



Die Bedeutung der Unterstützten Kommunikation in Medizin und Therapie

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann
Rehabilitationszentrum Bethesda
Stiftung kreuznacher diakonie

Fachtag

Unterstützte Kommunikation in Medizin und Therapie

Stuttgart, den 16.6.2012

Begriff und Konzeption von Unterstützter Kommunikation (UK)

- **Unterstützte Kommunikation** (abgekürzt UK) ist die Eindeutschung des englischsprachigen Begriffs *Augmentative and Alternative Communication (AAC)*. Wörtlich übersetzt bedeutet der englische Fachausdruck "ergänzende und ersetzende Kommunikation", wobei das, was ergänzt bzw. ersetzt wird, die Lautsprache ist.
- Unterstützte Kommunikation ist der Oberbegriff für alle pädagogischen oder therapeutischen Maßnahmen zur Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten von Menschen, die nicht oder kaum über Lautsprache verfügen. Beispiele sind die Einführung von Bildsymbolkarten oder einer Kommunikationstafel zur Verständigung, die Versorgung mit einem Sprachausgabegerät oder die Ergänzung der Lautsprache durch das Gebärden von Schlüsselwörtern.
- Außerdem bezeichnet der Terminus den Prozess der Kommunikation mit Mitteln Unterstützter Kommunikation (z.B. in der Wendung *unterstützt kommunizierende Menschen*) sowie das interdisziplinäre Fachgebiet, das sich mit Unterstützter Kommunikation befasst.
- Im weiteren Sinne gehören dazu auch Ersatz oder Unterstützung motorischer oder Sinnesfunktionen, die Kommunikation ermöglichen, insbesondere durch Assistive Technologien, z. B. Ermöglichung einer selbstgewählten Kommunikationssituation durch Hinfahren, Hinwenden, Steuerung von Computern etc..

Ziele und grundlegende Prinzipien der UK

■ Prinzipien

- Erarbeitung von Strategien der Kommunikation und Steuerung
- Förderung der Fähigkeiten dazu
- Versorgung mit Hilfsmitteln
- Förderung kommunikationskompetenter persönlicher Assistenz
- Unterstützt kommunizieren

■ Allgemein Ziele

- Verbesserung der Kommunikation: Erleichterung für beide Kommunikationspartner
- Erweiterung der kommunikativen Fähigkeiten eines Menschen im Alltag, Schaffen von Ausdrucksmöglichkeiten
- Unterstützung des Sprachverständnisses und Förderung auch der sprachlichen Kommunikation

■ Spezielle Ziele: relevant für alle Bereiche des Teilhabeplans:

- Gefühle, Ängste, Wünsche können ausgedrückt werden, z. B. auch gegenüber Assistenten
- Entscheidungen können getroffen werden
- Missverständnisse werden durch Nachfragen verringert
- Durch elektronische Kommunikation kann man laut reden und jemanden rufen, der weiter weg ist
- Körpernahe Kommunikation (Mimik, Gestik, Laute, Sprache, Bewegung) wird zuerst ausgenutzt, um nichtsprechenden Menschen eine effektive Kommunikation mit der Umwelt zu ermöglichen.

Elemente der UK

- Einsatz von Gebärden und Beachtung körpereigener Signale im Kontakt mit nicht sprechenden Menschen
- Einsatz von nichtelektronische Kommunikationshilfen (z.B.: Bildsymbole, Kommunikationsbücher oder -Tafeln, Fotos)
- Verwendung elektronischer Kommunikationshilfen (wie BigMack, Step-by-Step, einfache oder komplexere Sprachausgabegeräte etc.)
- Angestrebt wird ein multimodales Kommunikationssystem, d.h. der Nutzer soll nicht ausschließlich eine Methode verwenden, sondern - wie es auch in der Kommunikation von Menschen mit voller Lautsprachkompetenz der Fall ist - verschiedene Methoden einsetzen können
- Auch: Entwicklung und Einsatz von Steuerungs- und Ansteuerungstechniken zur Herstellung kommunikativer Situationen
- Ermöglichung von Kulturtechniken in ausreichender Qualität und Quantität (Spracheingabe)

