



Informationsmappe PEVOS (Probelauf I/2001 - 2002 / Stand 05.06.2004)

Sehr geehrte Therapeutin, sehr geehrter Therapeut,

wir freuen uns sehr über Ihr Interesse an PEVOS, dem Programm zur Evaluation von Stottherapien. Die beiliegende Mappe enthält Informationen über das Vorgehen sowie Muster von allen Texten und Fragebogen. So können Sie sich ein genaues Bild von PEVOS machen, bevor Sie sich zu einer Teilnahme entschließen.

Die Informationsmappe hat folgenden Inhalt:

- 1. Therapeuten-Info**
- 2. PEVOS-Anmeldung**
- 3. Patienten-Anmeldung**
- 4. Patienten-Paket**

Wir bitten Sie nun, sich alles in Ruhe anzuschauen und dann zu entscheiden, ob Sie teilnehmen möchten. Sie erhalten dann konkrete Rückmeldungen in Bezug auf Ihre eigenen Therapien. Durch Ihre Mitarbeit können Sie außerdem dazu beitragen, dass PEVOS als die bisher umfangreichste Evaluationsstudie im deutschsprachigen Raum gelingt. Wenn Sie teilnehmen wollen, füllen Sie bitte die PEVOS-Anmeldung (2) aus und schicken sie an folgende Adresse:

DEMOSTHENES-Institut/PEVOS
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.
Zülpicher Straße 58
50674 Köln

Mit freundlichen Grüßen

Horst M. Oertle

WICHTIG:
Alle stotternden Patienten müssen angemeldet werden, bevor die Therapie beginnt!

Was enthält die Info-Mappe?

Um Ihnen das Auffinden bestimmter Abschnitte zu erleichtern, haben wir die einzelnen Bestandteile hier etwas genauer beschrieben.

1. Therapeuten-Info	a) Alles über PEVOS Seite 2	Initiatoren, Hintergründe, Arbeitsgruppe, Datenschutz, Nutzen für die Therapeutin, Erläuterung des Ablaufs
	b) Mitmachen bei PEVOS Seite 8	Was muss die Therapeutin tun, um an PEVOS teilzunehmen? Checkliste für die Therapeutin Seite 10
2. PEVOS-Anmeldung	a) Teilnahme-Erklärung Seite 11	Name/Adresse der Therapeutin, Patientenaltersgruppe, Setting, Therapiedauer, Therapieziele usw.
	b) Vertrag Seite 14	Vertragliche Vereinbarungen
	c) Materialanforderung / Adressenänderung Seite 15	Formular für Materialanforderung / Adressenänderung
3. Patienten-Anmeldung	a) Informationen zu PEVOS für Eltern Seite 16	Initiatoren, Hintergründe, Datenschutz, Nutzen für den Patienten, Aufwand, Erläuterung des Ablaufs
	b) Informationen zu PEVOS für erwachsene Patienten Seite 17	Initiatoren, Hintergründe, Datenschutz, Nutzen für den Patienten, Aufwand, Erläuterung des Ablaufs
	c) Anmeldeformular mit Zielvereinbarung Seite 18	Datenschutzzusicherung, Einverständniserklärung, Name/Adresse/Telefonnummer des Patienten, bei Nicht-Teilnahme Geschlecht/Geburtsjahr des Patienten, Abklärung der wesentlichen Therapie-Ziele
	d) Strichliste Seite 20	Liste der verwendeten Therapie-Bausteine
	e) Abschluss-Bericht Seite 24	Therapieverlauf (Setting, Dauer, Anzahl der Einheiten, Angaben über Ende oder Abbruch)
4. Patienten-Paket	a) für Kinder und Jugendliche Seite 26	Patienten-Fragebogen (Kindliche Entwicklung, sprachliche Entwicklung, Vorbehandlungen, Kindergarten, Schule usw.) Funktionaler Fragebogen für Eltern und/oder Kinder und Jugendliche, Fragebogen für zusätzliche Therapien für Kinder und Jugendliche
	b) für Jugendliche und Erwachsene Seite 33	Patienten-Fragebogen (Sprachliche Entwicklung, bisherige Therapien, Selbsteinschätzung usw.) Fragebogen: S24, PSI-V, SoSi, Funktionaler Fragebogen, Fragebogen für zusätzliche Therapien
5. Auswertungsstandard für Sprechproben	Seite 44	

Eine übersichtliche Zusammenfassung des Ablaufs von der Anmeldung bis zu den Rückmeldungen entnehmen Sie bitte der „Checkliste“ für die Therapeutin¹ auf Seite 100.

¹ In diesen Unterlagen wird wechselweise die weibliche und männliche Form verwendet.

1 Therapeuten-Info

1a) Alles über PEVOS

Wir über uns: PEVOS

PEVOS steht für das **Program**m zur **Evaluation von Stottertherapien**. Dieses Programm ist das Ergebnis einer Initiative von Betroffenen, Therapeuten und Forschern, die alle mit Stottern zu tun haben. Alle Mitglieder der Arbeitsgruppe PEVOS wünschen sich mehr und bessere Informationen über Therapieformen, Therapieangebote und ihre Wirkungen. Jeder von uns hat vielfach in seiner täglichen Arbeit solche Informationen zur Aufklärung und Beratung von Betroffenen vermisst. Natürlich macht sich das Fehlen objektiver und brauchbarer Informationen besonders schmerzlich in der Beratungsarbeit der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. bemerkbar. Die Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. hat die Mitglieder von PEVOS zusammengebracht. Die Mitglieder stellen sich Ihnen nachfolgend kurz vor.

Die nun vorliegenden Materialien zur ersten Erprobung sind das Ergebnis einer intensiven Zusammenarbeit aller Mitglieder der Arbeitsgruppe PEVOS. Seit einem ersten Treffen im Jahre 1998 stehen die Mitglieder der Gruppe in regem Informationsaustausch. Meist werden Materialien über e-Mail ausgetauscht. Außerdem hat sich die Arbeitsgruppe in jedem Jahr etwa drei- bis viermal in der Geschäftsstelle der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe getroffen, um die Materialien zu erstellen, die Sie hier erhalten. Auch die Finanzen, den organisatorischen Ablauf und die Auswertungen der Datenerhebungen wird diese Gruppe organisieren und beraten.

Wie funktioniert PEVOS?

