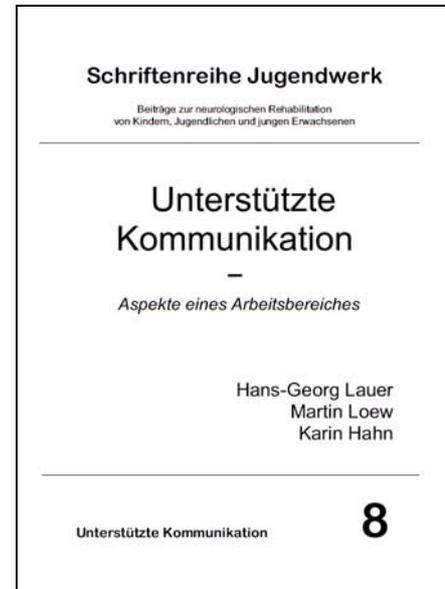


Schriftenreihe Jugendwerk, Heft 8
Download
Lauer, Hans-Georg / Loew, Martin /
Hahn, Karin :
Unterstützte Kommunikation – Aspekte
eines Arbeitsbereiches, Gailingen, 1999



Hans-Georg Lauer ist seit 1995 Sonderschulkonrektor der Wilhelm-Bläsig-Schule im Hegau-Jugendwerk.

Martin Loew ist klinischer Linguist und arbeitete von 1997 bis 2000 im Hegau-Jugendwerk auf der Station Frührehabilitation.

Karin Hahn ist Logopädin und arbeitet seit 1997 im Hegau-Jugendwerk auf der Station der Frühmobilitation.

Das Hegau-Jugendwerk in Gailingen ist ein überregionales Rehabilitationszentrum für die neurologische Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Mit zur Zeit 200 Betten bietet es die ganze Rehabilitationskette von der noch intensivmedizinischen Frührehabilitation über alle Formen medizinischer, sozialer und schulischer Rehabilitation bis hin zur beruflichen Rehabilitation zum Beispiel in Form von Förderlehrgängen.

Die Schriftenreihe Jugendwerk ist ein in erster Linie internes Forum für die fachliche Auseinandersetzung mit den Fragen neurologischer Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die einzelnen Hefte der Schriftenreihe stehen aber auch jederzeit allen externen Interessierten zur Verfügung und können als pdf-Datei von der Homepage des Hegau-Jugendwerks kostenfrei heruntergeladen werden.



Neurologisches Fachkrankenhaus und Rehabilitationszentrum Hegau-Jugendwerk
Kapellenstr. 31, 78262 Gailingen am Hochrhein

Telefon 07734 / 939 - 0
Telefax Verwaltung 07734 / 939 - 206
Telefax ärztlicher Dienst 07734 / 939 - 277
Telefax Krankenhausschule 07734 / 939 - 366
schriftenreihe@hegau-jugendwerk.de
www.hegau-jugendwerk.de

Redaktion der Schriftenreihe: Jörg Rinninsland, Wilhelm-Bläsig-Schule

Inhalt

Vorwort	3
1. M. Loew, K. Hahn: Störungen der mündlichen Mitteilungsfähigkeit	5
1.1. Dysarthrophonien	5
1.2. Sprechapraxien	5
1.3. Aphasien	6
2. H.-G. Lauer: Unterstützte Kommunikation	7
2.1. Personenkreis	7
2.2. Ziele Unterstützter Kommunikation	7
2.3. Prinzipien Unterstützter Kommunikation	7
Multimodal	7
Ergänzung UK und logop. Sprechförderung	8
Zeit geben	8
2.4. Elemente Unterstützter Kommunikation	9
Einsatz von Hilfsmitteln	9
Beratung und Sensibilisierung der sprech. Gesprächspartner	10
Einübung der nichtsprechenden Menschen in (neue) effektive Kommunikationsstrategien	11
Schaffen kommunikationsfördernder Rahmenbedingungen	11
3. H.-G. Lauer: Unterstützte Kommunikation bei Menschen mit erworbener Hirnschädigung	12
4. H.-G. Lauer: Kommunikationsförderung als ganzheitlicher Prozess	20
5. H.-G. Lauer: Der Arbeitsbereich Unterstützte Kommunikation im Jugendwerk	22
Literatur	23
Anhang	24

Vorwort

Wir reden viel, aber Kommunikation läuft nicht nur über das gesprochene Wort. Eine eindeutige Handbewegung, ein vielsagender Blick, ein Kuss, eine aufgeregte Stimme sind Kommunikationsmittel, die unsere Lautsprache ergänzen und unser Zusammenleben mit unausgesprochenen und unaussprechlichen Informationen bereichern. Eine besondere Bedeutung und Beachtung wird diesen Mitteln selten beigemessen, meinen wir doch, dass wenn man gut reden kann, alles gesagt ist.

Wenn uns die Fähigkeit, zu sprechen genommen wird oder nie gegeben wurde, gewinnen die ergänzenden Kommunikationsmittel zentrale Bedeutung: man muss sich mit Hilfe Unterstützter Kommunikation verständlich machen.

Im Jugendwerk Gailingen leben Menschen, die aufgrund ihrer Hirnschädigung vorübergehend oder auf Dauer nicht oder kaum sprechen können.

Menschen, die nach einem Unfall oder Krankheit nicht mehr gehen können, werden während ihres Rehabilitationsaufenthaltes angeleitet, ihre Gehfähigkeit wieder zu erlernen. Solange dieses Ziel noch nicht erreicht ist oder wenn dies nicht mehr möglich sein wird, bekommen sie Hilfsmittel verordnet und lernen, sich damit zu bewegen.

Analog sind Menschen, die ihre Sprechfähigkeit verloren haben, auf Therapie angewiesen, die zum Ziel hat, das Sprechen wieder zu erlernen. Solange dieses Ziel nicht erreicht ist oder wenn es nicht zu erreichen ist sind diese nicht sprechenden Menschen auf Ersatz der Lautsprache angewiesen. Sie brauchen Hilfsmittel, müssen lernen, sich mit anderen Mitteln zu verständigen, ihre Kommunikation zu unterstützen.

Schon immer gab es kreative Mitmenschen, die im beruflichen oder persönlichen Engagement Ideen entwickelt und umgesetzt haben, damit sich Menschen ohne Lautsprache mitteilen können. In den angelsächsischen Ländern ist AAC (Augmentativ and Alternativ Communication) bereits seit vielen Jahren ein eigenständiger Bereich, der an Hochschulen gelehrt wird und durch den inzwischen weltweit tätigen Verband ISAAC (International Society for Augmentativ and Alternativ Communication) vertreten wird. In Deutschland beschäftigt man sich erst seit Ende der achtziger Jahre gezielt und mit System mit dem Problem, Kommunikationsmöglichkeiten für nichtsprechende Menschen zu entwickeln. In dieser Zeit fand auch die Gründung der deutschsprachigen Sektion von ISAAC statt.

Im Jugendwerk Gailingen hat sich seit einigen Jahren *Unterstützte Kommunikation* als interdisziplinärer Arbeitsbereich etabliert, der versucht, nichtsprechenden Kindern und Jugendlichen neue Kommunikationsmöglichkeiten zu bieten.