Ablauf von UK

0. Bedarfserkennung

1. Beratung

- Erstberatung einschl. Information
- Befundaufnahme
- Lösungsstrategie (einschl. Erprobung, Training, Probehandeln)
- Lösungsvorschlag
- Anträge einschl. Begründung und Durchsetzung

2. Versorgung

- Auslieferung und individuelle Anpassung (Hilfsmittel)
- Training, ggf. Anpassung, Änderungen
- Abschluss oder intermittierende Beratung

3. Behandlung

- Ergotherapie, Logopädie

4. Implementierung, Umsetzung, Anwendung und Begleitung

- Anwendung im sozialen Umfeld
- technische Unterstützung im Alltag (bei körperl. Behinderungen häufig Reparaturen)

Personenkreis mit Bedarf an UK

Insbesondere Menschen mit Beeinträchtigungen der verbalen oder auch nonverbalen Verständigung und ggf. auch der (motorischen) Steuerungskompetenz , also Menschen,

- die sich nicht oder nur stark eingeschränkt mittels natürlicher Lautsprache mitteilen können,
- die unter anderen zentralbedingten Einschränkungen des Umgangs mit Sprache leiden, z.B. deren Sprachverständnis eingeschränkt ist,
- die wegen seelischer oder neuropsychologischer Behinderungen nur eingeschränkt kommunizieren können, therapeutisch begleitend auch bei Mutismus und Autismus,
- die nicht schreiben oder lesen können,
- die sich nicht oder nur stark eingeschränkt, auch nicht mit herkömmlichen Hilfsmitteln fortbewegen können, um z.B. in frei gewählten Situationen zu kommunizieren,
- die keinen aktiven Einfluss auf ihr unmittelbares Umfeld nehmen können, einschließlich Wohnumfeld,
- die krankheitsbedingt herkömmliche Schreib- und Kommunikationshilfen nicht oder nur unter Gesundheitsgefährdung bedienen können.

Ursachen von Beeinträchtigungen der Kommunikation oder Steuerungskompetenz

- Angeborene Schädigungen des ZNS,
 - frühkindliche Hirnschädigung, z.B. Infantile Cerebralparese,
 - genetische Syndrome,
 - Im Rahmen von sog. geistiger Behinderung
 - Hirnfehlbildungen
- erworbene Schädigungen des ZNS
 - Schädelhirntrauma
 - Schlaganfall (Ischämie, Blutung),
 - Hirntumoren bzw. postoperative Zustände,
- Chronische fortschreitende neurologische Erkrankungen (Muskeldystrophie, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, Parkinson-Syndrom u. a.
- Erworbene oder angeborene hohe Schädigungen des Rückenmarks, z. B. Querschnittssyndrom,
- Menschen mit vorübergehend eingeschränkten sprachlichen Möglichkeiten (Gesichtsverletzungen, Beatmung, bei oder nach schweren Krankheiten).

Krankheit als Ursache von Beeinträchtigungen der Kommunikation

- Die genannten Ursachen sind Krankheiten, zu denen die fehlende Sprache oder Bewegungsfähigkeit als Ausprägungssyndrom hinzugehört.
- Damit ist (auch) die Medizin als Disziplin und als Versorgungssystem zuständig.
- Die Behandlung bzw. der Umgang mit den Beeinträchtigungen wird innerhalb des klassischen therapeutischen Settings einer Berufsgruppe zugeordnet: den Logopäden, in der Diagnostik auch den Neuropsychologen, sowie den Ergotherapeuten.
- Abgesehen von der Aphasie sind fehlende Sprache und verbale Kommunikationsmöglichkeiten in der Medizin nicht regelmäßiger Anlass, UK anzuregen. Langsamer Wandel: SPZs und Kinderkliniken mit Sozialpädiatrie integrieren zunehmend UK.

Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



Auswirkungen der Beeinträchtigungen auf Aktivitäten und Teilhabe

- Lernen und Wissensanwendung (z.B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung)
- Kommunikation (z.B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und –techniken)
- Häusliches Leben (z.B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
- Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z.B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)
- Bedeutende Lebensbereiche (z.B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (z.B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

Aufmerksamkeit für Beeinträchtigungen der Kommunikation: Eine Bewusstseinsfrage

Obwohl die Beeinträchtigung der Kommunikation in vielen Bereichen doch außerordentlich relevant ist, und sich insofern eigentlich ein Störungsbewusstsein im Sinne eines Krankheitssymptoms einstellen müsste, ist dies bei Menschen mit frühkindlich erworbenen schweren Behinderungen meist nicht der Fall: Er ist eben behindert.

