

**Erhebung zu Ihrem ambulanten Pflegedienst
 zum Stichtag 16.12.2019¹**

A. Allgemeines

Anschrift des Pflegedienstes:
 Ggf. Trägeranschrift:
 Ansprechpartner*in:
 E-Mail:
 Telefon:
 Eröffnung Ihres Pflegedienstes im Jahr: _____

Zahlen bitte immer nur einrichtungsbezogen angeben. Für Nullwerte bitte eine „0“ eintragen.

B. Patient*innen

	Anzahl 16.12.2019
Anzahl Patient*innen insgesamt zum Stichtag:	
• davon weiblich:	
• davon mit Migrationshintergrund:	

	Anzahl 16.12.2019
Anzahl Patient*innen, die zum Stichtag demenzkrank waren:	
• davon altersverwirrt bzw. leicht demenzkrank:	
• davon mittelschwer bis schwer demenzkrank:	

	Anzahl 16.12.2019
Anzahl Patient*innen, die zum Stichtag „Selbstzahler“ waren:	
• davon Patient*innen, die ihre Leistungen komplett selbst bezahlen:	
• davon Patient*innen, die einzelne Leistungen „dazukaufen“:	

	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:	

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.

**Patient*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.										

C. Angebotsstruktur Ihrer Einrichtung

Hat Ihre Einrichtung einen besonderen Angebotsschwerpunkt bzw. eine besondere Zielgruppe?

Kein besonderer Schwerpunkt

Besondere konzeptionelle Schwerpunkte:

Demenzkranke

Menschen mit Alkoholproblemen/ Suchtproblemen

Menschen mit geistiger, körperlicher und/ oder mehrfacher Beeinträchtigung

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung

Andere Zielgruppe, und zwar:

Welche Leistungen bieten Sie an? (bitte ankreuzen)

Grundpflege nach SGB XI

Behandlungspflege nach SGB V

Zusatz- bzw. Privatleistungen

Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 45 SGB XI)

Intensivpflege

Besondere Angebote für Menschen mit geistiger/ körperlicher und/ oder mehrfacher Beeinträchtigung, und zwar:

Bieten Sie auch hauswirtschaftliche Leistungen an? (bitte ankreuzen)

ja, im Rahmen des SGB XI

ja, als Zusatz- bzw. Privatleistung

nein

Angebote Ihres Pflegedienstes

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

	16.12.2019
Beschäftigte insgesamt:	
davon Fachkräfte nach Landesrahmenvertrag oder sonstigen Vorschriften:	
davon Mitarbeitende mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung:	
Durchschnittsalter der Beschäftigten Ihres Pflegedienstes:	
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 Ihren ambulanten Pflegedienst auch ehrenamtliche Mitarbeitende ein?

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

E. Versorgungsstruktur Ihrer Einrichtung

Einzugsbereich Ihres Pflegedienstes:									
In welchen Ämtern wohnten Ihre betreuten Patient*innen zum Stichtag?									
<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • außerhalb Vorpommern-Greifswalds 	<table border="1"> <tr> <th>Anzahl 16.12.2019</th> </tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Anzahl 16.12.2019							
Anzahl 16.12.2019									

Wie schätzen Sie die Versorgungssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Einzugsbereich Ihres Pflegedienstes 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	übersorgt	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)?

Ggf. Anzahl von Personen auf Warteliste für Pflege durch Ihren Pflegedienst:

16.12.2019: _____

F. Sonstiges

Beraten/ Informieren Sie neben Ihrem eigenen Leistungsangebot auch zu anderen Leistungen im Bereich der Pflege bzw. der Altenhilfe (z.B. ehrenamtliche Hilfen, Angebote von Begegnungsstätten, usw.)?

ja, immer →

ja, auf Anfrage →

nein, eigentlich nicht.

Und zwar zu:

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"/>
Ärzt*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderen Trägern:			
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"/>
Behindertenpflege	<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"/>

Wie beurteilen Sie ggf. das Übergangsmanagement zwischen Krankenhaus und Ihrem Versorgungsdienst?

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