

Evaluationsbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	Herr Prof. Dr. Jens Boenisch, Universität zu Köln
Förderkennzeichen:	01NVF17019
Akronym:	MUK
Projekttitel:	Erweiterung des Selektivvertrages zu Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation
Autorinnen:	Prof. Dr. Lena Ansmann, Sarah Uthoff, Anna Zinkevich
Förderzeitraum:	1. Dezember 2017 – 31. August 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage und Ziele	7
2. Darstellung der neuen Versorgungsform	9
3. Darstellung des Evaluationsdesigns	10
3.1 Fragestellung und Arbeitshypothesen	10
3.2 Studiendesign	12
3.2.1 Einschlusskriterien	15
3.2.2 Ausschlusskriterien	15
3.2.3 Powerberechnung.....	15
3.2.4 Rekrutierung	16
3.2. Beobachtungszeitraum.....	17
3.3 Datenerhebung.....	17
3.3.1 Erhebung der quantitativen Daten	17
3.3.2 Erhebung der qualitativen Daten.....	21
3.3.3 Studienmonitoring	22
3.4 Datenauswertung	22
3.4.1 Auswertung der quantitativen Daten	22
3.4.2 Auswertung der qualitativen Daten.....	24
4. Ergebnisse der Evaluation	24
4.1 Stichprobenbeschreibungen.....	24
4.1.1 Stichprobenbeschreibungen der qualitativen Erhebungen.....	24
4.1.2 Stichprobenbeschreibungen der quantitativen Erhebungen	27
4.2 Untersuchung der Ausgangslage vor Implementierung der Intervention	40
4.2.1 Aktuelle Versorgungssituation.....	41
4.2.2 Wünsche an die UK-Versorgung	42
4.3 Einordnung der formativen und summativen Ergebnisse in das Modell nach Moore et al. (2015)	42
4.4 Ergebnisse zur Implementierung der nVF	45
4.4.1 Umfang der Intervention	45
4.4.2 Abweichungen von der nVF	49

4.4.3 Ressourcen für die Umsetzung der nVF.....	49
4.4.4 Implementierungsprozess	50
4.5 Ergebnisse zu den Wirkweisen der Implementierung der nVF	53
4.5.1 Erfahrungen der Stakeholder und der UK-Nutzer*innen mit der nVF	53
4.5.2 Veränderungen des Arbeitsaufwands und -ablaufs	65
4.5.3 Nicht intendierte Wirkungen der nVF.....	66
4.5.4 Veränderungen der Wünsche	67
4.6 Ergebnisse zu den Outcomes.....	69
4.6.1 Pragmatische Kommunikationsfähigkeit	69
4.6.2 Lebensqualität.....	75
4.6.3 Teilhabe.....	77
4.6.4 Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel	79
4.6.5 Akzeptanz, Nutzungskompetenz und Einsatz der Kommunikationshilfe	83
4.6.6 nVF-Compliance	91
4.7 Kontextfaktoren.....	92
4.7.1 Vorerfahrungen mit UK.....	92
4.7.2 Einstellungen der Stakeholder zur UK	93
4.7.3 Technikbereitschaft	95
4.7.4 Rahmenbedingungen	96
4.7.5 Zusammenarbeit und Kommunikation der Stakeholder	99
4.7.6 Belastungen der privaten Bezugspersonen	100
4.7.7 Eigenschaften und persönlicher Hintergrund der UK-Nutzer*innen	100
4.8 Anpassungsbedarf	101
4.8.1 Früherer Beginn der UK-Versorgung	101
4.8.2 Mehr Zusammenarbeit und Kommunikation	101
4.8.3 Supervision/fachlicher Austausch.....	102
4.8.4 Weiterentwicklung des Case Management.....	102
4.8.5 Finanzierung.....	102
4.8.6 Flexibilität/Bedarfsorientierung und Umfang der erhaltenen Unterstützung	103
4.8.7 Sensibilisierung/Öffentlichkeitsarbeit UK.....	104
4.8.8 Versorgung nach nVF	104
4.9 Methodische Stärken und Schwächen	105
5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators	107
6. Literaturverzeichnis	110
7. Anhang	115
8. Anlagen	115

Abbildungen

Abbildung 1: Darstellung der unregelmäßigen Versorgung, der Versorgung im Selektivvertrag und der Versorgung in der neuen Versorgungsform	100
Abbildung 2: Wirkmodell der nVF angelehnt an Moore et al. (2015).....	11
Abbildung 3: Darstellung der summativen Evaluation	133
Abbildung 4: Darstellung der formativen Evaluation.....	144
Abbildung 5: Flow-Charts der nVF-, SV-, und uV-Gruppe	288
Abbildung 6: Genutzte Form der Unterstützten Kommunikation in den Gruppen nVF (n=127), SV (n=91) und uV (n=190); Mehrfachantworten möglich.....	400
Abbildung 7: Synthese der formativen und summativen Ergebnisse angelehnt an Moore et al. (2015), summative Ergebnisse sind blau und formative Ergebnisse sind orange umrandet ..	44
Abbildung 8: Durchführung der UK-Therapie in der nVF (n=127)	455
Abbildung 9: Anzahl der erhaltenen Therapieeinheiten in der nVF (n=111).....	466
Abbildung 10: Graphische Darstellung der Ergebnisse zur Bewertung der UK-Diagnostik und -Beratung durch Bezugspersonen (nVF n=193; SV n=123)	544
Abbildung 11: Graphische Darstellung der Ergebnisse zur Bewertung des Patient*innentrainings durch Bezugspersonen (nVF n=108)	55
Abbildung 12: Graphische Darstellung der Ergebnisse zur Bewertung der UK-Therapie durch Bezugspersonen (nVF n=110).....	56
Abbildung 13: Graphische Darstellung der Ergebnisse zur Bewertung der UK-Therapeut*innen durch Bezugspersonen (nVF n=111)	60
Abbildung 14: Graphische Darstellung der Ergebnisse zu den Unterstützungsbedarfen zum T2-Zeitpunkt	611
Abbildung 15: Graphische Darstellung der Ergebnisse zur Gesamtbewertung der UK-Versorgung	62
Abbildung 16: Mittelwerte der Skala Pragmatische Kommunikationsfähigkeit (Subskala 1 – eher fortgeschrittene kommunikative Fähigkeiten) in den Gruppen nVF (n=81), SV (n=81) und uV (n=81).....	700
Abbildung 17: Mittelwerte der Skala Pragmatische Kommunikationsfähigkeit (Subskala 2 – weniger fortgeschrittene kommunikative Fähigkeiten) in Gruppen nVF (n=81), SV (n=81) und uV (n=81)	73
Abbildung 18: Mittelwerte der Skala DISABKIDS in Gruppen nVF (n=81), SV (n=81) und uV (n=81)	76
Abbildung 19: Mittelwerte der Skala WHODAS 2.0 in Gruppen nVF (n=81), SV (n=81) und uV (n=81)	77
Abbildung 20: Mittelwerte der Skala QUEST 2.0 in Gruppen nVF (T1 n=109; T2 n=109), SV (T1 n=74; T2 n=74) und uV (n=190; Sicht der privaten Bezugspersonen)	800
Abbildung 21: Mittelwerte der Skala QUEST 2.0 in Gruppen nVF (T1 n=110; T2 n=110), SV (T1 n=74; T2 n=74) und uV (n=190; Sicht der fachlichen Bezugspersonen)	80

Tabellen

Tabelle 1: Übersicht über eingesetzte Erhebungsinstrumente (Skalen)	20
Tabelle 2: Darstellung der Analysemethoden je Outcome	232
Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung der Fokusgruppeninterviews vor und während Implementierung der nVF	26
Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung der Einzelinterviews mit UK-Nutzer*innen.....	27
Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden UK-Nutzer*innen der nVF, SV und uV-Gruppe	31
Tabelle 6: Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden Bezugspersonen der nVF, SV und uV-Gruppe	36
Tabelle 7: Interventionsdauer	46
Tabelle 8: Befragungsdauer in der nVF	47
Tabelle 9: Befragungsdauer in der SV	48
Tabelle 10: Ergebnisse zur Bewertung der UK-Diagnostik und -Beratung durch Bezugspersonen	54
Tabelle 11: Ergebnisse zur Bewertung des Patient*innentrainings durch Bezugspersonen...	55
Tabelle 12: Ergebnisse zur Bewertung der UK-Therapie durch Bezugspersonen.....	55
Tabelle 13: Ergebnisse zur Bewertung der UK-Therapeut*innen durch Bezugspersonen.....	56
Tabelle 14: Ergebnisse zur Bewertung des Case Managements zum T1-Zeitpunkt	57
Tabelle 15: Ergebnisse zur Bewertung des Case Managements zum T2-Zeitpunkt	58
Tabelle 16: Ergebnisse zu den Unterstützungsbedarfen zum T1-Zeitpunkt	59
Tabelle 17: Ergebnisse zu den Unterstützungsbedarfen zum T2-Zeitpunkt	61
Tabelle 18: Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Outcomes Pragmatische Kommunikationsfähigkeit, Lebensqualität und Teilhabe (Vergleich der Gruppen nVF (n=81) und SV (n=81)).....	71
Tabelle 19: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Messwiederholung (Vergleich Gruppen nVF (T2; n=81) und uV (n=81))	72
Tabelle 20: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Messwiederholung für das Outcome Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel zum T1-Zeitpunkt (Gruppen nVF und SV) ...	81
Tabelle 21: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Messwiederholung für das Outcome Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel zum T2-Zeitpunkt (Gruppen nVF und SV) ...	82
Tabelle 22: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Messwiederholung für das Outcome Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel (Gruppen nVF und uV).....	82
Tabelle 23: Thematische Blöcke der Skala zur Einschätzung der Akzeptanz, Nutzungskompetenz und Einsatz der Kommunikationshilfe	83
Tabelle 24: Ergebnisse zur Akzeptanz der Bezugsperson gegenüber der neuen Kommunikationshilfe (T2 Zeitpunkt)	84
Tabelle 25: Ergebnisse zur Akzeptanz der betreuten Person gegenüber der neuen Kommunikationshilfe (Einschätzung der Bezugspersonen).....	85
Tabelle 26: Ergebnisse zur Nutzungskompetenz der Bezugsperson und der betreuten Person	87

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

Tabelle 27: Ergebnisse zum Einsatz der neuen Kommunikationshilfe im Alltag (Einschätzung der Bezugspersonen)..... 90

Tabelle 28: Deskriptive Ergebnisse zum Kontextfaktor UK-Erfahrung der UK-Nutzer*innen . 93

Tabelle 29: Ergebnisse zum Kontextfaktor Technikbereitschaft..... 95

Abkürzungen

AKF.....	alternative Kommunikationsform
ALS.....	Amyotrophe Lateralsklerose
CELF-5.....	Clinical Evaluation Language Fundamentals
COCP-Programm.....	Communicative Development of nonspeaking children and their Communication Partners
EM-Algorithmus.....	Expectation-Maximization Algorithmus
HMV.....	Hilfsmittelverzeichnis
LOCF.....	Last Observation Carried Forward
LUK.....	Lehrgang Unterstützte Kommunikation
MAR.....	Missing At Random
MS.....	Multiple Sklerose
nVF.....	neue Versorgungsform
QUEST 2.0.....	Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology
SV.....	Selektivvertrag
UK.....	Unterstützte Kommunikation
uV.....	ungeregelte Versorgung
WHODAS 2.0.....	WHO Disability Assessment Schedule 2.0

1. Ausgangslage und Ziele

Unterstützte Kommunikation (UK) ist ein kommunikationstherapeutisches Konzept für Menschen, die aufgrund angeborener oder erworbener Behinderungen nicht bzw. nicht mehr verbal kommunizieren können. Die Kommunikationsfähigkeit der betroffenen Personen kann umfassend beeinträchtigt sein (z. B. bei komplexer Behinderung, infantiler Zerebralparese, globaler Aphasie nach Apoplex) oder sich zunehmend infolge neuro-degenerativer Abbauprozesse verschlechtern (z. B. bei Amyotropher Lateralsklerose, multipler Sklerose, Morbus Parkinson). UK wird eingesetzt, wenn klassische sprachtherapeutische Interventionen nicht greifen oder wegen der Komplexität der Behinderung nicht möglich sind. UK-Maßnahmen umfassen den Einsatz sowohl nicht-elektronischer Hilfsmittel (z. B. Symbolkarten, Gebärden) als auch elektronischer Hilfsmittel (z. B. Taster, Computer mit Sprachausgabe) (Baxter et al., 2012; Sigafos & Drasgow, 2001; Wilkinson & Madel, 2019). Die Personengruppe, die auf UK angewiesen ist, ist sehr heterogen hinsichtlich Alter, zugrundeliegender Behinderungsarten bzw. Krankheitsbilder sowie Grad/Ausmaß der körperlichen, geistigen sowie kommunikativen Einschränkungen. Die Spanne reicht von Kleinkindern mit komplexen mehrfachen Beeinträchtigungen bis hin zu Menschen im höheren Alter, die ihre Lautsprache nach einem Schlaganfall verloren haben (Beukelman & Mirenda, 2013; Creer et al., 2016; Harding et al., 2011).

Verlässliche Aussagen zur Prävalenz von Menschen, die auf Maßnahmen der UK angewiesen sind, lassen sich aufgrund einer fehlenden Datengrundlage für Deutschland nicht treffen. Hochrechnungen auf Basis größerer Studien im schulischen Kontext, Statistiken zu Häufigkeiten von schweren Schädel-Hirn-Traumata, Aphasien und neurodegenerativen Erkrankungen mit Lautsprachverlust ergeben einen geschätzten Bedarf an UK von bundesweit ca. 840.000 Patient*innen bzw. 1,04 % der Gesamtbevölkerung. Nur etwa 30 % dieser Patient*innen sind bereits durch UK versorgt (Boenisch, 2009; Schäfer & Boenisch, 2019; Thümmel, 2011). Daten aus Großbritannien zeigen, dass ca. 0,5 % der britischen Bevölkerung keine oder keine ausreichende Lautsprache besitzen und einen UK-Bedarf haben (Creer et al., 2016). Zudem zeigen Studien aus den USA, dass 3-12 % der Schüler*innen mit sonderpädagogischem Bedarf ebenfalls einen UK-Bedarf haben (Binger & Light, 2006; Worah, 2011). Es wird geschätzt, dass weltweit ca. 97 Millionen Menschen eingeschränkte oder keine Lautsprache besitzen (Light et al., 2019). Insgesamt lässt sich die Versorgung von Menschen mit UK-Bedarf mit der Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen vergleichen, da beide Patient*innengruppen auf eine ganzheitliche, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgung angewiesen sind (Light & McNaughton, 2012; Reimann et al., 2007).

Der Versorgungsalltag von Menschen ohne Lautsprache, die auf Maßnahmen der UK angewiesen sind, ist im deutschen Gesundheitssystem nicht eindeutig geregelt und von ungeklärten Zuständigkeiten in der Versorgungskette, Hilfsmittel-Fehlversorgungen, fehlenden Qualitätskriterien und Standards, fehlender Nachsorge sowie großer regionaler Unterschiede in der Versorgung geprägt. Bisher bestehen keine einheitlichen Qualitätsstandards und die existierenden UK-Kompetenzzentren sind deshalb mitunter sehr unterschiedlich aufgestellt. Daraus resultiert eine große Heterogenität des UK-Diagnostik und -Beratungsangebots (Boenisch, 2009; Boenisch & Kamps, 2017; Boenisch & Schäfer, 2016; Dupuis, 2005; Giel, 2014; Uthoff et al., 2021).

Das Hilfsmittelverzeichnis (HMV) sieht eine Prüfung der Eignung der individuell ausgewählten Kommunikationshilfe vor. Diese Prüfung sollte zwar durch entsprechend qualifizierte Ärzt*innen oder Fachdienste firmenunabhängig erfolgen; oft wird diese Prüfung jedoch von Hilfsmittelfirmen durchgeführt und kann dann mit einer Empfehlung für eine Versorgung mit einer elektronischen Hilfe aus dem Sortiment der jeweiligen Firma enden. Diese Empfehlung wird von den Krankenkassen genehmigt, abgelehnt oder von über die Krankenkassen beauftragte Gutachter*innen (MDK) überprüft. Häufig werden bewilligte komplexe elektronische Kommunikationshilfen (Computer mit Sprachausgabe, sog. „Talker“; 3.000€–20.000€) schon nach wenigen Wochen nur noch gelegentlich im Alltag eingesetzt, weil sie den

Kommunikationsbedürfnissen der Person nicht entsprechen (Über-/Unterversorgung), das therapeutische Team für diesen Bereich nicht ausreichend geschult ist und die Bezugspersonen der unterstützten kommunizierenden Person nicht in den Gebrauch einführen kann oder das Vokabular bzw. Einstellungen der Kommunikationshilfe nicht den Kommunikationsbedürfnissen bzw. Kompetenzen des/der Nutzer*in entsprechen. Ein weiterer Grund für den häufig mangelnden Einsatz der Kommunikationshilfen im Alltag liegt in der ungeklärten Zuständigkeit der Professionen im Versorgungsprozess, die zudem im Bereich der UK zumeist nicht spezifisch ausgebildet sind und die UK-Nutzer*innen sowie ihre Bezugspersonen bei der Nutzung nicht oder nur wenig unterstützen können: Ärzt*innen, Pflegekräfte, Therapeut*innen, Pädagog*innen, Techniker*innen oder Verwaltungsfachkräfte bei Hilfsmittelfirmen oder Krankenkassen (Kamps, 2013; Uthoff et al., 2021).

Es gibt insgesamt wenig nationale und internationale epidemiologische Studien zur UK. Die meisten publizierten Studien sind Fallstudien beispielsweise in Form von Beobachtungsstudien. Dies liegt vor allem an den Herausforderungen der Datenerhebungen, die mit den Einschränkungen der UK-Nutzer*innen zusammenhängen, da diese neben der fehlenden Lautsprache oftmals auch starke kognitive und körperliche Beeinträchtigungen haben und oft sehr heterogene Ausprägungen eines Syndroms trotz gleicher Diagnose aufweisen. Aus diesem Grund müssen die Erhebungsmethoden angepasst werden und es werden meistens Proxy-Erhebungen über Bezugspersonen durchgeführt (Branson & Demchak, 2009; Broomfield et al., 2019; Nind, 2008; Pullin et al., 2017; Ronski et al., 2015; Zinkevich et al., 2021). Vorliegende Studien aus Großbritannien zeigen, dass die UK-Versorgung nicht flächendeckend einheitlich verläuft (Judge et al., 2017; Judge & Johnson, 2017). Demnach besteht insbesondere ein Forschungsbedarf hinsichtlich groß angelegter Interventionsstudien mit Bezug zu Versorgungsstrukturen.

Mit dem Ziel der Erhöhung der Versorgungsqualität und Verringerung der Fehlversorgung hat die AOK Rheinland/Hamburg im Jahr 2011 mit der FBZ gGmbH der Universität zu Köln einen Selektivvertrag nach § 33 i.V. mit § 43 Abs. 1, Nr. 1 SGB V geschlossen. Viele Krankenkassen orientieren sich im Rahmen von Einzelfallentscheidungen inzwischen ebenfalls am Selektivvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg. Der Selektivvertrag sieht vor, unter festgelegten Qualitätsstandards (fachliche, technische und räumliche Ausstattung der UK-Kompetenzzentren) eine qualifizierte und firmenunabhängige Diagnostik und Beratung durchzuführen und fachlich begründete Empfehlungen für eine anschließende Versorgung mit UK-Hilfsmitteln auszusprechen. Die UK-Versorgung über diesen Selektivvertrag wird derzeit in drei UK-Kompetenzzentren und damit nicht flächendeckend durchgeführt. Eine 2014–2015 durchgeführte Evaluation der Versorgung von 92 UK-Nutzer*innen auf Selektivvertragsbasis verdeutlicht jedoch auch, dass nach der umfassenden UK-Diagnostik mit Hilfsmittelempfehlung und der anschließenden Versorgung mit einer Kommunikationshilfe durch die zuständige Hilfsmittelfirma dennoch häufig ein Bruch in der Versorgungskette eintritt und keine weitere Förderung mehr stattfindet. Die Versorgung mit einer Kommunikationshilfe führt trotz einer durch den Selektivvertrag verbesserten UK-Diagnostik und -Beratung und bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung dennoch in vielen Fällen zu einer unzureichenden funktionalen Anwendung der UK-Hilfsmittel im Alltag. In der Folge werden die Kommunikationshilfen nur selten bzw. nicht entsprechend des Versorgungsziels eingesetzt, der avisierte Fördererfolg des/der UK-Nutzer*in bleibt aus, die Kommunikationskompetenz verbessert sich nicht oder nicht wesentlich (Boenisch et al., 2016).

Aufgrund dieser aufgeführten Versorgungsdefizite, die auch der Selektivvertrag nicht ausräumen konnte, soll die neue Versorgungsform (nVF) eine Erweiterung des bestehenden Selektivvertrags darstellen.

Das übergeordnete Ziel der nVF ist die Verbesserung der Versorgung und der Lückenschluss in der UK-Versorgungskette, so dass ein funktioneller Hilfsmiteleinsatz und dadurch eine deutlich verbesserte Kommunikation erreicht werden können. Der bisherige Selektivvertrag wurde demnach im Projekt um folgende Aspekte erweitert:

- a) UK-spezifisches, personalisiertes Case Management,
- b) Personalisiertes Patient*innentraining nach Hilfsmittelversorgung,
- c) Personalisierte UK-Therapie zur Sicherstellung des UK-Versorgungsziels.

Aufgrund der marginal existierenden Versorgungsforschung im UK-Bereich, ist das hier vorliegende Studiendesign ein wichtiger Schritt in Richtung Evidenzbasierung in der UK.

2. Darstellung der neuen Versorgungsform

Die oben skizzierten Elemente der nVF, die den bisherigen Selektivvertrag erweitern, werden im Folgenden ausführlicher erläutert:

- a) Einführung eines Patient*innentrainings (i. d. R. 4 Sitzungen à 90 Min.) zur Nutzung der neuen Kommunikationshilfe in der Alltagskommunikation, zur Formulierung wichtiger Grundbedürfnisse, zur spezifischen Vokabularorganisation, -anpassung und -erweiterung, zu Einsatzstrategien und Besonderheiten der Kommunikationshilfe, zur optimalen Positionierung der Kommunikationshilfe

zur Vermeidung von pathologischen Reflexen etc. (im Anschluss an die technische Einweisung durch die Hilfsmittelfirma). Durchgeführt wird das Patient*innentraining durch auf UK spezialisierte Therapeut*innen in UK-Kompetenzzentren.

- b) Abhängig vom individuellen Bedarf, die Einführung einer UK-spezifischen Therapie zur Sicherstellung des Versorgungsziels unter Beachtung pathologischer Bewegungsmuster (unwillkürliche Reflexe): Förderung der Sprachentwicklung bei Kindern und Jugendlichen (Wortschatz, Grammatik, Pragmatik), Vokabulartraining, Förderung des Lernens der Wortstrategie bzw. der Vokabularorganisation auf der Kommunikationshilfe, alltagspraktisches Kommunikationstraining etc.

- c) Einführung eines neu entwickelten UK-spezifischen Case Managements zur Begleitung der UK-Nutzer*innen und ihres Umfelds über den gesamten Verlauf der Versorgung und Intervention mit einer Kommunikationshilfe um (1) Brüche in der Versorgungskette zu vermeiden, (2) die Zusammenarbeit und Kommunikation der an der UK-Versorgung beteiligten Stakeholder zu verbessern und (3) die Nachhaltigkeit der Intervention zu verbessern.

Alle Bestandteile der nVF werden von UK-Therapeut*innen der am Projekt beteiligten drei UK-Kompetenzzentren durchgeführt. Um entsprechende Qualitätskriterien einzuhalten, mussten die Therapeut*innen eine entsprechende UK-Qualifizierung nachweisen (vergleichbar mit 500–800 Stunden berufsbegleitender Weiterbildung, Lehrgang Unterstützte Kommunikation (LUK), UK-Coach oder Fachtherapeut*in UK).

Der/Die Case Manager*in ist Ansprechpartner*in für die verschiedenen an der nVF teilnehmenden Bezugspersonen (z. B. Eltern, Lehrer*innen, Erzieher*innen und Werkstattmitarbeitende) sowie die UK-Nutzer*innen. Er/Sie koordiniert die Zusammenarbeit von allen an der Versorgung beteiligten Stakeholdern und unterstützt demnach auch bei der Zusammenarbeit mit den Stakeholdern der Hilfsmittelbeantragung wie Ärzt*innen, Hilfsmittelfirmen und Krankenkassen. Einseitige Hilfsmittelfirmenberatungen und diskontinuierliche Versorgungsverläufe sollen so vermieden werden. Die nVF optimiert die Schnittstelle von Hilfs- und Heilmittelzuständigkeiten, koordiniert und begleitet beratend den kontinuierlichen und sektorenübergreifenden Prozess von Diagnose über Hilfsmittelversorgung und Patient*innentraining bis zur UK-Therapie vor Ort unter einheitlich geregelten Qualitäts- und Rahmenbedingungen. Abbildung 1 veranschaulicht die Unterschiede zwischen der weitgehend unregelmäßigen Versorgung (uV), der Versorgung im Selektivvertrag (SV) und der Versorgung in der nVF.

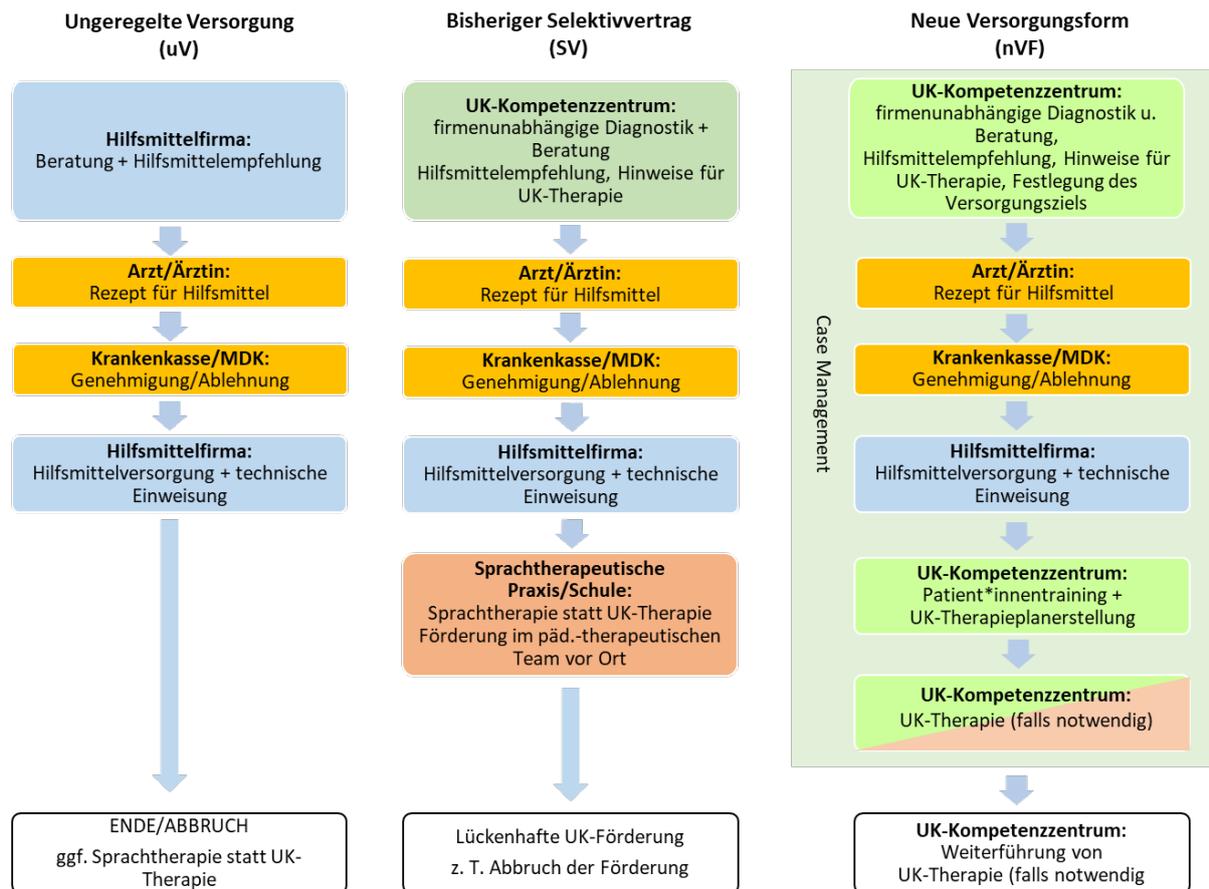


Abbildung 1: Darstellung der unregelmäßigen Versorgung, der Versorgung im Selektivvertrag und der Versorgung in der neuen Versorgungsform

3. Darstellung des Evaluationsdesigns

3.1 Fragestellung und Arbeitshypothesen

Die Studie untersucht im Sinne einer summativen Evaluation (Effektevaluation) zum einen die Wirksamkeit der nVF im Hinblick auf eine Verbesserung der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit, Lebensqualität und Teilhabe der UK-Nutzer*innen sowie der Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel aus Sicht der Bezugspersonen der UK-Nutzer*innen. Zum anderen erforscht die Studie im Sinne einer formativen Evaluation (Prozessevaluation) die Implementierung der nVF, die subjektive Bewertung der Intervention sowie deren Zusammenhang mit der Akzeptanz der Kommunikationshilfe sowie der Nutzungskompetenz. Das folgende Wirkmodell (Abbildung 2) illustriert die vermuteten Beziehungen zwischen den Interventionsprozessen und den zu messenden Indikatoren angelehnt an Moore et al. (2015).

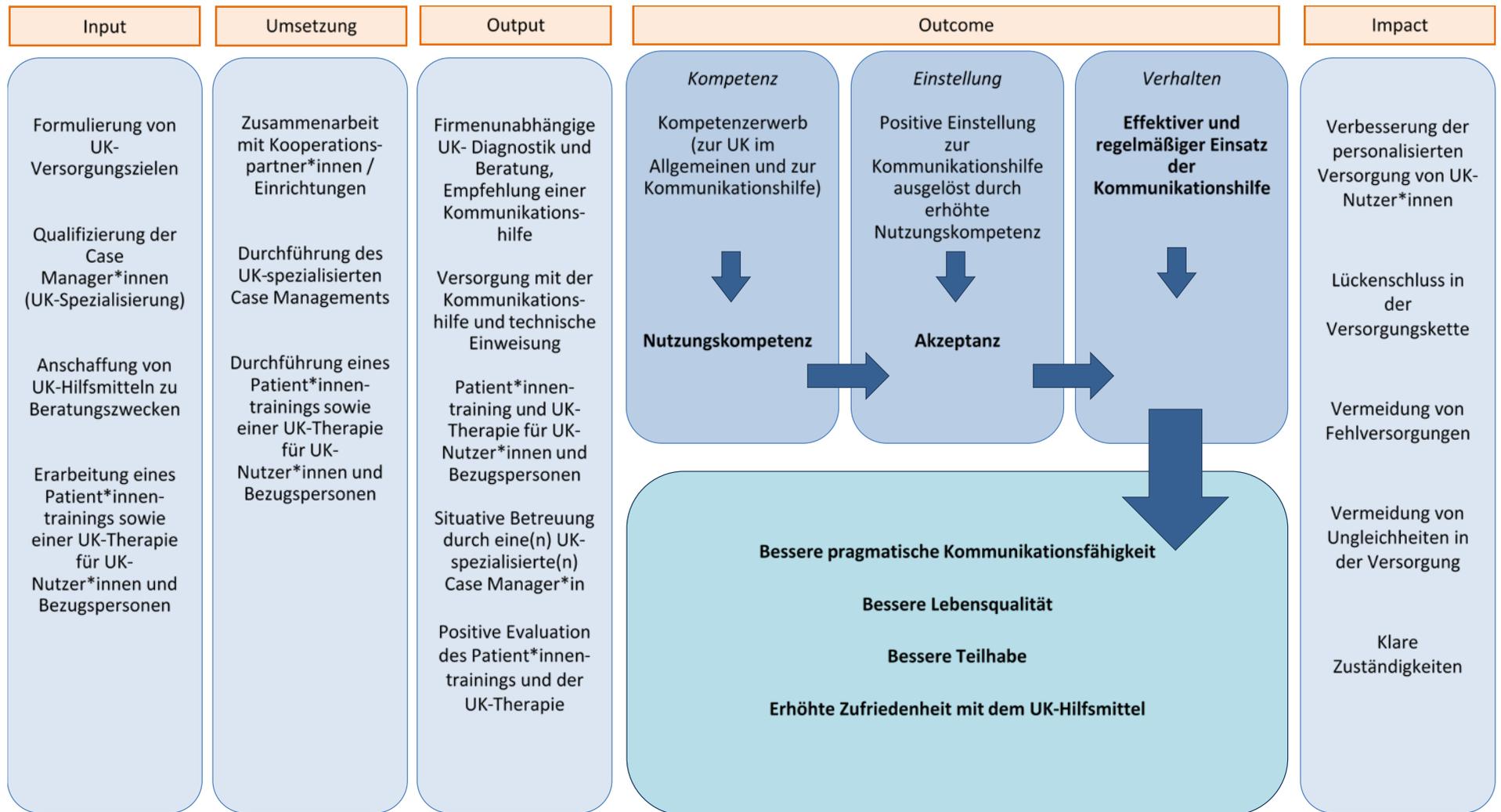


Abbildung 2: Wirkmodell der nVF angelehnt an Moore et al. (2015)

Fett gedruckt: Zu messende Indikatoren (formative und summative Evaluation)

Im Rahmen der summativen Evaluation werden folgende Forschungsfragen beantwortet:

- (1) Erlangen UK-Nutzer*innen in der nVF eine bessere pragmatische Kommunikationsfähigkeit (d.h. Kommunikation in Alltagssituationen) als UK-Nutzer*innen in den Vergleichsgruppen?
- (2) Haben UK-Nutzer*innen in der nVF eine höhere Lebensqualität als UK-Nutzer*innen in den Vergleichsgruppen?
- (3) Haben UK-Nutzer*innen in der nVF eine bessere Teilhabe 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?

Die folgenden Hypothesen werden untersucht:

- (1) UK-Nutzer*innen in der Interventionsgruppe (nVF) haben eine signifikant bessere pragmatische Kommunikationsfähigkeit als UK-Nutzer*innen in den Vergleichsgruppen (SV und uV),
- (2) UK-Nutzer*innen in der Interventionsgruppe (nVF) haben eine signifikant höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität als UK-Nutzer*innen in den Vergleichsgruppen (SV und uV),
- (3) UK-Nutzer*innen in der Interventionsgruppe (nVF) haben eine signifikant bessere Teilhabe als UK-Nutzer*innen in den Vergleichsgruppen (SV und uV),
- (4) Bezugspersonen von UK-Nutzer*innen in der Interventionsgruppe (nVF) haben eine signifikant höhere Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel als in den Vergleichsgruppen (SV und uV).

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 Patient*innentraining?
- (3) Wie bewerten 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?

3.2 Studiendesign

Das Studienprotokoll wurde für die internationale Leserschaft in einer Fachzeitschrift mit Peer-Review-Verfahren veröffentlicht (Zinkevich et al., 2019). Bei der nVF handelt es sich um eine komplexe Intervention. Die Forschungsfragen werden deshalb in Form einer Mixed-Methods Interventionsstudie untersucht, um der Heterogenität der Stichprobe sowie der Komplexität der Intervention gerecht zu werden. Nicht nur die Wirkung auf Outcomes, sondern auch der Prozess der Implementierung müssen untersucht werden, um Wirkmechanismen und Kontextfaktoren identifizieren zu können (Moore et al., 2015). Die summativ Evaluation mittels quasi-experimenteller Studie wird um eine begleitende formative Evaluation anhand qualitativer und quantitativer Erhebungen der Perspektiven der Beteiligten (UK-Nutzer*innen, privaten und fachlichen Bezugspersonen) ergänzt (Bortz & Döring, 2006; Craig et al., 2008). Das Studienprotokoll wurde der medizinischen

Ethikkommission der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg vorgelegt und positiv beurteilt. Die Evaluation der nVF orientiert sich am UK-Wirkmodell (Abbildung 2).

Summative Evaluation

Die summative Evaluation wurde mittels einer kontrollierten und prospektiven Multicenter-Studie in den drei beteiligten UK-Kompetenzzentren durchgeführt. Als primäres Outcome wurde entsprechend dem Wirkmodell die pragmatische Kommunikationsfähigkeit untersucht. Als sekundäre Outcomes sind die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Teilhabe und Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel definiert. 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-Kompetenzzentren versorgt wurden (uV). In der Interventionsgruppe (nVF) und der SV-Gruppe wurden Daten über 8 Monate längsschnittlich zu drei Zeitpunkten erhoben: T0 nach Hilfsmittelberatung durch das UK-Kompetenzzentrum, T1 4 Wochen nach Hilfsmittelerhalt, T2 4 Monate nach Hilfsmittelerhalt. Für jede/n teilnehmende/n UK-Nutzer*in wurden prospektiv, wenn möglich, jeweils eine private Bezugsperson (z. B. Mutter, (Ehe-)Partner*in) und eine fachliche Bezugsperson (z. B. Lehrer*in, Werkstattmitarbeiter*in) als Proxy postalisch befragt. Der Patient*inneneinschluss erstreckte sich über 27 Monate (Abbildung 3). Zu jedem Befragungszeitpunkt wurden die Studienteilnehmenden mit zwei postalischen Erinnerungen erinnert. 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 zu einem Stichtag im Januar 2019 postalisch befragt mit einer Erinnerung. Zudem wurden im Rahmen der qualitativen Erhebungen (Fokusgruppeninterviews während Implementierung und Einzelinterviews mit UK-Nutzer*innen) summative Inhalte erhoben.

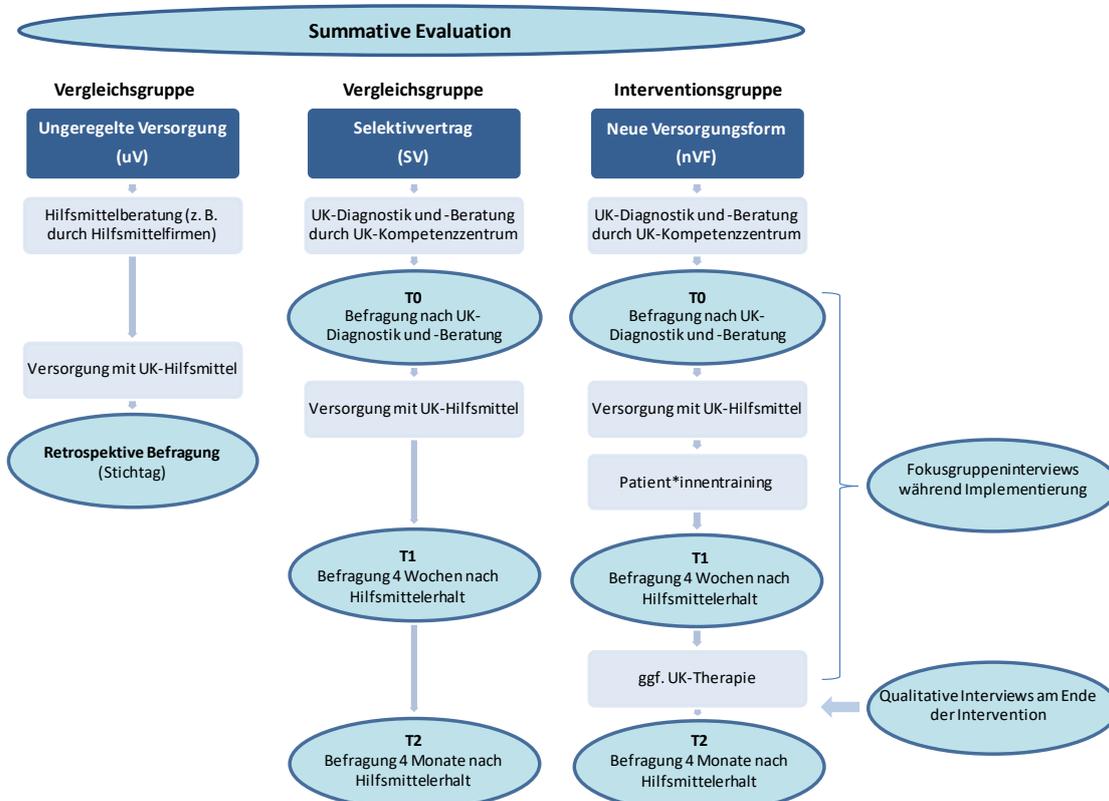


Abbildung 3: Darstellung der summativen Evaluation

Formative Evaluation

Der Fokus der formativen Evaluation wird auf die verschiedenen Wirkkomponenten der Intervention und deren Implementierungsmerkmale (Proctor et al., 2011) gelegt. Die formative Evaluation ist als begleitende querschnittliche Beobachtungsstudie designt, in der die Perspektiven der UK-Nutzer*innen, der fachlichen und privaten Bezugspersonen sowie der Mitarbeitenden aus den UK-Kompetenzzentren auf die nVF 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 Fokusgruppeninterviews zu zwei Zeitpunkten (vor und während der Implementierung) durchgeführt. In den Fokusgruppeninterviews vor Implementierung wurde mit fachlichen und privaten Bezugspersonen die aktuelle UK-Versorgung in Deutschland diskutiert. In den zweiten Fokusgruppeninterviews wurden während der nVF-Implementierung mit privaten und fachlichen Bezugspersonen, die an der nVF teilnahmen, sowie mit Mitarbeitenden der drei teilnehmenden UK-Kompetenzzentren neben summativen Aspekten ebenfalls die Wirkungsmechanismen sowie die Implementierungsprozesse der nVF thematisiert. Des Weiteren wurde in den Einzelinterviews mit erwachsenden UK-Nutzer*innen, die an der nVF teilnahmen, neben summativen Aspekten auch formative Inhalte wie beispielsweise ihre Erfahrungen mit der nVF untersucht.

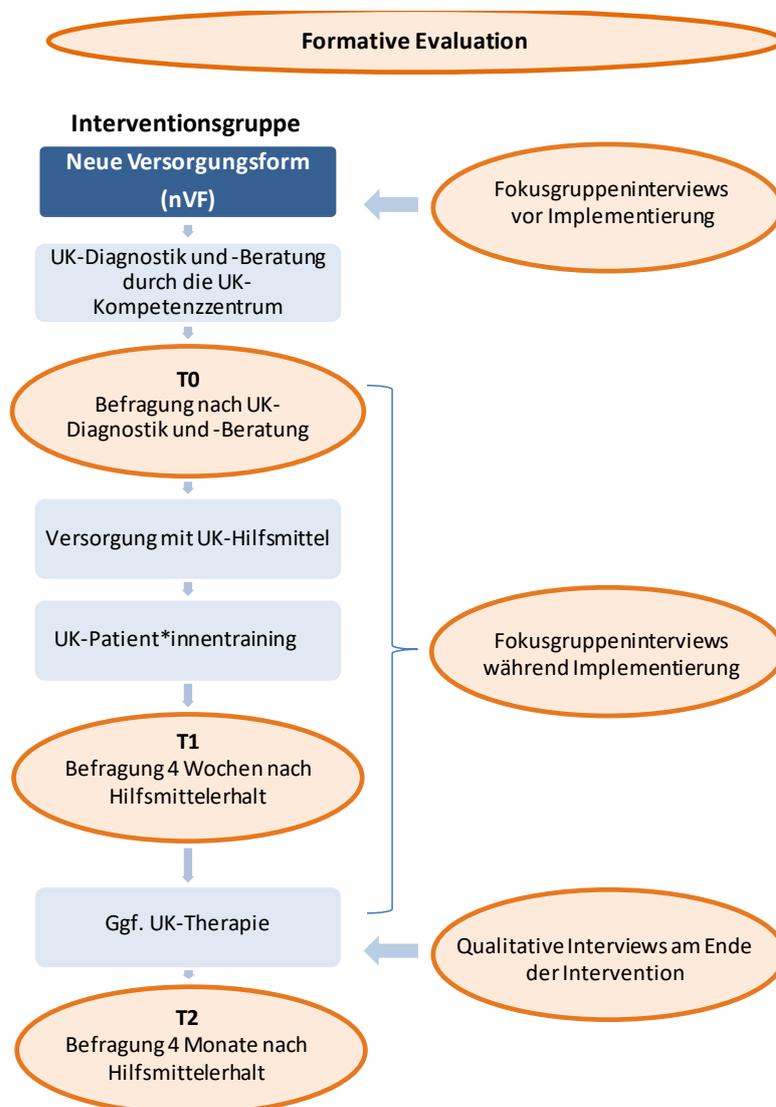


Abbildung 4: Darstellung der formativen Evaluation

3.2.1 Einschlusskriterien

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, die einen 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. ICD-10-Diagnosecodes 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 unreguliert 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.

3.2.2 Ausschlusskriterien

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

3.2.3 Powerberechnung

Die Powerberechnung erfolgte für den Vergleich zwischen der nVF- und der SV-Gruppe hinsichtlich des primären Outcomes der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit, gemessen mit dem Pragmatics Profile Score (Kapitel 3.3.1). Es wurde angenommen, dass die nVF das primäre Outcome der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit maßgeblich beeinflussen kann, weswegen von einer mittleren Effektstärke ausgegangen wurde. Es wurden gleiche Varianzen in beiden Gruppen angenommen. 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). Für die sekundären Outcomes (Lebensqualität, Teilhabe und Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel) existieren in der Literatur bisher keine Angaben zur minimalen klinisch-relevanten Differenz in der vorliegenden Population. Da die Verbesserung der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit das primäre Ziel der Intervention ist, wurde davon ausgegangen,

dass die Effekte der Intervention auf das primäre Outcome der pragmatischen Kommunikation höher ausfallen werden als auf die in der Wirkkette dahinterliegenden sekundären Outcomes. Beim Vergleich zwischen der uV- und der nVF-Gruppe sind stärkere Unterschiede zu erwarten als im Vergleich zwischen SV- und nVF-Gruppe.

Die Fallzahlplanung sieht eine Vollerhebung aller Personen mit UK-Bedarf bzw. deren Bezugspersonen in der nVF- und SV-Gruppe über die UK-Kompetenzzentren vor. Personen mit UK-Bedarf mit einer Erstberatung zwischen Juni 2018 und August 2020 bzw. deren Bezugspersonen wurden für die Intervention und die Evaluation rekrutiert. Zur Antragsstellung wurde auf Grundlage der bisherigen Fallzahlen der UK-Diagnostik und -Beratungen in den teilnehmenden UK-Kompetenzzentren von folgenden zu erreichenden Fallzahlen ausgegangen: nVF n=240, SV n=200 und uV n=400. Im Laufe der Rekrutierung stellte sich jedoch eine deutlich geringere realistische Fallzahl heraus. Die n=81 mindestens benötigte Fälle in allen Gruppen wurden jedoch weiter als realistisch angesehen.

3.2.4 Rekrutierung

Rekrutierung für die quantitative Erhebungen

Die Rekrutierung von UK-Nutzer*innen in der nVF- und SV-Gruppe fand über die drei teilnehmenden UK-Kompetenzzentren statt, in denen Personen mit UK-Bedarf mit ihren Bezugspersonen zur Erstberatung aufschlugen. In der Regel haben die Bezugspersonen die UK-Kompetenzzentren zunächst per Telefon kontaktiert, um einen Termin für die Erstberatung zu vereinbaren. Im Rahmen dieses Erstkontaktes wurde bereits die Krankenkassenzugehörigkeit und demnach die Studiengruppenzuteilung (nVF: nur Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg oder SV: alle anderen Krankenkassen) geklärt. Die Bezugspersonen wurden zunächst mündlich über die Studie informiert und zur Erstberatung in dem UK-Kompetenzzentrum eingeladen. Die Erstberatung wurde durch die Mitarbeitenden des UK-Kompetenzzentrums durchgeführt. In der Erstberatung bekamen die Bezugspersonen alle schriftlichen Studienunterlagen (Studieninformationen und Einwilligungserklärung) und konnten sich nach mündlicher Erläuterung der Studieninformationen entscheiden, ob sie an der Studie teilnehmen möchten. Im Falle einer Nicht-Teilnahme erhielten die UK-Nutzer*innen die SV-Versorgung und wurden nicht in die Studie eingeschlossen. Bedingung für die Teilnahme an der nVF war die Teilnahme an der Evaluation. Im Falle der Teilnahme sollten pro Person mit UK-Bedarf mindestens eine Bezugsperson oder bestenfalls zwei Bezugspersonen benannt werden (fachliche Bezugsperson: z. B. Lehrer*in, Erzieher*in, Werkstattmitarbeiter*in; private Bezugsperson: z. B. Mutter, Vater), die als Proxy zu den Befragungen eingeladen wurden. Die Bezugspersonen wurden gebeten ihre schriftliche Einwilligung an das Evaluationsteam zu senden.

UK-Nutzer*innen, die zwischen 2014 und 2018 außerhalb der UK-Kompetenzzentren in der uV versorgt wurden und ein UK-Hilfsmittel von der AOK Niedersachsen bewilligt bekamen, wurden von der AOK Niedersachsen identifiziert. Die AOK Niedersachsen kontaktierte postalisch über diese UK-Nutzer*innen deren private Bezugspersonen, um sie im Namen des Evaluationsteams zur Teilnahme an der Studie einzuladen. Alle potentiellen Studienteilnehmenden wurden schriftlich über die Studie informiert. Die Angaben der Bezugspersonen in der uV-Gruppe wurden anonym erhoben. Das Evaluationsteam hatte keinen Zugang zu den Versichertendaten der AOK Niedersachsen.

Rekrutierung für die qualitativen Erhebungen

Die Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmenden (vor und während der Implementierung) wurde mittels Purposeful Sampling (Patton, 2002) durchgeführt. Das heißt, die Fokusgruppen wurden gezielt nach den Kriterien des Bezugspersonenstatus (fachlich oder privat) und Bezugspersonenart (z. B. Werkstattmitarbeitende, Lehrer*innen, Eltern, persönliche Assistenzpersonen) zusammengestellt. Teilnehmende für die Fokusgruppeninterviews vor der Implementierung der Intervention wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen durch die UK-Kompetenzzentren rekrutiert. Es wurden heterogene Fokusgruppen zusammengestellt,

sodass in jeder Fokusgruppe fachliche und private Bezugspersonen teilnahmen (genauere Informationen siehe Kapitel 3.3). Die heterogene Zusammensetzung der Fokusgruppeninterviews erklärt sich durch den explorativen Charakter der Fokusgruppeninterviews. Die Heterogenität ermöglichte es, die unterschiedlichen Perspektiven der Stakeholder durch gemeinsame Interaktion zu untersuchen (Kitzinger, 2006; Lazar et al., 2017).

Für die Fokusgruppeninterviews während der Implementierung der nVF wurden ausschließlich Teilnehmende der nVF rekrutiert. Da der Studieneinschluss bereits erfolgt war, wurde die Rekrutierung vom Evaluationsteam übernommen. Es wurden homogene Fokusgruppeninterviews mit den Mitarbeitenden der UK-Kompetenzzentren sowie heterogene Fokusgruppeninterviews mit an der nVF teilnehmenden fachlichen und privaten Bezugspersonen durchgeführt. Um eine möglichst offene Diskussion zu ermöglichen, wurde sichergestellt, dass in keiner der Fokusgruppen sowohl die fachliche als auch die private Bezugsperson derselben/desselben UK-Nutzer*in teilnahm. Dadurch, dass die UK-Therapeut*innen ausschließlich in den homogenen Fokusgruppeninterviews teilnahmen und nicht zusammen mit den Bezugspersonen interviewt wurden, sollte verhindert werden, dass die fachlichen und privaten Bezugspersonen sozial erwünscht oder zurückhaltend antworteten.

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, die nach Absprache mit den UK-Kompetenzzentren über ausreichende kommunikative Fähigkeiten verfügten, rekrutiert. Dies bedeutet, dass die Interviewteilnehmenden in der Lage sein mussten, Fragen zu verstehen und mit Symbolkarten oder ihrer Kommunikationshilfe zu beantworten. Aus forschungsethischen und datenschutzrechtlichen Gründen wurde sich dafür entschieden, ausschließlich erwachsene Patient*innen zu interviewen. Da die Erhebung der Sichtweisen der Betroffenen selbst von hoher Relevanz für die Qualität der Studie ist sowie einen wichtigen Beitrag zur UK-bezogenen Forschung leisten kann, wurde beschlossen, keine Angehörigen, sondern ausschließlich UK-Nutzer*innen selbst zu interviewen. Bei allen qualitativen Erhebungen wurden von den Interviewten oder deren gesetzlichen Betreuer*innen Einwilligungserklärungen eingeholt.

3.2. Beobachtungszeitraum

Der Beobachtungszeitraum für nVF- und SV-Teilnehmende lag bei ca. 8 Monaten nach Erstberatung. Die UK-Nutzer*innen wurden in der nVF mindestens 2 Monate versorgt (bis Ende des Patient*innentrainings T1). UK-Nutzer*innen mit weitergehendem Bedarf wurden weitere 5 Monate mit einer UK-Therapie (bis Ende der UK-Therapie T2). Im Laufe der Studie hat sich die ursprünglich geplante Durchführung der UK-Therapie in 3 Monaten aus pragmatischen Gründen (z. B. Terminausfälle wegen Krankheit der UK-Nutzer*innen, vermehrte Ausfälle in Ferienzeiten, herausfordernde Terminabsprachen aufgrund der Entfernung zum jeweiligen UK-Kompetenzzentrum) als schwierig bis kaum umsetzbar gezeigt und musste auf 5 Monate verlängert werden. Durch Erinnerungswellen zur Rücklauferhöhung verlängerte sich der Beobachtungszeitraum um einen weiteren Monat (d. h. insgesamt auf ca. 8 Monate). Der Rekrutierungszeitraum wurde so angelegt, dass die letzten einzuschließenden UK-Nutzer*innen mindestens 8 Monate nachbeobachtet werden konnten. Alle teilnehmenden Bezugspersonen der nVF und SV sollten zu allen drei Zeitpunkten befragt werden.

3.3 Datenerhebung

3.3.1 Erhebung der quantitativen Daten

Bei den Erhebungsinstrumenten zur Messung der Endpunkte in der dreimaligen standardisierten Befragung der fachlichen und privaten Bezugspersonen von UK-

Nutzer*innen im Rahmen der summativen Evaluation (Tabelle 1) handelt es sich zum Teil um bereits verwendete und validierte Instrumente, die für unsere Zielgruppe teilweise leicht angepasst werden mussten sowie um eine Neuentwicklung einer Skala zur Messung der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit in Anlehnung an vorhandene Instrumente. Insgesamt lässt sich festhalten, dass für die Zielgruppe der UK-Nutzer*innen kaum validierte Befragungsinstrumente in deutscher Sprache und für den Einsatz durch Proxys, die keine Expert*innen im UK-Assessment sind, zur Verfügung stehen.

Der primäre Endpunkt der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit erfasst die Fähigkeit in alltäglichen Situationen kommunizieren zu können (z. B. Grüßen, Zustimmung, Ablehnen). Pragmatische Fähigkeiten sind die Basis für viele soziale Fähigkeiten und spielen eine zentrale Rolle bei der erfolgreichen Integration von Menschen mit Behinderungen. Studien zeigen, dass gute soziale Fähigkeiten der Schlüssel zur schulischen und beruflichen Integration und Teilhabe sind und dass die sozialen Fähigkeiten maßgebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität haben (Fussell et al., 2005; Sigafos & Drasgow, 2001). UK-Nutzer*innen haben oft Schwierigkeiten im Erwerb umfangreicher pragmatischer Fähigkeiten und übernehmen in Gesprächen eine eher passive Rolle. Für die Evaluationsstudie wurde zur Messung der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit ein Instrument, das auf die sehr heterogene Zielgruppe der Studie - Menschen ohne Lautsprache aller Altersgruppen und mit allen Behinderungsarten - zugeschnitten ist, entwickelt. Die Entwicklung erfolgte in Anlehnung an das Erhebungsinstrument Pragmatics Profile, welches Bestandteil des Diagnostikinstrumentes „The Clinical Evaluation Language Fundamentals (CELF-5) (Guillemin et al., 1993; Paslawski, 2005; Semel & Wiig, 2003; Wiig et al., 2013) ist. Das Diagnostikinstrument Pragmatics Profile war für die Nutzung durch fachliche Expert*innen validiert und musste nach Übersetzung, Anpassung für die Bezugspersonen in dieser Studie und nach Durchführung kognitiver Pretests durch das Evaluationsteam verworfen werden. Das Instrument stellte sich in dieser Form als nicht für die Zielpopulation dieser Studie (private und fachliche Bezugspersonen) geeignet heraus. Mangels validierter Alternativen wurde sich für die Neuentwicklung eines Instrumentes entschieden. Die Itementwicklung orientierte sich dabei an der Checkliste für Kommunikationsfunktionen aus dem Programm "Communicative Development of nonspeaking children and their Communication Partners" (COCP-Programm) (Heim et al., 2008, 2010). Bei dem COCP-Programm handelt es sich um ein Programm, das für Menschen ohne Lautsprache aller Altersgruppen und ihre Kommunikationspartner*innen erstellt wurde. Im Programm wird von den 16 wichtigsten Kommunikationsfunktionen ausgegangen. Die Entwicklung der Skala erfolgte in enger Kooperation mit UK-Expert*innen der kooperierenden UK-Kompetenzzentren, die das Forschungsteam 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 (s. Kapitel 4.6.1).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen ohne Lautsprache wurde mithilfe der 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 gemessen. 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. Nach gründlicher Abwägung und Rücksprache mit den Autor*innen wurde eine Entscheidung gegen die Verwendung des KINDL-Fragebogens (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2003) - ebenfalls ein Messinstrument zur Erfassung der Lebensqualität bei chronisch erkrankten Kindern - getroffen, da dieses nicht für erwachsene UK-Nutzer*innen anzuwenden ist.

Zur Erfassung des sekundären Endpunkts der Teilhabe von UK-Nutzer*innen 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 frei verfügbare deutsche 12-Item Kurzfassung des Angehörigen-Fragebogens WHODAS 2.0 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.

