



Universitätsverlag Potsdam

## Artikel erschienen in:

*Sarah Tan, Sarah Düring, Alina Wilde,  
Lara Hamburger, Tom Fritzsche (Hrsg.)*

### **Spektrum Patholinguistik Band 16. Schwerpunktthema: Schnittstelle Alltag: Transfer und Teilhabe in der Sprachtherapie**

2023 – viii, 234 S.

ISBN 978-3-86956-559-0

DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-59043>



#### Empfohlene Zitation:

Kerstin Nonn: Transfer und soziale Teilhabe in der Unterstützten Kommunikation für Kinder ohne ausreichende Lautsprache: kooperativ und kompetenzorientiert, Spektrum Patholinguistik 16, S. 53–69.

DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-61342>

Soweit nicht anders gekennzeichnet ist dieses Werk unter einem Creative Commons Lizenzvertrag lizenziert: Namensnennung 4.0. Dies gilt nicht für zitierte Inhalte anderer Autoren: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.de>



## Transfer und soziale Teilhabe in der Unterstützten Kommunikation für Kinder ohne ausreichende Lautsprache: kooperativ und kompetenzorientiert

*Kerstin Nonn*

Staatliche Berufsfachschule für Logopädie am LMU Klinikum München

**ABSTRACT:** Die Verbesserung der sozialen Teilhabe eines Kindes ohne ausreichende Lautsprache steht im Fokus der Versorgung mit Unterstützter Kommunikation. Die Schnittstelle Alltag ist für die Intervention mit Unterstützter Kommunikation besonders wichtig, da das unterstütz kommunizierende Kind in seiner alltäglichen Kommunikation extrem abhängig von seinem sozialen Umfeld ist. Die Bezugspersonen müssen die Hilfsmittel und ihre Verwendung gut kennen, Kommunikationssituationen spezifisch gestalten und individuell abgestimmte Sprachlehr- und Kommunikationsstrategien einsetzen. Dass dieser Transfer gelingt, ist Aufgabe der Sprachtherapie. Der Sprachtherapie stehen dazu verschiedene Modelle zur Verfügung: das bio-psycho-soziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF) und Modelle, die aus dem Fachgebiet der Unterstützten Kommunikation selbst stammen, wie das Kooperative Partizipationsmodell, Fähigkeitskontinuum und Modell kommunikativer Kompetenz. Die Umsetzung der Modelle in die Praxis wird anhand eines Fallbeispiels veranschaulicht. Letztendlich geht es um die natürliche Nutzung von Unterstützter Kommunikation in echten Kommunikationssituationen und um die langfristige Unterstützung der Entwicklung hin zu Fähigkeiten, selbstinitiiert und unabhängig kommunizieren zu können.

**KEYWORDS:** Unterstützte Kommunikation, Sprachentwicklung, bio-psycho-soziales Modell der ICF, Partizipationsmodell, Kompetenzen

## 1 Einleitung

Wenn ein Kind in seiner Sprach- und Kommunikationsfähigkeit schwer beeinträchtigt ist, hat dies weitreichende Folgen für seine Kommunikations- und Sprachentwicklung sowie für seine Kooperationsfähigkeit und Teilhabe an der menschlichen Gemeinschaft. Denn zwischenmenschliche Kommunikation ist ein Grundbedürfnis und essenziell für einen Menschen und seine Lebensqualität (Lüke & Vock, 2019). Kinder ohne ausreichende Lautsprache und ihre Bezugspersonen sind auf ein Versorgungskonzept angewiesen, das ihnen eine erfolgreiche Kommunikation im Alltag ermöglicht (Nonn, 2020). Unterstützte Kommunikation (im Folgenden UK) ist solch ein Versorgungskonzept. UK besteht aus multimodalen Kommunikationsformen einschließlich Hilfsmitteln, einer spezifischen Gestaltung von Kommunikationssituationen sowie hilfreichen Kommunikationsstrategien aller beteiligten Partner\*innen. UK kann sowohl eine zeitlich begrenzte als auch eine fortwährende Maßnahme sein. Ein Kommunikationssystem besitzt zwei Eigenschaften: Es ist erstens *multimodal*: Das unterstützte kommunizierende (im Folgenden uk) Kind kann angepasst an die Situation, mögliche Partner\*innen und den Inhalt flexibel unterschiedliche Kommunikationsformen einsetzen, um sich verständlich und erfolgreich mitzuteilen. Es ist zweitens *individuell*, indem das uk Kind verschiedene Kommunikationsformen auf der Basis vorhandener Fähigkeiten und Funktionen nutzt. UK verfolgt das Ziel, kommunikative Einschränkungen in der sozialen Teilhabe zu kompensieren sowie die Autonomie und Selbstwirksamkeit des Kindes ohne ausreichende Lautsprache zu verbessern.

