



Gebärden-unterstützte Kommunikation bei Kindern
mit Down Syndrom –
Vergleich der Umsetzung in Deutschland und den
USA



Christina Wolff (1049291)
Betreuerin: Nicole Schückens

12.Dezember 2011

© Alle Rechte vorbehalten. Nichts aus dieser Ausgabe darf ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd vervielfältigt, in einem automatischen Bestand gespeichert oder veröffentlicht werden, sei es elektronisch, mechanisch, durch Fotokopien, Aufnahmen oder auf andere Art und Weise.

Danksagung

In erster Linie möchte ich mich bei allen bedanken, die an meiner Umfrage teilgenommen haben. Ohne diese Leute wäre meine Arbeit nicht möglich gewesen.

Mein Dank geht natürlich auch an meine Betreuerin Nicole Schückens, welche mir in den letzten Monaten eine kompetente und auch motivierende Ansprechpartnerin war. Vielen Dank für die wertvollen Hinweise. Auch bedanken möchte ich mich bei Alexa Neubert-Debuschewitz, welche mich zu Beginn der Arbeit mit Ideen auf den richtigem Pfad für die folgenden Monate gebracht hat.

Dann möchte ich mich bei all den Leuten bedanken, die in den letzten Wochen und Monaten meine Arbeit (zum Teil auch mehrmals) gelesen haben. Ihr ward mir alle eine wirklich große Hilfe, ohne eure Anregungen wäre diese Arbeit unvollständig und vermutlich voller Rechtschreibfehler. Danke!

Namentlich bedanken möchte ich mich bei Herbert Lange, Gabi und Kelly Kloss, Nancy Higgins und allen Wölfen. Danke für euer Interesse und eure Unterstützung.

INHALTSVERZEICHNIS

1 Zusammenfassung.....	3
1.1 Zusammenfassung englisch.....	4
2 Einleitung.....	5
2.1 Ausgangssituation und Problemstellung.....	7
2.2 Zielsetzung und Aufbau.....	7
2.3 Methodischer Bezugsrahmen.....	8
3 Theoretischer Hintergrund.....	9
3.1 Begriffsklärung.....	9
3.2 Sprachentwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom.....	9
3.3 Unterstützte Kommunikation.....	11
3.4 Gebärden-unterstützte Kommunikation.....	12
4 Hypothesen.....	17
5 Methodisches Vorgehen.....	19
5.1 Operationalisierung.....	19
5.2 Stichprobenbeschreibung.....	19
5.3 Fragebogen.....	19
5.4 Analyse.....	22
6 Ergebnisse.....	24
6.1 Fragebögen aus Nordrhein-Westfalen.....	24
6.2 Fragebögen aus Kalifornien.....	26
6.3 Fragebögen Nordrhein-Westfalen und Kalifornien im Vergleich.....	28
6.4 Gebärden in Kombination mit anderen Techniken (Hypothese 1).....	30
6.5 Gebärden-unterstützte Kommunikation als Teil der Ausbildung (Hypothese 2).....	32
6.6 Zeit, die für Gebärden-unterstützte Kommunikation aufgebracht wird (Hypothese 3).....	32

7 Diskussion.....	34
7.1 Diskussion anhand der Hypothesen.....	34
7.1.1 Hypothese 1: In dem einen Land werden Gebärden häufiger mit anderen Ansätzen verbunden als in dem anderen.....	34
7.1.2 Hypothese 2: Je geringer die Berufserfahrung in Jahren, desto wahrscheinlicher wurde Gebärden-unterstützte Kommunikation in der Ausbildung erlernt.....	35
7.1.3 Hypothese 3: In einem Land werden die Gebärden signifikant häufiger in den Therapiestunden verwendet als in dem anderen Land.....	36
7.2 Kritische Anmerkungen.....	36
7.3 Ausblick.....	38
7.4 Klinische Relevanz.....	39
7.5 Fazit.....	40
8 Literaturliste.....	41
9 Anhang.....	44

1 Zusammenfassung

Anhand der internationalen Literatur wird deutlich, dass es sowohl Unterschiede in der Intensität und Umsetzung der Gebärden-unterstützten Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom in den verschiedenen Ländern gibt, als auch, dass der Bedarf nach Grundlagenforschung zu diesem Thema insgesamt hoch ist. Es finden sich verschiedene Methoden und Techniken, allerdings bleibt ungeklärt, wie die Gebärden-unterstützte Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom im Therapiealltag umgesetzt wird. Die Literatur lässt vermuten, dass diese Technik in der amerikanischen Sprachtherapie besser etabliert ist als in der deutschen.

Um zu untersuchen, wie die Gebärden-unterstützte Kommunikation in der logopädischen Therapie von Kindern mit Down-Syndrom eingesetzt wird und ob dies dem Stand der Forschung entspricht, wurden Online-Fragebögen an 120 Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen und 132 in Kalifornien verschickt. So konnte ein allgemeiner Überblick über den Stand der logopädischen Praxis beider Länder erstellt werden. Zudem konnten Aussagen über die Art und Weise der Verwendung der Gebärden-unterstützten Kommunikation im jeweiligen Land gemacht werden. So wurde deutlich, dass diese zwar in Nordrhein-Westfalen signifikant häufiger in den Therapiestunden mit anderen Ansätzen, wie beispielsweise Kommunikationsbüchern oder Bildtafeln, verbunden wird, in beiden Ländern aber gleich viel Zeit auf die Arbeit mit der Gebärden-unterstützten Kommunikation verwendet wird. Es konnte nicht bestätigt werden, dass im Laufe der Zeit diese Technik häufiger in den Ausbildungsstätten gelehrt wird.

1.1 Zusammenfassung englisch

Regarding the international literature, it is obvious that in various countries there are differences in both, intensity and implementation of sign-aided communication with children having Down's Syndrome. Also, the total demand on basic research is found to be immense. Although numerous methods and techniques are being named, the implementation of the methods in everyday life remains unclear. The literature suggests that the techniques are better established in American Speech and Language Pathology than in Germany. To investigate the state-of-the-art of sign-aided Speech Therapy with children having Down's Syndrome and whether this agrees with the research findings, 120 facilities in North Rhine-Westphalia and 132 in California have been asked to take part in a survey. Based on the answers a general overview on the topic was created. In addition, specific statements of the practice of sign-supported communication were made for each country. It became clear that, although in North Rhine-Westphalia significantly more often other aided techniques are being combined with signs (such as communication books or picture boards) both countries spend about the same amount of time on sign-aided techniques during therapy sessions. It could not be found that the teaching on sign-aided therapy in university and Speech Pathology schools increased over time.

2 Einleitung

DIE MENSCHLICHKEIT EINER GESELLSCHAFT ZEIGT SICH NICHT ZULETZT DARAN, WIE SIE MIT DEN SCHWÄCHSTEN MITGLIEDERN UMGEHT. HELMUT KOHL

Erstmalig beschrieb der englische Arzt John Langdon Down im Jahr 1866 charakteristische Merkmale von Personen, die an ein und derselben Krankheit zu leiden schienen. Ohne sich der Ursache für diese Erkrankung bewusst zu sein, beschrieb der Arzt damit als Erster das später nach ihm benannte Down-Syndrom (DS). Down erkannte schon damals, dass Kinder mit diesem Syndrom über eine hohe Lernfähigkeit verfügen und eine besondere Begabung haben Andere zu imitieren. Im Jahr 1959 gelang es Jérôme Lejeune die Ursache für das Down-Syndrom zu beschreiben. (Malle, 2001; Vanvuchelen et al., 2010)

In Deutschland werden jährlich circa 1200 Kinder mit Down-Syndrom geboren, die Inzidenz beträgt 1:700 (vgl. Arbeitskreis Down-Syndrom e.V: www.down-syndrom.org; Pschyrembel, 2004). Kinder, die mit dieser Aberration des 21. Chromosoms, daher auch der Name Trisomie 21, auf die Welt kommen, leiden überdurchschnittlich oft an großen Defiziten in den Bereichen Sprache und Sprechen (Carr, 1975 zitiert durch Foreman & Crews, 1998). Gleichzeitig verfügen sie über eine verhältnismäßig gut ausgeprägte motorische und visuelle Wahrnehmung (Kumin, 1994; Wang & Bellugi, 1994 zitiert durch Foreman & Crews, 1998). Um die Kommunikationsfähigkeit betroffener Patienten zu verbessern eignen sich daher, nach der Studie von Foreman und Crews (1998), verschiedene unterstützende Kommunikationsmöglichkeiten wie etwa Symbole und Gebärden.

Obwohl die Ursache für die Erkrankung erst Mitte des 20. Jahrhunderts erkannt wurde, liegt die Vermutung nahe, dass es sich nicht um eine neue Erkrankung handelt. Es existieren circa 3000 Jahre alte Tonfiguren aus der Olmec-Kultur, welche charakteristische Züge von Personen mit Down-Syndrom abbilden. Auch auf Gemälden von Künstlern wie Manet oder

Degas erkennt man Personen mit den typischen Merkmalen. In Aachen befindet sich auf einem Altarflügel aus dem Jahr 1505 ein Bild von einem Menschen mit Down-Syndrom. (Malle, 2001)

Heutzutage gibt es viele Möglichkeiten Personen mit Down-Syndrom in die Gesellschaft zu integrieren und ihnen so den Alltag zu erleichtern. Im Rahmen einer logopädischen Therapie kann an sprachlichen und sprechmotorischen Defiziten, wie beispielsweise der Grammatik und der Mundmotorik, gearbeitet werden. Ein weiterer Teil der Sprachtherapie bei Kindern mit Down-Syndrom ist die unterstützte Kommunikation. Innerhalb der internationalen Fachgemeinschaft ist der Begriff AAC (augmentative and alternative communication) geläufig, im deutschsprachigen Raum wird der Begriff „unterstützte Kommunikation“ gebraucht. Beispiele für unterstützte Kommunikation sind Gebärden, graphische Symbole, Schrift und verschiedene technische Hilfen. (Wilken, 2010)

Fachexperten sind sich darüber einig, dass in diesem Bereich in Deutschland Nachholbedarf besteht. Kristen (2010) schrieb hierzu, dass in deutschen Kindergärten und logopädischen Praxen leider noch nicht standardmäßig mit unterstützter Kommunikation gearbeitet wird. Die Mitarbeiter dieser Einrichtungen sind häufig nicht ausreichend zu diesem Thema informiert, können die Eltern der betroffenen Kinder somit auch nicht entsprechend beraten. (Kristen, 2010) Außerdem findet man sowohl in der nationalen, als auch in der internationalen Literatur Aussagen dazu, dass die unterstützte Kommunikation bisher in der universitären Welt keine ausreichend große Rolle spielt, die Ausarbeitung und Weiterentwicklung theoretischer Konzepte also vernachlässigt wurde (Braun & Baunach, 2010; Kearny & McKnight, 1997; Soto et al. 2008).

Beispiele für internationale Defizite nannten Kearny und McKnight (1997). Sie forderten sowohl Erziehungsberechtigte als auch Forscher dazu auf, den Bereich der unterstützten Kommunikation genauer zu untersuchen, damit Betroffenen die Möglichkeit gegeben wird sich einfacher und sicherer auszudrücken. Rauh (1999) untersuchte in einer Längsschnittstudie die Entwicklung von Kindern mit Down-Syndrom in verschiedenen

Ländern, unter anderem in Deutschland und den USA. Er schrieb hierzu, dass alle untersuchten Länder ein verhältnismäßig hoher Lebensstandard und eine gute Gesundheitsversorgung auszeichnet. Auch war überall das Bestreben zu erkennen, Kinder mit Behinderungen in das gesellschaftliche Leben zu integrieren. Die untersuchten Länder unterschieden sich jedoch stark in der Art und in der Intensität der Frühförderung. (Rauh, 1999)

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, inwieweit sich Art und Umsetzung der Frühförderung im Bereich der Gebärden-unterstützten Kommunikation bei Kleinkindern mit Down-Syndrom in Deutschland und den USA unterscheiden.

2.1 Ausgangssituation und Problemstellung

Es stellte sich also die Frage, wie die Frühförderung mit Gebärden in den USA und in Deutschland umgesetzt wird. Da in der internationalen Fachliteratur der direkte Vergleich der Gebärden-unterstützten Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom der Länder untereinander fehlte, war die Erfassung der Vorgehensweisen in therapeutischen Einrichtungen beider Länder von besonderem Interesse.

