

Bernasconi, T., Garbe, C. & Schellen, J. (2022). Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen. In M. Gebhardt, D. Scheer & M. Schurig (Hrsg.), *Handbuch der sonderpädagogischen Diagnostik. Grundlagen und Konzepte der Statusdiagnostik, Prozessdiagnostik und Förderplanung* (S. 595-618). Regensburg: Universitätsbibliothek. <https://doi.org/10.5283/epub.53149>

Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen

Tobias Bernasconi, Carolin Garbe & Julia Schellen

Bei der Begleitung, Unterstützung und Förderung im Kontext der Unterstützten Kommunikation (UK) kommt der Diagnostik eine besondere Bedeutung zu. Dabei geht es nicht lediglich darum, Fördermaßnahmen aus diagnostischen Erkenntnissen abzuleiten. Ergebnisse der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen werden auch für Entscheidungsprozesse in unterschiedlichen Settings sowie im Bereich der Hilfs- und Heilmittelversorgung herangezogen oder eingefordert.

Erschwerend ist dabei, dass für den Bereich der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen nahezu keine einheitlichen, standardisierten Verfahren existieren. Standardisierte Testverfahren, die den Entwicklungsstand über die Lautsprache erfassen, können i. d. R. nicht eingesetzt werden und auch nonverbale Testverfahren bieten sich oftmals aufgrund der vielfach existierenden motorischen Beeinträchtigungen der Zielgruppe nicht an (Boenisch, 2009, S. 89). Es existieren jedoch unterschiedliche Materialien, welche den die Diagnostik ausführenden Personen Hilfestellungen, Anleitungen oder Systematisierungen bieten. Aufgrund der Komplexität von Kommunikationsstörungen und der Heterogenität der Zielgruppe, die auf Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation angewiesen ist, muss hier immer berücksichtigt werden, dass die Ergebnisse der Diagnostik damit auf einer möglichst akkuraten und systematisch durchgeführten Beobachtung der betreffenden Person und ihres Umfelds beruhen und nicht auf einem prinzipiellen bzw. standardisierten Vorgehen.

Im folgenden Beitrag werden zunächst grundlegende Merkmale der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen dargestellt, anschließend erfolgt eine Darstellung von existierenden Materialien und schließlich werden Hinweise zur Gestaltung der diagnostischen Situation und für den praktischen Einsatz der Materialien gegeben.

1 Grundlegende Merkmale der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen

1.1 Ausgangspunkt und Aufgaben der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen

Auch in der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen sind die Bereiche Diagnostik, Förderung/Interventionsplanung sowie Beratung eng verzahnt (Boenisch & Sachse, 2013). Die Ziele der Diagnostik gehen entsprechend über eine Statusdiagnose hinaus und beinhalten eine gemeinsame Projektion von langfristigen (teilhabeorientierten) Zielen, eine Interventionsplanung sowie die Evaluation der eingesetzten und durchgeführten Interventionen.

Garbe und Herrmann (2020, S. 157 f.) beschreiben folgende Aufgabenbereiche der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen:

1. Erhebungsdiagnostik zur Einschätzung der derzeitigen Situation zu Beginn einer Intervention oder Therapie
2. Prozessdiagnostik zur Überprüfung und Anpassung der Ziele im Förderprozess
3. Umfeldbezogene Diagnostik im Sinne eines ganzheitlichen Blickes auf die Person und ihr Umfeld sowie Wechselwirkungen zwischen den Akteuren
4. Zuweisungsdiagnostik z. B. im Rahmen von Hilfsmittelbeantragungen, aber auch der Festlegung von Förderorten etc.

Die unterschiedlichen Aufgaben und daran anschließenden Ziele machen deutlich, dass die Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen selber als höchst komplexer Prozess gesehen werden muss.

1.2 Verständnis von komplexen Kommunikationsstörungen

Bereits das Phänomen Sprache erweist sich als vielfältiger und komplexer Bereich, in dem existierende Sprachentwicklungstests in der Regel nur einen Bereich fokussieren (Quaiser-Pohl & Köhler, 2010, S. 154). Diese Verfahren sind erst für die Testung der Sprachentwicklung im engeren Sinne nutzbar. Der kleinschrittigen Kommunikationsentwicklung, die sich *vor* der Produktion erster Wörter und Sätze vollzieht, wird dabei testdiagnostisch kaum Beachtung geschenkt. Weitergehend muss bedacht werden, dass sich die Entwicklung von kommunikativen Kompetenzen nicht als isolierte Fähigkeit im Sinne des Erwerbs von Sprache bzw. der Feststellung eines spezifischen Sprachentwicklungsstands denken lässt, sondern immer in einem engen Zusammenhang mit der motorischen, der sensorischen und der kognitiven Entwicklung sowie bisherigen Erfahrungen und Sozialisationsbedingungen steht (Boenisch, 2009, 89). In der Unterstützten Kommunikation wird aufgrund der Komplexität und Heterogenität der Zielgruppe dabei nicht von einem Modell ausgegangen, bei dem aus der Diagnostik kausale Ziele und Maßnahmen abgeleitet werden können, sondern vielmehr muss die Diagnostik umfassend neben den individuellen Fähigkeiten einer Person auch die Lebenswelt beleuchten und einbeziehen. Dabei steht letztlich die Frage im Mittelpunkt, welche Fähigkeiten, zu erwerbenden Kompetenzen und anzuleitenden Maßnahmen die kommunikative Kompetenz einer Person mit komplexer Kommunikationsstörung nachhaltig verbessern könnten. Light (1989) stellt in diesem Zusammenhang die grundsätzliche Frage, was die kommunikative Kompetenz einer Person mit komplexer Kommunikationsstörung beschreibt und wie diese gefördert werden kann. Zentral ist dabei der Aspekt der gelingenden Alltagskommunikation. Light entwickelt diesbezüglich ein

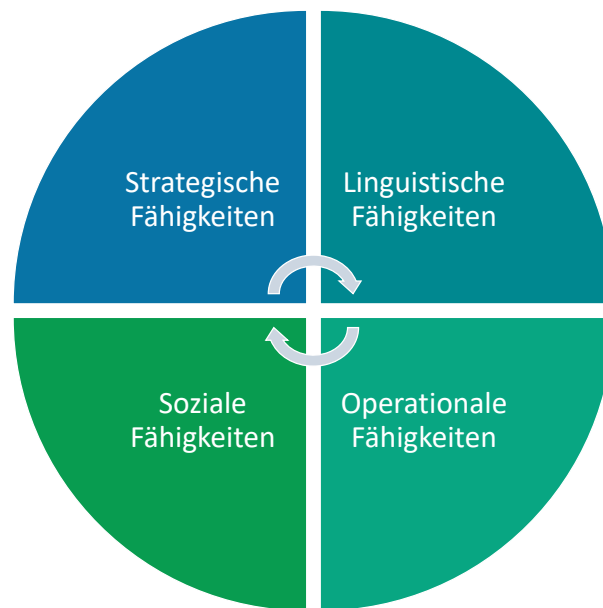


Abbildung 1: Das Modell der kommunikativen Kompetenz (Light, 1989)

Modell, welches die kommunikativen Kompetenzen von Menschen mit komplexen Kommunikationsstörungen nicht nur bezogen auf die Sprachentwicklung bzw. die Inhaltsaspekte der Kommunikation beschreibt (Light, 1989). Das Modell wird in der Folge weiter ausdifferenziert (Light, Beukelman & Reichle, 2003; Light & McNaughton, 2014) und kann heute als international anerkannte Beschreibung der sog. kommunikativen Kompetenz gesehen werden. Kommunikative Kompetenz stellt dabei nicht eine isolierte Fähigkeit dar, sondern wird als ein interpersonales Konstrukt verstanden, bei dem neben den Fähigkeiten der Person mit komplexen Kommunikationsstörungen immer auch Aspekte der Umwelt sowie Einstellungen und Fähigkeiten der Kommunikationspartner:innen eine Rolle spielen (Bernasconi & Sachse, 2021). Ausgehend von der Zielsetzung gelingender Alltagskommunikation stellt Light vier Fähigkeitsbereiche vor, welche die kommunikative Kompetenz genauer umschreiben (siehe Abb. 1):

Linguistische Fähigkeiten beinhalten semantisch-lexikalische und morphologisch-syntaktische Fähigkeiten zur Kombination von Wörtern/Symbolen/Gebärden, um konkrete Gesprächsbeiträge realisieren zu können sowie Aspekte von Sprachverstehen und Sprachproduktion (Blockberger & Sutton, 2003).

Operationale Fähigkeiten meinen z. B.: Wörter auf der Kommunikationshilfe finden; die Kommunikationshilfe ansteuern können, um Beiträge in der jeweiligen Kommunikationsform zusammenstellen zu können. Dies umfasst auch Aspekte motorischer, kognitiver oder visueller Fähigkeiten sowie den Bereich der kommunikativen Absichten (Rowland & Schweigert, 2003).

Soziale Fähigkeiten ermöglichen es, sich je nach sozialer Situation und Gesprächspartner:in adäquat am Gespräch beteiligen und an die Gesprächspartner:innen anpassen zu können. Entsprechend spielen hier sowohl pragmatische Kompetenzen als auch Aspekte der Persönlichkeit eine Rolle (Iacono, 2003).

Strategische Fähigkeiten zielen schließlich z. B. auf die kreative Nutzung vorhandenen Wissens und Vokabulars, um fehlende Wörter zu umschreiben, oder auch die Anleitung von Kommunikationspartner:innen und das Anpassen an Umweltbedingungen (Mirenda & Bopp, 2003).

Kommunikative Kompetenz stellt entsprechend nicht eine isolierte Fähigkeit wie z. B. das Finden von Wörtern auf der Kommunikationshilfe nach Aufforderung oder das Wiederholen von bereits lautsprachlich getätigten Aussagen der Bezugspersonen dar. Vielmehr zählt zu gelingender Alltagskommunikation auch die Kompetenz, immer die effektivste Kommunikationsform zu nutzen – also z. B. mit vertrauten Gesprächspartner:innen körpereigene Kommunikationsformen statt der elektronischen Kommunikationshilfe zu verwenden (strategische Fähigkeit) oder je nach Situation das eigene Kommunikationsverhalten anzulassen.

