

**Sprachtherapeutische Förderung bei
Kindern mit Down-Syndrom (SF-KiDS):
Miteinander statt nebeneinander –
Ein systemisch-lösungsorientierter Ansatz**

Barbara Giel

Zentrum für Unterstützte Kommunikation Moers

1 Einleitung

Das im Folgenden dargestellte SF-KiDS-Konzept wurde vor zehn Jahren zur sprachlichen und kommunikativen Unterstützung von Kindern mit Down-Syndrom im Zentrum für Sprachtherapie Moers, später Zentrum für Unterstützte Kommunikation Moers entwickelt und formativ evaluiert. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die SF-KiDS-Konzeptbausteine und Prinzipien der Sprachtherapie sowie interdisziplinären Förderung ebenfalls bei allen Kindern und Jugendlichen mit kognitiven Einschränkungen anderer Genese anwendbar sind (vgl. Giel, 2006, 2008).

Der etwas ungewöhnliche Titel *Sprachtherapeutische Förderung*, der die Elemente *Therapie* und *Förderung* enthält, wurde bewusst gewählt, da Kinder mit kognitiven Einschränkungen von einem hochfrequenten Input und damit einer kontinuierlichen Wiederholung im Lernprozess profitieren. Dies ist jedoch durch eine ein- bis zweimal wöchentlich stattfindende Sprachtherapie nicht zu leisten und die Wiederholung im Alltag (häusliches Umfeld, Kita, Schule etc.) bietet eine hervorragende Möglichkeit der Förderung.

2 Konzeptentwicklung

Die Grundlagen für SF-KiDS wurden u. a. durch Diplomarbeiten an der Universität zu Köln im damaligen Seminar für Sprachbehindertpädagogik gelegt. In diesen Arbeiten wurde erforscht, wie bei

Kindern mit Down-Syndrom die verschiedenen linguistischen Sprachebenen standardisiert überprüft werden können (vgl. u. a. Kathol, 2004; Ketzinger, 2004; Müller, 2004).

Darüber hinaus wurden/werden die ständig wachsenden Forschungsstudien zu den besonderen Lernbedingungen, dem Spracherwerb und den spezifischen Förder- und Therapiemethoden in das Konzept eingearbeitet. Die hohe Anzahl an Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Down-Syndrom (im Jahr 2014 waren es 45), die im Zentrum für Sprachtherapie und Unterstützte Kommunikation in Moers Beratung und Therapie finden, ermöglichen ein fundiertes Erfahrungswissen und eine interne Evaluation verschiedener Therapiemethoden.

2.1 Konzeptbausteine

Das SF-KiDS-Konzept (Abb. 1) hat als Basis ein systemisch-lösungsorientiertes Grundverständnis. Die ICF-Orientierung, eine systematische Zielfokussierung, eine konsequente Fokussierung auf das System des Kindes/Jugendlichen sowie die Beachtung der aktuellen Forschungserkenntnisse (State of the Art) bilden die Konzeptbausteine, die im Folgenden dargestellt werden.

