

## Vorlage-Nr. 14/2370

öffentlich

**Datum:** 15.11.2017  
**Dienststelle:** Fachbereich 84  
**Bearbeitung:** Frau Siekierski

<b>Ausschuss für den LVR- Verbund Heilpädagogischer Hilfen</b>	<b>01.12.2017</b>	<b>Kenntnis</b>
--	-------------------	-----------------

Tagesordnungspunkt:

**3. Qualitäts- und Leistungsbericht für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen**

Beschlussvorschlag:

Der Ausschuss nimmt den 3. Qualitäts- und Leistungsbericht für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen gemäß Vorlage 14/2370 zur Kenntnis.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.

nein

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Aktionsplanes für Gleichstellung, Familienfreundlichkeit und Gender Mainstreaming.

nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge:

Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan

Aufwendungen:

/Wirtschaftsplan

Einzahlungen:

Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan

Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:

Auszahlungen:

/Wirtschaftsplan

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i

## **Zusammenfassung:**

Der 3. Qualitäts- und Leistungsbericht für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen beinhaltet wesentliche Informationen zu den drei LVR-HPH-Netzen, dem handlungsleitenden Rahmen und der regionalen Streuung der Wohn- und Förderangebote zum Stichtag 31.12.2016.

Er informiert darüber hinaus über die Art und Verteilung der Leistungsangebote, das Qualitätsmanagementsystem als Grundlage zur Steuerung einer gesicherten Qualität sowie über die Menschen, die die jeweiligen Leistungen nutzen bzw. erbringen.

Bei quantitativ oder qualitativ bedeutsamen Veränderungen liefert der Bericht eine vergleichende Betrachtung zu den Daten der vorherigen Qualitäts- und Leistungsberichte.

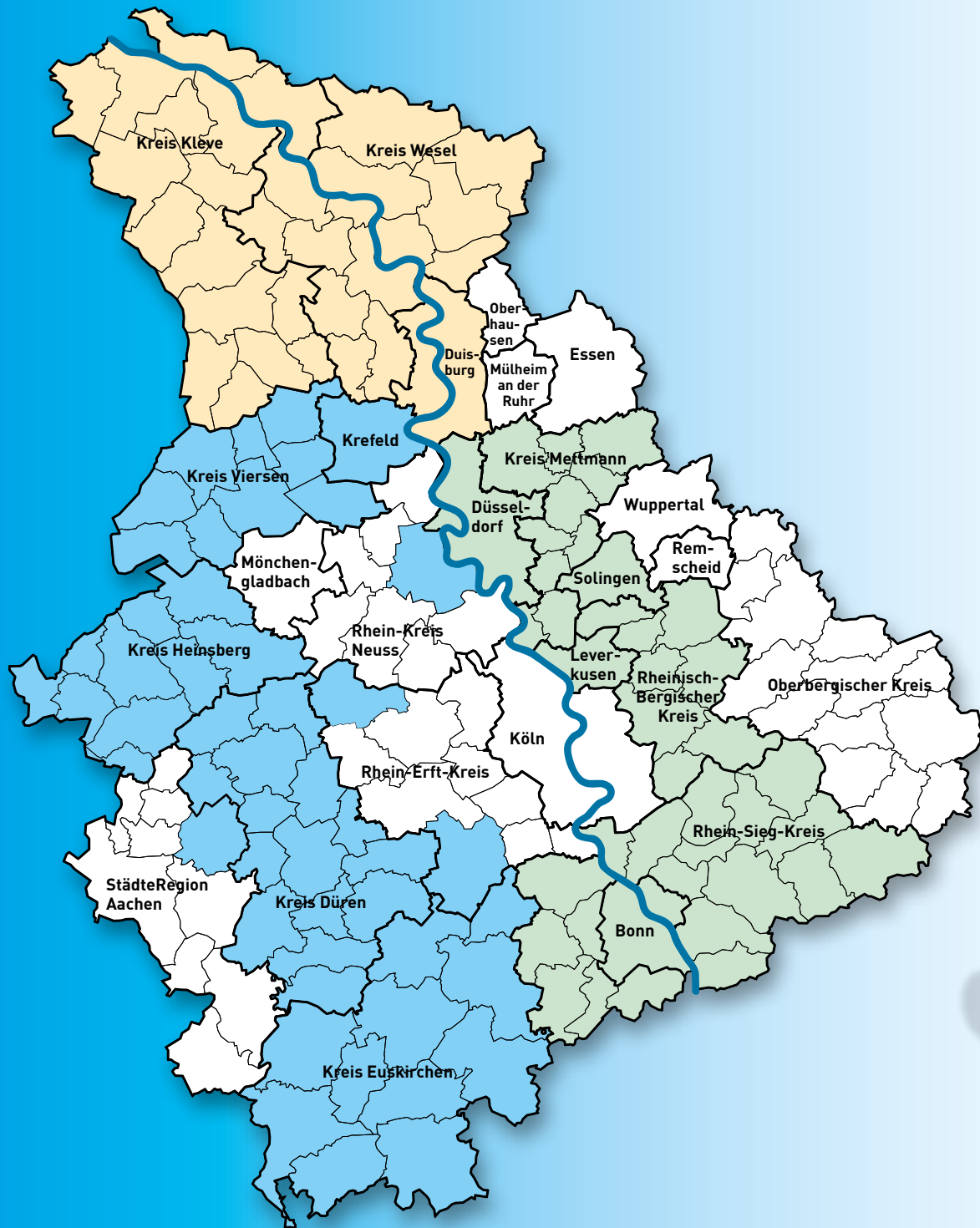
## **Begründung der Vorlage Nr. 14/2370:**

Der 3. Qualitäts- und Leistungsbericht für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen ist in elektronischer Fassung als Anlage beigefügt und wird in der Sitzung ausgelegt.

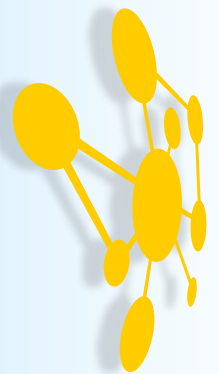
In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i

# Qualitäts- und Leistungsbericht 2016



HPH-VERBUND  
GEMEINSAM  
GANZ NORMAL!



## **Impressum**

Herausgeber:

Landschaftsverband Rheinland

LVR-Dezernat 8

Klinikverbund und Verbund

Heilpädagogischer Hilfen

Layout und Druck:

LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln



# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>3</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Die LVR-HPH-Netze im Überblick</b> .....	<b>7</b>
1.1. Verteilung in den Gebietskörperschaften .....	7
1.2. Regionale Streuung der Wohn- und Förderangebote .....	8
1.3. Leitbild der LVR-HPH-Netze – Kurzform – .....	9
1.4. Rahmenkonzeption zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention .....	10
<b>2. Leistungsspektrum</b> .....	<b>11</b>
2.1. Individuelle Bedarfsermittlung und Steuerung .....	11
2.2. Ambulante Wohn- und Unterstützungsleistungen .....	12
2.2.1. Betreutes Wohnen – BeWo – .....	12
2.2.2. Ambulante Pflege – Hilfen aus einer Hand .....	14
2.3. Allgemeine und spezielle Unterstützungsleistungen im stationären Bereich.....	14
2.3.1. Allgemeine Unterstützungsleistungen .....	14
2.3.2. Spezielle Unterstützungsleistungen .....	15
2.4. Wohnangebote .....	15
2.4.1. Spezielle Wohn- und Förderangebote.....	16
2.4.2. Kultursensible Betreuung von Personen mit Migrationshintergrund.....	16
2.5. Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen .....	17
2.6. Angebote für Arbeit und Beschäftigung.....	20
2.7. Angebote der Heilpädagogischen Zentren – HPZ – .....	23
2.8. Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen – KoKoBe – .....	24
<b>3. Klientelanalyse</b> .....	<b>25</b>
3.1. Unterstützung im stationären Wohnen – Einteilung in Leistungstypen -LT- .....	25
3.2. Entwicklung der Leistungstypen Wohnen 2004 bis 2016.....	26
3.3. Pflegebedarf §43a SGB XI .....	29
3.4. Altersstruktur .....	30
3.5. Fluktuation.....	32
3.6. Weitere Diagnosen und Verhaltensauffälligkeiten.....	33
<b>4. Qualitätsmanagement</b> .....	<b>37</b>
4.1. Qualitätsmanagementsystem .....	37
4.2. Beschwerdemanagement .....	40
4.3. Zielvereinbarungen.....	42

<b>5.</b>	<b>Partizipation und Teilhabe .....</b>	<b>43</b>
5.1.	Mitwirkung und Mitbestimmung im Alltag .....	43
5.2.	Politische Partizipation.....	44
<b>6.</b>	<b>Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LVR-HPH-Netze.....</b>	<b>45</b>
6.1.	Personalausstattung .....	45
6.1.1.	Altersstruktur der Mitarbeiterschaft in den LVR-HPH-Netzen.....	46
6.1.2.	Vollzeitbeschäftigte und Teilzeitbeschäftigte.....	48
6.1.3.	Freiwilligenmanagement.....	50
6.2.	Personalentwicklung .....	51
6.2.1	Fort- und Weiterbildung .....	51
6.2.2.	Betriebliches Gesundheitsmanagement – BGM – .....	53
6.2.3.	Vereinbarkeit von Beruf und Familie.....	53
6.2.4.	Nachwuchsgewinnung .....	53
6.2.5.	Personalbindung – Arbeitgeberattraktivität .....	54
<b>7.</b>	<b>Kooperationen .....</b>	<b>55</b>
<b>8.</b>	<b>LVR-Institut für Konsulentenarbeit – Kompass.....</b>	<b>57</b>
8.1.	Die Arbeit des LVR-Institutes Kompass .....	57
8.2.	Nachfrageentwicklung .....	57
<b>9.</b>	<b>Herausforderungen für den LVR-HPH-Verbund.....</b>	<b>58</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>61</b>



## Vorwort

Sehr geehrte Leserin,  
sehr geehrter Leser,

Sie halten den 3. Qualitäts- und Leistungsbericht für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen in Händen. Er soll Ihnen, den Mitgliedern der politischen Vertretung des Landschaftsverbandes Rheinland, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie weiteren Interessierten einen informativen Überblick über die LVR-HPH-Netze geben. Darüber hinaus dient er zur Information von derzeitigen oder potentiellen Kooperationspartnern und unterstützt nicht zuletzt die Fachdiskussion im LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen.

Die drei heutigen LVR-HPH-Netze haben seit ihrer Gründung 1980 als „Heilpädagogische Heime“ einen stetigen Entwicklungsprozess durchlaufen von wenigen Standorten mit hoher Platzkonzentration in den Geländen der LVR-Kliniken zu dezentralisierten Einrichtungen mit 105 Standorten in 18 Gebietskörperschaften und ambulanten Unterstützungsangeboten zum selbständigen Wohnen und ambulanter Pflege.

Gesellschaftspolitische, behindertenpolitische und gesetzliche Veränderungen haben einen anderen Blick auf und für Menschen mit einer Behinderung bewirkt und die professionellen Dienstleister veranlasst, ihre Sichtweise auf und ihre Konzepte zur Unterstützung von Menschen mit Behinderung zu verändern. Die UN-Konvention für die Rechte von behinderten Menschen fordert ein gesamtgesellschaftliches Umdenken.

Der LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen bzw. die Heilpädagogischen Netze haben erfolgreich ihre Konzepte unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse und Anforderungen weiterentwickelt und bieten Menschen mit einer geistigen Behinderung zeitgemäße Leistungsangebote auf hohem Niveau an.

Die politischen Gremien des LVR haben diese Entwicklung durch entsprechende Beschlüsse gefordert und gefördert. Das gleichermaßen zielstrebige Bemühen der politischen Vertretung, der Verbundzentrale, der LVR-HPH-Netze und des LVR-Instituts für Konsulentenarbeit – Kompass hat die hohe Qualität der Leistungsangebote ermöglicht.

Im vorliegenden Qualitäts- und Leistungsbericht sind wesentliche Informationen dargestellt zur Verteilung der Leistungsangebote, der Art der Leistungen, über die Menschen, die diese Angebote nutzen und diejenigen, die Leistungen erbringen. Sie werden informiert über den handlungsleitenden Rahmen – Leitbild und Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention – und das Qualitätsmanagementsystem als Grundlage für die Steuerung der Entwicklung und eine gesicherte Qualität.



Die Daten in diesem Bericht geben den Stand Ende Dezember 2016 wieder. Bei quantitativ oder qualitativ bedeutsamen Veränderungen erfolgte eine vergleichende Betrachtung zu den Daten der ersten beiden Berichte aus 2012 und 2014.

Ich bin sicher, Sie werden auch in diesem Bericht wieder wichtige Informationen finden; vielleicht interessieren Sie jedoch auch noch andere Aspekte, die bisher keine Berücksichtigung gefunden haben. Die Redaktion nimmt Ihre Hinweise gerne entgegen, denn die Zielsetzung Weiterentwicklung und Verbesserung gilt auch für dieses Berichtsformat.

**Martina Wenzel-Jankowski**

LVR-Dezernentin

Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen



## Abkürzungsverzeichnis

ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BeWo	Betreutes Wohnen
BFD	Bundesfreiwilligendienst
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BSC	Balanced Score Card
BTHG	Bundesteilhabegesetz
CWWN	Caritas Wohn- und Werkstätten Niederrhein gGmbH
DIN EN ISO 9000	Zertifizierungsnorm
ICF	International Classification Functioning, Disability and Health
IHP	Individuelle Hilfeplanung
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
HBG	Hilfebedarfsgruppe
HEP	Heilerziehungspflegerinnen/Heilerziehungspfleger
HPZ	Heilpädagogisches Zentrum
I.D.T.	in der Tätigkeit
KP	Krankenpflegerin/Krankenpfleger
KS	Krankenschwester
KoKoBe	Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstelle
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft öffentlicher Träger der Behindertenhilfe
LT	Leistungstyp
LVR-HPH-N	LVR-HPH-Netz Niederrhein
LVR-HPH-O	LVR-HPH-Netz Ost
LVR-HPH-W	LVR-HPH-Netz West
TS	Tagesstruktur
QM	Qualitätsmanagement
SRH	Hochschule Heidelberg
SGB	Sozialgesetzbuch
UN-BRK	UN-Konvention für die Rechte von behinderten Menschen
Vivendi	Dokumentationssoftware
WfbM	Werkstatt für Menschen mit Behinderung
WTG	Wohn- und Teilhabegesetz des Landes Nordrhein-Westfalen



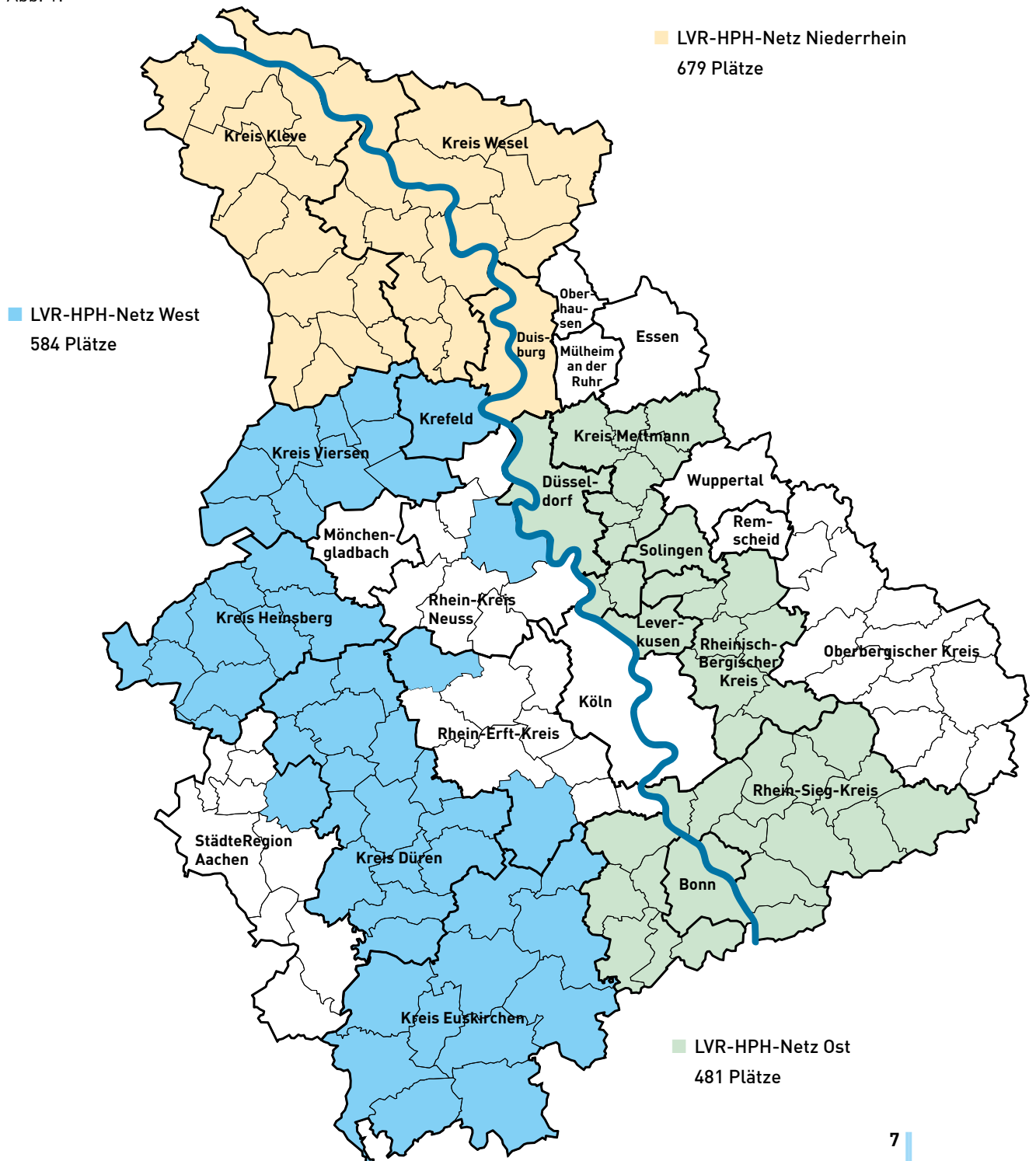


## 1. Die LVR-HPH-Netze im Überblick

Nachstehende Graphiken geben einen Überblick über die Verteilung der LVR-HPH-Netze sowie über die regionale Streuung der Wohn- und Förderangebote.

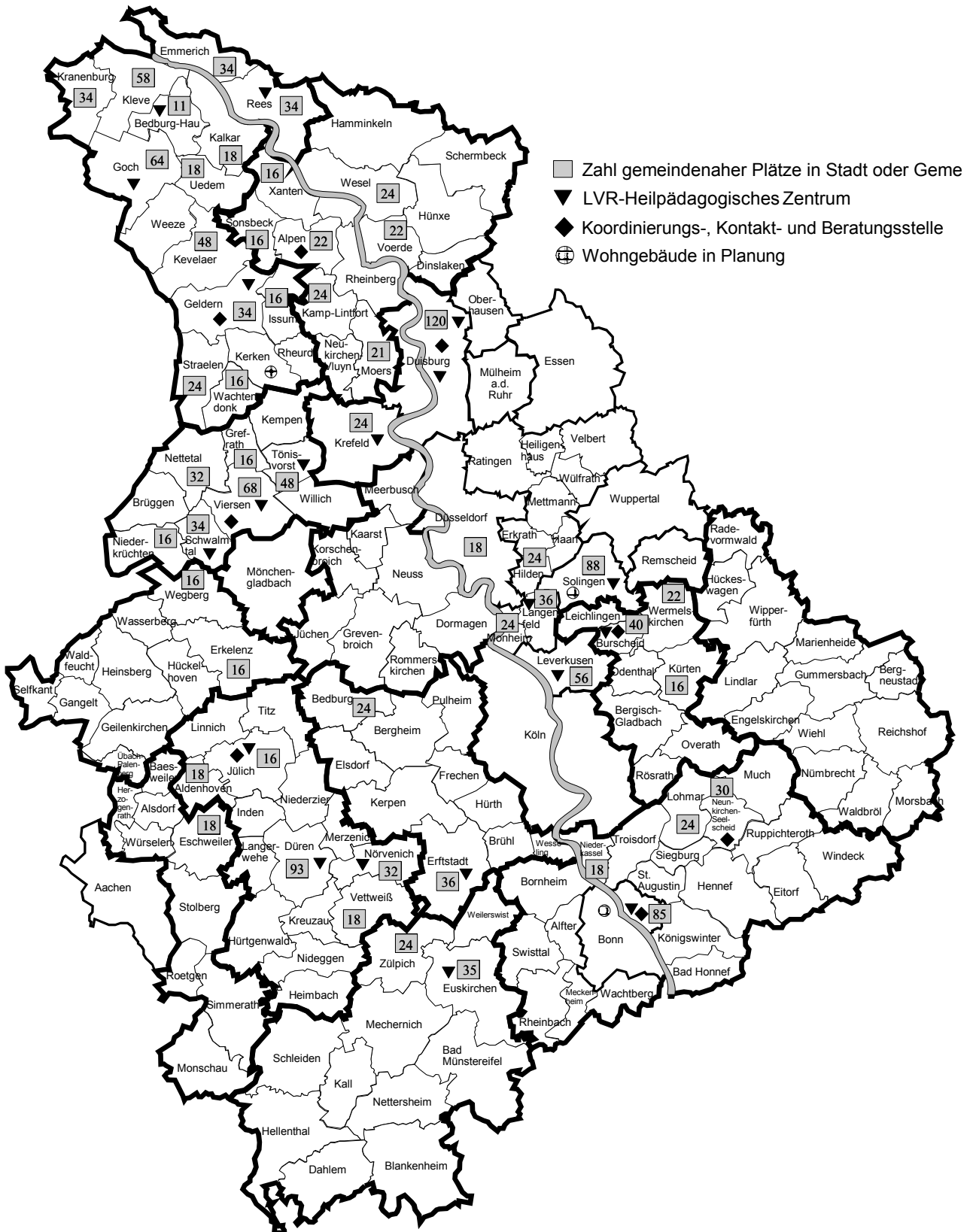
### 1.1. Verteilung in den Gebietskörperschaften

Abb. 1:



## 1.2. Regionale Streuung der Wohn- und Förderangebote

Abb. 2:





### 1.3. Leitbild der LVR-HPH-Netze – Kurzform –

#### SELBSTBESTIMMTES LEBEN – UNSERE VISION

Menschen mit geistiger Behinderung leben ein selbstbestimmtes Leben.  
Sie erhalten genau das Maß an Unterstützung, das sie brauchen und wünschen.

#### GEMEINSAM GANZ NORMAL – UNSER SELBSTVERSTÄNDNIS

Wir sind Begleiterinnen und Begleiter für Menschen mit geistiger Behinderung auf ihrem Weg in die Gemeinschaft.  
Menschen mit Behinderung leben in der Mitte der Gesellschaft.

