

Online-Befragung zur Tages-/Nachtpflege in Berlin

wir pflegen Berlin e.V.

Warum diese Befragung?

Alle Zuhause versorgten Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 können eine Tages-/Nachtpflege in Anspruch nehmen. Allerdings nutzen nach Einschätzung der zuständigen Ministerien **nur ca. 3 % der Pflegebedürftigen** in Berlin bzw. bundesweit diese Art der Unterstützung

Woran liegt das und wie hoch ist der tatsächliche Bedarf? Wer nimmt sie in Anspruch? Für wen ist sie besonders wichtig? Was behindert die Inanspruchnahme? Was wird benötigt, um das Angebot passender und attraktiver zu machen? Das sind Fragen, denen wir, der gemeinnützige Verein „**wir pflegen Berlin e.V.**“, mit dieser Befragung auf den Grund gehen wollen.

Aktuell wird viel über die **Neuausrichtung der Pflegeversicherung** gesprochen. „wir pflegen Berlin e.V.“ ist bewusst: Die **Sicherstellung der pflegerischen Versorgung** wird **eine der größten Herausforderungen der nächsten Jahre** sein. **Tages-/ Nachtpflegen können dafür ein wichtiger Baustein sein. Und mit ihrer Beteiligung an der Befragung leisten Sie einen Beitrag dazu.**

Die Inanspruchnahme der Tages-/Nachtpflege kann den An- und Zugehörigen mehr Freiraum geben, um Kraft zu schöpfen oder um Beruf und Pflege besser miteinander zu vereinbaren oder auch um eigene soziale Kontakte zu pflegen. Gleichzeitig kann sie für Pflegebedürftige eine große Hilfe sein, um weiterhin in der häuslichen Umgebung zu verbleiben sowie Gemeinschaft zu erleben und so der Gefahr von Isolation und Vereinsamung entgegenzuwirken.

Antworten auf die zuvor gestellten Fragen können nur die Menschen geben, die auf diese Unterstützung angewiesen sind: **Pflegebedürftige und/oder pflegende An- und Zugehörige.**

Mit Ihrer Beteiligung an der Umfrage bringen Sie **Ihre Erfahrungen** und **Ihre Wünsche** in die **Weiterentwicklung des Angebots** in Berlin ein und tragen dazu bei, es bedarfsgerechter zu gestalten.

Wir werden die Ergebnisse der Befragung auswerten, anonymisiert veröffentlichen und uns als Verein bei allen beteiligten Akteuren für ein **bedarfsgerechtes** Angebot an Tages-/Nachtpflege einsetzen, insbesondere auch im Landespflegeausschuss des Landes Berlin. Dort ist der Landesverein wir pflegen Berlin e.V. Mitglied.

Je mehr mitmachen, umso aussagekräftiger die Ergebnisse!

Danke, dass Sie sich die Zeit nehmen und Ihre Perspektive teilen!

Hinweise zum Ausfüllen

- **Erhebungszeitraum:** 01.02.2026 – 01.05.2026
- **Bearbeitungsdauer:** ca. 15-20 Minuten
- **Wer füllt aus:** Pflegebedürftige selbst bzw. pflegende An- und Zugehörige oder beide zusammen
- **Datenschutz:** Alle Angaben sind **anonym**. Sie werden nach der Auswertung gelöscht..

- **Bei Fragen:** umfragen@wir-pflegen.berlin
- **Zur weiteren Information über den Landesverein:** www.wir-pflegen.berlin

A. Navigation

Nutzt der/die Pflegebedürftige aktuell ein Tages-/Nachtpflege-Angebot?

Nein, aktuell nicht	☐	Bitte B, D, E, F , G ausfüllen
Ja	☐	Bitte ab C beginnen

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Pflegebedürftige(r) selbst	Pflegende An- und Zugehörige	Beide zusammen
☐	☐	☐

B. Nein: Sie nutzen aktuell keine Tages-/Nachtpflege

B1. Wie wird derzeit die Pflege sichergestellt?

Bitte für alle genutzten Unterstützungsformen die ungefähre Stundenzahl pro Woche angeben

Unterstützungsform	0-10	11-20	21-40	41-60	61-80	Über 80
Pflegende An-/Zugehörige	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24-Stunden-Betreuungskraft (Live-In)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ambulanter Pflegedienst mit Häuslicher Krankenpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ambulanter Pflegedienst mit Grundpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ambulanter Pflegedienst mit hauswirtschaftlichen Diensten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kurzzeitpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nachbarschaftshilfe / Ehrenamt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Haushaltshilfe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Unterstützung: _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

B2. Welche Leistungsansprüche der Pflegeversicherung kennen / nutzen Sie?

