



Konzept

**Ambulante Assistenz
nach §§ 53 / 54 SGB XII Eingliederungshilfe**

Ansprechpartner:

Stefan Beck

0175-3515795

stefanbeck@verbund-sozialer-dienste.de

www.verbund-sozialer-dienste.de

Inhaltsverzeichnis

1. Rechtliche Grundlage	3
2. Träger und Name der Einrichtung	3
3. Organigramm Trägerverbund	4
4. Leitbild	5
4.1. Unternehmensleitbild	5
4.2. Pädagogisches Leitbild	5
5. Sozialraumorientierung	5
6. Zielgruppe	6
7. Aufnahmeverfahren	6
8. Gesamtplanverfahren	6
8.1. Rahmenbedingungen	7
8.2. Dokumentation.....	7
8.3. Erneute Bedarfsfeststellung	8
8.4. Abschlussbericht.....	8
9. Ziele	8
10. Leistungen	10
10.1. Direkte Leistungen.....	10
10.2. Indirekte Leistungen.....	12
11. Personal	12
12. Qualitätssicherung	13
13. Räumliche und sachliche Ausstattung	14
14. Individuelle Zusatzleistungen	14

1. Rechtliche Grundlage

Die Verbund sozialer Dienste gGmbH (im Folgenden VSD genannt) bietet im Rahmen der Eingliederungshilfe eine Ambulante Assistenz im Landkreis Osnabrück an. Die ambulante Betreuung ist ein Hilfeangebot zur Förderung der selbstständigen Lebensführung behinderter Menschen. Den rechtlichen Hintergrund stellt hierzu die „Eingliederungshilfe“ nach §§ 53 ff. SGB XII mit dem Auftrag der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft dar.

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es „eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern.“

Mögliche Leistungen, die die Teilhabe an der Gesellschaft unterstützen, sind „Hilfen zu selbstbestimmtem Leben“, wie sie im Rahmen der Ambulanten Assistenz erbracht werden.

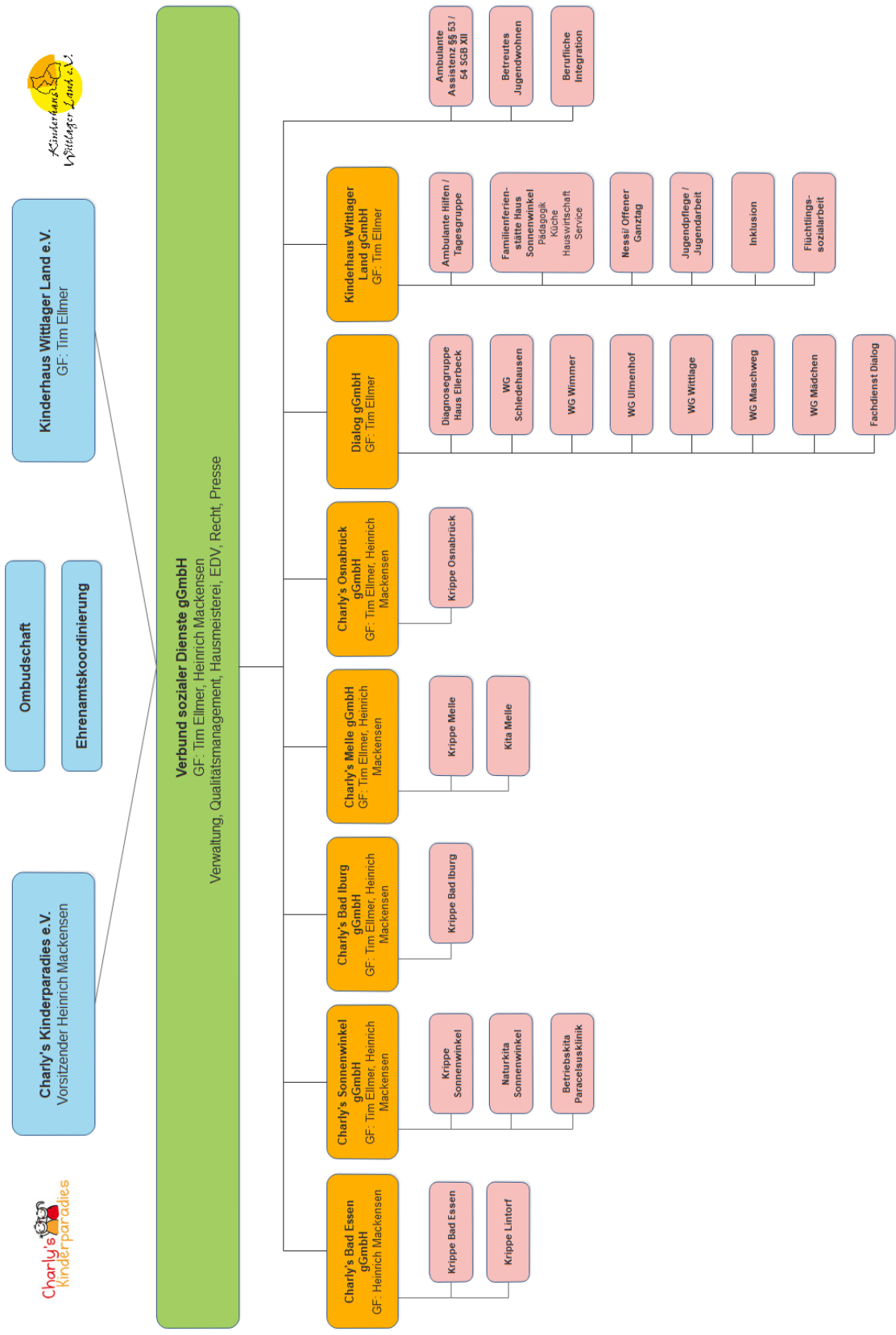
Gemäß der Leistungsvereinbarung können Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung sowie einer körperlichen Behinderung ambulant unterstützt werden. Die Regelungen für die ambulante Betreuung sind im Einzelfall so zu gestalten, dass sie mit anderen Leistungsangeboten kompatibel sind. Das schließt z.B. Regelungen zum persönlichen Budget mit ein.

