



Stottern. Ein Leitfaden für die kinder- und jugendärztliche Praxis

bvKJ. Service
GmbH

bvKJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e. V.

„Das Menschlichste, was wir
haben, ist doch die Sprache, und
wir haben sie, um zu sprechen.“

Theodor Fontane

Impressum

**Stottern. Ein Leitfaden für die kinder-
und jugendärztliche Praxis**

ISBN 978-3-9816001-5-5

1. Auflage Juli 2016

Herausgeber:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
BVKJ Service GmbH
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
www.bvkj.de
www.bvkj-service-gmbh.de

Koordination:

Christel Schierbaum
Geschäftsführerin des BVKJ e. V.

Autoren:

Claudia Walther
Völkstraße 30, 86150 Augsburg
info@claudiawalther-seminare.de

Robert Richter
Logopädische Praxis Richter
Fachpraxis Stottern, Poltern, Mutismus
Mozartstraße 10, 04107 Leipzig
robert.richter@logopaedie-richter.de

**Kinder- und jugendärztliche Begleitung
des Leitfadens:**

Dr. Klaus Rodens, BVKJ
Dr. Ulrich Fegeler, BVKJ

Gestaltung:

FAI GmbH
Agrippinawerft 22, 50678 Köln
info@fai-healthcare.de

Druck:

Broermann Druck und Medien GmbH
Urbacher Straße 3
53842 Troisdorf-Spich
www.broermann-druck.de

Bildnachweis:

Titelbild: Shutterstock / Petr Bonek,
S. 4: Dr. med. Thomas Fischbach / BVKJ,
Prof. Dr. med. Martin Sommer / BVSS
S. 5: Dietlinde Schrey-Dern / dbl

Vorwort	4
Informationen zum Leitfaden	5
Informationen über Stottern	6
Praktische Vorschläge für Beratung und Therapieentscheidung	8
Kriterien einer systematischen Stottertherapie	10
Nachsorge und Selbsthilfe	14
Quellen	15

Vorwort



Dr. med. Thomas Fischbach
Präsident
Berufsverband der Kinder-
und Jugendärzte e. V.

Liebe Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte,

was haben folgende Berühmtheiten gemeinsam: Rowan Atkinson (Mr. Bean), Charles Darwin, Marilyn Monroe, Isaac Newton?

Antwort: Sie zählen zu dem einen Prozent der Menschheit, das an chronischem Stottern leidet.

Das, was nüchtern als Sprechunflüssigkeit beschrieben wird, hat für die betroffenen Kinder und Jugendlichen oft weitreichende und sehr belastende Konsequenzen über das eigentliche Sprechproblem hinaus, die in einer Stigmatisierung weit in den Aufbau sozialer Kontakte, in die schulische und berufliche Ausbildung hinein und direkt ins Selbstbewusstsein wirken.

Kinder und Jugendliche mit einer Redeflussstörung schlagen mit ihren Eltern in unseren Praxen auf, um Hilfe zu bekommen. In unserer Aus- und Weiterbildung haben die Kinder- und Jugendärzte aber eher wenig mit dem Thema Stottern zu tun gehabt.

In Zusammenarbeit mit kompetenten Stottertherapeuten aus dem dbl und der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe (BVSS) gibt der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte einen Leitfaden für die Praxen heraus, in dem aktuelles kompaktes Hintergrundwissen zur Verfügung gestellt und rationale Handlungsoptionen für einen bewussten und vernünftigen Umgang mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen, speziell auch bei der Verordnung von Logopädie, geschaffen werden. Von Seiten des BVKJ haben sich Klaus Rodens und Ulrich Fegeler in die Entwicklung des Leitfadens eingebracht.

In der Erwartung eines hilfreichen Einsatzes in Ihrer täglichen Praxisarbeit grüßt Sie für den BVKJ

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Thomas Fischbach
– Präsident –



Prof. Dr. med. Martin Sommer
Vorsitzender
Bundesvereinigung Stottern
& Selbsthilfe e. V.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

Stottern gehört im Bereich der Sprech- und Sprachstörungen wohl auch heute noch zu den Störungsbildern, die Kinder und Erwachsene in hohem Maße irritieren. Eltern sind verunsichert, sie fragen nach möglichen Ursachen, möchten wissen, welche Prognose es gibt, und suchen nach Behandlungsmöglichkeiten.

Seit es Aufzeichnungen über Stottern gibt, finden sich Hinweise über sehr unterschiedliche Behandlungsformen. Oft folgen diese einer einfachen Betrachtung des Stotters und orientieren sich an Beobachtungen, wie sich Stottern in flüssiges Sprechen verändern lässt.

