

Logopädie bei Kindern mit Down-Syndrom

Förderung der Kommunikation und des Lautspracherwerbs bei Kindern mit Down-Syndrom – ein Methodenüberblick

Linda Lücke

ZUSAMMENFASSUNG. Kommunikation ist eine der wichtigsten Fähigkeiten, die wir im Leben brauchen. Kinder mit Down-Syndrom zeigen einen verspäteten Einstieg in die lautsprachliche Kommunikation. Dabei kommt es häufig zu frustrierenden Situationen des „Nicht-Verstanden-Werdens“ zwischen den Kindern und ihren Bezugspersonen. Eine frühe Unterstützung der Kommunikationsentwicklung ist unbedingt erforderlich. Hier sind Logopäden gefordert, frühzeitig mit den Kindern und ihren Eltern zu arbeiten sowie weiteren Bezugspersonen aus dem jeweiligen Umfeld beratend zur Seite zu stehen. Deshalb ist es wichtig, die Besonderheiten im Spracherwerb, die Schwierigkeiten und besonderen Ressourcen von Kindern mit Down-Syndrom zu kennen. Es gibt neben der häufig notwendigen orofazialen Behandlung vielfältige therapeutische Möglichkeiten wie der Einsatz der „Gebärden-unterstützten Kommunikation“ (GuK), verschiedene Lautgebärden als Einstieg in die lautlich-verbale Möglichkeiten der Kinder und das „Frühe Lesen“ (Ganzwortmethode) zur Förderung des Spracherwerbs. Schlüsselwörter: Kinder mit Down-Syndrom – Kommunikationsförderung – Spracherwerb – Gebärden-unterstützte Kommunikation – Lautgebärden – Frühes Lesen

Einleitung

Kinder mit Down-Syndrom zeigen eine im Verhältnis zum normalen Spracherwerb größere Heterogenität. Die Bedeutung einer frühen Beratung ist deutlich, da die Kinder zwar zum Teil schon recht früh in die Lautsprache einsteigen können, dem Zeitraum bis zum ersten Sprechen aber häufig eine längere Phase des „Nicht-Sprechen-Könnens“ vorausgeht.

Daher ist es dringend erforderlich, dass mit den Kindern eine andere Form der Kommunikation aufgebaut wird, um Frustrationserlebnisse zu reduzieren und die Motivation zum Kommunizieren und Sprechen zu erhalten. Es kann inzwischen aus einer größeren Vielfalt an Methoden geschöpft werden, um den Einstieg in die Lautsprache frühzeitig zu fördern.

An dieser Stelle soll im Überblick dargestellt werden, welche Methoden neben den gängigen Ansätzen aus der Behandlung von Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen ganz gezielt bei Kindern mit Down-Syndrom verwendet werden. Diese Verfahren können zum Teil auch bei Kindern mit anderen Behinderungen zum Einsatz kommen, sofern diese über ähnliche Schwierigkeiten im Spracherwerb und vergleichbare Ressourcen verfügen.

Spracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom

Der Spracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom unterscheidet sich in der Reihenfolge nicht grundsätzlich von dem physiologischen Spracherwerb. Wann und wie schnell Kinder mit Down-Syndrom den Einstieg in die (Laut-)Sprache finden, ist sehr unterschiedlich, wobei die Variabilität mit steigendem Alter noch mehr zunimmt als bei regelentwickelten Kindern. Dennoch gibt es eine Vielzahl von Einflussfaktoren, die syndromspezifisch auftreten können:

- **Hörstörungen:** Schallleitungshörstörungen bei bis zu 50% der Kinder, aber auch zusätzliche Innenohrschwerhörigkeiten (Halder 2010, 65; Wilken 2008, 30)
- **Gehäufte Infekte** (z.B. durch Mundatmung und Tubenventilationsstörungen), die auch mit z.T. schlecht erkennbaren Mittelohrentzündungen und Sekretablagerungen einhergehen können und regelmäßige Kontrollen erfordern (Giel 2012, 11)
- **Hypotonie:** Wechselwirkung mit Mundhaltung, Infekten, orofazialen Funktionen, Ess- und Trinkverhalten, veränderten Wahrnehmungsfunktionen usw. (Wilken 2008, 33; Giel 2012, 44) beeinflusst ggf.

Linda Lücke arbeitete nach ihrem Logopädiestudium in den Niederlanden in einer logopädischen Praxis und in einer integrativen Kindertagesstätte im Kreis Aachen. Berufsbegleitend absolvierte sie von 2003 bis 2007 den Diplomstudiengang Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen und mehrere Kurse in Deutscher Gebärdensprache. Seit Januar 2008 ist sie als Diplom-Lehrlogopädin (dbl) an der Berufsfachschule für Logopädie der ev. Stiftung Alsterdorf in Hamburg tätig und bietet regelmäßige Fortbildungen an. Ein Schwerpunkt der theoretischen und praktischen Ausbildungstätigkeit in Hamburg liegt im Bereich der logopädischen Diagnostik und Therapie bei körperlicher und geistiger Behinderung, besonders bei Kindern mit Down-Syndrom.



- die Sprechentwicklung (Wilken 2008, 55)
- **Gesundheitliche Einschränkungen** und gehäufte Krankenhausaufenthalte (Herz- und Gefäßfehlbildungen, Fehlbildungen des Magen-Darmtraktes, Schilddrüsenerkrankungen etc.)
- **Grad der kognitiven Beeinträchtigung** verändert Lernverhalten und allgemeines Entwicklungstempo (z.B. Giel 2012, 60), auch Verringerung des Kurzzeitgedächtnisses (Wilken 2008, 40)
- **Ausweichverhalten bei Anforderungen** (Oelwein 2007, 41ff; Wilken 2008, 36, 42), ggf. muss die Lernmotivation mittels Verstärkern erhöht werden (z.B. Jansen & Streit 2008).

Abbildung 1 bietet einen Überblick über häufige Schwierigkeiten im Spracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom.

Zu den Besonderheiten der auditiven Wahrnehmung

Neben den Beeinträchtigungen durch die o.g. Hörstörungen kommt es zusätzlich zu einer Verringerung der auditiven Merkfähigkeit. Umfang und Dauer der Speicherung rein

auditiver Informationen sind eingeschränkt. Ebenso ist die Aufnahmekapazität betroffen und die Verarbeitungsgeschwindigkeit und damit auch die Reaktionsgeschwindigkeit sind herabgesetzt. Das gilt besonders für die gesprochene Sprache, da sie nur sehr kurz wahrnehmbar ist (Oelwein 2007).