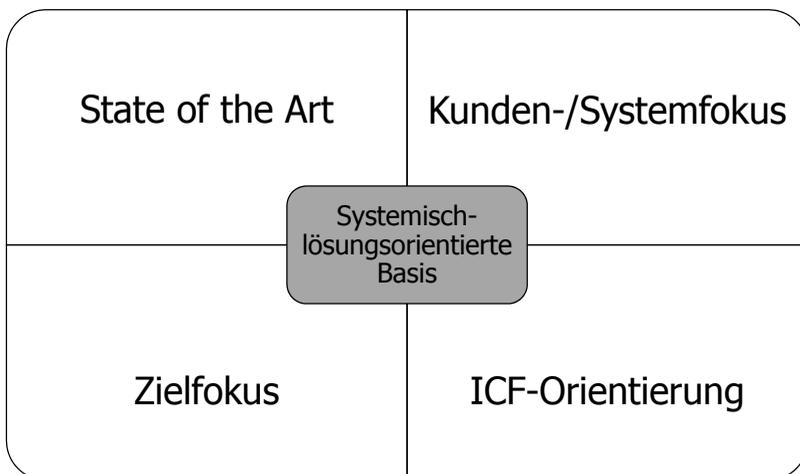


Abbildung 1. Konzeptbausteine SF-KiDS

2.1.1 Systemisch-lösungsorientierte Basis

Die theoretische Basis des SF-KiDS-Konzepts fußt auf den Grundannahmen der systemisch-lösungsorientierten Therapie und Beratung (vgl. von Schlippe und Schweitzer, 2013). Dazu zählen u. a. die Achtung der Wirklichkeitskonstruktionen aller an der Therapie beteiligten Personen, die Vergrößerung der Möglichkeiten mit der Idee, Wahlfreiheiten zu schaffen, die Ressourcenfokussierung mit der Annahme der sogenannten Autopoesis sowie eine konsequente Lösungsfokussierung.

Entscheidend ist die Arbeit nicht nur mit dem Kind, sondern mit dem relevanten Bezugssystem des Kindes. Dazu zählen selbstverständlich die Eltern/Betreuungspersonen, aber auch die Personen, die für das Kind primäre Kommunikationspartner im Alltag sind wie beispielweise ErzieherInnen, LehrerInnen, TherapeutInnen und SchulbegleiterInnen. Die SF-KiDS sieht zwingend notwendig die Zusammenarbeit mit Kita, Schule, Elternhaus und später Arbeits- und Wohnstelle vor. Ein Sprachtherapiekonzept, bei dem die Kinder ausschließlich einmal wöchentlich zur Sprachtherapie kommen, steht diesem Konzept konträr entgegen.

2.1.2 Kunden- und Systemfokus

Die Begriffe der Kunden- und Systemorientierung basieren auf der Annahme, dass jeder Kunde und jedes System seine eigene Wahrnehmung und Konstruktion der Wirklichkeit hat. Diese sogenannten Wirklichkeitskonstruktionen können durchaus von der des Sprachtherapeuten abweichen. Die Fachfrau Mutter hat nicht selten eine andere Sichtweise auf das Kind als die Fachfrau Sprachtherapeutin oder die Fachfrau Erzieherin/Lehrerin. Ein konstruktives Miteinander kann nur gelingen, wenn diesen unterschiedlichen Sichtweisen mit Respekt und Achtung begegnet wird und nicht voreilig Wertungen vorgenommen werden. Im SF-KiDS-Programm ist deshalb die erste systemisch-lösungsorientierte Technik die sogenannte „Auftragsklärung“, bei der in der ersten Begegnung geklärt wird, wer aus dem System was von der Sprachtherapie erwartet. Eine weitere obligatorische Methode bei der SF-KiDS sind die „Runden Tische“ oder auch „interdisziplinären Zusammenkünfte“, bei denen gemeinsam mit Eltern und Fachkräften die Sprach- und Kommunikationsziele für das Kind festgelegt werden (vgl. Giel 2013, 2014a).

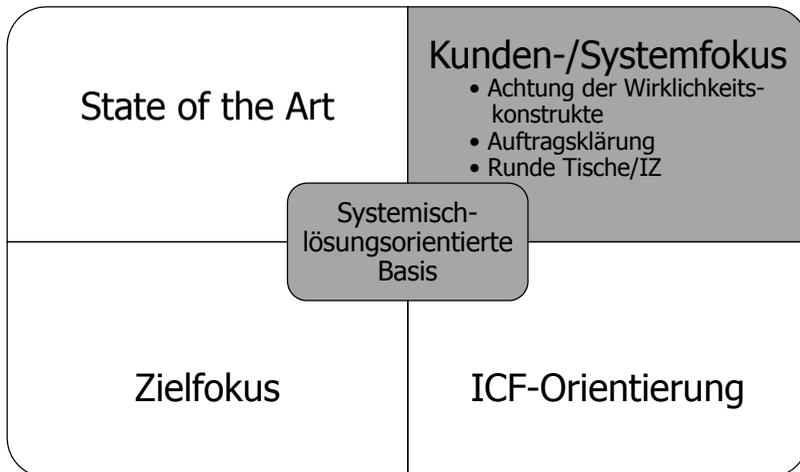


Abbildung 2. SF-KiDS-Konzeptbaustein „Kunden- und Systemfokus“

2.1.3 ICF-Orientierung

Das systemische Modell der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ der Weltgesundheitsorganisation ist im Gesundheits- und Bildungssystem stark vertreten und es stellt einen wichtigen Baustein in der theoretischen und praktischen Fundierung des SF-KiDS-Konzeptes dar.

