

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	Universität zu Köln, FBZ-UK – Forschungs- und Beratungszentrum für Unterstützte Kommunikation, Prof. Dr. Jens Boenisch
Förderkennzeichen:	01NVF17019
Akronym:	MUK
Projekttitel:	Erweiterung des Selektivvertrages zu Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation
Autoren:	Jens Boenisch, Stefanie K. Sachse, Tobias Bernasconi
Förderzeitraum:	1. Dezember 2017 – 31. August 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis.....	3
1.	Zusammenfassung.....	4
2.	Projektpartner und Projektstruktur	5
3.	Projektziele.....	6
4.	Projektdurchführung.....	9
5.	Methodik.....	14
6.	Projektergebnisse.....	22
7.	Diskussion der Projektergebnisse	39
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	42
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	48
10.	Literaturverzeichnis.....	50
11.	Anhang	55
12.	Anlagen.....	55

I. Abkürzungsverzeichnis

AKF	Alternative Kommunikationsform
CM	Case Management
EB	Evaluationsbericht
HHVG	Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz
HQM	Handbuch Qualitätsmanagement in der Unterstützten Kommunikation
KH	Kommunikationshilfe
MD	Medizinischer Dienst
MUK	Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation
NVF	Neue Versorgungsform
PM	Projektmanagement
PSM	Propensity Score Matching
PT	Patiententraining
SV	Selektivvertrag
UK	Unterstützte Kommunikation
UK-BST	UK-Beratungsstelle
UK-T	UK-Therapie
uV	ungeregelte Versorgung
ZQZ	Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK

II. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Versorgungskette und Komponenten der NVF (blau)	7
Abb. 2: Untersuchte Aspekte der komplexen Intervention	9
Abb. 3: Überblick über geleistete Arbeiten	10
Abb. 4: Wirkweisen der Komponenten der NVF	12
Abb. 5: Übersicht Datenerhebung im MUK-Projekt	15
Abb. 6: Flow-Charts der NVF-, SV-, und uV-Gruppe	23
Abb. 7: Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick	28
Abb. 8: Mittelwerte der Skalen Pragmatische Kommunikationsfähigkeit	31
Abb. 9: Mittelwerte der Skala QUEST 2.0 aus Sicht der privaten Bezugspersonen	32
Abb. 10: Mittelwerte der Skala DISABKIDS (Lebensqualität)	33
Abb. 11: Mittelwerte der Skala WHODAS 2.0 (Teilhabe)	33
Abb. 12: Empfohlene und versorgte Hilfsmittel (n = 160)	43
Abb. 13: Möglicher Versorgungsablauf	46
Abb. 14: Akteure in der UK-Versorgung	47

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über eingesetzte Erhebungsinstrumente (EB, Tab. 1)	19
Tabelle 2: Analysemethoden je Outcome (EB, Tab. 2)	21
Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung der Fokusgruppeninterviews	22
Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung der UK-Nutzer:innen der NVF, SV und uV-Gruppe	24

1. Zusammenfassung

Ziel und Hintergrund: Ziel des MUK-Projektes ist die Verbesserung der Versorgung von Patient:innen mit komplexen Kommunikationsstörungen, die aufgrund stark eingeschränkter bzw. fehlender Lautsprache auf Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation (UK) angewiesen sind. Die Grunderkrankungen und Ursachen für das Nicht-Sprechen-Können sind unterschiedlich; können entwicklungsbedingt, erworben oder progredient sein; viele Diagnosen zählen zu den Seltenen Erkrankungen, einige sind auf der Diagnoseliste Langfristiger Heilmittelbedarf zu finden. Da komplexe Kommunikationsstörungen oft eine überdauernde Einschränkung mit Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität der Patient:innen darstellen (insbesondere besteht die Gefahr der Vereinsamung), ist eine zweckmäßige Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln mit dem Ziel des mittelbaren Behinderungsausgleichs angezeigt. Die bisherige Regelversorgung weist u.a. folgende Probleme auf: **intransparente Zuständigkeiten** (SGB V, SGB IX, SGB XII), **firmengebundene Diagnostik und Hilfsmittelberatungen, große Unterschiede in der Versorgung mit Kommunikationshilfsmitteln durch die KK und Versorgungslücken nach der Auslieferung des Hilfsmittels** (häufig keine ausreichende Anleitung oder Begleitung, so dass Hilfen oft nicht eingesetzt werden). Zur Verbesserung der Situation wurde bereits 2011 ein AOK-Selektivvertrag (SV) geschlossen, der im MUK-Projekt um die **NVF (Patiententraining, UK-Therapie, UK-spezifisches Case Management)** erweitert wurde.

Methodik: Bei der NVF handelt es sich um eine komplexe Intervention, die entsprechend mit einer **Mixed-Methods Studie** evaluiert wird: a) summative Evaluation (quasi-experimentelle Studie, NVF: UK-Nutzer:innen aus allen Altersgruppen, mit unterschiedlichsten Behinderungsformen, 2 Vergleichsgruppen: SV Längsschnitt; historische Vergleichsgruppe uV Querschnitt) und b) formative Evaluation (quantitative und qualitative Erhebungen der Perspektiven der Beteiligten: 12 Fokusgruppeninterviews mit UK-Therapeut:innen, fachlichen und privaten Bezugspersonen, 8 Einzelinterviews mit UK-Nutzer:innen, inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse, Kuckartz, 2016). Untersucht wurden u.a. **Kommunikationsfähigkeit, Lebensqualität, Teilhabe, Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel, Einsatz des Hilfsmittels im Alltag**.

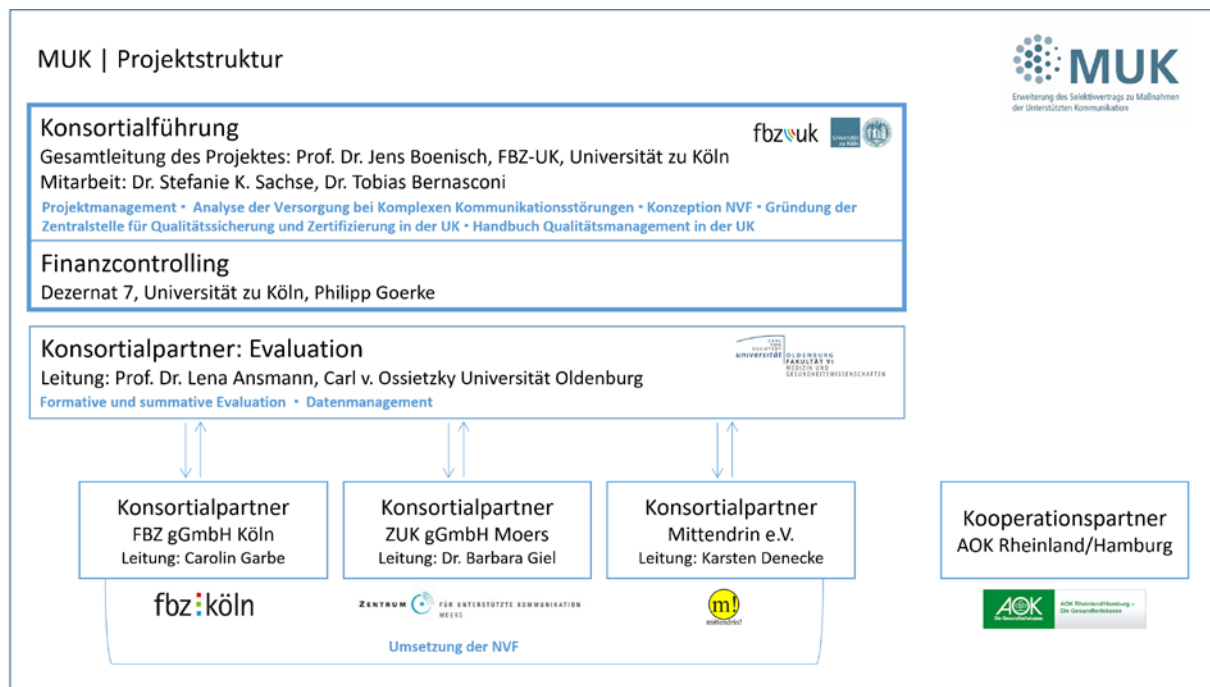
Ergebnisse: Die Werte des primären Outcomes **pragmatische Kommunikationsfähigkeit** liegen sowohl in der NVF- als auch in der SV-Gruppe niedrig, was auf eher geringe Kommunikationsfähigkeiten deutet; es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen NVF und SV, allerdings sind in der NVF-Gruppe positive Tendenzen festzustellen; die historische Vergleichsgruppe (uV) gibt signifikant bessere Kommunikationsfähigkeiten an. Die qualitativen Daten zeigen, dass die Beteiligten der NVF die Intervention als überwiegend wirksam wahrnehmen und dass die positiven Veränderungen bei den Kommunikationsfähigkeiten den Austausch mit dem Umfeld maßgeblich verbessert haben. Bei der **Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel** gibt es einen signifikanten Unterschied zugunsten der NVF; bei der **gesundheitsbezogenen Lebensqualität** konnten keine signifikanten Unterschiede zur SV- und uV-Gruppe festgestellt werden. Die qualitativen Analysen zeigen, dass die NVF-Patient:innen seltener Frustration, Aggression und selbstverletzendes Verhalten zeigten. **Teilhabe:** keine signifikanten Unterschiede zwischen NVF und SV; in der uV signifikant schlechtere Teilhabe. In Bezug auf den **Einsatz der Kommunikationshilfe im Alltag** erreicht die NVF-Gruppe durchweg höhere Werte als die SV-Gruppe, vier von sieben signifikant; die qualitativen Daten zeigen, dass die Kommunikationshilfen mit unterschiedlichen Personen und in verschiedenen Kontexten verwendet werden und so ein besserer Austausch möglich geworden ist (mit Eltern, Großeltern, bei Bestellungen im Café). Die weiteren Ergebnisse deuten auf eine **hohe Zufriedenheit** der Bezugspersonen **mit der NVF** hin, verdeutlichen den **Bedarf an Zusammenarbeit** der Beteiligten, aber auch, wie stark die Auswirkungen der körperlichen, geistigen oder komplexen Behinderung (**Eigenschaften der Person**) den Entwicklungsverlauf beeinflussen.

Diskussion: Vor dem Hintergrund, dass eine sehr heterogene Gruppe und viele Personen mit komplexen Behinderungen eingeschlossen wurden und die **pragmatischen Kommunikations-**

fähigkeiten in der NVF- und SV-Gruppe relativ niedrig lagen, sind nach nur 20 Therapieterminen weder größere Entwicklungen noch positive Auswirkungen auf die **Lebensqualität** zu erwarten. **Teilhabe** scheint entgegen der Annahme nicht allein abhängig zu sein von den pragmatischen Kommunikationsfähigkeiten, sondern auch von operationalen und strategischen Kompetenzen für den Einsatz der Kommunikationshilfe. In der NVF konnte eine signifikant **höhere Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel** und insb. ein **besserer Einsatz der Kommunikationshilfe** festgestellt werden, was auf die NVF-Komponenten zurückgeführt wird. Die NVF mit neuen **Qualitätsstandards** erweist sich als **umsetzbar, wirksam und zweckmäßig**. Die **Versorgungslücke** konnte **geschlossen** werden.

2. Projektpartner und Projektstruktur

Einrichtung	Institut	Leitung / Ansprechpartner:in	Verantwortlichkeiten
Konsortialführung			
Universität zu Köln	FBZ UK	Prof. Dr. Jens Boenisch	Projektmanagement, Analyse der Versorgung bei komplexen Kommunikationsstörungen, Konzeption der NVF, Gründung Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK (ZQZ), Erarbeiten der Anforderungen an Leistungserbringer der NVF im Handbuch Qualitätsmanagement (HQM)
Universität zu Köln	Dezernat 7	Philipp Görke	Finanzcontrolling, Erstellung der rechnerischen Nachweise
Konsortialpartner			
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg; Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften	Department für Versorgungsforschung	Prof. Dr. Lena Ansmann	Formative und summative Evaluation, Datenmanagement
FBZ gGmbH Köln		Carolin Garbe	Umsetzung der NVF
ZUK gGmbH Moers (Zentrum für Unterstützte Kommunikation)		Dr. Barbara Giel	Umsetzung der NVF
Mittendrin Hamburg e.V.		Karsten Denecke	Umsetzung der NVF
Kooperationspartner			
AOK Rheinland/ Hamburg		Siegfried Wurm	Versicherte erhalten die NVF



3. Projektziele

Das Ziel des MUK-Projekts ist die Verbesserung der bisher lückenhaften **Versorgung** von Patient:innen mit komplexen Kommunikationsstörungen. Dazu wird zum einen die **NVF konzipiert, in drei UK-Kompetenzzentren umgesetzt und evaluiert**, zum anderen werden **Probleme in der Versorgung analysiert und Lösungen in Bezug auf Zuständigkeiten sowie ein verbesserter Versorgungsprozess erarbeitet (z.B. Qualitätsstandards)**.

Hintergrund/ Probleme in der Regelversorgung und Selektivvertrag: Im SGB V ist der Anspruch auf Hilfs- und Heilmittel geregelt (§ 33 und § 32). Nach HHVG besteht seit April 2017 eine Beratungspflicht der Hilfsmittelfirmen (§ 127 Absatz 5 SGB V); zudem dürfen gesetzliche Krankenkassen ihre Versicherten nicht mehr zu einem Besuch einer firmenunabhängigen UK-Beratungsstelle zur diagnostischen Abklärung auffordern (§ 33 Absatz 5b SGB V). D.h. dass aktuell entweder nur die Hilfsmittel-/ Rehafirmen den Bedarf diagnostizieren und die Versorgungsempfehlung aussprechen oder – auf Eigeninitiative der Versicherten – zwei Beratungstermine auf Grundlage von Einzelfallentscheiden/ Selektivvertrag (s.u.) durchgeführt werden (**intransparente Zuständigkeiten**). Zudem führen **uneinheitliche Regelungen der KK im Umgang mit UK-Versorgungen** zu individuell sehr unterschiedlichen Versorgungsprozessen, die z.T. von langen Wartezeiten, fehlenden Ansprechpartner:innen, intransparenten Entscheidungen gekennzeichnet sind. Auch die Gerichtsverfahren, in die der Antragsteller als Gutachter involviert war, sind Ausdruck der schwierigen Zustände und unklaren Regelungen in der Versorgung.

Zur Sicherung einer qualifizierten und firmenunabhängigen Diagnostik & Beratung inkl. fachlich begründeter UK-Versorgungsempfehlung wurde bereits 2011 ein Selektivvertrag (SV) zwischen der AOK Rheinland/ Hamburg und der FBZ gGmbH Köln geschlossen (seit 2015 auch mit ZUK gGmbH Moers). Neben der qualitätsgesicherten Diagnostik ist auch die **Vermeidung von teuren Fehlversorgungen** Gegenstand des Vertrags.¹ Die Evaluationen der seit 2011 geleisteten UK-Beratungen belegen, dass durch die unabhängigen Beratungsstellen bei ca. 25 % der

¹ „Ziel der UK-Beratungsstelle ist es, für kaum- und nichtsprechende Versicherte der AOK ein alltagstaugliches Kommunikationshilfesystem zu ermitteln, mit dem der Versicherte im Rahmen seiner Fähigkeiten individuell seinen Teilhabebedarf an Kommunikation decken kann. Insofern unterstützt die Beratungsstelle die ärztliche

Patient:innen keine oder eine nichttechnische/technische Kommunikationshilfe von unter 1.000 € empfohlen wurde, bei 41 % wurden Kommunikationshilfen bis zu 3.000 € empfohlen (AOK-Bericht der FBZ Köln 8/2018). D.h. bei 2/3 aller Patient:innen liegt die Versorgungsempfehlung in den firmenunabhängigen Beratungsstellen unter 3.000 €. Dieses Ergebnis verweist auf die Wirtschaftlichkeit dieser Regelung.

Eine Evaluation von 92 SV-Versorgungen 2014/15 zeigt, dass es nach der Hilfsmittelversorgung oft zu einem **Bruch in der Versorgungskette** kommt: mehr als die Hälfte der Patient:innen erhält keine UK-Begleitung vor Ort/ keine kontinuierliche Anschlusstherapie (Boenisch et al., 2016). Mit der Abgabe des Hilfsmittels ist eine Einweisung in den Gebrauch verbunden (Hilfsmittelverz., PG 16, GKV, 2018). Das ist ein Termin, bei dem zumeist die Bezugspersonen in die technische Bedienung der Hilfe eingeführt werden. Zusätzlich wären Maßnahmen der Sprachtherapie denkbar, um eine Begleitung sicherzustellen, aber in der Praxis sind es oft Lehrkräfte, die die Förderung übernehmen (Boenisch, 2009). Das hat verschiedene Gründe, u.a. dass UK in der Ausbildung von Logopäd:innen/ Sprachtherapeut:innen kaum oder nicht berücksichtigt wird (s. Übersicht zu Ausbildungsinhalten, Anhang 1), sich in den Heilmittelrichtlinien kaum Hinweise auf Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation finden (erwähnt werden nonverbale Kommunikationsformen, aber keine Kommunikationshilfen, HeilM-RL, 2021), **keine Standards** für die Versorgung dieser Personengruppe existieren. Die Versorgung der Versicherten ist damit gekennzeichnet durch **intransparente Zuständigkeiten** in der sektorübergreifenden Versorgungskette, **firmenabhängige Beratungen und Hilfsmittelempfehlungen, Ungleichheiten in der individuellen Versorgung mit Kommunikationshilfsmitteln durch die KK, Versorgungslücken nach der Auslieferung des Hilfsmittels, fehlende Versorgungsstandards** und **unzureichende Fachexpertise** für die medizinisch-therapeutische Versorgung von Patient:innen mit komplexen Kommunikationsstörungen. Das Grundproblem der kommunikativen Isolation mit der Folge der Vereinsamung ist bei vielen Patient:innen – trotz der Versorgung mit einem Hilfsmittel – nicht gelöst. Das Ziel des Behinderungsausgleichs wird nicht oder nur unzureichend erreicht.

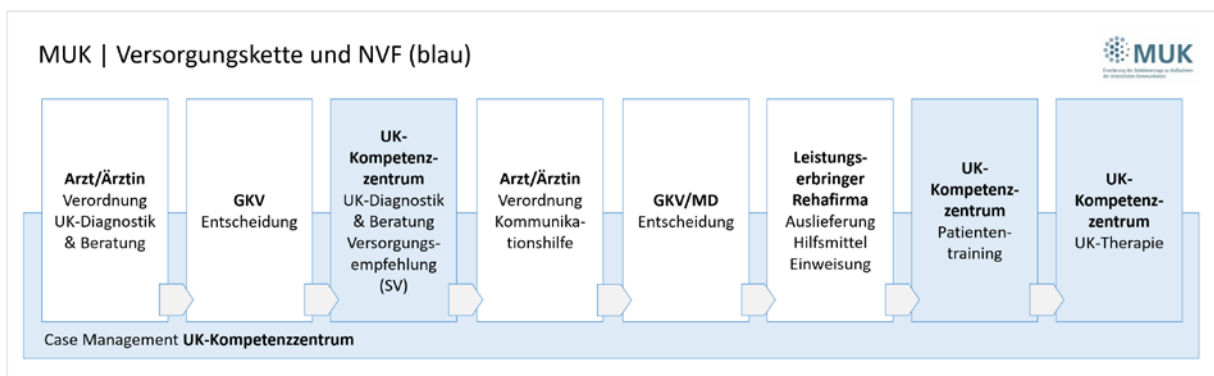


Abb. 1: Versorgungskette und Komponenten der NVF (blau)

NVF/ Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation: Mit der NVF soll die individuelle Versorgung im Zuständigkeitsbereich der GKV verbessert werden, indem der Selektivvertrag (SV) zur Sicherung einer qualitätsgesicherten Diagnostik, Beratung und Versorgungsempfehlung um 3 Komponenten erweitert wird (Abb. 1): Die Patient:innen erhalten ein **UK-spezifisches Case Management**, um kontinuierliche Begleitung in der sektorenübergreifenden Versorgung gewährleisten zu können, insbesondere bei Schnittstellenproblemen. Nach der Auslieferung

Tätigkeit von Vertragsärzten (Kinderärzte, HNO-Ärzte etc.) bei der Verordnung von geeigneten Kommunikationshilfen, indem sie dem verordnenden Arzt nach Durchführung einer patientenbezogenen Bedarfsanalyse ein geeignetes und wirtschaftliches Kommunikationshilfsmittel vorschlägt. **Durch die Tätigkeit der UK-Beratungsstelle sollen teure Fehlversorgungen vermieden werden** (§ 1 des Selektivvertrags von 2011, eig. Hervorhebung).

der Kommunikationshilfe erhalten die Patient:innen und Bezugspersonen ein **Patiententraining**, um die Voraussetzungen für den Einsatz der Hilfe im Alltag zu schaffen. Zudem wird **UK-Therapie** durchgeführt, wenn die kommunikative Kompetenz² der Patient:innen weiter unterstützt werden muss, um das Versorgungsziel zu erreichen.

Fragestellung: Trägt die NVF zur Verbesserung der Versorgung von Patient:innen mit komplexen Kommunikationsstörungen bei?

Im Rahmen der **summativen Evaluation** werden die folgenden Forschungsfragen evaluiert (s. EB, S. 13):

- (1) Erlangen UK-Nutzer:innen in der NVF eine bessere pragmatische Kommunikationsfähigkeit (d.h. Kommunikation in Alltagssituationen) als UK-Nutzer:innen in den Vergleichsgruppen (SV und uV) (primäres Outcome)?
- (2) Haben UK-Nutzer:innen in der NVF eine höhere Lebensqualität³ als UK-Nutzer:innen in den Vergleichsgruppen?
- (3) Haben UK-Nutzer:innen in der NVF eine bessere Teilhabe³ als UK-Nutzer:innen in den Vergleichsgruppen?
- (4) Sind Bezugspersonen von UK-Nutzer:innen in der NVF zufriedener mit dem Hilfsmittel als Bezugspersonen von UK-Nutzer:innen in den Vergleichsgruppen? (Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel³)

Die Einschätzungen der Bezugspersonen sind im Kontext Unterstützter Kommunikation von besonderer Bedeutung, da nach True et al. (2010) die Kommunikationspartner:innen den Einsatz einer Kommunikationshilfe maßgeblich beeinflussen (z.B. Aufladen, Bereitstellen, Anleiten vs. zu umständlich, zu aufwendig).

Im Rahmen der **formativen Evaluation** werden folgende Forschungsfragen beantwortet:

- (1) Wird die neue Kommunikationshilfe von UK-Nutzer:innen und Bezugspersonen akzeptiert und regelmäßig genutzt? Wie kompetent sind die UK-Nutzer:innen und Bezugspersonen im Umgang mit der Kommunikationshilfe?
- (2) Wie bewerten die Trainingsteilnehmer:innen das Patiententraining?
- (3) Wie bewerten die UK-Nutzer:innen und Bezugspersonen die Therapie zur Sicherstellung des UK-Versorgungsziels? Wie hoch ist die Therapie-Compliance? Wie beurteilen die fachlichen Bezugspersonen (Therapeut:innen, UK-Berater:innen) die NVF und wie hoch ist deren Akzeptanz, Veränderungsbereitschaft und Zufriedenheit mit der Versorgung?
- (4) Wie beurteilen die UK-Nutzer:innen bzw. Bezugspersonen die Begleitung durch das Case Management?

D.h., es werden auch intermediäre Outcomes wie Akzeptanz, Nutzungskompetenz und Einsatz der Hilfe erhoben sowie Kontextfaktoren erfasst, die für die Versorgung mit der NVF und für den Einsatz der Hilfe im Alltag relevant sein können (Abb. 2). Der Fokus auch auf patientenrelevante Outcomes resultiert aus der internationalen Fachdiskussion, die betont, dass es eine Lücke gibt zwischen dem, was in Wirksamkeitsstudien als effektiv befunden wird, und dem, was sich im Alltag als effektiv erweist (Biggs & Hacker, 2021, S. 25: „A significant gap persists between what has found to be effective for supporting children with complex communication needs and what occurs in everyday practice“). Entsprechend wurden die am Versorgungsprozess unmittelbar beteiligten Personen in die Evaluation mit einbezogen.

² Kommunikative Kompetenz bezeichnet UK-spezifische kommunikative Fähigkeiten. Es werden die folgenden vier Kompetenzbereiche unterschieden: linguistische, operationale, soziale und strategische Kompetenzen. Diese vier Bereiche sollten in der UK-Therapie beim Einsatz der unterschiedlichen alternativen Kommunikationsformen (elektronische, nicht-elektronische Hilfen, Gebärden) Berücksichtigung finden (Light, 1989).

³ sekundäre Outcomes

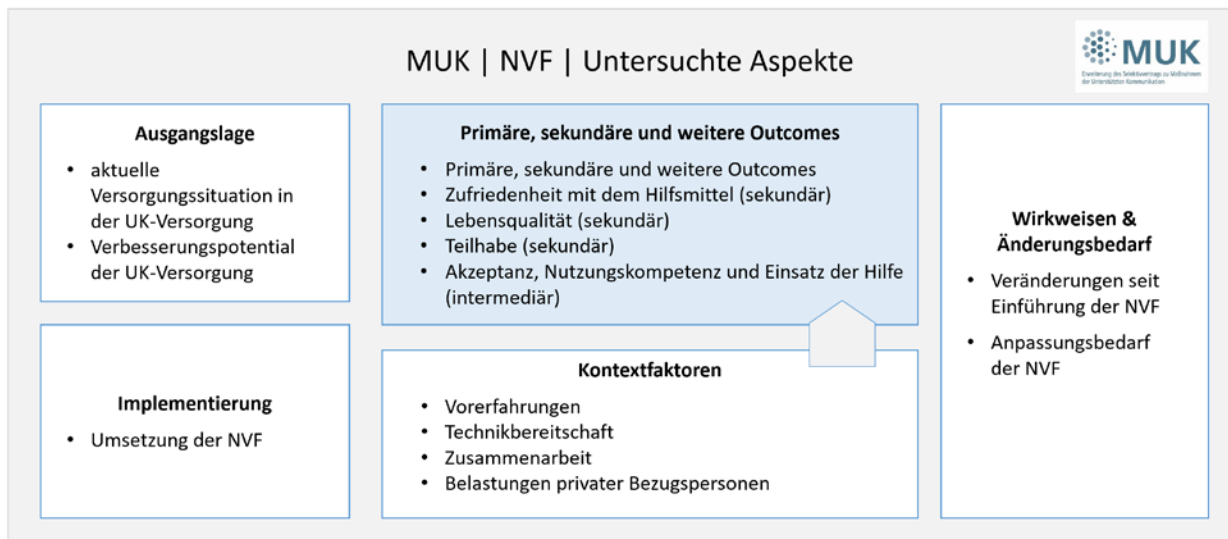


Abb. 2: Untersuchte Aspekte der komplexen Intervention

4. Projektdurchführung

4.1 MUK – Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation. Ein Projekt zur verbesserten Versorgung von Menschen mit komplexen Kommunikationsstörungen

Projektverlauf: Die Konsortialführung hat zunächst die NVF inklusive der Komponenten (Abb. 1) erarbeitet und Qualitätsanforderungen beschrieben. Drei Konsortialpartner (UK-Beratungsstellen in Köln, Moers und Hamburg) wurden entsprechend geschult. Nach fachlicher und räumlich-sächlicher Prüfung der drei UK-Beratungsstellen wurden diese als UK-Kompetenzzentren anerkannt. Im Anschluss haben alle drei Kompetenzzentren die NVF umgesetzt.

Von Beginn an wurden alle Patient:innen angehalten, sich an der Evaluation zu beteiligen. Die Fragebögen wurden an die Patient:innen/ deren Bezugspersonen ausgeteilt/ versendet und der Versorgungsverlauf wurde regelmäßig an das Evaluationsteam gemeldet. Das Evaluationsteam hat die Evaluation, die Analyse der Rückläufe, die Beantwortung von Fragen der Teilnehmer:innen, das Nachfassen bei Rücklafrückständen etc. eigenständig und unabhängig von den KPs durchgeführt. Die Fokusgruppen- und Einzelinterviews wurden vom Evaluationsteam – in Absprache mit den UK-Kompetenzzentren – eigenständig durchgeführt. Abschließend hat das Evaluationsteam die Daten ausgewertet und den Evaluationsbericht verfasst.

Die Qualitätskriterien für UK-Maßnahmen in der Regelversorgung wurden in einem Handbuch für Qualitätsmanagement in der UK (s. Anhang 5) festgehalten. Darüber hinaus wurde eine bundesweite Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der Unterstützten Kommunikation vorbereitet und gegründet, ein Informationsfilm: <https://www.fbz-uk.uni-koeln.de/einrichtungen/zqz> (Sachse & Bernasconi, 2020a) und ein bundesweites Informativonstreffen durchgeführt. Abschließend wurden die geforderten Berichte verfasst. Abb. 3 liefert einen Überblick über die geleisteten Arbeiten.

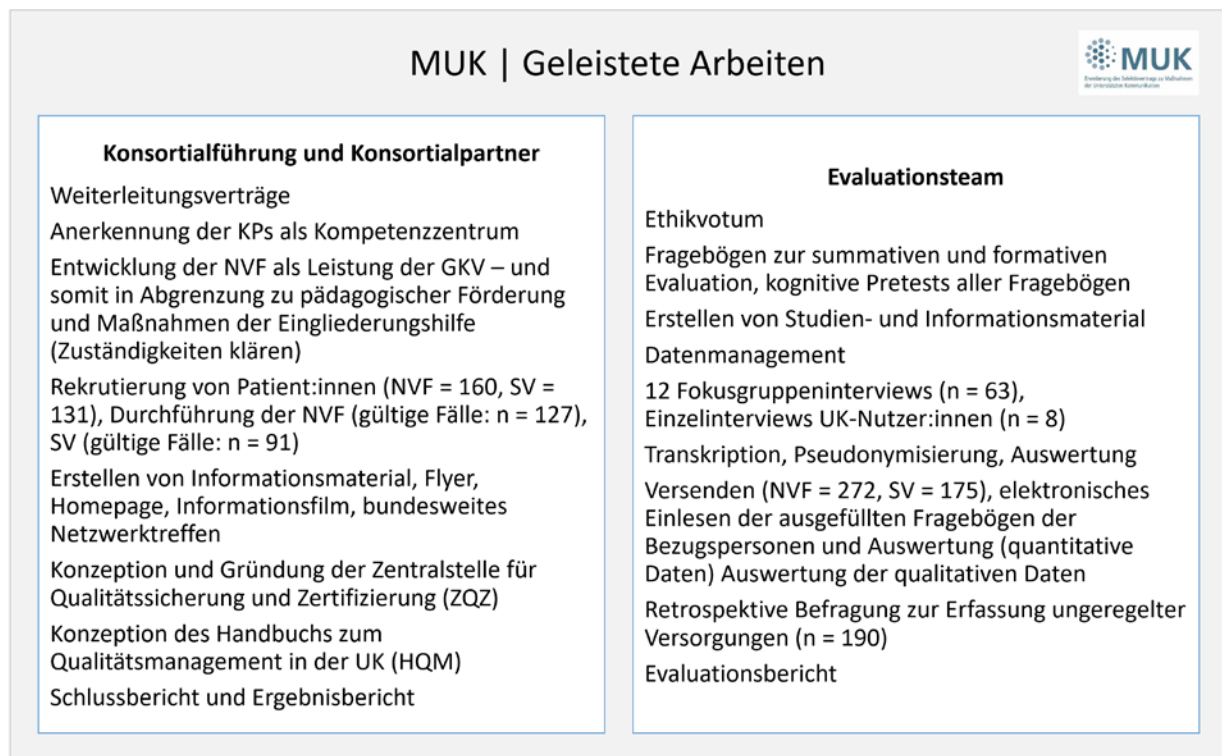


Abb. 3: Überblick über geleistete Arbeiten

NVF und Teilleistungen: *Mit der NVF soll die lückenhafte und bisher nicht qualitätsgesicherte Versorgung im Zuständigkeitsbereich der GKV von Patient:innen mit komplexen Kommunikationsstörungen verbessert werden. Die NVF regelt die Schnittstelle von Hilfs- und Heilmittelzuständigkeiten, koordiniert und begleitet den sektorenübergreifenden Prozess von Diagnose über Hilfsmittelversorgung und Patiententraining bis zur UK-Therapie vor Ort kontinuierlich und qualitätsgesichert.*

Die Konzeption der Komponenten der NVF basiert auf einem ICF (-CY)-orientierten Ansatz, welcher die Patient:innen und ihre individuelle Lebenswelt als Ausgangspunkt der Intervention versteht (Bernasconi & Sachse, 2019; Bernasconi, 2020; Sachse & Bernasconi, 2020, s. auch Anhang 7). Damit wird auf einer Grundlage gearbeitet, die sektorenübergreifend anerkannt und in unterschiedlichen Gesetzesvorlagen (u.a. auch SGB V) enthalten ist.

Die NVF besteht aus folgenden Komponenten:

1. **UK-spezifisches Case Management** beachtet sowohl die Fallebene als auch die Ebene der Systemsteuerung, um die Koordination der Leistungen bei Schnittstellenproblemen, eine angemessene Versorgung sowie das Erreichen oder Anpassen des Versorgungsziels sicherzustellen (Checkliste im Anhang 6).
2. **Patiententraining** schafft Voraussetzungen für den Einsatz der Kommunikationshilfe in Alltagssituationen und umfasst vier Termine à 90min. Die Einbindung des Umfelds ist zentral – u.a. weil viele Patient:innen bei der Bereitstellung der Kommunikationshilfen auf Unterstützung angewiesen sind (Checkliste im Anhang 8).
3. **UK-Therapie**, um die kommunikativen Kompetenzen der Patient:innen zu verbessern und das Versorgungsziel zu erreichen. Zur differenzierten Beschreibung wird dabei auf das international anerkannte Modell der kommunikativen Kompetenz nach Light (1989; Light & McNaughton, 2014) zurückgegriffen. Die UK-Therapie wurde mit 20 Terminen à 60min geplant (Checkliste/Vorlage im Anhang 9).

Ziel der Maßnahmen ist der Erhalt, die Besserung oder der Wiedererwerb der rezeptiven und expressiven Fähigkeiten unter Berücksichtigung der komplexen Befundlage und der Besonderheiten des Hilfsmitelesatzes.

Die Zielgruppe ist äußerst heterogen, der Personenkreis ist sehr schwer/mehrfach behindert. Die komplexe Kommunikationsstörung kann auf eine Störung der Sprache, des Sprechens, der Stimme oder der Kommunikation zurückzuführen sein. Der Bedarf wird auf ca. 840.000 Patient:innen bzw. 1,04 % der Gesamtbevölkerung geschätzt und umfasst die gesamte Lebensspanne (2-99 Jahre). Die Grunderkrankungen und Ursachen für den Lautsprachverlust sind sehr unterschiedlich; diese können entwicklungsbedingt, erworben oder progredient sein; viele Diagnosen zählen zu den Seltenen Erkrankungen, einige sind auch auf der Diagnoseliste Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Absatz 1a SGB V (GBA, 2021) zu finden (Infantile Zerebralparese (G80), Down-Syndrom (Q90), Tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie Frühkindlicher Autismus (F84.0) oder Rett-Syndrom (F84.2), Amyotrophe Lateralsklerose (G12.2), Aphasie (R47), Locked-in Syndrom (G83.5), Angelman-Syndrom (Q93), Prader-Willi-Syndrom (Q87)). Die komplexe Kommunikationsstörung ist bei dieser Personengruppe oft nur ein Aspekt eines umfassenden Störungsbilds mit zusätzlichen kognitiven, motorischen und sensorischen Beeinträchtigungen.

Komplexe Kommunikationsstörungen haben vielfältige Auswirkungen auf die Patient:innen und deren Familien (Beukelman & Light, 2020). Keine bzw. stark eingeschränkte Lautsprache bedeutet in vielen Fällen, dass kaum Austausch möglich ist. Oft kommt es zu Isolation, Rückzug und Vereinsamung; z. T. werden Frustration, Aggression und selbstverletzendes Verhalten als Folge der nicht gelingenden Verständigung gezeigt (Walker & Snell, 2013).

Wirkweise der Intervention: UK-Maßnahmen werden als komplexe Interventionen verstanden, d.h. dass verschiedene Versorgungskomponenten und Faktoren wirken bzw. die Outcomes beeinflussen (Abb. 4).

Das Patiententraining schafft die Voraussetzungen für den Einsatz der Kommunikationshilfen im Alltag. Insbesondere die Therapie soll die kommunikative Kompetenz verbessern (z.B. Nutzungskompetenz, Einsatz im Alltag), Rückzugsverhalten und Isolation verringern und von den Patient:innen als wirksam wahrgenommen werden (vgl. ‚Social Validity‘, wird auch im Kontext von Wirksamkeitsnachweisen berücksichtigt, Biggs & Hacker, 2021; Logan et al., 2017). Veränderungen bei den Kommunikationsfähigkeiten sollten sich positiv auf die Lebensqualität und die Teilhabe auswirken. Das Case Management stellt einen kontinuierlichen Versorgungsverlauf sicher und vermeidet Versorgungsabbrüche.

Den beschriebenen Wirkweisen liegen Wirksamkeitsnachweise und systematische Reviews aus der internationalen UK-Forschung zugrunde, z. B. zur UK-Therapie bei verschiedenen Indikationen (Dysarthrie bei ALS: Hanson et al., 2011; Erwachsene mit Aphasie nach Schlaganfall: Russo et al., 2017; Demenz: May et al., 2019; präoperative Versorgung bei pädiatrischer Tracheostomie: Santiago et al., 2020; ASS bei Kindern im Alter 0-4: Smith & Iadarola, 2015; Erwachsene mit erworbenen neurologischen Befunden: Beukelman et al., 2007; komplexe und Mehrfachbehinderungen: Simacek et al., 2018); zur Bedeutung der Einbindung der Kommunikationspartner:innen (Allen et al., 2017; Kent-Walsh et al., 2015) und zu positiven Auswirkungen von UK-Therapie und verbesserten Kommunikationsfähigkeiten auf Lebensqualität und Teilhabe (Brunner et al., 2017; Caligari et al., 2013; Crowe et al., 2021).

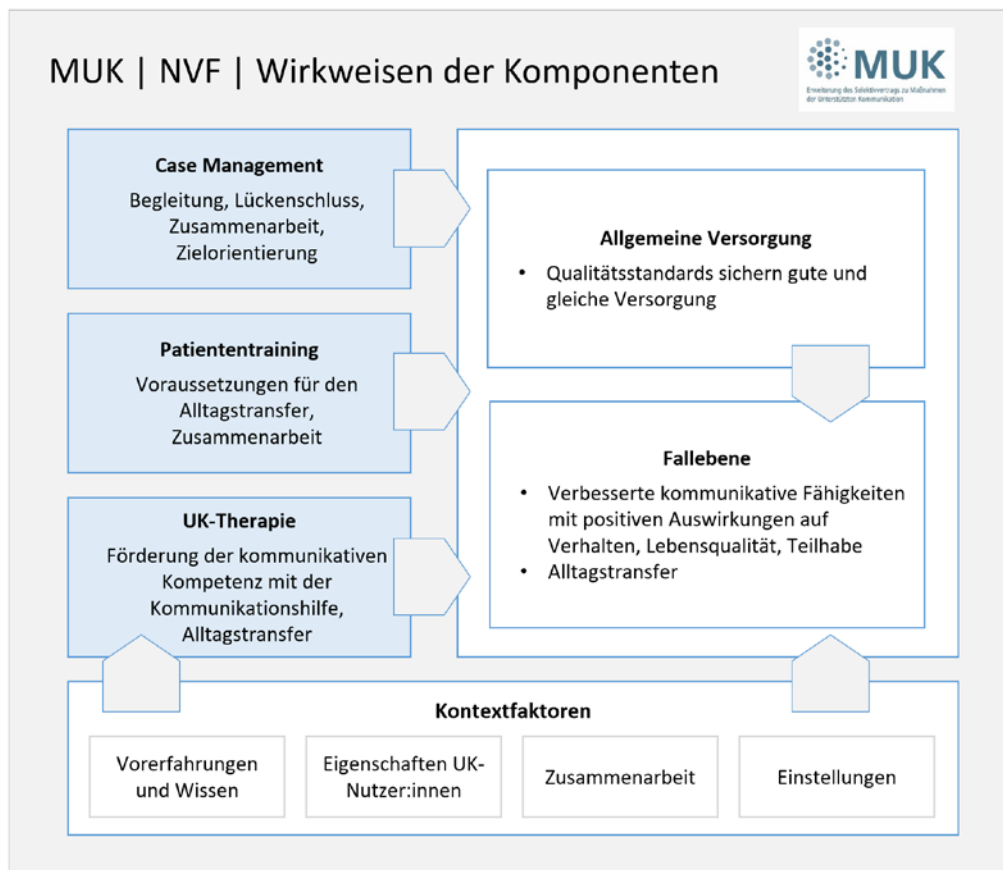


Abb. 4: Wirkweisen der Komponenten der NVF

Welche Leistungen wurden erbracht?

Mit 160 Personen aus der NVF-Gruppe wurde die per Selektivvertrag geregelte **UK-Diagnostik und Beratung** durchgeführt; in 129 Fällen wurde eine Kommunikationshilfe oder alternative Kommunikationsform über die KK versorgt. Gründe für die Nicht-Versorgung der anderen 31 Patient:innen (19 %) lauten z. B. kein Rezept über den Arzt erhalten, KK hat die Versorgung abgelehnt, Hilfe wurde selbst bezahlt, Patient:in verstorben.

Im Hinblick auf die über die KK versorgten Kommunikationshilfen und alternativen Kommunikationsformen ergibt sich folgendes Bild: 35 % (n = 56) einfache elektronische Kommunikationshilfen wie z.B. Step-by-Step, GoTalk+ oder Adaptionshilfen sowie nichtelektronische Hilfen wie Kommunikationstafeln, -ordner und körpereigene Kommunikationsformen (Gebärden); 46 % (n = 77) elektronische Kommunikationshilfen **mittlerer und hoher Komplexität**.

127 Patient:innen haben mit jeweils mind. einer Bezugsperson das **Patiententraining** erhalten. **UK-Therapie** wurde für 111 Patient:innen angeboten, in 87 Fällen konnten alle 20 Termine realisiert werden. Im Projekt wurde das **Case Management** für alle NVF-Patient:innen finanziert und durchgeführt, um Aufwand und Notwendigkeit evaluieren zu können. Die Patient:innen der SV-Gruppe erhielten nur die per Selektivvertrag geregelte Diagnostik und Beratung.

Erläuterungen zu den im Projektverlauf angepassten Fallzahlen: Ursprünglich war eine Vollerhebung an 240 (NVF) bzw. 200 (SV) Studienteilnehmer:innen geplant. Die Fallzahl wurde im Rahmen eines Antrags auf ausgabenneutrale Projektverlängerung (Antrag vom 11.07.2019, genehmigt am 06.11.2019) auf 150 (NVF) bzw. 125 (SV) reduziert. In der UV waren 400 Studienteilnehmer:innen geplant, diese Zahl wurde auf 189 Studienteilnehmer:innen reduziert.

Erläuterungen zu den reduzierten Fallzahlen:

(1) Aufgrund einer Änderung des § 33 Absatz 5b SGB V (zum 01.04.2017) dürfen die Krankenkassen die Patient:innen nicht mehr zu einem Besuch einer firmenunabhängigen UK-Beratungsstelle zur diagnostischen Abklärung auffordern. Der Besuch der UK-Beratungsstelle ist nun eine freiwillige Leistung der KK und der Familien. Dies führte zu einem deutlichen Einbruch der Klientenzahlen.

(2) Die Rekrutierung von Studienteilnehmer:innen und die Durchführung der NVF wurde zusätzlich durch die Corona-Pandemie erheblich erschwert: Ab März 2020 war es z.T. nicht mehr möglich, die NVF unter Einhaltung der Hygienestandards durchzuführen; z.T. war der Zutritt von Externen zu Einrichtungen der Behindertenhilfe stark eingeschränkt oder verboten; z.T. wurde die Zusammenarbeit mit den fachlichen Bezugspersonen aufgrund der Schließung von Schulen, Kindertagesstätten, Werkstätten und Wohnheimen erschwert; es kam zu verlängerten Bearbeitungszeiten der Kostenübernahmen bei den Krankenkassen; viele Termine wurden aufgrund von Unsicherheiten von Seiten der Patient:innen und der Bezugspersonen abgesagt.

Bedingt durch das komplexe Bedingungsgefüge aus Gesetzesänderungen, nicht vorhersehbaren Schwierigkeiten in der Umsetzung, v.a. durch die pandemiebedingten Veränderungen konnte die angestrebte Fallzahl von 150 Klienten in der NVF nicht vollständig erreicht werden. Zum Projektende konnten 127 auswertbare Fälle (152 inkl. Drop Out nach T0) für die NVF, 91 (104) für die SV und 190 (696) für die uV eingeschlossen werden. Damit war eine statistisch valide Evaluation bei einem Signifikanzniveau von 5 %, einer geforderten Power von 80 % und unter Verwendung eines unverbundenen, zweiseitigen t-Tests durch einen erreichten Stichprobenumfang von 81 Personen pro Gruppe aber dennoch möglich.

Qualifikationen der Mitarbeiter:innen: Die fachspezifischen Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter:innen („UK-Therapeut:innen“) sind hoch: Zum einen sind grundlegende diagnostische und therapeutische Fähigkeiten erforderlich; zum anderen Case Management-Kompetenzen (9-tägige Schulung der Mitarbeiter:innen). Darüber hinaus ist Expertise im Bereich UK gefordert, um der Personengruppe und dem individuellen Handlungsbedarf gerecht werden zu können (z.B. verschiedene Kommunikationsformen und Hilfen, Wortschätze, Vor- und Nachteile unterschiedlicher Wortschatzorganisationen, Ansteuerungsformen und Zusammenspiel von Sitzposition, Positionierung der Kommunikationshilfe und Ansteuerung im Hinblick auf Vermeidung pathologischer Reflexe, Nonn, 2020; Tegeler, 2012).

Wer hat die Leistungen erbracht? Die Mitarbeiter:innen der drei UK-Kompetenzzentren (vorrangig grundständige Sprachtherapeut:innen und Logopäd:innen mit umfassenden berufs begleitenden Weiterbildungen in UK) haben die Komponenten der NVF umgesetzt.

Der **Zeitaufwand** bei der Durchführung der NVF pro Patient:in ergibt sich aus den unterschiedlichen Komponenten. Diagnostik & Beratung (5-7 Stunden Kontaktzeit sowie Vor- und Nachbereitung) sowie Case Management (ca. 10h). Das Patiententraining und die UK-Therapie folgen festen Zeitkontingenten (4 x 90 Min. PT / 20 x 60 Min. UK-Therapie), allerdings werden Zeiten für die Vor- und Nachbereitung, z.T. auch für Fahrstrecken benötigt.

4.2 Rechtsgrundlage der NVF

Im SGB V ist der Anspruch auf Hilfs- und Heilmittel geregelt (§ 33 und § 32). Zur Sicherung einer qualifizierten und **firmenunabhängigen Diagnostik & Beratung** inkl. fachlich begründeter UK-Versorgungsempfehlung wurde bereits 2011 ein **Selektivvertrag** zwischen der AOK Rheinland/ Hamburg und der FBZ gGmbH geschlossen (Rechtsgrundlage: § 33 in Verbindung

mit § 43 Absatz 1 SGB V⁴; seit 2015 auch mit der ZUK gGmbH Moers; inzwischen haben sich auch andere Krankenkassen in Form von Einzelfallentscheiden angeschlossen).

Erfahrungen mit der Rechtsgrundlage: Durch zwei Gesetzesänderungen in 2017 hatte sich die Ausgangslage des Projektes grundsätzlich verändert: Zum Zeitpunkt des Antrags wurden Versorgungsempfehlungen auf der Grundlage des Selektivvertrags durch die Beratungsstellen ausgesprochen. Dadurch, dass die Krankenkassen Patient:innen seit 2017 nicht mehr zu einem Besuch einer firmenunabhängigen Beratungsstelle auffordern durften und dass die Leistungserbringer (Hilfsmittel- bzw. Rehafirmen) nach § 127, Absatz 5 SGB V Versicherte vor Inanspruchnahme der Leistung beraten mussten (HHVG: Beratungspflicht), war die **Ausgangssituation** für die NVF **eine neue**. Hier wurden viele Gespräche mit Krankenkassen und Patient:innen bzw. Bezugspersonen geführt. Oft müssen nun Patient:innen eine scheinbar vergleichbare Leistung (Diagnostik, Beratung und Versorgungsempfehlung) zweimal in Anspruch nehmen: durch das UK-Kompetenzzentrum und durch den Leistungserbringer – nicht selten mit unterschiedlichen Hilfsmittelerempfehlungen, was zu weiterer Verunsicherung führte. Der **Versorgungsprozess wird als intransparent wahrgenommen**.

4.3 Erfahrungen/ Herausforderung bei der Implementierung

Dauer der UK-Therapie: Bedingt durch die große Vulnerabilität der Zielgruppe konnte der angedachte Zeitraum für die UK-Therapie (3 Monate für 20 Therapietermine) nicht immer eingehalten werden. Pandemiebedingt verlängerten sich die Zeiten nochmals, zudem gab es Änderungen beim Durchführungsort (Wohnumfeld, Tele-Therapie). Es wurden viele individuelle Lösungen – z. T. unter erhöhtem Aufwand – gefunden, um die Therapietermine wie geplant realisieren zu können.

Fehlende Therapieempfehlungen: Bisher fehlen Handlungsempfehlungen in Deutschland (z.B. Leitlinien zur Versorgung von Menschen mit komplexen Kommunikationsstörungen), so dass Therapeut:innen kaum eine Orientierungshilfe haben, welche speziellen UK-Therapieansätze sich für welche Personengruppen und Befundlagen als wirksam erwiesen haben. Aus diesem Grund gab es zum einen Austauschtreffen der beteiligten Therapeut:innen, zum anderen wird eine Evidenzsynthese vorbereitet, um Aussagen zur Wirksamkeit von UK-Interventionen auf der Grundlage von Metaanalysen und systematischen Reviews aufzubereiten und auf dieser Grundlage Therapieempfehlungen vorlegen zu können (Sachse, i. Vorb.).

5. Methodik

Bei der NVF handelt es sich um eine **komplexe Intervention** (Moore et al., 2015; Zinkevich et al., 2019), entsprechend wurde die Evaluation als **Mixed-Methods Studie** mit a) summativer Evaluation und b) formativer Evaluation angelegt.