Daher ist es wichtig, Menschen mit Down-Syndrom stets genügend Zeit zum Verstehen und auch zum Reagieren zu geben. Zudem müssen andere Wahrnehmungskanäle zur Unterstützung des Verstehens herangezogen werden. Kinder mit Down-Syndrom lassen sich auch als visuelle Lerner bezeichnen, weil sie besser aufnehmen und verarbeiten können, was sie sehen, als das, was sie hören (Wilken 2008, 90). Dies soll allerdings nicht dazu führen, dass bei der Förderung das Angebot an auditiven Reizen vernachlässigt wird. Die Verbesserung der auditiven Wahrnehmung sollte ebenfalls ein Bestandteil der Therapie bleiben. Bei den Kindern kann zudem die Freude an Büchern durch das Vorlesen der Eltern verstärkt werden und es können Hör-Spiele wie Klangmemory usw. eingebracht werden.

Diagnostik bei Kindern ohne Lautsprache bzw. zu Beginn des Lautspracherwerbs

Trotz zahlreicher Testverfahren liegen nur wenige Diagnostikinstrumente vor, die bei jungen Kindern mit Down-Syndrom zuverlässig eingesetzt werden können. Gängige Verfahren wie beispielsweise der SETK-2 (Grimm et al. 2000) oder die PDSS (Kauschke & Siegmüller 2010) stellen häufig schon eine Überforderung dar, oder es zeigen sich Probleme

beim „Durchhalten“ mehrerer Testaufgaben oder im Verstehen der Aufgabenstellung. So versuchen Kinder z.B. Bilder zu „benennen“, statt im Sinne des Sprachverständnisses auf ein Bild zu zeigen, und reagieren bei erneutem Abfragen frustriert.

Aktaş (2008) hat mittels der ELFRA-Bögen (Grimm & Doil 2006) und der beiden SETK-Tests (Grimm et al. 2000, 2001) gezeigt, wie ein Teil der Verfahren zu einer umfassenden Diagnostik bei Kindern mit Down-Syndrom eingesetzt werden kann, wobei das jüngste Kind der Studie 4;6 Jahre alt war. Bei jüngeren Kindern lässt sich eine Diagnostik jedoch häufig nur mittels Elternfragebögen und einer Beobachtung der Kinder in Interaktion mit Eltern und Therapeut realisieren.

Für Letzteres bietet es sich an, die Kriterien des Entwicklungsprofils nach Zollinger (2004) zugrunde zu legen, sodass auch die sprachlichen Vorausläuferfähigkeiten wie z.B. der referenzielle Blickkontakt ausreichend beachtet werden. In Abbildung 2 findet sich eine Liste der wichtigsten Fähigkeiten, die demnach beobachtet und soweit möglich in der Anamnese erfragt werden sollten. Im niederländischen Sprachraum kommt häufiger der NNST (Zink & Lembrechts 2000) zum Einsatz, der für diese Zielgruppe sehr gut nutzbar ist, für den allerdings keine deutschen Normen zur Verfügung stehen (Lücke 2007).

Elternfragebögen wie der ELFRA-1 (Grimm & Doil 2006) sind inhaltlich gut geeignet, um den rezeptiven und expressiven Wortschatz der jüngeren Kinder zu erfragen. Hier können die Eltern auch zusätzlich markieren, welche Begriffe das Kind ggf. bereits gebärdet. Ebenso werden weitere sprachliche Fer-

■ Abb. 2: Diagnostik – wichtige zu überprüfende Fähigkeiten

- Hörfähigkeit, auditive Aufmerksamkeit sowie Wahrnehmung
- Blickkontakt und seine Funktion (direkt oder referenziell, geteilte Aufmerksamkeit, ggf. mit Lautieren, Sprechen oder Zeigegeste)
- Kommunikationsverhalten insgesamt (Mitteilungsbedürfnis, bisherige Signale und Kommunikationsversuche, Zeigen, Gesten, Lautieren etc.)
- Stimmlicher Ausdruck, Qualität des Lallens bzw. der Laut- oder Wortproduktion, ggf. Verständlichkeit
- Mundfunktionen (ggf. Informationen aus Therapie n. Castillo Morales o.ä. einholen)
- Sprachverstehen (auch von Symbolen oder Gesten), situativ und nicht-situativ
- Turn-Taking auf Handlungsebene und sprachlich
- Objektpermanenz
- Handlungsergebnis
- Symbolverständnis
- Spielverhalten (Explorieren/Funktionsspiel, Behälter-, Symbol- oder Rollenspiel etc.)
- Umgang mit Bildern (Bilderbuch)
- Motorische Fähigkeiten (Hände)
- Eigenaktivität des Kindes insgesamt
- Interaktionsanalysen mit den Eltern zur Beratung über das Sprachmodellverhalten

tigkeiten wie das gestische Verhalten sowie die Feinmotorik abgefragt.

Da die Kinder häufig nicht bzw. verspätet auf Kommunikationsversuche der Eltern reagieren, kann es vorkommen, dass sich diese aus ihrem intuitiven sprachfördernden Verhalten zurückgezogen haben. Interaktionsanalysen auf Video bieten hierzu eine für alle Seiten lehrreiche Möglichkeit, in der die Eltern ihr eigenes Verhalten und das des Kindes betrachten können und eigene Stärken bzw. auch Probleme in der (zeitlichen) Interaktion mit ihrem Kind wahrzunehmen lernen. Da ein günstiges Sprachmodellverhalten im Alltag bekanntermaßen einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Kindes hat (Möller & Spreen-Rauscher 2009), sollte eine Interaktionsanalyse nach Möglichkeit in der Diagnostik berücksichtigt werden, um Eltern wieder in ihrem natürlichen sprachfördernden Verhalten zu bekräftigen.

Die Gebärden-unterstützte Kommunikation

GuK – Was ist das?

„GuK will durch den sprachbegleitenden Einsatz von Gebärden die Kommunikation mit Kindern, die (noch) nicht sprechen, erleichtern und basale sprachrelevante Fähigkeiten vermitteln, damit der Spracherwerb unterstützt wird“ (Wilken 2008, 74).

