

**Erhebung zu Ihrer Einrichtung für ambulante betreute Wohngruppen
zum Stichtag 16.12.2019¹**

Falls Sie ambulant betreute Wohngruppen unter mehreren Adressen anbieten, bitte für jede Adresse einen eigenen Fragebogen ausfüllen. Zahlen bitte immer nur einrichtungsbezogen angeben. Für Nullwerte bitte eine „0“ eintragen.

A. Allgemeines

Name der amb. betreuten Wohngruppe (z.B. „Wohngruppe am Postmarkt“):

Adresse der amb. betreuten Wohngruppe:

Ansprechpartner*in:

E-Mail:

Telefon:

Eröffnung der Einrichtung im Jahr: _____

Wohnungseigentümer*in bzw. Vermieter*in:

Anschrift:

Falls abweichend

Träger*in bzw. Service-Anbieter*in:

Anschrift:

B. Angebotsstruktur

	16.12.2019
Anzahl der Wohngruppen gesamt:	
Anzahl Plätze gesamt:	
davon belegte Plätze:	

Hat/Haben Ihre Wohngruppe/n einen besonderen Angebotsschwerpunkt bzw. eine besondere Zielgruppe?

Kein besonderer Schwerpunkt

Besondere Schwerpunkte:

Demenzkranke

Menschen mit Alkoholproblemen/ Suchtproblemen

Menschen mit geistiger, körperlicher und/ oder mehrfacher Beeinträchtigung

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung

Andere Zielgruppe, und zwar:

¹ Der Erhebungsstichtag wird auf den 15. Dezember festgelegt, kann jedoch bei Sonn- und Feiertagen leicht abweichen. Aus diesem Grund ist der Stichtag für das Erhebungsjahr 2019 der 16.12.

C. Bewohner*innen der amb. betreuten Wohngruppen

	Anzahl 16.12.2019
Bewohner*innen insgesamt zum Stichtag:	
davon	
• weiblich:	
• mit Migrationshintergrund:	
• demenzkrank:	
darunter altersverwirrt bzw. leicht demenzkrank:	
mittelschwer bis schwer demenzkrank:	

	Anzahl 16.12.2019
Anzahl Patient*innen, die zum Stichtag geistig, körperlich und/ oder mehrfach beeinträchtigt waren:	
• davon Patient*innen, die geistig beeinträchtigt sind:	
• davon Patient*innen, die körperlich beeinträchtigt sind:	
• davon Patient*innen, die mehrfach beeinträchtigt sind:	
• davon Patient*innen, die körperlich und mehrfach beeinträchtigt sind:	
• davon Patienten, die suchtkrank sind:	

Herkunft der Bewohner*innen nach Ämtern (letzter Wohnsitz vor Einzug in die Wohngruppe)

	Anzahl 16.12.2019
Herkunft der Bewohner*innen zum Stichtag	
• Amt _____	
• Amt _____	
• Amt _____	
• Amt _____	
• außerhalb Vorpommern-Greifswalds	

Wie hat sich die Auslastung Ihrer Einrichtung im Jahr 2019 entwickelt (Berechnung siehe unten)?

Jahr 2019

jahresdurchschnittliche Auslastung: ca. %
 Auslastung jeweils zum 16.12.: ca. %

$$\text{Auslastung} = \frac{\text{tatsächliche Belegungstage pro Jahr/ Monat}}{\text{Anzahl der Plätze} \times \text{Öffnungstage pro Jahr/ Monat}} \times 100$$

(tatsächliche Belegung pro Jahr/ Monat: Summe aller Platzbelegungen pro Jahr/ Monat)

	Anzahl 16.12.2019
Sozialhilfeempfänger*innen	
Selbstzahlende	
Zuzahlende	
Personen auf Warteliste für Aufnahme in das Betreute Wohnen	

**Bewohner*innen nach Pflegegraden (PG) 1 bis 5
zum 16.12.2019**

Altersgruppen	Geschlecht	PG 1	davon Behinder- tenpflege	PG 2	davon Behinder- tenpflege	PG 3	davon Behinder- tenpflege	PG 4	davon Behinder- tenpflege	PG 5	davon Behinder- tenpflege
0- u. 18 Jahre	männl.										
	weibl.										
18- u. 35 Jahre	männl.										
	weibl.										
35- u. 45 Jahre	männl.										
	weibl.										
45- u. 55 Jahre	männl.										
	weibl.										
55- u. 65 Jahre	männl.										
	weibl.										
65- u. 70 Jahre	männl.										
	weibl.										
70- u. 75 Jahre	männl.										
	weibl.										
75- u. 85 Jahre	männl.										
	weibl.										
85- u. 90 Jahre	männl.										
	weibl.										
über 90 Jahre	männl.										
	weibl.										
Gesamt	männl.										
	weibl.										

