



Köln, im Oktober 2018

## Verzeichnis der Stottertherapeut/inn/en

### Liebe Therapeutin / lieber Therapeut,

als gemeinnütziger Verein betreiben wir, die Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (BVSS), die einzige bundesweite unabhängige Informations- und Beratungsstelle zum Thema Stottern. Jährlich erreichen uns Anfragen von mehreren Tausend Ratsuchenden. Häufig geht es dabei um die Frage: Wo finde ich eine/n qualifizierte/n Stottertherapeut/in/en?

Als aussagekräftige, zielführende Hilfestellung für Ratsuchende haben wir ein Verzeichnis der Stottertherapeut/inn/en angelegt, das wir Dank einer Projektförderung der AOK (2016) optimieren und aktualisieren konnten. Wir laden Sie herzlich dazu ein, sich ebenfalls aufnehmen zu lassen.

Wir verfolgen mit der Erstellung des Verzeichnisses keinerlei kommerzielle Ziele. Als Betroffenenvertretung stehen für uns Aktualität und Qualität im Vordergrund. Wesentlicher Bestandteil des Erhebungsbogens ist die Abgabe einer Erklärung zur Erfüllung definierter Qualitätskriterien als Mindeststandard in der Stottertherapie.

### Wie lassen Sie sich eintragen?

Anbei erhalten Sie ein Exemplar des Erhebungsbogens. Bitte senden Sie ihn möglichst bald ausgefüllt an uns zurück. Der Eintrag ist jedoch auch später möglich. Nur bei vollständiger Einsendung aller vier Seiten – inklusive der Unterschriften – erfolgt die Eintragung.

Das Therapeutenverzeichnis ist personengebunden, dies bedeutet auch: Sollten bei Ihnen mehrere Kolleg/inn/en in der Stottertherapie tätig sein, so vervielfältigen Sie den Bogen bitte entsprechend.

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

Wir unterstützen Ratsuchende mit Adressen von Stottertherapeut/inn/en. Zudem steht Mitgliedern der BVSS eine Übersicht im Mitgliederbereich unserer Homepage zur Verfügung.

Veröffentlicht werden ausschließlich Vor- und Zuname, Berufsbezeichnung, ggf. Praxistitel sowie Anschrift und Telefonnummer. Außerdem werden die von Ihnen angewendete/n Methode/n der Stottertherapie und Ihre „Zielgruppe/n“ (z.B. Kinder) veröffentlicht.

Ihre Mailadresse wird nicht veröffentlicht, von uns jedoch zwingend für den direkten Kontakt mit Ihnen benötigt. Die ausführlichen Daten zu Ihrer persönlichen Qualifikation, die wir im Erhebungsbogen erfragen, dienen uns intern als Beleg und Hintergrund zu Ihrem Eintrag.

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

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Martin Sommer  
- Vorsitzender -

Beate Schwittay  
- Geschäftsführerin -

**bitte wenden →**

Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (BVSS)  
Unsere Angebote speziell auch für Therapeut/inn/en

### **Informationsmaterial, Bücher & Filme**

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

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

Telefonische Bestellung: 0221 – 139 1106

Nutzen Sie unsere kostenfreien Flyer und Broschüren zur Weitergabe und Auslage und ergänzen Sie Ihre Praxisbibliothek durch die Produkte unseres kleinen Fachverlages Demosthenes.

### **Kontakt zu Stotterer-Selbsthilfegruppen**

Gesamtübersicht: [www.bvss.de/selbsthilfe/gruppen](http://www.bvss.de/selbsthilfe/gruppen)

Für junge Stotternde: [www.flow-sprechgruppe.de](http://www.flow-sprechgruppe.de)

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

Ein Themengebiet, zu dem wir oft auch von Therapeut/inn/en Anfragen erhalten. 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.



