



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.

1 Informationen über Stottern

Das Phänomen Stottern begleitet die Menschen seit jeher in allen Kulturen und Beschreibungen darüber finden sich schon in sehr frühen Aufzeichnungen. Zugleich verbanden sich in der Vergangenheit eine Vielzahl von heute widerlegten Vorstellungen mit diesem Störungsbild, sowohl im Hinblick auf die Ursachen, als auch auf Verhaltensweisen im Umgang mit stotternden Menschen und mögliche Therapien.

1.1 WAS IST STOTTERN?

Stottern ist eine Störung des Redeflusses, deren Symptomatik sich auf verschiedenen Ebenen zeigt:

Als Kernsymptome des Stotterns werden Wiederholungen von Lauten und Silben, Dehnungen von Lauten und Blockierungen vor oder in einem Wort bezeichnet¹.

Aus dem Versuch heraus, diese sprechmotorischen Kernsymptome zu überwinden oder ihnen vorzubeugen, entstehen oftmals Begleitsymptome. Diese zeigen sich z. B. in Form von Anstrengungsverhalten, Mitbewegungen, Atemreaktionen, aber auch psychischen Reaktionen wie Angst, Scham und Vermeidung bestimmter Wörter oder Sprechsituationen. Solche Reaktionen können bereits bei jungen stotternden Kindern beobachtet werden.

Auch das Sprechen nicht stotternder Kinder (und Erwachsener) weist Unflüssigkeiten auf. Diese lassen sich jedoch sowohl quantitativ als auch qualitativ von Stottern abgrenzen. Man unterscheidet daher zwischen normalen Unflüssigkeiten und symptomatischen Unflüssigkeiten, wie sie beim Stottern auftreten (s. Tabelle 1).

„Entwicklungsstottern“

Der Begriff Entwicklungsstottern ist veraltet. Kinder zeigen entweder normale, entwicklungstypische Unflüssigkeiten in der frühen Sprachentwicklung oder Stottersymptome, die sich qualitativ und quantitativ abgrenzen lassen.

„Stottern bei Aufregung“

Viele Eltern äußern im Erstgespräch: „Mein Kind stottert nur, wenn es aufgeregt ist.“ Emotional herausfordernde Situationen oder Stress können sowohl Stottern als auch normale Unflüssigkeiten verstärken. Es ist allerdings ein verbreitetes Vorurteil, dass Stottern entstehe, weil das Kind aufgeregt ist. Stottern wirkt aus verschiedenen Gründen auf den Sprecher und auf Zuhörer stressauslösend und assoziiert damit oft „Aufregung“. Eine Differenzierung, ob Stottern vorliegt oder es sich um ein „Mehr“ an normalen Unflüssigkeiten handelt, können Sie anhand der neben stehenden Tabelle 1 treffen. Eine weitere differenzierte Abklärung erfolgt im Rahmen der erweiterten logopädischen Befunderhebung.



Tab. 1: Abgrenzung normale Unflüssigkeiten und Stottern

| Normale Unflüssigkeiten | Stottern |
|--|--|
| Wiederholung ganzer Wörter , z. B.: Ich ich ich will den Ball haben. | Kernsymptome |
| Wiederholung von Satzteilen , z. B.: Wo ist ... wo ist ... wo ist mein Auto? | Wiederholung von Lauten und Silben , z. B.: I-I-I-Igel, Ti-Ti-Ti-Tiger |
| Gefüllte Pausen , z. B.: Ich, äh, geh raus. | Wiederholung ganzer Wörter , (häufig angestrengt und unrhythmisch) |
| Ungefüllte Pausen , z. B.: Im Zoo war ... ein Tiger. | Dehnung von Lauten , z. B.: Ffffffffenster |
| Satzabbrüche und -korrekturen , z. B.: Und ich hab dann auch – und wir haben den Löwen gesehen. | Blockierung vor oder in einem Wort , z. B.: -----Affe, Luft-----ballon |
| Floskeln, Einschübe , z. B.: Ich spiel gern mit – du weißt schon – mit der großen Lok. | Begleitsymptome |
| Funktionelle Dehnungen , z. B.: Sooooo groß war die Giraffe. | Anspannung/Anstrengung beim Sprechen , z. B. Mitbewegungen von Arm und Kopf oder Grimassieren |
| | Negative Gefühle dem Sprechen gegenüber , z. B. Angst, Scham, wenig Sprechfreude |
| | Vermeideverhalten , z. B. Vermeiden gefürchteter Wörter oder Situationen |
| | Veränderung der Sprechweise , z. B. Flüstern, Singsang |

