

**Unterstützte Kommunikation bei
zentral erworbenen Kommunikationsstörungen
im Erwachsenenalter**

**Eine qualitativ-quantitative Erhebung des
Versorgungsstandes in Deutschland**

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades
der Heilpädagogischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Andrea Liehs
aus
Recklinghausen

Köln, Mai 2003

Erster Gutachter:	Prof. Dr. R. Romonath
Zweiter Gutachter:	Prof. Dr. U. Oskamp
Tag der mündlichen Prüfung:	01.12. 2003

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
1.1	Problemlage und Fragestellung.....	2
1.2	Zum Aufbau der Arbeit	4
2	UNTERSTÜTZTE KOMMUNIKATION – STANDORTBESTIMMUNG UND THEORIEBILDUNG.....	7
2.1	Standortbestimmung der Unterstützten Kommunikation.....	7
2.1.1	Begriffsbestimmung.....	7
2.1.1.1	Terminologische Abgrenzung ‚Gestützte Kommunikation‘.....	9
2.1.2	Historische Entwicklung der Unterstützten Kommunikation	10
2.1.2.1	Vergleich der Entwicklung UK/AAC in Deutschland und in den USA	13
2.2	Theoriebildung und Forschungsstand der Unterstützten Kommunikation	16
2.2.1	Theoriebildung und Forschungsstand der Unterstützten Kommunikation bei Dysarthrie/Dysarthrophonie	19
3	UNTERSTÜTZTE KOMMUNIKATION – METHODEN UND UMSETZUNG	22
3.1	Assessment in der Unterstützten Kommunikation	22
3.1.1	Zur Entwicklung von Assessment	23
3.1.1.1	Modelle und Konzepte für Unterstützte Kommunikation in Deutschland	25
3.1.2	Assessmentkomponenten in der Unterstützten Kommunikation	26
3.1.2.1	Zugangsbarrieren	26
3.1.2.2	Gelegenheitsbarrieren	30
3.1.3	Interdisziplinäre Ausrichtung der UK-Versorgung	31
3.1.3.1	UK- Beratungsstellen in Deutschland.....	32
3.2	Methoden der Unterstützten Kommunikation.....	34
3.2.1	Körpereigene Kommunikation	36
3.2.2	Externe Kommunikation	39
3.2.2.1	Inhalte externer Kommunikation.....	40
3.2.2.2	Nichtelektronische Kommunikationshilfen.....	44
3.2.2.3	Elektronische Kommunikationshilfen.....	47

3.3	Interventionen in der UK-Versorgung	51
3.3.1	Positionierung.....	52
3.3.2	Ansteuerungstechniken	53
3.3.2.1	Direkte Selektion	53
3.3.2.2	Indirekte Selektion.....	53
3.3.3	Vokabular	54
4	UK-VERSORGUNG IN DER SPRACHTHERAPIE BEI ERWACHSENEN MENSCHEN MIT ERWORBENEN KOMMUNIKATIONSSTÖRUNGEN	56
4.1	Historische Entwicklung der Unterstützten Kommunikation in der Sprachtherapie.....	56
4.2	Zielgruppen der Unterstützten Kommunikation	59
4.2.1	Angeborene Kommunikationsstörungen	60
4.2.2	Erworbene Kommunikationsstörungen	61
4.3	Zentral bedingte Sprach- und Sprechstörungen sowie Einsatz-möglichkeiten Unterstützter Kommunikation	63
4.3.1	Dysarthrie/Dysarthrophonie	64
4.3.1.1	Einsatzmöglichkeiten Unterstützter Kommunikation bei Dysarthrie/ Dysarthrophonie	67
4.3.2	Sprechapraxie	70
4.3.3	Aphasie	72
5	ABLEITUNG UND HINLEITUNG ZU DER FRAGESTELLUNG UND DEN FORSCHUNGSPROJEKTEN	74
5.1	Zusammenfassung der Kapitel 2-4 im Hinblick auf das Forschungsprojekt.....	74
5.2	Forschungsinteresse	75
5.2.1	Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie.....	76
5.1	Forschungsgegenstand.....	78
5.2	Forschungsfragestellung und Ablaufmodell des Forschungsprojektes.....	78

5.2.1	Fragestellung zu Projekt 1: ‚UK – Einsatz bei erwachsenen Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen im sprachtherapeutischen Arbeitsfeld‘	81
5.2.2	Fragestellung zu Projekt 2: ‚UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen durch UK-Beratungsstellen‘	83
5.3	Exkurs: Zum wissenschaftlichen Vorgehen – Prinzipien des quantitativen und qualitativen Denkens	84
5.4	Theoriegeleitete Auswahl der Forschungsmethodik	87
5.4.1	Projekt 1: Forschungsmethodik	87
5.4.2	Projekt 2: Forschungsmethodik	88
6	DESIGN DER DATENERHEBUNG	91
6.1	Zur Entwicklung des Erhebungsdesigns - Projekt 1.....	91
6.1.1	Kategorienentwicklung	92
6.1.2	Fragebogenentwicklung	93
6.1.3	Probephase	94
6.1.4	Beschreibung der Stichprobe	94
6.1.5	Durchführung.....	95
6.1.6	Gültigkeit	95
6.1	Zur Entwicklung des Erhebungsdesigns - Projekt 2.....	95
6.1.1	Kategorienentwicklung	97
6.1.2	Triangulation der Erhebungsmethodik	97
6.1.2.1	Entwicklung des Fragebogens	98
6.1.2.2	Entwicklung des Interviewleitfadens.....	99
6.1.3	Probephase	100
6.1.4	Beschreibung der Stichprobe	101
6.1.5	Kontaktaufnahme	101
6.1.6	Durchführung.....	102
6.1.6.1	Postskriptum.....	103
6.1.7	Gültigkeit	104
7	DESIGN DER DATENAUSWERTUNG	105
7.1	Zur Entwicklung des Auswertungsdesigns - Projekt 1.....	105
7.1.1	Kategorienentwicklung	106
7.1.2	Aufbau eines analysefähigen Datenfiles	108

7.1.3	Statistische Auswertung durch SPSS	108
7.1.4	Theoriegeleitete Auswahl der qualitativ zu interpretierenden Daten.....	108
7.1.5	Auswertung und Interpretation der Daten im Hinblick auf die Fragestellung	108
7.2	Zur Entwicklung des Auswertungsdesigns - Projekt 2.....	109
7.2.1	Design der quantitativen Auswertung des Fragebogens.....	110
7.2.1.1	Kategorienentwicklung	110
7.2.1.2	Aufbau eines analysefähigen Datenfiles	111
7.2.1.3	Statistische Auswertung durch SPSS	111
7.2.1.4	Auswertung und Interpretation der Daten im Hinblick auf die Fragestellung.....	111
7.2.2	Design der inhaltsanalytischen Auswertung der verbalen Daten.....	112
7.2.2.1	Kategorienentwicklung	112
7.2.2.2	Transkription.....	113
7.2.2.3	Zusammenfassung.....	113
7.2.2.4	Explikation	115
7.2.2.5	Strukturierung.....	115
7.2.2.6	Quantitative Aufbereitung der Daten.....	116
7.2.2.7	Auswertung und Interpretation der Daten im Hinblick auf die Fragestellung.....	116
8	DARSTELLUNG DER FORSCHUNGSERGEBNISSE	117
8.1	Strukturierung und Interpretation der Forschungsdaten auf der Ebene der Strukturqualität	117
8.1.1	Ergebnisse auf der Ebene der Strukturqualität - Projekt 1	117
8.1.1.1	Personelle Ausstattung	119
8.1.1.2	Qualifikation.....	120
8.1.1.3	Materielle Ausstattung.....	125
8.1.1.4	Klientel.....	127
8.1.1.5	Zusammenfassung und Interpretation der Forschungsdaten im Hinblick auf die Fragestellung des Projektes 1	129
8.1.2	Ergebnisse auf der Ebene der Strukturqualität - Projekt 2	131
8.1.2.1	Personelle Ausstattung	132
8.1.2.2	Qualifikation.....	134
8.1.2.3	Materielle Ausstattung.....	135
8.1.2.4	Klientel.....	136
8.1.2.5	Leistungsangebot	139
8.1.2.6	Zusammenfassung und Interpretation der Forschungsdaten im Hinblick auf die Fragestellung des Projektes 2	141
8.1.3	Vergleich der Forschungsdaten aus Projekt 1 und Projekt 2 auf der Ebene der Strukturqualität.....	143

8.2	Strukturierung und Interpretation der Forschungsdaten	
	auf der Ebene der Prozessqualität	145
8.2.1	Ergebnisse auf der Ebene der Prozessqualität - Projekt 1	145
8.2.1.1	Konzepte/Inhalte.....	146
8.2.1.2	Störungsspezifischer Materialeinsatz.....	153
8.2.1.3	Kooperationspartner	161
8.2.1.4	Zusammenfassung und Interpretation der Forschungsdaten im Hinblick auf die Fragestellung des Projektes 1	164
8.2.2	Ergebnisse auf der Ebene der Prozessqualität - Projekt 2.....	167
8.2.2.1	Konzepte/Inhalte.....	167
8.2.2.2	Störungsspezifischer Materialeinsatz.....	183
8.2.2.3	Kooperationspartner	186
8.2.2.4	Genehmigung Kommunikationshilfen.....	188
8.2.2.5	Zusammenfassung und Interpretation der Forschungsdaten im Hinblick auf die Fragestellung des Projektes 2	189
8.2.3	Vergleich der Forschungsdaten aus Projekt 1 und Projekt 2 auf der Ebene der Prozessqualität.....	191
8.3	Strukturierung und Interpretation der Forschungsdaten	
	auf der Ebene der Ergebnisqualität.....	195
8.3.1	Ergebnisse auf der Ebene der Ergebnisqualität - Projekt 1	195
8.3.1.1	Therapeutenzufriedenheit	195
8.3.1.2	Versorgungserfolg	196
8.3.1.3	Klientenzufriedenheit.....	197
8.3.1.4	Zusammenfassung und Interpretation der Forschungsdaten im Hinblick auf die Fragestellung des Projektes 1	198
8.3.2	Ergebnisse auf der Ebene der Ergebnisqualität - Projekt 2.....	199
8.3.2.1	Beraterzufriedenheit	200
8.3.2.2	Beratungserfolg	201
8.3.2.3	Klientenzufriedenheit.....	203
8.3.2.4	Versorgungsstand	204
8.3.2.5	Zusammenfassung und Interpretation der Forschungsdaten im Hinblick auf die Fragestellung des Projektes 2	206
8.3.3	Vergleich der Forschungsdaten aus Projekt 1 und Projekt 2 auf der Ebene der Ergebnisqualität	207
9	STRUKTURIERUNG UND INTERPRETATION DER	
	FORSCHUNGSDATEN IM HINBLICK AUF DIE	
	GRUNDLEGENDE FRAGESTELLUNG	209

10 KONSEQUENZEN FÜR DIE UK-VERSORGUNG BEI MENSCHEN MIT ZENTRAL ERWORBENEN KOMMUNIKATIONSSTÖRUNGEN IM ERWACHSENENALTER	214
LITERATURVERZEICHNIS	219
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	234
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	235
TABELLENVERZEICHNIS	238
ANHANG.....	239

1 Einleitung

Kommunikation stellt eine scheinbar universelle Voraussetzung für das menschliche Leben dar. Sie beinhaltet die Fähigkeit, mit der Umwelt in Kontakt zu treten, Dialoge zu gestalten und zu beeinflussen sowie Interessen, Wünsche und Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen.

Aufgrund von Krankheit kann es jedoch zum Ausbleiben der Entwicklung der natürlichen Sprechfähigkeit oder zum Verlust der verbalen Kommunikationsmöglichkeiten kommen. Die in solchen Fällen verbleibenden kommunikativen Kompetenzen reichen für das tägliche Miteinander oftmals nicht aus.

Mit der Unterstützten Kommunikation existiert ein Fachgebiet, das jene nicht bzw. kaum sprechende Menschen zum Gegenstand hat und diesen Menschen ergänzende und ersetzende Kommunikationsformen zur Aufrechterhaltung kommunikativer Kompetenzen an die Hand gibt bzw. geben kann.

Im deutschen Sprachraum ist das wissenschaftliche Interesse an dieser noch jungen Fachdisziplin bislang eher gering. Insbesondere die Möglichkeiten der UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen, wie beispielsweise Aphasie, Dysarthrie/Dysarthrophonie und Sprechapraxie, sind kaum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Geht man von der deutschsprachigen Fachliteratur aus, wird der Unterstützten Kommunikation in der neurologischen Rehabilitation von Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen eine noch untergeordnete Rolle beigemessen.

Doch gerade in der sprachtherapeutischen Versorgung von Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen infolge degenerativer Erkrankungen oder akuter Ereignisse gerät die funktionelle Sprachtherapie häufig an ihre Grenzen. Die Notwendigkeit ergänzender Therapieansätze wird deutlich erkennbar.

Mit der Unterstützten Kommunikation gibt es eine Möglichkeit, trotz veränderter kommunikativer Bedingungen Kommunikation aufrechterhalten zu können.

1.1 Problemlage und Fragestellung

Das Interesse an der Thematik ‚Unterstützte Kommunikation bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter‘ erwuchs zum einen aus der täglichen Arbeit mit Menschen dieser Zielgruppe. Zum anderen ergab sich die Motivation für dieses Forschungsvorhaben aus der Forschungstätigkeit im Rahmen meiner Diplomarbeit zum Thema ‚Dysarthrophonie bei Heredo-Ataxie – ein kritisches Lebensereignis?‘ (Richter 1998).

Verfasst wurde diese Diplomarbeit innerhalb eines Forschungsprojektes unter der Leitung von B. Giel zum Themenkomplex ‚Dysarthrie/Dysarthrophonie als kritisches Lebensereignis‘ an der Universität zu Köln. Durch die Forschergruppe konnte belegt werden, dass Sprechstörungen im Rahmen neurologischer Erkrankungen, wie beispielsweise Chorea Huntington, Heredo-Ataxie, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson und Apoplex, zu Einschränkungen der kommunikativen Kompetenzen führen. Innerhalb meiner Diplomarbeit hat sich zudem gezeigt, welchen hohen Stellenwert der Verlust der natürlichen Sprechfunktion für die meisten Betroffenen hat und welche weitreichenden psychosozialen Konsequenzen der Verlust der Sprechfähigkeit nach sich zieht.

Zudem zeigen sich mir in meiner mehrjährigen sprachtherapeutischen Tätigkeit in einer freien Praxis in der Sprachtherapie mit erwachsenen Menschen mit erworbenen Sprach- und Sprechstörungen immer wieder Grenzen in der Funktionstherapie und somit auch Grenzen in der Aufrechterhaltung ausreichender adäquater Kommunikationsformen.

Gerade in der sprachtherapeutischen Versorgung von Menschen mit fortschreitenden Erkrankungen, wie Amyotrophe Lateralsklerose oder Heredo-Ataxie, ist es häufig nur eine Frage der Zeit, bis die Kommunikation aufgrund des Verlustes der natürlichen Sprechfähigkeit starke Einschränkungen erfährt. In der funktionstherapeutischen Arbeit wird erkennbar, dass einzelne Sprechfunktionen gefördert und Fehlfunktionen vermieden werden können, der Verlust der natürlichen Sprechfähigkeit bei progredienten Erkrankungen jedoch nicht verhindert werden kann. Ebenso ist ein schneller Aufbau der natürlichen Sprechfähigkeit und somit das Wiedererlangen der kommunikativen Kompetenzen bei akuten Erkrankungen oftmals nicht möglich.

Die Unterstützte Kommunikation bietet hier einen möglichen Weg, Kommunikation und soziales Leben der Betroffenen aufrecht zu erhalten bzw. wieder aufzubauen. Literaturrecherchen im deutschen und anglo-amerikanischen Sprachraum sowie Fortbildungen im Bereich der UK konnten jedoch nur bedingt Erkenntnisse zur UK-Versorgung bei

erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen vermitteln und entsprechende Versorgungswege aufzeigen. Schwerpunktthema in der deutschsprachigen Literatur sowie in UK-Fortbildungen ist die UK-Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit angeborenen Kommunikationsstörungen. Erkenntnisse in der UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen konnten lediglich aus der anglo-amerikanischen Literatur gewonnen werden. In der UK-Versorgung Betroffener in der freien Praxis zeigte sich jedoch, dass eine UK-Versorgung wie in den USA aufgrund unterschiedlicher struktureller Gegebenheiten nicht möglich ist. In Deutschland ist eine interdisziplinäre Ausrichtung freier sprachtherapeutischer Praxen eher selten. Es mangelt an Kooperation mit bzw. zwischen den einzelnen Heilmittelerbringern sowie mit Ärzten. Darüber hinaus fehlen vielfach ortnahe, firmenunabhängigen Gerätevermittlern, die ein unbürokratisches Ausleihen und Erproben von elektronischen Kommunikationshilfen über einen längeren Zeitraum ermöglichen.

Aus diesen Erfahrungen erwuchs die Unzufriedenheit über das mangelnde theoretische Wissen sowie fehlende theoretische Konzepte für die freie Praxis auf der einen Seite und das Fehlen von Informationen über bestehende Versorgungswege auf der anderen Seite. Nach umfassenden Literaturrecherchen zeigt sich in Deutschland zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Problemlage, die in bezug auf erworbene Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter durch fehlende theoretische Konzeptionen und eine ungeklärte Zuständigkeit für den UK-Bereich gekennzeichnet ist. Hieraus entwickelte sich folgende übergreifende Fragestellung:

Inwieweit und unter welchen Bedingungen erfolgt zurzeit eine UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen in Deutschland?

Ausgehend von dieser Frage soll mit der vorliegenden Arbeit ein Beitrag zur theoretischen Wissenserweiterung bezüglich der UK-Versorgung bei Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen geleistet und die Möglichkeit der Unterstützten Kommunikation als ein Baustein in der sprachtherapeutischen Versorgung bei der genannten Zielgruppe aufgezeigt werden. Ziel der Arbeit ist die Erfassung des UK-Versorgungsstandes bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen in Deutschland und die Ableitung von Konsequenzen im Sinne des Qualitätsmanagements.

1.2 Zum Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei große Bereiche.

In einem ersten hinleitenden Teil werden theoretische Grundlagen dargestellt, die der Entwicklung der Fragestellung und dem Verständnis des Forschungsvorhabens dienen.

In Kapitel 2 erfolgt zunächst eine Standortbestimmung der Unterstützten Kommunikation. Neben der historischen Entwicklung der UK in Deutschland und in den USA, wird der aktuelle Forschungsstand der UK aufgezeigt. Darüber hinaus wird als Grundlage für diese Arbeit der Forschungsstand der UK speziell für den Bereich der Dysarthrie/Dysarthrophonie erhoben. Grundlegend hierfür ist die anglo-amerikanische Fachliteratur, die bereits viele Studien zum UK-Einsatz bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen bietet.

Daran anschließend werden in Kapitel 3 Assessmentmodelle als theoretische Grundlage einer UK-Versorgung in den USA aufgezeigt. Die Komponenten dieser Abklärungsmodelle bilden den Bezugspunkt für die Erfassung der UK-Versorgung in Deutschland. Darauf aufbauend werden als praktisches Basiswissen der UK-Versorgung Methoden und Interventionsformen dargestellt.

Kapitel 4 beschäftigt sich mit dem UK-Einsatz innerhalb der Sprachtherapie. Ziel dabei ist, Möglichkeiten des UK-Einsatzes in der sprachtherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen mit zentral bedingten Sprach- und Sprechstörungen aufzuzeigen. Schwerpunktmäßig geht es dabei um die Darstellung der Dysarthrie/ Dysarthrophonie, die Gegenstand des Forschungsvorhabens ist. Grundlage für die Darstellung der UK-Einsatzmöglichkeiten bilden wiederum Untersuchungen und Forschungsergebnisse aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum.

Diesem theoretischen Teil der Arbeit schließt sich im weiteren Verlauf die Darstellung des Forschungsvorhabens an.

In einem zweiten großen Block werden zunächst theoretische Grundlagen des Forschungsvorhabens aufgezeigt.

Kapitel 5 beinhaltet Vorüberlegungen zum methodischen Vorgehen des Forschungsprojektes und die Entwicklung der Fragestellung. Darüber hinaus wird die Wahl der Forschungsmethodik gemessen am Forschungsgegenstand und der Fragestellung dargelegt.

Kapitel 6 und Kapitel 7 erläutern das Design der Datenerhebung und Datenauswertung. Während das Design der Datenerhebung die Grundlage von Kapitel 6 bildet, stellt Kapitel 7 das Design der Datenauswertung dar. Die Ausführlichkeit der Darstellung dient der Nachvollziehbarkeit des Forschungsvorhabens und stellt somit ein Gütekriterium hinsichtlich der Gültigkeit qualitativer und quantitativer Erhebungen dar. Aufgrund der Untergliederung des Gesamtprojektes in zwei Teilprojekte, erfolgt die Darstellung des Erhebungs- und Auswertungsdesigns jeweils bezogen auf Projekt 1 und Projekt 2.

In einem dritten zentralen Teil werden die Forschungsergebnisse dargestellt.

In Kapitel 8 erfolgt eine Auswertung und Darstellung der Forschungsergebnisse bezogen auf die zwei Einzelprojekte innerhalb der einzelnen Auswertungsebenen des Qualitätsmanagements. Geschlossen werden die drei Ebenen des Qualitätsmanagements mit einer jeweils zusammenfassenden Interpretation der Forschungsergebnisse auf die den Teilprojekten zugrunde liegenden Fragestellungen. Darauf aufbauend wird für jede Ebene des Qualitätsmanagements ein Vergleich der Projekte 1 und 2 vorgenommen.

In Kapitel 9 erfolgt eine abschließende Interpretation und ein Vergleich der Forschungsdaten im Hinblick auf die grundlegende Fragestellung. Die aus den Forschungsergebnissen zu ziehenden Konsequenzen für die UK-Versorgung von erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen in Deutschland im Sinne des Qualitätsmanagements werden in Kapitel 10 angeführt.

Aufgrund des Umfangs des auszuwertenden Materials befinden sich die Schritte der Transkription und Zusammenfassung für die interviewten Beratungsstellen im zweiten Band der Arbeit. Neben der inhaltsanalytischen Auswertung enthält Band 2 die Tabellen der quantitativen Auswertung durch SPSS 11.

Die vorliegende Arbeit wurde durch die Unterstützung vieler Personen ermöglicht.

Danken möchte ich zunächst den Interviewteilnehmern der einzelnen UK-Beratungsstellen, die trotz häufig hoher Arbeitsbelastung die Zeit gefunden haben, meine Fragen zu beantworten. Durch ihre Berichte über strukturelle und inhaltliche Arbeitsbedingungen haben diese Beratungsstellen maßgeblich zum Gelingen der Arbeit beigetragen.

Mein ganz besonderer Dank gilt den Menschen, die mich in den letzten Jahren im fachlichen Diskurs begleitet und auf vielfältige Weise zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Arbeit die männliche Personenbezeichnung verwendet, diese schließt die weibliche Personenbezeichnung selbstverständlich mit ein.

2 Unterstützte Kommunikation – Standortbestimmung und Theoriebildung

2.1 Standortbestimmung der Unterstützten Kommunikation

2.1.1 Begriffsbestimmung

Innerhalb der Entwicklung und Etablierung von Kommunikationsformen für nicht sprechende Menschen wurde eine Vielzahl von Begrifflichkeiten genutzt, um jenen Personenkreis, seine Kommunikationsformen sowie damit einhergehende Interventionen zu beschreiben bzw. zu definieren.

Eine einheitliche Terminologie gab es lange Zeit nicht und zumindest im deutschsprachigen Raum ist die Diskussion um diese und deren Verwendung bis heute noch nicht beendet (vgl. Lage 1999, 182; Lage/Renner 2001, 189 ff).

Bis Anfang der 80er Jahre finden sich in der anglo-amerikanischen Literatur Begriffe wie „severely speech impaired, speechless, nonoral, nonvocal, nonverbal, aphonic and nonspeaking“ (ASHA 1981, 577) zur Beschreibung von nicht sprechenden Menschen und ihren Kommunikationsformen. 1985 fordert Lloyd in den USA erstmals zu einer einheitlichen Begriffsbestimmung auf und schlägt den in der Literatur zunehmend verwendeten Begriff „Augmentative and Alternative Communication“ (kurz „AAC“) zur Definition anderer Kommunikationsformen als der Lautsprache vor (vgl. Lloyd 1985). Dabei ist ‚augmentative communication‘ im Sinne einer ergänzenden Kommunikation zu verstehen. Sie beinhaltet Kommunikationsformen, die ergänzend, fördernd und begleitend zur Lautsprache eingesetzt werden. ‚Alternative communication‘ steht für eine ersetzende Kommunikation und umfasst jede Form von Kommunikation, die als Ersatz für das natürliche Sprechen dient (vgl. Braun 1992; Glennen/DeCoste 1998, 5). Die American-Speech-Language-Hearing-Association (ASHA) übernimmt den Terminus AAC in dem von ihr publizierten Grundlagenwerk „Augmentative Communication. An Introduction“ (Blackstone 1986) und definiert AAC erstmals wie folgt:

„Augmentative communication represents an area of clinical practice that attempts to compensate for the impairment and disability patterns of individuals with severe expressive communication disorders through the use of both special and standard augmentative components. ... Standard augmentative components are used by able-bodied persons to supplement speech and include ordinary gestures, facial expressions, writing, and so on. Special augmentative components include symbols, aids, techniques, and strategies that have been specially developed or refined for use by individuals with severe communication disorders. They include the use of special gestures, graphic symbols, communication aids, signs, and special selection techniques, such as scanning, encoding, and direct selection“ (Blackstone 1986, 495f.).

In der neueren Literatur (vgl. Beukelman/Mirenda 1998; Glennen/DeCoste 1997) gilt in Anlehnung an die ASHA folgende gekürzte Definition:

„Augmentative and alternative communication is an area of clinical practice to compensate (either temporarily or permanently) for the impairment and disability patterns of individuals with severe expressive communication disorders (i.e.; the severely speech-language and writing impairment)” (Beukelman/ Mirenda 1998, 3).

Inzwischen hat sich ‚AAC‘ als international anerkannter Fachterminus und als Fachgebiet mit der Zielsetzung der Verbesserung der kommunikativen Möglichkeiten von Menschen mit schwerverständlicher bzw. fehlender Lautsprache (vgl. Braun/Kristen 1997, 8) etabliert.

Auch in Deutschland setzte sich der anglo-amerikanische Begriff „Augmentative and Alternative Communication“ (AAC) Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre mit zunehmenden Publikationen durch (vgl. Braun 1991/Gangkofer 1991). Aufgrund der Probleme in der Übersetzung des Begriffes AAC und der daraus resultierenden begrifflichen Unstimmigkeiten schlägt Braun 1992 für den deutschen Sprachgebrauch den Begriff „Unterstützte Kommunikation“ (kurz „UK“) vor (vgl. Braun 1992, 3). Seither etabliert sich der Begriff „Unterstützte Kommunikation“ in Deutschland zunehmend und wird definiert als „Oberbegriff für alle pädagogischen bzw. therapeutischen Maßnahmen, die eine Erweiterung der Kommunikationsmöglichkeiten bei Menschen ohne Lautsprache bezwecken“ (Kristen 1994, 15).

Dabei vertritt die UK den Ansatz der „totalen Kommunikation“. Hiernach sollen sämtliche Möglichkeiten, einem nicht oder kaum sprechenden Menschen ein umfassendes Kommunikationssystem zu vermitteln, ausgeschöpft werden. Dabei werden verschiedene Kommunikationsformen (vgl. Kap. 3.2) eingesetzt, deren Festsetzung nach einer individuellen, bedürfnisorientierten Diagnose erfolgt (vgl. Kristen 1994, 15).

Insgesamt gesehen ist in Deutschland jedoch bis heute noch keine klare terminologische Abgrenzung für die Fachbegriffe AAC und UK erkennbar. In der aktuellen deutschsprachigen Literatur finden beide Begriffe Verwendung (vgl. ISAAC 2000; Boenisch/Bünk 2001; Rothmayr 2001).

Zudem zeigt sich weiterhin eine fehlende einheitliche Terminologie, die sich auch in einzelnen Fachbegriffen widerspiegelt. So werden z.B. Methodenunterteilungen je nach Autor mit den Begriffen „ungestützte (körpereigene) Kommunikationsmodi/ gestützte (externe Kommunikationsmodi“ (Braun 1991,3), „Körpereigene Kommunikationsformen (Modi)/ gestützte Kommunikationsformen (Modi)“ (Braun 1992, 4), „Kommunikation ohne Hilfsmittel/ Kommunikation mit Hilfsmitteln“ (Kristen 1994a,60), „körpereigene Kommunikationsformen/ Kommunikationshilfen“ (Kristen 1994b, 7), „körpereigene Kommunikationsformen/ externe Kommunikationsformen“ (Arnusch/Pivit

1996, 18ff), „körpereigene (ungestützte) AAC-Modi/ externe AAC-Modi“ (Wilken-Timm 1997, 66f.) oder „Kommunikation ohne Hilfsmittel/ hilfsmittelunterstützte Kommunikation“ (Tetzchner/Martinsen 2000, 18) belegt.

Diese terminologischen Unsicherheiten sind darauf zurückzuführen, dass sich UK-Maßnahmen in vielen Wissenschaften (z.B. Geistig-/ Körper-/ Sprachbehindertenpädagogik, Psychologie, Ergotherapie) wiederfinden, die jeweils ihren eigenen Bezugsrahmen haben. Darüber hinaus bedingen sich terminologische Unsicherheiten aus Übersetzungsproblemen.

Aber gerade in einem so multidisziplinären Fachbereich wie der UK ist es unerlässlich, eine einheitliche Terminologie zur fachübergreifenden reflektierten und evaluierten Arbeit zu finden (vgl. auch Lage/Renner 2001, 189ff). Jedoch gilt es zunächst, die noch fehlenden theoretische Bezugszusammenhänge herzustellen. Denn nur eine umfassende Theoriebildung kann die Grundlage für eine einheitliche Terminologie darstellen.

In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe UK und AAC synonym verwendet und kennzeichnen Elemente aus der deutschsprachigen Literatur (UK) und der anglo-amerikanischen Literatur (AAC).

2.1.1.1 Terminologische Abgrenzung ‚Gestützte Kommunikation‘

Deutlich abzugrenzen und keinesfalls gleichzusetzen sind die in ihrer Übersetzung sehr ähnlichen Begriffe der „Unterstützten Kommunikation“ und der „Gestützten Kommunikation“ („Facilitated Communication“; kurz „FC“).

Bei der „Gestützten Kommunikation“ handelt es sich um „eine spezielle Methode, bei der nichtsprechenden oder kaum sprechenden Personen Kommunikation ermöglicht wird, indem sie von einem Partner oder einer Partnerin beim Schreiben, Tippen oder Zeigen auf Buchstaben oder Bilder an Hand, Arm, Ellenbogen oder Schulter“ berührt bzw. gestützt wird“ (Arnusch/Pivit 1996, 17).

Der Einsatz der Gestützten Kommunikation wird in der Fachliteratur zurzeit sehr kontrovers diskutiert. Die Wirksamkeit der Gestützten Kommunikation konnte in vielfältigen Studien nicht belegt werden. Vielmehr zeigt sich, dass die kommunikativen Kompetenzen der gestützt Sprechenden in kontrollierten Testsituation weit unter dem Leistungsniveau der unkontrollierten Situation liegen (vgl. Bober/Biermann 2001; Nußbeck 2002)

2.1.2 Historische Entwicklung der Unterstützten Kommunikation

„There have always been people with limited or no functional speech, but the written history of augmentative and alternative communication is both short and limited in scope“ (Tetzchner/Jensen 1996, 2).

Der genaue Entstehungszeitpunkt und die ersten Entwicklungen im Fachbereich AAC/UK lassen sich aus vielfältigen Gründen nicht mehr exakt recherchieren.

„A detailed history of the development of augmentative communication is probably impossible to assemble, since it involves many disciplines as well as concurrent but independent efforts from different parts of the world. Much of the early work was informal and undocumented; as a result, many of the early pioneers will remain unrecognized.“ (Vanderheiden 1986, 10)

Festhalten kann man jedoch, dass UK keine Erfindung der Neuzeit ist. Bereits Plato beschreibt die Kommunikation über Gesten und Gebärden bei Taubstummen. Dokumentationen aus dem Mittelalter belegen die Verwendung von Fingeralphabeten und anderen Zeichensystemen. Im 18. Jahrhundert finden sich erste Aufzeichnungen über die Anwendung von Handzeichen in der Kommunikation mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen (vgl. Arvidson/Lloyd 1997, 18).

In der einschlägigen anglo-amerikanischen Literatur beginnen die Aufzeichnungen der AAC-Historie in den 50er Jahren (vgl. Blackstone 1986; Glennen/DeCoste 1997; Lloyd/Karlan 1984). Diese Zeit wird als „Pionierzeit“ in der AAC -Entwicklung gesehen.

„Early pioneers in the field were professionals and individuals with severe communication impairments who developed communication boards using seat-of-the-pants intuition.“ (Glennen 1997, 7)

Sie ist gekennzeichnet durch Einzelfalldarstellungen wie z.B. durch die Autobiographie ‚My Left Foot (1954)‘ von Christy Brown (vgl. Glennen 1997, 7) und durch erste Fallstudien bei nichtsprechenden Aphasikern (vgl. Goldstein/Cameron 1952) sowie bei Menschen mit Cerebralparese (vgl. Feallock 1958). Insgesamt lässt sich für diesen Zeitraum jedoch festhalten:

„Although AAC was being used by some clinicians/educators in the 1950s, it was not until the next decade that it gained recognition, and not until the 1970s that it became recognized as a field of its own.“ (Arvidson/ Lloyd 1997, 18)

Unter dem Einfluss eines wachsenden öffentlichen und staatlichen Bewusstseins für Behinderungen zeigte sich in den 70er Jahren in den USA ein zunehmendes Forschungsinteresse zur effektiveren und theoriegeleiteten AAC -Nutzung. Erste grundlegende wissenschaftliche Einführungen zum Thema AAC wurden von Vanderheiden/Grilley Mitte der 70er Jahre in den USA veröffentlicht (vgl. Vanderheiden/Grilley 1976).

„Throughout this decade, journal articles continued to increase and by its end several more books emerged that were devoted either to the general topic of non-speech communication (...) or to specific aspects of non-speech communication (...).“ (Lloyd/Karlan 1984, 4)

Nach Meinung Vanderheiden/Yoder (1986) sind bis zu diesem Zeitpunkt drei Hauptströmungen zu verzeichnen aus denen sich die AAC entwickelt hat und die im weiteren noch einen wesentlichen Einfluss auf die AAC-Entwicklung haben.

1) Arbeit mit Kommunikationstafeln

„The first of these areas involves the use of communication and language boards. Work in this area was carried out in a number of countries, and evidence of the use of communication boards can be found in very early literature.“ (Vanderheiden, Yoder 1986, 10)

2) Bemühungen um Gebärdensprache für Gehörlose

„The second area reflects efforts coming out of the work being done with hearing-impaired individuals. Sign and gesture systems originally developed for this population were later applied with physically handicapped, aphasic, mentally retarded, and autistic individuals (...).“ (Vanderheiden/ Yoder 1986, 10)

3) Entwicklung von Schreibhilfen und Umweltkontrollsystemen für Körperbehinderte

„The third area of effort was originally based chiefly in Europe, and dealt with special typing and environmental control systems for vocal but physically handicapped individuals. The best known of these efforts were those of Maling, Jefcoate, and colleagues at Possum, Inc., in England, although work in this area was by no means confined to this group (...).“ (Vanderheiden/ Yoder 1986, 11)

Diese Einzelbemühungen wurden weiterhin beeinflusst durch eine zunehmende Anerkennung des Rechts auf Bildung behinderter Menschen. Hier sind insbesondere die USA Vorreiter, die Ende der 70er Jahre durch eine fortschrittliche Gesetzgebung (PL 94-142) eine weitgehende Integration Behinderter forderten (vgl. ASHA 1981, 578; Arvidson/Lloyd 1997, 21; Braun 1991, 2).

Einen weiteren Einfluss auf die Entwicklung der AAC/UK übte der Methodenstreit „oral-language versus manual systems for hearing-impaired individuals“ (Balbi-Kayser 1990,140) aus. Bis in die 70er Jahre und teilweise weit darüber hinaus herrschte das sogenannte „Oralistendogma“. Der Einsatz von Kommunikationshilfen und insbesondere der Einsatz von Gebärdensprache in der Gehörlosenpädagogik wurde nur als letzte Möglichkeit nach einer jahrelangen und erfolglosen Sprachtherapie akzeptiert. Es herrschte die Angst, ein zu früher Einsatz von Kommunikationshilfen könne die Entwicklung der Lautsprache verhindern oder hemmen (vgl. Braun 1992, 3; Adam 2000, 121ff). Vielfältige Untersuchungen haben diese Angst als unbegründet zurückgewiesen und neuere Untersuchungen belegen, dass ein möglichst früher Einsatz unterstützender

Maßnahmen sich positiv auf die Sprachentwicklung bei Kindern mit angeborenen oder erworbenen Behinderungen auswirken kann (vgl. Gangkofer 1991; Hoffmann-Schöneich 1998).

Mit Gründung der „International Society for Augmentative and Alternative Communication“ (ISAAC) mit Sitz in Toronto entstand 1983 das erste Forum für das AAC-Fachgebiet. Seit 1985 wird in den USA die erste Fachzeitschrift „Augmentative and Alternative Communication“ publiziert (vgl. Vanderheiden/Yoder 1986, 13).

Erste AAC-Fachzentren wurden in den USA und Kanada gegründet. AAC wird zu einem Studienfach mit klar definierten Inhalten erhoben. In einem Positionspapier der ASHA werden die zu vermittelnden AAC-Inhalte im Rahmen der Qualifizierung zum ‚Speech-Language-Pathologists‘ festgelegt (vgl. ASHA 1989; ASHA 1991).

Demgegenüber steht in Deutschland die Entwicklung des Fachbereiches ‚Unterstützte Kommunikation‘ noch in den Anfängen. Beeinflusst durch die AAC-Konzepte und durch die positiven Erfahrungen mit AAC in den USA wird seit Anfang der 80er Jahre AAC auch in Deutschland zunehmend etabliert. Der Einstieg erfolgte dabei über die Anwendung der BLISS -Methode (vgl. Pickel 1984, Franzkowiak/ Frey 1996).

„Ausgehend von den Erfahrungen mit der BLISS -Symbolmethode und beeinflusst durch das AAC -Konzept aus den USA, entwickelte sich in den letzten Jahren in Deutschland der Bereich der ‚Unterstützten Kommunikation‘.“ (Kristen 1994b, 6)

Es erfolgte jedoch eine Vermittlung von Symbolsystemen, ohne dass diese im weiteren Verlauf evaluiert bzw. bestehende Forschungsergebnisse aufgearbeitet und systematisiert wurden (vgl. Oskamp 1993, 431). Die deutschsprachige Literatur der 80er Jahre ist geprägt von wenig theoretisch fundierte Einzelfallstudien und Darstellungen des Einsatzes von Kommunikationshilfen basierend auf Erfahrungsberichten (vgl. Adam 1985; Franzkowiak 1985; Ihssen 1985; Pickl 1984). Erst Ende der 80er/ Anfang der 90er Jahre werden vermehrt Dissertationen und wissenschaftliche Studien (vgl. Braun 1994; Gangkofer 1993; Sevenig 1994; Wachsmuth 1986) zum Themenbereich UK verfasst. Mit Gründung der deutschen ISAAC-Sektion im Jahre 1990 sollte ein Anschluss an die anglo-amerikanische Forschung und den internationalen Wissensstand erfolgen.

„Die Gründung einer deutschen Sektion von ISAAC (International Society for Augmentative and Alternative Communication) im Jahre 1990 brachte entscheidende Veränderungen und eine Präzisierung des Begriffs (...). Die regelmäßig stattfindenden überregionalen Treffen von ISAAC-Gruppen und die jährlich stattfindenden Tagungen von ISAAC in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte, ermöglichen einen intensiven Erfahrungsaustausch sowohl von Betroffenen und deren Angehörigen, als auch von Bezugspersonen.“ (Kristen 1994, 6)

Seither ist eine wachsende Zahl von Veröffentlichungen zu vermerken. Dabei findet der internationale Diskussionsstand in der deutschen Fachwelt jedoch nur langsam Be-

achtung. Zwar werden inzwischen an einigen Universitäten (z.B. Dortmund, Köln, Leipzig) Lehraufträge für UK in unterschiedlichen Fachbereichen vergeben (vgl. Kristen 1994, 7; Boenisch/Bünk 2001a, 7), allerdings ist der Zuständigkeitsbereich für UK in Deutschland bis heute nicht geklärt. So gelten Lehraufträge je nach Ausbildungsstätte für die Fachdisziplinen Geistigbehindertenpädagogik, Körperbehindertenpädagogik und Sprachbehindertenpädagogik. Eine UK-Versorgung im Kinderbereich erfolgt nach Darstellungen in der Literatur häufig durch Gb- und Kb -Schulen sowie durch UK-Beratungsstellen. Nicht erkennbar ist dahingegen wer im Erwachsenenbereich eine UK-Versorgung überwiegend durchführt Wie die derzeitige Versorgung in Deutschland im Erwachsenenbereich aussieht und welche Rolle hier die Sprachtherapie einnimmt, ist im Verlauf dieser Arbeit noch zu klären und zu belegen.

Seit Ende der 90er Jahre erfährt der Fachbereich UK einen regelrechten „Boom“ (Boenisch/Bünk 2001a, 7), was sich auch in vermehrten Fort- und Weiterbildungsangeboten widerspiegelt. Seit Januar 2002 gibt es beispielsweise in Leipzig die Möglichkeit einer berufsbegleitenden Ausbildung zum Kommunikationspädagogen/-in – LUK Lehrgang Unterstützter Kommunikation (vgl. Boenisch 2001, 274).

2.1.2.1 Vergleich der Entwicklung UK/AAC in Deutschland und in den USA

„European and North American traditions differ in several ways.“ (Tetzchner / Jensen 1996, 3)

Betrachtet man die Entwicklung und den theoretischen Forschungsstand der AAC/ UK in den USA und in Deutschland, so kann man zu dem Schluss gelangen, dass Deutschland Anfang des 21. Jahrhunderts gut zehn Jahre hinter dem Wissensstand der USA zurück liegt. Auch wenn sich UK in Deutschland zunehmend als Praxisfeld etabliert und etabliert hat (vgl. Lage/Renner 2001, 188), befindet sich die Theoriebildung und die Aufarbeitung und Systematisierung von praktischen UK-Anwendungen in der Forschung noch in den Anfängen (vgl. Renner 2001, 20). Nur vereinzelt ist eine Forderung nach vermehrter Theoriebildung (Lage 1999, 181ff, Lage/ Renner 2001, 188ff) erkennbar, wobei die Zuständigkeit hierfür jedoch weiterhin ungeklärt ist.

Während es in der deutschsprachigen Schweiz erste Forschungsprojekte zur Erarbeitung, Durchführung und Überprüfung von UK-Weiterbildungskonzepten gibt (vgl. Lage/Antener 2000, 137ff) und somit ein entscheidender Schritt zur Verbesserung der Strukturqualität im Fachbereich UK erfolgt, existieren in Deutschland noch keine klaren Richtlinien hinsichtlich Ausbildungs- und Versorgungsstandards. UK in Deutschland ist immer noch ein stark praxisorientiertes Arbeitsfeld meist ohne erkennbare Theoriebildung.

In den USA hingegen stellt AAC ein eigenständiges Fachgebiet mit klaren Richtlinien und Aufgabenteilungen in den einzelnen Fachdisziplinen (vgl. ASHA 1981; ASHA 1989) dar. Begünstigt und gefördert wurden diese Entwicklungen sicherlich durch ein öffentliches und staatliches Bewusstsein für Behinderungen sowie die Entwicklung von „Communication Bill of Rights“ (ASHA 1992, 2) und den daraus resultierenden gesetzlichen Entwicklungen (vgl. Arvidson/Lloyd 1997, 21).

Aufgrund der unterschiedlichen Gesetzgebungen und unterschiedlicher Strukturierungen der Gesundheitswesen in den USA und in Deutschland ist eine direkte Vergleichbarkeit insbesondere in der Anwendung von AAC/UK nicht möglich. Sinnvoll ist jedoch, Entwicklungen zu vergleichen und Parallelen aufzuzeigen, um so möglicherweise aus Erfahrungen im anglo-amerikanischen Bereich zu lernen und einen Nutzen für die UK-Entwicklung in Deutschland ziehen zu können. Tetzchner/Jensen (1996) sehen zudem in den USA eine stärkere Tendenz zu Veröffentlichungen und zeigen auf, dass auch in internationalen Fachpublikationen überwiegend amerikanische Autoren zu finden sind und Englisch die vorrangige Forschungssprache ist.

„North American researchers and practitioners tend to publish more their European colleagues. For example, 70-75 per cent of all scientific publications within developmental psychology systems from North American researchers (...). Of the two thousand references listed in these articles, only eight titles referred to publications in a language other than English.“ (Tetzchner/ Jensen 1996, 3)

Aber gerade die Tatsache, dass nur wenige anglo-amerikanische Veröffentlichungen in andere Sprachen übersetzt wurden bzw. Veröffentlichungen in anderen Sprachen kaum zu finden sind, stellt nach Tetzchner/Jensen (1996) eine Hemmschwelle in der Entwicklung der UK sowie im Kompetenzaufbau und der Kompetenznutzung in den nicht anglo-amerikanischen Ländern dar.

„Moreover, for most European countries, the national language is not English. In addition to text books for parents and professionals, research reports published in the country's national language are important for building up competence and disseminating information nationally (...). However, such reports, which might have been a supplement to the North American studies, are often only known locally.“ (Tetzchner/ Jensen 1996, 4)

In Tabelle 1 erfolgt eine Zusammenfassung der historischen Betrachtung der AAC/UK seit den 50er Jahren und eine Gegenüberstellung der Entwicklungen in den USA und Deutschland. Grundlegend für die Erstellung waren anglo-amerikanische Veröffentlichungen aus den 80er/90er Jahren, die einen historischen Abriss beinhalten (vgl. Arvidson/Lloyd 1997; Glennen 1997; Lloyd/Karlan 1984) sowie Gesetzesgrundlagen und Positionspapiere der ASHA (vgl. ASHA 1981; ASHA 1989; ASHA 1991; ASHA 1992). In der deutschsprachigen Literatur fanden Veröffentlichungen von Braun (1991;

1992), Kristen (1994; 1996), Oskamp (1993) sowie ISAAC's Zeitungen (seit 1991) und ISAAC-Kongress-Berichte (1996-2001) als fachliche Publikationsorgane Beachtung.

Zeitraum	Entwicklung AAC – USA	Entwicklung UK – BRD
50er Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Pionierzeit, Einzelbemühungen und Fallstudien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Angaben
60er Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von Gebärden bei multiplen Behinderungen • 1963: Einfluss durch technische Kommunikationshilfen: POSSUM ; PILOT • 1964: erste wissenschaftliche Projekte (University Hospital Iowa City) 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Angaben
70er Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung des Rechts auf Bildung behinderter Menschen • 1975: Rehabilitationsgesetz (P.L. 94-142) erfordert wissenschaftliche/ theoretische Entwicklungen • 1976: grundlegende wissenschaftliche Einführung durch Vanderheiden/Grilley • Entwicklung zum eigenständigen Fachgebiet • zunehmend wissenschaftliche Veröffentlichungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Methoden (ohne einen Zusammenhang zur AAC aufzuzeigen) finden in der Literatur erstmals Beachtung (vgl. Bell 1975) • 1977: erste Dissertation zum Themenbereich UK (Oskamp 1977)
80er Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • 1981: ASHA-Positionspapier • 1983: Gründung ISAAC mit Sitz in Toronto • 1985: Fachzeitschrift: „Augmentative and Alternative Communication“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung AAC in Deutschland aufgrund positiver Erfahrungen mit AAC in den USA • wenig theoretisch fundierte Einzelfallstudien
90er Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • zunehmende Veröffentlichungen und Forschungsbeiträge in allen Zielgruppen • 1992: Partizipationsmodell nach Beukelman/ Mirenda – Paradigmenwechsel vom praxisorientierten zum systemischen Ansatz mit theoretischem Bezugsrahmen • 1992: Leitfaden für Kommunikationsrechte • 1998: Überarbeitete Fassung des Partizipationsmodells nach Beukelman/ Mirenda 	<ul style="list-style-type: none"> • 1990: Gründung der deutschen Sektion von ISAAC • 1991: Fachzeitschrift „ISAAC's Zeitung“ • 1991/92: Forderung nach Beratungsstellen zur konzeptionellen Umsetzung der UK-Versorgung • 1992: Einführung Terminologie „Unterstützte Kommunikation (UK)“ • 1994: erstes deutschsprachiges Einführungswerk (vgl. Kristen 1994) • vermehrte Veröffentlichungen, Fortbildungsangebote, Lehraufträge an Universitäten

Tab.1: Vergleich der AAC/ UK - Historie in den USA und Deutschland

Zeitraum	Entwicklung AAC – USA	Entwicklung UK – BRD
Seit 2000		<ul style="list-style-type: none"> • vermehrte Forderungen nach Theoriebildung • 2000/2001: Partizipationsmodell nach Beukelman/ Mirenda wird in der deutschsprachigen Literatur veröffentlicht • 2002: LUK – Lehrgang Unterstützte Kommunikation, Berufsbegleitende Ausbildung zur Kommunikationspädagogin/ zum Kommunikationspädagogen in Leipzig

Tab.1a: Vergleich der AAC/ UK - Historie in den USA und Deutschland

2.2 Theoriebildung und Forschungsstand der Unterstützten Kommunikation

Literaturrecherchen im deutschen Sprachraum zeigen in den 80er und Anfang der 90er Jahre nur wenige Veröffentlichungen (vgl. Ihssen 1985; Balbi-Kayser 1990; Braun 1991/ 1992; Gangkofer 1991/ 1992). Hierbei handelt es sich in der Regel um Artikel für Fachzeitschriften und einige wenige Buchpublikationen (vgl. Adam 1985; Kristen 1994a).

Erst Ende der 90er Jahre – unter starkem Einfluss der ISAAC-Sektion Deutschland – sind vermehrt Buchpublikationen (vgl. ISAAC 2000; Tetzchner/Martinsen 2000; Boenisch/Bünc 2001; Rothmayr 2001) und vielfältige Fachartikel in den Fachbereichen Geistig-, Körper- und Sprachbehindertenpädagogik (vgl. Lage 1999; Lage/Antener 2000; Einert 2001; Kristen 2001; Lage/Renner 2001) zum Themenbereich UK zu finden. Dabei wird dem Leser ein umfassendes Spektrum ergänzender Kommunikationsmöglichkeiten eröffnet und es werden ihm neue Wege der Kommunikation aufgezeigt (vgl. Kap. 3.2). Vielfältige Entwicklungen zeigen sich insbesondere im Bereich der elektronischen Kommunikationshilfen. Einen aktuellen Überblick über die verschiedenen Formen elektronischer Kommunikationshilfen erhält man bei den führenden Kommunikationsgerätevertreibern (vgl. Prentke Romich; RehaVista).

Es zeigt sich bei Sichtung der Literatur aber auch sehr schnell, dass das Fachgebiet UK stark praxisorientiert ist und viele Artikel aus der Praxis und für die Praxis stammen. Aufgrund des großen Handlungsbedarfs in der Praxis ist es zu erklären, dass sich die meisten Publikationen auf dem UK-Fachgebiet bis in die 90er als methodisch-didaktische Praxisanleitungen für Therapie und Schule verstanden. Eine Hinwendung zur Wissenschaft erfolgt nur ganz allmählich und bis heute gilt: Es gibt

noch keine Theorie zur Unterstützten Kommunikation und es „fehlt nach wie vor eine umfassende und theoriegeleitete Auseinandersetzung mit dem AAC-Fachgebiet.“ (Lage 1999, 181)

Die deutschsprachige Literatur ist geprägt von Einzelfallstudien und Erfahrungsberichten (vgl. ISAAC-Zeitung seit 1991), die aus der praktischen Arbeit mit UK entstanden sind. Darüber hinaus finden sich einige wissenschaftliche Arbeiten, wie z.B. die von Adam (1993) über die Kommunikation mit Gebärden und Bildsymbolen, die von Gangkofer (1993) zum Zusammenhang von Bliss und Schriftsprache oder die von Braun (1994) zum vergleichenden Einsatz von elektronischen Kommunikationshilfen und Kommunikationstafeln. Auffällig ist, dass sowohl in den meisten deutschsprachigen Publikationen sowie in den meisten Fortbildungen die Methodenvermittlung im Vordergrund steht und sich diese in der Regel mit den Zielgruppen Kinder und Jugendliche befassen. Hinzu kommt hier noch eine starke Ausrichtung auf den Einsatz im schulischen Bereich. UK im Erwachsenenbereich findet in der theoretischen Auseinandersetzung und auch in der praxisorientierten Umsetzung nach Sichtung der Literatur und aus eigenen Fortbildungserfahrungen kaum Beachtung.

Warum es scheinbar so schwierig ist, UK im deutschsprachigen Raum umfassend zu implementieren und als Fachgebiet zu etablieren, führt Lage zurück auf

„das einseitige und verkürzte Verständnis von AAC im deutschsprachigen Raum, zweitens das große Manko, AAC in der Wissenschaft zu etablieren, theoretische Begründungszusammenhänge herzustellen bzw. wissenschaftliche Methoden zur Reflexion und Evaluation anzuwenden, und drittens – daraus resultierend – die mangelnde systematische theoriegeleitete Implementation des AAC-Konzepts in den Einrichtungen für Menschen mit Entwicklungsbeeinträchtigungen.“ (Lage 1999, 181)

Des Weiteren findet der Rückgriff auf bereits bestehende internationale Forschungen nur vereinzelt statt. Dies spiegelt sich auch in der Beschaffung anglo-amerikanischer Literatur wider. So sind viele anglo-amerikanische Werke sowie die derzeit führende Fachzeitschrift „Augmentative and Alternative Communication“ in Deutschland nicht über Bibliotheken zu beziehen.

Um UK jedoch sinnvoll anwenden zu können, bedarf es dringend eines umfassenden, theoriegeleiteten und möglichst evaluierten Theoriekonzeptes. Ansätze einer Theoriebildung für den UK-Bereich finden sich bei Lage (1999) und Lage/ Renner (2001). Gemäß der internationalen Diskussion um die Schaffung einer UK-Theorie oder den Rückgriff auf bereits vorhandener Theorien und Metatheorien, um den Gegenstand UK zu beschreiben und zu verstehen (vgl. Tetzchner/Jensen 1996), bedienen sich Lage und Renner (2001, 196f.) bereits bestehender Theorien von Habermas und Galtung, um einen Reflexionszyklus zur Verbesserung der UK-Praxis aufzustellen. Erste Ergeb-

nisse belegen hier eine Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten, eine Verbesserung der Praxis sowie die Förderung der Theorieentwicklung im multidisziplinären Feld UK. Größere Forschungsprojekte zur Konzeption und Evaluation von Beratungs- und Weiterbildungsprojekten im UK-Bereich werden in der deutschsprachigen Schweiz durchgeführt (vgl. Lage/ Antener 2000). An der Universität Zürich stehen seit 1997 die Themenbereiche „Unterstützte Kommunikation (AAC) – eine theoriegeschichtliche und kommunikationstheoretische Perspektive“ und die „Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines In-Service-Trainings in UK (AAC) in Einrichtungen für Menschen mit Entwicklungsbeeinträchtigungen“ (vgl. www.lsp.unizh.ch/content/pages/05_02htm) im Mittelpunkt von Forschung.

Auch an deutschen Universitäten (z.B. Dortmund/ Köln/ Leipzig) findet der Fachbereich Unterstützte Kommunikation (UK) immer mehr Beachtung. Allerdings zeigt sich hier, dass UK an verschiedenen Fachbereichen zu finden ist. Während beispielsweise an der Universität Dortmund UK im Fachbereich Sprachbehindertenpädagogik gelehrt wird (vgl. www.uni-dortmund.de), erfolgt die Vermittlung an der Universität zu Köln vornehmlich im Bereich der Körperbehindertenpädagogik (vgl. www.uni-koeln.de) und an der Universität Leipzig im Bereich der Geistigbehindertenpädagogik (www.uni-leipzig.de).

Insgesamt gesehen steht aber auch im internationalen Vergleich die Theoriebildung hinten an. Einen Schwerpunkt im Forschungsvorgehen bildet auch hier die empirische Forschung und im besonderen Maße die Fallstudien (vgl. Renner 2001, 20f.).

In den USA hat es aufgrund gesetzlicher Entwicklungen (vgl. Kap. 2.2.2) seit den 80er Jahren vermehrte Forschungsansätze im UK-Bereich gegeben. Beukelman et al. kommen Anfang der 80er Jahre mit ihrer Studie über den Einsatz von Canon Communicator der Forderung von Evaluationsstudien zur Kostenoptimierung für den Einsatz und Nutzen von elektronischen Kommunikationshilfen nach (vgl. Beukelman et al. 1981). Des Weiteren entwickeln Shane/ Bashir (1980) Kriterien, um AAC-Kandidaten theoriegeleitet ausfiltern zu können (vgl. Shane/Bashir 1980). Die daraus entstandene Matrix wurde von Owens/House aufgegriffen und zu einem ersten Schema für ein mögliches evaluiertes Vorgehen in der UK-Versorgung erweitert (vgl. Owens/House 1984). Vorläufer der heute in den USA gültigen Assessmentmodellen und AAC-Prinzipien (vgl. Kap.3.1) sind hierin erkennbar.

Grundlegend für die meisten anglo-amerikanischen Studien ist eine stark interaktionistische Ausrichtung, die sich an den bis heute noch gültigen Prinzipien der UK - der Erarbeitung eines individuellen multimodalen Kommunikationssystem eingebettet in eine Follow-up Diagnostik – orientiert.

Einen Paradigmenwechsel im anglo-amerikanischen Sprachraum haben Beukelman/Mirenda mit ihren Veröffentlichungen 1992 und 1998 eingeleitet: Weg von einem personenzentrierten und praktischen Ansatz hin zu einem verstärkt systemisch ausgerichteten Ansatz mit theoriegeleiteten Bezugsrahmen (vgl. Beukelman/Mirenda 1992, 1998). In ihrem Partizipationsmodell spielt nicht nur der Betroffenen eine wesentliche Rolle, sondern auch dem sozialen Umfeld wird eine wesentlich größere Bedeutung zugesagt.

Seit 2000/2001 findet auch im deutschen Sprachraum das Partizipationsmodell zunehmend an Beachtung (vgl. Lage/Antener 2000; Antener 2001; Braun/Kristen 2001). Seine Etablierung im Alltag gilt im Verlauf des Forschungsvorhabens noch zu klären. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Theoriebildung und der Forschungsstand der Unterstützten Kommunikation in Deutschland noch in den Anfängen stecken. Trotz eines erkennbar wachsenden Interesses am Bereich der Unterstützten Kommunikation und einer zunehmenden universitären Verankerung verkörpert die UK weiterhin einen sehr praxisorientierten Fachbereich, ausgerichtet auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Im folgenden Kapitel werden Forschungsstand und Theoriebildung des Einsatzes von UK bei Menschen mit Dysarthrie nach Abschluss des Spracherwerbs näher betrachtet. Eine besondere Beachtung dieser Zielgruppe (vgl. Kap.4.2) ergibt sich aus meinem Forschungsvorhaben (vgl. Kap.5) in dessen Verlauf Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen einen wesentlichen Forschungsgegenstand darstellen.

2.2.1 Theoriebildung und Forschungsstand der Unterstützten Kommunikation bei Dysarthrie/Dysarthrophonie

In der deutschsprachigen Literatur findet der Einsatz Unterstützter Kommunikation bei Dysarthrien im Erwachsenenalter keine gesonderte Beachtung und stellt bisher keinen erkennbaren Forschungsgegenstand dar. Allein die Zeitschrift „Unterstützte Kommunikation. ISAAC's Zeitung“ widmet sich in ihrer ersten Ausgabe 1999 dem Themenbereich der Unterstützten Kommunikation bei erworbenen Schädigungen und fortschreitenden Erkrankungen. Lauer (1999) zeigt in seinem Artikel Unterschiede in der UK-Versorgung bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen im Gegensatz zu angeborenen Hirnschädigungen auf, Koerselman und Burger (1999) stellen die Möglichkeiten einer Kommunikationsunterstützung bei ALS-Patienten dar. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um wissenschaftliche Abhandlungen, sondern zum einen um einen

Erfahrungsbericht und zum anderen um eine nicht kontrollierte Fallstudie aus den Niederlanden.

In sprachtherapeutischen Artikeln und Buchpublikationen zur Behandlung von Dysarthrien (vgl. z.B. Robertson/Thomson 1992; Vogel 1999) werden alternative Kommunikationsformen als eine mögliche therapeutische Intervention angeführt, jedoch nicht weiter ausgeführt. Dem Leser werden weder Methoden noch Strategien der UK an die Hand gegeben (vgl. Kap 4.1).

Anders sieht es im anglo-amerikanischen Sprachraum aus. Neben allgemeinen Veröffentlichungen zum Themenbereich AAC finden sich vielfältige Publikationen im Bereich AAC- Einsatz bei Menschen mit zentral bedingten Sprach- und Sprechstörungen. So sind sowohl Auseinandersetzungen zum Einsatz von UK bei Dysarthrien im allgemeinen (z.B. Lagerman/Höök 1982; Simpson et al. 1988) als auch bei spezifischen Grunderkrankungen erkennbar. Beukelman et al. (1985) zeigen beispielsweise eine Untersuchung auf, in der ein Überblick über Sprechstörungen und den Einsatz von alternativen Kommunikationsformen bei MS-Betroffenen gegeben wurde. Armstrong et al. (2000) geben in ihrem Artikel einen Überblick über Erfahrungen im praktischen Einsatz von AAC bei Morbus Parkinson und Adam machte bereits 1966 auf den möglichen Einsatz von Kommunikationshilfen bei Amyotropher Lateralsklerose (ALS) aufmerksam.

Wie bereits in Kapitel 2.2 aufgezeigt, handelt es sich auch bei diesen Studien und Untersuchungen hauptsächlich um qualitative Einzelfallstudien. Vereinzelt finden sich Langzeitstudien wie z.B. die Studie von Simpson et al. (1988) zum Einsatz von Buchstabentafeln bei bestehender Dysarthrie/Anarthrie nach Blutungen im Bereich der Basilararterie. Theoriebildungen im Bereich der Unterstützten Kommunikation bei Dysarthrien bzw. erworbenen Kommunikationsstörungen finden somit auch in den USA wenig Beachtung. Evaluierbare Konzepte für den Einsatz von UK bei spezifischen neurologischen Grunderkrankungen ergeben sich aus jenen Einzelfall- und Langzeitstudien. In anglo-amerikanischen Grundlagenwerken zum Themenbereich AAC (vgl. Glennen/DeCoste 1997; Lloyd/Fuller/Arvidson 1997; Beukelman/Mirenda 1998) finden sich jeweils Kapitel über praktische Einsatzmöglichkeiten und Interventionen von AAC bei Dysarthrie im Rahmen unterschiedlicher Grunderkrankungen.

Mit dem Werk „Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders“ von Beukelman, Yorkston und Reichle (2000) gibt es eine erste Publikation, die sich ausschließlich mit dem Einsatz von AAC bei zentral bedingten Sprach- und Sprechstörungen im Erwachsenenalter bzw. bei erworbenen Kommunikationsstörungen befasst. Dabei geht dieses Werk über eine Beschreibung des

symptomspezifischen UK-Einsatzes hinaus. Es enthält im weiteren Aufsätze zur veränderten Kommunikationssituation (Fox/Sohlberg 2000), zur Integration von AAC-Maßnahmen in den natürlichen Sprachablauf (Hustad/Beukelman 2000) und zum Wiederaufbau kommunikativer Kompetenzen Light/Gulens 2000) sowie zur Akzeptanz von AAC bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen (Lasker/Bedrosian 2000).

Welch großer Handlungsbedarf im deutschen Sprachraum hinsichtlich der Forschung und Theoriebildung im Bereich der Unterstützten Kommunikation im allgemeinen aber auch insbesondere bei erworbenen Kommunikationsstörungen besteht, wird auch im hier vorgestellten anglo-amerikanischen Vergleich deutlich.

Einen wesentlich größeren Raum nimmt dahingegen sowohl im anglo-amerikanischen als auch deutschen Sprachraum die Erforschung des Einsatzes von UK bei Aphasien ein (vgl. Behrmann/Penn 1984; Johannsen-Horbach/Wallesch 1998; Kraat 1990; Wahn 2002, 2002a). Auf eine genauere Darstellung einzelner Studien soll an dieser Stelle aufgrund der Irrelevanz für dieses Forschungsvorhaben verzichtet werden.

3 Unterstützte Kommunikation – Methoden und Umsetzung

3.1 Assessment in der Unterstützten Kommunikation

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass in der deutschsprachigen Literatur überwiegend Methoden der UK aufgezeigt werden. Die Methoden der UK beinhalten die praktischen Grundlagen für die Bestimmung von Form und Umfang einer UK-Intervention. Sie zeigen jedoch nicht auf, wie eine UK-Maßnahme erfolgreich eingeführt und umgesetzt wird.

„Das Wissen über die Möglichkeit von Unterstützter Kommunikation und umfangreiche Informationen über die verschiedenen Kommunikationshilfen sind keine Garantie, dass jemand auch eine Idee hat, wie man nun konkret mit den ersten Maßnahmen bei einer Person anfangen kann.“ (Kristen 2002, 129)

Es reicht in der Regel jedoch nicht aus, nichtsprechenden Menschen eine Kommunikationshilfe an die Hand zu geben. Vielmehr muss eine UK-Maßnahme eingeführt, eingeübt, begleitet und immer wieder überarbeitet und an bestehende Verhältnisse angepasst werden. Es erfolgt ein Prozess des Angleichens des theoretischen Fachwissens mit den individuellen Wünschen und Bedürfnissen sowie mit der daraus resultierenden Entscheidung für körpereigene und/oder externe Kommunikationsformen. Hierbei sollte es sich um ein möglichst strukturiertes und somit jederzeit wiederholbares und überprüfbares Vorgehen handeln. Ein solch evaluiertes Vorgehen bieten Assessmentmodelle (Abklärungsmodelle), die im anglo-amerikanischen Sprachraum das theoretische Grundgerüst der UK-Versorgung darstellen. Ein sehr bekanntes und inzwischen auch in den deutschen Sprachraum eingeführtes Abklärungsmodell ist das Partizipationsmodell nach Beukelman/Mirenda (1998). Die dort angeführten Komponenten einer UK-Intervention finden sich in der anglo-amerikanischen Literatur inzwischen auch in weiteren theoretischen Abklärungsmodellen wieder.

Im folgenden werden die Entwicklung von Assessmentmodellen, ihre Komponenten sowie deren Bedeutung für die UK-Versorgung aufgezeigt. Auf dieses theoretische Grundgerüst der UK-Versorgung aufbauend werden im weiteren Verlauf die Methoden und technischen Voraussetzungen der UK-Versorgung als praktisches Basiswissen aufgezeigt.

3.1.1 Zur Entwicklung von Assessment

„Assessment is a process during which information is gathered to make management decision It is an essential and fundamental activity of AAC service delivery.” (Wasson/Arvidson/Lloyd 1997a, 169).

Assessment beinhaltet einen Prozess der Daten- und Informationsgewinnung, um Aussagen über Fähigkeiten und Fertigkeiten im Hinblick auf eine optimale UK-Versorgung zu erlangen. Hierbei handelt es sich um ein wichtiges und unabdingbares Vorgehen in der UK-Intervention. Die Form der Informationsgewinnung und die daraus resultierenden Aussagen zur Bestimmung einer UK-Maßnahme variieren dabei stark. Assessmentprozesse in der UK können sowohl Beobachtungen als auch formelle und informelle Testverfahren beinhalten (vgl. Glennen 1997, 149).

Durch fehlende Vergleichbarkeit von Aussagen wurde und wird die Arbeit im UK-Fachgebiet behindert. Erschwert wurde eine Vergleichbarkeit zudem durch fehlende Studien. Sowohl in den USA als auch Jahre später in Deutschland waren Einzelfallstudien im Bereich UK dominierend und prägten das Bild der Wissenschaft (vgl. Kap. 2.3).

„The lack of systematic AAC evaluation procedures has caused difficulty for non-speaking individuals who require AAC systems. Recommendations for AAC devices range widely, making it difficult for families and consumers to decide which communication options to implement.” (Glennen 1997c, 149)

Mit Hilfe von übergreifenden Assessment-Modellen sollte eine Nachvollziehbarkeit im Vorgehen und somit eine Evaluation von UK-Maßnahmen erreicht werden. Dabei wurden im Laufe der Zeit in den USA vielfältige Modelle zur Durchführung von Assessmentprozessen im UK-Bereich entwickelt.

Bei den ersten Modellen Anfang der 80er Jahre handelte es sich zunächst um ‚Candidacy-Models‘ (vgl. Beukelman/Mirenda 1998, 145). Innerhalb dieser Modellvorstellungen wurden Vorgehensweisen aufgezeigt, mit deren Hilfe UK-Kandidaten theoretisch herausgefiltert werden konnten. Ein solches ‚Candidacy-Model‘ stellt beispielsweise die 10-Punkte-Matrix von Shane und Bashir (1980) dar. Durch diese ersten Modelle wurden jedoch nur die Personen als UK-Kandidaten herausgefiltert, die über normale kognitive Fähigkeiten sowie nach Möglichkeit über ein intaktes Schriftsprachsystem verfügten und bei denen keine Möglichkeit zur Wiedererlangung der natürlichen Sprechfunktion gesehen wurde (vgl. Beukelman/Mirenda 1998, 145f.).

Die Richtlinien der ‚Candidacy –Models‘ wurden im Laufe der Zeit völlig verworfen und durch das ‚Communication Needs Model‘ ersetzt (vgl. Beukelman/Mirenda 1998, 146).

Dies ist auf theoretische und praktische Wissenserweiterungen zurückzuführen. Auf der einen Seite war der Erwerb bzw. das Vorhandensein eines Schriftsprachsystems für eine UK-Versorgung nicht mehr zwingend notwendig, wodurch auch eine Versorgung von Vorschulkindern möglich wurde. Auf der anderen Seite sah man auch zunehmend die Notwendigkeit der Schaffung von Kommunikationsmöglichkeiten für Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Zudem rückte die Erfassung der individuellen Bedürfnisse von Kommunikation in den Vordergrund (vgl. Beukelman/Mirenda 1998, 147). Ziele des ‚Communication Needs Model‘ liegen demnach in der Dokumentation der individuellen Kommunikationsbedürfnisse, der Bestimmung, welche der Bedürfnisse durch bestehende Kommunikationsformen erzielt werden und in der Reduzierung der nicht erfüllten Kommunikationsbedürfnisse durch UK-Maßnahmen .

Um die Grundgedanken und Ziele des ‚Communication Needs Model‘ an die Öffentlichkeit zu bringen, entwickelten Beukelman/Mirenda Anfang der 90er Jahre das ‚Participation Model‘ (vgl. Beukelman/Mirenda 1998, 147ff). Dabei handelt es sich um ein „systematisches Vorgehensmodell ..., das im Team der konsensgeleiteten Planung, Durchführung und Evaluation von UK-Interventionen dient.“ (Lage/Antener 2000, 144). Grundlegend für das Modell ist die Orientierung der Intervention am Alltag der Betroffenen, der Vergleich mit Gleichaltrigen sowie die mehrphasige – sowohl gegenwartsbezogene als auch zukunftsorientierte – Diagnostik, die zudem der periodischen Überprüfung unterliegt (vgl. Braun/Kristen 2001, 6f.). Im Mittelpunkt steht jedoch die Erfassung möglicher Barrieren zur wirkungsvollen Einführung einer UK-Maßnahme. Dabei wird zwischen Zugangs- (assess access barriers) und Gelegenheitsbarrieren (assess opportunity barriers) differenziert (vgl. Beukelman/ Mirenda 1998, 153 ff; Lage/ Antener 2000, 145). Die Zugangsbarrieren beinhalten die Einschätzung der Fähigkeiten des Betroffenen, die für eine UK-Versorgung notwendig sind. Gelegenheitsbarrieren zeigen dahingegen allgemeine soziale Probleme sowie soziologische und sozialisatorische Faktoren, die eine UK-Versorgung hemmen können, auf. Insbesondere Gelegenheitsbarrieren, wie mangelndes Wissen über UK und die Haltung der Gesellschaft gegenüber UK, bedingen häufig ein Scheitern dieser (vgl. Lage/Antener 2000, 147).

„Zusammenfassend soll festgehalten werden, dass Interventionen in Unterstützter Kommunikation das Erarbeiten und Erproben des UK-Systems sowie dessen fortlaufende Überprüfung beinhalten. Das Partizipationsmodell erlaubt ein differenziertes Aufdecken der Barrieren, die die Partizipationsmöglichkeiten einer Person einschränken. Demnach richten sich die Interventionen auf die aufzuhebenden Barrieren. Die Maßnahmen werden dann als erfolgreich beurteilt, wenn sich der Partizipationsgrad der unterstützter kommunizierenden Person aufgrund der UK-Intervention erhöht hat.“ (Lage/ Antener 2000, 147)

Neben dem Partizipationsmodell von Beukelman/Mirenda finden sich in der anglo-amerikanischen Literatur inzwischen weitere Modelle zum strukturierten, theoriegeleiteten und evaluierten Vorgehen in der UK-Versorgung (vgl. Glennen 1997c, 154 ff; Wasson/Arvidson/Lloyd 1997, 169ff). Betitelt werden diese in der Regel als Assessmentmodelle. Allen Modellen gemeinsam ist, dass sie Fähigkeitsprofile des UK-Nutzers erstellen (Zugangsbarrieren erkennen), Hindernisse und durch das Umfeld bedingte Einschränkungen aufdecken (Gelegenheitsbarrieren) und diese mit dem Wissen über UK-Systeme angleichen.

3.1.1.1 Modelle und Konzepte für Unterstützte Kommunikation in Deutschland

Inzwischen hat sich auch in Deutschland gezeigt, dass die UK-Versorgung ein spezifisches Wissen und entsprechende Handlungskompetenzen benötigt. Der Ruf nach Theorien in der UK-Versorgung wird immer lauter (vgl. Kap.2.3) und erste Ansätze für ein theoriegeleitetes Vorgehen sind erkennbar. Ende der 90er Jahre wurde das Partizipationsmodell – ins Deutsche übersetzt von G. Antener (1998) – in die Diskussion um UK-Interventionen in Deutschland eingeführt. Braun und Kristen nahmen 2001 eine Adaption des Modells an bestehende Verhältnisse vor (vgl. Braun/Kristen 2001). Dabei zeigt sich, wie stark eine Ausrichtung der Theorie auf das Kinder- und Jugendalter erfolgt. Die Adaption des Modells bezieht sich auf den Schulalltag, der Bereich des Erwachsenenalters findet hier keine Beachtung. Inwieweit sich das Partizipationsmodell inzwischen im deutschen Praxisalltag integriert hat bzw. inwieweit es bekannt ist und auch Anwendung bei Betroffenen im Erwachsenenalter findet, bleibt zunächst noch offen und soll einen Erhebungspunkt der folgenden Studie darstellen.

Im folgenden werden Komponenten des UK-Assessments aufgezeigt. Diese Komponenten sind dem Partizipationsmodell nach Beukelman/Mirenda (1998) entnommen. Sie finden sich in irgendeiner Form jedoch in allen Modellen wieder. Durch das Wissen um diese Komponenten in der UK-Intervention soll ein systematisches und nachvollziehbares Vorgehen ermöglicht werden.

3.1.2 Assessmentkomponenten in der Unterstützten Kommunikation

Das Ziel einer UK-Intervention sollte darin bestehen der nichtsprechenden Person die Aktivitäten des täglichen Lebens zu erleichtern. Um eine geeignete UK-Maßnahme zu finden, die dieses Ziel erreicht, müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein.

Diese Voraussetzungen sind beim Betroffenen, in seinem Umfeld und im UK-System selbst zu suchen. Um alle diese Ebenen in der UK- Intervention zu beachten, bieten Assessmentmodelle bzw. das Partizipationsmodell (vgl. Kap. 3.1.1) eine Art ‚Checkliste‘ und Hilfe zur Strukturierung des Vorgehens. Dabei lassen sich die im einzelnen abzufragenden Komponenten in Anlehnung an Beukelman/ Mirenda (1998) in zwei Hauptbereiche zusammenfassen: In den Bereich der Zugangsbarrieren und in den Bereich der Gelegenheitsbarrieren. Die einzelnen Komponenten dieser Hauptbereiche werden im folgenden näher dargestellt. Dies geschieht in Anlehnung an das Partizipationsmodell nach Beukelman/ Mirenda (1998).

3.1.2.1 Zugangsbarrieren

Mit Zugangsbarrieren werden innerhalb des Partizipationsmodells die Fähigkeiten und Einstellungen des UK-Benutzers und seines engsten Umfeldes beschrieben.

„In the Participation Model ..., barriers to access pertain to the capabilities, attitudes, and resource limitations of potential AAC users themselves, rather than to limitations of their societies or support systems.” (Beukelman/ Mirenda 1998, 157)

Es geht darum, eine Einschätzung der gegenwärtigen Kommunikationssituation vorzunehmen und die Effektivität bestehender Kommunikationshilfen zu erfassen.

Die Einschätzung der Zugangsbarrieren erfolgt dabei auf drei Ebenen wie das nachstehende Schaubild im Überblick verdeutlicht. Das Schaubild enthält einen Ausschnitt aus dem Partizipationsmodell nach Beukelman/Mirenda (1998, 148) und wurde in Anlehnung an die deutsche Übersetzung von Antener (2001, 263) erstellt.

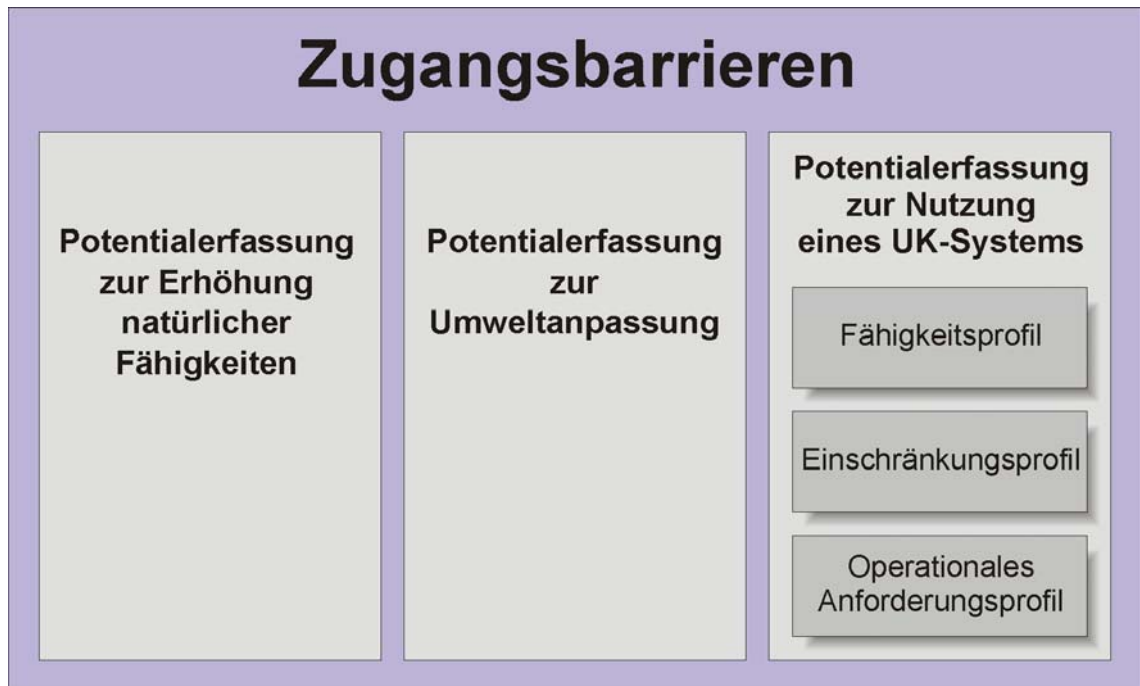


Abb. 1: Zugangsbarrieren

3.1.2.1.1 Potentialerfassung zur Erhöhung natürlicher Fähigkeiten

Viele Menschen mit schweren Kommunikationsstörungen besitzen die Fähigkeit, Lautsprache bzw. Laute zu erzeugen und diese auch bis zu einem gewissen Grad einzusetzen (vgl. Antener 2001, 264). Im Rahmen des Assessmentprozesses geht es darum, durch systematisches Beobachten und unter Einbezug des sozialen Umfeldes zu analysieren, inwieweit Lautsprache vorhanden ist und wie und wo sie eingesetzt wird oder eingesetzt werden könnte. Dabei gilt für die UK-Intervention zu bedenken, wie sich die Lautsprache in Zukunft entwickeln wird. Es sollen Aussagen darüber getroffen werden, ob mit einer Erweiterung lautsprachlicher Fähigkeiten im Rahmen angeborener oder vorübergehend erworbener Kommunikationsstörungen zu rechnen ist oder ob eher ein zunehmender Verlust lautsprachlicher Fähigkeiten beispielsweise im Verlauf fortschreitender Erkrankungen zu erwarten ist. Anhand dieser Informationen gilt es abzuschätzen, welche UK-Maßnahme für die Ausschöpfung des Potentials zur Erhöhung der natürlichen Fähigkeiten geeignet ist.

