

Der Einsatz von RedeflussKompass und StotterKompass in der Pädiatrie

Der Artikel knüpft an den vorgängigen Beitrag Beginnendes Stottern des Kinder- und Jugendarztes an und erläutert im Zusammenhang mit den qualitativen Ergebnissen der Evaluation von RedeflussKompass und StotterKompass deren Entwicklung zu einem digitalen Instrumentarium. Daran anschliessend wird der Einsatz der beiden Kompassse in der Praxis der Pädiatrie diskutiert und beispielhaft die fachlichen Voraussetzungen für eine Erstberatung mit dem StotterKompass dargelegt. Ein Überblick zu den wichtigsten Interventionsformen bei (beginnendem) kindlichen Stottern ergänzt das Grundlagenwissen aus dem Vorgängerartikel.



Jürgen Kohler



Wolfgang Braun

und Blockaden) und Sekundärsymptomatik (z.B. Mitbewegungen, Vermeidungsverhalten, Sprechangst) unterschieden. Beispielhaft wurden über die Schwierigkeiten bei der Identifikation dieses Phänomens berichtet und einige Prinzipien für eine Erstberatung erläutert. Die Verhinderung der Entstehung eines Teufelskreises zwischen Primärsymptomatik und Sekundärsymptomatik wurde als das zentrale Anliegen der Präventionsarbeit bei beginnendem Stottern dargelegt. Die fragebogenähnliche Instrumente RedeflussKompass (für Laien) zur Früherkennung sowie StotterKompass (für Fachpersonen) zur Ersterfassung und Hilfe zur Erstberatung wurden vorgestellt. Abschliessend wurde das Forschungsdesign der Evaluation skizziert und die daraus hervorgegangenen quantitativ bestimmten Kennwerte der Güte benannt.

Im diesem Folgeartikel werden einige Details der qualitativen Analyse der Erforschung zusammen mit den daraus abgeleiteten Optimierungen der Instrumente vorgestellt. Es wird dadurch ein Eindruck von den aktuellen Versionen der Kompassse und ihrer Handhabung vermittelt. Nicht zuletzt kann auf dieser Basis eine Diskussion geführt werden, welche Rolle die Kinderärztin bei der Früherkennung, Ersterfassung und Erstberatung des beginnenden Stotterns einnehmen kann.

Interviews mit den Fachpersonen, schriftliche Reflexionen von Fachpersonen zur Durchführung, Dokumentationen (Protokolle, Transkriptionen oder Audioaufnahmen) und von Interviews mit den Bezugspersonen und außerdem Protokolle von Gruppendiskussionen mit Experten und von Gruppenbefragungen mit potentiellen Anwenderinnen des Redefluss-Kompassses. So fanden sich Erklärungen zum Zustandekommen der statistischen Kennwerte. Nicht zuletzt gab die qualitative Analyse Hinweise zur Optimierung beider Instrumente und deren Einsatz.

Bei der inhaltsanalytischen Auswertung [1] der Dokumente wurden Kategorien gebildet, welche die wesentlichen Erfahrungen der Anwenderinnen kompakt auf den Punkt bringen. Tab. 1 zeigt einige Beispiele für solche Kategorien im Überblick.

Die Optimierung der Instrumente mündete in die Digitalisierung der Kompassse. Grund war, dass viele der aus den Kategorien abgeleiteten Verbesserungen durch die online Form elegant angegangen werden konnten.

Mit Hilfe der in Tab. 1 aufgeführten Kategorien und den nachfolgenden Ausführungen soll diese Optimierung beispielhaft skizziert werden. Es wird dadurch ein Einblick in den Entwicklungsteil des Forschungsprojektes und gleichzeitig in die Gestalt der digitalisierten Kompassse gewährt.

1. Einleitung

In der vorhergehenden Ausgabe des Kinder- und Jugendarztes konnten Sie sich über die Phänomenologie des beginnenden Stotterns informieren. Es wurde das fließende Kontinuum zwischen normalen und stottertypischen Redeunflüssigkeiten aufgezeigt sowie in Primärsymptomatik (Teilwortwiederholungen, Dehnungen

2. Qualitative Analyse des Einsatzes von Redefluss- und StotterKompass

Folgende Dokumente konnten wir in die qualitative Analyse einbeziehen:

Video- oder Audioaufnahmen von Durchführungen des StotterKompassses, Protokolle oder Audioaufnahmen von In-

3. Optimierung der Kompassse durch Digitalisierung

3.1 Realitätsnähe bei der Auswertung

Die Kategorie D (vgl. Tab. 1) entstand, weil die Auswertung der Kompassse die bipolare Entscheidung „kein Bedarf an wei-

Tab. 1: Auszug der Kategorien der Erfahrungen, welche die Anwenderinnen beim Einsatz der Kompass gemacht haben.

