



**Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V.**

*Ich sag's auf meine Weise.*

Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. • Zülpicher Str. 58 • 50674 Köln

**Bundesvereinigung  
Stottern & Selbsthilfe e.V.**  
Zülpicher Straße 58  
50674 Köln  
Telefon 0221 - 139 1106  
Telefax 0221 - 139 1370  
www.bvss.de  
info@bvss.de

Köln, im Juli 2022

## **Das Therapeut:innenverzeichnis der BVSS**

### **Liebe Therapeutinnen und Therapeuten,**

als gemeinnütziger Verein betreiben wir, die Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (BVSS), die einzige bundesweite unabhängige Informations- und Beratungsstelle rund um Stottern. „Wo finde ich Stottertherapeut:innen?“ wollen von uns jährlich über Tausend Ratsuchende wissen. Als aussagekräftige, zielführende Hilfestellung haben wir ein Verzeichnis angelegt, das wir dank einer Projektförderung der AOK (2022) ergänzen und aktualisieren können.

Wir verfolgen mit der Erstellung und Pflege des Verzeichnisses keinerlei kommerzielle Ziele. Ihre Aufnahme ist mit keiner Gebühr verbunden und erfolgt unabhängig von einer Mitgliedschaft in der BVSS.

### **Wir laden Sie herzlich dazu ein, sich ebenfalls aufnehmen zu lassen!**

Senden Sie den von Ihnen ausgefüllten Erhebungsbogen an uns zurück (per Post, Fax oder als Scan). Nur bei vollständiger Einsendung aller vier Seiten des Bogens – inklusive Ihrer Unterschriften – kann die Aufnahme erfolgen.

Das Verzeichnis ist personengebunden. Das bedeutet: Alle Ihre Kolleg:innen, die ebenfalls in der Stottertherapie tätig sind, reichen bitte eigene Bögen ein. Weitere Blankobögen erhalten Sie auf Anfrage direkt von uns oder Sie laden den PDF-Bogen über [www.bvss.de/angebote/infomaterial](http://www.bvss.de/angebote/infomaterial) herunter.

### **Wer erhält die Adressen und mit welchen Daten?**

Wir unterstützen Ratsuchende mit den Adressen aus unserem Verzeichnis. Zudem steht Mitgliedern der BVSS eine Übersicht im Mitgliederbereich unserer Homepage [bvss.de](http://bvss.de) zur Verfügung. Wir geben dabei ausschließlich Vor- und Nachname, Berufsbezeichnung, ggf. Praxistitel, Anschrift und Telefonnummer, sowie die von Ihnen angewendete/n Methode/n der Stottertherapie und Ihre „Zielgruppe/n“ (stotternde Kinder, Jugendliche oder Erwachsene) bekannt. Ihre Mailadresse wird nicht veröffentlicht, von uns jedoch zwingend für den kostensparenden, direkten Kontakt mit Ihnen benötigt.

Bei Fragen und für Anregungen sind wir gerne für Sie da. Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Mit freundlichen Grüßen

*Ihre Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (BVSS)*

*bitte wenden →*

Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (BVSS)

## Für Ihre Arbeit sind folgende Angebote von uns besonders interessant

### Informationsmaterial, Bücher & Filme

Alles rund um Stottern: [www.bvss.de](http://www.bvss.de)

Flyer, Broschüren und Poster: [www.bvss.de/angebote/infomaterial](http://www.bvss.de/angebote/infomaterial)

(Fach)Bücher, DVDs, Comics: [www.bvss-shop.de](http://www.bvss-shop.de)

Nutzen Sie die Informationen unserer Website sowie die kostenfreien Flyer und Broschüren zur Weitergabe und Auslage oder ergänzen Sie Ihre Praxisbibliothek mit den Publikationen aus unserem Fachverlag.

### Kontakt zu Selbsthilfegruppen stotternder Menschen

Gesamtübersicht (16-99 J.): [www.bvss.de/selbsthilfe/gruppen](http://www.bvss.de/selbsthilfe/gruppen)

Für Stotternde bis 35 J.: [www.flow-sprechgruppe.de](http://www.flow-sprechgruppe.de)

### Themenwebsite [www.stottern-und-schule.de](http://www.stottern-und-schule.de)

Ein Themengebiet, mit dem Sie als Therapeut:in von Kindern und Jugendlichen oft in Berührung kommen. Unsere Website [www.stottern-und-schule.de](http://www.stottern-und-schule.de) bietet Fakten zum Nachteilsausgleich, Infos und Tipps für Schülerinnen und Schüler, Eltern und Lehrkräfte, die Sie in der Praxis nutzen können.