„Sprich langsam“ oder „Hol erst mal tief Luft“ sind auch heute noch typische Reaktionen auf Stottern. Verlangsamtes Sprechen, Sprechen in einem anderen Rhythmus u. Ä. führen zwar kurzfristig zu einem Verflüssigungseffekt bei fast allen Stotternen. Leider lassen sich diese Effekte jedoch kaum in die Spontansprache überführen. Zudem unterliegt Stottern auch in der heutigen Zeit einem hohen Maß an Stigmatisierung. Wenn flüssiges Sprechen gestört ist, führt dies beim Sprecher und Zuhörer gleichermaßen zu Verunsicherung.



Dietlinde Schrey-Dern
Präsidentin
Deutscher Bundesverband
für Logopädie e. V.

Glücklicherweise verfügen wir heute sowohl über ein tieferes Verständnis der Ursachen und typischen Entwicklungsverläufe des kindlichen Stotterns als auch über eine Reihe von nachweisbar effektiven Behandlungsformen, die einer Chronifizierung des Stotterns entgegenwirken.

Mit der vorliegenden Broschüre verbinden wir die Hoffnung, Sie in Ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen um mit neuen, erweiterten oder aufgefrischten Erkenntnissen dem kindlichen Stottern zu begegnen und die Möglichkeit und Erfordernis frühzeitiger Diagnostik und Intervention besser einschätzen zu können. Gleichzeitig halten Sie mit dieser Veröffentlichung das Ergebnis einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Berufsverbänden in der Hand. Diese Zusammenarbeit ist auf allen Ebenen möglich. Gerne unterstützen wir Sie auch vor Ort!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Martin Sommer (BVSS)
Dietlinde Schrey-Dern (dbl)

Informationen zum Leitfaden

Der vorliegende Leitfaden für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte gliedert sich in fünf Abschnitte.

In **Abschnitt 1** finden Sie Informationen über das Stottern, die für eine ärztliche Erstberatung der Eltern relevant sind. **Abschnitt 2** enthält praktische Vorschläge, wie Sie nach Feststellung von Stottersymptomen durch Sie, die Eltern oder Dritte vorgehen können.

Wenn Sie eine Therapie für das Kind verordnen, finden Sie im **Abschnitt 3** Informationen zu Kriterien einer systematischen Stottertherapie bei Kindern. Eine therapeutische Nachsorge bei Stottern ist elementarer Bestandteil einer nachhaltigen Stottertherapie. Im **Abschnitt 4** finden Sie dazu Hinweise. Für eine weitere inhaltliche Vertiefung zum Thema Stottern finden Sie im **Abschnitt 5** Quellen und weiterführende Literatur.

Ziel des Leitfadens ist es, eine der Komplexität des Störungsbildes Stottern angemessene und ökonomische therapeutische Versorgung zu gewährleisten.

2 Praktische Vorschläge für Beratung und Therapieentscheidung

Das frühe Erkennen von Stottern, fundierte Beratung und die richtige Therapieentscheidung fördern effektives Handeln. Folgende Checkliste hilft bei der Orientierung.

2.1 ALLGEMEINE HINWEISE

Chronisch überdauerndes Stottern kann (unter ungünstigen Rahmenbedingungen) einen nachhaltig negativen Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen haben. Allerdings benötigt nicht jedes Kind, welches Stottersymptome zeigt, eine Therapie. In der klinischen Praxis stellt sich somit die Frage: Wann und wie sollte gehandelt werden? Verschiedene Untersuchungen belegen den Erfolg von frühen Interventionen: Kann ein Kind nah am Stotterbeginn unterstützt und können die Eltern beraten werden, steigt die Wahrscheinlichkeit für eine Spontanremission⁶. Frühe Interventionen sind daher sehr effektiv und fordern oft nur kurze Behandlungszeiten. Vor diesem Hintergrund ist es vertretbar, dass evtl. Kinder einer Intervention zugeführt werden, die auch ohne diese remittieren würden. Die Chance, dadurch eine spätere, oft länger andauernde Behandlung zu vermeiden, ist vergleichsweise hoch.

Nutzen Sie bitte die nebenstehende Checkliste zur evidenzbasierten Abwägung der Entscheidung, ab wann gehandelt werden sollte.

2.2 BEOBACHTUNG UND DIAGNOSTIK

Zur Abklärung, ob Stottern vorliegt oder es sich um normale Unflüssigkeiten handelt, ist eine repräsentative Sprechprobe des Kindes nötig. Dafür sollten Sie eine möglichst natürliche Sprechsituation schaffen, wie sie bspw. im Gespräch mit dem Kind entsteht. Werden lediglich Einzelwörter abgefragt oder Benennaufgaben genutzt, tritt unter Umständen kein Stottern auf. Die Sprechprobe sollte ungefähr 300 Silben umfassen. Ggf. können Sie auch Audioaufnahmen, die von den Eltern zu Hause angefertigt wurden, nutzen.