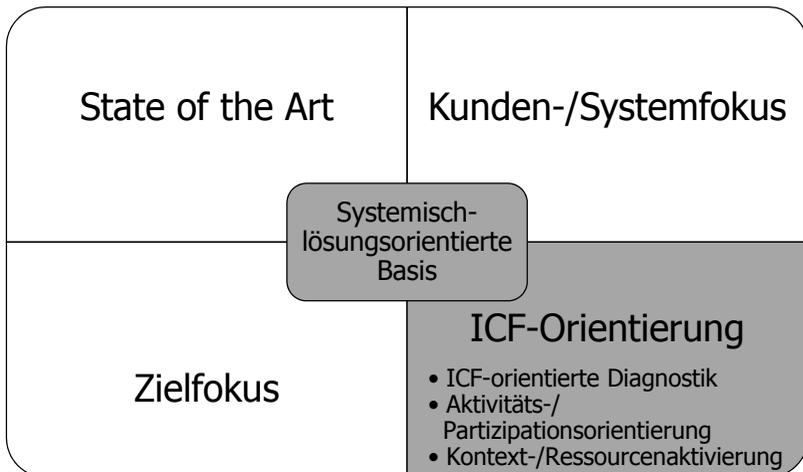


Abbildung 3. SF-KiDS-Konzeptbaustein „ICF-Orientierung“

Die Umsetzung der ICF im Kontext von Inklusion und bei Menschen mit eingeschränkter Lautsprache ist praxisnah in zahlreichen Publikationen beschrieben und dort nachzulesen (u. a. Friede & Gröne, 2014; Giel, 2014a, 2014c; Nonn & Päßler-van Rey, 2014).

Aus dem Modell der ICF ist als übergeordnetes Ziel die erfolgreiche Teilhabe für Menschen mit Sprach- und Kommunikationsstörungen in unserer Gesellschaft ableitbar. Für Kinder und Jugendliche mit Down-Syndrom bedeutet dies die aktive Teilhabe u. a. in Kita, Schule und Elternhaus. Auch wenn eine Funktionsorientierung in der Sprachtherapie sinnvoll erscheint, in der beispielsweise Gebärden angebahnt, Satzstrukturen aufgebaut und/oder das Lexikon erweitert wird, so steht in der ICF die Aktivitäts- und Partizipationskomponente

im Vordergrund. Die Umsetzung dieses Anspruchs ist jedoch nur unter Beteiligung möglichst vieler Menschen aus dem Umfeld des Kindes/Jugendlichen möglich. Nur durch regelmäßigen Austausch mit Vertretern aus dem Lebensumfeld des Kindes und Vertretern aus dem fachlichen Unterstützungssystem (Therapeuten, Erzieher, Lehrer etc.) wird es möglich sein, Veränderungen im Alltag zu erreichen (vgl. Abb. 4).

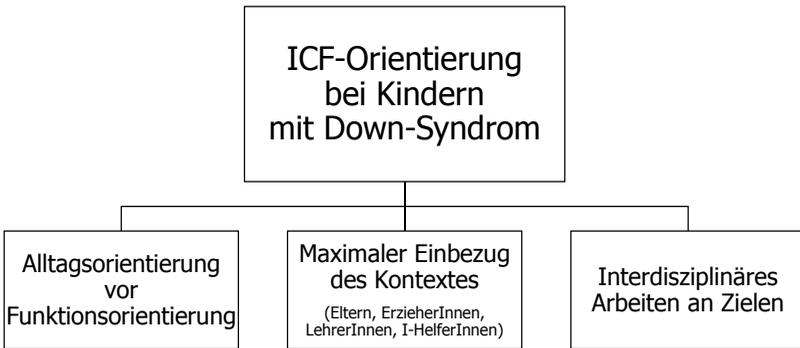


Abbildung 4. ICF-Orientierung bei Kindern mit Down-Syndrom

2.1.4 Zielfokus

Ziele werden selbstverständlich immer im Rahmen von jeder Sprachtherapie formuliert, damit strukturiert und evidenzbasiert gearbeitet werden kann. Sie sind die Voraussetzung für Evaluationen und der sprachtherapeutische Erfolg kann am besten an Zielvereinbarungen gemessen werden.