Im vorliegenden ersten Band aus dem Bereich Unterstützte Kommunikation sollen

grundlegende Prinzipien, Vorgehensweisen und Beobachtungen dargestellt werden. In weiteren Bänden werden spezielle Aspekte der Arbeit mit nichtsprechenden Menschen veröffentlicht.

Hans-Georg Lauer

1. Störungen der mündlichen Mitteilungsfähigkeit

Infolge von angeborenen oder erworbenen Hirnschädigungen (z.B. nach Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma oder Sauerstoffmangel [Hypoxie]) können verschiedenartige neurogene Kommunikationsstörungen unterschiedlichen Schweregrades auftreten. Man unterscheidet zwischen Sprech- und Sprachstörungen.

1.1. Dysarthrophonien

Hierbei handelt es sich um zentrale oder periphere Störungen der Sprechmotorik, bei denen die Funktionen der Sprechmuskulatur selbst betroffen sind. Nach Hartje und Poeck (1997) betreffen Störungen der sprechmotorischen Ausführung nicht nur die Artikulation (Aussprache), sondern auch die Phonation (Stimmgebung) und die Sprechatmung. Die Verständlichkeit und die „Natürlichkeit“ des Sprechens sind mehr oder weniger stark beeinträchtigt. Die schwerste Form der Dysarthrophonie ist die Anarthrie. Menschen, die unter einer Anarthrie leiden, sind zu keiner bzw. nur unverständlichen lautsprachlichen Äußerung fähig.

1.2. Sprechapraxien

Auch bei der Sprechapraxie handelt es sich um eine hirnschädigungsbedingte Sprechstörung. Im Gegensatz zu den Dysarthrophonien sind die Funktionen der Sprechmuskulatur, der Stimmgebung und der Sprechatmung nicht beeinträchtigt. Sprachliche Verarbeitungsprozesse (Wortauswahl, Satzbildung, Schreiben und Lesen) sind dabei nicht betroffen. Sprachliche Äußerungen sind häufig von artikulatorischen Suchbewegungen begleitet. Der Redefluss kann durch Fehlversuche und spontane Selbstkorrekturen beeinträchtigt sein (Ziegler et al. 1998). Zu den Symptomen einer Sprechapraxie gehört ein relevanter Anteil von Entstellungen der Lautform auf Wort- und Satzebene. Die Verständlichkeit mündlicher Äußerungen ist vom Schweregrad der Störung abhängig. Im Extremfall können die mündlich hervorgebrachten Äußerungen derart entstellt sein, dass ein Gesprächspartner sie nicht mehr versteht.

1.3. Aphasien

Aphasien gehören zu den neurologisch bedingten Kommunikationsstörungen. Sie sind definiert als erworbene Störung der Sprache in allen Modalitäten (Sprachproduktion, Sprachverständnis, Lesen, Schreiben) nach vollzogenem Spracherwerb infolge einer umschriebenen Hirnschädigung (nach Wallesch 1986).

Von kindlichen Aphasien spricht man, wenn durch eine akute hirnorganische Schädigung die bis dahin erworbene Sprache gestört wird (Martins et al. 1991).

Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei Aphasien nicht um Sprechstörungen sondern um Sprachstörungen handelt. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass das Denkvermögen bei AphasikerInnen nicht notwendigerweise beeinträchtigt sein muss. AphasikerInnen leiden vielmehr darunter, dass sie nur mit Mühe oder gar nicht mehr in der Lage sind, ihre Gedanken sprachlich zu formulieren. Sie haben größte Schwierigkeiten, einem anderen Menschen eine Nachricht zu übermitteln.

2. Unterstützte Kommunikation

2.1. Personenkreis

Unterstützte Kommunikation wird eingesetzt bei Menschen, die aufgrund einer angeborenen oder erworbenen Schädigung in ihrer Sprechfähigkeit (s. 1.1. und 1.2.) so eingeschränkt sind, dass sie sich gar nicht oder nur schwer und vielleicht nur vertrauten Personen gegenüber mittels Lautsprache verständigen können. Ein gewisses Sprachverständnis wird vorausgesetzt.

Ansätze von Unterstützter Kommunikation bei Menschen mit erheblichen Sprachstörungen (s.1.3.) werden im folgenden ausgeklammert.

2.2. Ziele Unterstützter Kommunikation

Das wesentliche Ziel Unterstützter Kommunikation besteht darin, nicht- oder kaum sprechenden Menschen die Möglichkeit zu effektiver Kommunikation mit Unterstützung durch andere als lautsprachliche Mittel zu eröffnen. Dieses Ziel wird individuell auf die Bedürfnisse des betroffenen Menschen abgestimmt nach dem Leitsatz:

„Wie kann dieser Mensch was welchen Partnern in welchen Situationen so mitteilen, dass er verstanden wird?“ (Braun, 1996, 4)

2.3. Prinzipien Unterstützter Kommunikation

Multimodal

Unterstützte Kommunikation folgt dem Prinzip der „totalen Kommunikation“: alle möglichen Kommunikationsmittel werden der jeweiligen Situation entsprechend eingesetzt: Mimik, Gestik, Blickbewegungen, Laute, Gebärden, elektronische Hilfen, nicht-elektronische Hilfen, Schrift, Atmung, Körperhaltung – selbst vegetative Reaktionen (Schweissausbruch, Temperaturanstieg) müssen bei schwer beeinträchtigten Menschen als Mitteilung gedeutet werden.

Das Zusammenspiel verschiedener individueller Kommunikationsmittel stellt sich als „multimodales Kommunikationssystem“ dar, das in seiner Gesamtheit die Effektivität (also deutlich und schnell) von Kommunikation erhöht.

Der Einsatz dieser vielfältigen Mittel bedarf genauer Absprachen zwischen nicht-sprechendem Menschen und seiner sprechenden Umwelt. Meist ist eine langfristige Begleitung und Training durch kompetente Mitarbeiter notwendig.

Ergänzung von Unterstützter Kommunikation und logopädischer Sprechförderung

Unterstützte Kommunikation wird nicht erst als die letzte Lösung eingesetzt, wenn alle anderen sprachtherapeutischen Versuche gescheitert sind und kein Weg gefunden wurde, Lautsprache zu entwickeln. Es macht durchaus Sinn, Unterstützte Kommunikation und Sprechförderung parallel einzusetzen. Die früher oft geäußerten Befürchtungen, dass der frühe Einsatz von unterstützenden Hilfsmitteln die Motivation für Sprechförderung einschränken könnte, ist nicht haltbar – im Gegenteil: durch den Einsatz von unterstützenden Hilfen kann die Motivation eines (noch) nicht sprechenden Menschen auf Kommunikation erhalten bleiben und mögliche Misserfolge ausgleichen. Außerdem ist zu beobachten: kaum oder nur schwer verständlich sprechende Menschen setzen zuerst ihre Lautsprache ein und nehmen erst dann ergänzende oder alternative Mittel zu Hilfe, wenn sie absolut nicht verstanden werden.

Ein junger Mann wollte einer Mitarbeiterin etwas sehr wichtiges sagen, konnte seine Mitteilung nach mehreren Anläufen auch verständlich machen – lediglich das Schlüsselwort war auch nach vielen Versuchen nicht zu verstehen. Als er begann, mit Hilfe der Finger zu buchstabieren (5 = e), konnte das zentrale Wort entschlüsselt werden. Die Kommunikation war erfolgreich durch Sprechen und den Einsatz Unterstützter Kommunikation.