Klären Sie nun das Vorliegen stottertypischer Unflüssigkeiten in Abgrenzung von normalen Unflüssigkeiten ab. Dazu gibt Tabelle 1 Ihnen einen Überblick.

Im nächsten Schritt sollte die Häufigkeit der Unflüssigkeiten ermittelt werden. Weisen mehr als 3% der gesprochenen Silben Stottersymptome auf, ist dies neben der Qualität der Symptome ein Kriterium, um Stottern zu diagnostizieren. Allerdings kann die Anzahl der gestotterten Silben deutlich geringer ausfallen, wenn ein Kind bspw. bestimmte Wörter vermeidet oder sehr wenig spricht. Daher sollten die Eltern/der Jugendliche immer befragt werden, ob das Sprechen in der Untersuchungssituation dem Alltag entspricht. Bei Schulkindern/Jugendlichen spielt die schulische Situation eine große Rolle, wenn es um die Einschätzung des Stotterns und der damit verbundenen Einschränkungen geht. Die Belastung durch Stottern kann hier sehr hoch sein (bspw. bei mündlichen Leistungsüberprüfungen). Im Gespräch mit dem Schüler ist zu berücksichtigen, dass bestehende Probleme aufgrund von Schamgefühlen oft tabuisiert oder bagatellisiert werden.

Wurden sowohl quantitative als auch die beschriebenen qualitativen Aspekte erfasst, kann die Diagnose „Stottern“ unabhängig vom Alter des Kindes und dem Zeitpunkt seit Stotterbeginn gestellt werden⁷.

Liegt Stottern vor, sollten Sie die Prädiktoren für eine evtl. Chronifizierung mit Hilfe nachfolgender Checkliste (Tabelle 2) prüfen. Entsprechend einem Vorliegen von Fall A oder B werden Ihnen Vorschläge für das weitere Vorgehen angeboten.

Sind die Eltern besorgt, zeigen sich jedoch keine Symptome in der Untersuchung?

Die Symptomatik des Stotterns schwankt situativ sehr stark. Sollten in der kinder- und jugendärztlichen Sprechstunde keine Stottersymptome auftreten, muss das Urteil der Eltern herangezogen werden. Die Einschätzung der Eltern bzgl. des Stotterns weist eine hohe Reliabilität auf.

Werten Sie anhand der Checkliste die Beobachtungsergebnisse folgendermaßen aus:

Fall A. Liegt keiner der mit einem Warnzeichen versehenen Aspekte vor, ist eine Wiedervorstellung im Intervall von ungefähr 12 Wochen beim Kinder- und Jugendarzt ausreichend, um die Veränderung der Symptomatik zu beurteilen⁸. Gehen Sie bitte nun entsprechend Abschnitt 2.3 Beratung vor.



Fall B. Liegen ein oder mehrere der mit einem Warnzeichen markierten Aspekte vor, sollte eine Erstverordnung ausgestellt und zur weiteren spezifischen Beobachtung, sowie weiterführenden logopädischen Diagnostik und Therapie an eine(n) spezialisierte(n) Stottertherapeutin(en) (*) verwiesen werden. Weitere Hinweise finden Sie unter Abschnitt 2.4 Erweiterte logopädische Diagnostik.

2.3 BERATUNG

Im Fall A (siehe 2.2) erfolgt durch den Kinder- und Jugendarzt eine Beratung bzgl. hilfreicher Verhaltensweisen der Eltern in der Kommunikation mit dem stotternden Kind. Ziel dieser Beratung ist es, bei den Eltern beginnende irrationale negative Erwartungen bzgl. des Stotterns zu relativieren und abzumildern. In die Kurzberatung der pädiatrischen Sprechstunde können folgende Aspekte einfließen:

- Beginnendes Stottern bei sehr jungen Kindern unterliegt einer Remissionsrate von ca. 75%.
- Für überdauerndes Stottern stehen heute eine Reihe sehr wirksamer und theoretisch begründeter Stottertherapien zur Verfügung, die von spezialisierten Stottertherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt werden (siehe 3).
- Eltern sollten dem Kind aktiv zuhören („ich hab verstanden, dass ...“) und auf das Stottern des Kindes nicht negativ reagieren (Bsp.: „Denk erstmal nach.“, „Hol erstmal Luft.“, „Bleib doch ganz ruhig.“).
- Eltern sollten mit dem Wissen um die gute Prognose beginnenden Stotterns eine emotionale Gelassenheit gegenüber dem Stottern entwickeln.
- Eltern können sich weiterführend über Stottern bei der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e. V. (Beratungstelefon) informieren.⁹

2.4 ERWEITERTE LOGOPÄDISCHE BEFUND-ERHEBUNG UND THERAPIEENTSCHEIDUNG

Im Fall B (siehe 2.2) erfolgt eine Verordnung an eine(n) Stottertherapeutin(en).