#### ANDERS, ABER GLEICH – UNSERE KUNDINNEN UND KUNDEN

Menschen mit geistiger Behinderung sind für uns Kundinnen und Kunden auf Augenhöhe.  
Unser oberster Grundsatz im Umgang mit ihnen ist die Wahrung ihrer persönlichen Integrität.

#### RESPEKT UND VERTRAUEN – UNSERE BASIS

Bei uns arbeiten Menschen mit Menschen.  
Respekt und Vertrauen sind daher die Basis unseres Umgangs miteinander.

#### EIN STARKES NETZWERK – UNSER VERBUND

Die LVR-HPH-Netze und das LVR-Institut Kompass sind der starke Verbund der Heilpädagogischen Hilfen im LVR.  
Wir stehen für Qualität, Kompetenz und die passgenaue Unterstützung unserer Kundinnen und Kunden.

#### 1.4. Rahmenkonzeption zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Zum 26.03.2009 ist das Gesetz zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen – UN-BRK – in Kraft getreten, das bürgerliche, politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte umfasst, mit dem Ziel, den Rechten von Menschen mit Behinderungen zu entsprechen.

Der LVR-HPH-Verbund verfolgt seit Beginn seines Bestehens als Erbringer von Leistungen für Menschen mit geistiger Behinderung innovative Ansätze bei seiner Angebotsgestaltung und entspricht mit seinem Leitbild schon seit Jahren den in Artikel 3 der UN-Konvention formulierten allgemeinen Grundsätzen.

2010 wurde für den LVR-HPH-Verbund die Rahmenkonzeption zur Umsetzung der UN-BRK entwickelt. In dieser wird der Umsetzungsstand der für den Aufgabenbereich der LVR-HPH-Netze besonders relevanten Artikel der UN-Konvention beschrieben. Die Bestandsaufnahme belegt, dass die Arbeit der LVR-HPH-Netze in der Grundausrichtung und in vielen Maßnahmen den Vorgaben und Zielen der UN-BRK entspricht. Zielsetzung ist, das Vorhandene zu stabilisieren, zu erweitern sowie neue Ansätze zu finden.

Für die weitere Arbeit wurde die Lebensrealität in 7 Handlungsfelder gegliedert:

- Wohnen – Betreuung und Pflege
- Leben in der Gemeinde – Sozialraumorientierung
- Barrierefreie Kommunikation und Information
- Arbeit – Beschäftigung – Bildung
- Soziale Beziehungen
- Gesundheit
- Selbstbestimmung – Mitbestimmung – Bürgerrechte

Für jedes Handlungsfeld wurden Zielsetzungen bzw. Umsetzungsstrategie und Maßnahmen beschrieben. Diese Rahmenkonzeption ist die Grundlage für standortspezifische und auf den Bedarf und die Interessen der dort lebenden Personen ausgerichtete Maßnahmen. Beispiele für die Umsetzung der UN-BRK werden dem Ausschuss für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen regelmäßig vorgestellt.



## 2. Leistungsspektrum

Die Leistungsangebote richten sich an Menschen mit geistiger Behinderung und solche mit zusätzlichen Behinderungen im Bewegungs- und Wahrnehmungsbereich sowie Beeinträchtigungen durch Verhaltensstörungen.

Abhängig vom individuellen Unterstützungsbedarf können stationäre Unterstützungsleistungen in gemeindenahen Wohnverbänden oder ambulante Hilfeleistungen in Anspruch genommen werden. Im Jahr 2016 wurden die ambulanten und stationären Leistungsangebote zu 39,5 % von weiblichen und zu 60,5 % von männlichen Personen genutzt.

### 2.1. Individuelle Bedarfsermittlung und Steuerung

Zur Ermittlung der individuellen Wünsche und Ziele sowie des erforderlichen Unterstützungsbedarfes von Menschen mit Behinderungen wird im Zuständigkeitsbereich des überörtlichen Leistungsträgers der Eingliederungshilfe LVR das Individuelle Hilfeplanverfahren angewendet. Der jeweilige Unterstützungsbedarf an Teilhabeleistungen wird mit Blick auf den Bedarf an Heilpädagogischer Unterstützung, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie Tagesstruktur mittels eines „Individuellen Hilfeplans“ – IHP – ermittelt. Der IHP wird gemeinsam mit der betroffenen Person und ihrem Unterstützungssystem erstellt.

Dem IHP des LVR liegt die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF – zugrunde. Dort werden verschiedene Teilhabebereiche definiert und konkretisiert:

- Lernen und Wissensanwendung
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung
- Häusliches Leben
- Interpersonelle Interaktion und Beziehungen
- Bedeutende Lebensbereiche

Auf der Grundlage der Festlegungen im IHP erfolgt die konkrete Unterstützungsplanung.



## 2.2. Ambulante Wohn- und Unterstützungsleistungen

Seit 2004 werden die Angebote für den Personenkreis, der Unterstützung im Rahmen des Betreuten Wohnens wünscht, kontinuierlich weiterentwickelt und ausgebaut. Zunehmend gelingt es auch, Settings für Menschen mit hohem sozialem Integrationsbedarf zu gestalten.

### 2.2.1. Betreutes Wohnen – BeWo –

Menschen mit geistiger Behinderung, die weitgehend selbständig

- in der eigenen Wohnung,
  - in einer Wohngemeinschaft,
  - im Haus von Angehörigen – mit dem Ziel eine eigene Wohnung zu beziehen – leben,
- werden durch eine stundenweise Betreuung – mehrmals wöchentlich oder täglich – gezielt in den Bereichen unterstützt, in denen ein individueller Bedarf mittels des individuellen Hilfeplanverfahrens festgestellt wurde.

Die LVR-HPH-Netze engagieren sich für die Realisierung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und unterstützen noch stationär betreute Menschen bei einem Wechsel in das Angebot des Ambulant Betreuten Wohnens bzw. vermeiden mit ihren ambulanten Unterstützungsangeboten stationäre Aufnahmen. Der Ausbau des Ambulant Betreuten Wohnens hat als wesentliches Element des Versorgungsnetzwerks einer Region für Menschen mit geistiger Behinderung eine hohe Bedeutung. Die LVR-HPH-Netze bieten in allen Regionen BeWo an.

Abb. 3: Entwicklung der BeWo-Verträge 2004 bis 2016 in den LVR-HPH-Netzen

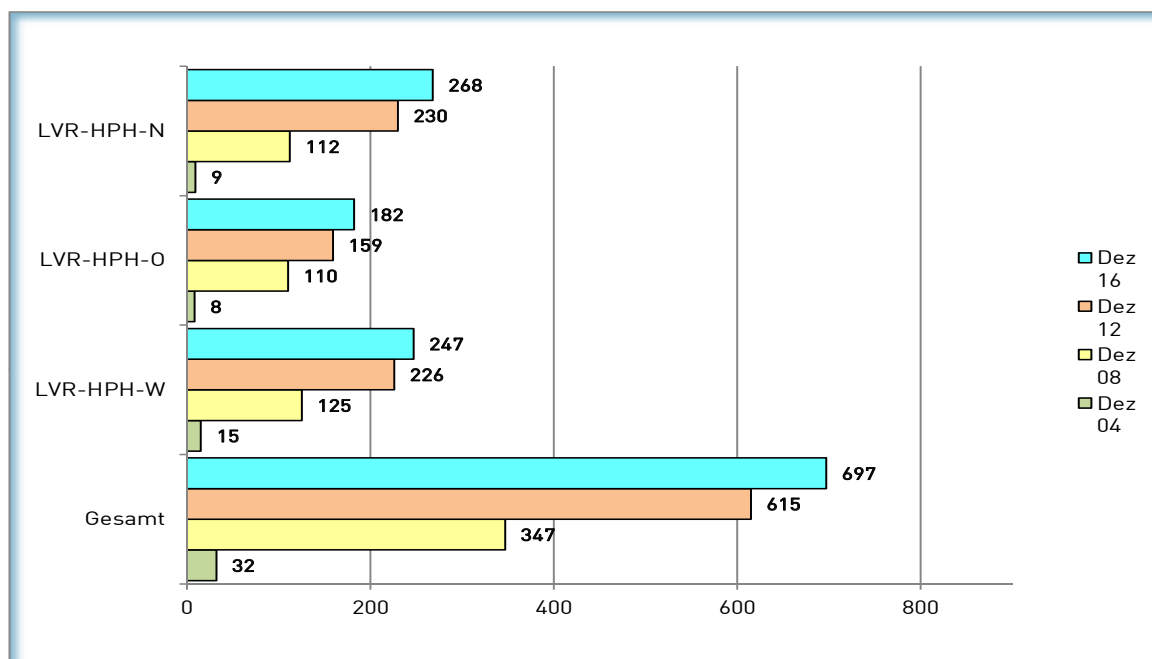
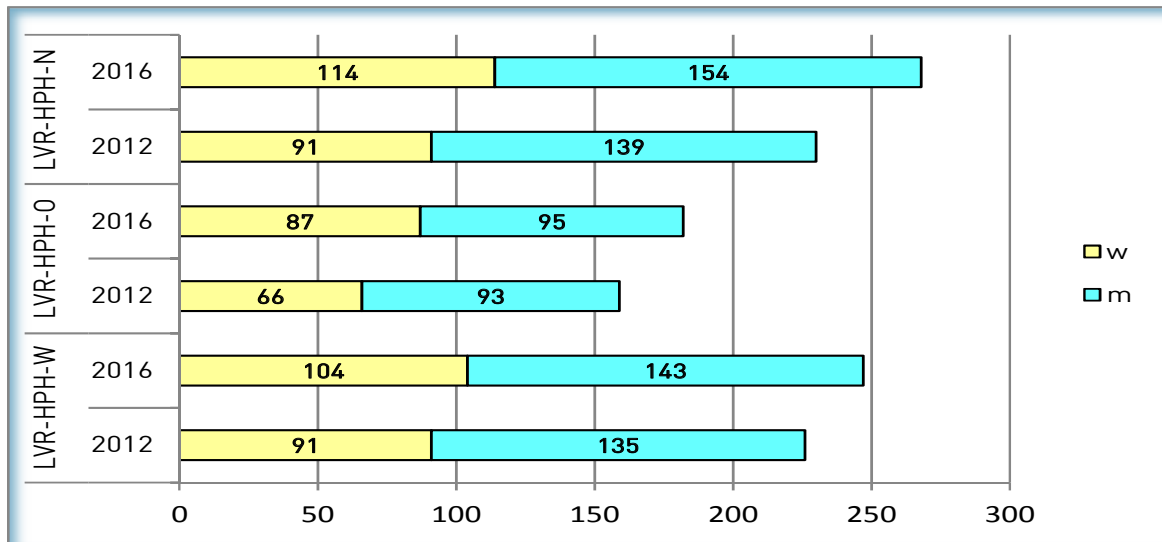




Abb. 4: Anzahl der BeWo-Verträge in den LVR-HPH-Netzen 2012 und 2016



Die Unterstützung erfolgt im Wesentlichen in Form von sogenannten Fachleistungsstunden, deren Anzahl mit der genehmigten individuellen Hilfeplanung festgelegt wird. Bedarfsabhängig lag die Anzahl Ende 2016 zwischen 1,0 und 20 Stunden pro Woche;

63 % der unterstützten Personen erhielten zwischen 5 und 10 Fachleistungsstunden.

Verteilung Fachleistungsstunden		LVR-HPH-Netze Gesamt			
		w	m	Gesamt	%
Fachleistungsstunden wöchentlich – insgesamt –	2016	1934	2457	4391	-
	2012	1730	2403	4133	-
Stundenanzahl wöchentlich im Einzelfall – Minimum –	2016	1,5	1,0	-	-
	2012	1,0	1,0	-	-
Stundenanzahl wöchentlich im Einzelfall – Maximum –	2016	16,4	20	-	-
	2012	20,3	18	-	-
Anzahl Kundinnen/Kunden mit 1–4 FLS wöchentlich	2016	87	124	211	30 %
	2012	44	89	133	22 %
Anzahl Kundinnen/Kunden mit 5–10 FLS wöchentlich	2016	197	244	441	63 %
	2012	176	242	418	68 %
Anzahl Kundinnen/Kunden mit mehr als 10 FLS wöchentlich	2016	21	24	45	7%
	2012	28	36	64	10 %
Summe	2016	305	392	697	100 %
	2012	248	367	615	100 %

## 2.2.2. Ambulante Pflege – Hilfen aus einer Hand

Pflegebedarfen wird im stationären Kontext seit jeher als integrierte Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe entsprochen.

Menschen, die Hilfen nach SGB XII im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens in Anspruch nehmen und darüber hinaus pflegerische Leistungen nach SGB XI oder Behandlungspflege nach SGB V benötigen, können beide Leistungen durch die LVR-HPH-Netze erhalten, da die LVR-HPH-Netze ambulante Pflegedienste gegründet haben.

Die gute Qualität dieser Dienste wurde durch die Ergebnisse der Prüfungen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen in 2016 mit sehr gut bis gut bewertet.

Anzahl Kundinnen/Kunden	2016 w/m	2014 w/m	2012 w/m
LVR-HPH-Netz N davon	116 51/65	93 38/55	60 35/25
LVR-HPH-Netz O* davon	21 10/11	-	-
LVR-HPH-Netz W davon	78 36/42	64 24/40	49 32/17

\* Der ambulante Pflegedienst des LVR-HPH-Netztes Ost wurde im November 2015 in Betrieb genommen.

## 2.3. Allgemeine und spezielle Unterstützungsleistungen im stationären Bereich

Im LVR-HPH-Verbund werden auf Grundlage der „Individuellen Hilfeplanung“ im Rahmen stationärer Begleitung folgende allgemeine und stationäre Unterstützungsleistungen angeboten:

### 2.3.1. Allgemeine Unterstützungsleistungen

- Unterstützung bei der alltäglichen Lebensführung
- Entwicklung und Gestaltung sozialer Beziehungen
- Gesundheitsvorsorge
- Förderung bei der Entwicklung/beim Erhalt individueller, kognitiver, körperlicher, sozialer und kommunikativer Fähigkeiten
- Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben
- Vorbereitung für die Aufnahme einer Arbeit/Tätigkeit in einer WfbM bzw. in einem HPZ
- Teilhabe an kulturellem Leben, Erholung, Freizeit und Sport
- Vorbereitung auf das Ambulant Betreute Wohnen
- Behandlungspflege im Rahmen von SGB V



### 2.3.2 Spezielle Unterstützungsleistungen

- Sterbebegleitung
- Betreuung von Menschen mit Demenz
- Krisenintervention
- Intensivbetreuung
- Geschlossene bzw. geschützte Bereiche nach § 1906 Abs. 1 des BGB
- Betreuung bei der Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen nach dem § 1906 Abs. 4 des BGB

### 2.4. Wohnangebote

In kleinen, gemeindenahen, individuellen Wohnformen der LVR-HPH-Netze erhalten erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung auf sie zugeschnittene, bedarfsgerechte Unterstützungsangebote. Menschen mit geistiger Behinderung finden dort grundsätzlich einen Lebensort mit der Möglichkeit des lebenslangen Wohnens. Einfluss auf die Alltags- und Selbstversorgungsstrukturen bilden die Grundlage für ein Leben so normal wie möglich. Die Wohnungen entsprechen grundsätzlich den allgemein gültigen Anforderungen gem. des Gesetzes über das Wohnen mit Assistenz und Pflege in Einrichtungen – Wohn- und Teilhabegesetz –, WTG.

Wohnangebote	Angabe
Wohn- und Unterstützungsangebote	1744 Plätze <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realisiert in 54 Städten oder Gemeinden verteilt auf 11 Kreise, die StädteRegion Aachen und 6 kreisfreie Städte</li> </ul>
Anzahl Wohnplätze pro Haus	5 bis 24 Personen
Größe Wohneinheiten	1 bis 8 Personen

### 2.4.1. Spezielle Wohn- und Förderangebote

In allen LVR-HPH-Netzen sind spezielle Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung und mit Autismus-Spektrum-Störungen entwickelt worden. Pflegekompetenz ist für die Beantwortung ausgeprägter Pflegebedarfe im Rahmen der Eingliederungshilfe ebenfalls ausgebildet. Für eine kurzfristige Betreuung bieten die LVR-HPH-Netze Kurzzeitpflege – Verhinderungspflege nach dem SGB XII – an. Zusätzlich werden nach dem Prinzip „Hilfen aus einer Hand“ für Kundinnen und Kunden, die ambulante Wohn- und Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen und bei denen ein Pflegebedarf besteht, in den LVR-HPH-Netzen ambulante Pflegedienste betrieben.

Das LVR-HPH-Netz West bietet

- ein Wohn- und Förderangebot für Menschen mit leichter geistiger Behinderung und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten, die einer geschlossenen Unterbringung bedürfen,
- ein Wohn- und Förderangebot für Menschen mit schwererer geistiger Behinderung und erheblichem Kontrollverlust,
- Wohn- und Förderangebote für gehörlose Menschen mit geistiger Behinderung in Euskirchen und Zülpich.

### 2.4.2. Kultursensible Betreuung von Personen mit Migrationshintergrund

Grundsätzlich wird in allen Wohn- und Förderangeboten eine dem individuellen Bedarf entsprechende kultursensible Betreuung von Personen mit Migrationshintergrund realisiert.

Folgende Aspekte der Migration und ihrer Hintergründe werden erfragt und berücksichtigt:

- Migrantinnen/Migranten aus der EU bzw. Staaten außerhalb der Europäischen Union
- Auswanderungsgrund: Flucht, gesundheitliche Versorgung im Ankunftsland etc.
- Familienform und -gefüge: Mehrgenerationenfamilie, Kernfamilie, hierarchische Struktur und Rollenverteilung etc.
- Religionszugehörigkeit: Definition von Behinderung, ernährungsspezifische Besonderheiten, Rituale
- Sprache: Kenntnis der deutschen Sprache, Mehrsprachigkeit
- Weitere Aspekte: Kleidung, persönliche Gegenstände/Einrichtung, Pflege, Jahresplanung/Feiertage, Tages-/Zeitplanung, Arzneien/medikamentöse Behandlung, Behandlung durch Fachärztinnen/Fachärzte



## 2.5. Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen

### Grundlage

Freiheitsentziehende Maßnahmen werden auf der Grundlage des Grundgesetzes der BRD, Art. 1 und 2 sowie des Betreuungsgesetzes des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 1906 Abs. 1 und 4 des BGB) und eines festgelegten Verfahrens – Allg. Rundverordnung Nr. 14 – für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen durchgeführt.

Freiheitsentziehende Maßnahmen werden auf der Grundlage eines Beschlusses des zuständigen Amtsgerichtes realisiert. Die richterliche Genehmigung wird auf Antrag der gesetzlichen Betreuung und Anhörung der betroffenen Person befristet für maximal 2 Jahre erteilt.

### UN-BRK

Sowohl die UN-Behindertenrechtskonvention als auch unsere Verfassung betonen deutlich den Freiheitsaspekt. Die verfassungsrechtlichen und gesetzlichen Grundlagen für die Freiheitsentziehung durch Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen lassen Eingriffe in das Recht der Freiheit einer Person nur dann zu, wenn die strengen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Im LVR-HPH-Verbund erfolgt eine sorgsame Abwägung zwischen Freiheit und Sicherheit mit der betroffenen Person und allen für sie wichtigen Personen sowohl im Hinblick auf eine grundsätzliche Regelung als auch auf die spezielle Ausgestaltung selbiger. Eine personenbezogene Reflexion findet in individuell festgelegten Abständen – mindestens jedoch einmal jährlich – statt.

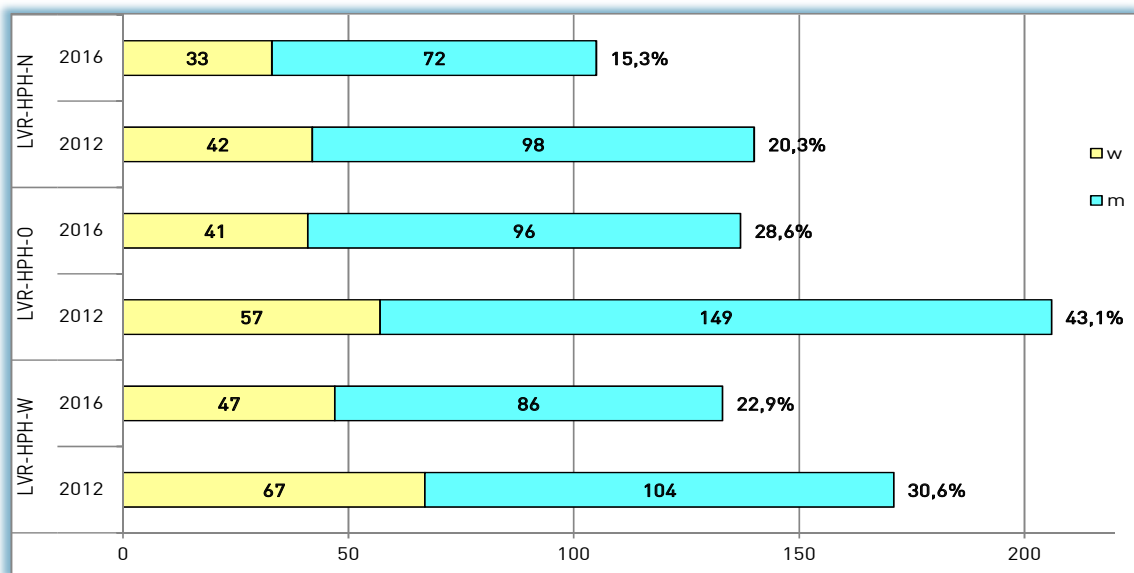
### Grad des Freiheitsentzuges

- Freiheitsentzug durch geschlossene Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 des BGB wird in den LVR-HPH-Netzen zum Schutz der Gesundheit und des Lebens für Personen mit Orientierungslosigkeit, erheblich eingeschränkter Verkehrstüchtigkeit und/oder erheblicher Autoaggression durchgeführt. Die geschlossene Unterbringung wird abhängig vom Zustand und der Entwicklung individuell gestaltet.
- Freiheitsentzug durch unterbringungsähnliche Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 des BGB:
  - Fixierung der Extremitäten wegen Selbstverletzungs- und/oder Sturzprophylaxe
  - Sicherung durch Bettgitter zur Sturzprophylaxe
  - Absonderung im abgeschlossenen Zimmer der Kundin oder des Kunden

### Geschlossene Unterbringung gem. § 1906 Abs. 1 BGB

Nachfolgende Graphik gibt Auskunft über Anzahl und Prozentsatz der Bewohnerschaft je Netz, die 2016 gem. § 1906 Abs. 1 des BGB geschlossen untergebracht waren:

Abb. 5:



Im Jahr 2016 gab es insgesamt 375 (121/254) geschlossen untergebrachte Personen. Es erfolgt eine kritische Abwägung zwischen Schutz und Sicherheit und es werden technische Hilfsmittel wie Armbänder, die bei dem Verlassen der Wohnung ein Signal abgeben, eingesetzt.