Zeit geben

Dieses eigentlich banale Prinzip ist gerade für die Unterstützte Kommunikation erwähnenswert: Jegliche Kommunikation wird von der zur Verfügung gestellten Zeit beeinflusst. Kommunikation mit unterstützter Kommunizierenden unterliegt diesem Faktor ganz besonders. Beide Partner müssen sich dessen bewusst sein: der

sprechende Partner, dass eine schnelle Kommunikation nur im Vorübergehen nicht möglich, auf jeden Fall nicht befriedigend ist, der nichtsprechende Partner, dass er seine Kommunikationsstrategie auch an der Zeit auszurichten hat.

Der Satz „Ich möchte ein Käsebrot zum Frühstück“ benötigt in normaler Sprechweise weniger als 2 Sekunden Zeit, ist dann gesprochen, gehört und verstanden. Je nach Hilfsmittel, Bedienungsroutine, Vertrautheitsgrad usw. kann dieser Satz, unterstützt mitgeteilt, Minuten in Anspruch nehmen. Diese zu geben, ist nicht nur eine Frage der Geduld, sondern auch der objektiv zur Verfügung stehenden Zeit angesichts anderer anstehender Aufgaben.

Ein junger Mann benutzt die Buchstabentafel zur Kommunikation. Da er große Gedächtnisprobleme hat, kann er nicht viel mitteilen. Er tippt ausführlich Begrüßungsfloskeln und Komplimente an die MitarbeiterInnen und ist penetrant darauf bedacht, dass man ihn seine Formeln zu Ende tippen lässt. Aus Zeitgründen wird mit ihm vereinbart, dass er die Buchstabentafel erst nach dem Frühstück benutzen soll, weil man sonst nicht fertig wird.

Einrichtungen, die auf die Qualität der Arbeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Wert legen, sollten sich des oft enormen Zeitaufwandes, der im Umgang und der Arbeit mit nichtsprechenden Menschen nötig ist, bewusst sein. Dies ist Zeit, die für die nichtsprechenden Menschen benötigt wird und damit anderen zu Betreuenden fehlen muss.

2.4. Elemente Unterstützter Kommunikation

Einsatz von Hilfsmitteln

Alles, was die Fantasie von Betroffenen und Betreuern produziert, ist als Hilfsmittel für Kommunikation einsetzbar. Das Spektrum dieser Möglichkeiten wurde und wird durch die technische Entwicklung im elektronischen Bereich in bis vor kurzem ungeahnte Möglichkeiten erweitert.

Dies bedeutet für den Förderbereich "Unterstützte Kommunikation" fundierte Kenntnisse über mögliche Hilfsmittel. Ein gut bestückter Fundus an Geräten, Tastern, Computerprogrammen, Buchstaben- und Bildtafeln zum probeweisen Einsatz erhöht die Qualität der Arbeit, verhindert unnötig lange Wartezeiten auf Leihgeräte und sichert die optimale Ausstattung.

Bei der Anpassung von Hilfsmitteln müssen viele Aspekte berücksichtigt werden:

- motorische Fähigkeiten des Patienten
- kognitive Voraussetzungen
- Einsatzorte
- Akzeptanz durch den Betroffenen selbst und durch seine soziale Umgebung
- Einbindung in die Multimodalität

Meist ist ein ausgiebiges Training mit dem passenden Hilfsmittel notwendig, um die damit unterstützte Kommunikation effektiv zu machen.

Doch Hilfsmittel sind nicht alles: das teuerste, beste und neueste Gerät kommt nicht zum Einsatz, wenn der nichtsprechende Mensch nicht auf ein Umfeld stößt, welches bereit ist, sich auf diese andere Art von Kommunikation einzulassen und diesen Menschen anzunehmen.

Beratung und Sensibilisierung der sprechenden Gesprächspartner

Kommunikation ist nie auf nur einen Partner beschränkt. Gerade wenn ein Gesprächspartner sich nicht lautsprachlich mitteilen kann, hat der sprechende Partner einen entscheidenden Einfluss auf die Kommunikation – er ist der Mächtigere, da ihm mit der Lautsprache mehr und schnellere Kommunikationsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Sein quantitativer Gesprächsanteil ist weitaus größer. Von ihm kann es abhängen, ob die Kommunikation überhaupt zustande kommt, ob die unterstützenden Hilfen verstanden werden, ob die Kommunikation für beide Seiten zufriedenstellend verläuft.

Sprechende Menschen für ihre nichtsprechenden Gesprächspartner zu sensibilisieren heißt:

- sie über diesen Mitmenschen und besonders über seine Art und Weise der Kommunikation zu informieren,
- ihnen ihr eigenes Kommunikationsverhalten kritisch vor Augen halten,
- mit ihnen ihr eigenes Menschenbild zu diskutieren und
- ihnen über Selbsterfahrungsübungen die Situation der Betroffenen nachvollziehbar zu machen.

Ein Mitarbeiter schmiert einem Patienten wie selbstverständlich ein Honigbrot zum Frühstück, legt es ihm auf den Teller und gießt ihm Tee ein. Da der Patient nicht sprechen kann, ist es ihm nicht möglich, einen besonderen Wunsch zu äußern. Gefragt wird er auch nicht, schließlich wollte er ja schon

gestern und vorgestern Honig und Tee.

Dieses Element von Unterstützter Kommunikation ist besonders schwierig anzugehen, da sich sprechende Mitmenschen kaum über ihr Kommunikationsverhalten klar werden (wollen) und Veränderungen mit viel Energie und Zeitaufwand (was im professionellen Bereich auch Kostenaufwand bedeutet) verbunden ist. Außerdem funktioniert doch die Kommunikation im Alltag...

Einübung der nichtsprechenden Menschen in (neue) effektive Kommunikationsstrategien

Der Einsatz unterstützender Kommunikationsmittel erfordert oft auch bestimmte Strategien, die vom nichtsprechenden Menschen (neu) erlernt werden müssen: hierfür eine Einsicht zu schaffen ist gerade bei Menschen mit spät erworbener Schädigung ein schwieriges Unterfangen. Kommunikation ist ein Teil der Persönlichkeit, sie zu ändern heißt auch, sich selbst ändern. Doch nur, wenn die Kommunikation ökonomisch verläuft, ist die Grundlage für Erfolg gegeben.

Eine junge Frau, die in ihrem Gymnasium wegen ihres gekonnten, detaillierten Schreibstils viel Lob bekam, musste beim Einsatz eines Computers als Kommunikationshilfe umlernen und sich auf knappes Formulieren einüben.

Schaffen kommunikationsfördernder Rahmenbedingungen

Ein weiterer Bereich der Unterstützten Kommunikation ist es, Rahmenbedingungen für effiziente und beiderseits befriedigende Kommunikation zu schaffen und die Gesprächspartner auf die Notwendigkeit geeigneter Bedingungen hinzuweisen.