Kategorie	Kategorienbeschreibung	Code
	Kategorien mit kritischer bzw. negativer Wertigkeit	
Gesamtpunktzahl	(...) „scharfer“ Übergang zwischen den Empfehlungen irritiert	D
	Kategorien mit positiver Wertigkeit	
Beispiele	Bezugspersonen loben die Beispiele im RfK 3.0	F
hilfreich & nützlich	Bezugspersonen und Fachpersonen schätzen den RfK 3.0 bzw. den SK als hilfreich und nützlich	G
Ökonomie RfK	Bezugspersonen und Fachpersonen finden RfK 3.0 ökonomisch	H
	Kategorien mit differenzierter Wertigkeit	
Skalierung	Skalierung im RfK 3.0 oder SK	I
Farben	Farbsystem beim RfK 3.0 und SK	J



Abb. 1: Beispiel für die Auswertung eines redeunflüssigen Kindes beim digitalen StotterKompass zur Illustration der Farbsignaletik

	Skalierung	Farben
Es scheint so, als ob die Pause unfreiwillig geschieht und das Kind «hängen bleibt», blockiert.	nie selten manchmal häufig	0 1 2 3
«Ich k ... kann gut schwimmen.»		

Abb. 2: Beispiel für die Verwendung der Farbsignaletik und Skalierung an einem Item in der alten Version der Kompass

teren Massnahmen“ vs. „weiterer Bedarf an Massnahmen“ fokussierte. Zwar war eine Zwischenkategorie „uneindeutiges Bild“ im Sinne des Borderline Stotterns eingefügt, es zeigte sich jedoch bei der Auswertung der zu vergebenden Punkte eine unrealistische Vernachlässigung dieser Zwischenkategorie. So kam es zur Kritik der Anwenderinnen hinsichtlich der Kategorie „Übergang zwischen den Empfehlungen“.

In der neuen digitalen Form beider Kompass wird das Resultat und die Empfehlung automatisch im Hintergrund berechnet und die Auswertung durch eine Grafik (vgl. Abb. 1) dargestellt, die den fließenden Übergang zwischen den drei Kategorien realitätsgerecht darstellt¹.

Diese Form der Visualisierung wird der messtechnisch schwierigen Differenzierung von „normalen Unflüssigkeiten“ über „borderline Stottern“ bis zu den eindeutig „stottersymptomatischen Unflüs-

sigkeiten“ vielmehr gerecht als eine vermeintliche scharfe analytische Trennung zwischen diesen drei Einschätzungskategorien.

Auch nimmt die Verwendung der Ampelfarben Grün für keine Massnahme notwendig, Gelb für Entwicklungsbeobachtung (bei uneindeutigem Borderline Stottern) und Rot für Maßnahme notwendig die differenzierte Kritik der Anwender auf (vgl. Kategorie J in Tab. 1). In der Papierform war nämlich jedes einzelne Item mit der Farbensymbolik versehen (vgl. Abb. 2).

¹ Der Schweregrad wird bei den online Kompassen linear von 0 bis zu einer maximalen Punktzahl (beim StotterKompass sind es hier 65 Punkte) abgebildet. Die Empfehlungen für eine weitere Maßnahme, welche durch die Farben ausgedrückt werden, folgen aber nicht dieser Linearität. Ab 8 Punkten wird der gelbe Bereich (= Entwicklungsbeobachtung) erreicht und ab 12 Punkten der Übergang zum orangenen Bereich (= Massnahme notwendig) erreicht wird. Je höher die Punktzahl desto „gestauchter“ werden sie im roten Bereich abgebildet.