Das sekundäre Outcome der Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel wurde anstatt mit der Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale (PIADS) (Day & Jutai, 1996) mit dem validierten Instrument The Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST 2.0) gemessen. Nach Übersetzung und Durchführung von kognitiven Pretests ergab sich, dass die Befragten das Instrument PIADS aufgrund komplexer Itemkonstruktion nicht ausreichend gut verstehen und aus diesem Grund nicht sinnvoll beantworten können. Das Instrument QUEST 2.0 stellte sich in Pretests dagegen als für die Zielgruppe gut geeignet heraus und erfasst ebenfalls alle relevanten Dimensionen von Zufriedenheit mit Hilfsmitteln (Demers et al., 2002; Heinbüchner et al., 2010). Bei diesem Outcome handelt es sich um die ersten 8 Items des QUEST 2.0, die eine Subskala zur Erfassung der Zufriedenheit der Angehörigen von Menschen ohne Lautsprache mit dem UK-Hilfsmittel bilden. Die deutsche Version des Fragebogens wurde im Rahmen einer anderen Studie bereits eingesetzt und konnte dem Forschungsteam auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden (Demers et al., 2002; Heinbüchner et al., 2010). Nach Absprache mit den Autor*innen der Originalversion der Skala sowie mit den Autor*innen der deutschen Übersetzung wurde eine Proxy-Version des Fragebogens entwickelt, indem der Begriff „Ihr Hilfsmittel“ durch den Begriff „das Hilfsmittel“ ersetzt wurde.

Alle im Rahmen der Studie eingesetzten Fragebögen wurden mithilfe einer umfassenden Literaturrecherche, den Inhalten des zugrundeliegenden Evaluationsvorhabens und kognitiven Pretests (n=16 Pretestinterviews mit privaten und fachlichen Bezugspersonen von Menschen ohne Lautsprache) (Prüfer & Rexroth, 2000) entwickelt. Bei dem Layout der Fragebögen wurde auf gute Übersichtlichkeit, Verständlichkeit und klare Führung (z. B. bei Filterfragen) geachtet, um den Rücklauf zu erhöhen (Dillman, 1978). Zusätzlich zu den Outcomes beinhalteten die Fragebögen diverse weitere Inhalte wie z. B. Art der neuen Kommunikationshilfe, Erfahrungen mit diversen Formen der UK und Erfahrungen in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern. Darüber hinaus wurden soziodemographische Informationen über UK-Nutzer*innen und über ihre Bezugspersonen erfragt. Die intermediären Outcomes Akzeptanz, Nutzungskompetenz und Einsatz der Kommunikationshilfe wurden mithilfe einer selbstentwickelten Skala angelehnt an Calculator (2013) erhoben. Von insgesamt 43 Items nach Calculator (2013, nicht validiert) wurden 24 Items ausgewählt. Das Kriterium für die Auswahl der Items waren die formulierten formativen Fragestellungen. Die 24 Items wurden demnach den 4 thematischen Bereichen zugeordnet: Akzeptanz der Bezugsperson gegenüber der neuen Kommunikationshilfe (5 Items), Akzeptanz

der betreuten Person gegenüber der neuen Kommunikationshilfe (5 Items), Nutzungskompetenz der Bezugsperson und der betreuten Person (7 Items) und Einsatz der neuen Kommunikationshilfe im Alltag (7 Items). Nach der Durchführung der explorativen Faktorenanalyse wurde deutlich, dass die Skalenbildung nur bei einem der vier definierten thematischen Blöcke möglich ist, und zwar bei dem Block „Akzeptanz der Bezugsperson gegenüber der neuen Kommunikationshilfe“. Aus diesem Grund werden die drei anderen thematischen Blöcke bei den Auswertungen im Kapitel 4.6.5 auf Itemebene betrachtet.

Der Kontextfaktor Technikbereitschaft der Bezugspersonen wurde mithilfe der validierten Kurzsкала nach Neyer et al. (2012) erfasst. Das Konstrukt Technikbereitschaft kann laut den Autor*innen in drei Teilkonstrukte unterteilt werden: Technikkontrollüberzeugung, Technikakzeptanz und Technikkompetenzüberzeugung. Die Skala besteht aus 12 Items und jedes Teilkonstrukt wird mit jeweils 4 Items gemessen. Bei der Auswertung können entweder drei Subskalen oder eine Gesamtskala Technikbereitschaft über 12 Items gebildet werden. Bei diesem Instrument wurden keine Anpassungen vorgenommen.

Die Tabelle 1 fasst die eingesetzten Instrumente zusammen und stellt ergänzend Angaben zur Reliabilität (Cronbachs α) dar.

Tabelle 1: Übersicht über eingesetzte Erhebungsinstrumente (Skalen)

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

Erhebungsinstrument	Stellenwert im Rahmen der Evaluation	Anzahl der Items	Validierung vorhanden ja/nein	Cronbachs α	Zeitpunkt
Technikbereitschaft (Kurzsкала)	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

3.3.2 Erhebung der qualitativen Daten

Die Einzelinterviews mit UK-Nutzer*innen wurden entweder bei den UK-Nutzer*innen zu Hause oder in Einrichtungen wie Wohnheim oder Werkstatt durch das Evaluationsteam durchgeführt. Da in bisherigen Studien 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 durch die UK-Kompetenzzentren entwickelt. Es wurde ein semi-strukturierter Leitfaden (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. Zudem wurde im Vorfeld mit dem UK-Kompetenzzentrum über jeden Interviewten ausführlich gesprochen, sodass sich die Interviewer*innen auf die kommunikativen Fähigkeiten der Interviewten vorbereiten konnten. In jedem Interview wurde zunächst versucht bevorzugt die neue Kommunikationshilfe, welche im Rahmen des Projektes erhalten wurde, zu verwenden. Wenn es nicht möglich war die Fragen mit der neuen Kommunikationshilfe zu beantworten, wurde auf Symbolkarten oder auf die Unterstützung von anwesenden Bezugspersonen zurückgegriffen. Demnach wurde individuell auf die kommunikativen Fähigkeiten der interviewten Person eingegangen und situativ die passende Kommunikationsform gewählt. In manchen Fällen wurden aufgrund der eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten auch bestimmte Fragen direkt ausgeschlossen oder ausschließlich Ja-Nein-Fragen gestellt. Die Interviews wurden mit einem Audiogerät aufgenommen. Es wurden außerdem ausführliche Gesprächsprotokolle mit Informationen zu der genutzten Kommunikationsform, zur Körpersprache, Gestik und Mimik sowie allgemeine Informationen zu der Gesprächsatmosphäre erstellt. Diese Gesprächsprotokolle waren insbesondere relevant, um die Antworten einordnen und analysieren zu können. Die Interviews wurden von einer Interviewerin und zwei protokollierenden Personen durchgeführt.

Die Fokusgruppeninterviews vor und während der Implementierung der nVF fanden in den drei am Projekt teilnehmenden UK-Kompetenzzentren statt. Alle Interviews wurden mittels eines Audiogeräts aufgenommen. Zudem wurden Protokolle geführt, um anschließend die Beiträge den Sprecher*innen zuordnen zu können. Die Fokusgruppeninterviews wurden mittels eines semi-strukturierten Leitfadens (Goodman et al., 2012; Greenbaum, 1997;

Morgan, 1997) mit folgenden Hauptthemendurchgeführt: Fokusgruppe 1: aktuelle Versorgungssituation in der UK-Versorgung, Verbesserungspotential der UK-Versorgung; Fokusgruppe 2: Umsetzung der nVF, Veränderungen seit Einführung der nVF, Anpassungsbedarf der nVF. Die ausführlichen Leitfäden sind im Anhang 5, 6 und 7 einzusehen. Die Fokusgruppeninterviews vor Implementierung wurden von einer Interviewerin sowie zwei protokollierenden Personen und die Fokusgruppeninterviews während der Implementierung von zwei Interviewerinnen und einer protokollierenden Person durchgeführt.

3.3.3 Studienmonitoring

Durch das kontinuierliche Monitoring der teilnehmenden UK-Kompetenzzentren und somit der eingeschlossenen Fälle konnte eine genaue Beobachtung und Beschreibung der Intervention (z. B. Anzahl der Trainings- und Therapieeinheiten, Dauer der Intervention, Rückläuferinnerungen) erfolgen. Dieses Monitoring ermöglichte unmittelbares Bearbeiten von im Rahmen der Evaluation aufkommenden Problemen (z. B. Klärung von Studienteilnahme bei Wechsel einer fachlichen Bezugsperson). Ein engmaschiges Monitoring der Rückläufe ermöglichte zudem angemessene Erinnerungswellen.

3.4 Datenauswertung

3.4.1 Auswertung der quantitativen Daten

Die Papierfragebögen wurden gescannt und elektronisch mit der Datenerfassungssoftware Electric Paper Teleform eingelesen und dort einem ausführlichen Plausibilitätstest unterzogen (z. B. bei uneindeutigen Kreuzen). Anschließend wurden die Daten in das Statistikprogramm IBM SPSS V.27 exportiert. Aufgrund der komplexen Fragebogenstruktur und des Vorhandenseins von vielen Filterfragen, welche auf die Heterogenität der befragten Gruppe zurückzuführen ist, mussten umfangreiche händische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt werden.

Für die Durchführung der geplanten Analysemethoden und zur Sicherung der Power mussten die im Datensatz fehlenden Werte wenn möglich mit geeigneten Verfahren ersetzt werden. Die Durchführung der Analyse der fehlenden Werte ergab, dass es sich um das Muster Missing At Random (MAR) handelt. Dieses Muster erlaubt die Verwendung des Expectation-Maximization Algorithmus (EM-Algorithmus). Insgesamt wurden zwei Imputationsmethoden ausgewählt. Fehlende Werte bei metrischen Daten wurde mithilfe des EM-Algorithmus ersetzt (Wirtz, 2004; Wirtz et al., 2021). Bei der Skala zur pragmatischen Kommunikationsfähigkeit gab es beispielsweise zum T0-Zeitpunkt zwischen 2 % und 5 % Missings je nach Item, bei der Skala Lebensqualität gab es zum T0-Zeitpunkt zwischen 3,5 % und 16 % Missings je nach Item und bei der Skala Teilhabe gab es zum T0-Zeitpunkt zwischen 2 % und 13 % Missings je nach Item.

Bei soziodemographischen ordinalskalierten fehlenden Daten (Anzahl der fehlenden Werte zwischen 0,3 % und 10,2 % vor Plausibilisierung) wurde der Median und bei nominalskalierten Daten der Modus imputiert (Wirtz, 2004). Bei Fällen, bei denen T0 und T2 jedoch kein T1 vorlag, wurden in 35 Fällen (8,5 % bezogen auf alle Bezugspersonen) Daten zu Hauptoutcomes von T0 für T1 übernommen (Last Observation Carried Forward (LOCF)).

Die Erhebung von jeweils zwei Sichtweisen (fachliche und private Bezugsperson) auf die Outcomes einer/eines UK-Nutzer*in erforderte jeweils eine Entscheidung für die fachliche oder private Einschätzung pro Outcome. Es wurde folgende Entscheidung getroffen: die pragmatische Kommunikationsfähigkeit soll aus Sicht der fachlichen Bezugspersonen, die Lebensqualität und die Teilhabe aus Sicht der privaten Bezugspersonen und die Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel sowohl aus Sicht der fachlichen als auch aus der Sicht der privaten Bezugspersonen untersucht werden.

Ein wesentliches Element der Wirksamkeitsprüfung stellt das Propensity Score Matching dar, das bei quasi-experimentellen Untersuchungen ohne Randomisierung das Mittel der Wahl ist. Der Propensity Score ist ein Indexwert, der die Wahrscheinlichkeit des Falles darstellt,

aufgrund bestimmter Variablen bzw. Eigenschaften der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeordnet zu werden. Durch das Propensity Score Matching können Baseline-Unterschiede (T0) bekannter Confounder zwischen Interventions- und Kontrollgruppe minimiert werden. Das Propensity Score Matching wird in quasi-experimentellen Studien eingesetzt, um den kausalen Effekt einer Intervention zu schätzen (Kuss et al., 2016). In dieser Studie wurden mithilfe des Propensity Scores nVF-SV Paare gebildet, die vergleichbare Eigenschaften haben. Da durch die Paarbildung die Stichprobengröße reduziert wurde, wurden zusätzlich ohne Reduzierung der Stichprobengröße Analysen mit Adjustierung für den Propensity Score gerechnet. Der Propensity Score wurde aus folgenden Variablen gebildet: Geschlecht der Bezugsperson, Altersgruppe der Bezugsperson, Muttersprache der Bezugsperson, Bildungsabschluss der Bezugsperson, Sicht der Bezugsperson (privat oder fachlich); Geschlecht der/des UK-Nutzer*in, Alter der/des UK-Nutzer*in, Beschäftigungssituation der/des UK-Nutzer*in, Ursache der Behinderung der/des UK-Nutzer*in. Anschließend wurden Paare gebildet, die sich hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit, aufgrund bestimmter Variablen bzw. Eigenschaften der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeordnet zu werden, zu T0 nicht mehr signifikant voneinander unterscheiden. So konnten die Effekte der Intervention genauer geschätzt werden. Sensitivitätsanalysen wurden jedoch mit allen auswertbaren Fällen durchgeführt.

Die oben beschriebenen Schritte der Datenaufbereitung wurden auch auf die Querschnitterhebung in der uV-Gruppe angewendet. Hier lag jeweils nur die Sicht der privaten Bezugspersonen vor. Es wurde ebenfalls das Propensity Score Matching mit der nVF mit Bildung von Paaren durchgeführt. Die uV-Daten wurden mit T2-Daten der nVF-Gruppe verglichen, da die UK-Versorgung in der uV-Gruppe bereits zwischen 2014 und 2018 stattgefunden hat.

Im nächsten Schritt wurden für jede der drei Gruppen nVF, SV und uV deskriptive Analysen durchgeführt, die psychometrischen Eigenschaften der Erhebungsinstrumente geprüft sowie die in Tabelle 2 dargestellten Modelle gerechnet. Um festzustellen, ob ein signifikanter Unterschied in den Outcomes bei den Versorgungsgruppen nVF und SV zu unterschiedlichen Messzeitpunkten vorliegt, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Zweck des Verfahrens ist die Untersuchung des Einflusses des Faktors „Gruppenzugehörigkeit“ (nVF oder SV) sowie den Einfluss des Faktors „Zeit“ bzw. „Messwiederholung“ (T0, T1 und T2 in beiden Gruppen nVF und SV) auf die abhängigen Variablen (Outcomes).

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: Darstellung der Analysemethoden je Outcome

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

3.4.2 Auswertung der qualitativen Daten

Die Fokusgruppeninterviews wurden mittels Aufnahmegerät aufgenommen und anschließend transkribiert sowie pseudonymisiert. Die Transkripte wurden mittels der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) ausgewertet. Bei allen Fokusgruppen wurden demnach zunächst anhand der Leitfragen á priori Hauptkategorien und anschließend im Kodierprozess induktive Subkategorien entwickelt. Dieses 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 die beiden 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. Zunächst wurden jedoch die Transkripte der Audioaufnahmen mit den Beobachtungsprotokollen zu einem Textdokument zusammengeführt, um die Daten anzureichern. Aufgrund der eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten der interviewten UK-Nutzer*innen, wurde oftmals auf Ja-Nein-Fragen und Antworten zurückgegriffen. Demnach ist das gewonnene Material nicht mit dem der Fokusgruppeninterviews zu vergleichen. Sowohl die Analyse also auch die Ergebnisdarstellung mussten dementsprechend angepasst werden, sodass es sich bei den Ergebnissen eher um quantitative Zusammenfassungen als um tiefergehende qualitative Einblicke handelt.

Für den Kodierprozess aller qualitativen Daten wurde die Software MAXQDA Analytics Pro 2020 (Release 20.4.0) genutzt.

4. Ergebnisse der Evaluation

Das Kapitel beginnt mit den Stichprobenbeschreibungen aller Erhebungen. Daraufhin werden die Ergebnisse nach dem Modell zur Prozessevaluation komplexer Interventionen nach Moore et al. (2015) für einen besseren Überblick vorab eingeordnet. In der Folge werden die quantitativen und qualitativen Ergebnisse gegliedert nach dem Modell und unter Bezugnahme auf die in Kapitel 3.1 dargestellten Forschungsfragen der formativen und summativen Evaluation berichtet und diskutiert. Es folgt eine zusammengefasste Diskussion der methodischen Stärken und Schwächen sowie die Darlegung der Abweichungen von der ursprünglichen Planung.

4.1 Stichprobenbeschreibungen

4.1.1 Stichprobenbeschreibungen der qualitativen Erhebungen

Für die Untersuchung der Ausgangslage vor Implementierung wurden 5 heterogene Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 32 Teilnehmenden durchgeführt. Die

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

Fokusgruppeninterviews dauerten im Durchschnitt 75 Minuten (62 bis 82 Minuten) und fanden in den drei teilnehmenden UK-Kompetenzzentren statt (Tabelle 3).

Während der Implementierung der nVF wurden 7 Fokusgruppeninterviews (3 homogene mit UK-Therapeut*innen und 4 heterogene Fokusgruppeninterviews) mit insgesamt 31 Bezugspersonen der nVF-Gruppe durchgeführt. Im Durchschnitt dauerten die Fokusgruppeninterviews 92 Minuten (73 bis 111 Minuten).

Es wurden bei beiden Fokusgruppen-Erhebungen die angestrebten Zusammensetzungen der einzelnen Fokusgruppen erreicht (Kapitel 3.2.3). Im Verlauf der Erhebungen konnte eine ausreichende Sättigung zur Beantwortung der Fragestellungen festgestellt werden.

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung der Fokusgruppeninterviews vor und während Implementierung der nVF

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	/

Zudem wurden 8 Einzelinterviews mit an der nVF teilnehmenden UK-Nutzer*innen mit einer durchschnittlichen Länge von 23 Minuten (16 bis 37 Minuten) durchgeführt (Tabelle 4). Die interviewten UK-Nutzer*innen wurden selektiv ausgewählt, da es nur eine begrenzte Auswahl an potentiellen Teilnehmenden in der nVF-Gruppe gab (Erwachsene mit ausreichenden kommunikativen Fähigkeiten und ausreichender Gesundheit). Aus diesem Grund und durch eine potentielle Gefährdung der Personengruppe mit einem hohen Risiko für einen schweren Verlauf einer Covid-19 Infektion war es nicht möglich die ursprünglich geplanten 12 Interviews durchzuführen. Auch wenn keine Sättigung erreicht werden konnte, liefern die Interviews wertvolle Erkenntnisse für die Evaluation.

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung der Einzelinterviews mit UK-Nutzer*innen

Stichprobenbeschreibung	n
Gesamt	8
Art der Behinderungen	
Down-Syndrom	2
Nicht näher beschriebene Entwicklungsstörungen	1
Cerebrale Bewegungsstörungen	3
Schädel-Hirn-Trauma	1
(Frühkindliche) erworbene Hirnschädigung aufgrund diverser Ursachen	1
Geschlecht	
weiblich	4
männlich	4
Altersgruppen	
26–35 Jahre	1
36–45 Jahre	2
46–55 Jahre	4
56–65 Jahre	1

Die Zusammensetzung der Stichproben der qualitativen Erhebungen spiegelt die Kriterien des Purposeful Sampling gut wieder und ermöglichte kontrastierende Einsichten sowie gewinnbringende Diskussionen in den Fokusgruppen.

4.1.2 Stichprobenbeschreibungen der quantitativen Erhebungen

In der prospektiven Interventionsstudie konnten zunächst n=160 Fälle/n=272 Bezugspersonen in der nVF-Gruppe, n=131 Fälle/n=175 Bezugspersonen in der SV-Gruppe und n=714 Bezugspersonen in der uV-Gruppe identifiziert und kontaktiert werden (Abbildung 5). In der nVF-Gruppe konnten schließlich n=155 Fälle und n=267 Bezugspersonen bei vorliegender Einwilligungserklärung in die Studie eingeschlossen werden. In der SV-Gruppe konnten n=109 Fälle/n=153 Bezugspersonen eingeschlossen werden. Die n=22 Fälle, die nicht rekrutiert werden konnten sind darin begründet, dass die zuständigen Krankenkassen die Anträge für die Versorgung nach Selektivvertrag und demnach die UK-Diagnostik und -Beratung abgelehnt haben.

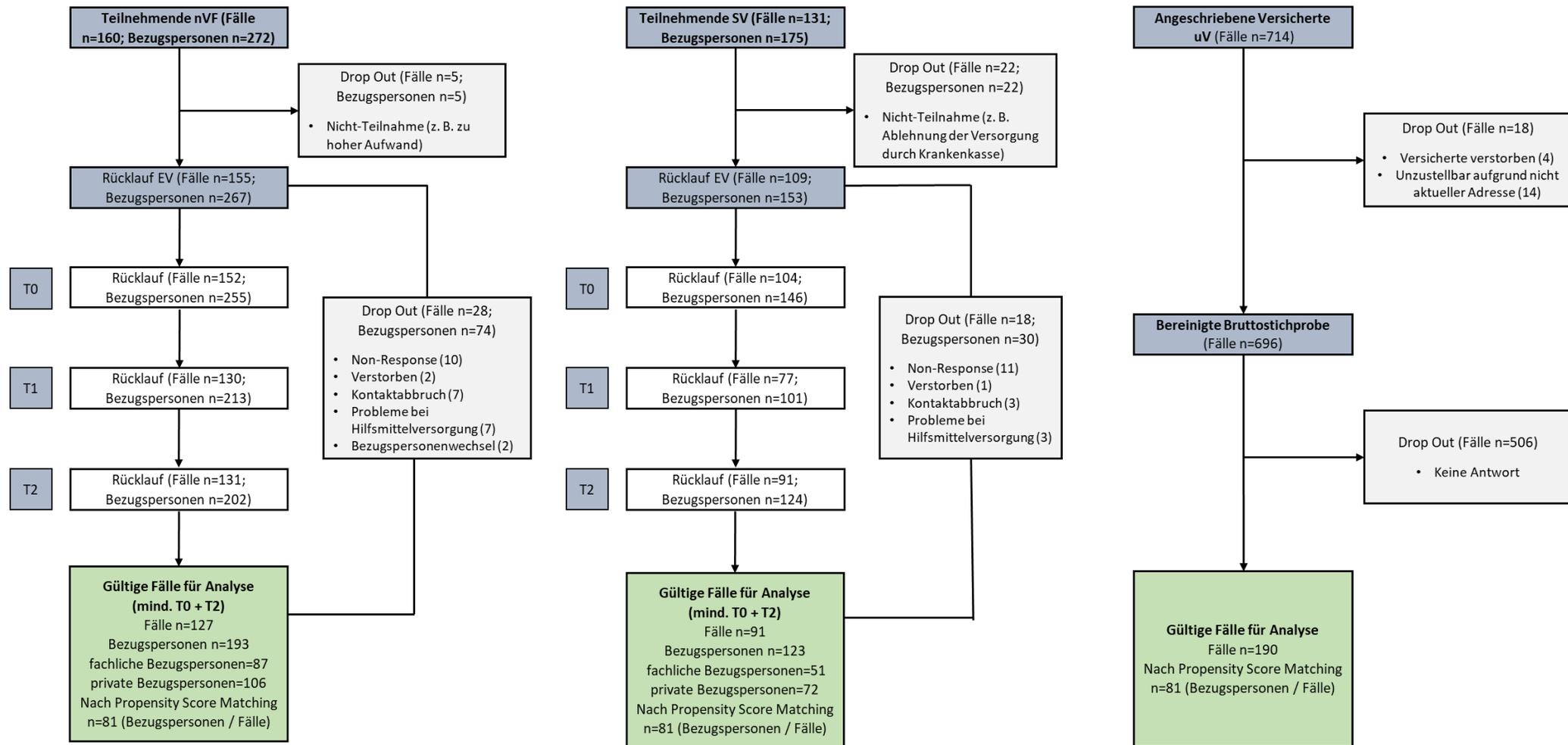


Abbildung 5: Flow-Charts der nVF-, SV-, und uV-Gruppe

Das Befragungsvorgehen sah vor, dass nachfolgende Fragebögen auch dann versendet wurden, wenn Fragebögen zu einem früheren Zeitpunkt nicht ausgefüllt zurückgesendet worden sind. Dies erklärt die Steigerung der Fälle/Bezugspersonen von T1 zu T2. In die Analysen sind jedoch nur Fälle eingeschlossen worden, bei denen mindestens von einer Bezugsperson der T0 und der T2 Fragebogen vorlagen. Entsprechend ergab sich in der nVF-Gruppe ein Drop Out von 18,1 % (Fälle) bzw. 27,7 % (Bezugspersonen) und in der SV-Gruppe ein Drop Out von 16,5 % bzw. 19,6 %. 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 Dropout. Von den übrigen n=696 gingen n=190 ausgefüllte Fragebögen ein (Rücklaufquote 27,3 %).

Bei einer Mehrzahl der Fälle lagen sowohl eine Einschätzung der privaten als auch der fachlichen Bezugsperson vor. Die Analysen der primären und sekundären Outcomes beziehen sich je nach Gegenstand entweder auf die private oder fachliche Sichtweise (Kapitel 3.4.1). In einigen Fällen lag jedoch nur eine der beiden Einschätzungen vor. Um diese Fälle in der Auswertung nicht zu verlieren, wurden bei Outcomes, bei dem die Einschätzung der fachlichen Bezugsperson relevant war, beim Nicht-Vorliegen dieser Einschätzung auf die der privaten Bezugsperson zurückgegriffen und vice versa. Es konnten auf diese Weise folgende vier Datensätze für die Analysen generiert werden, die je nach betrachtetem Vergleich und Outcome genutzt wurden:

1. Datensatz mit allen Bezugspersonen für nVF-SV Vergleich (nVF n=127 Fälle, n=193 Bezugspersonen; SV n=91 Fälle; n=123 Bezugspersonen)
2. Datensatz mit privaten Bezugspersonen, wenn nötig ersetzt durch Daten der fachlichen Bezugspersonen für nVF-SV Vergleich (nVF n=127 Fälle, n=127 Bezugspersonen; SV n=91 Fälle, n=91 Bezugspersonen)
3. Datensatz mit fachlichen Bezugspersonen, wenn nötig ersetzt durch Daten der privaten Bezugspersonen für nVF-SV Vergleich (nVF n=127 Fälle, n=127 Bezugspersonen; SV n=91 Fälle, n=91 Bezugspersonen)
4. Datensatz mit privaten Bezugspersonen für nVF-uV Vergleich (nVF n=127 Fälle, n=127 Bezugspersonen; uV n=190 Fälle, n=190 Bezugspersonen)

Für die Analysen der Outcomes wurden mittels Propensity Score Matching (Kapitel 3.4.1) für jeden der Vergleiche n=81 vergleichbare Paare gebildet. Bei den Vergleichen zwischen nVF und SV zeigten sich wie erhofft keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen hinsichtlich des Propensity Scores und damit der Wahrscheinlichkeit zu einer der beiden Gruppen zugeordnet zu sein. Diese Angleichung konnte trotz der Bildung von n=81 Paaren zwischen nVF und uV nicht erreicht werden und zeigt, dass der Vergleich zwischen nVF und uV trotz des Propensity Score Matchings nur eingeschränkt möglich ist. Für alle Analysen mit gematchten Paaren wurden zusätzlich Sensitivitätsanalysen mit allen auswertbaren Fällen (n=127 nVF, n=91 SV, n=190 uV) durchgeführt.

Charakteristika der drei zu vergleichenden Stichproben sind in Tabelle 5 aufgeführt (im Text wird Bezug auf die gültigen Fälle genommen). Bezüglich der Altersstruktur sind die UK-Nutzer*innen in der nVF- und SV-Gruppe vergleichbar und überwiegend in den Altersgruppen von 3 bis 10 Jahren. Die UK-Nutzer*innen der uV-Gruppe sind im Vergleich deutlich älter und deutlich häufiger im Erwachsenenalter. In allen drei Gruppen nahmen deutlich mehr männliche UK-Nutzer teil, was durch das häufigere Vorkommen von Behinderungen bei Jungen zu erklären ist. In allen Gruppen ist die Ursache der Behinderung mehrheitlich angeboren. Während dies auf 85–90 % in der nVF- und SV-Gruppe zutrifft, betraf dies nur etwa 69 % der uV-Gruppe. Im Gegensatz stellt sich hier mit 20,5 % Krankheit als Ursache der erworbenen Behinderung als deutlich häufiger heraus. In der nVF- und SV-Gruppe sind die drei häufigsten Angaben bei Art der Behinderung die Autismus-Spektrum-Störung, spezifische

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

genetische Syndrome und nicht näher beschriebene Entwicklungsstörungen. In der uV-Gruppe umfasst die häufigste Art der Behinderung cerebrale Bewegungsstörungen. In allen drei Gruppen besitzen über 80 % der UK-Nutzer*innen einen Schwerbehindertenausweis, überwiegend mit einem Schweregrad von 100. Die meisten UK-Nutzer*innen der nVF- und SV-Gruppe besuchten Krippe/Kindertagesstätte/Kindergarten (37,8 %; 39,6 %) und/oder die Schule (36,2 %; 39,6 %). In der uV-Gruppe besuchten die meisten UK-Nutzer*innen die Schule (uV 47,4 %) und darauffolgend mit 23,7 % die Werkstatt. In allen drei Gruppen lebte die Mehrheit der UK-Nutzer*innen mit den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten zusammen (nVF 76,4 %; SV 85,7 % und uV 66,3 %). In der uV-Gruppe lebten im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen mehr UK-Nutzer*innen in einer sozialen Einrichtung.

Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden UK-Nutzer*innen der nVF, SV und uV-Gruppe

	Alle Fälle (T0)		Gültige Fälle (T0 + T2 liegen vor)		Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching		Historische Vergleichsgruppe	Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching
	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)

	Alle Fälle (T0)		Gültige Fälle (T0 + T2 liegen vor)		Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching		Historische Vergleichsgruppe	Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching
	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	uV n (%)	uV n (%)
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)
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 (Frühkindliche)	2 (1,3)	3 (2,9)	1 (0,8)	2 (2,2)	1 (1,2)	2 (2,5)	4 (2,1)	1 (1,2)
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)

	Alle Fälle (T0)		Gültige Fälle (T0 + T2 liegen vor)		Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching		Historische Vergleichs- gruppe	Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching
	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	uV n (%)	uV n (%)
Schwerbehinderten- ausweis								
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)
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)
Beschäftigungs- situation								
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	61 (40,1)	41 (39,4)	46 (36,2)	36 (39,6)	37 (45,7)	32 (39,5)	90 (47,4)	46 (56,8)
in der Berufsausbildung (Lehre)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (2,1)	0 (0)

	Alle Fälle (T0)		Gültige Fälle (T0 + T2 liegen vor)		Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching		Historische Vergleichsgruppe	Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching
	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	uV n (%)	uV n (%)
besucht eine höhere Bildungseinrichtung (z. B. Fachhochschule, Universität)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ist arbeitstätig (regulärer 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)
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)

In Tabelle 6 ist die Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden Bezugspersonen der drei Vergleichsgruppen aufgeführt (im Text wird auf die gültigen Fälle Bezug genommen). Die Mehrzahl der Bezugspersonen in allen drei Gruppen ist zwischen 30 und 49 Jahre alt und weiblich. Die Bezugspersonen in der uV-Gruppe sind im Vergleich älter als in der SV-Gruppe und der nVF-Gruppe. Die Bezugspersonen der SV-Gruppe sind wiederum etwas älter als in der nVF-Gruppe. Die Verteilung der Bezugspersonen in fachlich und privat ist in den Gruppen SV und nVF vergleichbar. Die meisten fachlichen Bezugspersonen in der nVF sind Lehrer*innen (27,6 %) oder therapeutische Gesundheitsfachkräfte (27,6 %). In der SV-Gruppe dagegen sind die meisten fachlichen Bezugspersonen therapeutische Gesundheitsfachkräfte (45,1 %). In allen drei Gruppen sind die meisten der privaten Bezugspersonen Eltern. In der nVF- und SV-Gruppe besitzen die meisten Bezugspersonen das allgemeine Abitur – in der SV-Gruppe mehr als in der nVF-Gruppe. In der uV-Gruppe, in der nur private Bezugspersonen befragt wurden, überwiegt der Realschulabschluss. In allen drei Gruppen haben die meisten Bezugspersonen angegeben, dass ihre Muttersprache Deutsch ist und die Mehrheit spricht auch mit der/dem UK-Nutzer*in ausschließlich Deutsch. In der nVF- und SV-Gruppe beschäftigen sich etwa gleiche viele Bezugsperson beruflich mit UK. In der uV-Gruppe sind dies im Vergleich weniger Bezugspersonen, was daran liegt, dass hier ausschließlich private Bezugspersonen eingeschlossen wurden.

Tabelle 6: Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden Bezugspersonen der nVF, SV und uV-Gruppe

	Alle Fälle (T0)		Gültige Fälle (T0 + T2 liegen vor)		Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching (primär fachliche Bezugspersonen)		Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching (primär private Bezugspersonen)		Historische Vergleichsgruppe	Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching
	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)		
Gesamt	255 (100)	146 (100)	193 (100)	123 (100)	81 (100)	81 (100)	81 (100)	81 (100)	190 (100)	81 (100)
Alter (in Jahren)										
bis 29 Jahre	40 (15,7)	17 (11,6)	33 (17,1)	14 (11,4)	10 (12,3)	12 (14,8)	7 (8,6)	8 (9,9)	24 (12,6)	13 (16)
30–39 Jahre	89 (34,9)	37 (25,2)	68 (35,2)	30 (24,4)	25 (30,9)	20 (24,7)	22 (27,2)	21 (25,9)	33 (17,4)	26 (32,1)
40–49 Jahre	77 (30,2)	57 (39)	61 (31,6)	46 (37,4)	25 (30,9)	29 (35,8)	37 (45,7)	37 (45,7)	55 (28,9)	27 (33,3)
50–59 Jahre	40 (15,7)	29 (19,9)	24 (12,4)	29 (23,6)	17 (21)	19 (23,5)	12 (14,8)	12 (14,8)	52 (27,4)	12 (14,8)
60–69 Jahre	9 (3,5)	6 (4,1)	7 (3,6)	4 (3,3)	4 (4,9)	1 (1,2)	3 (3,7)	3 (3,7)	19 (10)	3 (3,7)
über 69 Jahre	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (3,7)	0 (0)
Geschlecht										
weiblich	205 (80,4)	124 (84,9)	155 (80,3)	104 (84,6)	72 (88,9)	70 (86,4)	67 (82,7)	68 (84)	144 (75,8)	61 (75,3)
männlich	50 (19,6)	22 (15,1)	38 (19,7)	19 (15,4)	9 (11,1)	11 (13,6)	14 (17,3)	13 (16)	46 (24,2)	20 (24,7)
Bezugsperson										
fachlich	122 (47,8)	61 (41,8)	87 (45,1)	51 (41,5)	49 (60,5)	49 (60,5)	18 (22,2)	18 (22,2)	0 (0)	0 (0)
privat	133 (52,2)	85 (58,2)	106 (54,9)	72 (58,5)	32 (39,5)	32 (39,5)	63 (77,8)	63 (77,8)	190 (100)	81 (0)
Fachliche Bezugsperson: Berufsgruppe										
Lehrerin/Lehrer	39 (32)	19 (31,1)	24 (27,6)	15 (29,4)	17 (34,7)	15 (30,6)	6 (33,3)	5 (27,8)	-	-
Erzieherin/Erzieher (z. B. in einem Kindergarten)	22 (18)	6 (9,8)	18 (20,7)	4 (7,8)	5 (10,2)	4 (8,2)	4 (22,2)	3 (16,7)	-	-

	Alle Fälle (T0)		Gültige Fälle (T0 + T2 liegen vor)		Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching (primär fachliche Bezugspersonen)		Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching (primär private Bezugspersonen)		Historische Vergleichsgruppe	Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching
	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)		
therapeutische Gesundheitsfachkraft (z. B. Sprachtherapeutin/Sprachtherapeut)	32 (26,2)	27 (44,3)	24 (27,6)	23 (45,1)	19 (38,8)	21 (42,9)	3 (16,7)	3 (16,7)	-	-
Pflegerin/Pfleger bzw. persönliche Assistenz	2 (1,6)	0 (0)	2 (2,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-
Mitarbeiterin/Mitarbeiter in einer Wohn- oder sozialen Einrichtung (z. B. betreutes Wohnen, Werkstatt)	21 (17,2)	6 (9,8)	17 (19,5)	6 (11,8)	6 (12,2)	6 (12,2)	4 (22,2)	4 (22,2)	-	-
Sonstiges	6 (4,9)	3 (4,9)	2 (2,3)	3 (5,9)	2 (4,1)	3 (6,1)	1 (5,6)	3 (16,7)	-	-
Private Bezugsperson: Verhältnis zum/zur UK-Nutzer*in										
(Ehe-)Partnerin/ (Ehe-)Partner	3 (2,3)	1 (1,2)	2 (1,9)	1 (1,4)	1 (3,1)	1 (3,1)	2 (3,2)	1 (1,6)	13 (6,8)	1 (1,2)
Mutter/Vater	100 (75,2)	76 (89,4)	84 (79,2)	64 (88,9)	21 (65,6)	31 (96,9)	52 (82,5)	55 (87,3)	122 (64,2)	55 (67,9)
andere Erziehungsberechtigte/ anderer	1 (0,8)	0 (0)	1 (0,9)	0 (0)	1 (3,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (6,3)	3 (3,7)

	Alle Fälle (T0)		Gültige Fälle (T0 + T2 liegen vor)		Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching (primär fachliche Bezugspersonen)		Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching (primär private Bezugspersonen)		Historische Vergleichsgruppe	Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching
	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)		
Erziehungsberechtigter										
Verwandte/Verwandter	1 (0,8)	2 (2,4)	1 (0,9)	1 (1,4)	1 (3,1)	0 (0)	1 (1,6)	1 (1,6)	11 (5,8)	4 (4,9)
Freundin/Freund	1 (0,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,1)	1 (1,2)
Sonstiges	27 (20,3)	6 (7,1)	18 (17)	6 (8,3)	8 (25)	0 (0)	8 (12,7)	6 (9,5)	30 (15,8)	17 (21)
Bildungsabschluss										
von der Schule abgegangen ohne Abschluss	6 (2,4)	2 (1,4)	5 (2,6)	2 (1,6)	1 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,2)	2 (2,5)	22 (11,6)	6 (7,4)
Volksschulabschluss	2 (0,8)	0 (0)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,2)	0 (0)	10 (5,3)	0 (0)
Hauptschulabschluss	12 (4,7)	10 (6,8)	8 (4,1)	8 (6,5)	3 (3,7)	3 (3,7)	5 (6,2)	8 (9,9)	33 (17,4)	10 (12,3)
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	49 (19,2)	20 (13,7)	39 (20,2)	16 (13)	8 (9,9)	12 (14,8)	14 (17,3)	15 (18,5)	63 (33,2)	27 (33,3)
Fachhochschulreife	85 (33,3)	42 (28,8)	70 (36,3)	36 (29,3)	24 (29,6)	21 (25,9)	35 (43,2)	27 (33,3)	28 (14,7)	17 (21)
Allgemeines Abitur	101 (39,6)	72 (49,3)	69 (35,8)	61 (49,6)	45 (55,6)	44 (54,3)	25 (30,9)	29 (35,8)	34 (17,9)	21 (25,9)
Zusammenwohnen mit UK-Nutzer*in										
Ja	103 (40,4)	77 (52,7)	85 (44)	65 (52,8)	24 (29,6)	33 (40,7)	53 (65,4)	56 (69,1)	132 (69,5)	58 (71,6)
Nein	152 (59,6)	69 (47,3)	108 (56)	58 (47,2)	57 (70,4)	48 (59,3)	28 (34,6)	25 (30,9)	58 (30,5)	23 (28,4)
Muttersprache Deutsch										
Ja	190 (74,5)	115 (78,8)	140 (72,5)	97 (78,9)	64 (79)	68 (84)	58 (71,6)	58 (71,6)	149 (78,4)	52 (64,2)

	Alle Fälle (T0)		Gültige Fälle (T0 + T2 liegen vor)		Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching (primär fachliche Bezugspersonen)		Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching (primär private Bezugspersonen)		Historische Vergleichsgruppe	Gültige Fälle nach dem Propensity Score Matching
	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)	nVF n (%)	SV n (%)		
Nein	65 (25,5)	31 (21,2)	53 (27,5)	26 (21,1)	17 (21)	13 (16)	23 (28,4)	23 (28,4)	41 (21,6)	29 (35,8)
Falls Nein: Einschätzung Deutschkenntnisse										
sehr schlecht	3 (4,6)	2 (6,5)	3 (5,7)	1 (3,8)	1 (5,9)	0 (0)	0 (0)	1 (4,3)	0 (0)	0 (0)
schlecht	5 (7,7)	2 (6,5)	3 (5,7)	2 (7,7)	1 (5,9)	2 (15,4)	2 (8,7)	2 (8,7)	3 (7,3)	3 (10,3)
mittelmäßig	21 (32,3)	8 (25,8)	19 (35,8)	7 (26,9)	6 (35,3)	4 (30,8)	12 (52,2)	7 (30,4)	7 (17,1)	2 (6,9)
gut	22 (33,8)	10 (32,3)	18 (34)	8 (30,8)	4 (23,5)	3 (23,1)	8 (34,8)	7 (30,4)	18 (43,9)	17 (58,6)
sehr gut	14 (21,5)	9 (29)	10 (18,9)	8 (30,8)	5 (29,4)	4 (30,8)	1 (4,3)	6 (26,1)	13 (31,7)	7 (24,1)
Berufliche Beschäftigung mit UK										
Ja	141 (55,3)	69 (47,3)	103 (53,4)	58 (47,2)	57 (70,4)	48 (59,3)	28 (34,6)	26 (32,1)	33 (17,4)	19 (23,5)
Nein	114 (44,7)	77 (52,7)	90 (46,6)	65 (52,8)	24 (29,6)	33 (40,7)	53 (65,4)	55 (67,9)	157 (82,6)	62 (76,5)
Sprache mit UK- Nutzer*in: nur Deutsch										
Ja	181 (71)	115 (78,8)	136 (70,5)	96 (78)	61 (75,3)	68 (84)	53 (65,4)	56 (69,1)	159 (83,7)	65 (80,2)
Nein	74 (29)	31 (21,2)	57 (29,5)	27 (22)	20 (24,7)	13 (16)	28 (34,6)	25 (30,9)	31 (16,3)	16 (19,8)

Genutzte Form der Unterstützten Kommunikation

Zum Zeitpunkt T1 wurde in allen drei Gruppen die genutzte(n) Form(en) der UK erhoben. Dies wurde mit Mehrfachantworten erfragt, da bekannt ist, dass viele UK-Nutzer*innen UK-Formen kombiniert nutzen, um den größtmöglichen Nutzen für die Kommunikation zu haben. Bei den Formen handelt es sich um elektronische UK-Hilfsmittel (z. B. Talker, sprechende Tasten), nicht elektronische UK-Hilfsmittel (z. B. Ich-Bücher, Symbolkarten, Kommunikationstafeln) sowie Gebärden, die die Lautsprache unterstützen. Die Abbildung 6 zeigt den prozentualen Anteil der Nutzung der drei Formen in den drei Gruppen nVF, SV und uV. Aufgrund der Mehrfachantworten übersteigt die Summe der Prozente 100 %. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass elektronische UK-Hilfsmittel (ausschließliche Nutzung oder in Kombination mit anderen UK-Formen) in allen drei Gruppen die am weitesten verbreitete UK-Form darstellen, wobei die Nutzung dieser UK-Form in der uV noch deutlich höher ist als in der nVF- und der SV-Gruppe. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass die hilfsmittelfirmenunabhängige Beratung in der nVF- und SV-Gruppe zu bedarfsgerechteren niedrigschwelligeren UK-Hilfsmitteln führt, während in der uV-Gruppe häufiger aufwändigere, elektronische Hilfsmittel verschrieben werden. Durch die Selektivität der befragten uV-Gruppe kann dies jedoch nur mit Vorsicht interpretiert werden.

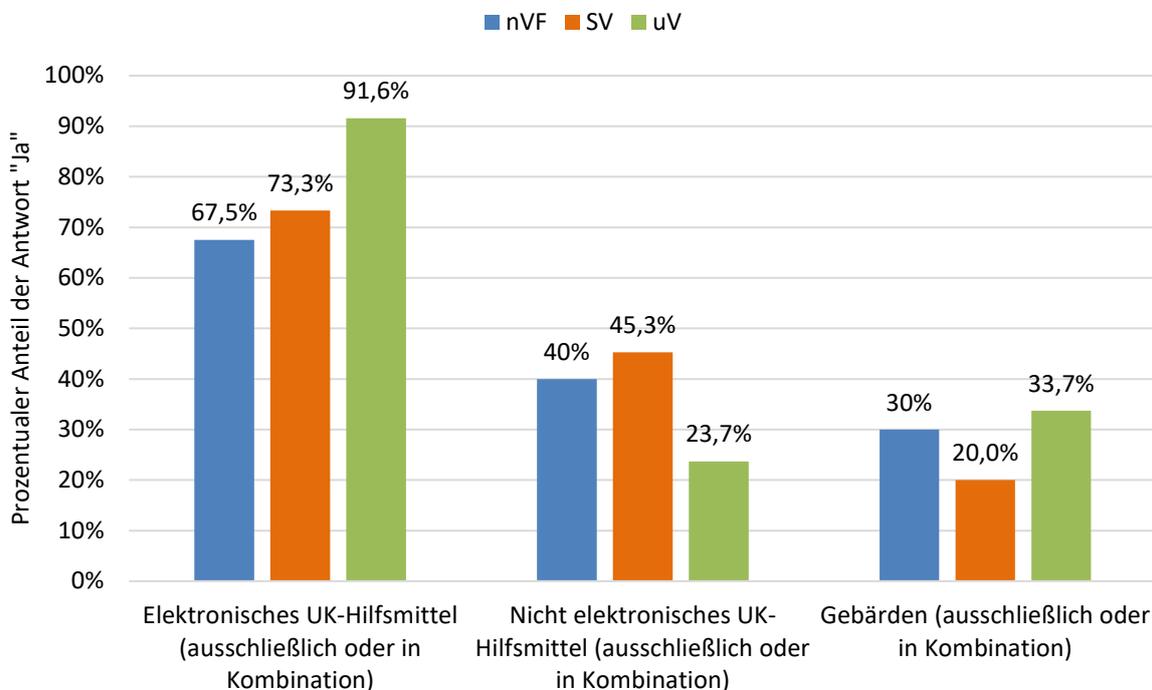


Abbildung 6: Genutzte Form der Unterstützten Kommunikation in den Gruppen nVF (n=127), SV (n=91) und uV (n=190); Mehrfachantworten möglich

Die Stichproben der in den quantitativen Erhebungen zu vergleichenden Gruppen bilden die Heterogenität der UK-Nutzer*innen und deren Bezugspersonen ab. Während die SV-Gruppe der nVF-Gruppe in den wesentlichen Merkmalen sehr ähnelt, ist die Vergleichbarkeit der uV-Gruppe eingeschränkt.

4.2 Untersuchung der Ausgangslage vor Implementierung der Intervention

Die Fokusgruppen vor Implementierung dienen der Erhebung des Status Quo der UK-Versorgung, bevor die nVF eingeführt wurde. Es wurden potentielle Probleme der UK-Versorgung identifiziert, an denen die nVF ansetzen sollte. Im Folgenden werden die

Hauptergebnisse zu den beiden folgenden Hauptkategorien dargestellt: 1. Aktuelle Versorgungssituation, 2. Wünsche an die UK-Versorgung.

4.2.1 Aktuelle Versorgungssituation

Die Fokusgruppenteilnehmenden äußerten, dass die Versorgungsstrukturen der UK-Hilfsmittelversorgung in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern wie beispielsweise den Vereinigten Staaten oder der Schweiz relativ gut aufgestellt seien und sich die UK-Versorgung in den letzten Jahren verbessert hätte. Außerdem würde die UK-Umsetzung bei einigen Bezugspersonen sehr gut funktionieren. Die UK-Umsetzung hinge jedoch von der Zusammenarbeit der an der UK-Versorgung beteiligten Bezugspersonen ab. Je nach Einstellung der Bezugsperson zu UK verlief die Zusammenarbeit zwischen den Stakeholdern besser oder schlechter. Würden nicht alle beteiligten Bezugspersonen UK gleichermaßen umsetzen, sei UK nicht so erfolgreich. Die Umsetzung von UK sei einfacher und erfolgreicher, wenn UK-Nutzer*innen von einer Assistenz begleitet würden oder wenn sprachtherapeutische Fachleute an den Bildungseinrichtungen angestellt sind.

Offenheit, Akzeptanz sowie die Bereitschaft UK umzusetzen seitens der beteiligten Bezugspersonen sei für den Erfolg von den UK-Maßnahmen von hoher Relevanz. Diesbezüglich wurden in den Fokusgruppen unterschiedliche Erfahrungen berichtet. Viele Bezugspersonen wie Lehrer*innen und Erzieher*innen hätten mehrheitlich eine große Offenheit gegenüber UK und zeigten Interesse sowie Motivation, UK zu erlernen. Gerade Werkstätten stünden UK kritisch gegenüber, da sie die Relevanz von UK bei der Arbeit in der Werkstatt oftmals nicht direkt erkannten. Insgesamt stünden zeitliche und personelle Ressourcen in den Einrichtungen dem Engagement für UK häufig entgegen. Oftmals müssten fachliche Bezugspersonen ihre Freizeit dafür verwenden, sich in UK weiterzubilden. Da die Bezugspersonen bisher in den meisten Fällen nicht professionell in der Umsetzung der UK begleitet werden, gäbe es Probleme mit dem Transfer von UK in den Alltag. Viele Bezugspersonen seien außerdem mit der Umsetzung von UK überfordert, könnten diese Herausforderung nicht alleine bewältigen und seien auf eine unterstützende Begleitung angewiesen. Insbesondere bei Lebensphasenübergängen (z. B. vom Kindergarten in die Schule), bei denen fachliche Bezugspersonen wechselten, träten oftmals Probleme in der kontinuierlichen Umsetzung von UK auf.

Die Fokusgruppenteilnehmenden kritisierten, dass UK bei den relevanten Stakeholdern bisher nicht präsent genug sei und es bei vielen Bezugspersonen an Wissen über UK mangle. Insbesondere bei Krankenkassen wird ein falsches Verständnis von UK – dass die UK-Versorgung mit dem Hilfsmittelerhalt ende – bemängelt. Des Weiteren liege bei Ärzt*innen in der Regel zu wenig Wissen über UK vor und dadurch ergebe sich eine starke Zurückhaltung zur Ausstellung von Rezepten für die Hilfsmittelbeantragung. Auch privaten Bezugspersonen fehle oftmals ein adäquates Verständnis der Relevanz und Potentiale von UK. Zudem wurde betont, dass die Versorgung von Erwachsenen mit UK meistens schwieriger sei, weil beispielsweise der Bedarf nicht erkannt würde oder die UK-Nutzer*innen sich nicht mehr umgewöhnen könnten.

Insgesamt sei die UK-Versorgung sowie die Identifizierung von UK-Bedarf sehr vom Zufall geleitet. Dies hänge auch damit zusammen, dass es keine klar definierte Regelversorgung gebe und die Finanzierung der UK-Versorgung demnach nicht standardisiert verlaufe. Dies erzeuge viele Probleme durch Ablehnungen von Hilfsmittel- und Beratungsanträgen seitens der Krankenkassen. Oftmals sei der Zeitraum bis zur Hilfsmittelversorgung sehr lang, da im Falle von Ablehnungen ein Widerspruchsverfahren eingeleitet werden müsse. Dieses Verfahren sei sehr aufwändig und für viele private Bezugspersonen schwer zu bewältigen. Dies resultiere in vielen Fällen in einem ungedeckten UK-Bedarf. Da die unabhängigen UK-Diagnostiken und -Beratungen nicht Teil der Regelversorgung seien, würde die Hilfsmittelberatung oftmals über die Hilfsmittelfirmen durchgeführt. Da diese Beratung nicht unabhängig ist und finanzielle Anreize bestehen, komme es immer wieder zu Fehlversorgungen durch elektronische UK-Hilfsmittel, die UK-Nutzer*innen überforderten und in der Folge nicht genutzt würden.

Da die Interviewpartner*innen über die UK-Kompetenzzentren rekrutiert wurden, berichteten die Interviewten alle über Erfahrung in der Zusammenarbeit mit den am Projekt teilnehmenden UK-Kompetenzzentren sowie der UK-Versorgung. In diesem Zusammenhang berichteten die Interviewten u. a., dass die UK-Kompetenzzentren die UK-Versorgung anstoßen, Wissen über UK vermitteln und alle relevanten Stakeholder an einen Tisch bringen würden.

Der Status Quo der UK-Versorgung ist oftmals gekennzeichnet durch eine starke Erfolgsabhängigkeit von der Motivation und den Ressourcen der einzelnen Beteiligten, durch fehlende Kontinuität in der UK-Zusammenarbeit, durch mangelndes Wissen, Verständnis und Akzeptanz von UK sowie durch weitgehend unregelmäßige, als willkürlich wahrgenommene Zuständigkeiten und Bewilligungs- bzw. Versorgungsprozesse.

4.2.2 Wünsche an die UK-Versorgung

Anlehnend an die Darstellung der aktuellen Versorgungssituation wurden in den Fokusgruppeninterviews folgende Wünsche an die UK-Versorgung diskutiert:

- Mehr Transfer und Einbindung von UK in den Alltag
- Zusammenarbeit aller Stakeholder und die Bildung von Netzwerken
- Mehr Begleitung und Vorhandensein einer Anlaufstelle und/oder eines/einer UK-Expert*in
- Bessere Integration von UK in die therapeutischen Ausbildungen
- Höhere Sensibilisierung der Stakeholder für UK
- Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen der UK-Versorgung, inkl. der Finanzierung
- Mehr UK-bezogene Fortbildungsangebote

Geäußerte Wünsche an die UK-Versorgung umfassen Wünsche nach mehr Zusammenarbeit, nach einer kontinuierlichen Begleitung, nach einer Sensibilisierung für UK sowie nach einer Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

4.3 Einordnung der formativen und summativen Ergebnisse in das Modell nach Moore et al. (2015)

Die Fokusgruppeninterviews, Einzelinterviews sowie die längsschnittliche Fragebogenerhebung liefern sowohl formative als auch summative Ergebnisse. Bei den Auswertungen wurde sich am Modell von Moore et al. (2015) zur Prozessevaluation komplexer Interventionen orientiert. Anlehnend an das Modell wurde die Abbildung 7 zur Synthese der Ergebnisse erstellt. Das Modell wurde so modifiziert, dass es neben der Prozessevaluation (Implementierung, Wirkweisen der Implementierung und Kontextfaktoren) auch die summative Evaluation der Outcomes und den identifizierten Anpassungsbedarf darstellt.

Im Rahmen der qualitativen Auswertung der Fokusgruppen- und Einzelinterviews wurden angelehnt an das Modell von Moore et al. (2015) Hauptkategorien gebildet: Kontextfaktoren, Implementierung, Wirkweisen der Implementierung, Outcomes sowie Anpassungsbedarf. Zusätzlich wurden deduktive als auch induktive Subkategorien gebildet. Die in Abbildung 7 zusammengefassten Ergebnisse zeigen, wie die nVF implementiert wurde, welche Wirkweisen die Implementierung besitzt, welche Kontextfaktoren Einfluss auf den gesamten Prozess einnehmen, welchen Einfluss die nVF auf die Outcomes besitzt sowie welcher

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

Anpassungsbedarf identifiziert wurde. Das Modell enthält neben den formativen Ergebnissen (orange hervorgehobene Subkategorien) ebenfalls summative Ergebnisse zu den definierten Outcomes (blau hervorgehobene Subkategorien).

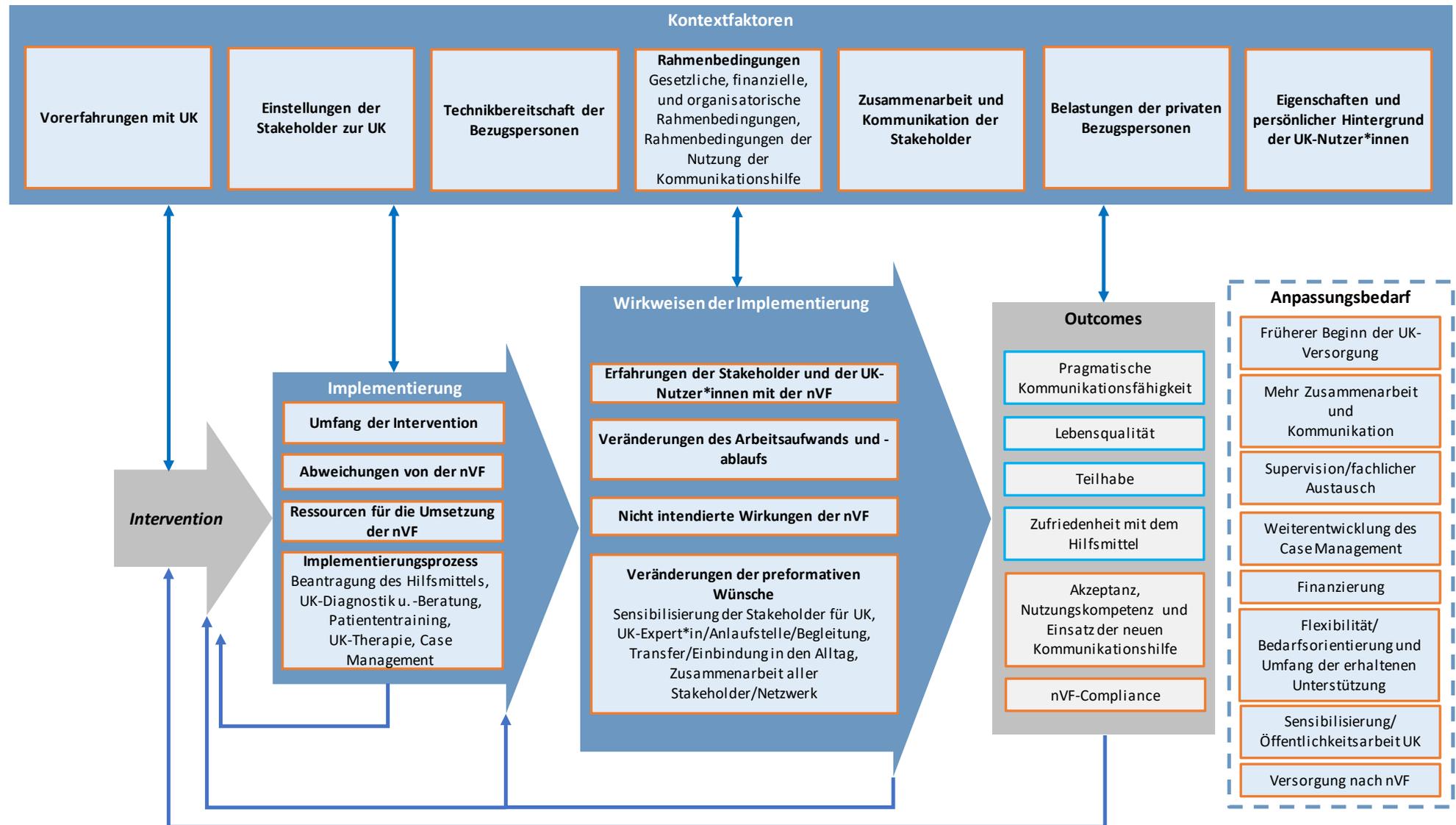


Abbildung 7: Synthese der formativen und summativen Ergebnisse angelehnt an Moore et al. (2015), summative Ergebnisse sind blau und formative Ergebnisse sind orange umrandet

Im Folgenden werden alle Ergebnisse der Evaluation nach den Hauptkategorien des Modells gegliedert dargestellt.