Die genauen Anweisungen für die Teilnahme an PEVOS und die Durchführung finden Sie unter **Mitmachen bei PEVOS (1b)** und in der **Checkliste**. Die Fragebögen werden zuhause von den Patienten ausgefüllt und die Sprechproben werden telefonisch von uns erhoben, indem der Patient zuhause angerufen wird. Die gesamte Datenauswertung wird von uns vorgenommen. Sie erfolgt für die teilnehmenden Therapeutinnen kostenlos. Sie erhalten die Ergebnisse Ihrer Patienten nach der Auswertung zurück. Außerdem werden Sie regelmäßig über die Gesamtergebnisse des Programms informiert.

Wer führt PEVOS durch?

PEVOS wird vom DEMOSTHENES-Institut der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. durchgeführt. Das Programm wird von einem Beirat begleitet, der aus Wissenschaftlern und Therapeuten aller großen Behandlergruppen besteht. Außerdem wird es von der Interdisziplinären Vereinigung für Stottertherapie (IVS) unterstützt.

Die Mitglieder sind im einzelnen:

Prof. Dr. Hans-Georg Bosshardt (Dipl.-Psychologe, Ruhr-Universität Bochum): Ich leite eine kleine Forschungsgruppe, die Sprechplanungsvorgänge untersucht. Meine Forschungen haben u.a. ergeben, dass Stotterer ihre Äußerungen im Kopf anders planen als Nichtstotterer. Als Psychotherapeut führe ich verhaltenstherapeutische Stotterbehandlungen mit Erwachsenen durch. Außerdem bemühe ich mich besonders um die Förderung der internationalen Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftlern, Therapeuten und Betroffenen. Ich war Präsident der "International Fluency Association", einer internationalen Organisation, die unter anderem das "Journal of Fluency Disorders" herausgibt, und habe an der Organisation und Programmgestaltung der alle drei Jahre stattfindenden internationalen Weltkongresse über Redeflussstörungen ("World Congress on Fluency Disorders") mitgearbeitet.

Brenda Brigitte Engel (Dipl.-Sprachheilpädagogin, Köln): Durch die therapeutische Arbeit mit Stotternden während meines Studiums entwickelte sich bei mir ein starkes Interesse für den Problemkreis Stottern. Ich arbeitete in der Kontakt- und Beratungsstelle für Stotternde e.V. in Köln mit und schloß mein Studium mit einer Diplomarbeit zum Thema Stottertherapie ab. Seit 2000 bin ich in einer sprachtherapeutischen Praxis im Raum Köln tätig und beschäftige mich

zusätzlich mit dem Qualitätsmanagement im Rahmen der sprachtherapeutischen Behandlung. Hier gilt mein Interesse insbesondere der Effektivitätsmessung bei Stottertherapien.

Ulrich Engelmann (Dipl.-Sprachheilpädagoge, Dortmund): Ich bin Dipl.-Sprachheilpädagoge und arbeite seit einigen Jahren schwerpunktmäßig in der Stottertherapie. Durch meine persönlichen Erfahrungen als Stotternder bin ich sehr an Wissenschaft und Forschung auf diesem Gebiet interessiert. Dabei liegt mir vor allem die Effektivität von Therapien sehr am Herzen.

Dr. Ulrich Natke (Dipl.-Mathematiker, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf): Ich stottere selbst und habe von 1995 bis 2003 an der Universität Düsseldorf in Forschungsprojekten zum Stottern gearbeitet. Zusammen mit Logopäden veranstalte ich eine Therapie für stotternde Jugendliche und Erwachsenen. Außerdem betreibe ich einen Verlag mit Schwerpunkt Stottern. Ich selbst bin eher zufällig auf eine gute Therapie gestoßen. Ich hoffe, dass der Zugang zu wirksamen Stottertherapien durch PEVOS verbessert wird.

Dr. Reiner Nonnenberg (Dipl.-Kaufmann, Vorstand der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe): Zusammen mit anderen Betroffenen habe ich mich vor 20 Jahren engagiert, um eine starke bundesweite Vertretung der Stotterer zu gründen. In unserer Satzung steht, dass u.a. wirksame Therapien zu fördern und Wissenschaft und Forschung im Bereich des Stotterns zu unterstützen sind. Gespräche, die ich mit Alex von Gutenberg und Ulrich Natke geführt habe, standen am Beginn der Initiative, die sich durch die Mitglieder des Arbeitskreises bis zu PEVOS hin entwickelte.

Horst M. Oertle (Dipl.-Psychologe, Psych. Psychotherapeut, Sprachheilzentrum der AWO in Bad Salzdetfurth): Seit vielen Jahren ist das Thema "Stottern und Therapie" einer meiner Arbeitsschwerpunkte. Als Autor des "Therapieratgebers" der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe und als Gründungsmitglied der Interdisziplinären Vereinigung für Stottertherapie (IVS) hat mich die Frage des Therapie-Erfolgs schon sehr lange beschäftigt. Wer Stottertherapie anbietet, ist ebenso wie die Betroffenen auf der Suche nach einem möglichst effektiven Ansatz. Ich hoffe, dass wir mit PEVOS erste Schritte auf dem sicherlich langen Weg machen, besonders effektive von weniger effektiven Therapien unterscheiden zu können.

Julia Pape (Logopädin; Studentin der Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen): Ich beschäftige mich sowohl in meiner praktischen Tätigkeit als Logopädin als auch in meinem Studium mit dem kindlichen Stottern. Durch meine Arbeit mit stotternden Kindern wurde ich immer wieder darauf aufmerksam, dass es für Therapeuten und stotternde Menschen kaum Möglichkeiten gibt, die Qualität eines gewählten Therapieansatzes und dessen Durchführung einzuschätzen. Im Rahmen meines Studiums möchte ich deshalb nun die dringend notwendige Therapieforschung unterstützen.

Patricia Sandrieser (Dipl.-Logopädin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf): Ich beschäftige mich seit meiner Diplom-Arbeit im Studiengang Lehr- und Forschungslogopädie mit dem Thema kindliches Stottern. Zur Zeit arbeite ich an der Universität Düsseldorf im Rahmen eines Forschungsprojekts zu kindlichen Sprechunflüssigkeiten. In meiner eigenen therapeutischen Arbeit hat es mich immer gestört, wie begrenzt die Möglichkeiten sind, Veränderungen in den Therapien erfassen zu können.