Summative Evaluation: Die summative Evaluation wurde im Rahmen einer kontrollierten und prospektiven Multicenter-Studie in den drei UK-Kompetenzzentren durchgeführt. Für die quasi-experimentelle Studie wurden zwei Vergleichsgruppen herangezogen. Zum einen UK-Nutzer:innen, die in den drei UK-Kompetenzzentren im bestehenden Selektivvertrag (SV) versorgt wurden und zum anderen UK-Nutzer:innen, die außerhalb von UK-Beratungsstellen versorgt wurden (uV). In der Interventionsgruppe (NVF) und der SV-Gruppe wurden Daten über ca. 8 Monate (z. T. länger) längsschnittlich zu **drei Zeitpunkten** erhoben: T0 nach Diagnostik & Beratung durch die UK-Kompetenzzentren, T1 4 Wochen nach Hilfsmittelerhalt, T2 4 Monate

⁴ § 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: (1) „Die Krankenkasse kann [...] Satz 2: wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.“

nach Hilfsmittelerhalt (Abb. 5; alle Fragebögen finden sich in den Anhängen 1-3 im EB). Für jede/n teilnehmende/n UK-Nutzer:in wurden prospektiv, wenn möglich, jeweils eine private Bezugsperson und eine fachliche Bezugsperson (z. B. Lehrer:in) als Proxy postalisch befragt. Der Patient:inneneinschluss erstreckte sich über 27 Monate. Die zweite, historische Vergleichsgruppe (uV) besteht aus UK-Nutzer:innen, die außerhalb der drei UK-Kompetenzzentren im Rahmen der unregelmäßigen Versorgung versorgt wurden. Deren private Bezugspersonen wurden als Proxy querschnittlich im Januar 2019 postalisch befragt (Fragebogen uV, s. Anhang 4 im EB). Untersucht wurden **die pragmatische Kommunikationsfähigkeit (primäres Outcome), die Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Teilhabe (sekundäre Outcomes).**

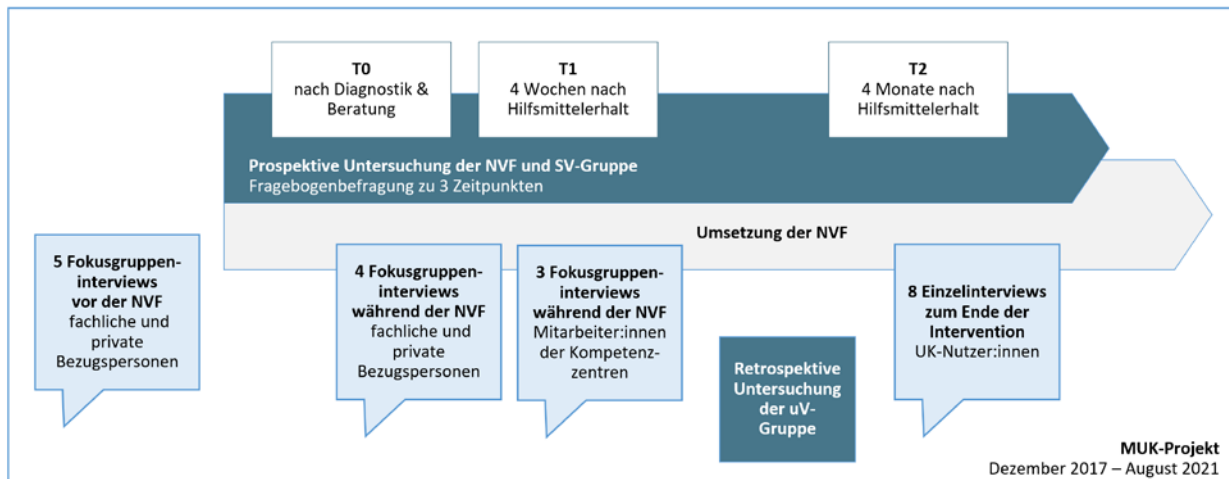


Abb. 5: Übersicht Datenerhebung im MUK-Projekt

Formative Evaluation: Der Fokus wird hier auf die verschiedenen Wirkkomponenten der NVF und deren Implementierungsmerkmale (Proctor et al., 2011) gelegt. Die formative Evaluation ist als begleitende querschnittliche Beobachtungsstudie design, in der die Bewertung der NVF durch die UK-Nutzer:innen, der fachlichen und privaten Bezugspersonen sowie der UK-Therapeut:innen der UK-Kompetenzzentren und deren Implementierung mittels qualitativer und quantitativer Methoden erfasst werden. Zum einen werden die quantitativen Befragungen (T0–T2) der summativen Evaluation für den formativen Zweck erweitert. Zum anderen wurden insgesamt **12 Fokusgruppeninterviews** zu zwei Zeitpunkten (fünf vor und sieben während der Implementierung) durchgeführt. In den Fokusgruppeninterviews vor Implementierung wurde mit fachlichen und privaten Bezugspersonen die aktuelle UK-Versorgung diskutiert. In den zweiten Fokusgruppeninterviews wurden während der NVF-Implementierung mit privaten und fachlichen Bezugspersonen, die an der NVF teilnahmen, sowie mit den UK-Therapeut:innen neben summativen Aspekten ebenfalls Wirkungsmechanismen sowie Implementierungsprozesse der NVF thematisiert. Des Weiteren wurden in **8 Einzelinterviews** mit erwachsenen UK-Nutzer:innen, die an der NVF teilnahmen, relevante Aspekte wie z. B. Erfahrungen mit der NVF untersucht.

Zielpopulation: Patient:innen mit einer angeborenen oder erworbenen Behinderung, die mit einer komplexen Kommunikationsstörung bzw. dem Fehlen/ Verlust der Sprach- und/ oder Sprechfähigkeit einhergeht (2-99 Jahre). Kein Ausschluss aufgrund der Schwere der Behinderung.

Einschlusskriterien für die UK-Nutzer:innen in den drei Untersuchungsgruppen waren abgesehen vom jeweiligen Versorgungsmodell und der Kassenzugehörigkeit das Vorliegen einer angeborenen oder erworbenen Behinderung, die mit dem Fehlen bzw. Verlust der Sprach-

und/oder Sprechfähigkeit einhergeht. Zu der einzuschließenden Zielgruppe gehörten demnach insbesondere Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit angeborenen Behinderungen und komplexen Kommunikationsstörungen (z. B. ICD-10: F07, F84, G40, G80, I60, Q75, Q87.2, Q90 und Q93.5) und Erwachsene mit Apoplex, Schädel-Hirn-Trauma oder im Endstadium von neurodegenerativen Erkrankungen mit Auswirkungen auf die Sprache, wie z. B. Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose (MS) und Morbus Parkinson (z. B. G10, G20.9, G35 und R47). Es wurden Personen aus allen Altersgruppen mit verschiedenen zugrundeliegenden Behinderungsarten und Krankheitsbildern eingeschlossen.

Das wesentliche Unterscheidungsmerkmal der Gruppen NVF und SV ist die Kassenzugehörigkeit (AOK Rheinland/Hamburg = NVF; andere Krankenkassen = SV). Bei anderen Merkmalen der UK-Nutzer:innen wurde kein substanzieller Unterschied erwartet. Die historische Vergleichsgruppe (uV) besteht aus UK-Nutzer:innen, die bei der AOK Niedersachsen versichert sind und zwischen 2014 – 2018 außerhalb der drei UK-Kompetenzzentren mit einem nicht-elektronischen oder elektronischen UK-Hilfsmittel versorgt worden sind. Die Rekrutierung von Versicherten der AOK Niedersachsen für die uV-Gruppe ist damit zu begründen, dass die UK-Versorgung in Niedersachsen bisher noch weitestgehend unregelt stattfindet, da bisher kaum UK-Kompetenzzentren existieren. Die Rekrutierung von uV-UK-Nutzer:innen für eine prospektive Vergleichsgruppe erschien aufgrund der Heterogenität der Versorgung der UK-Nutzer:innen und der Wissenslücke über die Versorgungssituation schwer realisierbar. Bei der SV-Gruppe wurde angenommen, dass sie sich von der NVF-Gruppe vor allem in der Krankenkassenzugehörigkeit unterscheidet. Möglich ist zudem ein Kohorteneffekt, wenn man annähme, dass die Versorgung der uV-UK-Nutzer:innen sich in den letzten Jahren deutlich verbessert hätte. Da die UK-Versorgung jedoch keine wesentlichen flächendeckenden Änderungen in den letzten Jahren erfuhr, wurde kein substanzieller Effekt erwartet.

Ausschlusskriterien: Ausgeschlossen wurden Personen mit fehlender Lautsprache aufgrund von Hörstörung/ Gehörlosigkeit (Ausnahme: UK-Nutzer:innen mit Mehrfachbehinderung und Hörstörung).

Fallzahlen inkl. Drop Out (s. Abb. 6): Die Fallzahlplanung sah eine Vollerhebung aller Personen mit UK-Bedarf bzw. deren Bezugspersonen in der NVF- und SV-Gruppe über die UK-Kompetenzzentren vor. Hier konnten zunächst **n = 160 Fälle / n = 272** Bezugspersonen in der NVF-Gruppe und **n = 131 Fälle / n = 175** Bezugspersonen in der SV-Gruppe identifiziert und kontaktiert werden. In der NVF-Gruppe wurden **n = 155 Fälle** und **n = 267** Bezugspersonen, in der SV-Gruppe **n = 109 Fälle / n = 153** Bezugspersonen eingeschlossen, der T0-Fragebogen liegt von **152 Patient:innen aus der NVF** und von **104 Patient:innen aus der SV-Gruppe** vor. In der NVF-Gruppe ergab sich ein Drop Out von 18,1 % (28 Fälle) bzw. 27,7 % (74 Bezugspersonen) und in der SV-Gruppe ein Drop Out von 16,5 % (18 Fälle) bzw. 19,6 % (30 Bezugspersonen). Gründe für die Drop Outs waren z.B. Non-Response, Patient:in verstorben, Probleme bei der Hilfsmittelversorgung, Kontaktabbruch. **Das Analysesample umfasst n = 127 Fälle / n = 193 Bezugspersonen in der NVF-Gruppe und n = 91 Fälle / n = 123 Bezugspersonen in der SV-Gruppe.** In der uV-Gruppe wurden insgesamt **n = 714** Versicherte angeschrieben, davon ergab sich bei 2,5 % (**n = 18 Fälle**) ein Drop Out. Von den übrigen **n = 696** gingen **n = 190** ausgefüllte Fragebögen ein (Rücklaufquote 27,3 %).

Effektstärke, Rekrutierung und Propensity Score Matching: Die Powerberechnung erfolgte für den NVF-SV-Vergleich hinsichtlich des primären Outcomes der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit, gemessen mit dem Pragmatics Profile Score. Auf Grundlage der mittleren erwarteten Erhöhung der Kommunikationsfähigkeit von 10 Skalenpunkten und unter Schätzung der Standardabweichung aus einer U.S. Normstichprobe (Semel & Wiig, 2003) ergab sich ein erwartetes **Effektstärkemaß** Cohen's d von 0,44. Bei einem Signifikanzniveau von 5 %, einer geforderten Power von 80 % und unter Verwendung eines unverbundenen, zweiseitigen t-Tests ist ein Stichprobenumfang von 81 Personen pro Gruppe erforderlich (Ryan, 2013).

Die **Rekrutierung** von UK-Nutzer:innen für die quantitativen Erhebungen in der NVF- und SV-Gruppe fand über die drei UK-Kompetenzzentren statt, in denen Personen mit UK-Bedarf mit ihren Bezugspersonen zur Erstberatung zwischen Juni 2018 und August 2020 vorstellig wurden (NVF: nur Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg oder SV: alle anderen Krankenkassen). Bedingung für die Teilnahme an der NVF war die Teilnahme an der Evaluation. Im Falle einer Nicht-Teilnahme erhielten die UK-Nutzer:innen die SV-Versorgung. UK-Nutzer:innen der uV-Kontrollgruppe, die in Niedersachsen im Zeitraum von 2014 und 2018 mit einem Hilfsmittel versorgt worden sind, wurden von der AOK Niedersachsen identifiziert. Die Befragungsmaterialien durften nicht – wie geplant – vom Evaluationsteam versendet werden, sondern mussten aus Datenschutzgründen von der Krankenkasse versendet werden. Die AOK Niedersachsen kontaktierte postalisch die Versicherten/ Betreuer:innen, um sie im Namen des Evaluationsteams über die Studie zu informieren und zur Teilnahme einzuladen.

Um die fehlende Randomisierung zu kompensieren, wurde das **Propensity Score Matching** (PSM) genutzt, das bei quasi-experimentellen Untersuchungen ohne Randomisierung das Mittel der Wahl ist. Zunächst wurden mithilfe des Propensity Scores (Kuss et al., 2016) NVF-SV Paare (n = 81) gebildet, die vergleichbare Eigenschaften haben. Dabei wurden folgende Variablen berücksichtigt: Geschlecht der Bezugsperson, Altersgruppe der Bezugsperson, Muttersprache der Bezugsperson, Bildungsabschluss der Bezugsperson, Sicht der Bezugsperson (privat/ fachlich), Geschlecht UK-Nutzer:in, Alter UK-Nutzer:in, Beschäftigungssituation UK-Nutzer:in, Ursache der Behinderung UK-Nutzer:in. Bei den Vergleichen zwischen NVF und SV zeigten sich zu T0 hinsichtlich des Propensity Scores keine signifikanten Unterschiede zwischen der NVF- und der SV-Gruppe. Diese Angleichung konnte trotz der Bildung von n = 81 Paaren zwischen den T2-Daten der NVF und den uV-Daten nicht erreicht werden und zeigt, dass der Vergleich zwischen NVF und uV trotz PSM nur eingeschränkt bzw. gar nicht möglich ist (ausführlich im EB, S. 24).

Sensitivitätsanalysen wurden mit allen auswertbaren Fällen durchgeführt.

Rekrutierung für die qualitativen Erhebungen: Die Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmenden (vor und während der Implementierung) wurde mittels Purposeful Sampling (Patton, 2002) durchgeführt. Teilnehmende der Interviews **vor der Implementierung** der NVF wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen durch die UK-Kompetenzzentren rekrutiert. Es wurden heterogene Fokusgruppen mit fachlichen und privaten Bezugspersonen zusammengestellt.

Für die Fokusgruppeninterviews **während der Implementierung** der NVF wurden ausschließlich Teilnehmende der NVF rekrutiert. Es wurden homogene Fokusgruppeninterviews mit den Mitarbeitenden der UK-Kompetenzzentren sowie heterogene Fokusgruppeninterviews mit fachlichen und privaten Bezugspersonen durchgeführt.

Die Rekrutierung der Teilnehmenden für die **Einzelinterviews** fand ebenfalls mittels Purposeful Sampling statt (Patton, 2002). Für die Einzelinterviews wurden an der NVF teilnehmende UK-Nutzer:innen ab 18 Jahren rekrutiert, die nach Absprache mit den Kompetenzzentren über ausreichende kommunikative Fähigkeiten verfügten. Dies bedeutet, dass die Interviewteilnehmenden in der Lage sein mussten, Fragen zu verstehen und mit Symbolkarten oder ihrer Kommunikationshilfe zu beantworten.

Datenerhebung und die dafür eingesetzten Instrumente

Erhebung der quantitativen Daten: Bei den Erhebungsinstrumenten zur Messung der Endpunkte in der dreimaligen standardisierten Befragung der fachlichen und privaten Bezugspersonen handelt es sich zum Teil um bereits verwendete und validierte Instrumente, die für die Zielgruppe teilweise leicht angepasst werden mussten. Zur Messung der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit kam eine Neuentwicklung zum Einsatz. Insgesamt lässt sich festhalten,

dass weder für UK-Nutzer:innen noch für Proxys ausreichend validierte Befragungsinstrumente in deutscher Sprache zur Verfügung stehen.

Der primäre Endpunkt der **pragmatischen Kommunikationsfähigkeit** erfasst die Fähigkeit, in alltäglichen Situationen kommunizieren zu können (z. B. Grüßen, Zustimmung, Ablehnen). Zur Messung der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit musste ein Instrument, das auf die sehr heterogene Zielgruppe der Studie zugeschnitten ist, entwickelt werden. Ursprünglich sollte das ‚Pragmatics Profile‘ eingesetzt werden, das Bestandteil des Diagnostikinstrumentes ‚The Clinical Evaluation Language Fundamentals‘ (CELF-5) (Guillemin et al., 1993; Paslawski, 2005; Semel & Wiig, 2003; Wiig et al., 2013) ist. Dieses Instrument ist für die Nutzung durch fachliche Expert:innen validiert und musste nach Übersetzung, Anpassung für die Bezugspersonen und nach Durchführung kognitiver Pretests verworfen werden. Das Instrument stellte sich in dieser Form als nicht für die Zielpopulation der Studie geeignet heraus, da Itemkonstruktionen nach der Übersetzung z. T. zu kompliziert waren. Mangels validierter Alternativen wurde ein neues Instrument entwickelt. Die Itementwicklung orientierte sich dabei an der Checkliste für Kommunikationsfunktionen (z. B. Einfordern, Ablehnen, Fragen, Erklären...) aus dem COCP-Programm (‚Communicative Development of nonspeaking children and their Communication Partners‘, Heim et al., 2010). Beim COCP-Programm handelt es sich um ein Programm, das für Menschen ohne Lautsprache aller Altersgruppen und ihre Kommunikationspartner:innen entwickelt wurde. Im Programm wird von den 16 wichtigsten Kommunikationsfunktionen ausgegangen. Die Entwicklung der Skala erfolgte in enger Kooperation mit UK-Expert:innen der Konsortialführung und der kooperierenden UK-Kompetenzzentren, die das Evaluationsteam mit ihrer fachlichen Expertise beratend unterstützt haben. Nach mehreren kognitiven Pretest-Interviews wurde die Skala weiter angepasst. Die im finalen Fragebogen eingesetzte Skala umfasst 22 Items, deren psychometrische Eigenschaften in dieser Studie mituntersucht wurden. Mithilfe einer explorativen Faktorenanalyse wurde die inhaltliche Struktur der Gesamtskala bei der Datenauswertung untersucht. Es konnten zwei Faktoren identifiziert werden. Items mit eindeutigen Faktorladungen wurden dementsprechend jeweils zwei Subskalen zugeordnet. Die **Subskala 1** beinhaltet 8 Items, die sich eher den fortgeschrittenen kommunikativen Fähigkeiten zuordnen lassen (z. B. „Neue Themen in ein Gespräch einbringen“ oder „Etwas erklären“) und die **Subskala 2** beinhaltet 8 Items, die sich weniger fortgeschrittenen kommunikativen Fähigkeiten (z. B. „Begrüßen und Verabschieden“ oder „Zustimmen“) zuordnen lassen. Zur Sicherstellung der psychometrischen Güte der Auswertungen wurden 6 Items mit nicht eindeutigen Faktorladungen von den Analysen ausgeschlossen. Die zwei identifizierten Subskalen werden bei der Auswertung der Ergebnisse separat in verschiedenen Modellen betrachtet, um möglichst präzise Aussagen zum primären Outcome pragmatische Kommunikationsfähigkeit treffen zu können.

Zur Einschätzung der **gesundheitsbezogenen Lebensqualität** (sekundärer Endpunkt) wurde die 10-Item Proxy-Version des für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen entwickelten (Bullinger et al., 2011) und validierten (Schmidt et al., 2006) DISABKIDS Chronic Generic Measure – DCGM-12 Fragebogens in deutscher Sprache verwendet. In Absprache mit den Autor:innen wurden geringfügige Änderungen vorgenommen, um die Skala bei einer heterogenen Gruppe einsetzen zu können. Zum einen wurde der Begriff „Ihr Kind“ durch den Begriff „die Person“ und der Begriff „Erkrankung“ durch den Begriff „Behinderung“ ersetzt. Zum anderen wurde auf Items 11 und 12 verzichtet, da diese sich auf Medikation beziehen, die im Rahmen der Befragung keine Relevanz hatte.

Zur Erfassung der **Teilhabe** von UK-Nutzer:innen (sekundärer Endpunkt) wurde die Kurzversion des validierten Instrumentes ‚WHO Disability Assessment Schedule 2.0‘ (WHODAS 2.0) (Chatterji et al., 2010; Kirchberger et al., 2014) eingesetzt. Die deutsche 12-Item Kurzfassung des Angehörigen-Fragebogens wurde verwendet, um Schwierigkeiten in der Funktionsfähigkeit und die daraus resultierenden Einschränkungen in der Teilhabe von Menschen, die auf UK angewiesen sind, zu messen. Zum Zweck der Anpassung der Skala an die heterogene Gruppe wurde der Begriff „Ihr/e Verwandte/r“ durch den Begriff „die Person“ ersetzt. Außerdem wurden die letzten vier Items H1 – H4 ausgeschlossen, da diese Angaben im Rahmen der durchgeführten Studie keine Relevanz hatten.

Die **Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel** (sekundärer Endpunkt) wurde mit ‚The Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology‘ (QUEST 2.0) gemessen. Die deutsche Version des Fragebogens wurde bereits eingesetzt und konnte auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden (Demers et al., 2002; Heinbüchner et al., 2010). Nach Absprache mit den Autor:innen der Originalversion sowie mit den Autor:innen der Übersetzung wurde eine Proxy-Version des Fragebogens entwickelt, indem der Begriff „Ihr Hilfsmittel“ durch den Begriff „das Hilfsmittel“ ersetzt wurde.

Die intermediären Outcomes **Akzeptanz, Nutzungskompetenz und Einsatz der Kommunikationshilfe** wurden mithilfe einer selbstentwickelten Skala angelehnt an Calculator (2013) erhoben (ausführliche Informationen, s. EB, S. 21). Der Kontextfaktor **Technikbereitschaft** der Bezugspersonen wurde mithilfe der validierten Kurzskala nach Neyer et al. (2012) erfasst. Die Tabelle 1 fasst die eingesetzten Instrumente zusammen und stellt ergänzend Angaben zur Reliabilität (Cronbachs α) dar.

Tabelle 1: Übersicht über eingesetzte Erhebungsinstrumente (EB, Tab. 1)

Erhebungsinstrument	Stellenwert im Rahmen der Evaluation	Anzahl der Items	Validierung vorhanden ja/nein	Cronbachs α	Zeitpunkt
Pragmatische Kommunikationsfähigkeit	Summatives Outcome	22	Eigene Entwicklung, (angelehnt an Pragmatics Profile der CELF-5 Testbatterie und das COCP-Programm), nicht validiert	0,951 (Subskala 1) 0,922 (Subskala 2)	T0, T1, T2 und uV
Lebensqualität (DISABKIDS Chronic Generic Measure - DCGM-12)	Summatives Outcome	10	Validiert, geringfügige Anpassungen an die Zielgruppe in Absprache mit Autor*innen	0,887	T0, T1, T2 und uV
Teilhabe (WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0))	Summatives Outcome	12	Validiert, geringfügige Anpassungen an die Zielgruppe in Absprache mit Autor*innen	0,861	T0, T1, T2 und uV
Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel (The Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST 2.0-G))	Summatives Outcome	8	Validiert, geringfügige Anpassungen an die Zielgruppe in Absprache mit Autor*innen	0,886	T1, T2 und uV
Technikbereitschaft (Kurzskala)	Kontextfaktor	12	Validiert, keine Anpassungen	0,830	T0 und uV
Akzeptanz, Nutzungskompetenz und Einsatz der Kommunikationshilfe	Formatives Outcome	24	Eigene Entwicklung (angelehnt an „Parents’ Ratings of 43 Statements Associated with Acceptance of AAC Devices“ nach Calculator, 2013, nicht validiert)	Skalenbildung nur für die Subskala „Akzeptanz der Bezugsperson“, möglich (5 Items, Cronbachs $\alpha=0,781$)	T1, T2

Erhebung der qualitativen Daten: Die **Fokusgruppeninterviews vor und während der Implementierung der NVF** fanden in den drei UK-Kompetenzzentren statt. Alle Interviews wurden mittels eines Audiogeräts aufgenommen, anschließend transkribiert und pseudonymisiert. Die Interviews wurden mittels eines semi-strukturierten Leitfadens (Goodman et al., 2012; Greenbaum, 1997; Morgan, 1997) mit folgenden Hauptthemen durchgeführt: Fokusgruppen vor der NVF: aktuelle Versorgungssituation in der UK-Versorgung, Verbesserungspotential der UK-Versorgung; Fokusgruppen während der NVF: Umsetzung der NVF, Veränderungen seit Einführung der NVF, Anpassungsbedarf der NVF. Die ausführlichen Leitfäden sind im EB im Anhang 5, 6 und 7 einzusehen.

Die **Einzelinterviews mit UK-Nutzer:innen** wurden entweder bei den UK-Nutzer:innen zu Hause oder in Einrichtungen wie Wohnheim oder Werkstatt für Menschen mit Behinderungen durch das Evaluationsteam durchgeführt. Da bisher kaum Interviews mit UK-Nutzer:innen durchgeführt wurden, konnte auf keine etablierte Methodik zurückgegriffen werden. Aus diesem Grund wurde eine neue Vorgehensweise auf Basis von Recherche, Beratung durch Expert:innen in dem Feld und beteiligte UK-Therapeut:innen entwickelt. Es wurde ein semi-strukturierter Leitfaden (s. EB, Anhang 8) mit folgenden Hauptthemen eingesetzt: persönlicher Hintergrund der/des UK-Nutzer:in, Umsetzung der NVF, Veränderungen seit Einführung der NVF und Anpassungsbedarf der NVF. Dieser Leitfaden wurde im Rahmen eines Pretest-Interviews überarbeitet und an die kommunikativen Fähigkeiten der Interviewgruppe angepasst (ausführlich im EB, S. 22f.).

Auswertung der quantitativen Daten: Die Fragebögen wurden eingescannt, mit Teleform eingelese und ausführlichen Plausibilitätstests unterzogen. Die Auswertung erfolgte mit SPSS, fehlende Werte wurden mit zwei sorgfältig ausgewählten Imputationsverfahren ersetzt (ausführlich im EB, S. 23f.). Da für mehrere Outcomes zwei Sichtweisen erhoben wurden (private und fachliche Bezugspersonen), musste pro Outcome eine Entscheidung getroffen werden, welche Sichtweise berücksichtigt wird (Tabelle 2).

Zur Wirksamkeitsprüfung wurde das Propensity Score Matching verwendet (S. 16 und EB, S. 24).

Im nächsten Schritt wurden für jede der drei Gruppen NVF, SV und uV **deskriptive Analysen** durchgeführt und die psychometrischen Eigenschaften der Erhebungsinstrumente geprüft sowie die in Tab. 2 dargestellten Modelle gerechnet. Um festzustellen, ob ein signifikanter Unterschied in den Outcomes pragmatische Kommunikationsfähigkeit, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Teilhabe (s. [Tabelle 2](#)) bei den Versorgungsgruppen NVF und SV zu unterschiedlichen Messzeitpunkten vorliegt, wurde eine **zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung** durchgeführt.

Bei dem Outcome Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel (NVF und SV-Vergleich) wird aufgrund der fehlenden Daten zum T0-Zeitpunkt eine **einfaktorielle Varianzanalyse auf Zeitpunktebene** (jeweils für T1 und T2) ohne Messwiederholung durchgeführt, bei welcher die Frage beantwortet werden soll, ob der Faktor „Gruppenzugehörigkeit“ Unterschiede in den Mittelwerten dieses Outcomes erzeugt.

Auch bei der Untersuchung der Unterschiede zwischen den Gruppen NVF und uV wurde die Methode der **einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Messwiederholung** eingesetzt (Bühner & Ziegler, 2012).

Tabelle 2: Analysemethoden je Outcome (EB, Tab. 2)

Outcome	Analysemethode nVF/SV (Längsschnitt)	Perspektive (fachlich/privat)	Analysemethode nVF/uV (Querschnitt)
Pragmatische Kommunikationsfähigkeit	Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung	fachlich	Einfaktorielle Varianzanalyse ohne Messwiederholung
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung	privat	Einfaktorielle Varianzanalyse ohne Messwiederholung
Teilhabe	Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung	privat	Einfaktorielle Varianzanalyse ohne Messwiederholung
Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel	Einfaktorielle Varianzanalyse ohne Messwiederholung (separat für T1 und T2)	fachlich und privat	Einfaktorielle Varianzanalyse ohne Messwiederholung

Auswertung der qualitativen Daten: Die Transkripte der **Fokusgruppeninterviews** wurden mittels der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) ausgewertet. Bei allen Fokusgruppen wurden anhand der Leitfragen a priori Hauptkategorien und anschließend im Kodierprozess induktive Subkategorien entwickelt. Die Hauptkategorien lauten – in Anlehnung an das Modell von Moore et al. (2015): **Implementierung, Outcomes, Kontextfaktoren** sowie **Wirkweisen** und **Änderungsbedarf**. Das Verfahren wurde zunächst von zwei Evaluatorinnen anhand von zwei Interviews getestet. Im Nachgang wurden die induktiv gebildeten Subkategorien verglichen und das Kategoriensystem entwickelt. Nachfolgend kodierten beide Evaluatorinnen unabhängig voneinander alle Interviews und verglichen die Ergebnisse in einer anschließenden Konsensfindung. Der Prozess der Auswertung der **Einzelinterviews** erfolgte überwiegend analog zu den Fokusgruppeninterviews. Für den Kodierprozess wurde die Software MAXQDA Analytics Pro 2020 (Release 20.4.0) genutzt. Die Kategoriensysteme zu den Fokusgruppen- und Einzelinterviews finden sich in den Anhängen 10-12.

Methodische Grundlagen zur Erarbeitung der Qualitätsanforderungen für UK-Kompetenzzentren

Wissenschaftliche Grundlage für die Qualitätskriterien (Fachwissen) und die Qualitätsanforderungen (formale und institutionelle Merkmale) zum HQM (Handbuch Qualitätsmanagement in der Unterstützten Kommunikation) bilden

a) auf der inhaltliche Seite der internationale Forschungsstand zu AAC (*engl*: Augmentative and Alternative Communication = *dt*: UK) sowie die durch die Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation entwickelten Fort- und Weiterbildungsschwerpunkte, ergänzt durch Schwerpunkte aus den berufsbegleitenden Weiterbildungslehrgängen zur UK (LUK, Fachtherapeut:in UK, UK-Coach),

b) auf der Seite der Qualitätsanforderungen die Normen zu Qualitätsmanagementsystemen (Anforderungen) aus der ISO-9001:2015 sowie die Standards zur Entwicklung von Qualitätsmanagement in Institutionen auf der Basis von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität (Donabedian, 1980). Parallel wurden die Zulassungsvoraussetzungen (Anlage 5 zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie z. B. zur

beruflichen Qualifikation und zu zulassungsfähigen Berufsgruppen, zu räumlichen Mindestvoraussetzungen, zur Pflicht- und Zusatzausstattung, zu Anforderungen an Angehörige weiterer Berufsgruppen) analysiert, Konformitätsbewertungstabellen erstellt und Konformitätsanalysen durchgeführt, mit der Deutschen Akkreditierungsstelle Abläufe und Erfordernisse für Zertifizierungsprozesse und Konformitätsbewertungen besprochen sowie das universitäre bzw. europäische Credit Point System (ECTS) als Grundlage für die Bewertung fachlicher Kompetenzanforderungen des Personals in der UK-Versorgung genutzt, um eine länderübergreifend einheitliche und europaweit anerkannte Norm für eine Standardisierung zu erreichen.

Es handelt sich hier um eine mehrperspektivische Analyse auf der Grundlage nationaler und internationaler sowie juristisch relevanter Studien und Quellen unter Einbezug inhaltsanalytischer und hermeneutischer Methoden zur Entwicklung von Standards in einem institutionalisierten Qualitätssicherungssystem, systematisch zusammengestellt im HQM (s. Anhang 5).

6. Projektergebnisse

Stichproben: Ausführliche Hinweise zu den Stichproben finden sich in den nachfolgenden Tabellen und Abbildungen sowie im EB ab S. 26.

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung der Fokusgruppeninterviews vor und während Implementierung der NVF (EB, Tab. 5)

Stichprobenbeschreibung	vor Implementierung (n)	während Implementierung (n)
Gesamt	32	31
Funktion		
UK-Therapeut:innen der UK-Kompetenzzentren	10	11
Private Bezugspersonen (z. B. Eltern)	6	8
Fachliche Bezugspersonen		
Therapeut:innen		
Physiotherapeut:innen	1	/
Sprachtherapeut:innen/Logopäd:innen	3	1
Motopäd:innen	/	1
Mitarbeitende in Bildungs- und Beschäftigungsinstitutionen		
Lehrer:innen	3	3
Heilpädagog:innen	2	1
Wohnheimmitarbeitende	3	2
Erzieher:innen	1	3
Werkstattmitarbeitende	1	1
Sozialarbeiter:innen	1	/
Praktikant:innen UK-Kompetenzzentrum	1	/
Geschlecht		
weiblich	27	25
männlich	5	6
Altersgruppen		
18–25 Jahre	1	1
26–35 Jahre	9	6
36–45 Jahre	10	11
46–55 Jahre	10	11
56–65 Jahre	1	2
66–75 Jahre	1	/

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

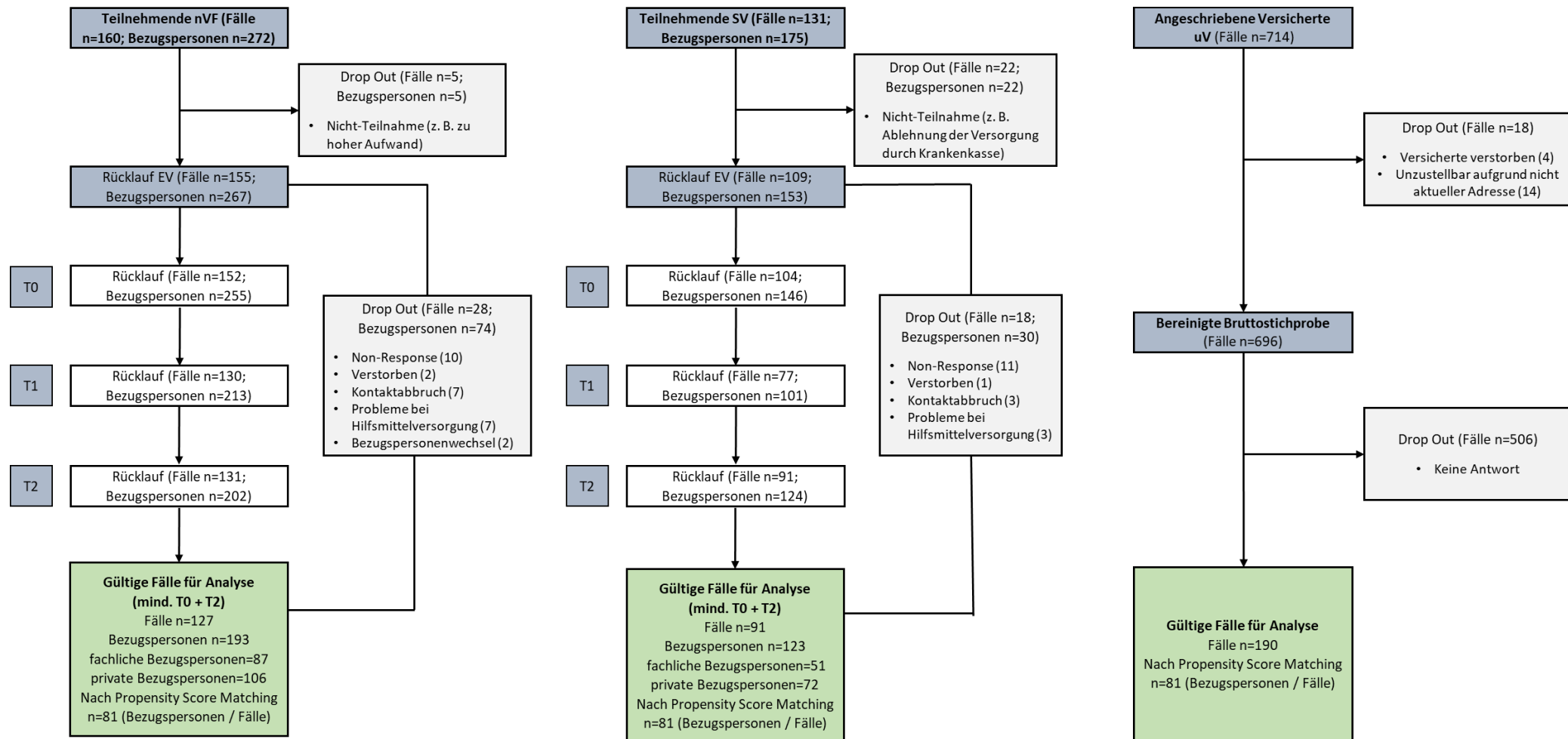


Abb. 6: Flow-Charts der NVF-, SV-, und uV-Gruppe

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung der UK-Nutzer:innen der NVF, SV und uV-Gruppe

	Alle Fälle (T0)		Gültige Fälle (T0 + T2 liegen vor)		Gültige Fälle nach dem PSM		Historische Vergleichsgruppe	Gültige Fälle nach dem PSM
	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	uV n (%)	uV n (%)
Gesamt	152 (100)	104(100)	127 (100)	91 (100)	81 (100)	81 (100)	190 (100)	81 (100)
Alter (in Jahren)								
0–2	1 (0,7)	4 (3,8)	1 (0,8)	4 (4,4)	1 (1,2)	3 (3,7)	0 (0)	0 (0)
3–4	23 (15,1)	18 (17,3)	22 (17,3)	14 (15,4)	10 (12,3)	13 (16)	1 (0,5)	1 (1,2)
5–6	31 (20,4)	23 (22,1)	29 (22,8)	21 (23,1)	19 (23,5)	20 (24,7)	6 (3,2)	6 (7,4)
7–10	31 (20,4)	20 (19,2)	24 (18,9)	19 (20,9)	19 (23,5)	16 (19,8)	24 (12,6)	22 (27,2)
11–14	23 (15,1)	17 (16,3)	15 (11,8)	14 (15,4)	11 (13,6)	14 (17,3)	38 (20)	18 (22,2)
15–19	8 (5,3)	6 (5,8)	8 (6,3)	4 (4,4)	7 (8,6)	3 (3,7)	28 (14,7)	6 (7,4)
20–29	12 (7,9)	5 (4,8)	9 (7,1)	4 (4,4)	5 (6,2)	2 (2,5)	29 (15,3)	10 (12,3)
30–39	7 (4,6)	4 (3,8)	7 (5,5)	4 (4,4)	4 (4,9)	4 (4,9)	18 (9,5)	6 (7,4)
40–49	3 (2)	4 (3,8)	3 (2,4)	4 (4,4)	1 (1,2)	3 (3,7)	13 (6,8)	1 (1,2)
50–59	8 (5,3)	1 (1)	6 (4,7)	1 (1,1)	3 (3,7)	1 (1,2)	17 (8,9)	9 (11,1)
60–69	4 (2,6)	1 (1)	2 (1,6)	1 (1,1)	0 (0)	1 (1,2)	11 (5,8)	1 (1,2)
über 69	1 (0,7)	1 (1)	1 (0,8)	1 (1,1)	1 (1,2)	1 (1,2)	5 (2,6)	1 (1,2)
Geschlecht								
weiblich	54 (35,5)	31 (29,8)	45 (35,4)	27 (29,7)	24 (29,6)	26 (32,1)	70 (36,8)	28 (34,6)
männlich	98 (64,5)	73 (70,2)	82 (64,6)	64 (70,3)	57 (70,4)	55 (67,9)	120 (63,2)	53 (65,4)
Ursache der Behinderung								
angeboren	132 (86,8)	88 (84,6)	114 (89,8)	78 (85,7)	70 (86,4)	72 (88,9)	131 (68,9)	67 (82,7)
Unfall	1 (0,7)	4 (3,8)	1 (0,8)	3 (3,3)	1 (1,2)	2 (2,5)	8 (4,2)	2 (2,5)
Krankheit	12 (7,9)	12 (11,5)	7 (5,5)	10 (11)	6 (7,4)	7 (8,6)	39 (20,5)	7 (8,6)
Sonstiges	7 (4,6)	0 (0)	5 (3,9)	0 (0)	4 (4,9)	0 (0)	12 (6,3)	5 (6,2)

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

	Alle Fälle (T0)		Gültige Fälle (T0 + T2 liegen vor)		Gültige Fälle nach dem PSM		Historische Vergleichsgruppe	Gültige Fälle nach dem PSM
	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	uV n (%)	uV n (%)
Art der Behinderung								
Spezifische genetische Syndrome	22 (14,5)	20 (19,2)	22 (17,3)	18 (19,8)	13 (16)	16 (19,8)	26 (13,7)	12 (14,8)
Down-Syndrom	21 (13,8)	10 (9,6)	20 (15,7)	8 (8,8)	13 (16)	6 (7,4)	17 (8,9)	12 (14,8)
Nicht näher beschriebene Entwicklungsstörungen	28 (18,4)	19 (18,3)	21 (16,5)	17 (18,7)	14 (17,3)	16 (19,8)	17 (8,9)	6 (7,4)
Autismus-Spektrum-Störung	41 (27)	23 (22,1)	37 (29,1)	21 (23,1)	23 (28,4)	21 (25,9)	21 (11,1)	14 (17,3)
Cerebrale Bewegungstörungen	20 (13,2)	18 (17,3)	14 (11)	16 (17,6)	9 (11,1)	12 (14,8)	34 (17,9)	10 (12,3)
Neuromuskuläre Erkrankungen	1 (0,7)	1 (1)	1 (0,8)	1 (1,1)	0 (0)	1 (1,2)	6 (3,2)	1 (1,2)
Schlaganfall/Hirnblutungen	3 (2)	0 (0)	2 (1,6)	0 (0)	1 (1,2)	0 (0)	13 (6,8)	1 (1,2)
Schädel-Hirn-Trauma	2 (1,3)	3 (2,9)	1 (0,8)	2 (2,2)	1 (1,2)	2 (2,5)	4 (2,1)	1 (1,2)
(Frühkindliche) erworbene Hirnschädigung aufgrund diverser Ursachen	7 (4,6)	4 (3,8)	3 (2,4)	3 (3,3)	1 (1,2)	2 (2,5)	12 (6,3)	7 (8,6)
Diverse angeborene Hirnfehlbildungen	5 (3,3)	1 (1)	4 (3,1)	1 (1,1)	4 (4,9)	1 (1,2)	2 (1,1)	2 (2,5)
Fehlende Diagnose	2 (1,3)	5 (4,8)	2 (1,6)	4 (4,4)	2 (2,5)	4 (4,9)	38 (20)	15 (18,5)
Schwerbehindertenaussweis								
vorhanden	134 (88,2)	93 (89,4)	112 (88,2)	82 (90,1)	72 (88,9)	72 (88,9)	186 (97,9)	79 (97,5)
nicht vorhanden	18 (11,8)	11 (10,6)	15 (11,8)	9 (9,9)	9 (11,1)	9 (11,1)	4 (2,1)	2 (2,5)

	Alle Fälle (T0)		Gültige Fälle (T0 + T2 liegen vor)		Gültige Fälle nach dem PSM		Historische Ver- gleichsgruppe	Gültige Fälle nach dem PSM
	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	uV n (%)	uV n (%)
Falls Schwerbehinderten- ausweis vorhanden: Grad der Behinderung								
50	7 (5,2)	4 (4,3)	6 (5,4)	4 (4,9)	5 (6,9)	4 (5,6)	3 (1,6)	2 (2,5)
60	1 (0,7)	1 (1,1)	1 (0,9)	1 (1,2)	1 (1,4)	1 (1,4)	3 (1,6)	2 (2,5)
70	1 (0,7)	5 (5,4)	1 (0,9)	4 (4,9)	0 (0)	4 (5,6)	3 (1,6)	2 (2,5)
80	22 (16,4)	12 (12,9)	22 (19,6)	11 (13,4)	13 (18,1)	9 (12,5)	19 (10,2)	9 (11,4)
90	3 (2,2)	3 (3,2)	3 (2,7)	3 (3,7)	2 (2,8)	3 (4,2)	9 (4,8)	6 (7,6)
100	100 (74,6)	68 (73,1)	79 (70,5)	59 (72)	51 (70,8)	51 (70,8)	149 (80,1)	58 (73,4)
Beschäftigungssituation								
wird ausschließlich zu Hause betreut	12 (7,9)	5 (4,8)	9 (7,1)	4 (4,4)	5 (6,2)	4 (4,9)	38 (20)	5 (6,2)
besucht die Krippe/die Kindertagesstätte/den Kindergarten	52 (34,2)	42 (40,4)	48 (37,8)	36 (39,6)	28 (34,6)	33 (40,7)	7 (3,7)	6 (7,4)
besucht die Schule in der Berufsausbildung (Lehre)	61 (40,1)	41 (39,4)	46 (36,2)	36 (39,6)	37 (45,7)	32 (39,5)	90 (47,4)	46 (56,8)
besucht eine höhere Bildungseinrichtung (z. B. Fachhochschule, Universität)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (2,1)	0 (0)
ist arbeitstätig (regulä- rer Arbeitsmarkt)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (1,1)	0 (0)	1 (1,2)	0 (0)	0 (0)
ist arbeitstätig in einer sozialen Einrichtung (z. B. Werkstatt)	22 (14,5)	14 (13,5)	20 (15,7)	13 (14,3)	11 (13,6)	10 (12,3)	45 (23,7)	23 (28,4)
Sonstiges	5 (3,3)	1 (1)	4 (3,1)	1 (1,1)	0 (0)	1 (1,2)	6 (3,2)	1 (1,2)

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

	Alle Fälle (T0)		Gültige Fälle (T0 + T2 liegen vor)		Gültige Fälle nach dem PSM		Historische Vergleichsgruppe	Gültige Fälle nach dem PSM
	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	uV n (%)	uV n (%)
Wohnsituation								
mit den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten zusammen	112 (73,7)	91 (87,5)	97 (76,4)	78 (85,7)	65 (80,2)	68 (84)	126 (66,3)	60 (74,1)
mit der (Ehe-) Partnerin/dem (Ehe-) Partner zusammen	4 (2,6)	1 (1)	3 (2,4)	1 (1,1)	1 (1,2)	1 (1,2)	15 (7,9)	3 (3,7)
in einer sozialen Einrichtung	34 (22,4)	12 (11,5)	26 (20,5)	12 (13,2)	15 (18,5)	12 (14,8)	45 (23,7)	17 (21)
allein (ggf. mit Assistenz)	1 (0,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (1,6)	1 (1,2)
Sonstiges	1 (0,7)	0 (0)	1 (0,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)	0 (0)

Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

1 Ausgangslage

- Zuständigkeiten nicht transparent
- Erfolg der Versorgung von Zufall, Motivation und Fachwissen der Beteiligten abhängig
- Transfer des Einsatzes der Kommunikation in den Alltag braucht mehr Unterstützung

2 Implementierung

- Heterogene Gruppe, größte Gruppe ASS, viele seltene Erkrankungen
- Versorgung mit Hilfsmittel z. T. langwierig
- 127 Patient:innen mit CM und PT, 111 mit UK-Therapie versorgt
- CM als ‚Erfolgsgarant‘
- Hohe Anforderungen an Qualifikation der UK-Therapeut:innen

3 Primäre, sekundäre und weitere Outcomes

- pragmatische Kommunikationsfähigkeit: Werte im niedrigen Bereich; keine sign. Unterschiede zwischen NVF (ca. 20 Therapien) und SV; uV sign. besser
- Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel in der NVF sign. besser als SV und uV
- Lebensqualität: keine sign. Unterschiede; NVF-Patient:innen zeigen seltener Frustration, Aggression, selbstverletzendes Verhalten
- Teilhabe: auch abhängig von der Kommunikationsfähigkeit; keine sign. Unterschiede zw. NVF und SV; uV sign. schlechter; NVF-Patient:innen sind mehr in Interaktion mit anderen
- Nutzungskompetenz: NVF höher als SV, eigenständige Nutzung sign. höher, wird auf PT zurückgeführt; Akzeptanz der KH Bezugspersonen: 4 von 5 Werte in NVF höher als in der SV-Gruppe, 3 sign.; Akzeptanz UK-Nutzer:innen: NVF-Mittelwerte höher als SV, nicht sign.; niedrige Akzeptanz fachl. Bezugspersonen hat Auswirkungen auf die Intervention; Einsatz des Hilfsmittels im Alltag: 4 von 7 Items sign. besser in der NVF

4 Kontextfaktoren

- Unterschiedliche Einstellungen zu UK mit Auswirkungen auf die Intervention (z.T. geringe Akzeptanz des Hilfsmittels in den Einrichtungen)
- Versorgungsprozesse verlaufen sehr unterschiedlich
- Große Abhängigkeit von den Bezugspersonen (Zeit, Motivation, Vorerfahrung mit UK)
- Zusammenarbeit der Beteiligten als wichtiger Faktor
- Fortschritte abhängig von den Auswirkungen/ der Schwere der Beeinträchtigungen sowie Zusammenarbeit und Motivation der Bezugspersonen

5 Wirkweisen & Änderungsbedarf

- Unterstützung im Versorgungsprozess bei fast allen Items in der NVF besser als in der SV-Gruppe, Ausnahme: kein Unterschied bei der Beantragung des Hilfsmittels (gleiche Leistung)
- Erfahrungen überwiegend positiv (bedarfsgerechte Versorgung, Transfer in den Alltag, Zusammenarbeit, Kontinuität)
- Bessere Kommunikation mit Ärzt:innen und KK

Abb. 7: Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

Alle Einzelergebnisse finden sich in einer tabellarischen Übersicht im Anhang 2; die wichtigsten Ergebnisse werden in Abb. 7 gezeigt. Die verschiedenen Themenblöcke ergeben sich aus der Einordnung der formativen und summativen Ergebnisse in das Modell zur Evaluation komplexer Interventionen (Moore et al., 2015). Das Modell wurde so modifiziert, dass neben der Prozessevaluation (Implementierung, Wirkweisen der Implementierung und Kontextfaktoren) auch die summative Evaluation der Outcomes und der identifizierte Anpassungsbedarf dargestellt werden können. (Die Synthese der formativen und summativen Ergebnisse werden in Abb. 7 im EB gezeigt).

