



Antrag auf krankenkassenindividuelle Förderung für das Haushaltsjahr 2010 ff.
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. (BVSS)

Antrag

Titel: Identifikation von Stottern im Vorschulalter

Kurztitel: Stotterscreening

Inhalt

- 1. Zusammenfassung**
- 2. Ziel des Projekts**
- 3. Aktuelle Situation zur Früherkennung Stottern**
- 4. Bedeutung der Früherkennung Stottern**
 - 4.1 Ursachen des Stotterns – Stand der Kenntnis
 - 4.2 Notwendigkeit einer frühzeitigen Intervention
- 5. Besondere Bedeutung der Erkennung von Stottern vor Schuleintritt**
 - 5.1 Einfluss der Schule auf die progressive Entwicklung des Stotterns
 - 5.2 Einfluss der Schule auf die Therapie stotternder Schulkinder
 - 5.3 Psychosoziale Belastung stotternder Schüler
 - 5.4 Schulische Förderung stotternder Kinder
- 6. Früherkennung Stottern als Selbsthilfe**
- 7. Nachhaltigkeit des Projektergebnisses**
- 8. Wissenschaftliche Projektbeschreibung, Projektteilnehmer und Zeitplan**
- 9. Finanz- und Förderbedarf**
- 10. Anlagen**

Dr. Matthias Kremer, Projektleiter

1. Zusammenfassung

Die präventive Selbsthilfearbeit der BVSS wird nachhaltig dadurch behindert, dass bis heute keine verlässlichen und evaluierten Verfahren zur Früherkennung von Stottern zur Verfügung stehen, weder zur Selbsthilfe (Eltern, Erzieherinnen) noch für die medizinischen Vorsorgeuntersuchungen (Pädiater, Schuleinganguntersuchung, Sprachstandserhebung).

Die mangelnde Früherkennung Stottern wird durch statistische Daten innerhalb der einzelnen Bundesländer bestätigt und ist innerhalb der beteiligten Fachschaften seit langem bekannt. Die mangelnde Früherkennung bedingt nicht nur, dass sekundäre Präventivmaßnahmen im sozialen Umfeld des Kindes nicht ergriffen werden können, eine Abklärungsdiagnostik nicht durchgeführt wird und eine evtl. erforderliche Therapien zu spät einsetzt, mit der Folge, dass eine Heilung nicht mehr erfolgen kann. Sondern die mangelnde Früherkennung führt auch dazu, dass stotternde Kinder unerkannt in unvorbereitete Schulen kommen und die dortige Kommunikationssituation das Stottern des Kindes unbewusst verstärkt und verfestigt. Hänseleien/Mobbing führen bereits im frühen Schulalter zu psychosozialen Belastungen, die nicht selten sekundäre Behinderungen verursachen. Zudem zeigen Studien, dass das schulische Umfeld, wenn es nicht auf das sprechbehinderte Kind eingestellt ist, auch die therapeutische Intervention maßgeblich behindern kann.

Gemeinsam mit den Universitätskliniken der RWTH Aachen und Frankfurt soll ein Früherkennungsverfahren entwickelt werden, welches aus Beobachtungsverfahren (Fragebögen für Kinder, Eltern und Erzieherinnen) und einem Diagnoseverfahren für den Pädiater besteht. Diese sollen in einer Stichprobe von 1600 Kindern in zwei Altersgruppen und zwei Standorten (Frankfurt und Aachen) evaluiert werden.

Mit der Erstellung der evaluierten Beobachtungsverfahren für Kinder, Eltern und Erzieherinnen unterstützt das Projekt die Eltern/Erzieherinnen stotternder Kinder in ihrer Kompetenz, bereits im frühen Stadium Stottern zu erkennen. Eltern werden zudem darin gestärkt, als mündige und kundige Patient/inn/en die behandelnden Ärzte/innen in die Pflicht zu nehmen, dass sie die Wahrnehmungen der Eltern ernst nehmen und dem Kind entsprechende Unterstützung anbieten. Erzieherinnen werden in die Lage versetzt, Eltern auf Anzeichen von Stottern hinzuweisen, damit diese die zur Abklärung erforderlichen Maßnahmen sicher ergreifen können. Zum anderen sollen die Ergebnisse des Projekts zur Verbesserung der frühen Identifikation von Stottern beitragen, indem sie die instrumentellen Voraussetzungen für ein flächendeckendes Screening auf Stottern im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen, der Sprachstandserfassungen und Einschulungsuntersuchungen liefern.