2. Träger und Name der Einrichtung

Träger: Verbund sozialer Dienste gGmbH
Handelsregistereintragung: HRB 17889
Handelsregister: Amtsgericht Osnabrück
Geschäftsführer: Tim Ellmer, Heinrich Mackensen
Adresse: Meller Str. 3, 49152 Bad Essen
Telefon: 05472-4043712
Fax: 05472-4043705
Email: info@verbund-sozialer-dienste.de
Web: www.verbund-sozialer-dienste.de

Einrichtung: Ambulante Assistenz
Adresse: Bürgermeister-Otto-Knapp-Str. 45, 49163 Bohmte
Ansprechpartnerin: Stefan Beck
Telefon: 0175-3515795
Fax: 05472-40437-05
Email: stefanbeck@verbund-sozialer-dienste.de
Web: www.verbund-sozialer-dienste.de

3. Organigramm Trägerverbund



4. Leitbild

4.1. Unternehmensleitbild

- Wir stellen uns flexibel auf aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen ein.
- Wir orientieren uns an den Bedürfnissen und Bedarfen des Sozialraums und nutzen die vorhandenen Ressourcen.
- Wir verstehen uns als Netzwerker in den einzelnen Systemen.
- Wir bieten ganzheitliche Förderung aus einer Hand.
- Wir sind in Regelstrukturen verankert und schaffen keine Parallelstrukturen.
- Unsere entwickelten Angebote und Dienstleistungen bieten ein Höchstmaß an Effizienz.
- In unserer jeweiligen Spezialisierung besitzen wir hohe aktuelle Fachlichkeit.

4.2. Pädagogisches Leitbild

- Wir achten die Würde eines jeden Menschen. Dazu gehört für uns Wertschätzung und Respekt, Toleranz und Vertrauen, Sensibilität, Ehrlichkeit und Solidarität.
- Wir bieten allen Menschen - unabhängig von Konfession, Weltanschauung, Nationalität und Identität - unsere professionelle Hilfe und Begleitung in der Lebenspraxis und Alltagsbewältigung.
- Wir suchen gemeinsam mit dem Betroffenen nach Wegen, ihn nach seinen individuellen Bedürfnissen und Ressourcen zu unterstützen und zu fördern, so dass eine größtmögliche Selbstständigkeit im Umgang mit der Erkrankung und Teilhabe am öffentlichen Leben wiedererlangt werden kann.
- Inklusion ist nicht nur ein Ziel, das es zu erreichen gilt, Inklusion soll bei uns gelebt und erfahren werden. Demnach sehen wir uns als Leitfigur auf dem Weg in eine inklusive Gesellschaft.
- Wichtig sind uns dabei, u.a. die Entwicklung und Stärkung des Vertrauens in die eigenen Kompetenzen und Ressourcen, Steigerung der Lebensqualität durch subjektiv sinnvoll empfundene Beschäftigung im Bereich Tagesstruktur und Freizeit, Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen und Kontakte, Erarbeitung von wirksamen Handlungsmustern zum Umgang mit der Erkrankung und weitere individuelle Bedürfnisse des Klienten.
- Unsere Arbeit gestaltet sich durch professionelle Beziehung in einem ausgewogenen Verhältnis von Nähe und Distanz. Wir begegnen dem Menschen auf Augenhöhe und unterstützen ihn durch Kontinuität. Unser Handeln basiert auf der Basis des ressourcenorientierten Menschenbildes, d. h. den Menschen mit seinen Fähigkeiten und Stärken zu einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Leben zu führen.
- Wir sichern unsere Professionalität durch Beratung, Anleitung, Supervision, Aus-, Fort-, und Weiterbildung. Die Grundlage unserer Betreuung bilden fachliche Standards und transparente Strukturen zur stetigen Qualitätsentwicklung.