3.1.2.1.2 Potentialerfassung zur Umweltanpassung

Innerhalb der Umweltanpassung gilt zu hinterfragen, ob es Hindernisse in der Umgebung gibt, die eine Kommunikationssituation erschweren. Häufig können relativ einfach Kommunikationsbarrieren reduziert werden, indem beispielsweise räumliche oder

örtliche Veränderungen vorgenommen werden, die den Zugang zu bestimmten Aktivitäten dann erleichtern (vgl. Antener 2001, 264; Beukelman/Mirenda 1998, 162f.).

3.1.2.1.3 Potentialerfassung zur Nutzung eines UK-Systems

Innerhalb dieser Ebene geht es um die Einschätzung von Fähigkeiten und Potentialen einer Person zur UK-Nutzung. Dazu wird ein Fähigkeits- und Einschränkungprofil des Betroffenen erstellt sowie eine operationale Anpassung des UK-Systems vorgenommen.

Fähigkeitsprofil

Das Fähigkeitsprofil beinhaltet eine Einschätzung der Fähigkeiten eines UK-Benutzers im Hinblick auf die im folgenden aufgeführten Komponenten. Dabei wird auf eine Darstellung einzelner formeller und informeller Prüfverfahren aufgrund der Masse an Testverfahren an dieser Stelle verzichtet. Hier sei auf die Werke von Beukelman/Mirenda (1998), Glennen/DeCoste (1997) und Lloyd/Fuller/Arvidson (1997) verwiesen, die die einzelnen Komponenten und ihre Inhalte ausführlich darstellen.

Motorische Fähigkeiten und Positionierung

Die motorischen Fähigkeiten stellen einen wesentlichen Faktor in der Auswahl einer Kommunikationshilfe dar. Durch Einschätzung der motorischen Fähigkeiten kann festgestellt werden, inwieweit der Betroffene beispielsweise körpereigene Kommunikationsformen wie Gebärden nutzen kann. Geht es um die Nutzung externer Kommunikationsformen soll die Untersuchung Informationen über Sitzhaltung und Möglichkeiten des Zeigens und Bedienens von Schaltern/Tasten liefern (vgl. Tetzchner/Martinsen 2000, 122). Bei Personen mit umfassenden motorischen Behinderungen ist es häufig ein sehr langwieriger Prozess bis eine stabile und optimale Positionierung zum Bedienen von Schaltern oder zum Zeigen gefunden wird. Eine Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten ist in der Regel unabdingbar (vgl. Beukelman/Mirenda 1998, 183).

Visuelle und auditive Fähigkeiten

Störungen des Seh- und Hörvermögens treten bei Menschen mit angeborenen oder erworbenen Kommunikationsstörungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung wesentlich häufiger auf, weshalb eine Überprüfung dieser Funktionen unverzichtbar ist (vgl. Tetzchner/Martinsen 2000, 123). Eine Überprüfung dieser Fähigkeiten ist durch objektive Testverfahren möglich. Dabei ist jedoch zu beachten, dass ein offensichtlich intaktes Sinnesorgan keine Garantie für eine normale Wahrnehmung bietet. Wahrneh-

mungsprobleme sind nur durch eine genaue Beobachtung der Betroffenen herauszufinden. Sie liefern jedoch wichtige Aussagen für die Anordnung und Größe von graphischen/orthographischen Zeichen bzw. für die Anschaffung von Geräten mit Sprachausgabe (vgl. Beukelman/Miranda 1998, 213; Tetzchner/Martinsen 2000, 123).

Kognitive und linguistische Fähigkeiten

Die Überprüfung kognitiver und linguistischer Fähigkeiten nichtsprechender Menschen kann mit Hilfe standardisierter und/oder nichtstandardisierter Testverfahren erfolgen (vgl. Glennen 1997, 171f.). Es sind jedoch ganz klar Grenzen standardisierter Testverfahren zu erkennen und zu beachten. Häufig basieren die Testverfahren auf Sprache, es gibt nur wenige nonverbale Testverfahren. Zudem ist und kann der Vergleich mit einer gleichaltrigen Kontrollgruppe nicht Ziel der Testung sein. Vielmehr geht es einerseits darum, die ‚Ja/Nein‘-Entscheidungsfähigkeit zu überprüfen. Andererseits nimmt die Arbeit mit Zeichen/Symbolen einen großen Raum in der Anwendung von UK ein, weshalb das Symbolverständnis einzuschätzen und der Umgang mit Symbolen zu erfragen ist. Ziel ist zu erkennen, ob Symbole kombiniert und kodiert werden können und ob Kategorien bzw. Assoziationen zwischen den einzelnen Symbolen hergestellt werden können (vgl. Glennen 1997, 174).

Diese Fähigkeiten gilt es insbesondere bei angeborenen Kommunikationsstörungen sowie bei erworbenen Kommunikationsstörungen in Folge eines Apoplexes oder Schädel-Hirn-Traumas zu überprüfen. Im Rahmen fortschreitender Erkrankungen, innerhalb derer Kommunikationsstörungen auf zunehmende motorische Störungen beruhen, kann von intakten kognitiven und linguistischen Fähigkeiten ausgegangen werden (vgl. Tetzchner/ Martinsen 2000, 128).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass insbesondere die Einschätzung des Sprachverständnisses häufig sehr schwierig ist. Zumeist wird das Sprachverständnis unterschätzt, vor allem wenn umfassende motorische Störungen vorliegen. Eine systematische Beobachtung sowie der Einbezug des sozialen Umfeldes ist deshalb sehr wichtig (vgl. Tetzchner/ Martinsen 2000, 131ff).

Lesen und Schreiben

Entsprechend den kognitiven und linguistischen Fähigkeiten kann die Überprüfung der Lese-Schreibfähigkeit durch standardisierte und nichtstandardisierte Testverfahren erfolgen (vgl. Glennen 1997, 182). Im wesentlichen geht es um die Ermittlung der Fähigkeit zum Erkennen von Buchstaben und dem Vorhandensein einer Graphem-Phonem-Korrespondenz. Des Weiteren erfolgt eine Überprüfung der Buchstabierfähigkeit. Ist diese gegeben, besteht die Möglichkeit, orthographische Zeichen im

Rahmen externen Kommunikationsformen zu nutzen. Ähnlich wie im Bereich der kognitiven und linguistischen Fähigkeiten gilt auch hier, dass bei fortschreitenden Erkrankungen in der Regel ein intaktes Lese-Schreibsystem gegeben ist auf das jederzeit zurückgegriffen werden kann. Bei anderen Störungsbildern ist diese zu hinterfragen. Im Bereich der angeborenen Kommunikationsstörungen ist zu überlegen, inwieweit und mit Hilfe welcher Konzepte die Vermittlung der Lese-Schreibfähigkeit erfolgen kann (vgl. Tetzchner/Martinsen 2000, 276ff).

Einschränkungsprofil

Neben den Fähigkeiten des UK-Benutzers und den technischen Voraussetzungen des UK-Systems gibt es praktische Gegebenheiten, welche die Auswahl des Systems sowie seine Einführung und Anwendung beeinflussen können (vgl. Antener 2001, 265). Diese einschränkenden Faktoren sind vorrangig beim Benutzer und seiner Familie, aber auch in den Vorlieben und Abneigungen anderer Kommunikationspartner zu suchen. Die einschränkenden Faktoren können beispielsweise in der Ablehnung einer bestimmten Kommunikationsform oder in dem Wunsch nach bestimmten technischen Voraussetzungen liegen (vgl. Beukelman/ Mirenda 1998, 164).

Operationales Anforderungsprofil

In der Literatur werden vielfältige Kommunikationsformen aufgezeigt, die eingesetzt werden, um Zugangsbarrieren zu überwinden und bestehende Kommunikationsformen zu erweitern und zu optimieren. Grundlegend für die Bestimmung eines geeigneten UK-Systems ist, Kommunikationshilfen und deren Voraussetzungen für die Anwendung zu kennen und zu beachten.

3.1.2.2 Gelegenheitsbarrieren

Als Gelegenheitsbarrieren werden „alle Faktoren, die einer erfolgreichen UK-Intervention im Wege stehen und außerhalb des Individuums und seines unmittelbaren Bezugssystems liegen“ (Braun/Kristen 2001, 9) bezeichnet.

Das bedeutet, dass für die Planung einer UK-Maßnahme die Erfassung der individuellen Fähigkeiten des Nutzers oftmals nicht ausreichend ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Gründe für eine nichtfunktionierende UK-Maßnahme teilweise nicht beim Betroffenen selbst, sondern in seinem Umfeld beispielsweise in Form einer negativen Einstellung gegenüber Behinderung bzw. in einem Mangel an Wissen über UK liegen. Diese Barrieren können nicht durch den Einsatz einer UK-Maßnahme beseitigt werden. Vielmehr müssen sie im Umfeld beseitigt werden bzw. in der Planung

Beachtung finden (vgl. Antener 2001, 261). Nach Beukelman/Mirenda (1998, 153ff) lassen sich verschiedene Typen von Gelegenheitsbarrieren differenzieren. Dazu zählen beispielsweise politische Barrieren, die aus Regelungen und gesetzlichen Bestimmungen zur UK-Finanzierung resultieren sowie Wissensbarrieren, die sich durch ein fehlendes spezifisches UK-Wissen bei Betroffenen, Angehörigen, Ärzten oder Therapeuten ergeben (vgl. Antener 2001, 262; Beukelman/Mirenda 1998, 153ff). Aber auch individuelle Einstellungen negativer Art gegenüber einer UK-Maßnahme im direkten Umfeld des UK-Nutzers stellen eine Gelegenheitsbarriere dar (vgl. Antener 2001, 262; Beukelman/Mirenda 1998, 156). Darüber hinaus kann die Beachtung kultureller Besonderheiten im Rahmen der Gelegenheitsbarrieren von Bedeutung sein.

3.1.3 Interdisziplinäre Ausrichtung der UK-Versorgung

„The AAC evaluation process has always been practice as a team effort.” (Glennen 1997, 151)

Aufgrund der Vielfalt an Störungsmerkmalen, die viele UK-Nutzer zeigen, ist eine Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen häufig unabdingbar. Zudem gilt, nicht nur Fähigkeiten und Wünsche des Betroffenen, sondern auch die seines unmittelbaren Umfeldes zu hinterfragen. Eine UK-Intervention sollte aus diesem Grund in einem Team erfolgen, das aus unterschiedlichen Berufs- und Personengruppen besteht. In der anglo-amerikanischen Literatur werden verschiedene Teamstrukturen in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen beschrieben. Dazu zählen u.a. das ‚Multidisziplinäre Team‘, das ‚Interdisziplinäre Team‘ und das ‚Transdisziplinäre Team‘ (vgl. Swengel/Marquette 1997, 23ff).

Ein Vergleich dieser Teammodelle zeigt, dass alle Teams aus Spezialisten vieler Teildisziplinen bestehen, die in Interaktion zum Betroffenen stehen. Eine Arbeit mit dem Umfeld bleibt in diesen interdisziplinären Versorgungskonzepten jedoch außen vor (vgl. Swengel/Marquette 1997, 25f.). Aber gerade für die Versorgung im UK-Bereich ist die Arbeit mit dem Betroffenen *und* seiner Familie sowie auch der Einbezug anderer Bezugspersonen äußerst wichtig. Zudem fehlt in jenen Teamstrukturen die Intervention im natürlichen Umfeld, die jedoch Voraussetzung für eine erfolgreiche UK-Intervention ist.

Für eine interdisziplinäre Ausrichtung der UK-Versorgung wird deshalb das ‚Collaborative Team Model‘ (Swengel/Marquette 1997, 26) oder auch ‚AAC

Assessment Team' (Wasson/Arvidson/Lloyd 1997, 173) vorgeschlagen, das eben jene Kritikpunkte ausmerzt.

„... the collaborative team works within the natural environment, and the flow of interaction and supports collaboratively involve the consumer, natural supports, and individuals from various disciplines.“ (Swengel/Marquette 1997, 26).

Die Zusammenstellung des Teams ist dabei individuell unterschiedlich und abhängig von den individuellen Bedingungen, Erwartungen und Zielen. Denkbar sind als Teammitglieder der Betroffene und seine Familie, Personen aus dem engeren Umfeld, Ärzte und Therapeuten unterschiedlicher Fachdisziplinen sowie Techniker im Rahmen der Versorgung mit elektronischen Kommunikationshilfen (vgl. Swengel/Marquette 1997, 27f.). Dabei sollten alle Teammitglieder, insbesondere die Teilnehmer aus den einzelnen Fachdisziplinen, über ein einschlägiges UK-Wissen verfügen.

Welche Fähigkeiten und Voraussetzungen die Teammitglieder für eine erfolgreiche UK-Intervention mitbringen sollten, ist der einschlägigen Literatur zu entnehmen (vgl. Beukelman/Mirenda 1998; Swengel/Marquette 1997; Wasson/Arvidson/Lloyd 1997).

Welche Teamstrukturen in der UK-Versorgung in Deutschland vorherrschen bzw. inwieweit der Forderung einer UK-Versorgung durch ein interdisziplinäres Team Folge geleistet wird, gilt im Verlauf der Arbeit zu klären.

Eine interdisziplinäre Ausrichtung der UK-Versorgung in Deutschland stellen die Beratungsstellen dar. Ihre Entwicklung und ihre Aufgaben, wie sie in der Literatur zu finden sind, sollen in Hinblick auf das Forschungsvorhaben in einem kleinen Exkurs dargestellt werden.

3.1.3.1 UK- Beratungsstellen in Deutschland

Die Feststellung eines Förderbedarfs im Fachbereich UK bzw. die Versorgung mit einer UK-Maßnahme kann auf vielfältige Art und Weise erfolgen. Welcher Personenkreis sich schwerpunktmäßig für UK-Interventionen in Deutschland verantwortlich zeichnet, ist bis heute noch nicht klar definiert (vgl. Kap. 2.2.2). Mit entsprechendem Fachwissen wäre eine Versorgung durch Sprachtherapeuten, Geistigbehindertenpädagogen und/oder Körperbehindertenpädagogen sowie angrenzender Fachdisziplinen (Ergotherapie/ Physiotherapie) denkbar.

Wie groß dieses Wissen jedoch sein muss bzw. wie vielschichtig der Entscheidungsprozess für eine entsprechende Kommunikationshilfe ist, haben die vorangehenden Ausführungen bereits gezeigt. Zwar findet UK in der Ausbildung vieler sonderpädagogischer Disziplinen zunehmend an Beachtung, oftmals ist das Wissen jedoch nicht ausreichend bzw. sind fachkundige Therapeuten nicht flächendeckend vorhanden.

Zudem hat Abschnitt 3.1.3 gezeigt, dass UK-Interventionen aufgrund ihrer Vielschichtigkeit nicht von Einzelpersonen, sondern in einem interdisziplinären Team von Fachleuten und im unmittelbaren Kontext des Betroffenen vollzogen werden sollten. Für die Betroffenen selbst und für deren Umfeld stellt die Entscheidung für eine Kommunikationshilfe ohne professionelle Beratung eine Überforderung dar.

Um den Anforderungen einer umfassenden und professionellen UK-Versorgung nachzukommen, wurden im anglo-amerikanischen Sprachraum und in Skandinavien Zentren eingerichtet „in denen nichtsprechende Menschen sowie deren Angehörige und professionelle Betreuer umfassende Beratung bei der Auswahl, Anpassung und Praxiserprobung geeigneter Kommunikationshilfen finden.“ (Ihssen 1992, 23) Angegliedert sind diese Beratungszentren häufig an pädagogische Einrichtungen, Schulen und Kliniken (vgl. Halaga 2001).

Anfang der 90er Jahre wurden auch in Deutschland vermehrt Forderungen nach firmenunabhängigen Beratungsstellen für UK gestellt (vgl. Stuckenschneider-Braun, 1991; Ihssen 1992). Firmenunabhängige Beratungsstellen sollen deshalb genutzt werden, um eine Versorgung nichtsprechender Menschen unabhängig von den Interessen einer Firma gestalten zu können. Zudem sollen nicht nur elektronische Kommunikationshilfen Gegenstand der Beratung sein, sondern es sollen auch Möglichkeiten der körpereigenen und nichtelektronischen Kommunikation in der Beratung Beachtung finden. Eine Trennung von Beratung und Verkauf soll darüber hinaus für den Kostenträger die Sicherheit bringen, dass Verkaufsinteressen und tatsächlicher Versorgungsbedarf des Betroffenen in keiner Abhängigkeit stehen (vgl. Renner/Lindemann 1999, 7).

Inzwischen gibt es in Deutschland etwa 60 firmenunabhängige ambulante Beratungsstellen (vgl. www.isaac_online.de; www.spiekermann.online.de/Netzwerk.htm). Aufgeteilt sind diese Beratungsstellen auf zwölf Bundesländer, wobei in den neuen Bundesländern kaum Beratungsstellen vertreten sind. In Ostdeutschland gibt es lediglich eine Beratungsstelle in Mecklenburg-Vorpommern und eine Beratungsstelle in Sachsen. Dabei ist jedoch fraglich, ob es dort tatsächlich nicht mehr Beratungsstellen in den neuen Bundesländern gibt oder ob diese nur nicht registriert sind. Festzuhalten ist jedoch, dass eine flächendeckende Versorgung mit Beratungsstellen für UK noch nicht gewährleistet ist. Der Großteil der Beratungsstellen ist Schulen für Körperbehinderte oder Geistigbehinderte angegliedert (33 Beratungsstellen). Beraten werden häufig auch nur die Kinder/Jugendlichen und deren Bezugspersonen, die eben jene Schule besuchen. Daneben gibt es eine Reihe von schulunabhängigen Beratungs-

stellen, die Kliniken/Zentren (6 Beratungsstellen) oder Universitäten (3 Beratungsstellen) angegliedert sind. Eine geringe Zahl von Beratungsstellen wird ohne Angliederung an andere Institutionen geführt (6 Beratungsstellen).

Internetrecherchen (vgl. www.spiekermann.online.de/Netzwerk.htm) ergaben, dass innerhalb dieser Beratungsstellen sowohl Menschen mit angeborenen als auch mit erworbenen Kommunikationsstörungen versorgt werden. Zielsetzung der Beratungsstellen ist, den nicht sprechenden Menschen und seinen Bezugspersonen umfassende Informationen über Methoden und technische Voraussetzungen der UK zu geben sowie eine geeignete individuelle Kommunikationshilfe zu entwickeln und zu implementieren (vgl. Kristen 2000, 133). Zudem sollten Beratungsstellen „Eltern über die ambulante Beratung hinaus gezielte Seminare zu unterschiedlichen Themenstellungen anbieten.“ (Geiger 2001 36)

Dies sollte jedoch nicht nur für die Bezugspersonen von Menschen mit *angeborenen* Kommunikationsstörungen gelten, sondern ebenso für Angehörige von Menschen mit *erworbenen* Kommunikationsstörungen.

Ein weiterer Schwerpunkt vieler Beratungsstellen ist die fachspezifische Aus- und Weiterbildung für pädagogische und/oder therapeutische Fachkräfte.

Inwieweit innerhalb dieser Einrichtungen interdisziplinär gearbeitet wird, welche Rolle Sprachtherapeuten in dieser interdisziplinären Versorgung einnehmen und wie und in welchem Umfang Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen eine Versorgung erhalten, ist u.a. Gegenstand des nachfolgenden Forschungsprojektes.

3.2 Methoden der Unterstützten Kommunikation

„Wer sich in unserer lautsprachlich orientierten Gesellschaft nicht adäquat mitteilen kann, steht unter einem starken psychischen Druck, was man sowohl bei Kindern wie auch Erwachsenen beobachten kann. Die Fähigkeit zur Kommunikation wird als Grundlage zur seelisch-geistigen Entwicklung angesehen. Nur ein Mensch, der verstanden wird und sich mit seiner Umwelt austauschen kann, erlebt sich als handelnde Person, die ihre Umwelt beeinflussen kann. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die gesamte Entwicklung. Diese Chance sollte man niemandem verwehren.“ (Schneider 2001, 19)

Eine solche Chance bietet die UK, die nicht oder kaum sprechenden Menschen aller Altersklassen ein breites Spektrum neuer, alternativer Kommunikationsmöglichkeiten eröffnet. Je nach Grunderkrankung, körperlicher und geistiger Entwicklung sowie evtl. vorhandener lautsprachlicher Restfähigkeiten gibt es eine Vielzahl ergänzender und ersetzender Kommunikationsformen, welche die kommunikative Situation vieler Betroffener sowie ihre Persönlichkeitsentwicklung und soziale Integration grundlegend verändern und verbessern können.

Ziel der UK ist es, die kommunikative Situation und die damit verbundene Lebensqualität der Betroffenen und ihres Umfeldes zu verbessern. Grundlegend für die UK-Versorgung ist der Ansatz der ‚totalen Kommunikation‘. Es geht dabei um die Ausschöpfung sämtlicher Möglichkeiten zur Bereitstellung eines umfassenden Kommunikationssystems. Kommunikationshilfen sind hier als Mosaiksteine eines umfassenden Systems aus körpereigenen und externen Kommunikationsformen zu sehen. Des Weiteren geht es um „die Schaffung eines geeigneten Rahmens, der Menschen ohne Lautsprache die Möglichkeit gibt, über ihre ganz persönlichen Ausdrucksformen Mitteilungen zu machen, die von ihrer Umwelt als absichts- und bedeutungsvoll interpretiert werden. Voraussetzungen hierfür sind die Sensibilität der GesprächspartnerInnen und deren angepasste Form der Gesprächsführung.“ (Kristen 1994b, 6)

Primär lassen sich die UK-Methoden in zwei große Bereiche unterteilen, wie das nachfolgende Schaubild aufzeigt:

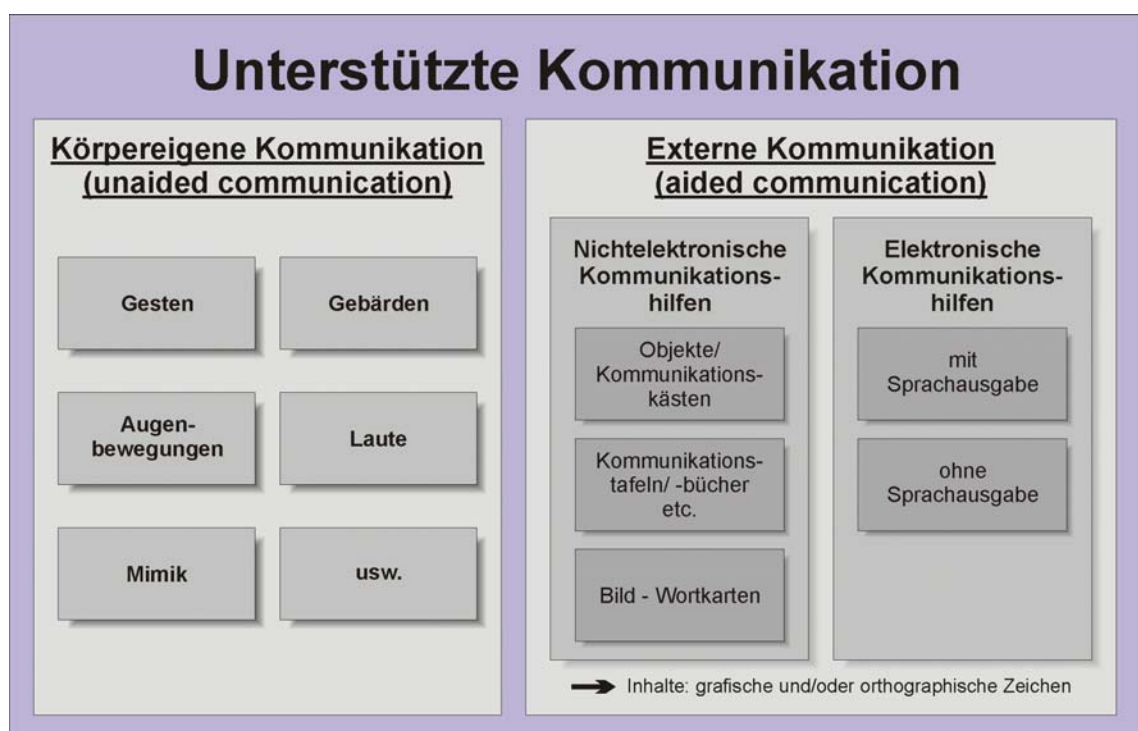


Abb.2: Unterstützte Kommunikation (Giel/ Richter 2002)

Der Bereich der körpereigenen Kommunikationsformen (unaided communication) verkörpert dabei eine „Kommunikation, die mit Hilfe des Körpers ohne den Einsatz zusätzlicher Hilfsmittel vollzogen wird“ (Bober/Franzkowiak 2001, 8). Externe Kommunikationsformen (aided communication) beinhaltet dahingegen immer einen „Gegenstand, der zur Erweiterung der Kommunikationsmöglichkeiten benutzt wird“ (Bober/

Franzkowiak 2001). Dieser Gegenstand kann sowohl elektronischer als auch nichtelektronischer Natur sein.

„Augmentative and alternative communication strategies are categorized as unaided or aided. Unaided methods of communication rely completely on the user's body to convey communicative messages. Vocalizations, gestures, sign language, head nods, and eye gaze are all methods of unaided communication. Aided communication methods require the use of tools or equipment in addition to the user's body. Aided communication methods can range from using paper and pencil to using sophisticated laptop computers with speech synthesizers.“ (Glennen 1997b, 60)

Im folgenden wird ein Überblick über die Inhalte der körpereigenen und externen Kommunikationsformen sowie ihre Vor- bzw. Nachteile gegeben. Die Darstellung der einzelnen Methoden und ihrer Inhalte sowie Hinweise für den Einsatz jener Methoden dürfen nicht als vollständig betrachtet werden. Eine umfassende Darstellung aller einzelnen Methoden würde den Rahmen sprengen und ist nicht Intention dieser Arbeit.

Um sich in die Methoden der Unterstützten Kommunikation näher einzuarbeiten, steht inzwischen vielfältige Literatur (vgl. Kristen 1994a; Tetzchner/Martinsen 2000; Glennen/DeCoste 1997; Beukelman/Mirenda 1998; ISAAC -Zeitschriften 1991-2002) zur Verfügung und insbesondere über ISAAC -Deutschland sowie den Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (Düsseldorf) gibt es zahlreiche Fortbildungen, die in den Themenbereich Unterstützte Kommunikation einführen sowie Formen und Inhalte der UK vermitteln.

3.2.1 Körpereigene Kommunikation

„In der Kommunikation mit Menschen ohne Lautsprache spielen die nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten eine große Rolle.“ (Kristen 1994b, 7)

Zu den Inhalten körpereigener Kommunikationsformen zählen unter anderem:

- Gesten
- Gebärden
- Fingeralphabet
- Zeigebewegungen
- Augenbewegungen
- Mimik
- Lautsprache bzw. Lautsprachreste.

In der anglo-amerikanischen Literatur werden jene Kommunikationsformen als „un-aided communication methods/techniques“ bezeichnet und beinhalten „nothing more than the communicator’s body as a whole or as parts that can be used as articulators. The vocal tract, the mouth, the tongue, and the lips are crucial for production of natural speech and vocalisation. Hands, arms, facial expression, and body posture and movement are important for manual signs and gestures.“ (Loncke/ Bos 1997, 80)
Dabei handelt es sich – insbesondere bei Gestik, Mimik und Körperhaltung - um Kommunikationsformen, die auch von natürlich sprechenden Personen häufig genutzt werden.

„Human communication consists of an intricate complex of language use and all kinds of other communicative behaviors, such as eye gaze and eye contact, facial expression (changes in), body posture, pointing, and hand movements.“ (Lloyd/Fuller/Loncke/Bos 1997, 43)

Diese Kommunikationsformen, die zwar eine Rolle in der Kommunikation spielen, jedoch nicht kodifiziert sind, werden auch als *Körpersprache* bezeichnet (vgl. Adam 2000, 110). In der Körpersprache können physische und psychische Befindlichkeiten wie Abwehr und Angst zum Ausdruck kommen; nonverbale Signale wie Wut, Freude, Interesse usw. werden auch über den Gesichtsausdruck vermittelt und lösen beim Gegenüber bestimmte Reaktionen aus.

Bei nichtsprechenden Personen können diese Kommunikationsformen „z.T. hochgradig idiosynkratischen Charakter annehmen.“ (Braun 1991, 3) Das heißt, hier können beispielsweise Augenbewegungen oder Fußzeichen zur Ja-/Nein-Verständigung genutzt werden und nicht nur das übliche Kopfnicken oder -schütteln.

„Die Tatsache, dass körpereigene Kommunikationswege nichtsprechender Menschen teilweise der nonverbalen Kommunikation natürlich sprechender Menschen entsprechen, teilweise jedoch ungewöhnliche Formen annehmen oder bei gleichen Formen andere Bedeutungen transportieren, ist eine der Ursachen dafür, dass so häufig Missverständnisse auftreten. So ist auch zu verstehen, wie es kommen kann, dass ein „nichtsprechender“ Mensch durch Lautierungen und heftige Augenbewegungen „Ja“ signalisieren möchte, ein unvertrauter Partner dieses Verhalten jedoch als Anzeichen für eine aufkommende Übelkeit interpretiert.“ (ISAAC- Info 2000)

Festzuhalten ist hier, dass die Körpersprache als Ersatz für die Lautsprache nicht ausreicht. Berücksichtigen muss man zudem, dass viele nichtsprechende Menschen auch körperlich behindert sind und somit oftmals gar nicht in der Lage sind, Körpersprache gezielt einzusetzen.

Eine weitere Form der körpereigenen Kommunikation stellen die *Gebärden* dar. In den meisten Ländern lassen sich zwei Arten von Gebärden unterscheiden: Die Gebärdensprache der Gehörlosen und die lautsprachbegleitenden Gebärden (vgl. Tetzchner/ Martinsen 2000).

Die *Gebärdensprache* stellt die Muttersprache der Gehörlosen dar. Sie ist länder-spezifisch und oft nach dem jeweiligen Land benannt, z.B. Deutsche Gebärdensprache (DGS) oder American Sign Language (ASL). Sie stellt eine eigene Sprache mit einer eigenen Grammatik dar, die in ihrer Syntax und Morphologie von der Lautsprache abweicht (vgl. Adam 2000, Braun 2000, Tetzchner/Martinsen 2000).

Lautsprachbegleitende Gebärden sind der ‚Deutschen Gebärdensprache (DGS)‘ bzw. entsprechend der jeweiligen Lautsprache entnommen und im Vorgehen so gekennzeichnet, dass sie der Lautsprache Wort für Wort folgen. Syntax und Morphologie richten sich hier nach der jeweiligen Lautsprache (vgl. Adam 1985; Braun 2000).

Zur Nutzung von Gebärden sind Körperposition sowie Hand- und Armbewegungen von besonderer Bedeutung. Diese dynamische Form der Kommunikation bedarf zwar keiner Hilfsmittel, setzt jedoch gewisse motorische Fähigkeiten voraus (vgl. Kristen 1994a, 60). Nur mit ausreichender Bewegungsfähigkeit und Genauigkeit in der Bewegungsausführung können Gebärden genutzt werden.

Ein wichtiges Element der körpereigenen Kommunikationsformen stellt die Schaffung eines jederzeit reproduzierbaren Ja-/Nein-Zeichens mit Hilfe jener Inhalte dar. Durch diese Zeichen können über gezielte Fragen, Aussagen über Wünsche und Bedürfnisse gewonnen werden und eine basale Verständigung ist auch dann möglich, wenn andere Kommunikationshilfen (vgl. Kap. 3.2.2) nicht zur Verfügung stehen. Beachten muss man jedoch, dass diese Form der Kommunikation sehr einseitig ist und „für den/die Nichtsprechende/n sehr frustrierend, da er/sie total von den GesprächspartnerInnen abhängig ist, Gespräche kaum steuern und neue Gedanken kaum einbringen kann, da die KommunikationspartnerInnen dazu wahrscheinlich nicht die entsprechenden Fragen stellen können oder werden.“ (Arnusch/Pivitt 1996, 20)

Folgende Vor- und Nachteile lassen sich für diese Formen der Kommunikation und ihre Inhalte festhalten:

Vorteile der körpereigenen Kommunikationsformen liegen darin, dass sie jederzeit zur Verfügung stehen, eine relativ hohe Kommunikationsgeschwindigkeit sowie eine orts-unabhängige Kommunikation erlauben.

Nachteile sind darin zu sehen, dass bei komplexeren Formen eine Kommunikation häufig nur mit eingeweihten Personen möglich ist und insbesondere bei Ja-/Nein-Konzepten ein recht einseitiges Frage-Antwort-Spiel entsteht. Zudem ist eine Kommunikation von der physischen Nähe und totalen Aufmerksamkeit des Kommunikationspartners abhängig. Eine Kommunikation über komplexe Inhalte sowie innerhalb einer Gruppe ist meist schwierig (vgl. Arnusch/Pivitt 1996; Kristen 1994a).

Diesen dynamischen Symbolen stehen die statischen Symbole als Inhalt von Kommunikationsformen gegenüber, die im folgenden Kapitel im Bereich der externen Kommunikation aufgezeigt werden.

3.2.2 Externe Kommunikation

Externe Kommunikation verkörpert eine Kommunikation mit Hilfsmitteln, die immer dann vorzufinden ist, wenn „der linguistische Ausdruck in physischer Form außerhalb der Person des Benutzers vorhanden ist.“ (Tetzchner/Martinsen 2000, 16)

Das bedeutet, dass jene Kommunikationsinhalte nicht selbst produziert werden, sondern aus einer Anzahl von Symbolen wiedererkannt und ausgewählt werden müssen (vgl. Kristen 1994a). Dabei sind Symbole als „Repräsentanten für Objekte und/oder Sachverhalte, die in bildlicher oder verbaler Form, die Prozesse des Denkens, der inneren Sprache und der Kommunikation ermöglichen“ zu verstehen (Voßhage 1997, 14). In jüngeren Publikationen (vgl. Tetzchner/Martinsen 2000, Prosetzky 2002) wird im Rahmen der Methoden der UK nicht mehr von Symbolen sondern von graphischen Zeichen gesprochen. Hierdurch soll eine schärfere Abgrenzung zum linguistischen Begriff der Lautsprache erfolgen, da diese ebenfalls als Symbol aufgefasst wird (vgl. Prosetzky 2002, 22).

Angeordnet sind diese Symbole/Zeichen als Bildersammlung z.B. auf einer Kommunikationstafel (vgl. Kap. 3.2.2.2) oder gespeichert in einer elektronischen Kommunikationshilfe (vgl. Kap. 3.2.2.3).

Aufgrund der Tatsache, dass diese Symbole nicht selbst produziert werden, sondern in physischer Form vorhanden sind, sprechen Vanderheiden/Yoder hier auch von statischen Symbolen:

„Static symbols include both graphic symbols and objects that are permanent and enduring. They do not have to be changed or moved in order to have their meaning conveyed.“ (Vanderheiden/ Yoder 1986, 71)

Im weiteren Verlauf erfolgt nun zunächst eine Darstellung der Inhalte externer Kommunikation. Darauf aufbauend werden die zwei Bereiche externer Kommunikation – nichtelektronische und elektronische Kommunikationshilfen – näher erläutert.

3.2.2.1 Inhalte externer Kommunikation

„Most aided symbols are graphic line drawings, with or without orthography (i.e.; printed words), however, aided symbols may also be objects, parts of objects, or even mixtures.” (Millikin 1997, 108)

Die Inhalte der externen Kommunikation lassen sich in vier große Bereiche untergliedern.

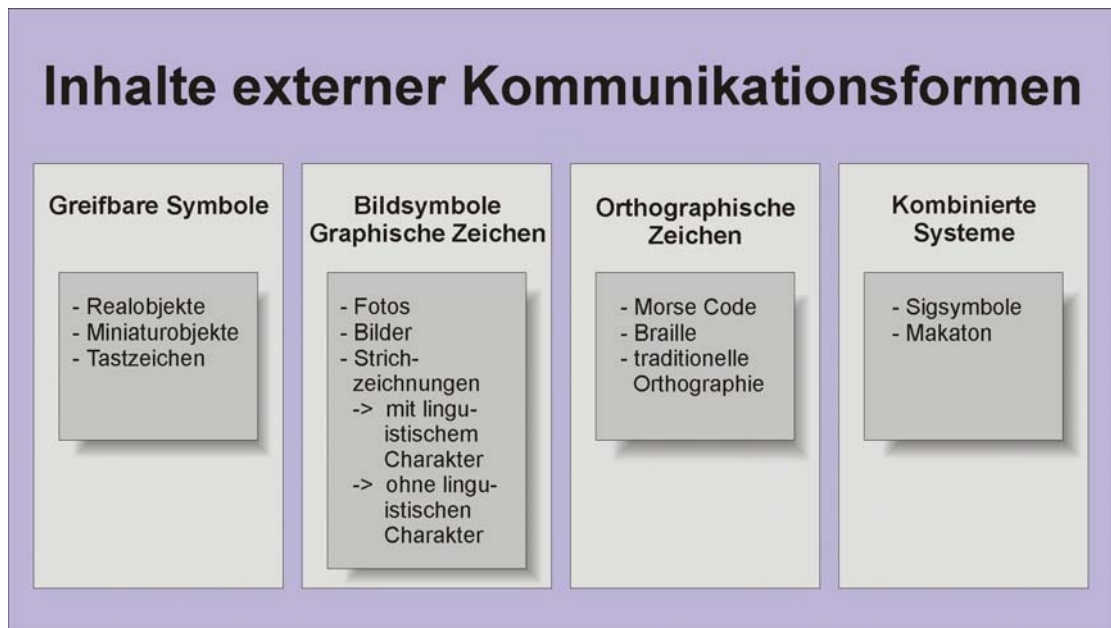


Abb. 3: Externe Symbolformen

Wie das Schaubild aufzeigt, fallen unter externe Symbole alle greifbaren, graphischen und orthographischen Symbole/Zeichen sowie kombinierte Symbolsysteme. In der anglo-amerikanischen Literatur werden diese in der externen Kommunikation verwendbaren Symbole/Zeichen unter dem Begriff “aided communication techniques” zusammen gefasst.

„... aided communication techniques involve the use of physical objects, typically referred to as aids or devices, which are used to communicate messages. ... Aided symbols provide the means for message formulation with low tech communication boards and are used to represent programmed messages stored in voice output AAC devices.” (Millikin 1997, 107f.)

Festzuhalten ist hier, dass die Repräsentation von Sprache in Form von externen Symbolen/Zeichen sowie der Einsatz dieser innerhalb verschiedener Kommunikationsformen zu den besterforschten Gebieten der UK gehört. Insbesondere in den USA wurde die Suche nach der idealen Darstellung von Sprache stark vorangetrieben. In dem Artikel von Prosetzky (2002) werden vielfältige Studien angeführt, die sich mit der

Transparenz von Symbolen und dem Erlernen dieser beschäftigen (vgl. Voßhagen 1997; Prosetzky 2002).

Im folgenden werden die vier Hauptgruppen mit ihren verschiedenen Symbolformen dargestellt. Dabei erheben insbesondere die Symbolsammlungen und -systeme im Rahmen der graphischen Zeichen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ziel ist hier, einen Eindruck von den Möglichkeiten des Einsatzes von Symbolen im Rahmen der UK und einen Überblick über vorhandene Symbolsammlungen und -systeme zu gewinnen.

„In addition, it is important to know the various types of symbols that can be used for communication, thus ensuring that the best match is made between symbols and individual communicators.“ (Millikin 1997, 108)

Greifbare Symbole/Zeichen

Greifbare Symbole/Zeichen beinhalten Realobjekte, Miniaturobjekte sowie Tastzeichen. Sie sind in der Regel durch eine hohe Transparenz gekennzeichnet. Deshalb werden greifbare Symbole/Zeichen häufig zum Einstieg in die UK bei sehr jungen Kindern sowie bei Personen mit kognitiven, physischen und sensorischen Einschränkungen genutzt.

Graphische Symbole/Zeichen

Graphische Zeichen umfassen verschiedene Arten zweidimensionaler Symbole. In der Regel handelt es sich dabei um Fotos, Bilder und Strichzeichnungen.

„Many types of two-dimensional symbols can be used to represent various concepts. These representational symbols include photographs, line drawings, and plastic chips that can either made or purchased.“ (Beukelman/ Mirenda 1992, 21)

Klassifiziert werden diese Symbole häufig nach ihrer Transparenz und Erlernbarkeit. Dabei ist festzuhalten, dass es über die charakteristischen Eigenschaften der graphischen Zeichensysteme und über die Frage, wie einfach sie zu erlernen sind, beträchtliche Meinungsverschiedenheiten gibt (vgl. Tetzchner/Martinsen 2000, 45). Oftmals besteht eine große Ähnlichkeit zwischen den Symbolsammlungen und -systemen und die Behauptungen, dieses oder jenes System sei besser, gründen auf Vermutungen oder Erfahrungen von Einzelpersonen (vgl. Franzkowiak 1999, 26 ff).

Fuller et al. (1997) unterteilen die graphischen Zeichen in bildbasierte Symbole mit und ohne linguistischen Charakter. Graphische Zeichen ohne linguistischen Charakter beinhalten dabei jene Symbole, die in der deutschsprachigen Literatur unter dem Begriff ‚Symbolsammlungen‘ laufen.

Bei *Symbolsammlungen* handelt es sich um die „Zusammenstellung graphischer Symbole, die eine festgelegte Anzahl Symbole aufweist, kaum oder keinerlei Erweiterungsmöglichkeiten bietet und keine eindeutigen Anwendungsregeln hat“ (Bober/Franzkowiak 2001,13). Demgegenüber stehen die Symbole mit linguistischem Charakter, die im deutschen Sprachraum unter ‚Symbolsysteme‘ gefasst werden. Dabei handelt es sich um Symbole, die nach bestimmten Regeln gebildet werden und erweiterungsfähig sind (vgl. Franzkowiak 1999, 25; Bober/Franzkowiak 2001, 13).

Zu den bildorientierten Symbolen *ohne linguistischen Charakter* zählen zunächst Fotos. Bunt- oder Schwarz-Weiß- Fotos werden überwiegend genutzt, um bestimmte Personen und/ oder Orte zu repräsentieren (vgl. Beukelman/ Mirenda 1992, 21). Fotos werden insbesondere zum Einstieg in die UK bei Kindern genutzt sowie aufgrund ihres geringen symbolischen Charakters auch bei Personen mit reduziertem Symbolverständnis. Weiterhin gehören zu den Symbolen ohne linguistischen Charakter verschiedene Sammlungen von Strichzeichnungen. Zu den gängigsten Symbolsammlungen zählen u.a. Picture Communication Symbols (PCS), Pictogram Ideogram Communication (PIC) und Aladin. Anwendung finden diese Symbolsammlungen vor allem bei Menschen mit geistiger Behinderung, Cerebralparesen oder Autismus (vgl. Beukelman/Mirenda 1992, 22 ff; Millikin 1997, 116; Tetzchner/Martinsen 2000, 29ff).

Zu den graphischen Zeichen *mit linguistischem Charakter* (Symbolsysteme) zählen u.a. Bliss-Symbole und PICSYMS (vgl. Beukelman/Mirenda 1992, 23; Tetzchner/Martinsen 2000, 21ff). Da Symbolsysteme meist wesentlich komplexer in der Anwendung sind als Symbolsammlungen, hat sich die Verwendung von Symbolsystemen als Kommunikationsform insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Sprechfähigkeit aber normaler geistiger Funktion bewährt. Eingesetzt werden können sie in der Regel bei allen Störungsbildern und in allen Altersstufen (vgl. Franzkowiak/Frey 1996; Millikin 1997).

Dabei sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass die hier angeführten Symbolsammlungen und Symbolsysteme keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Es gibt in einzelnen Ländern Symbolsammlungen, die nur einen kleinen Anwenderkreis haben und keine internationale Vermarktung finden (z.B. Löb-Sammlung in Deutschland). Auch das Internet stellt einen weiten Markt dar, in dem Sammlungen vermehrt zum Runterladen angeboten werden (z.B. www.dotolearn.com vom 23.6.2002).

Generell gilt, dass ein Mischen verschiedener Symbolsammlungen und -systeme legitim ist, jedoch stellt vielfach

„die Tatsache, dass ein System in einem Land der allgemeine Standard ist, das wichtigste Argument für die Auswahl dieses Systems anstelle eines anderen dar. Es ist wichtig, dass möglichst viele Anwender das gleiche System verwenden, denn dann können Lehrer und andere professionelle Helfer die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus anderen Schulen und Institutionen leichter fortsetzen.“ (Tetzchner/Martinsen 2000, 39).

Orthographische Zeichen

Orthographische Zeichen beinhalten neben der traditionellen Orthographie weitere orthographische Symbolsysteme wie Morse Code und Braille. Orthographische Zeichen verkörpern in der Symbolhierarchie den höchsten Anspruch, d.h. von allen Symbolsystemen ist das System der orthographischen Zeichen am schwersten zu erlernen. Sie stellen jedoch auch das einzige offene Symbolsystem dar. Innerhalb dieses Systems ist es mit einer überschaubaren Zahl von Symbolen möglich, alles zu äußern, was man möchte (Fuller/Lloyd/Stratton 1997, 70; Millikin 1997, 127).

Kombinierte Symbole

Kombinierte Symbole beinhalten sowohl die körpereigene Kommunikationsform der Gebärde als auch die Darstellung des Symbols in Form eines graphischen Zeichens im Rahmen externer Kommunikationsformen.

„Formal symbol systems that incorporate the use of at least manual signs with graphic symbols became popular in North America in the 1980s and have been used with persons who do not speak. In general, use of such systems is based on the assumption that if a single augmentative communication technique works, using more than one technique should work even better.“ (Beukelman/ Mirenda 1992, 31)

Zu den bekanntesten kombinierten Symbolsystemen gehören die Sigsymbole und Makaton. Eingesetzt werden sie überwiegend bei Personen, die bereits eine Gebärdensprache gelernt haben oder noch lernen und nun ein graphisches Zeichensystem dazu erwerben sollen. In der Regel handelt es sich dabei um Kinder und Erwachsene mit kognitiven Einschränkungen, Autismus und mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (vgl. Millikin 1997, 123).

Verwendung finden die verschiedenen Symbolformen in externen Kommunikationshilfen. Dabei steht der Begriff Kommunikationshilfe zunächst einmal für sämtliche „Hilfsmittel, die es dem Benutzer erleichtern, sich auszudrücken“ (Tetzchner/Martinsen 2000, 48). Im Bereich der UK werden Kommunikationshilfen unterteilt in nichtelektronische und elektronische Kommunikationshilfen. Das „... Spektrum reicht dabei von „manuellen“, technisch sehr einfachen Tafeln und Hilfsmitteln mit beweglichen Lichtern

und Zeigern bis zur hochentwickelten Computertechnik mit Monitoren und künstlicher Sprache ...“ (Tetzchner/Martinsen 2000, 48).

Im folgenden werden zunächst exemplarisch nichtelektronische Kommunikationshilfen und ihre Nutzung aufgezeigt, daran anschließend die elektronischen Kommunikationshilfen. Die Darstellung der Kommunikationshilfen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es soll vielmehr ein Überblick über bestehende Möglichkeiten gegeben werden. Insbesondere im Bereich der elektronischen Kommunikationshilfen vollziehen sich Fortschritte in so schnellem Maße, dass aktuelle Produktlisten bei den Geräteherstellern immer wieder anzufordern sind (vgl. Prentke Romich; RehaVista).

3.2.2.2 Nichtelektronische Kommunikationshilfen

„A variety of organizational techniques are possible. Individual photographs can be covered in acrylic plastic and placed on rings organized by topic. The AAC communicator can use small wallet, a small 5" X 8 " book, and, at other time, a larger display.“ (Millikin 1997, 138)

Unter nichtelektronische Kommunikationshilfen fallen alle externen Kommunikationsformen, die ohne elektronische Unterstützung auskommen (vgl. Braun 1997, 6). Dazu zählen z.B. Kommunikationsbücher, -tafeln oder -kästen.

In der anglo-amerikanischen Literatur werden die externen Kommunikationshilfen differenziert in ‚low-tech‘ (lite technology) und ‚high-tech‘ (vgl. Glennen 1997; Wasson/Arvidson/Lloyd 1997; Quist/Lloyd 1997). Synonym zu den nichtelektronischen Kommunikationshilfen wäre die low-tech zu sehen. Zur low-tech gehören jedoch neben den nichtelektronischen Kommunikationshilfen auch einfache elektronische Elemente, die nicht computerbasiert sind. Hierzu zählen z.B. einfache Kommunikationstafeln, deren Symbole über bewegliche Lichter ausgewählt werden.

„Most lite technology systems are nonelectronic and typically handmade. Simple picture communication boards, letter boards, and eye gaze boards are examples of lite technology AAC systems. Other lite technology strategies use electronic components but are not computer-based. A Clock Communicator, which has a battery-operated dial controlled by a switch, is an example of lite AAC technology. Use of Light Pointers with simple communication boards, and switch-activated tape recorders are other examples.“ (Glennen 1997, 61f.)

Im folgenden werden exemplarisch nichtelektronische Kommunikationshilfen und ihre Anwendungsmöglichkeiten aufgeführt.

Kommunikationskästen

Kommunikationskästen kommen bei der Kommunikation mit greifbaren Symbolen zum Einsatz. Sie dienen zur Anordnung von Realobjekten oder Miniaturobjekten und werden insbesondere zur Verdeutlichung von Tagesabläufen und -aktivitäten genutzt.

„A calendar box displays whole or partial objects, miniature objects, or graphic symbols that represent activities scheduled across the day.“ (Wasson/Arvidson/Lloyd 1997, 127)

Kommunikationstafeln

Kommunikationstafeln stellen eine sehr häufig verwendete nichtelektronische Kommunikationshilfe dar und „... eignen sich in erster Linie als Hilfsmittel für Menschen mit schwer verständlicher Lautsprache, die über die grundlegenden Fähigkeiten verfügen, eine Abbildung optisch zu erfassen und kognitiv als Referenzobjekt für etwas anderes (z.B. für eine Person, eine Tätigkeit, eine Eigenschaft, ein Objekt ...) zu erkennen.“ (Braun 1997, 8) Sie eignen sich jedoch nur für eine begrenzte Zahl von Symbolen, da sie ansonsten schnell zu unhandlich und zu groß werden. In diesem Fall wäre zu überlegen, an Stelle einer Kommunikationstafel ein Kommunikationsbuch anzulegen. (vgl. Braun 1992; Braun 1997; Wasson/Arvidson/Lloyd 1997).

Hin und wieder „enthält eine Tafel ausschließlich Zahlen oder einen anderen Code, der sich auf ein Wortverzeichnis bezieht.“ (Tetzchner/Martinsen 2000, 48f.) Eine Kodierung von Äußerungen gibt die Möglichkeit, wesentlich mehr Aussagen tätigen zu können als es die Kommunikation sonst zulassen würde. Das bedeutet:

„Kodierungsstrategien sind Wege, mit einer geringen Anzahl von Aktivierungsfeldern (der Computertastatur) und einer möglichst geringen Anzahl von Tastaturaktivierungen ein möglichst großes Vokabular abzurufen“ (Braun 1991, 9).

Die bekannteste Kodierungsstrategie ist ‚Minspeak‘. Bei Minspeak handelt es sich um eine semantische Kodierungsmethode, die von Bruce Baker entwickelt wurde und in den USA und Großbritannien erfolgreich eingesetzt wird (vgl. Braun 1991). Sie wurde vorrangig für die Nutzung elektronischer Kommunikationshilfen entwickelt, kann aber auch im Rahmen nichtelektronischer Kommunikationshilfen eingesetzt werden (vgl. Prentke Romich Deutschland 2001/ 2002).

Kommunikationsbücher

Kommunikationsbücher bestehen aus mehreren Seiten, die in der Regel thematisch geordnet sind (z.B. Essen, Spielen). Die Symbole können sowohl aus käuflichen Symbolsammlungen oder -systemen ausgewählt werden als auch aus eigene Zeichnungen oder Fotos bestehen. Voraussetzung für die Anfertigung eines Kommunikationsbuches – dies gilt darüber hinaus auch für alle anderen nichtelektronischen Kommuni-

kationshilfen – ist die Möglichkeit, ohne große Umstände das Vokabular erweitern und/oder ändern zu können (vgl. Kristen 1994a, 64ff; Braun 1999, 6).

Symbol- oder Bildposter

Bei Symbol- oder Bildpostern handelt es sich häufig um Ausschnitte aus Kommunikationstafeln oder -büchern, die sich themenbezogen an entsprechenden Orten befinden. Der Vorteil liegt darin, dass eine Kommunikation an diesen Orten jederzeit möglich ist, auch wenn die ansonsten genutzte Kommunikationshilfe nicht vorhanden ist.

Bei den hier dargestellten nichtelektronischen Kommunikationshilfen handelt es sich um traditionelle Hilfsmittel, die schon lange Zeit (vgl. Kap. 2.2.2) und in großem Umfang genutzt werden. Für viele Nutzer stellen sie eine einfach handhabbare und unverzichtbare Hilfe dar. Neben einer Reihe von Vorteilen zeigen sich auch einige Nachteile. Meinungen und Sichtweisen hierzu finden sich bei vielen Autoren. Zusammenfassend sollen hier Vor- und Nachteile nichtelektronischer Kommunikationshilfen anhand der Meinungen der Autoren Arnusch/Pivit (1996), Wasson/Arvidson/Lloyd (1997) und Tetzchner/Martinsen (2000) aufgezeigt werden.

Vorteile nichtelektronischer Kommunikationshilfen liegen darin, dass sie sich relativ einfach herstellen lassen, leicht modifizierbar sind und sich somit schnell an neue, individuelle Gegebenheiten anpassen lassen. Darüber hinaus sind sie preiswert in ihrer Herstellung, in der Regel sehr robust und leicht transportierbar, so dass die Möglichkeit besteht, sie überall mit hinzunehmen. Mit vertrauten Personen gelingt eine Kommunikation meist mit recht hoher Geschwindigkeit.

Nachteile elektronischer Kommunikationshilfen liegen darin, dass die Kommunikation abhängig ist von der körperlichen Nähe und der totalen Aufmerksamkeit des Kommunikationspartners. Die Konzentrationsanforderung an beide Kommunikationspartner ist sehr hoch, da kommunizierte Inhalte nicht gespeichert werden können und teilweise über einen längeren Zeitraum behalten werden müssen. Aufgrund der eingeschränkten Zahl von Symbolen ist eine Steuerung und Kontrolle von Gesprächen oft schwierig. Das Ausdrücken abstrakter Ideen ist nahezu unmöglich.

3.2.2.3 Elektronische Kommunikationshilfen

„Today, because of the rapid integration of computers into daily living, any discussion of computers for individuals with disabilities is incomplete if it is limited to communication devices and adaptive hardware.“ (Quist/ Lloyd 1997, 137)

Zunehmende Fortschritte in der Entwicklung elektronischer Kommunikationshilfen haben viele und teilweise sehr hohe Erwartungen bei Anwendern und Vermittlern geweckt. Diese Erwartungen können jedoch nicht immer voll erfüllt werden und es sei vorweg schon darauf hingewiesen, dass die ‚höchstentwickelte‘ Technik nicht automatisch der beste Versorgungsweg und einzig Erstrebenswerte ist.

Zu den elektronischen Kommunikationshilfen zählen in der Regel speziell konstruierte, computergestützte Kompaktgeräte oder auch handelsübliche Computer mit entsprechender Software. Elektronische Kommunikationshilfen können von Menschen aller Altersstufen und mit unterschiedlichen intellektuellen sowie motorischen Fähigkeiten genutzt werden. Eine Anpassung von Geräten an die Bedürfnisse geistig- und/oder schwerst körperbehinderter Menschen ist gut möglich (vgl. Tetzchner/ Martinsen 2000, 51).

In der anglo-amerikanischen Literatur werden jene Kommunikationshilfen unter dem Begriff ‚high technology‘ oder ‚high tech‘ geführt und

„Define high technology devices as computerized systems that are operated through special software.“ (Quist/ Lloyd 1997, 108)

Einen Überblick über zur Zeit bestehende Formen elektronischer Kommunikationshilfen gibt das nachstehende Schaubild. Dabei sei darauf hingewiesen, dass die den jeweiligen Systemen zugeordneten Produkte nur eine beispielhafte Auswahl darstellen und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Zudem ist zu bedenken, dass sich gerade im Bereich der elektronischen Kommunikationshilfen Fortschritte in so schnellem Maße vollziehen, dass jeder UK-Vermittler dazu aufgefordert ist, sich in regelmäßigen Abständen über Neuerungen bei den jeweiligen Herstellern zu informieren und sich, von Vertriebsfirmen unabhängigen Fachleuten, beraten zu lassen.

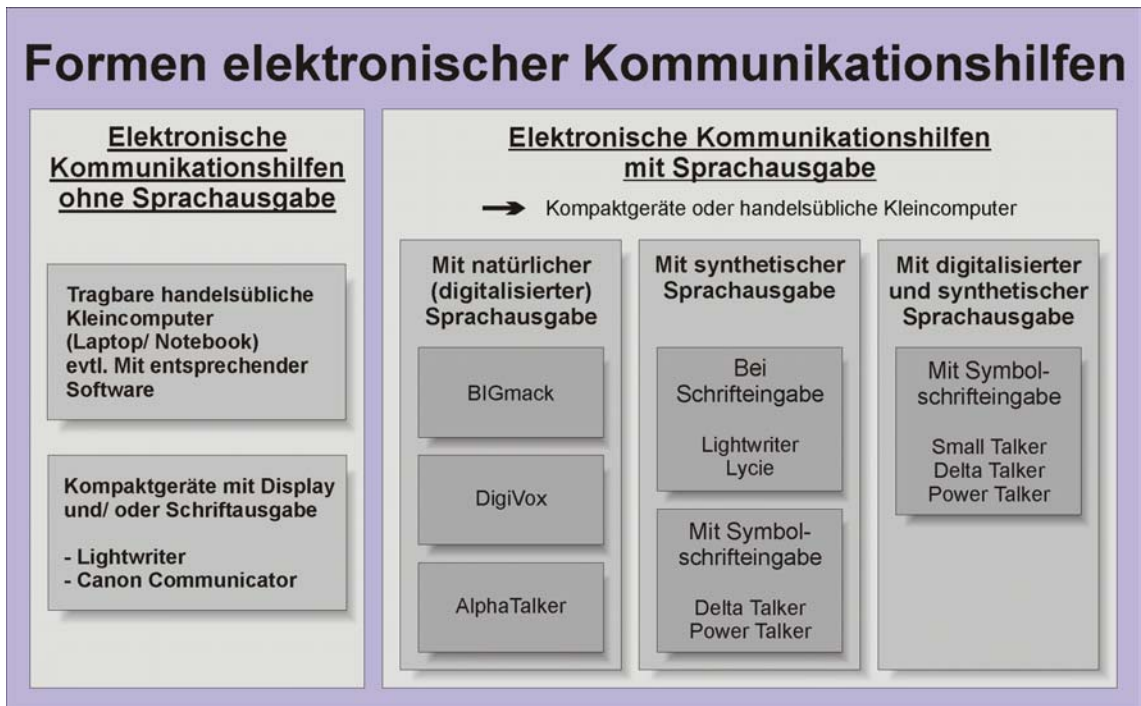


Abb. 4: Formen elektronischer Kommunikationshilfen

Die elektronischen Kommunikationshilfen lassen sich in zwei Bereiche untergliedern: Elektronische Kommunikationshilfen ohne Sprachausgabe und elektronische Kommunikationshilfen mit Sprachausgabe.

Elektronische Kommunikationshilfen ohne Sprachausgabe

Hierbei handelt es sich um elektronische Geräte, die ihren Inhalt über Display, Bildschirm oder über Ausdruck auf Papier ausgeben (vgl. Arnusch/Pivitt 1996, 24).

Hierzu zählen tragbare handelsübliche Kleincomputer (Laptop, Notebook) mit entsprechender Ausrüstung und Software sowie Kompaktgeräte, die „speziell als Sprech-Ersatz-Geräte entwickelt worden sind.“ (Weid-Goldschmidt 1999, 35)

Ein solch mobiles Kompaktgerät ist beispielsweise der Lightwriter. Eine Eingabe erfolgt schriftzeichenorientiert. Durch zwei gegenüberliegende Displays wird eine Kommunikationssituation erzeugt, die einer normalen Gesprächshaltung entspricht (vgl. REHAVISTA 2000, 17). Kompakt-Geräte werden überwiegend bei Menschen mit ausgeprägten cerebralen bzw. zentralen Bewegungsstörungen und neuromuskulären Behinderungen eingesetzt, die über ein Schriftsprachverständnis verfügen.

Alle Geräte ohne Sprachausgabe sind in der Regel auch als Geräte mit Sprachausgabe zu bekommen.

Elektronische Kommunikationshilfen mit Sprachausgabe

Innerhalb dieser Gruppe von elektronischen Kommunikationshilfen lassen sich Geräte mit natürlicher (digitalisierter) Sprachausgabe und Geräte mit synthetischer Sprachausgabe unterscheiden.

„Die natürliche Sprachausgabe ist eine menschliche „Leihstimme“, die von den Technikern „digitalisierte Sprachausgabe“ genannt wird. Eine Computer-Stimme wird als „synthetische Sprachausgabe“ bezeichnet.“ (Weid-Goldschmidt 1999, 35)

Digitalisierte Sprache

Die digitalisierte Sprache wird von einem Helfer über ein Mikrofon auf ein entsprechendes Gerät gesprochen und gespeichert. Der Vorgang ähnelt dem einer Tonbandaufnahme, der Unterschied besteht im Abruf des Gespeicherten. Um das entsprechende Wort oder die entsprechende Aussage zu finden, braucht man hier nicht vor- und zurückzuspulen, sondern nur die entsprechend belegte Taste auszuwählen (vgl. Tetzchner/Martinsen 2000, 59). Typische Geräte mit natürlicher Sprachausgabe sind z.B. der BIGmack und der AlphaTalker.

Der BIGmack ist ein Taster, der in der Frühförderung. Er dient zur Kommunikationsanbahnung und zum Einstieg in die Symbolkommunikation. Typische Indikationen für den Einsatz sind frühkindliche Hirnschädigungen und geistige Behinderungen sowie auch spastische und schlaffe Lähmungen und cerebrale Schädigungen (vgl. REHAVISTA 2000, 8).

Beim AlphaTalker handelt es sich um ein Kompaktgerät. Es ist die „am häufigsten eingesetzte Kommunikationshilfe mit natürlicher Sprachausgabe“ (Prentke Romich 2001/ 2002, 14). Genutzt wird der AlphaTalker bei allen Störungsbildern mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit oder vorübergehenden Einschränkungen in der Lautsprache. Darüber hinaus eignet er sich als Evaluationsgerät zur Feststellung von Kommunikationsmöglichkeiten (vgl. Prentke Romich 2001/ 2002, 14).

Vorteile der digitalisierten Sprachausgabe sind ihre Natürlichkeit, gute Qualität und die Möglichkeit eine Stimme zu wählen, die sich hinsichtlich Alter, Geschlecht und Dialekt für die Stimme des Anwenders eignet. Nachteile bei Geräten mit natürlicher Sprachausgabe bestehen in ihrer meist geringen Speicherkapazität und darin, dass jedes Wort zunächst eingespeichert werden muss. Es handelt sich hierbei somit um ein geschlossenes Kommunikationssystem, da nur vorgespeicherte Aussagen abgerufen werden können (vgl. Weid-Goldschmidt 1999, 35; Tetzchner/Martinsen 2000, 54).

Synthetische Sprache

Im Gegensatz zur digitalisierten Sprachausgabe stehen Geräte mit synthetischer Sprachausgabe. Hierbei entsteht Sprache nach einem „System von Regeln, nach denen Buchstabenkombinationen in Lautsprache umgewandelt werden (Text-zu-Lautsprache).“ (Tetzchner/Martinsen 2000, 51). Eine Eingabe kann hier über die Schriftsprache erfolgen wie beispielsweise beim Lightwriter. Andere Geräte ermöglichen eine Eingabe sowohl über Schriftsprache als auch über Symbolauswahl. Typische Geräte hierfür sind der DeltaTalker bzw. jetzt der PowerTalker (vgl. Prentke Romich 2001/ 2002, 6ff). Indikationen für diese technisch hochentwickelten Geräte sind alle Störungsbilder bei denen eine lautsprachliche Kommunikation nicht oder nur unzureichend möglich ist wie beispielsweise bei ausgeprägten cerebralen bzw. zentralen Bewegungsstörungen oder neuromuskulären Behinderungen. Voraussetzung sind Schriftsprach- und Symbolverständnis sowie entsprechende kognitive Fähigkeiten zum Erlernen einer Kodierungsstrategie.

Nachteile der Geräte mit synthetischer Sprachausgabe sind der künstliche Stimmklang, die häufig fehlenden prosodischen Elemente und die daraus resultierende reduzierte Verständlichkeit der Äußerungen. Ein Vorteil ist, dass diese Geräte alles sprechen können, was hineingeschrieben wird. Es handelt sich hierbei um ein offenes Kommunikationssystem, d.h. der Anwender kann unabhängig von Helfern alle Gedanken, Wünsche etc. zum Ausdruck bringen (vgl. Weid-Goldschmidt 1999, 35).

Tetzchner/Martinsen (2000, 58) fassen die Vorteile hochtechnisierter Kompakt-Geräte wie folgt zusammen:

„Besonders nützlich ist sie für Menschen mit guten linguistischen Fähigkeiten, denn sie eröffnet die Möglichkeit, Sprache flexibel und mit unbegrenzt großem Wortschatz einzusetzen.“

Um die Vorteile elektronischer Kommunikationshilfen sowohl mit natürlicher als auch mit synthetischer Sprachausgabe nutzen und Nachteile beider Gerätetypen minimieren zu können, sind viele Geräte inzwischen mit einer Kombination aus digitalisierter und synthetischer Sprachausgabe ausgestattet (vgl. Prentke Romich 2001/ 2002; REHAVISTA 2000).

Auch wenn auf technischer Seite inzwischen die meisten Probleme so gelöst werden konnten, sei dennoch vor zuviel Euphorie gewarnt. Der erfolgreiche Einsatz elektronischer Kommunikationshilfen ist von vielfältigen Faktoren abhängig, insbesondere von der Akzeptanz des Gerätes durch den Anwender. Darüber hinaus bedarf es einer intensiven Einarbeitung sowohl für den Anwender als auch für sein Umfeld. Und nur

wenn die Akzeptanz auf beiden Seiten da ist, wird eine erfolgreiche Benutzung der elektronischen Kommunikationshilfe möglich sein. Aufgrund der Störanfälligkeit elektronischer Geräte kann/sollte die elektronische Kommunikationshilfe niemals die einzige Form der UK-Maßnahme sein. Im Sinne der ‚totalen Kommunikation‘ sollten dem Betroffenen immer auch nichtelektronische und/oder körpereigene Kommunikationsformen zur Verfügung gestellt werden (vgl. Arnusch/Pivit 1996, 26f.).

Im Vergleich zu den nichtelektronischen Kommunikationsformen bieten elektronische Kommunikationshilfen folgende Vor- und Nachteile.

Vorteile sind in der Aufhebung der totalen Abhängigkeit von Kommunikationspartnern und in der Möglichkeit, Gespräche selbst zu initiieren und zu lenken, zu sehen. Kommunikation über eine gewisse Entfernung sowie Gespräche am Telefon werden möglich. Längere Mitteilungen können gespeichert werden, so dass Inhalte weniger verloren gehen. Darüber hinaus ist eine Speicherung und ein schneller Abruf von häufig verwendeten Kommunikationsinhalten denkbar. Zudem wird eine Kommunikation mit Personen, die nicht lesen können (z.B. Kinder), möglich. Nachteile sind darin zu sehen, dass elektronische Kommunikationshilfen häufig nicht so robust und störanfällig sind. Bei einigen Geräten ist die Speicherkapazität sehr gering. Sehr komplexe Geräte erfordern zudem eine sehr intensive und häufig zeitaufwendige Einarbeitungsphase sowohl für den Benutzer als auch für sein Umfeld. Ein weiterer Nachteil ist in den hohen Anschaffungskosten zu sehen (vgl. Arnusch/Pivit 1996, 27; Braun 1999, 6f.; Tetzchner/Martinsen 2000, 51ff).

3.3 Interventionen in der UK-Versorgung

Die Erarbeitung eines ergänzenden oder ersetzenden Kommunikationssystems erfordert eine sorgfältige Planung, die viele verschiedene Komponenten beinhaltet.

Neben dem Wissen der verschiedenen Kommunikationsformen, deren Methoden und Inhalte (vgl. Kap. 3.2.1/3.2.2) und ihre Einsatzmöglichkeiten bei unterschiedlichen Grunderkrankungen (vgl. Kap.4.3), ist ein Grundlagenwissen in bezug auf technische Voraussetzungen unabdingbar.

Einen Überblick über die verschiedenen technischen Elemente gibt das nachstehende Schaubild. Die einzelnen Punkte werden im weiteren Verlauf dann ausführlicher dargestellt.

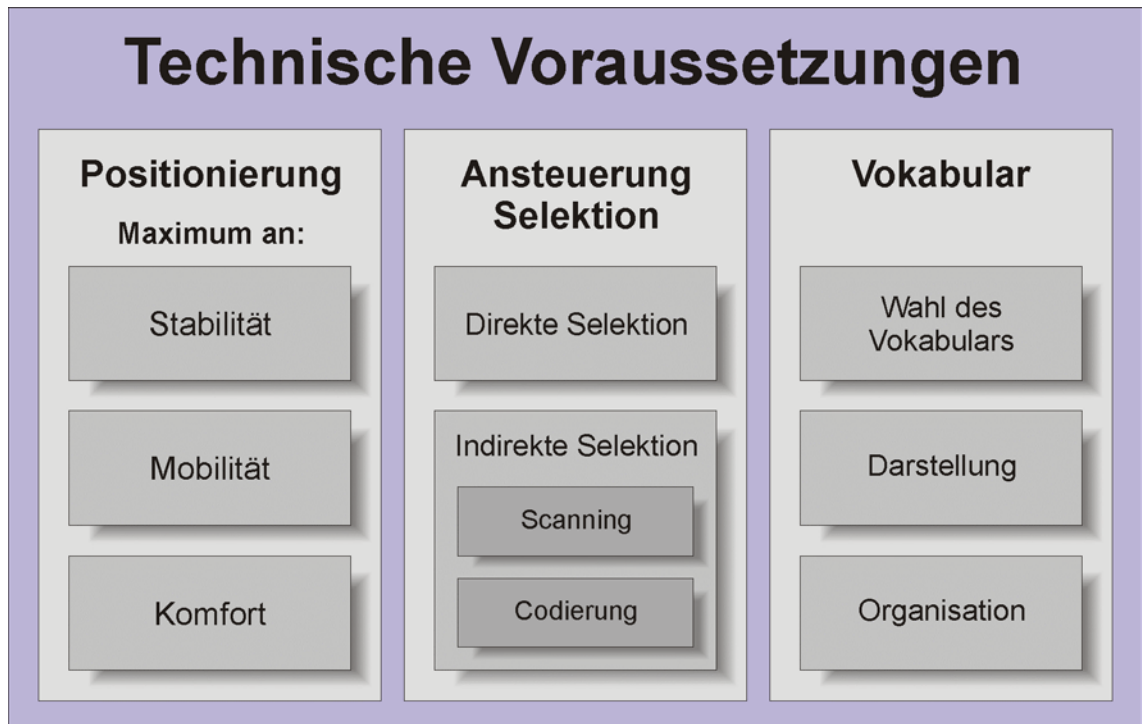


Abb. 5: Technische Voraussetzungen

3.3.1 Positionierung

Häufig sind nicht oder kaum sprechende Menschen mehr oder weniger stark von einer motorischen Behinderung betroffen. Für eine effektive Nutzung einer Kommunikationshilfe sind eine stabile Sitzposition und die Möglichkeit einer Kopfkontrolle jedoch oftmals eine unabdingbare Voraussetzung.

„Seating and positioning directly affects the ability to successfully use an AAC device. A poorly designed seating system can negatively affect the ability to motorically access an AAC system, the ability to use the AAC system without fatigue, the ability to see symbols and text on AAC device, or a combination of motor and sensory difficulties. It is important that seating and positioning be addressed before proceeding with the motor accessing component of an AAC evaluation.” (Radell 1997, 193)

Eine optimale Sitzposition beinhaltet demnach ein Höchstmaß an Stabilität und Mobilität. Eine Kopf- Rumpf- und Beinkontrolle sollte gewährleistet sein, so dass eine Hand-Armenutzung gut möglich ist. Wichtig ist zudem, die Bequemlichkeit der Sitzposition so hoch wie möglich zu halten. Hier ist eine Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten und Ergotherapeuten häufig unabdingbar. Oftmals ist die Erarbeitung einer stabilen Ausgangsposition durch die Physiotherapie Voraussetzung für die Einführung einer UK-Maßnahme durch den Sprachtherapeuten (vgl. Kristen 1994, 87; Braun 1999, 7).

Einen guten und umfassenden Überblick über Grundlagen und Möglichkeiten der Positionierung als Voraussetzung für eine UK-Intervention bietet Radell (1997).

3.3.2 Ansteuerungstechniken

Eine wesentliche Frage bei der Einführung externer Kommunikationsformen ist, in welcher Form der Benutzer entsprechende Zeichen auswählt. Die Form des Zugriffs wird als Selektion bezeichnet. Grundsätzlich werden zwei Formen der Selektion unterschieden: Die direkte Selektion und die indirekte Selektion.

3.3.2.1 Direkte Selektion

Bei der direkten Selektion zeigt der Benutzer das gewünschte Wort, Bild oder Symbol direkt an.

„Die unmittelbare Selektion von Zeichen erfolgt häufig durch Berühren, Drücken von Knöpfen oder Tasten usw., oder durch irgendeine andere Form des Zeigens.“ (Tetzchner/ Martinsen 2000, 61)

Dabei beinhaltet ‚Zeigen‘ nicht unbedingt das Zeigen mit dem ausgestreckten Zeigefinger. So ist für Menschen, die ihre Hände nicht nutzen können, ein Zeigen mit Hilfe der Füße oder Beine sowie mittels eines Stirn- oder Mundstabs denkbar. Ist eine Kontrolle des Körpers und/oder Kopfes gar nicht gegeben, gibt es verschiedene Formen des ‚Mit-den-Augen-Zeigens‘ (vgl. Kristen 1994, 84 f.; Tetzchner/Martinsen 2000, 61). Die direkte Selektion ist die einfachste und schnellste Ansteuerungstechnik mit den wenigsten kognitiven Anforderungen. Teilweise ist aufgrund starker motorischer Einschränkungen eine direkte Selektion jedoch nicht möglich, so dass hier indirekte Selektionsverfahren genutzt werden müssen.

3.3.2.2 Indirekte Selektion

Bei der indirekten Selektion – dem sogenannten Scanning – wird das gewünschte Wort, Bild oder Symbol über ein Ja-/Nein-System indirekt ausgewählt.

Scanning

Hierbei differenziert man zwischen partnerabhängigen und partnerunabhängigen Scanningverfahren.

Beim *partnerabhängigen Scanning* bietet der Kommunikationspartner verschiedene Wahlmöglichkeiten an und stoppt, wenn der Benutzer durch ein vereinbartes Zeichen ‚ja, das ist es‘ signalisiert.

Beim *partnerunabhängigen Scanning* stellt die elektronische Kommunikationshilfe die Wahlmöglichkeiten. Beim ‚automatischen Scanning‘ wird ein über die Zeichenfelder

wandernder Lichtpunkt o.ä. mittels eines Schalters vom Benutzer angehalten, sobald das gewünschte Feld erleuchtet (vgl. Arnusch/Pivit 1996, 29; Braun 1999, 7). Beim ‚gerichteten Scanning‘ bedient der Benutzer in der Regel mehrere Schalter. Mit einem Schalter wird der Lichtstrahl zum entsprechenden Zeichen geführt, mit einem zweiten Schalter wird die Auswahl getroffen (vgl. Tetzchner/Martinsen 2000, 49).

Eine weitere Form der Repräsentation und Auswahl von Zeichen innerhalb der indirekten Selektion stellt die Codierung dar.

Codierung

Bei der Codierung werden durch Symbole repräsentierte Mitteilungen, die auf einer Kommunikationstafel o.ä. angelegt sind, nach einem vorher vereinbarten Code (Farbe/ Muster/Zahlen/Buchstaben) ausgewählt.

Welche Ansteuerungstechnik gewählt wird, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Sicherlich ist eine Ansteuerung über direkte Selektion erstrebenswert, da diese in der Regel wesentlich einfacher und schneller ist als ein Scanningverfahren. Grundsätzlich entscheiden jedoch die motorischen Fähigkeiten, welches Verfahren gewählt wird. Abhängig ist die Entscheidung von der Reichweite des Benutzers, der Zielgenauigkeit beim Zeigen, der Fähigkeit wiederholt kontrollierte Bewegungen auszuführen sowie genügend Druckkraft ausüben zu können.

Beim direkten Scanning ist es unabdingbar, eine ausreichende Anzahl an Zeichen zu erreichen und diese mit einem Mindestmaß an Genauigkeit zeigen zu können. Ist dies nicht in einer angemessenen Zeit oder nur mit größter Anstrengung möglich, ist für diese Betroffenen ein Scanningverfahren oftmals schneller durchzuführen als die eigentlich schnellere Methode der direkten Selektion (vgl. Arnusch/ Pivit 1996, 29; Tetzchner/Martinsen 2000, 70).

3.3.3 Vokabular

Die Wahl des Vokabulars ist abhängig von den kognitiven Fähigkeiten und kommunikativen Bedürfnissen des Betroffenen. Für Menschen mit Lese-Schreibfähigkeiten bietet sich ein orthographisches System an. Hierdurch besteht die Möglichkeit, ein offenes Kommunikationssystem (vgl. Kap.3.2.2.2) anzubieten.

Besteht keine Lese-Schreibfähigkeit ist man auf die Nutzung graphischer Zeichen (vgl. Kap. 3.2.2.1) angewiesen. Häufig bleibt das Vokabular hier jedoch stark begrenzt und bezieht sich auf die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens (vgl. Braun 1999, 7). Nach Kristen (1994, 99ff) sollte das Vokabular die persönlichen Lebensumstände und Vor-

lieben berücksichtigen und altersgemäß dargestellt werden. Eine ständige Überarbeitung und Anpassung an die aktuellen Lebensumstände ist notwendig. Darüber hinaus sollte das Vokabular ein hohes Maß an Funktionalität, Effektivität und Intentionalität beinhalten.

Die Darstellung des Vokabulars kann in Form der verschiedenen externen Symbolsysteme - wie sie in Kapitel 3.2.2.1 aufgezeigt wurden – erfolgen.