1.2 WANN UND BEI WEM TRITT STOTTERN AUF?

Ungefähr 5% aller Kinder stottern, wenn auch manchmal nur über einen kurzen Zeitraum hinweg. Das durchschnittliche Alter bei Stotterbeginn beträgt 2,8 Jahre. Typischerweise tritt Stottern zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr auf.

Es sind mehr Jungen als Mädchen von Stottern betroffen. Das Verhältnis liegt anfangs bei 1,3:1,0. Da bei Mädchen eine höhere Remissionswahrscheinlichkeit besteht, stottern im Erwachsenenalter ungefähr vier- bis fünfmal mehr Männer als Frauen.

Etwa 75% der betroffenen Kinder überwinden ihr Stottern wieder, bei ca. einem Viertel entwickelt sich ein überdauerndes Stottern.

Der bisherige Stand der Forschung lässt jedoch noch keine genaue Vorhersage darüber zu, welches Kind eine Remission erfahren wird und bei welchem sich ein überdauerndes Stottern entwickelt.

In der Literatur werden einige Faktoren beschrieben², die Hinweise auf die Prognose liefern. Unter Abschnitt 2.2 Beobachtung und Diagnostik finden Sie dazu eine Checkliste, die auch als Kopiervorlage im Anhang zur Verfügung steht.

1.3 WIE ENTSTEHT STOTTERN?

Bei der Entstehung des Stotterns spielen genetische Faktoren eine große Rolle. Nach heutigem Kenntnisstand wird eine Veranlagung zum Stottern vererbt, die sich nicht zwangsläufig, aber mit hoher Wahrscheinlichkeit in Stottern äußert.

Hirnmorphologisch wurden bei stotternden Probanden Unterschiede in linkshemisphärischen, für die Sprech- und Sprachplanung verantwortlichen Regionen gefunden (u. a. Sommer et al., 2002; Neef et al., 2015)³. Dies deutet darauf hin, dass dem Phänomen Stottern eine Störung der neuronalen Verarbeitung des Sprechens zugrunde liegt. Verschiedene Untersuchungen belegen, dass Stottern nicht durch eine psychische Disposition oder ein bestimmtes Erziehungsverhalten verursacht wird. Die früher verbreitete „Diagnosogene Theorie“, nach der Stottern erst dadurch entsteht, dass die Eltern Unflüssigkeiten im Sprechen des Kindes als solche bezeichnen und dem Kind das Stottern damit „bewusst“ wird, ist heute widerlegt. Eine fatale Folge dieser nach wie vor verbreiteten Ansicht ist die Verhinderung einer frühzeitigen Beratung und ggf. eines Therapiebeginns.

Es gibt jedoch Faktoren, die die Auftretenshäufigkeit und Ausprägung von Stottersymptomen aufrechterhalten oder verstärken können. Dazu gehören bspw. eine vorliegende phonologische Störung, der schambehaftete, tabuisierende Umgang mit Stottern und ungünstige Reaktionen in der Kommunikation mit dem Kind (wie fehlender Blickkontakt, Erteilen von Ratschlägen wie „Hol erst einmal tief Luft“, „Denk erst mal nach, bevor Du sprichst“)⁴.