■ Abb. 1: Typische Auffälligkeiten im Spracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom

- Verspätung bei Objektpermanenz und referenziellem Blickkontakt
- Erste Wörter kommen verzögert.
- Einschränkungen im Sprachverständnis, wobei die rezeptiven Leistungen tendenziell besser sind, als es die expressiven vermuten lassen: „Das Sprachverständnis entspricht jedoch überwiegend den nonverbalen kognitiven Fähigkeiten der Kinder“ (Buckley 1994 in Wilken 2008, 62).
- Der Einstieg in den Syntaxerwerb geschieht später (oft 80-100 Wörter, bevor Wortkombinationen auftreten).
- Morphologie und Syntax sind auffällig, es kommt im späteren Verlauf häufig zu einer Art Telegrammstil in der Spontansprache.
- Verwaschene Aussprache

Andere Probleme beim Sprechen

- Redeflussstörungen (Stottern und Poltern) treten gehäuft auf (ca. 25%), Einflussfaktoren sind vermutlich Wortfindungsstörungen und motorische Dysfunktionen (Wilken 2008, 131).
- Stimmstörungen, wobei als Einflussfaktoren neben dem Stimmgebrauch auch Hörstörungen, Reflux, Schilddrüsenprobleme, Atemwegsinfekte, Tonusveränderungen mit Reklination des Kopfes etc. vorhanden sein können.
- Verbale Entwicklungsdyspraxie (auch: Kindliche Sprechapraxie), wobei keine Prävalenz bekannt ist, da es ein Definitionsproblem gibt (Kumin 2005, 39; Wilken 2010, 45).

Anders als bei der Deutschen Gebärdensprache (DGS), die die eigenständige Sprache der Hörgeschädigten in Deutschland ist und einer eigenen Grammatik folgt, werden bei GuK nur Schlüsselwörter beim normalen Sprechen mit Gebärden unterstützt. Es handelt sich bei GuK1, GuK2 und GuK-plus um Gebärdensammlungen, die speziell auf die Bedürfnisse kleinerer Kinder (Kleinkind- bis Grundschulalter) zugeschnitten sind (Wilken o.J.). GuK1 und GuK2 bestehen aus jeweils 100 Gebärden. Zu den gezeichneten Gebärdenkarten gibt es für das entsprechende Wort jeweils eine Bildkarte und eine Schriftkarte.

Ziele und Vorteile von GuK

- Erleichterung der Kommunikation von (noch) nicht bzw. kaum sprechenden Kindern durch Begleitung der Lautsprache
- Verringerung der auditiven Verarbeitungsprobleme durch Kombination von auditiven und visuellen Informationen (längeres Betrachten und Verarbeiten möglich als bei auditiven Reizen)
- Nur zentrale Inhaltswörter werden gebärdet, Erleichterung des Verstehens
- Viele Gebärden enthalten deutliche Merkmale des Bezeichneten (Form, Tätigkeit oder Eigenschaft) ähnlich wie Lautmalereien
- Diskrepanz zwischen rezeptivem und expressivem Wortschatz wird verringert
- Verbessertes Laut- bzw. Worterinnerungseffekt (Wilken 2008, 78)
- Gebärden sind motorisch einfacher als das Sprechen, daher ist eine frühere Verständigung möglich (frühe Gesten auch im normalen Spracherwerb)
- Gebärden können leichter bei der Ausführung durch gezieltes Führen unterstützt werden
- Kommunikations- und Sprechfreude werden angeregt bzw. bleiben erhalten, da das Kind mehr erfolgreiche Kommunikation erfährt
- Verminderung von Frustrationserlebnissen kann insgesamt besseres Lernverhalten und weniger Vermeidverhalten unterstützen
- Förderung der „Entwicklung basaler kognitiver Strukturen der symbolischen Kommunikation“ (Wilken 2008, 77) als Unterstützung für den Spracherwerb
- Das „kognitive Verarbeiten und Speichern von Erfahrungen, die Bildung von Kategorien“ wird ermöglicht (ebd.), folglich gibt es auch langfristig bessere sprachliche Leistungen
- Auch andere Kinder (aus der Kindergartengruppe o.ä.) finden die Verwendung der „Geheimsprache“ („mit den Händen

sprechen“) spannend, sodass die Integration verbessert wird

- Bessere Differenzierung von ähnlich klingenden Wörtern, z.B. „Haus“ und „Maus“
- Bei Mehrsprachigkeit können Gebärden als „Brücke“ zwischen den Sprachen helfen
- Kinder reduzieren den Gebärdeneinsatz selbst, wenn sie in der Lautsprache sicher genug sind, da diese ökonomischer und differenzierter ist.

Fazit: Der Einsatz von Gebärden beschleunigt den Spracherwerb.

Dennoch ist es wichtig, die Sorgen der Eltern und Umgebung in Bezug auf den Gebärdeneinsatz ernst zu nehmen und zu versuchen, die Bedenken mit z.B. den oben genannten Argumenten und den vielen positiven Erfahrungen auszuräumen. Sollten die Eltern dennoch zu große Bedenken behalten, muss auf eine andere Therapieform ausgewichen werden.

Wann beginnt man mit GuK?

In der frühen präverbalen Entwicklung können wie bei allen Kindern mittels Gesten und Fingerspielen das Imitationsverhalten und die Aufmerksamkeit gefördert werden. Wenn die Kinder dann ein Entwicklungsalter von etwa 10-13 Monaten erreicht haben und beginnen, den referenziellen Blickkontakt einzusetzen und Zeigegesten zu verstehen, kann mit dem Einsatz von ersten GuK-Gebärden begonnen werden (Wilken 2008, 79). In diesem Alter entwickelt sich auch im Regelerwerb die Verwendung gestischer Ausdrucks (z.B. winken, Geste „Wie groß bist Du?“). Manche Kinder mit Down-Syndrom erreichen diesen Entwicklungsschritt bereits mit 14 Lebensmonaten, andere erst mit zwei Jahren oder später. Vorher sollte unbedingt das Hören und Lautieren der Kinder gefördert werden, damit die Kinder auch den Sinn auditiver Reize kennenlernen und die auditive Wahrnehmung gefördert wird (ebd.).

Wie fängt man an?

Die Auswahl der Wörter erfolgt nach den Interessen des Kindes, da eine persönliche Bedeutung für eine bessere Erinnerung und Motivation hilfreich ist. Klassische erste Wörter sind die Namen der Familienmitglieder (z.T. individuelle Gebärden), Nahrungsmittel, Tiere, Spielzeuge sowie wichtige Verben und Wörter wie „da“, „mehr“, „weg“, „nochmal“, „fertig“, mit denen das Kind schnell etwas Bedeutsames ausdrücken kann.

