



dgsgb

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

**Meike Wehmeyer & Anne Styp von Rekowski
(Hrsg.)**

Unterstützte Kommunikation

**Dokumentation der Fachtagung der DGSGB
am 11. März 2022 in Kassel**

**Materialien der DGSGB
Band 48**

Berlin 2022

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-938931-49-3

©2022 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@posteo.de

1. Aufl. 2022

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Kostenlos abrufbar auf der Website der DGSGb (www.dgsgb).

Unterstützte Kommunikation

Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2022 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Meike Wehmeyer & Anne Styp von Rekowski Editorial	4
Kerstin Nonn Aktuelle Grundlagen in der Versorgung mit Unterstützter Kommunikation (UK)	6
Tobias Bernasconi & Stefanie K. Sachse Systematische UK-Interventionen planen mit dem ABC-Modell	15
Katrin Thielking Basisinformationen zu Leichter Sprache	24
Alisa Rudolph Der Einfluss von lautsprachunterstützenden Gebärden auf das Sprachverständnis: Ergebnisse einer Studie und praktische Hinweise	32
Maria Löffler & Nadine Vogel Einblicke in die sprachtherapeutische UK-Intervention in der Arbeit mit Kindern und Erwachsenen mit Behinderungen	40
Andrea Erdélyi Unterstützte Kommunikation im Gesundheitswesen – Mittel und Methoden aus der Praxis für die Praxis	44
AutorInnen	60

Editorial

Meike Wehmeyer & Anne Styp von Rekowski

Zitierweise:

Wehmeyer, M & Styp von Rekowski, A. (2022): Editorial. In: Wehmeyer, M & Styp von Rekowski, A (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2022 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd. 48. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, S.4-5

„Man kann nicht nicht kommunizieren“, so lautet das erste von fünf Axiomen zwischenmenschlicher Kommunikation, welche der Philosoph und Psychoanalytiker Paul Watzlawick in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts begründete. Das Zitat erlangte wohl auch deswegen Berühmtheit, weil es die natürliche, ursprüngliche Fähigkeit von Menschen hervorhebt, miteinander in Austausch zu treten – und zwar unabhängig von Alter, Nationalität oder Muttersprache und jenseits individueller Kompetenzen oder Einschränkungen. Selbst wenn kein Wort gesprochen wird, senden wir über Körperhaltung und Stimmgebung, über Mimik und Gestik Signale aus, die von unserem Gegenüber als Botschaft entschlüsselt werden. Jedoch: Wenn man bedenkt, wie komplex und mehrdeutig Kommunikation angelegt und wie störanfällig Prozesse im Senden und Empfangen kommunikativer Signale sind, wundert es nicht, dass sprachliche wie nicht-sprachliche Kommunikation oft zu Fehlinterpretationen, Missverständnissen und zwischenmenschlichen Konflikten führt. Dies umso mehr, wenn kommunikative Kompetenzen - wie bei einer intellektuellen Entwicklungsstörung oder in Verbindung mit einer Sinnesbeeinträchtigung - eingeschränkt sind.

Fachkräfte eines multidisziplinären Berufsfeldes (u.a. Patholinguistik, Logopädie, akademische Sprachtherapie, Sprachheilpädagogik, Sonder-pädagogik) sind darauf spezialisiert, für jede Altersgruppe und jedes Störungsbild individuelle Förder- und Therapiekonzepte auszuarbeiten, um sprachliche bzw. kommunikative Fähigkeiten auf- und auszubauen. Darüber hinaus können Barrieren in der Verständigung abgebaut werden, indem sowohl Personen mit kommunikativen Einschränkungen als auch deren Bezugspersonen befähigt werden, Methoden und Techniken der Unterstützten Kommunikation (UK) anzuwenden. Nicht zuletzt liegt es in der Verantwortung sämtlicher Unterstützersysteme, Informationen so aufzubereiten und zu übermitteln, dass sie von Personen mit kognitivem bzw. sprachlichem Handicap leichter verstanden werden können.

Im März 2022 widmete sich der DGSGB-Fachtag erstmals dem Thema „Unterstützte Kommunikation“ und erzielte mit über hundert Teilnehmenden eine große Resonanz und Reichweite. An dieser Stelle möchten wir allen Referent:innen herzlich dafür danken, dass sie ihren Tagungsbeitrag für die DGSGB-Materialiensammlung verschriftlicht und für die Veröffentlichung zur Verfügung gestellt haben.

Hier ein kurzer Überblick über die folgenden Beiträge:

- Zunächst liefert NONN einen strukturierten und theoretisch fundierten Überblick über gängige Modelle und methodische Ansätze im Kontext von UK. Zudem wird auf nationale wie internationale Interessenvertretungen im Bereich UK hingewiesen.
- Im Anschluss stellen BERNASCONI und SACHSE modellorientiert und praxisnah dar, wie sich eine ICF-orientierte Förderplanung im Bereich UK gestalten lässt. Diverse Protokollbögen zur Interventionsplanung werden als Abbildungen zur Verfügung gestellt.
- RUDOLPH stellt anhand ihrer Dissertationsstudie die Relevanz von lautunterstützten Gebärden zur besseren Verständigung zwischen Personen mit und ohne intellektuelle

Entwicklungsstörung vor und ermutigt gleichzeitig zum kreativen Einsatz von Gesten im Gespräch.

- THIELKING erläutert das Konzept „Leichte Sprache“ und erklärt anhand von Beispielen, wie Gesprächspartner:innen mittels leichter Sprache die Verständigung mit kommunikativ eingeschränkten Personen erleichtern können. Auch Verweise auf die gesetzlichen Grundlagen im Rahmen des BTHG werden skizziert.
- VOGEL und LÖFFLER schildern aus ihrem sprachtherapeutischen Alltag mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, wie UK bei diversen, angeborenen oder erworbenen kommunikativen Beeinträchtigungslagen wirksam anwendbar ist.
- ERDÉLYI schließt mit einem reichhaltigen Fundus an Materialien, die im Gesundheitswesen Anwendung finden, um die Teilhabe von Menschen mit intellektuellen respektive kommunikativen Entwicklungsstörungen beim Sprechen über Schmerzen, Krankheit und Gesundheit zu verbessern.

Wir wünschen Ihnen viel Genuss beim Lesen sowie neue Erkenntnisse und Inspirationen, die Ihr Denken und Handeln in der Begleitung von kommunikativ eingeschränkten Personen, sei es im beruflichen oder im privaten Umfeld, bereichern!

Aktuelle Grundlagen in der Versorgung mit Unterstützter Kommunikation (UK)

Kerstin Nonn

Zitierweise:

Nonn, K. (2022): Aktuelle Grundlagen in der Versorgung mit Unterstützter Kommunikation (UK). In: Wehmeyer, M & Styp von Rekowski, A (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2022 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd. 48. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, S.6-14

Einleitung

Zwischenmenschliche Kommunikation ist ein Grundbedürfnis und essenziell für einen Menschen und seine Lebensqualität (LÜKE & VOCK, 2019). Wenn ein Mensch in seiner Sprach- und Kommunikationsfähigkeit schwer beeinträchtigt ist, hat dies weitreichende Folgen für seine Kooperationsfähigkeit und Teilhabe an der menschlichen Gemeinschaft. Um diese Folgen abzufedern bzw. im besten Fall aufzuheben, gibt es Unterstützte Kommunikation.

Definition

Unterstützte Kommunikation (im Folgenden UK) ist ein Versorgungskonzept, das Menschen ohne ausreichende Lautsprache und ihren Bezugspersonen eine erfolgreiche Kommunikation im Alltag ermöglicht (NONN, 2020). UK besteht aus multimodalen Kommunikationsformen einschließlich Hilfsmitteln, einer spezifischen Gestaltung von Kommunikationssituationen sowie hilfreichen Kommunikationsstrategien aller beteiligten Partner (GIEL & HELLRUNG, 2019). UK kann sowohl eine zeitlich begrenzte als auch eine fortwährende Maßnahme darstellen. UK verfolgt das Ziel, kommunikative Einschränkungen in der sozialen Teilhabe zu kompensieren sowie die Autonomie und Selbstwirksamkeit der Person ohne ausreichende Lautsprache zu verbessern.

Eine UK-Intervention ist von Anfang an zu gleichen Teilen aufgeteilt, indem einerseits - sofern möglich - die unterstützende kommunizierende (im Folgenden uk) Person als 'Experte in eigener Sache' und andererseits alle wichtigen Bezugspersonen (Familie, Partner und verschiedene Berufsgruppen: Ärzte, Lehrkräfte, Schulbegleiter, Therapeuten, Werkstattmitarbeitende etc.) in die Diagnostik und Beratung sowie in die Planung, Durchführung und Evaluation der Intervention mit einbezogen werden (BOENISCH & SACHSE, 2018). Nur dann ist eine Versorgung mit UK erfolgreich.

Grundlegende Modelle

Im Folgenden werden drei Modelle vorgestellt, die wegweisend für aktuelle UK-Versorgungskonzepte sind und professionsübergreifend Anwendung finden. Denn UK findet immer mehr Verbreitung im deutschen Bildungs- und Gesundheitswesen: frühe Förderung, Förderschulen, Kliniken, Reha-Einrichtungen, nachschulische und berufliche Rehabilitation, Werkstätten, Wohnen und Seniorenbereich. Sämtliche Modelle sollen den verschiedenen pädagogischen, medizinischen und therapeutischen Berufsgruppen als gemeinsame Infrastruktur dienen und einen Bezugsrahmen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und zum fachlichen Austausch schaffen. Sie stellen einen systematischen Ablauf dar und leiten die

beteiligten Disziplinen wie ein roter Faden durch den UK-Versorgungsprozess von der Kontaktaufnahme über die Diagnostik und Beratung zur Intervention und Evaluation eben dieser. Das gemeinsame Ziel, die Verbesserung der sozialen Teilhabe, steht sowohl der ICF (DIMDI, 2005) als auch dem Partizipationsmodell nach im Mittelpunkt BEUKELMAN & MIRENDA (2013). Eine gemeinsame, interdisziplinäre Systematik für den Aufbau eines Kommunikationssystems stellt das Inhalt-Funktion-Form-Modell nach BLOOM & LAHEY (1978) zur Verfügung.

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (im Folgenden ICF) ist ein Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das den funktionalen Gesundheitszustand und mögliche gesundheitliche Einschränkungen eines Menschen beschreibt (DIMDI, 2005). Gesundheitliche Einschränkungen werden in der ICF nicht ausschließlich als Defizit betrachtet, vielmehr ist der Blick auf den Menschen und sein gesundheitliches Problem bzw. seine Beeinträchtigung fähigkeits- und ressourcenorientiert sowie alltagsbezogen. Zur Basis der Beschreibungen gehören auch die individuellen Lebensbedingungen und das soziale Umfeld der betroffenen Person. Der Alltagsbezug und die Orientierung an den vorhandenen individuellen sowie kollektiven Fähigkeiten und Ressourcen prädestinieren die ICF als maßgebenden Bezugsrahmen für die UK-Versorgung (LÜKE & VOCK, 2019).

Die UK-Versorgung orientiert sich in ihrem Aufbau und Ablauf am bio-psycho-sozialen Modell der ICF (siehe Abb. 1). Zuerst werden die Körperstrukturen und Funktionen der Person ohne ausreichende Lautsprache in einer ausführlichen Sprach- und Kommunikationsdiagnostik untersucht und beschrieben. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für die Analyse des Ist-Zustands unter den folgenden Fragestellungen (NONN & PÄßLER-VAN REY, 2014): Welche Einschränkungen, Fähigkeiten und Ressourcen hat die betroffene Person in Funktion und sozialer Teilhabe? Welche Probleme, Wünsche und Möglichkeiten hat das soziale Umfeld in der Kommunikation mit der Person? Ziel einer ICF-orientierten Diagnostik ist das Festlegen eines konkreten Interventionsplans, wie durch eine erfolgreiche kommunikative Kompetenz aller beteiligter Personen Kommunikation im Alltag gelingen kann. Die UK-Versorgung setzt an den Umweltfaktoren und den persönlichen Faktoren der Person ohne ausreichende Lautsprache an. Im Mittelpunkt stehen die Aktivitäten und die soziale Partizipation, so dass Aktivitäten des täglichen Lebens durch UK erleichtert bzw. sogar erst realisiert werden können. Kommunikations- und ressourcenorientierte Ziele sind in der UK-Versorgung primär, symptom- und störungsorientierte Ziele sekundär. Die Ressourcenorientierung der ICF führt dazu, dass der Blick in der UK-Versorgung positiv und konstruktiv auf die Entwicklung von Kompetenzen der betreffenden Person und ihres sozialen Umfelds gerichtet ist.

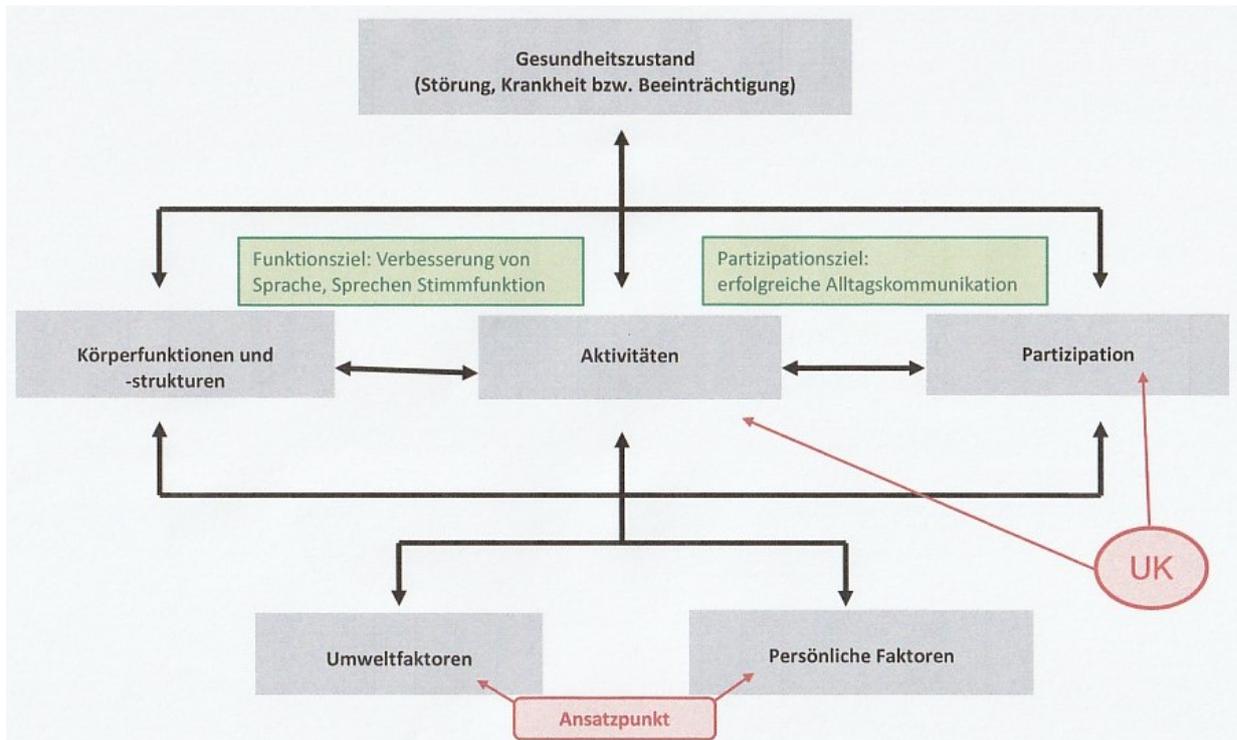


Abb. 1: Das Bio-psycho-soziale Modell der ICF (DIMDI, 2005) in der UK-Versorgung

Kooperatives Partizipationsmodell

Bereits 1988 entwickelten BEUKELMAN und MIRENDA ein erstes Partizipationsmodell für die Implementierung eines Kommunikationssystems in den Alltag einer Person ohne ausreichende Lautsprache, welches von seiner Sichtweise her in vielen Aspekten mit der ICF übereinstimmt (BEUKELMAN & MIRENDA, 2013). LAGE und KNOBEL FURRER (2017) aktualisierten das Modell unter der neuen Bezeichnung 'Kooperatives Partizipationsmodell'. Zu Beginn wird das Kommunikationsverhalten in verschiedenen alltagsnahen Kontexten erfasst; es entsteht das sogenannte Fähigkeitsprofil, das die vorhandenen Fähigkeiten der uk Person beschreibt. Zugleich bildet sich ein Team um die uk Person, bestehend aus möglichst allen am Kommunikationsprozess beteiligten Bezugspersonen. Wichtigstes Ziel der Arbeit im Team ist die Konsensfindung. Alle Beteiligten einigen sich im Hinblick auf die Interventionsplanung auf eine Alltagsaktivität, welche sofort und ohne großen Aufwand die soziale Teilhabe der uk Person durch mehr Kommunikation verbessert; bspw. trifft ein uk Jugendlicher abends in der Wohngruppe selbst die Entscheidung, wie er sich entspannen und chillen möchte, indem er aus mehreren Bildsymbolen die gewünschte Aktivität (Charts-Playliste hören) auswählt. Diese UK-basierte Aktivität wird über ein festgelegtes Zeitintervall (bspw. einen Monat lang) durchgeführt und im Anschluss hinsichtlich einer erfolgreichen Zielerreichung evaluiert. Wichtig ist, alltagsrelevante, realistische Interventionsziele zu formulieren und bei der Umsetzung verschiedene Einflussfaktoren, insbesondere auch den lautsprachlich kommunizierenden Gesprächspartner, im Blick zu behalten. Unterstützt kommunizierende Personen, die ihre Kommunikationsformen kompetent einsetzen können, nehmen aktiv an Gesprächen teil, spielen mit anderen, streiten sich, fragen nach. Diese und weitere Fähigkeiten werden durch vielfältige Erfahrungen in echten Kommunikationssituationen mit verschiedenen Gesprächspartnern erworben (LINGK et al., 2020).

Ein Kommunikationssystem hat zwei Eigenschaften. Es ist erstens multimodal: Die UK Person kann angepasst an die Situation, mögliche Partner und den Inhalt flexibel unterschiedliche Kommunikationsformen einsetzen, um sich verständlich mitzuteilen. Es ist zweitens ein individuelles Kommunikations-system, bei dem die UK Person verschiedene Kommunikationsformen auf der Basis vorhandener Fähigkeiten und Funktionen nutzt.

Am Ende eines Interventionsintervalls wird das Ergebnis von allen beteiligten Personen evaluiert. Auf dieser Grundlage kann sich ein neues Intervall anschließen. Die UK Person und ihre Bezugspersonen gestalten auf diese Art und Weise die UK-Intervention aktiv mit.

Beide Modelle, die ICF und das Kooperative Partizipationsmodell, richten ihr Augenmerk auf die Beschreibung von Möglichkeiten der UK Person, aktiv durch Kommunikation am Alltag und an gewünschten Lebensbereichen teilzunehmen.

Inhalt–Funktion–Form-Modell

Das linguistische Inhalt–Funktion–Form-Modell von BLOOM & LAHEY (1978) stellt die semantischen, pragmatischen und syntaktischen Aspekte von Sprache und Kommunikation dar. Dieses Modell wurde für UK modifiziert und unterscheidet zwischen Inhalt, Funktion und Form einer Äußerung. Besonders die Form wird UK-spezifisch in körpereigene und Hilfsmittel gestützte Kommunikationsmodi ausdifferenziert, um das breite Spektrum Unterstützter Kommunikation zu verdeutlichen.

Inhalt

Wörter haben eine konventionell festgelegte Bedeutung; aus ihnen besteht der Wortschatz eines Menschen. Im Kontext von UK spricht man von Vokabular: Was möchte ein Mensch inhaltlich mitteilen? Um welches Thema geht es? Wörter gehören einer bestimmten Wortart an und werden zu größeren Sinneinheiten durch grammatische und textgrammatische Regeln verknüpft; es entstehen Sätze und Texte. Verständnis und Verwendung von Wörtern sind nicht an eine bestimmte Situation gebunden, vielmehr symbolisch und kontextflexibel.

Funktion

Mittels sprachlicher Handlungen bzw. Sprechakte drückt ein Mensch die Absicht aus, warum bzw. wozu er kommuniziert. Man unterscheidet zwischen einfacheren Funktionen, die auch nonverbal ausgedrückt werden können, und komplexeren Funktionen, bei denen Sprache als symbolische Kommunikationsform verwendet wird.

Beispiele für einfache Funktionen:

- die Aufmerksamkeit auf sich lenken
- um eine Handlung oder ein Objekt bitten
- um Hilfe bitten
- grüßen
- eine Auswahl treffen

Beispiele für komplexere Funktionen:

- Fragen beantworten
- um Auskunft bitten
- kommentieren
- verbal protestieren bzw. streiten
- von Vergangenen erzählen bzw. berichten
- über Zukünftiges sprechen

Form

Ein gesunder, hörender Mensch kommuniziert primär über Lautsprache, aber darüber hinaus kommunizieren Menschen fast immer multimodal, d.h. sie benutzen gleichzeitig mehrere Kommunikationsformen.

Jeder Mensch besitzt eine individuelle Art und Weise, wie er kommuniziert:

- über Sprache
- über Stimme
- über Körperhaltung (Kopfhaltung, Haltung der Gliedmaßen, Veränderungen im Muskeltonus)
- über Körperbewegungen/ -veränderungen (zu- oder abwenden, jemanden irgendwo hinführen, sich irgendwo hinstellen, um die Aufmerksamkeit auf etwas zu lenken)
- durch Gebärden (Deutsche Gebärdensprache (DGS), Lautsprachbegleitende Gebärden (LBG) und Lautsprachunterstützende Gebärden (LUG))
- durch Mimik
- durch Hinschauen, Blickrichtung ändern
- durch Handlungen (z.B. greifen, wegschubsen, sich wegrehen, jemanden an die Hand nehmen)
- durch Zeigegesten mit dem Zeigefinger, Hand, Fuß, Augen oder Kopf
- über Hilfsmittel (z.B. Sprachcomputer)
- über Gegenstände, die als dreidimensionale Symbole zur Kommunikation eingesetzt werden
- über Fotos
- über Zeichnungen
- über grafische Symbole

In der UK gibt es körpereigene und Hilfsmittel gestützte Kommunikationsformen, wobei die Hilfsmittel weiter in elektronisch und nicht-elektronisch unterteilt werden. Die folgende Tabelle (1) illustriert die Systematik in der UK, unterteilt nach den Eigenschaften der Kommunikationsformen.

körpereigen	nicht-elektronisch	elektronisch
Mimik & Körpersprache Zeigen & Gesten Laute & Lautsprache Gebärden Blickrichtung/ Blickbewegungen	Kern- und Randvokabular Partnerscanning Kommunikationstafel Kommunikationsbuch Alphabettafel	Kern- und Randvokabular als Oberfläche Schalter: Bildsymbole & dreidimensionale Symbole elektronisches Gerät mit Sprachausgabe individuelle Ansteuerung schriftbasierte elektronische Hilfe

Tab. 1: Formen von Unterstützter Kommunikation

Das Inhalt-Funktion-Form-Modell wird in der UK-Diagnostik und Therapie oft in der interprofessionellen Zusammenarbeit zur Orientierung eingesetzt, um Ziele, Methoden und Vokabular festzulegen (SCHÄFER & SCHELLEN, 2017).

Zielgruppen

Ausgangspunkt für die UK-Versorgung ist der Grundsatz, dass auch Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung ein Recht auf lebenslange Bildung, Kommunikation, Entwicklung von Sprache und weiterer Entwicklungsdomänen haben (ROMSKI et al., 2015). Für die Versorgung mit UK gibt es keine Voraussetzung bzw. kein Ausschlusskriterium: Es handelt sich um das Paradigma der Voraussetzungslosigkeit (MIRENDA, 1993). Die Bandbreite der Störungsbilder ist groß. Jedes Alter ist möglich. Menschen mit angeborenen Beeinträchtigungen (Infantile Zerebralparenese, Genetische Syndrome, Kognitive Beeinträchtigungen, Mehrfachbehinderung, Autismus-Spektrum-Störung, Erwachsene mit unvollständigem Spracherwerb etc.) und Menschen mit erworbenen Beeinträchtigungen (Ischämischer Insult, SHT etc.) einschließlich der Folgen progressiv neurologischer Erkrankungen (Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose etc.) können von UK in Form eines unterstützenden oder die Lautsprache ersetzenden Kommunikationssystems sehr profitieren (NONN, 2011).

