Ihr Zeichen Unser Zeichen Datum

**Vereinbarung**

zwischen

***autismus***Ostwestfalen-Lippe e. V.

**Regionalverband zur Förderung von Menschen mit Autismus**

**in 33607 Bielefeld, Bleichstr. 185**

und

**Name :**.............................................................................................. (nachfolgend „Klient‘).

**Anschrift:** .............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

bzw. dessen/deren Rechtsvertreter.....................................................................................

**Anschrift:** .............................................................................................................................................

wird nachfolgende Vereinbarung geschlossen:

**1. Vereinbarungsgegenstand**

Die Eltern, bzw. Rechtsvertreter beauftragen das Autismus-Therapie-Zentrum mit der Durchführung einer autismusspezifischen Förderung in Form einer fördertherapeutischen Einzelbegleitung. Integrativer Bestandteil der Begleitung ist die dafür notwendige Diagnostik sowie die Beratung und Begleitung der Familie und weiteren Helfersystemen wie LehrerInnen, Förderer oder Integrationshelfer und die beteiligten Institutionen.

**2. Inhalte der Fördertherapie**

Die angebotenen Fördermaßnahmen sind grundsätzlich personenzentriert ausgerichtet. Daraus folgt, dass fördertherapeutische Inhalte und Vorgehensweisen individuell, an der einzelnen Person (Klienten/in) orientiert, erarbeitet und durchgeführt werden. In den Rahmen der klientenzentrierten Fördertherapie werden Elemente aus unterschiedlichen pädagogisch-therapeutischen sowie vorwiegend kognitiv-behavioralen Modellansätzen integriert. Dazu können z.B. gehören:

* klientenzentrierte Spieltherapie
* heilpädagogische Vorgehensweisen
* Elemente der Verhaltenstherapie
* Aufmerksamkeits-Interaktion-Therapie (AIT)
* TEACCH-Programm
* Methoden des Sozialtrainings, Kommunikations- und Theory-of-Mind-Trainings
* Systemische Therapie
* Sprachanbahnung nach PECS (Picture Exchange Education System)
* Motopädagogische Förderung
* Musiktherapie

Ziel der Vorgehens ist es, die Persönlichkeitsentwicklung des/ der Klienten/in insgesamt zu fördern. Nachhilfeunterricht o.ä. ist kein Gegenstand der Therapie. Die Leitung und der/die Mitarbeiter/in des Autismus-Therapie-Zentrums haben den Behandlungsprozess zu verantworten und verpflichten sich, die Einzelbegleitung des/der Klienten/in nach bestem Wissen zu gestalten.

**3. Fördertherapeut oder Fördertherapeutin**

Die Entscheidung darüber, welche/r Fördertherapeut/in mit einem/einer Klienten/in arbeitet und wer den fördertherapeutischen Prozess durch regelmäßige Fallreflexion und Supervisionsarbeit unterstützt, obliegt dem Autismus-Therapie-Zentrum. Dazu gehört auch die Entscheidung darüber, ob bzw. wann ein Wechsel des/r Fördertherapeuten/in sinnvoll und notwendig ist. In der Regel besteht für den/die Fördertherapeuten/in die Möglichkeit zur regelmäßigen Fallreflexion mit der Leitung.

**4. Zusammenarbeit zwischen Eltern und Fördertherapeut/innen**

Die Eltern und die Mitarbeiter/innen verpflichten sich zur regelmäßigen und kontinuierlichen Zusammenarbeit zum Wohle des/der betreffenden Klienten/in. Da es ein wichtiges Ziel ist, die Fördermaßnahme in den Alltag des/der Klienten/in zu integrieren, ist es notwendig, dass die Mitarbeiter/innen des Autismus-Therapie-Zentrums und die Eltern bei der Erarbeitung und Verwirklichung von Zielsetzungen innerhalb der Förderplanung zusammenarbeiten. Die Zeiten, die von Mitarbeiter/innen des Autismus-Therapie-Zentrums für Gespräche mit Eltern und/oder anderen Bezugspersonen (Erzieher/innen, Lehrer/innen etc.) aufgewandt werden, sind integraler Bestandteil der Fördertherapiemaßnahme für den/die betreffende/n Klienten/in.

