

# UK in der Frührehabilitation

*Sabrina Beer, MSc (Neurorehabilitation)*

*In: UK kreativ! Wege in der Unterstützten Kommunikation. Hrsg. von Hallbauer, Hallbauer, Hüning-Meier. Von Loeper Verlag. 2013.*

## Einleitung

Der lateinische Begriff „Communicatio“ bedeutet Mitteilung, Teilhabe, Gesellschaft sowie Verbindung und Gemeinsamkeit (vgl. Stowasser 1979).

Blickt man auf die Definition von Braun und Kristen (2003), die unterstützte Kommunikation als eine wechselseitige Äußerung zwischen Menschen, die sich gegenseitig wahrnehmen und aufeinander reagieren, beschreiben, werden eben diese Begriffe lebendig. Wilken (2006) fasst unter UK alle pädagogischen und therapeutischen Interventionen zusammen, die die kommunikativen Möglichkeiten von Personen ohne und mit stark eingeschränkter Lautsprache erweitern. Eine erfolgreiche Kommunikation muss von beiden Seiten ausgehen und zieht einen Prozess nach sich. Bei Einschränkungen in der Kommunikation ist es nicht ausreichend, den Betroffenen mit einem Hilfsmittel zu versorgen, sondern auch das Umfeld muss mit einbezogen werden, um die Rolle des Betroffenen in der Kommunikation zu verändern.

Diese Gedanken entsprechen der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), welche die Aktivität und Teilhabe als höchstes Gut sieht. Verbesserungen in Funktion und Struktur sollen dazu dienen, die Ausführung von Aktivitäten und die Teilhabe am täglichen Leben zu ermöglichen. Deshalb gilt es bei der Zielformulierung die Ebene der Aktivitäten und Teilhabe im Blick zu haben.

Unter **Körperfunktion** werden die physiologischen Funktionen von Körpersystemen zusammengefasst (z.B. die motorische Fähigkeit, den Kopf zu schütteln für „nein“). Im Bereich **Körperstruktur** werden anatomische Teile des Körpers und ihre Bestandteile beschrieben (z.B. Struktur des Kehlkopfes). Die **Aktivität** ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch eine Person (z.B. sich vorstellen können). Unter **Teilhabe** wird das Einbezogen sein in eine Lebenssituation verstanden (z.B. an Gesprächen teilnehmen).

## Besonderheiten von UK in der Frührehabilitation

In der Frührehabilitation gilt es, so früh wie möglich den Betroffenen aus seiner kommunikativen Not zu befreien, um Folgen von Kommunikationsbeeinträchtigungen zu vermeiden. Ohne effektive Kommunikationsmöglichkeit erlebt sich das Kind als weniger wirksam. Durch die eingeschränkte Ausdrucksfähigkeit gelingt es oft nicht, kommunikative Situationen zu initiieren und nach eigenen Wünschen zu gestalten. Aber auch eine Abhängigkeit zum Gegenüber tritt auf. Das Kind ist darauf angewiesen, dass das Gegenüber Signale erkennt und diese richtig interpretiert. Nicht kommunizieren zu können bedeutet soziale Isolation. Sich nicht mitteilen zu können heißt, nicht über Gefühle, Ängste, etc.

sprechen zu können. Oft erfahren diese Kinder verminderte Lernangebote (vgl. Kristen 1994).

Deshalb ist es wichtig in der Therapie Ziele, wie z.B. Wünsche und Bedürfnisse ausdrücken, soziale Nähe herstellen, Informationen austauschen und soziale Routinen erarbeiten in den Vordergrund zu rücken (vgl. Light 1979).

Dabei sollten sämtliche Möglichkeiten berücksichtigt werden, die dem Betroffenen ein umfassendes Kommunikationssystem bereitstellen. Zum Einsatz können kommen: Blicke, Mimik, Gestik, Laute, Lautsprache, Körperhaltung, Körperbewegung, Gebärden, nicht elektronische Hilfen, elektronische Hilfen und Schriftsprache. Ziel ist die Schaffung eines möglichst umfassenden multimodalen Kommunikationssystems, um dem Betroffenen Teilhabe am täglichen Leben und Einfluss auf die Umwelt (durch Äußern von Wünschen, Absichten, Meinungen, Gefühlen, Vorlieben, Abneigungen sowie Fragen) zu ermöglichen. Weitere Ziele, die verfolgt werden, sind etwa die Fähigkeiten, Ereignisse zu beschreiben, ein Problem zu lösen und ein neues Verhalten zu erlernen.