Im Folgenden werden die qualitativen und quantitativen Ergebnisse zu folgenden Teilaspekten vorgestellt (Übersicht rechts):

6.1 Ausgangslage vor der Intervention

In den Fokusgruppeninterviews wird beschrieben, dass die Identifizierung von UK-Bedarf und die **Versorgung sehr von Zufall geleitet** seien, **Zuständigkeiten und Bewilligung seien nicht transparent** und der Erfolg der Versorgung abhängig von der Motivation und den Ressourcen der beteiligten Bezugspersonen. Zudem wird **fehlende Kontinuität** in der Zusammenarbeit bemängelt; des Weiteren fehle es an Wissen, Verständnis und Akzeptanz von UK.

Nach der Einschätzung der Teilnehmenden der Fokusgruppeninterviews wäre mehr Zusammenarbeit der Beteiligten hilfreich, mehr Begleitung würde die Aussicht auf wirksame Versorgungen erhöhen (**Alltagstransfer braucht Begleitung**). Es werden eine **Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen** gefordert und **mehr UK-Inhalte in der Ausbildung von Therapeut:innen** (ausführlich im EB, S. 41ff.).

6.2 Implementierung der NVF

Alle 127 NVF-Patient:innen (**heterogene Gruppe** u.a. Autismusspektrumstörungen, 29,1 %, spezifische genetische Syndrome, 17,3 %, nicht näher beschriebene Entwicklungsstörungen, 16,5 %) haben Case Management und Patiententraining erhalten, 111 UK-Therapie, davon 87 mit 20 Einheiten, 17 mit 10-19 Einheiten, 7 mit 1-9 Einheiten. Die Therapiedauer lag zwischen 3 und 27 Monaten, in 50 % der Fälle lag die Dauer unter 12 Monaten.

Verzögerungen und Abweichungen haben sich durch **langwierige Versorgungen mit dem Hilfsmittel**, durch die Pandemie, aber auch durch krankheits- und urlaubsbedingte Abwesenheiten der Patient:innen ergeben. Therapien wurden oft im häuslichen/ Arbeitsumfeld oder pandemiebedingt in Form von Tele-Therapie durchgeführt und nicht – wie geplant – in den Kompetenzzentren.

Im Hinblick auf die Ressourcen werden hohe **Anforderungen an die Qualifikation der UK-Therapeut:innen**, aber auch an die Ausstattung der Einrichtungen gestellt. Das Case Management wird als zeitintensiv, aber auch als **„Erfolgsgarant“** für die Umsetzung der Maßnahmen beschrieben.

Ergebnispräsentation

6.1 Ausgangslage

6.2 Implementierung

6.3 Primäre, sekundäre und weitere Outcomes

6.4 Kontextfaktoren

6.5 Wirkweisen & Änderungsbedarf

71 % aller Patient:innen waren im Alter von 3 bis 14 Jahren, 1 % (1 Fall) unter 3 Jahren, 13 % in der Altersgruppe zwischen 15 und 29, 12 % zwischen 30 und 59 und 3 % über 60 (s. Tab. 4).

6.3 Primäre, sekundäre und weitere Outcomes (zentrale Ergebnisse)

Zur differenzierten Einschätzung der **pragmatischen Kommunikationsfähigkeit** (primäres Outcome) wurde zwischen eher fortgeschrittenen pragmatischen Kommunikationsfähigkeiten (z.B. neue Themen in ein Gespräch einbringen, etwas erklären, Subskala 1) und weniger fortgeschrittenen pragmatischen Kommunikationsfähigkeiten unterschieden (z.B. Begrüßen und Verabschieden, zwischen Gegenständen oder Aktivitäten wählen, Subskala 2). In einer Proxy-Befragung geben die fachlichen Bezugspersonen auf einer Skala 0/sehr schlecht – 4/sehr gut Folgendes an: Fortgeschrittene pragmatische Kommunikationsfähigkeit (Subskala 1) sind in NVF und SV **sehr schlecht bis schlecht ausgeprägt**⁵. In beiden Gruppen ist zum T1-Zeitpunkt ein leichter Anstieg zu beobachten. Zum T2-Zeitpunkt steigt der Mittelwert in der NVF-Gruppe weiter an, während er in der SV-Gruppe wieder leicht absinkt. Der Mittelwert in der uV liegt mit 1,44 über den Mittelwerten der NVF und der SV und deutet auf schlecht bis mittelmäßig ausgeprägte kommunikative Fähigkeiten in dieser Gruppe hin. In Bezug auf die Intervention lässt sich anhand der Mittelwertverläufe ableiten, dass **vor allem die UK-Therapie (Zeitraum zwischen T1 und T2) zum positiven Verlauf in der NVF beiträgt**, da sich die Entwicklung der beiden Gruppen erst nach T1 unterscheidet (Abb. 8).

Die Varianzanalysen liefern keinen signifikanten Unterschied zwischen NVF- und SV-Gruppe⁶. Beim Vergleich der NVF- und uV-Paare zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($F(1, 160) = 5,880, p = 0,016^*$, partielles $\eta^2 = 0,035$). UK-Nutzer:innen in der uV-Gruppe haben signifikant bessere fortgeschrittene pragmatische Kommunikationsfähigkeiten als UK-Nutzer:innen in der NVF-Gruppe. Dass die uV-Gruppe ein signifikant besseres Ergebnis aufweist als die NVF-Gruppe, kann mit zwei Ansätzen erklärt werden: Zum einen fand die Hilfsmittelversorgung in der historischen Vergleichsgruppe uV zwischen 2014 und 2018 statt, demnach nutzen diese UK-Nutzer:innen das Hilfsmittel wesentlich länger als UK-Nutzer:innen in der NVF. Zum anderen ist aufgrund der Rücklaufquote (27 %) in der Befragung der uV-Gruppe und der Rekrutierung über die Krankenkasse, die das UK-Hilfsmittel bewilligt hat, eine Positivselektion von UK-Nutzer:innen wahrscheinlich, die das UK-Hilfsmittel kontinuierlich nutzen. Auch sozial erwünschtes Antwortverhalten gegenüber der Krankenkasse kann nicht ausgeschlossen werden, um die Kommunikationshilfe nicht zurückgeben zu müssen.

Weniger fortgeschrittene pragmatische Kommunikationsfähigkeit (Subskala 2): Die **Mittelwerte liegen erwartungsgemäß etwas höher** als Subskala 1 und liegen im Bereich schlecht bis mittelmäßig⁷, bilden aber auch den Schweregrad der kommunikativen Beeinträchtigungen der Personengruppe ab (Abb. 8). Auch bei dieser Subskala ist in beiden Gruppen zum T1-Zeitpunkt ein Anstieg zu beobachten. Zum T2-Zeitpunkt steigen die Mittelwerte in beiden Gruppen weiter an, der Anstieg in der NVF ist deutlicher. Der Mittelwert in der uV-Gruppe liegt auch bei weniger fortgeschrittenen kommunikativen Fähigkeiten über den Mittelwerten der NVF- und der SV-Gruppe und deutet auf mittelmäßig bis gut ausgeprägte Fähigkeiten in dieser Gruppe hin. In Bezug auf die Intervention lässt sich anhand der Mittelwertverläufe der Subskala 2 ableiten, dass auch hier **vor allem die UK-Therapie für eine positive Entwicklung von Bedeutung** ist.

⁵ NVF: $M = 0,36 (SD = 0,60)(T0), M = 0,65 (SD = 0,69)(T1), M = 0,90 (SD = 0,91)(T2)$;
SV: $M = 0,35 (SD = 0,80)(T0), M = 0,69 (SD = 0,98)(T1), M = 0,65 (SD = 0,74)(T2)$

⁶ ($F(1, 159) = 1,146, p = 0,286$, partielles $\eta^2 = 0,007$), jedoch zeigte sich eine Wechselwirkung zwischen dem Messzeitpunkt und den Versorgungsformen ($F(1,159) = 8,460, p = 0,004^*$, partielles $\eta^2 = 0,051$)

⁷ NVF: $M = 1,34 (SD = 1,07)(T0), M = 1,76 (SD = 1,04)(T1), M = 2,11 (1,13)(T2)$;
SV: $M = 1,25 (SD = 1,03)(T0), M = 1,69 (SD = 1,14)(T1), M = 1,84 (SD = 0,99)(T2)$; uV: $M = 2,52 (T2)$

Die Varianzanalysen zeigen keinen signifikanten Unterschied zwischen NVF und SV ($F(1, 159) = 0,917, p = 0,340$, partielles $\eta^2 = 0,006$); auch nicht zwischen NVF und uV ($F(1, 160) = 2,647, p = 0,106$, partielles $\eta^2 = 0,16$). Sensitivitätsanalysen (Stratifizierung nach dem Alter, nach Art der Behinderung) zeigen ebenfalls keinen signifikanten Haupteffekt hinsichtlich der Gruppenzugehörigkeit (ausführlich zu den quantitativen Analysen, s. EB ab S. 70).

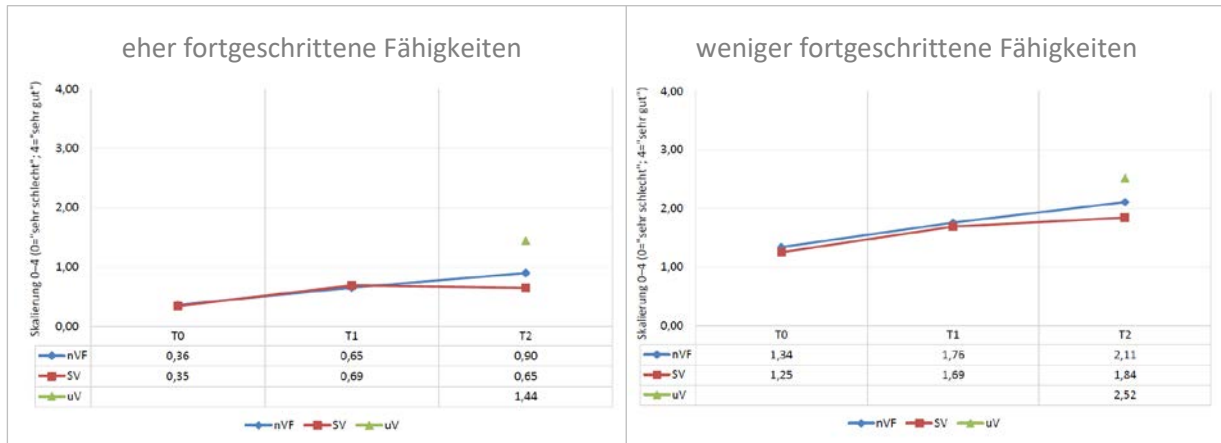


Abb. 8: Mittelwerte der Skalen Pragmatische Kommunikationsfähigkeit in den Gruppen nVF (n=81), SV (n=81) und uV (n=81) (EB, Abb. 16/ 17)

Die qualitativen Erhebungen zeigen, dass die Beteiligten die Intervention **überwiegend als wirksam wahrnehmen** und dass die Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit **stark abhängig ist von den physischen und psychischen Einschränkungen der UK-Nutzer:innen**. Einige Patient:innen können mit der Kommunikationshilfe Erlebnisse, Erfahrungen und Bedürfnisse äußern und werden so auch von mehreren Personen im Umfeld verstanden:

„Und dieses Kind ist tatsächlich in der Lage, dann in solchen Situationen wirklich grammatikalisch richtige Sätze mit dem Gerät zu bilden, ne? Also ich möchte bitte Tee trinken. So, ne? Und ohne das wäre sie überhaupt nicht in der Lage, in ... also so deutlich etwas auszudrücken“ (B1BT1M#1, UK-Therapeut:in, 42, EB, 76)

Weitere Ausführungen und Zitate zu den qualitativen Daten zur pragmatischen Kommunikationsfähigkeit, s. EB ab S. 74).

Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel (sekundäres Outcome): Erfasst wurde die Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel zu T1 (4 Wochen nach Hilfsmittelerhalt) und zu T2 (4 Monate nach Hilfsmittelerhalt), Skala 1/überhaupt nicht zufrieden – 5/sehr zufrieden. Die quantitativen Auswertungen ergeben keine statistisch signifikanten Unterschiede nach Hilfsmittelerhalt (bis dahin ist die Versorgung gleich); allerdings zeigen sowohl **private als auch fachliche Bezugspersonen zu T2 eine signifikant höhere Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel**; in der uV-Gruppe wurde nur die Perspektive der privaten Bezugspersonen erfasst, hier zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zu T2: Private Bezugspersonen von UK-Nutzer:innen in der NVF-Gruppe berichten eine signifikant höhere Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel als in der uV-Gruppe. (Abb. 9).⁸

⁸ Private Bezugspersonen, T2: NVF $M = 4,00$ ($SD = 0,63$), SV $M = 3,72$ ($SD = 0,65$), uV = $3,66$ ($SD = 0,76$); NVF – SV ($F(1, 180) = 7,265, p = 0,008^*$, partielles $\eta^2 = 0,039$); NVF – uV ($F(1, 303) = 19,081, p < 0,001^{**}$, partielles $\eta^2 = 0,059$); fachliche Bezugspersonen, T2: NVF $M = 4,04$ ($SD = 0,59$), SV $M = 3,85$ ($SD = 0,67$); NVF – SV ($F(1, 181) = 4,799, p = 0,030^*$, partielles $\eta^2 = 0,026$)

Die qualitativen Erhebungen zeigen insgesamt eine **recht hohe Zufriedenheit mit der Passung und Bedienbarkeit des Hilfsmittels** (ausführliche Ergebnisse zu den quantitativen und qualitativen Ergebnissen zur Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel, S. EB ab S. 80).

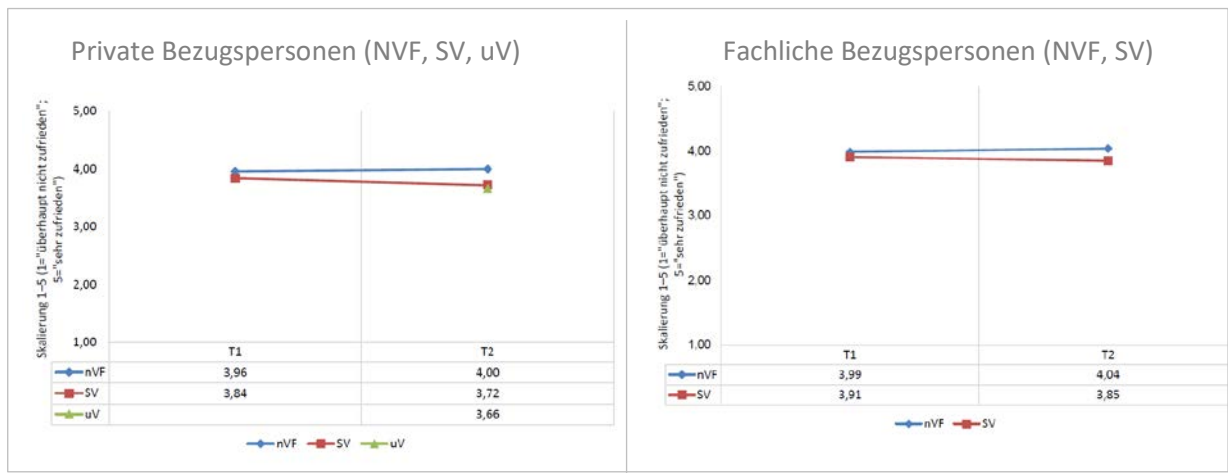


Abb. 9: Mittelwerte der Skala QUEST 2.0 aus Sicht der privaten Bezugspersonen in den Gruppen nVF (T1 N=109; T2 N=110), SV (T1 n=74; T2 n=74) und uV (n=190) und aus Sicht der fachlichen Bezugspersonen in den Gruppen nVF (T1 n=110; T2 n=110), SV (T1 n=74; T2 n=74) und uV (n=190) (EB, Abb. 20/ 21)

Gesundheitsbezogene Lebensqualität (sekundäres Outcome, Proxy, private Bezugspersonen, erfasst mit DISABKIDS, Raw Score 0-100): Die quantitativen Auswertungen ergeben keinen statistisch signifikanten Effekt der Intervention. Nach einer weitgehend gleichbleibenden Entwicklung zu T1 **verbesserte sich die Lebensqualität in der NVF-Gruppe zu T2 geringfügig**, während sie in der SV-Gruppe geringfügig abnahm. Der Mittelwert in der historischen Vergleichsgruppe uV liegt zu T2 unter den Mittelwerten der NVF- und SV-Gruppe; die Varianzanalyse zeigt keinen signifikanten Unterschied⁹ (Abb. 10).

Die qualitativen Erhebungen zeigen auf, wie sich verbesserte Kommunikationsfähigkeiten auf die Lebensqualität auswirken: Patient:innen zeigten **seltener Frustration, Aggression oder selbstverletzendes Verhalten**, wie das folgende Zitat einer Mutter widerspiegelt.

„Und sie [in der Gruppe] wissen, was sie möchte. Nicht nur kratzen, bis sie blutet. Ja? Und ich denke, das ist eine sehr super (...?). Ja, dass sie endlich eine andere Form noch von Kommunikation jetzt hat. Nicht nur kratzen und weinen oder, oder, oder. Also ich finde das super alles.“ (B1BT1B#1, Mutter, 175; EB, 77)

Die berichteten positiven Entwicklungen wurden in Dimensionen wahrgenommen, die mit dem Instrument zur Messung der Lebensqualität nicht erfasst werden konnten (ausführliche Ergebnisse zu den quantitativen und qualitativen Ergebnissen zur Lebensqualität, S. EB ab S. 76).

⁹ NVF: $M = 59,51$ ($SD = 20,67$)(T0), $M = 60,46$ ($SD = 20,78$)(T1), $M = 62,59$ ($SD = 17,72$)(T2);

SV: $M = 57,35$ ($SD = 19,43$)(T0), $M = 59,35$ ($SD = 17,49$)(T1), $M = 57,53$ ($SD = 18,07$)(T2); uV: $M = 54,60$ (T2); NVF – SV ($F(1, 159) = 0,916$, $p = 0,340$, partielles $\eta^2 = 0,006$); NVF – uV ($F(1, 160) = 3,522$, $p = 0,062$, partielles $\eta^2 = 0,022$)

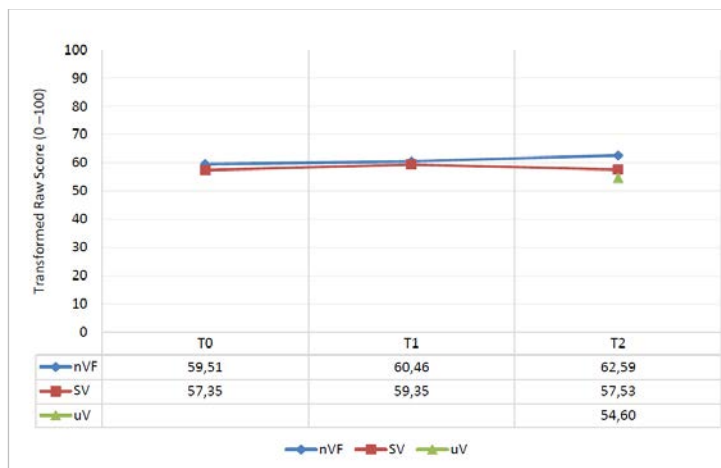


Abb. 10: Mittelwerte der Skala DISABKIDS (Lebensqualität) in den Gruppen nVF (n=81), SV (n=81) und uV (n=81) (EB, Abb. 18)

Teilhabe (sekundäres Outcome, Proxy, private Bezugspersonen, erfasst mit WHODAS 2.0, 0/keine Einschränkung – 100 sehr starke Einschränkung/nicht möglich): Nach einer gleichermaßen positiven Entwicklung zu T1 **verbesserte sich die Teilhabe in der NVF-Gruppe zu T2 etwas deutlicher** als in der SV-Gruppe (Abb. 11). Es ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen NVF und SV; jedoch zwischen NVF und uV; UK-Nutzerinnen in der uV-Gruppe haben eine signifikant schlechtere Teilhabe als UK-Nutzer:innen in der NVF-Gruppe.¹⁰

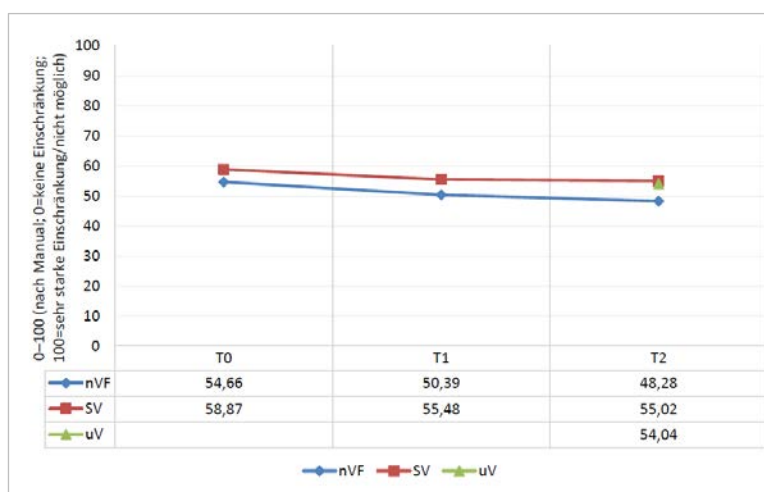


Abb. 11: Mittelwerte der Skala WHODAS 2.0 (Teilhabe) in den Gruppen nVF (n=81), SV (n=81) und uV (n=81) (EB, Abb. 19)

Die qualitativen Erhebungen geben Hinweise darauf, dass sich die **Teilhabe auch in enger Abhängigkeit zur kommunikativen Kompetenz** entwickelte. Patient:innen seien **weniger zurückgezogen und mehr in Interaktion** mit anderen Personen:

„Und also jetzt bei dem jetzigen Schüler, der hat unheimlich Fortschritte gemacht, weil der am Anfang ist der auch irgendwie angefangen halt, ich, Auto. Und dann haben wir

¹⁰ NVF: $M = 54,66$ ($SD = 21,43$)(T0), $M = 50,39$ ($SD = 22,17$)(T1), $M = 48,28$ ($SD = 22,09$)(T2); SV: $M = 58,87$ ($SD = 19,89$)(T0), $M = 55,48$ ($SD = 22,29$)(T1), $M = 55,02$ ($SD = 21,23$)(T2); uV: $M = 54,04$ (T2). NVF – SV ($F(1, 159) = 1,618$, $p = 0,205$, partielles $\eta^2 = 0,010$); NVF – uV ($F(1, 160) = 5,361$, $p = 0,022^*$, partielles $\eta^2 = 0,032$)

halt ganz viel so modelliert, [...] Und dadurch hat der ganz schnell, also war ich fasziniert, auch durch die elektronische Hilfe, er konnte das ganz schnell umsetzen, er hat ganz schnell Mehrwortsätze gemacht. Und mittlerweile macht er spontan Kommentare von sich in der Klasse. Wo ich völlig platt bin, was er vorher überhaupt nicht konnte. Also man merkt auch so, die Gruppe reagiert ganz toll drauf.“ (B4AT1B#2, Lehrer, 35; EB, S. 75)

Ausführliche Ergebnisse zu den quantitativen und qualitativen Ergebnissen zur Teilhabe, S. EB ab S. 78).

Ergebnisse der formativen Evaluation

Akzeptanz, Nutzungskompetenz und Einsatz der neuen Kommunikationsform im Alltag (Skala: 0/stimme nicht zu – 4/stimme voll und ganz zu, ausführlich im EB ab S. 84): Die quantitativen Auswertungen ergeben in der Selbsteinschätzung der **Bezugspersonen bei einigen Aspekten eine statistisch signifikant höhere Akzeptanz in der NVF-Gruppe im Vergleich zur SV-Gruppe** (NVF $M = 3,23$ ($SD = 0,77$); SV $M = 3,09$ ($SD = 0,85$), $p = 0,156$); in der proxy-eingeschätzten Akzeptanz der UK-Nutzer:innen liegen die Werte höher als in der SV-Gruppe, sind aber nicht signifikant (Beispielitem: „Bei der Verwendung der neuen Kommunikationsform wirkt die Person nicht so oft frustriert wie bei anderen Kommunikationsformen.“ NVF $M = 2,25$ ($SD = 1,23$); SV $M = 2,09$ ($SD = 1,16$), $p = 0,217$).

Die qualitativen Auswertungen zeigten eine **überwiegend als hoch wahrgenommene Akzeptanz der UK-Nutzer:innen** als auch der Bezugspersonen und unterstreichen die **Relevanz von Akzeptanz für die Nutzung**, wie das folgende Zitat eines Lehrers zeigt:

„Ja, und zu sehen, die Fortschritte, die kommen und auch, was ich jetzt in dem Fall besonders toll finde, diese eigene Akzeptanz, Notwendigkeit, ich benutze das jetzt und ich komme zu ... werde von meinem Umfeld auch wahrgenommen, das ist einfach toll, was da dann für ein Prozess möglich war.“ (B4AT1B#2, Lehrer, 253, EB, S. 87)

Probleme in der Akzeptanz bei einigen fachlichen Bezugspersonen wurden ebenfalls berichtet und diese wirkten sich stark auf den Erfolg aus.

Nutzungskompetenz und Einsatz der neuen Kommunikationsform im Alltag: Die quantitativen Auswertungen ergeben bei den Items der Nutzungskompetenz **durchweg höhere Werte in der NVF-Gruppe im Vergleich zur SV-Gruppe**, bei einem Item zeigt sich ein **signifikanter Unterschied: eigenständige Nutzung der Kommunikationshilfe** (NVF $M = 2,19$ ($SD = 1,28$), SV $M = 1,85$ ($SD = 1,27$), $p = 0,024^*$).

In den Interviews wird die Nutzungskompetenz insgesamt eher positiv beschrieben und insbesondere **auf das Patiententraining zurückgeführt**: Das Patiententraining sei besonders dann wichtig, wenn Bezugspersonen keine Vorerfahrungen mit UK haben. **UK-Therapie sei wirksam für den Transfer der Hilfsmittelnutzung in den Alltag**; die **Nutzungskompetenz ist auch abhängig von den kognitiven und motorischen Einschränkungen der Patient:innen**. Probleme in der Nutzung betreffen Überforderung der Bezugspersonen mit der Kommunikationsform. UK-Nutzer:innen geben an, dass die Kommunikationshilfe viel in der Alltagskommunikation genutzt wird (häusliches und Arbeitsumfeld) und dass z. T. längere (Gesprächs-) Beiträge vorbereitet und dann ‚erzählt‘ werden.

Beim Einsatz der neuen Kommunikationshilfe im Alltag sind vier von sieben Items signifikant besser in der NVF (z. B. Person hat zahlreiche Gelegenheiten, die neue Kommunikationsform zu nutzen NVF $M = 2,91$ ($SD = 1,01$), SV $M = 2,54$ ($SD = 1,03$), $p = 0,001^*$). Dieses Ergebnis kann als deutlicher Hinweis darauf verstanden werden, dass sowohl die Bezugspersonen als auch die UK-Nutzer:innen der NVF-Gruppe die Kommunikationshilfe im Alltag häufiger und effektiver einsetzen als in der SV-Gruppe.

NVF-Compliance wird als abhängig von der Motivation, insbesondere der fachlichen Bezugspersonen beschrieben, da die NVF für sie mit viel Aufwand verbunden ist. Es wurde auch beschrieben, dass die Kommunikationshilfen z. T. nicht am Arbeitsplatz (in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung) genutzt werden durften (ausführlich im EB ab S. 92).

6.4 Kontextfaktoren

Durch die Kontextfaktoren können Gründe für die positive oder negative Wirkweise der NVF abgeleitet und die Heterogenität der Stichprobe abgebildet werden (ausführlich im EB ab S. 93). Folgende Aspekte wurden näher betrachtet:

- **Vorerfahrungen der Patient:innen mit UK:** keine signifikanten Unterschiede, allerdings haben UK-Nutzer:innen aus der **NVF-Gruppe geringere Vorerfahrungen** mit UK als SV und uV;
- **Einstellungen der Stakeholder zu UK:** Berichtet werden **positive und negative Einstellungen der Bezugspersonen gegenüber der NVF**, z. B. Offenheit und Motivation, UK zu lernen und anzuwenden, aber auch Skepsis aufgrund des hohen Aufwands, z. T. überhöhte Erwartungen an die KH, ausgeprägter Wunsch, dass das eigene Kind sprechen lernt;
- **Technikbereitschaft:** keine Signifikanz, in qualitativen Interviews nicht thematisiert;
- **Rahmenbedingungen:** Regelungen zu Zuständigkeiten (z. B. durch Beratungspflicht) werden als unzureichend wahrgenommen, z. T. unklar, bei welchen Indikationen ein UK-Bedarf bestehe, **Hilfsmittelversorgung über die Krankenkassen würde sehr unterschiedlich verlaufen**, dazu ein Zitat:

„Genau, dass die Versorgungen nicht glatt laufen, von Seiten der Kasse, das haben wir im Moment tatsächlich sehr häufig, ne? Dass Teile nicht genehmigt werden, dass durch andere Firmen versorgt wird, als wir (räuspert sich) uns das wünschen. Oder wir empfohlen haben. Und das bindet schon auch viel Kapazität, ja. [...] In vielen Fällen [...], dass [...] erst Erprobungen genehmigt werden und dann wird nach der Erprobung nicht trotz noch mal Stellungnahme nicht in eine dauerhafte Versorgung überführt. Das heißt, ich hab jetzt einen Fall, der liegt seit vier Wochen brach. Das Gerät wurde wieder abgeholt und wir können nicht weitermachen. [...] Und jetzt stehen wir halt ohne da. Und es passiert nichts. Ne? Also die Firma hat noch mal nachgehört. Ich hab einen Bericht geschrieben. Der Kindergarten hat einen Bericht geschrieben. Und wir warten seit jetzt acht Wochen fast.“ (B1BT1M#1, UK-Therapeut:in, 98, EB, 98)

- (weiter zu Rahmenbedingungen) zeitliche Ressourcen aller Beteiligten als kritischer Faktor für die planmäßige Durchführung der Intervention; aus den Einzelinterviews mit UK-Nutzer:innen: Hilfen waren z. T. nicht geladen und konnten nicht genutzt werden (**Abhängigkeit von den Bezugspersonen**);
- **Zusammenarbeit und Kommunikation der Stakeholder:** Zusammenarbeit verläuft sehr unterschiedlich, positive wie negative Erfahrungen berichtet, z. B. **Zusammenarbeit als wichtiger Faktor** für das Gelingen der Intervention, hat oft gut funktioniert, aber auch Probleme in der Kommunikation mit Krankenkassen und Hilfsmittelfirmen, Transfer ins häusliche Umfeld z. T. erschwert;
- **Belastungen der privaten Bezugspersonen:** oft hohe Belastung mit Einfluss auf die Umsetzung der Intervention im Alltag;
- **Eigenschaften der Patient:innen haben großen Einfluss auf die Intervention und Entwicklungsfortschritte:** sehr heterogene Gruppe mit sehr unterschiedlichen Herausforderungen (kognitive oder motorische Einschränkungen; Verhaltensweisen, die mit Autismusspektrumstörungen assoziiert werden).

6.5 Wirkweisen und Änderungsbedarf (NVF und allgemeine Versorgungssituation)

Erfahrungen mit der NVF (ausführlich im EB, S. 54-70): Bewertung von Diagnostik & Beratung: signifikant besser in der SV-Gruppe: NVF (n = 193): $M = 3,68$ ($SD = 0,49$), SV (n = 123): $M = 3,72$ ($SD = 0,53$), $p = 0,037^*$; Bewertung PT und UK-Therapie ähnlich positiv wie Diagnostik & Beratung (n = 108): $M = 3,46$ ($SD = 0,53$); (n = 110): $M = 3,59$ ($SD = 0,53$); Bewertung des CM/der Unterstützung, Skala 0/keine – 5/sehr viel, T1 und T2, NVF und SV im Vergleich: Die **Unterstützung wird bei 5 der insg. 6 Items signifikant besser in der NVF-Gruppe bewertet**, z.B. „Wie viel Unterstützung haben Sie während der UK-Versorgung von der Beratungsstelle erhalten bei der Verfolgung des festgelegten Ziels der UK-Versorgung?“ NVF (n = 165): $M = 2,88$ ($SD = 1,06$); SV (n = 85): $M = 1,91$ ($SD = 1,52$), $p < 0,001^{**}$; keinen signifikanten Unterschied gab es bei der Unterstützung der Beantragung der Kommunikationshilfe (da dies Leistung des SV ist und somit beide Gruppen gleich betrifft sowie häufig durch die gleichen UK-Therapeut:innen erfolgte).

Erhebung der Unterstützungsbedarfe: T1 und T2, NVF und SV im Vergleich: Bezugspersonen der NVF geben bei 9 von 10 Items geringere ungedeckte Unterstützungsbedarfe an (außer bei der Beantragung der Kommunikationshilfe, wird auch über SV abgedeckt).

Gesamtbewertung der UK-Versorgung: 48,6 % der NVF-Bezugspersonen schätzen den Nutzen höher ein als den Aufwand, 34,3 % geben an, dass sich Nutzen und Aufwand die Waage halten; in der SV-Gruppe 45,9 % und 32,1 %, wobei zu beachten ist, dass der Aufwand in der SV-Gruppe deutlich geringer war. In den Interviews werden **überwiegend positive Erfahrungen berichtet (Zusammenarbeit, Austausch über Bedarf und Ziele, bedarfsgerechte Versorgung, Transfer in den Alltag, gute/ kontinuierliche Betreuung)**; andere Erfahrungen: z. T. wurden Kommunikationshilfen nicht so eingesetzt, wie geplant (z. B. nur für Schulaufgaben und nicht für Kommunikation), z. T. mangelnde Motivation und Überforderung der Bezugspersonen. Angaben der UK-Nutzer:innen: Die Befragten geben an, dass sie vorher anders kommuniziert hätten und es ihnen durch die neue Kommunikationsform nun z. T. leichter fiel, sich mitzuteilen und dass sie durch die NVF **neue kommunikative Möglichkeiten** besitzen, wie beispielsweise Einkaufszettel und Briefe zu schreiben, selbständig im Café zu bestellen und in der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen über das Wochenende zu berichten.

Veränderungen des Arbeitsaufwands und -ablaufs: hoher Personalaufwand für UK-Therapeut:innen und fachliche Bezugspersonen, viel Organisation dadurch, dass Therapien im Umfeld der Patient:innen stattfinden und – pandemiebedingt – durch verschiedenen Einschränkungen und Auflagen; aufwendige Einarbeitung in die verschiedenen Kommunikationsformen; hoher Zeitaufwand für die privaten Bezugspersonen, um die Hilfe im Alltag einzusetzen.

Nicht intendierte Wirkungen: Es wurden positive und negative Wirkungen berichtet (Beispiele positiv: neues UK-Wissen konnte auch an andere Kinder mit UK-Bedarf weitergegeben werden, der Kontakt der Kinder untereinander hat sich verbessert; negativ: erhöhter Organisationsaufwand, z.T. lange Fahrtwege).

Veränderungen der Wünsche: Grundlage bilden die vor der Intervention geäußerten Wünsche (s. Ausgangslage): mehr Zusammenarbeit der Beteiligten: in den meisten Fällen erreicht, z. T. durch NVF erstmalig initiiert, Wunsch nach besserer Kommunikation mit Ärzt:innen und Krankenkassen besteht weiterhin; mehr Begleitung: durch CM ermöglicht, PT allein würde nicht ausreichen; Unsicherheit/ Sorge, da die benötigte Unterstützung nach Projektende wegfällt; mehr Transfer in den Alltag: in den meisten Fällen erreicht, die Aussicht auf die mittelfristige Unterstützung durch PT und Therapie habe den Transfer besser gesichert.

Anpassungsbedarf (im EB ab S. 102)

- UK-Versorgung sollte früher ansetzen
- Intensivere Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten
- Flexiblere Anpassung der Intervention an individuelle Bedarfe und Gegebenheiten aufgrund hoher Heterogenität
- Stärkere Sensibilisierung für und mehr Wissen über UK bei allen Beteiligten, vor allem bei Ärzt:innen, aber auch in der Ausbildung von Sprachtherapeut:innen
- Weiterführung des Case Managements nach Therapieende bei Transitionsprozessen (Kita/Schule; Schule/Werkstatt; Klinik/Reha-Zentrum bzw. Pflegeheim).

Zusammenfassung der Ergebnisse in Anlehnung an die Forschungsfragen, S. 8)

Summative Evaluation

(1) Die UK-Nutzer:innen der NVF weisen im Hinblick auf die pragmatischen Kommunikationsfähigkeiten eher niedrige Werte auf; es wurde keine signifikanten Unterschiede zwischen der NVF- und der SV-Gruppe festgestellt; die Werte der uV-Gruppe waren signifikant besser. Im Vergleich der NVF- und SV-Gruppen lassen sich Tendenzen erkennen, die auf eine positive Entwicklung der NVF-Gruppe deuten. Die qualitativen Erhebungen zeigen, dass die Beteiligten die Intervention überwiegend als wirksam wahrnehmen, auch wenn die Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit oftmals stark abhängig ist von den physischen und psychischen Einschränkungen der UK-Nutzer:innen.

(2) Bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Die qualitativen Erhebungen zeigen auf, dass die Lebensqualität sich in Folge einer Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit in einigen Fällen positiv entwickelte. Die berichteten positiven Entwicklungen wurden in Dimensionen wahrgenommen, die das quantitative Instrument zur Messung der Lebensqualität nur teilweise aufgriff.

(3) Teilhabe: Die quantitativen Auswertungen ergeben keinen statistisch signifikanten Effekt zwischen der NVF- und SV-Gruppe. Nach einer gleichermaßen positiven Entwicklung zu T1 verbesserte sich die Teilhabe in der NVF-Gruppe zu T2 etwas deutlicher als in der SV-Gruppe. Die UK-Nutzer:innen der uV-Gruppe haben eine signifikant schlechtere Teilhabe als die UK-Nutzer:innen der NVF-Gruppe. Die qualitativen Erhebungen zeigen, dass sich die Teilhabe in enger Abhängigkeit zur Kommunikationsfähigkeit entwickelte. Die Intervention ermöglichte laut Interviews mehr Interaktionen mit Personen im Umfeld sowie mehr Integration und Autonomie und wurde daher überwiegend als teilhabeförderlich betrachtet.

(4) Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel: Die quantitativen Auswertungen ergeben einen statistisch signifikanten Effekt der Intervention auf die Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel: Bezugspersonen der NVF berichten eine signifikant höhere Zufriedenheit als die Bezugspersonen der SV- und uV-Gruppe. Die qualitativen Erhebungen zeigen insgesamt eine recht hohe Zufriedenheit mit der Passung und Bedienbarkeit des Hilfsmittels.

Formative Evaluation

(1) Wird die neue Kommunikationshilfe von UK-Nutzer:innen und Bezugspersonen akzeptiert und regelmäßig genutzt? Wie kompetent sind die UK-Nutzer:innen und Bezugspersonen im Umgang mit der Kommunikationshilfe?

Akzeptanz: Die quantitativen Auswertungen ergeben in der Einschätzung der Bezugspersonen bei einigen Aspekten eine statistisch signifikant höhere Akzeptanz in der NVF-Gruppe im Vergleich zur SV-Gruppe; nicht aber in der proxy-eingeschätzten Akzeptanz der UK-Nutzer:innen.

Die qualitativen Auswertungen zeigten eine überwiegend als hoch wahrgenommene Akzeptanz der UK-Nutzer:innen als auch der Bezugspersonen und unterstreichen die Relevanz von Akzeptanz für die Nutzung. Probleme in der Akzeptanz bei einigen fachlichen Bezugspersonen wurden ebenfalls berichtet und diese wirkten sich stark auf den Erfolg aus.

Nutzung/Einsatz und Nutzungskompetenz: Die quantitativen Auswertungen ergeben bei allen Items der Nutzungskompetenz und des Einsatzes im Alltag durchweg höhere Werte in der NVF-Gruppe im Vergleich zur SV-Gruppe, Item ‚eigenständige Nutzung der Kommunikationshilfe‘ statistisch signifikant. In den qualitativen Ergebnissen wurde angegeben, dass die Nutzungskompetenz der UK-Nutzer:innen stark von der der Bezugspersonen abhängig sei, die teilweise auch von hohem Aufwand zum Erlernen der Kommunikationshilfe oder Überforderung berichteten; in den Einzelinterviews berichteten die UK-Nutzer:innen von einer hohen Nutzungshäufigkeit.

(2) Wie bewerten die Trainingsteilnehmer:innen das Patiententraining?

Die NVF-Gruppe bewertet das Patiententraining als äußerst positiv. In den qualitativen Ergebnissen wurde vor allem das Patient:innentraining als besonders hilfreich zur Förderung der Nutzungskompetenz und des Einsatzes der Kommunikationshilfe im Alltag hervorgehoben.

(3) Wie bewerten die UK-Nutzer:innen und Bezugspersonen die Therapie zur Sicherstellung des UK-Versorgungsziels? Wie hoch ist die Therapie-Compliance? Wie beurteilen die fachlichen Bezugspersonen (Therapeut:innen, UK-Berater:innen) die NVF und wie hoch ist deren Akzeptanz, Veränderungsbereitschaft und Zufriedenheit mit der Versorgung?

Die Bezugspersonen aus der NVF-Gruppe bewerten auch die UK-Therapie als sehr positiv. Die qualitativen Auswertungen ergaben, dass die Compliance zur Teilnahme an der Intervention stark von der Motivation insbesondere der Bezugspersonen abhinge und dass deren Compliance Einfluss hat auf die Compliance der UK-Nutzer:innen hätte. Die Teilnehmenden der qualitativen Erhebungen bewerten die Elemente der Intervention überwiegend als positiv und hilfreich und identifizieren die folgenden Wirkweisen: Bedarfsgerechtigkeit, Stärkung der Zusammenarbeit aller Beteiligten, Transfer der Kommunikation in den Alltag, Motivation und Steigerung der Nutzung der Kommunikationshilfe. Probleme in der Umsetzung entstünden durch mangelnde individuelle Motivation und Ressourcen der Beteiligten sowie durch Überforderung der Bezugspersonen. Insgesamt erreichte die Intervention eine hohe Akzeptanz bei den Beteiligten und trotz des höheren Aufwandes insb. für die fachlichen Bezugspersonen eine hohe Zufriedenheit mit der NVF.

(4) Wie beurteilen die UK-Nutzer:innen bzw. Bezugspersonen die Begleitung durch das Case Management?

Zur Einschätzung wurde erfasst, wie viel Unterstützung die Stakeholder erfahren haben und welche ungedeckten Unterstützungsbedarfe in den NVF- und SV-Gruppen berichtet wurden. Die Bezugspersonen in der NVF-Gruppe berichteten über signifikant mehr Unterstützung durch das UK-Kompetenzzentrum in nahezu allen Belangen im Vergleich zur SV-Gruppe. Bezugspersonen in der NVF berichteten zudem über durchweg signifikant weniger ungedeckte Unterstützungsbedarfe (bis auf die Beantragung des Hilfsmittels); das CM wird als ‚Erfolgsgarant‘ bezeichnet.

6.6 Weitere Projektergebnisse

Im Hinblick auf eine verbesserte Versorgung wurden wesentliche Eckpfeiler der Qualitätssicherung und Standardisierung der UK-Maßnahmen erarbeitet.

- a. **Handbuch für Qualitätsmanagement in der Unterstützten Kommunikation – HQM** (Berücksichtigung rechtlicher Rahmenvorgaben, vergleichbarer Leistungen der gesundheitlichen Versorgung und der ISO 9001:2015): beschreibt Qualitätsanforderungen für Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation, u.a. Qualifikationsvoraussetzungen für die Anerkennung als UK-Leistungserbringer, räumliche und sächliche Ausstattung der Leistungserbringer etc., aber auch mögliche Versorgungsstruktur mit UK-Kompetenzzentren, UK-Beratungsstellen und UK-Therapiepraxen. Das HQM findet sich in Anhang 3.
- b. **Notwendigkeit der „Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation“ als eigenständiges Heilmittel begründet**. Ein Entwurf mit Indikationen, und Diagnosegruppen entsprechend der Systematik der Heilmittelrichtlinien (2021) findet sich im Anhang 3.
- c. **Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der Unterstützten Kommunikation (ZQZ)¹¹** als übergeordnete Koordinations- und Kontrollstelle zum Aufbau einer geregelten und qualitätsgesicherten Versorgungsstruktur in Deutschland gegründet. Die Geschäftsordnung findet sich im Anhang 4.
- d. **Vorbereitung Evidenzsynthese** (Sachse, i. Vorb.): Langfristig wären weitere Empfehlungen (z. B. im Sinne einer med. Leitlinie) zu Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation hilfreich. Entsprechend wird auf der Grundlage von Metaanalysen und systematischen Reviews eine Evidenzsynthese zur Wirksamkeit von UK-Interventionen vorbereitet; orientiert an den GRADE-Empfehlungen (Langer et al., 2012) unter Berücksichtigung des AWMF-Regelwerks.

Mit der NVF und den beschriebenen Projektergebnissen ist die Grundlage für eine verbesserte und lückenlose Versorgung der Personengruppe mit komplexen Kommunikationsstörungen geschaffen.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Es wird deutlich, dass sich die NVF insgesamt als umsetzbar, zweckmäßig und angemessen erwiesen hat. Zudem können einige der unter ‚Ausgangslage‘ beschriebenen Probleme durch die NVF aufgelöst werden (kontinuierliche Begleitung/ Unterstützung, Zusammenarbeit, bedarfsgerechte Maßnahmen). Im Hinblick auf die Implementierung hat sich gezeigt, dass nicht jede Hilfsmittelversorgung mit (teuren) elektronischen Kommunikationshilfen erfolgt ist, sondern in mehreren Fällen sogar mit kleinen Hilfen unter 500€ (Powerlink, Bigmack, Step-by-Step), Gebärden, Kommunikationstafeln und Symbolsammlungen, was ein Hinweis auf die Vermeidung von Überversorgungen gewertet werden kann (s. auch Abb. 12).

Die summative Evaluation ergab eine hohe subjektive Wirksamkeit aus Sicht der Bezugspersonen. Die Hypothese, dass sowohl private als auch fachliche Bezugspersonen von Patient:innen in der Interventionsgruppe (NVF) eine signifikant höhere **Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel** zeigen als die Vergleichsgruppen (SV und uV), konnte bestätigt werden. Die folgenden Hypothesen dagegen nicht: Patient:innen in der Interventionsgruppe (NVF) zeigen eine bessere **pragmatische Kommunikationsfähigkeit**, bessere **gesundheitsbezogene Lebensqualität** und haben eine bessere **Teilhabe** als Patient:innen der Vergleichsgruppen (SV und uV, Proxy-Befragungen). In Bezug auf das primäre Outcome pragmatische Kommunikationsfähigkeit ist festzuhalten, dass die Werte der Patient:innen (aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen) relativ durchgehend im niedrigen Bereich liegen. Vor diesem Hintergrund sind Entwicklungen auch nicht schon nach 20 Therapieterminen zu erwarten (im Vergleich: ca. 86h durchschnittliche Therapiedauer bei elektronischen Kommunikationshilfen nach Clarke et al., 2010).

¹¹ Homepage der ZQZ: <https://www.fbz-uk.uni-koeln.de/einrichtungen/zqz>

Trotz dessen zeigten sich positive Tendenzen zum Zeitpunkt T2 – hier liegen die Werte der NVF etwas höher als die der SV-Gruppe.

Zentrale Ergebnisse der formativen Evaluation sind der signifikant bessere **Einsatz der neuen Kommunikationshilfe im Alltag** und die signifikant höhere **eigenständige Nutzung der Kommunikationshilfe** der NVF im Vergleich zur SV-Gruppe. Damit ist **eines der wichtigsten Ziele** der Intervention als **erreicht** zu bewerten.

Diese Ergebnisse legen folgende Schlussfolgerung nahe: Bessere pragmatische Kommunikationsfähigkeiten allein bedeuten nicht *mehr Einsatz der Kommunikationshilfe* im Alltag und auch nicht *mehr Teilhabe*. Diese Annahme wird auch durch die Ergebnisse aus der uV-Gruppe gestützt: Trotz signifikant besserer pragmatischer Fähigkeiten wird die Teilhabe signifikant schlechter eingeschätzt. Dieses Ergebnis hat große Bedeutung für die Umsetzung der NVF: Es gilt, die kommunikative Kompetenz (insb. operationale und strategische Fähigkeiten im Umgang mit der Hilfe) und den Transfer in die jeweilige Lebenssituation zu fördern.

Die Bezugspersonen berichten eine **hohe Zufriedenheit mit der NVF**. Das ist vor dem Hintergrund der beschriebenen Ausgangslage und Rahmenbedingungen mit z. T. langwierigen Hilfsmittelversorgungen, intransparenten Zuständigkeiten und vielerorts fehlendem Wissen über UK positiv herauszustellen. Als zentrale Aspekte für gelingende Interventionen und den Transfer in den Alltag wurden die Zusammenarbeit aller Beteiligten, die kontinuierliche Begleitung, die Abhängigkeit vom Wissen, der Motivation und der Zeit der Bezugspersonen genannt.

Die im MUK-Projekt beschriebene Versorgung unter Berücksichtigung der beschriebenen Qualitätsanforderungen (z.B. Qualifikationsanforderungen für UK-Therapeut:innen, s. HQM) ermöglicht eine maßgeblich verbesserte gesundheitliche Versorgung der bisher nur unzureichend beachteten Personengruppe der Patient:innen mit komplexen Kommunikationsstörungen.

Limitationen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind im Lichte der methodischen Stärken und Schwächen zu betrachten. Eine wesentliche Limitation ergibt sich durch die **eingeschränkte Power**, die es nicht erlaubt, auch kleinere Effekte nachzuweisen. Die erforderliche Gruppengröße von mindestens $n = 81$ konnte zwar in allen Gruppen erreicht werden, jedoch konnte unter der angenommenen Effektstärke Cohen's d von 0.44 kein signifikanter Effekt in den primären und sekundären Outcomes pragmatische Kommunikationsfähigkeit, Lebensqualität und Teilhabe zwischen der Interventionsgruppe und der primären Vergleichsgruppe (SV) gefunden werden. Es ist zu hinterfragen, ob bei dem UK-Patient:innenkollektiv, das durch komplexe gesundheitliche Probleme stark eingeschränkt ist, eine Veränderung entsprechend einer moderaten bis hohen Effektstärke über den Beobachtungszeitraum tatsächlich zu erwarten gewesen ist. Eine deutlich geringere Effektstärke wäre in der Rückschau angemessener gewesen, hätte aber die Anforderungen an die Fallzahl deutlich erhöht und wäre somit nicht machbar gewesen.