Leistungsansprüche	nicht bekannt	wird aktuell genutzt	Nutzung ist geplant	wird nicht genutzt	Keine Angabe
Pflegegeld	☐	☐	☐	☐	☐
Häusliche Pflegesachleistung	☐	☐	☐	☐	☐
Kombinationsleistung	☐	☐	☐	☐	☐
Tages-/Nachtpflege	☐	☐	☐	☐	☐
Kurzzeitpflege	☐	☐	☐	☐	☐

Leistungsansprüche	nicht bekannt	wird aktuell genutzt	Nutzung ist geplant	wird nicht genutzt	Keine Angabe
Verhinderungspflege	☐	☐	☐	☐	☐
Gemeinsamer Jahresbetrag	☐	☐	☐	☐	☐
Entlastungsbetrag	☐	☐	☐	☐	☐
Umwandlungsanspruch	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegeberatung	☐	☐	☐	☐	☐
Beratungseinsätze gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegekurse	☐	☐	☐	☐	☐
Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds	☐	☐	☐	☐	☐
Beiträge zur Rentenversicherung für die häusliche(n) Pflegeperson(en)	☐	☐	☐	☐	☐
Wohngruppenzuschlag	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegeverbrauchshilfsmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Technische (auch digitale) (Pflege-)Hilfsmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐

B3. In welchem Bezirk sollte die Tages-/Nachtpflege liegen?

Bitte Bezirk angeben

Charlottenburg-Wilmersdorf	☐	Pankow	☐
Friedrichshain-Kreuzberg	☐	Reinickendorf	☐
Lichtenberg	☐	Spandau	☐
Marzahn-Hellersdorf	☐	Steglitz-Zehlendorf	☐
Mitte	☐	Tempelhof-Schöneberg	☐
Neukölln	☐	Treptow-Köpenick	☐

B4. Warum wird keine Tages-/Nachtpflege genutzt?

Grund	trifft voll zu	trifft zu	trifft weniger zu	trifft nicht zu	Keine Angabe
Aktuell kein Bedarf	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegebedürftige/r lehnt das Angebot ab	☐	☐	☐	☐	☐
Angebot war nicht bekannt	☐	☐	☐	☐	☐
Vorteile wurden nicht ausreichend vermittelt	☐	☐	☐	☐	☐
Unterstützung bei der Suche fehlte	☐	☐	☐	☐	☐

Grund	trifft voll zu	trifft zu	trifft weniger zu	trifft nicht zu	Keine Angabe
Mobilitätsbarrieren in der Wohnung	☐	☐	☐	☐	☐
Mobilitätsbarrieren im Haus/beim Zugang zum Haus (kein Aufzug etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Keine Tages-/Nachtpflege in erreichbarer Nähe	☐	☐	☐	☐	☐
Angefragte Tages-/Nachtpflegen hatten keine Plätze	☐	☐	☐	☐	☐
Konzeption bzw. Nutzerkreis passte nicht zum Bedarf des Pflegebedürftigen	☐	☐	☐	☐	☐
Personal nicht ausreichend qualifiziert für die Belange des Pflegebedürftigen	☐	☐	☐	☐	☐
Betreuungsbedarf war der Einrichtung zu hoch (z.B. bei fortgeschrittener Demenz)	☐	☐	☐	☐	☐
Körperpflegebedarf war der Einrichtung zu hoch (z.B. bei Intensivpflege, Bettlägerigkeit)	☐	☐	☐	☐	☐
Fahrdienst stand nicht zur Verfügung	☐	☐	☐	☐	☐
Bräuchte Angebot an Tagen/Zeiten, die nicht angeboten werden	☐	☐	☐	☐	☐
Zuzahlungen (ca. 20 € pro Tag zurzeit) sind zu hoch	☐	☐	☐	☐	☐
Brauche mehr Betreuungszeit als mit dem Leistungsanspruch der Pflegeversicherung finanzierbar ist	☐	☐	☐	☐	☐
Will nicht zusätzlich eigene Mittel für die Pflege einsetzen	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiger Grund: _____	☐	☐	☐	☐	☐

B5. Warum würden Sie gerne eine Tages-/Nachtpflege nutzen?