Die Gebärden sollten grundsätzlich in einem bedeutsamen Kontext und direkter Erfahrung für das Kind eingeführt werden, da durch das Erleben der Bedeutung der Ge-

brauch der Gebärden als sinnvoll wahrgenommen und die Abspeicherung der Gebärden erleichtert werden kann.

Besonders zu Beginn sollten nicht zu viele Gebärden gleichzeitig eingeführt werden. Die logopädische Therapie kann daher gerade anfangs in Intervallen mit wenigen Sitzungen mit dem vorrangigen Ziel der Elternschulung erfolgen. Diese können dann selbstständig die Gebärden im Alltag üben.

Um langfristig einen Überblick über die erarbeiteten Gebärden zu behalten, sollte der Wortschatz in konkreter Form festgehalten werden. Bewährt hat sich das Anlegen eines Gebärdenbuches, das zusammen mit dem Kind als sein persönliches Bilderbuch betrachtet werden kann und ihm und den Bezugspersonen zum Wiederholen dient (Abb. 3).

Ein solches Bilderbuch kann im Kindergarten oder der Schule auch mit allen Kindern zusammen angeschaut werden. Es können „Gebärdenspiele“ erfolgen, Lieder mit Gebärden begleitet werden oder es kann zum Erstellen einer „Gebärdenfotowand“ angeregt werden, auf der die Kinder der Gruppe/Klasse beim Ausführen der Gebärden zu sehen sind. Ziel dieser Unterstützung des Umfeldes ist es, dass das Kind auf möglichst viele Personen trifft, die seine Gebärden verstehen und diese auch verwenden können.

Wann beginnen die Kinder zu gebärden?

Der Start in das eigenständige Verwenden von Gebärden ist sehr unterschiedlich. Manche Kinder imitieren direkt die Gebärden und brauchen dann nur wenige Wochen, bis sie sie aktiv einsetzen. Andere imitieren die Gebärden, benötigen aber ähnlich dem normalen Lautspracherwerb viele Wiederholungen, bis sie die Gebärden mit ihrer Bedeutung verinnerlicht haben, sie in der Kommunikation abrufen und intentional einsetzen können. Andere Kinder zeigen eine Art „stumme Phase“, in denen sie die Gebärden rein rezeptiv aufnehmen, aber noch lange Zeit benötigen, bevor sie diese expressiv nutzen.

■ **Abb. 3: GuK-Karten mit Einsteckalbum**



Es ist wichtig, das Kind regelmäßig in Situationen zu bringen, in denen seine aktive Teilnahme an der Kommunikation gefragt ist. So können z.B. Situationen geschaffen werden, in denen es eine Auswahl treffen, etwas erbiten, das nicht erreichbar ist, oder nach etwas nicht Sichtbaren fragen muss. So wird gezielt die Eigenaktivität in der Kommunikation gefördert und nicht nur die Responsivität.

Die Kinder beginnen i.d.R. mit der Verwendung einzelner Gebärden (vgl. Einwortsätze), nach und nach kommt es dann zu Zwei- und Mehrwortsätzen aus entweder mehreren Gebärden oder bereits einer Mischung aus erster Lautsprache und Gebärden. Es ist immer wieder zu beobachten, dass zuerst die Wörter gesprochen werden, die vorher sicher gebärdet wurden. Nach und nach verschwinden die Handzeichen aus der Kommunikation, wenn das Kind mit seiner gesprochenen Sprache verstanden wird.

Eine wichtige Anmerkung

Welches Gebärdensystem einem Kind mit Down-Syndrom zuerst angeboten wird, sollte unbedingt in Absprache mit den Eltern und anderen Einrichtungen aus der Umgebung entschieden werden. Es muss im Interesse der Kinder vermieden werden, dass ein Kind beispielsweise zunächst mit GuK gefördert wird, der nächste integrative Kindergarten aber MAKATON-Gebärden verwendet und die Schulen in der Umgebung „Schau doch meine Hände an“ (BeB 2007) arbeiten. Es wäre mehr als wünschenswert, wenn an „runden Tischen“ nach einer gemeinsamen Lösung gesucht wird, die für Frühfördereinrichtungen, Logopäden, Kinderbetreuung und Schulen gleichermaßen akzeptabel ist. Nur so kann den Kindern, deren Einstieg in die Lautsprache noch andauert, und deren Bezugspersonen eine zuverlässige Kommunikation ermöglicht werden.

Das Frühe Lesen

Frühes Lesen – Was ist das?

Die Frühlesemethode für Kinder mit Down-Syndrom hat ihren Ursprung im englischsprachigen Raum (Oelwein 2007, Buckley et al. 1993) sowie im australischen Macquarie-Programm, das unter dem Namen „Kleine Schritte“ (Pieterse & Cairns 2004) in Deutschland veröffentlicht wurde.

Beim Frühen Lesen (FL) geht es nicht um das Lesenlernen um des Lesens willen wie beim (i.d.R. synthetischen) Lesenlernen in der Schule. Es handelt sich vielmehr um ein „Hilfsmittel für das frühere Sprechen“ (Halder 2010, 66), indem Ganzwörter angeboten

werden, sodass sich nach und nach ein Sichtwortschatz aufbaut. Dabei werden „die einzelnen Wörter [...] nicht erlesen, sondern als ganze Wörter wiedererkannt“ (Wilken 2008, 91). Dies ist vergleichbar mit dem kindlichen Wiedererkennen von markanten Schriftzügen wie z.B. „McDonalds“, „Wii“ o.ä. als Symbol für ein Wort oder mit dem einfachen Betrachten von Bilderbüchern, in denen die Kinder zunächst Bildsymbole „lesen“ und es sich bei der Schrift lediglich um abstraktere Symbole (Buchstabensymbole) handelt (Oelwein 2007, 53). Dabei macht sich die Methode die Aussage „Lesen ist wie Hören mit den Augen“ (Pieterse et al. 1989 in Berheide 2002, 80) zu eigen und bietet Schrift an, um die visuellen Ressourcen von Kindern mit Down-Syndrom zu nutzen.