### Freiheitsentziehende Maßnahmen

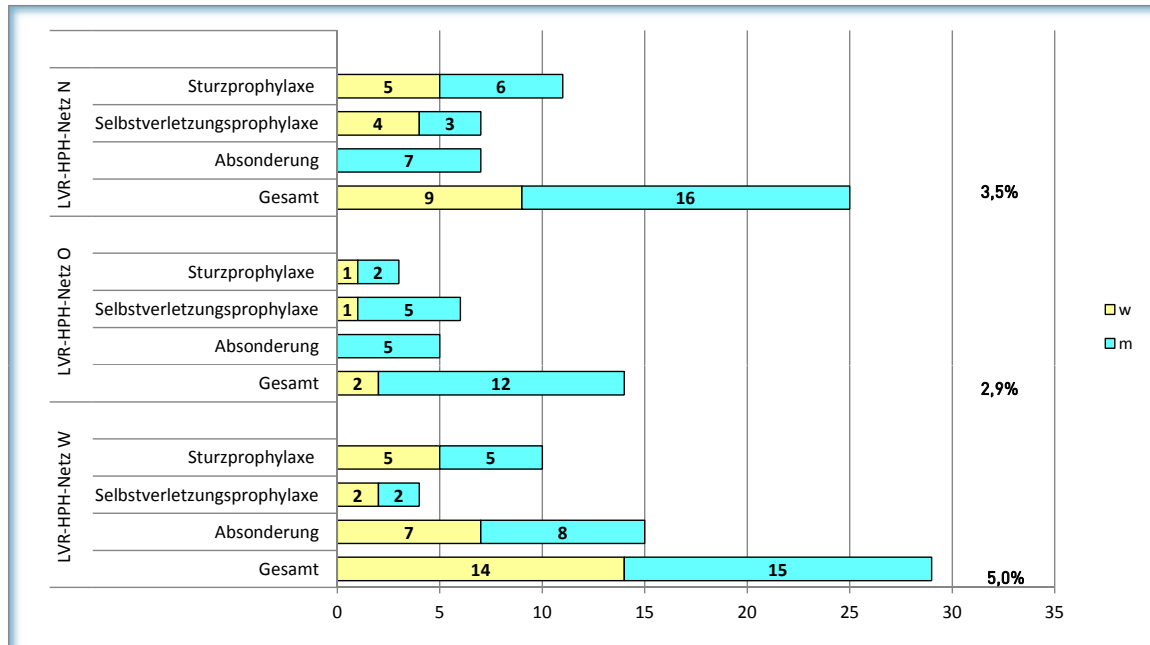
Die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen nach § 1906 Abs. 1 und 4 BGB wie die geschlossene Unterbringung, die unterschiedlichen Formen der Fixierung sowie die Absonderung im abgeschlossenen Kundenzimmer sind vor dem Hintergrund eines annehmenden, akzeptierenden Förderungsmilieus und unter dem Gesichtspunkt der Wahrung der Menschenwürde grundsätzlich nur eine letzte Möglichkeit in Situationen, in denen Leben und Gesundheit der betreffenden Person erheblich gefährdet und nicht auf andere Weise zu schützen sind.

Bei der Durchführung wird nur fachgerechtes Fixierungsmaterial – Spezialgurte – verwendet. Für die Dauer der Maßnahme werden das Befinden und der Sitz des Fixierungsmaterials regelmäßig kontrolliert. Art und Intensität der Betreuung werden dem Einzelfall entsprechend angeordnet und dokumentiert.



Von der Gesamtanzahl der in den stationären Angeboten der LVR-HPH-Netze lebenden Personen – 1744 – wurden in 2016 bei 68 Personen – 3,9% – „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ angewandt.

Abb. 6:



Die Zahl der betroffenen Personen ist seit 2014 rückgängig (9 Personen weniger). Sturzprophylaxe durch Bettgitter wird weiterhin weniger realisiert, Niederflurbetten bieten für einige Personen eine Alternative. Die Zahl der Absonderungen im eigenen Zimmer, um dem Sicherheitsbedürfnis eines Menschen zu entsprechen bzw. ihm die Möglichkeit einzuräumen, zur Ruhe zu kommen, hat sich kaum verändert.

### Qualitätssicherung

In der Allg. Rundverfügung Nr. 14 sind detaillierte Vorgaben für das Verfahren zur Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen und Dokumentationspflichten festgelegt. Im Rahmen einer Vor-Ort-Prüfung wird von der Fachaufsicht des Trägers jährlich kontrolliert, ob in den LVR-HPH-Netzen entsprechend der Allg. Rundverfügung 14 verfahren wird. Die Einrichtungen erhalten einen ausführlichen Prüfbericht mit Kommentierungen zur Situation in den überprüften Häusern. Als weitere qualitätssichernde Maßnahme ist ein Jahresbericht für jede regelmäßig fixierte Kundin bzw. jeden regelmäßig fixierten Kunden implementiert.



## 2.6. Angebote für Arbeit und Beschäftigung

### Werkstatt für Menschen mit Behinderung – WfbM, LT 25 –

Der Besuch einer WfbM – LT 25 – wird grundsätzlich für alle Kundinnen und Kunden der LVR-HPH-Netze im arbeitsfähigen Alter angestrebt.

Nicht für oder mit jeder Person ist dieses Ziel realisierbar. Menschen mit hohem sozialem Integrationsbedarf bekommen häufiger keinen Arbeitsplatz in einer WfbM oder verlieren ihn wieder. Menschen mit sehr schweren Behinderungen können oftmals auch minimalen Ansprüchen an eine Arbeitsleistung nicht genügen bzw. sind bei evtl. einhergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit einem derartigen Arbeitsplatz überfordert. Deshalb bieten die LVR-HPH-Netze bedarfsgerechte tagesstrukturierende Beschäftigung an.

### Tagesstrukturierende Beschäftigung – TS, LT 24 und LT 23 –

Tagesstrukturierende Beschäftigung wird für Personen angeboten,

- die bereits das Rentenalter erreicht haben,
- die mangels oder nach Verlust eines Arbeitsplatzes einer gezielten Arbeitsvorbereitung bedürfen, um (wieder) auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt integriert werden zu können,
- die den Anforderungen einer Arbeitstätigkeit nicht gewachsen sind und deshalb einer dauerhaften Tagesstruktur im Sinne eines Arbeitersatzes bedürfen.

Die TS entspricht inhaltlich den in der individuellen Hilfeplanung ausgedrückten Wünschen und dem festgestellten Bedarf. Tagesstrukturierende Maßnahmen können grundsätzlich auch von Menschen, die im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens unterstützt werden, in Anspruch genommen werden.

694 Kundinnen und Kunden der stationären Wohnangebote, die 40% aller dort lebenden Personen entsprechen, sind auf eine Tagesstrukturierung durch die Einrichtung angewiesen.

Im Rahmen des LT 24 finden diese Angebote in eigenen Organisationseinheiten, in der Regel einem HPZ, statt und umfassen für die einzelne Person mindestens drei mal zwei Stunden in der Woche.

Im Rahmen des LT 23 erfolgt die Beschäftigung im Wohngruppenkontext auch unter Nutzung von Sonderräumlichkeiten wie Mehrzweck- oder Snoezelräumen.

Insgesamt 58 Personen, 3% der Bewohnerschaft, nehmen kein tagesstrukturierendes Angebot wahr, weil sie sich anders beschäftigen möchten oder krankheitsbedingt nicht in der Lage sind.



Die nachstehenden Tabellen stellen die Nutzung der Angebote für Arbeit und Beschäftigung durch die in den Wohnangeboten der LVR-HPH-Netze lebenden Personen in 2016 dar:

Abb. 7: Nutzung der Angebote durch die gesamte Bewohnerschaft LVR-HPH-Netze gesamt – 1744 Personen – in 2016

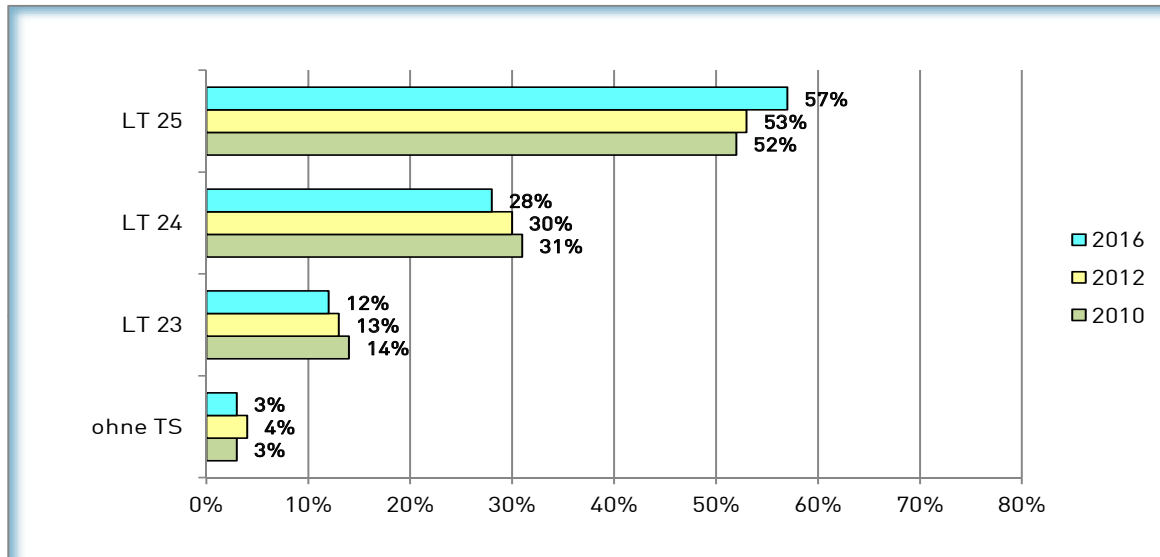
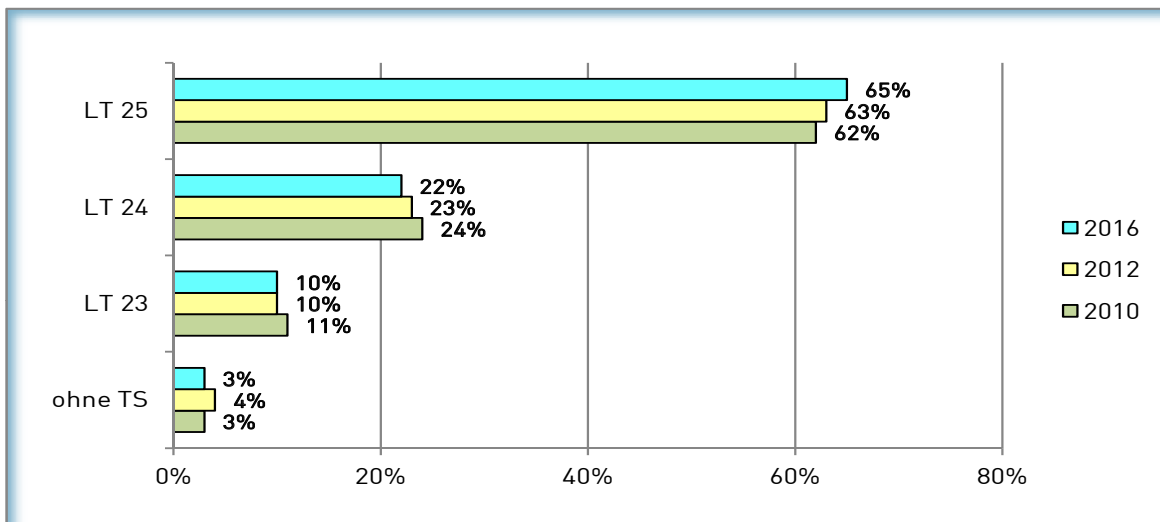


Abb. 8: Nutzung der Angebote bis 65 Jahre – LVR-HPH-Netze gesamt – 1479 Personen – in 2016



Die hohe Bedeutung der Angebote für Arbeit und Beschäftigung für die Lebensgestaltung der Kundinnen und Kunden wird an dem Nutzungsgrad von 97 % deutlich; nur 3 % – 58 Personen – lehnen ein Angebot für Arbeit und Beschäftigung ab oder sind aus gesundheitlichen Gründen nicht zur Nutzung in der Lage.

40% der gesamten Bewohnerschaft nutzen die netzeigenen Angebote, knapp 2/3 der Bewohnerschaft bis 65 Jahre haben einen Arbeitsplatz in einer WfbM. Insgesamt unterliegt die Nutzung der Angebote für Arbeit und Beschäftigung kaum Schwankungen. Abhängig von den Möglichkeiten der regional zuständigen WfbM ist der Beschäftigungsgrad in den einzelnen LVR-HPH-Netzen unterschiedlich.

Abb. 9: Nutzung der Angebote im LVR-HPH-Netz Niederrhein – 685 Personen – in 2016

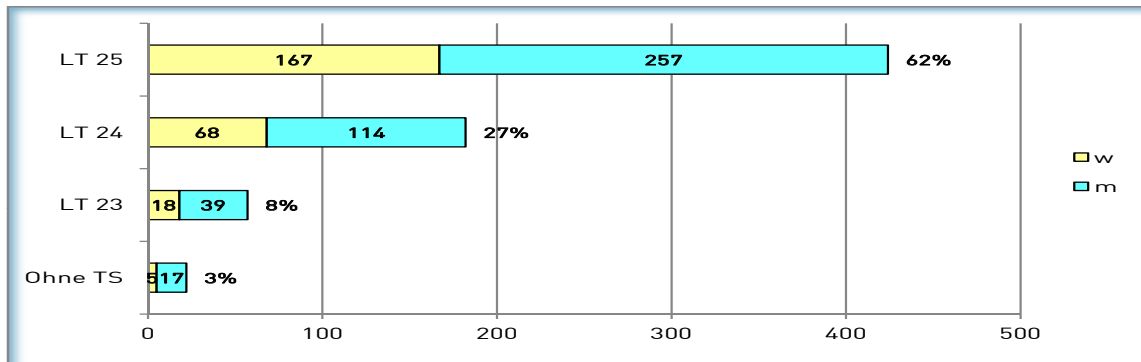


Abb. 10: Nutzung der Angebote im LVR-HPH-Netz Ost – 479 Personen – in 2016

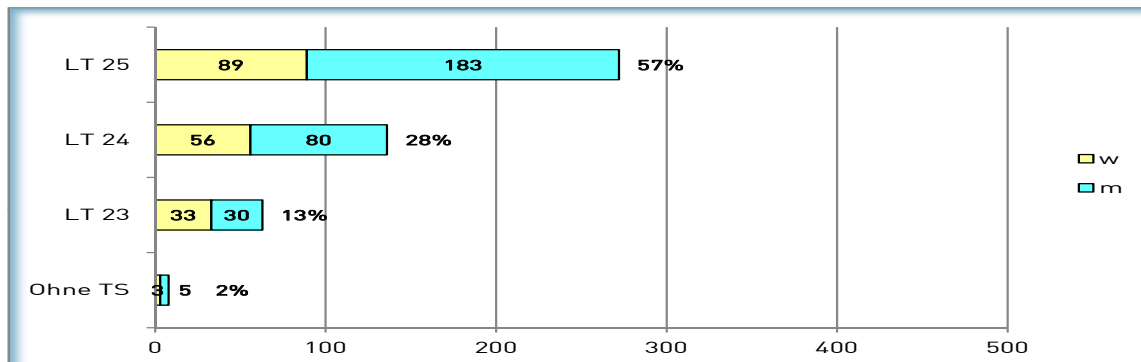
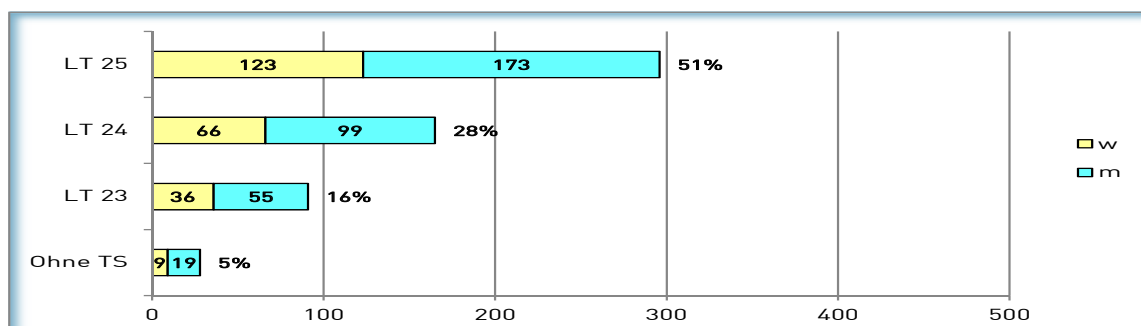


Abb. 11: Nutzung der Angebote im LVR-HPH-Netz West – 580 Personen – in 2016





## 2.7. Angebote der Heilpädagogischen Zentren – HPZ –

Die LVR-HPZ bieten den Nutzerinnen und Nutzern des Betreuten Wohnens und den Kundinnen und Kunden der eigenen Wohnangebote sowie allen Interessierten aus den jeweiligen Regionen:

- Tagesstrukturierende/Tagesgestaltende Angebote
- Freizeitaktivitäten
- Bildungsangebote
- Begegnungsmöglichkeiten

In 20 LVR-HPZ werden die Angebote abhängig von den Wünschen und Bedarfen der nutzenden Personen flexibel gestaltet; grundsätzlich gehören zur Angebotspalette:

### Angebote in den Bereichen Freizeit und Bildung

- Vorbereitung auf die WfbM
- Lebenspraktisches Training
- Training individueller Kompetenzen
- Spezielle Angebote für Senioren
- Sport- und Bewegungsangebote
- Kreativangebote
- Ausflüge
- Projekte zu unterschiedlichsten Themen
- Diskoabende oder Spielenachmittage

Ein besonderer Fokus liegt bei den Kundinnen und Kunden im erwerbsfähigen Alter auf Förderung zur Erlangung von Arbeitsfähigkeit mit dem Ziel einer Re-Integration in eine sozialversicherungspflichtige Arbeitssituation. Besonderer Förderbedarf besteht hier für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen und solche mit herausfordernden Verhaltensweisen.

Inklusion und Teilhabemöglichkeiten zu erweitern sind handlungsleitende Maximen für die Angebotsgestaltung. In Zusammenarbeit mit anderen Anbietern der Behindertenhilfe und sonstigen Anbietern im Freizeit-, Sport- und Bildungsbereich werden regionale Netzwerke aufgebaut, die die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung am gesellschaftlichen Leben erweitern und verbessern.

Die Teilnahme an regionalen Festen und Veranstaltungen, Nachbarschaftsfesten und Trödelmärkten, kirchliche Treffen, aber auch eigenen Veranstaltungen für Menschen mit und ohne Behinderungen sind geeignet, Berührungängste abzubauen und Begegnungen selbstverständlich werden zu lassen.

## 2.8. Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen – KoKoBe –

Die LVR-HPH-Netze haben mit anderen Anbietern in verschiedenen Gebietskörperschaften Kooperationsverträge geschlossen und beteiligen sich aktiv an der Weiterentwicklung der KoKoBe. Die LVR-HPH-Netze sind mit eigenen Stellenanteilen am System KoKoBe in folgenden Gebietskörperschaften vertreten:

- Kleve
- Wesel
- Viersen
- Düren
- Rheinisch-Bergischer Kreis
- Rhein-Sieg-Kreis
- Bonn
- Duisburg

## Die Aufgaben der Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen – KoKoBe –

Die KoKoBe beraten und unterstützen Menschen mit geistigen Behinderungen beim selbständigen Wohnen in der Gemeinde. Sie bieten

- trägerunabhängige und bedarfsgerechte Beratung für den jeweiligen Einzelfall,
- Unterstützung – auf Wunsch – bei der Hilfeplanung,
- Hilfe bei der Suche nach Anbietern des Ambulant Betreuten Wohnens oder Freizeitangeboten.

Darüber hinaus tragen die Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen dazu bei, Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung in der jeweiligen Region zu koordinieren und bedarfsgerecht auszubauen.



### 3. Klientelanalyse

Dieses Kapitel gibt Aufschluss über die Entwicklung der Klientel der LVR-HPH-Netze und die Merkmale der Klientel, die für die Ausgestaltung der Wohnangebote und der Unterstützungsleistungen bedeutsam sind.

#### 3.1. Unterstützung im stationären Wohnen – Einteilung in Leistungstypen -LT-

Dem ermittelten Unterstützungsbedarf einer leistungsberechtigten Person wird pauschaliert in verschiedenen Kategorien – den sogenannten Leistungstypen – entsprochen. Einige der Leistungstypen werden zur Unterscheidung von unterschiedlichen Bedarfen innerhalb des Leistungstyps in 3 Hilfebedarfsgruppen – HBG – unterteilt. Für unterschiedliche Personengruppen und Unterstützungs-, Förder- und Betreuungsleistungen wurden 32 Leistungstypen beschrieben. Für die LVR-HPH-Netze sind die 5 nachfolgend aufgeführten Leistungstypen relevant:

**LT 9: Menschen mit einer geistigen Behinderung, die eine stationäre Unterstützung benötigen.**

Zielgruppe des LT 9 sind erwachsene Menschen mit geistigen Behinderungen (i. S. der Eingliederungshilfeverordnung), deren Hilfebedarf eine stationäre Betreuung erforderlich macht.

**LT 10: Wohnangebote für Menschen mit einer geistigen Behinderung und hohem sozialen Integrationsbedarf.**

Zielgruppe des LT 10 sind erwachsene Menschen mit geistigen Behinderungen und weiteren Beeinträchtigungen, deren soziale Integration erheblich und dauernd gestört ist und die dauerhaft auf stationäre Betreuung angewiesen sind. Im Schwerpunkt des Betreuungsbedarfes stehen i. d. R. die fehlende oder gering ausgeprägte Integrationsfähigkeit, selbst- und fremdaggressives Verhalten, ausgeprägte Rückzugstendenzen, auf Ablehnung stoßende Verhaltensweisen u.a.

**LT 12: Unterstützungsangebote für Menschen mit einer geistigen Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf**

Zielgruppe des LT 12 sind erwachsene Menschen mit mehrfachen Behinderungen (i. S. der Eingliederungshilfeverordnung), die einen nach Art und Intensität besonderen Betreuungsbedarf haben. Der Schwerpunkt des Hilfebedarfes liegt in der heilpädagogischen und pflegerischen Betreuung.