2.2 Zielsetzung und Aufbau

Um Art und Umsetzung der Frühförderung im Bereich der Gebärden-unterstützten Kommunikation bei Kleinkindern mit Down-Syndrom in Deutschland und den USA miteinander vergleichen zu können, ist die Arbeit folgendermaßen gegliedert: Aufbauend auf der Inhaltsanalyse der Fachliteratur erfolgt in Kapitel 3 einerseits eine knappe Darstellung der Sprachentwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom. Andererseits widmet sich das Kapitel der Betrachtung der Gebärden-unterstützten Kommunikation bei Kindern mit diesem Syndrom. Zusammengefasst stellen die oben genannten Darstellungen das Fundament der Empirie der Arbeit dar. In diesem Rahmen erfolgt ein knapper Überblick über den aktuellen

Stand der Forschung. Danach werden die Hypothesen erläutert und anschließend erfolgt die Betrachtung der Methoden. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse dargelegt und letztlich im Diskussionsteil kritisch betrachtet.

2.3 Methodischer Bezugsrahmen

Die Arbeit verfolgt den forschungsmethodischen Ansatz nach Karl R. Popper, indem sie empirische Forschung als systematische und intersubjektiv nachvollziehbare Erhebung und Analyse einer Realität auffasst (Kubicek, 1976). Hierbei verfolgt die Untersuchung eine Erhebungsstrategie, welche per qualitativer Untersuchung Hypothesen generiert.

3 Theoretischer Hintergrund

3.1 Begriffsklärung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit Gebärden-unterstützter Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom. „Gebärden-unterstützte Kommunikation“ bezeichnet im Folgenden jede Art von unterstützender Kommunikation mit Hilfe von Gebärden oder Gesten. Der Begriff bezieht sich demnach nicht nur auf das Therapieprogramm „Gebärden-unterstützte Kommunikation“ (kurz GuK nach Etta Wilken, 2008).

Wilken (2010) selbst schrieb über das Thema, dass sich Gebärden-unterstützte Kommunikation an kleine Kinder wendet, die (noch) nicht sprechen können. Hierbei wird, anders als in der Gebärdensprache, die Lautsprache nur unterstützt und somit einzelne Wörter betont und das Gesprochene visualisiert. Somit wird das Sprachverständnis erleichtert. (Wilken, 2010)

Die Begriffe „sign“, „gesture“ und „sign aided communication“ wurden aus der Literatur dem Zusammenhang entsprechend ebenfalls mit „Gebärde“ beziehungsweise „Gebärden-unterstützte Kommunikation“ übersetzt.

3.2 Sprachentwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom

Es ist bekannt, dass Kinder mit Down-Syndrom Defizite im expressiven Sprachgebrauch haben. Man kann jedoch anhand der sprachlichen Leistungen im Kindesalter nicht vorhersagen, wie sich die sprachlichen Kompetenzen im weiteren Verlauf entwickeln. (Marder & Ní Cholmáin, 2006; Rauh, 1999; Vanvuchelen et al., 2010) In der Sprachentwicklung kommt es zu Dissoziationen und Asynchronien. Das bedeutet, dass einzelne Bereiche unterschiedlich betroffen sind und sich unterschiedlich schnell entwickeln.

Das Sprachverständnis ist meist besser ausgeprägt und entspricht dem Niveau der anderen kognitiven Fähigkeiten. Die Sprachproduktion bleibt jedoch zunehmend zurück. (Schaner-Wolles, 2000)

Die nonverbalen Fähigkeiten hingegen sind häufig wiederum verhältnismäßig gut ausgeprägt. Eine Studie bei Vorschulkindern mit Down-Syndrom von Vanvuchelen et al. (2010) ergab, dass 75 Prozent der Kinder ein geringeres Sprachverständnis und sogar 95 Prozent eine geringere Sprachproduktion zeigten, als auf Grund ihrer Leistungen im Bereich der nonverbalen Fähigkeiten anzunehmen gewesen wäre. Schaner-Wolles (2000) bestätigte dies und schrieb des Weiteren, dass die sprachlichen Fähigkeiten von Personen mit Down-Syndrom auch im Erwachsenenalter nicht die eines unauffälligen Kindes im Alter von sechs bis sieben Jahren übersteigen. Porto-Cunha und Limongi (2008) untersuchten, wie Kinder mit Down-Syndrom in verschiedenen Spielsituationen kommunizieren und kamen anhand dieser Studie hingegen zu dem Schluss, dass die Sprachentwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom wie die von gesunden Kindern verläuft, nur zeitlich verzögert.

Marder und Ní Cholmáin (2006) schrieben über die Sprachentwicklung, dass viele Kinder mit diesem Syndrom Kommunikationssysteme entwickeln. Für viele ist dies die gesprochene Sprache, wodurch es auf Grund der Defizite in diesem Bereich jedoch zu signifikanten Verzögerungen in der Sprachentwicklung kommen kann. Sie schrieben auch, dass sich die Kommunikationsfähigkeiten durch erfolgreiche Interaktionen mit Anderen weiterentwickeln und Kinder mit Down-Syndrom diese Erfahrungen häufig nicht machen können.

Rauh (1999) schrieb, dass die Stärken dieser Kinder bei anschaulichen und konkreten Aufgaben liegen. Sie können gut problemlösend arbeiten, haben jedoch Schwierigkeiten mit sprachlichen Symbolisierungen, einfachen Ordnungsbegriffen, einfachen quantitativen Begriffen und mit Kurzzeit-Merkaufgaben. Außerdem stellte er die Frage, ob diese Kinder ihre Erstsprache eventuell nach den Prinzipien einer Zweitsprache erwerben. Dies würde bedeuten, dass der Spracherwerb mühsamer und ohne unterstützende Hilfe der Erstsprache verlief. (Rauh, 1999)

Zum Bereich Wortschatz findet man in der Literatur eine Aussage von Schaner-Wolles (2000). Sie schrieb hierzu, dass dieser im Laufe der Zeit so stark zunimmt, dass der rezeptive Wortschatz später das kognitive Entwicklungsniveau übertrifft.

3.3 Unterstützte Kommunikation

„Unterstützte Kommunikation ist eine Methode, die es Menschen ohne (verständliche) Lautsprache ermöglicht, ein individuelles multimodales Kommunikationssystem zusammenzustellen, das aus verschiedenen Kommunikationsformen/-bausteinen besteht. Das Ziel ist, den Betroffenen in vielfältigen Lebensbereichen erfolgreiche Kommunikation zu gewährleisten – das bedeutet, dass sie über die Klärung alltäglicher Bedürfnisse hinaus an allen gesellschaftlichen Bereichen teilhaben können sollten.“ (Otto & Wimmer 2010, Seite 9)

Für die gesellschaftliche Teilhabe ist es jedoch auch notwendig, dass auch die Gesprächspartner die Gebärden verstehen und im besten Fall auch aktiv verwenden können. Die Umwelt muss also angepasst werden und entsprechend strukturiert sein. (Otto & Wimmer, 2010)

In der Literatur werden verschiedene Formen der unterstützten Kommunikation genannt. Wie in der Einleitung bereits erwähnt, fallen diese im internationalen Sprachgebrauch unter den Begriff AAC (augmentative and alternative communication). Im deutschsprachigen Raum ist der Begriff „unterstützte Kommunikation“ geläufig. AAC fasst verschiedene Methoden zusammen, die die Kommunikation von Menschen mit Behinderungen unterstützen.

Es wird unterschieden in „high tech“ (oder aided) und „low tech“ (oder unaided) AAC-Systeme. Unter den Begriff „high tech Systeme“ fallen beispielsweise Sprachcomputer wie Vantage II oder BIGmack, welche auf etwa einen Knopfdruck hin eine Nachricht abspielen. Unter „low tech Systemen“ hingegen versteht man etwa Gesten oder Bilder. Hierunter fällt sowohl die Gebärden-unterstützte Kommunikation, als auch beispielsweise PECS-

Kommunikationsbücher (Picture Exchange Communication System) und COMPIC Piktogramme. Beide Formen der unterstützten Kommunikation können den Eltern dabei helfen, eine ausgewogene Interaktion mit ihren Kindern zu erlangen. (Foreman & Crews, 1998; Soto et al., 1999; Wilken, 2010)

3.4 Gebärden-unterstützte Kommunikation

LEARNING THE SIGNS IS NOT THE GOAL BUT A TOOL. LAUNONEN 1996

Otto und Wimmer (2010) schreiben zur unterstützten Kommunikation, dass es entscheidend ist, dass zu jedem Zeitpunkt ein Baustein zur Verfügung steht. Diese müssen einfach und schnell handhabbar sein und außerdem in jeder Situation als adäquate Kommunikationsmittel dienen. Demnach scheint die unterstützte Kommunikation anhand von Gebärden ideal, da keinerlei Geräte oder Bücher benötigt werden. Ebenfalls für die Verwendung der Gebärden spricht, dass in der traditionellen Sprachtherapie mitunter anhand von Artikulationstherapie das Sprechen erleichtert werden soll. Dies ist aber unter Umständen ein mühsamer Weg für die Patienten und das Kommunikationsbedürfnis des Patienten wird somit häufig nicht ausreichend befriedigt. An dieser Stelle setzt die unterstützte Kommunikation an. (Otto & Wimmer, 2010)

Etta Wilken, Professorin für Allgemeine und Integrative Behindertenpädagogik am Institut für Sonderpädagogik an der Leibniz Universität Hannover, beschäftigt sich schon seit Jahrzehnten mit dem Thema „Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom“ und gilt als Expertin auf diesem Gebiet. Sie beschreibt Veränderungen im Verhalten der Eltern von Kindern mit Down-Syndrom, die sich im Laufe der letzten Jahre ergeben haben. Diese vertrauen nun häufiger in die Entwicklungsmöglichkeiten und die Chancen auf Integration ihres Kindes. Zur Sprachtherapie bei Kindern mit Down-Syndrom schreibt Wilken, dass es wichtig ist, nicht nur die syndromspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen, sondern

auch die alters- und entwicklungsbezogenen Aspekte miteinzubeziehen. (Wilken, 2008) Etta Wilken hat zur Unterstützung der Sprachentwicklung von Kindern mit Down-Syndrom eine Therapiemethode entwickelt, mit welcher

„basale sprachliche Kompetenzen erworben werden und damit die speziellen Schwierigkeiten beim Spracherwerb von Kindern mit Down-Syndrom vermindert werden können.“ (Wilken, 2010, Seite 10)

Ein vergleichbares Therapieprogramm ist Makaton, welches 1970 in Großbritannien von Margaret Walker entwickelt wurde. Hier wird auf natürliche Gesten und Symbole zurückgegriffen, um das Sprachverständnis und die Sprachproduktion zu unterstützen. Wichtig dabei ist auch hier, dass die Gesten nicht separat stehen, sondern immer gemeinsam mit der verbalen Produktion des Wortes geschehen. Für die Kinder ist es notwendig, die gesprochene Sprache zu hören, um das Wissen über die Regeln der Sprache zu erlangen. Kinder sollen Makaton bereits in einem Alter von 7-8 Monaten erlernen und die Bezugspersonen sind dazu angehalten, die Gesten möglichst häufig anzuwenden. (Marder & Ní Cholmáin, 2006)

Foreman und Crews (1998) haben in einer Studie zu diesem Thema herausgefunden, dass die untersuchten Kinder für gewöhnlich eine Kombination aus Gebärden und Piktogrammen bevorzugten. In der Studie hatten sie die Wahl zwischen der rein verbalen Information, dem COMPIC Piktogramm, der Makaton Geste und einer Kombination aus Geste und Piktogramm. Multimodal unterstützende Methoden sind hierbei am erfolgreichsten und die Kinder kommunizieren dadurch mehr. Foreman und Crews schrieben, dass dieses Ergebnis auch durch die Literatur bestätigt wurde, beispielsweise durch Ianco, Miranda & Beukelman und Ianco & Duncum (zitiert durch Foreman & Crews, 1998).

Für den deutschsprachigen Raum wurden folgende Therapieprogramme entwickelt: „Sprechen lernen mit GuK 1 und 2“ von Wilken (2000), „Schau doch meine Hände an“ vom Bundesverband evangelische Behinderungshilfe (1995), „Makaton“ bzw. „Kommunikation mit Händen und Körper“, Lautsprachunterstützende Gebärden von Makaton

von Siegel (1997) und das Gebärdenbuch. (www.intakt.info; Nonn et al., 2011) Häufig werden auch die amerikanische oder deutsche Gebärdensprache, das Fingeralphabet, lautbegleitende oder lautunterstützende Gebärden in modifizierter Form verwendet (Thompson et al., 2007; Nonn et al., 2011). Die Programme werden nach wie vor in Deutschland hauptsächlich von Sonderpädagogen eingesetzt. In anderen Ländern, beispielsweise den angloamerikanischen, fällt dieser Bereich ganz selbstverständlich in den Aufgabenbereich von Logopäden. Das Thema Gebärden-unterstützte Kommunikation hat dort eine höhere berufsspezifische Relevanz. In Deutschland kam es lediglich durch einen Zufall dazu, dass hier dieses Fachgebiet lange fast ausschließlich im Bereich der Sonderpädagogik etabliert war.