5. Sozialraumorientierung

Die VSD gGmbH ist mit der regionalen Angebotsstruktur vernetzt. Dazu gehören:

- Teilnahme an fachbezogenen Arbeitskreisen,
- Kooperation mit gebietsnahen Trägern (Tagesstruktur, Pflegedienst, Ergotherapie, Physiotherapie, WfbM, etc.),
- Kooperation mit Fachärzten, Ambulanzen, Krankenhäusern, etc.,
- Kooperation mit dem sozialpsychiatrischen Dienst,
- Kooperation mit anderen Leistungserbringern und Einrichtungen, Netzwerken, Gemeinden, Vereinen, Kirchen.

6. Zielgruppe

Das Angebot richtet sich an volljährige Menschen mit geistigen, körperlichen und seelischen Behinderungen, die wesentlich in ihrer Fähigkeit an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen Behinderung bedroht sind und die vorübergehend (länger als sechs Monate), für längere Zeit oder im Einzelfall lebenslang Unterstützung in der selbständigen Lebensführung benötigen (§ 2 Abs. 1 SGB IX i.V.m. § 53 SGB XII). Personen mit anderen geistigen, körperlichen oder seelischen Behinderungen können entsprechende Leistungen erhalten (§ 53 Abs. 1 S. 2 SGB XII).

Leistungen der Jugendhilfe nach §§ 27, 34, 35a, 41 gehen den Leistungen nach diesen Richtlinien vor. Ausgenommen sind Sondervereinbarungen sowie Entscheidungen im Einzelfall.

Unter Beachtung des Grundsatzes der orts- und familiennahen Versorgung werden vorrangig im Landkreis Osnabrück wohnende Menschen aufgenommen.

Das Wahlrecht der Leistungsberechtigten nach § 9 Abs. 2 SGB XII bleibt unberührt.

Das Hilfsangebot richtet sich an Menschen, die in einer eigenen Wohnung allein, mit einem Partner oder in einer Wohngemeinschaft wohnen oder diese Wohnform anstreben und für die eine ambulante Unterstützung angemessen und erforderlich erscheint. Für erwachsene Kinder, die noch bei ihren Eltern wohnen, kann in gemeinsam vereinbarten Ausnahmefällen Betreutes Wohnen gewährt werden.

Ausgeschlossen von der Leistung sind Menschen mit einer primären und chronischen Suchterkrankung.

7. Aufnahmeverfahren

Kommt Ambulante Assistenz in Betracht, wird ein Antrag unter Beifügung aller vorhandenen fachärztlichen Gutachten beim Leistungsträger gestellt.

Bei Bewerber*Innen aus einer stationären Einrichtung wird ein aktueller Entwicklungsbericht beigefügt.

Der Ort der Antragstellung ist abhängig vom Wohnort und dem Alter des Antragstellers, sowie der gewünschten Maßnahme.

Das Antragsverfahren richtet sich nach dem gesetzlich vorgeschriebenen Teilhabe- bzw. Gesamtplanverfahrens in der ab 01.01.2018 maßgeblichen Fassung des Artikels 12 BTHG (ab 01.01.2020 §§ 117 ff. SGB IX).