## 2 Problemstellung

Wenn man die Sprachlernsituation eines uk Kindes mit der eines regelentwickelten Kindes vergleicht, zeigt sich eine große Diskrepanz: Ein regelentwickeltes Kind erhält in seinen ersten Lebensjahren durchschnittlich ca. 6 000 Wörter als Sprachangebot pro Tag (Davi-

son-Hoult & Ward, 2017). Wenn ein uk Kind dagegen nur zweimal pro Woche in einer Fördersituation für 20 Minuten sein Kommunikationssystem nutzen darf, wird es 700 Jahre brauchen, um genauso so viel sprachliche Anregung wie ein regelentwickeltes Kind zu bekommen (Cress & Marvin, 2003). Ein lautsprachlich und ein unterstützt kommunizierendes Kind haben also unterschiedliche Voraussetzungen und Bedingungen für den Spracherwerb (Nonn, 2011).

Smith und Grove beschreiben dieses Problem in der Asymmetrie-Hypothese (2003, 1999). Ein uk Kind ist im Spracherwerb doppelt benachteiligt. Es hat so gut wie keine Möglichkeit im Alltag, via UK zu kommunizieren und diese besondere Art zu kommunizieren einzuüben und damit zu erlernen. Hinzu kommt, dass dem Kind ein UK-Vorbild fehlt, das ihm zeigt, wie es UK zur Verständigung einsetzen kann. Gülden und Müller (2016) formulieren dieses Problem so, dass sich der Spracherwerb nicht von selbst vollzieht. Dem Kind fehlt die hocheffiziente Sprachlernstrategie des Lernens am Modell.

Eine UK-Intervention ist von Anfang an zu gleichen Teilen aufgeteilt, indem einerseits – sofern vom Alter und Entwicklungsstand möglich – das uk Kind selbst und andererseits seine Eltern sowie weitere wichtige Bezugspersonen (weitere Familienmitglieder und verschiedene Berufsgruppen: Ärzt\*innen, Lehrkräfte, Schulbegleitungen, Therapeut\*innen, Werkstattmitarbeitende etc.) als ‚Expert\*innen in eigener Sache‘ in die Diagnostik und Beratung sowie in die Planung, Durchführung und Evaluation der Intervention mit einbezogen werden (Boenisch & Sachse, 2018). Bei der Auswahl der Maßnahmen in UK handelt es sich einerseits um einen zielgerichteten und kompetenzorientierten Prozess, durch die Beteiligung verschiedener Personenkreise und die erforderliche Einigung auf ein gemeinsames Interventionsziel handelt es sich andererseits um einen kooperativen und vernetzten Prozess, der von einer Person, i. d. R. von dem/der Sprachtherapeut\*in, moderiert und gelenkt werden muss (Giel, 2021). Nur dann ist eine Versorgung mit UK erfolgreich.

