder mehrere Anträge) wurde(n) zwar gestellt, aber abgelehnt

Nein, aber es läuft z.Zt. gerade ein Antrag

Nein, aber es läuft gerade ein Widerspruchsverfahren

39 **Wenn bislang kein Antrag gestellt wurde, was ist der Grund?**

Es besteht (noch) kein Pflegebedarf

Antrag wird in Kürze gestellt

Andere Gründe:

Bitte nennen:

40 **In welcher Pflegestufe ist Ihr/e ANGEHÖRIGE/R derzeit eingestuft?**

Keine Pflegestufe → weiter mit Frage 46

Pflegestufe 1

Pflegestufe 2

Pflegestufe 3

Pflegestufe 3 mit Härteregelung → weiter mit Frage 42

41 **Ist bei Ihrem/r ANGEHÖRIGE/N aktuell ein Verschlechterungsantrag vorgesehen bzw. läuft derzeit ein solches Antragsverfahren?** (Antrag auf Höhergruppierung der Pflegeeinstufung)

Ja

Nein

42 **Seit wann ist Ihr/e ANGEHÖRIGE/R bereits pflegebedürftig?**

Monat/Jahr  /

43 **Seit wann ist Ihr/e ANGEHÖRIGE/R in der aktuellen Pflegestufe eingruppiert?**

Monat/Jahr  /

44 **Welche Form von Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält Ihr/e ANGEHÖRIGE/R?**

Ausschließlich monatliches Pflegegeld

Ausschließlich Pflegeeinsätze von Pflegediensten im eigenen Haushalt (Sachleistungen)

Teils Pflegeeinsätze im Haushalt, teils Pflegegeld (Kombileistungen)

Vollstationäre Pflege