8. Gesamtplanverfahren

Nach der Feststellung einer Leistungsberechtigung findet i.d.R. eine Teilhabe-/Gesamtplankonferenz entsprechend der ab 01.01.2018 geltenden Regelungen für die Teilhabe-/Gesamtplanung statt. Im Rahmen der Gesamtplanerstellung gilt es den individuellen Hilfebedarf festzustellen, die Erstellung obliegt dem Kostenträger. Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe soll basierend auf den Ergebnissen der Bedarfsermittlung für den Menschen mit Behinderung die bestmögliche Anpassung der erforderlichen Leistungen an seine Lebenssituation und seine für ihn relevanten Teilhabeziele sicherstellen.

Dabei stehen die Ressourcen und nicht die Defizite des zu Betreuenden als tragendes Element der Hilfe im Vordergrund.

Die Klienten sind maßgeblich an der Erstellung und an der Aktualisierung des Gesamtplans beteiligt.

Nach Aufstellung des Teilhabe-/Gesamtplans durch den Leistungsträger wird von diesem ein Kostenanerkennnis erteilt.

Im Rahmen eines Hilfeplangesprächs werden die Zielerreichung und die Umsetzung der geplanten Leistungen überprüft. Die Dauer des Bedarfs bzw. der Zeitraum bis zum nächsten Hilfeplan wird individuell je nach Klient mit dem Kostenträger abgestimmt und kann 3 Monate bis zu 2 Jahre umfassen.

8.1. Rahmenbedingungen

Es ist schwierig, Befindlichkeiten, Stimmungslagen, Persönlichkeitsprägungen und menschliche Entwicklungen einzugrenzen, vorauszusagen oder zu planen. Im Gesamtplanverfahren erfolgt eine Einschätzung der benötigten Unterstützung.

Der Gesamtplan ist kein starres Instrument und kann jederzeit bedarfsgerecht angepasst werden.

Im vereinbarten Betreuungszeitraum kann es durch unterschiedliche Befindlichkeiten und Krisen zu schwankenden Bedarfen kommen. Deshalb kann das im Hilfeplan festgelegte Stundenkontingent bedarfsorientiert und flexibel eingesetzt werden.

Seitens des Klienten besteht eine Mitwirkungspflicht.

8.2. Dokumentation

Aus der zu führenden Dokumentationen, die über einen Zeitraum von drei Monaten in digitalisierter Form beim Kostenträger eingereicht wird, geht hervor:

- Datum,
- tatsächlich erbrachter wöchentlicher Zeitumfang,
- Hinweise über die flexible Verteilung des Stundenkontingents,
- Art der Betreuungsleistungen, und zwar differenziert nach Leistungen mit und für den zu Betreuenden (incl. Fahrzeiten),
- Form der Hilfe,
- Ort der Hilfeleistungen,
- Name des/der betreuenden Mitarbeiters/Mitarbeiterin,
- Unterschrift des zu Betreuenden.

Gruppenangebote können nach dem Verhältnis „Zeitdauer: Teilnehmerzahl“ je Teilnehmer anteilig abgerechnet werden.

8.3. Erneute Bedarfsfeststellung

8 Wochen vor Ablauf des Bewilligungszeitraumes wird dem Kostenträger ein Bericht vorgelegt. Bei Bewilligungszeiträumen unter einem Jahr verkürzt sich der Zeitraum entsprechend.

Der Bericht dient als Grundlage für die erneute Bedarfsfeststellung und enthält folgende Aussagen:

- ob und inwieweit die seit Beginn der Maßnahme bzw. des letzten Hilfeplanes formulierten Ziele erreicht oder nicht erreicht wurden,
- anzustrebende Ziele bis zum nächsten Hilfeplan.

Der Bericht wird:

- vom Klienten unterschrieben,
- wertschätzend und ressourcenorientiert verfasst sein.

Der gesetzliche Betreuer kann mit Einwilligung des Klienten eine Kopie erhalten.

Grundsätzlich wird der nach aktuellem Stand gültige Vordruck für den Bericht verwendet. Bei Bedarf kann der Bericht in einfacher Sprache genutzt werden.

Kann die Bedarfsermittlung erst nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes stattfinden, muss eine verbindliche Abstimmung zwischen Kostenträger und Leistungserbringer über die fortlaufende Kostenübernahme bis zur Bedarfsermittlung erfolgen.

Sofern innerhalb eines Bewilligungszeitraumes ein veränderter Hilfebedarf erkennbar ist, der Auswirkungen auf den bewilligten Leistungsumfang hat, erfolgt eine Mitteilung an den Kostenträger. Bei Krankenhausaufenthalten/Kurzzeitpflege/Unterbrechungen aus anderen Gründen bis zur Dauer von sechs Wochen ist eine Mitteilung nicht erforderlich. Sobald jedoch absehbar ist, dass die Unterbrechung länger als sechs Wochen anhalten wird, wird der Leistungsträger unverzüglich informiert; die laufenden Leistungen werden in diesem Fall, bis zu einer gegenteiligen Entscheidung des Kostenträgers, weiter berechnet werden.