## So können Sie unsere Arbeit unterstützen

Als gemeinnütziger Verein sind wir auf finanzielle und ehrenamtliche Unterstützung angewiesen. Betroffene, Angehörige, Therapeutinnen und Therapeuten – gemeinsam können wir mehr erreichen.

### Ihre Spende für die BVSS:

Spendenkonto DE67 3702 0500 0007 1034 00

Bank für Sozialwirtschaft Köln, BIC BFSWDE33XXX



[www.bvss.de/online-spenden](http://www.bvss.de/online-spenden)

### Mehr tun, Mitglied werden:

Als Vereinsmitglied stärken Sie uns als Interessenvertretung und genießen Rabatte für unsere Bücher und Filme.



[www.bvss.de/mitgliedwerden](http://www.bvss.de/mitgliedwerden)

Ihre Spenden und Mitgliedsbeiträge für die Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (BVSS) sind steuerlich absetzbar.

## Datenerhebung – Therapeut:innenverzeichnis der BVSS

**Kontaktdaten** (Sie sind in mehreren Praxen tätig? Tragen Sie bitte alle Anschriften ein, ggf. auf einem Beiblatt).

Anrede und Titel	
Vorname	
Nachname	
Praxis / Institution o.Ä.	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Telefon	
E-Mail	

### Meine therapeutische Qualifikation und Tätigkeit

<u>Meine Berufsbezeichnung:</u> <input type="radio"/> Logopäd:in <input type="radio"/> akad. Sprachtherapeut:in <input type="radio"/> Atem-, Sprech- und Stimmlehrer:in <input type="radio"/> .....		
Ich behandle Stottern seit: .....		
Ich bin zertifiziert bei der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten e.V. (ivs): <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, seit: .....		
<u>Meine letzten Fortbildungen in Bezug auf die Behandlung von Stottern:</u>		
Titel der Fortbildung	Anbieter	Jahr
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

### Mein Therapiekonzept

<b>Zielgruppe/n</b>		
<u>Ich behandle stotternde</u>	<u>Anzahl der von mir behandelten stotternden Patient:innen</u>	
<input type="radio"/> Kinder (bis ca. 12 J.)	Kinder: mehr als 10 im Jahr	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Jugendliche	Jugendliche: mehr als 10 im Jahr	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Erwachsene	Erwachsene: mehr als 10 im Jahr	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
<b>Therapieform/en</b>		
<input type="radio"/> <u>Ambulant</u>	<input type="radio"/> <u>Stationär</u>	<input type="radio"/> <u>Sonstiges</u>
<input type="checkbox"/> Einzelsitzungen	<input type="checkbox"/> Intervallmodell	<input type="checkbox"/> Teletherapie
<input type="checkbox"/> Gruppensitzungen	<input type="checkbox"/> Ferientherapie (z.B. „Sommercamp“)	<input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....

Therapiemethode/n (Bitte Hauptkategorien ankreuzen sowie ggf. Ihre Spezialisierungen innerhalb dieser.)	
<p><b>Stotternde Kinder</b></p> <p><input type="radio"/> <u>Stottermodifikation (Stotterveränderung)</u> Ggf. Spezialisierung zusätzlich angeben:</p> <p><input type="checkbox"/> MINI-KIDS <input type="checkbox"/> SCHUL-KIDS <input type="checkbox"/> Palin PCI-Ansatz <input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="radio"/> <u>Fluency Shaping (Sprechveränderung)</u> Ggf. Spezialisierung zusätzlich angeben:</p> <p><input type="checkbox"/> Lidcombe <input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="radio"/> <u>Methodenkombination Fluency Shaping und Stottermodifikation (Kombinationsansatz)</u> Ggf. Spezialisierung zusätzlich angeben:</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="radio"/> <u>Ausschließlich indirekte Therapie für Kinder</u></p>	<p><b>Stotternde Jugendliche und Erwachsene</b></p> <p><input type="radio"/> <u>Stottermodifikation (Stotterveränderung)</u> Ggf. Spezialisierung zusätzlich angeben:</p> <p><input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="radio"/> <u>Fluency Shaping (Sprechveränderung)</u> Ggf. Spezialisierung zusätzlich angeben:</p> <p><input type="checkbox"/> Camperdown <input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="radio"/> <u>Methodenkombination Fluency Shaping und Stottermodifikation (Kombinationsansatz)</u> Ggf. Spezialisierung zusätzlich angeben:</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p>

### Ergänzende Informationen

<input type="radio"/> Zusätzliche psychologische Qualifikation:.....		
<input type="radio"/> Ich führe Stottertherapie außer in Deutsch auch in anderen Sprachen durch:		
<input type="checkbox"/> Arabisch	<input type="checkbox"/> Spanisch	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Türkisch	<input type="checkbox"/> .....