Anders ist dies bei erworbenen Beeinträchtigungen der Kommunikation: Hier gilt es, diese zu beseitigen, also Therapie durchzuführen.

Selbstverständnis der Medizin

- **Das kurative Paradigma (vorherrschend):**

Behandlung von Krankheiten mit dem Ziel der Heilung, der Vermeidung oder Verminderung von Krankheiten (Schädigungen) einschl. ihrer begleitenden oder folgenden strukturellen und funktionellen Beeinträchtigungen.

- **Das rehabilitative Paradigma**

Behandlung (v.a. auf der funktionellen Ebene) und weitere Maßnahmen zur Vermeidung/ Verminderung von Krankheitsfolgen bei Aktivitäten und Teilhabe

- **Das palliative Paradigma**

Behandlung und Betreuung im Sinne der Linderung und Begleitung. Eine Teilhaperspektive wird oft verneint.

UK ist dem rehabilitativen Paradigma zuzuordnen, da sie an der zugrundeliegenden Störung selbst (meist) nichts ändert, sondern am Ersatz von Funktionen ansetzt und so Aktivitäten und Teilhabe fördert. Dabei kann sie durchaus auch e. therapeutische bzw. gesundheitsfördernde Wirkung entfalten.

Definition von Rehabilitation

„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität und zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“

(WHO, Definition der Rehabilitation: Technical Report 1981)

SGB V § 11 Abs. und SGB IX § 4

„Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.“

„(1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. Die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,.
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. Die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

(2) Die Leistungen zur Teilhabe werden zur Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele nach Maßgabe dieses Buches und der für die zuständigen Leistungsträger geltenden besonderen Vorschriften neben anderen Sozialleistungen erbracht. Die Leistungsträger erbringen die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften nach Lage des Einzelfalls so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden.“

Warum gibt es nicht mehr UK im med. Versorgungssystem?

- In der Medizin und vor allem bei der Anwendung von Heilmitteln und dem Einsatz von Hilfsmitteln verschwimmen auch im kurativen Alltag die Grenzen zwischen kurativem und rehab. Paradigma: (Maßnahmen mit rehabilitativer Zielsetzung)
- Im herkömmlichen Medizinverständnis, das das alltägliche Handeln und die Anwendung des Leistungsrechtes prägt, gehört das rehabilitative Paradigma in die Maßnahme der med. Rehabilitation.
- Maßnahmen der med. Reha sind aber im SGB V (auch SGB VI etc.) sehr kodifiziert und beschränkt auf stationäre oder ambulante Rehaverfahren.
- Faktisch stehen deshalb Leistungsangebote im Bereich der Medizin als kodifizierte oder kodifizierbare Leistungen UK praktisch nicht zur Verfügung, außer bei Rehamaßnahmen selbst.

Rehabilitation in der Medizin und UK

UK innerhalb von Rehabilitationskliniken einschl. amb. Zentren:

- Kaum Chancen auf Reha als Heilverfahren ohne Sprache
- UK im Bereich Anschlussreha eher selten: kuratives Paradigma steht im Vordergrund
- Ausnahmen in spezialisierten Kliniken möglich
- Innerhalb organbezogener Rehabilitation: Aufnahme praktisch nur mit persönlicher Assistenz bzw. Begleitung möglich
- M.W. innerhalb geriatrischer Kliniken nicht üblich
- Missverständnis: UK käme zu früh und würde deshalb den erfolg logopädischer Tehrapie verhindern.

UK außerhalb von Rehakliniken

- Es gibt keine anderen spezifischen Rehaleistungen, innerhalb derer UK geleistet werden könnte.

UK fehlt in einigen Lehrbüchern zur Neuroreha vollständig

Bewältigungsstrategien von Kommunikationsbeeinträchtigungen

Therapie - mit dem Ziel, der Beseitigung, Besserung oder Verhütung der Verschlechterung der Störung

Alltägliche Übung und Gewöhnung - mit dem Ziel der Umsetzung des Gelernten, des Trainings und Verfestigung sowie der Ausübung der vorhandenen Kommunikationsfähigkeiten, ggf. mit Assistenz.

