

EUROFAMCARE

Fragebogen

1 G1NAME	NAME DES/R INTERVIEWERS/IN	<input type="text"/>
G1INTN	NUMMER DES/R INTERVIEWERS/IN (entsprechende Code-Nr. bitte der regionalen Interviewer-Liste entnehmen)	<input type="text"/>
2 G2CTRY	LAND	<input type="text" value="49"/>
3 G3REG	REGION	Nord ① Süd ② Ost ③ West ④
4 G4LOCA G4NAME	SIEDLUNGSSTRUKTUR	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 ANGEHÖRIGE/R beim Interview anwesend?	Ja ① Nein ②
9 G9REC G9SPEC	REKRUTIERUNGSMODUS (Bitte nur einen Rekrutierungsmodus ankreuzen)	
	Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialwesens (z.B. Arzt oder Sozialarbeiter)	①
	Geistliche/Gemeinde/religiöse Einrichtungen und Organisationen	②
	Von Tür zu Tür	③
	Freiwilligenorganisation (z.B. Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige)	④
	Informationen in öffentlichen Medien/Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Zeitung, Handzettel, Plakate)	⑤
	Listen (z.B. von älteren Einwohner/innen oder Wählerverzeichnis)	⑥
	Sonstiges, bitte nennen: <input type="text"/>	⑦
	Mund-zu-Mund-Propaganda (in diesem Fall bitte weiter mit Frage 10)	⑧
10 G10SBC	Ausgangspunkt der Mund-zu-Mund-Propaganda, falls bekannt:	<input type="text"/>



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 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.

Bitte erfragen Sie, welchen Namen der/die Befragte gerne für die ältere Person verwenden möchte (z.B. Mutter, Hans) und verwenden Sie diesen Namen, wann immer Sie das Wort „ANGEHÖRIGE/R“ im Fragebogen finden.

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 ANGEHÖRIGE/N?	Ehepartner/in/ Partner/in ①	Kind ②
		Schwester/Bruder ③	Schwiegertochter/ Schwiegersohn ④
		Onkel/Tante ⑤	Neffe/Nichte ⑥
		Cousin/e ⑦	Sonstiges, bitte nennen: ⑧
	Sonstiges:	<input type="text"/>	
16 E16SEX	Geschlecht Ihrer/s ANGEHÖRIGEN?	Männlich ①	Weiblich ②
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: xx <input type="text"/>
19 E19ETHN E19CODE	Was ist die ethnische Herkunft Ihrer/s ANGEHÖRIGEN?	<input type="text"/>	List: xx <input type="text"/>
20 E20MARS	Welchen Familienstand hat Ihr/e ANGEHÖRIGE/R?	Verheiratet/nicht eheliche Lebensgemeinschaft ①	Verwitwet ②
		Geschieden/getrennt ③	Ledig ④

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

22 E22HOME E22SPEC	Wo lebt Ihr/e ANGEHÖRIGE/R für gewöhnlich?	Im eigenen Zuhause ①
		In einem Pflegeheim ②
		In einer Einrichtung für betreutes Wohnen ③
		Sonstiges, bitte nennen: ④
	Sonstiges:	<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 Zuhause)	Ja ①	Nein ②	Trifft nicht zu ③
E23OTHER	Mit anderen, bitte nennen...	Ja ①	Nein ②	Trifft nicht zu ③
E23SPEC	Andere:	<input type="text"/>		
24	FÜR DIEJENIGEN, DIE NICHT IM PFLEGEHEIM ODER MIT DEM/DER BETREUENDEN PERSON ZUSAMMEN WOHNEN...			
E24NUMH	Wie viele Personen, Ihre/n ANGEHÖRIGE/N mitgerechnet, leben insgesamt im Haushalt Ihrer/s ANGEHÖRIGEN?	<input type="text"/>		
E24NUMY	Und wie viele davon sind 14 Jahre oder jünger?	<input type="text"/>		

Ich würde jetzt gerne etwas ausführlicher mit Ihnen darüber sprechen, welchen Bedarf Ihr/e ANGEHÖRIGE/R an Betreuung und Unterstützung hat.