Bogen (4 Seiten) ausgefüllt und zweimal unterschrieben bitte senden an:

Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V.  
Zülpicher Straße 58, 50674 Köln  
Telefon 0221 – 139 1106  
info@bvss.de ▪ www.bvss.de

## Datenerhebung – Therapeutenverzeichnis 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"/> LogopädIn <input type="radio"/> akad. SprachtherapeutIn <input type="radio"/> Atem-, Sprech- und StimmlehrerIn <input type="radio"/> .....		
Ich behandle Stottern seit: .....		
Ich bin zertifiziert bei der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten (ivs): <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, seit: .....		
<u>Meine letzten Fortbildungen in Bezug auf die Behandlung von Stottern:</u>		
<u>Titel der Fortbildung</u>	<u>Anbieter</u>	<u>Jahr</u>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

### Mein Therapiekonzept

<b>Zielgruppe/n</b>	
<u>Ich behandle stotternde</u> <input type="radio"/> Kinder (bis ca. 12 J.) <input type="radio"/> Jugendliche <input type="radio"/> Erwachsene	<u>Anzahl der von mir behandelten stotternden Patient/inn/en</u> Kinder: mehr als 10 im Jahr <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein Jugendliche: mehr als 10 im Jahr <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein 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="checkbox"/> Einzelsitzungen <input type="checkbox"/> Gruppensitzungen	<input type="radio"/> <u>Stationär</u> <input type="checkbox"/> Intervallmodell <input type="checkbox"/> Ferientherapie (z.B. „Sommercamp“) <input type="checkbox"/> .....
	<input type="radio"/> <u>Sonstiges</u> <input type="checkbox"/> Teletherapie <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>Stotterveränderung / Modifikationstherapie</u> Ggf. Spezialisierung zusätzlich angeben: <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>Sprechveränderung / Fluency Shaping</u> Ggf. Spezialisierung zusätzlich angeben: <input type="checkbox"/> Lidcombe <input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="radio"/> <u>Methodenkombination Fluency Shaping und Modifikationstherapie</u> Ggf. Spezialisierung zusätzlich angeben: <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>Stotterveränderung / Modifikationstherapie</u> Ggf. Spezialisierung zusätzlich angeben: <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="radio"/> <u>Sprechveränderung / Fluency Shaping</u> Ggf. Spezialisierung zusätzlich angeben: <input type="checkbox"/> Camperdown <input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="radio"/> <u>Methodenkombination Fluency Shaping und Modifikationstherapie</u> Ggf. Spezialisierung zusätzlich angeben: <input type="checkbox"/> .....</p>

**Ergänzende Informationen**

<input type="radio"/> Zusätzliche psychologische Ausbildung: .....		
<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 E-Mail-Adresse) sowie der Information über meine Berufsbezeichnung, mein Therapiekonzept (ohne Anzahl der Patienten) an Ratsuchende sowie an den AOK-Bundesverband. Ich stimme der Veröffentlichung dieser Angaben in gedruckter Form sowie auf der BVSS-Website zu.
- ✓ Sobald sich Merkmale meiner Therapeutentätigkeit oder meine Kontaktdaten ändern, informiere ich die BVSS.
- ✓ Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeut/in



## Erklärung zur Einhaltung von Mindeststandards in der Stottertherapie

Fassung vom 1. Dezember 2015

Diese Standards sind entstanden aus den Qualitätskriterien der BVSS in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (dbl) und den ivs-Leitlinien für Stottertherapeuten (ivs = Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten). Die Einhaltung dieser Mindeststandards bildet die grundlegende Basis für das BVSS-Therapeutenverzeichnis.