Kompensation - mit dem Ziel, trotz bestehender Beeinträchtigungen zu kommunizieren durch alternative Kommunikationsstrategien oder –formen

Gestaltung der Kontextfaktoren

- Kommunikationsbereitschaft des primären sozialen Netzes und aller sonstigen Bereiche der Lebenswelt, auch der Medizin
- Persönliche Assistenz
- Assistive Technologie z. B. mit Kommunikationshilfen, Steuerungshilfen
Umfeldkontrolle
- Barrierefreiheit und Universal design



Praktische Formen zur Beeinflussung der Kommunikationsbeeinträchtigung

Behandlung (= medizinisch)

Logopädie

Ergotherapie

(Physiotherapie)

Hilfsmittelversorgung als medizinische Leistung

→ Unterstützte Kommunikation

Förderung (pädagogisch, sozial)

Heilpädagogik

Sonderpädagogische Förderung

Assistenz

Hilfsmittelversorgung als sozialer Förderfaktor

Unterstützte Kommunikation als Sozialleistung

UK wird als spezialisierte Leistung durch Fachkräfte im Rahmen von Therapiekonzepten erbracht

UK wird als spezialisierte Leistung durch Fachkräfte im Rahmen von Lern- und Förderkonzepten erbracht

UK wird als Assistenzleistung im Rahmen von individuellen Teilhabeplänen als Hilfe zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft erbracht

UK erfolgt im Rahmen der Hilfsmittelversorgung ggf. einschl. zusätzlicher Dienstleistungen

Aber

UK erfolgt auch im Rahmen von Begegnungen des Menschen mit Behinderung in seinem sozialen Umfeld, also nicht als Sozialleistung.

UK als Bestandteil der Medizin: Therapeutische Maßnahme, Heilmittel

UK wird in der Medizin fachlich dem Aufgabenbereich der Logopädie und der Ergotherapie zugerechnet.

Damit wird UK zwei medizinischen Fachdisziplinen zugeordnet.

Diese werden in unterschiedlichen Settings erbracht: Krankenhaus, Rehaeinrichtung, SPZ, in anderen Einrichtungen wie z.B. Schulen oder solchen der EH und in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

In nichtmedizinischen Settings dominieren andere Berufsgruppen, insbesondere aus dem Bereich der Pädagogischen Fachkräfte bzw. der Lehrenden

Fachlich und leistungsrechtlich ist UK nach den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen regelmäßig im Rahmen von Logopädie und Ergotherapie als Heilmittel erbringbar.

Dazu bedarf es einer Heilmittelverordnung des Arztes. Diese ist nicht immer einfach zu erhalten.

Eine besondere Qualifikation der Therapeuten bzgl. UK ist formal nicht erforderlich.

Hinzu kommt die Hilfsmittelversorgung.

Leistung UK als Therapie - Heilmittel

- Heilmittel werden in / durch Praxen oder durch zugelassene Einrichtungen erbracht.
- Damit gelten alle Vorschriften des SGB V: Zulassung der Leistungserbringer nach §124/125 SGB V erforderlich.
- Rahmenverträge mit den Heilmittelerbringerverbänden sind grundlegend.
- Es gelten die Heilmittelrichtlinien, dies bedeutet u.a.
 - Ärztl. Verordnung
 - Ggf. Genehmigungsvorbehalt
 - Art und Umfang der Leistung werden formal festgelegt
- Ggf. Einzelverträge für Einrichtungen
 - Leistungsdefinition
 - Vergütung
- Achtung: Therapien auch als Bestandteil der Frühförderung als Komplexleistung

UK im Rahmen von Heilmittelerbringung durch Einrichtungen?!!

UK kann im Rahmen der Heilmittelerbringung in den Disziplinen Logopädie und Ergotherapie auch durch nichtmedizinische Einrichtungen geleistet werden, sofern die Einrichtung als LE zugelassen ist.