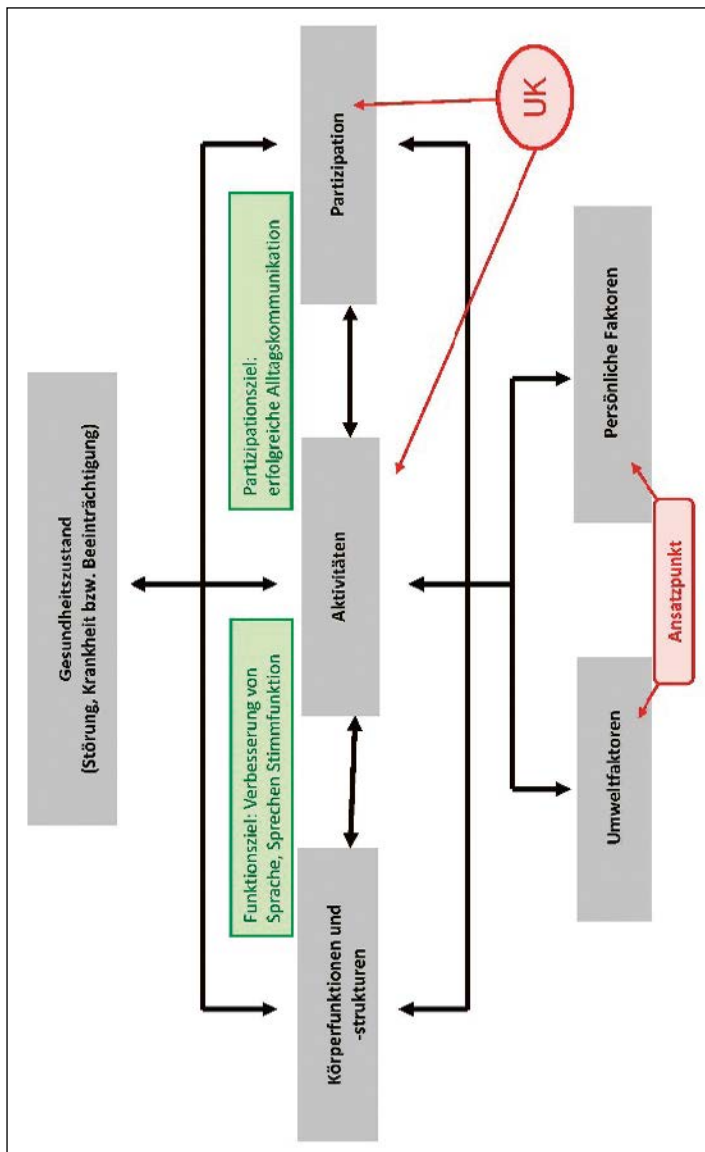
### 3 Grundlegende Modelle

Im Folgenden werden vier Modelle vorgestellt, die aktuelle und professionsübergreifende UK-Versorgungskonzepte darstellen. Denn UK findet immer mehr Verbreitung im deutschen Bildungs- und Gesundheitswesen: frühe Förderung, Förderschulen, Kliniken, Reha-Einrichtungen, sowie Werkstätten und Wohnbereich. Die Modelle dienen den verschiedenen pädagogischen, medizinischen und therapeutischen Berufen als gemeinsame Infrastruktur und schaffen einen Bezugsrahmen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und zum fachlichen Austausch. Sie stellen eine systematische Förderung dar und leiten die Sprachtherapeut\*in und alle weiteren beteiligten Berufsgruppen wie ein roter Faden durch den UK-Versorgungsprozess, von der Kontaktaufnahme über die Diagnostik und Beratung zur Intervention und Evaluation eben dieser. Hauptziele der Intervention sind der Transfer von UK in den Alltag und die Verbesserung der sozialen Teilhabe, die sowohl in der ICF (DIMDI, 2005) als auch im Partizipationsmodell (Beukelman & Mirenda, 2013) im Mittelpunkt stehen.

#### 3.1 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), welches den funktionalen Gesundheitszustand und mögliche gesundheitliche Einschränkungen eines Menschen beschreibt (DIMDI, 2005). Gesundheitliche Einschränkungen werden in der ICF nicht ausschließlich als Defizit betrachtet, sondern vielmehr ist der Blick auf den betroffenen Menschen und sein gesundheitliches Problem bzw. seine Beeinträchtigung fähigkeits- und ressourcenorientiert sowie alltagsbezogen. Basis der Beschreibungen sind auch die individuellen Lebensbedingungen des betroffenen Kindes und seiner Familie in ihrem Alltag. Der Alltags-

Abbildung 1  
*Bio-psycho-soziales Modell der ICF (DIMDI, 2005) in der UK-Versorgung*



bezug und die Orientierung an den vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen des Kindes und seiner Familie 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 mit seinem systemischen Verständnis von Gesundheit durch die Wechselwirkungen der einzelnen Komponenten (Giel, 2021) (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 sind die Grundlage für die Analyse des Ist-Zustands unter den folgenden Fragestellungen (Nonn & Päßler-van Rey, 2014): Welche Einschränkungen, Fähigkeiten und Ressourcen hat das betroffene Kind in Körperfunktion und sozialer Teilhabe? Welche Probleme, Wünsche und Möglichkeiten hat das soziale Umfeld in der Kommunikation mit dem Kind? Ziel einer ICF-orientierten Diagnostik ist das Festlegen eines konkreten Ziels und Plans für die Intervention, wie durch eine erfolgreiche kommunikative Kompetenz aller beteiligten Personen die Kommunikation im Alltag gelingen kann. Die UK-Versorgung setzt an den Umweltfaktoren und persönlichen Faktoren der Person ohne ausreichende Lautsprache an. Im Mittelpunkt stehen Aktivitäten und die soziale Partizipation, so dass Aktivitäten des täglichen Lebens durch UK erleichtert bzw. sogar erst realisiert werden können. *Kommunikations- und ressourcenorientierte Ziele* stehen in der UK-Versorgung an erster Stelle, während symptom- und störungsorientierte Ziele an zweiter Stelle stehen. 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.