**5. Ort und Zeit der Behandlung**

Der/die Mitarbeiter/in des Autismus-Therapie-Zentrums entscheidet unter Berücksichtigung der Situation des Klienten, derWünsche und Interessen der Eltern und der anderen Bezugspersonen über Ort und Zeit der jeweiligen Fördertherapie**.**Sollte durch Überforderung des/r Klienten/in etc. begonnene Fördereinheit nicht beendet werden können,  wird trotzdem die eingeplante Zeit für die angefangene Fördereinheit mit dem Kostenträger abgerechnet.Wenn möglich, sollte ebenfalls berücksichtigt werden, wann eine größtmögliche Aufmerksamkeit und Lernbereitschaft des/der betreffenden Klienten/in vorliegt. Die Wahl des geeigneten Durchführungsorts und die Entscheidung über den geeigneten Termin werden im Rahmen der Arbeitsorganisation des Autismus-Therapie-Zentrums getroffen.

**6. Weg zur Therapie**

Für die Fahrt des/der Klienten/in zum Ort der Durchführung der Fördertherapie haben grundsätzlich die Eltern Sorge zu tragen.

**7. Höhe des Entgelts und Fälligkeit**

Die Höhe des Entgelts für die vereinbarte Leistung beträgt pro Fördertherapieeinheit \_\_\_\_\_\_\_ €.

Der jeweilige Rechnungsbetrag ergibt sich aus der Summe der erbrachten Leistungen eines Monats und ist spätestens 3 Wochen nach Rechnungseingang auf das folgende Konto des Autismus-Therapie-Zentrums zu überweisen:

Bank: Deutsche Bank Bielefeld

IBAN: DE54 4807 0024 0030 1671 00

BIC: DEUTDEDBBIE

Die Aufrechnung anderer Forderungen gegen das monatliche Entgelt ist nur zulässig, wenn diese unbestritten oder rechtskräftig festgestellt sind. Soweit eine Kostenübernahme eines Leistungsträgers vorliegt, ist das Autismus-Therapie-Zentrum berechtigt, direkt mit dem jeweiligen Leistungsträger das Entgelt abzurechnen. Es wird vereinbart, dass der jeweilige Leistungsträger berechtigt und soweit möglich verpflichtet ist, dass Entgelt direkt an das Autismus-Therapie-Zentrum zu zahlen. Das Autismus-Therapie-Zentrum ist nicht verpflichtet, Anträge auf Kostenübernahme bei einem Leistungsträger zu stellen. Dies ist Aufgabe des rechtlichen Vertreters des Klienten oder des Klienten selbst.

**8. Absagen von Therapieterminen**

Die Parteien dieses Vertrags vereinbaren verbindliche Termine für die jeweiligen Fördereinheiten. Sollte der Termin vom Klienten nicht wahrgenommen werden können, so ist dieses dem Autismus-Therapie-Zentrum rechtzeitig, d.h. spätestens bis 12.00 Uhr am Vortag vor dem vereinbarten Termin mitzuteilen. Es wird darauf hingewiesen, dass das Autismus-Therapie-Zentrum gemäß § 615 BGB berechtigt ist, die vereinbarte Vergütung zu verlangen, ohne zur Nachleistung verpflichtet zu sein, wenn der rechtliche Vertreter bzw. der Klient den vereinbarten Termin nicht wahrnimmt. Sollte das Autismus-Therapie-Zentrum in diesem Fall die Zeit der Fördereinheit anders verwenden können, z.B. durch Betreuung eines neuen Klienten, und entsteht somit kein Einnahmeverlust beim Autismus-Therapie-Zentrum, so muss der Klient bzw. sein rechtlicher Vertreter die ausgefallene Fördereinheit nicht bezahlen.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Leistungsträger i.d.R. nicht verpflichtet sind die Kosten für eine von Seiten des Klienten bzw. seines rechtlichen Vertreters versäumte Fördereinheit zu übernehmen, wenn der Klient bzw. sein rechtlicher Vertreter für das Versäumnis keinen wichtigen Grund (z.B. kurzfristige Erkrankung des Klienten) hatte. Das Autismus-Therapie-Zentrum hat die Pflicht, in solchen Fällen den Leistungsträger zu informieren.