Dann gelten folgende Voraussetzungen:

- Es gelten die Heilmittelrichtlinien des GBA
- Es gelten die Budgetierung auf Landesebene und die Richtgrößen für den Vertragsarzt (außer: ermächtigte Einrichtungen wie SPZ u.ä.)
- Es gelten die Rahmenverträge mit den Berufsverbänden, insbesondere die Leistungsbeschreibungen sowie meist eine spezielle Vergütungsvereinbarung
- Die Sätze für normale Heilmittel sind für UK in keiner Weise auskömmlich!
- Deshalb ist die anteilige Finanzierung durch die jeweilige Einrichtung erforderlich
- Von der Vereinbarung einer Komplexleistung mit mehreren Sozialleistungsträgern ist abzuraten.
- Es muss sichergestellt sein, dass die jeweiligen Erlöse dem Zweck des jeweiligen Sozialleistungsträgers dienen.
- Es resultiert eine Leistung UK aus einer Hand, nämlich der der Einrichtung!

UK im Rahmen des vorhandene Gesundheitssystems

- Eine spezifische UK-Leistung sehe ich z. Zt. nicht (außer im Rahmen der Hilfsmittelversorgung).
- Eine ärztliche Kompetenzentwicklung und Zuständigkeit ist selten. Eine strukturierte und formalisierte Fort- bzw. Weiterbildung gibt es m.W. nicht.
- Die Behandlung im Rahmen der Heilmittelerbringung erscheint nach bisherigen Erfahrungen oft problembehaftet, denn die Behandlung erfolgt oft
 - Therapieorientiert (Beseitigung und Minderung der Störung),
 - Schädigungsorientiert,
 - Ohne ausreichende kommunikationsstrategische Ausrichtung,
 - Ohne ausreichende Berücksichtigung von Haltung, Bewegungsmöglichkeiten etc., also von Nachbardisziplinen.
 - Unter unzureichendem Einsatz von nichttechnischen und technischen Hilfen (oder Überversorgung), u. a. wegen
 - mangelnder Aus- und Fortbildung,
 - mangelnder Verfügbarkeit von Hilfsmitteln,
 - unzureichendem Setting (Team, Räume, institutionelle Anbindung, Zeitstruktur) und
 - unzureichendem Zeitbudget.



Kommunikation

Steuerung

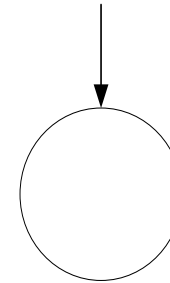
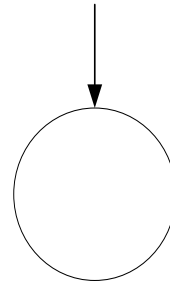
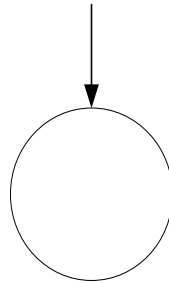
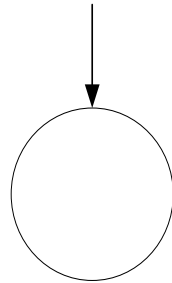
Regelsystem

Logopädie

Ergotherapie

Hals-Nasen-Ohrenarzt/
Klinik

Menschen, die
aus dem System
herausfallen
(Unterversorgung)



Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation und
Umweltsteuerung als spezialisiertes
Kompetenzzentrum

Leistungen von Beratungsstellen

1. Erstberatungskomplex:

Ergotherapeutische, logopädische, technische und kommunikationspraktische Erhebung der Vorgeschichte, orientierende Befundung in der konkreten Kommunikations- und Handlungssituation. Planung des weiteren Vorgehens. (Beteiligung von 2-3 Disziplinen, Dauer 180 Minuten)

Abrechnungsvorschlag: 2 Behandlungseinheiten à 90 Minuten, also 4x 45 Minuten

2. Assessment als Bedarfsermittlung

Befundaufnahme nach ICF, Interventionsbegleitete Diagnostik mit vorhandenen Geräten und Hilfsmitteln, Vorläufiger Versorgungsvorschlag
Bedarfsgerechte Zahl von Behandlungseinheiten à 90 Minuten

3. Nach Bewilligung des Kostenträgers

Erprobung, ggf. einschl. individuellen Zurüstungen (Software, Symbole etc.)
Bedarfsgerechte Zahl von Behandlungseinheiten à 90 Minuten