1.4 WIE ENTWICKELT SICH STOTTERN?

Sowohl aktuelle Untersuchungen als auch Erfahrungen aus der klinischen Praxis belegen, dass es keinen typischen, graduellen Beginn oder Verlauf des Stotterns gibt⁵. In vielen Fällen ist ein plötzlicher Beginn zu beobachten. Auch eine rasche Entwicklung von Kern- und Begleitsymptomen innerhalb weniger Tage oder Wochen ist möglich. Stottern ist grundsätzlich sehr anfällig für eine schnelle und nachhaltige Konditionierung von Reaktionen, die oft schwerwiegender sind als das Stottern selbst. Man spricht daher auch von einem bio-psycho-sozialen Geschehen.

Typisch für Stottern ist, dass die Symptomatik situationsabhängig bzw. periodisch stark schwankt. Dieser Umstand sollte sowohl bei der Gewinnung der Sprechprobe in der ärztlichen Diagnostik als auch bei der therapeutischen Begleitung berücksichtigt werden.

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-



leitet, zu Hause täglich für eine Zeit von ca. 15 Minuten Beschäftigungs- bzw. Spielsituationen auf einem linguistischen Niveau zu schaffen, auf welchem es dem Kind möglich ist, flüssig zu sprechen. Dieses flüssige Sprechen wird von den Eltern unmittelbar und gezielt durch verbale Rückmeldungen begleitet. Die Form der Rückmeldungen ist von einer positiven Emotionalität und Wertschätzung gekennzeichnet. Die ausgewählten Gesprächssituationen werden im Laufe der Therapie schrittweise komplexer gestaltet, bis hin zur völligen Integration der positiven Verstärkung des flüssigen Sprechens in Alltagsgespräche mit dem Kind.

Die Therapie verläuft in zwei Phasen: 1. Abbau der Sprechunflüssigkeiten und 2. Aufrechterhaltung des flüssigen Sprechens.

Neben dem Schaffen täglicher Spiel- und Sprechsituationen mit dem Kind liegt die Aufgabe der Eltern darin, täglich den Schweregrad des Stotterns einzuschätzen und zu dokumentieren. Anhand des Verlaufs dieser Messungen wird in der wöchentlichen Therapiestunde mit der Therapeutin das weitere Vorgehen in den häuslichen Übungen entwickelt.

Therapiekonzept Mini-KIDS und Schul-KIDS

Das Konzept „Kinder dürfen stottern“ (Sandrieser & Schneider, 2015, Quelle 4) ist ein Therapieverfahren zur direkten Behandlung stotternder Kinder. Mini-KIDS richtet sich an Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren. Schul-KIDS ist für Kinder im Grundschulalter bis zur Pubertät konzipiert. Die Therapie basiert auf dem Modifikationsansatz von Van Riper (siehe 3.3.2), der für die Zielgruppe entsprechend modifiziert wurde. Ziel der Behandlung jüngerer Kinder (Mini-KIDS) ist es, durch lockeres, absichtliches Pseudostottern und ggf. das Erlernen einer kindgerechten Symptomlösetechnik eine Reduktion der Symptomatik zu erreichen, die im besten Fall zu einer Remission führt. Gleichzeitig lernen betroffene Kinder, sich auch mit einem möglicherweise bestehenbleibenden Reststottern als kompetente Sprecher wahrzunehmen. Die Eltern werden kontinuierlich in die Therapie einbezogen und erlernen alle Techniken ebenfalls, um ihr Kind im häuslichen Alltag beim Transfer zu unterstützen. Begleitend zur Behandlung des Kindes wird die Durchführung einer Elterngruppe empfohlen.

Die Therapie von Schulkindern (Schul-KIDS) baut ebenfalls auf den Inhalten des Modifikationsansatzes auf: In den Phasen der Desensibilisierung werden negative sprechbezogene Einstellungen und Reaktionen abgebaut, um Gelassenheit dem Stottern gegenüber zu vermitteln. Das ist die Basis für die Identifikation von Stottersymptomen und den Abbau von Begleitsymptomen. Ziel der sich anschließenden Modifikationsphase ist es dann, Symptome gezielt zu lösen. Hierfür stehen verschiedene Techniken, wie bspw. der Pullout (Wahrnehmen eines Symptoms und anschließendes Lösen) zur Verfügung. Häufigkeit und Schweregrad von Symptomen werden auf diese Weise reduziert. Betroffene Kinder erlangen Handlungskontrolle und können auch mit Stottern eine uneingeschränkte Teilhabe in alltäglichen Kommunikationssituationen erleben.