Eine Erstverordnung (Indikation RE1) kann bei diagnostischer Unsicherheit 2–5 Sitzungen umfassen. Im Rahmen der Erstverordnung erfolgt zunächst ein Erstgespräch und eine ausführliche logopädische Diagnostik. Zudem werden eine Beratung der Eltern und erste therapeutische Interventionen durchgeführt.

Bei sicherer Diagnosestellung erfolgt eine Therapieverordnung bis 10 Sitzungen je 45/60 min. Ein Therapeutenbericht unterrichtet Sie über die spezifischen logopädischen Ergebnisse und gibt hinsichtlich der weiteren Behandlung Empfehlungen.

Tab. 2: Prädiktoren für die Chronifizierung von Stottern in Bezug zur Therapieindikation in Anlehnung an Yairi & Seery, 2011; S. 270

Checkliste Prädiktoren für die Chronifizierung von vorliegendem Stottern bei Kindern

Aspekte:

Reaktionen des Kindes und der Eltern: Bestehen bei Kind oder Eltern Anzeichen für Besorgnis oder Leidensdruck bzgl. des Stotterns oder soziales/kommunikatives Rückzugsverhalten beim Kind?



Familiäre Vorbelastung: Gibt es Familienangehörige, die ein persistierendes Stottern zeigen?

Hinweis: Falls ja, besteht eine 65%ige Wahrscheinlichkeit, dass das Kind ebenfalls persistierendes Stottern entwickelt, hier ist ein rascher Therapiebeginn indiziert!



Geschlecht: Ist das Kind ein Junge?

Hinweis: Jungen zeigen geringere Remissionsraten als Mädchen; geringere Chance auf Remission bei einem Mädchen, dessen Symptomatik sich innerhalb eines Jahres nicht verbessert hat.

Entwicklung der Stottersymptomatik innerhalb des ersten Jahres nach Stotterbeginn: Nimmt die Symptomatik in Frequenz, Länge, und/oder Tempo zu?

Hinweis: Tendenz zur Chronifizierung bei Zunahme der Frequenz der Symptome, der Anzahl der wiederholten Silben und des Tempos der Symptome.



Dauer des Stotterns seit Erstauftreten: Dauert das Stottern bereits seit einem Jahr oder länger an?

Hinweis: Je länger Stottern andauert, umso größer ist das Risiko für eine Chronifizierung; Remissionschance am größten 6–12 Monate nach Stotterbeginn.



Form der Stotterreaktionen: Zeigt das Kind beim Sprechen Auffälligkeiten, wie auffällige Atemreaktionen, Anstrengungsverhalten, verändertes Sprechen (leise, flüsternd, langsam) und besteht das bereits länger als ein Jahr?



Alter des Kindes zu Stotterbeginn: Ist das Kind zum Zeitpunkt des Erstauftretens des Stotterns bereits 3 Jahre oder älter?

Hinweis: Höhere Remissionschance, wenn das Stottern vor dem 3. Geburtstag auftritt.

Zeigt das Kind überdurchschnittliche sprachliche Fähigkeiten?

Hinweis: Können Risiko für Chronifizierung anzeigen.

Zeigt das Kind eingeschränkte phonologische Fähigkeiten?

Hinweis: Einschränkungen können Risiko für Chronifizierung anzeigen.

3 Kriterien einer systematischen Stottertherapie

Gerade in der Kindertherapie sollte unbedingt kritisch zwischen theoretisch begründeten Therapiekonzepten und unspezifischen logopädischen Therapien (z. B. Sprechübungen, Leseübungen, Atemübungen) unterschieden werden. Unter Berücksichtigung der biopsychosozialen Grundlage des Stotterns erfolgt die Stottertherapie bei Kindern i. d. R. gemeinsam mit den Eltern. Bei Jugendlichen werden die Eltern durch therapiebegleitende Gespräche in den Therapieprozess einbezogen.

3.1 HAUPTRICHTUNGEN DER THERAPIE

Man unterscheidet zwischen zwei Therapierichtungen: Fluency-Shaping-Therapien und Stottermodifikation. Daneben existieren methodenkombinierte Ansätze, die Elemente aus beiden Richtungen verbinden.