4. Ggf. Herstellung von Therapiematerialien oder technischen Adaptionen

Bedarfsgerechte Zahl von Behandlungseinheiten à 90 Minuten

5. Erstellung eines definitiven Versorgungskonzeptes,

Begründung und Erläuterung für Arzt und Krankenkasse
1 Behandlungseinheit à 90 Minuten

6. Einweisung und Zurüstung, individuelle Anpassung und Training,

ggf. Abschlussbericht. Bedarfsgerechte Zahl von Behandlungseinheiten à 90 Minuten

7. Weitere Behandlungen nach Versorgung: reguläre Heilmittelerbringung
(nach Heilmittelrichtlinien).

Meilenstein Rahmenvereinbarung UK Rheinland-Pfalz im Rahmen der Eingliederungshilfe

Rahmenvereinbarung zur Gewährung von Maßnahmen zur Unterstützten Kommunikation gemäß §§ 53 ff SGB XII i. V. m. mit SGB IX und Eingliederungshilfeverordnung (Letztzeichnung 07.02.2012):

- Regelt bundesweit erst- und einmalig die Erbringung von Leistungen zur UK im Rahmen der Eingliederungshilfe in RLP: Bedarfsermittlung 10 Einheiten, Weitergehende Leistungen im Rahmen der Teilhabeplanung als Leistungen der Eingliederungshilfe.
- Grenzt die Erbringung von Heilmitteln in Beratungsstellen zu Lasten der Krankenkassen sachgerecht ab, wenn es sich um therapeutische Leistungen handelt.
- Umfasst Assistive Technologien nur teilweise.
- Umfasst keine Leistungen der Begleitung und des alltagsnahen Trainings im sozialen Umfeld sondern ist fokussiert auf die spezialisierte Beratung und Versorgung.
- Regelt die Vergütung sachgerecht.
- Delegiert die Leistungsverantwortung an den örtlichen Sozialhilfeträger.
- Macht Leistungen der UK ausschließlich zu individuellen Antragsleistungen und damit auch abhängig von Einkommen und Vermögen, ggf. zusätzlich zu stationären oder teilstationären Leistungen .

Anforderungen an Beratungsstellen UK

- Die Beratungsstelle, die sie tragende Einrichtung oder die darin tätigen Therapeuten sind als Heilmittelerbringer (Logopädie, Ergotherapie) zugelassen.
- Die Beratungsstelle ist mit mindestens 2 Disziplinen (Ergotherapie, Logopädie) besetzt.
- Die leitenden Therapeuten können eine besondere Qualifikation in UK nachweisen.
- Die Beratungsstelle verfügt über einen Techniker oder gewährleistet eine enge Zusammenarbeit mit einem Techniker.
- Die Beratungsstelle kann auf die Leistungen eines spezialisierten Arztes sowie anderer therapeutischer Disziplinen (z.B. Physiotherapie) zurückgreifen.

Beratungsstellen UK: Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ?

Beratungsstellen sind in der Regel nicht spezielle Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sondern anderer Systeme:

- Unterricht: Schule
- Forschung und Wissenschaft: Universitäten
- Eingliederungshilfe: Heime

Dies schließt aber nicht aus, dass dort auch medizinische Leistungen erbracht werden.

Dies ist systemkonform und im Rahmen unseres Sozialsystems sachgerecht, um die Träger der Krankenversicherung an den Kosten zu beteiligen, insoweit es sich um Krankenbehandlung handelt.

Leistungen der UK in Form von Hilfsmitteln

Krankenversicherung (SGB V)

Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V

Zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende Leistungen
i.S.d. § 139 Abs. 2 Satz 3.

Rentenversicherung (SGB VI)

Unfallversicherung (SGB VII)

Sozialhilfe SGB XII

Hilfsmittel n. § 54 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr.1 SGB IX

ggf. zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels notwendige Leistungen n. §
54 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 3, 4 und 7 SGB IX

Assistive Technologien

Sammelbezeichnung für alle Technologien, die geeignet sind, Beeinträchtigungen auszugleichen oder zu vermindern und dadurch Teilhabe fördern, insbesondere

- Kommunikation
- Mobilität
- Alltägliche Selbstversorgung
- Technische Hilfen für Arbeit und Freizeit
- Computer und EDV einschl. moderne Medien (Steuerung, Software)
- Wohnungsanpassungen
- Hören und Sehen
- Rehabilitationstechnik
- Notruf und Sicherheit
- Medizinische Überwachung und Unterstützung
- Kognitive Hilfen (bei neuropsychologischen Ausfällen)

Dabei handelt es sich sehr häufig nicht um Leistungen, die innerhalb der Gesundheitsversorgung erbracht werden können.