Wie in vielen Studien zu komplexen Interventionen in der Versorgungsrealität musste auch in dieser Studie die **Heterogenität des Samples** berücksichtigt werden. Dies kann auf der einen Seite als Stärke gewertet werden, da dies die Versorgungsrealität widerspiegelt. Während dies die externe Validität stärkt, schwächt es gleichzeitig die interne Validität. Zwar konnte der Heterogenität in den Gruppenvergleichen dadurch begegnet werden, dass Propensity Score Methoden eingesetzt wurden, allerdings lassen die Kriterien des Propensity Score Matching¹² die

¹² Geschlecht der Bezugsperson, Altersgruppe der Bezugsperson, Muttersprache der Bezugsperson, Bildungsabschluss der Bezugsperson, Sicht der Bezugsperson (privat oder fachlich), Geschlecht UK-Nutzer:in, Alter UK-Nutzer:in, Beschäftigungssituation UK-Nutzer:in, Ursache der Behinderung UK-Nutzer:in

Auswirkungen der Grunderkrankung unberücksichtigt. Somit ist nicht sichergestellt, dass die Paare in Bezug auf relevante Merkmale vergleichbar sind (z.B. kognitive Fähigkeiten).

Leider erlaubte die erreichte Fallzahl **kaum aussagekräftige Sensitivitätsanalysen** in stratifizierten Gruppen. Bei der Stratifizierung nach der Art der Behinderung stellte die größte Gruppe die der Personen mit Autismusspektrumstörungen (ASS) dar. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Personen mit ASS störungsspezifische Schwierigkeiten insb. bei den sozial-pragmatischen Fähigkeiten aufweisen (und damit in den pragmatischen Kommunikationsfähigkeiten, primäres Outcome). Dass der Anteil der Personen mit ASS die größte Gruppe darstellen würde (NVF 29,1 %, SV-Gruppe 23,1 %), konnte vorab nicht erwartet werden.¹³

Die Heterogenität wurde insbesondere bei der Auswahl **angemessener Erhebungsinstrumente** zur Herausforderung. Aufgrund eines Mangels an geeigneten quantitativen Studien mit UK-Nutzer:innen mussten Instrumente, die nur für einen Teil der Personengruppe validiert worden sind, für die heterogene Gesamtgruppe eingesetzt werden. Insbesondere die Neuentwicklung eines Proxy-Instruments zur Messung der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit als primäres Outcome kann eine Einschränkung darstellen, da über Faktoren- und Reliabilitätsanalysen hinaus noch keine Validierung vorliegt. In diesem Zusammenhang ist noch zu klären, ob das Instrument sensibel genug für kleinere Veränderungen in der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit ist.

Heterogenität ergab sich in der **Durchführung der Intervention**, z. T. weil nicht bei allen UK-Nutzer:innen Therapiebedarf bestand, z. T. weil die vorab definierten **Zeiträume** für die Therapie fast durchweg zu kurz waren. In der Folge mussten die Erhebungszeiträume der Evaluation diesen Veränderungen individuell angepasst werden, was möglicherweise zu Verzerrungen in der Messung führte. Notwendige Anpassungen in der Durchführung der Intervention im Zuge der Pandemie, vor allem die zur Durchführung der Studie notwendige Umstellung auf Tele-Therapien, trugen auch zur Heterogenität der Intervention bei.

Bei der **Begleitung der NVF und SV** bestand die Gefahr einer **Konfundierung**: Die SV-Gruppe erhielt die SV-Leistungen von den MUK-Therapeut:innen. Eine Clusterrandomisierung hätte hier theoretisch eine Alternative im Design darstellen können. Umsetzen ließ sich das aufgrund der angestrebten Fallzahlen nicht.

Die kommunikativen und gesundheitlichen Einschränkungen der UK-Nutzer:innen machten eine **Proxy-Befragung** der privaten und fachlichen Bezugspersonen notwendig, die stellvertretend Patient-Reported Outcomes einschätzten. Auch wenn diese Vorgehensweise nicht zu umgehen war und einige Instrumente als Proxy-Version validiert waren, ist dennoch fraglich, wie valide und reliabel die Proxy-Einschätzung ist und wie gut sie die Wahrnehmung der UK-Nutzer:innen widerspiegelt.

Zuletzt stellte sich heraus, dass sich die uV-Gruppe als historische Vergleichsgruppe kaum eignete, da sich das Kollektiv in statistischen Merkmalen zu sehr von der NVF- und SV-Gruppe unterscheidet. So ist der Anteil an erwachsenen UK-Nutzer:innen und der Anteil der Personen mit erworbenen Behinderungen in der uV-Gruppe deutlich höher. Zudem liegt die Hilfsmittelversorgung in der uV-Gruppe deutlich länger zurück, sodass der Erhebungszeitpunkt nur schwer mit T2 in der NVF- und SV-Gruppe vergleichbar ist. Zudem stellte sich heraus, dass die (nicht geplante, aber erforderliche) Rekrutierung über die Krankenkasse vermutlich zu einem **selektiven Sample** führte. Die Rücklaufquote von 27 % sowie der Fragebogenversand durch die AOK Niedersachsen geben Anlass zur Vermutung, dass Personen, die das von der Kranken-

¹³ Vergleichszahlen aus Erhebungen der Beratungsstellen in Köln und Moers deuten darauf hin, dass der Anteil dieser Personengruppe mit UK-Bedarf in den letzten Jahren leicht gestiegen ist (2007-2010: 1 %, 2015/16: 18 %; 2017/18: 16 %) (Erhebungsdaten aus FBZ Köln: Juli 2007 – September 2010, n = 138, interne Dokumentation; ZUK Moers im Zeitraum Mai 2015 – April 2016, n = 71) und Mai 2017 – Mai 2018, n = 51; s. Evaluationsberichte für die AOK Rheinland/HH, unveröff.).

kasse finanzierte UK-Hilfsmittel regelmäßig nutzten und zufrieden waren, eher an der Befragung teilnahmen und/oder gegenüber der Krankenkasse sozial erwünscht antworteten. Die Aussagekraft der Ergebnisse der uV-Gruppe als Vergleichsgruppe ist daher als stark eingeschränkt zu bewerten.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass dies die **erste groß angelegte Interventionsstudie im UK-Bereich in Deutschland** ist und auch international keine vergleichbaren Studien vorliegen, auf deren Vorarbeiten hinsichtlich der Epidemiologie, der Versorgung, der Studienplanung und der Erhebungsinstrumente zurückgegriffen werden konnte. Eine vorausgehende **Pilotstudie** hätte helfen können, viele der dargelegten Limitationen zu vermeiden. Dennoch ist durch die externe Evaluation und das hohe Maß an forschungsmethodologischer Expertise als Stärke zu werten. Als herausragend ist die umfangreiche Erfassung der Perspektiven der Beteiligten zu werten (Biggs & Hacker, 2021).

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die AOK Rheinland/ Hamburg hat nach Beendigung der NVF bereits der Fortführung der UK-Therapien mit jeweils zunächst 10 Einheiten pro Verordnung zugesagt und diese umgesetzt. Für die AOK Rheinland/ Hamburg besteht offenbar kein Zweifel an den Vorteilen und der Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen.

Versorgungen mit Hilfsmitteln im MUK-Projekt

Im Folgenden werden die empfohlenen und die tatsächlich versorgten Hilfsmittel im MUK-Projekt nach ihren Kosten dargestellt.

Empfohlene Hilfsmittel:

160 NVF-Patient:innen haben an einer UK-Diagnostik/ Beratung teilgenommen. In 145 Fällen (81 %) wurde eine Versorgung von Kommunikationshilfen über die KK empfohlen; in 15 Fällen (n = 15) wurde keine Empfehlung ausgesprochen, da entweder die Einrichtung zuständig war, die notwendige Unterstützung des Umfeldes nicht gegeben war oder andere Hilfen des Alltages empfohlen wurden.

Bei 38 % (n = 60) wurden Hilfsmittel im Wert von unter 1.000 € empfohlen. Dies sind z. B. nichtelektronische Hilfen wie Kommunikationsordner, Kommunikationstafeln oder Schulungen zum Einsatz lautsprachunterstützender Gebärden (LUG) sowie einfache elektronische Hilfen. Vereinzelt sind Kommunikationsprogramme für ein bereits vorhandenes Gerät empfohlen worden.

Bei 39% der Patient:innen (n = 62) wurden Hilfsmittel im Wert von 1.000 – 4.000 € empfohlen. Dies sind vor allem Kommunikationshilfen mit einem begrenzten Vokabular. Damit können Mehrwortäußerungen gebildet werden, z.T. mit einfachen Grammatikfunktionen (z. B. GoTalkNow, MetaTalk).

14% aller Patient:innen (n = 23) haben eine Empfehlung für eine komplexe elektronische Kommunikationshilfe (> 4.000 €) erhalten. Dies sind entweder Geräte mit einem umfangreichen Vokabular (bis 20.000 Wörter) und umfassenden Grammatikfunktionen und/oder elektronische Kommunikationshilfen mit Spezialansteuerungssystemen (Augensteuerung) für motorisch sehr schwer beeinträchtigte Menschen (Abb. 12).

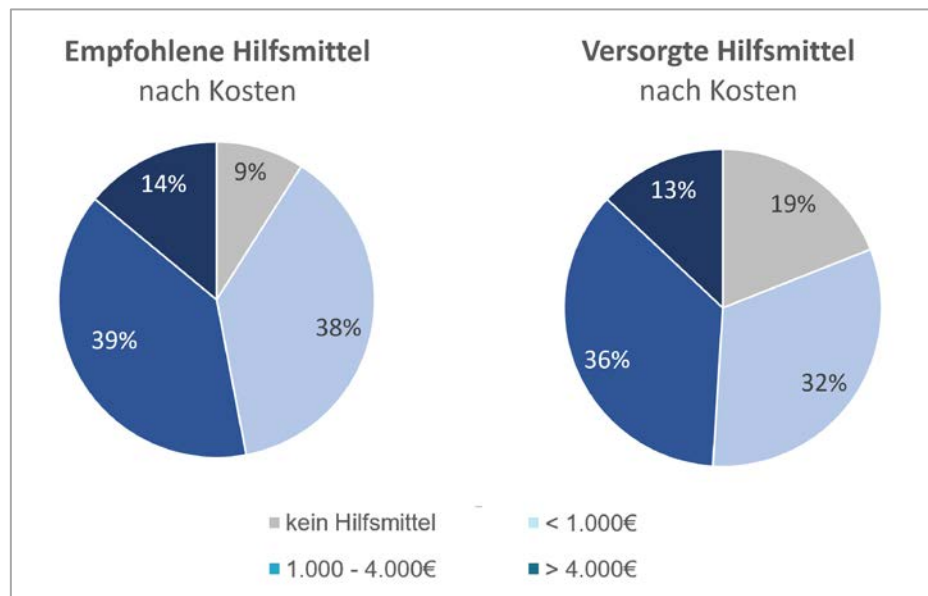


Abb. 12: Empfohlene und versorgte Hilfsmittel (n = 160)

Versorgte Hilfsmittel:

Aus unterschiedlichen Gründen konnten nicht alle Empfehlungen für ein Hilfsmittel mit einer Hilfsmittelversorgung abgeschlossen werden (verstorben, nur Update vollzogen, von KK abgelehnt, kein Rezept ausgestellt, Institution hat Material gestellt, Familie hat selbst gekauft). 19 % aller Patient:innen (n = 31) haben kein Hilfsmittel über die KK erhalten. Von den 160 Patient:innen der NVF wurden insgesamt 81 % (n = 129) über die KK mit einem Hilfsmittel versorgt.

32 % (n = 51) wurden mit Kommunikationshilfen unter 1.000 € versorgt und 36 % (n = 58) haben elektronische Hilfen im Wert von 1.000€ - 4.000€ erhalten. Komplexe elektronische Hilfen über 4.000€ wurden für 13 % der Patient:innen (n = 20) ausgeliefert.

Im Gesamtergebnis kann festgehalten werden, dass ca. die Hälfte aller UK-Versorgungen unter 1.000 € liegen (51 %) und ein weiteres gutes Drittel unter 4.000 € liegt (36 %). D.h. ca. 87 % der NVF-Versorgungen lagen unter 4.000€, basierend auf einer firmenunabhängigen Diagnostik und Beratung durch die drei UK-Kompetenzzentren.

Wie können Ergebnisse in die Versorgung überführt werden?

Die Übertragung in die Regelversorgung erscheint angesichts der aufgezeigten Versorgungsprobleme und des langfristigen Hilfs- und Heilmittelbedarfs notwendig, angesichts der entwickelten Versorgungsstrukturen (NVF) realisierbar und angesichts der anfallenden und wegfallenden Kosten wirtschaftlich.

Konkret stehen vier Schritte zur Umsetzung in die Regelversorgung an:

1. **Übernahme Selektivvertrag:** Qualität der Hilfsmittelversorgung wird gesichert, indem spezialisiertes Fachpersonal zuständig ist für Diagnostik/ Beratung/ Versorgungsempfehlung.
2. **Neues Heilmittel:** Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation werden als eigenständiges Heilmittel in den Heilmittelkatalog aufgenommen.
3. **Qualitätssicherung:** Anforderungen an die qualitätsgesicherte Umsetzung der Maßnahmen werden festgeschrieben (HQM, Anhang 5).

4. **Versorgungsstruktur:** Überregionale und regionale Versorgungsstruktur wird aufgebaut, durch ZQZ koordiniert und die Qualitätseinhaltung überwacht.

Zu (1) Übernahme Selektivvertrag: Durch die (Wieder-)Einführung firmenunabhängiger Diagnostik & Hilfsmittelberatung durch UK-Kompetenzzentren und UK-Beratungsstellen werden doppelte Leistungen durch verschiedene Leistungserbringer deutlich reduziert. Hierzu bedarf es ggf. einer Änderung des § 127 Absatz 5 SGB V.

Zu (2) Neues Heilmittel: In den Heilmittelrichtlinien werden „Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation“ als eigenständiges Heilmittel aufgenommen (s. Entwurf im Anhang 3). Zur Abgrenzung von den „Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ werden folgende drei Unterscheidungsmerkmale benannt:

1) **Höhere Komplexität im Versorgungssystem:** D. h. es sind Akteure aus verschiedenen Sektoren beteiligt und/ oder anteilig zuständig, z. B. (Fach-)Ärzt:innen, SPZ, Rehaklinik, Hilfsmittelfirmen etc.

2) **UK-Fachspezifik:**

zum einen umfangreiches **UK-Fachwissen** (zu verschiedenen Kommunikationsformen, Bedeutung und Förderung von Multimodalität, zu Merkmalen nichtelektronischen und elektronischen Kommunikationshilfen kleiner, mittlerer und hoher Komplexität wie Wortschatzumfang, Wortschatzorganisation, linguistische Kodierungsstrategien, zu Ansteuerungssystemen, Strategien der Vermittlung linguistischer Fähigkeiten bei fehlender Lautsprache);

zum anderen Wissen zu den **zugrundeliegenden Indikationen** und der verschiedenen Auswirkungen erforderlich (z. B. motorischer und sensorischer Beeinträchtigungen auf die Nutzung des Hilfsmittels, Wissen zu Verhaltensauffälligkeiten, zu seltenen Syndromen/ assoziierten Auswirkungen auf die kognitive und sprachliche Entwicklung etc.).

3) **Spezifischer Beratungsbedarf:** Es besteht ein deutlich größerer und spezifischer Beratungsbedarf als in der Physio-, Sprach- oder Ergotherapie, weil die Bezugspersonen (Angehörige, fachliche Bezugspersonen, Assistent:innen) viel stärker in die Umsetzung der Therapie einzubinden sind, um die Maßnahmen erfolgreich umsetzen zu können. Multidisziplinäre Zusammenarbeit ist zentral für wirksame Interventionen (s. Konzept der sog. Moderierten runden Tische, Giel et al., 2018).

Zu (3) Qualitätssicherung: (s. a. Bernasconi et al., 2020; Giel et al., 2018) Die Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem MUK-Projekt ermöglichen eine sektorenübergreifende lückenlose Versorgungskette mit verschiedenen Leistungserbringern im Bereich UK. Zum einen wurde die Notwendigkeit einer qualitätsgesicherten Diagnostik & Beratung und des Patiententrainings (nach Hilfsmittelversorgung) bestätigt. Zum anderen wurden Voraussetzungen, Kriterien und Qualitätsstandards zur Durchführung von UK-Therapie als neues Heilmittel entwickelt (s. auch Anhang 3: Indikationen des Heilmittels Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation). Die Anforderungen sind im **Handbuch zur Qualitätssicherung (HQM)** zusammengestellt und bilden die Grundlage für die Sicherung von Qualität in der gesamten UK-Versorgung und Versorgungskette. Nur zertifizierte Einrichtungen (in Anlehnung an ISO 9001:2015) werden als Leistungserbringer der NVF anerkannt und können/ dürfen entsprechend der gesetzlichen Vorgaben mit den KK Rahmenverträge abschließen. Die Zertifizierung erfolgt durch eine unabhängige **Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der Unterstützten Kommunikation (ZQZ, z. Zt. an der Universität zu Köln)**. Diese Zentralstelle wurde im März 2020 gegründet, Zertifizierungen von Heilmittel-Leistungserbringern könnten zeitnah begonnen werden. Für den Zertifizierungsprozess mit Evaluation und Begutachtung werden ca. 6-9 Monate eingeplant.

Zu (4): Versorgungsstruktur: Die NVF ist Teil einer sektorenübergreifenden Versorgungsform, bei der unterschiedliche Professionen und Leistungserbringer zusammenarbeiten. Die Strukturen der **bisherigen Versorgung** sind über Jahrzehnte gewachsen und regional nicht gleich, sowohl auf der Ebene der Krankenkassen und anderer überregionaler Leistungsträger als auch auf der Ebene der Leistungserbringer (Hilfsmittel-/Rehafirmen). Aufbauend auf dem aktuellen Erkenntnisstand zur „nachhaltigen, bedarfsgerechten, robusten und gleichzeitig fairen, integrierten Gesundheitsversorgung in einer wachsenden Zahl von Regionen und – in überschaubarer Zeit – als Regelversorgung für ganz Deutschland“ (Hildebrandt et al., 2020, S. 0) erscheint eine **regional verankerte Versorgungsstruktur** am besten geeignet, die Versorgung sicher zu stellen und gleichzeitig flexibel auf die gewachsenen Unterschiede in der jeweiligen Region reagieren zu können. Die Region stellt die unterste Einheit für die Entwicklung von Gesundheit und die Sicherung der Versorgung dar (Hildebrandt et al., 2020, S. 1).

Die Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation sollten durch drei verschiedene Institutionen realisiert werden:

- a) UK-Therapiepraxis (agiert lokal, bietet Patiententraining und UK-Therapie an),
- b) UK-Beratungsstelle (agiert regional, bietet Diagnostik & Beratung, Patiententraining sowie UK-Therapie an) und
- c) UK-Kompetenzzentrum (agiert überregional, bietet das gesamte Leistungsspektrum, d.h. Case Management, Diagnostik & Beratung, Patiententraining, UK-Therapie an).

Für den flächendeckenden Ausbau der Versorgungsstruktur ist die

- d) Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung (ZQZ) zuständig.

Potentielle Leistungserbringer: Es gibt in Deutschland viele UK-Beratungsstellen und vereinzelt sprachtherapeutische Praxen, die bereits großes Interesse an der skizzierten Versorgung gezeigt haben. An einem ersten bundesweiten Informationstreffen der ZQZ im September 2020 haben über 70 Personen teilgenommen. Zudem gibt es auch verschiedene berufsbegleitende Weiterbildungsangebote wie Fachtherapeut:in Unterstützte Kommunikation¹⁴, UK-Coach¹⁵ oder LUK¹⁶ (Lehrgang Unterstützte Kommunikation) mit einem Umfang von 200 – 300 Unterrichtsstunden bzw. 300 – 750 Stunden Workload und Abschlussprüfungen. Dadurch wäre eine zeitnahe Qualifizierung im Tätigkeitsfeld UK möglich. In Rücksprache mit der ZQZ und auf Basis des HQM können hier auch Anpassungen an das Curriculum stattfinden oder ergänzende Lehrgangsangebote geschaffen werden, so dass einer Zertifizierung als UK-Therapiepraxis, UK-Beratungsstelle oder UK-Kompetenzzentrum aus personeller Sicht nichts im Weg steht. Es muss kein neues Qualifizierungssystem für die Leistungserbringer aufgebaut werden, da bereits vorhandene Strukturen und Angebote genutzt und ausgebaut werden können.

¹⁴ Fachtherapeut:in Unterstützte Kommunikation: www.prolog-shop.de/fortbildungen/fuer-logopaedinnen-und-sprachtherapeutinnen/weiterbildungen/weiterbildung-uk/

¹⁵ UK-Coach: www.uk-coach.de

¹⁶ LUK: www.fbz-uk.uni-koeln.de/weiterbildung/luk

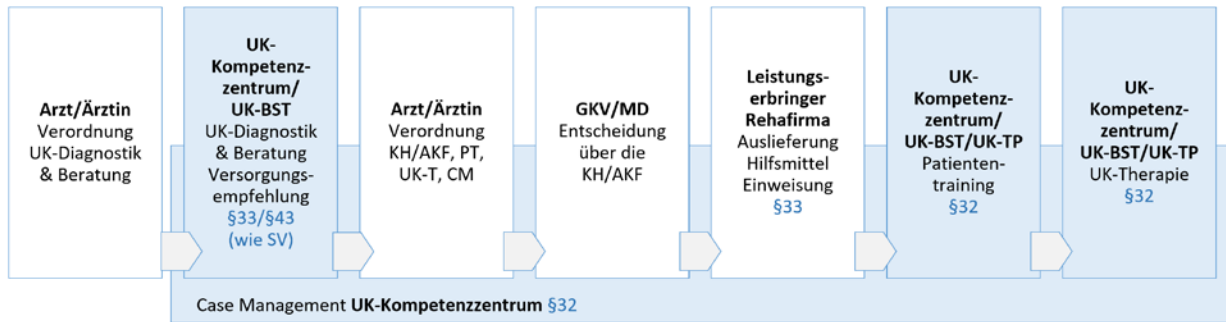


Abb. 13: Möglicher Versorgungsablauf

Der Unterschied zur Regelversorgung zusammengefasst: Für UK-Diagnostik und Versorgungsempfehlung sind UK-Kompetenzzentren und UK-Beratungsstellen zuständig (bisheriger Selektivvertrag, § 33 in Verbindung mit § 43 Absatz 1 SGB V, die Beratungspflicht der Hilfsmittel-/Rehafirmen nach § 127 Absatz 5 SGB V entfällt); zum anderen werden Case Management, Patiententraining, UK-Therapie als Heilmittel Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation (nach § 32 SGB V, evtl. in Verbindung mit § 43 Absatz 1 SGB V) ergänzt, i. d. R. unter Einbeziehung des sozialen Umfelds, um eine zweckmäßige Versorgung zu erreichen (Abb. 13). Alle Maßnahmen erfolgen unter neuen, standardisierten Kriterien der Qualitätssicherung.

Vorbereitung der flächendeckenden Versorgung in Deutschland

<p>Konkrete nächste Schritte</p>	<ol style="list-style-type: none"> Übernahme Selektivvertrag: Regelung, dass Einrichtungen unter bestimmten Bedingungen Diagnostik/ Beratung/ Versorgungsempfehlung erbringen dürfen Neues Heilmittel: Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation werden als eigenständiges Heilmittel in den Heilmittelkatalog aufgenommen (s. Indikationen, Anhang 3). Qualitätssicherung: Anforderung an die qualitätsgesicherte Umsetzung der Maßnahmen festschreiben (HQM, Anhang 5) Versorgungsstruktur: Überregionale und regionale Versorgungsstruktur aufbauen (Aufgabe der ZQZ)
<p>Versichertenpotential</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ca. 300 Neupatient:innen (UK-Kompetenzzentren/ UK-Beratungsstellen) Ca. 6.000 Neupatient:innen pro Jahr für Deutschland (GKV)
<p>Vergütungshöhe der Einzelleistungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> UK-Diagnostik & Beratung: 800 € pauschal (5-7 h Umfang) UK-Patiententraining: 160 €* / 90 min (4 x) UK-Therapie: 110 €* / 60 min (20 x) Case Management: 1.500 €* pauschal / ca. 10-20 h <p>* Diese Sätze orientieren sich an den aktuellen Sätzen für das Heilmittel Maßnahmen zur Sprachtherapie plus 30% für Mehraufwand (Qualifikation) und Mehrbedarf (Hilfsmittelausstattung). Ergänzend sind Fahrtkostenregelungen analog zur Hausbesuchsregelung in der Sprachtherapie zu kalkulieren.</p>
<p>Gesundheitspolitische Auswirkungen</p>	<p>Anerkennung des speziellen Versorgungsbedarfs von Menschen mit komplexen Kommunikationsstörungen als umschriebene Personengruppe</p>

Bereits initiierte Schritte zur Fortführung	<ul style="list-style-type: none"> • HQM und Checklisten zu den Komponenten der NVF (Anhang 5 – Anhang 9) • Entwurf Indikationen des Heilmittels Maßnahmen der UK (Anhang 3) • ZQZ • Evidenzsynthese
--	--

Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Leistungserbringern, Netzwerken

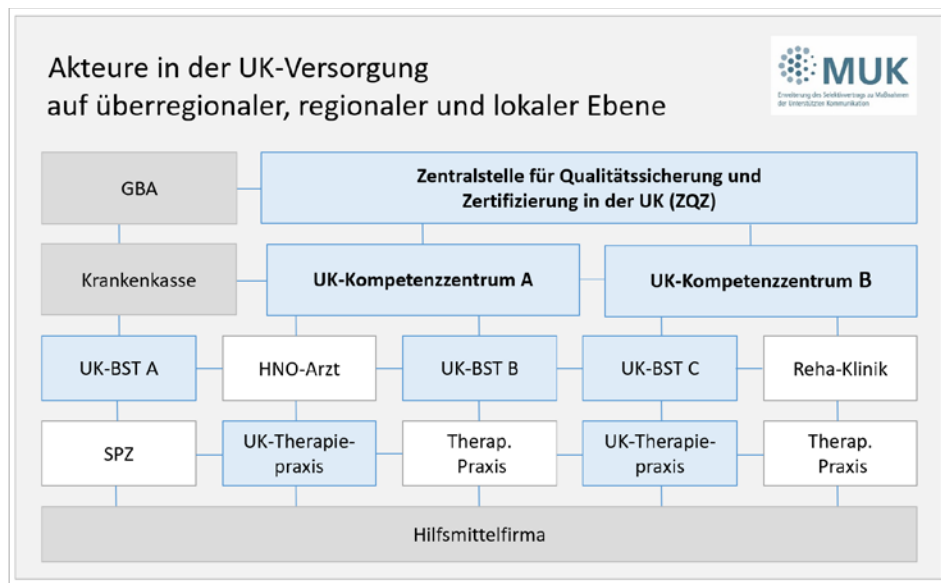


Abb. 14: Akteure in der UK-Versorgung

Mit der neuen Versorgung entsteht ein verlässliches Versorgungsnetz mit transparenten Zuständigkeiten (Abb. 14).

Übertragung auf andere Populationen, Regionen, Indikationen oder Versorgungsszenarien

Auf der konzeptionellen Ebene ist dieses UK-Versorgungssystem auch übertragbar auf Personengruppen mit Seltenen Erkrankungen, bei denen sektorenübergreifend verschiedene Professionen an Bedarfserfassung (Diagnostik), Hilfsmittelauswahl, Hilfsmittelbereitstellung, Gebrauchsschulung, alltagsintegrierter Nutzung und Evaluation der Maßnahmen beteiligt sind.

Bezug zu den Förderkriterien und Beitrag zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung

Die NVF hat aufgrund der bundesweiten Verbreitung von UK-Wissen in verschiedenen Einrichtungen und Anwendungsfeldern sowie aufgrund der im Projekt entwickelten Organisationsstrukturen und Qualitätskriterien ein **hohes Akzeptanz- und Umsetzungspotential**, so dass vorhandene Versorgungslücken geschlossen und eine deutlich **verbesserte Versorgungsqualität für Menschen mit Behinderungen** erreicht werden kann. Es ist davon auszugehen, dass die erhöhten Kosten durch die (zum Teil) neu geschaffene Versorgungsstruktur eine deutlich **bessere Effizienz in der Versorgung** herbeiführen wird und es dadurch zu erheblichen Einsparungen aufgrund geringerer Fehlversorgungen und zu weniger ineffektiven Parallelleistungen kommen wird.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

- Bernasconi, T. (2020). ICF und UK: Chancen einer aktivitätsbezogenen Perspektive. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 365 - 371). Kohlhammer.
- Bernasconi, T. & Sachse, S. K. (2019). ICF-orientierte Interventionsplanung in der Unterstützten Kommunikation. *Frühförderung interdisziplinär*, 38(3), 127-134.
- Bernasconi, T., Boenisch, J., Giel, B. & Sachse, S. K. (2020). Qualitätssicherung und Standards in der UK-Versorgung. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 386-394). Kohlhammer.
- Bernasconi, T. & Sachse, S. K. (2021). Systematische Interventionsplanung mit dem ABC-Modell. *Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis*, 10 (3), 176-185.
- Boenisch, J. (2021). Tele-UK als Herausforderung und Chance. Evaluationsergebnisse von der Tele-UK-Konferenz 2021. *Unterstützte Kommunikation*, (2), 14-19.
- Boenisch, J. & Nonn, K. (2020). UK-Förderung oder UK-Therapie? In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 40-50). Kohlhammer.
- Giel, B., Liehs, A., Preißler, P. & Urbic, H. (2018). Qualitätssicherung in der UK Beratung durch Moderierte Runde Tische (MoRTi). *uk & forschung*, (8), 4-12.
- Giel, B. & Hellrung, U. (2019). Logopädie und Unterstützte Kommunikation. Die Rolle der Logopädie in der Versorgung von Menschen ohne ausreichende Lautsprache. *Forum Logopädie*, 33(5), 20-24.
- Giel, B. & Liehs, A. (2020). Versorgung mit Unterstützter Kommunikation - Perspektiven der Sprachtherapie. *Stimme, Sprache und Gehör*, 44(3), 145-149.
<https://doi.org/10.1055/a-1161-1240>
- Hellrung, U. (2021). Tele-Praxis in der UK-Therapie und -Beratung. *Unterstützte Kommunikation*, (2), 20-26.
- Hernando, A., Boenisch, J. & Bernasconi, T. (2020). UK-Beratungsstellen in Deutschland: Ein Überblick zum Ist-Stand. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 372-385). Kohlhammer.
- Kamps, N. & Boenisch, J. (2020). Rechtliche Grundlagen in der UK-Versorgung. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 357-364). Kohlhammer.
- Krüger, M. & Garbe, C. (2021). Interdisziplinäre Förderplanung im Bereich Kommunikation – Möglichkeiten und Grenzen in der Versorgung mit Unterstützter Kommunikation. In B. Gebhard, L. Simon, K. Ziemer, G. Opp & A. Groß-Kunkel (Hrsg.), *Transitionen. Übergänge in der Frühförderung gestalten* (S. 50-58). Schulz-Kirchner.
- Liehs, A. & Giel, B. (2020). UK-Therapie bei Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsbeeinträchtigungen In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 280-286). Kohlhammer.
- Sachse, S. K. & Bernasconi, T. (2018). Gelingende Alltagskommunikation und Teilhabe durch systematische Förderung der kommunikativen Kompetenz. *Unterstützte Kommunikation*, 23(3), 40-46.
- Sachse, S. K. & Bernasconi, T. (2020a). *Ein Informationsfilm zum MUK-Projekt und zur ZQZ*.
<https://www.fbz-uk.uni-koeln.de/einrichtungen/zqz>

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

Sachse, S. K. & Bernasconi, T. (2020b). Ziele formulieren und Maßnahmen beschreiben mit dem ABC-Modell. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 203-216). Kohlhammer.

Sachse, S. K., (i. Vorb.). *Evidenzsynthese zur Wirksamkeit von Interventionen in der Unterstützten Kommunikation*. (Unter Mitarbeit von A. Hernando & K. Lemler)

Uthoff, S., Zinkevich, A., Boenisch, J. Sachse, S. K., Bernasconi, T. & Ansmann, L. (2021). Collaboration between stakeholders involved in augmentative and alternative communication (AAC) care of people without natural speech. *Journal of Interprofessional Care*, 35(6), 821-831. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1860918>

Zinkevich, A., Lubasch, J. S., Uthoff, S. A. K., Boenisch, J., Sachse, S. K., Bernasconi, T., & Ansmann, L. (2021). Caregiver burdens and proxy-reported outcomes of people without natural speech: a cross-sectional survey study. *BMJ Open*, 11(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048789>

Zinkevich, A., Uthoff, S. A. K., Boenisch, J., Sachse, S. K., Bernasconi, T., & Ansmann, L. (2019). Complex intervention in augmentative and alternative communication (AAC) care in Germany: a study protocol of an evaluation study with a controlled mixed-methods design. *BMJ Open*, 9(8), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029469>

10. Literaturverzeichnis

- Allen, A. A., Schlosser, R. W., Brock, K. L. & Shane, H. C. (2017). The effectiveness of aided augmented input techniques for persons with developmental disabilities: a systematic review. *Augmentative and Alternative Communication (Baltimore, Md.: 1985)*, 33(3), 149–159. <https://doi.org/10.1080/07434618.2017.1338752>
- Bernasconi, T. (2020). ICF und UK: Chancen einer aktivitätsbezogenen Perspektive. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 365 - 371). Kohlhammer.
- Bernasconi, T. & Sachse, S. K. (2019). ICF-orientierte Interventionsplanung in der Unterstützten Kommunikation. *Frühförderung interdisziplinär*, 38(3), 127-134.
- Bernasconi, T., Boenisch, J., Giel, B. & Sachse, S. K. (2020). Qualitätssicherung und Standards in der UK-Versorgung. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 386-394). Kohlhammer.
- Beukelman, D. R., Fager, S., Ball, L. & Dietz, A. (2007). AAC for adults with acquired neurological conditions: a review. *Augmentative and Alternative Communication (Baltimore, Md.: 1985)*, 23(3), 230–242. <https://doi.org/10.1080/07434610701553668>
- Beukelman, D. R. & Light, J. (2020). *Augmentative and Alternative Communication. Supporting children and adults*. Brookes Publishing.
- Biggs, E. E. & Hacker, R. (2021). Engaging stakeholders to improve social validity: intervention priorities for students with complex communication needs. *Augmentative and Alternative Communication (Baltimore, Md.: 1985)*, 37(1), 25–38. <https://doi.org/10.1080/07434618.2021.1881824>
- Boenisch (2009). *Kinder ohne Lautsprache. Grundlagen, Entwicklungen und Forschungsergebnisse zur Unterstützten Kommunikation*. von Loeper.
- Boenisch, J., Schäfer, K., Schellen, J. & Willke, M. (2016). *UK-Beratungen am FBZ-UK der Universität zu Köln: Evaluation, Analysen, Perspektiven*. unveröff. Evaluationsbericht über UK-Beratungen des FBZ-UK, Köln.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer.
- Brunner, M., Hemsley, B., Togher, L. & Palmer, S. (2017). Technology and its role in rehabilitation for people with cognitive-communication disability following a traumatic brain injury (TBI). *Brain Injury*, 31(8), 1028–1043. <https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1292429>
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2012). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Always learning*. Pearson Studium.
- Bullinger, M., Petersen, C. & Schmidt, S. (2011). *The DISABKIDS questionnaires: Quality of life questionnaires for children with chronic conditions*. Pabst Science Publ.
- Calculator, S. N. (2013). Use and Acceptance of AAC Systems by Children with Angelman Syndrome. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 7(22), <https://doi.org/10.1111/jar.12048>
- Caligari, M., Godi, M., Guglielmetti, S., Franchignoni, F. & Nardone, A. (2013). Eye tracking communication devices in amyotrophic lateral sclerosis: impact on disability and quality of life. *Amyotrophic Lateral Sclerosis & Frontotemporal Degeneration*, 14(7-8), 546–552. <https://doi.org/10.3109/21678421.2013.803576>

- Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., & Üstün, T. B. (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule; WHODAS 2.0*. World Health Organisation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9789241547598_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Clarke, M., Mcconachie, H., Price, K. & Wood, P. (2010). Speech and language therapy provision for children using augmentative and alternative communication systems. *European Journal of Special Needs Education*, 16, 47–54. <https://doi.org/10.1080/08856250150501798>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 337:a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Crowe, B., Machalicek, W., Wei, Q., Drew, C. & Ganz, J. (2021). Augmentative and Alternative Communication for Children with Intellectual and Developmental Disability: A Mega-Review of the Literature. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 1–42. <https://doi.org/10.1007/s10882-021-09790-0>
- Day, H., & Jutai, J. (1996). Measuring the Psychosocial Impact of Assistive Devices: the PIADS. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 9(2), 159–168.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Demers, L., Monette, M., Descent, M., Jutai, J. & Wolfson, C. (2002). The Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale (PIADS): Translation and preliminary psychometric valuation of a Canadian-French version. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 11(6), 583–592. <https://doi.org/10.1023/A:1016397412708>
- FBZ gGmbH (2018). *Evaluationsbericht für die AOK*. Unveröffentlichter Bericht.
- Giel, B., Liehs, A., Preißler, P. & Urbic, H. (2018). Qualitätssicherung in der UK Beratung durch Moderierte Runde Tische (MoRTi). *uk & forschung*, (8), 4-12.
- GKV Spitzenverband (2018). *Fortschreibung der Produktgruppe 16 "Kommunikationshilfen" des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V vom 14.12.2018*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/2018_2/2018_12_14_Bekanntmachung_Prodktgruppe16.pdf
- Goodman, E., Kuniavsky, M. & Moed, A. (2012). *Observing the user experience: A practitioner's guide to user research*. Interactive Technologies. Morgan Kaufmann Elsevier.
- Greenbaum, T. L. (1997). *The handbook for focus group research*. SAGE.
- Guillemin, F., Bombardier, C. & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of healthrelated quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417–1432. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)
- Hanson, E. K., Yorkston, K. M. & Britton, D. (2011). Dysarthria in Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Systematic Review of Characteristics, Speech Treatment, and Augmentative and Alternative Communication Options. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 19(3), 12–30.
- Heilmittelrichtlinie [HeilM-RL] (2021). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Richtlinie über die Versorgung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung*. Gemeinsamer Bundesausschuss. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2717/HeilM-RL_2021-10-21_iK-2022-01-22.pdf

- Heim, M., Jonker, V. & Veen, M. (2010). COCP: Ein Interventionsprogramm für nicht sprechende Personen und ihre Kommunikationspartner. In S. Jordan (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation*. von Loeper.
- Heinbüchner, B., Hautzinger, M. & Becker, C. (2010). Satisfaction and use of personal emergency response systems. *Gerontologie Und Geriatrie*, 43(4), 219–223. <https://doi.org/10.1007/s00391-010-0127-4>
- Hildebrandt, H., Bahrs, O., Borchers, U., Glaeske, G., Griewing, B., Härter, M., Hanneken, J., Hilbert, J., Klapper, B., Klitzsch, W., Köster-Steinebach, I., Kurscheid, C., Lodwig, V., Pfaff, H., Schaeffer, D., Schrappe, M., Sturm, H., Wehkamp, K.-H. & Wild, D. (2020). Integrierte Versorgung als Regelversorgung – eine Replik. *Welt der Krankenversicherung*, 9(12), 330-335. https://optimedis.de/files/Publikationen/Fachartikel/2020/WdK_12-2020_IV_Diskussion_Replik.pdf
- Kent-Walsh, J., Murza, K. A., Malani, M. D. & Binger, C. (2015). Effects of Communication Partner Instruction on the Communication of Individuals using AAC: A Meta-Analysis. *Augmentative and Alternative Communication (Baltimore, Md. : 1985)*, 31(4), 271–284. <https://doi.org/10.3109/07434618.2015.1052153>
- Kirchberger, I., Braitmayer, K., Coenen, M., Oberhauser, C. & Meisinger, C. (2014). Feasibility and psychometric properties of the German 12-item WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) in a population-based sample of patients with myocardial infarction from the MONICA/KORA myocardial infarction registry. *Population Health Metrics*, 12(1), 826. <https://doi.org/10.1186/s12963-014-0027-8>
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Grundlagentexte Methoden. Beltz Juventa.
- Kuss, O., Blettner, M. & Börgermann, J. (2016). Propensity Score: An Alternative Method of Analyzing Treatment Effects. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(35-36), 597–603. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0597>
- Langer, G., Meerpohl, J. J., Perleth, M., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A. & Schünemann, H. (2012). GRADE-Leitlinien: 1. Einführung - GRADE-Evidenzprofile und Summary-of-Findings-Tabellen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*; 106(5), 357–368. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.05.017>
- Light, J. (1989). Toward a definition of communicative competence for individuals using augmentative and alternative communication systems. *Augmentative and Alternative Communication*, 5(2), 137–144. <https://doi.org/10.1080/07434618912331275126>
- Light, J. & McNaughton, D. (2014). Communicative Competence for Individuals who require Augmentative and Alternative Communication: A New Definition for a New Era of Communication? *Augmentative and Alternative Communication (Baltimore, Md.: 1985)*, 30(1), 1–18. <https://doi.org/10.3109/07434618.2014.885080>
- Logan, K., Iacono, T. & Trembath, D. (2017). A systematic review of research into aided AAC to increase social-communication functions in children with autism spectrum disorder. *Augmentative and Alternative Communication*, 33(1), 51–64. <https://doi.org/10.1080/07434618.2016.1267795>
- May, A. A., Dada, S. & Murray, J. (2019). Review of AAC interventions in persons with dementia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54(6), 857–874. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12491>
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O’Cathain, A., Tinati, T., Wight, D. & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>

- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research. Qualitative research methods: Vol. 16.* <https://dx.doi.org/10.4135/9781412984287>
- Neyer, F. J., Felber, J. & Gebhardt, C. (2012). Entwicklung und Validierung einer Kurzskaala zur Erfassung von Technikbereitschaft. *Diagnostica, 58*(2), 87–99. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000067>
- Nonn, K. (2020). Kooperative, kompetenzorientierte und spezifische Diagnostik in Unterstützter Kommunikation: Soziale Partizipation von Anfang an im Blick. *Sprache · Stimme · Gehör, 44*(03), 139–144. <https://doi.org/10.1055/a-1161-1208>
- Paslawski, T. (2005). The Clinical Evaluation of Language Fundamentals, Fourth Edition (CELF-4). *Canadian Journal of School Psychology, 20*(1-2), 129–134. <https://doi.org/10.1177/0829573506295465>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3. Auflage). SAGE.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health, 38*(2), 65–76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Russo, M. J., Prodan, V., Meda, N. N., Carcavallo, L., Muracioli, A., Sabe, L., Bonamico, L., Allegri, R.F. & Olmos, L. (2017). High-technology augmentative communication for adults with post-stroke aphasia: a systematic review. *Expert Review of Medical Devices, 14*(5), 355–370. <https://doi.org/10.1080/17434440.2017.1324291>
- Ryan, T. P. (2013). *Sample Size Determination and Power*. Wiley.
- Sachse, S. K. & Bernasconi, T. (2020b). Ziele formulieren und Maßnahmen beschreiben mit dem ABC-Modell. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompodium Unterstützte Kommunikation* (S. 203-216). Kohlhammer.
- Sachse, S. K., (i. Vorb.). *Evidenzsynthese zur Wirksamkeit von Interventionen in der Unterstützten Kommunikation*. (Unter Mitarbeit von A. Hernando & K. Lemler)
- Santiago, R., Howard, M., Dombrowski, N. D., Watters, K., Volk, M. S., Nuss, R., Costello, J. & Rahbar, R. (2020). Preoperative augmentative and alternative communication enhancement in pediatric tracheostomy. *The Laryngoscope, 130*(7), 1817–1822. <https://doi.org/10.1002/lary.28288>
- Schmidt, S., Debensason, D., Mühlhan, H., Petersen, C., Power, M., Simeoni, M. C. & Bullinger, M. (2006). The DISABKIDS generic quality of life instrument showed crosscultural validity. *Journal of Clinical Epidemiology, 59*(6), 587.
- Semel, E. & Wiig, E. H. (2003). CELF-4 - Clinical Evaluation of Language Fundamentals. *Technical report*.
- Simacek, J., Pennington, B., Reichle, J. E. & Parker-McGowan, Q. (2018). Aided AAC for people with severe to profound and multiple disabilities: A systematic review of interventions and treatment intensity. *Advances in Neurodevelopmental Disorders, 2*(1), 100–115. <https://doi.org/10.1007/s41252-017-0050-4>
- Smith, T. & Iadarola, S. (2015). Evidence Base Update for Autism Spectrum Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: the Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, 44*(6), 897–922. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1077448>
- Tegeler, S. (2012). Das sitzt! Positionierung und Ansteuerung in der UK. Neue Wege für Kinder mit vielfältigen Schwierigkeiten. *Unterstützte Kommunikation, (1)*, 30–34.

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

True, G., Bartlett, M., Fink, R., Linebarger, M. & Schwarz, M. (2010). Perspectives of persons with aphasia towards SentenceShaper To Go: a qualitative study. *Aphasiology*, 24(9), 1032–1050. <https://doi.org/10.1080/02687030903249350>

Walker, V. L. & Snell, M. E. (2013). Effects of augmentative and alternative communication on challenging behavior: a meta-analysis. *Augmentative and Alternative Communication (Baltimore, Md.: 1985)*, 29(2), 117–131. <https://doi.org/10.3109/07434618.2013.785020>

Wiig, E. H., Secord, W. A. & Semel, E. (2013). Clinical evaluation of language fundamentals: CELF-5.: Pearson.