8.4. Abschlussbericht

Nach Beendigung der Maßnahme wird vom VSD ein Abschlussbericht angefertigt, der mindestens Aussagen enthält über

- die Entwicklung im Verlauf der Maßnahme,
- den Grund der Beendigung,
- den weiteren Hilfebedarf zum Zeitpunkt der Beendigung.

Der Kostenträger erhält den Abschlussbericht zum Ende der Maßnahme. Der Bericht wird gemeinsam mit dem Klienten erstellt. Sollte dies nicht möglich sein, werden die entsprechenden Gründe im Bericht dargestellt.

9. Ziele

Ziel der Hilfe ist es, die Fähigkeiten der Menschen zu erhalten und zu stärken, die Verschlimmerung der Behinderung zu verhüten und damit ihnen zu ermöglichen, ein selbstständiges Leben in der

Gesellschaft zu führen.

Die Ambulante Assistenz der VSD gGmbH nach §§ 53 ff. SGB XII hat das Ziel, dem Betreuten eine weitgehend selbstbestimmte und eigenverantwortliche Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit und seinem Sozialraum zu eröffnen und zu erhalten. Es handelt sich um Leistungen zur sozialen Eingliederung im Rahmen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Das Hilfespektrum der Ambulanten Assistenz reicht von konkreter Hilfestellung bei der unmittelbaren Alltagsbewältigung über die Verhütung, Milderung oder Beseitigung der Behinderung bis hin zur selbstbestimmten Lebensgestaltung und Lebensplanentwicklung.

Es werden nur Ziele vereinbart, die der Leistungsberechtigte auch tatsächlich erreichen will. Die Zustimmung des Leistungsberechtigten muss vorliegen.

Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Vereinbarungsziele nicht erreicht werden können, haben Leistungsträger und Leistungserbringer gleichermaßen auf eine Anpassung der Ziele hinzuwirken.

Durch die Ambulante Assistenz soll eine stationäre Hilfe vermieden werden.

Im Hilfeplanverfahren werden drei unterschiedliche Arten von Zielen berücksichtigt:

- Veränderungsziel,
- Stabilisierungsziel,
- Motivationsziel.

Neben diesen drei Zielarten gibt es Zielebenen:

Globalziel

Das Globalziel bildet den Rahmen für die Lebens- und Unterstützungsbereiche, in denen die Begleitung und Unterstützung des Klienten erfolgen soll, wie:

- Selbstständiges Wohnen ohne Unterstützung,
- Sicherung von Mobilität und gesellschaftlicher Teilhabe,
- Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden,
- Erhalt und Erweiterung persönlicher Handlungskompetenzen,
- Wahrnehmen einer angemessenen Arbeit oder Beschäftigung,
- Selbstbestimmung und Entwicklung einer persönlichen Lebensperspektive.

Schwerpunktziel

Schwerpunktziele orientieren sich an den wesentlichen Lebensbereichen im Hilfeplan und sind eine erste Ausdifferenzierung – sie stellen Meilensteine der Betreuung dar:

- Alltägliche Lebensführung,
- Basisversorgung,
- Emotionale und psychische Entwicklung,
- Soziale Beziehungen, Freundschaft, Partnerschaft,
- Arbeit, Freizeit und Wohnen.

Ergebnisziel

Das Ergebnisziel gibt das zu erwartende Ergebnis vor. Die Formulierung des Ziels orientiert sich an den SMART-Kriterien:

S	-	spezifisch
M	-	messbar
A	-	attraktiv
R	-	realistisch
T	-	terminiert

10. Leistungen

Die Intensität und Dauer der zu erbringenden Leistungen sind einzelfallbezogen am Ausmaß des individuell vorhandenen Hilfebedarfs auszurichten.

Im Gesamtplan wird der individuelle Hilfebedarf in Bezug auf Leistungen und des sich daraus ergebenden Zeitfaktors festgelegt.

Der regelmäßige Betreuungsbedarf liegt im Rahmen von bis zu sechs Stunden wöchentlich. In gemeinsam abgestimmten Einzelfällen können auch über diese Grenze hinaus Leistungen in angemessenem Umfang gewährt werden. Im Rahmen des vereinbarten wöchentlichen Stundenkontingentes kann der Leistungserbringer innerhalb des Bewilligungszeitraums die Betreuungsstunden flexibel verteilen.