- Genügend Zeit einräumen
- Kontakte anbahnen
- Gruppensituationen schaffen
- für Gesprächsthemen und Gesprächsanlässe sorgen

3. Unterstützte Kommunikation bei Menschen mit erworbener Hirnschädigung

Viele Kinder und Jugendliche, die an Schulen und anderen Einrichtungen in Unterstützter Kommunikation gefördert werden, leben seit ihrer Geburt mit der Tatsache, dass sie nicht sprechen können: sie entwickeln sich unter dieser Prämisse, lernen trotz und mit dieser Beeinträchtigung zu kommunizieren, zu lesen und zu schreiben.

Sie leben und lernen mit ihrer Sprechunfähigkeit sicher anders als die Kinder und Jugendlichen, die nach abgeschlossener Sprachentwicklung und Jahren mit aktiver Kommunikation nun diese Fähigkeit entbehren müssen. In den meisten Fällen kommt erschwerend hinzu, dass nicht nur die Lautsprache eingeschränkt oder nicht mehr gegeben ist, sondern dass auch nicht-sprachliche Kommunikationsmittel nicht mehr (eindeutig) verständlich sind – eine Einschränkung, die besonders für die Beziehungsebene eine entscheidende Rolle spielt.

Nach Stadler (1996) liegt der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit erworbener Hirnschädigung bei 5 % der Schüler von Körperbehindertenschulen. Nicht erfasst sind damit allerdings die Kinder und Jugendlichen, die nach erworbener Hirnschädigung in Kliniken und Rehabilitationszentren gefördert werden und nach dieser Maßnahme wieder in ihre alte Schule zurückkehren, in einer Schule für Geistigbehinderte beschult werden, eine beschützende Werkstätte besuchen oder zu Hause versorgt werden.

Wie viele dieser Kinder und Jugendlichen nach der erworbenen Hirnschädigung vorübergehend oder auf Dauer in ihrer Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigt sind – sei es, dass ihr Sprachverständnis oder ihre Sprachproduktion gestört ist (Aphasie), sei es, dass ihre Sprechfähigkeit beeinträchtigt ist (Dysarthrofonie, Sprechapraxie) ist zahlenmäßig nicht erfasst.

Im folgenden werden wir uns nur mit sprechbehinderten Menschen befassen, die in ihrer Kommunikationsfähigkeit so stark eingeschränkt sind, dass der Einsatz der Lautsprache nicht in jedem Fall und in jeder Situation möglich ist. In der Abteilung Frühmobilisation des Jugendwerk Gailingen (28 Betten) waren das in den vergangenen 2 Jahren mindestens 20 PatientInnen, die mit den unterschiedlichsten Kommunikationshilfen versorgt oder auf andere Weise in ihrer Kommunikationsfähigkeit gefördert wurden.

In der einschlägigen Literatur über Hirnschädigungen bei Kindern und Jugendli-

chen spielt die Unterstützte Kommunikation eine nur untergeordnete Rolle: Gérard/Lipinski/Decker (1996) widmen diesem Bereich wenige Zeilen und weisen unter der Rubrik Hilfsmittelversorgung auf mögliche Computerhilfen hin; der Begriff „Unterstützte Kommunikation“ taucht gar nicht auf. Prosiegel (1991) weist auf den „Communicator, ein elektronisches Schreibgerät für Patienten mit Anarthrie oder schwerster Dysarthrie“ hin und ergänzt, dass es für Menschen mit schweren motorischen Störungen „eine Vielzahl anderer elektronischer Schreibhilfen z.B. mit größeren Tasten) gibt.

Im Wesentlichen stützen sich Entwicklung und Training von Kommunikationsfähigkeit auch bei Menschen mit spät erworbenen Hirnschädigungen auf die Elemente der Unterstützten Kommunikation, wie sie weiter oben beschrieben sind.

Es gibt aber innere und äußere Faktoren, die bei Menschen mit erworbener Hirnschädigung anders sind als bei Kindern und Jugendlichen mit frühkindlicher Schädigung. Diese wirken sich auf Therapie und Unterricht aus und sind dementsprechend zu berücksichtigen und in die Arbeit mit einzubeziehen.

Diese Faktoren sind der Übersichtlichkeit wegen im Folgenden einzeln beschrieben. Man muss sich aber bewusst sein, dass sie individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt und gewichtet sind, multifaktoriell wirken und ein vielfältig korrespondierendes Netz bilden.

Menschen mit spät erworbener Hirnschädigung haben bereits eine ihrem Alter entsprechende Entwicklung abgeschlossen.

Während Kinder mit angeborener Hirnschädigung eine von der Schädigung geprägte Entwicklung durchlaufen, haben Menschen mit erworbener Hirnschädigung die ihrem Alter entsprechende Entwicklung oft ohne Beeinträchtigung abgeschlossen. Sie sind als Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene Persönlichkeiten, die durch Unfall oder Krankheit in Teilbereichen wieder auf einen früheren Entwicklungsstand zurückgeworfen wurden oder Teile ihrer bisherigen Persönlichkeit verloren haben.

Der „Bruch in der Biografie“ (Stadler) wirkt sich auf die verschiedenen Lebensbereiche aus. Die künftige Entwicklung läuft nun unter anderen Bedingungen ab und wird von körperlichen Einschränkungen, neuropsychologischen Störungen und psychosozialen Folgen geprägt.

Mit Hilfe des Betroffenen selbst, seiner Angehörigen und Freunde können Therapeuten und Lehrer einen groben Einblick in seine abrupt abgebrochene Entwicklungsstufe nehmen. Fachkräfte in der Rehabilitation lernen ihre Patienten meist mit

ihrer Schädigung als Teil ihrer Persönlichkeit kennen und akzeptieren.

Es kann sein, dass Menschen mit spät erworbener Hirnschädigung noch über erhebliches Altwissen verfügen.

Menschen mit spät erworbener Hirnschädigung beherrschen oft noch Fähigkeiten von früher, können z.B. Lesen und Schreiben, haben gelernt, sich in fremder Umgebung zu orientieren, verfügen über entsprechende Umgangsformen, sind auf bestimmten Gebieten noch bewandert oder begabt.

Auf diese - manchmal auch nur bruchstückhaft vorhandenen - Fähigkeiten kann in Unterricht und Therapie zurückgegriffen werden; darauf kann aufgebaut werden.

Es erweitert das Spektrum der einzusetzenden Hilfen erheblich, wenn auf Schriftsprache zurückgegriffen werden kann.

Es kann sein, dass Menschen mit spät erworbener Hirnschädigung Erinnerungen an ihren prämorbidem Leistungsstand haben und die schädigungsbedingten Defizite bewusst wahrnehmen.

Zu wissen, was früher alles möglich war und zu erleben, was jetzt alles nicht mehr geht, bringt viele Menschen an den Rand der Verzweiflung. Dieses Wissen wirkt sich auf die Motivation aus - positiv, wenn Fortschritte erlebt werden können, negativ, wenn subjektiv keine oder zu geringe Entwicklungsschritte vermerkt werden können. Beides kann im Laufe eines Rehabilitationsprozesses oft und immer wieder auftreten – in depressiven Phasen kann ein funktionierendes Kommunikationssystem hilfreich sein, mangelhafte Möglichkeiten, sich mitzuteilen, wirken verstärkend.