Braun und Baunach (2010) schrieben, dass der Grund hierfür darin liege, dass im Jahr 1990 fast alle Gründungsmitglieder von ISAAC (Gesellschaft für unterstützte Kommunikation e.V.) keine Logopäden, sondern Sonderschullehrer an Schulen für Körperbehinderte waren. In anderen Ländern waren die Konzepte zur unterstützten Kommunikation bereits weiter entwickelt, in Deutschland wurden viele der Ideen übernommen und an die Umstände in den Förderschulen angepasst. (Braun & Baunach, 2010) Im Vergleich zu beispielsweise den USA schneidet die Frühversorgung in Deutschland im Bereich der unterstützten Kommunikation schlecht ab. Hier wird unterstützte Kommunikation in der logopädischen Therapie selten eingesetzt, wohingegen dies in anderen Ländern längst zur sprachtherapeutischen Basisversorgung gehört. (Paul, 1997; Renner, 2004 zitiert durch Nonn et al., 2011)

Aufgabe der Logopädie ist es in allen Ländern unter anderem die Funktion von Sprache und Sprechen zu vermitteln. Hier zeigen Kinder mit geistiger Behinderung häufig Schwierigkeiten, daher sollten Möglichkeiten gefunden werden, die dem Kind helfen sich im Alltag zurecht zu finden, es aber nicht überfordern.

„Ergänzende Kommunikationsformen haben dabei die Aufgabe, die eingeschränkte oder fehlende verbale Mitteilungsfähigkeit so zu überbrücken, dass es nicht zu immer wiederkehrenden negativen Kommunikationserfahrungen und Frustrationen kommt.“ (Otto & Wimmer, 2010, Seite 16)

Wilken (2008) sagte zur Sprachtherapie mit Gebärden, dass diese die Kommunikation nicht nur verbessern, sondern vielfältige differenzierte sprachliche Leistungen fördern. Des Weiteren schrieb sie, dass der Gebrauch von Gebärden dazu beitragen kann, den Wortschatz des Kindes zu vergrößern und eine qualitative Reorganisation des Wissens im Sinne von beispielsweise Oberbegriffen fördern kann. Diese Funktionen der Sprache sind demnach nicht an das gesprochene Wort gebunden, sondern viel mehr an die differenzierten Kommunikationssysteme. (Wilken, 2008)

Viele Eltern scheinen zu befürchten, dass ihre Kinder durch die Gebärden-unterstützte Kommunikation die Lautsprache nicht erlangen, sondern sich ausschließlich mit den erlernten Gesten verständigen. Hier stimmt die Literatur jedoch überein, dass der Einsatz von Gebärden die lautsprachliche Entwicklung nicht beeinträchtigt, sondern lediglich als Brücke dient. (Andrade & Limongi, 2007; Launonen, 1996). Wichtig ist jedoch, dass die Eltern die Bedeutung von Kommunikation verstehen. Dieses Wissen ermöglicht das Verstehen der besonderen Rolle ihres Kindes in der Kommunikation und somit können sie das Kind entsprechend fördern. (Launonen, 1996)

Zum Thema „Lernen“ schrieb Wilken (1998) in ihrem Buch, dass Höreindrücke von diesen Kindern langsamer verarbeitet werden. Daher ist es notwendig, dass verbale Inhalte mehrmals in gleicher Art und Weise wiederholt werden. Optimal wäre eine zusätzliche visuelle Unterstützung. Des Weiteren sagte sie, dass durch den Gebrauch von Gebärden und das handlungsgebundene Lernen die Möglichkeit besteht, Defizite im sprachgebundenen Aneignen von Handlungsabläufen auszugleichen. Marcell und Weeks (1988, zitiert durch Launonen, 1996) äußerten hierzu, dass bei normal entwickelten Personen die auditive Merkspanne in der Regel besser ausgeprägt ist als die visuelle. Bei Menschen mit Down-Syndrom hingegen ist dies häufig entweder genau umgekehrt der Fall oder aber visuelle und auditive Merkspanne sind gleich gut ausgeprägt. Auch bei Wilken (2008) findet man diese Information. Launonen (1996) sagte hierzu weiterhin, dass die visuellen Zeichen vermutlich eher die Aufmerksamkeit der Kinder mit Down-Syndrom erlangen als gesprochene Wörter.

Des Weiteren schrieb er, dass eine frühe Förderung mit Gebärden und dem Fokus auf die Rolle des Kindes in der Kommunikation direkte und langfristige Erfolge erzielt. Die Kinder in der durchgeführten Studie zeigten bessere kognitive Leistungen und waren sowohl sprachlich als auch insgesamt weiter entwickelt. (Launonen, 1996)

Es besteht, so Clibbens (2001), noch Bedarf an Grundlagenforschung über die Verwendung der verschiedenen Formen der Kommunikationssysteme in Bezug auf die Fähigkeiten in den Bereichen Wahrnehmung und Aufmerksamkeit sowie kognitive Fähigkeiten von Menschen mit Down-Syndrom. Launonen (1996) empfahl ebenfalls die Verwendung von Gebärden bei Kindern mit Down-Syndrom weiterhin zu untersuchen, um Sprachprobleme sowohl in dieser als auch in anderen Zielgruppen gezielt behandeln zu können.

Ziel der Gebärden-unterstützten Kommunikation sollte es sein, dass Kinder ihre Bedürfnisse mitteilen können. (Otto & Wimmer, 2010; Marder & Ní Cholmáin, 2006; Clibbens, 2001) Sie sollen aktiv mit anderen kommunizieren und sich selbstständig im Alltag einbringen können. Nach Wilken (2010) ist es einfacher zu gebärden als zu sprechen, da hierfür die motorische Voraussetzung einfacher erworben werden kann. Daher kann Gebärden-unterstützte Kommunikation den Alltag sehr erleichtern. Außerdem sollen die Kinder dadurch unterstützt werden, ihre Gefühle besser ausdrücken zu können. Wenn dies mit Gebärden nicht möglich ist, können etwa Piktogramme oder Bücher hinzugenommen werden (Otto & Wimmer, 2010). Thompson et al. (2007) stellten die Vermutung auf, dass die Verwendung von Gebärden das Risiko von späteren Verhaltensstörungen mindern kann.

4 Hypothesen

Die Literatur zeigte, dass es sowohl Unterschiede in der Intensität und Umsetzung der Gebärden-unterstützten Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom in den verschiedenen Ländern gibt, als auch, dass der Bedarf nach mehr Grundlagenforschung zu diesem Thema insgesamt hoch ist (Braun und Baunach, 2010; Kearny & McKnight, 1997; Kristen, 2010). Es fanden sich zwar verschiedene Methoden und Techniken, allerdings blieb ungeklärt, wie die Gebärden-unterstützte Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom im Therapiealltag umgesetzt wird (Rauh, 1999). Ob die Förderung qualitativ und quantitativ in einem Land besser ist als in einem anderen Land konnte ebenfalls anhand der Literatur nicht belegt werden. Es wurde jedoch deutlich, dass es in Deutschland, anders als beispielsweise in den USA, so war, dass die Gebärden-unterstützte Kommunikation hauptsächlich in das Fachgebiet der Sonderpädagogik fiel (Braun und Baunach, 2010). Daher liegt die Vermutung nahe, dass diese Techniken in der amerikanischen Sprachtherapie besser etabliert sind als in der deutschen.

Aufgrund der dargestellten Umsetzung von Gebärden-unterstützter Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom in der Fachliteratur wurde zunächst der Stand der Forschung übersichtlich dargestellt. Darauf aufbauend wurde untersucht, zu welchen Teilen die Gebärden-unterstützte Kommunikation in der logopädischen Therapie von Kindern mit Down-Syndrom eine Rolle spielt und ob dies dem Stand der Forschung entspricht. Hierzu wurden Fragebögen an Einrichtungen in Deutschland und den USA geschickt, in denen die Therapeuten zum Umgang mit Gebärden in der Therapie befragt werden.

Es stellte sich also folgende Frage:

„Inwieweit unterscheiden sich Art und Intensität der Förderung im Bereich der Gebärden-unterstützten Kommunikation bei Kleinkindern im Alter zwischen null und sechs Jahren mit Down-Syndrom in der logopädischen Frühförderung in den USA und Deutschland?“

Innerhalb dieser Forschungsfrage ergeben sich folgende weiterführende Aspekte:

- 1) Subfrage: Besteht zwischen Deutschland und den USA ein Unterschied in Bezug auf die Art und Weise eingesetzter Gebärden in der Therapie?

Hypothese: In dem einen Land werden Gebärden häufiger mit anderen Ansätzen verbunden als in dem anderen.

- 2) Subfrage: Besteht jeweils in Deutschland und den USA ein Zusammenhang zwischen Berufserfahrung in Jahren und der Wahrscheinlichkeit, dass Gebärden-unterstützte Kommunikation in der Ausbildung erlernt wurde?

Hypothese: Je geringer die Berufserfahrung in Jahren, desto wahrscheinlicher wurde Gebärden-unterstützte Kommunikation in der Ausbildung erlernt.

- 3) Subfrage: Werden in einem Land die Gebärden häufiger innerhalb einer Therapiestunde verwendet als in dem anderen Land?

Hypothese: In dem einen Land werden die Gebärden signifikant häufiger in den Therapiestunden verwendet als in dem anderen Land.

5 Methodisches Vorgehen

5.1 Operationalisierung

In dieser Arbeit wurden Logopäden und Sprachtherapeuten sowohl in Deutschland als auch in den USA zu der Verwendung von unterstützter Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom allgemein und zu Gebärden-unterstützter Kommunikation speziell per Fragebogen befragt. Ziel war es, ein möglichst genaues Bild der aktuellen Situation in beiden Ländern zu rekonstruieren. In diesem Kapitel wird zunächst die Stichprobe kurz beschrieben, im Anschluss daran wird der Fragebogen vorgestellt. Im letzten Unterkapitel wird erläutert, wie die Ergebnisse analysiert wurden.

5.2 Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen der Onlinebefragung wurden in NRW 120 Fragebögen per E-Mail an logopädische Praxen, Frühfördereinrichtungen und Kindergärten verschickt, in Kalifornien waren es 132. Hinzu kommen die Fragebögen, die unter anderem über das Netzwerk der Lehr- und Forschungslogopäden in Aachen verschickt werden konnten und die Personen, die von Dritten zu der Umfrage eingeladen wurden. Über diese Anzahl lässt sich jedoch keine Aussage machen.

5.3 Fragebogen

Anhand eines für diese Arbeit erstellten Onlinefragebogens wurden Logopäden und Sprachtherapeuten in Deutschland und den USA zu der Umsetzung der Gebärden-unterstützten Kommunikation in den Therapiestunden im Zeitraum vom 05.09.2011 bis zum 23.09.2011 befragt. Da diese Zielländer recht groß sind, konnten nicht ausreichend viele Personen befragt werden um ein valides Ergebnis zu erzielen. Daher wurden für diese Arbeit

lediglich Logopäden und Sprachtherapeuten in Nordrhein-Westfalen und Kalifornien in die Umfrage miteinbezogen. Der Fragebogen bestand sowohl aus offenen als auch aus geschlossenen Fragen. Auf Suggestivfragen wurde verzichtet, um Verfälschungen möglichst zu verhindern. Der Fragebogen enthielt zum einen Fragen zu der Person, der Einrichtung in der diese tätig ist, und dem Berufsabschluss. Zum anderen wurde nach unterstützter Kommunikation im Allgemeinen und Gebärden-unterstützter Kommunikation im Speziellen gefragt. Dazu gehörten Fragen zu Anzahl und Frequenz der Therapiestunden von Kindern mit Down-Syndrom, Art der genutzten Kommunikationsstützen und deren Umsetzung (Fragebogen siehe Anhang). Die allgemeinen Fragen zur Person dienten einerseits dazu die Grundgesamtheit der befragten Personen einheitlich und vergleichbar zu erfassen, andererseits ermöglichten sie auch erst einen Vergleich mit anderen Studien. (Kirchhoff et al., 2010) Mit den darauf folgenden Fragen wurde erfasst, wie die Gebärden qualitativ und quantitativ verwendet wurden und wie die Voraussetzungen für den Gebrauch waren (Anzahl der entsprechenden Therapiekinder, Anzahl der Therapiestunden, Ort der Therapie, Art und Umsetzung der Gebärden). Alle Fragen dienten dazu, den Stand der logopädischen Therapie mit Gebärden bei Kindern mit Down-Syndrom darzustellen. Besonders zielten sie auf die Beantwortung der Hypothesen ab: Zusammenhang zwischen Land und Kombination verschiedener Techniken der unterstützten Kommunikation, Zusammenhang von Berufserfahrung und Gebärden-unterstützter Therapie in der Ausbildung, sowie Zusammenhang zwischen Quantität der Verwendung von Gebärden und dem jeweiligen Land.