1.3 Gegenstand der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen

Anknüpfend an das Modell der kommunikativen Kompetenz muss auch die Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen die unterschiedlichen Fähigkeitsebenen sowie darüberhin-
ausgehende Aspekte der Lebensumwelt berücksichtigen und adressieren.

Aspekte des diagnostischen Prozesses sind damit (1) der Entwicklungsstand der kommunikativen Kompetenz bezogen auf die vier Ebenen des Modells von Light sowie gleichzeitig (2) die Fähigkeiten, Einstellungen, Erfahrungen der Bezugspersonen. Oftmals haben sich hier bestimmte kommunikative Muster und Besonderheiten entwickelt, die sowohl über den tatsächlichen Entwicklungsstand einer Person hinwegtäuschen als auch diesen verschleiern können. Schließlich sind auch die (3) Rahmenbedingungen, in denen üblicherweise kommuniziert wird, im Sinne von Teilhabe- und Möglichkeitsräumen zu bedenken. Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen ist entsprechend als mehrschichtiger Prozess zu sehen, bei dem trotz aller Individualität eine systematische Grundlage für eine alltagsorientierte und teilhabeförderliche Interventionsplanung geliefert bzw. diese unterstützt werden kann. Entsprechend der Komplexität der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen ist oftmals interdisziplinäre Zusammenarbeit und der Einbezug verschiedener Perspektiven und Annahmen zu berücksichtigen. Eine solche Diagnostik beinhaltet entsprechend immer auch subjektive Aspekte und die jeweiligen Annahmen über kommunikative Prozesse, die ihrerseits vielfältig sind und immer auch einen Einfluss auf den diagnostischen Prozess haben. Die Reflexion der eigenen Rolle im diagnostischen Prozess ist damit als weiterer Aspekt aufzunehmen und zu beachten. Abbildung 2 fasst die unterschiedlichen Aspekte der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen zusammen.

Die Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen folgt damit den Kriterien einer inklusiven Diagnostik wie sie von Schäfer und Rittmeyer (2015, S. 122) skizziert wird. Folgende Punkte sind dabei Grundlage und bestimmen gleichsam den diagnostischen Prozess:

- Die Relevanz der Diagnostik ergibt sich aufgrund von pädagogischem/therapeutischem Bedarf.
- Die Diagnostik ist grundsätzlich prozessorientiert und kompetenzorientiert.
- Die Diagnostik erfolgt mit einer situationsorientierten und teilhabeorientierten Perspektive.
- Im Kernpunkt des Erkenntnisinteresses steht das Verstehen der individuellen Situation und nicht das objektive Erklären.

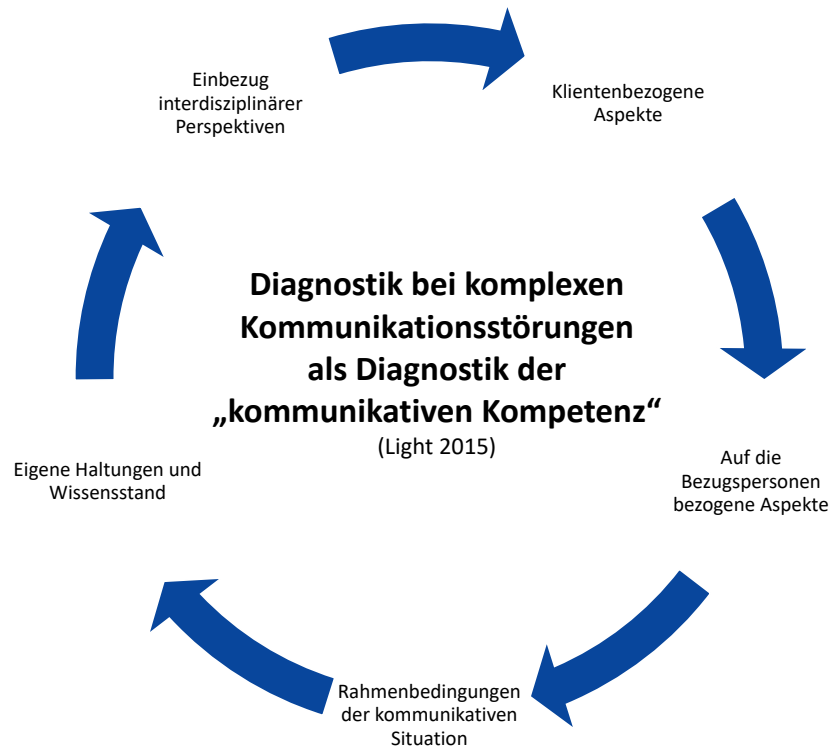


Abbildung 2: Diagnostik der kommunikativen Kompetenz

1.4 Diagnostische Methoden bei komplexen Kommunikationsstörungen

Üblicherweise eingesetzte diagnostische Methoden sind das (anamnestische) Gespräch, die Beobachtung, die Durchführung informeller Testverfahren und der Einbezug standardisierter (Teilleistungs-)Tests (Garbe & Herrmann, 2020, S. 159 f.).

Das (anamnestische) **Gespräch**, welches oftmals den Beginn der Diagnostik darstellt, sollte strukturiert und systematisch durchgeführt werden. Hier können bereits wesentliche Informationen und Hintergrundwissen erfragt werden, die erste Einschätzungen bzgl. der Ressourcen und möglicher Barrieren erlauben. Dazu empfiehlt sich der Einsatz von strukturierten Fragebögen oder Leitfäden für die Steuerung des Gesprächs (Garbe & Herrmann, 2020, S. 160). Zu klären ist hier ebenfalls, mit welcher Absicht oder Fragestellung die Diagnostik erfolgen soll. Dieses Hintergrundwissen ist handlungsleitend für die weitere Planung des diagnostischen Vorgehens, d.h. nur so kann das richtige Beobachtungsverfahren für den nächsten Schritt ausgewählt werden.

Beobachtenden Verfahren haben einen hohen Stellenwert und legen den Fokus v. a. auf die Kommunikationsstrategien und -fähigkeiten in der Alltagssituation. Dabei können sowohl vorstrukturierte Settings genutzt und entsprechend systematisch beobachtet werden als auch spontane Beobachtungen im Kontext individueller Alltagssituationen genutzt werden. Der Einbezug informeller Testverfahren stellt einen wesentlichen Bestandteil der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen dar. Zur Umsetzung existieren heute durchaus mehrere Verfahren, welche mit unterschiedlicher Methodik und Zielsetzung sowie verschiedenen theoretischen Hintergründen nebeneinander existieren. Sachse (2010) hat eine umfassende Analyse und einen Vergleich der verschiedenen Methoden und Konzepte aus dem Bereich der Diagnos-

tik vorgelegt und festgestellt, dass die Vielzahl der diagnostischen Materialien und Konzepte sich zum Teil sehr stark in ihrer Form und ihrem Umfang, bzgl. den jeweils abgedeckten Inhalten sowie der theoretischen Grundlegung (S. 77) unterscheiden:

- Der Großteil orientiert sich an den kommunikativen Fähigkeiten und Aspekten der Lebenswelt der Person ohne Lautsprache. Hier geht es darum, dass ein Bezug des kommunikativen Entwicklungsstandes zu Modellen der kommunikativen Entwicklung hergestellt wird und so die aktuellen Fähigkeiten, aber auch die nächste Stufe der Entwicklung der Person identifiziert werden können.
- Eine eher kleinere Anzahl an diagnostischen Konzepten widmet sich den Fähigkeiten und den sozialen Bedingungen mit Blick auf die Gesprächspartner:innen. Mittels diagnostischen Materials können sowohl die kommunikativen Strategien der privaten und fachlichen Bezugspersonen als auch hemmende oder förderliche Verhaltensweisen eingeschätzt werden (Sachse, 2010, S. 69).
- Ein weiterer Bereich der Materialien, die im Kontext der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen eingesetzt werden, widmet sich konkret den Umweltbedingungen bzw. sozialen Aspekten wie Kommunikationspartner:innen, Kommunikationssituationen und deren Rahmenbedingungen sowie Möglichkeiten der kommunikativen Partizipation.

Der Einbezug *standardisierter Testverfahren* sollte in der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen grundsätzlich immer erwogen, gleichsam jedoch Nutzen und Möglichkeiten realistisch beurteilt werden. Nachteilig erscheint hier insbesondere der Umstand, dass die Materialien standardisierter Testverfahren i. d. R. nicht der Lebenswelt der betroffenen Personen entnommen sind und somit zu Verunsicherung führen können. Eine gute Beziehung zwischen der diagnostizierenden Person und der Person ohne Lautsprache ist hier von Vorteil, beeinflusst jedoch gleichsam auch das Testergebnis (Aktas, 2012, S. 57f). Zudem sind viele Verfahren wie oben angesprochen aufgrund von Ko-Morbiditäten oder weiteren Beeinträchtigungen ohnehin nicht standardisiert durchführbar, sodass sich hier die Frage stellt, ob nicht **informelle Testverfahren** einen besseren Überblick über die tatsächlichen kommunikativen Kompetenzen der Personen geben.

Als Vorteile standardisierter Testverfahren können trotz allem ihre weitgehende Objektivität und fachliche Fundierung sowie insbesondere im Rahmen von Zuweisungsdiagnostik ihre mitunter breitere Anerkennung gesehen werden. Zudem bieten standardisierte Tests eine vorgegebene Struktur. Diese Struktur kann für noch nicht geübte diagnostizierende Personen eine Hilfe sein. Zugleich bedarf es aber auch der Übung und Erfahrung, um ein standardisiertes Verfahren korrekt anzuwenden. Hierbei wird der physiologische Spracherwerb als Vergleichsbasis herangezogen. Für diesen liegen Daten hinsichtlich der zeitlichen Entwicklung sowie des sprachstrukturellen Aufbaus vor. Jedoch kann der individuelle Erwerbszeitpunkt stark variieren, selbst wenn keine Entwicklungsstörung vorliegt (de Langen-Müller, Kauschke, Kiese-Himmel, Neumann & Noterdaeme, 2016, S. 19). Für Personen mit einer komplexen Kommunikationsstörung ist weniger die tatsächliche Altersgruppe als Bezugswert relevant, sondern das Konzept des Entwicklungsalters (Aktas, 2012, S. 56), so dass die interindividuellen Fähigkeiten normorientiert eingeschätzt werden können (interindividueller Vergleich mit Peers). Als Nachteil muss jedoch benannt werden, dass durch die Orientierung an einer beschriebenen »Norm« individuelle Eigenschaften und unterschiedliche Entwicklungsverläufe nicht adäquat beschrieben bzw. Kompetenzen einer Person mitunter nicht erkannt werden können (intraindividueller Vergleich). Insbesondere mit Blick auf Menschen mit tiefgreifenden komplexen kommunikativen

onsstörungen und ggf. weiteren Behinderungen ist die Orientierung an einer kommunikativen Norm ohnehin als problematisch anzusehen (Bernasconi & Böing, 2015).