Zur Organisation des Vokabulars auf einer Kommunikationstafel oder auch in einem Kommunikationsbuch wird im allgemeinen die Verwendung des ‚Fitzgerald-Schlüssels‘ empfohlen. Das System wurde 1926 entwickelt und beinhaltet eine Spaltenform, die der Gliederung eines Aussagesatzes entspricht. In der ersten Spalte sind Subjekte, in der zweiten Spalte Verben und in der dritten Spalte Objekte angeordnet. Ortsbezeichnungen erfolgen in der vierten und Zeitangaben in der fünften Spalte. Zur einfacheren Orientierung werden die einzelnen Spalten oftmals farblich unterlegt. Dies stellte jedoch nur eine Möglichkeit der Anordnung des Vokabulars dar. Auch hier sind häufig individuelle Lösungen entsprechend der jeweiligen motorischen und visuellen Fähigkeiten/Möglichkeiten notwendig (vgl. Braun 1997, 11f.; Braun 1999, 8).

4 UK-Versorgung in der Sprachtherapie bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen

4.1 Historische Entwicklung der Unterstützten Kommunikation in der Sprachtherapie¹

Die Unterstützte Kommunikation hat ähnlich wie die Logopädie/Sprachheilpädagogik eine kurze Geschichte und eine wesentlich längere Vergangenheit (vgl. Jensen 2000, 126). Der historischen Betrachtung nach entstand Anfang des 20. Jahrhunderts in Deutschland das Fachgebiet der Logopädie als Abgrenzung zur rein medizinischen Ausrichtung der sprachtherapeutischen Versorgung durch die Phoniatrie.

„Dieser nichtmedizinische Aufgabenbereich führte zur Begründung einer neuen Berufsgruppe, die vornehmlich mit den pädagogischen, psychologischen und klinisch-therapeutischen Aspekten von Kommunikationsstörungen befasst ist.“ (Grohnfeldt/Romonath 2000, 255)

Aufgrund medizinischer und pädagogischer Wurzeln kam es in Deutschland zur Ausbildung zweier großer Fachdisziplinen: Der eher medizinisch orientierten Logopädie auf der einen Seite und der pädagogisch orientierten Sprachheilpädagogik auf der anderen Seite. Dabei zeigte sich zunächst eine stark schulische Orientierung. Erste Ausbildungsgänge zur Qualifizierung für sprachtherapeutische Tätigkeiten bildeten vornehmlich für den schulischen Bereich aus (vgl. Grohnfeldt/Romonath 2000, 253).

Im anglo-amerikanischen Sprachraum gilt das Fachgebiet ‚speech pathology‘ aufgrund des starken Einflusses psychologischer Richtungen als Verhaltenswissenschaft. Auch hier zeigte sich zunächst eine stark schulische Orientierung bezüglich des Versorgungsortes. In den 20er/30er Jahren wurden in den USA erste klinische Einrichtungen zur Versorgung Sprachgeschädigter aufgebaut. Die Ausbildungsgänge wurden dementsprechend erweitert und eine zunehmende Institutionalisierung von Studiengängen erfolgte. Es entstand eine eigenständige Fachdisziplin und „damit verbunden entstanden eigenständige Forschungsprogramme und –methoden, denen primär ein verhaltenswissenschaftliches Erkenntnisinteresse zugrunde lag und auf alle Formen gestörter Kommunikation gerichtet war“ (Grohnfeldt/Romonath 2000, 257).

Die UK erhielt ihren Einzug in die Sprachtherapie in den 50er/ 60er Jahren in den USA. Dabei wurde UK zunächst nur bei Patienten eingesetzt, die trotz jahrelanger sprach-

¹ Der Begriff ‚Sprachtherapie‘ umfasst hier alle im sprachtherapeutischen Bereich tätigen Berufsgruppen und Ausbildungswege

therapeutischer Versorgung ihre natürliche Sprechfunktion nicht mehr ausreichend nutzen konnten.

„ (...) an inspection of the various chronicles dealing with AAC in logopedics will reveal that most of them consider the field of AAC to have emerged in the late 1950s/early 1960s as a response to the need of individuals who, despite years of exposure to what has been called 'traditional speech therapy intervention' had not developed adequate oral communication skills. (Jensen 2000, 129).

In den 80er Jahren wurde in den USA die UK dann zur Domäne der Sprachtherapie erklärt. Durch entsprechende Ausbildungsstandards wird die Rolle des Sprachtherapeuten in der UK-Versorgung sowie die Voraussetzungen für eine UK-Intervention verankert (vgl. ASHA 1981/1989).

Demgegenüber zeigt sich in Deutschland bis heute noch keine klare Aufgabenteilung und Berufsgruppenzuordnung für die Durchführung von UK-Interventionen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der außerschulischen UK-Versorgung und vor allem für erwachsene Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen.

Zur Feststellung der Rolle und Aufgabe der Sprachtherapie in der UK-Versorgung von Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen soll dieses Forschungsprojekt einen Beitrag leisten. Dabei soll es schwerpunktmäßig um die Versorgung von Menschen mit Dysarthrie/Dysarthrophonie (vgl. Kap. 4.2/4.3.1) gehen.

Geht man einer historischen Betrachtung der Etablierung von Dysarthrien/Dysarthrophonien in der Sprachtherapie nach und nimmt eine Einsortierung des UK-Einsatzes bei Dysarthrie/Dysarthrophonie in der allgemeinen sprachtherapeutischen Literatur sowie in der fachspezifischen Dysarthrieliteratur vor, zeigt sich folgendes Bild:

In den 50er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts wurden Dysarthrien in der Regel in Verbindung mit cerebralen Bewegungsstörungen betrachtet. Eine Versorgung betroffener Kinder erfolgte überwiegend im schulischen Bereich oder in ambulanten Sprachheilkursen (vgl. Rölke 1959; Wolks 1959a/b; Böllhoff 1966; Wulff 1967, Lang 1968). Betrachtet man diese Veröffentlichungen unter dem Blickwinkel der UK-Anwendung wird ersichtlich, dass in den 50er und 60er Jahren funktionstherapeutische Elemente im Vordergrund standen. Der Einsatz alternativer Kommunikationsformen findet in der Zeit noch keine Beachtung.

In den 70er Jahren kommt es zu einer vermehrten außerschulischen Versorgung von kindlichen Dysarthrikern (vgl. Bell 1975). 1976 berichtet Wölfert erstmals über den Einsatz von Kommunikationstafeln bei Kindern mit cerebraler Bewegungsstörung und schwerer Dysarthrie. Verschiedene Typen von Kommunikationstafeln und ihre Erstellung werden angeführt. Es handelt sich dabei um UK-Methoden aus dem anglo-amerikanischen Raum, die im deutschen Sprachraum implementiert werden. Der Begriff AAC bleibt jedoch unerwähnt (vgl. Wölfert 1976).

Die Dysarthrietherapie im Erwachsenenalter findet in der deutschsprachigen Fachliteratur erst seit den 80er Jahren vermehrt an Beachtung (vgl. Kroker 1986; Förster 1987; 1993; Robertson/Thomson 1992; Vogel 1998). In der Regel geht es in diesen Veröffentlichungen überwiegend um die Darstellung funktionstherapeutischer Elemente. Vereinzelt wird jedoch die Aufmerksamkeit auch auf alternative Kommunikationsmöglichkeiten in der Dysarthrietherapie bei Erwachsenen gelenkt. Erstmals verweist Böhme 1980 im Rahmen der Dysarthrietherapie unter zusätzlichen Maßnahmen auf den möglichen Einsatz von Sprechalternativen hin. Allerdings wird ein Einsatz erst dann empfohlen, wenn eine Besserung der Sprechfunktion nicht ersichtlich ist.

Einen Hinweis zum Einsatz alternativer Kommunikationssysteme geben darüber hinaus Förster (1993), Wirth (1994), Vogel (1998) und Giel (2002; 2003). Angeführt werden Hinweise zu alternativen Kommunikationsformen jedoch meist nur am Rande. Häufig erfolgt am Ende des Artikels ein Verweis auf alternative Kommunikationsformen, ohne diese näher zu benennen, ihre Form darzustellen und Einsatzmöglichkeiten aufzuführen. Die Begrifflichkeiten UK/AAC finden explizit nur in den Artikeln von Oskamp (1993) und Giel (2002, 2002a, 2003) Verwendung.

Ein eigenständiges Kapitel zu alternativen Kommunikationsformen findet sich bei Robertson/Thomson (1992). Innerhalb ihrer Ausführungen werden nichtelektronische und elektronische Kommunikationsformen angerissen und Einsatzmöglichkeiten aufgezeigt. Darüber hinaus werden Kriterien für einen UK-Einsatz aufgezeigt und auf einen möglichst frühen UK-Einsatz unter entsprechendem Training verwiesen. Des Weiteren zeigt Oskamp (1993) Einsatzmöglichkeiten von nichtelektronischen und elektronischen Kommunikationshilfen bei schweren Dysarthrien/Anarthrien auf. Neben der Darstellung von ergänzenden und/oder ersetzenden Kommunikationsformen werden terminologische Gegebenheiten diskutiert und Entwicklungen in den USA und in Deutschland aufgezeigt.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass der UK-Einsatz bei erwachsenen Menschen mit Dysarthrie/Dysarthrophonie in der deutschsprachigen Fachliteratur nur sehr wenig Beachtung findet. Vermehrte Hinweise auf alternative Kommunikationsformen lassen sich seit den 90er Jahren erkennen. Für eine Anwendung und Umsetzung alternativer Kommunikationsformen im Praxisalltag reichen diese jedoch nicht aus. Die Darstellung funktionstherapeutischer Maßnahmen bestimmt die Artikel maßgeblich. Die Begriffe UK und AAC finden sich in keinem der Artikel explizit wieder.

4.2 Zielgruppen der Unterstützten Kommunikation

Zielgruppen der UK sind alle Menschen, die nicht oder nur unzureichend in der Lage sind, lautsprachlich zu kommunizieren.

„Es handelt sich um Kinder, Jugendliche oder Erwachsene, die entsprechend ihrem Entwicklungsstand zwar Sprachverständnis besitzen, die sich jedoch mit den ihnen zur Verfügung stehenden Kommunikationsmöglichkeiten nicht zufriedenstellend ausdrücken können.“ (Kristen 2002, 25)

In Anlehnung an die Literatur von Vanderheiden/Yoder (1986), Arnusch/Pivit (1996), Beukelman/Mirenda (1998), ISAAC-Info (2000) und Kientop/Weid-Goldschmidt/ Dupuis (2000) wurde das folgende Schaubild als Überblick über die Zielgruppen der UK erstellt.

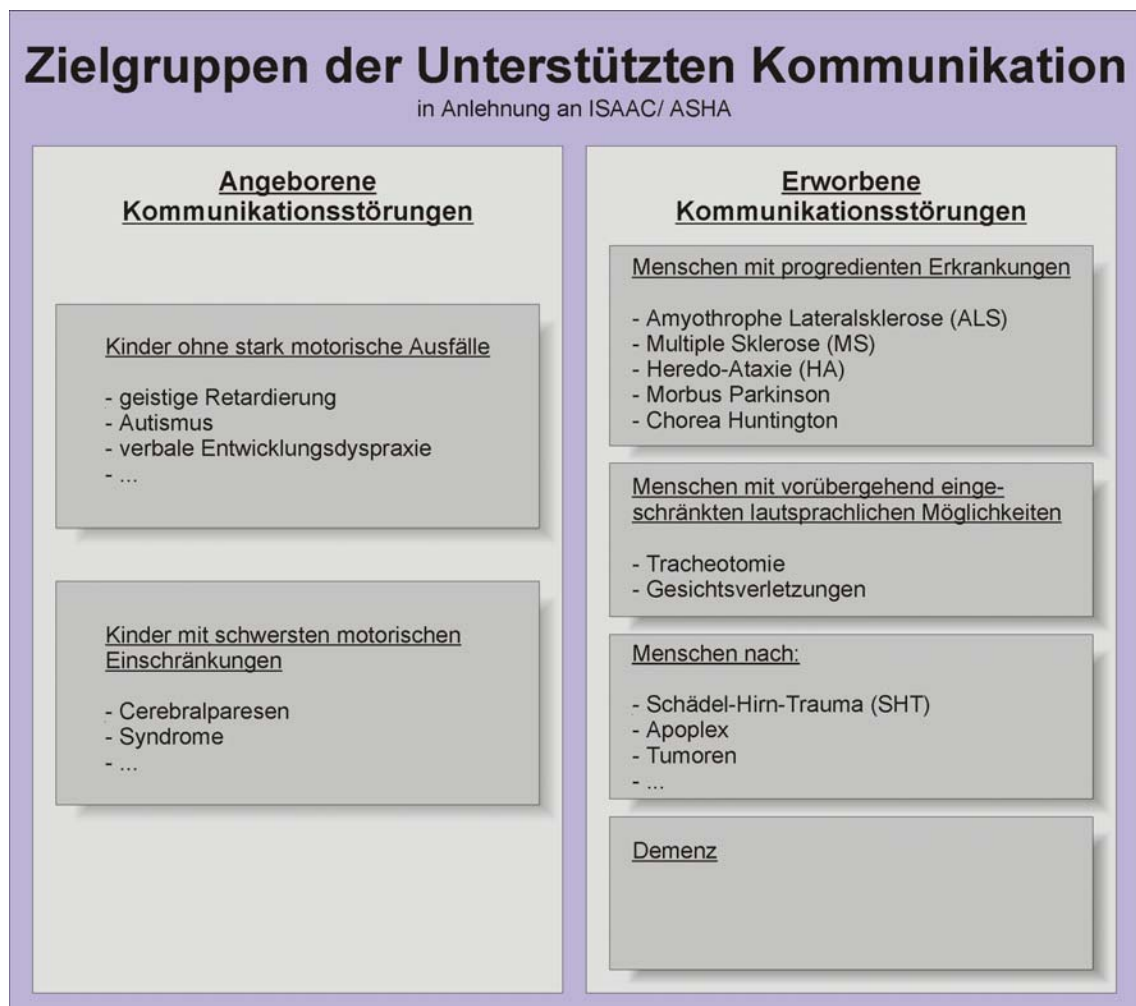


Abb.6: Zielgruppen der Unterstützten Kommunikation

Demnach erfolgt eine Einteilung der für UK in Frage kommenden Menschen in zwei große Zielgruppen: Die erste Zielgruppe umfasst Menschen mit angeborenen Kommu-

nikationsstörungen. Die zweite Zielgruppe umfasst Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen. Dabei gilt, dass innerhalb der jeweiligen Zielgruppe die einzelnen Personen aufgrund unterschiedlicher Grunderkrankungen und Ausprägungen der Schädigung eine große Heterogenität in bezug auf die Sprechfähigkeit aufweisen (vgl. Wilken 2002, 3). Gültigkeit hat diese Einteilung für den deutschen und anglo-amerikanischen Sprachraum. Sie erhebt jedoch nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Abweichungen zeigen sich im skandinavischen Sprachraum, die eine Dreiteilung je nach Versorgungsumfang vornehmen. Nach Tetzchner/Martinsen umfasst demnach die erste Versorgungsgruppe Menschen, für die UK ein Ausdrucksmittel darstellt. Die zweite Gruppe umfasst Menschen, für die UK eine Hilfe zum Spracherwerb darstellt und Gruppe 3 fasst die Menschen zusammen, denen UK eine Ersatzsprache bietet (vgl. Tetzchner/Martinsen 2000, 80 ff).

Im folgenden werden in Anlehnung an die für den deutschen Sprachraum vorgenommenen Einteilung der Zielgruppen die jeweiligen Störungsformen der angeborenen und erworbenen Kommunikationsstörungen näher erläutert.

4.2.1 Angeborene Kommunikationsstörungen

Innerhalb der Zielgruppe der angeborenen Kommunikationsstörungen lassen sich zwei Untergruppen differenzieren (vgl. Kientop/Weid-Goldschmidt/Dupuis 2000, 120):

1. Kinder ohne starke motorische Ausfälle
2. Kinder mit schwersten motorischen Einschränkungen

Zur ersten Gruppe gehören:

- Kinder mit geistiger Behinderung ohne motorische Ausfälle
- Autisten
- Kinder mit schweren Sprachentwicklungsstörungen
- Kinder mit verbalen Entwicklungsdyspraxien.

Unterstützte Kommunikation soll innerhalb dieser Zielgruppe eine Hilfe zum Spracherwerb darstellen und eine Ergänzung bei nicht ausreichender Lautsprache bieten. Neben Einschränkungen im Rahmen der sprechmotorischen Leistungen liegen in dieser Gruppe vielfach auch Einschränkungen in den sprachverarbeitenden Leistungen vor.

Die zweite Gruppe umfasst:

- Kinder mit Cerebralpareesen mit/ ohne Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen und/ oder Wahrnehmung
- Kinder mit anderen schwersten motorischen Auffälligkeiten mit oder ohne den oben aufgeführten Auffälligkeiten
- Syndromkinder.

Innerhalb dieser Gruppe ist die Sprachentwicklung erschwert, aber durchaus möglich. In der Regel bestehen große Differenzen zwischen den rezeptiven und expressiven Sprachleistungen. Die Kinder zeigen meist das Bild einer Anarthrie oder Dysarthrie mit starken Einschränkungen in den sprechmotorischen Leistungen, während die rezeptive Sprachverarbeitung und die innere Sprache einer nahezu normalen Entwicklung unterliegen (vgl. Kientop/Weid-Goldschmidt/Dupuis 2000, 121). Aufgrund der schlechten sprechmotorischen Leistungen stellt UK für diese Gruppe häufig eine überdauernde ergänzende oder auch lautspracheretzende Maßnahme dar. Bei meist guten kognitiven Leistungen erfolgt vielfach eine Versorgung mit elektronischen Kommunikationshilfen (vgl. Kap. 3.2. 2.3).

4.2.2 Erworbene Kommunikationsstörungen

Innerhalb der Zielgruppe der erworbenen Kommunikationsstörungen lassen sich vier Untergruppen differenzieren (vgl. ISAAC-Info 2000; Kientop/Weid-Goldschmidt/Dupuis 2000, 120):

1. Menschen mit progredienten Erkrankungen wie beispielsweise
 - Amyotropher Lateralsklerose (ALS)
 - Chorea Huntington
 - (Heredo)-Ataxie (HA)
 - Morbus Parkinson
 - Multipler Sklerose
2. Menschen mit vorübergehend eingeschränkten lautsprachlichen Möglichkeiten infolge von Gesichtsverletzungen oder Tracheotomie
3. Menschen mit Schädigung nach Unfall oder Apoplex:
 - Schädel-Hirn-Trauma (SHT)
 - Locked-in-Syndrom (LIS)
 - Hirntumor

4. Demenz

Die Zahl der Menschen mit Demenzerkrankungen nimmt stetig zu, weshalb der Ruf nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren immer lauter wird. Auch die UK sucht sich vermehrt seit der Jahrhundertwende seinen Platz in diesem Arbeitsfeld und bietet Behandlungsansätze an (vgl. Fried-Oken/Rau/Oken 2000; Ihssen 2002).

Innerhalb der erworbenen Kommunikationsstörungen sind UK-Maßnahmen zum einen als zeitlich begrenzte Maßnahme und oftmals als ‚Sofortmaßnahme‘ zu verstehen. Dies gilt insbesondere bei Personen mit vorübergehend eingeschränkten lautsprachlichen Möglichkeiten (Gruppe 2) und teilweise auch bei Personen mit Schädigungen nach Unfall oder Apoplex (Gruppe 3). Zum anderen gibt es überdauernde Maßnahmen im Rahmen progredienter Erkrankungen (Gruppe 1) und der Demenz (Gruppe 4), die schrittweise eingeführt und dem Krankheitsverlauf angepasst werden.

Des Weiteren ist bei erworbenen Kommunikationsstörungen zu beachten, ob eine reine Sprechstörung und/oder auch eine Sprachstörung vorliegt. Dies trägt entscheidend zur Auswahl der Kommunikationshilfe bei. Liegt eine reine Sprechstörung – wie beispielsweise bei Gruppe Menschen mit progredienten Erkrankungen – vor, kann in der Regel eine Kommunikationshilfe mit Nutzung eines Schriftsprachsystems eingesetzt werden. Bei Sprachstörungen ist je nach Komplexität evtl. auf graphische Zeichen (vgl. Kap. 3.2.2.1) und/oder auf einfach strukturierte Kommunikationshilfen (vgl. Kap. 3.2.1/3.2.2) zurückzugreifen.

Grundlegend für diese Arbeit ist die Zielgruppe der Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen. Innerhalb jener Gruppe lassen sich den verschiedenen Krankheitsbildern bzw. Grunderkrankungen (Gruppe 1-4) unterschiedliche Sprach- und/oder Sprechstörungen zuordnen.

Zu den möglichen zentral bedingten Sprach- und Sprechstörungen zählen die Aphasie, Dysarthrie/Dysarthrophonie und Sprechapraxie. Im folgenden Kapitel werden die einzelnen Sprach- und Sprechstörungen näher charakterisiert und des Weiteren Möglichkeiten der UK-Versorgung aufgezeigt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Darstellung der Dysarthrien/Dysarthrophonien, da diese Hauptgegenstand des Forschungsprojektes sind.

4.3 Zentral bedingte Sprach- und Sprechstörungen sowie Einsatzmöglichkeiten Unterstützter Kommunikation

Wie bereits in Kapitel 4.2.2 angedeutet, zeigen sich in der Zielgruppe der erworbenen Kommunikationsstörungen drei verschiedene Formen zentralbedingter Sprach- und Sprechstörungen. Je nach Schädigungsursache und -ort kann eine Dysarthrie/Dysarthrophonie, Sprechapraxie und/oder Aphasie ausgebildet werden. Dabei handelt es sich bei der Dysarthrie/Dysarthrophonie und Sprechapraxie jeweils um eine sprechmotorische Störung, während die Aphasie eine zentralbedingte Sprachstörung verkörpert.

Gegenstand dieses Forschungsprojektes ist die Gruppe der Dysarthrien/Dysarthrophonien. Aus diesem Grund liegt im weiteren Verlauf dieses Kapitels der Schwerpunkt auf der Darstellung der Dysarthrie/Dysarthrophonie. Die Störungsformen Aphasie und Sprechapraxie werden der Vollständigkeit halber angerissen.

Schwerpunkt der Darstellung der Dysarthrie/Dysarthrophonie bilden allgemeine Aspekte der Begriffsbestimmung, der Ätiologie und Klassifikation. Die Darstellung einzelner diagnostischer und funktionstherapeutischer Elemente bzw. Behandlungskonzepte würde den Rahmen der Arbeit sprengen.

Bezugnehmend zum Forschungsprojekt sollen in einem zweiten Teil Möglichkeiten der UK bei Dysarthrie/Dysarthrophonie angeführt werden. Dabei sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die UK nur ein Baustein in der Dysarthrietherapie darstellt und funktionstherapeutische Vorgehensweisen keineswegs ersetzen soll, auch wenn die Funktionstherapie hier keine größere Beachtung finden.

Darüber hinaus sei darauf hingewiesen, dass der Bereich der Dysarthrie innerhalb der Sprachheilpädagogik lange Zeit eher stiefmütterlich behandelt wurde. Erst in den letzten Jahren sind im deutschen Sprachraum vermehrt Veröffentlichungen zu diesem Bereich zu finden (vgl. Springer/Kattenbeck 1987; Breckow 1996; Förster 1996; Giel 2000a,2001,2002,2002a,2003; Berndt/Mefferd 2002; Runge 2002). Insbesondere die Forschergruppe um Ziegler hat vielfältige Artikel im Bereich der linguistischen Betrachtung von Dysarthrien/Dysarthrophonien hervorgebracht (vgl. Ziegler 1994, 1994a; Ziegler et al. 1998). Veröffentlichungen zum UK-Einsatz bei Dysarthrien im Erwachsenenalter finden sich in der deutschsprachigen Literatur lediglich bei Giel/Richter (2002). In der einschlägigen Dysarthrieliteratur findet UK, wenn überhaupt, nur am Rande Beachtung (vgl. Kap. 4.1). Die hier angeführten Möglichkeiten des Einsatzes

von UK bei Dysarthrien im Erwachsenenalter sind durchweg der anglo-amerikanischen Literatur entnommen.

4.3.1 Dysarthrie/Dysarthrophonie

Begriffsbestimmung/ Definition

„Dysarthria comprises a group of speech disorders resulting from disturbances in muscular control. Because there has been damage to the central or peripheral nervous system, some degree of weakness, slowness, incoordination, or altered muscle tone characterizes the activity of the speech mechanism. ... The term will encompass coexisting motor disorders of respiration, phonation, articulation, resonance, and prosody.“ (Darley/ Aronson/ Brown 1975, 2).

Bei dieser von Darley, Aronson und Brown (1975) vorgenommenen Definition der Dysarthrie handelt es sich um die im deutschen Sprachraum am häufigsten verwendete, übersetzte und modifizierte Begriffsbestimmung (vgl. Giel 2001, 241). Dabei stehen die medizinischen und linguistischen Aspekte der Dysarthrie im Vordergrund.

Eine medizinische Betrachtung der Dysarthrie erfolgt in der Regel durch die Fachdisziplinen der Neurologie, Phoniatrie und der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Dabei geht es im Rahmen der Neurologie um die neurologische Ursachenklärung und Beschreibung der sensorischen und motorischen Ausfallerscheinungen bei Menschen mit Dysarthrie. Die Phoniatrie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde übernehmen die Symptombeschreibung und Ursachenklärung in bezug auf pharyngeale und laryngeale Veränderungen.

Eine linguistische Betrachtung der Dysarthrie erfolgt durch die Neurophonetik. Es geht um die phonetische Beschreibung von Veränderungen in den Funktionsbereichen Respiration, Phonation, Artikulation und Prosodie.

Untersuchungen der neueren Zeit (vgl. Ziegler 1998; Giel 2000) haben jedoch ergeben, dass eine rein medizinisch-linguistische Betrachtungsweise der Dysarthrie für ihre Beschreibung und Behandlung vielfach nicht ausreichend ist. Dysarthrien verkörpern darüber hinaus auf einer pädagogisch-psychologischen Betrachtungsebene ein kritisches Lebensereignis, welches das Person-Umwelt-Gefüge erheblich verändern und belasten kann. In einer pädagogisch-psychologischen Betrachtungsweise, wie sie die Sprachheilpädagogik vornimmt, geht es deshalb darum, neben den medizinischen und linguistischen Daten (der Symptomatik), auch den daraus resultierenden psychischen Folgen (den Menschen mit Dysarthrie) Aufmerksamkeit zu schenken (vgl. Richter 1998).

Da diese Ebene in den bisherigen Definitionen der Dysarthrie keine Beachtung findet, schlägt Giel (2001, 241) folgende erweiterte Begriffsbestimmung vor:

„Dysarthrien/ Dysarthrophonien sind neurologisch bedingte Störungen des Sprechens (Atmung, Stimmgebung, Artikulation, suprasegmentale Ebene). Die Ursachen sind in raumzeitlich unterschiedlich lokalisierten Ereignissen zu finden, die sowohl prozessualen Charakter (degenerative, progrediente Erkrankungen) haben können, oder auch einmalige Ereignisse (Schädel-Hirn-Trauma, Apoplex, frühkindliche Hirnschädigung etc.) darstellen. Die durch die Dysarthrie entstandenen Beeinträchtigungen (Kommunikationsstörungen, psychosoziale Aspekte etc.) produzieren ein Ungleichgewicht des Person-Umwelt-Gefüges und stellen damit ein kritisches Lebensereignis dar.“ (Giel 2001, 241).

Ätiologie

Die Ursachen für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Dysarthrie/Dysarthrophonie sind sehr vielfältig. Die häufigsten Ursachen sind traumatische Ereignisse (Unfälle), Tumore, zerebrovaskuläre Erkrankungen (z.B. Schlaganfälle, Aneurysmen) und des weiteren frühkindliche Hirnschädigungen (Cerebralparesen). Aber auch Infektionskrankheiten und hier insbesondere Hirn(haut)entzündungen sowie endokrine Fehlfunktionen können zu einer zentral-nervalen Schädigung und somit zur Ausbildung einer Dysarthrie/Dysarthrophonie führen.

Neben diesen einmaligen Ereignissen können auch degenerative und progrediente neurologische Erkrankungen (z.B. Morbus Parkinson, Multiple Sklerose) sowie neurologische Syndrome eine Dysarthrie/Dysarthrophonie verursachen.

Während einige Erkrankungen spezifisch für das Kindes- (z.B. Cerebralparesen) oder Erwachsenenalter (z.B. Morbus Parkinson) sind, zeigen sich beispielsweise Infektionskrankheiten, Tumore und traumatische Ereignisse als altersunspezifisch. Allen gemeinsam sind die Auswirkungen der Erkrankungen. Aufgrund der Schädigungen im zentralen Nervensystem kann es zu Störungen der Muskelkontrolle, zu Formen der Schwäche, Verlangsamung, Unkoordination und/oder zu einem veränderten Muskeltonus kommen, was auch Auswirkungen auf die sprechmotorischen Fähigkeiten hat. Es kommt in erster Linie zu einer unterschiedlich ausgeprägten Artikulationsstörung mit Beeinträchtigungen der Respiration, Phonation und Prosodie (vgl. Förster 1993; Ziegler et al. 1998; Giel 2001/ 2002).

Klassifikation und Erscheinungsformen der Dysarthrie/ Dysarthrophonie

Eine allgemein anerkannte Klassifikation der Dysarthrien gibt es bis heute nicht. In der Literatur lassen sich vielfältige Möglichkeiten einer Einteilung finden. So ist beispielsweise eine Einteilung nach der Ätiologie (z.B. vaskulär, traumatisch, toxisch, degenerativ), dem zugrundeliegenden Störungsbild (z.B. Multiple Sklerose, Morbus Parkinson), der Art der zugrundeliegenden Bewegungsstörung (z.B. spastisch, schlaff, rigide) oder den betroffenen Hirnnerven denkbar (vgl. Förster 1993, 393f.). In der deutschsprachigen Fachliteratur findet überwiegend die Einteilung der Dysarthrien nach der äußeren Erscheinungsform der Dysarthrie Verwendung. In Anlehnung an

Darley, Aronson, Brown (1975) wird dabei zwischen sechs Dysarthriepformen differenziert: Hypotone (schlaaffe) Dysarthrie, Spastische Dysarthrie, Hypokinetische-rigide Dysarthrie, Hyperkinetische Dysarthrie, Ataktische Dysarthrie und Gemischte Dysarthrie. Dabei ist festzuhalten, dass innerhalb einer bestimmten Dysarthriepform die gegebenen Symptome nicht immer einheitlich sein müssen. Je nach Individuum können hier beträchtliche Schwankungen vorliegen, so dass Einteilungen immer nur als Richtwert zu verstehen sind und nicht 1:1 auf die jeweilige Grunderkrankung zu übertragen sind. Darüber hinaus ist neben den klar zu beschreibenden Auffälligkeiten auf medizinischer und linguistischer Ebene allen Dysarthriepformen gemeinsam, dass sie auf der pädagogisch-psychologischen Ebene eine Kommunikationsstörung nach sich zieht, die in der Bewertung der Sprechstörung durch den Betroffenen häufig oberste Priorität hat.

„Dysarthrische Patienten und deren Angehörige und Gesprächspartner nehmen die Sprechstörung in der Regel nicht unmittelbar als Bewegungsstörung wahr. Für sie steht vielmehr die Unfähigkeit im Vordergrund, in der gewohnten Weise zu kommunizieren.“ (Ziegler 1998, 19).

Sprachtherapeutische Überlegungen

Aufgrund der oben angeführten Mehrschichtigkeit der Symptomatik und der verschiedenen Betrachtungsebenen ergibt sich auch für das sprachtherapeutische Vorgehen eine Arbeit auf mehreren Ebenen. Während lange Zeit funktionstherapeutische Ansätze (vgl. Robertson/Thomson 1992; Duffy 1995) im Vordergrund standen, finden in neueren Ansätzen (vgl. Giel 2002/2003) Aspekte der Kommunikationstherapie und Krankheitsbewältigung zunehmend Beachtung.

Aufgrund der starken Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit, bzw. durch ein stetiges Fortschreiten der Erkrankung, ist der Funktionstherapie mit ihrer Arbeit an Respiration, Phonation, Artikulation und Prosodie jedoch oftmals eine Grenze gesetzt. In solchen Fällen ist es notwendig, andere Methoden zur Aufrechterhaltung der Kommunikation zu wählen.

Eine Möglichkeit stellt hier die UK mit ihren körpereigenen und/oder externen Kommunikationsformen (vgl. Kap. 3. 2) dar.

Im folgenden werden zu den einzelnen Grunderkrankungen ausgewählte Formen der UK vorgestellt. Die Darstellung erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

4.3.1.1 Einsatzmöglichkeiten Unterstützter Kommunikation bei Dysarthrie/ Dysarthrophonie

Ein Blick in die anglo-amerikanische Literatur (vgl. auch Kap. 2.3.1) zeigt, dass dort vielfältige Studien den positiven Einsatz von UK im Rahmen der Dysarthrietherapie belegen. Zu unterscheiden ist dabei die sprachtherapeutische Versorgung im Rahmen progredienter und akuter/chronischer Krankheitsformen. Insbesondere bei progredienten Erkrankungen nimmt die UK-Versorgung einen großen Raum ein (vgl. Beukelman 1998; Beukelman/Yorkston/Reichle 2000; Koul/Arvidson/Pennington 1997; Pyatak Fletcher 1997).

Beukelman/Mirenda (1998) zeigen in einem 5-Stufen-Modell den Verlauf von Sprechstörungen bei progredienten Erkrankungen und Einsatzmöglichkeiten von UK auf. Innerhalb dieses Modells überwiegen in den ersten beiden Krankheitsstadien bei noch guter/ausreichender Verständlichkeit funktionstherapeutische Maßnahmen. Ab der dritten Stufe treten bei stetiger Abnahme der Verständlichkeit dann zunehmend UK-Maßnahmen in den Vordergrund. Dabei geht es zunächst um die Schaffung ergänzender Maßnahmen (wie beispielsweise Schreiben, Schlüsselwortstrategie), die die Lautsprache unterstützen sollen. Ist ein funktionelles Sprechen in den letzten beiden Krankheitsstadien nicht, bzw. nur noch sehr unzureichend möglich, bekommen diese Maßnahmen einen lautsprachersetzenden Charakter. Dabei können körpereigene und/oder externe Kommunikationsformen (vgl. Kap. 3.2.1, Kap. 3.2.2) eingesetzt werden. Je nach Grunderkrankung und Krankheitsverlauf haben sich im Rahmen von Evaluationsstudien unterschiedliche UK-Maßnahmen als sinnvoll erwiesen (vgl. Giel/Richter 2002).

Einen Überblick über UK-Maßnahmen, die sich bei verschiedenen Grunderkrankungen als effektiv erwiesen haben, zeigt das nachstehende Schaubild auf. Grundlegend für dieses Schaubild ist die Literatur von Beukelman/Yorkston/Reichle (2000), Beukelman/Mirenda (1998) und Koul/Arvidson/Pennington (1997) sowie einzelne Fachartikel zu den jeweiligen Grunderkrankungen, die im weiteren Verlauf situationsgebunden angeführt werden.

Einsatz Unterstützter Kommunikation in der Dysarthrietherapie

→ Ansätze aus dem anglo - amerikanischen Raum



Abb. 7: UK-Einsatz in der Dysarthrietherapie (vgl. Giel/Richter 2002)

Im Rahmen progredienter Erkrankungen finden sich die meisten Studien zum Einsatz von UK bei *Amyotropher Lateralsklerose (ALS)*. Dies bedingt sich durch den Verlauf der Erkrankung, dem meist schnellen Verlust der natürlichen Sprechfähigkeit bei normalen kognitiven Fähigkeiten. Nach Mathy/Yorkston/Gutmann (2000) ergibt sich für diese Erkrankung eine effektive Klassifikation der UK-Maßnahmen in Abhängigkeit von Form und Verlauf der Erkrankung. Grundlegend hierfür ist die Handfunktion sowie die Mobilität. Bei eingeschränkter Handfunktion ist eine ergänzende Maßnahme, die auf Schreibfunktionen basiert wenig sinnvoll, während bei intakter Handfunktion, Schreiben als Mittel der ersten Wahl gilt. Hinsichtlich der Mobilität ist zu beachten, dass je mobiler eine Person ist, umso leichter und kleiner sollte die Kommunikationshilfe sein (z.B. Buchstabentafel statt Computer). Bei eingeschränkter Mobilität können körpereigene Kommunikationsformen im Einsatz schwierig sein. Die umfassende Klassifikation von UK-Maßnahmen bei ALS ist bei Mathy/Yorkston/Gutmann (2000, 198 ff) nachzulesen.

Im Rahmen der *Multiplen Sklerose (MS)* gibt es bisher kaum Erfahrungen in der UK-Versorgung. Eine Untersuchung von Beukelman/Kraft/Freal (1985) an 656 Personen mit MS belegt, dass sich bei nur 23% der Erkrankten eine Sprechstörung ausbildete und davon wiederum lediglich 4% starke Einschränkungen der natürlichen Sprech-

fähigkeit aufzeigten. Die Anzahl der mit UK-Versorgten lag bei 28,8%. Allerdings erscheint die Zahl der MS-Erkrankten, die eine Dysarthrie ausbilden, in dieser Studie sehr gering. In Untersuchungen von Darley et al. und Hartelius/Svensson bildeten rund 41% der MS-Patienten eine Dysarthrie aus (vgl. Ziegler 1998, 9). Je nach Schweregrad der Erkrankung kommen vorzugsweise externe Kommunikationshilfen zum Einsatz, die sowohl elektronischer als auch nicht-elektronischer Natur sein können (vgl. Pyatak Fletcher 1997, 516ff).

In der UK-Versorgung bei *Morbus Parkinson* stehen einfache, nicht elektronische UK-Systeme im Vordergrund. Dazu zählen Feedback-Strategien und/oder der Einsatz eines Pacing Boards zur Reduzierung der Sprechgeschwindigkeit. Des Weiteren kommen Buchstabentafeln zur Vermeidung kommunikativer Abbrüche in den Anfangsstadien der Erkrankung zum Einsatz (vgl. Klasner/Yorkston 2000, 257ff). Zudem nimmt die Funktionstherapie zum Erhalt des natürlichen Sprechens in der sprachtherapeutischen Versorgung von Menschen mit Morbus Parkinson einen besonders hohen Stellenwert ein. Aufgrund zunehmender kognitiver und motorischer Einschränkungen, die den Verlust der natürlichen Sprechfähigkeit begleiten, ist eine UK-Versorgung in den letzten Krankheitsstadien meist sehr schwierig und häufig nicht möglich (vgl. Armstrong/Jans/MacDonald 2000), so dass der Erhalt weniger lautsprachlicher Möglichkeiten von großer Bedeutung ist.

Schwerpunkt der UK-Versorgung bei *Chorea Huntington* bildet ein jederzeit reproduzierbares Ja-/Nein-System zur Aufrechterhaltung basaler Kommunikationsstrukturen. Aufgrund dementieller Abbauprozesse sind Stichworttafeln und Strukturierungshilfen für den Alltag häufig indiziert. Eine längerfristige und hoch-komplexe UK-Versorgung ist aufgrund der dementiellen Abbauprozesse meist nicht möglich. Einfache nichtelektronische Kommunikationshilfen sind zum Krankheitsbeginn denkbar (vgl. Klasner/Yorkston 2000, 244ff).

Demgegenüber sind die Aussagen zum Einsatz von UK bei akuten bzw. chronischen Ereignissen noch sehr vage.

Im Rahmen des *Locked-In-Syndroms (LIS)* erfolgt eine Versorgung in der Regel individuell in Abhängigkeit zu den motorischen Restfähigkeiten. Hauptaugenmerk liegt auf der Bahnung eines klaren Ja-/Nein-Systems sowie auf der Nutzung von Buchstabentafeln, die sowohl in nichtelektronische als auch in elektronische Kommunikationshilfen integriert werden können.

In der Versorgung bei *Schädel-Hirn-Trauma (SHT)* zeigt sich auch in den USA noch kein einheitliches Versorgungsbild. Ist im frühen Stadium der Erkrankung der Einsatz von UK häufig aufgrund umfassender Sprach- und Sprechstörungen sowie neuropsychologischer Begleiterscheinungen erschwert, gilt danach die Maxime der Wiederherstellung der natürlichen Sprechfähigkeit. In der Regel kommt UK erst im späten Stadium im Sinne einer Langzeitversorgung zum Einsatz (vgl. Doyle/Kennedy/Jausalaitis/Philips 2000).

Die hier aufgezeigten anglo-amerikanischen Ansätze der UK-Versorgung im Rahmen der Dysarthrietherapie sollen Erfahrungen und mögliche Wege aufzeigen. Sie erheben selbstverständlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit und bedürften bei einer Übertragung ins Deutsche einer weiteren kritischen Betrachtung des Forschungsdesigns. Ob sich ähnliche Versorgungsansätze im deutschen Sprachraum erkennbar sind, soll das Forschungsprojekt zeigen.

4.3.2 Sprechapraxie

Definition

„Die Sprechapraxie zählt zu den erworbenen zerebralen Sprechstörungen. Die Störung betrifft Aspekte sprechmotorischer Kontrollfunktionen, die in der sprachdominanten Großhirnhemisphäre angesiedelt sind. Vermutlich handelt es sich dabei um eine Beeinträchtigung der sprechmotorischen Programme, die sich im Spracherwerb konstituiert haben, oder um eine Störung des Zugriffs auf solche Programme. Die Störung kann verschiedene Integriationsebenen sprechmotorischer Programme betreffen, von der Ebene der Koordination einzelner Bewegungskomponenten zu komplexeren Gesten bis zur Ebene der Verbindung größerer motorischer Einheiten, etwa auf der Ebene von Halbsilben oder Silben. Resultat dieser Beeinträchtigungen sind eine unflüssige Sprechweise und Störungen der Lautstruktur sprachlicher Äußerungen.“ (Ziegler 2001, 262).

Ätiologie

Die häufigste Ursache für die Entstehung einer Sprechapraxie im Erwachsenenalter sind zerebrovaskuläre Erkrankungen (Infarkte, Blutungen). Darüber hinaus können, wenn auch wesentlich seltener, entzündliche Prozesse, zerebrale Tumore oder traumatische Ereignisse eine Sprechapraxie hervorrufen. Verantwortlich für das Auftreten sprechapraktischer Störungen ist dabei eine Schädigung im Versorgungsgebiet der linken mittleren Hirnarterie (vgl. Ziegler 2001, 262).

Erscheinungsbild

Nach Ziegler (1991) lassen sich sprechapraktische Störungen aus der linguistischen Betrachtung heraus auf drei Ebenen beschreiben.

Auf der *segmentalen Ebene* kommt es zu Störungen der Lautbildung. Lautentstellungen (z.B. Lautdehnung) und kategorialen Lautabweichungen (z.B. Elision, Substitution) gelten dabei als Leitsymptom der Sprechapraxie (vgl. Vogel/Ziegler/Morasch 1988, 351; Ziegler 1991, 90f.).

Die *suprasegmentale Ebene* beinhaltet die Ebene der Prosodie. Hauptsymptom der prosodischen Störung ist das silbische (skandierende) Sprechen sowie häufige Sprechpausen (Unterbrechung des natürlichen Intonationsverlaufs) und Lautdehnungen und -auslassungen (Veränderung der zeitlichen Strukturierung von Wörtern und Sätzen) (vgl. Ziegler 1991, 94).

Das *Sprechverhalten* beinhaltet die nicht linguistischen Auffälligkeiten beim Sprechen. Dazu zählt in erster Linie das Auftreten von Suchbewegungen. Ein weiteres Symptom stellt die Sprechanstrengung dar. Sprechanstrengung kann durch Mitbewegungen der mimischen Muskulatur, durch Störungen der Koartikulation und Erhöhung der Sprechstimmlage zum Ausdruck kommen (vgl. Ziegler 1991, 93f.).

Neben der linguistischen Betrachtungsebene bzw. der Betrachtung des Sprechverhaltens gilt für sprechapraktische Patienten ähnlich wie für die Dysarthriker eine pädagogisch-psychologische Betrachtungsweise. Aus den vorliegenden sprechmotorischen Auffälligkeiten resultieren oftmals schwerwiegende Kommunikationsprobleme, die sich insbesondere im Alltagsgespräch zeigen. Viele Betroffene sind nicht mehr in der Lage, anfallende Alltagsgespräche (Telefonate, Behördenbesuche, Kontakte zu Freunden ...) eigenständig zu bewältigen. Es kommt zu extremen Einschränkungen der Selbständigkeit, die vielfach zu einem sozialen Rückzug führen (vgl. Ziegler 2001, 267f.).

Sprachtherapeutische Überlegungen

Im Vordergrund steht ein funktionstherapeutisches Vorgehen. Methoden in der Sprechapraxietherapie stellen Segmentierungsverfahren (vgl. Springer 1995), Fraktionierungsverfahren (vgl. z.B. Ziegler/Jaeger 1993) und die ‚Rhythmische Strukturierung‘ (vgl. Helm 1979) dar. Abhängig vom Schweregrad der sprechapraktischen Störung kann eine mündliche Kommunikation zunächst jedoch komplett oder zum größten Teil unterbunden sein. Hier gilt es, dem Betroffenen möglichst schnell eine ergänzende oder ersetzende Kommunikationshilfe an die Hand zu geben. Hierdurch soll eine grundlegende Kommunikation ermöglicht und Frustrationen in der Kommunikation gemindert werden.

Zum UK-Einsatz bei Sprechapraxie finden sich in der deutschsprachigen Literatur keine Angaben. Auch in der anglo-amerikanischen Literatur kam UK in der sprachtherapeutischen Versorgung bei Menschen mit Sprechapraxie lange Zeit erst dann zum Einsatz, wenn funktionstherapeutische Elemente zu keinem Therapieerfolg führten (vgl. Duffy 1995). Studien (vgl. Dworkin/Abkarian/Johns 1988; Rosenbek/Lemme/Ahern/Harris/Wertz 1973) belegen jedoch, dass insbesondere bei schweren Sprechapraxien trotz intensiver funktionstherapeutischer Bemühungen die Erfolge sehr gering sind und eine Rückkehr der natürlichen Sprechfunktion nicht zu verzeichnen ist. Für diese Betroffenen belegen Einzelfallstudien die Wirksamkeit von UK-Interventionen, die aus einer Kombination von körpereigenen sowie nichtelektronischen und/oder elektronischen Kommunikationsformen bestehen sollten (vgl. Beukelman/Yorkston/Dowden 1985; Rogers/Alarcon 1998; Yorkston/Waugh 1989). Bei diesen Untersuchungen handelt es sich um Einzelfallstudien, die teilweise schon einige Jahre zurückliegen.

Insgesamt scheint auch im anglo-amerikanischen Bereich der Einsatz von UK bei Sprechapraxien eher wenig Beachtung zu finden. In den einschlägigen UK-Handbüchern (vgl. Beukelman/Mirenda 1989, Glennen/DeCoste 1997) spielt UK bei Sprechapraxie keine Rolle.

4.3.3 Aphasie

Definition

„Aphasien sind zentrale Sprachstörungen, die linguistisch als Beeinträchtigung in den verschiedenen Komponenten des Sprachsystems (Phonologie, Lexikon, Syntax und Semantik) zu beschreiben sind. Die aphasischen Störungen erstrecken sich auf alle expressiven und rezeptiven sprachlichen Modalitäten, auf Sprechen und Verstehen, Lesen und Schreiben, wobei im Prinzip dieselben sprachsystematischen Merkmale der Störungen nachweisbar sind. Aphasische Störungen können also stets multi- und/oder supramodal auftreten.“ (Huber/ Poeck/ Weninger 1989, 89).

Ätiologie

Ursache der Aphasie ist eine Hirnschädigung der dominanten (meist linken) Hemisphäre. In der Mehrzahl der Fälle (80%) wird die Hirnverletzung durch einen Schlaganfall hervorgerufen. Dabei wird differenziert zwischen einem ischämischen Insult (arterielle Thrombose, Embolie) und einem Schlaganfall durch Hirnblutung (Aneurysma, Gefäßwandklerose). Weitere Ursachen für die Entstehung einer Aphasie sind Schädelverletzungen durch Unfall, Hirntumore und Hirnoperationen (vgl. Lutz 1996, 32f.).

Klassifikation

In der Literatur findet sich eine Vielfalt von Klassifikationssystemen aphasischer Störungen. In der Regel ergeben sich diese Klassifikationen aus den zugrundeliegenden theoretischen Annahmen über die Aphasie (vgl. Lutz 1996, 38).

Die am häufigsten angewandte Klassifikation geht auf die Aachener Aphasieforschungsgruppe der Neurologen Huber und Poeck zurück (vgl. Huber/Poeck/Weninger 1989, 89ff). Diese Klassifikation geht gleichzeitig von den sprachlichen Symptomen und dem Ort der Störung aus und unterscheidet demnach vier Aphasieformen differenzieren: Globale Aphasie, Wernicke-Aphasie, Broca-Aphasie und amnestische Aphasie.

Sprachtherapeutische Überlegungen

Die Aphasietherapie ist eine Sprach- und Kommunikationstherapie (vgl. Tesak 1999). Je nach Aphasieform, Störungsschwerpunkt und Schweregrad kommt es zu einer breitgefächerten Aktivierung aller sprachlichen Ebenen und/oder einer spezifischen Arbeit an einzelnen Sprachstrukturen. Zum Einsatz kommen dabei beispielsweise aktivierende und sprachsystematische Methoden. Neben diesen sprachtherapeutischen Ansätzen finden häufig kommunikationstherapeutische Ansätze Verwendung, die vielfach Bestandteile der UK beinhalten. Auf der Ebene der körpereigenen Kommunikationsformen finden insbesondere Gesten, Fingerzeichen und Mimik Beachtung. Kommunikationsbücher und Bildkarten kommen auf der Ebene der externen, nicht-elektronischen UK-Maßnahmen zum Einsatz (vgl. Johannsen-Horbach/Wallesch 1988; Tesak 1999). Der Einsatz elektronischer Kommunikationshilfen wird in der deutschsprachigen Literatur eher weniger beschrieben. Erste empirische Studien zum Einsatz und zur Effektivität speziell entwickelter, computerunterstützter Kommunikationshilfen in Deutschland finden sich bei Stachowiak et. al (1990) und Wahn (2002a). Elektronische Kommunikationshilfen werden im Rahmen der Aphasietherapie dabei als „prothetisch-instrumentelles-therapeutisches Hilfsmittel“ (Wahn 2002a, 130) gesehen. Dieses elektronische Hilfsmittel kann somit einerseits eine funktionstherapeutische Fördermaßnahme beinhalten und andererseits ergänzendes oder ersetzendes Sprachsystem darstellen. Unterstützte Kommunikation bei Aphasie wird insbesondere bei Patienten mit schweren expressiven Störungen oder zusätzlichen apraktischen Störungen eingesetzt. (vgl. Johannsen-Horbach/Wallesch 1988; Wahn 2002a).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der UK-Einsatz in der Aphasietherapie bereits seit den 60er Jahren in der Literatur beschrieben wird. Ein umfassenderer Einblick in die UK bei Aphasie kann an dieser Stelle jedoch nicht gegeben werden.

5 Ableitung und Hinleitung zu der Fragestellung und den Forschungsprojekten

5.1 Zusammenfassung der Kapitel 2-4 im Hinblick auf das Forschungsprojekt

Die Entwicklung des Forschungsprojektes ‚UK - Einsatz bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter‘ ist als prozessuales Geschehen über einen Zeitraum von drei Jahren zu sehen. Zu Beginn des Projektes standen intensive Literaturrecherchen, theoretische Auseinandersetzungen mit der deutschen und anglo-amerikanischen Fachliteratur sowie die Teilnahme an Fortbildungen zum Thema UK im Vordergrund.

Sehr schnell zeigte sich, dass die theoretische Auseinandersetzung mit dem Fachgebiet der UK in Deutschland noch in den Kinderschuhen steckt (vgl. Kap. 2). Insbesondere die UK-Versorgung von erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen findet in der deutschsprachigen Fachliteratur kaum Beachtung (vgl. Kap. 2.2.1). Ebenso wurde in den besuchten UK-Fortbildungen kaum Bezug auf jene genannte Personengruppe genommen. Dahingegen zeigen sich in der anglo-amerikanischen Fachliteratur vielfältige Ansätze zur UK-Versorgung bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter (vgl. Kap. 2.2.1; Kap. 4.3). Erste Evaluationsstudien belegen hier gute Erfolge im störungsspezifischen Einsatz von UK-Maßnahmen im Erwachsenenalter (vgl. Kap. 4.3).

Hieraus erwuchs immer mehr die Frage, inwieweit und unter welchen Bedingungen eine UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen in Deutschland erfolgt.

Zwar findet man in der deutschsprachigen Literatur viele, praktisch ausgerichtete Berichte zu den Methoden der UK (vgl. Kap. 3.2) und deren Einsatz im Vorschul- und Schulalter, doch fehlen Evaluationsstudien zum störungsspezifischen UK-Einsatz sowie Theoriekonzepte zur evaluierten UK-Versorgung im allgemeinen und insbesondere bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter. Die anglo-amerikanische Literatur bietet hier eine Reihe von theoretischen Ansätzen in Form von Assessmentmodellen (vgl. Kap. 3.1), die ein evaluiertes Versorgungsvorgehen und Versorgungsinhalte aufzeigen. Inwieweit diese in der UK-Versorgung bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen in Deutschland Beachtung finden bzw. welche theoretischen Konzepte der UK-Versorgung ansonsten zugrunde liegen, konnte im Rahmen der theoretischen Auseinandersetzung nicht belegt werden.

Zudem zeigt sich bei Sichtung der Literatur, dass es in Deutschland derzeit noch keine klare Zuordnung dahingehend gibt, welche Berufsgruppe (z.B. Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten, Sonderschullehrer) bzw. welche Einrichtungen (z.B. Kliniken, Praxen, UK-Beratungsstellen) eine UK-Versorgung im allgemeinen und bei Erwachsenen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen im speziellen vornimmt. Zurzeit kann eine UK-Versorgung durch verschiedene Berufsgruppen innerhalb verschiedener Einrichtungen und/oder UK-Beratungsstellen erfolgen.

Diesem Grundgedanken angelehnt werden im folgenden das Forschungsinteresse, der Forschungsgegenstand sowie die Entwicklung der Fragestellung und der daraus resultierende Forschungsablauf dargelegt.

5.2 Forschungsinteresse

Das diesem Forschungsvorhaben zugrunde liegende Interesse wurde bereits in Kapitel 1.1 ausführlich dargelegt.

Darüber hinaus soll dieses Forschungsprojekt einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Sprachtherapie leisten. Die Erforschung des UK-Versorgungsvorgehens bei erwachsenen Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen soll deshalb nicht losgelöst von den bestehenden Qualitätsebenen im Gesundheitswesen erfolgen. Die Qualitätsebenen bilden die Grundlage zur Erstellung des Kategoriensystems für das Erhebungs- und Auswertungsdesign dieses Forschungsvorhabens (vgl. Kap. 6.1.1/6.2.1; Kap. 7.1.1/7.2.1.1). Dabei erfolgt eine Modifizierung der Qualitätsebenen entsprechend dem Gegenstand ‚UK-Versorgung im sprachtherapeutischen Umfeld‘ (Projekt 1) bzw. dem Gegenstand ‚UK-Versorgung durch UK-Beratungsstellen‘ (Projekt 2).

Im folgenden werden die Ebenen des Qualitätsmanagements zunächst für die Sprachtherapie allgemein aufgezeigt. Eine Modifizierung für den Bereich der Unterstützten Kommunikation geschieht in Kapitel 6.1.1.

5.2.1 Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie

Wie in vielen anderen Berufszweigen nimmt auch in der Sprachtherapie seit einigen Jahren die Auseinandersetzung mit dem Thema ‚Qualitätsmanagement (QM)‘ einen immer größeren Raum ein (vgl. Hauck/Schwer/Voigt-Radloff; Baumgartner/Giel 2000; Giel 1999; Giel 2000; Homburg/Iven/Maihack 2000). Immer lauter wird die Forderung nach einer kriteriengeleiteten Entwicklung von Leitlinien für alle Bereiche der Sprachtherapie (vgl. Baumgartner/Giel 2000, 301; Maihack 2000, 348ff). Erste Entwicklungen hierzu sind im Bereich der zentral bedingten Sprach- und Sprechstörungen zu verzeichnen. 2001 wurden die ersten Qualitätskriterien und Therapiestandards für die sprachtherapeutische Arbeit mit Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie) entwickelt (vgl. Bauer et al. 2002). Grundlegend für ein Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie ist die Arbeit des amerikanischen Arztes Donabedian, der als ‚Vater‘ des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen gilt. Nach Donabedian erfolgt eine Unterteilung von Qualität in die Bereiche ‚technische Qualität‘ (technical quality) und ‚interpersonelle Qualität‘ (interpersonal quality). Die ‚technische Qualität‘ umfasst dabei die objektiv beschreibbare Seite der Medizin, die durch Experten bewertet wird. Die ‚interpersonelle Qualität‘ beinhaltet dahingegen die zwischenmenschliche Qualität, d.h. die subjektive Bewertung durch den Klienten - die Klientenzufriedenheit. Hierdurch soll dem Problem der Unvereinbarkeit von objektiv beschreibbaren Ergebnissen auf der einen Seite und dem Wissen, dass Gesundheit nicht messbar ist und subjektive Klienteneinschätzungen nicht objektivierbar sind auf der anderen Seite Rechnung getragen werden (vgl. Baumgartner/Giel 2000, 276; Giel 1999, 32).

Um eben jene Vielschichtigkeit von Qualität im Gesundheitswesen besser fassen zu können, entwickelte Donabedian eine Trias aus den Qualitätsebenen Struktur, Prozess und Ergebnis, die heute maßgebend für die Beschreibung von Qualität im Gesundheitswesen ist (vgl. Giel 1999, 33; Giel 2000, 47).

Für den Bereich der Sprachtherapie wurden diese Qualitätsebenen entsprechend dem Arbeitsfeld durch Giel (1999) modifiziert. Eine nähere Erläuterung der einzelnen Qualitätsebenen soll im folgenden anhand dieses Modells erfolgen.

Im Verlauf dieses Forschungsprojektes stellen die drei Qualitätsebenen die Grundlage für eine kriteriengeleitete Datenerhebung und Datenauswertung dar. Hierfür wird in Kap. 6.1.1 eine erneute Modifizierung der Inhalte des Modells für dieses Forschungsprojekt vorgenommen.

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<i>Voraussetzungen für Sprachtherapie</i>	<i>Sprachtherapeutisches Handeln</i>	<i>Interventionsergebnisse</i>
Qualifikationen: Studium Hochschulabschlüsse Fort-Weiterbildung Supervision Strukturelle Bedingungen: Ausstattung -personell -räumlich -materiell -organisatorisch	Sprachtherapeutische Intervention: Befunderhebung Beratung Therapie Interdisziplinäre Kooperation Dokumentation/ Berichte	Effekte sprachtherapeutischer Interventionen: Zielerreichung Veränderung der Lebensqualität Veränderung der Symptomatik Erweiterung der: -Kommunikationsfähigkeit -Handlungskompetenz -Bewältigungsmöglichkeiten

Tab. 2: Qualitätsebenen der Sprachtherapie (Giel 1999, 34)

Strukturqualität

Die Strukturebene beinhaltet die Voraussetzungen für die Sprachtherapie. Hierzu zählen die berufliche Qualifikation auf der einen Seite und die strukturellen Bedingungen (personelle/materielle/organisatorische) des späteren Arbeitsfeldes auf der anderen Seite (vgl. Baumgartner/Giel 2000, 276f.).

Prozessqualität

Die Ebene der Prozessqualität umfasst sprachtherapeutische Interventionen wie beispielsweise Befunderhebung, Beratung und Therapie. Ziel ist hier, Sprachtherapie bzw. sprachtherapeutisches Handeln nachvollziehbar und transparent zu machen (vgl. Baumgartner/Giel 2000, 277).

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität beschreibt die Effekte sprachtherapeutischen Handelns. Dabei wird differenziert zwischen der Ebene der technischen Qualität und der Ebene der interpersonellen Qualität. Auf der Ebene der technischen Qualität geht es um die Erfassung von Symptomveränderungen. Auf der Ebene der interpersonellen Qualität wird die Klientenzufriedenheit gemessen an der sprachtherapeutischen Zielsetzung festgehalten (vgl. Baumgartner/Giel 2000, 277).

5.3 Forschungsgegenstand

Gegenstand des Forschungsprojektes sind Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter und ihre Versorgung mit Unterstützter Kommunikation.

Durch die Teilung des Forschungsvorhabens in zwei Teilprojekte (vgl. Kap. 5.4) sind die Forschungsfelder für die einzelnen Projekte unterschiedlich.

In Projekt 1 sind Sprachtherapeuten, Logopäden oder verwandte Berufsgruppen, die in Akutkliniken, Rehabilitationseinrichtungen oder sprachtherapeutischen Praxen mit erwachsenen Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen arbeiten, Gegenstand der Forschung.

In Projekt 2 stehen Mitarbeiter von UK-Beratungsstellen im Mittelpunkt der Erforschung der UK-Versorgung bei Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter.

5.4 Forschungsfragestellung und Ablaufmodell des Forschungsprojektes

Die Fragestellung eines Forschungsprojektes ergibt sich aus dem Forschungsinteresse und den zugrundeliegenden theoretischen Auseinandersetzungen mit dem Forschungsgegenstand. Das daraus resultierende Forschungsziel ist durch entsprechende Forschungsmethoden, Auswertungsverfahren und Interpretationen kategoriengeleitet zu belegen. Dabei ist die Formulierung der Fragestellung in der Regel als ein prozessuales Geschehen über einen längeren Zeitraum zu sehen.

Die im folgenden angeführten Fragestellungen entstanden nach einer intensiven theoretischen Auseinandersetzung mit der Entwicklung der UK im allgemeinen (vgl. Kap.2), mit den Theorien der anglo-amerikanischen UK-Versorgung im Sinne von Assessmentmodellen (vgl. Kap. 3.1) sowie mit dem praktischen Basiswissen der UK-Methoden (vgl. Kap.3.2; Kap. 3.3). Einen weiteren Schwerpunkt der theoretischen Auseinandersetzungen stellte die UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Rahmen der Sprachtherapie dar (vgl. Kap.4). Aufgrund fehlender theoretischer und praktischer Auseinandersetzungen mit dem UK –Einsatz bei Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter, insbesondere in der deutschsprachigen Literatur (vgl. Kap. 2.2.1; Kap.4.3.1.1), entstand folgende grundlegende Fragestellung:

Inwieweit und unter welchen Bedingungen erfolgt zurzeit eine UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen in Deutschland?

Die Theoriediskussion hat gezeigt, dass für die UK-Versorgung jener Zielgruppe in Deutschland zurzeit noch keine klare Zuordnung in Bezug auf Inhalt, Form und institutionellen Versorgungsrahmen zu erkennen ist. Als UK-Versorgungsinstitution gelten in Deutschland auf der einen Seite UK-Beratungsstellen. Das Wissen über die Arbeit in den UK-Beratungsstellen (vgl. Kap. 3.1.3.1) ist jedoch eher gering, so dass Möglichkeiten und Bedingungen einer UK-Versorgung von erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen durch UK-Beratungsstellen offen bleiben. Auf der anderen Seite kann eine UK-Versorgung durch verschiedene Fachdisziplinen erfolgen. Als ein Forschungsvorhaben im Fachbereich der Sprachbehindertenpädagogik interessiert hier natürlich, inwieweit und unter welchen Bedingungen in sprachtherapeutischen Einrichtungen eine UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen erfolgt. Da für eine umfassende Erhebung der Möglichkeiten und Bedingungen der UK-Versorgung bei der genannten Personengruppe eine Untersuchung beider UK-Versorgungswege erforderlich macht und darüber hinaus für Erfassung der Bedingungen unterschiedliche Erhebungsmethoden gewählt werden müssen, ergibt sich die Notwendigkeit das Forschungsprojekt in zwei Teilprojekte zu untergliedern.

Projekt 1 beschäftigt sich mit der UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen durch sprachtherapeutische Einrichtungen. In diesem Projekt geht es zunächst um die Informationsgewinnung bezüglich der Frage, ob in sprachtherapeutischen Einrichtungen ein UK-Wissen vorhanden ist und inwieweit die Möglichkeit einer UK-Anwendung bei erwachsenen Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen überhaupt beachtet wird (vgl. 5.4.1).

Projekt 2 umfasst die Erforschung der UK-Versorgung von Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter durch UK-Beratungsstellen. Ein UK-Anwendung kann in diesen Einrichtungen vorausgesetzt werden, womit hier der grundlegenden Frage nachgegangen werden soll, inwieweit und unter welchen Bedingungen in UK-Beratungsstellen auch erwachsene Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen versorgt werden (vgl. Kap. 5.4.2).

Hieraus ergibt sich für das Forschungsvorhaben folgendes Ablaufmodell:

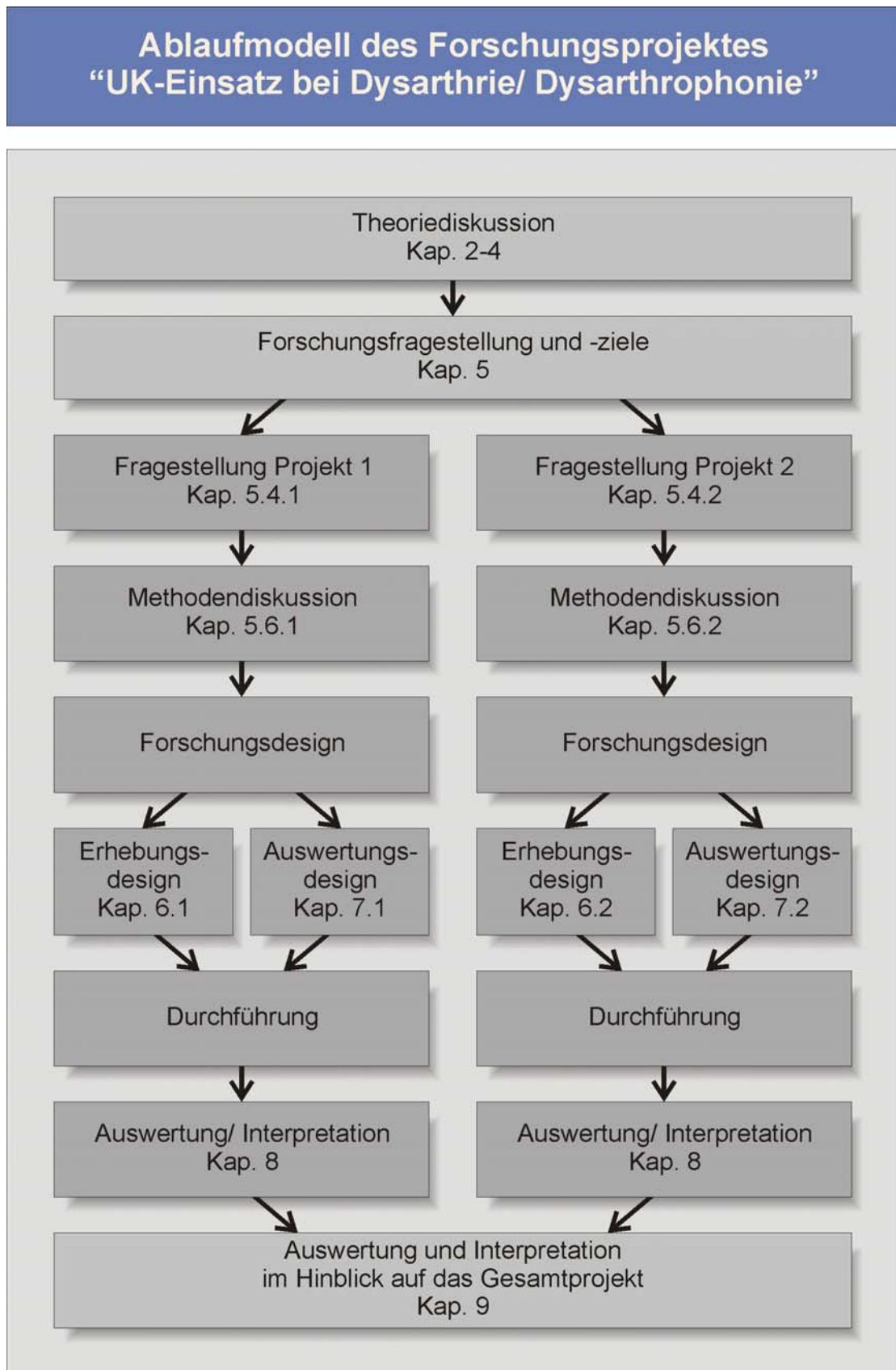


Abb. 8: Forschungsablauf – Gesamtprojekt

In den folgenden Kapiteln wird – entsprechend dem Ablaufmodell – die Durchführung des Forschungsprojektes dargestellt.

In Kapitel 5.4.1 und Kap. 5.4.2 erfolgt zunächst eine Spezifizierung der Fragestellung für die zwei Teilprojekte sowie die Methodendiskussion (Kap. 5.5) und die theoriegeleitete Methodenauswahl (vgl. Kap. 5.6.1; Kap. 5.6.2). Zur Beantwortung der Fragestellung wurde für jedes Projekt ein Erhebungs- und Auswertungsdesign entwickelt, die in den Kapiteln 6 und 7 dargestellt werden. Eine Auswertung und Interpretation der Daten erfolgt in Kapitel 8 projektbezogen für die Ebenen des Qualitätsmanagements. In Kapitel 9 wird ein Vergleich der Teilprojekte im Hinblick auf die allgemeine Fragestellung vorgenommen.

Eingegliedert ist das Forschungsvorhaben in ein Forschungsprojekt an der Universität zu Köln zum Thema „Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie“ unter Leitung von Dr. B. Giel. Innerhalb eines seit 2001 laufenden Forschungskolloquiums ‚Qualitätsmanagement und Sprachtherapie – Themenschwerpunkt: Dysarthrie/ Dysarthrophonie‘ konnte eine Studentin gewonnen werden, die sich mit dem Thema ‚UK – Einsatz in sprachtherapeutischen Einrichtungen‘ beschäftigte und dadurch das Projekt 1 sehr unterstützte. Die im folgenden, in Projekt 1, verwendeten Daten wurden von Janina Sterken im Rahmen ihrer Diplomarbeit erhoben (vgl. Sterken 2003).

5.4.1 Fragestellung zu Projekt 1: ‚UK – Einsatz bei erwachsenen Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen im sprach-therapeutischen Arbeitsfeld‘

Die ausgehende Fragestellung für Projekt 1 lautet:

Inwieweit und unter welchen Bedingungen kommt Unterstützte Kommunikation bei erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter in der sprachtherapeutischen Versorgung zum Einsatz?

Grundlegend ist hier zunächst die Untersuchung der Frage, ob UK im sprachtherapeutischen Arbeitsfeld überhaupt bekannt ist und inwieweit UK in der Versorgung erworbener Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter – vorzugsweise bei Dysarthrien/Dysarthrophonien – Verwendung findet.

Aus methodischen Gründen wurde die Fragestellung wie folgt differenziert und spezifiziert:

- a) *Unter welchen Bedingungen erfolgt in sprachtherapeutischen Einrichtungen eine UK-Versorgung bei erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter?*

Die in den Kapiteln 3 und 4 dargestellten theoretischen Hintergründe haben gezeigt, dass ein spezifisches UK-Wissen sowie bestimmte materielle und personelle Gegebenheiten für eine UK-Versorgung unabdingbar sind. Inwieweit diese gegeben sind, soll durch diese Fragestellung geklärt werden. Im Bereich der Ist-Analyse geht es um die Erfassung von materiellen und personellen Ausstattungen in Bezug auf eine UK-Versorgung sowie um spezielle Qualifikationen im UK-Bereich. Hinsichtlich einer Soll-Analyse erfolgt eine Einschätzung der Zufriedenheit unter Bezugnahme der theoretischen und praktischen Qualifikationen sowie der materiellen Ausstattung.

- b) *Welche theoretischen Konzepte sind grundlegend für den UK-Einsatz bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen in sprachtherapeutischen Einrichtungen?*

Die aus dieser Fragestellung gewonnenen Informationen sollen Hinweise im Hinblick auf bestehende theoretische Versorgungskonzepte bzw. Versorgungsinhalte im deutschen Sprachraum geben. Darüber hinaus sollen auf Seiten des Praxiswissens Erkenntnisse über einen möglichen störungs-spezifischen Einsatz von UK-Maßnahmen gewonnen werden. Von besonderem Interesse ist, inwieweit anglo-amerikanische Konzepte Beachtung finden oder eigene alltagstheoretische Konzeptionen verwendet werden.

- c) *Mit welchem Erfolg wird in sprachtherapeutischen Einrichtungen eine UK-Versorgung bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter vorgenommen?*

Die letzte Fragestellung bezieht sich auf die subjektive Einschätzung der Therapeuten in Bezug auf die Klienten- und Therapeutenzufriedenheit. Es sei darauf hingewiesen, dass dies nur eine grobe Einschätzung und hinsichtlich der Klientenzufriedenheit nur eine mögliche Richtschnur sein kann. Die Erfassung der Klientenzufriedenheit ist nur durch eine qualitative Erhebung (Interview/ qualitative Inhaltsanalyse) am Klienten

selbst möglich. Dies darf bei der Interpretation der Daten nicht außer acht gelassen werden.

5.4.2 Fragestellung zu Projekt 2: ‚UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen durch UK-Beratungsstellen‘

Für Projekt 2 gelten folgende spezifische Fragestellungen:

- a) *Inwieweit und unter welchen Bedingungen erfolgt durch UK-Beratungsstellen eine UK-Versorgung bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter? (Ist-Analyse)*
Welche Bedingungen müssen inwieweit verändert werden, damit die Versorgung optimiert werden kann? (Soll-Analyse)

Analog zu Projekt 1 geht es bei dieser Fragestellung um die Erfassung von personellen und materiellen Ausstattungen sowie von Qualifikationen der Berater in Bezug auf spezifisches UK-Wissen bei erworbenen Kommunikationsstörungen. Erhebungen für den Bereich der personellen Ausstattung sollen Aufschluss über Berufsgruppen und interdisziplinäre Ausrichtungen in UK-Beratungsstellen geben. Für den Bereich der Qualifikationen sind sowohl spezifische UK-Qualifikationen als auch sprachtherapeutische Fort- und Weiterbildungen von Bedeutung. Des weiteren sollen die aus den Fragen gewonnenen Informationen Erkenntnisse über das in UK-Beratungsstellen zu versorgende Klientel geben. Eine Angliederung vieler UK-Beratungsstellen an Sonderschulen lässt nämlich auf eine überwiegend schulische Versorgung schließen (vgl. Kap. 3.1.3.1).

Im Rahmen der Soll-Analyse sollen Optimierungsmöglichkeiten erfasst werden.

- b) *Welche theoretischen Konzepte sind grundlegend für eine UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen in UK-Beratungsstellen? (Ist-Analyse)*
Welche Bedingungen müssen sich auf konzeptioneller Ebene ändern, damit eine optimale UK-Versorgung erfolgen kann? (Soll-Analyse)

Die hier gewonnenen Daten sollen erste Hinweise im Hinblick auf Versorgungsstrategien in UK-Beratungsstellen sowie im Hinblick auf zu erweiternde

theoretische UK-Versorgungsmodelle für Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen in sprachtherapeutischen Einrichtungen liefern. Optimierungsmöglichkeiten für UK-Beratungsstellen in Bezug auf Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen sollen erfasst werden.

- c) *Mit welchem Erfolg wird in UK-Beratungsstellen eine UK-Versorgung bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter durchgeführt? (Ist-Analyse)*
Welche Bedingungen müssen sich ändern, damit Erfolge optimiert werden können? (Soll-Analyse)

Die letzte Fragestellung bezieht sich wiederum auf die subjektive Bewertung des Beraters hinsichtlich der Berater- und Klientenzufriedenheit, des Beratungserfolges sowie des Versorgungszustandes von Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im allgemeinen. Für die Einschätzung der Klientenzufriedenheit gilt selbiges wie in Projekt 1.

Bezüglich der Soll-Analyse sollen Hinweise zur Optimierung der UK –Versorgung herausgefiltert werden.

5.5 Exkurs: Zum wissenschaftlichen Vorgehen – Prinzipien des quantitativen und qualitativen Denkens

„Qualitative und quantitative Forschung sind weder unvereinbare Gegensätze, die nicht kombiniert werden können, noch sollen hier alte und unfruchtbare Methodendebatten um Grundsatzfragen wieder aufgenommen werden.“ (Flick 2002, 67)

Die Entwicklung von Forschungsprojekten, die Formulierung von Fragestellungen und die damit einhergehende Auswahl der Forschungsmethodik erfolgt einerseits aus dem Wissenschaftsverständnis des Forschers, andererseits aus der Betrachtung des Forschungsgegenstandes heraus. Die folgende Darstellung der quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden bildet die Grundlage für eine nachvollziehbare Begründung der Wahl der Forschungsmethodik in Kapitel 5.6.

Lange Zeit wurde die Forschung durch ein quantitatives Denken beherrscht. Die Wurzeln der quantitativen Forschungsmethoden liegen im Behaviorismus begründet (vgl. Wittkowski 1994, 6). Die Verfahren, die dem quantitativen Denken zu Grunde

liegen, nähern sich Menschen und Dingen, indem sie diese testen, vermessen, mit ihnen experimentieren und ihre statistische Repräsentanz überprüfen (vgl. Mayring 1996, 1). Ziel dabei ist, „differenzierte und nicht durch Zufall bedingte Erkenntnisse über die Erscheinungsformen und Ursachen menschlichen Erlebens und Verhaltens zu gewinnen“. (Wittkowski 1994, 7). Eine Generalisierung und Quantifizierung von Beobachtungen soll möglich werden. Das Forschungsvorgehen ist dabei rein deduktiv. Quantitative Daten verkörpern zunächst nur „zahlenmäßig darstellbare, abstrakte Daten“ (Witt 2001, 2). Der Bedeutungsgehalt der Daten muss durch den Forscher hinzugefügt werden. Als quantitative Erhebungsmethoden gelten beispielsweise standardisierte Fragebögen, normierte Testverfahren oder Experimente (vgl. Diekmann 2001; Friedrichs 1990).

Die qualitative Forschung versucht demgegenüber durch ein induktives Forschungsvorgehen eine möglichst allgemeingültige Deskription und Erklärung des menschlichen Erlebens und Verhaltens zu gewinnen (vgl. Kardorff 1991, 4; Wittkowski 1994, 7). Zurückgehend auf die Humanistische und Klinische Psychologie ist immer der Mensch Gegenstand des qualitativen Denkens und seiner Forschungsmethoden. Es geht darum, das Erleben und Verhalten des Menschen in seinen natürlichen Lebensbezügen zu beschreiben, zu erklären und verstehend nachzuvollziehen. Hinsichtlich des induktiven Vorgehens gilt, „die Entwicklung individuellen Erlebens und Verhaltens soll für möglichst viele Individuen Gültigkeit haben“. (Wittkowski 1994,7). Dabei ist diese geforderte Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht automatisch über bestimmte Verfahren zu erreichen, sondern muss im Einzelfall schrittweise begründet werden (vgl. Mayring 1996, 12). Zu den qualitativen Erhebungsmethoden zählen Interview-, Gruppendiskussions- und Beobachtungsverfahren sowie Dokumenten-, Text- und Inhaltsanalysen (vgl. Lamnek 1989; Mayring 1996).

Während vor allem in Deutschland über einen sehr langen Zeitraum die quantitativen und qualitativen Methoden diesen beiden unterschiedlichen Methodenparadigmen zugeordnet wurden und aufgrund ihrer unterschiedlichen Denkweisen und Weltansichten als unvereinbar galten (vgl. Kelle/Erzberger 2000, 299), gilt heute ein zunehmender Konsens über die Kombination und Integration von quantitativen und qualitativen Verfahren (vgl. Kelle/Erzberger 2000, 299; Mayring 2001,1).

„Eine sachliche, ideologiefreie Einschätzung des quantitativen und des qualitativen Paradigmas zeigt, dass beide in ihren Zielsetzungen durchaus Gemeinsamkeiten aufweisen und dass sich ihre Ergebnisse sinnvoll miteinander verbinden lassen.“ (Wittkowski 1994, 8).