Damit die Anonymität der Teilnehmer gewährleistet werden konnte und um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen, wurde der Fragebogen online erstellt und ein kurzes Anschreiben mit dem Link zur Umfrage an die entsprechenden Einrichtungen geschickt (Anschreiben siehe Anhang). Ausgewählt wurden hauptsächlich Praxen und Kliniken in den jeweiligen Ländern, die sich laut Homepage mit der Therapie von Kindern mit Down-Syndrom beschäftigen. Aber auch andere Praxen wurden angeschrieben, wenn die Möglichkeit bestand, dass diese mit den entsprechenden Patienten arbeiteten. Um diese zu

finden wurde vorab mittels Internet nach Kliniken, Frühfördereinrichtungen und Praxen recherchiert (gelbe Seiten, yellow pages, www.familienratgeber.de). Diese wurden per E-Mail kontaktiert und um die Teilnahme an der Umfrage gebeten. In dem Anschreiben wurde kurz der Grund der Umfrage genannt damit die Adressierten sich eher dazu bereit erklärten, diese zu beantworten (Bortz & Döring, 2006). Ebenfalls um möglichst viele Antworten zu erhalten, wurde unter allen Teilnehmern ein Geschenk verlost. Des Weiteren wurden private Kontakte genutzt, um Probanden für die Umfrage zu gewinnen. Auch hierdurch konnten eine Reihe an E-Mail, vor allem in den USA, verschickt.

Um sicherzustellen, dass der Fragebogen auch die relevanten Informationen zu der Fragestellung beantwortet, wurde ein Probedurchgang (auch Pretest genannt, Vgl. Kirchhoff et al., 2010) durchgeführt. Hierzu wurden mehrere Mitarbeiter eines integrativen Kindergartens in Köln darum gebeten, den Fragebogen auszufüllen. Anschließend wurde dieser ausgewertet und mit den tatsächlichen Umständen verglichen. Mit den gewonnenen Informationen wurde der Fragebogen überarbeitet und im Anschluss ins Englische übersetzt (englischer Fragebogen siehe Anhang). Die Übersetzung wurde von einer Übersetzerin gegengelesen, danach überarbeitet und im Anschluss an die amerikanischen Einrichtungen verschickt.

Aus den gängigen Möglichkeiten zur Befragung wurde der Fragebogen ausgewählt, da dieses Mittel es ermöglicht eine große Anzahl an Personen mit verhältnismäßig geringem Aufwand zu befragen. Die Kombination aus geschlossenen und offenen Fragen ermöglichte es, sowohl qualitative als auch quantitative Daten zu erfassen. (Schnell et al., 1999; Bortz & Döring, 2006)

Um einen detaillierteren Eindruck der Arbeit in den Therapiestunden und der Umsetzung der Gebärden-unterstützten Kommunikation zu erlangen, wäre es hilfreich gewesen, zusätzlich zu dem Fragebogen einige Stundenbeobachtungen in beiden Ländern durchzuführen. Hierzu hätten Therapiestunden mit den entsprechenden Patienten beobachtet und auf Video aufgenommen werden können, um eine Beobachtung nach wissenschaftlichen Standards

herzustellen. Die Videos hätten im Anschluss quantitativ ausgewertet werden können, es würden die verschiedenen Gebärden gezählt, wie häufig diese zum Einsatz kommen und ob das Kind diese Gebärden selbstständig oder mit Hilfe durchführen kann.

5.4 Analyse

Insgesamt wurden 61 Fragebögen ausgefüllt, 32 davon komplett. Von den ausgefüllten Fragebögen konnten 30 für die Datenanalyse verwendet werden. Die übrigen fielen raus, da die Teilnehmer nicht in dem entsprechenden Zielland arbeiteten und somit nicht der Zielgruppe entsprachen. Bevor die Antworten in SPSS eingegeben werden konnten, wurden diese folgendermaßen skaliert: Jede der vorhandenen Antwortkombinationen erhielt einen Wert (nominal skaliert). So konnte sichergestellt werden, dass auch später noch mit den einzelnen Häufigkeiten weiter gerechnet werden konnte. Bei Frage 12 („Nutzen Sie Techniken zur unterstützten Kommunikation, wenn ja, welche?“) beispielsweise erhielt die Antwort „Bildtafeln“ den Wert 2, die Antwort „Gebärden“ bekam den Wert 3. Der Antwortkombination „Bildtafeln und Gebärden“ wurde der Wert 5 zugeteilt. Somit konnte im Nachhinein sowohl angegeben werden, wie viele der Befragten mit den einzelnen Modalitäten arbeiten, als auch wie häufig die Kombination verwendet wird. Im Anschluss daran wurden die einfachen Häufigkeiten der Werte mit SPSS berechnet und dann beschrieben. Abschließend wurden hierzu Kalifornien und Nordrhein-Westfalen in den wichtigsten Aspekten miteinander verglichen, bedeutende Gemeinsamkeiten und Gegensätze wurden kurz dargestellt.

Der zweite Teil der Analyse bestand darin, die Hypothesen anhand der gesammelten Daten zu überprüfen. Hierzu wurden die Daten bei Hypothese 1 dichotom skaliert, sie wurden also unterteilt in „Gebärden-unterstützte Kommunikation wird alleinig verwendet“ und „Gebärden-unterstützte Kommunikation wird in Verbindung mit anderen Ansätzen/Techniken verwendet“. Im Anschluss an die Neuskalierung wurde der Chi-Quadrat-Test durchgeführt, um herauszufinden, ob die Variablen „Land“ und „Gebärden-unterstützte Kommunikation in

Kombination mit anderen Techniken“ in einem signifikanten Zusammenhang stehen.

Bei der zweiten Hypothese ging es darum herauszufinden, ob es einen signifikanten Zusammenhang gibt zwischen der Berufserfahrung in Jahren und der Tatsache, dass die Gebärden-unterstützte Kommunikation in der Ausbildung oder im Studium erlernt worden ist. Also ob vor einigen Jahren die Technik in den Universitäten und Fachschulen genau so häufig gelehrt wurde oder ob es dort im Laufe der Zeit Veränderungen gab. Dazu wurde die Variable „wie Gebärden-unterstützte Kommunikation gelernt“ neu skaliert in „in der Ausbildung gelernt“ und „nicht in der Ausbildung gelernt“. Im Anschluss wurde die Pearson-Korrelation durchgeführt, um den Zusammenhang zu errechnen.

Um bei der letzten Hypothese zu untersuchen, ob in einem der beiden untersuchten Ländern Gebärden signifikant häufiger in den Therapiestunden verwendet werden, wurde hier ebenfalls die Pearson-Korrelation durchgeführt. Hier wurden die Variablen „Land“ und „Zeit in Prozent“ miteinander verglichen.

6 Ergebnisse

6.1 Fragebögen aus Nordrhein-Westfalen

In dem folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Fragebögen aus Nordrhein-Westfalen dargestellt. Da bei einigen Fragen Mehrfachantworten möglich waren kommt es vor, dass die Gesamtmenge der Antworten mehr als 100% ergibt.

Unter den Personen, die den Fragebogen in NRW vollständig ausgefüllt haben (N 16), befanden sich zwölf Logopäden (75,2%), eine Sprachtherapeutin (6,3%), eine Erzieherin (6,3%) und zwei Diplom-Pädagogen (12,6%). Eine Logopädin gab zusätzlich an, Magistra der Phonetik zu sein. Alle arbeiteten in Nordrhein-Westfalen. Zum größten Teil beantworteten Frauen den Bogen (87,5%). Im Durchschnitt waren die Teilnehmer 34,2 Jahre alt (min. 28, max. 43) und arbeiteten im Schnitt seit 9,2 Jahren (min. 2, max. 20) in dem angegebenen Beruf, 7,2 Jahre (min. 1, max. 20) davon mit Kindern mit Down-Syndrom. Die Hälfte der Teilnehmer war in logopädischen Praxen tätig, 31,3% in Kindertagesstätten und 25,1% in der Frühförderung. In den letzten 12 Monaten hatten 25% der Befragten kein Kind mit Down-Syndrom behandelt, 56,3% arbeiteten mit einem bis drei Kindern, 12,5% hatten vier bis sieben Kinder in Behandlung und 6,3% therapierten sieben bis 15 Kinder. Diese Patienten wurden von der Hälfte der Therapeuten einmal pro Woche oder weniger therapiert, 43,1% gaben an, zwei bis drei Therapieeinheiten pro Wochen durchzuführen. Ein Teilnehmer machte hierzu keine Angabe. Die meisten Kinder mit Down-Syndrom wurden von den Teilnehmern der Befragung im Schnitt länger als ein Jahr behandelt (68,8%). Die übrigen Befragten gaben an, die Kinder über einen Zeitraum zwischen zehn Wochen und sechs Monaten (12,5%) und zwischen sechs Monaten und einem Jahr (18,8) zu behandeln.

Die Teilnehmer wurden gefragt, welche Techniken sie neben Gebärden zur gestützten Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom verwenden. Die meisten (81,9%) gaben an, verschiedene Hilfsmittel miteinander zu kombinieren. Die genannten Techniken waren:

Kommunikationsbücher (63%), Bildtafeln (69,3%) und elektronische Hilfsmittel (37,8%). Des Weiteren wurde gefragt, welche Gebärden/Gesten in der Therapie verwendet werden. Hier wurde GuK (Gebärden-unterstützte Kommunikation, E.Wilken) am häufigsten genannt (88,2%), außerdem die deutsche Gebärdensprache (50%) und Makaton (18,9%). Neben den genannten Programmen wurden von 18,9% eigene Gebärden verwendet. Zur Umsetzung der Gebärden-unterstützten Kommunikation in der Praxis gaben die meisten der Befragten an, diese modifiziert zu verwenden (88,2%). Nur einer der Befragten arbeitete allein nach Vorgabe (6,3%), ein anderer gab an, die Gebärden in den gesamten Tagesablauf mit einzubeziehen (6,3%). Drei der Teilnehmer arbeiteten sowohl nach Vorgabe, als auch modifiziert (18,9%). Die Arbeit mit Gebärden nahm im Durchschnitt 46,4% der Therapieeinheit ein (min. 10%, max. 80%). In den Stunden verwendeten die Befragten die Gebärden/Gesten in Verbindung mit Bildern (94,5%), Schriftsprache (36,8%), elektronischen Hilfsmitteln (18,9%) und Realgegenständen (6,3%). Auf die Frage hin, wer außer ihnen noch in der Lage ist, die Technik anzuwenden antworteten die Teilnehmer, dass Eltern (88,2%), Erzieher (56,7%), Geschwister (37,8%), andere Kinder im Kindergarten (37,8%), andere Therapeuten (44,1%), Fachpersonal (6,3%) und Pädagogen (6,3%) die Gebärden beherrschten. Einer der Befragten konnte hierzu keine Angabe machen. Eine weitere Frage zielte auf die Art und Weise ab, auf die die Befragten sich die Gebärden-unterstützte Kommunikation erarbeitet haben. In der Ausbildung hatten 31,5% die Techniken erlernt, 69,3% hatten Fortbildungen dazu besucht, 63% hatten sich die Gebärden selbst erarbeitet, 31,5% verwendeten Manuale zur Erarbeitung und 25,0% erlernten die Techniken von Kollegen.