Peter Schneider (Lehrlogopäde, RWTH Aachen): Ich arbeite mit stotternden Kindern und deren Eltern und bilde Logopäden aus. Bei der Vielzahl von Therapieansätzen bin ich immer wieder vor die Frage gestellt: "Was kennzeichnet eigentlich eine gute Stottertherapie mit Kindern?" Schließlich will ich gute Therapieansätze vermitteln. Deshalb engagiere ich mich für eine objektive Evaluation von Stottertherapien.

Dr. Alexander Wolff von Gutenberg (Arzt, Universität Gesamthochschule Kassel): Ich bin Betroffener und hatte früher eine sehr ausgeprägte Symptomatik. Über zwanzig Jahre habe ich etwa ein Dutzend unterschiedlichster Therapien gemacht. Darüber hinaus habe ich mich in den letzten Jahren auch beruflich mit dem Stottern beschäftigt (Therapiestudie der Kasseler Stottertherapie). Vor diesem Hintergrund scheint es mir wichtig zu sein, auf dem in Deutschland bisher vernachlässigten Gebiet der Therapieforschung einen Beitrag zu leisten. So erhoffe ich mir durch meine Mitarbeit bei PEVOS in Zukunft Verlaufs- und Erfolgskontrollen in allen seriösen Therapieformen, um sie für die hilfeschuchenden Stotternden besser beurteilbar und auch besser vergleichbar zu machen.

Hartmut Zückner (Lehrlogopäde, RWTH Aachen): Ich therapiere stotternde Jugendliche und Erwachsene und bilde Logopäden aus. Als Therapeut habe ich die Verpflichtung gegenüber meinen Patienten, die Effektivität der von mir gewählten Therapieverfahren nachzuweisen. Aus diesem Grund arbeite ich an diesem Evaluationsverfahren für Stottertherapien mit.

Zum Datenschutz

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und geschützt. Wir sichern Ihnen rechtsverbindlich zu, dass weder auf Ihre persönlichen Angaben, noch auf die Angaben Ihrer Patienten oder Informationen über den Verlauf der Therapien von anderen Personen zugegriffen werden kann. Auch Mitarbeiter der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe oder mit PEVOS nicht befasste Mitglieder des DEMOSTHENES-Instituts haben keinen Zugang zu diesen Informationen. Die Datenspeicherung und -verarbeitung erfolgt auf eigens für PEVOS angeschafften Computersystemen mit Passwortschutz.

Nur Sie persönlich und Ihr Patient erhalten nach der Auswertung die Ergebnisse zurück. Die Daten gehen anonymisiert in das Gesamtergebnis ein, aus dem nicht mehr auf einzelne Therapeutinnen bzw. Patienten geschlossen werden kann.

Was haben Sie von PEVOS?

Sie erhalten Rückmeldung über die Effektivität Ihrer Stottertherapien. Hierdurch werden Sie in die Lage versetzt,

- die Ergebnisqualität Ihrer Arbeit nachzuweisen
- den Fortschritt Ihrer Patienten gegenüber dem Durchschnitt einzuordnen
- die Qualität Ihres Therapieangebotes weiter zu verbessern
- das Ansehen Ihres Berufsstandes zu fördern
- neue Erkenntnisse zur Behandlung des Stotterns zu fördern und zu nutzen

Außerdem profitieren Sie davon, dass die Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. insbesondere Therapeutinnen weiterempfiehlt, die an PEVOS teilnehmen. Außer dieser Information werden bei eventuellen Anfragen auch weiterhin lediglich die von Ihnen zu einem früheren Zeitpunkt gemachten Angaben übermittelt.

Teilnahme-Erklärung

Wenn Sie die Teilnahme-Erklärung ausgefüllt und den Vertrag unterschrieben haben, werden Sie in die Liste der „PEVOS-Therapeuten“ aufgenommen. Wir fragen Sie auch nach Ihrer Patienten-Altersgruppe, Ihrem Therapie-Setting, den wesentlichen Therapie-Zielen und der theoretischen Basis Ihrer therapeutischen Arbeit. Mit diesen Angaben versuchen wir, einerseits eine Bestandsaufnahme der aktuellen Therapie-Angebote, andererseits aber auch eine Gruppierung der verschiedenen Ansätze zu erreichen. In Verbindung mit den tatsächlich in den Therapien verwendeten Therapie-Bausteinen sollen so langfristige Aussagen über Form, Ablauf und Zusammensetzung effektiver Therapien ermöglicht werden.

Patienten-Anmeldung

Das **Anmeldeformular mit Zielvereinbarung (3c)** besteht aus 2 Seiten. Die 1. Seite enthält zunächst die rechtsverbindliche Zusicherung gegenüber den Eltern bzw. Patienten, dass ihre Daten vor fremdem Zugriff geschützt werden. Aus rechtlichen Gründen ist sowohl in Bezug auf die Aufzeichnung der Telefongespräche zur Ermittlung der Sprechflüssigkeit, als auch bezüglich der Datenspeicherung eine Einverständniserklärung notwendig. Patienten bzw. deren Eltern dürfen nicht zur Teilnahme an PEVOS überredet werden! Mit der Unterschrift verpflichten sich Eltern bzw. Patienten, die zugeschickten Fragebogen auszufüllen und zurück zu schicken sowie die angekündigten Telefongespräche zu akzeptieren.

Auf der 2. Seite geht es um die Vereinbarung von Therapie-Zielen, die vor jeder Stottertherapie zur Abklärung von Patientenerwartungen erfolgen sollte. Wir haben versucht, zielgerichtete und lösungsorientierte Formulierungen für die wesentlichen Ziele einzubringen und bitten Sie, die Liste gegebenenfalls zu ergänzen. Wenn Sie mit den Patienten bzw. den Eltern deren

Erwartungen und Ihre eigenen Vorstellungen und Ihr Therapie-Angebot besprochen haben, sollten die Patienten bzw. Eltern auf Seite 2 des Anmeldeformulars in der Tabelle ankreuzen, wie wichtig ihnen das jeweilige Therapieziel ist.