Grund	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	nicht wichtig	Keine Angabe
Selbstständige Lebensführung zuhause erhalten	☐	☐	☐	☐	☐
Fähigkeiten fördern (Gedächtnis, Bewegung etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Soziale Kontakte / Teilhabe ermöglichen	☐	☐	☐	☐	☐
Vollstationäre Versorgung vermeiden	☐	☐	☐	☐	☐
Isolation und Vereinsamung entgegenwirken	☐	☐	☐	☐	☐
Vereinbarkeit von Pflege und Beruf befördern	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegende An- und Zugehörige erhalten mehr Zeit für Erholung und für sich selbst	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegende An- und Zugehörige werden bei der Pflege entlastet	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegende An- und Zugehörige erhalten mehr Zeit für (ggf. schulpflichtige) Geschwisterkinder	☐	☐	☐	☐	☐

Grund	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	nicht wichtig	Keine Angabe
Sonstiger Grund: _____	☐	☐	☐	☐	☐

B6. In welchem Umfang würden Sie gegebenenfalls die Tages-/Nachtpflege nutzen?

Wochentag	Vormittags	Nachmittags	Ganzer Tag	Nachts	Variiert	Keine Angabe
Montag	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dienstag	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mittwoch	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Donnerstag	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Freitag	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Samstag	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonntag	☐	☐	☐	☐	☐	☐

B7. Wäre es für Ihre mögliche Nutzung der Tages-/Nachtpflege wichtig, dass es einen Versorgungsschwerpunkt gibt?

ja	nein	Keine Angabe
☐	☐	☐

B8. Welcher Versorgungsschwerpunkt wäre für Sie wichtig?

Schwerpunkt	Ist sehr wichtig	Ist wichtig	Ist weniger wichtig	Ist nicht wichtig	Keine Angabe
Menschen mit Demenz	☐	☐	☐	☐	☐
Menschen mit einer psychischen Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegebedürftige unter 60 mit körperlichen Beeinträchtigungen	☐	☐	☐	☐	☐
Chronisch kranke bzw. behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	☐	☐	☐	☐	☐
Kein Schwerpunkt	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiger Schwerpunkt: _____	☐	☐	☐	☐	☐

B9. Was wäre für Ihre Entscheidung sonst noch wichtig?

Grund	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	nicht wichtig	Keine Angabe
Gleiche Erkrankung bei allen Gästen der Tagespflege	☐	☐	☐	☐	☐
Abdeckung eines (ggf. auch höheren) Pflege- und Betreuungsbedarfs ist möglich	☐	☐	☐	☐	☐
Nähe zum Wohnort	☐	☐	☐	☐	☐

Grund	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	nicht wichtig	Keine Angabe
Öffnungszeiten entsprechen den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen	☐	☐	☐	☐	☐
Öffnungszeiten entsprechen den Bedürfnissen der (berufstätigen) pflegenden An- und Zugehörigen	☐	☐	☐	☐	☐
Fahrdienst (Hol-/Bringezeit; Fahrzeug) entspricht den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen	☐	☐	☐	☐	☐
Fahrdienst (Hol-/Bringezeit; Fahrzeug) entspricht den Bedürfnissen der (berufstätigen) pflegenden An- und Zugehörigen	☐	☐	☐	☐	☐
Individuelle Förderung von Fähigkeiten des Pflegebedürftigen (Gedächtnis, Bewegung etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Aktivitäten in bzw. außerhalb der Tages-/Nachtpflege	☐	☐	☐	☐	☐
Verlässlicher Ansprechpartner	☐	☐	☐	☐	☐
Offenes Ohr für Anregungen, Probleme und Beschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
Höherer Leistungsanspruch aus der Pflegeversicherung	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiger Grund: _____	☐	☐	☐	☐	☐

Sie nutzen bisher keine Tagespflege: Bitte weiter mit D

C. Sie nutzen aktuell eine Tages-/Nachtpflege

Abschnitt bitte nur ausfüllen, wenn aktuell eine Tagespflege genutzt wird

C1. Welche Leistungsansprüche der Pflegeversicherung kennen / nutzen Sie neben der Tages-/Nachtpflege?