Fallbeispiel: Es handelt sich um einen 4jährigen Jungen mit Autismus-Spektrum-Störung (im Folgenden ASS) zu Beginn der Sprachtherapie. Grund der Anmeldung zur Sprachtherapie ist, dass das Kind nicht spricht und kaum kommuniziert. Hinzu kommen eine fehlende



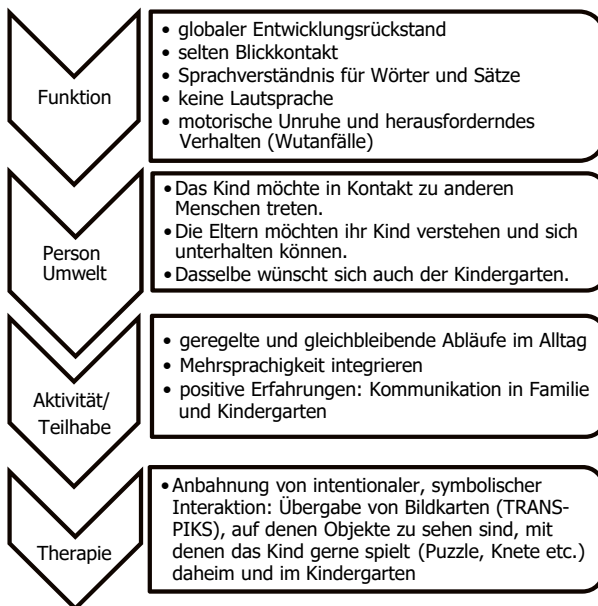
Kooperation und Verhaltensregulation des Kindes im Tagesverlauf, wenn von festen Abläufen und Ritualen abgewichen wird und die Vorlieben des Kindes nicht immer umgesetzt werden können. Die ausbleibende Sprachentwicklung, fehlende Kommunikation und das herausfordernde Verhalten bereiten sowohl den Eltern als auch den Erzieher\*innen im integrativen Kindergarten große Sorgen. Für die Interventionsplanung stellen sich die folgenden zwei Fragen:

1. Welcher Rahmen ermöglicht dem Kind ohne ausreichende Lautsprache die Entwicklung von Kompetenzen in Kommunikation und Sprache?
2. Welche Bezugspersonen sind am Prozess einer gelingenden Kommunikation beteiligt?

Abbildung 2 zeigt den sprachtherapeutischen Befund des vierjährigen Kindes mit ASS aus der Erstdiagnostik nach der ICF-Terminologie.

Abbildung 2

*Sprachtherapeutischer Eingangsbefund des vierjährigen Kindes mit ASS nach der ICF-Terminologie*



### 3.2 Kooperatives Partizipationsmodell

Bereits 1988 entwickelten Beukelman und Mirenda das Partizipationsmodell für die Implementierung eines ersten Kommunikationssystems in den Alltag einer Person ohne ausreichende Lautsprache, welches von seiner Sichtweise her in vielen Aspekten mit dem biopsychosozialen Modell der ICF übereinstimmt (Beukelman & Mirenda, 2013). Lage und Knobel Furrer (2017) aktualisierten das Modell unter der neuen Bezeichnung ‚Kooperatives Partizipationsmodell‘. Zu Beginn der Intervention wird das Kommunikationsverhalten des Kindes ohne ausreichende Lautsprache in verschiedenen alltagsnahen Kontexten erfasst; es entsteht das sogenannte Fähigkeitsprofil, das die vorhandenen Fähigkeiten der UK Person beschreibt. Zugleich bildet sich ein Team um das UK Kind und seine Familie, bestehend aus möglichst allen am Kommunikationsprozess beteiligten Bezugspersonen. Das wichtigste 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 des UK Kindes durch mehr Kommunikation verbessern würde; 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. Im Fallbeispiel des vierjährigen Kindes mit ASS könnte ein erstes Therapieziel die Anbahnung intentionaler und symbolischer Kommunikation sein, indem das Kind im Verlauf eines Monats erlernt, Bildkarten mit Spielobjekten seinen Bezugspersonen zu übergeben und somit zum Ausdruck bringt, was es gerne spielen möchte. Wichtig ist es, alltagsrelevante, realistische Interventionsziele zu formulieren und bei der Umsetzung verschiedene Einflussfaktoren, insbesondere auch die lautsprachlich kommunizierenden Bezugspersonen, im Blick zu behalten. UK Kinder und Jugendliche, die ihre Kommunikationsformen kompetent einsetzen können, neh-

men 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). Am Ende eines Interventionsintervalls wird das Ergebnis von allen beteiligten Personen evaluiert. Auf dieser Grundlage kann sich ein neues Intervall anschließen. Das uk Kind und seine Bezugspersonen gestalten auf diese Art und Weise die UK-Intervention aktiv mit. Beide Modelle, die ICF und das Kooperative Partizipationsmodell, richten das Augenmerk auf die Beschreibung von Möglichkeiten der uk Person, aktiv durch Kommunikation am Alltag und innerhalb von gewünschten Lebensbereichen teilzunehmen.

