

Zurück ins Gespräch

Unterstützte Kommunikation nach Schädel-Hirn-Trauma und erworbener Hirnschädigung: Systeme, die mitwachsen — und eine Identität, die mitkommt

Lars Tiedemann

Dipl. Heilpädagoge (FH) · AssistUK

10. August 2026

Arbeitsfassung. Ein Unfall, ein Sturz, eine Reanimation, eine Entzündung — und ein Leben, das mit selbstverständlicher Lautsprache gelebt wurde, hat plötzlich keine mehr. Die erworbene Hirnschädigung ist die dritte große erworbene Konstellation dieser Reihe, neben Aphasie nach Schlaganfall und ALS — und sie folgt eigenen Regeln: Der Verlauf ist oft kein Abbau, sondern eine lange, unvorhersehbare Erholung; das Störungsbild ist fast immer ein Mischbild aus Motorik, Sprache und Kognition; und mitten darin steht ein Mensch mit intakter Biografie, der nicht nur Wörter wiederfinden muss, sondern sich selbst im neuen Sprechen. Dieser Text beschreibt, was das für die Unterstützte Kommunikation heißt: Systeme, die mitwachsen und wieder loslassen können, kognitive Anpassungen, und Partner, die den Erwachsenen im Gegenüber nicht verlieren. Quellen mit Prüfvermerk am Ende; Praxisregeln als Konsens gekennzeichnet.

Inhalt

1. Der Bruch mitten in der Biografie
 2. Kein Standardprofil: das Mischbild
 3. Die Besonderheit: Es kann besser werden
 4. Die Phasen — und was jeweils trägt
 5. Kommunizieren mit müdem Kopf: kognitive Anpassungen
 6. Die Identitätsfrage
 7. Partner: erwachsen bleiben
 8. Wie wir es bei AssistUK halten
 9. Grenzen dieses Textes
 10. Fazit in fünf Sätzen
 11. Literatur (mit Prüfvermerk)
-

1. Der Bruch mitten in der Biografie

Die Diagnosen dieser Gruppe — Schädel-Hirn-Trauma nach Unfall oder Sturz, hypoxische Schädigung nach Reanimation, Enzephalitis, Tumor und seine Behandlung — haben eines gemeinsam: Sie treffen Menschen, deren Kommunikation fertig war. Da ist eine Stimme, die alle kannten, ein Wortwitz, ein Tonfall, eine Rolle in Familie, Freundeskreis, Beruf. Der Bruch trennt ein Vorher von einem Nachher, und die Kommunikationsversorgung arbeitet immer mit beidem: mit dem, was jetzt geht, und mit dem Menschen, der weiß, wie es sich vorher angefühlt hat. Das unterscheidet diese Gruppe von den angeborenen Konstellationen — und es macht sie mit der Aphasie verwandt, mit einem entscheidenden Unterschied: Beim Schädel-Hirn-Trauma ist die Sprache oft nur ein Teil des Bildes.

2. Kein Standardprofil: das Mischbild

Eine erworbene Hirnschädigung schädigt selten nur ein System. Typisch ist das **Mischbild**: motorische Anteile (Dysarthrie — die Muskeln gehorchen schlecht; manchmal apraktische Anteile — die Planung stockt; Lähmungen, die auch die Hände betreffen), sprachliche Anteile (aphasische Muster: Wortfindung, Verstehen komplexer Sätze) und — das prägendste — **kognitive Anteile**: Aufmerksamkeit, die schnell erschöpft, Gedächtnis, das Neues schlecht hält, verlangsamtes Verarbeiten, Störungen der Handlungsplanung, verminderte Krankheitseinsicht in manchen Phasen, und die bleierne **Fatigue**, die viele Betroffene als das eigentliche Handicap beschreiben.

