

**Erhebung zu Ihrer Tagespflegeeinrichtung (teilstationäre Pflege)
zum Stichtag 16.12.2019¹**

A. Allgemeines

Anschrift der Tagespflegeeinrichtung:
Ggf. Trägeranschrift:
Öffnungszeiten:
Ansprechpartner*in:
E-Mail:
Telefon:
Eröffnung der Einrichtung im Jahr: _____

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

B. Tagespflegegäste

	Anzahl 16.12.2019
Anzahl Gäste insgesamt zum Stichtag:	
• davon weiblich:	
• davon mit Migrationshintergrund:	

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

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

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.

	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:	

Tagespflegegäste nach Pflegegraden (PG) 1 bis 5 zum Stichtag 16.12.2019

Altersgruppen	m/w	davon Behinder- tenpflege		davon Behinder- tenpflege		davon Behinder- tenpflege		davon Behinder- tenpflege		davon Behinder- tenpflege	
		PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
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 Schwerpunkte:

Demenzkranke

Menschen mit Alkoholproblemen/ Suchtproblemen

Menschen mit geistiger, körperlicher und/ oder mehrfacher Beeinträchtigung

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung

Andere Zielgruppe, und zwar:

Gab es Angebote nach § 45 b SGB XI zum 16.12.2019? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Angebote Ihrer Tagespflegeeinrichtung

	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:	

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

D. Personalstruktur Ihrer Tagespflegeeinrichtung

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

Beziehen Sie in Ihrer Tagespflegeeinrichtung auch ehrenamtliche Mitarbeitende ein?

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

E. Versorgungsstruktur Ihrer Einrichtung

Einzugsbereich Ihrer Einrichtung:									
In welchen Ämtern wohnten Ihre Tagespflegegäste zum Stichtag?									
<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • außerhalb Vorpommern-Greifswalds 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Anzahl 16.12.2019</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>	Anzahl 16.12.2019							
Anzahl 16.12.2019									

Wie schätzen Sie die Versorgungssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Ihrem Einzugsbereich 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"/>

Gesamtkapazität lt. Versorgungsvertrag zum 16.12.2019: _____ Plätze

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)

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"/>

Folgende Angebote sollten ausgebaut werden (*bitte nennen*):

Anzahl von Personen auf Warteliste für Ihre Tagespflege:

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 betreuender Einrichtung?

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