Die Beziehung zwischen qualitativer und quantitativer Forschung können dabei auf verschiedenen Ebenen erfolgen (vgl. Mayring 2001, 1; Flick 2002, 380f.). In der Regel erfolgt eine Kombination von qualitativen und quantitativen Erhebungs- und Auswertungsschritten, wie beispielsweise die qualitative Interpretation quantitativ erhobener Daten (z.B. durch einen Fragebogen), oder die Quantifizierung von Daten aus einer qualitativen Auswertung. (vgl. Kelle/Erzberger 2000, 299f.). Denkbar ist aber auch die Verknüpfung der Ergebnisse aus qualitativer und quantitativer Forschung (vgl. Flick 2002, 381).

In der Literatur (vgl. Flick 2000; Kelle/Erzberger 2000; Mayring 2001) werden inzwischen verschiedene Modelle der Methodenintegration diskutiert. Ein klassisches Modell stellt beispielsweise das ‚Phasenmodell‘ nach Barton & Lazarsfeld dar, in dem qualitative Methoden zur Generierung von Hypothesen genutzt und quantitative Methoden zur anschließenden Hypothesenprüfung eingesetzt werden (vgl. Kelle/Erzberger 2000, 300f.). Dies ist ein Vorgehen, das von eher quantitativ orientierten Forschern genutzt wird. Qualitativ orientierte Forscher nutzen dahingegen eher das Modell der ‚Triangulation‘. Unter Triangulation ist zunächst „die Kombination verschiedener Methoden, verschiedener Forscher, Untersuchungsgruppen, lokaler und zeitlicher Settings sowie unterschiedlicher theoretischer Perspektiven in der Auseinandersetzung mit einem Phänomen“ (Flick 2002, 330) zu verstehen. Differenziert wird dabei zwischen Daten-, Forscher-, Theorien- und Methodentriangulationen (vgl. Flick 2002, 330f.). Konzipiert wurde die Triangulation zunächst, um einen Gegenstand auf unterschiedliche Art und Weise beleuchten zu können. Ziel dabei ist, ein umfassenderes Bild des Gegenstandes zu erlangen und die Validität zu erhöhen (vgl. Kelle/Erzberger 2000, 302 ff; Flick 2000, 310).

Diesem Forschungsvorhaben ist entsprechend dem Forschungsgegenstand (vgl. Kap. 5.3) und der Fragestellung (vgl. Kap. 5.4) eine Methodentriangulation zu Grunde gelegt. Vordergründig geht es um die Triangulation qualitativer und quantitativer Erhebungsmethoden und den entsprechenden Auswertungsformen. Durch die Verbindung beider Forschungsrichtungen in Form einer Triangulation soll auf der einen Seite der Forschungsgegenstand auf unterschiedliche Art und Weise beleuchtet und ein umfassendes und valides Bild angeführt werden. Dabei sei daraufhingewiesen, dass „weder davon ausgegangen werden kann, dass Ergebnisse qualitativer und quantitativer Methoden grundsätzlich konvergent sind und deswegen immer zur gegenseitigen Validierung verwendet werden können, noch davon, dass sich qualitative und quantitative Ergebnisse unter jeweils verschiedenen Bedingungen stets zu einem stimmigen Gesamtbild verbinden lassen...“ (Kelle/Erzberger 2000, 304).

Auch erhebt die Arbeit nicht den Anspruch den klassischen Gütekriterien der qualitativen Forschung - ‚Validität‘, ‚Reliabilität‘ und ‚Objektivität‘ - völlig zu entsprechen (vgl. Mayring 1996, 100ff). Vielmehr wird davon ausgegangen, dass nicht alle Gütekriterien für die gesamte Erfassung eines Forschungsgegenstandes gleichbedeutend sind.

Grundlegend für die quantitativen Forschungsanteile sind standardisierte Erhebungs- und Auswertungsmethoden (vgl. Kap. 6.1/ 7.1). Des weiteren gilt insbesondere für die qualitativen Forschungsanteile die Herstellung einer intersubjektiven Nachvollziehbarkeit (vgl. Kap. 6.2/ 7.2) in Form einer umfassenden Dokumentation des Forschungsprozesses, einer qualitativen Interpretation der Daten in einer Gruppe sowie die Verwendung kodifizierter Verfahren (z.B. Inhaltsanalyse nach Mayring) (vgl. Steinke 2000, 324ff).

Eine genaue Begründung der Methodenwahl und die Form der Triangulation gemessen am Forschungsgegenstand sind dem folgenden Kapitel zu entnehmen.

5.6 Theoriegeleitete Auswahl der Forschungsmethodik

Wie in Kapitel 5.5 aufgezeigt, wird zwischen qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden differenziert. Für das methodische Vorgehen innerhalb von Forschungsprojekten bedeutet dies eine oder auch mehrere Forschungsmethoden heranzuziehen, die der Fragestellung und dem Forschungsgegenstand gerecht werden.

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes werden den zwei Teilprojekten (vgl. Kap. 5.4) unterschiedliche Forschungsmethoden zugrunde gelegt. Die Wahl der Erhebungs- und Auswertungsmethodik sowie ihre Begründung ist projektbezogen den folgenden Kapiteln zu entnehmen.

5.6.1 Projekt 1: Forschungsmethodik

Entsprechend der spezifischen Fragestellung zu Projekt 1 (vgl. Kap. 5.4.1) und dem Ziel, allgemeingültige Aussagen über einen möglichen UK-Einsatz bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen in sprachtherapeutischen Einrichtungen zu erlangen, wurden diesem Teilprojekt Methoden der quantitativen Forschung zugrunde gelegt. In Form eines deduktiven Forschungsvorgehens sollen zahlenmäßig darstellbare Daten in Bezug auf den UK-Versorgungsstand (z.B. Versorgungsanteilen bestimmter Störungsbilder) und das theoretische und praktische UK-Versorgungsvorgehen (z.B. Anwendungshäufigkeiten theoretischer Abklärungsmodelle

und Einsatz spezifischer Materialien) gewonnen werden. Es geht weniger um die Erforschung von Verhaltensmustern und sozialen Zusammenhängen. Im Vordergrund steht die Ist-Analyse des derzeitigen UK-Versorgungsvorgehens bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen durch sprachtherapeutische Einrichtungen. Um ein objektives Bild zu erhalten, wird hier eine extra hohe Stichprobe gewählt. Zur Erforschung des Soll-Zustandes eignet sich ein solch deduktives Vorgehen nicht. Hier wäre der Einsatz offener Fragen bzw. ein quantitatives Vorgehen notwendig. Als Erhebungsmethodik wurde eine schriftliche Befragung mittels Fragebogen gewählt. Die Durchführung der schriftlichen Befragung erfolgt bundesweit.

Vorteile einer schriftlichen Befragung liegen in einem geringen Zeit- und Kostenaufwand, zudem entfällt die Organisation und Kontrolle der Interviewer. Nachteile ergeben sich aus der Unkontrollierbarkeit der Erhebungssituation, der fehlenden Möglichkeit des Nachfragens sowie der häufig niedrigen Rücklaufquote der Fragebögen (vgl. Friedrichs 1990, 237).

Aufgrund der geographisch stark verstreuten Adressaten und der großen Stichprobengröße ($n=1000$) in diesem Projekt 1 ist eine Datenerhebung jedoch nur in Form einer schriftlichen Befragung möglich. Durch die kategoriengeleitete Entwicklung des Fragebogens (vgl. Kap. 6.1.1) und die Verwendung standardisierter Auswertungsverfahren (vgl. Kap. 7.1) soll eine Gültigkeit des Projektes 1 erreicht werden. Des Weiteren ergibt sich ein valides Bild durch die Methodenkombination der quantitativen Auswertung und kategoriengeleiteten qualitativen Interpretation der Forschungsdaten im Hinblick auf die intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Vorgehens.

Die genaue Entwicklung des Erhebungs- und Auswertungsdesigns sowie Kriterien zur Fragebogenentwicklung sind in Kapitel 6.1 bzw. 7.1 dargestellt.

Im Sinne einer Methodenkombination erfolgt neben der quantitativen Auswertung und Darstellung der Forschungsergebnisse eine qualitative Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die Fragestellung (vgl. Kap.8).

5.6.2 Projekt 2: Forschungsmethodik

Entsprechend der Fragestellung zu Projekt 2 (vgl. Kap. 5.4.2) und dem Ziel, neben allgemeingültigen Aussagen zur UK-Versorgung auch Informationen über mögliche, der Literatur noch unbekanntes theoretische Versorgungskonzepte zu gewinnen, liegt diesem Projekt eine Triangulation quantitativer und qualitativer Methoden, die sogenannte „Between-Method-Triangulation“ (Flick 2000, 313), zugrunde.

Entsprechend der geringen Stichprobengröße und der Gefahr einer unzureichenden Datenmenge bei einer geringen Rücklaufquote von Fragebögen wurde als Erhebungsmethode das Interview gewählt.

Das Interview ist die mündliche Form der Befragung. Dabei stellt das Gespräch das ursprünglichste und älteste Verfahren der Informations- und Datengewinnung dar. Dies gilt insbesondere für die Erhebung qualitativer Informationen komplexer und wenig strukturierter Merkmale (vgl. Wittkowski 1994, 1). Das Interview verkörpert eine Form des Gesprächs und ist durch planmäßige und zweckbestimmte Interaktionen gekennzeichnet.

Um dem Forschungsgegenstand und der Fragestellung in Projekt 2 gerecht zu werden, umfasst das Interview die Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden in Form eines Fragebogens und eines halbstrukturierten Interviews. Der Fragebogen beinhaltet geschlossene Fragen bezüglich allgemeingültiger, deskriptiver Daten. Hier geht es analog zu Projekt 1 um die Erhebung zahlenmäßig darstellbarer und durch ein deduktives Forschungsvorgehen zu gewinnender Daten in Bezug auf das UK-Versorgungsvorgehen und den UK-Versorgungsstand bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen durch UK -Beratungsstellen.

Eine Exploration in Form von offenen Fragen erschien bezüglich einiger Erhebungsparameter sinnvoll, da UK-Beratungsstellen einerseits fachlich spezialisiert sind und gewisse Fachkenntnisse vorausgesetzt werden können, andererseits zu wenig fachspezifisches Wissen in der Literatur für ein deduktives Vorgehen gegeben ist. Die Erhebung dieser verbalen Daten erfolgt mittels eines halbstrukturierten Interviews (Experteninterview). Das halbstrukturierte Interview findet man in der Literatur häufig auch unter den Termini teilstandardisiertes oder teilstrukturiertes Interview. Varianten sind dabei u.a. Experteninterviews, biographische Interviews oder problemzentrierte Interviews (vgl. Schäfer 1995, 11 ff; Mayring 1996, 49 ff). Hauptkennzeichen des halbstrukturierten Interviews ist der Interviewleitfaden. Der Leitfaden enthält vorformulierte offene Primärfragen, die in der Interviewsituation wörtlich und in der vorgegebenen Reihenfolge gestellt werden. Zudem enthält er in der Regel offene Sekundärfragen, die bei Bedarf gestellt werden können (vgl. Wittkowski 1994, 13).

Vorteile des halbstrukturierten Interviews liegen in seiner vorgegebenen Grobstruktur, die ein Mindestmaß an Informationen gewährleistet, ein Abschweifen vom Interviewthema verhindert und dem Befragten trotzdem die Möglichkeit gibt, Ansichten und Erfahrungen frei zu äußern. Nachteile sehen einige Autoren in den recht hohen Anforderungen, die das halbstrukturierte Interview an den Interviewer stellt (vgl. Schäfer 1995, 14; Diekmann 2001, 444ff).

Aufgrund der geographisch stark verstreuten Adressaten (bundesweite Befragung) und aus Gründen der Kapazität wurde für das Projekt 2 die telefonische Befragung ausgewählt. Die telefonische Befragung stellt dabei keinen Unterschied zur persönlichen Befragung hinsichtlich der Ausschöpfungsquote, der Länge der Interviews, der Komplexität der Fragestellung und der Qualität der Daten dar (vgl. Diekmann 2001, 430ff). Die Entwicklung des Erhebungs- und Auswertungsdesigns von Projekt 2 ist in den Kapiteln 6.2 und 7.2 nachzulesen.

6 Design der Datenerhebung

6.1 Zur Entwicklung des Erhebungsdesigns - Projekt 1

Die Datenerhebung (Materialsammlung) beinhaltet mehrere Schritte, deren Abfolge im nachstehenden Schaubild verdeutlicht werden soll. Im weiteren werden die einzelnen Schritte dann explizit aufgeführt.



Abb.9: Datenerhebungsdesign – Projekt 1

Wie bereits in Kapitel 5 angeführt, wurden die Daten für dieses Teilprojekt durch Sterken (vgl. Sterken 2003) im Rahmen ihrer Diplomarbeit erhoben und ausgewertet. Im folgenden werden die für dieses Teilprojekt relevanten Schritte der Datenerhebung und Auswertung dargestellt. Die gesamte Datensammlung und Datenauswertung ist dem interessierten Leser über die Universität zu Köln, Seminar für Sprachehindertenpädagogik, zugänglich.

6.1.1 Kategorienentwicklung

Grundlegend für die Datenerhebung und die Datenauswertung in Projekt 1 wie auch in Projekt 2 ist ein theoriegeleitetes Kategoriensystem, das den Qualitätsebenen der Sprachtherapie entspringt. Entsprechend der Fragestellung (vgl. Kap. 5.4) und dem Gegenstandsbereich (vgl. Kap. 5.3) wird eine Modifikation des Modells der Qualitätsebenen der Sprachtherapie (vgl. Kap. 5.2.1) vorgenommen:

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<i>Voraussetzungen für eine UK-Versorgung</i>	<i>UK-Interventionen</i>	<i>Interventionsergebnisse</i>
Qualifikationen: Ausbildung Fort-Weiterbildung Strukturelle Bedingungen: Ausstattung -personell -materiell -organisatorisch/ Leistungen	Interventionen: -Konzepte/ Inhalte in Bezug auf Befund/ Beratung/ Therapie -Störungsspezifische Beratung/ Material -Interdisziplinäre Kooperation -Finanzierung	Effekte der UK – Interventionen: -Beraterzufriedenheit -Beratererfolg -Klientenzufriedenheit -Versorgungszustand

Tab.3: Qualitätsebenen der UK-Versorgung

Strukturqualität

Die Strukturebene umfasst die Voraussetzungen für eine UK-Versorgung. Hierzu gehören auf der einen Seite entsprechende berufliche Qualifikationen wie Fort- und Weiterbildungen im UK-Bereich und auf störungsspezifischer Ebene sowie auf der anderen Seite die strukturellen Bedingungen des Arbeitsfeldes wie beispielsweise die personelle und materielle Ausstattung.

Prozessqualität

Die Ebene der Prozessqualität beinhaltet die UK-Interventionen. Erfasst werden sollen hier Versorgungskonzepte und Versorgungsinhalte als theoretisches Grundgerüst, der

störungsspezifische Einsatz von UK -Methoden als praktisches Basiswissen sowie die interdisziplinäre Kooperation.

Ergebnisqualität

Die Ebene der Ergebnisqualität beschreibt Effekte von UK – Interventionen. Während in der Regel zwischen der Ebene der technischen Qualität und der Ebene der interpersonellen Qualität differenziert wird, soll in diesem Forschungsprojekt allein die Ebene der interpersonellen Qualität zur Geltung kommen. Es geht um die Erfassung der Berater- und Klientenzufriedenheit im Rahmen subjektiver Einschätzungen.

Für das Gesamtprojekt stellt dieses modifizierte Kategoriensystem die Grundlage für die theoriegeleitete Entwicklung der Fragebögen (vgl. Kap. 6.1.2/6.2.2.1) und des Interviewleitfadens (vgl. Kap. 6.2.2.2) dar und dient der Strukturierung der Forschungsergebnisse (vgl. Kap. 9).

Innerhalb der Arbeit von Sterken wurden zu den einzelnen Ebenen Hypothesen (vgl. Sterken 2003, 42ff) aufgestellt, die es im Rahmen der Diplomarbeit zu belegen bzw. zu widerlegen galt. Auf eine Darstellung der einzelnen Hypothesen soll an dieser Stelle verzichtet werden, da sie für die zugrundeliegende Fragestellung des Projektes 1 (vgl. Kap. 6.4.1) nur eine untergeordnete Relevanz haben.

6.1.2 Fragebogenentwicklung

Der Fragebogen wurde von Sterken so entwickelt, dass insbesondere Daten in Bezug auf die Struktur- und Prozessebene gewonnen werden konnten. Die Ebene der Ergebnisqualität sollte nur angerissen werden und einen Ausblick auf die UK- Interventionsergebnisse bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter aus Sicht der Sprachtherapie erlauben.

Des weiteren sollte der Fragebogen zur Überprüfung der Hypothesen dienen.

Bezugnehmend auf das Kategoriensystem wurden folgenden Themenblöcken für den Fragebogen festgelegt:

- Aus- und Weiterbildung
- UK-Wissen und Praxiserfahrung
- UK-Einsatz in der sprachtherapeutischen Einrichtung
- Materielle Ausstattung
- Interdisziplinäre Kooperation
- UK-Interventionen und störungsspezifischer Materialeinsatz

- Therapeuten- Klientenzufriedenheit.

Der Fragebogen enthält überwiegend geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien in Form einer 5-Punkte-Likert-Skala (vgl. Diekmann 2001, 209) zu den oben angeführten Themenblöcken. Geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien sind der vorherrschende Fragetyp in schriftlichen Befragungen (Fragebögen). Dies lässt sich dadurch begründen, dass geschlossene Fragen leichter und schneller zu beantworten sind als offene Fragen. Vorteile zeigen sich darüber hinaus in der Auswertung. Geschlossene Fragen weisen hier eine größere Vergleichbarkeit sowie eine höhere Durchführungs- und Auswertungsobjektivität auf. Dadurch entfallen zeitaufwendige Inhaltsanalysen (vgl. Diekmann 2001, 408f.). Nachteile sind in einem teilweise erheblichen Informationsverlust zu sehen. Für die Fragebogenkonstruktion gilt darüber hinaus eine thematische Gliederung des Bogens in Themenblöcke. Die einzelnen Fragen können im Anhang der Arbeit von Sterken eingesehen werden (vgl. Sterken 2003, 65ff).

6.1.3 Probephase

Ein neu entwickelter Fragebogen sollte immer einem oder mehreren Pretests unterzogen werden. Durch diese Erprobungsphasen

- soll die Verständlichkeit der Fragen überprüft werden,
- sollen alternative Frageformulierungen geprüft werden
- soll die durchschnittliche Befragungszeit ermittelt werden (vgl. Diekmann 2001, 415f.).

Eine Erprobung des Fragebogens in diesem Projekt erfolgte durch die Kolloquiumsgruppe sowie durch die beispielhafte Durchführung des Fragebogens innerhalb sprachtherapeutischer Einrichtungen. Der Erprobungsphase schloss sich eine Modifikation und Kürzung des Fragebogens an. Der so entwickelte Fragebogen ist im Anhang der Arbeit von Sterken abgedruckt (vgl. Sterken 2003, 60ff).

6.1.4 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe umfasste 1000 Akutkliniken, Rehabilitationseinrichtungen und sprachtherapeutische Praxen in Deutschland. Aufgrund einer höheren Präsenz von sprachtherapeutischen Praxen wurden 715 sprachtherapeutische Praxen und nur 285 Akut-

und Rehabilitationseinrichtungen mit neurologischer Abteilung und sprachtherapeutischer Versorgung für das Forschungsvorhaben herangezogen.

Ausgewählt wurde die Stichprobe mit Hilfe eines Randomisierungsverfahrens aus der CD-Rom ‚D-Info‘. Hierdurch wurden die entsprechenden Einrichtungen durch ein Zufallsverfahren ausgewählt, wobei eine gleichmäßige bundesweite Verteilung berücksichtigt wurde (vgl. Sterken 2003, 44f.).

6.1.5 Durchführung

Von den 1000 verschickten Fragebögen konnten 14 Fragebögen aufgrund von Adressproblemen nicht zugestellt werden. 14 Einrichtungen gaben die Rückmeldung, keine sprachtherapeutische Versorgung durchzuführen bzw. keine neurologischen Patienten zu versorgen. Hieraus ergab sich für das Forschungsvorhaben ein $n=972$.

Von den noch 972 verschickten Fragebögen wurden 180 ausgefüllte Fragebögen zurückgesandt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 18,52% (vgl. Sterken 2003, 46).

6.1.6 Gültigkeit

Die Validität des Forschungsprojektes ist im Sinne der Konstruktvalidität zu sehen. Das durch den Fragebogen erfasste Konstrukt steht mit vielen Variablen im theoretischen Zusammenhang zur Erfassung der Qualitätsebenen der UK-Versorgung. In der Arbeit von Sterken kam es zur Ableitung von Hypothesen, die einer empirischen Prüfung in hohem Maße stand hielten (vgl. Sterken 2003). Durch eine hohe Stichprobe soll eine Repräsentativität der Ergebnisse gewährleistet werden. Die Gültigkeit der Datenauswertung ist durch die Nutzung des Programmsystems SPSS 11 zur statistischen Datenanalyse gegeben. Der Validität der qualitativen Interpretation der Daten soll durch ein intersubjektives Vorgehen Rechnung getragen werden.

6.2 Zur Entwicklung des Erhebungsdesigns - Projekt 2

Der Ablauf der Datenerhebung in Projekt 2 soll durch das folgende Schaubild verdeutlicht werden. Analog zu Projekt 1 erfolgt im weiteren die explizite Darstellung der einzelnen Schritte. Die Daten für dieses Teilprojekt wurden durch die Forscherin selbst erhoben und ausgewertet.

Design der Datenerhebung Projekt 2

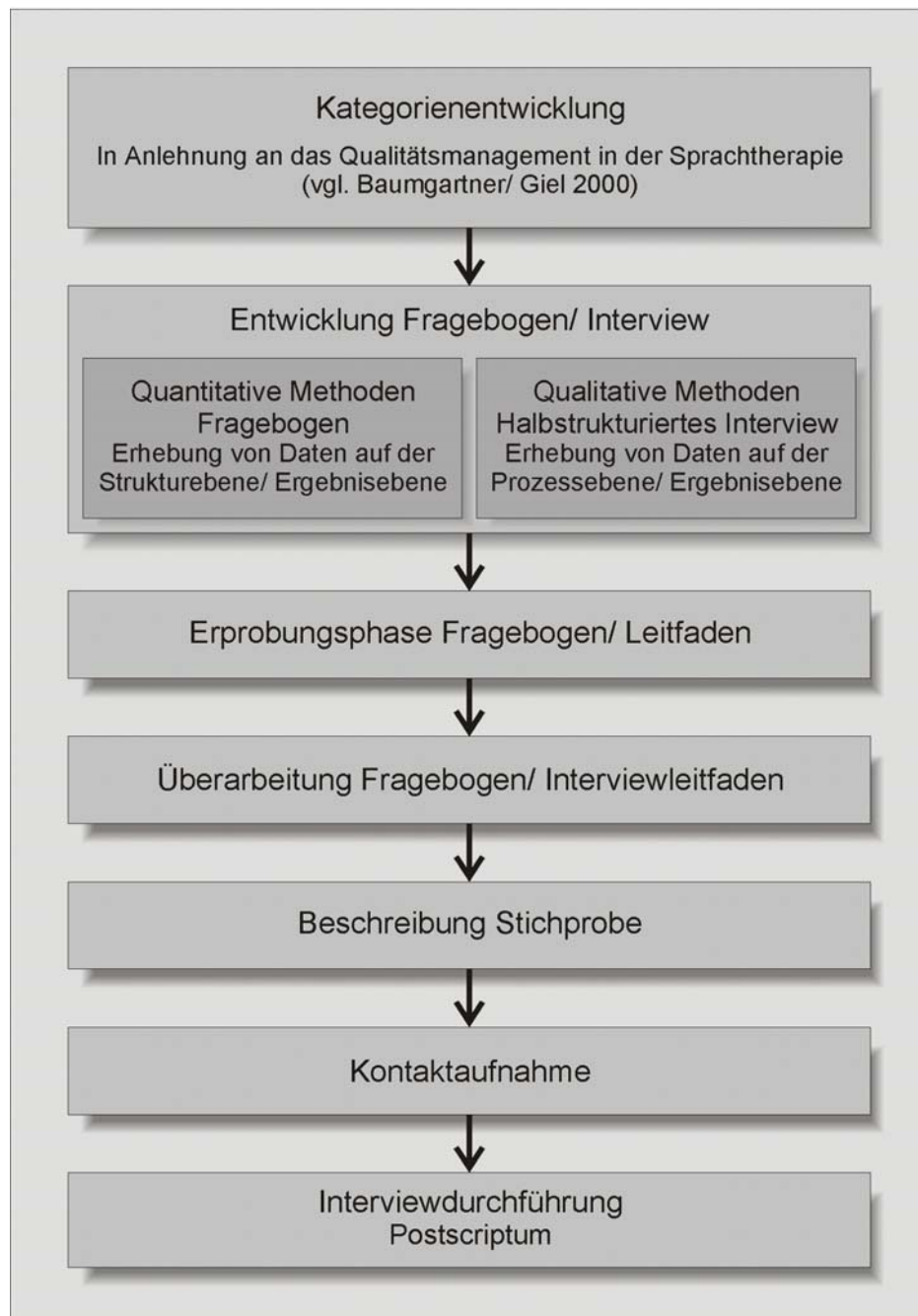


Abb. 10: Datenerhebungsdesign – Projekt 2

6.2.1 Kategorienentwicklung

Grundlegend für die Datenerhebung in Projekt 2 ist das Modell der Qualitätsebenen der UK-Versorgung. Die Entwicklung des Modells sowie dessen Inhalte wurden bereits in Kapitel 6.1.1 dargestellt.

6.2.2 Triangulation der Erhebungsmethodik

Wie bereits in Kapitel 5.5 angeführt, kann es sich bei der Triangulation um eine Verknüpfung qualitativer Methoden oder auch um eine Mischung qualitativer und quantitativer Methoden handeln. Im Rahmen der Auswahl der Forschungsmethodik (vgl. Kap. 5.6) wurde bereits diskutiert, warum in Projekt 2 eine Kombination qualitativer und quantitativer Methoden als sinnvoll erachtet wird. Die Wahl einer quantitativen Erhebungsmethode für die Kategorien ‚Strukturqualität‘ und ‚Ergebnisqualität‘ erfolgte aus dem Forschungsgegenstand und dem Forschungsziel. Insbesondere in der Kategorie der Strukturqualität steht die deskriptive Erhebung struktureller Elemente im Vordergrund. Es geht weniger um die Erforschung sozialer Zusammenhänge und persönlicher Einstellungen, als vielmehr um die Schätzung von Häufigkeiten, Anteilen und Durchschnittswerten in Bezug auf Personal, Material und Klientel. Eine hohe Vergleichbarkeit der Aussagen ist hier von Wichtigkeit, Antwortvorgaben sind durch Literaturrecherchen im Bereich der UK-Theorien und Methoden (vgl. Kap. 3) durchaus bekannt. Die Entwicklung eines Fragebogens mit überwiegend geschlossenen Fragen und einigen wenigen offenen Fragen erschien hier sinnvoll. Die Darstellung der Entwicklung des Fragebogens erfolgt in Kapitel 6.2.2.1.

Für die Kategorie ‚Prozessqualität‘ wurde als Erhebungsform ein Experteninterview gewählt. Das Experteninterview stellt eine spezielle Anwendungsform des halbstrukturierten Interviews dar. Der Befragte gilt dabei als Experte für ein bestimmtes Handlungsfeld. Aufgrund des geringen theoretischen Wissens hinsichtlich der UK-Intervention bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter soll in dieser Kategorie das Ziel nicht in der primären Beschreibung von Zuständen liegen, sondern es sollen vorrangig Inhalte, Theorien und Konzepte in der UK-Versorgung aufgedeckt werden. Die qualitative Forschung mit seinen Erhebungs- und Auswertungsmethoden ist hierfür ein absolutes Muss.

Die Darstellung der Entwicklung des Interviewleitfadens erfolgt in Kapitel 6.2.2.2.

6.2.2.1 Entwicklung des Fragebogens

Grundlegend für die Fragebogenkonstruktion sind die Ebenen ‚Strukturqualität‘ und ‚Ergebnisqualität‘ des Modells der Qualitätsebenen der UK-Versorgung (vgl. Kap. 6.1.1).

Entsprechend der Fragestellung (vgl. Kap. 5.4.2) wurden für die *Ebene der Strukturqualität* zunächst fünf Themenblöcke festgelegt. Hinzugefügt wurde der Themenbereich ‚Interdisziplinäre Kooperation‘ aus der Ebene der Prozessqualität (vgl. Block 6).

1. Themenbereich: Grunddaten der Beratungsstelle

Ziel ist die Erfassung harter Daten bezüglich des Einzugsgebietes der Beratungsstelle, des Trägers der Beratungsstelle sowie des Zeitraums des Bestehens der Beratungsstelle

2. Themenbereich: Personelle Ausstattung

Hier wurden Fragen zur Anzahl der Mitarbeiter und ihrer Berufsgruppe formuliert mit dem Ziel, Informationen hinsichtlich der interdisziplinären Ausrichtung und der Zuständigkeit der versorgenden Berufsgruppen zu erhalten. Neben Fragen zur aktuellen Situation (Ist-Analyse) wurden Fragen zur Erfassung zu verändernder Parameter (Soll-Analyse) entwickelt.

3. Themenbereich: Qualifikation/ Weiterbildung

Es wurden Fragen zur Weiterbildung bezüglich UK spezifischer Qualifikationen sowie hinsichtlich sprachtherapeutischer Qualifikationen formuliert. Analog zu Themenbereich 2 sollen der Ist- und Soll-Zustand erfasst werden. Ziel ist, Informationen zum Ausbildungsstand zu erhalten.

4. Themenbereich: Materielle Ausstattung

Hier wurden Fragen entwickelt, um Aussagen über die materielle Ausstattung der einzelnen Beratungsstellen zu bekommen. Auch hier wurden Fragen zum Ist- und Soll-Zustand formuliert.

5. Themenbereich: Klientel

Dem Gegenstandsbereich entsprechend wurden Fragen zu den Zielgruppen der UK-Versorgung formuliert. Ziel ist die Erfassung von Zielgruppen und Versorgungsanteilen.

6. Themenbereich: Interdisziplinäre Kooperation

Durch entsprechende Fragen sollen in diesem Themenblock Kooperationspartner ermittelt und die Kooperationszufriedenheit eingeschätzt werden.

Für die *Ebene der Ergebnisqualität* wurden entsprechend der Fragestellung vier Themenblöcke aufgestellt, zu denen je eine geschlossene Frage bezüglich der Ist-Analyse und je eine offene Frage hinsichtlich der Soll-Analyse formuliert wurden.

1. Themenbereich: Beratungserfolg

Hier wurde eine geschlossene Frage zur subjektiven Einschätzung des Beratungserfolges formuliert. Eine offene Frage wurde mit dem Ziel formuliert, Veränderungsmöglichkeiten zu erfassen.

2. Themenbereich: Beraterzufriedenheit

Analog zu Themenbereich 1 geht es hier um die subjektive Einschätzung der Zufriedenheit mit der Beratung sowie um die Erfassung von Verbesserungsmöglichkeiten.

3. Themenbereich: Klientenzufriedenheit

Hier wurden Fragen entwickelt mit der die Klientenzufriedenheit mit der UK-Beratung und Versorgung eingeschätzt und Veränderungsmöglichkeiten aufgedeckt werden sollen.

4. Themenbereich: Versorgungszustand

In diesem Themenbereich geht es um die subjektive Einschätzung des aktuellen UK-Versorgungszustandes von Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter.

Ziel bei der Formulierung der Fragen bestand also darin, zu den oben angeführten Kategorien und Themenbereichen treffende Aussagen von den Befragten zu bekommen. Gewählt wurden geschlossene Fragen mit Antwortvorgaben für alle Themenbereiche. Die Fragen zur Soll-Analyse in den Themenbereichen ‚Personelle Ausstattung‘, ‚Qualifikation/Weiterbildung‘ sowie ‚Materielle Ausstattung‘ wurden als offene Frage formuliert, da Wünsche, Bedürfnisse und Einstellungen nur qualitativ erfasst werden können.

Der so entwickelte Fragebogen ist im Anhang dieses Bandes abgedruckt und bildet einen Bestandteil des telefonischen Interviews bzw. kann je nach Wunsch des Interviewten auch als schriftliche Befragung durchgeführt werden (vgl. Kap. 6.2.6).

6.2.2.2 Entwicklung des Interviewleitfadens

Grundlegend für die Erstellung des Interviewleitfadens ist die Ebene der ‚Prozessqualität‘ des Modells der Qualitätsebenen der UK-Versorgung (vgl. Kap. 6.1.1).

Entsprechend der Qualitätsebenen und der Fragestellung (vgl. Kap. 5.4.2) wurden drei Themenblöcke aufgestellt, zu denen Primär- und Sekundärfragen formuliert wurden.

1. Themenbereich: Konzepte/ Inhalte der UK-Versorgung

In diesem Bereich wurden Fragen zu den Leistungsangeboten der Beratungsstellen, zu Stil und Form der Beratung, zu Versorgungskonzepten sowie zur Rolle von Sprachtherapeuten in der UK-Versorgung formuliert. Ziel ist es, Informationen hinsichtlich bestehender Versorgungsmodelle und Konzepte sowie deren Inhalte zu gewinnen.

2. Themenbereich: Störungsspezifische Beratung/ Material

Durch entsprechende Fragestellungen geht es hier um die Erfassung des störungsspezifischen Einsatzes von UK-Methoden und Materialien.

3. Themenbereich: Finanzierung

Ziel ist die Gewinnung von Informationen zu Genehmigungsvorgängen und störungsspezifischen Abhängigkeiten.

Die von der Forscherin entwickelten Fragen wurden innerhalb der einzelnen Themenbereiche in eine für den Befragten logische Abfolge gebracht. Dabei wurde darauf geachtet, eher neutrale Eingangsfragen an den Anfang der einzelnen Themenblöcke zu stellen. Innerhalb des Interviewleitfadens lassen sich obligativ zu stellende Primär- und fakultativ zu stellende Sekundärfragen unterscheiden. Die Primärfragen sind ausformuliert und im Interviewleitfaden fett gedruckt. Sekundärfragen sind den Primärfragen stichpunktartig untergeordnet. Darüber hinaus wurde festgesetzt, dass die Abfolge der Fragen während des Interviews verändert werden kann, wenn es die Interviewsituation erfordert.

6.2.3 Probephase

Der Phase der Fragebogen- und Leitfadententwicklung schloss sich eine Phase der Erprobung beider Erhebungsverfahren an. Innerhalb dieser wurde der Fragebogen und Interviewleitfaden mit verschiedenen Probandengruppen (Studierende, Kollegen, Bekannte) erprobt. Neben der Überprüfung der Effektivität der Fragen diente sie auch der Interviewerschulung. Durch eine solche Schulung sollen das Interviewerverhalten analysiert und verzerrende Momente, wie Suggestivfragen und unzulässige Abweichungen vom Interviewleitfaden, ausgeschaltet werden.

Nach der Probephase erfolgte eine Modifikation des Fragebogens und des Interviewleitfadens bezüglich der Anordnung einiger Fragen sowie die Änderung von Antwortvorgaben.

Der so entwickelte Fragebogen und Interviewleitfaden befinden sich im Anhang dieses Bandes.

6.2.4 Beschreibung der Stichprobe

Grundlage für die Festlegung der Stichprobe bildeten zwei Verzeichnisse von UK-Beratungsstellen, die über das Internet zu beziehen sind (vgl. www.ISAAC-online.de vom 13.12.02; www.spiekermann.onlinehome.de vom 13.12.02).

Beide Verzeichnisse wurden gegeneinander abgeglichen und es entstand eine Liste, die 58 UK-Beratungsstellen in Deutschland umfasst. Da Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter Gegenstand dieses Forschungsvorhabens sind, wurden bereits vorab jene Beratungsstellen aussortiert, die in ihrer Tätigkeitsbeschreibung (vgl. www.spiekermann.onlinehome.de vom 13.12.02) ausschließlich eine Versorgung von Vorschul- und Schulkindern angaben. Aufgenommen in die Stichprobe wurden die UK-Beratungsstellen, die keine Zielgruppeneinschränkungen in der Versorgung angaben bzw. auch die UK-Beratungsstellen, deren Tätigkeitsbereich aus der Beschreibung nicht klar ersichtlich wurde. Somit entstand am Ende eine Stichprobe von n=25, die zunächst einmal für das Forschungsvorhaben angeschrieben wurden. Diese 25 UK-Beratungsstelle sind auf ganz Deutschland verteilt, wobei ein deutliches Ost–West–Gefälle erkennbar ist.

Die Verteilung auf die verschiedenen Bundesländer sieht wie folgt aus:

Baden-Württemberg: 1	Bayern: 6
Berlin: 4	Bremen: 1
Hamburg: 2	Hessen: 2
Mecklenburg-Vorpommern: 1	Niedersachsen: 1
Nordrhein-Westfalen: 3	Rheinland-Pfalz: 1
Sachsen: 1	Schleswig-Holstein: 2

6.2.5 Kontaktaufnahme

Die, wie in 6.2.4 aufgezeigt, gewonnene Stichprobe von 25 UK-Beratungsstellen in Deutschland wurde zunächst angeschrieben. Das Anschreiben enthielt eine kurze Beschreibung des Forschungsvorhabens und Anliegens. Das Anschreiben ist dem Anhang dieses Bandes zu entnehmen. Dem Anschreiben folgte eine telefonische Kontaktaufnahme, in der weitere Informationen gegeben und Interviewtermine vereinbart wurden.

Die Reaktionen auf das Anschreiben waren sehr unterschiedlich. Neben einem großen Interesse an der Forschung im Erwachsenenbereich zeigte sich vielfach Skepsis gegenüber einem telefonischen Interview. Keine der befragten UK-Beratungsstellen ließ sich auf eine telefonische Befragung ein, ohne vorher die Fragen zu kennen.

Während der telefonischen Kontaktaufnahme zeigte sich außerdem sehr schnell, dass vielen UK-Beratungsstellen eine telefonische Befragung von etwa 45-Minuten zu lang erschien. Aus diesem Grunde wurde das Forschungsvorgehen insoweit geändert, dass der Fragebogen als schriftliche Befragung durchgeführt wurde und lediglich der Interviewleitfaden Gegenstand des telefonischen Interviews blieb.

In sechs Beratungsstellen wurde der Wunsch geäußert, die Fragen vorab im Team diskutieren zu dürfen, um ein umfassendes Bild abgeben zu können. Ein Wunsch der durchaus Beachtung fand, da der Forscherin an möglichst treffenden und umfassenden Informationen gelegen ist.

Innerhalb der telefonischen Kontaktaufnahme zeigte sich zudem, dass nicht alle der angeschriebenen UK-Beratungsstellen auch eine UK-Versorgung bei erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter durchführen. Insgesamt neun der 25 UK-Beratungsstellen gaben an, ausschließlich Kinder im Schulalter zu versorgen. Diese UK-Beratungsstellen wurden von der Fragebogen- und Interviewdurchführung ausgeschlossen.

Vier UK-Beratungsstellen waren nicht bereit an einem Interview teilzunehmen.

Eine Beratungsstelle war weder postalisch, telefonisch noch per E-Mail erreichbar.

Eine UK-Beratungsstelle lehnte die Aufzeichnung des telefonischen Interviews ab. Hier erfolgte eine schriftliche Beantwortung des Fragebogens und der Primärfragen des Interviewleitfadens. Die Antworten auf die Primärfragen wurden ebenfalls der qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen.

Insgesamt nahmen noch elf UK-Beratungsstellen am Forschungsvorhaben teil.

6.2.6 Durchführung

Die Fragebögen wurden per Post oder E-Mail an die teilnehmenden UK-Beratungsstellen verschickt und sind der Forscherin wieder zurückgesandt.

Das telefonische Interview wurde zu einem vereinbarten Termin durchgeführt und auf Tonband aufgezeichnet. Die Interviewten waren über diese Vorgehensweise informiert. Am Ende des Interviews war dem Interviewten in einem Nachgespräch ohne Tonbandaufzeichnung die Möglichkeit gegeben, ihm wichtige und nicht erfragte Dinge zu ergänzen und/oder Anmerkungen zum Gesagten vorzunehmen. Die persönlichen Daten werden streng vertraulich behandelt. Namen und Orte erscheinen in öffentlichen Dokumentationen nicht.

6.2.6.1 Postskriptum

Am Ende der telefonischen Kontaktaufnahme (Vorgespräch) und am Ende des telefonischen Interviews (Nachgespräch) wurde jeweils ein Postskriptum angefertigt, um gegebene Zusatzinformationen festzuhalten. Es wurde festgesetzt, dass diese Zusatzinformationen in die Auswertung und Interpretation der Daten bei Bedarf mit einfließen können.

Für das Vorgespräch wurden folgende Zusatzinformationen festgehalten:

- Angaben zum Klientel
- Wünsche/ Vorstellungen zur Durchführung
- Ablehnung der Teilnahme
- Diskussion der Fragen im Team
- Meinungen/ Äußerungen zum Projekt
- Sonstige Anmerkungen.

Für das Nachgespräch wurden folgende Zusatzinformationen festgehalten:

- Interviewform
- Interviewer
- Interviewdauer
- Ergänzende Inhalte zu den Interviewfragen
- Ergänzende Inhalte zum Projekt
- Besondere Merkmale der Interviewsituation (Störfaktoren...)
- Sonstige Bemerkungen.

Die Postskripta befinden sich, bezogen auf die einzelnen UK-Beratungsstellen, im zweiten Band der Arbeit.

6.2.7 Gültigkeit

Die Validität der Daten wird zum einen durch die Triangulation qualitativer und quantitativer Methoden gewährleistet (vgl. 6.2.2). Darüber hinaus gilt das Gütekriterium der intersubjektiven Überprüfbarkeit. Die einzelnen Auswertungsschritte (vgl. Kap. 7.2.2) wurden durch eine zweite Person auf verzerrende Momente hin untersucht.

7 Design der Datenauswertung

7.1 Zur Entwicklung des Auswertungsdesigns - Projekt 1

Die, wie in Kapitel 6 dargestellt, gewonnenen Daten haben für sich allein genommen keinen wissenschaftlichen Erkenntniswert. Da es sich bei Projekt 1 um ein quantitatives Forschungsvorgehen handelt, werden statistische Auswertungsverfahren erforderlich, die eine Aufbereitung und Auswertung der durch die Fragebögen erhaltenen Daten ermöglichen.

Ein solch statistisches Auswertungsverfahren stellt das Programmsystem SPSS unter Windows dar. SPSS steht als Abkürzung für Statistical Package for the Social Sciences (vgl. Bühl/ Zöfel 2002, 15). Bei SPSS handelt es sich um das weltweit verbreitetste Programmsystem zur statistischen Datenanalyse, das in den 60er Jahren in den USA entwickelt wurde. In den 80er Jahren erschien die erste Windows-Version und in den Folgejahren wurden immer wieder neue Versionen auf den Markt gebracht. Die aktuelle Version seit 2002 ist die Version 11, die auch für dieses Projekt genutzt wurde (vgl. Bühl/Zöfel 2002, 14f.). SPSS für Windows besteht aus verschiedenen Einzelmodulen. Grundbestandteil ist jedoch das Basismodul, das „alle Möglichkeiten der Datenerfassung und Datenmodifikation bietet und in dem die meisten der zur Verfügung stehenden Verfahren enthalten sind“ (vgl. Bühl/Zöfel 2002, 17). Hierunter fallen zum einen einfache statistische Verfahren wie Häufigkeitsauszählungen, Berechnungen statistischer Kennwerte, Korrelationsberechnungen und der Grafikeil. Zum anderen umfasst das Basismodul vielfältige nichtparametrische Tests und komplexe Verfahren wie beispielsweise multiple lineare Regressionsanalyse, Diskriminanzanalyse, Reliabilitätsanalyse und multidimensionale Skalierung. (vgl. Bühl/Zöfel 2002, 17). Dieses Basismodul bildet die Grundlage für die statistische Datenanalyse in Projekt 1.

Die Abfolge der einzelnen Schritte der Datenerfassung, der Datenselektion und der Datenmodifikation für Projekt 1 ist dem folgenden Schaubild zu entnehmen. Im weiteren werden die einzelnen Schritte explizit dargestellt.

Design der Datenauswertung Projekt 1

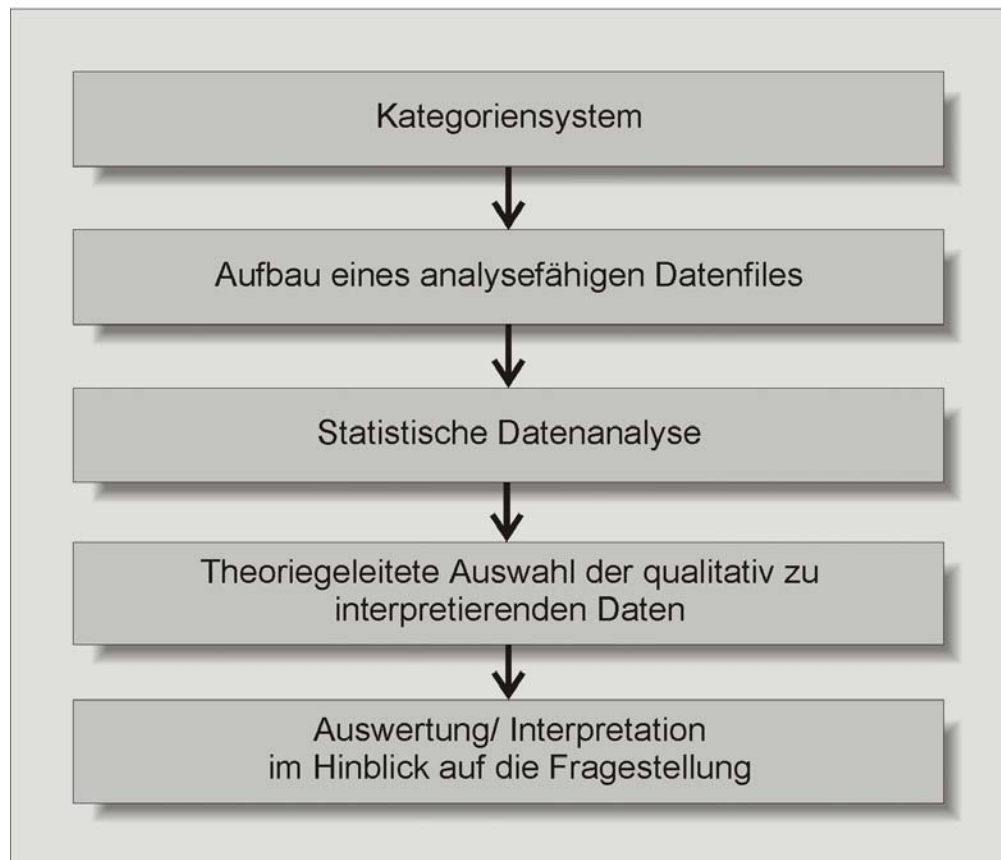


Abb. 11: Datenauswertungsdesign – Projekt 1

Darauf hingewiesen sei, dass die Datenaufbereitung durch Sterken erfolgte (vgl. Sterken 2003).

Die Schritte der Datenaufbereitung werden im folgenden erläutert. Für die anschließende Datenauswertung und Interpretation der Daten im Hinblick auf die Fragestellung (vgl. Kap. 8) werden die für das Projekt 1 relevanten Daten kategoriengeleitet herausgefiltert.

Die gesamte Datenzahl ist im Seminar für Sprachbehindertenpädagogik der Universität zu Köln einzusehen (vgl. Sterken 2003).

7.1.1 Kategorienentwicklung

Theoretische Grundlage für die Gewinnung eines Kategoriensystems zur Datenaufbereitung und Datenselektion für Projekt 1 bildet das Modell der Qualitätsebenen

zur UK-Versorgung (vgl. Kap. 6.1.1). Dieses Modell bildete unter Berücksichtigung der Fragestellung ebenfalls die theoretische Grundlage für die Entwicklung des Fragebogens (vgl. Kap. 6.1.2). Bereits dort wurden Fragen so formuliert, dass Informationen bezüglich der Fragestellung und somit zu den angeführten Kategorien gewonnen werden. Darüber hinaus enthielt der Fragebogen einige wenige Fragen, die der Beantwortung von Hypothesen galten. Diese wurden von Sterken (vgl. Sterken 2003) im Rahmen ihrer Diplomarbeit aufgestellt und mit Hilfe der Fragebogenerhebung beantwortet. In diesem Projekt 1 finden jedoch nur jene Daten Verwendung, die diesem Kategoriensystem und der zugrundeliegenden Fragestellung des Promotionsvorhabens (vgl. Kap. 5.4.1) Rechnung tragen.

Demnach ergeben sich für Projekt 1 folgende Kategorien:

A = Strukturqualität

A1= Personelle Ausstattung (Ist-Analyse)

A2= Qualifikationen (Ist-Analyse)

A3= Materielle Ausstattung (Ist-Analyse)

A4= Klientel (Ist-Analyse)

Innerhalb der Kategorien A2 wird zudem zwischen dem Ist- und Soll-Zustand differenziert, so dass hier noch die Kategorien , A2a=Qualifikation (Soll-Analyse)' ergibt.

B = Prozessqualität

B1= Konzepte/ Inhalte der UK – Versorgung

B2= Störungsspezifischer UK-Einsatz/ Material

B3= Kooperationspartner

C = Ergebnisqualität

C1= Therapeutenzufriedenheit

C2= Klientenzufriedenheit

C3= Versorgungserfolg

Die Zuordnung der gewonnenen und aufbereiteten Daten zu den entsprechenden Kategorien erfolgt in Kapitel 8.

7.1.2 Aufbau eines analysefähigen Datenfiles

Damit Daten mit Hilfe des Programms SPSS für Windows (vgl. Kap. 7.1) ausgewertet werden können, müssen die durch die Fragebögen erhobenen Daten zunächst EDV-gerecht aufbereitet werden. Hierzu muss zunächst ein Kodeplan erstellt werden. Ziel dabei ist, den einzelnen Fragen des Fragebogens Variablennamen zu geben und den einzelnen Merkmalsausprägungen einer Variablen Kodenummern zuzuweisen. Die entsprechenden Daten werden in Form einer Matrix aufgearbeitet.

7.1.3 Statistische Auswertung durch SPSS

Die wie in 7.1.2 aufbereiteten Daten wurden dann der statistischen Auswertung durch SPSS zugeführt. Vorrangig ging es um Häufigkeitsauszählungen sowie um das Aufzeigen von Abhängigkeiten zwischen zwei Variablen in Form von Kreuztabellen. Die gesamte statistische Auswertung ist im Seminar für Sprachbehindertenpädagogik der Universität zu Köln (vgl. Sterken 2003) einzusehen.

7.1.4 Theoriegeleitete Auswahl der qualitativ zu interpretierenden Daten

Die durch Sterken erhobenen und aufbereiteten Daten wurden im Hinblick auf die Fragestellung des Projekts 1 (vgl. Kap. 5.4.1) im Rahmen des Promotionsvorhabens bearbeitet. Anhand des in Kapitel 7.1.1 entwickelten Kategoriensystems wurden zunächst Daten bzw. Datenauswertungen zur späteren qualitativen Interpretation aus dem Datenkorpus herausgezogen (vgl. Kap.9).

7.1.5 Auswertung und Interpretation der Daten im Hinblick auf die Fragestellung

Die Auswertung der Daten erfolgt entsprechend dem in Kapitel 7.1.1 aufgestellten Kategoriensystems. Eine Strukturierung und Interpretation der Daten erfolgt zunächst bezogen auf die einzelnen Ebenen des Qualitätsmanagements. In einem zweiten Schritt schließt sich die qualitative Interpretation der quantitativen Daten im Hinblick auf die Fragestellung an (vgl. Kap.8).

7.2 Zur Entwicklung des Auswertungsdesigns - Projekt 2

Der Ablauf der Datenauswertung in Projekt 2 soll durch das nachstehende Schaubild verdeutlicht werden.

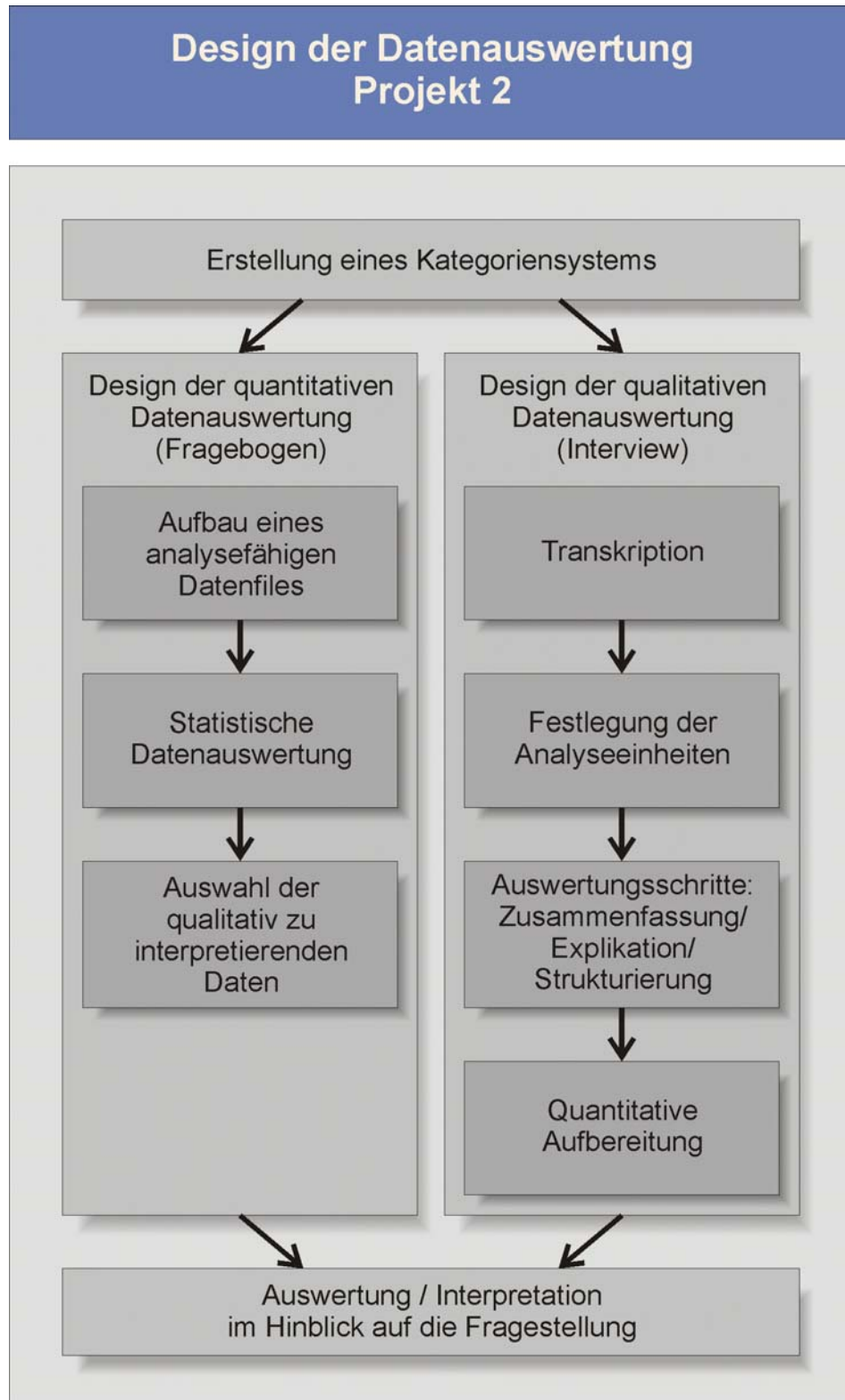


Abb. 12: Datenauswertungsdesign - Projekt 2

Aufgrund der Triangulation quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden (vgl. Kap.6.2.2) sind für die Datenauswertung ebenfalls, entsprechend den verschiedenen Erhebungsmethodiken, unterschiedliche Auswertungsmethoden erforderlich.

Die linke Spalte des Ablaufmodells verdeutlicht das Auswertungsdesign für die quantitativ erhobenen Daten aus dem Fragebogen (vgl. Kap.7.2.1). In der rechten Spalte ist der Ablauf des Auswertungsdesigns für die qualitativ erhobenen Daten aus dem Experteninterview aufgezeigt (vgl. Kap. 7.2.2).

Die unterschiedlichen Auswertungsdesigns werden im folgenden explizit dargestellt.

7.2.1 Design der quantitativen Auswertung des Fragebogens

Grundlage für die statistische Datenanalyse des Fragebogens ist das in Kapitel 7.1 bereits dargestellte statistische Auswertungsverfahren SPSS 11.

7.2.1.1 Kategorienentwicklung

Theoretische Grundlage für die Gewinnung eines Kategoriensystems zur Datenaufbereitung und Datenselektion für Projekt 2 bildet analog zu Projekt 1 das Modell der Qualitätsebenen zur UK-Versorgung (vgl. Kap. 6.1.1). Ein weiteres Kriterium stellt die Ist- Soll-Analyse dar. In Projekt 2 erfolgt eine Differenzierung der Qualitätsebenen in Ist- und Sollzustände. Entscheidend für das Design der quantitativen Fragebogenauswertung sind allerdings nur die Ebenen der Strukturqualität und der Ergebnisqualität sowie ergänzend der Bereich der interdisziplinären Kooperation auf der Ebene der Prozessqualität. Dabei dient der Fragebogen überwiegend der Erfassung von Ist-Zuständen. Die oben aufgezeigten Ebenen bilden zudem die theoretische Grundlage für die Entwicklung des Fragebogens (vgl. Kap. 6.2.2.1). Bereits dort wurden die Fragen so formuliert, dass Informationen zu den folgenden Kategorien gewonnen werden konnten.

Der Ist-Zustand wird dabei durch geschlossene Fragen erfasst. Der Erforschung des Soll-Zustandes erfolgt durch offene Fragen, die zunächst einer qualitativen Datenauswertung bedürfen (vgl. Kap. 7.2.2). Demnach ergeben sich für die quantitative Auswertung des Fragebogens auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität folgende Kriterien:

A = Strukturqualität

A1= Personelle Ausstattung (Ist-Analyse)

A2= Qualifikationen (Ist-Analyse)

A3= Materielle Ausstattung (Ist-Analyse)

A4= Klientel

B = Prozessebene

B1= Kooperationspartner (Ist-Analyse)

B1a= Kooperationspartner (Soll-Analyse)

C = Ergebnisebene

C1= Beraterzufriedenheit (Ist-Analyse)

C2= Beratungserfolg (Ist-Analyse)

C3= Klientenzufriedenheit (Ist-Analyse)

C4= Versorgungszustand (Ist-Analyse)

7.2.1.2 Aufbau eines analysefähigen Datenfiles

Wie bereits in Kapitel 7.1.2 aufgezeigt, ist eine EDV-gerechte Aufbereitung der Daten unerlässlich. Es wurde ein für Projekt 2 gültiger Kodeplan entwickelt und darauf aufbauend eine entsprechende Datenmatrix erstellt.

7.2.1.3 Statistische Auswertung durch SPSS

Die durch den Fragebogen gewonnenen und durch den Kodeplan aufbereiteten Daten wurden der statistischen Auswertung durch SPSS 11 zugeführt. Die statistische Auswertung ist kategorienbezogen und entsprechend ihrer Verwendung in Kapitel 8 in Band 2 dieser Arbeit einzusehen.

7.2.1.4 Auswertung und Interpretation der Daten im Hinblick auf die Fragestellung

Eine Auswertung der Daten erfolgt entsprechend dem in Kapitel 7.2.1.1 entwickelten Kategoriensystem sowie unter Beachtung der in Kapitel 6.4.2 aufgestellten Fragestellungen in Kapitel 8. Dabei erfolgt eine Strukturierung und Interpretation der Forschungsdaten zunächst bezogen auf die einzelnen Ebenen des Qualitäts-

managements. Eine Zusammenfassung der Forschungsergebnisse im Hinblick auf die Fragestellung für Projekt 2 geschieht kapitelabschließend.

7.2.2 Design der inhaltsanalytischen Auswertung der verbalen Daten

Für die inhaltsanalytische Auswertung verbaler Daten wurden Verfahren entwickelt, die es ermöglichen, regelgeleitet qualitative Aussagen aus sprachlichen Informationen abzuleiten. Ein solches inhaltsanalytisches Auswertungsverfahren stellt die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1993) dar. Kennzeichnend für die qualitative Inhaltsanalyse ist, dass die Analyse in einzelnen vorher festgelegten Analyseschritten zerlegt wird und dadurch für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar wird (vgl. Mayring 1993, 49). Einen Überblick über die für das Projekt 2 gültigen Analyseschritte in Anlehnung an Mayring gibt das oben stehende Schaubild.

Im folgenden werden die einzelnen dem Forschungsprojekt angemessen modifizierten Schritte näher erläutert.

7.2.2.1 Kategorienentwicklung

Grundlage für die Gewinnung des Kategoriensystems zur qualitativen Inhaltsanalyse bilden die Qualitätsebenen der UK-Versorgung (vgl. Kap. 6.1). Entsprechend der Fragestellung geschieht zudem eine Differenzierung in Ist- und Soll-Zustände. Grundlegend für die Entwicklung des Interviewleitfadens war die Ebene der Prozessqualität (vgl. Kap. 6.2.2.2). Die Formulierung der Fragen zielte deshalb vorrangig darauf ab, Informationen zu jener Ebene zu erhalten. Da häufig eine enge Verknüpfung zu den anderen Ebenen besteht und sehr umfangreiche Äußerungen zu den einzelnen Fragen auch weiterreichende Informationen enthalten können, wurden alle Qualitätsebenen der UK-Versorgung in das Kategoriensystem aufgenommen.

Demnach ergaben sich für Projekt 2 folgende Kategorien:

A= Strukturqualität

A1= Personelle Ausstattung (Ist-Analyse)

A1a= Personelle Ausstattung (Soll-Analyse)

A2= Qualifikationen (Ist-Analyse)

A2a= Qualifikationen (Soll-Analyse)

A3= Materielle Ausstattung

A3a= Materielle Ausstattung (Soll-Analyse)

A4= Klientel

B= Prozessebene

B1= Konzepte/ Inhalte der UK-Versorgung (Ist-Analyse)

B1a= Konzepte/ Inhalte der UK-Versorgung (Soll-Analyse)

B2= Störungsspezifische Beratung/ Material (Ist-Analyse)

B2a= Störungsspezifische Beratung/ Material (Soll-Analyse)

B3= Kooperationspartner (Ist-Analyse)

B3a= Kooperationspartner (Soll-Analyse)

B4= Finanzierung

C= Ergebnisebene

C1= Beraterzufriedenheit (Ist-Analyse)

C1a= Beraterzufriedenheit (Soll-Analyse)

C2= Beratungserfolg (Ist-Analyse)

C2a= Beratungserfolg (Soll-Analyse)

C3= Klientenzufriedenheit (Ist-Analyse)

C3a= Klientenzufriedenheit (Soll-Analyse)

C4= Versorgungszustand (Ist-Analyse)

C4a= Versorgungszustand (Soll-Analyse)

7.2.2.2 Transkription

Die wörtliche Transkription liefert eine vollständige Texterfassung des im Interview verbal erhobenen Materials. Die Transkription stellt die Grundlage für eine inhaltsanalytische Auswertung dar (vgl. Mayring 1996, 69). Verfasst wird die Transkription nach einem vorher festgesetzten Transkriptionsstandard.

Der für dieses Projekt gültige Transkriptionsstandard befindet sich im Anhang dieses Bandes. Die Transkriptionen der von mir geführten Interviews sind dem zweiten Band dieser Arbeit zu entnehmen.

7.2.2.3 Zusammenfassung

Ziel der Zusammenfassung ist, das Datenmaterial durch Abstraktion so zu reduzieren, dass ein überschaubarer Corpus entsteht, in dem die wesentlichen Inhalte bestehen bleiben (vgl. Mayring 1993, 54). Nach Mayring werden drei verschiedene Abstraktionsebenen unterschieden: die Paraphrasierung, die Generalisierung und die

Reduktion. Grundlegend dabei ist, dass die einzelnen Abstraktionsebenen genau festgelegt sind, bevor das Datenmaterial durch Einsatz von Makrooperationen (Auslassen/Generalisation, Konstruktion, Integration, Selektion, Bündelung) auf die nächst höhere Abstraktionsebene transformiert wird (vgl. Mayring 1993, 55). Die einzelnen Abstraktionsebenen werden im folgenden aufgezeigt und auf das Forschungsvorhaben bezogen.

Paraphrasierung

Ausgangspunkt für die Paraphrasierung ist die von dem Interview angefertigte Transkription (vgl. Kap. 7.2.2.2). Innerhalb dieser Transkription werden zunächst Analyseeinheiten festgesetzt und der Reihe nach durchnummeriert. Grundlegend für die festgelegten Analyseeinheiten ist der Sinngehalt der Äußerungen, d.h. Analyseeinheiten wurden dort markiert, wo es zu neuen inhaltlichen Äußerungen kam. Die so gewonnenen Analyseeinheiten werden dann „in eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben (Paraphrasierung)“. (Mayring 1993, 57).

Generalisierung

In einem nächsten Schritt wird das paraphrasierte Datenmaterial mittels Generalisierung weiter reduziert. Die Paraphrasen werden soweit verallgemeinert, dass sie einem vorher festgelegten Abstraktionsniveau entsprechen. So entstehende inhaltsgleiche Paraphrasen werden gestrichen, unwichtige und nichtssagende Paraphrasen bleiben außen vor. In einem weiteren Schritt werden die sich aufeinander beziehenden, über das gesamte Datenmaterial verstreuten Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage ersetzt (Bündelung, Konstruktion, Integration) (vgl. Mayring 1993, 57). Für dieses Forschungsvorhaben wurde festgesetzt, den letzten Schritt in dieser Form nicht zu übernehmen, da in der Vorkommenshäufigkeit einer Aussage eine Bedeutung liegen kann, die für die Interpretation im Hinblick auf die Fragestellung von Bedeutung sein kann.

Des weiteren wurde festgesetzt, dass die individuelle Wortwahl der Interviewten beibehalten wird, wenn sich eine Verallgemeinerung als schwierig erweist und den Sinn der Aussage verfälschen würde. Die übernommenen individuellen Äußerungen werden innerhalb der Paraphrasierung und Generalisierung durch Anführungsstriche gekennzeichnet.

Reduktion

Das paraphrasierte und generalisierte Datenmaterial wird in einem dritten Schritt einem vorab definierten Kategoriensystem zugeordnet. Das Kategoriensystem stellt ein deduktives Element der Inhaltsanalyse dar und „muß mit theoretischen Erwägungen über Gegenstand und Ziel der Analyse begründet werden“. (Mayring 1996, 92).

Das für diesen Teil des Forschungsprojektes gültige Kategoriensystem wurde bereits in Kapitel 7.2.2.1 aufgestellt.

7.2.2.4 Explikation

Die Explikation hat zum Ziel, an einzelne fragliche Textstellen zusätzliches Material heran zu ziehen, um das Verständnis dieser Stelle zu erweitern, zu erläutern und zu explizieren (vgl. Mayring 1993, 54). Die Explikation verkörpert eine inhaltsanalytische Technik und ist im eigentlichen Sinne eine Kontextanalyse. Dabei wird zwischen der engen und weiten Kontextanalyse differenziert (vgl. Mayring 1996, 94). Die enge Kontextanalyse bezieht sich auf im Text befindliche Inhalte, die zur Erläuterung der fraglichen Textstelle hinzugezogen werden. Die weite Kontextanalyse umfasst über den Text hinausgehende Informationen.

Auf dieses Forschungsprojekt bezogen bedeutet das, dass Inhalte des Fragebogens und der Postskripta zur Kontextanalyse herangezogen werden können.

Die dem Kontext entnommenen Informationen werden in der tabellarischen Zusammenfassung der Reduktion durch ein (K) gekennzeichnet.

7.2.2.5 Strukturierung

Die Strukturierung hat zum Ziel, das Datenmaterial aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen und bestimmte Aussagen herauszufiltern (vgl. Mayring 1993, 54). Die aus dem Material herauszufilternde Struktur wird dabei in Form eines Kategoriensystems (vgl. Kap. 7.2.2.1) an das Datenmaterial herangetragen. Die Struktur muss aus der Fragestellung abgeleitet werden und theoretisch begründet sein. Ergebnis kann dann eine Strukturierung nach formalen oder inhaltlichen Aspekten sein, aber auch eine Skalierung und Einschätzung hinsichtlich bestimmter Dimensionen (vgl. Mayring 1993, 77; Mayring 1996, 94).

Innerhalb dieses Forschungsprojektes wurde dieser Schritt der qualitativen Inhaltsanalyse insoweit modifiziert, dass ein Herantragen des Kategoriensystems an das Datenmaterial bereits im Schritt der Zusammenfassung auf Ebene der Reduktion (vgl.

Kap. 7.2.2.3) geschah. Deshalb dient der Analyseschritt der Strukturierung innerhalb dieses Forschungsprojektes vorrangig der inhaltlichen Strukturierung.

Die inhaltliche Strukturierung umfasst die Extrahierung und Zusammenfassung des Datenmaterials zu bestimmten Inhaltsbereichen (vgl. Mayring 1993, 79).

Für das Forschungsprojekt bedeutet dies, die den einzelnen Kategorien (vgl. Kap. 7.2.2.1) zugeordneten Aussagen tabellarisch zusammenzufassen. Dabei werden die den Kategorien zugeordneten Aussagen den jeweiligen Unterpunkten der Qualitätsebenen (vgl. Kap. 6.1.1) untergeordnet. Im Hinblick auf die Fragestellung erfolgt zudem eine Trennung zwischen Ist- und Soll-Zuständen.

Die einzelnen Analyseschritte sowie die tabellarischen Zusammenfassungen sind dem zweiten Band der Arbeit zu entnehmen.

7.2.2.6 Quantitative Aufbereitung der Daten

Eine quantitative Aufbereitung der qualitativen Daten erfolgt innerhalb der Strukturierung und Interpretation der Forschungsdaten in Kapitel 8. Dabei werden innerhalb der Ebenen des Qualitätsmanagements Parameter zur tabellarischen Zusammenfassung von Aussagen aufgestellt. Mögliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen Beratungsstellen sollen herausgearbeitet werden und die Grundlage für eine mögliche Quantifizierung der Daten liefern.

7.2.2.7 Auswertung und Interpretation der Daten im Hinblick auf die Fragestellung

Neben der tabellarischen Zusammenfassung der Aussagen der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Band 2 der Arbeit) erfolgt eine Strukturierung des Datenmaterials unter Einbeziehung der quantitativ gewonnenen Daten (vgl. Kap. 7.2.1) bezüglich des Kategoriensystems (vgl. Kap. 7.2.2.1) und im Hinblick auf die Fragestellung (5.4.2).

Eine Strukturierung der sowohl qualitativ als auch quantitativ erhobenen Daten bezüglich der Qualitätsebenen der UK-Versorgung und im Hinblick auf die Fragestellung erfolgt in einem weiteren Schritt in den Kapiteln 8.1.2, 8.2.2 und 8.3.2. In einem letzten Schritt werden Kapitel 9 dann die Forschungsdaten der Projekte 1 und 2 im Hinblick auf die grundlegende Fragestellung des Gesamtprojektes zusammengeführt.

8 Darstellung der Forschungsergebnisse

8.1 Strukturierung und Interpretation der Forschungsdaten auf der Ebene der Strukturqualität

Die Strukturierung und Interpretation der Forschungsdaten auf Ebene der Strukturqualität geschieht zunächst projektbezogen im Hinblick auf die für die Strukturqualität erhobenen Auswertungskategorien (vgl. Kap. 7.1.1/7.2.1.1). Der Darstellung der beiden Einzelprojekte schließt sich eine Zusammenfassung und Interpretation der Daten im Hinblick auf die zugrundeliegende Teilfragestellung an. Ein Vergleich der Forschungsergebnisse aus Projekt 1 und Projekt 2 erfolgt zusammenfassend in Kapitel 8.1.3.

Die wichtigsten Daten aus Projekt 1 werden in Form von Abbildungen dargestellt. Im Text werden aufgrund der besseren Lesbarkeit nur die Kernaussagen mit Prozentzahlen belegt. Alle Einzeldaten können den jeweiligen Tabellen in Band 2 entnommen werden. Die entsprechenden Tabellennummern sind den jeweiligen Abschnitten in Klammern nachgestellt.

Projekt 2 enthält neben quantitativ erhobenen Daten eine Reihe qualitativer Daten. Die Kernaussagen der qualitativen Daten wurden in Tabellenform aufgearbeitet und da, wo es möglich und sinnvoll erschien, quantifiziert. Die einzelnen Tabellen sind dem Text zu entnehmen. Bezugsdaten hierzu finden sich beratungsstellenbezogen in Band 2 der Arbeit.

Die Beratungsstellennummern ergeben sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen ausgehend von einer Ausgangsgröße $n=25$.

8.1.1 Ergebnisse auf der Ebene der Strukturqualität - Projekt 1

Grundlegend für Projekt 1 war auf der Ebene der Strukturqualität die Frage nach strukturellen Bedingungen, unter denen eine UK-Versorgung bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter in sprachtherapeutischen Einrichtungen erfolgt. Als sprachtherapeutische Einrichtungen fanden in der Erhebung freie Praxen, Akutkliniken und Rehabilitationskliniken Beachtung.

Einen Überblick über die Verteilung der teilnehmenden sprachtherapeutischen Einrichtungen gibt die folgende Abbildung.

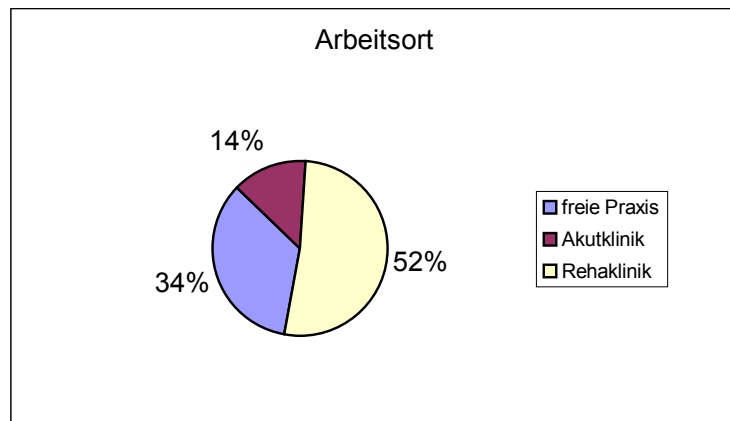


Abb.13 : Strukturqualität – Arbeitsort

Zieht man Akut- und Rehakliniken zusammen, so sind 65,6% der Befragten im klinischen Bereich tätig und nur 34,4% in der freien Praxis. Es zeigt sich somit eine Verschiebung der Teilnehmer zu Gunsten des klinischen Arbeitsfeldes (vgl. Tab.1 Band 2).

Die Verteilung der teilnehmenden Berufsgruppen stellt sich wie folgt dar:

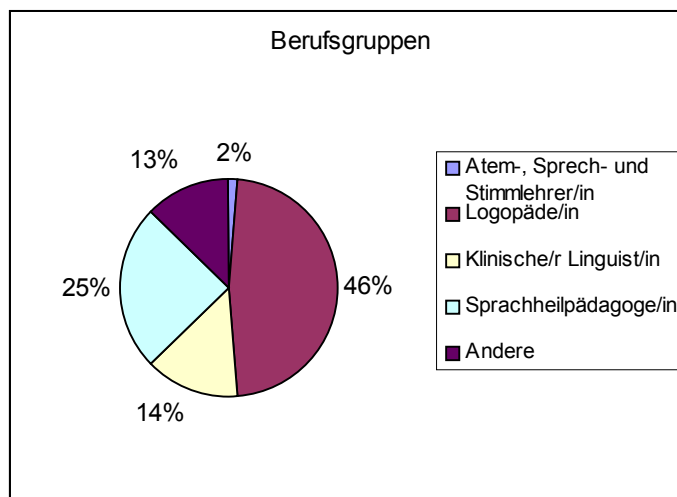


Abb. 14: Strukturqualität – Berufsgruppen

Werden im Verlauf der Auswertungen Abhängigkeiten zur Berufsgruppe aufgezeigt, finden in der Interpretation nur die drei am häufigsten vertretenden Berufsgruppen – Logopäden, Sprachheilpädagogen und Klinische Linguisten – Beachtung. Die im weiteren angeführten Berufsgruppen haben mit einem Anteil von unter 1% keinen Ausgawert bzw. lassen keine Verallgemeinerung zu (vgl. Tab. 2 Band 2).

Eine Verteilung der einzelnen Berufsgruppen auf die verschiedenen Arbeitsbereiche ist der Tabelle 3 (Band 2) zu entnehmen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Klinische Linguisten zu 100% im klinischen Bereich tätig sind, Logopäden und Sprachheilpädagogen etwas häufiger im klinischen Bereich als in der freien Praxis zu finden sind.

Im weiteren wurden entsprechend der Auswertungsparameter Daten zur personellen und materiellen Ausstattung, zur Qualifikation sowie zum zu versorgenden Klientel aus dem Datenkorpus herausgezogen. Da, wo es sinnvoll erschien, wurden Abhängigkeiten zum Arbeitsort bzw. zur Berufsgruppe hergestellt.

8.1.1.1 Personelle Ausstattung

Die personelle Besetzung soll durch die Parameter ‚UK-Einsatz und Berufsgruppe‘, ‚UK-Einsatz und Arbeitsort‘ sowie ‚UK-Einsatz und Zeitraum der Berufstätigkeit‘ bestimmt werden.

Vorweg ist festzuhalten, dass nicht alle Befragten zu den einzelnen Parametern auch eine Angabe machten. Die im folgenden aufgeführten Prozentzahlen beziehen sich immer nur auf die Befragten, die auch eine Angabe gemacht haben. Die Zahl der fehlenden Systeme ist den jeweiligen Tabellen in Band 2 zu entnehmen.

UK-Einsatz und Berufsgruppen

Es zeigt sich eine Tendenz zugunsten eines UK-Einsatzes bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter. 45,1% der Befragten, die eine Angabe machen, sprechen sich dafür aus, dass ein UK-Einsatz voll (25,5%) bzw. eher (19,6%) eher zutrifft (vgl. Tab.4 Band 2).

Dabei setzen Sprachheilpädagogen (53,5%) UK im Erwachsenenalter am häufigsten ein, gefolgt von den Klinischen Linguisten (42,8%) und den Logopäden (40,0%). Diese Prozentzahlen gelten dann, wenn man ‚trifft voll zu‘ und ‚trifft eher zu‘ zu einem positiven Trend zusammenzieht (vgl. Tab.5 Band 2).

UK-Einsatz und Arbeitsort

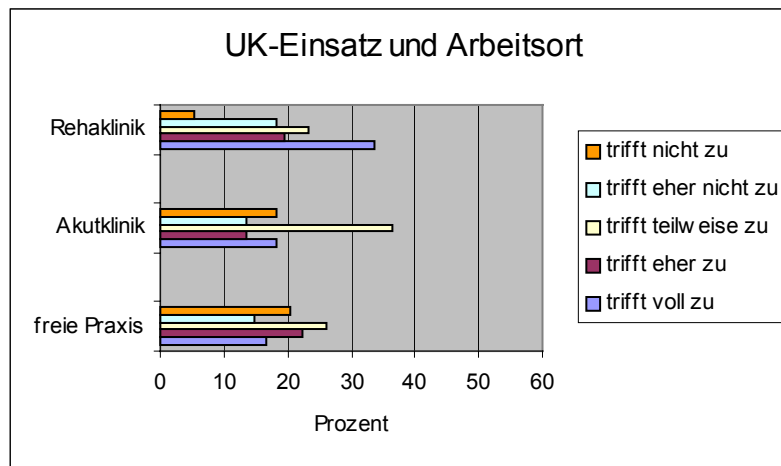


Abb.15: Strukturqualität – UK-Einsatz und Arbeitsort

Am häufigsten kommt UK in Rehabilitationskliniken zum Einsatz, gefolgt von der freien Praxis und der Akutklinik (vgl. Tab. 6 Band 2).