Ziele und Vorteile des Frühen Lesens

- Kompensation auditiver Probleme (Visualisierung, längeres Betrachten möglich)
- Positiver Einfluss auf lautsprachliche Äußerungen (früherer Einstieg in das Sprechen)
- Aussprache (Verständlichkeit) wird beim Lesen verbessert
- Erweiterung des rezeptiven und expressiven Wortschatzes
- Gezieltes Arbeiten am kindlichen Lexikon möglich (Schriftkarten lassen sich auch z.B. nach semantischen oder phonologischen Kriterien sortieren und ablegen (Taxonomie/Speicherung im Lexikon), dadurch oft langfristig verbesserter Wortabruf
- Bessere Satzproduktion und oft größere Äußerungslänge
- Möglichkeit, Morphologie und Syntax zu verbessern durch Visualisierung von Flexionsformen, Satzstellung (z.B. Verbzweitstellung), Bewusstmachen von Funktionswörtern etc.
- „Nebenbei“ wird das Lesen und somit die selbstständige Orientierung in einer Welt voller Schrift gefördert
- Material sollte zwar individuell, dafür aber preiswert erstellt werden, ergänzend können auch Schriftkarten aus GuK oder dem VSL-Programm (Passon et al. 2006) verwendet werden.

Fazit: Durch das Frühe Lesen kann Kindern mit Down-Syndrom „zu einer früheren und besseren Spontansprache verholfen“ werden (Halder 2010, 65).

Wann beginnt man mit dem Frühen Lesen?

Wann genau einem Kind das FL angeboten werden kann, ist individuell sehr verschieden. Häufig können bereits Kinder im Alter von drei Jahren beginnen, manchmal auch schon

früher, wobei diese Methode nicht für alle Kinder geeignet ist. In der Diagnostik sollten daher folgende Voraussetzungen Beachtung finden:

- Triangulärer Blickkontakt
- Aufmerksamkeitsspanne und motorische Fähigkeiten für eine kurze Arbeit am Tisch
- Ausreichendes Sprachverständnis zum Befolgen einfacher Aufforderungen wie „gib“, „zeige“, „nimm“, „lege“
- Erkennen von gleichen und ungleichen Dingen bzw. Bildern (z.B. im Memory, Bildlotto)
- Gutes Seh- und gutes Hörvermögen (ausreichende Hörschwelle), wobei beides durch Hilfsmittel korrigiert sein kann.

Wenn Unsicherheiten über die Eignung der Methode für ein Kind bestehen, sollte im Zweifelsfall lieber ein Versuch unternommen werden, als das FL gänzlich auszuschließen (Wilken 2008, 94). Zudem muss die Mitarbeit des Umfeldes, also der Eltern bzw. ggf. des Kindergartens, der Schule etc. gesichert sein, da täglich mit dem Kind geübt werden muss. Auch bei der Herstellung des Lernmaterials ist die Unterstützung natürlich von Vorteil.

Wie fängt man an?

Das Grundübungsprinzip funktioniert i.d.R. wie beim Lottospiel bzw. Memory: Es werden einzelne Karten ihren Entsprechungen auf einer Grundkarte zugeordnet. Dieses Vorgehen gilt sowohl für Bild- als auch für Schriftkarten (Wortkarten). Das FL folgt einer klaren Struktur auf den verschiedenen Stufen. Folgende Schritte gelten stufenübergreifend:

- **Zuordnen** von gleichen Karten: „Lege gleich auf gleich“ bzw. „lege ‚Mama‘ auf ‚Mama‘“
- **Auswählen** (nach Klang und Schrift): „Zeige ‚Mama‘“ bzw. „nimm/gib ‚Lena‘“
- **Benennen** der Karte (verbal oder mit Gebärde): „Was ist das?“ bzw. „was steht da?“

Die Stufen des Frühen Lesens nach Pieterse & Cairns (2004)

1. Bildlottomotivprogramm

Das Prinzip des Zuordnens und Aufeinanderlegens von Karten sowie die Anweisungen (lege, gib, nimm, zeige) werden mit einem Bildlotto geübt.

2. Wortlottomotivprogramm

Durch diese Zwischenstufe kann der Therapeut feststellen, ob ein Kind die visuelle Differenzierungsfähigkeit auch bei der abstrakteren Schrift anwenden kann. Dabei werden eine Schriftlottomotivgrundkarte zum Spielen angeboten und dazu passende Schriftkärt-

■ Abb. 4: Familienlotto



chen, wobei die Wörter sich optisch deutlich hinsichtlich Wortlänge und Anfangsgraphem unterscheiden müssen (z.B. „Weihnachten“ und „Buch“). Das Kind soll die Aufgabe bewältigen „das Gleiche auf das Gleiche“ zu legen. Die Schritte des Zuordnens und Auswählens werden hierbei auf bis zu sechs Wörter gesteigert.

3. Individuelles Leseprogramm

Gelingt Stufe 2, wird nun das erste individuelle Wort in Schriftform zunächst einzeln eingeführt. Die geübten Anweisungen und Übungsprinzipien werden darauf übertragen („Hier steht ‚Lena‘“, „nimm ‚Lena‘ und lege ‚Lena‘ auf ‚Lena‘“). Anschließend wird zum Schritt des Auswählens eine Ablenkerkarte hinzugelegt und (ggf. mit Hilfestellungen) geübt. Im anschließenden Schritt wird dann die Schriftkarte benannt (Therapeut: „Da steht...“) wobei das Kind den gelesenen Namen verbal ergänzen oder z.B. auf Fotos zeigen kann.

Bei der Einführung des zweiten Wortes wird ebenso vorgegangen und zusätzlich eine Übungsphase eingeschaltet, damit das „Kind die Wörter genau unterscheiden lernt“ (Oelwein 2007, 85). Wenn beide Wörter genügend geübt wurden, können beide Schriftkarten zur Auswahl nebeneinander gelegt werden. Anschließend erfolgt das Benennen der Karten.

Beim Einsatz des Familienlottos (Abb. 4) kann das Kind auch üben, sich selbst Hilfsstrategien zu suchen, indem es z.B. auf der Grundkarte nach dem passenden Bild zur Schrift sucht

und dann erst antwortet. So werden nach und nach weitere Wörter einzeln eingeführt, geübt und in den Sichtwortschatz und die Sprache der Kinder aufgenommen. Dabei kann es vorkommen, dass „ungewöhnliche“ Lesefehler auftreten: Der Begriff wird zwar falsch gelesen, aber semantisch korrekt ersetzt (z.B. „Schiff“ für „Boot“), was zeigt, dass eine semantische Vernetzung stattgefunden hat.