**LT 13: Menschen mit einer geistigen Behinderung und Gehörlosigkeit**

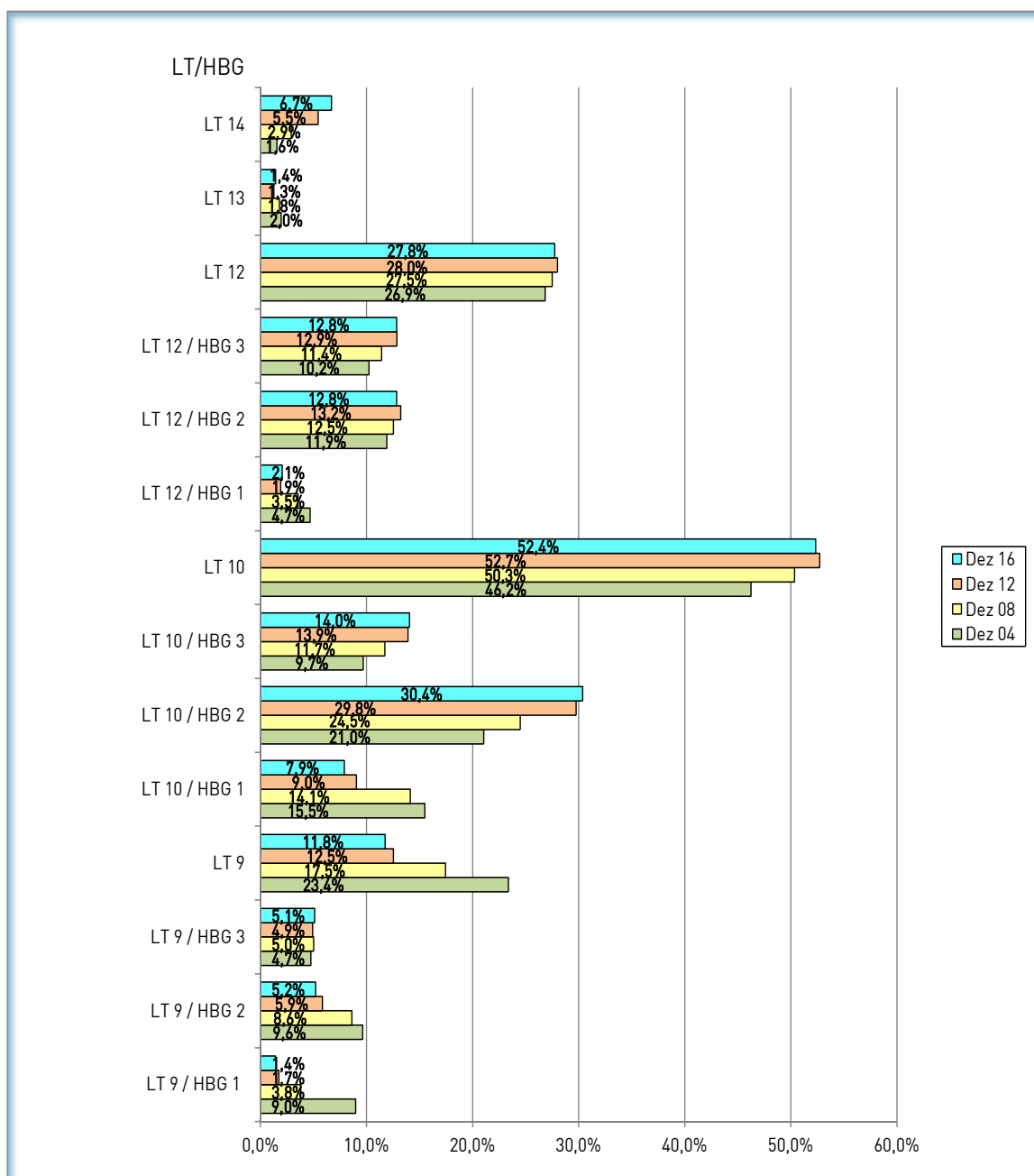
Zielgruppe des LT 13 sind erwachsene Personen, bei denen der spezielle Hilfebedarf durch die Gehörlosigkeit oder Hörbehinderung deutlich im Vordergrund steht und deren Hilfebedarf in verschiedenen Lebensbereichen eine stationäre Betreuung erforderlich macht. Die weitreichende Kommunikationsbeeinträchtigung und -störung der Zielgruppe erfordern dauerhaft sehr differenzierte individuelle Unterstützung, Begleitung und/oder Beaufsichtigung.

**LT 14: Wohnangebote für Erwachsene mit der fachärztlichen Diagnose Autismus**

### 3.2. Entwicklung der Leistungstypen Wohnen 2004 bis 2016

Die Entwicklung bestätigt einen deutlichen Schwerpunkt in den LT für höhere und hohe Hilfebedarfe. Waren 2004 54,4 % den LT 10 und LT 12 in der HBG 2 und 3 sowie dem LT 14 zugehörig, so sind es 2016 76,8 % der Bewohnerschaft. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen, da Menschen, die Bedarfe entsprechend dem LT 9 HBG 1 und 2 haben, in der Regel ambulant unterstützt werden können und – wenn überhaupt – nur befristet zur Vorbereitung auf ambulant unterstütztes Wohnen in den LVR-HPH-Netzen leben werden; mit Einschränkungen gilt dies auch für Menschen, die Bedarfe entsprechend dem LT 10 HBG 1 und LT 12 HBG 1 haben.

Abb. 12: Entwicklung der prozentualen Anteile der Leistungstypen 2004 – 2016





### Verteilung der Leistungstypen für Wohnunterstützung in den LVR-HPH-Netzen – Stand 2016 –

Abb. 13: LVR-HPH-Netz Niederrhein – 685 Personen: 258/38 % weibl.; 427/62 % männl. –

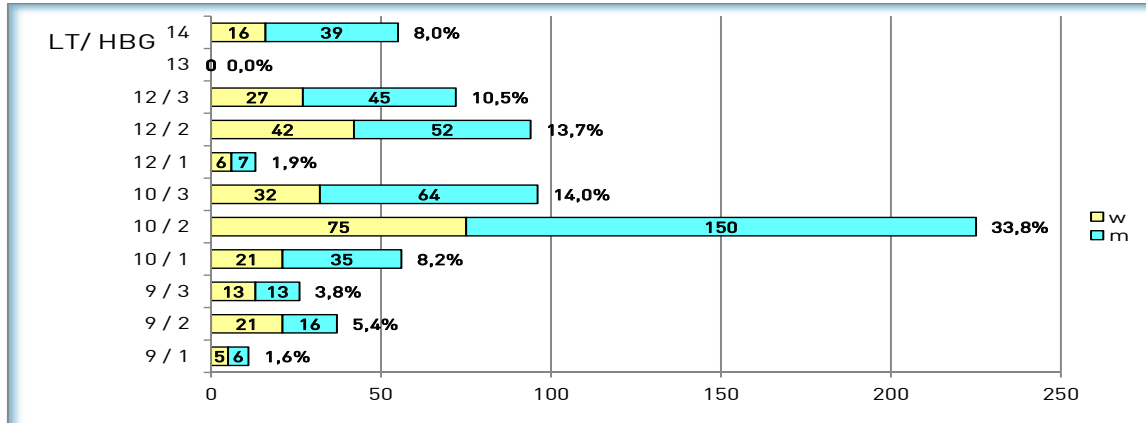


Abb. 14: LVR-HPH-Netz Ost – 479 Personen: 181/38 % weibl.; 298/62 % männl. –

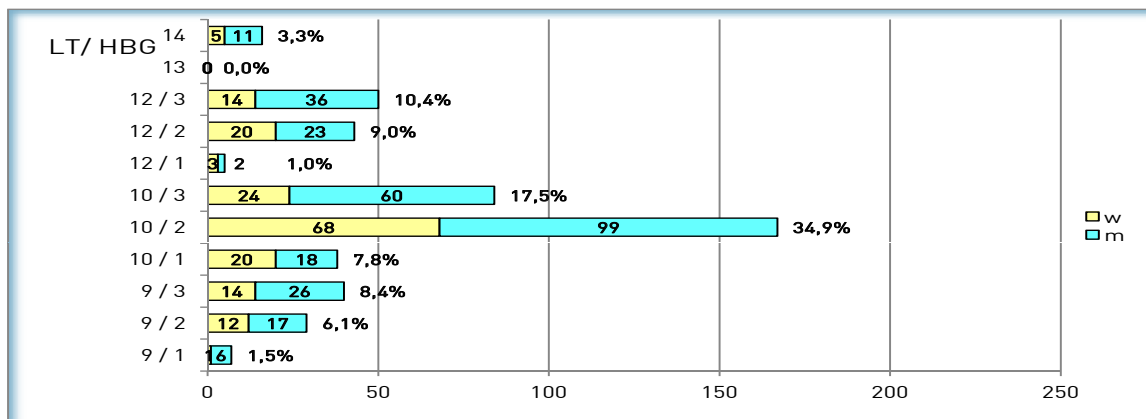


Abb. 15: LVR-HPH-Netz West – 580 Personen: 234/40 % weibl.; 346/60 % männl.

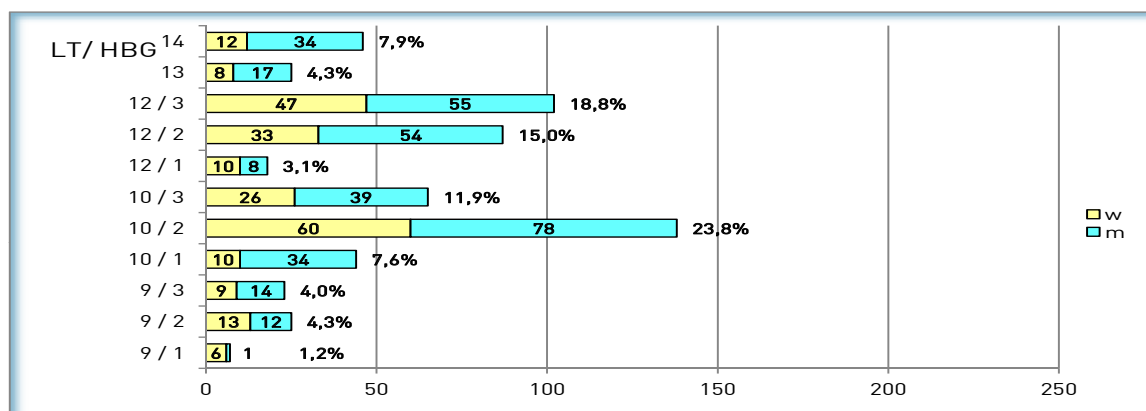
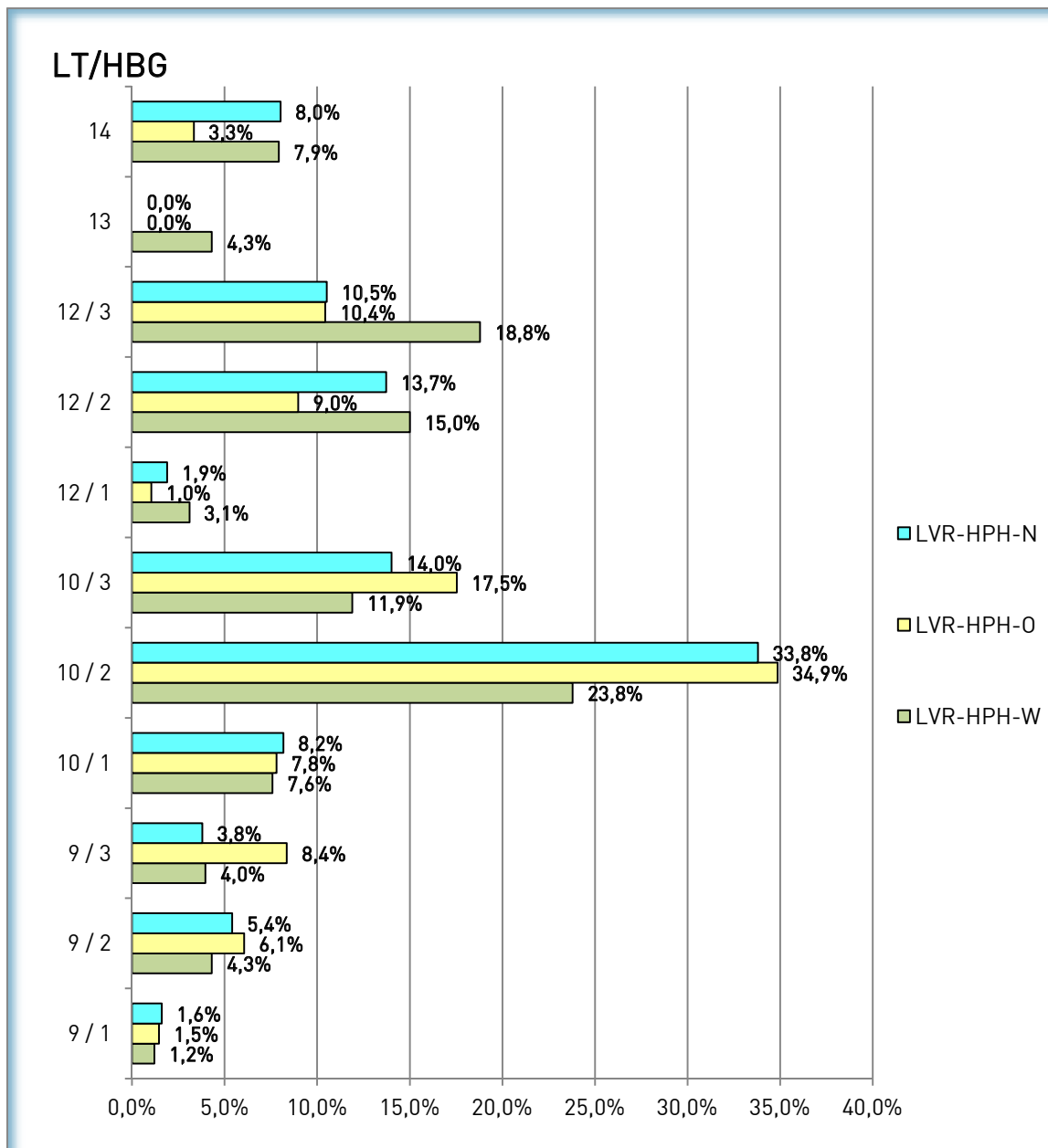




Abb. 16: Vergleich Verteilung in den LVR-HPH-Netzen  
 – gesamt 1744 Personen: 673/39 % weibl.; 1071/61 % männl. –



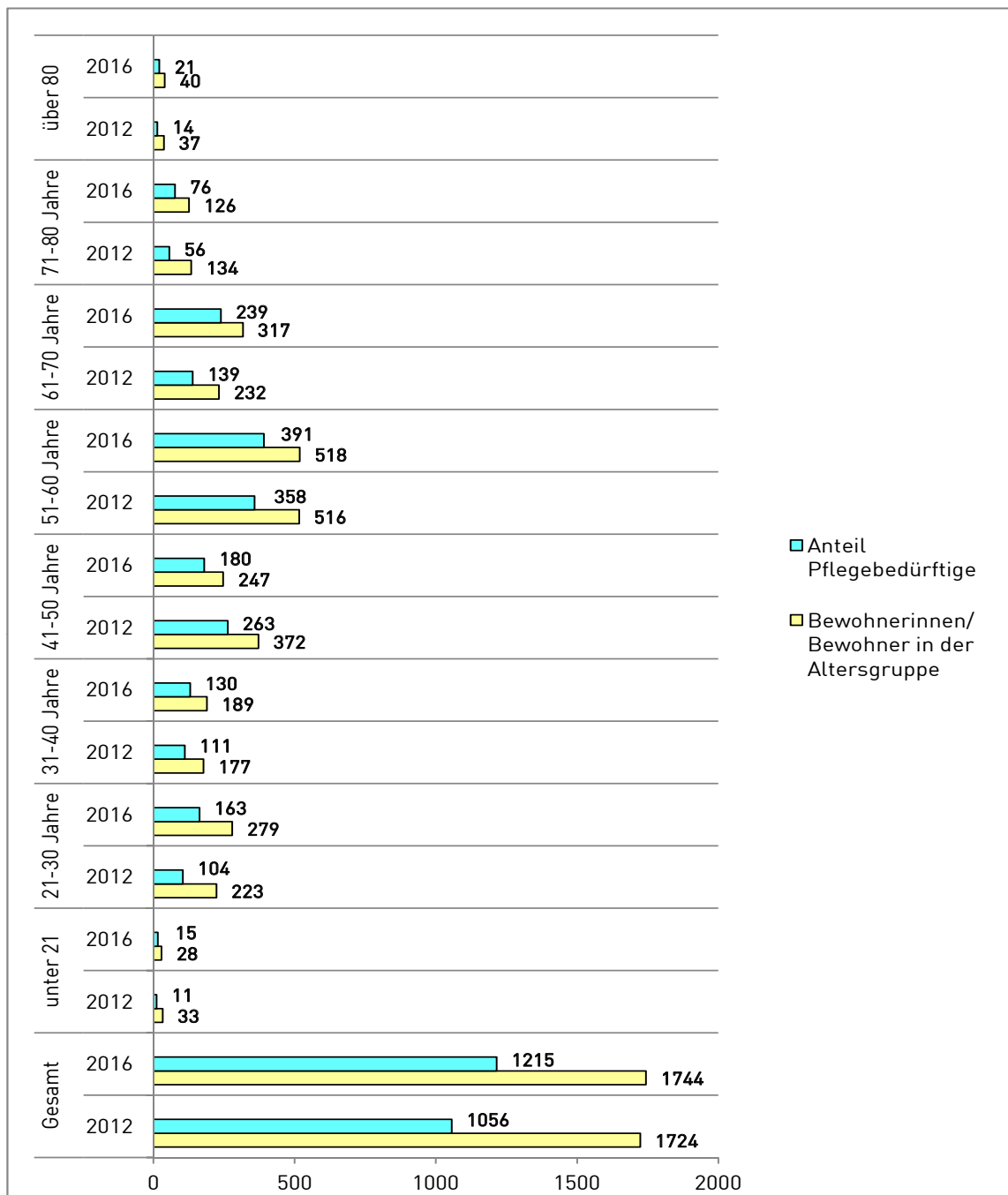
Insgesamt gibt es einen deutlichen Schwerpunkt im LT10 Hilfebedarfsgruppen 2 und 3 – Menschen mit geistiger Behinderung und hohem sozialen Integrationsbedarf.



### 3.3. Pflegebedarf – § 43a SGB XI

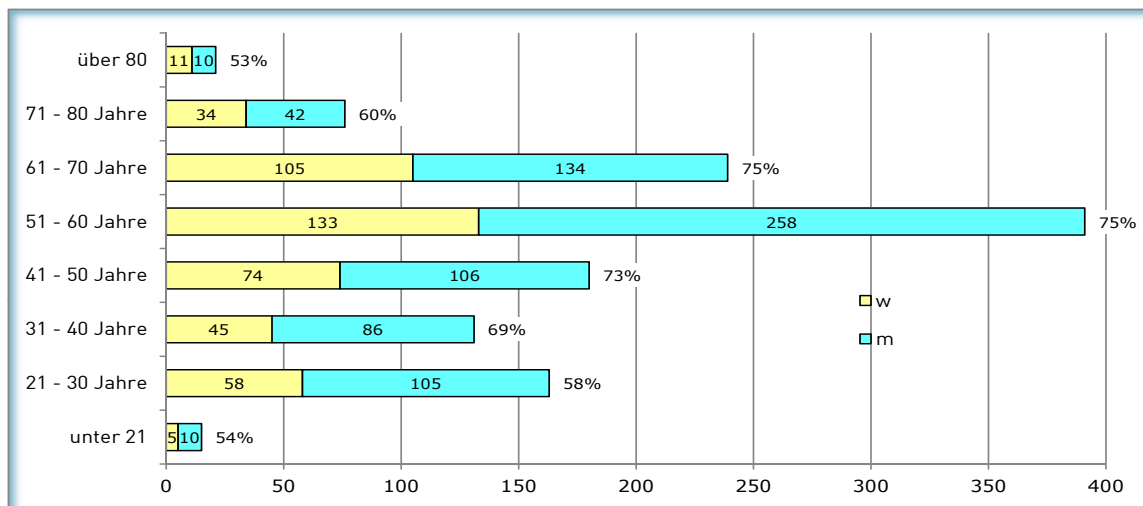
Bei 1215/70 % der in den LVR-HPH-Netzen lebenden Kundinnen und Kunden ist eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes festgestellt worden. Dies bedeutet eine Steigerung zum Jahr 2012 um 159 Personen bzw. 8,4 %. Faktisch ist der Grad der Pflegebedürftigkeit sehr unterschiedlich ausgeprägt, eine Zuordnung zu Pflegestufen erfolgt im Hinblick auf die Pauschalleistung gemäß des § 43a SGB XI nicht regelhaft. Die veränderte Verteilung in den Altersgruppen ist Folge der Altersentwicklung.

Abb. 17: Alter der Bewohnerschaft – 1744 Personen – und Anzahl Pflegebedürftige – 1215 Personen –



### Anteil der Pflegebedürftigen in der jeweiligen Altersspanne

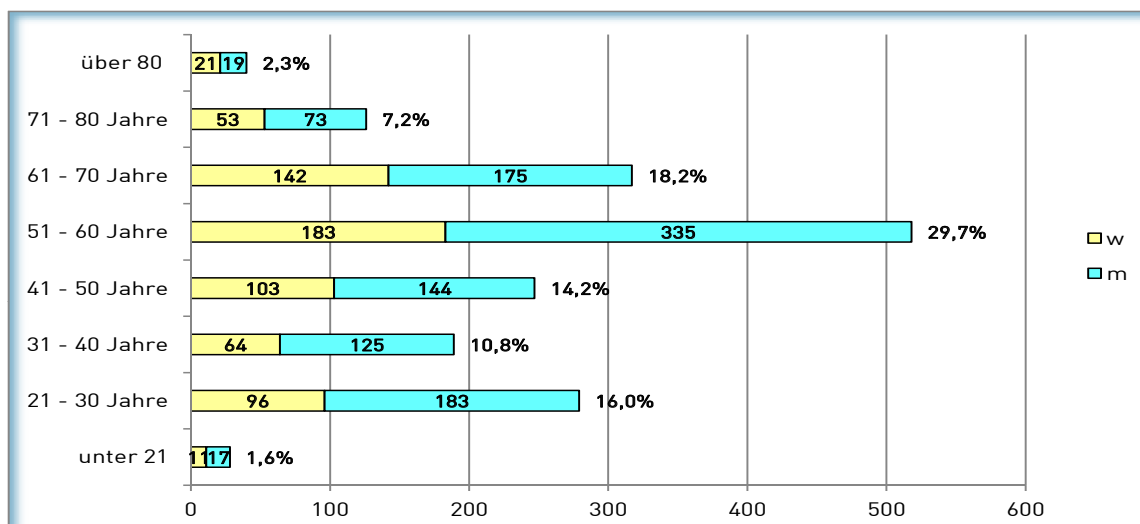
Abb. 18: LVR-HPH-Netze – gesamt 1215 Personen 465/38 % weibl.; 750/62 % männl. –



Der Anteil an pflegebedürftigen Personen in den einzelnen Altersspannen macht deutlich, dass Pflegebedürftigkeit bei der Klientel der LVR-HPH-Netze nicht in erster Linie im höheren Alter besteht, sondern in jeder Altersspanne ausgeprägt vorhanden ist. In den Altersspannen 61 – 70 Jahre mit 75 % und 51 – 60 Jahre mit 75 % sind die höchsten Anteile zu verzeichnen, gefolgt von den Altersspannen 41 – 50 Jahre mit 73 % und 31 – 40 Jahre mit 69 %.