Therapiekonzept Palin Parent Child Interaction Therapy

Das Konzept der Palin Parent Child Interaction Therapie richtet sich an junge Kinder mit beginnendem Stottern ab dem Alter von 2,6 Jahren. Der Therapieansatz basiert auf der Grundannahme, dass Stottern ein multifaktorielles Geschehen ist. Im therapeutischen Vorgehen werden direkte und indirekte Interventionen kombiniert. Am Therapiebeginn steht ein umfassendes Eingangsscreening. In den Diagnoseprozess werden gezielte Beobachtungen des kindlichen Sprechverhaltens und der Eltern-Kind-Interaktion einbezogen. Daraus leiten sich hilfreiche und neue, das flüssige Sprechen des Kindes fördernde Interaktionsstrategien ab, die in der Familie umgesetzt werden. Wo es darüber hinaus notwendig erscheint, wird auch eine direkte Sprechflüssigkeitstherapie mit dem Kind durchgeführt. Das PPCI-Konzept folgt dem Grundgedanken, dass Eltern über die Form der Kommunikation mit ihren Kindern einen positiven Einfluss auf die Sprechflüssigkeit der Kinder haben können. An der Therapie nehmen nach Möglichkeit beide Eltern teil. Die Therapieform wurde im Michael Palin Centre for Stammering Children in London entwickelt.

3.3 THERAPIE BEI JUGENDLICHEN

3.3.1 Ziele, Rahmenbedingungen und Inhalte in der Therapie mit Jugendlichen

Da die Wahrscheinlichkeit einer Remission mit zunehmendem Alter des Patienten und Dauer des Stotterns abnimmt, besteht das Ziel der Behandlung stotternder Schulkinder/Jugendlicher im Erlernen funktioneller Copingsstrategien. Indem sprechbezogene, erlernte Ängste sowie Begleitsymptomatik abgebaut und Sprech- bzw. Modifikationstechniken etabliert werden, erreicht ein Patient auch mit fortbestehendem Stottern eine hohe Lebensqualität. Trotz ggf. vorhandenem (Rest-)Stottern werden in der Therapie die kommunikativen Fähigkeiten erweitert, Selbstsicherheit und Selbstvertrauen gefördert und positive Einstellungen bezogen auf das Stottern entwickelt. Wichtig ist, einen direkten Transfer des Erarbeiteten in die Lebensumwelt des Patienten herzustellen, z. B. durch In-vivo-Übungen und Einbeziehung des sozialen Umfeldes (Familie, Freunde, Schule, Ausbildungseinrichtung).

3.3.2 Therapiekonzepte für Jugendliche

Therapiekonzept nach Charles Van Riper

Diese Therapieform ist ab dem Alter von ca. 13 Jahren geeignet und stellt eine Kombination aus sprechmotorischen (Blocklösetechniken) und psychotherapeutischen (Angstabbau, Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie) Interventionen dar.

Die Therapie verläuft über 4 Phasen, die aufeinander aufbauen. Zu Beginn der Therapie erfolgt eine Identifikation der beim normalen Sprechen und beim Stottern beteiligten Prozesse. In der nachfolgenden Phase der Desensibilisierung sollen auf das Stottern bezogene negative Gefühle und Gedanken,

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.

3.6 THERAPIEFORM ALS EINZEL-, GRUPPEN- ODER INTENSIVTHERAPIE

Die Behandlung kann als ambulante Einzeltherapie ein- bis mehrmals pro Woche stattfinden. Gerade zu Beginn einer Behandlung ist eine höhere Frequenz insbesondere bei Schulkindern sehr zu empfehlen.