Stimmt ein Patient oder Elternteil der Teilnahme an PEVOS nicht zu, wird vom Therapeuten auf Seite 2 lediglich das Geburtsjahr und das Geschlecht des Patienten eingetragen. Die Anmeldung erfolgt dann also ohne Nennung des Namens. Von dem Patienten werden dann keine weiteren Daten erhoben.

Erhebungszeitpunkte

Die erste Datenerhebung im Sinne einer „Baseline“ muss unbedingt **vor dem Beginn der Therapie** erfolgen. Dazu ist es notwendig, dass Sie mit Ihrem Patienten (bei stotternden Kindern mit den Eltern) in einem Vorgespräch klären, ob eine Bereitschaft zur Teilnahme an PEVOS besteht. Es werden also Daten direkt vor der Therapie (prä) sowie direkt nach Abschluss der Therapie (post) erhoben. Bei Intervalltherapien mit Auffrischungswochenenden o.ä. wird die post-Erhebung direkt nach der Anfangs-/Intensivphase durchgeführt. Um Langzeiteffekte der Therapie zu ermitteln, erfolgen zwei weitere Erhebungen 1 und 2 Jahre nach Therapie-Ende (follow up).

Wie werden Therapieeffekte erfasst?

Aufgrund der bekannten Variation des Stotterns wäre es wünschenswert, Sprechproben jeweils in sehr unterschiedlichen Situationen zu erheben. Dies hätte allerdings einen enormen Arbeitsaufwand zur Folge. Um ökonomisch vorzugehen, gleichzeitig aber trotzdem fundierte Aussagen über den Nutzen einzelner Therapien ableiten zu können, wird die Datenerhebung auf wenige repräsentative Ausschnitte aus dem Komplex möglicher Therapieeffekte beschränkt. So hat sich für Sprechproben ein unvorbereiteter Anruf beim Patienten als recht verlässlich erwiesen. Da es unterschiedliche Therapieziele gibt, reicht aber der Vergleich von Sprechproben nicht aus. Deshalb wird gleichzeitig über Fragebogen erfasst, welche Veränderungen sich durch die Therapie in Bezug auf soziale, emotionale und kognitive Aspekte ergeben haben.

Fragebogen

Die von den Patienten bzw. den Eltern auszufüllenden Fragebogen sind im **Patienten-Paket (4)** zusammengefasst. Eltern werden im Patienten-Fragebogen zunächst über die kindliche und sprachliche Entwicklung sowie über das Stottern ihres Kindes befragt. Der Patienten-Fragebogen für Jugendliche und Erwachsene enthält Fragen zu demographischen Daten, zur Anzahl der bereits absolvierten Therapien und zur Anzahl der stotternden Familienmitglieder. Ein freiwillig auszufüllender Abschnitt dient dazu, zusätzliche Daten über das Einkommens- und Bildungsniveau sowie die familiäre Lage der Patienten zu gewinnen, um Rückschlüsse z.B. auf Therapiepräferenzen zu ermöglichen. Diese Fragebogen müssen nur einmal vor Beginn der Therapie ausgefüllt werden. Um Einflüsse durch zusätzliche Therapien nach Ende der evaluierten Therapie zu erfassen, erhalten die Patienten zusätzlich bei der U4 einen entsprechenden Fragebogen

Durch folgende Fragebogen werden zu jedem Erhebungszeitpunkt bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen Änderungen bzgl. sozialer, emotionaler und kognitiver Aspekte im Verlauf der Therapie erfasst:

- **Einstellung zur Kommunikation S24** (Erickson, 1967; Andrews & Cutler, 1984; übersetzt von Jehle, Kühn & Renner, 1989)
Der S24 ist ein Fragebogen, der die Einstellung zur sprachlichen Kommunikation misst, und sich als eine Standardskala bei Stottherapiestudien durchgesetzt hat.
- **Vermeidung PSI-V** (Woolf, 1967; übersetzt und überarbeitet von Frischmuth, 1978)
Vermeidungsverhalten bei stotternden Personen gilt vielfach als eine der wesentlichen Bedingung zur Aufrechterhaltung der Stottersymptomatik und wird mit diesem Fragebogen erfasst.

- **Stotterhäufigkeit in sozialen Situationen SSC** (*Speech Situations Checklist von Brutten, 1973; modifiziert von Fiedler & Standop, 1986*)
Die Stotterhäufigkeit variiert häufig je nach der sozialen Situation, in der sich die stotternde Person befindet. Um zu überprüfen, ob eine subjektive Verbesserung der Stottersymptomatik in vielen Situationen erreicht wurde, wird dieser Fragebogen eingesetzt.
- **Funktionale Therapieergebnisse FOAI** (*Functional Outcome Assessment Instrument von Cooper & Cooper, 1998; übersetzt von Langefeld, 1999*)
Hierbei handelt es sich um deutsche Übersetzungen von Fragebogen, die von der Special Interest Division Nr. 4 der American Speech-Language-Hearing-Association entwickelt worden sind. Mit ihnen sollen alltägliche Konsequenzen der Therapie in den Bereichen Gefühle, Einstellungen und Verhalten einfach und schnell erfasst werden. Integriert sind einige Fragen aus dem Fragebogen zum Stottern (FBS) von Schoenaker et al., 1988 aus Renner, 1995.

Wenn Ihre Patienten Kinder oder jüngere Jugendliche im Alter von bis zu 17 Jahren sind, gestaltet sich die Datenerhebung etwas schwieriger. Hierfür haben wir aus unterschiedlichen Verfahren jeweils einen **Fragebogen für Schüler** und einen fast identischen **Fragebogen für Eltern** zusammengestellt. Es wird nun so vorgegangen, dass wir die beiden Fragebogenformen je nach Alter des Kindes oder Jugendlichen einsetzen:

- Ist das Kind 10 Jahre oder jünger, bitten wir grundsätzlich die Eltern, den Fragebogen auszufüllen
- Ist das Kind zwischen 11 und 14 Jahren alt, füllen Eltern und/oder Kind den Fragebogen aus
- Jugendliche ab 15 Jahren sollten den Fragebogen selbst ausfüllen

In die vergleichende Auswertung geht von daher entweder der Elternfragebogen, der Jugendlichenfragebogen oder der gemittelte Wert beider Fragebogen ein, wenn sowohl Kind als auch Eltern einen Bogen ausgefüllt haben.