Die letzten beiden Fragen wurden offen gestellt. Zum einen wurden die Therapeuten gefragt, welche Vorteile die Arbeit mit Gebärden-unterstützter Kommunikation ihrer Meinung nach bei Kindern mit Down-Syndrom hat. Zum anderen sollten sie beschreiben, welche Umsetzung sich für sie als hilfreich herausgestellt hatte. Bei der ersten Frage schrieben viele der Befragten, dass die Verwendung der Gebärden dazu führe, dass die Frustrationstoleranz der Kinder steige, es schneller zu Kommunikationserfolgen komme und die ganze Familie

entlastet würde. Des Weiteren wurde die Arbeit mit Gebärden-unterstützter Kommunikation in den Bereichen Pragmatik, Wortschatz, phonologische Bewusstheit, Aussprache, Schriftspracherwerb und Konzentration als nützlich empfunden. Die Frage dazu, welche Umsetzung der Gebärden-unterstützten Kommunikation sich als hilfreich erwiesen hat, beantworteten zwei Teilnehmer damit, dass sie die Frage nicht verstünden. Die übrigen nannten etwa eine sehr individuelle Anpassung an den Alltag, das Teilen der Gebärde in mehrere Silben (z.B. Kä-se), die Kopplung der Gebärden mit Bildern, den Versuch alle Modalitäten mit einzubeziehen oder auch nicht zu viele Gebärden in einer Stunde zu verwenden. Zwar nannten an dieser Stelle einzelne Therapeuten Makaton oder GuK, ein Großteil schien jedoch Wert auf die individuelle Anpassung an den Patienten und dessen Familie zu legen.

6.2 Fragebögen aus Kalifornien

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Fragebögen aus Kalifornien dargestellt. Auch hier kann es aufgrund der Mehrfachantworten zu Prozentangaben über 100% kommen.

In Kalifornien haben alle 14 Teilnehmer der Umfrage „speech therapist“ als Berufsbezeichnung angegeben, zwölf von ihnen gaben zusätzlich die Bezeichnung „CCC“ (Freiwilliger Berechtigungsnachweis, kann an Universitäten erworben werden; www.bls.gov/oco/ocos099.htm) an. Alle Teilnehmer dieser Umfrage waren weiblich. Im Durchschnitt waren die Befragten 38 Jahre alt (min. 28, max. 55) und arbeiteten im Schnitt seit 13,5 Jahren (min. 1, max. 30) als Sprachtherapeuten, 10 Jahre (min. 1, max. 30) davon mit Kindern mit Down-Syndrom. Die Teilnehmer arbeiteten in Praxen (42,9%), Kliniken (50%), Kindergärten (21,2%) und machten Hausbesuche bei den Kindern (14,2%). In den letzten zwölf Monaten hatten 57,1% der Befragten ein bis drei Kinder mit Down-Syndrom in logopädischer Behandlung, 35,7% arbeiteten mit zwei bis drei Kindern und 7,1% behandelten in diesem Zeitraum mehr als 15 Kinder mit dieser Erkrankung. Diese Kinder wurden von 57,1% der Befragten eine Stunde oder weniger pro Woche therapiert, 35,7% kamen zwei bis

drei mal zur Therapie und 7,1% bekamen vier oder mehr Therapieeinheiten. Die Therapeuten behandelten die Kinder mit Down-Syndrom zu 35,7% über einen Zeitraum zwischen sechs Monaten und einem Jahr, 64,3% therapierten länger als ein Jahr.

Nur die Hälfte der Teilnehmer gab an, neben Gebärdensprache auch andere Techniken innerhalb der Therapie zu benutzen. Diese waren: Kommunikationsbücher (42,6%), Bildtafeln (42,6%) und elektronische Hilfsmittel (28,4%). Insgesamt gaben 92,3% der Befragten an, Gebärdensprache in der Therapie mit Kindern mit Down-Syndrom zu verwenden. Neben der amerikanischen Gebärdensprache (63,9%) wurden Baby Sign (7,1%), SEE signs (7,1%) und eigene Gebärden genannt (14,2%). Die meisten Therapeuten gaben an, die Gebärden im Therapiealltag modifiziert einzusetzen (78,1%), zwei Therapeuten arbeiteten sowohl modifiziert als auch nach Vorgabe (14,2%) und ebenfalls zwei arbeiteten allein nach Vorgabe (14,2%). Die Arbeit mit Gebärdensprache nahm im Durchschnitt 40% der Therapieeinheit ein (min. 0%, max. 80%). In den Stunden verwendeten die Befragten die Gebärden/Gesten in Verbindung mit Bildern (63,9%), Schriftsprache (21,4%), elektronischen Hilfsmitteln (7,1%) und Lautsprache (28,5%). Zwei der Befragten konnten keine Angabe zu der Frage machen, wer außer ihnen noch in der Lage ist, die Gebärden zu verwenden. Die anderen Teilnehmer antworteten, dass Eltern (71%), Erzieher (56,8%), Geschwister (49,7%), andere Kinder im Kindergarten (21,3%) und andere Therapeuten (35,5%) die Gebärden beherrschten. Eine weitere Frage zielte auf die Art und Weise ab, auf die die Befragten an die Gebärdensprache-Unterstützte Kommunikation erlernt haben. In der Ausbildung beziehungsweise im Studium hatten 78,1% die Techniken erlernt, 49,7% besuchten eine Fortbildung zu dem Thema, 42,6% hatten sich die Gebärden selbst erarbeitet, 21,3% verwendeten Manuale dazu und 28,4% erlernten die Techniken von Kollegen.

Auch hier wurden zum Schluss des Bogens die offenen Fragen zu den Vorteilen der Arbeit mit Gebärdensprache-Unterstützter Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom und zu der Umsetzung dieser in der Therapie gestellt. Zu den Vorteilen der Gebärdensprache-Unterstützten Kommunikation schrieben die Befragten, dass diese konkreter sei als die gesprochene

Sprache und die Gebärden früher erlernt und verstanden werden könnten. Auch führe die Verwendung der Gebärden zu einer höheren Frustrationstoleranz, die Kinder könnten Bedürfnisse eher mitteilen und Anteile an ihrer Umwelt nehmen. Zu der zweiten Frage kam auch hier von drei Teilnehmern die Rückmeldung, dass sie diese nicht verstünden. Andere antworteten, dass sie die Kombination mit anderen Ansätzen bevorzugten oder auch die Verwendung der Gebärden an den Alltag anpassen. Hierzu wurden die Familien mit Büchern und Therapiematerial auf die Arbeit mit ihrem Kind vorbereitet oder sie lernten regelmäßig neue Gebärden, die sie im Laufe der Woche verwenden sollten. Eine Therapeutin schrieb, dass sie moderne Techniken, etwa das iPad, mit in die Therapie einbringe.

6.3 Fragebögen Nordrhein-Westfalen und Kalifornien im Vergleich

Aufgrund der ähnlich hohen Anzahl an Rückmeldungen aus beiden Ländern war eine Gegenüberstellung beider Fragebögen möglich. Im Folgenden werden nun die wichtigsten Unterschiede und Gemeinsamkeiten aufgelistet. Auf Vergleiche in Kategorien wie beispielsweise Alter, Geschlecht etc. wurde verzichtet, da sich diese aus den vorherigen beiden Unterkapiteln ergeben und die Unterschiede, beziehungsweise die Gemeinsamkeiten nicht gravierend sind.

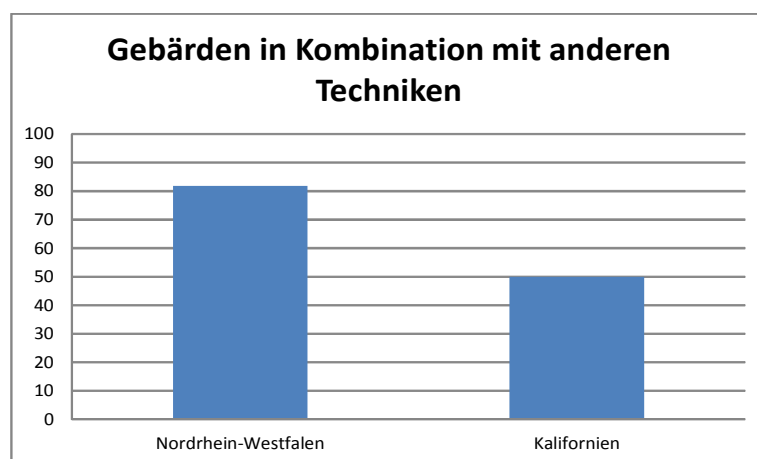


Abbildung 1: Vergleich des Einsatzes von Gebärden in Kombination mit anderen Techniken in NRW und CA. Y-Achse: Anzahl der Antworten in Prozent.

Ein deutlicher Unterschied fand sich, wie in Abbildung 1 zu sehen ist, in der Kombination von Gebärden mit anderen Ansätzen. In Nordrhein-Westfalen verwendeten 81,9 % der Befragten neben Gebärden noch andere Techniken, in Kalifornien hingegen griff nur die Hälfte (50%) der Therapeuten zusätzlich zu Kommunikationsbüchern, Bildtafeln und elektronischen Hilfsmitteln.

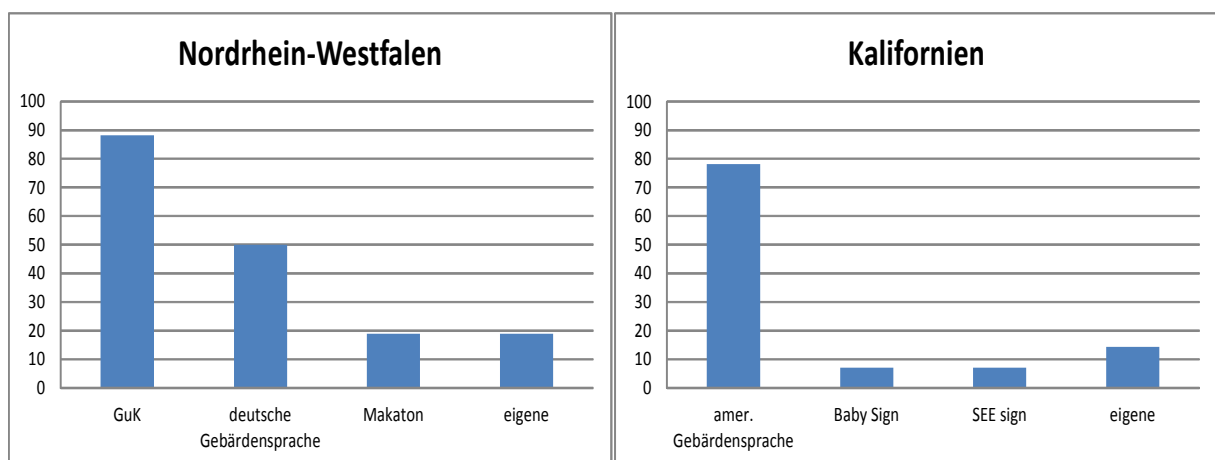


Abbildung 2: Darstellung der verschiedenen Arten der Gebärden-unterstützten Kommunikation in NRW und CA. Y-Achse: Anzahl der Antworten in Prozent.

In Abbildung 2 ist zu sehen, dass in Nordrhein-Westfalen zu einem Großteil (88,2 %) mit den Gebärden aus dem GuK-Programm (E. Wilken) gearbeitet wurde, welches nur im deutschsprachigen Raum verwendet wird. Die deutsche Gebärdensprache kam ebenfalls häufig zum Einsatz (50%), außerdem das Makaton-Programm (18,9%). In Kalifornien wurde überwiegend die amerikanische Gebärdensprache verwendet (71%). Eigene Gebärden wurden in Nordrhein-Westfalen etwas häufiger in die Therapie mit eingebunden. Zu einer hohen Übereinstimmung kam es bei der Modifikation der Gebärden in der Therapie. 88,2% der deutschen Therapeuten passten diese in der Therapie mit den Patienten an, in Amerika waren es 78,1%. Die Arbeit mit den Gebärden nahm in Kalifornien 40,0% der Therapieeinheit ein, in Nordrhein-Westfalen 46,4%. In dieser Zeit kombinierten fast alle Therapeuten aus Deutschland die Gebärden mit Bildern (94,5%) in den USA waren ist 63,9%.

Die Schriftsprache, welche bei GuK eine große Rolle spielt, wurde von deutschen Therapeuten zu 36,8% verwendet, ihre amerikanischen Kollegen nutzen diese zu 21,4%. Die Antworten auf die Frage, wer außer den Logopäden und Sprachtherapeuten die Gebärden anwenden kann, ergaben, dass hier in beiden Ländern große Gemeinsamkeiten bestehen. Die Eltern werden jeweils am häufigsten miteinbezogen, aber auch Geschwister und Kinder im Kindergarten spielen in Nordrhein-Westfalen eine ähnlich große Rolle wie in Kalifornien.