Das Modell fasst die Ergebnisse der Evaluation in Kategorien zusammen, um deren Zusammenspiel in der Implementierung und Wirksamkeit der Intervention sowie Verbesserungsbedarfe aufzeigen zu können. Alle Kategorien werden in den folgenden Kapiteln anhand qualitativer oder quantitativer Ergebnisse erläutert.

4.4 Ergebnisse zur Implementierung der nVF

4.4.1 Umfang der Intervention

Nach Abschluss der Intervention wurden die im Rahmen des Interventionsmonitoring gesammelten Daten zu Interventionszeiträumen und -leistungen ausgewertet. Aufgrund diverser Ursachen haben 12,6 % der an der nVF teilnehmenden UK-Nutzer*innen (n=127 auswertbare Fälle) keine UK-Therapie erhalten (z. B. Entfernung zum UK-Kompetenzzentrum, kein weiterer Bedarf nach dem Patient*innentraining), Abbildung 8.

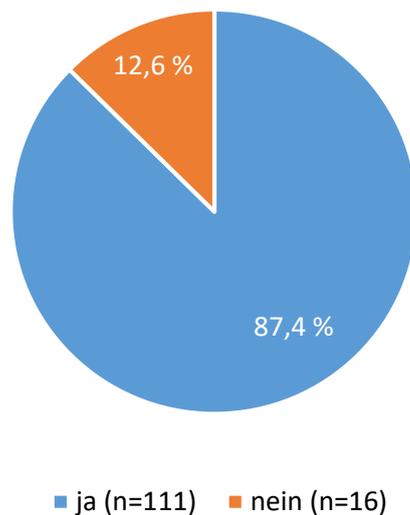
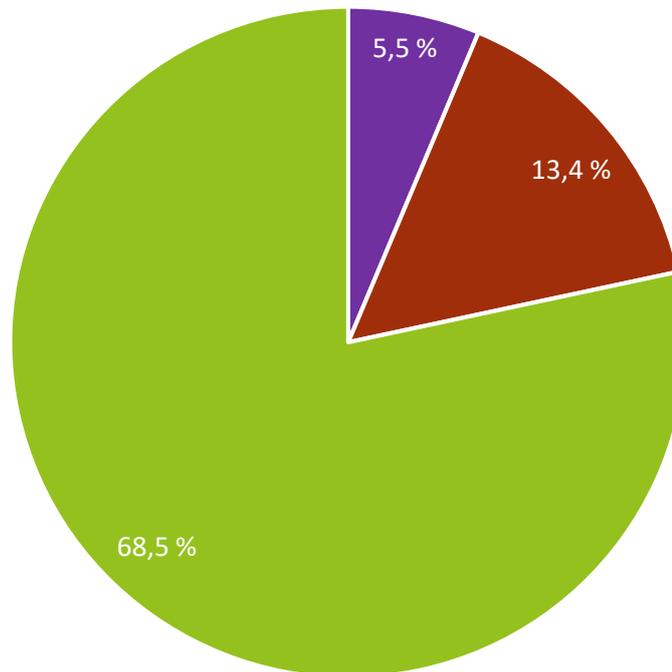


Abbildung 8: Durchführung der UK-Therapie in der nVF (n=127)

Bei n=111 nVF-Teilnehmenden, die die UK-Therapie erhalten haben, lässt sich eine Variation in der Anzahl der erhaltenen Therapieeinheiten beobachten, welche ebenfalls auf diverse Ursachen zurückzuführen sind (z. B. Abbrüche bedingt durch die Covid-19 Pandemie, kein weiterer Bedarf, Entfernung zum UK-Kompetenzzentrum). Die Mehrheit der UK-Nutzer*innen (68,5 %) hat jedoch die vorgesehene Anzahl der Therapieeinheiten erhalten (Abbildung 9).



■ 1-9 Einheiten (n=7) ■ 10-19 Einheiten (n=17) ■ 20 Einheiten (n=87)

Abbildung 9: Anzahl der erhaltenen Therapieeinheiten in der nVF (n=111)

Die Variation in der Interventionsdauer in der nVF (Zeitraum zwischen der ersten Trainingseinheit und der letzten Therapieeinheit in Monaten) ist in Tabelle 7 abgebildet und umfasst mindestens 3 Monate und maximal 27 Monate. In 50 % der Fälle konnte die Intervention in unter 12 Monaten abgeschlossen werden. Damit überstieg die Interventionsdauer deutlich die im Antrag beschriebenen 4 Monate. Als Gründe konnten Verzögerungen durch die Covid-19 Pandemie, Krankenhausaufenthalte, Auslandsaufenthalte der UK-Nutzer*innen und ihrer Familien sowie Terminfindungsschwierigkeiten und teils lange Anfahrtswege herausgearbeitet werden.

Tabelle 7: Interventionsdauer

Zeitraum (in Monaten)	Häufigkeit	%	Gültige %	Kumulierte %
3	1	0,8	0,9	0,9
4	3	2,4	2,7	3,6
5	3	2,4	2,7	6,3
6	11	8,7	9,9	16,2
7	5	3,9	4,5	20,7
8	7	5,5	6,3	27,0
9	10	7,9	9,0	36,0
10	9	7,1	8,1	44,1
11	7	5,5	6,3	50,5

Zeitraum (in Monaten)	Häufigkeit	%	Gültige %	Kumulierte %
12	13	10,2	11,7	62,2
13	6	4,7	5,4	67,6
14	7	5,5	6,3	73,9
15	15	11,8	13,5	87,4
16	4	3,1	3,6	91,0
18	3	2,4	2,7	93,7
19	1	0,8	0,9	94,6
20	3	2,4	2,7	97,3
22	1	0,8	0,9	98,2
25	1	0,8	0,9	99,1
27	1	0,8	0,9	100,0
Gültige Fälle Gesamt	111	87,4	100,0	
Fehlend (keine UK-Therapie)	16	12,6		
Gesamt	127	100,0		

Basierend auf den längeren Interventionszeiträumen als ursprünglich geplant, ergaben sich in vielen Fällen verlängerte Befragungszeiträume in beiden Gruppen. Diese werden in der Tabelle 8 für die nVF-Gruppe und in der Tabelle 9 für die SV-Gruppe dargestellt. Es handelt sich dabei um den Zeitraum in Monaten zwischen dem Eingang der Einwilligungserklärung und dem Eingang des T2-Fragebogens. Die Befragungszeiträume erstrecken sich mindestens über 5 und maximal über 32 Monate. In etwa der Hälfte der nVF-Fälle konnten die Erhebungen unter 16 Monaten abgeschlossen werden. Die Befragungszeiträume lagen in der SV-Gruppe bei etwa 50 % der Fälle unter 9 Monaten (min. 4, max. 29) und waren auch in der Vergleichsgruppe deutlich länger als geplant, weil ähnlich wie bei der nVF-Gruppe oftmals mehrere Monate zwischen der UK-Diagnostik und -Beratung und dem Hilfsmittelerhalt lagen. In der Folge mussten die Befragungszeiträume sinnvoll angepasst werden.

Tabelle 8: Befragungsdauer in der nVF

Zeitraum (in Monaten)	Häufigkeit	%	Gültige %	Kumulierte %
5	1	0,8	0,8	0,8
6	2	1,6	1,6	2,4
7	7	5,5	5,5	7,9
8	7	5,5	5,5	13,4
9	3	2,4	2,4	15,7
10	6	4,7	4,7	20,5
11	3	2,4	2,4	22,8
12	4	3,1	3,1	26,0
13	9	7,1	7,1	33,1
14	6	4,7	4,7	37,8
15	8	6,3	6,3	44,1
16	10	7,9	7,9	52,0
17	12	9,4	9,4	61,4

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

Zeitraum (in Monaten)	Häufigkeit	%	Gültige %	Kumulierte %
18	7	5,5	5,5	66,9
19	9	7,1	7,1	74,0
20	7	5,5	5,5	79,5
21	6	4,7	4,7	84,3
22	6	4,7	4,7	89,0
23	3	2,4	2,4	91,3
24	5	3,9	3,9	95,3
26	1	0,8	0,8	96,1
27	1	0,8	0,8	96,9
28	2	1,6	1,6	98,4
30	1	0,8	0,8	99,2
32	1	0,8	0,8	100,0
Gesamt	127	100,0	100,0	

Tabelle 9: Befragungsdauer in der SV

Zeitraum (in Monaten)	Häufigkeit	%	Gültige %	Kumulierte %
4	5	5,5	5,5	5,5
5	8	8,8	8,8	14,3
6	5	5,5	5,5	19,8
7	8	8,8	8,8	28,6
8	13	14,3	14,3	42,9
9	15	16,5	16,5	59,3
10	5	5,5	5,5	64,8
11	6	6,6	6,6	71,4
12	3	3,3	3,3	74,7
13	1	1,1	1,1	75,8
14	4	4,4	4,4	80,2
15	1	1,1	1,1	81,3
16	2	2,2	2,2	83,5
18	5	5,5	5,5	89,0
19	4	4,4	4,4	93,4
20	1	1,1	1,1	94,5
23	3	3,3	3,3	97,8
24	1	1,1	1,1	98,9
29	1	1,1	1,1	100,0
Gesamt	91	100,0	100,0	

Die Umsetzung der Intervention in der nVF-Gruppe weist eine gewisse Heterogenität in Bezug auf die Umsetzung der Elemente der Intervention auf. Zudem stellten sich die Interventionszeiträume als wesentlich länger heraus als geplant. In der Folge verlängerten sich auch die Beobachtungszeiträume für die Evaluation.

4.4.2 Abweichungen von der nVF

Die UK-Therapeut*innen berichteten in den Fokusgruppeninterviews von verschiedenen Abweichungen von der ursprünglich geplanten nVF, die sich im Rahmen der Implementierung ergeben hätten. Hier wurde beispielsweise aufgeführt, dass die personelle Umsetzung nicht wie geplant verlief, da z. B. während des Projekts die Stelle der leitenden UK-Therapeut*in gewechselt werden musste und aufgrund dessen die Rekrutierung und Intervention pausieren musste. Die personelle Ausstattung war zudem nicht ausreichend, um wie ursprünglich geplant die Fälle mehr untereinander aufzuteilen, sodass jede/jeder UK-Therapeut*in einen Fall vollständig begleitete (UK-Diagnostik und -Beratung, Patient*innentraining, UK-Therapie, Case Management). Zudem wurden anders als geplant, die meistens UK-Therapien nicht in dem UK-Kompetenzzentrum, sondern bei den teilnehmenden Bezugspersonen (zu Hause oder in den Einrichtungen) durchgeführt. Diese Abweichung wurde jedoch als durchaus positiv wahrgenommen, brachte jedoch auch erhöhten Aufwand seitens der UK-Kompetenzzentren mit sich. Des Weiteren konnten die Therapiesitzungen nicht wie anfänglich geplant durchweg wöchentlich angeboten bzw. durchgeführt werden. Dies läge sowohl an den zeitlichen Kapazitäten der UK-Kompetenzzentren als auch an Kapazitäten der nVF-Teilnehmenden selbst. In einigen Fällen ergaben sich auch in der nVF-Gruppe trotz der Kooperation mit der am Projekt teilnehmenden Krankenkasse Probleme in der Bewilligung von Leistungen, die in der Folge zu Problemen in der Durchführung der nVF führten, z. B. Ablehnungen der Hilfsmittelbeantragung.

Abweichungen in der nVF ergaben sich durch Personalwechsel in den UK-Kompetenzzentren, die die Arbeitsteilung in der UK-Versorgung beeinflussten, durch die Verlagerung von Therapiesitzungen hin zu den UK-Nutzer*innen, durch unterschiedliche Taktungen der Therapietermine sowie durch Probleme in der Bewilligung von UK-Hilfsmitteln.

4.4.3 Ressourcen für die Umsetzung der nVF

Für die Implementierung der nVF wurden seitens der UK-Kompetenzzentren verschiedene Ressourcen benötigt. Die UK-Therapeut*innen berichteten in den Fokusgruppeninterviews, dass es vor allem für die Durchführung des Case Managements Ressourcen bedurfte. Diesbezüglich absolvierten die UK-Therapeut*innen im Vorfeld eine Case Management Schulung. Von den UK-Therapeut*innen wurde außerdem gefordert sich in die nVF spezifischen Materialien einzuarbeiten, die strukturellen Abläufe in den UK-Kompetenzzentren entsprechend zu adaptieren sowie den weiteren involvierten UK-Therapeut*innen diese Veränderungen zu vermitteln. Darüber hinaus berichteten die UK-Therapeut*innen über die erforderliche Anschaffung von UK-Hilfsmitteln zur Beratung, für die jedoch ein Budget aus Projektmitteln zur Verfügung stand. Zudem schätzten die UK-Therapeut*innen eine ausreichende Methodenerfahrung bzgl. der Kommunikationshilfe als erforderlich ein.

4.4.4 Implementierungsprozess

Ablauf der nVF

Die nVF-Teilnehmenden sollten zunächst eine unabhängige UK-Diagnostik und -Beratung, dann ein Patient*innentraining mit 4 Einheiten und dann eine UK-Therapie mit 20 Einheiten erhalten. Begleitet wurde die gesamte nVF von einem Case Management. Wenn sich nach dem Patient*innentraining gezeigt habe, dass kein Bedarf für eine UK-Therapie bestand, entfiel diese entsprechend. Auch wenn die wesentlichen Elemente der Intervention standardisiert verliefen, mussten Details der Intervention auf den Einzelfall abgestimmt werden. Zum einen waren pro Fall unterschiedliche Stakeholder am UK-Netzwerk beteiligt. Zum anderen unterschieden sich die einzelnen Fälle nach dem Ort der Durchführung der Patient*innentrainings und UK-Therapien (zu Hause, UK-Kompetenzzentrum, in Einrichtungen wie Schulen, Kindergärten oder Werkstätten). Um alle relevanten Stakeholder einzubeziehen, wurde in der Regel direkt zu Beginn klar definiert, wer welche Aufgaben in der UK-Versorgung übernimmt:

*„Also auch Eltern und Lehrer und so möglichst am Anfang klar zu machen, das ist hier richtig Arbeit. Und das müsst ihr euch aufteilen, ne? Also es geht nicht, dass die Lehrer dafür verantwortlich gemacht werden, dass das Gerät programmiert wird.“ (B1BT1M#1, UK-Therapeut*in, 191)*

UK-Therapeut*innen berichteten in den Fokusgruppeninterviews, dass sie sich die Fälle aufteilten und die UK-Nutzer*innen in der Regel über den gesamten Prozess der nVF betreuten. In der Regel übernahmen sie auch das Case Management.

UK-Diagnostik und -Beratung

Die UK-Therapeut*innen berichteten in den Fokusgruppeninterviews, dass die UK-Diagnostik und -Beratung in der Regel über zwei Termine stattfand. Während eines vorgelagerten telefonischen Erstgesprächs seien bereits wichtige Fragen beispielsweise hinsichtlich der Art der Behinderung, Alter, Wohnsituation und relevanter Stakeholder geklärt worden. Da die UK-Therapeut*innen unterschiedliche Schwerpunkte (z. B. Autismus) besaßen, seien die UK-Nutzer*innen passend zugeordnet worden. Anschließend wurde der erste Beratungstermin vereinbart, der überwiegend in dem UK-Kompetenzzentrum stattfand. Es wurden meistens zwei Termine benötigt, da neben der Erprobung verschiedener UK-Hilfsmittel auch eine Sprachdiagnostik durchgeführt wurde, die UK-Nutzer*innen sich zunächst mit den Räumlichkeiten vertraut machen mussten und die Aufmerksamkeitsspanne der UK-Nutzer*innen oftmals eingeschränkt sei. Außerdem seien beim ersten Treffen in den meisten Fällen nur die engsten Bezugspersonen z. B. die Eltern und der/die UK-Nutzer*in anwesend gewesen, weil der Fokus auf dem/der UK-Nutzer*in liegen sollte. Beim zweiten Treffen seien dann alle relevanten Stakeholder an einen Tisch geholt worden und es wurde versucht den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Stakeholder gerecht zu werden:

„[...] die Erstberatung ist wirklich ganz häufig, dass die nur mit den engsten Bezugspersonen halt stattfindet, mit den Eltern. [...] weil einfach der Fokus da auf dem Klienten erst mal liegen soll. [...] Und dann gehen wir in den sogenannten runden Tisch halt rein, der findet eigentlich immer in der Institution statt, in der derjenige, ja, seinen Großteil des Tages verbringt. [...] und dann an diesem runden Tisch nehmen dann die Angehörigen, gesetzlichen Betreuer halt teil. Der Betroffene selber, wenn möglich, ja, die Lehrer, [...] sämtliche therapeutische Gruppen, werden zunächst erst mal dazu eingeladen [...]. Und im Rahmen dieses runden Tisches wird dann das Ergebnis der Diagnostik im Prinzip vorgestellt und es wird gemeinsam überlegt, was könnte eine gute Versorgungsform für das Kind sein, einmal

*gemessen an den Fähigkeiten und Fertigkeiten, aber auch dem, was sich das Umfeld für das Kind vorstellen kann.“ (B3ATM#1, UK-Therapeut*in, 22)*

Anschließend sei ein Gutachten mit der Formulierung von ICF-orientierten Zielen und der Empfehlung für eine Kommunikationshilfe verfasst worden. Ziel der UK-Diagnostik und -Beratung sei die Erprobung verschiedener Kommunikationshilfen und das Zusammenbringen aller relevanten Stakeholder, um schließlich die für alle Beteiligten am besten geeignete Kommunikationshilfe empfehlen zu können.

Beantragung des UK-Hilfsmittels

Wurde sich bei der UK-Diagnostik und -Beratung für ein verschreibungspflichtiges UK-Hilfsmittel entschieden, musste vor dem Patient*innentraining zunächst das UK-Hilfsmittel bei der Krankenkasse beantragt werden, oftmals mit Unterstützung des UK-Kompetenzzentrums. Zusätzlich bestünde eine gesetzliche Beratungspflicht durch Hilfsmittelfirmen, die ebenfalls vor der Beantragung erfolgen müsste. Hier wurde in den Fokusgruppeninterviews berichtet, dass UK-Therapeut*innen nach der UK-Diagnostik und -Beratung oftmals mit der jeweiligen Hilfsmittelfirma telefonierten und ihnen die Empfehlung für ein UK-Hilfsmittel erläutern würden, um darauf hinzuwirken, dass die Hilfsmittelfirmen in ihrer folgenden eigenen Beratung möglichst dieselbe Empfehlung aussprachen. Die darauffolgende Beantragung des UK-Hilfsmittels bei der Krankenkasse verlaufe sehr heterogen – insbesondere hinsichtlich der Dauer bis zur Bewilligung und Auslieferung des UK-Hilfsmittels. In manchen Fällen sei alles reibungslos verlaufen und in anderen Fällen dauerte die Beantragung und Auslieferung mehrere Monate. Nicht selten hätten Widersprüche eingereicht werden müssen oder es seien schließlich nicht alle beantragten Mittel bewilligt worden, z. B. eine Halterung zur Befestigung am Rollstuhl. Diese Heterogenität hänge laut UK-Therapeut*innen oft mit der Art des UK-Hilfsmittels und/oder der/dem individuellen Sachbearbeiter*in der Krankenkasse zusammen. Demzufolge fiel die Zeitspanne zwischen UK-Diagnostik und -Beratung und Beginn des Patient*innentrainings, für den der Erhalt des UK-Hilfsmittels Voraussetzung ist, bei den nVF-Teilnehmenden sehr unterschiedlich aus (Kapitel 4.4.1).

Patient*innentraining

In den Einheiten des Patient*innentrainings sei es vor allem darum gegangen, sicherzustellen, dass die Patient*innen und alternativ die Bezugspersonen fähig sind, die Kommunikationshilfe einzusetzen. Diesbezüglich seien viele organisatorische und technische Fragen rund um die Nutzung der Kommunikationshilfe beantwortet worden – wie folgendes Zitat zeigt:

*„[...] das Patient*innentraining auf der einen Seite für so technische Fragen. [...] Weiß jeder, wie das Gerät geladen wird, wie es ausgepackt, wie es hingestellt wird, wo es eingeschaltet wird? Wie eine *Hilfsmittel_Augensteuerung* eingestellt wird. [...] Das fängt an mit der [sic! Halterung], die eingestellt werden muss, mit dem Abstand zum Gesicht. Mit der Position des [...] Winkel des Geräts, [...], das ist (leicht lachend) echt eine Riesenbaustelle manchmal, wie du sagst, dass man das mehrere Mitarbeiter dann oder Bezugspersonen wirklich gut vermitteln, damit da die Basis überhaupt dafür gelegt ist, dass das Gerät dann benutzt werden kann. [...] Oder auch viel [...] rundum Vokabular, ne? Mit welchem Vokabular wollen wir arbeiten? Oft sind ja verschiedene Vokabulare auf einem Gerät enthalten, das ist dann so die erste Entscheidung. Und dann muss [...] das Vokabular ja aber auch noch so ein bisschen individualisiert werden. Dann müssen persönliche Dinge eingepflegt werden wie Fotos von Personen, die wichtig sind oder Hobbys oder Lieblingsthemen oder Lieblingspeisen [...] Das braucht schon am Anfang echt Zeit. Aber ohne das hat man ja nichts,*

*was man dann nachher im Alltag nutzen kann. [...] Bevor wir dann sagen, okay, das ist jetzt das System, was wir quasi in den Alltag mitnehmen, in die Therapie, und dann sehen wir, ob es funktioniert, ne?“ (B2BT1M#1, UK-Therapeut*in, 29)*

Die durch das Patient*innentraining erlangten Fähigkeiten stellten die Basis für die nachfolgenden UK-Therapie dar. Im Rahmen des Patient*innentrainings seien zudem UK-Therapieziele erarbeitet worden.

UK-Therapie

In der UK-Therapie würde vor allem der Einsatz und Transfer der neuen Kommunikationshilfe in die verschiedenen Alltagssituationen geübt, um die Nutzung sicherzustellen:

*„Während dann in der Therapie hab ich wirklich auch den Eindruck, es so wirklich, um so den ganz konkreten Einsatz geht. Also um eine Situation, ein alltägliches Kommunikationssystem ist das bei mir häufig, ich komme viel in Erwachsenenrichtungen rum. Und dann bin ich mit bei dem Essen dabei, da bin ich in einer Arbeitsphase, in der Werkstatt dabei und das, was dann da grade Thema ist, einzubinden, zu modeln, wie du sagst, ne? Mit dem Gerät, mit der Hilfe, die dann jetzt nun da ist, und dadurch ein Modell zu sein für alle anderen Bezugspersonen. Guckt mal, so könntet ihr mit demjenigen im Alltag einfach umgehen. [...] Also da krieg ich noch mal so viele Nebeninformationen, um dann zu sehen, wo sind noch sozusagen Baustellen übrig, die ich noch bearbeiten muss in den nächsten Einheiten.“ (B2BT1M#1, UK-Therapeut*in, 29)*

Case Management

Das Case Management sei in der Regel von den UK-Therapeut*innen durchgeführt worden, die auch die UK-Diagnostik und -Beratung, das Patient*innentraining und die UK-Therapie durchgeführt haben. Die Case Manager*innen besäßen demnach die Gesamtverantwortung für den UK-Versorgungsprozess und dessen Koordination. Insbesondere komplexere Fälle, die mehr Unterstützung bedürften (z. B. in der Antragstellung), wurden im Rahmen des Case Managements unterstützt. Die Case Manager*innen besäßen dabei den Blick auf die Gesamtsituation der UK-Nutzer*innen und des Versorgungsprozesses. Sie sollten jederzeit im Falle von Problemen und/oder Fragen erreichbar sein. Folgendes Zitat führt die Aufgaben des Case Managements auf:

*„Die Case Managerin, die muss den roten Faden in der Hand behalten. [...] Die muss klar haben, okay, Interview ist jetzt erfolgt. Hat denn die Beratung stattgefunden [...]. Die muss im Auge halten, hey, ist jetzt das Gutachten raus, [...] was ist mit den elektronischen Hilfsmitteln. Und natürlich kann die da und soll die auch Support geben, [...] wenn es klemmt und da was nicht geliefert wird, ja? Oder wenn Widersprüche eingelegt werden müssen, das ist das, was oft das System nicht kann, weil die natürlich in einem System leben mit behinderten Kindern [...]. Und dann muss die wieder gucken, [...] ist das Patient*innentraining, kann jetzt stattfinden? Findet das statt, ist das gut abgelaufen? [...] aber wichtig ist, glaub ich, da auch die Dokumentation und zu sagen, das ist unsere Aufgabe und es gibt aber auch Grenzen. Aber das ist ein großer Unterschied zu früher, dass das überhaupt mitgedacht ist, dass es so kompliziert ist, dass es nicht punktuell okay ist, das ist ein Riesenunterschied.“ (B2AT1M#1, UK-Therapeut*in, 59)*

Neben den aufgeführten unterstützenden Aufgaben, führe der/die Case Manager*in zudem eine Netzwerkanalyse durch, identifiziere die relevanten Stakeholder und bringe diese

zusammen an einen Tisch. Das Case Management ermögliche so einen Informationsaustausch zwischen den Stakeholdern und informiere über aktuelle Entwicklungen in der UK-Versorgung der/des UK-Nutzer*in.

*„Aber gerade dafür finde ich eben, wie ich eben sagte, dieses Case Management, dieses Informationen weitergeben so wichtig, ne? Dass wenn so eine Highlightsituation irgendwo war, dass alle anderen Bezugspersonen davon wissen, dass es so ein Highlight gab. Weil wenn die nicht davon wissen, dann werden sie vielleicht einschätzen, oh, da ist nix passiert. Das macht keinen Sinn, das verbessert gar nicht die Kommunikation, geschweige denn die Lebensqualität. Ne?“ (B2BT1M#1, UK-Therapeut*in, 157)*

Die Relevanz des Case Managements für die gesamte Umsetzung der nVF wird durch folgendes Zitat nochmals hervorgehoben:

*„Und prinzipiell denken wir, dass das Case Management unabdingbar ist. Dass es Erfolgsgarant ist dafür, dass überhaupt was umgesetzt wird.“ (B2AT1N#1, UK-Therapeut*in, 40)*

Die Intervention beginnt mit der Klärung von Rollen und Abläufen. Darauf folgt die UK-Diagnostik und -Beratung, die Beantragung und Auslieferung des UK-Hilfsmittels, das Patient*innentraining, die UK-Therapie sowie das begleitende Case Management.

4.5 Ergebnisse zu den Wirkweisen der Implementierung der nVF

4.5.1 Erfahrungen der Stakeholder und der UK-Nutzer*innen mit der nVF

Es werden nachfolgend sowohl qualitative als auch quantitative Ergebnisse zu den Wirkweisen der Implementierung der nVF aufgeführt. Diese Ergebnisse beziehen sich auf die formativen Fragestellungen (2, 3 und 4) zur Bewertung der nVF durch die Beteiligten und deren Erfahrungen. Die untenstehenden Ergebnisse der quantitativen Befragung zur Bewertung der nVF (UK-Diagnostik und -Beratung, Patient*innentraining, UK-Therapie und Case Management) beziehen sich auf alle Bezugspersonen, ohne nach fachlichem bzw. privatem Bezug zu unterscheiden. Deskriptive Ergebnisse werden nur für das Analysesample dargestellt (mindestens T0 und T2 Daten liegen von mindestens einer Bezugsperson vor).

Bewertung der UK-Diagnostik und -Beratung

Im Folgenden werden deskriptive Ergebnisse zur Bewertung der UK-Diagnostik und -Beratung dargestellt, die beide Gruppen (nVF und SV) vor T0 erhalten haben. Beide Gruppen bewerten die UK-Diagnostik und -Beratung äußerst positiv. Der Mittelwert liegt in der SV-Gruppe geringfügig, aber signifikant über dem der nVF-Gruppe. Da die UK-Diagnostik und -Beratung in beiden Gruppen gleichermaßen stattfinden sollte, war kein Unterschied in der Bewertung zu erwarten und der geringe Mittelwertunterschied unterstreicht dies – trotz der statistischen Signifikanz (Tabelle 10 und Abbildung 10).

Tabelle 10: Ergebnisse zur Bewertung der UK-Diagnostik und -Beratung durch Bezugspersonen

Versorgungsform	n	MW	SD	Mann-Whitney-U-Test (p)
nVF	193	3,68	0,49	0,037*
SV	123	3,72	0,53	
Insgesamt	316	3,69	0,51	

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse sind markiert mit *. p=Signifikanzniveau: **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau. Abkürzungen: MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung

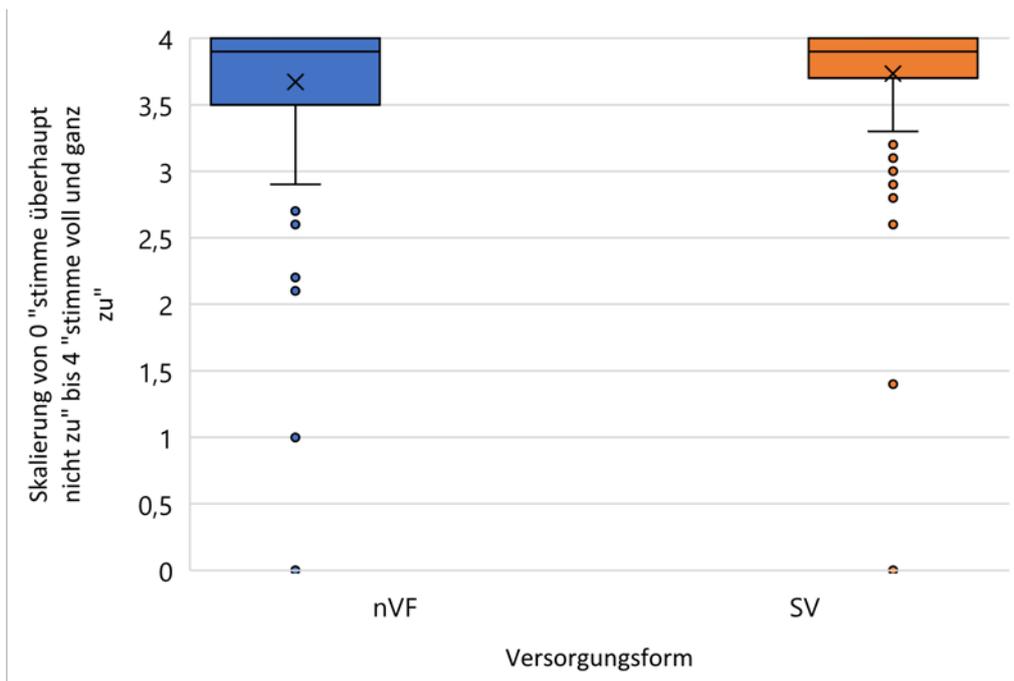


Abbildung 10: Graphische Darstellung der Ergebnisse zur Bewertung der UK-Diagnostik und -Beratung durch Bezugspersonen (nVF n=193; SV n=123)

Bewertung des Patient*innentrainings

Im Folgenden werden deskriptive Ergebnisse zur Bewertung des Patient*innentrainings dargestellt, die nur die Interventionsgruppe nVF erhalten hat. Die Daten wurden zum T1-Zeitpunkt erhoben. Die nVF-Gruppe bewertet das Patient*innentraining ähnlich positiv wie die UK-Diagnostik und -Beratung.

Tabelle 11: Ergebnisse zur Bewertung des Patient*innentrainings durch Bezugspersonen

Versorgungsform	n	MW	SD
nVF	108	3,46	0,53

Abkürzungen: MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung

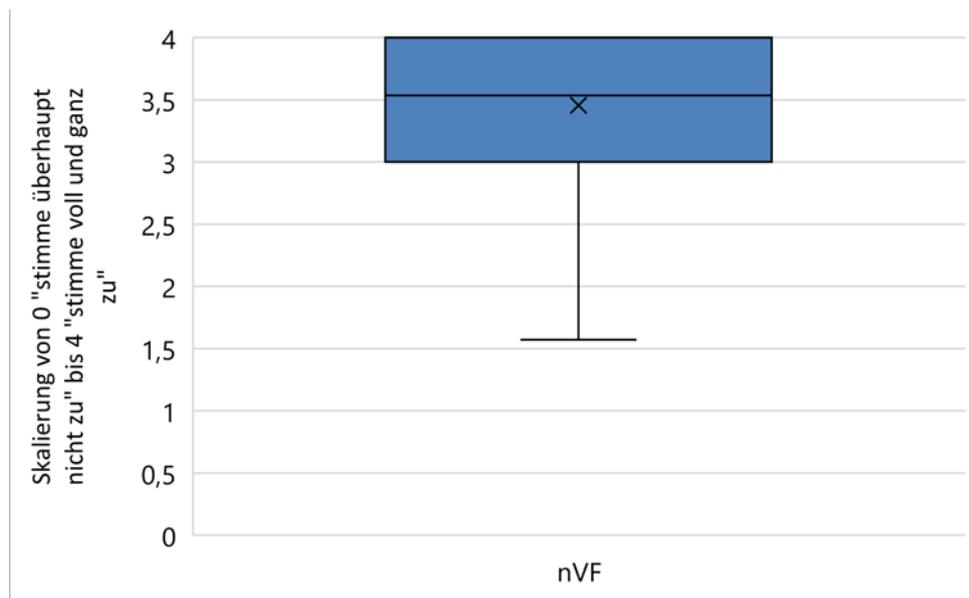


Abbildung 11: Graphische Darstellung der Ergebnisse zur Bewertung des Patient*innentrainings durch Bezugspersonen (nVF n=108)

Bewertung der UK-Therapie

Im Folgenden werden deskriptive Ergebnisse zur Bewertung der UK-Therapie dargestellt, die ebenfalls nur die Interventionsgruppe nVF erhalten hat. Die Daten wurden zum T2-Zeitpunkt erhoben. Die nVF-Gruppe bewertet auch die UK-Therapie als sehr positiv.

Tabelle 12: Ergebnisse zur Bewertung der UK-Therapie durch Bezugspersonen

Versorgungsform	n	MW	SD
nVF	110	3,59	0,53

Abkürzungen: MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung

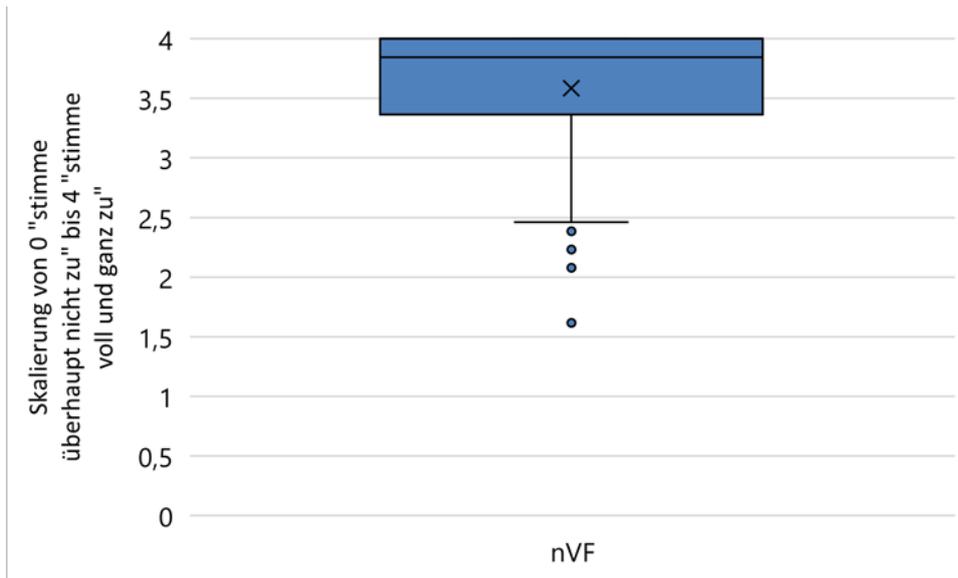


Abbildung 12: Graphische Darstellung der Ergebnisse zur Bewertung der UK-Therapie durch Bezugspersonen (nVF n=110)

Bewertung der UK-Therapeut*innen

Im Folgenden werden deskriptive Ergebnisse zur Bewertung der an den teilnehmenden UK-Kompetenzzentren tätigen UK-Therapeut*innen während der Intervention dargestellt. Die Daten wurden zum T2-Zeitpunkt erhoben. Die Bewertung der UK-Therapeut*innen erreicht hier nahezu Maximalwerte.

Tabelle 13: Ergebnisse zur Bewertung der UK-Therapeut*innen durch Bezugspersonen

Versorgungsform	n	MW	SD
nVF	111	3,94	0,23

Abkürzungen: MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung

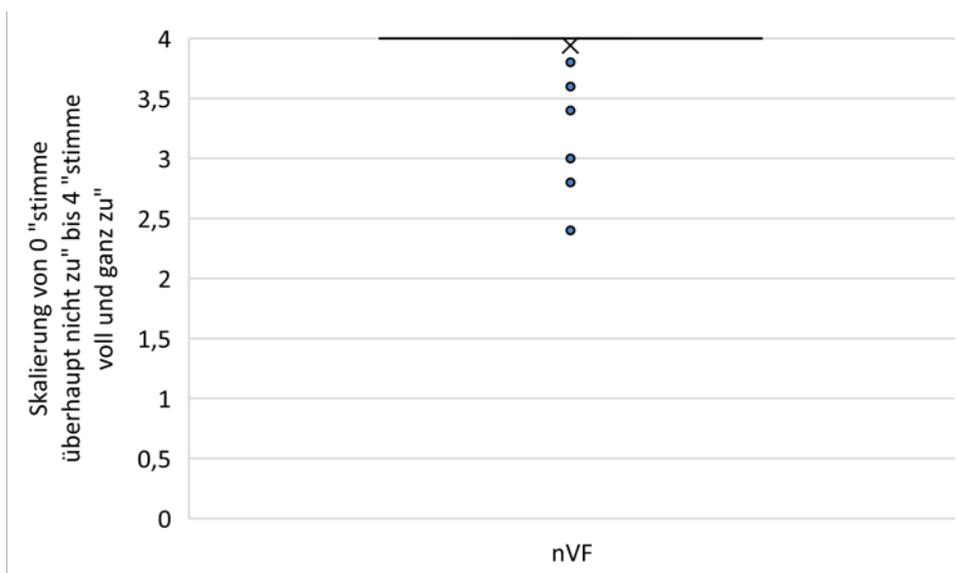


Abbildung 13: Graphische Darstellung der Ergebnisse zur Bewertung der UK-Therapeut*innen durch Bezugspersonen (nVF n=111)

Die Bezugspersonen in der nVF und der SV bewerten die UK-Diagnostik und -Beratung als ähnlich positiv mit geringfügig höherer Zufriedenheit in der SV-Gruppe. Bezugspersonen in der nVF bewerten auch das Patient*innentraining, die UK-Therapie sowie die UK-Therapeut*innen als sehr gut bis ausgezeichnet.

Case Management: Bewertung der Unterstützung

Im Folgenden werden deskriptive Ergebnisse zur Bewertung des Case Managements, das nur die Interventionsgruppe nVF erhalten hat, dargestellt. Die Daten wurden zum Vergleich auch in der SV-Gruppe erhoben, da die UK- Diagnostik und -Beratung ebenfalls teilweise bereits auf Ziele des Case Managements hinwirkt und somit untersucht werden sollte, ob die nVF darüber hinaus einen Mehrwert besitzt. Die Daten wurden zum T1-Zeitpunkt (4 Items) und zum T2-Zeitpunkt (2 Items) erhoben. Die Bezugspersonen der nVF-Gruppe berichteten bei allen nachfolgenden Items, außer bei der Beantragung des UK-Hilfsmittels, signifikant bessere Werte als in der SV-Gruppe. Zu T2 wurde ein Zuwachs an Unterstützung im Vergleich zu T1 wahrgenommen.

Tabelle 14: Ergebnisse zur Bewertung des Case Managements zum T1-Zeitpunkt

Wie viel Unterstützung haben Sie während der UK-Versorgung von der Beratungsstelle erhalten...							
Iteminhalt	nVF			SV			Mann-Whitney-U-Test (p)
	n	MW	SD	n	MW	SD	
1. ... bei der Beantragung der neuen alternativen Kommunikationsform?	141	3,12	1,09	70	2,86	1,24	0,112
2. ... bei der Einbindung des Umfeldes (z. B. Familie, Kita, Werkstatt) der betreuten Person in die Nutzung der neuen alternativen Kommunikationsform?	152	2,77	1,07	74	1,85	1,29	<0,001**
3. ... bei der Festlegung eines gemeinsamen Ziels der UK-Versorgung?	165	2,92	1,03	74	2,11	1,35	<0,001**
4. ... bei der Verfolgung des festgelegten gemeinsamen Ziels der UK-Versorgung?	161	2,86	1,06	70	1,44	1,33	<0,001**

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse sind markiert mit *. p=Signifikanzniveau: **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau. Abkürzungen: MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung

Tabelle 15: Ergebnisse zur Bewertung des Case Managements zum T2-Zeitpunkt

Wie viel Unterstützung haben Sie während der UK-Versorgung von der Beratungsstelle erhalten...							
Iteminhalt	nVF			SV			Mann-Whitney-U-Test (p)
	n	MW	SD	n	MW	SD	
1. ... bei der Einbindung des Umfeldes (z. B. Familie, Kita, Werkstatt) der betreuten Person in die Nutzung der neuen alternativen Kommunikationsform?	164	2,96	1,06	90	1,98	1,53	<0,001**
2. ... bei der Verfolgung des festgelegten gemeinsamen Ziels der UK-Versorgung?	165	2,88	1,06	85	1,91	1,52	<0,001**

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse sind markiert mit *. p=Signifikanzniveau: **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau. Abkürzungen: MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung

Case Management: Erhebung der Unterstützungsbedarfe

Im Folgenden werden deskriptive Ergebnisse zu Unterstützungsbedarfen im Rahmen der UK-Versorgung dargestellt. Die Daten wurden sowohl in der nVF- als auch der SV-Gruppe erhoben, um eine Aussage über ungedeckte Bedarfe in beiden Gruppen treffen zu können. Die Daten wurden zum T1-Zeitpunkt (6 Items) und zum T2-Zeitpunkt (4 Items) erhoben. Die Bezugspersonen der nVF-Gruppe berichteten bei allen nachfolgenden Items, außer bei der Beantragung des UK-Hilfsmittels, geringere ungedeckte Unterstützungsbedarfe als in der SV-Gruppe. Insgesamt steigen die ungedeckten Unterstützungsbedarfe von T1 zu T2 in beiden Gruppen an.

Tabelle 16: Ergebnisse zu den Unterstützungsbedarfen zum T1-Zeitpunkt

Hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht bei...				
Iteminhalt	nVF		SV	
	Ja (n, gültige %)	Nein (n, gültige %)	Ja (n, gültige %)	Nein (n, gültige %)
1. ... der Beantragung der neuen alternativen Kommunikationsform?	19 (14,8)	109 (85,2)	14 (19,4)	58 (80,6)
2. ... der Vernetzung des Umfeldes?	34 (22,8)	115 (77,2)	36 (47,4)	40 (52,6)
3. ... der technischen Bedienung der neuen alternativen Kommunikationsform?	32 (23,9)	102 (76,1)	24 (33,3)	48 (66,7)
4. ... der fortlaufenden Anpassung der Inhalte (z. B. Programmieren neuer Mitteilungen, Basteln neuer Materialien)?	44 (31,0)	98 (69,0)	35 (49,3)	36 (50,7)
5. ... der Festlegung von Zielen der UK-Versorgung?	30 (19,5)	124 (80,5)	40 (51,9)	37 (48,1)
6. ... dem Einsatz der neuen alternativen Kommunikationsform im Alltag?	50 (31,3)	110 (68,8)	49 (63,6)	28 (36,4)

Hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht bei ...

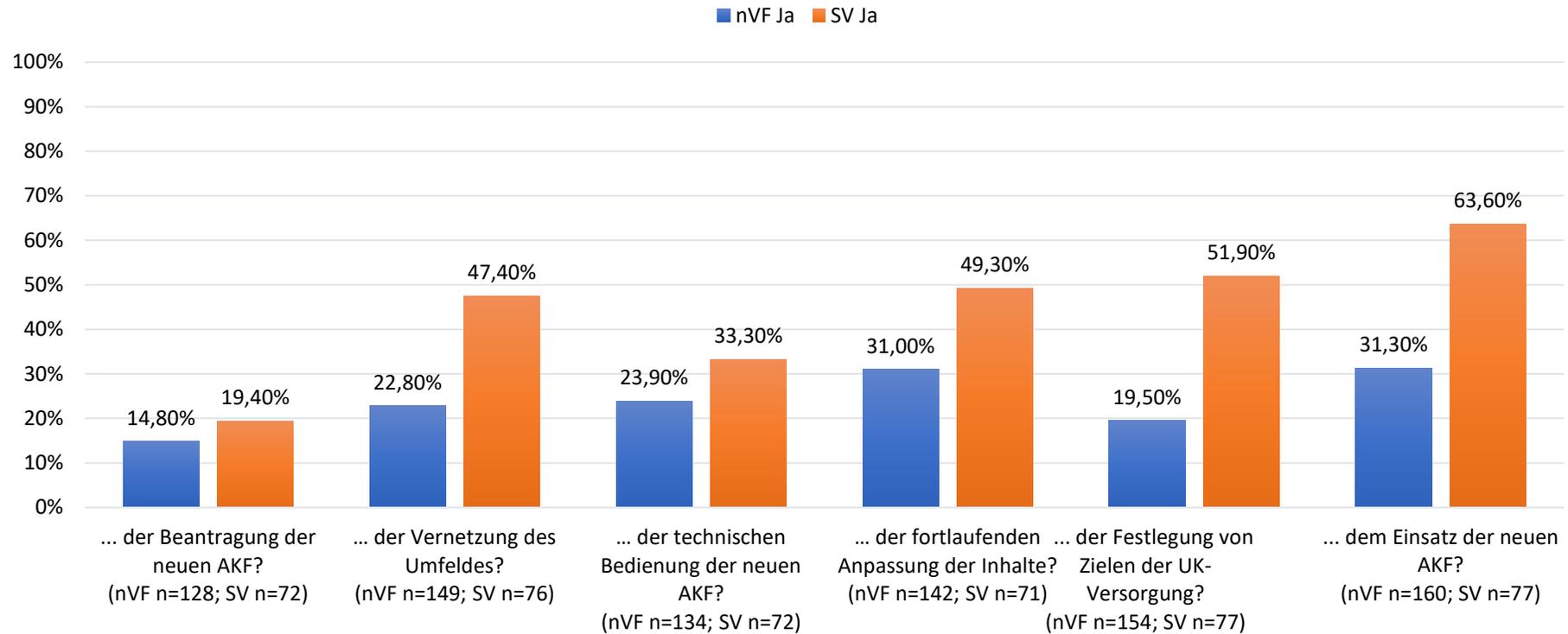


Abbildung 13: Graphische Darstellung der Ergebnisse zu den Unterstützungsbedarfen zum T1-Zeitpunkt

Tabelle 17: Ergebnisse zu den Unterstützungsbedarfen zum T2-Zeitpunkt

Hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht bei...				
Iteminhalt	nVF		SV	
	Ja n (gültige %)	Nein (n, gültige %)	Ja (n, gültige %)	Nein (n, gültige %)
1. ... der Vernetzung des Umfeldes?	42 (27,1)	113 (72,9)	48 (50,0)	48 (50,0)
2. ... der technischen Bedienung der neuen alternativen Kommunikationsform?	42 (29,4)	101 (70,6)	34 (38,2)	55 (61,8)
3. ... der fortlaufenden Anpassung der Inhalte (z. B. Programmieren neuer Mitteilungen, Basteln neuer Materialien)?	55 (35,3)	101 (64,7)	47 (53,4)	41 (46,6)
4. ... dem Einsatz der neuen alternativen Kommunikationsform im Alltag?	47 (28,8)	116 (71,2)	55 (60,4)	36 (39,6)

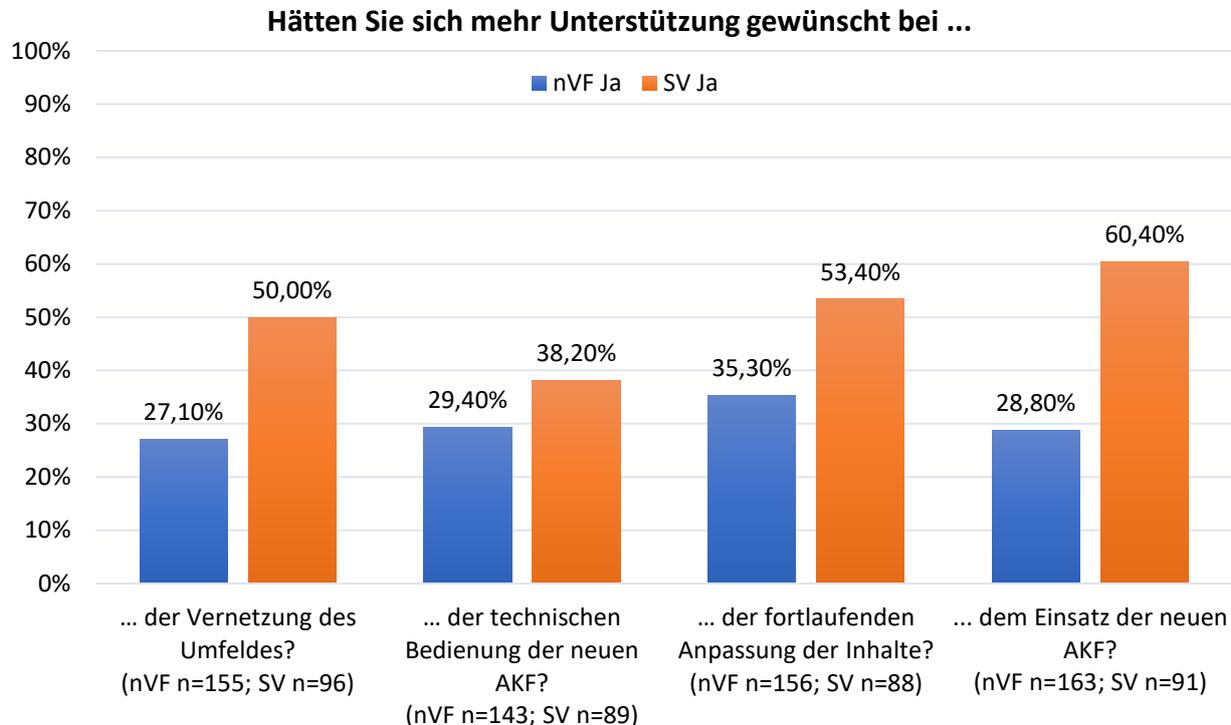


Abbildung 14: Graphische Darstellung der Ergebnisse zu den Unterstützungsbedarfen zum T2-Zeitpunkt

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).

Gesamtbewertung der UK-Versorgung

Im Folgenden werden deskriptive Ergebnisse zur Gesamtbewertung der erhaltenen UK-Versorgungsleistungen in beiden Gruppen (nVF und SV) dargestellt. Die Daten wurden zum T2-Zeitpunkt erhoben. Jeweils etwa ein Drittel bewertet das Verhältnis von Aufwand zum Nutzen der UK-Versorgung als ausgeglichen oder als vorteilhaft. Befragte der nVF-Gruppe beurteilen das Verhältnis in allen Kategorien etwas positiver als in der SV-Gruppe. Bei der Interpretation ist zu bedenken, dass die nVF-Gruppe aufgrund des Patient*innentrainings und der UK-Therapie einen deutlich höheren Aufwand hatte als die SV-Gruppe. Dennoch schätzen sie das Aufwand-Nutzen-Verhältnis als positiver ein, was für einen hohen subjektiven Nutzen spricht.

Alles in allem betrachtet, wie beurteilen Sie das Verhältnis von Aufwand zum Nutzen der UK-Versorgung, die Sie erhalten haben?

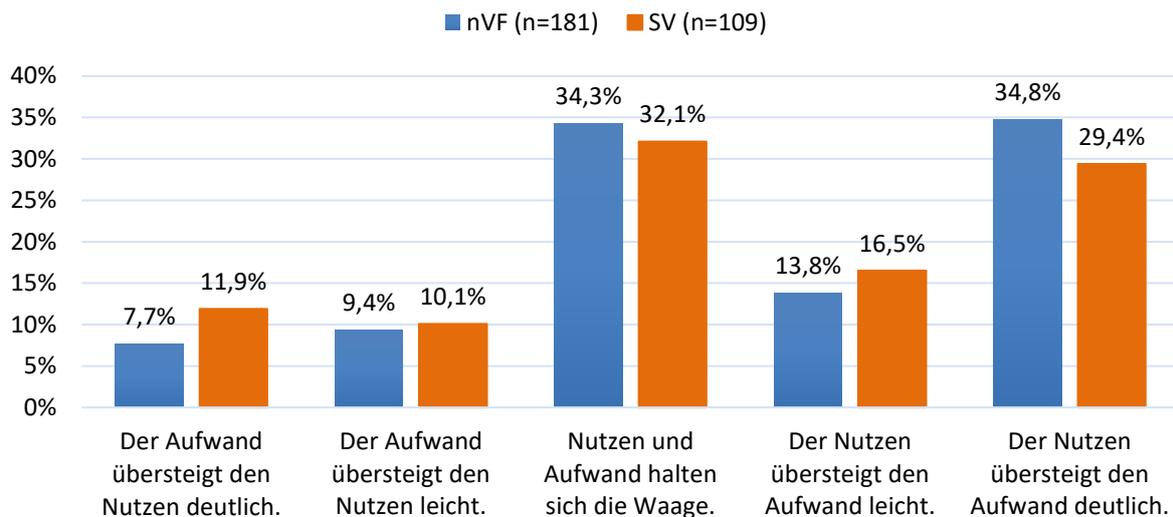


Abbildung 15: Graphische Darstellung der Ergebnisse zur Gesamtbewertung der UK-Versorgung

Die Bezugspersonen schätzten insgesamt den Nutzen der Intervention höher ein als den Aufwand, dennoch gab ein Drittel an, dass sich Nutzen und Aufwand die Waage hielten. Die Einschätzung fand in der nVF im Vergleich zur SV etwas stärker zugunsten des Nutzens statt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Aufwand in der nVF-Gruppe wesentlich größer ist als in der SV-Gruppe.

Erfahrungen der Stakeholder und der UK-Nutzer*innen mit der nVF: Auswertung der qualitativen Daten

Die Fokusgruppenteilnehmenden berichteten überwiegend positive Erfahrungen mit der nVF gemacht zu haben. Als positiv empfunden wurde insbesondere, dass die Entscheidung für eine Kommunikationshilfe gemeinsam mit allen Stakeholdern stattgefunden habe sowie dass bei der UK-Diagnostik und -Beratung auf die Wünsche und Bedürfnisse des/der UK-Nutzer*in eingegangen wurde.