4. Strukturiertes Leseprogramm

Wenn das Kind auf diese Weise eine gewisse Zahl an Wörtern (ca. 20) geübt und automatisiert hat und darunter auch flektierte Verben sind, kann begonnen werden, erste Sätze zu lesen („Das ist Lena“, „Du trinkst Tee“, „Tinka ist lieb“). Für die Kinder ist es meistens besonders schön, wenn dafür ein eigenes Lesebuch angelegt wird. Das Erstellen von Satzreihen festigt die Wörter besonders intensiv („Ich sehe Mama“, „Ich sehe Papa“, „Ich sehe...“). Die Abbildungen 5 a-c zeigen einige Materialbeispiele.

5. Das Buchstabenprogramm

Pieterse & Cairns (2004) empfehlen das Einführen einzelner Buchstaben, wenn das Kind etwa 50 Wörter beherrscht. Das Vorgehen wird hier ähnlich den Schritten der ersten Stufen gewählt. Die einzelnen Groß- und Kleinbuchstaben werden im weiteren Verlauf zu Vokal-Konsonant-Silben dann zu Konsonant-Vokal-Konsonant-Silben und -Wörtern kombiniert. So soll nach und nach das einzelheitliche (und sinnentnehmende) Lesen trainiert werden.

Anregungen und Fotos zur Materialerstellung finden sich neben dem Heft 9 aus „Kleine Schritte“ (ebd.) auch bei Oelwein (2007).

Damit das FL gut gelingt, sollten ein paar wesentliche Dinge beachtet werden:

- Anweisungen verständlich halten: kurz, klar und gleichbleibend
- Erfolgserlebnisse verschaffen, d.h. das Kind möglichst keine Fehler machen lassen (Erfolgsrate von mind. 80 %, Oelwein 2007, 57)

- Schwierigkeitsgrad zunächst leicht halten z.B. durch eine leere Karte als Ablenker, kleinschrittig steigern
- Viele Hilfen nutzen wie z.B. zeigen, die Hand führen, die korrekte Karte näher legen etc.
- Viel Lob, am besten nicht nur für Erfolg, sondern auch für die Anstrengungsbereitschaft des Kindes, das ruhige Sitzen, konzentrierte Arbeiten usw.
- Zeigefinger geht beim Lesen immer unter dem gelesenen Wort mit
- Möglichst gleichbleibende Schrift
- Regelmäßiges (häusliches) Üben: am besten täglich 1 bis 2 mal 15 Minuten, d.h. die Mitarbeit der Eltern (oder Kita/Schule) ist eine Voraussetzung
- Motivierende Wortauswahl: für das jeweilige Kind bedeutsam, am besten in semantischen Feldern zur besseren (taxonomischen) Abspeicherung
- Ggf. anfangs leicht artikulierbare Wörter bzw. Wörter, die als Gebärde bekannt sind
- Wortauswahl gemäß gut differenzierbarem Schriftbild, mögliche Auswahlkriterien: Wortlänge, Anfangsbuchstabe bzw. Graphem, Ober- und Unterlängen der Buchstaben.

Die Lautgebärden

Lautgebärden – Was bedeutet das?

Lautgebärden stehen, anders als Begriffsggebärden (wie GUK, DGS, Makaton), nicht für Wörter, sondern werden begleitend für einen Laut (bzw. Phoneme) eingesetzt, zum Beispiel für den Laut „a“, „m“ oder „sch“. Zusätzlich werden der Laut und die Lautgebärde verschriftlicht, indem sie an den entsprechenden Buchstaben (bzw. das Graphem) „A“ bzw. „SCH“ gekoppelt werden. Dadurch, dass also der hörbare Laut nun zweifach visuell unterstützt wird (Lautgebärde und Buchstabe) und zudem noch eine motorische Erinnerungshilfe über die Gebärde gegeben ist, wird den Kindern die Lautproduktion und auch das Lesenlernen erleichtert.

■ Abb. 5a Patientin mit eigenem Lesebuch



■ Abb. 5b Beispiel eines Lesebuchs



■ Abb. 5c Material zum Sätze bauen



Diese Lautgebärden können beispielsweise im Buchstabenprogramm des Frühen Lesens (Stufe 5) eingesetzt werden. Dann liegt der Schwerpunkt in der Erleichterung des eigentlichen Lesenlernens. Einzelbuchstaben und Lautgebärden können aber auch einen Einsatz finden, um kleine noch nicht sprechende Kinder früher zu lautlichen Äußerungen zu bewegen.

Somit können bereits sehr früh die taktil-kinästhetische Erfahrungen der Mundbewegungen mit dem auditiven Ergebnis (Lautproduktion) und den visuellen (Erinnerungs-) Hilfen der Lautgebärde und der Schrift gekoppelt werden, bevor die Kinder in der Lage sind, Silben oder ganze Wörter zu sprechen.

Es gibt eine Vielzahl von Lautgebärden, z.B. die „Kieler Lautgebärden“ nach *Dummer-Smoch & Hackethal*, die „Koch’schen Fingerlesezeichen“ nach *Franz-Josef Koch*, das Phonembestimmte Manualsystem aus der Hörgeschädigtenpädagogik oder die Lautgebärden der entwicklungsorientierten Lesedidaktik (*Manske 2004, Mann 1995*). Bei letzterer werden die einzelnen Buchstaben mit einer Bedeutung belegt (*Wilken 2008, 92*), z.B. „M“ mit „Reiben des Bauchs mit der Hand“ für „das ist lecker – mmmm“ (*Mann 1995, 37*).

Welche Lautgebärden für ein Kind ausgewählt werden, ist am besten in Absprache mit dem Umfeld des Kindes zu entscheiden, ähnlich wie bei der Frage nach dem Wortgebärdensystem zur Sprachförderung und unmittelbaren Kommunikation.

