

Wohn- und Betreuungssituation von Personen mit Hilflosenentschädigung der IV

Eine Bestandsaufnahme im Kontext der Massnahmen der 4. IVG-Revision

Anhang:

Fragebogen für erwachsene HE-Bezüger/innen zu Hause (deutsch)

Fragebogen für erwachsene HE-Bezüger/innen im Heim (deutsch)

Fragebogen für minderjährige HE-Bezüger/innen zu Hause (deutsch)

Im Auftrag vom
Bundesamt für Sozialversicherungen

Matthias Gehrig, Jürg Guggisberg, Iris Graf

Bern, Februar 2013

Fragebogen für erwachsene HE-Bezüger/innen zu Hause

Teil A: Wohnsituation

Frage A.1: Ist es richtig, dass Sie nicht in einem Heim oder einer heimähnlichen Einrichtung wohnen (z.B. Wohnheim für Menschen mit Behinderung, betreute Wohngruppe, Altersheim, Klinik)?

- ₁ Das ist **richtig**, ich wohne/übernachte immer oder meistens in einer Privatwohnung.
- ₂ Das ist **falsch**, ich wohne/übernachte immer oder meistens in einem Heim. ➡ *Sie müssen einen anderen Fragebogen beantworten. Bitte nehmen Sie mit uns Kontakt auf, damit wir Ihnen den richtigen Fragebogen zustellen können.*

Frage A.2: Wohnen noch andere Personen in dieser Wohnung?

- ₁ **Nein**, ich wohne allein in dieser Privatwohnung. ➡ *Weiter mit Frage A.3*
- ₂ **Ja**, es wohnen noch andere Personen in dieser Privatwohnung, **und zwar folgende:**
(*Sie können mehrere Antworten ankreuzen.*)

- ₂₁ Partner/in ₂₂ Mein(e) Kind(er) ₂₃ Mutter/Vater
- ₂₄ Geschwister ₂₅ Andere Verwandte ₂₆ Gastfamilie/Pflegefamilie
- ₂₇ Kolleg/innen, Bekannte, Freund/innen
- ₂₈ Andere Person(en), **Art der Beziehung:** ✎

Frage A.3: Übernachten Sie aus Gründen Ihrer Behinderung manchmal auch in einem Heim oder in einer heimähnlichen Einrichtung (z.B. an bestimmten Wochentagen oder während bestimmter Phasen)?

- ₁ **Nein**, ich übernachte **nie** in einem Heim. ➡ *Weiter mit Frage A.7*
- ₂ **Ja**, ich übernachte manchmal in einem Heim oder in einer heimähnlichen Einrichtung.

Falls ja: Um was für Heime oder heimähnliche Einrichtungen handelt es sich?

- ₁ Wohnheim für Menschen mit Behinderung ₂ Betreute Wohngruppe
- ₃ Altersheim ₄ Spital / Klinik (nur behinderungsbedingte Aufenthalte)
- ₅ Andere heimähnliche Einrichtung, **Art der Einrichtung:**

✎

Frage A.4: Übernachten Sie regelmässig (mindestens eine Übernachtung pro Monat) in einem Heim oder in einer heimähnlichen Einrichtung? Falls ja: Wie oft?

Bitte nur ein Kästchen ankreuzen und die Anzahl Nächte eintragen.

- ₁ **Nein**
- ₂ **Ja**, jede Woche meistens ✎ **Nächte**
- ₃ **Ja**, jeden Monat meistens ✎ **Nächte**

Frage A.5: Wie viele Nächte verbringen Sie im Rahmen von nicht-regelmässigen Aufenthalten (z.B. Ferien, Entlastungsaufenthalte, Akutphasen) in einem Heim oder in einer heimähnlichen Einrichtung?

- ₁ **Keine**, es gibt bei mir keine nicht-regelmässigen Heimübernachtungen.
- ₂ jedes Jahr ungefähr ✎ **Nächte**

Frage A.6: Müssen Sie einem Heim, in dem Sie manchmal übernachten, für die Heimaufenthaltstage zusätzlich zur Heimtaxe einen Teil der Hilflosenentschädigung abgeben?

- ₁ **Nein** ₂ **Ja** ₃ **Weiss nicht**

Frage A.7: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen Wohnsituation?



₁



₂



₃



₄



₅

Frage A.8: Warum wohnen Sie nicht in einem Heim? Bitte geben Sie an, wie weit die nachfolgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Weiss nicht
Ich bin gesundheitlich nicht so stark eingeschränkt, darum stellt sich die Frage nach einem Leben im Heim nicht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Wenn ich nicht mit meinen Angehörigen zusammenwohnen könnte, würde ich wahrscheinlich in einem Heim leben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Solange ich ein Leben ausserhalb eines Heims finanzieren kann, werde ich nicht in einem Heim leben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ich ziehe das Leben ausserhalb eines Heims dem Heimleben vor.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ohne die Hilflosenentschädigung der IV könnte ich ein Leben ausserhalb des Heims nicht mehr finanzieren und müsste wohl in einem Heim leben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Aus anderen Gründen: ✎

.....

Frage A.9: Ist ein Leben im Heim für Sie im Moment ein Thema?

- ₁ **Nein**, ein Leben im Heim ist derzeit kein Thema. ➡ Weiter zu Frage A.11
- ₂ **Ja**, ich überlege ab und zu, ob ich in einem Heim leben soll.
- ₃ **Ja**, ich werde in naher Zukunft in einem Heim leben.
- ₄ Weiss nicht / Kann ich nicht sagen ➡ Weiter zu Frage A.11

Frage A.10: Warum ist ein Heimeintritt für Sie ein Thema?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Weiss nicht
Aus gesundheitlichen Gründen: z.B. weil sich Ihr Gesundheitszustand so verschlechtert hat, dass ein Leben ausserhalb des Heims kaum mehr möglich ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Aus familiären Gründen: z.B. weil Sie Ihre Angehörigen, die Sie derzeit pflegen und betreuen, entlasten möchten. Oder weil jemand Sie nicht mehr oder nicht mehr lange Zeit betreuen kann, der Sie bisher betreut hat (z.B. weil er oder sie krank geworden oder gestorben ist).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Aus finanziellen Gründen: z.B. weil Sie weniger finanzielle Sorgen hätten, wenn Sie im Heim wohnen würden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Aus persönlichen Gründen: z.B. weil Sie sich einsam fühlen oder das Leben zu Hause zu anstrengend ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Aus anderen Gründen: ✎

.....

Frage A.11: Haben Sie früher einmal während mindestens einem Jahr in einem Heim oder in einer heim-ähnlichen Einrichtung gewohnt?

- ₁ **Nein**, ich habe **nie** während **mindestens einem Jahr** in einem **Heim** gewohnt. ➡ Weiter mit Frage A.16
- ₂ **Ja**, unterdessen bin ich aber aus dem Heim ausgetreten.

Frage A.12: In welchem Jahr sind Sie aus dem Heim ausgetreten?

Im Jahr: ✎ (z.B. 1999)

Frage A.13: Warum sind Sie aus dem Heim ausgetreten?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Weiss nicht
(A) Aus gesundheitlichen Gründen , z.B.: Ich bin aus dem Heim ausgetreten, weil sich mein Gesundheitszustand so verbessert hat, dass ein Leben ausserhalb des Heims möglich wurde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(B) Aus familiären Gründen , z.B.: Ich bin aus dem Heim ausgetreten, weil sich die Situation in meiner Familie oder in meinem Bekanntenkreis so verändert hat, dass mich jemand betreuen konnte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(C) Aus finanziellen Gründen , z.B.: Ich bin aus dem Heim ausgetreten, weil sich die finanziellen Rahmenbedingungen so verändert haben, dass ein Leben ausserhalb des Heims für mich finanzierbar wurde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(D) Aus persönliche Gründen , z.B.: Ich bin aus dem Heim ausgetreten, weil ich mich im Heim nicht wohl und glücklich gefühlt habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(E) Aus anderen Gründen: ✎					

Frage A.14: Welcher der Gründe aus der Frage A.13 war der wichtigste?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- ₁ (A) ₂ (B) ₃ (C) ₄ (D) ₅ (E) ₆ Weiss nicht / Kann ich nicht sagen

Frage A.15: Treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Nach der Beantwortung der Frage bitte ➡ Weiter mit Frage B.1

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Trifft zu	Trifft nicht zu	Weiss nicht
Dass ich aus dem Heim ausgetreten bin, hatte nichts mit Geld bzw. meiner finanziellen Situation zu tun.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Die Finanzierung des Lebens ausserhalb des Heims war in Zusammenhang mit meinem Heimaustritt ein wichtiges Thema.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Ich bin auch deshalb aus dem Heim ausgetreten, weil im Jahr 2004 die Hilflosenentschädigung (HE) für Personen zuhause verdoppelt wurde. Dadurch wurde es mir möglich, ein Leben ausserhalb des Heims zu finanzieren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

➡ Weiter mit Frage B.1

Frage A.16: Haben Sie früher einmal ein Leben im Heim ernsthaft in Erwägung gezogen und sich dann gegen einen Heimeintritt entschieden?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- ₁ Ja ₂ Nein ₃ Weiss nicht
 ➡ Weiter mit Frage A.17 ➡ Weiter mit Frage B.1 ➡ Weiter mit Frage B.1

Frage A.17: Warum haben Sie sich damals gegen einen Heimeintritt entschieden? Bitte geben Sie an, wieweit die folgenden Aussagen zutreffen.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu	Weiss nicht
Finanzielle Überlegungen haben bei meinem Entscheid gegen ein Heimleben keine Rolle gespielt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Die Verdoppelung der Hilflosenentschädigung für Personen, die zu Hause wohnen (per Januar 2004), war mit ein Grund dafür , dass ich mich gegen ein Leben im Heim entschieden habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Die Leistungen der IV haben es mir ermöglicht, weiterhin zuhause zu wohnen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Aus anderen Gründen:

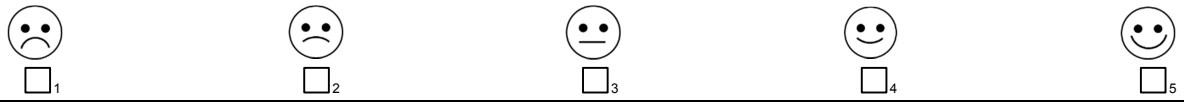
✎

Teil B: Beschäftigungssituation und Freizeitaktivitäten

Frage B.1: Bitte kreuzen Sie an, welchen Tätigkeiten/Beschäftigungen Sie regelmässig nachgehen. An wie vielen Wochentagen und während wie vielen Stunden pro Woche?

Ja	Beschäftigungsart	An wie vielen Wochentagen?	Wie viele Stunden pro Woche?
<input type="checkbox"/> ₀	Ich gehe keiner der untenstehenden Beschäftigungen nach		
<input type="checkbox"/> ₁	Beschäftigung in einer Tagesstätte für Menschen mit Behinderung (inkl. betreute Freizeittreffs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₃	Arbeit in geschützter Werkstatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₄	Teilnahme an einem Programm zur beruflichen Eingliederung (Eingliederungsstätte, Ausbildungsstätte, Arbeitstraining, Job Coaching ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₅	Erwerbstätigkeit an einem ungeschützten Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₆	Selbständige Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₇	Betreuung eigener Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₈	Ehrenamtliche / freiwillige regelmässige Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₉	Berufslehre / Berufsschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₁₀	Handelsschule, Gymnasium, Hochschule etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₁₁	Besuch einer Bildungsstätte für Behinderte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₁₂	Andere Beschäftigung, Art der Beschäftigung/Einrichtung: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.

Frage B.2: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Beschäftigungssituation?

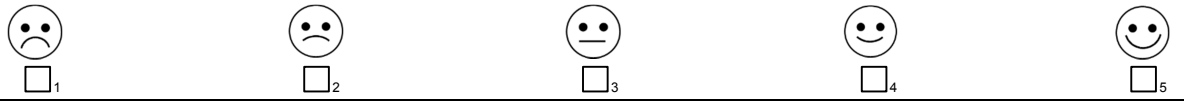


Frage B.3: Was machen Sie in Ihrer Freizeit und wie häufig?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile genau ein Kästchen an.

	Täglich	Mehrmals pro Woche	Etwa einmal pro Woche	Ein- oder einige Male pro Monat	Weniger als einmal pro Monat	Nie	Weiss nicht
Sich mit Freunden, Bekannten, Kollegen treffen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Lesen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Spazieren	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
In eine Bar, eine Beiz oder ein Restaurant gehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Basteln, Handarbeiten, Werken, Gartenarbeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Alleine oder mit anderen Sport treiben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Im Internet surfen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Kino, Disco, Dancing, Theater, Sportveranstaltung, Ausstellung, u.ä.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Musizieren, z.B. selber ein Instrument spielen, singen, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Kurse besuchen (z.B. Sprach-, Koch-, Handwerkerkurse)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Ausflüge/Reisen unternehmen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Frage B.4: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Freizeitaktivitäten?



Teil C: Kontakte zu Familie, Freunden und Bekannten

Frage C.1: Haben Sie im Moment einen Partner oder eine Partnerin?