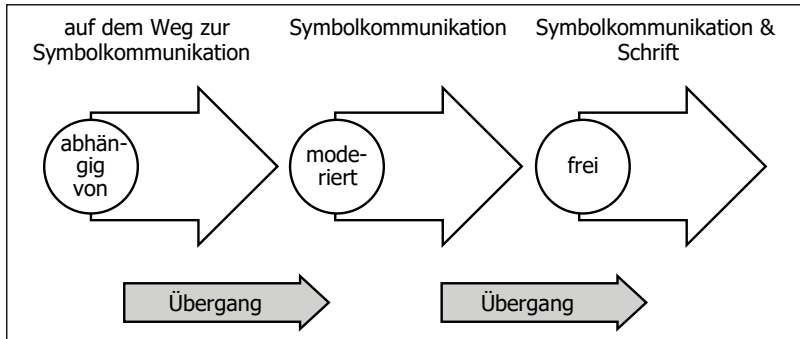
### 3.3 Fähigkeitskontinuum und Modell kommunikativer Kompetenz in der UK

Das dritte und vierte Modell werden in der praktischen Umsetzung miteinander kombiniert und kommen gemeinsam zum Einsatz (Sachse & Bernasconi, 2020). Es handelt sich dabei um das Fähigkeitskontinuum (Dowden, 2004) und das Modell kommunikativer Kompetenz in der UK (Light, 1989). Hauptziele sind auch hier eine gelingende Alltagskommunikation und eine verbesserte soziale Teilhabe, hervorgerufen durch eine systematische Förderung der kommunikativen Kompetenz.

Das Fähigkeitskontinuum beschreibt die expressiven Fähigkeiten von uk Personen in drei Entwicklungsstufen, die im modifizierten Modell von Sachse und Bernasconi (2018) durch zwei Übergangsstufen erweitert wurden. Die Abhängigkeit bezieht sich auf Kommunikationspartner\*innen, vorbereitete Situationen und angebotenes Vokabular. Der höchste zu erreichende Grad ist eine freie und unabhängige Kommunikation und Partizipation.

Abbildung 3

*Modifiziertes Fähigkeitskontinuum nach Dowden (2004) (Sachse & Bernasconi, 2018)*



1. Stufe: *abhängig*: uk Personen, die noch sehr abhängig von den Fähigkeiten der Kommunikationspartner\*innen und stark vorstrukturierten Kommunikationssituationen sind.

2. Stufe: *Übergang abhängig – moderiert*: uk Personen auf dem Weg zur moderierten Kommunikation. Sie verwenden bspw. erste Gebärden oder Bildsymbole zur Kommunikation.

3. Stufe: *moderiert*: uk Personen, die mit Unterstützung in vertrauten Situationen bereits unterschiedliche Inhalte und Funktionen ausdrücken können.

4. Stufe: *Übergang moderiert – frei*: uk Personen auf dem Weg zur freien Kommunikation. Sie sind zunehmend unabhängig von den Fähigkeiten der Kommunikationspartner:innen und der Kommunikationssituation.

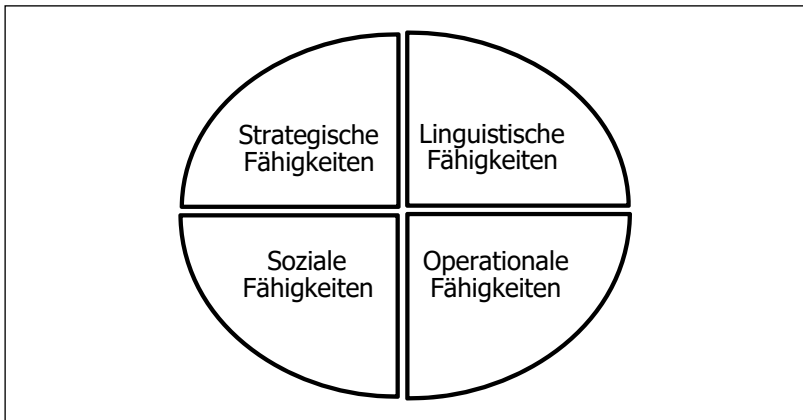
5. Stufe: *frei*: uk Personen, die unabhängig von Situation und Partner\*in jedes Thema bzw. jeden Inhalt frei kommunizieren können

*Fallbeispiel:* Nach drei Monaten Sprachtherapie zweimal pro Woche beginnt das Kind durch die Übergabe von Bildkarten Zusammenhänge zu verstehen, die sprachliche Kommunikation gelingt und das Kind beginnt, selbst zu sprechen. Durch diese visualisierte Struktur findet es einen Einstieg in die sprachliche und symbolische Kommunikation.

