

**Erhebung zu Ihrer Einrichtung des Betreuten Wohnens  
zum Stichtag 16.12.2019<sup>1</sup>**

**Falls Sie Betreutes Wohnen 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 des Betreuten Wohnens (z.B. „Haus Frida“):

Anschrift des Betreuten Wohnens:

Ansprechpartner\*in:

E-Mail:

Telefon:

Eröffnung der Einrichtung im Jahr: \_\_\_\_\_

Ggf. Wohnungseigentümer\*in bzw. Vermieter\*in:

*Falls abweichend*

Träger\*in bzw. Service-Anbieter\*in:

**Art der Einrichtung:**

- eigenständige Wohnanlage ohne Heimanbindung
- Betreutes Wohnen in einer an ein Pflegeheim angekoppelten Wohnanlage
- Betreutes Wohnen mit Ansprechpartner\*in, aber ohne eigene soziale Dienste
- Betreutes Wohnen mit Ansprechpartner\*in und eigenem sozialen Dienst
- Betreutes Wohnen für Menschen mit Beeinträchtigungen
- sonstige Form: \_\_\_\_\_

**B. Angebotsstruktur**

	16.12.2019
<b>Anzahl Wohnungen gesamt</b>	
davon 1-Person-Wohnungen	
davon 2-Personen-Wohnungen	
<b>Belegte Wohnungen gesamt</b>	

<sup>1</sup> 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.

**Ausgehend von der Gesamtzahl der Wohnungen: Wieviel davon sind barrierearm und wieviel barrierefrei?**

	Anzahl 16.12.2019
<b>Anzahl Wohnungen gesamt</b>	
davon barrierearm (stufenloser Zugang, ebenerdige Wohnung)	
davon barrierefrei (stufenlos, rollstuhlgerecht, Orientierungshilfen, DIN 18040-2)	
weder noch	

**Angebote Ihrer Einrichtung des Betreuten Wohnens**

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

	16.12.2019
<b>Bieten Sie innovative und unterstützende Pflegeangebote an?</b>	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Art des Angebots): <input type="checkbox"/> Nein
dafür verfügbare Plätze am Stichtag:	
davon belegte Plätze am Stichtag:	
<b>Bieten Sie spezielle Angebote für demenziell erkrankte Menschen an?</b>	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Art des Angebots): <input type="checkbox"/> Nein
dafür verfügbare Plätze am Stichtag:	
davon belegte Plätze am Stichtag:	

<p><b>Planen Sie für die Zukunft neue Pflegeangebote, z.B. für</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Suchtgefährdete</li> <li>-geistig/ körperlich und/oder mehrfach beeinträchtigte Menschen</li> <li>- psychisch beeinträchtigte Menschen</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Art des Angebots + Anzahl Plätze):  <input type="checkbox"/> Nein
<p><b>Planen Sie für die Zukunft neue Angebote für demenziell erkrankte Menschen?</b></p>	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Art des Angebots + Anzahl Plätze):  <input type="checkbox"/> Nein

**Hat Ihr Betreutes Wohnen 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:

**C. Bewohner\*innen Ihres Betreuten Wohnens**

	Anzahl 16.12.2019
<b>Bewohner*innen insgesamt zum Stichtag:</b>	
davon	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• weiblich:</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mit Migrationshintergrund:</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• demenzkrank:</li> </ul>	
darunter altersverwirrt bzw. leicht demenzkrank:	
mittelschwer bis schwer demenzkrank:	

	Anzahl 16.12.2019
<b>Anzahl Patient*innen, die zum Stichtag geistig, körperlich und/ oder mehrfach beeinträchtigt waren:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• davon Patient*innen, die geistig beeinträchtigt sind:</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• davon Patient*innen, die körperlich beeinträchtigt sind:</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• davon Patient*innen, die mehrfach beeinträchtigt sind:</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• davon Patient*innen, die körperlich und mehrfach beeinträchtigt sind:</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• davon Patienten, die suchtkrank sind:</li> </ul>	

**Wie hat sich die Auslastung Ihres Betreuten Wohnens im Jahr 2019 entwickelt?**  
 (Berechnung siehe unten)

Jahr 2019

jahresdurchschnittliche Auslastung: ca. %  
 Auslastung 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)

**Herkunft der Bewohner\*innen nach Ämtern (letzter Wohnsitz vor Einzug ins Betreute Wohnen)**

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

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

**Wenn die Bewohner\*innen Ihrer Einrichtung pflegebedürftig werden, können diese dann dort wohnen bleiben?**

Ja  Nein

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

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

#### D. Personalstruktur Ihrer Einrichtung

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

#### Beziehen Sie in Ihrer Einrichtung auch ehrenamtliche Mitarbeitende 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	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*)?**

---

**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"/>
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"/>

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](mailto: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