Hilfsmittelversorgung

Die Hilfsmittelversorgung ist Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: SGB IX § 31

- (1) Hilfsmittel (Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel) nach § 26 Abs. 2 Nr. 6 umfassen die Hilfen, die von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich sind, um
 1. einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
 2. den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder
 3. eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit sie nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.
- (2) Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel.

SGB V § 33 Abs. 1 Hilfsmittel

„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden **Behinderung** vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind.

Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt.“

Versorgung mit Hilfsmitteln als Bestandteil der Gesundheitsversorgung

- Im Rahmen der Gesundheitsversorgung ist das SGB V am wichtigsten.
- Darin sind die Voraussetzungen für eine Leistungserbringung festgelegt, u.a. für Versorgungsverträge, Qualifikationsanforderungen etc.
- Näheres regeln die Verträge.
- Beratungsstellen können einen Versorgungsvertrag grundsätzlich erreichen.
- Der Bereich wird durch Firmen dominiert, die diese Hilfsmittel anbieten und vermarkten.
- Es gibt nur wenige Akteure innerhalb des Gesundheitssystems, die von Amts wegen hier Experten sind: Meistens therapeutische Fachkräfte. Auch der MDK zählt sich zeitweise dazu.
- Inzwischen gibt es auch Einzelpersonen, die als Berater in die Versorgung eingeschaltet werden.
- Besondere Bedeutung hat das Hilfsmittelverzeichnis.
- Die Rechtsprechung spielt eine bedeutende Rolle.

Leistung UK im Rahmen der Frühförderung und der SPZs

UK kann als heilpädagogische und natürlich auch als therapeutische Leistung im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung erbracht werden:

(vgl. § 26 Abs. 2 Nr. 2 und § 30 sowie § 56 SGB IX)

- in sozialpädiatrischen Zentren oder
- durch interdisziplinäre Frühförderstellen oder
- in einer Sonderform: Als Komplexleistung nach § 30 Abs.1 i. V. m. § 56 SGB IX (Vgl. dazu Frühförderverordnung).
- Rechtsgrundlage für SPZ: § 119 SGB V. Es gelten alle Bestimmungen der dafür gültigen Verträge (SGB V und SGB XII bzw. VIII) auch für die heilpädagogischen Leistungen.
- UK als nichtärztliche sozialpädiatrische Leistung (§ 43 a SGB V) zur Erkennung und Aufstellung eines Behandlungsplanes.

UK und Akutkrankenhaus

- Im Akutkrankenhaus gibt es viele Situationen, in denen die verbale und z. T. auch nonverbale Kommunikation erschwert oder unmöglich ist,
 - nach einem Akutereignis wie Schlaganfall,
 - während einer Intubation/Beatmung,
 - nach HNO oder ZMK-Operationen,
 - jeweils mit oder ohne Bewusstseinsstörungen.
- Im Krankenhaus besteht oft eine panische Angst der Professionellen davor, in kommunikativ frustrane Situationen zu geraten. Daraus resultieren Ohnmachtsgefühle der Akteure.
- Deshalb wird ein Kommunikationsangebot nur selten mit der notwendigen Intensität und Empathie gemacht. Der vorhandene Zeitdruck gibt dafür die Legitimation.
- Oft fehlen sogar elementare Notrufmöglichkeiten.
- Außer auf gut geführten Intensivstationen gibt es keine Kommunikationshilfen.
- Wenn überhaupt Logopäden im Hause sind, sind diese mit der Akutbehandlung beschäftigt. UK wird auf später verschoben.
- Bedrückende Erfahrungen für Menschen ohne Sprache im Krankenhaus.
- Z. Zt. hilft da nur die Einbeziehung persönlicher Assistenz