Während Fluency-Shaping-Ansätze auf eine grundlegende Veränderung des Sprechens abzielen (Sprechtechnik), liegt der Schwerpunkt der Modifikationsansätze auf der unmittelbaren Bearbeitung von Stottersymptomen unter Beibehaltung der natürlichen Sprechweise.

Desweiteren existieren eine Reihe von unspezifischen Therapieangeboten (Atemtherapie, Hypnose, u. v. a. m.), bei denen die oft gegebenen Heilungsversprechen allgemein angezweifelt werden müssen.

3.2 THERAPIE BEI KINDERN

3.2.1 Ziele, Rahmenbedingungen und Inhalte in der Therapie mit Kindern

Eine fundierte Stottertherapie im Kindesalter zeichnet sich dadurch aus, dass die Eltern umfassend zum Umgang mit dem Stottern beraten und in die Behandlung direkt einbezogen werden. Ziel und Chance einer frühen Behandlung ist es, eine Remission des Stotterns zu unterstützen.

Trotz hoher Remissionswahrscheinlichkeit ist heute noch keine genaue diesbezügliche Vorhersage für das einzelne Kind möglich. Wenn ein Kind ein überdauerndes Stottern entwickelt, kann mit Hilfe einer seriösen Therapie die Ausprägung der Symptomatik erheblich verringert werden. Das Kind und die Eltern erlernen einen selbstbewussten Umgang mit dem (Rest-)Stottern. Kann das Kind die in der Therapie erlernten Sprech- bzw. Modifikationstechniken einsetzen, ist eine weitestgehend uneingeschränkte Partizipation in allen Lebensbereichen möglich¹⁰.

Realistische Ziele und Inhalte einer Therapie im Kindesalter sind:

- Ausführliche Elternberatung
- Anleitung der Eltern zur Unterstützung des Kindes im häuslichen Alltag (bspw. Modell für Modifikationstechniken)
- Abbau der Begleitsymptomatik, z. B. Anstrengungsverhalten
- Erlernen von Sprech- bzw. Modifikationstechniken
- Erhalt/Ausbau von Sprechfreude
- Erarbeitung eines kindgerechten Umgangs mit dem Stottern, um Tabuisierung und Vermeidung abzubauen bzw. vorzubeugen

Die Behandlung stotternder Kinder kann als ambulante Einzeltherapie ein- bis mehrmals wöchentlich unter Einbeziehung der Eltern und des sozialen Umfeldes stattfinden. Ungefähr ab dem Grundschulalter profitieren betroffene Kinder von Gruppen- sowie Intensivtherapien, die womöglich in Ergänzung zur Einzelbehandlung stattfinden.

3.2.2 Therapiekonzepte für Kinder

Im Folgenden werden exemplarisch Therapiekonzepte für Kinder beschrieben.

Lidcombe-Therapie

Das Lidcombe-Verfahren ist ein Therapieansatz zur Behandlung stotternder Kinder im Vorschulalter. Die Wirksamkeit des Verfahrens ist für Kinder bis zum Alter von ca. 7 Jahren belegt¹¹.

Die Eltern werden bei diesem Therapieansatz nach dem Co-Therapeutenmodell unmittelbar in die Therapie einbezogen. Sie werden dabei ange-



sowie motorische Begleitreaktionen und Vermeidungsverhalten abgebaut werden. Erst in der dritten Phase der Therapie, der Modifikation, werden Techniken zur Blocklösung erarbeitet und trainiert. Das Van-Riper-Konzept gilt als lokaler Therapieansatz, da die unmittelbare Veränderung des auftretenden Stotterns erlernt wird. Sind Therapieteilnehmer zu diesen modifikatorischen Eingriffen in der Lage, verringert sich die Stärke und Häufigkeit der auftretenden Stotterersymptome nachhaltig.

Die Therapie läuft über eine längere Phase der Stabilisierung mit abnehmender Therapiefrequenz aus. In allen Phasen der Therapie haben sogenannte In-vivo-Übungen und der Alltagstransfer im sozialen Umfeld einen hohen Stellenwert. Das Therapieergebnis misst sich einerseits an einer Verringerung des Stotterersymptomatik, aber auch explizit an der verbesserten Lebensqualität und Teilhabe im Alltag.¹²