Angebote Ihrer Einrichtung

		16.12.2019
Gibt es spezielle Angebote zu Prävention?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Gibt es spezielle gerontopsychiatrische Versorgungsangebote?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Gibt es Angebote für Menschen mit geistiger, körperlicher und/ oder mehrfacher Beeinträchtigung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Sonstige Angebote		

		16.12.2019
Bieten Sie innovative und unterstützende Pflegeangebote an? dafür verfügbare Plätze am Stichtag: davon belegte Plätze am Stichtag:		<input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Art des Angebots): <input type="checkbox"/> Nein
Bieten Sie spezielle Angebote für demenziell erkrankte Menschen an? dafür verfügbare Plätze am Stichtag: davon belegte Plätze am Stichtag:		<input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Art des Angebots): <input type="checkbox"/> Nein
Planen Sie für die Zukunft neue Pflegeangebote, z.B. für -Suchtgefährdete -geistig/ körperlich und/oder mehrfach beeinträchtigte Menschen - psychisch beeinträchtigte Menschen		<input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Art des Angebots + Anzahl Plätze): <input type="checkbox"/> Nein
Planen Sie für die Zukunft neue Angebote für demenziell erkrankte Menschen?		<input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Art des Angebots + Anzahl Plätze): <input type="checkbox"/> Nein

D. Personalstruktur Ihrer Einrichtung

	16.12.2019
Beschäftigte insgesamt:	
davon Fachkräfte nach Landesrahmenvertrag oder sonstigen Vorschriften:	
davon Mitarbeiter*innen mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung:	
Durchschnittsalter der Beschäftigten:	
davon Personen über 60 Jahre:	
Besteht Fachkräftemangel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, in welcher Größenordnung?	
Besteht Personalmangel bei Hilfs- bzw. Assistenzkräften?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, in welcher Größenordnung?	
Besteht sonstiger Personalmangel (z.B. für Ergotherapie)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, in welcher Größenordnung?	
Erwarten Sie einen <i>künftigen</i> Fachkräftemangel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, ab wann und in welcher Größenordnung?	
Erwarten Sie künftig einen <i>sonstigen</i> Personalmangel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wann und wie viel?	

Beziehen Sie in Ihrer Einrichtung auch ehrenamtliche Mitarbeiter*innen ein?

Nein Ja, und zwar Ehrenamtliche (Anzahl),
im Bereich: soziale Betreuung Begleitung zu Arzt/ Ämtern sonstiges

E. Sonstiges

Wie beurteilen Sie ggf. das Übergangsmanagement zwischen Klinik/ Krankenhaus und Ihrer betreuenden Einrichtung?

sehr gut	gut	befriedigend	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie schätzen Sie die Versorgungssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Einzugsbereich Ihrer Einrichtung allgemein ein? (*bitte ankreuzen*)

sehr gut	gut	befriedigend	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie schätzen Sie die Versorgungslage der folgenden Dienstleistungen im Bereich Pflege in Vorpommern-Greifswald ein?

	unzureichend	genau richtig	überversorgt	weiß nicht
Ambulante Pflegedienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauswirtschaftliche Dienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagespflegeplätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzzeitpflegeplätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollstationäre Plätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulant betreute Wohngruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information und Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teil- und stationäre Behindertenhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Behindertenhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inklusive Einzelhilfen für Menschen mit Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Angebote sollten ausgebaut werden (*bitte nennen*)?

Mit welchen Akteuren kooperieren Sie ggf. in Ihrem Versorgungsgebiet?

Kooperation mit...	Regelmäßig	Manchmal	Gar nicht
Krankenhaus/ Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anbietern anderer Träger:			
Stationäre Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Dienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagespflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegestützpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige (<i>bitte nennen</i>):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie weitere Anmerkungen, konkrete Verbesserungsvorschläge oder sonstige Hinweise zur Optimierung der pflegerischen Versorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte senden Sie diesen Fragebogen bis zum **04.12.2020 zurück
per E-Mail**

**E-Mail: melanie.baschin@kreis-vg.de
oder per Post**

**Landkreis Vorpommern-Greifswald, Stabsstelle Dezernatssteuerung
Dezernat II, SG Gesundheitsförderung und Integrierte Sozialplanung**

Feldstr. 85a, 17489 Greifswald

oder per Fax unter:

03834-8760-92108