



Befragung für die Fortschreibung des Seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes 2025

**von
- Ingolstädterinnen und Ingolstädtern über 55 Jahren -
und
- unterstützenden/pflegenden Angehörigen -**

Jede Kommune ist zur Bereitstellung bzw. Hinwirkung einer ausreichenden sozialen Daseinsvorsorge verpflichtet. Für die ältere Bevölkerung ist die Erstellung von sogenannten Seniorenpolitischen Gesamtkonzepten verpflichtend. Das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales schreibt dazu:

„Die Landkreise und kreisfreien Städte sind nach Artikel 69 des Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) verpflichtet, integrative regionale Seniorenpolitische Gesamtkonzepte zu entwickeln (...). Das Seniorenpolitische Gesamtkonzept basiert auf einer Bestandsanalyse sowie auf Prognosen, welche Herausforderungen sich für die jeweilige Kommune in Zukunft ergeben werden, um diesen aktiv zu begegnen.“

Eine bedarfsgerechte Ermittlung notwendiger Strukturen und Maßnahmen sind ohne eine Befragung der Zielgruppe nicht sachgerecht. Die Stadt Ingolstadt möchte deshalb Ingolstädterinnen und Ingolstädter mittels dieser Befragung an der Konzepterstellung beteiligen. Die Ergebnisse dienen der Überprüfung aktueller Strukturen und Angebote sowie der Anpassung und Neuentwicklung derselben.

Erstmals erfolgt die Befragung ab dem 55. Lebensjahr, um Vorstellungen und Erwartungen der künftigen Seniorengeneration der aktuellen gegenüberzustellen und gegebenenfalls Trends frühzeitig zu identifizieren.

Erstmals werden auch unterstützende und pflegende An- und Zugehörige eingebunden, da diese den Großteil der Pflegeleistungen übernehmen und eine bedarfsgerechte Versorgung im Alter ohne die häusliche Pflege durch Angehörige bzw. ergänzende Unterstützung nicht denkbar ist.

Das neue Seniorenpolitische Gesamtkonzept soll Ende 2025/Anfang 2026 veröffentlicht werden, die bisherigen sind abrufbar unter:
<https://www.ingolstadt.de/Leben/Senioren/Seniorenpolitisches-Gesamtkonzept/>

Ausfüllhinweise:

Die Befragung ist anonym, daher bitte KEINE Namen oder Adressen angeben und NICHT unterschreiben – die Fragebögen werden nach der Auswertung datenschutzkonform entsorgt!

Es ist durchaus möglich selbst im Seniorenalter zu sein oder dieses in absehbarer Zeit zu erreichen, als auch zugleich pflegender An- oder Zugehöriger. In diesem Fall bitte alle Fragen beantworten!

Klärung der Teilnahmeberechtigung

Trifft mindestens eine der folgenden Aussagen auf Sie zu?

1. ich wohne in Ingolstadt und bin 55 Jahre oder älter
2. ich unterstütze/pflege eine ältere Person (als An-/Zugehöriger), die mindestens 65 Jahre alt ist und in Ingolstadt wohnt

ja nein

1. Fragenkomplex: Zur eigenen Person

1.1 Wie alt sind Sie?

- unter 55 Jahre (nur für unterstützende/pflegende An-/Zugehörige)
 55-64 Jahre 65-69 Jahre 70-74 Jahre 75-79 Jahre
 80-84 Jahre 85 Jahre und älter

1.2 Welches Geschlecht haben Sie?

männlich weiblich divers ohne Angabe

1.3 Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

Deutsch und/oder Andere,

und zwar _____

1.4 Sind Sie aus einem anderen Land nach Deutschland eingewandert? Wenn ja, aus welchem?

Land: _____

1.5 Welchen Familienstand haben Sie?

- ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
 mit einem/r Partner/in zusammenlebend

2. Zu welcher Befragungsgruppe gehören Sie?

- ich bin über 55 Jahre → bitte nur noch die Fragen 3 bis 12 beantworten
 ich bin An-/Zugehörige(r) → bitte weiter bei Frage 13 (nicht 3-11)
 ich bin Beides → bitte noch alle Fragen beantworten