Die Versorgung mit der Kommunikationshilfe mithilfe der Unterstützung des UK-Kompetenzzentrums sei sehr schnell und in den meisten Fällen problemlos verlaufen. Die interviewten fachlichen und privaten Bezugspersonen fühlten sich größtenteils sehr gut bei den UK-Kompetenzzentren aufgehoben, unterstützt und betreut. Die UK-Kompetenzzentren hätten viel Wissen weitergegeben und auch fachliche Bezugspersonen zum neuesten Wissenstand in der UK-Versorgung verholpen. Zudem sei seitens der UK-Kompetenzzentren gut auf die Bedürfnisse der UK-Nutzer*innen eingegangen worden:

*„Also ich sehe das auch sehr positiv. [...] Aber wir können schon sagen, das weiß ich von dem ersten Gespräch, also welches wir hier mit unserem Sohn hatten bei der *Name1*, dass mein Sohn sie angeguckt hat, er saß in seinem Rollstuhl [...] und sie hat angefangen, mit ihm zu kommunizieren. Und die Bildchen rauszuholen und zu sagen, möchtest du noch mal Seifenblasen und mein Kind, das hab ich später in das Auto gesetzt und es hatte so ein Lächeln. Das heißt, jemand hat versucht, meine Dinge, die ich mir wünsche, oder die ich möchte oder nicht möchte, anzuhören und mit mir einen Weg aufzubauen, wie er mit mir kommuniziert. Das hat er sehr ... als sehr, sehr positiv empfunden. Der ist wirklich wie so ein grinsendes Häschen da rausgegangen.“ (B6AT1B#2, Mutter, 150)*

Die Zusammenarbeit mit beispielsweise Eltern, Erzieher*innen, Lehrer*innen schien in vielen Fällen gut funktioniert zu haben, sodass die Stakeholder sich unter einander über die Kommunikationshilfe-Nutzung ausgetauscht und sich gegenseitig unterstützt hätten:

„[...] dass man oft halt mit vielen zusammengesessen hat [...] und dass am Anfang eben auch die Beratung offen war, dass man viele Sachen gemeinsam überlegt hat, was sinnvoll ist. Dass das auch alle so mittragen konnten. Also da war halt auch eine große Unterstützung da, und ich fand das sehr, sehr positiv.“ (B4AT1B#2, Lehrer, 35);

„Und das war super, dass wir uns mit so vielen Fachmenschen, jeder weiß ja was, auf den gleichen Nenner einigen konnten und einfach sagen, wir wollen alle das Gleiche fürs Kind. Und wir wollen auch alle mit dem gleichen Produkt arbeiten. Damit die Runde läuft. Also es war top. Also fanden wir richtig gut.“ (B4AT1B#1, Erzieherin, 61)

Die nVF habe ermöglicht, den Alltagstransfer sicherzustellen. Da die Einheiten z. T. in den Alltagssituationen stattgefunden hätten, konnte die Nutzung der Kommunikationshilfe situationsbezogen demonstriert werden:

*„Ich glaube, dass sowieso viele, ja, das Problem eigentlich haben, die Theorie bei den moderierten runden Tischen, ne? Die schöne Zielformulierung, wo eigentlich auch ganz deutlich ist, was jetzt gemacht wird, aber dann dieser Transfer in den Alltag, diese praktische Umsetzung, da scheitern ganz viele. Und das ist halt schön, durch diese Patient*innentrainings kann man dann mit in die Situation, in den Alltag reingehen und gemeinsam zeigen, ja, so geht's und so funktioniert es dann vielleicht auch. Und brauchen einfach*

*dieses Zugucken, Abgucken, Vormachen, dieses Modeling.“ (B5AT1M, UK-Therapeut*in, 136-137).*

Dadurch sei oftmals die Nicht-Nutzung eines UK-Hilfsmittels vermieden worden. Durch die enge Begleitung seien die Bezugspersonen motivierter und hätten ein höheres Verantwortungsgefühl die vereinbarten Ziele zu erreichen.

Durch Patient*innentraining und UK-Therapie sei die Nutzung in allen Lebensbereichen des/der UK-Nutzer*in betrachtet und somit eine einheitlichere und gemeinsame Nutzung erreicht worden. Dadurch, dass alle Stakeholder im Rahmen der nVF zu mehreren Zeitpunkten an einem Tisch saßen, hätten Entscheidungen besser gemeinsam getroffen werden können. Ebenfalls als positiv wurde der Aspekt wahrgenommen, dass das UK-Kompetenzzentrum als Anlaufstelle bei Fragen und Problemen aufgesucht werden konnte. Hierdurch hätten Unsicherheiten in der Nutzung schnell geklärt werden können.

Die interviewten UK-Therapeut*innen berichteten ebenfalls, dass sie größtenteils positive Rückmeldungen erhalten hätten. Die UK-Therapeut*innen hätten es zudem als sehr positiv empfunden, dass sie durch die aufsuchenden Termine intensiveren Kontakt zu den privaten Bezugspersonen hatten. Sie berichteten aber auch, dass es sehr darauf ankomme, welche Definition die Bezugspersonen von Kommunikation hätten. Demnach gäbe es auch Fälle, bei denen die Bezugspersonen die Kommunikationshilfe nicht zur interaktiven Kommunikation nutzen würden, sondern lediglich für die Erfüllung von Aufgaben wie Schulaufgaben. Es gäbe auch einzelne fachliche Bezugspersonen, die sich von der Anwesenheit der UK-Therapeut*innen in ihrer Einrichtung und den Terminen gestört oder belastet fühlten. Zudem wurde berichtet, dass sich einige private Bezugspersonen trotz der Intervention in der Nutzung der Kommunikationshilfe überfordert gefühlt und/oder Zweifel an der ausgewählten Kommunikationshilfe gehabt hätten. Dieses Problem zeigt ebenfalls folgendes Zitat einer privaten Bezugsperson:

„Für mich, es gibt bloß ganz, ganz leichten Widerspruch darin, was ich halt von Seiten praktisch des Zentrums oder der Schule so gesehen höre, ne? Und von dem, was ich einfach so nach meinem gesunden Menschenverstand denke. Ich denke immer, von der einen Seite höre ich, ja, da müsste man vielleicht noch ein neues Symbol schaffen. Ich denke mir, er kann doch zwischen zweien schon nicht zuverlässig unterscheiden. Die allerwichtigsten, fundamentalsten, wieso braucht er denn noch ein fünfundsiebzigstes Symbol? Ne?“ (B7AT1B#2, Vater, 87)

Auf die Frage, was sich durch die neue Kommunikationshilfe verändert habe, antworteten 3 von 8 Personen in den Einzelinterviews mit UK-Nutzer*innen, dass es ihnen vorher auch gut gegangen sei und 4 Personen äußerten, dass es ihnen vorher schlechter ging. Das Sprechen habe sich verändert, da viele der UK-Nutzer*innen vorher anders kommuniziert haben und es ihnen durch die neue Kommunikationshilfe nun z. T. leichter fiel sich mitzuteilen. Zudem ver helfe die Kommunikationshilfe zu mehr Eigenständigkeit im Alltag, beispielsweise die Musikanlage oder den Fernseher selbst bedienen zu können.

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 sowie das UK-Kompetenzzentrum als Anlaufstelle bei Fragen und Problemen. Probleme in der Umsetzung entstünden durch mangelnde individuelle Motivation und Ressourcen der Beteiligten sowie durch Überforderung.

4.5.2 Veränderungen des Arbeitsaufwands und -ablaufs

Die Mitarbeitenden der UK-Kompetenzzentren berichteten in den Fokusgruppeninterviews überwiegend, dass es im Arbeitsablauf und -aufwand bezüglich der UK-Diagnostik keine großen Veränderungen gegeben hätte. Dagegen hätte sich die Organisation und die Administration der Arbeitsabläufe sehr verändert. Es wurden viele Kapazitäten benötigt, um die Abläufe der nVF zu organisieren und umzusetzen:

*„Die Abläufe, das rockt uns bis heute. Und ehrlich gesagt, ist das auch was zu sagen, als da mitzumachen in einem gemeinnützigen Institut, das bringt ... das hat uns am Anfang an Kapazitätsgrenzen gebracht. Weil wir uns das nicht so vorgestellt haben.“ (B2AT1M#1, UK-Therapeut*in, 72)*

Zudem hätte die nVF personelle Kapazitäten benötigt, die nicht bei allen UK-Kompetenzzentren immer gegeben waren, wodurch sich der Arbeitsaufwand für die dort tätigen UK-Therapeut*innen nochmals erhöht habe. Vor allem die Terminplanung, die Fahrt- und Routenplanung sowie die logistische Planung sei sehr zeitaufwendig gewesen, wie dieses Zitat verdeutlicht:

*„Weil es einfach, ja, es ist ein irrer Zeitaufwand, sehr organisationsaufwendig, weil man muss sich natürlich immer langfristig vorher überlegen, was brauchst du für den Termin, wann bist du noch vorher da, wo du das mitnehmen (leicht lachend) kannst. Man muss auch berücksichtigen, dass es nicht ein anderer vielleicht in der Zwischenzeit auch braucht.“ (B1BT1M#1, UK-Therapeut*in, 61)*

Da die Trainings- und Therapieeinheiten nicht nur in dem UK-Kompetenzzentrum, sondern beispielsweise auch bei dem/der UK-Nutzer*in zu Hause, in der Werkstatt oder in der Schule stattgefunden hätten, musste viel Zeit für die Fahrwege eingeplant werden. Dies hätte die Planung erschwert, da Zeit für UK-Therapien weggefallen sei und die Fahrtkosten zudem nicht durch Projektgelder abgedeckt worden seien. Des Weiteren seien in vielen Fällen nicht alle beantragten UK-Hilfsmittel von der Krankenkasse genehmigt und/oder durch eine andere als die empfohlene Hilfsmittelfirma versorgt worden. Dies hätte wiederum zeitliche Kapazitäten gebunden, da Widersprüche geschrieben und/oder klärende Gespräche geführt werden mussten.

Für die fachlichen Bezugspersonen sei eine Einarbeitung in die Nutzung der neuen Kommunikationshilfe vor allem aufwendig gewesen, wenn sie diese vorher noch nicht kannten und sich demnach neu einarbeiten mussten. Das Erlernen von Gebärden oder auch das Ausdrucken von Symbolkarten sei sehr zeitintensiv gewesen und das Wissen musste zudem an die Kolleg*innen weitergegeben werden. Zudem sei teilweise ein gewisser organisatorischer Aufwand notwendig gewesen, wenn die UK-Therapeut*innen die UK-Therapie in den Institutionen durchführten:

*„[...] also ich denke, es ist total nett, die *Name5* kommt in die Schule, die nimmt sich die zwei Stunden Zeit. Wir müssen aber al- ... also alles einfach drum rum organisieren, ich falle aus in der Zeit, dann sind wieder Kollegen krank. Und das ist schon ... also ich mach das alles super gerne, aber es ist viel Energie, die ich reingebe [...]“ (B3BT1B#2, Lehrer*in, 142).*

Die privaten Bezugspersonen berichteten, dass es teilweise schwergefallen sei, die Zeit für die Nutzung der Kommunikationshilfe zu investieren. Hier sei es auch von den Rahmenbedingungen wie der Erwerbs- und Familiensituation abhängig gewesen, inwiefern Zeit investiert werden konnte, um sich mit der Kommunikationshilfe zu beschäftigen (z. B. Symbolkarten ausdrucken und basteln, Gebärden lernen, Sätze im Sprachcomputer programmieren).

Die Bezugspersonen und die UK-Therapeut*innen berichteten über Mehraufwand und zusätzliche Arbeitsbelastung innerhalb der UK-Kompetenzzentren, aber auch in der Arbeit der fachlichen Bezugspersonen und über den Aufwand der privaten Bezugspersonen, der in der Intervention bisher noch nicht ausreichend berücksichtigt oder kompensiert werde.

4.5.3 Nicht intendierte Wirkungen der nVF

Bei jeder Intervention können Wirkungen entstehen, die nicht primär beabsichtigt waren. In den Fokusgruppeninterviews wurden hierbei positive als auch negative nicht intendierte Wirkungen berichtet. Mitarbeitende der UK-Kompetenzzentren verdeutlichten, dass Fahrtkosten für die Durchführung der nVF im Vorfeld nicht bedacht wurden, da Termine nur in Ausnahmefällen geplant waren. Der entstandene Organisationsaufwand habe zudem Ressourcen gebunden, die in der Folge nicht mehr für Fallbesprechungen genutzt werden konnten. Zudem empfanden manche Stakeholder trotz anfänglicher Teilnahmebereitschaft die Teilnahme an Therapiesitzungen im Verlauf der nVF als zu belastend und aufwendig:

*„Bis hin zu einem Kindergarten, die das durchaus auch kritisch sehen. Die sich auch, glaub ich, ein Stückweit gestört fühlen durch meine Anwesenheit, das hab ich nun auch in Werkstätten. Die, ja, die das als zusätzliche Belastung empfinden, dass ich da Termine mit ihnen vereinbaren möchte. [...] ich würde gerne während dieser Therapiephasen zwei Mal vielleicht mit denen Gespräche haben, ich sag, ansonsten komme ich einfach nur. Das ist schon, ah, uh, also ob man das gewährleisten kann. Uah, mh, und das ist ja überhaupt so schwierig und so. Es sind dann, glaub ich, wenn ich das richtig einschätze, eher die, die nicht den Impuls [...] zu der Versorgung hatten. Also die nicht diejenigen waren, die ganz am Anfang gesagt haben, wir wollen das. Sondern die, sag ich mal, mitgekommen sind.“ (B2BT1M#1, UK-Therapeut*in, 143)*

Als positive nicht intendierte Wirkungen wurde berichtet, dass durch die Teilnahme an der nVF angeeignetes Wissen über UK an andere Stakeholder weitergetragen und auch auf andere Kinder mit UK-Bedarf angewendet werden konnte. Zudem hätte sich auch der Kontakt zu anderen Kindern verbessert, da diese großes Interesse gezeigt hätten, sich an der UK-Nutzung zu beteiligen und beispielsweise die Symbole spielerisch mitbenutzten:

„Ich hab mehrere Kinder, die eben Schwierigkeiten haben, in die Lautsprache zu kommen. Und konnte es dann eben direkt auch mit anderen Kindern oder bei anderen Kindern anwenden. Die wiederum auch im anderen Kindergarten sind. Das heißt, noch mal wieder anderes Personal, noch mal mehr Menschen, die da Zugang bekommen. Und das ist einfach total schön zu sehen, wie alle begeistert sind.“ (B3ATB#1, Heilpädagogin, 102)

*„[...] wir haben einfach erlebt, [...] dass wir Kollegen dazu begeistern konnten. Ja? Dass hier in der Region, wir haben ja noch zu wenig, die dann die Regionen abdecken. Und ich glaube, da hat es auch bei einigen Klick gemacht, die sich jetzt auf den Weg machen und sich da einarbeiten.“ (B2AT1M#1, UK-Therapeut*in, 346)*

Als nicht-intendierte positive Wirkungen konnten das Weitertragen von UK-Wissen an weitere Stakeholder als auch positive Wirkungen auf weitere Kinder mit UK-Bedarf, die in denselben Einrichtungen betreut wurden, identifiziert werden. Als nicht-intendierte negative Wirkungen konnten die Ressourcenbindung in den UK-Kompetenzzentren und teilweise hohe Belastungen der Beteiligten durch die Intervention herausgearbeitet werden.

4.5.4 Veränderungen der Wünsche

Aus den Fokusgruppeninterviews vor Implementierung wurden Wünsche der Interviewten an die UK-Versorgung abgeleitet (Kapitel 4.2.2). In den Fokusgruppeninterviews während der Implementierung wurde diesbezüglich diskutiert, inwiefern die Intervention die geäußerten Wünsche erfüllt hat bzw. inwiefern sich die Wünsche verändert haben.

Sensibilisierung der Stakeholder für UK

Die Teilnehmenden der Fokusgruppeninterviews berichteten, dass durch die nVF die an der UK-Versorgung beteiligten Stakeholder mehr für das Thema UK sensibilisiert werden konnten. Viele an der nVF teilnehmende Stakeholder würden das angeeignete UK-Wissen an ihre Kolleg*innen weitertragen und somit eine höheres Bewusstsein für UK erreichen. Das Wissen über UK sei durch die nVF vertieft worden:

*„Ohne die *Name3* hätte wir nicht alle Möglichkeiten der Hilfsmittel [...] wahrgenommen als Kita. Also wir kannten natürlich unsere 15 Sachen schon. Aber durch *Name3* die hat da ja Kataloge (rausgehauen?). #00.28_36-2# Also quasi noch mal richtig sensibilisiert, was gibt's eigentlich alles, ne? War gut.“ (B4AT1B#1, Erzieherin, 1638-170)*

Zudem hätte die nVF die Sensibilisierung positiv beeinflusst, da die UK-Therapeut*innen mehr Zeit gehabt hätten, den Stakeholdern die UK-Inhalte näher zu bringen, wie ein/e UK-Therapeut*in verdeutlicht:

*„Du hast viel mehr Zeit. Sonst sitzt du in deiner Erprobung und packst alles da rein, in diese anderthalb, zwei, vielleicht auch mal drei Stunden, wenn es gut läuft. Und erst im Nachhinein, in der Begleitung, kannst du denen noch mal viel mehr verdeutlichen [...]“ (B3CT1M, UK-Therapeut*in, 323)*

Die UK-Therapeut*innen hoben jedoch auch hervor, dass die Sensibilisierung stark vom Umfeld der/des UK-Nutzer*in abhängt und es beispielsweise relevant sei, dass die Leitung der jeweiligen Institution offen für UK ist:

*„[...] wenn an dem runden Tisch Entscheidungsträger mit sitzen, das heißt, wenn da die Kita-Leitung mit sitzt, oder der Konrektor von der Schule oder [...] die Bereichsleitung vom Wohnheim, dann kriegt man da eine Veränderung hin. Dann kriegt man, ... dann verändert sich das. Wenn die nicht mit im Boot sind, dann ist man weiter auf der Bottom-Struktur. Aber nicht auf der Top-Struktur. Und das hängt meiner Meinung nach sehr davon ab, wer im Prozess aktiv mitmacht.“ (B2AT1M#1, UK-Therapeut*in, 182)*

Teilweise müsse jedoch noch mehr Sensibilisierung geschaffen werden, vor allem bei medizinischen Leistungserbringern und -trägern.

*„Und die Sensibilisierung der Stakeholder, [...] es ist schwer, einen Arzt dafür [...] zu sensibilisieren. [...] vereinzelt erreicht man was, aber im Grunde genommen glaube ich, muss durch dieses Projekt müssen Strukturen geschaffen werden, dass ein Arzt weiß, es gibt UK-Therapie. [...] ich sehe Verbesserung, aber nicht da, wo man irgendwann mal hin müsste. Es ist ein kleiner Schritt. Ja. Aber nicht, da wo man hin müsste.“ (B2AT1M#1, UK-Therapeut*in, 208-210)*

UK-Expert*in/Anlaufstelle/Begleitung

Die nVF habe den Fokusgruppenteilnehmenden zu Folge den Wunsch nach mehr Begleitung in der UK-Umsetzung sowie nach einer Anlaufstelle bei UK bezogenen Fragen weitestgehend erfüllt. Insbesondere der/die Case Manager*in agierte als Ansprechperson und unterstützte die teilnehmenden Stakeholder. Die fachlichen und privaten Bezugspersonen hätten jederzeit die Möglichkeit gehabt, die UK-Kompetenzzentren zu kontaktieren.

„Und für mich ist das trotzdem auch ganz wichtig gewesen, eben jemanden als UK-Beratung, eben wirklich als Anlaufstelle und halt Experte immer zu haben, den ich da halt immer ansprechen kann. Und mal eben die Therapie mitzugestalten.“ (B5AT1B#2, Logopädin, 170)

Es wurde zudem hervorgehoben, dass das Patient*innentraining alleine als Begleitung nicht ausgereicht hätte und die Therapieeinheiten halfen, Fragen, die erst im Verlauf auftraten, klären zu können. UK-Therapeut*innen berichteten zudem, dass sie technische Fragen zur Hilfsmittelnutzung an die jeweiligen Hilfsmittelfirmen weitergeleitet hätten. In einigen Fällen wurde jedoch weiterhin der Wunsch nach mehr Unterstützung geäußert, um die UK bezogenen Empfehlungen wie vorgesehen umzusetzen. Des Weiteren sei den nVF-Teilnehmenden unklar, inwiefern sie nach Beendigung der nVF weiterhin die benötigte Unterstützung erhalten können, z. B. beim Aufbau ein neues UK-Netzwerkes im Falle eines Wechsels von Kindergarten in die Schule.

Transfer/Einbindung in den Alltag

Der Transfer sowie die Einbindung von UK in den Alltag sei durch die nVF in den meisten Fällen positiv beeinflusst worden. Die Aussicht auf eine mittelfristige Perspektive inklusive Patient*innentraining und UK-Therapie habe den Transfer besser gesichert:

*„Also ich finde, es ist auch deshalb anders geworden, weil ich das von Anfang an als Teil des Prozesses kommuniziere in diesem MUK-Projekt und von Anfang an sage, jetzt machen wir hier die Beratung und die Diagnostik, aber es gibt noch diesen Teil, der kommt noch. Und dadurch ... dass alle Beteiligten das dann schon von Anfang an wissen, ist schon ganz viel passiert.“ (B1AT1M#1, UK-Therapeut*in, 153)*

Neben der Einbindung von UK in den privaten Alltag wurde auch von einem positiven Einfluss auf den Transfer von UK im Arbeitsalltag der fachlichen Bezugspersonen berichtet – wie folgendem Zitat zu entnehmen ist:

*„Also durch *Hilfsmittel_Symbolkarten* ist also auch Plus, ne? Also vorher hab ich das halt in der Gruppe von dem betroffenen Kind gemacht und durch das *Hilfsmittel_Symbolkarten*, was wir jetzt eingebaut haben, (...?) die komplette Kita.“ (B4AT1B#1, Erzieherin, 172)*

Zusammenarbeit aller Stakeholder/Netzwerk

Die nVF habe die Zusammenarbeit der an der UK-Versorgung beteiligten Stakeholder weitestgehend positiv beeinflusst. Die große Relevanz einer funktionierenden Zusammenarbeit des UK-Netzwerks wird mit folgendem Zitat verdeutlicht:

„Also bei uns ist es positiv gewesen. Ich finde, diese Dinge funktionieren nur, wenn alle zusammen in einem Boot einen gemeinsamen Weg planen, sonst geht das einfach nicht. Sonst kommen wir nicht zum Ziel. Wenn ich als Mutter da irgendwie alleine was starte und der Kindergarten macht komplett was anderes, dann werden wir unseren Sohn, glaub ich, ein bisschen durcheinander (bringen?).“ (B6AT1B#2, Mutter, 161)

In vielen Fällen sei es gelungen, alle relevanten Stakeholder an einen Tisch zu holen, wodurch ein Austausch und ein Zusammenarbeiten ermöglicht wurde. In manchen Fällen sei durch die nVF ein erster Kontakt hergestellt worden:

*„Weil viele sprechen überhaupt das erste Mal miteinander. Dass wir das Wohnheim überhaupt mal im Gespräch mit der Werkstatt haben, und, ne? Wenn sich ... also dass die sich tatsächlich bisher für den Klienten nicht getroffen haben.“ (B2Bt1M#1, UK-Therapeut*in, 182)*

Die vor der Intervention identifizierten Wünsche der Beteiligten an die UK-Versorgung konnten laut Interviews überwiegend erfüllt werden. Dies betrifft die Sensibilisierung der Beteiligten für UK, die Funktion des UK-Kompetenzzentrums als unterstützende Anlaufstelle, den Transfer der Kommunikation in den Alltag sowie die Stärkung der Zusammenarbeit aller Beteiligten. Drei geäußerte Wünsche konnten nicht wesentlich erfüllt werden und waren jedoch auch kein definiertes Ziel der Intervention: eine Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen der UK-Versorgung (inkl. der Finanzierung), mehr UK-bezogene Fortbildungsangebote, bessere Integration von UK in die therapeutischen Ausbildungen.

4.6 Ergebnisse zu den Outcomes

Im Folgenden werden Ergebnisse der summativen Evaluation dargestellt und erläutert. Pro Outcome werden zunächst Ergebnisse der längsschnittlichen quasi-experimentellen Studie wie deskriptive Ergebnisse und Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung dargestellt und darauffolgend Ergebnisse der qualitativen Erhebungen.

4.6.1 Pragmatische Kommunikationsfähigkeit

Pragmatische Kommunikationsfähigkeit Subskala 1 (eher fortgeschrittene kommunikative Fähigkeiten)

Die Mittelwerte (Abbildung 16) zeigen, dass die eher fortgeschrittenen kommunikativen Fähigkeiten in beiden Gruppen nVF und SV sehr schlecht bis schlecht ausgeprägt sind, was in der Population zu erwarten ist. In beiden Gruppen ist zum T1-Zeitpunkt ein 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 fortgeschrittene 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 die Entwicklung der beiden Gruppen sich erst nach T1 unterscheidet.

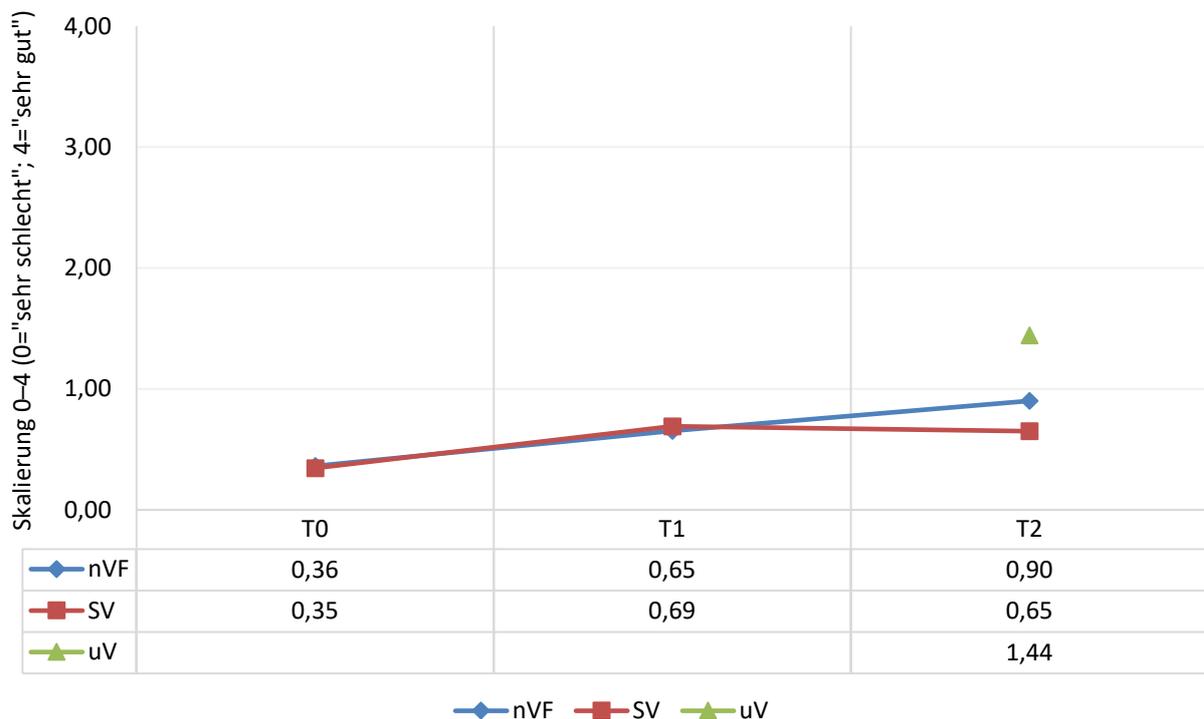


Abbildung 16: Mittelwerte der Skala Pragmatische Kommunikationsfähigkeit (Subskala 1 – eher fortgeschrittene kommunikative Fähigkeiten) in den Gruppen nVF (n=81), SV (n=81) und uV (n=81)

Die Ergebnisse der Varianzanalysen (Tabellen 18 und 19) können wie folgt zusammengefasst werden: Es trat ein signifikanter und mittelstarker Messwiederholungseffekt auf ($F(1, 159)=12,916$, $p<0,001$, partielles $\eta^2=0,075$). Zwischen der nVF- und SV-Gruppe zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($F(1, 159)=1,146$, $p=0,286$, partielles $\eta^2=0,007$). Es zeigte sich jedoch eine Wechselwirkung zwischen dem Messzeitpunkt und den Versorgungsformen ($F(1, 159)=8,460$, $p=0,004$, partielles $\eta^2=0,051$), siehe Tabelle 18. Zwischen der nVF- und uV-Gruppe zeigte sich jedoch 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 Outcome 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 besitzen und nutzen diese UK-Nutzer*innen das Hilfsmittel im Durchschnitt wesentlich länger als UK-Nutzer*innen in der nVF. Zum anderen ist aufgrund der geringen Rücklaufquote 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.

Tabelle 18: Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Outcomes Pragmatische Kommunikationsfähigkeit, Lebensqualität und Teilhabe (Vergleich der Gruppen nVF (n=81) und SV (n=81))

T0		T1		T2		Haupteffekt Messwiederholung			Haupteffekt Gruppenzugehörigkeit			Interaktion (Messwiederholung* Gruppenzugehörigkeit)			
MW	SD	MW	SD	MW	SD	F ^{df1, df2}	p	P, η ²	F ^{df1, df2}	p	P, η ²	F ^{df1, df2}	p	P, η ²	
<i>Pragmatische Kommunikationsfähigkeit Subskala 1 (eher fortgeschrittene kommunikative Fähigkeiten)</i>															
nVF	0,36	0,60	0,65	0,69	0,90	0,91	12,916	<0,001**	0,075	1,146	0,286	0,007	8,460	0,004*	0,051
SV	0,35	0,80	0,69	0,98	0,65	0,74									
<i>Pragmatische Kommunikationsfähigkeit Subskala 2 (weniger fortgeschrittene kommunikative Fähigkeiten)</i>															
nVF	1,34	1,07	1,76	1,04	2,11	1,13	16,504	<0,001**	0,094	0,917	0,340	0,006	2,731	0,100	0,017
SV	1,25	1,03	1,69	1,14	1,84	0,99									
<i>Lebensqualität</i>															
nVF	59,51	20,67	60,46	20,78	62,59	17,72	11,863	0,001*	0,069	0,916	0,340	0,006	3,718	0,056	0,023
SV	57,35	19,43	59,35	17,49	57,53	18,07									
<i>Teilhabe</i>															
nVF	54,66	21,43	50,39	22,17	48,28	22,09	7,688	0,006*	0,046	1,618	0,205	0,010	1,145	0,286	0,007
SV	58,87	19,89	55,48	22,29	55,02	21,23									

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse sind markiert mit *. Spalten T0, T1 und T2 beinhalten deskriptive Statistiken für nVF und SV. p=Signifikanzniveau: **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau. Abkürzungen: F, Teststatistik; MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung; η², (partielles) Eta-Quadrat

Tabelle 19: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Messwiederholung (Vergleich Gruppen nVF (T2; n=81) und uV (n=81))

	Haupteffekt Gruppenzugehörigkeit				
	MW	SD	F ^{df1, df2}	p	P, η ²
<i>Pragmatische Kommunikationsfähigkeit Subskala 1 (eher fortgeschrittene kommunikative Fähigkeiten)</i>					
nVF	1,07	0,89	5,880	0,016*	0,035
uV	1,44	1,06			
<i>Pragmatische Kommunikationsfähigkeit Subskala 2 (weniger fortgeschrittene kommunikative Fähigkeiten)</i>					
nVF	2,26	1,04	2,647	0,106	0,16
uV	2,52	0,95			
<i>Lebensqualität</i>					
nVF	60,25	20,10	3,522	0,062	0,022
uV	54,60	18,15			
<i>Teilhabe</i>					
nVF	45,68	24,06	5,361	0,022*	0,032
uV	54,04	21,84			

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse sind markiert mit *. Spalten T0, T1 und T2 beinhalten deskriptive Statistiken für nVF und SV. p=Signifikanzniveau: **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau. Abkürzungen: F, Teststatistik; MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung; η², (partielles) Eta-Quadrat

Pragmatische Kommunikationsfähigkeit Subskala 2 (weniger fortgeschrittene kommunikative Fähigkeiten)

Die Mittelwerte der Subskala 2 (Abbildung 17) zeigen, dass die weniger fortgeschrittenen kommunikativen Fähigkeiten in der nVF- und SV-Gruppe schlecht bis mittelmäßig ausgeprägt sind. Jedoch liegen die Mittelwerte erwartungsgemäß zu allen Zeitpunkten deutlich über den Mittelwerten der Subskala 1. 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 jedoch deutlicher. Der Mittelwert in der uV 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 die UK-Therapie vor allem für eine positive Entwicklung von Bedeutung ist.

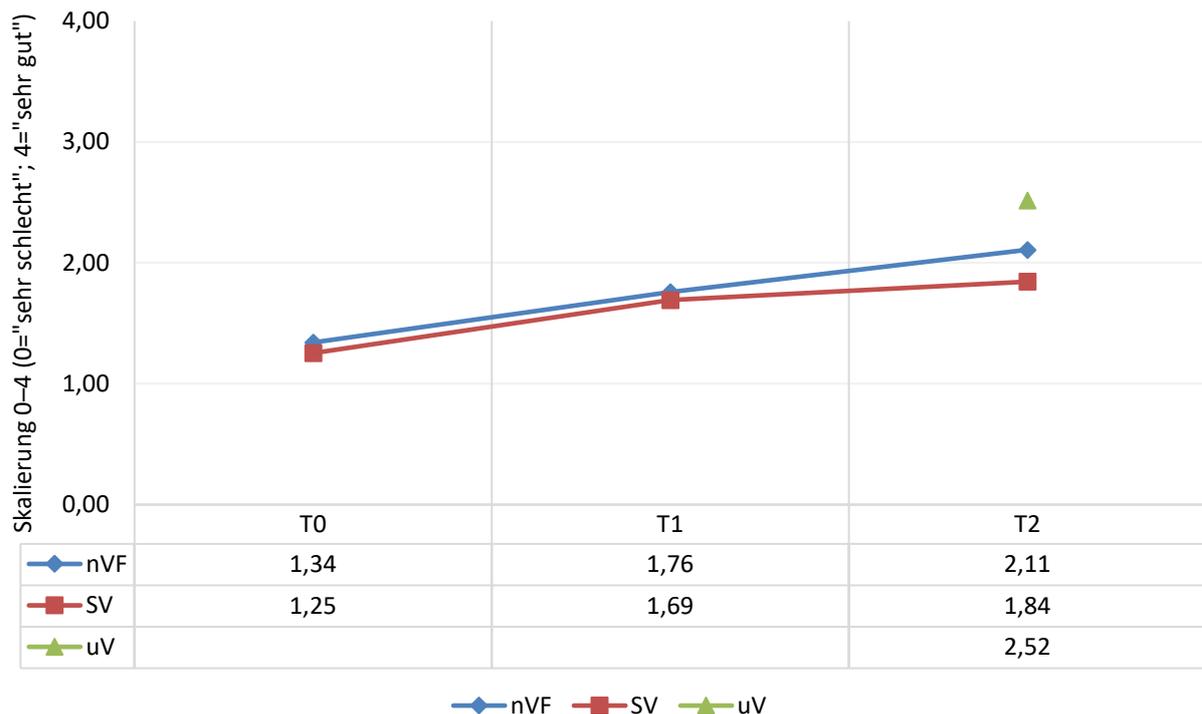


Abbildung 17: Mittelwerte der Skala Pragmatische Kommunikationsfähigkeit (Subskala 2 – weniger fortgeschrittene kommunikative Fähigkeiten) in Gruppen nVF (n=81), SV (n=81) und uV (n=81)

Die Varianzanalysen (Tabellen 18 und 19) ergaben einen signifikanten und starken Messwiederholungseffekt ($F(1, 159)=16,504$, $p<0,001$, partielles $\eta^2=0,094$). Zwischen der nVF- und SV-Gruppe zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($F(1, 159)=0,917$, $p=0,340$, partielles $\eta^2=0,006$), es zeigte sich ebenfalls keine Wechselwirkung zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit ($F(1, 159)=2,713$, $p=0,100$, partielles $\eta^2=0,017$). Zwischen der nVF- und uV-Gruppe zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($F(1, 160)=2,647$, $p=0,106$, partielles $\eta^2=0,16$).

Sensitivitätsanalysen

Es wurden zum primären Outcome pragmatische Kommunikationsfähigkeit für beide Subskalen folgende Sensitivitätsanalysen durchgeführt: Stratifizierung nach dem Alter (0–10 Jahre) und Stratifizierung nach Art der Behinderung (Autismus-Spektrum-Störungen). Es wurde die Hypothese geprüft, ob die Wirkung der Intervention in der Gruppe der UK-Nutzer*innen mit nicht abgeschlossener Sprachentwicklung sich von der Gesamtstichprobe unterscheidet. Die Stratifizierung zeigte ebenfalls keinen signifikanten Haupteffekt hinsichtlich der Gruppenzugehörigkeit. Da die Mehrheit der teilnehmenden UK-Nutzer*innen in den Gruppen nVF und SV Autismus-Spektrum-Störungen als zugrundeliegende Art der Behinderung haben (Kapitel 4.1.2), wurde eine Stratifizierung auch für diese Gruppe durchgeführt. Auch bei dieser Analyse zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt hinsichtlich der Gruppenzugehörigkeit.

Pragmatische Kommunikationsfähigkeit: Auswertung der qualitativen Daten

In den Fokusgruppeninterviews berichteten die Interviewten ihre verschiedenen Erfahrungen hinsichtlich der Veränderung der Kommunikationsfähigkeit der UK-Nutzer*innen im Rahmen der nVF. Bei vielen der UK-Nutzer*innen hätte sich die Kommunikationsfähigkeit durch die nVF positiv verändert. Hierbei wurden insbesondere die nun ermöglichte Äußerung von Bedürfnissen hervorgehoben:

*„Wir sind jetzt knapp ein Jahr dabei mit *Hilfsmittel_Symbolkarten* Wir müssen nicht mehr von den Augen ablesen, was könnte es jetzt wollen, das Kind und drei Sachen vorgeben, sondern er nimmt sich seine *Hilfsmittel_Symbolkarten*Karte und sagt ganz klar, ich will jetzt zur Holzeisenbahn. Also mit der Karte, ne? Er muss sich die [...] schnappen, und drückt mir die in die Hand und dann sage ich den Satz, ah, du möchtest zur Eisenbahn? Und dann kommt so was wie ein „ja“ raus und dann läuft er auch, ne? Und das war vor einem Jahr nicht möglich, da musste ich dann halt entweder am Arm lang geschliffen werden von dem Kind, bis es mir zeigen konnte, was es will. Oder halt raten. Und ihm verschiedene Möglichkeiten vorgeben und er dann nach irgendwas gegriffen. Und er kommuniziert halt auch so mit den Kindern, ne? Wenn er jetzt mit den Kindern draußen in den Garten will, dann schnappt er sich die Karte und sich das entsprechende Kind.“ (B4AT1B#1, Erzieherin, 116)*

Zudem könnten einige UK-Nutzer*innen mithilfe der Kommunikationshilfe nun Erlebnisse, Erfahrungen und Witze mitteilen, was als wichtiger Bestandteil sozialer Interaktion verstanden werden kann:

„[...] also dann nimmt er Floskeln und macht Quatsch damit oder erzählt irgendwelche Quatschgeschichten von den Bilderbüchern, die ich ihm drauf gemacht hab. Also er hat so total die kreativen Ideen, diesen Talker jetzt zu nutzen und das ist einfach so, ja, schön zu sehen, dass da das möglich ist und was man denen geben kann damit.“ (B3BT1B#2, Lehrerin, 169)

Durch die Bedürfnisäußerung habe sich auch die Kommunikation mit anderen Familienmitgliedern verbessert wie z. B. mit den Großeltern:

„Klar, weil für Fremde innerhalb der Familie ist das natürlich immer noch so die Hürde, wenn das Kind vor dem steht, dann merkt man manchmal schon so, mh ... was will die jetzt von mir? Und dass sich die dann auch schnell abgewendet hatten, um dieser Situation zu entkommen. Und die Elternteile können ja nicht immer nur daneben sitzen und übersetzen. [...] Und jetzt gibt's eben, ja, halt eine Möglichkeit für das Kind, mal auf ein paar Bilder, die auch die Oma dann versteht, weil die Gebärden waren zwar eigentlich recht logisch und klar, aber für Omas dann vielleicht doch nicht mehr so ... (lacht leise)“ (B2AT1B#1, Vater, 310-312)

Einige Bezugspersonen verdeutlichten zudem eindeutige Entwicklungsfortschritte in der Kommunikation mit dem weiteren Umfeld:

„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 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)

In einigen Fällen sei auch fortgeschrittene Kommunikation mit der Kommunikationshilfe ermöglicht worden:

„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. Na ja, also da war für mich ganz klar, also dass dieses Mädchen, wenn ihr das Gerät weiterhin zur Verfügung gestellt wird, dann wird die sich da auch alleine mit weiterentwickeln, ne?“ (B1BT1M#1, UK-Therapeut*in, 42)*

Es wurde außerdem berichtet, dass sich die Kommunikationsfähigkeit je nach Umfeld (z. B. in der Schule oder zu Hause) oft unterschiedlich entwickelt hätte. So berichteten einige der interviewten Eltern über keine spürbaren Verbesserungen in der Kommunikationsfähigkeit, da sie seit Langem andere Wege der Kommunikation gefunden haben bzw. finden mussten. Fortschritte außerhalb der Häuslichkeit, also in Einrichtungen wie Kindergärten, seien oftmals größer gewesen. Die UK-Therapeut*innen betonten, dass oftmals nur kleine Veränderungen erwartbar seien und diese bereits sehr wertvolle Fortschritte darstellten. Die UK-Therapeut*innen äußerten Zweifel daran, ob die Bezugspersonen diese kleinen, aber wichtigen Veränderungen tatsächlich wahrgenommen hätten.

Die interviewten UK-Nutzer*innen, die bereits große Teile der Intervention absolviert hatten, besaßen sehr unterschiedliche pragmatische Kommunikationsfähigkeiten und insbesondere unterschiedliches Sprachverständnis, was die Interviews teilweise stark erschwerte. Die UK-Nutzer*innen mit schlechtem Sprachverständnis antworteten eher uneindeutig und wenig aussagekräftig auf die Fragen und es mussten Fragen übersprungen werden. Nur wenige UK-Nutzer*innen antworteten mit der Kommunikationshilfe, der Großteil bevorzugte lautsprachlich zu kommunizieren. Dies begründete sich u. a. darin, dass die Interviewten auch vor Erhalt der Kommunikationshilfe auf eine eingeschränkte lautsprachliche Kommunikation angewiesen waren und die Umstellung auf UK viel Arbeit darstellt. Die Interviews verdeutlichten, dass das Erlernen des Umgangs mit der Kommunikationshilfe ein langwieriger Prozess ist, da die UK-Nutzer*innen lange nach Symbolen suchten und teilweise Unterstützung brauchten. Die interviewten UK-Nutzer*innen berichteten aber auch durch die nVF-Teilnahme neue kommunikative Möglichkeiten zu besitzen, wie beispielsweise Einkaufszettel und Briefe zu schreiben, selbständig im Café zu bestellen sowie in der Werkstatt über das Wochenende zu berichten.

Die quantitativen Auswertungen ergeben keinen statistisch signifikanten Effekt der Intervention auf das primäre Outcome der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit, jedoch sind Tendenzen zu erkennen, die auf eine positive Entwicklung in der nVF-Gruppe im Vergleich zur SV-Gruppe hindeuten. 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.

4.6.2 Lebensqualität

Die Mittelwerte der Skala zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigen in der nVF- und SV-Gruppe einen Anstieg von T0 zu T1 (Abbildung 18). Dieser Anstieg setzt sich in der nVF auch zu T2 fort. In der SV-Gruppe fällt der Mittelwert zu T2 wieder ab. Der Mittelwert in der historischen Vergleichsgruppe uV liegt zu T2 unter den Mittelwerten der nVF- und SV-Gruppe.

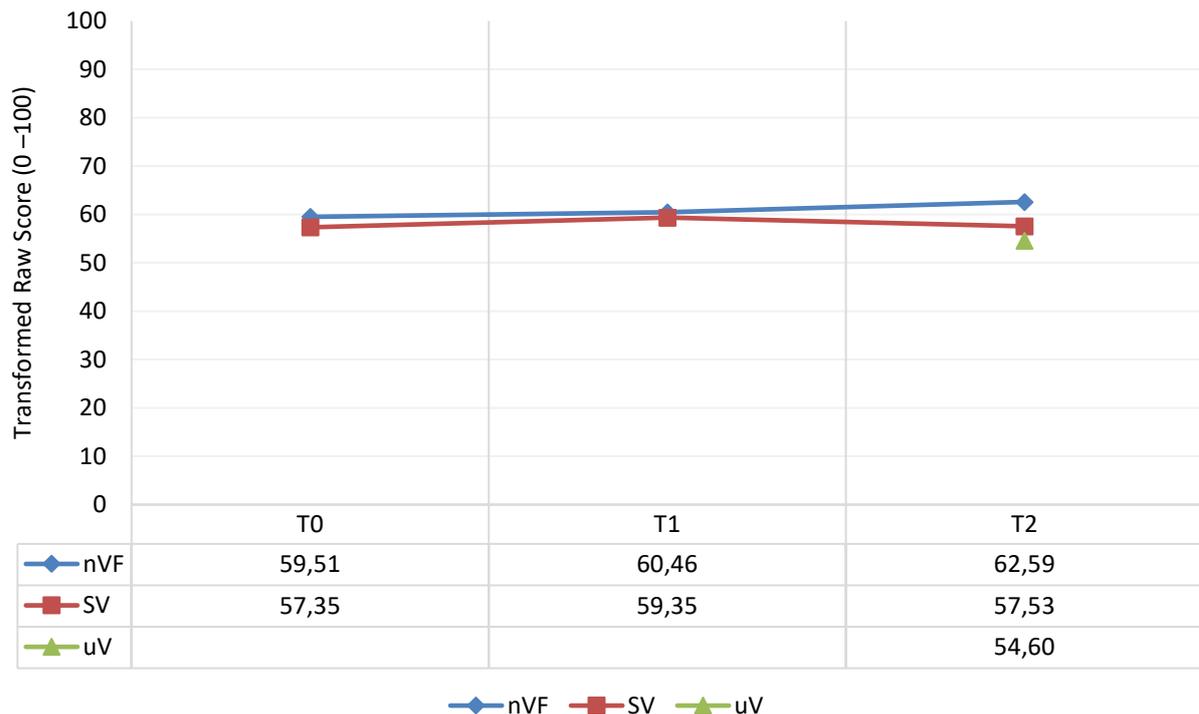


Abbildung 18: Mittelwerte der Skala DISABKIDS in Gruppen nVF (n=81), SV (n=81) und uV (n=81)

Die Ergebnisse der Varianzanalysen (Tabellen 18 und 19) zeigen einen signifikanten und mittelstarken Messwiederholungseffekt ($F(1, 159)=11,863$, $p=0,001$, partielles $\eta^2=0,069$). Zwischen den der nVF- und SV-Gruppe zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($F(1, 159)=0,916$, $p=0,340$, partielles $\eta^2=0,006$). Es zeigte sich auch keine Wechselwirkung zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit ($F(1, 159)=3,718$, $p=0,056$, partielles $\eta^2=0,023$). Zwischen der nVF- und uV-Gruppe zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($F(1, 160)=3,522$, $p=0,062$, partielles $\eta^2=0,022$).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Auswertung der qualitativen Daten

Die Fokusgruppenteilnehmenden beschrieben einen Zusammenhang der Lebensqualität mit der Kommunikationsfähigkeit der UK-Nutzer*innen. Demnach hätte sich in vielen Fällen bei einer besseren Kommunikationsfähigkeit auch die Lebensqualität zum Positiven verändert. Durch die nVF-Teilnahme und das Sich-Verstanden-Fühlen seien die UK-Nutzer*innen seltener frustriert, aggressiv oder verhielten sich selbstverletzend:

*„Und in der Gruppe auch sind sehr, sehr zufrieden, sehr glücklich darüber, dass endlich meine Tochter da ist. Und sie 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)*

Auch der Zusammenhang zum emotionalen Wohlbefinden wurde hergestellt:

„Der junge Mann ist super glücklich. Also der hat jetzt eine Form von Kommunikation, das wird jetzt auch noch ausgebaut. Er kann auf einmal so teilhaben am Alltagsgeschehen in der Gruppe.“ (B4BT1B#1, Heilerziehungspflegerin, 44)

Die quantitativen Auswertungen ergeben keinen statistisch signifikanten Effekt der Intervention auf das sekundäre Outcome der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. 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. 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.

4.6.3 Teilhabe

Die Mittelwerte der Skala zur Messung der Schwierigkeiten im Alltag, die als Einschränkungen der Teilhabe interpretiert werden können, sind etwas anders zu interpretieren als die restlichen Outcomes (Abbildung 19). Niedrigere Werte bedeuten hier wenige Schwierigkeiten und höhere Teilhabe. Die Mittelwerte zeigen in der nVF- und SV-Gruppe eine Abnahme von T0 zu T2. Die Abnahme der Werte bedeutet demnach eine Verbesserung der Teilhabe im Zeitverlauf in beiden Gruppen, wobei die Verbesserung in der nVF-Gruppe von T1 zu T2 deutlicher ist als die Verbesserung in der SV-Gruppe. Der Mittelwert in der historischen Vergleichsgruppe uV liegt mit 54,04 zwischen den Mittelwerten der nVF und SV (T2-Zeitpunkt).

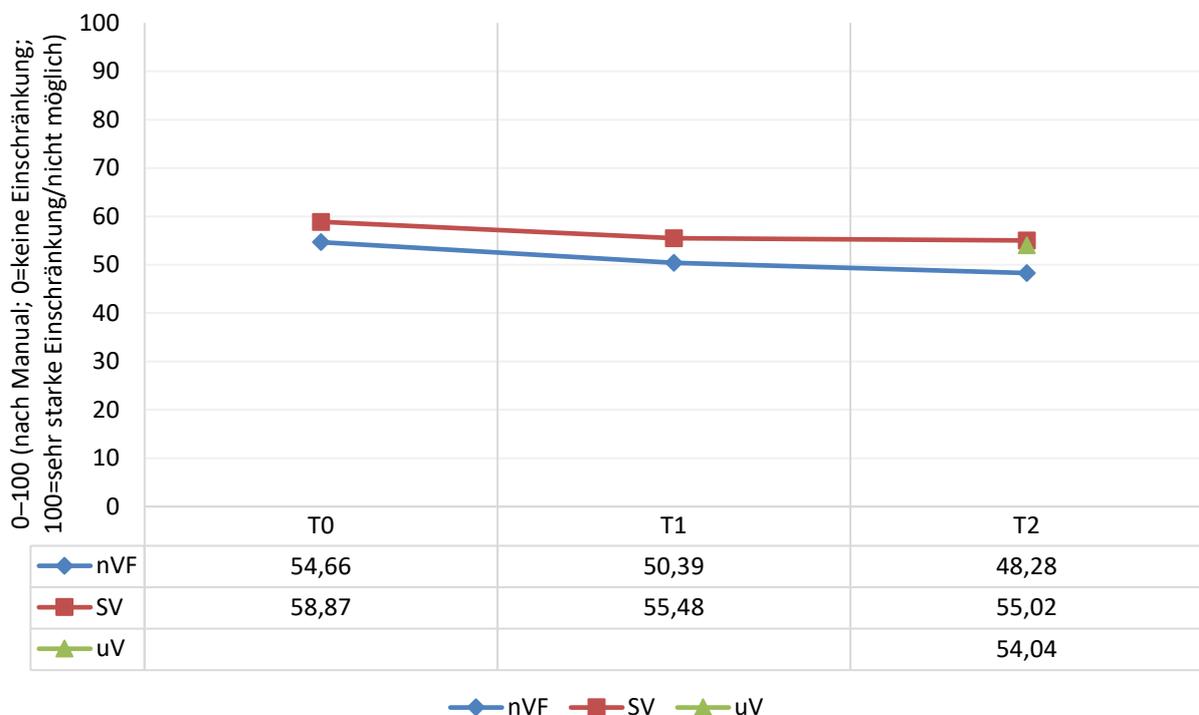


Abbildung 19: Mittelwerte der Skala WHODAS 2.0 in Gruppen nVF (n=81), SV (n=81) und uV (n=81)

Die Varianzanalysen (Tabellen 18 und 19) ergaben einen signifikanten und mittelstarken Messwiederholungseffekt ($F(1, 159)=7,688$, $p=0,006$, partielles $\eta^2=0,046$). Zwischen der nVF- und SV-Gruppe zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($F(1, 159)=1,618$, $p=0,205$, partielles $\eta^2=0,010$). Es zeigte sich auch keine Wechselwirkung zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit ($F(1, 159)=1,145$, $p=0,286$, partielles $\eta^2=0,007$). Zwischen der nVF- und uV-Gruppe zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($F(1, 160)=5,361$, $p=0,022$, partielles $\eta^2=0,032$). UK-Nutzerinnen in der uV-Gruppe haben eine signifikant schlechtere Teilhabe als UK-Nutzer*innen in der nVF-Gruppe.

Teilhabe: Auswertung der qualitativen Daten

Die Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews zeigen wie bereits beim Outcome Lebensqualität aufgeführt, einen starken Zusammenhang zu den anderen Outcomes. Durch die verbesserte Kommunikationsfähigkeit seien die UK-Nutzer*innen weniger zurückgezogen und hätten eine höhere Interaktion mit anderen Personen:

„[...] weil es war auch so ein bisschen schwierig, weil das Kind sich immer mehr zurückgezogen hatte, weil einfach die Kommunikation mit den anderen Kindern auch nicht mehr funktionierte. Alle sagten immer, ich versteh dich nicht, was möchtest du denn? Und dann kam das halt mit den Gebärden. Ne? Und dadurch, dass das in der Gruppe noch mal dann dadurch auch so ein bisschen aufgelebt ist, wurde die Interaktion halt zwischen den Kindern auch viel intensiver.“ (B1AT1B#2, Motopädin, 24)

Die UK-Nutzer*innen würden vom Umfeld mehr wahrgenommen und könnten selbst das Umfeld mehr beeinflussen:

„[...] die Kinder bekommen eine Stimme. Sie haben das erste Mal die Möglichkeit, das Umfeld mit einer Stimme oder jetzt bei euch noch mal basale ... aber so zu beeinflussen, ne? So das ist ... die können was auslösen, sie können Einfluss nehmen, das finde ich so das tolle Gefühl, dass das dadurch geht.“ (B3BT1B#2, Lehrerin, 169)

Durch die Möglichkeit sich mitzuteilen, hätten die UK-Nutzer*innen eine höhere Teilhabe am Alltagsgeschehen und seien besser integriert. Zudem erreichten die UK-Nutzer*innen eine höhere Selbständigkeit und die Möglichkeit eigenständige Entscheidungen zu treffen:

„Sie kann mit dem Rollstuhl in ihr Zimmer fahren, das konnte sie vorher auch, aber dann musste jemand mitgehen und ihr die Fernbedienung irgendwie da, dass sie da irgendwie hantieren konnte. Und das kann sie jetzt alles alleine. So. Braucht jetzt keinen mehr fragen, ob mal jemand das Fernsehen anmacht oder das Licht oder sonst was. Und man merkt auch, dass ihr das gut tut, diese Aufmerksamkeit.“ (B2BT1B#1, Heilerziehungspflegerin, 171)

„Wenn er jetzt mit den Kindern draußen in den Garten will, dann schnappt er sich die Karte und sich das entsprechende Kind. [...] Und das Kind weiß Bescheid, ah, du möchtest in den Garten. Alles klar. Und dann kommt das sprechende Kind zu mir, ich hab die Karte bekommen, wir gehen dann mal. Also super, Selbstständigkeit einfach, ne?“ (B4AT1B#1, Erzieherin, 116-119)

Die quantitativen Auswertungen ergeben keinen statistisch signifikanten Effekt der Intervention auf das sekundäre Outcome der Teilhabe. 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 qualitativen Erhebungen zeigen auf, 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.

4.6.4 Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel

Die Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel wurde im Gegensatz zu anderen Outcomes nur zu zwei Zeitpunkten erhoben, da der Hilfsmittelerhalt erst zwischen T0 und T1 stattgefunden hat. Ebenfalls ist anzumerken, dass eine verringerte Stichprobengröße für diese Analyse vorliegt. Grund dafür ist die Versorgung von einem Teil der teilnehmenden UK-Nutzer*innen mit Gebärdensprache und nicht mit UK-Hilfsmitteln, die durch eine Krankenkasse bewilligt werden. Da sich die Items der Skala QUEST 2.0 jedoch nur auf Hilfsmittel im Sinne von Geräten beziehen, konnte diese Skala von Bezugspersonen von UK-Nutzer*innen, die Gebärdensprache nutzen, nicht ausgefüllt werden. Es wurden für dieses Outcome zwei Modelle getrennt für die private und fachliche Perspektive gebildet, da es sich im Gegensatz zu anderen Outcomes nicht um eine Proxy-Einschätzung, sondern um eine Selbsteinschätzung handelt.

Die Mittelwerte der Skala QUEST 2.0 zur Messung der Zufriedenheit der privaten Bezugspersonen mit dem UK-Hilfsmittel liegen in allen drei Gruppen recht hoch (Abbildung 20) und können am ehesten dem Skalenwert „ziemlich zufrieden“ zugeordnet werden. In der nVF-Gruppe kann ein geringfügiger Anstieg und in der SV-Gruppe ein leichter Abstieg zum T2-Zeitpunkt beobachtet werden. Der Mittelwert in der uV-Gruppe ist fast identisch mit dem Mittelwert der SV-Gruppe zu T2.

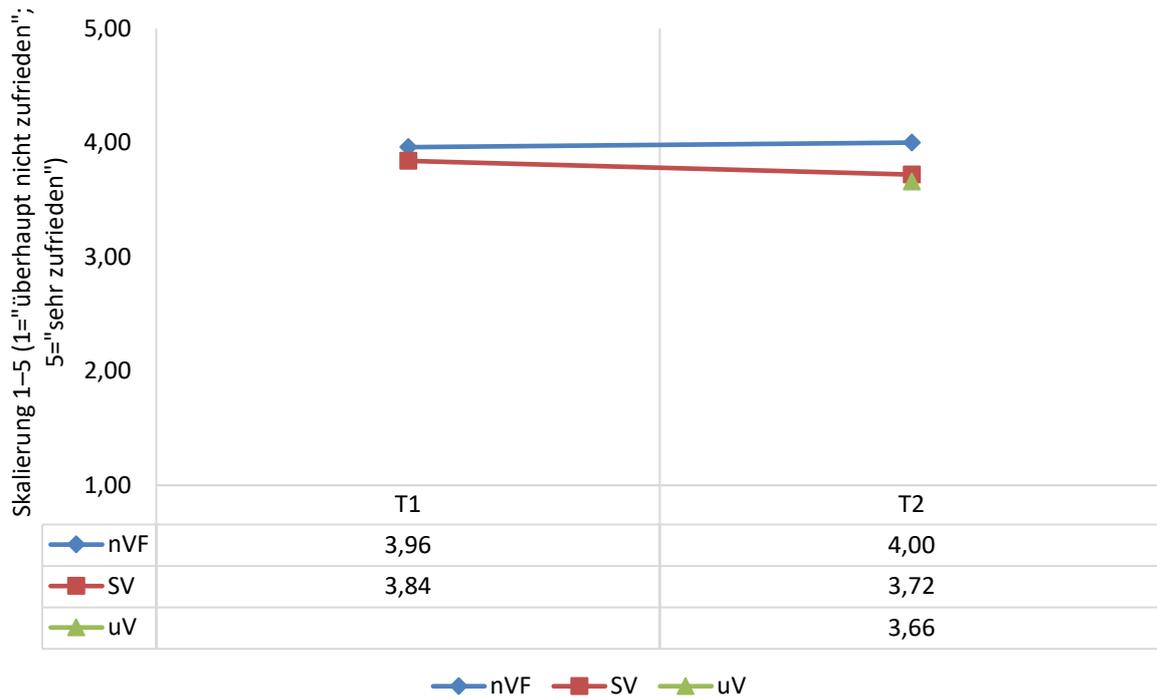


Abbildung 20: Mittelwerte der Skala QUEST 2.0 in Gruppen nVF (T1 n=109; T2 n=109), SV (T1 n=74; T2 n=74) und uV (n=190; Sicht der privaten Bezugspersonen)

Die deskriptiven Ergebnisse aus der Perspektive der fachlichen Bezugspersonen sind vergleichbar mit den Ergebnissen aus der Perspektive der privaten Bezugspersonen.