### **Gutes Sprachverständnis, aber...**

In der Frührehabilitation von neuropädiatrischen Patienten kommt UK häufig bei Kindern zum Einsatz, die ein gutes Sprachverständnis, aber unzureichende Möglichkeiten, haben sich selbst *auszudrücken*; aber auch bei Kindern, die beim Lautspracherwerb Unterstützung brauchen bzw. deren lautsprachliche Fähigkeiten nur dann verständlich sind, wenn sie über ein zusätzliches Hilfsmittel verfügen (vgl. Tetzchner/Martinsen 2000).

Das Besondere an der Frührehabilitation ist, dass die Betroffenen vor dem Ereignis (z.B. Unfall, Tumorerkrankung, Infektionen, ...) häufig sprechend waren und plötzlich keinen Zugriff auf die Lautsprache mehr haben. Nun müssen sich die Kinder und auch die Angehörigen mit der "Sprachlosigkeit" auseinandersetzen und ihre Kommunikation völlig neu erlernen. Die unterstützte Kommunikation bietet hier Möglichkeiten, um die Sprachlosigkeit zu überbrücken oder zu ersetzen. Die Eltern- bzw. Angehörigenarbeit nimmt daher einen großen Stellenwert ein. Die Angehörigen begleiten die Kinder in der Therapie und sind an den Veränderungen beteiligt. Sie beobachten die Therapeuten als Modell und haben zeitgleich die Chance, selbst die gewählte Maßnahme innerhalb der Therapie auszuprobieren und dann mit in den Alltag zu übernehmen. Parallel zu den Therapiesitzungen mit dem Kind finden Gespräche mit den Bezugspersonen statt. In diesen werden Fragen zum Thema UK, Fortschritte und Schwierigkeiten bei der Umsetzung sowie Entwicklungsschritte thematisiert. Die Gespräche verlaufen sehr individuell und orientieren sich an der Verfassung der Bezugspersonen. Das plötzliche Ereignis stellt die Betroffenen und ihr Umfeld vor eine bisher unbekannte Situation und ist in gewissem Maße auch ein Anfang eines Trauerprozesses. Das Leben und die Zukunft müssen neu geordnet werden. Die Therapeutin begleitet beide in diesem Prozess.

Innerhalb des therapeutischen Settings sind die Eltern und Kinder auch an das psychosoziale Team (Psychologen, Sozialarbeiter) angebunden und erfahren hier weitere Unterstützung bei der Verarbeitung des Traumas.

### **Selbstwirksamkeit als Einstieg**

Aber auch die sich z.T. rasch verändernden Bedingungen wie Vigilanzänderungen und motorische Möglichkeiten spielen eine erhebliche Rolle in der Frührehabilitation. Häufig werden das Spiel oder gemeinsame Aktivitäten wie Backen als Einstieg in die UK gewählt. Erleben sich die Kinder selbstwirksam, z.B. beim Würfeln über eine Taste mit dem All-Turn-It-Spinner oder durch Einschalten des Mixers über den PowerLink, steigt die Motivation, und die Kinder begeben sich auf die Suche nach mehr Möglichkeiten eigenständig zu agieren und zu wirken.

Innerhalb der UK-Versorgung werden verschiedene Bereiche durchlaufen. Zwischen den Ebenen besteht ein fließender Übergang.

### **UK-Versorgung konkret**

#### *Erstdiagnostik*

Zu Beginn der UK-Versorgung steht die Erstdiagnostik. Gemeinsam mit den Angehörigen und den Kindern werden Kontext, Bedürfnisse, Vorlieben und Abneigungen, Anliegen des Kindes und der Bezugspersonen und Ziele erörtert. Außerdem werden Fähigkeiten und Ressourcen, kommunikative Kompetenzen, motorische sowie sensomotorische Fähigkeiten beobachtet bzw. in den ersten Therapiestunden erhoben. Diese werden in einem Erhebungsbogen dokumentiert und dienen dazu die Maßnahmen der UK vorzubereiten. Anschließend werden die ersten Stunden geplant. Dabei werden folgende Fragestellungen berücksichtigt: Wie wird Aufmerksamkeit erreicht? Welche Handlung und welches Setting dient als Einstieg? Wie kann Kommunikation provoziert werden? Welche Methoden und Hilfsmittel der UK finden Einsatz?