Therapiekonzepte nach dem Fluency-Shaping-Prinzip

Fluency-Shaping-Therapieansätze verfolgen das Ziel, durch das Erlernen einer Sprechtechnik, die in phonetischen und prosodischen Merkmalen vom normalen Sprechen abweicht, auftretendes Stottern zu minimieren. Je nach Ausrichtung des Therapiekonzeptes werden u. a. Techniken wie weicher Stimmeinsatz, gebundenes Sprechen, Taktsprechen, Verlangsamung des Sprechens, Atemtechniken oder Kombinationen aus diesen Techniken erlernt. Das Erlernen der neuen Sprechweise selbst ist i. d. R. in wenigen Therapieeinheiten möglich. Gerade für Kinder und Jugendliche ist jedoch die hohe Konzentration und Aufmerksamkeit zur Aufrechterhaltung der Sprechweise eine Herausforderung, weshalb sprechtechnische Therapien i. d. R. erst für ältere Kinder (ab dem Grundschulalter) und Jugendliche infrage kommen. Wie in anderen Therapien auch, ist eine längere Transferphase der Sprechtechnik in alle relevanten Alltagsbereiche unumgänglich. Dies ist auch verbunden mit einer Desensibilisierung gegenüber der mitunter auffälligen Sprechweise, die gerade in der Peer group als irritierend empfunden wird. Die grundlegende Ausrichtung der Fluency-Shaping-Therapie auf flüssiges/stotterfreies Sprechen birgt das Risiko, dass unflüssiges Sprechen von Eltern und Kindern als Fehler im eigenen Handeln empfunden wird. Dem muss in der Therapie vorgebeugt werden und es müssen Möglichkeiten zur Nachsorge bestehen.

3.4 HINWEISE ZUM THERAPIEVERLAUF

Innerhalb eines Zeitraumes von ungefähr 6 Monaten sollte sich – unabhängig von der Art der durchgeführten Therapie – eine Veränderung der Symptomatik zeigen. Dies betrifft sowohl die beobachtbare als auch die verdeckte Symptomatik, wie z. B. den Abbau von Vermeidungsverhalten oder sprechbezogenen Ängsten¹³.

Der Therapeut muss nach Ablauf jeder Therapieserie das konzeptionelle Vorgehen und die erreichten Therapieergebnisse, sowie die künftigen Therapieziele in Form eines Behandlungsberichtes darstellen.

Aufgrund der Komplexität des Störungsbildes Stottern sind längere Behandlungsverläufe unter Umständen erforderlich. Trotzdem besteht die Notwendigkeit der Vermeidung von unspezifischen „Endlotherapien“. Nach Ablauf der ersten Verordnung sollte die Möglichkeit eines persönlichen Gesprächs zwischen Therapeut und Kinder- und Jugendarzt eingeräumt werden. In diesem Gespräch sollten Therapiemotivation, die konzeptionelle Vorgehensweise in der Stottertherapie und die nächsten konkreten Behandlungsschritte besprochen werden. Analog sollte bei Überschreitung des Regelfalls vorgegangen werden. Es kann ggf. auch im Sinne des Therapiefortschrittes in begründeten Fällen sinnvoll sein, behandlungsfreie Intervalle mit eigenständiger Weiterführung der Therapieaufgaben zu vereinbaren.

Da die Symptomatik des Stotterns stark schwankt und ein Wiederauftreten von Phasen mit verstärkter Symptomatik bspw. bei neuen Entwicklungsabschnitten (Schuleintritt und -wechsel, Prüfungen, etc.) möglich ist, sollte in jedem Fall eine Nachsorge mit sorgfältiger Diagnostik ermöglicht werden (siehe Abschnitt 4).

3.5 SINNVOLLE THERAPIEDAUER

Die Behandlung des Stotterns beruht auf Verhaltens- und Einstellungsveränderungen beim Kind/Jugendlichen und ggf. auch den Eltern. Therapieerfolge zeigen sich nicht immer sofort in einer Abnahme der Stotterhäufigkeit in der Alltagssprache. Die Anspannung beim Sprechen kann sich verringern, die begleitenden Bewegungen (Begleitsymptomatik) können verschwinden oder die Einstellung zum Stottern kann sich ändern. Solche Veränderungen sollten nach spätestens einem halben Jahr Therapie bzw. 20–30 Behandlungseinheiten deutlich werden.¹³

Äußern Eltern oder Jugendliche im Gespräch mit dem Kinder- und Jugendarzt Bedenken wegen zu geringer Therapiefortschritte, sollte seitens des Arztes das Gespräch mit dem Therapeuten zur konzeptionellen Vorgehensweise initiiert werden. Im Regelfall wird allerdings der Behandlungsbericht auf individuelle Besonderheiten im Therapieverlauf hinweisen.