₁ Ja, er/sie wohnt mit mir zusammen ₂ Ja, er/sie wohnt aber nicht mit mir zusammen ₂ Nein ₃ Möchte / kann ich nicht beantworten

Frage C.2: Haben Sie Kinder? Falls ja, wie viele?

₁ Nein ₂ Ja, Anzahl Kinder, die im gleichen Haushalt wohnen : ✎
 Anzahl Kinder, die nicht im gleichen Haushalt wohnen: ✎

Frage C.3: Zu wie vielen Personen aus den folgenden Kreisen haben Sie eine gute und enge Beziehung?

Bitte kreuzen Sie in <u>jeder</u> Zeile ein Kästchen an.	Anzahl Personen						Weiss nicht
	Keine	1	2	3-5	6-10	>10	
Gute und enge Beziehung zu Verwandten , die nicht im gleichen Haushalt wohnen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Gute und enge Freunde und Freundinnen , die nicht im gleichen Haushalt wohnen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Gute Beziehung zu Nachbarn	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Gute Beziehung Kolleg/innen von der Arbeit, Bekannte aus der Freizeit, aus der Politik, aus der Kirche oder aus anderen Lebensbereichen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆

Frage C.4: Wie oft treffen Sie sich mit den Personen, zu denen Sie eine gute und enge Beziehung haben?

Bitte kreuzen Sie in <u>jeder</u> Zeile ein Kästchen an.	Täglich	Mehrmals pro Woche	Etwa einmal pro Woche	Ein- oder einige Male pro Monat	Weniger als einmal pro Monat	Nie	Weiss nicht
Verwandte , die nicht im gleichen Haushalt wohnen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Freund/innen, Nachbarn, Kolleg/innen, Bekannte ohne Behinderung , die nicht im gleichen Haushalt wohnen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Freund/innen, Nachbarn, Kolleg/innen, Bekannte mit Behinderung , die nicht im gleichen Haushalt wohnen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Frage C.5: Wie oft brauchen Sie die folgenden Kommunikationsmittel?

Bitte kreuzen Sie in <u>jeder</u> Zeile ein Kästchen an.	Täglich	Mehrmals pro Woche	Etwa einmal pro Woche	Ein- oder einige Male pro Monat	Weniger als einmal pro Monat	Nie	Weiss nicht
Telefon	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
SMS/MMS	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
E-Mail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Chat oder Soziale Netzwerke (z.B. Facebook)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Frage C.6: Wie oft kommt es vor, dass Sie sich einsam fühlen?

₁ Sehr häufig ₂ Ziemlich häufig ₃ Manchmal ₄ Selten ₅ Nie ₆ Weiss nicht

Frage C.7: Wie oft ist es im letzten Monat vorgekommen, dass Sie aus finanziellen Gründen darauf verzichtet haben, sich mit jemandem aus Ihrem Bekanntenkreis zu treffen?

₁ nie ₂ einmal ₃ wenige Male ₄ oft ₅ ständig ₆ weiss nicht / keine Antwort

Frage C.8: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Kontakten zu Familie, Freunden und Bekannten?



Teil D: Behinderungsbedingte Hilfe in verschiedenen Bereichen



Sie erhalten von der Invalidenversicherung eine Hilflosenentschädigung, weil Sie in bestimmten **Lebensbereichen** auf **Hilfe von anderen Personen** angewiesen sind. Solche und ähnliche Hilfeleistungen nennen wir «behinderungsbedingte Hilfe». Wir unterscheiden zwischen sechs verschiedenen Hilfebereichen.

Frage D.1: Wie häufig sind Sie in den verschiedenen Bereichen auf behinderungsbedingte Hilfe von anderen Personen angewiesen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Täglich	Mehr- mals pro Woche	Etwa einmal pro Woche	Ein- oder einige Male pro Monat	Weniger als einmal pro Monat	Nie	Weiss nicht
<u>Alltägliche Lebensverrichtungen und Pflege</u> Hilfe beim An-/Ausziehen, Aufstehen, Absitzen, Abliegen, Essen, Körperpflege (z.B. Duschen), Verrichten der Notdurft etc.; Grundpflege und medizinische Behandlungspflege	<input type="checkbox"/> ₁₁	<input type="checkbox"/> ₁₂	<input type="checkbox"/> ₁₃	<input type="checkbox"/> ₁₄	<input type="checkbox"/> ₁₅	<input type="checkbox"/> ₁₆	<input type="checkbox"/> ₁₇
<u>Haushaltsführung</u> Hilfe beim Kochen, Putzen, Waschen, Einkaufen, Rechnungen bezahlen, Begleitung/Transport zu Arztbesuchen etc.	<input type="checkbox"/> ₂₁	<input type="checkbox"/> ₂₂	<input type="checkbox"/> ₂₃	<input type="checkbox"/> ₂₄	<input type="checkbox"/> ₂₅	<input type="checkbox"/> ₂₆	<input type="checkbox"/> ₂₇
<u>Freizeitgestaltung, Kontakte</u> Unterstützung bei Hobbys, Begleitung/Transport zu Anlässen, Treffen von Bekannten etc.	<input type="checkbox"/> ₃₁	<input type="checkbox"/> ₃₂	<input type="checkbox"/> ₃₃	<input type="checkbox"/> ₃₄	<input type="checkbox"/> ₃₅	<input type="checkbox"/> ₃₆	<input type="checkbox"/> ₃₇
<u>Arbeit und Bildung</u> Hilfe, damit Sie einer Arbeit und/oder einer Ausbildung nachgehen können (z.B. Begleitung/Transport zum Arbeitsplatz)	<input type="checkbox"/> ₄₁	<input type="checkbox"/> ₄₂	<input type="checkbox"/> ₄₃	<input type="checkbox"/> ₄₄	<input type="checkbox"/> ₄₅	<input type="checkbox"/> ₄₆	<input type="checkbox"/> ₄₇
<u>Präsenz und Überwachung tagsüber</u> z.B. Präsenz bei künstlicher Beatmung, bei Selbst- oder Fremdgefährdung, Nachschauen, ob alles in Ordnung ist	<input type="checkbox"/> ₅₁	<input type="checkbox"/> ₅₂	<input type="checkbox"/> ₅₃	<input type="checkbox"/> ₅₄	<input type="checkbox"/> ₅₅	<input type="checkbox"/> ₅₆	<input type="checkbox"/> ₅₇
<u>Präsenz und Überwachung nachts</u> z.B. Präsenz bei künstlicher Beatmung, Umlagern, Nachschauen, ob alles in Ordnung ist	<input type="checkbox"/> ₆₁	<input type="checkbox"/> ₆₂	<input type="checkbox"/> ₆₃	<input type="checkbox"/> ₆₄	<input type="checkbox"/> ₆₅	<input type="checkbox"/> ₆₆	<input type="checkbox"/> ₆₇

Frage D.2 Wer erbringt die behinderungsbedingte Hilfe, wenn Sie sich nicht in einem Heim oder einer betreuten Einrichtung aufhalten? Eher Personen, die hierfür nicht bezahlt sind (z.B. Verwandte) oder eher Personen, die dafür engagiert und bezahlt sind (z.B. Spitex oder angestellte Assistent/innen)?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- ₁ (Fast) ausschliesslich Personen, die dafür nicht bezahlt sind
- ₂ Zum grösseren Teil Personen, die dafür nicht bezahlt sind
- ₃ Etwa zu gleichen Teilen von bezahlten und nicht-bezahlten Personen
- ₄ Zum grösseren Teil Personen, die dafür engagiert und bezahlt sind
- ₅ (Fast) ausschliesslich Personen, die dafür engagiert und bezahlt sind
- ₆ Weiss nicht / Antwort nicht möglich

In den folgenden Fragen geht es darum, noch etwas genauere Angaben zur behinderungsbedingten Hilfe in den 6 Hilfbereichen zu erhalten. Bitte denken Sie dabei an die letzte für Sie typische Woche.

D3. Hilfe bei alltäglichen Lebensverrichtungen und Pflege

Hilfe beim Anziehen, Ausziehen, Aufstehen, Absitzen, Abliegen, Essen, Körperpflege, Verrichten der Notdurft, Fortbewegung in der Wohnung; **Grundpflege; medizinische Behandlungspflege**



Bitte berücksichtigen Sie bei Ihren Antworten **keine** behinderungsbedingte Hilfe, die Sie in **Heimen, Tages-/Werkstätten und anderen betreuten Einrichtungen** erhalten haben.

Frage D.3.1: Haben Sie in der letzten Woche behinderungsbedingte Hilfe für Ihre alltäglichen Lebensverrichtungen oder behinderungsbedingte Pflegeleistungen erhalten?

- ₁ **Nein** ➔ Weiter mit Frage D.3.4
- ₂ **Ja**, täglich ₃ **Ja**, aber nicht an allen Tagen

Frage D.3.2: Von wem haben Sie in der letzten Woche solche Hilfe/Pflege erhalten und wie viele Stunden?

Sie können die Anzahl Stunden entweder pro Tag (1. Spalte) oder für die gesamte Woche (2. Spalte) angeben. Beispiele: ¼ Std., 1¾ Std., 5 Std. etc.

	Pro Tag	Während der gesamten Woche
<input type="checkbox"/> ₁ Hilfe von Personen, die im gleichen Haushalt wie Sie wohnen: Std. Std.
<input type="checkbox"/> ₂ Gratis-Hilfe von Personen, die nicht im gleichen Haushalt wie Sie wohnen: Std. Std.
<input type="checkbox"/> ₃ Hilfe von Personen, die dafür bezahlt sind: Std. Std.
TOTAL Std. Std.

Frage D.3.3: Wie viel dieser Hilfe wurde von bezahlten, ausgebildeten Pflegefachpersonen erbracht (z.B. Spitex)?

Sie können die Anzahl Stunden entweder pro Tag oder für die gesamte Woche machen.

- ₁ ~~.....~~ Std. **pro Tag** ₂ ~~.....~~ Std. **während der gesamten Woche** ₃ Weiss nicht

Frage D.3.4: Wie oft ist es im letzten Monat vorgekommen, dass Sie für alltägliche Lebensverrichtungen oder Pflege behinderungsbedingte Hilfe benötigt, aber nicht in nützlicher Frist erhalten haben?

- ₁ nie ₂ einmal ₃ wenige Male ₄ oft ₅ ständig ₆ weiss nicht / keine Antwort

D4. Hilfe bei der Haushaltsführung



Hilfe beim Kochen, Putzen, Waschen, Einkaufen, Rechnungen bezahlen, Begleitung oder Transport zu Arztbesuchen, etc.

Frage D.4.1: Haben Sie in der letzten Woche behinderungsbedingte Hilfe bei der Haushaltsführung erhalten?

- ₁ **Nein** ➔ Weiter mit Frage D.4.3
- ₂ **Ja**, täglich ₃ **Ja**, aber nicht an allen Tagen

Frage D.4.2: Von wem haben Sie in der letzten Woche solche Hilfe erhalten und für wie viele Stunden?

Sie können die Anzahl Stunden entweder pro Tag (1. Spalte) oder für die gesamte Woche (2. Spalte) angeben. Beispiele: ¼ Std., 1¾ Std., 5 Std. etc.

	Pro Tag	Während der gesamten Woche
<input type="checkbox"/> ₁ Hilfe von Personen, die im gleichen Haushalt wie Sie wohnen: Std. Std.
<input type="checkbox"/> ₂ Gratis-Hilfe von Personen, die nicht im gleichen Haushalt wie Sie wohnen: Std. Std.
<input type="checkbox"/> ₃ Hilfe von Personen, die dafür bezahlt sind: Std. Std.
TOTAL Std. Std.

Frage D.4.3: Wie oft ist es im letzten Monat vorgekommen, dass Sie für die Haushaltsführung behinderungsbedingte Hilfe benötigt, aber nicht in nützlicher Frist erhalten haben?

- ₁ nie ₂ einmal ₃ wenige Male ₄ oft ₅ ständig ₆ weiss nicht / keine Antwort

D5. Unterstützung bei der Freizeitgestaltung

i Unterstützung bei Hobbys, Transport oder Begleitung zu Anlässen, Transport / Begleitung für Treffen von Bekannten etc.

Frage D.5.1: Haben Sie in der letzten Woche behinderungsbedingte Hilfe bei der Freizeitgestaltung erhalten?

- ₁ **Nein** ➔ Weiter mit Frage D.5.3
₂ **Ja**, täglich ₃ **Ja**, aber nicht an allen Tagen

Frage D.5.2: Von wem haben Sie in der letzten Woche solche Hilfe erhalten und für wie viele Stunden?

i *Als Beispiel:* Angenommen, Sie haben in der letzten Woche einen Fitness-Center besucht. Die Hin- und Rückreise dauerten je 15 Minuten und während 1½ Stunden waren Sie im Fitness-Center. Wenn Sie aufgrund Ihrer Behinderung nur auf den Transport hin und zurück angewiesen waren, geben Sie eine ½ Stunde an. Wenn Sie jedoch auch während dem Aufenthalt im Fitness-Center begleitet wurden, geben Sie bitte 2 Stunden an.

Sie können die Anzahl Stunden entweder pro Tag (1. Spalte) oder für die gesamte Woche (2. Spalte) angeben. Beispiele: ¼ Std., 1¾ Std., 5 Std. etc.

