

# Erhebungsbogen 2011/2012

## vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen in Berlin

---

Bitte erst nach Aufforderung ca. im II. Quartal 2012 dem beauftragten Dienstleistungsunternehmen zusenden!

Ggf. Einrichtungsstempel einfügen

### 0 Allgemeine Angaben zur vollstation. Langzeitpflegeeinrichtung

*Bitte Ausfüllen bzw. Korrektur der ausgedruckten Angaben nicht vergessen!*

#### 0.1 Name des Heimes:

.....  
.....

Straße

.....

PLZ, Ort

.....

Bezirk/Ortsteil

.....

Telefon

.....

Heimeigene Internetseite:

<http://www>.....

#### 0.2 Name des Trägers:

.....  
.....

#### 0.3 Trägerverband:

.....

#### 0.4 Platzzahl lt. aktuellem Versorgungsvertrag am Stichtag 15.12.2011

*(nur vollstationäre Langzeitpflegeplätze lt. aktuellem Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen)*

# Hinweise zur Bearbeitung des Fragebogens

Alle Fragen betreffen ausschließlich vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen. Aus Platzgründen wird in der Regel nach **Bewohnern** gefragt; gemeint sind immer **Frauen und Männer**.

Um den Arbeitsaufwand für Sie gering zu halten, beziehen sich viele Fragen auf einen Stichtag, der sich mit dem Stichtag der Bundespflegestatistik deckt. Nur wo es unbedingt erforderlich ist (z.B. zur Bestimmung der Verweildauer), werden Daten über einen Zeitraum erfragt.

Als Anlage 1 ist ein Bezirks- und Länderschlüssel beigefügt, der zur Beantwortung der Frage 6 erforderlich ist.

## 1 Belegung (alle Plätze) und Sozialhilfebezug der Bewohner

### 1.1 Wie viele Bewohner waren am Stichtag 15.12.2011 in dieser Einrichtung und wie viele davon erhielten eine laufende Zuzahlung aus der Sozialhilfe (Sozialhilfeempfänger)?

Bitte die Anzahl der Personen getrennt nach männlich, weiblich, gesamt erfassen:

Anzahl  
Pers. insgesamt

**A** Personen insgesamt (Summe 1.-9.)

m.	w.	ges.

davon  
Anzahl

davon:

Sozialhilfe-  
empfänger

- 1 Bewohner der Pflegestufe **Null**
- 2 Bewohner der Pflegestufe **I**
- 3 Bewohner der Pflegestufe **II**
- 4 Bewohner der Pflegestufe **III**
- 5 Bewohner der Pflegestufe **HF**
- 6 Bewohner, deren Einstufung nach Pflegevers. noch nicht bekannt ist
- 7 Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)
- 8 Sonstige Bewohner



**B** freie Plätze

Gesamtplatzzahl


1.2 Wie viele Bewohner waren am 15.12.2011 im Krankenhaus?

1.3 Wie viele Bewohner erhielten am Stichtag 15.12.2011 Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V)?

1.4 Bemerkungen zur Belegung

.....

.....

## 2 Versorgung ausgewählter Bewohnergruppen, Stichtag 15.12.2011

### 2.1 Versorgte diese Einrichtung am Stichtag Bewohner, die zu den aufgelisteten Gruppen gehören?

nein

ja, dann bitte in der folgenden Liste Anzahl der Bewohner angeben

**Mehrfachnennungen sind zulässig**

Anzahl Bewohner

Menschen im Wachkoma (*Personenkreis der Phase F*)

Langzeitbeatmete Menschen

Menschen mit psychischer Erkrankung (*ohne Demenz*)

Menschen mit demenzieller Erkrankung

**Davon:** Mobile, erheblich verhaltensauffällige Menschen mit Demenz

Menschen mit Suchterkrankungen (*diagnostizierte Erkrankung*)