Das Farbsystem wurde von den Anwendern nicht eindeutig als gut oder schlecht beurteilt. Viele Bezugspersonen irritierte die Farbe Rot beim Ausfüllen und wir konnten ein Vermeidungsverhalten („Lieber nicht ankreuzen!“) oder eine angstauslösende Wirkung („Ich sehe bei meinem Kind nur noch rot“) beobachten. Andere Anwender schätzten die Farbsignaletik als eine wertvolle Unterstützung zur Bedeutung der Wahlantworten jedes einzelnen Items. Wir eliminierten in der optimierten Form der Kompass die Farben bei den Items, fügten sie jedoch bei der Auswertung ein (vgl. Abb. 1) und haben so die Nachteile der Farbsignaletik minimiert und die Vorteile beibehalten.

3.2 Stufenlose Skalierung der Antworten

Das nächste Beispiel betrifft die Kategorie I (vgl. Tab. 1). Sie entstand aus einer mehrheitlich kritischen Rückmeldung und beinhaltet ein Phänomen, das in der Psychometrie [2] bestens bekannt ist. Die Einschätzung von Häufigkeit oder Intensität durch eine auf Begriffen basierende Skala kann problematisch sein. Bei den Kompassen wurde meist die Skala mit den Begriffen nie – selten – manchmal – häufig verwandt. Wenn Personen, die auf derartigen Skalen ein Urteil abgeben sollen, dies ohne Vergleichsmöglichkeit tun müssen, geraten sie in die Situation, dass sie kein Gefühl für selten oder manchmal haben. Dies ist bei beginnendem Stottern häufig der Fall: Nahe Bezugspersonen kennen oft keine anderen Kinder, die unflüssig sprechen und haben daher keine Vergleichsmöglichkeit. Insofern war es nachvollziehbar, dass in den Rückmeldungen der Anwenderinnen das Skalenproblem zum Vorschein kam. Die Digitalisierung der Kompass hat für dieses Pro-

blem eine elegante Lösung ermöglicht. Statt der begriffsbasierten Abstufung von Häufigkeit oder Intensität konnten wir einen Schieberegler verwirklichen der zwischen den Polen *nie* und *immer* die intuitive Einschätzung erlaubt (vgl. Abb. 3).

3.2 Steigerung von Validität und Ökonomie

Die Kategorien F, G und H der qualitativen Auswertung (vgl. Tab. 1) des Forschungsprojektes sind positive Rückmeldungen und verifizieren insofern die ursprüngliche Gestalt der Kompass. Trotzdem haben uns diese Kategorien ermuntert, eine weitere Optimierung für die digitalen Kompass umzusetzen.

Sowohl im RedeflussKompass 3.0 als auch im StotterKompass wurde versucht die Symptomatik mit schriftlich dargebotenen Beispielen zu veranschaulichen (z.B. für die Lautwiederholungen steht „l-i-i-i-ich“). Wenn die Fachpersonen diese Symptomatik zudem vormachen konnten, wurde dies von den Bezugspersonen als besonders hilfreich und nützlich geschätzt. Um den Wert des Vormachens als anschauliches Beispiel noch zu verstärken und auch dann zu gewährleisten, wenn die Fachperson darin keine Übung hat, wurde in der Weiterentwicklung der Kompass der Vorteil der Digitalisierung voll ausgeschöpft. Es wurden Videofiles eingebaut (vgl. Abb. 3), bei denen man ein redeunflüssiges Kind beobachten kann, das die jeweilige Symptomatik vormacht. Für jedes Item der Kompass, das eine beobachtbare Symptomatik enthält, existiert dementsprechend ein solches Videofile, welches den Bezugs- und Fachpersonen dabei hilft, sich über die Qualität der Redeunflüssigkeit des Kindes (betrifft die Validität) im Klaren zu werden und diese Einschätzung auch schneller (betrifft die Ökonomie) vornehmen zu können.

An dieser Stelle empfehlen wir, sich den *RedeflussKompass online* und *StotterKompass online* einfach mal anzuschauen. Er kann kostenlos unter www.hfh.ch/stottern erkennen in der Durchführung und Anwendung ausprobiert werden, indem beide Instrumente „durchgeklickt“ werden. Für eine intensivere Auseinandersetzung stehen die Manuale zum Download in pdf-Form zur Verfügung.

Mit der Erfahrung des „Durchklickens“ kann die nachfolgende Diskussion zur Verwendung der Kompass in der kinderärztlichen Praxis besser nachvollzogen werden.