25 E25REAS1	Was ist Ihrer Meinung nach der Hauptgrund, warum Ihr/e ANGEHÖRIGE/R Betreuung und Unterstützung benötigt? (z.B.: Probleme beim Gehen; es ist zu gefährlich, ihn/sie alleine zu lassen; Bettlägerigkeit; andere altersbedingte Probleme/Beeinträchtigungen/Krankheiten)
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
26	Gibt es noch andere Gründe? (Bitte die 4 wichtigsten Gründe notieren)
E26REAS2	<input type="text"/>
E26REAS3	<input type="text"/>
E26REAS4	<input type="text"/>
E26REAS5	<input type="text"/>

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
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	⑧
28 E28A- E28F	Körperlich/Persönlich: (z.B. waschen, anziehen, essen oder zur Toilette gehen)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	⑧
29 E29A- E29F	Mobilität: (z.B. im Haus oder außerhalb des Hauses, Transport)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	⑧
30 E30A- E30F	Emotional/psychologisch/sozial: (z.B. Gesellschaft leisten, Beruhigung/Gefühl von Sicherheit geben)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	⑧
31 E31A- E31F	Haushalt: (z.B. Hausarbeit, Transport)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	⑧
32 E32A- E32F	Verwaltung der Finanzen: (z.B. Zahlen von Rechnungen des/der ANGEHÖRIGEN von seinem/ihrem eigenen Geld)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	⑧
33 E33A- E33F	Finanzielle Unterstützung: (z.B. durch Geldleistungen/Geldzahlungen für den/die ANGEHÖRIGE/N)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	⑧
34 E34A- E34F	Organisieren und Verwalten von Hilfe und Pflege: (z.B. den Kontakt zu Anbietern aufnehmen)	②	①	①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	⑧

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?		Meistens	Manchmal	Selten	Nie
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	②
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	②
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	②

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 einigen „komplexeren“ Tätigkeiten.		①

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Aktivitäten des täglichen Lebens.

Wenn 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	Hausarbeit (z.B. Böden wischen)	①	①		②
44 E44IADL2	Die eigenen Mahlzeiten zubereiten	①	①		②
45 E45IADL3	Einkaufen gehen	①	①		②
46 E46IADL4	Mit Geld umgehen (Rechnungen bezahlen, Geld zählen etc.)	①	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	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/ihrer Bett zu einem daneben stehenden Stuhl bewegen	① Nicht in der Lage, kann nicht aufrecht sitzen	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	①		②
55 E55BAR6	Tägliche Körperpflege (Haare kämmen, rasieren, schminken etc.)	①	①		②
56 E56BAR7	Sich anziehen	①	①		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 alles Zutreffende ankreuzen

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonnabend	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

67 C67DURAT **Wie lange betreuen Sie bereits Ihre/n ANGEHÖRIGE/N?** Monate:

68 C68ILL **Gibt es jemanden, der bei der Betreuung Ihres/r ANGEHÖRIGEN einspringen könnte, wenn Sie krank sind/krank werden?**

Ja, ich könnte ziemlich problemlos jemanden finden ①

Ja, ich könnte jemanden finden, aber nur mit einigen Schwierigkeiten ②

Nein, es gibt niemanden ③

69 C69BREAK **Gibt es jemanden, der sich um Ihre/n ANGEHÖRIGEN kümmern würde, wenn Sie eine Auszeit von der Betreuung bräuchten?**

Ja, ich könnte ziemlich problemlos jemanden finden ①

Ja, ich könnte jemanden finden, aber nur mit einigen Schwierigkeiten ②

Nein, es gibt niemanden ③

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 eher zufällig und ohne bewusste 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"/>		

	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?	④	③	②	①	⑧
92 C92COP11	Haben Sie ein gutes Verhältnis zu der Person, die Sie betreuen?	④	③	②	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	Fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Betreuende/r insgesamt ausreichend unterstützt?	④	③	②	①	<input type="checkbox"/>

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

97 C97QOL1	Wie würden Sie Ihre Gesundheit allgemein einschätzen?							
	Ausgezeichnet ①	Sehr gut ②	Gut ③	Weniger gut ④		Schlecht 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	... war ich froh und guter Laune.		⑤	④	③	②	①	①
99 C99QOL3	... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.		⑤	④	③	②	①	①
100 C100QOL4	... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.		⑤	④	③	②	①	①
101 C101QOL5	... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.		⑤	④	③	②	①	①
102 C102QOL6	... war mein 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 ⑤	Schlecht ④	Mittelmäßig ③		Gut ②		Sehr gut ①	