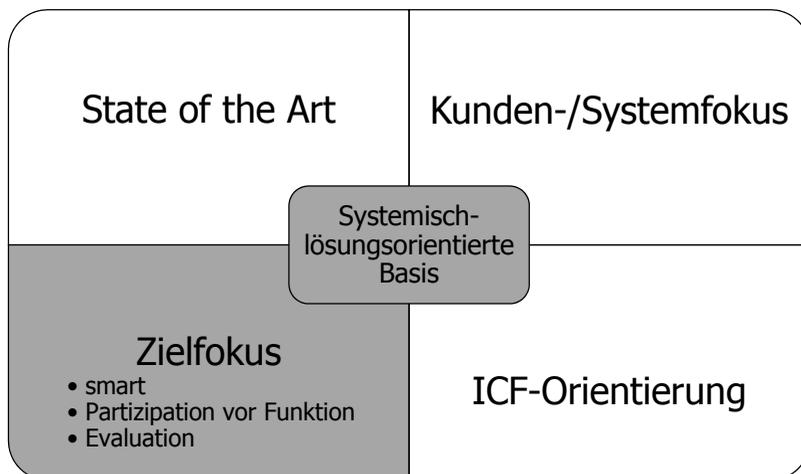


Abbildung 5. SF-KIDS-Konzeptbaustein „Zielfokus“

Im Kontext von Kindern mit kognitiven Einschränkungen und/oder Mehrfachhandicaps war in der Vergangenheit jedoch häufig eine unspezifische und zurückhaltende Vorgehensweise bezogen auf die Formulierung konkreter Ziele beobachtbar. Es hat sich jedoch gezeigt, dass Kinder mit Down-Syndrom durch eine klar umgrenzte und hochfrequente Wiederholung zu beachtlichen Lernleistungen fähig sind. Fördern heißt auch gezielt fordern. Dies setzt jedoch das Wissen über die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse bezogen auf Lernbesonderheiten und die daraus abgeleiteten Methoden bei Down-Syndrom voraus. Im SF-KiDS-Programm wird darauf Wert gelegt, dass die Zielformulierungen im Kontext von Kommunikation und Sprache den Ansprüchen der ICF-Orientierung und dem „smart-Prinzip“ entsprechen. Häufige „Fallen“ bei der Zielformulierung sind beispielsweise eine zu allgemeine, nicht terminierte oder zu unspezifische Formulierung. Auch die Abschätzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Zielerreichung ist ein wesentlicher Aspekt bei der Zielformulierung. Einer ICF-orientierten Vorgehensweise folgend müssen alle Perspektiven auf das Kind (Therapeuten, Lehrer, Erzie-

her, Eltern etc.) berücksichtigt werden, um dann gemeinsame – bestenfalls nach dem „smart-Prinzip“ spezifische, messbare, aktionsorientierte, realistische und terminierte – Ziele für das Kind zu formulieren. Diese sollten sich wie oben bereits beschrieben sowohl auf die Funktionsebene als auch auf die Aktivitäts-/Partizipationsebene beziehen.

Tabelle 1

Beispiele für Zielformulierungen bei zwei Kindern mit Down-Syndrom

Aktivitäts-/Partizipationsziel	Funktionsziel
Luis soll innerhalb der nächsten vier Monate beim Frühstück (vormittags in der Kita) und beim Abendessen (zu Hause) vom Tisch jeweils 1/3 feste Nahrung (z. B. eine halbe Scheibe Brot, ein Stück Obst etc.) essen.	Verbesserung von Tonus und Sensorik im orofazialen Komplex durch orofaziale Stimulation der Mundmuskulatur (intraoral, extraoral). Anbahnung des Kauens fester Nahrung in der Therapie.
Elisa soll innerhalb des nächsten Jahres – also vor Schuleintritt – alle Grapheme kennen und im Alltag erkennen können.	Mittels Ganzwortlesemethode (Frühes Lesen) erlernt Elisa alle Grapheme. Sie kann diese in verschiedenen Kontexten (Sprachtherapie, Kita, Elternhaus) und mit Hilfe verschiedener Präsentationen/Medien (Karten, PC, Spiele, iPad, ABC-Buch) lesen.

