

EUROFAMCARE

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

**Benutzerhandbuch
für den Fragebogen**

Einführung

Willkommen beim EUROFAMCARE Projekt. Sie sind Teil eines Teams von Menschen aus sechs europäischen Ländern (Deutschland, Griechenland, Großbritannien, Italien, Polen und Schweden), die alle zur selben Zeit Interviews für das Projekt durchführen.

Ausfüllen des Fragebogens:

‘ANGEHÖRIGE/R’

Im Fragebogen wird Ihnen das Wort “ANGEHÖRIGE/R” auffallen, das hier stellvertretend für die betreute ältere Person verwendet wird. Der Begriff soll jedoch in der Befragung nicht benutzt werden. Bitte ersetzen Sie ihn statt dessen durch einen persönlicheren Ausdruck, der von dem/r pflegenden oder betreuenden Angehörigen bevorzugt wird, z.B. „Ihre Mutter“, „Elisabeth“, „Ihr Opa“.

Viele Menschen, die eine ältere Person versorgen, vor allem Ehepartner/innen, sehen sich selbst nicht als „Pfleger“. Sie sind vielleicht der Ansicht, dass sie ihre/n Angehörige/n eher betreuen und unterstützen als zu pflegen. Als Interviewer/in sollten Sie darauf achten und den passendsten Ausdruck („Pflege“ oder „Betreuung“) im Interview verwenden.

Allgemeines

Sie werden sehen, dass viele der Antwortmöglichkeiten bereits nummeriert sind, aber in einigen Fällen müssen Sie die Code-Nummern selbst eintragen. Als allgemeine Regel [obwohl es Ausnahmen gibt] gilt:

①	= Nein	⑧ oder ⑧⑧	= Trifft nicht zu
①	= Ja	⑨, ⑨⑨, ⑨⑨⑨	= Fehlende Angabe (z.B. aufgrund von Nicht-Wissen)

Falls eine Frage von dem/r betreuenden Angehörigen nicht beantwortet werden kann, z.B. weil er/sie die Antwort nicht weiß, schreiben Sie bitte eine ‚9‘ an den Rand hinter die Frage. Auf diese Weise wird ersichtlich, dass die Frage nicht einfach vergessen wurde.

Falls der/die Interviewpartner/in die Antwort auf eine Frage **verweigert**, machen Sie dies bitte durch einen handschriftlichen Vermerk ‚**Antwort verweigert**‘ kenntlich.

Falls die Antwort des/der Interviewpartners/in keiner der im Fragebogen vorgegebenen Kategorien zuzuordnen ist (oder Sie unsicher sind), dann notieren Sie bitte alle vom Interviewpartner gemachten Angaben möglichst genau (und leserlich) neben der entsprechenden Frage. Falls der Platz dort nicht ausreicht, nutzen Sie bitte die freie Seite 2 des Fragebogens oder ein Extrablatt, das Sie mit der Fallnummer, Ihrer Interviewernummer, dem Regionalcode (1, 2, 3 oder 4) und natürlich der entsprechenden Fragennummer versehen.

Bei vielen der Antwortmöglichkeiten muss die entsprechende Antwort angekreuzt werden. Zum Beispiel:

In welchem familiären Verhältnis stehen Sie zu Ihrem/r ANGEHÖRIGEN?	Ehepartner/in/Partner/in ①	Kind ②
--	----------------------------	--------

Sie kreuzen die entsprechende Antwort an:

In welchem familiären Verhältnis stehen Sie zu Ihrem/r ANGEHÖRIGEN?	Ehepartner/in/Partner/in <input checked="" type="checkbox"/>	Kind ②
--	--	--------

Manchmal steht ein **X** in einer Spalte. Das bedeutet, es ist nicht erlaubt, die Spalte für diese bestimmte Frage zu benutzen, wie im untenstehenden Beispiel die „Trifft nicht zu“-Spalte, die als Antwortmöglichkeit nicht zur ersten Frage passt:

122 C122COPE	Denken Sie, dass Sie mit Ihrer Rolle als Betreuende/r gut zurechtkommen?	①	②	③	④	Trifft nicht zu
124 C124COPE	Wirkt sich das Betreuen negativ auf das Verhältnis zu Ihren Freunden aus?	①	②	③	④	⑧

“Rekrutierungsmodus” ausfüllen

Auf Seite eins sehen Sie einen Abschnitt ‘Rekrutierungsmodus’. Sie kreuzen die entsprechende Antwortkategorie an. Zum Beispiel:

Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialwesens (z.B. Arzt oder Sozialarbeiter)	<input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------

Eine der Kategorien heißt ‘Mund-zu-Mund-Propaganda’. Dieser Begriff bedeutet, dass sich durch die Befragung einer Person ein weiteres Interview mit einer anderen Person ergeben hat. Zum Beispiel wenn Ihnen eine Interviewpartnerin, die Sie über einen Geistlichen rekrutiert haben, von einer Angehörigengruppe erzählt, an der sie teilnimmt. Wenn Sie Kontakt zu dieser Gruppe aufnehmen und ein weiteres Interview erhalten, ist das ‘Mund-zu-Mund-Propaganda’ und Sie kreuzen ⑧ an. Dann geben Sie den Ausgangspunkt an, von der aus die Mund-zu-Mund-Propaganda angefangen hat, in diesem Fall: ‘Geistliche/Gemeinden/religiöse Einrichtungen und Organisationen’ ②. Falls sich die ‘Quelle’ der ‘Mund-zu-Mund-Propaganda’ nicht mehr eindeutig rekonstruieren lässt, dann geben Sie bitte bei Frage 10 eine ‘9’ ein.

Mund-zu-Mund-Propaganda	<input checked="" type="checkbox"/>
Ausgangspunkt der Mund-zu-Mund-Propaganda, falls bekannt	2



In diesem Benutzerhandbuch [aber nicht im tatsächlichen Fragebogen] zeigt dieses Bild Text an, den Sie direkt an den/die Interviewpartner/in richten sollen. Dieser Text kann einen Abschnitt des Fragebogens einleiten oder die Interviewpartner/innen auf besondere Umstände hinweisen, die sie bei der Beantwortung der nächsten Fragen beachten sollen. Bitte machen Sie sich mit diesen kurzen Textabschnitten vertraut.

Das untenstehende Bild im Benutzerhandbuch verweist auf eine Fragebogenanweisung. Diese Anweisung wird weniger wichtig, wenn Sie erst einmal mit dem Fragebogen vertraut sind. Trotzdem ist sie wichtig und es ist notwendig, dass Sie sich mit ihr vertraut machen:



INTERVIEWER: Falls der/die Befragte mehr als eine ältere Person betreut: Bitten Sie die/den Befragte/n, nur an die Person zu denken, die am meisten Unterstützung erhält. Falls alle den selben Umfang an Unterstützung erhalten, bitten Sie die/den Befragten, an nur eine Person zu denken.

Natürlich betreuen alle Ihre Interviewpartner/innen irgendjemanden [über 65 Jahre] mehr als vier Stunden pro Woche, aber einige werden mehr als eine Person betreuen, z.B. ihre Mutter und ihren Vater. Sie sollen jedoch nur zur Betreuung einer Person befragt werden. Um zu entscheiden, zu welcher von beiden (Mutter oder Vater), werden die Befragten darum gebeten, während des Interviews nur an die Person zu denken, die am meisten Unterstützung erhält. Falls jedoch beide Personen den selben Umfang an Unterstützung erhalten, sollen die Interviewpartner/innen nur an eine von den beiden denken, und diese Person ist dann der/die ANGEHÖRIGE/R während des gesamten Interviews.

Jeder Interviewer erhält eine Code-Nummer vom **regionalen** Koordinationszentrum, die vom Interviewer auf jedem Fragebogen eingetragen werden muss

Fragebogen-Nummer

Jeder Fragebogen der Studie hat eine individuelle Nummer, die erst später vom **nationalen** Koordinationszentrum vergeben wird.

EUROFAM

Fragebogen

Bitte den entsprechenden Regionalcode ankreuzen.

1 G1NAME	NAME DES/R INTERVIEWERS/IN	<input type="text"/>
G1INTN	NUMMER DES/R INTERVIEWERS/IN (entsprechende Code-Nr. bitte eintragen)	<input type="text"/>
2 G2CTRY	LAND	<input type="text"/>
3 G3REG	REGION	Nord ① Süd ② Ost ③ West ④
4 G4LOCA G4NAME	SIEDLUNGSSTRUKTUR	<input type="text"/> großstädtisch ① städtisch ② ländlich ③
5 G5SITE	ORT und ggf. STADTTEIL (Ortsname ausschreiben)	<input type="text"/>
6 G6ID	FALLNUMMER (entsprechend der Fallnummer aus dem Stammdatenblatt für Interviewer)	<input type="text"/>
7 G7DOI G7MOI G7YOI	DATUM INTERVIEW (TAG/MONAT/JAHR)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
8 G8PRES	Betreute/r ANGEHÖRIGER beim Interview	①
9 G9REC G9SPEC	REKRUTIERUNGSMETHODEN (Bitte nur einen Rekrutierungsweg angeben)	① Beschäftigte in öffentlichen, Wirtschafts- und Sozialleistungen ② Gemeinde/religiöse Einrichtungen und Organisationen ③ Von Tür zu Tür ④ Freiwilligenorganisation (z.B. Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige) ⑤ Informationen in öffentlichen Medien (z.B. Zeitungen, Fernsehen, Plakate) ⑥ Wenn Sie eine/n betreuende/n Angehörige/n über mehr als einen Rekrutierungsweg kontaktieren, z.B. über Arzt und Geistlichen, halten Sie bitte nur <u>den ersten</u> Rekrutierungsweg fest. ⑦ Sonstiges, bitte nennen: <input type="text"/> ⑧ Mund-zu-Mund-Propaganda (in diesem Fall bitte weiter mit Frage 10)
10 G10SBC	Ausgangspunkt der Mund-zu-Mund-Propaganda, falls bekannt:	<input type="text"/>

Wenn Sie Zweifel haben, ob die Siedlungsstruktur großstädtisch, städtisch oder ländlich ist, tragen Sie hier bitte den Namen der Gemeinde und des Landkreises ein.