**Davon:** Alkoholranke Menschen

Vor Einzug wohnungslose Menschen

Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit Sondenernährung

Aids-erkrankte Menschen

MS-erkrankte Menschen

Gehörlose Menschen

Blinde Menschen

Bewohner mit MRSA-Infektion

Bewohner mit Schmerztherapie nach Expertenstandard

Menschen mit nicht-deutscher Muttersprache/Herkunftssprache

**Davon:** Bewohner mit folgender Muttersprache/Herkunftssprache (*bitte Anzahl eintragen*)

russisch

türkisch

serb./kroat./bosn.

polnisch

andere

--	--	--	--	--

weitere Bewohnergruppen


### 2.2 Bemerkungen

.....

.....

.....

### 3 Verhinderungspflege nach § 39 / Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI

3.1 Bietet diese Einrichtung Verhinderungspflege an?  ja  nein

3.2 Gibt es Anfragen zum Angebot eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze?  ja  nein

Wenn ja, bitte hier die Anzahl der Anfragen im 1. Quartal 2012 eintragen

3.3 Bemerkungen

.....

### 4 Bewohner der Pflegestufen I - III und Härtefälle

(Angaben bitte ohne Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI; ohne Pflegestufe Null, s. Frage 5)

4.1 Wie viele Bewohner sind insgesamt im Zeitraum des Jahres 2011 (01.01.2011 bis 31.12.2011) in diese Einrichtung eingezogen?

Anzahl Personen bitte hier eintragen

4.2 Wie viele Bewohner haben im Zeitraum des Jahres 2011 (01.01.2011 bis 31.12.2011) insgesamt diese Einrichtung verlassen (Bewohner, die verstarben oder auszogen)?

Anzahl Personen bitte hier eintragen

4.3 Bemerkungen

.....

### 5 Bewohner der Pflegestufe Null

5.1 Wie viele Bewohner der Pflegestufe Null wurden im Zeitraum des Jahres 2011 (01.01.2011 bis 31.12.2011) in diese Einrichtung aufgenommen?

Anzahl Personen bitte hier eintragen

5.2 Bemerkungen

.....

6 Einzüge im 1. Quartal 2012  keine sonst bitte Anlage 2 ausfüllen

7 Auszüge im 1. Quartal 2012  keine sonst bitte Anlage 3 ausfüllen

8 Sonderthemen bitte Anlage 4 ausfüllen

9 Anregungen und Bemerkungen zur Umfrage

.....

Bitte prüfen Sie vor dem Versand, ob der Erhebungsbogen vollständig ausgefüllt ist.

Bei jeder Frage sollte eine Angabe stehen; ggf. eine Null eintragen oder Unzutreffendes streichen.

Zuname

Vorname

Telefon

Datum

Unterschrift

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Anlage 1\_Schlüssel f. Frage 6**  
**Bezirks- und Länderschlüssel für Frage 6: Wohnort vor Einzug**

<b>Berlin - Bezirke</b>	<b>1</b>	Mitte
	<b>2</b>	Friedrichshain-Kreuzberg
	<b>3</b>	Pankow
	<b>4</b>	Charlottenburg-Wilmersdorf
	<b>5</b>	Spandau
	<b>6</b>	Steglitz-Zehlendorf
	<b>7</b>	Tempelhof-Schöneberg
	<b>8</b>	Neukölln
	<b>9</b>	Treptow-Köpenick
	<b>10</b>	Marzahn-Hellersdorf
	<b>11</b>	Lichtenberg
	<b>12</b>	Reinickendorf
<b>Bundesländer</b>	<b>Berlin</b>	s. Schlüssel Berliner Bezirke
	<b>21</b>	Baden-Württemberg
	<b>22</b>	Bayern
	<b>23</b>	Brandenburg
	<b>24</b>	Bremen
	<b>25</b>	Hamburg
	<b>26</b>	Hessen
	<b>27</b>	Mecklenburg-Vorpommern
	<b>28</b>	Niedersachsen
	<b>29</b>	Nordrhein-Westfalen
	<b>30</b>	Rheinland-Pfalz
	<b>31</b>	Saarland
	<b>32</b>	Sachsen
	<b>33</b>	Sachsen-Anhalt
	<b>34</b>	Schleswig-Holstein
<b>35</b>	Thüringen	
<b>Sonstiges</b>	<b>0</b>	z. B. Ausland