Ziele und Vorteile von Lautgebärden

- Verknüpfung von auditiver (Laut/Klang) und taktil-kinästhetischer Information (Mundmuster) mit visuellen Assoziationshilfen
- Zusätzliche Assoziationshilfe über sinngebende Erfahrung kann als Erinnerungshilfe dienen, bei manchen Kindern aber auch „ablenken“
- Lautproduktion wird einzeln und „sauber“ geübt, kann als Basis dienen für spätere komplexere lautsprachliche Äußerungen (mit Koartikulation)
- Die (auditive) Wahrnehmung ähnlich klingender Laute kann unterstützt werden. („d“ - „t“, „b“ - „p“ etc.) (*Henrich & Keßler-Löwenstein 2007, 52*)
- Laute mit ähnlichem Artikulationsort oder -art können besser verdeutlicht werden („k“ - „g“, „s“ - „sch“ etc.)
- „Vergessene“ Laute oder Silben können bewusst gemacht werden, z.B. bei Konsonantenverbindungen, unbetonten Silben

- Lautpositionen in einem Wort können gut verdeutlicht werden
- Kann bei verbaler Entwicklungsdyspraxie als Basis für die spätere gezielte Arbeit am Sprechen dienen, Hilfe bei oralmotorischen Problemen bei der Aussprache
- Hohe Alltagstauglichkeit: Lautgebärden können „überall“ als Erinnerungshilfe (für Mundmuster) genutzt werden (kein Material notwendig)
- Vorbereitung/Ergänzung zu Frühem Lesen, da hier ebenfalls mit Buchstaben gearbeitet wird
- Erleichterung des einzelheitlichen Lesenlernens, besonders der Lautsynthese („a“ + „m“ = „am“).

Aber

- Buchstaben, Laute und Lautgebärden haben meist keine direkte kommunikative Funktion
- Keine schnellen kommunikativen Erfolgserlebnisse
- Kein Ersatz für Frühes Lesen oder andere Methode zur Förderung des Spracherwerbs, nur ergänzend einsetzbar.

Fazit: Das Ziel der Verwendung von Lautgebärden ist die Förderung früher laut(sprach-)licher Äußerungen sowie des späteren Lesenlernens.

Wie verwendet man Lautgebärden?

Je nachdem, ob sinngebende Lautgebärden verwendet werden oder nicht, kann eine Einführung in einem bedeutungsvollen Kontext hilfreich sein, z.B. das „a“ beim Arztspielen oder das „o“ beim Bestaunen einer besonders schönen Sache. Für manche Kinder ist dieses „Drumherum“ eher ablenkend, da sie sich schnell im Spiel verlieren und ihre Aufmerksamkeit für die Gebärden und Buchstaben schwindet, sie haben aber möglicherweise ein großes Interesse an Schrift und nehmen die Buchstaben und Lautgebärden auch in einer strukturierteren Situation am Tisch vor einem Spiegel sehr gut auf.

Bei der individuellen Reihenfolge der Einführung der Buchstaben und Laute dienen folgende Kriterien zur Orientierung:

- Leicht artikulierbare Laute zuerst
- Gut „absehbare“ bzw. früh im Spracherwerb vorkommende sind einfacher (Labiale, Vokale, z.B. „m“, „b“, „a“, „e“)
- Vom Klang (und Mundbild) her gut differenzierbare Laute (schwierig sind z.B. „d“ und „t“, „o“ und „u“)
- Visuell gut unterscheidbare Buchstaben bzw. Gebärden (schwierig differenzierbare Buchstaben sind „E“ und „F“)
- „Spät“ erworbene oder seltene Laute „j“ bzw. schwierige Gebärden eher zuletzt einführen.

Grundsätzlich eignet sich für die Kinder zum Üben ein Heft, in dem neben dem Buchstaben Fotos der von Bezugspersonen oder von ihnen selbst ausgeführten Lautgebärde gesammelt werden (Abb. 6). Viele Kinder schauen sich diese Hefte mit Begeisterung immer wieder an, wenn dort Fotos der eigenen Familie verwendet werden.

Zur Festigung kann ein strukturiertes Arbeiten am Tisch hilfreich sein, Wiederholungen lassen sich aber auch in verschiedenen Spielsituationen (Angeln der Buchstabenkarten, Memory usw.) einbetten. Im späteren Verlauf können die so bereits gefestigten Buchsta-

■ Abb. 6: Lautgebärdenheft und Material zu Buchstaben



ben und Gebärden dann nach und nach zu Silben und Wörtern „zusammengeschliffen“ werden. Der Materialordner von Jansen et al. (2007) zum Lese- und Rechtschreiberwerb bietet eine Möglichkeit zur Methoden- und Materialergänzung.

Fazit

Die dargestellte Methodenvielfalt zeigt eine Auswahl an Möglichkeiten, deren Wirksamkeit bei (jungen) Kindern mit Down-Syndrom durch Forschungsergebnisse belegt wurde. Die Ansätze zielen alle auf die bestmögliche Förderung des Spracherwerbs der Kinder ab, setzen aber unterschiedliche Schwerpunkte, indem manche Methoden mehr für die unmittelbare Kommunikation nutzbar, andere für eine gezieltere Arbeit an Aussprache, Wortschatz oder Grammatik geeignet sind.

Sie lassen sich je nach Fähigkeiten und Schwierigkeiten der Kinder gut miteinander kombinieren. So können in der Therapie verschiedene Elemente in eine feste Stundenstruktur eingebettet werden, z.B. anfangs immer etwas zum Frühen Lesen, dann ein Freispiel zur Erweiterung des GuK-Wortschatzes und zur Therapie in Anlehnung an Zollinger, zum Schluss etwas Spielerisches, in das die Lautgebärden und Buchstaben mit einfließen. Ansonsten werden die GuK-Gebärden auch während der Stunde zur Kommunikation verwendet. Kombiniert man in dieser Art mehrere Ansätze, erleichtert es den Kindern die Mitarbeit, wenn der Stundenablauf in Strukturkarten bildlich dargestellt und „abgearbeitet“ wird (Abb. 7).

Neben diesen Ansätzen gibt es selbstverständlich noch weitere Verfahren aus der Therapie spezifischer Sprachentwicklungsstörungen, die ggf. mit Abwandlungen zum Einsatz kommen können (z.B. das Arbeiten nach Zollinger, der Handlungsorientierte Therapieansatz nach Weigl & Reddemann-Tschaikner, die Patholinguistische Therapie

nach Siegmüller & Kauschke, Elemente der Prosodithherapie i.A. an Penner, die Förderung der Mundmotorik oder eine orofaziale Regulationstherapie nach Castillo Morales). Wie die Therapie für ein Kind gestaltet wird, kann daher immer erst nach der Diagnostik und in Absprache mit den Eltern entschieden werden.