Weitere Beispiele für smarte Zielformulierungen im Kontext von Sprachtherapie sind u. a. bei Grötzbach (2004) und Giel (2014b) zu finden.

2.1.5 Konzeptbaustein „State of the Art“

In jeder Therapie ist es von Bedeutung, nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu arbeiten.

Im Gegensatz zu anderen genetischen Syndromen sind der Spracherwerb und die Spracherwerbsförderung von Kindern mit Down-Syndrom in den letzten 20 Jahren national und international

immer wieder Gegenstand von wissenschaftlichen Studien. So ist der Gebärdeneinsatz oder die Methode des Frühen Lesens bei Kindern mit Down-Syndrom ein zurzeit durch mehrere Studien belegter evidenter Ansatz zur Sprachförderung. Dagegen ist der isolierte Einsatz von myofunktionellen Übungen zur Unterstützung der Lautsprachentwicklung umstritten (vgl. u. a. Aktas, 2012; Burgoyne et al., 2012; Launonen, 1996; Sarimski, 2013; Wagner & Sarimski, 2012).

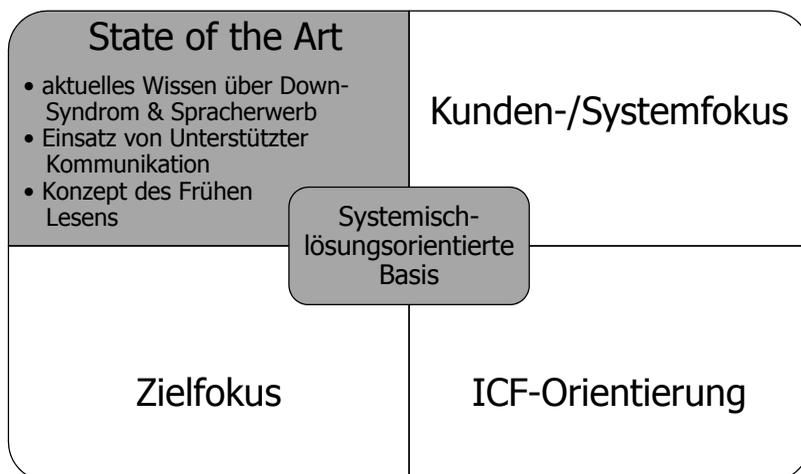


Abbildung 6. SF-KiDS-Konzeptbaustein „State of the art“

3 Struktur SF-KiDS

In dem Konzept der „Sprachtherapeutischen Förderung von Kindern mit Down Syndrom“ gibt es eine klare Ablaufstruktur (Abb. 7). Diese wird im Folgenden in Auszügen vorgestellt.