Die Akzeptanz von Hilfsmitteln ist oft sehr gering, signalisieren sie doch meist keinen Fortschritt sondern eine schwer zu ertragende Notlösung. Es ist oft schwierig, den richtigen Zeitpunkt für das Angebot eines Hilfsmittels zu finden – in der Regel wird so früh wie möglich mit Anpassung und Training begonnen – ob dieser Zeitpunkt aber auch langfristig der Richtige ist, kann manchmal in Frage gestellt werden. Zu früher Einsatz kann zu wenig Erfolg, zu viel Frustration und damit langfristig Ablehnung des Hilfsmittels bedeuten.

Es kann sein, dass Menschen mit spät erworbener Hirnschädigung verlorene Fähigkeiten wieder erlangen können.

Dies zu erreichen ist das eigentliche Ziel jeder Therapie oder jedes Unterrichts. Wenn wir so weit kommen, ist Rehabilitation erfolgreich.

Vor allem zu Beginn der Behandlung haben die Patienten ihre verlorenen Fähigkeiten vor Augen und setzen sich das Ziel, sie wieder zu erlangen. Mit der Zeit müssen sie lernen, mit Einschränkungen zu leben und sie zu akzeptieren. Dies sagt und schreibt sich für einen nicht direkt Betroffenen leicht – die Kämpfe und Resignationen, die ein Leidtragender durchzustehen hat, sind schwer nachvollziehbar. „Dann kommt das Aufschieben, dann denkt man, o.k., dann nächstes halbes Jahr noch nicht oder das Jahr drauf. Und dann das Abfinden, dass sich was geändert hat und dass man nicht weitermachen kann wie vorher, sondern dass man in einer neuen Situation ist und das sehr lange. Und es ist ziemlich schwierig, das mal zu begreifen und zu akzeptieren vor allem“ (Schneider/Weishaupt/Mai 1993, S.64). Die Prognosen sind schwierig, die Prozesse dauern unvorhersehbar und unterschiedlich lang.

Es kann sein, dass Menschen mit spät erworbener Hirnschädigung in ihrem Antrieb und in ihren emotionalen und sozialen Verhaltensweisen beeinträchtigt sind.

Eine besonders schwerwiegende Ursache für eine Antriebsstörung liegt dann vor, wenn sie in der Lokalität der Schädigung zu suchen ist: Patienten mit einer Frontalhirnschädigung haben manchmal nur wenig Antrieb oder können sich selbst nicht steuern (s. Lurija S.190ff). Bei nichtsprechenden Patienten kann dies bedeuten, dass sie nicht in der Lage sind, Lust auf ein Gespräch zu haben, dass sie allem und jedem gleichgültig gegenüberstehen müssen. Bei diesen Patienten fällt es extrem schwer, Kommunikation wieder einzuführen und zu fördern, auch wenn keine zusätzlichen motorischen Einschränkungen vorliegen.

Eine weitere Ursache für geringen Antrieb kann das Bewusstsein der eigenen Situation sein. Der nichtsprechende Patient ist sich seiner Ausfälle im Vergleich zu früher sehr im Klaren. Er wird depressiv und sieht keine Fortschritte und Perspektiven. Weshalb sich also bemühen und so große Anstrengungen auf sich nehmen für so geringe Ergebnisse. Er scheut vielleicht auch davor zurück, sich mit Dingen zu beschäftigen, die ihm diesen Rückschritt konkret vor Augen führen - ein junger Mann, der vor seinem Unfall ein kompetenter Computerfreak war, reagierte viele Monate abweisend und teilweise aggressiv, wenn man ihn an den Computer setzen wollte.

Bei vielen Menschen sind nach spät erworbener Hirnschädigung regressive Verhaltensweisen zu beobachten. Sie werden kindlich, haben eine naive Sichtweise ihrer Situation und scheinen nicht sehr unter einem Leidensdruck zu leiden.

Es kann sein, dass Menschen mit spät erworbener Schädigung physisch und psychisch wenig belastbar sind.

Schnelle körperliche Ermüdbarkeit und eine nur geringe Aufmerksamkeitsspanne sind Faktoren, die die Arbeit erheblich beeinflussen. Gerade bei nichtsprechenden Menschen, die nicht spontan ihre aktuelle Befindlichkeit mitteilen können, ist sensibles Vorgehen und fundiertes Hintergrundwissen des Lehrers und Therapeuten notwendig um eventuell echte Müdigkeit und Erschöpfung gegen Unlust abgrenzen zu können.

Es kann sein, dass Menschen mit schwerer spät erworbener Hirnschädigung motorisch so stark eingeschränkt sind, dass sie sich nicht einmal über Mimik eindeutig äußern können.

Nichtsprechende Menschen mit besonders schwerer Schädigung können einerseits kognitiv wenig, motorisch aber so stark beeinträchtigt sein, dass sie sich nicht einmal über Mimik eindeutig mitteilen können. Hier ist geduldiger, konstanter, lange dauernder Kontakt nötig, um zumindest einen eindeutigen Ja-Nein-Code erarbeiten zu können. Die intensive Zusammenarbeit aller beteiligten Disziplinen untereinander und mit dem Elternhaus ist grundlegende Voraussetzung für diese Arbeit. Diese ist für alle Beteiligten oft belastend, wenn man an seine Grenzen stößt und dabei merkt und weiß, dass der Schüler unter der Tatsache, dass er sich nicht initiiierend mitteilen kann, leidet. Kommunikationsförderung bei diesen Menschen ist auch ein Kampf gegen die Resignation. Wer so oft missverstanden und übergangen wird, läuft Gefahr, dass er – weit unter seinem eigentlichen Niveau - zurücksteckt und aufgibt.

Tragisch ist es, wenn so stark beeinträchtigte Schüler infolge des falschen Eindruckes, den ihre Mitteilungslosigkeit auslöst, in ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit zu gering eingeschätzt und dementsprechend falsch beschult und unterfordert werden.

Bei körperlich schwer beeinträchtigten Menschen sind für Therapeuten und Lehrer fundierte Kenntnisse über optimale Sitzhaltung und Hilfsmittelanordnung ebenso wichtig wie ein Überblick über die Vielzahl von Eingabehilfen für Computer oder andere elektronische Hilfen: vom einfachen Taster für Hand oder Fuss bis zum Lidschlusschalter.

Eine Einrichtung, die den Anspruch erhebt, nichtsprechende schwerbehinderte Menschen mit adäquaten Hilfsmitteln versorgen zu können, sollte über einen großen Fundus an Bedienelementen und Geräten verfügen, um schnell und vielfältig ausprobieren zu können. Wenn erst im Katalog geblättert, bei Firmen ausgeliehen und dann noch erfolglos probiert werden muss, geht viel Zeit und v.a. Dingen Ge-

duld und Motivation des Patienten verloren. Dies sind Faktoren, die den Erfolg einer Hilfsmittelversorgung entscheidend beeinflussen.

Nach spät erworbener Hirnschädigung verbringen die Patienten oft viele Monate, manchmal Jahre in Kliniken, teilweise weit weg von Elternhaus und früherem sozialen Umfeld.

Nach Intensivstation und Akutklinik verbringen die Patienten nach einem Unfall oder einer Krankheit oft viele Monate, manchmal Jahre in Kliniken, teilweise weit weg von Elternhaus und früherem sozialen Umfeld.

In diesen Spezialkliniken werden sie therapeutisch, pflegerisch und manchmal auch schulisch optimal versorgt, es fehlt jedoch oft die anregungsreiche, Kommunikation fördernde Umgebung, die Familie, der Freundeskreis.