Da Menschen ohne ausreichende Lautsprache in ihren Fähigkeiten und Beeinträchtigungen individuell sehr verschieden sind, ist eine gezielte Auswahl spezifischer Diagnostik- und Therapieansätze sowie eine Anpassung an die einzelne Person relevant (LIEHS & MARKS, 2014).

WEID-GOLDSCHMIDT (2013) gliedert die heterogene Gruppe der UK-Menschen fähigkeitsorientiert in vier Kompetenzstufen, die Zielgruppen genannt werden; eine Kompetenzorientierung ist also der Ausgangspunkt der Einteilung.

- Die erste Gruppe bilden Personen, die präintentional kommunizieren. Sie besitzen keine bzw. eine sehr eingeschränkte bewusste Wahrnehmung ihrer eigenen Person. Ein Dialog mit ihnen ist i.d.R. nur über körpernahe Sinne möglich. Signale sind für die Bezugspersonen schwer, wenn überhaupt deutbar. Auf Signale bzw. Ansprache der Kommunikationspartner erfolgen meist keine unmittelbar verständlichen Reaktionen. Ein Sprachverständnis ist nicht beobachtbar, aber die emotionale Färbung des Gesprochenen kann die Person wahrnehmen. Ursachen können schwere zentrale Schädigungen angeborener Genese (bspw. schwere und mehrfache Behinderung) oder erworbener Genese (bspw. Patienten im Wachkoma) sein.
- Personen der zweiten Gruppe kommunizieren intentional, aber überwiegend präsymbolisch. Wörter als Kopplung aus Wortform und Bedeutung sind nur in Ansätzen vorhanden. Das Sprachverständnis ist daher auf das Hier und Jetzt sowie auf vertraute Situationen beschränkt. Personen der Zielgruppe 2 sind erst auf dem Weg zu einer symbolischen Kommunikation.
- Die dritte Gruppe ist sehr heterogen durch verschiedenste motorische, sensorische und/oder wahrnehmungsverarbeitende bzw. sprachspezifische Beeinträchtigungen. Personen der Zielgruppe 3 haben die symbolisch-repräsentative Natur von Sprache erworben und besitzen eine innere Sprache. Das Sprachverständnis ist auf dem Niveau einer rein sprachlichen Dekodierungsleistung und somit unabhängig vom situativen Kontext. Trotzdem sind Sprachverständnis und Sprachproduktion im Vergleich zu einer gleichaltrigen Person eingeschränkt und nicht altersgemäß.

- Personen der vierten Gruppe haben i. d. R. ausschließlich eine Bewegungs-störung (bspw. Athetose), die auch die Sprechmotorik schwer beeinträchtigt. Denken, Kommunikation und Sprachverarbeitung einschließlich der Schriftsprache sind intakt bzw. weitestgehend intakt. Eine komplexe elektronische Hilfe mit individueller Ansteuerung kann die beeinträchtigte Sprachproduktion kompensieren und den betroffenen Personen einen offenen Zugang zu Sprache ermöglichen.

Die Einteilung in Zielgruppen geht davon aus, dass die kommunikativen Kompetenzen einer Person und ihres Umfelds zu einem bestimmten Zeitpunkt, also punktuell gemessen und in Form einer Diagnose beschrieben werden. Dies impliziert, dass UK stets ein ergebnisoffener Prozess ist; kommunikative und sprachliche Fähigkeiten können sich durch Entwicklung bzw. Rehabilitation jederzeit verändern. Keine UK Person ist auf Dauer in einer bestimmten Zielgruppe verhaftet, vielmehr sind Übergänge und Durchstiege zu einer anderen Kompetenzstufe möglich.

Internationale und nationale Fachverbände und ihr Wissensangebot

Augmentative and Alternative Communication (abgekürzt AAC) bezeichnet den international gebräuchlichen Terminus für Unterstützte Kommunikation; übersetzt spricht man von einer ergänzenden (= augmentative) und ersetzenden (= alternative) Kommunikation. Die Internationale Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation (ISAAC = International Society for Augmentative and Alternative Communication) gründete sich 1983 als Zusammenschluss von sieben Ländern mit Sitz in Toronto, Kanada (ZANGARI et al., 1994). Deutschland gehörte nicht zu den Gründungsländern. ISAAC ist die weltweite Dachorganisation für UK mit derzeit ca. 1.800 Mitgliedern in mehr als 63 Ländern. ISAAC hat sich zum Ziel gesetzt, allen Menschen ohne ausreichende Lautsprache einen Zugang zu UK zu ermöglichen und Hilfestellungen in der Kommunikation zwischen betroffenen Personen und ihren Kommunikations-partnern anzubieten. Die Verbreitung dieser Ideen und die Weiterentwicklung des Fachgebiets werden durch die im Zweijahresrhythmus stattfindenden internationalen Konferenzen und die seit 1985 erscheinende englischsprachige Fachzeitschrift *Augmentative and Alternative Communication* (AAC) unterstützt.

1990 wurde die deutschsprachige Sektion ISAAC – GSC (= German Speaking Countries: Österreich, Schweiz und Deutschland) gegründet. Als Pionierin brachte die Sonderpädagogin Ursula Braun das Konzept der UK 1990 aus den USA nach Deutschland und gründete gemeinsam mit anderen Sonderpädagogen die deutschsprachige Sektion von ISAAC (NONN, 2011). Nach wechselhaften Phasen der Mitarbeit im internationalen Verband kündigte ISAAC – GSC 2014 die Mitgliedschaft bei ISAAC (RENNER, 2020). Der Verein gab sich einen neuen Namen. Die Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. hat derzeit ca. 1.800 Mitglieder in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Sie ist nun ein einfaches, institutionelles ISAAC-Mitglied und ebenfalls Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband; sie arbeitet mit anderen Organisationen der Rehabilitation (bspw. Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. und Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.) eng zusammen. UK hat sich in Deutschland strukturell von den Förderschulen ausgehend und geografisch von Nordrhein-Westfalen aus verbreitet, ist aber mittlerweile ein großes inklusives und interprofessionelles UK-Netzwerk, welches auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene Informationsaustausch und Zusammenarbeit fördert. Bundesweit finden regelmäßig Fachtagungen und Fortbildungsveranstaltungen statt, die im Veranstaltungskalender der Verbands-Homepage (www.gesellschaft-uk.org) eingesehen werden können; als Beispiel sei die im zweijährigen Rhythmus stattfindende überregionale

Fachtagung mit dem dazugehörigen Kongressband (LING & NIEDIEK, 2019) genannt. Seit 1990 erscheint vierteljährlich die deutschsprachige Fachzeitschrift für Unterstützte Kommunikation „Unterstützte Kommunikation“ und einmal jährlich zum Jahresende die Sonderausgabe „uk & forschung“ als wissenschaftliche Beilage ebendieser Fachzeitschrift. Die Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. ist nicht nur eine Gesellschaft für verschiedene Berufsgruppen im pädagogischen, medizinischen und therapeutischen Bereich (sogenannte „Profis“), sondern auch für uk Personen selbst sowie für ihre Familien und Freunde. Denn uk Personen wissen am besten, was UK bedeutet, und haben durch ihre eigenen Biografien eine große Expertise, auf die wiederum die Experten, die sich aus ihrer beruflichen Professionalität heraus mit UK beschäftigen, zurückgreifen: Uk Personen sind Experten in eigener Sache. Sie beteiligen sich aktiv an der Weiterentwicklung des Fachgebietes UK und der Gesellschaft für UK.

Zusammenfassung

UK als ein Konzept in den Alltag der verschiedenen Zielgruppen in unterschiedlichen Institutionen über die gesamte Lebensspanne zu implementieren, ist die Vision in der UK-Versorgung (BOENISCH & SACHSE, 2020). Die Umsetzung gelingt, indem konkrete Interventionsziele festgelegt, individuelle Therapiemethoden ausgewählt und mögliche typische Fallstricke (wie bspw. der fehlende Einbezug dessozialen Umfelds in die UK-Intervention) vermieden werden. Dann ist der folgende Rahmen geschaffen, in dem eine Person ohne ausreichende Lautsprache Kompetenzen entwickeln kann, und zwar im Sinne eines lebenslangen Lernprozesses (KLANG et al., 2016): Die Person hat 24 Stunden pro Tag an sieben Tagen pro Woche Zugang zu Sprache inklusive Schriftsprache und Kommunikation, unabhängig vom Alter und von der Schwere der Beeinträchtigung. Das Kommunikationssystem ist individuell, multimodal, sprachlich reichhaltig und flexibel. Es geht um die natürliche Nutzung von UK in echten Kommunikationssituationen (LINGK et al., 2020). Das soziale Umfeld der Person ist bereit, gemeinsam und aktiv UK zu fördern, Barrieren abzubauen und UK als selbstverständliche Kommunikationsform im Alltag zu nutzen. Die soziale Partizipation haben alle Beteiligten von Anfang an im Blick. Dieser Rahmen ermöglicht es Personen ohne ausreichende Lautsprache, via UK erfolgreich und selbstbestimmt kommunizieren zu können.

Literatur

- BEUKELMAN, D.R., MIRENDA, P. (2013): *Augmentative & Alternative Communication* (3th edition). Paul Brookes, Baltimore.
- BLOOM, L., LAHEY, M. (1978): *Language development and language disorders*. Wiley and sons, New Jersey: Somerset.
- BOENISCH, J., SACHSE, S. (2020): *Kompendium Unterstützte Kommunikation*. Kohlhammer, Stuttgart.
- BOENISCH, J., SACHSE, S. (2018): *Diagnostik und Beratung in der Unterstützten Kommunikation* (3. Aufl.). Von Loeper, Karlsruhe.
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2005): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>. [10.03.2022]
- GIEL, B., HELLRUNG, U. (2019): *Logopädie und Unterstützte Kommunikation. Die Rolle der Logopädie in der Versorgung von Menschen ohne ausreichende Lautsprache*. *Forum Logopädie*, 33 (5), 20-24.
- KLANG, N., ROWLAND, C., FRIED-OKEN, M., STEINER, S., GRANLUNG, M., ADOLFSSON, M. (2016): *The content of goals in individual educational programs for students with complex needs*. *Augmentative and Alternative Communication*, 32 (1), 41-48.

- LAGE, D., KNOBEL FURRER, C. (2017): Das Kooperative Partizipationsmodell. Ein notwendiger Relaunch. In: D. Lage, K. Ling, (Hrsg.), UK spricht viele Sprachen. Von Loeper, Karlsruhe. S. 125-138.
- LIEHS, A., MARKS, D. K. (2014): Spezifische Sprachdiagnostik bei UK-NutzerInnen – Gewusst wie?! Logos, 22, 208-215.
- LING, K., NIEDIEK, I. (2019): UK im Blick. Kongressband. Perspektiven auf Theorien und Praxisfelder in der Unterstützten Kommunikation. Von Loeper, Karlsruhe.
- LINGK, L., NONN, K., SACHSE, S. K. (2020): Pragmatische Fähigkeiten als Schlüssel zur kommunikativen Kompetenz unterstützt kommunizierender Personen. In: J. Boenisch, S. K. Sachse (Hrsg), Kompendium Unterstützte Kommunikation. Kohlhammer, Stuttgart. S. 148-154.
- LÜKE, C., VOCK, S. (2019): Unterstützte Kommunikation bei Kindern und Erwachsenen. Springer, Berlin.
- MIRENDA, P. (1993): AAC: Bonding the uncertain mosaic. Augmentative and Alternative Communication, 9, 3-10.
- NONN, K. (2020): Kooperative, kompetenzorientierte und spezifische Diagnostik in UK: soziale Partizipation von Anfang an im Blick. Sprache, Stimme, Gehör 44 (3), 139-143.
- NONN, K. (2011): Unterstützte Kommunikation in der Logopädie. Thieme, Stuttgart.
- NONN, K., PÄßLER-VAN REY, D. (2014): ICF in der Unterstützten Kommunikation. In: H. Grötzbach, J. Hollenweger-Haskell, C. Iven (Hrsg), ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Schulz-Kirchner, Idstein. S. 275-286.
- RENNER, G. (2020): Internationale Perspektiven auf Unterstützte Kommunikation – Objektive Entwicklungen und subjektive Einschätzungen. In: J. Boenisch, S. K. Sachse (Hrsg), Kompendium Unterstützte Kommunikation. Kohlhammer, Stuttgart. S. 81-87.
- ROMSKI, M., SEVCIK, R., BARTON-HULSEY, A., WHITMORE, A. (2015): Early Intervention and AAC: What a Difference makes 30 Years. Augmentative and Alternative Communication, 31 (3), 181-202.
- SCHÄFER, K., SCHELLEN, J. (2017): „UK funktioniert bei uns nicht!“ – Woran kann das liegen? Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis, 6, 217-223.
- WEID-GOLDSCHMIDT, B. (2013): Zielgruppen Unterstützter Kommunikation. Fähigkeiten einschätzen – Unterstützung gestalten. Von Loeper, Karlsruhe.
- ZANGARI, C., LLOYD, L., VICKER, B. (1994): AAC: A historic perspective. Augmentative and Alternative Communication, 1, 27-59.

Systematische UK-Interventionen planen mit dem ABC-Modell

Tobias Bernasconi & Stefanie K. Sachse

Zitierweise:

Bernasconi, T. & Sachse, S. K. (2022): Systematische UK-Interventionen planen mit dem ABC-Modell. In: Wehmeyer, M & Styp von Rekowski, A (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2022 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd. 48. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, S.15-23

Interventionsplanung in der Unterstützten Kommunikation

Sämtlichen Interventionen in der Unterstützten Kommunikation (UK) sollte eine Trias aus Diagnostik, Beratung und Interventionsplanung zugrunde liegen. Interventionsplanung, Umsetzung und Evaluation werden dabei als zirkuläres Modell verstanden. Bei der Planung wird nicht aus einer Diagnose kausal eine Maßnahme abgeleitet, sondern es werden die individuelle Lebenswelt, die Wünsche der unterstützten kommunizierenden (u.k.) Person und die Einschätzung der privaten und fachlichen Bezugspersonen berücksichtigt. UK-Interventionen können dementsprechend ganz unterschiedliche Ausrichtungen bzw. Zielsetzungen haben, die sich auch je nach Akteuren und deren Intentionen unterscheiden:

- Die u.k. Personen fokussieren ggf. auf Themen und Inhalte, die mit individuellen Interessen und Lebenssituationen korrespondieren (z.B. ein Skype-Gespräch führen, sich mit Gleichaltrigen austauschen, auswählen, was man spielen oder im Fernsehen anschauen möchte).
- Aus der Sicht professioneller Akteure kann die Verbesserung bestimmter kommunikativer Kompetenzen im Sinne des Erreichens von entwicklungs-bezogenen Meilensteinen im Mittelpunkt stehen.
- Für private Bezugspersonen kann es dagegen ggf. eher um alltagspraktische Problemstellungen gehen (z.B. „er/sie soll sagen können, wie es ihm/ihr geht“, etwas berichten oder Schmerzen anzeigen).

Da kommunikative Kontexte darüber hinaus sehr unterschiedlich und von verschiedenen Kontextfaktoren beeinflusst sind, werden in der praktischen Interventionsplanung oftmals verschiedene Zielebenen und -vorstellungen vermischt. Übergreifend besteht jedoch Einigkeit, dass beispielsweise die Beschreibung einer kommunikativen Beeinträchtigung allein kaum ausreicht, um umfassende UK-Interventionen abzuleiten und zu planen (SACHSE & BERNASCONI, 2020). Vielmehr sollte der Blick auf die individuelle Lebenswelt und die konkrete Bedürfnislage gelenkt werden. Eine ähnliche Fokussierung nimmt auch LIGHT (1989) vor, wenn sie fragt, welche Lebensbedeutsamkeit UK-Interventionen für die u.k. Person haben (können)? LEMLER (2020, 297) gibt dazu den Hinweis, dass UK-Interventionen dann lebensbedeutsam für die u.k. Person sind, wenn sie (1) einen Fähigkeitszuwachs auf der Kompetenzebene ermöglichen, (2) die Einflussnahme auf der Handlungsebene steigern und (3) die Persönlichkeits- und Identitätsbildung auf der Selbstebene durch Steigerung der Teilhabe unterstützen. Als übergreifendes Ziel und gleichzeitiges Evaluationskriterium kann in Anlehnung an LIGHT (1989) die gelingende Alltagskommunikation benannt werden. UK-Interventionen müssen also einen konkreten Mehrwert für die Person und ihr Umfeld haben, was weitergehend bedeutet, dass nicht nur die Kompetenzen der u.k. Person, sondern auch die ihres privaten und professionellen Umfeldes bei der Interventionsplanung bedacht werden müssen (MOORCROFT et al., 2018). Zudem ist der Blick auf die möglichen

Erweiterungen von Teilhabe und Partizipation zentral (BEUKELMAN & MIRENDA, 2013; LIGHT & MCNAUGHTON; 2015; LAGE et al., 2017; BERNASCONI & SACHSE, 2019).

Wie können nun „gute“ UK-Interventionen geplant und umgesetzt werden? Insbesondere für eine systematische Planung empfiehlt sich die Orientierung an Modellen, die einerseits ein alltagsbezogenes, übergreifendes Arbeiten und andererseits eine individuumsbezogene Planung ermöglichen.

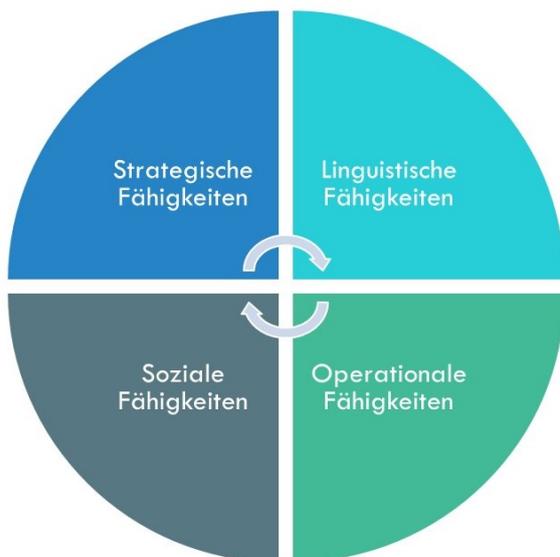
Orientierungsmodelle

Die ICF(-CY) und die Frage nach dem individuellen Alltag

Als erstes Bezugsmodell wird die ICF(-CY) herangezogen (DIMDI, 2005). In der ICF wird das sog. biopsychosoziale Modell von Behinderung genutzt, welches die Auswirkungen einer Schädigung auf die individuelle Lebenssituation einer Person beschreibt. Dabei wird nicht nur die funktionale Einschränkung einer Person betrachtet, sondern auch die Wechselwirkungen zwischen Umwelt-faktoren und personenbezogenen Aspekten. Zentraler Aspekt zur Beurteilung der Behinderung einer Person ist dabei der Grad der Teilhabe an Alltagsaktivitäten. Teilhabe entsteht durch Aktivitäten im individuellen Lebensumfeld. Menschen mit Behinderung erleben jedoch häufig weniger Teilhabe, da sie weniger in alltägliche Aktivitäten eingebunden sind (vgl. BERNASCONI 2020).

Wenn UK-Interventionen auf die Erweiterung der Teilhabe abzielen, so ist die Orientierung an der Philosophie der ICF entsprechend hilfreich (SIMEONSSON et al., 2012; GRÖTZBACH & IVEN, 2009; LÜKE & VOCK, 2019; PLESS & GRANELUND, 2012; LIGHT & MCNAUGHTON, 2015; KLANG et al., 2016). Es geht dabei nicht darum, Menschen mit Bedarf an UK mittels der ICF zu klassifizieren, sondern die ICF-spezifische Philosophie zu nutzen, um bei konkreten und bedeutsamen Aktivitäten im Alltag anzusetzen.

Kommunikative Kompetenz von unterstützt kommunizierenden Menschen



Um vermehrt im Alltag teilzuhaben, ist es notwendig, dass u.k. Personen ihre kommunikative Kompetenz mit Blick auf die ausgewählten Alltagssituationen und -aktivitäten erweitern. Kommunikative Kompetenz ist nicht angeboren, sondern entwickelt sich schrittweise und sukzessive im Lauf der Zeit (vgl. BINGER & LIGHT, 2008; BEUKELMAN & LIGHT 2020). Zur Bestimmung kommunikativer Kompetenz wird das Modell von Light herangezogen (LIGHT, 1989; LIGHT & MCNAUGHTON, 2015). Das bereits 1989 veröffentlichte Modell ist heute international anerkannt, und unterscheidet in der ausdifferenzierten Version (LIGHT et al., 2003) vier Bereiche kommunikativer Kompetenz (siehe Abb. 1):

Abb. 1: Das Modell der kommunikativen Kompetenz (nach LIGHT, 1989; eigene Darstellung)

- *linguistische Fähigkeiten*, d.h. lexikalische und morphologisch-syntaktische Fähigkeiten zur Kombination von Wörtern oder Gebärden;
- *operationale Fähigkeiten*, z.B. Wörter auf der Kommunikationshilfe finden, Kommunikationshilfen ansteuern oder Gebärden ausführen;
- *soziale Fähigkeiten*, d.h. sich je nach sozialer Situation und Gesprächspartner:in adäquat am Gespräch beteiligen;
- *strategische Fähigkeiten* im Sinne der kreativen Nutzung unterschiedlicher Kommunikationsfähigkeiten, um z.B. fehlende Wörter zu umschreiben.

Die Besonderheit liegt darin, dass kommunikative Kompetenz nicht als isolierte, individuelle Fähigkeit verstanden wird, sondern als interpersonales Konstrukt. Das bedeutet, dass neben dem, was die u.k. Person in die Situation einbringt, auch weitere Aspekte der Umwelt sowie Einstellungen und Fähigkeiten der Kommunikationspartner:innen eine Rolle spielen.

Verbindung der Aspekte im ABC-Modell

Die hier nur in aller Kürze dargestellten Modelle wurden im sog. ABC-Modell von SACHSE & BERNASCONI (2020, 208) zusammengeführt (siehe Abb.2). Der zirkuläre Prozess von UK-Interventionen wird dabei in drei Phasen untergliedert.

Das Kürzel ABC steht für:

- **A= Aktivitäten** beschreiben: Analyse des Lebensalltags zur Identifikation relevanter Aktivitäten und Kontextfaktoren,
- **B= Ziele** anhand der *Bereiche* kommunikativer Kompetenz beschreiben und Aufgaben der *Bezugspersonen* festlegen (=Maßnahmen),
- **C= Kontrolle** (*Control*) der Maßnahmen im Lebensalltag.

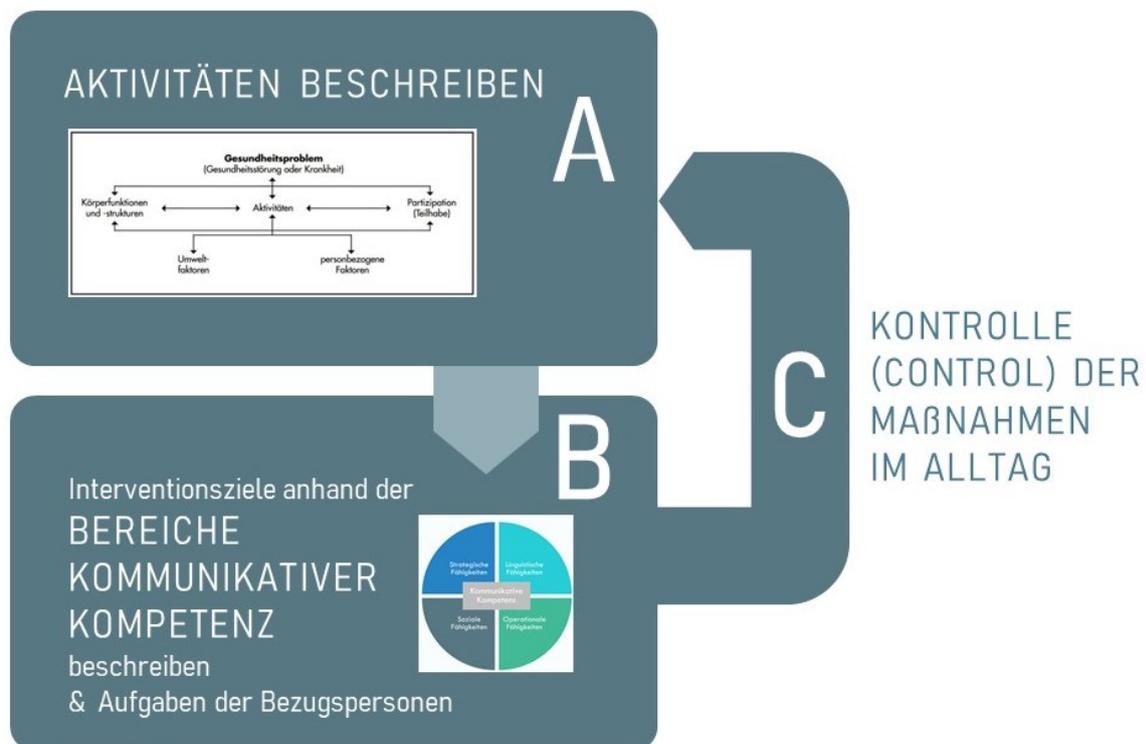


Abb. 2: Zirkuläres ABC-Modell (nach SACHSE & BERNASCONI, 2020)

Das ABC-Modell verbindet damit die beschriebenen Aspekte der Interventionsplanung in einem zirkulären Planungs- und Evaluationsmodell und ermöglicht eine systematische Vorgehensweise.