#### *Erprobung*

Diese Phase geht fließend in die Erprobung über. Weitere Aspekte ergeben sich: Werden körpereigene oder körperfremde Kommunikationsmittel eingesetzt? Muss das Gerät bzw. die Tafel adaptiert oder modifiziert werden? Welche Repräsentationsform des Vokabulars ist die richtige – Realgegenstände? Fotos? Zeichnungen? Symbole? Wo geht es hin? Für welche Bedürfnisse und Betätigungen? Für welchen Kontext?

War die Erprobung erfolgreich und konnte ein individuelles Kommunikationssystem entwickelt werden, gilt es, dieses zu festigen. Ein Übertrag auf verschiedene Kontexte muss erfolgen, der Zugriff gefestigt und erweitert und die Selbständigkeit gefördert werden.

#### *Festigung und Transfer*

Parallel zur Festigung erfolgt der Transfer; ein gemeinsames Erarbeiten und Umsetzen des „UK-Plans“. Die konkreten Bedürfnisse für den Alltag daheim werden

erfasst und die Möglichkeiten für den Kontext zu Hause vorbereitet. Es erfolgt eine Kontaktaufnahme mit der weiterführenden Einrichtung (Schule, Kindergarten), aber auch mit weiterbehandelnden Therapeuten und Pflegepersonal. Hier steht die Frage im Vordergrund, welche Geräte die weiterführende Einrichtung bzw. die Therapeuten bereits kennen und ob eine Weiterführung des eingeschlagenen Weges möglich ist. Die Bezugspersonen werden geschult und eingearbeitet. Die Eltern erfahren während ihres gemeinsamen Aufenthaltes mit dem Kind in der Klinik bereits Einweisungen in die Geräte, in die Gestaltungsmöglichkeiten und in den Übertrag auf andere Situationen. Eine Versorgung mit Geräten und Adaptionen wird eingeleitet. Ebenso wie eine erneute Einweisungen in die Geräte zu Hause. Die Ziele werden angepasst und modifiziert.

Ein Besuch der „ambulanten“ Nachbetreuer in der Klinik wird angestrebt. Bei diesem gibt es die Möglichkeit, Therapiesitzungen zu begleiten und in den Austausch zu gehen. Gelingt dies nicht erfolgt der Austausch telefonisch, z.T. auch über den Aufenthalt des Kindes hinaus.

### **Hürden**

Im Arbeitsfeld UK ergeben sich während des Rehabilitationsaufenthaltes einige „Stolpersteine“, welche es „zu meistern“ gilt. In der Erprobungsphase soll eine Möglichkeit gefunden werden, wie das Kind sich mitteilen bzw. selbst aktiv mitgestalten kann. Dies erfordert einen gewissen Gerätepool und Adaptionmöglichkeiten. Ebenso müssen die beteiligten Therapeuten kompetent in der Anwendung der Geräte sein und Möglichkeiten kennen, wie diese individualisiert werden können. Wird ein Gerät gefunden, welches das Kind voran bringt, ist es erstrebenswert, dass die gewonnene Fähigkeit auch außerhalb des Therapiesettings eingesetzt wird. D.h. das Gerät muss ausgeliehen bzw. ein Leihgerät angeschafft werden. Das bedeutet jedoch im Falle des Ausleihens, dass es im Gerätepool nicht mehr zur Verfügung steht und anderen Patienten vorenthalten bleibt. Die Versorgung mit einem eigenen Gerät macht anfangs jedoch noch keinen Sinn, da es oft durch den Rehabilitationsprozess innerhalb kurzer Zeit zu Entwicklungsschritten kommt, die eine Umversorgung notwendig machen würden. Auch das Individualisieren der Geräte für jeden Betroffenen erfordert zum einem Zeit, ggf. Speicherplatz und natürlich wieder Know-How des Therapeuten. Einen weiteren „Stolperstein“ stellt das Umfeld Klinik selbst dar. Der Alltag innerhalb einer Klinik gibt weniger Gestaltungsfreiraum und Kommunikationsanlässe als Kindergarten, Schule oder das Zuhause. Vor allem bei Kindern, die aufgrund einer Besiedelung mit multiresistenten Erregern isoliert sind, weil dann zusätzliche Hygienerichtlinien und Desinfektionsmöglichkeiten der Geräte beachtet werden müssen. Geht es schließlich in die Verordnung und endgültige Versorgung mit technischen UK-Hilfsmitteln, ist zu beachten, dass zwischen Verordnung, Genehmigung und Auslieferung erhebliche Zeitspannen liegen.