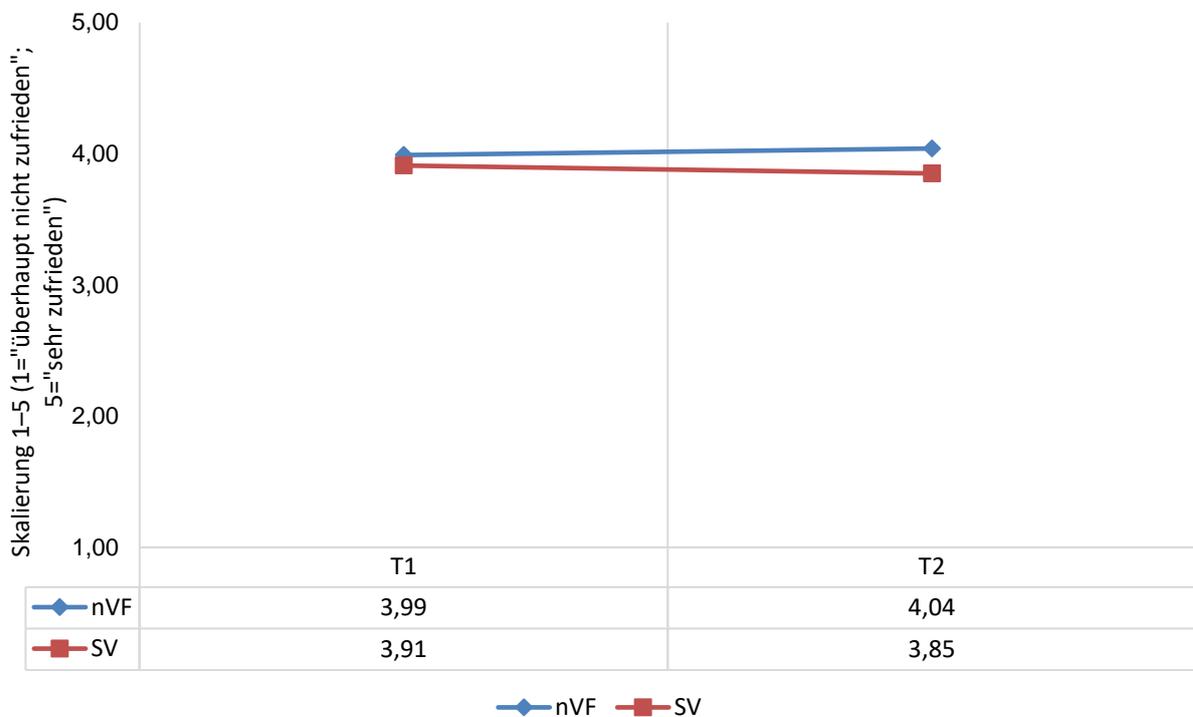


Abbildung 21: Mittelwerte der Skala QUEST 2.0 in Gruppen nVF (T1 n=110; T2 n=110), SV (T1 n=74; T2 n=74) und uV (n=190; Sicht der fachlichen Bezugspersonen)

Private Bezugspersonen

Zwischen der nVF- und SV-Gruppe zeigte sich in den Varianzanalysen (Tabellen 20–22) kein signifikanter Unterschied zum T1-Zeitpunkt ($F(1, 180)=2,417$, $p=0,122$, partielles $\eta^2=0,013$), jedoch zeigte sich ein signifikanter Unterschied zum T2-Zeitpunkt ($F(1, 180)=7,265$, $p=0,008$, partielles $\eta^2=0,039$). Demnach haben private Bezugspersonen von UK-Nutzer*innen in der nVF-Gruppe zum T2-Zeitpunkt eine signifikant höhere Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel als in der SV-Gruppe. Zwischen der nVF- und uV-Gruppe zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zu T2 ($F(1, 303)=19,081$, $p<0,001$, partielles $\eta^2=0,059$). Private Bezugspersonen von UK-Nutzer*innen in der nVF-Gruppe berichten eine signifikant höhere Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel als in der uV-Gruppe.

Fachliche Bezugspersonen

Zwischen der nVF- und der SV-Gruppe (Tabellen 20–22) zeigte sich kein signifikanter Unterschied zum T1-Zeitpunkt ($F(1, 181)=0,887$, $p=0,348$, partielles $\eta^2=0,005$), jedoch zeigte sich ein signifikanter Unterschied zum T2-Zeitpunkt ($F(1, 181)=4,799$, $p=0,030$, partielles $\eta^2=0,026$). Demnach haben auch fachliche Bezugspersonen von UK-Nutzer*innen in der nVF zum T2-Zeitpunkt eine signifikant höhere Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel als in der SV-Gruppe. Der Vergleich der nVF- und uV-Gruppe zum Outcome Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel wurde für die Perspektive der fachlichen Bezugspersonen nicht durchgeführt, da in der uV-Gruppe ausschließlich private Bezugspersonen befragt wurden.

Tabelle 20: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Messwiederholung für das Outcome Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel zum T1-Zeitpunkt (Gruppen nVF und SV)

T1		Haupteffekt Gruppenzugehörigkeit		
MW	SD	F ^{df1, df2}	p	P, η^2
<i>Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel (Perspektive der privaten Bezugspersonen)</i>				
nVF (n=109)	3,96	2,417	0,122	0,013
SV (n=74)	3,84			
<i>Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel (Perspektive der fachlichen Bezugspersonen)</i>				
nVF (n=110)	3,99	0,887	0,348	0,005
SV (n=74)	3,91			

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse sind markiert mit *. Spalten T0, T1 und T2 beinhalten deskriptive Statistiken für nVF und SV. p=Signifikanzniveau: **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau. Abkürzungen: F, Teststatistik; MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung; η^2 , (partielles) Eta-Quadrat

Tabelle 21: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Messwiederholung für das Outcome Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel zum T2-Zeitpunkt (Gruppen nVF und SV)

T2			Haupteffekt Gruppenzugehörigkeit		
MW	SD		F ^{df1, df2}	p	P, η ²
<i>Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel (Perspektive der privaten Bezugspersonen)</i>					
nVF (n=109)	4,00	0,63	7,265	0,008*	0,039
SV (n=74)	3,72	0,65			
<i>Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel (Perspektive der fachlichen Bezugspersonen)</i>					
nVF (n=110)	4,04	0,59	4,799	0,030*	0,026
SV (n=74)	3,85	0,67			

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse sind markiert mit *. Spalten T0, T1 und T2 beinhalten deskriptive Statistiken für nVF und SV. p=Signifikanzniveau: **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau. Abkürzungen: F, Teststatistik; MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung; η², (partielles) Eta-Quadrat

Tabelle 22: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Messwiederholung für das Outcome Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel (Gruppen nVF und uV)

nVF (T2-Zeitpunkt) und uV			Haupteffekt Gruppenzugehörigkeit		
MW	SD		F ^{df1, df2}	p	P, η ²
<i>Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel (Perspektive der privaten Bezugspersonen)</i>					
nVF (n=116)	4,01	0,62	19,081	<0,001* *	0,059
uV (n=190)	3,66	0,76			

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse sind markiert mit *. Spalten T0, T1 und T2 beinhalten deskriptive Statistiken für nVF und SV. p=Signifikanzniveau: **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau. Abkürzungen: F, Teststatistik; MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung; η², (partielles) Eta-Quadrat

Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel: Auswertung der qualitativen Daten

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel berichtete die Mehrheit der Fokusgruppenteilnehmenden, dass sie zufrieden mit der Hilfsmittelauswahl seien und dass es das angemessene UK-Hilfsmittel für den/die UK-Nutzer*in sei:

*„Haben da gemeinsam einen *Hilfsmittel_Talker1* ausgesucht und fühlen uns seitdem total aufgehoben. Und haben, glaub ich, das richtige Mittel für das Mädchen gefunden.“ (B5BT1B#1, Erzieherin, 37)*

Insbesondere wurde von Zufriedenheit mit der einfachen Anwendung und Bedienung des UK-Hilfsmittels berichtet. Dass die Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel sehr individuell ist und u. a. von den Vorerfahrungen der Bezugspersonen abhängt, wurde ebenfalls verdeutlicht. Die Hilfsmittelnutzung wurde von einigen Teilnehmenden als zu kompliziert und nicht handhabbar empfunden:

*„[...] und zwar haben wir auch mit ... diese *Hilfsmittel_Symbolkarten*-CD dann erhalten und ja, und dann hatten wir sie, die CD, und dann war so die Problematik, dass wir uns ... [...] ... persönlich ... dann haben wir die CD*

aufgemacht, und haben gesehen, dass da tausende von Bildchen drin sind. Und jetzt sollten wir für unseren Sohn, der noch nicht spricht und ... ja, damit nichts anfangen kann, jetzt die richtigen Bilder aussuchen. Das fanden wir schwer.“ (B6AT1B#2, Mutter, 49-51)

In den Einzelinterviews berichteten 6 der 8 UK-Nutzer*innen, dass sie zufrieden mit dem UK-Hilfsmittel seien. Dahingegen wirkte ein*e UK-Nutzer*in eher unzufrieden und ein*e UK-Nutzer*in äußerte, dass es gute und schlechte Tage mit dem UK-Hilfsmittel gäbe.

Die quantitativen Auswertungen ergeben einen statistisch signifikanten Effekt der Intervention auf die Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel. Während die Zufriedenheit zu T1 in beiden Gruppen recht ähnlich ist, zeigte sich für die nVF-Gruppe zu T2 eine höhere Zufriedenheit im Vergleich zu einer etwas abnehmenden Zufriedenheit in der SV-Gruppe. Die qualitativen Erhebungen zeigen insgesamt eine recht hohe Zufriedenheit mit der Passung und Bedienbarkeit des Hilfsmittels. Einzelne UK-Nutzer*innen und Bezugspersonen äußerten jedoch auch Unzufriedenheit.

4.6.5 Akzeptanz, Nutzungskompetenz und Einsatz der Kommunikationshilfe

Die Akzeptanz des UK-Hilfsmittels, die Nutzungskompetenz im Umgang mit dem UK-Hilfsmittel sowie der Einsatz des UK-Hilfsmittels sind wichtige Aspekte der formativen Evaluation und wurden im Rahmen der Fragebogenerhebung nach dem Hilfsmittelerhalt zu den Zeitpunkten T1 und T2 in der nVF- und SV-Gruppe als intermediäre Outcomes erhoben. Die Skala zur Messung dieser Aspekte beinhaltet 24 Items, die sich inhaltlich vier thematischen Blöcken zuordnen lassen:

Tabelle 23: Thematische Blöcke der Skala zur Einschätzung der Akzeptanz, Nutzungskompetenz und Einsatz der Kommunikationshilfe

Inhaltliche Zuordnung	Perspektive	Anzahl der Items
Akzeptanz der Bezugsperson gegenüber der neuen Kommunikationshilfe	Selbsteinschätzung	5
Akzeptanz der betreuten Person gegenüber der neuen Kommunikationshilfe	Proxy-Einschätzung	5
Nutzungskompetenz der Bezugsperson und der betreuten Person	Selbsteinschätzung/Proxy-Einschätzung	7
Einsatz der neuen Kommunikationshilfe im Alltag	Selbsteinschätzung/Proxy-Einschätzung	7

Die thematische Kategorisierung der 24 Items wurde anschließend mithilfe einer explorativen Faktorenanalyse überprüft. Daraufhin konnte nur der thematische Block „Akzeptanz der Bezugsperson gegenüber der neuen Kommunikationshilfe“ tatsächlich als Faktor identifiziert und entsprechend eine Skala gebildet werden. Deskriptive Ergebnisse werden im Folgenden pro thematischen Block für den Zeitpunkt T2 dargestellt. Für die gebildete Subskala „Akzeptanz der betreuten Person gegenüber der neuen Kommunikationshilfe“ wird zusätzlich der Skalenmittelwert (Summenscore: Summe der Items geteilt durch Anzahl der Items) angegeben. Die Auswertungen dieser Items beziehen sich auf die Stichprobe mit allen gültigen

Bezugspersonen zum T2-Zeitpunkt (nVF n=193 Bezugspersonen; SV n=123 Bezugspersonen). Die Items 10 und 16 konnten nicht von Bezugspersonen von UK-Nutzer*innen ausgefüllt werden, die Gebärden als Kommunikationshilfe nutzen. Aus diesem Grund reduziert sich die Stichprobengröße bei Item 5 aus dem thematischen Block „Akzeptanz der betreuten Person gegenüber der neuen Kommunikationshilfe“ und bei Item 6 aus dem thematischen Block „Nutzungskompetenz der Bezugsperson und der betreuten Person“ auf n=176 nVF und n=118 SV. Bei der Skalierung des Messinstrumentes handelt es sich um eine Likert-Skala (0=„stimme überhaupt nicht zu“, 4=„stimme voll und ganz zu“), demnach bedeuten höhere Werte höhere Akzeptanz, Nutzungskompetenz bzw. erfolgreicherem Einsatz der Kommunikationshilfe im Alltag. Anmerkung zu den Tabellen 24-26: Der in Items verwendete Begriff „AKF“ bedeutet „alternative Kommunikationsform“ und wurde in Fragebögen verwendet, um alle UK-Formen zu berücksichtigen (z. B. UK-Hilfsmittel, Gebärden).

Akzeptanz gegenüber der neuen Kommunikationshilfe

Tabelle 24: Ergebnisse zur Akzeptanz der Bezugsperson gegenüber der neuen Kommunikationshilfe (T2 Zeitpunkt)

Akzeptanz der Bezugsperson gegenüber der neuen Kommunikationshilfe					
Items	nVF (n=193)		SV (n=123)		Mann-Whitney-U-Test (p)
	MW	SD	MW	SD	
1. Ich bin motiviert, die neue AKF mit der Person zu nutzen.	3,37	0,90	3,15	1,00	0,025*
2. Ich akzeptiere es, dass die Person wahrscheinlich nicht sprechen und für absehbare Zeit auf diese oder andere AKF angewiesen sein wird.	3,34	1,06	3,28	1,00	0,382
3. Ich finde es nicht frustrierend, die neue AKF mit der Person zu nutzen.	3,31	1,02	3,07	1,10	0,035*
4. Ich kann realistisch einschätzen, welchen Einfluss die neue AKF auf die Lebensqualität der Person haben könnte.	3,10	0,95	2,84	1,04	0,024*
5. Ich bin der Meinung, dass die Person die neue AKF benötigt, um effektiver mit mir zu kommunizieren.	3,05	1,20	3,10	1,13	0,886
Subskala	3,23	0,77	3,09	0,85	0,156

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse sind markiert mit *. p=Signifikanzniveau: **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau. Abkürzungen: MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung

Bei 4 von 5 Items zur Akzeptanz der neuen Kommunikationshilfe (Tabelle 24) liegen die Mittelwerte in der nVF-Gruppe höher als in der SV-Gruppe. Bei 3 von 5 Items sind diese Unterschiede statistisch signifikant. Der Mittelwertvergleich der gebildeten Subskala zeigt

jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Es ist eine Tendenz zu einer höheren Akzeptanz zum T2-Zeitpunkt in der nVF-Gruppe zu erkennen.

Tabelle 25: Ergebnisse zur Akzeptanz der betreuten Person gegenüber der neuen Kommunikationshilfe (Einschätzung der Bezugspersonen)

Akzeptanz der betreuten Person gegenüber der neuen Kommunikationshilfe					
Iteminhalt	nVF (n=193)		SV (n=123)		Mann-Whitney-U-Test (p)
	MW	SD	MW	SD	
1. Die Person zieht die neue AKF anderen, einfacheren Kommunikationsformen wie Vokalisationen, Gesten und weniger komplexen Kommunikationsformen vor.	1,84	1,25	1,63	1,10	0,172
2. Die Person hatte ein Mitspracherecht bei der Auswahl der neuen AKF.	1,81	1,44	1,78	1,38	0,878
3. Die Person scheint die neue AKF wertzuschätzen.	2,61	1,24	2,47	1,09	0,213
4. Bei Verwendung der neuen AKF wirkt die Person nicht so oft frustriert wie bei anderen Kommunikationsformen.	2,25	1,23	2,09	1,16	0,217
5. Die Person zeigt eine Art von Besitzanspruch auf das UK-Hilfsmittel.	2,57	1,48	2,23	1,50	0,062

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse sind markiert mit *. p=Signifikanzniveau: **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau. Abkürzungen: MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung

Auch bei 7 Items zur Proxy-Einschätzung der Akzeptanz der betreuten Person gegenüber der neuen Kommunikationshilfe liegen die Mittelwerte in der nVF-Gruppe zum T2-Zeitpunkt höher als in der SV-Gruppe. Der Mittelwertvergleich zeigt jedoch bei keinem der Items einen statistisch signifikanten Unterschied. Anzumerken ist auch, dass die Mittelwerte der Items deutlich unter den Werten der Akzeptanz der Bezugsperson liegen. An dieser Stelle können verschiedene Interpretationshypothesen diskutiert werden: zum einen, kann dieses Ergebnis darauf hindeuten, dass Bezugspersonen die neuen Kommunikationshilfe tendenziell schneller bzw. eher akzeptieren als die UK-Nutzer*innen. Da es sich jedoch um eine Proxy-Bewertung der Akzeptanz der UK-Nutzer*innen handelt, kann das Ergebnis auch als Hinweis darauf gedeutet werden, dass die Bezugspersonen die Akzeptanz der UK-Nutzer*innen etwas kritischer als ihre eigene bewerten. Die Abwesenheit der signifikanten Unterschiede zwischen nVF- und SV-Gruppe auf Itemebene deutet ebenfalls darauf hin, dass die nVF sich eher auf die Akzeptanz auf Bezugspersonenebene als auf Ebene der UK-Nutzer*innen auswirkt.

Akzeptanz gegenüber der neuen Kommunikationshilfe: Auswertung der qualitativen Daten

In den Fokusgruppeninterviews wurde insgesamt eine hohe Akzeptanz seitens der UK-Nutzer*innen sowie seitens der fachlichen und privaten Bezugspersonen gegenüber der Kommunikationshilfe berichtet. Die UK-Nutzer*innen seien neugierig und interessiert gegenüber der Kommunikationshilfe. Zudem hätte sich die Akzeptanz gegenüber der

Kommunikationshilfe dadurch gezeigt, dass die UK-Nutzer*innen die Kommunikationshilfe selbstständig mitnahmen und die Notwendigkeit der Nutzung gesehen hätten – wie im folgenden Zitat eines Lehrers aufgezeigt wird:

„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)

Insbesondere das Gefühl, eine eigene Kommunikationshilfe zu besitzen, die nur den UK-Nutzer*innen gehöre, sei u. a. mit der Akzeptanz der Kommunikationshilfe verknüpft. Dagegen fiel es erwachsenen UK-Nutzer*innen teilweise schwerer, Interesse für die Kommunikationshilfe aufzubringen, da alte Verhaltensmuster und Gewohnheiten gebrochen werden müssten. In diesen Fällen sei vor allem die Akzeptanz der Bezugspersonen wichtig, um auch die Akzeptanz bei den UK-Nutzer*innen zu stärken – wie im folgenden Zitat verdeutlicht:

„Aber die Übertragung nach Hause ist eben total wichtig und eigentlich das Elementare daran. Genau, und das ist eben bei meinem Patienten speziell jetzt relativ schwierig, das irgendwie zu gestalten und auch immer wieder die, ja, die Wichtigkeit den Eltern auch noch mal deutlich zu machen und dass man das auch eben auch, wenn der Sohn schon 35 ist, dass es trotzdem auch wichtig ist, da zu unterstützen und vorzumachen einfach auch. Ja, da ist so ein bisschen leider so ein Cut, was das ein bisschen schwierig gestaltet.“ (AT1B#2, Logopädin, 131)

Viele Bezugspersonen hätten eine hohe Akzeptanz gegenüber der Kommunikationshilfe und seien sehr engagiert. Es wurde beispielsweise berichtet, dass Kindergärten die Kommunikationshilfe in ihrem gesamten Alltag integriert hätten, indem alle Türen mit Symbolkarten versehen wurden. Jedoch wurde auch aufgeführt, dass die Akzeptanz seitens der Bezugspersonen nicht immer gegeben war und sie kein Interesse gehabt hätten, sich die UK-Maßnahmen anzueignen und adäquat umzusetzen.

In den Einzelinterviews wurden 7 der 8 interviewten UK-Nutzer*innen nach der Nutzungshäufigkeit der Kommunikationshilfe gefragt. Alle gaben eine hohe Nutzungshäufigkeit an (jeden Tag: n=2; immer: n=1; oft: n=4), was auf eine Akzeptanz der Kommunikationshilfe hindeutet.

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.

Nutzungskompetenz der neuen Kommunikationshilfe

Tabelle 26: Ergebnisse zur Nutzungskompetenz der Bezugsperson und der betreuten Person

Nutzungskompetenz der Bezugsperson und der betreuten Person					
Iteminhalt	nVF (n=193)		SV (n=123)		Mann-Whitney-U-Test (p)
	MW	SD	MW	SD	
1. Die Person kann mit der neuen AKF in der Regel erfolgreicher kommunizieren als mit anderen Kommunikationsformen.	2,35	1,22	2,24	1,14	0,361
2. Die Person teilt ihre / seine Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse mit der neuen AKF effektiver mit als mit anderen Kommunikationsformen.	2,03	1,18	1,89	1,22	0,328
3. Die Person ist körperlich in der Lage, die neue AKF zu nutzen. Sie / er kann beispielsweise auf die Tasten drücken / Symbole zeigen / Gebärden ausführen.	3,28	0,94	3,15	1,04	0,253
4. Die Person ist in der Lage, die neue AKF selbstständig zu nutzen, ohne dafür auf Hilfe angewiesen zu sein.	2,19	1,28	1,85	1,27	0,024*
5. Die Person versteht, wie die neue AKF genutzt wird.	2,77	1,15	2,57	1,02	0,057
6. Es ist einfach, Mitteilungen auf dem UK-Hilfsmittel zu programmieren (z. B. auf einem Talker) bzw. Inhalte für das UK-Hilfsmittel zu gestalten (z. B. neue Symbolkarten, Ich-Buch-Inhalte).	2,78	1,13	2,71	1,13	0,550
7. Die neue AKF ermöglicht der Person die Kommunikation zu verschiedenen Zwecken, beispielsweise um Wünsche zu äußern, Entscheidungen zu treffen, Fragen zu beantworten und zu widersprechen.	2,53	1,18	2,34	1,18	0,149

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse sind markiert mit *. p=Signifikanzniveau: **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau. Abkürzungen: MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung

Auch bei den Items zum Thema „Nutzungskompetenz der Bezugsperson und der betreuten Person“ liegen alle 7 Mittelwerte in der nVF-Gruppe zum T2-Zeitpunkt über den Mittelwerten in der SV-Gruppe. Bei einem Item (eigenständige Nutzung der Kommunikationshilfe) ist der Unterschied statistisch signifikant. Das Ergebnis kann als Hinweis darauf gedeutet werden, dass die nVF die Nutzungskompetenz positiv beeinflusst, die Unterschiede zwischen den Gruppen jedoch bei den meisten Aspekten nicht statistisch signifikant sind. Es könnte die Hypothese diskutiert werden, dass die Nutzungskompetenz aus den im Rahmen der Skala erhobenen Konstrukten (Akzeptanz, Nutzungskompetenz und Einsatz) am ehesten Zeit bzw. längere Beobachtungsdauer benötigt, um signifikante Unterschiede feststellen zu können. Die positiven Tendenzen in der nVF- im Vergleich zur SV-Gruppe könnten darauf hindeuten, dass die Intervention einen positiven (Langzeit-)Effekt auf die Nutzungskompetenz haben könnte, wohingegen Unterschiede in der Akzeptanz und dem Einsatz der neuen Kommunikationshilfe eher unmittelbar kurz nach der Intervention messbar sind.

Nutzungskompetenz der neuen Kommunikationshilfe: Ergebnisse der qualitativen Auswertung

Die Nutzungskompetenz der Kommunikationshilfe seitens der UK-Nutzer*innen und der Bezugspersonen wurde in den Fokusgruppeninterviews insgesamt eher als positiv beschrieben. In diesem Zusammenhang wurde hervorgehoben, dass das in der nVF integrierte Patient*innentraining, welches vor allem die Kommunikationshilfe-Nutzung thematisiert, sehr hilfreich gewesen sei. Im Rahmen des Patient*innentrainings sei es möglich gewesen, die Bezugspersonen anzuleiten und in die Bedienung/Nutzung der Kommunikationshilfe einzuführen, sodass hierdurch auch die Nutzungskompetenz der UK-Nutzer*innen positiv beeinflusst werden konnte – wie folgende Zitate verdeutlichen:

*„Denn, wie gesagt, ich glaube, das wäre bei denen schiefgelaufen, wenn der diesen Talker bekommen hätte und nicht angeleitet worden wäre.“
(CT1M, UK-Therapeut*in, 175),*

*„Wenn die einem was erzählen, dann klang das auch für die Eltern gut einsetzbar, auch in der Kombination mit dem Patient*innentraining, wurde den Eltern auch einfach mal viel nahegebracht. Was für uns, als Fachmenschen, schon irgendwie klar war. Was den Eltern aber noch mal ... warum muss das eigentlich so machen? Damit das bei dem Kind reinkommt, ne?“ (AT1B#1, Erzieherin, 64)*

Diesbezüglich scheint das Patient*innentraining insbesondere für Bezugspersonen ohne Vorerfahrungen wie beispielsweise Eltern von hohem Nutzen gewesen zu sein, da viele fachliche Bezugspersonen wie Lehrer*innen oder Erzieher*innen auf Vorerfahrungen zurückgreifen konnten. Fachliche Bezugspersonen mit Vorerfahrungen berichteten in den Interviews, dass ihnen aufgrund dessen die Nutzung der Kommunikationshilfe leichter fiel. Zudem hänge die Nutzungskompetenz auch von den jeweiligen kognitiven und körperlichen Einschränkungen der UK-Nutzer*innen ab, sodass beispielsweise Buttons an Rollstühlen so befestigt werden müssten, dass der/die UK-Nutzer*in diese auch nutzen könne:

„Also nicht sprechender Rollstuhlfahrer, an Tetra-Spastik leidet und, ja, das Ganze erschwert die Situation natürlich dann, also wir haben [...] verschiedene Positionen austesten müssen, wo wir den Button positionieren oder wo wir zwei Button gleichzeitig positionieren können, damit der überhaupt körperlich in der Lage ist, den zu erreichen und vom Kognitiven auch weiß, da ist dieser Button und da ist jener Button und das austesten jetzt, ne?“ (BT1B#2, Werkstattmitarbeiter, 105).

Es wurden jedoch auch Probleme in der Nutzung der Kommunikationshilfe berichtet. So berichteten beispielsweise private Bezugspersonen, dass sie bzw. die UK-Nutzer*innen mit

der Kommunikationshilfe – in diesem Fall eine CD mit einer Symbolsammlung – nicht zurecht kommen würden, da sie entweder mit der Nutzung überfordert seien und/oder Zweifel an der ausgewählten Kommunikationshilfe hätten, wie folgendes Zitat zeigt:

„Und die Sache ist die, wenn er wirklich noch nicht scheinbar mit Sicherheit weiß, ich kann damit ausdrücken, dass ich Durst hab, ich kann damit ausdrücken, dass ich Hunger hab, wieso braucht er eine Tafel, wo er schon Sätze mit verschiedenen Wortgruppen bildet? Das finde ich, ist so was von komplex und weit weg von dem, was er bisher scheinbar in der Lage ist.“ (AT1B#2, Vater, 88).

Es wird deutlich, dass es für manche Bezugspersonen schwerer ist, die Nutzung der Kommunikationshilfe zu erlernen, da es z. B. viel Zeit kostet, Gebärden zu lernen und zu verinnerlichen. Demnach sei es für die Bezugspersonen oft notwendig gewesen, sich die Zeit zu nehmen (z. B. nach Feierabend) und die Motivation aufzubringen, die Nutzung der Kommunikationshilfe zu erlernen und diese Fähigkeiten an die UK-Nutzer*in weiterzutragen. Demnach hätten manche Bezugspersonen die Kommunikationshilfe-Nutzung auch kritisch gesehen, wie dieses Zitat einer UK-Therapeut*in zeigt:

*„ [...] also als ich eben sagte, es geht um Einsatz einer *Hilfsmittel*, es geht auch grad um den Einsatz in Spielsituationen, dass er da besser mitteilen kann, das ... wurde mir gesagt, dass ich aber den gesamten Ablauf da störe, also dass mein Besuch in dieser Gruppe und jetzt insbesondere für dieses Kind, was eh schon leicht ablenkbar und überhaupt und ach, und nee, und dann noch die *Hilfsmittel* und das können sie sich gar nicht vorstellen und ganz schwierig und dann noch mit so viel Symbolen auf der *Hilfsmittel*, Das sehen sie doch sehr kritisch.“ (BT1M, UK-Therapeut*in, 321).*

Zudem hätten manche Bezugspersonen keine gute Nutzungskompetenz, da sie die Kommunikationshilfe nicht korrekt genutzt hätten, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

*„Und bei Schule hab ich es eben auch, also, ne? Die sind dann ganz begeistert und sitzen auch hier offen. Wir brauchen grade das in der Schule, damit wir uns mit dem Kind besser verständigen können und wenn ich dann vor Ort bin, erlebe ich, dass dann eigentlich nur der Wunsch ist, wir machen jetzt halt grade ... wir fangen jetzt an mit den Buchstaben, wir haben A und M und wir brauchen eine Seite, da muss A und M drauf sein. Und wenn ich dann sage, das ist schön für Ihren Deutschunterricht, dann kann das Kind auf das M drücken, wenn Sie fragen, wo ist das M und das Kind kann auf das A drücken, wenn Sie fragen, wo ist das A. Und ich frage zurück, was ist da dran Kommunikation? Das, was Sie da machen, ist im besten Fall mal Wissen abprüfen. (lacht) Im schlechtesten Fall Multiple Choice für das Kind.“ (BT1M, UK-Therapeut*in, 323).*

Insgesamt sei es wichtig die individuellen Grenzen zu akzeptieren und nicht zu viel von den Bezugspersonen in der Nutzung der Kommunikationshilfe zu verlangen.

Die UK-Nutzer*innen berichteten in den Einzelinterviews, dass sie die Kommunikationshilfe insbesondere im häuslichen Setting (z. B. mit Wohnheimmitarbeitenden, Familie) oder in der Werkstatt nutzen. Auf die Frage, warum die UK-Nutzer*innen die Kommunikationshilfe nutzen würden, wurden ganz verschiedene Gründe angegeben (z. B. mitreden, verständigen). UK-Nutzer*innen, die sich noch ein wenig verbal äußern konnten, würden die Kommunikationshilfe vor allem nutzen, wenn sie verbal nicht verstanden würden:

*„B2B7_UN: Ich spreche zum Betreuer und wenn er nicht mich versteht, dann ich benutze dieses Gerät.“ (B2B7, UK-Nutzer*in, 129-131)*

Weitere Nutzungsgründe sind u. a. Musik hören, Fernsehen, Nutzung von Videoplattformen oder Onlinespielen, Bestellungen im Café aufgeben und zum Schreiben – wie folgendes Zitat einer im Interview anwesenden Bezugsperson zeigt:

*„[...] aber manchmal ähm macht die *Name1* uns ganze Briefe. Das ist total lustig. Total cool gemacht. Ist auch für sie schwer, ganz schwierig [...]“ (B1B4, Wohnheimbetreuerin, 224)*

Einsatz der neuen Kommunikationshilfe im Alltag

Tabelle 27: Ergebnisse zum Einsatz der neuen Kommunikationshilfe im Alltag (Einschätzung der Bezugspersonen)

Einsatz der neuen Kommunikationshilfe im Alltag					
Iteminhalt	nVF (n=193)		SV (n=123)		Mann-Whitney-U-Test (p)
	MW	SD	MW	SD	
1. Ich ermutige die Person, die neue AKF sowohl zu Hause als auch in der Öffentlichkeit zu nutzen.	3,06	1,08	2,77	1,09	0,009*
2. Ich Sorge dafür, dass die neue AKF der Person möglichst immer zur Verfügung steht.	3,36	0,94	2,82	0,98	<0,001**
3. Die Person hat zu Hause und an anderen Orten Gründe, die neue AKF häufig zu nutzen.	2,60	1,19	2,47	1,17	0,307
4. Die Person hat zahlreiche Gelegenheiten, die neue AKF zu nutzen.	2,91	1,01	2,54	1,03	0,001*
5. Es ist leicht, die neue AKF im alltäglichen Umgang mit der Person zu nutzen.	2,63	1,04	2,19	0,98	<0,001**
6. Die Nutzung der neuen AKF ist geeigneter als andere Kommunikationsformen, die die Person bislang genutzt hat.	2,65	1,11	2,56	1,07	0,500
7. Die Verständigung mit der Person ist in der Regel effektiver, wenn er / sie die neue AKF statt andere Kommunikationsformen nutzt.	2,37	1,13	2,17	1,10	0,167

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse sind markiert mit *. p=Signifikanzniveau: **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau. Abkürzungen: MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung

Bei dem thematischen Block aus 7 Items zum Thema „Einsatz der neuen Kommunikationshilfe im Alltag“ zeigen sich die meisten statistisch signifikanten Unterschiede (4 von 7 Items) zwischen den Mittelwerten der beiden Gruppen. Bei allen 7 Items liegen die Mittelwerte in der nVF-Gruppe höher als in der SV-Gruppe. Dieses Ergebnis kann als deutlicher Hinweis darauf gedeutet werden, dass sowohl die Bezugspersonen als auch die UK-Nutzer*innen (die Items der Skala beziehen beide Perspektiven ein) in der nVF-Gruppe die neue Kommunikationshilfe im Alltag häufiger und effektiver einsetzen als die Bezugspersonen und die UK-Nutzer*innen in der SV-Gruppe.

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, jedoch waren diese nur bei einzelnen Items statistisch signifikant. In den qualitativen Ergebnissen wurde vor allem das Patient*innentraining als besonders hilfreich zur Förderung der Nutzungskompetenz und des Einsatzes im Alltag hervorgehoben. Zudem sei die Nutzungskompetenz der UK-Nutzer*innen stark von der der Bezugspersonen abhängig, die teilweise auch von hohem Aufwand zum Erlernen der Kommunikationshilfe oder Überforderung berichteten.

4.6.6 nVF-Compliance

Die Compliance zur Teilnahme an der Intervention wurde von den Fokusgruppenteilnehmenden vor allem bezüglich der an der nVF teilnehmenden Bezugspersonen berichtet. Je nachdem wie viel Motivation die Bezugspersonen gehabt hätten, wäre die Compliance höher oder niedriger gewesen. Die Teilnahme an der nVF sei mit Aufwand verbunden gewesen und nicht alle Bezugspersonen wären bereit gewesen, ausreichend eigene Arbeit zu investieren:

*„Vielleicht ist (lacht leise) denen dann manchmal der Aufwand, steht für die nicht so im Verhältnis zum Erfolg. Das könnte ich mir auch vorstellen, weil das hört man schon auch oft, ne? Am Anfang so in der Beratung, dann ist das alles neu, oh, toll, was es alles gibt. Und was so ein Gerät alles kann. Und wenn man dann damit selber arbeiten muss, um es dem Kind wirklich auch vermitteln zu können, dann ist es plötzlich Arbeit, ne? Also da muss man sich schon damit auch befassen und das macht natürlich nicht jeder gerne.“ (BT1M, UK-Therapeut*in, 160).*

Diesbezüglich sei beispielsweise nicht immer die Bereitschaft dagewesen, dass die UK-Nutzer*innen die Kommunikationshilfe am Arbeitsplatz nutzen durften, da es den Arbeitsablauf behindern würde. Zudem würde die Compliance der Bezugspersonen stark die Compliance der UK-Nutzer*innen beeinflussen:

*„[...] ich glaube, aber tatsächlich, dass die Compliance der Bezugspersonen, die (leicht lachend) Compliance der UK-ler, [...] deutlich beeinflusst. [...] Also weil Kommunikation so viel mit Beziehung zu tun hat und die Beziehung mit den anderen Bezugspersonen halt schon so eine gewachsene ist und die muss nicht unbedingt gut gewachsen sein, je nachdem, ne? Mh, ist ihre Bereitschaft, ihre Motivation, ihre Offenheit nicht immer so da, ne? Ich denke schon auch, dass es jetzt eher der kleinere, der deutlich kleinere Teil der Bezugspersonen ist, die nicht so bereitwillig mitarbeiten, aber es gibt ein paar. Ist nicht überall Selbstläufer, das muss man auch sagen.“ (BT1M, UK-Therapeut*in, 164).*

Bezugspersonen mit hoher Motivation seien sehr wissbegierig und versuchten dieses Wissen umzusetzen – wie folgendes Zitat zeigt:

„Über die Zeit hat sich dann unheimlich gute Basis entwickelt, die Eltern kommen auf uns zu, sagen ganz klar, was die wollen, was sie doof finden. [...] Und wir können auch zurückmelden. Also die Zusammenarbeit ist einfach richtig gut mit den Eltern. Hat man ja auch nicht immer leider. Und auch deren Geschwisterkinder oder auch die Oma und Opa, die vorher überhaupt gar keine Ahnung hatten, wie sie mit dem Kind irgendwie kommunizieren, die stehen jetzt bei uns in der Kita und sagen, ich brauch noch mal Ihre Hilfe. [...] Wo ich dann denke, oh, ja, das zieht sogar in die weiten Familienkreise aus der Kita raus, ne? Das war echt ... hat sich gut entwickelt.“ (AT1B#1, Erzieherin, 307).

Qualitative Auswertungen ergaben, dass die Compliance bezüglich des Einsatzes der Kommunikationshilfe im Alltag stark von der Motivation insbesondere der fachlichen Bezugspersonen abhänge, die nicht in allen Kontexten immer gegeben sei und der Aufwand der Nutzung dem oftmals entgegenstünde.

4.7 Kontextfaktoren

In diesem Kapitel werden alle Kontextfaktoren aufgeführt, die unabhängig von der nVF einen Einfluss auf die Umsetzung, Bewertung und Wirkung der nVF haben können. Durch die Kontextfaktoren können Gründe für positive und negative Wirkweisen der nVF abgeleitet sowie die Heterogenität der Stichprobe abgebildet werden. Die Unterkategorien (Abbildung 7) ergeben sich zum einen aus den in den Fokusgruppen- und Einzelinterviews induktiv gebildeten Subkategorien sowie zum anderen aus den im Rahmen der quantitativen Befragungen erhobenen Kontextfaktoren.

4.7.1 Vorerfahrungen mit UK

Zum T0-Zeitpunkt (nVF und SV) sowie im Rahmen der querschnittlichen Befragung in der uV-Gruppe wurde die Erfahrung der UK-Nutzer*innen mit den in Tabelle 28 beschriebenen UK-Formen erhoben. Dieser Aspekt kann als wichtiger Kontextfaktor der UK-Versorgung betrachtet werden. Die Skalierung der eingesetzten Items ist von 0–4 („gar keine Erfahrung“ – „sehr viel Erfahrung“). Die Tabelle 28 fasst die deskriptiven Ergebnisse der drei Gruppen zusammen. Es wird deutlich, dass die UK-Nutzer*innen in der nVF-Gruppe am wenigsten Erfahrung mit allen drei UK-Formen im Vergleich zu den Gruppen SV und uV haben. Insgesamt kann festgehalten werden, dass Mittelwerte der beiden Gruppen nVF und SV zwischen 1 („wenig“) und 2 („mittelmäßig“) liegen. UK-Nutzer*innen in der uV-Gruppe haben vor allem bei der UK-Form „Elektronische UK-Hilfsmittel“ einen deutlich höheren Mittelwert (2,30, zwischen „mittelmäßig“ und „viel“). Der Unterschied zwischen den Mittelwerten der nVF- und der SV-Gruppe ist nicht statistisch signifikant. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass dieser Kontextfaktor die Hauptergebnisse der quasi-experimentellen Studie (Entwicklung der Outcomes) keine der Gruppen entscheidend beeinflusst hat

Tabelle 28: Deskriptive Ergebnisse zum Kontextfaktor UK-Erfahrung der UK-Nutzer*innen

	nVF (n=127)		SV (n=91)		uV (n=190)		Vergleich der Mittelwerte zwischen nVF und SV (Mann-Whitney-U-Test, p)
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	
Erfahrung mit elektronischen UK-Hilfsmitteln	1,13	1,19	1,30	1,30	2,30	1,03	0,386
Erfahrung mit nicht elektronischen UK-Hilfsmitteln	1,54	1,19	1,56	1,27	1,84	1,04	0,966
Erfahrung mit Gebärden	1,24	1,06	1,34	1,22	1,31	1,09	0,745

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse sind markiert mit *. p=Signifikanzniveau: **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau. Abkürzungen: MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung

Vorerfahrungen mit UK: Ergebnisse der qualitativen Auswertung

Einige Bezugspersonen berichteten in den Fokusgruppeninterviews, dass sie bereits Erfahrung mit UK hätten und dies die Umsetzung begünstigt hätte:

„Aber dadurch, dass wir halt jetzt nicht ganz bei null angefangen haben, sondern wirklich schon ein bisschen Erfahrung mitbringen konnten, fiel uns das in der Kita total leicht.“ (B4AT1B#1, Erzieherin, 64)

Während von UK-Vorerfahrungen berichtet wurde, auf die die nVF erfolgreich aufbauen konnte, scheinen negative Vorerfahrungen den Erfolg hemmen zu können:

*„[...] also *Hilfsmittel_Symbolkarten1* ist damals angebahnt worden auch mit dem Autismuszentrum zusammen und, und, und. Und alle haben sich wahnsinnig Mühe gegeben, aber da sind die Schritte irgendwie in falsche Richtung gelaufen, übersprungen worden und dann wusste man hinterher nicht, wird die Karte übergeben, wegen dem Gummibärchen oder weil wirklich da ein Sinn hinter ist. Und jetzt fangen wir halt bei Null an.“ (B3BT1B#1, Mutter, 71)*

Vorerfahrungen mit der Nutzung von UK-Hilfsmitteln wurden in den Interviews als förderlich für die Nutzung beschrieben und stellen somit einen relevanten Kontextfaktor da. Die selbsteingeschätzte Vorerfahrung der Bezugspersonen unterscheidet sich zwischen der nVF- und SV-Gruppe nicht, aber scheint in der uV-Gruppe stärker ausgeprägt zu sein.

4.7.2 Einstellungen der Stakeholder zur UK

In den Fokusgruppeninterviews wurden sowohl positive als auch negative Einstellungen der privaten und fachlichen Bezugspersonen gegenüber der UK-Umsetzung im Rahmen der nVF berichtet. Diese Einstellungen hätten sich oftmals auf die UK-Nutzer*innen übertragen, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

*„Das hängt, ja, ich glaube, aber tatsächlich [damit zusammen], dass die Compliance der Bezugspersonen, die (leicht lachend) Compliance der UK-ler, der Klienten deutlich beeinflusst.“ (B2BT1M#1, UK-Therapeut*in, 164)*

Einige fachliche Bezugspersonen hätten die UK-Therapeut*innen aus den UK-Kompetenzzentren als Konkurrenz wahrgenommen, hätten das Gefühl ihre Kompetenz würde in Frage gestellt oder fühlten sich durch die Anwesenheit der UK-Therapeut*innen gestört. Zudem seien manche Bezugspersonen zunächst sehr skeptisch gewesen und hätten aufgrund des Aufwandes Vorbehalte gehabt. UK zu erlernen sei mit zeitlichem Aufwand verbunden und dieser sei für manche Stakeholder zu hoch gewesen, vor allem wenn die Motivation gefehlt hätte oder die Relevanz von UK nicht wahrgenommen wurde. Des Weiteren hätten manche fachliche Bezugspersonen an starren Abläufen gehangen, die eine Teilnahme an der nVF erschwerten:

*„Also von einer Werkstatt, die mir erklärt hat, so eine Kommunikationshilfe kann am ... nicht auf dem ... nicht am Arbeitsplatz stehen, weil das behindert den ganzen Arbeitsablauf in dieser Werkstatt. Da werden Verpackungsarbeiten gemacht, kleine Dinge in Schächtelchen verpackt und das geht nicht, das stört, also das darf mitgebracht werden, muss aber im Spind eingeschlossen sein. (lacht leise) Acht Stunden am Tag.“ (B2BT1M#1, UK-Therapeut*in, 317)*

Falsche Vorstellungen von UK hätten die Umsetzung von UK erschwert. Wie relevant es ist, dass die Stakeholder die Definition und Ziele von UK verstehen, zeigt folgendes Zitat einer/eines UK-Therapeut*in:

*„Und auch das, glaub ich, ist eben so ein Haltungsding, ne? Wenn das dann letztlich ein ... wenn sich dann rausstellt, dass das Einrichtungen sind, die offen sind, wo sich diese Definition von Kommunikation und von dem, was wir hier gemeinsam tun wollen, stimmig war und die auch so vom Menschenbild denken, dass jemand, egal, wie und was für eine Situation da ist, immer beteiligt sein sollte und immer alle Möglichkeiten zur Verfügung haben sollte, sich einzubringen und zu kommunizieren, dann fluppt das auch. Und wenn sich dann da zeigt, dass die eigentlich in ihrem Kastendenken sitzen und wollen, dass das Kind ... ne? Also dieser Kindergarten zum Beispiel, die wollten eigentlich, glaube ich jetzt, dass dieses Kind sich an ihre Regeln hält. Dass er besser versteht, wann er wo spielen darf, wann er was machen darf, wann die Schuhe angezogen, wann die Jacke (leicht lachend) aufgehängt, wann der Teller abgeräumt, das wollten sie eigentlich. Sie wollten nicht, dass er bestimmen kann, ja? Womit er jetzt spielen möchte, wer mit ihm spielt, oder irgendwas im Spiel kommentieren kann, ne?“ (B2BT1M#1, UK-Therapeut*in, 327)*

Darüber hinaus führten falsche Vorstellungen von UK auch dazu, dass Bezugspersonen zu hohe Erwartungen gehabt hätten und demnach zu viel Druck auf die UK-Nutzer*innen ausübten. Dies läge oftmals an dem ausgeprägten Wunsch, dass das Kind lautsprachlich kommunizieren können sollte. Als positive Einstellungen wurde in den Interviews berichtet, dass viele Bezugspersonen offen gegenüber UK gewesen seien und Motivation gehabt hätten, die Umsetzung von UK zu erlernen.

„[...] also der Talker, der ist natürlich bei uns zu Hause im Einsatz, aber sie nimmt ihn überall mit hin. Also der geht dann auch zu Opa und Oma väterlicherseits. (3) Ich hab auch gesagt, also die müssen nicht den benutzen, das ist alles also frei. Aber die finden das natürlich auch sehr interessant,

hören natürlich auch sehr gerne, was sie zu sagen hat oder also was da alles so möglich mit ist.“ (B4BT1B#2, Mutter, 338)

Einstellungen der Bezugspersonen wurden in den qualitativen Erhebungen als weiterer förderlicher bzw. hemmender Kontextfaktor beschrieben, der die Umsetzung beeinflusst. Hierunter fielen die wahrgenommene Bedrohung der fachlichen Kompetenz, Vorbehalte bezüglich des Aufwandes, überhöhte Erwartungen und Offenheit sowie Motivation etwas Neues auszuprobieren.

4.7.3 Technikbereitschaft

Im Kontext der vorliegenden Untersuchung wird Technikbereitschaft der privaten und fachlichen Bezugspersonen als ein Kontextfaktor erhoben, da diese Personengruppe im UK-Kontext häufig mit elektronischen UK-Hilfsmitteln ihrer Angehörigen agiert. Da im Untersuchungskontext keine differenzierte Betrachtung der einzelnen Teilkonstrukte vorgesehen ist, wurde eine Gesamtskala Technikbereitschaft gebildet. Bei der Skalierung handelt es sich um eine Likert-Skala (Werte 1–5), bei der höhere Werte höhere Technikbereitschaft bedeuten. Die Auswertungen beziehen sich auf alle gültigen Bezugspersonen (nVF n=193 Bezugspersonen; SV n=123 Bezugspersonen; uV n=190).

Tabelle 29: Ergebnisse zum Kontextfaktor Technikbereitschaft

nVF (n=193)		SV (n=123)		uV (n=190)		Vergleich der Mittelwerte zwischen nVF und SV (Mann-Whitney-U-Test, p)
MW	SD	MW	SD	MW	SD	
3,64	0,66	3,77	0,58	3,41	0,65	0,177

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse sind markiert mit *. p=Signifikanzniveau: **statistisch signifikant auf 1 % Niveau; *statistisch signifikant auf 5 % Niveau. Abkürzungen: MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung

Die Bezugspersonen in der uV-Gruppe weisen die niedrigste Technikbereitschaft auf, gefolgt von den Bezugspersonen der nVF-Gruppe (Tabelle 29). Die Bezugspersonen der SV-Gruppe erreichen im Gruppenvergleich den höchsten Mittelwert. Der Unterschied zwischen den Mittelwerten der nVF- und der SV-Gruppe ist jedoch nicht statistisch signifikant. Zu berücksichtigen ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu diesem Kontextfaktor die Tatsache, dass es sich bei den Gruppen nVF und SV sowohl um private als auch um fachliche Bezugspersonen handelt, bei der uV-Gruppe jedoch nur um Daten zu privaten Bezugspersonen.

Für die Skala werden keine Cut-Off Werte angegeben, die die Ergebnisse einer niedrigen oder hohen Technikbereitschaft zuordnen. Die Daten zu Validierungsstichproben (MW=3,73; SD=0,62) (Neyer et al., 2012) deuten jedoch darauf hin, dass bei den Stichproben der vorliegenden Studie keine Gruppe eine herausstechend hohe bzw. niedrige Technikbereitschaft hat und dass dieser Kontextfaktor die Hauptergebnisse der Studie (Entwicklung der Outcomes) für keine der Gruppen entscheidend beeinflusst haben könnte.

Weder die nVF- noch die SV-Gruppe wies eine herausstechend hohe bzw. niedrige Technikbereitschaft auf und die Werte waren in beiden Gruppen vergleichbar. In den qualitativen Interviews wurde das Thema Technikbereitschaft nicht thematisiert, was die geringe Relevanz dieses vermuteten Kontextfaktors unterstreicht.

4.7.4 Rahmenbedingungen

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Im Zusammenhang mit gesetzlichen Rahmenbedingungen, die einen Einfluss auf die Wirkung der nVF besitzen, wurde von den UK-Therapeut*innen insbesondere die gesetzlich vorgeschriebene Beratungspflicht der Hilfsmittelfirmen hervorgehoben. Nachdem die nVF-Teilnehmenden eine unabhängige UK-Diagnostik und -Beratung im Rahmen der nVF erhalten haben, führte die im April 2017 neu eingeführte Beratungspflicht der Hilfsmittelfirmen (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) dazu, dass die Teilnehmenden eine weitere UK-Diagnostik und -Beratung erhielten. In der Folge hätte der Beantragungsprozess länger gedauert und es sei bei widersprüchlichen Empfehlungen zu Unsicherheiten bei den Teilnehmenden gekommen:

*„Um zu dem gleichen Schluss zu kommen wie wir bestenfalls und das ist ... das klaut einfach sehr viel Zeit so. Ich hab jetzt zwei, wo wir auf diesen Termin jetzt warten müssen, wo wir diese Termine auch wieder absprechen müssen mit allen Leuten gemeinsam. Und das kostet unheimlich viel Zeit. Zeit, die eigentlich diese Kinder schon längst mit einem Hilfsmittel hätten verbringen sollen [...].“ (B2CT1M, UK-Therapeut*in, 15)*

*„Dass ich es als manchmal sehr ärgerlich einfach erlebe, dass wenn man nicht vorher Kontakt mit der Hilfsmittelfirma aufnimmt, und sagt, hallo, wir haben uns da eigentlich schon drauf geeinigt, die lospoltern und tatsächlich auch ganz andere Dinge empfehlen, ich auch jetzt mit Hilfsmittelfirmen schon die Themen hatte, dass die, glaub ich, nicht über unsere Wahl erfreut waren und eigentlich auf ihr Recht gepocht haben, auch noch mal was anderes vorzustellen und sagten, ja, was bilden Sie sich als Firmenunabhängige überhaupt ein, was Sie können? Also schon Diskussionen, wo einfach ganz klar meine Expertise und mein Fachwissen, aber auch das der Berat- ... der unabhängigen Beratungsstellen ganz stark angegriffen wurde.“ (B3AT1M#1, UK-Therapeut*in, 353)*

Des Weiteren kritisierten die Bezugspersonen, dass im derzeitigen System die Ärzt*innen lediglich die Leistung verschreiben würden, aber ansonsten in die UK-Umsetzung nicht involviert seien. Zudem sei im jetzigen System noch nicht ausreichend einheitlich geregelt, ab wann ein UK-Bedarf bestehe (z. B. welche Diagnosen zugrunde liegen sollten). Demnach hätten Personen mit unklaren Diagnosen, die dennoch einen UK-Bedarf besäßen, mehr Schwierigkeiten mit den Bewilligungen der beantragten Maßnahmen.

Finanzielle Rahmenbedingungen der UK-Versorgung

Die Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews zeigen, dass die Finanzierung der Hilfsmittelversorgung über die Krankenkassen sehr unterschiedlich verläuft und es sehr von dem/der jeweiligen Sachbearbeiter*in abhängt, ob und wie schnell ein UK-Hilfsmittel bewilligt wird. Viele Fokusgruppenteilnehmende berichteten Probleme mit der Hilfsmittelbeantragung über die Krankenkasse. Unter anderem wurde berichtet, dass die Zeiträume bis zur Hilfsmittelbewilligung durch die Krankenkassen oftmals sehr lange gewesen seien und aufwändige Widersprüche nötig gewesen seien, die nicht immer zum Erfolg führten:

„Die Krankenkasse hatte sehr viele Ausflüchte, warum wir das jetzt noch nicht kriegen können. Dann mussten wir noch mal von einem Arzt extra beraten werden, damit wir auch das Richtige kaufen. Dann musste noch meine Logopädin bestätigen, dass es das Richtige ist und es halt vier, fünf Monate gedauert, bis wir es erhalten haben.“ (B2AT1B#1, Vater, 5)

Gerade für private Bezugspersonen sei dieser Bewilligungsprozess sehr anstrengend und belastend gewesen:

„Ja, man ist ja auch geneigt, schnell aufzugeben und zu sagen, ja, gut, wenn die Krankenkasse jetzt nicht will, muss ich sie jetzt zwingen oder muss ich einen Klageweg gehen? Oder? Ist ja auch immer so eine Hemmschwelle irgendwo auch, weil man fühlt sich manchmal so auch wie so ein Bittsteller. Ewig will man irgendwas haben und die sagen immer, nee, das kriegst du nicht, dafür kriegst du dies. Auf Dauer ... (wenn mans mal...?) macht, aber bei einem behinderten Kind, da bist du ja ständig Anträge am Stellen.“ (B2AT1B#1, Vater, 377)

Zudem gab es Fälle, bei denen die UK-Hilfsmittel zunächst nur zur Erprobung bewilligt worden seien und es dann eine erzwungene Therapiepause gegeben hätte, weil die Prüfung für eine dauerhafte Versorgung sehr lange dauerte – wie folgendes Zitat zeigt:

*„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)*

Die Anträge seien darüber hinaus für Personen, die nicht deutschsprachig aufgewachsen sind, schwierig zu verstehen und nicht ohne Unterstützung auszufüllen. Einige fachliche Bezugspersonen berichteten, dass sie das UK-Hilfsmittel privat oder über den Träger der Einrichtung angeschafft hätten. Es wurden in den Fokusgruppeninterviews jedoch auch positive Verläufe von Hilfsmittelbeantragungen bei der Krankenkasse berichtet, die schnell und erfolgreich bewilligt wurden.

Organisatorische Rahmenbedingungen

Es wurden in den Fokusgruppeninterviews einige organisatorische Rahmenbedingungen, die Einfluss auf die Umsetzung der nVF besitzen, genannt. Diesbezüglich wurde u. a. die Organisation von Terminen genannt. Manche Bezugspersonen seien bezüglich ihrer zeitlichen Kapazitäten sehr unflexibel gewesen oder der/die UK-Nutzer*in habe bereits sehr viele wöchentliche Termine gehabt. Therapeutische Gesundheitsfachkräfte wie Ergotherapeut*innen oder Sprachtherapeut*innen könnten beispielsweise nicht immer ihre Praxistermine so strukturieren, dass sie an allen UK-Therapien teilnehmen können. In Einrichtungen wie z. B. Werkstätten gibt es in der Regel feste Tagesstrukturen, in welche sich UK-Therapien sowie der Einsatz von der neuen Kommunikationshilfe nicht immer problemlos einbauen ließen. Auch in Schulen sei die Durchführung von UK-Therapien mit bestimmtem organisatorischem Aufwand verbunden, wie folgendes Zitat zeigt:

*„[...] Wir müssen aber al- ... also alles einfach drum rum organisieren, ich falle aus in der Zeit, dann sind wieder Kollegen krank. Und das ist schon ... also ich mach das alles super gerne, aber es ist viel Energie, die ich rein gebe und auch in den Austausch noch mit zu Hause, dann kommen von der ... zu Hause hab ich so ein bisschen Skepsis, ist das alles gut. Dann bin ich da wieder involviert und Eltern, die da nicht irgendwie so schnell reagieren, also es ist für mich auch so ein Orga-Aufwand, den ich mittrage, damit das alles läuft. [...] Aber es ist auf jeden Fall Zeit, die reingeht, [...] ich denke jetzt also auch, wenn ich jetzt mit dem Schüler das abgeschlossen hab, die 20 Termine, dann brauch ich auch erst mal eine Pause, bevor ich mit dem nächsten Schüler wieder in dieses Intensive reingehe, weil das ist schon ... ja, es lohnt sich, es hat total den tollen Ertrag, aber ich gebe auch schon viel rein.“
(B3BT1B#2, Lehrerin, 142)*

Die Organisation von Terminen sei ebenfalls für die UK-Therapeut*innen mit einem gewissen Aufwand verbunden gewesen, da diese mit allen Bezugspersonen Termine organisieren mussten. Hinzu sei die die Organisation der Fahrtwege gekommen. Aufgrund des hohen organisatorischen Aufwandes sei für die UK-Therapeut*innen teilweise wenig Zeit für Absprachen und Fallbesprechungen zwischen den UK-Therapeut*innen geblieben. Dies wäre anders gewesen, wenn es mehr Personal gegeben hätte, da die Fälle dann besser untereinander aufgeteilt hätten werden können und mehr Zeit für Austausch da gewesen wäre.