### 3.4. Altersstruktur

Abb. 19: LVR-HPH-Netze – gesamt 1744 Personen 673/39 % weibl.; 1071/61 % männl. –

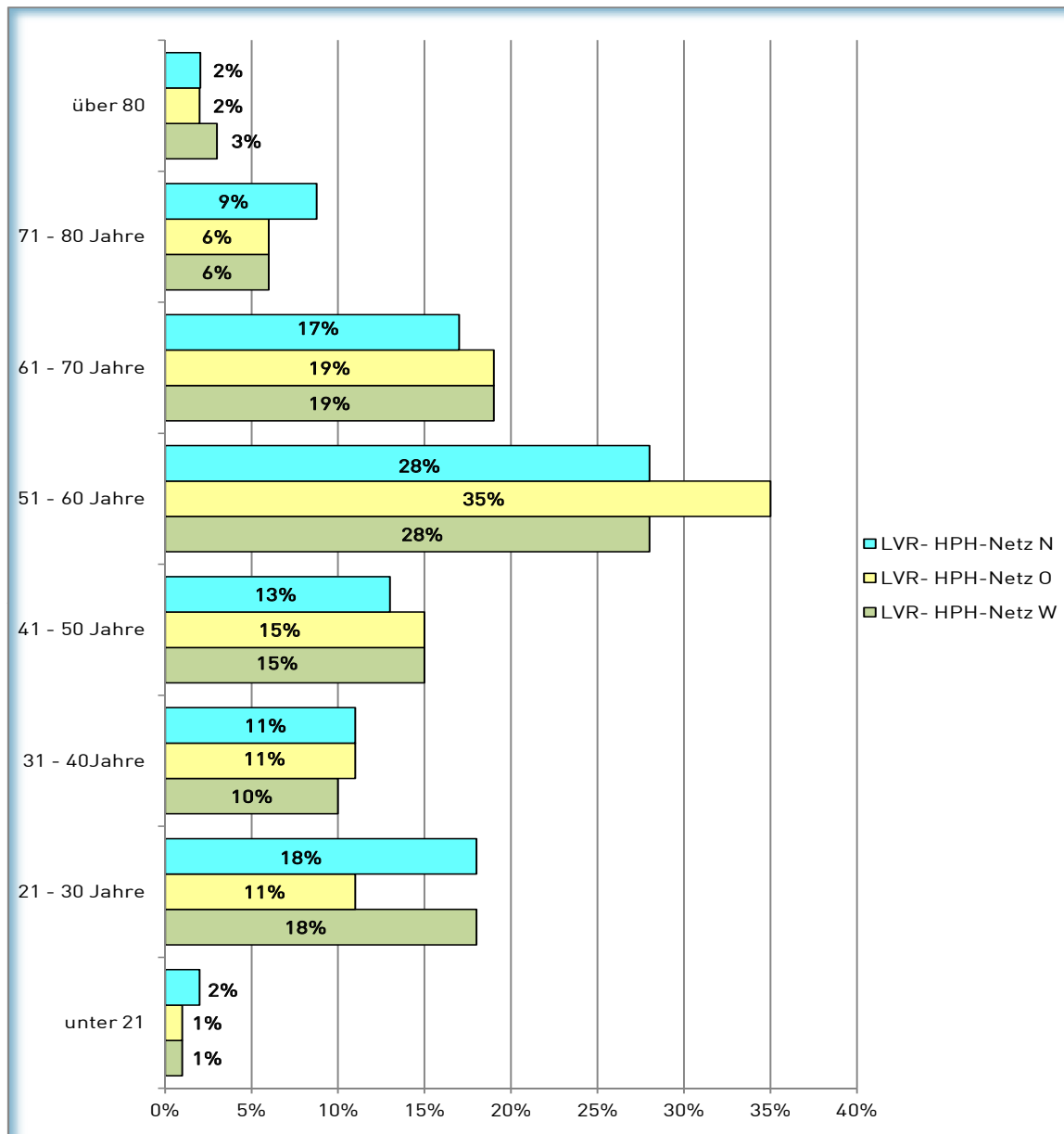




Rund ein Viertel – 483 Personen/27,7 % – der Bewohnerschaft der LVR-HPH-Netze ist älter als 60 Jahre alt.

Der höchste Anteil liegt mit 518 Personen/29,7 % in der Altersspanne von 51 – 60 Jahre, Die Anzahl der Personen bis 30 Jahre beträgt 307 Personen, was 17,6 % der Bewohnerschaft entspricht; dieser Anteil ist um 17 Personen/1% höher als 2014 und um 51 Personen/3,0 % höher als 2012. Der Anteil der Personen über 60 Jahre wird in den nächsten Jahren deutlich steigen.

Abb. 20: Vergleich der Altersstruktur der Bewohnerschaft in den LVR-HPH-Netzen



Der Vergleich der Altersstruktur der Bewohnerschaft der LVR-HPH-Netze zeigt, dass die Ausprägungen in den jeweiligen Altersgruppen vergleichbar sind. Die Verschiebung in den Bereich der über 60-Jährigen wird im LVR-HPH-Netz Ost aufgrund des höheren Anteils an Personen zwischen 51 bis 60 Jahren deutlicher ausfallen als in den beiden anderen Netzen.

### 3.5. Fluktuation

Die Fluktuation im stationären Bereich der LVR-HPH-Netze ist mit 5 % in 2016 eine zu den Vorjahren vergleichbare Rate, wenn die Effekte aus der Umsetzung der Rahmenzielvereinbarungen I und II – Platzabbau und forcierte Überleitung in Ambulant Betreutes Wohnen – außer Acht gelassen werden.

Insgesamt sind 89 Personen aus der stationären Betreuung ausgeschieden:

	LVR-HPH-N		LVR-HPH-O		LVR-HPH-W		gesamt	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016
<b>Fluktuation gesamt</b>	51	41	18	14	48	34	117	89
<b>Wechsel in BeWo</b>	16	6	4	1	24	11	44	18
<b>Sterbefälle</b>	30	26	10	7	15	15	55	48
<b>Sonstige</b>	5	9	4	6	9	8	18	23

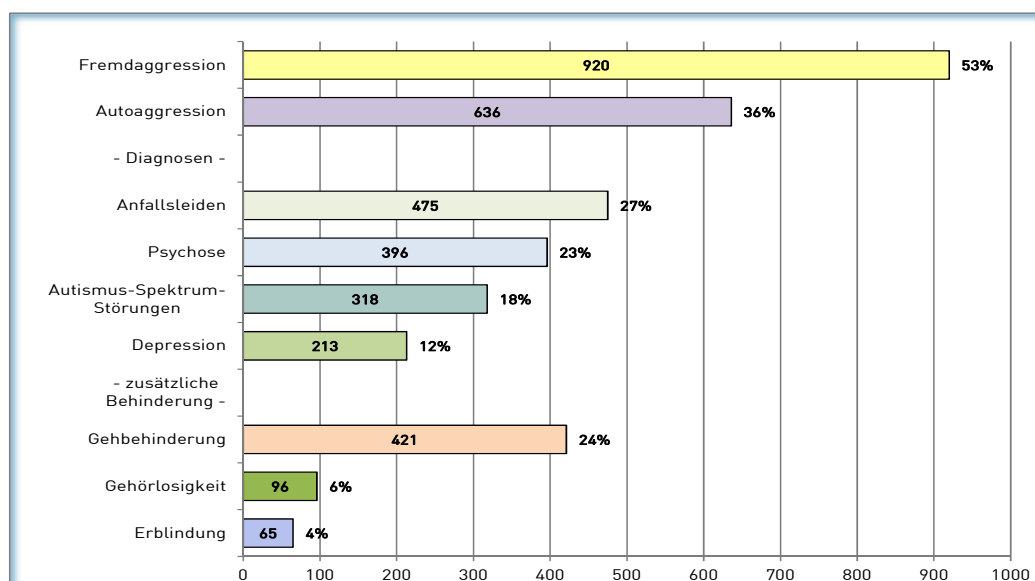


### 3.6. Weitere Diagnosen und Verhaltensauffälligkeiten

Neben einer geistigen Behinderung in unterschiedlicher Ausprägung liegen bei einem hohen Anteil der Bewohnerschaft der LVR-HPH-Netze zusätzliche Behinderungen, psychische oder neurologische Erkrankungen und/oder Beeinträchtigungen durch fremd-/autoaggressives Verhalten vor. Die Intensität der Beeinträchtigung variiert abhängig von vielfältigen Faktoren wie der Gestaltung des Lebensumfelds, subjektiv als schwierig empfundenen Erlebnissen sowie dem Gesundheitszustand. Die Vielfalt der Störungen macht personenbezogene hoch differenzierte Unterstützungsangebote erforderlich, die stetig der individuellen Situation und Entwicklung angepasst werden müssen.

In der nachstehenden Graphik sind Art und Häufigkeit sowie die prozentualen Anteile des Vorkommens in der Gesamtbewohnerschaft – Stand 2016 – dargestellt. Mehrfachnennungen für einzelne Personen führen zu einem Wert von mehr als 100 %.

Abb. 21: Verteilung der Gesamtbewohnerschaft – 1744 Personen



Die höchste Ausprägung liegt im Bereich der aggressiven Verhaltensweisen. Sie korrespondiert mit dem Schwerpunkt der Zuordnungen zu den LT 10 – Wohnangebote für Menschen mit einer geistigen Behinderung und hohem sozialen Integrationsbedarf – und LT 14 – Wohnangebote für Erwachsene mit der fachärztlichen Diagnose Autismus-Spektrum-Störung.

1149 Personen/65,9 % sind beeinträchtigt durch fremd- und/oder autoaggressives Verhalten.  
 1020 Personen/58,5 % haben eine zusätzliche psychiatrische oder neurologische Diagnose.  
 536 Personen/30,7% haben eine zusätzliche Behinderung.  
 182 Personen/10,4 % sind ausschließlich geistig behindert.

Der Anteil von gehörlosen Menschen von 5,5 % übersteigt den Anteil von LT 13 – Menschen mit einer geistigen Behinderung und Gehörlosigkeit – von nur 1,2 %. Es gibt Menschen mit Gehörlosigkeit, bei welchen der Förderbedarf gemäß LT 10 oder LT 12 – Menschen mit einer geistigen Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf – im Vordergrund steht. Die meisten Personen mit Gehörlosigkeit werden im LVR-HPH-Netz West betreut, welches in der Region Euskirchen spezialisierte Angebote vorhält.

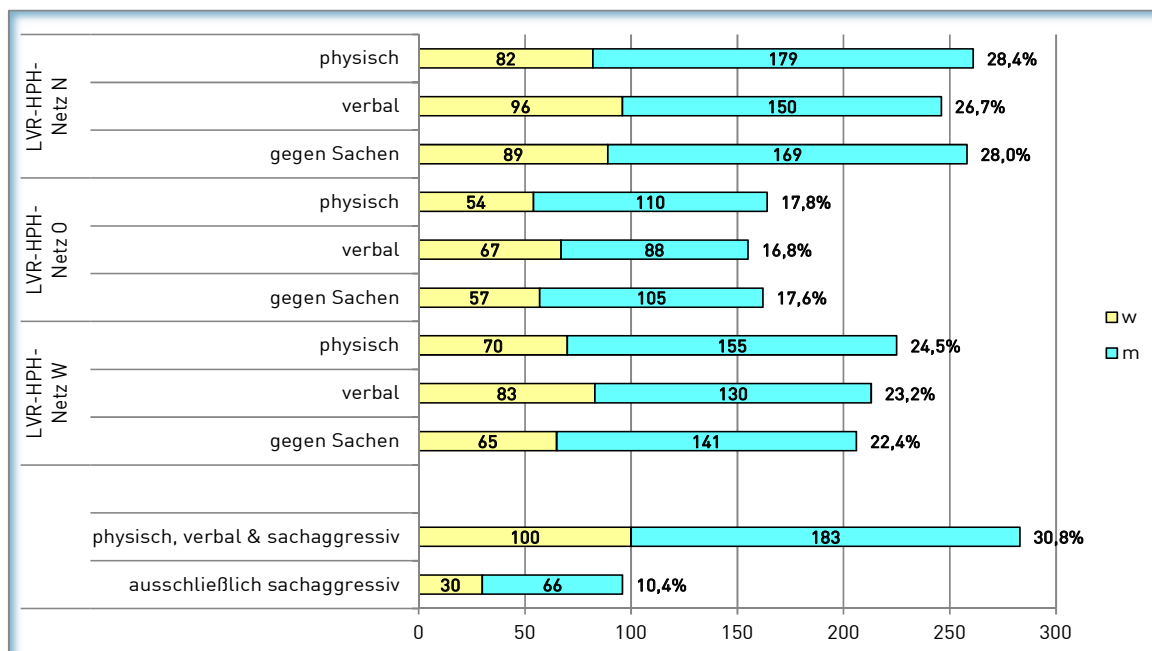
### Ausdifferenzierung Fremdaggression in den LVR-HPH-Netzen – Stand 2016 –

Fremdaggression hat viele Äußerungsformen; für eine differenziertere Betrachtung wurden drei grundsätzliche unterschieden:

- gegen Personen gerichtete – physisch
- drohen, beschimpfen – verbal
- Zerstörung von Gegenständen, Vandalismus – gegen Sachen

Fremdaggressives Verhalten bedeutet für die betroffene Person sowie die mit ihr zusammenlebenden Personen eine große Belastung und Einschränkung der Lebensqualität. Für das betreuende Personal stellen die fremdaggressiven Verhaltensweisen insofern eine besondere Herausforderung dar, als sie sowohl situativ regelnd und Schaden verhindernd oder begrenzend, wie auch perspektivisch verhaltensverändernd tätig sein müssen und dabei oftmals selber Zielobjekt der Aggressionen sind.

Abb. 22: Fremdaggression 920 Personen – 341/37 % weibl.; 579/63 % männl. – Mehrfachnennungen möglich



Rund 31 % der betroffenen Personen agieren in allen drei Äußerungsformen, lediglich 10,4 % sind ausschließlich aggressiv gegen Sachen.



Abb. 23: Autoaggression

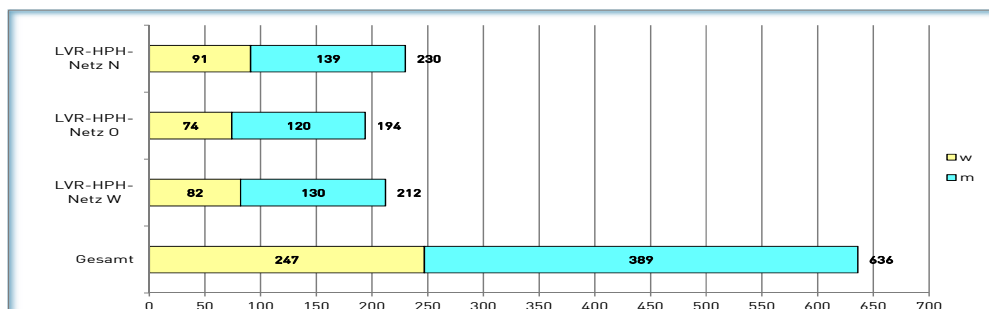


Abb. 24: Anfallsleiden

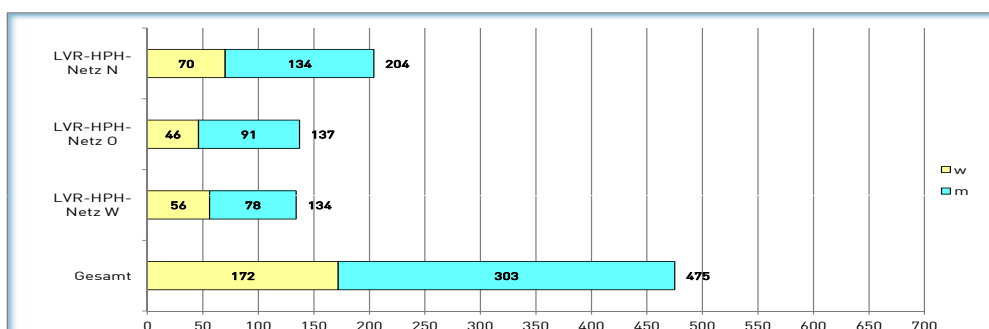


Abb. 25: Gehbehinderung

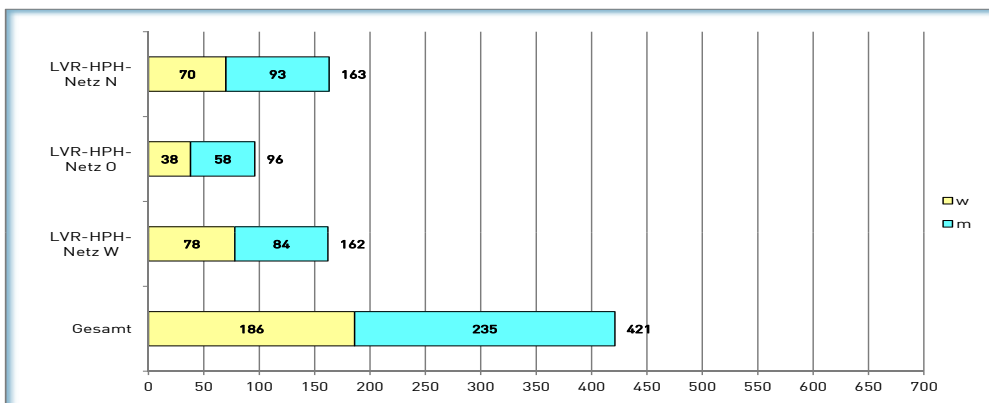


Abb. 26: Psychose

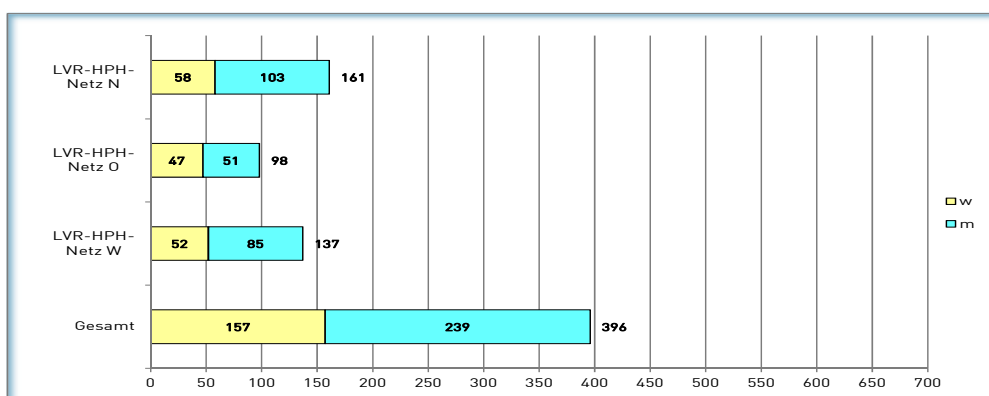




Abb. 27: Autismus-Spektrum-Störung

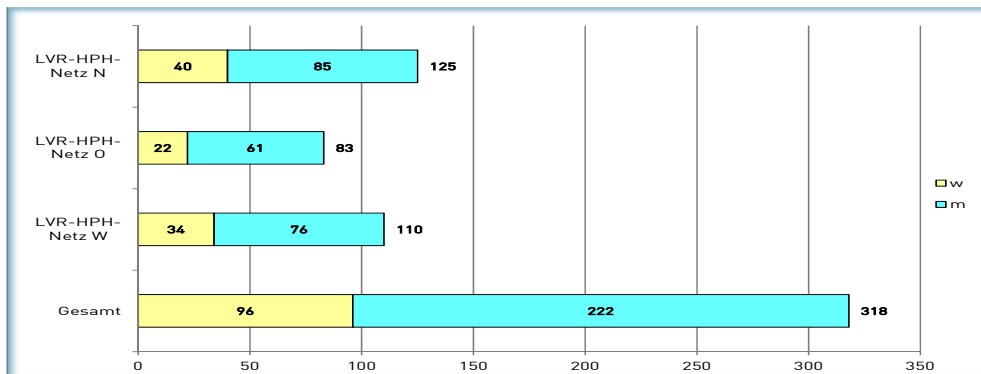


Abb. 28: Depression

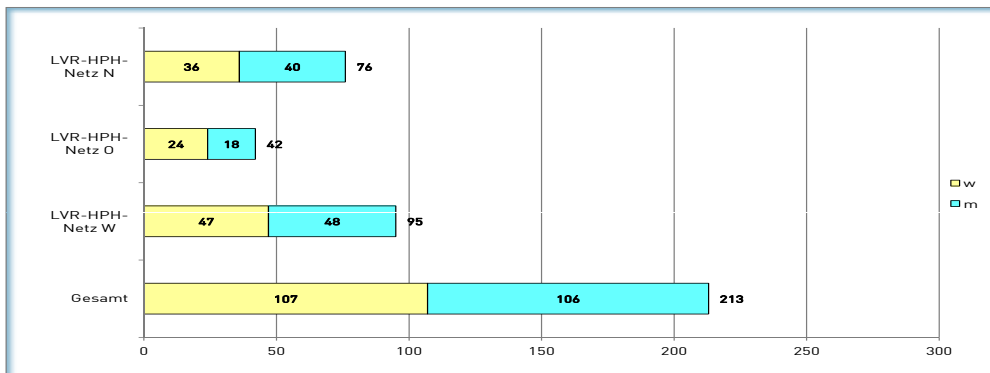


Abb. 29: Gehörlosigkeit

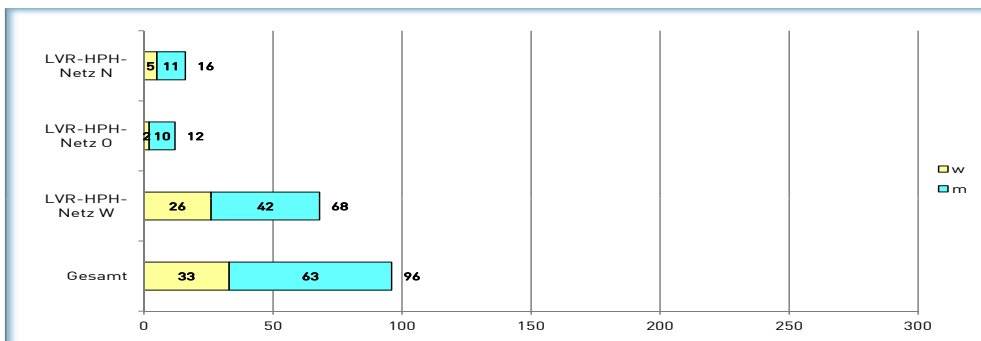
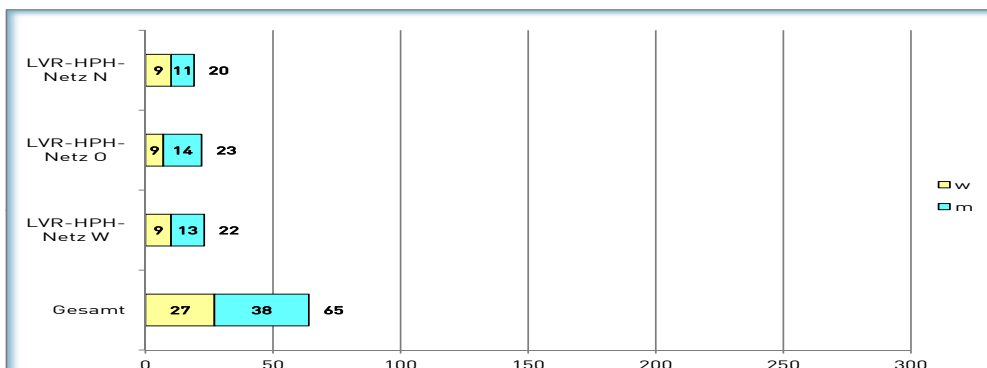


Abb. 30: Erblindung





## 4. Qualitätsmanagement

### 4.1. Qualitätsmanagementsystem

Die Einrichtungen verfügen seit dem 01.02.2000 über ein Qualitätsmanagementsystem auf der Grundlage DIN EN ISO 9000ff.