	Pro Tag	Während der gesamten Woche
<input type="checkbox"/> ₁ Hilfe von Personen, die im gleichen Haushalt wie Sie wohnen:	<input type="checkbox"/> Std.	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₂ Gratis-Hilfe von Personen, die nicht im gleichen Haushalt wie Sie wohnen:	<input type="checkbox"/> Std.	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₃ Hilfe von Personen, die dafür bezahlt sind:	<input type="checkbox"/> Std.	<input type="checkbox"/> Std.
TOTAL	<input type="checkbox"/> Std.	<input type="checkbox"/> Std.

Frage D.5.3: Wie oft ist es im letzten Monat vorgekommen, dass Sie in Zusammenhang mit Ihren Freizeitaktivitäten behinderungsbedingte Hilfe benötigt, aber nicht in nützlicher Frist erhalten haben?

- ₁ nie ₂ einmal ₃ wenige Male ₄ oft ₅ ständig ₆ weiss nicht / keine Antwort

D6. Hilfe in den Bereichen «Bildung», «Arbeit» und «Kinderbetreuung»

i Behinderungsbedingte Hilfe (inkl. Transport und Kommunikation), die Sie benötigen, wenn Sie erwerbstätig sind, Kinder erziehen/betreuen (Kleinkinderpflege, Hausaufgaben, Elterngespräche etc.), eine Aus- oder Weiterbildung absolvieren (inkl. Anleitung und Erlernen neuer Aufgabenfelder) oder einem gemeinnützigen Engagement nachgehen

Frage D.6.1: Haben Sie in der letzten Woche behinderungsbedingte Hilfe in den Bereichen «Bildung», «Arbeit» oder «Kinderbetreuung» erhalten?

- ₁ **Nein** ➔ Weiter mit Frage D.6.4
₂ **Ja**, täglich ₃ **Ja**, aber nicht an allen Tagen

Frage D.6.2: In welchen Bereichen haben Sie solche Hilfe erhalten?

- Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Bereiche an.
₁ Bildung ₂ Arbeit ₃ Kinderbetreuung

Frage D.6.3: Von wem haben Sie in der letzten Woche solche Hilfe erhalten und für wie viele Stunden?

Sie können die Anzahl Stunden entweder pro Tag (1. Spalte) oder für die gesamte Woche (2. Spalte) angeben. Beispiele: ¼ Std., 1¾ Std., 5 Std. etc.

	Pro Tag	Während der gesamten Woche
<input type="checkbox"/> ₁ Hilfe von Personen, die im gleichen Haushalt wie Sie wohnen:	<input type="checkbox"/> Std.	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₂ Gratis-Hilfe von Personen, die nicht im gleichen Haushalt wie Sie wohnen:	<input type="checkbox"/> Std.	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₃ Hilfe von Personen, die dafür bezahlt sind:	<input type="checkbox"/> Std.	<input type="checkbox"/> Std.
TOTAL	<input type="checkbox"/> Std.	<input type="checkbox"/> Std.

Frage D.6.4: Wie oft ist es im letzten Monat vorgekommen, dass Sie behinderungsbedingte Hilfe in den Bereichen «Bildung», «Arbeit» und/oder «Kinderbetreuung» benötigt, aber nicht in nützlicher Frist erhalten haben?

- ₁ nie ₂ einmal ₃ wenige Male ₄ oft ₅ ständig ₆ weiss nicht / keine Antwort

D7. Präsenz und Überwachung während dem Tag



Aktive Überwachung tagsüber (z.B. Präsenz bei künstlicher Beatmung, Präsenz bei Selbst- oder Fremdgefährdung, Begleitung von hyperaktivem Verhalten in akuten Phasen). Bei der Präsenz am Tag geht es in erster Linie darum, nachzuschauen, ob alles in Ordnung ist.

Frage D.7.1: Sind Sie tagsüber auf die Präsenz/Überwachung einer Person angewiesen, die regelmässig schaut, ob mit Ihnen alles in Ordnung ist oder Ihnen für Hilfe zur Verfügung steht, wenn es nötig ist?

- ₁ **Nein**, (fast) nie
 ₂ **Ja**, aber nur in gewissen Phasen
 ₃ **Ja**, (fast) täglich
 ₄ Weiss nicht
 ↻ Weiter zur Frage D.8.1
 ↻ Weiter mit Frage D.7.2
 ↻ Weiter mit Frage D.7.3
 ↻ Weiter mit Frage D.8.1

Frage D.7.2: An etwa wie vielen Tagen waren Sie in den letzten drei Monaten wegen einer Akutphase tagsüber auf die Präsenz/Überwachung einer Person angewiesen?

- ₁ An keinem Tag
 ₂ An ~~2~~ Tagen
 ₃ Weiss nicht

Frage D.7.3: Wie stark sind Sie während einem Tag, an dem Sie Präsenz/Überwachung benötigen, darauf angewiesen, dass jemand nach Ihnen schaut?

- ₁ Nur punktuell (d.h. nur im Bedarfsfall)
₂ Regelmässige Überwachung im Abstand von 2 oder mehr Stunden
₃ Regelmässige Überwachung im Abstand von weniger als 2 Stunden
₄ Intensive Überwachung während dem ganzen Tag
₅ Das ist sehr unterschiedlich bzw. hängt stark von meiner Verfassung ab
₆ Weiss nicht / keine Antwort

Frage D.7.4: Werden Sie tagsüber vor allem von Personen überwacht, die dafür bezahlt sind oder nicht?

Die Präsenz oder Überwachung während dem Tag wird...

- ₁ ... **(fast) vollständig** von **bezahlten** Personen geleistet
₂ ... zum **grösseren Teil** von **bezahlten** Personen geleistet
₃ ... etwa zur **Hälfte** von **bezahlten** Personen geleistet
₄ ... zum **grösseren Teil** von **unbezahlten** Personen geleistet (z.B. Verwandte oder Bekannte)
₅ ... **(fast) vollständig** von **unbezahlten** Personen geleistet (z.B. Verwandte oder Bekannte)
₆ Weiss nicht / Keine Antwort

Frage D.7.5: Wie oft ist es im letzten Monat vorgekommen, dass Sie während dem Tag Präsenz oder Überwachung benötigt, aber nicht erhalten haben?

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nie | Nur an einem Tag | Nur an wenigen Tagen | An vielen Tagen | An (fast) allen Tagen | Weiss nicht |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |

D8. Präsenz & Überwachung während der Nacht



Nachtdienst (z.B. Umlagern, Überwachung). Bei der Präsenz in der Nacht geht es in erster Linie darum, nachzuschauen, ob alles in Ordnung ist (z.B. Präsenz bei künstlicher Beatmung).

Frage D.8.1: Sind Sie nachts auf die Präsenz/Überwachung einer Person angewiesen, die regelmässig schaut, ob mit Ihnen alles in Ordnung ist oder Ihnen für Hilfe zur Verfügung steht, wenn es nötig ist?

- 1** Nein, (fast) nie **2** Ja, aber nur in gewissen Phasen **3** Ja, (fast) täglich **4** Weiss nicht
 Weiter zur Frage D.8.6 Weiter zur Frage D.8.2 Weiter zur Frage D.8.3 Weiter zur Frage D.8.6

Frage D.8.2: In wie vielen Nächten waren Sie in den letzten drei Monaten wegen einer Akutphase auf die Präsenz/Überwachung einer Person angewiesen?

- 1** In keiner Nacht **2** In Nächten **3** Weiss nicht

Frage D.8.3: Wie stark sind Sie während einer Nacht, in der Sie die Präsenz/Überwachung einer Person benötigen, darauf angewiesen, dass jemand nach Ihnen schaut?

- 1** Nur punktuell (d.h. nur im Bedarfsfall)
 2 Regelmässige Überwachung im Abstand von 2 oder mehr Stunden
 3 Regelmässige Überwachung im Abstand von weniger als 2 Stunden
 4 Intensive Überwachung während der ganzen Nacht
 5 Das ist sehr unterschiedlich bzw. hängt stark von meiner Verfassung ab
 6 Weiss nicht / keine Antwort

Frage D.8.4: Werden Sie nachts vor allem von Personen überwacht, die dafür bezahlt sind oder nicht?

Die Präsenz/Überwachung während der Nacht wird...

- 1** ...**(fast) vollständig** von **bezahlten** Personen geleistet
 2 ...zum **grösseren Teil** von **bezahlten** Personen geleistet
 3 ...etwa zur **Hälfte** von **bezahlten** Personen geleistet
 4 ...zum **grösseren Teil** von **unbezahlten** Personen geleistet (z.B. von Personen, mit denen Sie zusammenwohnen, Verwandte etc.)
 5 ...**(fast) vollständig** von **unbezahlten** Personen geleistet (z.B. von Personen, mit denen Sie zusammenwohnen, Verwandte etc.)
 6 Weiss nicht / Keine Antwort

Frage D.8.5: Wie oft ist es im letzten Monat vorgekommen, dass Sie während der Nacht Präsenz oder Überwachung benötigt, aber nicht erhalten haben?

- | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Nie | Nur in einer Nacht | Nur in wenigen Nächten | In vielen Nächten | In (fast) allen Nächten | Weiss nicht |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

Frage D.8.6: Wie zufrieden sind Sie gesamthaft betrachtet mit Ihrer Betreuungssituation?



1



2



3



4



5

Teil E: Selbst bezahlte behinderungsbedingte Ausgaben

«Selbst bezahlt» bedeutet, dass Sie die Hilfeleistungen aus Ihren frei verfügbaren Mitteln bezahlen (d.h. aus Erwerbseinkommen, IV-Rente, Hilflosenentschädigung, jährliche Ergänzungsleistung ([EL] oder Erspartem).



Hilfe und «Krankheits- und Behinderungskosten», die von der Krankenkasse oder von der EL gegen Beleg zurückerstattet werden, zählen deshalb **nicht** zu selbst bezahlten Leistungen!

Frage E.1: Wie viel bezahlen Sie für behinderungsbedingte Dienstleistungen, Hilfeleistungen und Hilfsmittel selber von Ihrem eigenen Geld?

_0 **Nichts**, ich habe keine selbstbezahlten behinderungsbedingten Ausgaben ➡ Weiter mit Frage E.2

Bitte tragen Sie Ihre selbstbezahlten, behinderungsbedingten Ausgaben in die folgende Tabelle ein.

Je nachdem, was Ihnen leichter fällt, können Sie in jeder Ausgabenposition Ihre Ausgaben entweder pro Monat oder für das gesamte Jahr angeben.

Wenn Sie den Betrag nicht exakt kennen, dann schätzen Sie ungefähr!

	selbst bezahlte Ausgaben pro Monat	selbst bezahlte Ausgaben pro Jahr
Ausgaben für behinderungsbedingte Aufenthalte in betreuten Einrichtungen		
<input type="checkbox"/> _1 Heimaufenthalt Fr. Fr.
<input type="checkbox"/> _2 Aufenthalte in Tages-/Werkstätten Fr. Fr.
<input type="checkbox"/> _3 Aufenthalte in anderen betreuten Einrichtungen: Fr. Fr.
Ausgaben für behinderungsbedingter Hilfe oder Dienste		
<input type="checkbox"/> _4 Spitex, spitex-ähnliche Organisationen Fr. Fr.
<input type="checkbox"/> _5 Transportdienste Fr. Fr.
<input type="checkbox"/> _6 Dolmetschdienste Fr. Fr.
<input type="checkbox"/> _7 Privat angestellte oder beauftragte Personen Fr. Fr.
Andere behinderungsbedingte Ausgaben		
<input type="checkbox"/> _8 Kosten, um Personen symbolisch zu entschädigen, die Ihnen behinderungsbedingte Gratis-Hilfe leisten (Beispiele: Einladung zum Essen, Geschenke) Fr. Fr.
<input type="checkbox"/> _9 Regelmässige Ausgaben für behinderungsbedingte Hilfsmittel Fr. Fr.
<input type="checkbox"/> _10 Behinderungsbedingte Medikamente und Arztbesuche, die <u>nicht</u> von der Krankenkasse bezahlt werden Fr. Fr.
<input type="checkbox"/> _11 Mitgliederbeiträge für Vereine für Behinderte Fr. Fr.
<input type="checkbox"/> _12 Andere behinderungsbedingte Ausgaben: Fr. Fr.
<input type="checkbox"/> _13 Andere behinderungsbedingte Ausgaben: Fr. Fr.
Total behinderungsbedingter Ausgaben Fr. Fr.

Frage E.2: Wie oft ist es im letzten Monat vorgekommen, dass sie aus finanziellen Gründen auf den Einkauf von bezahlten behinderungsbedingten Hilfeleistungen verzichtet haben?

_1 nie _2 einmal _3 wenige Male _4 oft _5 ständig _6 weiss nicht / keine Antwort

Teil F: Schluss

Frage F.1: Besuchen Sie regelmässig eine Tages- oder Werkstatt?

- ₁ Nein ➡ Weiter mit Frage F.3
₂ Ja

Frage F.2: Müssen Sie dieser Tages- oder Werkstatt zusätzlich zum Grundtarif einen Teil Ihrer Hilflosenentschädigung abgeben?