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

	A. 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?	
	ANGEBOTE/DIENSTE <i>INTERVIEWER: Bitte auf die Liste der Angebote/Dienste verweisen</i>			Meistens Ja	Meistens Nein	Ja	Nein
	NAME DES ANGEBOTES/DIENSTES	A. (Nummer aus Liste der Angebote/Dienste)	B				
104 SE104NAM SE104A- SE104G	ANGEHÖRIGE/R	<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	BETREUENDE/R	<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

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	Ja ① <i>Bitte Fragen im grauen Bereich stellen</i>		Nein ② <i>Weiter mit Frage 120</i>
Wenn ja, welche? INTERVIEWER: Bitte die 3 wichtigsten aus der Liste der Angebote/Dienste notieren			
S119SER1 S119SER2 S119SER3			
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)		

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	Ja ① <i>Bitte Fragen im grauen Bereich stellen</i>		Nein ② <i>Weiter mit Frage 121</i>
Wenn ja, welche? INTERVIEWER: Bitte die 3 wichtigsten aus der Liste der Angebote/Dienste notieren			
S120SER1 S120SER2 S120SER3			
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
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	Wusste nichts davon	<input type="radio"/> S120KNO1	<input type="radio"/> S120KNO2
S120ENT1- S120ENT3	Kein Anspruch	<input type="radio"/> S120ENT1	<input type="radio"/> S120ENT2
S120OTH	Sonstiges: (bitte nennen)		

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	

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:	<input type="text"/>			

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	②
126 S126IMPA S126IMPB	Informationen über die Krankheit, die Ihr/e ANGEHÖRIGE/R hat.	②	①	①	⊗	①	②
127 S127IMPA S127IMPB	Schulung, die mir hilft, Fähigkeiten zu entwickeln, die ich zur Betreuung benötige.	②	①	①	⊗	①	②
128 S128IMPA S128IMPB	Möglichkeit, außerhalb der Betreuung Aktivitäten zu genießen.	②	①	①	⊗	①	②
129 S129IMPA S129IMPB	Möglichkeit, Urlaub zu machen oder eine Auszeit zu nehmen von der Betreuung.	②	①	①	⊗	①	②
130 S130IMPA S130IMPB	Möglichkeit für Ihre/n ANGEHÖRIGE/N, Aktivitäten zu unternehmen, die er/sie genießt.	②	①	①	⊗	①	②
131 S131IMPA S131IMPB	Hilfe bei der Planung für die zukünftige Betreuung.	②	①	①	⊗	①	②
132 S132IMPA S132IMPB	Möglichkeit, die Betreuung mit einem bezahlten Arbeitsverhältnis zu vereinbaren.	②	①	①	⑧	①	②
133 S133IMPA S133IMPB	Gelegenheit, über meine Probleme als betreuende/r Angehörige/r zu reden.	②	①	①	⊗	①	②
134 S134IMPA S134IMPB	Möglichkeit, eine Angehörigengruppe zu besuchen.	②	①	①	⊗	①	②
135 S135IMPA S135IMPB	Mehr Geld für Dinge, die ich brauche, um gute Betreuung zu leisten.	②	①	①	⊗	①	②
136 S136IMPA S136IMPB	Möglichkeit, mehr Zeit mit meiner Familie zu verbringen.	②	①	①	⑧	①	②
137 S137IMPA S137IMPB	Hilfe im Umgang mit Familienstreitigkeiten.	②	①	①	⑧	①	②
138 S138IMPA S138IMPB	Hilfe, um das Zuhause besser an die Betreuungssituation anzupassen.	②	①	①	⊗	①	②

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 drittwichtigste?	Item-Nummer:	<input type="text"/>

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.