Die Phasen werden dabei charakterisiert durch:

- A: Die Auswahl der Aktivitäten im Sinne der ICF bildet den Ausgangspunkt der Interventionsplanung. Entsprechend der ICF, in der Behinderung als Einschränkungen der Teilhabe bei Alltagsaktivitäten beschrieben wird, stehen Alltagsaktivitäten im Fokus der UK-Intervention. Es müssen also zunächst Aktivitäten gefunden werden, die für die u.k. Person individuell bedeutsam sind bzw. – bei Personen, die wir dazu aufgrund einer erheblichen Beeinträchtigungslage kaum befragen können – von denen angenommen wird, dass sie bedeutsam sein könnten und bei denen aktuell die Teilhabemöglichkeiten als begrenzt wahrgenommen werden. Die Orientierung an den Lebensbereichsdomänen der ICF(-CY) ermöglicht es, sehr konkret am individuellen Alltag der betreffenden Person anzusetzen und gleichzeitig bei der Entscheidung ein breites Spektrum an Situationen zu bedenken. Handlungsleitend sollte sein, dass die ausgewählten Aktivitäten einen echten Mehrwert im Sinne der Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten für die Person haben. Das bedeutet auch, dass die Beteiligung aller Personen, die mit der Lebenssituation bzw. der teilhaberelevanten Aktivität direkt in Verbindung stehen, angestrebt werden sollte (WEBB et al., 2019).
- B: Die Formulierung der konkreten Ziele in den Bereichen der kommunikativen Kompetenz stellt den zweiten Schritt des ABC-Modells dar. Hier werden auch Aufgaben der Bezugspersonen formuliert. Anhand der vier dargestellten Fähigkeitsbereiche sind möglichst konkrete Maßnahmen im linguistischen, operationalen, strategischen sowie sozialen Fähigkeitsbereich zu beschreiben. Dabei müssen nicht zwingend immer alle vier Fähigkeitsbereiche berücksichtigt werden, sondern die Ziele ergeben sich letztlich in Abhängigkeit der gewählten Aktivitäten und der aktuell bestehenden Schwierigkeiten mit Blick auf die Teilhabe. Unterstützend empfiehlt sich für die Zielformulierung eine Orientierung am SMART-Prinzip¹ (vgl. VAN TATENHOVE, 2013 GIEL et al., 2018; PRETIS, 2019). Als Ergebnis entsteht dann eine möglichst transparente Vorstellung für die Beteiligten, wie die Aktivität gestaltet werden soll und welche Verantwortung und Aufgaben die Beteiligten bzw. die Bezugspersonen dabei übernehmen. Als weitere Hilfe und Orientierung für die Formulierung konkreter (operationalisierter) Ziele kann z.B. auch das Goals Grid (TOBII DYNAVOX & CLARKE, 2016; SACHSE & BERNASCONI, 2018) genutzt werden². Dabei werden fünf Stufen kommunikativer Unabhängigkeit (vgl. DOWDEN, 1999) genutzt und diese den vier Bereichen kommunikativer Kompetenz (linguistisch, operational, sozial, strategisch) zugeordnet. So entsteht eine Matrix sowohl zur diagnostischen Analyse als auch zur Beschreibung von Zielen und Aufgaben der Intervention.
- C: Die Evaluation inkl. Kontrolle stellt einen essenziellen Bestandteil systematischer Interventionen dar. In diesem Schritt werden der individuelle Alltag und die unter A ausgewählten Aktivitäten erneut betrachtet. Entsprechend sollte schon bei der Zielformulierung über Evaluationskriterien nachgedacht werden. Lassen sich Ziele nicht angemessen operationalisieren, müssen sie an dieser Stelle überarbeitet werden.

¹ Das SMART-Prinzip bündelt unterschiedliche Konzepte zur Zielformulierung und steht als Akronym für S – Spezifisch M – Messbar A – Attraktiv bzw. akzeptabel R – Realistisch T – Terminierbar (vgl. PRETIS, 2019)

² Hierfür steht ein kostenloser Download zur Verfügung: https://download.mytobiidynavox.com/Materialkiste/Analyse_Status_Verlauf/TobiiDynavox-F%C3%B6rderziele_in_der_UK_GoalsGrid.pdf [Zugriff 27.11.2022]

Für die pragmatische Umsetzung der Inter-ventionsplanung nach dem ABC-Modell existiert ein Erarbeitungs- und Dokumentationsbogen (siehe Abb. 3-6), der möglichst gemeinsam von privaten und professionellen Bezugspersonen sowie der u.k. Person bearbeitet wird. Durch den Bogen wird die Komplexität der dargestellten Modelle reduziert und damit eine alltagstaugliche, niederschwellige Planung ermöglicht, die jedoch eine klare Systematik und fachliche Orientierung beibehält.



MUK
Erweiterung des Selektivvertrags zu Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation

Interventionsplanung nach dem ABC-Modell

Ziele: gelingende Alltagskommunikation & Erweitern der Kommunikativen Kompetenz

Datum: _____

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

Neuer Termin in spätestens 6 Monaten – das wäre am: _____

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

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

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

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

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

Am Ende diese Seite für alle kopieren!

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

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

Abb. 3: Dokumentationsbogen: Überblicksblatt

A – Aktivitäten beschreiben und mögliche Umsetzungen durchdenken

Bei welchen Aktivitäten würde der Einsatz von UK wirklich zur Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten – aus der Perspektive der unterstützenden Person – führen?

Mögliche Situationen auflisten und Beispielformulierungen sammeln (Brainstorming)

„Kommunikation soll Spaß machen und sich lohnen“ Irene Leber

Oft hat das Umfeld gewisse Vorstellungen und Wünsche, was aus dessen Perspektive hilfreich wäre (z.B. Es wäre toll, wenn A. Wünsche und Bedürfnisse äußern könnte). Die Frage, um die es hier gehen soll, lautet: Was wäre aus der Sicht der Person eine echte Bereicherung?

Z.B. jemanden – auf sich aufmerksam machen und dabei ein bisschen der eigenen Persönlichkeit zum Ausdruck bringen (warum kommt keiner zu mir? ,Warum schaut keiner?') oder etwas kommentieren, wodurch man ein bisschen Aufmerksamkeit aus der Gruppe bekommt („sieht voll cool aus“).

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

KONTROLLFRAGE

Kann/würde die unterstützende Person die Aussagen bestätigen?

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

Abb. 4: Dokumentationsbogen: Aktivitäten beschreiben

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

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

Fokus auf Literacy

Inwiefern werden auch schriftsprachliche Fähigkeiten als Erweiterung der Ausdrucksfähigkeiten unterstützt?

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

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

Abb. 5: Dokumentationsbogen: Bereiche der kommunikativen Kompetenz beschreiben

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

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

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

Was muss ggf. verändert werden?

Wer übernimmt?

Abb. 6: Dokumentationsbogen: Kontrolle im Alltag

Fazit

Zusammenfassend zielen Interventionen in der UK also weniger darauf ab, einen grundsätzlichen Bedarf an UK zu klären (dieser ist oftmals bereits vorab offenkundig), sondern Kernstück der Interventionsplanung ist die Frage nach einem teilhabeförderlichen Einsatz von UK in der individuellen Lebenswelt.

Durch das ABC-Modell können dabei Perspektiven und Ziele entwickelt, eine Auswahl von Kommunikationsformen und/oder -hilfen vorgenommen, aber auch Verhaltensweisen der Gesprächspartner:innen reflektiert werden. Zudem wird die Planung konkret festgehalten; Ziele und Maßnahmen werden damit leichter evaluierbar.

Literatur

BERNASCONI, T. (2020): ICF und UK. Chancen einer aktivitätenbezogenen Perspektive. In: J. Boenisch, S.K. Sachse (Hrsg.), Compendium Unterstützte Kommunikation. Kohlhammer, Stuttgart. S. 365-371.

- BERNASCONI, T., SACHSE, S.K. (2019): ICF-orientierte Interventionsplanung in der Unterstützten Kommunikation. *Frühförderung interdisziplinär*, 38, 127-134.
- BERNASCONI, T., SACHSE, S.K. (2021): Transitionen und Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation systematisch mit dem ABC-Modell planen. In: B. GEBHARDT, L. SIMON, K. ZIEMEN, G. OPP, A. GROß-KUNKELK (Hrsg.), *Transitionen. Übergänge in der Frühförderung gestalten*. Schulz-Kirchner, Idstein. S. 86-96.
- BEUKELMAN, D. R., LIGHT, J. (2020): *Augmentative & Alternative Communication: Supporting children and adults with complex communication needs*. Brookes, Baltimore.
- BEUKELMAN, D., MIRENDA, P. (2013): *Augmentative and alternative communication supporting children and adults with complex communication needs*. Brookes, Baltimore.
- BINGER, C., LIGHT, J. (2007): The Effect of Aided AAC Modeling on the Expression of Multi-Symbol Messages by Preschoolers who Use AAC. *Augmentative and Alternative Communication*, 1, 30–43.
- DIMDI (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Hrsg. V. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. Doi: 10.1007/978-3-662-57358-7_2
- DOWDEN, P. (1999): Different Strokes for Different Folks. *Augmentative Communication News* 12(1, 2), 7–8.
- FRIED-OKEN, M., GRANLUND, M. (2012): AAC and ICF: A good fit to emphasize outcomes. *Augmentative and Alternative Communication*, 28, 1-2.
- GIEL, B., LIEHS, A., PREIßLER, P., URBIC, H. (2018): Qualitätssicherung in der UK Beratung durch Moderierte Runde Tische (MoRTi). *uk & forschung* 8, 4–12.
- GRÖTZBACH, H., IVEN, C. (2009): Einführung in die ICF. In: H. GRÖTZBACH, C. IVEN (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis*. Schulz-Kirchner, Idstein. S. 9-22.
- KLANG, N., ROWLAND, Ch., FRIED-OKEN, M., STEINER, S., GRANLUND, M., ADOLFSSON, M. (2016): The content of goals in individual educational programs for students with complex communication needs. *Augmentative and Alternative Communication*, 32, 41-48.
- LAGE, D., KNOBEL FURRER, C. (2017): Das Kooperative Partizipationsmodell. In: D. LAGE, K. LING (Hrsg.): *UK spricht viele Sprachen*. Von Loeper, Karlsruhe. S. 125–138.
- LEMLER, K. (2020): Zur Lebensbedeutsamkeit von elektronischen Kommunikationshilfen: Eine Studie mit und für Nutzer von Unterstützter Kommunikation. In: J. BOENISCH, S.K. SACHSE (Hrsg.), *Kompodium Unterstützte Kommunikation*. Kohlhammer, Stuttgart. S. 296–303.
- LIGHT, J. (1989): Toward a definition of communicative competence for individuals using augmentative and alternative communication systems. *Augmentative and Alternative Communication*, 5, 137-144.
- LIGHT, J., McNAUGHTON, D. (2015): Designing AAC Research and Intervention to Improve Outcomes for Individuals with Complex Communication Needs. *Augmentative and Alternative Communication*, 31, 85-96.
- LÜKE, C., VOCK, S. (2019): *Unterstützte Kommunikation bei Kindern und Erwachsenen*. Springer, Heidelberg, Berlin.
- MOORCROFT, A., SCARINCI, N., MEYER, C. (2018): A systematic review of the barriers and facilitators to the provision and use of low-tech and unaided AAC systems for people with complex communication needs and their families. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 14, 1-22.
- PLESS, M., GRANLUND, M. (2012): Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and the ICF Children and Youth version (ICF-CY) within the context of augmentative and alternative communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 28, 11–20.
- PRETIS, M. (2019): *ICF-basiertes Arbeiten in der Frühförderung*. Reinhardt, München.
- SACHSE, S.K., BERNASCONI, T. (2018): Gelingende Alltagskommunikation und Teilhabe durch systematische Förderung der kommunikativen Kompetenz. *Unterstützte Kommunikation*, 23, 40-46.
- SACHSE, S.K., BERNASCONI, T. (2020): Ziele formulieren und Maßnahmen beschreiben mit dem ABC-Modell. In: J. Boenisch, S.K. Sachse (Hrsg.), *Kompodium Unterstützte Kommunikation*. Kohlhammer, Stuttgart. S. 203-216.
- SIMEONSSON, R.J., BJÖRCK-ÅKESSON, E., LOLLAR, D.J. (2012): Communication, Disability, and the ICF-CY. *Augmentative and Alternative Communication*, 1, 3–10.
- VAN TATENHOVE, G. (2013): AAC in the IEP. <https://vantatenhove.com/files/handouts/AACInIEP.pdf> [1.08.2022]
- TOBII DYNAVOX, CLARKE, V. (2016): *Dynamic AAC Goals Grid 2*. (In Pathways implementiert). Deutsche Version unter: <http://www.tobii-dynavox.de/tobii-dynavox-materialkiste/> [10.3.2022]
- WEBB, E., MEADS, D., LYNCH, Y., RANDALL, N., JUDGE, S., GOLDBART, J., MEREDITH, S., MOULAM, L., HESS, S., MURRAY, J. (2019): What's important in AAC decision making for children? Evidence from a best-worst scaling survey. *Augmentative and Alternative Communication*, 35, 80-94.

Basisinformationen zu Leichter Sprache

Katrin Thielking

Zitierweise:

Thielking, K. (2022): Basisinformationen zu Leichter Sprache. In: Wehmeyer, M & Styp von Rekowski, A (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2022 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd. 48. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, S.24-33

Einleitung

„Kommunikation ist ein Grundbedürfnis des Menschen. Die Art und Weise, wie ein Mensch mit und in seiner Umwelt kommunizieren kann, beeinflusst maßgeblich seine subjektiv empfundene Lebensqualität. Kommunikation wird vom lateinischen Communicatio abgeleitet und bedeutet Mitteilung, Teilhabe, Gemeinschaft, Verbindung, Gemeinsamkeit. In diesem Sinne wird Kommunikation als ein Prozess verstanden, der auf Teilhabe und Selbstbestimmung abzielt und zudem eine wichtige Grundlage für die Entwicklung darstellt“ (BÜSCHENFELD & GÖHNER, 2022).

Im Jahr 2011 wurde an der Universität Hamburg die LEO-Grundbildungsstudie durchgeführt (GROTLÜSCHEN et al., 2019). Ergebnis dieser Studie ist, dass in Deutschland rund 14 % der erwachsenen Personen funktionale Analphabeten sind, davon 4 % Analphabeten. Während Menschen mit Analphabetismus über keinerlei Lese- und Schreibkenntnisse verfügen, können Menschen mit funktionalem Analphabetismus durchaus einzelne Wörter bzw. Sätze lesen und schreiben, wenngleich nicht unbedingt verstehen. Die Lese- und Schreibfähigkeit liegt bei funktionalem Analphabetismus unter der gesellschaftlichen Mindestanforderung.

Im Rahmen von Unterstützter Kommunikation treffen wir auf viele verschiedene Menschen. Immer wieder versorgen wir dabei auch Menschen mit einer geistigen Behinderung oder Lernschwierigkeit. Menschen, die Probleme haben, sich mitzuteilen und Sachverhalte kognitiv zu erfassen. Hier kommt Leichte Sprache ins Spiel.

Definition Leichte Sprache

KELLERMANN(2014)³ definiert Leichte Sprache: *„Leichte Sprache im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention hat das Ziel, Menschen mit Leseschwierigkeiten die Teilhabe an Gesellschaft und Politik zu ermöglichen. Sie folgt bestimmten Regeln, die unter maßgeblicher Mitwirkung des Vereins ‚Mensch Zuerst‘ entwickelt wurden, und zeichnet sich unter anderem durch kurze Hauptsätze aus, weitgehenden Verzicht auf Nebensätze, die Verwendung von bekannten Wörtern, während schwierige Wörter erklärt werden“* Um Menschen mit einer geistigen Behinderung oder einer Lernschwierigkeit in die Gesellschaft zu inkludieren und deren Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu fördern, müssen laut Gesetz Informationen in Leichter und Einfacher Sprache⁴ zur Verfügung gestellt werden⁵. Denn: Wer mehr versteht, kann mehr entscheiden.

³<https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/179341/leichte-und-einfache-sprache-versuch-einer-definition/>

⁴ Zur Differenzierung Leichte – Einfache Sprache siehe Punkt 8.

⁵ Zu den gesetzlichen Grundlagen siehe Punkt 7.

Wie selbstverständlich verwenden wir in unserem Alltag fachspezifische Sprache. An vielen Stellen ist uns gar nicht bewusst, dass die von uns verwendete Sprache für manche Menschen nur schwer oder manchmal auch gar nicht verständlich ist.

Leichte Sprache

- liefert konkrete Informationen für Menschen, die sich Texte in „Alltagssprache“ kaum oder gar nicht erschließen können;
- schafft Bildung durch Zugänglichkeit von Informationen und Kommunikation;
- schafft für die Leserschaft, die nicht auf Leichte Sprache angewiesen ist, ein Bewusstsein für Leichte Sprache.

Viele Texte in Alltagssprache oder Fachtexte sind für viele Menschen schwer verständlich. Laut der bereits oben genannten LEO-Studie von 2011 haben über ein Drittel der in Deutschland lebenden Erwachsenen Probleme mit dem Lesen und Schreiben. Leichte Sprache ist ein Konzept zur Vereinfachung von Texten (GROTLÜSCHEN et al., 2019).

In unserem Kontext sprechen wir von UK. Für uns ist das ein alltäglicher Begriff. Aber viele Menschen wissen nicht, dass UK für Unterstützte Kommunikation steht. Und viele Menschen wissen nicht, was Unterstützte Kommunikation bedeutet.

Zielgruppe Leichte Sprache

Wichtig ist: Leichte Sprache ist keine Kindersprache! Leichte Sprache wurde in erster Linie für erwachsene Menschen entwickelt, zum Beispiel für Menschen mit

- Leseeinschränkung,
- Lernschwierigkeit,
- geistiger Behinderung,
- Demenz,
- Deutsch als Fremdsprache.

Regeln für Leichte Sprache

Aus wissenschaftlicher Sicht sind keine Standards für Leichte Sprache definiert. Jedoch haben verschiedene Organisationen wie zum Beispiel *Inclusion Europe*, *Mensch Zuerst* und das *Netzwerk Leichte Sprache e. V.* Regeln für Leichte Sprache erarbeitet. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat im Jahr 2014 einen Ratgeber für Leichte Sprache herausgegeben. In diesem Ratgeber stehen die Regeln für Leichte Sprache vom *Netzwerk Leichte Sprache e. V.* (BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES, 2014).

Einige Beispiele für Regeln der Leichten Sprache sind:

- kurze Sätze,
- bekannte Worte,
- einfacher Satzbau (Subjekt-Prädikat-Objekt),
- Zahlen werden als Ziffer geschrieben,
- Bildsprache, Ironie und Sarkasmus vermeiden,
- Verneinungen vermeiden oder hervorheben (z. B. durch Fetten der Negation),
- zusammengesetzte Worte trennen.

Seit Frühjahr 2020 arbeitet ein Konsortium, bestehend aus ungefähr 60 Personen, an der Erarbeitung der *DIN SPEC 33429 Empfehlungen für Deutsche Leichte Sprache*. An dieser *DIN SPEC* arbeiten unter anderen Übersetzer*innen, Prüfer*innen, Grafiker*innen und

Politiker*innen mit. Regeln für Leichte Sprache sollen gebündelt und vereinheitlicht sowie ein Prozess für die Textprüfungen festgelegt werden. Dies soll die Qualität für Leichte Sprache verbessern. Ein Ergebnis wird Ende 2022 erwartet.

Tipps für die Übersetzung in Leichte Sprache

Für Leichte Sprache bedarf es einerseits der Einhaltung der Regeln und andererseits der Prüfung durch ausgebildete Prüfer*innen für Leichte Sprache.

In der Leichten Sprache werden Texte sowohl inhaltlich als auch sprachlich oft stark reduziert. Der/die Übersetzer*in arbeitet in Kooperation mit dem/der Auftraggeber*in den Fokus des Ausgangstextes heraus. Trotzdem passiert es oft, dass Texte in Leichter Sprache länger sind als der Ausgangstext. Das liegt einerseits an den Regeln wie zum Beispiel große Schrift, nur ein Satz pro Zeile, Bebilderung des Textes. Andererseits müssen oft Sachverhalte oder Wörter erklärt werden, was einen Text länger macht.

Die wichtigste Regel für Leichte Sprache ist die Prüfung: Jeder Text wird ausgebildeten Prüfer*innen (Menschen, die auf Leichte Sprache angewiesen sind) zur Verständlichkeitsprüfung vorgelegt. Die Prüfer*innen haben in ihrer Ausbildung gelernt, worauf sie beim Lesen von Texten in Leichter Sprache achten müssen. Und sie haben gelernt, dass es wichtig und gut ist, zu sagen, was sie nicht gut verstanden haben. Die Prüfer*innen lernen in der Ausbildung: Wenn sie einen Text nicht verstehen, dann ist das keine Schwäche der Prüfer*innen, sondern dann hat der/die Übersetzer*in den Text nicht gut übersetzt. Die Prüfer*innen erfahren so, dass ihre Arbeit für den/die Übersetzer*in unentbehrlich ist. Wird ein Text nicht verstanden, muss dieser noch einmal geändert werden. Erst wenn die Prüfer*innen den Text verstehen, darf er das Siegel für Leichte Sprache erhalten, zum Beispiel das Europäische Zeichen für Einfaches Lesen von *Inclusion Europe*⁶.

Netzwerk Leichte Sprache und weitere Institutionen und Vereinigungen

Das *Netzwerk Leichte Sprache* ist ein Verein, der sich aus Menschen mit und ohne Behinderung aus sechs Ländern Europas zusammensetzt. Ziel des Vereins ist die Implementierung und Bewerbung der Leichten Sprache. Des Weiteren setzt sich der Verein für die Sicherung von Qualität und Prüfung von Texten in Leichter Sprache ein⁷.

Darüber hinaus gibt es weitere Institutionen und Vereinigungen, die sich für Leichte Sprache einsetzen. Zum Beispiel haben acht Landesverbände der Lebenshilfe sowie die Bundesvereinigung Lebenshilfe im Jahr 2014 die *Deutsche Gesellschaft für Leichte Sprache eG* ins Leben gerufen. In diesem Netzwerk arbeiten deutschlandweit Institutionen der Lebenshilfe zusammen.⁸

Gesetzliche Grundlagen für Leichte Sprache

Mittlerweile ist Leichte Sprache in vielen Gesetzen verankert.