Für die Unterstützte Kommunikation heißt das: **Es gibt keine SHT-Standardversorgung**. Zwei Menschen mit derselben Diagnose können gegensätzliche Systeme brauchen. Die Konsequenz ist die Grundregel dieser Reihe in verschärfter Form: Beobachtung und Erprobung schlagen jede Diagnose-Schablone — und die Einschätzung muss die Kognition mitdenken, nicht nur Motorik und Sprache (der Beobachten-statt-

Testen-Text beschreibt das Handwerk; die Forschungslinie um Susan Fager hat die Versorgung dieser Gruppe systematisch beschrieben und betont dieselbe Individualisierung).

3. Die Besonderheit: Es kann besser werden

Der wichtigste Unterschied zu den Nachbartexten dieser Reihe: Die erworbene Hirnschädigung hat häufig einen **Erholungsverlauf** — steil in den ersten Monaten, langsamer über Jahre, mit Plateaus und späten Sprüngen, insgesamt schwer vorhersagbar. Für die Versorgung ist das eine doppelte Ansage.

Erstens: **Kein System ist für immer.** Was in der Frühphase trägt (Ja/Nein-Verabredungen, Blicktafeln), ist drei Monate später zu klein; was in der Postakutphase passt, kann in der Langzeitphase überflüssig oder — bei wiedergekehrter Lautsprache — verzichtbar werden. Die Versorgung muss **mitwachsen und wieder loslassen können**: schnelle, revidierbare Lösungen vor perfekten; Systeme, die sich erweitern lassen, ohne dass die Person umlernen muss (Positions Konstanz beim Ausbau!); und die eingeplante Möglichkeit, dass die Unterstützte Kommunikation eines Tages nur noch Rückfallebene für müde Tage ist — auch das ist ein Erfolg.

Zweitens: **Die Erholung ist kein Grund zu warten.** »Wir schauen erst mal, was wiederkommt« lässt den Menschen genau in den Monaten sprachlos, in denen über Reha-Motivation, Beziehungen und Selbstbild entschieden wird. Die Reihenfolge ist dieselbe wie überall: sofort kommunizieren mit dem, was geht — und parallel an der Erholung arbeiten. Ein Übergangssystem, das später überflüssig wird, war nicht umsonst; es hat die Zwischenzeit bewohnbar gemacht.

4. Die Phasen — und was jeweils trägt

Frühphase (Intensivstation, Frühreha): Hier gilt der Klinik-Text dieser Reihe — verlässliche Ja/Nein-Verabredungen, Schmerz- und Grundbedürfnistafeln, Orientierungshilfen (Wo bin ich? Was ist passiert? Wer kommt heute?), dokumentiert für jede Schicht. Bei schwankender Wachheit und Aufmerksamkeit zählt die **Verlässlichkeit weniger Signale** mehr als jedes Vokabular; die Einschätzung wiederholt sich wöchentlich, weil sich der Zustand wöchentlich ändert.

Postakutphase (Reha): Jetzt entscheidet sich die Richtung. Mit wachsender Belastbarkeit wachsen die Systeme — von Tafeln zu dynamischen Vokabularen, von Gesten zu kombinierten Wegen; parallel klärt sich, welche motorischen Zugänge dauerhaft tragen. Die Regeln: **klein anfangen, schnell erweitern**, jede Erweiterung auf dem Gelernten aufbauen; die Person in jede Systementscheidung einbeziehen (der Entscheidungs-Text gilt auch bei eingeschränkter Einsicht — Wahl zwischen zwei erprobten Optionen ist fast immer möglich); und Erfolge am Alltag messen, nicht am Übungsprotokoll (der Erfolgsmessungs-Text liefert das Handwerk).

Langzeitphase: Der Mensch kehrt in ein Leben zurück, das weitergegangen ist. Jetzt geht es um Rollen: wieder mitreden im Freundeskreis, Elternschaft, Arbeit oder neue Tätigkeit, Behördenwege. Das System muss die **Themen des alten Lebens** enthalten — Namen, Orte, Insider, Fachwortschatz — und die Person muss es **selbst pflegen** können, so weit wie möglich.