Zudem profitieren Schulkinder und Jugendliche besonders von Gruppen- und Intensivtherapien. Auch der Austausch mit anderen Betroffenen, wie er in Selbsthilfegruppen möglich ist, bietet wertvolle Anregungen für die Auseinandersetzung mit dem Stottern.

Die Therapiegruppen sind nach Altersgruppen eingeteilt, die dem Lernvermögen und psychosozialen Entwicklungsstand der Kinder entsprechen. Stationäre Gruppentherapien erreichen oft innerhalb der Therapieeinrichtung beachtliche Erfolge. Phasen mit nahezu Symptomfreiheit von mehreren Wochen nach dem Aufenthalt in der stationären Einrichtung sind keine Seltenheit. Jedoch verlieren sich diese Fortschritte typischerweise, wenn kein gut organisiertes Nachsorgeprogramm im Alltag der Kinder eingerichtet wird. Zudem erscheint es als zwingend, dass Eltern direkt in die Therapie am Therapieort mit einbezogen werden.

Ambulante Gruppentherapien werden in auf Stottern spezialisierten Praxen angeboten, weil dort i. d. R. aufgrund höherer Fallzahlen solche Gruppen überhaupt organisierbar sind. Die Eltern werden auch hier in die Therapie direkt einbezogen und gewährleisten während der gesamten Zeit den Alltagstransfer.

Ab dem Alter von 14 Jahren ist eine Teilnahme der Jugendlichen an Gruppen- und Intensivtherapien mit Erwachsenen möglich und erfolgreich erprobt. Gerade in der Zeit der Adoleszenz ist die gleichberechtigte Kommunikation mit Erwachsenen in einer Therapiegruppe ein wichtiger Impuls für die Veränderung des Stotterns¹⁴.



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.



5 Quellen

Quellenverzeichnis zum Text:

- 1 Guitar, B. (2014). Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- 2 Lattermann, C. (2011). Frühkindliches Stottern: Abwarten oder sofort behandeln? Forum Logopädie 2(25).
- 3 Sommer, M., Koch, M.A., Paulus, W., Weiller C., Büchel, C. (2002). Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering. *Lancet*, Aug 3;360(9330):380–3. Neef, N.E., Hoang, T.N., Neef, A., Paulus, W., Sommer, M. (2015). Speech dynamics are coded in the left motor cortex in fluent speakers but not in adults who stutter. *Brain*, 2015 Mar;138(Pt 3):712–25.
- 4 Sandrieser, P.; Schneider, P. (2015). Stottern im Kindesalter. Stuttgart: Thieme.
- 5 Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of Stuttering: 21th century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66–87. doi:10.1016/j.jfludis.2012.11.002.
- 6 Lattermann, C. (2011). Frühkindliches Stottern: Abwarten oder sofort behandeln? Forum Logopädie 2(25). Onslow, M., Packmann, A., & Harrison, E. (2003). The Lidcombe Program of early stuttering intervention: A clinician's guide. TX: Pro Ed.
- 7 Sandrieser, P.; Schneider, P. (2015). Stottern im Kindesalter. Stuttgart: Thieme.
- 8 Yairi, E. & Seery, C.H. (2011). Stuttering: Foundations and Clinical Applications. New Jersey: Pearson.
- 9 www.bvss.de
- 10 Beilby, J. (2014). Psychosocial Impact of Living with a Stuttering Disorder: Knowing Is Not Enough. *Seminars in Speech and Language*, 35(02), 132–143. doi:10.1055/s-0034-1371756.
- 11 Onslow, M., Packmann, A., & Harrison, E. (2003). The Lidcombe Program of early stuttering intervention: A clinician's guide. TX: Pro Ed.
- 12 Natke, U., Alpermann, A., Heil, W., Kuckenberg, S., & Zückner, H. (2010). Langzeiteffekte der/ Long-term effects of the Intensiv-Modifikation Stottern (IMS). *Sprache Stimme Gehör* 34, 155–164.
- 13 Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. (BVSS), Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbf) (2008). Wenn Kinder stottern - Tipps zur Therapeutensuche.
- 14 Natke, U., Alpermann, A., Heil, W., Kuckenberg, S., & Zückner, H. (2010). Langzeiteffekte der/ Long-term effects of the Intensiv-Modifikation Stottern (IMS). *Sprache Stimme Gehör* 34, 155–164.
- 15 Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. (2012). Meine Rechte als stotternder Schüler/ stotternde Schülerin.