2. Ziele des Projekts

Seit 30 Jahren versucht die Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe (BVSS) durch umfangreiche Informations- und Beratungstätigkeit und zahlreiche Präventionsprojekte der Entstehung des Stotterns und dessen Chronifizierung entgegenzuwirken. Die vergangenen Jahre zeigen jedoch, dass unsere präventive Arbeit nachhaltig dadurch behindert wird, dass bis heute keine verlässlichen Verfahren zur Früherkennung von Stottern zur Verfügung stehen. Besonders bedauern wir als Selbsthilfeorganisation, dass wir hilfeschenden Eltern oder Familienmitgliedern aber auch Erzieherinnen und Lehrern keine Auskunft darüber geben können, wie sie mit ausreichender Sicherheit mögliches Stottern selbst rechtzeitig erkennen können.

Ziel des Projektes ist es deshalb, gemeinsam mit den Universitätskliniken in Frankfurt und Aachen ein Verfahren zu entwickeln, um Stottern im Vorschulalter sicher identifizieren zu können.

Das zu entwickelnde Verfahren soll zum einen das soziale Umfeld (d.h. Eltern, Erzieherinnen usw.) selbst in die Lage versetzen, stotternde Kinder mit ausreichender Sicherheit frühzeitig zu erkennen, um sekundäre Präventivmaßnahmen einleiten zu können. Zum anderen soll das Verfahren dazu geeignet sein, in den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen, Sprachstandserhebungen und Schuleingangsuntersuchungen als wissenschaftlich evaluiertes Verfahren eine breite und systematische Anwendung zu finden.

Das zu entwickelnde Verfahren soll dabei an internationale Standards angelehnt aus einem Beobachtungsverfahren ergänzt um ein Diagnoseverfahren für den Pädiater bestehen. Bestandteil des Beobachtungsverfahrens sind Fragebögen für Kinder, Eltern und Erzieherinnen, die unabhängig voneinander oder in zu definierender Kombination dem sozialen Umfeld eine ausreichende Sicherheit für das Erkennen von möglichem Stottern liefern. Das Diagnoseverfahren beinhaltet ein Verfahren zur Analyse der spontanen Sprache, welches für die jeweilige Untersuchungssituation (Gesundheitsamt, Kinderarztpraxis) angepasst ist. Dessen Ergebnis soll in den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen und Schuleingangsuntersuchungen mit den Ergebnissen aus den Beobachtungsverfahren zusammenfließen, um somit an vom System vorgegebenen Zeitpunkten mit ausreichender Sicherheit stotternde Kinder zu identifizieren.

3. Aktuelle Situation zur Früherkennung Stottern

Als in der Fachschaft anerkannt gilt, dass 5% aller Kinder eines Altersjahrgangs beginnen zu stottern (Deutsches Ärzteblatt 2006, Jg. 103, Heft 18, 5. Mai 2006, Stottern – Pathogenese und Therapie). Dieser statistische Wert wurde in der Vergangenheit in einer Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen bestätigt, zuletzt 2008 an 4- bis 4½-jährigen Kindern in einer Vorstudie zur hessischen Sprachstandserfassung, dem Kinder-Sprach-Screening-Projekt KISS an der Johann-Wolfgang-Goethe Universität in Frankfurt.

Im Gegensatz dazu stehen die von der BVSS in den Ländern abgefragten Prävalenzdaten aus jüngsten Schuleingangsuntersuchungen, beispielsweise in Baden-Württemberg und im Saarland. In den dortigen Untersuchungen fielen lediglich 0,3 bis 0,4% (BaWü) bzw. 0,1% (Saarland) stotternde Vorschüler auf. Angesichts der Tatsache, dass das gelbe Vorsorgeheft der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen U8/U9 bei der Schuleingangsuntersuchung eingesehen wird, ist auch von einer ähnlich niedrigen Sensitivität in den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen auszugehen, in denen

unter der Rubrik zu erfragende Befunde die Eltern bestenfalls gefragt werden, ob das Kind stottert oder nicht.