'Ort u. ggf. Stadtteil' entspricht dem Namen der **small area**, in der Sie das Interview durchführen. Bitte den entsprechenden Namen eintragen.

Bitte tragen Sie hier die Fallnummer für diesen Interviewpartner aus dem **'Stammdatenblatt für Interviewer'** ein.

Bitte beachten Sie die Hinweise auf den vorigen Seiten.

Wenn Sie eine/n betreuende/n Angehörige/n über mehr als einen Rekrutierungsweg kontaktieren, z.B. über Arzt und Geistlichen, halten Sie bitte nur den ersten Rekrutierungsweg fest.



Wir danken Ihnen sehr, dass Sie unsere Untersuchung unterstützen. Ich möchte mit einigen Fragen zu Ihrer Betreuungssituation beginnen, und einige Fragen zu der Person, um die Sie sich kümmern, stellen.

11 C11NUMEL	Wie viele Familienmitglieder im Alter von 65 Jahren oder älter unterstützen und betreuen Sie mehr als 4 Stunden die Woche?	<input type="text"/>
----------------	--	----------------------



INTERVIEWER: Falls der/die Befragte mehrere Befragte/n, nur an die Person zu denken, den selben Umfang an Unterstützung erhalten zu denken.

Damit sind alle anderen Personen unter 65 Jahren gemeint, z.B. Kinder und Enkelkinder. Bitte tragen Sie '0' ein, wenn keine weitere Person unter 65 Jahren unterstützt und betreut wird.

Bitte erfragen Sie, welchen Namen der/die Befragte gerne für die ältere Person verwendet (Mutter, Hans) und verwenden Sie diesen Namen, wann immer Sie das Wort „ANGEHÖRIGEN“ verwenden. z.B. Angehörigen.

12 C12HOUR	Wie viele Stunden pro Woche unterstützen und betreuen Sie durchschnittlich Ihre/n ANGEHÖRIGE/N?	<input type="text"/>
13 C13NUMO	Wie viele Personen unter 65 Jahren unterstützen und betreuen Sie [z.B. Kinder etc.]?	<input type="text"/>
14 C14HOURO	Abgesehen von Ihrer/m ANGEHÖRIGEN, wie viele Stunden pro Woche unterstützen und betreuen Sie <u>andere</u> Personen?	<input type="text"/>

15 E15RELAT E15SPEC	In welchem familiären Verhältnis stehen Sie zu Ihrem/r ANGEHÖRIGEN?	<input type="checkbox"/> Ehepartner/in/ Partner <input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> Onkel/Tante <input type="checkbox"/> Cousin <input type="text"/> Sonstiges:	Hier müssen Sie die Stunden zusammenrechnen, die der/die pflegende Angehörige für die Unterstützung und Betreuung aller Personen aus der vorhergehenden Frage (Frage 13) aufwendet plus der Stunden, die ggf. zusätzlich zu der Betreuung des/der ANGEHÖRIGEN für eine weitere ältere Person anfallen. (Dies trifft zu, wenn in Frage 11 mehr als eine Person von 65+ genannt wurde). Tragen Sie bitte eine '0' ein, falls niemand betreut und unterstützt wird.
16 E16SEX	Geschlecht Ihrer/s ANGEHÖRIGEN?	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	
17 E17AGE	Wie alt ist Ihr/e ANGEHÖRIGE/R?	<input type="text"/>	
18 E18NAT E18CODE	Welche Nationalität hat Ihr/e ANGEHÖRIGE/R?	<input type="text"/>	List: <input type="text"/>
19 E19ETHN E19CODE	Was ist die ethnische Herkunft Ihrer/s ANGEHÖRIGEN?	<input type="text"/>	List: <input type="text"/>
20 E20MARS	Welchen Familienstand hat Ihr ANGEHÖRIGE/R?	<input type="checkbox"/> Verheiratet/nicht eheliche Lebensgemeinschaft ① <input type="checkbox"/> Verwitwet ② <input type="checkbox"/> Geschieden/getrennt ③ <input type="checkbox"/> Single ④	

Fehlende Angabe bei dieser Frage = 999

Hier müssen Sie die Antworten des/r Interviewpartner/in eintragen (Nationalität laut Reisepass/Personalausweis; ethnische Herkunft ist die Abstammung, beispielsweise türkisch, deutsch, russisch etc.). Falls Sie bei einer dieser Fragen fehlende Angaben haben, tragen Sie bitte 99 in die Antwortkästchen ein.

... Später wird der entsprechende Code aus der Nationalitätenliste ergänzt. Dies erfolgt durch das nationale Koordinationszentrum.

21 C21COHAB	Wo wohnen Sie und Ihr/e ANGEHÖRIGE/R?	<p>Im selben Haushalt ①</p> <p>In verschiedenen Haushalten, aber im selben Gebäude ②</p> <p>Zu Fuß erreichbar ③</p> <p>Innerhalb von 10 Minuten erreichbar mit PKW, Bus oder Bahn ④</p> <p>Innerhalb von 30 Minuten erreichbar mit PKW, Bus oder Bahn ⑤</p> <p>Innerhalb von 1 Stunde erreichbar mit PKW, Bus oder Bahn ⑥</p> <p>Mehr als 1 Stunde entfernt mit PKW, Bus oder Bahn ⑦</p>
----------------	--	--

22 E22HOME E22SPEC	Wo lebt Ihr/e ANGEHÖRIGE/R für gewöhnlich?	<p>Im eigenen Zuhause ①</p> <p>In einem Pflegeheim ②</p> <p>In einer Einrichtung für betreutes Wohnen ③</p> <p>Sonstiges, bitte nennen: ④</p>
<p>'Im eigenen Zuhause' schließt auch ältere Menschen mit ein, die mit anderen Familienmitgliedern zusammenleben.</p>		<input type="text"/>

23	Mit wem lebt Ihr/e ANGEHÖRIGE/R zusammen? (Bitte sicherstellen, dass alle Möglichkeiten beantwortet werden)		
E23ALONE	Allein	Ja ①	Nein ②
E23CHILD	Mit seinen/ihren Kindern	Ja ①	Nein ② Trifft nicht zu ③
E23PARTN	Mit seinem/ihrer Partner	Ja ①	Nein ② Trifft nicht zu ③
E23PAID	Mit bezahlten Pflegern (im eigenen Hause)	Ja	Trifft nicht zu ③
E23OTHER	Mit anderen	Ja	Trifft nicht zu ③
E23SPEC	Anderes	Ja	Trifft nicht zu ③
<p>Bitte stellen Sie sicher, dass Sie in dieser Frage für jede Antwortmöglichkeit auch eine Antwort festhalten.</p>			
<p>Bitte stellen Sie sicher, dass Sie '0' eintragen, wenn keine Personen unter 15 Jahren im Haushalt des/r Angehörigen leben.</p>			

24	FÜR DIEJENIGEN, DIE NICHT IM PFLEGEHEIM ODER MIT DEM/DER BETREUENDEN FÜR SICH ZUSAMMEN WOHNEN...		
E24NUMH	Wie viele Personen, Ihre/n ANGEHÖRIGE/N mitgerechnet, leben insgesamt im Haushalt Ihrer/s ANGEHÖRIGEN?		
E24NUMY	Und wie viele davon sind 14 Jahre oder jünger?		



Ich würde jetzt gerne etwas ausführlicher über Ihren Bedarf an Betreuung sprechen, welchen Bedarf...

25 E25REAS1	Was ist Ihrer Meinung nach der Hauptgrund, warum eine zusätzliche Unterstützung benötigt? (z.B.: Probleme beim Gehen; es ist zu gefährlich, ihn/sie alleine zu lassen; Bettlägerigkeit; andere altersbedingte Probleme/Beeinträchtigungen/Krankheiten)		
<p>Hier bitte nur <u>einen</u> Hauptgrund eintragen.</p>			

26	Gibt es noch andere Gründe? (Bitte die 4 wichtigsten Gründe notieren)
E26REAS2	
E26REAS3	
E26REAS4	
E26REAS5	Hier bitte bis zu <u>vier</u> weitere Gründe eintragen.