4 Nachsorge und Selbsthilfe

Konzeptionell fundierte Stottertherapien bieten Nachsorge- und Auffrischungsmöglichkeiten an. Die Nachsorge nach einer Stottertherapie ist ein elementarer Bestandteil der Therapie. Vor allem aufgrund der klinischen Erfahrung, dass Stottern oft mit Schwankungen und Rückfällen verbunden ist, sollten solche Maßnahmen unbedingt ermöglicht werden. Zudem ist die heute in Deutschland im Bereich Stottern sehr professionell etablierte Selbsthilfe ein wichtiger Bestandteil der Nachsorge.

Obwohl Eltern und Kinder bzw. Jugendliche am Ende einer Therapie i. d. R. über Sicherheit bzgl. der Maßnahmen zur eigenverantwortlichen Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses verfügen sollten, sind nach verordnungsfreien Intervallen Kurzzeitinterventionen zu erwägen. Diese dienen der Absicherung des Therapieerfolges und der Kontrolle der phasenweisen Schwankungen des Stotterns bzw. der Restsymptomatik. Für eine Nachsorge nach erfolgreicher Therapie können Verordnungen von mindestens 5 Therapieeinheiten ausreichend sein.

Bestandteil der Nachsorgemaßnahmen ist auch, dass wichtige neue Entwicklungsabschnitte des Kindes/Jugendlichen therapeutisch begleitet werden. Schuleintritt, Wechsel der Schulklasse, Wechsel in das Kurssystem der Abiturstufe sind Beispiele für typische Auslöser, die ein erneut verstärkt auftretendes Stottern bedingen können. Stottertherapeuten werden, sofern erforderlich, individuelle Lösungsstrategien mit dem Kind/Jugendlichen erarbeiten.

STOTTERN UND SELBSTHILFE

Therapiebegleitend und besonders wichtig in der Phase der Nachsorge sind Selbsthilfegruppen für Jugendliche, die von der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (BVSS) in Form von FLOW-Gruppen in einigen Städten organisiert werden. In diesen Gruppen haben die Teilnehmer die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen zum Thema Stottern auszutauschen und beim Alltagstransfer der Therapieinhalte zu unterstützen. Stottertherapeuten werden auf solche Angebote verweisen und zu einer Teilnahme raten.

Zudem bietet die Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. Wochenendseminare für Eltern stotternder Kinder an.

STOTTERN UND SCHULE

Grundsätzlich ist für stotternde Kinder und Jugendliche eine Regelbeschulung möglich und sinnvoll. In besonders begründeten Fällen kann es sinnvoll sein, dass die Kinder eine Sprachheilschule besuchen. Für stotternde Schüler besteht die Möglichkeit, einen so genannten Nachteilsausgleich zu beantragen.¹⁵ Dies erfolgt auf der Grundlage des Behindertengleichstellungsgesetzes und des Schwerbehindertenrechts, worin Stottern als eine Behinderung eingestuft wird. Entsprechend den Regelungen des Grundgesetzes Art. 3, Abs. 3 ist die Benachteiligung von Menschen mit Behinderung verboten. Mit dem Nachteilsausgleich soll den Schülern die Möglichkeit gegeben werden, geforderte Leistungen in einer für sie möglichen Form zu erbringen. Dafür können mit der Schule Vereinbarungen bzgl. mündlicher Mitarbeit, Halten von Referaten und Ablegen mündlicher Prüfungen getroffen werden. Hinweise und Materialien sind u. a. bei der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. erhältlich.

Ziel der ärztlichen, therapeutischen und pädagogischen Bemühungen sollte es immer sein, dass stotternde Schüler im Zuge von Inklusion eine normale Teilhabe an allen sozialen Interaktionen im Alltag erreichen.

Stottertherapeuten werden betroffene Schüler beim Transfer von Therapieaufgaben im schulischen Umfeld begleiten und gemeinsam mit den Lehrern und ggf. Kinder- und Jugendärzten die erforderlichen Regelungen zum Nachteilsausgleich mitgestalten.