**9. Schweigepflicht**

Die Geschäftsführung, die Leitung sowie die Mitarbeiter/innen der Autismus-Therapie-Zentren unterliegen der Schweigepflicht und sind zur Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Es ist ihnen nicht gestattet, personenbezogene Daten unbefugt zu einem anderen als zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu nutzen. Soweit es jedoch zur Durchführung der Dienstleistungserbringung erforderlich ist, dürfen personenbezogene Daten des Dienstleistungsnutzers weitergetragen, bearbeitet und gespeichert werden. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Kinder- und Jugendhilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) werden berücksichtigt.

Damit eine für die Dienstleistungserbringung respektive den Dienstleistungsnutzer effiziente Kooperation zwischen den beteiligten Institutionen und Personen möglich ist, entbindet der Dienstleitungsnutzer bzw. der Erziehungsberechtigte/gesetzliche Vertreter durch Einwilligung sowohl die Geschäftsführung, die Leitung, die Mitarbeiter/innen der Autismus-Therapie-Zentren sowie die Mitarbeiter/Fachkräfte der anderen beteiligten Institutionen, den zuständigen Kostenträger und die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Hierfür sind gesonderte Schweigepflichtsentbindungen für die einzelnen Kontakte mit den jeweiligen Institutionen von den Erziehungsberechtigten/ gesetzl. Vertretern zu unterzeichnen.

**10. Informationsrecht**

Die Eltern haben das Recht, sich über den jeweiligen Stand der Fördertherapiemaßnahme informieren zu lassen.

**11. Videoaufnahmen**

Im Rahmen der Qualitätssicherung, der Reflexion und Supervision der fördertherapeutischen Arbeit ist es hilfreich, Videoaufnahmen vom Fördertherapieverlauf anzufertigen. Den Eltern wird garantiert, dass diese Videoaufnahmen nur intern verwendet werden, so dass diese Aufnahmen nur Personen, die der Schweigepflicht unterliegen, zugänglich sind. Sollte von Seiten des Autismus-Therapie-Zentrums die Absicht bestehen, eine derartige Videoaufnahme in der Öffentlichkeit vorzustellen, ist dies nur nach einer Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten möglich.

**12. Von dem/der Klienten/in verursachte Schäden**

Wenn der/die Klient/in Schäden an den Spiel- und Fördertherapiematerialien, den sonstigen Objekten der Autismus-Therapie-Einrichtung oder am Eigentum des Fördertherapeuten verursacht, muss im Einzelfall abgeklärt werden, welche Versicherung den Schaden reguliert. Den Eltern wird geraten, eine Familienhaftpflichtversicherung abzuschließen.

**13. Informationspflicht bei ansteckenden Krankheiten**

Im Rahmen der Fürsorgepflicht gegenüber unseren Mitarbeiter/innen, sind ansteckende Krankheiten, die bei dem/der Klient/in auftreten, umgehend der Einrichtung zu melden.

Hierzu gehören:

* Röteln
* Mumps
* Masern
* Scharlach
* Windpocken
* Ringelröteln
* Keuchhusten
* Hepatitis
* Influenza (Grippe)

**14. Gültigkeit**

Diese Vereinbarung gilt zunächst für den Bewilligungszeitraum der beantragten Fördertherapie. Sie verlängert sich um den Zeitraum eines weiteren Bewilligungszeitraums, wenn von keinem der Vertragspartner bis drei Monate vor Ablauf des Vereinbarungszeitraums Einwände hinsichtlich der Inhalte bzw. der Weiterführung der Vereinbarung erhoben werden und die Übernahme der Fördertherapiekosten gesichert ist.

…………………………………… ………………………………………

Ort, Datum Unterschrift

 ....................................................

 für die Personensorgeberechtigten

...................................................... ........................................................

für das Autismus-Therapie-Zentrum für die Personensorgeberechtigten

 (Fördertherapeut/in Bielefeld)