⁶ <https://easy-to-read.inclusion-europe.eu/de/europaisches-logo/> [abgerufen am 01.06.2022]

⁷ <https://www.leichte-sprache.org> [abgerufen am 01.06.2022]

⁸ <https://www.dg-ls.de/wer-wir-sind/>, [abgerufen am 01.06.2022]

UN-Behindertenrechtskonvention

Die Grundlage für die Verankerung von Leichter Sprache in den Deutschen Gesetzen bildet die UN-Behindertenrechtskonvention von 2006/2008. Dort heißt es in Artikel 24:

„(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung. Um dieses Recht ohne Diskriminierung und auf der Grundlage der Chancengleichheit zu verwirklichen, gewährleisten die Vertragsstaaten ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen und lebenslanges Lernen mit dem Ziel, 1. die menschlichen Möglichkeiten sowie das Bewusstsein der Würde und das Selbstwertgefühl des Menschen voll zur Entfaltung zu bringen und die Achtung vor den Menschenrechten, den Grundfreiheiten und der menschlichen Vielfalt zu stärken; 2. Menschen mit Behinderungen ihre Persönlichkeit, ihre Begabungen und ihre Kreativität sowie ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten voll zur Entfaltung bringen zu lassen; 3. Menschen mit Behinderungen zur wirklichen Teilhabe an einer freien Gesellschaft zu befähigen. [...]“

Behindertengleichstellungsgesetz

Die Begründung für Leichte Sprache ist in § 4 des Behinderten-gleichstellungsgesetzes (BGG)⁹ verankert:

„Barrierefrei sind [...] Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.“

Bundesbehörden müssen auf Verlangen Bescheide, Allgemeinverfügungen, öffentlich-rechtliche Verträge und Vordrucke in Leichter Sprache erläutern. Informationen sollen vermehrt in Leichter Sprache bereitgestellt werden. Dem liegt eine Änderung des § 11 BGG Verständlichkeit und Leichte Sprache zugrunde, die zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist:

„(1) Träger öffentlicher Gewalt im Sinne des § 1 Absatz 2 Satz 1 sollen mit Menschen mit geistigen Behinderungen und Menschen mit seelischen Behinderungen in einfacher und verständlicher Sprache kommunizieren. Auf Verlangen sollen sie ihnen insbesondere Bescheide, Allgemeinverfügungen, öffentlich-rechtliche Verträge und Vordrucke in einfacher und verständlicher Weise erläutern.

(2) Ist die Erläuterung nach Absatz 1 nicht ausreichend, sollen Träger öffentlicher Gewalt im Sinne des § 1 Absatz 2 Satz 1 auf Verlangen Menschen mit geistigen Behinderungen und Menschen mit seelischen Behinderungen Bescheide, Allgemeinverfügungen, öffentlich-rechtliche Verträge und Vordrucke in Leichter Sprache erläutern.

(3) Kosten für Erläuterungen im notwendigen Umfang nach Absatz 1 oder 2 sind von dem zuständigen Träger öffentlicher Gewalt nach Absatz 1 zu tragen. Der notwendige Umfang bestimmt sich nach dem individuellen Bedarf der Berechtigten.

(4) Träger öffentlicher Gewalt im Sinne des § 1 Absatz 2 Satz 1 sollen Informationen vermehrt in Leichter Sprache bereitstellen. Die Bundesregierung wirkt darauf hin, dass die in Satz 1 genannten Träger öffentlicher Gewalt die Leichte Sprache stärker einsetzen und

⁹ Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz – BGG) vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 1467, 1468), zuletzt durch Artikel 19 Absatz 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) geändert.

ihre Kompetenzen für das Verfassen von Texten in Leichter Sprache auf- und ausgebaut werden.“

Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik

Des Weiteren ist durch die *Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik* nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (*Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung BITV 2.0¹⁰*) vorgeschrieben, dass Erläuterungen in Deutscher Gebärdensprache und in Leichter Sprache bereitzustellen sind. Dies gilt für folgende Angebote der Bundesbehörden:

- Internetauftritte und -angebote,
- Intranetauftritte und -angebote (die öffentlich zugänglich sind),
- mittels Informationstechnik realisierte grafische Programmoberflächen (die öffentlich zugänglich sind).

Inklusionsstärkungsgesetz NRW

Das Inklusionsstärkungsgesetz des Bundeslandes NRW¹¹ umfasst das Inklusionsgrundsatzgesetz NRW (IGG NRW) sowie Änderungen anderer Gesetze auf Landesebene. Es richtet sich an Träger öffentlicher Belange. In § 7 IGG heißt es:

„(1) Dienste und Einrichtungen für die Allgemeinheit sollen durch die Träger der öffentlichen Belange schrittweise barrierefrei gestaltet werden und müssen allgemein auffindbar, zugänglich und nutzbar sein. Sondereinrichtungen und -dienste für Menschen mit Behinderungen sollen so weit wie möglich vermieden werden.“

Durch dieses Gesetz soll Menschen mit Behinderung eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht werden. Die Träger öffentlicher Belange sollen aktiv ein Umfeld schaffen, das Menschen mit Behinderung gleichberechtigt die Gestaltung von und die Mitwirkung an inklusiven Lebensverhältnissen ermöglicht. Sie sollen mit Verbänden und Organisationen von Menschen mit Behinderungen zusammenarbeiten können (§ 9 IGG NRW).

In Artikel 2 des Inklusionsstärkungsgesetzes – Änderung des BGG heißt es in § 8:

„(2) Die Träger öffentlicher Belange sollen mit Menschen mit geistiger oder kognitiver Beeinträchtigung in einer leicht verständlichen Sprache kommunizieren.“

Bescheide, amtliche Informationen und Vordrucke sollen wie in § 9 beschrieben gestaltet sein:

„(1) Die Träger öffentlicher Belange haben bei der Gestaltung von schriftlichen Bescheiden, Allgemeinverfügungen, öffentlich-rechtlichen Verträgen, Vordrucken und amtlichen Informationen die besonderen Belange betroffener Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.“

„(2) Die Träger öffentlicher Belange sollen im Rahmen ihrer personellen und organisatorischen Möglichkeiten Schwierigkeiten mit dem Textverständnis durch beigefügte Erläuterungen in leicht verständlicher Sprache entgegenwirken. Die Landesregierung wirkt darauf hin, dass das Instrument der Leichten Sprache vermehrt eingesetzt und angewandt wird und entsprechende Kompetenzen für das Verfassen von Texten in Leichter Sprache auf- und ausgebaut werden.“

¹⁰ Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) vom 12. September 2011 (BGBl. I S. 1843), die zuletzt durch Artikel 4 der Verordnung vom 25. November 2016 (BGBl. I S. 2659) geändert worden ist.

¹¹ Erstes allgemeines Gesetz zur Stärkung der Sozialen Inklusion in Nordrhein-Westfalen (Inklusionsstärkungsgesetz) vom 14. Juni 2016 (GV.NRW. Ausgabe 2016 Nr. 19 S. 441ff.)

Barrierefreiheitsstärkungsgesetz

Das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG)¹² wurde im Jahr 2021 verabschiedet und tritt ab dem 28.06.2025 in Kraft. Im BFSG wird der European Accessibility Act (EAA) in deutsches Recht umgesetzt. Bei dem EAA handelt es sich um eine europäische Richtlinie, die im Jahr 2019 in der EU in Kraft trat. Der EAA soll Menschen mit Behinderung barrierefreien Zugang zu diversen technischen Geräten und Onlinediensten, zum Beispiel Universalrechnern, Selbstbedienungsterminals wie Fahrkarten- oder Geldautomaten, Telefonen, Routern, E-Book-Lesegeräten, Online-Tickets, elektronischen Bankdienstleistungen ermöglichen. Dazu heißt es in Art. 3 EAA:

„(1) Produkte, die ein Wirtschaftsakteur auf dem Markt bereitstellt und Dienstleistungen, die er anbietet oder erbringt, müssen barrierefrei sein. Produkte und Dienstleistungen sind barrierefrei, wenn sie für Menschen mit Behinderung in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. [...]“

Differenzierung Leichte Sprache ↔ Einfache Sprache

Wichtig ist: Ohne Prüfung keine Leichte Sprache! Ein einfacher oder leichter Text ohne Prüfung heißt Einfache Sprache. Oft werden die beiden Konzepte – Leichte Sprache ↔ Einfache Sprache – miteinander verwechselt oder auch vereinheitlicht. Jedoch wurde die Leichte Sprache in erster Linie von und für Menschen mit Behinderung entwickelt und folgt festen Regeln. Geprüfte Leichte Sprache ist durch das Zeichen für Leichte Sprache erkennbar.

Einfache Sprache folgt zielgruppenspezifischen Empfehlungen. Grundsätzlich hat Einfache Sprache keine festen Regeln. Oft werden für die Übersetzung einzelne Regeln der Leichten Sprache genutzt. Anders als in der Leichten Sprache werden Texte in Einfacher Sprache lediglich sprachlich, jedoch nicht inhaltlich reduziert. Mittlerweile gibt es ein Regelwerk von NEUBAUER (2019). Neubauer wurde in Syrien geboren und kam als Erwachsener nach Deutschland. Das ist einer der Gründe, warum er ein Konzept für Einfache Sprache entwickelte. Mittlerweile hat Dr. Mansour Neubauer ein Netzwerk Einfache Sprache ins Leben gerufen.¹³

Beispiele für Leichte Sprache:

Ein Beispiel aus dem Regelwerk Leichte Sprache – Ein Ratgeber vom BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (2014, S. 72):

Menschen mit Lern-Schwierigkeiten sind Fach-Leute.

Das sind die Prüfer und Prüferinnen für Leichte Sprache.

Nur sie können Ihnen wirklich sagen:

Das kann ich gut verstehen.

¹² Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2019/882 des Europäischen Parlaments und des Rates über die Barrierefreiheitsanforderungen für Produkte und Dienstleistungen (Barrierefreiheitsstärkungsgesetz – BFSG) vom 16. Juli 2021 (BGBl. I S. 2970).

¹³ <https://www.netzwerk-einfache-sprache.com> [abgerufen am 01.06.2022]

Verstehen die Prüfer und Prüferinnen etwas nicht?

Dann ist der Text nicht gut.

Dann müssen Sie den Text noch mal ändern.

Ein Beispiel für einen Text in Leichter Sprache von der Homepage des Büros für Leichte Sprache Wittekindshof¹⁴:

Unterstützte Kommunikation:

Angebot vom Büro für Leichte Sprache

Das Büro für Leichte Sprache berät Menschen, die

- **nicht** sprechen,
- undeutlich sprechen,
- nur wenige Worte sprechen.

Wir überlegen gemeinsam,
wie der Mensch sich mitteilen kann.

Zum Beispiel mit

- Bildern und Fotos,
- einem Sprach-Computer,
- Gebärden-Sprache.

Verknüpfung zwischen Leichter Sprache und Unterstützter Kommunikation

Eine Form der Unterstützten Kommunikation ist das Kommunizieren über Bilder, Fotos und/oder grafische Symbole. Zum besseren Verständnis von Texten werden in den meisten Übersetzungen Texte in Leichter Sprache ebenfalls durch Bilder, Fotos und/oder Symbole unterstützt.

Manche Kategorien oder Bedienflächen auf elektronischen Kommunikations-hilfen (sog. Talkern) sind komplex bezeichnet. Oder ein Talker verwendet im Rahmen der Sprachausgabe andere Begriffe, als die Beschriftung vermuten lässt. Auch hier bietet sich die Verwendung von

¹⁴<https://www.leichte-sprache-wittekindshof.de/leichte-sprache/unterstuetzte-kommunikation>
[abgerufen am 01.06.2022]

Leichter Sprache an, um die Handhabung für die/den Talkernutzer*in so einfach wie möglich zu gestalten: Die Beschriftung von Sprachcomputern sollte einheitlich und möglichst leicht sein und dem entsprechen, was beim Auslösen eines Feldes gesprochen wird.

In vielen Wohneinrichtungen werden gemeinsam mit Menschen mit Behinderung Regeln aufgestellt, Ämterpläne und/oder Wochenpläne o. Ä. erstellt. Solche Pläne sollten eine klare Struktur aufweisen, passend bebildert und leicht formuliert sein.

In der Kommunikation mit Menschen mit Behinderung sollten alle Beteiligten leicht sprechen und dies mit Gesten und/oder Gebärden unterstützen. Sprachausgabegeräte wie z. B. der Anybook Reader sollten in Leichter oder Einfacher Sprache besprochen werden.

Fazit

Leichte und Einfache Sprache bauen Barrieren ab. Durch die Nutzung dieser Konzepte können mehr Menschen Teilhabe erleben und erfahren. Menschen können ihr Leben eigenständig gestalten und Selbstbestimmung leben.

In der Unterstützten Kommunikation wird das Potenzial der Leichten Sprache noch nicht voll ausgeschöpft. Viele Menschen, die auf Unterstützte Kommunikation angewiesen sind, sind auch auf Leichte Sprache angewiesen. Das Konzept Leichte Sprache sollte bei der Planung von UK-Interventionen regelhaft Berücksichtigung finden.

Literatur

BÜSCHENFELD, F., GÖHNER, K. (2022): Fachkonzeption Barrierefreie Kommunikation, Büro für Leichte Sprache Wittekindshof, Bad Oeynhausen. Unveröffentlichtes Manuskript.

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (Hrsg.) (2014): Leichte Sprache – Ein Ratgeber. Rostock: Publikationsversand der Bundesregierung. a752-ratgeber-leichte-sprache.pdf; jsessionid=30A636F8EB783473E89665092AF2E862.delivery1-replication (bmas.de) [abgerufen am 01.06.2022].

GROTLÜSCHEN, A., BUDDEBERG, K., DUTZ, G., HEILMANN, L., STAMMER, C. (2019): LEO 2018 – Leben mit geringer Literalität. Pressebroschüre, Hamburg. leo-Presseheft2019-Vers8-ohneVorwort.indd (bmbf.de) [abgerufen am 01.06.2022].

KELLERMANN, G. (2014): Leichte Sprache und Einfache Sprache – Versuch einer Definition. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Aus Politik und Zeitgeschichte. <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/179341/leichte-und-einfache-sprache-versuch-einer-definition/> [abgerufen am 23.08.2022].

UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION (2006) Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. <https://www.behindertenrechtskonvention.info/uebereinkommen-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinderungen-3101/> [abgerufen am 6.9.2022].

NEUBAUER, M. (2019): Einfache Sprache Band 1. Grundregeln, Beispiele, Übungen. Eigenverlag, Ritterhude.

Der Einfluss von lautsprachunterstützenden Gebärden auf das Sprachverständnis: Ergebnisse einer Studie und praktische Hinweise

Alisa Rudolph

Zitierweise:

Rudolph, A. (2022): Der Einfluss von lautsprachunterstützenden Gebärden auf das Sprachverständnis – Ergebnisse einer Studie und praktische Hinweise. In: Wehmeyer, M & Styp von Rekowski, A (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 11. März 2022 in Kassel. Materialien der DGSGb Bd. 48. Berlin: Eigenverlag der DGSGb, S.32-39

Hintergrund

Der aktuelle Forschungsstand zeigt, dass die Kommunikationsfähigkeit einen starken Zusammenhang mit der Lebensqualität aufweist (RUDOLPH, 2022). Menschen mit geistiger Behinderung, die in ihrer Kommunikation eingeschränkt sind, brauchen dringend Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation (UK) wie z.B. Gebärden, um eine Verbesserung ihrer Kommunikationsmöglichkeiten zu erhalten und damit einhergehend sowohl im privaten als auch im gesamtgesellschaftlichen Leben teilhaben zu können (ebd.). Die Verantwortung liegt sowohl bei dem/der Kommunikations-partner*in des UK-Nutzers bzw. der UK Nutzerin als auch bei übergeordneten, politischen Strukturen, um durch kommunikative Barrierefreiheit eine möglichst gelingende Verständigung für alle Menschen unabhängig von ihren individuellen Kompetenzen und Beeinträchtigungslagen zu gewährleisten. Dieser Artikel widmet sich den lautsprachunterstützenden Gebärden als eine Kommunikationsform der UK und plädiert dafür, als Kommunikations-partner*innen Gebärden systematisch einzusetzen. Es sollen die Ergebnisse einer Studie (RUDOLPH, 2018) zum Einfluss von lautsprachunterstützenden Gebärden¹⁵ auf das Sprachverständnis vorgestellt als auch praktische Hinweise für Kommunikationspartner*innen abgeleitet werden.

Lautsprachunterstützende Gebärden in der UK

Gebärden als körpereigene Kommunikationsform sind inzwischen fest etabliert in der Unterstützten Kommunikation (APPELBAUM et al., 2016). Dennoch bestehen in der Praxis zum Teil noch Unsicherheiten bei Eltern, in Kindergärten, Schulen und logopädischen Praxen bezüglich des Einsatzes von Gebärden (SCHMIDT-PFISTER, 2016). Aus Angst, eine falsche Gebärde zu machen, zeigen Bezugs- oder Betreuungspersonen von Menschen mit geistiger Behinderung zum Teil lieber gar keine Gebärden. Auch aufgrund der Vielfalt der Gebärdensysteme und -sammlungen ist den Kommunikationspartner*innen häufig der Einstieg ins Gebärdenslernen erschwert (SCHMIDT-PFISTER, 2015).

Man unterscheidet in der UK zwischen Gebärdensystemen und Gebärdensammlungen. Bei Gebärdensammlungen ist der Wortschatz als Grund- oder Kernwortschatz begrenzt, da es sich um Wortschatz-Zusammenstellungen im Sinne von Wörterbüchern von bestimmten Autoren handelt (z.B. das große Wörterbuch der deutschen Gebärdensprache von KESTNER, 2009; GuK

¹⁵ Wenn von nun an von Gebärden die Rede ist, sind immer *lautsprachunterstützende Gebärden* gemeint. Zum Teil wird auch der Begriff *Handzeichen* als Synonym verwendet.

von WILKEN, 2005; SchdmHa von BUNDESVERBAND EVANGELISCHE BEHINDERTENHILFE, 2005).

In Deutschland existieren folgende Gebärdensprachsysteme (APPELBAUM, 2016):

- Deutsche Gebärdensprache: DGS (vergleichbar mit ASL: American Sign Language, BSL: British Sign Language),
- Lautsprachbegleitende Gebärden: LBG,
- Lautsprachunterstützende Gebärden: LUG.

In der DGS bildet die Lautsprache nicht die Basis. Es wird ohne Lautsprache gebärdet und eine eigene Satzstellung mit eigenen grammatischen Regeln herrscht vor, weshalb es sich um eine anerkannte Sprache der gehörlosen Menschen in Deutschland handelt.

Bei der LBG wird der Aufbau und die Struktur der Lautsprache als Grundlage genutzt. Jedem Wort der Lautsprache wird parallel eine Gebärde zugeordnet.

In der UK werden Gebärden meist „lautsprachunterstützend“ (LUG) verwendet. Hierbei wird nicht jedes Wort gebärdet, sondern Schlüsselwörter der auditiv dargebotenen Sprache, um den Inhalt einer Äußerung zusätzlich visuell zu verdeutlichen. Der Fokus liegt auf den bedeutungstragenden Wörtern und nicht auf der Grammatik einer Äußerung. Damit wird die langsamere Verarbeitungsgeschwindigkeit eines Menschen mit kognitiven Einschränkungen berücksichtigt. Zum Beispiel beim Satz „Die Katze springt auf den Tisch“ werden beim Einsatz der LUG z.B. nur die Schlüsselwörter „Katze“ und „Tisch“ zusätzlich und synchron zur Lautsprache gebärdet. Es könnten aber auch die Wörter „springen“ und „auf“ Schlüsselwörter sein und nur diese beiden Wörter mitgebärdet werden oder auch nur das Wort „Tisch“. Welches Wort ein Schlüsselwort darstellt, muss individuell und je nach Kontext entschieden werden.

Ziel der Studie

Aktuell werden Gebärden meist mit dem Ziel eingesetzt, dass der Mensch mit Kommunikationsbeeinträchtigung die Gebärden aktiv übernimmt. Wenn die betreffende Person keine Gebärden produziert, wird deren Gebrauch von dem/der Kommunikationspartner*in erfahrungsgemäß in der Praxis häufig wieder eingestellt. Das Ziel, durch Gebärdeneinsatz des Gegenübers das Sprachverständnis zu unterstützen, nimmt bisher eine eher untergeordnete Rolle in der Praxis ein. Von Praktikerinnen wie NONN (2011: 46: „Das gleichzeitige Sprechen und Gebärden erleichtert das Verstehen und gibt dem Benutzer mehr Sicherheit und Transparenz in der Kommunikationssituation.“) oder KAISER-MANTEL (2013: 206: „Die Erkenntnisse beruhen noch vorwiegend auf subjektiven Erfahrungen.“) sind die positiven Auswirkungen von Gebärden auf das Sprachverständnis schon seit Langem formuliert worden. Mit der im Folgenden dargestellten Studie (RUDOLPH, 2018) konnten die vielfachen informellen Beobachtungen wissenschaftlich bestätigt werden. Das Ziel der Studie bestand darin, den Einfluss von lautsprachunterstützenden Gebärden des/der Kommunikationspartners*in auf das Sprachverständnis von Kindern mit Intelligenzminderung im Vergleich zur Sprachverständnisleistung bei rein lautsprachlicher Kommunikation zu erfassen. Es wurden unterschiedliche linguistische Ebenen fokussiert. Weiter wurden verschiedene Einflussvariablen im Zusammenhang mit der Sprachverständnisleistung betrachtet, z.B. Ätiologie der Intelligenzminderung, Alter, Geschlecht etc.

Zwei übergeordnete Forschungsfragen wurden überprüft:

1. Verändert sich die Sprachverständnisleistung der untersuchten Kinder, wenn nicht nur gesprochen, sondern lautsprachunterstützend gebärdet wird? Wenn ja, wie genau wirkt sich das Verständnis unterschiedlicher linguistischer Strukturen aus:

- Wortverständnis (Nomen, Verben, Adjektive, Lokalpräpositionen)
- Wortverständnis auf Satzebene
- Verständnis von grammatischen Elementen auf Satzebene (z. B. Plural, Perfekt)
- Verständnis von Fragepronomen

2. Gibt es einen Unterschied in der Differenz der Sprachverständnisleistung der „Bedingung mit Gebärden“ minus der „Bedingung ohne Gebärden“ unter Beachtung möglicher Einflussvariablen, z.B. Intelligenzquotient und Alter?

Methode

Die Untersuchung fand als experimentelle Laborstudie statt. Jede*r Proband*in wurde zu zwei aufeinanderfolgenden Testzeitpunkten unter diesen beiden Bedingungen getestet. Dabei wurde ein zeitlicher Abstand von ca. vier Wochen gewählt. Dieser Abstand sollte einerseits nicht zu kurz sein, um bei der Bearbeitung der Testitems möglichen Erinnerungseffekten vorzubeugen. Andererseits sollte er auch nicht zu lang sein, um Entwicklungseffekte auszuschließen (RUDOLPH, 2018). In der Stichprobe waren insgesamt 41 Proband*innen zwischen 4;0 und 10;0 Jahren (Mittelwert 6;07 Jahre) mit einer Intelligenzminderung im IQ-Bereich 40 bis 85 (SON-R 2 ½-7, WIPPSI-III). Die Kinder wurden vier Gruppen unterschiedlicher Ätiologien (z.B. Down-Syndrom, Autismusspektrumstörung) zugeordnet. Die Stichprobe umfasste sowohl Kinder mit geringen Problemen in ihrer Sprachentwicklung als auch nicht und wenig lautsprachlich kommunizierende Kinder.

Das eingesetzte Untersuchungsverfahren wurde aus 56 Items standardisierter Sprachverständnistests mit Bildauswahlverfahren (TROG-D, TSVK, PDSS) nach linguistischen Kriterien zusammengestellt. Es bestand sowohl aus Aufgaben zum Wortverständnis unterschiedlicher Wortarten als auch zum Satzverstehen. Hierfür wurde eine standardisierte Gebärdenversion entwickelt, die die Gebärdenausführungen festlegte. Die Gebärden wurden hauptsächlich aus dem Wörterbuch der Deutschen Gebärden Sprache (DGS nach KESTNER, 2009) ausgewählt.

Ergebnisse

Folgende Befunde konnten mit Bezug auf die beiden Fragestellungen im Rahmen der Studie ermittelt werden (RUDOLPH, 2018):

Forschungsfrage 1:

Um die Unterschiede der Sprachverständnisleistung in der „Bedingung mit Gebärden“ und der „Bedingung ohne Gebärden“ miteinander zu vergleichen, wurden gepaarte T-Tests gerechnet. Die Ergebnisse für das gesamte Verfahren zeigten eine signifikant positive Veränderung der Sprachverständnisleistung beim Einsatz von Gebärden.

Wortverständnis:

Im Untertest „Wortverständnis“ konnte eine deutlich positive Veränderung der „Bedingung mit Gebärden“ gegenüber der „Bedingung ohne Gebärden“ beobachtet werden ($p=0,011$). Diese zeigte sich besonders bei der Wortart der „Nomen“ ($p=0,008$). Zum Beispiel half die Gebärde für Kleid oder Zaun vielen Kindern im Verständnis des Wortes.

Wortverständnis im Satzzusammenhang:

Beim Untertest „Wortverständnis im Satzzusammenhang“ ist zusammenzufassen, dass „zwei Informationen im Satz“ zu einer signifikanten, positiven Veränderung beim Einsatz der Gebärden führte ($p=0,0375$). Die anderen linguistischen Bereiche dieses Untertests ließen kaum einen Unterschied erkennen. Zum Beispiel konnten viele Kinder den Satz „Das Mädchen schneidet den Apfel“ mit den Gebärden für schneiden und Apfel besser verstehen.