Die Betreuung kann in unterschiedlichen Wohnformen (z.B. Einzelwohnen, Wohngemeinschaften, Wohnen mit Partnern und / oder Kindern, bei Angehörigen) erfolgen.

In der Eingliederungshilfe handeln wir nach den Grundsätzen:

- Fordern, aber nicht überfordern,
- Motivieren, aber nicht diktieren,
- Beraten, aber nicht bestimmen,
- Etwas zutrauen und dabei begleiten.

Die Leistungen werden folgendermaßen erbracht.

10.1. Direkte Leistungen

Die direkten Betreuungsleistungen (Fachleistungsstunden) umfassen, ausgehend vom individuellen Hilfebedarf, Unterstützung, Beratung und Anleitung in verschiedenen Bereichen. Die Hilfen orientieren sich an der Leistungsfähigkeit und des Anspruchs auf Teilhabe des behinderten Menschen und berücksichtigen seine personenbezogene Faktoren und seine Umweltfaktoren. Entsprechend dem festgelegten Hilfeplan werden die Leistungen zielorientiert und qualitätsgesichert erbracht.

Folgende Leistungen gehören zum Beispiel dazu:

Persönlicher Kontakt, Beratung und Assistenz

Diese Leistung umfasst viele verschiedene Bereiche und wird individuell mit jedem Klienten abgestimmt.

- Im Bereich Wohnen, Selbstversorgung und Aktivitäten des täglichen Lebens:
 - Anleitung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wie Einkaufen, Kochen, Spülen, usw. bei der

- Vor- und Nachbereitung sowie Einnahme regelmäßiger Mahlzeiten.
 - Unterstützung beim Umgang mit Geld, insbesondere dem persönlichen Budget, öffentlichen Verkehrsmitteln, Kleidereinkauf.
 - Bei der Wäschepflege.
 - Im Rahmen der Körperpflege und der Ernährung werden Leistungen entsprechend des individuellen Bedarfs erbracht.
 - Unterstützung bei der Wohnungssuche; die Wahlmöglichkeit bzgl. der Wohnform liegt beim Klienten.
- Im Bereich Gesundheit und emotionales Wohlbefinden:
- Unterstützung bei der Planung und Begleitung der regelmäßigen medizinischen Versorgung durch Haus- und Fachärzte.
 - Assistenz bei der verlässlichen Einnahme von verordneten Medikamenten.
 - Die Behandlungspflege wird nicht durch das ambulante Team des VSD erbracht. Falls solche Leistungen benötigt werden, ist das Team bei der Antragstellung und bei der Auswahl eines geeigneten Pflegedienstes behilflich, sofern keine gesetzliche Betreuung für diesen Bereich zuständig ist.
 - Förderung und Stärkung des Selbstwertgefühls des Klienten.
 - Aufzeigen von Ressourcen und Wiedererlangung von verdeckten Fähigkeiten.
 - Verbesserung der affektiven Leistungen, z.B. Selbstvertrauen, Entscheidungsfähigkeit.
 - Stabilisierung der gesundheitlichen, insbesondere der psychischen Befindlichkeit.
 - Hinsichtlich der emotionalen Situation und des psychischen Wohlbefindens können sowohl entlastende Gespräche als auch das Erarbeiten gezielter Lösungsstrategien Thema sein.
 - Krisenintervention.
- Im Bereich Tages-, Freizeit- und Kontaktgestaltung:
- Unterstützung zur Teilhabe am kulturellen und gesellschaftlichen Leben. Dazu gehören die Suche nach einer Arbeits- oder Beschäftigungsmöglichkeit sowie die Unterstützung, diese Tagesstruktur aufrecht zu erhalten.
 - Beratung bei der Auseinandersetzung mit der persönlichen Zukunftsperspektive.
 - Individuelle Interessen in den Mittelpunkt zu rücken und die Klienten bei der Teilnahme an Freizeitaktivitäten unterstützen.
 - Förderung kultureller und / oder sportlicher Interessen.
 - Motivation und Reaktivierung zur möglichst eigenständigen Gestaltung der Aktivitäten des täglichen Lebens.
 - Unterstützung beim Kontaktaufbau und der Pflege von Kontakten sowie der Gestaltung sozialer Beziehungen innerhalb und außerhalb des Wohnraumes.
 - Unterstützung und Angebote zur Kontaktaufnahme zur Familie, Angehörigen bzw. zum Vormund und zum sozialen Umfeld.
 - Ausbau und Erhalt sozialer Kompetenzen der Bewohner, Abbau sozialer Isolation.
 - Ausüben regelmäßiger Tätigkeiten / Beschäftigungen.
 - Befriedigende Freizeitgestaltung.
 - Wöchentliche Gesprächsrunde mit allen Klienten und Betreuern um Wochenpläne zu erstellen, Rezepte und Kochrunden zu besprechen und Aktivitäten in der kommenden Woche festzulegen.

