

1) Fragebogen für Pflegeempfänger

1. Wo wohnen Sie aktuell?

- In meinem eigenen Zuhause
- Bei An- und Zugehörigen zu Hause
- In einem betreuten Wohnen
- In einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft
- In einem Pflegeheim
- Sonstige: _____

2. Wie werden Sie aktuell gepflegt oder unterstützt?

(Mehrfachauswahl möglich)

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

3. Wie möchten Sie am liebsten gepflegt oder unterstützt werden?

(Mehrfachauswahl möglich)

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

4. Welche Beratungs- und Versorgungsangebote im Landkreis nutzen Sie?

(Mehrfachauswahl möglich)

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

5. Was hält Sie davon ab, Hilfe oder Pflege anzunehmen?

(Mehrfachauswahl möglich)

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

6. Soweit Sie das wissen: Wie wird Ihre Pflege bezahlt?

(Mehrfachauswahl möglich)

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

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

(Mehrfachauswahl möglich)

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

8. Eine Verbesserung der eigenen Situation im Falle von Pflegebedürftigkeit ist oftmals auch mit höheren Kosten verbunden. Wären Sie bereit, mehr Geld für bessere Pflege auszugeben?

- Ja, ich investiere bereits in Höhe von _____
- Ja, ich wäre bereit zu investieren in Höhe von _____
- Nein.

9. Was ist Ihnen persönlich wichtig?

- Förderung Ihrer Gesundheit: _____

- Pflegeformen: _____

- Beratungsangebote: _____

- Unterstützungs- und Versorgungsangebote: _____

10. Werden Sie im Alltag von An- oder Zugehörigen unterstützt oder gepflegt?

- Ja
- Nein [bitte springen Sie zu Frage 17]

11. Wie weit entfernt wohnen die Angehörigen, die Sie hauptsächlich unterstützen?

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

12. Wer unterstützt oder pflegt Sie hauptsächlich?

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

13. Wie alt ist die Person, die sich hauptsächlich kümmert?

- Bis 25 Jahre
- 25 – 64 Jahre
- Über 65 Jahre

14. Wie oft bekommen Sie Hilfe oder Pflege von dieser Person?

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

15. Wer hilft noch bei Ihrer Pflege?

(Mehrfachauswahl möglich)

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

16. Haben die Angehörigen, die Sie pflegen, noch weitere Pflegeverpflichtungen?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Betreuung der eigenen Kinder unter 18 Jahre
- Betreuung der Enkelkinder
- Pflege eines eigenen pflegebedürftigen Kindes
- Pflege der (Ehe-)Partnerin/des Partners
- Pflege der Eltern/Schwiegereltern/Stiefeltern
- Pflege der Großeltern
- Sonstige An- und Zugehörige
- Sonstige: _____

17. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Unterstützung, die Sie bekommen?

- Sehr zufrieden
- Zufrieden
- Teils/teils
- Eher unzufrieden
- Sehr unzufrieden

18. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Angaben zu Ihrer Person

Abschließend möchten wir Sie bitten, einige Angaben zu Ihrer Person zu machen.
Selbstverständlich werden alle Angaben anonymisiert und streng vertraulich behandelt.

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

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

- **Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erreicht?**
 - (noch) kein Abschluss
 - Haupt-/Mittelschulabschluss
 - Realschulabschluss/Mittlere Reife
 - (Fach-)Abitur
 - Berufsausbildung
 - (Fach-)Hochschulabschluss

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

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!