Verstehen von grammatischen Elementen im Satzzusammenhang:

Im „Verständnis von grammatikalischen Elementen im Satzzusammenhang“ konnte bei „Lokalpräpositionen im Satz“ ein deutlicher Unterschied zum Vorteil der Bedingung mit Gebärden festgemacht werden ($p=0,0033$). Zum Beispiel konnte die Präposition unter im Satz „Der Hund läuft unter den Tisch“ besser verstanden werden. Die grammatikalischen Elemente „Plural“ und „Perfekt“ ergaben indes kaum einen Unterschied zwischen den Ergebnissen der Testbedingungen mit und ohne Gebärden.

Verstehen von Fragepronomen:

Beim „Verständnis von Fragepronomen“ kam es beim Einsatz der Gebärden zu einer signifikant positiven Veränderung ($p=0,0249$). Zum Beispiel konnten viele Kinder das Fragepronomen „Womit?“ gebärdenunterstützt besser verstehen und eine korrekte Antwort geben.

Forschungsfrage 2:

Es wurde geprüft, inwieweit der Einfluss des lautsprachunterstützenden Gebärdeneinsatzes auf die Sprachverständnisleistung durch weitere Faktoren gelenkt wird: z.B. Intelligenzquotient (IQ) oder Alter. Konkret wurde untersucht, ob ein Unterschied in der Differenz der Sprachverständnisleistung des Mittelwerts der „Bedingung mit Gebärden“ minus der „Bedingung ohne Gebärden“ in den entsprechenden Kategorien jeder einzelnen Variable besteht. Es konnte kein Zusammenhang zwischen der Sprachverständnisleistung und dem Alter noch zum IQ hergestellt werden.

Diskussion

Aus den Ergebnissen der vorgestellten Studie kann gefolgert werden, dass lautsprachunterstützende Gebärden in der Kommunikation mit Kindern mit Intelligenzminderung unabhängig von Alter und Intelligenzquotient eingesetzt werden sollten, da hierüber das Sprachverständnis unterstützt wird. Besonders auf Wortebene mit Gebärden hoher Bildhaftigkeit waren günstige Effekte der lautsprachunterstützenden Gebärden auf das Sprachverständnis erkennbar. Weiterhin erwies sich der Einsatz von Gebärden als Merkhilfe in einem Satz mit zwei Informationen. Im Untertest „zwei Informationen im Satz“ bewirkten Gebärden eine besonders positive Unterstützung im Sprachverständnis. Die Befunde laden Kommunikationspartner*innen dazu ein, nicht nur ein Schlüsselwort im Satz, sondern durchaus zwei Wörter eines Satzes lautsprachunterstützend zu gebärden. Die Sprachentwicklung wird gefördert, wenn nicht mehr nur ein, sondern zwei Informationen eines Satzes verstanden werden. Zwar wurden in dieser Studie maximal zwei Inhaltswörter gebärdet, es wäre aber auch interessant zu erforschen, wie es sich mit mehreren Gebärden des Kernwortschatzes (BOENISCH, 2014) innerhalb eines Satzes verhält. Der Appell, keine Angst vor mehr Gebärden zu haben (MICHEL, 2016), wird durch die hier dargestellte Studie zumindest für zwei Gebärden innerhalb eines Satzes unterstrichen. Aber nicht nur ikonische

(bildhafte) Gebärden unterstützen das Verstehen, sondern auch arbiträre (nicht-bildhafte) Gebärden des Kernvokabulars. Dies erwies sich bei den Fragepronomen. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass Gebärden auch ohne Bildhaftigkeit durch die visuelle Stütze den Aufmerksamkeitsfokus des Kindes lenken können. Dennoch zeigte sich, dass Gebärden keine Hilfe im Sprachverständnis boten, wenn die linguistische Anforderung die Fähigkeiten des Kindes weit überstieg (z.B. beim Verständnis von mehr als zwei Informationen im Satz, beim Verständnis von Plural und Perfekt).

Trotz der signifikanten Studienbefunde zeigte sich die Komplexität und Vielschichtigkeit des Themas der Gebärden. Wichtig ist, dass die Unsicherheiten bzw. Schwierigkeiten beim Gebärden, z.B. durch die vielfältigen Sammlungen mit ihren teils differierenden Gebärden, nicht ihren Einsatz überschatten. Entscheidend ist, dass man als Kommunikationspartner*in Freude daran hat, die Hände zur Verständigung einzusetzen. So kann man das Gebärdenlernen als gemeinsamen Prozess mit dem Menschen mit geistiger Behinderung betrachten. Der weitere entscheidende und relativ neue Aspekt besteht darin, dass man sich als Kommunikationspartner*in auch trauen soll, über die Schlüsselwortstrategie hinaus mehr Gebärden einzusetzen (MICHEL, 2016). Diese Studie konnte aufzeigen, dass Gebärden auch die Merkfähigkeit von Sätzen mit zwei Informationen günstig beeinflussen können. Es zeigte sich, dass der visuelle Hinweis der Gebärde dann eine Hilfestellung im Sprachverständnis sein kann, wenn der Mensch mit geistiger Behinderung gerade dabei ist, diese linguistische Struktur zu erwerben. Ist die Struktur weit entfernt von seiner Sprachentwicklungsstufe, hilft auch die Gebärde nicht dabei, die Struktur verstehen zu können (RUDOLPH, 2018). Die semantische und visuelle Information der Gebärde dient demnach als Bootstrapping-Effekt, um Sprachverständnisprozesse auslösen zu können (ebd.).

Es wäre unbedingt wünschenswert, allen Praktiker*innen wie Therapeuten*innen und Pädagogen*innen, die noch keine oder wenige Handzeichen in der Kommunikation einsetzen, die Angst vor dem Gebärden zu nehmen. Hier ist viel Aufklärungsarbeit durch Vorträge, Gespräche, Veröffentlichungen etc. gefordert. Kommunikationspartner*innen sollten ermuntert werden, selbst auf kreative Weise Handzeichen auszuprobieren und sich nicht von bestehenden Gebärden-Systemen überfordert zu fühlen. Die Devise „Hände helfen, Sprache zu verstehen“ steht dabei im Mittelpunkt (RUDOLPH, 2019).

Praktische Hinweise

Das Entscheidende für den Start zum Gebärdeneinsatz als Praktiker*in ist die positive Haltung zum Gebärden: die Bereitschaft, als Kommunikationspartner*in Gebärden in einem gemeinsamen Lernprozess mit dem Menschen mit geistiger Behinderung zu erwerben, keine Angst vor der Komplexität bestehender Gebärdensysteme zu haben und so schrittweise als Kommunikationspartner*in ein eigenes Gebärdenvokabular aufzubauen (ebd.).

Als praktischer Tipp beim Gebärdenlernen hat sich bewährt, Gebärden zunächst selbst zu erfinden und diese erst in einem zweiten Schritt in einer der gängigen Sammlungen nachzuschlagen. Diese Sammlungen fungieren als alphabetisch geordnete „Vokabel-Sammlungen“ ohne Hinweise auf Syntax und Grammatik. Da viele Gebärden ikonisch (bildhaft) sind, kann man nach den Prinzipien des typischen Merkmals, typischen Aussehens und der typischen Handlung schnell und spontan auf eine individuelle Gebärde bzw. Geste kommen (KAISER-MANTEL, 2016), z. B.:

- typisches Merkmal: Hase: lange Ohren; Blume: wachsen; Fisch: schwimmen
- typisches Aussehen: Wurst/Baum/Mond: spezifische Form darstellen
- typische Handlung: Kartoffel: schälen, Karotte: schälen, Motorrad: Gas geben

Man kann bereits mit wenigen Gebärden beginnen und zum Beispiel Alltagstätigkeiten wie essen und trinken mit den Händen darstellen.

Wichtige lautsprachunterstützende Gebärden, die das Erzählen anregen und Gespräche strukturieren können, sind zum einen die Gebärden für Fragewörter (z.B. „Wie war dein Wochenende? Wer war dabei? Was hast du gemacht? Wo wart ihr?“).

Als weiteres Beispiel werden im Folgenden Gebärden zur Verhaltenssteuerung dargestellt (siehe Abb. 1). Diese dienen dazu, eine angepasste Arbeitshaltung und/oder angepasstes Verhalten durch die zusätzliche Aufmerksamkeitssteuerung der Gebärde hervorzurufen, z.B. „Hör gut und schau gut, jetzt arbeiten wir und später kannst du spielen.“

Ein noch fernes Ziel besteht darin, im deutschen Sprachraum eine Einheitlichkeit für alle Menschen, die Gebärden einsetzen, herzustellen – egal ob Menschen mit Hörbeeinträchtigung, mit geistiger Behinderung oder mit einer Sprachstörung.

Auch eine deutschlandweit einheitliche Nutzung von DGS-Wortgebärden wäre im Hinblick auf das umfangreiche, für vielfältige Bedürfnisse einsetzbare Vokabular in der UK und der Sprachtherapie wäre wünschenswert (SCHMIDT-PFISTER, 2015). Bis solch eine Einheitlichkeit erreicht ist, gilt es, sich mit der vorhandenen Heterogenität in der Gebärdenlandschaft zu arrangieren.



DGS modifiziert nach Hildegard Kaiser-Mantel, Fotos: Gertraud Strasser und Maximilian Gutmair, Modell: Stephanie Dandolo

Abb. 1: Verhaltensregulierende Gebärden (RUDOLPH, 2019)

Fazit

Die Hypothese, dass der Einsatz lautsprachunterstützender Gebärden durch eine*n Kommunikationspartner*in das Sprachverständnis von einer Person mit kognitiven Beeinträchtigungen erleichtern kann, konnte mit der vorgestellten Studie (RUDOLPH, 2018) bestätigt werden. Es zeigte sich deutlich, dass Hände dabei helfen, Sprache zu verstehen. Gebärden dienen demnach als effektive Unterstützung in der Kommunikations- und Sprachverständnisförderung von Kindern mit Intelligenzminderung. Besonders bedeutend erwies sich die Verbesserung der Sprachverständnisleistung für Einzelwörter beim Einsatz von Gebärden. Dies konnte insbesondere bei Nomen, die stark ikonisch (bildhaft) und merkmalsbezogen sind, bei Fragepronomen, die eher arbiträren (nicht-bildhaft) Charakter haben und auf Satzebene bei Aufgaben mit zwei Informationen im Satz sowie bei Lokalpräpositionen auf Satzebene festgestellt werden.

Dieser Artikel sollte allen Praktiker*innen Mut machen zum lautsprach-unterstützenden Gebärden. Es sollte gezeigt werden, dass man sich als Kommunikationspartner*in trauen darf, die Hände einzusetzen und keine Angst vor Fehlern haben muss. Denn Kommunizieren lernen gilt als gemeinsamer Prozess (KLINGER, 2001) und der Weg soll als Ziel gesehen werden. Auch das Erfinden einer Gebärde nach den Richtlinien des typischen Aussehens, des typischen Merkmals und der typischen Handlung ist als erster Schritt beim Gebärdenlernen erlaubt (KAISER-MANTEL, 2016). Der weitere entscheidende Aspekt beim Gebärden ist, dass man sich als Kommunikationspartner*in auch trauen soll, über vereinzelte Schlüsselwörter eines Satzes hinaus mehr Gebärden einzusetzen (MICHEL, 2016). Lautsprachunterstützende Gebärden können durch ihre semantische und aufmerksamkeitssteuernde Stütze das Wortverständnis erleichtern. Werden zwei Informationen im Satz lautsprachunterstützend gebärdet, kann das Satzverständnis unterstützt werden (RUDOLPH, 2018). In Zukunft sollte dabei vor allem auch die Verbindung von Gebärden des Kern- und Randvokabulars im Zentrum stehen (RUDOLPH, 2019). Nur dadurch kann auch die Grammatikentwicklung gefördert, etwas erzählt, berichtet, kommentiert und beschrieben werden (MICHEL, 2016).

Daher: „Trauen Sie sich an ein ausgewähltes MEHR von Gebärden!“, um die Kommunikationsentwicklung und die Teilhabechancen von Menschen mit Intelligenzminderung oder mit Sprachstörungen zu verbessern.

Literatur

- APPELBAUM, B. (2016): Gebärden in der Sprach- und Kommunikationsförderung. Schulz-Kirchner; Idstein.
- APPELBAUM, B., SCHÄFER, K. & BRAUN, U. (2017): Gebärden in der Unterstützten Kommunikation (UK) – eine Bestandsaufnahme und mögliche Perspektiven für die Forschung. *Unterstützte Kommunikation – UK & Forschung* 7, 4-17.
- BOENISCH, J. (2014): Die Bedeutung von Kernvokabular für unterstützt kommunizierende Kinder und Jugendliche. *Logos* 22, 3, 164-178.
- BUNDESVERBAND EVANGELISCHE BEHINDERTENHILFE e.V. (2007): *Schau doch meine Hände an* (SchdmHa). Diakonie-Verlag, Reutlingen.
- KAISER-MANTEL, H. (2013): Unterstützte Kommunikation – Bausteine für die sprachtherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In A. HALLBAUER, T. HALLBAUER & M. HÜNIG-MEIER (Hrsg.), *UK kreativ! – Wege in der Unterstützten Kommunikation*. Von Loeper, Karlsruhe, S. 194-208.
- KAISER-MANTEL, H. (2016): Unterstützung der rezeptiven und expressiven Sprachentwicklungsbereiche mit Methoden der Unterstützten Kommunikation. *Unterstützte Kommunikation* 4, 46-50.
- KESTNER, K (2009): *Das große Wörterbuch der deutschen Gebärdensprache*. Eigenverlag, Guxhagen.
- KLINGER, D. (2001): Kommunikation und Sprachanbahnung bei Kindern mit geistiger Behinderung. In J. Boenisch & C. Bünk (Hrsg.), *Forschung und Praxis der Unterstützten Kommunikation*. Von Loeper, Karlsruhe, S. 35-47.
- MICHEL, A. (2016): Keine Angst vor Mehrwortsätzen. *Unterstützte Kommunikation* 2, 32-34.
- NONN, K. (2011): *Unterstützte Kommunikation in der Logopädie*. Thieme, Stuttgart.

- RUDOLPH, A. (2018): Der Einfluss von lautsprachunterstützenden Gebärden auf das Sprachverständnis von Kindern mit Intelligenzminderung. *Unterstützte Kommunikation UK & Forschung*, 8, 13-22.
- RUDOLPH, A. (2019): Lautsprachunterstützende Gebärden in der Sprachtherapie. *Sprachtherapie und Sprachförderung in Schule und Praxis*, 1, 33-41.
- RUDOLPH, A. (2022): Lebensqualität und Kommunikation/UK. In: P. ZENTEL (Hrsg.), *Lebensqualität und geistige Behinderung*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 62-75.
- SCHMIDT-PFISTER, D. (2015): Lautsprachunterstützende Gebärden in der UK: Kulturkapsel(n) und die beginnende Wirkung von Grenzobjekten. *UK & Forschung* 5, 4-10.
- SCHMIDT-PFISTER, D. (2016): Keine Angst vor mehr Gebärden. Ein Kommentar, der zu mehr Freude an Gebärden in der UK motivieren möchte. *Unterstützte Kommunikation*, 2, 14-19.
- WILKEN, E. (2005): *GuK 1 - Grundwortschatz und GuK 2 – Aufbauwortschatz*. Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, Lauf a. d. Pegnitz.

Einblicke in die sprachtherapeutische UK-Intervention in der Arbeit mit Kindern und Erwachsenen mit Behinderungen

Maria Löffler & Nadine Vogel

Zitierweise:

Löffler, M. & Vogel, N. (2022): Einblicke in die sprachtherapeutische UK-Intervention in der Arbeit mit Kindern und Erwachsenen mit Behinderungen. In: Wehmeyer, M & Styp von Rekowski, A (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2022 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd. 48. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, S.40-43

Einleitung

Unter dem Aspekt der sozialen Partizipation wird in der Sprachtherapie die Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten als übergeordnetes Ziel angesehen (Lüke & Vock, 2019).

Die Gestaltung des sprachtherapeutischen Vorgehens unter Einbeziehung von Methoden der Unterstützten Kommunikation (UK) richtet sich nach den individuellen Fähigkeiten und Ressourcen einer Person. Gleichzeitig wird die betroffene Person als aktiver Entscheidungsträger angesehen, wenn es darum geht, bei gleichzeitiger Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten, Einschränkungen und Wünsche, Teilziele aufzustellen und im Verlauf zu evaluieren (Lüke & Vock, 2019).

Sprachtherapeutische Diagnostik

Um zwischen einzelnen Methoden der UK abwägen zu können und ein effektives therapeutisches Vorgehen zur erarbeiten, sollte eine ausführliche Diagnostik in Bezug auf kommunikative & sprachsystematische Kompetenzen, Hindernisse und Bedarfe erfolgen. Anhand von Beobachtungsbögen und Diagnostikverfahren, wie beispielweise dem Goals Grid (TOBII DYNAVOX & CLARKE, 2016, Übersetzung Sachse 2018), dem Diagnostikposter „Kommunikation einschätzen und unterstützen“ (LEBER, 2018) oder dem „Test of Aided-Communication Symbol Performance“ (TASP, BRUNO, 2009) können folgende Bereiche eingeschätzt werden:

- Vorlieben und Abneigungen, Interessen,
- Kommunikationsformen,
- Kognition: Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis,
- Sprach- und Symbolverständnis,
- Mobilität/Motorik, sensomotorische Ansteuerungsmöglichkeiten für elektronische Kommunikationshilfen,
- Sozialverhalten.

Sprachtherapeutisches Vorgehen

Die Sprachtherapie wird unter Einbeziehung alters- und entwicklungsadäquater Inhalte individuell gestaltet. Primäres Ziel ist es, den Patienten oder die Patientin an die neue Kommunikationsmethode heranzuführen und ihn bzw. sie darin zu bestärken, diese im Alltag anzuwenden. Hierbei ist es von maßgeblicher Bedeutung, einerseits die alternative Kommunikationsmethode in kommunikativ bedeutsame Situationen zu integrieren.

Andererseits benötigt die (künftig) unterstützte kommunizierende Person Vorbilder, um die neue Kommunikationsform sicher erlernen zu können (CASTANEDA et al., 2017).

Das wichtigste Prinzip des therapeutischen Vorgehens stellt daher das sogenannte Modelling dar (Vgl. SACHSE & BOENISCH, 2009; SENNOT et al., 2016). Hierbei wird die neue Kommunikationsform seitens des/r Sprach-therapeuten/in vorbildhaft in lautsprachliche Äußerungen integriert, wobei zunächst nur einzelne ausgewählte Wörter sowohl lautsprachlich als auch in der jeweiligen Kommunikationsform präsentiert werden. Im Verlauf nimmt die Anzahl der verwendeten Wörter und grammatischen Strukturen zu.

Parallel zum Modelling kann zudem das sogenannte Prompting eingesetzt werden. Darunter werden visuelle, verbale oder physische Hinweisreize in einem kommunikativ relevanten Kontext verstanden, die Betroffene dazu ermuntern sollen, sich über die neue Kommunikationsform mitzuteilen (LÜKE & VOCK, 2019).

Sprachtherapeutisches Vorgehen bei Kindern mit Behinderung und beeinträchtigter Kommunikationsfähigkeit

In Abhängigkeit vom jeweiligen Entwicklungsstand kann zunächst die ausschließliche Arbeit an basalen Kompetenzen, wie dem Verständnis für Ursache-Wirkung, vordergründig sein, damit die Grundlage für den Aufbau weiterer kommunikativer Fähigkeiten geschaffen wird. Hierbei geht es darum, die Person erfahren zu lassen, dass sie durch eine bestimmte Aktivität ihre Umwelt beeinflussen kann. Dies ist häufig der erste zu erarbeitende Schritt in der Arbeit mit Kindern, die von schwerwiegenden Behinderungen betroffen sind.

Eine weitere Möglichkeit, um in einem nächsten Schritt insbesondere Personen mit schweren sozialen und kommunikativen Beeinträchtigungen in die Kommunikation zu führen, bietet das „Intensive Interaction“-Konzept. Hierbei wird versucht, Wege in die Kommunikation zu bahnen, auch wenn diese (noch) keine Wörter oder Symbole beinhaltet (GRANS & KLUG, 2017). Einen weiteren methodischen Baustein stellen die „Interaktionsspiele“ dar, bei welchen alle Kommunikationsformen eingesetzt werden können und mittels derer wesentliche Kommunikationsprinzipien erlernt und Selbst-wirksamkeitserfahrungen gemacht werden können. Bei der Konzipierung solcher Interaktionsspiele orientiert man sich am jeweiligen Entwicklungs-niveau: Beginnend mit Spielen, die den Fokus auf den/die Kommunikations-partner/in richten sollen, bis hin zu komplexeren „mach-was-Spielen“, die sowohl linguistisch-pragmatische als auch operationale und sozial-strategische Fähigkeiten fördern. Sobald die neue Kommunikationsform in Ansätzen schon eigenständig und spontan genutzt wird, stellt die Erarbeitung von Fähigkeiten auf den einzelnen linguistischen Ebenen einen wesentlichen Therapie-gegenstand dar (CASTANEDA et al., 2020).

Darüber hinaus kommt auch im Rahmen der Sprachtherapie das Picture Exchange Communication System (PECS, Bondy & Frost, 2001) häufig zum Einsatz¹⁶. Ursprünglich für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung entwickelt, kann das Konzept mittlerweile bei Personen jeden Alters eingesetzt werden, um diese in eine funktionale Kommunikation zu führen. Mithilfe des Austausches von Bildkarten sollen die u.k. Personen hierbei lernen, unabhängig von der Lautsprache eigeninitiativ Bedürfnisse zu kommunizieren (LÜKE & VOCK, 2019).

¹⁶ Siehe auch www.pecs-germany.com

Sprachtherapeutisches Vorgehen bei Erwachsenen mit erworbener Kommunikationsbeeinträchtigung

Auch bei Erwachsenen mit erworbener Kommunikationsbeeinträchtigung ist das primäre Ziel der Sprachtherapie die Wiederherstellung beziehungsweise der Erhalt der sozialen Teilhabe durch den Ausbau von Kommunikations-möglichkeiten (LÜKE & VOCK, 2019).

Im klinischen Setting bedeutet dies häufig zunächst, dem Patienten oder der Patientin bereits im Akut- bzw. Frühstadium ein „Sofortprogramm“, z.B. in Form einer Kommunikationstafel, zur Verfügung zu stellen und den Umgang mit der alternativen Kommunikationshilfe so zu erarbeiten, dass diese zu einer besseren Verständigung im Klinikalltag beiträgt. Hierfür wird ein Kern- und Randvokabular für kommunikativ relevante Situationen vorbereitet und im Rahmen von Gesprächen, Rollenspielen oder in-Vivo-Übungen beübt. In Ergänzung dazu werden Elemente aus klassischen Sprachtherapieansätzen durchgeführt.

Neben der Verbesserung der kommunikativen Möglichkeiten und der linguistischen Fähigkeiten ist es ein wesentliches Anliegen der Sprachtherapie, die UK vor allem als erfolgreiche Kommunikationsform zu vermitteln und Hemmungen, die sowohl seitens der u.k. Person als auch seitens des Bezugssystems bestehen können, abzubauen. Das kontinuierliche aktive Einbeziehen von Bezugspersonen bildet somit die Basis für einen erfolgreichen Einsatz von UK-Methoden im Alltag.

Unterstützte Kommunikation bei Demenz

Ein weiteres, zunehmend häufiger auch durch die Logopädie mitbehandeltes Patientenkontingent, sind Personen mit Demenz. Auch hier kann der Einsatz verschiedener Mittel und Methoden der UK dazu beitragen, den Alltag und die Kommunikation von Betroffenen und ihren Bezugspersonen zu erleichtern. Hierbei sollte beachtet werden, dass aufgrund des progredienten Verlaufs der Erkrankung Alternativen möglichst in einem frühen Krankheitsstadium erarbeitet und im Verlauf immer wieder angepasst werden müssen. So kann beispielsweise die Visualisierung von Tages- und Wochenplänen und das Versehen von Türen und Schränken mit Bildern das räumliche und zeitliche Orientierungsvermögen unterstützen und der betroffenen Person mehr strukturellen Halt geben. Um so viel Eigenständigkeit wie möglich beizubehalten, können Handlungspläne für gewohnte alltägliche Abläufe erstellt und neben Bildern & Ikonen gegebenenfalls auch mit einer Sprachausgabe belegt werden (bspw. mittels Anybook-Reader). Für die Biographiearbeit eignen sich Interessens-/Kommunikationsbücher oder Kommunikationstafeln, die ebenfalls mit einer Sprachausgabe versehen werden können, um die sprachliche und kommunikative Übermittlung individueller Themen zu erhalten und um an Aktivitäten und Themen zu erinnern, die für die betreffende Person relevant sind (BEER & SCHÖN, 2020).