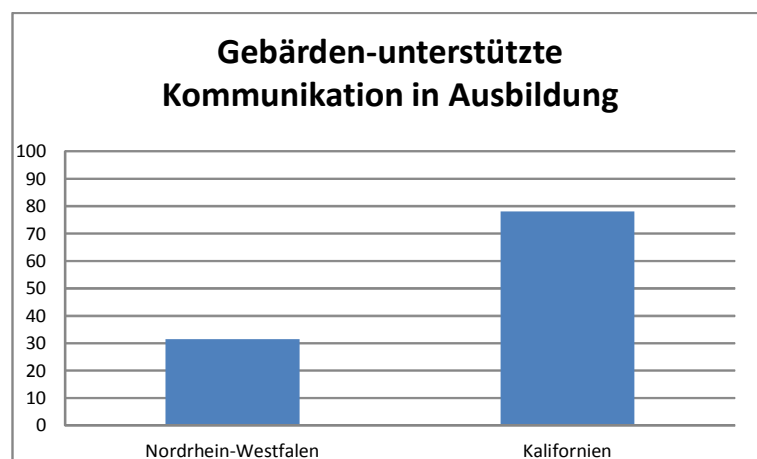


Abbildung 3: Darstellung der Personen, die die Gebärden-unterstützte Kommunikation in der Ausbildung erlernt haben. Y-Achse: Anzahl der Antworten in Prozent.

Ein großer Unterschied hingegen fand sich in der Art und Weise, auf die die Gebärden-unterstützte Kommunikation erlernt wurde, zu sehen in Abbildung 3. In Kalifornien hatten 78,1% der Befragten diese im Laufe ihres Studiums kennengelernt, in Nordrhein-Westfalen waren es hingegen nur 31,5%.

6.4 Gebärden in Kombination mit anderen Techniken (Hypothese 1)

Die Frage „Nutzen Sie Techniken zur unterstützten Kommunikation in der Therapie mit Kindern mit Down-Syndrom? Wenn ja, welche?“ wurde von 14 Befragten aus Deutschland und ebenfalls von 14 Befragten aus den USA beantwortet. Zwei der deutschen Therapeuten antworteten an dieser Stelle, dass sie nicht mit Gebärden arbeiten. Die Analyse der Daten zeigte deutlich, dass zwischen den Variablen „Land“ und „Gebärden-unterstützte

Kommunikation in Verbindung mit anderen Ansätzen/Techniken“ ein signifikanter positiver Zusammenhang besteht, zu erkennen auch in Abbildung 4. Der Korrelationskoeffizient beträgt $r=6.300$, das Signifikanzniveau liegt bei $p=0,012$. Den Antworten nach, wird in Nordrhein-Westfalen die Gebärden-unterstützte Kommunikation von 13 befragten Personen in Kombination mit anderen Ansätzen verwendet, lediglich ein Befragter gab an, nur Gebärden zu verwenden. In Kalifornien hingegen gaben sieben der 14 Personen an, neben Gebärden keine weiteren unterstützenden Kommunikationsmittel zu verwenden, genau die Hälfte aller Befragten also. Der Chi-Quadrat-Test zeigte, dass dieses Ergebnis signifikant ist ($p=0,012$). In Nordrhein-Westfalen werden demnach signifikant häufiger Gebärden mit anderen Ansätzen zur unterstützten Kommunikation verbunden als in Kalifornien.

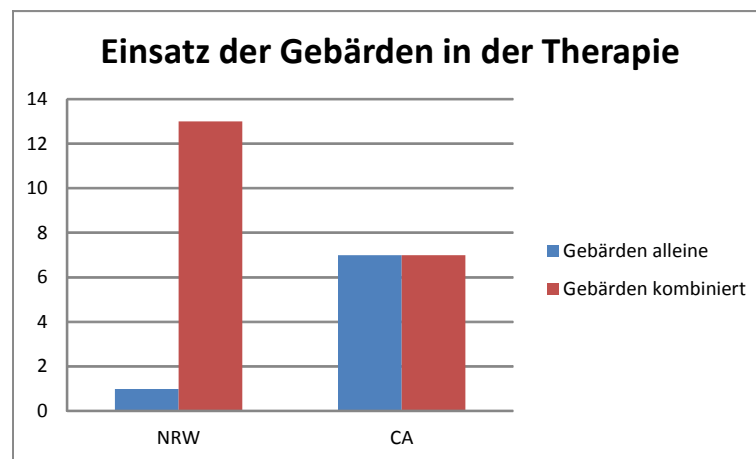


Abbildung : Vergleich des Einsatzes von Gebärden alleine und in Kombination mit anderen Techniken in NRW und CA. Y-Achse: Anzahl der Antworten in Prozent.

	Value	Asymp. Signifikanz
Pearson Chi-Square	6.300	0,012*

Tabelle 1: *signifikant; Ergebnisse des Pearson Chi-Quadrat-Tests

6.5 Gebärden-unterstützte Kommunikation als Teil der Ausbildung (Hypothese 2)

In den Fragebögen wurde die Frage „Wie sind Sie zu der unterstützten Kommunikation gekommen?“ von allen 30 Teilnehmern beantwortet. Hier zeigte die Betrachtung der Daten zwar, dass es einen Unterschied zwischen beiden Ländern gibt, die Gebärden-unterstützte Kommunikation demnach häufiger in den Ausbildungsstätten in Kalifornien gelehrt wird (s. Kapitel 6.3). Es konnte jedoch kein Zusammenhang zwischen Berufserfahrung in Jahren und der Tatsache, dass die Technik in der Ausbildung erlernt worden ist, festgestellt werden. Die durchgeführte Pearson-Korrelation ergab einen Wert von $r=0.207$, mit einem Signifikanzniveau von $p=0.273$. Es besteht also kein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen. Auch die Betrachtung der Einzelantworten unter Berücksichtigung beider Variablen brachte keine bemerkenswerten Erkenntnisse. Demnach führt auch das Herausnehmen von Ausreißern zu einem ähnlichen Ergebnisse.

	Berufserfahrung
In Ausbildung gelernt	$r= 0.207$
	$p= 0.273$

Tabelle 2: Ergebnisse der Pearson-Korrelation; Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und ob Gebärden-unterstützte Kommunikation in Ausbildung erlernt wurde

6.6 Zeit, die für Gebärden-unterstützte Kommunikation aufgebracht wird (Hypothese 3)

Auch hier wurde die entsprechende Frage („Wie viel Zeit in Prozent nimmt die Arbeit mit den Gebärden anteilig in einer Therapiestunde ein?“) von allen Teilnehmern beantwortet. In der Analyse der Daten anhand der Pearson-Korrelation zeigte sich ein negativer Zusammenhang ($r=-0.147$). Dies bedeutet, dass in Nordrhein-Westfalen die Gebärden-unterstützte Kommunikation einen größeren Teil der Therapiestunde einnimmt als in Kalifornien.

Der Unterschied war jedoch so gering, dass das Ergebnis nicht signifikant ist. Schon die Prozentzahlen machten deutlich, dass beide Länder hier große Ähnlichkeiten aufweisen. Der Mittelwert für den prozentualen Anteil der Therapiestunde lag für die deutschen Antworten bei 46,4 %, für die amerikanischen bei 40%.

	Zeit in %
Land	$r = -0.147$
	$p = 0.439$

Tabelle 3: Ergebnisse der Pearson-Korrelation; Zusammenhang zwischen Zeit in % und dem Land

7 Diskussion

Die Diskussion erfolgt zunächst anhand der drei einzelnen Hypothesen, welche im Ergebnisteil bereits beschrieben wurden. Danach erfolgen Ausblick und klinische Relevanz, bevor zum Schluss ein Fazit gezogen wird.

7.1 Diskussion anhand der Hypothesen

7.1.1 Hypothese 1: In dem einen Land werden Gebärden häufiger mit anderen Ansätzen verbunden als in dem anderen.

Wie im Ergebnisteil deutlich wurde, konnte diese Hypothese bestätigt werden. In Nordrhein-Westfalen wurden Gebärden signifikant häufiger mit Gebärden verwendet als in Kalifornien. Zwar gab es in der Literatur Angaben dazu, dass in der logopädischen Therapie häufig Gebärden zusammen mit anderen Ansätzen verbunden werden (Wilken, 2010), eine Wertung hierzu fand sich jedoch nicht. Es ist also anhand der Literatur nicht zu sagen, ob es von Vorteil ist, dass in Deutschland Gebärden deutlich häufiger mit anderen unterstützenden Kommunikationsmöglichkeiten verwendet werden oder ob es günstiger ist, die Gebärden alleinig zu verwenden. In der Literatur wurden jedoch die verschiedenen Vorteile der einzelnen unterstützenden Methoden genannt (Crossley, 1994). Demnach könnte eine Kombination mehrerer Techniken zur unterstützten Kommunikation die Vorteile der verschiedenen Methoden vereinen und gleichzeitig die Nachteile ausgleichen (Foreman & Crews, 1998). Angenommen man erarbeite mit einem Kind mit Down-Syndrom sowohl die Gebärden-unterstützte Kommunikation, als auch die Verwendung eines Kommunikationsbuches, dann wäre das Kind in jeder Situation in der Lage zu kommunizieren, auch wenn das Buch nicht zur Hand ist (Otto & Wimmer 2010). Die Bilder aus dem Buch wären jedoch für Personen, die keine Art der unterstützten Kommunikation beherrschen, intuitiver zu verstehen als Gebärden. Da Kinder mit Down-Syndrom aber häufig kognitive Defizite aufweisen,

welche Grund der Kommunikationsschwierigkeiten sein können (Schaner-Wolles, 2000), ist es fraglich, ob diese Kinder überhaupt in der Lage wären beide Kommunikationsformen zufriedenstellend zu erlernen. Oder ob es eventuell vorteilhafter für die Verständigung des Kindes mit seiner direkten Umwelt wäre, wenn es nur eine unterstützende Kommunikationsform erlernt, diese jedoch so sicher wie möglich. Um diese Frage abschließend zu klären und um das Ergebnis tiefergehender bewerten zu können, sind Stundenbeobachtungen notwendig.

7.1.2 Hypothese 2: Je geringer die Berufserfahrung in Jahren, desto wahrscheinlicher wurde Gebärden-unterstützte Kommunikation in der Ausbildung erlernt.

Diese Hypothese konnte anhand des Fragebogens nicht bestätigt werden. Es konnte kein Zusammenhang zwischen Ausbildungszeitpunkt und Erlernen der Gebärden-unterstützten Kommunikation nachgewiesen werden. Da diese Technik laut Literatur noch recht jung ist (Braun & Baunach, 2010), wäre zu vermuten gewesen, dass diese nach und nach mehr mit in das Curriculum der Schulen einbezogen würde. Anscheinend hat sich aber dort im Laufe der letzten Jahre nicht auffällig viel verändert. Fraglich bleibt hier jedoch, ob die Umsetzung tatsächlich dem aktuellsten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht und es nicht notwendig war den Unterricht diesbezüglich anzupassen, oder ob das Curriculum nicht mehr zeitgemäß ist. Um dies zu beurteilen ist jedoch eine bedeutend größere Stichprobe notwendig, da in dieser Umfrage bei weitem nicht alle Logopädieschulen abgedeckt und ausreichend viele Schüler und Studenten aus allen Jahrgängen befragt werden konnten. Von Interesse wäre an dieser Stelle ebenfalls, wie andere Länder den Unterricht zu dem Thema Gebärden-unterstützte Kommunikation handhaben.

7.1.3 Hypothese 3: In einem Land werden die Gebärden signifikant häufiger in den Therapiestunden verwendet als in dem anderen Land.

Auch diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. In Deutschland nehmen die Gebärden zwar einen etwas größeren Teil der Therapiestunde ein, der Unterschied war jedoch so gering, dass dieser möglicherweise auf die kleine Gruppe an Befragten Personen zurückzuführen ist. Eventuell fiel es den Therapeuten schwer, einzuschätzen wie viel Zeit sie tatsächlich für die Gebärden-unterstützte Kommunikation verwenden, da sie retrospektiv und allgemein befragt wurden, wie viel Zeit in Prozent sie verwenden. Sie mussten sich spontan für einen Mittelwert entscheiden, der für alle entsprechenden Patienten gilt. Die Fehlerquote ist somit sehr hoch bei dieser Art von Fragestellung. Bei einer größeren Gruppe ist die Wahrscheinlichkeit, den tatsächlichen Mittelwert zu ermitteln deutlich höher (Bortz & Döring, 2006). Da es in der Literatur keinen Hinweis darauf gibt, welcher Zeitaufwand optimal für das Training der Gebärden-unterstützten Kommunikation ist, kann nicht gesagt werden, welcher Wert einem Ideal näher kommt. Auch ist es anhand der Daten nicht möglich einzuschätzen, ob es bezüglich der verwendeten Zeit zu einem Unterschied führt wenn Gebärden häufiger mit anderen Techniken der unterstützten Kommunikation kombiniert werden, wie es in Nordrhein-Westfalen der Fall ist.

