

Fragebogen zur Befragung ambulanter Pflegedienste in München 2019

A) Angaben zu Ihrem ambulanten Pflegedienst

1. Seit wann ist Ihr ambulanter Pflegedienst mit Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI) und Geschäftssitz in München tätig?

Der ambulante Pflegedienst ist seit _____ (Angabe der Jahreszahl) auf dem Münchner Pflegemarkt tätig.

2. In welcher Trägerschaft befindet sich Ihr ambulanter Pflegedienst?

Der ambulante Pflegedienst ist:

- in der Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbands und/oder eines kirchlichen Trägers
- ein privat-gewerblicher Pflegedienst

B) Fragen zu den Kundinnen und Kunden Ihres ambulanten Pflegedienstes

3. Für wie viele Kundinnen und Kunden haben Sie im Dezember 2018 Leistungen erbracht?	Anzahl im Dez. 2018
Gesamtzahl der Kundinnen und Kunden des ambulanten Pflegedienstes mit Vertrag	
Davon: Kundinnen/Kunden mit Migrationshintergrund (s. Anhang)	

4. Welchen Pflegebedarf hatten Ihre Kundinnen und Kunden im Dezember 2018?
Anzahl der Kundinnen und Kunden mit:

ohne Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5

5. Wie viele dieser Kundinnen und Kunden waren zur Bezahlung Ihrer Leistungen auf „Sozialhilfe“ (Hilfe zur Pflege nach SGB XII, Kostenträger Bezirk Oberbayern) angewiesen?

Im Dezember 2018 erhielten _____ (Anzahl) unserer Kundinnen und Kunden Hilfe zur Pflege.

C) Fragen zum Angebot Ihres ambulanten Pflegedienstes

6. Bestand bei Ihrem ambulanten Pflegedienst eine Nachfrage nach hauswirtschaftlicher Versorgung?

ja

nein

Wenn ja, wie viele Anfragen wurden im Jahr 2018 schätzungsweise an Sie gerichtet?
ca. _____ Anfragen nach hauswirtschaftlicher Versorgung

7. Bitte geben Sie den Zeitraum an, in dem Ihr ambulanter Pflegedienst die Versorgung neuer Kundinnen und Kunden nach einer Anfrage übernehmen kann:
<input type="checkbox"/> innerhalb von 24 Stunden
<input type="checkbox"/> in _____ (Anzahl) Tagen
<input type="checkbox"/> Ihr Pflegedienst kann Versorgung neuer Kundinnen/Kunden derzeit gar nicht übernehmen

8. Mussten Sie im Jahr 2018 aufgrund von Personalmangel Ihr Angebot (Touren) einschränken?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

9. Ist Ihr ambulanter Pflegedienst auf eine bestimmte Zielgruppe spezialisiert?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn ja, bitte hier **nur eine** Nennung:
 Unser ambulanter Pflegedienst ist spezialisiert auf die Versorgung von Pflegebedürftigen ...

<input type="checkbox"/> mit Intensivpflegebedarf
<input type="checkbox"/> mit früh erworbenen Behinderungen
<input type="checkbox"/> mit Palliativversorgung
<input type="checkbox"/> mit einer Demenzerkrankung
<input type="checkbox"/> mit einer chronischen psychischen Erkrankung (z.B. Depression, Suchterkrankung)
<input type="checkbox"/> im Kindes- und Jugendalter
<input type="checkbox"/> mit Migrationshintergrund
<input type="checkbox"/> und zur hauswirtschaftlichen Versorgung
<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar

D) Angaben zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

10. Wie viele pflegende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren bei Ihrem ambulanten Pflegedienst am 15.12.2018 angestellt?	
Insgesamt waren _____ Mitarbeitende in der Pflege tätig, dies entspricht _____ Vollzeitäquivalenten (VZÄ, 1 VZÄ = 38,5 Stunden)	
Davon: anerkannte Pflegefachkräfte	_____ (Vollzeitäquivalente)
Davon: Pflegehilfskräfte	_____ (Vollzeitäquivalente)
Davon: Mitarbeitende mit Migrationshintergrund (s. Anhang)	_____ (Anzahl Personen)

11. Benötigen Sie zur aktuellen Versorgung der Kundinnen/Kunden mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Sie derzeit haben?

ja

nein

Wenn ja, wie viele Stellen sind bei Ihnen aktuell unbesetzt?

_____ (Anzahl) Stellen für anerkannte Pflegefachkräfte

_____ (Anzahl) Stellen für Pflegehilfskräfte

12. Konnten im Jahr 2018 Stellen für anerkannte Pflegefachkräfte länger als 3 Monate nicht besetzt werden?

ja

nein

13. Konnten im Jahr 2018 Stellen für Pflegehilfskräfte länger als 3 Monate nicht besetzt werden?

ja

nein

E) Fragen zur Kooperation

14. Haben Sie Kooperationen mit anderen ambulanten Pflegediensten, die im Notfall (Personalausfall o.ä.) kurzfristig in der Versorgung Ihrer Kundinnen und Kunden einspringen würden?

ja

nein

15. Wie haben Sie die Rufbereitschaft außerhalb Ihrer Geschäftszeiten organisiert?

über einen Pflegenotrufvertrag für ambulante Dienste (z.B. mit BRK/ASB)

selbst 24 Stunden erreichbar

16. Sind Sie bereit im Rahmen der generalistischen Ausbildung Auszubildende aus der stationären Alten- oder Krankenpflege für Pflichteinsätze (400 h) aufzunehmen?

ja

nein

17. Gibt es etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

.....

.....

.....

.....

Nochmals vielen Dank für das Ausfüllen und Zurücksenden im frankierten Rückumschlag – bitte keinen Absender angeben!