Leistungsansprüche	nicht bekannt	wird aktuell genutzt	Nutzung ist geplant	wird nicht genutzt	Keine Angabe
Pflegegeld	☐	☐	☐	☐	☐
Häusliche Pflegesachleistung	☐	☐	☐	☐	☐
Kombinationsleistung	☐	☐	☐	☐	☐
Kurzzeitpflege	☐	☐	☐	☐	☐
Verhinderungspflege	☐	☐	☐	☐	☐
Gemeinsamer Jahresbetrag	☐	☐	☐	☐	☐
Entlastungsbetrag	☐	☐	☐	☐	☐
Umwandlungsanspruch	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegeberatung	☐	☐	☐	☐	☐
Beratungseinsätze gemäß § 37 Abs. 3 SGB	☐	☐	☐	☐	☐

Leistungsansprüche	nicht bekannt	wird aktuell genutzt	Nutzung ist geplant	wird nicht genutzt	Keine Angabe
XI					
Pflegekurse	☐	☐	☐	☐	☐
Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds	☐	☐	☐	☐	☐
Beiträge zur Rentenversicherung für die häusliche(n) Pflegeperson(en)	☐	☐	☐	☐	☐
Wohngruppenzuschlag	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegeverbrauchshilfsmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Technische (auch digitale) (Pflege-)Hilfsmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐

C2. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Tages-/Nachtpflege?

sehr zufrieden	zufrieden	teils/teils	unzufrieden	sehr unzufrieden
☐	☐	☐	☐	☐

C3. In welchem Bezirk befindet sich die Tages-/Nachtpflege?

Bitte Bezirk angeben

Charlottenburg-Wilmersdorf	☐	Pankow	☐
Friedrichshain-Kreuzberg	☐	Reinickendorf	☐
Lichtenberg	☐	Spandau	☐
Marzahn-Hellersdorf	☐	Steglitz-Zehlendorf	☐
Mitte	☐	Tempelhof-Schöneberg	☐
Neukölln	☐	Treptow-Köpenick	☐

C4. In welcher Trägerschaft befindet sich die Tages-/Nachtpflege?

freigemeinnützig	privat	kommunal	weiß nicht / nicht bekannt
☐	☐	☐	☐

C5. Wieviele Pflegebedürftige werden in der Tages-/Nachtpflege betreut?

Unter 10	11-19	über 20	weiß nicht / nicht bekannt
☐	☐	☐	☐

C6. Versorgt die Tages-/Nachtpflege schwerpunktmäßig einen bestimmten Personenkreis?

ja	nein	Keine Angabe
☐	☐	☐

C7. Wie wichtig ist dieser Versorgungsschwerpunkt für Sie?

Schwerpunkt	Ist sehr wichtig	Ist wichtig	Ist weniger wichtig	Ist nicht wichtig	Keine Angabe
Menschen mit Demenz	☐	☐	☐	☐	☐
Menschen mit einer psychischen Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegebedürftige unter 60 mit körperlichen Beeinträchtigungen	☐	☐	☐	☐	☐
Chronisch kranke bzw. behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	☐	☐	☐	☐	☐
Kein Schwerpunkt	☐	☐	☐	☐	☐
Nicht bekannt	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiger Schwerpunkt: _____	☐	☐	☐	☐	☐

C8. Wie haben Sie die Tages-/Nachtpflege gefunden?*Mehrfachnennung möglich*

Empfehlung von Bekannten/Familie	☐
Pflegestützpunkt / Pflegeberatung / Compass	☐
Pflegekasse	☐
Pflegedienst	☐
Krankenhaus-Sozialdienst	☐
Hausarzt/Hausärztin	☐
Internet-Recherche	☐
Sonstiges: _____	☐

C9. Wie lange hat die Suche nach einem Platz gedauert?

Unter 2 Wochen	2-4 Wochen	1-3 Monate	4-6 Monate	Über 6 Monate	Weiß nicht mehr
☐	☐	☐	☐	☐	☐

C10. Wie weit ist die Tagespflege von der Wohnung des Pflegebedürftigen entfernt?

Unter 2 km	2-5 km	6-10 km	11-15 km	Über 15 km
☐	☐	☐	☐	☐

C11. Aus welchem Grund nutzen Sie welche Art des Transports?

Art des Transports	Steht zur Verfügung	notgedrungen	Weiterer Grund
Eigener Fahrdienst der Tages-/Nachtpflege	☐	☐	☐
Externer Fahrdienst	☐	☐	☐
Angehörige bringen/holen	☐	☐	☐
Taxi / Fahrdienst (privat organisiert)	☐	☐	☐
Öffentliche Verkehrsmittel	☐	☐	☐
Kombination aus mehreren Möglichkeiten	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐

Weiterer Grund: _____

C12. Aus welchem Grund nutzen Sie die Tages- /Nachtpflege?