- ₁ Nein ₂ Ja ₃ Weiss nicht

Frage F.3: Haben Sie im letzten Monat Krankenkassen-pflichtige Pflegeleistungen der Spitex oder von Pflegefachkräften bezogen?

- ₁ Nein ➡ Weiter mit Frage F.5
₂ Ja

Frage F.4: Rechnet Ihre Krankenkasse hierzu Ihre Hilflosenentschädigung (oder einen Teil derselben) an?

- ₁ Nein ₂ Ja ₃ Weiss nicht

Frage F.5: Beziehen Sie (neben einer allfälligen jährlichen EL) Ergänzungsleistungen für «Krankheits- und Behinderungskosten»? Falls ja: Etwa wie viel pro Jahr?

- ₁ Nein ➡ Weiter mit Frage F.7 ₄ Weiss nicht ➡ Weiter mit Frage F.7
₂ Ja, mehr als 25'000 Fr./Jahr, **pro Jahr etwa:** Fr. ➡ Weiter mit Frage F.7
₃ Ja, weniger als 25'000 Fr./Jahr, **pro Jahr etwa:** Fr.

Frage F.6: Wird dabei Ihre Hilflosenentschädigung (oder ein Teil davon) angerechnet?

- ₁ Nein ₂ Ja ₄ Weiss nicht

Frage F.7: Haben Sie einen Beistand oder Vormund?

- ₁ Ich habe weder einen Beistand noch einen Vormund
₂ Ich habe einen Beistand
₃ Ich habe einen Vormund

Frage F.8: Wer hat den Fragebogen aufgefüllt?

- ₁ Die Person, welche die Hilflosenentschädigung bezieht
₂ Die Person, welche die Hilflosenentschädigung bezieht, zusammen mit einer Vertrauensperson
₃ Eine Vertrauensperson der Person, welche die Hilflosenentschädigung bezieht

Die Befragung ist zu Ende.

Um Ihre Anonymität sicherzustellen, trennen Sie das **erste Blatt, d.h. den Begleitbrief (aber nur diesen!)** vom Fragebogen und senden Sie den Fragebogen (ohne das erste Blatt) mit dem beigelegten frankierten Antwortkuvert bis spätestens am **13. Juli 2012** an das Büro BASS.

Nochmals herzlichen Dank dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten!

Im Namen des Forschungsteams wünsche ich Ihnen für die Zukunft alles Gute.

Jürg Guggisberg,
 Projektleiter Büro BASS

Fragebogen für erwachsene HE-Bezüger/innen im Heim

Teil A: Wohnsituation

Frage A.1: Ist es richtig, dass Sie (meistens) in einem Heim oder in einer heimähnlichen Einrichtung wohnen?



Mit «Heim» oder «heimähnlicher Einrichtung» meinen wir Heime für behinderte Menschen, Altersheime, Internate, betreute Wohngruppen, Spitäler, Kliniken und alle anderen betreuten Einrichtungen, in denen man übernachten kann.

- ₁ Das ist **richtig**, ich übernachtete immer oder meistens in einem Heim.
₂ Das ist **falsch**, ich übernachtete immer oder meistens in einer Privatwohnung.
 ➔ Sie müssen einen anderen Fragebogen beantworten. Bitte nehmen Sie mit uns Kontakt auf, damit wir Ihnen den richtigen Fragebogen zustellen können.

Frage A.2: Um was für ein Heim handelt es sich?



Falls Sie in verschiedenen Heimen wohnen: Bitte beantworten Sie die Frage für das Heim, in dem Sie am häufigsten übernachten.

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- ₁ Wohnheim für Menschen mit Behinderung ₂ Altersheim
₃ Betreute Wohngruppe ₄ Spital / Klinik
₅ Andere heimähnliche Einrichtung, **Art der Einrichtung:** ✎

Frage A.3: Seit welchem Jahr wohnen Sie (stets oder überwiegend) in einem Heim (und nicht in einer Privatwohnung)?

Bitte geben Sie das Jahr an, z.B. «1999».

Seit dem Jahr: ✎

Frage A.4: Wohnen Sie immer in einem Heim oder übernachten Sie manchmal auch in einer Privatwohnung (z.B. an bestimmten Wochentagen, an gewissen Wochenenden oder für Ferien)?



Die Übernachtungen ausserhalb des Heimes zählen nicht, wenn es Ausflüge oder Ferien sind, die vom Heim organisiert und betreut werden.

- ₁ Ich übernachtete (praktisch) nie in einer Privatwohnung. ➔ Weiter mit Frage A.9
₂ Ich übernachtete manchmal auch in einer Privatwohnung.

Frage A.5: Welche anderen Personen wohnen noch in der Wohnung, in der Sie manchmal übernachten?



Falls Sie in verschiedenen Wohnungen übernachten, dann beantworten Sie die Frage bitte für die Wohnung, in der Sie am häufigsten übernachten.

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- ₁ Niemand ₂ Mutter/Vater ₃ Partner/in ₄ Geschwister
₅ Andere verwandte Personen ₆ Gastfamilie/Pflegefamilie ₇ Kolleg/innen, Bekannte, Freund/innen
₇ Andere Person(en), **Art der Beziehung:** ✎

Frage A.6: Übernachten Sie während einem Teil der Woche (z.B. über das Wochenende) regelmässig ausserhalb des Heims in einer Privatwohnung? Falls ja: Wie viele Nächte pro Woche bzw. pro Monat?

Falls Sie (fast) jede Woche ausserhalb des Heims übernachten, geben Sie die Anzahl Nächte pro Woche an, andernfalls pro Monat.

- ₁ **Nein**, ich übernachtete nicht regelmässig während einem Teil der Woche ausserhalb des Heims.
- ₂ **Ja**, jede **Woche** meistens ✎..... **Nächte**
- ₃ **Ja**, jeden **Monat** meistens ✎..... **Nächte**

Frage A.7: Verbringen Sie regelmässig Ferien ausserhalb des Heims, in denen Sie in einer Privatwohnung übernachten?

- ₁ **Nein**
- ₂ **Ja**, pro Jahr etwa ✎..... **Wochen**

Frage A.8: Gibt es unregelmässige Übernachtungen ausserhalb des Heims, die Sie bisher noch nicht angegeben haben? Falls ja: Wie viele Übernachtungen sind das ungefähr pro Jahr?

- ₁ **Nein**
- ₂ **Ja**, pro Jahr etwa ✎..... **Übernachtungen**

Frage A.9: Warum leben Sie in einem Heim und nicht in einer Privatwohnung? Bitte geben Sie an, in wie weit die folgenden Gründe auf Sie zutreffen.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu	Weiss nicht
(A) Aus Gründen der Betreuung/Pflege , z.B. Die Betreuung und persönliche Hilfe, die ich brauche, lassen ein Leben ausserhalb eines Heims nicht zu.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(B) Aus Gründen der Beschäftigung , z.B. Im Heim habe ich einen klar geregelten Tagesablauf. Ausserhalb des Heims wüsste ich nicht, was ich machen soll.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(C) Aus familiären Gründen , z.B. Ich habe nicht die Möglichkeit, bei Angehörigen/Bekanntem zu wohnen. Alleine wohnen kann oder möchte ich nicht. Oder: Meine Betreuung wäre für meine Angehörigen eine zu grosse Belastung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(D) Aus finanziellen Gründen , z.B. Ein Leben ausserhalb des Heims könnte ich nicht finanzieren oder würde mich finanziell schlechter stellen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(E) Aus persönlichen Gründen , z.B. Ich ziehe das Heimleben einem Leben ausserhalb eines Heims vor.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

(F) Aus anderen Gründen:

✎.....

.....

.....

Frage A.10: Welcher der Gründe aus der vorangehenden Frage ist für Sie der wichtigste?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- ₁ **(A)** ₂ **(B)** ₃ **(C)** ₄ **(D)** ₅ **(E)** ₆ **(F)** ₇ Weiss nicht/Kann ich nicht sagen

Frage A.11: Ist ein Heimaustritt bzw. ein Leben ausserhalb eines Heims für Sie ein Thema? Bitte geben Sie an, in wieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu	Weiss nicht
Meine gesundheitliche Beeinträchtigung ist so schwerwiegend, dass sich die Frage nach einem Leben ausserhalb eines Heims gar nicht stellt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Es ist zu erwarten, dass sich mein Gesundheitszustand weiter verschlechtert, deshalb ist ein Heimaustritt für mich kein Thema.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Mit meiner gesundheitlichen Beeinträchtigung wäre ein Leben ausserhalb des Heims grundsätzlich möglich. Alleine oder zusammen mit anderen Personen in einer Privatwohnung zu wohnen, ist für mich trotzdem kein Thema.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ich habe mich an das Heimleben gewöhnt und kann mir nicht mehr vorstellen, ausserhalb eines Heims zu leben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Alleine oder zusammen mit anderen Personen in einer Privatwohnung zu wohnen, ist ein Thema, das mich zwischendurch beschäftigt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ich möchte das Heim sehr gerne irgendwann verlassen, um alleine oder zusammen mit anderen Personen in einer Privatwohnung zu wohnen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ich beabsichtige, in naher Zukunft aus dem Heim auszutreten, um alleine oder zusammen mit anderen Personen in einer Privatwohnung zu leben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ich fühle mich in meinem Heim wohl und glücklich: Ein Leben ausserhalb des Heims ist für mich deshalb zurzeit kein Thema.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Wenn ich bei Angehörigen/Bekanntem wohnen könnte, würde ich das Heim verlassen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Wenn ich mehr Geld zur Verfügung hätte, würde ich das Heim verlassen, um in einer eigenen Wohnung oder einer Wohngemeinschaft zu wohnen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Frage A.12: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen Wohnsituation?



₁



₂



₃



₄



₅

Teil B: Beschäftigungssituation und Freizeitaktivitäten

Frage B.1: Bitte kreuzen Sie an, welchen Beschäftigungen Sie regelmässig nachgehen. An wie vielen Wochentagen und während wie vieler Stunden pro Woche?

Beschäftigungsart	An wie vielen Wochentagen?	Wie viele Stunden pro Woche?
<input type="checkbox"/> ₀ Ich gehe keiner der untenstehenden Beschäftigungen nach		
<input type="checkbox"/> ₁ Beschäftigung in einer heiminternen Werk- oder Tagesstätte als Betreute/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₂ Beschäftigung in einer heimexternen Werk- oder Tagesstätte als Betreute/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₃ Teilnahme an einem Programm zur beruflichen Eingliederung (Eingliederungsstätte, Ausbildungsstätte, Arbeitstraining, Integrationsmassnahme, Job Coaching, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₄ Erwerbstätigkeit an einem ungeschützten Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₅ Selbständige Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₇ Ehrenamtliche/freiwillige regelmässige Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₈ Berufslehre/Berufsschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₉ Handelsschule, Gymnasium, Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₁₀ Besuch einer Bildungsstätte für Behinderte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.
Andere Beschäftigung, Art der Beschäftigung/Einrichtung:		
<input type="checkbox"/> ₁₁ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Std.

Frage B.2: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Beschäftigungssituation?



₁



₂



₃



₄



₅

Frage B.3: Was machen Sie in Ihrer Freizeit und wie häufig?

Bitte kreuzen Sie in <u>jeder</u> Zeile ein Kästchen an.	Täglich	Mehrmals pro Woche	Etwa einmal pro Woche	Ein- oder einige Male pro Monat	Weniger als einmal pro Monat	Nie	Weiss nicht
Sich mit Freunden, Bekannten, Kollegen treffen	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅	<input type="checkbox"/> ₀₆	<input type="checkbox"/> ₀₇
Lesen (Bücher, Zeitungen etc.)	<input type="checkbox"/> ₁₁	<input type="checkbox"/> ₁₂	<input type="checkbox"/> ₁₃	<input type="checkbox"/> ₁₄	<input type="checkbox"/> ₁₅	<input type="checkbox"/> ₁₆	<input type="checkbox"/> ₁₇
Spazieren	<input type="checkbox"/> ₂₁	<input type="checkbox"/> ₂₂	<input type="checkbox"/> ₂₃	<input type="checkbox"/> ₂₄	<input type="checkbox"/> ₂₅	<input type="checkbox"/> ₂₆	<input type="checkbox"/> ₂₇
In eine Bar, eine Beiz oder ein Restaurant gehen	<input type="checkbox"/> ₃₁	<input type="checkbox"/> ₃₂	<input type="checkbox"/> ₃₃	<input type="checkbox"/> ₃₄	<input type="checkbox"/> ₃₅	<input type="checkbox"/> ₃₆	<input type="checkbox"/> ₃₇
Basteln, Handarbeiten, Werken, Gartenarbeit	<input type="checkbox"/> ₄₁	<input type="checkbox"/> ₄₂	<input type="checkbox"/> ₄₃	<input type="checkbox"/> ₄₄	<input type="checkbox"/> ₄₅	<input type="checkbox"/> ₄₆	<input type="checkbox"/> ₄₇
Alleine oder mit anderen Sport treiben	<input type="checkbox"/> ₅₁	<input type="checkbox"/> ₅₂	<input type="checkbox"/> ₅₃	<input type="checkbox"/> ₅₄	<input type="checkbox"/> ₅₅	<input type="checkbox"/> ₅₆	<input type="checkbox"/> ₅₇
Im Internet surfen	<input type="checkbox"/> ₆₁	<input type="checkbox"/> ₆₂	<input type="checkbox"/> ₆₃	<input type="checkbox"/> ₆₄	<input type="checkbox"/> ₆₅	<input type="checkbox"/> ₆₆	<input type="checkbox"/> ₆₇
Kino, Disco, Dancing, Theater, Sportveranstaltung, Ausstellung etc. besuchen	<input type="checkbox"/> ₇₁	<input type="checkbox"/> ₇₂	<input type="checkbox"/> ₇₃	<input type="checkbox"/> ₇₄	<input type="checkbox"/> ₇₅	<input type="checkbox"/> ₇₆	<input type="checkbox"/> ₇₇
Musizieren (z.B. selber ein Instrument spielen, singen)	<input type="checkbox"/> ₈₁	<input type="checkbox"/> ₈₂	<input type="checkbox"/> ₈₃	<input type="checkbox"/> ₈₄	<input type="checkbox"/> ₈₅	<input type="checkbox"/> ₈₆	<input type="checkbox"/> ₈₇
Kurse besuchen (z.B. Sprach-, Koch-, Handwerkerkurse)	<input type="checkbox"/> ₉₁	<input type="checkbox"/> ₉₂	<input type="checkbox"/> ₉₃	<input type="checkbox"/> ₉₄	<input type="checkbox"/> ₉₅	<input type="checkbox"/> ₉₆	<input type="checkbox"/> ₉₇
Ausflüge/Reisen unternehmen	<input type="checkbox"/> _{x1}	<input type="checkbox"/> _{x2}	<input type="checkbox"/> _{x3}	<input type="checkbox"/> _{x4}	<input type="checkbox"/> _{x5}	<input type="checkbox"/> _{x6}	<input type="checkbox"/> _{x7}