Es handelt sich dabei zum einen um die im Vordergrund stehenden Betreuungsleistungen **mit** dem Leistungsberechtigten zur Erreichung der Ziele der Eingliederungshilfe, und zum anderen um notwendige Betreuungsleistungen **für** den Leistungsberechtigten, wie zum Beispiel Dokumentation,

Fallbesprechung, Fahrten zum Leistungsberechtigten.

Für Betreuungsleistungen in Form von Gesprächen im sozialen Umfeld des Leistungsberechtigten, Koordination und Erstellung der Hilfeplanung, Organisation des Helfernetzes, Telefonate und Schriftverkehr zur Regelung von Angelegenheiten des Leistungsberechtigten ist dieser regelmäßig im Rahmen seiner Möglichkeiten zu beteiligen.

Je nach den Bedürfnissen und Zielen des Klienten können die Leistungen der Ambulanten Assistenz in Einzel- oder Gruppenangeboten in Anspruch genommen werden. In Gruppenangeboten werden soziale Kontakte auf- und ausgebaut und somit einer sozialen Isolation entgegengewirkt.

Gruppenangebote werden anteilig berechnet.

Der Leistungserbringer ist gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten dafür verantwortlich, dass die Maßnahmen eine Zielerreichung ermöglichen und darauf abzielen.

Durch die Ambulante Assistenz darf keine Beziehungsabhängigkeit für den behinderten Menschen entstehen, sondern das Eingliederungsziel – größtmögliche Selbständigkeit und Rückgewinnung / Entwicklung von Ressourcen in der eigenen Wohnung – soll erreicht werden.

10.2. Indirekte Leistungen

Zu den **indirekten** Leistungen gehören zum Beispiel folgende Tätigkeiten:

- Supervision,
- allgemeine Besprechung mit der Leitung,
- Teilnahme an Dienstbesprechungen,
- Fortbildung.

Eine 24-Stunden Rufbereitschaft wird nicht vorgehalten. Wenn nötig besteht die Möglichkeit diese über einen Pflegedienst im Rahmen eines „Notfalltelefons“ vor Ort in Anspruch zu nehmen. Diese Leistung muss zusätzlich im Hilfeplan aufgeführt und durch den Kostenträger bewilligt werden.

Das Betreute Wohnen umfasst keine Dienstleistungen, die von den gesetzlichen Betreuer*Innen nach dem Betreuungsrecht erbracht werden oder zu erbringen sind.

11. Personal

Die personelle Ausstattung berücksichtigt sowohl die direkten als auch die indirekten Betreuungsleistungen.

Für die Ambulante Assistenz steht ein multiprofessionelles Team bestehend aus unterschiedlichen Berufsgruppen zur Verfügung. Dies sind insbesondere:

- Sozialarbeiter/Sozialpädagogen,
- Erzieher,
- Heilerziehungspfleger,
- Heilpädagogen,
- Gesundheits- und Krankenpfleger,

- Mitarbeiter die eine diesen Mindestqualifikationen vergleichbare oder höherwertige Qualifikation vorweisen können.

Die personelle Ausstattung entspricht dem quantitativen und qualitativen Betreuungsbedarf der behinderten Menschen. Sie richtet sich nach Art und Umfang der zu erbringenden Leistungen.

12. Qualitätssicherung

Die Umsetzung der Arbeitsabläufe und die Einhaltung der beschriebenen Verfahren werden durch die jeweiligen Fachkräfte in Abstimmung mit der Fachbereichsleitung in Eigenverantwortung sichergestellt.

Im Rahmen eines internen Qualitätsmanagements finden regelmäßige Gespräche mit Klienten, gesetzlichen Betreuern und Kostenträgern statt, deren Ergebnisse in die Arbeit einfließen. Zudem werden in regelmäßigen Abständen Befragungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, z.B. zur Arbeitsmotivation und -zufriedenheit, durchgeführt.