Der Klinikalltag zieht sich sehr gleichförmig dahin, es passiert nichts besonderes, nichts aufregendes, was man unbedingt erzählen müsste. Man befindet sich in einer Notgemeinschaft - wenn man Glück hat, entwickelt sich eine engere Beziehung zu anderen Patienten. Oft kommt es aber nicht dazu, weil der Freund wieder verlegt, die Freundin entlassen wird; man lebt oft nur nebeneinander her.

Die Beziehung zu manchmal fast gleichaltrigen Schwestern, Zivildienstleistenden oder Pflegern ist meist dienstlich.

Kommunikationsförderung heißt hier auch oder sogar vor allen Dingen für Gesprächsstoff sorgen, Anregung bieten, für Abwechslung sorgen, Themen anbieten, über die gesprochen werden kann. Die Zusammenarbeit mit Freizeitpädagogen und Pflegepersonal und die Einbeziehung von Angehörigen und Freunden kann bereichernde Inhalte zur Kommunikationsförderung beitragen.

Im Klinikbetrieb sind die Patienten mit vielen Personen konfrontiert.

Tag für Tag haben die Patienten mit vielen verschiedenen Personen zu tun.

Schätzungsweise arbeiten in einer Woche bis zu 20 verschiedene Personen mit einem Patienten. Für Kommunikation unter erschwerten Bedingungen ist dies eine zusätzliche Behinderung. Vereinbarungen müssen oft und immer wieder angesprochen werden. Der Patient muss immer wieder von vorne beginnen, muss immer wieder seine Sprache neu einbringen und sich auf die Eigenheiten seiner jeweiligen Gesprächspartnerin v.a. was Geduld, Engagement und Verbindlichkeit angeht, einstimmen. Er muss entweder die paar gleichen Fragen immer wieder beantworten oder damit leben, dass sie gar nicht gestellt werden.

Dabei ist die Gefahr groß, dass der Patient resigniert und den Weg des geringsten Widerstandes geht ("dann schaue ich halt das Kinderprogramm an, das gerade läuft, obwohl ich lieber Sport sehen möchte").

Kommunikationsförderung heißt hier: Koordinieren, Absprachen treffen und ihre Einhaltung kontrollieren. Dafür sorgen, dass Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden und interdisziplinäre Zusammenarbeit anstreben.

Die Idee, eine Art "Case-Manager" in Sachen Kommunikation für jeden nichtsprechenden Patienten einzusetzen, erweist sich (noch) als schwierig. Hinter diesem Gedanken steckt der Wunsch, dass eine Person die Fäden in der Hand hat und alle kommunikationsfördernden Maßnahmen koordiniert.

Welche Disziplin sich verantwortlich zeigt, ist zweitrangig. Es hat sich in einigen Fällen als positiv erwiesen, wenn Sonderpädagogik und Logopädie sich die Aufgaben geteilt haben. Die Logopädin arbeitete an der eigentlichen Sprechtherapie mit dem Ziel, die Sprechfähigkeit wieder zu erlangen, der Sonderschullehrer kümmerte sich um alternative Kommunikationsmöglichkeiten. Eine solche Arbeitsteilung ist notwendig, wenn ein Patient in der Arbeit am Computer mit Sprachausgabe im Rahmen der Logopädie den Beweis sieht, dass der Logopäde das Ziel, ihn wieder zum Sprechen zu bringen, aufgegeben habe.

Fortbildung für MitarbeiterInnen ist eine fundamentale Forderung. Fortbildungen sind wichtig für alle, die mit nichtsprechenden Menschen arbeiten, denn Kommunikation ist keine isolierbarer Therapieteil. Damit hat jeder zu tun.

Fortbildung für Mitarbeiter heißt in diesem Fall aber auch, nicht nur Sachinformation über Ursachen und Fördermaßnahmen zu vermitteln, sondern diese Forderung beinhaltet vorwiegend Selbsterfahrung, die die Mitarbeiter in die Lage versetzt, die Erlebenswelt des nichtsprechenden Menschen nachzuvollziehen und dementsprechend – aus eigener Sicht – zu agieren und zu reagieren. Dies muss in regelmäßigen Abständen wiederholt werden, denn die Gefahr ist groß, dass sich alte, wenig empathische Verhaltensmuster gerade unter dem Druck der zeitlichen und psychischen Belastung im Klinikalltag wieder einschleichen.

Qualitativ hochstehende Arbeit mit nichtsprechenden Menschen erfordert Zeit – viel Zeit, was Pflegende und Therapeuten, aber auch Angehörige und Freunde oft in Schwierigkeiten bringt, gibt es doch noch anderes zu tun, als minutenlang zu warten, bis eine verständliche Mitteilung produziert wird.

Es kann sein, dass Menschen mit spät erworbener Hirnschädigung auch in ihren Gedächtnisleistungen beeinträchtigt sind.
--

Auffallend häufig leiden nichtsprechende Menschen mit spät erworbener Hirnschädigung an Gedächtnisstörungen. Sie können sich vielleicht noch an Ereignisse aus der Zeit vor dem Trauma erinnern, können aber aktuelle Ereignisse und neue Informationen schon nach kurzer Zeit nicht mehr abrufen.

Es ist offensichtlich, dass diese Einschränkung die Kommunikation vielfältig beeinflusst und Förderungsansätze sehr erschwert.

Die Hirnforschung hat in den letzten Jahren wichtige Erkenntnisse gebracht. Die Geheimnisse des Gedächtnisses sind allerdings noch wenig ergründet. Darüber können all die Ratgeber, die Gehirn-Jogging und Gedächtnis-Training in großer Zahl in Buch und Kassettenform anbieten, nicht hinweg täuschen.

In neuerer Literatur (s. Markowitsch S.55) werden vier Gedächtnissysteme beschrieben: Episodisches Gedächtnis, Wissenssystem, Prozedurales Gedächtnis und Priming. Bei der täglichen Arbeit mit Menschen, die nach spät erworbener Hirnschädigung ihre Sprechfähigkeit verloren haben, fällt auf, dass viele Gedächtnisprobleme vorwiegend im episodischen (oder autobiografischen) Gedächtnis anzutreffen sind. Die Patienten können sich nicht mehr erinnern, was sie am Wochenende gemacht haben, was in der letzten Unterrichtsstunde besprochen wurde, wer gestern zu Besuch war etc.

Sicher ist die mangelnde Erinnerungsvermögen teilweise durch Schweregrad, Art und Lokalisation der Schädigung wesentlich bestimmt. Es drängt sich aber auch die Vermutung auf, dass die Schwierigkeit, sich erinnern zu können, auch mit der Unfähigkeit, sich mitteilen zu können, in enger Verbindung steht.

Ein fataler Kreislauf ist vorstellbar: Keine Erinnerung zu haben heißt, nichts mitteilen können. Keinen Gesprächsinhalt zu haben heißt Verarmung von Kommunikation. Dies kann dazu führen, dass der Betreffende auch kein Bedürfnis verspürt, mit anderen zu sprechen. Es fehlt die Motivation, mit anderen initiativ in Kontakt zu treten, v.a. dann, wenn diese „anderen“ fremd sind. Möglicherweise werden vor solchem Hintergrund sogar kommunikative Situationen gemieden, damit man den Makel, sich nicht erinnern zu können und damit als dumm zu erscheinen, vertuschen kann.