An der Hochschule Fresenius im hessischen Idstein wird in Kenntnis der mangelnden Früherkennung zurzeit eine Untersuchung zur Versorgungslage stotternder Vorschulkinder durchgeführt, nachdem offensichtlich wurde, dass für das Jahr 2007 deutlich weniger als 1% der hessischen Vorschulkinder wegen Stotterns in sprachtherapeutischer Behandlung waren.

Die ärztlichen und therapeutischen Fachverbände bestätigen die mangelnde Früherkennung von Stottern (Schreiben der Verbände in den Anlagen 1 bis 3). Dies ist auch der Grund dafür, dass jüngst in einigen Bundesländern, beispielsweise im Saarland, die politischen Entscheidungsträger die Notwendigkeit einer Überprüfung auf Stottern vor Schuleintritt erkannten. Die politische Entscheidung für eine Testung in den dortigen Schuleingangsuntersuchungen (Artikel der Saarbrücker Zeitung vom 13.08.2008, Anlage 4) wurde jedoch bis heute medizinisch nicht umgesetzt, mit dem Hinweis, dass evaluierte Testverfahren fehlen.

4. Bedeutung der Früherkennung Stottern

4.1 Ursachen des Stotterns – Stand der Kenntnis

Stottern tritt üblicherweise im Alter von 2 – 5 Jahren auf (Yairi E; Ambrose N. G. Early childhood stuttering I: persistency and recovery rates. Journal of speech, language, and hearing research: Journal of speech, language and hearing research 1999 42/5)

Zitat aus: C. Lattermann; K. Neumann: Stotternde Schüler-ratlose Lehrer: Anregungen zur Unterrichtsgestaltung, in PF:ue, Nr. 3 2005: „Nach heutigem Kenntnisstand ist Stottern ein Störungsbild mit unbekannter Ursache. Es wird gegenwärtig jedoch ein multifaktorielles Entstehungsmodell angenommen, bei dem eine genetische Disposition mit Problemen in der zentralen Steuerung des Sprechens eine wichtige Rolle spielen (Silvermann, F.H.: Stuttering and other fluency disorders: an overview for beginning clinicians. Boston, MA: Allyn and Bacon 1996). Weiterhin wird vermutet, dass auch linguistische und psychosoziale Faktoren Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf der Störung nehmen können. Schulze und Johannsen (Schulze, H.&Johannsen, H.S.: Stottern bei Kindern im Vorschulalter: Theorie-Diagnostik-Therapie. Phoniatrie Ambulanz der Universität Ulm, Ulm 1986) schlagen vor, zwischen disponierenden und aufrechterhaltenden Bedingungen zu unterscheiden, um Faktoren und ihre Auswirkungen im Einzelfall einordnen und gegebenenfalls bewerten zu können:

Genetische Disposition

Studien aus Australien, England und den USA belegen eine familiäre Häufung des Stotterns, und weisen darauf hin, dass Stottern zu ungefähr 70-80% genetisch bedingt ist. Ebenso deuten Studien aus der Zwillingsforschung und aus der Neurophysiologie auf zugrunde liegende erbliche und hirnorganische Faktoren hin. Viele Studien zeigen zudem, dass zumindest eine Untergruppe stotternder Kinder Auffälligkeit in der Sprachentwicklung aufweisen (Guitar, B: Stuttering: An integrated approach to its Nature and Treatment, Baltimore: Williams & Wilkins 1998). Hingegen liegen keinerlei Ergebnisse vor, die eine psychische Ursache oder einen Zusammenhang zwischen der Entstehung von Stottern und dem Erziehungsstil belegen konnten.