### Erklärung

- ✓ Der Kostenträger meiner Stottertherapie ist die Krankenversicherung auf Verordnung.
- ✓ Ich gebe hiermit der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (BVSS) mein Einverständnis zur Speicherung meiner Angaben.
- ✓ Ich gebe hiermit der BVSS mein Einverständnis zur Weitergabe meiner Kontaktdaten (ohne die E-Mail-Adresse) sowie der Information über meine Berufsbezeichnung und mein Therapiekonzept (ohne Anzahl der Patient:innen) an Ratsuchende. Ich stimme der Veröffentlichung dieser Angaben in gedruckter Form sowie auf der BVSS-Website zu.
- ✓ Sobald sich Merkmale meiner therapeutischen Tätigkeit oder meine Kontaktdaten ändern, informiere ich die BVSS zur Aktualisierung meines Eintrags.
- ✓ Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Therapeut:in**

## Erklärung zur Einhaltung von Mindeststandards in der Stottertherapie

Fassung vom 1. Juli 2022

Diese Standards sind entstanden in Zusammenarbeit von Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe (BVSS), dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (dbl) und der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten (ivs). Die Einhaltung dieser Mindeststandards bildet die grundlegende Basis für unser Therapeut:innenverzeichnis.

Abhängig von Ihrer persönlichen Qualifizierung und der Zeitspanne, seit der Sie Stottern behandeln, können Sie derzeit evtl. nicht jeden dieser Punkte einhalten. In diesem Fall markieren Sie diese Einschränkungen bitte direkt im Text und unterzeichnen Sie die Erklärung auf Seite 4 entsprechend eingeschränkt.

### ICF-basiertes Handeln

- ✓ Ich diagnostiziere und therapiere Stottern und andere Redeflussstörungen auf der Grundlage der ICF\* und ihren biopsychosozialen Aspekten.
- ✓ Ich erstelle einen Behandlungsplan auf Basis von Daten und Informationen aus dem Anamnesegespräch und standardisierter Diagnostikverfahren, wie es beispielsweise von der ivs empfohlen wird: <https://www.ivs-online.de/downloads/ivs-leitlinien.pdf>
- ✓ Ich begleite den Transfer in den Alltag und leite ihn therapeutisch ein.

### Erstkontakt

- ✓ Ich biete innerhalb von 14 Tagen nach der Anmeldung einen ersten Gesprächstermin an.

### Transparenz

- ✓ Zu Beginn der Therapie kläre ich Patient:innen über die Rahmenbedingungen auf (z.B. Regelmäßigkeit und Häufigkeit der Therapie- oder Beratungstermine, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung), Dauer und Abschluss der Therapie, finanzielle Bedingungen (Honorar, Zahlungsmodus, Verrechnung versäumter Stunden).
- ✓ Ich gebe keine Versprechungen, insbesondere keine bezüglich der Heilung. Ich zeige auch keine Vorher-Nachher-Videos anderer Patient:innen, die einen Erfolg meiner Therapie im Sinne einer Heilung suggerieren könnten.
- ✓ Ich erarbeite zusammen mit Patient:innen oder Angehörigen realistische Ziele der Therapie.
- ✓ Ich beschreibe und erkläre den Ablauf, die Methoden und Ziele der Beratung, der Diagnostik und der Therapie.
- ✓ Ich begründe das Vorgehen in der Therapie mit den Ergebnissen der Anamnese und Diagnostik.
- ✓ Ich beantworte die Fragen so verständlich und ausführlich, wie es die zu behandelnde Person jeweils benötigt.
- ✓ Ich biete Informationsmaterial an; auch Material, das in Zusammenarbeit anerkannter Fachleute entwickelt und von Organisationen oder Verbänden verbreitet wird.
- ✓ Ich ermögliche stotternden Patient:innen vor oder unmittelbar nach Beginn der Therapie den Kontakt zu anderen Patient:innen (z.B. Kontakt zur lokalen Selbsthilfegruppe).

### Gestaltung einer therapeutischen Beziehung

- ✓ Ich erkenne die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung für eine wirkungsvolle Therapie an.
- ✓ Ich gehe mit der Besonderheit der therapeutischen Beziehung verantwortungsvoll um.
- ✓ Die Beziehung von Therapeut:in zu Patient:in bleibt bei aller möglichen Nähe und Wichtigkeit der Beziehung für den therapeutischen Prozess eine professionelle Beziehung.