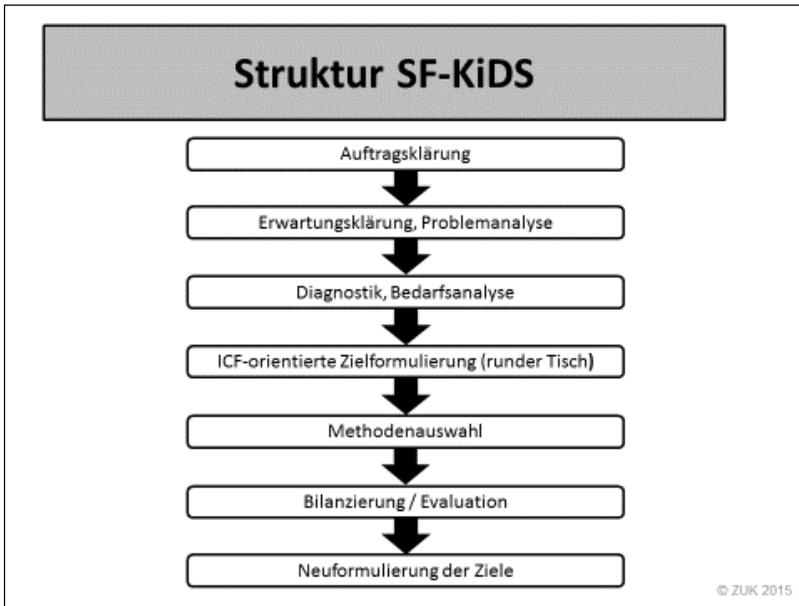


Abbildung 7. Struktur SF-KiDS

3.1 Auftragsklärung

Die Struktur des Therapiekonzeptes sieht vor, dass am Anfang einer jeden Therapie der Auftrag geklärt wird. Die Motivation (Eigen- und/oder Fremdmotivation) und die Erwartungen (Eigen- und/oder Fremderwartung), die mit der Sprachtherapie verbunden werden, sind zu klären. Bevor mit der Anamnese und Diagnostik begonnen wird, ist zu erfragen, wie der Erstkontakt zustande gekommen ist (vgl. Abb. 7). Damit wird schnell deutlich, wer die an der Sprachtherapie interessierte Person ist und welche Erwartungen/Aufträge an den/die TherapeutIn gestellt werden. Durch lösungsorientierte Fragetechniken wird in der Auftragsklärung schnell deutlich, wer welche Erwartungen (Verbesserung der Nahrungsaufnahme, Mundschluss, Verständlichkeitsverbesserung, Sprechen lernen...) an die Therapie hat.

Unrealistische Aufträge, wie beispielsweise der schnelle und garantierte Erwerb der Lautsprache oder der kompetente Mundschluss bei einem Kind mit einem deutlichen frontoffenen Biss, können an realistische Ziele angepasst werden. Auch unmögliche Aufträge für den jeweiligen Therapeuten, wie beispielsweise die Anwendung einer Therapiemethode, die man selber nicht erlernt hat oder auch inhaltlich nicht vertritt, können angesprochen werden. Liegen unterschiedliche Aufträge, beispielsweise von der Kita und dem Elternhaus vor, so sind diese ebenfalls anzusprechen und es ist nach Lösungen zu suchen. Durch die zu dokumentierende Auftragsklärung wird vom Erstkontakt an Transparenz und Nachvollziehbarkeit für alle am Therapieprozess beteiligten Personen hergestellt (vgl. Giel, 2005; von Schlippe & Schweitzer, 2013).

3.2 Problemanalyse

Bei der Problemanalyse wird erfragt, wie die Kommunikationspartner die Kommunikation mit dem Kind oder Jugendlichen erleben und wo sie, bezogen auf die ICF-Komponenten „Aktivität/Partizipation“ Entwicklungs- und Veränderungsbedarf sehen. Die Frage nach Erklärungsversuchen rundet das Bild der Sichtweise der Eltern- oder ErzieherInnen/LehrerInnen ab und gibt dem Therapeuten Hinweise auf die Bedeutsamkeit und Bewertung im individuellen, familiären und sozialen Kontext des Kindes. Es bietet sich an, die Auftragsklärung und die Problemanalyse in das Anamnesegespräch zu integrieren.

3.3 Diagnostik

Die Diagnostik bei Kindern mit Down-Syndrom muss auf allen drei Modellkomponenten der ICF stattfinden. Sowohl eine Funktions- als auch eine Aktivitäts-/Partizipationsorientierung ist dabei unumgänglich.

Maren Aktas (2015, dieser Band) erläutert, wie Diagnostik bei Kindern mit Down-Syndrom mit Hilfe von ELFRA und SETK gelingen

kann. Außerdem haben Liehs und Marks (2014) aufgezeigt, wie darüber hinaus mit gängigen Diagnostikverfahren aus der Sprachtherapie/Logopädie bei Kindern mit Handicaps eine umfassende Befunderhebung realisierbar ist.

3.4 ICF-orientierte Zielformulierung, Runde Tische, Bilanzierung und Neuformulierung der Ziele

Die Bedeutung der Zielformulierung wurde weiter oben bereits dargestellt. Nun stellt sich die Frage, wer zu welchem Zeitpunkt diese Ziele formuliert.