C) Hätten Sie gerne, dass Ihr/e ANGEHÖRIGE/R dabei noch mehr Hilfe erhält? (Zutreffendes ankreuzen)

B) Wer, falls überhaupt jemand, hilft Ihrem/r ANGEHÖRIGEN dabei? (Bitte alles Zutreffende ankreuzen)

A) Benötigt Ihr/e ANGEHÖRIGE/R Hilfe in irgendeinem der folgenden Bereiche? Falls ja, ist er/sie teilweise oder vollständig auf Hilfe anderer angewiesen? (Zutreffendes ankreuzen)		Vollständig	Teilweise	Hat keinen Hilfsbedarf	Niemand	Sie selbst	Andere nicht-professionelle Helfer	Professionelle Helfer (ehrenamtlich, privat oder öffentlich)	Ja	Nein	Trifft nicht zu
		A			B	C	D	E	F		
27 E27A- E27F	Gesundheitlich: (z.B. Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme, medizinischen Behandlung, Rehabilitation, Therapie etc.)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧
28 E28A- E28F	Körperlich/Persönlich: (z.B. waschen, anziehen, Toilette gehen)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧
29 E29A- E29F	Mobilität: (z.B. im Haus oder in der Wohnung, Transport)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧
30 E30A- E30F	Emotional/psychisch: (z.B. Gesellschaft, Kommunikation, Umgang/Gefühl von sich selbst)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧
31 E31A- E31F	Haushalt: (z.B. Hausarbeit, Transport)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧
32 E32A- E32F	Verwaltung der Finanzen: (z.B. Zahlen von Rechnungen des/der ANGEHÖRIGEN von seinem/ihrer eigenen Geld)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧
33 E33A- E33F	Finanzielle Unterstützung: (z.B. durch Geldleistungen/Geldschenkungen für den/die ANGEHÖRIGE(N))	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧
34 E34A- E34F	Organisieren und Verwalten der Hilfe und Pflege: (z.B. den Kontakt zu Anbietern organisieren)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	⑧

In dieser Tabelle werden je drei Fragen zu den Aspekten in der weißen Spalte auf der linken Seite gestellt.

Von der Antwort auf die Frage in Spalte ‚A‘ hängt ab, wie die Spalten ‚B‘ und ‚C‘ ausgefüllt werden müssen.

Wird in Spalte ‚A‘ ‚②‘ oder ‚①‘ angekreuzt, dann müssen für diesen Aspekt auch die Spalten ‚B‘ und ‚C‘ ausgefüllt werden.

Wird in Spalte ‚A‘ ‚①‘ angekreuzt, dann müssen ‚B‘ und ‚C‘ für diesen Aspekt nicht ausgefüllt werden.

Es geht bei dieser Frage um privat geleistete finanzielle Unterstützung.



Die größten Belastungen für betreuende ANGEHÖRIGE hängen mit Gedächtnisproblemen und Verhaltensauffälligkeiten der/s Betreuten zusammen. Darum geht es in den nächsten Fragen.

35 E35MEM1	Hat Ihr/e ANGEHÖRIGE/R irgendwelche Gedächtnisprobleme? (z.B. Probleme sich zu erinnern, welcher Tag ist, oder Nachbarn und Freunde zu erkennen)	Ja ①	Nein ②	Weiter mit Frage 38
36 E36MEM2	Falls ja, hat Ihnen der Arzt irgendeinen Grund für die Gedächtnisprobleme Ihres/r ANGEHÖRIGEN genannt?	Ja ①	Nein ②	Weiter mit Frage 38
37 E37MEM3 E37SPEC	Falls ja, bitte nennen	Demenz ①	Sonstiges ②	
	Sonstiges bitte nennen: <input type="text"/>			
38 E38BEHP	Leidet Ihr/e ANGEHÖRIGE/R unter irgendwelchen Verhaltensauffälligkeiten ? (z.B. Umherwandern, ständiges Wiederholen von bereits Gesagtem, unangemessenes Schreien)	Ja ①	Nein ②	

Wie oft, falls überhaupt, zeigt Ihr/e ANGEHÖRIGE/R folgende Verhaltensweisen?		3	2	1	0
39 E39BEHP1	Wandert er/sie in oder außerhalb der häuslichen Umgebung umher oder verhält sich auf eine Weise, die seine/ihre Sicherheit gefährdet?	③	②	①	④
40 E40BEHP2	Hat er/sie Schwierigkeiten, ein normales Gespräch zu führen, zeigt keine Einsicht in seine/ihre Probleme oder verhält sich unkooperativ bezüglich Ihrer Bitten und Wünsche?	③	②	①	④
41 E41BEHP3	Verhält er/sie 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- und auszieht?	③	②	①	④

Es kann notwendig sein, die Interviewpartner/innen die Antwortkategorien erst einmal selbst lesen zu lassen.



Im Folgenden geht es darum, wie hilfsbedürftig Ihr/e ANGEHÖRIGE/R ist und welche Konsequenzen dies für die Betreuung hat.

42 E42DEP	Wie hilfsbedürftig ist Ihr/e ANGEHÖRIGE/R?	
	Stark hilfsbedürftig – Kann <u>fast keine</u> Aktivitäten des täglichen Lebens ohne Hilfe ausführen (wie z.B. essen, zur Toilette gehen).	④
	Mäßig hilfsbedürftig - Kann <u>einige</u> der „einfachen“ Aktivitäten des täglichen Lebens alleine ausführen (z.B. baden/duschen, essen, sich anziehen), kann aber ohne Hilfe <u>fast keine</u> „komplexeren“ Aktivitäten ausführen (z.B. einkaufen, kochen, Hausarbeit).	③
	Leicht hilfsbedürftig - Kann die <u>meisten</u> „einfachen“ Aktivitäten des täglichen Lebens alleine ausführen, braucht aber Hilfe/Unterstützung bei <u>einigen</u> der „komplexeren“ Tätigkeiten.	②
	Überwiegend unabhängig - Kann die „einfachen“ Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig ausführen, und benötigt nur <u>gelegentlich</u> Hilfe bei „komplexeren“ Tätigkeiten.	①

Es kann notwendig sein, die Interviewpartner/innen die Kategorien erst einmal selbst lesen zu lassen, so dass sie ihre Antwort überdenken können.



Die nächsten Fragen beziehen sich auf Aktivitäten des täglichen Lebens.

Ihr/e ANGEHÖRIGE/R alleine wäre, könnte er/sie die folgenden Aktivitäten ausführen?					
Zutreffendes ankreuzen ➔		Überhaupt nicht in der Lage	Mit etwas Hilfe		Ohne Hilfe
43 E43IADL1	„Mit etwas Hilfe“ bei Medikamenteneinnahme heißt: kann Medikamente einnehmen, wenn jemand sie vorbereitet und/oder daran erinnert, sie einzunehmen.		Telefon benutzen ohne Hilfe heißt, selber zielgerichtet Nummern heraussuchen und wählen.		②
44 E44IADL2				②	
45 E45IADL3			①		②
46 E46IADL4	Mit Geld umgehen (Rechnungen bezahlen, Geld zählen etc.)		①		②
47 E47IADL5	Das Telefon benutzen	①	①		②
48 E48IADL6	Kann seine/ihre Medikamente einnehmen	①	①		②
49 E49MOB	Außerhalb des Hauses gehen	①	①		②
50 E50BAR1	Sich im Haus bewegen	① Nicht in der Lage, kann nicht aufrecht sitzen	① Bewegt sich im Rollstuhl ohne Hilfe oder geht mit großer körperlicher Hilfe	② Geht mit etwas Hilfe, gestützt oder beaufsichtigt	③ Möglicherweise mit Hilfsmitteln, z.B. Stock, Gehwagen
51 E51BAR2	Treppen steigen	①	①		②
52 E52BAR3	Kann sich von seinem/sihrer Bett/Platz machen	①	① große Hilfe (1 oder 2 Personen, körperlich)	② geringe Hilfe (verbal oder körperlich)	③
53 E53BAR4	Toilette benutzen (oder einen Nachtstuhl)	①	①		②
54 E54BAR5	Baden oder duschen	① ...hier...	①		②
55 E55BAR6	Tägliche Körperpflege (Haare kämmen, rasieren, schminken etc.)	①	①		②
56 E56BAR7	Sich anziehen	①	①	① ...und hier.	②
57 E57BAR8	Mahlzeiten zu sich nehmen	①	①		②

		Ja, häufige Probleme	Ja, gelegentliche Probleme	Keine Probleme
58 E58BAR9	Hat Ihr/e ANGEHÖRIGE/R Probleme mit dem Wasserlassen (Harninkontinenz)?	① (Einmal am Tag oder öfter oder benötigt einen Katheter)	① (Weniger als einmal am Tag)	② (kontinent)
59 E57BAR10	Hat Ihr/e ANGEHÖRIGE/R Probleme, den Stuhl zu halten (Stuhlinkontinenz)?	① (Einmal pro Woche oder öfter oder benötigt Einläufe)	① (Weniger als einmal pro Woche)	② (kontinent)