5. Kommunizieren mit müdem Kopf: kognitive Anpassungen

Die kognitiven Anteile verlangen eigene Antworten, die in der klassischen Vokabular-Lehre wenig vorkommen — hier als Praxiskonsens:

Struktur schlägt Umfang. Wenige, konstante Wege durch das System; keine Umbauten ohne Not; dieselbe Geste, dieselbe Seite, derselbe Platz. Jede Layout-Änderung kostet diese Gruppe mehr als andere.

Das System erinnert mit. Gedächtnisstützen gehören hinein: der Tagesplan, die Namen-mit-Fotos-Seite, die »Was ich heute erzählen wollte«-Liste, vorbereitete Themenseiten für wiederkehrende Situationen. Das Kommunikationssystem wird zum externen Gedächtnis — das ist keine Krücke, sondern kluge Arbeitsteilung.

Fatigue wird eingeplant, nicht ignoriert. Wichtige Gespräche in die guten Stunden; kurze Einheiten; eine verabredete »Ich bin erschöpft — später«-Taste, die das Gespräch würdig beendet statt es scheitern zu lassen. Und für die Partner: Ein schlechter Nachmittag sagt nichts über das Können — Tagesform ist bei dieser Gruppe ein Faktor wie bei der Aphasie, nur oft größer.

Tempo raus. Verlangsamtes Verarbeiten heißt: mehr Zeit für das Verstehen **und** für das Antworten. Die zehn Sekunden dieser Reihe sind hier eher zwanzig.

6. Die Identitätsfrage

Wer als sprechender Erwachsener gelebt hat, für den ist ein Kommunikationsgerät zunächst keine Lösung, sondern eine Zumutung: eine fremde Stimme, ein Kindergerät-Verdacht, ein sichtbares Zeichen des Verlusts. Ablehnung in dieser Phase ist keine Verweigerung, sondern Trauerarbeit — und sie verdient denselben Respekt wie im ALS-Text die vorweggenommene Trauer. Was hilft, als Konsens: **Erwachsene Ästhetik** (Wortschatz, Stimme, Gehäuse, keine Kindersymbole); die **eigenen Inhalte** von Anfang an (eigene Fotos, eigene Redewendungen, der eigene Humor — nicht das Lieferanten-Vokabular); wo möglich **Message Banking light** aus Sprachnachrichten und Videos der Zeit vor dem Ereignis; und die klare Botschaft, dass das Gerät ein Werkzeug unter mehreren ist — die wiederkehrende Lautsprache bleibt willkommen, das Gerät hält den Rücken frei. Identität wächst dort, wo die Person mit dem System Dinge tut, die zu ihr gehören: den alten Freunden schreiben, im Verein abstimmen, das Enkelkind necken.

7. Partner: erwachsen bleiben

Für das Umfeld ist die größte Falle die Regression der Anrede: Weil jemand langsam antwortet und einfache Hilfen benutzt, rutschen Partner in Kinderton, Vereinfachung, Stellvertretung. Die Regeln aus dem Aphasie-Text gelten wörtlich: **erwachsen sprechen, Kompetenz unterstellen, Zeit geben, nicht über den Kopf hinweg** — und die Besonderheit dieser Gruppe dazu: Geduld auch mit der **Wiederholung** (Gedächtnis!) und Takt bei der **Einsicht** (wer die eigenen Grenzen zeitweise nicht sieht, braucht Partner, die Sicherheit herstellen, ohne zu demütigen). Alte Freunde sind das wertvollste und flüchtigste Gut dieser Phase; sie bleiben eher, wenn jemand ihnen zeigt, **wie** das neue Gespräch geht — der Kommunikationspass und ein kurzes »So reden wir jetzt«-Blatt sind hier Beziehungspflege.

8. Wie wir es bei AssistUK halten

Für diese Gruppe zählen in unseren Werkzeugen: **erwachsene Vokabulare**, die sich schnell mit eigenen Inhalten füllen lassen (Fotos, Namen, Themen); **Ausbau ohne Umbau** — Systeme, die wachsen, ohne dass Gelerntes seine Position verliert; **einfache Tageslisten- und Themenseiten-Formate**, die als externes Gedächtnis taugen; und Zugänge für die ganze Bandbreite motorischer Möglichkeiten, vom Taster bis zur Augensteuerung. Und weil Erholung unser erklärtes Ziel mitträgt: Ein System von uns muss sich auch **würdevoll überflüssig machen** können — als Rückfallebene, die bleibt, ohne zu binden.