Sprechproben

Bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 7 Jahren werden Sprechproben zur Ermittlung der Sprechflüssigkeit per Telefon erhoben. Hierzu werden die Patienten von Mitarbeitern des DEMOSTHENES-Instituts zuhause angerufen. Der Telefonanruf wird mit dem Zuschicken der Fragebogen angekündigt. Das Gespräch wird zum Zwecke der späteren Auswertung aufgezeichnet, wenn der Patient bzw. die Eltern sich bei der Anmeldung dazu bereit erklärt haben. Außerdem werden Patienten bzw. Eltern zu Beginn des Gesprächs noch einmal darauf hingewiesen, dass eine Aufnahme erfolgt. Der genaue Zeitpunkt des Anrufs bleibt offen, damit der Patient sich nicht direkt auf den Anruf vorbereiten kann, indem er beispielsweise vor dem Anruf eine Sprechtechnik übt, um möglichst flüssig zu sprechen.

Da bei Kindern unter 7 Jahren nicht unbedingt davon ausgegangen werden kann, dass sie sich am Telefon mit einem fremden Gesprächspartner ausführlich unterhalten, wird bei dieser Altersgruppe auf die telefonische Sprechprobenerhebung verzichtet. Stattdessen erfolgt hier die Sprechprobenerhebung vor und nach der Behandlung durch die Therapeutin. Das Vorgehen ist unter **1b) Datenerhebung** genauer beschrieben. Aus organisatorischen Gründen werden bei dieser Altersgruppe keine follow-up-Sprechproben nach 12 und 24 Monaten erhoben. Die entsprechenden Fragebogen werden aber den Eltern zugeschickt.

Erfassung des Therapieinhalts

Eines unserer Anliegen ist es, die Effekte unterschiedlicher Therapierichtungen miteinander zu vergleichen. Dazu brauchen wir von Ihnen konkrete Informationen über die Therapie-Inhalte, also Angaben darüber, welche Komponenten in der jeweiligen Therapie tatsächlich zum Einsatz kamen. Wir gehen davon aus, dass in unterschiedlichen Therapien ähnliche „Therapie-Bausteine“ eingesetzt werden, die für sich genommen oder auch in Verbindung mit anderen Komponenten bestimmte Effekte bewirken.

Um eine Einordnung in Therapierichtungen zu ermöglichen und Informationen über den Einsatz bestimmter Therapie-Bausteine zu erhalten, haben wir Ihnen eine **Strichliste (3d)** für insgesamt 50 Sitzungen bzw. 10 Therapie-Wochen zusammengestellt (falls die Behandlung länger dauert,

bitte kopieren). Die Strichliste ist so aufgebaut, dass Sie für jeden Patienten direkt nach der Therapiesitzung auf sehr ökonomische Weise vermerken können, welche Inhalte die vergangene Therapie-Einheit wesentlich geprägt haben. Wir haben die Strichliste aufgeteilt in einen Bogen für die **Arbeit mit Bezugspersonen** bei Kindern und Jugendlichen und einen **Bogen für die Patienten** selbst. Sie ist gleichzeitig auch als kleine Handreichung dafür zu verstehen, die therapeutische Tätigkeit zeitnah zu dokumentieren und kann Ihnen – unabhängig von PEVOS – eine sinnvolle Hilfe für eventuell notwendige Berichte oder Dokumentationen sein.

Datenauswertung

Bei der Auswertung der Sprechproben wird zwischen normalen Unflüssigkeiten (NU) und für das Stottern typischen Unflüssigkeiten (STU) unterschieden. Die Definition ist im PEVOS-Auswertungs-Standard am Ende dieser Infomappe beschrieben. Außerdem wird die Natürlichkeit des Sprechens nach einem operationalisierten Schema beurteilt.

Die Auswertung der Daten erfolgt direkt nach der Erhebung. Sie erhalten die Ergebnisse Ihrer Patienten nach der Auswertung der 1. Follow-Up-Erhebung zum Untersuchungszeitpunkt U3, also ca. 12 Monate nach dem Ende der Therapie. Im Vergleich mit den Ergebnissen direkt nach der Therapie können Sie dann die Stabilität der Veränderungen einschätzen.

Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und geschützt. Es werden nur Gruppenergebnisse veröffentlicht, aus denen nicht auf einzelne Therapeutinnen oder Patienten geschlossen werden kann. Den teilnehmenden Therapeutinnen steht es jedoch frei, ihre Ergebnisse selbst zu veröffentlichen. Sie dürfen dies jedoch nicht selektiv tun, indem beispielsweise nur "Erfolge" veröffentlicht werden.

Liegen genügend Daten vor, gehen die Einzelergebnisse der Therapeutinnen in Gesamtergebnisse ein. Die Ergebnisse werden zu Gruppen zusammengefasst, so dass Vergleiche zwischen Therapierichtungen bzw. -Inhalten, Settings, Altersgruppen, Ausbildung der Therapeutin usw. erfolgen können. Zu beachten ist hierbei, dass es sich bei den teilnehmenden Therapeutinnen nicht um eine repräsentative Stichprobe handelt, so dass Verallgemeinerungen auf die Gesamtgruppe der Therapeutinnen unzulässig wären. Je größer jedoch die Anzahl der teilnehmenden Therapeutinnen und Patienten ist, desto verlässlicher und gültiger sind auch die gewonnenen Erkenntnisse. Machen Sie also mit und überzeugen Sie Ihre Patienten davon, dass es sich auch für sie lohnt. Welche einzelnen Schritte erforderlich sind, ersehen Sie aus dem nächsten Abschnitt. Wir haben eine Checkliste hinzugefügt, die einen schnellen Überblick ermöglicht (bitte herausnehmen und an die Pinnwand heften).

1b) Mitmachen bei PEVOS

Anmeldung der Therapeutin

Sie melden sich bei PEVOS an, indem Sie

- die **Teilnahme-Erklärung (2a)**
- den **Vertrag (2b)**
- die **Materialanforderung (2c)**

ausgefüllt und unterschrieben an das DEMOSTHENES-Institut zurücksenden. Sobald Sie die Bestätigung und die Kopie des Vertrags erhalten, nehmen Sie offiziell am Programm teil.