Auf praktischer Ebene bieten die verschiedenen Modelle und Materialien jedoch eine Orientierung an, die insbesondere als ebensolche und nicht als starre Festlegung gesehen und genutzt werden sollte.

1.5 Aufgabenbereiche und Inhalte der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen

Unter Beachtung der dargestellten Methoden und Zugänge ergeben sich letztlich folgende Bereiche der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen:

1. **Individuelle kommunikative Entwicklung:** Dieser zentrale Bereich fokussiert auf den derzeitigen kommunikativen Entwicklungsstand der Person mit dem Ziel, die Stufe der kommunikativen Entwicklung möglichst genau zu beschreiben und zu identifizieren. Dabei orientiert sich die Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen an Entwicklungsmodellen der kommunikativen Entwicklung wie z. B. den Stufen der kommunikativen Entwicklung von Kane (2008), bei der fünf Formen von Kommunikation als Entwicklungsprozess beschrieben werden. Ausgehend von der (1) präintentionalen Kommunikation entwickelt sich zunächst die (2) nicht-intentionale, d.h. ungezielte Kommunikation, welche mit dem Erwerb der joint attention in die (3) partnerbezogene Kommunikation übergeht. Es schließen sich die (4) konventionelle Kommunikation und schließlich die (5) symbolische Kommunikation an. Eine Herausforderung in diesem Bereich ist die Identifizierung und Analyse von Sprachverständnis und passivem Wortschatz, insbesondere von Personen mit mehrfachen Beeinträchtigungen.
2. **Möglichkeiten und Bedarfe alternativer Kommunikationsformen:** Neben den derzeitigen Fähigkeiten muss im Kontext der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen auch die potentielle Nutzung alternativer Kommunikationsformen bedacht werden. Diese decken das gesamte Spektrum von Medien und Materialien der Unterstützten Kommunikation (zum Überblick siehe Nonn, 2011; Lüke & Vock, 2019; Boenisch & Sachse, 2020 oder Castaneda, Fröhlich & Waigand, 2020) ab und müssen im Rahmen des diagnostischen Prozesses mit Blick auf die Anwendungsmöglichkeiten, aber auch die potentiellen Schwierigkeiten beurteilt werden. Dabei geht es um inhaltliche Aspekte (Welches Vokabular kann zur Verfügung gestellt werden / wird benötigt?), aber auch um Aspekte der Ansteuerung (Wie kann die Kommunikationshilfe bei den vorhandenen motorischen Möglichkeiten bedient werden? Wird eine Augensteuerung benötigt?) bis hin zu Aspekten, welche Art der Produktion von alternativer Sprache benötigt wird (synthetische vs. digitale Sprachausgabe, Nutzung von Gebärden oder Bildkarten etc.).
3. Eine weitere wichtige Frage der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen betrifft die **Möglichkeiten der Verbesserung von kommunikativer Teilhabe** im Alltag. Entsprechend müssen auch die derzeitigen Kommunikationssituationen betrachtet werden, ausgehend von der Frage, wie sich die individuelle Teilhabe der Personen in der Situation realisiert und was hemmende Faktoren sind (Bernasconi & Sachse, 2021). Es kann durchaus sein, dass die kommunikativen Fähigkeiten einer Person ausreichen würden, um sich in einer Alltagssituation zu beteiligen, die Rahmenbedingungen jedoch eine aktive Teilhabe verhindern. Zur Analyse der Teilhabesituation bieten sich neben spezifischen Materia-

lien auch eine Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (für Kinder und Jugendliche), der ICF(-CY) an (WHO,2011). Die ICF(-CY) hat im Kontext der Unterstützten Kommunikation und der Sprachtherapie mittlerweile eine recht breite Akzeptanz erfahren. Als Vorteil im Kontext der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen kann vor allem gesehen werden, dass sie eine Analyse der Teilhabesituation unter Berücksichtigung unterschiedlicher Aspekte und Kontextfaktoren und deren Zusammenspiel untereinander ermöglicht. Gerade die Frage danach, in welchen Bereichen des individuellen Alltags bzw. der Lebenssituation ein kommunikativer Teilhabegewinn einen echten Mehrwert für die Person und ihr Umfeld darstellen würde, stellt einen sinnvollen Ausgangspunkt von Diagnostik und darauffolgender Interventionsplanung dar.

2 Vorstellung differenzierter diagnostischer Verfahren für die Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen

Der zirkuläre Prozess in der Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen wird von Sachse und Bernasconi (2020, S. 208) im ABC-Modell in drei große Phasen untergliedert. Das Kürzel ABC steht dabei für:

A= **Aktivitäten** beschreiben: Analyse des Lebensalltags zur Identifikation relevanter Aktivitäten und Kontextfaktoren

B= Ziele anhand der **Bereiche** kommunikativer Kompetenz **beschreiben** & Aufgaben der **Bezugspersonen** festlegen (=Maßnahmen)

C= Kontrolle (**Control**) der Maßnahmen im Lebensalltag

Die Frage, wie alternative Kommunikationsformen die soziale Teilhabe erweitern können, wird im Diagnostikprozess mehrperspektivisch untersucht: Die Person mit komplexer Kommunikationsstörung, ihre Bezugspersonen sowie die situativen Rahmenbedingungen sind Gegenstand der Diagnostik. Im Fachbereich der UK hat dies zur Entwicklung von sehr unterschiedlichen Materialien geführt, deren Fokus oft auf einer der drei Perspektiven liegt. Diagnostiker:innen können im Verlauf des Analysierens, Beschreibens und Kontrollierens jeweils Verfahren auswählen, die zur Beantwortung der diagnostischen Fragestellung bzw. zur Untersuchung eines diagnostischen Bereichs am besten geeignet sind. Das förderdiagnostische Ziel ist es, konkrete Informationen darüber zu erhalten, welche kommunikativen Kompetenzen durch den Einsatz alternativer Kommunikationsformen gefördert werden, welche Unterstützung dabei durch die Bezugspersonen zu leisten und wie die situativen Rahmenbedingungen gestaltet werden müssen, damit eine alltagsimmanente Umsetzung möglich ist.

Prozessübergreifende UK-Diagnostik-Verfahren sind das Partizipationsmodell nach Beukelmann und Miranda (Lage & Knobel Furrer, 2017) sowie das COCP-Programm (Heim, Jonker & Veen, 2005):

Das **Partizipationsmodell** bietet einen systematischen Ablauf zur Diagnostik und Interventionsplanung in der UK an. Beginnend mit der Identifikation von Teilhabemustern und kommunikativen Bedürfnissen werden die Chancen und Barrieren sowohl auf der Seite der unterstützten kommunizierenden (u. k.) Person (Fähigkeiten) als auch auf der Seite des Umfeldes (Gelegenheiten) erfasst (Beukelmann & Light, 2020). Anschließend werden konkrete UK-Interventionen

geplant und im Alltag umgesetzt. Zum Abschluss eines Zyklus wird die Effektivität der Maßnahmen evaluiert: Hat sich die aktive Teilhabe der u. k. Person erweitert? Lage und Knobel Furrer (2017) erweitern das ursprüngliche Modell zum kooperativen Partizipationsmodell. Dabei richten Sie den Fokus für die Interventionsplanung auf eine konkrete ausgewählte Aktivität und sehen die Kooperation im Team auch mit der u. k. Person selbst als zentral an.

Das Programm Kommunikative Entwicklung von nicht-sprechenden Kindern und ihren Kommunikationspartnern (**COCP** = communicatieve ontwikkeling van niet-sprekende kinderen en hun communicatiepartners) ist in der Kinderrehabilitation in den Niederlanden entstanden (Heim, Jonker & Veen, 2005). Im Mittelpunkt steht die Unterstützung der Eltern-Kind-Interaktion, da diese die Entwicklung kommunikativer Kompetenzen bei den Kindern wesentlich beeinflusst. Daher werden zu Beginn Hintergrundinformationen gesammelt, das Entwicklungsniveau des Kindes eingeschätzt sowie Interaktionssituationen beobachtet. Anschließend wird ein Ziel festgelegt und die Intervention geplant. Die Umsetzung der UK-Intervention beinhaltet dabei sowohl die Versorgung mit bzw. Adaption der alternativen Kommunikationsformen für das Kind als auch die Vermittlung förderlicher Kommunikationsstrategien für die Eltern und Bezugspersonen des Kindes. Den Abschluss eines Zyklus bildet auch hier eine Evaluation der durchgeführten Maßnahmen als Gruppenbesprechung.

Neben den übergreifenden und prozessorientierten Verfahren existieren weitere UK-diagnostische Verfahren, die nun den drei diagnostischen Perspektiven zugeordnet und kurz beschrieben werden.

2.1 Auf die u. k. Person bezogene UK-diagnostische Verfahren

Mit Blick auf die u. k. Person lässt sich anhand des **Fähigkeitskontinuums** (Dowden, 2004; Sachse & Bernasconi, 2020, S. 203 ff.) grob einschätzen, wie hoch die *kommunikative unabhängig-keit* der zu diagnostizierenden Person ist: Ist die Person in hohem Maße von ihren Kommunikationspartner:innen **abhängig**, weil sie sich z. B. über körpereigene Zeichen mitteilt, die von den Kommunikationspartner:innen interpretiert und verbalisiert werden müssen? Ist die Person auf eine **moderierte** Kommunikation angewiesen, indem die Kommunikationspartner:innen ihr Hilfestellung geben, auf der Kommunikationshilfe die passenden Worte zu finden? Oder ist die Person nahezu **frei** in ihrer Kommunikation, sodass sie ihre Gefühle, Meinungen, Wünsche und Gedanken unabhängig von einer vertrauten Bezugsperson und Situation ausdrücken kann?