Frage B.4: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Freizeitaktivitäten?₁₂₃₄₅

Teil C: Kontakte zu Familie, Freunden und Bekannten

Frage C.1: Haben Sie einen Partner oder eine Partnerin?

₁ **Nein**
 ₂ **Ja, er/sie wohnt im gleichen Heim wie ich.**
 ₃ **Ja, er/sie wohnt nicht im gleichen Heim wie ich.**
 ₄ **Möchte ich nicht beantworten**

Frage C.2: Zu wie vielen Personen aus den folgenden Kreisen haben Sie eine gute und enge Beziehung?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Anzahl Personen						Weiss nicht
	Keine	1	2	3-5	6-10	>10	
Gute und enge Beziehung zu Verwandten , die nicht im gleichen Heim wohnen wie Sie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Gute und enge Freunde und Freundinnen , die nicht im gleichen Heim wohnen wie Sie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Gute und enge Freunde und Freundinnen , die im gleichen Heim wohnen wie Sie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Gute Beziehung zu Kolleg/innen und Bekannten , die nicht im gleichen Heim wohnen wie Sie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Gute Beziehung zu Kolleg/innen und Bekannten , die im gleichen Heim wohnen wie Sie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Frage C.3: Wie oft treffen Sie Verwandte, Freunde oder Bekannte, die nicht in Ihrem Heim wohnen?

Es spielt keine Rolle, wo sie diese Personen treffen. Es kann im Heim oder ausserhalb des Heims sein.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Täglich	Mehrmals pro Woche	Etwa einmal pro Woche	Ein- oder einige Male pro Monat	Weniger als einmal pro Monat	Nie	Weiss nicht
Verwandte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Freund/innen, Kolleg/innen oder Bekannte <u>ohne</u> Behinderung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Freund/innen, Kolleg/innen oder Bekannte <u>mit</u> Behinderung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Frage C.4: Wie oft nutzen Sie die folgenden Kommunikationsmittel?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Täglich	Mehrmals pro Woche	Etwa einmal pro Woche	Ein- oder einige Male pro Monat	Weniger als einmal pro Monat	Nie	Weiss nicht
Telefon	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
SMS/MMS	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
E-Mail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Chat, Soziale Netzwerke (z.B. Facebook)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Frage C.5: Wie oft kommt es vor, dass Sie sich einsam fühlen?

₁ Sehr häufig ₂ Ziemlich häufig ₃ Manchmal ₄ Selten ₅ Nie ₆ Weiss nicht

Frage C.6: Wie zufrieden sind Sie mit ihren Kontakten zu Familie, Freunden und Bekannten?₁₂₃₄₅**Frage C.7: Wie oft ist es im letzten Monat vorgekommen, dass Sie aus finanziellen Gründen darauf verzichten haben, sich mit jemandem aus Ihrem Bekanntenkreis zu treffen?**

₁ nie ₂ einmal ₃ wenige Male ₄ oft ₅ ständig ₆ weiss nicht / keine Antwort

Teil D: Behinderungsbedingte Hilfe

Sie erhalten von der Invalidenversicherung eine Hilflosenentschädigung, weil Sie in bestimmten **Lebensbereichen** auf **Hilfe von anderen Personen** angewiesen sind. Solche und ähnliche Hilfeleistungen nennen wir «behinderungsbedingte Hilfe».

Frage D.1: Wie häufig sind Sie in den verschiedenen Bereichen auf behinderungsbedingte Hilfe von anderen Personen angewiesen?

Bitte kreuzen Sie in <u>jeder</u> Zeile ein Kästchen an.	Täglich	Mehr-	Etwa	Ein- oder	Weniger	Nie	Weiss nicht
		mals pro Woche	einmal pro Woche	einige Male pro Monat	als einmal pro Monat		
Alltägliche Lebensverrichtungen und Pflege Hilfe beim An-/Ausziehen, Aufstehen, Absitzen, Abliegen, Essen, Körperpflege (z.B. Duschen), Verrichten der Notdurft etc.; Grundpflege und medizinische Behandlungspflege	<input type="checkbox"/> ₁₁	<input type="checkbox"/> ₁₂	<input type="checkbox"/> ₁₃	<input type="checkbox"/> ₁₄	<input type="checkbox"/> ₁₅	<input type="checkbox"/> ₁₆	<input type="checkbox"/> ₁₇
Haushaltsführung Hilfe beim Kochen, Putzen, Waschen, Einkaufen, Rechnungen bezahlen, Begleitung/Transport zu Arztbesuchen etc.	<input type="checkbox"/> ₂₁	<input type="checkbox"/> ₂₂	<input type="checkbox"/> ₂₃	<input type="checkbox"/> ₂₄	<input type="checkbox"/> ₂₅	<input type="checkbox"/> ₂₆	<input type="checkbox"/> ₂₇
Freizeitgestaltung Unterstützung bei Hobbys, Begleitung/Transport zu Anlässen, Treffen von Bekannten etc.	<input type="checkbox"/> ₃₁	<input type="checkbox"/> ₃₂	<input type="checkbox"/> ₃₃	<input type="checkbox"/> ₃₄	<input type="checkbox"/> ₃₅	<input type="checkbox"/> ₃₆	<input type="checkbox"/> ₃₇
Arbeit und Bildung Hilfe, damit Sie einer Arbeit und/oder einer Ausbildung nachgehen können (z.B. Begleitung/Transport zum Arbeitsplatz)	<input type="checkbox"/> ₄₁	<input type="checkbox"/> ₄₂	<input type="checkbox"/> ₄₃	<input type="checkbox"/> ₄₄	<input type="checkbox"/> ₄₅	<input type="checkbox"/> ₄₆	<input type="checkbox"/> ₄₇
Präsenz und Überwachung tagsüber z.B. Präsenz bei künstlicher Beatmung, bei Selbst- oder Fremdgefährdung, Nachschauen, ob alles in Ordnung ist	<input type="checkbox"/> ₅₁	<input type="checkbox"/> ₅₂	<input type="checkbox"/> ₅₃	<input type="checkbox"/> ₅₄	<input type="checkbox"/> ₅₅	<input type="checkbox"/> ₅₆	<input type="checkbox"/> ₅₇
Präsenz und Überwachung nachts z.B. Präsenz bei künstlicher Beatmung, Umlagern, Nachschauen, ob alles in Ordnung ist	<input type="checkbox"/> ₆₁	<input type="checkbox"/> ₆₂	<input type="checkbox"/> ₆₃	<input type="checkbox"/> ₆₄	<input type="checkbox"/> ₆₅	<input type="checkbox"/> ₆₆	<input type="checkbox"/> ₆₇

Behinderungsbedingte Gratis-Hilfe

Frage D.2: Wie häufig erhalten Sie von den folgenden Personen behinderungsbedingte Gratis-Hilfe?



Mit «**Gratis-Hilfe**» meinen wir, dass die helfende Person für ihre Hilfe nicht bezahlt wird – weder von Ihnen noch von jemand anderem. Trinkgelder und kleine Geschenke gelten nicht als «bezahlt».

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Täglich	Mehrmals wöchentlich	Etwa einmal pro Woche	Mehrmals pro Monat	Etwa einmal pro Monat	Weniger als einmal pro Monat	Nie
Von anderen Heimbewohner/innen	<input type="checkbox"/> ₁₁	<input type="checkbox"/> ₁₂	<input type="checkbox"/> ₁₃	<input type="checkbox"/> ₁₄	<input type="checkbox"/> ₁₅	<input type="checkbox"/> ₁₆	<input type="checkbox"/> ₁₇
Von Personen, die <u>nicht</u> in Ihrem Heim wohnen:							
von Verwandten	<input type="checkbox"/> ₂₁	<input type="checkbox"/> ₂₂	<input type="checkbox"/> ₂₃	<input type="checkbox"/> ₂₄	<input type="checkbox"/> ₂₅	<input type="checkbox"/> ₂₆	<input type="checkbox"/> ₂₇
von befreundeten, nicht verwandten Personen	<input type="checkbox"/> ₃₁	<input type="checkbox"/> ₃₂	<input type="checkbox"/> ₃₃	<input type="checkbox"/> ₃₄	<input type="checkbox"/> ₃₅	<input type="checkbox"/> ₃₆	<input type="checkbox"/> ₃₇
von Kolleg/innen von der Arbeit	<input type="checkbox"/> ₄₁	<input type="checkbox"/> ₄₂	<input type="checkbox"/> ₄₃	<input type="checkbox"/> ₄₄	<input type="checkbox"/> ₄₅	<input type="checkbox"/> ₄₆	<input type="checkbox"/> ₄₇
von Personen, die Freiwilligenarbeit leisten	<input type="checkbox"/> ₅₁	<input type="checkbox"/> ₅₂	<input type="checkbox"/> ₅₃	<input type="checkbox"/> ₅₄	<input type="checkbox"/> ₅₅	<input type="checkbox"/> ₅₆	<input type="checkbox"/> ₅₇
von anderen unbezahlten Personen:							
☞	<input type="checkbox"/> ₆₁	<input type="checkbox"/> ₆₂	<input type="checkbox"/> ₆₃	<input type="checkbox"/> ₆₄	<input type="checkbox"/> ₆₅	<input type="checkbox"/> ₆₆	<input type="checkbox"/> ₆₇
.....							

Frage D.3: Wann nehmen Sie die behinderungsbedingte Gratis-Hilfe in Anspruch? Eher an Tagen, an welchen Sie nicht im Heim sind (z.B. Ferien- oder Wochenendaufenthalte bei Verwandten) oder eher an Heimaufenthaltstagen?

- ₁ (Fast) ausschliesslich an Heimaufenthaltstagen
- ₂ Mehrheitlich an Heimaufenthaltstagen
- ₃ Teils, teils
- ₄ Mehrheitlich an Tagen, an denen ich nicht im Heim bin
- ₅ (Fast) ausschliesslich an Tagen, an denen ich nicht im Heim bin
- ₆ Weiss nicht

Kostenpflichtige behinderungsbedingte Hilfe

Frage D.4: Wie häufig erhalten Sie von den folgenden Personen und Organisationen kostenpflichtige behinderungsbedingte Hilfe oder Dienste?

«**Kostenpflichtig**» bedeutet, dass es sich um Hilfe oder Dienstleistungen von Personen oder Organisationen handelt, die dafür bezahlt werden (von Ihnen oder von jemand anderem).



Berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort bitte keine Hilfe von Mitarbeitenden Ihres Heims und Ihrer Tages- / Werkstätte.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Täglich	Mehrmals wöchentlich	Etwa einmal pro Woche	Mehrmals pro Monat	Etwa einmal pro Monat	Weniger als einmal pro Monat	Nie
Spitex oder Spitex-ähnliche Organisationen	<input type="checkbox"/> ₃₁	<input type="checkbox"/> ₃₂	<input type="checkbox"/> ₃₃	<input type="checkbox"/> ₃₄	<input type="checkbox"/> ₃₅	<input type="checkbox"/> ₃₅	<input type="checkbox"/> ₃₅
Transportdienste	<input type="checkbox"/> ₄₁	<input type="checkbox"/> ₄₂	<input type="checkbox"/> ₄₃	<input type="checkbox"/> ₄₄	<input type="checkbox"/> ₄₅	<input type="checkbox"/> ₄₅	<input type="checkbox"/> ₄₅
Dolmetschdienste	<input type="checkbox"/> ₅₁	<input type="checkbox"/> ₅₂	<input type="checkbox"/> ₅₃	<input type="checkbox"/> ₅₄	<input type="checkbox"/> ₅₅	<input type="checkbox"/> ₅₅	<input type="checkbox"/> ₅₅
Privat angestellte/beauftragte Personen	<input type="checkbox"/> ₆₁	<input type="checkbox"/> ₆₂	<input type="checkbox"/> ₆₃	<input type="checkbox"/> ₆₄	<input type="checkbox"/> ₆₅	<input type="checkbox"/> ₆₅	<input type="checkbox"/> ₆₅
Andere: 	<input type="checkbox"/> ₇₁	<input type="checkbox"/> ₇₂	<input type="checkbox"/> ₇₃	<input type="checkbox"/> ₇₄	<input type="checkbox"/> ₇₅	<input type="checkbox"/> ₇₅	<input type="checkbox"/> ₇₅
Andere: 	<input type="checkbox"/> ₈₁	<input type="checkbox"/> ₈₂	<input type="checkbox"/> ₈₃	<input type="checkbox"/> ₈₄	<input type="checkbox"/> ₈₅	<input type="checkbox"/> ₈₅	<input type="checkbox"/> ₈₅

Frage D.5: Wann nehmen Sie die kostenpflichtige Hilfe in Anspruch? Eher an Tagen, an welchen Sie nicht im Heim sind (z.B. während Wochenendaufenthalten bei Verwandten) oder eher an Heimaufenthaltstagen?



Berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort bitte keine Hilfe von Mitarbeitenden Ihres Heims und Ihrer Tages-/Werkstätte

- ₁ (Fast) ausschliesslich an Heimaufenthaltstagen
- ₂ Mehrheitlich an Heimaufenthaltstagen
- ₃ Teils, teils
- ₄ Mehrheitlich an Tagen, an welchen ich nicht im Heim bin
- ₅ (Fast) ausschliesslich an Tagen, an welchen ich nicht im Heim bin
- ₆ Weiss nicht

Frage D.6: Wenn Sie die kostenpflichtige Hilfe (Frage D.4) mit der Gratis-Hilfe (Frage D.2) vergleichen: Welche der folgenden Aussagen trifft zu?



Berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort bitte **keine** Hilfe von Mitarbeitenden Ihres Heims und Ihrer Tages-/Werkstätte

- ₁ Ich erhalte **viel mehr** Gratis-Hilfe als kostenpflichtige Hilfe
- ₂ Ich erhalte **mehr** Gratis-Hilfe als kostenpflichtige Hilfe
- ₃ Etwa die **Hälfte** ist Gratis-Hilfe
- ₄ Ich erhalte **weniger** Gratis-Hilfe als kostenpflichtige Hilfe
- ₅ Ich erhalte **viel weniger** Gratis-Hilfe als kostenpflichtige Hilfe
- ₆ Vergleich nicht möglich
- ₇ Weiss nicht

Selbst bezahlte behinderungsbedingte Ausgaben

Frage D.7: Wie viel bezahlen Sie für behinderungsbedingte Dienstleistungen, Hilfeleistungen und Hilfsmittel selber von Ihrem eigenen Geld?

«Selbst mit eigenem Geld bezahlen» bedeutet, dass Sie die Hilfeleistungen aus Ihren frei verfügbaren Mitteln bezahlen (d.h. aus Erwerbseinkommen, IV-Rente, Hilflosenentschädigung, jährliche Ergänzungsleistung [EL] oder Erspartem).



Hilfe und «Krankheits- und Behinderungskosten», die von der Krankenkasse oder von der EL gegen Beleg zurückerstattet werden, zählen deshalb **nicht** zu selbst bezahlten Leistungen!

Wenn Sie den Betrag nicht exakt kennen, dann schätzen Sie ungefähr!

Je nachdem, was Ihnen leichter fällt, können Sie Ihre Ausgaben entweder pro Monat oder für das gesamte Jahr angeben.

	Selbst bezahlte Ausgaben pro Monat	Selbst bezahlte Ausgaben pro Jahr
Ausgaben für behinderungsbedingte Aufenthalte in betreuten Einrichtungen		
<input type="checkbox"/> ₁ Heimtaxe	Fr.	Fr.
<input type="checkbox"/> ₂ Aufenthalte in Tages-/Werkstätten	Fr.	Fr.
<input type="checkbox"/> ₃ Aufenthalte in anderen betreuten Einrichtungen:	Fr.	Fr.
Ausgaben für behinderungsbedingte Hilfe oder Dienste		
<input type="checkbox"/> ₄ Zusatzleistungen des Heims, die Ihnen <u>zusätzlich zur Heimtaxe</u> verrechnet werden	Fr.	Fr.
<input type="checkbox"/> ₅ Spitex, spitex-ähnliche Organisationen	Fr.	Fr.
<input type="checkbox"/> ₆ Transportdienste	Fr.	Fr.
<input type="checkbox"/> ₇ Dolmetschdienste	Fr.	Fr.
<input type="checkbox"/> ₈ Privat angestellte oder beauftragte Personen	Fr.	Fr.
Andere behinderungsbedingte Ausgaben		
<input type="checkbox"/> ₉ Kosten, um Personen symbolisch zu entschädigen, die Ihnen behinderungsbedingte Gratis-Hilfe leisten (Beispiele: Einladung zum Essen, Geschenke)	Fr.	Fr.
<input type="checkbox"/> ₁₀ Regelmässige Ausgaben für behinderungsbedingte Hilfsmittel	Fr.	Fr.
<input type="checkbox"/> ₁₁ Behinderungsbedingte Medikamente und Arztbesuche, die <u>nicht</u> von der Krankenkasse bezahlt werden	Fr.	Fr.
<input type="checkbox"/> ₁₃ Mitgliederbeiträge für Vereine für Behinderte	Fr.	Fr.
<input type="checkbox"/> ₁₃ Andere behinderungsbedingte Ausgaben:	Fr.	Fr.
<input type="checkbox"/> ₁₄ Andere behinderungsbedingte Ausgaben:	Fr.	Fr.
Total behinderungsbedingter Ausgaben	Fr.	Fr.

Frage D.8: Wie oft ist es im letzten Monat vorgekommen, dass Sie aus finanziellen Gründen auf eine kostenpflichtige behinderungsbedingte Hilfeleistung verzichtet haben?

- ₁ nie ₂ einmal ₃ wenige Male ₄ oft ₅ ständig ₆ weiss nicht / keine Antwort
-

Frage D.9: Haben Sie im letzten Monat von Verwandten oder befreundeten Personen finanzielle Zuwendungen zur Aufbesserung Ihrer finanziellen Situation erhalten?

- ₁ Nein ₂ Ja, Höhe des erhaltenen Betrags: ✎ Franken
-

Frage D.10: Wie zufrieden sind Sie mit den finanziellen Mitteln, über die Sie frei verfügen können?



₁



₂



₃



₄



₅

Frage D.11: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Betreuungssituation?



₁



₂



₃




₄



₅


Teil E: Schluss

Frage E.1: Stellt Ihnen Ihr Heim die Hilflosenentschädigung (HE) zusätzlich zur Heimtaxe in Rechnung?

 Falls Sie das nicht wissen: Fragen Sie eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter Ihres Heims.

- ₁ Ja, die ganze HE
 ₂ Ja, aber nur einen Teil der HE
 ₃ Nein
 ₄ Weiss nicht
 Weiter zur Frage E.3
 Weiter zur Frage E.3

Frage E.2: Wird Ihnen die Hilflosenentschädigung jeweils für alle Tage eines Monats in Rechnung gestellt oder nur für die Tage, die gemäss Heimreglement als Heimaufenthaltstage gelten?

 Falls Sie das nicht wissen: Fragen Sie eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter Ihres Heims.

- ₁ Für alle Tage
 ₂ Nur für die effektiven Heimaufenthaltstage
 ₃ Weiss nicht

Frage E.3: Beziehen Sie (neben einer allfälligen jährlichen EL) Ergänzungsleistungen für «Krankheits- und Behinderungskosten»? Falls ja: Etwa wie viel pro Jahr?

- ₁ Ja, pro Jahr etwa: ~~...~~Fr.
₂ Nein Weiter zur Frage E.5
₃ Weiss nicht Weiter zur Frage E.5

Frage E.4: Wird dabei Ihre Hilflosenentschädigung (oder ein Teil derselben) angerechnet?

- ₁ Nein
₂ Ja
₃ Weiss nicht

Frage E.5: Haben Sie einen Beistand oder einen Vormund?

- ₁ Ich habe weder einen Beistand noch einen Vormund
₂ Ich habe einen Beistand
₃ Ich habe einen Vormund

Frage E.6: Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

- ₁ Die Person, welche die Hilflosenentschädigung bezieht
₂ Die Person, welche die Hilflosenentschädigung bezieht, zusammen mit einer Vertrauensperson
₃ Eine Vertrauensperson der Person, welche die Hilflosenentschädigung bezieht

Die Befragung ist zu Ende. Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!

Um Ihre Anonymität sicherzustellen, trennen Sie das **erste Blatt, d.h. den Begleitbrief (aber nur diesen!)** vom Fragebogen und senden Sie den Fragebogen (ohne das erste Blatt) mit dem beigelegten frankierten Antwortkuvert bis spätestens am **13. Juli 2012** an das Büro BASS.

Nochmals herzlichen Dank dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten!

Im Namen des Forschungsteams wünsche ich Ihnen für die Zukunft alles Gute.

Jürg Guggisberg, Projektleiter Büro BASS

Fragebogen für minderjährige HE-Bezüger/innen zu Hause

Teil A: Wohnsituation Ihres Kindes

Frage A.1: Ist es richtig, dass Ihr Kind nicht in einem Heim oder einer heimähnlichen Institution wohnt?



Mit «Ihr Kind / mein Kind» ist im Folgenden immer die minderjährige Person gemeint, die die Hilflosenentschädigung bezieht. Auch wenn Sie nicht die Mutter oder der Vater des Kindes sind.

- ₁ Das ist **richtig**, mein Kind wohnt und übernachtet immer oder meistens zu Hause (oder bei jemand anderem in einer Privatwohnung)
- ₂ Das ist **falsch**, mein Kind wohnt und übernachtet immer oder meistens in einem Heim bzw. in einer heimähnlichen Einrichtung

➡ *Der Fragebogen richtet sich an Kinder und Jugendliche, die mehrheitlich zu Hause wohnen. Sie sind deshalb schon am Ende der Befragung angelangt. Bitte senden Sie uns den Fragebogen im dafür vorgesehenen Rückantwortcouvert zurück. Danke!*

Frage A.2: Wer wohnt im gleichen Haushalt wie Ihr Kind?



Falls Ihr Kind in mehreren Haushalten wohnt, dann beziehen Sie sich bitte auf den Haushalt, in dem das Kind die meiste Zeit verbringt.

Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- ₁ Mutter
- ₂ Vater
- ₃ Geschwister oder andere Kinder
- ₄ Andere verwandte Personen
- ₅ Andere erwachsene, nicht verwandte Personen
- ₆ Niemand, mein Kind wohnt alleine

Frage A.3: Übernachtet Ihr Kind manchmal auch in einem Heim oder in einer heimähnlichen Einrichtung (z.B. an bestimmten Wochentagen oder während bestimmter Phasen)?

- ₁ **Nein**, mein Kind übernachtet nie in einem Heim ➡ *Weiter mit Frage B.1*
- ₂ **Ja**, mein Kind übernachtet manchmal in einem Heim bzw. in einer heimähnlichen Einrichtung

Um was für Heime oder heimähnliche Einrichtungen handelt es sich?

- ₁ Wohnheim für Menschen mit Behinderung ₂ Sonderschule
- ₃ Betreute Wohngruppe ₄ Ausbildungsstätte für Behinderte
- ₅ Andere heimähnliche Einrichtung, **Art der Einrichtung:** ✎
-
-

Frage A.4: Übernachtet Ihr Kind regelmässig in einem Heim oder einer heimähnlichen Einrichtung?

Je nachdem, was Ihnen leichter fällt, können Sie die Anzahl Nächte pro Woche oder pro Monat angeben.

- ₁ **Nein**
- ₂ **Ja**, jede Woche meistens ungefähr ✎ **Nächte**
- ₃ **Ja**, jeden Monat meistens ungefähr ✎ **Nächte**

Frage A.5: Übernachtet Ihr Kind manchmal auch im Rahmen von Ferien oder Entlastungsaufenthalten in einem Heim oder einer heimähnlichen Einrichtung?

Je nachdem, was Ihnen leichter fällt, können Sie die Anzahl Übernachtungen oder die Anzahl Wochen pro Jahr angeben.

- ₁ **Nein**
- ₂ **Ja**, pro Jahr ungefähr ✎ **Übernachtungen**
- ₃ **Ja**, pro Jahr während ungefähr ✎ **Wochen**

Frage A.6: Gibt es weitere Übernachtungen Ihres Kindes in einem Heim oder einer heimähnlichen Einrichtung, die Sie jetzt noch nicht angegeben haben?