Im Zentrum für Sprachtherapie und Unterstützte Kommunikation in Moers wurde das Konzept der „Runden Tische“ zum systematischen interdisziplinären Austausch entwickelt. Das Konzept sieht zwei Mal im Jahr einen interdisziplinären Austausch mit den Eltern vor, bei dem sich alle Fachpersonen (ErzieherInnen, LehrerInnen, TherapeutInnen, SchulbegleiterInnen etc.), die das Kind/den Jugendlichen fördern und therapieren, an einem moderierten Runden Tisch über die Entwicklungsziele des nächsten halben Jahres austauschen. Dabei werden die o. g. ICF-orientierten und nach dem smart-Prinzip formulierten Ziele gemeinsam – in Abhängigkeit von den zur Verfügung stehenden Ressourcen – entwickelt und in einem Protokoll festgehalten. Die detaillierte Beschreibung des Konzeptes der Runden Tische ist an anderer Stelle nachzulesen (Giel, 2013, 2014a). Jeweils zu Beginn des nächsten Runden Tisches oder im Elterngespräch werden die vereinbarten Ziele evaluiert. Wiederum mit systemisch-lösungsorientierten Methoden (Skalierungsfragen, Ausnahmefragen, Ressourcenfragen etc.) wird gemeinsam eine konstruktive Bilanzierung der Therapie vorgenommen. Es werden hilfreiche, unterstützende, aber auch entwicklungshemmende Faktoren angesprochen. Am Ende werden auf der Basis dieser Evaluation neue Ziele formuliert bzw. die vorherigen erweitert.

Es wird aber auch Wert darauf gelegt, zu akzeptieren, wenn bestimmte Inhalte oder Methoden zum aktuellen Zeitpunkt vom Kind

oder/und von seinem Umfeld nicht positiv aufgenommen werden und Erfolge nur mäßig zu beobachten sind. Das jahrelange Üben an einer Zielstruktur ohne großen Erfolg sollte hinterfragt werden und anstatt dessen überlegt werden, was für das jeweilige Kind realistischere, also erfolgversprechendere Ziele sein können.

3.5 Methodenwahl

In der Sprachtherapie gibt es bei vielen Fragestellungen verschiedene Wege, die zum Ziel führen. Die Aufgabe von SprachtherapeutInnen ist es, dem System des Kindes, also den Eltern und der Kita oder der Schule, verschiedene Therapiemethoden anzubieten, damit diese die Methode auswählen können, die von allen Beteiligten überzeugt mitgetragen und durchgeführt werden kann. Die Therapie von Kindern mit Down-Syndrom oder geistiger Behinderung ist anspruchsvoll. Neben den klassischen Therapiemethoden zur Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen ist zwingend die Kenntnis über Methoden aus der Unterstützten Kommunikation (Gebärden, Symbole etc.), Ansätze zum Frühen Lesen und bestenfalls auch Ansätze zur Strukturierung von Alltagssituationen und Umgebungen (TEACCH) erforderlich.

Über das Methodenwissen hinaus muss das Umfeld die jeweilige Methode auch akzeptieren und bestenfalls in den Alltag integrieren. Deshalb ist hier eine gewisse Wahlfreiheit von großer Bedeutung. Auch wenn beispielsweise der Einsatz von Gebärden bei Kindern mit Down-Syndrom heute *State of the Art* ist, so nützt dieses Wissen wenig, wenn das Umfeld Gebärden gegenüber ablehnend eingestellt ist.

Deshalb wird in SF-KIDS angestrebt, immer da, wo es möglich erscheint, den Eltern und dem Umfeld mehrere Therapiemethoden anzubieten und diese hinsichtlich Pro und Contra gemeinsam zu diskutieren.

4 Abschließende Bemerkungen

Der in Auszügen in diesem Beitrag vorgestellte Therapieansatz enthält zahlreiche universelle Therapieelemente, die in jeder Therapie Beachtung finden sollten. Der Aspekt der interdisziplinären Zusammenarbeit ist leider häufig aufgrund bildungs- und gesundheitspolitischer Bedingungen nur mit großem Aufwand zu realisieren. Da Kinder mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen jedoch unzählige Wiederholungen benötigen, damit Lern- und Entwicklungsprozesse in Gang gesetzt werden, ist das gemeinsame Arbeiten an Zielstrukturen für die Sprach- und Kommunikationsentwicklung unumgänglich. An dieser Stelle sollen deshalb alle Kolleginnen und Kollegen ermutigt werden, den Weg der Runden Tische oder interdisziplinären Zusammenkünfte zu gehen, um gemeinsame Ziele für das Kind zu verfolgen.