Eine ähnliche Einteilung bietet die **Zielgruppenbeschreibung** nach Weid-Goldschmidt (2013), wobei hier vier Zielgruppen anhand der Entwicklung kommunikativer Funktionen beschrieben werden:

1. Entsteht im Alltag der Eindruck, die Person teilt sich noch überwiegend durch **ungezielte Äußerungen** mit, die durch die Kommunikationspartner:innen interpretiert werden (müssen)?
2. Zeigt die Person in vertrauten Handlungen/Abläufen eine **situativ gezielte Kommunikation**?
3. Kann die Person das abstrakte **Ja-/Nein-Konzept** kommunikativ nutzen?
4. Oder erscheint die Person im Alltag in ihrem (Sprach-)Verstehen nicht eingeschränkt, kann **nur nicht sprechen**?

Es sei darauf hingewiesen, dass auf keinen Fall ein Schubladendenken befördert werden soll. Vielmehr dienen die beiden beschriebenen Verfahren zur ersten diagnostischen Orientierung, um im Anschluss spezifischere Fragen zu untersuchen und dafür geeignete Verfahren oder Materialien auszuwählen.

Um die kommunikativen Kompetenzen einer Person möglichst konkret analysieren zu können, eignen sich **Entwicklungstabellen**, die während oder direkt nach einer Alltagsbeobachtung und/oder anhand von Videoaufzeichnungen ausgefüllt werden. Das **COCP**-Programm (Heim, Jonker & Veen, 2005) bietet hier eine 2-seitige Tabelle an, in der die Kommunikationsfunktionen und die Kommunikationsformen notiert werden können. Es kann analysiert werden, durch welche (alternative) Kommunikationsform bereits welche kommunikative Funktion ausgedrückt werden kann und für welche Funktion noch keine geeignete Form verfügbar ist.

Das **Kommunikationsprofil** nach Kristen (2004) bietet neben Erhebungsbögen auch eine Entwicklungstabelle für kommunikative Formen und Funktionen an. Die Nutzung solcher Entwicklungstabellen kann bezugspersonenübergreifend geschehen und so eine Gesprächsgrundlage im weiteren Prozess sein: Wo sehen andere die Ressourcen und Bedarfe der zu diagnostizierenden Person? Mit dem Auslesen der Tabelle ergeben sich oft schon erste Zielbeschreibungen, die als *nächste Zone der (kommunikativen) Entwicklung* eingeordnet werden können.

Weiter können Entwicklungstabellen erneut in der Phase der Kontrolle ausgefüllt und als Vergleich herangezogen werden. So ergibt sich eine möglichst neutrale und interpersonale (durch mehrere Bezugspersonen) Bewertung der kommunikativen Kompetenzen.

Das Poster (inkl. Begleitheft und Anamnesebögen) **Kommunikation einschätzen & unterstützen** (Leber, 2009a) lässt sich als weiteres Verfahren zur Entwicklungsbeobachtung beschreiben. Das Posterformat ist in Gesprächssituationen eine anschauliche Hilfe, um verschiedene diagnostische Einschätzungen zu diskutieren und um direkt konkrete Interventionsideen zu erhalten. Das Poster differenziert in Anlehnung an die Phasen der frühen Sprachentwicklung nach Kane (2008) 5 Stufen:

1. Ich
2. Ich & Du
3. Ich & Du & die Dinge
4. Ich & Du & die Dinge & ein Symbol
5. Explosion des Vokabulars.

Für jede Stufe werden exemplarisch konkrete Maßnahmen zur Unterstützung beschrieben, d. h. welche Kommunikationsformen und -mittel wie eingesetzt werden können.

Mit dem **GoalsGrid** (Tobii Dynavox & Clarke, 2016; Sachse & Bernasconi, 2018) liegt eine weitere Übersicht in Posterform vor. Hierbei wird das Fähigkeitskontinuum nach Dowden (2004) mit dem Konzept der Kommunikativen Kompetenz nach Light (1989) zusammengebracht. In fünf Fähigkeitsstufen (abhängig – Übergang – moderiert – Übergang – frei) werden die vier Bereiche kommunikativer Kompetenz beschrieben (linguistisch, operational, sozial, strategisch). Das GoalsGrid eignet sich sowohl zur ersten Analyse als auch zur Beschreibung von Zielen und Aufgaben sowie zur Kontrolle einer Intervention.

In Abhängigkeit der diagnostischen Einschätzung der kommunikativen Kompetenzen einer Person [abhängige Stufe (bzw. ungezielte /situativ gezielte Äußerungen / Ich, Ich & Du) oder mo-

derierte Stufe (Ja-Nein-Konzept / Ich & Du & die Dinge, Ich & Du & die Dinge & ein Symbol)], existieren weitere Verfahren für spezifische Fragestellungen.

2.1.1 Diagnostische Verfahren der UK für Personen, die abhängig kommunizieren

Für Personen, die überwiegend abhängig kommunizieren, kann als diagnostische Methode die Beobachtung anhand einer Entwicklungstabelle zur Fremdeinschätzung des kommunikativen Entwicklungsstandes herangezogen werden. Dabei sind z. B. die **Triple C Checklist of Communication Competencies** (Bloomberg, West, Johnson & Iacono, 2009) oder die **Kommunikationsmatrix** [Rowland (Übersetzung Scholz & Jester), 2015] besonders in den frühen kommunikativen Fähigkeiten ausdifferenziert.

Die Tabellen können zur **Beobachtung von Alltagsinteraktionen**, zur Analyse videografierteter Interaktionen oder auch als Grundlage für Teambesprechungen und damit zum Abgleich der verschiedenen Fremdeinschätzungen genutzt werden.

DiaKomm (Schreiber & Sevenig, 2017), **Schau Hin** (Rehavista, 2014c) und **Eyegaze Analyse Tool (EAT)** (Rehavista, 2014a) eignen sich für eine **strukturierte Beobachtung**, wobei jedes Material einen ganz eigenen inhaltlichen Schwerpunkt hat. DiaKomm ermöglicht durch Mini-Interaktionen zu kommunikativen, kognitiven und motorischen Fähigkeiten eine erste grobe Einschätzung des Entwicklungsstandes. Schau Hin fokussiert auf die sensorischen Wahrnehmungsbereiche und erfasst die Reaktionen auf z. B. taktile, akustische oder olfaktorische Reize, sodass motivierende Materialien und/oder Szenarien für die weitere Förderung entdeckt werden können. Der EAT wurde zur Dokumentation der Bedienung einer elektronischen Kommunikationshilfe über Augensteuerung entwickelt, sodass Einflussfaktoren wie Tageszeit, Sitzposition bzw. Lagerung oder die verwendete Applikation festgehalten werden können. Im **Beobachtungsbogen zu kommunikativen Fähigkeiten Revision (BKF-R)** (Scholz, Wagner & Stegkemper, 2019) haben mehrere Bezugspersonen einer u. k. Person durch ein computergestütztes Auswertungsprogramm die Möglichkeit, ihre in Fragebögen gesammelten **Fremdeinschätzungen** miteinander abzugleichen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Kommunikation stets situations- und personenabhängig ist und sich kommunikative Ressourcen nicht immer oder überall beobachten lassen.

2.1.2 Diagnostische Verfahren der UK für Personen, die moderiert kommunizieren

Personen, die moderiert kommunizieren, können sich in ihrem jeweiligen individuellen Rahmen symbolisch ausdrücken. Dadurch ist eine direkte Kompetenzprüfung in einem testähnlichen Setting möglich. Der **TASP** bietet umfangreiches Material zur Überprüfung des Symbol- und Sprachverstehens an (Hansen, 2009). Die Ergebnisse des TASP können eine Orientierung bei der Gestaltung und Vokabularauswahl für eine nichttechnische oder technische Kommunikationshilfe bieten. Eine App-gestützte Überprüfung zum symbolgestützten Sprachverstehen bietet **Tip mal** (Leber & Vollert, 2020) an. Die Protokollfunktion der App gibt konkrete Hinweise für die weitere Förderung an die Hand.

Klassische sprachtherapeutische Verfahren wie die **SETK-Reihe** (Grimm, Atkas & Frevert, 2010a, 2010b), die **PDSS** (Kauschke & Siegmüller, 2010) oder der **TROG-D** (Fox, 2013) lassen sich mit Personen, die moderiert kommunizieren können, durchführen, müssen ggf. jedoch für eine Auswahl über Blick oder Scanning adaptiert werden. So kann im individuellen Setting eine dif-

<p>Beobachtung der Alltagsinteraktion, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Triple C (Bloomberg, West, Johnson & Iacono, 2009) - Kommunikationsmatrix (Rowland, Scholz & Jester, 2015) <p>Strukturierte Beobachtung, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - DiaKomm (Schreiber & Sevenig, 2017) - Schau hin (Rehavista, 2014c) - EAT (Rehavista, 2014a) <p>Erhebung von Fremdeinschätzungen, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - BKF-R (Scholz, Wagner & Stegkemper, 2019) 	<p>Überprüfung von Symbol- & Sprachverstehen, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - TASP (Bruno & Hansen, 2009) - Tipp mal-App (Leber & Vollert, 2020) <p>Überprüfung verschiedener Sprachkompetenzen (ggf. Adaption des Materials nötig), z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - TROG-D (Fox, 2013) <p>Beobachtung pragmatischer Fähigkeiten, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pragmatische Schlüsselkompetenzen (Nonn, 2017) - Das pragmatische Profil (Dohmen, 2009) <p>Einschätzen sozialer Teilhabe, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - FOCUS-G (Thomas-Stonell, Oddson, Robertson, Walker & Rosenbaum; Neumann, 2012) 	<p>Erhebung der Selbsteinschätzung zu Kompetenzen bzgl. relevanter Themen, z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schriftsprache - Fernkommunikation - Soziale Medien <p>Einschätzen sozialer Teilhabe, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan Be (Rehavista, 2014b) - Talking Mats (Murphy, Mischo, Thümmel, Erdélyi, 2018)
ABHÄNGIG	MODERIERT	FREI

Abbildung 3: Auswahl UK-spezifischer Diagnostikverfahren, kategorisiert in Anlehnung an das Fähigkeitskontinuum (Dowden, 2004)

ferenzierte Diagnostik des Sprachverstehens vorgenommen werden (Schellen, 2016; Liehs & Marks, 2014).