60-66	Wenn Sie an Ihre letzte typische "Betreuungswoche" denken: An welchen Tagen und zu welchen Tageszeiten haben Sie Ihre/n ANGEHÖRIGE/N betreut?							
INTERVIEWER: Bitte <u>alles</u> Zutreffende ankreuzen								
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
Morgen (ca. 5 bis 9 Uhr)	<input type="radio"/> C60MO1	<input type="radio"/> C61TU1	<input type="radio"/> C62WE1	<input type="radio"/> C63TH1	<input type="radio"/> C64FR1	<input type="radio"/> C65SA1	<input type="radio"/> C66SU1	
Vormittag (ca. 9 bis 12 Uhr)	<input type="radio"/> C60MO2	<input type="radio"/> C61TU2	<input type="radio"/> C62WE2	<input type="radio"/> C63TH2	<input type="radio"/> C64FR2	<input type="radio"/> C65SA2	<input type="radio"/> C66SU2	
Nachmittag (ca. 12 bis 17 Uhr)	<input type="radio"/> C60MO3	<input type="radio"/> C61TU3	<input type="radio"/> C62WE3	<input type="radio"/> C63TH3	<input type="radio"/> C64FR3	<input type="radio"/> C65SA3	<input type="radio"/> C66SU3	
Abend (ca. 17 bis 22 Uhr)	<input type="radio"/> C60MO4	<input type="radio"/> C61TU4	<input type="radio"/> C62WE4	<input type="radio"/> C63TH4	<input type="radio"/> C64FR4	<input type="radio"/> C65SA4	<input type="radio"/> C66SU4	
Nacht (ca. 22 bis 5 Uhr)	<input type="radio"/> C60MO5	<input type="radio"/> C61TU5	<input type="radio"/> C62WE5	<input type="radio"/> C63TH5	<input type="radio"/> C64FR5	<input type="radio"/> C65SA5	<input type="radio"/> C66SU5	

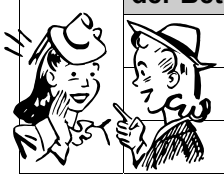
Bitte immer dann die entsprechende Tageszeit ankreuzen, wenn innerhalb dieses Zeitraumes der/die Angehörige betreut oder gepflegt wird, auch wenn die Betreuung/Pflege nur eine kurze Zeit in Anspruch nimmt.

Bitte alle zutreffenden Kästchen ankreuzen. Wenn beispielsweise jemand antwortet, er/sie betreue jeden Tag 24 Stunden, dann müssen auch wirklich alle Kästchen ausgefüllt werden.

67 C67DURAT	Wie lange betreuen Sie bereits Ihre/n ANGEHÖRIGE/N?	Monate: <input type="text"/>
68 C68ILL	Gibt es jemanden, der bei der Betreuung Ihres/r ANGEHÖRIGEN einspringen könnte, wenn krank sind/krank werden?	
	Ja, ich könnte ziemlich leicht jemanden finden, aber ich bin nicht sicher, ob ich sie finden würde.	
	Ja, ich könnte jemanden finden, aber ich bin nicht sicher, ob ich sie finden würde.	
	Nein, es gibt niemanden, der einspringen könnte.	
69 C69BREAK	Gibt es jemanden, der sich um Ihre/n ANGEHÖRIGEN kümmern würde, wenn Sie eine Auszeit von der Betreuung bräuchten?	
	Ja, ich könnte jemanden finden ^①	
	Ja, ich könnte jemanden finden, aber ich bin nicht sicher, ob ich sie finden würde. ^②	
	Nein, es gibt niemanden ^③	

Dies Angabe soll in Monaten erfolgen. Falls die Angabe in Jahren erfolgt, bitte mit 12 multiplizieren, um die Antwort in Monaten angeben zu können.

Bei beiden Fragen soll auch professionelle/bezahlte Hilfe mit berücksichtigt werden.



Es gibt viele verschiedene Gründe, sich der Betreuung eines/r ANGEHÖRIGEN anzunehmen. Im Folgenden finden Sie eine Liste der häufigsten Gründe, die betreuende Angehörige nennen.

	Was hat Ihre Entscheidung beeinflusst, Ihre/n ANGEHÖRIGE/N zu betreuen? (bitte sicherstellen, dass jeder Aspekt mit „ja“ oder „nein“ beantwortet wird)	Ja	Nein
70 C70FAC1	Gefühl der Verpflichtung	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②
71 C71FAC2	Es gab keine Alternative/Es war notwendig.	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②
72 C72FAC3	Die Kosten für professionelle Pflege wären zu hoch.	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②
73 C73FAC4	Emotionale Bindung (Liebe, Zuneigung)	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②
74 C74FAC5	Die Pflege/Betreuung meines/r ANGEHÖRIGEN gibt mir ein gutes Gefühl	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②
75 C75FAC6	Mein/e ANGEHÖRIGE/R würde nicht wollen, dass jemand anders ihn/sie pflegt oder betreut	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②
76 C76FAC7	Aufgrund meiner religiösen Überzeugung	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②
77 C77FAC8	Ich bin einer zentralen und schwersten Entscheidung in diese Situation hineingerutscht.	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②
78 C78FAC9	Es bot wirtschaftliche Vorteile für mich (betreuende/r) und/oder den/die ANGEHÖRIGE/N	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②
79 C79FAC10	Gefühl der persönlich-moralischen Verpflichtung gegenüber meinem/r ANGEHÖRIGEN als Familienmitglied.	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②
80 C80FAC11 C80SPEC	Sonstiges, bitte nennen: <input type="text"/>	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②
81 C81PRINC	Was ist von allen Gründen, die Sie angegeben haben, der Hauptgrund für die Betreuung/Pflege? INTERVIEWER: Bitte die Item-Nr. (von 70 bis 80) ins Kästchen eintragen: <input type="text"/>		

Bitte für jeden Aspekt der Tabelle ‚Ja‘ oder ‚Nein‘ ankreuzen.

Bitte nicht vergessen, auch diese letzte Frage auszufüllen.

	Jetzt geht es darum, wie sich die Betreuung ihres/r ANGEHÖRIGEN auf Ihr Leben auswirkt.	Immer	Meis- tens	Manch- mal	Nie	Trifft nicht zu
82 C82COP1	Denken Sie, dass Sie mit Ihrer Rolle als Betreuende/r gut zurechtkommen?	④	③	②	①	<input type="checkbox"/>
83 C83COP2	Empfinden Sie das Betreuen als zu anstrengend?	①	②	③	④	<input type="checkbox"/>
84 C84COP3	Wirkt sich das Betreuen negativ auf das Verhältnis zu Ihren Freunden aus?	①	②	③	④	⑧
85 C85COP4	Hat das Betreuen eine negative Auswirkung auf Ihre körperliche Gesundheit?	①	②	③	④	<input type="checkbox"/>
86 C86COP5	Haben Sie durch das Betreuen Probleme innerhalb Ihrer Familie?	①	②	③	④	⑧
87 C87COP6	Haben Sie auf Grund des Betreuens finanzielle Probleme?	①	②	③	④	<input type="checkbox"/>
88 C88COP7	Fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Betreuende/r gefangen?	①	②	③	④	<input type="checkbox"/>
89 C89COP8	Fühlen Sie sich von Ihren Freunden und/oder Nachbarn gut unterstützt?	④	③	②	①	⑧
90 C90COP9	Finden Sie, dass das Betreuen eine lohnenswerte Aufgabe ist?	④	③	②	①	<input type="checkbox"/>
91 C91COP10	Fühlen Sie sich von Ihrer Familie gut unterstützt?				①	⑧
92 C92COP11	Haben Sie ein gutes Verhältnis zu der Person, die Sie betreuen?				①	<input type="checkbox"/>
93 C93COP12	Fühlen Sie sich von den Gesundheits- und Sozialdiensten (öffentl., priv., ehrenamtl.) ausreichend unterstützt?	④	③	②	①	⑧
94 C94COP13	Haben Sie das Gefühl, dass Sie als Betreuende/r Wertschätzung erfahren?	④	③	②	①	<input type="checkbox"/>
95 C95COP14	Hat das Betreuen eine negative Auswirkung auf Ihr seelisches Wohlbefinden?	①	②	③	④	<input type="checkbox"/>
96 C96COP15	Sie sich in Ihrer Rolle als Betreuende/r insgesamt ausreichend unterstützt?	④	③	②	①	<input type="checkbox"/>

Die Antwortkategorie „Trifft nicht zu“ ist nicht für alle Items dieser Tabelle gültig.



Nun geht es darum, wie Sie Ihre Gesundheit und Lebensqualität beurteilen.

97 C97QOL1	Wie würden Sie Ihre Gesundheit allgemein einschätzen?							
	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut		Schlecht		
	①	②	③	④	⑤			
	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
98 C98QOL2	Ich fühle mich froh und guter Laune.		⑤	④	③	②	①	①
99 C99QOL3	Ich fühle mich energiegelad und entspannt.		⑤	④	③		①	①
100 C100QOL4	Ich fühle mich aktiv und energiegelad.							①
101 C101QOL5	Ich habe mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.							①
102 C102QOL6	Ich habe mich im Alltag voller Dinge, die mich interessieren.		⑤	④	③	②	①	①
103 C103QOL7	Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität in den letzten zwei Wochen beurteilen?							
	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut			
	⑤	④	③	②	①			

Diese Fragen sehen ähnlich aus, aber beachten Sie bitte die unterschiedlichen Antwortskalen.