Des Weiteren seien UK-Therapien in Einrichtungen wie Schule nicht immer einfach zu organisieren, da oft Unvorhersehbares passiere, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

*„Also ich erlebe auch, auch bei denen, die das eigentlich sehr schätzen, dann kommt man in die Schule, so war es gestern (leicht lachend) dann zum Beispiel, dann ist die zweite Lehrerin aus der Klasse plötzlich wieder krank. Der dritte Lehrer hat sich am Tag vorher, ohne es abzusprechen, überstundenfrei genommen und plöt- ... und jetzt wird die Klasse aufgeteilt, das heißt, ich muss das Kind, für das ich komme, erst mal in der ganzen Schule suchen. Und, ne? Also in den Schulen oder überhaupt in den Einrichtungen, da passiert eben auch so vieles, so Unvorhersehbares und es ist sowieso alles sehr komplex, ne?“ (B2BT1M#1, UK-Therapeut*in, 144)*

Private Bezugspersonen sei es zudem manchmal schwergefallen, ihre zeitlichen Ressourcen so zu organisieren, dass sie an der nVF teilnehmen und/oder an der UK-Umsetzung arbeiten konnten, aufgrund von Berufstätigkeit oder weiteren zu versorgenden Kindern.

Rahmenbedingungen der Nutzung der neuen Kommunikationshilfe

In den Einzelinterviews mit den UK-Nutzer*innen wurden Rahmenbedingungen deutlich, welche die Nutzung der Kommunikationshilfe beeinflussen können. In mehreren Fällen war die Kommunikationshilfe nicht (ausreichend) geladen, sodass sie nicht zur Nutzung bereitstand. Die UK-Nutzer*innen konnten die Kommunikationshilfe nicht selbständig laden und waren auf die Hilfe der Bezugspersonen angewiesen. Zudem bestand bei manchen eine mangelnde Passung zwischen Kommunikationshilfe und den UK-Nutzer*innen, sodass es zu Problemen in der Nutzung kam wie keine Sprachausgabe in Muttersprache sowie Nutzungsschwierigkeiten des Kommunikationshilfe im Rollstuhl, da diese nicht am Rollstuhl befestigt war.

Bestehende Regelungen zu Zuständigkeiten und zur Feststellung des UK-Bedarfs werden als unzureichend und zum Teil nicht zielführend für die Ziele der Intervention wahrgenommen. Auch die finanziellen Rahmenbedingungen in Bezug auf den Beantragungsprozess und die Übernahme von Leistungen und UK-Hilfsmitteln wurden in der Interventionsgruppe als unzureichend und teils willkürlich beschrieben. Zudem sind zeitliche Ressourcen aller Beteiligten ein kritischer Faktor für die planmäßige Durchführung der Intervention. Die Koordination von Terminen bei begrenzten zeitlichen Ressourcen aller Beteiligten stellt für die UK-Therapeut*innen eine große Herausforderung dar.

4.7.5 Zusammenarbeit und Kommunikation der Stakeholder

Da jede*r UK-Nutzer*in der nVF ein eigenes UK-Netzwerk mit jeweiligen Stakeholdern besaß, verlief die Zusammenarbeit zwischen den Stakeholdern sehr unterschiedlich. Demnach berichteten die Fokusgruppenteilnehmenden sowohl positive als auch negative Erfahrungen bzgl. der Zusammenarbeit der Stakeholder. Es wurden beispielsweise Probleme in der Zusammenarbeit mit der Krankenkasse berichtet, dass diese nicht ausreichend über das Projekt informiert waren oder Hilfsmittelanträge ablehnten. Zudem wurden Probleme in der Zusammenarbeit mit fachlichen Bezugspersonen berichtet, da manche sich von der Anwesenheit der UK-Therapeut*innen in ihren Einrichtungen gestört gefühlt hätten. Die Zusammenarbeit mit den Hilfsmittelfirmen sei teilweise schwierig gewesen, weil es Probleme in der Erreichbarkeit und Kommunikation gegeben hätte. Manche fachlichen Bezugspersonen berichteten zudem, dass es Probleme in der Zusammenarbeit mit den Eltern gegeben hätte, da der Transfer nach Hause ausgeblieben wäre. Insgesamt wurde betont, wie relevant eine funktionierende Zusammenarbeit für die UK-Versorgung sei – wie folgende Zitate zeigen:

„Und das zeigt dann noch mal so deutlich, wie wichtig das ist, dass das ganze Team das kann. Und ja, die sind total motiviert. Und die wollen jetzt mehr. (lacht leise) Mehr lernen, mehr erfahren.“ (B3AT1B#1, Heilpädagogin, 72)

„Aber was ich finde, was ich denke, sie müssen alle Therapeuten zusammenarbeiten. Logopäde, Physiotherapeutin, alles Mögliche müssen sie zusammensetzen und etwas entwickeln, auch mit unterstützenden Kommunikation zusammen.“ (B1BT1B#1, Mutter, 114)

Es berichteten aber auch viele Bezugspersonen, dass die Zusammenarbeit sehr gut funktioniert habe und es einen guten Austausch zwischen den beteiligten Stakeholdern über die UK-Umsetzung gegeben hätte. Dass diese Zusammenarbeit auch von den jeweiligen Netzwerkstrukturen abhängig ist, zeigt u. a. folgendes Zitat:

„War das aber schon, also dieses (Jahr?...?) #00_31_06-6# wir haben drei runde Tische gemacht und haben da in dieser Riesengruppe, die wir waren, vier Stunden zusammen gegessen, wie in so einem Supervisionsründchen,

*sag ich mal, wo die *Name3* viel moderiert hat, das war gut. Das war einfach nur gut, wir haben halt jetzt das Glück als Kita, dass wir eine eigene Heilpädagogin, dass wir noch eine Logopädin im Haus haben, da ist das mit der Koordination natürlich einfacher.“ (B4AT1B#1, Erzieherin, 198)*

Das Interventionsmonitoring (Kapitel 3.3.3) ergab zusätzlich, dass in einigen Fällen während der Intervention ein Bezugspersonenwechsel stattgefunden hat. Der häufigste Grund hierfür war ein Institutionswechsel (z. B. Übergang vom Kindergarten in die Schule). Der Bezugspersonenwechsel hat in der nVF-Gruppe (n=127 auswertbare Fälle) in 10,2 % (n=13) und in der SV (n=91 auswertbare Fälle) in 6,6 % (n=6) Fällen stattgefunden. Der Bezugspersonenwechsel stellt damit einen Kontextfaktor dar, der als Risikofaktor für Diskontinuitäten in der UK-Versorgung anzusehen ist.

Die Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten im UK-Netzwerk einer/s UK-Nutzer*in wird als wichtiger Faktor für das Gelingen angesehen und unterscheidet sich stark zwischen den individuellen Netzwerken.

4.7.6 Belastungen der privaten Bezugspersonen

Die privaten Bezugspersonen berichteten in den Fokusgruppeninterviews von verschiedenen Belastungen, aufgrund derer die UK-Umsetzung schwergefallen sei. Arbeit und die Versorgung von weiteren Kindern seien hier zwei zentrale Belastungen gewesen, die nicht immer ausreichend Zeit und Kraft für die UK-Umsetzung gelassen hätten wie folgendes Zitat zeigt:

„[...] auch wenn es manchmal den Anschein hat, dass vielleicht die Eltern das nicht so annehmen würden, vielleicht nehmen sie es ja an, aber sie wissen einfach gar nicht, wie sie es machen sollen oder finden auch gar wirklich die Zeit dafür. Weil seit September haben wir noch ein zweites Kind. Und wenn dann abends endlich mal alle schlafen, dann hat man auch schon ganz kleine Augen und [...] dann fällt das manchmal auch noch mal schwer, so konzentriert sich jetzt noch mal da ranzusetzen und irgendwas zu erstellen.“ (B2AT1B#1, Vater, 291-293)

Die oftmals hohe Belastung der privaten Bezugspersonen beeinflusst, inwieweit die Intervention im Alltag umgesetzt wird.

4.7.7 Eigenschaften und persönlicher Hintergrund der UK-Nutzer*innen

Die UK-Nutzer*innen der nVF-Gruppe sind sehr heterogen beispielsweise hinsichtlich Alter, Art der Behinderung oder motorischen und kognitiven Einschränkungen (Kapitel 4.1.2). In den Fokusgruppeninterviews berichteten die Teilnehmenden, dass es ihren betreuten Bezugspersonen abhängig von den persönlichen Eigenschaften schwerer oder leichter gefallen sei, UK umzusetzen. In diesem Rahmen gäbe es UK-Nutzer*innen, die motorisch aber kognitiv nicht eingeschränkt gewesen seien und sich dadurch leichter selbst UK-spezifische Fähigkeiten beibringen konnten:

„Und wir haben zwischendurch auch über elektronische Versorgung nachgedacht, weil wir bei meinem Sohn ein Problem haben mit der Motorik. Weil der eine Muskelhypotonie hat, das heißt, die Gebärdensprache kommt da erst mal nicht infrage. Und wir haben mit zwei Bildchen angefangen, mit Essen und Trinken. Und er sollte dann auch mit seinem Händchen da drauf

zeigen und das hat dann nicht so wirklich funktioniert oder er hat es ... er hat immer auf ein Bild gezeigt, auch, wenn man sie getauscht hat. Und dann wussten wir gar nicht, ist das überhaupt irgendetwas für ihn weil die kognitive Seite ja auch eingeschränkt ist.“ (B6AT1B#2, Mutter, 30)

Kognitive Einschränkungen, Konzentrationsprobleme, Erschöpfung und Überforderung auf Seiten der UK-Nutzer*innen führten zudem zu Schwierigkeiten beim Erlernen der Fähigkeiten.

Folgendes Zitat zeigt, dass es bei erwachsenen UK-Nutzer*innen schwerer sein kann, Interesse für UK zu erzeugen, da sie oft feste Strukturen entwickelt hätten:

„Ja, also ich merke zum Beispiel, also ich hab halt jetzt einen erwachsenen Mann, da ist es, glaub ich, schwieriger, Interesse dafür herzustellen oder auch zu merken oder ihn auch aus alten Verhaltensmustern vielleicht rauszuholen und zu sagen, okay, wir versuchen ja auch den Arbeitsalltag, also er hat Arbeitssequenzen, die er machen muss und das ist immer ein Problem, diese zu strukturieren. Und diese eben sprachlich auch zu begleiten. Und ich glaube, dass das schon ... also es ist schon schwierig.“ (B5AT1B#2, Logopädin, 131)

Darüber hinaus gäbe es bei UK-Nutzer*innen, die im Rollstuhl sitzen, wiederum andere individuelle Herausforderungen für die UK-Nutzung, da das UK-Hilfsmittel am Rollstuhl passend für die optimale Nutzung befestigt werden müsse.

In den Einzelinterviews zeigte sich ein Einfluss der Tagesverfassungen der interviewten UK-Nutzer*innen auf das Antwortverhalten und die Kommunikationsfähigkeit. Einige der Interviewten benötigten sehr viel Zeit zum Antworten und wirkten dabei sehr angestrengt und/oder verunsichert. Andere Verhaltensweisen wie Albernheit und Witze erschwerten die Kommunikation. Manche UK-Nutzer*innen waren dagegen sehr konzentriert, motiviert und interessiert.

Die oftmals starken, aber auch sehr individuellen Einschränkungen und Ressourcen der UK-Nutzer*innen beeinflussen den durch die Intervention erhofften Entwicklungsfortschritt.

4.8 Anpassungsbedarf

In den Fokusgruppen- und Einzelinterviews äußerten die teilnehmenden Bezugspersonen und UK-Therapeut*innen weitere Wünsche für die UK-Versorgung sowie Anregungen für Anpassungen der nVF. Im Folgenden werden die kategorisierten Anpassungsbedarfe aufgeführt (Abbildung 7).

4.8.1 Früherer Beginn der UK-Versorgung

Es wurde mehrfach in den Fokusgruppeninterviews geäußert, dass die UK-Versorgung noch früher ansetzen müsste, um UK-Bedarfe frühzeitig zu erkennen und entsprechende Versorgung leisten zu können, z. B. vergleichbar mit der Umsetzung der Frühförderung.

4.8.2 Mehr Zusammenarbeit und Kommunikation

In den Fokusgruppeninterviews wurde der Wunsch nach mehr Zusammenarbeit und Austausch zwischen den Bezugspersonen und Stakeholdern geäußert, insbesondere an Schnittstellen und Übergängen wie dem Wechsel eines Kindes vom Kindergarten in die Schule. Zudem sollten Ärzt*innen besser mit den UK-Kompetenzzentren in Verbindung stehen, damit die UK-Nutzer*innen eine bedarfsgerechte UK-Versorgung erhalten. Es wurde auch der

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

Wunsch danach geäußert, dass ein interdisziplinäres Team Einrichtungen bei der UK-Umsetzung unterstützen sollte:

„Ich fände es gut, wenn praktisch so ein (leicht lachend) Komitee, so, wenn die Kinder in die Förderschule kommen, anrückt und direkt die Kommunikation anbaut oder sogar schon im Kindergarten. [...] So, dass da wieder eine Sensibilisierung geschaffen wird [...]. Das würde ich mir wünschen, also dass das so, ja, praktisch irgendwann dazu gehört, die Logopädie, (leicht lachend) Ergotherapie und die (leicht lachend) Kommunikationsstelle, das fände ich toll.“ (B3BT1B#1, Mutter, 233)

4.8.3 Supervision/fachlicher Austausch

Supervision sei bei der Umsetzung der nVF sehr hilfreich und sollte laut Teilnehmenden standardmäßig in der UK-Versorgung integriert sein. Es sei hilfreich, wenn jemand von außen Unterstützung geben würde und über die neuesten Erkenntnisse informieren würde. Das folgende Zitat verdeutlicht den Wunsch nach Supervision innerhalb des UK-Kompetenzentrums:

*“Also das wäre tatsächlich was, was ich mir auch für die Leute, die da drin tätig sind später ... was ich auch, wie du sagst, das macht schon auch was mit der Qualität nachher, wenn man sagt, man hatte Supervision oder Fallbesprechungen, einen fachlichen Austausch in diesem Berater-UK-Therapeuten-Team zu einzelnen Fallverläufen, zu kritischen Situationen, wie auch immer. Und wie geht man damit um? Da lernt man ja wieder neues Handwerkszeug, was man in die nächsten Einheiten mitnimmt. Das fände ich schon auch total wichtig.“ (B2BT1M#1, UK-Therapeut*in, 208)*

4.8.4 Weiterentwicklung des Case Management

Um die Aufgaben des Case Managements durchzuführen, sollte der/die Case Manager*in neben der Case Management Schulung ebenfalls über eine Beratungsausbildung verfügen, um eine gewisse Qualitätssicherung gewährleisten zu können, insbesondere bei der Beratung komplexer Fälle. Zudem fehle es an einer geeigneten Dokumentationsform für im Rahmen des Case Management geleisteten Aufgaben, die notwendig wäre, um benötigte zeitliche Ressourcen zu dokumentieren und zu kalkulieren:

*„[...] also dass man da vielleicht einfach so eine Klarheit noch mal hat, weil das zeigt mir einfach auch noch mal klarer, was ist in dem Fall jetzt sozusagen mein Inhalt, mein UK-Inhalt und wo arbeite ich an dem Ziel. Und wie viel Zeit hab ich auch für die Arbeit an dem Ziel und wie viel Zeit nehme ich eigentlich ... ist eigentlich für das Case Management nötig, ne? Wie viel Zeit muss ich eigentlich dieses Drumrum klären?“ (B2BT1M#1, UK-Therapeut*in, 208-212)*

4.8.5 Finanzierung

Bezüglich der Finanzierung wurden verschiedene Anpassungsbedarfe von den Fokusgruppenteilnehmenden genannt. Ein relevanter Aspekt war, dass die Fahrtzeiten und -kosten der UK-Therapeut*innen zu den verschiedenen Settings des/der UK-Nutzer*in finanziert werden müssen, wie folgendes Zitat zeigt:

„Und es muss definitiv Geld geben für Fahrzeiten und Fahrtkosten. Wenn gewünscht ist vom Versicherer, dass auch Menschen im ländlichen Gebiet versorgt werden und so lange es noch keine flächendeckende UK-Versorgung gibt. Und das wird noch lange nicht sein. Werden sonst die, diejenigen sein,

*die hinten runterfallen, weil es nicht leistbar ist, 50 Kilometer, 100 Kilometer zu fahren.“ (B2AT1M#1, UK-Therapeut*in, 376)*

Des Weiteren kam häufig zur Sprache, dass Personen mit UK-Bedarf einen Anspruch auf eine entsprechende Beratungsleistung und Hilfsmittelversorgung haben sollten. Insbesondere wurde gefordert, dass Krankenkassen unabhängig von der/dem Sachbearbeiter*in und von der jeweiligen Krankenkasse einheitliche und transparente Verfahren und Regeln zur Bewilligung benötigten, um als willkürlich wahrgenommene Entscheidungen zu vermeiden:

*„[...] müssen wir weiterverfolgen, das Thema, dass da irgendwie eine Einigkeit hergestellt werden kann und jeder, der Bedarf hat, auch wirklich die Beratungsleistung bezahlt bekommt. Was ja eben durch diese Gesetzesänderung auch noch mal erschwert wurde. Und das zweite, was ich schon auch sehe, so ein Dauerthema aber auch ist, dass die Kassen halt grundsätzlich diese Hilfsmittelversorgungen sehr unterschiedlich handhaben, sag ich mal. Manche prüfen überhaupt nicht und winken durch. Und manche prüfen bis ins letzte Detail. Dass sich die Waage eher dahin verschiebt, dass mehr Prüfung (leicht lachend) und bis ins Detail ... und das macht es einfach noch mal aufwendiger und schwieriger.“ (B2BT1M#1, UK-Therapeut*in, 220)*

Als eine Lösungsmöglichkeit wurden anerkannte zertifizierte UK-Kompetenzzentren genannt, die gegenüber den Krankenkassen gesicherte Empfehlungen aussprechen, auf die sich die Krankenkassen bei ihrer Entscheidung stützen könnten. Als förderlich wurde außerdem eine Vergütung der fachlichen Bezugspersonen für die Teilnahme an Maßnahmen der nVF gesehen.

4.8.6 Flexibilität/Bedarfsorientierung und Umfang der erhaltenen Unterstützung

In den Fokusgruppeninterviews wurden mehr Möglichkeiten der bedarfsorientierten Anpassung der Therapiesitzungen in der nVF gefordert, um auf die sehr heterogenen und individuellen Bedürfnissen der UK-Nutzer*innen flexibel eingehen zu können:

*„Also ich finde, es wäre schön, wenn man einfach schon alleine, was die Anzahl der Einheiten angeht, wenn man da flexibler wäre. Also ich hab bei manchen den Eindruck, da wäre es nach zehn Einheiten jetzt wirklich kom... also ne? Wäre völlig in Ordnung jetzt zu sagen, ja, da sind jetzt die Therapeuten, die sind so fit, und die machen das alles super, also da muss ich jetzt nicht (leicht lachend) noch mal zehn Mal hinfahren, ne? So weil das Projekt das eben so vorgibt. Und aber mindestens genauso oft wäre es natürlich auch schön, wenn man mehr als diese 20 Einheiten machen könnte. Also wenn man das wirklich individueller anpassen könnte, das fände ich schon langfristig wünschenswert. Ja.“ (B1BT1M#1, UK-Therapeut*in,)*

Auch die vorgegeben zeitlichen Raster zur Durchführung der nVF seien nicht immer einzuhalten wie bei Krankheit, Urlaub und anderen Verpflichtungen der Teilnehmenden. Zudem äußerten private Bezugspersonen, dass sie sich mehr am Bedarf orientierte Unterstützung hinsichtlich der UK-Hilfsmittelnutzung gewünscht hätten. Private Bezugspersonen bräuchten bei Bedarf eine längere Begleitung über die nVF hinaus, vor allem wenn sie beispielsweise sprachliche Barrieren besäßen.

In den Einzelinterviews äußerten sich die UK-Nutzer*innen unterschiedlich zu der Frage, ob sie ausreichend Unterstützung im Rahmen der nVF erhalten haben. Während einige die Unterstützung als ausreichend empfanden, hätten andere sich noch mehr Unterstützung gewünscht.

4.8.7 Sensibilisierung/Öffentlichkeitsarbeit UK

Die Fokusgruppenteilnehmenden wünschten sich mehr Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung für UK. Insbesondere Krankenkassen und Ärzt*innen müssten mehr Wissen über UK besitzen und sich beispielsweise darüber bewusst sein, dass die UK-Versorgung mit einem Systemwechsel der Bezugspersonen ggf. nochmal angepasst werden muss, wie folgendes Zitat zeigt:

*„Ja und da müsste auch viel Außenarbeit geleistet werden, dass auch bei Ärzten und auch bei Kostenträgern klar ist, dass das System sich ... äh dass die Kommunikationsform mit Systemwechsel auch noch mal ändern kann. Also dass es tatsächlich ist, dass in dem einen System es funktioniert. Aber im nächsten System brauche ich doch eine andere Kommunikationshilfe oder doch was Elektronisches. Und mich nicht rechtfertigen muss, warum jetzt mit 20 eine elektronische Kommunikationshilfe notwendig wird, aber vorher im schulischen Kontext keine Notwendigkeit ...“ (B3AT1M#1, UK-Therapeut*in, 266)*

Ärzt*innen sollten den UK-Bedarf erkennen und an die UK-Kompetenzzentren weitervermitteln können, damit alle Personen mit UK-Bedarf versorgt werden. Zudem sollte UK eine größere Präsenz in der Ausbildung für Sprachtherapie besitzen und sollte Standard in heilpädagogischen Kindergärten sein. Zudem wird der Wunsch geäußert, dass Kommunikation eine höhere Priorität bekommt und als Grundbedürfnis gesehen wird:

„B3BT1B#1_Mutter: Und wenn es jetzt um die Kosten geht, viele psychiatrische Erkrankungen entstehen ja dann dadurch auch wieder neu. Also wenn man das ... weil unser Staat ja nur über Kosten funktioniert, könnte man ja dann auch so argumentieren, dass eben die Kosten gesenkt werden, wenn die Kommunikation gut funktioniert, weil dann zum Beispiel die Selbstverletzung, die Fremdaggression, die was weiß ich, (leicht lachend) was das alles auslösen kann.

B4BT1B#1_Heilerziehungspflegerin: Das ist ja häufig dann so.

B3BT1B#1_Mutter: Ist so, eingedämmt wird, verhaltensauffällig werden. Ja und deshalb ... da müsste sich das Projekt für einsetzen.

B4BT1B#1_Heilerziehungspflegerin: Publiker machen, irgendwie Werbung machen.“ (B3/B4BT1B#1, Mutter, Heilerziehungspflegerin, 285-288)

4.8.8 Versorgung nach nVF

Es wurde sich häufig gewünscht, dass die Versorgung nach der nVF weiterginge. Es sollten Kontrolltermine stattfinden, in welchen geprüft werde, inwiefern die Kommunikationshilfe noch genutzt wird und ob Anpassungen in der Hilfsmittelversorgung an den Entwicklungsstand der UK-Nutzer*innen vorgenommen werden müssen. Sollte sich das Umfeld der/des UK-Nutzer*in geändert haben (z. B. durch Wechsel von Kindergarten in Schule), müssten die neuen Bezugspersonen ebenfalls ein Patient*innentraining erhalten, damit sie die Kommunikationshilfe nutzen können. Diese weitere Begleitung gehöre zu den Aufgaben des Case Managements und sei wichtig, um die Nachhaltigkeit der nVF sicherzustellen. Es wurde auch geäußert, dass die Struktur der Frühförderung mit Diagnostik, Training, Therapie und Verlaufsdiagnostik auf die UK-Versorgung bzw. nVF angewendet werden könnte:

*„Durch die Studie ist die Mutter und auch wir wirklich am Ball gehalten worden. Ne? Da passiert was, wir werden betreut und jede Woche ist die Mama wieder nach *Ort* gefahren und da ist beim Kind ganz viel passiert. Aber nun? (lacht leise) Jetzt haben wir noch vier oder fünf Termine, wieder meine Sorge, was kommt dann. (Pause)“ (B5BT1B#1, Erzieherin, 404)*

Von den Beteiligten identifizierten Anpassungsbedarfe der Intervention bzw. nicht erfüllte Wünsche an die UK-Versorgung insgesamt umfassen:

- UK-Versorgung sollte früher ansetzen
- Eine bessere und intensivere Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten in UK-Netzwerken
- Supervision der UK-Therapeut*innen
- Weitere Qualifizierung der Case Manager*innen sowie geeignetes Dokumentationssystem
- Vergütung von Fahrtzeiten und -kosten der UK-Therapeut*innen sowie Verbesserung der Bewilligungsprozesse und Entscheidungsgrundlagen der Krankenkassen
- 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 und Heilpädagog*innen
- Weiterführung des Case Managements nach Therapieende für ein stabiles UK-Netzwerk auch bei Umfeldwechseln

4.9 Methodische Stärken und Schwächen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind im Lichte der methodischen Stärken und Schwächen zu betrachten. Nachdem im Ergebnisteil an einzelnen Stellen bereits auf Limitationen hingewiesen wurde, soll hier noch einmal eine umfassende methodische Reflektion stattfinden.

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 wurde jedoch ein signifikanter Effekt in dem sekundären Outcome Zufriedenheit mit UK-Hilfsmittel gefunden. Die hypothesenkonformen Verlaufskurven der Mittelwerte der betrachteten Outcomes, die zumeist auseinanderlaufende Scheren zwischen der nVF- und SV-Gruppe darstellen, geben zudem Anlass zur Vermutung, dass ein längerer Interventions- und Beobachtungszeitraum nötig gewesen wäre, um signifikante Effekte in der angenommenen Effektstärke zu detektieren. Zudem 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. Fortschritte in der UK-Therapie sind oftmals sehr kleinschrittig und deutliche Sprünge in der Kommunikationsfähigkeit sind auch mit Einsatz von UK-Hilfsmitteln meist nicht erwartbar. Vielmehr geht es um Verbesserungen in sehr basalen pragmatischen Fähigkeiten (z. B. Zustimmung, Widersprechen). Eine deutlich geringere Effektstärke wäre in der Rückschau angemessener gewesen, aber hätte die Anforderungen an die Fallzahl deutlich erhöht und wäre somit in dieser Studie nicht machbar gewesen.

Wesentliche Gründe für eine geringere erreichte Fallzahl als ursprünglich angenommen, sind u. a. (1) Einfluss der Coronapandemie auf Aktivitäten der UK-Kompetenzzentren und auf die Bereitschaft und Kapazitäten der UK-Nutzer*innen und deren Bezugspersonen, (2) Ablehnung der Hilfsmittelversorgung durch Krankenkassen und somit Dropout von Fällen und (3) Ablehnung der UK-Diagnostik und -Beratung nach Selektivvertrag durch Krankenkassen.

Wie in vielen Studien zu komplexen Interventionen in der Versorgungsrealität, musste auch in dieser Studie die Heterogenität des Samples, der Intervention sowie der Evaluationsdurchführung berücksichtigt werden, um sich den Bedingungen in der Versorgungsrealität anzupassen. Sowohl das Sample der UK-Nutzer*innen als auch der befragten Bezugspersonen wies eine starke Heterogenität in ihren Merkmalen auf. Dies kann auf der einen Seite als Stärke gewertet werden, da dies die Versorgungsrealität widerspiegelt und der Tatsache Rechnung trägt, dass Kommunikationseinschränkungen vielfältige Hintergründe haben können. Während dies zwar 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, die die fehlende Randomisierung zu großen Teilen kompensieren kann. Jedoch bleibt die Heterogenität auch innerhalb der Gruppen zu hinterfragen. So umfasst die Gruppe der UK-Nutzer*innen Personen in allen Altersklassen und mit einer Vielzahl unterschiedlicher gesundheitlicher Einschränkungen.

Leider erlaubte die erreichte Fallzahl kaum aussagekräftige Sensitivitätsanalysen in stratifizierten Gruppen. Die Heterogenität wurde insbesondere bei der Auswahl angemessener Erhebungsinstrumente zur Herausforderung. Aufgrund eines Mangels an umfangreichen quantitativen Studien zu dem Klientel der UK-Nutzer*innen mussten Instrumente, die nur für einen Teil der Personengruppe validiert worden sind, für die heterogene Gruppe eingesetzt werden. Außerdem stellten sich ursprünglich vorgesehene Instrumente in den Pretests als nicht geeignet heraus und musste zum Teil durch Neuentwicklungen oder Anpassungen ersetzt werden, denen keine umfassende Validierung voraus ging. Insbesondere die Neuentwicklung eines Proxy-Instruments zur Messung der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit als primäres Outcome kann hier eine Einschränkung darstellen, da über Faktoren- und Reliabilitätsanalysen hinaus noch keine Validierung in dem vorliegenden Kollektiv vorliegt. In diesem Zusammenhang ist ebenfalls noch zu klären, ob das Instrument sensibel genug für teils inkrementelle Veränderungen in der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit ist. Zudem konnte die kommunikative Teilhabe als Teilkonstrukt von Teilhabe aufgrund fehlender validierter Instrumente für Proxy-Befragungen nicht erhoben werden. Heterogenität ergab sich auch in der Durchführung der Intervention, insbesondere durch das Wegfallen der UK-Therapie bei UK-Nutzer*innen, bei denen kein weiterer Bedarf bestand. Zudem stellten sich die vorab definierten Zeiträume für die Elemente der Intervention als fast durchweg zu kurz dar. Dies ergab sich zum einen durch eine geringere Terminverfügbarkeit auf Seiten der UK-Nutzer*innen und Bezugspersonen als auch durch den Mehraufwand der UK-Kompetenzzentren aufgrund der Fahrtzeiten zu den UK-Nutzer*innen. Des Weiteren verzögerte auch der Gesundheitszustand einiger UK-Nutzer*innen oder längere Abwesenheiten aufgrund von Ferien und Urlaub in einigen Fällen den Ablauf der Intervention. In der Folge mussten die Erhebungszeiträume der Evaluation diesen Veränderungen ebenfalls individuell angepasst werden, was möglicherweise zu Verzerrungen in der Messung führte. Notwendige Anpassungen in der Durchführung der Intervention im Zuge der Coronapandemie, vor allem die teilweise Umstellung auf Teletherapien, trugen auch zur Heterogenität der Intervention bei.

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. Zudem ist anzumerken, dass einige der fachlichen

Bezugspersonen im Verlauf der Studie wechselten. Dies trat vor allem bei Umfeldwechseln und Übergängen von z. B. dem Kindergarten in die Schule auf. Dies war ebenfalls nicht zu vermeiden, aber schränkt in diesen Fällen die Aussagekraft der Ergebnisse der fachlichen Bezugspersonen etwas ein. Andererseits ist es als Stärke zu werten, dass Proxy-Einschätzungen der privaten und der fachlichen Bezugspersonen erhoben wurden, deren Perspektiven auf Kommunikation durchaus unterschiedlich und komplementär sein können. Zuletzt stellte sich heraus, dass sich die uV-Gruppe als historische Vergleichsgruppe kaum eignete, da sich das Kollektiv in wesentlichen Merkmalen zu sehr von der nVF- und SV-Gruppe unterscheidet. So ist der Anteil der erwachsenen UK-Nutzer*innen, die als Folge von Erkrankungen in ihrer Lautsprache eingeschränkt waren, in der uV-Gruppe deutlich höher. Außerdem liegt die Hilfsmittelversorgung in der uV-Gruppe deutlich länger zurück, sodass der Erhebungszeitpunkt zu einem Stichtag nur schwer mit dem Erhebungszeitpunkt zu T2 in der nVF- und SV-Gruppe vergleichbar ist. Die UK-Nutzer*innen in der uV-Gruppe hatten nach Hilfsmittelversorgung durchschnittlich einen deutlich längeren Zeitraum zur Verfügung, in dem sie das UK-Hilfsmittel erlernen konnten. Zudem stellte sich heraus, dass die Rekrutierung über die Krankenkasse vermutlich zu einem selektiven Sample führte. Die Rücklaufquote von 24 % sowie der Fragebogenversand durch die AOK Niedersachsen geben Anlass dazu, zu vermuten, dass Personen, die das von der Krankenkasse finanzierte UK-Hilfsmittel regelmäßig nutzten und zufrieden waren, eher an der Befragung teilnahmen und/oder gegenüber der Krankenkasse sozial erwünscht antworteten. Dies mag auch die teilweise besser eingeschätzten Outcomes der uV-Gruppe erklären und relativieren. Die Aussagekraft der Ergebnisse der uV-Gruppe als Vergleichsgruppe kann daher als stark eingeschränkt bewertet werden.

Die Erhebung der Perspektiven der UK-Nutzer*innen selbst stellte eine große Herausforderung dar und wurde mittels Einzelinterviews realisiert. Das Interviewen von Personen ohne oder mit stark eingeschränkter Lautsprache war durch die Entwicklung kreativer Methoden dennoch möglich (z. B. Verwendung von Symbolkarten, nonverbale Kommunikation, Kommunikation über das UK-Hilfsmittel, Unterstützung durch Bezugsperson, ausführliche Beobachtungsprotokolle). Das gesammelte Material ergänzt damit gut die Perspektiven der Bezugspersonen, auch wenn die Auswertung der Daten teilweise nur eingeschränkt möglich ist (z. B. uneindeutige Kommunikation, geringer Informationsgehalt). Eine Einschränkung ist hier die selektive Auswahl von UK-Nutzer*innen mit ausreichenden Kommunikationsfähigkeiten.

Insbesondere die formative Evaluation sowie das Mixed Methods Design der Studie erlaubte auch über die Untersuchung von Effekten hinaus gewinnbringende tiefergehende Einsichten in UK-Versorgung, die Bedarfe und Herausforderungen der Beteiligten sowie in Förderfaktoren und Barrieren der Umsetzung der Intervention. Diese Einsichten sind auch über die Interventionsstudie hinaus wertvoll für die UK-Versorgung und weitere Forschung in dem Bereich.

Insgesamt muss festgehalten werden, dass dies die erste groß angelegte Interventionsstudie im UK-Bereich in Deutschland ist und auch international wenige vergleichbare 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 hier dargelegten Limitationen zu vermeiden.

Nicht zuletzt kann die externe Evaluation durch eine unabhängige Forschungseinrichtung als Stärke gewertet werden.

5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Die Personengruppe von Menschen mit Behinderung und insbesondere Menschen ohne bzw. mit eingeschränkter Lautsprache wurde bisher in der Gesundheitsforschung wenig untersucht. Auch bei Leistungserbringern und -trägern im Gesundheitswesen findet diese

oftmals komplex beeinträchtigte Personengruppe wenig Beachtung in öffentlichen Diskursen und im Versorgungsalltag. Erste Studien und Praxisberichte aus Deutschland wiesen auf vielfältige Defizite in der Versorgung mit UK hin: unklare, weitgehend unregelte Zuständigkeiten, mangelndes Fachwissen, unzureichende Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Stakeholdern sowie Unter- und Fehlversorgung. Das Potential der UK-Versorgung, das den Betroffenen zu mehr Kommunikationsfähigkeit, Lebensqualität und Teilhabe verhelfen soll, wird dadurch nicht ausreichend ausgeschöpft. Ein bestehender Selektivvertrag mit einer Krankenkasse sollte die UK-Versorgung durch eine firmenunabhängige Hilfsmittelberatung von UK-Kompetenzzentren verbessern. Die nach der UK-Diagnostik und -Beratung endende Unterstützung durch die UK-Kompetenzzentren stellte sich als unzureichend für eine nachhaltige Verbesserung heraus. Die hier untersuchte Intervention sollte dieses Defizit durch zusätzliches Patient*innentraining, UK-Therapie und Case Management auflösen. Die vorliegende Evaluationsstudie ist damit die erste groß angelegte Interventionsstudie zur UK-Versorgung in Deutschland.

Die formative Evaluation mittels qualitativer und quantitativer Erhebungen zeigte auf, dass die Intervention insgesamt umsetzbar ist und alle Elemente der Intervention von den UK-Kompetenzzentren in hoher Qualität und insbesondere mit hoher Zufriedenheit der Bezugspersonen und UK-Nutzer*innen geleistet werden können. Die Intervention erreichte eine hohe Akzeptanz bei den Beteiligten, die Nutzungskompetenz und der Einsatz der neuen Kommunikationshilfe verbesserte sich durch die Intervention. Die UK Diagnostik und -Beratung wurde sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Vergleichsgruppe mit Selektivvertrag als hilfreich und gewinnbringend bewertet und führte überwiegend zu einer angemessenen Hilfsmittelversorgung. Das Patient*innentraining wurde als besonders wertvoll hinsichtlich des Erlernens der technischen Bedienung und Nutzung durch die UK-Nutzer*innen und ihre Bezugspersonen bewertet. Die UK-Therapie wurde darüber hinaus als besonders wirksam für den Transfer der Hilfsmittelnutzung in den Alltag und das Umfeld beschrieben, in dem das UK-Hilfsmittel genutzt werden soll. Das Case Management wurde von den Beteiligten als unerlässlich bewertet, um den oftmals herausfordernden Beantragungsprozess zu bewältigen, um die Zusammenarbeit innerhalb des UK-Netzwerkes der betroffenen Personen zu stärken sowie um eine nachhaltige UK-Versorgung sicherzustellen. Während die Intervention bei den aktiv an der Hilfsmittelnutzung Beteiligten (u. a. private Bezugspersonen, Bildungseinrichtungen, Wohnheime, Logopäd*innen) zu positiven Veränderungen führten, wurden kaum Verbesserungen in der Kooperation mit eher passiv Beteiligten (u. a. Krankenkassen, Ärzt*innen) erreicht. Zudem konnte herausgearbeitet werden, dass eine Vielzahl von Kontextfaktoren auf individueller als auch auf Systemebene Einfluss auf die UK-Versorgung und die untersuchten Outcomes besitzen, oftmals unabhängig von der Intervention. Aber auch die Umsetzung der Intervention wurde von diesen Kontextfaktoren beeinflusst.

Die summative Evaluation ergab eine hohe subjektive Wirksamkeit der Intervention aus Sicht der Bezugspersonen. Die Teilnehmenden in der Interventionsgruppe wiesen im Vergleich zu den beiden Vergleichsgruppen eine signifikant höhere Zufriedenheit mit dem UK-Hilfsmittel auf. Das primäre Outcome der pragmatischen Kommunikationsfähigkeit als auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Teilhabe entwickelten sich zumeist sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Selektivvertragsgruppe positiv, sodass keine statistisch signifikanten Effekte der Intervention nachgewiesen werden konnten. Die positiven Tendenzen zugunsten der Interventionsgruppe weisen jedoch darauf hin, dass längere Beobachtungszeiträume nötig gewesen wären, um Effekte in den statistischen Modellen nachweisen zu können, da messbare Entwicklungsfortschritte in der Zielgruppe oftmals erst nach längerer Zeit auftreten. Die in Kapitel 4.9. diskutierten methodischen Limitationen weisen auf die hohe Relevanz von Pilotstudien und methodischen Arbeiten in diesem Bereich hin, die die interne Validität derartiger Interventionsstudien deutlich fördern könnten.

Über die Evaluationsergebnisse hinaus konnte die Studie zahlreiche wertvolle Erkenntnisse über die UK-Versorgung in Deutschland, über Herausforderungen und Belastungen der

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

beteiligten und betroffenen Personen sowie deren Unterstützungsbedarfe aufzeigen, die die Versorgungsforschung im UK-Bereich voranbringen können.

6. Literaturverzeichnis

- Baxter, S., Enderby, P., Evans, P., & Judge, S. (2012). Barriers and facilitators to the use of high-technology augmentative and alternative communication devices: A systematic review and qualitative synthesis. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(2), 115–129. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00090.x>
- Beukelman, D. R., & Mirenda, P. (2013). *Augmentative & alternative communication: Supporting children and adults with complex communication needs* (4. Auflage). *Augmentative and alternative communication*. Baltimore: Paul H. Brookes Pub.
- Binger, C., & Light, J. (2006). Demographics of Preschoolers Who Require AAC. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 37(3), 200. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2006/022\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2006/022))
- Boenisch, J. (2009). *Kinder ohne Lautsprache: Grundlagen, Entwicklungen und Forschungsergebnisse zur Unterstützten Kommunikation* (1. Auflage). Karlsruhe: von Loeper.
- Boenisch, J., & Kamps, N. (2017). Welche Sprache spricht die Krankenkasse? In D. Lage & K. Ling (Hrsg.), *UK spricht viele Sprachen. Zusammenhänge zwischen Vielfalt der Sprachen und Teilhabe* (S. 373–385). Karlsruhe: von Loeper.
- Boenisch, J., & Schäfer, K. (2016). *UK-Beratung und dann? Zur Notwendigkeit einer weiterführenden Begleitung nach der UK-Beratung. Evaluationsergebnisse der UK-Beratungsstelle am FBZ-UK der Universität zu Köln. UK & Forschung*. Karlsruhe: 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* (4. Auflage). *Springer-Lehrbuch Bachelor, Master*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Branson, D., & Demchak, M. (2009). The use of augmentative and alternative communication methods with infants and toddlers with disabilities: A research review. *Augmentative and Alternative Communication*, 25(4), 274–286. <https://doi.org/10.3109/07434610903384529>
- Broomfield, K., Harrop, D., Judge, S., Jones, G., & Sage, K. (2019). Appraising the quality of tools used to record patient-reported outcomes in users of augmentative and alternative communication (AAC): a systematic review. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 28, 2669–2683.
- Bühner, M., & Ziegler, M. (2012). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (3. Auflage). *Always learning*. München: Pearson Studium.
- Bullinger, M., Petersen, C., & Schmidt, S. (2011). *The DISABKIDS questionnaires: Quality of live questionnaires for children with chronic conditions*. Lengerich: 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(Suppl. 22), <https://doi.org/10.1111/jar.12048>

Akronym: MUK

Förderkennzeichen: 01NVF17019

Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., & Üstün, T. B. (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule; WHODAS 2.0*. Geneva.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, 979–983.

Creer, S., Enderby, P., Judge, S., & John, A. (2016). Prevalence of people who could benefit from augmentative and alternative communication (AAC) in the UK: Determining the need. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(6), 639–653. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12235>

Day, H., & Jutai, J. (1996). Measuring the Psychosocial Impact of Assistive Devices: the PIADS. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 9(2), 159–168.

Demers, L., Monette, M., Descent, M., Jutai, J., & Wolfson, C. (2002). The Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale (PIADS): Translation and preliminary psychometric evaluation 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.

Dillman, D. A. (1978). *Mail and telephone surveys: the total design method.: A Wiley-Interscience publication*. New York: Wiley.

Dupuis, G. (2005). Unterstützte Kommunikation und Sprachtherapie. In J. Boenisch & K. Otto (Hrsg.), *Reihe Unterstützte Kommunikation. Leben im Dialog: Unterstützte Kommunikation über die gesamte Lebensspanne* (S. 24–39). Karlsruhe: von Loeper.

Fussell, J. J., Macias, M. M., & Saylor, C. F. (2005). Social skills and behavior problems in children with disabilities with and without siblings. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(2), 227–241. <https://doi.org/10.1007/s10578-005-4185-6>

Giel, B. (2014). Unterstützte Kommunikation und Sprachtherapie/Logopädie – zwei komplementäre Systeme! *Logos*, 22, 201–207.

Goodman, E., Kuniavsky, M., & Moed, A. (2012). *Observing the user experience: A practitioner's guide to user research* (2. Auflage). *Interactive Technologies*. Amsterdam: Morgan Kaufmann Elsevier.

Greenbaum, T. L. (1997). *The handbook for focus group research* (2. Auflage). Thousand Oaks, Calif.: SAGE.

Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related 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)

Harding, C., Lindsay, G., O'Brien, A., Dipper, L., & Wright, J. (2011). Implementing AAC with children with profound and multiple learning disabilities: a study in rationale underpinning intervention. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 11(2), 120–129. <https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2010.01184.x>

Heim, M., Jonker, V., & Veen, M. (2008). COCP: Ein Interventionsprogramm für nicht sprechende Personen und ihre Kommunikationspartner. In S. Jordan (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (3. Auflage). Karlsruhe: von Loeper.

- Heim, M., Jonker, V., & Veen, M. (2010). COCP: Ein Interventionsprogramm für nicht sprechende Personen und ihre Kommunikationspartner. In ISAAC (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (01.026.007–01.026.015). Karlsruhe: von Loeper.
- Heinbüchner, B., Hautzinger, M., & Becker, C. (2010). Satisfaction and use of personal emergency response systems. *Gerontologie Und Geriatrie*, 43(4), 219–223.
- Judge, S., Enderby, P., Creer, S., & John, A. (2017). Provision of powered communication aids in the United Kingdom. *Augmentative and Alternative Communication*, 33(3), 181–187. <https://doi.org/10.1080/07434618.2017.1347960>
- Judge, S., & Johnson, V. (2017). Local service provision of Augmentative and Alternative Communication and communication aids in England. *Technology and Disability*, 29(3), 121–128. <https://doi.org/10.3233/TAD-170176>
- Kamps, N. (2013). Rechtliche Grundlagen der Hilfsmittelversorgung. In J. Boenisch & S. Wachsmuth (Hrsg.), *Studienhandbuch Lehrgang Unterstützte Kommunikation: unveröff. Studienhandbuch* (6.1–6.12). Karlsruhe: von Loeper.
- 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>
- Kitzinger, J. (2006). Focus groups. In C. Pope, N. Mays, & ebrary, Inc (Eds.), *Qualitative research in health care* (3. Auflage). Malden, Mass: Blackwell Pub.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. überarbeitete Auflage). *Grundlagentexte Methoden*. Weinheim/Basel: 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>
- Lazar, J., Feng, J. H., & Hochheiser, H. (2017). *Research methods in human-computer interaction* (2. Auflage). Cambridge, MA: Elsevier.
- Light, J. & McNaughton, D. (2012). The changing face of augmentative and alternative communication: Past, present, and future challenges. *Augmentative and Alternative Communication*, 28(4), 197–204. <https://doi.org/10.3109/07434618.2012.737024>
- Light, J., McNaughton, D., & Caron, J. (2019). New and emerging AAC technology supports for children with complex communication needs and their communication partners: State of the science and future research directions. *Augmentative and Alternative Communication*, 35(1), 26–41. <https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1557251>
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., . . . Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350, h1258.
- Morgan, D. L. (1997). *Qualitative Research Methods: Focus groups as qualitative research. Qualitative research methods: Vol. 16*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Neyer, F. J., Felber, J., & Gebhardt, C. (2012). Entwicklung und Validierung einer Kurzsкала zur Erfassung von Technikbereitschaft. *Diagnostica*, 58(2), 87–99. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000067>

- Nind, M. (2008). Conducting qualitative research with people with learning, communication and other disabilities: Methodological challenges. Verfügbar unter: <https://eprints.ncrm.ac.uk/id/eprint/491/1/MethodsReviewPaperNCRM-012.pdf> [28.07.2021]
- 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). Thousand Oaks: SAGE.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., . . . 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>
- Prüfer, P., & Rexroth, M. (2000). Zwei Phasen-Pretesting. In P. P. Mohler & P. Lüttinger (Hrsg.), *Querschnitt: Festschrift für Max Kaase* (S. 203–219). Mannheim: ZUMA.
- Pullin, G., Treviranus, J., Patel, R., & Higginbotham, J. (2017). Designing interaction, voice, and inclusion in AAC research. *Augmentative and Alternative Communication*, 33(3), 139–148. <https://doi.org/10.1080/07434618.2017.1342690>
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (2003). KINDL-R. Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen - Revidierte Form. In J. Schumacher, A. Klaiberg, & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostik für Klinik und Praxis: Band 2. Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 184–188). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Reimann, A., Bend, J. & Dembski, B. (2007). Patientenzentrierte Versorgung bei seltenen Erkrankungen. Perspektive von Patientenorganisationen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 1484–1493. DOI 10.1007/s00103-007-0382-8
- Romski, M., Sevcik, R. A., Barton-Hulse, A., & Whitmore, A. S. (2015). Early Intervention and AAC: What a Difference 30 Years Makes. *Augmentative and Alternative Communication*, 31(3), 181–202. <https://doi.org/10.3109/07434618.2015.1064163>
- Ryan, T. P. (2013). *Sample Size Determination and Power*. Hoboken: Wiley.
- Schäfer, K., & Boenisch, J. (2019). Die Gedanken sind frei – wer kann sie erraten? Über Brain-Computer-Interfaces (BCI) in der Unterstützten Kommunikation. In K. Ling & I. Niediek (Hrsg.), *UK im Blick*. Karlsruhe: bvkm.
- Schmidt, S., Debensason, D., Mühlhan, H., Petersen, C., Power, M., Simeoni, M. C., & Bullinger, M. (2006). The DISABKIDS generic quality of life instrument showed cross-cultural validity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(6), 587.
- Semel, E., & Wiig, E. H. (2003). *CELF-4 - Clinical Evaluation of Language Fundamentals. Technical report*.
- Sigafoos, J., & Drasgow, E. (2001). Conditional Use of Aided and Unaided AAC. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 16(3), 152–161. <https://doi.org/10.1177/108835760101600303>

- Thümmel, I. (2011). Kommunikationsförderung durch Unterstützte Kommunikation (UK) bei kaum- und nichtsprechenden Schülern im Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung. *Heilpädagogische Forschung*, Bd. XXXVII, 3, 160-172.
- Uthoff, S. A. K., 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*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1860918>
- Wiig, E. H., Secord, W. A., & Semel, E. (2013). *Clinical evaluation of language fundamentals: CELF-5*.: Pearson.
- Wilkinson, K. M., & Madel, M. (2019). Eye Tracking Measures Reveal How Changes in the Design of Displays for Augmentative and Alternative Communication Influence Visual Search in Individuals With Down Syndrome or Autism Spectrum Disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(4), 1649–1658. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-0006
- Wirtz, M. (2004). Über das Problem fehlender Werte: Wie der Einfluss fehlender Informationen auf Analyseergebnisse entdeckt und reduziert werden kann. *Die Rehabilitation*, 43(2), 109–115. <https://doi.org/10.1055/s-2003-814839>
- Wirtz, M., Röttele, N., Morfeld, M., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2021). Handling Missing Data in the Short Form–12 Health Survey (SF-12): Concordance of Real Patient Data and Data Estimated by Missing Data Imputation Procedures. *Assessment*, 28(7), 1785–1798. <https://doi.org/10.1177/1073191120952886>
- Worah, S. (2011). *A Survey of Augmentative and Alternative Communication (AAC) Services in Connecticut*. Verfügbar unter: <https://ctserc.org/documents/resources/Augmentative-and-Alternative-Communication-survey-2011.pdf>
- Zinkevich, A., Lubasch, J. S., Uthoff, S. A. K., Boenisch, J., Sachse, S. K., Bernasconi, T., & Ansmann, L. (2021). Caregiver burden 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>

7. Anhang

Anhang 1: Fragebogen T0

Anhang 2: Fragebogen T1

Anhang 3: Fragebogen T2

Anhang 4: Fragebogen uV

Anhang 5: Leitfaden für Fokusgruppeninterviews vor Implementierung

Anhang 6: Leitfaden für Fokusgruppeninterviews während Implementierung mit Mitarbeitenden der UK-Kompetenzzentren

Anhang 7: Leitfaden für Fokusgruppeninterviews während Implementierung mit privaten und fachlichen Bezugspersonen

Anhang 8: Leitfaden für Einzelinterviews mit UK-Nutzer*innen

8. Anlagen

Nicht zutreffend

Anhang 1
Fragebogen T0



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



Erweiterung des Selektivvertrags zu Maßnahmen
der Unterstützten Kommunikation

Fragebogen für Bezugspersonen von Menschen ohne Lautsprache

Nach der Erstberatung - T0

Im Rahmen eines vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Forschungsprojekts "Erweiterung des Selektivvertrags zu Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation (MUK)"

durchgeführt von:



**OLDENBURG
FAKULTÄT VI
MEDIZIN UND
GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN**



7172398434



Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- **Beantworten** Sie alle Fragen vollständig, auch wenn Sie den Eindruck haben, dass sich die Fragen wiederholen. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Sollten Sie aus **sprachlichen** oder **gesundheitlichen** Gründen zurzeit nicht in der Lage sein, den Fragebogen allein auszufüllen, so können Sie gerne die Hilfe von Angehörigen oder auch Freunden in Anspruch nehmen.
- **Antworten** Sie bitte offen und ehrlich.
- **Lesen** Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig vor. Meist ist der erste spontane Einfall der beste.
- Bitte beachten Sie die unterschiedlichen **Antwortkategorien**.
- Kontrollieren Sie am Ende bitte, ob Sie alle Fragen **vollständig** ausgefüllt haben.

Wie ausfüllen?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils, teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtig!

- Falls Sie in Ihrem privaten und / oder beruflichen Umfeld mehrere Menschen ohne Lautsprache betreuen, beziehen Sie alle Angaben bitte nur auf **die Person, um die es in der Beratung ging**.
- Bei manchen Fragen werden Sie gebeten, **stellvertretend für die betreute Person** zu antworten. Andere Fragen beziehen sich auf **Ihre Person**.
- Im Folgenden verwenden wir die Abkürzung **UK** für **Unterstützte Kommunikation**.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

1. Beratung zur Unterstützten Kommunikation (im Folgenden UK-Beratung genannt)

Denken Sie an die UK-Beratung zurück und geben Sie Ihre Einschätzung zur Beratungssituation und zu den Beratungsinhalten ab.

1.1 Die UK-Beraterin / der UK-Berater...

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
... gab uns ausreichend Zeit, unsere jeweils aktuelle Situation zu beschreiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gab uns ausreichend Zeit, unsere jeweiligen Wünsche an die Beratung zu schildern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat unsere Wünsche und Erwartungen verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat die Inhalte der Beratung an die von uns formulierten Bedürfnisse und Fragen angepasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war einfühlsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat alles verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... konnte viel neues Wissen über die für uns geeigneten Möglichkeiten der UK vermitteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bezog alle in die Entscheidungsfindung ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 Ihre Meinung zur UK-Beratung

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Im Rahmen der UK-Beratung konnten die wichtigsten Fragen zur UK geklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde die UK-Beratung anderen Personen oder Familien mit ähnlichen Bedürfnissen weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr schlecht	schlecht	mittel- mäßig	gut	sehr gut	kann ich nicht beurteilen
Sich entschuldigen	<input type="checkbox"/>					
Um Erlaubnis bitten	<input type="checkbox"/>					
Ratschläge geben oder Vorschläge machen	<input type="checkbox"/>					
Auf Ratschläge oder Vorschläge reagieren	<input type="checkbox"/>					
Andere bitten, ihr Verhalten zu ändern (z. B. „Hör auf zu klopfen!“)	<input type="checkbox"/>					

3. Lebensqualität

Über das Leben der von Ihnen betreuten Person: Denken Sie an die letzten 4 Wochen.

	nie	selten	manchmal	oft	immer
Kann die Person trotz ihrer / seiner Behinderung alles tun, was sie / er möchte?	<input type="checkbox"/>				
Fühlt sich die Person wie jede andere, obwohl sie / er behindert ist?	<input type="checkbox"/>				
Hat die Person das Gefühl, ihr / sein Leben wird von ihrer / seiner Behinderung bestimmt?	<input type="checkbox"/>				
Stört die Behinderung die Person beim Spielen oder anderen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>				
Ist die Person unglücklich wegen ihrer / seiner Behinderung?	<input type="checkbox"/>				
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Zieht die Behinderung die Person runter?	<input type="checkbox"/>				
Fühlt sich die Person wegen ihrer / seiner Behinderung einsam?	<input type="checkbox"/>				
Fühlt sich die Person anders als andere Kinder / Jugendliche / Erwachsene?	<input type="checkbox"/>				
Hat die Person das Gefühl, sie / er kann die meisten Dinge genauso gut wie andere Kinder / Jugendliche / Erwachsene?	<input type="checkbox"/>				
Hat die Person das Gefühl, ihre / seine Freunde sind gern mit ihr / ihm zusammen?	<input type="checkbox"/>				

4. Teilhabe

Wie viele Schwierigkeiten hatte die betreute Person in den vergangenen 30 Tagen:

	keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
Eine längere Zeit (ca. 30 Minuten) zu stehen?	<input type="checkbox"/>				
Seinen / ihren Haushaltspflichten nachzukommen?	<input type="checkbox"/>				
Neue Aufgaben zu lernen (z. B. erlernen an einen neuen Ort zu gelangen, den er / sie nicht kannte)?	<input type="checkbox"/>				
Wie viele Schwierigkeiten hatte die betreute Person, an gesellschaftlichen Aktivitäten (wie Festlichkeiten, religiöse oder andere Aktivitäten) in der gleichen Art und Weise teilzunehmen, wie jeder andere?	<input type="checkbox"/>				
Wie sehr wurde die Person durch Ihren gesundheitlichen Zustand emotional belastet?	<input type="checkbox"/>				
Sich für 10 Minuten auf etwas zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>				
	keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
Eine längere Strecke (ca. einen Kilometer) zu Fuß zu gehen?	<input type="checkbox"/>				
Sich den gesamten Körper zu waschen?	<input type="checkbox"/>				
Sich anzuziehen?	<input type="checkbox"/>				
Beim Umgang mit Personen, die er / sie nicht kannte?	<input type="checkbox"/>				
Eine Freundschaft aufrechtzuerhalten?	<input type="checkbox"/>				
Bei der Bewältigung seines / ihres Arbeits-/ Schulalltags?	<input type="checkbox"/>				

5. Nun geht es um Sie: Angaben zu Ihrer Person.

5.1 Technikbereitschaft

In unserem Alltag nutzen wir eine Vielzahl technischer Produkte bzw. moderne Elektronik, z. B. im Unterhaltungs- und Kommunikationsbereich (u. a. Handys, Computer, Digitalkameras), im Haushalt (u. a. Mikrowelle, vollautomatische Küchenhelfer) oder auch im öffentlichen Leben (u. a. Bank- / Geldautomaten, Fahrkartenautomaten). Die nachfolgenden Aussagen thematisieren Ihre ganz persönliche Haltung gegenüber und Ihren Umgang mit moderner Technik. **Dabei geht es nicht um ein einzelnes Gerät**, sondern um Ihre Einstellung bzw. um Ihr Erleben in der Anwendung moderner Technologien / Elektronik **im Allgemeinen**.