Fragen für künftige und aktuelle Seniorinnen und Senioren

3. Fragenkomplex: Herkunft und Wohnort

3.1 Sind Sie in Deutschland geboren?

- ja nein

3.2 Wie lange leben Sie schon...

- | | | | |
|----------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| ...in Deutschland | <input type="checkbox"/> 0-2 Jahre | <input type="checkbox"/> 3-10 Jahre | <input type="checkbox"/> über 10 Jahre |
| ...in Ingolstadt | <input type="checkbox"/> 0-2 Jahre | <input type="checkbox"/> 3-10 Jahre | <input type="checkbox"/> über 10 Jahre |
| ...in diesem Viertel | <input type="checkbox"/> 0-2 Jahre | <input type="checkbox"/> 3-10 Jahre | <input type="checkbox"/> über 10 Jahre |
| ...in dieser Wohnung | <input type="checkbox"/> 0-2 Jahre | <input type="checkbox"/> 3-10 Jahre | <input type="checkbox"/> über 10 Jahre |

3.2 In welchem Viertel, Stadt- bzw. Ortsteil wohnen Sie?

- I – Mitte (Altstadt, Westviertel, Baggersee)
 II – Nordwest (Audi bis Richard-Strauß-Str./Piuspark bis Nordbahnhof)
 III – Nordost (Nürnberger Str. bis Autobahn Nord/ Aufragen bis Donau)
 IV – Südost (Saturn-Arena bis Ringsee/ Bahnlinie bis Niederfeld)
 V – Südwest (Haunwöhr bis Gustav-Adolf-Str., Staustufe bis Knoglersfreude)
 VI – West (Gerolfing bis Irgertsheim)
 VII – Etting
 VIII – Ober-/Unterhaunstadt
 IX – Mailing-Feldkirchen
 X – Süd (Spitalhof bis Winden/ Hagau bis Unterbrunnenreuth)
 XI – Friedrichshofen-Hollerstauden
 XII – Münchner Straße (Gustav-Adolf-Str. bis Bahnlinie, Unsernherrn)
 weiß nicht

4. Fragenkomplex: Wohnen

4.1 Wie ist Ihre Wohnsituation?

- eigenes Haus eigene Wohnung Wohnraum zur Miete

4.2 Wer lebt außer Ihnen noch ständig in dieser Wohnung?

- ich lebe alleine mein/e (Ehe)Partner/-in meine Kinder
 sonstige Verwandte Freunde/Wohngemeinschaft mit Haustieren

4.3 Ist Ihr (Miets-) Haus barrierefrei/-arm?

- ja, alles ebenerdig
 ja, weil es einen Aufzug oder Lift gibt
 nein, ich muss Stufen überwinden
 nein, ich muss mehrere Stockwerke zu Fuß überwinden

4.4 Ist Ihr Wohnbereich barrierefrei/-arm?

- ja alles ebenerdig
 nein, ich muss Stufen überwinden
 nein, der Wohnbereich erstreckt sich über mehrere Etagen (Kein Treppenlift)

4.5 Wie können Sie sich innerhalb Ihrer Wohnung bewegen?

- ohne Schwierigkeiten
 mit Mühe, ich muss mich an Möbeln oder Türrahmen festhalten
 nur, wenn mich jemand stützt
 mit Gehhilfe
 im Rollstuhl selbständig
 im Rollstuhl, den jemand schiebt

4.6 Welche Wohnform bevorzugen Sie, sollten Sie Betreuung oder Hilfe benötigen? (Bitte 3 auswählen und priorisieren mit 1-3)

- nach Möglichkeit in meiner Wohnung bleiben
 bei meinen Kindern wohnen
 bei anderen Verwandten, Freunden, Nachbarn wohnen
 in einer Wohngemeinschaft
 in einer betreuten Wohnanlage
 in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe (Seniorenheim)
 anderes und zwar: _____

5. Fragenkomplex: Gesundheit

5.1 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- Sehr gut Gut Mittelmäßig Schlecht Sehr schlecht

5.2 Sind Sie durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des Alltagslebens eingeschränkt?

- Ja, stark eingeschränkt Ja, mäßig eingeschränkt Nein

5.3 Nehmen Sie an empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen teil (z.B. Krebsfrüherkennung, Gesundheits-Check-up)?

- Ja, regelmäßig Ja, unregelmäßig Nein Weiß nicht

5.4 An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport oder eine körperlich etwas anstrengende Aktivität aus? (z.B. Nordic-Walking, Ballsport, Fahrradfahren, Schwimmen, Gymnastik)?

- 0-1 Tag 2 Tage 3 Tage 4 Tage 5 Tage 6-7 Tage

5.5 Wenn Sie Sport oder körperlich etwas anstrengende Aktivitäten in einer typischen Woche ausüben, wie lange dauert der Sport oder die etwas anstrengende Tätigkeit an einem dieser Tage im Durchschnitt?