## **Entwicklung = Weiterentwicklung**

Im Rehabilitationsprozess durchlaufen die Kinder diverse Phasen und entwickeln sich. Zu Beginn besteht eine bedeutungsvolle Aktivität und Teilhabe für die Kinder häufig darin, in eine dem Alter und dem Interesse entsprechende Aktivität oder Alltagssituation emotional aktiv eingebunden zu sein. Die Aktivität wird nicht unbedingt selbständig durchgeführt. Erst im Verlauf nimmt die „Aktivität“ des Kindes zu. Der Kontext muss immer wieder angepasst und das Kind frühzeitig miteinbezogen werden. Um die Teilhabe langfristig zu gewährleisten, muss eine fortlaufende Erweiterung der Kommunikationsmöglichkeiten unter Einbeziehung der unterstützten Kommunikation stattfinden.

Die Länge der UK-Maßnahme in der Frührehabilitation ist sehr unterschiedlich. Der Aufenthalt variiert zwischen Wochen, Monaten und selten auch über ein Jahr. Dies ist abhängig von diversen Faktoren, wie z.B. Fortschritte in der Therapie, Aufbau eines ambulanten Versorgungsnetzwerkes, Hilfsmittelversorgung und medizinische Gründe. Am Anfang des Aufenthaltes steht häufig die Etablierung eines sicheren Ja/Nein-Codes, gefolgt von Möglichkeiten der Umfeldsteuerung. Mit Zunahme der Wachheit, der motorischen Fähigkeiten und der Partizipationsmöglichkeiten rückt die Kommunikation mehr und mehr in den Vordergrund. Nun gilt es, geeignete Maßnahmen für eine erfolgreiche weiterführende Kommunikation zwischen Betroffenen und Eltern, Geschwister, Mitpatienten usw. zu finden.

Ziel ist es, einen Entwicklungsspielraum zu schaffen. Erfahren die Kinder eine Entwicklung, können sie sich weiterentwickeln. Dies gelingt durch Teilhabe am täglichen Leben, durch Schaffung eines möglichst umfassenden, multimodalen Kommunikationssystems und durch Einfluss auf die Umwelt.

Erreichbar wird dies durch ein interdisziplinäres Vorgehen, welches individuell auf das Kind abgestimmt ist, das Umfeld mit einbezieht, früh beginnt, multimodal agiert (Gestik, Mimik, Lautreste, Geräte, ...) und sich am Alltag des Kindes orientiert.

## Literatur

Braun, U.; Kristen, U.: Körper eigene Kommunikationsformen, in isaac – Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V.; von Loeper Literaturverlag (Hrsg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe 2003, S. 02.003.01–02.007.01

ICF. online:

[http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/icf/endfassung/icf\\_endfassung-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf) (letzter Aufruf 01.03.2013)

Kristen, U.: Praxis Unterstützte Kommunikation. verlag selbstbestimmtes leben 1994

Light, J.: „Communication is the essence of human life“: reflections on communicative competence. In: AAC – Augmentative and Alternative Communication, 13, 1997, S. 61–70

Nonn, K.: Unterstützte Kommunikation in der Logopädie. Stuttgart 2011

Stowasser, J.M.; Petschenig, M.; Skutsch, F. (Hrsg.): Lateinisch–deutsches Schulwörterbuch. Österreichische Schulbuchausgabe. Wien, Auflage 1997

von Tetzchner, St.; Martinsen, H.: Einführung in die Unterstützte Kommunikation. Heidelberg 2000

Wilken, E.: Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung in Theorie und Praxis. 2. Auflage. Stuttgart, Kohlhammer 2006