Kombiniert wird das Fähigkeitskontinuum mit dem Modell kommunikativer Kompetenz. Dadurch entsteht eine Matrix (für detailliertere Informationen siehe Sachse & Bernasconi, 2018, S. 44–45). Das Modell kommunikativer Kompetenz in der UK (Light, 1989) listet in vier verschiedenen Bereichen konkrete und relevante sprachliche, kommunikative, sozial-kognitive und kognitive Fähigkeiten auf, die eine UK Person besitzen sollte, um kompetent kommunizieren zu können (siehe Abb. 4).

Abbildung 4

*Modell kommunikativer Kompetenz in der UK (Light, 1989)*



*1. Linguistische Fähigkeiten:* Sprachverständnis und Sprachproduktion in Semantik-Lexikon: Größe und Komposition des Wortschatzes, Wortbildung; Phonologie: bedeutungsunterscheidende Funktion, Phonotaktik, Prosodie; Morphologie-Syntax: Wortbeugung, Satzbau; Text: Kohärenz und Kohäsion; Schriftsprache: Lesen und Schreiben.

*2. Operationale Fähigkeiten:* Umgang (bspw. Verstanden werden) und Einsatz des Kommunikationssystems (Gebärden, elektronische Hilfe etc.) im Alltag. Auch die Untersuchung sensomotorischer Fähigkeiten und der Kognition als Voraussetzung zur Gestaltung und Nutzung des Kommunikationssystems gehört dazu. Sie sollte von einem multiprofessionellen Team durchgeführt werden.

*3. Soziale Fähigkeiten:* Anpassungsfähigkeit, verschiedene Rollen einnehmen können und pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten: kompetent kommunizieren mit unterschiedlichen Partnern zu unterschiedlichen Themen und Inhalten in verschiedenen Situationen: Intentionen und kommunikative Funktionen, Gesprächsregeln und Sprecherwechsel, Nachfragen und Klären von Missverständnissen, Einsatz multimodaler Kommunikationsformen.

*4. Strategische Fähigkeiten:* Nutzung vorhandenen Wissens und Vokabulars, um Lücken im Wortschatz oder Ausdruck zu kompensieren (bspw. durch Umschreibungen).

Die Fähigkeiten dürfen nicht dogmatisch verstanden werden, sondern dienen vielmehr der Orientierung bei der Interventionsplanung (Sachse & Bernasconi, 2018). Das langfristige Ziel einer UK-Intervention ist also die Entwicklung von individuellen Fähigkeiten, die einer kompetenten Nutzung des UK-Systems zugrunde liegt.

## 4 Intervention in der Schnittstelle Alltag

Eine kommunikationsreiche Gestaltung des Alltags gelingt nur, wenn von Anfang an alle wichtigen Bezugspersonen als sogenanntes ‚Kernteam‘ gemeinsam die Intervention planen und durchführen (Nonn, 2011). Die Zielvereinbarung sollte auf dem Prinzip basieren, dass die gezielte Unterstützung zur Kommunikation im Alltag von allen Bezugspersonen so ähnlich wie möglich und häufig ausgeführt wird (Weid-Goldschmidt, 2013). Die Ergebnisse der Eingangsdagnostik