Neben dem Sprachverstehen sind die pragmatischen Fähigkeiten entscheidend für eine gelingende Interaktion. Mit dem Verfahren **Das pragmatische Profil** (Dohmen, 2009) werden Eltern und Bezugspersonen um eine Einschätzung der pragmatischen Kompetenzen befragt und mit dem **FOCUS-G** [Thomas-Stonell, Oddson, Robertson, Walker & Rosenbaum (Übersetzung Neumann), 2012] kann erhoben werden, inwiefern sprachliche Teilhabe im Alltag möglich ist. Erweitert man das Verständnis der in den Materialien erfragten Lautsprache auf die Nutzung alternativer Kommunikationsformen, lassen sie sich auch im UK-Kontext einsetzen.

2.2 Auf die Bezugspersonen bezogene UK-diagnostische Verfahren

Den Bezugspersonen kommt als direkten Kommunikationspartner:innen in der Interaktion eine bedeutende Rolle zu. Ob und inwieweit eine Person mit komplexer Kommunikationsstörung ihre Ressourcen zeigen und alternative Kommunikationsformen effektiv nutzen kann, hängt maßgeblich vom Verhalten der Kommunikationspartner:innen ab.

Entsprechend sollten zunächst Personen identifiziert werden, die in den diagnostischen Prozess einbezogen werden müssen. Das Verfahren **Soziale Netzwerke** von Blackstone und Hunt Berg (Übersetzung Wachsmuth, 2006) liefert zur Analyse und Rollenbeschreibung der Bezugspersonen konkretes Material. Bedeutsam ist weiter, mit welcher Einstellung und Haltung die Kommunikationspartner:innen sich am förderdiagnostischen Prozess beteiligen. Das **Partizipationsmodell** (Beukelmann & Miranda, 2013; Lage & Knobel-Furrer, 2017) zählt mit den Ebenen der Politik, der Praxis, der Einstellungen, des Wissens und der Fertigkeiten mögliche Gelegenheitsbarrieren auf, die die Teilhabe einschränken können. Lage und Knobel-Furrer (2017) ergänzen den Aspekt der Gelegenheitsbarrieren um das »Potenzial der Unterstützungsfaktoren« (S. 130) sodass ggf. im diagnostischen Prozess direkt förderliche Veränderungen beschrieben werden

können. Die Bezugspersonen stehen auch im **COCP** (Heim, Jonker & Veen, 2005) im Fokus der Diagnostik und Interventionsplanung. Das Autorenteam stellt zehn Partnerstrategien vor, die unterstützende Verhaltensweisen in Interaktionen mit u. k. Personen sind. Im COCP werden Videoaufnahmen von Alltagsinteraktionen gemeinsam mit den (meist privaten) Bezugspersonen im Hinblick auf die Umsetzung dieser Partnerstrategien evaluiert. So können kommunikative Ressourcen der Bezugspersonen erfasst und Anregungen für weitere förderliche Kommunikationsstrategien gegeben werden.

2.3 Auf die situativen Rahmenbedingungen bezogene UK-diagnostische Verfahren

Im Rahmen der Diagnostik müssen letztlich auch Situationen und Aktivitäten erfasst werden, die für die Person mit komplexer Kommunikationsstörung motivierend sind und in der die sich anschließenden Interventionen stattfinden. Hier kann ein ICF-orientierter Blick auf die Aktivitäten und Teilhabe hilfreich sein (Bernasconi, 2020). Im Idealfall kann die Person mit komplexer Kommunikationsstörung selbst dazu befragt werden, welche Situation und/oder Aktivität für eine Interventionsplanung mit UK-Maßnahmen ausgewählt wird. Hier bietet das Verfahren der **Talking Mats** (Murphy, Cameron & Boa, 2013) eine visuelle Struktur und Unterstützung zur Bewertung von Themen an. Durch Rehavista wurde diese Methode aufgegriffen und wird nun als **Plan Be** im deutschsprachigen Raum angeboten (Rehavista, 2014b). Ein Klettordner mit Klettsymbolen für sämtliche lebensrelevante Themen sowie zur Bewertung dieser Themen in drei Kategorien werden zur Verfügung gestellt. Eine Adaption z. B. für die Auswahl über Blicke kann individuell umgesetzt werden. Neben der direkten Bewertung durch die u. k. Person können Situationen anhand der gegenwärtigen Lebenssituation und des alltäglichen Tagesablaufs erfasst werden. Die **Tagesuhr** (Boenisch & Sachse, 2013) bietet die Möglichkeit, anhand eines Tagesablaufs Situationen und Aktivitäten zu sammeln, deren Bedeutsamkeit einzuschätzen und die Möglichkeiten zur aktiven Teilhabe zu analysieren. Sind nun Situationen und/oder Aktivitäten identifiziert, die zur Erweiterung der Teilhabe relevant sind, helfen wiederum verschiedene Materialien dabei, einzelne Handlungsschritte zu identifizieren oder die jeweiligen Rahmenbedingungen konkret zu beschreiben: Sailer (2020, S. 48) stellt eine Tabelle vor, anhand derer förderliche und hinderliche Faktoren im Sinne der Zugangs- und Gelegenheitsbarrieren für eine konkrete Aktivität beschrieben werden können. Leber (2009b) bietet als Ergänzung zur Posterübersicht das Formular **Situationskreis** an, in dem beschrieben werden kann, mit wem, wozu, wie, was und wo kommuniziert/interagiert wird bzw. werden soll. Ähnlich bieten Götze und Fröhlich (2017) das Formular **Kleine Schritte – Riesen-Wirkung** als knappes Interventionsplanungsinstrument an, in dem ebenfalls eine konkrete Situation identifiziert und beschrieben werden soll.

3 Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren in der diagnostischen Situation

3.1 Die diagnostizierende Person – Haltung und Wissenstand

Die diagnostischen Settings unterscheiden sich hinsichtlich der diagnostizierenden Person. Diese kann entweder:

- a) eine zunächst fremde Person für die zukünftig oder bereits unterstützt kommunizierende Person und ihre privaten Bezugspersonen sein [z. B. als Mitarbeiter:in einer UK-Beratungsstelle, im Frühförderzentrum oder Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), als Sprachtherapeut:in oder auf UK spezialisierte Lehrkraft an der Förderschule] oder
- b) sowohl der u. k. Person als auch ihrem privaten Umfeld bereits bekannt sein, weil sie beispielsweise Lehrkraft in der Klasse ist oder in der Kindertagesstätte auch andere Kinder und ihre Familien therapeutisch begleitet und hierfür gruppenimmanent arbeitet.

In den meisten Kontexten begleiten die zuerst unbekanntesten UK-Fachkräfte die (zukünftig) u. k. Menschen und ihre Bezugspersonen über einen längeren Zeitraum, so dass sie im Rahmen der Prozessdiagnostik miteinander bekannt werden und sich eine vertrauensvolle Beziehung entwickeln kann.

In beiden Settings ist es die Aufgabe der diagnostizierenden Person, aufgrund der Vorinformationen im Sinne der multimodalen Diagnostik geeignete Verfahren auszuwählen, diese sensibel und korrekt anzuwenden und auszuwerten, um schließlich die Ergebnisse mit den privaten und weiteren fachlichen Bezugspersonen zu besprechen und geeignete Maßnahmen einzuleiten (z. B. Beantragung von Hilfsmitteln, Auswahl von geeignetem Vokabular, Einrichtung der Kommunikationshilfe etc.).

Zu den diagnostischen Kompetenzen zählen hier einerseits eine wertschätzende Haltung, die maßgeblich die Beziehungsebene beeinflusst und andererseits die fachliche Expertise (Nonn, 2020; Sachse, 2010).

Gesprächsführungskompetenzen der diagnostizierenden Person sind dabei essentiell: »Menschenbild, Haltungen und empathische Fähigkeiten der beteiligten Personen sind relevante Faktoren, die die Gestaltung und Wahrnehmung der Beziehung und Kooperation beeinflussen« (Sachse, 2010, S. 85).

Da jeder Mensch implizite und explizite Haltungen gegenüber anderen Menschen hat, ist es Aufgabe der Diagnostiker:innen, sich die eigene Haltung immer wieder bewusst zu machen. Aus der Sozialpsychologie sind u.a. der Halo- und der Pygmalioneffekt bekannt (Werning & Lütj-Klose, 2016). Sie haben einen relevanten Einfluss in schulischen Kontexten und können auf das diagnostische Setting im Kontext der UK übertragen werden. Kinder und Jugendliche mit einer komplexen Kommunikationsstörung sind im besonderen Maße von solchen Zuschreibungsprozessen betroffen, da sie sich (oftmals noch) nicht äußern können und so nicht verbalisieren können, was sie denken und leisten können (Aktas, 2012, S. 53).

Auch das Selbstbild der u. k. Person sowie der Bezugspersonen steht unter dem be- und unbewussten Einfluss der Diagnostiker:innen. Die sensible Formulierung von Fragen und Beobachtungen im Anamnese- und Beratungsgespräch sowie der wertschätzende Umgang mit diesen beeinflussen in hohem Maße, wie diese Personen ihren bisherigen und zukünftigen Umgang mit der komplexen Kommunikationsstörung wahrnehmen und einschätzen.