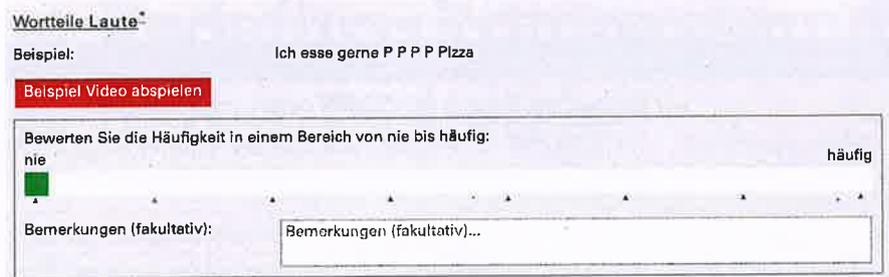


Abb. 3: Schieberegler zur stufenlosen Einschätzung der Häufigkeit einer stottertypischen Symptomatik

4. Diskussion zum Einsatz der Kompass in der kinderärztlichen Praxis

4.1 Der Faktor Zeit als Kriterium der Anwendung

Im Zuge des Forschungsprojektes haben wir auch Kinderärzte und -ärztinnen als Fachpersonen angesprochen und um Kooperation gebeten. Sie nutzten sehr gern den RedeflussKompass, indem sie diesen an die Bezugspersonen zur Bearbeitung weitergaben. Der ausgefüllte RedeflussKompass wurde als Gesprächsgrundlage genutzt und half, um eine weitere Maßnahme im Einvernehmen zwischen Kinderärztin und Bezugsperson zu begründen. Die Kinderärztinnen sahen sich aber aus Zeitgründen nicht in der Lage, den StotterKompass anzuwenden. Um die Bedeutung des Zeitfaktors genauer zu betrachten, werden hier die Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt dargelegt:

Für die Bearbeitung des RedeflussKompasses gaben die Bezugspersonen an, zwischen fünf und zehn Minuten zu benötigen. Sie fühlten sich danach gut vorbereitet auf das Gespräch mit der Kinderärztin oder Logopädin.

Für die Durchführungszeit des StotterKompasses wurde eine grosse Variabilität angegeben. Durchführende berichteten von einem Minimum von fünf Minuten und einem Maximum von 90 Minuten. Am schnellsten waren Experten mit eindeutigen Fällen von Nicht-Stottern. Diese Experten erlaubten sich, den StotterKompass nach festgestellter Absenz von Stotterprimärsymptomatik nach dem ersten Teil abzubrechen. Am längsten waren Fachpersonen ohne Spezialisierung auf Stottern bei uneindeutigen Fällen (= Borderline Stottern) beschäftigt, die sich bei der Anwendung des StotterKompasses mit anspruchsvollen, erzählfreudigen und

auf Genauigkeit schauenden Bezugspersonen auseinandersetzen.

4.2 Fachliche Voraussetzung zum Einsatz der Kompass

Zum Einsatz des RedeflussKompasses gibt es keine fachlichen Voraussetzungen. Er ist speziell für Laien konzipiert. Einige mit uns kooperierende Kinderärztinnen sahen die Anwendung des StotterKompasses aus fachlichen Gründen im Aufgabengebiet der Logopädie. Wir glauben, dass dies nicht zwingend so sein muss, da es bei entsprechender Fortbildung auch nicht-logopädischen Fachpersonen möglich sein sollte, den StotterKompass anzuwenden. Die Einschätzung zur Fachlichkeit muss aber jede Fachperson seriös vornehmen. Im Manual für den StotterKompass haben wir folgende fachlichen Voraussetzungen aufgeführt:

1. Physiologie des Stotterns erklären können (Was ist Stottern?) und Informationen zur Ätiologie des Stotterns geben können (Woher kommt Stottern?).
2. Situationsabhängigkeit des Stotterns erklären können (z.B. mit dem Anforderungen-Kapazitäten-Modell [3]).
3. Infos zur Prävalenz und Inzidenz geben können.
4. Remission bei Stottern erklären können.
5. Redeflussförderliche vs. redeflusshinderliche Verhaltensweisen der Gesprächspartner erklären können, insbesondere auch Rolle der nahen Bezugspersonen (i.d.R. sind das die Eltern) erklären können.
6. Verschiedene Therapieansätze erklären können.

Die Punkte 1. bis 5. wurden in dem Vorgängerartikel „Beginnendes Stottern“ des *Kinder- und Jugendarztes* in ihren Grundlagen dargelegt. Im Folgenden wird Punkt 5 etwas differenziert und zu Punkt 6 ein Überblick gegeben.