sind die Grundlage, ein fähigkeitsorientiertes Aktivitätsziel für das Interventionsintervall gemeinsam im Team formulieren zu können. Zur Konsensfindung finden nach dem systemischen Ansatz lösungsorientierte interdisziplinäre Zusammenkünfte (Kernteam, Moderierte Runde Tische [MoRTi] etc.) statt, in denen die verschiedenen Perspektiven konstruktiv zu *einem* konkreten, realistischen und zeitlich überschaubaren *Aktivitätsziel zur Verbesserung der sozialen Teilhabe* genutzt werden. In diesem Zusammenhang kann auch die neue Methodik der Tele-UK zum Einsatz kommen. Sie hat ein großes Potential durch niederschwellige Angebote in Beratung und Therapie/Förderung (Hellrung, 2021). Der persönliche Kontakt ist durch nichts zu ersetzen, aber der Einbezug verschiedener Bezugspersonen und die Übertragung von UK in den Alltag durch die Tele-Therapie daheim können sehr effektiv sein. Die Arbeit in diesem multiprofessionellen Kernteam als *Moderierter Runder Tisch* (MoRTi) ist *die* Voraussetzung für den Transfer von UK in den Alltag. Dem Runden Tisch gehören – sofern dies möglich ist, das uk Kind selbst, mindestens eine Bezugsperson aus der Familie, Fachtherapeut\*innen, mindestens eine Bezugsperson aus dem institutionellen bzw. beruflichen Umfeld (Kindergarten, Schule etc.) sowie eine Person, welche die UK-Intervention koordiniert und leitet, an. Wenn es sich bei dieser Person um die Sprachtherapeut\*in handelt, ist es wichtig, dass sie ihre Rolle achtsam reflektiert und sich nicht als Bestimmer\*in, sondern als Moderator\*in im Beratungsprozess verhält. Die Wirkfaktoren der Arbeit am Runden Tisch auf den Erfolg der UK-Intervention sind groß, weil seine Arbeitsweise die folgenden Voraussetzungen schafft (Giel, 2021): Das uk Kind, seine Familie und ihre Lebenswirklichkeiten werden von Anfang an in den Beratungsprozess mit einbezogen. Alle Beteiligten tragen die ausgewählten Kommunikationsformen und ihre Implementierung mit in den Alltag. Die Wirkfaktoren lauten *Transparenz* und *Mitbestimmung*. Die Effektivität der UK-Intervention ist von einer kontinuierlichen und zielorientierten Zusammenarbeit des Kernteams abhängig. Hier ist der wichtigste Wirkfaktor die systemische Fähigkeit der Moderator\*in, die unterschiedlichen Wirklichkeitskonstruktionen der Personen zu respektieren und konstruktiv

für ein gemeinsames Interventionsziel zu nutzen. Für detailliertere Informationen zur Teambildung und Arbeit im Kernteam wird auf die folgenden zwei Ansätze verwiesen: das evidenzbasierte COCP-Programm und sein zyklisches Vorgehen (Heim et al., 2005) sowie das Konzept MoRTi (*Moderierte Runde Tische*) und seine vernetzte, ressourcenorientierte Vorgehensweise (Giel, 2021).

## 5 Zusammenfassung

Für eine gelingende Kommunikation im Alltag ist die korrekte Einschätzung der kommunikativen und sprachlichen Möglichkeiten des Kindes sowie die Förderung UK-spezifischer Kompetenzen genauso wichtig wie ein responsives und angepasstes Verhalten der Bezugspersonen (Weid-Goldschmidt, 2013). In der sprachtherapeutischen Intervention werden zwei Methoden miteinander kombiniert: Kindzentriert wird zum einen das Kind ohne ausreichende Lautsprache behandelt, durch den UK-Einsatz Kompetenzen in Kommunikation und Sprache zu entwickeln. Bezugspersonenzentriert wird zum anderen diese UK-Förderung in einen kooperativen Prozess einbettet, an dem alle wichtigen Bezugspersonen des Kindes beteiligt sind und angeleitet werden, mit dem Kind in der Zone der nächsten Entwicklung zu interagieren und unterstützt zu kommunizieren. Kommunikation gelingt, wenn die Kommunikationspartner\*innen bzw. Entscheidungsträger\*innen Verantwortung übernehmen und UK als *ein* Konzept in den Alltag des UK-Kindes implementieren und das nicht nur punktuell und personenabhängig, sondern strukturell in unterschiedlichen Institutionen über die gesamte Lebensspanne fest verankert. Dies ist die Vision in der UK-Versorgung (Boenisch & Sachse, 2020). Eine Entwicklung von Kompetenzen wird ermöglicht, wenn das Kind unabhängig vom Alter und von der Schwere der Beeinträchtigung einen Zugang zu Sprache, Schriftsprache und Kommunikation via UK erhält. Dieser Zugang zu einem sprachlich reichhaltigen und flexiblen Kommunikationssystem besteht jederzeit und führt dazu, dass sich die soziale Partizipation nachhaltig verbessert – im



Sinne eines lebenslangen Lernprozesses. Letztendlich geht es um die natürliche Nutzung von UK in echten Kommunikationssituationen (Lingk et al., 2020). Die positiven Folgen sind immens: kompetent, selbstbestimmt und frei kommunizieren zu können.