7.2 Kritische Anmerkungen

Rückblickend können einige Aspekte bezüglich der methodischen Umsetzung angemerkt werden. Obwohl der Fragebogen vorab mit Logopädinnen durchgeführt und besprochen worden ist, gab es eine Unterfrage, die offensichtlich nicht ausreichend deutlich formuliert war. So beantworteten einige Probanden die letzte Frage des Bogens mit „Ich verstehe die Frage nicht“. Da diese Antwort sowohl bei der deutschen als auch bei der englischen Version vorkam, liegt die Vermutung nahe, dass die Frage nicht nur sprachlich, sondern auch inhaltlich unklar formuliert worden ist.

Weiterhin kritisch anzumerken ist die Tatsache, dass in dem Fragebogen nur Logopäden und Sprachtherapeuten angesprochen wurden, die mit Gebärden-unterstützter Kommunikation arbeiten. Im Nachhinein wäre es ebenso interessant gewesen, alle Therapeuten, die mit Kindern mit Down-Syndrom arbeiten, zu befragen, um herauszufinden, welche Therapiemethoden sie verwenden. Diese Personen wurden jedoch in dem Anschreiben nicht angesprochen und nahmen somit an der Umfrage auch nicht teil. Der Fragebogen hätte hierzu an einigen Stellen anders formuliert, das Anschreiben entsprechend geändert werden müssen. Auch kamen nur wenige Rückmeldungen von Erzieherinnen und anderen Fachleuten, da auch diese in dem Anschreiben nicht explizit angesprochen wurden. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass auch diese Zielgruppe relevante Informationen zu dem Stand der Therapie mit Gebärden bei Kindern mit Down-Syndrom in den jeweiligen Ländern liefern könnten. Zu den Ländern ist zu sagen, dass es aussagekräftiger gewesen wäre, wenn Therapeuten aus ganz Deutschland, beziehungsweise aus den gesamten USA befragt worden wären. Obwohl wünschenswert, hätte sich dies jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht realisieren lassen. Ebenfalls kritisch anzumerken ist die relativ geringe Anzahl an Rückmeldungen. Zwar betrug die Rücklaufquote mehr als zehn Prozent, trotzdem ist die Gruppe der Antworten noch immer recht klein. Dies ist möglicherweise damit zu erklären, dass verhältnismäßig wenige Logopäden und Sprachtherapeuten mit Kindern die unter dem Down-Syndrom leiden arbeiten. Die Zielgruppe ist also relativ klein.

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass die qualitative Umsetzung der Gebärden-unterstützten Kommunikation nicht ausreichend deutlich dargestellt werden konnte. Um dies zu realisieren hätten Stundenbeobachtungen stattfinden müssen. Im Fragebogen wurde zwar nach vielen Aspekten der Therapie gefragt, die objektive Beschreibung der Verwendung der Gebärden war jedoch nicht gewährleistet. Eine solche Stundenbeobachtung ist im Rahmen der Bachelorarbeit geplant worden, eine Checkliste wurde erstellt. Mit Hilfe dieser Liste sollte die Objektivität gewährleistet sein. Es stellte sich jedoch heraus, dass diese Stundenbeobachtung trotz Kontakten zu Einrichtungen in den USA nicht stattfinden konnte. In der ersten Einrichtung, einer ambulanten Klinik, waren Hospitationen von Externen nach einer

Umstrukturierung innerhalb dieser Klinik nicht möglich. Die zweite Einrichtung, einen integrativer Kindergarten, besuchte zu diesem Zeitpunkt kein Kind mit Down-Syndrom in dem entsprechenden Alter. Da die Stundenbeobachtung nur im Vergleich der beiden Länder von Interesse für die Arbeit gewesen wäre, wurde die Suche nach möglichen Einrichtungen in Deutschland eingestellt.

7.3 Ausblick

In Übereinstimmung mit den genannten Einschränkungen wird empfohlen, eine Studie in größerem Umfang durchzuführen. Der Fragebogen kann hierzu modifiziert werden und das Anschreiben sollte so angepasst werden, dass sich alle Logopäden und Sprachtherapeuten angesprochen fühlen, die mit Kindern mit Down-Syndrom arbeiten. Hiermit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass mehr Fragebögen beantwortet werden.

Zu überlegen ist ebenfalls, ob eventuell auch Erzieher in die Zielgruppe miteinbezogen werden. Da der Fragebogen zu großen Teilen übernommen werden kann, wäre es vom Umfang her möglich, eine größere Anzahl an Umfragen zu verschicken, beispielsweise in alle Staaten der USA und in alle Bundesländer Deutschlands. Somit wären die Ergebnisse der Umfrage für ein ganzes Land repräsentativ. Interessant wäre auch der Vergleich der Umsetzung von Gebärden-unterstützter Kommunikation in anderen Ländern. Des Weiteren wird, wie bereits erwähnt, eine Stundenbeobachtung empfohlen. Auf diese Weise könnten fundierte Aussagen darüber gemacht werden, wie die Umsetzung der Gebärden-unterstützten Kommunikation im Therapiealltag ist, wie viele verschiedene Gebärden verwendet werden und wie die Kinder diese annehmen. Ebenfalls von Interesse wäre, wie sich der Gebrauch der Gebärden in der Therapie mit Kindern mit Down-Syndrom in den nächsten Jahren verändert, da diese Bachelorarbeit gezeigt hat, dass zur Zeit noch ein großer Teil der Logopäden diese Technik nicht in der Ausbildung erlernt hat. Hier wäre zu überlegen, ob der Lehrplan der Ausbildungsstätten entsprechend angepasst werden müsste.

Bei der Auswertung der Fragebögen wurde deutlich, dass ein Großteil der Therapeuten die Gebärden-unterstützte Kommunikation in den Therapiestunden modifiziert (88,2 % in NRW und 78,1% in CA). Auch hier wären Folgestudien interessant, in denen untersucht wird, ob die Modifikation daher kommt, dass die Programme nicht ausreichend auf die Arbeit der Therapeuten ausgerichtet ist oder ob die Therapeuten die Umsetzung aus anderen Gründen an ihre Patienten anpassen. Untersucht werden sollte auch, ob die Modifikation der Programme Auswirkungen auf die Qualität der Therapie hat.

7.4 Klinische Relevanz

Zu wissen, wo sich Deutschland bei dem Thema Gebärden-unterstützte Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom im Vergleich zu anderen Ländern befindet, ist elementar wichtig für die weitere Arbeit in dieser Richtung. So ist es möglich von anderen Ländern zu lernen um die eigene Arbeit zu optimieren oder sich zu vergewissern, dass die aktuelle Arbeitsweise dem aktuellen Stand der Forschung entspricht. In den letzten 15 Jahren hat die internationale Arbeit an Bedeutung gewonnen, sie hat in fast allen Bereichen der Forschung stark zugenommen. Auch die Logopädie sollte davor nicht zurückschrecken. Der internationale Vergleich ermöglicht es, sich schneller weiter zu entwickeln. In der Wirtschaft ist dies bereits eine gängige Arbeitsform (Benchmarking). Gerade hier ist zu sehen, dass Deutschland besonders häufig mit den USA verglichen wird, da in vielen Aspekten die Voraussetzungen ähnlich sind, ein Vergleich also möglich und sinnvoll ist. (Adams et al., 2007; Sastry, 2000; Mertins & Kohl 2009) In der Literatur findet sich bisher kein direkter Vergleich zwischen diesen beiden Ländern in der Arbeit mit Gebärden-unterstützter Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom (Rauh, 1999). Durch die standardisierten Fragebögen ist dieser Vergleich ermöglicht worden. Da Therapeuten aus beiden Ländern die gleichen Fragen beantworteten wurden nicht nur interessante Informationen zu der Gebärden-unterstützten Kommunikation gesammelt, auch war es somit möglich die einzelnen Unterfragen direkt miteinander zu vergleichen. Die Ergebnisse dieser Umfrage belegen, dass in Nordrhein-Westfalen deutlich

häufiger Gebärden mit anderen Therapieansätzen verbunden werden als in Kalifornien. Jedoch ist auch auffällig, dass die deutschen Therapeuten die Gebärden deutlich seltener in der Ausbildung gelehrt haben als ihre amerikanischen Kollegen. Für zukünftige Lehrpläne wäre diese Information eventuell von Interesse, gegebenenfalls wäre es sinnvoll den Unterricht entsprechend anzupassen. Hierzu wären jedoch Folgestudien, wie im vorherigen Unterkapitel bereits genannt, sinnvoll.

7.5 Fazit

Es konnte in Rahmen dieser Arbeit belegt werden, dass in Nordrhein-Westfalen deutlich häufiger Gebärden mit anderen Ansätzen kombiniert werden als in Kalifornien. Offen bleibt jedoch die Frage, ob dies ein Vorteil in der Therapie mit Kindern mit Down-Syndrom ist. Es konnte anhand des Fragebogens kein Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung in Jahren und dem Erlernen der Gebärden-unterstützten Kommunikation in der Ausbildung nachgewiesen werden. Ob dies jedoch an den verschiedenen Lehreinrichtungen liegt lässt sich jedoch durch diese kleine Stichprobe nicht sagen. Auch gibt es keinen bedeutenden Unterschied in beiden Ländern im Hinblick auf die Zeit, die in den Therapiestunden auf die Arbeit mit Gebärden verwendet wird.

In dieser Arbeit wurde gezeigt, dass die Arbeit mit Gebärden-unterstützter Kommunikation der Logopäden und Sprachtherapeuten in Nordrhein-Westfalen, bei Kindern mit Down-Syndrom im Alter von null bis sechs Jahren, sowohl qualitativ als auch quantitativ mit der ihrer amerikanischen Kollegen vergleichbar ist.

8 Literaturliste

- Adams, J., Gurney, K.. & Marshall, S. (2007). *Patterns of international collaboration for the UK and leading partners*. Lees: Evidence.
- Andrade, R.V. & Limongi, S.C.O. (2007). The emergence of expressive communication in the child with Down syndrome. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 4 (19), 387- 392.
- Bortz, J., Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4). Heidelberg: Springer.
- Braun, U. & Baunach, M. (2010). Unterstützte Kommunikation in der Sonderschule. In: E. Wilken (Eds.), *Unterstützte Kommunikation* (S. 105-118). Stuttgart: Kohlhammer.
- Clibbens, J. (2001). Signing and Lexical Development in Children with Down Syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 3 (7), 101-105.
- Crossley, R. (1994). *Facilitated Communication Training*. New York: Teachers College.
- Foreman, P.& Crews, G. (1998). Using Augmentative Communication with Infants and Young Children with Down Syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 1(5), 16-25.
- Hustad, C.K., Keppner, K., Schanz, A.& Berg, A. (2008). Augmentative and Alternative Communication for Preschool Children: Intervention goals and use of technology. *Semin Speech Lang*, 2 (29), 83-91.
- Kearny, C.A., McKnight, T.J. (1997). Preference, choice, and persons with disabilities: a synopsis of assessments, interventions, and future directions. *Clinical Psychology Review*, 2 (17), 217-238.
- Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P., Schlawin, S. (2010). *Der Fragebogen; Datenbasis, Konstruktion und Auswertung* (5). Wiesbaden: VS Verlag.
- Kristen, U. (2010). Vom Babytalk zum Talkerbrunch. In: E. Wilken (Eds.), *Unterstützte Kommunikation* (S. 69-94). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kubicek, H. (1976). *Heuristischer Bezugsrahmen und heuristisch angelegte Forschungsdesigns als Elemente einer Konstruktionsstrategie empirischer Forschung* (in vorliegendem Paper).