Weiterführende Quellen:

- Lattermann, Ch. (2010). Das Lidcombe-Programm zur Behandlung frühkindlichen Stotterns. Neuss: Natke Verlag
- Schneider, P. (2013). Stottern bei Kindern erfolgreich bewältigen. Neuss: Natke Verlag
- Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. (2012). Stottertherapie für Kinder. Ein Aufklärungsfilm für Eltern. Köln: Demosthenes-Verlag
- Thum, G.; Mayer, I. (2014). Stottertherapie bei Kindern und Jugendlichen. München: Ernst Reinhardt Verlag

Hinweise und Materialien für Eltern:

- Selbsthilfe-Netzwerk für Eltern stotternder Kinder, <http://www.eltern.bvss.de/>
- Tipps zur Therapeutensuche der BVSS und des dbf
- Therapeutenverzeichnis der BVSS – www.bvss.de
- Therapeutenverzeichnis der ivs – www.ivs-online.de

Bearbeitung:

Claudia Walther (Augsburg), Diplom-Logopädin, momentan Dissertationsprojekt zum kindlichen Stottern, Fortbildungsreferentin zum Thema Stottern, Mitglied im Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (dbf), der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (BVSS) und der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten e.V. (ivs).

Robert Richter (Leipzig), Dipl. Ing., Logopäde, zertifizierter Stottertherapeut (ivs), Traumafachberater (TIL); langjährige Lehrtätigkeit zum Thema Redeflussstörungen; Vorstandsmitglied in der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten e.V. (ivs); Mitglied im Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (dbf); Mitglied in der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (BVSS).

* Fußnote zu 2.2

Als StottertherapeutInnen werden u. a. LogopädInnen, akademische SprachtherapeutInnen, bezeichnet, die sich auf die Behandlung von Stottern spezialisiert und diesbezüglich besondere Kompetenzen erworben haben. Zu den Aufgaben von StottertherapeutInnen gehören die ICF-geleitete Beratung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Sie arbeiten dabei auf der Grundlage unterschiedlicher evidenzbasierter Konzepte. Diese Qualifikation wird aktuell z. B. durch das Zertifizierungsverfahren der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten e.V. bestätigt.

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"/> Vermeideverhalten, 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.

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) ist die berufliche Interessenvertretung der Kinder- und Jugendärzte in Deutschland. 12.000 Kinder- und Jugendärzte aus Klinik, Praxis und öffentlichem Gesundheitsdienst gehören dem Verband an.

Er ist ein wichtiger Ansprechpartner für ärztliche Körperschaften, Krankenkassen, Politik und Gesellschaft.

Dafür setzt sich der BVKJ ein:

- die allgemeine ambulante Pädiatrie als Kern der gesundheitlichen Versorgung zu manifestieren
- für Chancengleichheit und die bestmögliche gesundheitliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland
- für die Wahrung der in der UN-Kinderrechtskonvention festgelegten Kinderrechte und das Recht eines jeden Kindes auf körperliche und seelische Unversehrtheit
- für die Vernetzung mit der sekundären und tertiären Pädiatrie in neuen Kooperationsmodellen, um auch chronisch kranke Kinder und Jugendliche optimal versorgen zu können
- für eine politische Kinder- und Jugendmedizin auf unterschiedlichen Ebenen der Politik

Der BVKJ erarbeitet Grundlagen, Inhalt und Umfang der Berufsausübung von Kinder- und Jugendärzten und fördert ihre praktische Durchführung.