4.2.1 Redeflussförderliche vs. redefluss-hinderliche Verhaltensweisen der Gesprächspartner

Dieser Punkt wurde im Vorgängerartikel schon angedeutet. Mobbing der Peers wegen des Stotterns kann z.B. eine ungünstige Auswirkung (nicht nur) auf den Redefluss von Kindern mit beginnendem Stottern haben. Das ist hochplausibel und bedarf keiner weiteren Erklärung. Aber auch subtilere Formen der Abwertung durch einen Gesprächspartner wie „Nicht-Ausreden-lassen“, „Auslachen“, „Blickkontakt nicht halten“ etc. können das stotternd sprechende Kind massiv in seinem Sprechverhalten irritieren oder gar in dem Aufbau eines gesunden Selbstwerts beeinträchtigen. Kompliziert sind solche Kommunikationsprobleme auch, weil in ihrer Subtilität eine Uneindeutigkeit der Bewertung liegen kann. Was das stotternde Kind als Abwertung empfindet, muss vom Gesprächspartner gar nicht als solche gemeint sein. In den meisten Fällen ist z.B. der Abbruch des Blickkontakts vielmehr der Ausdruck von Hilflosigkeit des Gesprächspartners als eine böswillige oder genervte Abwertung des stotternd sprechenden Kindes. Auch können Ratschläge wie „Hol doch erstmal tief Luft, bevor du sprichst!“ gut gemeint sein, stellen aber für das Kind eine problematische Strategie dar, wenn damit eine Steigerung der Körperspannung einhergeht. Schon im Erstberatungsgespräch kann es um die Motive, Gefühle, Einstellungen, Sichtweisen und Haltungen der Gesprächspartner gehen. Die Fachperson braucht hier neben der Fachkenntnis zum Stottern grundlegende Fähigkeiten der Gesprächsführung und i.d.R. die notwendige Zeit, um zuzuhören.

Ebenfalls herausfordernd kann es sein, die (übermäßigen) Sorgen der Eltern als einen möglichen Faktor zur Chronifizierung des Stotterns im Erstberatungsgespräch den gegenüberstehenden Eltern zu erklären. Erstens können die Sorgen der Eltern berechtigt sein. Stottern kann massive Auswirkungen auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und / oder den Schulerfolg eines Kindes haben. Zweitens muss dieser Zusammenhang im individuellen Fall gar nicht existieren und drittens, falls die Sorgen wirklich ein Problem für die Eltern sind, ist mit der bloßen Information zu diesem möglichen Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang noch keine konstruktive Lösung des Problems mitge-

liefert. Die rein auf Informationsübermittlung ausgerichtete Erstberatungssituation kommt hier an ihre Grenzen.

4.2.2 Verschiedene Therapieansätze im Zuge der Erstberatung erklären können

Es braucht schon in der Erstberatung zumindest Ansätze bzw. Ausblicke von Lösungsmöglichkeiten. Um bei dem Beispiel der großen Sorgen der Eltern zu bleiben: Es ist manchmal ein langer Weg für die Eltern einen konstruktiven Umgang mit dem Stottern ihres Kindes zu finden. Auch wenn die Kinder selbst ihre Redeunflüssigkeit gut kontrollieren können und sich gleichzeitig von weiterhin auftretenden Stottereignissen nicht aus der Bahn werfen lassen, kann es für Eltern schwer sein, die Situation zu akzeptieren. In solchen Fällen liegt der Schwerpunkt der logopädischen Arbeit eher auf der Elternberatung als auf der direkt-symptomorientierten Therapie mit dem Kind. Die individuelle Familiensituation kann aber auch ganz anders sein und die „elterlichen Sorgen“ für die weitere Beratung oder Therapie einen ganz anderen Stellenwert haben. Deswegen ist es wichtig, dass die erstberatende Fachperson einen Ausblick auf verschiedene Beratungs- und Therapiemöglichkeiten geben kann. Im Folgenden erklären wir daher kurz diese unterschiedlichen methodischen Zugänge.

4.2.2.1 Unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten bei beginnendem Stottern

Auf einer ersten Abstraktionsebene wird zwischen a) direkten und b) indirekten Interventionsmethoden sowie deren c) methodischer Kombination unterschieden.

a) Direkte Methoden greifen an der Sprech(un-)flüssigkeit selbst an.