Da hier eine ganze Reihe ähnlicher Antworten möglich sind, geben Sie bitte dem/r Interviewpartner/in die Gelegenheit, die Antwortmöglichkeiten zu sehen, wenn er/sie antwortet.

Die nächsten zwei Seiten bilden eine Tabelle und liegen sich im Fragebogen gegenüber. Diese Tabelle ist sehr wichtig, sie stellt den Kern unserer Studie dar.

Beginnen Sie mit dem Ausfüllen der Tabelle, indem Sie die Angebote/Dienste notieren, die der/die ANGEHÖRIGE und der/die Interviewpartner/in in den letzten sechs Monaten in Anspruch genommen haben. Fangen Sie zunächst mit den Angeboten/Diensten für den/die ANGEHÖRIGE/N an. Zeigen Sie dafür dem/r Befragten die Liste der Angebote/Dienste und tragen Sie die jeweiligen Code-Nummern der Angebote/Dienste in Spalte A ein. Falls die Interviewpartner/innen Angebote oder Dienste nennen, die nicht auf der Liste stehen, schreiben Sie bitte die Bezeichnung des Angebotes/Dienstes und eine kurze Beschreibung in Spalte A. Bitte **keine Anbieternamen** in den Fragebogen schreiben! Diese bitte in der separaten Liste ‚Liste der vom Interviewer erwähnten Anbieter‘, für die jeweilige ‚small area‘ notieren.

Dann nehmen Sie nacheinander jedes einzelne Angebot/jeden Dienst und bearbeiten die Fragen in den Spalten B und C. Wenn die Antwort in Spalte C „Ja“ lautet, müssen Sie auch die Frage in Spalte D ausfüllen. Ist die Antwort in Spalte C „Nein“, machen Sie bitte mit den Spalten E und F weiter.

Falls von einem Anbieter verschiedene Leistungen mit verschiedener Häufigkeit (und evtl. auch mit/ohne Bezahlung) in Anspruch genommen werden (z.B. ambulanter Pflegedienst: Zivi für Einkäufe, 2x/Woche, auf eigene Kosten und zusätzlich ambulante Pflege, 1x täglich, Bezahlung durch Pflegekasse), dann können für einen Anbieter auch mehrere Zeilen genutzt werden.

Wenn Sie dies für alle von dem/r ANGEHÖRIGEN in Anspruch genommenen Angebote/Dienste getan haben, machen Sie bitte mit dem unteren Abschnitt der Tabelle weiter und gehen genauso auch für die Angebote/Dienste vor, die der/die Interviewpartner/in selbst in Anspruch nimmt.

Achtung: Bitte notieren Sie nur Angebote und Dienste, die von den pflegenden Angehörigen im direkten Zusammenhang mit ihrer Betreuungsrolle und damit verbundenen Pflichten genutzt werden.

Eine ‚EINHEIT‘ eines Angebotes/Dienstes ist die Form, in dem der/die Betreuende oder der/die ANGEHÖRIGE das Angebot in Anspruch nimmt, z.B. in Besuchen, Stunden oder Wochen.

Benutzung des Zusatzbogens: Falls die/der ANGEHÖRIGE mehr als neun Dienste (bzw. die betreuende Person mehr als sechs Dienste) innerhalb der letzten 6 Monate genutzt hat, dann können Sie den zusätzlichen (losen) Bogen für die Erfassung weiterer Dienste und Angebote benutzen. Bitte denken Sie daran, auf dem Bogen zuerst die Identifikationsvariablen (wie Fallnummer, Interviewernummer) einzutragen.



Ich würde gerne wissen, welche Dienste und Angebote Ihr/e ANGEHÖRIGE/R und Sie genutzt haben, und ob diese Ihren Bedürfnissen entsprochen haben.

Zunächst geht es uns um Angebote für Ihre/n ANGEHÖRIGE/N. Welche Angebote/Dienste haben Ihr/e ANGEHÖRIGE/R (und Sie) in den letzten 6 Monaten genutzt?			B. Wurde Ihr Bedarf und der Ihres/r ANGEHÖRIGEN gedeckt?		C. Zahlen Sie oder Ihr/e ANGEHÖRIGE/R für dieses Angebot/diesen Dienst?	
			Meistens Ja	Meistens Nein	Ja	Nein
ANGEBOTE/DIENSTE INTERVIEWER: Bitte auf die Liste der Angebote/Dienste verweisen			B		C	
NAME DES ANGEBOTES/DIENSTES	A. (Nummer aus Liste der Angebote/Dienste)	B		C		
104 SE104NAM SE104A- SE104G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②
105 SE105NAM SE105A- SE105G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②
106 SE106NAM SE106A- SE106G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②
107 SE107NAM SE107A- SE107G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②
108 SE108NAM SE108A- SE108G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②
109 SE109NAM SE109A- SE109G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②
110 SE110NAM SE110A- SE110G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②
111 SE111NAM SE111A- SE111G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②
112 SE112NAM SE112A- SE112G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②
113 SC113NAM SC113A- SC113G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②
114 SC114NAM SC114A- SC114G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②
115 SC115NAM SC115A- SC115G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②
116 SC116NAM SC116A- SC116G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②
117 SC117NAM SC117A- SC117G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②
118 SC118NAM SC118A- SC118G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	①	②	①	②

ANGEHÖRIGE/R

BETREUENDE/R

D & E. Falls Sie oder Ihr/e ANGEHÖRIGE/R für das Angebot/den Dienst zahlen: Wie viel kostet es/er? Eine Einheit ist die Form, in dem der/die Betreuende oder der/die Angehörige das Angebot in Anspruch nimmt, z.B. in Besuchen, Stunden oder Wochen		F. Wie oft nutzen Sie dieses/n Angebot/ Dienst? (z.B. täglich, einmal pro Woche, zweimal im Jahr)	G. Wie viele Einheiten dieses Angebots/ Dienstes haben Sie in den letzten 6 Monaten erhalten?
Kosten	Einheit	Häufigkeit	Anzahl
D	E	F	G
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

119	Gibt es irgendwelche Angebote/Dienste, die Sie oder Ihr/e ANGEHÖRIGE/R immer noch benötigen, die sie aber <u>nicht mehr in Anspruch</u> nehmen?		
S119STOP	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Falls der/die Interviewpartner/in mit „Ja“ antwortet, tragen Sie hier die Nummer des Angebotes/Dienstes aus der Liste der Angebote/Dienste ein. </div>		Ja <input type="radio"/> ① Weiter mit Frage 120 Nein <input type="radio"/> ②
	Wenn ja, welche Angebote/Dienste?	Angebot/Dienste notieren	
S119SER1 S119SER2 S119SER3		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Wenn ja, was waren die Gründe für Ihre Entscheidung? <i>Bitte ein Kreuz in alle zutreffenden Kästchen eintragen</i>		
		Angebot/Dienst 1	Angebot/Dienst 2
S119EXP1- S119EXP3	Zu teuer	<input type="radio"/> S119EXP1	<input type="radio"/> S119EXP2
S119DIS1- S119DIS3	Zu weit entfernt	<input type="radio"/> S119DIS1	<input type="radio"/> S119DIS2
S119QUA1 - S119QUA3	Schlechte Qualität	<input type="radio"/> S119QUA1	<input type="radio"/> S119QUA2
S119AV1- S119AV3	War nicht länger erhältlich	<input type="radio"/> S119AV1	<input type="radio"/> S119AV2
S119ENT1- S119ENT3	Kein Anspruch	<input type="radio"/> S119ENT1	<input type="radio"/> S119ENT2
S119OTH	Sonstiges: (bitte nennen)	<input type="text"/>	

Tragen Sie für jedes Angebot/jeden Dienst ein Kreuz in die zutreffenden Kästchen ein (Mehrfachnennungen möglich). Wenn die gewünschte Antwortmöglichkeit nicht vorhanden ist, wählen Sie „Sonstiges“ und ergänzen Sie die Angaben.

120	Gibt es irgendwelche Angebote/Dienste, die Sie oder Ihr/e ANGEHÖRIGE/R <u>benötigen</u>, die Sie aber <u>bisher nicht genutzt</u> haben?		
S120NOUS			Nein <input type="radio"/>
S120SER1- S120SER3	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>Mit den beiden Fragen auf dieser Seite und mit Frage 121 auf der nächsten Seite versuchen wir Folgendes zu erfassen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Warum haben sich Menschen dazu entschieden, Angebote/Dienste, die sie eigentlich benötigen, nicht in Anspruch zu nehmen? Warum nehmen Menschen einige Angebote/Dienste nicht länger in Anspruch, obwohl sie diese immer noch benötigen? (Einige Antwortmöglichkeiten sind bereits vorgegeben; bitte ergänzen Sie diese bei Bedarf.) Warum greifen einige überhaupt nicht auf Angebote/Dienste zurück? </div>		
	<i>Bitte ein Kreuz in alle zutreffenden Kästchen eintragen</i>		
		Angebot/Dienst 1	Angebot/Dienst 2
S120EXP1- S120EXP3	Zu teuer	<input type="radio"/> S120EXP1	<input type="radio"/> S120EXP2
S120DIS1- S120DIS3	Zu weit entfernt	<input type="radio"/> S120DIS1	<input type="radio"/> S120DIS2
S120QUA1 - S120QUA3	Schlechte Qualität	<input type="radio"/> S120QUA1	<input type="radio"/> S120QUA2
S120KNO1- S120KNO3	Keines der oben genannten	<input type="radio"/> S120KNO1	<input type="radio"/> S120KNO2
S120ENT1- S120ENT3	Kein Anspruch	<input type="radio"/> S120ENT1	<input type="radio"/> S120ENT2
S120OTH	Sonstiges: (bitte nennen)	<input type="text"/>	

Die Fragen in diesem Kasten werden auf die gleiche Weise bearbeitet wie im Kasten davor.