Auslösende Bedingungen

Ereignisse, die im Zusammenhang mit dem Beginn des Stotterns geschildert werden (z.B. eine Krankheit, die Geburt eines Geschwisterkindes, Tod eines Familienmitgliedes, ein Unfall ...) sind auslösende Faktoren, nicht aber Ursache des Stotterns. Diese Ereignisse müssen mit vermuteten disponierenden und aufrechterhaltenden Faktoren in Bezug gesetzt werden. Studienergebnisse weisen darauf hin, dass ein solches Ereignis nicht ausreichen dürfte, um eine Langzeitstotterns zu verursachen. Hierzu sind vielmehr aufrechterhaltende Bedingungen notwendig.

Stabilisierende, chronifizierende Bedingungen

Es wird angenommen, dass aufrechterhaltende Faktoren des weiteren Verlauf der kindlichen Redeflussstörung beeinflussen. Dies können aus den Bereichen der Sprachentwicklung, der kognitiven und der emotional-sozialen Entwicklung kommen. Man vermutet, dass auch bestimmte Umgebungsfaktoren als kommunikative Stressoren wirken, die ein Aufrechterhalten der Stottersymptomatik begünstigen. Dazu gehören z.B. ungünstiges Zuhörerverhalten, hohes Sprechtempo, unangemessen hohes linguistisches Niveau, ständiges Fragen und Belehren des Kindes und eine konkurrenzhaftere Sprecherumgebung. Besondere Bedeutung im Prozess der Chronifizierung kommt dabei auch dem schulischen Umfeld zu, in dem ungünstige Kommunikationssituationen gehäuft und systematisch auftreten und zusätzliche psychische Belastungen durch Isolation, Hänseleien und Mobbing ihren Beitrag zur Verfestigung und Verstärkung des Stotterns leisten.“

4.2 Notwendigkeit einer frühzeitigen Intervention

Je früher Stottern erkannt wird, umso früher können chronifizierende und das Stottern stabilisierende Bedingungen im sozialen Umfeld (Elternhaus, Kindergarten, Schule) vermieden werden (sekundäre Prävention). Es besteht zudem nur bei früher Erkennung die Möglichkeit, einen Therapiebedarf zu prüfen. An die Diagnose „Stottern“ schließt sich damit nicht zwingend eine Therapie an. Gesundheitspolitisch, aber auch für die einzelne Logopädin in der Praxis bedeutet das, dass Kriterien genutzt werden müssen, nach denen entschieden werden kann, ob ein als stotternd diagnostiziertes Kind eine Therapie benötigt oder nicht (P. Sandrieser Forum *Logopädie* Heft 2 (17) März 2003 14-19 Mini-KIDS – ein Konzept zur direkten Behandlung von Stottern im Kindergartenalter).

Im Falle eines Therapiebedarfes kann ein zu spätes Erkennen von bereits chronischem Stottern dazu führen, dass die Chronifizierung bereits so weit fortgeschritten ist, dass eine Heilung nicht mehr möglich ist. Dagegen haben frühe direkte Therapien Remissionsraten von über 90 % nachgewiesen (Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E: Evidence-based treatment of stuttering:: II. Clinical significance of behavioral stuttering treatments Department of Speech & Hearing Sciences, University of Arizona 2003)

5. Besondere Bedeutung der Erkennung von Stottern vor Schuleintritt

5.1 Einfluss der Schule auf die progressive Entwicklung des Stotterns

Das Nicht-Erkennen von Stottern in den Schuleingangsuntersuchungen führt dazu, dass die aufnehmende Schule nicht auf das sprechbehinderte Kind vorbereitet ist. Denn die Kommunikationssituation in der Schule kann das Stottern des Kindes unbewusst verstärken und verfestigen. Hänseleien/Mobbing führen bereits im frühen Schulalter zu psychosozialen Belastungen, die nicht selten sekundäre Behinderungen verursachen (J. Benecken, C. Spindler: Zur psychosozialen Situation stotternder Schulkinder Oder: "Stell Dir vor, Du stotterst und es merkt keiner!" In: "Sprachheilpädagogik"; 6/2003).