Strukturqualität

- wöchentliche Dienstbesprechungen
- Regelmäßige Fallbesprechungen
- Dokumentations- und Berichtspflicht nach fachlichen Standards
- Sicherung der internen Strukturabläufe (Bezugspädagogensystem, Vertretungsregelung etc.)
- Kontinuierliche Team- und Fallsupervision durch externe Supervision
- Intensive interne und externe themenrelevante Fortbildungsangebote
- Partizipation

Prozessqualität

- Bezugspädagogik (Fallbegleitung und Einbindung des Klienten in die Hilfeplanung)
- Teilnahme an den Hilfeplangesprächen
- Trägerübergreifende Netzwerkarbeit
- Fachberatung durch den Fachbereich Eingliederungshilfe des paritätischen Wohlfahrtsverbandes Niedersachsen

Ergebnisqualität

- Systemische Dokumentation und Evaluation der Zielplanungen und des pädagogischen Prozesses
- Bedarfsgerechte Fortentwicklung der Konzeption
- Prozessbegleitender Austausch zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer
- Nachbetreuung und Befragung Ehemaliger per Fragebogen-Evaluation
- Abschlussbericht und Bewertung des pädagogischen Prozesses bei Beendigung

Vermeidung von Interessenkonflikten

Ein Interessenkonflikt ist eine Situation in der ein Mitarbeiter in unterschiedlicher Funktion und Rolle (gesetzlicher Betreuer, Leistungsträger, Leistungserbringer, Kliniken, alle Prozessbeteiligten) den gleichen Klienten betreuen soll. Dies soll vermieden werden.

Dies könnten u.a. sein:

- Gleichzeitige Tätigkeit als gesetzlicher Betreuer und als Mitarbeiter in der ambulanten Assistenz für den gleichen Klienten,

- Gleichzeitige Tätigkeit als Mitarbeiter in einer psychiatrischen Klinik/Institutsambulanz und als Mitarbeiter in der ambulanten Assistenz für den gleichen Klienten,
- Gleichzeitige Tätigkeit als Mitarbeiter in einer stationären Einrichtung und als Mitarbeiter in der ambulanten Assistenz für den gleichen Klienten.

Wenn eine Doppelfunktion auftritt und nicht zu vermeiden ist oder im Einzelfall zielführend ist, wird der Entscheidungsprozess transparent und bedarfsorientiert dokumentiert. Gegebenenfalls ist die Doppelfunktion abzustellen.

13. Räumliche und sachliche Ausstattung

Zur räumlichen und sachlichen Ausstattung gehören:

- Vorhalten von Räumlichkeiten und Büroausstattung,
- Vorhalten einer zeitgemäßen Nachrichtentechnik (Internet, Handy, Fax, etc.),
- Sicherstellung der Erreichbarkeit (Telefon, Fax, Email),
- Einrichtung von Sprechzeiten,
- Vorhalten von Informationsmaterial wie z.B. einem Internetauftritt.

Die Barrierefreiheit der Räumlichkeiten ist grundsätzlich zu gewährleisten. Sofern die Barrierefreiheit noch nicht gegeben ist, ist die anzustreben.

14. Individuelle Zusatzleistungen

Folgende Leistungen können bei Bedarf aus dem Firmenverbund der VSD gGmbH zusätzlich in Anspruch genommen werden:

- Reinigungskräfte
- Hauswirtschaftskräfte
- Hausmeister
- Fahrdienste
- Technische Dienste

Pflegerische und therapeutische Hilfen wie z.B.: Physiotherapie, Krankengymnastik, Logopädie und Ergotherapie werden durch externe Partner oder teilweise durch Mitarbeiter des VSD angeboten.

Des Weiteren sind Beschäftigungsverhältnisse in der Familienferienstätte Haus Sonnenwinkel möglich.

Durch eine Kooperation mit den Werkstätten für Behinderte Menschen der Heilpädagogischen Hilfe sind auch ausgelagerte Arbeitsplätze im Firmenverbund der VSD gGmbH möglich. Der Klient ist bei der Heilpädagogischen Hilfe angestellt und arbeitet an einem Arbeitsplatz im Firmenverbund.

Sämtliche individuellen Zusatzleistungen sind nicht Bestandteil dieser Leistungsbeschreibung sowie der Vergütungsvereinbarung. Sie müssen jeweils zusätzlich beantragt werden und werden separat abgerechnet.