Die diagnostizierende Person sollte daher eine »vorurteilsfreie Haltung« (Braun & Kristen, 2010, S. 02.006.001f.) einnehmen, d. h. sie bewertet das Verhalten und die Herkunft der beteiligten Personen nicht, sondern konzentriert sich auf die Kommunikationsversuche. Dahinter steht ein humanistisches Menschenbild, bei dem angenommen wird, »dass jeder Mensch grundsätzlich auf Selbstaktualisierung und Wachstum angelegt und zu Veränderungen und Problemlösungen fähig ist« (Pörtner, 2000, zitiert nach Leber, 2013, S. 7.3). Dabei ist unabdingbar, dass die u. k. Person sich trotz der Beobachtungssituation im Diagnostikprozess wohlfühlt und ihre kommu-

nikativen Fähigkeiten entfalten kann. Empathisch sollte dabei auf Ängste und Unsicherheiten eingegangen werden. Einfühlungsvermögen ist auch bei der Besprechung der Beobachtungen mit den privaten und fachlichen Bezugspersonen eine zentrale Kompetenz. Zwar verfügt die diagnostizierende Person in der Regel über ein hohes UK-spezifisches Fachwissen, jedoch sind die u. k. Person und ihre Bezugspersonen »immer die Experten in eigener Sache« (Sachse, 2010, S. 87), so dass sie ihren Alltag und die Umsetzungsmöglichkeiten von diagnostischen Zielen am besten einschätzen können. Letztlich sollte »ein gemeinsamer Problemlösungsprozess« (Leber, 2013, S. 7.3) den Ablauf der Diagnostik bestimmen.

3.2 Situative Rahmenbedingungen des diagnostischen Settings

Die Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen findet üblicherweise in Alltagssituationen oder alltagsähnlichen Settings statt. Es lassen sich zwei grundlegende Settings unterscheiden. Die Diagnostik im Rahmen einer Beobachtung oder der Durchführung eines Tests kann entweder (1) im bekannten Umfeld der (zukünftig) u. k. Person stattfinden (z. B. zu Hause, in der KiTa oder im Klassenzimmer) oder (2) in einem unbekanntem Raum (z. B. im Therapieraum im SPZ, im Frühförderzentrum, in einer Praxis, im Lehrerzimmer an der Schule etc.).

Das Setting hat einen starken Einfluss auf die beteiligten Personen und ihre Handlungsmöglichkeiten. Bekannte Räumlichkeiten bieten Orientierung und Sicherheit. Dies hilft den u. k. Kindern und Jugendlichen, ihre kognitiven und emotionalen Ressourcen auf die Kommunikation richten zu können und sie sind weniger mit dem Ankommen, Anschauen und Kennenlernen der Räume und ggf. den Spielmaterialien beschäftigt. Für die diagnostizierende Person bedeuten unbekannte Räumlichkeiten mit einer unbekanntem materiellen Ausstattung dagegen Unsicherheit, falls spontan etwas verändert werden muss oder gebraucht wird. Oftmals ist die materielle Ausstattung in den Kita-, Schul- oder Therapiepraxisräumen gut und kann individuell genutzt werden. Vor allem wenn wenige Vorabinformationen zu der u. k. Person ermittelt werden konnten, ist dies entscheidend, da nur eine begrenzte Anzahl an Materialien mitgenommen werden kann. Diese entsprechen dann unter Umständen nicht den Interessen der u. k. Person, wodurch der Beziehungsaufbau gehemmt werden kann. Im Vordergrund der räumlichen Wahl sollten die Interessen der u. k. Person stehen. Diese können stark variieren von einem großen Platzangebot für bewegungsbetonte Angebote bis hin zu einer großen Auswahl an Fahrzeugen, Tieren oder Zeitschriften zu einem Thema mit denen an einem höhenverstellbaren und rollstuhlgeeigneten Tisch agiert werden kann. Es empfiehlt sich, bereits in einem Vorgespräch die diagnostische Situation auch mit Blick auf die einzusetzenden und benötigten Materialien zu planen.

Da eine Vielzahl der diagnostischen Verfahren Beobachtungsverfahren sind, können diese überwiegend in natürlichen Situationen im Alltag umgesetzt werden. Dies hat den Vorteil, dass eine reale Kommunikationssituation als Ausgangslage dient, z. B. die Beobachtung der Interaktion zwischen der Person mit komplexer Kommunikationsstörung und ihren privaten Bezugspersonen (Eltern) oder mit ihren fachlichen Bezugspersonen aus den Institutionen (pädagogische Fachkräfte in Kita, Schule, Werkstatt, Therapie oder Wohnheim). Für die genaue Analyse ist es hilfreich, die Interaktion zu videografieren (Heim, Jonker & Veen, 2005; Nonn, 2011, 2020). Der (zukünftig) u. k. Person werden somit für die Beobachtung keine spezifischen Aufgaben gestellt. Vorteilhaft daran ist, dass direkte Anhaltspunkte für die Verbesserung der kommunikativen Teilhabe im Alltag vorliegen. Bei der Analyse kann der Fokus dabei sowohl auf den kommunikativen Möglichkeiten der u. k. Person liegen als auch auf den Partnerstrategien der Bezugspersonen.

Leber (2020, S. 170) und Nonn (2020, S. 141) verweisen darauf, dass es vorschnell zu Fehleinschätzungen der Kommunikationsfähigkeiten kommen kann und es daher enorm wichtig ist, genügend Zeit einzuplanen. Es kann nötig sein mehrere Termine für Beobachtungen und interaktive Begegnungen anzubieten, so dass eine vertrauensvolle Beziehung wachsen kann. Ebenfalls kann es nötig sein, die Durchführung eines Tests, wie z. B. den TASP (Bruno, Übersetzung Hansen, 2009), auf mehrere Termine aufzuteilen, da die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspanne nicht ausreicht, u.a. Stück alle Aufgaben abarbeiten zu können. Dies sollte bei der Terminplanung berücksichtigt und in der schriftlichen Dokumentation festgehalten werden.

3.3 Einsatz und Adaptionenmöglichkeiten von Diagnostika

Je nach Fragestellung oder Alltagsbeobachtung werden ein oder mehrere Verfahren zur diagnostischen Erhebung ausgewählt. Dabei muss bedacht werden, ob unter Umständen Adaptionen nötig sind. Dies ist häufig der Fall bei klassischen Sprachverständnistest, die z. B. für den Einsatz mit einer Augensteuerung oder einem Blickwahlrahmen adaptiert werden müssen. Diese Anpassung sollte so nah am Original geschehen wie möglich. Außerdem muss sehr genau dokumentiert werden, was in welcher Form und zu welchem Zweck verändert wurde. So ist z. B. die Anpassung für die Durchführung per Blickwahl bei einer vorliegenden motorischen Beeinträchtigung nachvollziehbar und verfälscht die ursprüngliche Aufgabenstellung nicht. Vielmehr lassen sich so aussagekräftige Ergebnisse zu den linguistischen Kompetenzen der u. k. Person erzielen (Nonn, 2020; Otto & Wimmer, 2010). Weitere Adaptionen können nötig sein, wenn z. B. eine visuelle Beeinträchtigung vorliegt, so dass die Darstellungen vergrößert oder mit einem anderen farblichen Kontrast angeboten werden müssen. Bei Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung, bei denen bereits Gebärden als alternative Kommunikationsform eingesetzt werden, kann es bei der Erhebung des aktiven Wortschatzes zielführend sein zu differenzieren, welche und wie viele Worte lautsprachlich produziert und welche und wie viele Worte gebärdet werden (Appelbaum, 2011).

So ergeben sich zudem häufig Ableitungen für die Förderung, wie beispielsweise die Gestaltung der alternativen Kommunikationsform oder die Wortschatzarbeit.

Neben der Adaption gibt es auch noch die informelle Diagnostik. Hierbei können z. B. unterschiedliche alternative Kommunikationsformen und -hilfsmittel angeboten und erprobt werden. Dabei bietet es sich bei Kindern an, eine Spielsituation zu nutzen und bei Jugendlichen oder Erwachsenen einen Themenbereich zu wählen, der sie interessiert, bei dem es aber unter Umständen (u. U.) zu Missverständnissen in der Interaktion kommen kann (Kristen, 2006, S. 12 f.). Hierbei wird beobachtet, welches Hilfsmittel für die Person mit komplexer Kommunikationsstörung gut geeignet ist, womit sie gut zurechtkommt und u. U. bereits versucht Missverständnisse zu klären. Beobachtet werden kann hier z. B., ob die u. k. Person ein grundlegendes Interesse an der alternativen Kommunikationsform zeigt, ob sie bereits erste Wörter erkennt oder ob sie bereits Einsatzmöglichkeiten im Spiel nach Modellierung der Diagnostiker:innen umsetzt. Immer sollten auch die privaten und fachlichen Bezugspersonen befragt werden, welches Hilfsmittel sie für gut geeignet im Alltag halten. Letztendlich sind es diese engen Bezugspersonen, die gewährleisten müssen, dass das Hilfsmittel zur Verfügung steht und mit Hilfe verschiedener Partnerstrategien den kommunikativen Erfolg unterstützen (Willke, 2020).

3.4 Die u. k. Person im diagnostischen Setting

Die (zukünftig) unterstützende Person steht im gesamten Prozess der Interventionsplanung, von der die Diagnostik nur einen Teil ausmacht, im Mittelpunkt. Deshalb sollten ihre Interessen und Wünsche unbedingt berücksichtigt werden. Je nach Komplexität der Behinderung und Kommunikationsstörung ist dies kaum bis sehr gut erfragbar und nachvollziehbar. Der Personenkreis, dem Methoden aus dem Spektrum der Unterstützten Kommunikation ermöglichen, ihre kommunikativen Bedürfnisse auszudrücken, ist dabei sehr heterogen. Wie bereits aufgezeigt wurde, kann dem Rechnung getragen werden, indem auf Grundlage der ersten Einschätzung die geeigneten Verfahren ausgewählt werden. Grundsätzlich sollten Kinder mit einer komplexen Kommunikationsstörung und ggf. weiteren Behinderungen nicht unterschätzt werden (Aktas, 2012, S. 53; Leber, 2020, S. 170). Wie allen Kindern muss ihnen Vorschussvertrauen (Garbe & Herrmann, 2020, S. 159) in die Entwicklung ihrer Fähigkeiten gegeben werden. Dies erfolgt bei Kindern ohne eine diagnostizierte Behinderung im Rahmen der (Sprach-) Entwicklung automatisch. Castaneda und Waigand (2016) geben hierzu den wichtigen Hinweis: »Kommunizieren wird nicht gezielt beigebracht, sondern entwickelt sich im bedeutsamen und spannenden Miteinander« (S. 41), d.h. Kindern wird von Geburt an zugetraut, dass sie Sprache erwerben werden und es wird mit ihnen lautsprachlich kommuniziert. Weiterhin sollte beachtet werden, dass es für Kinder ohne (verständliche) Lautsprache sehr schwierig ist, Fragen zu ihrer aktuellen Situation oder bevorstehenden Ereignissen zu stellen. Dennoch erleben Sie u. U. die Anspannung ihrer Bezugspersonen bei einem bevorstehenden Diagnostiktermin oder ihnen wird gesagt, dass sie sich besonders anstrengen sollen, wodurch äußerer Druck aufgebaut wird. Hinzu kommen die mögliche Unsicherheit oder der Explorationsdrang in einer unbekannteren Umgebung. Axel Brauns (2002) schildert dies in seiner Autobiographie »Buntschatten und Fledermäuse« (S. 26 ff.) sehr eindrucksvoll. Die Aufgaben und Anforderungen werden verstanden, jedoch zieht es die Person vor, aus Unsicherheit zu schweigen. Hier spielt einerseits der Beziehungsaspekt zur diagnostizierenden Person eine Rolle, andererseits aber auch die Erwartungshaltung, die ggf. von den Bezugspersonen an den Termin aufgebaut wurde.