Grund	Ist sehr wichtig	Ist wichtig	Ist weniger wichtig	Ist nicht wichtig	Keine Angabe
Selbstständige Lebensführung zuhause erhalten	☐	☐	☐	☐	☐
Fähigkeiten fördern (Gedächtnis, Bewegung etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Soziale Kontakte / Teilhabe ermöglichen	☐	☐	☐	☐	☐
Isolation und Vereinsamung entgegenwirken	☐	☐	☐	☐	☐
Vollstationäre Versorgung vermeiden	☐	☐	☐	☐	☐
Übergang ins Pflegeheim vorbereiten	☐	☐	☐	☐	☐
Vereinbarkeit von Pflege und Beruf befördern	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegende An- und Zugehörige bei der Pflege entlasten	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegenden An- und Zugehörigen Zeit für Erholung und für sich selbst ermöglichen	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegenden An- und Zugehörigen Zeit für (ggf. schulpflichtige) Geschwisterkinder ermöglichen	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiger Grund: _____	☐	☐	☐	☐	☐

C13. Wie oft wird die Tages-/Nachtpflege aktuell genutzt?

Wochentag	Vormittags	Nachmittags	Ganzer Tag	Nachts	Variiert
Montag	☐	☐	☐	☐	☐
Dienstag	☐	☐	☐	☐	☐
Mittwoch	☐	☐	☐	☐	☐

Wochentag	Vormittags	Nachmittags	Ganzer Tag	Nachts	Variiert
Donnerstag	☐	☐	☐	☐	☐
Freitag	☐	☐	☐	☐	☐
Samstag	☐	☐	☐	☐	☐
Sonntag	☐	☐	☐	☐	☐

C14. Würden Sie die Tages-/ Nachtpflege gerne häufiger nutzen? Wenn ja, wann?

Anzahl Tage	1	2	3	4	5
Weitere Vormittage	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere Nachmittage	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere ganze Tage	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere Nächte	☐	☐	☐	☐	☐
Samstags	☐				
Sonntags	☐				

C15. Was hindert Sie daran, die Tages-/Nachtpflege stärker zu nutzen?

Hindernis	trifft voll zu	trifft zu	trifft weniger zu	trifft nicht zu	Keine Angabe
Pflegebedürftige/r möchte nicht häufiger	☐	☐	☐	☐	☐
Tages-/Nachtpflege hat keine freien Plätze	☐	☐	☐	☐	☐
Fahrdienst steht nicht häufiger zur Verfügung	☐	☐	☐	☐	☐
Hol-/Bringezeit des Fahrdienstes entspricht nicht den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen	☐	☐	☐	☐	☐
Hol-/Bringezeit des Fahrdienstes ist nicht mit den Arbeitszeiten der pflegenden An- und Zugehörigen vereinbar	☐	☐	☐	☐	☐
Fahrweg ist zu lang/zu beschwerlich	☐	☐	☐	☐	☐
Fahrzeug des Fahrdienstes entspricht den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen	☐	☐	☐	☐	☐
Angebot steht zu zusätzlich benötigten Zeiten (tagsüber, Wochenende, nachts) nicht zur Verfügung	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegebedarf ist der Einrichtung zu hoch	☐	☐	☐	☐	☐
Betreuungsbedarf ist der Einrichtung zu hoch (z.B. Verhaltensauffälligkeit)	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegebedürftiger passt nicht zu anderen Gästen	☐	☐	☐	☐	☐
Leistungsanspruch der Pflegeversicherung	☐	☐	☐	☐	☐

Hindernis	trifft voll zu	trifft zu	trifft weniger zu	trifft nicht zu	Keine Angabe
reicht nicht für mehr					
Zuzahlungen sind zu hoch	☐	☐	☐	☐	☐
Zusätzlich benötigte eigene Mittel stehen nicht zur Verfügung	☐	☐	☐	☐	☐
Möchte eigene Mittel nicht zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflege einsetzen	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐

C16. Welche Vorschläge haben Sie zur Verbesserung der Arbeit der Tages-/Nachtpflege?