5 Literatur

- Aktas, M. (2012). *Entwicklungsorientierte Sprachdiagnostik und -förderung bei Kindern mit geistiger Behinderung – Theorie und Praxis*. München: Elsevier.
- Aktas, M. (2015). Entwicklungsorientierte Sprachdiagnostik bei Kindern mit geistiger Behinderung. In A. Adelt, C. Otto, T. Fritzsche & C. Magister (Hrsg.), *Spektrum Patholinguistik, Band 8 (dieser Band)*. Potsdam: Universitätsverlag.
- Burgoyne, K., Duff, F., Clarke, P., Smith, G., Buckley, S., Snowling M. & Hulme, C. (2012). Efficacy of a reading and language intervention for children with Down syndrome: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1044–1053.
- Friede, S. & Gröne, B. (2014). ICF-CY bei Kindern und Jugendlichen mit Aphasie. In C. Iven, H. Grötzbach & J. Hollenweger Haskell (Hrsg.), *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie* (103–116). Idstein: Schulz-Kirchner.

- Giel, B. (Hrsg.). (2005). *Dokumentationsbögen Sprachtherapie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Giel, B. (2006). Kinder mit Down-Syndrom auf dem Weg zur Sprache. In R. Bahr & C. Iven (Hrsg.), *Sprache, Emotion, Bewusstheit. Beiträge zur Sprachtherapie in Schule, Praxis und Klinik* (178–183). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Giel, B. (2008). Sprachtherapie bei Kindern mit Down-Syndrom. In C. Leyendecker (Hrsg.), *Gemeinsam Handeln statt Behandeln* (169–178). München: Reinhardt.
- Giel, B. (2013). Runde Tische im Kontext von Kita und Schule ziel- und lösungsorientiert moderieren. In A. Hallbauer, T. Hallbauer & M. Hüning-Meier (Hrsg.), *UK kreativ! Wege in der Unterstützten Kommunikation* (497–509). Karlsruhe: von Loeper.
- Giel, B. (2014a). Interdisziplinäre Zusammenkünfte – Grundlage einer teilhabeorientierten UK. In *Handbuch der Unterstützten Kommunikation*. Karlsruhe: von Loeper.
- Giel, B. (2014b). ICF in der ambulanten Dysarthrietherapie. In C. Iven, H. Grötzbach & J. Hollenweger Haskell (Hrsg.), *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie* (203–218). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Giel, B. (2014c). Unterstützte Kommunikation und Sprachtherapie/Logopädie – zwei komplementäre Systeme! *Logos*, 22, 201–207.
- Grötzbach, H. (2004). Zielsetzung in der Apahasietherapie. *Forum Logopädie*, 18(5), 12–16.
- Kathol, N. (2004). *Kommunikative Kompetenz bei Vorschulkindern mit Down-Syndrom – Möglichkeiten der Erfassung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität zu Köln, Seminar für Sprachbehindertenpädagogik.

- Ketzinger, K. (2004). *Diagnostische Möglichkeiten zur Erfassung orofazialer Dysfunktionen bei Kindern mit Down-Syndrom*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität zu Köln, Seminar für Sprachbehindertenpädagogik.
- Launonen, K. (1996). Enhancing communication skills of children with down syndrome: Early use of manual signs. In S. Tetzchner & M. Jensen (Hrsg.), *Augmentative and Alternative Communication* (213–231). London: Whurr.
- Liehs, A. & Marks, D.-K. (2014). (Sprach-) Spezifische Diagnostik bei UK-Nutzern – Gewusst wie?! *Logos*, 22, 208–215.
- Müller, A. (2004). *Zur Erfassung der morphologisch-syntaktischen und semantisch-lexikalischen Sprachentwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität zu Köln, Seminar für Sprachbehindertenpädagogik.
- Nonn, K. & Päßler-van Rey, D. (2014). ICF in der Unterstützten Kommunikation. In C. Iven, H. Grötzbach & J. Hollenweger Haskell (Hrsg.), *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie* (275–286). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Sarimski, K. (2013). Entwicklung des produktiven Wortschatzes von Kindern mit Down-Syndrom: Erste Ergebnisse aus der Heidelberger Down-Syndrom-Studie. *Logos*, 21, 248–254.
- Wagner, S. & Sarimski, K. (2012). Früher Gebärden- und Spracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom. *Die Sprachheilarbeit*, 57, 184–191.
- Von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2013). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck.

Kontakt

Barbara Giel

info@zentrum-fuer-uk.de