- ₁ **Nein**
- ₂ **Ja**, pro Jahr ungefähr ✎ **Übernachtungen**

Teil B: Betreuung während dem Tag

In den folgenden 5 Teilen des Fragebogens möchten wir gerne mehr darüber erfahren, wie Ihr Kind betreut wird und welche Pflege und Hilfe es erhält. Es geht um folgende Themen:

- Teil B: Betreuung während dem Tag (in betreuten Einrichtungen und ausserhalb von betreuten Einrichtungen)
- Teil C: Überwachung während der Nacht
- Teil D: Pflege und Hilfe bei alltäglichen Lebensverrichtungen
- Teil E: Transport, Begleitung und Freizeitaktivitäten
- Teil F: Betreuungskosten und behinderungsbedingte Ausgaben

Aufenthalte in betreuten Einrichtungen während dem Tag

Frage B.1: In welchen der folgenden betreuten Einrichtungen hält sich Ihr Kind tagsüber regelmässig auf? An wie vielen Wochentagen und während wie vieler Stunden pro Woche ungefähr?



Es geht um betreute Aufenthalte Ihres Kindes ausserhalb Ihrer Wohnung, während denen Sie nicht anwesend sein müssen.

Einrichtung	An wie vielen Wochentagen?	Während wie vieler Stunden pro Woche ungefähr?
<input type="checkbox"/> ₀ Mein Kind ist nicht regelmässig in einer betreuten Einrichtung		
<input type="checkbox"/> ₁ Spielgruppe	<input type="text"/>	<input type="text"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₂ Kinderkrippe / Kindertagesstätte (bezahlte)	<input type="text"/>	<input type="text"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₃ Tagesmutter (bezahlt und extern, d.h. nicht in Ihrer Wohnung)	<input type="text"/>	<input type="text"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₄ Regelkindergarten	<input type="text"/>	<input type="text"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₅ Kindergarten für Kinder mit Behinderung	<input type="text"/>	<input type="text"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₆ Regelschule (1. bis 12. Klasse, inkl. Gymnasium) mit schulergänzender Kinderbetreuung (z.B. Mittagstisch, Tagesschule)	<input type="text"/>	<input type="text"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₇ Regelschule (1. bis 12. Klasse, inkl. Gymnasium) ohne schulergänzender Kinderbetreuung	<input type="text"/>	<input type="text"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₈ Sonderschule für Kinder oder Jugendliche mit Behinderung	<input type="text"/>	<input type="text"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₉ Berufslehre / Berufsschule	<input type="text"/>	<input type="text"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₁₀ Ausbildungsstätte für Kinder oder Jugendliche mit Behinderung	<input type="text"/>	<input type="text"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₁₁ Tagesstätte für Menschen mit Behinderung (inkl. betreute Freizeittreffs)	<input type="text"/>	<input type="text"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₁₂ Arbeitsplatz in geschützter Werkstätte	<input type="text"/>	<input type="text"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₁₃ Ungeschützter Arbeitsplatz	<input type="text"/>	<input type="text"/> Std.
<input type="checkbox"/> ₁₄ Andere betreute Einrichtung, Art der Einrichtung: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Std.

Betreuung ausserhalb betreuter Einrichtungen während dem Tag

Frage B.2: Wie viele Stunden oder Tage in der Woche wird Ihr Kind tagsüber normalerweise von Ihnen selbst betreut oder von jemandem, der im gleichen Haushalt wohnt wie Sie?

Je nachdem, was Ihnen leichter fällt, können Sie Ihre Angaben in Tagen oder Stunden machen. Bitte tragen Sie in allen drei Zeilen die Anzahl Tage oder Stunden ein. Sie können auch halbe Tage eintragen (z.B. ½ Tag, 1½ Tage).

Unter der Woche:	<input type="text"/> Stunden	<input type="text"/> Tage
Am Wochenende:	<input type="text"/> Stunden	<input type="text"/> Tage
Total (ganze Woche):	<input type="text"/> Stunden	<input type="text"/> Tage

Frage B.3: Wird Ihr Kind tagsüber regelmässig und kostenlos von Personen betreut, die nicht im gleichen Haushalt wohnen wie Sie (z.B. Grosseltern)?

- ₁ **Nein** ➡ Weiter zu Frage B.5
₂ **Ja**
-

Frage B.4: Wie viele Stunden wird Ihr Kind in einer typischen Woche tagsüber von diesen Personen kostenlos betreut?

Bitte tragen Sie in beiden Zeilen die ungefähre Anzahl Stunden ein.

Unter der Woche insgesamt ungefähr ✎ Stunden

Am Wochenende insgesamt ungefähr ✎ Stunden

Frage B.5: In der Zeit, in der sich Ihr Kind nicht in einer betreuten Einrichtung (s. Frage B.1) aufhält: Wird es tagsüber regelmässig von Personen betreut, die Sie dafür engagieren und bezahlen?

- ₁ **Nein** ➡ Weiter zu Frage B.7
₂ **Ja**
-

Frage B.6: Wie viele Stunden wird Ihr Kind in einer typischen Woche tagsüber von diesen bezahlten Personen betreut?

Bitte tragen Sie in beiden Zeilen die ungefähre Anzahl Stunden ein.

Unter der Woche während insgesamt ungefähr ✎ Stunden

Am Wochenende während insgesamt ungefähr ✎ Stunden

Frage B.7: Wie lange kann Ihr Kind während dem Tag am Stück alleine sein, ohne dass jemand in der Nähe sein muss?

- ₁ Gar nicht, es muss ständig beaufsichtigt werden
₂ Höchstens eine Viertelstunde
₃ Höchstens eine halbe Stunde
₄ Höchstens 1 Stunde
₅ Höchstens 2 Stunden
₆ Höchstens 3 Stunden
₇ Höchstens 4 Stunden
₈ Mehr als 4 Stunden
₉ Mein Kind muss während dem Tag nicht beaufsichtigt werden ➡ Weiter zu Frage B.10
-

Frage B.8: Braucht Ihr Kind während dem Tag mehr Beaufsichtigung als ein gleichaltriges Kind ohne Behinderung?

- ₁ **Ja**, viel mehr
₂ **Ja**, etwas mehr
₃ **Nein**
₄ Kann ich nicht beantworten / weiss nicht
-

Frage B.9: Geht es bei der Beaufsichtigung während dem Tag auch darum, lebensbedrohliche Situationen Ihres Kindes zu erkennen und zu vermeiden, die mit der Behinderung zusammenhängen?

- ₁ **Ja**
₂ **Nein**
₃ Kann ich nicht beantworten / weiss nicht
-

Frage B.10: Wie häufig nützt Ihr Kind die folgenden Freizeitangebote?Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Täglich	Ein- oder mehrmals wöchentlich	Ein- oder mehrmals pro Monat	Weniger als einmal pro Monat	Nie	Weiss nicht
Sportangebot in einem Sportclub, Turnverein, o.ä.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Musikstunde oder Musikangebot in einem Chor, Orchester, o.ä.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Handwerkliche Freizeitangebote wie Basteln, Handarbeiten, Werken, Malen, o.ä.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Kinder- oder Jugendgruppe (z.B. Pfadfinder, An- gebote der Kirchen, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Kontakt mit Freunden, Bekannten oder Kollegen (ausserhalb von organisierten Freizeitangeboten)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Teil C: Überwachung während der Nacht**Frage C.1: Wie lange kann Ihr Kind während der Nacht am Stück alleine sein, ohne dass jemand nach ihm schaut?**

- ₁ Gar nicht, es muss ständig überwacht werden
- ₂ Höchstens eine Viertelstunde
- ₃ Höchstens eine halbe Stunde
- ₄ Höchstens 1 Stunde
- ₅ Höchstens 2 Stunden
- ₆ Höchstens 3 Stunden
- ₇ Höchstens 4 Stunden
- ₈ Mehr als 4 Stunden
- ₉ Mein Kind muss zwar nicht direkt überwacht werden, aber es muss jemand in der Nähe schlafen, der eingreifen könnte, wenn etwas wäre
- ₁₀ Mein Kind muss während der Nacht nicht überwacht werden und es muss auch niemand in der Nähe sein
➔ Weiter zu Frage D.1

Frage C.2: Braucht Ihr Kind während der Nacht mehr Beaufsichtigung und Überwachung als ein gleichaltriges Kind ohne Behinderung?

- ₁ Ja, viel mehr
- ₂ Ja, etwas mehr
- ₃ Nein
- ₄ Kann ich nicht beantworten / weiss nicht

Frage C.3: Geht es bei der Beaufsichtigung und Überwachung während der Nacht auch darum, lebensbedrohliche Situationen Ihres Kindes zu erkennen und zu vermeiden, die mit der Behinderung zusammenhängen?

- ₁ Ja
- ₂ Nein
- ₃ Kann ich nicht beantworten / weiss nicht

Frage C.4: Wie viele Nächte überwachen die folgenden Personen oder Organisationen Ihr Kind ungefähr pro Monat?

i Bitte berücksichtigen Sie auch die Überwachung, die während den Aufenthalten Ihres Kindes in einem Heim oder in einer heimähnlichen Einrichtung geleistet wird.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	nie	1 Nacht	2-3 Nächte	4-5 Nächte	6-8 Nächte	Mehr als 8 Nächte
Unbezahlte Personen (z.B. Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Bezahlte Personen ohne Pflegeausbildung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Bezahlte Pflegefachpersonen (z.B. Spitex)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Überwachung im Rahmen eines Heimaufenthalts	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Teil D: Pflege und Hilfe bei alltäglichen Lebensverrichtungen

Frage D.1: Wie viele Stunden behinderungsbedingte Pflege oder Hilfe bei alltäglichen Lebensverrichtungen braucht Ihr Kind in der Zeit, in der es nicht in einem Heim oder in einer betreuten Einrichtung (s. Frage B.1) ist?

Es geht nur um Pflege und Hilfeleistungen, die nicht erforderlich wären, wenn Ihr Kind nicht behindert wäre.

Behinderungsbedingte Pflege = Grundpflege und medizinische Pflege wie z.B. desinfizieren, salben, Tropfen oder Medikamente geben, inhalieren, Injektionen usw.

i Alltägliche Lebensverrichtungen = Z.B. Hilfe beim An- und Ausziehen, Essen, Waschen, Bewegen in der Wohnung.

Bitte berücksichtigen Sie keine behinderungsbedingte Pflege, die während den Aufenthalten Ihres Kindes in einem Heim oder in einer betreuten Einrichtung (s. Frage B.1) geleistet wird.

Je nachdem, was Ihnen leichter fällt, können Sie Ihre Angaben pro Tag oder pro Woche machen.

- ₁ **Pro Tag** durchschnittlich ungefähr 🕒 Stunden und 🕒 Minuten
- ₂ **Pro Woche** durchschnittlich ungefähr 🕒Stunden
- ₃ Mein Kind braucht ausserhalb der betreuten Einrichtungen keine behinderungsbedingte Pflege oder Hilfe bei alltäglichen Lebensverrichtungen ➡ *Weiter zu Frage E.1*
- ₄ Weiss nicht ➡ *Weiter zu Frage E.1*

Frage D.2: Wie viele dieser Stunden übernehmen normalerweise Sie selbst oder jemand aus Ihrem Haushalt?

Bitte kreuzen Sie in beiden Zeilen ein Kästchen an.

	keine	fast keine	weniger als die Hälfte	etwa die Hälfte	mehr als die Hälfte	fast alle	alle	weiss nicht
Unter der Woche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
An den Wochenenden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

Frage D.3: Wie viele dieser Stunden übernehmen normalerweise Personen, die nicht in Ihrem Haushalt wohnen?

i Bitte berücksichtigen Sie keine behinderungsbedingte Pflege, die während den Aufenthalten Ihres Kindes in einem Heim oder in einer betreuten Einrichtung (s. Frage B.1) geleistet wird.

Bitte kreuzen Sie in <u>jeder</u> Zeile ein Kästchen an.	keine	fast keine	weniger als die Hälfte	etwa die Hälfte	mehr als die Hälfte	fast alle	alle	weiss nicht
Unbezahlte Personen (z.B. Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
Bezahlte Personen ohne Pflegeausbildung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
Bezahlte Pflegefachpersonen (z.B. Spitex)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

Teil E: Transport, Begleitung und Administration

Frage E.1: Wie hoch schätzen Sie den behinderungsbedingten Transportaufwand und den behinderungsbedingten Zeitaufwand für Begleitungen Ihres Kindes ungefähr?

Es geht nur um Transporte und Begleitungen, die nicht erforderlich wären, wenn Ihr Kind nicht behindert wäre. Bitte berücksichtigen Sie alle behinderungsbedingten Transporte zur Kinderbetreuung, Ausbildung oder Arbeit, zu Arztbesuchen, Therapien, Freizeitaktivitäten, Anlässen, zum Besuch von Freunden usw. sowie den Zeitaufwand, wenn Ihr Kind von Ihnen oder jemand anderem wegen der Behinderung zu einer dieser Aktivitäten begleitet wird.

Je nachdem, was Ihnen leichter fällt, können Sie Ihre Angaben pro Woche oder pro Monat machen.