Anmeldung von Patienten

Ab dem Zeitpunkt Ihrer offiziellen Teilnahme melden Sie *jeden* neuen Patienten bei PEVOS an, den Sie wegen seines Stotterns behandeln. Beim Erstkontakt – also vor der Behandlung – sprechen Sie zunächst die **Informationen zu PEVOS (3a, 3b)** mit dem Patienten bzw. den Eltern des stotternden Kindes durch und bitten sie um Teilnahme an dem Programm. Bitte beachten Sie, dass die Teilnahme freiwillig geschieht. Erfahrungen haben gezeigt, dass Patienten, die sich bei der Entscheidung bzgl. einer Teilnahme unter Druck gesetzt fühlten, im weiteren Verlauf der Evaluation nicht ausreichend kooperierten.

Ist der Patient zu einer Teilnahme bereit bzw. stimmen die Eltern dem Verfahren zu, dann klären Sie die angestrebten Therapie-Ziele, füllen gemeinsam das **Anmeldeformular mit Zielvereinbarung (3c)** aus und lassen die Einverständniserklärung unterschreiben. Damit wir ausreichend Zeit haben, die Fragebogen zu verschicken und die Sprechproben-Erhebung durchzuführen, müssen Sie uns das Anmeldeformular vor Beginn der Therapie zuschicken.

Sind Eltern bzw. Patient nicht dazu bereit, schicken Sie bitte trotzdem das Anmeldeformular mit der Angabe des Geschlechts und des Geburtsjahres des Patienten sowie einer kurzen Erläuterung der Gründe an das DEMOSTHENES-Institut zurück. Hierdurch kann die Gesamtzahl Ihrer Patienten ermittelt und der Prozentsatz der Patienten, die zu einer Teilnahme an PEVOS bereit sind, errechnet werden. Die Begründungen der Patienten, die nicht teilnehmen wollen, sind für unsere weitere Arbeit sehr wichtig.

Datenerhebung

Nach der Anmeldung werden Eltern bzw. Patienten vom DEMOSTHENES-Institut angeschrieben. Sie erhalten von uns das **Patienten-Paket (4)** mit einigen Fragebogen, die sie ausfüllen und zurückschicken werden. Außerdem wird angekündigt, dass der Patient bzw. das Kind in den nächsten Tagen für eine Sprechproben-Erhebung angerufen wird. Dies geschieht das erste Mal, bevor die Therapie begonnen hat („Baseline-Erhebung“).

Es ist daher sehr wichtig, dass Sie ihre Patienten möglichst gleich nach dem Erstkontakt, in jedem Fall aber vor Beginn der Therapie anmelden! Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir keine Auswertung vornehmen und Ihnen damit auch keine Rückmeldung geben können, wenn das Anmeldeformular erst nach dem Beginn der Therapie bei uns eintrifft.

Nach Abschluss der Therapie sowie 12 bzw. 24 Monate später erfolgt jeweils eine weitere Datenerhebung.

Datenerhebung bei Kindern unter 7 Jahren

Wir gehen davon aus, dass bei Kindern dieser Altersgruppe eine telefonische Sprechprobenerhebung problematisch ist. Vermutlich sind heute auch kleinere Kinder oft schon mit dem Telefon vertraut. Sie sind es aber nicht unbedingt gewohnt, mit Fremden am Telefon zu sprechen. Deshalb müssen Sie die Sprechprobe selbst vor Beginn der Therapie erheben. Dazu nehmen Sie bitte eine Audio-Cassette auf und beachten Sie bitte folgendes:

- Sorgen Sie für eine möglichst gute Tonqualität, damit die Aufnahmen verständlich sind und ausgewertet werden können. Schließen Sie die Fenster, um Störgeräusche oder Schall zu vermeiden und verwenden Sie ausschließlich Spielmaterial, das lärmarm ist (z.B. keine Bauklötze). Sorgen Sie bitte dafür, dass sich das Mikrophon während der gesamten Aufnahme in der unmittelbaren Nähe des Kindes befindet. Bei Bedarf kann zum Zweck der Aufnahme in der Bundesvereinigung der Stotterer-Selbsthilfe e.V. ein

geeignetes Mikrofon entliehen werden, dies muss jedoch rechtzeitig angefordert werden.

- Therapieren Sie das Kind nicht während der Aufnahme, lassen Sie es spielen oder erzählen. Nehmen Sie keinen Einfluss auf die Art und Weise des Sprechens
- Machen Sie eine Aufnahme mit einer Dauer von etwa 20 Minuten. Halten Sie sich dabei mit Ihren eigenen Äußerungen möglichst zurück
- Sie können eine kurze schriftliche Anmerkung machen, falls Sie den Eindruck haben, dass die Sprechprobe nicht repräsentativ für das Sprechen des Kindes war
- Schicken Sie die Cassette noch vor Therapie-Beginn mit Angabe des Patienten-Namens zur Auswertung an das DEMOSTHENES-Institut
- Zum Ende der Behandlung machen Sie bitte auf die gleiche Weise nochmals eine Aufnahme, die Sie ebenfalls zur Auswertung an das DEMOSTHENES-Institut schicken

Auf die Follow-Up-Erhebungen wird in dieser Altersgruppe verzichtet, weil zum einen von einer gewissen Variabilität des Stotterns ausgegangen werden muss und zum anderen für Sie der organisatorische Aufwand sehr groß wäre. Die Auswertung Ihrer Aufnahmen durch das Demosthenes-Institut erfolgt kostenlos, die Kosten der Sprechprobenerhebung selbst können aber nicht übernommen werden. Die Cassetten mit den Aufnahmen werden Ihnen zusammen mit den Ergebnissen wieder zurückgeschickt.

Behandlung

Legen Sie sich für jeden Patienten eine **Strichliste (3d)** an. Wenn die Behandlung die vorgegebenen 50 Sitzungen bzw. 10 Therapiewochen übersteigt, machen Sie sich bitte eine Kopie oder fordern Sie weitere Strichlisten-Formulare an. Bei der Behandlung von Kindern ist in der Regel auch die Strichliste für die Beratung/Einbeziehung von Bezugspersonen anzulegen. Während der Behandlung markieren Sie nun nach jeder Therapiesitzung durch Striche in der Spalte der jeweiligen Therapie-Einheit oder Therapiewoche, welche Therapie-Bausteine zur Anwendung kamen. Falls Sie therapeutische Interventionen eingesetzt haben, die nicht zuzuordnen sind, geben Sie diese bitte in die offenen Zeilen ein. Für jeden Baustein sollte nur 1 Strich gemacht werden, egal welchen zeitlichen Anteil dieser hatte.