Zinkevich, A., Uthoff, S. A. K., Boenisch, J., Sachse, S. K., Bernasconi, T., & Ansmann, L. (2019). Complex intervention in augmentative and alternative communication (AAC) care in Germany: a study protocol of an evaluation study with a controlled mixed-methods design. *BMJ Open*, 9(8), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029469>

11. Anhang

- Anhang 1: Ausbildungsinhalte im Bereich UK
- Anhang 2: Alle Evaluationsergebnisse im Überblick
- Anhang 3: Indikationen des Heilmittels Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation
- Anhang 4: Geschäftsordnung ZQZ
- Anhang 5: Handbuch Qualitätsmanagement in der UK
- Anhang 6: MUK-Checkliste. Case Management
- Anhang 7: ABC-Modell. Tischvorlage zur Planung von Versorgungs- und Therapiezielen
- Anhang 8: MUK-Checkliste. Patiententraining
- Anhang 9: MUK-Checkliste. Vorlage zur UK-Therapie
- Anhang 10: Kategoriensystem Fokusgruppen vor Implementierung
(vom Evaluationsteam bereitgestellt)
- Anhang 11: Kategoriensystem Fokusgruppen während Implementierung
(vom Evaluationsteam bereitgestellt)
- Anhang 12: Kategoriensystem Einzelinterviews
(vom Evaluationsteam bereitgestellt)

12. Anlagen

Nicht zutreffend

Ausbildungsinhalte im Bereich UK

1. Relevante Studiengänge

- Gesamt (n=93)
 - Schulisch (n=44)
 - Außerschulisch (n=23)
 - Therapie (n=26)
 - Bachelor, Master, Staatsexamen
- Studienstätte (n=39)
 - Universitäten (n=12)
 - (Fach)Hochschulen (n=27)

2. Analyse: Modulhandbücher

Kriterien:

- Art des Studiengangs
- Ganzes UK-Modul?
- Themendach UK?
- Wahl- oder Pflichtveranstaltung
- Lerninhalte des Moduls
- Lernziele des Moduls

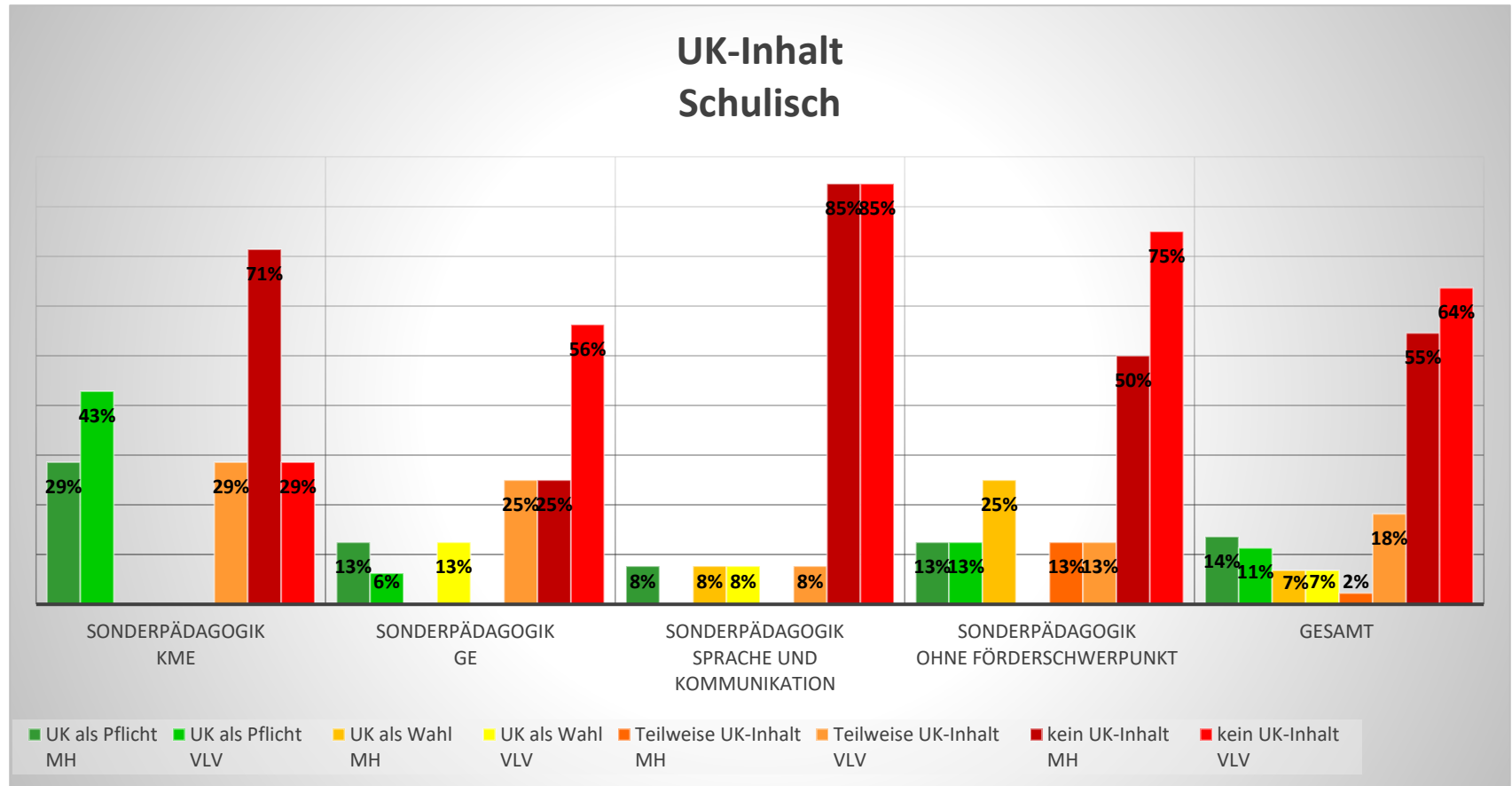
Beispiel:

Master	Ja	
Ganzes Modul	Nein	„Unterricht, Beratung und Schulentwicklung im FSP KmE“
Themendach	Modulnr. 3	Spezifische Kommunikationsformen und Medien
Wahl / Pflicht	Pflicht	

3. Analyse: Vorlesungsverzeichnisse

- Auflistungskriterien
 - Universität, FH
 - Studiengang
 - Veranstaltungstitel
 - Einführung/Vertiefung
 - Semesterwochenstunden
 - Semester
 - Dozent*in
 - Inhalt

4. Ergebnisse Schulisch (n=44)



4. Ergebnisse

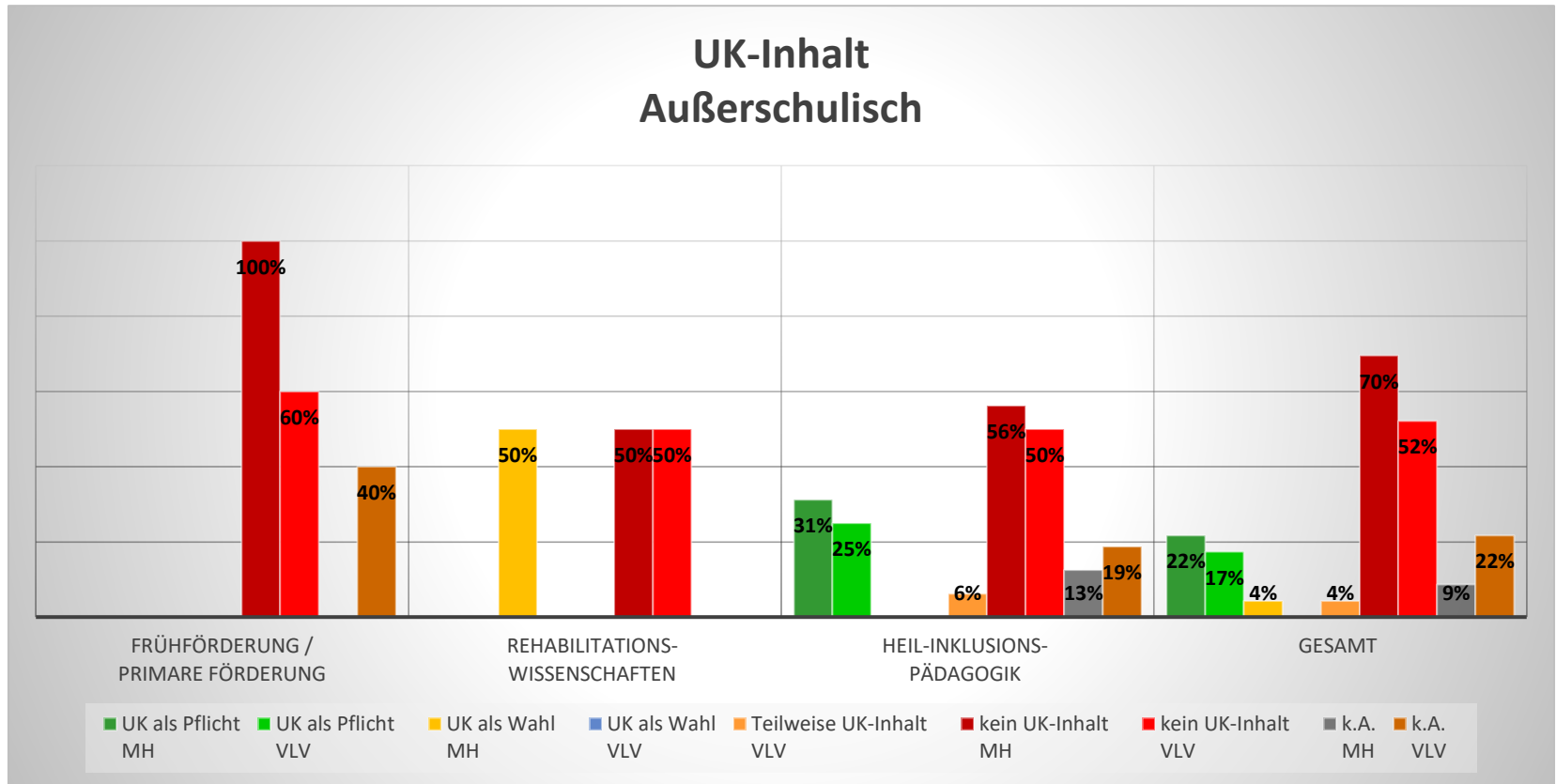
Schulisch (FS: KmE, Sprache u. Kommunikation, o. FS)

UK-Inhalte (n=10)

- KmE
 - TU Dortmund BA & MA
 - Pädagogische Hochschule Ludwigsburg BA
 - Universität zu Köln BA & MA
- GE
 - Universität zu Köln BA
 - TU Dortmund MA
- Sprache/Komm.
 - TU Dortmund MA
- Ohne FS
 - Universität Koblenz-Landau BA & MA

4. Ergebnisse

Außerschulisch (n=24)



4. Ergebnisse

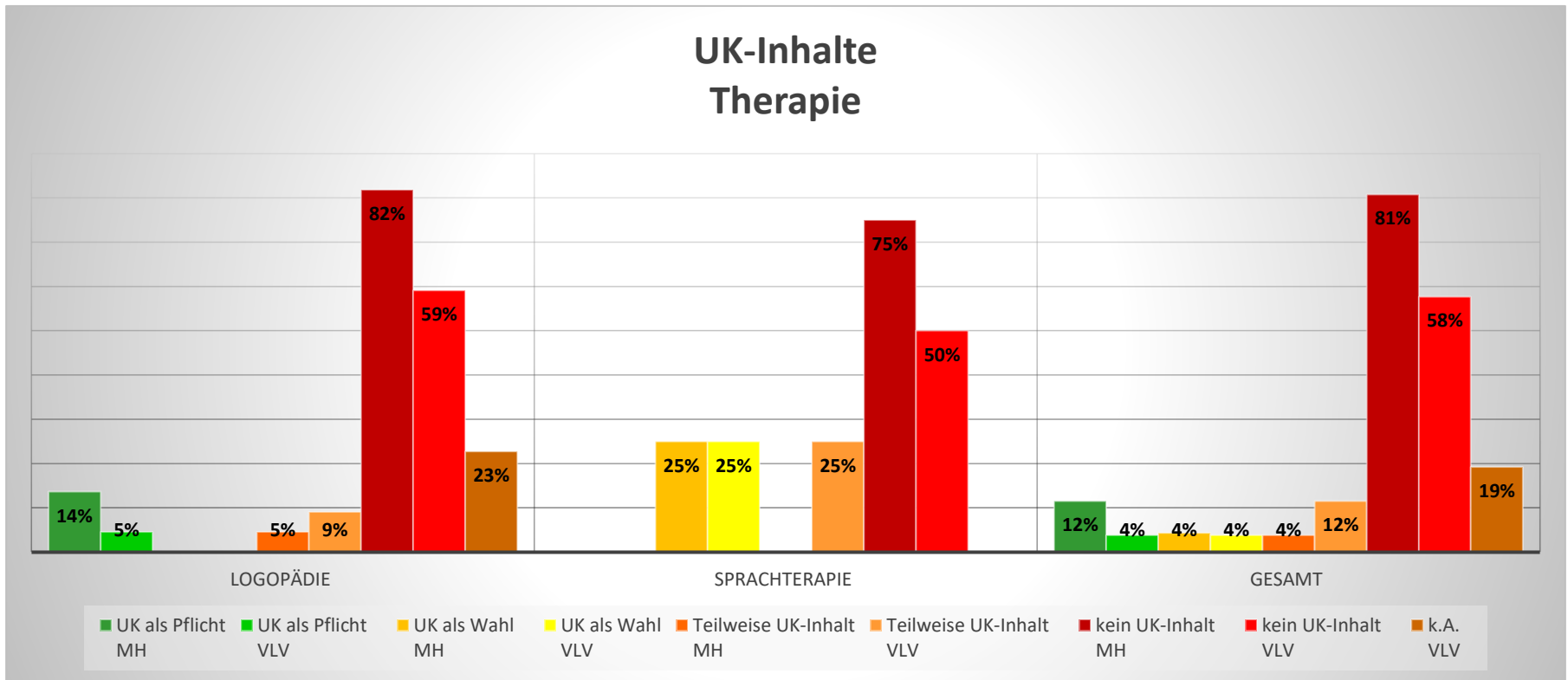
Außerschulisch

(Frühförderung/Primäre Förderung, Rehabilitationswiss. & Heil-Inklusionspädagogik)

UK-Inhalte (n=2)

- Heil-Inklusionspädagogik
 - Katholische Hochschule Freiburg BA
 - Fachhochschule Diakonie Bielefeld BA

4. Ergebnisse Therapie (n=26)



4. Ergebnisse

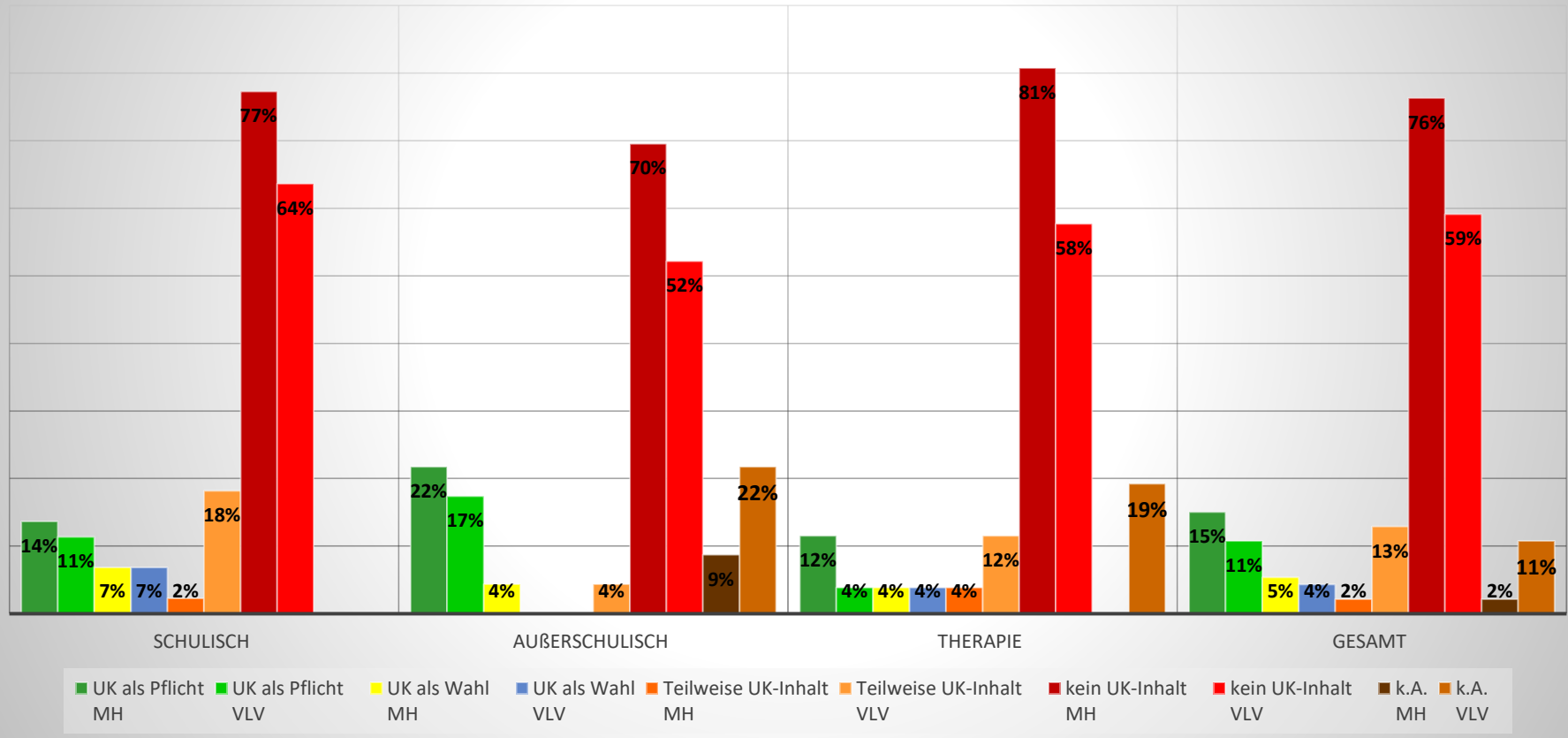
Therapie (Logopädie, Sprachtherapie)

UK-Inhalt (n=3)

- Logopädie
 - Universität Erlangen-Nürnberg BA
 - Fachhochschule Kärnten BA
 - Universität Lübeck BA

4. Ergebnisse Gesamtdarstellung

UK-Inhalt Gesamt



Anhang 2: Alle Evaluationsergebnisse im Überblick

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

Tab. Ergebnisse der Mixed-Methods-Studie im Einzelnen (Grundlage: Evaluationsbericht)

Nr.	Outcomes	Beschreibung der Daten	Ergebnisse
Ausgangslage			
1	Versorgungssituation vor der NVF (Aktuelle Versorgungssit.)	formativ Selbst priv. + fachl. qI 5 Fokusgruppeninterviews n = 32	Identifizierung von UK-Bedarf und Versorgung sehr von Zufall geleitet; Zuständigkeiten und Bewilligung werden als willkürlich wahrgenommen; Erfolg der Versorgung abhängig von der Motivation und den Ressourcen der beteiligten Bezugspersonen; fehlende Kontinuität in der Zusammenarbeit; es mangelt an Wissen, Verständnis, Akzeptanz
2	Wünsche an die UK-Versorgung		Mehr Zusammenarbeit der Beteiligten; mehr Begleitung; mehr Transfer in den Alltag; bessere Integration von UK in therapeut. Ausbildungen; höhere Sensibilisierung für UK; Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen (auch Finanzierung); mehr Fortbildungsangebote zu UK
Implementierung			
3	Umfang der Intervention	formativ NVF-Fälle: n = 127	alle haben CM und PT erhalten; 111 UK-Therapie, davon 87 UK-Nutzer:innen mit 20 Einheiten, 17 mit 10-19 Einheiten, 7 mit 1-9 Einheiten; Therapiedauer zw. 3 und 27 Monaten; in 50 % der Fälle unter 12 Mon.
4	Abweichungen von der NVF	formativ 7 Fokusgruppeninterviews n = 31 (11 Mitarbeiter:innen Kompetenzzentren, 8 priv. und 12 fachl. Bezugspersonen)	Änderungen durch Personalwechseln in den Kompetenzzentren, dadurch, dass Therapien nicht im Kompetenzzentrum, sondern im Wohnumfeld oder als Tele-Therapie durchgeführt wurden
5	Ressourcen für die Umsetzung der NVF		Therapeut:innen: Schulung zum CM, Einarbeiten in die Vorgaben zur NVF, Anschaffungen/Ausstattung, Erfahrung mit UK und Therapiemethoden, viel Zeit für das CM
6	Implementierungsprozess		Telefon. Erstgespräch, Diagnostik & Beratung , i.d.R. 2 Termine; wichtig, dass Ergebnis der Diagnostik erläutert und Vorstellungen zur Versorgung mit UK (Aufwand, Verantwortung) mit allen Beteiligten geklärt werden (Rollenklärung); Erprobung verschiedener Kommunikationsformen; Beantragung der Hilfe bei der KK z.T. reibungslos, z.T. Monate bis zur Auslieferung; Patiententraining zur Klärung vieler technischer und organisatorischer Fragen (Winkel zum Gesicht, welches Vokabular, wie individualisieren, wie im Alltag nutzen); UK-Therapie , um Einsatz und erforderliche Fähigkeiten zu üben und das Umfeld anzuleiten; CM , um sicherzustellen, dass der Versorgungsprozess läuft, ggf. muss ein Widerspruch bei der Kasse eingelegt werden oder alle Beteiligten über die Aufgaben informieren; CM als ‚Erfolgsgarant‘, dass Maßnahmen umgesetzt werden
Primäre, sekundäre und weitere Outcomes			
7	Pragmatische Kommunikationsfähigkeit (primäres Outcome)	summativ Proxy fachl. NVF-SV Paare: n = 81 NVF-uV Paare: n = 81	<i>Hinweis:</i> Unterscheidung zwischen eher fortgeschrittener und weniger fortgeschrittener pragmatischer Kommunikationsfähigkeit (Skala 0/sehr schlecht – 4/sehr gut); eher fortgeschrittene pragmatische Kommunikationsfähigkeit (Subskala 1) in NVF und SV sehr schlecht bis schlecht ausgeprägt: NVF: $M = 0,36$ ($SD = 0,60$)(T0), $M = 0,65$ ($SD = 0,69$)(T1), $M = 0,90$ ($SD = 0,91$)(T2); SV: $M = 0,35$ ($SD = 0,80$)(T0), $M = 0,69$ ($SD = 0,98$)(T1), $M = 0,65$ ($SD = 0,74$)(T2), positive Tendenzen in der NVF zwischen T1 und T2, in der SV-Gruppe sinkt der Wert leicht ab; uV: $M = 1,44$ (T2); Varianzanalysen liefern keinen signifikanten Unterschied zwischen NVF und SV ($F(1, 159) = 1,146$, $p = 0,286$, partielles $\eta^2 = 0,007$), jedoch zeigte sich eine Wechselwirkung zwischen dem Messzeitpunkt und den Versorgungsformen ($F(1,159) = 8,460$, $p = 0,004^*$, partielles $\eta^2 = 0,051$); signifikanter Unterschied zwischen NVF- und uV-Gruppe ($F(1, 160) = 5,880$, $p = 0,016^*$, partielles $\eta^2 = 0,035$); weniger fortgeschrittene pragmatische Kommunikationsfähigkeit (Subskala 2) liegt erwartungsgemäß etwas höher als Subskala 1: NVF: $M = 1,34$ ($SD = 1,07$)(T0), $M = 1,76$ ($SD = 1,04$)(T1), $M = 2,11$ (1,13)(T2); SV: $M = 1,25$ ($SD = 1,03$)(T0), $M = 1,69$ ($SD = 1,14$)(T1), $M = 1,84$ ($SD = 0,99$)(T2); uV: $M = 2,52$ (T2), Anstieg in der NVF zwischen T1 und T2 deutlicher als in der SV-Gruppe; Varianzanalysen liefern keinen signifikanten Unterschied zwischen NVF und SV ($F(1, 159) = 0,917$, $p = 0,340$, partielles $\eta^2 = 0,006$); auch zwischen NVF und uV kein signifikanter Unterschied ($F(1, 160) = 2,647$, $p = 0,106$, partielles $\eta^2 = 0,16$); Sensitivitätsanalysen liefern keine signifikante Haupteffekte hinsichtlich der Gruppenzugehörigkeit

			rigkeit; qualitative Analysen: Beteiligte nehmen NVF überwiegend als wirksam wahr, Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit ist oftmals stark abhängig von den physischen und psychischen Einschränkungen der UK-Nutzer:innen; einige Patient:innen können mit der Kommunikationshilfe nun Erlebnisse und Erfahrungen ausdrücken, Bedürfnisse äußern und werden mit der Hilfe auch von den Großeltern und von mehr Personen im Umfeld verstanden
8	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (sekundäres Outcome)	summativ Proxy priv. NVF-SV Paare: n = 81 NVF-uV Paare: n = 81	Lebensqualität (DISABKIDS Raw Score 0-100): NVF: $M = 59,51$ ($SD = 20,67$)(T0), $M = 60,46$ ($SD = 20,78$)(T1), $M = 62,59$ ($SD = 17,72$)(T2); SV: $M = 57,35$ ($SD = 19,43$)(T0), $M = 59,35$ ($SD = 17,49$)(T1), $M = 57,53$ ($SD = 18,07$)(T2); uV: $M = 54,60$ (T2); Varianzanalysen liefern keinen signifikanten Unterschied zwischen NVF und SV ($F(1, 159)=0,916$, $p = 0,340$, partielles $\eta^2=0,006$); auch zwischen NVF und uV kein signifikanter Unterschied ($F(1, 160)=3,522$, $p = 0,062$, partielles $\eta^2=0,022$); qualitative Analysen: Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Kommunikationsfähigkeiten beschrieben, Patient:innen zeigen seltener Frustration, Aggression oder selbstverletzendes Verhalten
9	Teilhabe (sekundäres Outcome)	summativ Proxy priv. NVF-SV Paare: n = 81 NVF-uV Paare: n = 81	Teilhabe WHODAS 2.0, 0/keine Einschränkung – 100 sehr starke Einschränkung/nicht möglich): NVF: $M = 54,66$ ($SD = 21,43$)(T0), $M = 50,39$ ($SD = 22,17$)(T1), $M = 48,28$ (22,09)(T2); SV: $M = 58,87$ ($SD = 19,89$)(T0), $M = 55,48$ ($SD = 22,29$)(T1), $M = 55,02$ ($SD = 21,23$)(T2); uV: $M = 54,04$ (T2); Varianzanalysen liefern keinen signifikanten Unterschied zwischen NVF und SV ($F(1, 159) = 1,618$, $p = 0,205$, partielles $\eta^2 = 0,010$); signifikanter Unterschied zwischen NVF und uV ($F(1, 160) = 5,361$, $p = 0,022^*$, partielles $\eta^2 = 0,032$); qualitative Analysen: Teilhabe scheint auch in Abhängigkeit zur pragmatischen Kommunikationsfähigkeit zu stehen; Patient:innen weniger zurückgezogen und mehr in Interaktion mit anderen Personen, mehr Integration und Autonomie
10	Zufriedenheit mit der Hilfe (sekundäres Outcome)	summativ Selbst priv. + fachl. NVF priv. (n = 109) NVF fachl. (n = 110) SV priv. (n = 74) SV fachl. (n = 74) uV (n = 190)	Hinweis: Erfasst wurde die Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel zu T1 (4 Wochen nach Hilfsmittelerhalt) und zu T2 (4 Monate nach Hilfsmittelerhalt), Skala 1/überhaupt nicht zufrieden – 5/sehr zufrieden; private Bezugspersonen, T1: NVF $M = 3,96$ ($SD = 0,55$), SV $M = 3,84$ ($SD = 0,64$); kein signifikanter Unterschied zwischen NVF und SV ($F(1, 180) = 2,417$, $p = 0,122$, partielles $\eta^2 = 0,013$); private Bezugspersonen, T2: NVF $M = 4,00$ ($SD = 0,63$), SV $M = 3,72$ ($SD = 0,65$), uV = 3,66 ($SD = 0,76$); signifikanter Unterschied zwischen NVF und SV ($F(1, 180) = 7,265$, $p = 0,008^*$, partielles $\eta^2 = 0,039$); signifikanter Unterschied zwischen NVF und uV ($F(1, 303) = 19,081$, $p < 0,001^{**}$, partielles $\eta^2 = 0,059$); fachliche Bezugspersonen, T1: NVF $M = 3,99$ ($SD = 0,58$), SV $M = 3,91$ ($SD = 0,64$); kein signifikanter Unterschied zwischen NVF und SV ($F(1, 181) = 0,887$, $p = 0,348$, partielles $\eta^2 = 0,005$); fachliche Bezugspersonen, T2: NVF $M = 4,04$ ($SD = 0,59$), SV $M = 3,85$ ($SD = 0,67$); signifikanter Unterschied zwischen NVF und SV ($F(1, 181) = 4,799$, $p = 0,030^*$, partielles $\eta^2 = 0,026$); qualitative Analysen: Angaben der Teilnehmenden der Fokusgruppen: zufrieden mit der Passung des Hilfsmittels, z. T. zufrieden mit der Bedienung, z. T. als zu kompliziert wahrgenommen; Angaben aus den Interviews mit UK-Nutzer:innen: 6 von 8 sind eher zufrieden mit ihrer Kommunikationshilfe; ein:e Nutzer:in war eher nicht zufrieden; ein:e teils-teils
11	Akzeptanz, Nutzungskompetenz und Einsatz der Hilfe	formativ Selbst & Proxy NVF alle Bezugsp. (n = 193/176 ¹) SV alle Bezugsp. (n = 123/118) ql 7 Fokusgruppeninterviews n = 31 (11 Mitarbeiter:innen Kompetenzzentren, 8 priv. und 12 fachl. Bezugspersonen) 8 Einzelinterviews mit UK-Nutzer:innen	Skala: 0/stimme nicht zu – 4/stimme voll und ganz zu; Subskala Akzeptanz der Bezugsperson gegenüber der neuen Kommunikationshilfe: NVF $M = 3,23$ ($SD = 0,77$); SV $M = 3,09$ ($SD = 0,85$), $p = 0,156$, Mittelwertvergleich der Subskala zeigt keinen signifikanten Unterschied; bei 4 von 5 Items liegen die Werte der NVF höher als in der SV-Gruppe, 3 sind statistisch signifikant, Hinweise auf eine höhere Akzeptanz in der NVF; Akzeptanz der betreuten Person gegenüber der neuen Kommunikationshilfe (Proxy): Mittelwerte aller 5 Items liegen in der NVF höher als in der SV-Gruppe, aber keine signifikanten Unterschiede (keine Subskala gebildet, d.h. kein Wert, deshalb Beispielitem: „Bei der Verwendung der neuen Kommunikationsform wirkt die Person nicht so oft frustriert wie bei anderen Kommunikationsformen.“ NVF $M = 2,25$ ($SD = 1,23$); SV $M = 2,09$ ($SD = 1,16$), $p = 0,217$; Mittelwerte der Patient:innen liegen deutlich unter den Werten der Akzeptanz der Bezugspersonen; qualitative Daten: Teilnehmende der Fokusgruppen berichten von hoher Akzeptanz und hohem Engagement, dass sich die UK-Nutzer:innen interessiert zeigen und die Hilfe selbstständig mitnahmen; Probleme in der Akzeptanz hätten große Auswirkungen auf den Erfolg der Versorgung; Nutzungskompetenz der Bezugsperson und der betreuten Person (keine Subskala gebildet, d.h. kein Gesamtwert): Mittelwerte aller sieben Items liegen in der NVF über denen der SV-Gruppe, nur bei einem Item zeigt sich ein signifikanter Unterschied: eigenständige Nutzung der Kommunikationshilfe (NVF $M = 2,19$ ($SD = 1,28$), SV $M = 1,85$ ($SD = 1,27$), $p = 0,024^*$); positive Tendenzen in der NVF könnten darauf hindeuten, dass die Intervention einen positiven (Langzeit-)Effekt auf die Nutzungskompetenz haben könnte; qualitative Daten: Nutzungskompetenz insgesamt eher positiv beschrieben – insbesondere auf PT zurückgeführt, PT besonders wichtig, wenn Bezugspersonen keine Vorerfahrungen mit UK haben; UK-Therapie wirksam für den Transfer der

			Hilfsmittelnutzung in den Alltag; fachlichen Bezugspersonen fällt die Nutzung der Kommunikationshilfen leichter; Nutzungskompetenz auch abhängig von den kognitiven und motorischen Einschränkungen der Patient:innen; Probleme in der Nutzung betreffen Überforderung der Bezugspersonen mit der Kommunikationsform (z.B. Gebärden erlernen), dass Zeit und Motivation, sich einzuarbeiten z. T. nicht ausreichen; dass Hilfen von Bezugspersonen falsch eingesetzt werden (nicht zur Kommunikation, sondern mit Multiple-Choice-Auswahl für den Unterricht); Angaben aus den Interviews mit UK-Nutzer:innen: Kommunikationshilfe wird viel in der Alltagskommunikation genutzt (häusliches und Arbeitsumfeld), z. T. werden längere (Gesprächs-)Beiträge wie Briefe vorbereitet und dann ‚erzählt‘; Einsatz der neuen Kommunikationshilfe im Alltag (keine Subskala gebildet, d.h. kein Gesamtwert): bei 4 der 7 Items statistisch signifikante Unterschiede zugunsten der NVF-Gruppe, z.B. Person hat zahlreiche Gelegenheiten, die neue Kommunikationsform zu nutzen NVF $M = 2,91$ ($SD = 1,01$), SV $M = 2,54$ ($SD = 1,03$), $p = 0,001^*$
12	NVF-Compliance	formativ ql	Abhängig von der Motivation der Bezugspersonen, da die NVF für sie mit viel Aufwand verbunden ist; z. T. durften die UK-Nutzer:innen die neue Kommunikationshilfe nicht am Arbeitsplatz (in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung) nutzen
	Kontextfaktoren		
13	Vorerfahrungen mit UK	formativ Proxy qn NVF (n = 127), SV (n = 91), uV (n = 190) ql 7 Fokusgruppeninterviews n = 31 (11 Mitarbeiter:innen Kompetenzzentren, 8 priv. und 12 fachl. Bezugspersonen)	Skala 0/gar keine Erfahrung – 4/sehr viel Erfahrung; Erfahrungen der Patient:innen mit elektronischen KH: NVF $M = 1,13$ ($SD = 1,19$), SV $M = 1,3$ ($SD = 1,3$), uV $M = 2,3$ ($SD = 1,03$), $p = 0,386$; ... mit nichtelektronischen KH: NVF $M = 1,54$ ($SD = 1,19$), SV $M = 1,56$ ($SD = 1,27$), uV $M = 1,84$ ($SD = 1,04$), $p = 0,966$; ... mit Gebärden: NVF $M = 1,24$ ($SD = 1,06$), SV $M = 1,34$ ($SD = 1,22$), uV $M = 1,31$ ($SD = 1,09$), $p = 0,745$; keine Signifikanzen; UK-Nutzer:innen aus der NVF haben geringere Vorerfahrungen als SV und uV; qualitative Ergebnisse: einige Bezugspersonen berichten, dass ihre Erfahrungen die Umsetzung begünstigt hätten, andere berichten von negativen Vorerfahrungen, die den Erfolg der Interventionen hemmen können
14	Einstellungen der Stakeholder zu UK	formativ Selbst ql 7 Fokusgruppeninterviews s.o.	Berichtet werden positive und negative Einstellungen der Bezugspersonen gegenüber der NVF; einige Projektmitarbeiter:innen wurden von den fachlichen Bezugspersonen als Konkurrenz wahrgenommen; Skepsis aufgrund des hohen Aufwands, insbesondere bei geringer Motivation; Einstellungen der Bezugspersonen vor Ort problematisch, wenn Kommunikation nicht im Fokus steht (Beispiele: Werkstatt, Kindergarten); überhöhte Erwartungen an die KH; ausgeprägter Wunsch, dass das eigene Kind sprechen lernt; aber auch Offenheit und Motivation, UK zu lernen und anzuwenden
15	Technikbereitschaft	formativ priv. + fachl. qn NVF (n = 193), SV (n = 123), uV (n = 190)	Skala 1/keine – 5/hohe Technikbereitschaft: NVF $M = 3,64$ ($SD = 0,66$); SV $M = 3,77$ ($SD = 0,58$); uV $M = 3,41$ ($SD = 0,65$), $p = 0,177$; höchster Wert bei den Bezugspersonen der SV-Gruppe, geringster Wert in der uV (NVF und SV: sowohl fachliche als auch private Bezugspersonen, uV: nur priv.), keine Signifikanz; wurde in den qualitativen Interviews nicht thematisiert
16	Rahmenbedingungen	formativ ql 7 Fokusgruppeninterviews s.o.	Regelungen zu Zuständigkeiten (z. B. durch Beratungspflicht) und zur Feststellung des UK-Bedarfs werden als unzureichend wahrgenommen; z. T. unklar, bei welchen Indikationen ein UK-Bedarf bestehe, deshalb haben einige Patient:innen mehr Schwierigkeiten mit den Bewilligungen beantragter Maßnahmen; Hilfsmittelversorgung über die Krankenkassen würde sehr unterschiedlich verlaufen; zeitliche Ressourcen aller Beteiligten als kritischer Faktor für die planmäßige Durchführung der Intervention; Koordination von Terminen bei begrenzten zeitlichen Ressourcen aller Beteiligten als große Herausforderung für die UK-Therapeut:innen; Rahmenbedingungen für die Nutzung der KH aus den Einzelinterviews mit den UK-Nutzer:innen: Hilfen waren z. T. nicht geladen und konnten nicht genutzt werden (Abhängigkeit von den Bezugspersonen); mangelnde Passung zwischen KH und Patient:in, wenn es z.B. keine Sprachausgabe in der Muttersprache gab (relevant für den Einsatz im häuslichen Umfeld) oder wenn die Halterung nicht (richtig) am Rollstuhl befestigt war
17	Zusammenarbeit und Kommunikation der Stakeholder		Zusammenarbeit verläuft sehr unterschiedlich; positive wie negative Erfahrungen berichtet; Probleme z. B. in der Kommunikation mit den Krankenkassen, aber auch mit den fachlichen Bezugspersonen, die die MUK-Therapeut:innen als Konkurrenz wahrgenommen haben; Probleme auch in der Zusammenarbeit mit den Hilfsmittelfirmen aufgrund schlechter Erreichbarkeit; z. T. Probleme in der Zusammenarbeit mit den Eltern, so dass der Transfer ins häusliche Umfeld erschwert war; Zusammenarbeit hat auch oft gut funktioniert und wird als wichtiger Faktor für das Gelingen der Intervention angesehen

18	Belastungen der privaten Bezugspersonen		oft hohe Belastung der privaten Bezugspersonen; Einfluss auf die Umsetzung der Intervention im Alltag
19	Eigenschaften und persönlicher Hintergrund der Stakeholder		sehr heterogene Gruppe mit sehr heterogenen Herausforderungen (z.B. kognitive Einschränkungen, Konzentrationsprobleme, Erschöpfung, Überforderung, aber auch Befestigung der Hilfe am Rollstuhl); großer Einfluss auf die Intervention und erhoffte Entwicklungsfortschritte
Wirkweisen & Anpassungsbedarf			
20	Erfahrungen mit der NVF	formativ Selbst qn alle Bezugspersonen NVF (n = 193) SV (n = 123) ql 7 Fokusgruppeninterviews s.o. 8 Einzelinterviews mit UK-Nutzer:innen	Bewertung von Diagnostik & Beratung: NVF (n = 193): $M = 3,68$ ($SD = 0,49$), SV (n = 123): $M = 3,72$ ($SD=0,53$) Mann-Whitney-U-Test, $p = 0,037^*$; Bewertung PT: NVF (n = 108): $M = 3,46$ ($SD = 0,53$); Bewertung UK-Therapie: NVF (n = 110): $M = 3,59$ ($SD = 0,53$); Bewertung Therapeut:innen: NVF (n = 111): $M = 3,94$ ($SD = 0,23$); Bewertung des CM/der Unterstützung, T1 und T2, NVF und SV im Vergleich. Die Unterstützung wird bei 5 der insg. 6 Items signifikant besser in der NVF-Gruppe gewertet, z.B. „Wie viel Unterstützung haben Sie während der UK-Versorgung von der Beratungsstelle erhalten bei der Verfolgung des festgelegten Ziels der UK-Versorgung?“ (Skala 0/keine – 5/sehr viel) NVF (n = 165): $M = 2,88$ ($SD = 1,06$); SV (n = 85): $M = 1,91$ ($SD = 1,52$), $p < 0,001^{**}$; keinen signifikanten Unterschied gab es bei der Unterstützung der Beantragung der Kommunikationshilfe – dabei wurde auch die SV-Gruppe im Rahmen von Diagnostik & Beratung unterstützt; Erhebung der Unterstützungsbedarfe, T1 und T2, NVF und SV im Vergleich: Bezugspersonen der NVF geben bei 9 von 10 Items geringere ungedeckte Unterstützungsbedarfe an (außer bei der Beantragung der Kommunikationshilfe); Gesamtbewertung der UK-Versorgung: 48,6 % der NVF-Bezugspersonen schätzen den Nutzen höher ein als den Aufwand, 34,3 % geben an, dass sich Nutzen und Aufwand die Waage halten; in der SV-Gruppe sind es 45,9 % und 32,1 % wobei zu beachten ist, dass der Aufwand in der NVF-Gruppe deutlich höher war als in der SV-Gruppe; Erfahrungen mit der NVF, qualitative Daten: überwiegend positive Erfahrungen (Zusammenarbeit, Austausch über Bedarf und Ziele, bedarfsgerechte Versorgung, Transfer in den Alltag, gute/ kontinuierliche Betreuung, aktueller Wissensstand, erhöhte Motivation); andere Erfahrungen: z. T. wurden Kommunikationshilfen nicht so eingesetzt, wie geplant (z. B. nur für Schulaufgaben und nicht für die Kommunikation), z. T. mangelnde Motivation und Überforderung; z. T. haben sich die Therapeut:innen in den Einrichtungen durch die Anwesenheit der MUK-Therapeut:innen gestört oder belastet gefühlt; Angaben der UK-Nutzer:innen: 4 von 8 geben an, dass es ihnen vor der NVF schlechter ging, 3 geben an, dass es ihnen vorher auch gut gegangen sein, die Mehrheit gibt an, dass es jetzt leichter sei sich mitzuteilen
21	Veränderungen des Arbeitsaufwands- und -ablaufs		hoher Personalaufwand; viel Organisation dadurch, dass die Therapien auch bei den Patient:innen im Umfeld stattfinden und – pandemiebedingt – durch die verschiedenen Auflagen und Einschränkungen; aufwendige Einarbeitung in die verschiedenen Kommunikationsformen; hoher Zeitaufwand für die privaten Bezugspersonen, um die Hilfe im Alltag einzusetzen
22	Nicht intendierte Wirkungen		Positive: neues UK-Wissen konnte auch an andere weitergegeben werden (z. B. Kinder mit UK-Bedarf); der Kontakt einiger betreuter Kinder zu anderen Kindern hat sich verbessert; Kolleg:innen in den Einrichtungen begeistert; negative: Fahrtkosten zu den Therapieterminen nicht berücksichtigt; ebenso nicht der erhöhte Organisationsaufwand für diese vielen Termine mit z.T. langen Fahrtwegen; Teilnahmebereitschaft einiger Bezugspersonen eher gering
23	Veränderungen der Wünsche	formativ Selbst & Proxy ql 7 Fokusgruppeninterviews s.o.	Grundlage bilden die <u>vor</u> der Intervention geäußerten Wünsche (siehe 2): mehr Transfer in den Alltag: in den meisten Fällen erreicht, die Aussicht auf die mittelfristige Unterstützung durch PT und Therapie habe den Transfer besser gesichert; mehr Zusammenarbeit der Beteiligten: in den meisten Fällen erreicht, z. T. durch NVF erstmalig initiiert; mehr Begleitung: durch CM ermöglicht, PT allein würde nicht ausreichen; Unsicherheit, wie die benötigte Unterstützung nach Beendigung der NVF aussehen könne; bessere Integration von UK in therapeut. Ausbildungen (kein Ziel der NVF); höhere Sensibilisierung für UK: konnte z. T. erreicht werden, wichtig, dass z. B. Leitung einer Einrichtung UK offen gegenübersteht; weiterhin Wunsch nach mehr Sensibilisierung bei den medizinischen Leistungserbringern; Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen (auch Finanzierung) (kein Ziel der NVF); mehr Fortbildungsangebote zu UK (kein Ziel der NVF)
24	Anpassungsbedarf		Früherer Beginn der UK-Versorgung: mehrfach geäußert; UK-Bedarf müsste frühzeitig erkannt werden, um adäquate Versorgung leisten zu können; mehr Zusammenarbeit und Kommunikation: zwischen Bezugspersonen und Stakeholdern, insbesondere an Schnittstellen und bei Übergängen (z.B. vom Kindergarten in die Schule); auch zwischen Ärzten

		<p>und UK-Beratungsstellen/UK-Kompetenzzentren, damit Patient:innen eine bedarfsgerechte Versorgung erhalten; Supervision/fachlicher Austausch: Unterstützung ‚von außen‘ als hilfreich beschrieben, auch als Wunsch für den Austausch der UK-Therapeut:innen untereinander geäußert; Weiterentwicklung des Case Managements: CM Schulung als Voraussetzung beschrieben; geeignete Dokumentationsform für die geleisteten Arbeiten gefordert, um die zeitlichen Ressourcen kalkulieren und dokumentieren zu können; Finanzierung: Finanzierung in Bezug auf Fahrtkosten und Fahrtzeiten müsse angepasst werden; Patient:innen mit UK-Bedarf sollten einen gesetzlich geregelten Anspruch auf Beratungsleistungen und Hilfsmittelversorgung haben (einheitliche Regelung erwünscht); Flexibilität und Umfang der erhaltenen Unterstützung: Wunsch nach bedarfsorientierter Anpassung der Therapieeinheiten; Sensibilisierung/ Öffentlichkeitsarbeit: insbesondere bei Ärzt:innen und bei Krankenkassenmitarbeiter:innen; stärkere Berücksichtigung von UK in der Ausbildung für Sprachtherapie; Standard in heilpädagogischen Kindergärten; Kommunikation als Grundbedürfnis sollte eine höhere Priorität bekommen, auch weil so Selbstverletzung und Fremdaggression reduziert werden kann; (Weiter-)Versorgung nach der NVF: Wunsch nach Kontrollterminen nach der NVF und nach der Möglichkeit eines erneuten Patiententrainings bei Institutionenwechselln</p>
--	--	---

Abkürzungen: Selbst = Selbsteinschätzung | fachl. = fachliche Bezugsperson | priv. = private Bezugsperson | KH = Kommunikationshilfe | ql = qualitative Daten | qn = quantitative Daten | CM = Case Management | PT = Patiententraining | KK = Krankenkasse | M = Mittelwert | SD = Standardabweichung

Signifikante Ergebnisse wurden wie folgt markiert: p = Signifikanzniveau **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau.

¹ Bei einzelnen Items kann die Anzahl der gültigen Fälle leicht abweichen.

Entwurf

Indikationen des Heilmittels Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation

PROLOG:

Die Patientengruppe ist äußerst heterogen und zeichnet sich durch ihre Komplexität aus.

Die *komplexe Kommunikationsstörung* kann auf eine Störung der Sprache, des Sprechens, der Stimme oder der Kommunikation zurückzuführen sein. Diese kann entwicklungsbedingt, erworben oder progredient sein.

Die komplexe Kommunikationsstörung ist durch **fehlende, stark eingeschränkte** oder **unverständliche Lautsprache gekennzeichnet**.

Häufig kommt es zu Komorbidität.

Die folgende Systematik folgt:

- den neuen Heilmittelrichtlinien (HeilM-RL): Zweiter Teil- Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen nach §92 Absatz 6 Satz 1 SGB V (1/2021)
- der Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf (Stand 1 /2021)

Systematik Zweiter Teil: Zuordnung der Heilmittel zu **Indikationen** nach §92 Absatz 6 Satz 1 SGB V für alle Heilmittel (1/2021)

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik Schädigung von Körperfunktionen und- strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen ----- Weitere Hinweise
		Vorrangige Heilmittel:	Höchstmenge je VO:
		Ergänzende Heilmittel:	Orientierende Behandlungsmenge:
			Frequenzempfehlung:

Entwurf Diagnosegruppen UK-Therapie

- **Komplexe Sprachentwicklungsstörung** mit **fehlender, stark eingeschränkter** oder **unverständlicher Lautsprache**
- **Komplexe Störungen der Sprache nach** Abschluss der Sprachentwicklung mit **fehlender** oder **unverständlicher Lautsprache**
- **Komplexe Störungen der Sprache nach** Abschluss der Sprachentwicklung mit **fehlender** oder **unverständlicher Lautsprache** bei **unvollständigem Spracherwerb (neu)**
- Komplexe Störungen des **Sprechbewegungsablaufes** mit fehlender oder unverständlicher Lautsprache bei **Kindern (neu)**
- Komplexe Störungen des **Sprechbewegungsablaufes** mit fehlender oder unverständlicher Lautsprache **bei Erwachsenen**
- Komplexe Störungen bei **organisch bedingten Erkrankungen der Stimme**
- **Komplexe Redeflussstörungen** mit stark **eingeschränkter** oder **unverständlicher Lautsprache**
- Komplexe Störungen des Sprechens/ der Sprache **bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit**
- **Komplexe Störungen der Kommunikation (neu)**

Indikation (analog zu SP 1)	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik
	Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nach ICF
<p>Komplexe Sprachentwicklungsstörung mit fehlender, stark eingeschränkter oder unverständlicher Lautsprache:</p> <p>z.B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genetischen Syndromen/ Chromosomenanaomalien (z.B.Q90.0-Q90.9;Q91.0-Q91.7; Q96.0-Q96.9) - Prä-; peri-, postnatalen Hirnschädigungen - Angeborene Fehlbildungen des Gehirn - Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (z.B. F84.0-F84.1, F84.3, F84.4, F84,8, F84.2) - umfassender Entwicklungsstörungen unklarer Genese - Periphere und zentrale Hörstörungen 	<p>b167 „kognitiv sprachliche Funktionen“</p> <p>d3 „Kommunizieren als Sender und Empfänger“</p> <p>Erhebliche Schädigung der kognitiv-sprachlichen Funktionen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - massiver Einschränkung im Wortschatz - massiver Einschränkung im Satzbau und/oder in der morphologischen Regelbildung - massiver rezeptiver Einschränkung (im Sprachverständnis) - massive Einschränkung der Artikulation <p>mit Auswirkungen vor allem in den Partizipationsdomänen d1, d3, d7, d8 und d9</p>

Indikation (analog zu SP5)	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik
	Schädigung von Körperfunktionen und –strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nach ICF
<p><u>Komplexe Störungen der Sprache nach</u></p> <p>Abschluss der Sprachentwicklung mit fehlender oder unverständlicher Lautsprache</p> <p>z.B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zerebraler Ischämie (Apoplex), Hirnblutung, Tumor - Z.n. Schädel-Hirn-Trauma - Z.n. Hirnoperation - Infektiösen, neurogenerativen und entzündlichen ZNS-Erkrankungen - Geriatrische Syndrome - Dementiellen Erkrankungen 	<p>b167 „kognitiv sprachliche Funktionen“</p> <p>d3 „Kommunizieren als Sender und Empfänger“</p> <p>Aphasie und Dysphasie mit</p> <p>Schädigung der kognitiv-sprachlichen Funktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Wortfindung <ul style="list-style-type: none"> - des Satzbaus, der Grammatik - des Sprachverständnisses - Des Lesens und Schreibens <p>mit Auswirkungen vor allem auf die Partizipationsdomänen d1, d3, d7, d8 und d9</p>

Indikation (neu)	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik
Komplexe Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung mit fehlender oder unverständlicher Lautsprache bei unvollständigem Spracherwerb bei <ul style="list-style-type: none">- unvollständigem Spracherwerb	b167 „kognitiv sprachliche Funktionen“ d3 „Kommunizieren als Sender und Empfänger“ „Adulte SES“ mit Schädigung der kognitiv-sprachlichen Funktionen <ul style="list-style-type: none">- der Wortfindung- des Satzbaus, der Grammatik- des Sprachverständnisses- Des Lesens und Schreibens mit Auswirkungen vor allem auf die Partizipationsdomänen d1, d3, d7, d8 und d9

Indikation (neu)	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik
	Schädigung von Körperfunktionen und –strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nach ICF
<p>Komplexe Störungen des <u>Sprechbewegungsablaufes</u> mit fehlender oder unverständlicher Lautsprache bei Kindern</p> <p>z.B.: Prä-, peri-, postnatalen Hirnschädigungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angeborenen Fehlbildungen des Gehirns (Q03.0-Q04.9) - Infantiler Zerebralparese (G80.0-G80.9) - Spina bifida (Q05.0-Q05.9) - Tumor - Muskeldystrophien (G12.0-G12.9) - Anomalien der Sprechorgane, angeboren oder erworben - SHT 	<p>b3 „Stimm- und Sprechfunktionen</p> <p>Schädigung der Sprechfunktion mit Störung der Artikulation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dysarthrie - Anarthrie - Verbale Entwicklungsdyspraxie - Dysglossien <p>mit massiver Einschränkung</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Artikulation - des Redeflusses - des Sprechtempos - der Stimmfunktion - der Prosodie <p>mit Auswirkungen vor allem auf d3 „Kommunizieren als Sender “ und die Partizipationsdomänen d1, d3, d7, d8 und d9</p>

Indikation (analog zu SP6)	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nach ICF
<p>Komplexe Störungen des <u>Sprechbewegungsablaufes</u> mit fehlender oder unverständlicher Lautsprache <u>bei Erwachsenen</u></p> <p>z.B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zerebraler Ischämie (Apoplex), Hirnblutung, Tumor - Nach Schädel-Hirn-Trauma - Neurodegenerativen und entzündlichen Erkrankungen des ZNS (z.B. ALS, Parkinson, MS) (G12.0-G121.9; G20.2) - Neuromuskulären Erkrankungen - Z. n. Hirnoperationen 	<p>b3 „Stimm- und Sprechfunktionen“</p> <p>Schädigung der Sprechfunktion mit Störungen der Artikulation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sprechapraxie - Dysarthrie - Anarthrie - Dysglossie <p>mit massiver Einschränkung</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Artikulation - des Redeflusses - des Sprechtempos - der Stimmfunktion - Der Prosodie <p>mit Auswirkungen vor allem auf d3 „Kommunizieren als Sender “ und die Partizipationsdomänen d1, d3, d7, d8 und d9</p>

Indikation (analog zu ST1)	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik Schädigung von Körperfunktionen und –strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nach ICF
<p>Komplexe Störungen bei <u>organisch bedingten Erkrankungen der Stimme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - dauerhaft oder vorübergehend <p>z.B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kehlkopffehlbildungen - Tracheotomie - Laryngektomie - Traumata - Zustand nach (Tumor-)Operationen 	<p>b3 „Stimm- und Sprechfunktionen“</p> <p>Schädigung der Stimme mit massiven Beeinträchtigungen des Stimmklangs bis hin zur Aphonie mit Auswirkungen auf d3 „Kommunizieren als Sender“ und die Partizipationsdomänen d1, d3, d7, d8 und d9</p>

Indikation (analog zu RE1)	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik
<p>Komplexe Redeflussstörungen mit stark eingeschränkter oder unverständlicher Lautsprache</p> <p>z.B. bei</p> <ul style="list-style-type: none">- Erkrankungen des ZNS- Massivem idiopathischen Stottern- Somatischem oder psychischem Trauma	<p>ICF b3: „Stimm- und Sprechfunktionen“:</p> <p>b330 Funktionen des Redeflusses und Sprechrhythmus</p> <p>Massive Störungen des Redeflusses in Form von Blockierungen und unfreiwilligen Wiederholungen von Lauten und Silben bei evtl. ausgeprägter Begleitsymptomatik</p> <p>mit Auswirkungen auf d3 „Kommunizieren als Sender“ und die Partizipationsdomänen d1, d3, d7, d8 und d9</p>

Indikation (analog zu SP 4)	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik
<p>Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nach ICF</p>	<p>Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nach ICF</p>
<p>Komplexe Störungen des Sprechens/ der Sprache <u>bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit</u></p> <p>z.B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkrankungen des ZNS - Genetischen Syndromen - Angeborenen Fehlbildungen - Unzureichender Hörgeräteversorgung/ CI-Versorgung 	<p>b167 „kognitiv sprachliche Funktionen“</p> <p>b3: „Stimm- und Sprechfunktionen“:</p> <p>d3 „Kommunizieren als Sender und Empfänger“</p> <p>Massive Schädigung der Sprechfunktion und Sprachfunktion mit gestörter/ fehlender lautsprachlicher Kommunikation</p> <p>mit Auswirkungen auf d3 „Kommunizieren als Sender“ und die Partizipationsdomänen d1, d3, d7, d8 und d9</p>

Indikation (neu)	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nach ICF
Komplexe Störungen der Kommunikation z.B. bei <ul style="list-style-type: none">- Autismusspektrum Störung (F84.0-F84.8)- Mutismus- traumatischem Mutismus	d3 „Kommunizieren als Sender und Empfänger“ und die <ul style="list-style-type: none">- kommunikativ-pragmatische Störungen- Mutismus oder traumatischer Mutismus Partizipationsdomänen d1, d3, d7, d8 und d9

Komorbiditäten

- Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen ICF b7
- Mentale Funktionen ICF b1, z.B.
 - [b117Funktionen der Intelligenz](#)
 - [b140Funktionen der Aufmerksamkeit](#)
 - [b144Funktionen des Gedächtnisses](#)
 - [b147Psychomotorische Funktionen](#)
 - [b152Emotionale Funktionen](#)
 - [b160Funktionen des Denkens](#)
 - [b164Höhere kognitive Funktionen](#)
 - [b176Mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen](#)
 - [b180Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen](#)
 - Sinnesfunktionen und Funktionen der Wahrnehmung ICF b2 und b156
- Psychische Beeinträchtigungen oder Störungen im Sozialverhalten, z.B. ICF b1
 - [b110Funktionen des Bewusstseins](#)
 - [b114Funktionen der Orientierung](#)
 - [b122Globale psychosoziale Funktionen](#)
 - [b126Funktionen von Temperament und Persönlichkeit](#)
 - [b130Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs](#)
 - [b134Funktionen des Schlafes](#)

Die Therapie zielt deshalb auf ein komplexes Bedingungsgefüge unterschiedlicher Einschränkungen und *nicht auf isolierte Kommunikationsfähigkeiten*.