Vorschläge	trifft voll zu	trifft zu	trifft weniger zu	trifft nicht zu	keine
Personalausstattung verbessern	☐	☐	☐	☐	☐
Ausrichtung auf bestimmten Personenkreis vornehmen	☐	☐	☐	☐	☐
Auf Anregungen, Probleme und Beschwerden stärker eingehen	☐	☐	☐	☐	☐
Anpassung der Nutzungszeiten an individuellen Bedarf	☐	☐	☐	☐	☐
Abdeckung auch eines ggf. höheren Pflegebedarfs vorsehen	☐	☐	☐	☐	☐
Abdeckung auch eines ggf. höheren Betreuungsbedarfs vorsehen	☐	☐	☐	☐	☐
Mehr individuelle Förderung ermöglichen	☐	☐	☐	☐	☐
Mehr Aktivitäten in bzw. außerhalb der Tages-/Nachtpflege vorsehen	☐	☐	☐	☐	☐
Technische (auch digitale) Ausstattung der Einrichtung mit (Pflege-)Hilfsmitteln verbessern	☐	☐	☐	☐	☐
Verpflegung verbessern	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiger Vorschlag: _____	☐	☐	☐	☐	☐

C17. Wie wird neben der Tages-/Nachtpflege die Pflege sichergestellt?

Bitte für alle genutzten Unterstützungsformen die ungefähre Stundenzahl pro Woche angeben

Unterstützungsform	0-10	11-20	21-40	41-60	Über 60
Pflegende An-/Zugehörige	☐	☐	☐	☐	☐
24-Stunden-Betreuungskraft (Live-In)	☐	☐	☐	☐	☐
Ambulanter Pflegedienst mit Häuslicher Krankenpflege	☐	☐	☐	☐	☐
Ambulanter Pflegedienst mit Grundpflege	☐	☐	☐	☐	☐

Unterstützungsform	0-10	11-20	21-40	41-60	Über 60
Ambulanter Pflegedienst mit hauswirtschaftlichen Diensten	☐	☐	☐	☐	☐
Kurzzeitpflege	☐	☐	☐	☐	☐
Nachbarschaftshilfe / Ehrenamt	☐	☐	☐	☐	☐
Haushaltshilfe	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Unterstützung: _____	☐	☐	☐	☐	☐

D. Information, Beratung und Unterstützung zum Thema Tages-/Nachtpflege

D1. Wer hat Sie bisher informiert/beraten/unterstützt?

Quelle	Trifft zu	keine Angabe
Habe bisher keine Beratung/Informationen gesucht	☐	☐
Andere pflegende An- und Zugehörige	☐	☐
Eigene Recherche (Internet, KI)	☐	☐
Medizinischer Dienst (bei Pflegebegutachtung)	☐	☐
Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI	☐	☐
Pflegestützpunkt / Pflegeberatung / Compass	☐	☐
Pflegedienst	☐	☐
Kontaktstelle PflegeEngagement	☐	☐
Selbsthilfeorganisation (z.B. Alzheimergesellschaft, Parkinsongesellschaft)	☐	☐
Andere Beratungsstelle (z.B. KOBRA, Fachstelle pflegende Angehörige, Pflege in Not)	☐	☐
Pflegekasse	☐	☐
Bezirksamt (Hilfe zur Pflege)	☐	☐
Krankenhaus-Sozialdienst	☐	☐
Hausarzt/Hausärztin	☐	☐
Andere Stelle: _____	☐	☐

D2. Wie gut hat Ihnen dies geholfen?

Quelle	Hat sehr gut geholfen	Hat gut geholfen	teils/teils	Hat wenig geholfen	Hat gar nicht geholfen	Keine Angabe
Habe bisher keine						

Quelle	Hat sehr gut geholfen	Hat gut geholfen	teils/teils	Hat wenig geholfen	Hat gar nicht geholfen	Keine Angabe
Beratung/Informationen gesucht						
Andere pflegende An- und Zugehörige	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eigene Recherche (Internet, KI)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medizinischer Dienst (bei Pflegebegutachtung)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegestützpunkt / Pflegeberatung / Compass	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegedienst	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kontaktstelle PflegeEngagement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfeorganisation (z.B. Alzheimergesellschaft, Parkinsongesellschaft)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Beratungsstelle (z.B. KOBRA, Fachstelle pflegende Angehörige, Pflege in Not)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegekasse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bezirksamt (Hilfe zur Pflege)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Krankenhaus-Sozialdienst	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hausarzt/Hausärztin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Stelle: _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

D3. Welche Art von Unterstützung wünschen Sie sich mehr?

