

Um ein zielgerichtetes und bedarfsgerechtes Angebot für Menschen mit chronischen Erkrankungen einzurichten, erfasst das DISW im Auftrag von Hamburg Leuchtfener mit diesem Fragebogen Ihre Sichtweisen und Ihr persönliches Erleben mit der chronischen Erkrankung. Die Auswertung der Daten wird Leuchtfener nutzen, um ein Angebot einzurichten, welches an Ihren Bedürfnissen orientiert ist.

Sämtliche Antworten werden **anonymisiert** erhoben und verarbeitet. Es wird darauf hingewiesen, dass in Frei-Feldern keinerlei personenbezogene Daten, die eine Identifizierbarkeit ermöglichen, angegeben werden sollen. Ihre Antworten werden **streng vertraulich** behandelt. Alle Angaben sind **freiwillig**.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen **bis zum 31.01.2019** ohne Absenderadresse an folgende Adresse: Deutsches Institut für Sozialwirtschaft, Steindamm 91, 20099 Hamburg.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Unterstützung!

**Frage 1 Welche Einschränkungen erleben Sie persönlich im Alltag?**

**Bitte beschreiben Sie Ihre Einschränkungen genauer**

- körperlich** (z.B. bei Funktionsfähigkeit, Körperpflege, Krämpfe, Schmerzen) ⇒

- kognitiv/geistig** (z.B. bei Verstehen, Konzentration) ⇒

- psychisch** (z.B. bei Zufriedenheit, Wohlbefinden, Selbstwert) ⇒

- sozial** (z.B. in Kontakten, Beziehungen, Beruflichem) ⇒

- spirituell** (z.B. bei Werten, Ritualen, Religion, Sinnfindung) ⇒

- materiell** (z.B. bei Einkommen, Wohnen) ⇒

**Frage 2** Wie lauten Ihre Diagnosen?

**Wie lange leben Sie mit dieser Diagnose?**

1.	⇒	<input type="checkbox"/> seit meiner Geburt	<input type="checkbox"/> seit ___ Jahren
2.	⇒	<input type="checkbox"/> seit meiner Geburt	<input type="checkbox"/> seit ___ Jahren
3.	⇒	<input type="checkbox"/> seit meiner Geburt	<input type="checkbox"/> seit ___ Jahren
4.	⇒	<input type="checkbox"/> seit meiner Geburt	<input type="checkbox"/> seit ___ Jahren
5.	⇒	<input type="checkbox"/> seit meiner Geburt	<input type="checkbox"/> seit ___ Jahren

Frage 3 Wer unterstützt(e) Sie... Mehrfachnennungen möglich	... in den letzten 6 Monaten?	... in den nächsten 6 Monaten?
niemand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freund_innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner_in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rechtliche Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzt_in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärzt_in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistent_in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik, Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 4	Welche der genannten Angebote nutz(t)en Sie...	... in den letzten 6 Monaten?	... in den nächsten 6 Monaten?
	keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	familiäre Pflege/Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ambulante Sozialpsychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	teilstationäre Pflege/Betreuung (Tagesklinik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stationäre Pflege/Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stundenweise Assistenz/Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24-Stunden-Assistenz/Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 5 **Wie werden die Unterstützungs- und Versorgungsleistungen finanziert, die sie in den letzten 6 Monaten in Anspruch genommen haben?** Mehrfachnennungen möglich.

- Ich bekam in den letzten 6 Monaten keine Unterstützungs- und Versorgungsleistungen
- Ich zahlte privat       Krankenkasse       Pflegekasse
- Unfallversicherung       Rentenversicherung       weiß ich nicht
- Sozialhilfe/Eingliederungshilfe       andere:

Frage 6 **Wie zufrieden sind Sie (als Mensch mit chronischer Erkrankung) mit folgenden persönlichen Lebensbereichen?** Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zufriedenheit an. Dabei bedeutet 1=unzufrieden und 4=zufrieden.

	unzufrieden			zufrieden
	(1)	(2)	(3)	(4)
Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiäre Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Kontakte (z.B. Freundschaften, Bekanntschaften)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (z.B. Zugang zu Gebäuden, Nutzung des Nahverkehrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Frage 7 In Bezug auf folgende Möglichkeiten im Umgang mit meiner Erkrankung wünsche ich mir für meine Zukunft, dass ich...

		trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft überwie- gend zu	trifft voll zu
...	finanziell ausreichend abgesichert bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	über meine Angelegenheiten entscheiden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit meinen Eltern zusammen wohnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit Partner_in zusammen wohnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit meinen Kindern zusammen wohnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit Nahestehenden (z.B. Freund_in, Bekannte) zusammen wohnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	alleine in einer Wohnung wohnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	einer Arbeit nachgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	meine Hobbies ausüben kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**Nach der Auswertung dieser Fragebögen wird Hamburg Leuchtf Feuer Aufwind ein neues Angebot für Menschen mit chronischen Erkrankungen entwickeln, welches die in Frage 8 genannten Bedarfe erfüllen soll. Die Fragen 9 und 10 beziehen sich auf dieses neue Angebot.**

**Frage 9** Auf welchem Weg möchten Sie von einem neuen Angebot erfahren?  
Mehrfachnennungen möglich.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> gar nicht          | <input type="checkbox"/> Information im Internet (z.B. Homepage) | <input type="checkbox"/> offene Sprechstunde   |
| <input type="checkbox"/> Infoblatt<br>Flyer | <input type="checkbox"/> Gespräch im Internet (z.B. Chat)        | <input type="checkbox"/> persönliches Gespräch |
|   | <input type="checkbox"/> telefonischer Kontakt                   | <input type="checkbox"/> Hausbesuch            |

**Frage 10** Wenn das neue Angebot von Hamburg Leuchtf Feuer nicht staatlich finanziert wird, welcher dieser Aussagen würden Sie eher zustimmen?