Im Rahmen eines umfassenden Fortbildungsprogramms sorgt der BVKJ für einen zeitgemäßen Kenntnisstand von Kinder- und Jugendärzten, Ärzten in Weiterbildung und Assistenzberufen.



Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Mielenforster Straße 2
51069 Köln
Tel.: 02 21-68 90 90
Fax: 02 21-68 32 04
bvkj.buero@uminfo.de

Weitere Informationen finden Sie auf
www.kinderaerzte-im-netz.de
oder www.bvkj.de

Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.

Der 1964 gegründete Deutsche Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl) ist der Berufs- und Fachverband der freiberuflichen und angestellten Logopädinnen und Logopäden in Deutschland. Gegenüber Politik und Verwaltung, Krankenkassen und anderen Akteuren im Gesundheitsbereich vertritt er die beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen seiner Mitglieder. Zudem setzt sich der dbl für die Erweiterung und Verbreitung logopädischen Wissens ein.

Mit seinem umfassenden Informationsangebot – u. a. Website, Fortbildungen, Servicebroschüren und Plakate – unterstützt der dbl die therapeutische Zusammenarbeit der Logopädinnen und Logopäden mit anderen therapeutischen und ärztlichen Berufsgruppen, mit Patientinnen und Patienten sowie mit Institutionen, Einrichtungen und Selbsthilfvereinigungen.

Dafür setzt sich der dbl im Sinne der Patientinnen und Patienten ein:

- einen hohen Qualitätsstandard in der medizinisch-klinischen Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie
- die wissenschaftliche Weiterentwicklung logopädischer Diagnose- und Behandlungsmethoden

Das bietet der dbl Patientinnen und Patienten:

- ein umfangreiches Informationsangebot zu Kommunikation, Sprache, Sprechen, Stimme und Schlucken auf der dbl-Website
- Faltblätter, Broschüren und Plakate zu logopädischen Störungsbildern
- Logopädensuche auf der dbl-Website
- Tipps zur Therapeutensuche



Deutscher
Bundesverband für
Logopädie e.V.

dbl – Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.

Augustinusstraße 11a
50226 Frechen
Tel.: 0 22 34-37 95 3-0
Fax: 0 22 34-37 95 3-13
info@dbl-ev.de

Weitere Informationen finden Sie auf der dbl-Website unter
www.dbl-ev.de

Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e. V.

Die Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e. V. (BVSS) ist die Interessenvertretung stotternder Menschen in Deutschland. Als gemeinnütziger Verein hat sie die einzige bundesweite unabhängige Informations- und Beratungsstelle Stottern eingerichtet. An sie wenden sich telefonisch oder schriftlich jährlich mehrere Tausend Eltern und Betroffene, ebenso auch andere am Thema Stottern Interessierte wie Lehrkräfte oder Erzieherinnen und Erzieher.

Die BVSS bietet vielfältige Hilfestellungen:

- Zentrale Informations- und Beratungsstelle
- Fachberatung zu Stottertherapie und Selbsthilfe
- Faltblätter und Broschüren, z. B. „Tipps zur Therapeutesuche“
- Bundesweites Verzeichnis der StottertherapeutInnen
- Seminare, z. B. das Familienseminar „Mein Kind stottert“
- Stotterer-Selbsthilfegruppen, auch für junge Stotternde sowie ein Eltern-Netzwerk
- Bücher und Filme in unserem Fachverlag Demosthenes, darunter auch Mutmacher- und Bilderbücher sowie Ratgeber und Filme rund um das Thema Stottern



Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e. V.

Zülpicher Straße 58
50674 Köln
Tel.: 02 21-139 11 06
Fax: 02 21-139 13 70
info@bvss.de

Die BVSS-Homepage bietet ergänzende Informationen sowie einen Einblick in die Projekte und Aufgaben des Vereins:
www.bvss.de

Spendenkonto

Bank für Sozialwirtschaft Köln
IBAN DE67 3702 0500 0007 1034 00
BIC BFSWDE33XXX

bvkJ.