- ₁ **Pro Woche** ungefähr ⌘ Stunden
- ₂ **Pro Monat** ungefähr ⌘ Stunden
- ₃ Mein Kind braucht keine Transportdienste oder Begleitungen ➔ Weiter zu Frage E.3
- ₄ Weiss nicht

Frage E.2: Wie viele dieser Stunden werden von wem übernommen?

i Bitte berücksichtigen Sie keine Transporte und Begleitungen, die während Aufenthalten Ihres Kindes in einem Heim oder in einer betreuten Einrichtung (s. Frage B.1) von diesem Personal geleistet werden.

Bitte kreuzen Sie in <u>jeder</u> Zeile ein Kästchen an.	keine	fast keine	weniger als die Hälfte	etwa die Hälfte	mehr als die Hälfte	fast alle	alle	weiss nicht
Ich selbst oder jemand aus dem gleichen Haushalt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
Unbezahlte Personen (z.B. Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
Bezahlte Personen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

Frage E.3: Wie hoch ist Ihr administrativer Aufwand ungefähr, der wegen der Behinderung Ihres Kindes anfällt (z.B. Ausfüllen von Formularen)?

Je nachdem, was Ihnen leichter fällt, können Sie Ihre Angaben pro Monat oder pro Jahr machen.

- ₁ **Pro Monat** ungefähr ⌘ Stunden
- ₂ **Pro Jahr** ungefähr ⌘ Stunden
- ₃ Kein / vernachlässigbarer administrativer Aufwand
- ₄ Weiss nicht

Teil F: Betreuungskosten und behinderungsbedingte Ausgaben

Frage F.1: Bitte schätzen Sie, wie viel Sie für die unten aufgeführten Leistungen ungefähr selbst bezahlen.



Bitte berücksichtigen Sie keine Ausgaben, die Ihnen zurückerstattet werden (z.B. Kostenübernahme oder Rückerstattung durch die Krankenkasse). Es geht nur um die Ausgaben, die Sie aus Ihren frei verfügbaren Mitteln (dazu gehört auch die Hilflosenentschädigung) bezahlen und nicht mehr zurückerhalten.

Bitte kreuzen Sie an, für welche Dienstleistungen Sie Geld ausgeben und tragen Sie den entsprechenden Betrag in Franken ein. Je nachdem, was Ihnen leichter fällt, können Sie Ihre Ausgaben pro Monat oder für das ganze Jahr angeben.

	Ausgaben pro Monat	Ausgaben pro Jahr
Ausgaben für Betreuung		
<input type="checkbox"/> ₁ Aufenthalte in Heimen oder heimähnlichen Einrichtungen (vgl. Frage A.3 bis Frage A.6)	✎ Fr.	✎ Fr.
<input type="checkbox"/> ₂ Aufenthalte in anderen betreuten Einrichtungen (z.B. Kindertagesstätten, Ausbildungseinrichtungen, Tagesstätten etc.; vgl. Frage B.1)	✎ Fr.	✎ Fr.
<input type="checkbox"/> ₃ Fremdbetreuung von bezahlten Personen ausserhalb der betreuten Einrichtungen <u>während dem Tag</u> (vgl. Frage B.5 und Frage B.6)	✎ Fr.	✎ Fr.

Ausgaben für behinderungsbedingte Pflege- und Hilfeleistungen



Es geht nur um behinderungsbedingte Ausgaben, die nicht erforderlich wären, wenn Ihr Kind nicht behindert wäre.

<input type="checkbox"/> ₄ <u>Behinderungsbedingte</u> Beaufsichtigung/Überwachung durch bezahlte Personen <u>während der Nacht</u> (vgl. Frage C.4)	✎ Fr.	✎ Fr.
<input type="checkbox"/> ₅ <u>Behinderungsbedingte</u> Pflege und Hilfe bei alltäglichen Lebensverrichtungen (vgl. Frage D.3) Bitte geben Sie nur die zusätzliche Pflege und Hilfe an, die nicht im Rahmen der Fremdbetreuung geleistet wird, die Sie schon oben angegeben haben.	✎ Fr.	✎ Fr.
<input type="checkbox"/> ₆ <u>Behinderungsbedingte</u> Begleitung und Transportdienste (vgl. Frage E.1 und Frage E.2)	✎ Fr.	✎ Fr.
<input type="checkbox"/> ₇ Andere: ✎	✎ Fr.	✎ Fr.
<input type="checkbox"/> ₈ Andere: ✎	✎ Fr.	✎ Fr.

Andere behinderungsbedingte Ausgaben

<input type="checkbox"/> ₉ Kosten symbolischer Entschädigung von Personen, die <u>unbezahlt</u> behinderungsbedingte Hilfe leisten (Beispiele: Einladung zum Essen, Geschenke, etc.)	✎ Fr.	✎ Fr.
<input type="checkbox"/> ₁₀ <u>Behinderungsbedingte</u> Hilfsmittel	✎ Fr.	✎ Fr.
<input type="checkbox"/> ₁₁ <u>Behinderungsbedingte</u> Medikamente, Behandlungen oder Therapien, die <u>nicht</u> von der Krankenkasse bezahlt werden	✎ Fr.	✎ Fr.
<input type="checkbox"/> ₁₂ Mitgliederbeiträge für Vereine für Behinderte	✎ Fr.	✎ Fr.
<input type="checkbox"/> ₁₃ Andere behinderungsbedingte Ausgaben: ✎	✎ Fr.	✎ Fr.
Total	✎ Fr.	✎ Fr.

Teil G: Auswirkungen der Behinderung auf Sie und das Familienleben

Frage G.1: Wie wirkt sich die Behinderung Ihres Kindes auf Ihre Arbeitssituation oder diejenige Ihres Partners / Ihrer Partnerin aus? Bitte geben Sie an, wie weit die folgenden Aussagen auf Ihre Situation zutreffen.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Trifft vollständig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Weiss nicht
Ich oder mein Partner / meine Partnerin musste wegen der Behinderung meines Kindes aufhören zu arbeiten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ich oder mein Partner / meine Partnerin musste wegen der Behinderung die Arbeitszeit reduzieren, um sich um mein Kind zu kümmern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ich oder mein Partner / meine Partnerin würde gerne mehr arbeiten, wenn sich die Betreuung meines Kindes besser organisieren liesse.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ich oder mein Partner / meine Partnerin muss zusätzlich arbeiten, um die Pflege und Betreuung meines Kindes finanzieren zu können.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Meine berufliche Entwicklung oder die berufliche Entwicklung meines Partners / meiner Partnerin wird / wurde durch die Behinderung meines Kindes erschwert.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Frage G.2: Wie wirkt sich die Behinderung Ihres Kindes auf die finanzielle Situation Ihrer Familie aus? Bitte geben Sie an, wie weit die folgenden Aussagen auf Ihre Situation zutreffen.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Trifft vollständig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Weiss nicht
Ohne die Behinderung meines Kindes könnte ich / könnten wir ein deutlich höheres Einkommen erzielen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Damit ich / wir meinem Kind die gewünschte Pflege und Betreuung bieten können, müssen wir wegen finanziellen Einschränkungen auf viel verzichten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Die Behinderung meines Kindes verursacht der Familie grosse finanzielle Probleme.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Frage G.3: Wie wirkt sich die Behinderung Ihres Kindes auf Sie und Ihr Familienleben aus? Bitte geben Sie an, wie oft die folgenden Aussagen zutreffen.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an. Wenn die Situation nicht auf Sie zutrifft, kreuzen Sie bitte «keine Antwort möglich» an.

	immer	oft	manchmal	wenig	nie	weiss nicht/ keine Antwort möglich
Ich habe für mich persönlich genügend Zeit.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Ich habe genügend Zeit für meine/n Partner/in.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Ich habe genügend Gelegenheit, Freunde zu treffen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Aufgrund der Behinderung meines Kindes bin ich übermüdet und abgespannt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Die Behinderung meines Kindes belastet die Beziehung zu meinem Partner oder meiner Partnerin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Die Behinderung meines Kindes hat frühere Beziehungen zu einem Partner / einer Partnerin stark belastet.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Im Moment kann ich gut schlafen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Die Betreuung meines Kindes belastet mich stark.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Die Pflege und Betreuung meines behinderten Kindes nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass ich kaum noch Zeit für die anderen Familienmitglieder habe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Durch die intensive Betreuung meines behinderten Kindes habe ich das Gefühl, dass mein anderes Kind/meine anderen Kinder zu kurz kommen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Teil H: Bedarf an zusätzlicher Unterstützung oder Entlastung

Frage H.1: Wie gross ist Ihr Bedarf für zusätzliche Unterstützung oder Entlastung in den folgenden Bereichen?

i «Zusätzlich» meint, dass Sie Unterstützung oder Hilfe benötigen, die Sie zurzeit nicht erhalten.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

	Grosser Bedarf	Geringer Bedarf	Kein Bedarf	Weiss nicht
Zusätzliche regelmässige Betreuung meines Kindes <u>zuhause tagsüber</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Zusätzliche regelmässige <u>externe</u> Betreuung meines Kindes <u>tagsüber</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Zusätzliche <u>punktueller</u> Kinderbetreuung <u>tagsüber</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Zusätzliche Entlastung bei der Überwachung meines Kindes <u>zuhause während der Nacht</u> (z.B. Nachtwache)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Zusätzliche Übernachtungen meines Kindes <u>ausserhalb unserer Wohnung</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Zusätzliche Betreuung meines Kindes <u>unter der Woche</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Zusätzliche Betreuung meines Kindes <u>an Wochenenden</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Zusätzliche Betreuung meines Kindes <u>während mehreren Tagen</u> (z.B. Ferien oder Entlastungsaufenthalte)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Unterstützung bei der Hausarbeit (Kochen, Waschen, Einkaufen etc.), damit ich mehr Zeit für die Betreuung und Pflege meines Kindes habe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Zusätzliche Unterstützung zuhause bei der behinderungsbedingten Pflege meines Kindes durch medizinische Fachpersonen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Zusätzliche Unterstützung zuhause bei der behinderungsbedingten Pflege meines Kindes durch Nicht-Fachpersonen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Kinderbetreuung für meine nicht behinderten Kinder während pflegeintensiven Phasen meines behinderten Kindes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Bessere Unterstützung durch eine Fachperson, an die man sich bei Fragen oder Problemen wenden kann.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Zusätzliche Unterstützung bei den administrativen Aufgaben, die wegen der Behinderung meines Kindes anfallen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Anderes: 	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Frage H.2: Lassen Sie Ihr Kind aus den folgenden Gründen weniger fremdbetreuen, als Sie eigentlich möchten? Bitte geben Sie an, wie weit die folgenden Aussagen auf Ihre Situation zutreffen.

	Trifft vollständig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Weiss nicht
Ich würde / wir würden unser Kind gerne mehr fremdbetreuen lassen. Aber unser Kind benötigt eine bestimmte Infrastruktur (z.B. technische Hilfsmittel), deshalb ist Fremdbetreuung schwierig.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ich würde / wir würden unser Kind gerne mehr fremdbetreuen lassen, aber es gibt zu wenige passende oder bezahlbare Angebote.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ich würde / wir würden unser Kind gerne mehr fremdbetreuen lassen, aber ich kann / wir können uns zusätzliche Fremdbetreuung nicht leisten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Frage H.3: Wie viel trägt die Hilflosenentschädigung der IV dazu bei, dass Sie die behinderungsbedingten Mehrbelastungen bewältigen können?

- ₁ sehr viel
₂ eher viel
₃ eher wenig
₄ (fast) nichts
₅ weiss nicht

Frage H.4: Bezieht Ihr Kind einen Intensivpflegezuschlag der IV?

- ₁ Ja
₂ Nein ➔ Weiter zu Frage H.6

Frage H.5: Wie viel trägt der Intensivpflegezuschlag der IV dazu bei, dass Sie die behinderungsbedingten Mehrbelastungen bewältigen können?

- ₁ sehr viel
₂ eher viel
₃ eher wenig
₄ (fast) nichts
₅ weiss nicht

Frage H.6: In wieweit würde sich Ihrer Meinung nach Ihre persönliche und familiäre Situation verbessern, wenn Sie mehr finanzielle Mittel für die Pflege und Betreuung Ihres Kindes zur Verfügung hätten?

- ₁ sehr viel
₂ eher viel
₃ eher wenig
₄ (fast) nichts
₅ weiss nicht

Teil I: Schluss

Frage I.1: Müssen Sie einer der Einrichtungen, in denen sich Ihr Kind regelmässig aufhält, zusätzlich zum Grundtarif einen Teil der Hilflosenentschädigung oder des Intensivpflegezuschlags abgeben?

- ₁ Ja ₂ Nein ₃ Weiss nicht

Frage I.2: Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

- ₁ Mutter / Vater
₂ Andere: ✎

Die Befragung ist zu Ende. Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!

Um Ihre Anonymität sicherzustellen, trennen Sie das **erste Blatt, d.h. den Begleitbrief (aber nur diesen!)** vom Fragebogen und senden Sie den Fragebogen (ohne das erste Blatt) mit dem beigelegten frankierten Antwortkuvert bis spätestens am **13. Juli 2012** an das Büro BASS.

Nochmals herzlichen Dank dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten!

Im Namen des Forschungsteams wünsche ich Ihnen für die Zukunft alles Gute.

Jürg Guggisberg, Projektleiter Büro BASS