Was ist Ihre Einschätzung?

	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
Hinsichtlich technischer Neuentwicklungen bin ich sehr neugierig.	<input type="checkbox"/>				
Für mich stellt der Umgang mit technischen Neuerungen zumeist eine Überforderung dar.	<input type="checkbox"/>				
Den Umgang mit neuer Technik finde ich schwierig – ich kann das meistens einfach nicht.	<input type="checkbox"/>				
Es liegt in meiner Hand, ob mir die Nutzung technischer Neuentwicklungen gelingt – mit Zufall oder Glück hat das wenig zu tun.	<input type="checkbox"/>				
Ich bin stets daran interessiert, die neuesten technischen Geräte zu verwenden.	<input type="checkbox"/>				
Im Umgang mit moderner Technik habe ich oft Angst zu versagen.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich im Umgang mit Technik Schwierigkeiten habe, hängt es schlussendlich allein von mir ab, dass ich sie löse.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich Gelegenheit dazu hätte, würde ich noch viel häufiger technische Produkte nutzen, als ich das gegenwärtig tue.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Angst, technische Neuentwicklungen eher kaputt zu machen, als dass ich sie richtig benutze.	<input type="checkbox"/>				
Das, was passiert, wenn ich mich mit technischen Neuentwicklungen beschäftige, obliegt letztlich meiner Kontrolle.	<input type="checkbox"/>				
Ich finde schnell Gefallen an technischen Neuentwicklungen.	<input type="checkbox"/>				
Ob ich erfolgreich in der Anwendung moderner Technik bin, hängt im Wesentlichen von mir ab.	<input type="checkbox"/>				

5.2 Was ist Ihr Geschlecht? männlich weiblich Ich kann mich keinem der Geschlechter eindeutig zuordnen.**5.3 Welcher Altersgruppe gehören Sie an?**
bis 29 Jahre
30-39 Jahre
40-49 Jahre
50-59 Jahre
60-69 Jahre
über 69 Jahre**5.4 Ist Deutsch Ihre Muttersprache?** ja (ab 5.6 weiter) nein (ab 5.5 weiter)**5.5 Falls nein, wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?** sehr schlecht schlecht mittelmäßig gut sehr gut**5.6 Welchen höchsten allgemeinen Bildungsabschluss haben Sie?** Ich bin von der Schule abgegangen ohne Abschluss. Ich habe den Volksschulabschluss. Ich habe den Hauptschulabschluss. Ich habe den Realschulabschluss (Mittlere Reife). Ich habe die Fachhochschulreife. Ich habe das allgemeine Abitur.**5.7 Wohnen Sie mit der betreuten Person zusammen?** ja nein

5.8 In welchem Bezug stehen Sie zur betreuten Person?

 Ich bin eine private Bezugsperson.

 Ich bin eine fachliche Bezugsperson.

5.9 Falls Sie eine private Bezugsperson sind: Was ist Ihr Verhältnis zur betreuten Person?

 Ich bin die (Ehe-)Partnerin / der (Ehe-)Partner.

 Ich bin die Mutter / der Vater.

 Ich bin eine andere Erziehungsberechtigte / ein anderer Erziehungsberechtigter.

 Ich bin eine Verwandte / ein Verwandter.

 Ich bin eine Freundin / ein Freund.

 Sonstiges: _____

5.10 Falls Sie eine fachliche Bezugsperson sind: Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

 Ich bin eine Lehrerin / ein Lehrer.

 Ich bin eine Erzieherin / ein Erzieher (z. B. in einem Kindergarten).

 Ich bin eine therapeutische Gesundheitsfachkraft (z. B. Sprachtherapeutin / Sprachtherapeut).

 Ich bin eine Pflegerin / ein Pfleger bzw. persönliche Assistenz.

 Ich bin Mitarbeiterin / Mitarbeiter einer Wohn- oder sozialen Einrichtung (z. B. betreutes Wohnen, Werkstatt).

 Sonstiges: _____

Für **private Bezugspersonen**: ab 5.11 weiter

Für **fachliche Bezugspersonen**: ab 5.12 weiter

5.11 Jetzt wollen wir wissen, wie es **Ihnen** bei der Unterstützung / Pflege der betreuten Person geht: **Ihre Ressourcen und Belastungen als private Bezugsperson.**

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt überwiegend	stimmt genau
Durch die Unterstützung / durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als "ich selbst".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Lebensstandard hat sich durch die Unterstützung / durch die Pflege verringert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt überwiegend	stimmt genau
Durch die Unterstützung / durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Unterstützung / die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich "hin und her gerissen" zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Unterstützung / durch die Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich Sorge mich aufgrund der Unterstützung, die ich leiste / aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der Unterstützung / wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Uns ist bewusst, dass Sie die Beantwortung des vorangegangenen Frageblocks als belastend empfunden haben könnten. Deswegen möchten wir uns an dieser Stelle für Ihre Auskunft zu diesem Thema, das in unserem Forschungsprojekt eine wichtige Rolle spielt, **herzlich bedanken**.*

5.12 Beschäftigen Sie sich (auch) beruflich mit UK?

 ja

 nein

6. Nun bitten wir Sie um Angaben zu der von Ihnen betreuten Person.

6.1 Was ist das Geschlecht der betreuten Person?

 männlich

 weiblich

 Die Person kann sich keinem der Geschlechter eindeutig zuordnen.

6.2 In welchem Jahr ist die betreute Person geboren?

Geburtsjahr:

--	--	--	--

 mir nicht bekannt

6.3 Die betreute Person...

... wird ausschließlich zu Hause betreut. <input type="checkbox"/>	... besucht eine höhere Bildungseinrichtung (z. B. Fachhochschule, Universität). <input type="checkbox"/>
... besucht die Krippe / die Kindertagesstätte / den Kindergarten. <input type="checkbox"/>	... ist arbeitstätig (regulärer Arbeitsmarkt). <input type="checkbox"/>
... besucht die Schule. <input type="checkbox"/>	... ist arbeitstätig in einer sozialen Einrichtung (z. B. Werkstatt). <input type="checkbox"/>
... ist in der Berufsausbildung (Lehre). <input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/>

6.4 Die betreute Person wohnt...

... mit den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten zusammen. <input type="checkbox"/>	... allein (ggf. mit Assistenz). <input type="checkbox"/>
... mit der (Ehe-)Partnerin / dem (Ehe-)Partner zusammen. <input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/>
... in einer sozialen Einrichtung. <input type="checkbox"/>	mir nicht bekannt <input type="checkbox"/>

6.5 Muttersprache(n) / Familiensprache(n): Sprechen Sie mit der betreuten Person nur Deutsch?

ja (ab 6.8 weiter) nein (ab 6.6 und 6.7 weiter)

6.6 Falls nein, welche (weiteren) Sprache(n)?

6.7 Falls (auch) andere Sprache(n) als Deutsch gesprochen werden: Seit wie vielen Jahren hat die betreute Person Kontakt mit der deutschen Sprache?

seit (ca.) Jahren

mir nicht bekannt

(Bitte tragen Sie eine „0“ ein, wenn die betreute Person noch keinen Kontakt mit der deutschen Sprache hatte.)

6.8 Was ist die Ursache der Behinderung der betreuten Person?

angeboren Unfall Krankheit Sonstiges mir nicht bekannt

6.9 Falls bekannt, nennen Sie bitte die Art der Behinderung / die Erkrankung (z. B. Rett-Syndrom, infantile Zerebralparese, Schädel-Hirn-Trauma nach einem Unfall).

6.10 Besitzt die betreute Person einen Schwerbehindertenausweis?

- ja (ab 6.11 weiter)
 nein (ab 7 weiter)
 mir nicht bekannt (ab 7 weiter)

6.11 Falls ja: Wie ist der Grad der Behinderung?

- 50
 60
 70
 80
 90
 100
 mir nicht bekannt

7. UK-Erfahrung der betreuten Person

Wie viel Erfahrung hat die betreute Person mit...

	gar keine	wenig	mittelmäßig	viel	sehr viel	kann ich nicht beurteilen
... elektronischen UK-Hilfsmitteln (z. B. Talker, Taster)?	<input type="checkbox"/>					
... nicht elektronischen UK-Hilfsmitteln (z. B. Ich-Buch, Symbolkarten)?	<input type="checkbox"/>					
... Gebärden, die die Lautsprache unterstützen?	<input type="checkbox"/>					

8. Abschließende Fragen

8.1 Wie oft sind Sie mit der betreuten Person in Kontakt?

- ein paar Mal im Jahr
 einmal im Monat oder weniger
 ein paar Mal im Monat
 einmal in der Woche
 ein paar Mal in der Woche
 jeden Tag

8.2 Ich kenne die betreute Person gut genug, um diesen Fragebogen auszufüllen.stimme
überhaupt
nicht zustimme
eher nicht
zustimme
teilweise
zustimme
eher zustimme
voll und
ganz zu**8.3 Ich fühle mich in der Lage, zu den meisten Fragen eine Einschätzung abzugeben.**stimme
überhaupt
nicht zustimme
eher nicht
zustimme
teilweise
zustimme
eher zustimme
voll und
ganz zu**8.4 Ich habe den Fragebogen...** ... selbstständig ausgefüllt. ... mit Hilfe der betreuten Person ausgefüllt. ... mit Hilfe einer anderen Person ausgefüllt.

9. Falls Sie noch weitere Anmerkungen haben, notieren Sie diese bitte hier:

(Bitte nennen Sie weder Ihren Namen noch den Namen der betreuten Person.)

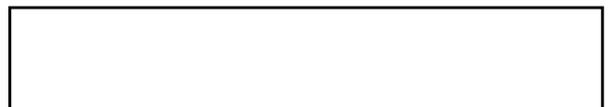
Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Rückumschlag und schicken ihn dann an uns zurück.

Das Porto bezahlen wir für Sie.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



1194398432



Anhang 2
Fragebogen T1



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



Erweiterung des Selektivvertrags zu Maßnahmen
der Unterstützten Kommunikation

Fragebogen für Bezugspersonen von Menschen ohne Lautsprache

Vier Wochen nach Einsatz der neuen
alternativen Kommunikationsform

Im Rahmen eines vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten
Forschungsprojekts "Erweiterung des Selektivvertrags zu Maßnahmen der Unterstützten
Kommunikation (MUK)"

durchgeführt von:



**OLDENBURG
FAKULTÄT VI
MEDIZIN UND
GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN**

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- **Beantworten** Sie alle Fragen vollständig, auch wenn Sie den Eindruck haben, dass sich die Fragen wiederholen. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Sollten Sie aus **sprachlichen** oder **gesundheitlichen** Gründen zurzeit nicht in der Lage sein, den Fragebogen allein auszufüllen, so können Sie gerne die Hilfe von Angehörigen oder auch Freunden in Anspruch nehmen.
- **Antworten** Sie bitte offen und ehrlich.
- **Lesen** Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig vor. Meist ist der erste spontane Einfall der beste.
- Bitte beachten Sie die unterschiedlichen **Antwortkategorien**.
- Kontrollieren Sie am Ende bitte, ob Sie alle Fragen **vollständig** ausgefüllt haben.

Wie ausfüllen?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils, teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtig!

- Falls Sie in Ihrem privaten und / oder beruflichen Umfeld mehrere Menschen ohne Lautsprache betreuen, beziehen Sie alle Angaben bitte nur auf **die Person, um die es in der Beratung ging**.
- Bei manchen Fragen werden Sie gebeten, **stellvertretend für die betreute Person** zu antworten. Andere Fragen beziehen sich auf **Ihre Person**.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!



In diesem Fragebogen verwenden wir die Abkürzung **UK** für **Unterstützte Kommunikation**.

1. Welche neue alternative Kommunikationsform nutzt die betreute Person? Sie können mehrere Antwortmöglichkeiten ankreuzen.

- ein elektronisches UK-Hilfsmittel (z. B. Talker, Taster)
- ein nicht elektronisches UK-Hilfsmittel (z. B. Ich-Buch, Symbolkarten, Kommunikationstafeln)
- Gebärden, die die Lautsprache unterstützen
- weiß ich nicht

2. Die Nutzung der neuen alternativen Kommunikationsform, z. B. Talker, Kommunikationstafeln, Gebärden: Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit in den letzten 4 Wochen mit...

	sehr schlecht	schlecht	mittel- mäßig	gut	sehr gut	kann ich nicht beurteilen / trifft nicht zu
... der Krippe / der Kindertagesstätte / dem Kindergarten?	<input type="checkbox"/>					
... der Schule?	<input type="checkbox"/>					
... den Wohn- oder sozialen Einrichtungen (z. B. betreutes Wohnen, Werkstatt)?	<input type="checkbox"/>					
... den therapeutischen Gesundheitsfachkräften (z. B. Sprachtherapeutinnen, Physiotherapeuten)?	<input type="checkbox"/>					
... Anderen, und zwar:	<input type="checkbox"/>					
 _____	<input type="checkbox"/>					



Die folgenden drei Frageblöcke zu den Themenbereichen **Kommunikationsfähigkeit**, **Lebensqualität** und **Teilhabe** kennen Sie vom ersten Fragebogen. Beantworten Sie die Fragen bitte trotzdem erneut, weil wir Ihre Einschätzung zu verschiedenen Zeitpunkten erheben möchten.

Fortsetzung des Frageblocks 3.2

	sehr schlecht	schlecht	mittel- mäßig	gut	sehr gut	kann ich nicht beurteilen
Sich entschuldigen	<input type="checkbox"/>					
Um Erlaubnis bitten	<input type="checkbox"/>					
Ratschläge geben oder Vorschläge machen	<input type="checkbox"/>					
Auf Ratschläge oder Vorschläge reagieren	<input type="checkbox"/>					
Andere bitten, ihr Verhalten zu ändern (z. B. „Hör auf zu klopfen!“)	<input type="checkbox"/>					

4. Lebensqualität

Über das Leben der von Ihnen betreuten Person: Denken Sie an die letzten 4 Wochen.

	nie	selten	manchmal	oft	immer
Kann die Person trotz ihrer / seiner Behinderung alles tun, was sie / er möchte?	<input type="checkbox"/>				
Fühlt sich die Person wie jede andere, obwohl sie / er behindert ist?	<input type="checkbox"/>				
Hat die Person das Gefühl, ihr / sein Leben wird von ihrer / seiner Behinderung bestimmt?	<input type="checkbox"/>				
Stört die Behinderung die Person beim Spielen oder anderen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>				
Ist die Person unglücklich wegen ihrer / seiner Behinderung?	<input type="checkbox"/>				
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Zieht die Behinderung die Person runter?	<input type="checkbox"/>				
Fühlt sich die Person wegen ihrer / seiner Behinderung einsam?	<input type="checkbox"/>				
Fühlt sich die Person anders als andere Kinder / Jugendliche / Erwachsene?	<input type="checkbox"/>				
Hat die Person das Gefühl, sie / er kann die meisten Dinge genauso gut wie andere Kinder / Jugendliche / Erwachsene?	<input type="checkbox"/>				
Hat die Person das Gefühl, ihre / seine Freunde sind gern mit ihr / ihm zusammen?	<input type="checkbox"/>				

5. Teilhabe

Wie viele Schwierigkeiten hatte die betreute Person in den vergangenen 30 Tagen:

	keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
Eine längere Zeit (ca. 30 Minuten) zu stehen?	<input type="checkbox"/>				
Seinen / ihren Haushaltspflichten nachzukommen?	<input type="checkbox"/>				
Neue Aufgaben zu lernen (z. B. erlernen an einen neuen Ort zu gelangen, den er / sie nicht kannte)?	<input type="checkbox"/>				
Wie viele Schwierigkeiten hatte die betreute Person, an gesellschaftlichen Aktivitäten (wie Festlichkeiten, religiöse oder andere Aktivitäten) in der gleichen Art und Weise teilzunehmen, wie jeder andere?	<input type="checkbox"/>				
Wie sehr wurde die Person durch Ihren gesundheitlichen Zustand emotional belastet?	<input type="checkbox"/>				
Sich für 10 Minuten auf etwas zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>				
	keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
Eine längere Strecke (ca. einen Kilometer) zu Fuß zu gehen?	<input type="checkbox"/>				
Sich den gesamten Körper zu waschen?	<input type="checkbox"/>				
Sich anzuziehen?	<input type="checkbox"/>				
Beim Umgang mit Personen, die er / sie nicht kannte?	<input type="checkbox"/>				
Eine Freundschaft aufrechtzuerhalten?	<input type="checkbox"/>				
Bei der Bewältigung seines / ihres Arbeits-/ Schulalltags?	<input type="checkbox"/>				

6. Wie viel Unterstützung haben Sie während der UK-Versorgung von der Beratungsstelle erhalten bei...

... der Beantragung der neuen alternativen Kommunikationsform?

keine wenig mittelmäßig viel sehr viel

kann ich nicht beurteilen / trifft nicht zu

Von wem haben Sie sonst Unterstützung erhalten? (Bitte nennen Sie keine Namen, sondern die Funktion oder die Rolle der Personen, z. B. Lehrerin, Logopäde, Ehepartner, Freundin.)



... der Einbindung des Umfeldes (z. B. Familie, Kita, Werkstatt) der betreuten Person in die Nutzung der neuen alternativen Kommunikationsform?

keine wenig mittelmäßig viel sehr viel

kann ich nicht beurteilen / trifft nicht zu

Von wem haben Sie sonst Unterstützung erhalten? (Bitte nennen Sie keine Namen, sondern die Funktion oder die Rolle der Personen, z. B. Lehrerin, Logopäde, Ehepartner, Freundin.)



... der Festlegung eines gemeinsamen Ziels der UK-Versorgung?

keine wenig mittelmäßig viel sehr viel

kann ich nicht beurteilen / trifft nicht zu

Von wem haben Sie sonst Unterstützung erhalten? (Bitte nennen Sie keine Namen, sondern die Funktion oder die Rolle der Personen, z. B. Lehrerin, Logopäde, Ehepartner, Freundin.)



... der Verfolgung des festgelegten gemeinsamen Ziels der UK-Versorgung?

keine wenig mittelmäßig viel sehr viel

kann ich nicht beurteilen / trifft nicht zu

Von wem haben Sie sonst Unterstützung erhalten? (Bitte nennen Sie keine Namen, sondern die Funktion oder die Rolle der Personen, z. B. Lehrerin, Logopäde, Ehepartner, Freundin.)



6.1 Hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht bei...

	ja	nein	trifft nicht zu
... der Beantragung der neuen alternativen Kommunikationsform?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Vernetzung des Umfeldes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der technischen Bedienung der neuen alternativen Kommunikationsform?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der fortlaufenden Anpassung der Inhalte (z. B. Programmieren neuer Mitteilungen, Basteln neuer Materialien)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Festlegung von Zielen der UK-Versorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dem Einsatz der neuen alternativen Kommunikationsform im Alltag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ihre Einschätzung zur Nutzung der neuen alternativen Kommunikationsform, z. B. Talker, Kommunikationstafeln, Gebärden. Bitte denken Sie an die derzeitige Situation.



Wir verwenden die Abkürzung AKF für die alternative Kommunikationsform.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich bin motiviert, die neue AKF mit der Person zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere es, dass die Person wahrscheinlich nicht sprechen und für absehbare Zeit auf diese oder andere AKF angewiesen sein wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde es <u>nicht</u> frustrierend, die neue AKF mit der Person zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann realistisch einschätzen, welchen Einfluss die neue AKF auf die Lebensqualität der Person haben könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin der Meinung, dass die Person die neue AKF benötigt, um effektiver mit mir zu kommunizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ermutige die Person, die neue AKF sowohl zu Hause als auch in der Öffentlichkeit zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich Sorge dafür, dass die neue AKF der Person möglichst immer zur Verfügung steht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung des Frageblocks 7

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Es ist leicht, die neue AKF im alltäglichen Umgang mit der Person zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Nutzung der neuen AKF ist geeigneter als andere Kommunikationsformen, die die Person bislang genutzt hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die neue AKF ermöglicht der Person die Kommunikation zu verschiedenen Zwecken, beispielsweise um Wünsche zu äußern, Entscheidungen zu treffen, Fragen zu beantworten und zu widersprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Verständigung mit der Person ist in der Regel effektiver, wenn er / sie die neue AKF statt anderer Kommunikationsformen nutzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Es kann sein, dass sich ab hier nicht alle Frageblöcke an Sie richten und Sie einzelne Blöcke überspringen müssen. Beachten Sie bitte die Kennzeichnung durch Pfeile.

8. Nutzt die betreute Person als alternative Kommunikationsform ausschließlich Gebärden, die die Lautsprache unterstützen?

ja (ab Frage 10 weiter, nächste Seite)

nein (ab Frageblock 9 weiter)



9. Wie zufrieden sind Sie...

	überhaupt nicht zufrieden	nicht besonders zufrieden	mehr oder weniger zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
... mit den Dimensionen (Größe, Höhe, Länge, Breite) des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit dem Gewicht des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... damit, wie leicht sich die Bestandteile des Hilfsmittels anpassen lassen (Befestigung, Einstellung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Sicherheit und Zuverlässigkeit des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Haltbarkeit (Lebensdauer, Verschleißfestigkeit) des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... damit, wie leicht das Hilfsmittel benutzt werden kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung des Frageblocks 9

	überhaupt nicht zufrieden	nicht besonders zufrieden	mehr oder weniger zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
... mit der Bequemlichkeit des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... damit, wie wirkungsvoll Ihr Hilfsmittel ist (inwieweit Ihr Hilfsmittel Ihren Anforderungen entspricht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit dem gesamten Service einschließlich der Auslieferung (Abläufe, Dauer), den Sie bei der Beschaffung des Hilfsmittels erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit den Reparaturen und der Wartung (Instandhaltung) des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Qualität der Serviceleistungen (Information, Aufmerksamkeit), die Sie für den Gebrauch des Hilfsmittels erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit den nachfolgenden Serviceleistungen (fortlaufende Kundenbetreuung), die Sie für das Hilfsmittel erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Haben Sie zusammen mit der betreuten Person in den letzten vier Wochen an einem Patiententraining an der Beratungsstelle teilgenommen?

ja (ab Frageblock 11 weiter)

nein (ab Frage 12 weiter, nächste Seite)

11. Bewertung des Patiententrainings

Denken Sie an das Patiententraining zurück und geben Sie Ihre Einschätzung zur Trainingssituation und zu den Trainingsinhalten ab.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Das Training hat alle meine Fragen zur Kommunikation der betreuten Person beantwortet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Training war ausreichend auf unsere Bedürfnisse zugeschnitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich während des Trainings wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Trainerin / der Trainer verfügte über gute Kenntnisse in Bezug auf für uns wichtige Aspekte der UK.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung des Frageblocks 11

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Das Training hat unsere Überzeugungen respektiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Training steigerte mein Wissen über die neue alternative Kommunikationsform, die die betreute Person verwendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Training hat mir dabei geholfen, mich in der Kommunikation mit der betreuten Person mit der neuen alternativen Kommunikationsform sicher zu fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Trainerin / der Trainer hat das Training auf sensible und respektvolle Weise durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden mit dem Training, das wir erhalten haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde das Training anderen Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass die Trainerin / der Trainer unsere Bedürfnisse wirklich verstanden hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass die Trainerin / der Trainer das bestmögliche Training durchgeführt hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Training hilft uns dabei, besser miteinander kommunizieren zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Training hat uns Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Der Fragebogen beinhaltet im Folgenden unter anderem Fragen zur Zusammenarbeit mit der Krankenkasse und der Hilfsmittelfirma. Ihre Antworten werden keinesfalls an diese weitergeleitet.

12. Hat die betreute Person ein UK-Hilfsmittel über die Krankenkasse erhalten?

ja (ab Frage 12.1 weiter)

nein (ab Frage 14 weiter, nächste Seite)



12.1 Nennen Sie bitte den Namen des UK-Hilfsmittels und die Hilfsmittelfirma.



mir nicht bekannt

13. Der Weg zur neuen alternativen Kommunikationsform: Ihre Erfahrungen

Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit...

	sehr schlecht	schlecht	mittel- mäßig	gut	sehr gut	kann ich nicht beurteilen / trifft nicht zu
... der Hilfsmittelfirma?	<input type="checkbox"/>					
... der Krankenkasse?	<input type="checkbox"/>					
... der Ärztin / dem Arzt?	<input type="checkbox"/>					
... der UK-Beratungsstelle?	<input type="checkbox"/>					
... Anderen, und zwar:  _____	<input type="checkbox"/>					



Der Fragebogen richtet sich sowohl an fachliche, als auch an private Bezugspersonen. Einige Fragen können jedoch nur von privaten Bezugspersonen beantwortet werden. Beachten Sie bitte die Kennzeichnung durch Pfeile.

14. Sind Sie eine private Bezugsperson (z. B. Mutter, Ehepartner, Verwandte)?

ja (ab Frage 15 weiter)

nein (ab Frage 18 weiter, übernächste Seite)



15. Unterstützung bei der UK-Versorgung: Wie viel Entlastung haben Sie insgesamt erfahren?

keine sehr wenig wenig mittelmäßig viel sehr viel

16. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der folgenden drei Fragen an Ihre fachlichen Ansprechpartner, nämlich therapeutische Gesundheitsfachkräfte (z. B. Sprachtherapeutinnen, Physiotherapeuten) und Mitarbeitende der Beratungsstelle.

überhaupt nicht wenig mittel-
mäßig über-
wiegend völlig

Wie sehr konnten Sie sich auf die fachlichen Ansprechpartner verlassen, wenn Sie Probleme mit der neuen alternativen Kommunikationsform hatten?

Fortsetzung des Frageblocks 16

überhaupt nicht wenig mittel-
mäßig über-
wiegend völlig

Wie sehr unterstützten die fachlichen Ansprechpartner Sie so, dass Ihnen der Umgang mit der neuen alternativen Kommunikationsform leichter fiel?	<input type="checkbox"/>				
Wie sehr waren die fachlichen Ansprechpartner bereit, sich Ihre Probleme im Zusammenhang mit der neuen alternativen Kommunikationsform anzuhören?	<input type="checkbox"/>				

17. Jetzt wollen wir wissen, wie es Ihnen bei der Unterstützung / Pflege der betreuten Person geht: Ihre Ressourcen und Belastungen als private Bezugsperson.

stimmt nicht stimmt wenig stimmt überwiegend stimmt genau

Durch die Unterstützung / durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als "ich selbst".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Lebensstandard hat sich durch die Unterstützung / durch die Pflege verringert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Unterstützung / durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Unterstützung / die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich "hin und her gerissen" zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Unterstützung / durch die Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich Sorge mich aufgrund der Unterstützung, die ich leiste / aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der Unterstützung / wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Uns ist bewusst, dass Sie die Beantwortung des vorangegangenen Frageblocks als belastend empfunden haben könnten. Deswegen möchten wir uns an dieser Stelle für Ihre Auskunft zu diesem Thema, das in unserem Forschungsprojekt eine wichtige Rolle spielt, **herzlich bedanken**.

18. Abschließende Fragen**18.1 Wie oft sind Sie mit der betreuten Person in Kontakt?**

ein paar Mal im Jahr	einmal im Monat oder weniger	ein paar Mal im Monat	einmal in der Woche	ein paar Mal in der Woche	jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.2 Wie oft wird die neue alternative Kommunikationsform an einem durchschnittlichen Tag eingesetzt?

sehr selten	selten	manchmal	oft	sehr oft	kann ich nicht beurteilen
(weniger als 1 Mal pro Tag)	(1-10 Mal pro Tag)	(11-20 Mal pro Tag)	(21-30 Mal pro Tag)	(über 30 Mal pro Tag)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.3 Wie oft setzen Sie die neue alternative Kommunikationsform zusammen mit der betreuten Person ein?

sehr selten	selten	manchmal	oft	sehr oft
(weniger als 1 Mal pro Tag)	(1-10 Mal pro Tag)	(11-20 Mal pro Tag)	(21-30 Mal pro Tag)	(über 30 Mal pro Tag)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.4 Ich kenne die betreute Person gut genug, um diesen Fragebogen auszufüllen.

stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.5 Ich fühle mich in der Lage, zu den meisten Fragen eine Einschätzung abzugeben.

stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.6 Ich habe den Fragebogen...

- ... selbstständig ausgefüllt.
- ... mit Hilfe der betreuten Person ausgefüllt.
- ... mit Hilfe einer anderen Person ausgefüllt.

19. Falls Sie noch weitere Anmerkungen haben, notieren Sie diese bitte hier:

Bitte nennen Sie dabei keine Namen.

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Rückumschlag und schicken ihn dann an uns zurück.

Das Porto bezahlen wir für Sie.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Anhang 3
Fragebogen T2



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



Erweiterung des Selektivvertrags zu Maßnahmen
der Unterstützten Kommunikation

Fragebogen für Bezugspersonen von Menschen ohne Lautsprache

Vier Monate nach Einsatz der neuen
alternativen Kommunikationsform

Im Rahmen eines vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten
Forschungsprojekts "Erweiterung des Selektivvertrags zu Maßnahmen der Unterstützten
Kommunikation (MUK)"

durchgeführt von:



OLDENBURG
FAKULTÄT VI
MEDIZIN UND
GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- **Beantworten** Sie alle Fragen vollständig, auch wenn Sie den Eindruck haben, dass sich die Fragen wiederholen. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Sollten Sie aus **sprachlichen** oder **gesundheitlichen** Gründen zurzeit nicht in der Lage sein, den Fragebogen allein auszufüllen, so können Sie gerne die Hilfe von Angehörigen oder auch Freunden in Anspruch nehmen.
- **Antworten** Sie bitte offen und ehrlich.
- **Lesen** Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig vor. Meist ist der erste spontane Einfall der beste.
- Bitte beachten Sie die unterschiedlichen **Antwortkategorien**.
- Kontrollieren Sie am Ende bitte, ob Sie alle Fragen **vollständig** ausgefüllt haben.

Wie ausfüllen?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils, teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtig!

- Falls Sie in Ihrem privaten und / oder beruflichen Umfeld mehrere Menschen ohne Lautsprache betreuen, beziehen Sie alle Angaben bitte nur auf **die Person, um die es in der Beratung ging**.
- Bei manchen Fragen werden Sie gebeten, **stellvertretend für die betreute Person** zu antworten. Andere Fragen beziehen sich auf **Ihre Person**.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!



In diesem Fragebogen verwenden wir die Abkürzung **UK** für **Unterstützte Kommunikation**.

1. Die Nutzung der neuen alternativen Kommunikationsform, z. B. Talker, Kommunikationstafeln, Gebärden: Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit in den letzten 4 Monaten mit...

	sehr schlecht	schlecht	mittel- mäßig	gut	sehr gut	kann ich nicht beurteilen / trifft nicht zu
... der Krippe / der Kindertagesstätte / dem Kindergarten?	<input type="checkbox"/>					
... der Schule?	<input type="checkbox"/>					
... den Wohn- oder sozialen Einrichtungen (z. B. betreutes Wohnen, Werkstatt)?	<input type="checkbox"/>					
... den therapeutischen Gesundheitsfachkräften (z. B. Sprachtherapeutinnen, Physiotherapeuten)?	<input type="checkbox"/>					
... Anderen, und zwar:	<input type="checkbox"/>					
 _____						



Die folgenden drei Frageblöcke zu den Themenbereichen **Kommunikationsfähigkeit**, **Lebensqualität** und **Teilhabe** kennen Sie von den ersten beiden Fragebögen. Beantworten Sie die Fragen bitte trotzdem erneut, weil wir Ihre Einschätzung zu verschiedenen Zeitpunkten erheben möchten.

2. Kommunikationsfähigkeit

2.1 Wie gut können Sie sich mit der von Ihnen betreuten Person verständigen?

sehr schlecht schlecht mittelmäßig gut sehr gut

Fortsetzung des Frageblocks 2.2

	sehr schlecht	schlecht	mittel- mäßig	gut	sehr gut	kann ich nicht beurteilen
Auf Ratschläge oder Vorschläge reagieren	<input type="checkbox"/>					
Andere bitten, ihr Verhalten zu ändern (z. B. „Hör auf zu klopfen!“)	<input type="checkbox"/>					

3. Lebensqualität

Über das Leben der von Ihnen betreuten Person: Denken Sie an die letzten 4 Wochen.

	nie	selten	manchmal	oft	immer
Kann die Person trotz ihrer / seiner Behinderung alles tun, was sie / er möchte?	<input type="checkbox"/>				
Fühlt sich die Person wie jede andere, obwohl sie / er behindert ist?	<input type="checkbox"/>				
Hat die Person das Gefühl, ihr / sein Leben wird von ihrer / seiner Behinderung bestimmt?	<input type="checkbox"/>				
Stört die Behinderung die Person beim Spielen oder anderen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>				
Ist die Person unglücklich wegen ihrer / seiner Behinderung?	<input type="checkbox"/>				
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Zieht die Behinderung die Person runter?	<input type="checkbox"/>				
Fühlt sich die Person wegen ihrer / seiner Behinderung einsam?	<input type="checkbox"/>				
Fühlt sich die Person anders als andere Kinder / Jugendliche / Erwachsene?	<input type="checkbox"/>				
Hat die Person das Gefühl, sie / er kann die meisten Dinge genauso gut wie andere Kinder / Jugendliche / Erwachsene?	<input type="checkbox"/>				
Hat die Person das Gefühl, ihre / seine Freunde sind gern mit ihr / ihm zusammen?	<input type="checkbox"/>				

4. Teilhabe

Wie viele Schwierigkeiten hatte die betreute Person in den vergangenen 30 Tagen:

	keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
Eine längere Zeit (ca. 30 Minuten) zu stehen?	<input type="checkbox"/>				
Seinen / ihren Haushaltspflichten nachzukommen?	<input type="checkbox"/>				
Neue Aufgaben zu lernen (z. B. erlernen an einen neuen Ort zu gelangen, den er / sie nicht kannte)?	<input type="checkbox"/>				
Wie viele Schwierigkeiten hatte die betreute Person, an gesellschaftlichen Aktivitäten (wie Festlichkeiten, religiöse oder andere Aktivitäten) in der gleichen Art und Weise teilzunehmen, wie jeder andere?	<input type="checkbox"/>				
Wie sehr wurde die Person durch Ihren gesundheitlichen Zustand emotional belastet?	<input type="checkbox"/>				
Sich für 10 Minuten auf etwas zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>				
	keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
Eine längere Strecke (ca. einen Kilometer) zu Fuß zu gehen?	<input type="checkbox"/>				
Sich den gesamten Körper zu waschen?	<input type="checkbox"/>				
Sich anzuziehen?	<input type="checkbox"/>				
Beim Umgang mit Personen, die er / sie nicht kannte?	<input type="checkbox"/>				
Eine Freundschaft aufrechtzuerhalten?	<input type="checkbox"/>				
Bei der Bewältigung seines / ihres Arbeits-/ Schulalltags?	<input type="checkbox"/>				

5. Wie viel Unterstützung haben Sie während der UK-Versorgung von der Beratungsstelle erhalten bei...

... der Einbindung des Umfeldes (z. B. Familie, Kita, Werkstatt) der betreuten Person in die Nutzung der neuen alternativen Kommunikationsform?

 keine wenig mittelmäßig viel sehr viel kann ich nicht beurteilen / trifft nicht zu

Von wem haben Sie sonst Unterstützung erhalten? (Bitte nennen Sie keine Namen, sondern die Funktion oder die Rolle der Personen, z. B. Lehrerin, Logopäde, Ehepartner, Freundin.)



... der Verfolgung des festgelegten gemeinsamen Ziels der UK-Versorgung?

 keine wenig mittelmäßig viel sehr viel kann ich nicht beurteilen / trifft nicht zu

Von wem haben Sie sonst Unterstützung erhalten? (Bitte nennen Sie keine Namen, sondern die Funktion oder die Rolle der Personen, z. B. Lehrerin, Logopäde, Ehepartner, Freundin.)



5.1 Hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht bei...

	ja	nein	trifft nicht zu
... der Vernetzung des Umfeldes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der technischen Bedienung der neuen alternativen Kommunikationsform?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der fortlaufenden Anpassung der Inhalte (z. B. Programmieren neuer Mitteilungen, Basteln neuer Materialien)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dem Einsatz der neuen alternativen Kommunikationsform im Alltag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Ihre Einschätzung zur Nutzung der neuen alternativen Kommunikationsform, z. B. Talker, Kommunikationstafeln, Gebärden.
Bitte denken Sie an die derzeitige Situation.**



Wir verwenden die Abkürzung AKF für die alternative Kommunikationsform.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich bin motiviert, die neue AKF mit der Person zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere es, dass die Person wahrscheinlich nicht sprechen und für absehbare Zeit auf diese oder andere AKF angewiesen sein wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde es <u>nicht</u> frustrierend, die neue AKF mit der Person zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann realistisch einschätzen, welchen Einfluss die neue AKF auf die Lebensqualität der Person haben könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin der Meinung, dass die Person die neue AKF benötigt, um effektiver mit mir zu kommunizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ermutige die Person, die neue AKF sowohl zu Hause als auch in der Öffentlichkeit zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich Sorge dafür, dass die neue AKF der Person möglichst immer zur Verfügung steht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Person zieht die neue AKF anderen, einfacheren Kommunikationsformen wie Vokalisationen, Gesten und weniger komplexen Kommunikationsformen vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Person hatte ein Mitspracherecht bei der Auswahl der neuen AKF.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Person hat zu Hause und an anderen Orten Gründe, die neue AKF häufig zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Person scheint die neue AKF wertzuschätzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Verwendung der neuen AKF wirkt die Person <u>nicht</u> so oft frustriert wie bei anderen Kommunikationsformen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Person kann mit der neuen AKF in der Regel erfolgreicher kommunizieren als mit anderen Kommunikationsformen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung des Frageblocks 6

stimme
überhaupt
nicht zu

stimme
eher
nicht zu

stimme
teilweise zu

stimme
eher zu

stimme
voll und
ganz zu

Die Person teilt ihre / seine Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse mit der neuen AKF effektiver mit als mit anderen Kommunikationsformen.	<input type="checkbox"/>					
Die Person ist körperlich in der Lage, die neue AKF zu nutzen. Sie / er kann beispielsweise auf die Tasten drücken / Symbole zeigen / Gebärden ausführen.	<input type="checkbox"/>					
Die Person ist in der Lage, die neue AKF selbständig zu nutzen, ohne dafür auf Hilfe angewiesen zu sein.	<input type="checkbox"/>					
Die Person versteht, wie die neue AKF genutzt wird.	<input type="checkbox"/>					
Die Person hat zahlreiche Gelegenheiten, die neue AKF zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	trifft nicht zu				
Die Person zeigt eine Art von Besitzanspruch auf das UK-Hilfsmittel.	<input type="checkbox"/>					
Es ist einfach, Mitteilungen auf dem UK-Hilfsmittel zu programmieren (z. B. auf einem Talker) bzw. Inhalte für das UK-Hilfsmittel zu gestalten (z. B. neue Symbolkarten, Ich-Buch-Inhalte).	<input type="checkbox"/>					
Es ist leicht, die neue AKF im alltäglichen Umgang mit der Person zu nutzen.	<input type="checkbox"/>					
Die Nutzung der neuen AKF ist geeigneter als andere Kommunikationsformen, die die Person bislang genutzt hat.	<input type="checkbox"/>					
Die neue AKF ermöglicht der Person die Kommunikation zu verschiedenen Zwecken, beispielsweise um Wünsche zu äußern, Entscheidungen zu treffen, Fragen zu beantworten und zu widersprechen.	<input type="checkbox"/>					
Die Verständigung mit der Person ist in der Regel effektiver, wenn er / sie die neue AKF statt anderer Kommunikationsformen nutzt.	<input type="checkbox"/>					



Es kann sein, dass sich ab hier nicht alle Frageblöcke an Sie richten und Sie einzelne Blöcke überspringen müssen. Beachten Sie bitte die Kennzeichnung durch Pfeile.

7. **Nutzt die betreute Person als alternative Kommunikationsform ausschließlich Gebärden, die die Lautsprache unterstützen?**

ja (ab Frage 9 weiter, nächste Seite)

nein (ab Frageblock 8 weiter)



8. **Wie zufrieden sind Sie...**

	überhaupt nicht zufrieden	nicht besonders zufrieden	mehr oder weniger zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
... mit den Dimensionen (Größe, Höhe, Länge, Breite) des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit dem Gewicht des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... damit, wie leicht sich die Bestandteile des Hilfsmittels anpassen lassen (Befestigung, Einstellung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Sicherheit und Zuverlässigkeit des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Haltbarkeit (Lebensdauer, Verschleißfestigkeit) des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... damit, wie leicht das Hilfsmittel benutzt werden kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Bequemlichkeit des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... damit, wie wirkungsvoll das Hilfsmittel ist (inwieweit das Hilfsmittel den Anforderungen entspricht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit dem gesamten Service einschließlich der Auslieferung (Abläufe, Dauer), den Sie bei der Beschaffung des Hilfsmittels erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit den Reparaturen und der Wartung (Instandhaltung) des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung des Frageblocks 8

überhaupt nicht zufrieden nicht besonders zufrieden mehr oder weniger zufrieden ziemlich zufrieden sehr zufrieden

... mit der Qualität der **Serviceleistungen** (Information, Aufmerksamkeit), die Sie für den Gebrauch des Hilfsmittels erhalten haben?

... mit den **nachfolgenden Serviceleistungen** (fortlaufende Kundenbetreuung), die Sie für das Hilfsmittel erhalten haben?

9. Haben Sie zusammen mit der betreuten Person in den letzten 4 Monaten an einer UK-Therapie an der Beratungsstelle teilgenommen?

ja (ab Frageblock 10 weiter)

nein (ab Frage 11 weiter, nächste Seite)

10. Bewertung der UK-Therapie

Denken Sie an die UK-Therapie zurück und geben Sie Ihre Einschätzung zur Therapiesituation und zu den Therapieinhalten ab.

stimme überhaupt nicht zu stimme eher nicht zu stimme teilweise zu stimme eher zu stimme voll und ganz zu

Es wurden klare und verständliche Ziele der UK-Therapie formuliert.

Bei der UK-Therapie standen alltagsrelevante und für die betreute Person wichtige Inhalte im Mittelpunkt.

Wünsche bei der Auswahl der Therapieinhalte wurden berücksichtigt.

Die Schwierigkeitsstufe der Therapieinhalte war angemessen.

Die Therapeutinnen / die Therapeuten haben die betreute Person ermutigt, falls etwas nicht geklappt hat.

Ich fühlte mich während der UK-Therapie wohl.

Die Therapeutinnen / die Therapeuten haben die UK-Therapie auf sensible und respektvolle Weise durchgeführt.

Die UK-Therapie hat der betreuten Person geholfen besser in wichtigen Alltagssituationen zu kommunizieren.

Fortsetzung des Frageblocks 10

stimme
überhaupt
nicht zu

stimme
eher
nicht zu

stimme
teilweise zu

stimme
eher zu

stimme
voll und
ganz zu

In der UK-Therapie nutzten die Therapeutinnen / die Therapeuten die neue alternative Kommunikationsform kontinuierlich zusammen mit der betreuten Person.	<input type="checkbox"/>				
Die UK-Therapie hat uns Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>				
Ich bin zufrieden mit der UK-Therapie, die wir erhalten haben.	<input type="checkbox"/>				
Ich würde die UK-Therapie anderen Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen empfehlen.	<input type="checkbox"/>				
Die formulierten Therapieziele konnten erreicht werden.	<input type="checkbox"/>				

10.1 Falls die formulierten UK-Therapieziele aus Ihrer Sicht nicht in ausreichendem Maße erreicht wurden, nennen Sie bitte die Gründe, die das Erreichen dieser Ziele erschwert bzw. verhindert haben.



10.2 Zum Umgang mit den Therapeutinnen / den Therapeuten in der Beratungsstelle

nie selten manchmal oft sehr oft immer

Die Therapeutinnen / die Therapeuten waren offen und ehrlich zu uns.	<input type="checkbox"/>					
Ich hatte vollstes Vertrauen zu den Therapeutinnen / Therapeuten.	<input type="checkbox"/>					
Die Therapeutinnen / die Therapeuten ließen uns ausreden.	<input type="checkbox"/>					
Ich hatte den Eindruck, dass die Therapeutinnen / die Therapeuten fachlich sehr kompetent sind.	<input type="checkbox"/>					
Bei den Therapeutinnen / den Therapeuten in dieser Beratungsstelle ist man in guten Händen.	<input type="checkbox"/>					



Der Fragebogen richtet sich sowohl an fachliche, als auch an private Bezugspersonen. Einige Fragen können jedoch nur von privaten Bezugspersonen beantwortet werden. Beachten Sie bitte die Kennzeichnung durch Pfeile.

11. Sind Sie eine private Bezugsperson (z. B. Mutter, Ehepartner, Verwandte)?

ja (ab Frage 12 weiter, nächste Seite)

nein (ab Frage 16.1 weiter, übernächste Seite)

12. Unterstützung bei der UK-Versorgung: Wie viel Entlastung haben Sie insgesamt erfahren?

- keine sehr wenig wenig mittelmäßig viel sehr viel

13. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der folgenden drei Fragen an Ihre fachlichen Ansprechpartner, nämlich therapeutische Gesundheitsfachkräfte (z. B. Sprachtherapeutinnen, Physiotherapeuten) und Mitarbeitende der Beratungsstelle.

überhaupt nicht wenig mittelmäßig überwiegend völlig

Wie sehr konnten Sie sich auf die fachlichen Ansprechpartner verlassen, wenn Sie Probleme mit der neuen alternativen Kommunikationsform hatten?

-

Wie sehr unterstützten die fachlichen Ansprechpartner Sie so, dass Ihnen der Umgang mit der neuen alternativen Kommunikationsform leichter fiel?

-

Wie sehr waren die fachlichen Ansprechpartner bereit, sich Ihre Probleme im Zusammenhang mit der neuen alternativen Kommunikationsform anzuhören?

-

14. Sind bei Ihnen seit der UK-Beratung Kosten bezogen auf die UK-Versorgung der betreuten Person entstanden, die nicht von der Krankenkasse erstattet wurden?

ja (ab Frage 14.1 weiter)

nein (ab Frageblock 15 weiter)



14.1 Sie können mehrere Antwortmöglichkeiten ankreuzen. Diese Kosten sind entstanden durch...

...die Beschaffung eines UK-Hilfsmittels.

...die Beschaffung von Zubehör für ein Hilfsmittel (z. B. Tragetaschen, Software).

...Anderes, und zwar:



14.2 Haben diese Kosten für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?

- überhaupt nicht wenig mäßig sehr

15. Jetzt wollen wir wissen, wie es Ihnen bei der Unterstützung / Pflege der betreuten Person geht: Ihre Ressourcen und Belastungen als private Bezugsperson.

stimmt nicht stimmt wenig stimmt überwiegend stimmt genau

Durch die Unterstützung / durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.

-

Fortsetzung des Frageblocks 15

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt überwiegend	stimmt genau
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als “ich selbst”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Lebensstandard hat sich durch die Unterstützung / durch die Pflege verringert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Unterstützung / durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Unterstützung / die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich “hin und her gerissen” zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Unterstützung / durch die Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich Sorge mich aufgrund der Unterstützung, die ich leiste / aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der Unterstützung / wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Uns ist bewusst, dass Sie die Beantwortung des vorangegangenen Frageblocks als belastend empfunden haben könnten. Deswegen möchten wir uns an dieser Stelle für Ihre Auskunft zu diesem Thema, das in unserem Forschungsprojekt eine wichtige Rolle spielt, **herzlich bedanken**.*

16. Abschließende Fragen

16.1 **Alles in allem betrachtet, wie beurteilen Sie das Verhältnis von Aufwand zum Nutzen der UK-Versorgung, die Sie erhalten haben? Bitte entscheiden Sie sich für eine Aussage.**

- Der Aufwand übersteigt den Nutzen deutlich.
- Der Aufwand übersteigt den Nutzen leicht.
- Nutzen und Aufwand halten sich die Waage.
- Der Nutzen übersteigt den Aufwand leicht.
- Der Nutzen übersteigt den Aufwand deutlich.

16.2 Wie oft sind Sie mit der betreuten Person in Kontakt?

ein paar Mal im Jahr	einmal im Monat oder weniger	ein paar Mal im Monat	einmal in der Woche	ein paar Mal in der Woche	jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.3 Wie oft wird die neue alternative Kommunikationsform an einem durchschnittlichen Tag eingesetzt?

sehr selten	selten	manchmal	oft	sehr oft	kann ich nicht beurteilen
(weniger als 1 Mal pro Tag)	(1-10 Mal pro Tag)	(11-20 Mal pro Tag)	(21-30 Mal pro Tag)	(über 30 Mal pro Tag)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.4 Wie oft setzen Sie die neue alternative Kommunikationsform zusammen mit der betreuten Person ein?

sehr selten	selten	manchmal	oft	sehr oft
(weniger als 1 Mal pro Tag)	(1-10 Mal pro Tag)	(11-20 Mal pro Tag)	(21-30 Mal pro Tag)	(über 30 Mal pro Tag)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.5 Ich kenne die betreute Person gut genug, um diesen Fragebogen auszufüllen.

stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.6 Ich fühlte mich in der Lage, zu den meisten Fragen eine Einschätzung abzugeben.

stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.7 Ich habe den Fragebogen...

<input type="checkbox"/> ... selbstständig ausgefüllt.
<input type="checkbox"/> ... mit Hilfe der betreuten Person ausgefüllt.
<input type="checkbox"/> ... mit Hilfe einer anderen Person ausgefüllt.

17. Falls Sie noch weitere Anmerkungen haben, notieren Sie diese bitte hier:

Bitte nennen Sie dabei keine Namen.

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Rückumschlag und schicken ihn dann an uns zurück.

Das Porto bezahlen wir für Sie.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Anhang 4
Fragebogen uV



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



Erweiterung des Selektivvertrags zu Maßnahmen
der Unterstützten Kommunikation

Fragebogen für Bezugspersonen von Menschen ohne Lautsprache

Im Rahmen eines vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten
Forschungsprojekts "Erweiterung des Selektivvertrags zu Maßnahmen der Unterstützten
Kommunikation (MUK)"

durchgeführt von:



**OLDENBURG
FAKULTÄT VI**
MEDIZIN UND
GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- **Beantworten** Sie alle Fragen vollständig, auch wenn Sie den Eindruck haben, dass sich die Fragen wiederholen. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Sollten Sie aus **sprachlichen** oder **gesundheitlichen** Gründen zurzeit nicht in der Lage sein, den Fragebogen allein auszufüllen, so können Sie gerne die Hilfe von Angehörigen oder auch Freunden in Anspruch nehmen.
- **Antworten** Sie bitte offen und ehrlich.
- **Lesen** Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig vor. Meist ist der erste spontane Einfall der beste.
- Bitte beachten Sie die unterschiedlichen **Antwortkategorien**.

Wie ausfüllen?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils, teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtig!

- Bei manchen Fragen werden Sie gebeten, **stellvertretend für die betreute Person** zu antworten. Andere Fragen beziehen sich auf **Ihre Person**.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!



In diesem Fragebogen verwenden wir die Abkürzung **UK** für **Unterstützte Kommunikation**.

1. Welche Form der UK nutzt die betreute Person zurzeit?

Sie können **mehrere** Antwortmöglichkeiten ankreuzen.

- ein elektronisches UK-Hilfsmittel (z. B. Talker, Taster)
- ein nicht elektronisches UK-Hilfsmittel (z. B. Ich-Buch, Symbolkarten, Kommunikationstafeln)
- Gebärden, die die Lautsprache unterstützen
- weiß ich nicht

2. UK-Erfahrung der betreuten Person

Wie viel Erfahrung hat die betreute Person mit...

	gar keine	wenig	mittelmäßig	viel	sehr viel	kann ich nicht beurteilen
... elektronischen UK-Hilfsmitteln (z. B. Talker, Taster)?	<input type="checkbox"/>					
... nicht elektronischen UK-Hilfsmitteln (z. B. Ich-Buch, Symbolkarten, Kommunikationstafeln)?	<input type="checkbox"/>					
... Gebärden, die die Lautsprache unterstützen?	<input type="checkbox"/>					



Der Fragebogen beinhaltet im Folgenden unter anderem Fragen zur Zusammenarbeit mit der Krankenkasse und der Hilfsmittelfirma. **Ihre Antworten werden keinesfalls an diese weitergeleitet.**



Zwischen 2014 und 2018 hat die betreute Person ein oder mehrere UK-Hilfsmittel über die Krankenkasse erhalten (einschließlich Softwareupdates und Apps). Alle folgenden Fragen beziehen sich auf das von der Krankenkasse zuletzt finanzierte UK-Hilfsmittel.

3. Machen Sie bitte Angaben zum UK-Hilfsmittel.

Name des UK-Hilfsmittels	Hilfsmittelfirma	Nutzt die betreute Person dieses UK-Hilfsmittel zurzeit?
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**3.1 Wer hat das UK-Hilfsmittel empfohlen?
Bitte nennen Sie keine Namen, sondern die Funktion oder die Rolle der Personen (z. B. Sprachtherapeutin) oder die Organisation (z. B. Hilfsmittelfirma).**

3.2 Haben Sie bzw. die betreute Person zwischen 2014 und 2018 Leistungen von einer UK-Beratungsstelle in Anspruch genommen? Damit meinen wir nicht die Beratung durch eine Hilfsmittelfirma.

ja nein weiß ich nicht

**3.3 Der Weg zum UK-Hilfsmittel - Ihre Erfahrungen
Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit...**

	sehr schlecht	schlecht	mittel-mäßig	gut	sehr gut	kann ich nicht beurteilen /trifft nicht zu
... der Hilfsmittelfirma?	<input type="checkbox"/>					
... der Krankenkasse?	<input type="checkbox"/>					
... der Ärztin / dem Arzt?	<input type="checkbox"/>					
... Anderen, und zwar:	<input type="checkbox"/>					

7. Lebensqualität

Über das Leben der von Ihnen betreuten Person: Denken Sie an die letzten 4 Wochen.

	nie	selten	manchmal	oft	immer
Kann die Person trotz ihrer / seiner Behinderung alles tun, was sie / er möchte?	<input type="checkbox"/>				
Fühlt sich die Person wie jede andere, obwohl sie / er behindert ist?	<input type="checkbox"/>				
Hat die Person das Gefühl, ihr / sein Leben wird von ihrer / seiner Behinderung bestimmt?	<input type="checkbox"/>				
Stört die Behinderung die Person beim Spielen oder anderen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>				
Ist die Person unglücklich wegen ihrer / seiner Behinderung?	<input type="checkbox"/>				
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Zieht die Behinderung die Person runter?	<input type="checkbox"/>				
Fühlt sich die Person wegen ihrer / seiner Behinderung einsam?	<input type="checkbox"/>				
Fühlt sich die Person anders als andere Kinder / Jugendliche / Erwachsene?	<input type="checkbox"/>				
Hat die Person das Gefühl, sie / er kann die meisten Dinge genauso gut wie andere Kinder / Jugendliche / Erwachsene?	<input type="checkbox"/>				
Hat die Person das Gefühl, ihre / seine Freunde sind gern mit ihr / ihm zusammen?	<input type="checkbox"/>				

8. Teilhabe

Wie viele Schwierigkeiten hatte die betreute Person in den vergangenen 30 Tagen:

	keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
Eine längere Zeit (ca. 30 Minuten) zu stehen?	<input type="checkbox"/>				
Seinen / ihren Haushaltspflichten nachzukommen?	<input type="checkbox"/>				

Fortsetzung des Frageblocks 8

	keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
Neue Aufgaben zu lernen (z. B. erlernen an einen neuen Ort zu gelangen, den er / sie nicht kannte)?	<input type="checkbox"/>				
Wie viele Schwierigkeiten hatte die betreute Person, an gesellschaftlichen Aktivitäten (wie Festlichkeiten, religiöse oder andere Aktivitäten) in der gleichen Art und Weise teilzunehmen, wie jeder andere?	<input type="checkbox"/>				
Wie sehr wurde die Person durch Ihren gesundheitlichen Zustand emotional belastet?	<input type="checkbox"/>				
Sich für 10 Minuten auf etwas zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>				
Eine längere Strecke (ca. einen Kilometer) zu Fuß zu gehen?	<input type="checkbox"/>				
Sich den gesamten Körper zu waschen?	<input type="checkbox"/>				
Sich anzuziehen?	<input type="checkbox"/>				
Beim Umgang mit Personen, die er / sie nicht kannte?	<input type="checkbox"/>				
Eine Freundschaft aufrechtzuerhalten?	<input type="checkbox"/>				
Bei der Bewältigung seines / ihres Arbeits-/ Schulalltags?	<input type="checkbox"/>				

9. Wie zufrieden sind Sie...

	überhaupt nicht zufrieden	nicht besonders zufrieden	mehr oder weniger zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
... mit den Dimensionen (Größe, Höhe, Länge, Breite) des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit dem Gewicht des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... damit, wie leicht sich die Bestandteile des Hilfsmittels anpassen lassen (Befestigung, Einstellung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Sicherheit und Zuverlässigkeit des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung des Frageblocks 9

	überhaupt nicht zufrieden	nicht besonders zufrieden	mehr oder weniger zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
... mit der Haltbarkeit (Lebensdauer, Verschleißfestigkeit) des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... damit, wie leicht das Hilfsmittel benutzt werden kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Bequemlichkeit des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... damit, wie wirkungsvoll das Hilfsmittel ist (inwieweit das Hilfsmittel den Anforderungen entspricht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit dem gesamten Service einschließlich der Auslieferung (Abläufe, Dauer), den Sie bei der Beschaffung des Hilfsmittels erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit den Reparaturen und der Wartung (Instandhaltung) des Hilfsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Qualität der Serviceleistungen (Information, Aufmerksamkeit), die Sie für den Gebrauch des Hilfsmittels erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit den nachfolgenden Serviceleistungen (fortlaufende Kundenbetreuung), die Sie für das Hilfsmittel erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Nun geht es um Sie: Angaben zu Ihrer Person.