- 10-20 min 25 min 30 min 40 min 50-60 min über 60 min

5.6 Informieren Sie sich zum Thema Gesundheit und Krankheit (z.B. Vortragsbesuch, Zeitungsartikel, Fernsehsendungen)?

- Mehrmals pro Woche Mehrmals im Monat Mehrmals im Jahr
 Nie

5.7 Welche präventiven Gesundheitsmaßnahmen ergreifen Sie?

- empfohlene Arztbesuche wahrnehmen
 Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen (z.B. Darmkrebsvorsorge)
 Impfungen
 Sport/Bewegung
 Physio/Reha
 Vorträge/Veranstaltungen zum Thema Gesundheit
 Keine

6 Fragenkomplex: Grad der Behinderung und Pflegegrad

6.1 Welchen Grad der Behinderung haben Sie?

- Keinen 20%-40% 50%-70% 80%-100%

6.2 Wenn Sie einen Schwerbehindertenausweis haben, welche Merkzeichen sind dort vermerkt?

- Keines
 G – Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit
 aG – Außergewöhnliche Gehbehinderung
 H – Hilflosigkeit
 Bl – Blindheit
 Gl – Gehörlosigkeit
 TBl – Taubblindheit
 B – Begleitperson
 RF – Rundfunk/Fernsehen
 Weitere

6.3 Haben Sie einen Pflegegrad, wenn ja welchen?

- Nein Ja, welchen Pflegegrad _____

7. Fragenkomplex: Einkommen

7.1 Wie hoch ist Ihr monatliches Einkommen (pro Person/Partner)?

- unter 500€ 501-800€ 801-1200€ 1201-1600€
 1601-2000€ 2001-2500€ über 2500€

7.2 Wie setzt sich dieses Einkommen zusammen?

Mehrfachantwort möglich?

- Arbeitseinkommen Rente/Pension Betriebsrente Mieteinnahmen
 private Lebensversicherung/Ähnliches Staatliche Grundsicherungsleistung
(Bürgergeld/Sozialhilfe) Wohngeld Sonstige Einnahmen

7.3 Haben Sie Bürgergeld, Sozialhilfe oder Wohngeld beantragt?

Mehrfachantwort möglich?

- ja, ich/wir bekomme/n eine dieser Leistungen bereits/demnächst
 nein, mein Einkommen/Vermögen ist zu hoch
 nein, ich weiß nicht, ob ich Anspruch habe
 nein, ich möchte keinen Antrag stellen (auch wenn ich Anspruch hätte)
 nein, die Antragstellung überfordert mich/ich weiß nicht wie

7.4 Werden Sie finanziell von Ihrer/n Familie/Freunden unterstützt?

- ja nein

8. Fragenkomplex: Persönliche Versorgung, Haushaltsführung und Unterstützungsbedarf

8.1 Brauchen Sie Unterstützung ?

	täglich	wöchentlich	gelegentlich	keine
im Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Essenszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Behördengängen, auch Bank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Arztgesprächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Bedarfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.2 Bekommen Sie Unterstützung?

	täglich	wöchentlich	gelegentlich	keine
im Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Essenszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Behördengängen, auch Bank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Arztgesprächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Bedarfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.3 Falls Sie Unterstützung benötigen, aber nicht bekommen, woran liegt es?

- kann ich mir nicht leisten
- weiß nicht an wen ich mich wenden soll
- ich habe niemanden gefunden, der mir hilft
- erledige meine Sachen lieber selbst
- Sonstiges: _____

8.4 Wer hilft Ihnen, bzw. wer würde Ihnen im Bedarfsfalle helfen? (Mehrfachantworten möglich)

- (Ehe)Partner/-in
- im gleichen Haus lebende Kinder/Verwandte
- andere im Haus lebende Personen
- außerhalb des Hauses lebende Kinder/Verwandte
- Freunde, Bekannte
- Nachbarn
- ehrenamtliche Helfer/Nachbarschaftshilfen
- Kirchengemeinde/Moscheegemeinde

- Sozialstationen der Wohlfahrtsverbände
- ambulante Pflegedienste
- hauswirtschaftliche Versorgung
- Essen auf Rädern
- Hausnotrufsystem
- Andere und zwar: _____

9. Fragenkomplex: Nahversorgung und Mobilität

9.1 Wie ist die Erreichbarkeit der Einrichtungen des täglichen Bedarfs? (Mehrfachantworten möglich)

	Gut	schlecht	gar nicht
Supermarkt/Discounter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bäckerei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metzgerei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücherei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café/Kneipe/Begegnungsstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogeriemarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bankfiliale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirche oder vergleichbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friedhof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postfiliale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltestelle ÖPNV (Bus/Zug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.2. Welche Verkehrsmittel nutzen Sie? (Mehrfachantworten möglich)