**6. Angaben zu den Bewohnerinnen und Bewohnern, die ins Heim eingezogen sind  
im Zeitraum vom 01.01.2012-31.03.2012**

Bitte die Angaben zu jeder einzelnen Person (ohne Namen) eintragen oder entsprechenden Ausdruck aus Ihrer EDV beifügen. Bei Bedarf Blatt kopieren

Ifd. Nr.	Geschlecht		Geburtsdatum		Muttersprache/ Herkunftssprache		Psychiatrische Diagnosen bei Einzug				Einzugsdatum		Versorgung/Pflege unmittelbar vor Einzug								Pflegestufe beim Einzug ins Heim				Wohnort vor Einzug s. Bezirks- und Länderschlüssel	Lebenssituation vor Einzug							
	m	w	Monat (1-12)	Jahr	Deutsch	andere	ohne	Demenz	Sucht	andere psych. Störungen	Monat (1-3)	Jahr	Privat-haushalt	Kranken-haus	Betreutes Wohnen	WG f. demente Bew.	Kurzzeit-pflege	anderes Pflege-heim	Behindert.-heim	sonst.	0	I	II	III		HF*	bean-tragt	sonst.	lebte allein	sonstiges			
<b>Bsp.</b>		<b>X</b>	<b>12</b>	<b>1910</b>	<b>X</b>			<b>x</b>			<b>2</b>	<b>2012</b>																			<b>12</b>	<b>X</b>	
1												<b>2012</b>																					
2												<b>2012</b>																					
3												<b>2012</b>																					
4												<b>2012</b>																					
5												<b>2012</b>																					
6												<b>2012</b>																					
7												<b>2012</b>																					
8												<b>2012</b>																					
9												<b>2012</b>																					
10												<b>2012</b>																					
11												<b>2012</b>																					
12												<b>2012</b>																					
13												<b>2012</b>																					
14												<b>2012</b>																					
15												<b>2012</b>																					
16												<b>2012</b>																					
17												<b>2012</b>																					
18												<b>2012</b>																					
19												<b>2012</b>																					
20												<b>2012</b>																					
21												<b>2012</b>																					
22												<b>2012</b>																					
23												<b>2012</b>																					
24												<b>2012</b>																					
25												<b>2012</b>																					

Erläuterungen \* HF = Härtefall

**7. Angaben zu allen Bewohnerinnen und Bewohnern, die das Heim verlassen haben (verstorben oder ausgezogen)  
im Zeitraum vom 01.01.2012-31.03.2012**

Bitte die Angaben zu jeder einzelnen Person (ohne Namen) eintragen oder entsprechenden Ausdruck aus Ihrer EDV beifügen. Bei Bedarf Blatt kopieren

Ifd. Nr.	Geschlecht		Geburtsdatum		Einzugsdatum		Auszugsdatum		Pflegestufe beim Verlassen des Heimes						Anlass für das Verlassen des Heimes						
	m	w	Monat (1-12)	Jahr	Monat (1-12)	Jahr	Monat (1-3)	Jahr	0	I	II	III	HF*	sonst.	Verstorben im		Umzug in		sonst.		
															Heim	Krankenhaus	Privat-haushalt	anderes Heim		Betreutes Wohnen	
<b>Bsp.</b>		<b>X</b>	<b>12</b>	<b>1910</b>	<b>2</b>	<b>2001</b>	<b>1</b>	<b>2012</b>			<b>X</b>					<b>X</b>					
1								2012													
2								2012													
3								2012													
4								2012													
5								2012													
6								2012													
7								2012													
8								2012													
9								2012													
10								2012													
11								2012													
12								2012													
13								2012													
14								2012													
15								2012													
16								2012													
17								2012													
18								2012													
19								2012													
20								2012													
21								2012													
22								2012													
23								2012													
24								2012													
25								2012													