	A. Wie wichtig sind die folgenden Eigenschaften eines Dienstes/Angebotes für Sie?	Sehr wichtig	Wichtig	Nicht wichtig	B. Trifft dies im Moment zu?		
					Meistens Nein	Meistens Ja	Nicht relevant
		A			B		
142 S142CHAA S142CHAB	Hilfe ist zu der Zeit verfügbar, zu der ich sie am meisten benötige.	②	①	①	①	①	⑧
143 S143CHAA S143CHAB	Die bereit gestellte Hilfe passt in meinen Tagesablauf.	②	①	①	①	①	⑧
144 S144CHAA S144CHAB	Hilfe kommt zu der Zeit, zu der sie versprochen wird.	②	①	①	①	①	⑧
145 S145CHAA S145CHAB	Die Mitarbeiter/innen haben die Fähigkeiten und die Ausbildung, die sie benötigen.	②	①	①	①	①	⑧
146 S146CHAA S146CHAB	Die Mitarbeiter/innen behandeln Ihre/n ANGEHÖRIGE/N mit Würde und Respekt.	②	①	①	①	①	⑧
147 S147CHAA S147CHAB	Die Mitarbeiter/innen behandeln Sie mit Würde und Respekt.	②	①	①	①	①	⑧
148 S148CHAA S148CHAB	Die Mitarbeiter/innen hören auf Ihre Sichtweise und Ihre Meinung.	②	①	①	①	①	⑧
149 S149CHAA S149CHAB	Die bereit gestellte Hilfe verbessert die Lebensqualität Ihres/r ANGEHÖRIGEN.	②	①	①	①	①	⑧
150 S150CHAA S150CHAB	Die bereit gestellte Hilfe verbessert Ihre Lebensqualität.	②	①	①	①	①	⑧
151 S151CHAA S151CHAB	Die bereit gestellte Hilfe ist nicht zu teuer.	②	①	①	①	①	⑧
152 S152CHAA S152CHAB	Die Hilfe wird jeden Tag von demselben/derselben Mitarbeiter/in übernommen.	②	①	①	①	①	⑧
153 S153CHAA S153CHAB	Die Hilfe orientiert sich an Ihren Bedürfnissen genau so wie an denen Ihres/r ANGEHÖRIGEN.	②	①	①	①	①	⑧

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

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

157 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, aber nur, wenn ich mehr Unterstützung bekomme (von Diensten, Familie, Freunden etc.).	④
	Nein, ich bin nicht bereit, meine/n ANGEHÖRIGE/N auch weiterhin zu betreuen, egal, wie viel zusätzliche Unterstützung ich erhalte.	⑤
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

Im letzten Abschnitt möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihrer Person stellen, und dazu, welchen Einfluss die Betreuung auf Ihre Lebenssituation genommen hat.

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: xx <input type="text"/>
163 C163ETHN C163CODE	Was ist Ihre ethnische Herkunft?	<input type="text"/>	List: xx <input type="text"/>
164 C164MARS	Welchen Familienstand haben Sie?	Verheiratet/nicht eheliche Lebensgemeinschaft ①	Verwitwet ②
		Geschieden/getrennt ③	Ledig ④
165 C165RELI	Gehören Sie einer Glaubensgemeinschaft an?	Ja ①	Nein ② → Weiter mit Frage 166
C165SPEC C165CODE	Falls ja, welcher?	<input type="text"/>	List: xx <input type="text"/>
166 C166RELI	Halten Sie sich für...?	Überhaupt nicht religiös ①	Religiös ②
		Sehr religiös ③	
167 C168KID	Haben Sie Kinder?	Ja ①	Nein ②
168 C168KIDN		Falls ja, wie viele?	<input type="text"/>
169 C169GRAN	Haben Sie Enkelkinder?	Ja ①	Nein ②

170 C170NUMH	Wie viele Personen, Sie selbst mitgerechnet, leben insgesamt in Ihrem Haushalt?	<input type="text"/>
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 Handelsschule ⑤
		Achtjährige Ausbildung ②	Fachhochschule ⑥
		9. bis 11. Klasse ③	Hochschule/Universität ⑦
		Fachhochschulreife/Abitur ④	Promotion ⑧
		Sonstiger Schulabschluss: <input type="text"/>	⑨
		Abgeschlossene Berufsausbildung: <input type="text"/>	⑩

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

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

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

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

176 C176TYPE	Falls ja, sind Sie...?	Angestellt in der privaten Wirtschaft? ①	Angehörige/r des öffentlichen Dienstes? ②
		Selbstständige/r Unternehmer? ③	Freiberufler/freischaffend/freie/r Mitarbeiter/in ⑤
C176SPEC	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/r ANGEHÖRIGEN irgendwelche der folgenden Einschränkungen in Ihrem Berufsleben oder Ihrer Karriere ergeben?		
-----	--	--	--