Das Qualitätsmanagementsystem dient den Zwecken:

- Gewährleistung kontinuierlicher Qualität im Alltag für alle Kundengruppen
- Eindeutige Regelung der Aufgaben und Kompetenzen
- Definition der Schnittstellen und Zuständigkeiten
- Verbesserung der Arbeitseffektivität
- Optimale Ressourcennutzung
- Rechtzeitiges Erkennen von Störungen im Arbeitsablauf und deren Korrektur
- Erhöhung der Transparenz für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Förderung der Mitarbeitendenmotivation
- Förderung der Kommunikation

#### **Zertifizierungen:**

- 2000: Erste Zertifizierung im Herbst.
- 2003: Erneute Zertifizierung mit einem an die DIN EN ISO 9001:2000 angepassten System.
- 2006: Zertifizierung der drei neu organisierten LVR-HPH-Netze.
- 2009: Zertifizierung des vollständig überarbeiteten, den Entwicklungen der Eingliederungshilfe Rechnung tragenden und den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008 genügenden Qualitätsmanagementsystems.
- 2012: Erneute Zertifizierung im Frühjahr, einschließlich der ambulanten Pflegedienste in den LVR-HPH-Netzen Niederrhein und West.
- 2015: Zertifizierung durch ein anderes Institut, um neue Hinweise und Impulse für weitere Optimierungen zu erhalten.

Mit dem Qualitätsmanagementsystem verpflichten sich die Einrichtungen zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der zu einer erhöhten Zufriedenheit aller Kundengruppen führt und eine stetige fachliche Diskussion in den LVR-HPH-Netzen sichert.

Die nächste Zertifizierung findet 2018 statt.

### Mitarbeitendenbefragung

Im Jahr 2012 wurde in den LVR-HPH-Netzen eine erste Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbefragung durchgeführt mit Beteiligungsquoten zwischen 50 % und 62 %. Die Diskussion der Ergebnisse wurde mit hohem Engagement in allen Ebenen geführt. Die Maßnahmenableitung und deren Bearbeitung wurden in 2013 und 2014 fortgesetzt. In den dezentralen Systemen erfolgte eine anspruchsvolle, differenzierte Bearbeitung. Die Ergebnisse waren regions- und standortbezogen teilweise sehr unterschiedlich. Die Diskussionen führten neben konkreten Absprachen und Veränderungen vor allem zu mehr Transparenz und Verständnis.

Eine weitere Mitarbeitendenbefragung hat im Jahr 2015 stattgefunden. Mit 67% konnte eine Steigerung der Beteiligungsquote erreicht werden. Der überwiegende Anteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeigte sich mit der Bearbeitung aus der letzten Befragung zufrieden. Für das Jahr 2018 ist eine zeitsynchrone Mitarbeitendenbefragung des Gesamtverbandes geplant.

### Befragung der Kundinnen und Kunden

Die Ermittlung der Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden ist ein verpflichtendes Element des Qualitätsmanagementsystems der LVR-HPH-Netze. Sie erfolgt im Alltag über Hausbesprechungen und bei den Hilfeplangesprächen, darüber hinaus geben Beschwerden Hinweise.

Eine systematische Erfassung erfolgte erstmals 2009 im Rahmen einer von einem externen Institut durchgeführten Befragung sowohl der Kundinnen und Kunden wie der ambulant unterstützten Personen und den jeweiligen rechtlichen Betreuungen. Im Jahr 2014 wurde die Befragung wiederholt.

Die Kundinnen und Kunden, die von den LVR-HPH-Netzen als befragungsfähig eingeschätzt worden sind, wurden durch geschulte externe Interviewerinnen und Interviewer befragt.

Die Befragung der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer erfolgte schriftlich.

Beteiligungsrate 2014	Gemeldete Personen	Auswertbare Interviews/Fragebögen	Anteil in Prozent
Kundinnen/Kunden stationär	943*	691	73 %
Kundinnen/Kunden ambulant	598*	393	66 %
Gesetzliche Betreuerinnen/ Betreuer stationär	1638	745	45 %
Gesetzliche Betreuerinnen/ Betreuer ambulant	532	207	39 %

\* Die Befragungsfähigkeit wurde von den LVR-HPH-Netzen eingeschätzt.



Die Auswertung hat – wie schon in der ersten Befragung – das insgesamt hohe Qualitätsniveau der LVR-HPH-Netze und die sehr hohe Zufriedenheit der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer bestätigt und positive Entwicklungen aufgezeigt. Es war jedoch auch festzustellen, dass es besonderer Anstrengungen bedarf, sehr positive Werte zu halten.

Bedingt durch die Dezentralität gibt es, wie bei der Mitarbeitendenbefragung, regions- und standortspezifisch erhebliche Unterschiede. Die Diskussion der Ergebnisse und Maßnahmenableitung erfolgte deshalb dezentral unter Beteiligung der zuständigen Bewohnerinnen- und Bewohnerbeiräte.

Die nächste Befragung der Kundinnen und Kunden ist für das Jahr 2019 geplant.

## 4.2. Beschwerdemanagement

Beschwerden werden in den LVR-HPH-Netzen grundsätzlich als wichtiger Hinweis für Korrekturen und Verbesserungen bewertet und daher sehr ernst genommen. Sofern sie durch Kundinnen und Kunden ausgesprochen werden, sind sie ein gern gesehenes Zeichen für eine selbstbewusste, aktive Mitwirkung bei der Gestaltung des Lebensalltags und Ausdruck von Selbstbestimmungswillen.

Die Sensibilisierung des Personals für einen respektvollen Umgang und für die Themen Kundenorientierung, Kundenkritik sowie Beschwerdemanagement werden als grundlegende Voraussetzung von Leistungsverbesserung, Qualitätsverbesserung und Kundenzufriedenheit betrachtet.

Um den von den LVR-HPH-Netzen unterstützten Menschen mit geistiger Behinderung Beschwerden zu ermöglichen, besteht in den LVR-HPH-Netzen ein einheitliches, niederschwelliges Beschwerdemanagement.

Mündliche Beschwerden werden aufgenommen und dokumentiert. Darüber hinaus ist das Personal dazu angehalten, Äußerungen von solchen Kundinnen und Kunden, die nicht in der Lage sind, eine Beschwerde als solche zu formulieren, ggf. als Beschwerde zu interpretieren und ebenfalls zu dokumentieren sowie zu bearbeiten. Es ist festgelegt, dass jede Beschwerde zeitnah bearbeitet und – in der Regel im Dialog – eine Lösung erarbeitet wird. Die Mehrzahl der Beschwerden betrifft den unmittelbaren Alltag in der Wohngruppe und wird zeitnah zur Zufriedenheit der Beschwerdeführerinnen oder der Beschwerdeführer bearbeitet.

Schriftliche Beschwerden werden an die Betriebsleitung gesendet, von dieser bearbeitet und in maximal 4 Wochen schriftlich beantwortet.



Die beschwerdeführenden Personen verteilen sich unter Berücksichtigung des Anteils an Frauen und Männern in den Wohneinrichtungen der LVR-HPH Netze vergleichsweise paritätisch auf beide Geschlechter, wobei auch nicht immer Angaben zum Geschlecht vorliegen.

Die nachstehende Tabelle gibt Auskunft über Art und Anzahl der Beschwerden in 2016:

Beschwerden*	LVR-HPH-N	LVR-HPH-O	LVR-HPH-W	Gesamt
Schriftlich davon	17	3	14	34
Mitarbeiterverhalten	2	1	-	3
Rahmenbedingungen	1	3	8	12
Kommunikationsdefizite	3	-	-	3
Dienstleistungserbringung	4	-	6	10
Sonstiges	7	-	-	7
davon Externe	3	3	7	13

\* Mehrfachnennungen möglich

### 4.3. Zielvereinbarungen

Die Zielvereinbarungen stellen einen wesentlichen Baustein des LVR-Gesamtsteuerungsprozesses dar. Kaskadenartig werden sie über alle Hierarchieebenen abgeschlossen. Auf diesem Weg wird die Bearbeitung wichtiger Zielsetzungen gesichert.

#### LVR-HPH Verbundziele

Die gemeinsam in der jährlich stattfindenden Strategiekonferenz erarbeiteten Ziele für den LVR-HPH-Verbund sowie die einrichtungsspezifischen Entwicklungsziele bilden den Bezugsrahmen für die zwischen der Betriebsleitung und der Dezernentin zu schließenden institutionellen Zielvereinbarung. Verbundziele sind Bestandteil der Vereinbarung, und es besteht für die Vereinbarungspartner entsprechend der jeweils hinterlegten Projektsteckbriefe Verantwortlichkeit bzw. Mitwirkungspflicht.

Die Zieldefinitionen erfolgen für die 5 Perspektiven der Balanced Score Card – BSC –,

- Kundinnen und Kunden,
- Finanzen,
- Prozesse,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und
- Kommunen.

Die Zielerreichung wird jährlich reflektiert.

Analog dem Vorgehen zwischen der Verbundzentrale und den Betriebsleitungen werden zur internen Umsetzung des Ansatzes „Führen mit Zielen“ entsprechende Zielvereinbarungen mit den Regional- und Abteilungsleitungen, den Teamleitungen sowie den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geschlossen.



## 5. Partizipation und Teilhabe

Selbstbestimmung, Partizipation und Teilhabe sind wesentliche Maximen für die Realisierung der Unterstützungsleistungen und die Alltagsgestaltung in den Wohnverbänden der LVR-HPH-Netze. Selbstbestimmung wird als hoher Wert betrachtet. Grenzen liegen in den Rechten anderer Beteiligter und erheblicher Selbstgefährdung insbesondere bei mangelnden Einsichtsmöglichkeiten in die Konsequenzen des eigenen Handelns. Es ist nicht selten ein schwieriger Abwägungsprozess zwischen zu dulddender Unvernunft – auch Menschen ohne Behinderung handeln unvernünftig – und Verhinderung zur Gefahrenabwehr aus Verantwortung für die Person. Selbstbestimmung bedeutet, Wahlmöglichkeiten zu haben.

Für Menschen mit eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten sind dafür vielfältige Inventare entwickelt worden, mit denen sie über Bilder, Gegenstände oder mit technischen Hilfsmitteln ihre Wünsche äußern können. Selbstbestimmung erfordert, informiert zu sein und neue Erfahrungen machen zu können. Projekte zu verschiedenen Themen und Ausflüge dienen dazu, Kenntnisse zu erwerben und den Erfahrungshorizont zu erweitern, um weitere Möglichkeiten der Lebensgestaltung zu erschließen.

### 5.1. Mitwirkung und Mitbestimmung im Alltag

Gemäß des § 22 „Mitwirkung und Mitbestimmung der Nutzerinnen/Nutzer“ – Wohn- und Teilhabegesetz, WTG v. 16. Oktober 2014 – sollen diese ihre Interessen, z. B. Freizeitgestaltung, Betreuung oder Verpflegung, selber vertreten und den Lebensalltag des Wohnbereiches mitbestimmen. Durch regelmäßig stattfindende Hausbesprechungen, an denen alle Kundinnen und Kunden teilnehmen, kommen die LVR-HPH-Netze dieser Zielsetzung nach. In den Besprechungen werden z. B. gemeinsame Aktivitäten oder der wöchentliche Essensplan besprochen und abgestimmt.

Die Hausbesprechungen werden von den Mitarbeitenden des Wohnverbundes moderiert. Schwerpunktthemen sind:

- Verpflegung
- Freizeitgestaltung
- Gestaltung des Wohnbereiches
- Regeln für das Zusammenleben
- Fest- und Feierngestaltung



## Die Arbeit der Bewohnerinnen- und Bewohnerbeiräte

Die Bewohnerinnen- und Bewohnerbeiräte des LVR-HPH-Verbundes werden alle vier Jahre von den im stationären Setting lebenden Personen gewählt. Ihre Aufgabe ist es, sich für die Bedürfnisse der stationär betreuten Menschen in den Wohnverbänden einzusetzen. In regelmäßig stattfindenden Sitzungen werden Themen, die der Mitbestimmung und Mitwirkung der Beiräte unterliegen, sowie Probleme, Wünsche und mögliche Lösungsansätze besprochen.

Die Bewohnerinnen- und Bewohnerbeiräte sind aufgrund der Dezentralität der Wohnangebote der LVR-HPH-Netze regional organisiert. In einigen Regionen des LVR-HPH-Netztes Ost wurde ein Vertretungsgremium gebildet bzw. Vertrauenspersonen bestellt. Dieses Vertretungsgremium bzw. die Vertretungspersonen handeln ausschließlich im Interesse der Bewohnerinnen/Bewohner und betreiben ihre Tätigkeit – wie die Beiräte selber – unentgeltlich.

Die Bewohnerinnen- und Bewohnerbeiräte werden in ihrer Arbeit von Assistentinnen und Assistenten – z. B. durch Organisation der Sitzungen, Begleitung zu externen Veranstaltungen – unterstützt. Für die Bewohnerinnen- und Bewohnerbeiräte sowie für die Assistentinnen und Assistenten finden Fortbildungen statt, die vom LVR-HPH-Verbund organisiert werden. Ziel der Fortbildungen ist es, die Selbstvertretungskompetenzen zu stärken.

## 5.2. Politische Partizipation

Seit 2009 lädt der Vorsitzende des Ausschusses für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen die Fraktionssprecherinnen und Fraktionssprecher und die Vorsitzenden der regional organisierten Bewohnerinnen- und Bewohnerbeiräte der LVR-HPH-Netze regelmäßig zu einer „politischen Gesprächsrunde“ ein.

Ziel dieser Veranstaltung ist, den Austausch zwischen den Mitgliedern des Ausschusses für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen und den Vorsitzenden der Bewohnerinnen und Bewohner der LVR-HPH-Netze zu fördern.

Die Vorsitzenden der Bewohnerinnen- und Bewohnerbeiräte tragen ihre Anliegen und Wünsche vor, die politische Vertretung informiert über ihre Tätigkeiten.

Die Kommunalpolitikerinnen und Kommunalpolitiker erhalten wichtige Hinweise sowohl für ihre Arbeit als Mitglieder der Landschaftsversammlung als auch in den einzelnen Kommunen. Über die Umsetzung von Anliegen, die in Zuständigkeit des LVR liegen, beraten die politischen Vertretungen in den Sitzungen des Ausschusses für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen.

Ende 2016 fand mit der ersten Gruppe der Bewohnerinnen- und Bewohnerbeiräte ein Seminar mit einer externen Referentin zum Thema UN-BRK zur Vorbereitung auf das Treffen mit den Politikerinnen und Politikern statt. Im darauffolgenden Jahr wird das Seminar mit der zweiten Gruppe durchgeführt und danach findet das Treffen mit den Politikerinnen und Politikern aus dem Ausschuss für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen statt.



## 6. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LVR-HPH-Netze

### 6.1. Personalausstattung

Die Personalausstattung ist für die Erbringung einer differenzierten, hochwertigen Dienstleistung am sehr unterschiedlichen Bedarf der Klientel ausgerichtet. Das Personal der LVR-HPH-Netze besteht überwiegend aus pädagogischen und pflegerischen Fachkräften. Die Fachkraftquote in den LVR-HPH-Netzen beträgt 83 %.

Neben Erzieherinnen und Erziehern, heilpädagogischen Fachkräften, die über eine hohe Kompetenz in der pädagogischen Arbeit verfügen, werden Pflegekräfte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Hauswirtschaftsfachkräfte beschäftigt.

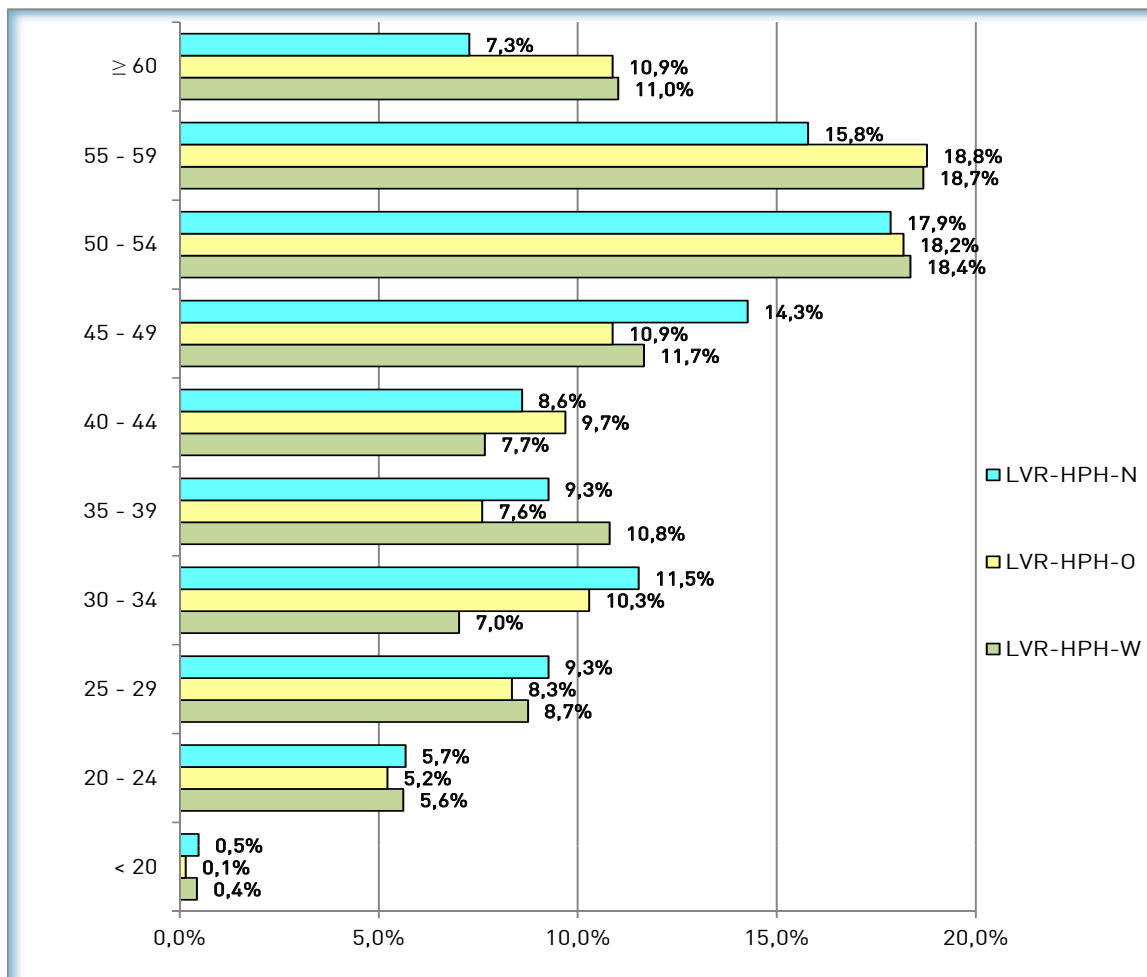
Nachstehend die Verteilung in den Führungspositionen für das Jahr 2016:

LVR-HPH-Netz	Niederrhein	Ost	West
Betriebsleitung	2	2	2
Regionalleitung	6	6	9
Teamleitung / Einrichtungsleitung	44	34	55
Pflegedienstleitung	2	1	1

### 6.1.1. Altersstruktur der Mitarbeiterschaft in den LVR-HPH-Netzen

Die nachstehende Graphik – Stand 2016 – gibt Auskunft über die Altersstruktur der Mitarbeitenden in den LVR-HPH-Netzen:

Abb. 31:



Zusammenfassend betrachtet sind

- 45,2 % 50 Jahre und älter,
- 30,4% in der Altersspanne von 35 – 49 Jahren,
- 24,4% jünger als 35 Jahre.

Der größte Anteil der Mitarbeitenden – sowohl weiblich als auch männlich – befindet sich mit 18,1 % in der Altersspanne von 50 – 54 Jahren, gefolgt von 17,6% in der Altersspanne von 55 – 59 Jahren. Das Durchschnittsalter beträgt 45 Jahre, 2012 und 2014 lag das Durchschnittsalter bei 44 Jahren.

Um auch zukünftig die realisierte Dienstleistungsqualität erhalten zu können, sind erhebliche Anstrengungen notwendig, um bedarfsentsprechend qualifiziertes Personal zu gewinnen und vorhandene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu binden.