Viele Quellen verweisen darauf, dass es vor allem mit Kindern mit einer geistigen Behinderung schwierig sei, einen diagnostischen Test durchzuführen. Auch die Beobachtung der Interaktion kann in einem fremden Raum mit viel ablenkendem Material für die diagnostizierende Person erschwert sein. Aktas (2012, S. 57f) hingegen betont, dass dies ein generelles Problem bei der Diagnostik mit Kindern ist und nicht von der Schwere der Behinderung abhängig sei. Entscheidend ist es, die Motivation des Kindes oder des/der Jugendlichen zu wecken und aufrecht zu erhalten. Dabei unterstützen die Kenntnis der Interessen und die individuelle Vorbereitung der diagnostischen Situation.

4 Schluss

Zusammenfassend stellt die Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen einen vielschichtigen und anspruchsvollen Prozess dar, welcher insbesondere darauf fokussiert, die kommunikative Kompetenz von Personen ohne (verständliche) Lautsprache zu verbessern, zu unterstützen und auszuweiten. Die Diagnostik bei komplexen Kommunikationsstörungen sollte nicht zum Selbstzweck, sondern immer mit Blick auf die potentielle Entwicklung von Personen ohne Lautsprache geschehen. Dies impliziert auch einen weitestgehenden Einbezug von Wünschen, Meinungen und Vorstellungen der unterstützten kommunizierenden Person selbst und ihres jeweiligen Umfelds. Trotz aller Individualität und Komplexität sollte im diagnostischen Prozess ein

weitgehend systematisches Vorgehen gewählt und eingehalten werden. Neben Beratungskompetenzen müssen Diagnostiker:innen »über ein umfangreiches Fach- und Methodenwissen verfügen« (Nonn, 2020, S. 141). Dies beinhaltet einerseits UK-spezifisches Theorie- und Praxiswissen über die verschiedenen diagnostischen Verfahren, alternative Kommunikationsformen und Interventionsmodelle. Andererseits muss Wissen aus angrenzenden Fachdisziplinen wie Medizin (z. B. zu den verschiedenen Störungsbildern der Klient:innen), Linguistik und Sprachtherapie (u.a. zeitliche und strukturelle Grundlagen der Sprachentwicklung), (Sonder-) Pädagogik (z. B. aus Lehrkraftperspektive: Lehren für Kinder mit einer Beeinträchtigung und aus Kindperspektive: Lernen mit Beeinträchtigung) sowie Psychologie (u.a. Umgang mit sozial-emotionalen Auswirkungen der kommunikativen Beeinträchtigung) integriert werden. Dies setzt entsprechend einen hohen Ausbildungsstandard sowie die Bereitschaft zur kontinuierlichen Weiterbildung voraus. Die ausführenden Personen haben letztlich eine große Verantwortung, da die diagnostischen Ergebnisse und Erkenntnisse für die betreffende Person und ihr Umfeld eine besondere Tragweite mit Blick auf die individuelle Förderung und Unterstützung haben, vor allem aber auch in Verbindung mit der Erweiterung kommunikativer Kompetenzen die Lebensqualität und Teilhabemöglichkeiten maßgeblich beeinflussen.

Literatur

- Aktas, M. (Hrsg.). (2012). *Entwicklungsorientierte Sprachdiagnostik und -förderung bei Kindern mit geistiger Behinderung: Theorie und Praxis*. München: Urban & Fischer.
- Appelbaum, B. (2011). Zeig´s mir ... Mit Gebärden. Gebärden in der Kommunikationsförderung / Sprachtherapie. In H. Bollmeyer, K. Engel, & A. Hallbauer (Hrsg.), *UK Inklusive: Teilhabe durch Unterstützte Kommunikation* (S. 237-251). Karlsruhe: von Loeper.
- Bernasconi, T. (2020). ICF und UK: Chancen einer aktivitätsbezogenen Perspektive. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 365-371). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bernasconi, T. & Böing, U. (2015). *Pädagogik bei schwerer und mehrfacher Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bernasconi, T. & Sachse, S. K. (2021): Systematische Interventionsplanung in der Unterstützten Kommunikation mit dem ABC-Modell, *Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis*, 10 (3), 176-185 im Druck.
- Beukelmann, D. R. & Light, J. (2020). *Augmentative & Alternative Communication: Supporting children and adults with complex communication needs*. Baltimore: Brookers Publishing
- Blackstone, S. W. & Berg Hunt, M. (Autor), Wachsmuth, S. (Hrsg./Übersetzer) (2003). *Soziale Netzwerke. Ein Instrument zur Erfassung der Kommunikation unterstützt kommunizierender Menschen und ihrer Kommunikationspartnerinnen und -partner*. Karlsruhe: von Loeper.
- Blockberger, S. & Sutton, A. (2003). Toward Linguistic Competence – Language Experience and Knowledge of Children with extremely limited Speech. In J. Light, D. Beukelman & J. Reichle (Hrsg.), *Communicative Competence for Individuals who use AAC. From research to effective practice* (S. 63-106). Baltimore: Brookes.

- Bloomberg, K., West, D., Johnson, H. & Iacono, T. (2009). *The Triple C Checklist of Communication Competencies*. Victoria: SCOPE Limited.
- Boenisch, J. (2009). *Kinder ohne Lautsprache*. Karlsruhe: von Loeper.
- Boenisch, J. & Sachse, S. (2013). *Diagnostik und Beratung in der Unterstützten Kommunikation: Theorie, Forschung und Praxis*. Karlsruhe: von Loeper.
- Boenisch, J. & Sachse, S. K. (2020). *Kompendium Unterstützte Kommunikation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Braun, U. & Kristen, U. (2010). Körpereigene Kommunikationsformen. In von Loeper Literaturverlag & Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e. V. (Hrsg.) *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (S. 02.003.001-02.007.001). Karlsruhe: von Loeper.
- Brauns, A. (2002). *Buntschatten und Fledermäuse. Mein Leben in einer anderen Welt*. München: Goldmann.
- Bruno, J. (Autor), Hansen, F. (Hrsg., Übersetzerin) (2009). *Diagnostiktest TASP – Zur Abklärung des Symbol- und Sprachverständnisses in der Unterstützten Kommunikation*. Berlin: Reha vista.
- Castaneda, C. & Waigand, M. (2016). Ein Weg für jeden?! Modelling in der Unterstützten Kommunikation. *Unterstützte Kommunikation*, 3, 41-44.
- Castaneda, C., Fröhlich, N. & Waigand, M. (2020). *Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung für Eltern, pädagogische Fachkräfte, Therapeuten und Interessierte*. Hiegenbrücken: Die UK-Ideenkiste.
- Dohmen, A. (2009). *Das pragmatische Profil. Analyse kommunikativer Fähigkeiten von Kindern*. München: Urban und Fischer.
- Dowden, P. A. (2004). Summary of the Communicative Independence Model. Verfügbar unter: http://depts.washington.edu/augcomm/03_cimodel/commind5_summary.htm, [25.08.2021].
- Dowden, P. A. (2004). Continuum of communication independence. Verfügbar unter: <https://www.aaccessible.org/ci>.
- Fox, A.V. (Hrsg.) (2013). *TROG-D Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Garbe, C. & Herrmann, T. (2020). UK-Diagnostik – eine Einführung. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 157-169). Stuttgart: Kohlhammer.
- Götze, E. & Fröhlich, N. (2017). Kleine Schritte – Riesen-Wirkung. Verfügbar unter: <https://www.die-uk-kiste.de/themen/unterst%C3%BCtzte-kommunikation-1/interventionsplanung/>
- Grimm, H., Aktas, M. & Frevert, S. (2010a). *SETK 3-5, Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen*. Göttingen: Hogrefe.