10.1 Technikbereitschaft

In unserem Alltag nutzen wir eine Vielzahl technischer Produkte bzw. moderne Elektronik, z. B. im Unterhaltungs- und Kommunikationsbereich (u. a. Handys, Computer, Digitalkameras), im Haushalt (u. a. Mikrowelle, vollautomatische Küchenhelfer) oder auch im öffentlichen Leben (u. a. Bank- / Geldautomaten, Fahrkartenautomaten). Die nachfolgenden Aussagen thematisieren Ihre ganz persönliche Haltung gegenüber und Ihren Umgang mit moderner Technik. **Dabei geht es nicht um ein einzelnes Gerät**, sondern um Ihre Einstellung bzw. um Ihr Erleben in der Anwendung moderner Technologien / Elektronik **im Allgemeinen**.

Was ist Ihre Einschätzung?

	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
Hinsichtlich technischer Neuentwicklungen bin ich sehr neugierig.	<input type="checkbox"/>				
Für mich stellt der Umgang mit technischen Neuerungen zumeist eine Überforderung dar.	<input type="checkbox"/>				

Fortsetzung des Frageblocks 10.1

	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
Den Umgang mit neuer Technik finde ich schwierig – ich kann das meistens einfach nicht.	<input type="checkbox"/>				
Es liegt in meiner Hand, ob mir die Nutzung technischer Neuentwicklungen gelingt – mit Zufall oder Glück hat das wenig zu tun.	<input type="checkbox"/>				
Ich bin stets daran interessiert, die neuesten technischen Geräte zu verwenden.	<input type="checkbox"/>				
Im Umgang mit moderner Technik habe ich oft Angst zu versagen.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich im Umgang mit Technik Schwierigkeiten habe, hängt es schlussendlich allein von mir ab, dass ich sie löse.	<input type="checkbox"/>				
	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
Wenn ich Gelegenheit dazu hätte, würde ich noch viel häufiger technische Produkte nutzen, als ich das gegenwärtig tue.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Angst, technische Neuentwicklungen eher kaputt zu machen, als dass ich sie richtig benutze.	<input type="checkbox"/>				
Das, was passiert, wenn ich mich mit technischen Neuentwicklungen beschäftige, obliegt letztlich meiner Kontrolle.	<input type="checkbox"/>				
Ich finde schnell Gefallen an technischen Neuentwicklungen.	<input type="checkbox"/>				
Ob ich erfolgreich in der Anwendung moderner Technik bin, hängt im Wesentlichen von mir ab.	<input type="checkbox"/>				

10.2 Was ist Ihr Geschlecht? männlich weiblich Ich kann mich keinem der Geschlechter eindeutig zuordnen.**10.3 Welcher Altersgruppe gehören Sie an?** bis 29 Jahre 30-39 Jahre 40-49 Jahre 50-59 Jahre 60-69 Jahre über 69 Jahre**10.4 Ist Deutsch Ihre Muttersprache?** ja (ab Frage 10.6 weiter, nächste Seite) nein (ab Frage 10.5 weiter, nächste Seite)

10.5 Falls nein, wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

sehr schlecht schlecht mittelmäßig gut sehr gut

10.6 Welchen höchsten allgemeinen Bildungsabschluss haben Sie?

Ich bin von der Schule abgegangen ohne Abschluss.	<input type="checkbox"/>	Ich habe den Realschulabschluss (Mittlere Reife).	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Volksschulabschluss.	<input type="checkbox"/>	Ich habe die Fachhochschulreife.	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Hauptschulabschluss.	<input type="checkbox"/>	Ich habe das allgemeine Abitur.	<input type="checkbox"/>

10.7 Wie ist Ihre derzeitige Erwerbssituation?

Vollzeit, 30 Stunden/Woche und mehr	<input type="checkbox"/>	arbeitslos / erwerbslos	<input type="checkbox"/>
Teilzeit, 15 bis unter 30 Stunden/Woche	<input type="checkbox"/>	Rentnerin / Rentner wegen Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/>
Teilzeit, 5 bis unter 15 Stunden/Woche	<input type="checkbox"/>	Altersrentnerin / Altersrentner	<input type="checkbox"/>
Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/>	aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____			<input type="checkbox"/>

10.8 Wohnen Sie mit der betreuten Person zusammen?

ja nein

10.9 Was ist Ihr Verhältnis zur betreuten Person?

Ich bin die (Ehe-)Partnerin / der (Ehe-)Partner.	<input type="checkbox"/>	Ich bin eine Verwandte / ein Verwandter.	<input type="checkbox"/>
Ich bin die Mutter / der Vater.	<input type="checkbox"/>	Ich bin eine Freundin / ein Freund.	<input type="checkbox"/>
Ich bin eine andere Erziehungsberechtigte / ein anderer Erziehungsberechtigter.	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>

11. Jetzt wollen wir wissen, wie es Ihnen bei der Unterstützung / Pflege der betreuten Person geht: **Ihre Ressourcen und Belastungen als private Bezugsperson.**

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt überwiegend	stimmt genau
Durch die Unterstützung / durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als "ich selbst".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung des Frageblocks 11

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt überwiegend	stimmt genau
Mein Lebensstandard hat sich durch die Unterstützung / durch die Pflege verringert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Unterstützung / durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Unterstützung / die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich "hin und her gerissen" zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Unterstützung / durch die Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich Sorge mich aufgrund der Unterstützung, die ich leiste / aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der Unterstützung / wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich dadurch belastet, dass die betreute Person nicht ausreichend gut mit mir kommunizieren kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Uns ist bewusst, dass Sie die Beantwortung des vorangegangenen Frageblocks als belastend empfunden haben könnten. Deswegen möchten wir uns an dieser Stelle für Ihre Auskunft zu diesem Thema, das in unserem Forschungsprojekt eine wichtige Rolle spielt, **herzlich bedanken**.*

12. Beschäftigen Sie sich (auch) beruflich mit UK?

ja nein

13. Nun bitten wir Sie um Angaben zu der von Ihnen betreuten Person.

13.1 Was ist das Geschlecht der betreuten Person?

männlich weiblich Die Person kann sich keinem der Geschlechter eindeutig zuordnen.

13.2 Welcher Altersgruppe gehört die betreute Person an?

<input type="checkbox"/> 0-2 Jahre	<input type="checkbox"/> 3-4 Jahre	<input type="checkbox"/> 5-6 Jahre	<input type="checkbox"/> 7-10 Jahre	<input type="checkbox"/> 11-14 Jahre	<input type="checkbox"/> 15-19 Jahre
<input type="checkbox"/> 20-29 Jahre	<input type="checkbox"/> 30-39 Jahre	<input type="checkbox"/> 40-49 Jahre	<input type="checkbox"/> 50-59 Jahre	<input type="checkbox"/> 60-69 Jahre	<input type="checkbox"/> über 69 Jahre

13.3 Die betreute Person...

... wird ausschließlich zu Hause betreut. <input type="checkbox"/>	... besucht eine höhere Bildungseinrichtung (z. B. Fachhochschule, Universität). <input type="checkbox"/>
... besucht die Krippe / die Kindertagesstätte / den Kindergarten. <input type="checkbox"/>	... ist arbeitstätig (regulärer Arbeitsmarkt). <input type="checkbox"/>
... besucht die Schule. <input type="checkbox"/>	... ist arbeitstätig in einer sozialen Einrichtung (z. B. Werkstatt). <input type="checkbox"/>
... ist in der Berufsausbildung (Lehre). <input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/>

13.4 Die betreute Person wohnt...

... mit den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten zusammen. <input type="checkbox"/>	... allein (ggf. mit Assistenz). <input type="checkbox"/>
... mit der (Ehe-)Partnerin / dem (Ehe-)Partner zusammen. <input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/>
... in einer sozialen Einrichtung. <input type="checkbox"/>	mir nicht bekannt <input type="checkbox"/>

13.5 Muttersprache(n) / Familiensprache(n): Sprechen Sie mit der betreuten Person nur Deutsch?

ja (ab Frage 13.8 weiter) nein (ab Frage 13.6 und 13.7 weiter)

13.6 Falls nein, welche (weiteren) Sprache(n)?

 _____

13.7 Falls (auch) andere Sprache(n) als Deutsch gesprochen werden: Seit wie vielen Jahren hat die betreute Person Kontakt mit der deutschen Sprache?

seit (ca.) Jahren

mir nicht bekannt

(Bitte tragen Sie eine „0“ ein, wenn die betreute Person noch keinen Kontakt mit der deutschen Sprache hatte.)

13.8 Was ist die Ursache der Behinderung der betreuten Person?

angeboren Unfall Krankheit Sonstiges mir nicht bekannt

13.9 Falls bekannt, nennen Sie bitte die Art der Behinderung / die Erkrankung (z. B. Rett-Syndrom, infantile Zerebralparese, Schädel-Hirn-Trauma nach einem Unfall).

 _____

13.10 Besitzt die betreute Person einen Schwerbehindertenausweis? ja (ab Frage 13.11 weiter) nein (ab Frage 14 weiter) mir nicht bekannt (ab Frage 14 weiter)**13.11 Falls ja: Wie ist der Grad der Behinderung?** 50 60 70 80 90 100 mir nicht bekannt**14. Abschließende Fragen****14.1 Wie oft sind Sie mit der betreuten Person in Kontakt?** ein paar Mal im Jahr einmal im Monat oder weniger ein paar Mal im Monat einmal in der Woche ein paar Mal in der Woche jeden Tag**14.2 Ich kenne die betreute Person gut genug, um diesen Fragebogen auszufüllen.** stimme überhaupt nicht zu stimme eher nicht zu stimme teilweise zu stimme eher zu stimme voll und ganz zu**14.3 Ich fühlte mich in der Lage, zu den meisten Fragen eine Einschätzung abzugeben.** stimme überhaupt nicht zu stimme eher nicht zu stimme teilweise zu stimme eher zu stimme voll und ganz zu**14.4 Ich habe den Fragebogen...** ... selbstständig ausgefüllt. ... mit Hilfe der betreuten Person ausgefüllt. ... mit Hilfe einer anderen Person ausgefüllt.

15. Falls Sie noch weitere Anmerkungen haben, notieren Sie diese bitte hier:

Bitte nennen Sie dabei keine Namen.

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Rückumschlag und schicken ihn dann an das Forschungsteam zurück.

Das Porto wird für Sie übernommen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Anhang 5
Leitfaden für Fokusgruppeninterviews
vor Implementierung

MUK

Interviewleitfaden für Fokusgruppen mit fachlichen und privaten Bezugspersonen (vor Implementierung der nVF)

Allgemeine Informationen

Ziel	Ziel der Fokusgruppe ist es, die Erfahrungen der Professionellen und Laien die an der UK-Versorgung beteiligt sind zu erhalten.
Dauer der Interviews	Mind. 90 Minuten
Veranstaltungsort	Beratungsstelle
Vorbereitung	Ggf. Bereitstellen: <ul style="list-style-type: none">- Aufnahmegerät- Moderationskoffer und Stellwände- Tisch eindecken- Catering
Eintreffen der Teilnehmenden	Zum Platz begleiten / Ausschänken von Getränken

Teil 1: Einleitung, Projektvorstellung, Vorbereitung

<p>Einleitung</p> <p>Start:</p> <p>16:00 Uhr</p>	<p>Herzlich Willkommen, vielen Dank, dass Sie sich Zeit für unsere Fokusgruppe im Rahmen des Projektes „MUK“ nehmen.</p> <p>Wir arbeiten als Versorgungsforscher an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg und untersuchen im Projekt MUK die Qualität der Versorgung mit UK-Hilfsmitteln. Meine Kollegin und ich sind wissenschaftliche Mitarbeiterinnen in diesem Projekt. Mein Name ist Sarah Uthoff. Ich bin vom Hause aus Gesundheitswissenschaftlerin/Ich habe Public Health an der Universität Bremen studiert und ich werde im heutigen Gespräch als Moderatorin agieren.</p> <p>[Anna stellt sich selbst vor, Sprachtherapeutin und Rehabilitationswissenschaftlerin, Protokoll führen und mehr im Hintergrund aufhalten]</p>	<p>Vorstellung des Forschungsteams</p>
<p>Projekt- vorstellung</p>	<p>Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen kurz erzählen, welches Ziel unser Projekt und dieses Interview hat.</p> <p>Menschen ohne Lautsprache sind häufig auf die Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation angewiesen (z.B. Kommunikationstafeln, Sprachcomputer). Die Versorgung mit Kommunikationshilfen weist jedoch einige Defizite auf. Mit einem neuen Versorgungsmodell möchten wir in MUK zur Verbesserung der Versorgung, der Kommunikationsfähigkeit sowie der Lebensqualität von Patienten*innen ohne Lautsprache beitragen.</p> <p>Wir möchten evaluieren, wie sich die Versorgungssituation von Menschen ohne Lautsprache mit Kommunikationshilfen durch die neue Versorgungsform verändert und ob dieses Versorgungsmodell praxistauglich ist.</p> <p>Ziel der heutigen Fokusgruppe ist es, Ihre Erfahrungen mit, Einstellungen zu sowie Ihre Erwartungen und Wünsche an die aktuelle Versorgungssituation von Menschen ohne Lautsprache zu diskutieren.</p>	<p>Ziel des Projektes</p> <p>Ziel der Evaluation</p> <p>Ziel der Fokusgruppe</p>

	<p>Fokusgruppen sind vom Forscherteam moderierte Gruppendiskussionen, in welchen zu einem Schwerpunktthema die verschiedenen Erfahrungen und Meinungen der Mitglieder diskutiert werden. Das heißt, Sie stehen mit IHREN jeweiligen persönlichen Erfahrungen, Eindrücken und Meinungen im Mittelpunkt. Meine Kollegin und ich werden uns inhaltlich nicht an der Diskussion beteiligen, vielmehr werden wir uns auf die Moderation und Protokollierung der Gruppendiskussion konzentrieren.</p> <p>Wir haben für das Interview ca. 90 Minuten veranschlagt, was je nach Gesprächsverlauf variieren kann. Sollten Sie im Laufe des Interviews eine Pause benötigen, sagen Sie bitte Bescheid. Wie Sie sehen, haben wir ein bisschen Verpflegung für Sie bereitgestellt – also bedienen Sie sich gerne jederzeit an den bereitgestellten Getränken und Snacks. An dieser Stelle noch die Frage: Muss jemand von Ihnen früher gehen?</p>	<p>Thema der Fokusgruppe</p> <p>Ablauf</p> <p>Verpflegung</p>
<p>Aufnahme- gerät & Datenschutz</p>	<p>Die Diskussion wird mittels eines digitalen Aufnahmegerätes aufgezeichnet, später abgeschrieben, anonymisiert und schließlich ausgewertet.</p> <p>Ihre Aussagen werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt, das heißt es wird für Außenstehende nicht erkennbar sein, von wem eine Aussage stammt.</p> <p>Ihre Teilnahme am Interview ist freiwillig und Sie dürfen zu jeder Zeit abbrechen. Sie dürfen auch Fragen nicht beantworten. Generell gibt es bei allen Fragen, die ich stellen werde, keine richtigen und falschen Antworten. Falls Sie im Laufe der Diskussion selbst Fragen haben, können Sie diese auch gerne stellen. Bei allen Antworten, würde ich Sie bitten nicht die Namen anderer Personen zu nennen, sagen Sie z.B. lieber nur der Patient.</p> <p>Sie haben in diesem Zusammenhang vor sich die Studieninformationen einschließlich der Einwilligungserklärung liegen, die wir bereits vorab an Sie geschickt haben. In dieser werden alle relevanten Informationen über die Studie sowie über die Datenverarbeitung nochmals ausführlicher aufgeführt.</p> <p><u>Haben Sie zu den Informationen noch Fragen?</u></p> <p>Dann möchte ich Sie darum bitten, die Einwilligungserklärung zu unterschreiben und anschließend bei uns abzugeben</p> <p>Des Weiteren bitten wir Sie, Ihre Mobiltelefone auszuschalten, so dass keine Probleme mit der Bandaufnahme entstehen. Vielen Dank.</p>	

<p>Schluss der Begrüßung und Einleitung</p>	<p>Sind Ihrerseits noch Fragen offen?</p> <p>Nein, gut, dann bitte ich Sie zu Beginn, damit jeder von der/dem anderen weiß, mit wem er/sie diskutiert, sich ganz kurz mit Ihrem Namen und Ihrem Bezug zur UK vorzustellen.</p>	<p>Fragen?!</p> <p>Vorstellungsrunde</p>
<p>Aufnahme</p>	<p>Dann starten wir jetzt die Aufnahme.</p>	

Teil 2: Fokusgruppe 1 – vor Implementierung

Themenbereich	Kernfragen	Vertiefungsfragen	Indikatoren
<p>Ist-Zustand</p> <p>Aktuelle Versorgungssituation</p> <p>Start: 16:20 Uhr</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Können Sie die aktuelle Versorgungssituation für Menschen ohne Lautsprache beschreiben? (inner- und außerhalb der Beratungsstelle) <p>Welche Erfahrungen haben Sie in dieser Versorgung gemacht? Bitte schildern sie eine konkrete Situation oder einen konkreten Fall.</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Wie nehmen Sie die derzeitige Versorgung mit Kommunikationshilfen wahr?) 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist die Situation außerhalb der Beratungsstellen? Wo sind Defizite? Was läuft gut? - Wie ist die Situation innerhalb der Beratungsstellen? Wo sind Defizite? Was läuft gut? 	<p>Derzeitige Versorgungssituation, Versorgungsablauf inner- und außerhalb der Beratungsstelle</p> <p>Defizite und Verbesserungspotentiale in der Versorgung</p>
<p>Soll-Zustand</p> <p>Verbesserungspotential, Ideal der Versorgung</p> <p>Start: 16:40 Uhr</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wie sieht Ihrer Meinung nach die ideale Versorgung im Bereich der Unterstützten Kommunikation aus? 	<ul style="list-style-type: none"> - Inwiefern muss die Versorgung bzw. die Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation an die Bedürfnisse der Patient*innen angepasst werden? - Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit es zu einer Verbesserung in der Versorgung kommt? (Training, Therapie, Beratung, Finanzierung etc.) 	<p>Ansatzpunkte, Stellschrauben</p> <p>Soll-Zustand, Ideal der Versorgung</p> <p>Verbesserungspotential der Versorgung</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - [Keinen direkten Bezug zu den MUK-Maßnahmen nehmen. Wenn die Teilnehmenden mehr zu MUK wissen möchten, verweise ich auf später, dass ich gerne am Ende des Fokusgruppeninterviews etwas dazu erläutern kann. Da ich unabhängig von der MUK-Idee wissen möchte, wo die Beteiligten Verbesserungsbedarfe sehen.] <ul style="list-style-type: none"> o 	
<p>Dissertation</p> <p>Interorganisationale Zusammenarbeit in der Unterstützten Kommunikation</p> <p>Start:</p> <p>17:00</p>	<p>Nun geht es um die Zusammenarbeit der an der Versorgung Beteiligten (z.B. Beratungsstelle, Therapeut*innen und private Bezugspersonen)</p> <p>Hierfür möchte ich Ihnen eine Abbildung zeigen, die diese Zusammenarbeit vereinfacht und übersichtlich darstellen soll.</p> <p>Ich werde Ihnen nun jeweils drei rote und drei grüne Klebepunkte austeilen und bitte Sie aufzustehen.</p> <p>Bitte kleben Sie die roten Punkte auf die Beteiligten in der Abbildung, bei denen es aus Ihrer Erfahrung häufig Probleme in der Zusammenarbeit gibt.</p> <p>Bitte kleben Sie die drei grünen Punkte auf die Beteiligten, bei denen es aus Ihrer Erfahrung in der Zusammenarbeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bitte denken Sie daran, dass es hier keine falschen und richtigen Antworten gibt. Aus diesem Grund bitte ich Sie, sich nicht von den Meinungen der anderen Teilnehmenden beeinflussen zu lassen. 	<p>Zeigen der Abbildung mittels Flip Chart und/oder DIN A3 Plakat?!</p>

	<p>besonders gut läuft.</p> <p>Sie können alle drei Punkte auf einen Beteiligten setzen oder sie verteilen.</p> <p>Aufgrund der zeitlichen Einschränkung werden wir anschließend über die Beteiligten mit den meisten Punkten sprechen/diskutieren. [Teilnehmende kleben die Punkte]</p> <p>[Die Stellen mit den meisten Punkten besprechen/ansprechen]</p> <ul style="list-style-type: none"> - An dieser Stelle scheint die Zusammenarbeit besonders häufig von Problemen betroffen zu sein, können Sie diesbezüglich anhand konkreter Situationen Ihre Erfahrungen berichten? Was sind ggf. die Gründe für die Probleme? Wie kann diese Zusammenarbeit verbessert werden? - An dieser Stelle scheint die Zusammenarbeit sehr gut zu funktionieren, können Sie mir hier Ihre Erfahrungen mittels konkreter Situationen berichten? Was sind Gründe für die reibungslose Zusammenarbeit? 		
<p>Ende Verabschiedung</p>	<p>Wir sind nun am Ende unseres Fokusgruppeninterviews angekommen.</p>		

	<p>In diesem Sinne bedanke ich mich noch einmal herzlichst für Ihre heutige Teilnahme und für die rege Diskussion! Damit haben Sie einen Beitrag dazu geleistet, dass die Versorgungsdefizite in Zukunft behoben werden können.</p> <p>Falls Sie noch Fragen haben, stellen Sie diese gerne oder falls sich im Nachhinein noch Fragen ergeben, können Sie uns gerne jederzeit kontaktieren.</p> <p>Wir verteilen Ihnen nun einen kurzen Fragebogen und würden Sie bitten diesen auszufüllen, damit wir ein paar Angaben darüber haben, wie die Fokusgruppe heute zusammengesetzt war.</p> <p>[Verteilen des Kurzfragebogens]</p>		
--	--	--	--

Anhang 6
Leitfaden für Fokusgruppeninterviews
während Implementierung
mit Mitarbeitenden der UK-Kompetenzzentren

MUK

Interviewleitfaden für Fokusgruppen mit Beratungsstellenmitarbeitenden Typ 1 (während Implementierung der nVF)

Allgemeine Informationen

Ziel	Erhebung von Erkenntnissen über den Nutzen und die Umsetzbarkeit des neuen Versorgungsmodells. <ul style="list-style-type: none">- Informationen über die Implementierung des MUK-Konzepts aus den Perspektiven der Beratungsstellen Mitarbeitenden sowie der privaten und fachlichen Bezugspersonen- Erhebung vom Status Quo und von möglichen Verbesserungsbedarfen
Dauer der Interviews	Mind. 90 Minuten
Veranstaltungsort	Beratungsstelle
Vorbereitung	Ggf. Bereitstellen: <ul style="list-style-type: none">- Aufnahmegerät- Moderationskoffer und Stellwände- Tisch eindecken- Catering- Namensschilder erstellen
Eintreffen der Teilnehmenden	Zum Platz begleiten / Ausschicken von Getränken / Verteilung der Namensschilder / Studieninformationen und Einwilligungserklärungen austeilen

Teil 1: Einleitung, Projektvorstellung, Vorbereitung

<p>Einleitung</p> <p>Dauer: 5 Minuten</p> <p>Start: Uhr</p>	<p>Herzlich Willkommen, vielen Dank, dass Sie sich Zeit für unsere Fokusgruppe im Rahmen des Projektes „MUK“ nehmen.</p> <p><i>(Für den Fall, dass die Teilnehmenden uns nicht kennen sollten ausführlich, andernfalls nur kurz vorstellen)</i></p> <p>Wir sind das Evaluationsteam des Projektes MUK und arbeiten als Versorgungsforscherinnen an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Mein Name ist Sarah Uthoff/Anna Zinkevich. Ich bin vom Hause aus Gesundheitswissenschaftlerin/Sprachtherapeutin und Rehabilitationswissenschaftlerin und ich werde im heutigen Gespräch als Moderatorin agieren.</p> <p>[Anna/Sarah stellt sich selbst vor, Sprachtherapeutin und Rehabilitationswissenschaftlerin/Gesundheitswissenschaftlerin, Protokoll führen und mehr im Hintergrund aufhalten, ggf. zusätzliche Vorstellung von Helge oder Ann-Kathrin als Protokollant*in]</p>	<p>Vorstellung des Forschungsteams</p>
<p>Projekt- vorstellung</p>	<p>Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen kurz erzählen, welches Ziel unser Projekt sowie dieses Interview hat.</p> <p>Im Rahmen der neuen Versorgungsform – an welcher Sie als Mitarbeitende der Beratungsstelle direkt beteiligt sind – soll zur Verbesserung der Versorgung, der Kommunikationsfähigkeit sowie der Lebensqualität von Patienten*innen ohne Lautsprache beigetragen werden</p> <p>Wir möchten evaluieren, inwiefern die neue Versorgungsform diese Ziele erreicht und inwiefern sich die Versorgungssituation von Menschen ohne Lautsprache verändert. Zudem untersuchen wir, ob dieses Versorgungsmodell praxistauglich ist.</p> <p>Ziel der heutigen Fokusgruppe ist, Ihre Erfahrungen mit, Einstellungen zu sowie Ihre Erwartungen an die neue Versorgungsform zu diskutieren.</p>	<p>Ziel der Evaluation</p> <p>Ziel und Thema der Fokusgruppe</p>

	<p><i>[Da ich nicht weiß, inwiefern Ihnen die Methode der Fokusgruppeninterviews bekannt ist, werde ich nun kurz erläutern, wie Fokusgruppeninterviews ablaufen]</i></p> <p>Fokusgruppen sind vom Forscherteam moderierte Gruppendiskussionen, in welchen zu einem Schwerpunktthema die verschiedenen Erfahrungen und Meinungen der Mitglieder diskutiert werden. Das heißt, Sie stehen mit IHREN jeweiligen persönlichen Erfahrungen, Eindrücken und Meinungen im Mittelpunkt. Meine Kollegin und ich werden uns inhaltlich nicht an der Diskussion beteiligen, vielmehr werden wir uns auf die Moderation und Protokollierung der Gruppendiskussion konzentrieren. Wir werden jedoch immer wieder einen Blick auf die Uhr werfen und bei Bedarf einige offene Fragen zu noch nicht besprochenen Themen stellen.</p> <p>Wir haben für das Interview ca. 90 Minuten veranschlagt, was je nach Gesprächsverlauf variieren kann. Sollten Sie im Laufe des Interviews eine Pause benötigen, sagen Sie bitte Bescheid. Wie Sie sehen, haben wir ein bisschen Verpflegung für Sie bereitgestellt – also bedienen Sie sich gerne jederzeit an den bereitgestellten Getränken und Snacks. An dieser Stelle noch die Frage: Muss jemand von Ihnen früher gehen?</p>	<p>Ablauf</p> <p>Verpflegung</p>
<p>Aufnahme- gerät & Datenschutz</p>	<p>Die Diskussion wird mittels eines digitalen Aufnahmegerätes aufgezeichnet, später abgeschrieben, anonymisiert und schließlich ausgewertet.</p> <p>Ihre Aussagen werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt, das heißt es wird für Außenstehende nicht erkennbar sein, von wem eine Aussage stammt.</p> <p>Ihre Teilnahme am Interview ist freiwillig und Sie dürfen zu jeder Zeit abbrechen. Sie dürfen auch Fragen nicht beantworten. Generell gibt es bei allen Fragen, die ich stellen werde, keine richtigen und falschen Antworten. Falls Sie im Laufe der Diskussion selbst Fragen haben, können Sie diese auch gerne stellen. Bei allen Antworten, würde ich Sie bitten nicht die Namen anderer Personen zu nennen, sagen Sie z.B. lieber nur der Patient.</p> <p>Sie haben in diesem Zusammenhang vor sich die Studieninformationen einschließlich der Einwilligungserklärung liegen. In dieser werden alle relevanten Informationen über die Studie sowie über die Datenverarbeitung nochmals ausführlicher aufgeführt.</p> <p><u>Haben Sie zu den Informationen noch Fragen?</u></p> <p>Dann möchte ich Sie darum bitten, die Einwilligungserklärung zu unterschreiben und anschließend bei uns</p>	

	<p>abzugeben</p> <p>Des Weiteren bitten wir Sie, Ihre Mobiltelefone auszuschalten, so dass keine Probleme mit der Bandaufnahme entstehen. Vielen Dank.</p>	
<p>Schluss der Begrüßung und Einleitung</p> <p>Aufnahme</p>	<p>Sind Ihrerseits noch Fragen offen?</p> <p>Nein, gut, dann bitte ich Sie zu Beginn, damit jeder von der/dem anderen weiß, mit wem er/sie diskutiert, sich ganz kurz mit Ihrem Namen und Ihrer Rolle im Rahmen der neuen Versorgungsform vorzustellen.</p> <p>Dann starten wir jetzt die Aufnahme.</p>	<p>Fragen?!</p> <p>Vorstellungsrunde</p>

Teil 2: Fokusgruppe 1 – vor Implementierung

Themenbereich	Kernfragen	Vertiefungsfragen	Indikatoren
<p>Umsetzung der neuen Versorgungsform</p> <p>Dauer: 25 Minuten</p> <p>Start:</p> <p style="text-align: center;">Uhr</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wie wird bei Ihnen ein typischer Fall der neuen Versorgungsform umgesetzt (Wie ist der Ablauf?)? - Wie klappt die Umsetzung der neuen Versorgungsform? - Was hat es für die Umsetzung von MUK an praktischer Vorbereitung gebraucht? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie wird das Case Management umgesetzt? Und wie bewerten Sie diese Umsetzung? - Wie unterscheiden sich Patiententraining und UK-Therapie? - Fragen nach den wesentlichen Elementen von MUK: <ul style="list-style-type: none"> o Beratung o Training o UK-Therapie 	<p>Voraussetzungen, Input</p> <p>Strukturen, Prozesse</p> <p>Durchführung, Umsetzung</p> <p>Einschätzung der Praktikabilität</p>

<p>Veränderungen seit Einführung der nVF</p> <p>Verbesserungspotential, Ideal der Versorgung</p> <p>Dauer: 25 Minuten</p> <p>(nach 15 Minuten mit dem interaktiven Teil starten)</p> <p>Start: Uhr</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hat sich seit Einführung der neuen Versorgungsform für Sie etwas verändert? - Wie schätzen Sie den Nutzen der nVF ein vor allem in Hinblick auf die Ziele des Projekts, die Kommunikationsfähigkeit, die Lebensqualität, die Zufriedenheit mit der alternativen Kommunikationsform sowie die Teilhabe der UK-Nutzer*innen zu verbessern? <p>Wir haben nun zu diesem Themenblock noch eine kleine interaktivere Aufgabe für Sie. Und zwar haben wir letztes Jahr vor Projektstart ebenfalls Fokusgruppeninterviews geführt, in welchen Rahmen wir u. a. erfragt haben, was Wünsche an eine ideale UK Versorgung sind. Diese Wünsche haben wir nun wie Sie sehen, auf Kärtchen geschrieben. Wir werden nun mit Ihnen jeden Wunsch durchgehen und Sie sollen entscheiden, ob sich der gewünschte Aspekt durch die neue Versorgungsform entweder eher verschlechtert, gar nicht verändert oder verbessert hat [bei der Erklärung zeigen, dass die Kärtchen, in den jeweiligen Bereich geklebt werden. Beim Durchgehen der Kärtchen, sollen die Teilnehmenden ihre Entscheidung begründen.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Veränderungen im Arbeitsablauf bzw. Organisation? - Veränderungen im Arbeitsaufwand? (z. B. Arbeitszeit, Fahrtzeit...) - Veränderungen im Ressourcenverbrauch? (z. B. materielle Ressourcen – Beratungsmaterialien...) - Reaktion der Teilnehmenden (Nutzungskompetenz, Akzeptanz, Therapie Compliance) - Welche Maßnahmen der neuen Versorgungsform (wie Beratung, Training, Therapie und Case Management) haben Ihrer Meinung nach den größten Nutzen für die UK-Nutzer*innen (z. B. zur Verbesserung der Kommunikation oder der Lebensqualität etc.) 	<p>Veränderung Ist-Zustand</p> <p>Erreichung des erwünschten Soll-Zustands</p> <p>Veränderungen hinsichtlich der Nutzungskompetenz, Akzeptanz und Therapie- bzw. Trainingscompliance</p> <p>Veränderungen der Outcomes</p> <p>Input-Outcome</p>
---	--	---	---

<p>Anpassungsbedarf</p> <p>Dauer: 15 Minuten</p> <p>Start: Uhr</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sehen Sie Bedarf, die neue Versorgungsform zu verändern? - Haben Sie Vorschläge zur Verbesserung bzw. Anpassung der neuen Versorgungsform? 	<ul style="list-style-type: none"> - Inwiefern muss ggf. das Case Management angepasst werden? - Bedarf die nVF anzupassen, um den Bedürfnissen der Patienten zu entsprechen? - Anpassung der Kooperation mit beteiligten Stakeholdern - Anpassung der Finanzierung 	<p>Anpassungsbedarf</p>
<p>Dissertation Sarah</p> <p>Interorganisationale Zusammenarbeit in der Unterstützten Kommunikation</p> <p>Dauer: 20 Minuten</p> <p>Start: Uhr</p>	<p>Nun geht es um die Zusammenarbeit der an der Versorgung Beteiligten (z.B. Beratungsstelle, Therapeut*innen und private Bezugspersonen) im Rahmen der neuen Versorgungsform</p> <p>Hierfür möchte ich Ihnen eine Abbildung zeigen, die diese Zusammenarbeit vereinfacht und übersichtlich darstellen soll.</p> <p>Ich werde Ihnen nun jeweils drei rote und drei grüne Klebepunkte austeilen und bitte Sie aufzustehen.</p> <p>Bitte kleben Sie die roten Punkte auf die Beteiligten in der Abbildung, bei denen es aus Ihrer Erfahrung häufig Probleme in der Zusammenarbeit gibt.</p> <p>Bitte kleben Sie die drei grünen Punkte auf die Beteiligten, bei denen es aus Ihrer Erfahrung in der</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bitte denken Sie daran, dass es hier keine falschen und richtigen Antworten gibt. Aus diesem Grund bitte ich Sie, sich nicht von den Meinungen der anderen Teilnehmenden beeinflussen zu lassen. 	

	<p>Zusammenarbeit besonders gut läuft.</p> <p>Sie können alle drei Punkte auf einen Beteiligten setzen oder sie verteilen.</p> <p>Aufgrund der zeitlichen Einschränkung werden wir anschließend über die Beteiligten mit den meisten Punkten sprechen/diskutieren. [Teilnehmende kleben die Punkte]</p> <p>[Die Stellen mit den meisten Punkten besprechen/ansprechen]</p> <ul style="list-style-type: none">- An dieser Stelle scheint die Zusammenarbeit besonders häufig von Problemen betroffen zu sein, können Sie diesbezüglich anhand konkreter Situationen Ihre Erfahrungen berichten? Was sind ggf. die Gründe für die Probleme? Wie kann diese Zusammenarbeit verbessert werden?- An dieser Stelle scheint die Zusammenarbeit sehr gut zu funktionieren, können Sie mir hier Ihre Erfahrungen mittels konkreter Situationen berichten? Was sind Gründe für die reibungslose Zusammenarbeit?- Inwiefern hat sich durch die nVF die Zusammenarbeit mit den an der Versorgung Beteiligten verändert?		
--	--	--	--

Ende Verabschiedung	<p>Wir sind nun am Ende unseres Fokusgruppeninterviews angekommen. In diesem Sinne bedanke ich mich noch einmal herzlichst für Ihre heutige Teilnahme und für die rege Diskussion! Damit haben Sie einen Beitrag dazu geleistet, dass der Nutzen und die Anpassungsbedarfe der neuen Versorgungsform erfasst werden können.</p> <p>Falls Sie noch Fragen haben, stellen Sie diese gerne oder falls sich im Nachhinein noch Fragen ergeben, können Sie uns gerne jederzeit kontaktieren.</p> <p>Wir verteilen Ihnen nun einen kurzen Fragebogen und würden Sie bitten diesen auszufüllen, damit wir ein paar Angaben darüber haben, wie die Fokusgruppe heute zusammengesetzt war.</p> <p>[Verteilen des Kurzfragebogens]</p>		
--------------------------------	--	--	--

Anhang 7
Leitfaden für Fokusgruppeninterviews
während Implementierung
mit privaten und fachlichen Bezugspersonen

MUK

Interviewleitfaden für Fokusgruppen mit privaten und fachlichen Bezugspersonen der nVF (während Implementierung der nVF)

Allgemeine Informationen

Ziel	Erhebung von Erkenntnissen über den Nutzen und die Umsetzbarkeit des neuen Versorgungsmodells. <ul style="list-style-type: none">- Informationen über die Implementierung des MUK-Konzepts aus den Perspektiven der Beratungsstellen Mitarbeitenden sowie der privaten und fachlichen Bezugspersonen- Erhebung vom Status Quo und von möglichen Verbesserungsbedarfen
Dauer der Interviews	Mind. 90 Minuten
Veranstaltungsort	Beratungsstelle
Vorbereitung	Ggf. Bereitstellen: <ul style="list-style-type: none">- Aufnahmegerät- Moderationskoffer und Stellwände- Tisch eindecken- Catering- Namensschilder erstellen
Eintreffen der Teilnehmenden	Zum Platz begleiten / Ausschicken von Getränken / Verteilung der Namensschilder / Studieninformationen und Einwilligungserklärungen austeilen

Teil 1: Einleitung, Projektvorstellung, Vorbereitung

<p>Einleitung</p> <p>Dauer: 5 Minuten</p> <p>Start: Uhr</p>	<p>Herzlich Willkommen, vielen Dank, dass Sie sich Zeit für unsere Fokusgruppe im Rahmen des Projektes „MUK“ nehmen.</p> <p><i>(Für den Fall, dass die Teilnehmenden uns nicht kennen sollten ausführlich andernfalls nur kurz vorstellen)</i></p> <p>Wir sind das Evaluationsteam des Projektes MUK und arbeiten als Versorgungsforscherinnen an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Mein Name ist Sarah Uthoff/Anna Zinkevich. Ich bin vom Hause aus Gesundheitswissenschaftlerin/Sprachtherapeutin und Rehabilitationswissenschaftlerin und ich werde im heutigen Gespräch als Moderatorin agieren.</p> <p>[Anna/Sarah stellt sich selbst vor, Sprachtherapeutin und Rehabilitationswissenschaftlerin/Gesundheitswissenschaftlerin, Protokoll führen und mehr im Hintergrund aufhalten, ggf. zusätzliche Vorstellung von Helge oder Ann-Kathrin als Protokollant*in]</p>	<p>Vorstellung des Forschungsteams</p>
<p>Projekt- vorstellung</p>	<p>Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen kurz erzählen, welches Ziel unser Projekt sowie dieses Interview hat.</p> <p>Im Rahmen der neuen Versorgungsform – an welcher Sie teilnehmen – soll zur Verbesserung der Versorgung, der Kommunikationsfähigkeit sowie der Lebensqualität von Patienten*innen ohne Lautsprache beigetragen werden</p> <p>Wir möchten evaluieren, inwiefern die neue Versorgungsform diese Ziele erreicht und inwiefern sich die Versorgungssituation verändert. Zudem untersuchen wir, ob dieses Versorgungsmodell praxistauglich ist.</p> <p>Ziel der heutigen Fokusgruppe ist, Ihre Erfahrungen mit, Einstellungen zu sowie Ihre Erwartungen an die neue Versorgungsform zu diskutieren.</p>	<p>Ziel der Evaluation</p> <p>Ziel und Thema der Fokusgruppe</p>

	<p><i>[Da ich nicht weiß, inwiefern Ihnen die Methode der Fokusgruppeninterviews bekannt ist, werde ich nun kurz erläutern, wie Fokusgruppeninterviews ablaufen]</i></p> <p>Fokusgruppen sind vom Forscherteam moderierte Gruppendiskussionen, in welchen zu einem Schwerpunktthema die verschiedenen Erfahrungen und Meinungen der Mitglieder diskutiert werden. Das heißt, Sie stehen mit IHREN jeweiligen persönlichen Erfahrungen, Eindrücken und Meinungen im Mittelpunkt. Meine Kollegin und ich werden uns inhaltlich nicht an der Diskussion beteiligen, vielmehr werden wir uns auf die Moderation und Protokollierung der Gruppendiskussion konzentrieren. Wir werden jedoch immer wieder einen Blick auf die Uhr werfen und bei Bedarf einige offene Fragen zu noch nicht besprochenen Themen stellen.</p> <p>Wir haben für das Interview ca. 90 Minuten veranschlagt, was je nach Gesprächsverlauf variieren kann. Sollten Sie im Laufe des Interviews eine Pause benötigen, sagen Sie bitte Bescheid. Wie Sie sehen, haben wir ein bisschen Verpflegung für Sie bereitgestellt – also bedienen Sie sich gerne jederzeit an den bereitgestellten Getränken und Snacks.</p> <p>Nach Ablauf der 90 min würden wir noch gerne eine Frage an Sie als Eltern stellen. Die fachlichen Bezugspersonen können dann bereits gehen und wir hoffen, dass Sie (Handgeste) noch kurz die Zeit haben für diese Frage zu bleiben, ca. 10-15 min.</p> <p>An dieser Stelle noch die Frage: Muss jemand von Ihnen früher gehen?</p>	<p>Ablauf</p> <p>Verpflegung</p>
<p>Aufnahme- gerät & Datenschutz</p>	<p>Die Diskussion wird mittels eines digitalen Aufnahmegerätes aufgezeichnet, später abgeschrieben, anonymisiert und schließlich ausgewertet.</p> <p>Ihre Aussagen werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt, das heißt es wird für Außenstehende nicht erkennbar sein, von wem eine Aussage stammt.</p> <p>Ihre Teilnahme am Interview ist freiwillig und Sie dürfen zu jeder Zeit abbrechen. Sie dürfen auch Fragen nicht beantworten. Generell gibt es bei allen Fragen, die ich stellen werde, keine richtigen und falschen Antworten. Falls Sie im Laufe der Diskussion selbst Fragen haben, können Sie diese auch gerne stellen. Bei allen Antworten, würde ich Sie bitten nicht die Namen anderer Personen zu nennen, sagen Sie z.B. lieber nur der Patient.</p> <p>Sie haben in diesem Zusammenhang vor sich die Studieninformationen einschließlich der Einwilligungserklärung liegen. In dieser werden alle relevanten Informationen über die Studie sowie über die</p>	

	<p>Datenverarbeitung nochmals ausführlicher aufgeführt.</p> <p><u>Haben Sie zu den Informationen noch Fragen?</u></p> <p>Dann möchte ich Sie darum bitten, die Einwilligungserklärung zu unterschreiben und anschließend bei uns abzugeben</p> <p>Des Weiteren bitten wir Sie, Ihre Mobiltelefone auszuschalten, so dass keine Probleme mit der Bandaufnahme entstehen. Vielen Dank.</p>	
<p>Schluss der Begrüßung und Einleitung</p> <p>Aufnahme</p>	<p>Sind Ihrerseits noch Fragen offen?</p> <p>Wir verteilen Ihnen nun einen kurzen Fragebogen und würden Sie bitten diesen auszufüllen, damit wir ein paar Angaben darüber haben, wie die Fokusgruppe heute zusammengesetzt ist.</p> <p>[Verteilen des Kurzfragebogens]</p> <p>Nein, gut, dann bitte ich Sie zu Beginn, damit jeder von der/dem anderen weiß, mit wem er/sie diskutiert, sich ganz <u>kurz mit Ihrem Namen, an welcher Stelle Sie sich in der neuen Versorgungsform (z. B. Patiententraining oder Therapie) befinden sowie ob Sie als private oder fachliche Bezugsperson heute hier sind,</u> vorzustellen.</p> <p>Dann starten wir jetzt die Aufnahme.</p>	<p>Fragen?!</p> <p>Vorstellungsrunde</p>

Teil 2: Fokusgruppe 1 – vor Implementierung

Themenbereich	Kernfragen	Vertiefungsfragen	Indikatoren
<p>Umsetzung der neuen Versorgungsform</p> <p>Dauer: 20 Minuten</p> <p>Start: Uhr</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wie war bei Ihnen der Versorgungsablauf seit dem ersten Kontakt mit der Beratungsstelle? - Wie beurteilen Sie die Umsetzung der Versorgung? - Wie ist die Umsetzung der neuen Versorgungsform vereinbar mit ihrem beruflichen oder privaten Alltag (nicht bezogen auf die alternative Kommunikationsform)? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie war/ist die Beratung, das Training sowie die UK-Therapie – je nachdem an welcher Stelle Sie sich in der Versorgung befinden? - Gab oder gibt es bei Ihnen in der Versorgung Probleme (z. B. in der Hilfsmittelbeantragung) bei denen Sie Unterstützung von der Beratungsstelle erhalten oder erhalten haben? - Fachliche Bezugspersonen: Umsetzung im Kontext der Arbeit z.B. im Kindergarten, in der Schule sowie in der Werkstatt oder Wohnheim - Private Bezugspersonen: Umsetzung bspw. im Alltagsleben, zu Hause, im Kindergarten oder in der Schule. 	<p>Voraussetzungen, Input</p> <p>Strukturen, Prozesse</p> <p>Durchführung, Umsetzung</p> <p>Einschätzung der Praktikabilität</p>

<p>Veränderungen seit Einführung der nVF</p> <p>Verbesserungspotential, Ideal der Versorgung</p> <p>Dauer: 25 Minuten</p> <p>Start: Uhr</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hat sich seit Start des MUK-Projektes etwas verändert? - Was bringt Ihnen die neue Versorgungsform (MUK-Projekt)? <p>(in Hinblick auf die Kommunikationsfähigkeit, die Lebensqualität, die Zufriedenheit mit der alternativen Kommunikationsform sowie die Teilhabe Ihrer betreuten Personen?)</p> <p>Wir haben nun zu diesem Themenblock noch eine kleine interaktivere Aufgabe für Sie. Und zwar haben wir letztes Jahr vor Projektstart ebenfalls Fokusgruppeninterviews geführt, in welchen Rahmen wir u. a. erfragt haben, was Wünsche an eine ideale UK Versorgung sind. Diese Wünsche haben wir nun wie Sie sehen, auf Kärtchen geschrieben. Wir werden nun mit Ihnen jeden Wunsch durchgehen und Sie sollen entscheiden, ob sich der gewünschte Aspekt durch die neue Versorgungsform entweder eher verschlechtert, gar nicht verändert oder verbessert hat [bei der Erklärung zeigen, dass die Kärtchen, in den jeweiligen Bereich geklebt werden. Beim Durchgehen der Kärtchen, sollen die Teilnehmenden ihre Entscheidung begründen.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hat sich durch die neue Versorgung (bspw. durch das Training) Ihr Umgang mit der AKF in Ihrem (Berufs-)Alltag verändert? - Welche Maßnahmen der neuen Versorgungsform (wie Beratung, Training, Therapie und Casemanagement) haben Ihrer Meinung nach den größten Nutzen für Ihre betreute Person (z. B. zur Verbesserung der Kommunikation oder der Lebensqualität etc.) 	<p>Veränderung Ist-Zustand</p> <p>Erreichung des erwünschten Soll-Zustands</p> <p>Veränderungen hinsichtlich der Nutzungskompetenz, Akzeptanz und Therapie- bzw. Trainingscompliance</p> <p>Veränderungen der Outcomes</p> <p>Input-Outcome</p>
--	--	---	---

<p>Anpassungsbedarf</p> <p>Dauer: 15 Minuten</p> <p>Start: Uhr</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gibt es Bedarf die neue Versorgungsform zu verändern? - Haben Sie Vorschläge zur Verbesserung bzw. Anpassung der neuen Versorgungsform? 	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie ausreichend Unterstützung im Rahmen der Versorgung von der Beratungsstelle erhalten? - Gibt es Bedarf die nVF anzupassen, damit diese den Bedürfnissen Ihrer betreuten Person entspricht? - Anpassung der Beratung, des Trainings, der UK-Therapie sowie des Casemanagements (des MUK-Konzepts an sich) - Anpassung der Kooperation mit an der Versorgung Beteiligten - Anpassung der Finanzierung 	<p>Anpassungsbedarf</p>
<p>Dissertation Sarah</p> <p>Interorganisationale Zusammenarbeit in der Unterstützten Kommunikation</p> <p>Dauer: 20 Minuten</p>	<p>Nun geht es um die Zusammenarbeit der an der Versorgung Beteiligten (z.B. Beratungsstelle, Therapeut*innen und private Bezugspersonen) im Rahmen von MUK.</p> <p>Wie erleben Sie die Zusammenarbeit?</p> <p>Hierfür möchte ich Ihnen eine Abbildung zeigen, die diese Zusammenarbeit vereinfacht und übersichtlich darstellen soll.</p> <p>Ich werde Ihnen nun jeweils drei rote und drei grüne Klebepunkte austeilen und bitte Sie aufzustehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bitte denken Sie daran, dass es hier keine falschen und richtigen Antworten gibt. Aus diesem Grund bitte ich Sie, sich nicht von den Meinungen der anderen Teilnehmenden beeinflussen zu lassen. 	

<p>Start:</p> <p>Uhr</p>	<p>Bitte kleben Sie die roten Punkte auf die Beteiligten in der Abbildung, bei denen es aus Ihrer Erfahrung häufig Probleme in der Zusammenarbeit gibt.</p> <p>Bitte kleben Sie die drei grünen Punkte auf die Beteiligten, bei denen es aus Ihrer Erfahrung in der Zusammenarbeit besonders gut läuft.</p> <p>Sie können alle drei Punkte auf einen Beteiligten setzen oder sie verteilen.</p> <p>Aufgrund der zeitlichen Einschränkung werden wir anschließend über die Beteiligten mit den meisten Punkten sprechen/diskutieren. [Teilnehmende kleben die Punkte]</p> <p>[Die Stellen mit den meisten Punkten besprechen/ansprechen]</p> <ul style="list-style-type: none"> - An dieser Stelle scheint die Zusammenarbeit besonders häufig von Problemen betroffen zu sein, können Sie diesbezüglich anhand konkreter Situationen Ihre Erfahrungen berichten? Was sind ggf. die Gründe für die Probleme? Wie kann diese Zusammenarbeit verbessert werden? - An dieser Stelle scheint die Zusammenarbeit sehr gut zu funktionieren, können Sie mir hier Ihre Erfahrungen mittels konkreter Situationen berichten? Was sind Gründe für die reibungslose Zusammenarbeit? 		
---------------------------------	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Inwiefern hat sich durch die nVF die Zusammenarbeit mit den an der Versorgung Beteiligten verändert? 		
Ende Verabschiedung	<p>Wir sind nun am Ende unseres Fokusgruppeninterviews angekommen. In diesem Sinne bedanke ich mich noch einmal herzlichst für Ihre heutige Teilnahme und für die rege Diskussion! Damit haben Sie einen Beitrag dazu geleistet, dass der Nutzen und Anpassungsbedarfe der neuen Versorgungsform erfasst werden können.</p> <p>Falls Sie noch Fragen haben, stellen Sie diese gerne oder falls sich im Nachhinein noch Fragen ergeben, können Sie uns gerne jederzeit kontaktieren.</p>		
Dissertation Anna Dauer: 10 Minuten Start: Uhr	<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist es für Sie als Mutter? Fühlen Sie sich manchmal durch die Betreuung / Pflege Ihres Kindes belastet? - Hilft Ihnen MUK bei der Bewältigung der Betreuung / Pflege? - Was tun Sie wenn Sie sich besonders belastet fühlen? Was hilft Ihnen? 		

Anhang 8
Leitfaden für Einzelinterviews mit
UK-Nutzer*innen

MUK

Interviewleitfaden für Einzelinterviews mit UK-Nutzer*innen in der nVF

(in der Abschlussphase der Implementierung der nVF)

Allgemeine Informationen

Ziel	Erhebung von Erkenntnissen über den Nutzen und die Umsetzbarkeit des neuen Versorgungsmodells. <ul style="list-style-type: none">- Informationen über die Implementierung des MUK-Konzepts aus der Perspektive der UK-Nutzer*innen- Erhebung vom Status Quo und von möglichen Verbesserungsbedarfen
Dauer der Interviews	Ca. 60 Minuten
Veranstaltungsort	Beratungsstelle oder bei den Interviewten zu Hause / Wunschort
Vorbereitung	Ggf. Bereitstellen: <ul style="list-style-type: none">• Aufnahmegeräte• Moderationskoffer und Stellwände / UK-Materialien nach Bedarf

Teil 1: Einleitung, Projektvorstellung, Vorbereitung

<p>Einleitung</p> <p>Dauer: 5 Minuten</p> <p>Start: Uhr</p>	<p>Herzlich Willkommen, Danke, dass Sie heute mit uns sprechen wollen!</p> <p>Wir arbeiten an der Universität Oldenburg in einem Projekt zum Thema Unterstützte Kommunikation. Mein Name ist Sarah Uthoff / Anna Zinkevich / Helge Schnack</p>	<p>Vorstellung des Forschungsteams</p>
<p>Projekt- vorstellung</p>	<p>Vor dem Gespräch erzählen wir kurz, was wir an der Universität machen.</p> <p>In Deutschland gibt es ein paar Menschen, die wie Sie nicht sprechen können. Diese Menschen brauchen eine Kommunikationshilfe - eine Tafel oder Gebärden.</p> <p>Das heißt Unterstützte Kommunikation. Nicht alle Menschen, die Unterstützte Kommunikation brauchen bekommen genug Hilfe. Das soll sich ändern.</p> <p>Das Projekt soll das Leben von Menschen, die nicht sprechen können, verbessern.</p> <p>Heute wollen wir mit Ihnen über die Unterstützte Kommunikation sprechen. Ihre Meinung ist uns wichtig.</p> <p>Sie haben die Fragen per Post bekommen. Sie können uns zu diesen Fragen alles sagen, was sie wollen.</p> <p>Das Gespräch dauert ungefähr eine Stunde. Sie haben so viel Zeit, wie Sie brauchen.</p> <p>Wenn Sie eine Pause brauchen, sagen Sie es uns.</p> <p>Wichtig: Das ist Helge, er schreibt etwas auf. Diese Notizen werden uns helfen, uns an das Gespräch besser zu erinnern – das ist kein Test!</p>	<p>Ziel der Evaluation</p> <p>Ziel und Thema der Fokusgruppe</p> <p>Ablauf</p>

Aufnahme- gerät & Datenschutz	<p>Was Sie sagen wird aufgezeichnet. Wir erzählen es nicht weiter.</p> <p>Das Gespräch ist freiwillig. Wenn Sie nicht mehr mit uns sprechen wollen, können Sie es uns jederzeit sagen. Sie müssen nicht auf alle Fragen antworten. Es gibt nur richtige Antworten.</p> <p>Wir haben Ihnen schon weitere Informationen zum heutigen Gespräch und zu unserem Projekt per Post geschickt. Haben Sie diese dabei?</p> <p>Haben Sie die Informationen verstanden?</p> <p>Dann starten wir das Aufnahmegerät und es geht los.</p>	
-------------------------------------	---	--

Teil 2:

Themenbereich	Kernfragen	Indikatoren
<p>Persönlicher Hintergrund / Vorstellung des / der UK-Nutzer*in</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Was machen Sie oft? (Schule, Job, Werkstatt, nur zu Hause etc.) • Wie ging es Ihnen bevor Sie Ihre Kommunikationshilfe bekommen haben? <p>Falls diese Frage nicht verstanden wird:</p> <p>Wie ging es Ihnen bevor (Name Therapeut*in) zu Ihnen kam?</p> <p>Wie geht es Ihnen ohne das Gerät?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie haben Sie vor dem Projekt kommuniziert? 	
<p>Umsetzung der neuen Versorgungsform</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer neuen Kommunikationshilfe seitdem Sie mit (Name Therapeutin) arbeiten? • Mit wem nutzen Sie die Kommunikationshilfe? • Wo nutzen Sie die Kommunikationshilfe? • Wie häufig nutzen Sie die Kommunikationshilfe? • Warum nutzen Sie die neue Kommunikationshilfe? 	<p>Umsetzung</p> <p>Einschätzung der Praktikabilität</p> <p>Motivation, Ziele der Nutzung</p>

<p>Veränderungen seit Einführung der nVF</p> <p>Verbesserungspotential, Ideal der Versorgung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hat sich durch die Kommunikationshilfe etwas verändert? • Was ist besser geworden? • Was ist schlechter geworden? 	<p>Veränderung Ist-Zustand</p> <p>Input-Outcome</p> <p>Bezug zu den Outcomes nehmen: Veränderungen bezüglich der Kommunikationsfähigkeit, Lebensqualität, Teilhabe</p>
<p>Anpassungsbedarf</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Haben sie genug Hilfe bekommen von (Name Therapeutin)? • Wünschen Sie sich mehr Hilfe? • Hatten Sie ausreichend Treffen? • Was möchten Sie noch sagen? 	<p>Einschätzungen, inwiefern die neue Versorgungsform verändert werden sollte</p> <p>Ungedeckte Bedarfe aus Patientensicht</p>
<p>Ende Verabschiedung</p>	<p>Das ist das Ende des Gesprächs.</p> <p>Nochmal vielen Dank, dass Sie mit uns gesprochen haben.</p>	