Neben ihrem Beitrag, das Bewusstsein für UK-Möglichkeiten zu schärfen, kann die Sprachtherapie eine wichtige sowohl beratende als auch koordinierende Funktion innerhalb des Bezugssystems übernehmen, indem sie über Aspekte wie beispielsweise das Gesprächsverhalten und den Einsatz der gewählten UK-Methode berät und regelmäßige Evaluationen des methodischen Vorgehens mit allen Beteiligten des Bezugssystems initiiert.

Fazit

Das Einbeziehen von Methoden der UK in die Sprachtherapie sollte bei Menschen mit angeborenen Behinderungen, die erheblich in ihrer Kommunikation beeinträchtigt sind, sowie bei Kindern, die mit zwei Jahren noch keinen aktiven Sprachgebrauch zeigen, zeitnah erfolgen (WILKEN, 2002). Im Hinblick auf die soziale Teilhabe sollte darüber hinaus bei Erwachsenen mit erworbenen kognitiven bzw. kommunikativen Störungen, verbunden mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Mitteilungsfähigkeit, an eine zeitnahe UK-Versorgung gedacht werden.

Literatur

- BEER, S. & SCHÖN, A. (2020): Unterstützte Kommunikation bei Demenz: Hilfen zur Strukturierung und Orientierung sowie zur Unterstützung von Gedächtnis und Kommunikation. *forum:logopädie*, 34(2), 24-27.
- BONDY, A. & FROST, L. (2001): The Picture Exchange Communication System. *Behavior Modification* 25 (5), 725-744. <https://doi.org/10.1177/0145445501255004>
- BRUNO, J. (2009): Diagnostiktest TASP. Abklärung des Symbol- und Sprachverständnisses in der Unterstützten Kommunikation. RehavistaGmbH, Berlin.
- CASTANEDA, C., FRÖHLICH, N. & WEIGAND, M. (2017): Modellierung in der Unterstützten Kommunikation. Ein Praxisbuch für Eltern, pädagogische Fachkräfte, Therapeuten und Interessierte. Verlag UK-Couch, Schöllkrippen.
- CASTANEDA, C., FRÖHLICH, N. & WAIGAND, M. (2020): Unterstützte Kommunikation, Eine Einführung für Eltern, pädagogische Fachkräfte, Therapeuten und Interessierte. Verlag UK-Couch, Schöllkrippen.
- GRANS, A. & KLUG, S. (2017): Intensive Interaction. In: D. Lage, & K. Ling (Hrsg.), *UK spricht viele Sprachen*. Tagungsband des UK-Kongresses. Von Loeper, Karlsruhe.
- LEBER, I. (2018): Kommunikation einschätzen und unterstützen. Das bewährte Riesen-Diagnostikposter mit ausführlichem Begleitheft. Von Loeper, Karlsruhe.
- LÜKE, C. & VOCK, S. (2019): *Unterstützte Kommunikation bei Kindern und Erwachsenen*. Praxiswissen Logopädie. Springer, Heidelberg, Berlin.
- SACHSE, S. & BOENISCH, J. (2009): Kern- und Randvokabular in der Unterstützten Kommunikation: Grundlagen und Anwendung. In: ISAAC Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation*. Von Loeper, Karlsruhe. S. 01.026.030-01.02640.
- SENNOTT, S.C., LIGHT, J.C. & MCNAUGHTON, D. (2016): AAC modeling intervention research reviews. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities* 41, 101-115. <https://doi.org/10.1177/1540796916638822>
- TOBII DYNAVOX CLINICAL CONTENT TEAM & CLARKE, V. (2016): Dynamic AAC Goals Grid – 2 (DAGG-2) Förderziele in der Unterstützten Kommunikation. https://download.mytobiidynavox.com/Materialkiste/Analyse_Status_Verlauf/TobiiDynavox-F%C3%B6rderziele_in_der_UK_GoalsGrid.pdf (Zugriff 6.9.2022).
- WILKEN, E. (2002): Präverbale sprachliche Förderung und Gebärden-unterstützte Kommunikation in der Frühförderung. In: E. Wilken (Hrsg.), *Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung in Theorie und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart. S. 29-46.

Unterstützte Kommunikation im Gesundheitswesen Mittel und Methoden aus der Praxis für die Praxis

Andrea Erdélyi

Zitierweise:

Erdélyi, A. (2022): Unterstützte Kommunikation im Gesundheitswesen - Mittel und Methoden aus der Praxis für die Praxis. In: Wehmeyer, M & Styp von Rekowski, A (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2022 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd. 48. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, S.44-59

Einleitung

Unterstützte Kommunikation (UK) gehört in Bildungseinrichtungen für Menschen mit komplexen Kommunikationsbedürfnissen (complex communication needs – CCN) zunehmend zum Standard. Der Bedarf an Unterstützung in der Kommunikation erstreckt sich jedoch auf alle Lebensbereiche einschließlich des Gesundheitswesens. Im Gesundheitswesen spielt gelingende Kommunikation eine vielfache Rolle: Sie ermöglicht Selbstbestimmung und Teilhabe, sie ist ggf. aber auch lebensrettend. Patientensicherheit und Compliance sind Schlagwörter, die hier zum Tragen kommen. Ohne eindeutige Verständigung werden Symptome womöglich nicht verstanden und korrekt gedeutet oder Behandlungen nicht angemessen ausgewählt und durchgeführt. Eine Mitwirkung im Behandlungsprozess ist für die Genesung außerordentlich wichtig. Diese ist aber nur möglich, wenn die Patienten auch verstehen, was mit ihnen geschieht. Es entsteht durch verstandene Aufklärung ein Gefühl von Sicherheit, das sich mehrfach positiv auf den Genesungsprozess auswirkt. Um diese Ziele zu erreichen, werden in diesem Beitrag exemplarisch einige Möglichkeiten vorgestellt, um Barrieren in der Kommunikation im Gesundheitswesen zu überwinden.

Settings im Gesundheitswesen

Bevor diese Möglichkeiten vorgestellt werden, ist es wichtig, den jeweiligen Kontext zu klären. Hierzu lohnt sich ein Blick auf die verschiedenen Settings im Gesundheitswesen und die damit verbundenen kommunikativen Situationen (vgl. Abb. 1).

Die im weiteren Verlauf vorgestellten Beispiele fokussieren auf die in Abbildung 1 dunkel umrandeten Bereiche, welche zu den häufigsten Orten medizinischer Hilfe zählen:

- Kontext Gemeinwesen: Apotheke,
- Kontext ambulante Versorgung: Hausarzt/-ärztin, ambulante Pflege,
- Kontext stationäre Versorgung: ärztliche Hilfe im Krankenhaus, stationäre Pflege.

Einige der vorgestellten Hilfen sind nicht auf einen Ort allein festgelegt, sondern können in verschiedenen Settings zum Einsatz kommen.

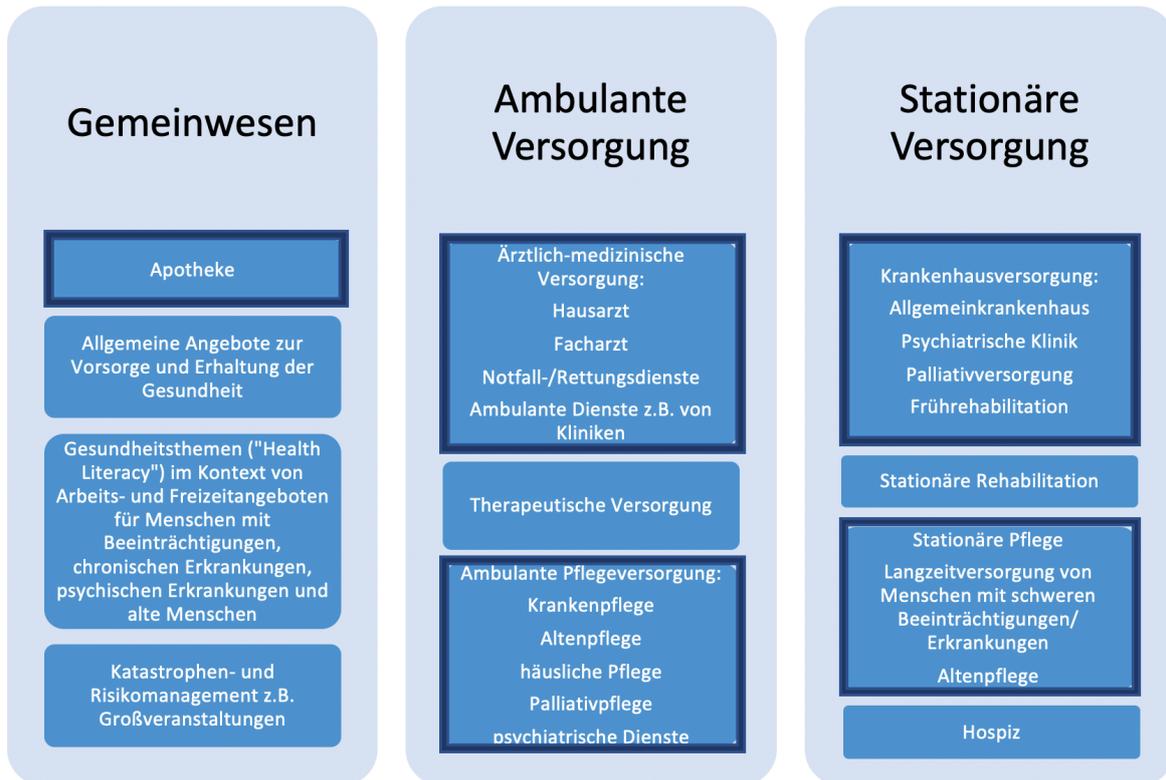


Abb. 1: Settings im Gesundheitswesen (in Anlehnung an ERDÉLYI & HENNIG, 2020, 305)

Zielgruppen

Die Breite der Zielgruppen ist im Kontext der UK sehr weitreichend, sowohl hinsichtlich der Altersgruppen als auch der Ursachen und Funktionen der UK. Mit Blick auf das Gesundheitswesen verändert und erweitert sich der Kreis möglicher Zielgruppen noch einmal. In Anlehnung an BLACKSTONE und PRESSMANN (2016) sollten für die Unterstützung der Kommunikation im Gesundheitswesen vor allem folgende Personengruppen im Zentrum stehen:

- Menschen mit CCN im „klassischen Sinn“, also Personen mit Beeinträchtigungen der Sprache, des Hörens, Sehens, der Motorik oder Kognition,
- daneben als wichtigste Gruppe Menschen, die eine andere Muttersprache sprechen,
- Menschen, die aufgrund von Traditionen, Haltungen und Bedingungen kultureller, religiöser, sexueller bzw. geschlechtsspezifischer Art bestimmte medizinische Maßnahmen nicht verstehen oder akzeptieren,
- des Weiteren die nicht zu unterschätzende große Gruppe von Menschen mit „limited health literacy“, also Personen, bei denen es zwar keine vorrangigen sprachlichen Barrieren gibt, die aber nur wenig über Gesundheit, Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten wissen, so dass ihnen die Inhalte nur schwer verständlich sind, oder aber die z.B. aufgrund von eingeschränkter Literalität oder durch Alter und damit verbundenen Erkrankungen Erklärungen nicht mehr so leicht nachvollziehen können,
- und schließlich alle Menschen, die aufgrund einer Behandlung zeitweise nicht sprechen können, weil sie z.B. intubiert oder sediert werden.

Damit wird deutlich: Einen Bedarf an UK kann jeder Mensch jederzeit haben. Umso wichtiger ist es, dass die kommunikativen Barrieren im Gesundheitswesen ernst genommen werden und Unterstützung überall angeboten wird.

Eine Personengruppe, die in diesem Kontext besonders herausgehoben werden sollte, ist die der Menschen mit neurologischen Erkrankungen (ERDÉLYI, 2014; HENNIG et al., 2017b). Hier nimmt die Zahl der Betroffenen kontinuierlich zu. Dies gilt insbesondere in Bezug auf Schlaganfall und Demenzerkrankungen. Für die Auswahl und den Einsatz der Kommunikationshilfe ist es nicht unerheblich, ob es sich hierbei um Menschen mit sukzessivem Sprachverlust oder plötzlichem Sprachverlust handelt.

Zur Gruppe der Menschen mit sukzessivem Verlust lautsprachlicher Funktionen und Fähigkeiten zählen u.a. Personen mit

- degenerativen Erkrankungen des Zentralnervensystems, z.B. Sanfilippo-Syndrom, Demenz,
- neurologischen System- und Autoimmunerkrankungen, z.B. Multiple Sklerose (MS)
- Gehirntumoren,
- Fortschreitenden Muskelerkrankungen, z.B. Spinale Muskelatrophie (SMA), Amyotrophe Lateralsklerose (ALS).

Hier ist es wichtig, so früh wie möglich zusammen mit den Patienten/innen nach kommunikativen Lösungen für die Zukunft zu suchen, die ihrem Wunsch und Bedarf entsprechen. Dies können auch komplexe Hilfen sein, die individuell angepasst werden. Gleichzeitig ist zu beachten, dass es oft für die Betroffenen nicht leicht ist, den bevorstehenden Sprachverlust anzunehmen und sich damit frühzeitig auseinanderzusetzen. Ein feinfühligere Umgang ist hier besonders wichtig.

Zur Gruppe der Menschen mit plötzlichem Verlust lautsprachlicher Funktionen und Fähigkeiten zählen z.B. Personen mit

- einem ischämischen Schlaganfall,
- einer Hirnblutung,
- einem Schädel-Hirn-Trauma,
- einer Rückenmarksschädigung, z. B. hohe Querschnittlähmung nach Trauma.

Hier gilt es, so schnell wie möglich auf Kommunikationshilfen zurückzugreifen, die z.B. auf neurologischen Stationen stets griffbereit sein sollten. Häufig ist direkt nach dem Ereignis noch nicht absehbar, ob es sich um einen vorübergehenden oder dauerhaften Sprachverlust handelt. Dies verleitet dazu, zunächst keine Kommunikationshilfen anzubieten in der Hoffnung, dass die Sprachfunktionen zurückkehren. Dabei wird übersehen, dass es gerade bei einem solch traumatischen Ereignis für die Person und die weitere Genesung äußerst wichtig ist, dass sie sich verständigen kann, um nicht weiter traumatisiert zu werden. Hier sind also einerseits schnell erreichbare einfache Hilfen notwendig. Nach diesen ersten einfachen Hilfen gilt es aber ebenfalls, zusammen mit dem Patienten oder der Patientin nach längerfristigen Hilfen zu suchen.

Mittel und Methoden der Unterstützten Kommunikation im Gesundheitswesen

Grundsätzlich kann für die Auswahl der *Mittel* der UK im Gesundheitswesen folgendes festgehalten werden: Im Vergleich zum „klassischen Einsatz“ von UK sind die Einsatzgebiete und Zielgruppen deutlich breiter angelegt. Damit ändern sich auch die Zielsetzung und der

Kontext. Es geht hier i.d.R. nicht um Alltagskommunikation, sondern um spezifische Themen in bestimmten Situationen. UK wird nicht nur bei Menschen mit CCN im engeren Sinne eingesetzt, sondern ist auch notwendig und hilfreich für Menschen, die zwar sprechen, aber z.B. eine andere Sprache sprechen, oder wo andere Verständnisprobleme im Kontext Gesundheit zur Barriere werden. Für Menschen mit CCN bedeutet dies, dass sie ggf. ihre Kommunikationshilfe für den Alltag mit den themenspezifischen Hilfen kombinieren. Für Menschen, die bislang keinen Bedarf an UK hatten, wird UK ggf. nur in ausgewählten, momentanen, vorübergehenden Situationen eingesetzt.

Die im Gesundheitswesen tätigen Personen, die UK anbieten bzw. anbieten sollten, gehören in der Regel zum medizinischen, therapeutischen oder pharmazeutischen Fachpersonal. Es muss daher zunächst davon ausgegangen werden, dass UK nicht Teil deren Ausbildung war. Aus diesen Bedingungen ergibt sich zum einen, dass sich damit die in der UK als Standard anerkannte Gewichtung von Kern- und Randvokabular zugunsten des Kernvokabulars (BOENISCH & SACHSE, 2020) hin zu mehr themenspezifischem Randvokabular oder kleinen Floskeln verändert. Zum anderen muss das Mittel insbesondere für Akut- oder Pflegesituationen einfach und möglichst selbsterklärend sein. Es muss schnell und universell einsetzbar sein. Entsprechend handelt es sich oft um einfache, nicht-elektronische Hilfen. Bezüglich dieser Hilfen ist es wichtig, deren Möglichkeiten, aber auch deren Grenzen zu kennen und anzuerkennen. So kann eine Kommunikationstafel oder -mappe womöglich erste Notfallsituationen oder pflegerische Inhalte transportieren. Sie kann aber nicht ein ärztliches Aufklärungsgespräch ersetzen, bei dem Fremdsprachen- oder UK-Dolmetscher assistieren müssen.

Da es auch Personen mit dauerhaftem Bedarf an UK gibt, der z.B. aufgrund einer ALS-Erkrankung eine höchst komplexe und doch anpassbare elektronische Kommunikationshilfe erfordert, ist es wichtig, hier eine fachkompetente Beratung von UK-Experten/innen einzuholen.

Bezüglich der *Methoden* lässt sich festhalten, dass zahlreiche Methoden der UK in der Kommunikation im Gesundheitswesen gleichermaßen Anwendung finden sollten, z.B. Co-Konstruktion, Modelling, Multimodalität oder Zeit geben. Insbesondere bei degenerativen Prozessen ist es wichtig, sich um ein proaktives Management zu bemühen und den sog. clinical pathway im Blick zu haben (HENNIG et al., 2017a). Dies bedeutet zum einen, dass die gegenwärtigen kommunikativen Möglichkeiten nicht übersehen, sondern genutzt werden, zum anderen, dass mit Blick auf den prognostizierten Verlauf frühzeitig mit dem/r Patienten/in Kommunikationsstrategien geplant werden. Dies gilt ebenso für Personen, die aufgrund eines medizinischen Eingriffs vorübergehend nicht sprechen können, z.B. durch Intubation oder Sedierung.

Im Folgenden werden einige Mittel der UK für das Gesundheitswesen vorgestellt, die sich in der Praxis bewährt haben. Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie werden gegliedert nach allgemeinen Mitteln der UK, die auch im Gesundheitswesen genutzt werden können, und Mitteln der UK, die speziell für den Einsatz im Gesundheitswesen entwickelt wurden.

Allgemeine UK-Hilfen

Es gibt umfängliche Möglichkeiten, Kommunikationshilfen anzubieten, die dann für die Zielperson und den medizinischen Kontext individualisiert werden.

Die *Kategorien* von Kommunikationshilfen sind generell die gleichen wie in der UK allgemein: sie umfassen Kommunikationsformen (1) ohne externe Hilfsmittel, (2) mit nicht-elektronischen Hilfsmitteln und (3) mit elektronischen Hilfsmitteln.

Die *Inhalte bzw. Kommunikationsformen* lehnen sich an die bekannten Mittel und Methoden der UK an, erfahren aber Anpassungen oder gewinnen eine andere Bedeutung.

Die in Abbildung 2 genannten Beispiele zur Kommunikation, insbesondere jene ohne externe Hilfen, machen deutlich, dass vieles davon oft schon in der Gesundheitsversorgung genutzt wird, ohne dass den dort tätigen Personen bewusst ist, dass sie damit Kommunikation unterstützen. Auch Gegenstände, Bilder und Buchstabentafeln kommen oft auch ohne UK-Kenntnisse des Fachpersonals zum Einsatz. Weitere externe Hilfen sind oft noch wenig bekannt und sollten daher bekannt gemacht werden. Die Abbildung will Mut machen, die einfachen Möglichkeiten bewusst zu nutzen und die weiterführenden Mittel kennen zu lernen.

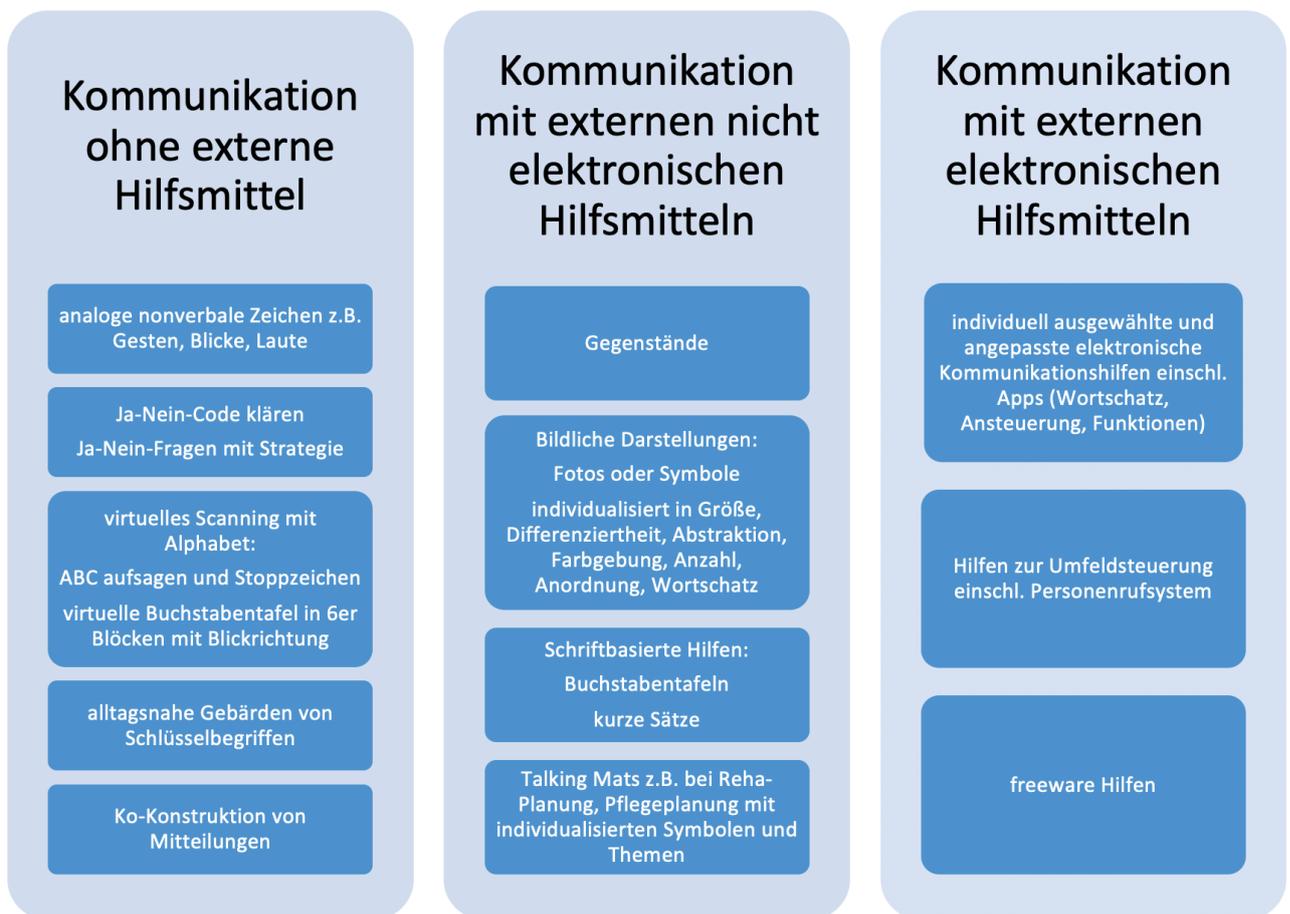


Abb. 2: Übersicht über individualisierbare UK-Hilfen im Gesundheitswesen

Kommunikation ohne externe Hilfsmittel

Hier einige Erläuterungen zu den in der Abbildung 2 genannten Möglichkeiten:

- Gesten, Blicke und Laute sind das Erste, was jede Person meist instinktiv nutzt. Die Botschaft lautet hier: nutzen Sie dies!
- Ja-Nein-Codes sind ebenfalls sehr hilfreich. Sie werden effektiver, wenn die Zeichen für Ja und Nein bewusst geklärt werden.

