

# 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!**