Art der Unterstützung	Trifft zu	Keine Angabe
Information zum Leistungsspektrum einer Tagespflege	☐	☐
Hilfe bei der Auswahl eines passenden Angebots	☐	☐
Detaillierte Information über Angebote in meiner Nähe	☐	☐
Platzbörse	☐	☐
Empfehlungen zur Qualität von Angeboten	☐	☐
Information über Kosten und Eigenanteile	☐	☐
Information über weitere Entlastungsmöglichkeiten	☐	☐
Psychosoziale Unterstützung bei der Bewältigung der Pflegesituation	☐	☐
Übernahme Koordinierung und Vermittlung	☐	☐
Unterstützung beim Geltend machen von Leistungsansprüchen	☐	☐
Unterstützung bei Problemen mit Anbietern	☐	☐
Information über Kostenübernahme im Rahmen der Hilfe zur Pflege	☐	☐

Art der Unterstützung	Trifft zu	Keine Angabe
Andere Unterstützung: _____	☐	☐

D4. Wie wichtig wäre diese Art der Unterstützung für Sie?

Art der Unterstützung	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	nicht wichtig	Keine Angabe
Information zum Leistungsspektrum einer Tagespflege	☐	☐	☐	☐	☐
Hilfe bei der Auswahl eines passenden Angebots	☐	☐	☐	☐	☐
Detaillierte Information über Angebote in meiner Nähe	☐	☐	☐	☐	☐
Platzbörse	☐	☐	☐	☐	☐
Empfehlungen zur Qualität von Angeboten	☐	☐	☐	☐	☐
Information über Kosten und Eigenanteile	☐	☐	☐	☐	☐
Information über weitere Entlastungsmöglichkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
Psychosoziale Unterstützung bei der Bewältigung der Pflegesituation	☐	☐	☐	☐	☐
Übernahme Koordinierung und Vermittlung	☐	☐	☐	☐	☐
Unterstützung beim Geltend machen von Leistungsansprüchen	☐	☐	☐	☐	☐
Unterstützung bei Problemen mit Anbietern	☐	☐	☐	☐	☐
Information über Kostenübernahme im Rahmen der Hilfe zur Pflege	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Unterstützung: _____	☐	☐	☐	☐	☐

E. Angaben zum Pflegebedürftigen**E1. Alter**

Unter 18	19-29	30-45	46-65	66-75	76-85	Über 85
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E2. Geschlecht

männlich	weiblich	divers
☐	☐	☐

E3. Familienstand

ledig	verheiratet / Partnerschaft	geschieden	verwitwet
☐	☐	☐	☐

E4. Pflegeversicherung

gesetzlich	privat	nicht versichert
☐	☐	☐

E5. Gehört der Pflegebedürftige einem der folgenden Personenkreise an?

LSBTI*	Migrationshintergrund	Sonstiges
☐	☐	☐

E 6. Verfügt der Pflegebedürftige über einen Schwerbehindertenausweis?

ja	nein	Keine Angabe
☐	☐	☐

E 7. Welcher Grad der Behinderung liegt vor?

20	30/40	50	60	70	80	90	100	Keine Angabe
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E 8. Welches Merkzeichen liegt vor?

aG	B	Bl	G	Gl	H	RF	TBl	VB/EB	Keine Angabe
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E9. Wohnort*Bitte Bezirk angeben*

Charlottenburg-Wilmersdorf	☐	Pankow	☐
Friedrichshain-Kreuzberg	☐	Reinickendorf	☐
Lichtenberg	☐	Spandau	☐
Marzahn-Hellersdorf	☐	Steglitz-Zehlendorf	☐
Mitte	☐	Tempelhof-Schöneberg	☐
Neukölln	☐	Treptow-Köpenick	☐

E10. Wohnform

Alleinlebend im eigenen Haushalt	☐
Mit Partner/in im eigenen Haushalt	☐
Mit anderen Familienangehörigen im eigenen Haushalt	☐
Ambulant betreute (Pflege) Wohngemeinschaft	☐

Betreutes Wohnen / Service-Wohnen	☐
Sonstiges: _____	☐

E11. Pflegegrad

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

E12. Seit wie vielen Jahren liegt der Pflegegrad schon vor?