Abb. 32: Altersstruktur der Mitarbeitenden des LVR-HPH-Netzes-Niederrhein 1058 Personen  
- 798 w/260 m - für 2016

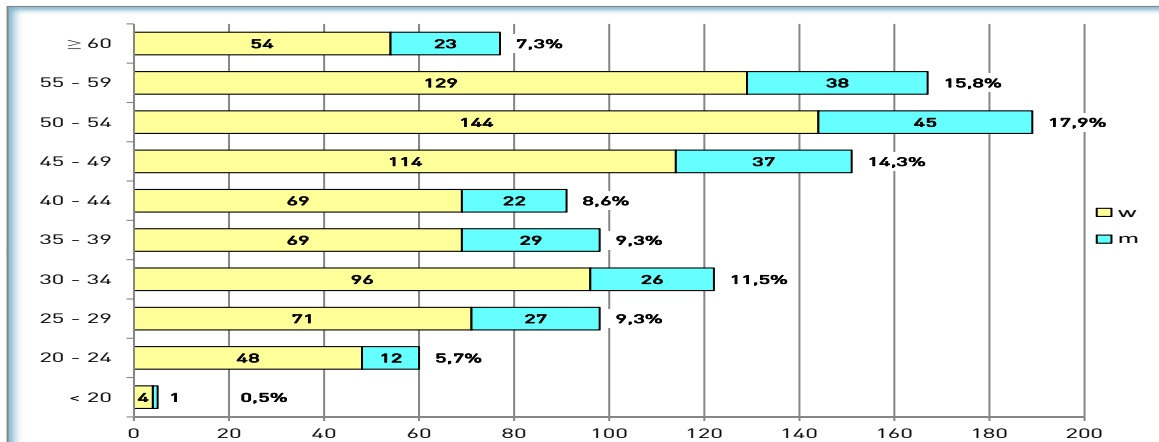


Abb. 33: Altersstruktur der Mitarbeitenden des LVR-HPH-Netzes-Ost 671 Personen  
- 460 w/211 m - für 2016

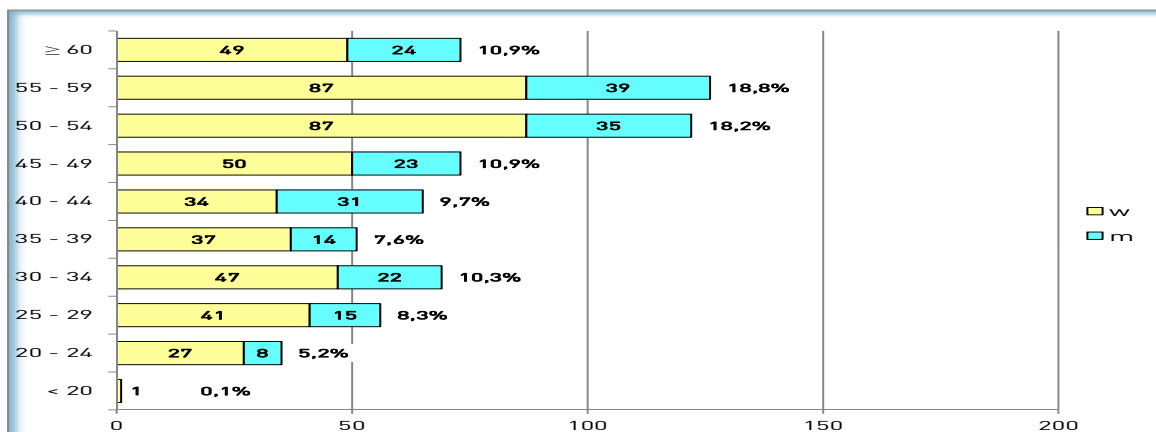
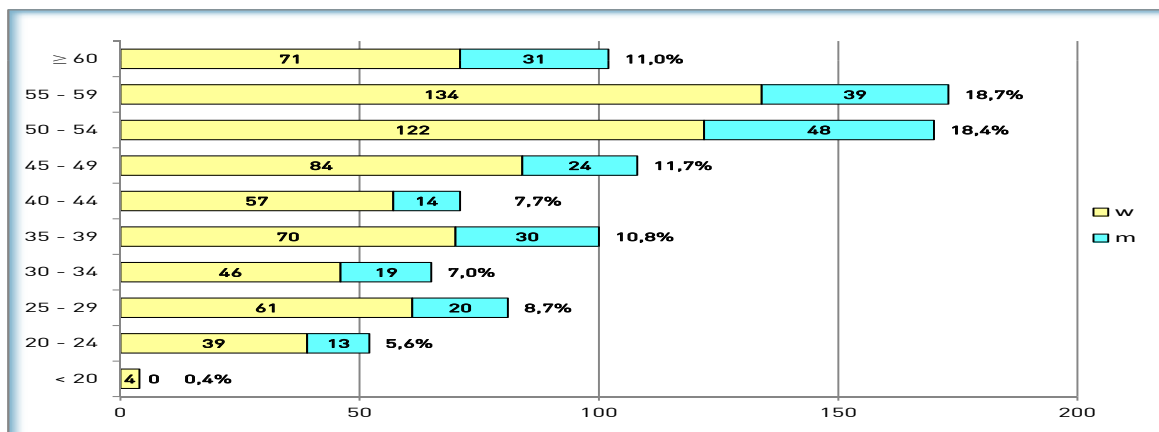


Abb. 34: Altersstruktur der Mitarbeitenden des LVR-HPH-Netzes-West 926 Personen  
- 688w/238 m - für 2016



### 6.1.2. Vollzeitbeschäftigte und Teilzeitbeschäftigte

Die LVR-HPH-Netze bieten die Möglichkeit, in Teilzeitmodellen mit unterschiedlich hoher Stundenanzahl und Arbeitsverteilung zu arbeiten. Zur Erhöhung des Anteils der Vollzeitkräfte initiieren die LVR-HPH-Netze vielfältige Aktivitäten.

Abb. 35: Verteilung Vollzeit- und Teilzeitanteile in den LVR-HPH-Netzen – Stand 2016 –

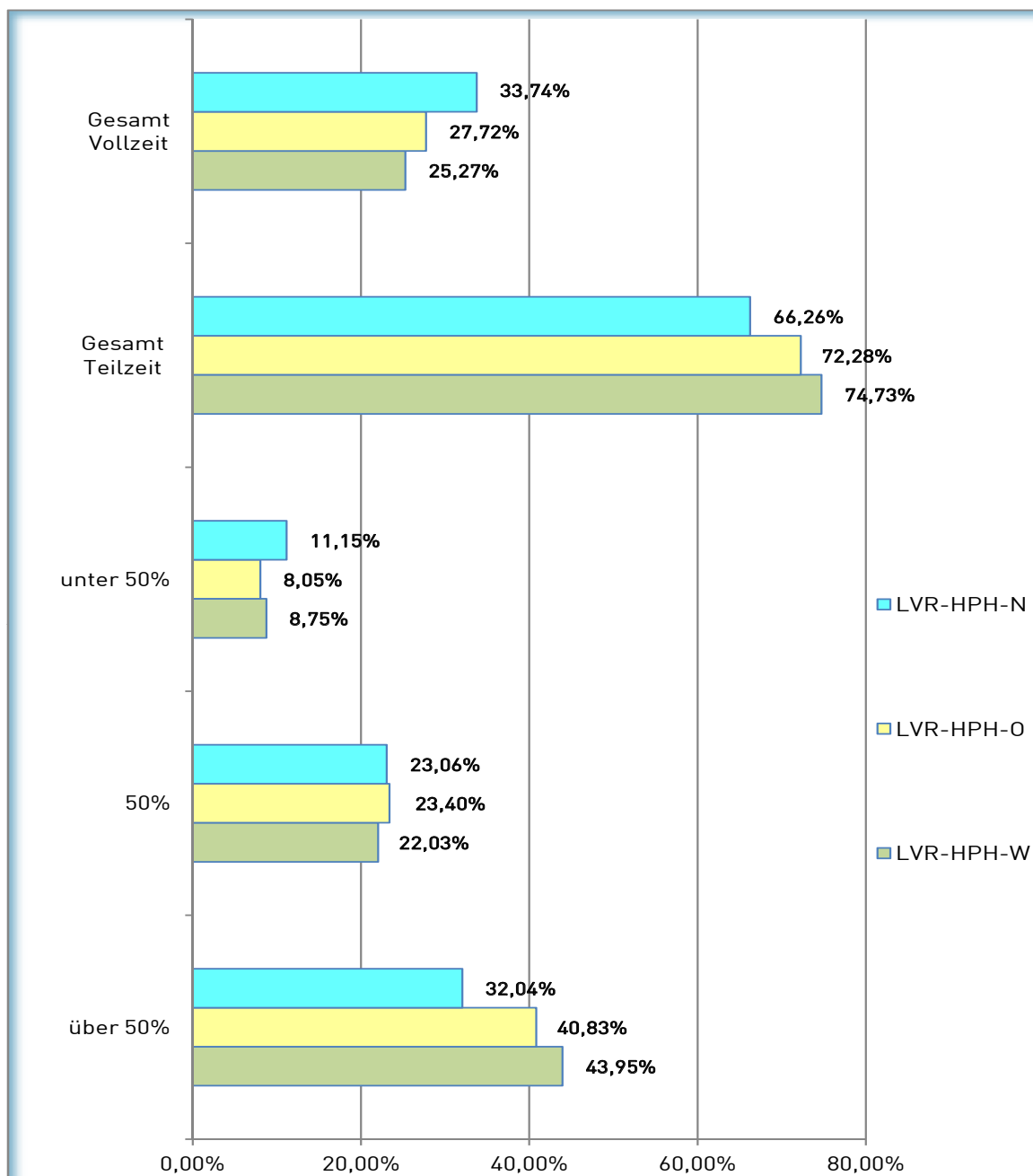




Abb. 36: Voll- und Teilzeitbeschäftigte im LVR-HPH-Netz-Niederrhein – Stand 2016 –

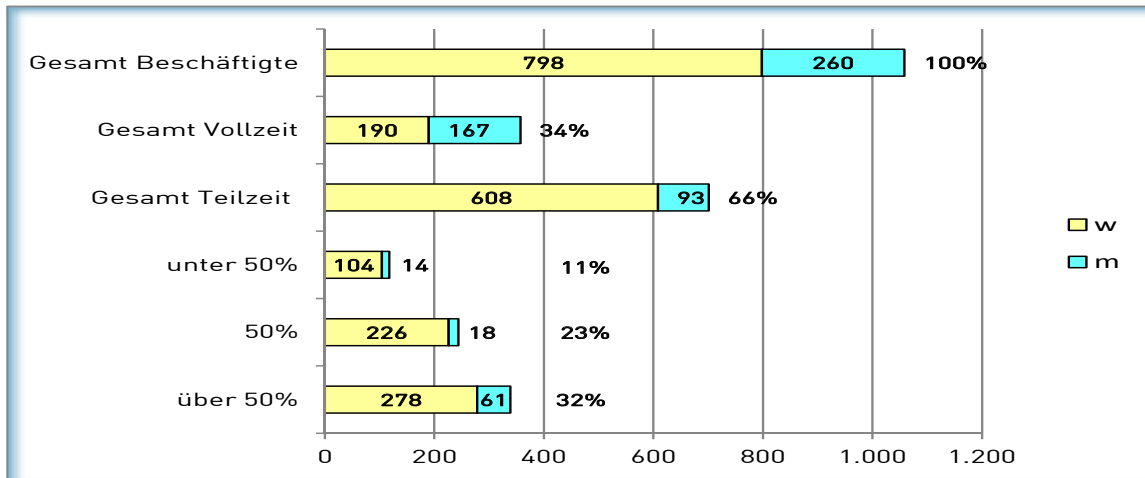


Abb. 37: Voll- und Teilzeitbeschäftigte im LVR-HPH-Netz-Ost – Stand 2014 –

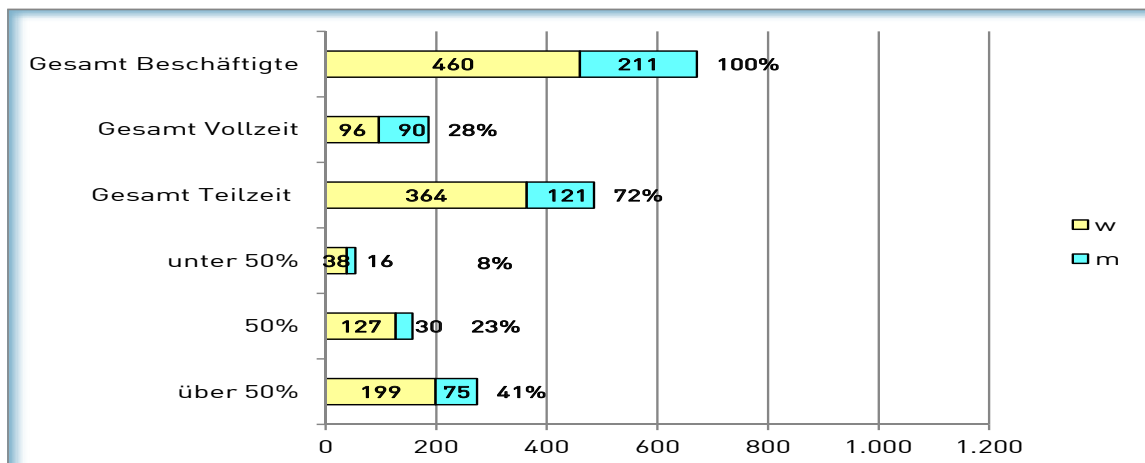
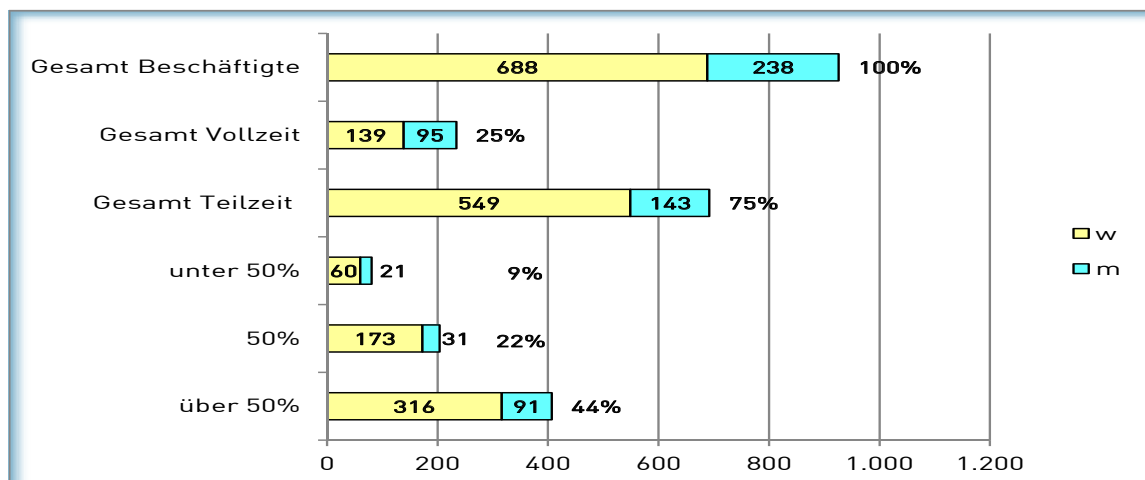


Abb. 38: Voll- und Teilzeitbeschäftigte im LVR-HPH-Netz-West – Stand 2016 –



### 6.1.3. Freiwilligenmanagement

Dem Freiwilligenmanagement kommt insofern eine hohe Bedeutung zu, als durch zusätzliche Unterstützerinnen und Unterstützer ein Mehr an Begleitung für einzelne Personen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglich wird.

Durch öffentlichkeitswirksame Aktionen und Vernetzung mit Kooperationspartnern im Sozialraum gelingt es, engagierte Freiwillige für die Arbeit im Bereich der Behindertenhilfe zu gewinnen. 2016 engagierten sich insgesamt 591 Personen – FSJ, BFD und Ehrenamt – freiwillig in den LVR-HPH-Netzen.

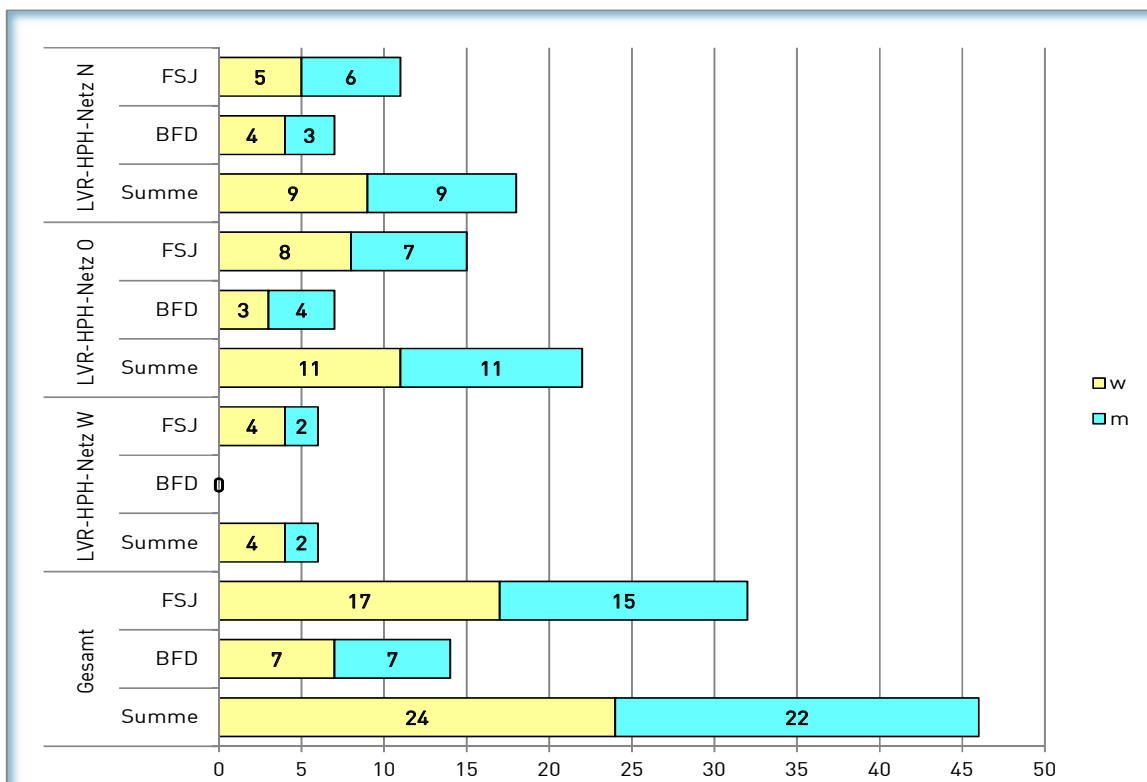
Sie leisten im Sozialraum einen wichtigen Beitrag für

- die Minimierung von Berührungspunkten zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen
- den Abbau von Widerständen
- die Implementierung und Weiterentwicklung einer Anerkennungskultur.

#### FSJ und BFD in den LVR-HPH-Netzen

FSJ'ler und BFD'ler werden nach einer Einarbeitungsphase in den Betreuungsalltag integriert und übernehmen Schritt für Schritt mehr Verantwortung bei der Begleitung der Kundinnen und Kunden. Sie erhalten eine ständige Begleitung durch die dort tätigen Mitarbeitenden sowie die Möglichkeit zur Reflexion ihrer Erfahrungen. Insgesamt waren 46 Personen – 10 mehr als 2014 – im Rahmen eines FSJ bzw. eines BFD 2016 in den LVR-HPH-Netzen beschäftigt.

Abb. 39:





## Ehrenamtlich Tätige in den LVR-HPH-Netzen

Durch die Unterstützung ehrenamtlicher Kräfte können zusätzliche Angebote, für welche die hauptamtlichen Mitarbeitenden im Rahmen ihrer Tätigkeiten keine freien Kapazitäten haben, durchgeführt werden.

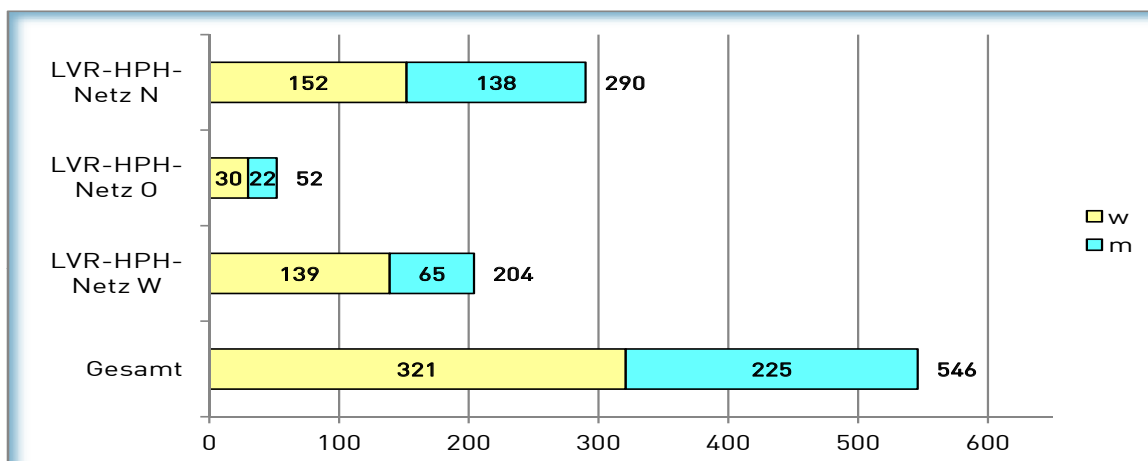
Die Realisierung dieser Angebote erweitert die Teilhabemöglichkeiten der Kundinnen und Kunden der LVR-HPH-Netze am gesellschaftlichen Leben und stellt einen weiteren Weg der Begleitung in die Gemeinschaft dar.

Ehrenamtlich Engagierte übernehmen Aufgaben wie z. B.:

- Begleitung zu externen Angeboten
- Durchführung von individuellen Freizeitangeboten
- Realisierung von Workshops und Projekten, z. B. Foto-AG
- Besuche in den Wohnverbänden etc.

Die nachfolgende Graphik gibt Auskunft über das ehrenamtliche Engagement in den LVR-HPH-Netzen in 2016.

Abb. 40:



## 6.2. Personalentwicklung

### 6.2.1 Fort- und Weiterbildung

Erhalt und Ausbau einer stetig hohen Dienstleistungsqualität erfordern permanente Personalentwicklungsmaßnahmen. Die Beschäftigten müssen sich verändernden Bedarfen der Klientel und Anforderungen im Assistenz- und Betreuungsdienst anpassen können. Sie benötigen die erforderlichen Qualifikationen und Kompetenzen, um sich motiviert ihrer Aufgabe, erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und sehr differenziertem hohen Hilfebedarf zu unterstützen, widmen zu können.

Im Rahmen einer individuellen Entwicklungsplanung stimmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den Vorgesetzten ihr jeweiliges Fortbildungsprogramm für ein Jahr ab.