C178WOR1	Ich musste meine Arbeitsstunden reduzieren	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?		
C180WOR1	Ich kann/konnte überhaupt nicht berufstätig sein	Ja ①	Nein ②
C180WOR2	Ich musste meine Berufstätigkeit aufgeben	Ja ①	Nein ②
C180HOUR	Falls ja , wie viele Wochenstunden haben Sie gearbeitet, bevor Sie Ihre Berufstätigkeit aufgegeben haben?		<input type="text"/>

Für alle Betreuenden:			
181 C181WOR1	Ich kann/konnte meine berufliche 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 einen Durchschnittswert an.			
F182CINC F182CAM	Mein monatliches Haushalts-Nettoeinkommen beträgt:	① <input type="text"/>	Bitte den Betrag nennen → <i>Weiter mit Frage 184</i> F182CAM
	Weiß nicht	②	→ <i>Weiter mit Frage 183</i>
	Keine Antwort	⑨	→ <i>Weiter mit Frage 183</i>
183 F183BAND	Wenn Sie es nicht so genau wissen, könnten Sie uns vielleicht sagen, in welchem Einkommensbereich Ihr monatliches Haushalts-Nettoeinkommen fällt?		
	0 bis 900	①	2.000 bis 2.300 ⑥
	900 bis 1.100	②	2.300 bis 2.700 ⑦
	1.100 bis 1.400	③	2.700 bis 3.300 ⑧
	1.400 bis 1.600	④	3.300 bis 4.000 ⑨
	1.600 bis 2.000	⑤	über 4.000 ⑩
			Keine Antwort ⑨⑨

Fragen 184 und 185 nicht ausfüllen, 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 → <i>Weiter mit Frage 186</i> F184EAM
	Weiß nicht	②	→ <i>Weiter mit Frage 185</i>
	Keine Antwort	⑨	→ <i>Weiter mit Frage 185</i>

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 900	②	2.000 bis 2.300	⑧
	900 bis 1.000	③	2.300 bis 2.700	⑨
	1.000 bis 1.100	④	2.700 bis 3.300	⑩
	1.100 bis 1.400	⑤	3.300 bis 4.000	⑪
	1.400 bis 1.600	⑥	über 4.000	⑫
		Keine Antwort	⑨⑨	

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 irgendwelche finanziellen Unterstützungen oder Zuschüsse von dieser Liste?	ANGEHÖRIGE/R		Sie selbst	
		Ja	Nein	Ja	Nein
	A	E		C	
187 F187SUPA F187SUPE F187SUPC	<input type="text"/>	①	②	①	②
188 F188SUPA F188SUPE F188SUPC	<input type="text"/>	①	②	①	②
189 F189SUPA F189SUPE F189SUPC	<input type="text"/>	①	②	①	②
190 F190SUPA F190SUPE F190SUPC	<input type="text"/>	①	②	①	②
191 F191SUPA F191SUPE F191SUPC	<input type="text"/>	①	②	①	②
192 F192TOTE F192TOTC	Gesamtbetrag der Zahlungen, die Sie aufgrund der Betreuungssituation erhalten haben	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
193 F193TIME F193TIMC	Pro? (Bitte die entsprechende Zeiteinheit ankreuzen)	Woche ①	②	Woche ①	②
		Monat ②	③	Monat ②	③
		Jahr ③		Jahr ③	

Abschließend möchten wir Ihnen noch Fragen zum Thema Pflegeversicherung/Leistungen aus der Pflegeversicherung stellen.

Fragen zur Pflegeversicherung	
1 N1PV	<p>Bezieht Ihr/e ANGEHÖRIGE/R heute regelmäßig Leistungen der Pflegeversicherung?</p> <p>Ja, Antrag wurde positiv entschieden ①</p> <p>Nein, Antrag (oder mehrere Anträge) wurde(n) zwar gestellt, aber abgelehnt ③</p> <p>Nein, aber es läuft z.Zt. gerade ein Antrag auf Leistungen nach SGB XI ④</p> <p>Nein, aber es läuft gerade ein Widerspruchsverfahren ⑤</p> <p>Nein, bislang wurde (noch) kein Antrag gestellt ②</p>

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?	Keine Pflegestufe → weiter mit Frage 10 ① Pflegestufe 1 ① Pflegestufe 2 ② Pflegestufe 3 ③ Pflegestufe 3 mit Härterege- lung → weiter mit Frage 6 ④	
5 N5VANT	Ist bei Ihrem/r ANGEHÖRIGE/N 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 Pflegekurse 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 <input type="text"/>
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):

 /