Setzt man den UK-Einsatz im Erwachsenenalter in Abhängigkeit zur Berufsgruppe und zum Arbeitsort lässt sich festhalten, dass Sprachheilpädagogen in allen Arbeitsbereichen UK am häufigsten einsetzen (vgl. Tab. 7 Band 2).

UK-Einsatz und Zeitraum der Berufstätigkeit

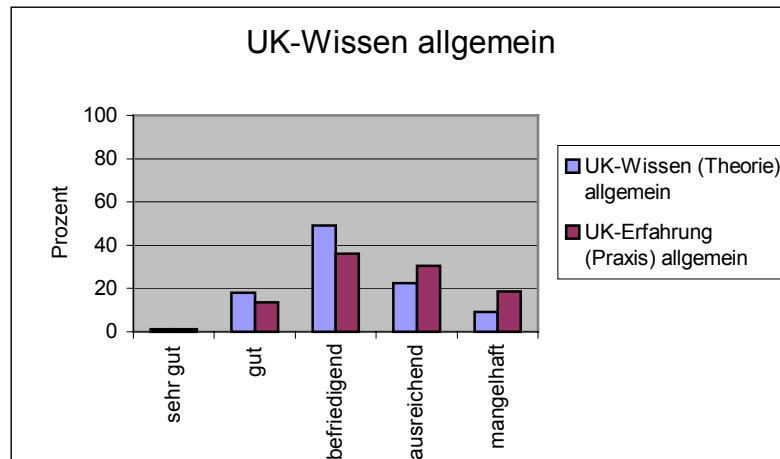
Es ist keine klare Abhängigkeit zwischen dem UK-Einsatz und dem Zeitraum der Berufstätigkeit erkennbar, die auf eine vermehrte Wissensvermittlung in den letzten Jahren schließen lassen würde. Es lässt sich lediglich eine leichte Tendenz dahingehend verzeichnen, dass Therapeuten mit einem Abschluss in den letzten 10 Jahren UK etwas häufiger einsetzen (vgl. Tab. 8 Band 2).

8.1.1.2 Qualifikation

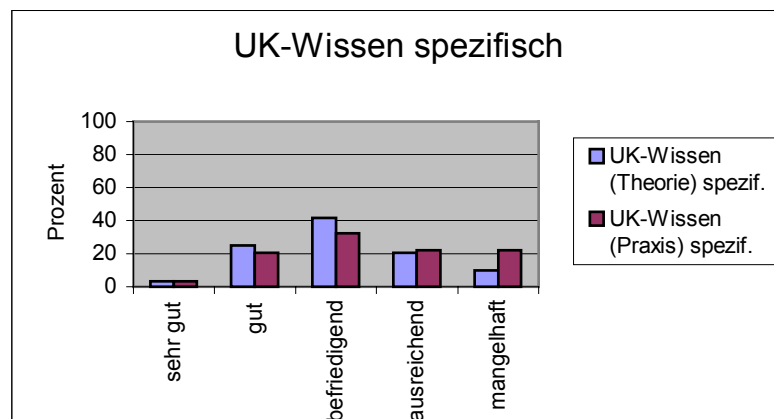
Die Qualifikationen im UK-Bereich werden anhand der subjektiven Einschätzung des allgemeinen theoretischen und praktischen UK-Wissens sowie der subjektiven Einschätzung des UK-Wissens in Bezug auf die UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen bestimmt. Darüber hinaus werden die Parameter ‚Ausbildung‘ und ‚Fort- und Weiterbildung‘ herangezogen.

Einschätzung UK-Wissen

Die folgenden Abbildungen sollen die Einschätzung des theoretischen praktischen Wissen allgemein bzw. in Bezug auf erworbene Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter verdeutlichen.



Tab.16: Strukturqualität – Allgemeines UK-Wissen



Tab.17: Strukturqualität – Spezifisches UK-Wissen

UK-Wissen allgemein

Dabei wird das allgemeine theoretische und praktische UK-Wissen von der Mehrzahl der Befragten als befriedigend bezeichnet. Betrachtet man die einzelnen Zahlenwerte, so zeigt sich jedoch eine klare Tendenz zum Negativen, insbesondere bei Einschätzung des praktischen Wissens. Fast die Hälfte der Befragten bezeichnet ihr UK-Praxiswissen als ausreichend oder mangelhaft. Damit fällt die Beurteilung des Praxiswissens etwas schlechter aus als die Beurteilung des Theoriewissens (vgl. Tab. 9/10 Band 2). Ein deutlicher Handlungsbedarf in der Wissensvermittlung wird erkennbar.

UK-Wissen spezifisch

Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Bewertung des theoretischen und praktischen UK-Wissens in Bezug auf erworbene Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter. Die Mehrzahl der Befragten bezeichnet auch hier ihr theoretisches und praktisches UK-Wissen als befriedigend. Eine Tendenz zu einer eher negative Einschätzung zeigt sich dabei insbesondere bei der Bewertung des UK-Praxiswissen bei Erwachsenen (Tab. 11/12 Band 2). Berufsprüfungsspezifische Abhängigkeiten zeigen sich nicht (vgl. Tab. 13/14 Band 2).

Ausbildung

Über 50% der Befragten, die eine Angabe machen, haben UK während der Ausbildung kennen gelernt (vgl. Tab.15 Band 2). Dabei gibt die Mehrheit der Befragten an, dass es voll (31,8%) bzw. eher (28,2%) zutrifft, dass UK-Einsatz bei Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen Bestandteil der Ausbildung war (vgl. Tab. 16 Band 2). Umfang und Lehrinhalte sind den Daten nicht zu entnehmen.

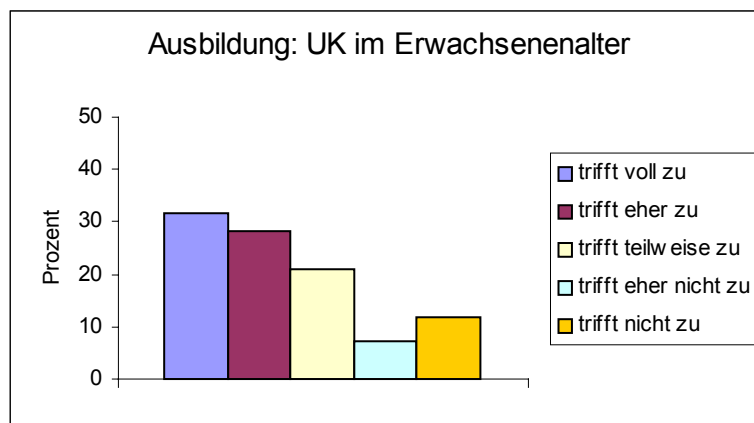


Abb.18: Strukturqualität – UK und Ausbildung (Erwachsenenalter)

Stellt man hier eine Abhängigkeit zu den einzelnen Berufsgruppen her, haben insbesondere Klinische Linguisten UK bei erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter kennen gelernt (vgl. Tab. 17 Band 2).

Geht man der Frage nach, wie ausreichend die UK-Wissensvermittlung in der Ausbildung für den Praxisalltag war, zeigt sich, dass die Mehrzahl der Befragten die Wissensvermittlung als unzureichend bezeichnet (vgl. Tab. 18 Band 2).

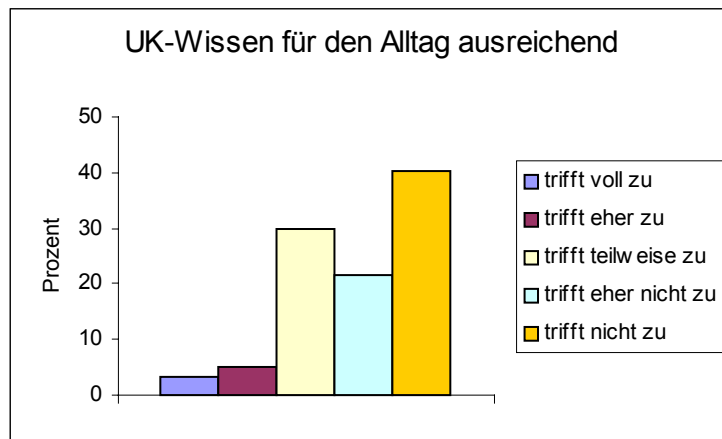


Abb.19: Strukturqualität – Ausbildung: UK-Wissen/ Alltag

Dabei bezeichnen vor allem Klinische Linguisten, von denen sehr viele UK als Bestandteil der Ausbildung angeben, die UK-Wissensvermittlung für den Alltag als unzureichend (vgl. Tab. 19 Band 2).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass eine UK-Wissensvermittlung während der Ausbildung in allen Berufsgruppen, wenn auch in unterschiedlichem Maße, stattfindet. Allerdings wird diese Wissensvermittlung für den Alltag als völlig unzureichend eingestuft.

Fortbildung

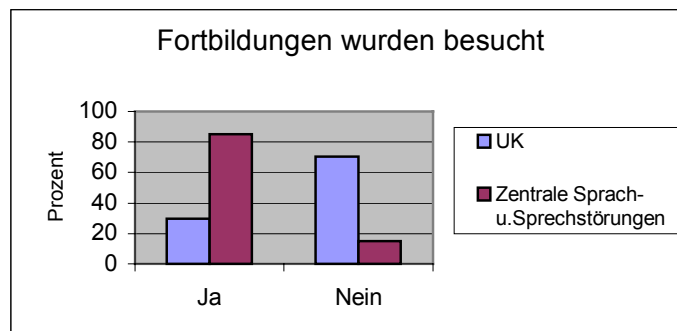


Abb.20: Strukturqualität – Fortbildungen

Wie der Abbildung zu entnehmen ist, haben nur 29,5% der Befragten, die eine Angabe machen, Fortbildungen zum Thema UK besucht. Die Mehrzahl der Befragten hat bisher nicht an spezifischen UK-Fortbildungen teilgenommen (vgl. Tab.20 Band 2). Wurden UK-Fortbildungen besucht, wurde das Thema UK im Erwachsenenalter in der Mehrzahl der Fälle nur teilweise (26,9%) behandelt (vgl. Tab. 21 Band 2).

Von der Mehrzahl der Befragten wurde die Wissensvermittlung für den Alltag als nur teilweise ausreichend bezeichnet (vgl. Tab.22 Band 2).

Betrachtet man die einzelnen Berufsgruppen, so sind vor allem Logopäden mit der Wissensvermittlung für den Alltag zufrieden (vgl. Tab. 23 Band 2).

Fortbildungen zu neurologischen Sprach- und Sprechstörungen hat mit 81,1% der Großteil der Befragten, die eine Angabe machen, besucht (vgl. Tab. 24 Band 2). Das Thema UK findet in diesen Fortbildungen jedoch eher weniger Beachtung. Über die Hälfte der Fortbildungsbesucher gibt hier an, dass UK eher nicht (12,8%) bzw. nicht (38,5%) berücksichtigt wurde. Lediglich 11,5% der Fortbildungsbesucher haben das Thema UK bearbeitet (vgl. Tab. 25 Band 2).

Von der Mehrzahl der Fortbildungsbesucher wird die UK-Wissensvermittlung dabei als eher nicht (23,8%) bzw. nicht (31,5%) ausreichend bezeichnet (vgl. Tab. 26 Band 2).

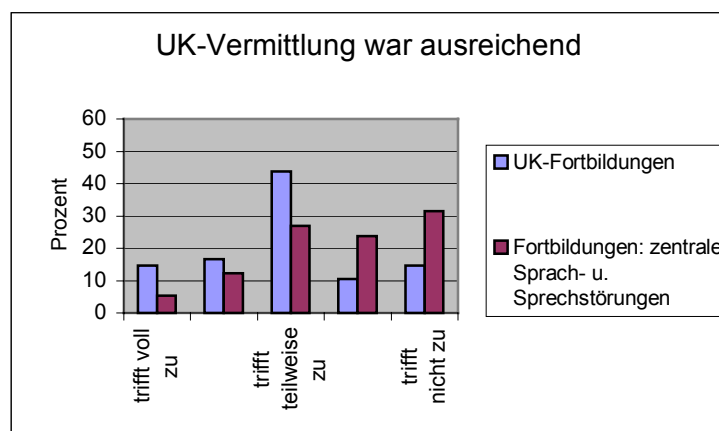


Abb.21: Strukturqualität – Fortbildungen/
Bewertung

Auch hier zeigt sich wiederum ein großer Handlungsbedarf. Dieser betrifft vor allem den Bereich der Fort- und Weiterbildungen zu zentral bedingten Sprach- und Sprechstörungen. Da Fortbildungen zu zentral bedingten Sprach- und Sprechstörungen vielfach besucht werden, ist eine vermehrte UK-Wissensvermittlung über diese sinnvoll. Es bedarf jedoch einer Überarbeitung der Inhalte, da die Wissensvermittlung für den Praxisalltag als unzureichend eingestuft wird.

Qualifikation – Soll-Analyse

Geht man der Frage nach inwieweit und auf welche Art und Weise eine vermehrte UK-Wissensvermittlung erfolgen soll, zeigt sich folgendes Bild:

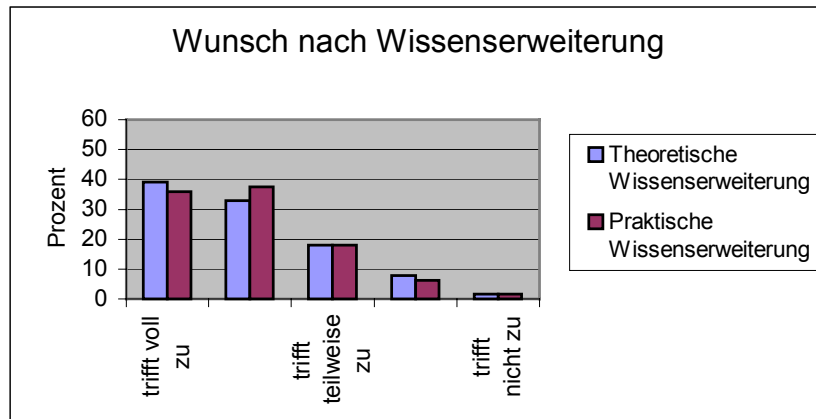


Abb.22: Strukturqualität – Weiterbildung (Soll-Analyse)

Es wird sowohl der Wunsch nach vermehrter theoretische UK-Wissensvermittlung als auch nach vermehrter UK-Praxiserfahrung geäußert (vgl. Tab. 27/28 Band 2).

Dies ist unabhängig von der Berufsgruppe in Bezug auf die theoretische UK-Wissensvermittlung. Den Wunsch nach mehr UK-Praxiswissen zeigen insbesondere Logopäden und Sprachheilpädagogen (vgl. Tab. 29 Band 2).

Eine vermehrte UK-Wissensvermittlung soll vorrangig über eine bessere UK-Vermittlung in der Ausbildung sowie durch mehr Fortbildungsangebote für bereits Arbeitende geschehen (vgl. Tab. 30-33 Band 2).

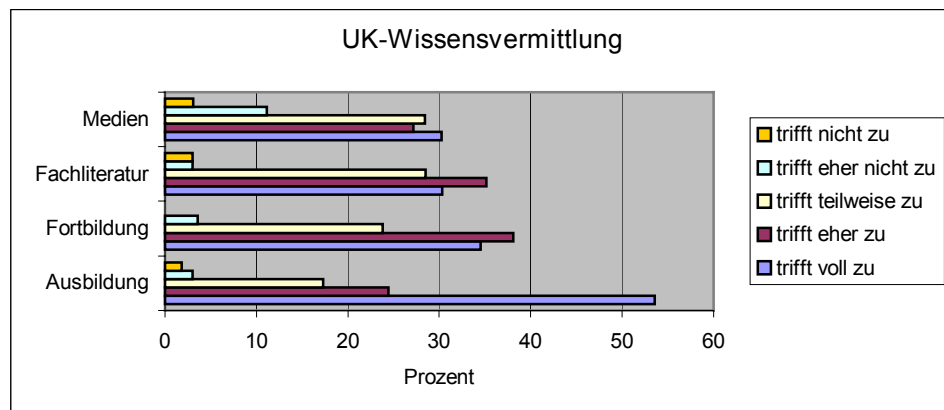


Abb.23: Strukturqualität – Wissensvermittlung (Soll-Analyse)

8.1.1.3 Materielle Ausstattung

Die folgende Abbildung soll einen Überblick über vorhandene Materialien und deren Häufigkeit aufzeigen.

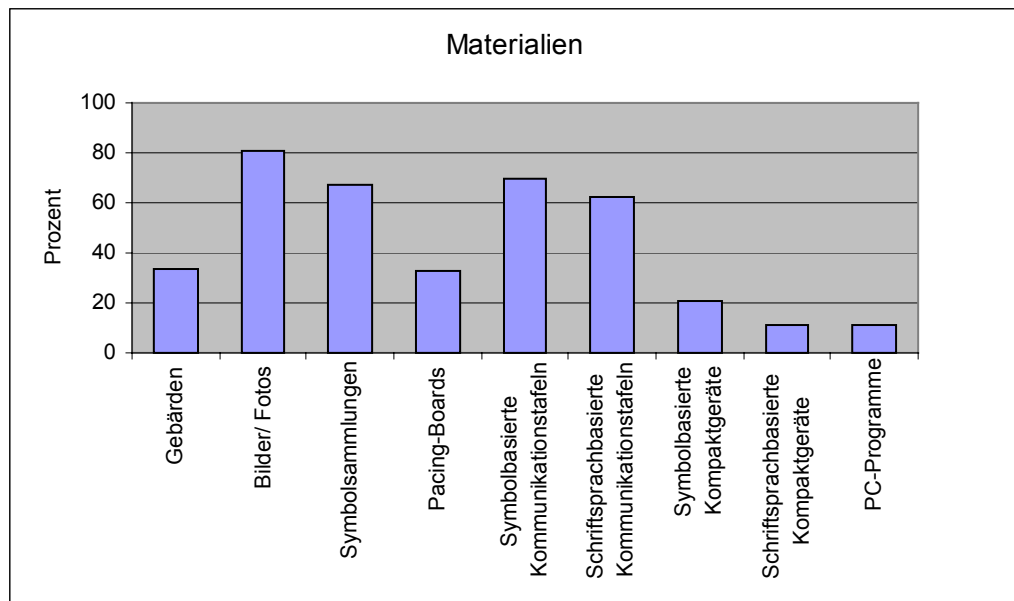


Abb.24: Strukturqualität – Materielle Ausstattung

Es zeigt sich, dass eine große Bandbreite an Materialien vorhanden ist, diese jedoch in unterschiedlichem Maße vertreten sind. Dabei zeigt sich, dass nichtelektronische Kommunikationshilfen wie beispielsweise Gebärden- und Symbolsammlungen wesentlich häufiger vertreten sind als elektronische Kommunikationshilfen (vgl. Tab. 34-42 Band 2).

Dabei ist eine klare Abhängigkeit zwischen der materiellen Ausstattung und dem Arbeitsort erkennbar (vgl. Tab. 43-51 Band 2). Bis auf Gebärden- und Symbolsammlungen finden sich alle Materialien am häufigsten in Rehabilitationskliniken wieder. Insbesondere elektronische Kommunikationshilfen sind fast ausschließlich im klinischen Bereich zu finden. Lediglich eine freie Praxis gibt an über elektronische Kommunikationshilfen zu verfügen. Gebärden- und Symbolsammlungen befinden sich dahingegen am häufigsten in freien Praxen. Dies lässt darauf schließen, dass Gebärden in der Anwendung im Erwachsenenbereich eher weniger Beachtung finden.

Insgesamt wird die materielle Ausstattung als eher unzureichend bewertet. 33,1% der Befragten, die eine Angabe machen, bezeichnen die materielle Ausstattung als teilweise ausreichend, 28,7% als eher nicht und 18,4% als nicht ausreichend (vgl. Tab. 52 Band 2). Vor allem Rehabilitationskliniken und freie Praxen bewerten ihre Ausstattung hier als unzureichend. Im Bereich der Akutkliniken scheinen materielle Ausstattungen sehr unterschiedlich zu sein. Hier bewerten gleich viele Befragte die materielle Ausstattung als ausreichend wie auch als unzureichend (vgl. Tab. 53 Band 2).

Zusammenfassend kann man festhalten, dass in allen Einrichtungen mehr nicht-elektronische als elektronische Kommunikationshilfen zur Verfügung stehen. Dies bedingt sich sicherlich durch die hohen Kostenfaktoren elektronischer Kommunikationshilfen auf der einen Seite und der im Verhältnis dazu eher geringen Klientenzahl. Stehen elektronische Kommunikationshilfen zur Verfügung, so ist dies in der Regel im klinischen Bereich der Fall. Insgesamt ist die materielle Ausstattung für den Alltag nicht ausreichend.

8.1.1.4 Klientel

Es machte wiederum jeweils eine unterschiedliche Anzahl von Befragten eine Angabe. Die verwendeten Prozentzahlen beziehen sich auf die Anzahl von Personen, die jeweils Angaben machten. Die Zahl der fehlenden Systeme ist den Tabellen in Band 2 zu entnehmen.

Progrediente Erkrankungen

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Häufigkeitsverteilung der zu versorgenden Klienten.

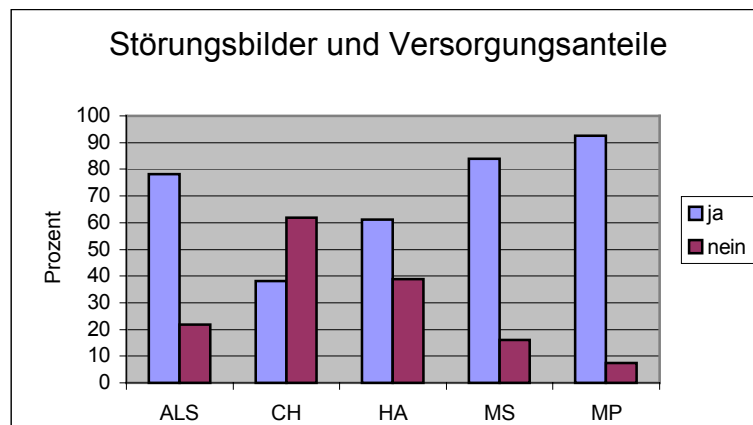


Abb.25: Strukturqualität – Klientel (progrediente Erkrankungen)

Den größten Klientenanteil nehmen die Störungsbilder Morbus Parkinson (MP), Multiple Sklerose (MS) und Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) ein. Eher geringer ist der Anteil von Klienten mit (Heredo-) Ataxie (HA) und Chorea Huntington (CH) (vgl. Tab. 54-58 Band 2).

Dabei werden Dysarthrien im Rahmen progredienter Erkrankungen überwiegend im klinischen Bereich versorgt. Lediglich ALS-Patienten und Menschen mit Morbus Parkinson werden im gleichem Maße in Klinik und freier Praxis versorgt (vgl. Tab.59-63 Band 2).

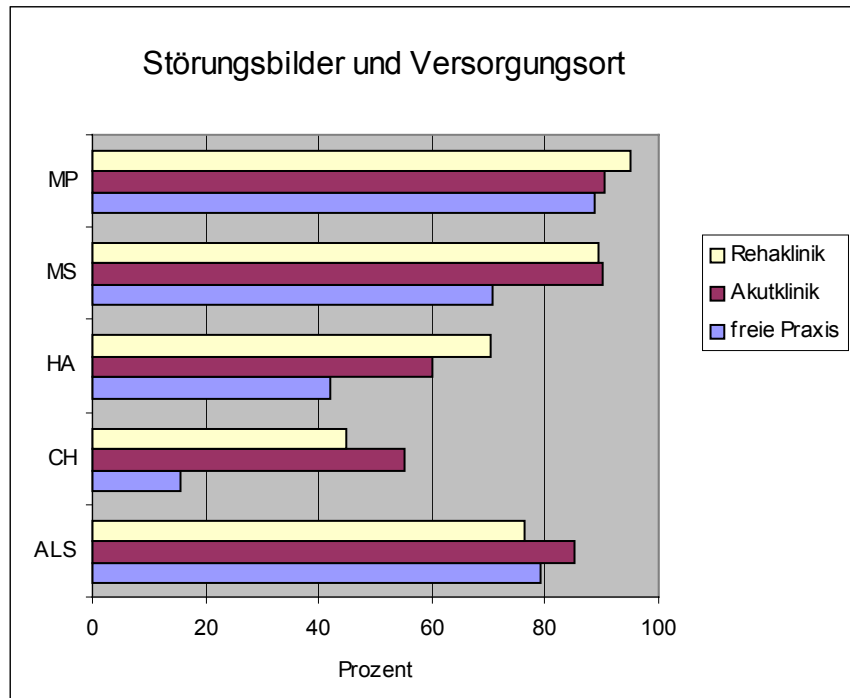


Abb.26: Strukturqualität – Klientel und Versorgungsort

Akute/chronische Erkrankungen

Einen Überblick über das zu versorgende Klientel im Bereich der akuten/chronischen Erkrankungen und entsprechende Häufigkeitsverteilungen zeigt die folgende Abbildung auf.

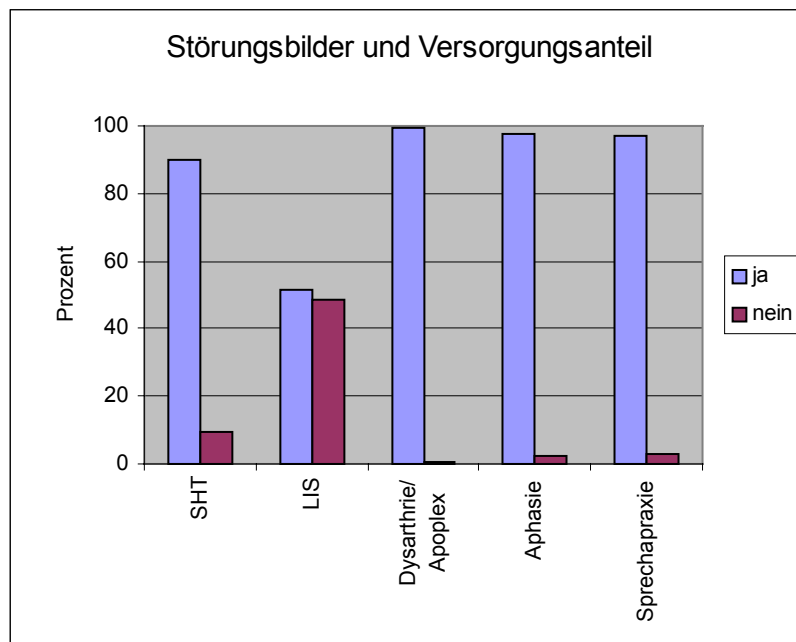


Abb.27: Strukturqualität – Klientel (akutes/chronisches Krankheitsbild)

Akute bzw. chronische Krankheitsbilder nehmen allgemein einen sehr hohen Versorgungsanteil ein (vgl. Tab.64-68 Band 2).

Dabei werden Dysarthrien nach Apoplex sowie Aphasien und Sprechapraxien an allen Arbeitsorten gleichermaßen versorgt. Schädel-Hirn-Traumata (SHT) und Locked-In-Syndrome (LIS) werden überwiegend im klinischen Arbeitsbereich versorgt (vgl. Tab. 69-73 Band 2).

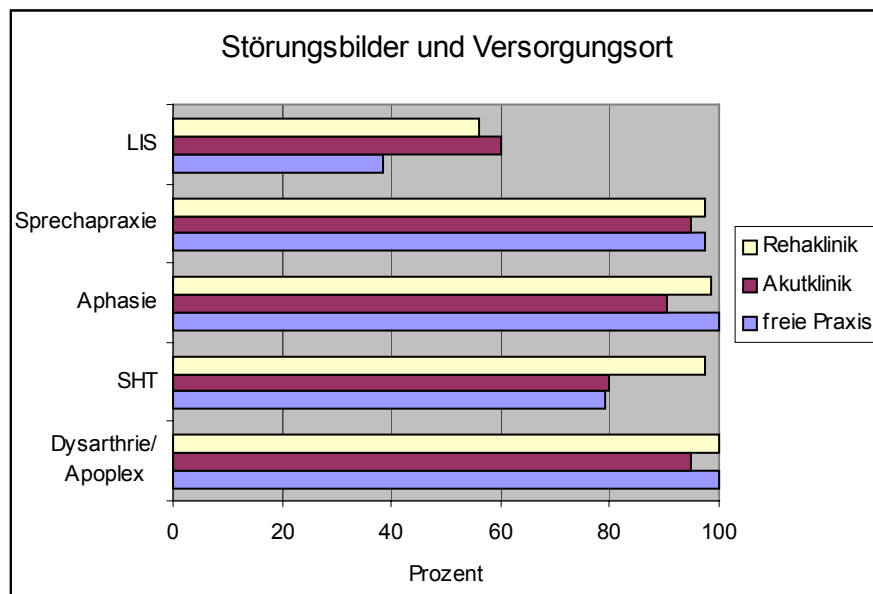


Abb.28: Strukturqualität – Klientel und Versorgungsort (akutes/chronisches Krankheitsbild)

Demenz

Demenzen werden von 65,9% der Befragten, die eine Angabe machen, versorgt (vgl. Tab. 74 Band 2). Eine Versorgung erfolgt dabei an allen Arbeitsorten gleichermaßen (vgl. Tab. 75 Band 2).

8.1.1.5 Zusammenfassung und Interpretation der Forschungsdaten im Hinblick auf die Fragestellung des Projektes 1

Auf der Ebene der Strukturqualität zeigt sich für den Bereich der *personellen Besetzung*, dass UK von verschiedenen sprachtherapeutischen Berufsgruppen angewandt wird. Am häufigsten setzen jedoch Sprachheilpädagogen UK ein. Dies ist sicherlich darauf zurückzuführen, dass UK zunehmend Bestandteil des sprachtherapeutischen Studiums wird und angehende Sprachheilpädagogen vermehrt mit den Bedingungs Hintergründen eines UK-Einsatzes bei verschiedenen Zielgruppen konfrontiert werden. Ähnliches gilt für das Berufsbild des Klinischen Linguisten. Dabei lässt

sich die Vermutung, dass UK mit wachsender Bekanntheit auch eine vermehrte Anwendung findet, nicht klar belegen.

Zum Einsatz kommt UK im klinischen Bereich häufiger als in der freien Praxis, was sich vermutlich durch die Verteilung der Klienten bedingt. So finden sich im klinischen Bereich wesentlich mehr neurologische Patienten im Erwachsenenalter als in der freien Praxis. Hierdurch bedingt sich wiederum ein höherer Anteil von UK-Klienten. Des Weiteren kann ein vermehrter UK-Einsatz im klinischen Bereich auf andere Zeitstrukturen in der Klientenversorgung zurückzuführen sein. Dadurch dass die Klientendichte häufig nicht so hoch ist wie in der freien Praxis, besteht mehr eventuell Freiraum für die zeitintensive UK-Versorgung. Zudem finden sich im klinischen Bereich bessere materielle Ausstattungen sowie die Möglichkeit des interdisziplinären Austausches. Inwieweit die personelle Ausstattung als ausreichend bezeichnet wird, kann den Daten nicht entnommen werden.

Deutlich zeigt sich im Bereich der *Qualifikationen* eine unzureichende UK-Qualifikation der Sprachtherapeuten. Zwar lernt die Mehrzahl der Therapeuten UK während der Ausbildung kennen, allerdings erweist sich das Fachwissen für den Alltag als völlig unzureichend. Eine Überarbeitung der Lehrinhalte erscheint hier dringend notwendig. Ungeklärt ist jedoch die Zuständigkeit für den UK-Fachbereich, so dass eine Überarbeitung der Lehrinhalte erst zu vermuten ist, wenn geklärt ist, welche Berufsgruppe für die UK-Ausbildung und Anwendung verantwortlich ist.

Darüber hinaus erweist sich das Fort- und Weiterbildungsprogramm für den Bereich UK als nicht ausreichend. Nur wenige Therapeuten haben spezielle UK-Fortbildungen besucht. Warum dies so ist, konnte hier nicht erfasst werden. Es lässt sich jedoch vermuten, dass dies durch fehlende Angebote im außerschulischen Bereich mitbedingt wird. Im Rahmen von Fortbildungen zu zentral bedingten Sprach- und Sprechstörungen nimmt die UK eine eher untergeordnete Rolle ein.

Ebenso unzureichend wie die Qualifikation der Therapeuten ist die *materielle Ausstattung* der einzelnen Einrichtungen. Insbesondere elektronische Kommunikationshilfen für Probephase fehlen in der Mehrzahl der Einrichtungen. Aber auch nicht-elektronische Kommunikationsmedien stehen nicht in umfassendem Maße in allen Einrichtungen zur Verfügung. Vor allem freie Praxen weisen häufig eine unzureichende materielle Ausstattung auf. Hier ist zu vermuten, dass ein eher geringer Bedarf an UK-Materialien zu einer geringeren Ausstattung führt.

Es stellt sich die Frage, inwieweit eine adäquate UK-Versorgung möglich ist bzw. inwieweit Kommunikationsformen zum Einsatz kommen, die gewählt wurden, weil andere Medien nicht zur Verfügung standen.

8.1.2 Ergebnisse auf der Ebene der Strukturqualität - Projekt 2

Auf der Ebene der Strukturqualität lag Projekt 2 die Frage nach den strukturellen Bedingungen, unter denen eine UK-Versorgung bei Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen erfolgt, zugrunde. Neben der Erfassung von aktuellen Zuständen geht es darum, Bedingungen aufzuzeigen, die eine UK-Versorgung optimieren. Dies soll auf den Ebenen der personellen Ausstattung, der Qualifikation der Berater, der materiellen Ausstattung sowie der zu versorgenden Klienten erfolgen.

Vorweg seien folgende Grunddaten zu den Beratungsstellen festzuhalten. Die elf Beratungsstellen verteilen sich über das gesamte Bundesgebiet. Zehn Beratungsstellen befinden sich in Westdeutschland, nur eine Beratungsstelle ist in Ostdeutschland angesiedelt.

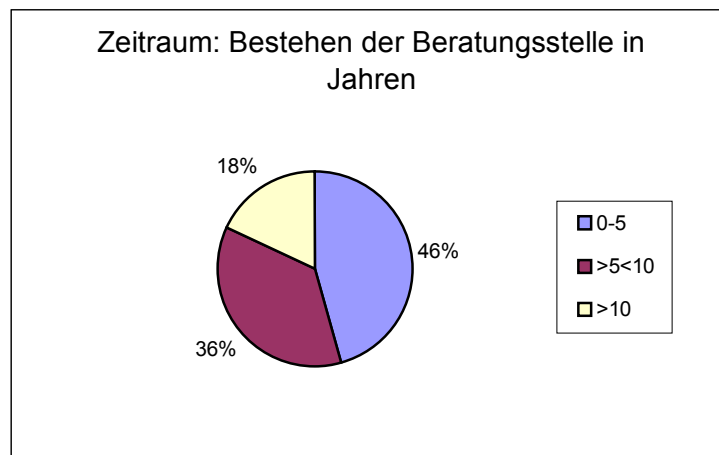


Abb. 29: Strukturqualität – Zeitraum: Bestehen der Beratungsstelle

Fünf Beratungsstellen bestehen seit 0-5 Jahren, vier Beratungsstellen seit 6-10 Jahren und nur zwei Beratungsstellen seit mehr als zehn Jahren (vgl. Tab. 76 Band 2). Dies entspricht dem Bild der Entwicklung der UK in Deutschland.

Der Großteil der Beratungsstellen (81,8%) besitzt 1-5 Mitarbeit. Eine Beratungsstelle besitzt zwischen sechs und zehn Mitarbeitern und eine Beratungsstelle mehr als zehn Mitarbeiter (vgl. Tab. 77 Band 2).

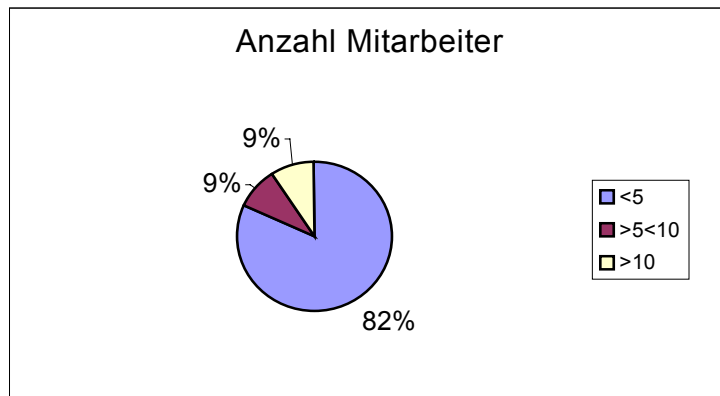


Abb.30: Strukturqualität – Mitarbeiteranzahl

Vergleicht man das Bestehen der UK-Beratungsstellen und die Anzahl der Mitarbeiter in Abhängigkeit so zeigt sich, dass die Beratungsstellen mit bis zu zehn bzw. über zehn Mitarbeiter bereits mehr als sechs Jahre existieren (vgl. Tab. 78 Band 2).

8.1.2.1 Personelle Ausstattung

Wie bereits oben aufgezeigt, haben die meisten UK-Beratungsstellen zwischen einem und fünf Mitarbeiter. Die Berufsgruppenverteilung ist dem nachstehenden Schaubild zu entnehmen.

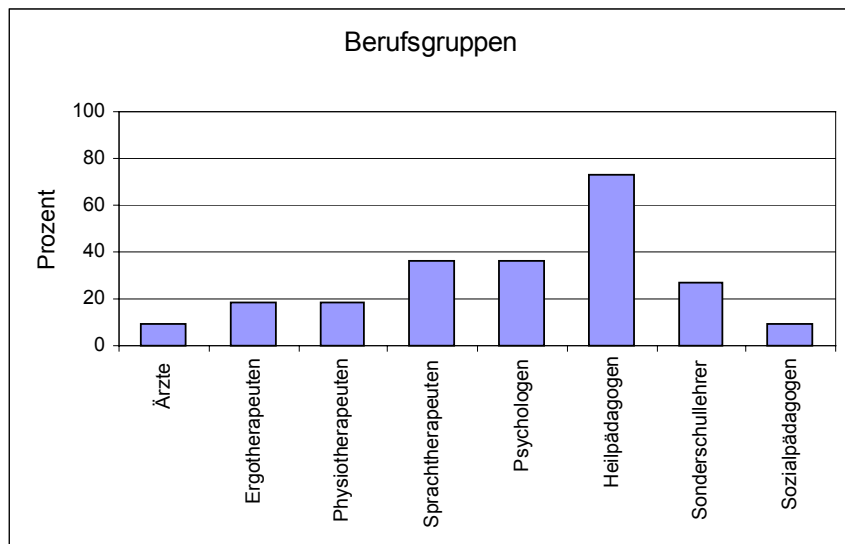


Abb.31: Strukturqualität – Personelle Ausstattung

Zumeist kommen die Mitarbeiter der UK-Beratungsstellen aus dem Bereich der Sonder- und Heilpädagogik (72,7%) – Schwerpunkt Körper- und Geistigbehindertenpädagogik - , der Sprachheilpädagogik (36,4%) und der Psychologie (36,4%). Eher seltener gehören Ärzte (9,1%) und Sozialpädagogen (9,1%) zur personellen

Ausstattung. Zu den sonstigen Berufsgruppen gehören Elektroingenieure und Heil-
erziehungspfleger (vgl. Tab. 79 Band 2).

Dabei schwankt die Anzahl der Personen einer jeweiligen Berufsgruppe von Bera-
tungsstelle zu Beratungsstelle und ist in Abhängigkeit zur Angliederung der Bera-
tungsstelle an andere Einrichtungen zu sehen. So weisen Beratungsstellen, die einer
Schule angegliedert sind, häufig eine hohe Mitarbeiteranzahl von Sonderschullehrern
auf. UK-Beratungsstellen, die einer sprachtherapeutischen Institution angegliedert sind,
weisen dahingegen ein hohes Maß an Sprachheilpädagogen auf (vgl. Tab. 80 Band 2).

Die personelle Ausstattung wird von den meisten Beratungsstellen als gut (36,4%)
oder befriedigend (27,3%) betrachtet. Die Bandbreite der Bewertung liegt zwischen
sehr gut und mangelhaft (vgl. Tab. 81 Band 2). Dabei erfolgt die Einschätzung der per-
sonellen Ausstattung mit ausreichend bzw. mangelhaft insbesondere durch die UK-
Beratungsstellen, die erst kurze Zeit bestehen (vgl. Tab.82 Band 2).

Soll-Analyse

Einen Überblick über zu verändernde Bedingungen mit dem Ziel einer Optimierung der
personellen Ausstattung gibt die folgende Tabelle.

Berat.-Nr. ¹	Mehr Personal	Bessere finanzielle Möglichkeiten	Mehr Zeit	Mehr Akzeptanz	Etablierung UK als Fachgebiet
003	X				
009	X	X			
010		X		X	X
015			X		
016	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe
018				X	
019					X
020	X				
023	X				
024	X				
025	X				
Insgesamt:	6x	2x	1x	2x	2x

Tab.4: Strukturqualität – Personelle Ausstattung (Soll-Analyse)

Eine Verbesserung der personellen Ausstattung sehen sechs der elf Beratungsstellen
in einer Erweiterung des Personals gegeben. Dabei werden insbesondere Fachkräfte
verschiedener Fachdisziplinen zur Erweiterung interdisziplinärer Teamstrukturen ge-

¹ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

wünscht. Eine Beratungsstelle sieht die Erweiterung der personellen Ausstattung bereits durch eine verbesserte Kooperation gegeben.

8.1.2.2 Qualifikation

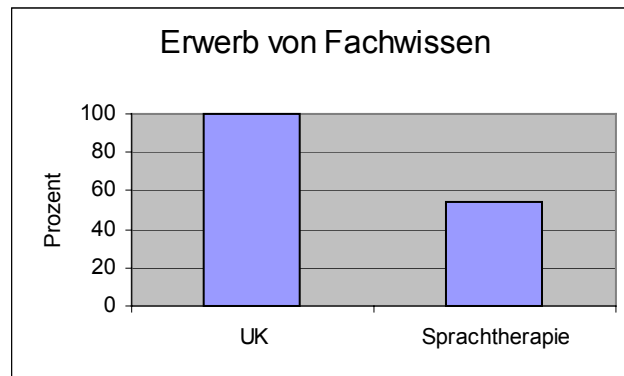


Abb.32: Strukturqualität - Qualifikation

Alle Beratungsstellen geben an, Fort- und Weiterbildungen im Bereich UK absolviert zu haben (vgl. Tab. 83 Band 2). Qualifikationen im Bereich der Sprachtherapie haben 54,5% der Befragten erworben (vgl. Tab. 84 Band 2).

Knapp die Hälfte der Befragten (45,5%) schätzen ihre Qualifikation im UK-Bereich als gut ein. Die Bandbreite liegt zwischen sehr gut und ausreichend (vgl. Tab. 85 Band 2).

Soll-Analyse

Eine Verbesserung der Qualifikation wird insbesondere durch eine Erweiterung des Fortbildungsprogramms für UK allgemein sowie für den Bereich der erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter im Besonderen gesehen. Interessant ist, dass alle UK-Beratungsstellen im Rahmen der Ist-Analyse den Besuch von UK-Fortbildungen angegeben haben. Da jedoch weiterhin der Wunsch nach Fortbildungen besteht, scheint der UK-Fortbildungsmarkt noch nicht in vollem Umfang gedeckt zu sein. Vier Beratungsstellen fordern darüber hinaus mehr Praxisbezug, um zu einer Erweiterung des Wissens durch mehr Erfahrung zu gelangen. Den vermehrten Einbezug des bestehenden Fachwissens aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum fordert eine Beratungsstelle. Eine Beratungsstelle sieht in vermehrten Evaluationsstudien eine Verbesserung der Qualifikation und Weiterbildung. Nur eine Beratungsstelle sieht keinen Bedarf an der Verbesserung der Qualifikation.

Eine Zusammenfassung der Gedanken zur Qualitätsoptimierung gibt die nachstehende Tabelle.

Berat.-Nr. ²	Mehr Fortbildung	Mehr Zeit	Mehr Praxisbezug	Mehr Austausch	Geeignete Diagnostikmaterialien	Evaluation	Mehr AAC-Wissen
003	kein Bedarf						
009			X				
010	X			X			
015	X						
016							X
018	X	X					
019	X						
020			X	X	X	X	
023	X	X	X				
024	X		X				
025	X						
Insgesamt:	7x	2x	4x	2x	1x	1x	1x

Tab. 5: Strukturqualität – Qualifikation (Soll-Analyse)

8.1.2.3 Materielle Ausstattung

Ist-Analyse

Einen Überblick über die vorhandenen Materialien gibt das folgende Schaubild.

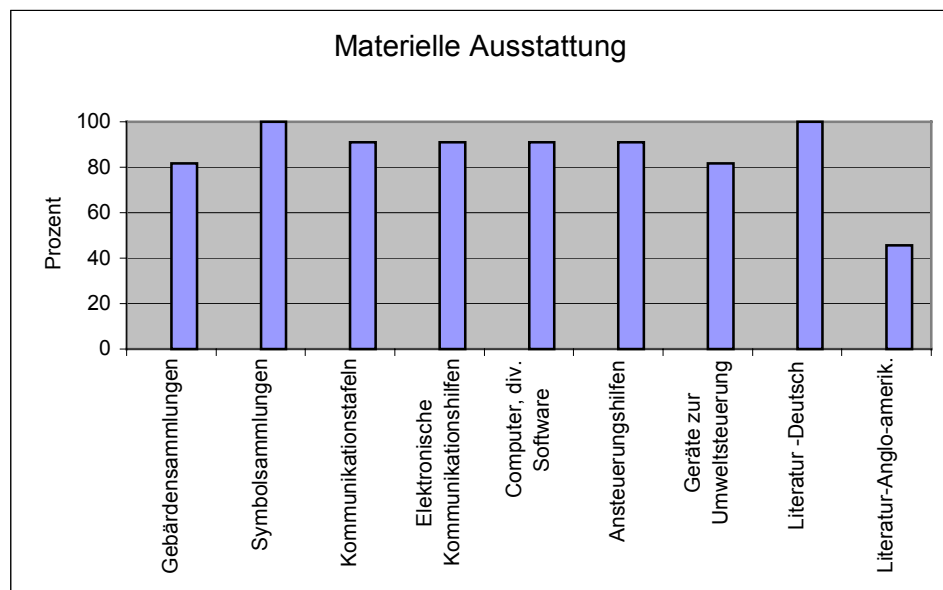


Abb.33: Strukturqualität – Materielle Ausstattung

Klar erkennbar ist, dass alle Beratungsstellen über eine umfassende Materialausstattung verfügen. Nicht ganz so häufig sind Gebärdensammlungen (81,1%) und Geräte zur Umweltsteuerung (81,1%) zu finden. Dass Gebärdensammlungen in einigen Beratungsstellen nicht vertreten sind, ist auf das zu versorgende Klientel zurückzuführen. Gebärden werden im schwerst Mehrfachbehindertenbereich eher

² Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

selten eingesetzt. Anglo-amerikanische Literatur findet sich in nur 45,5% der UK-Beratungsstellen, was die eher geringe Anwendung bestehender anglo-amerikanischer Versorgungsmodelle mitbedingt (vgl. Tab. 86 Band 2).

Die materielle Ausstattung schätzen 54,5% der Befragten als gut und 45,5% der Befragten als befriedigend ein (vgl. Tab. 87 Band 2). Stellt man eine Abhängigkeit zwischen dem Bestehen einer Beratungsstelle und der Einschätzung der materiellen Ausstattung her, so zeigt sich, dass insbesondere die Beratungsstellen, die erst seit 0-5 Jahren bestehen, ihre materielle Ausstattung als befriedigend bezeichnen (vgl. Tab. 88 Band 2).

Soll-Analyse

Zur Optimierung der materiellen Ausstattung fordern neun der elf Beratungsstellen bessere finanzielle Möglichkeiten bzw. vermehrte Sponsoren. Dabei wird der direkte Zugriff auf eine größere Materialauswahl gefordert, insbesondere auf elektronische Hilfsmittel.

Berat.-Nr. ³	Mehr finanzielle Möglichkeiten/ Sponsoren	Mehr Materialien jeglicher Art	Mehr elektronische Hilfsmittel	Internetanschluss
003	X			
009	X		X	
010	X			
015	X		X	
016	X			
018	X			
019	X			
020		X		
023	X	X		
024			X	X
025	X			
Insgesamt:	9x	2x	3x	1x

Tab. 6: Strukturqualität – Materielle Ausstattung (Soll-Analyse)

8.1.2.4 Klientel

Kinder mit angeborenen Kommunikationsstörungen werden in allen Beratungsstellen versorgt. In jeweils zehn der elf Beratungsstellen werden zudem Kinder mit erworbenen Kommunikationsstörungen, Erwachsene mit angeborenen sowie erworbenen Kommunikationsstörungen versorgt (vgl. Tab. 89-92 Band 2).

Zieht man die Häufigkeiten, mit denen das jeweilige Klientel versorgt wird, hinzu, zeigt sich, dass Kinder mit angeborenen Kommunikationsstörungen den größten Anteil der

³ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

zu versorgenden Klienten stellt (vgl. Tab. 93-96 Band 2). In über 50% der UK-Beratungsstellen sind 51-100% des zu versorgenden Klienten Kinder mit angeborenen Kommunikationsstörungen.

Der Anteil der zu versorgenden Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen liegt bei zehn der elf Beratungsstellen bei unter 25%.

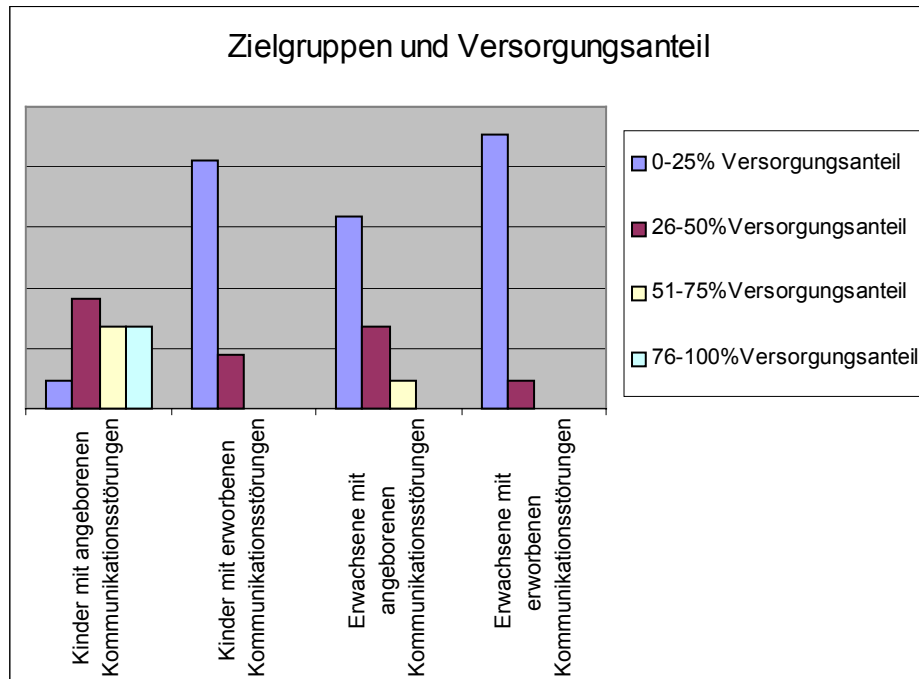


Abb.34: Strukturqualität – Klientel und Versorgungsanteil

Progrediente Erkrankungen

Betrachtet man im Bereich der erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter die einzelnen Krankheitsbilder und ihre Versorgung durch UK-Beratungsstellen, ergibt sich für den Bereich der progredienten Erkrankungen folgendes Bild:

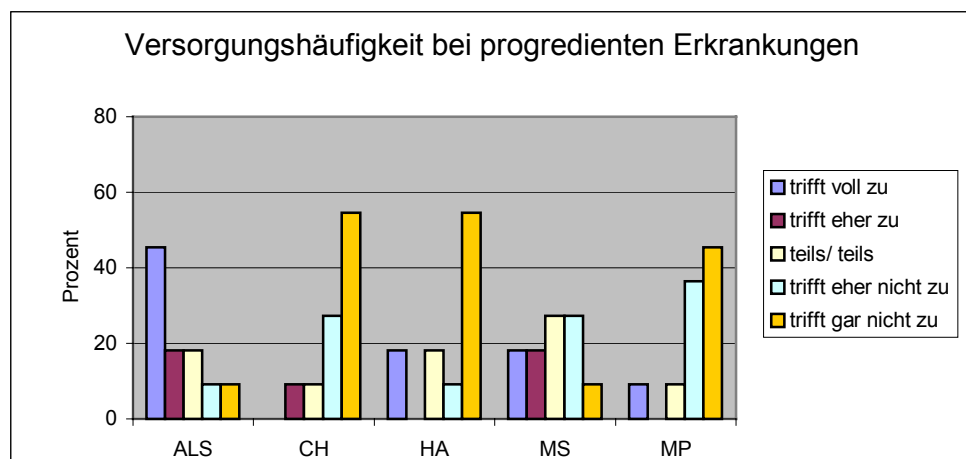


Abb.35: Strukturqualität – Klientel und Versorgungshäufigkeit (progredient)

Am häufigsten werden Menschen mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS) und Multipler Sklerose (MS) durch UK-Beratungsstellen versorgt. Eher weniger Beachtung finden Menschen mit Chorea Huntington (CH), Heredo-Ataxie (HA) und Morbus Parkinson (vgl. Tab. 97 Band 2).

Akute/chronische Erkrankungen

Im Bereich der akuten bzw. chronischen Erkrankungen sind am häufigsten Menschen mit Locked-In-Syndrom (LIS) und Schädel-Hirn-Trauma (SHT) mit UK zu versorgen. Kaum Beachtung finden dahingegen Menschen mit Tumorresektionen und auch Menschen nach Apoplex (vgl. Tab. 97 Band 2).

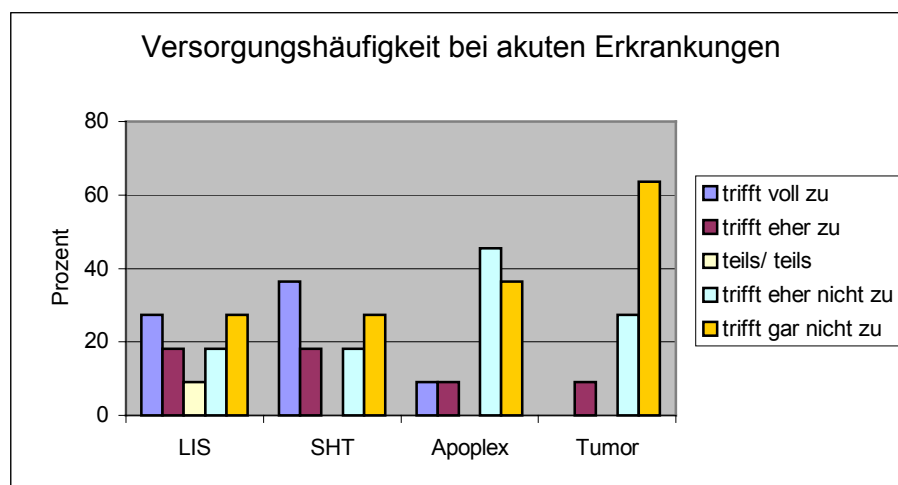


Abb.36: Strukturqualität – Klientel und Versorgungshäufigkeit (akute/chronische Krankheitsbilder)

Demenz

Menschen mit Demenz spielen in den UK-Beratungsstellen eine eher untergeordnete Rolle. 63,6% der Beratungsstellen geben an, Menschen mit Demenz gar nicht zu versorgen (vgl. Tab. 97 Band 2).

Wie wird das Klientel auf die Beratungsstelle aufmerksam?

Geht man der Frage nach, wie das Klientel auf die UK-Beratungsstellen aufmerksam wird, geschieht dies bei allen Beratungsstellen überwiegend durch Mundpropaganda. Das Wissen um UK-Beratungsstellen erreicht dabei zum einen das Klientel direkt, zum anderen Lehrer und Therapeuten, die dann entsprechendes Klientel weiterleiten (vgl. Interview 003/18; 018/37). Weitere Möglichkeiten sind in der Öffentlichkeitsarbeit und dem Verteilen von Flyern zu sehen. Dabei gibt lediglich eine Beratungsstelle an, dass sich eine Vermittlung durch andere UK-Nutzer ergibt (vgl. Interview 025/ 18).

Darüber hinaus stellt das Internet ein zunehmend genutztes Medium zur Informationsvermittlung und Klientengewinnung dar. Eine Übersicht über weitere Medien zur Klientengewinnung gibt die folgende Tabelle:

Berat.-Nr. ⁴	Mundpropaganda	Messen/Präsentation	Internet	Zeitung	Radio	Flyer/Broschüre	Vermittlung durch Lehrer/Therapeuten
003	X						X
009	X	X					
010	X	X				X	
015	X						X
016	X		X	X			X
018	X			X	X		X
019	X						
020	X		X			X	
023	X	X	X	X		X	
024	X		X				
025	X						X
Insgesamt:	11x	3x	4x	3x	1x	3x	5x

Tab. 7: Strukturqualität – Klientel – wie aufmerksam?

Auffällig ist dabei, dass Einrichtungen zu viel Aufmerksamkeit teilweise vermeiden, da sie in ihrer Kapazität völlig ausgelastet sind und weiteres Klientel kaum versorgen könnten. Ein Handlungsbedarf wird hier in zweierlei Weise deutlich. Zum einen fehlen in der Bevölkerung und im Gesundheitswesen Informationen über die Einsatzmöglichkeiten von UK und zum anderen gibt es zu wenig Einrichtungen, die UK-Verordnungen durchführen.

„(...) wir machen keine Reklame, weil die .. Beratung bei uns in einem relativ geringen Umfang nur möglich ist. (...) Aber wenn wir jetzt Reklame machen würden (...) wäre die Nachfrage so hoch, dass wir das nicht abdecken könnten. Da hätten wir Wartezeiten von zwei Jahren oder so. (...) Das bedeutet wir .. bekommen die Leute hauptsächlich durch Mundpropaganda und Internet. (...)“ (Interview 024/ 24-26)

8.1.2.5 Leistungsangebot

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über das bestehende Leistungsangebot der elf Beratungsstellen und in wieweit diese Leistungen von den einzelnen UK-Beratungsstellen angeboten werden.

⁴ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Berat.-Nr. ⁵	Beratung	Diagnostik	Hilfsmittel- versorgung	Folgean- passung Hilfsmittel	Langfrist- versorgung	Förderpläne
003	X	X	X	X	nur Kinder	Intern Betroffene
009	X	X	X	X	bedingt	nein
010	X	X	X		nein	Intern Betroffene
015	X	X	X	X	bedingt	für eigene Arbeit
016	X	X	X	X	X	X
018	X	X	X		bedingt	nein
019	X	X	X	keine Erfahrung	nein	nein
020	X	bedingt	X	X	bedingt	Intern Betroffene
023	X	X	X	X	bedingt	Intern Betroffenen
024	X	X	Vermittlung	nein	nein	nein
025	keine	keine	keine	X	X	für eigene Arbeit
Insgesamt:	10x	9x ja	9x	7x	2x; 5x bedingt; 3x nein	1x ja; 3x Intern; 4x nein

Berat.-Nr.	Anleitung Therapeuten	Anleitung Umfeld	Fort- bildungen	Gutachten über Beratung	Gutachten im Auftrag der Krankenkassen
003	Lehrpersonal	Anleitung über Jahre	X	X	
009	X	Hilfestellung/ Betreuung	X	X	X
010		nein	auf Anfrage	keine Angabe	
015	X	Hilfestellung/ Betreuung	X	X	
016	X	X	X	X	
018	X	Anleitung/ Hilfestellung über Jahre	X - GB	X	X
019	X	nein	X - GB	X	
020	X	nein	X	X	
023	bedingt	nein	X - GB	X	
024	X	nein	X	X	X
025	Lehrpersonal	Anleitung/ Hilfestellung über Jahre	Elektron. Kom.hilfe	X	
Insgesamt:	9x	6x ja; 5x nein	11x	10x	3x

Tab. 8: Strukturqualität – Leistungsangebot

⁵ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Es zeigt sich, dass das Leistungsangebot der einzelnen Beratungsstellen zunächst sehr ähnlich ist. Lediglich zwei Beratungsstellen fallen mit ihren Leistungsangeboten etwas aus dem Rahmen. Eine Beratungsstelle versteht sich demnach als reine Beratungsstelle, die einmalig genutzt werden kann. Eine Versorgung erfolgt durch die Vermittlung an Hilfsmittelfirmen bzw. durch das Anfertigen von einem Beratungsgutachten mit Versorgungsvorschlag zur Umsetzung für Eltern, Lehrpersonal oder Therapeuten.

„Ja, wir machen kein .. größeren .. darüber hinaus gehenden Beratungen. Also keine Einführung in solche Kommunikationshilfen oder .. längerfristige Förderung. Das geschieht nicht. Denn dieses Beratungsangebot ist kostenlos und .. das soll es auch bleiben. Das können wir nur im Rahmen dieser einmaligen Beratung. ... „ (Interview 024/ 9-10)

Eine weitere Beratungsstelle sieht sich demgegenüber weniger als Beratungsstelle als vielmehr als eine weiterführende Versorgungsinstitution. Hier erfolgt eine Kommunikationsförderung und weiterführende Anpassung von Hilfsmitteln nachdem eine Erstberatung und Versorgung durch Hilfsmittelfirmen erfolgte.

„Also wir sind nicht unbedingt eine Beratungsstelle in dem Sinne dass wir Beratung anbieten, um Kommunikationshilfen zu ermitteln, passende, sondern wir haben uns spezialisiert auf die Kommunikationsförderung. D.h. wenn unsere Klienten mit Talkern .. meistens elektronischen Kommunikationshilfen versorgt sind, bieten wir die Unterstützung an. Die Einweisung in die Talker und das Training. (...“ (Interview 025/ 1-2)

Ansonsten zeigt sich ein recht einheitliches Bild im Versorgungsangebot mit den Schwerpunkten Beratung, Diagnostik und Versorgung. Unterschiede zeigen sich jedoch in den inhaltlichen Auslegungen der einzelnen Leistungselemente. Diese werden auf der Ebene der Prozessqualität näher erläutert.

Fortbildungen geben alle UK-Beratungsstellen. Der Schwerpunkt liegt in der Vermittlung von Möglichkeiten der UK bei geistiger Behinderung oder im schwerst Mehrfachbehindertenbereich. Grundlegend ist jedoch immer die Zielgruppe der angeborenen Kommunikationsstörungen im Kinder- und Jugendalter. Fortbildungen für den Bereich UK bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen bietet keine UK-Beratungsstelle an.

8.1.2.6 Zusammenfassung und Interpretation der Forschungsdaten im Hinblick auf die Fragestellung des Projektes 2

Im Bereich der *personellen Ausstattung* hat sich gezeigt, dass kaum eine Beratungsstelle über ein interdisziplinäres Team verfügt. Viele UK-Beratungsstellen verfügen nur über einen oder zwei Mitarbeiter. Dabei ist allerdings eine große Bandbreite verschiedener Fachdisziplinen erkennbar, die UK-Versorgungen durchführen. Hierin

bestätigt sich noch einmal, dass es bis heute in Deutschland noch keine klare Zuordnung der UK zu einer Fachdisziplin gibt.

Hinsichtlich der Soll-Analyse lässt sich für die personelle Ausstattung der Wunsch nach einer verbesserten, interdisziplinären Besetzung der Beratungsstellen festhalten.

Alle Mitarbeiter der UK-Beratungsstellen haben *Fort- und Weiterbildungen* im UK-Bereich besucht. Über Qualifikationen im Bereich zentraler Sprach- und Sprechstörungen verfügen jedoch nur knapp die Hälfte der befragten Beratungsstellen. Beachtet man zudem die eher geringe Kooperation mit sprachtherapeutischen Einrichtungen (vgl. Kap. 8.2.2.3) stellt sich hier die Frage, inwieweit auf diese Weise sprachlichen Fähigkeiten und sprechmotorischen Kompetenzen ausreichend Rechnung getragen werden kann. Obwohl die Qualifikation im Durchschnitt als gut bewertet wird, ist eine klare Forderung nach mehr Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Verbesserung des Ist-Zustandes erkennbar.

Alle Beratungsstellen verfügen über eine umfassende *Materialausstattung*, die sowohl nichtelektronische als auch in der Regel elektronische Kommunikationshilfen umfasst. Es besteht jedoch der dringende Wunsch nach mehr finanziellen Mitteln und/oder Sponsoren, um insbesondere über mehr elektronische Kommunikationshilfen verfügen zu können und dadurch den Betroffenen vermehrt Probephasen anbieten zu können.

In der Erhebung zeigt sich zudem, dass erwachsene Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen über UK-Beratungsstellen eher seltener versorgt werden. Dies mag zum einen daran liegen, dass das Wissen um die Möglichkeiten eines UK-Einsatzes bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter noch eher gering ist. Zum anderen sind die UK-Beratungsstellen häufig Einrichtungen angegliedert, die überwiegend Kommunikationsstörungen im Kindes- und Jugendalter versorgen. Darüber hinaus berichten einige Beratungsstellen über einen Rückgang von Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter, die die UK-Beratungsstellen aufsuchen. Von den UK-Beratungsstellen geht die Vermutung aus, dass jenes Klientel durch andere Einrichtungen, wie beispielsweise Rehabilitationskliniken, versorgt wird.

Das Leistungsangebot der einzelnen Beratungsstellen ist zunächst recht konform. Auf inhaltlicher Ebene werden jedoch deutliche Unterschiede beispielsweise in der Auslegung der Beratung und Diagnostik erkennbar (vgl. Kap. 8.2.2.1).

8.1.3 Vergleich der Forschungsdaten aus Projekt 1 und Projekt 2 auf der Ebene der Strukturqualität

Ein Vergleich der Forschungsdaten aus Projekt 1 und Projekt 2 soll auf der Ebene der Strukturqualität für die Merkmale der personellen und materiellen Ausstattung, der UK-Qualifikation sowie in Bezug auf das zu versorgende Klientel geschehen.

Personelle Ausstattung

Innerhalb des Projektes 1 konnte aufgezeigt werden, dass verschiedene sprachtherapeutische Berufsgruppen UK in der Arbeit mit Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen einsetzen. Inwieweit dies innerhalb von interdisziplinären Teams erfolgt, kann aus den Daten nicht klar ersehen werden. Betrachtungen der interdisziplinären Kooperation lassen jedoch die Vermutung zu, dass es Teamstrukturen in der UK-Versorgung am ehesten im klinischen Arbeitsbereich gibt. Man muss jedoch annehmen, dass eine UK-Versorgung vorzugsweise durch das sprachtherapeutische Personal erfolgt.

Ganz anders sieht dahingegen die personelle Besetzung in den UK-Beratungsstellen aus. Hier spielen Berater mit sprachtherapeutischer Ausbildung eine eher untergeordnete Rolle. Vorzugsweise arbeiten in UK-Beratungsstellen Heilpädagogen mit dem Schwerpunkt Geistigbehindertenpädagogik oder Körperbehindertenpädagogik, aber auch Sonderschullehrer und Psychologen.

Es zeigen sich in den beiden Arbeitsbereichen somit sehr heterogene Personalstrukturen. Während in den Beratungsstellen die personelle Besetzung eher als unzureichend zu betrachten ist, konnte für Projekt 1 keine Bewertung der personellen Struktur erhoben werden. Orientiert man sich an der Forderung des Projektes 2 die personelle Ausstattung in Bezug auf eine vermehrt interdisziplinäre Ausrichtung zu erweitern, so lässt sich dieses für das sprachtherapeutische Arbeitsfeld ebenfalls vermuten.

Qualifikation

Über spezifische UK-Qualifikationen verfügen vor allem Mitarbeiter von UK-Beratungsstellen. Sprachtherapeutische Gruppen verfügen über eher weniger UK-Wissen, das nach der Ausbildungen durch Fort- und Weiterbildungen gewonnen wurde. Demgegenüber verfügen sprachtherapeutische Berufsgruppen über ein spezifisches Wissen im Bereich zentral bedingter Sprach- und Sprechstörungen. Dabei ist festzuhalten, dass UK in den Fortbildungen zu Themen im Bereich zentral bedingter Sprach- und Sprechstörungen noch wenig Beachtung findet. Es lässt sich jedoch eine

vermehrte UK-Vermittlung in den sprachtherapeutischen Berufsgruppen während der Ausbildung erkennen, wenn auch Inhalte für den Praxisalltag als noch eher unzureichend bewertet werden.

Generell scheint das UK-Fachwissen in den UK-Beratungsstellen höher zu sein, wobei fraglich bleibt, in wieweit das spezifische Wissen in Bezug auf erworbene Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter auch wirklich höher ist.

Materielle Ausstattung

Die materielle Ausstattung ist in UK-Beratungsstellen umfangreicher als in sprachtherapeutischen Einrichtungen. Dies gilt vor allem für elektronische bzw. technische Geräte. Dass elektronische Hilfsmittel in sprachtherapeutischen Praxen eher weniger vor Ort sind, ist sicherlich durch hohe Kostenfaktoren bedingt. Zudem ist im direkten Vergleich die UK-Versorgung im sprachtherapeutischen Arbeitsfeld nicht Arbeitsschwerpunkt, wodurch eine umfassende elektronische bzw. technische Materialausstattung sich nicht rentieren würde.

Aber auch UK-Beratungsstellen geben immer wieder an, aus Kostengründen nur wenige elektronische bzw. technischen Hilfen vor Ort zu haben und insbesondere neue Geräte zur Anschaffung über entsprechende Hilfsmittelfirmen zu beziehen. Eine elektronische Versorgung geschieht in beiden Arbeitsbereichen schwerpunktmäßig über Hilfsmittelfirmen.

Klientel

Während sprachtherapeutische Einrichtungen eine Vielzahl von Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Rahmen ganz unterschiedlicher Grunderkrankungen versorgen, ist der Anteil dieser Klienten in den UK-Beratungsstellen eher gering. UK-Beratungsstellen versorgen im Schwerpunkt Kinder- und Jugendliche mit angeborenen Kommunikationsstörungen.

Der Bedarf an Einrichtungen, die eine umfassende UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen vornehmen, wird sichtbar. Es gibt in Deutschland zu wenige UK-Beratungsstellen, so dass diese eine UK-Versorgung von erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen gewährleisten könnten. Im sprachtherapeutischen Arbeitsfeld stellt sich die Frage, wo erwachsene Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen nach dem Klinikaufenthalt versorgt werden und wer eine UK-Weiterversorgung im ambulanten Bereich durchführen kann.

8.2 Strukturierung und Interpretation der Forschungsdaten auf der Ebene der Prozessqualität

Die Strukturierung und Interpretation der Forschungsdaten auf der Ebene der Prozessqualität erfolgt zunächst – analog zur Ebene der Strukturqualität – projektbezogen bezüglich der für die Prozessqualität erstellten Auswertungskategorien (vgl. Kap. 7.1.1/7.2.1.1). Der Darstellung eines jeden Einzelprojektes schließt sich eine Zusammenfassung der Daten im Hinblick auf die jeweils zugrundeliegenden Teilfragestellungen an. Ein Vergleich der Forschungsergebnisse aus dem Projekt 1 und dem Projekt 2 erfolgt abschließend in Kapitel 8.2.3.

Projekt 1 liegen ausschließlich quantitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden zugrunde. Eine Aufbereitung und Darstellung der Daten erfolgt entsprechend der Ebene der Strukturqualität. Projekt 2 liegen auf Ebene der Prozessqualität fast ausschließlich qualitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden zugrunde. Die Aufbereitung der Daten erfolgt durch Tabellen, die Kernaussagen zu verschiedenen Parametern enthalten. An den Stellen, wo es möglich ist und sinnvoll erscheint, wurde eine Quantifizierung der Daten vorgenommen. Dabei ist festzuhalten, dass die Quantifizierung lediglich Tendenzen aufzeigt und eine Verallgemeinerung der Daten nur bedingt erlaubt. Die einzelnen Tabellen sind dem Text zu entnehmen. Bezugsdaten finden sich bezogen auf die einzelnen Beratungsstellen in Band 2 der Arbeit. Die Beratungsstellennummern ergeben sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen ausgehend von einer Ausgangsgröße $n=25$.

8.2.1 Ergebnisse auf der Ebene der Prozessqualität - Projekt 1

Auf der Ebene der Prozessqualität lag Projekt 1 die Frage nach theoretischen Konzepten bzw. nach Grundlagen für Konzepte zur UK-Versorgung von erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen zugrunde. Entsprechend der Auswertungsparameter wurden Daten zu theoretischen Konzepten, zum störungsspezifischen Materialeinsatz und zu den Kooperationspartnern aus dem Datenkorpus herausgezogen. Da, wo es sinnvoll erschien, wurden zudem Abhängigkeiten zu den jeweiligen Arbeitsorten sowie zu den verschiedenen Berufsgruppen hergestellt.

8.2.1.1 Konzepte/Inhalte

Im Bereich der Konzepte und Inhalte der UK-Versorgung bei Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen wurden neben der Frage nach konkret verwendeten theoretischen Konzepten verschiedene Parameter entwickelt, um Inhalte der UK-Diagnostik und UK-Versorgung herauszuarbeiten. Dazu zählen im Bereich der Diagnostik und Versorgung die Beachtung der Fähigkeiten und Fertigkeiten des Betroffenen, die Rolle des Umfeldes sowie Beratungstätigkeiten und Transferleistungen.

Konzepte

Betrachtet man die Bekanntheit und Anwendung anglo-amerikanischer Modelle so stellt man fest, dass das theoretische Wissen nicht soweit geht, dass bestehende anglo-amerikanische Modelle als bekannt bezeichnet werden könnten. Einen Überblick über die Bekanntheit und den Einsatz anglo-amerikanischer Modelle gibt das nachstehende Schaubild.

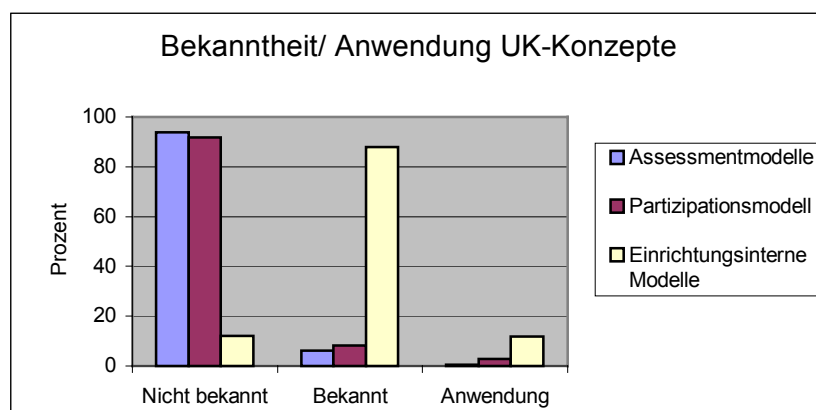


Abb. 37: Prozessqualität – Bekanntheit UK-Konzepte

Über 90% aller Befragten geben an, anglo-amerikanische Versorgungsmodelle – wie das Partizipationsmodell nach Beukelman/Mirenda oder Assessmentmodelle - nicht zu kennen (vgl. Tab. 98-99 Band 2). Festhalten kann man zudem, dass auch ins Deutsche übertragene Modelle nur bedingt bekannt sind. Lediglich 8,3% aller Befragten kennen das Partizipationsmodell.

Noch weniger kommt es zur Anwendung der Modelle. Während elf Befragten (6,1% aller Befragten) *Assessmentmodelle* bekannt sind, wendet nur eine Person (0,6% aller Befragten) diese Modelle auch an.

Das *Partizipationsmodell* ist fünfzehn Befragten (8,3% aller Befragten) bekannt und fünf Personen (2,8%) wenden es auch an. Nicht ersichtlich wird, warum die Modelle in nur so geringem Maße angewandt werden. Immerhin 22 Personen (12,2% aller

Befragten) geben an, über *einrichtungsinterne Versorgungsmodelle* zu verfügen, die auch von fast all diesen Personen genutzt werden (vgl. Tab.100 Band 2).

Setzt man die Bekanntheit der Modelle mit den einzelnen Berufsgruppen in Abhängigkeit, so zeigt sich eine vermeintlich höhere Bekanntheit der Modelle bei Therapeuten mit Hochschulausbildung. Die genauen Prozentangaben sind den Tabellen (101-102) in Band 2 zu entnehmen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass ein konzeptionelles Vorgehen in den meisten Einrichtungen nicht erfolgt. Finden Modelle Beachtung, so sind es eher einrichtungsinterne, alltagstheoretische Konzepte und weniger bestehende Modelle aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum. Dabei wird jedoch nicht ersichtlich, wie die einrichtungsinternen Konzepte inhaltlich aufgebaut sind und inwieweit Parallelen zu anglo-amerikanischen Modellen bestehen.

Elemente der Diagnostik und Versorgung

Festzuhalten sei an dieser Stelle, dass zum Bereich der UK-Diagnostik und Versorgung nicht alle Befragten auch eine Antwort gaben. Im Schnitt machten hier nur 76% aller Befragten Angaben. Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich immer nur auf die Personen, die auch Angaben gemacht haben.

Elemente der UK-Diagnostik und Versorgung stellen die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Betroffenen und seine Motivation im Sinne von Zugangsbarrieren (vgl. Kap. 3.1.2.1) dar. Als Gelegenheitsbarrieren gilt die Beachtung der Einstellungen des Umfeldes (vgl. Kap. 3.1.2.2). Weitere Versorgungsparameter werden durch Beratungstätigkeiten, Transferleistungen und Kostenfaktoren bestimmt. Einen Überblick über die einzelnen Parameter und ihre Häufigkeitsverteilung gibt das nachstehenden Schaubild.

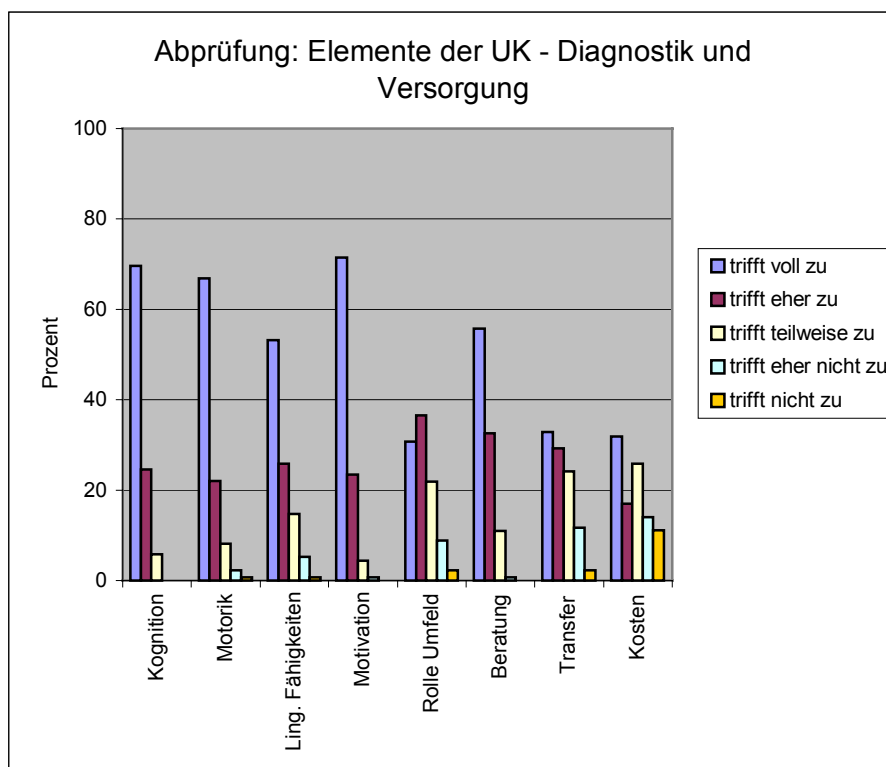


Abb. 38: Prozessqualität – Abprüfung: Elemente der UK-Diagnostik und Versorgung

Fähigkeiten und Fertigkeiten

Hier wurden die Parameter Motorik, Kognition und linguistische Fähigkeiten genauer untersucht. Wie dem Schaubild zu entnehmen ist, findet die Kognition am meisten Beachtung, gefolgt von den motorischen und linguistischen Fähigkeiten.