- nur zu Fuß
- Fahrrad
- Auto – fahre selbst
- Auto – werde gefahren
- Bus
- Bahn
- Taxi
- Medizinischer Fahrdienst
- sonstiges, nämlich _____

10. Fragenkomplex: Soziale Kontakte

10.1 Mit welchen Personen haben Sie regelmäßig Kontakt?

	Nie	Täglich	mind. 1xwöchl.	seltener
mit (Ehe)Partner/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Kind/Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Verwandten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.2 Fühlen Sie sich einsam?

Nie Gelegentlich Häufig

10.3 Wünschen Sie sich mehr soziale Kontakte?

Ja, gelegentlich Ja, regelmäßig Nein Weiß nicht

11. Fragen zur Freizeitgestaltung

11.1 Wie gestalten Sie Ihre Freizeit außerhalb des Hauses?

(Mehrfachantworten möglich)

	Mind. 1x/Woche	Mind. 1x/Monat	Mind. 1x/Jahr	Nie
Reisen/Ausflüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ins Theater/Kino/Konzert gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorträge/Bildungsangebote besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in die Kirche/Moschee gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufsbummel machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde/Bekannte/Verwandte treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehrenamtliche Tätigkeiten ausüben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezahlte Tätigkeiten ausüben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cafe/Restaurant besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gartenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spazieren gehen/Wandern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwimmen/Baden gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnastik machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musizieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.2 Würden Sie gern mehr unternehmen?

Ja Nein Weiß nicht

Wenn ja, warum tun Sie es nicht?

weil ich (ohne Hilfe) nicht aus dem Haus/Wohnung kann weil ich mich außer Haus unsicher fühle weil ich es mir nicht leisten kann weil ich keine Lust/Motivation habe

weil ich _____

11.3 Besuchen Sie Seniorennachmittage oder ähnliche Veranstaltungen?

Ja Nein

11.4 Welche Angebote speziell für Senioren kennen Sie?

12. Fragenkomplex: Kommunikation und Information

12.1 Welches Kommunikationsmedium steht Ihnen zur Verfügung? (Mehrfachantwort möglich)

- Telefon Smartphone Tablet Laptop/Computer Nichts davon

12.2 Welche Medien nutzen Sie? (Mehrfachantworten möglich)

- Tageszeitung
 Ingolstädter Anzeiger/60plus/sonstige Wochenzeitung/Monatszeitung
 Fernsehen
 Radio
 Social Media
 Internet
 Websites der Stadt Ingolstadt
 Informationsblätter der einzelnen Veranstalter
 Informationsmaterial der Stadt Ingolstadt
- Andere und zwar: _____

12.3 In welchen Bereichen/Themen hätten Sie gerne (mehr) Informationen?

- Fragen zur Pflege
 Beratungsangebote
 Finanzielle Hilfen
 Wohnformen im Alter
 Möglichkeiten der Freizeitgestaltung
 Unterstützungsangebote im tägl. Leben
 Digitalisierung
 Gesundheit und Prävention
 Keine
- Andere und zwar: _____

Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

Fragen für unterstützende und pflegende Angehörige

13. Fragenkomplex: Ihre Beziehung zur unterstützungs-/pflegebedürftigen Person?

13.1 In welcher Beziehung stehen Sie zur pflegebedürftigen Person?

Ich bin...

- die Ehefrau/ die Lebensgefährtin/ der Ehemann/der Lebensgefährte
- die Tochter/ der Sohn
- die Mutter/ der Vater
- sonst. Familienangehörige/er (Neffe/ Nichte etc.)
- Bekannte(-r)/Freund(-in)/Nachbar/-in

- sonstiges: _____

13.2 Wie ist die Wohnsituation zur unterstützungs-/pflegebedürftigen Person?

- wir wohnen zusammen ich wohne in unmittelbarer Nähe
- ich wohne weiter weg

14. Fragenkomplex: Fragen zur unterstützungs-/pflegebedürftigen Person

14.1 Wie alt ist die Person, die Sie unterstützen/pflegen?

- 65-69 Jahre 70-74 Jahre 75-79 Jahre 80-84 Jahre
- 85 Jahre und älter

14.2 Welches Geschlecht hat die unterstützungs-/pflegebedürftige Person?

- männlich weiblich divers ohne Angabe

14.3 Welche Staatsangehörigkeit hat die unterstützungs-/pflegebedürftige Person?

- Deutsch und/oder Andere,

und zwar _____

14.4 Wie ist die Wohnsituation der unterstützungs-/pflegebedürftigen Person?

- eigenes Haus eigene Wohnung Wohnraum zur Miete

14.5 Ist das (Miets-) Haus der pflegebedürftigen Person barrierefrei/-arm?

- ja alles ebenerdig
 ja, es gibt einen Aufzug
 nein, es gibt Stufen/Treppen zum Wohnbereich
 nein, es müssen mehrere Stockwerke zu Fuß überwinden werden