Die geringe Sprechmotivation wirkt sich andererseits auf das Erinnerungsvermögen aus, denn wenn man niemandem etwas mitteilen will, besteht auch kein Anlass, sich an ein bestimmtes Ereignis zu erinnern. Wie oft versuchen wir, uns etwas im Gedächtnis zu halten mit der Hilfsformel „Das muss ich nachher der und dem erzählen!“. Und wenn jemand wenig Abwechslung in seinem Alltag hat, wenig kommunikative Anregung, gibt es weniger Anlässe, sich an etwas zu erinnern.

Wenn wir die nichtsprechenden Schüler mit Gedächtnisproblemen in die Lage

versetzen, zu kommunizieren, sich mitzuteilen, ermöglichen wir ihnen nicht nur die Befriedigung eines menschlichen Urbedürfnisses, wir tragen gleichzeitig dazu bei, dass ihr Gedächtnis aktiviert wird.

Ereignisse, die sprachlich dokumentiert und öfters wiedergegeben werden, bleiben eher in Erinnerung als etwas, was nicht mitteilbar ist und damit auch ein gewisses Maß bedeutungslos ist. Durch die Mitteilung wird das Ereignis auch durch die Rückmeldung der Gesprächspartner in seiner Wichtigkeit unterstrichen und haftet damit eher im Gedächtnis.

Damit erhält Kommunikationsförderung und die Versorgung mit adäquaten Hilfsmitteln bei einigen Schülern eine über den eigentlichen Zweck hinausgehende Dimension: Kommunikationsförderung kann auch Gedächtnistraining sein.

Hans-Georg Lauer

4. Kommunikationsförderung als ganzheitlicher Prozess

Bei der Arbeit mit nichtsprechenden Menschen nach spät erworbener Hirnschädigung geht es nicht darum, etwas bisher nicht Gekonntes neu zu erlernen und sich zu erwerben. Diese Menschen müssen verlorene Fähigkeiten wieder erlernen und oft erfahren, dass Vieles nicht wieder erreicht werden kann. Deshalb spielen bei der Kommunikationsförderung Motivation und inhaltliche Aspekte die zentrale Rolle, hinter der die technischen und strategischen Gesichtspunkte zurückstehen.

In der noch unmittelbaren Nähe zum traumatischen Erlebnis, in der Auseinandersetzung mit dem „Bruch in der Biografie“ (Stadler) und der Sorge um die gute pflegerische Versorgung beschränkt sich Kommunikation oft auf die elementaren Bedürfnisse. Frühere Hobbys können nicht mehr ausgeübt werden, Interessen haben sich (auch aufgrund der allgemeinen Entwicklung) verlagert, Freunde sind nicht greifbar, die sozialen Kontakte beschränken sich auf beruflich engagierte MitarbeiterInnen einer Einrichtung und sind daher nicht nur zeitlich eingeschränkt ... worüber soll ein Mensch in einer solchen Situation kommunizieren!

Kommunikationsinhalte und Rahmenbedingungen anzubieten ist wesentlicher Teil von Kommunikationsförderung.

- **Erlebnisse:** der sprechende Mensch weiss, wonach er fragen kann, sein nicht-sprechender Gesprächspartner hat etwas zu erzählen.
- **Traumabearbeitung:** Nichtsprechende Patienten, die durch Unfall oder Krankheit ihr Leben drastisch ändern mussten, haben durch ihre Sprechbeschränkung auch nur begrenzte Möglichkeiten, ihr Trauma zu bearbeiten. Alle gängi-

gen Hilfsangebote zur Krisenintervention basieren auf Sprache und Dialogfähigkeit. Während sprechende Patienten unter ihrem Leidensdruck den Psychologen oder Arzt aufsuchen und ein offenes Ohr für ihre vorgetragenen Probleme im Gespräch finden, kommen nichtsprechende Menschen oft gar nicht so weit, einen Hilferuf zu starten, geschweige denn, ihre Schwierigkeiten darzulegen. Persönliche Probleme anzusprechen kann wichtiger Inhalt von Kommunikationsförderung sein.

- **Bedeutsamkeit:** Da die Kommunikation oft für beide Seiten sehr anstrengend ist und viel Konzentration erfordert, ist es wichtig, bedeutsame Themen zu finden. Dies müssen nicht unbedingt anspruchsvolle Themen sein. Es ist immer wieder erstaunlich, dass Menschen, die nur unter enormen Anstrengungen kommunizieren können, diese Energie aufwenden, um in unseren Augen Banalitäten zu formulieren. Für sie ist es wohl bedeutsam.
- **Empathie:** Einbeziehen der sprechenden Mitmenschen in die Kommunikation ist nicht nur Ziel, sondern auch Weg und Inhalt der Kommunikationsförderung und ist nicht mit einmaligen Aktionen getan. Hier stellt sich immer wieder die Frage: Ist Empathie lernbar und in Zeiten der immer schlechteren (=stressigeren) Arbeitsbedingungen auch noch praktikierbar.
- **Antriebsschwäche:** Auch wenn es Mitarbeitern, die es sich nicht leicht machen, (zurecht) schwer fällt: Es gibt nichtsprechende Menschen, die können nicht kommunizieren wollen. Oft wird ihnen das als Faulheit, Desinteresse u.ä. ausgelegt. Sie können aber nicht wollen, weil ihre Schädigung gerade in den antriebsteigernden Bereichen getroffen hat. Es ist nicht nur legitim, sondern sogar Förderprogramm, die Förderversuche zurückzuschrauben und darauf zu beschränken, dafür zu sorgen, dass der Patient sich wohl fühlt und dass seine Signale gehört und verstanden werden – aber nicht ständig etwas von ihm abverlangt wird.
- **Einbeziehung des sozialen Umfelds:** Kommunikationsförderung meint auch das Einbeziehen der sprechenden sozialen Umgebung – einerseits der Profis, die immer auch therapeutische Absichten verfolgen, v.a. aber der Freunde und Angehörigen. Nur mit ihrer Akzeptanz werden Hilfsmittel sinnvoll eingesetzt: Gerade dieser Personenkreis muss aber zuallererst auch lernen, mit dem „neuen“ Menschen neu umzugehen und ihn mit seiner Einschränkung zu akzeptieren. Hilfsmittel stellen oft eine neue Barriere dar und werden daher von beiden Seiten nur mit viel Zurückhaltung angenommen.

5. Der Arbeitsbereich Unterstützte Kommunikation im Jugendwerk

Mit der Zunahme der PatientInnen, die nicht sprechen können, hat sich im Jugendwerk Gailingen seit einigen Jahren die Förderung und der Einsatz Unterstützter Kommunikation als interdisziplinärer Arbeitsbereich gebildet.

Eine interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe trifft sich in regelmäßigen Abständen. Die Mitglieder bilden sich gegenseitig fort, berichten aus der Alltagspraxis und beraten sich gegenseitig. Das Ziel dieser Arbeitsgruppe besteht aber auch darin, die Ziele und Ansätze von Unterstützter Kommunikation in den Alltag der anderen Bereiche (Station, Schule, Berufstherapie etc.) einzubringen. Ein Anspruch, der nur in kleinen Ansätzen bisher erfüllt werden konnte.