Erläuterungen \* HF = Härtefall

**8 Sonderthemen**  
(8.1 bis 8.2.9)

**Anzahl  
Personen**  
*bitte hier  
eintragen*

**8.1 Altenpflegeausbildung in Ihrem Pflegeheim**

8.1.1 Wie viele Personen bilden Sie am Stichtag 15.12.2011 in der Altenpflege aus?  
*davon Personen in*

*Vollzeit (z.B. Pers. in Erstausbildung oder Umschulung)*

*Teilzeit (z.B. Personen in berufsbegleitender Ausbildung)*

8.1.2 Wie viele Personen in der Altenpflegeausbildung sind finanziert durch  
Entgeltzuschlag

Anrechnung auf den Personalschlüssel

Agentur für Arbeit (*Umschulung*)

sonstige Finanzierung

*Summe muss gleich sein der Gesamtzahl der Personen, die in Altenpflegeausbildung sind (8.1.1)*

**Bemerkungen zu 8.1**

.....

.....

.....

.....



## 8.2 Hospizkultur und Palliativkompetenz

Für Rückfragen zur Anlage 8.2 steht Ihnen Frau Dr. Geier zur Verfügung: ☎ 9028-2782,  
mail-Adresse: Christel.Geier@senias.berlin.de

8.2.1 Welche weiteren Einbindungen von Hospizkultur und Palliativkompetenz bestehen neben dem Konzept für die Betreuung und Begleitung von Sterbenden in Ihrer Einrichtung?

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- Leitlinien/Standards/Arbeitshilfen zur Sterbebegleitung
- Standards zur Palliativpflege
- Stellenbeschreibungen
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen
- Rituale i.R. der Abschiednahme (z.B. ewiges Licht, Andenkentage...)
- Einbindung eines ambulanten Hospizdienstes:
  - fallabhängig
  - Kooperation/Kooperationsvertrag

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

8.2.2 In welcher Form werden mit Ausnahme von Fallbesprechungen regelhaft die Themen im Kontext Hospizkultur und Palliativkompetenz mit Ihren Mitarbeiter/innen kommuniziert?

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- Dienstbesprechung
- Fort- und Weiterbildungsangebot
- Mitarbeitergespräch
- Reflexionsangebot nach einem Sterbefall

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

8.2.3 Wie viele Ihrer Mitarbeiter/innen verfügen über einen Fortbildungsnachweis in Palliative Care, in Palliativer Praxis oder für eine andere Fortbildung mit Themenbezug zur Palliative Care?

Bitte die Anzahl der Personen eintragen!

Von den Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften können

- eine Palliative Care-Fortbildung mit 160 Std.
- eine Palliative Praxis-Fortbildung mit 40 Std.
- eine sonstige Fortbildung mit Themenbezug zu Palliative Care

nachweisen.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

	ja	nein
8.2.4 Kann Ihre Einrichtung den Mitarbeitenden <u>zusätzliche</u> zeitliche Ressourcen für die Sterbebegleitung von Bewohner/innen und/oder Begleitung von Angehörigen gewähren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2.5 Werden Wünsche und Vorstellungen der Bewohner/innen zur letzten Lebensphase (incl. Notfallplanung) dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2.6 Sind Mitarbeiter/innen in Ihrer Einrichtung qualifiziert, um sterbende Demenzkranke in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2.7 Gibt es in Ihrer Einrichtung konzeptionelle Vorstellungen zur Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2.8 Arbeiten Sie mit einem SAPV-Arzt zusammen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2.9 Beschweren sich Sterbende, Angehörige oder Mitarbeiter/innen über fehlende ärztliche Unterstützung bei der Versorgung und Begleitung in der letzten Lebensphase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bemerkungen zu 8.2**

.....

.....

.....

.....