LITERATUR

- Aktaş, M. (2008). Maßgeschneiderte standardisierte Diagnostik bei Kindern mit Down-Syndrom? Kein Ding der Unmöglichkeit. In: Giel, B. & Maihack, V. (Hrsg.). *Sprachtherapie & Mehrfachbehinderung, Tagungsbericht zum 9. wiss. Symposium des dbs e.V. am 25. & 26. Januar 2008 in Karlsruhe* (101-121). Köln: Prolog
- BeB – Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (2007). *Schau doch meine Hände an – Sammlung einfacher Gebärden zur Kommunikation mit nicht-sprechenden Menschen*. Berlin: Diakonie
- Berheide, M. (2002). Sprachanbahnung durch frühes Lesenlernen am Beispiel eines Kindes mit Down-Syndrom. *Die Sprachheilarbeit* 47 (2), 80-83
- Buckley, S. (1994). Sprachentwicklung bei Kindern mit D.S. *Leben mit Down-Syndrom* 16, 14-20
- Buckley, S., Emslie, M., Haslegrave, G. & LePrevost, P. (1993). *The development of language and reading skills in children with down's syndrome*. Portsmouth, England: University of Portsmouth
- Giel, B. (2012). *Sprach- und Kommunikationsförderung bei Kindern mit Down-Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern, pädagogische Fachkräfte, Therapeuten und Ärzte*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Grimm, H., Aktaş, M. & Frevert, S. (2000). *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2)*. Göttingen: Hogrefe
- Grimm, H., Aktaş, M. & Frevert, S. (2001). *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK-3-5)*. Göttingen: Hogrefe
- Grimm, H. & Doil, H. (2006). *Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA-1 und ELFRA-2)*. Göttingen: Hogrefe
- Halder, C. (2010). Frühes Lesenlernen zur Sprachanbahnung. *Leben mit Down-Syndrom, Sonderausgabe: Diagnose Down-Syndrom, was nun? 65-67*
- Henrich, I. & Keßler-Löwenstein, P. (2007). Gebärden, Lautieren, Lesenlernen – Unterstützung der allgemeinen Kommunikationsfähigkeit und des aktiven Spracherwerbs mit Pep. *Leben mit Down-Syndrom* 54, 50-54
- Jansen, F., Streit, U. & Fuchs, A. (2007). *Lesen und Rechtschreiben lernen nach dem IntraActPlus Konzept*. Berlin: Springer
- Jansen, F. & Streit, U. (2008). *Positiv lernen*. Berlin: Springer
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2010). *PDSS – Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (PDSS)*. München: Elsevier

■ Abb. 7: Beispiel für Karten zur Stundenstruktur



- Kumin, L. (2005). Sprechapraxie bei Kindern und Erwachsenen mit Down-Syndrom. Gestern hast du es doch richtig gesagt – wieso denn heute nicht? *Leben mit Down-Syndrom* (49), 38-41
- Lücke, L. (2007). *Frühkindliche Sprachentwicklungsdiagnostik mit einer ersten deutschen Version des NNST – eine Pilotstudie*. Unveröff. Diplomarbeit im Fach Lehr- und Forschungslogopädie der RWTH Aachen
- Mann, I. (1995). *Lernen können ja alle Leute. Lesen-, Rechnen-, Schreibenlernen mit der Tätigkeitstheorie*. Weinheim: Beltz
- Manske, C. (2004). *Entwicklungsorientierter Lese- und Schreibunterricht für alle Kinder: Die nichtlineare Didaktik nach Vygotskij*. Weinheim: Beltz
- Möller, D. & Spreen-Rauscher, M. (2009). *Frühe Sprachintervention mit Eltern – Schritte in den Dialog*. Stuttgart: Thieme
- Oelwein, P. (2007). *Kinder mit Down-Syndrom lernen lesen. Ein Praxisbuch für Eltern und Lehrer*. Zirndorf: G & S
- Passon, K., Kolb, C. & Daubach, M. (2006). *VerstehenSprechenLesen (VSL) – Ein linguistisches Förderprogramm für geistig behinderte Kinder und Jugendliche sowie Late-Talker*. Köln: ProLog
- Pieterse, M. & Cairns, S. (2004). *Kleine Schritte – Frühförderprogramm für Kinder mit einer Entwicklungsverzögerung. Buch 9: Frühes Lesen*. Lauf: Deutsches Down-Syndrom InfoCenter
- Pieterse, M., Cairns, S. & Treloar, R. (1989). *Das Macquarie-Programm für Kinder mit Entwicklungsrückstand: Lesen*. Iserlohn: Oberwalleney
- Wilken, E. (o.J.). *GuK 1 – Grundwortschatz, GuK 2 – Aufbauwortschatz, GuK Plus – ergänzende Gebärden für die Schule*. Lauf: Deutsches Down-Syndrom InfoCenter
- Wilken, E. (2008). *Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom*. Stuttgart: Kohlhammer
- Wilken, E. (2010). Präverbale Kommunikation, Gebärden-unterstützte Kommunikation und Lautanbildung bei Kindern mit Down-Syndrom. *Leben mit Down-Syndrom* (63), 44-46
- Zink, I. & Lembrechts, D. (2000). *NNST: Niederlandstalige Nonspeech Test*. Leuven: Acco
- Zollinger, B. (2004). *Die Entdeckung der Sprache*. Bern: Haupt

Weiteres Therapiematerial

Webshop Deutsches Down-Syndrom InfoCenter: www.ds-infocenter.de

DOI dieses Beitrags (www.doi.org): 10.2443/skv-s-2012-53020120604

Autorin

Linda Lücke
 Berufsfachschule für Logopädie der Ev. Krankenhaus
 Alsterdorf gGmbH im Werner Otto Institut
 Bodelschwingstr. 23 · 22337 Hamburg
l.luecke@eka.alsterdorf.de · www.bfl-hamburg.de

SUMMARY. Supporting communication and language acquisition in children with Down syndrome – an overview of methods

Being able to communicate is one of the most important skills we need in life. Children with Down syndrome show a delay in acquisition of spoken language. At the same time these children and their primary care providers often experience the frustration of not being understood. Early support in the development of communication is essential. Speech language pathologists need to offer these children early therapy and support parents and other individuals in their personal environment with advice. Therefore it is essential to know about the special characteristics, difficulties and strengths of language acquisition in children with Down syndrome. You will find a range of diverse therapeutic options other than the often-required orofacial treatment: the use of sign language for words (Gebärden-unterstützte Kommunikation) should be exercised in order to improve communication, hand gestures for phonemes (Lautgebärden) to start or increase speech production and early reading (Frühes Lesen), which promotes language acquisition.

KEYWORDS: Children with Down syndrome – supporting the development of communication – language acquisition – sign language and sound gestures – early reading