Setzt man die einzelnen Parameter in Abhängigkeit zu den Arbeitsorten und Berufsgruppen (vgl. Tab.103-108 Band 2) lassen sich folgende Aussagen ableiten:

- Kognition: Die Beachtung der Kognition wird von *allen Arbeitsorten* und Berufsgruppen mit ‚trifft voll zu‘ bis ‚trifft teilweise zu‘ eingestuft, es zeigen sich keine Tendenzen, die gegen eine Beachtung der Kognition sprechen würden (vgl. Tab. 103-104 Band 2).
- Motorik: Motorische Fähigkeiten finden insbesondere in der *freien Praxis* Beachtung. Hier wird von allen freien Praxen, die eine Angabe machen, die Beachtung der Motorik mit ‚trifft voll zu‘ bis ‚trifft teilweise zu‘ eingestuft. Es zeigen sich keine Tendenzen, die gegen die Beachtung der Motorik sprechen. Im *klinischen Bereich* lassen sich demgegenüber auch Tendenzen gegen eine Beachtung motorischer Fähigkeiten erkennen. So geben in der *Akutklinik* 11,1% der Befragten, die eine Angabe machen, an, dass die Beachtung der motorischen Fähigkeiten eher nicht zutrifft. In der *Rehaklinik* geben 2,9% der Befragten, die eine Angabe machen,

an, dass die Beachtung der motorischen Fähigkeiten eher nicht (2,2%) oder nicht (0,7%) zutrifft. Tendenziell finden aber auch hier die motorischen Fähigkeiten volle Beachtung (vgl. Tab. 105-106 Band 2).

- Linguistische Fähigkeiten: Linguistische Fähigkeiten finden an *allen Arbeitsorten* in gleichem Maße an Beachtung. Betrachtet man die Berufsgruppenverteilung so zeigt sich ein höheres Maß an Beachtung linguistischer Fähigkeiten bei den Klinischen Linguisten. Immerhin 90,0% der Klinischen Linguisten, die eine Angaben machen, geben an, dass die Beachtung der linguistischen Fähigkeiten voll (65,0%) bzw. eher (25,0%) zutrifft. Im Gegensatz dazu sagen nur 75,6% der Logopäden, die eine Angaben machen, dass die Beachtung der linguistischen Fähigkeiten voll (48,6%) bzw. eher (27,0%) zutrifft (vgl. Tab. 107-108 Band 2).

Motivation der Klienten

Die Beachtung der Motivation des Betroffenen stellt ein wesentliches Element in der UK-Versorgung dar. Im Vergleich zu allen anderen Elementen der UK-Diagnostik und Versorgung findet die Motivation des Klienten die meiste Beachtung. Bei 94,9% aller Befragten, die eine Angabe machen, trifft die Beachtung der Motivation voll (71,5%) oder eher (23,4%) zu. Lediglich bei 0,7% der Befragten mit Angabe trifft die Beachtung der Motivation eher nicht zu (vgl. Tab. 109 Band 2).

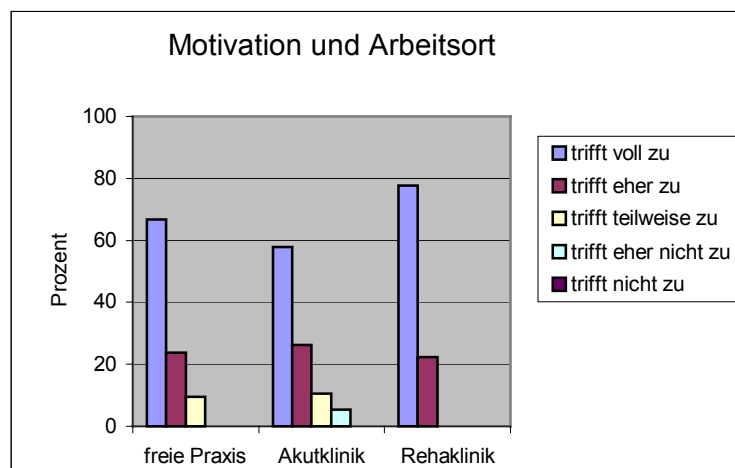


Abb. 39: Prozessqualität – Zugangsbarrieren: Motivation/Arbeitsort

Setzt man die Beachtung der Motivation in Abhängigkeit zum Arbeitsort, so finden sich die 0,7% der Befragten, bei denen die Beachtung der Motivation eher nicht zutrifft, in der *Akutklinik* wieder (vgl. Tab. 110 Band 2). Zu vermuten ist hier, dass eine kurze Verweildauer und wechselnde psychische Zustände des Betroffenen die Beachtung

der Motivationslage erschweren. Dies sind Vermutungen, die jedoch jeglicher wissenschaftlicher Grundlage entbehren.

Einstellungen des Umfeldes

Einstellungen des Umfeldes finden bei 67,2% aller Befragten, die eine Angabe machen, voll (30,7%) bzw. eher (36,5%) Beachtung (vgl. Tab.111 Band 2).

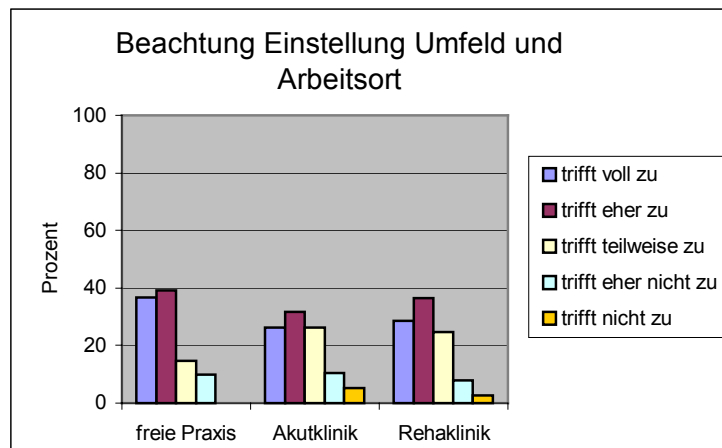


Abb.40: Prozessqualität – Gelegenheitsbarrieren:
Einstellung Umfeld und Arbeitsort

Dabei finden Einstellungen des Umfeldes insbesondere in der *freien Praxis* Beachtung. Hier geben 75,6% der Praxen, die eine Angabe machen, an, dass die Beachtung des Umfeldes voll (36,6%) bzw. eher (39,0%) zutrifft. Bei nur 9,8% der befragten Praxen findet das Umfeld eher keine Beachtung. Weniger Beachtung findet das Umfeld dahingegen im *klinischen Bereich*. 65,0% der befragten *Rehakliniken*, die eine Angabe machen, zeigen auf, dass das Umfeld voll (28,6%) bzw. eher (36,4%) Beachtung findet. 10,4% der Befragten, die eine Angabe machen, geben sogar an, dass das Umfeld eher keine (7,8%) bzw. keine (2,6%) Beachtung findet. Im Bereich der Akutkliniken findet bei 57,9% der Kliniken, die eine Angabe machen, das Umfeld voll (26,3%) bzw. eher (31,6%) Beachtung (vgl. Tab. 112 Band 2). Dabei lassen sich keine größeren Abhängigkeiten zu den einzelnen Berufsgruppen erkennen (vgl. Tab. 113 Band 2).

Beratung und Aufklärung des Betroffenen und seiner Angehörigen

Beratung und Aufklärung des Betroffenen und seiner Angehörigen finden bei 88,4% aller Befragten, die eine Angabe machen, voll (55,8%) bzw. eher (32,6%) Beachtung (vgl. Tab. 114 Band 2).

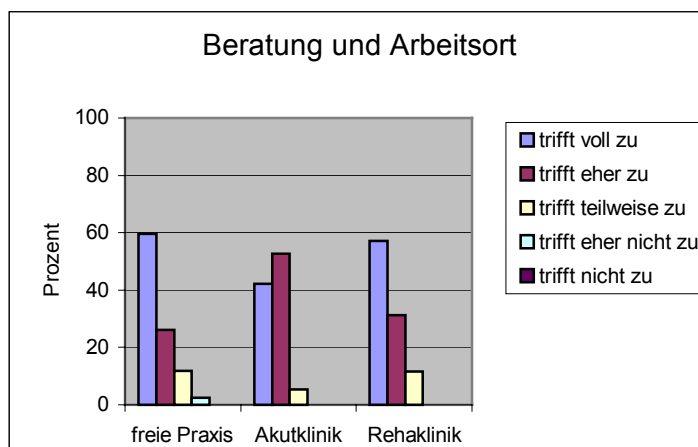


Abb. 41: Prozessqualität – Beratung/Aufklärung und Arbeitsort

Dabei erfolgt eine Beratung und Aufklärung des Betroffenen und seiner Angehörigen am häufigsten im *klinischen Bereich*. Bei 94,7% der *Akutkliniken*, die eine Angabe machen, finden Beratung und Aufklärung voll (42,1%) bzw. eher (52,6%) statt. Im Bereich der *Rehaklinik* geben 88,3% der befragten Kliniken, die eine Angabe machen, an, dass die Beachtung von Beratung und Aufklärung voll (57,1%) bzw. eher (31,2%) stattfindet. Tendenzen, dass Beratung und Aufklärung hier eher nicht oder nicht erfolgen, sind nicht erkennbar. Innerhalb der *freien Praxen* geben immerhin 2,4% der befragten Praxen, die eine Angabe machen, an, dass Beratung und Aufklärung eher nicht stattfinden. Aber auch hier trifft die Beachtung der Beratung und Aufklärung insgesamt gesehen voll (59,5%) bzw. eher (26,2%) zu (vgl. Tab. 115 Band 2).

Transfer in den Alltag

Transferleistungen finden in der UK-Versorgung insgesamt gesehen eher weniger Beachtung. Nur 62,0% der Befragten, die eine Angabe machen, betrachten Transferleistungen voll (32,8%) bzw. eher (29,2%). 11,7% der Befragten, die eine Angabe machen, beachten Transferleistungen eher nicht bzw. 2,2,% gar nicht (vgl. Tab. 116 Band 2).

Setzt man die Beachtung von Transferleistungen in den Alltag in Abhängigkeit zu den einzelnen Arbeitsorten so zeigt sich, dass die Transferleistung am wenigsten in der *Akutklinik* Beachtung finden. Nur 42,1% der Akutkliniken, die eine Angabe machen, beachten Transferleistungen voll (26,3%) bzw. eher (15,8%). 21,1% der befragten Akutkliniken, die eine Angabe machen, beachten den Transfer in den Alltag eher nicht (15,8%) bzw. nicht (5,3%). In der *Rehaklinik* und *freien Praxis* trifft die Beachtung von Transferleistungen zu rund 65% voll bzw. eher zu (vgl. Tab. 117 Band 2).

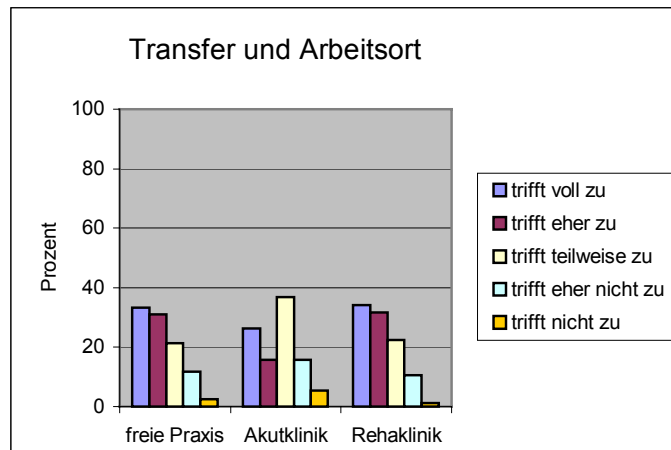


Abb. 42: Prozessqualität – Transferleistungen und Arbeitsort

Kostenfaktoren

Die Beachtung von Kostenfaktoren spielt eine eher untergeordnete Rolle. Lediglich 31,9% der Befragten, die eine Angabe machen, beachten Kostenfaktoren in ihrer Versorgung voll. Für 11,1% der Befragten, die eine Angabe machen, trifft dies nicht zu (Vgl. Tab. 118 Band 2). Dabei sind keine klaren Abhängigkeiten zwischen der Beachtung von Kostenfaktoren und Arbeitsort bzw. Berufsgruppe erkennbar (vgl. Tab.119-120 Band 2).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass ein konzeptionelles Vorgehen in der UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen eher nicht erkennbar ist. Es zeigen sich aber durchaus Elemente in der UK-Versorgung, die bei einem großen Teil der Befragten Beachtung finden und als wichtig für eine positive UK-Versorgung gewertet werden. Dazu gehören beispielsweise die Beachtung von Fähigkeiten und Fertigkeiten des Betroffenen, seine Motivation sowie die Einstellungen des Umfeldes. Eher weniger Beachtung finden dahingegen Transferleistungen und Kostenfaktoren. Dabei lassen sich für einige dieser Punkte Abhängigkeiten zu den einzelnen Arbeitsorten und den einzelnen Berufsgruppen erkennen, die sich durch die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und die unterschiedlichen Ausbildungswege erklären lassen. So kann man beispielsweise annehmen, dass linguistische Fähigkeiten bei Klinischen Linguisten aufgrund ihrer Ausbildung mehr Beachtung finden als bei Logopäden. Motorische Fähigkeiten finden in der Akutklinik wahrscheinlich weniger Beachtung, da diese im Frühstadium der Erkrankung wesentlich schwieriger zu bestimmen sind bzw. ständigen Veränderungen unterliegen. Das Transferleistungen so wenig Beachtung finden lässt sich darauf zurückführen, dass zurzeit noch keine theoretischen Versorgungskonzepte existieren. Fehlende theoretische Konzeptionen führen zu einer unreflektierten Methoden-

anwendung, die Transferleistungen aufgrund fehlender Theorien nicht beinhalten. Transferleistungen sind für eine gelungene UK-Versorgung jedoch unabdingbar. Fehlende Transferleistungen führen auf Dauer zu Unzufriedenheit bei Beratern und Klienten. Diese Unzufriedenheit ist wiederum auf fehlende Theorien zurückzuführen, die eben jenem Versorgungsparameter Rechnung tragen. Fehlende theoretische Konzepte ziehen einen Teufelskreis in der derzeitigen UK-Versorgung nach sich. Dies sind jedoch nur Vermutungen, die es qualitativ zu belegen gilt.

8.2.1.2 Störungsspezifischer Materialeinsatz

Zunächst sollen Bekanntheit und der Einsatz verschiedener UK-Materialien aufgezeigt werden sowie eventuell bestehende Abhängigkeiten zu den einzelnen Arbeitsorten angeführt werden. Dabei erfolgt eine Zuordnung der einzelnen Kommunikationsformen zu den drei großen Bereich der körpereigenen Kommunikationsformen, der nicht-elektronischen Kommunikationsformen und der elektronischen Kommunikationsformen.

Bekanntheit/Einsatz körpereigener Kommunikationsformen

Einen Überblick über Bekanntheit und Einsatz von körpereigenen Kommunikationsformen gibt die Abbildung 43.

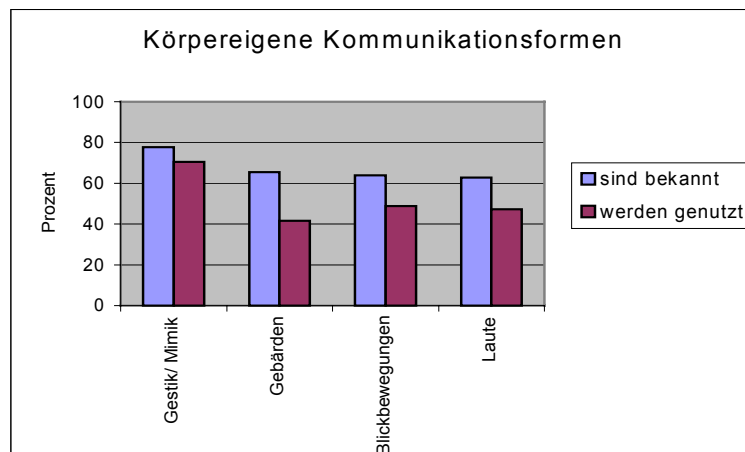


Abb. 43: Prozessqualität – Bekanntheit/Einsatz körpereigener Kommunikationsformen

Abbildung 44 zeigt Abhängigkeiten des Einsatzes körpereigener Kommunikationsformen vom Arbeitsort auf.

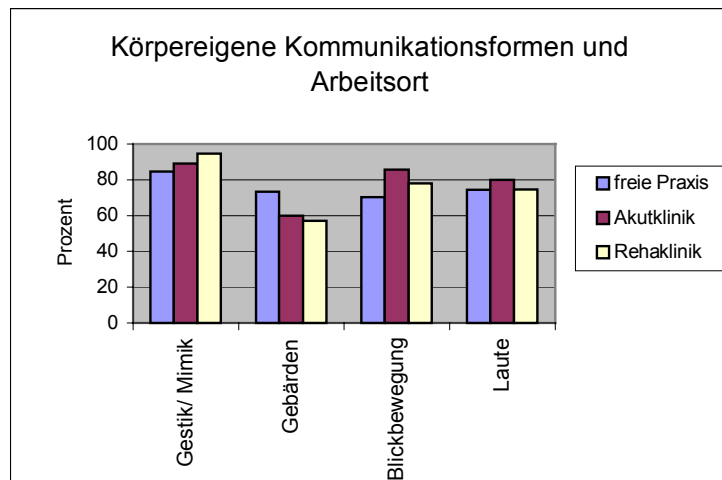


Abb. 44: Prozessqualität – Körpereigene Kommunikationsformen und Arbeitsort

Demnach sind Gestik und Mimik 77,8% aller Befragten als UK-Methode bekannt und 70,6% setzen diese auch ein (vgl. Tab 121 Band 2). Dabei kommt Gestik/Mimik an allen Arbeitsorten zum Einsatz, im klinischen Bereich jedoch häufiger als in der freien Praxis (vgl. Tab. 122 Band 2).

65,6% aller Befragten kennen Gebärden als UK-Methode, aber nur 41,7% aller Befragten setzten sie ein (vgl. Tab. 123 Band 2). Am häufigsten werden Gebärden in der *freien Praxis* eingesetzt, im klinischen Bereich eher seltener (vgl. Tab. 124 Band 2).

Blickbewegungen kennen 63,9% aller Befragten als UK-Methode, 48,9% aller Befragten setzten sie ein (vgl. Tab. 125 Band 2). Dabei werden Blickbewegungen im klinischen Bereich – insbesondere in der Akutklinik – etwas häufiger eingesetzt als in der freien Praxis (vgl. Tab. 126 Band 2).

62,8% aller Befragten kennen Laute als UK-Methode und 47,2% aller Befragten setzten sie ein (vgl. Tab.127 Band 2). Am häufigsten werden Laute in der Akutklinik eingesetzt (vgl. Tab.128 Band 2).

Bekanntheit/Einsatz nichtelektronischer Kommunikationsformen

Innerhalb der Kommunikationstafeln wurde differenziert zwischen symbolbasierten und schriftsprachbasierte Kommunikationstafeln.

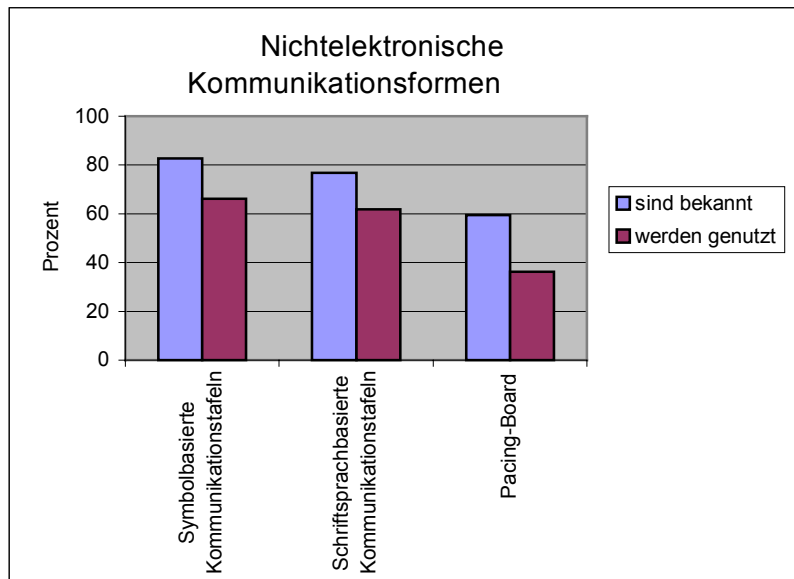


Abb.45: Prozessqualität – Bekanntheit/Einsatz nicht-elektronischer Kommunikationsformen

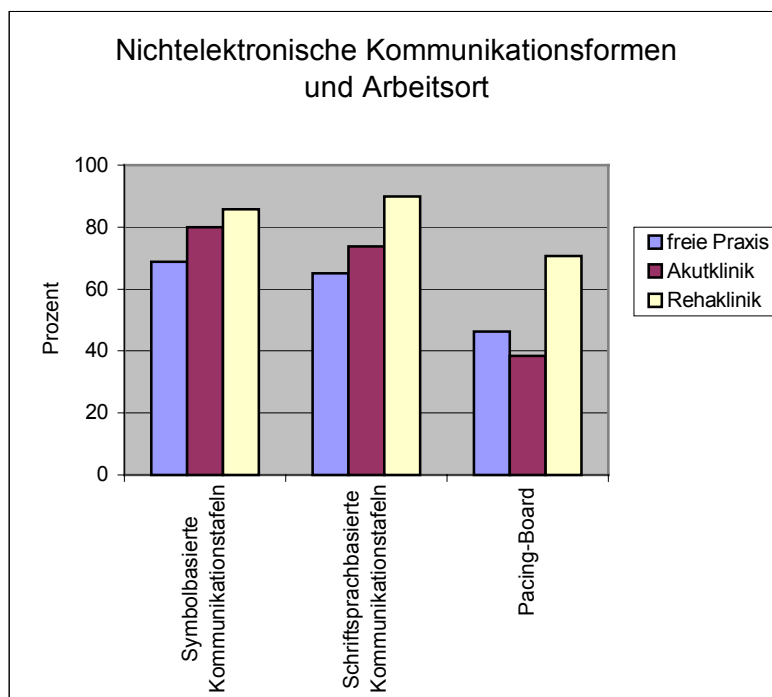


Abb. 46: Prozessqualität – Nichtelektronische Kommunikationsformen und Arbeitsort

Symbolbasierte Kommunikationstafeln sind 82,8% aller Befragten bekannt und 66,1% aller Befragten wenden diese auch an (vgl. Tab. 129 Band 2). Am häufigsten werden sie in der *Rehaklinik* eingesetzt. 85,7% der befragten Rehakliniken, die eine Angabe machen, nutzen symbolbasierte Kommunikationstafeln, von den befragten freien Praxen sind es nur 68,9% (vgl. Tab. 130 Band 2).

Schriftsprachbasierte Kommunikationstafeln kennen 76,7% aller Befragten. 61,7% aller Befragten setzen sie ein (vgl. Tab. 131 Band 2). Schriftsprachbasierte Kommunikationstafeln werden ebenfalls häufiger im *klinischen Bereich* eingesetzt als in der freien Praxis (vgl. Tab. 132 Band 2).

Pacing-Boards sind 59,4% der Befragten bekannt. 36,1% aller Befragten setzen sie ein (vgl. Tab. 133 Band 2). Deutlich am häufigsten werden sie in der *Rehaklinik* eingesetzt, eher seltener in der *Akutklinik* (vgl. Tab. 134 Band 2).

Bekanntheit/Einsatz elektronischer Kommunikationshilfen

Innerhalb der elektronischen Kommunikationshilfen wurde wiederum differenziert zwischen symbolbasierten und schriftsprachbasierte Kommunikationshilfen.

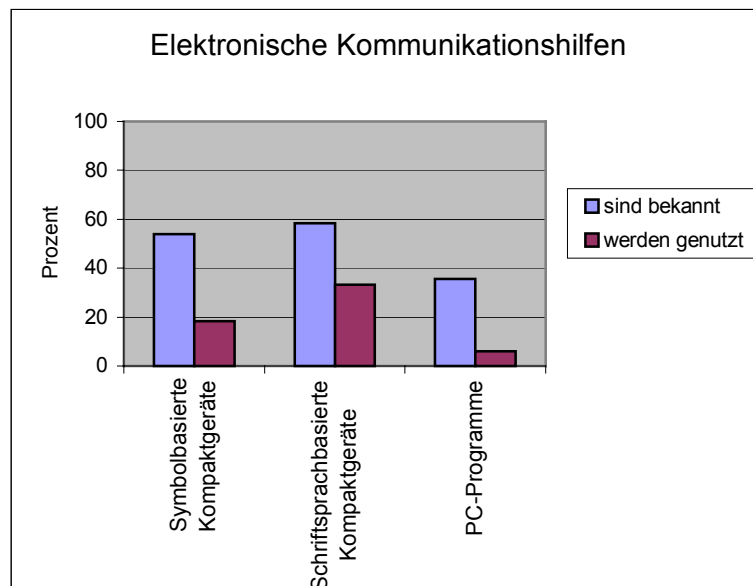


Abb.47: Prozessqualität – Bekanntheit/Einsatz elektronischer Kommunikationsformen

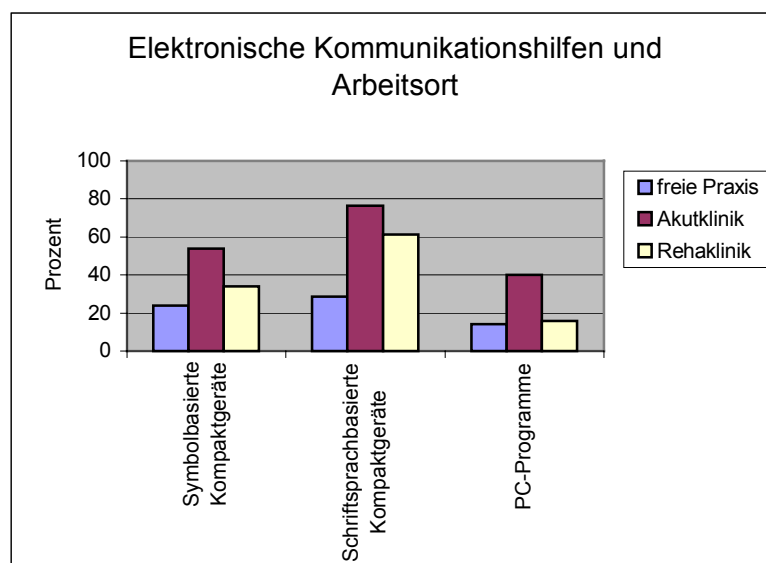


Abb.48: Prozessqualität – Elektronische Kommunikationsformen und Arbeitsort

Symbolbasierte Kompaktgeräte sind 53,9% aller Befragten bekannt, aber nur 18,3% setzen sie auch ein (vgl. Tab. 135 Band 2). Wenn sie eingesetzt werden, dann wiederum hauptsächlich in der *Akutklinik* (vgl. Tab. 136 Band 2).

Schriftsprachbasierte Kompaktgeräte sind 58,3% aller Befragten bekannt. 33,3% der Befragten setzen sie ein (vgl. Tab. 137 Band 2). Am häufigsten werden sie in der *Akutklinik* eingesetzt. Immerhin 76,5% der befragten Akutkliniken, die eine Angabe machen, setzen diese ein. Demgegenüber setzen nur 28,6% der befragten *freien Praxen* schriftsprachbasierte Kompaktgeräte ein (vgl. Tab. 138 Band 2).

PC-Programme sind nur 35,6% aller Befragten bekannt. Sie werden jedoch von lediglich 6,1% der Befragten eingesetzt (vgl. Tab. 139 Band 2). Am häufigsten Verwendung finden PC-Programme in der *Akutklinik* (vgl. Tab. 140 Band 2).

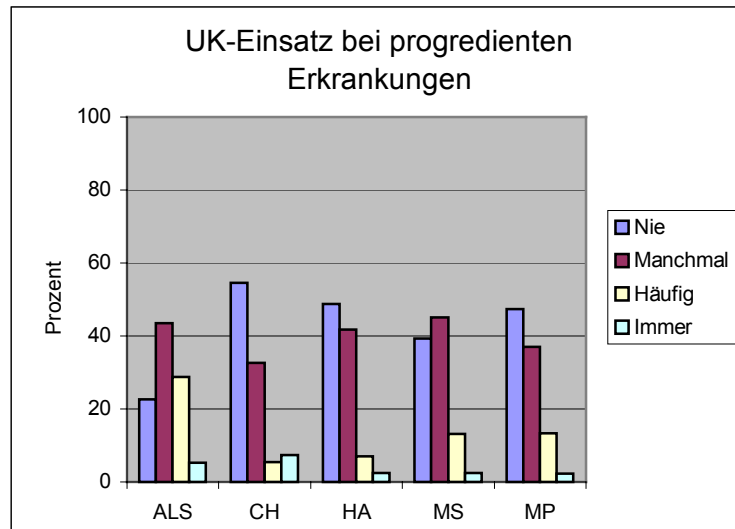
Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass *körpereigene Kommunikationsformen* sehr bekannt sind und sehr häufig eingesetzt werden. Eine Sonderstellung innerhalb der körpereigenen Kommunikationsformen nehmen die Gebärden ein. Sie sind zwar sehr bekannt, werden aber nicht so häufig eingesetzt. Dies bedingt sich vermutlich dadurch, dass Gebärden im Erwachsenenalter aufgrund häufig bestehender körperlicher Behinderungen eher seltener eingesetzt werden. *Nichtelektronische Kommunikationshilfen* sind ebenfalls recht bekannt und werden am häufigsten in Rehakliniken eingesetzt. *Elektronische Kommunikationshilfen* sind dahingegen weniger bekannt. Wenn sie zum Einsatz kommen, dann geschieht dies überwiegend in Akutkliniken. Akutkliniken scheinen in bezug auf elektronische Kommunikationshilfen besser ausgestattet zu sein als Rehakliniken und freie Praxen. Darüber hinaus kooperieren Akutkliniken vermehrt mit Hilfsmittelfirmen. Zu vermuten ist hier auch, dass die Zeitstruktur im klinischen Bereich eine Implementierung von UK-Maßnahmen eher zu lässt als in anderen sprachtherapeutischen Bereichen.

Störungsspezifischer Materialeinsatz

Auch hier gilt: Nicht alle Befragten machen zu den einzelnen Störungsbildern und dem störungsspezifischen Materialeinsatz Angaben. Vielmehr schwankt die Zahl der Befragten, die Angaben machen, teilweise erheblich. Hier angeführte Prozentangaben beziehen sich immer nur auf die Befragten, die eine Angabe machen. Der besseren Übersicht wegen wurden die einzelnen Krankheitsbilder den progredienten Krankheitsformen bzw. den akuten/ chronischen Krankheitsformen zugeordnet. Eine weitere Zielgruppe stellen die Demenzen dar.

Progrediente Erkrankungen

Hier finden die Krankheitsbilder Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Chorea Huntington (CH), Heredo-Ataxie, (HA) Morbus Parkinson (MP) sowie Multiple Sklerose (MS) Beachtung.



Tab.: 49: Prozessqualität – UK-Einsatz bei progredienten Erkrankungen

Dabei zeigt sich, dass bei allen Krankheitsbildern UK eingesetzt wird, wenn auch in sehr unterschiedlichem Maße (vgl. Tab. 141-145 Band 2). Eine deutliche Tendenz zu einer UK-Versorgung zeigt sich dabei lediglich für das Störungsbild der ALS.

Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

63,9% aller Befragten machen zum Störungsbild der ALS eine Angabe. Dabei zeigt sich eine deutliche positive Tendenz zum UK-Einsatz. 43,5% derjenigen, die eine Angabe machen, setzten UK manchmal und 28,7% sogar häufig ein. Am häufigsten kommen körpereigene Kommunikationshilfen zum Einsatz. Beachtung finden zudem schriftsprachbasierte nichtelektronische und elektronische Kommunikationshilfen (vgl. Tab. 146 Band 2).

Bei allen anderen Störungsbildern kommt es eher seltener zu einer UK-Versorgung. Insbesondere bei Chorea Huntington, Heredo-Ataxie und Morbus Parkinson wird UK überwiegend nie oder nur manchmal eingesetzt. Einen Überblick über die Versorgungsanteile und Versorgungsformen gibt das nachstehende Schaubild. Auf eine ausführliche Darstellung der einzelnen Störungsbilder soll an dieser Stelle verzichtet werden. Die entsprechenden Prozentzahlen können den Tabellen (147-150) in Band 2 dieser Arbeit entnommen werden. Eine ausführliche Darstellung des Einsatzes der

verschiedenen Kommunikationsformen bei den oben angeführten Krankheitsbildern findet der Leser bei Sterken (vgl. Sterken 2003).

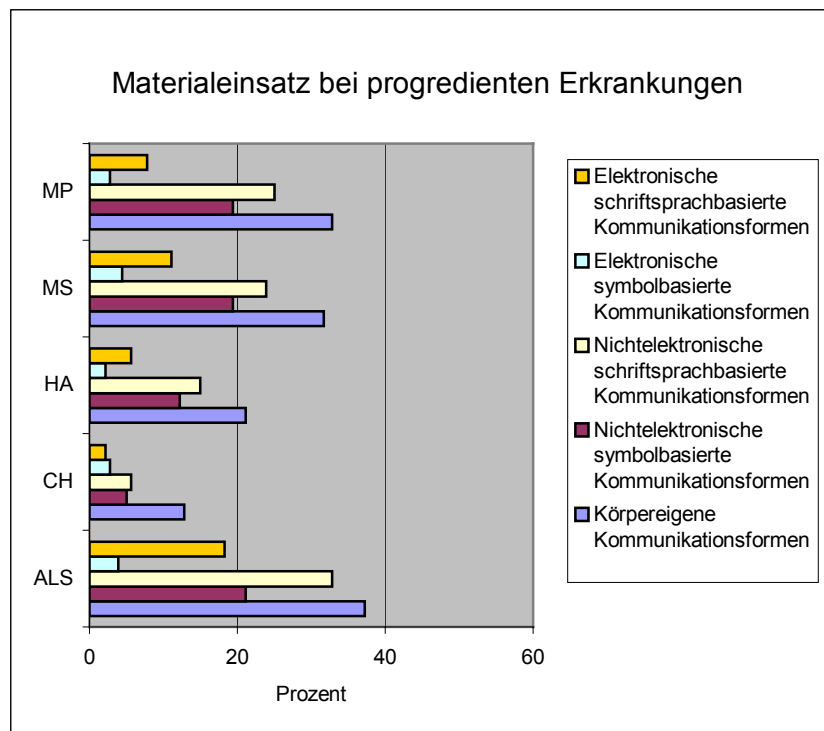


Abb.50: Prozessqualität - Materialeinsatz bei progredienten Erkrankungen

Zusammenfassend lässt sich für den Bereich der progredienten Erkrankungen festhalten, dass lediglich für das Störungsbild der ALS eine deutliche Tendenz zu einer UK-Versorgung erkennbar ist.

Allgemein gilt: Wenn UK-Versorgungen vorgenommen werden, dann stehen körper-eigene Kommunikationsformen im Vordergrund. Bei den externen Kommunikationsformen überwiegt der Einsatz nichtelektronischer, überwiegend schriftsprachorientiert, Kommunikationshilfen. Eine Versorgung mit elektronischen Kommunikationshilfen erfolgt am häufigsten bei ALS und MS.

Akute und chronische Krankheitsbilder:

Hierzu zählen Dysarthrien, Aphasien und Sprechapraxien nach Apoplex, Schädel-Hirn-Traumata (SHT) sowie das Locked-In-Syndrom (LIS).

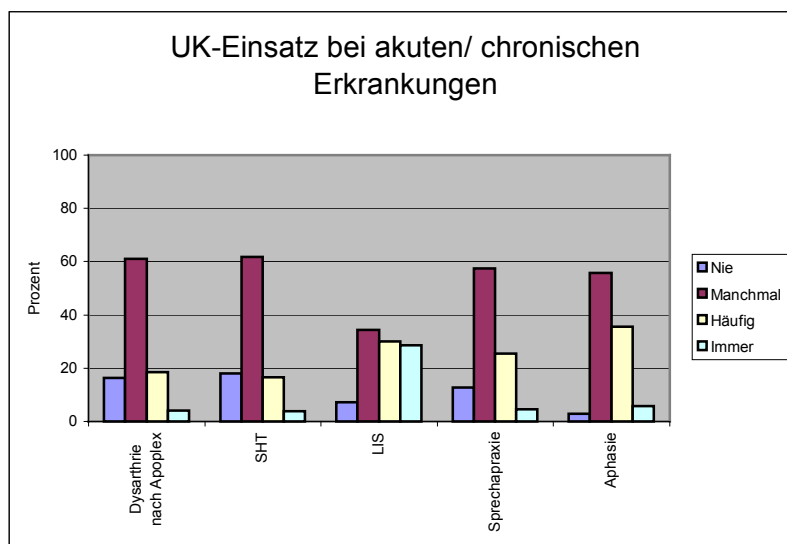


Abb.51: Prozessqualität – UK-Einsatz bei akuten/ chronischen Erkrankungen

Insgesamt zeigt sich hier ein sehr heterogenes Bild in der UK-Versorgung. In der Regel wird bei allen Störungsbildern UK – wahrscheinlich sehr individuell bedingt – manchmal bis häufig eingesetzt (Tab. 151-155 Band 2).

Eine positive Tendenz zum UK-Einsatz zeigt sich lediglich beim *Locked-In-Syndrom (LIS)*. 38,9% aller Befragten machen hierzu Angaben. Dabei nutzen 28,6% aller Befragten UK immer, 30,0% häufig und nur 7,1% aller Befragten nie (vgl. Tab. 153 Band 2). Dabei überwiegt der Einsatz körpereigener Kommunikationsformen. Immerhin 40,3% der Befragten, die eine Angabe machen, geben an, elektronische schriftsprachbasierte Kommunikationshilfen einzusetzen, die den nichtelektronischen Kommunikationshilfen klar vorgezogen werden (vgl. Tab. 156 Band 2).

Für alle anderen Störungsbilder lässt sich zusammenfassend festhalten, dass überwiegend körpereigene Kommunikationsformen eingesetzt werden. Nichtelektronische Kommunikationshilfen kommen häufiger zum Einsatz als elektronische, wobei eine Tendenz zur Symbol- oder Schriftsprachorientierung nicht erkennbar ist.

Einen Überblick über die einzelnen Störungsbilder und ihre Versorgungsformen gibt das abschließende Schaubild. Es basiert auf den Prozentzahlen der Tabellen 156-160, die sich in Band 2 der Arbeit befinden. Eine ausführliche Darstellung der einzelnen Krankheitsbilder findet der Leser wiederum bei Sterken (vgl. Sterken 2003).

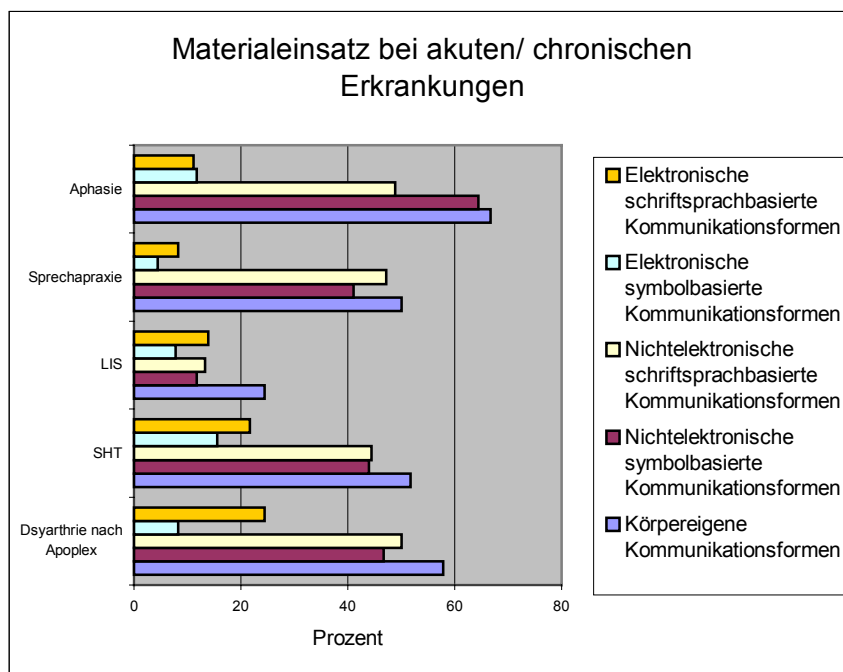


Abb.52.: Prozessqualität – Materialeinsatz bei akuten/ chronischen Erkrankungen

Demenz

50,0% aller Befragten machen hierzu Angaben. Sehr deutliche zeigt sich eine Tendenz gegen einen UK-Einsatz. 58,9% der Befragten, die eine Angabe machen, setzen UK nie ein, 33,3% manchmal und nur 2,2% immer (vgl. Tab. 161 Band 2). Vorzugsweise werden körpereigene Kommunikationsformen genutzt, häufig zudem nichtelektronische Kommunikationshilfen. Dabei zeigt sich eine Tendenz zum Symboleinsatz (vgl. Tab. 162 Band 2).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es nur wenige Störungsbilder (ALS/LIS) gibt bei denen sich eine eindeutige Tendenz hinsichtlich eines UK-Einsatzes zeigt. Generell finden körpereigene Kommunikationsformen die meiste Beachtung. Bei progredienten Erkrankungen zeigt sich der Trend zu einer schriftsprachorientierten Versorgung. Im Rahmen akuter und chronischer Krankheitsbilder zeigt sich eine wesentlich größere Heterogenität – generell werden körpereigene Kommunikationsformen am häufigsten eingesetzt, elektronische eher weniger. Dabei ist keine klare Tendenz zu symbol- oder schriftsprachorientierten Kommunikationshilfen erkennbar.

8.2.1.3 Kooperationspartner

Festzuhalten sei hier, dass nicht alle Befragten Angaben gemacht haben. Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich immer nur auf die Personen, die auch Angaben

gemacht haben. Die Zahl der Personen, die Angaben gemacht haben, schwanken teilweise erheblich. Im Schnitt haben 75,0% aller Befragten eine Angabe gemacht.

Das folgende Schaubild soll einen Überblick über die Kooperationspartner sprachtherapeutischer Einrichtungen sowie die Häufigkeit der Zusammenarbeit geben.

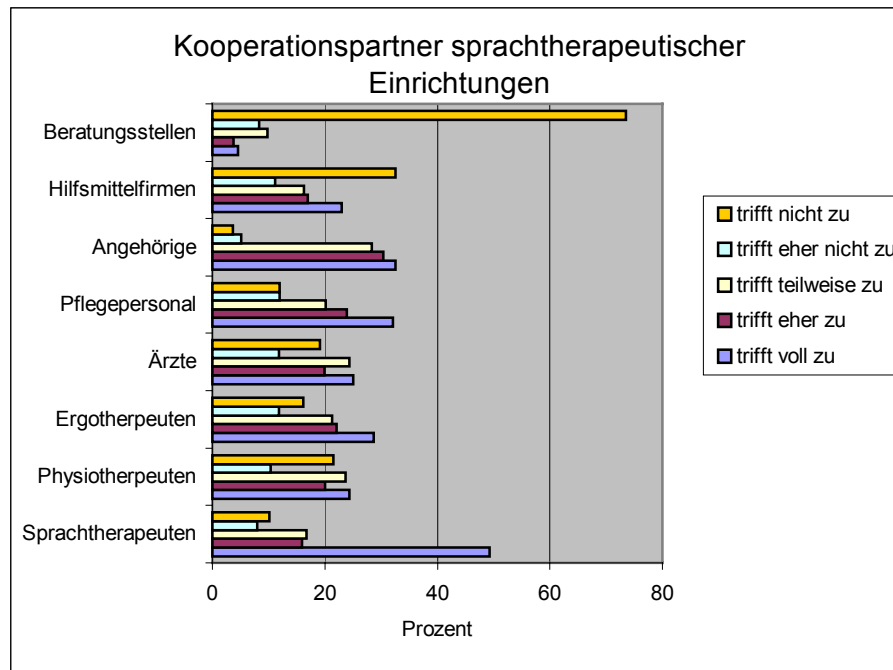


Abb.53: Prozessqualität – Kooperationspartner

Am häufigsten erfolgt eine Kooperation mit anderen *Sprachtherapeuten*. Bei 65,2% der Befragten, die eine Angabe machen, trifft dies eher (15,9%) bis voll (49,3%) zu (vgl. Tab. 163 Band 2). Dabei wird die Zusammenarbeit im Schnitt als sehr gut bis gut bewertet (vgl. Tab.164 Band 2) . Zu sehen ist diese Zusammenarbeit hier sicherlich im Rahmen eines kollegialen Fachaustausches.

Als sehr hoch wird zudem eine Zusammenarbeit mit den *Angehörigen* eingestuft. 63,0% der Befragten, die eine Angabe machen, tendieren zu einer Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Nur 8,7% aller Befragten, die eine Angabe machen, geben an, dass eine Zusammenarbeit eher nicht erfolgt (vgl. Tab. 165 Band 2). Diese Zusammenarbeit ist sicherlich als wesentlich zu betrachten, da die Angehörigen in der Regel die direkten Kommunikationspartner des Betroffenen sind und ebenfalls lernen müssen, die Kommunikationshilfe zu akzeptieren und zu nutzen. Eine Zusammenarbeit erfolgt überwiegend in der freien Praxis, dies geschieht vermutlich in Abhängigkeit zur Greifbarkeit des Umfeldes (vgl. Tab. 166 Band 2).

Die Zusammenarbeit mit dem *Pflegepersonal* ist in Abhängigkeit zum Arbeitsort zu sehen. Deutlich am häufigsten erfolgt in der Akutklinik eine Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal, am wenigsten in der freien Praxis (vgl. Tab. 167-168 Band2).

Die Zusammenarbeit mit anderen Heilmittelerbringern - Ergotherapeuten und Physiotherapeuten - sowie Ärzten ist ebenfalls in Abhängigkeit zum Arbeitsort zu sehen. So erfolgt im klinischen Bereich eine Zusammenarbeit häufiger als in der freien Praxis (vgl. Tab. 169-171 Band 2). Dies ist sicherlich wiederum auf die schnellere Greifbarkeit der anderen Fachdisziplinen zurückzuführen.

Die Kooperation mit *Physiotherapeuten* erfolgt nur bei 44,4% der Befragten, die Angaben machen, eher, bei 23,7% teilweise, bei immerhin 31,9% eher nicht. Dies ist aufgrund der Bedeutsamkeit der Motorik für die UK-Versorgung als eine eher geringe Kooperation zu sehen (vgl. Tab. 172 Band 2). Die Bewertung der Kooperation schwankt überwiegend zwischen gut bis befriedigend (vgl. Tab. 173 Band 2).

Nur 40,0% der Befragten, die eine Angabe machen, geben an, mit *Hilfsmittelfirmen* zu kooperieren. Die Mehrzahl der Befragten (43,7%) kooperiert eher nicht mit Hilfsmittelfirmen (vgl. Tab. 174 Band 2). Dies passt zum Bild des störungsspezifischen Materialeinsatzes wo sich zeigte, dass elektronische Kommunikationshilfen eher weniger Beachtung finden. Am häufigsten zeigt sich eine Kooperation zwischen Akutkliniken und Hilfsmittelfirmen (vgl. Tab. 175 Band 2). Auch dies entspricht dem Bild des störungsspezifischen Materialeinsatzes und der materiellen Ausstattung. Hier zeigte sich, dass insbesondere Akutkliniken über elektronische Kommunikationshilfen verfügen. Die Bewertung der Kooperation fällt eher schlecht aus. Sie liegt zwischen befriedigend und ausreichend (vgl. Tab. 176 Band 2).

Eher selten erfolgt eine Zusammenarbeit mit *Beratungsstellen*. Lediglich 8,3% der Befragten, die eine Angabe machen, kooperieren mit Beratungsstellen. 81,8% jener Befragten eher nicht (vgl. Tab. 177 Band 2). Die Kooperation mit den Beratungsstellen wird zudem eher schlecht bewertet (vgl. Tab. 178 Band 2). 36,2% der Befragten, die eine Angabe machen, bezeichnen die Kooperation als mangelhaft und 17,2% als ausreichend. Nur 10,3% der Befragten, die eine Angabe machen, bezeichnen die Kooperation mit Beratungsstellen als sehr gut (vgl. Tab. 179 Band 2).

Eine Zusammenarbeit mit Beratungsstellen erfolgt in der Akutklinik am häufigsten. Das kann wiederum durch den häufigeren Einsatz elektronischer Kommunikationshilfen begründet werden (vgl. Tab. 180 Band 2). Dabei wird insbesondere von den Akut-

kliniken die Kooperation als mangelhaft bewertet. Warum dies so ist, kann den Daten nicht entnommen werden und bedürfte genaueren Untersuchungen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Kooperationen im klinischen Bereich am häufigsten zu finden sind. Insbesondere der Kontakt zu anderen Heilmittelerbringern und Ärzten ist in der Akutklinik am höchsten, was sicherlich auf eine engere Zusammenarbeit und einen schnelleren Rückgriff auf die einzelnen Berufsgruppe zurückzuführen ist. Hier fallen auch die Bewertungen der Zusammenarbeit im Schnitt besser aus als in der freien Praxis. Insgesamt herrscht eher weniger Kooperation, insbesondere zu Krankengymnasten (Einschätzung Motorik) und Ärzten (Einschätzung Grunderkrankung) sowie Pflegepersonal im Hinblick auf die Umsetzung der UK-Maßnahme. Eine Zusammenarbeit mit UK-Beratungsstellen erfolgt selten. Gründe für diese geringe Kooperationsbereitschaft mit UK-Beratungsstellen ist den Daten nicht zu entnehmen. Auch hier können wiederum Zeitfaktoren für eine fehlende Kooperation verantwortlich sein sowie auch die Tatsache, dass UK-Beratungsstellen nicht immer ortnah greifbar sind.

8.2.1.4 Zusammenfassung und Interpretation der Forschungsdaten im Hinblick auf die Fragestellung des Projektes 1

Die Auswertung der statistischen Daten hinsichtlich verschiedener Parameter hat gezeigt, dass auf der Ebene der Prozessqualität derzeit noch keine theoretischen Konzepte zur UK-Diagnostik und Versorgung bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter angewandt werden.

Bestehende theoretische Konzepte aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum sind nur wenigen Therapeuten bekannt und finden noch seltener Anwendung. Hier stellt sich sicherlich die Frage, warum die Versorgungsmodelle, wenn sie denn bekannt sind, nur in so geringem Maße zur Anwendung kommen. Häufiger als anglo-amerikanische Versorgungsmodelle finden einrichtungsinterne Versorgungskonzepte Verwendung. Hier stellt sich wiederum die Frage nach den Inhalten dieser Konzepte und inwieweit Parallelen zu den anglo-amerikanischen Modellen bestehen.

Eine Antwort auf diese Fragen kann durch diese Erhebung nicht gegeben werden. Zudem können überwiegend unbekannte Inhalte von Konzepten nicht quantitativ erfasst werden. Zum Erkennen von genauen Versorgungsinhalten ist eine qualitative Erhebung, ähnlich die der in Projekt 2, erforderlich.

Festgehalten werden kann hier, dass eine UK-Versorgung bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter ohne nennenswerte konzept-

tionelle Grundlagen erfolgt. Das Theoriedefizit im deutschen Sprachraum, das sich bereits in der Literaturrecherche gezeigt hat, wird durch die Praxis bestätigt. Es gibt für die UK-Versorgung im deutschen Sprachraum keine gültigen theoretischen Versorgungskonzepte. Theorien aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum, wie beispielsweise das Partizipationsmodell nach Beukelman/ Mirenda (vgl. Kap. 3.1.2), finden im deutschen Sprachraum nur allmählich Beachtung. Zwar sind ins Deutsche übertragene Modelle bekannter als nichtübertragene, trotzdem erfolgt eine Orientierung an diesen theoretischen Konzepten nur selten.

Erkennbar ist, dass es in der UK-Versorgung jedoch Elemente gibt, die einen großen Raum in der UK-Diagnostik und Versorgung einnehmen. So zeigt sich, dass bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten des Betroffenen vermehrt Beachtung finden. Dabei stellt die Beachtung der Motivation des Betroffenen in sprachtherapeutischen Einrichtungen einen ganz elementaren Versorgungsaspekt dar. Transferleistungen und Kostenfaktoren finden in der UK-Versorgung dahingegen weniger Beachtung. Dabei ergeben sich vielfach Abhängigkeiten zum Arbeitsort, weniger zu den einzelnen Berufsgruppen. So spielen beispielsweise Einstellungen des Umfeldes in der freien Praxis eine größere Rolle als im klinischen Bereich. Dies ist sicherlich einerseits durch eine größere Nähe zum Umfeld bedingt, andererseits werden überdauernde Kommunikationslösungen, für die das Umfeld eine wesentliche Rolle spielt, oftmals in der freien Praxis erarbeitet.

Der Bedeutung des Umfeldes für eine positive UK-Intervention wird im sprachtherapeutischen Arbeitsfeld ebenso außer acht gelassen wie der entscheidende Faktor der Transferleistungen. Transferleistungen sind das A und O einer UK-Intervention. Nur wenn der Klient in der Lage ist, seine UK-Maßnahme im Alltag anzuwenden, kann von einer gelungenen und zufriedenstellenden UK-Intervention gesprochen werden. Zwingend notwendig für eine Implementierung der UK-Maßnahme ist die Zusammenarbeit mit dem Umfeld. Eine gelungene UK-Intervention ist jedoch nur durch ein modellorientiertes und theoretische Vorgehen möglich. Da wo es keine theoretischen Konzepte gibt, wird ein solches Vorgehen und somit eine positive UK-Versorgung nicht möglich sein. Konzeptlosigkeit spiegelt sich im deutschen Sprachraum jedoch sowohl in der Diagnostik als auch im Versorgungsvorgehen wieder.

Betrachtet man den störungsspezifischen Materialeinsatz, so lassen sich Tendenzen hinsichtlich des Einsatzes verschiedener Kommunikationsmodi bei unterschiedlichen Störungsbildern erkennen. Körpereigene Kommunikationsformen besitzen den höchsten Bekanntheitsgrad und werden auch am häufigsten eingesetzt. Elektronische Kommunikationshilfen finden dahingegen nur bei bestimmten Krankheitsbildern über-

durchschnittlich häufig Verwendung. So haben sich elektronische Kommunikationshilfen insbesondere bei ALS, MS und LIS bewehrt. Dabei zeigt sich deutlich, dass bei progredienten Erkrankungen vor allem schriftsprachbasierte Kommunikationshilfen zum Einsatz kommen. Überdurchschnittlich häufig finden elektronische Kommunikationshilfen im klinischen Bereich Verwendung. Dies kann zum einen auf das zu versorgende Klientel zurückzuführen sein, aber auch darauf, dass die Ausstattung mit technischen Kommunikationshilfen im klinischen Bereich wesentlich besser ist. Denkbar ist zudem ein höheres Zeitkontingent pro Klient. Vor diesem Hintergrund stellt sich natürlich auch die Frage nach der Effektivität der einzelnen Kommunikationshilfen. Kommen körpereigene Kommunikationsformen häufiger zum Einsatz, weil sie mehr Erfolg bieten oder aber vielleicht nur, weil externe Kommunikationshilfen weniger zur Verfügung stehen oder ihre Anwendung mehr Zeit und Raum erfordert. Hier bedarf es umfassender Evaluationsstudien, die die Effektivität der einzelnen Kommunikationsformen im Rahmen der verschiedenen Krankheitsbilder wissenschaftlich belegen.

Hinsichtlich der Kooperationspartner lässt sich festhalten, dass Kooperationen in starker Abhängigkeit zum Arbeitsort stehen. Eine Kooperation findet vermehrt im klinischen Bereich statt, was sicherlich durch entsprechende Teamstrukturen und die schnellere Verfügbarkeit der einzelnen Fachkollegen bedingt ist. Wie entscheidend ein interdisziplinäres Team für eine UK-Versorgung jedoch ist, zeigte der Theorieteil. Aufgrund der vielfältigen Einschränkungen des Klienten auf physischer Ebene ist eine Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen für eine optimale UK-Versorgung häufig unabdingbar. Insbesondere für den Praxisbereich ist hier die Entwicklung von Kooperationskonzepten notwendig, welche die Kapazität der Therapeuten nicht überschreiten. Des Weiteren ist zu überlegen, inwieweit eine Kooperation mit UK-Beratungsstellen möglich ist bzw. welche theoretischen und praktischen Inhalte der Kooperation zugrunde liegen können.

8.2.2 Ergebnisse auf der Ebene der Prozessqualität - Projekt 2

Grundlegend für die Ebene der Prozessqualität in Projekt 2 war die Frage nach theoretischen Konzepten, die einer UK-Versorgung bei erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter zugrunde liegen und die Frage nach erforderlichen Änderungen, um eine optimale UK-Versorgung zu erreichen. Der für die Beantwortung dieser Fragen erhobene verbale Datenkorpus wurde der qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Beratungsstellenbezogen wurden zunächst zusammenfassende Tabellen erstellt, die im zweiten Band der Arbeit einzusehen sind. Zur Interpretation der Daten und Tabellen im Hinblick auf die Fragestellung wird im folgenden ein Vergleich der einzelnen Beratungsstellen hinsichtlich verschiedener Parameter auf den Ebenen Konzepte/Inhalte, störungsspezifischer Materialeinsatz, Kooperationspartner und Genehmigung von Kommunikationshilfen vorgenommen. In Form von vergleichenden Tabellen soll eine Quantifizierung der verbalen Daten erfolgen. Dies geschieht jedoch nur da, wo klare Tendenzen erkennbar sind und genügend Aussagen, die eine Quantifizierung sinnvoll machen, vorliegen. Dabei sei darauf hingewiesen, dass eine Verallgemeinerung der Aussagen nur bedingt möglich ist und keinesfalls eine statistische Absicherung der Aussagen gegeben ist. Vielmehr geht es zunächst darum, Gemeinsamkeiten und Unterschiede heraus zuarbeiten und individuell zu belegen.

8.2.2.1 Konzepte/ Inhalte

Im Bereich der Konzepte und Inhalte der UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen wurden neben der Frage nach konkret verwendeten Konzepten und Modellen verschiedene Parameter entwickelt, um Inhalte der UK-Versorgung herauszuarbeiten. Zu diesen Parametern zählen die Erstberatung, Inhalte der Diagnostik sowie Inhalte der Versorgung.

Erstberatung

Berat.-Nr. ¹	Dauer	Team	Inhalt	Vor Erstberatung
003	keine Angabe	Zweierteam Beratungsstelle + Angehörige, Lehrer, Therapeuten	Infovermittlung/ Erkennen von Bedürfnissen	keine Angabe

¹ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Berat.-Nr	Dauer	Team	Inhalt	Vor Erstberatung
009	1,5 Std.	Zweierteam Beratungsstelle + Angehörige, Lehrer, Therapeuten	Diagnostik + evtl. Folgeberatungen	Fragebogen vorab wenig sinnvoll
010	1 - 1,5 Std.	Zweierteam Beratungsstelle (Wunsch) + Angehörige	Abhängig von der Zielgruppe/ Infovermittlung/ Mut vermitteln + evtl. Folgeberatung	keine Angabe
015	mind. 2 Std.	Zweierteam Beratungsstelle (Wunsch) + Angehörige, Umfeld, Therapeuten	Infovermittlung/ Erkennen von Bedürfnissen	Fragebogen + medizinische und therapeutische Berichte; Informationen über das Krankheitsbild
016	individuell	1 Person Beratungsstelle + Angehörige	keine Angaben	keine Angabe
018	1 Std.	Zweierteam Beratungsstelle (Wunsch) + Angehörige, Therapeuten	Beratung/ Abklärung	Fragebogen
019	1,5 Std.	1 Person Beratungsstelle + Angehörige, Therapeuten	Einführungs- gespräch	keine Angabe
020	2 Std.	1 Person Beratungsstelle + Angehörige	keine Angabe	Fragebogen
023	individuell	1 Person Beratungsstelle + Angehörige	Abhängig von der Beeinträchtigung	keine Angabe
024	2 Std. - einmalig	1 Person Beratungsstelle + Angehörige, Therapeuten (Wunsch)	Ausprobieren von Hilfsmitteln/ Vermittlung an Hilfsmittelfirmen	Datenerfassung telefonisch - Achtung: Daten häufig fehlerhaft
025	keine Beratung	keine Beratung	Beratung/ Versorgung durch Hilfsmittelfirmen, aktive Teilnahme	keine Beratung
Insgesamt:	2x individuell; 7x 1-2 Std.	5x Zweierteam (Wunsch) + Angehörige etc. 5x Einerteam + Angehörige etc.		4x Fragebogen vorab

Tab. 9 : Prozessqualität - Erstberatung

Wie der Tabelle zu entnehmen liegt die Beratungsdauer in der Regel zwischen einer und zwei Stunden. Lediglich zwei UK-Beratungsstellen gestalten die Beratungszeit individuell (vgl. Interview 023/ 41).

Teilweise gibt es jedoch die Möglichkeit von Folgeberatungen. Diese finden insbesondere dann statt, wenn bestimmte Kommunikationshilfen in der Erstberatung zum Ausprobieren nicht vorhanden sind (vgl. Interview 009/ 75).

Tendenziell wird eine Beratung im Team von allen Beratungsstellen befürwortet. Der geforderten Arbeit im interdisziplinären Team, wie sie in vielen anglo-amerikanischen Versorgungsmodellen aufgezeigt wird, wird somit versucht Rechnung zu tragen. Als Teammitglieder gelten ein Zweierteam der UK-Beratungsstelle sowie der Betroffene, seine Angehörigen, das Umfeld und behandelnde Therapeuten.

„Wenn eine Beratung stattfindet, sehe ich auch immer zu, dass Eltern .. und Angehörige, Krankengymnasten etc., etc. mit dabei sind.“ (Interview 018/ 26)

„Und dann sitzen wir da gemeinsam im Team, mit den Angehörigen und Betroffenen zusammen.“ (Interview 023/ 15)

„interdisziplinär. Wir holen immer alles Personal, was da die Kinder oder die Klienten kennt, holen wir dann ran. So gut es geht, wenn die Zeit haben.“ (Interview 009/ 18)

Aus Kapazitätsgründen ist es vielen Beratungsstellen jedoch nicht immer möglich, Beratung im Zweierteam anzubieten. Für die Verbesserung der Beratungssituation ist die Beratung im Team von den meisten Beratungsstellen angestrebt bzw. besteht der dringende Wunsch danach. Voraussetzungen zur Verbesserung der Beratungssituation sind in der Erweiterung der personellen und finanziellen Möglichkeiten zu sehen.

„Also außer mir niemand. Wir planen das zu Zweit zu machen. Mit meiner Kollegin, die Sonder- und Heilpädagogin ist, aber das ist einfach ein finanzielles Problem, warum das im Moment noch nicht umgesetzt werden kann. ..“ (Interview 015/ 4)

Inhalte der Erstberatung sind in der Regel die Vermittlung von Informationen, eine Einführung in Möglichkeiten der UK, eine Abklärung von Wünschen und Bedürfnissen, das Erkennen von Fähigkeiten sowie das Ausprobieren von Hilfsmitteln. Dadurch, dass eine UK-Versorgung vielfach als ein prozessuales Geschehen gesehen wird, ist eine Einzelberatung häufig nicht ausreichend (vgl. Interview 015/ 27).

Die Notwendigkeit von Folgeterminen wird hier ersichtlich. Inwieweit diese Maßgabe in den einzelnen Beratungsstellen umgesetzt wird, ist recht unterschiedlich und durch die jeweilige konzeptionelle Einstellung bedingt, wie sich weiter unten zeigen wird.

Etwa die Hälfte der Beratungsstellen arbeitet mit Fragebögen, die zur Informationsgewinnung vor der Erstberatung dienen. Im Rahmen dessen werden teilweise auch medizinische und therapeutische Berichte angefordert. (vgl. Interview 015/ 21)

Nur eine Beratungsstelle erachtet solche Fragebögen als nicht sinnvoll. Der Grund hierfür liegt in der Erfahrung begründet, dass die dort gemachten Angaben häufig fehlerhaft sind bzw. medizinische und therapeutische Befunde häufig veraltet sind.

Inhalt der Diagnostik

Wie sich auf der Ebene der Strukturqualität gezeigt hat geben zehn der elf befragten Beratungsstellen an, eine Diagnostik durchzuführen. Was Inhalt der Diagnostik ist und inwieweit Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Vorgehen bestehen soll die nächste Tabelle aufzeigen.

Berat.-Nr. ²	Standardisierte Testverfahren	Beobachtung allgemein	Beobachtung Fähigkeiten	Rückgriff bestehende Diagnostik
003	keine	X	keine Beachtung	nein
009	keine	X	X	X
010	keine - Testverfahren= Rückzug	keine Angabe	X	X
015	keine	keine Angabe	X	X
016	keine Angabe	keine Angabe	X	X
018	Erwachsene: keine ; Kinder: Piaget/ Kiphard	X	X	nein
019	keine	X	X	keine Angabe
020	keine; fehlende geeignete Diagnostikmat.	X- mit Videodokumentation	X	X
023	keine	X	X	keine Angabe
024	keine - Testverfahren= Rückzug	X	keine Beachtung	nein (k)
025	keine Diagnostik	keine Diagnostik	keine Diagnostik	keine Diagnostik
Insgesamt:	11x keine standardisierten Testverfahren	7x Beobachtung	8x Beachtung Fähigkeiten 2x keine Beachtung	5x Rückgriff; 3x kein Rückgriff

Tab.10 : Prozessqualität – Inhalte der Diagnostik

Berat.-Nr. ³	Koop.Heilmittel erbringer	Erfahrung	Ausprobieren Hilfsmittel	Fehleinschätzungen
003	nein		X	
009	X	X	X	Fähigkeiten werden unterschätzt; insbes. GB, bei fehlender Lautsprache, Akutbereich

² Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

³ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Berat.-Nr. ⁴	Koop.Heilmittel erbringer	Erfahrung	Ausprobieren Hilfsmittel	Fehleinschätzungen
010	X			
015	X	X		
016	nein		X	
018	X	X	X	
019	keine Angabe			
020	X			Fähigkeiten werden unterschätzt
023	X			Fähigkeiten werden unterschätzt
024	nein		X	bei Verlass auf Aktenlage
025	keine Diagnostik	keine Diagnostik	keine Diagnostik	keine Diagnostik
Insgesamt:	6x Koop.; 3x keine Koop.	3x Erfahrung	5x Ausprobieren	4x Fehleinschätzungen

Tab.10a : Prozessqualität – Inhalte der Diagnostik

Betrachtet man den Bereich der Diagnostik zeigt sich, dass ein klares Diagnostik-konzept für den Bereich der UK *nicht* vorhanden ist. Festzuhalten ist, dass standardisierte Testverfahren in der UK-Diagnostik *keine* Beachtung finden. Zwei Beratungsstellen geben an, dass Testverfahren aus ihrer Erfahrung heraus unange-messen sind und ein Rückzugsverhalten der Betroffenen zur Folge hat (vgl. Interview 010/20).

Eine Beratungsstelle beklagt das Fehlen geeigneter Diagnostikmaterialien. Der Bedarf von Diagnostikmaterialien speziell für den Fachbereich UK wird ersichtlich.

„Das Problem ist tatsächlich, es gibt kein geeignetes Verfahren, was für dieses Klientel, was hierher kommt, durchgängig .. nutzbar ist.“ (Interview 020/ 5)

Einige Beratungsstellen greifen auf bereits bestehende Diagnostik anderer Heilmittel-erbringer zurück (vgl. Interview 009/ 49; 010/ 18) bzw. kooperieren in Diagnostik-fragen mit anderen Berufsgruppen – insbesondere mit der Physiotherapie. Grundlegend für die Beobachtung sind die indirekte Überprüfung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, das Ausprobieren von Kommunikationshilfen sowie das Erfassen von Interessen, Bedürfnissen und Motivationen des Betroffenen und seines Umfeldes. Dies geschieht in den einzelnen Beratungsstellen in unterschiedlichem Umfang. Während eine umfassende Diagnostik für einige Beratungsstellen die Grundlage für die spätere Versorgung ist (vgl. Interview 016/ 8), stellt für zwei Beratungsstellen die Erfassung von

⁴ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Fähigkeiten und Fertigkeiten für die UK-Versorgung kaum eine Bemessensgrundlage dar (vgl. Interview 003/ 24; 024/ 35).

Welche Fähigkeiten und Fertigkeiten in der UK-Diagnostik durch UK-Beratungsstellen an Beachtung finden, zeigt die nachfolgende Tabelle auf.

Berat.-Nr. ⁵	Motorik/ An- steuerung	Kognition	Sprach- ver- ständnis	Wahr- nehmung	Kom.- mög- lichkeiten	Motivation/ Interessen	Konzen- tration
003	X	X	X	X			
009	X	X	X		X	X	
010	X			X	X	X	
015	X				X		
016	X	X		X	X		
018	X	X		X		X	
019	X				X		
020	X	X		X	X	X	X
023	X		X	X		X	
024	X				X		
025	X	X	X	X	X		
Insgesamt:	11x	6x	4x	7x	8x	5x	1x

Berat.-Nr.	Emotion	Lern- tempo	Schrift- sprache	Symbol- verständ- nis	Entwick- lungsstand
003					
009		X	X		X
010		X			X
015					
016	X				
018					
019			X	X	X
020		X	X	X	
023	X				
024					
025					
Insgesamt:	2x	3x	3x	2x	3x

Tab. 11: Prozessqualität – Fähigkeiten/Fertigkeiten

Es wird ersichtlich, dass die einzelnen Fähigkeiten und Fertigkeiten in unterschiedlichem Maße Beachtung finden. In allen UK-Beratungsstellen finden motorische Fähigkeiten Beachtung und hier insbesondere die Fähigkeiten, die für die Bedingung einer Kommunikationshilfe von Bedeutung sind. Acht der elf befragten Beratungsstellen beachten die bereits gegebenen und/oder noch vorhandenen Kommunikationsmöglichkeiten. Sieben Beratungsstellen legen in ihrer Diagnostik Wert auf die Erkennung von Wahrnehmungsleistungen und für sechs Beratungsstellen spielt die Kognition eine wichtige Rolle. Motivation und Interesse der Klienten spielen in nur fünf

⁵ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Beratungsstellen im Rahmen der Erfassung von Fähigkeiten und Fertigkeiten eine Rolle. Die anderen Fähigkeiten und Fertigkeiten finden je nach Klientel, Beratungsstelle und zugrunde liegendem Diagnostikverständnis in unterschiedlichem Maß Beachtung. Insgesamt gesehen spielen sie jedoch eine eher untergeordnete Rolle. Zudem werden gerade im Erwachsenenbereich bestimmte Fähigkeiten - wie beispielsweise die Schriftsprache - vorausgesetzt.

Die Erfassung erfolgt in der Regel durch Beobachtung und Erfahrung, Diagnostikmaterialien werden nicht genutzt bzw. angemessene Diagnostikmaterialien für den UK-Fachbereich scheint es noch nicht zu geben.

„Das ist denke ich so eben ganz viel Erfahrung. (...) Und dann entwickelt sich schon was. Dass man da so ein Gefühl für bekommt (...)“ (Interview 018/ 52)

Gewarnt wird von drei Beratungsstellen vor der Fehleinschätzung von Fähigkeiten und Fertigkeiten. Dabei erfolgt vielfach eine Unterschätzung der Fähigkeiten, insbesondere dann, wenn keine Lautsprache vorhanden ist und/ oder eine geistige Behinderung vorliegt.

Elemente der UK-Versorgung

Berat.-Nr. ⁶	Förderpläne	Elektronische Versorgung	Nichtelektronische Versorgung
003	nur für Interne	vorzugsweise; Hilfsmittelfirmen	
009	keine, aus zeitlichen Gründen	Hilfsmittelfirmen als Kooperationspartner, Vorsicht: verkaufsorientiert; Weiterversorgung Beratungsstelle	Beratungsstelle, vorzugsweise zum Kommunikationsaufbau
010	für wissenschaftlichen Beirat	Hilfsmittelfirmen, Weiterversorgung	Beratungsstelle
015	keine, aus zeitlichen Gründen	Hilfsmittelfirmen; Probephase	vorzugsweise; Beratungsstelle
016	keine	Hilfsmittelfirmen als Kooperationspartner, Weiterversorgung Beratungsstelle	Beratungsstelle
018	in der Regel keine, sonst interdisziplinär	nach Möglichkeit Beratungsstelle, evtl. Einbezug Hilfsmittelfirmen; Vorsicht: verkaufsorientiert	Beratungsstelle
019	nur für Interne	Hilfsmittelfirmen; Probephase	Beratungsstelle
020	individuelle unterschiedlich	Hilfsmittelfirmen	Beratungsstelle

⁶ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Berat.-Nr. ⁷	Förderpläne	Elektronische Versorgung	Nichtelektronische Versorgung
023	Kinder: ja (intern); Erwachsene: nein	Hilfsmittelfirmen als Kooperationspartner, Weiterversorgung Beratungsstelle	Beratungsstelle
024	keine (k)	Hilfsmittelfirmen, Probephase	keine Versorgung
025	keine, nur für die eigene Arbeit	Hilfsmittelfirmen	Beratungsstelle
Insgesamt:	6x keine; 4x intern; 1x nach Bedarf	11x Hilfsmittelfirmen	9x Beratungsstelle

Tab. 12 : Prozessqualität - Elemente der UK-Versorgung

Berat.-Nr.	Schwerpunkt	Versorgungsdauer
003	Folgebetreuung	individuell unterschiedlich
009	Transfer; Alltagsrelevanz	individuell unterschiedlich
010	Kommunikationsanbahnung	je nach genehmigten Förderstunden
015	Einzelberatung nicht ausreichend; Zeit der Auseinandersetzung; Selbstbestimmtes Handeln	individuell; je nach genehmigten Förderstunden
016	Training/ Weiterentwicklung Kommunikationshilfe	je nach genehmigten Förderstunden
018		individuell; je nach genehmigten Förderstunden
019		keine Folgebetreuung
020	Ausschöpfung körpereigener Kommunikationsformen	individuell; je nach genehmigten Förderstunden
023	Körpereigene Kommunikationsformen, da Technik versagen kann	individuell; je nach genehmigten Förderstunden
024	nur Beratung, keine Versorgung; Erkennen geeigneter Hilfsmittel und ernstprechende Weitervermittlung	keine Folgebetreuung
025	Elektronische Versorgung; Folgebetreuung; Transfer	überdauernd
Insgesamt:	unterschiedliche Schwerpunktsetzung	8x individuell; 2x keine; 1x überdauernd

Tab. 12a : Prozessqualität - Elemente der UK-Versorgung

⁷ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Förderpläne

Förderpläne werden von den wenigsten Beratungsstellen erstellt. Wenn es zu einer Erstellung von Förderplänen kommt, so betreffen sie in der Regel nur Klientel, das institutsintern versorgt und betreut wird. Dabei werden Förderpläne immer nur für Kinder und Jugendliche erstellt, in der Erwachsenenarbeit finden sie keine Beachtung (vgl. Interview 003/ 6; 023/ 5).

Teilweise wird die Notwendigkeit von Förderplänen gesehen, aber aus zeitlichen Gründen ist eine Umsetzung nicht oder nur bedingt möglich (vgl. Interview 015/ 5).

Inhalt der erstellten Förderpläne sind das Festhalten von Gesprächsnotizen, der Beginn und der geplante Verlauf der UK-Maßnahme. Förderpläne dienen zum Einbezug des Umfeldes und werden in der Regel im Team mit Angehörigen und Therapeuten erstellt und/oder besprochen.

UK-Versorgung

Für die Einführung von Kommunikationshilfen lässt sich ganz klar festhalten, dass eine Versorgung mit körpereigenen und nichtelektronischen Kommunikationsformen über die UK-Beratungsstellen läuft, während für die Versorgung mit elektronischen Kommunikationshilfen Hilfsmittelfirmen herangezogen werden (vgl. Interview 016/ 11; 023/ 23).

Dabei wird die Einführung und Betreuung von elektronischen Kommunikationshilfen ganz unterschiedlich gehandhabt. Einige Beratungsstellen führen hier eine gemeinsame Anpassung mit den Hilfsmittelfirmen durch und übernehmen die Einweisung und Folgebetreuung (vgl. 023/ 24), andere Beratungsstellen hingegen geben die Versorgung komplett an die Hilfsmittelfirma ab (vgl. Interview 016/ 9).

Eine Zusammenarbeit mit Hilfsmittelfirmen wird aufgrund der starken Verkaufsorientierung oftmals als kritisch betrachtet. Von einer Beratungsstelle wird deshalb eine Versorgung über Hilfsmittelfirmen vermieden. Eine alleinige Versorgung durch Hilfsmittelfirmen wird aus eben jenem Grund als wenig sinnvoll erachtet.

„(...) Weil .. ich das nicht immer so prall finde, die direkt Elektronikfirmen, weil es dann häufig sehr einseitig ist. Weil nicht alle Geräte bei den jeweiligen Firmen vorhanden sind und die beraten ja nur ihre Geräte (...)“ (Interview 018/ 95)

Insgesamt ist die Tendenz zur elektronischen und nichtelektronischen Versorgung abhängig von der Grundkonzeption der UK-Beratungsstellen. Angaben hierzu finden sich im Abschnitt der Modellorientierung.

Versorgungsdauer

Die Versorgungsdauer bzw. die Übernahme von überdauernden Betreuungen ist je nach UK-Beratungsstelle und Konzeption unterschiedlich. In der Regel erfolgt eine Betreuung in Abhängigkeit zu den genehmigten Förderstunden (vgl. Interview 010/ 31; 018/ 65). Betreuungen können somit den Zeitraum von wenigen Wochen bis zu mehreren Monaten umfassen. Eine überdauernde Betreuung ist bei zwei Beratungsstellen möglich, die darin ihren Arbeitsschwerpunkt sehen. Festzuhalten ist, dass Langzeitbetreuungen jedoch nicht im Erwachsenenbereich zu finden sind, sondern immer nur für den Kinder- und Jugendbereich gelten (vgl. Interview 003/ 025). Eine Beratungsstelle hat ihren Schwerpunkt in der Beratung und übernimmt gar keine Versorgungsaufgaben und Betreuungen (vgl. Interview 024). Aufgrund der Erfahrung, dass die Einführung von UK-Maßnahmen und die Auseinandersetzung mit der veränderten Lebenssituation einer Zeit der Auseinandersetzung bedarf und vielfach als prozessuales Geschehen bezeichnet wird, ist die Notwendigkeit von Folgebetreuungen im Erwachsenenbereich über einen längeren Zeitraum unabdingbar.

„Da haben wir so festgestellt, dass das erst mal darum geht .. ja, welches Interesse, wo steht derjenige wirklich und sich dafür Zeit lassen. Weil Menschen mit erworbenen Beeinträchtigungen (...) nach dem Unfall oder der Krankheit jetzt an Fähigkeiten haben noch nicht so ganz akzeptieren. .. Und von daher ist das mit ein oder zwei Beratungen in der Regel nicht getan. (...)“ (Interview 010/ 11)

Folgebetreuung

Wie die nachstehende Tabelle verdeutlicht, wird die Folgebetreuung am häufigsten von Therapeuten, bei Kindern und Jugendlichen auch durch das Lehrpersonal, übernommen.

Berat.-Nr. ⁸	Angehörige	Beratungsstelle	Eltern	Erzieher	Lehrer	Therapeuten
003			X - geringe Bereitschaft		X - geringe Bereitschaft	X - geringe Bereitschaft
009	X		X		X	X
010						X
015					X	X
016		X				
018		X				
019	X					X
020				X	X	X
023						X - geringe Bereitschaft
024						X
025	X				X	X
Insgesamt:	3x	2x	2x	1x	5x	9x

Tab. 13 : Prozessqualität – Folgebetreuung

Insgesamt gestaltet sich die Weiterführung der UK-Maßnahme eher schwierig. Ansätze warum dies so ist, werden im Rahmen der Umfeldarbeit noch näher angeführt. Zunächst ist häufig nur eine geringe Bereitschaft für die Übernahme der Folgebetreuung zu beobachten. Angebote der Betreuung in der Umsetzung der UK-Maßnahme werden kaum angenommen (vgl. Interview 003/ 9). Eine Ursache hierfür wird im mangelnden Wissen und in der Unkenntnis vieler Therapeuten hinsichtlich UK vermutet (vgl. Interview 023/ 28).