Meine Bedürfnisse sind noch nicht erfüllt, ich wäre...

- ... dazu bereit und in der Lage, für das neue Angebot von Leuchtf Feuer selbst zu zahlen.
- ... dazu bereit und in der Lage, für das neue Angebot von Leuchtf Feuer teilweise selbst zu zahlen.
- ... nicht dazu bereit oder nicht dazu in der Lage, für das neue Angebot von Leuchtf Feuer selbst zu zahlen.
- Ich würde das Angebot nicht annehmen, da meine Bedürfnisse bereits erfüllt sind.

Bitte geben Sie abschließend noch Auskünfte zu Ihrer Person. Auch diese Informationen bleiben **anonym**, werden **streng vertraulich** behandelt und sind **freiwillig**. Diese Daten helfen in der Auswertung, Zusammenhänge zu erfassen.

**Frage 11** Bitte nennen Sie uns Ihr Geschlecht.

- weiblich     männlich     eigene Angabe:
- keine Angabe

**Frage 12** In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr:    \_    \_    \_    \_

**Frage 13** Wie leben Sie? Mehrfachnennungen möglich.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> alleine              | <input type="checkbox"/> mit Partner_in               | <input type="checkbox"/> mit Eltern(teil)              |
| <input type="checkbox"/> alleinerziehend      | <input type="checkbox"/> mit Kind(ern) und Partner_in | <input type="checkbox"/> in stationärer<br>Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> in Wohngemeinschaft  | <input type="checkbox"/> mit mehreren Generationen    |  |
| <input type="checkbox"/> eigene Beschreibung: | <input type="text"/>                                  |  |

Frage 14 Seit wann leben Sie in Deutschland?

- seit meiner Geburt  seit \_\_\_\_ Jahren

Frage 15 Üben Sie aktiv einen Glauben aus?

- nein  ja

Frage 16 Halten Sie ein mehrsprachiges Angebot für sinnvoll?

- nein  ja

Frage 17 Wie lautet ihr höchster Schulabschluss?

- kein Schulabschluss  Hauptschulabschluss  Realschulabschluss /  
mittlerer Schulabschluss  
 Fachabitur  allgemeinbildendes Abitur  
 anderer:

Frage 18 Welche Berufsausbildung haben Sie?

- keine Ausbildung  angelernte Tätigkeit  abgeschlossene  
Ausbildung  
 Bachelor  Master / Diplom

Frage 19 Über wie viel Einkommen verfügen Sie monatlich noch, wenn bereits Verpflegung,  
Wohnkosten und Kosten aufgrund der Erkrankung bezahlt sind ?

- keines  bis 450 Euro  451 bis 850 Euro  
 851 bis 1500 Euro  über 1500 Euro  
 Ich kann mir Verpflegung, Kosten aufgrund der Erkrankung und Wohnkosten nicht leisten.

Frage 20 Wurden Sie bei dem Ausfüllen dieses Fragebogens unterstützt?

- nein  ja wenn ja, wie?

**Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Unterstützung!**

**Bitte senden Sie diesen ausgefüllten Fragebogen an folgende Adresse:**

**Deutsches Institut für Sozialwirtschaft, Steindamm 91, 20099 Hamburg.**

Um die Anonymität zu gewährleisten, geben Sie bitte nicht Ihre Absenderadresse an.



**Auf dieser Seite sind die Überschriften zur Frage 8 erklärt.**

**Sie können diese Seite vom Fragebogen abtrennen.**

---

<b>Information</b>	bedeutet, dass Sie einzelne Sachinformationen zu diesem Thema erhalten.
<b>Vermittlung</b>	bedeutet, dass Sie Adressen oder Informationen zu professionellen Angeboten erhalten, die zu Ihrem Thema passen.
<b>Vernetzung</b>	bedeutet, dass Sie mit Personen, Gruppen oder Institutionen in Kontakt kommen, die sich mit diesem Thema beschäftigen oder von dem Thema ebenfalls betroffen sind.
<b>Beratung</b>	bedeutet, dass Sie in einem oder mehreren Gesprächen mit Fachleuten erarbeiten, wie Sie Ihre Probleme lösen oder Wünsche verwirklichen können.
<b>Begleitung</b>	bedeutet, dass Sie das Thema in Anwesenheit der begleitenden Person bearbeiten. Diese Begleitung kann z.B. mit zur Behörde kommen, damit Sie den Behördenmitarbeiter_innen nicht alleine begegnen.
<b>Assistenz</b>	bedeutet, dass Sie bei einer Handlung, die Sie noch zum Teil ausführen können, Hilfestellung bekommen.
<b>Ersatzhandlung</b>	bedeutet, dass jemand eine Handlung stellvertretend für Sie ausübt, die Sie nicht mehr ausüben können.

---