Seit vielen Jahren ist bekannt, dass die Schule in der progressiven Entwicklung des Stotterns einen äußerst kritischen Zeitabschnitt darstellt. Mit dem Eintritt in die Schule sinkt die Remissionswahrscheinlichkeit deutlich. Der Einfluss des schulischen Umfeldes auf die progressive Entwicklung des Stotterns ist seit vielen Jahren bekannt und Gegenstand einer Reihe wissenschaftlicher Arbeiten, ohne dass jedoch aus diesen Ergebnissen bildungspolitische Konsequenzen gezogen wurden. Stottern steht im Gegensatz zu anderen Auffälligkeiten, wie z.B. LRS oder ADS, kaum in der pädagogischen Diskussion. Weiterbildungen für Pädagogen zu diesem Thema sind eine Seltenheit. Publikationen zur integrativen schulischen Förderung sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher sind im Vergleich zu anderen Behinderungsgruppen äußerst selten. Dabei sind die Problematiken stotternder Schüler oft erheblich. Die Kommunikationssituation in der Schule leistet oft und unbewusst einen Beitrag dazu, dass sich das Stottern der Kinder weiter verstärkt und verfestigt. Das schulische Umfeld wirkt oft unbewusst kontraproduktiv zur Therapie, d.h. verringert deren Effektivität und verlängert somit die Therapiezeiten, in dem es den Kindern die Umsetzung von in der Therapie Erlerntem erschwert. Die enorme Stigmatisierungsgefahr führt in vielen Fällen zu Hänseleien bis hin zum Mobbing, woraus erhebliche psychische Belastungen resultieren können, die nicht selten Sekundärerkrankungen zur Folge haben. Prävalenzstudien deuten an, dass je nach Altersgruppe 1,5 bis 2,5% aller Schüler stottern, wobei die Spannweite der Daten deutlich ist und die Zahlen je nach Methode der Untersuchung erheblich schwanken. Hochproblematisch stellt sich dar, dass die Hälfte aller stotternden Schüler ihre gesamte Schulzeit durchlaufen, ohne als Stotterer erkannt zu werden (sog. verdeckte Stotterer). Sie erkaufen sich diese Tarnung dadurch, dass sie weit weniger sprechen, als es die jeweilige Situation nahe legen würde. Sie nehmen dabei in Kauf, dass sie als leistungsschwach, sozial unangepasst, schüchtern oder unmotiviert gelten. Es ist somit verständlich, dass stotternde Schüler potentiell im Erreichen ihrer Bildungsziele beeinträchtigt sind, indem sie u.a. in der mündlichen Notengebung benachteiligt werden.

Der potentiell negative Einfluss des schulischen Umfeldes auf die progressive Entwicklung des Stotterns und die Effizienz therapeutischer Maßnahmen sind ebenso wie die Gefahr, durch Isolation und Mobbing sekundäre Krankheiten und Behinderungen auszulösen in einer Reihe von Studien und Publikationen nachgewiesen. Beispielhaft sollen hier Ergebnisse der RWTH Aachen und der Hochschule Merseburg skizziert werden.

5.2 Einfluss der Schule auf die Therapie stotternder Schulkinder

Die ungünstige Kommunikationssituation, Hänseleien und Mobbing wirken sich wesentlich auf den Therapieerfolg aus. In jüngsten Studien der RWTH Aachen kommen Zückner et al. 2009 im Studiengang Lehr- und Forschungslogopädie am Universitätsklinikum Aachen unter dem Forschungstitel „Selbstwert von stotternden Jugendlichen – Einflüsse auf Therapie und Sprechverhalten“ (Titel des zur Veröffentlichung eingereichten Manuskriptes) zu den Ergebnissen:

- dass das schulbezogene Selbstwertgefühl von stotternden Kindern und Jugendlichen signifikant stärker ausgeprägt ist als bei nichtstotternden Kindern und Jugendlichen (besonders bei den stotternden Mädchen),
- dass die Stärke des schulbezogenen Selbstwertgefühls einen wesentlichen Einfluss auf therapeutische Parameter wie Therapiedauer, Leidensdruck, Vermeideverhalten ausübt und
- dass bei stotternden Kindern und Jugendlichen mit geringem Selbstwertgefühl vor/während einer Stottherapie eine zusätzliche psychotherapeutische Behandlung sinnvoll ist.