Es zeigt sich jedoch bei allen UK-Beratungsstellen, dass eine Folgebetreuung gewährleistet sein muss und die Einführung einer UK-Maßnahme keinen Sinn hat, wenn es keine Folgebetreuung gibt. Eine Folgebetreuung erweist sich dabei jedoch häufig nur als gelungen, wenn die Folgebetreuer, insbesondere Angehörige, über einen langen Zeitraum begleitet und unterstützt werden.

„Das macht auch Sinn haben wir festgestellt. Dass die Leute nicht mit irgendwas allein gelassen werden, sondern dass wir dann zur Verfügung stehen und Material auch noch mit erstellen, Belegungen oder auch Gebärden etc., etc., etc. noch mit .. die passen dann auch mit aussuchen.“ (Interview 018/ 60)

Konzepte

Berat.-Nr. ⁹	Anglo-amerikanische Modelle	Prinzipien
003	Keine Orientierung an anglo-amerikanischen Modellen	Voraussetzungslosigkeit; Lernen in der Kommunikation; wichtig: Folgebetreuung; keine Konzepte in der Erwachsenenarbeit
009	Keine Orientierung an anglo-amerikanischen Modellen	keine Konzepte; Erfahrung; wichtig: firmenunabhängige Beratung und Beileitung der Betroffenen
010	Keine Orientierung an anglo-amerikanischen Modellen	Voraussetzungslosigkeit; individuelles Vorgehen ohne Konzept; prozessuales Geschehen in der Erwachsenenarbeit
015	Keine Orientierung an anglo-amerikanischen Modellen	Erfahrung; Orientierung an der Arbeit anderer Beratungsstellen; prozessuales Geschehen
016	Keine Orientierung an anglo-amerikanischen Modellen	Diagnostik als Therapiebasis, Intervallbetreuung
018	Keine Orientierung an anglo-amerikanischen Modellen	Prinzip der totalen Kommunikation, ressourcenorientiert; Konzepte bezügl. Beratung und Dokumentation angedacht; Orientierung an Literatur/ Fortbildungen

⁸ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

⁹ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Berat.-Nr. ¹⁰	Anglo-amerikanische Modelle	Prinzipien
019	Partizipationsmodell	Prinzip der totalen Kommunikation, systemische Beratung, Schaffung nichtelektronischer Kommunikationsmöglichkeiten
020	Partizipationsmodell	Ansätzen an den Fähigkeiten, ressourcenorientiert; Erwachsene: Beachtung Lebenserfahrung
023	Partizipationsmodell	Erwachsene: Partizipationsmodell; prozessuales Geschehen, Zeit der Auseinandersetzung, mehr psychologische Betreuung gefordert; Kinder: entwicklungsorientierte Ansätze
024	Keine Orientierung an anglo-amerikanischen Modellen	keine Konzepte aufgrund Störungsvielfalt, Konzepte verengen den Blickwinkel, individuelles Vorgehen; solides nichtelektronisches Fundament
025	Vorreiter AAC; Orientierung an anglo-amerikanischen Modellen	Prinzip der totalen Kommunikation; unterschiedliche Vermittlungstechniken im Umgang mit dem Hilfsmittel (störungsabhängig)
Insgesamt:	7x keine Orientierung; 3x Partizipationsmodell; 1x AAC als Vorreiter	4x kein Konzept; 2x Voraussetzungslosigkeit; 3x totale Kommunikation; 3x Prozess; 3x ressourcenorientiert

Tab. 14: Prozessqualität - Konzepte

Berat.-Nr. ¹¹	Rolle Umfeld	Rolle Betroffener	Kommunikationsaufbau
003	Mitarbeit Eltern Voraussetzung; Anleitung über Jahre notwendig		
009	wichtig, da oft einzige Kommunikationspartner; UK-Versorgung scheitert oft am Umfeld, dauerhafte Umsetzung schwierig	Beachtung Wünsche	nichtelektronisch, unabhängig von Elektronik
010	wichtig, da Weiterbetreuung; Beachtung Wünsche =Weiterführung der Kommunikationshilfe	Voraussetzung: Motivation	nichtelektronisch, unabhängig von Elektronik
015	wichtig; Einbezug/ Beachtung Wünsche =Weiterführung der Kommunikationshilfe		

¹⁰ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

¹¹ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Berat.-Nr. ¹²	Rolle Umfeld	Rolle Betroffener	Kommunikationsaufbau
016	wichtig; Einbezug in allen Phasen	Wünsche des Betroffenen zählen	Keine Angaben
018	Wichtig; Einbezug/ Beachtung Wünsche =Weiterführung der Kommunikationshilfe; Einweisung und überdauernde Betreuung		
019			nichtelektronisch, unabhängig von Elektronik
020	Beachtung Wünsche =Weiterführung der Kommunikationshilfe	gemeinsame Zielformulierung	nichtelektronisch, unabhängig von Elektronik
023	Beachtung Wünsche =Weiterführung der Kommunikationshilfe; UK-Versorgung scheitert oft am Umfeld, dauerhafte Umsetzung schwierig, nehmen Selbstbestimmung des Betroffenen		
024	soll sich aktiv einbringen; Problem: hohe Erwartungshaltung		nichtelektronisch, unabhängig von Elektronik
025	wichtig, da häufig einzige Kommunikationspartner		
Insgesamt:	9x Einbezug Umfeld	4x Einbezug Betroffener	5x Kommunikationsanbahnung: nichtelektronisch

Tab. 14a: Prozessqualität - Konzepte

Hinsichtlich des konzeptionellen Vorgehens ist erkennbar, dass nur sehr wenige Beratungsstellen ein greifbares Konzept haben. Sieben Beratungsstellen geben an, sich nicht an anglo-amerikanischen Modellen oder sonstigen Modellen zu orientieren. Innerhalb der Datenerhebung und Auswertung ging es darum, über den Inhalt und Stil der Beratung und Versorgung einen Überblick über bestehende Prinzipien zu erlangen und versteckte Konzepte oder Komponenten herauszufiltern.

Ist eine Arbeit nach anglo-amerikanischen Ansätzen gegeben, so erfolgt eine Orientierung am Partizipationsmodell. Das Partizipationsmodell verkörpert das bisher einzige anglo-amerikanische Modell, das ins Deutsche übersetzt wurde und seit Ende der 90er

¹² Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Jahre in Fachpublikationen Beachtung findet. Drei Beratungsstellen geben an, in Anlehnung an dieses Modell zu arbeiten. Eine dieser Beratungsstellen nutzt das Modell zur Arbeit im Erwachsenenbereich. Vorzugsweise wird das Modell dabei zur Aufdeckung von Gelegenheits- und Zugangsbarrieren eingesetzt.

Vergleicht man das Vorgehen und die konzeptionellen Gedanken der einzelnen Beratungsstellen, lassen sich folgende Gemeinsamkeiten erkennen:

Zwei Prinzipien lassen sich häufiger in den einzelnen Äußerungen finden. Dabei handelt es sich zum einen um das ‚Prinzip der Voraussetzungslosigkeit‘ und zum anderen um das ‚Prinzip der totalen Kommunikation‘. Das Prinzip der totalen Kommunikation verkörpert einen Leitgedanken der UK, wonach alle Kommunikationsmöglichkeiten, die dem Betroffenen zur Verfügung stehen, ausgeschöpft werden. Das hierzu auch die Ausschöpfung der natürlichen Lautsprache gehört und Möglichkeiten einer Förderung dieser nicht außer acht gelassen werden sollte, findet nur bei zwei Beratungsstellen Beachtung.

„(...) und trotzdem habe ich dann zunächst mal angeraten, noch mal eine logopädische Diagnostik durchzuführen zu lassen, um zu gucken, in wie weit eben diese Sprache verbessert werden kann (...) wenn sich dann rausstellt, an dieser Sprechfähigkeit ist aus bestimmten Gründen nichts zu verbessern, dann würde ich sicherlich ernsthaft auch an eine technische Hilfe denken. (...) Aber ich denke, die körpereigenen Fähigkeiten müssen einfach erst mal soweit ausgeschöpft werden, dass es halt optimal ..“ (Interview 020/ 49-50)

Ein weiterer Punkt, der eine konzeptionelle Beeinflussung verkörpert, ist die Erfahrung, dass UK-Interventionen insbesondere in der Erwachsenenarbeit als ein prozessuales Geschehen zu sehen sind. Viele Betroffene benötigen Zeit zur Auseinandersetzung mit der Erkrankung und somit auch Zeit, neue Kommunikationswege für sich anzunehmen und zu akzeptieren (vgl. Interview 023/ 20). Inwieweit innerhalb des zeitlichen Rahmens der einzelnen Beratungsstellen eine Phase der Begleitung möglich ist, bleibt an dieser Stelle offen. Zieht man die geführten Interviews heran, erscheint die Erfüllung dieser Forderung vielfach nicht möglich zu sein. Im Rahmen dessen stellt sich die Frage nach Möglichkeiten der psychologischen Betreuung.

Wie groß die psychische Belastung durch das Auftreten einer Sprach- und Sprechstörung und der zugrundeliegenden Grunderkrankung sein kann, belegen zudem Studien zur kritischen Lebensereignisforschung bei Dysarthrie (vgl. Giel 2000).

Eine Beratungsstelle weist vehement darauf hin, dass eine psychologische Betreuung der Betroffenen und seiner Angehörigen häufig unabdingbar ist. Sowohl aus zeitlichen Gründen, aber insbesondere aufgrund fehlender entsprechender Ausbildungen, können die einzelnen Beratungsstellen dies nicht leisten. Der Ruf nach geschultem psychologischen Personal, das auch mit kommunikativ beeinträchtigten Menschen arbeitet, wird laut.

„Eigentlich eine Sache, die wir zwar noch nicht .. also eigentlich nicht leisten können, aber die kaum jemand anderes leistet. (...) Und wir merken in vielen Gesprächen eigentlich, dass sowohl Angehörige als auch Betroffene .. da eigentlich einen großen Hilfsbedarf haben .. mit der Sache fertig zu werden. .. Dass sie überhaupt in der Lage sind, dann auch selbstbestimmt weiterzuleben. ... Denn viele geben sich auf. .. Manche nicht, aber viele. Die Angehörigen sind eben auch nun mal nicht, keine Maschinen, die immer funktionieren, sondern eben auch Gefühle. Und dann mit den Gefühlen fertig zu werden und manchmal eben auch in kleinen Dingen noch einen Wink zu sehen, das ist natürlich schwierig.“ (Interview 023/ 43)

Nur eine Beratungsstelle lehnt eine Arbeit nach vorgegebenen Modellen und Konzepten mit der Begründung der Verengung des Blickwinkels ab (vgl. Interview 024).

In der Diskussion um Tendenzen zu einer eher nichtelektronischen oder eher elektronischen Versorgung zeigt sich, dass der Einsatz elektronischer und nichtelektronischer Kommunikationshilfen stark an persönliche Erfahrungen und Einstellungen geknüpft ist. Da es zurzeit noch keine Evaluationsstudien hinsichtlich Nutzen und Effektivität von nichtelektronischen und elektronischen Kommunikationshilfen gibt, erscheint dieses Vorgehen nur natürlich. Es zeigt aber auch, wie dringend hier Forschungsarbeit erforderlich ist, um eine optimale Versorgung zu erreichen. Einige Tendenzen sind hier erkennbar, wie sie auch im Abschnitt zum störungsspezifischen Materialeinsatz noch aufgezeigt werden. Durch entsprechende Untersuchungen wären diese Tendenzen zu belegen und dem breiten Fachpublikum zugänglich zu machen.

Innerhalb des konzeptionellen Vorgehens zeigt sich die Tendenz, zur Kommunikationsanbahnung immer auf nichtelektronische Kommunikationshilfen zurückzugreifen und ein solides, von Elektronik möglichst unabhängiges, Fundament der Kommunikation zu schaffen (vgl. Interview 009/ 106). Diese Forderung gilt insbesondere in der Arbeit mit angeborenen Kommunikationsstörungen. In der Arbeit mit erworbenen Kommunikationsstörungen kann häufig auf vorhandene Kommunikationsstrukturen zurückgegriffen werden, wodurch hier auch wesentlich häufiger auf elektronische Kommunikationshilfen zurückgegriffen wird (s. Materialeinsatz). Wie sinnvoll der alleinige Einsatz elektronischer Kommunikationshilfen ist, soll im folgenden noch geklärt werden.

In allen konzeptionellen Grundlagen der einzelnen Beratungsstellen nehmen die Angehörigen und das Umfeld eine besonders wichtige Rolle ein. Sie stellen die häufigsten Kommunikationspartner dar und sind diejenigen, welche die Kommunikationshilfe weiterführen müssen. Eine Kommunikationshilfe hat wenig Nutzen, wenn das Umfeld sie nicht akzeptiert und sie nicht gemeinsam mit dem Betroffenen einsetzt. Grundvoraussetzung für die Akzeptanz der Kommunikationshilfe ist laut der Erfahrung der Beratungsstellen Beachtung der Wünsche und Interessen des Umfeldes (vgl. Interview 020/ 44).

Ebenso wichtig ist die Einführung in den Umgang mit der Kommunikationshilfe.

„(...) Ein ganz wesentlicher Faktor, denn meine Philosophie oder meine Erfahrung ist, beziehe ich das Umfeld nicht ein, sind die Chancen, dass UK eingesetzt wird, gering, weil keiner weiß, wie er es richtig machen soll, was das alles so bedeutet. Also ich finde, es geht nicht ohne Einbeziehung des Umfeldes.“ (Interview 015/ 12)

Dabei zeigt die Erfahrung auch, dass eine einmalige Einführung des Umfeldes nicht ausreichend ist und Betreuungen und Anleitungen des Umfeldes über Jahre hinweg notwendig sind. Eine Kostenübernahme von Krankenkassen für Folgebetreuungen ist hierzu einerseits erforderlich, andererseits bedarf es vermehrter professioneller Folgebetreuer, die sich im UK-Bereich auskennen und eine effektive, überdauernde Versorgung gewährleisten können (vgl. Interview 003/ 12).

Zurzeit lehrt die Erfahrung noch, dass eine dauerhafte Umsetzung der UK-Maßnahme häufig am Umfeld und teilweise auch am Betroffenen selbst scheitert.

„(...) also ich denke mal, es ist immer ein großes Problem, die Angehörigen und Betroffenen selber. Nach einer gewissen Zeit merken die, dass UK natürlich doch .. ganze Menge, also sehr aufwendig ist gegenüber der Lautsprache. Sie ist natürlich nicht so schnell verfügbar, man braucht mehr Zeit .. und da resignieren viele bzw. finden das dann nicht mehr toll (...).“ (Interview 023/ 31)

Ob es tatsächlich am fehlenden Durchhaltevermögen liegt oder auf eine unzureichende Beratung und Betreuung zurückzuführen ist, kann hier nicht geklärt werden. Hierzu bedarf es qualitativer Forschungen, in denen die Betroffenen und ihr Umfeld sowie die UK-Intervention Gegenstand der Untersuchung sind.

Konzeption -Soll-Analyse

Hinsichtlich der Überlegung nach einheitlichen Versorgungskonzepten und Modellen wurde von der Mehrheit der befragten Beratungsstellen die Notwendigkeit der individuellen Versorgung hervorgehoben und einheitliche Modellkonzeption als nicht denkbar eingestuft. Nur eine Beratungsstellen sah die Möglichkeit einer individuellen Versorgung innerhalb übergeordneter Modulelemente (vgl. Interview 020/ 47).

Allgemein werden für eine bessere Versorgung jedoch schon Konzepte gewünscht, die einer besseren störungsspezifischen Orientierung dienen sollen (vgl. Interview 010/ 44).

Darüber hinaus wird eine verstärkte interdisziplinäre Teamarbeit gewünscht sowie die Möglichkeit, Intervalltherapien in den Alltag integrieren zu können.

Einen Überblick über mögliche Veränderungen hinsichtlich einer besseren UK-Versorgung zeigt die nachfolgende Tabelle auf.

Berat.-Nr. ¹³	Einheitliche Konzeption	Versorgung - Soll
003	nicht denkbar - individuelle Versorgung	einheitliche Konzeption: Organisation
009	nicht denkbar - individuelle Versorgung	Arbeit im interdisziplinären Team; Einzelfallhelfer, mehr Therapeuten, die sich mit UK auskennen
010	nicht denkbar - individuelle Versorgung	Modelle zur Anregung, Entnahme von Modellelementen
015	ist gegeben durch Beratung/ Anpassung/ Betreuung/ Einbezug Umfeld alters- und störungsunabhängig	Verbesserung der Konzeption bei besserer finanziellen Gegebenheiten
016	nicht denkbar - individuelle Versorgung	
018	nicht denkbar - individuelle Versorgung	Konzepte zur störungsspezifischen Orientierung hilfreich
019	nicht denkbar - individuelle Versorgung	mehr Umfeldarbeit; Evaluation
020	in Modulen denkbar, individuelle Modulauswahl und individuelle Versorgung innerhalb der Module	Intervalltherapie
023	nicht denkbar - individuelle Versorgung	Konzepte zur störungsspezifischen Orientierung hilfreich
024	nicht denkbar - individuelle Versorgung	mehr Wissen in Form von theoretischer und praktischer Auseinandersetzung
025	nicht denkbar - individuelle Versorgung; Unterscheidung angeborene und erworbene Kommunikationsstörungen	Konzepte zur störungsspezifischen Orientierung hilfreich
Insgesamt:	9x nicht denkbar; 1x in Modulen denkbar; 1x bereits gegeben	4x Konzepte zur Orientierung; 2x mehr Wissen, Evaluation; 1x Intervalltherapie; 1x Interdisziplinär, 1x einheitliche Organisation

Tab.15 : Prozessqualität - Konzepte (Soll-Analyse)

8.2.2.2 Störungsspezifischer Materialeinsatz

Wie bereits weiter oben angeführt, ist der Einsatz elektronischer und nicht-elektronischer Kommunikationshilfen zur Zeit noch verstärkt abhängig von der Grundeinstellung der Berater. Während einige Beratungsstellen sich auf die Versorgung mit elektronischen Kommunikationshilfen spezialisiert haben und störungsunabhängig elektronisch versorgen, liegt anderen Beratungsstellen eine eher nichtelektronische Versorgung zugrunde mit elektronischer Versorgung bei Bedarf. Eine klare Tendenz zu einer eher elektronischen Versorgung zeigt sich jedoch in der Erwachsenenarbeit. Dabei sind die meisten Kommunikationshilfen schriftsprachbasiert und entsprechen den meist vorhandenen Lese-Schreib-Fähigkeiten.

„(...) bei den erwachsenen neurologischen Patienten .. haben, ist meine Erfahrung, dass die eher auf Technik ansprechen .. sie können ja noch schreiben in der Regel .. dass sie natürlich

¹³ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

gerne dann auf eine elektronische Hilfe zurückgreifen, um schreiben zu können und sich da über Schriftsprache noch verständigen zu können. Erfahrungen, die ich gemacht habe.“ (Interview 015/ 42)

Die Erfahrungen dieser UK-Beratungsstelle decken sich mit denen anderer. Beratungsstellen, die symbolorientiert gearbeitet haben, machten die Erfahrung, dass Symbolen nur wenig Akzeptanz geschenkt wurde, insbesondere wenn auf ein intaktes Lese-Schreib-System zurückgegriffen werden konnte (vgl. Interview 018/ 100).

Gewarnt wird vor der alleinigen Versorgung mit elektronischen Kommunikationshilfen, da diese versagen können. Deshalb sollten nichtelektronische Kommunikationsformen begleitend immer Anwendung finden.

Eine Tendenz zu einer eher nichtelektronischen Versorgung zeigt sich alleinig bei Demenz.

Einen Überblick über den störungsspezifischen Materialeinsatz im Beratungsstellenvergleich gibt die nachstehenden Tabelle:

Berat.-Nr. ¹⁴	Störungsspezifisches Material	keine Tendenz elektr./ nichtelektr.	Tendenz elektronisch	Tendenz nichtelektr.	Kinder
003	X		X		
009	X	X	Unabhängigkeit, häufig Überschätzung		Symbole; nichtelektr.
010	nein	X	positiv, kein Kom.-aufbau		
015	X		nach Probe, bei Bedarf	X	
016	X			X	
018	X	X	nie alleinig		Mobil: Gebärden/ Symbole
019	nein	X			
020	nein	X		X	
023	X		hohe Akzeptanz; Intelligenz	X	
024	nein	X			
025	nein		X		
Insgesamt	6x störungsspezifischer Einsatz; 5x kein	6x keine Tendenz; 5x Tendenz	2x Tendenz elektronisch; 3x positive Bewertung bei Bedarf	4x Tendenz nichtelektronisch	2x Symbole/ Gebärden

Tab. 16 : Prozessqualität - Störungsspezifischer Materialeinsatz

¹⁴ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Berat.-Nr. ¹⁵	Erwachsene elektronisch	Erwachsene nichtelektr.	Erwachsene Schriftsprache	Erwachsene Symbole	Erwachsene
003	X				unabhängige, offene Kommunikation
009	X		X-	wenig Akzeptanz	frühzeitige Anpassung, muss anpassbar sein
010	X				Versorgung aufgrund psychischer Belastung schwierig
015	X - positiv		X		Verallgemeinerung Materialeinsatz hier möglich
016		X			Demenz: nichtelektronisch
018	X		X	wenig Akzeptanz	immer elektr. und nichtelektronisch
019			X		Abhängigkeit: Grunderkrankung/ UK-Maßnahme
020			X	wenn keine Schriftsprache	Aphasie: Ansätze Frühförderung
023	X				störungsspezifisches Vorgehen durch Wissen über Krankheitsverlauf
024	X	Ergänzung	X		UK als Schreibhilfe
025			X	Kinder	
Insgesamt:	7x Tendenz elektronisch	1x Tendenz nichtelektr.; 1x Ergänzung	7x schriftsprachbasiert	2x wenig Akzeptanz; 1x wenn keine Schriftsprache	

Tab. 16a: Prozessqualität - Störungsspezifischer Materialeinsatz

¹⁵ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

8.2.2.3 Kooperationspartner

Einen Überblick über die Kooperationspartner gibt das folgende Schaubild.

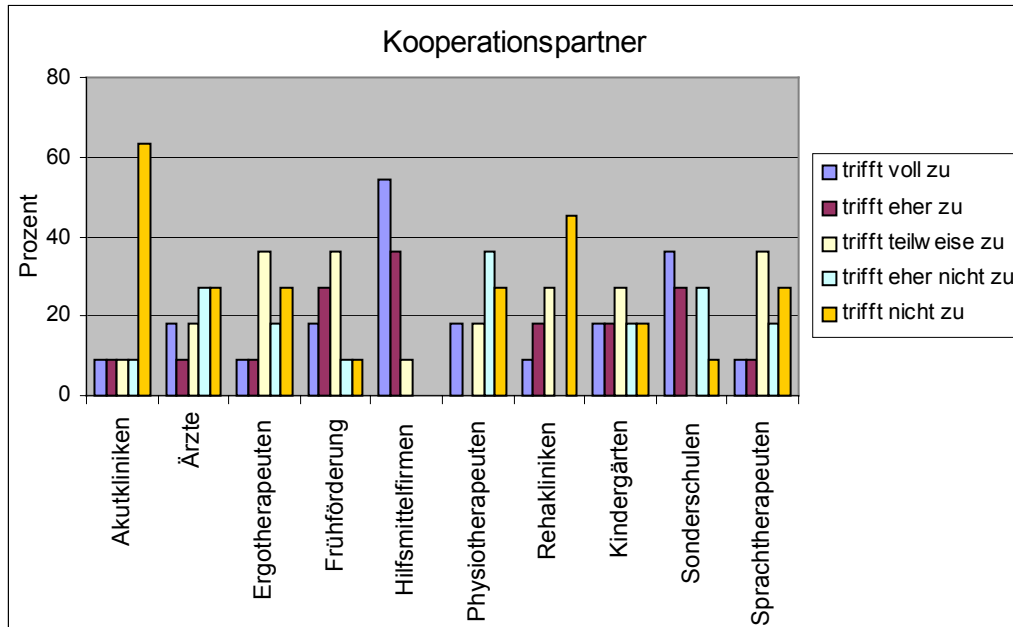


Abb. 54: Prozessqualität – Kooperationspartner

Demnach trifft eine Kooperation insbesondere mit Hilfsmittelfirmen, Sonderschulen und Frühfördereinrichtungen zu bzw. sogar voll zu (vgl. Tab. 181 Band 2). Dies entspricht dem überwiegend zu versorgenden Klientel des Kinder- und Jugendalters sowie der häufigen Versorgung mit elektronischen Kommunikationshilfen. Eher seltener erfolgt eine Kooperation mit Akutkliniken sowie mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen und sprachtherapeutischen Einrichtungen (vgl. Tab. 181 Band 2).

Dementsprechend fallen auch die Bewertungen der Kooperation aus (vgl. Tab. 182 Band 2). So wird die Kooperation mit Hilfsmittelfirmen als sehr gut (45,5%) oder gut (45,5%) bewertet. Die Kooperation mit Schulen und Kindergärten ebenfalls überwiegend mit sehr gut und gut. Eine eher heterogene Bewertung der Kooperation mit einer Bandbreite von sehr gut bis mangelhaft zeigt sich bei ergotherapeutischen, physiotherapeutischen und sprachtherapeutischen Einrichtungen (vgl. Tab. 182 Band 2).

Kooperation Sprachtherapie

Berat.-Nr. ¹⁶	Koop. SP	Koop.	Koop. -	Fehlendes UK-Wissen	Unzureichende UK-Ausbildung	Funktions-therapie
003	X					
009	kaum		X			
010	kaum			X		
015	Logopädin - keine Kooperation		X	X	X	
016	Sprachheil- pädagogin - keine Kooperation					
018	X	X			X	X
019	X	X				
020	X					X
023	kaum		X	X	X	
024	kaum		X	X	X	
025	kaum		X	X	X	
Insgesamt:	4X Koop.; 5x kaum Koop.	2x Koop. positiv	5x Koop. negativ	5x fehlendes UK-Wissen	5x unzureichende UK-Ausbildung	2x wichtig für Funktions- therapie

Tab. 17 : Prozessqualität - Kooperation Sprachtherapie

Eine Kooperation mit Sprachtherapeuten verläuft sehr heterogen. Zwei Beratungsstellen haben selber eine Sprachtherapeutin oder Logopädin. Zwei Beratungsstellen erachten eine Kooperation mit sprachtherapeutischen Einrichtungen für wichtig, da die Einschätzung von Restfunktionen und mögliche funktionstherapeutische Elemente durch diese erfolgen sollte (vgl. Interview 018/ 80).

Insgesamt gesehen erfolgt eine Kooperation mit sprachtherapeutischen Einrichtungen jedoch eher weniger und eine stattfindende Zusammenarbeit wird häufig negativ bewertet. Zurückgeführt wird dies auf ein mangelndes UK-Wissen bei Sprachtherapeuten und Logopäden und das noch teilweise herrschende Oralisten-Dogma.

„Es gibt ja einmal das Problem, dass an ganz vielen Ausbildungsstätten für Logopäden und Sprachtherapeuten die Unterstützte Kommunikation noch gar nicht drin vorkommt. .. Dann .. in ganz Alten da gibt es noch dieses Oralisten-Dogma. Das die sogar dagegen sind, Hilfsmittel einzusetzen.“ (Interview 024/ 62-63)

Ist den sprachtherapeutischen Einrichtungen UK bekannt, können Berührungspunkte zwischen Sprachtherapie und UK in der Regel überwunden werden, so dass eine positive Zusammenarbeit ist möglich (vgl. Interview 010/ 45; 020/ 52).

¹⁶ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Hieraus ergibt sich die Forderung nach vermehrten UK-Seminaren in sprachtherapeutischen und logopädischen Ausbildungsstätten, um den betreffenden Berufsgruppen Einsatzmöglichkeiten und Grenzen der UK innerhalb einer sprachtherapeutischen Versorgung aufzuzeigen und den Betroffenen letztendlich dadurch eine optimale kommunikative Versorgung zu ermöglichen.

8.2.2.4 Genehmigung Kommunikationshilfen

Das Vorgehen für die Genehmigung einer elektronischen Kommunikationshilfe und von Fördermaßnahmen läuft in allen UK-Beratungsstellen gleich ab. Unterschiedlich sind jedoch die Erfahrungen im Genehmigungsprozess. Drei Beratungsstellen geben an, noch nie Genehmigungsprobleme gehabt zu haben. Die übrigen Beratungsstellen geben kassen- bzw. ortsabhängige Genehmigungsprobleme an. Zwei Beratungsstellen haben die Erfahrung gemacht, dass insbesondere Privatkassen keine Kosten übernehmen (vgl. Interview 003/ 47).

Zudem werden Geräte erfahrungsgemäß eher genehmigt als Förderstunden. Häufig betrachten Krankenkassen die Finanzierung einer Kommunikationshilfe als ausreichend. Eine Einführung und Begleitung in Form von genehmigten Förderstunden geschieht häufig nicht mehr. Wie wichtig eine Einführung des Betroffenen und seines Umfeldes in die Kommunikationshilfe und eine überdauernde Unterstützung für eine konsequente und gelungene UK-Nutzung ist, wurde bereits oben angeführt. Teilweise lassen sich zudem störungsspezifische Abhängigkeiten in der Genehmigung feststellen. Eine Ablehnung von Kommunikationshilfen erfolgt insbesondere bei Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund der Absprache von kommunikativen Kompetenzen und teilweise auch bei progredienten Erkrankungen mit dem Hinweis auf eine begrenzte Lebenserwartung (vgl. Interview 019/ 48).

Im Bereich progredienter Erkrankungen werden jedoch auch positive Erfahrungen gemacht. Einige Beratungsstellen können schnellere Genehmigungsprozesse feststellen, wenn Gutachten den Hinweis über den schnellen Kommunikationsverlust und die Notwendigkeit einer sofortigen UK-Versorgung darlegen (vgl. Interview 015/ 54).

Hier bedarf es sicherlich einer gesteigerten Informationsvermittlung bei den Kostenträgern im Hinblick auf Möglichkeiten und Grenzen der UK-Versorgung bei unterschiedlichen Grunderkrankungen. Andererseits sind hier vermehrte Evaluationsstudien gefragt, die den Nutzen bestimmter Kommunikationshilfen im Rahmen bestimmter Krankheitsbilder aufzeigen und belegen.

Berat.-Nr. ¹⁷	Probleme	Keine Probleme	Kassenabhängige Probleme	Störungsspezifische Abhängigkeiten
003	X		keine Übernahme bei Privatpatienten	keine
009	X	Geräte	X	keine
010	X		bei allen Kassen	schnelle Genehmigung bei progredienten Erkrankungen
015		X		schnelle Genehmigung bei progredienten Erkrankungen
016		X		keine
018	X		keine Übernahme bei Privatpatienten	keine
019	X		X	Probleme bei geistiger Behinderung
020	bei fehlendem Gutachten		bei allen Kassen	Ablehnung bei progredienten Erkrankungen
023	X		bei allen Kassen	schnelle Genehmigung bei progredienten Erkrankungen; Probleme bei geistiger Behinderung
024		X		keine
025	X	Geräte	bei allen Kassen	Erwachsene: Förderung eher bei erworbenen als bei angeborenen Kommunikationsstörungen
Insgesamt:	8x Genehmigungsprobleme	3x keine Probleme; 2x keine Probleme bei Geräten	4x Probleme bei allen Kassen; 2x Probleme Privatversicherte; 2x kassenabhängige Probleme	5x keine störungsspezifischen Genehmigungsprobleme; 3x positiv bei progredienten Erkrankungen; 2x negativ bei geistiger Behinderung

Tab.18 : Prozessqualität - Genehmigung von Kommunikationshilfen

8.2.2.5 Zusammenfassung und Interpretation der Forschungsdaten im Hinblick auf die Fragestellung des Projektes 2

Die Auswertung der verbalen Daten sowie die vergleichende Analyse der elf UK-Beratungsstellen hinsichtlich verschiedener Parameter hat gezeigt, dass auf der Ebene der Prozessqualität zurzeit noch keine theoretischen Konzepte zur UK-Versorgung bei Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen vorliegen.

Bestehende anglo-amerikanische Modelle halten nur langsam Einzug in den deutschen Arbeitsalltag. Nur drei Beratungsstellen greifen auf bestehende anglo-amerikanische Modelle zurück. Dabei findet jedoch nur das Partizipationsmodell nach Beukelman/ Miranda Beachtung, welches bereits ins Deutsche übersetzt wurde. Die Mehrzahl der

¹⁷ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Beratungsstellen hat für sich mehr oder weniger geltende alltagstheoretische Konzepte entwickelt, die in der Regel auf Erfahrung beruhen.

Betrachtet man die Inhalte von Beratung, Diagnostik und Versorgung zeigen sich vielfältige Elemente, die auch in den einzelnen Assessment-Modellen einen festen Platz haben. So finden in fast allen Beratungsstellen die beiden Pole, Betroffene auf der einen Seite und Umfeld auf der anderen Seite, Beachtung. Die Arbeit im interdisziplinären Team bzw. deren Notwendigkeit wird in der Regel ebenfalls gesehen und gefordert. Die Umsetzung ist in bestehenden Konzepten jedoch häufig schwierig und bedarf noch weiterführender Überlegungen hinsichtlich geeigneter Umsetzungsmöglichkeiten. Ebenso scheint die Frage der Folgebetreuung noch nicht grundlegend und hinreichend geklärt. Es besteht zur Zeit noch zu wenig UK-Wissen in den einzelnen Fachgebieten bzw. aufgrund fehlender Aufgabenzuordnungen ist eine adäquate Folgebetreuung durch Therapeuten noch nicht gewährleistet. Hier erweist sich eine Kooperation mit Sprachtherapeuten häufig als schwierig, was von den UK-Beratungsstellen auf mangelndes UK-Wissen und dem Festhalten an der natürlichen Sprechfähigkeit zurückgeführt wird. Deutlich hat sich zudem gezeigt, dass eine UK-Versorgung eine langwierige Folgebetreuung notwendig werden lässt, will man eine überdauernde UK-Nutzung gewährleisten. Dabei bedarf nicht nur der Betroffene, sondern auch das gesamte Umfeld einer umfassenden Einführung in die UK-Maßnahme und einer überdauernden Folgebetreuung. Wie diese inhaltlich und zeitlich zu erfolgen hat, kann dieser Untersuchung nicht entnommen werden. An dieser Stelle bedarf es weiterer Untersuchungen unter Einbezug der Betroffenen und deren Umfeld. Langzeitstudien zur überdauernden UK-Nutzung sind erforderlich, um erkennen zu können, wann und warum UK-Hilfsmittel nicht mehr genutzt werden.

Ein sehr heterogenes Bild zeigt sich im Bereich der Diagnostik. Hier fehlt es an geeignetem Diagnostikmaterial. Zurzeit findet Diagnostik mehr oder weniger strukturiert über Beobachtung statt. Gegenstand der Beobachtung sind in der Regel Fähigkeiten und Fertigkeiten des Betroffenen in unterschiedlichem Umfang. Die Entwicklung von Standards in der UK-Diagnostik sind für ein evaluiertes Vorgehen dringend notwendig.

Für den störungsspezifischen Materialeinsatz gibt es ebenfalls noch keine theoretischen Konzepte. Fehlende Evaluationsstudien rechtfertigen zur Zeit noch ein Vorgehen nach individuellen Vorlieben und Überzeugungen. Klar erkennbar ist jedoch eine Tendenz zur elektronischen, schriftsprachbasierten Versorgung bei Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen.

Hinsichtlich zu verändernder Parameter geben alle Beratungsstellen ein individuelles Versorgungsvorgehen an, das eine einheitliche Konzeption aus Sicht der Beratungsstellen ausschließt. Um den Versorgungsstandard zu erhöhen, werden jedoch durchaus störungsspezifische Versorgungsmodelle zur Orientierung gewünscht. Hier zeigt sich eine Paradoxie, die auf einem Modellverständnis beruht, das besagt, dass übergeordnete, theoretische Versorgungsmodelle keinen Raum für Individualität zulassen. Aus diesem Grund ist für die meisten UK-Beratungsstellen eine einheitliche Konzeption undenkbar. Als eine denkbare Form wird von einer Beratungsstelle ein Versorgungsmodell in Modulform angeführt, dem ein individuelles Entnehmen von Versorgungselementen möglich wäre.

Hinsichtlich der Genehmigung von Kommunikationshilfen werden insbesondere lange Bearbeitungszeiten seitens der Kostenträger beklagt. Eine schnelle Versorgung ist jedoch gerade im Akutbereich zwecks sofortiger Kommunikationsaufnahme, bzw. im Bereich progredienter Erkrankungen zwecks Erhalt der Kommunikationsfähigkeit, dringend erforderlich.

Insgesamt bedarf es hier vermehrter wissenschaftlicher Untersuchungen, die zum einen den Nutzen von UK-Maßnahmen allgemein belegen und zum anderen die Effektivität bestimmter Kommunikationsformen bei bestimmten Störungsbildern aufzeigen.

8.2.3 Vergleich der Forschungsdaten aus Projekt 1 und Projekt 2 auf der Ebene der Prozessqualität

Ein Vergleich der Forschungsdaten beider Projekte soll im folgenden für die Bereiche Konzepte/Inhalte, störungsspezifischer Materialeinsatz und Kooperationspartner erfolgen. Dabei sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der UK-Versorgung bei Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter herausgearbeitet werden.

Konzepte und Inhalte

Sowohl im sprachtherapeutischen Arbeitsfeld als auch innerhalb der UK-Beratungsstellen ist *kein* eindeutiges konzeptionelles Vorgehen in der UK-Versorgung von erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen erkennbar. Bestehendes Fachwissen findet in beiden Arbeitsfeldern nur bedingt Beachtung. So besteht eine Orientierung an theoretischen, anglo-amerikanischen Versorgungs-

modellen in der Regel nicht. Zudem sind insbesondere in sprachtherapeutischen Einrichtungen bestehende theoretische Modelle nicht bekannt. Von den bestehenden theoretischen Versorgungsmodellen ist in beiden Arbeitsfeldern das Partizipationsmodell nach Beukelman/Mirenda am bekanntesten und findet wenn, am häufigsten Verwendung. Generell gilt in beiden Arbeitsfeldern eine Orientierung an alltags-theoretischen Konzepten. Ein deutliches Defizit zeigt sich im Bereich der Diagnostik. Hier fehlt es an geeigneten Diagnostikmaterialien und inhaltlichen Konzepten zur UK-Diagnostik.

Betrachtet man die Inhalte der UK-Versorgung so zeigen sich in beiden Arbeitsfeldern durchaus gemeinsame Versorgungselemente, die jedoch in ihrer Beachtung teilweise unterschiedlich gewichtet sind. In der UK-Versorgung durch sprachtherapeutischer Einrichtung steht die Beachtung der Klientenmotivation an erster Stelle. Im Rahmen der Fähigkeiten und Fertigkeiten werden vor allem die Motorik und die bestehenden linguistischen Fähigkeiten abgetestet. Das Umfeld und deren Wünsche, Erwartungen und Interessen sowie der Transfer in den Alltag spielen dahingegen eine untergeordnete Rolle. Demgegenüber bildet für die Mehrzahl der UK-Beratungsstellen die Zusammenarbeit mit dem Umfeld ein wesentliches Element in der UK-Versorgung. Nur wenn die Wünsche und Interessen des Umfeldes in der UK-Intervention Beachtung finden, wird eine Umsetzung der UK-Maßnahme und somit letztlich ein Transfer in den Alltag möglich sein. Hinsichtlich der Beachtung der Einstellungen des Umfeldes lässt sich festhalten, dass aufgrund der scheinbar hohen Bedeutsamkeit des Umfeldes für eine gelungene UK-Versorgung, wie sich in Projekt 2 gezeigt hat, der Prozentsatz der Sprachtherapeuten, die die Beachtung der Einstellungen des Umfeldes als wichtig erachten, eher gering ist. Hier bedarf es weitergehender Untersuchungen innerhalb des Gegenstandsbereiches Umfeld, um die Bedeutung des Einbezugs des Umfeldes für eine gelungene UK-Versorgung aus Sicht des Umfeldes erfassen zu können. Der Einbezug der Klientenmotivation im Bereich der UK-Beratungsstellen findet sich in einigen Beratungsstellen unter dem Aspekt der psychischen Belastung wieder. UK-Interventionen bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen werden demnach als prozessuales Geschehen bewertet. Die UK-Versorgung ist hiernach eng mit dem Prozess der Krankheitsbewältigung verknüpft. Fähigkeiten und Fertigkeiten des Klienten finden in den UK-Beratungsstellen dahingegen eher weniger Beachtung. Der einzige Beachtungspunkt ist die Motorik im Sinne von Möglichkeiten zur Ansteuerung und Bedingung von UK-Hilfsmitteln. Linguistische Fähigkeiten finden dahingegen kaum Beachtung. Damit zeigen sich Grenzen in der UK-Versorgung durch

UK-Beratungsstellen im Hinblick auf die Beachtung lautsprachlicher Fähigkeiten und funktionstherapeutischer Möglichkeiten.

Störungsspezifischer Materialeinsatz

Für den Bereich des störungsspezifischen Materialeinsatzes lässt sich festhalten, dass eine Versorgung mit elektronischen Kommunikationshilfen in beiden Arbeitsgebieten durch entsprechende Hilfsmittelfirmen erfolgt. Die Einführung körpereigener Kommunikationsformen erfolgt jeweils über den entsprechenden Arbeitsbereich. Dabei scheinen körpereigene Kommunikationsformen im sprachtherapeutischen Arbeitsfeld bei Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen häufiger angewandt zu werden als in den UK-Beratungsstellen. Kommt es insbesondere bei progredienten Erkrankungen zu einer elektronischen Versorgung, so geht in beiden Arbeitsbereichen die Tendenz zu schriftsprachbasierten Kommunikationshilfen. Hier stellt sich die Frage, warum im sprachtherapeutischen Arbeitsfeld körpereigene Kommunikationsformen scheinbar häufiger zum Einsatz kommen als elektronische Kommunikationshilfen. Nachzugehen wäre hier der Frage, ob dies aus strukturellen und materiellen Gesichtspunkten heraus erfolgt oder ob es hierfür inhaltliche Gründe gibt. Legt man anglo-amerikanische Studien diesen Überlegungen zugrunde, zeigt sich eine ähnliche Tendenz wie in der UK-Versorgung durch sprachtherapeutische Einrichtungen. Bei der Mehrzahl der Störungsbilder erworbener Kommunikationsstörungen kommen körpereigene bzw. nichtelektronische Kommunikationsformen zum Einsatz. Lediglich beim Störungsbild der Amyotrophen Lateralsklerose (ALS) hat sich der Einsatz elektronischer Kommunikationshilfen als sinnvoll erwiesen. Dies deckt sich mit den Erfahrungen der sprachtherapeutischen Einrichtungen im deutschen Sprachraum. Bei eben jenem Störungsbild finden elektronische Kommunikationshilfen überdurchschnittlich häufig Anwendung. Generell gilt es jedoch den Einsatz und Nutzen der verschiedenen Kommunikationsformen und -hilfen bei verschiedenen Krankheitsbildern durch entsprechende Evaluationsstudien zu belegen.

Kooperationspartner

Im sprachtherapeutischen Arbeitsfeld zeigt sich eine Abhängigkeit zwischen den Kooperationspartnern und dem jeweiligen Arbeitsfeld. Hier ist deutlich mehr Kooperation im klinischen Bereich erkennbar. Damit einher geht häufig auch eine bessere Bewertung der Kooperationsleistung. Eher seltener erfolgt eine Kooperation mit UK-Beratungsstellen. Dies deckt sich mit den Erfahrungen, die die UK-Beratungsstellen mit sprachtherapeutischen Einrichtungen anführen. Es zeigen sich größere Berührungspunkte zwischen den Mitarbeitern der beiden Arbeitsgebieten, die

zum einen auf Unwissenheit der beiden Arbeitsfelder übereinander beruht und sich zum anderen durch ein fehlendes Aufgabenverständnis der jeweiligen Arbeitsbereiche bedingt. Bedenken muss man jedoch, dass UK-Beratungsstellen nicht flächendeckend vorhanden sind, so dass nur wenige sprachtherapeutische Einrichtungen überhaupt die Möglichkeit haben, effektiv mit UK-Beratungsstellen zusammenzuarbeiten.

8.3 Strukturierung und Interpretation der Forschungsdaten auf der Ebene der Ergebnisqualität

Die Strukturierung der Forschungsdaten auf der Ebene der Ergebnisqualität erfolgt entsprechend der zugrundeliegenden Auswertungskategorien. Dabei gilt für beide Projekte, dass vor allem die subjektive Einschätzung der Klientenzufriedenheit sowie aber auch die Einschätzung des Beratungs- und Versorgungserfolges nur auf Vermutungen beruhen. Es können somit lediglich Tendenzen aufgezeigt werden, die in weiteren Untersuchungen wissenschaftlich zu belegen wären. Projekt 2 enthält neben der Ist-Analyse Elemente einer Soll-Analyse. Die Ergebnisse der Soll-Analyse werden tabellarisch aufbereitet und quantifiziert. Dabei zeigt die Quantifizierung wiederum nur Tendenzen auf, die eine Verallgemeinerung aufgrund der geringen Stichprobe nur bedingt zulässt.

8.3.1 Ergebnisse auf der Ebene der Ergebnisqualität - Projekt 1

Grundlegend für Projekt 1 war auf der Ebene der Ergebnisqualität eine subjektive Einschätzung der Therapeuten hinsichtlich der Therapeutenzufriedenheit, dem Versorgungserfolg sowie der Klientenzufriedenheit. Erfasst werden soll hiermit der Erfolg mit dem UK in der Arbeit mit Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen eingesetzt wird. Für die Ebene der Ergebnisqualität gilt, dass nicht alle Befragten hierzu eine Angabe machten. Die im folgenden Verwendung findenden Prozentzahlen beziehen sich immer nur auf die Befragten, die auch eine Angabe gemacht haben.

8.3.1.1 Therapeutenzufriedenheit

Für die Bewertung der Therapeutenzufriedenheit gilt, dass nur 73,9% aller Befragten hierzu eine Angabe machten.

Einen Überblick über die Verteilung der Einschätzung der Therapeutenzufriedenheit gibt die nachstehende Abbildung.

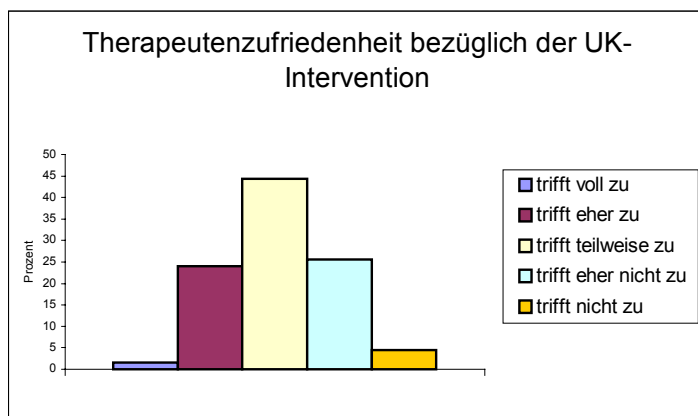


Abb.55 : Ergebnisqualität – Therapeuten-zufriedenheit

Es zeigt sich, dass die Mehrheit der Therapeuten mit den Ergebnissen ihrer UK-Versorgung nur teilweise zufrieden ist. Dabei zeigt sich eine Tendenz zu einer bestehenden Unzufriedenheit. Gründe für eine Unzufriedenheit können den Daten nicht entnommen werden und bedürfen weiterführender qualitativer Erhebungen (vgl. Tab. 183 Band 2).

Setzt man die Therapeutenzufriedenheit in Abhängigkeit zum Arbeitsort, so scheinen Therapeuten im *Akutklinikbereich* etwas zufriedener mit Ihrer UK-Intervention zu sein als Therapeuten in der Rehaklinik und freien Praxis (vgl. Tab. 184 Band 2).

Betrachtet man die Therapeutenzufriedenheit in Abhängigkeit zur Berufsgruppe so scheinen *Sprachheilpädagogen* mit ihrer UK-Versorgung zufriedener zu sein als die beiden anderen Berufsgruppen (vgl. Tab. 185 Band 2).

8.3.1.2 Versorgungserfolg

Die Beurteilung des Versorgungserfolges geschieht über die Parameter ‚Umsetzung der UK-Intervention in der Übungssituation‘ und ‚Transfer in den Alltag‘.

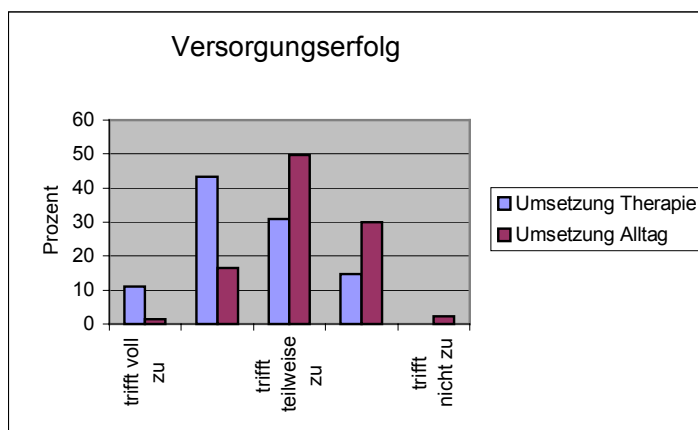


Abb. 56: Ergebnisqualität – Versorgungserfolg

Umsetzung in der Übungssituation

Hierzu machten 75,6% aller Befragten eine Angabe.

Wie die obenstehende Abbildung zeigt, trifft eine Umsetzung der UK-Maßnahme in der Therapiesitzung in der Mehrzahl der Fälle eher (43,4%) bzw. teilweise (30,9%) zu. Immerhin 14,7% der Befragten, die eine Angabe machen, geben an, dass eine Umsetzung in der Übungssituation eher nicht gelingt (vgl. Tab. 186 Band 2).

Dabei lassen sich keine Abhängigkeiten zwischen einer eher positiven Umsetzung der UK-Maßnahme in der Übungssituation und dem Arbeitsort erkennen (vgl. Tab. 187 Band 2).

Transfer in den Alltag

Hierzu machten 73,9% aller Befragten eine Angabe.

Wie der Abbildung zu entnehmen ist, gelingt in der Mehrheit der Fälle ein Transfer der UK-Maßnahme in den Alltag nur teilweise (49,6%) bzw. eher nicht (30,1%) (vgl. Tab. 188 Band 2).

Abhängigkeiten zwischen der Transferleistung in den Alltag und dem Arbeitsort sind dabei nicht zu verzeichnen (vgl. Tab. 189 Band 2).

Insgesamt fällt die Bewertung der Therapieleistungen höher aus als die Bewertung der Transferleistung. Festzuhalten ist, dass sich auf der Ebene der Prozessqualität auch gezeigt hat, dass Transferleistung in der UK-Versorgung eine eher untergeordnete Rolle spielen. Eine gelungener Transfer ist jedoch ausschlaggebend für eine positive UK-Intervention, die wiederum in hohem Maße die Therapeutenzufriedenheit mitbedingt. Eine Ursache für die teilweise bestehende Therapeutenunzufriedenheit kann somit in unzureichenden Transferleistungen gesehen werden. Es bedarf deshalb weiterführender Überlegungen hinsichtlich der Bedingungen, die für eine gelungene Transferleistung notwendig sind. Dies muss auch vor dem Hintergrund einer höheren Therapeutenzufriedenheit erfolgen.

8.3.1.3 Klientenzufriedenheit

Die Klientenzufriedenheit soll durch die Parameter ‚Klientenmotivation‘ und ‚Bewertung der UK-Versorgung durch den Klienten‘ bestimmt werden.

Zu den beiden Parametern machten jeweils 76,1% aller Befragten eine Angabe.

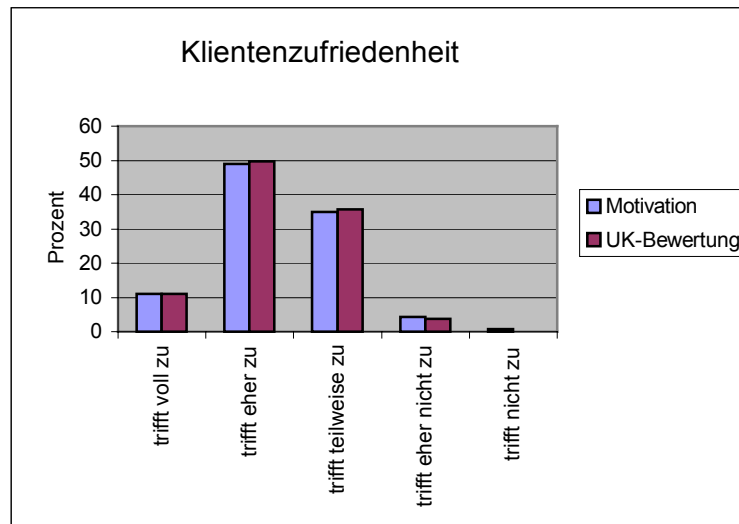


Abb. 57: Ergebnisqualität – Klientenzufriedenheit

Klientenmotivation

Wie der Abbildung zu entnehmen ist, wird die Motivation der Klienten mit eher gut von der Mehrheit der Befragten, die eine Angabe machen, eingeschätzt (vgl. Tab. 190 Band 2).

Setzt man die Motivation der Klienten in Abhängigkeit zum Arbeitsort so zeigt sich, dass die Motivation insbesondere in der *freien Praxis* als gut eingeschätzt wird (vgl. Tab. 191 Band 2).

Einschätzung der Bewertung der UK-Versorgung durch den Klienten

Dass die UK-Versorgung von den Klienten als eher positiv bewertet wurde, nehmen 60,6% der Befragten, die eine Angabe machen, an (vgl. Tab. 192 Band 2).

In Abhängigkeit zum Arbeitsort zeigt sich, dass die Klientenzufriedenheit vor allem in den *freien Praxen* als eher (44,2%) bis voll (18,6%) zutreffend bewertet wird. Insgesamt lässt sich in allen Arbeitsgebieten ein positiver Trend verzeichnen (vgl. Tab. 193 Band 2).

8.3.1.4 Zusammenfassung und Interpretation der Forschungsdaten im Hinblick auf die Fragestellung des Projektes 1

Auf der Ebene der Ergebnisqualität zeigt sich für den Bereich der Therapeutenzufriedenheit nur eine bedingte Zufriedenheit der befragten Therapeuten. Dabei ist den Daten nicht zu entnehmen, wodurch sich sowohl die Zufriedenheit als auch die Unzufriedenheit bedingen. Hier bedarf es weiterer Untersuchungen, inwieweit eine Unzufriedenheit auf strukturelle Bedingungen bzw. auf konzeptionelle Bedingungen zurück-

zuführen ist und was geschehen muss, um ein höheres Maß an Zufriedenheit zu erreichen.

Die Motivation des Klienten sowie die Zufriedenheit des Klienten mit der UK-Versorgung wird insgesamt eher positiv bewertet. Hieraus wäre auf eine allgemein hohe Klientenzufriedenheit zu schließen. Nicht ersichtlich wird, auf Grundlage welcher Beurteilungskriterien die Therapeuten zu dieser Einschätzung gelangen. Es gilt zudem weiterhin, dass dies lediglich subjektive Einschätzungen seitens der Therapeuten sind. Inwieweit auch die Klienten zu dieser eher positiven Einschätzung der UK-Versorgung kommen, wäre durch qualitative Untersuchungen noch zu erheben.

Demgegenüber fällt die Einschätzung des Therapieerfolges weniger positiv aus. Hier stellt sich natürlich die Frage, inwieweit eine so positive Einschätzung der Klientenzufriedenheit erfolgen kann, wenn eine Transferleistung in den Alltag in nur wenigen Fällen gelingt. Hier bedarf es weitreichender konzeptioneller Überlegungen und evaluierter Therapiekonzepte, die insbesondere den Transfer in den Alltag vermehrt berücksichtigen.

8.3.2 Ergebnisse auf der Ebene der Ergebnisqualität - Projekt 2

Auf der Ebene der Ergebnisqualität erfolgt in Projekt 2 eine subjektive Einschätzung bezüglich der Berater- und Klientenzufriedenheit, des Beratungserfolges sowie eine Beurteilung des Versorgungszustandes bei Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen. Dabei kommt es zu einer Trennung von Ist- und Soll-Zustand.

Das nachstehende Schaubild vermittelt zunächst einen Überblick über die derzeit gegebenen Berater- und Klientenzufriedenheiten, den Beratungserfolg sowie eine Einschätzung des derzeitigen Versorgungszustandes von Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen.

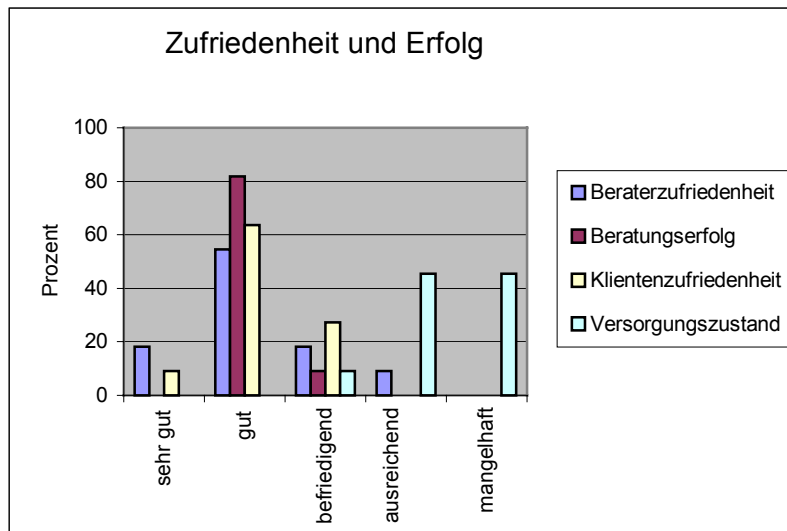


Abb.58: Ergebnisqualität – Zufriedenheiten und Erfolge

8.3.2.1 Beraterzufriedenheit

Ist-Analyse

Die Bandbreite der Bewertung der Beraterzufriedenheit schwankt zwischen sehr gut und ausreichend (vgl. Tab. 194 Band 2). 54,5% der befragten Beratungsstellen bezeichnen ihre Beraterzufriedenheit jedoch mit gut. Damit kann allgemein von einer recht hohen Zufriedenheit der Berater gesprochen werden.

Soll-Analyse

Eine Verbesserung der Beraterzufriedenheit kann vor allem durch ein höheres Zeitkontingent für die Versorgung der Klienten und deren Angehörigen erreicht werden. Eng zusammenhängt diese Forderung mit einer Personalerweiterung und einer Verbesserung der finanziellen Situation. In vereinzelt Fällen wird eine Verbesserung der Beraterzufriedenheit in Abhängigkeit zu Veränderungen in der Qualifikation und Weiterbildungen sowie in der fachlichen Konzeption der UK-Versorgung gesehen. Einen Überblick über gewünschte Veränderungen auf Ebene der Soll-Analyse gibt die folgende Tabelle:

Berat.-Nr. ¹	Mehr Zeit	Mehr Personal	Mehr fachlicher Austausch	Mehr Wissen/ Fortbildungen	Mehr Geld
003				X	
009	X				X
010		X			X

¹ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Berat.-Nr. ²	Mehr Zeit	Mehr Personal	Mehr fachlicher Austausch	Mehr Wissen/ Fortbildungen	Mehr Geld
015		X	X		X
016					
018	X			X	
019					
020	X				
023	X				
024	X	X			
025					
Insgesamt:	5x	3x	1x	2x	3x

Tab. 19: Ergebnisqualität – Beraterzufriedenheit (Soll-Analyse)

Berat.-Nr.	Mehr Diagnostikmaterial	Bessere Folgebetreuung	Mehr Umfeldarbeit	schnellere Genehmigung Hilfsmittel	Evaluation
003					
009					
010					
015	X				
016		X			
018					
019					X
020					X
023				X	
024					
025			X		
Insgesamt:	1x	1x	1x	1x	2x

Tab. 19a: Ergebnisqualität – Beraterzufriedenheit (Soll-Analyse)

8.3.2.2 Beratungserfolg

Ist-Analyse

81,8% der Beratungsstellen bezeichnen ihren Beratungserfolg als gut. Nur 9,1% der Beratungsstellen bezeichnet ihren Beratungserfolg lediglich als befriedigend. Eine Beratungsstelle macht hierzu aufgrund fehlender Rückmeldungen durch den Klienten keine Angaben (vgl. Tab. 195 Band 2). Bedenken muss man jedoch, dass es sich um subjektive Einschätzungen durch die Beratungsstellen handelt. Einige Beratungsstellen weisen auch darauf hin, dass es sich lediglich um Einschätzungen ihrerseits handelt, die nur teilweise auf Rückmeldungen von Klienten beruhen. Zudem werden nur Momentaufnahmen der Beratung bewertet, da eine Langzeitversorgung durch Beratungsstellen kaum erfolgt. Zur Beurteilung von Beratungserfolgen ist jedoch nicht nur die Momentaufnahme nach der UK-Versorgung entscheidend. Vielmehr bedarf es hier

² Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Langzeitstudien, die einen Beratungs- und Versorgungserfolg über einen längeren Zeitraum belegen. Angesichts der Literaturlage und den Erfahrungen, die einige Beratungsstellen im Rahmen der elektronischen Hilfsmittelversorgung beschreiben, bedarf es hier der Annahme, dass der Beratungserfolg häufig nur von kurzer Dauer ist. Analog zu Projekt 1 ist auch hier eine qualitative Befragung der Klienten und ihrer Angehörigen notwendig, um ein umfassendes Bild des UK-Beratungserfolges zu erlangen.

Soll-Analyse

Von Seiten der Berater ist eine Erhöhung des Beratungserfolges durch folgende Veränderungen denkbar:

Berat.-Nr. ³	Mehr Zeit	Mehr Wissen/ Fortbildungen	Mehr Umfeldarbeit	Verbesserung struktureller Bedingungen	Mehr QM
003		X		X	X
009					
010	X				
015					
016					
018	X				
019				X	X
020					
023	X				
024	X				X
025		X	X		
Insgesamt:	4x	2x	1x	2x	3x

Tab. 20: Ergebnisqualität – Beratungserfolg (Soll-Analyse)

Berat.-Nr.	Mehr Mitarbeit des Klienten	Bessere finanzielle Möglichkeiten	Arbeit im interdisziplinären Team	Mehr Konzepte
003				
009				
010		X		
015			X	
016				
018				
019		X		X
020				
023				
024		X		
025	X			
Insgesamt:	1x	3x	1x	1x

Tab. 20a: Ergebnisqualität – Beratungserfolg (Soll-Analyse)

³ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Auch hier spielt der Zeitfaktor wieder eine wesentliche Rolle. Die Erhöhung des Beratungserfolges wird insbesondere in mehr Zeit für den Klienten und seine Betreuung gesehen. Darüber hinaus scheint die Verbesserung des Qualitätsmanagements vorzugsweise auf der strukturellen Ebene aber auch auf der inhaltlichen Ebene ein entscheidender Faktor zur Verbesserung des Beratungserfolges zu sein. Dies kann durch eine Erweiterung der personellen und materiellen Ausstattung auf Strukturebene erfolgen. Auf der Ebene der Prozessqualität kann dies wiederum durch verbesserte Kooperationsmöglichkeiten bzw. durch vermehrte interdisziplinäre Teamstrukturen sowie durch eine Schaffung von konzeptionellen Rahmenbedingungen erfolgen.

8.3.2.3 Klientenzufriedenheit

Ist-Analyse

Die Klientenzufriedenheit wird auf einer Skala von sehr gut bis befriedigend bewertet. Die Mehrheit der Beratungsstellen (63,3%) bezeichnet die Klientenzufriedenheit als gut (Tab. 196 Band 2).

An dieser Stelle bedarf es jedoch weiterer Untersuchungen, die den Klienten und sein Umfeld zum Hauptgegenstand der Untersuchung machen. Auf Grundlage von qualitativen Methoden ist hier eine Erfassung der Zufriedenheit des Klienten und seines Umfeldes mit der UK-Versorgung notwendig.

Soll-Analyse

Ähnlich dem Beratungserfolg werden Verbesserungen der Klientenzufriedenheit in einem höheren Zeitkontingent, vor allem in Form von mehr Fördereinheiten, sowie einem vermehrten Qualitätsmanagement auf Struktur- und Prozessebene gesehen. Hier stehen ein größeres Versorgungsangebot und eine Verbesserung der Technik im Vordergrund.

Eine Zusammenfassung der möglichen Veränderungen hinsichtlich der Erhöhung der Klientenzufriedenheit gibt die nachstehende Tabelle.

Berat.-Nr. ⁴	Mehr Zeit	Mehr QM	Mehr Angebot	Mehr Fördereinheiten
003				
009				
010				
015	X			
016				X

⁴ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Mehr Geld	Mehr Zeit	Mehr QM	Mehr Angebot	Mehr Fördereinheiten
018	X			X
019			X	X
020		X		
023		X		
024		X		
025	X		X	
Insgesamt:	3x	3x	2x	3x

Tab.21: Ergebnisqualität – Klientenzufriedenheit (Soll-Analyse)

Berat.-Nr. ⁵	Mehr Umfeldarbeit	Mehr Durchhaltevermögen Umfeld	Erwartungserfüllung	Verbesserung Technik
003				X
009		X	X	
010				
015	X			
016				
108				
019				
020				
023				
024				
025				
Insgesamt:	1x	1x	1x	1x

Tab.21a: Ergebnisqualität – Klientenzufriedenheit (Soll-Analyse)

8.3.2.4 Versorgungsstand

Ist-Analyse

Der Versorgungsstand von Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter wird von der Mehrheit der befragten Beratungsstellen mit ausreichend (45,5%) und mangelhaft (45,5%) bewertet (vgl. Tab. 197 Band 2).

⁵ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

Soll-Analyse

Berat.-Nr. ⁶	Mehr Infos	Mehr Kostenübernahme	Mehr Beratungsstellen	Personelle Erweiterung Einrichtungen
003		X		X
009		X		
010	X			
015	X			
016	X	X		
018	X			
019	X		X	
020				
023	X			X
024		X	X	
025	X	X		
Insgesamt:	7x	5x	2x	2x

Tab.22: Ergebnisqualität – Versorgungsstand (Soll-Analyse)

Berat.-Nr. ⁷	Mehr Forschung	Mehr psychologische Betreuung	Änderung Sichtweise Behinderung	Mehr Umfeldarbeit
003				
009				X
010		X		
015				
016				
018				
019				
020	X		X	
023			X	
024				
025			X	
Insgesamt:	1x	1x	3x	1x

Tab.22a: Ergebnisqualität – Versorgungsstand (Soll-Analyse)

Eine Verbesserung des Versorgungsstandes wird vorzugsweise in einer gesteigerten Informationsvermittlung für Ärzte sowie klinische und therapeutische Einrichtungen einerseits und einer Informationserweiterung bei den Betroffenen und ihren Angehörigen andererseits gesehen.

Darüber hinaus müsste eine höhere Kostenübernahme durch die Krankenkassen erfolgen. Hierzu zählt auch eine höhere Akzeptanz gegenüber Behinderungen im allgemeinen und insbesondere die Akzeptanz ergänzender und ersetzender Kommunikationsformen in der Gesellschaft. Nur wenn die Effektivität von ergänzenden und ersetzenden Kommunikationsformen durch entsprechende Untersuchungen belegt wird, kann auch eine Kostenübernahme gesichert werden können.

⁶ Nummer der Beratungsstelle ergibt sich aus den teilnehmenden Beratungsstellen

8.3.2.5 Zusammenfassung und Interpretation der Forschungsdaten im Hinblick auf die Fragestellung des Projektes 2

Insgesamt gesehen liegen der Beraterzufriedenheit, dem Beratungserfolg und der Klientenzufriedenheit eine eher positive Bewertung zugrunde. Dies lässt wiederum auf eine hohes Maß an Arbeitszufriedenheit der UK-Beratungsstellen schließen. Als größtes Problem werden immer wieder unzureichende finanzielle Gegebenheiten sowie Zeitmangel angeführt. Gefordert wird aber auch ein vermehrtes Qualitätsmanagement auf der Struktur – und bedingt auch auf der Prozessebene.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse muss man jedoch bedenken, dass die Bewertung des Beratungserfolges sowie vor allem die Klientenzufriedenheit nur einer subjektiven Momentaufnahme unterliegen. Um hier ein objektives Bild zu erhalten, müssen weitere qualitative Studien den Beratungserfolg und die Klientenzufriedenheit aus Sicht der Klienten und seines Umfeldes erfassen. Bedenken muss man zudem, dass UK-Beratungsstellen häufig keine Langzeitversorgung vornehmen und somit nicht beurteilen können, inwieweit auch noch nach Monaten und Jahren eine Anwendung der UK-Maßnahme erfolgt. Häufig ist gerade am Anfang der UK-Versorgung die Begeisterung bei den Betroffenen und dem Umfeld groß. Treten Probleme auf bzw. gestaltet sich die Einführung der UK-Maßnahme langwierig und gewünschte Erfolge stellen sich nicht ein, gerät die UK-Maßnahme schnell in Vergessenheit.

Der Versorgungsstand bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter wird als unzureichend bewertet. Um diesen zu verbessern, steht an erster Stelle steht die Forderung nach vermehrter Informationsvermittlung für Betroffene, Angehörige, Ärzte und Heilmittelerbringer. Natürlich stellt sich auch die Frage, durch wen eine Versorgung erwachsener Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen erfolgen soll, wenn die einzelnen Beratungsstellen schon jetzt über einen enormen Zeitmangel in der Versorgung klagen. Die Forderung nach mehr UK-Beratungsstellen scheint hier durchaus berechtigt. Fraglich ist jedoch, inwieweit die Qualifikationen für eine Versorgung von Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen ausreichend ist. Diese Frage bedingt sich durch den hohen Anteil zu versorgender Kinder- und Jugendlicher mit angeborenen Kommunikationsstörungen und dem geringen Anteil von erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen. Dadurch ist ein vermehrtes theoretisches und praktisches Wissen im Kinder- und Jugendbereich zu verzeichnen, während das UK-Wissen für den Erwachsenenbereich als eher unzureichend einzuschätzen ist. Dies spiegelt sich auch im Fort- und Weiterbildungsbereich wider.

8.3.3 Vergleich der Forschungsdaten aus Projekt 1 und Projekt 2 auf der Ebene der Ergebnisqualität

Ein Vergleich der Forschungsdaten aus Projekt 1 und Projekt 2 erfolgt auf der Ebene der Ergebnisqualität im Hinblick auf die Parameter ‚Therapeuten- Beraterzufriedenheit‘, ‚Versorgungserfolg‘ sowie ‚Klientenzufriedenheit‘.

Therapeuten-Beraterzufriedenheit

Vergleicht man die Beraterzufriedenheit in den beiden Arbeitsbereichen, so zeigen Mitarbeiter der UK-Beratungsstellen eine höhere Zufriedenheit als die Mitarbeiter sprachtherapeutischer Einrichtungen. Innerhalb der sprachtherapeutischen Einrichtungen schwankt die Zufriedenheit jedoch stark in Abhängigkeit zum Arbeitsort sowie auch zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Eine höhere Zufriedenheit zeigt sich beispielsweise im klinischen Arbeitsbereich. Bedingen könnte sich dies durch bessere strukturelle Bedingungen - u.a. durch eine bessere materielle Ausstattung. Dass bei Sprachheilpädagogen eine höhere Zufriedenheit zu erkennen ist, mag an einer höheren UK-Qualifikation liegen – beispielsweise bedingt durch eine verstärkte UK-Qualifikation an einigen Universitäten. Dass Sprachtherapeuten insgesamt unzufriedener sind als die Berater der UK-Beratungsstellen kann sich auch dadurch bedingen, dass Sprachtherapeuten Klienten über einen längeren Zeitraum begleiten und Transferprobleme somit vermehrt wahrnehmen können. Transfer stellt jedoch auch kein zentrales Versorgungselement von Seiten der sprachtherapeutischen Einrichtungen dar und kann somit auch nicht gewährleistet werden. Allerdings ist für eine gelungene UK-Intervention und somit auch für die Therapeutenzufriedenheit der Alltagstransfer der UK-Maßnahme wesentlich. Wesentlich ist zudem eine interdisziplinäre Ausrichtung der Versorgung bzw. die Kooperation mit weiteren Fachleuten. Diese ist im sprachtherapeutischen Arbeitsfeld aufgrund von Zeitmangel und fehlenden Kapazitäten häufig nicht möglich, was zu einer Unzufriedenheit in der UK-Versorgung führen kann.

Beratungs-Versorgungserfolg

Der Beratungserfolg wird in beiden Arbeitsbereichen eher positiv eingeschätzt. Insgesamt wird der Versorgungserfolg in den UK-Beratungsstellen höher bewertet als in den sprachtherapeutischen Einrichtungen. Der allgemein jedoch eher positive Versorgungstrend lässt jedoch zunächst einmal darauf schließen, dass UK als Kommunikationshilfe vom Klienten durchaus akzeptiert und positiv bewertet wird.

Innerhalb der sprachtherapeutischen Einrichtungen zeigt sich jedoch, dass ein teilweise fehlender Transfer der UK-Maßnahme in den Alltag den Versorgungserfolg

durchaus mindert. Zudem sind Versorgungserfolge immer über einen längeren Zeitraum zu sehen. Die hier vollzogenen Einschätzungen beziehen sich jedoch auf Momentaufnahmen. Hinzu kommt, dass Klienten mit völlig anderen Erwartungen in die Sprachtherapie (Projekt 1) kommen als in die UK-Beratungsstelle (Projekt 2). Ziel und Erwartung der Klienten in Projekt 1 ist die Aufrechterhaltung bzw. das Wiedererlangen der natürlichen Sprechfähigkeit. Klienten, die eine UK-Beratungsstelle aufsuchen, sind häufig im Auseinandersetzens- und Bewältigungsprozess einen Schritt weiter und haben sich mit dem Verlust der natürlichen Sprechfähigkeit ein Stückweit auseinandergesetzt und sind gegenüber ergänzenden und ersetzenden Kommunikationsformen bereits aufgeschlossener.

Innerhalb der UK-Beratungsstellen fehlen jedoch Langzeiterfahrungen in der UK-Versorgung im Erwachsenenbereich. Im klinischen Bereich stellt sich zum anderen die dringliche Frage nach Form und Art einer Langzeit- und Folgeversorgung. Qualitative Erhebungen und Langzeitstudien zum überdauernden Versorgungserfolg sind somit unabdingbar.

Klientenzufriedenheit

Ein ähnliches Bild zeigt sich für den Bereich der Klientenzufriedenheit.

Beide Arbeitsbereiche bezeichnen die Klientenzufriedenheit als gut. Hierbei gilt, dass es sich lediglich um subjektive Einschätzungen seitens der Berater bzw. Therapeuten handelt. Die Klientenzufriedenheit durch den Klienten wurde nicht erfasst. Da die Klientenzufriedenheit sich jedoch häufig an den Transferleistungen misst und diese in den geltenden alltagstheoretischen Konzepten eher weniger Beachtung finden, ist lediglich eine bedingte Zufriedenheit bei den Klienten zu erwarten.

9 Strukturierung und Interpretation der Forschungsdaten im Hinblick auf die grundlegende Fragestellung

Die Erhebung hat gezeigt, dass eine UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen in Deutschland sowohl durch sprachtherapeutische Einrichtungen als auch durch UK-Beratungsstellen erfolgt. Betrachtet man den UK- Versorgungsstand im Erwachsenenbereich, ist jedoch eine Unterversorgung jener Zielgruppe erkennbar. Dabei mangelt es vor allem an entsprechenden Informationen über Möglichkeiten eines UK-Einsatzes bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen sowohl bei den Betroffenen und deren Angehörigen selber als auch bei Therapeuten und Ärzten. Ein deutlicher Informationsbedarf wird hier erkennbar. Zudem bestätigt sich in der Praxis das Fehlen theoretischer Versorgungsmodelle, wie es aus der Literaturarbeit heraus bereits zu vermuten war. Im folgenden wird anhand einzelner Parameter die unzureichende UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen näher belegt.

Klientel

Innerhalb der Beratung und Versorgung durch UK-Beratungsstellen spielen erwachsene Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen eine eher untergeordnete Rolle. Von 64 UK-Beratungsstellen in Deutschland (Stand Januar 2003) führen eine UK-Versorgung bei jener Zielgruppe lediglich 15 Beratungsstellen durch. Eine flächendeckende UK-Versorgung für Erwachsene mit erworbenen Kommunikationsstörungen ist somit nicht gewährleistet. Für diese Beratungsstellen lässt sich zudem festhalten, dass der Versorgungsanteil von Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen eher gering ist. Alle interviewten Beratungsstellen geben an, dass der Anteil unter 25% der zu versorgenden Klienten liegt. Vielfach gaben die Beratungsstellen an, bisher lediglich 2-3 Klienten dieser Zielgruppe versorgt zu haben. Auf ein umfassendes UK-Wissen im Erwachsenenbereich lässt sich somit nicht schließen. Der Versorgungsschwerpunkt der UK-Beratungsstellen liegt klar im Kinder- und Jugendbereich, Schwerpunkt: angeborene Kommunikationsstörungen.

Demgegenüber scheint in sprachtherapeutischen Einrichtungen eine UK-Versorgung bei Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen zunehmend Beachtung zu finden. 72% der befragten sprachtherapeutischen Einrichtungen, die eine Angabe machen, setzen UK bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen ein. Damit versorgen sprachtherapeutische Einrichtungen in Deutschland

prozentual gesehen mehr erwachsene Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen mit UK als UK-Beratungsstellen. Dabei hat sich innerhalb von Projekt 1 gezeigt, dass vor allem klinische Einrichtungen eine UK-Versorgung bei jener Zielgruppe durchführen. Dies ist sicherlich darauf zurückzuführen, dass klinische Einrichtungen einen hohen Anteil jener Zielgruppe versorgen. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit und durch wen eine Weiterversorgung bzw. Folgebetreuung geschieht. Es hat sich in der Erhebung deutlich gezeigt, dass die Folgebetreuung unter Einbezug des gesamten Umfeldes einen entscheidenden Faktor zum Gelingen der UK-Intervention darstellt. Die Folgebetreuung stellt somit ein wesentliches Versorgungselement dar, dem die UK-Beratungsstellen aus konzeptionellen, zeitlichen und finanziellen Gründen nicht bzw. nur bedingt nachkommen können. Ähnliches ist bei der UK-Versorgung durch klinische Einrichtungen zu vermuten. Innerhalb der begrenzten Aufenthaltsdauer der Klienten kann eine UK-Anpassung und Einführung erfolgen, doch diese reicht nicht für eine überdauernde Nutzung der UK-Maßnahme aus. Ein weiterer Faktor zum Gelingen einer UK-Intervention stellt der Transfer der UK-Maßnahme in den Alltag dar. Nur wenn eine Implementierung der UK-Maßnahme in den Alltag gelingt, ist eine UK-Intervention als gelungen zu betrachten. Hieran messen sich zudem die Therapeuten- und auch Klientenzufriedenheit. Hier stellt sich sicherlich die Frage nach geeigneten theoretischen Konzepten zur Weiterversorgung.

Qualifikation

Der Stand der Qualifikation scheint bei den einzelnen Versorgern sehr unterschiedlich zu sein. In den UK-Beratungsstellen führen eine Vielzahl von Berufsgruppen eine UK-Versorgung durch. Dabei verfügen alle Berater über Fortbildungen im UK-Bereich. Da die Mehrzahl der Fortbildungen für den Kinder- und Jugendbereich ausgelegt ist, wird der Ausbildungsstand für den Erwachsenenbereich vermutlich eher gering sein. Insgesamt werden die UK-Fortbildungen als nicht ausreichend bezeichnet. Innerhalb der Soll-Analyse zu Projekt 2 zeigt sich der Wunsch nach qualifizierten Fortbildungsangeboten.