- Systematische Fragestrategien helfen in Verbindung mit Ja-Nein-Codes, um schneller zu einer Klärung zu kommen (vgl. z.B. WEID-GOLDSCHMIDT, 2004).
- Den gewählten Ja-Nein-Code kann man auch einsetzen, wenn die unterstützende Person der in der Kommunikation beeinträchtigten Person das ABC aufsagt, sofern letztere über die notwendige Literalität verfügt. Mit dem Ja-Zeichen wird das Aufsagen gestoppt und der gewünschte Buchstabe ausgewählt. So schreibt die Person virtuell, was sie sagen möchte. Ahnt die unterstützende Person, welches Wort geschrieben wird, kann sie dies – quasi als personifizierte Wortvorhersage – anbieten. Im Grunde genommen ist dies schon ein Teil der Ko-Konstruktion.
- Virtuelle Blickcodes, bei denen die Blickrichtung für einen bestimmten Buchstaben steht, setzen eine intensivere Auseinandersetzung voraus. Sie beschleunigen die Kommunikation deutlich. Hier ist in der Regel jedoch ein/e Assistent/in der mit Blickcodes kommunizierenden Person nötig.
- Alltagsnahe Gebärden von Schlüsselbegriffen sind für jedermann zugänglich, da sie meist identisch mit üblichen Gesten sind, z.B. Gebärde für essen, trinken.
- Ko-Konstruktion ist eine Methode, die im Alltag helfen soll, sich rückzuversichern, ob die kommunikativen Zeichen, z.B. Gesten und Blicke, richtig verstanden wurden. Hierzu formuliert die unterstützende Person, was sie verstanden hat, und fragt, ob dies stimmt. Außerdem ist Ko-Konstruktion sehr hilfreich, um Kommunikation zu beschleunigen, indem die Aussage angeboten wird, sobald eine Vermutung besteht, was gemeint sein könnte. Dies lässt sich gut mit externen Hilfsmitteln, aber auch ABC-Konzepten, kombinieren.

Nicht-elektronische Hilfen – stets zur Hand

Es gibt einige Hilfen, die Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen stets zur Hand haben sollten. Hierzu zählen

- eine Tafel mit Feldern und Zeichen für JA, NEIN und WEIß NICHT/ ETWAS ANDERES,
- eine Tafel mit Buchstaben und Zahlen,
- eine Schmerzskala mit graphischer Darstellung,
- eine Darstellung des Körpers, um daran z.B. zu zeigen, wo es wehtut,
- ggf. noch eine Tafel für die Art des Gefühls z.B. Schmerz, Jucken.

John Costello (COSTELLO et al., 2010) war einer der ersten, der UK systematisch im klinischen Kontext (im Boston Children Hospital) einführte und hierzu solche Tafeln entwickelte. Mittlerweile finden sich deutschsprachige Vorlagen, z.B. auf Seiten von Hilfsmittelfirmen, auf der Blog-Seite „UK im Blick“ oder auf der Website von Anette Kitzinger zu Metacom-Symbolen (siehe Internetquellen im Anhang, vgl. auch GRANS & BEER, 2018). Zum Teil sind sie integriert in umfänglichere themenspezifische Kommunikationsmappen, z.B. der UKAPO und UK Pflege Mappe (s.u.). Damit findet eine Überschneidung von „allgemeiner Hilfe“ und „themenspezifischer Hilfe“ statt.

Die Abbildungen 3 und 4 illustrieren Beispiele aus der UK Pflege Mappe (ERDÉLYI et al., 2019).

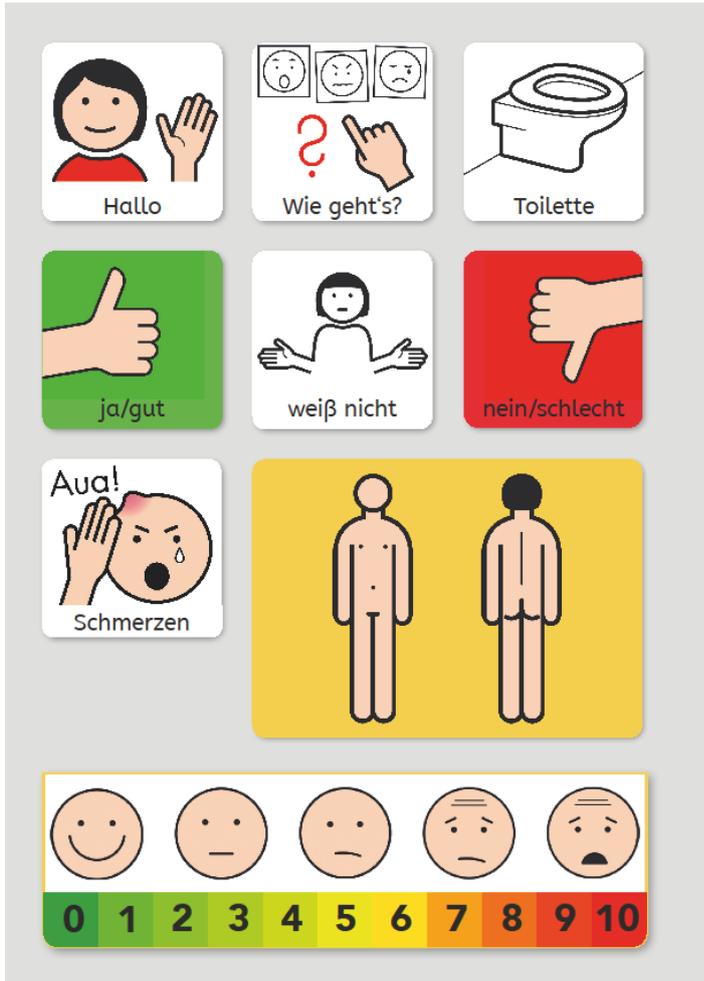


Abb. 3: Starter-Tafel

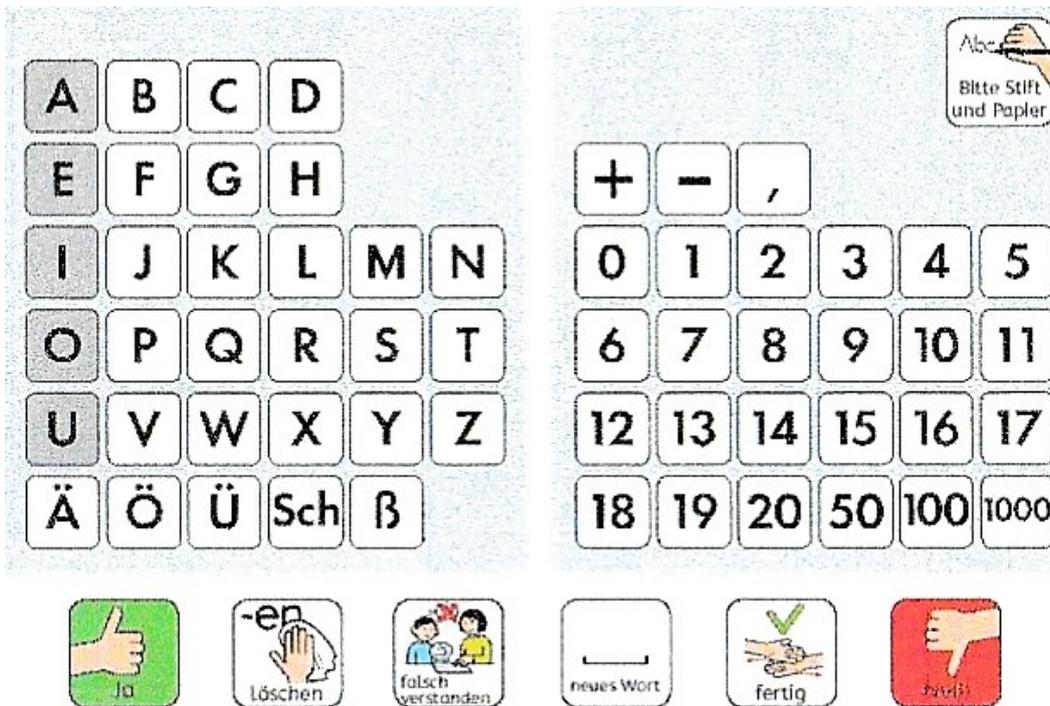


Abb. 4: Buchstaben- und Zahlentafel

Nicht-elektronische Hilfen – ausgewählte Beispiele

Aus den in Abbildung 2 gelisteten Möglichkeiten soll eine hier herausgehoben werden, die zwar nicht speziell für das Gesundheitswesen entwickelt wurde, dort aber in bestimmten Situationen sehr hilfreich sein kann und in Deutschland noch weniger bekannt ist. Es handelt sich um das Konzept „Talking Mats“ (vgl. Abb. 5). Entwickelt wurde dieses Konzept von Joan Murphy an der Stirling University, Scotland (<https://www.talkingmats.com>, vgl. auch MURPHY et al., 2018). Ziel dieses Konzepts ist es, sich über Dinge austauschen zu können, die für die in der Kommunikation beeinträchtigte Person wichtig sind, z.B. „Was will ich heute tun?“, „Mit wem will ich heute meine Zeit verbringen?“, „Wo will ich wohnen?“. Dieses Konzept wurde nicht für die Alltagskommunikation entwickelt, sondern für gezielte Gespräche, in denen es um Mitbestimmung zu bestimmten Fragen geht. Zahlreiche Studien zeigen, dass Talking Mats sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei erwachsenen Personen, z.B. mit Aphasie oder Demenzerkrankungen, eingesetzt werden kann (z.B. GILLESPIE et al., 2010; MURPHY et al., 2010). Eine Einsatzmöglichkeit wäre z.B. die gemeinsame Planung für eine Reha-Maßnahme oder eine gemeinsame Planung, wie sich die Person das Leben nach der Reha-Maßnahme vorstellt und woran gearbeitet werden sollte, damit dies möglich wird. Zu Beginn des Gesprächs wird geklärt, worum es gehen soll. Anschließend wird die Skala festgelegt, z.B. möchte ich – weiß nicht – möchte ich nicht. Schließlich werden verschiedene Optionen als Bildkarten angeboten, z.B. gehen üben, sprechen üben, alleine essen üben, spazieren gehen. Blankokarten sollten dabei stets zur Hand sein, falls die gewünschte Option nicht angeboten werden kann.

Die Themenkarte und die Symbole für die Einschätzungsskala werden wie in Abbildung 5 angeordnet. Die Optionskarten werden nacheinander der nicht sprechenden Person angeboten. Diese legt sie selbst oder zeigt, wo der/die Assistent/in sie hinlegen soll.

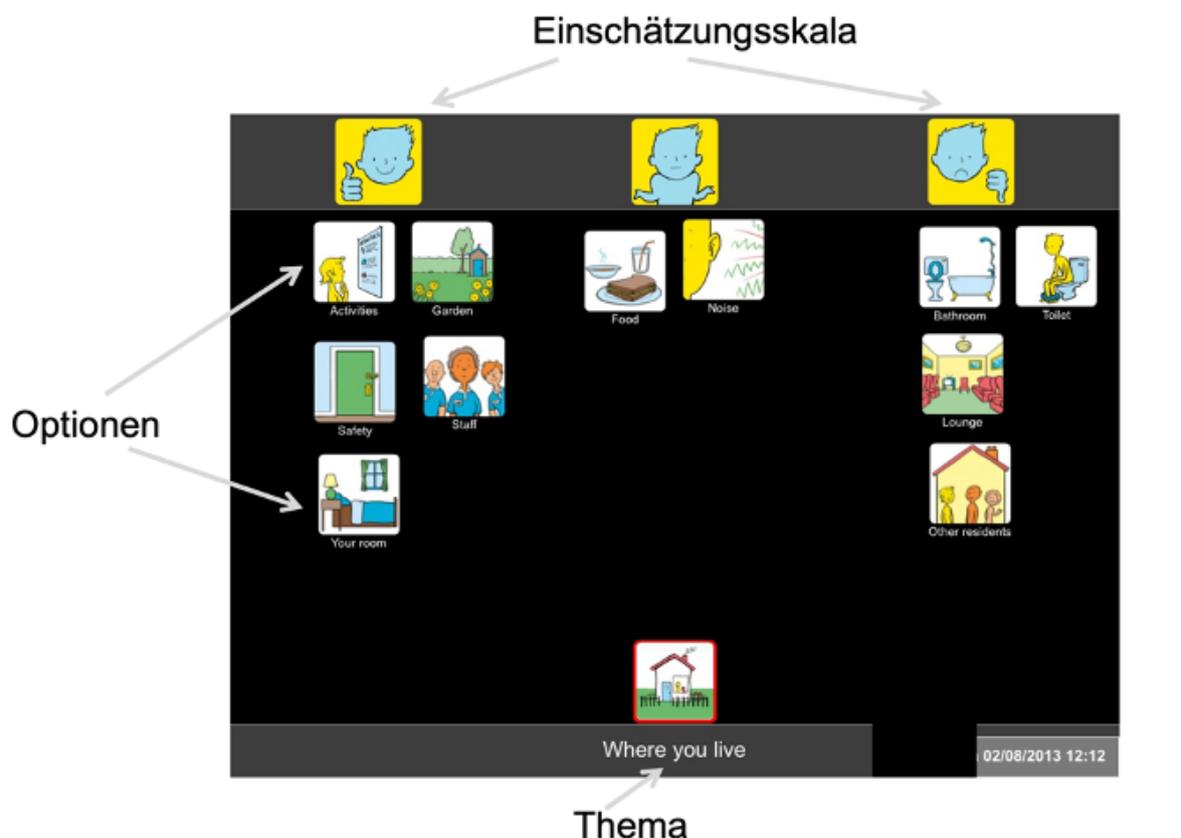


Abb. 5: Talking Mats (aus: Schulungsmanuskript)

Elektronische Hilfen – ausgewählte Beispiele

Elektronische Hilfen kommen insbesondere dann in Betracht, wenn ein längerfristiger UK-Bedarf z.B. aufgrund einer neurologischen Erkrankung absehbar ist. Hierzu haben mehrere Hilfsmittelfirmen verschieden komplexe Kommunikationshilfen entwickelt, die unterschiedliche Strategien verwenden z.B. semantische Strategie oder grammatikalische Strategie, die symbol- und/oder schriftsprachbasiert arbeiten oder die eine Kombination von Kommunikationshilfe und Umweltsteuerung anbieten. Die Ansteuerungen können individuell angepasst werden, z.B. durch direktes Antippen des Touch Screens, aber auch das sogenannte Ein- oder Zweitastenscanning, auditives Scanning, Ansteuerung über Atmung. Bei der Auswahl der Kommunikationshilfen sollten Experten/innen zu Rate gezogen werden. Die Finanzierung erfolgt i.d.R. über die jeweilige Krankenkasse im Rahmen der Hilfsmittelversorgung.

Es gibt aber auch kostenlose und kostengünstige Hilfen. Diese sind besonders hilfreich für Personen, die durch eine neurologische Erkrankung (z.B. Locked-In-Syndrom) motorisch stark eingeschränkt sind. Kommhelp e.V. ist ein Verein, der sich der Information und Beratung hierzu verschrieben hat (<https://www.kommhelp.de>). Von dieser Website ausgehend, kommt man direkt auch zu den Download-Links hilfreicher Programme und Apps.

Eines dieser kostenlosen Programme ist *Dasher*. Es wurde von Sir David J. C. MacKay entwickelt und ist unter diesem Link downloadbar: <https://github.com/dasher-project/dasher/releases>. Es ermöglicht mit jedweder Art der Ansteuerung, z.B. Augensteuerung, Kopfsteuerung oder Tastensteuerung, mit einem handelsüblichen Computer deutlich schneller als mit der Tastatur zu schreiben und dies durch die Sprachausgabefunktion des Computers aussprechen zu lassen.

Zu Beginn befindet sich der Cursor in der Mitte. Sobald der Cursor mit der Ansteuerung nach rechts bewegt wird, nähert er sich dem gewünschten Buchstaben und wählt ihn aus, sobald er in sein „Feld“ kommt. Das Programm berechnet permanent Buchstabenfolgen, die in dem Text wahrscheinlich als nächstes kommen. Der wahrscheinlichste Buchstabe wird am größten angezeigt. Dasher lernt beim Schreiben mit und erweitert so die Wortvorhersage. Damit wird das Schreiben zunehmend schneller.

Eine weitere Entwicklung z.B. für Menschen mit Locked-In-Syndrom und anderen umfassenden Lähmungen zielt auf die Steuerung der digitalen Kommunikationshilfe über ein sogenanntes Brain Control Interface (BCI). Die Forschung hierzu ist noch nicht abgeschlossen. Es werden zurzeit verschiedene invasive und nicht invasive Techniken erprobt. Eine Variante wurde von Pasquale Fedele et al. an der Universität Siena entwickelt. Die Technik basiert auf der Idee, über ein Headset, das Hirnströme erfasst, „motorische Gedanken“ in Cursorbewegungen umzusetzen. In Kombination mit einem Scanning-Verfahren, bei dem sich der Cursor im eingestellten Tempo von Feld zu Feld bewegt, kann durch einen „motorischen Gedanken“ der Cursor gestoppt und das Feld damit ausgewählt werden (FEDELE et al., 2014; 2016).

Themenspezifische Hilfen für das Gesundheitswesen

Nach den bis hierhin vorgestellten allgemeinen Hilfen, die themenungebunden genutzt werden können, sollen nun Hilfen vorgestellt werden, die speziell für bestimmte Situationen im Gesundheitswesen entwickelt wurden. Es handelt sich überwiegend um einfache nicht-elektronische Hilfen. Einige bieten Vorlagen, die weiter individualisiert werden können. Andere sind statische Hilfen mit einem ausgewählten Wortschatz. Diese können sowohl initiativ von der in der Kommunikation beeinträchtigten Person genutzt werden (indem sie diese Hilfe mit sich trägt), sie sollten aber auch unabhängig davon von dem jeweiligen

Fachpersonal vorgehalten werden. Schließlich können ausgewählte Bildsymbole auch sehr einfach die Orientierung im Gesundheitszentrum erleichtern.

Themenspezifische Hilfen, die individualisiert werden können

Hier einige Beispiele für Vorlagen, die von einem/r Nutzer/in individuell ausgefüllt werden (die Internetlinks zu diesen und weiteren Hilfen stehen im Anhang). Insbesondere die ICE Communication Card ist gut für unterwegs geeignet, da sie aufgrund des Pocketformats immer bei sich getragen werden kann.

- der in Vorarlberg (Österreich) eingeführte „Krankenhauspass“ (connexia)
- die „ICE (In Case of Emergency) Communication Card“ (WidgitHealth)
- der „A&E Communication Passport“ bzw. „Kommunikations-Pass für Notfälle“ (WidgitHealth, deutsche Übersetzung Kommhelp)

Themenspezifische Hilfen mit fertigem Wortschatz

Zu den themenspezifischen Hilfen, die mit einem ausgewählten Wortschatz arbeiten, gehören zum Beispiel die folgenden:

- symbolbasierte Seiten wie z.B. Schmerztafeln bzw. -skalen, die als Download z.B. auf den Seiten von „UK im Blick“, METACOM oder Hilfsmittelfirmen zu finden sind (vgl. GRANS & BEER, 2018) (diese Hilfen wurden bereits in Kapitel 4.1.2 erläutert, da es hier eine Überschneidung gibt);
- v.a. für Menschen mit anderer Muttersprache oder eingeschränkten Schriftsprachkompetenzen: die Reihen „tip doc“, „Emergency“ und „Kinder tip“; dies sind Hefte zu medizinischen Themen zur Unterstützung der ärztlichen Aufklärung mittels Bilder und mehrsprachiger kurzer Texte (Setzer Verlag);
- Hilfen von WidgitHealth (z.T. kostenloser Download in Deutsch bei Kommhelp): Für einen medizinischen Notfall für Ersthelfer/innen und Rettungsdienste („First Response communication book“, „First Aid Communication booklet“), für das psychiatrische Arbeitsfeld („Mental Health Pack Communication Book and CD“) oder zur Patientenaufklärung (z.B. Tracheotomie, Diabetes);
- das vierseitige „Kommunikationstafelset Klinik“ (Rehavista) zur niedrigschwelligen Überbrückung von temporären und dauerhaften Sprach- und Sprechstörungen während eines Klinikaufenthalts.

Auch hier sollen nachfolgend einige Beispiele herausgegriffen und genauer vorgestellt werden.

Medizinische Aufklärung

Eine umfassende Hilfe für Menschen mit Beeinträchtigungen, aber auch Menschen mit eingeschränkten (health) literacy Fähigkeiten oder eingeschränkten Deutschkenntnissen, ist das Buch „Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit. Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache“ (SAPPOK et al. 2021). Es wurde am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Berlin entwickelt. Ziel ist es, barrierefreie Kommunikation und Selbstbestimmung zu ermöglichen sowie eine höhere Patientensicherheit, den Abbau von Ängsten, damit eine höhere Compliance und eine schnellere Genesung zu erreichen. Dieses Buch enthält Erklärungen zu 99 Begriffen, geordnet nach den folgenden sechs Bereichen:

- Der Arzt-Besuch und das Kranken-Haus
- Körperliche und psychologische Untersuchungen
- Krankheiten und Störungen
- Therapien und Medikamente
- Medizinische Fachrichtungen
- Gesundheitsförderung.

Die Erklärungen folgen immer dem gleichen Schema: auf der linken Seite wird der Begriff in Leichter Sprache erklärt, auf der rechten Seite wird er weiter vereinfacht mit wenigen sprachlichen Erklärungen und Bildsymbolen (Metacom©) erklärt.

Den Erklärungen vorangestellt, finden sich in dem Buch fachliche Ausführungen, am Ende des Buches eine Vorlage für ein Ich-Buch, das auch als kostenloser PDF-Download zur Verfügung steht. Über dieses Ich-Buch kann die beeinträchtigte Person mitteilen, was man über sie wissen sollte, um ihr die Behandlung zu erleichtern.

UKAPO – Kommunikation für Arzt und Apotheke

An der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg wurden zusammen mit zahlreichen engagierten Studierenden mehrere

Kommunikationsmappen im Schnittfeld Gemeinwesen – ambulante Versorgung – stationäre Versorgung entwickelt. Es sind bislang die einzigen Kommunikationshilfen, deren Entwicklung wissenschaftlich fundiert und umfänglich empirisch überprüft wurde (MISCHO et al., 2016).

Bei der UKAPO wurde gemeinsam mit Fachkräften in Apotheken und Nutzern/innen das notwendige Vokabular ermittelt, entlang des Leitfadens der Bundesapothekerkammer für Kundengespräche strukturiert und auf seine Verständlichkeit und Nützlichkeit hin mehrfach geprüft. Daraus entstand eine Mappe im A5-Format, die wenig Platz einnimmt und überall hin mitgenommen werden kann.

Die UKAPO Mappe umfasst zwei Startseiten für die schnelle Kommunikation sowie weitere Seiten zur Vertiefung und Differenzierung der Startseiten (vgl. Abb. 6a+b). Ziel ist die schnelle Erfassung der Symptome und die Beratung zur Einnahme pharmakologischer Präparate. Damit sollen Barrierefreiheit, Teilhabe und Patientensicherheit erreicht werden. Ergänzend gibt es diese Mappe als kostenlose App in sieben Sprachen mit Druckfunktion für Android- und Apple-Tablet (<https://web.mezuk.org/>). Ursprünglich für die Apotheke entwickelt, bewährt sich die Mappe seitdem auch in Arztpraxen, bei Amtsärzten/innen, in Aufnahmeeinrichtungen für geflüchtete Menschen, in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Altenpflege sowie in Förderschulen und Werkstätten für behinderte Menschen.

