

**Erhebung zu Ihrer Hospiz-/ Palliativversorgung
zum Stichtag 16.12.2019¹**

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

A. Allgemeines

Anschrift:
Träger:
Ansprechpartner*in:
E-Mail:
Telefon:
Eröffnung im Jahr: _____

B. Angebotsstruktur Ihrer Einrichtung

- Stationäres Hospiz Ambulanter Hospizdienst
 Stationäre Palliativversorgung Ambulante Palliativversorgung
 Andere Form: _____

Wie viele Plätze standen insgesamt am Stichtag zur Verfügung? • davon waren belegt:	16.12.2019

C. Patienten

Wie hat sich die Auslastung Ihrer Einrichtung 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)

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.

Wie viele Ihrer Patienten waren am Stichtag demenzkrank? <ul style="list-style-type: none"> • davon altersverwirrt bzw. leicht demenzkrank: • davon mittelschwer bis schwer demenzkrank: 	Anzahl 16.12.2019

Anzahl Patient*innen, die zum Stichtag „Selbstzahler“ waren: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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: 	Anzahl 16.12.2019

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.										

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

D. Personal

	Anzahl 16.12.2019
Beschäftigte insgesamt:	
davon Fachkräfte nach Landesrahmenvertrag oder sonstigen Vorschriften:	
davon Mitarbeitende 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 auch ehrenamtliche Mitarbeiter*innen ein?

Nein Ja, und zwar ____ Ehrenamtliche (keine Angehörigen)

E. Versorgungsstruktur

In welchen Ämtern wohnten Ihre Patient*innen zum Stichtag?		Anzahl 16.12.2019
• _____		
• _____		
• _____		
• _____		
• _____		
• außerhalb Vorpommern-Greifswalds		

Wie schätzen Sie die Versorgungssituation für Menschen in der Hospiz-/ und Palliativversorgung 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 der Warteliste für die stationäre Hospiz/
Palliativversorgung:**

16.12.2019: _____

F. Sonstiges

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