5.3 Psychosoziale Belastung stotternder Schüler

An der Hochschule Merseburg wurde in den letzten 10 Jahren eine Vielzahl von Untersuchungen zur psychosozialen Belastung stotternder Schüler durchgeführt und publiziert. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden im folgenden mit Zitaten aus den Publikationen beschrieben:

Mit Schulbeginn ist über die Zeitachse eine rapide fallende Remissionswahrscheinlichkeit zu beobachten.

Bahrfeck, K., Fleischer, N. (2002): Stottern und Schule. Die Sprachheilarbeit 47

Die Schule trägt mittelbar zur Chronifizierung und Verstärkung des Stotterns bei. Benecken, J., Spindler, C. (2002): Mobbing und Stottern: Zur schulischen Situation stotternder Kinder. Forum Logopädie 6, 6-11.; J. Benecken, C. Spindler: Zur psychosozialen Situation stotternder Schulkinder Oder: "Stell Dir vor, Du stotterst und es merkt keiner!" In: "Sprachheilpädagogik"; 6/2003

Es ist bei einem stotternden Kind mit einem erheblich erhöhten Mobbing- und/oder Isolationsrisiko auszugehen.

Es ist unter behindertensoziologischem Gesichtspunkt nicht zu akzeptieren, dass Kinderärzte und/oder Logopäden raten, ein stotterndes Kind in eine Regelschule einzuschulen ohne einen Integrationsprozess abzusichern.

J. Benecken, C. Spindler: Zur psychosozialen Situation stotternder Schulkinder Oder: "Stell Dir vor, Du stotterst und es merkt keiner!" In: "Sprachheilpädagogik"; 6/2003.

Um den potentiell negativen Einfluss der Schule auf das Stottern der Kinder und deren psychosoziale Situation zu verhindern ist zunächst erforderlich, stotternde Kinder vor Schuleintritt sicher zu identifizieren. Es muss nach Rechtslage in allen Bundesländern dann in einem sonderpädagogischen Gutachten geprüft werden, welche Einschränkungen mit dem Stottern in der Schule und verbunden sind. Aufgrund des Gutachtens muss dann die Schule auf das sprechbehinderte Kind vorbereitet und entsprechende integrationspädagogische Fördermaßnahmen eingeleitet werden. Sowohl Überprüfung als auch Förderung in der Regelschule sind rechtlich verankert. Dies wurde jüngst in einem von der BVSS in Auftrag gegebenen Rechtsgutachten bestätigt.

5.4 Schulische Förderung stotternder Kinder

In diesem Rechtsgutachten (Ennuschat/Rux, 2009) schaffen die beauftragten Gutachter der Universitäten Konstanz und Tübingen mit ihrer Untersuchung unter anderem Klarheit in der Frage nach dem Anspruch stotternder Schüler auf sonderpädagogische Förderung in der Regelschule und deren Zielsetzung. Generell soll diese Förderung einer Entstehung oder Verfestigung der Sprechbehinderung entgegenwirken, einen evtl. außerschulischen therapeutischen Prozess unterstützen und wo immer möglich, Beeinträchtigungen aufheben. Aufgabe der Unterstützung ist es

zudem, Stotternden die bestmögliche schulische und berufliche Eingliederung sowie die gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

Im Schnitt erhalten jedoch nur etwa ein Prozent der 130.000 stotternden Schüler in Deutschland überhaupt die ihnen zustehende Unterstützung (Benecken, J., Spindler, C. (2002): Mobbing und Stottern: Zur schulischen Situation stotternder Kinder. Forum Logopädie 6, 6-11.). Die restlichen hingegen werden nicht einmal auf diesen rechtlich verankerten schulischen Förderbedarf hin überprüft. Ein Grund dafür sind die in Bezug auf Stottern unzureichenden Schuleingangsuntersuchungen, bei denen die Sprechbehinderung wegen des Fehlens geeigneter Verfahren nur selten erkannt wird.

6. Früherkennung Stottern als Selbsthilfe

Aus der Beratungstätigkeit der BVSS wird offensichtlich, dass von den 4000 Anfragen p.a. ein nicht geringer Anteil Fragen zur Erkennung von Stottern betrifft. Dabei handelt es sich bei den Hilfesuchenden sowohl um Familienangehörige (Eltern, Großeltern) als auch um Erzieherinnen (und auch Lehrer).