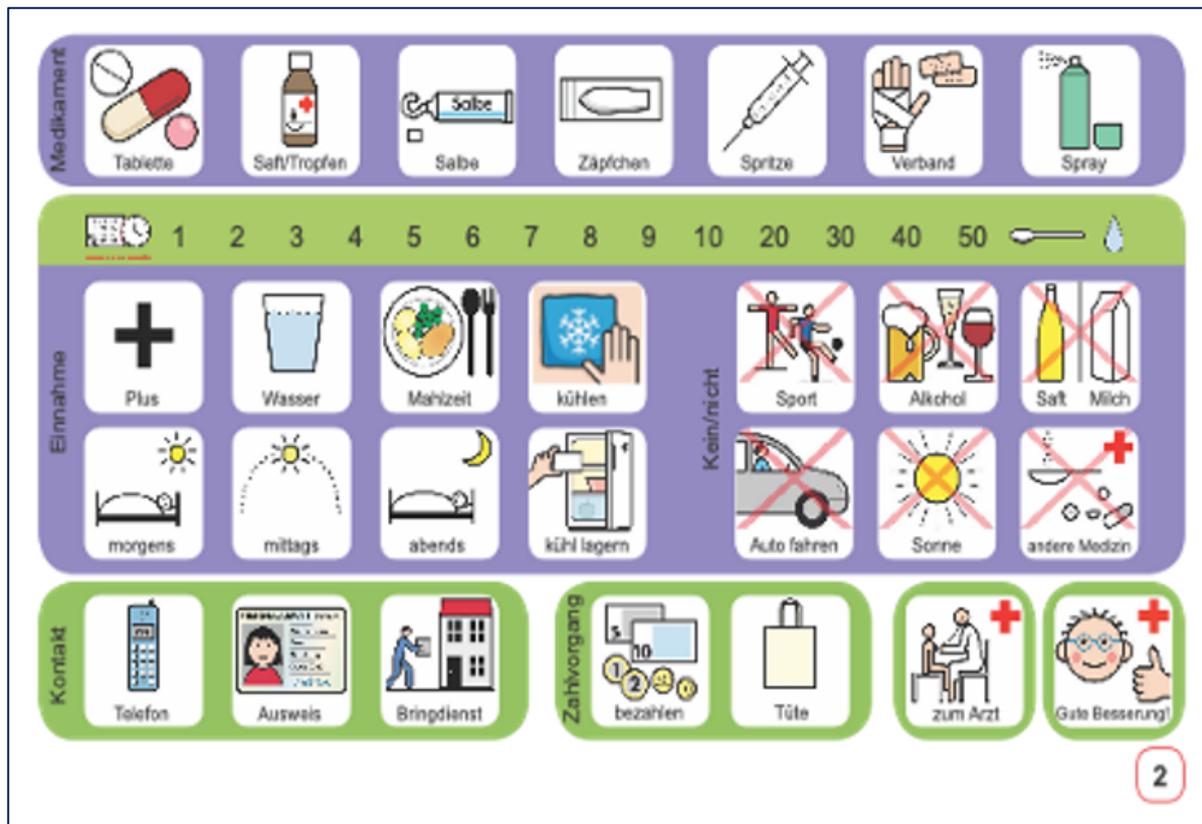
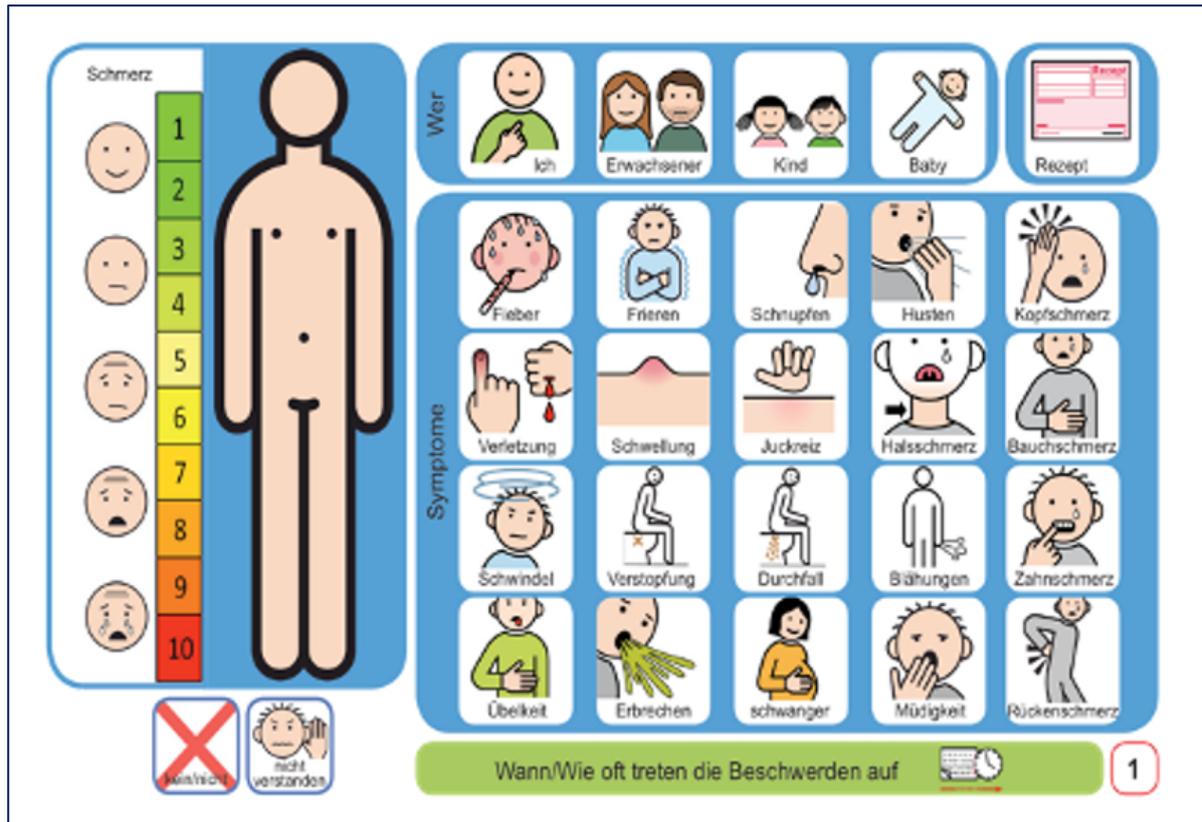


Abb. 6a + b: UKAPO Starterseiten (Methodenzentrum Unterstützte Kommunikation et al. (Hrsg.) 2016, 1-2)

UK Pflege – Kommunikation in der Pflege

Auch wenn sich die UKAPO in Pflegekontexten als hilfreich erwies, wurde deutlich, dass das Vokabular nicht ausreichte und das Format angepasst werden musste. So wurde die UKAPO für die ambulante und stationäre Krankenpflege, Altenpflege, für Einrichtungen der Behindertenhilfe, für Kinder, Jugendliche und Erwachsene forschungsbasiert weiterentwickelt. Daraus entstand die UK Pflege Mappe (ERDÉLYI et al. (Hrsg.), 2019). Da nun die Pflege und nicht die Kundenberatung im Vordergrund stand, wurde statt des Leitfadens der Bundesapothekerkammer die Struktur der „Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (ABEDL) von KROHWINKEL (2013) zu Grunde gelegt. Damit erweiterte sich die Zahl der Themenschwerpunkte deutlich. Während die UKAPO fast ausschließlich themenspezifisches Randvokabular nutzt, findet sich mit Blick auf den häufigen Einsatz im pflegerischen Alltag auch ein Angebot für wiederkehrendes Kernvokabular und Floskeln. Diese Begriffe finden sich am unteren Rand auf jeder Seite. Das Format wurde dahingehend angepasst, dass die Mappe im A4-Format vorliegt. Die Bildsymbole sind deutlich größer, weniger pro Seite und haben einen größeren Abstand (siehe Abb. 7). Damit soll es Menschen mit Seh- und Sehverarbeitungsproblemen leicht gemacht werden, die Symbole zu einem Thema zu erkennen und verstehen. Ziel ist auch hier die Barrierefreiheit, Teilhabe und Sicherheit der Personen. Es geht aber vor allem auch um die Selbstbestimmung in Pflege und Alltag. Aktuell wird die Mappe digitalisiert und soll zeitnah ebenfalls als App zugänglich sein.

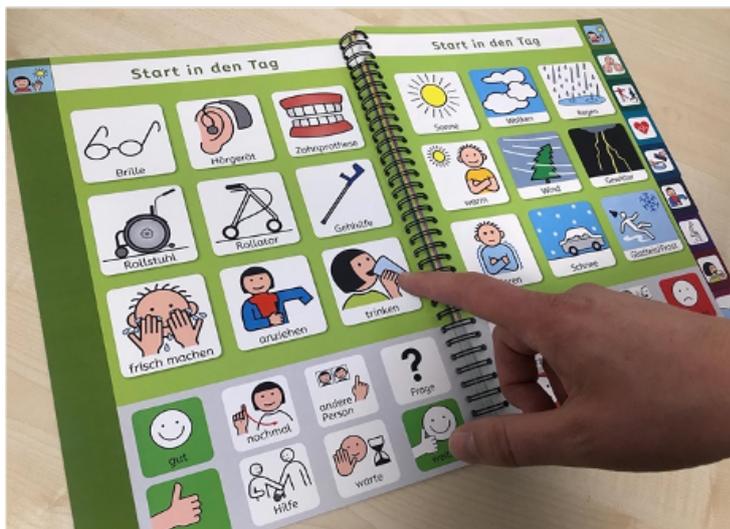


Abb. 7: UK Pflege (ERDÉLYI et al., 2016)

UK Klinik – Kommunikation in verschiedenen Abteilungen des Krankenhauses

Neben den bereits oben genannten universellen Hilfen wurde deutlich, dass je nach Station und Behandlungskontext unterschiedliche themenspezifische Kommunikationsmappen benötigt werden. Deren Entwicklung knüpft wiederum an die bereits entwickelte UKAPO-Mappe und das bewährte wissenschaftliche Vorgehen an. Aktuell sind folgende drei Mappen – aufgrund der Handlichkeit im A5-Format und mit gleichem Design – in der abschließenden Testung:

- UK Notfall: Diese Mappe soll nur für die Triage (erste Erfassung, Einschätzung, Behandlungsklärung) genutzt werden und daher so knapp wie möglich und gleichzeitig so umfangreich wie nötig gestaltet sein.

- UK Onkologie: Diese Mappe hat zum Ziel, insbesondere bei der täglichen Pflege und Pflegeberatung eingesetzt zu werden. Dazu werden das aktuelle Befinden abgefragt, anstehende Untersuchungen und Behandlungen genannt, zu beachtende Regeln geklärt, aber auch emotionale Themen aufgegriffen.
- UK Kinder-Pneumologie: Diese Mappe setzt den Schwerpunkt auf spezifische Untersuchungen und Behandlungen, Pflegeberatung und Allergologie.

Diese Sammlung soll bedarfsorientiert sukzessive erweitert werden.

Bildsymbole als räumliche Orientierungshilfe

Die Orientierung in einem Klinikum fällt vielen Patienten/innen und Besuchern/innen schwer. Selbst wenn hier und da Symbole eingesetzt werden, sind diese oft nicht standardisiert. Fehlen dann noch Schriftsprach- bzw. Deutschsprachkompetenzen, ist es kaum möglich, sich zurechtzufinden.

Ein richtungsweisendes Beispiel für nützliche Orientierungshilfen entwickelte Dominique Ndjeng Biyouha im Rahmen ihrer Masterarbeit an der Universität Köln in Zusammenarbeit mit der kideronkologischen Station der Uniklinik Köln. Forschungsbasiert ermittelte sie Bedarfe, entwickelte Lösungen und evaluierte diese. Die Ergebnisse zeigen, dass es sich lohnt und letztlich einfach ist, systematische Hilfen anzubieten, z.B. für Räume und Gegenstände, aber auch Abläufe und Handlungen (BIYOUHA, 2018, s. Abb. 8).

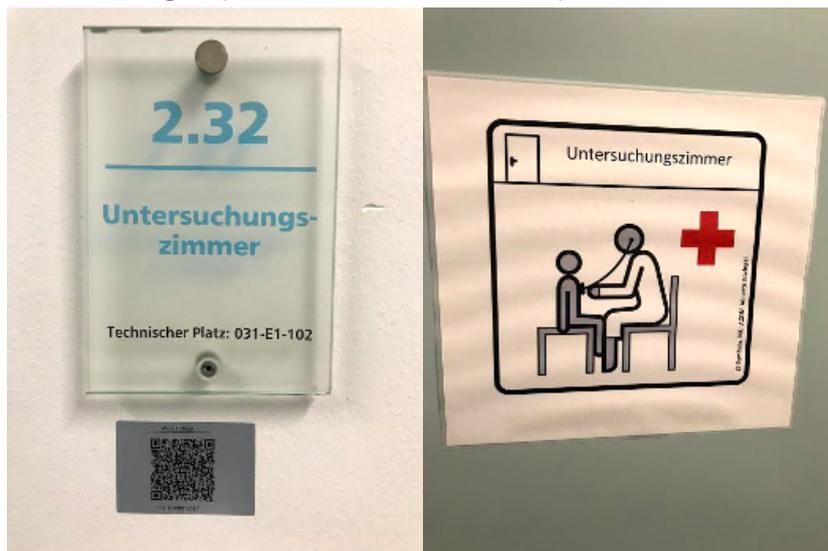


Abb. 8: Alte und neue Raumbeschilderung (Biyouha, 2018, 69)

Fazit

Das Gesundheitswesen umfasst viele Facetten der Begegnung von Menschen. Ihnen allen ist gemein, dass Menschen auf Hilfe angewiesen sind. Damit befinden sie sich in einer hochvulnerablen Situation. In solchen Situationen ist es umso wichtiger, sich gut verständigen zu können. Der Abbau von Barrieren in der Kommunikation ist daher essenziell und trägt wesentlich zur Genesung bei. Es ist an der Zeit, dass Teilhabe und Selbstbestimmung auch im Gesundheitswesen zu selbstverständlichen Kriterien gelingender Gesundheitsversorgung werden. Grundvoraussetzung dafür ist eine gelingende Kommunikation. Diese ist durch zunehmend ausgefeiltere Hilfsmittel und -methoden der UK möglich. Nutzen Sie diese und haben Sie den Mut anzufangen!

Literatur

- BIYOUHA, D.N. (2018): Evaluation des Projekts „Piktogramm-unterstützte Kommunikation an der Kinderonkologischen Station der Uniklinik Köln“. Masterarbeit am FBZ-UK der Universität zu Köln.
- BLACKSTONE, S.W., PRESSMAN, H. (2016): Patient communication in health care settings: new opportunities for Augmentative and Alternative Communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 1, 69-79.
- BOENISCH, J, SACHSE, S. (2020): Kernvokabular – Bedeutung für den Sprachgebrauch. In: Boenisch, J., Sachse, S. (Hrsg.): *Kompodium Unterstützte Kommunikation*. Kohlhammer, Stuttgart, 108-116.
- COSTELLO, J.M., PATAK, L., PRITCHARD, J. (2010): Communication vulnerable patients in the pediatric ICU: Enhancing care through augmentative and alternative communication. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach*, 3, 289-301.
- ERDÉLYI, A. (2014): Unterstützte Kommunikation bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen – Ein Überblick. *Sprachtherapie aktuell: Schwerpunktthema Unterstützte Kommunikation = Sprachtherapie?! 1: e2014-02*; doi: 10.14620/stadbs140902
- ERDÉLYI, A., HENNIG, B., MISCHO, S., *Methodenzentrum Unterstützte Kommunikation (Hrsg.)* (2019): *UK Pflege. Unterstützte Kommunikation in der Pflege. Methodenzentrum Unterstützte Kommunikation*, Oldenburg.
- ERDÉLYI, A., HENNIG, B. (2020): Unterstützte Kommunikation im Gesundheitswesen. In: Boenisch, J., Sachse, S. (Hrsg.): *Kompodium Unterstützte Kommunikation*. Kohlhammer, Stuttgart, 304-313.
- FEDELE, P., FEDELE, C., FATH, J. (2014): Braincontrol Basic Communicator. A Brain-Computer Interface Based Communicator for People with Severe Disabilities. In: Stephanidis, C., Antona, M. (Eds.): *Universal Access in Human-Computer Interaction. Design and Development Methods for Universal Access, UAHCI/HCI 2014, Part I, LNCS 8513*, Springer, International Publishing Switzerland, 487–494.
- FEDELE, P., GIOIA, M., GIANNINI, F., RUFA, A. (2016): Results of a 3 Year Study of a BCI-Based Communicator for Patients with Severe Disabilities. In: ACHI (ed.): *The Ninth International Conference on Advances in Computer-Human Interactions*, 84-87. <http://thinkmind.org/index.php?view=instance&instance=ACHI+2016> [Download am 11.6.2022]
- GILLESPIE, A., MURPHY, J. & PLACE, M. (2010): Adaptation and identity in informal care relationships which have been disrupted by aphasia. In: <http://www.talkingmats.com/wp-content/uploads/2013/09/Adapting-to-Aphasia-final-report-March-2010.pdf> [Download am 16.2.2014].
- GRANS, A.L., BEER, S. (2018): Unterstützte Kommunikation in der Klinik. Ein Lagebericht. *Unterstützte Kommunikation*, 2, 31-36.
- HENNIG, B., ERDÉLYI, A., GROß, M. (2017a): *Unterstützte Kommunikation als interdisziplinäres Arbeitsfeld im klinischen Kontext. Evaluation eines Pilotprojektes*. In: Lage, D., Ling, K. (Hrsg.): *UK spricht viele Sprachen. Zusammenhänge zwischen Vielfalt der Sprachen und Teilhabe*. Von Loeper, Karlsruhe, 139-153.
- HENNIG, B., ERDÉLYI, A., SIEMER, I. (2017b): *Unterstützte Kommunikation bei neurologischen Erkrankungen*. In: KELLER, C. (Hrsg.): *Fachpflege. Außerklinische Intensivpflege*. Urban & Fischer, München, 357-362.
- KROHWINKEL, M. (2013): *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs: Forschung, Theorie und Praxis*. Hans Huber, Bern.
- Methodenzentrum Unterstützte Kommunikation, ERDÉLYI, A., HENNIG, B., MISCHO, S. (Hrsg.) (2016): *UKAPO – Unterstützte Kommunikation in der Apotheke. Die Kommunikationstafel für Arzt und Apotheke*. Methodenzentrum Unterstützte Kommunikation, Oldenburg.
- MISCHO, S., HENNIG, B., ERDÉLYI, A. (2016): Unterstützte Kommunikation im Gemeinwesen am Beispiel der Apotheke. Ein Forschungsbericht. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 12, 532–544.
- MURPHY, J., OLIVER, T., COX, S. (2010): Talking Mats and involvement in decision making for people with dementia and family careers. In: <http://www.talkingmats.com/wp-content/uploads/2013/09/Dementia-and-Decision-Making-full-report2.pdf>. [Download am 19.2.2014].
- MURPHY, J., MISCHO, S., THÜMMEL, I., ERDÉLYI, A. (2018): *Talking Mats: From Research to Practice. Talking Mats: Forschung für die Praxis*. *Unterstützte Kommunikation*, 1, 48-53.
- SAPPOK, T., BURTSCHER, R., GRIMMER, A. (2021): *Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit. Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache*. Hogrefe, Bern.
- WEID-GOLDSCHMIDT, B. (2004): Hilfreiche Fragestrategien. In Anlehnung an Mia Verschaeve: „Het gespreksboek binnen de semantische Therapie“; Westervoort, 1994; https://www.lifetool.at/fileadmin/user_upload/02_Hilfsmittel/Hilfsmittel/ALS/Fragestrategien_von_Baerbel_Weidt-Goldschmidt_1_.pdf [Download am 11.6.2022]

Internetquellen

Connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege Bregenz	https://www.krankenhaus-pass.at/krankenhaus-pass.html
Dasher	https://github.com/dasher-project/dasher/releases
Kommhelp	https://www.kommhelp.de
METACOM	http://www.metacom-symbole.de
MEZUK (Methodenzentrum Unterstützte Kommunikation gUG)	https://www.mezuk.org
Prentke Romich	https://www.prentke-romich.de
Rehavista	https://www.rehavista.de
Setzer Verlag	http://www.setzer-verlag.com
Talking Mats	https://www.talkingmats.com
TalkTools	https://www.talktools-gmbh.de
UK im Blick	https://uk-im-blick.de/service/links
WidgitHealth	https://widgit-health.com

AutorInnen

Tobias Bernasconi

Prof. Dr., Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät
Pädagogik und Rehabilitation bei Menschen mit geistiger und komplexer Behinderung,
Klosterstr. 79b, 50931 Köln,
Tel.: 0221 - 470 5598,
Email: tobias.bernasconi@uni-koeln.de

Andrea Erdélyi

Prof. Dr., Sonderpädagogin, Leitung des Lehrstuhls für Pädagogik und Didaktik bei
Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung + Leitung der UK-Beratungsstelle
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Fakultät I – Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Ammerländer Heerstr. 114-118, 26129 Oldenburg
Tel. 0441-7984753
Email: andrea.erdelyi@uni-oldenburg.de

Maria Löffler

Bachelor of Health in Speech and Language Therapy, Königin Elisabeth Herzberge
Krankenhaus (Abteilungen: Epileptologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie)
Herzbergstr.79, 10365 Berlin
Email: m.loeffler@keh-berlin.de

Kerstin Nonn

Dr. phil., Leiterin der Staatlichen Berufsfachschule Logopädie
LMU Klinikum München
Pettenkoferstr. 4a, 80336 München
Tel.: 089/44005 3978
Email: kerstin.nonn@med.uni-muenchen.de

Alisa Rudolph

Dr., Akademische Sprachtherapeutin, kbo Heckscher Klinikum, Zentrum für Autismus und
Störungen der sprachlichen und geistigen Entwicklung
Max-Isserlin-Str. 23, 85540 Haar
Email: alisa.rudolph@kbo.de

Stefanie K. Sachse

Dr., Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät
Pädagogik für Menschen mit Beeinträchtigungen der körperlichen und motorischen
Entwicklung, Habsburgerring 1, 50674 Köln
Email: stefanie.sachse@uni-koeln.de

Anne Styp von Rekowski

Dr.phil., Leitende Psychologin, Psychiatrische Dienste Aargau AG
Zentrum für Neuropsychiatrie - Intellektuelle Entwicklungsstörungen
Neuropsychiatrisches Ambulatorium
Königsfelderstrasse 1, CH-5210 Windisch
Tel.: +41 56 462 26 23
Email: anne.stypvonrekowski@pdag.ch

Katrin Thielking

Diakonin, Erzieherin, Diakonische Stiftung Wittekindshof
Büro für Leichte Sprache Wittekindshof
Zur Kirche 2, 32549 Bad Oeynhausen
Tel.: 05734 / 61-1272
Email: katrin.thielking@wittekindshof.de

Nadine Vogel

Logopädin, Förderzentrum Schwerpunkt Geistige Entwicklung in der Schule am Mummelsoll,
Eilenburger Str. 4, 12627 Berlin
Logopädische Praxis Jana Köhler
Email: enidanlogev@gmail.com

Meike Wehmeyer

Dr. sc. hum., Dipl. Psych., Ludwig-Maximilians-Universität München
Fakultät 11 Psychologie und Pädagogik
Department Pädagogik und Rehabilitation
Institut für Präventions-, Inklusions- und Rehabilitationsforschung
Pädagogik bei Verhaltensstörungen und Autismus einschließlich inklusiver Pädagogik
Leopoldstraße 13, 80802 München
E-mail: meike.wehmeyer@edu.lmu.de

Impressum

Die „*Materialien der DGSGB*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge.

Anfragen an die Redaktion erbeten.

Die Bände können über die Website der DGSGB (www.dgsgb.de) als PDF-Dateien kostenlos heruntergeladen werden.

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.

Geschäftsstelle

c/o Liebenau Kliniken

Siggenweiler Str. 11

88074 Meckenbeuren

E-Mail: geschaeftsstelle@dgsgb.de

Website: www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke

12203 Berlin

Tel.: 0174/989 31 34

E-Mail klaus.hennicke@posteo.de

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
- der Standards ihrer psychosozialen Versorgung
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Fachtagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand

Dr. Brian Fergus Barrett, Meckenbeuren (Vorsitzender)
Priv. Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin (Stellv. Vorsitzende.)
Dr. Meike Wehmeyer, Dachau, (Stellv. Vorsitzende)
Dr. Dipl. Psych. Anne Styp von Rekowski, Windisch (CH)
(Schatzm.)
Markus Bernard, Höchberg (Schriftführer)

Dr. Wolfgang Köller, Berlin
Dipl.-Psych. Annika Kleischmann, Dortmund

Geschäftsstelle

C/O Liebenau Kliniken
Siggenweilerstr. 11, 88074 Meckenbeuren
Tel: 07541-7304919 Fax: 07541-7304918
E-Mail: .geschaeftsstelle@dsgsb.de

IBAN: DE77476501300106110935
BIC: WELADE3LXXX
StNr: 61018/10510
Reg: 95VR16573 AG Charlottenburg



Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.