UK in der Pflege

- UK scheint in der Krankenpflege noch nicht angekommen zu sein.
- Der Sonderforschungsbereich Pflege chronisch Kranker in kommunikativ schwierigen Situationen etwa widmet sich anderen Kommunikationsschwierigkeiten.
- In der Praxis sehen wir durchaus anrührende Bemühungen zu menschlicher Zuwendung, auch im Bereich der Palliativmedizin
- und zugleich teilweise erschreckende Vernachlässigung der Nutzung alternativer Kommunikationsmöglichkeiten ohne Rücksicht auf die oft existentiell bedrohliche Situation der Klienten.
 - Bsp. Klingel
 - Bsp. Nutzung von Kommunikationstafeln
 - Bsp. Fragetechniken.
- Erwartungen an neue Forschungsprojekte.
- Großer Handlungsbedarf in der gesamten Pflege.

Ziele der BUK: Art. 26 Abs. 1 BRK Habilitation und Rehabilitation

- (1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich betreffend die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, **ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.** Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten **umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme**, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme
- a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;
 - b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.

Die Bereitstellung von UK trägt zur Umsetzung der BRK bei

Dazu gehören insbesondere:

- Ermöglichung von Kommunikation und sprachlicher Verständigung, Vermeidung von Diskriminierung, Treffen angemessener Vorkehrungen und Förderung universellen Designs im Sinne des Art. 2 BRK
- Allgemeine Verpflichtungen der Vertragsstaaten nach Art. 4 Abs. 1 Nr. f-i BRK
- Herstellung von Barrierefreiheit: Art. 9 BRK
- Persönliche Mobilität: Art. 20 BRK
- Bildung, Art. 24 v. a. Abs. 2 Nr. c und d sowie Abs. 3 BRK
- Gesundheit: Art. 25 BRK
- Arbeit und Beschäftigung Art. 27 Abs. 1 Nr. i
- Teilnahme am politischen und öffentlichen Leben: Art. 29 BRK



Die Bedeutung der UK für die Medizin, Therapie und Pflege

1. Zur Therapie und zur Rehabilitation gehört UK als eine fachliche Bewältigungsstrategie in die Medizin.
2. UK hat in der Medizin und in der medizinischen Versorgung noch keinen festen Ort.
3. Kommunikative Schwierigkeiten lösen Vermeidungsverhalten aus: Die Etablierung von UK hätte enorme Konsequenzen für das Selbstverständnis aller Akteure in der Medizin und die Gestaltung der medizinischen Prozesse, vielleicht vergleichbar der Bedeutung der Kinästhetik in der Pflege.
4. Leistungsrechtlich spielt das Gesundheitssystem v.a. für die Klienten eine Rolle, die sich nicht in einem pädagogischen Setting befinden sowie bei der Hilfsmittelversorgung.
5. Es bedarf auch in der Medizin noch der Problemwahrnehmung und fester Orte bzw. einer institutionellen Struktur in Forschung, Lehre und Praxis.

Die Bedeutung der UK für die Medizin, Therapie und Pflege

6. Dies wird auch deshalb schwierig, da Unterstützte Kommunikation sowohl historisch wie praktisch in besonderem Maße mit nicht medizinischen Professionen und lebensweltlichen Fragen zu tun hat.
7. Insofern wird man den Schwerpunkt der Weiterentwicklung des UK-Angebotes in der interdisziplinären Kooperation suchen müssen.
8. Leistungsrechtlich sollte die UK verstärkt im Gesundheitswesen verankert werden, um so dort feste Strukturen schaffen zu können.
9. UK muss im medizinischen Alltag selbstverständlich werden.
10. Insbesondere die Rehabilitationsmedizin und die Pflege benötigen UK als regelhaften Bestandteil.
11. Aber auch die therapeutischen Professionen Logopädie und Ergotherapie, HNO und Neurologie sollten sich verstärkt der UK öffnen.
12. Die Verankerung der UK im Recht der Sozialhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe, der Bildung etc. mit entsprechender Struktur und Finanzierung bleibt auch für die Medizin unverzichtbar.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Dr. M. Schmidt-Ohlemann

Ltd. Arzt des Rehasentrums Bethesda der Stiftung kreuznacher diakonie
Landesarzt für Körperbehinderte
Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)

Waldemarstr. 24
55543 Bad Kreuznach

buk@kreuznacherdiakonie.de
rmdo@kreuznacherdiakonie.de