So müssen z.B. bei der Bereitstellung einer elektronischen Kommunikationshilfe mit synthetischer Sprachausgabe auch Schwierigkeiten bei der Ansteuerung und kognitive Einschränkungen beim Erlernen des Gebrauchs der Kommunikationshilfe in der Planung und Umsetzung der Therapie berücksichtigt werden.

In anderen Fällen müssen syndromspezifische Besonderheiten oder Beeinträchtigungen z.B. im Sozialverhalten wie bei Menschen aus dem Autismusspektrum berücksichtigt werden.

Vorläufige Geschäftsordnung

der Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der Unterstützten Kommunikation

Präambel

Die Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung (ZQZ) in der Unterstützten Kommunikation ist eine Einrichtung (an) der Universität zu Köln mit dem Ziel, für professionelle Einrichtungen im Arbeitsfeld der UK eine Anlauf-, Informations-, Koordinierungs- und qualitätssichernde Arbeitsstelle zu sein, die zu Fragen der beruflichen Anerkennung und Zertifizierung Position bezieht und mit potentiellen Leistungsträgern Verhandlungen führt zur bundesweiten Sicherstellung notwendiger Qualität in der UK-Versorgung.

Die ZQZ ist im Selbstverständnis eine öffentliche Einrichtung, die sich als gemeinnützig versteht, also keinen gewinnmaximierenden Prinzipien folgt. Notwendige Kostenaufstellungen erfolgen ausschließlich zur Refinanzierung der Kosten des Zweckbetriebes, sofern diese nicht durch besondere Maßnahmen, externe Leistungsträger oder andere Refinanzierungsmodelle abgedeckt werden können.

Übergeordnetes Ziel der ZQZ ist der flächendeckende Aufbau sowie die Etablierung und langfristige Sicherung notwendiger Qualität bei Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation in der gesamten Versorgungskette über die gesamte Lebensspanne und unter Einschluss aller medizinisch-therapeutischen und heil-, sonder- und rehabilitationspädagogischen Professionen (u.a. Ärzte, Kliniken, Reha-Zentren, therapeutische Einrichtungen, pädagogische Einrichtungen, Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, Wohn-, Arbeits- und Pflegeeinrichtungen, Berufsverbände, Verbände und Einrichtungen der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, Bundesausschüsse, Gesetzgeber). *Hinweis:* Dienstleister in der Versorgung von Medizinprodukten (sog. Hilfsmittelerbringer) sind den technischen und nicht den medizinisch-therapeutischen oder heil-, sonder- und rehabilitationspädagogischen Professionen zuzuordnen.

§ 1 Rechtsstellung und Aufgaben

- (1) Die ZQZ ist eine wissenschaftliche Einrichtung in Form einer Kontaktstelle (an) der Universität zu Köln, angegliedert an das Forschungs- und Beratungszentrum für Unterstützte Kommunikation (FBZ-UK)-
- (2) Die ZQZ kann zukünftig prinzipiell in eine gemeinnützige Gesellschaft überführt werden, sollte eine Eingliederung in die Universität zu Köln aufgrund der zukünftigen Aufgabenfelder der ZQZ rechtlich nicht möglich sein. In diesem Falle ist ein Kooperationsvertrag mit der Universität zu Köln zu schließen, so dass eine Anbindung an die Universität zu Köln sowie das FBZ-UK bestehen bleibt.

- (3) Die ZQZ versteht sich als bundesweite Arbeits-, Forschungs- und Kontaktstelle für alle im Kontext von Maßnahmen der UK beteiligten Professionen. Sie übernimmt die Weiterentwicklung und ordnungsgemäße Prüfung und Sicherstellung von Qualität im Bereich der UK entsprechend des wissenschaftlichen Kenntnisstandes und der organisatorischen, medizinisch-rehabilitativen, gesellschaftspolitischen und sozioökonomischen Umsetzungsmöglichkeiten.
- (4) Zu den zentralen Aufgaben der ZQZ gehören
 - a) Entwicklung und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards in der UK-Versorgung (inkl. UK-Beratung, UK-Diagnostik, UK-Assessment, UK-Therapie, UK-Förderung, UK-spezifisches Casemanagement, UK-Begleitung, Prozess der Hilfsmittelversorgung).
 - b) Konformitätsbewertung durch Begutachtung, Zertifizierung und kontinuierliche Überprüfung von UK-Praxen, UK-Beratungsstellen, UK-Kompetenzzentren und mit UK arbeitenden Institutionen, sofern diese einen Antrag auf Zertifizierung bei der ZQZ stellen.
 - c) Verhandlungen mit Leistungsträgern wie dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV), einzelnen Krankenkassen, Gesetzgebern, Kommunen, Eingliederungshilfeträgern, Sozialverbänden etc. bzgl. Rahmenvorgaben und Vergütung zur Durchführung von Maßnahmen der UK.
 - d) Unterstützung beim Aufbau und Organisation eines bundesweiten, flächendeckenden Netzes an qualifizierten regionalen UK-Beratungsstellen und überregionalen UK-Kompetenzzentren.
 - e) Unterstützung bei der (Weiter-)Entwicklung neuer Formen und Methoden in der UK-Versorgung.
- (5) Das ZQZ übernimmt die gesellschaftsrelevante Aufgabe, eine Struktur für flächendeckend qualitätsgesicherte Maßnahmen der UK aufzubauen und somit für Menschen bzw. Familien mit Angehörigen ohne verständliche Lautsprache unabhängig von ihrem Wohnort ein notwendiges Versorgungs- und Beratungssystem zur Verfügung zu stellen.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Der Leistungs- und Geltungsbereich der ZQZ bezieht sich auf die Bundesrepublik Deutschland. Aufgaben- und Beratungsleistungen darüber hinaus können individuell vereinbart werden, sofern sie mit den Aufgaben und Zielen der ZQZ vereinbar sind.

§ 3 Vorstand, Beisitzer, Mitglieder und Mitarbeiter/-innen der ZQZ

- (1) Der ZQZ stehen bis zu drei gewählte Vorstandsmitglieder sowie jeweils die Leitungsperson des FBZ-UK vor.
- (2) Der Vorstand wird alle 2 Jahre gewählt. Wiederwahl ist möglich.
- (3) Der Vorstand kann bis zu 2 Beisitzer (ohne Stimmrecht) als beratende Mitglieder in den Vorstand einberufen.
- (4) Der Vorstand ist den in der ZQZ angestellten Mitarbeitern/-innen weisungsbefugt.
- (5) Angestellte Mitarbeiter/-innen der ZQZ können und sollen dem Vorstand zuarbeiten, können aber nicht selbst Vorstandsmitglied sein.

- (6) Die Vorstandstätigkeit kann im Rahmen einer angemessenen Aufwandsentschädigung vergütet werden.
- (7) Alle Akteure, die im Vorstand, in den Kommissionen, in der Geschäftsstelle und als Mitarbeiter/-in der ZQZ-UK tätig sind, werde als aktive Mitglieder der ZQZ-UK bezeichnet. Alle Mitglieder der ZQZ-UK sind bei Vorstandswahlen und Kommissionswahlen wahlberechtigt.

§ 4 Organe und Gremien der ZQZ

- (1) Organe der ZQZ sind Vorstandsvorsitzende(r), Vorstand und ZQZ-Versammlung.
- (2) Der Vorstand entscheidet. Die ZQZ-Versammlung hat beratende Funktion.
- (3) Beratende Gremien sind Kommissionen, die dauerhaft oder temporär zu einzelnen Fragestellungen und Entwicklungen eingesetzt werden. Die Kommissionen können sowohl mit Mitgliedern der ZQZ als auch mit externen Experten besetzt werden.
- (4) Bei externen Mitgliedern kann eine angemessene Reisekosten- bzw. Aufwandsentschädigung bezahlt werden.

§ 5 Aufgaben des Vorstandes

- (1) Der Vorstand führt die laufenden Geschäfte der ZQZ und vertritt die Interessen der ZQZ gegenüber den Organen der Universität zu Köln sowie gegenüber Leistungsträgern, Fachverbänden und Interessensgruppierungen.
- (2) Der/Die Vorstandsvorsitzende berät sich mit dem Vorstand. Spezifische Zuständigkeitsbereiche können nach Absprache unter den Vorstandsmitgliedern aufgeteilt werden.
- (3) Der/Die Vorstandsvorsitzende ist weisungs- und unterschriftsberechtigt und ist rechenschaftspflichtig. Die anderen Vorstandsmitglieder sind ebenfalls unterschriftsberechtigt, sofern eine zweite Unterschrift gegenzeichnet. Dies kann ein weiteres Vorstandsmitglied sein oder ein Mitglied aus der Geschäftsstelle, das in leitender Position die Geschäfte der ZQZ maßgeblich koordiniert und mitverantwortet.
- (4) Der/Die Vorstandsvorsitzende kann der Leitung der Geschäftsstelle im begrenzten Umfang eine Unterschriftsberechtigung aussprechen. Dies gilt insbesondere für die Ausstellung und Anweisung von Rechnungen im laufenden Geschäftsjahr sowie für Aufwands- und Reisekostenentschädigungen (ggf. mit Limitbegrenzung).
- (5) Der Vorstand repräsentiert die ZQZ in der Öffentlichkeit.
- (6) Der Vorstand ist verantwortlich für die Weiterentwicklung der Konzepte, Aufgaben und Zuständigkeiten der ZQZ übertragenen Tätigkeitsbereiche. Die Tätigkeitsbereiche der ZQZ sind gemeinwohlorientiert. Sie dienen nicht dem Selbsterhalt, sondern der bundesweiten Unterstützung einer qualitätsgesicherten Versorgung von Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation.
- (7) Der Vorstand kann die Aufgabe der Zertifizierung übernehmen.

§ 6 Aufgaben der Geschäftsstelle und der Mitarbeiter/-innen

- (1) Eine Geschäftsstelle kann bei Bedarf eingerichtet werden. Diese besteht aus mindestens einer Verwaltungsfachkraft, die in enger Absprache mit dem Vorstand die laufenden Geschäfte koordiniert und organisiert. Je nach Aufgabengebiet und Entwicklung der ZQZ können Geschäftsstellenmitarbeitern langfristig auch Referenten- und Repräsentationsaufgaben übergeben werden. Die Geschäftsstelle ist für den reibungslosen Ablauf und die positive Außendarstellung der ZQZ verantwortlich.
- (2) Mitarbeiter/-innen der ZQZ werden vom Vorstand eingestellt und sind diesem weisungsgebunden. Sie unterschreiben bei Einstellung eine Verschwiegenheitserklärung und handeln dem Vorstand gegenüber loyal sowie den Interessen und Zielen der ZQZ gegenüber stets fachbezogen und sachlich.
- (3) Zu den zentralen Aufgaben der Mitarbeitenden der ZQZ gehören der Aufbau eines Zertifizierungssystems sowie die Durchführung von Zertifizierungen zu Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation. Diese beziehen sich sowohl auf medizinisch-therapeutische und pädagogische Versorgungsmaßnahmen als auch auf Maßnahmen der sozialen Teilhabe im vorschulischen, schulischen und außerschulischen Bereich sowie in den Bereichen der beruflichen Rehabilitation. Um die Unparteilichkeit im Konformitätsbewertungsprozess zu wahren, wird eine klare Trennung der Zuständigkeiten für a) Beratung und Evaluation und b) Zertifizierung eingehalten. Weitere Details sind dem Handbuch für Qualitätsmanagement der ZQZ-UK zu entnehmen.
- (4) Ziel der Tätigkeiten in der ZQZ ist der Aufbau eines qualitätsgesicherten Versorgungssystems in der Unterstützten Kommunikation über die gesamte Lebensspanne und alle Lebensbereiche.
- (5) Um dieses Ziel zu erreichen, ist der Aufbau eines bundesweiten Netzwerkes für Versorgungsmaßnahmen und Qualitätssicherung in der Unterstützten Kommunikation erforderlich. Der Aufbau dieses Netzwerkes und der kontinuierliche Austausch mit den Netzwerkpartnern gehören zu den weiteren elementaren Aufgaben der ZQZ.
- (6) Die angemessene und zeitgemäße Darstellung der ZQZ in der Öffentlichkeit mit den Zertifizierungsmaßnahmen, Qualifikationsbestimmungen, rechtlichen und finanziellen Vorgaben sowie den Netzwerkmöglichkeiten obliegt als zentrale Aufgabe den Mitarbeitern/-innen der ZQZ. Hierzu gehört auch eine stets aktualisierte und modern gestaltete Homepage.
- (7) Interessenskonflikte von Mitarbeitern/-innen werden dem Vorstand frühzeitig angezeigt, der mit dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin dann eine einvernehmliche Lösung sucht.

§ 7 Finanzierung der ZQZ

- (1) Die Gründung der ZQZ ist Teil des MUK-Projektes (2017-2021), finanziert vom Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses. Eine Weiterfinanzierung kann nach Ablauf des MUK-Projektes nur durch Maßnahmen einer neuen Refinanzierung erfolgen. Hierzu ist ein eigenständiges Konzept erforderlich.
- (2) Sofern die ZQZ als Einrichtung des FBZ-UK der Universität zu Köln geführt wird, werden Einnahmen der ZQZ als Drittmittel der Universität zu Köln geführt. Diese Drittmittel können

zur Refinanzierung der Mitarbeiterstellen und des laufenden Geschäftsbetriebes herangezogen werden.

- (3) Einnahmen der ZQZ setzen sich u.a. aus Teilnehmerbeiträgen der zu zertifizierenden Institutionen und Praxen sowie aus Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zusammen. Darüber hinausgehende Einnahmemöglichkeiten zur Refinanzierung des laufenden Betriebes sind möglich und erwünscht.
- (4) Die Einwerbung von Drittmitteln zur Aufrechterhaltung und zum Ausbau der ZQZ ist grundsätzlich möglich und erwünscht.
- (5) Die ZQZ ist kein gewinnorientiertes Unternehmen, sondern arbeitet weitgehend kostendeckend. Rücklagen sollten nur für die Aufrechterhaltung des Zweckbetriebes gebildet werden.

§ 8 Schlussvorschriften und Inkrafttreten

- (1) Diese vorläufige Geschäftsordnung wird auf Vorschlag der Konsortialführung des MUK-Projektes, Prof. Dr. Jens Boenisch, Dr. Tobias Bernasconi und Dr. Stefanie K. Sachse, beschlossen.
- (2) Diese Geschäftsordnung behält ihre Gültigkeit bis zur Revision bzw. Verabschiedung einer endgültigen Geschäftsordnung.
- (3) Änderungen dieser vorläufigen Geschäftsordnung bedürfen des Antrages an den vorläufigen Vorstand.
- (4) Der vorläufige Vorstand besteht aus den Mitgliedern der Konsortialführung des MUK-Projektes: Prof. Dr. Jens Boenisch, Dr. Tobias Bernasconi und Dr. Stefanie K. Sachse.
- (5) Bei der ersten Vorstandssitzung wird ein Vorsitzender der ZQZ gewählt.
- (6) Diese Geschäftsordnung tritt mit dem Gründungsdatum der ZQZ als vorläufige Ordnung zur Regelung der aufzunehmenden Geschäfte in Kraft. Die Gründung mit Gründungsdatum wird mit einem Protokoll nachgewiesen.

gez.

Univ.-Prof. Dr. Jens Boenisch

Köln, den _____

Handbuch Qualitätsmanagement in der Unterstützten Kommunikation – für Leistungserbringer der GKV –

ZQZ - Zentralstelle für
Qualitätssicherung und Zertifizierung
in der Unterstützten Kommunikation

Version 2.0

2022



Erweiterung des Selektivvertrags zu Maßnahmen
der Unterstützten Kommunikation



ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	I M P R E S S U M	

Herausgeber

ZQZ | Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der
Unterstützten Kommunikation (Hrsg.)

Leitung: Prof. Dr. Jens Boenisch

unter Mitarbeit von: Dr. Tobias Bernasconi, Anna Hernando, Kathrin Lemler,
Dr. Stefanie K. Sachse

Version: 2.0

Stand: Januar 2022

Copyright: Alle Rechte des Handbuches Qualitätsmanagement in der
Unterstützten Kommunikation liegen bei der ZQZ - Zentralstelle für
Qualitätssicherung und Zertifizierung in der Unterstützten Kommunikation -
an der Universität zu Köln.

Das Handbuch Qualitätsmanagement in der Unterstützten Kommunikation
beschreibt Anforderungen an Leistungserbringer (SGB V) von UK-Maßnah-
men.

Dieses Handbuch wurde auf der Basis aktueller nationaler und internationa-
ler wissenschaftlicher Forschungen und unter Berücksichtigung folgender DIN
EN ISO-Normen erstellt:

Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2015)

Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen (ISO 9001:2015)

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	I N H A L T	

Inhaltsverzeichnis

1. Anliegen des HQM	3
2. Begriffe und Abkürzungen	5
3. UK-Maßnahmen und Leistungserbringer	8
3.1. <i>Das UK-Kompetenzzentrum.....</i>	<i>9</i>
3.2. <i>Die UK-Beratungsstelle.....</i>	<i>11</i>
3.3. <i>Die UK-Therapiepraxis.....</i>	<i>12</i>
3.4. <i>Allgemeine Anforderungen an UK-Maßnahmen</i>	<i>13</i>
4. Strukturqualität von UK-Maßnahmen.....	14
4.1. <i>Leitbild und Grundsätze.....</i>	<i>14</i>
4.2. <i>Definition der Organisation</i>	<i>15</i>
4.3. <i>Allgemeine Anforderungen.....</i>	<i>16</i>
4.4. <i>Personelle Ausstattung & Qualifikation</i>	<i>21</i>
4.5. <i>Aufgaben und Befugnisse in der Organisation</i>	<i>25</i>
4.6. <i>Räumliche und sächliche Ausstattung (Infrastruktur)</i>	<i>27</i>
<i>CHECKLISTE Strukturqualität.....</i>	<i>35</i>
5. Prozessqualität von UK-Maßnahmen.....	36
5.1. <i>Prozesse im Fokus.....</i>	<i>36</i>
5.2. <i>Erweiterung des Leistungsumfangs.....</i>	<i>42</i>
<i>CHECKLISTE Prozessqualität</i>	<i>43</i>
6. Ergebnisqualität von UK-Maßnahmen	44
6.1. <i>Bewertung der Ergebnisse.....</i>	<i>44</i>
<i>Klientenzufriedenheit.....</i>	<i>45</i>
<i>CHECKLISTE Ergebnisqualität</i>	<i>46</i>
7. Qualitätsmanagement im Fokus	47
7.1. <i>Erreichen der Qualitätsziele planen.....</i>	<i>48</i>
7.2. <i>Erwartungen von Interessengruppen verstehen.....</i>	<i>49</i>
7.3. <i>Über das Qualitätsmanagement informieren</i>	<i>50</i>
7.4. <i>Qualitätsmanagement aufrechterhalten und verbessern</i>	<i>50</i>
Anhang	55

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	A N L I E G E N	

1. Anliegen des HQM

Das Handbuch Qualitätsmanagement in der Unterstützten Kommunikation (HQM) beschreibt die Anforderungen, die Leistungserbringer von UK-Maßnahmen im Zuständigkeitsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erfüllen haben, um die Qualität von UK-Maßnahmen sichern zu können.

ISO-Norm 9001:2015
1 Anwendungsbereich
2 Normative Verweisungen

Voraussetzung für die Anerkennung als UK-Leistungserbringer ist eine Zertifizierung, also eine Prüfung, ob die hier beschriebenen Standards sowie die Richtlinien der Kostenträger (insbesondere der GKV auf Basis des SGB V) erfüllt werden. Fragen zum QM-Handbuch und zum Prozess der Zertifizierung beantwortet die Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK (ZQZ).

Das vorliegende Handbuch basiert auf den drei im Qualitätsmanagement etablierten Dimensionen der Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität (Donabedian 1980) sowie auf den für Zertifizierungsprozesse für Institutionen relevanten ISO-Normen, insbesondere DIN EN ISO-Normen 9000:2015, 9001:2015, 17067¹.

Die folgenden Qualitätskriterien zu UK-Beratung, UK-Diagnostik und UK-Therapie basieren auf dem Grundverständnis von Gesundheit und Partizipation der ICF (-CY). Sie zielen somit auf das medizinisch-therapeutische Arbeitsfeld. Die Einhaltung der Qualitätskriterien bildet die Voraussetzung für die Anerkennung als Leistungserbringer medizinisch-therapeutischer UK-Maßnahmen durch die GKV.

ISO-Norm 9001:2015
5.2.1 Festlegung der Qualitätspolitik

¹ Im Anhang findet sich die Zuordnung der HQM-Inhalte zu den ISO 9001:2015-Inhalten.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	A N L I E G E N	

Die übergeordneten Ziele des Qualitätsmanagements der Leistungserbringer lauten:

- *die Qualität der UK-Maßnahmen sichern*
- *die Klienten- und Mitarbeiterzufriedenheit beachten*
- *die Kooperation mit anderen Einrichtungen pflegen*

Das HQM dient hierbei als Leitfaden zur Sicherung und kontinuierlichen Verbesserung der jeweiligen Prozesse. Es wird im Folgenden aufgezeigt, welche Maßnahmen zur Erreichung der drei übergeordneten Ziele erfüllt werden müssen.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	B E G R I F F E	

2. Begriffe und Abkürzungen

Im vorliegenden Handbuch werden folgende Abkürzungen verwendet:

- AKF – alternative Kommunikationsform
- CM – Case Management
- DSGVO – Datenschutz-Grundverordnung
- ETCS – European Credit Transfer and Accumulation System
- GKV – Gesetzliche Krankenversicherung
- HQM – Handbuch Qualitätsmanagement in der UK
- ICF (-CY) – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (bei Kindern und Jugendlichen)
- KH - Kommunikationshilfe
- MD – Medizinischer Dienst
- QM – Qualitätsmanagement
- QMS – Qualitätsmanagementsystem
- SGB – Sozialgesetzbuch
- SPZ – Sozialpädiatrisches Zentrum
- UK – Unterstützte Kommunikation
- ZQZ – Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK

Im vorliegenden Handbuch werden folgende Begrifflichkeiten verwendet:

Bezugspersonen i.S. des SGB V als familiäre und institutionelle Bezugspersonen (s. z.B. Physiotherapie)

Externe Interessenten: Potentielle Klienten und potentielle kooperierende Akteure, andere Leistungserbringer, Ausbildungsstätten usw., mit denen man (noch) nicht zusammenarbeitet.

ISO-Norm 9001:2015

3 Begriffe

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	B E G R I F F E	

Das **Handbuch Qualitätsmanagement in der UK – für Leistungserbringer der GKV – (HQM)** trägt die Kriterien zusammen, die erfüllt sein müssen, um gute UK-Maßnahmen garantieren und nachweisen zu können. Die Ausführungen beziehen sich zum einen auf die sog. Qualitätskriterien in Bezug auf UK-Maßnahmen (Kapitel 4 – 6) und zum anderen auf das Qualitätsmanagement, das vor Ort von den UK-Leistungserbringern geleistet werden muss (Kapitel 7). Das Handbuch ist Teil des Qualitätsmanagementsystems zur Sicherung der Qualität von UK-Maßnahmen im Sinne des SGB V. Grundlage sind die ISO-Normen und Konformitätsanforderungen, die hier für UK-Leistungserbringer angepasst wurden.

Klient:innen: unterstützt kommunizierende Personen (Versicherte/Patient:innen)

Konformität bezieht sich auf die „Erfüllung einer Anforderung“ (DIN EN ISO 9000:2015 3.6.11, S. 41).

In der **Konformitätsbewertungstabelle** wird für den einzelnen UK-Leistungserbringer eingetragen, welche Anforderungen aus dem Handbuch Qualitätsmanagement erfüllt werden. Diese Tabelle besteht aus mehreren Checklisten, die bei der Zertifizierung genutzt werden. Diese Checklisten sind am Ende der jeweiligen Kapitel abgedruckt; die einzelnen Items sind im Text nummeriert und hervorgehoben.

Kooperationspartner: Akteure und Institutionen, mit denen Leistungserbringer im Kontext von UK-Maßnahmen oder im Kontext des Qualitätsmanagements in Kontakt stehen (z.B. Ärzte, Kliniken, SPZ, Reha-Zentren, KiTas, Schulen, therapeutische Praxen, Hilfsmittelfirmen, ZQZ).

Die **Qualitätskriterien und Standards** in Bezug auf UK-Maßnahmen orientieren sich an den im Qualitätsmanagement etablierten Dimensionen der Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. Hier wird der Fokus auf die UK-Maßnahmen selbst und auf die Qualifikation der Leistungserbringer gerichtet.

Das **Qualitätsmanagement der UK-Leistungserbringer:** Die Leistungserbringer müssen die Qualität vor Ort sichern sowie regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, d.h. u.a. Abläufe einhalten, kontrollieren, Fall-

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	B E G R I F F E	

und Teambesprechungen durchführen, entsprechend der Anforderungen der ZQZ Bericht erstatten.

Das **Qualitätsmanagementsystem (QMS)** zur Sicherung der Qualität von UK-Maßnahmen im Sinne des SGB V bezeichnet die Prozesse und Strukturen, die entwickelt wurden und umgesetzt werden, um Anforderungen an die Qualität von UK-Maßnahmen zu beschreiben und das Erfüllen dieser Anforderungen nachweisen zu können. Zum QMS gehören das Handbuch, die Prozesse der Zertifizierung mit den Checklisten (Konformitätsbewertungstabelle) und Audits (z.T. mit externen Gutachter:innen), aber auch das Qualitätsmanagement der UK-Leistungserbringer vor Ort.

UK-Maßnahmen umfassen alle Tätigkeiten in den Bereichen Diagnostik, Beratung, Case Management, Hilfsmittlempfehlung und Therapie, an denen die Leistungserbringer aktiv beteiligt sind.

UK-Leistungserbringer sind öffentliche oder private Einrichtungen, die nach der Zertifizierung durch die ZQZ als anerkannte UK-Therapiepraxis, als anerkannte UK-Beratungsstelle oder als anerkanntes UK-Kompetenzzentrum UK-Maßnahmen im Auftrag der GKV auf Basis des SGB V ausführen dürfen (Kapitel 3).

Die **Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung** in der Unterstützten Kommunikation (**ZQZ**) ist eine bundesweit agierende Einrichtung, die mit der Zertifizierung von UK-Leistungserbringern beauftragt ist, Ansprechpartner in Fragen der Qualitätssicherung von UK-Maßnahmen sowie Verhandlungspartner für Rahmenverträge ist und die darüber hinaus auch die Koordinationsfunktion einer Netzwerkstelle für Anfragen aus der klinischen und therapeutischen Praxis innehat.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	LEISTUNGSERBRINGER	Stand Januar 2022

3. UK-Maßnahmen und Leistungserbringer

UK-Maßnahmen innerhalb des Geltungsbereiches der GKV umfassen folgende Leistungen:

- **UK-Diagnostik und Beratung („UK-Beratung“)** erfolgt mit Klient:in und den Bezugspersonen mit dem Ziel, den UK-Bedarf und die Versorgungsmaßnahme (Hilfsmittel, Patiententraining, Therapie) zu erfassen, ggf. eine spezifische Hilfsmittlempfehlung auszusprechen und im Einzelfall die Dringlichkeit eines Case Managements (CM) zu prüfen; s.a. ➔ S. 37
- **UK-Diagnostik zu Einzelfragen** (z.B. Ansteuerung, Erweiterungen) erfolgt mit Klient:in und den Bezugspersonen. Das Ergebnis entspricht der jeweiligen Fragestellung und des individuellen Bedarfs; s.a. ➔ S. 38,
- **UK-Patiententraining** erfolgt mit Klient:in und den Bezugspersonen mit dem Ziel, in den Einsatz der (neuen) Kommunikationshilfe (KH) aus linguistischer, entwicklungspsychologischer und kommunikationsfördernder Perspektive einzuführen und somit die Grundlage für den Einsatz in Alltagssituationen sicherzustellen; s.a. ➔ S. 38,
- **UK-Therapie** (inkl. prozessbegleitender Diagnostik) erfolgt mit Klient:in und ggf. den Bezugspersonen als weiterführende therapeutische Begleitung zur Erreichung des individuellen Versorgungsziels; s.a. ➔ S. 399,
- **UK-spezifisches Case Management (CM)** erfolgt bei dringendem Handlungsbedarf (z.B. familiäre Überforderung, sprachliche Barrieren, Schnittstellenprobleme in der Versorgungskette) in Form einer engen Begleitung des Versicherten im gesamten Versorgungsprozess zur Sicherung des Erreichens des Versorgungs- und Interventionsziels; s.a. ➔ S. 39.

Diese Leistungen werden oft miteinander kombiniert, können aber auch einzeln angeboten und umgesetzt werden. Die Umsetzung der Leistungen erfolgt durch drei unterschiedliche Formen von Leistungserbringern:

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	LEISTUNGSERBRINGER	Stand Januar 2022

- UK-Kompetenzzentrum (➔ S. 9),
- UK-Beratungsstelle (➔ S. 11) und
- UK-Therapiepraxis (➔ S. 12).

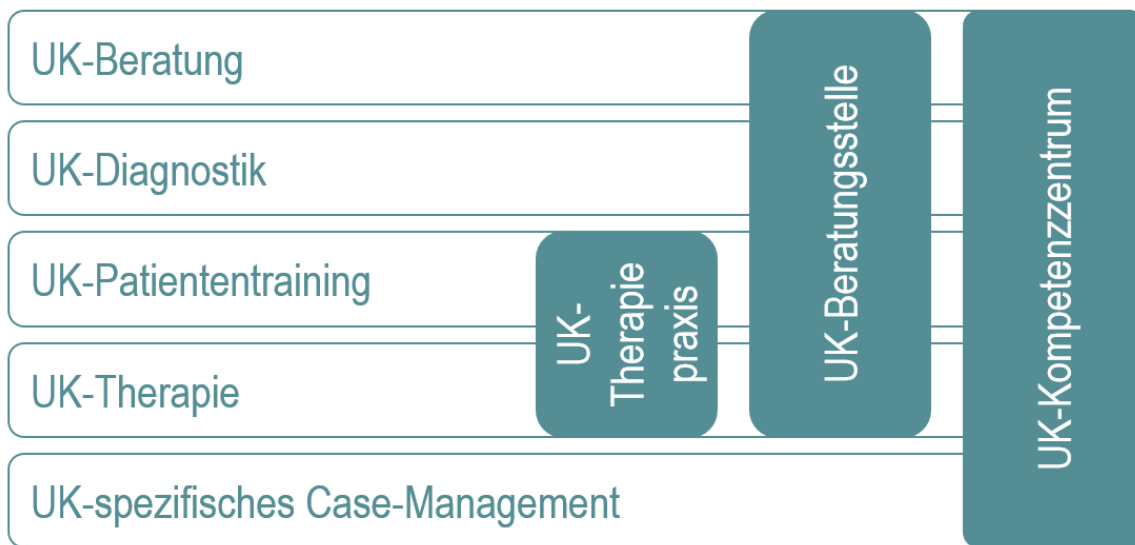


Abb. 1: UK-Maßnahmen und Leistungserbringer

Die drei UK-Leistungserbringer bieten ein unterschiedlich umfangreiches Leistungsspektrum an und müssen deshalb unterschiedliche Kriterien erfüllen (z.B. Ausstattung und Qualifikation der Mitarbeiter:innen).

ISO-Norm 9001:2015:

4.1 Verstehen der Organisation und ihres Kontextes

4.3 Festlegen des Anwendungsbereichs des Qualitätsmanagementsystems

3.1. Das UK-Kompetenzzentrum

Allgemeines: UK-Kompetenzzentren sind zertifizierte, unabhängige und überregional agierende Institutionen mit einer nachgewiesenen personellen, räumlichen und sächlichen Ausstattung und Qualität im Bereich UK-Diagnostik, UK-Beratung und UK-Therapie. Ein UK-Kompetenzzentrum zeichnet sich insbesondere durch die personelle Fachexpertise, die umfassende technisch-

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	LEISTUNG SERBRINGER	Stand Januar 2022

materielle Ausstattung und die Firmenunabhängigkeit aus (Bernasconi, Boenisch, Giel & Sachse 2020, 391ff).

Leistungsspektrum: UK-Kompetenzzentren erfüllen die Voraussetzungen, alle Leistungen aus dem UK-Leistungsspektrum anbieten und durchführen zu können:

- UK-Diagnostik und Beratung (inkl. Hilfsmittlempfehlung)
- UK-Diagnostik zu Einzelfragen (z.B. Ansteuerung, Erweiterungen)
- UK-Patiententraining
- UK-Therapie (inkl. prozessbegleitender Diagnostik)
- UK-spezifisches Case Management (UK-spezifische Versorgungsbegleitung; Monzer, 2013)

In begründeten Ausnahmefällen kann das Case Management auch von UK-Beratungsstellen ausgeführt werden, sofern eine entsprechende Qualifikation vorliegt und ein engmaschiger Austausch mit dem UK-Kompetenzzentrum gewährleistet ist, um die Qualität zu sichern und das Versorgungsziel zu erreichen.

Kooperation: Das UK-Kompetenzzentrum kooperiert mit den regional arbeitenden UK-Beratungsstellen, unterstützt diese in Einzelfragen oder bei spezialisierten Aufgaben und hält Kontakt zu den therapeutischen Praxen, in denen entsprechend der Rahmenvorgaben UK-Therapien durchgeführt werden. Sofern das UK-Kompetenzzentrum das durchzuführende Patiententraining und/oder UK-Therapien nicht selbst durchführt, leitet es diese Aufgaben an die für den Klienten nächstgelegene UK-Beratungsstelle oder UK-Therapiepraxis weiter.

Das UK-Kompetenzzentrum ist auch überregionaler Ansprechpartner für Kooperationspartner und externe Interessengruppen: Ärzte, Kliniken, Frühförderstellen, Sozialämter, Reha-Einrichtungen, Pflegeheimen usw. Das Kompetenzzentrum leistet regionale Schnittstellenarbeit im Netzwerk aus medizinisch und therapeutisch Professionellen, Krankenkassenmitarbeiter:innen, MD, Kostenträgern und Fachverbänden, auch um potentielle

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	LEISTUNGSERBRINGER	Stand Januar 2022

Versorgungslücken frühzeitig zu erkennen und diese durch geeignete Maßnahmen zu schließen (Bernasconi, Boenisch, Giel & Sachse, 2020, 393ff).

Zudem steht das UK-Kompetenzzentrum in engem Kontakt mit der bundesweiten Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der Unterstützten Kommunikation (ZQZ), um aktuelle Entwicklungen, Innovation und gesundheitspolitische Änderungen zeitnah in die Praxis zu transferieren sowie an die UK-Beratungsstellen und UK-Therapiepraxen weiterleiten zu können.

3.2. Die UK-Beratungsstelle

Allgemeines und Leistungsspektrum: UK-Beratungsstellen sind zertifizierte, unabhängige, regional arbeitende Einrichtungen, die UK-Diagnostik, Beratung und Therapie für Menschen mit komplexen Kommunikationsstörungen anbieten. Je nach Ausrichtung und Qualifizierung des fachlichen Personals können UK-Beratungsstellen Leistungen für das gesamte Spektrum an kommunikativen Störungsbildern bei unterschiedlicher Behinderung oder Schädigung abdecken und im Anschluss beratend tätig werden oder sie sind auf einzelne Behinderungsbilder spezialisiert und haben somit ein eingeschränktes UK-Beratungsportfolio (z.B. Beratungsstelle für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung). Im Rahmen einer fachlichen Prüfung bzw. Zertifizierung sind mögliche Spezialisierungen der jeweiligen UK-Beratungsstellen festzuhalten.

Kooperation: Die UK-Beratungsstellen arbeiten eng mit den regionalen UK-Leistungserbringern (UK-Therapiepraxen, Hilfsmittelanbietern, Ärzt:innen, SPZ...) sowie mit dem überregionalen UK-Kompetenzzentrum zusammen. Eine Zusammenarbeit mit dem ZQZ ist ausdrücklich erwünscht.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	L E I S T U N G S E R B R I N G E R	Stand Januar 2022

3.3. Die UK-Therapiepraxis

Allgemeines und Leistungsspektrum: Der Terminus UK-Therapiepraxis steht stellvertretend für alle Einrichtungen, die UK-Therapie nach den vorgegebenen Standards durchführen. Dieses Leistungsangebot ist ein Teilangebot aus dem gesamten UK-Leistungsspektrum und zielt auf die konkrete UK-Intervention mit den Klient:innen (ggf. unter Einschluss des sozialen und/oder professionellen Umfeldes). Die UK-Therapie kann somit von therapeutischen Praxen angeboten werden, die zwar nicht über die Vollausrüstung eines UK-Kompetenzzentrums oder über die notwendige Teilausrüstung einer UK-Beratungsstelle verfügen, jedoch die fachliche Expertise zur Durchführung von UK-Therapien sowie eine entsprechende Grundausstattung vorweisen können (Zulassungsvoraussetzungen erfüllen).

Kooperation: Die UK-Therapiepraxen arbeiten eng mit den regionalen UK-Leistungserbringern (Hilfsmittelanbieter, Ärzt:innen, SPZ, UK-Beratungsstellen...) sowie Institutionen wie KiTas, Schulen, Wohnheime, Werkstatt für Menschen mit Behinderung zusammen, bei Bedarf aber auch mit der ZQZ.

Es wird eine gute Vernetzung zwischen den Leistungserbringern, insbesondere zwischen den UK-Kompetenzzentren und den regionalen Leistungserbringern angestrebt. UK-Kompetenzzentren stehen als Kooperationspartner z.B. bei Spezialfragen, sehr seltenen Erscheinungsbildern oder sehr komplexen Problemstellungen zur Verfügung. Im Regelfall arbeiten UK-Therapiepraxen und die regionalen UK-Beratungsstellen mit dem überregionalen UK-Kompetenzzentrum eng zusammen und profitieren – mit Blick auf den Versicherten – von der jeweiligen Expertise, der sächlichen Ausstattung, der örtlichen Anbindung und der aufgebauten Infrastruktur. Durch eine transparente Öffentlichkeitsarbeit auf Homepage und Info-Flyern der Leistungserbringer finden die Ärzte, Kliniken, SPZs, Reha-Zentren, Kindergärten, Schulen, nachschulischen Einrichtungen sowie die Patient:innen selbst ihren zuständigen Ansprechpartner bzw. die ausgewiesenen Anlaufstellen.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	LEISTUNGSERBRINGER	Stand Januar 2022

3.4. Allgemeine Anforderungen an UK-Maßnahmen

UK-Maßnahmen müssen den

- gesetzlichen Anforderungen,
- Anforderungen der Klient:innen,
- Anforderungen des vorliegenden HQM,
- ggf. weiteren Anforderungen im Vertrag oder Auftrag, die sich von den zuvor angegebenen Anforderungen unterscheiden,
- sowie den Anforderungen, die vom Leistungserbringer als notwendig erachtet werden, entsprechen.

ISO-Norm 9001:2015

ISO 8.2.2 Bestimmen von Anforderungen für Produkte und Dienstleistungen

8.2.3 Überprüfung der Anforderungen für Produkte und Dienstleistungen

Dementsprechend müssen die Anforderungen bekannt sein und es muss sichergestellt werden, dass den Anforderungen entsprochen werden kann.

Änderungen von Anforderungen an UK-Maßnahmen

Änderungen von Anforderungen an UK-Maßnahmen werden von der ZQZ kommuniziert. Hinweise zu angezeigten Änderungen können auch an die ZQZ gemeldet werden. Änderungen bei der Umsetzung der UK-Maßnahmen müssen der ZQZ gemeldet werden und sind sorgfältig zu dokumentieren (Änderungen, Ziel, Begründung; Überwachung von Änderungen).

ISO-Norm 9001:2015

8.2.4 Änderungen von Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen

8.5.6 Überwachung von Änderungen

Freigabe von Dienstleistungen

Im Rahmen der Zertifizierung wird überprüft, ob die Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen, die in diesem Handbuch beschrieben werden, erfüllen können. Die erfolgreiche Zertifizierung ist die Voraussetzung für eine Refinanzierung der UK-Maßnahmen durch die GKV.

ISO-Norm 9001:2015

8.6 Freigabe von Produkten und Dienstleistungen

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

4. Strukturqualität von UK-Maßnahmen

Die Strukturqualität beschreibt die vorhandenen Ressourcen von UK-Leistungserbringern wie bspw. technische und personelle Rahmenbedingungen. In Bezug auf die Strukturqualität von Kompetenzzentren, Beratungsstellen und UK-Therapiepraxen sind auch Aspekte wie das Leitbild der Einrichtung, die Qualifikation und Zuständigkeiten der Mitarbeiter:innen von Bedeutung.

4.1. Leitbild und Grundsätze²

1 Jeder UK-Leistungserbringer verfügt über ein Leitbild. Das Leitbild basiert auf dem in der UK und in der medizinischen Therapie üblichen humanistischen Menschenbild mit entsprechendem Fachbezug (Boenisch & Nonn, 2020, 40ff).

Darüber hinaus gelten für die UK-Maßnahmen folgende Grundsätze:

- Die *ICF-(CY)* dient als übergeordnete Grundlage des Handelns und somit als Leitbild des Vorgehens.
- Möglichkeiten der zunehmend *selbstbestimmten Teilhabe* werden angestrebt und aktiv unterstützt.
- Die Arbeit der Leistungserbringer erfolgt *evidenzbasiert* und entsprechend dem *State of the Art*: Nutzung aktueller Hilfen und Interventionen, Einbezug der medizinisch-therapeutischen, pädagogischen und privaten Bezugspersonen; Berücksichtigung aktueller und zukünftiger

ISO-Norm 9001:2015

5.2.1 Festlegung der Qualitätspolitik

² Die großen Nummern markieren die Inhalte, die in der nachfolgenden Checkliste abgefragt werden.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

Lebensumstände (Krankheitsverläufe, Übergänge, Quality of Life...), regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen.

Bekanntmachung des Leitbilds

- 2 Das Leitbild und ggf. die Grundsätze sind
- als dokumentierte Information verfügbar und werden aufrechterhalten
 - allen Mitarbeiter:innen bekannt und werden berücksichtigt,
 - für relevante Interessengruppen (z. B. Klient:innen, Kooperationspartner:innen) leicht zugänglich (z.B. Homepage, Flyer).

ISO-Norm 9001:2015

5.2.1 Festlegung der Qualitätspolitik

5.2.2 Bekanntmachung der Organisationspolitik

4.2. Definition der Organisation

- 3 Die Leistungserbringer legen fest, ob eine Zertifizierung als
- UK-Kompetenzzentrum
 - UK-Beratungsstelle (ggf. als eingeschränkte Zulassung für spezifische Behinderungsbilder wie Autismus-Spektrum-Störung/ASS)
 - UK-Therapiepraxis
- angestrebt wird und welcher Leistungsumfang angeboten werden soll (s. Tab. 1).

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

Tab. 1: Leistungsumfang: *obligatorisch; **optional

	UK- Diagnostik & Beratung	UK- Diagnostik zu Einzel- fragen	Patienten- training	UK- Therapie	UK- spezifisches Case Ma- nagement	Hinweis
UK-Kompe- tenzzent- rum	*	*	*	*	*	
UK-Bera- tungsstelle	*	*	*	**		ggf. einge- schränkte Zulassung (z.B. ASS)
UK-Thera- piepraxis			**	*		ggf. einge- schränkte Zulassung (z.B. ASS)

4.3. Allgemeine Anforderungen

Im Folgenden werden allgemeine Anforderungen an Leistungserbringer formuliert. Dazu zählen z.B. Anforderungen an organisatorische, personelle und sächliche Ressourcen.

ISO-Norm 9001:2015

7.1.1 Ressourcen: Allgemeines

8.1 Betriebliche Planung und
Steuerung

Behandlung von Risiken und Chancen

- Durchführung und Dokumentation der internen Kommunikation und Abwägung von Chancen und Risiken für die Umsetzung der Leistungen und Einhaltung der Anforderungen.
- Wahrung der Unabhängigkeit auch bei firmenbezogenen Kooperationen, Geräteleihgaben oder kostenlosen bzw. vergünstigten Fort- und Weiterbildungsangeboten.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	S T R U K T U R Q U A L I T Ä T	Stand Januar 2022

Bestimmung von Ressourcen und deren Verfügbarkeit

- Finanzierungskonzept erstellen (Finanzplan)
- personelle Ressourcen planen (Personalplanung)
- räumliche Ressourcen bereitstellen (Raumplanung)

Zuweisung von Verantwortlichkeiten und Befugnisse

- Bestimmung einer fachlichen und organisatorischen Leitung
- Befugnisse von Leitung und Mitarbeiter:innen festlegen

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	

Planung von Maßnahmen zum Umgang mit Risiken und Chancen

4 Die Leistungserbringer müssen die Chancen und Risiken identifizieren, die einen Einfluss auf die Umsetzung der UK-Maßnahmen haben. Dabei sollten fortlaufend Überlegungen angestellt werden, wie erwünschte Ergebnisse verstärkt und unerwünschte Auswirkungen verhindert oder verringert werden können. Entsprechende Maßnahmen sind einzuleiten, umzusetzen und in Bezug auf ihre Wirksamkeit zu evaluieren.

Bei der Bereitstellung der UK-Maßnahmen können sowohl Chancen als auch Risiken auftreten.

Chancen sind z.B. gut ausgebildete und vernetzte Mitarbeiter:innen, gute Kooperationen mit anderen Einrichtungen, gute Sichtbarkeit und Bekanntheit des Leistungserbringers, ein gutes Arbeitsklima im Team.

ISO-Norm 9001:2015

6.1.1 Planung – Maßnahmen zum Umgang mit Risiken und Chancen

Risiken können z.B. Therapeut:innen mit wenig Erfahrungen oder Wissen in den Bereichen UK und Entwicklung von Menschen mit körperlichen oder /und geistigen Behinderungen sein oder die Anstellung eines UK-Therapeuten, der neben seiner Tätigkeit beim Leistungserbringer auch bei einer Hilfsmittelfirma tätig ist, wodurch die Unabhängigkeit der UK-Beratung gefährdet ist. Weitere Risiken sind z.B. reduzierte Kontakte zu anderen Leistungserbringern, die bei Spezialfragen unterstützen können. Die Identifikation von Risiken ist Teil des Qualitätsmanagements.

Geeignete **Maßnahmen** zum Umgang mit Risiken müssen frühzeitig eingeleitet werden. Ggf. muss eine abschließende Bewertung der Wirksamkeit dieser Maßnahmen erfolgen. Es wird dokumentiert, wie die QM-Anforderungen zukünftig besser erfüllt werden können.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

Wissen der Organisation

5 Innerhalb der UK-Leistungserbringer wird das Wissen z.B. zum Leitbild, zu den Anforderungen an die Leistungen und zu den weiteren Anforderungen aus dem HQM transparent gemacht.