121	<u>NUR FÜR BEFRAGTE, DIE KEINE DIENSTE/ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN:</u> Was ist der Grund dafür, dass Sie und Ihr/e ANGEHÖRIGE/R nicht auf Angebote/Dienste zurückgreifen? (Bitte die drei wichtigsten Gründe eintragen)
S121REA1	
S121REA2	
S121REA1	

Bitte schreiben Sie deutlich, wenn Sie die Antworten zu diesen Fragen notieren.

122	<u>BITTE ALLEN BEFRAGTEN DIE FOLGENDEN FRAGEN STELLEN</u> Wer oder was war für Sie nach Ihren Erfahrungen als betreuende/r Angehörige/r die bisher <u>größte Hilfe</u> beim Zugang zu Diensten/Angeboten/Unterstützung? (Bitte die drei wichtigsten Hilfen eintragen)
S122HEL1	
S122HEL 2	
S122HEL 1	

123	Wer oder was machte Ihnen nach Ihren Erfahrungen als Betreuende/r die bisher <u>größten Schwierigkeiten</u> beim Zugang zu Diensten/Angeboten/Unterstützung? (Bitte die drei wichtigsten Hindernisse eintragen)
S123DIF1	
S123DIF2	
S123DIF1	

124	Hat die Betreuung/Pflege irgendwelche zusätzlichen finanziellen Kosten nach sich gezogen?				
F124ADAP	Anpassung des Zuhauses oder der Einrichtung an die Betreuungssituation	Ja	①	Nein	①
F124TRAV	Fahrt-/Reisekosten	Ja	①	Nein	①
F124FOOD	Besondere Nahrungsmittel	Ja	①	Nein	①
F124MED	Medikamente	Ja	①	Nein	①
F124OTHE	Sonstiges, bitte nennen:	Ja	①	Nein	①
F124SPEC	Sonstiges:				

Bitte für jeden Aspekt entweder „Ja“ oder „Nein“ ankreuzen und bei Bedarf auch ‚Sonstiges‘ ausfüllen.



Unabhängig von der Unterstützung, die Sie derzeit erhalten oder nicht erhalten, bin ich an den Formen der Unterstützung interessiert, die Sie sich für sich selbst und für Ihre/n ANGEHÖRIGE/N wünschen, und daran, ob Ihnen diese derzeit angeboten werden.

A. Wie wichtig sind Ihnen folgende Formen der Unterstützung?		A				B. Wird Ihnen dies im Moment angeboten?	
		Sehr wichtig	Wichtig	Nicht wichtig	Trifft nicht zu	Meistens Nein	Meistens Ja
125 S125IMPA S125IMPB	Informationen und Beratung über die Art der Hilfe und Unterstützung, die verfügbar ist, und wie man darauf zugreift.	②	①	①	⊗	①	①
126 S126IMPA S126IMPB	Informationen über die Krankheit, die Ihr/e ANGEHÖRIGE/R hat.	②	①	①	⊗	①	①
127 S127IMPA S127IMPB	Schulung, die mir hilft, Fähigkeiten zu entwickeln, die ich zur Betreuung benötige.	②	①	①	⊗	①	①
128 S128IMPA S128IMPB	Möglichkeit, außerhalb der Betreuung Aktivitäten zu genießen.	②	①	①	⊗	①	①
129 S129IMPA S129IMPB	Möglichkeit, außerhalb der Betreuung eine Auszeit zu nehmen.	②	①	①	⊗	①	①
130 S130IMPA S130IMPB	Möglichkeit, außerhalb der Betreuung verschiedene Formen von Unterstützung zu erhalten. In Spalte A werden diese einzeln genannt.	②	①	①	⊗	①	①
131 S131IMPA S131IMPB	Hilfe bei der Planung für die zukünftige Betreuung.	②	①	①	⊗	①	①
132 S132IMPA S132IMPB	Möglichkeit, die Betreuung mit einem bezahlten Arbeitsverhältnis zu vereinbaren.	②	①	①	⑧	①	①
133 S133IMPA S133IMPB	Gelegenheit, über meine Probleme als betreuende/r Angehörige/r zu reden.	②	①	①	⊗	①	①
134 S134IMPA S134IMPB	Möglichkeit, eine Angehörigengruppe zu besuchen.	②	①	①	⊗	①	①
135 S135IMPA S135IMPB	Mehr Geld für Dinge, die ich brauche, um gute Betreuung zu leisten.	②	①	①	⊗	①	①
136 S136IMPA S136IMPB	Möglichkeit, mehr Zeit mit meiner Familie zu verbringen.	②	①	①	⊗	①	①
137 S137IMPA S137IMPB	Hilfe im Umgang mit Familienstreitigkeiten.	②	①	①	⑧	①	①
138 S138IMPA S138IMPB	Hilfe, um das Zuhause besser an die Betreuungssituation anzupassen.	②	①	①	⊗	①	①

Spalte B erfasst für jede Form der Unterstützung, ob sie für den/die Befragte/n derzeit bereitgestellt wird.

Mit dieser Tabelle soll erfasst werden, wie wichtig den Befragten verschiedene Formen von Unterstützung sind. In Spalte A werden diese einzeln genannt.

Wo immer Sie diese Kreuze sehen, ist „Trifft nicht zu“ keine gültige Antwortmöglichkeit.

139 S139IMP1	Von den Formen der Unterstützung, die Sie als sehr wichtig bezeichnet haben, welche würden Sie für sich als die wichtigste beurteilen?	Item-Nummer:	<input type="text"/>
140 S140IMP2	Die zweitwichtigste?	Item-Nummer:	<input type="text"/>
141 S141IMP3	Die dritte?	Item-Nummer:	<input type="text"/>

Bitte notieren Sie hier die Item-Nummern der 3 Formen der Unterstützung, die der/die Befragte am wichtigsten findet.



Unabhängig von der Unterstützung, die Sie derzeit erhalten oder nicht erhalten, bin ich daran interessiert zu erfahren, welche Eigenschaften eines Angebotes/Dienstes Sie als wichtig erachten.

	Wie wichtig sind die folgenden Eigenschaften eines Dienstes/Angebotes für Sie?	Sehr wichtig	Wichtig	Nicht wichtig	B. Trifft dies im Moment zu?	
		A			Meistens Nein	Meistens Ja
142 S142CHAA S142CHAB	Hilfe ist zu der Zeit verfügbar, zu der ich sie am meisten benötige.	②	①	①	①	①
143 S143CHAA S143CHAB	Die bereit gestellte Hilfe passt in meinen Tagesablauf.	②	①	①	①	①
144 S144CHAA S144CHAB	Hilfe kommt zu der Zeit, zu der sie versprochen wird.	②	①	①	①	①
145 S145CHAA S145CHAB	Die Mitarbeiter/innen haben die Fähigkeiten und die Ausbildung, die sie benötigen.	②	①	①	①	①
146 S146CHAA S146CHAB	Die Mitarbeiter/innen behandeln Ihre/n ANGEHÖRIGE/N mit Würde und Respekt.	②	①	①	①	①
147 S147CHAA S147CHAB	Die Mitarbeiter/innen behandeln Sie mit Würde und Respekt.	②	①	①	①	①
148 S148CHAA S148CHAB	Die Mitarbeiter/innen hören auf Ihre Meinung und Ihre Meinung.	②	①	①	①	①
149 S149CHAA S149CHAB	Die bereit gestellte Hilfe verbessert die Lebensqualität Ihres/r ANGEHÖRIGEN.	②	①	①	①	①
150 S150CHAA S150CHAB	Die bereit gestellte Hilfe verbessert Ihre Lebensqualität.	②	①	①	①	①
151 S151CHAA S151CHAB	Die bereit gestellte Hilfe ist nicht zu teuer.	②	①	①	①	①
152 S152CHAA S152CHAB	Die Hilfe wird jeden Tag von demselben/derselben Mitarbeiter/in übernommen.	②	①	①	①	①
153 S153CHAA S153CHAB	Die Hilfe orientiert sich an Ihren Bedürfnissen genau so wie an denen Ihres/r ANGEHÖRIGEN.	②	①	①	①	①

Diese Tabelle ist der obigen ähnlich und wird auf die gleiche Weise ausgefüllt, aber hier geht es jetzt um die Eigenschaften von Angeboten/Diensten, die die Befragten am meisten schätzen.