- Auch mit Kindern kann man das Stottern spielerisch lustvoll direkt thematisieren und Strategien der Einflussnahme auf die Primärsymptomatik Wiederholungen, Dehnungen und Blockaden erarbeiten. Die Kinder lernen z.B. das auftretende Stottersymptom antizipatorisch wahrzunehmen und durch bewusstes kurzes Stoppen des Sprechablaufs und darauffolgendem weichen Stimminsatz zu verflüssigen. Das Stottern selbst wird verändert. Daher spricht man von Stottermodifikation [4].

- Beim zweiten direkten Ansatz wird ebenso spielerisch und kindgerecht versucht, die gesamte Sprechweise zu verändern. Eine z.B. verlangsamte Sprechweise mit weicher Stimmführung (wie ein gemütlicher Bär) soll das Stottern erst gar nicht auftreten lassen. Da die Sprechweise insgesamt verändert wird, heisst dieser Ansatz Sprechmodifikation [5].

- Die verhaltenstherapeutisch orientierte Verstärkung von flüssigem Sprechen wird zu den direkten Ansätzen gezählt, auch wenn das Stottern nicht direkt angegangen, sondern die flüssige Sprechweise systematisch verstärkt wird [6].

- Auch der Aufbau von flüssigem Sprechen [7] ist eine eher direkte Methode. Sie geht von der non-verbalen Kommunikation aus, weil dort keine unflüssig-verbale Kommunikation existiert. Diese Ressource nützt der Ansatz und baut Schritt für Schritt (von Lautmalereien über einzelne Wörter hin zu Sätzen in einer natürlich-verbalen Kommunikation) die flüssig-verbale Anteile in einer sehr lustvollen Art und Weise auf.

Unter den **b) indirekten Ansätzen** sammeln sich mehrere Interventionsformen, die nicht direkt das kindliche Stottern angehen, sondern indirekt auf die Sprechweise und den Umgang mit Stottern Einfluss nehmen.

- Dazu gehört die Bezugspersonenberatung der Eltern aber auch der pädagogischen Fachpersonen wie Erzieherinnen oder Lehrerinnen. Die Bezugspersonen erhalten bei einer intensiven Beratung nicht nur Informationen zum Stottern, sondern werden sehr konkret im konstruktiven Umgang mit den Redeunflüssigkeiten und den damit assoziierten sozial-emotionalen Folgen begleitet und angeleitet [8, 9].
- Es werden auch die Gefühle und Gedanken der stotternden Kinder auf kindgerechte Art und Weise thematisiert. Bei dieser Einstellungsarbeit geht es darum, einen konstruktiv-adaptiven Umgang mit der Redeunflüssigkeit für die Kinder selbst zu erreichen. Mittlerweile existieren eine Fülle von kindgerechten Therapiematerialien (Bilderbücher, Comics, Brettspiele etc.), die dafür eingesetzt werden können [10].
- Manchmal korrelieren andere Sprachprobleme der Sprachentwicklung mit

dem Stottern, insbesondere ist das für Artikulationsstörungen bekannt. Diese Sprachprobleme stellen insofern Risikofaktoren für das Stottern dar, deren sprachtherapeutische Bearbeitung einen indirekt günstigen Effekt auf die Redeflüssigkeit haben kann [11].

- Schließlich gibt es die sogenannten körperorientierten Ansätze, welche mit Entspannungstechniken die meist erhöhte körperliche Anspannung beim Stottern versuchen zu reduzieren und damit einen indirekt-positiven Effekt auf die Sprechflüssigkeit haben können [12, 13].

Auf Stottern spezialisierte Logopädinnen haben meist ein **c) methodenkombiniertes Repertoire** zur Verfügung und können je nach individuellem Fall die oben erwähnten, passenden Bausteine wählen. Es gibt Ansätze, die ganz ausdrücklich diese Methodenkombination proklamieren und eine eigens dafür geschaffene Therapedidaktik zur Behandlung von stotternden Kindern anbieten [14, 15, 16].

Die Auswahl, die Gewichtung und Kombination der Interventionen orientieren sich an der individuellen Bedingungskonstellation des Einzelfalles. Abb. 4 zeigt ein auf den Einzelfall ausgelegtes ideografisches Interventionsmodell welche die oben erläuterten Begriffe im Zusammenhang darstellt.

5. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Aufbauend auf dem Grundlagenwissen zur Phänomenologie, Identifikation und Frühintervention bei beginnendem Stottern sowie der Beschreibung eines Forschungsprojektes, welches die Entwicklung eines Instrumentariums zur Früherkennung (= RedeflussKompass), Ersterfassung und Erstberatung (= StotterKompass) zu einem digitalen Tool beinhaltete, wurde die Rolle der Kinderärztin in diesen Handlungsfeldern diskutiert.

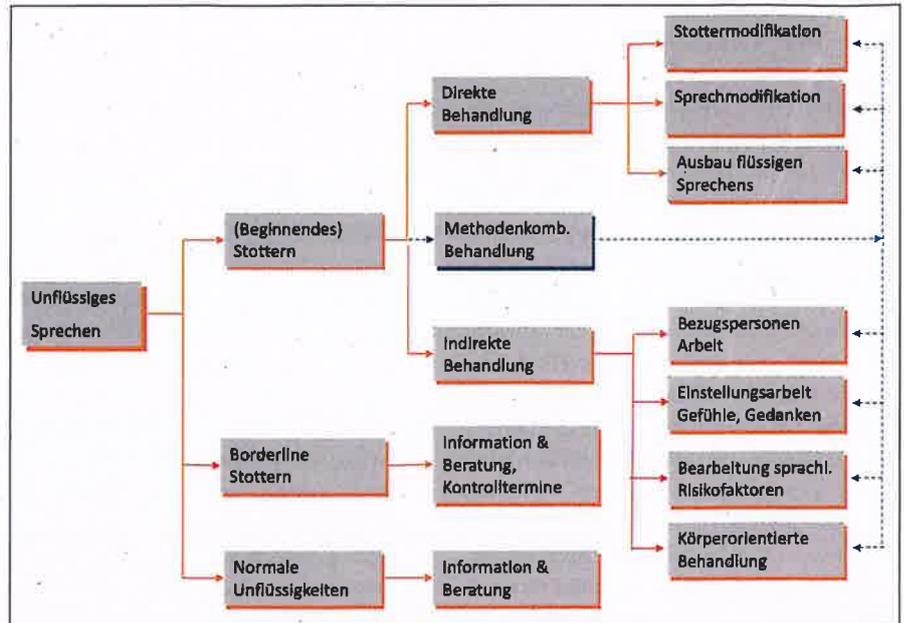


Abb. 4: Idiografisches Interventionsmodell bei unflüssigem Sprechen [10]

Der RedeflussKompass online kann als ein bewährtes Instrument die Entscheidung für weitere Massnahmen bei beginnendem Stottern im Kontext der Kinderarztpraxis unterstützen. Sein Ergebnis kann als pdf gespeichert werden und per Mail von den Bezugspersonen an die Kinderarztpraxis übermittelt werden. Der ausgefüllte RedeflussKompass kann die Grundlage für das Gespräch zwischen Kinderärztin und Bezugsperson sein. Inwiefern der StotterKompass in seiner Funktion einer Ersterfassung und Erstberatung von Kinderärztinnen eingesetzt werden kann, hängt von deren zeitlichen Ressourcen und ihrem fachlichen Selbstverständnis ab. Auch wenn sich Kinderärztinnen gegen die Anwendung des StotterKompasses in der eigenen Praxis entscheiden, gibt der StotterKompass durch seinen Aufbau ein Überblickswissen zum Phänomen des beginnenden Stotterns. Abschliessend wird daher auf das pdf-Dokument „Stotterkompass auf einen Blick“ verwiesen, welches unter www.hfh.ch/stotternerkennen zur Verfügung steht und den Aufbau des StotterKompasses online kompakt in Ta-

bellennform darstellt. Diese Tabelle kann zusammen mit dem Überblick zu den verschiedenen Interventionsmöglichkeiten bei Stottern (vgl. unter 4.2.2) und der Tabelle 3 des Vorgängerartikels, wo das Grundlagenwissen zum beginnenden Stotterns in Schlüsselwörtern zusammengefasst wird, eine nützliche Hilfe in der interdisziplinären Kommunikation zwischen Logopädie und Pädiatrie sein.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift der Autoren:

Prof. Dr. Jürgen Kohler/
 Prof. Wolfgang G. Braun
 Interkantonale Hochschule
 für Heilpädagogik
 Schaffhauserstr. 239
 Postfach 5850, CH-8050 Zürich
juergen.kohler@hfh.ch
wolfgang.braun@hfh.ch

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Red: Huppertz