### Beratung und Unterstützung der Eltern/Erziehungsberechtigten

- ✓ Die Beratung und Unterstützung der Eltern/Erziehungsberechtigten ist für mich obligatorisch.

### Überprüfung der Therapieerfolge

- ✓ Der Therapieprozess wird von mir kontinuierlich dokumentiert und reflektiert.
- ✓ Bei längerer Stagnation, Rückfällen oder ungünstiger Entwicklung des Therapieprozesses führe ich Modifikationen im therapeutischen Angebot durch.
- ✓ Ist über Monate keine günstige Entwicklung in einer oder mehreren Komponenten des biopsychosozialen Gefüges herzustellen, stelle ich die Weiterführung der Therapie in Frage und kläre vor allem auch in interdisziplinären Gesprächen, ob und welches andere therapeutische Angebot vordringlich notwendig ist.
- ✓ Falls erforderlich, verweise ich Patient:innen an Kolleg:innen oder eine andere Einrichtung.

### Nachsorge

- ✓ Nach Abschluss der Therapie führe ich Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses durch – dokumentiert und im Lichte der ursprünglich vereinbarten Ziele reflektiert, z.B. unter Zuhilfenahme von Fachmaterialien wie dem „Wright & Ayre Stotter-Selbsteinschätzungs-Profil/WASSP“.

### Evaluation

- ✓ Eine abschließende Evaluation des Therapieprozesses ist für mich ein unverzichtbarer Bestandteil der Qualitätssicherung.
- ✓ Die Evaluation erfolgt mit zeitlichem Abstand zum Therapieprozess, um der Zeitabhängigkeit von Veränderungen gerecht zu werden bzw. die Nachhaltigkeit von Therapieerfolgen zu überprüfen.
- ✓ Auf der Grundlage der ICF bemühe ich mich um eine angemessene Beurteilung der Körperfunktion, der kommunikativen Kompetenzen, der Partizipation, der Umweltfaktoren und der personenbezogenen Faktoren.

### Intervision oder Supervision

- ✓ Ich nehme mindestens jährlich an Intervision oder Supervision teil.

### Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ja, als Stottertherapeut:in erkläre ich, die vorgenannten Standards vollständig zu erfüllen.
- Ja, als Stottertherapeut:in erkläre ich, die vorgenannten Standards mit Einschränkung zu erfüllen und im Sinne einer Qualitätsentwicklung anzustreben. Die Einschränkungen habe ich entsprechend markiert.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Therapeut:in

\*Die ICF bezieht Prozesse der Diagnose, Therapie, Beratung und Rehabilitation nicht nur auf das Gesundheitsproblem, z.B. beim Stottern die Unterbrechungen des Redeflusses. Sie bezieht sich explizit auch auf: - die physischen und psychischen Anteile, die dieses Gesundheitsproblem kennzeichnen (Körperfunktionen und -strukturen nach ICF), - die sozial-kommunikativen Bedingungen, unter denen es auftritt und auf die es sich auswirkt (Aktivität und Teilhabe nach ICF). - auf die Bedingungen der kommunikativen Umwelt, die für die betroffene Person bedeutsam sind (fördernde oder hindernde Umweltfaktoren nach ICF, z.B. Unterstützung durch Eltern, Ausgrenzung durch Kollegen, Versorgung mit Therapie).

Eine ICF-orientierte Praxis muss daher in der Diagnose, Therapie und Beratung der stotternden Person und ihres Umfeldes immer alle Komponenten des Störungssystems berücksichtigen: Körperfunktion (z.B. Sprechweise, psychische, Bewertungen und Belastungen), Aktivität und Partizipation (kommunikative Kompetenz und Teilhabe), Umweltfaktoren (Förderfaktoren und Barrieren im sozialen oder materiellen Umfeld) und personbezogene Faktoren (Reaktionen auf Stottern und individuelles Coping). Einen Schwerpunkt bildet dabei der Transfer in den Alltag, der therapeutisch anzuleiten und zu begleiten ist.

Im ICF-Verständnis, das Stottern als biopsychosoziales Geschehen betrachtet, wird deutlich, dass ein Stottertherapeut auf unterschiedlichen Ebenen Kompetenzen benötigt.

Aus: Leitlinien der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten e.V. (ivs), [www.ivs-online.de](http://www.ivs-online.de)