- Grimm, H., Aktas, M. & Frevert, S. (2010b). *SETK-2, Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder. Diagnose rezeptiver und produktiver Sprachverarbeitungsfähigkeiten*. Göttingen: Hogrefe.
- Heim, M., Jonker, V. & Veen, M. (2005). COCP: Ein Interventionsprogramm für nicht sprechende Personen und ihre Kommunikationspartner. In von Loeper Literaturverlag & Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e. V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (S. 01.026.007-01.026.015). Karlsruhe: von Loeper.
- Iacono, T. A. (2003). Pragmatic development in individuals with developmental disabilities who use AAC. In J. Light, D. Beukelman & J. Reichle (Hrsg.), *Communicative Competence for Individuals who use AAC. From research to effective practice* (S. 323-360). Baltimore: Brookes.
- Kane, G. (2008). Diagnostik von Kognition und Kommunikation. In von Loeper Literaturverlag & Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e. V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (S. 14.011.001-14.022.01). Karlsruhe: von Loeper.
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2010). *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Urban & Fischer.
- Kristen, U. (2003). Diagnosebogen zur Abklärung kommunikativer Fähigkeiten. In von Loeper Literaturverlag und Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e. V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (S. 14.023.001-14.030.001). Karlsruhe: von Loeper.
- Kristen, U. (2004). Das Kommunikationsprofil. Ein Beratungs- und Diagnosebogen. In von Loeper Literaturverlag und Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e. V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (S. 12.017.001-12.038.001). Karlsruhe: von Loeper.
- Kristen, U. (2006). Unterstützt kommunizieren lernt man nicht von allein. Von der Bedeutung des Interaktions- und Gesprächsverhaltens der Bezugspersonen. *Unterstützte Kommunikation*, 1, 11-20.
- Lage, D. & Knobel Furrer, C. (2017). Das Kooperative Partizipationsmodell. Ein notwendiger Relaunch. In D. Lage & K. Ling (Hrsg.), *UK spricht viele Sprachen: Zusammenhänge zwischen Vielfalt der Sprachen und Teilhabe* (S. 125-138). Karlsruhe: von Loeper.
- Langen-Müller, U. de, Kauschke, C., Kiese-Himmel, C., Neumann, K., & Noterdaeme, M. (Hrsg.). (2016). *Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES) (Synonym: Spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES) Interdisziplinäre S2k-Leitlinie*. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006l_S2k_Sprachentwicklungsstoerungen_Diagnostik_2013-06-abgelaufen_01.pdf
- Leber, I. (2020). Diagnostik der präintentionalen Kommunikation. In J. Boenisch und S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompodium Unterstützte Kommunikation* (S. 170-178). Stuttgart: Kohlhammer.
- Leber, I. (2013). UK-Beratungskompetenzen. In J. Boenisch & S. Wachsmuth (Hrsg.), *Studienhandbuch Lehrgang Unterstützte Kommunikation* (S. 7.1-7.8). Köln: Forschungs- und Beratungszentrum gGmbH.

- Leber, I. (2009a). *Kommunikation einschätzen und unterstützen. Poster und Begleitheft zu den Fördermöglichkeiten in der UK*. Karlsruhe: von Loeper.
- Leber, I. (2009b). *Kommunikation einschätzen und unterstützen. Fragebögen und Situationskreis*. Verfügbar unter: <https://verlagvonloeper.ariadne.de/media/pdf/e5/98/95/Einschaetzen-und-Unterstuetzen-Foerderdiagnostik-UK-Vers-2012.pdf>.
- Leber, I. & Vollert, A. (2020). *Tipp mal. Sprachverständnis Diagnostik mit dem iPad*. Verfügbar unter: www.tippmal.com
- Liehs, A. & Marks, D.-K. (2014). Spezifische Sprachdiagnostik bei UK-Nutzerinnen. *Logos*, 22, 208-215.
- Light, J. (1989). Toward a definition of communicative competence for individuals using augmentative and alternative communication systems. *Augmentative and Alternative Communication*, 5(2), 137-144. doi.org/10.1080/0743461891233127512
- Light, J. C., Beukelman, D. R., & Reichle, J. (Hrsg.). (2003). *Communicative competence for individuals who use AAC: From research to effective practice*. Baltimore: Brookes.
- Light, J. & McNaughton, D. (2014). Communicative Competence for Individuals who require Augmentative and Alternative Communication: A New Definition for a New Era of Communication? *Augmentative and Alternative Communication*, 30(1), 1-18. doi.org/10.3109/07434618.2014.885080
- Lüke, C. & Vock, S. (2019). *Unterstützte Kommunikation bei Kindern und Erwachsenen*. Berlin: Springer.
- Mirenda, P. & Bopp, K. D. (2003). »Playing the Game« – Strategic Competence in AAC. In J. Light, D. Beukelman & J. Reichle (Hrsg.), *Communicative Competence for Individuals who use AAC. From research to effective practice* (S. 401-437). Baltimore: Brookes.
- Murphy, J., Mischo, S., Thümmel, I. & Erdélyi, A. (2018): Talking Mats: From Research to Practice. *Unterstützte Kommunikation*, 1, 48-53.
- Murphy, J., Cameron, L. and Boa, S (2013). *Talking Mats: A Resource To Enhance Communication* (second edition)
- Nonn, K. (2011). *Unterstützte Kommunikation in der Logopädie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Nonn, K. (2017). »It takes two to talk.« Pragmatik – Kommunikation und ihre Bedeutung für UK. *Unterstützte Kommunikation*, 1, 6-17.
- Nonn, K. (2020). Kooperative, kompetenzorientierte und spezifische Diagnostik in Unterstützter Kommunikation: soziale Partizipation von Anfang an im Blick. *Sprache Stimme Gehör*, 44, 139-144. doi.org/10.1055/a-1161-1208
- Otto, K. & Wimmer, B. (2010). Diagnostik in der Sprachtherapie und ihre Anwendungsmöglichkeiten in der Unterstützten Kommunikation bei Kindern. In von Loeper Literaturverlag & Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e. V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (S.14.038.001-14.045.001). Karlsruhe: von Loeper.
- Quaiser-Pohl, C. & Köhler, A (2010). Diagnostik der Sprachentwicklung. In C. Quaiser-Pohl & H. Rindermann (Hrsg.), *Entwicklungsdiagnostik*(S. 147-168). Stuttgart: UTB.
- Rehavista (2014a). *Eyegaze Analyse Tool (EAT)*. Bremen: Rehavista GmbH.

- Rehavista (2014b). *Plan Be*. Bremen: Rehavista GmbH.
- Rehavista (2014c). *Schau Hin*. Bremen: Rehavista GmbH.
- Rowland, C. (Autor), Scholz M. & Jester, M. (Hrsg., Übersetzer) (2015). *Die Kommunikationsmatrix. Ein Instrument zur Feststellung kommunikativer Kompetenzen*. Verfügbar unter: https://www.communicationmatrix.org/Content/Translations/Communication_Matrix_German_FINAL.pdf/
- Rowland, C. & Schweigert, P. D. (2003). Cognitive Skills and AAC. In J. Light, D. Beukelman & J. Reichle (Hrsg.), *Communicative Competence for Individuals who use AAC. From research to effective practice* (S. 241-275). Baltimore: Brookes.
- Sachse S. & Bernasconi T. (2018): Gelingende Alltagskommunikation und Teilhabe durch systematische Förderung der kommunikativen Kompetenz. *Unterstützte Kommunikation*, 3, 40-46.
- Sachse, S. (2010). *Interventionsplanung in der Unterstützten Kommunikation: Aufgaben im Kontext der Beratung*. Karlsruhe: von Loeper.
- Sachse, S. K. & Bernasconi, T. (2020). Ziele formulieren und Maßnahmen beschreiben mit dem ABC Modell. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompodium Unterstützte Kommunikation* (S. 203-216). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sailer, A. (2020). *Mit Teilen – Teil Haben. Heilpädagogische Diagnostik kommunikativer Fähigkeiten*. Karlsruhe: von Loeper.
- Schäfer, H. & Rittmeyer, C. (2015). Inklusive Diagnostik. In H. Schäfer & C. Rittmeyer (Hrsg.), *Handbuch Inklusive Diagnostik* (S. 103-134). Weinheim: Beltz.
- Schellen, J. (2016). Sprachverstehensdiagnostik mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen kommunikativen Bedürfnissen. *Unterstützte Kommunikation*, 4, 25-32.
- Scholz, M., Wagner, M., & Stegkemper, J. M. (2019). *Beobachtungsbogen zu kommunikativen Fähigkeiten – Revision (BKF-R)*. Verfügbar unter: <https://www.bkf-r.de/bfk-r-deutsch/download/>
- Schreiber, V. & Sevenig, H. (2017). *Diagnostik und Kommunikationsförderung: DiaKomm*. Karlsruhe: von Loeper.
- Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Robertson, B., Walker, J. & Rosenbaum, P. (Übersetzung Neumann, S.) (2012). *The FOCUS-G: Focus on the Outcomes of Communication Under Six*. Toronto: Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital.
- Tobii Dynavox & Clarke, V. (S. Sachse, Übersetzung.)(2016). *Goals Grid – Förderziele in der Unterstützten Kommunikation*. Verfügbar unter: http://tdvox.web-downloads.s3.amazonaws.com/Materialkiste/Analyse_Status_Verlauf/TobiiDynavox-F%C3%B6rderziele_in_der_UK_GoalsGrid.pdf
- Weid-Goldschmidt, B. (2013). *Zielgruppen Unterstützter Kommunikation. Fähigkeiten einschätzen – Unterstützung gestalten*. Karlsruhe: von Loeper.
- Werning, R. & Lütje-Klose, B. (2016). *Einführung in die Pädagogik bei Lernbeeinträchtigungen*. München: Ernst Reinhardt.

Willke, M. (2020). Partnerstrategien in der UK. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 217-233). Stuttgart: Kohlhammer.

World Health Organization (WHO) (Autor), Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) (Hrsg./ Übersetzung) (2005). *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: WHO. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icf>

World Health Organization, Hollenweger, J., & Kraus de Camargo (Hrsg.). (2013). *ICF-CY: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber.

Prof. Dr. Tobias Bernasconi ist Sonderschullehrer und Kommunikationspädagoge. Er hat die Professur für Pädagogik und Rehabilitation bei Menschen mit geistiger und komplexer Behinderung an der Universität zu Köln. Seine Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte sind Bildung und Erziehung von Menschen mit geistiger und komplexer Behinderung, Unterstützte Kommunikation, Inklusion.

Carolin Garbe ist akademische Sprachtherapeutin und systemische Beraterin. Sie arbeitet aktuell als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät, Department Heilpädagogik und Rehabilitation, Pädagogik für Menschen mit Beeinträchtigungen der körperlichen und motorischen Entwicklung und als Beraterin in der FBZ UK Beratungsstelle an der Universität zu Köln. Ihre Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte sind Diagnostik, Beratung und Förderung im Bereich Unterstützter Kommunikation.

Julia Schellen ist akademische Sprachtherapeutin und Kommunikationspädagogin. Sie arbeitet aktuell als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät, Department Heilpädagogik und Rehabilitation, Pädagogik für Menschen mit Beeinträchtigungen der körperlichen und motorischen Entwicklung. Ihre Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte sind die Sprachentwicklung von Menschen mit komplexen Kommunikationsstörungen sowie Unterstützte Kommunikation. <https://orcid.org/0000-0002-0760-3803>