- Launonen, K. (1996) Enhancing Communication Skills of Children with Down Syndrome: Early Use of Manual Signs. In: S. von Tetzchner & M.J. Jensen (Eds.) *Augmentative and Alternative Communication: European Perspectives* (S. 213-231). London: Whurr.
- Malle, B. (2001). *Die Alzheimer Demenz – Das Parkinson Syndrom – Das Down Syndrom*.
- Marder, L. & Ní Cholmáin, C. (2006). Promoting language development for children with Down's syndrome. *Current Paediatrics*, 16, 495-500.
- Mertins, K., Kohl, H. (2009). *Benchmarking: Leitfaden für den Vergleich mit den Besten* (2). Düsseldorf: Symposium.
- Nonn, K., Päßler-van Rey, D., Engl-Kasper, E.-M. (2011). *unterstützte Kommunikation in der Logopädie*. Stuttgart: Thieme.
- Otto, K. & Wimmer, B. (2010). *Unterstützte Kommunikation*.(3). Wetzlar: Schulz-Kirchner.
- Porto-Cuha, E. & Limongi, S.C.O. (2008). Communicative profile used by children with Down-Syndrome. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 4 (20), 243-248.
- Pschyrembel, W. (2004) *Klinisches Wörterbuch* (260). Berlin: de Gruyter.
- Rauh, M. (1999). *Kognitives Entwicklungstempo und Verhalten bei Kindern mit Down-Syndrom*. [Online]. Available: <http://www.down-syndrom.net/bibliothek/rauh.html> [2011, 11. Mai].
- Sastry, N. (2000). The importance of international demographic research for the United States. *Population Research and Policy Review*. 19, 199-232.
- Schaner-Wolles, C. (2000). Sprachentwicklung bei geistiger Retardierung: Williams-Beuren-Syndrom und Down-Syndrom, In: H. Grimm, (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie*. (663-685). Göttingen: Hogrefe.
- Schnell, R., Hill, P.B., Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Forschung*. (6). München: Oldenbourg.
- Soto, G., Solomon-Rice, P. & Caputo, M. (2008). Enhancing the personal narrative skills of elementary school-aged students who use AAC. *Journal of Communication Disorders*. 42, 43-57.

Thompson, R.H., Cotnoir-Bichelman, N.M., McKerchar, P.M., Tate, T.L., Danch, K.A. (2007). Enhancing Early Communication Through Infant Sign Training. *Journal of applied behavior analysis*. 40, 15-23.

Vanvuchelen, M., Feys, H.& De Weerd, W. (2010). Is the good-imitator-poor talker profile syndrome-specific in Down syndrome? *Research in Developmental Disabilities*, 32, 148-157.

Wilken, E. (2008). *Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom* (10). Stuttgart: Kohlhammer.

Wilken, E. (2010). *unterstützte Kommunikation* (2). Stuttgart: Kohlhammer.

<http://www.bls.gov/oco/ocos099.htm> [2011, 10. Oktober].

http://www.down-syndrom.org/definition_down_syndrom.html [2011, 13. Mai].

<http://www.familienratgeber.de/adressen/merklste.php?oid=5486&mode=remove> [2011, 01. August].

<http://www.intakt.info/206-0-Artikel.html> [2011, 13. Mai].

9 Anhang

Anschreiben deutsch

Sehr geehrte...

Mein Name ist Christina Wolff, ich bin Logopädin und mache zur Zeit den Aufbaustudiengang an der Hogeschool Zuyd in Heerlen, NL.

Das Thema meiner Bachelorarbeit ist „Gebärden-unterstützte Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom, Vergleich in Deutschland und den USA“. Hierzu habe ich einen Fragebogen mit 20 Fragen erstellt. Ich bitte Sie hiermit mir bei der Datenerhebung zu helfen und den Fragebogen auszufüllen. Dafür benötigen Sie nur einige wenige Minuten. Unter allen Teilnehmern verlose ich einen 20 Euro Prolog-Gutschein.

Falls Sie Rückfragen haben oder an den Ergebnissen der Umfrage interessiert sind stehe ich Ihnen sehr gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Mit freundlichen Grüßen

Christina Wolff

Fragebogen deutsch

Umfrage zur Verwendung von Gebärden-unterstützter Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom

In meiner Bachelorarbeit im Aufbaustudiengang Logopädie in Heerlen (NL) beschäftige ich mich mit Gebärden-unterstützter Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom in Deutschland und den USA. Teil der Arbeit ist es, den aktuellen Stand hierzu in NRW zu erfassen. Um dies zu erreichen, habe ich diese Umfrage erstellt. Als Dankeschön verlose ich unter allen Teilnehmern einen 20 Euro Gutschein für Therapiematerial. Mehr Informationen hierzu erhalten Sie am Ende der Umfrage.

Danke, dass sie an meiner Umfrage teilnehmen. Mit Hilfe Ihrer Antworten kann ich ausreichend Daten für meine Bachelorarbeit sammeln. Falls Sie Interesse an den Ergebnissen haben, schicke ich Ihnen diese gerne Ende des Jahres zu. Bitte kontaktieren Sie mich dazu per E-mail (christinawolff@online.de):

Diese Umfrage enthält 20 Fragen.

Fragen zur Person

1 Arbeiten Sie in Nordrhein-Westfalen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

2 Geschlecht

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- weiblich
- männlich

3 Alter:

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

4 Wie lautet Ihre genaue Berufsbezeichnung/ Ihr Abschluss?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Logopäde
- Sprachtherapeut
- CCC/ speech pathologist
- Sonstiges:

5 Jahre Berufserfahrung als Logopäde/Sprachtherapeut:

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

6 Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie mit Kindern mit Down-Syndrom?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Fragen zum Arbeitsplatz

7 In welcher Einrichtung arbeiten Sie?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Praxis
- Klinik
- Kindergarten/Kindertagesstätte
- Sonstiges:

8 Wie viele Kinder mit Down-Syndrom im Alter von 0-6 Jahren haben Sie in den letzten 12 Monaten behandelt?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- keins
- 1-3
- 4-7
- 7-15
- mehr als 15

9 Wie viele Stunden wurden diese Kinder im Schnitt pro Woche logopädisch behandelt?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- eine Stunde oder weniger
- 2-3 Stunden
- 4 oder mehr Stunden

10 Über welchen Zeitraum (in Wochen) werden die Kinder durchschnittlich behandelt?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- weniger als 4 Wochen
- 4-10 Wochen
- 10 Wochen bis 6 Monate
- 6 Monate bis 1 Jahr
- länger als ein Jahr

11 Wo findet die Therapie statt?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ambulant
- stationär
- beim Kind zu Hause
- Sonstiges:

Gestützte Kommunikation

12 Nutzen Sie Techniken zur unterstützten Kommunikation in der Therapie mit Kindern mit Down-Syndrom? Wenn ja, welche?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- keine
- Kommunikationsbücher
- Bildtafeln
- Gebärden/Gesten
- elektronische Hilfsmittel
- Sonstiges:

13 Falls Sie Gebärden/Gesten verwenden, welche sind das?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- eigene
- GuK
- Makaton
- deutsche Gebärdensprache
- amerikanische Gebärdensprache
- Ich verwende keine Gebärden/Gesten
- Sonstiges:

14 Falls Sie GuK, Makaton, eine Gebärdensprache oder Sonstiges benutzen, wie verwenden Sie diese?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- modifiziert
- nach Vorgabe
- ich verwende nichts davon
- Sonstiges:

15 Wie viel Zeit in Prozent nimmt die Arbeit mit den Gebärden anteilig in einer Therapiestunde ein?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

16 Verbinden Sie Gebärden mit anderen Ansätzen/Hilfen in den Therapiestunden?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- nein, nur Gebärden
- mit Bildern
- mit Schriftsprache
- mit elektronischen Sprechhilfen
- ich verwende keine Gebärden
- Sonstiges:

17 Wer außer Ihnen ist noch in der Lage mit dem Kind die Gebärden zu verwenden?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Eltern
- Erzieher
- Geschwister
- Kinder im Kindergarten
- andere Therapeuten
- weiß ich nicht
- Sonstiges:

18 Wie sind Sie zu der unterstützten Kommunikation gekommen?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Teil der Ausbildung/ des Studiums
- selbst erarbeitet
- mit Hilfe von Programmen/ Manualen erarbeitet
- durch Fortbildungen
- von Kollegen
- Sonstiges:

19 Welche Vorteile hat für Sie die Arbeit mit Gebärden-unterstützter Kommunikation bei Kindern mit Down-Syndrom?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

20 Welche Umsetzung der Gebärden-unterstützten Kommunikation hat sich für Sie als hilfreich erwiesen?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Vielen Dank für die Teilnahme an meiner Umfrage.

Die Anonymität in dieser Umfrage verhindert, dass ich erfahre wer den Fragebogen ausgefüllt hat. Falls Sie an der Verlosung des 20 Euro-Gutscheins teilnehmen möchten, bitte ich Sie mir eine E-Mail an christinawolff@online.de zu schicken.

Viel Erfolg!

Anschreiben englisch

Dear....

My name is Christina Wolff, I am a German speech therapist, attending Hoogeschool Zuyd in Heerlen, Netherland.

The topic of my Bachelor thesis is „Sign aided communication for children with Down's syndrome - comparison between Germany and the USA“.

I have formulated a series of 20 questions for this purpose. I ask you to assist in the data collection by completing my questionnaire. It will only take you several minutes.

I will raffle a German chocolate gift basket to one of the lucky participants taking part in this survey.

Please contact me if you have any questions regarding the survey or if you are interested in the results.

I appreciate your help.

With best regards

Christina Wolff

Fragebogen englisch

German Bachelor thesis: "Sign aided communication with children having Down's syndrome - comparison between Germany and the USA"

For my bachelor thesis in a postgraduate course of speech therapy in Heerlen, Netherlands, I am working on behalf of AAC with children having Down's syndrome in the U.S. and Germany. Part of this work is the California current state-of-the-art methods for AAC with children. To achieve this compilation of data, I have selected these 20 questions for the survey. As a thank you I will raffle a gift package of fine German chocolates to one of the lucky participants taking part in this survey. More information is available at the end of the survey.

Thank you for participating in my survey. With your help I can collect sufficient data for my bachelor thesis. If you are interested in the results I will send them to you at the end of the year. Please contact me via e-mail (christinawolff@online.de):

There are 20 questions in this survey

Person

1 Are you working in the state of California?

Please choose only one of the following:

- Yes
- No

2 Sex

Please choose only one of the following:

- Female
- Male

3 Age

Please write your answer here:

4 What is your occupational title?

Please choose all that apply:

- speech therapist
- CCC speech therapist
- Other:

5 How many years of work experience do you have as a speech therapist?

Please write your answer here:

6 How many years of work experience do you have with children having Down's syndrome?

Please write your answer here:

Work environment and treatment

7 In what kind of establishment do you work?

Please choose all that apply:

- private praxis
- clinic
- Kindergarten/school
- Other:

8 How many children with Down's syndrome (ages from 0-6 years) have you worked with in the last 12 months?

Please choose only one of the following:

- none
- 1-3
- 4-7
- 7-15
- More than 15

9 How many hours a week, on average, have you treated those children in question 8?

Please choose only one of the following:

- One hour or less
- 2-3 hours
- 4 or more hours

10 How many weeks do you treat these children on average?

Please choose all that apply:

- less than 4 weeks
- 4-10 weeks
- 10 weeks to 6 months
- 6 months to 1 year
- longer than one year

11 Where does the treatment take place?

Please choose all that apply:

- outpatient
- in a clinic
- in the child's home
- Other:

AAC

12 Do you use augmentative and alternative communication with children with Down-Syndrome?

Please choose all that apply:

- No
- Communication books
- Picture boards
- Gestures
- Electronical/high tech devices
- Other:

13 If you use gestures or signs, what types do you use?

Please choose all that apply:

- My own
- Makaton
- American sign language
- I don't use gestures/signs
- Other:

14 If you use Makaton, American sign language or the likes, how do you use them?

Please choose all that apply:

- Modified
- By instruction
- I don't use either
- Other:

15 How much time, in percent during one session, do you use on gestures/signs?

Please write your answer here:

16 Do you use gestures/signs combined with other techniques/devices?

Please choose all that apply:

- No, just gestures/signs
- With pictures
- With technology based devices
- I don't use gestures/signs
- Other:

17 Who besides you has the ability to use those gestures/signs?

Please choose all that apply:

- Parents
- Teachers
- Siblings
- Children in kindergarten/school
- other therapists
- I don't know
- Other:

18 How did you learn about augmentative and alternative communication?

Please choose all that apply:

- college
- self-taught
- taught through manuals
- training after becoming a speech pathologist
- from colleagues
- Other:

19 In your opinion, what advantages has the use of gestures/signs with children having Down's syndrome?

Please write your answer here:

20 What implementation has proven to be helpful for you?

Please write your answer here:

Thank you for participating in my survey.

The anonymity of the survey prohibits that I know who has completed the questionnaire.

If you wish to attend the drawing for the chocolate gift package, please send an e-mail to christinawolff@online.de.

Good luck.

Submit your survey.

Thank you for completing this survey.