Dazu ist es erforderlich, dass innerhalb der Organisation bekannt ist, welche Anforderungen an die unterschiedlichen Leistungen und Prozesse gestellt werden. Darüber hinaus brauchen alle – insbesondere neue Mitarbeiter:innen – die erforderlichen Informationen zur Umsetzung, zur Zusammenarbeit (Teamtreffen, Vorbereitung, Netzwerkarbeit, Erfahrungsaustausch, Stundennachweis im Home-Office, Ergebnisse früherer QM-Prüfungen usw.). Des Weiteren müssen Informationen über Änderungen, Neuerungen und Entwicklungen (z.B. von Konferenzen oder aus dem Austausch mit Kooperationspartner:innen) zeitnah kommuniziert werden (z.B. Teamtreffen oder Newsletter).

ISO-Norm 9001:2015

7.1.6 Wissen der Organisation

Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation

6 UK-Leistungserbringer betreiben aktive Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, um allen Menschen, die Bedarf an UK haben, Zugang zu entsprechenden Informationen zu gewährleisten.

Kommunikation mit den Klient:innen

- **UK-Kompetenzzentren** und **UK-Beratungsstellen** betreiben aktive Informations- und Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Flyer, eigene Homepage, Homepagezugang über ZQZ-Webseite, ggf. Veranstaltungen wie Tag der offenen Tür)

ISO-Norm 9001:2015

8.2.1 Kommunikation mit Kunden

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

- **UK-Therapiepraxen** betreiben aktive Öffentlichkeitsarbeit und informieren z.B. auf Flyern und auf der Homepage über die angebotene UK-Therapie

Für **alle Leistungserbringer** gilt: Telefonsprechzeiten sind öffentlich und auch für Externe (Interessenten, Familien, Professionelle) sichtbar. Die Erreichbarkeit der Einrichtung ist auch außerhalb von Sprechzeiten durch entsprechende Maßnahmen (Anrufbeantworter, Email-Kontakt etc.) sichergestellt.

Informationen für externe Anbieter

Die ZQZ verpflichtet sich, die Angemessenheit der Qualitätsanforderungen vor deren Bekanntgabe gegenüber externen Anbietern (z.B. potentielle Leistungserbringer) sicherzustellen. Die ZQZ informiert externe Anbieter über:

ISO-Norm 9001:2015
8.4.3 Informationen für externe Anbieter

- Anforderungen an UK-Maßnahmen und UK-Leistungserbringer
- Informationen über Versorgungsabläufe und Möglichkeiten des individuellen UK-spezifischen Case Managements
- Allgemeine Zertifizierungsprozesse.

Datenschutz

Folgende Voraussetzungen bzgl. Datenschutz und Sicherheit sind von jedem UK-Leistungserbringer einzuhalten:

- Es gibt ein Datenspeicher- und Datenmanagementsystem.
- Klient:innenakten werden vor dem Zugriff Dritter sicher aufbewahrt.
- Der Online-Zugriff auf Klient:innendaten erfolgt nur unter geschützten Bedingungen (z. B. Intranet, VPN).
- Die DSGVO wird eingehalten.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

4.4. Personelle Ausstattung & Qualifikation

Verträge und Arbeitszeiten

7 Die Mitarbeiter:innen sind auf der Basis von Arbeitsverträgen in Vollzeit / Teilzeit oder Minijob-Verträgen beschäftigt. Honorarverträge stellen Ausnahmefälle dar.

In der Arbeitszeit sind Vor- und Nachbereitung der sog. »Leistungen am Menschen« (Kontaktzeit) enthalten (i.d.R. 80/20 Prozent). Home-Office zur Erstellung von Gutachten ist nach Absprache mit der Leitung möglich und als Arbeitszeit anzurechnen.

Im Folgenden wird zwischen der fachlichen und der organisatorischen Leitung sowie den Mitarbeiter:innen unterschieden. In UK-Kompetenzzentren sollten die fachliche und die organisatorische Leitung von verschiedenen Personen ausgeführt werden; in UK-Beratungsstellen und UK-Therapiepraxen können die Aufgaben von einer Person übernommen werden.

Qualifikation der fachlichen Leitung

8 *Fachliche Qualifikation:* Die fachliche Leitung eines UK-Leistungserbringers verfügt über eine abgeschlossene therapeutische Ausbildung oder ein heil-/ sonderpädagogisches Studium mit Schwerpunktbildung im Bereich Sprachentwicklung/-störung/-therapie, geistige Behinderung und/ oder Körperbehinderung.

Informationen zur *organisatorischen Leitung*, s. ➡ Tab. S. 24.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	S T R U K T U R Q U A L I T Ä T	Stand Januar 2022

Darüber hinaus verfügt die fachliche Leitung von

- a) **UK-Kompetenzzentren** über ein rehabilitationswissenschaftliches, heilpädagogisches, therapeutisches oder psychologisches Master-Studium mit Schwerpunkt Unterstützte Kommunikation oder dem Nachweis/Zertifikat einer umfassenden, berufsbegleitenden Weiterbildung im Bereich Unterstützte Kommunikation (**Workload > 750h, davon mindestens 250 Unterrichtsstunden Kontaktzeit/Präsenz bzw. äquivalent mit mind. 30 ETCS**).
- b) **UK-Beratungsstellen** über ein rehabilitationswissenschaftliches, heilpädagogisches oder therapeutisches Studium mit Schwerpunkt Unterstützte Kommunikation oder dem Nachweis/Zertifikat einer umfassenden, berufsbegleitenden Weiterbildung im Bereich Unterstützte Kommunikation (**Workload > 500h, davon mindestens 150 Unterrichtsstunden Kontaktzeit/Präsenz bzw. äquivalent mit mind. 20 ETCS**).
- c) **UK-Therapiepraxen** über eine umfassende Weiterbildung im Bereich Unterstützte Kommunikation mit nachgewiesenem Abschluss/Zertifikat (**Workload > 250h, davon mindestens 100 Unterrichtsstunden Kontaktzeit/Präsenz bzw. äquivalent mind. 10 ETCS**).

ISO-Norm 9001:2015

7.2 Kompetenz

Die Qualifikationsnachweise sind vorzulegen und aufbewahren.

Eine Anerkennung äquivalenter Studien- oder Weiterbildungsqualifikationen muss durch eine unabhängige, von den Kostenträgern anerkannte Stelle zur Qualitätssicherung in der UK sowie auf der Grundlage objektiv nachprüfbarer Nachweise geprüft werden.

Weitere Anforderungen: Neben den fachlichen Qualifikationen muss die Leitung bzw. das Leitungsteam Erfahrungen in der Personalführung und Kenntnisse über die Finanzierungsmöglichkeiten in der UK-Versorgung, z. B. Wissen über die Grundstruktur aus SGB V & SGB IX (Beratung, Diagnostik, Therapie) vorweisen können.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

Die fachliche Leitung nimmt regelmäßig, mindestens einmal jährlich, an Fachkonferenzen und/oder Fortbildungen teil, um ihre fachliche wie organisatorische Kompetenz zu sichern.

Qualifikation der Mitarbeiter:innen

9 *Die Mitarbeiter:innen in einem UK-Kompetenzzentrum* verfügen i.d.R. über ein Studium in einem rehabilitationswissenschaftlichen, heil-/sonderpädagogischen, therapeutischen oder psychologischen Beruf mit Hochschulabschluss (Bachelor/ Master) sowie mindestens zweijähriger Praxiserfahrung. Der Nachweis über die notwendigen UK-Fachkenntnisse erfolgt über die UK-spezifischen Ausbildungsinhalte (Curriculum, Studieninhalte, Modulhandbücher) oder über einen erfolgreich belegten UK-Weiterbildungslehrgang in einem *Umfang von mind. 750 Std. Workload bzw. mind. 30 ETCS*. Mindestens ein/e Mitarbeiter:in kann eine Qualifizierung in Case Management nachweisen.

Die Mitarbeiter:innen in einer UK-Beratungsstelle verfügen über ein Studium oder eine grundständige Ausbildung in einem rehabilitationswissenschaftlichen, sonder-/heilpädagogischen oder therapeutischen Beruf mit Hochschulabschluss oder staatlicher Anerkennung sowie mindestens zweijähriger Praxiserfahrung. Der Nachweis über die notwendigen UK-Fachkenntnisse erfolgt über die UK-spezifischen Ausbildungsinhalte (Curriculum, Studieninhalte, Modulhandbücher) oder über einen erfolgreich belegten UK-Weiterbildungslehrgang in einem *Umfang von 500 Std. Workload bzw. mind. 20 ETCS*.

Die Mitarbeiter:innen in einer UK-Therapiepraxis verfügen über eine grundständige Ausbildung in einem therapeutischen Beruf mit staatlicher Anerkennung oder einem therapeutisch anerkannten Hochschulabschluss (z.B. BA Sprachtherapie) sowie mindestens zweijähriger Praxiserfahrung in Therapie oder Individualförderung. Der Nachweis über die notwendigen UK-Fachkenntnisse erfolgt über die UK-spezifischen Ausbildungsinhalte (Curriculum, Studieninhalte, Modulhandbücher) oder über erfolgreich belegte UK-Fort- und Weiterbildungen zu den Schwerpunkten mit einem Umfang von mind.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

100 Unterrichtsstunden bzw. einem fachspezifischen Workload von mind. 250 Std. oder mind. 10 ECTS im Fach Unterstützte Kommunikation.

Personalentwicklung: Zur Sicherung der Qualität sind die Mitarbeiter:innen zur regelmäßigen Teilnahme an internen und/oder externen Fort- und Weiterbildungen verpflichtet. Im Durchschnitt sind mindestens 8 Fortbildungspunkte pro Jahr nachzuweisen. Die Teilnahmebescheinigungen sind der Leitung vorzulegen.

Rolle	Voraussetzungen/ Qualifikation
Fachliche Leitung	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> verfügt über fachliche Qualifikation: abgeschlossene therapeutische Ausbildung oder ein rehabilitationswissenschaftliches, heil-/sonderpädagogisches Studium mit Schwerpunktbildung im Bereich Sprachentwicklung/-störung/-therapie, geistige Behinderung und/oder Körperbehinderung sowie in Unterstützter Kommunikation (ggf. Weiterbildung) <input checked="" type="checkbox"/> nimmt regelmäßig an UK-Fachkonferenzen und/oder Fortbildungen teil <input checked="" type="checkbox"/> verfügt über Erfahrungen in der Personalführung, (Fall-) Supervision und Teamgespräche <input checked="" type="checkbox"/> führt Personalentwicklungsgespräche <input checked="" type="checkbox"/> verfügt über Kenntnisse zu Finanzierungsmöglichkeiten in der UK-Versorgung <input checked="" type="checkbox"/> stellt sicher und dokumentiert die Teilnahme der Mitarbeiter:innen an Fort- und Weiterbildungen
Organisatorische Leitung	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> verfügt über kaufmännisches Basiswissen <input checked="" type="checkbox"/> verfügt über Erfahrungen im Personalmanagement <input checked="" type="checkbox"/> verfügt über Basiswissen im Arbeitsrecht <input checked="" type="checkbox"/> sorgt für Mentoring für neue Mitarbeiter:innen <input checked="" type="checkbox"/> ist sicher in den Finanzierungsmöglichkeiten von UK-Versorgungsmaßnahmen (Krankenkasse, Eingliederungshilfe, Privatabrechnungen etc.) <input checked="" type="checkbox"/> überwacht die patientenbezogene Datenverarbeitung und Datensicherung <input checked="" type="checkbox"/> ist verantwortlich für die räumliche und sächliche Ausstattung sowie die Aktualisierung von Diagnostikverfahren, Therapiematerialien, Kommunikationshilfen, Hard- und Software <input checked="" type="checkbox"/> ist verantwortlich für eine regelmäßige Evaluation von internen Prozessen und der Patientenzufriedenheit <input checked="" type="checkbox"/> ist verantwortlich für die Kooperation mit Netzwerkpartnern

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

Mitarbeiter:innen	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> verfügen über grundständige Ausbildung in einem therapeutischen Beruf mit staatlicher Anerkennung oder über ein rehabilitationswissenschaftliches bzw. heil-/ sonderpädagogisches Studium mit Hochschulabschluss und mindestens zweijähriger Praxiserfahrung <input checked="" type="checkbox"/> nehmen an Personalentwicklungsgesprächen teil <input checked="" type="checkbox"/> nehmen an regelmäßigen Teambesprechungen und (Fall-) Supervisionen teil <input checked="" type="checkbox"/> übernehmen das Mentoring für neue Mitarbeiter:innen <input checked="" type="checkbox"/> nehmen regelmäßig an UK-Fachkonferenzen bzw. UK-Fortbildungen teil <input checked="" type="checkbox"/> sind sicher im Umgang mit den spezifischen Kommunikationshilfen sowie Hard- und Softwarelösungen im Arbeitsfeld der UK <input checked="" type="checkbox"/> sind sicher im Schreiben von Therapieplänen und Entwicklungsberichten im Arbeitsfeld der UK
-------------------	--

4.5. Aufgaben und Befugnisse in der Organisation

Aufgaben der Leitung

Für die Leitung der UK-Leistungserbringer gelten besondere Richtlinien. Die Leitung muss z.B. sicherstellen, dass Zuständigkeiten und Befugnisse innerhalb des UK-Leistungserbringers geklärt sind und umgesetzt werden. Zu den Aufgaben gehören allgemeine Verpflichtungen (z.B. Umsetzung der Inhalte des QM-Handbuchs), aber auch UK-spezifische wie das Sicherstellen einer klientenzentrierten Vorgehensweise.

ISO-Norm 9001:2015

5.1.1 Führung und Verpflichtung – Allgemeines

5.3 Rollen, Verantwortlichkeiten und Befugnisse in der Organisation

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	S T R U K T U R Q U A L I T Ä T	

Die Leitung stellt sicher,

10

- dass die Qualitätsziele für das Qualitätsmanagementsystem festgelegt und mit dem Kontext und der strategischen Ausrichtung der Organisation vereinbar sind;
- dass die Anforderungen des Qualitätsmanagementsystems in die Geschäftsprozesse der Organisation integriert werden;
- dass die für das Qualitätsmanagementsystem erforderlichen Ressourcen zur Verfügung stehen

sowie dass das sozial-kommunikative Verhalten der professionell Tätigen den Grundsätzen und dem Leitbild der Einrichtung entsprechen. Bei der Verfolgung der formulierten Therapieziele werden die Kriterien zur Qualitätssicherung eingehalten.

ISO-Norm 9001:2015

7.3 Bewusstsein

5.1.2 Kundenorientierung

11

Es gilt, ein Bewusstsein für diese Aufgaben zu schaffen, entsprechende Zuständigkeiten im Team zu klären und deren Umsetzung zu überprüfen.

Im Überblick:

Rolle	Verantwortlichkeiten/ Aufgaben im Team
Fachliche Leitung	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> stellt das Bewusstseins der Mitarbeiter:innen in Hinsicht auf <ul style="list-style-type: none"> ○ das Leitbild ○ die Qualitätsziele ○ die Bedeutung des Qualitätsmanagementsystems für Erfolg und Wirksamkeit der Maßnahmen ➔ 50 ○ die Folgen der Nichterfüllung der Anforderungen sicher <input checked="" type="checkbox"/> zuständig für die Zuweisung, Bekanntmachung und Einhaltung von Verantwortlichkeiten und Rollen innerhalb des Teams <input checked="" type="checkbox"/> beachtet die Wünsche und Erwartungen der Klient:innen (Klientenzufriedenheit) ➔ 44 <input checked="" type="checkbox"/> bestimmt die Risiken und Chancen der UK-Maßnahmen

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

	<input checked="" type="checkbox"/> sichert die Umsetzung der UK-Maßnahmen entsprechend der Anforderungen des HQM (z.B. klientenzentrierte Vorgehensweise) <input checked="" type="checkbox"/> leitet die Teamsitzungen <input checked="" type="checkbox"/> führt regelmäßig Supervision durch <input checked="" type="checkbox"/> führt mindestens alle zwei Jahre mit den Mitarbeiter:innen Personalentwicklungsgespräche
Organisatorische Leitung	<input checked="" type="checkbox"/> leitet formale Nachweise zur Einhaltung des QM an die ZQZ weiter <input checked="" type="checkbox"/> hat Rechenschaftspflicht für die Wirksamkeit des QM inne (gegenüber Kostenträgern; Berichterstattung über interne Audits an die ZQZ) <input checked="" type="checkbox"/> leitet Einsatz von Verwaltungsmitarbeiter:innen und unterstützt diese in der Einhaltung der organisatorischen QM- Standards <input checked="" type="checkbox"/> ist für die jährliche Evaluation und ggf. Verbesserung von Verwaltungsprozessen zuständig <input checked="" type="checkbox"/> leitet das Abrechnungswesen <input checked="" type="checkbox"/> verantwortet die Einhaltung der DSGVO
Mitarbeiter:innen	<input checked="" type="checkbox"/> setzen UK-Maßnahmen entsprechend des Leitbilds, der Grundsätze und der Anforderungen des HQM um <input checked="" type="checkbox"/> halten das Inventar instand

4.6. Räumliche und sächliche Ausstattung (Infrastruktur)

12

Die Leistungserbringer müssen sicherstellen, dass die Infrastruktur, die gebraucht wird, um die UK-Maßnahmen und Anforderungen des HQM erfüllen zu können, vorhanden ist. Dazu zählen z.B. die Räumlichkeiten, die sächliche Ausstattung (Informations- und Kommunikationstechnik, Hardware, Software, Materialien zur Diagnostik und Erprobung).

Räumlichkeiten (UK-Kompetenzzentrum, UK-Beratungsstelle, UK-Therapiepraxen)

- barrierefreier Diagnostik-/ Beratungs-/ Therapieraum mit sichtgeschütztem Zugang (Mindestgröße: 20qm²)

ISO-Norm 9001:2015 7.1.3 Infrastruktur

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	S T R U K T U R Q U A L I T Ä T	Stand Januar 2022

- ggfs. weitere Therapieräume mit sichtgeschütztem Zugang (Mindestgröße: 12qm²)
(s. Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V i. d. F. vom 26.11.2018)
- Wart-/Empfangsbereich (mit Stühlen und Leseecke)
- Klient:innen-WC, ggf. als Behindertentoilette mit Pflegeliege
- nach Möglichkeit separates Personal-WC
- Büro/PC-Arbeitsbereich
- Abstell-/Lageraum (mit abschließbaren Schränken)

Inventar Beratungs-/Therapieräume (UK-Kompetenzzentrum, UK-Beratungsstelle, UK-Therapiepraxen)

- großer Beratungstisch
- Höhenverstellbarer Stuhl / Kinderstuhl / Treppenhochstuhl
- Lagerungshilfen (z.B. Keile, Säcke)
- Spielbereich
- abschließbare Schränke

Büroinventar, Informations- und Kommunikationstechnik (UK-Kompetenzzentrum, UK-Beratungsstelle, UK-Therapiepraxen)

- Telefon mit AB-Funktion, Email
- PC mit schnellem Internetzugang und Kamera für online-Meetings / Video-Kommunikation (z.B. Zoom, MS Teams, BigBlueButton, Skype)
- Software zur Klientenverwaltung
- zugriffsgesicherte, gespiegelte Speichermöglichkeiten
- verschließbare Schränke für die Aufbewahrung von Akten und Personaldokumentationen
- Farbdrucker
- Laminiergerät

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	S T R U K T U R Q U A L I T Ä T	Stand Januar 2022

Gestaltung der Diagnostik-, Beratungs- und Therapiesituation (UK-Kompetenzzentrum, UK-Beratungsstelle, UK-Therapiepraxen)

ISO-Norm 9001:2015 7.1.4 Prozessumgebung

Um die Compliance der Patient:innen und deren Angehörigen zu stärken, ist auch auf die Einhaltung der folgenden sozial-kommunikativen Aspekte zu achten:

- Freundlichkeit, Wertschätzung und Akzeptanz den Klient:innen gegenüber
- diskriminierungsfreie und gendergerechte Sprache
- ruhige Atmosphäre
- geringe Lärmbelästigung
- angemessene Sauberkeit der Einrichtung (Hygienestandard)
- angenehme Raumtemperatur
- Möglichkeiten zur Abdunkelung von Fenstern und Lichtquellen, Vermeiden von Spiegeleffekten durch Sonnenlicht (z.B. zur Reduzierung von Anfallsauslösern bei Klient:innen mit Epilepsie).

Fachlich-sächliche Ausstattung, einschließlich Hard- und Software

UK-Kompetenzzentren verfügen über alle diagnostischen Verfahren und alle Systeme an Kommunikationshilfen inklusive diverser Kommunikationssoftware- und Gerätetypen unterschiedlicher linguistischer Systeme, um die Diagnostik, Beratung, Therapie und das Case Management umfassend erfüllen zu können.

UK-Kompetenzzentrum	<input checked="" type="checkbox"/> Auswahl an Gebärdensammlungen/ -systemen/ -material (DGS, Sign Map, Schau doch meine Hände an etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Auswahl an Symbolsammlungen/ -systemen/ -material (Metacom, PCS, SymbolStix, Bliss, Buchstaben etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Auswahl an nicht-elektronischen Kommunikationshilfen (Kommunikationsordner/ -tafeln, Ich-Bücher,
---------------------	---

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

	<p>Erzähl-Bücher, Symbolkarten, Blickrahmen, Symbolkartenschlüsselringe etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☑ Auswahl an elektronischen Kommunikationshilfen <ul style="list-style-type: none"> ☑ Kleine elektronische Hilfen und Adaptionshilfen wie Halterungssysteme, Fingerführungsgitter (Ziel: Abhängige Kommunikation überwinden, Ursache-Wirkungs-Prinzip erkennen, Selbstwirksamkeit erleben, erste Wörter und kommunikative Funktionen nutzen) ☑ Mind. 2 elektronischen Hilfen mittlerer Komplexität (50-1.000 verschiedene Wörter, einfache Grammatik möglich; Ziel: Moderierte Kommunikation ermöglichen, eigene Aussagen tätigen, zunehmende kommunikative Selbstbestimmung) ☑ Mind. 2 elektronischen Hilfen mit großer Komplexität unterschiedlicher linguistischer Systeme (> 1.000 verschiedene Wörter, umfassende Grammatikfunktionen, Ziel: Freie Kommunikation im Alltag ausweiten; Boenisch, Willke & Sachse, 2020) ☑ Große Tastatur und Bildschirmtastaturen ☑ Auswahl an Ansteuerungshilfen (z.B. Tasten, Schalter, Kopfmaus/Tracker One) ☑ Augensteuerung ☑ Diagnostikmaterialien <ul style="list-style-type: none"> ☑ iPad bzw. Tablet mit Kommunikations-/ Lern-/ Diagnostik-Apps (z.B. Tipp mal, Eyegaze Analyse Tool, etc.) ☑ Diagnostik- Material/ Testverfahren (z.B. Goals Grid, Kommunikation einschätzen und unterstützen, Handreichung UK-Diagnostik, Tripple C, DiaKomm, Soziale Netzwerke, Sprachstandtests SETK, PDSS, TROG D...) ☑ Video-/ Fotokamera zur Diagnostik, Dokumentation und Evaluation
--	--

UK-Beratungsstellen verfügen über Kommunikationshilfen inklusiv unterschiedlicher Kommunikationssoftware- und Gerätetypen sowie unterschiedlicher linguistischer Systeme als Grundausstattung, um die jeweiligen (linguistischen) Prinzipien für die Nutzung der Hilfen vorstellen und erproben zu können.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

UK-Bera- tungs- stelle	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Auswahl an Gebärdensammlungen/ -systemen/ -material (DGS, Sign Map, Schau doch meine Hände an etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Auswahl an Symbolsammlungen/ -systemen/ -material (z.B. Metacom, PCS, SymbolStix, Bliss) <input checked="" type="checkbox"/> Auswahl an nichtelektronischen Kommunikationshilfen (Kommunikationsordner/ -tafeln, Ich-Bücher, Erzähl-Bücher, Symbolkarten, Symbolkartenschlüsselringe, Durchschaurahmen, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Auswahl an elektronischen Kommunikationshilfen <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Kleine elektronische Hilfen und Adaptionshilfen (Ziel: Abhängige Kommunikation überwinden, Ursache-Wirkungs-Prinzip erkennen, Selbstwirksamkeit erleben, erste Wörter und kommunikative Funktionen nutzen) <input checked="" type="checkbox"/> Mind. 2 elektronische Hilfen mittlerer Komplexität mit unterschiedlichem Wortschatzaufbau (50-1.000 verschiedene Wörter, einfache Grammatik möglich; Ziel: Moderierte Kommunikation ermöglichen, eigene Aussagen tätigen, zunehmende kommunikative Selbstbestimmung) <input checked="" type="checkbox"/> Mind. 2 elektronische Hilfen großer Komplexität unterschiedlicher linguistischer Systeme (> 1.000 verschiedene Wörter, umfassende Grammatikfunktionen, Ziel: Freie Kommunikation im Alltag ausweiten; Boenisch, Willke & Sachse, 2020) <input checked="" type="checkbox"/> Große Tastatur und Bildschirmtastaturen <input checked="" type="checkbox"/> Auswahl an Ansteuerungshilfen (z.B. Tasten, Schalter, Kopfmaus/ Tracker One) <input checked="" type="checkbox"/> Diagnostikmaterialien <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> iPad bzw. Tablet mit Kommunikations-/ Lern-/ Diagnostik-Apps (z.B. Tipp mal, Eyegaze Analyse Tool, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Diagnostik- Material/ Testverfahren (z.B. Goals Grid, Kommunikation einschätzen und unterstützen, Handreichung UK-Diagnostik, Tripple C, DiaKomm, Soziale Netzwerke, Sprachstandtests SETK, PDSS, TROG D...) <input checked="" type="checkbox"/> Video-/ Fotokamera zur Diagnostik, Dokumentation und Evaluation
------------------------------	---

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

Auf Antrag kann eine eingeschränkte Anerkennung für bestimmte Diagnosen (z.B. Autismus-Spektrum-Störung) ausgesprochen werden. Dann reduziert sich die Auflistung der Ausstattungsmerkmale entsprechend.

UK-Therapiepraxen verfügen über ausgewählte Kommunikationshilfen, Symbol-/ Gebärdensysteme und Therapie-Apps, die auf einen Großteil ihres Klientels abgestimmt sind und zur Anwendung des Modelings geeignet sind. Im Bereich elektronische Kommunikationshilfen verfügen Sie über eine Auswahl von Adaptionshilfen und sogenannten Kleine Hilfen sowie App-basierte Kommunikationshilfen mittlerer Komplexität, um mit den Anwendungsprogrammen Selbsttraining sowie Modelling mit den Klient:innen zu ermöglichen.

UK-Therapiepraxen	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Kleine Auswahl an Gebärdensammlungen/ -systemen/ -material (DGS, Sign Map, Schau doch meine Hände an etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Metacom-Symbolsammlung <input checked="" type="checkbox"/> Auswahl an nicht-elektronischen Kommunikationshilfen (Kommunikationsordner/ -tafeln, Ich-Bücher, Erzähl-Bücher, Symbolkarten, Durchschaurahmen, Symbolkartenschlüsselringe etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Kleine Auswahl an elektronischen Kommunikationshilfen <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Kleine elektronische Hilfen und Adaptionshilfen (Ziel: Abhängige Kommunikation überwinden, Ursache-Wirkungs-Prinzip erkennen, Selbstwirksamkeit erleben, erste Wörter und kommunikative Funktionen nutzen) <input checked="" type="checkbox"/> Auswahl an mind. 2 elektronische Hilfen mittlerer Komplexität als Anwendungsprogramm/ App (50-1.000 verschiedene Wörter, einfache Grammatik möglich; Ziel: Moderierte Kommunikation ermöglichen, eigene Aussagen tätigen, zunehmende
-------------------	---

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

	kommunikative Selbstbestimmung; Boenisch, Willke & Sachse, 2020) <input checked="" type="checkbox"/> Diverse Tasten und Schalter (Ansteuerungshilfen)
--	---

Zu beachten: Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die sächliche und insbesondere die technische Ausstattung zu UK-Diagnostik und UK-Therapie jährlich zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren.

UK-spezifische Sprachförder- und Therapiematerialien, die Altersgruppen und Behinderungsformen übergreifend eingesetzt werden (UK-Kompetenzzentrum, UK-Beratungsstelle, UK-Therapiepraxen)

- Themenspezifisches Spielzeug (u.a. Auto, Bauklötze, Puppe, Einkaufsladen, Kugelbahn, Tiere, Materialien für Rollenspiele etc.)
- Adaptiertes Spielzeug (u.a. Stofftiere, Eisenbahn mit Batterieunterbrecher, PowerLink etc.)
- Vorlese-/Bilderbücher, Kinder-/ Jugendbücher, Bücher für ältere Leseanfänger:innen, adaptierte Bücher (z.B. Pappbilderbücher mit Möbelschonern oder für Anybook Reader adaptiert)

Weitere Materialien (UK-Kompetenzzentrum, UK-Beratungsstelle)

- UK-Fachliteratur
- Infolyer zu UK-Grundlagen, Fortbildungen, Versorgungsprozess etc.
- Hilfsmittelkataloge
- Informationsmaterial für die Klient:innen (auch UK-Therapiepraxen)
- Informationen auf der Homepage (auch UK-Therapiepraxen)

Umgang mit Eigentum der Klient:innen oder der externen Anbieter

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

Grundsätzlich sind Hilfsmittel, die über die Krankenkasse finanziert werden, Eigentum der Krankenkasse. Bei Teilfinanzierung durch die Krankenkasse (z.B. nur Kommunikations-App ohne Hardware) müssen die Eigentumsrechte und Finanzierung von Folgekosten (z.B. Updates, Beschädigung des Gerätes) zwischen Krankenkasse und Patient:in geklärt werden.

ISO-Norm 9001:2015

8.5.3 Eigentum der Kunden oder der externen Anbieter

Bei Bereitstellung von Hard- oder Software durch externe Anbieter (z.B. Hilfsmittelfirmen) muss im Vorfeld geklärt werden, wer nach der Auslieferung des Hilfsmittels Eigentümer:in ist und wer für mögliche Folgekosten und Reparaturen aufkommt.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	STRUKTURQUALITÄT	Stand Januar 2022

CHECKLISTE | Strukturqualität

S	Items	Erfüllt	In Vorbereitung	Nicht erfüllt
1	Leistungserbringer verfügt über ein Leitbild.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Leitbild ist dokumentiert, allen bekannt und auch für Interessenten leicht zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Leistungserbringer legen den Leistungsumfang und damit fest, ob sie sich als UK-Kompetenzzentrum, UK-Beratungsstelle oder UK-Therapiepraxis zertifizieren lassen möchten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Chancen und Risiken, die Einfluss auf die UK-Maßnahmen haben, werden identifiziert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Innerhalb der Organisation wird das Wissen transparent gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Leistungserbringer betreiben aktive und transparente Informations- und Öffentlichkeitsarbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Arbeitsverträge entsprechen den Anforderungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Fachliche Qualifikation der Leitung entspricht den Anforderungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Fachliche Qualifikation der Mitarbeiter:innen entspricht den Anforderungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Leitung erfüllt Anforderungen zu ihren Aufgaben, insbesondere zu Organisation, Finanzen und Personalmanagement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	In der Einrichtung sind Zuständigkeiten geklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Räumliche und sächliche Ausstattung zur Umsetzung der UK-Maßnahmen und der entsprechenden Anforderungen des HQM sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	PROZESSQUALITÄT	Stand Januar 2022

5. Prozessqualität von UK-Maßnahmen

Die Qualität der UK-Maßnahmen wird verbessert, sobald es konkrete Hinweise (z.B. neue Erkenntnisse) oder Vorgaben zur Umsetzung gibt. Auch für andere wiederkehrende Aufgaben bzw. Dienstleistungen können Hinweise und neue Vorgaben zu den Abläufen hilfreich sein (z.B. für telefonische Erstkontakte mit Interessenten, für Übergabeprotokolle und die Weiterleitung eines Klienten an einen anderen Leistungserbringer, für Prozesse zur Sicherung des QM³).

ISO-Norm 9001:2015

4.4 Qualitätsmanagementsystem und seine Prozesse

5.1. Prozesse im Fokus

Für wiederkehrende Abläufe können Checklisten eine Orientierungshilfe bieten – dabei sollten auch erwartete Ergebnisse und mögliche Wechselwirkungen aufgezeigt werden.

Übersicht über Prozesse:

- Kontakte mit Interessenten (potentielle Klient:innen, externe Interessenten) z.B. über Alternativen zur Beratung im Kompetenzzentrum oder in der Beratungsstelle)
- Erstkontakt (Terminvereinbarung, Erwartungsklärung, ggf. parallele Absprachen mit anderen Leistungserbringern)
- UK-Diagnostik und UK-Beratung (im Team, inkl. Interventionsplanung und konsensbasierter Zielformulierung)
- Patiententraining
- UK-Therapie
- UK-spezifisches Case Management
- Dokumentation und Speicherung personenbezogener Daten

³ Prozesse zur Sicherung des QM werden im Kapitel ➔ 7 *Qualitätsmanagement im Fokus* erläutert.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	PROZESSQUALITÄT	Stand Januar 2022

- Fallbesprechung bzw. Übergabegespräche mit externen Leistungserbringern und Netzwerkpartnern
- Verschlüsselte Weiterleitung personenbezogener Klient:innendaten an andere Leistungserbringer/Institutionen

1 Es wird festgelegt, für welche Prozesse (neben den UK-Maßnahmen) angestrebte Abläufe beschrieben und Richtlinien zur Umsetzung festgelegt werden.

In der Tabelle 1 werden die UK-Maßnahmen genauer beschrieben.

Tabelle 1: UK-Maßnahmen im Überblick

Allgemeines	Ablauf	Ziel/Ergebnis
UK-Diagnostik und Beratung (inkl. Hilfsmittlempfehlung)		
<p>Zeitraum: 5-7h</p> <p>Ort: UK-Kompetenzzentrum, UK-Beratungsstelle</p> <p>Personen: Klient:in, interdisziplinäres Team, professionelle u. private Bezugspersonen</p> <p>Art: Beratung/UK-Diagnostik, Informations- und Aufklärungsgespräch; Beratung zu Hilfsmitteln, Versorgung, Interventionsplanung</p> <p>Material: Fragebogen, Informationsmaterial (z.B. Leitfaden für Stellungnahme, Informationen zur Beantragung, Leitfaden/Merkblatt für Umgang mit Ablehnung der GKV), Materialien zur Diagnostik und Erprobung, Checkliste Case Management etc.</p>	<p>Anamnese</p> <p>Fragestellung für die Diagnostik</p> <p>Diagnostik</p> <p>Erprobung verschiedener Kommunikationsformen/-hilfen</p> <p>Information und Aufklärung (z.B. zur Beantragung von Hilfsmitteln)</p> <p>Interventionsplanung</p>	<p>Versorgungsziel formulieren</p> <p>Hilfsmittlempfehlung</p> <p>ggf. Ziele für Patiententraining festlegen</p> <p>Interventionsplanung</p> <p>Bedarf eines Case Managements einschätzen</p>

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	PROZESSQUALITÄT	Stand Januar 2022

UK-Diagnostik zu Einzelfragen (z.B. Ansteuerung, Erweiterungen)		
<p>Zeitraum: 5-7h</p> <p>Ort: UK-Kompetenzzentrum, UK-Beratungsstelle</p> <p>Personen: Klient:in, interdisziplinäres Team, ggf. professionelle u. private Bezugspersonen</p> <p>Art: UK-Diagnostik/Beratung, Informations- und Aufklärungsgespräch; Informationen zu adäquaten Interventionen</p> <p>Material: vorhandenes Hilfsmittel im Einsatz, alternative Hilfen/Ansteuerungshilfen, Fragebogen, Informationsmaterial (z.B. Leitfaden für Stellungnahme, Informationen zur Beantragung, Leitfaden/Merkblatt für Umgang mit Ablehnung der GKV), Materialien zur Diagnostik und Erprobung, z.B. Tischvorlage ABC-Modell, Checkliste Case Management etc.</p>	<p>Fragestellung für die Diagnostik</p> <p>Diagnostik</p> <p>Erprobung verschiedener Kommunikationsformen/-hilfen</p> <p>Information und Aufklärung (z.B. zur Beantragung von Hilfsmitteln)</p> <p>ggf. Interventionsplanung</p>	<p>Fragestellung beantworten</p> <p>ggf. erforderliche Schritte einleiten</p>
UK-Patiententraining		
<p>Zeitraum: 4x 90min</p> <p>Ort: UK-Kompetenzzentrum, UK-Beratungsstelle, UK-Therapiepraxis, Lebensumfeld</p> <p>Personen: UK-Therapeut:in mit Klient:in, ggf. mit privaten bzw. professionellen Bezugspersonen</p> <p>Art: Therapie-/Trainings-Einheiten</p> <p>Material: Checkliste Patiententraining, Checkliste Case Management, ggf. Übergabedokumente für Therapiepraxis, Evaluationsbogen</p>	<p>Schulung der Klient:in und des Umfelds zum linguistischen Aufbau der KH, den Optionen und Möglichkeiten im alltäglichen Einsatz (Wortschatzorganisation, Wortschatzaufbau etc.)</p>	<p>Nutzung der KH in Alltagssituationen anbahnen</p> <p>Evaluation des bisherigen Prozesses</p> <p>ggf. Übergabe an UK-Therapiepraxis</p>

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	PROZESSQUALITÄT	Stand Januar 2022

UK-Therapie (ggf. inkl. prozessbegleitender Diagnostik)		
<p>Zeitraum: 20 x 60min bzw. 15 x 90min (Doppsitzungen möglich)</p> <p>Ort: UK-Kompetenzzentrum, UK-Beratungsstelle, UK- Therapiepraxis, Lebensumfeld</p> <p>Personen: UK-Therapeut:in mit Klient:in, ggf. mit privaten bzw. professionellen Bezugspersonen</p> <p>Art: Therapie-Einheiten, prozessbegleitende Diagnostik, Evaluations- und Abschluss-/ Übergabegespräch</p> <p>Material: Vorlage UK-Therapie, Checkliste Case Management, Abschlussbericht/ Evaluationsbogen</p>	<p>Evidenzbasiertes Vorgehen: Entwicklung und Umsetzung des individualisierten Therapieplans auf Grundlage gesicherter Interventionskonzepte; bei Bedarf prozessbegleitende Diagnostik</p> <p>Abschlussgespräch mit privaten bzw. professionellen Bezugspersonen</p> <p>Evaluation bzw. interne Validierung nach Beendigung des Rezeptes</p>	<p>Erreichung des Versorgungsziels/ der individuellen Therapieziele</p> <p>Fortschritte dokumentieren (z.B. auf dem Fähigkeitskontinuum)</p> <p>Evaluation des bisherigen Prozesses/ Wirksamkeitsüberprüfung</p>
Case Management		
<p>Zeitraum: prozessbegleitend, bei Bedarf vom Erstgespräch über die Hilfsmittlempfehlung, Begleitung der Versorgung, bis hin zum Abschluss der UK-Therapie</p> <p>zuständig: Mitarbeiter:in des UK-Kompetenzzentrums</p> <p>Art: Koordination der Leistungen u. Interventionen</p> <p>Material: Checkliste Case Management, Evaluationsbogen</p>	<p>Begleitung des Versorgungsprozesses</p> <p>Sicherstellen des Erreichens der Meilensteine</p> <p>Fallbezogene Übergabe</p> <p>Überwachung zur Umsetzung der geplanten UK-Maßnahmen und Versorgungsprozesse in den jeweiligen Einrichtungen</p>	<p>Sicherstellen des Erreichens des Versorgungsziels</p>

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	P R O Z E S S Q U A L I T Ä T	

Zu den UK-Maßnahmen (Patiententraining, UK-Therapie, Case Management) gibt es auch Checklisten/Vorlagen. Die Maßnahmen und Abläufe werden dadurch standardisiert, nachvollziehbar und qualitätsgesichert gesteuert.

ISO-Norm 9001:2015

8.5.1 Steuerung der Produktion und der Dienstleistungserbringung

8.5.2 Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit

8.5.4 Erhaltung

Ebenso erfolgt die notwendige Dokumentation mit der Möglichkeit zur Rückverfolgung. In den Unterlagen werden auch die Kriterien für die Durchführung der jeweiligen Leistung festgehalten (Anwesenheit der Klient:in und der Bezugspersonen; Kostenübernahme liegt vor).

2 Für die einzelnen UK-Maßnahmen werden die Prozesse beschrieben und die Umsetzung wird evaluiert.

3 Um die verschiedenen UK-Maßnahmen wirksam durchführen zu können und die hohe Qualität der Arbeit zu sichern, sind regelmäßig Teamsitzungen, interne Hospitationen, Supervision oder auch Fallbesprechungen obligatorisch.

Dokumentation/ Abschluss/ Übergabe

4 Zum Abschluss der UK-Leistung bzw. bei der Weiterführung durch einen anderen Leistungserbringer wird ein entsprechender Bericht verfasst, um die bisher erfolgten Schritte und Ergebnisse mitzuteilen und die angestrebten Interventionsziele zu dokumentieren.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	P R O Z E S S Q U A L I T Ä T	

Sollten nichtkonforme Ergebnisse erreicht werden, wird um eine formlose Meldung an das ZQZ gebeten (Steuerung nichtkonformer Ergebnisse).

ISO-Norm 9001:2015

8.5.5 Tätigkeiten nach der Lieferung

8.7 Steuerung nichtkonformer Ergebnisse

Erstellen, Aktualisieren, Lenken

Beim Erstellen und Aktualisieren der Dokumentation sollten die Dateien und Dokumente:

- über ein angemessenes Format verfügen (Sprache, Softwareversion, Grafiken, Papier und/oder elektronisch)
- eine einheitliche Systematik bzgl. Beschreibung/Dateinamen aufweisen (z.B. Titel, Datum, Version, Autor oder Referenznummer)

ISO-Norm 9001:2015

7.5.2 Erstellen und Aktualisieren

5 Die Dokumentation ist so zu organisieren, dass die Dokumente und Daten verfügbar sind, wenn sie benötigt werden (ggf. auch aus dem Home-Office und angemessen geschützt).

Dazu gehört auch, dass Zugriff, Änderung und Verwendung der Dokumente entsprechend der Anforderungen geregelt sind (dass z.B. nach Abschluss bestimmter Leistungen keine Änderungen mehr in Dokumenten vorgenommen werden können).

Dokumentierte Informationen externer Herkunft (z. B. von Kooperationspartnern, Hilfsmittelfirmen, Institutionen der Klienten), die für die Planung und Durchführung des Qualitätsmanagements hilfreich sind, müssen entsprechend gekennzeichnet werden.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	PROZESSQUALITÄT	Stand Januar 2022

Dienstleistungen der Kooperationspartner

Die UK-Leistungserbringer stellen entsprechend ihrer Möglichkeiten sicher, dass extern bereitgestellte Prozesse, Produkte und Dienstleistungen den Anforderungen entsprechen (z.B. Gebäudereinigung, Lieferung von Hilfsmitteln zur individuellen Erprobung). Wenn die Anforderungen nicht erfüllt werden, sind Maßnahmen zur Änderung angezeigt.

ISO-Norm 9001:2015

8.3.1 Allgemeines

8.3.2 Entwicklungsplanung

ISO-Norm 9001:2015

8.4.1 Allgemeines

8.4.2 Art und Umfang der
Steuerung

5.2. Erweiterung des Leistungsumfangs

Wenn Leistungserbringer den Leistungsumfang erweitern möchten, muss sichergestellt und gegenüber der ZQZ nachgewiesen werden, dass die Anforderungen an die neuen Leistungen erfüllt werden können.

Alle nachfolgenden Aspekte müssen dokumentiert werden:

- Änderungen im Leistungsumfang
- Ergebnisse von Überprüfungen
- Autorisierung der Änderungen
- eingeleitete Maßnahmen zur Vorbeugung nachteiliger Auswirkungen
- konzeptionell verändertes Vorgehen der Dienstleistung (i.b. UK-Therapie) und deren Ergebnisprüfung

ISO-Norm 9001:2015

8.3.3 Entwicklungseingaben

8.3.4 Steuerungsmaßnahmen
für die Entwicklung

8.3.6 Entwicklungsänderungen

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	PROZESSQUALITÄT	Stand Januar 2022

CHECKLISTE | Prozessqualität

P	Items	Erfüllt	In Vorbereit- ung	Nicht erfüllt
1	Es wurde festgelegt, für welche Prozesse (neben den UK-Maßnahmen) Richtlinien zur Umsetzung festgeschrieben werden sollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Für die einzelnen UK-Maßnahmen werden die Prozesse beschrieben und die Umsetzung wird evaluiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Es werden regelmäßig Teamsitzungen, interne Hospitationen, Supervision oder auch Fallbesprechungen durchgeführt, um Umsetzung der UK-Maßnahmen zu prüfen und ggf. verbessern zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Es werden Berichte verfasst, wenn UK-Maßnahmen abgeschlossen wurden oder wenn eine andere Institution die Intervention weiterführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Anforderungen an die Dokumentation werden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	ERGEBNISQUALITÄT	Stand Januar 2022

6. Ergebnisqualität von UK-Maßnahmen

6.1. Bewertung der Ergebnisse

1 Die Ergebnisse der Arbeit (Dokumentation, Ergebnisse der Teamsitzungen und Kooperation) sowie die Ergebnisse der verschiedenen UK-Maßnahmen (Outcomes) sind kontinuierlich zu evaluieren.

Dazu gehören unter anderem:

- Diagnostik- und Beratungsleistungen
- Therapieleistungen inkl. der Zielerreichung bzw. der Therapieerfolge
- Zufriedenheit der Klient:innen und deren Angehörigen (s.u.)

ISO-Norm 9001:2015

9.1.1 Allgemeines

8.2.3 Überprüfung der Anforderungen für Produkte und Dienstleistungen

Es muss festgelegt werden, wie und wann diese Evaluationen erfolgen sollen.

2 Die Ergebnisqualität soll in regelmäßigen Abständen intern thematisiert werden. Die UK-Leistungserbringer legen fest, wann die Evaluation durchgeführt, analysiert und bewertet wird.

Der Fokus liegt auf der Beurteilung der Qualität der Ergebnisse: sind die Dokumentationen aussagekräftig genug, könnten individuelle Fortschritte und die Zufriedenheit anders besser erhoben werden?

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	ERGEBNISQUALITÄT	Stand Januar 2022

Klientenzufriedenheit

3 Die UK-Leistungserbringer erfassen, analysieren und bewerten die Wahrnehmungen der Klient:innen. Bei Bedarf sind Änderungsmaßnahmen einzuleiten.

Bei der Bewertung interessiert,

- der Grad der Klientenzufriedenheit⁴ mit den UK-Maßnahmen,
- die Vergleichbarkeit der Leistung durch verschiedene Mitarbeiter:innen,
- ob die Informationen und Dokumentation ausreichend und hilfreich waren.

ISO-Norm 9001:2015 9.1.2 Kundenzufriedenheit 9.1.3 Analyse und Bewertung
--

⁴ Klientenzufriedenheit bezieht sich auf den Begriff ‚Kundenzufriedenheit‘ in der DIN EN ISO-Norm 9000:2015, S.51: „Wahrnehmung des Kunden zu dem Grad, in dem die Erwartungen des Kunden erfüllt worden sind“.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	ERGEBNISQUALITÄT	Stand Januar 2022

CHECKLISTE | Ergebnisqualität

	Items	Erfüllt	In Vorbereitung	Nicht erfüllt
1	Ergebnisse der therapeutischen Arbeit (Outcomes) und der organisatorischen Arbeit (Kooperationen, Teamgespräche, Dokumentation) werden kontinuierlich evaluiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ergebnisqualität wird regelmäßig besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Die Klientenzufriedenheit wird erfasst, analysiert und bei Bedarf werden Änderungen eingeleitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	Q U A L I T Ä T S M A N A G E M E N T	Stand Januar 2022

7. Qualitätsmanagement im Fokus

Die UK-Leistungserbringer müssen entsprechend der ISO-Anforderungen ein eigenes Qualitätsmanagementsystem aufbauen, umsetzen, aufrechterhalten und fortlaufend verbessern. Viele Vorgaben und Hinweise finden sich im vorliegenden HQM (für welche Prozesse Abläufe festgelegt werden sollten, welchen Anforderungen die Dokumentation gerecht werden muss, dass alle Mitarbeiter:innen mit dem Leitbild vertraut sein sollen usw.).

Die übergeordneten Ziele des Qualitätsmanagements der UK-Leistungserbringer lauten (☞4):

- *die Qualität der UK-Maßnahmen,*
- *die Klienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie*
- *die Kooperation mit anderen Einrichtungen*

sicher zu stellen und kontinuierlich nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen. Die Qualitätsziele der jeweiligen Einrichtungen müssen im Einklang mit dem Leitbild der Institution stehen.

Die UK-spezifischen Qualitätsziele zeichnen sich insbesondere durch hohe fachliche Kompetenzen, gute Zusammenarbeit und durch evaluierbare Interventions- bzw. Versorgungsziele aus.

Die Versorgungsziele sind anschlussfähig an anschließende Prozesse (z.B. in KiTas, Schule, Werkstatt, Wohnheim).

ISO-Norm 9001:2015

4.4 Kontext der Organisation:
Qualitätsmanagementsystem
und seine Prozesse

5.2.1 Festlegung der Qualitäts-
politik

6.2 Qualitätsziele und Planung
zu deren Erreichung

7.1.2 Personen

7.5.1 Allgemeines

8.3.5 Entwicklungsergebnisse

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	Q U A L I T Ä T S M A N A G E M E N T	Stand Januar 2022

1 Die Arbeit der UK-Leistungserbringer muss den im HQM vorgegebenen Anforderungen entsprechen, d.h. die Anforderungen müssen der Leitung und den Mitarbeiter:innen bekannt sein, die Umsetzung muss sichergestellt, dokumentiert, evaluiert und ggf. aktualisiert werden.

Auf diese Weise analysieren die Leistungserbringer die Leistung und die Wirksamkeit des eigenen Qualitätsmanagementsystems. Ergebnisse dieser Bewertung sind zu dokumentieren und insbesondere die Verbesserungsmöglichkeiten sind an die Leitung der Einrichtung zu übermitteln. Die interne Evaluation des QMS kann in Verbindung mit den Audits erfolgen (➔ 51).

2 Die Leitung muss die Personen bestimmen, die die wirksame Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems (QMS) sicherstellen und Ansprechpartner:innen für die Audits, den Austausch mit der ZQZ und mit dem UK-Leistungserbringer-Netzwerk sind. Zu den Aufgaben dieser Personen gehört auch die Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen durch bestehende interne Ressourcen. Darüber hinaus ist zu klären, welche Dienstleistungen ggf. von externen Anbietern zu beziehen sind und welche Grenzen für die Anwendbarkeit des eigenen Qualitätsmanagementsystems erkannt werden.