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 der Rückseite 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: [http://www.ivs-online.de/pdf/ivs\\_empfehlungen\\_diagnostik.pdf](http://www.ivs-online.de/pdf/ivs_empfehlungen_diagnostik.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 die/den Patientin/Patienten auf über die Rahmenbedingungen (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 erarbeite zusammen mit der/dem Patientin/Patienten oder den 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 die/der jeweilige Patientin/Patient es benötigt.
- ✓ Ich biete Informationsmaterial an; auch Material, das in Zusammenarbeit anerkannter Fachleute entwickelt und von Organisationen oder Verbänden verbreitet wird, beispielsweise die Informationsmaterialien der BVSS, hier speziell die Broschüren „Tipps zur Therapeutensuche“, die gemeinsam mit dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) entwickelt wurden.
- ✓ Ich ermögliche Patient/inn/en und Eltern vor oder unmittelbar nach Beginn der Therapie den Kontakt zu anderen Patient/inn/en und Eltern (z.B. Selbsthilfegruppe oder Elternnetzwerk über BVSS).

### 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 Therapeut/in-Patient/in-Beziehung bleibt bei aller möglichen Nähe und Wichtigkeit der Beziehung für den therapeutischen Prozess eine professionelle Beziehung.

### Beratung und Unterstützung der Eltern

- ✓ Die Beratung und Unterstützung der Eltern 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 die/den Patientin/Patienten an eine/n Kollegin/Kollegen 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

\*ICF-basiertes Handeln in der Stottertherapie bedeutet, sich nicht nur die Störungen im Sprechfluss anzusehen, sondern Stottern als biopsychosoziales Geschehen zu begreifen. In **Diagnostik und Therapie** wird berücksichtigt (a) wie die Sprechflüssigkeit einer stotternden Person in unterschiedlichen Situationen des Lebens ist, (b) welche kommunikativen Kompetenzen mit oder ohne Stottern im Alltag gezeigt werden, (c) inwieweit die stotternde Person in soziale Bezüge wie Familie, Schule, Freizeit- oder Arbeitsbezüge eingebunden ist, (d) wie die Umwelt agiert oder reagiert (z.B.: Gibt es Akzeptanz für Stottern? Wird ein/e Schüler/in gehänselt? Kann die/der Lehrer/in mit dem stotternden Kind ein gutes Gespräch führen, um Lösungen für den Unterricht zu besprechen?), (e) wie die stotternde Person mit ihrem Stottern umgeht (Geht sie in Vermeidung oder kann sie selbstbewusst mit Stottern umgehen?). **Therapieerfolg:** Werden die aufgezählten Kategorien berücksichtigt, wird der Therapieerfolg nicht nur an der quantitativen Reduzierung von Stottersymptomen festgemacht. Entscheidend wird dann auch, dass die Person mit ihrem eventuell verbleibenden (Rest-)Stottern am sozialen Leben ihren Wünschen gemäß teilhaben kann und dadurch eine Verbesserung der Lebensqualität genießt. Der Aufbau von Förderfaktoren in der Umwelt (z.B. in der Schule) ist dabei genauso entscheidend wie das Erlernen eines selbstbewussten Umgangs mit der verflüssigten Symptomatik.

ICF ist die Abkürzung für „Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ und wurde von der WHO im Jahre 2001 verfasst. Sie bietet für eine solchermaßen biopsychosoziale Betrachtung von Gesundheitsproblemen den Rahmen und die Legitimation. Sie legt fest, dass bei einer Gesundheitsstörung nicht nur die geschädigte Körperstruktur oder -funktion (hier: die Sprechweise) betrachtet werden darf. Auch die Komponente der Aktivitäten und der Partizipation im Alltag, die Umweltfaktoren und die personenbezogenen Faktoren (z.B. individuelle Bewältigungsstrategien) müssen berücksichtigt werden. Die verbesserte Partizipation und Lebensqualität für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen steht dabei im Fokus. Alle Mitgliedstaaten der WHO, also auch Deutschland, sind dazu aufgefordert, die ICF in ihr Gesundheitswesen zu implementieren. Aus: *Interdisziplinäre Vereinigung für Stottertherapeuten e.V. (ivs), www.ivs-online.de*