154 S154IMP1	Von den Eigenschaften, die Sie als sehr wichtig bezeichnet haben, welche würden Sie für sich als wichtigste beurteilen?	Item-Nummer:	<input type="text"/>
155 S155IMP2	Die zweitwichtigste?	Item-Nummer:	<input type="text"/>
156 S156IMP3	Die dritt wichtigste?	Item-Nummer:	<input type="text"/>

Auch hier notieren Sie bitte die Item-Nummern der 3 Eigenschaften, die der/die Befragte am meisten schätzt.



Die nächsten beiden Fragen beziehen sich auf die zukünftige Betreuung Ihres/ ANGEHÖRIGEN.

C157FUT1

Sind Sie bereit, Ihre/n ANGEHÖRIGE/N auch im nächsten Jahr weiter zu betreuen?

- Ja, und ich könnte mir sogar vorstellen, den Betreuungsumfang noch zu vergrößern, wenn es notwendig wäre. ①
- Ja, und ich könnte mir sogar vorstellen, den Betreuungsumfang für eine begrenzte Zeit noch zu vergrößern. ②
- Ja, und ich bin bereit, meine/n ANGEHÖRIGE/N auch weiterhin zu betreuen, solange die Situation gleich bleibt. ③
- Ja, und ich bin bereit, meine/n ANGEHÖRIGE/N auch weiterhin zu betreuen, wenn ich mehr Unterstützung bekomme (von Diensten, Familie, Freunden etc.). ④
- Nein, ich bin nicht bereit, meine/n ANGEHÖRIGE/N auch weiterhin zu betreuen, wenn ich keine zusätzliche Unterstützung erhalte. ⑤

Hier lassen Sie den/die Befragte/n die Antwortmöglichkeiten am besten selbst lesen.

158
C158FUT2

Wären Sie bereit, die Unterbringung Ihres/r ANGEHÖRIGEN im Pflegeheim in Betracht zu ziehen?

- Nein, unter keinen Umständen. ①
- Ja, aber nur, wenn sich der Zustand meines/r ANGEHÖRIGEN verschlechtert. ②
- Ja, sogar wenn der Zustand meines/r ANGEHÖRIGEN bleibt wie bisher. ③

Wenn die betreute/ gepflegte Person bereits im Pflegeheim lebt, dies bitte handschriftlich vermerken.



Im letzten Abschnitt möchte ich Ihnen einige Fragen stellen, die den Einfluss der Betreuung auf Ihre Lebenssituation betreffen. Bitte beachten Sie, dass die Antworten auf diese Fragen handschriftlich zu vermerken sind.

160 C160AGE	Wie alt sind Sie?	<input type="text"/>	
161 C161SEX	Geschlecht	Männlich ①	Weiblich ②
162 C162NAT C162CODE	Welche Nationalität haben Sie?	<input type="text"/>	List: <input type="text"/> xx
163 C163ETHN C163CODE	Was ist Ihre ethnische Herkunft?	<input type="text"/>	List: <input type="text"/> xx
164 C164MARS	Welchen Familienstand haben Sie?	Verheiratet/nicht ehelich, Lebensgemeinschaft ①	Witwet ②
		Geschieden/geschiedet ③	Alleinlebend ④
165 C165RELI	Gehören Sie einer Glaubensgemeinschaft an?	Ja ①	Nein ②
C165SPEC C165CODE	Falls ja, welcher?	<input type="text"/>	
166 C166RELI	Halten Sie sich für...?	<input type="text"/>	
167 C168KID	Haben Sie Kinder?	Ja ①	
168 C168KIDN	Falls ja, wie viele?	<input type="text"/>	
169 C169GRAN	Haben Sie Enkelkinder?	Ja ①	Nein ②

Bitte tragen Sie jeweils die Nationalität (laut Reisepass / Personalausweis), die ethnische Abstammung (z.B. türkisch, deutsch, russisch etc.) und die Religionszugehörigkeit ein. Die Codierung erfolgt dann durch das nationale Koordinationszentrum.

170 C170NUMH	Wie viele Personen, sie selbst mitgerechnet, leben insgesamt in Ihrer Familie?	<input type="text"/>	Bei dieser Angabe müssen alle Personen unter 15 Jahren berücksichtigt werden.
171 C171NUMY	Und wie viele davon sind 14 Jahre oder jünger?	<input type="text"/>	

172 C172EDU1	Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	Kein Schulbesuch/-abschluss ①	Technische Schule oder Handwerkslehre ⑤
		Achtjährige Ausbildung ②	z.B. Mittelschule, Realschule, Polytechnische Oberschule 10. Klasse
		9. bis 11. Klasse ③	Hochschule/Universität ⑦
		Hochschulreife/Abitur ④	Promotion ⑧
	Sonstiger Schulabschluss:	<input type="text"/>	⑨
	Abgeschlossene Berufsausbildung:	<input type="text"/>	⑩

z.B. Hauptschule, achtjährige Grundschule, Polytechnische Oberschule 8. Klasse, abgeschlossen

173 C173EDU2	Sind Sie derzeit in Ausbildung?	Ja ①	Nein ②
		Weiter mit Frage 175	

174 C174HOUR	Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?	<input type="text"/>
-----------------	--	----------------------

Bitte eine abgeschlossene Berufsausbildung zusätzlich zu einem Bildungsabschluss erfassen. Falls mehrere, dann bitte die zuletzt abgeschlossene Berufsausbildung hier eintragen.

175 C175EMPL	Sind Sie derzeit berufstätig?	Ja ①	Nein ②
		Bitte Fragen im grauen Bereich stellen	
		Weiter mit Frage 179	

C175HOUR	Falls ja, wie viele Stunden arbeiten Sie in einer durchschnittlichen Woche?	<input type="text"/>
----------	---	----------------------

176 C176TY	Falls sich das monatliche Einkommen der Befragten aufgrund der Reduzierung der Arbeitsstunden geändert hat, müssen wir wissen, ob es sich dadurch erhöht (z.B. durch mehr Zuschüsse) oder verringert hat (z.B. durch Einkommensverluste).	Privaten Wirtschaft? ①	Angehörige/r des öffentlichen Dienstes? ②
		Unternehmer? ③	Freiberufler/freischaffend/freie/r Mitarbeiter/in ⑤
	Sonstiges:	<input type="text"/>	④

177 C177WORK C177CODE	Was machen Sie zur Zeit beruflich?	<input type="text"/>	List: xx <input type="text"/>
-----------------------------	------------------------------------	----------------------	-------------------------------

178	Haben sich aus der Betreuung Ihres/ Ihrer BEZÜGLICHEN irgendwelche der folgenden Einschränkungen in Ihrem Berufsleben oder Ihrer/ Ihrer BEZÜGLICHEN ergeben?		
-----	--	--	--

C178WOR1	Ich musste meine Arbeitsstunden kürzen	Ja ①	Nein ②
----------	--	------	--------

C178HOUR	Falls ja, um wie viele Stunden pro Woche?	<input type="text"/>
----------	---	----------------------

C178INC	Und wie hoch war dadurch die Veränderung Ihres monatlichen Einkommens?	<input type="text"/>
---------	--	----------------------

C178PONE	Ist die Veränderung positiv oder negativ?	positiv ①	negativ ②
----------	---	-----------	-----------

Bitte die Fragen 179 und 180 nur an nicht berufstätige Betreuende stellen

179 C179TYPE	Falls Sie zur Zeit nicht berufstätig sind, sind Sie...	Pensioniert/in Rente/Vorruhestand ①	Arbeitslos und arbeitssuchend ②
		Langfristig krankgeschrieben, aber mit der Absicht, in den Beruf zurückzukehren ③	Hausfrau/ Hausmann ④

180 **Wenn Sie nicht berufstätig sind:
Haben sich aus der Betreuung Ihres/r ANGEHÖRIGEN irgendwelche der folgenden Einschränkungen in Ihrem Berufsleben oder Ihrer Karriere ergeben?**

C180V Die nächsten Fragen beziehen sich auf die finanzielle Situation des/r Befragten und des/r ANGEHÖRIGEN. Bitte gehen Sie feinfühlig mit der Reaktion des/r Befragten auf diese Fragen um. Weisen Sie die/den Interviewpartner/in an dieser Stelle noch einmal darauf hin, dass alle Informationen, die wir von ihr/ihm bekommen, nicht an Dritte weitergegeben werden (Datenschutz)!

C180H Stellen Sie zunächst die Frage 182. Wenn der/die Befragte zögert oder die Antwort nicht weiß, gehen Sie zu Frage 183 und zeigen Sie ihm/r die Antwortkategorien mit den Einkommensbereichen im Fragebogen. Das erlaubt dem/der Befragten, in seiner/ihrer Antwort weniger genau zu sein.

Für alle Betr					
181 C181WOR1	Ich kann/kann nicht meine Karriere oder mein Studium nicht verfolgen	Ja	①	Nein	②
C181WOR2	Ich kann/konnte nur gelegentlich arbeiten	Ja	①	Nein	②
C181WOR3	Sonstiges, bitte nennen...	Ja	①	Nein	②
C181SPEC	Sonstiges:	<input type="text"/>			

182 **Wenn Sie alle Erwerbsquellen zusammenrechnen, wie hoch ist Ihr monatliches Haushalts-Nettoeinkommen?**
Wenn Sie nicht den genauen Betrag wissen, könnten Sie uns eine Schätzung angeben?