Unter 1	1-2	3-5	6-10	11-15	16-20	Über 20
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E13. Welche Erkrankungen/Beeinträchtigungen liegen vor?*Mehrfachnennung möglich*

Demenz	☐
Parkinson	☐
Schlaganfall / neurologische Erkrankung	☐
Psychische Erkrankung (z.B. Depression, Schizophrenie)	☐
Herz-Kreislauf-Erkrankung	☐
Krebs	☐
Diabetes	☐
COPD / Lungenerkrankung	☐
Kognitive Beeinträchtigung / Mehrfachbehinderung	☐
Körperliche Beeinträchtigung / Mobilitätseinschränkung	☐
Seh-/ Hörbeeinträchtigung	☐
Altersschwäche ohne spezifische Diagnose	☐
Chronische Erkrankung bzw. Beeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen (Seltene Erkrankung)	☐
Sonstiges: _____	☐

F. Angaben zur Hauptpflegeperson / den Hauptpflegepersonen (pflegende An- und Zugehörige)**F1. Wie viele An-/Zugehörige sind an der Pflege beteiligt?**

1	2	3	4	5	Mehr als 5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

F2. Wie viele Stunden pflegt /pflegen die Hauptpflegeperson(en) durchschnittlich pro Woche?

(wenn mehrere Personen sich die Pflege teilen, bitte jeweils angeben)

Pflegeperson	0-10	11-20	21-40	41-60	61-80	über 80	Keine Angabe
1.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

F3. Seit wie vielen Jahren pflegt / pflegen die Hauptpflegeperson(en)?

Pflegeperson	Unter 1	1-2	3-5	6-10	11-15	16-20	Über 20	Keine Angabe
1.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

F4. Wie lange müssen Sie fahren, um persönlich Pflegeleistungen erbringen zu können?

Pflegeperson	0-15 Minuten	16-45 Minuten	46-90 Minuten	Über 90 Minuten	Persönlich aufgrund Entfernung nicht möglich	Keine Angabe
1.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

F5. In welchem Verhältnis steht / stehen die Hauptpflegeperson(en) zum Pflegebedürftigen?

Verhältnis zum Pflegebedürftigen	1. Pflegeperson	2. Pflegeperson	3. Pflegeperson
Ehe-/Lebenspartner/in	☐	☐	☐
Schulpflichtiges Kind (Tochter/Sohn)	☐	☐	☐
Studierendes Kind (Tochter/Sohn)	☐	☐	☐
Elternteil	☐	☐	☐
Schwiegerkind	☐	☐	☐
Geschwister	☐	☐	☐
Andere Verwandte (Enkel, Nichte, Nefte etc.)	☐	☐	☐
Freund/in, Nachbar/in, Bekannte/r	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐

F6. Wie hoch schätzt / schätzen die Hauptpflegeperson(en) ihre Belastung durch die Pflege ein?

Pflegeperson	sehr hoch	hoch	mittel	gering	sehr gering	Keine Angabe
--------------	-----------	------	--------	--------	-------------	--------------

1.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

F7. An welchem Punkt der Belastbarkeit sehen sie sich?

Pflegeperson	Belastungsgrenze noch nicht erreicht	Belastungsgrenze erreicht	Belastungsgrenze überschritten
1.	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐

F8. In welchem Umfang ist / sind die Hauptpflegeperson(en) berufstätig?

Pflegeperson	Vollzeit	Teilzeit (über 20h)	Teilzeit (unter 20h)	Minijob	Nicht berufstätig / Ruhestand	Keine Angabe
1.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

F9. Wie stark droht bei der / den Hauptpflegeperson(en) aufgrund der Pflegebelastung eine Einschränkung der Erwerbstätigkeit?

Pflegeperson		sehr stark	stark	kaum	gar nicht	Keine Angabe
1.	Reduzierung der Arbeitszeit	☐	☐	☐	☐	☐
	Komplette Aufgabe der Erwerbstätigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Reduzierung der Arbeitszeit	☐	☐	☐	☐	☐
	Komplette Aufgabe der Erwerbstätigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Reduzierung der Arbeitszeit	☐	☐	☐	☐	☐
	Komplette Aufgabe der Erwerbstätigkeit	☐	☐	☐	☐	☐

F10. Hat / haben die Hauptpflegeperson(en) zusätzlich Kinderbetreuungspflichten?

Pflegeperson	Ja	Nein	Keine Angabe
1.	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐

G. Abschluss

G1. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

G2. Wären Sie bereit, für ein vertiefendes Gespräch kontaktiert zu werden?

☐ Ja Bitte teilen Sie uns aus Datenschutzgründen ihre Bereitschaft mit einer gesonderten E-Mail mit an: umfragen@wir-pflegen.berlin	☐ Nein
--	-------------------------------

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Angaben helfen uns, die Versorgung mit Tages- und Nachtpflege in Berlin bedarfsgerechter zu gestalten.

wir pflegen Berlin e.V.

www.wir-pflegen.berlin