## 6 Literatur

- Beukelman, D.R. & Mirenda, P. (2013). *Augmentative & Alternative Communication (3. Aufl.)*. Paul Brookes.
- Boenisch, J. & Sachse, S.K. (2020). *Kompendium Unterstützte Kommunikation*. Kohlhammer Verlag.
- Boenisch, J. & Sachse, S.K. (2018). *Diagnostik und Beratung in der Unterstützten Kommunikation (3. Aufl.)*. Loeper Verlag.
- Cress, C. & Marvin, C. (2003). Common Questions about AAC Services in Early Intervention. *Augmentative and Alternative Communication, 4* (19), 254–272.
- Davison-Hoult, A. & Ward, C. on behalf of Rett UK (2017). *An Introduction to AAC for People with Rett Syndrome and other Complex Communication Needs*. Rett UK.
- 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/>
- Dowden, P. (2004). *Continuum of Communication Independence*. University of Washington. Abgerufen am 25.07.2023 unter <https://www.aaccessible.org/ci>
- Giel, B. (2021). *Moderierte Runde Tische in der pädagogischen und therapeutischen Arbeit*. Reinhardt Verlag.
- Gülden, M. & Müller, A. (2016). Die an das Kind gerichtete Alternative (KGA). AUCH der Spracherwerb mit einem Kommunikationsgerät vollzieht sich nicht von selbst. *Unterstützte Kommunikation, 1* (16), 6–11.

- Heim, M., Jonker, V. & Veen, M. (2005). COCP: Ein Interventionsprogramm für nichtsprechende Personen und ihre Kommunikationspartner. In Loeper Verlag & isaac – Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation*. Loeper Verlag.
- Hellrung, U. (2021). Tele-Praxis in der UK-Therapie und -Beratung. *Unterstützte Kommunikation 2* (21), 20–26.
- Lage, D. & Knobel Furrer, C. (2017). Das Kooperative Partizipationsmodell. Ein notwendiger Relaunch. In D. Lage & K. Ling (Hrsg.), *UK spricht viele Sprachen* (125–138). Loeper Verlag.
- Light, J. (1989). Toward a definition of communicative competence for individuals using augmentative and alternative communication systems. *Augmentative and Alternative Communication*, 5(2), 137–144.
- Ling, L., Nonn, K. & Sachse, S. K. (2020). Pragmatische Fähigkeiten als Schlüssel zur kommunikativen Kompetenz unterstützt kommunizierender Personen. In J. Boenisch & S. Sachse (Hrsg.), *Kompodium Unterstützte Kommunikation* (148–154). Kohlhammer Verlag.
- Lüke, C. & Vock, S. (2019). *Unterstützte Kommunikation bei Kindern und Erwachsenen*. Springer Verlag.
- Nonn, K. (2020). Kooperative, kompetenzorientierte und spezifische Diagnostik in UK: soziale Partizipation von Anfang an im Blick. *Sprache – Stimme – Gehör*, 44 (3), 139–143. <https://doi.org/10.1055/a-1161-1208>
- Nonn, K. (2011). *Unterstützte Kommunikation in der Logopädie*. Thieme Verlag.
- Nonn, K. & Päßler-Van Rey, D. (2014). ICF in der Unterstützten Kommunikation. In H. Grötzbach, Hollenweger-Haskell, J. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie* (275–286). Schulz-Kirchner Verlag.

- Sachse, S.K. & Bernasconi, T. (2020). Ziele formulieren und Maßnahmen beschreiben mit dem ABC-Modell. In J. Boenisch & S.K. Sachse (Hrsg.) *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (203–216). Kohlhammer Verlag.
- Sachse, S.K. & Bernasconi, T. (2018). Gelingende Alltagskommunikation und Teilhabe durch systemische Förderung der kommunikativen Kompetenz. *Unterstützte Kommunikation*, 18(3), 40–22.
- Smith, M. & Grove, N. (2003). Asymmetry in input and output for individuals who use AAC. In J.C. Light, D.R. Beukelman & J. Reichle (Hrsg.), *Communicative competence for individuals who use AAC: From research to effective practice* (163–195). Paul H. Brookes.
- Smith, M. & Grove, N. (1999). The bimodal situation of children learning language using manual and graphic signs. In F.T. Loncke, J. Clibbens, H. Arvidson & L.L. Lloyd (Hrsg.), *AAC: New directions in research and practice* (8–30). Whurr Publishers.
- Weid-Goldschmidt, B. (2013). *Zielgruppen Unterstützter Kommunikation. Fähigkeiten einschätzen – Unterstützung gestalten*. Loeper Verlag.

## Kontakt

Kerstin Nonn

*Kerstin.Nonn@med.uni-muenchen.de*