9. Grenzen dieses Textes

Die neurologische Rehabilitation nach erworbener Hirnschädigung ist ein eigenes, großes Fachgebiet — Prognostik, medizinische Behandlung, neuropsychologische Therapie und die Abgrenzung von Bewusstseinsstörungen (für die eigene Einschätzungsverfahren existieren) sind hier bewusst ausgespart; dieser Text beginnt dort, wo kommuniziert werden kann und soll. Die Studienlage zur Unterstützten Kommunikation speziell nach Schädel-Hirn-Trauma ist überschaubar und überwiegend beschreibend (die Fager-Linie ist die wichtigste); die Phasen- und Anpassungsregeln sind Konsens- und Begleitwissen, entsprechend gekennzeichnet. Und jede Zahl zur Erholung ist eine Verlaufsbeschreibung, keine Einzelfallprognose — verlässliche Vorhersagen gibt es bei dieser Diagnose nicht, und Versorgung, die auf sie warten, warten zu lange.

10. Fazit in fünf Sätzen

Die erworbene Hirnschädigung trifft Menschen mitten in einer Biografie mit fertiger Sprache — und sie erzeugt fast immer ein Mischbild aus Motorik, Sprache und vor allem Kognition, das keine Standardversorgung erlaubt. Ihre Besonderheit ist der Erholungsverlauf: Systeme

müssen mitwachsen und wieder loslassen können — schnell versorgen statt abwarten, klein anfangen, auf Gelerntem ausbauen, und ein später überflüssiges System als Erfolg verbuchen. Die kognitiven Anteile verlangen eigene Antworten: Struktur statt Umfang, das System als externes Gedächtnis, eingeplante Fatigue, verdoppelte Antwortzeit. Die Identitätsfrage entscheidet über Annahme oder Ablehnung: erwachsene Ästhetik, eigene Inhalte, eigener Humor — und Partner, die erwachsen bleiben, Wiederholungen tragen und den alten Freundeskreis anleiten. Gemessen wird der Erfolg wie überall in dieser Reihe: nicht am Übungsprotokoll, sondern an den Sätzen, die zurück ins Leben führen.

11. Literatur (mit Prüfvermerk)

Kernquellen aus dem geprüften Bestand (✓); Praxisregeln als Konsens gekennzeichnet.

1. ✓ **Fager, S. K. (2019).** AAC for adults with acquired neurological conditions (Forschungs- und Übersichtslinie zur Versorgung erworbener neurologischer Beeinträchtigungen, u. a. Schädel-Hirn-Trauma). — Individualisierung statt Diagnose-Schablone; Versorgung über Phasen. *(Aus dem geprüften Bestand des Zugriff-Aufsatzes.)*
2. ✓ **Basil, C. (1992).** Social interaction and learned helplessness in severely disabled children. *Augmentative and Alternative Communication*, 8(3), 188–199. — Erlernte Passivität; hier auf die Wartezeit-Falle gewendet. *(Aus dem geprüften Bestand.)*
3. ✓ **Tiedemann, L. (2026).** Sprachlos auf Station (Frühphase) · Verschüttet, nicht verschwunden (Aphasie, Partnerregeln, Tagesform) · Wenn die Sprache geht (ALS, Message Banking, Trauer) · Beobachten statt testen (Einschätzung mit Kognition) · Zählen, was zählt (Erfolg am Alltag messen) · Die Entscheidung bleibt bei der Person (Systementscheidungen) · Das Vokabular zieht mit (Kommunikationspass). AssistUK-Grundlagenreihe. — Die Schwestertexte dieses Textes.

Die fachliche Position, Auswahl und Verantwortung liegen bei mir. — L. T.