Auch nicht erreicht ist das Ziel, für jeden nichtsprechenden Patienten steht ein Mitglied der Arbeitsgruppe als UK-Manager zur Verfügung zu stellen, der die notwendigen Maßnahmen überwacht und alle Fäden in der Hand hält.

Logopädie und Schule teilen sich gegebenenfalls die Arbeit mit nichtsprechenden Patienten auf. Während die Logopädie die Verbesserung der Sprechfähigkeit anstrebt, setzt die Schule Unterstützte Kommunikation ein.

Das Jugendwerk führt auch Beratungen in Unterstützter Kommunikation durch. Als Klinik bietet sich der Vorteil eines kurzen stationären Aufenthaltes an, in dem die verschiedenen beteiligten Disziplinen nach ausgiebiger Diagnostik entsprechende Empfehlungen geben können.

Der Bereich Unterstützte Kommunikation im Jugendwerk arbeitet eng mit verschiedenen Firmen zusammen, die Hilfsmittel zur Kommunikation und Bedienung von Computern und Sprechhilfen anbieten.

In einer Rehabilitationsklinik ist es eine wesentliche Aufgabe des Arbeitsbereiches „Unterstützte Kommunikation“, die nichtsprechenden Patienten auf den Einsatz von Kommunikationshilfen vorzubereiten, sie zu motivieren und ihnen die Chancen von solchen Hilfen aufzuzeigen. Meist endet die Kommunikationsförderung in der Rehabilitationsklinik mit einer fundierten Empfehlung, der ärztlichen Verordnung einer Kommunikationshilfe und ausführlichen Berichten. Ob und wie diese Unterstützung in der Folgeeinrichtung oder zu Hause eingesetzt wird, entzieht sich weitgehend dem Einfluss der Klinik.

Literatur:

Kristen, Ursi: Praxis Unterstützte Kommunikation, Düsseldorf, 1994

Lurija, Alexander R.: Das Gehirn in Aktion, Reinbek, 1992

Markowitsch, Hans-J.: Neuropsychologie des menschlichen Gedächtnisses, in: Spektrum der Wissenschaft, Sept. 1996 S. 52 – 61

Schneider U. / Weishaupt, G./ Mai, N.: Warum hat mir das niemand vorher gesagt? Erfahrungen jugendlicher Patienten mit Hirnverletzungen, Dortmund ,1993

Stadler, Hans: Pädagogische Aufgaben in der Rehabilitation Hirngeschädigter, in: Rehabilitation 35 (1996) , S. 109 – 118

Wir danken besonders der Firma AKTIVE Communication für die großzügige Unterstützung unserer Arbeit.

Anhang:

ISAAC Deutschland, Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. hat folgende Liste von Anbietern elektronischer Kommunikationshilfen herausgegeben:

Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und die genannten Firmen sind hier in keinerlei Form von ISAAC gewertet worden. Vor der Entscheidung für eine bestimmte Kommunikationshilfe ist eine möglichst unparteiische und von Firmen unabhängige Beratung, die auch pädagogische und therapeutische Aspekte mit berücksichtigt, sehr zu empfehlen.

AKTIVE Communication, Untere Fischachstr. 5, CH 8932 Mettmenstetten, ch/7670993

Ingenieurbüro Seveke, Georg Schumannstr., 01 187 Dresden, 0351-4724100

Sacon, Ludwig Wagner Str. 14, 691 68 Wiesloch, 06222-51022-25

DIB Elektronik, Wodanstr. 50, 90461 Nürnberg, 0911-463924

Medizintechnik Gillert, Hausbergstr. 14, 16225 Eberswalde, 03334-212429

stewi Europa BV, Postfach 100330, 46423 Emmerich, 08346-61155

Epitech, Pivistr. 13, 32120 Hiddenhausen, 05223-87080

PHS-Systeme, Postfach 1118, 86971 Peiting, 08861-68148

System - 4 GmbH, Königstr. 25, 75334 Straubenhardt, 07082-5299

Forschungsinstitut, Technologie Behindertenhilfe, Grundschötteler Str. 40, 58300 Wetter, 02335-96810

Prentke Romich Deutschland, Goethestr. 31, 34119 Kassel, 0561-7391008

Technik für Behinderte, HildesheimerStr.154, 30880 Laatzen, 0511-828300

Gesellschaft f. Therapie u. begleitend. Hilfen, Schwanstr. 22, 18273 Güstrow, 03843-211093

Put, Schubertstr. 9, 58300 Wetter, 02335-66940

Technik für Menschen, Sunnekamp, 59075 Hamm, 02381-77895

IGEL, Hastedter Osterdeich 222, 28207 Bremen, 0421-413373

reha-Media, Bismarkstr. 142a, 47057 Duisburg, 0203-3061950

Vertical Informatik, Mönchhausgasse 7, 74189 Weinsberg, 07134-901021

INCAP, Wohnlichstr. 6-8, 75179 Pforzheim, 07231-94630

rehaCom, Lange str. 44, 89129 Langenau, 07345-5044

Warkuss, Marienhölungsweg 34, 24939 Flensburg, 0461-57250

Rollicom, Nittumer Weg 56, 51467 Bergisch Gladbach, 02202-85875

Weißenstein, Hohenwindenstr. 13, 990086 Erfurt, 0361-732767

ABP Gesellschaft für angewandte Kybernetik, Uellendahler Str. 488,

42109 Wuppertal, 0202-46000204

Gorlo und Todt, GbR, Zum Papenbruch Nr. 33, 42553 Velbert, 0205-83455

Stiftung Rehabilitation- Technische Hilfen, Postfach 101409, 69123 Heidelberg,
06221-880

Zoom Kommunikationssysteme, Tischerstr. 13, 08525 Plauen, 03741-226997

Über die Geschäftsstelle von ISAAC Deutschland können Sie folgende
Materialien zur Unterstützten Kommunikation bestellen:

- ISAAC-Infomappe mit Informationen zu verschiedenen Bereichen der Unterstützten Kommunikation
- Video. Auch wer nicht sprechen kann, hat viel zu sagen, 40 Min
- Video zur Kölner Fachtagung 97, 10 Min
- K. Lemler, S. Gemmler, Kathrin spricht mit den Augen
- U. Kristen: Praxis Unterstützte Kommunikation, 1994, 160 S.
- U. Braun (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation, 1994, 64 S.,
- "Edi, mein Assistent" und andere Beiträge zur UK ,1996, 315 S.(Reader der Kölner Fachtagungen)
- ISAAC's Zeitung, Ausgaben 1/90 - 1/95 soweit noch nicht vergriffen
- Unterstützte Kommunikation - ISAAC's Zeitung Ausgaben 1/96 bis zur aktuellen Ausgaben. soweit noch nicht vergriffen
- Literaturliste zur Unterstützten Kommunikation

Die ermäßigten Preise in Klammern gelten für Mitglieder von ISAAC-GSC (Deutschland) und für die Mitglieder des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte. Für Versandkosten wird eine Pauschale von 5,00 DM angerechnet. Bitte senden an die Geschäftsstelle von ISAAC, Am Berge 7, 34454 Arolsen