14.6 Welchen Grad der Behinderung hat die unterstützungs-/pflegebedürftige Person?

- Keinen 20%-40% 50%-70% 80%-100%

14.7 Wenn die unterstützungs-/pflegebedürftige Person einen Schwerbehindertenausweis hat, welche Merkzeichen sind dort vermerkt?

- Keines
 G – Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit
 aG – Außergewöhnliche Gehbehinderung
 H – Hilflosigkeit
 BI – Blindheit
 GI – Gehörlosigkeit
 TBI – Taubblindheit
 B – Begleitperson
 RF – Rundfunk/Fernsehen
 Weitere

14.8 Hat die unterstützungs-/pflegebedürftige Person einen Pflegegrad, wenn ja welchen?

- Nein Ja, welchen Pflegegrad _____

15. Fragenkomplex: Hilfebedarf der unterstützungs-/pflegebedürftigen Person?

15.1 Bei welchen Punkten unterstützen Sie als pflegende(-r) Angehörige(-r)?

(Mehrfachantworten möglich)

- Behörden/Schriftverkehr

Finanzen und materielle Versorgung

Einkaufen

Mobilität (= z.B. Fahrten zur Arztpraxis)

Haushaltsführung (Reinigung des Wohnbereichs, Kochen, ...)

Essenszubereitung

Grundpflege (= Körperpflege, An- und Auskleiden,...)

Behandlungspflege (= Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten, Kompressionsstrümpfe An- und Ausziehen, Wundverbände, Blutdruckmessen,...)

15.2 Wie oft unterstützen Sie als pflegende(-r) Angehörige(-r)?

Mehrmals täglich

Einmal Täglich

Mehrmals die Woche

Einmal Wöchentlich

Mehrmals im Monat

Weniger

15.3 Wer unterstützt außer Ihnen bei der Pflege/Versorgung?

Niemand

andere Angehörige

Nachbarn

Ehrenamtliche

ein Pflegedienst

Hauswirtschaftsdienst

andere Dienstleister zum Beispiel Betreuungsdienst

15.4 Persönlich empfundene Unterstützungs-/Pflugesituation

die aktuelle Pflegesituation ist für mich gut zu bewältigen

die aktuelle Pflegesituation stellt gelegentlich eine große Belastung dar

die aktuelle Pflegesituation stellt regelmäßig eine große Belastung dar

die aktuelle Pflegesituation überfordert mich gelegentlich

die aktuelle Pflegesituation überfordert mich regelmäßig oder dauerhaft

Und die aktuelle Pflegesituation...(wenn zutreffend, Mehrfachantworten möglich!)

Keine/kaum Auswirkungen auf mich oder mein soziales Umfeld

die Aufgabe erfüllt mich positiv (trotz möglicher Belastungen)

belastet meine eigene psychische/seelische Gesundheit

belastet meine eigene körperliche Gesundheit

belastet meine privaten Interessen

- belastet meine sozialen Kontakte
- belastet meine Partnerschaft/Familie
- belastet meinen beruflichen Alltag

16. Fragenkomplex: Entlastungsmöglichkeiten für pflegende An- und Zugehörige

16.1 Fühlen Sie sich gut über mögliche Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige informiert?

- ja, ich fühle mich gut informiert
- nein, ich weiß nicht was das ist
- teilweise/ich bin mir nicht sicher

16.2 Welche der Entlastungsmöglichkeiten haben Sie schon mal in Anspruch genommen?

- Fachberatungsstelle für Pflegende Angehörige
- Kurse für pflegende Angehörige
- Pflegeberatung
- Selbsthilfegruppen, Gesprächskreise oder Ähnliches
- Pflegezeit / Familienpflegezeit (nur für Berufstätige)
- Tagespflege
- Kurzzeit- oder Verhinderungspflege
- Reha für pflegende Angehörige
- Keine

16.3 Welche sonstigen Entlastungsmöglichkeiten würden Sie sich wünschen?

16.4 Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

HERZLICHEN DANK!