7.1. Erreichen der Qualitätsziele planen

Die UK-Leistungserbringer planen – in Anlehnung an die Vorgaben des HQM – die Abläufe und Prozesse zur Erfüllung der Leistungen in ihrem Zuständigkeitsbereich und stellen die dafür notwendige Infrastruktur zur Verfügung. Zur Aufrechterhaltung der Leistungsqualität wird festgelegt,

ISO-Norm 9001:2015
6.2 Qualitätsziele und Planung zu deren Erreichung

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	QUALITÄTSMANAGEMENT	

- ☑ welche Prozesse kontinuierlich evaluiert werden, ➔36
- ☑ welche Ressourcen benötigt werden, ➔27
- ☑ wie die Evaluation gestaltet und dokumentiert wird, ➔44
- ☑ wann die Evaluation durchgeführt, analysiert und bewertet wird. ➔44

ISO-Norm 9001:2015

8.1.c Für Planung, Verwirklichung und Steuerung der Maßnahmen werden die Ressourcen bestimmt, die benötigt werden, um die Konformität mit den Produkt- und Dienstleistungsanforderungen zu erreichen

7.2. Erwartungen von Interessengruppen verstehen

3 Die UK-Leistungserbringer müssen sich mit den Erwartungen verschiedener Interessensgruppen auseinandersetzen, diese dokumentieren und die Umsetzung evaluieren. Bei Bedarf sind Maßnahmen und Änderungen einzuleiten.

Bei den Interessengruppen ist zu unterscheiden zwischen Klienten, kooperierenden Akteuren und Institutionen (z.B. Ärzte, KiTas, Schulen, therapeutische Praxen, Hilfsmittelfirmen, ZQZ) und externen Interessenten (potentielle Klienten und potentiell kooperierende Akteure, andere Leistungserbringer, Ausbildungsstätten usw.).

ISO-Norm 9001:2015

4.2 Verstehen der Erfordernisse und Erwartungen interessierter Parteien

Die Erwartungen nachfolgender Interessengruppen sind für die UK-Leistungserbringer von Bedeutung:

- *Klient:innen (Personen mit Bedarf an UK) und deren Bezugspersonen:* individuelle und fachlich hochwertige UK-Maßnahmen und gute Kommunikation und Dokumentation (s.a. Klientenzufriedenheit ➔ 44)
- *Frühförderstellen, Sozialpädiatrisches Zentrum, Reha-Kliniken, Hilfsmittelfirmen und kooperierende Institutionen bzw. institutionelle Bezugspersonen, Beratungsstellen an Schulen usw.:* zuverlässige Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der jeweiligen Vorgaben (u.a. „Dienstwege“) und

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	QUALITÄTSMANAGEMENT	Stand Januar 2022

Zuständigkeitsbereiche; Bereitstellen der erforderlichen Dokumentation z.B. bei der Übergabe zu individuellen Interventionen; gute Kommunikation

- *GKV, MD, Sozialhilfeträger, ZQZ*: zuverlässige Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der jeweiligen Vorgaben und Zuständigkeitsbereiche; Einhalten der Leistungsvereinbarungen; gute Kommunikation und Dokumentation

7.3. Über das Qualitätsmanagement informieren

- ☑ Die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems macht zum einen den internen Austausch über die Anforderungen und die Umsetzung erforderlich (*interne Kommunikation* ➔50: Chancen und Risiken ➔18, Zuständigkeiten ➔26, Umsetzung der Aufgaben, Änderungen des QMS usw. – z.B. als festes Thema bei den Teamsitzungen mit allen Mitarbeiter:innen und der Leitung),
- ☑ zum anderen wird auch die Kommunikation mit externen Interessengruppen gefordert (*externe Kommunikation*: Qualitätsziele, Leitbild, Kooperation mit ZQZ usw.).

ISO-Norm 9001:2015

7.4 Kommunikation

7.4. Qualitätsmanagement aufrechterhalten und verbessern

4 Beim UK-Leistungserbringer müssen die personellen, zeitlichen und strukturellen Ressourcen zur Durchführung der Qualitätskontrolle (Überprüfung der Konformität) und zur Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagements vorhanden sein.

So kann das eigene QMS aufrechterhalten und verbessert werden.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	Q U A L I T Ä T S M A N A G E M E N T	Stand Januar 2022

Internes (selbstständiges) Audit der Leistungserbringer

5 Die UK-Leistungserbringer führen in regelmäßigen Abständen interne Audits durch, um Informationen darüber zu erhalten, ob das Qualitätsmanagementsystem:

- den Anforderungen des HQM,
- den Anforderungen des Leistungserbringers selbst und
- den Anforderungen der ISO-Norm entspricht und wirksam aufrechterhalten wird.

ISO-Norm 9001:2015

9.2.1 Internes Audit

Auditprogramme durch die ZQZ

Die ZQZ plant und führt in Kooperation mit den UK-Leistungserbringern Auditprogramme durch (geklärt werden u.a. die Häufigkeit und Umfang von Audits, Methoden, Verantwortlichkeiten, Anforderungen an die Planung und Berichterstattung – insbesondere an die Leitung, Umgang mit Änderungsempfehlungen und -vorgaben). Besondere Bedeutung kommt hier der Wahrung der Objektivität und Unparteilichkeit des Auditprozesses zu. Eine der Maßnahmen zur Sicherung ist die Klärung möglicher Interessenskonflikte der beteiligten Akteure und Institutionen.

ISO-Norm 9001:2015

9.2.2 Auditprogramme

Die Dokumentation gilt als Nachweis der Verwirklichung des Auditprogramms und ist sowohl vom Leistungserbringer als auch von der ZQZ aufzubewahren. Diese Dokumente sind vor unbeabsichtigten Änderungen zu schützen (z. B. in einem verschlossenen Aktenschrank oder einem passwortgeschützten Datenmanagementsystem).

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	QUALITÄTSMANAGEMENT	

Bewertung des Qualitätsmanagements

6 Die Leitung muss das Qualitätsmanagementsystem der Organisation in geplanten Abständen bewerten, um dessen fortdauernde Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit sowie dessen Anpassung an die Ausrichtung der Organisation sicherzustellen.

Bei der Bewertung des QMS sind der Stand der Maßnahmen vorheriger Bewertungen sowie Veränderungen im Leistungsspektrum, bei den Themen oder dem QMS von Interesse, aber auch die Einschätzung der Wirksamkeit des QMS in Bezug auf die Kundenzufriedenheit, den Ergebnissen der Evaluation, den Auditergebnissen, der Leistung von externen Anbietern, der Angemessenheit der Ressourcen, der Maßnahmen zum Umgang mit Risiken und Chancen sowie der Möglichkeiten zur Verbesserung.

ISO-Norm 9001:2015

9.3.1 Allgemeines

9.3.2 Eingaben für die Managementbewertung

Ergebnisse der Bewertung des QMS sollten

1. Möglichkeiten der Verbesserung,
2. jeglichen Änderungsbedarf am QMS und
3. Bedarf an weiteren Ressourcen

enthalten (Dokumentation als Nachweis der Ergebnisse der Bewertung aufbewahren).

ISO-Norm 9001:2015

9.3.3 Ergebnisse der Managementbewertung

Chancen zur Verbesserung sollten wahrgenommen werden. Entsprechend sind die erforderlichen Maßnahmen zur Umsetzung festzulegen, zu dokumentieren, einzuleiten und zu überprüfen, um die Qualität der Arbeit zu erhöhen. Dabei sollten auch mögliche zukünftige Erfordernisse und Erwartungen berücksichtigt und unerwünschte Auswirkungen vermieden werden.

ISO-Norm 9001:2015

10.1 Allgemeines

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	QUALITÄTSMANAGEMENT	Stand Januar 2022

Wenn bei der Bewertung deutlich wird, dass bestimmte **Anforderungen nicht erfüllt** werden, muss der UK-Leistungserbringer darauf reagieren und

- mit den Folgen der Nichtkonformität umgehen
- angemessene Maßnahmen zur Korrektur ergreifen (z.B. Ursachen bewerten und beseitigen, Maßnahmen einleiten und deren Wirksamkeit bewerten) und
- bei Bedarf das QMS ändern (umfangreiche Dokumentation ist aufzubewahren).

ISO-Norm 9001:2015

10.2 Nichtkonformität und Korrekturmaßnahmen

Fortlaufende Verbesserung

Die Leistungserbringer sind angehalten, die Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit ihres QMS fortlaufend zu verbessern und die Ergebnisse von Analysen und Bewertungen zu berücksichtigen.

ISO-Norm 9001:2015

10.3 Fortlaufende Verbesserung

Planung von Änderungen

Wenn der UK-Leistungserbringer Änderungen am eigenen Qualitätsmanagementsystem vornehmen möchte, müssen diese Änderungen im Vorfeld bei der ZQZ angezeigt bzw. bei umfassenden Änderungen beantragt (und von der ZQZ genehmigt) und im Anschluss entsprechend durchgeführt werden. Dabei muss Folgendes berücksichtigt werden:

- Begründung des Zwecks der Änderungen und Auflistung möglicher Konsequenzen
- Erhalt der Integrität des HQM
- Nachweis über die Verfügbarkeit der notwendigen Ressourcen
- Nachweis über die Zuweisung bzw. Neuzuweisung von Verantwortlichkeiten und Befugnissen.

ISO-Norm 9001:2015

6.3 Planung von Änderungen

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	QUALITÄTSMANAGEMENT	Stand Januar 2022

CHECKLISTE | Qualitätsmanagement

Q	Items	Erfüllt	In Vorbereitung	Nicht erfüllt
1	Anforderungen des HQM sind den Mitarbeiter:innen bekannt und auch, wie die Umsetzung sichergestellt werden soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Die Leitung muss die Personen bestimmen, die die wirksame Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems sicherstellen und die Ansprechpartner:innen für die Audits, den Austausch mit der ZQZ und mit dem UK-Leistungserbringer-Netzwerk sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Die Leistungserbringer müssen sich mit den Erwartungen verschiedener Interessensgruppen auseinandersetzen, diese dokumentieren und die Umsetzung evaluieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Beim Leistungserbringer müssen die personellen, zeitlichen und strukturellen Ressourcen zur Durchführung der Qualitätskontrolle (Überprüfung der Konformität) und zur Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagements vorhanden sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Die Leistungserbringer führen in regelmäßigen Abständen interne Audits durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Die Leitung muss das Qualitätsmanagementsystem der Organisation in geplanten Abständen bewerten, um dessen fortdauernde Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit sowie dessen Anpassung an die Ausrichtung der Organisation sicherzustellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	A N H A N G	

Anhang

1. Die Inhalte der ISO-Norm im HQM
2. Literaturliste

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	A N H A N G 1 I S O - H Q M	Stand Januar 2022

Anhang A: Die Inhalte der ISO-Norm im HQM

DIN EN ISO-Norm 9001:2015	ISO Kapitel-Nr.	ISO Seite	HQM Kapitelbezeichnungen	HQM Kapitel-Nr.
Anwendungsbereich	1	17	Anliegen des HQM	1
Normative Verweisungen	2	17	Anliegen des HQM	1
Begriffe	3	18	Begriffe und Abkürzungen	2
Kontext der Organisation	4	18		
Kontext der Organisation: Verstehen der Organisation und ihres Kontextes	4.1	18	UK-Maßnahmen und Leistungserbringer	3
Kontext der Organisation: Verstehen der Erfordernisse und Erwartungen interessierter Parteien	4.2	18	Erwartungen von Interessengruppen verstehen	7.2
Kontext der Organisation: Festlegen des Anwendungsbereichs des Qualitätsmanagementsystems	4.3	19	Anliegen des HQM	1
Kontext der Organisation: Qualitätsmanagementsystem und seine Prozesse	4.4	20	Prozessqualität von UK-Maßnahmen	5
Führung	5	21		
Führung: Führung und Verpflichtungen	5.1	21		
Führung: Führung und Verpflichtung: Allgemeines	5.1.1	21	Aufgaben und Befugnisse in der Organisation	4.5
Führung: Führung und Verpflichtung: Kundenorientierung	5.1.2	22	Aufgaben und Befugnisse in der Organisation	4.5
Führung: Politik	5.2	22		

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	A N H A N G 1 I S O - H Q M	Stand Januar 2022

DIN EN ISO-Norm 9001:2015	ISO Ka- pitel-Nr.	ISO Seite	HQM Kapitelbezeichnungen	HQM Kapi- tel-Nr.
Führung: Politik: Festlegung der Qualitätspolitik	5.2.1	22	Anliegen des HQM / Leitbild und Grundsätze / Erreichen der Quali- tätsziele planen	1/4.1/ 7.1
Führung: Politik: Bekanntmachung der Organisationspolitik	5.2.2	22	Leitbild und Grundsätze	4.1
Führung: Rollen, Verantwortlichkei- ten und Befugnisse in der Organisa- tion	5.3	23	Aufgaben und Befugnisse der Or- ganisation	4.5
Planung	6	23		
Planung: Maßnahmen zum Umgang mit Risiken und Chancen	6.1.1	23	Erreichen der Qualitätsziele pla- nen	7.1
Planung: Qualitätsziele und Planung zu deren Erreichung	6.2	24	Erreichen der Qualitätsziele pla- nen	7.1
Planung von Änderungen	6.3	25	Qualitätsziele aufrechterhalten und verbessern	7.4
Unterstützung	7	25	--	--
Unterstützung: Ressourcen	7.1	25	--	--
Unterstützung: Ressourcen: Allge- meines	7.1.1	25	Allgemeine Anforderungen	4.3
Unterstützung: Ressourcen: Perso- nen	7.1.2	25	Qualitätsmanagement im Fokus	7
Unterstützung: Ressourcen: Infra- struktur	7.1.3	25f	Räumliche und sächliche Ausstat- tung (Infrastruktur)	4.6
Unterstützung: Ressourcen: Pro- zessumgebung	7.1.4	26	Räumliche und sächliche Ausstat- tung (Infrastruktur)	4.6
Unterstützung: Ressourcen: Res- sourcen zur Überwachung und Messung	7.1.5		- trifft nicht zu -	

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	A N H A N G 1 I S O - H Q M	Stand Januar 2022

DIN EN ISO-Norm 9001:2015	ISO Kapitel-Nr.	ISO Seite	HQM Kapitelbezeichnungen	HQM Kapitel-Nr.
Unterstützung: Ressourcen: Wissen der Organisation	7.1.6	28	Personelle Ausstattung & Qualifikation	4.4
Unterstützung: Kompetenz	7.2	29	Personelle Ausstattung & Qualifikation / Prozessqualität von UK-Maßnahmen	4.4/5
Unterstützung: Bewusstsein	7.3	29	Aufgaben und Befugnisse der Organisation	4.5
Unterstützung: Kommunikation	7.4	29f	Über das Qualitätsmanagement informieren	7.3
Unterstützung: Dokumentierte Information	7.5	30	--	--
Unterstützung: Dokumentierte Information: Allgemeines	7.5.1	30	Prozesse im Fokus / Qualitätsmanagement im Fokus	5.1/7
Unterstützung: Dokumentierte Information: Erstellen und Aktualisieren	7.5.2	30	Prozesse im Fokus	5.1
Unterstützung: Dokumentierte Information: Lenkung dokumentierter Information	7.5.3	31	Prozesse im Fokus	5.1
Betrieb	8	31	--	--
Betrieb: Betriebliche Planung und Steuerung	8.1	31f	Allgemeine Anforderungen / Erreichen der Qualitätsziele planen	4.3/7.1
Betrieb: Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen	8.2	32	Allgemeine Anforderungen	4.3
Betrieb: Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen: Kommunikation mit den Kunden	8.2.1	32f	Allgemeine Anforderungen	4.3

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	A N H A N G 1 I S O - H Q M	Stand Januar 2022

DIN EN ISO-Norm 9001:2015	ISO Ka- pitel-Nr.	ISO Seite	HQM Kapitelbezeichnungen	HQM Kapi- tel-Nr.
Betrieb: Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen: Bestimmen von Anforderungen für Produkte und Dienstleistungen	8.2.2	33	Allgemeine Anforderungen an UK-Maßnahmen	3.4
Betrieb: Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen: Überprüfung der Anforderungen für Produkte und Dienstleistungen	8.2.3	33f	Allgemeine Anforderungen an UK-Maßnahmen/ Ergebnisqualität von UK-Maßnahmen	3.4 /6
Betrieb: Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen: Änderungen von Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen	8.2.4	34	Allgemeine Anforderungen an UK-Maßnahmen	3.4
Betrieb: Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen	8.3	34	Allgemeine Anforderungen an UK-Maßnahmen	3.4
Betrieb: Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen: Allgemeines	8.3.1	34	Erweiterung des Leistungsumfangs	5.2
Betrieb: Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen: Entwicklungsplanung	8.3.2	35	Erweiterung des Leistungsumfangs	5.2
Betrieb: Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen: Entwicklungseingaben	8.3.3	35	Erweiterung des Leistungsumfangs	5.2
Betrieb: Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen: Steuerungsmaßnahmen für die Entwicklung	8.3.4	36	Erweiterung des Leistungsumfangs	5.2
Betrieb: Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen: Entwicklungsergebnisse	8.3.5	37	Qualitätsmanagement im Fokus	7
Betrieb: Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen: Entwicklungsänderungen	8.3.6	37	Erweiterung des Leistungsumfangs	5.2
Betrieb: Steuerung von extern bereitgestellten Prozessen, Produkten und Dienstleistungen	8.4	38	--	--

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	A N H A N G 1 I S O - H Q M	Stand Januar 2022

DIN EN ISO-Norm 9001:2015	ISO Ka- pitel-Nr.	ISO Seite	HQM Kapitelbezeichnungen	HQM Kapi- tel-Nr.
Betrieb: Steuerung von extern bereitgestellten Prozessen, Produkten und Dienstleistungen: Allgemeines	8.4.1	38	Prozesse im Fokus	5.1
Betrieb: Steuerung von extern bereitgestellten Prozessen, Produkten und Dienstleistungen: Art und Umfang der Steuerung	8.4.2	38f	Prozesse im Fokus	5.1
Betrieb: Steuerung von extern bereitgestellten Prozessen, Produkten und Dienstleistungen: Informationen für externe Anbieter	8.4.3	39	Allgemeine Anforderungen	4.3
Betrieb: Produktion und Dienstleistungserbringung	8.5	40		
Betrieb: Produktion und Dienstleistungserbringung: Steuerung der Produktion und der Dienstleistungserbringung	8.5.1	40	Prozesse im Fokus	5.1
Betrieb: Produktion und Dienstleistungserbringung: Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit	8.5.2	41	Prozesse im Fokus	5.1
Betrieb: Produktion und Dienstleistungserbringung: Eigentum der Kunden oder der externen Anbieter	8.5.3	41	Räumliche und sächliche Ausstattung (Infrastruktur)	4.6
Betrieb: Produktion und Dienstleistungserbringung: Erhaltung	8.5.4	41	Prozesse im Fokus	5.1
Betrieb: Produktion und Dienstleistungserbringung: Tätigkeiten nach der Lieferung	8.5.5	42	Prozesse im Fokus	5.1
Betrieb: Produktion und Dienstleistungserbringung: Überwachung von Änderungen	8.5.6	42	Allgemeine Anforderungen an UK-Maßnahmen	3.4

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	A N H A N G 1 I S O - H Q M	Stand Januar 2022

DIN EN ISO-Norm 9001:2015	ISO Kapitel-Nr.	ISO Seite	HQM Kapitelbezeichnungen	HQM Kapitel-Nr.
Betrieb: Freigabe von Produkten und Dienstleistungen	8.6	42f	Allgemeine Anforderungen an UK-Maßnahmen	3.4
Betrieb: Steuerung nichtkonformer Ergebnisse	8.7	43	Prozesse im Fokus UK	5.1
Bewertung der Leistung	9	44		
Bewertung der Leistung: Überwachung, Messung, Analyse und Bewertung	9.1	44	Ergebnisqualität von UK-Maßnahmen	6
Bewertung der Leistung: Überwachung, Messung, Analyse und Bewertung: Allgemeines	9.1.1	44	Ergebnisqualität von UK-Maßnahmen	6
Bewertung der Leistung: Überwachung, Messung, Analyse und Bewertung: Kundenzufriedenheit	9.1.2	44	Klientenzufriedenheit	6.2
Bewertung der Leistung: Überwachung, Messung, Analyse und Bewertung: Analyse und Bewertung	9.1.3	44f	Klientenzufriedenheit	6.2
Bewertung der Leistung: Internes Audit	9.2.1	45	Qualitätsmanagement aufrechterhalten und verbessern	7.4
Bewertung der Leistung: Internes Audit	9.2.2	45-46	Qualitätsmanagement aufrechterhalten und verbessern	7.4
Bewertung der Leistung: Managementbewertung	9.3	46	--	--
Bewertung der Leistung: Managementbewertung: Allgemeines	9.3.1	46	Qualitätsmanagement aufrechterhalten und verbessern	7.4

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssicherung und Zertifizierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	A N H A N G 1 I S O - H Q M	Stand Januar 2022

DIN EN ISO-Norm 9001:2015	ISO Ka- pitel-Nr.	ISO Seite	HQM Kapitelbezeichnungen	HQM Kapi- tel-Nr.
Bewertung der Leistung: Manage- mentbewertung: Eingaben für die Managementbewertung	9.3.2	46f	Qualitätsmanagement aufrecht- erhalten und verbessern	7.4
Bewertung der Leistung: Manage- mentbewertung: Ergebnisse der Managementbewertung	9.3.3	47	Qualitätsmanagement aufrecht- erhalten und verbessern	7.4
Verbesserung	10	47	--	--
Verbesserung: Allgemeines	10.1	47f	Qualitätsmanagement aufrecht- erhalten und verbessern	7.4
Verbesserung: Nichtkonformität und Korrekturmaßnahmen	10.2	48f	Qualitätsmanagement aufrecht- erhalten und verbessern	7.4
Verbesserung: Fortlaufende Ver- besserung	10.3	49	Qualitätsmanagement aufrecht- erhalten und verbessern:	7.4

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssiche- rung und Zertifi- zierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	A N H A N G 2 L I T E R A T U R	

Literatur

- Bernasconi, T., Boenisch, J., Giel, B. & Sachse, S. K. (2020). Qualitätssicherung und Standards in der UK-Versorgung. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), Kompendium Unterstützte Kommunikation (S. 386–394). Stuttgart: Kohlhammer.
- Boenisch, J. & Nonn, K. (2020). UK-Förderung oder UK-Therapie? In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), Kompendium Unterstützte Kommunikation (S. 40–50). Stuttgart: Kohlhammer.
- Boenisch, J. & Wilke, M. & Sachse, S. K. (2020). Elektronische Kommunikationshilfen in der UK. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), Kompendium Unterstützte Kommunikation (S. 250–258). Stuttgart: Kohlhammer.
- Boenisch, J. & Sachse, S. K. (Hrsg.). (2020). Kompendium Unterstützte Kommunikation. Stuttgart: Kohlhammer.
- Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 28. Mai 2021 (BGBl. I S.1174) geändert worden ist. Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/SGB_5.pdf
- Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S.3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. März 2021 (BGBl. I S. 335) geändert worden ist. Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/SGB_12.pdf
- DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (2015). Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen (ISO 9001:2015); Deutsche und Englische Fassung EN ISO 9001:2015. Berlin: Beuth Verlag GmbH.

ZQZ Zentralstelle für Qualitätssiche- rung und Zertifi- zierung in der UK	Handbuch Qualitätsmanagement UK	Version 2.0
	A N H A N G 2 L I T E R A T U R	
		Stand Januar 2022

DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (2013). Konformitätsbewertung – Grundlagen der Produktzertifizierung und Leitlinien für Produktzertifizierungsprogramme (ISO/IEC 17067:2013); Deutsche und Englische Fassung EN ISO/IEC 17067:2013. Berlin: Beuth Verlag GmbH.

DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (2015). Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2015); Deutsche und Englische Fassung EN ISO 9000:2015. Berlin: Beuth Verlag GmbH.

Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press.

Kamps, N. & Boenisch, J. (2020). Rechtliche Grundlagen in der UK-Versorgung. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), Kompendium Unterstützte Kommunikation (S. 357–364). Stuttgart: Kohlhammer.

Monzer, M. (2013). Case-Management. Grundlagen (Case Management in der Praxis). Heidelberg: Medhochzwei.

Neuntes Buch Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 4. Mai 2021 (BGBl. I S. 882) geändert worden ist. Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/SGB_IX.pdf



INDIKATOREN & DOKUMENTATION
UK-spezifisches Case Management

Ziele des CM: Sicherstellen der Versorgung bei Schnittstellenproblemen in der regionalen und individuellen Versorgung sowie bei hochgradigen Fragmentierungen von Versorgungsleistungen; Vermeidung von Fehlversorgungen

Datum:	
Kontaktperson (Rolle):	
Name UK-Klient:in, ggf. bereits verordnete Kommunikationshilfe	Weitere Beteiligte
abh. Ü. zu mod. moderiert Ü. zu frei frei	

	INDIKATOREN *		Anmerkung
A	ADVOCACY-FUNKTION		
	1. Vor der UK-Diagnostik / nach dem Erstkontakt		
A1	Klärung und Unterstützung bei der Kostenübernahme der UK- Diagnostik		
A2	Aufrechterhaltung des MUK-Prozesses bei Absage des Erstberatungstermins		
A3	Festlegung der Teilnehmenden von Erstberatung (Beginn der Erstellung der Ressourcennetzwerkkarte)		
	Compliance der beteiligten privaten und professionellen Bezugspersonen einholen/sichern		
	2. Nach der UK-Diagnostik / Während der Beantragung der Hilfe		
	Verfassen einer Stellungnahme zur beantragten Kommunikationshilfe		
B	BROKER-FUNKTION		
	1. Vor der UK-Diagnostik / nach dem Erstkontakt		
B1	Koordination weiterer zur UK-Versorgung benötigter Diagnostikverfahren (z.B. Hörscreening, Sehtest)		
B2	Anstoß zum Netzwerkaufbau (Vermittlung von Kontaktdaten, Strukturierung der weiteren Vernetzung)		
	Kommunikation mit beteiligten Institutionen, wie KiTa, SPZs, WfbMs etc.		
	2. Nach der UK-Diagnostik / Während der Beantragung der Hilfe		
	Unterstützung bei der Beschaffung der Kostenübernahme für Kommunikationshilfe		
	Beschaffung und Weiterleitung zusätzlicher Informationsmaterialien (z.B. Fotos vom Rollstuhl etc.)		
	Koordination der Vernetzung von Auftraggeber, Krankenkasse und Hilfsmittelfirma		

* neben den aufgeführten Punkten können individuelle Indikatoren ergänzt werden.

	2a Bei Ablehnung der Kommunikationshilfe und Widerspruch		
	Sicherstellung des fristgerechten Widerspruchs bei Krankenkasse		
	Verfassen einer Stellungnahme zum Widerspruch		
	Koordination der Auflagen der Krankenkasse (Besuch des MDKs, Dokumentation der Erprobung)		
	Aufrechterhaltung des Widerspruchsverfahrens durch zweiwöchige Kontaktaufnahme		
	2b Bei Ablehnung der Kommunikationshilfe und Neubeantragung		
	Konsensfindung mit allen Beteiligten ob eine Neubeantragung in Angriff genommen werden soll		
	Überprüfung der Vollständigkeit der Antragsunterlagen (Rezept, Stellungnahme, Kostenvoranschlag für die Kommunikationshilfe)		
	Koordination der Auflagen der Krankenkasse (Besuch des MDKs, Dokumentation der Erprobung)		
	Aufrechterhaltung Neubeantragungsverfahrens durch zweiwöchige Kontaktaufnahme		
	3. Übergang Patiententraining / UK-Therapie		
	Vermittlung an UK-Therapeuten		
	Klärung der Kontaktaufrechterhaltung zum UK-Case-Manager (kontinuierlicher zeitlicher Rhythmus vs. bei Bedarf)		
	Erneute Einleitung eines UK-Case-Managements in Lebensumbruchphasen des Patienten aufgrund von Sprachentwicklung, Wechsel von Bezugspersonen oder Einrichtungen, körperlicher oder kognitiver Veränderung		
G	GATEKEEPER - FUNKTION		
	1. Vor der UK-Diagnostik / nach dem Erstkontakt		
G1	Grobzielerfassung durch Erstinformationsbogen		
	2. Nach der UK-Diagnostik / Während der Beantragung der Hilfe		
G2	Aufstellen eines ersten übergreifenden Versorgungsziels, Konsensfindung		
	3. Übergang Patiententraining / UK-Therapie		
G3	Inhaltliche Fallübergabe an UK-Therapeuten, Übergabegespräch		
S	SUPPORT - FUNKTION		
	1. Vor der UK-Diagnostik / nach dem Erstkontakt		
S1	Initiierung des Ressourcen-Netzwerks		
	2. Nach der UK-Diagnostik / Während der Beantragung der Hilfe		
S2	Überprüfung der Bestellung der Kommunikationshilfe bei Hilfsmittelfirma		
	Überprüfung der Auslieferung und technischen Einweisung durch die Hilfsmittelfirma		
	3. Übergang Patiententraining / UK-Therapie		
	Inhaltliche Vorbereitung des Patiententrainings mit Blick auf das übergreifende Versorgungsziel, ggf. Übergabegespräch		
	Weiterentwicklung des Ressourcennetzwerks		

V E R L A U F S D O K U M E N T A T I O N			
Datum	Kontakt mit	Notizen	ToDo

Anhang 7: ABC-Modell. Tischvorlage zur Planung von Versorgungs- und Therapiezielen

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

Stand: Februar 2022 | A3-Version



Interventionsplanung nach dem ABC-Modell

Ziele: *gelingende Alltagskommunikation & Erweitern der Kommunikativen Kompetenz*

Datum:

Datum nach 6 Wochen (Ziele kontrollieren und evtl. verändern):

Neuer Termin in spätestens 6 Monaten – das wäre am:

Name	Gesprächsanlass	Anwesend
Aktuelle Themen/ Interessen der Person		
abh. Ü. zu moderiert moderiert Ü. zu frei frei		

Bei welchen **Aktivitäten** wird in den nächsten 6 Wochen kontinuierlich gemodelt?

Hier wird das Ergebnis am Ende des Gesprächs als Grundlage für die Förderung festgehalten.

Hier geht es zum einen um den ‚Akt‘ einer gemeinsamen Entscheidung über zu unterstützende Aktivitäten. Zum anderen soll hier sichergestellt werden, dass die Bezugspersonen (BZP) wirklich wissen, was von ihnen erwartet wird.

Situation/ Aktivität beschreiben*	Ziel ... so dass die Person:	Unterstützung durch BZP	Formulierung/ Vokabular/Gebärden

Am Ende diese Seite für alle kopieren!

*Bitte nehmen Sie sich in der Beratung Zeit für diese Wiederholung. Das ist sozusagen der Schulungsrahmen für die Bezugspersonen. Durch diese Wiederholung der Ziele, der Beispiele und auch durch das konkrete Zeigen der Wörter auf der KH oder der Gebärden sowie durch das Üben des Modells wird hier der Rahmen geboten, die gemeinsam durchzuführenden Interventionen vorzubereiten.

Von den Bezugspersonen auszufüllen:	Namen eintragen →				
Ich verstehe die Ziele					
Ich unterstütze die Ziele					
Ich weiß, was ich zur Unterstützung der Ziele zu tun habe					
Mir wurde gezeigt, was ich zu tun habe					
Ich hatte die Möglichkeit, selbst auszuprobieren, was ich tun muss (z.B. Modeln)					
Wir wissen, wie wir uns austauschen (Mail, Treffen)					

A – Aktivitäten beschreiben und mögliche Umsetzungen durchdenken

Bei welchen Aktivitäten würde der Einsatz von UK wirklich zur Erweiterung der kommunikativen

Möglichkeiten – aus der Perspektive der unterstützten kommunizierenden Person – führen?

Mögliche Situationen auflisten und Beispielformulierungen sammeln (Brainstorming)

„Kommunikation soll Spaß machen und sich lohnen“ Irene Leber

Oft hat das Umfeld gewisse Vorstellungen und Wünsche, was aus dessen Perspektive hilfreich wäre (z.B. Es wäre toll, wenn A. Wünsche und Bedürfnisse äußern könnte). Die Frage, um die es hier gehen soll, lautet: **Was wäre aus der Sicht der Person eine echte Bereicherung?**
Z.B. jemanden – auf sich aufmerksam machen und dabei ein bisschen der eigenen Persönlichkeit zum Ausdruck bringen („warum kommt keiner zu mir?“, „Warum schaut keiner?“) oder etwas kommentieren, wodurch man ein bisschen Aufmerksamkeit aus der Gruppe bekommt („sieht voll cool aus“).

Mögliche Aktivitäten bzw. Situationen	Begründung Warum wäre das eine Bereicherung aus Sicht der Person?	Aufgaben der Bezugspersonen Was müsste an Vokabular bereitgestellt, gemodelt und beachtet werden?

KONTROLLFRAGE

Kann/würde die unterstützte kommunizierende Person die Aussagen bestätigen?

Ich würde mich so ausdrücken (bezogen auf Wortwahl und Formulierung).	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Wir nehmen es an.
Solche Aussagen/Fragen/Kommentare haben für mich einen klaren Mehrwert.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Wir nehmen es an.

B – Bereiche der kommunikativen Kompetenz beschreiben

Bei den Überlegungen zur konkreten Unterstützung jetzt genau analysieren, in welchen Bereichen der kommunikativen Kompetenz Unterstützungsbedarf besteht, so dass die oben beschriebene Aktivität zukünftig selbstständig(er) bewältigt werden kann.

Linguistische Fähigkeiten	Operationale Fähigkeiten	Soziale Fähigkeiten	Strategische Fähigkeiten
<ul style="list-style-type: none"> • z.B. Stehen gute Formulierungen zur Verfügung? • Weiß die Person, dass es diese Formulierungen auf ihrer KH gibt? • Sind die erforderlichen Gebärden (auch im Umfeld) bekannt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Findet die Person diese Formulierungen? • Kann sie ggf. ein Wort löschen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Blickkontakt aufnehmen, wenn man ‚alles sprechen‘ gedrückt hat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wiederholt die Person die Aussage, wenn sie nicht gehört wurde? • Nutzt sie andere Kommunikationsformen, um ihr Ziel zu erreichen? Wenn ja, wird sie verstanden? (dann sollte nicht auf der Nutzung z.B. der elektronischen Hilfe bestanden werden)
<p>Aufgaben der BZP zur Unterstützung beschreiben</p> <p><i>Hier soll nochmal geschaut werden, was die BZP tun müssten, um die in der jeweils oberen Zeile beschriebenen Fähigkeiten zu unterstützen – nach Möglichkeit im Alltag und nicht in Übungssituationen.</i></p>			

Fokus auf Literacy

Inwiefern werden auch schriftsprachliche Fähigkeiten als Erweiterung der Ausdrucksfähigkeiten unterstützt?

Schriftsprachliche Fähigkeiten erweitern die Ausdrucksfähigkeiten. Deshalb sollten bei jeder Interventionsplanung auch schriftsprachliche bzw. Literacy-Fähigkeiten thematisiert werden. Im Folgenden werden Beispiele zu sog. frühen schriftsprachlichen Fähigkeiten aufgelistet, die die Ausdrucksfähigkeiten einer Person unterstützen:

- Z.B. gemeinsam etwas ins Kommunikationstagebuch eintragen (Themen wählen, Formulierungen gemeinsam überlegen: Soll ich ‚Das war doof‘ oder ‚Das war voll doof‘ schreiben?)
- beim Vorlesen solche Bücher wählen und Formulierungen modeln, die im Alltag die komm. Möglichkeiten erweitern: Ich nicht. Ich auch. Und du? (Was ich mag, Klipp Klopp) Wann kommt ...? (Wo ist Ida) Wo ist ...? Ich weiß nicht. (Suchbücher) Ich will aber nicht! (Ich mag keine Bücher)
- beim Modeln auch zeigen, wie man Hinweise auf den Anfangsbuchstaben geben kann – wenn z.B. das Kind etwas von einer Person berichtet, hilft der Hinweis, dass der Name mit ‚M‘ beginnt

C – Umsetzung im Alltag und Kontrolle (nach 6 Wochen)

Aufgaben der BZP	BZP 1	BZP 2	BZP 3	BZP 4
Ich weiß noch, welche Aktivitäten und Beispielsituationen wir vereinbart hatten.				
Ich weiß, was ich modeln / wie ich unterstützen sollte.				
Ich habe täglich mehrfach Unterstützung angeboten.				
Ich habe Ideen, wie wir die Unterstützung noch verändern/ erweitern könnten.				
Ich habe Fragen zu meinen Aufgaben.				

Ergebnisse	BZP 1	BZP 2	BZP 3	BZP 4
Ich habe den Eindruck, dass diese Unterstützung funktioniert.				
Ich sehe schon kleine Fortschritte (Aufmerksamkeit bei der Person, Imitation...).				

Was muss ggf. verändert werden?

Wer übernimmt?

Anhang 8: MUK-Checkliste. Patiententraining

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

Stand: Februar 2022



C H E C K L I S T E UK-spezifisches Patiententraining

Ziele des PT: Voraussetzungen zur Nutzung der Kommunikationshilfe in Alltagssituationen schaffen

Datum:
Therapeut:in:

Name UK-Klient:in	Konkretisierte Ziele des PT	Anwesend:
abh. Ü. zu mod. moderiert Ü. zu frei frei		

Aktiver Einsatz der Hilfe/Gebärden unter Einbeziehung von Klient:in und Umfeld; Therapeut/in modellt den Einsatz der Hilfe/Gebärden mit hoher Frequenz – Richtwert: 30x in 15min-Sequenzen mit unterschiedlichen Formulierungen

M O D U L E *					
Modul	Inhalte	i	↙	-	↗
1	Sicherstellung der Nutzbarkeit der Kommunikationshilfe (Operationale und linguistische Fähigkeiten)				
	Kommunikationshilfe wird vom Umfeld bereitgestellt/hergestellt				
	Kommunikationshilfe wird von Klient:in eingefordert				
	Positionierung der Kommunikationshilfe steht fest				
	Ggf. die Kommunikationshilfe ist auf Klient:in kalibriert/ die Ansteuerung wurde angepasst				
	Ab Moderierte Komm.: Ein individuelles Nutzerprofil auf der Kommunikationshilfe ist eingerichtet				
	Klient/Umfeld weiß, wie er/es die Kommunikationshilfe ansteuern kann				
	Ggf. Klient/Umfeld kann Kommunikationshilfe laden, anschalten und starten, Oberflächen aufrufen				
	Klient kann erste Wörter/Aussagen Kommunikationshilfe auswählen/auslösen				
	Ab Moderierte Komm.: Klient:in besitzt Kenntnisse über Funktionen wie ‚Wort bzw. Satz sprechen‘, löschen, Seitenwechsel/Startseite finden				
	Supportnummern und -stellen, Reparaturablauf sind bekannt				
2	Planung alltagsrelevanter linguistischer Strukturen (Linguistische Fähigkeiten)				
	Kenntnisse zum aktuellen linguistischen Therapiegegenstand des Klienten bestehen (Vorausläuferfähigkeiten, Lexikon, Semantik, Morpho-Syntax, Pragmatik)				
	Festlegung alltagsrelevanter linguistischer Strukturen für die UK-Therapie:				
	Einführung erster linguistischer Zielstrukturen (Vorausläuferfähigkeiten, Semantik, Morpho-Syntax...) hat stattgefundenen				

* Die Module können bei Bedarf ergänzt werden und die Module sind nicht aufbauend, sondern komplementär zu sehen.

3	Schulung des Umfeldes (Operationale und soziale Fähigkeiten)				
	Umfeld weiß, wie Kommunikationshilfe positioniert wird				
	Umfeld schafft Kommunikationsanlässe zum Einsatz der neuen Kommunikationsform				
	Umfeld kennt die eigene Rolle im Kommunikationsprozess (Vorbild, Unterstützer, Gesprächspartner, Partnerstrategien)				
	Umfeld kennt verschiedene Kommunikationsfunktionen (kommentieren, ablehnen, verhandeln, sich verteidigen...)				
	Umfeld besitzt technisches Grundwissen zur Kommunikationshilfe				
	Umfeld versteht die Wortschatzstruktur der Kommunikationshilfe und weiß, wie/wo neue Wörter und Aussagen ergänzt werden				
	Umfeld modelt adäquat mit der Kommunikationshilfe, d.h. folgende Wörter/Begriffe/Sätze/etc. _____ _____ _____				
4	Identifizieren und Gestalten von bedeutsamen Kommunikationssituationen (Operationale und soziale Fähigkeiten)				
	Klient kann von sich erzählen				
	Klient kann Situationen beeinflussen				
	Situation 1: _____				
	Situation 2: _____				
	Situation 3: _____				
	Klient erkennt einen Mehrwert in der				
5	Netzwerkaktivierung				
	Ressourcennetzwerkanalyse ist durchgeführt				
	Einigung auf gemeinsame Ziele hat stattgefundenen				
	Vernetzung der Partner hat stattgefundenen				
	Netzwerkpartner kennen ihre Rolle und Aufgabe				
	Einigung zur Austauschform und -intervall hat stattgefundenen				

	VERLAUFS DOKUMENTATION		
	Datum	Inhalte	Modul
1			
2			
3			
4			



Erweiterung des Selektivvertrags zu Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation

Vorlage UK-Therapie

Ziele: *gelingende Alltagskommunikation & Erweitern der Kommunikativen Kompetenz*

Start UK-Therapie:

Kontaktperson/Therapeut:in:

Name UK-Klient:in	Versorgungsziel
Kommunikationshilfe:	
Abh. Ü. zu moderiert moderiert Ü. zu frei frei	

*Siehe auch
Beratungsbogen:
Interventionsplanung
nach dem ABC-Modell*

Erweiterung der kommunikativen Kompetenz in folgenden Situationen

Situation/ Aktivität	Beteiligte Personen für die Umsetzung im Alltag

Therapieziele in den vier Bereichen der kommunikativen Kompetenz

Linguistische Fähigkeiten	Operationale Fähigkeiten	Soziale Fähigkeiten	Strategische Fähigkeiten

B – Bereiche der kommunikativen Kompetenz beschreiben

Bei den Überlegungen zur konkreten Unterstützung jetzt genau analysieren, in welchen Bereichen der kommunikativen Kompetenz Unterstützungsbedarf besteht, so dass die oben beschriebene Aktivität zukünftig selbstständig(er) bewältigt werden kann.

Nr./ Datum	Situation – Aktivität – Personen - Kommunikationshilfe: (wo – was – mit wem – wie?)	Linguistische Fähigkeiten (Vokabular)	Operationale Fähigkeiten	Soziale Fähigkeiten	Strategische Fähigkeiten
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Kategoriensystem von den Fokusgruppeninterviews vor der Implementierung

Liste der Codes
Aktuelle Versorgungssituation
<i>Schilderung der UK-Versorgungsabläufe ohne Wertung</i>
Allgemeine Informationen zu UK Hilfsmitteln
UK-Versorgung im Setting privates Umfeld
UK-Versorgung im Setting Kindergarten
UK-Versorgung im therapeutischen Setting
UK-Versorgung im Setting Wohnheim
UK-Versorgung im Setting Werkstatt
UK-Versorgung im Setting Schule
UK-Versorgung im Setting Beratungsstelle
<i>Positive Aspekte in der aktuellen Versorgungssituation</i>
Gute Versorgungsstrukturen
Positive Entwicklung der UK-Versorgung
Umsetzung der UK-Inhalte
Ausreichende Zusammenarbeit und Austausch
Einfluss der UK-Beratungsstelle
Motivation / Offenheit der Stakeholder gegenüber UK
<i>Negative Aspekte in der aktuellen Versorgungssituation</i>

Kein adäquates UK Verständnis
Kein Transfer von UK in den Alltag
Finanzierung der UK-Versorgung (allgemein)
Fehlversorgung
Keine Akzeptanz/Bereitschaft gegenüber UK
Fehlende Kontinuität in den Lebensphasenübergängen
Wechselnde Stakeholder / Bezugspersonen
„Willkür“ / Zufall in der UK-Versorgung
Eingeschränkte Anwendung des UK-Hilfsmittels aufgrund der Wert.
Strukturelle Rahmenbedingungen
Ungedeckter UK-Versorgungsbedarf
Überforderung / Herausforderung bei der Umsetzung von UK
Ressourcenmangel der Stakeholder (Zeit / Personal)
Fehlende Ansprechpartner / Begleitung
Probleme bei der Bedienung des UK-Hilfsmittels
Mangel an Schulung / Wissen / Information
keine ausreichende Zusammenarbeit
Zusammenarbeit der an der UK-Versorgung beteiligten Stakehold
Zusammenarbeit mit den Schulen
Zusammenarbeit mit den Werkstätten
Zusammenarbeit mit den Hilfsmittelfirmen

Zusammenarbeit mit den Krankenkassen
Zusammenarbeit mit den Kindergärten
Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft
Zusammenarbeit mit den therapeutischen Gesundheitsfachberufen
Zusammenarbeit mit den UK-Beratungsstellen
Zusammenarbeit mit dem SPZ
Zusammenarbeit mit den privaten Bezugspersonen
Wünsche an die UK-Versorgung
Transfer/Einbindung in den Alltag
Zusammenarbeit aller Stakeholder / Netzwerk
UK-Experte / Anlaufstelle / Begleitung
Integration von UK in therapeutische Ausbildungen
Sensibilisierung der Stakeholder für UK(-Relevanz)
gesetzl. Rahmen der UK-Versorgung (inkl. Finanzierung)
Fortbildungsangebote
Inhalte ohne Themenbezug

Kategoriensystem der Fokusgruppeninterviews während Implementierung

Liste der Codes
Informationen zu den Teilnehmenden
Aspekte bzgl. Fragebögen
Kontextfaktoren
<i>Vorerfahrungen mit UK</i>
<i>Einstellungen der Stakeholder</i>
Fachliche Bezugspersonen
Private Bezugspersonen
<i>Zusammenarbeit und Kommunikation der Stakeholder</i>
<i>Rahmenbedingungen</i>
Gesetzliche Rahmenbedingungen
Finanzierung der UK-Versorgung
Organisatorische Rahmenbedingungen
<i>Belastungen der privaten Bezugspersonen</i>
<i>Eigenschaften der UK-Nutzer*innen</i>
Implementierung
<i>Abweichungen von der nVF</i>
<i>Input / Voraussetzungen</i>
<i>Art und Weise/Ablauf</i>

<i>Beantragung des Hilfsmittels</i>
<i>Beratung</i>
<i>Patiententraining</i>
<i>UK-Therapie</i>
<i>Case Management</i>
Wirkweisen der Implementierung
<i>Veränderungen des Arbeitsaufwands und -ablaufs</i>
Mitarbeitende UK-Beratungsstellen
Private Bezugspersonen
Fachliche Bezugspersonen
<i>Nicht intendierte Wirkungen der nVF</i>
<i>Veränderungen der preformativen Wünsche</i>
Sensibilisierung der Stakeholder für UK
UK-Expert*in/Anlaufstelle/Begleitung
Transfer/Einbindung in den Alltag
Zusammenarbeit aller Stakeholder/Netzwerk
<i>Erfahrungen der Stakeholder mit nVF</i>
Outcomes
<i>Pragmatische Kommunikationsfähigkeit</i>
<i>Lebensqualität</i>
<i>Teilhabe</i>

<i>Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel</i>
<i>Nutzungskompetenz</i>
<i>Akzeptanz der alternativen Kommunikationsform</i>
<i>nVF-Compliance</i>
<i>Wissen über UK</i>
Anpassungsbedarf
<i>früherer Beginn der UK Versorgung</i>
<i>Mehr Zusammenarbeit/Kommunikation</i>
<i>Supervision/fachlicher Austausch</i>
<i>Case Management</i>
<i>Finanzierung</i>
<i>Flexibilität/Bedarfsorientiert</i>
<i>Sensibilisierung/Öffentlichkeitsarbeit UK</i>
<i>Versorgung nach nVF</i>
<i>intensivere Begleitung / Wissensvermittlung</i>
Einfluss der nVF auf die Zusammenarbeit der Stakeholder
<i>Gestaltung der Zusammenarbeit in der nVF</i>
<i>Schnittstelle mit passiven Stakeholdern</i>
Medizinische Leistungserbringer
Krankenkassen
Hilfsmittelfirmen

<i>Schnittstelle mit den aktiven Stakeholdern</i>
Wohneinrichtung
Private Bezugspersonen
UK-Beratungsstellen
Therapeutische Gesundheitsfachberufe
Bildungs- und Beschäftigungsinstitutionen
Belastungserleben der Eltern
<i>Belastende Faktoren</i>
Fehlende Anerkennung
Hilfslosigkeit der Eltern
Isolation der Eltern
Ängste bzgl. Betreuung im Erwachsenenalter
Körperliche Belastung/Organisation/Management der Pflege
Emotionale Belastung
Zusätzlich belastende Faktoren
Extrinsische Stigmatisierung
<i>Vorhandene Ressourcen</i>
Anerkennung
Unterstützung von Familie/Freunden
Starke emotionale Bindung zum Kind
Externe professionelle Unterstützungsangebote

Coping-Strategien
<i>Einfluss der nVF auf Belastungserleben</i>
Ohne Zuordnung
Inhalte ohne Themenbezug

Kategoriensystem der Einzelinterviews mit UK-Nutzer*innen

Liste der Codes
Kontextfaktoren
<i>Sonstige Kontextfaktoren</i>
Tagesverfassung der interviewten Person
Rahmenbedingungen der Nutzung der Kommunikationshilfe
Verhalten / Einstellung der Bezugspersonen
<i>Persönlicher Hintergrund des/der UK-Nutzer*in</i>
Freizeitaktivitäten / Hobbies
Beschäftigungssituation
Befinden vor dem Erhalt der Kommunikationshilfe
Kommunikation vor dem Erhalt der Kommunikationshilfe
Implementierung
<i>Setting der Nutzung von der Kommunikationshilfe</i>
<i>Gründe für Nutzung der Kommunikationshilfe</i>
Wirkweisen der Implementierung
<i>Veränderungen durch die Kommunikationshilfe</i>
Outcomes
<i>Nutzungshäufigkeit der Kommunikationshilfe</i>
<i>Zufriedenheit mit der Kommunikationshilfe und der nVF</i>

<i>Kommunikationsfähigkeit</i>
Anpassungsbedarf
<i>Umfang der erhaltenen Unterstützung</i>