Die UK-Versorger in sprachtherapeutischen Einrichtungen weisen dahingegen kaum UK-Fortbildungen vor. Innerhalb von Fortbildungen zum Themenbereich der zentral bedingten Sprach- und Sprechstörungen spielt UK zurzeit noch eine eher untergeordnete Rolle. Zudem werden im sprachtherapeutischen Arbeitsfeld kaum UK-Fortbildungen zum Themenkomplex ‚UK bei erworbenen Kommunikationsstörungen‘ angeboten. In der sprachtherapeutischen Ausbildung gewinnt UK erst allmählich Beachtung und dies vermutlich nur an den Ausbildungsstätten, an denen UK dem Seminar für Sprachbehindertenpädagogik o.ä. zugeordnet ist. Insgesamt werden die während der

Ausbildung vermittelten Inhalte für den Praxisalltag als unzureichend eingestuft. Es stellt sich die Forderung nach einer umfassenden und qualifizierten Ausbildung anhand entsprechender Ausbildungsstandards.

Versorgungsmodelle

Auf der Ebene der Prozessqualität zeigt sich in beiden Arbeitsfeldern ein völlig unzureichendes konzeptionelles Vorgehen. Die Mehrzahl der Beratungsstellen und sprachtherapeutischen Einrichtungen verfügt über keine theoretischen Versorgungskonzepte. Bestehendes theoretisches Wissen aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum findet im deutschsprachigen Raum kaum Beachtung. Die UK-Versorgung in Deutschland beruht fast ausschließlich auf Alltagstheorien. Es zeigen sich jedoch durchaus Elemente in der Versorgung, die anglo-amerikanischen Modellvorstellungen entsprechen. Hierzu zählen zum einen die geforderte und teilweise praktizierte interdisziplinäre Ausrichtung der Beratung (Projekt 2) sowie vor allem die Beachtung von Zugangs- und Gelegenheitsbarrieren (Projekt 1 und 2). Es stellt sich die Forderung, entsprechende Versorgungselemente inhaltlich zu benennen, den Gegebenheiten anzupassen und zu evaluieren.

Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass eine Übertragung anglo-amerikanischer Versorgungsmodelle auf den deutschen Sprachraum sicherlich nicht 1:1 möglich ist und auch keinesfalls gefordert wird. Vielmehr geht es darum, Elemente der Versorgung an die hier geltenden Bedingungen anzupassen und entsprechend zu evaluieren. Ebenso geht es darum, bestehende Tendenzen in der UK-Versorgung im Erwachsenenalter aufzuarbeiten und mit bestehenden anglo-amerikanischen Modellen abzugleichen. Durch entsprechende Evaluationsstudien gilt es auch hier die Wirksamkeit von UK-Maßnahmen zu belegen.

Für die Entwicklung einer UK-Konzeption ist zudem zu bedenken, dass eine Integration der UK-Maßnahme in den Alltag nur durch eine langfristige Betreuung der Betroffenen und Angehörigen gewährleistet werden kann. Die Erhebung hat gezeigt, dass die Fortführung der UK-Maßnahme nur unter Einbezug der Wünsche der Angehörigen und der Betreuung der Betroffenen und Angehörigen im Umgang mit der UK-Maßnahme gelingt. Je nach Grad der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und der Annahme der UK-Hilfsmittel ist neben einer intensiven Einarbeitungsphasen eine Weiterbetreuung in Intervallform denkbar. So, wie Studien zur kritischen Lebensereignisforschung die prozessuale Auseinandersetzung mit Dysarthrien/Dysarthrophonien belegen, wird in der Erhebung zu Projekt 2 immer wieder auf die große psychischen Belastungen für den Betroffenen und seine Angehörigen hingewiesen, die eine akute oder fortschreitende Erkrankung mit sich bringt. Als Konsequenz hieraus ist die UK-

Versorgung als prozessuales Geschehen innerhalb der Krankheitsbewältigung zu sehen. Nur wenn der Klient den Verlust der natürlichen Sprechfähigkeit und die Möglichkeit einer ergänzenden oder ersetzenden Kommunikationsform akzeptiert, wird eine UK-Intervention positiv verlaufen. Dies bedeutet, dass innerhalb einer UK-Versorgung der Prozess der Krankheitsbewältigung Beachtung finden muss. Es bedarf hier entsprechender, zeitlich ausgerichteter Versorgungskonzepte und vor allem weiterführender Qualifikationen der Berater, damit diese den Bewältigungsprozess ein Stückweit begleiten können. Eine zeitlich begrenzte Beratung und Versorgung, wie sie in den UK-Beratungsstellen und in klinischen Arbeitsfeldern der Sprachtherapie erfolgt, ist nicht ausreichend.

Diagnostik

Die vorherrschende Konzeptlosigkeit spiegelt sich zudem in der Diagnostik wider. Ein deutliches Defizit zeigt sich bezüglich entsprechender Diagnostikstandards. Eine UK-Versorgung erfolgt zurzeit ohne umfassende Befunderhebung. Die Diagnostik beinhaltet in UK-Beratungsstellen vielfach die Beobachtung von Fähigkeiten und das Ausprobieren von Hilfsmitteln auf Grundlage von Erfahrung. Ein deutliches Defizit bezüglich Diagnostikstandards in der UK-Versorgung wird ersichtlich. Das Fehlen geeigneter Diagnostikmaterialien von einigen Beratungsstellen dabei durchaus beklagt. Die schlechte Diagnostiklage ist sicherlich auf das Fehlen geeigneter nonverbaler Testverfahren zurückzuführen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob es in den einzelnen Fachdisziplinen nicht doch geeigneten Diagnostikmaterialien gibt bzw. inwieweit bestehende Diagnostikverfahren für den UK-Bereich modifiziert werden können. Eine umfassende und dokumentierte Diagnostik ist für die Entscheidung zugunsten einer ausgewählten Kommunikationsform und für die Nachvollziehbarkeit einer UK-Intervention unabdingbar. Dabei geht es neben der Erfassung objektiv beschreibbarer Aspekte hinsichtlich Motorik, Kognition etc. auch um die Erfassung psychischer Befindlichkeiten und Motivationslagen. Letztere entziehen sich in der Regel jedoch der objektiven Beschreibung. Vielmehr geht es darum, den Betroffenen nicht nur auf seine Fähigkeiten und Fertigkeiten zu reduzieren, sondern darüber hinaus seine Wünsche, Interessen und Vorlieben für eine UK-Maßnahme zu berücksichtigen. Eine effektive Therapie ist nur nach einer umfassenden Diagnostik und dem Wissen, was therapiert werden soll möglich. Insbesondere in der Beurteilung linguistischer Fähigkeiten und der Einschätzung bezüglich lautsprachlicher Möglichkeiten sind den meisten Beratungsstellen Grenzen gesetzt. Gilt lediglich das Prinzip der Beobachtung wird eine optimale UK-Versorgung nicht möglich sein, denn viele Fähigkeiten und Fertigkeiten werden in der kurzen Beratungszeit nicht über Beobachtung zu fassen sein.

Störungsspezifischer Materialeinsatz

Der störungsspezifische Materialeinsatz ist zurzeit durch eine große Heterogenität gekennzeichnet. Innerhalb sprachtherapeutischer Einrichtungen überwiegt der Einsatz körpereigener Kommunikationsformen. Eine Tendenz, die sich mit den Studien aus dem anglo-amerikanischen Raum deckt. Auch dort finden elektronische Kommunikationshilfen vorzugsweise bei ALS Verwendung.

In den UK-Beratungsstellen werden überwiegend nichtelektronische und elektronische Kommunikationshilfen eingesetzt. Dabei wird in der Mehrzahl der Fälle von elektronischen Kommunikationshilfen zur Kommunikationsanbahnung abgeraten und neben elektronischen Kommunikationshilfen zu ergänzenden, nichtelektronischen Kommunikationshilfen geraten.

Eine ganz klare Tendenz lässt sich innerhalb beider Arbeitsfelder bezüglich der Versorgung von Menschen mit fortschreitenden Erkrankungen erkennen. Hier kommen vorzugsweise elektronische, schriftsprachbasierte Kommunikationshilfen zum Einsatz.

Kooperation

Eine Kooperation zwischen UK-Beratungsstellen und sprachtherapeutischen Einrichtungen erfolgt von beiden Seiten aus eher weniger. Gründe hierfür wurden auf Seiten der sprachtherapeutischen Einrichtungen nicht erhoben. Aufgrund der begrenzten Zahl von UK-Beratungsstellen ist eine Kooperation vielerorts jedoch gar nicht möglich, was ein Grund für eine fehlende Kooperation sein kann. Ein weiterer Faktor ist in der Zeit und Kapazität der Sprachtherapeuten zu sehen.

UK-Beratungsstellen geben für eine mangelnde Kooperation die mangelnde Kooperationsbereitschaft der Sprachtherapeuten an. Ausschlaggebend hierfür ist das Festhalten an funktionstherapeutischen Versorgungselementen und der Skepsis gegenüber UK.

10 Konsequenzen für die UK-Versorgung bei Menschen mit zentral erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter

Die Ergebnisse des Forschungsprojektes zeigen, dass eine UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen durch verschiedene Einrichtungen und Berufsgruppen erfolgt und erfolgen kann. Dabei zeigen sich sowohl in den UK-Beratungsstellen als auch in den sprachtherapeutischen Einrichtungen Mängel in der Versorgung sowie im theoretischen und praktischen Versorgungsvorgehen. Festzustellen sind diese Mängel vor allem auf der Ebene der Strukturqualität sowie auch auf der Ebene der Prozessqualität.

Bevor die Mängel und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für eine UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen näher aufgezeigt werden, ist darauf hinzuweisen, dass der Versorgungsstand in jener Zielgruppe als völlig unzureichend anzusehen ist. Die Vermittlung von Informationen bezüglich der Möglichkeiten des UK-Einsatzes bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen für Betroffene, Angehörige, Therapeuten und Ärzte ist dringend erforderlich. Darüber hinaus sind auch die Kostenträger vermehrt über die therapeutischen Möglichkeiten einer UK-Intervention zu informieren. Erfolgt eine verstärkte Informationsvermittlung, so ist auf ausreichende Anlaufstellen zur UK-Beratung und Versorgung zu achten. Eine flächendeckende UK-Versorgung von erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen ist keineswegs gegeben. Die in der Studie ermittelten UK-Beratungsstellen, die jene Zielgruppe mit UK versorgen, sind vornehmlich in Nord- und Mitteldeutschland angesiedelt. Die Kapazität der wenigen UK-Beratungsstellen ist zudem begrenzt und häufig bereits durch die Arbeit im Kinder- und Jugendbereich ausgeschöpft. Im sprachtherapeutischen Arbeitsfeld sind es vorrangig klinische Einrichtungen, die UK-Versorgungen durchführen. Die Folgebetreuung bei der vermutlich zeitlich begrenzten Versorgung ist in dieser Studie ungeklärt geblieben. Zu vermuten ist jedoch eine eher unzureichende Folgebetreuung und Langzeitversorgung. Es stellt sich hier die Forderung nach grundlegenden theoretischen Versorgungskonzepten hinsichtlich der Frage nach dem ‚Wer versorgt diese Zielgruppe‘ und dem ‚Wo und in welchem Rahmen wird diese Zielgruppe versorgt‘.

Betrachtet man nun die Ebenen des Qualitätsmanagements stellt sich hinsichtlich der Strukturqualität vor allem die Forderung nach Qualifikationsstandards innerhalb einer umfassenden UK-Ausbildung. Diese Ausbildungsstandards sollten dabei sowohl den

Bereich der angeborenen Kommunikationsstörungen als auch den Bereich der erworbenen Kommunikationsstörungen umfassen.

Innerhalb der sprachtherapeutischen Ausbildung gilt es, UK als Lehrgebiet aufzunehmen und Möglichkeiten und Grenzen der UK-Versorgung im Rahmen der sprachtherapeutischen Versorgung aufzuzeigen. Es gilt die Skepsis gegenüber UK, wie sie scheinbar in vielen sprachtherapeutischen Einrichtungen noch vorherrscht, abzubauen und hierdurch die Kooperation zwischen sprachtherapeutischen Einrichtungen und UK-Beratungsstellen zu verbessern. Zudem soll durch eine umfassende theoretische und praktische Wissensvermittlung die UK als ein Baustein der sprachtherapeutischen Versorgung vermehrt Beachtung finden.

Gleichzeitig ist Mitarbeitern der UK-Beratungsstellen ohne sprachtherapeutische Qualifikationen die Bedeutung funktionstherapeutischer Möglichkeiten zu vermitteln.

Des Weiteren schließt sich dem die Erweiterung des Fort- und Weiterbildungsangebotes an. Insbesondere im Rahmen von Fortbildungen zum Themenkomplex der zentral bedingten Sprach- und Sprechstörungen muss UK mehr Beachtung finden. Eng mit der Forderung nach Qualifikationsstandards verbunden ist die Frage, durch welche Einrichtung und durch welche Berufsgruppe eine UK-Versorgung erfolgen soll bzw. welchen Berufsgruppen die Qualifikationen zugänglich sein werden. Die UK stellt ein fachübergreifendes Versorgungsgebiet innerhalb der Rehabilitation dar. Viele Berufsgruppen tragen zum Gelingen einer UK-Intervention bei. Dies erfordert jedoch eine Kooperation und Korrespondenz der einzelnen Berufsgruppen untereinander, die in Deutschland zurzeit in weiten Teilen noch fehlt. Deshalb gilt innerhalb der Festlegung von Ausbildungsstandards auch eine Festlegung der Aufgabenverteilung der einzelnen Berufsgruppen innerhalb einer UK-Versorgung.

Damit sich Veränderungen auf der Ebene der Strukturqualität vollziehen, stellen sich den Hochschulen, der Ausbildung sowie den Leistungserbringern vielfältige Anforderungen, die zusammenfassend dargestellt werden.

Anforderungen auf der Strukturebene

Hochschulen/ Ausbildung:

- Entwicklung von Ausbildungsstandards
- vermehrte Fort- und Weiterbildungsangebote

Leistungserbringer:

- interne und externe Fortbildungen zum Thema UK
- Supervision/ kollegialer Fachaustausch
- Erweiterung der Kooperation
- Interdisziplinäre Supervision
- Interdisziplinäre Arbeitsplatzbesetzung

Material:

- Standards für die materielle Ausstattung

Auf der Ebene der Prozessqualität wurde klar ersichtlich, dass es an umfassenden theoretischen Versorgungskonzepten mangelt. Fehlende Forschungsvorhaben und fehlende Übertragungen anglo-amerikanischer Studien in den deutschen Sprachraum erschweren die Entwicklung der UK. Dies gilt insbesondere für den Bereich der erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter. Es zeigen sich jedoch Tendenzen in der praktischen UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen bezüglich des Materialeinsatzes sowie auch bezüglich übergreifender theoretischer Versorgungselemente in den einzelnen UK-Interventionen. Diese gilt es zusammenzufassen, zu evaluieren und durch Langzeitstudien zu belegen. Hieraus gewonnene Ergebnisse tragen zur Optimierung der theoretischen und praktischen UK-Versorgung bei. Auf der anderen Seite stellen diese Ergebnisse eine Bemessensgrundlage für die Kostenträger in Bezug auf die Genehmigung von elektronischen Hilfsmitteln und Förderstunden dar.

Ganz deutlich zeigt sich im Rahmen der Erhebung der Versorgungsparameter, dass die Beachtung der Wünsche und Interessen der Angehörigen sowie ein Einbezug dieser in die Entwicklung und Einführung der UK-Maßnahme einen wesentlichen Faktor darstellen. Sprachtherapeutische Einrichtungen betrachten darüber hinaus die Motivation des Klienten als ein wesentliches Versorgungselement. Als weiteres, zu beachtendes Versorgungselement gilt die Folgebetreuung. Nur durch eine langfristige Betreuung des Klienten und seines Umfeldes ist eine überdauernde UK-Intervention möglich. Bestehen auch noch keine umfassenden theoretischen Versorgungskonzepte, so ist es jedoch unabdingbar jene Versorgungselemente in der UK-Versorgung

zwingend zu beachten und in mögliche theoretische UK-Versorgungsmodelle aufzunehmen. Wünschenswert sind darüber hinaus zentrale, firmenunabhängige Einrichtungen, die einen Verleih von elektronischen Kommunikationsgeräten möglich machen.

An die Wissenschaft, Leistungserbringer und Kostenträger ergehen somit folgende Anforderungen:

Anforderungen auf der Prozessebene

Gesetzgeber und Wissenschaft:

- Entwicklung und Evaluation von Versorgungskonzepten
- Entwicklung von Versorgungsstandards
- Methodenevaluation in der Erwachsenenarbeit
- vermehrte qualitative und quantitative Studien

Leistungserbringer:

- interne und externe Qualitätsevaluationen durchführen
- Beachtung/ Einbezug bestehender Modelle
- Entwicklung Diagnostikstandards/ Dokumentation
- Einbezug des Umfelds in die UK-Arbeit
- Einbezug der Klientenmotivation
- Möglichkeiten der Folgebetreuung schaffen

Kostenträger:

- kürzere Genehmigungszeiten für Kommunikationshilfen
- mehr genehmigte Förderstunden
- wissenschaftliche Projekte zur Entwicklung von Versorgungsmodellen fördern
- UK-Versorgungsstandards schaffen

Darüber hinaus steht fest, dass die Messung des Versorgungserfolges nicht ohne den Betroffenen und deren Angehörige erfolgen kann.

Subjektive Einschätzungen, wie sie in dieser Studie erhoben wurden, können nur Tendenzen aufzeigen. Aufgrund fehlender Bezugsgrößen fallen die subjektiven Einschätzungen häufig sehr heterogen aus. Es stellt sich die Forderung nach vermehrten qualitativen Forschungsvorhaben, welche die Betroffenen und Angehörigen zum Gegenstand der Untersuchung machen.

Anforderungen auf der Ergebnisebene

Wissenschaft:

- qualitative Studien zur Erhebung der Klientenzufriedenheit
- Entwicklung von Standards auf der Ebene der technischen Qualität

Leistungserbringer:

- Beachtung der interpersonellen Qualität

Die vorliegende empirische Untersuchung stellt einen Beitrag zur Grundlagenforschung in der Sprachtherapie und im Bereich der Unterstützten Kommunikation dar.

Sie verkörpert eine Momentaufnahme des Ist-Zustandes in der UK-Versorgung bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen und bietet Konsequenzen für die UK-Versorgung auf den Ebenen des Qualitätsmanagements.

Weitere Forschungsprojekte zur Verbesserung der Bedingungen sind vor allem auf der Ebene der Prozessqualität dringend erforderlich. Versorgungskonzepte für Diagnostik und Therapie sind für einen nachvollziehbaren und evaluierten UK-Einsatz bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter notwendig. Neben der technischen Versorgung darf der dahinterstehende Mensch jedoch nicht in Vergessenheit geraten. Nur wenn seine Bedürfnisse, Interessen und Wünsche auf der einen Seite und das prozessuale Krankheitsgeschehen auf der anderen Seite gewahrt bleiben, wird eine UK-Versorgung erfolgreich sein. Der Einbezug der Betroffenen in entsprechende qualitative Forschungsvorhaben ist deshalb dringend notwendig.

Bleibt hier nur zu hoffen, dass die verschiedenen Fachdisziplinen einen Konsens in der UK-Versorgung finden und vielfältige Forschungsprojekte die wissenschaftliche Etablierung der UK vorantreiben. Des weiteren gilt zu hoffen, dass der UK-Einsatz bei erwachsenen Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen sowohl in der Ausbildung als auch in der Fort- und Weiterbildung vermehrt Beachtung findet, damit nicht bzw. kaum sprechenden Menschen noch bzw. wieder ein Stückweit Kommunikation ermöglicht werden kann.

Literaturverzeichnis

- Adam, H.:** Kommunikation bei nichtsprechenden geistig behinderten Kindern. In: Geistige Behinderung (1985) 3, 1-24
- Adam, H.:** Mit Gebärden und Bildsymbolen kommunizieren. Würzburg: edition bentheim³2000
- Adams, M.R.:** Communication aids for Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis. In: Journal of Speech and Hearing Disorders 31 (1966), 274-275
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA):** Position statement on non-speech communication. In: ASHA 23 (1981) 2, 577-581
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA):** Competences for speech language pathologists providing services in augmentative communication. In: ASHA 31 (1989) 1, 107-110
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA):** Report: Augmentative and Alternative Communication. In: ASHA Suppl.5 (1991), 9-12
- American Speech-Language-Hearing-Association (ASHA):** Guidelines for Meeting the Communication Needs for Persons with Severe Disabilities. In: ASHA 34 (1992) Suppl.7; 1-8
- Antener, G.:** Und jetzt? – Das Partizipationsmodell in der Unterstützten Kommunikation. In: Boenisch, J./Bünk, Ch. (Hrsg.): Forschung und Praxis der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag 2001, 257-267
- Armstrong, L./Jans, D./MacDonald, A.:** Parkinson's disease and aided AAC: some evidence from practice. In: International Journal of Language & Communication Disorders 35 (2000) 3, 377-389
- Arnusch, G./Pivit, C.:** Was ist Unterstützte Kommunikation. In: ISAAC – Deutschland Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation (Hrsg.): „Edi mein Assistent“ und andere Beiträge zur Unterstützten Kommunikation. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben 1996, 9-48
- Arvidson, H.H./Lloyd, L.L.:** History of AAC. In: Lloyd, L.L./Fuller, D.R./Arvidson, H.H.: Augmentative and Alternative Communication. A Handbook of Principles and Practices. Bosten, London 1997, 18-26
- Bächtold; A./Schley, W. (Hrsg.):** Züricher Reflexionen und Forschungsbeiträge zur Sonderpädagogik. Band 1. ISP-Universität Zürich. Luzern 1999
- Bauer, A./de langen-Müller, U./Glindemann, R./Schlenck, C./Schlenck, K.-J./Huber, W.:** Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001. In: Akt Neurol 29 (2002), 63-75
- Balbi-Kayser, M.:** Der neue Terminus. Augmentative and Alternative Communication (AAC). In: Sonderpädagogik (1990) 20, 140-141

- Baumgartner, St./Giel, B.:** Qualität und Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 1: Selbstverständnis und theoretische Grundlagen. Stuttgart, Berlin: Kohlhammer 2000, 274-308
- Behrmann, M./Penn, C.:** Non-verbal communication of aphasic patients. In: British Journal of disorders of Communication. 19 (1984), 155-168
- Bell, M.:** Die Behandlung von Sprachstörungen bei Kindern mit Cerebral-Parese. In: Der Sprachheilpädagoge 7 (1975) 3, 1-13
- Berndt, A./Mefferd, A.:** Dysarthrie. Ein Ratgeber für Angehörige. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag 2002
- Beukelman, D.R./Mirenda, P.:** Augmentative and Alternative Communication. Management of Severe Communication Disorders in Children and Adults. Baltimore, London: Paul H Brookes²1998 (1992)
- Beukelman, D.R./Kraft, G.H./ Freal, J.:** Expressive Communication Disorders in Persons with Multiple Sclerosis: A Survey. In: Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 66 (1985), 675-677
- Beukelman, D.R./Yorkston, K.M./Dowden, P.A.:** Communication Augmentation: A casebook of clinical management. Boston: College Hill 1985
- Beukelman, D.R./Yorkston, K.M./Reichle, J.:** Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders. Baltimore London Toronto Sydney: Paul H Brookes 2000
- Beukelman, D.R./Yorkston, K.M./Gorhoff, S.C./Mitsuda, P.M./Kenyon, V.T.:** Canon Communicator Use by Adults: A Retrospective Study. In: American Speech-Language-Hearing Association 46 (1981), 374-378
- Blackstone, S.W. (Hrsg.):** Augmentative Communication. An Introduction. Rockville, Maryland 1986
- Blanken, G. (Hrsg.):** Einführung in die linguistische Aphasiologie. Theorie und Praxis. Freiburg: HochschulVerlag 1991
- Bober, A..** Schau doch meine H/Bände an (1). In: ISAAC's Zeitung (1994) 8, 3-9
- Bober, A.:** Schau doch meine H/Bände an (2). In: ISAAC's Zeitung (1995) 9, 12-24
- Bober, A.:** Schau doch meine H/Bände an (3). In: Unterstützte Kommunikation. ISAAC's Zeitung. (1996)2, 24-31
- Bober, A./Biermann, A.:** Gestützte Kommunikation (FC) – zum Forschungsstand. In: Boenisch, J./Bünk, Ch. (Hrsg.): Forschung und Praxis der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag 2001
- Bober, A./Franzkowiak, Th.:** Glossar zur Unterstützten Kommunikation. Eine Beilage u ISAAC's Zeitung. Version 2001
- Boenisch, J.:** LUK – Lehrgang Unterstützte Kommunikation. In: Boenisch, J./Bünk, h. (Hrsg.): Forschung und Praxis der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag 2001, 274-278

- Boenisch, J./Bümk, Ch. (Hrsg.):** Forschung und Praxis der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag 2001
- Boenisch, J./Bümk, Ch.;** Vorwort der Herausgeber. In: Boenisch, J./ Bümk, Ch. (Hrsg.): Forschung und Praxis der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag 2001a, 7-12
- Böhme, G.:** Therapie der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Bd. 3. Stuttgart, New York 1980
- Böllhoff, B.-M.:** Zur Sprachtherapie mit zerebral gelähmten Kindern. In. Die Sprachheilarbeit 11 (1966) 3, 212-215
- Braun, U.:** Kleine Einführung in AAC. In: ISAAC's Zeitung. (1991) 1, 2-7
- Braun, U.:** Minspeak – eine Kodierungsstrategie. In: ISAAC's Zeitung. (1991b) 2, 9-15
- Braun, U.:** Kleine Einführung in Unterstützte Kommunikation. In: Das Band. Zeitschrift des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (1992) 6, 3-6
- Braun, U.:** Unterstützte Kommunikation bei körperbehinderten Menschen mit einer schweren Dysarthrie. Eine Studie zur Effektivität tragbarer Sprachcomputer im Vergleich zu Kommunikationstafeln. Frankfurt/ Main 1994 (Dissertation)
- Braun, U.:** Kleine Einführung in den Einsatz von Kommunikationstafeln. In: Unterstützte Kommunikation. ISAAC's Zeitung. (1997) 2-3, 6-12
- Braun, U. (Hrsg.):** Unterstützte Kommunikation. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben. ³1999
- Braun, U.:** Keine Angst vor Gebärden. In: Unterstützte Kommunikation. ISAAC's Zeitung. (2000) 4, 6-1
- Braun, U./ Kristen, U.:** Basale Stimulation, Basale Kommunikation, Unterstützte Kommunikation – Was ist eigentlich was? In: Unterstützte Kommunikation. ISAAC' s Zeitung. (1997) 4, 6-12
- Braun, U./ Kristen, U.:** Woran hakt es? Analysehilfe durch das Partizipationsmodell nach Beukelman/Mirenda. In: Unterstützte Kommunikation. ISAAC's Zeitung (2001) 1/ 2, 6-10
- Breckow, J.:** Ebbe im Dornröschenschloß – Beziehungsmuster im Bewältigungsverhalten eines 78jährigen Mannes mit Dysarthrie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lebenslaufstudien und Sprachheilpädagogik. Grundlagen und Beispiele einzel-fallorientierten Vorgehens. Dortmund: verlag modernes lernen 1996, 205-222
- Bühl, A./Zöfel, P.:** SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. München: Pearson Studium. ⁸2002
- Cramon, von D./Zihl, J. (Hrsg.):** Neuropsychologische Rehabilitation. Berlin, Heidelberg, New York 1988
- Darley, F.L./Aronson, A.E./Brown, J.R.:** Motor speech disorders. Philadelphia 1975

- Diekmann, A.:** Empirische Forschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. ⁷2001 (1995)
- Doyle, M./Kennedy, M.R.T./Jausalaitis, G./Philips, B.:** AAC and Traumatic Brain Injury. In: Beukelman, D.R./ Yorkston, K.M./ Reichle, J.: Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders. Baltimore London Toronto Sydney: Paul H Brookes 2000, 271-304
- Duffy, J.R.:** Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis and management. St. Louis 1995
- Dworkin, J.P./Abkarian, G.C./Johns, D.F.:** Apraxia of speech: The effectiveness of a treatment regimen. In: Journal of Speech and Hearing Disorders. 53 (1988), 280-294
- Einert, K.:** Unterstützte Kommunikation in der Prävention und frühen Therapie. In: Forum Logopädie 15 (2001) 6, 7-18
- Feallock, B.:** Communication for the nonvocal individual. In: American Journal of Occupational Therapy (1958) 12, 60-63
- Flick, U.:** Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, U./Kardorff, E. von/Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 2000
- Flick, U.:** Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 2002
- Flick, U./Kardorff, E. von/Keupp, H./Rosenstiel, L. von/Wolff, St. (Hrsg.):** Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München 1991, 3-8
- Flick, U./Kardorff, E. von/Steinke, I. (Hg.):** Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 2000
- Förster, U.:** Die Dysarthrie bei Erwachsenen – nicht nur eine Behinderung des Sprechens. In: Die Sprachheilarbeit 32 (1987) 6, 265-269
- Förster, U.:** Dysarthrie bei Erwachsenen: Einteilung, differenzial-diagnostische und therapeutische Aspekte aus sprachpädagogischer Sicht. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Zentrale Sprach- und Sprechstörungen. Handbuch der Sprachtherapie. Band 6. Berlin: Edition Marhold 1993, 389-408
- Fox, L.E./Sohlberg, M.M.:** Meaningful Communication Roles. In: Beukelman, D.R./Yorkston, K.M./Reichle, J.: Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders. Baltimore London Toronto Sydney: Paul H Brookes 2000, 3-24
- Franzkowiak, Th.:** Technische Hilfen für nichtsprechende Körperbehinderte. Düsseldorf 1985
- Franzkowiak, Th.:** Verständigung mit graphischen Symbolen. In: Braun, U. (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben. ³1999, 22-32

- Franzkowiak, Th./Frey, H.:** BLISS – Eine lebendige Sprache! In: ISAAC – Deutschland Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation (Hrsg.): „Edi, mein Assistent“ und andere Beiträge zur Unterstützten Kommunikation. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben 1996, 239-249
- Fried-Oken, M./Rau, M.T./Oken, B.S.:** AAC and Dementia. In: Beukelman, D.R./ Yorkston, K.M./ Reichle, J.: Augmentative and Alternative Communication for adults with Acquired Neurologic Disorders. Baltimore London Toronto Sydney: Paul H Brookes 2000, 375-405
- Friedrichs, J.:** Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag. ¹⁴1990 (1973)
- Fuller, D.R./Lloyd, L.L./Stratton, M.M.:** Aided AAC Symbols. In: Lloyd, L.L./Fuller, D.R./Arvidson, H.H.: Augmentative and Alternative Communication. A Handbook of Principles and Practices. Boston, London: Allyn and Bacon 1997, 48-79
- Gangkofer/ M.:** Die Wendeltreppe und andere Einsatzmöglichkeiten alternativer Kommunikation. In: ISAAC's Zeitung (1991) 1, 8-10
- Gangkofer/ M.:** Lautsprache und alternative Kommunikation – Vier Thesen. In: Behindertenpädagogik 31 (1992) 3, 235-249
- Gangkofer, M.:** Bliss und Schriftsprache. Bottighofen 1993 (Dissertation)
- Geiger, St.:** Mein Sohn spricht nicht! Beratungsstelle zur Kommunikationsförderung. In: Orientierung (2001) 2, 35-36
- Giel, B.:** Qualitätsmanagement und Sprachtherapie. In: Die Sprachheilarbeit. 44 (1999) 1, 29-38
- Giel, B.:** Evaluation von Sprachtherapie: Standardisierung statt Individualisierung? In: Homburg, G./Iven, C./Maihack, V. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie. Kontrollmechanismus oder Kompetenzgewinn? Köln: ProLog 2000, 41-56
- Giel, B.:** Dysarthrie/Dysarthrophonie als kritisches Lebensereignis. Frankfurt: Peter Lang 2000a
- Giel, B.:** Dysarthrie/ Dysarthrophonie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder. Stuttgart, Berlin: Kohlhammer 2001, 237-251
- Giel, B.:** Dysarthrie und Dysarthrophonie. Ratgeber der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs). Emsdetten 2002
- Giel, B.:** Systemisch-lösungsorientierte Dysarthrie/Dysarthrophonitherapie (SDT). In: Tagungsband der XXV. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) in Halle 2002a, 215-224
- Giel, B.:** Therapie bei Dysarthrie/ Dysarthrophonie im Erwachsenenalter. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 4. Stuttgart: Kohlhammer 2003 (in Vorbereitung)

- Giel, B./Richter, A.:** Unterstützte Kommunikation – Ein vernachlässigtes Thema in der neurologischen Rehabilitation von erwachsenen. In: Tagungsband der XXV. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) in Halle 2002, 225-235
- Gieseke, T. (Hrsg.):** Integrative Sprachtherapie. Tendenzen und Veränderungen in der Sprachheilpädagogik. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung 1995
- Glennen, S.L.:** Introduction to Augmentative and Alternative Communication. In: Glennen, S.L./DeCoste, D.C.: Handbook of Augmentative and Alternative Communication. San Diego, London: Singular Publishing Group, Inc. 1997, 3-19
- Glennen, S.L.:** Augmentative and Alternative Communication Systems. In: Glennen, S.L./DeCoste, D.C.: Handbook of Augmentative and Alternative Communication. San Diego, London: Singular Publishing Group, Inc. 1997b, 59-96
- Glennen, S.L.:** Augmentative and Alternative Communication Assessment Strategies. In: Glennen, S.L./DeCoste, D.C.: Handbook of Augmentative and Alternative Communication. San Diego, London: Singular Publishing Group, Inc. 1997c, 149-192
- Glennen, S.L./DeCoste, D.C.:** Handbook of Augmentative and Alternative Communication. San Diego, London: Singular Publishing Group, Inc. 1997
- Goldstein, H./Cameron, H.:** New method of communication for the aphasic patient. In: Arizona Medicine (1952) 8, 17-21
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.):** Zentrale Sprach- und Sprechstörungen. Handbuch der Sprachtherapie. Band 6. Berlin: Edition Marhold 1993
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.):** Lebenslaufstudien und Sprachheilpädagogik. Grundlagen und Beispiele einzelfallorientierten Vorgehens. Dortmund: verlag modernes lernen 1996
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.):** Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 1: Selbstverständnis und theoretische Grundlagen. Stuttgart, Berlin: Kohlhammer 2000
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.):** Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder. Stuttgart, Berlin: Kohlhammer 2001
- Grohnfeldt, M./Romonath, R.:** Sprachheilpädagogik und Logopädie im internationalen Vergleich. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 1: Selbstverständnis und theoretische Grundlagen. Stuttgart, Berlin: Kohlhammer 2000, 251-173
- Halaga, G.:** AAC-Kliniken in Ontario. In: Unterstützte Kommunikation. (2001) 1/ 2, 14-16
- Hauck, E./Schwer, B./Voigt-Radloff, S.:** Das logopädische Assessment. In: Forum Logopädie (1997) 6, 23-25

- Heidemanns, M.:** Aladin. Kommunikationsprogramm für nichtsprechende Menschen. In: ISAAC's Zeitung (1995) 6, 10-13
- Helm, N.A.:** Melodische Intonationstherapie. In: Peuser, G. (Hrsg.): Studien zur Sprachtherapie. München 1979, 428-441
- Hoffmann-Schöneich, B.:** Plädoyer für einen frühen Einsatz Unterstützter Kommunikation. In: Das Band. (1998) 4, 12-14
- Homburg, G./Iven, C./Maihack, V. (Hrsg.):** Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie. Kontrollmechanismus oder Kompetenzgewinn? Köln: ProLog 2000
- Huber, W./Poeck, K./Weninger, D.:** Aphasie. In: Poeck, K. (Hrsg.): Klinische Neuropsychologie. ²1989, 89-137
- Hustad, K.C./ Beukelman, D.R.:** Integrating AAC Strategies with Natural Speech in Adults. In: Beukelman, D.R./ Yorkston, K.M./ Reichle, J.: Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders. Baltimore London Toronto Sydney: Paul H Brookes 2000, 83-106
- Ihssen, W.B.:** Mit den Händen reden. In: Geistige Behinderung (1985) 1, 49-53
- Ihssen, W.B.:** Plädoyer für die Gründung von Beratungszentren für Kommunikationshilfen. In: ISAAC's Zeitung (1992), 1, 23-25
- Ihssen, W.B.:** Demenz und Unterstützte Kommunikation: Bestandsaufnahme und Perspektiven. In: Unterstützte Kommunikation. ISAAC's Zeitung (2002) 1, 11-19
- ISAAC-Deutschland Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation (Hrsg.):** „Edi, mein Assistent“ und andere Beiträge zur Unterstützten Kommunikation. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben 1996
- ISAAC-Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.):** Beiträge zur Unterstützten Kommunikation. 4. Kölner Fachtagung. Düsseldorf 1999 (CD-Rom)
- ISAAC-Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.):** Unterstützte Kommunikation mit nichtsprechenden Menschen. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag 2000
- ISAAC-Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V.:** ISAAC – Info zur Unterstützten Kommunikation. Stand 2000
- Jensen, M.H.:** Augmentative and Alternative Communication in Logopedics. In: Folia Phonetica et Logopaedica (2000) 52, 126-135
- Johannsen-Horbach, H./Wallesch, C.-W.:** Indikationen nonverbaler Behandlungsansätze in der Aphasitherapie. In: Neurolinguistik (1988) 1, 1-20

- Kardorff, E. von:** Qualitative Sozialforschung – Versuch einer Standortbestimmung. In: Flick, U./Kardorff, E. von/Keupp, H./Rosenstiel, L. von/ Wolff, St. (Hrsg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München 1991, 3-8
- Kelle, U./Erzberger, Ch.:** Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In: Flick, U./Kardorff, E. von/Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 2000, 299-309
- Kientop, K./Weid-Goldschmidt, B.:** Angebote im Bereich der Unterstützten Kommunikation an der Universität Dortmund. In: Unterstützte Kommunikation. ISAAC's Zeitung (1999) 4, 20-21
- Kientop, K./Weid-Goldschmidt, B./Dupuis, G.:** Augmentative and Alternative Communication (AAC) als eine Aufgabe der Sprachtherapie. In: ISAAC – Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation mit nichtsprechenden Menschen. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag 2000, 118-131
- Klasner, E.R./Yorkston, K.M.:** AAC for Huntington Disease and Parkinson's Disease. In: Beukelman, D.R./Yorkston, K.M./Reichle, J.: Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders. Baltimore London Toronto Sydney: Paul H Brookes 2000, 233-270
- Koerselman, E./Burger, J.:** Jeder Mensch ist einzigartig. Kommunikationsunterstützung bei Menschen, die an ALS leiden. In: Unterstützte Kommunikation. ISAAC's Zeitung. (1999) 1, 10-13
- Koul, R./Arvidson, H.H./Pennington, G.S.:** Intervention for Persons with Acquired Disorders. In: Lloyd, L.L./ Fuller, D.R./ Arvidson, H.H.: Augmentative and Alternative Communication. A Handbook of Principles and Practices. Bosten, London: Allyn and Bacon 1997, 340-366
- Kraat, A.W.:** Augmentative and alternative communication: does it have a future in aphasia rehabilitation? In: Aphasiologie 4 (1990) 4, 321-338
- Kristen, U.:** „Unterstützte Kommunikation“ In: L.O.G.O.S. Interdisziplinär 2 (1994b) 1, 4-15
- Kristen, U.:** Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation Martinsschule Ladenburg. In: ISAAC – Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation mit nichtsprechenden Menschen. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag 2000, 132-136
- Kristen, U.:** Sich verstanden fühlen. Personenzentrierte Gesprächsführung bei Unterstützter Kommunikation. In: Orientierung (2001) 2, 8-10
- Kristen, U.:** Praxis Unterstützter Kommunikation. Eine Einführung. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben ⁴2002
- Lage, D.:** Die Universalpraktiken des kommunikativen Handelns – relevant für AAC?! In: Bächtold; A./Schley, W. (Hrsg.): Züricher Reflexionen und Forschungsbeiträge zur Sonderpädagogik. Band 1. ISP-Universität Zürich. Luzern 1999, 181-199

- Lage, D./Antener, G.:** UK-Multiplikatorinnen – Ausbildung in Einrichtungen für Menschen mit Entwicklungsbeeinträchtigungen. In: Isaac – Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation mit nichtsprechenden Menschen. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag 2000, 137-150
- Lage, D./Renner, G.:** Theoriegeleitete Reflexion in der Unterstützten Kommunikation – ein Modell. In: Boenisch, J./ Bünk, Ch. (Hrsg.): Forschung und Praxis der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag 2001, 188-202
- Lagerman, U./ Höök, O.:** Communication Aids for Patients with Dys/Anarthria. Scand J Rehab Med 14 (1982), 155-158
- Lamnek, S.:** Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. München 1989.
- Lang, H.:** Sprachstörungen bei cerebral Mehrfachschädigungen im Kindesalter. In: Die Sprachheilarbeit 13 (1968) 2, 177-180
- Lasker, J.P./Bedrosian J.L.:** Acceptance of AAC by Adults with Acquired Disorders. In: Beukelman, D.R./ Yorkston, K.M./ Reichle, J.: Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders. Baltimore London Toronto Sydney: Paul H Brookes 2000; 107-136
- Lauer, H.-G.:** Unterstützte Kommunikation bei Menschen mit erworbener Hirnschädigung. In: Unterstützte Kommunikation. ISAAC's Zeitung. (1999) 1, 5-9
- Light, J.C./Gulens, M.:** Rebuilding Communicative Competence and Self-Determination. In: Beukelman, D.R./ Yorkston, K.M./ Reichle, J.: Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders. Baltimore London Toronto Sydney: Paul H Brookes 2000
- Lloyd, L.L.:** Comments on terminology. In: Augmentative and Alternative Communication (1985) 2, 95-97
- Lloyd, L.L./ Fuller, D.R./ Arvidson, H.H.:** Augmentative and Alternative Communication. A Handbook of Principles and Practices. Bosten, London: Allyn and Bacon 1997
- Lloyd, L.L./Fuller, D.R./Loncke, F./Bos, H.:** Introduction to AAC Symbols. In: Lloyd, L.L./ Fuller, D.R./ Arvidson, H.H.: Augmentative and Alternative Communication. A Handbook of Principles and Practices. Bosten, London: Allyn and Bacon 1997, 43-47
- Lloyd, L.L./Karlan, G.R.:** Non-speech Communication Symbols and Systems: Where have we been and where are we going? In: J. ment. Defic. Res. (1984) 28, 3-20
- Loncke, F./ Bos, H.:** Unaided AAC symbols. In: Lloyd, L.L./ Fuller, D.R./ Arvidson, H.H.: Augmentative and Alternative Communication. A Handbook of Principles and Practices. Bosten, London: Allyn and Bacon 1997, 80-106
- Lutz, L.:** Das Schweigen verstehen. Über Aphasie. Berlin Heidelberg New York: Springer 1996

- Maihack, V.:** Qualitätssicherung in der Sprachtherapie – eine Aufforderung an Theorie und Therapie. In: Tagungsband der XXIV. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) in Berlin 2000, 348-355
- Mathy, P./ Yorkston, K.M./ Gutmann, M.L.:** AAC for Individuals with Amyotrophic Lateral Sclerosis. In: Beukelman, D.R./ Yorkston, K.M./ Reichle, J.: Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders. Baltimore London Toronto Sydney: Paul H Brookes 2000, 183-229
- Mayring, P.:** Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim ⁴1993 (1983)
- Mayring, P.:** Einführung in die qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union ³1996 (1990)
- Mayring, P.:** Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. In: : Forum Qualitative Sozialforschung. 2 (2001) 1. Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs.htm> (07.10.2002)
- Millikin, C.C.:** Symbol Systems and Vocabulary selection Strategies. In: Glennen, S.L./ DeCoste, D.C.: Handbook of Augmentative and Alternative Communication. San Diego, London: Singular Publishing Group, Inc. 1997, 97-148
- Nußbeck, S.:** Das Konzept der Gestützten Kommunikation - Beschreibung und kritische Bewertung. In: Wilken, E. (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung in Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2002, 177-199
- Oskamp, U.:** Effektivität technischer Kommunikationshilfen für zerebral bewegungs-gestörte Schüler mit schweren Dysarthrien. Ein Beitrag zur Körperbehinderten-pädagogik. Dortmund 1977 (Dissertation)
- Oskamp, U.:** Kommunikationshilfen und Ersatzzeichen bei schweren Dysarthrien bzw. Anarthrien. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Zentrale Sprach- und Sprechstörungen. Handbuch der Sprachtherapie. Band 6. Berlin: Edition Marhold 1993, 428-447
- Owens, R.E./House, L.I.:** Decision-Making Processes in Augmentative Communication. In: Journal of Speech and Hearing Disorders 49 (1984), 18-25
- Pickl, G.:** Eine Symbolsprache eröffnet nonverbalen Menschen die Welt der Kommunikation. In: Der Sprachheilpädagoge (1984)2, 77-81
- Poeck, K. (Hrsg.):** Klinische Neuropsychologie. Stuttgart, New York. Thieme ²1989
- Prentke Romich Deutschland (Hrsg.):** Elektronische Kommunikationshilfe mit Sprachausgabe. Katalog. Kassel 2001/ 2002
- Prosetzky, I.:** Zur Bedeutung von Symbolen und deren Einsatz bei geistig behinderten Kindern ohne Lautsprache – Reflexionen aus linguistischer Sicht. In: Unterstützte Kommunikation. ISAAC's Zeitung (2002) 1, 22-29
- Pyatak Fletcher, P.:** AAC and Adults with Acquired Disabilities. In: Glennen, S.L./ DeCoste, D.C.: Handbook of Augmentative and Alternative Communication. San Diego, London: Singular Publishing Group, Inc. 1997, 481-519

- Quist, R.W./Lloyd, L.L.:** High Technology. In: Lloyd, L.L./ Fuller, D.R./ Arvidson, H.H.: Augmentative and Alternative Communication. A Handbook of Principles and Practices. Boston, London: Allyn and Bacon 1997, 137-168
- Radell, U.:** Augmentative and Alternative Communication Assessment Strategies: Seating and Positioning. In: Glennen, S.L./ DeCoste, D.C.: Handbook of Augmentative and Alternative Communication. San Diego, London: Singular Publishing Group, Inc. 1997, 193-241
- REHAVISTA (Hrsg.):** Visionen für den Alltag. Kommunikationshilfen für behinderte Menschen. Katalog 2000
- Renner, G.:** Theorie- Entwicklung im internationalen Feld der Unterstützten Kommunikation. In: Unterstützte Kommunikation. ISAAC's Zeitung (2001) 1-2, 20-23
- Renner, G./Lindemann, J.:** Verkaufsunabhängige Beratung zu Kommunikationshilfsmitteln. In: Unterstützte Kommunikation. ISAAC's Zeitung (1999) 4, 7-8
- Richter, A.:** Dysarthrophonie bei Heredo-Ataxie – ein kritisches Lebensereignis? Unveröffentlichte Diplomarbeit im Fach Erziehungswissenschaften der Universität zu Köln 1998
- Robertson, S.J./ Thomson, F.:** Therapie mit Dysarthrikern. Stuttgart, Jena: Gustav Fischer Verlag 1992
- Rogers, M.A./Alarcon, N.B.:** Dissolution of spoken language in primary progressive aphasia. In: Aphasiologie 12 (1998) 7/8, 635-650
- Rölke, K.-H.:** Ein Beitrag zur logopädischen Betreuung zerebral gelähmter Kinder. In: Die Sprachheilarbeit 4 (1959), 624-629
- Romonath, R./Prüser, E.:** Zur integrativen sprachtherapeutischen Förderung kommunikationsgestörter Kinder und Jugendlicher im Schulsystem der USA. In: Gieseke, T. (Hrsg.): Integrative Sprachtherapie. Tendenzen und Veränderungen in der Sprachheilpädagogik. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung 1995, 64-91
- Rosenbek, J.C./Lemme, M.L./Ahern, M.B./Harris, E.H./Wertz, R.T.:** A Treatment for Apraxia of Speech in Adults. In: Journal of Speech and Hearing Disorders 38 (1973), 462-472
- Rothmayr, A.:** Pädagogik und Unterstützte Kommunikation. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag 2001
- Runge, V. :** Therapie der Artikulation bei Dysarthrien. Tübingen: Stauffenburg 2002
- Schäfer, J.:** Glossar qualitativer Verfahren. Veröffentlichungsreihe des Berliner Forschungsverbundes Public Health. Berlin 1995
- Schneider, A.:** Unterstützte Kommunikation: Eine sinnvolle Ergänzung der logopädischen Arbeit. In: Forum Logopädie 15 (2001) 6, 19-22

- Schwerdt, M.:** Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation der Vestischen Kinderklinik Datteln. In: Unterstützte Kommunikation. ISAAC's Zeitung (1999) 4, 19
- Shane; H.C./Bashir, A.S.:** Election Criteria for the Adaption of an Augmentative Communication System: Preliminary Considerations. In: Journal of Speech and Hearing Disorders 45 (1980), 408-414
- Simpson, M.B./Till, J.A./Goff, A.M.:** Long-Term Treatment of Severe Dysarthria: A Case Study. In: American Speech-Language-Hearing Association 53 (1988), 433-440
- Springer, L.:** Erklärungsansätze und Behandlung sprechpraktischer Störungen. In: Forum Logopädie 3 (1995), 3-7
- Springer, L./Kattenbeck, G.:** Aktuelle Beiträge zur Dysarthrophonie und Dysprosodie. München 1987
- Stachowiak, F.-J./Geilfuß, J./Helgeson, R./Lobin, H./Schädler, U./Seggewis, G./Willeke, A.:** Effekte der computergestützten Sprachtherapie. In: Tagungsbericht des 3. Symposiums „Computer helfen heilen.“ Hg. V. Kliniken Schmieder. Gailingen/Allensbach: Kliniken Schmieder 1990, 131-160
- Steinke, I.:** Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U./ Kardorff, E. von/ Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 2000, 319-331
- Sterken, J.:** Einsatz „Unterstützter Kommunikation“ bei erwachsenen Menschen mit neurologischen Erkrankungen – Eine empirische Studie unter Sprachtherapeuten. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Köln 2003
- Stuckenschneider-Braun, M.:** Überlegungen zur Notwendigkeit und zur Realisierbarkeit ambulanter Beratung in augmentativer Kommunikation. In: ISAAC's Zeitung (1991) 2, 19-20
- Swengel, K.E./Marquette, J.S.:** Service Delivery in AAC. In: Glennen, S.L./ DeCoste, D.C.: Handbook of Augmentative and Alternative Communication. San Diego, London: Singular Publishing Group, Inc. 1997, 21-55
- Tesak, J.:** Grundlagen der Aphasietherapie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag 1999
- Tetzchner von, S./Jensen/ M.H.:** Augmentative and Alternative Communication: European Perspectives. London 1996
- Tetzchner von, S./Martinsen, H.:** Einführung in Unterstützte Kommunikation. Heidelberg: Edition S 2000
- Vanderheiden, G.C./Grilley, K.:** Non-vocal Communication Techniques and Aids for the Severely Handicapped. Baltimore 1976
- Vanderheiden, G.C./Yoder, D.E.:** Overview. In: Blackstone, S.W. (Hrsg.): Augmentative Communication. An Introduction. Rockville, Maryland 1986, 1-28

- Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung e.V. (Hrsg.):** „Schau doch meine Hände an“. Verlagswerk der Diakonie, Stuttgart ²1993
- Vogel, M.:** Die Behandlung der Dysarthrie. In: Ziegler, W./ Vogel, M./ Gröne, B./ Schröter-Morasch, H.: Dysarthrie. Grundlagen-Diagnostik-Therapie. Stuttgart, New York: Thieme 1998, 99-132
- Vogel, M./Ziegler, W./Morasch, H.:** Sprechapraxie. In: Cramon, von D./ Zihl, J. (Hrsg.): Neuropsychologische Rehabilitation. Berlin, Heidelberg, New York 1988, 347-359
- Voßhage, S.:** Was sind das eigentlich? – Symbole? In: Unterstützte Kommunikation. ISAAC 's Zeitung (1997) 2-3, 14-16
- Wachsmuth, S.:** Mehrdimensionaler Ansatz zur Förderung kommunikativer Fähigkeiten Geistigbehinderter. Gießen 1986 (Dissertation)
- Wahn, C.:** Elektronische Kommunikationshilfen: Hilfen für Lexikon und Sprachoutput bei Aphasie? Ergebnisse einer Pilotstudie. In: Tagungsband der XXV. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) in Halle 2002, 549-563
- Wahn, C.:** Zum Einsatz elektronischer Kommunikationshilfen bei Aphasie. Leipzig 2002a (Dissertation)
- Wasson, C.A./Arvidson, H.H./Lloyd, L.L.:** Low Technology. In: Lloyd, L.L./ Fuller, D.R./ Arvidson, H.H.: Augmentative and Alternative Communication. A Handbook of Principles and Practices. Bosten, London: Allyn and Bacon 1997, 127-136
- Wasson, C.A./ Arvidson, H.H./ lloyd, L.L.:** AAC Assessment Process. In: Lloyd, L.L./ Fuller, D.R./ Arvidson, H.H.: Augmentative and Alternative Communication. A Handbook of Principles and Practices. Bosten, London: Allyn and Bacon 1997a, 169-198
- Weid-Goldschmidt, B.:** Ich habe auch eine Stimme. Zur Verständigung mit elektronischen Kommunikationshilfen. In: Braun, U. (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben. ³1999, 34-45
- Wilken, E.:** Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom. Berlin. Edition Marhold ⁸2000a
- Wilken, E.:** Die Gebärden unterstützte Kommunikation (GuK). Lauf 2000b
- Wilken, E. (Hrsg.):** Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung in Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2002
- Wilken-Timm, K.:** Kommunikationshilfen zur Persönlichkeitsentwicklung. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag 1997
- Witt, H.:** Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. In: Forum Qualitative Sozialforschung. 2 (2001) 1. Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs.htm> (07.10.2002)

- Wittkowski, J.:** Das Interview in der Psychologie. Opladen 1994
- Wölfert, E.:** Über den Einsatz von Kommunikationstafeln bei cerebral bewegungs-gestörten Kindern mit schweren Dysarthrien. In: die Sprachheilarbeit 21 (1976), 185-193
- Wolks, H.:** Die sprachlichen und stimmlichen Störungen bei Krampfgelähmten (Spastikern) und ihre Behandlung. In: Die Sprachheilarbeit 4 (1959a) 1, 1-11
- Wolks, H.:** Die sprachlichen und stimmlichen Störungen bei Krampfgelähmten (Spastikern) und ihre Behandlung. In: Die Sprachheilarbeit 4 (1959b) 2, 33-45
- Wulff, J.:** Die Sprachbehandlung bei Spastikern. In: Die Sprachheilarbeit 12 (1967), 118-128
- Yorkston, K.M./ Beukelman, D.R.:** Decision Making in AAC Intervention. In: Beukelman, D.R./ Yorkston, K.M./ Reichle, J.: Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders. Baltimore London Toronto Sydney: Paul H Brookes 2000, 55-82
- Yorkston, K.M./ Waugh, P.F.:** Use of augmentative communication devices with apractic individuals. In: Storer, P.S. (Ed.): Apraxia of Speech. London: Taylor and Francis 1989, 267-283
- Ziegler, W.:** Sprechapraktische Störungen bei Aphasie. In: Blanken, G. (Hrsg.): Einführung in die linguistische Aphasiologie. Theorie und Praxis. Freiburg: HochschulVerlag 1991, 89-119
- Ziegler, W.:** Prüfung der Verständlichkeit dysarthrischer Patienten: I. Grundlagen. In: Sprache Stimme Gehör 18 (1994), 24-28
- Ziegler, W.:** Prüfung der Verständlichkeit dysarthrischer Patienten: II. Methoden. In: Sprache Stimme Gehör 18 (1994a), 111-116
- Ziegler, W.:** Grundlagen der Dysarthrien. In: Ziegler, W./Vogel, M./Gröne, B./Schröter-Morasch, H.: Dysarthrie. Grundlagen-Diagnostik-Therapie. Stuttgart, New York: Thieme 1998, 1-25
- Ziegler, W.:** Sprechapraxie bei Erwachsenen. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 2. Erscheinungsformen und Störungsbilder. Stuttgart: Kohlhammer 2001, 262-268
- Ziegler, W./Jaeger, M.:** Materialien zur Sprechapraxie-Therapie. Dortmund 1993
- Ziegler, W./Vogel, M./Gröne, B./Schröter-Morasch, H.:** Dysarthrie. Grundlagen-Diagnostik-Therapie. Stuttgart, New York: Thieme 1998

Internetadressen

www.dotolearn.com (Stand 23.06.2002)

www.isaac_online.de (Stand 03.01.2003)

www.spiekermann.online.de/Netzwerk.htm (Stand 27.04.2003)

www.isp.unizh.ch/content/pages/05_02htm (Stand 24.05.2002)

www.uni-dortmund.de (Stand 28.01.2003)

www.uni-koeln.de (Stand 28.04.2003)

www.uni-leipzig.de (Stand 14.07.2002)

www.qualitative-research.net/fgs/fgs.htm (Stand 01.10.2002)

Abkürzungsverzeichnis

AAC – Augmentative and Alternative Communication
ALS - Amyotrophe Lateralsklerose
ASHA – American-Speech-Hearing Association
ASL – American Sign Language

CH – Chorea Huntington
CP – Cerebralparese

DGS – Deutsche Gebärdensprache

elektr - elektronisch

FC – Facilitated Communication (Gestützte Kommunikation)

Gb - Geistigbehinderte
GuK – Gebärden-unterstützte Kommunikation

HA – Heredo-Ataxie

ISAAC – International Society of Augmentative and Alternative Communication

Kb - Körperbehinderte
Koop - Kooperation

LIS – Locked-In-Syndrom

MP – Morbus Parkinson
MS – Multiple Sklerose

PCS - Picture Communication Symbols
PIC - Pictogram Ideogram Communication

QM - Qualitätsmanagement

SDT - Systemisch-lösungsorientierte Dysarthrie-/Dysarthrophonietherapie
SHT - Schädel-Hirn-Trauma

UK – Unterstützte Kommunikation

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Zugangsbarrieren	27
Abb. 2:	Unterstützte Kommunikation (Giel/Richter 2002)	35
Abb. 3:	Externe Symbolformen	40
Abb. 4:	Formen elektronischer Kommunikationshilfen	48
Abb. 5:	Technische Voraussetzungen	52
Abb. 6:	Zielgruppen der Unterstützten Kommunikation	59
Abb. 7:	UK-Einsatz in der Dysarthrietherapie	68
Abb. 8:	Forschungsablauf – Gesamtprojekt	80
Abb. 9:	Datenerhebungsdesign – Projekt 1	91
Abb. 10:	Datenerhebungsdesign – Projekt 2	96
Abb. 11:	Datenauswertungsdesign – Projekt 1	106
Abb. 12:	Datenauswertungsdesign – Projekt 2	109
Abb. 13:	Strukturqualität – Arbeitsort	118
Abb. 14:	Strukturqualität – Berufsgruppen	118
Abb. 15:	Strukturqualität – UK-Einsatz und Arbeitsort	120
Abb. 16:	Strukturqualität – Allgemeines UK-Wissen	121
Abb. 17:	Strukturqualität – Spezifisches UK-Wissen	121
Abb. 18:	Strukturqualität – UK und Ausbildung (Erwachsenenalter)	122
Abb. 19:	Strukturqualität – Ausbildung: UK-Wissen/Alltag	123
Abb. 20:	Strukturqualität – Fortbildungen	123
Abb. 21:	Strukturqualität – Fortbildungen/Bewertung	124
Abb. 22:	Strukturqualität – Weiterbildungen (Soll-Analyse)	125
Abb. 23:	Strukturqualität – Wissensvermittlung (Soll-Analyse)	125
Abb. 24:	Strukturqualität – Materielle Ausstattung	126
Abb. 25:	Strukturqualität – Klientel (progrediente Erkrankungen)	127
Abb. 26:	Strukturqualität – Klientel und Versorgung (progrediente Erkrankungen)	128
Abb. 27:	Strukturqualität – Klientel (akutes/chronisches Krankheitsbild)	128
Abb. 28:	Strukturqualität – Klientel und Versorgungsort (akutes/chronisches Krankheitsbild)	129
Abb. 29:	Strukturqualität – Zeitraum: Bestehen der	

	Beratungsstelle	131
Abb. 30:	Strukturqualität – Mitarbeiteranzahl	132
Abb. 31:	Strukturqualität – Personelle Ausstattung	132
Abb. 32:	Strukturqualität – Qualifikation	134
Abb. 33:	Strukturqualität – Materielle Ausstattung	135
Abb. 34:	Strukturqualität – Klientel und Versorgungsanteil	137
Abb. 35:	Strukturqualität – Klientel und Versorgungshäufigkeiten (progrediente Krankheitsbilder)	137
Abb. 36:	Strukturqualität – Klientel und Versorgungshäufigkeit (akute/chronische Krankheitsbilder)	138
Abb. 37:	Prozessqualität – Bekanntheit anglo-amerikanischer UK-Konzepte	146
Abb. 38:	Prozessqualität – Abprüfung: Elemente der UK-Diagnostik und Versorgung	148
Abb. 39:	Prozessqualität – Zugangsbarrieren: Motivation/Arbeitsort	149
Abb. 40:	Prozessqualität – Gelegenheitsbarrieren: Einstellung Umfeld und Arbeitsort	150
Abb. 41:	Prozessqualität – Beratung/Aufklärung und Arbeitsort	151
Abb. 42:	Prozessqualität – Transferleistungen und Arbeitsort	152
Abb. 43:	Prozessqualität – Bekanntheit/Einsatz körpereigene Kommunikationsformen	153
Abb. 44:	Prozessqualität – Körpereigene Kommunikationsformen und Arbeitsort	154
Abb. 45:	Prozessqualität – Bekanntheit/Einsatz nichtelektronischer Kommunikationsformen	155
Abb. 46:	Prozessqualität – Nichtelektronische Kommunikationsform und Arbeitsort	155
Abb. 47:	Prozessqualität – Bekanntheit/Einsatz elektronische Kommunikationsformen	156
Abb. 48:	Prozessqualität – Elektronische Kommunikationsformen und Arbeitsort	156
Abb. 49:	Prozessqualität – UK-Einsatz bei progredienten Erkrankungen	158
Abb. 50:	Prozessqualität – Materialeinsatz bei progredienten Erkrankungen	159
Abb. 51:	Prozessqualität – UK-Einsatz bei akuten/chronischen	

	Erkrankungen	160
Abb. 52	Prozessqualität – Materialeinsatz bei akuten/chronischen Erkrankungen	161
Abb. 53:	Prozessqualität – Kooperationspartner	162
Abb. 54:	Prozessqualität – Kooperationspartner	186
Abb. 55:	Ergebnisqualität – Therapeutenzufriedenheit	196
Abb. 56:	Ergebnisqualität – Versorgungserfolg	196
Abb. 57:	Ergebnisqualität – Klientenzufriedenheit	198
Abb. 58:	Ergebnisqualität – Zufriedenheit und Erfolg	200

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Vergleich der AAC/UK-Historie in den USA und Deutschland	15
Tab. 1a:	Vergleich der AAC/UK-Historie in den USA und Deutschland	16
Tab. 2:	Qualitätsebenen der Sprachtherapie	77
Tab. 3:	Qualitätsebenen der UK-Versorgung	92
Tab. 4:	Strukturqualität – Personelle Ausstattung (Soll-Analyse)	133
Tab. 5:	Strukturqualität – Qualifikation (Soll-Analyse)	135
Tab. 6:	Strukturqualität – Materielle Ausstattung (Soll-Analyse)	136
Tab. 7:	Strukturqualität – Klientel- wie aufmerksam?	139
Tab. 8:	Strukturqualität – Leistungsangebot	140
Tab. 9:	Prozessqualität – Erstberatung	167
Tab. 10:	Prozessqualität – Inhalt der Diagnostik	170
Tab 10a:	Prozessqualität – Inhalt der Diagnostik	170
Tab. 11:	Prozessqualität – Fähigkeiten/Fertigkeiten	172
Tab. 12:	Prozessqualität –Elemente der Versorgung	173
Tab 12a:	Prozessqualität –Elemente der Versorgung	174
Tab. 13:	Prozessqualität – Folgebetreuung	176
Tab. 14:	Prozessqualität – Konzepte	177
Tab 14a:	Prozessqualität – Konzepte	178
Tab. 15:	Prozessqualität – Konzepte (Soll-Analyse)	183
Tab. 16:	Prozessqualität – Störungsspezifischer Materialeinsatz	184
Tab 16a:	Prozessqualität – Störungsspezifischer Materialeinsatz	185
Tab. 17:	Prozessqualität – Kooperation Sprachtherapie	187
Tab. 18:	Prozessqualität – Genehmigung von Kommunikationshilfen	189
Tab. 19:	Ergebnisqualität – Beraterzufriedenheit (Soll-Analyse)	200
Tab 19a:	Ergebnisqualität – Beraterzufriedenheit (Soll-Analyse)	201
Tab. 20:	Ergebnisqualität – Beratungserfolg (Soll-Analyse)	202
Tab 20a:	Ergebnisqualität – Beratungserfolg (Soll-Analyse)	202
Tab. 21:	Ergebnisqualität – Klientenzufriedenheit (Soll-Analyse)	203
Tab 21a:	Ergebnisqualität – Klientenzufriedenheit (Soll-Analyse)	204
Tab. 22:	Ergebnisqualität – Versorgungsstand (Soll-Analyse)	205
Tab 22a:	Ergebnisqualität – Versorgungsstand (Soll-Analyse)	205

Anhang

Universität zu Köln

Seminar für Sprachbehindertenpädagogik

Prof. Dr. R. Romonath/

Dipl.-Heilpäd. Andrea Liehs

Klosterstr. 79b

50931 Köln

Köln, 06.01.03

**Unterstützte Kommunikation (UK) bei erworbenen
Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter**

Sehr geehrte Damen und Herren,

innerhalb des Seminars für Sprachbehindertenpädagogik der Universität zu Köln wird ein Forschungsprojekt mit dem Thema ‚Unterstützte Kommunikation (UK) und erworbenen Kommunikationsstörungen‘ durchgeführt. Zu diesem Themenbereich erfolgen Umfragen von Studentinnen des Seminars in sprachtherapeutischen Praxen, Akut- und Rehabilitationskliniken sowie Beratungsstellen für UK.

Im Rahmen meines Promotionsvorhabens führe ich eine empirische Studie zum derzeitigen UK-Versorgungsvorgehen bei erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter durch UK – Beratungsstellen in Deutschland durch.

Innerhalb dieser Studie würde ich auch sehr gerne ihre Beratungsstelle befragen.

Dabei handelt es sich um ein ca. 45-minütiges telefonisches Interview bestehend aus einem Fragebogen und einem halbstrukturierten Interview zu den Themenbereichen Beratungsstelle/ Beratungskonzepte/ Klientel.

Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet. Die persönlichen Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Die Durchführung des Interviews wird im Januar erfolgen.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie an einem Interview teilnehmen würden.

Über eine Unterstützung des Projektes würde ich mich freuen.

Mit freundlichen Grüßen

Ich melde mich bei Ihnen telefonisch in den nächsten Wochen.

Bei Rückfragen können Sie mich erreichen unter 0221/ 402508 bzw. Andrea.Liehs@t-online.de.

Fragebogen zur UK-Versorgung bei erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter Strukturqualität

Grunddaten der Beratungsstelle

1. Name/ Ort der Beratungsstelle: _____

2. Einzugsgebiet der Beratungsstelle: _____

3. Träger der Beratungsstelle: _____
4. Finanzierungshilfe: _____

5. Seit wie vielen Jahren besteht die Beratungsstelle?

0-5 Jahre... 6-10 Jahre... mehr als 10 Jahre...

Personelle Ausstattung

6. Wie viele Mitarbeiter gibt es in Ihrer Beratungsstelle?

1-5... 6-10... mehr als 10...

7. Welcher Berufsgruppe gehören Sie und Ihre Kollegen an?

Ärzte Ja Nein
Wenn Ja, Anzahl: _____ Fachrichtung: _____

Ergotherapeuten Ja Nein
Wenn Ja, Anzahl: _____

Krankengymnasten/ Physiotherapeuten Ja Nein
Wenn Ja, Anzahl: _____

Logopäden/ Sprachtherapeuten Ja Nein
Wenn Ja, Anzahl: _____

Psychologen Ja Nein

Wenn Ja, Anzahl: _____

Sonder-/ Heilpädagogen Ja Nein

Wenn Ja, Anzahl: _____ Fachrichtung: _____

Sonderschullehrer Ja Nein

Wenn Ja, Anzahl: _____ Fachrichtung: _____

Sozialpädagogen Ja Nein

Wenn Ja, Anzahl: _____

Sonstige: _____

8. **Wie schätzen Sie die personelle Besetzung auf einer Skala von 1– 5 ein?**
(1= sehr gut, 5= mangelhaft) (bitte ankreuzen)

sehr gut 1... 2... 3... 4... 5 mangelhaft

- 8a) **Was müsste passieren (sich ändern), damit Sie die personelle Besetzung als sehr gut bzw. besser bezeichnen würden?**

Qualifikation/ Weiterbildung

9. **Haben Sie bzw. Ihre Kollegen spezielle Qualifikationen/ Weiterbildungen im Bereich Unterstützter Kommunikation?** Ja Nein

9a) **Wenn Ja, welche?** _____

10. **Haben Sie bzw. Ihre Kollegen spezielle Qualifikationen/ Weiterbildungen in bezug auf Grunderkrankungen und Sprach- und Sprechstörungen bei erworbenen Kommunikationsstörungen?** Ja Nein

10a) **Wenn Ja, welche?** _____

11. **Wie schätzen Sie Ihr Wissen/ Ihre Qualifikation in der UK-Versorgung bei erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter auf einer Skala von 1 – 5 ein? (1= sehr gut; 5=mangelhaft) (bitte ankreuzen)**

sehr gut 1... 2... 3... 4... 5 mangelhaft

- 11a) **Was müsste passieren (sich ändern), damit Sie Ihr Wissen als sehr gut bezeichnen würden bzw. höher einschätzen würden?**

Materielle Ausstattung

12. **Welche der folgenden Materialien gibt es in Ihrer Beratungsstelle:**

Gebärdensammlungen Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Symbolsammlungen Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Kommunikationstafeln Ja Nein

Elektronische Kommunikationshilfen Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Computer, diverse Software Ja Nein

Ansteuerungshilfen Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Geräte zur Umweltsteuerung Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Literatur Ja Nein

Wenn Ja, deutschsprachige angloamerikanische

13. **Wie schätzen Sie die materielle Ausstattung auf einer Skala von 1 – 5 ein? (1= sehr gut; 5=mangelhaft) (bitte ankreuzen)**

sehr gut 1... 2... 3... 4... 5 mangelhaft

- 13a) **Was müsste passieren (sich ändern), damit Sie die materielle Ausstattung als sehr gut bezeichnen bzw. besser bewerten würden?**

Interdisziplinäre Kooperation

14. **Gibt es Kooperationen mit einer oder mehreren der folgenden Einrichtungen? Bitte geben Sie auf einer Skala von 1(=trifft voll zu) bis 5 (=trifft gar nicht zu) an. (bitte ankreuzen)**

Akutkliniken	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Die Kooperation wird bewertet als	sehr gut 1...2...3...4...5 mangelhaft
Arzt-Praxen	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Die Kooperation wird bewertet als	sehr gut 1...2...3...4...5 mangelhaft
Ergotherapeutische Praxen	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Die Kooperation wird bewertet als	sehr gut 1...2...3...4...5 mangelhaft
Frühfördereinrichtungen	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Die Kooperation wird bewertet als	sehr gut 1...2...3...4...5 mangelhaft
Hilfsmittelfirmen	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Die Kooperation wird bewertet als	sehr gut 1...2...3...4...5 mangelhaft
Praxen f. Krankengymnastik	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Die Kooperation wird bewertet als	sehr gut 1...2...3...4...5 mangelhaft
Rehabilitationseinrichtungen	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Die Kooperation wird bewertet als	sehr gut 1...2...3...4...5 mangelhaft
Sonderkindergärten	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Fachrichtung: _____	
Die Kooperation wird bewertet als	sehr gut 1...2...3...4...5 mangelhaft
Sonderschulen	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Fachrichtung: _____	
Die Kooperation wird bewertet als	sehr gut 1...2...3...4...5 mangelhaft
Sprachtherapeutische Praxen	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Die Kooperation wird bewertet als	sehr gut 1...2...3...4...5 mangelhaft

Klientel

15. Welche der folgenden Personengruppen werden in Ihrer Beratungsstelle versorgt?

- 15a) Kinder/ Jugendliche mit angeborenen Kommunikationsstörungen (z.B. Cerebralpareesen, Autisten) Ja Nein
- 15b) Kinder/ Jugendliche mit erworbenen Kommunikationsstörungen (z.B. nach SHT, cerebralen Erkrankungen) Ja Nein
- 15c) Erwachsene mit angeborenen Kommunikationsstörungen (z.B. Autisten, Geistigbehinderte) Ja Nein
- 15d) Erwachsene mit erworbenen Kommunikationsstörungen (z.B. nach Apoplex, bei fortschreitenden Erkrankungen) Ja Nein

Wenn Ja, nehmen Sie anhand einer Skala von 1 (=trifft voll zu) – 5 (=trifft gar nicht zu) eine Einschätzung bezüglich des Versorgungsanteils folgender Störungsbilder ein:

Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Chorea Huntington	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
(Heredo-) Ataxie (HA)	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Morbus Parkinson	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Multiple Sklerose (MS)	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Locked-In-Syndrom (LIS)	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Schädel-Hirn-Trauma (SHT)	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Menschen nach Apoplex	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Menschen nach Tumorresektionen	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu
Menschen mit Demenz	trifft voll zu 1...2...3...4...5 trifft gar nicht zu

16. Wie hoch schätzen Sie den Anteil (gesehen auf 100% zu versorgendes Klientel) der in Ihrer Beratungsstelle zu versorgenden...

16a) ... Kinder/ Jugendlichen mit angeborenen Kommunikationsstörungen

0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

16b) ... Kinder/ Jugendliche mit erworbenen Kommunikationsstörungen

0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

16c) ... Erwachsene mit angeborenen Kommunikationsstörungen

0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

16d) ... Erwachsenen mit erworbenen Kommunikationsstörungen

0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

Interviewleitfaden zur UK-Versorgung bei erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter Prozessqualität

Konzepte/Inhalte der UK-Versorgung

17. Bitte geben Sie mir zunächst kurz an, welches Leistungsangebot Ihre Beratungsstelle umfasst

- Führen Sie eine interdisziplinäre Diagnostik durch? Wer ist daran beteiligt?
- Erstellen Sie Förderpläne? Für wen? Inhalt?
- Nehmen Sie eine Anpassung von Kommunikationshilfen vor?
- Leiten Sie andere Therapeuten an? Umfang? Dauer?
- Welche Rolle spielen Angehörige/ Umfeld?
- Geben Sie Informationen in bezug auf elektronische/ nichtelektronische Kommunikationshilfen? Wie sehen diese aus?
- Geben Sie Fort-/ Weiterbildungen? Für wen?

18. Durch wen/ durch was werden die Klienten auf Sie aufmerksam?

19. Stellen Sie sich vor, ein Mensch mit einer (erworbenen) Kommunikationsstörung sucht Ihre Beratungsstelle auf: Beschreiben Sie Form und Stil der Beratung/Versorgung in Ihrer Einrichtung

- Durch wen findet die Diagnostik statt?
- Welche Fähigkeiten/ Fertigkeiten des Klienten finden in der Diagnostik/ Versorgung Beachtung?
- Wie viele und welche Personen führen eine UK-Beratung durch?
- Wer führt die Versorgung durch?
- Wie sieht der zeitliche Ablauf der Beratung/ Versorgung aus?
- Wer übernimmt die Folgebetreuung?
- In wieweit erfolgt eine Anpassung der UK-Hilfsmittel an sich ändernde Gegebenheiten (z.B. Krankheitsverlauf)?
- Welche Rolle spielt das Umfeld/ die Bezugspersonen?

19a) Arbeiten Sie nach speziellen Versorgungsmodellen/ Konzepten und worauf basieren diese?

- Gibt es eine Orientierung an bestehenden anglo-amerikanischen Modellen?

19b) Wäre eine einheitliche Konzeption denkbar und wünschenswert; wie könnte diese aussehen?

20. Welche Rolle nehmen Logopäden/ Sprachtherapeuten in der UK-Diagnostik, -Beratung und -Versorgung ein?

Störungsspezifische Beratung/Material

21. Ist in der UK-Beratung/ Versorgung ein störungsspezifisches Vorgehen erkennbar – Wie sieht es aus bzw. wo sind Unterschiede erkennbar?

- Gibt es in bestimmten Störungsbereichen mehr Erfahrung/ Wissen?
- Ist eine Übertragung auf andere Störungsbereiche möglich?
- Haben sich bei bestimmten Erkrankungen bestimmte Maßnahmen als besonders sinnvoll erwiesen?
- Sind in der UK-Versorgung bei erworbenen Kommunikationsstörungen Abhängigkeiten zwischen Grunderkrankung und UK-Maßnahme erkennbar
- Gibt es Tendenzen zu einer eher elektronischen oder nichtelektronischen Versorgung?

Finanzierung

22. Wie sieht eine finanzielle Beantragung und Genehmigung von elektronischen Kommunikationshilfen aus?

- Treten Probleme bei der Genehmigung auf? Wenn ja, welche?
- Sind störungsspezifische Abhängigkeiten erkennbar?

Fragebogen zur UK-Versorgung bei erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter

Ergebnisqualität

Ergebnisebene: Beratungserfolg

23. Wie schätzen Sie auf einer Skala von 1 (=sehr gut) – 5 (=mangelhaft) Ihre Beratung-/ Versorgungserfolge (in bezug auf erworbene Kommunikationsstörungen) ein?

sehr gut 1... 2... 3... 4... 5 mangelhaft

- 23a) Was müsste passieren (sich ändern), damit Sie Ihre Beratung als erfolgreicher einstufen würden?

Ergebnisebene: Beraterzufriedenheit

24. Wie schätzen Sie auf einer Skala von 1 (=sehr gut) – 5 (=mangelhaft) Ihre Zufriedenheit mit Ihrer Beratung und Versorgung (in bezug auf erworbene Kommunikationsstörungen) ein?

sehr gut 1... 2... 3... 4...5 mangelhaft

- 24a) Was müsste passieren, damit Sie mit Ihrer Beratung/ Versorgung zufriedener sind?

Ergebnisebene: Klientenzufriedenheit

25. Wie schätzen Sie auf einer Skala von 1 (=sehr gut) – 5 (=mangelhaft) die Zufriedenheit Ihrer Klienten bzw. der Angehörigen mit der Beratung/ Versorgung ein?

sehr gut 1... 2... 3... 4... 5 mangelhaft

- 25a) **Was müsste passieren (sich ändern), damit die Klienten/ Angehörigen Ihres Erachtens zufriedener mit der Beratung/ Versorgung sind?**

Ergebnisebene: Versorgungsstand

26. **Wie schätzen Sie auf einer Skala von 1 (=sehr gut) – 5 (=mangelhaft) den derzeitigen Versorgungszustand bei erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter ein?**

sehr gut 1... 2... 3... 4... 5 mangelhaft

- 26a) **Was müsste passieren (sich ändern), damit sich der Versorgungszustand bei Menschen mit erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter verbessert?**

Transkriptionsstandards

Kurze Pause:	..
Lange Pause:	...
Unverständliche Äußerung:	(...)
Emotionale Äußerungen:	werden in Klammern vermerkt, z.B. (lachen), (seufzen)
Besondere Betonungen:	<u>ich</u> -> unterstreichen
Dialektale Färbungen:	entsprechendes Wort der deutschen Hochsprache

Auf die Wiedergabe von Füllwörtern des Interviewers wie mh, äh etc. wird verzichtet, wenn sie nicht inhaltsrelevante Bedeutung haben.

Die Äußerungen der Interviewer werden am Anfang der Zeile wie folgt gekennzeichnet:

Interviewte:	B. für Beratungsstelle
Interviewer:	I.