Jedes LVR-HPH-Netz entwickelt für das Kalenderjahr ein Fortbildungsprogramm, das auf die Zielplanung ausgerichtet ist und die festgestellten individuellen Bedarfe berücksichtigt. Eine Teilnahme aus anderen Netzen und von Mitarbeitenden anderer Anbieter ist bei einigen Veranstaltungen möglich. Das Angebotsspektrum zur Kompetenzerweiterung ist breit gefächert und umfasst verschiedenste Bereiche und Zielgruppen:

- Heilpädagogik
- Unterstützung für Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung
- Förderung für Menschen mit hohem sozialen Integrationsbedarf
- Pflege
- Führungskräftefortbildung
- Anleitung von Auszubildenden sowie Praktikantinnen und Praktikanten
- Anwendung der Individuellen Hilfeplanung 3
- Umgang mit der Dokumentationssoftware Vivendi

Teamfortbildungen, -supervision und Einzelcoaching erfolgen bei Bedarf zu speziellen Fragestellungen. Darüber hinaus erfolgen Pflichtfortbildungen und Unterweisungen aufgrund gesetzlicher Vorgaben zu Themen wie Brandschutz, Erste Hilfe, Hygiene oder Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Schwerpunkte lagen auf der Erweiterung der Pflegekompetenz und Unterstützungskonzepten für Menschen mit hohem sozialem Integrationsbedarf. Für die Erweiterung der Kompetenzen zum Umgang mit Personen mit hohem sozialen Integrationsbedarf hat der LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen mit der Hochschule der Stiftung Rehabilitation in Heidelberg – SRH – ein Curriculum für einen Kontaktstudiengang entwickelt. Im Oktober 2015 hat der dritte Kurs des Zertifikationsstudiums begonnen, insgesamt 17 Mitarbeitende aus den drei LVR-HPH Netzen haben ein Jahr später das Zertifikat erhalten. Der vierte Kurs startete im Mai 2016 mit Abschluss im Mai 2017. Im Juni 2017 wird ein weiterer Studiengang beginnen, die Zertifikationsübergabe ist im April 2018 geplant.

Nachstehende Übersicht verdeutlicht, dass eine Qualifizierung der Beschäftigten in den LVR-HPH-Netzen umfangreich stattfindet.

LVR-HPH-Netz	Anzahl Fortbildungen 2016	Anzahl Teilnehmende w/m	Anzahl Fortbildungsstunden /-tage	Std/MA
Niederrhein	257	2011 1481/530	14255/1782	13,58
Ost	166	1288 912/376	9897/1268	15,23
West	217	1859 1375/484	13690/1711	15,04
<b>Gesamt</b>	<b>640</b>	<b>5158</b> <b>3768/1390</b>	<b>37842/4761</b>	-



### 6.2.2. Betriebliches Gesundheitsmanagement – BGM –

Mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement als Weiterentwicklung der Unternehmenskultur bekommen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention eine hohe Bedeutung. Die Gestaltung von Arbeitsplätzen und Abläufen sowie die Bereitstellung geeigneter Hilfsmittel und deren Handhabung sind u. a. wichtig, um Belastungen am Arbeitsplatz zu reduzieren, gesundheitlichen Beschwerden vorzubeugen und die Personalausfallquote zu senken. Zu Themen wie Gesundheitsprävention, Stressbewältigung etc. werden Fortbildungen angeboten.

Das betriebliche Eingliederungsmanagement – BEM – erleichtert den Wiedereinstieg nach längerer Abwesenheit.

Im LVR-HPH-Netz West wurde im Zuge eines Kooperationsprojekts mit der Unfallkasse die Rahmenkonzeption „Gewaltprävention für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Konflikt- und Gewaltsituationen mit Kundinnen und Kunden im LVR-HPH-Netz West“ erstellt und im Qualitätsmanagement-Handbuch Ende 2015 hinterlegt. Darüber hinaus haben die Beschäftigten seit Januar 2016 die Möglichkeit, auf eine entsprechende ausführliche Notfallmappe auf der internen Informationsplattform zuzugreifen.

### 6.2.3. Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Die Vereinbarung von familiären und beruflichen Engagement wird durch den LVR-Aktionsplan unterstützt. Dieser ist für die LVR-HPH-Netze handlungsweisend.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf stellt einen wichtigen Faktor für die Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeitenden dar sowie für das Interesse an einer Beschäftigung in den LVR-HPH-Netzen. Teilzeitmodelle und flexible Regelungen sind von hervorragender Bedeutung für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Die LVR-HPH-Netze unterstützen das Bemühen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern um einen möglichst kontinuierlichen Berufsverlauf durch individuelle Teilzeit und Einsatzplanungen. Bei der Planung und Organisation von Fortbildungsmaßnahmen werden die Belange von Beschäftigten, die Beruf und familiäre Verpflichtungen zu vereinbaren haben, berücksichtigt.

### 6.2.4. Nachwuchsgewinnung

Die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt macht eine rechtzeitige Besetzung freigewordener Stellen mit geeigneten, fachlich qualifizierten Personen zunehmend schwierig. Die Stellen konnten teilweise nur mit zeitlicher Verzögerung besetzt werden. Die LVR-HPH-Netze entwickeln vielfältige Aktivitäten, um für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung zu werben und jungen Menschen schon frühzeitig Erfahrungen in dem Tätigkeitsfeld zu ermöglichen.

- Zusammenarbeit mit Schulen
- Teilnahme an Ausbildungsbörsen
- Angebote für Schulpraktika
- Angebote im Rahmen des Girls' Day und des Boys' Day sollen junge Menschen für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung motivieren
- Ausbildungsstellen für die berufsbegleitende Ausbildung in Heilerziehungspflege
- Intensive Zusammenarbeit mit Berufskollegs zur Abdeckung des schulischen Teils der Ausbildung
- Kooperation mit Krankenpflegeschulen
- Kooperation mit Schulen und Fachhochschulen zur Begleitung von Berufspraktika

Den Fachkräftebedarf auch zukünftig decken zu können, ist angesichts des Wettbewerbs und der demografischen Veränderungen eine wesentliche Steuerungsaufgabe.

#### **6.2.5. Personalbindung – Arbeitgeberattraktivität**

Vorhandenes Personal – engagiert und motiviert – zu halten, ist neben der Nachwuchsgewinnung eine wesentliche Aufgabe der Führungskräfte zur Sicherung der kundenbezogenen Leistungsversprechen. Die LVR-HPH-Netze beweisen sich durch vielfältige Maßnahmen als attraktiver Arbeitgeber.

- Sicherung durch unbefristete Arbeitsverträge
- Befristung in der Regel nur in Vertretungssituationen
- Flexibilität durch vielfältige Teilzeitmodelle
- Erhöhung der Arbeitszeit innerhalb der Teilzeitbeschäftigung zur Sicherung eines ausreichenden Einkommens
- Vielfältige Fort- und Weiterbildungsangebote
- Interessante Sonderfunktionen außerhalb des üblichen Aufgabenspektrums
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch flexible Einsatzplanung
- Betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement

Die geringe Zahl der arbeitnehmerseitigen Kündigungen in 2016 von insgesamt 65 – LVR-HPH-Netz Niederrhein 14 (w: 12/m: 2), LVR-HPH-Netz Ost 30 (w: 19/m: 11), LVR-HPH-Netz West 21 (w: 15/m: 6) – ist ein Zeichen für die wahrgenommene Arbeitgeberattraktivität und die Fähigkeit zur Personalbindung.



## 7. Kooperationen

Eine regionale Vernetzung der unterschiedlichen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung ist eine wesentlich Voraussetzung für die Realisierung bestmöglicher Chancen für eine selbstbestimmte Lebensgestaltung und bedarfsgerechte Unterstützung. Die regionalen Hilfeplankonferenzen bewirken ein deutliches Mehr an Zusammenarbeit.

Für weitere Fortschritte bei der Entwicklung von sozialraumorientierten Angebotsstrukturen ist ein kooperatives Miteinander aller Anbieter in einer Region ein wichtiges Element.

Größtes gemeinsames Projekt mit einem Anbieter der Freien Wohlfahrtspflege ist der „Integrative, sozialraumorientierte Wohn- und Beschäftigungsverbund Mattlerbusch“ mit dem Verein für körper- und mehrfachbehinderte Menschen Alsbachtal e.V. in Duisburg und dem LVR-HPH-Netz Niederrhein.

Seit April 2012 gibt es am Standort Mattlerbusch Wohnangebote für Menschen mit und ohne Behinderungen. Menschen mit geistiger Behinderung werden sowohl stationär als auch ambulant unterstützt und können ein „Tagesstrukturierendes Beschäftigungsangebot“ nutzen. Eine Begegnungsstätte eröffnet vielfältige Möglichkeiten für Kontakte und gemeinsames Tun von behinderten und nicht behinderten Menschen.

Gemeinsam wurde der Slogan entwickelt „Wir am Mattlerbusch“.

Ein erstes gemeinsames Beschäftigungsangebot besteht in Duisburg Rheinhausen. Das HPZ Rheinhausen des LVR-HPH-Netzes Niederrhein befindet sich in Räumen der Caritas Wohn- und Werkstätten Niederrhein gGmbH (CWWN). Menschen mit hohem und extrem hohem Hilfebedarf und herausforderndem Verhalten, die derzeit keinen Arbeitsplatz in der WfbM ausfüllen können, sowie Seniorinnen und Senioren aus beiden Einrichtungen, erhalten ein auf sie zugeschnittenes Angebot. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Beschäftigung von Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung.

Die LVR-HPH-Netze engagieren sich für einen stetigen Ausbau der Kooperationen im Sozialraum. Die Kooperationsmöglichkeiten sind regional sehr unterschiedlich, hängen von den Bereitschaften und Möglichkeiten der potentiellen Partner und nicht zuletzt von konkreten handelnden Personen ab.

Unter der Zielsetzung vermehrter Teilhabechancen in einem inklusiven Sozialraum werden Kooperationen mit den verschiedensten gesellschaftlichen Institutionen – wie unterschiedlichsten Vereinen, Kirchengemeinden, Volkshochschulen, Familienbildungsstätten, der Freiwilligen Feuerwehr, örtlichen Initiativen, Schulen – aufgebaut. Jede Kooperation mit Beteiligten außerhalb der Behindertenhilfe ist auch immer ein Beitrag zur Bewusstseinsbildung für die Belange von Menschen mit geistiger Behinderung.



Seitens des Dezernates findet, ermöglicht durch die Gründung der LAG öffentlicher Träger der Behindertenhilfe, Kooperation auf der Ebene der Spitzenverbände in verschiedenen Gremien statt, z. B. in der Begleitgruppe KoKoBe und Begleitgruppe Hilfeplankonferenzen. Hier besteht die Möglichkeit, Entwicklungen gemeinsam mit der Freien Wohlfahrtspflege zu beeinflussen.



## 8. LVR-Institut für Konsulentenarbeit – Kompass

### 8.1. Die Arbeit des LVR-Institutes Kompass

Die Konsulentenarbeit beim Landschaftsverband Rheinland begann am 01.10.2000 mit der Gründung eines Konsulententeams für die damaligen Heilpädagogischen Heime. Zunehmend wurde eine Beratung auch von Personen, die nicht in den LVR-HPH-Netzen leben oder durch sie unterstützt wurden, nachgefragt. So wurde zum Beginn des Jahres 2006 das Institut für Konsulentenarbeit Kompass mit Sitz in Jülich gegründet, das in Anspruch genommen werden kann, wenn Menschen mit geistiger Behinderung über einen längeren Zeitraum Verhaltensweisen zeigen, die im Wohn- oder Arbeitsumfeld als störend erlebt werden und die Beteiligten keine Lösungsmöglichkeiten finden konnten. In die Beratung werden problemabhängig alle relevanten Beteiligten – Fachkräfte aus den verschiedenen Diensten, Eltern etc. – mit einbezogen.

Die Finanzierung erfolgt im Rahmen der Einzelfallhilfe durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Ende 2015 ist das Institut für Konsulentenarbeit nach Köln-Hürth umgezogen.

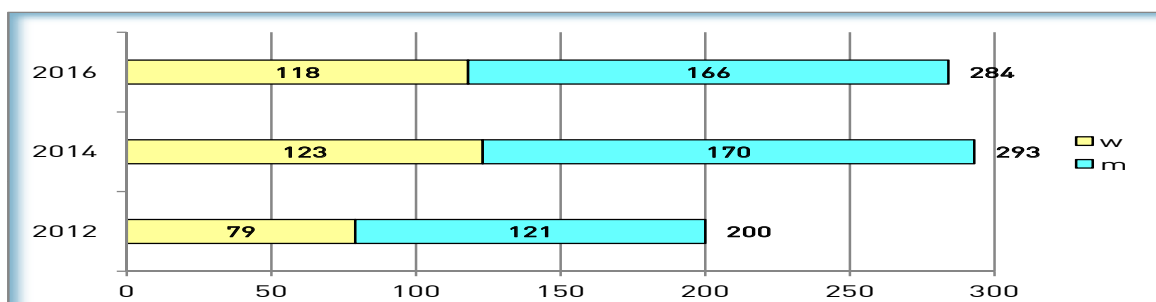
Ziele der Beratung:

- Lösung bzw. Reduzierung massiver Verhaltensprobleme
- Entwicklung von Handlungsalternativen
- Verbesserung der Lebensqualität
- Erhaltung der Wohnsituation
- Erhaltung des Arbeitsplatzes

### 8.2. Nachfrageentwicklung

Die stabile Nachfrage ist ein Indikator für einen anhaltenden Bedarf und die fachliche Akzeptanz der Beratungsleistungen des Institutes: Rund 154 Neuanfragen werden jährlich an das Institut gerichtet. Die Bearbeitungsdauer variiert sehr stark sowohl im Hinblick auf die Anzahl der Beratungseinheiten als auf die Dauer des Beratungsprozesses. Die Zahl der parallel in Beratung befindlichen Fälle hat deutlich zugenommen.

Abb. 41: Beratungsfälle



## 9. Herausforderungen für den LVR-HPH-Verbund

### UN-Konvention für die Rechte von behinderten Menschen – UN-BRK

Handlungsleitend für die Weiterentwicklung der Leistungsangebote des LVR-HPH-Verbundes ist die UN-BRK mit ihrer Zielsetzung, inklusive Lebensbedingungen für Menschen mit geistiger Behinderung zu schaffen. Die LVR-HPH-Netze sind darin sehr engagiert und in den jeweiligen Sozialräumen durchaus erfolgreich. Es ist noch ein weiter Weg bis die Barrieren in den Köpfen und Herzen und die im engeren Sinne mobilitätseinschränkenden Hindernisse deutlich minimiert sind und eine selbstverständliche und gleichberechtigte Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erreicht ist.

### Rahmenvereinbarung Zukunft der Eingliederungshilfe in NRW sichern

Die Sicherung der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII soll durch fachliche Weiterentwicklung und finanzielle Entlastung erfolgen. Ein wichtiges Element ist der Ausbau des Ambulant Betreuten Wohnens auch für Menschen mit höherem Unterstützungsbedarf und solche mit Pflegebedarf nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Verschiedene ambulante Wohnformen wie Appartementshäuser und Wohngemeinschaften sind geeignet, den für ambulante Wohnformen zu interessierenden Personenkreis zu erweitern. Die Gründung ambulanter Pflegedienste unterstützt diese Entwicklung durch die Möglichkeit zu Hilfen aus einer Hand, wie sie im stationären Bereich selbstverständlich sind.

Im ambulant unterstützten Wohnen können die Leistungsberechtigten die vollen Leistungen der Pflegeversicherung realisieren und entlasten damit den Leistungsträger der Eingliederungshilfe.

Der LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen beteiligt sich an der Arbeitsgruppe Behandlungspflege der Gemeinsamen Kommission unter Beteiligung der Freien Wohlfahrtspflege und der beiden Landschaftsverbände. Zielsetzung ist die Übernahme der Kosten für die Behandlungspflege in den stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe durch die Krankenkassen.

Im stationären Bereich gibt es in NRW keine Einrichtungen, in welchen die vollen Leistungen der Pflegeversicherung und Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe realisiert werden. Die LVR-HPH-Netze bieten im Rahmen der ambulanten Unterstützung auch Pflegeleistungen als Hilfen aus einer Hand an.



## Reform der Eingliederungshilfe/Bundesteilhabegesetz

Das Bundesteilhabegesetz ist nach der Beschlussfassung im Bundestag und Bundesrat zum 29.12.2016 in Kraft getreten.

Das Leistungsgeschehen in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung wird durch das Bundesteilhabegesetz vollkommen neu geregelt und wird zu Recht als die größte sozialhilferechtliche Reform der letzten Jahrzehnte bezeichnet.

Mit dem BTHG wird die Eingliederungshilfe aus dem Fürsorgerecht (dem SGB XII) herausgelöst und zu einem modernen Leistungsgesetz weiterentwickelt.

Im Fokus stehen die Verstärkung des personenzentrierten Ansatzes, die Rolle des Sozialraums und der Inklusionsarbeit sowie die trägerübergreifende Zusammenarbeit. Entsprechend dieser Schwerpunktsetzung werden sowohl die kundenbezogenen Prozesse zur Hilfeplanung als auch die Personal- und Entgeltstruktur grundlegend überprüft und sind dann neu zu implementieren. Hierfür müssen die fachlichen Standards definiert und beschrieben werden. Das BTHG unterscheidet bei den Leistungen zur sozialen Teilhabe nicht nach der Wohnform (ambulant/stationär) und verfolgt damit das Ziel eines einheitlichen, personenzentrierten Finanzierungssystems, was mit einer Trennung von existenzsichernden sowie Fach- und Assistenzleistungen einhergeht.

Zur Bearbeitung dieser unterschiedlichen Herausforderungen sind dezernats- und fachübergreifende Arbeitsgruppen gegründet worden.

## Arbeitsmarktsituation/Fachkräftemangel

Es wird eine zunehmende Herausforderung, Stellen zeitgerecht mit geeigneten Fachkräften sowohl im Bereich der Heilpädagogik als auch in der Pflege zu besetzen. Eine verbundweite Arbeitsgruppe unterstützt den Ausbau und die Weiterentwicklung der Maßnahmen der einzelnen LVR-HPH-Netze und entwickelt neue Konzepte für Personalgewinnung und -bindung. Es gilt, den hohen Fachkräfteanteil in den dezentralen Systemen zu halten, da ansonsten der Forderung der Aufsichtsbehörden nach der Präsenz der Fachkraft nicht entsprochen werden kann.



## Veränderungen der Klientel und Unterstützungsbedarfe

Die Klientel im stationären Bereich hat sich seit dem Ausbau der ambulanten Wohnunterstützung deutlich verändert.

Es dominieren Menschen mit hohem und sehr hohem Unterstützungsbedarf wegen

- erhöhtem sozialen Integrationsbedarf,
- schweren und mehrfachen Behinderungen,
- speziellem Unterstützungsbedarf aufgrund von Autismus-Spektrum-Störung und im LVR-HPH-Netz West zusätzlich Gehörlosigkeit.

Die älter werdende Bewohnerschaft lässt auch eine Zunahme von Demenzerkrankungen erwarten, die mit veränderten Umgangsmethodiken beantwortet werden muss. Der hohe Anteil der pflegebedürftigen Personen verlangt eine Erweiterung der Pflegekompetenz und eine Anpassung des Pflegefachkräfteanteils. Die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden zur Unterstützung von Personen mit eingeschränkten sozialen Kompetenzen und mit Neigung zu auto- und fremdaggressivem Verhalten muss konsequent fortgesetzt werden.



## Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Verteilung in den Gebietskörperschaften
- Abb. 2: Regionale Streuung der Wohn- und Förderangebote
- Abb. 3: Entwicklung der BeWo-Verträge 2004 bis 2016 in den LVR-HPH-Netzen
- Abb. 4: Anzahl der BeWo-Verträge in den LVR-HPH-Netzen 2012 und 2016
- Abb. 5: Geschlossene Unterbringung gem. § 1906 Abs. 1 BGB
- Abb. 6: Freiheitsentziehende Maßnahmen
- Abb. 7: Nutzung der Angebote durch die gesamte Bewohnerschaft LVR-HPH-Netze – gesamt 1744 Personen – in 2016
- Abb. 8: Nutzung der Angebote bis 65 Jahre – LVR-HPH-Netze gesamt – 1479 Personen – in 2016
- Abb. 9: Nutzung der Angebote im LVR-HPH-Netz Niederrhein – 685 Personen – in 2016
- Abb. 10: Nutzung der Angebote im LVR-HPH-Netz Ost – 479 Personen – in 2016
- Abb. 11: Nutzung der Angebote im LVR-HPH-Netz West – 580 Personen – in 2016
- Abb. 12: Entwicklung der prozentualen Anteile der Leistungstypen 2004 – 2016
- Abb. 13: LVR-HPH-Netz Niederrhein – 685 Personen: 258/38 % weibl.; 427/62 % männl. –
- Abb. 14: LVR-HPH-Netz Ost – 479 Personen: 181/38 % weibl.; 298/62 % männl. –
- Abb. 15: LVR-HPH-Netz West – 580 Personen: 234/40 % weibl.; 346/60 % männl. –
- Abb. 16: Vergleich Verteilung in den LVR-HPH-Netzen – gesamt 1744 Personen: 673 /39 % weibl.; 1071/61 % männl. –
- Abb. 17: Alter der Bewohnerschaft – 1744 Personen – und Anzahl Pflegebedürftige – 1215 Personen –
- Abb. 18: LVR-HPH-Netze – gesamt 1215 Personen 465/38 % weibl.; 750/62 % männl. –
- Abb. 19: LVR-HPH-Netze – gesamt 1744 Personen 673/39 % weibl.; 1071/61 % männl. –
- Abb. 20: Vergleich der Altersstruktur der Bewohnerschaft in den LVR-HPH-Netzen
- Abb. 21: Verteilung der Gesamtbewohnerschaft – 1744 Personen
- Abb. 22: Fremdaggression 920 Personen – 341/37 % weibl.; 579/63 % männl. – Mehrfachnennungen möglich
- Abb. 23: Autoaggression
- Abb. 24: Anfallsleiden
- Abb. 25: Gehbehinderung
- Abb. 26: Psychose
- Abb. 27: Autismus-Spektrum-Störung
- Abb. 28: Depression
- Abb. 29: Gehörlosigkeit
- Abb. 30: Erblindung
- Abb. 31: Altersstruktur der Mitarbeiterschaft in den LVR-HPH-Netzen
- Abb. 32: Altersstruktur der Mitarbeitenden des LVR-HPH-Netzes-Niederrhein 1058 Personen – 798 w/260 m – für 2016
- Abb. 33: Altersstruktur der Mitarbeitenden des LVR-HPH-Netzes-Ost 671 Personen – 460 w/211 m – für 2016
- Abb. 34: Altersstruktur der Mitarbeitenden des LVR-HPH-Netzes-West 926 Personen – 688 w/238 m – für 2016
- Abb. 35: Verteilung Vollzeit- und Teilzeitanteile in den LVR-HPH-Netzen – Stand 2016 –
- Abb. 36: Voll- und Teilzeitbeschäftigte im LVR-HPH-Netz-Niederrhein – Stand 2016 –
- Abb. 37: Voll- und Teilzeitbeschäftigte im LVR-HPH-Netz-Ost – Stand 2016 –
- Abb. 38: Voll- und Teilzeitbeschäftigte im LVR-HPH-Netz-West – Stand 2016 –
- Abb. 39: FSJ und BFD in den LVR-HPH-Netzen in 2016
- Abb. 40: Ehrenamtlich Tätige in den LVR-HPH-Netzen in 2016
- Abb. 41: Beratungsfälle