Mit der Erstellung von evaluierten Beobachtungsverfahren für Kinder, Eltern und Erzieherinnen unterstützt das Projekt die Eltern / Erzieherinnen stotternder Kinder in ihrer Kompetenz, bereits im frühen Stadium Stottern zu erkennen. Da Stottern in der breiten Zeitspanne zwischen 2 und 5 Jahren auftreten kann, kommt der Beobachtung des sozialen Umfeldes bei der Effektivität der Erkennung von Stottern eine besondere Bedeutung zu. Erst mit einer sicheren Früherkennung des sozialen Umfeldes ist sekundäre Prävention erst möglich.

Mit den geplanten Früherkennungsmaterialien werden Eltern zudem darin gestärkt, als mündige und kundige Patient/inn/en die behandelnden Ärzte/innen in die Pflicht zu nehmen, dass sie die Wahrnehmungen der Eltern ernst nehmen und dem Kind entsprechende Unterstützung anbieten. Erzieherinnen werden in die Lage versetzt, Eltern auf Anzeichen von Stottern hinzuweisen, damit diese die zur Abklärung erforderlichen Maßnahmen sicher ergreifen können.

7. Nachhaltigkeit des Projektergebnisses

Im Rahmen unserer Informations- und Beratungsarbeit wird das Verfahren unmittelbar den Zielgruppen vorgestellt und erläutert. Eltern und ihre Kinder erhalten durch die Fragebögen direkt die Unterstützung und Möglichkeit zur Einschätzung und Bewertung der Sprechunflüssigkeit. Sie werden in ihrer Mündigkeit als Betroffene bzw. Angehörige nachhaltig unterstützt. Ebenso werden Erzieherinnen in ihrer Wahrnehmung und Förderung des Kindes durch die Fragebögen nachhaltig unterstützt. Unsere Selbsthilfegruppen übernehmen hier eine wichtige Multiplikatorenfunktion.

Durch die praxisnahe Berichterstattung über die entwickelten Verfahren und ihre Möglichkeiten in der Zeitschrift der BARMER, in Eltern- und Frauenzeitschriften, Jugendjournalen, Zeitschriften für Erzieherinnen, Apothekenrundschau usw. erwarten wir aus Erfahrung eine hohe Resonanz von Betroffenen.

Entsprechend werden wir über die Verfahren bei den Berufsverbänden der Kinder- und Jugendärzte sowie der Hausärzte, den Berufsverbänden der Erzieher/innen sowie den Wohlfahrtsverbänden und Kirchen als Träger der Kindergärten und Erziehungsberatungsstellen informieren.



Voraussetzung für die systematische Umsetzung und Nutzung der Verfahren ist die Akzeptanz der Verfahren durch die unterschiedlichen Fachschaften (Logopäden, akademische Sprachtherapeuten/-heilpädagogen, Psychologen, Phoniater). Diese wird im Projekt dadurch gewährleistet, dass bereits in der Projektplanungsphase die *Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten e.V.* (IVS, www.ivs-online.de), in der Vertreter aller Fachverbände zusammengeschlossen sind, mit eingebunden wurde. Über die Planungsphase hinaus soll die IVS beratend in der Projektdurchführung und unterstützend in der Datenauswertung und -interpretation mitwirken.

8. Wissenschaftliche Projektbeschreibung, Projektteilnehmer und Zeitplan

s. beiliegende Projektskizze

9. Finanz- und Förderbedarf

Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.	
Projektleitung, 24 Monate	19.000 €
Reisekosten	1.000 €
Summe	20.000 €
Klinikum der RWTH Aachen	
Wissenschaftlicher Mitarbeiter, 12 Monate	27.000 €
2 studentische Hilfskräfte	6.000 €
Sachkosten	5.000 €
Reisekosten	1.800 €
Summe	39.800 €
Universitätsklinikum Frankfurt	
Wissenschaftlicher Mitarbeiter, 21 Monate	42.000 €
4 studentische Hilfskräfte	12.000 €
Sachkosten	9.000 €
Reisekosten	2.200 €
Summe	65.200 €
Gesamt:	125.000 €