Unter Nettoeinkommen versteht man...
... den Betrag, den Sie normalerweise nach Abzug von Steuern und Beiträgen an Sozial- und Rentenversicherungen erhalten. Wenn das Einkommen zwischen den Monaten variiert, geben Sie bitte den Durchschnittswert an.

F182CINC F182CAM	Mein monatliches Haushalts-Nettoeinkommen beträgt:	① <input type="text"/>	Bitte den Betrag nennen → Weiter mit Frage 184
	Weiß nicht	② → Weiter mit Frage 183	Die Definition soll Ihnen und dem/r Befragten helfen zu verstehen, was genau mit dieser Frage gemeint ist.
	Keine Antwort	③ → Weiter mit Frage 183	

183 F183BAND	Wenn Sie es nicht so genau wissen, könnten Sie uns vielleicht sagen, in welchem Bereich Ihr monatliches Haushalts-Nettoeinkommen fällt?	0 bis 900 ① 900 bis 1.100 ② 1.100 bis 1.500 ③ 1.500 bis 2.000 ④ 2.000 bis 2.300 ⑤ 2.300 bis 2.700 ⑥ 2.700 bis 3.300 ⑦ 3.300 bis 4.000 ⑧ über 4.000 ⑨ Keine Antwort ⑩
-----------------	--	---

Diese Frage bezieht sich auf das Einkommen des/r ANGEHÖRIGEN und wird auf die gleiche Weise wie oben beantwortet. Bitte überspringen Sie diese Frage jedoch, wenn der/die Befragte mit dem/r ANGEHÖRIGEN im selben Haushalt lebt.

Fragen 184 und 185 nicht aufgeben, wenn ANGEHÖRIGE/R und Betreuende/r zusammenleben.

184 **Wenn Sie alle Erwerbsquellen zusammenrechnen, wie hoch ist das monatliche Haushalts-Nettoeinkommen Ihres/r ANGEHÖRIGEN? Wenn Sie nicht den genauen Betrag wissen, könnten Sie uns eine Schätzung angeben?**

F184EINC F184EAM	Das monatliche Haushalts-Nettoeinkommen meines/r ANGEHÖRIGEN beträgt:	① <input type="text"/>	Bitte den Betrag nennen → Weiter mit Frage 186
	Weiß nicht	② → Weiter mit Frage 185	
	Keine Antwort	③ → Weiter mit Frage 185	

185
F185BAND

Wenn Sie es nicht so genau wissen, könnten Sie uns vielleicht sagen, in welchen Einkommensbereich das monatliche Haushalts-Nettoeinkommen Ihres/r ANGEHÖRIGEN fällt?

0 bis 450 ①	1.600 bis 2.000 ⑦
450 bis 1.000 ②	2.000 bis 2.300 ⑧
1.000 bis 1.400 ③	2.300 bis 2.700 ⑨
1.400 bis 1.600 ④	2.700 bis 3.300 ⑩
	3.300 bis 4.000 ⑪
	999 (keine Antwort) ⑨⑨

In einigen Ländern erhalten ältere Menschen überhaupt keine Form von gesetzlicher Rente, was diese Frage sehr wichtig macht.

Bitte zeigen Sie dem/r Befragten die Liste der Renten und Zuschüsse.

186
F186ESUP

Erhält Ihr/e ANGEHÖRIGE/R irgendeine Form von Rente oder finanzieller Unterstützung vom Staat?

Ja ① Nein ②

Erhalten Sie oder Ihr/e ANGEHÖRIGE/R aufgrund Ihrer Betreuungssituation irgendeine finanzielle Unterstützung oder Zuschüsse?

	ANGEHÖRIGE/R		Sie selbst	
	Ja	Nein	Ja	Nein
187 F187SUPA F187SUPE F187SUPC	①	②	①	②
188 F188SUPA F188SUPE F188SUPC	①	②	①	②
189 F189SUPA F189SUPE F189SUPC	①	②	①	②
190 F190SUPA F190SUPE F190SUPC	①	②	①	②
191 F191SUPA F191SUPE F191SUPC	①	②	①	②
192 F192TOTE F192TOTC	aufgrund der erhalten haben		aufgrund der erhalten haben	
193 F193TIME F193TIMC	Pro? (Bitte die Einheit ankreuzen)		Pro? (Bitte die Einheit ankreuzen)	
	Woche	①	Woche	①
	Monat	②	Monat	②
	Jahr	③	Jahr	③

Bitte tragen Sie hier die jeweilige Code-Nummer des Zuschusses anhand der Liste ein, die Sie dem/r Befragten gezeigt haben. Falls der genannte Zuschuss nicht auf der Liste steht oder Sie unsicher sind, dann dokumentieren Sie die vom Interviewpartner gemachten Angaben bitte so genau wie möglich. Falls der Platz nicht reicht, nutzen Sie bitte die freie Seite 2 des Fragebogens. Die Codierung wird dann später vom nationalen Zentrum vorgenommen.

Geben Sie hier bitte an, ob der/die ANGEHÖRIGE oder der/die Befragte den Zuschuss erhält.



Abschließend möchten wir Ihnen noch Fragen zur Pflegeversicherung/Leistungen aufstellen.

Fragen zur Pflegeversicherung

1
N1PV

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

Ja, Antrag (oder mehrere Anträge) wurde(n) zwar gestellt, aber abgelehnt ③

Nein, aber es läuft z.Zt. gerade ein Antrag auf Leistungen nach SGB XI ④

Nein, aber es läuft gerade ein Widerspruchsverfahren ⑤

Nein, bislang kein Antrag ①

Bitte nur eine Antwortmöglichkeit (Woche, Monat, Jahr) für den/die Befragte und eine für den/die ANGEHÖRIGE/N ankreuzen. Falls unterschiedliche Zahlungsweisen bestehen, dann einigen Sie sich auf eine und die rechnen die anderen um.

Falls der/die Befragte die Antwort verweigert oder nicht die Gesamtsumme weiß, tragen Sie bitte 999 ein.

2 N2ANT N2SPEC	Falls kein Antrag gestellt wurde: Wenn bislang kein Antrag gestellt wurde, was ist der Grund?	Es besteht (noch) kein Pflegebedarf ① Antrag wird in Kürze gestellt ② Andere Gründe, welche: ③	<input type="text"/>
3 N3VART	Ist Ihr/e ANGEHÖRIGE/R gesetzlich oder privat pflegeversichert?	Gesetzlich ① Gesetzlich + private Zusatzversicherung ② Privat ③	
4 N4PSTU	In welcher Pflegestufe ist Ihr/e ANGEHÖRIGE/R derzeit eingestuft?	Hier geht es um die Einschätzung des/r Interviewpartner/in, seit wann der/die ANGEHÖRIGE bereits einen Pflegebedarf hat, <u>nicht</u> um die Pflegeeinstufung durch den MDK. Pflegetufe 1 ① Pflegetufe 2 ② Pflegetufe 3 mit Härterege- lung ③ Pflegetufe 3 mit Härterege- lung → weiter mit Frage 6 ④	
5 N5VANT	Ist bei Ihrem/r ANGEHÖRIGEN aktuell ein Verschlechterungsantrag vorgesehen bzw. läuft derzeit ein solches Antragsverfahren? (Antrag auf Höhergruppierung der Pflegeeinstufung)	Ja ① Nein ②	
6 N6ZPPB	Seit wann ist Ihr/e ANGEHÖRIGE/R bereits pflegebedürftig?	Monat/Jahr	<input type="text"/> / <input type="text"/>
7 N7ZPPS	Seit wann ist Ihr/e ANGEHÖRIGE/R in der aktuellen Pflegestufe eingruppiert?	Monat/Jahr	<input type="text"/> / <input type="text"/>
8 N8LART	Welche Form von Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält Ihr/e ANGEHÖRIGE/R?	Ausschließlich monatliches Pflegegeld ① Ausschließlich Pflegeeinsätze von Pflegediensten im eigenen Haushalt (Sachleistungen) ② Teils Pflegeeinsätze im Haushalt, teils Pflegegeld (Kombileistungen) ③ Vollstationäre Pflege ④	
9 N9LWEIT N9SPEC	Welche weiteren Leistungen nach SGBXI haben Sie bzw. Ihr/e ANGEHÖRIGE/R im letzten Jahr in Anspruch genommen?	Ersatzpflege ① Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes ③ Kurzzeitpflege ⑤ Pflege für Angehörige ⑦ Andere: ⑧	Pflegehilfsmittel ② Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege ④ Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson ⑥ Keine Leistungen ⑨
10 N10VERGU	Wird Ihnen Ihre Betreuungs- bzw. Pflegeleistung in irgendeiner Form vergütet, z.B. über anteiliges Pflegegeld, Zuwendungen des/der betreuten ANGEHÖRIGEN?	Ja ① Nein ②	



Wir haben das Ende des Fragebogens erreicht. Ich möchte mich für Ihre Zeit und Aufmerksamkeit bedanken!

INTERVIEWDAUER (IN STD./MIN):

 /