Beobachtungsbogen als Kopiervorlage

Untersuchender _____

Datum _____

Name, Vorname _____

geboren _____

Alter _____

Sprechprobe (Datum) _____

Umfang (Silben) _____

Normale Unflüssigkeiten	Stottern
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wiederholung ganzer Wörter, z. B.: Ich ich ich will den Ball haben. <input type="checkbox"/> Wiederholung von Satzteilen, z. B.: Wo ist ... wo ist ... wo ist mein Auto? <input type="checkbox"/> Gefüllte Pausen, z. B.: Ich, äh, geh raus. <input type="checkbox"/> Ungefüllte Pausen, z. B.: Im Zoo war ... ein Tiger. <input type="checkbox"/> Satzabbrüche und -korrekturen, z. B.: Und ich hab dann auch – und wir haben den Löwen gesehen. <input type="checkbox"/> Floskeln, Einschübe, z. B.: Ich spiel gern mit – du weißt schon – mit der großen Lok. <input type="checkbox"/> Funktionelle Dehnungen, z. B.: Sooooo groß war die Giraffe. 	<p>KERNSYMPTOME</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wiederholung von Lauten und Silben, z. B.: l-l-l-Igel, Ti-Ti-Ti-Tiger <input type="checkbox"/> Wiederholung ganzer Wörter, (häufig angestrengt und unrhythmisch) <input type="checkbox"/> Dehnung von Lauten, z. B.: Ffffffffenster <input type="checkbox"/> Blockierung vor oder in einem Wort, z. B.: -----Affe, Luft-----ballon <p>BEGLEITSYMPTOME</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anspannung/Anstrengung beim Sprechen, z. B. Mitbewegungen von Arm und Kopf oder Grimassieren <input type="checkbox"/> Negative Gefühle dem Sprechen gegenüber, z. B. Angst, Scham, wenig Sprechfreude <input type="checkbox"/> Vermeiderverhalten, z. B. Vermeiden gefürchteter Wörter oder Situationen <input type="checkbox"/> Veränderung der Sprechweise, z. B. Flüstern, Singsang

Checkliste Prädiktoren für die Chronifizierung von vorliegendem Stottern bei Kindern

Aspekte:

Reaktionen des Kindes und der Eltern: Bestehen bei Kind oder Eltern Anzeichen für Besorgnis oder Leidensdruck bzgl. des Stotterns oder soziales/kommunikatives Rückzugsverhalten beim Kind?



Familiäre Vorbelastung: Gibt es Familienangehörige, die ein persistierendes Stottern zeigen?

Hinweis: Falls ja, besteht eine 65%ige Wahrscheinlichkeit, dass das Kind ebenfalls persistierendes Stottern entwickelt, hier ist ein rascher Therapiebeginn indiziert!



Geschlecht: Ist das Kind ein Junge?

Hinweis: Jungen zeigen geringere Remissionsraten als Mädchen; geringere Chance auf Remission bei einem Mädchen, dessen Symptomatik sich innerhalb eines Jahres nicht verbessert hat.

Entwicklung der Stottersymptomatik innerhalb des ersten Jahres nach Stotterbeginn:

Nimmt die Symptomatik in Frequenz, Länge, und/oder Tempo zu?

Hinweis: Tendenz zur Chronifizierung bei Zunahme der Frequenz der Symptome, der Anzahl der wiederholten Silben und des Tempos der Symptome.



Dauer des Stotterns seit Erstauftreten: Dauert das Stottern bereits seit einem Jahr oder länger an?

Hinweis: Je länger Stottern andauert, umso größer ist das Risiko für eine Chronifizierung; Remissionschance am größten 6–12 Monate nach Stotterbeginn.



Form der Stotterreaktionen: Zeigt das Kind beim Sprechen Auffälligkeiten, wie auffällige Atemreaktionen, Anstrengungsverhalten, verändertes Sprechen (leise, flüsternd, langsam) und besteht das bereits länger als ein Jahr?



Alter des Kindes zu Stotterbeginn: Ist das Kind zum Zeitpunkt des Erstauftretens des Stotterns bereits 3 Jahre oder älter?

Hinweis: Höhere Remissionschance, wenn das Stottern vor dem 3. Geburtstag auftritt.

Zeigt das Kind überdurchschnittliche sprachliche Fähigkeiten?

Hinweis: Können Risiko für Chronifizierung anzeigen.

Zeigt das Kind eingeschränkte phonologische Fähigkeiten?

Hinweis: Einschränkungen können Risiko für Chronifizierung anzeigen.

ERGEBNIS UND ENTSCHEIDUNG FÜR WEITERES VORGEHEN:

- Fall A:** Liegt **keiner der mit einem Warnzeichen** versehenen Aspekte vor, ist eine Wiedervorstellung im Intervall von 12 Wochen beim Kinder- und Jugendarzt ausreichend, um die Veränderung der Symptomatik zu beurteilen⁶, gehen Sie bitte nun entsprechend Abschnitt 2.3 Beratung vor.
- Fall B:** Liegen **ein oder mehrere der mit einem Warnzeichen** markierten Aspekte vor, sollte eine Erstverordnung ausgestellt und zur weiteren spezifischen Beobachtung sowie weiterführenden logopädischen Diagnostik und Therapie an eine(n) spezialisierte(n) Stottertherapeutin(en)* verwiesen werden. Weitere Hinweise finden Sie unter Abschnitt 2.4 Erweiterte logopädische Diagnostik.

bvkJ.