Wir haben die Strichliste selbst in der therapeutischen Praxis ausprobiert und festgestellt, dass der Aufwand sehr gering ist, wenn die Ausfüllung jedes Mal sofort nach der Therapiesitzung erfolgt.

Therapieende

Nach Abschluss der Therapie füllen Sie bitte für jeden Patienten einen **Abschluss-Bericht (3e)** aus und schicken ihn zusammen mit Ihrer **Strichliste (3d)** an das DEMOSTHENES-Institut. Hierbei ist wichtig, dass auch ein eventueller Therapie-Abbruch entsprechend kommentiert wird. Wenn Sie Intervalltherapien durchführen, dann füllen Sie den Abschlußbericht bitte am Ende der Anfangs-/Intensiv-Phase aus. Bitte tragen Sie geplante Auffrischungssitzungen ebenfalls ein.

Therapie fand nicht statt

In Einzelfällen kann es vielleicht vorkommen, dass Sie einen Patienten nach dem Erstkontakt angemeldet haben, eine Therapie aber trotzdem nicht stattfand. Wenn Sie sicher sind, dass eine Behandlung mit diesem Patienten in absehbarer Zeit nicht beginnen wird und Sie den Patienten nicht mehr in Ihrer Warteliste führen, füllen Sie bitte im Formular **Abschluss-Bericht (3e)** die dafür vorgesehenen Felder aus und schicken ihn an das DEMOSTHENES-Institut.

Rückmeldung der Ergebnisse

Sobald wir von Ihnen den Abschluss-Bericht und die Strichliste bekommen haben, beginnen wir mit der Auswertung. Sie erhalten nach Auswertung der 1. Follow-Up-Erhebung – genauso wie Ihr Patient - die Ergebnisse der bis dahin erfolgten 3 Erhebungen (Prä-, Post- und Follow-Up), damit Sie den direkten Vergleich vornehmen können. Es wird angestrebt, diese Rückmeldungen möglichst schnell zu geben. Außerdem werden Sie laufend über den Stand des Programms und die Gesamtergebnisse informiert.

PEVOS-Checkliste (für Ihre Pinnwand)

Anmelden bei PEVOS:

- Teilnahme-Erklärung (**2a**) ausfüllen
- Vertrag (**2b**) ausfüllen und unterschreiben
- Materialanforderung (**2c**) ausfüllen
- Alles an DEMOSTHENES-Institut/PEVOS (**DI**) schicken (Adresse siehe unten)

..... (**DI** unterschreibt den Vertrag und sendet eine Vertrags-Kopie zusammen mit den angeforderten Unterlagen für die Patienten-Anmeldung zurück)

Patienten anmelden:

- 1** Vor Beginn der Behandlung die **Patienten-Informationen** zu PEVOS an Eltern (**3a**) oder an erwachsene Patienten (**3b**) weitergeben und sie um Teilnahme am Programm bitten (nicht überreden!)
- 2** Beim Erstkontakt das **Anmelde-Formular mit Zielvereinbarungen (3c)** ausfüllen und die Einverständniserklärung unterschreiben lassen. Ansonsten lediglich Geschlecht und Geburtsjahr des Patienten sowie die Ablehnungsgründe eintragen. Vor Beginn der Therapie an das **DI** schicken. Bei Kindern unter 7 Jahren 20 Minuten-Sprechprobe aufzeichnen und an das **DI** schicken
 (Wenn Patient älter als 6 Jahre, versendet **DI** daraufhin das Patienten-Paket (**4**) an den Patienten und kündigt den Telefonanruf an. **DI** ruft den Patienten zu Hause an und zeichnet das Gespräch als Sprechprobe auf)
- 3** Behandlung durchführen und nach jeder Sitzung in die **Strichliste (3d)** eintragen, welche Therapie-Bausteine zur Anwendung kamen
- 4** Sofort nach Abschluss der Therapie den **Abschluss-Bericht (3e)** ausfüllen und zusammen mit der **Strichliste (3d)** an **DI** schicken. Bei Kindern unter 7 Jahren 20 Minuten-Sprechprobe aufzeichnen und an das **DI** schicken
 (Wenn Patient älter als 6 Jahre, versendet **DI** das Patienten-Paket (**4**), ruft den Patienten zu Hause an, wertet alle Daten aus und schickt die Rückmeldung an die Therapeutin und den Patienten. Dies wiederholt sich 12 und 24 Monate später. Danach werden alle Daten dieses Patienten anonymisiert)

Adresse:

DEMOSTHENES-Institut/PEVOS
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.
Zülpicher Straße 58
50674 Köln
Tel: 0221-1391106/1107

Kontakt:

Anke Alpermann Tel: 0241-5156154
Horst M. Oertle Tel: 05063-27966 eMail: pevos@demosthenes-institut.de

2 PEVOS-Anmeldung

2a) Teilnahme-Erklärung

Ich nehme an PEVOS gemäß den vertraglichen Vereinbarungen teil:

1. Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

2. Berufsbezeichnung: _____ Zusatzausbildung(en): _____

3. Name, Anschrift und Telefonnummer der Praxis, Institution bzw. Therapieeinrichtung:

4. Seit _____ Jahren behandle ich stotternde Personen.
5. In dieser Zeit habe ich ca. _____ stotternde Personen gesehen.
6. Altersbereich der Patienten:
 Ich behandle alle Altersgruppen
 Ich behandle nur Kinder und/oder Jugendliche
 Ich behandle nur ältere Jugendliche und/oder Erwachsene

Mein Schwerpunkt liegt in der Behandlung folgender Altersgruppe(n):
(Mehrfachnennungen möglich)
 Vorschulbereich (bis ca. 7 Jahre)
 jüngere Schulkinder (von 6 bis 10 Jahre)
 ältere Schulkinder (von 10 bis 14 Jahre)
 Jugendliche (14 bis 18 Jahre)
 Erwachsene (ab 18 Jahre)
7. Ich biete bzw. meine Institution bietet folgende Form(en) von Therapie an:
 ambulant (einzelne Stunden pro Woche)
 teilstationär (einzelne Tage pro Woche)
 stationär (mit Übernachtung)
 Intensivtherapie (Gesamter Tagesablauf ist durch therapeutische Arbeit geprägt)
 Intervalltherapie (Anfangsblock mit Auffrischkursen, dazwischen Therapiepausen)
8. Meine Therapie hat eine spezifische Bezeichnung:

9. Bei mir dauert eine Therapie durchschnittlich ca. _____ Monate (erste bis letzte Sitzung)

10. Kostenträger ist in der Regel:

- Krankenversicherung
- Klient/Eltern (Kosten durchschnittlich: _____ € pro _____)
- Andere Kostenträger _____

Wenn Ihre Patienten jüngere Kinder sind,

hat möglicherweise die Arbeit mit den Bezugspersonen des Kindes einen großen Stellenwert in Ihrer Behandlung. Außerdem wird oft auch Gruppentherapie angeboten. Deshalb beantworten Sie bitte noch folgende Fragen:

11. Therapieform:

- Ich behandle keine Kinder (nur Jugendliche/Erwachsene)
- Ich arbeite bei kindlichem Stottern vorwiegend auf folgende Weise:
 - Indirektes Vorgehen (fast ausschließlich mit den Bezugspersonen)
 - Direktes Vorgehen (fast ausschließlich mit den Kindern/Jugendlichen)
 - Kombination (Therapie mit den Kindern/Jugendlichen und regelmäßige Arbeit mit den Bezugspersonen)

12. Ansatzpunkte der Therapie:

- Ich gehe in meiner Therapie immer auf das Sprechen/Stottern direkt ein
- Ich gehe in der Regel nicht direkt auf das Sprechen/Stottern ein

Wenn Sie in Beratung oder Therapie auch mit Gruppen arbeiten,
auf wen bezieht sich Ihre Tätigkeit?

13. Gruppentherapie:

- Arbeit mit Bezugspersonen: Elterngruppe
- Gruppentherapie mit Kindern/Jugendlichen
- Gruppentherapie mit Erwachsenen

14. Therapieziele

Welche Ziele verfolgen Sie normalerweise in Ihrer Therapie mit stotternden Erwachsenen, Jugendlichen oder Kindern?

Bitte kreuzen Sie in folgender Liste an, wie häufig in Ihren Therapien bestimmte Ziele angestrebt werden. Fügen Sie bitte in die freien Zeilen Therapieziele ein, die in der Liste nicht enthalten sind:

	Therapie-Ziele	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer
1	Veränderung der Sprechweise, um flüssiges Sprechen zu erreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Veränderung des Stottermusters: leichter und seltener stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Enttabuisierung des Stotterns, Abbau von Vermeidungsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Abbau von Ängsten in Verbindung mit Stottern bzw. Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Entwicklung eines positiven Selbstbildes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Entwicklung sozialer Fähigkeiten (z.B. Kontaktfähigkeit, Auftreten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Verbesserung von Entwicklungsfaktoren (z.B. sprachlich, kognitiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Veränderung von Umgebungs-Faktoren (z.B. Familie, Partner, Schule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Theoretische Grundlagen der Therapie

Stottertherapien sind in der Regel auf der Basis bestimmter therapeutischer Ansätze entwickelt worden. Welche Ideen liegen Ihrer therapeutischen Arbeit zugrunde oder haben sie beeinflusst? Bitte kreuzen Sie jeweils an, ob die genannte Therapie-Richtung als **Grundlage** (bestimmt Ihr Vorgehen prinzipiell) oder **Erweiterung** (beeinflusst Ihr Vorgehen) Ihres Therapie-Konzepts zu sehen ist. Bitte ergänzen Sie auch diese Liste, falls etwas fehlt:

	Therapie-Richtungen (Unabhängig davon, ob Sie eine therapeutische Zusatzausbildung haben)	Grundlage (bitte insgesamt nur 1 Kreuzchen!)	Erweiterung (Mehrfachnennung möglich)
1	Verhaltenstherapie / Kognitive Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Gestaltpsychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Individualpsychologische Ansätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Andere analytische / tiefenpsychologische Ansätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Kurzzeittherapeutische Verfahren / Lösungsorientierte Ansätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Neurolinguistisches Programmieren (NLP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Hypnotherapeutische Verfahren (M. Erickson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Kindzentrierte Verfahren / Spieltherapeutische Ansätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Gesprächspsychotherapeutische Verfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Systemische / familientherapeutische Ansätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mühe!

2b) Vertrag

Name des Therapeuten/der Therapeutin:

PLZ/Ort: _____

Ich verpflichte mich durch diesen Vertrag:

- **alle** Patienten und Patientinnen vor Beginn der Therapie anzumelden, die von mir im Zeitraum der Vertragslaufzeit behandelt werden (keine Auswahl zu treffen)
- PEVOS-Daten nicht selektiv darzustellen
- entsprechend den Ausführungen in dieser **Informationsmappe** vorzugehen

Das DEMOSTHENES-Institut verpflichtet sich durch diesen Vertrag:

- den Schutz der personenbezogenen Daten zu gewährleisten; alle Daten werden passwortgeschützt gespeichert, so dass nur Mitarbeiter von PEVOS Zugang zu ihnen haben. Es wird verbindlich zugesichert, dass eine Weitergabe von Informationen über einzelne Therapien an andere (auch an Mitarbeiter des DEMOSTHENES -Instituts bzw. der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe) ausgeschlossen ist
- Rückmeldung zu geben, wenn Abschluss-Bericht/Strichliste bzw. Sprechproben/Fragebogen ausgewertet sind; Voraussetzung ist die Patienten-Anmeldung vor Therapie-Beginn
- die Schweigepflicht zu wahren
- entsprechend den Ausführungen in dieser **Informationsmappe** vorzugehen

Laufzeit des Vertrags

Die Laufzeit beginnt mit der Anmeldung der Therapeutin und beträgt 12 Monate. Sie verlängert sich automatisch um weitere 12 Monate, wenn nicht eine Vertragsseite bis spätestens 4 Wochen vor Ablauf schriftlich kündigt. PEVOS wird voraussichtlich etwa 5 Jahre lang durchgeführt. Das Ende des Programms wird allen Teilnehmern rechtzeitig bekannt gegeben.

Kündigung

Beide Vertragsparteien können jederzeit mit einer Frist von 4 Wochen den Vertrag schriftlich kündigen. Es genügt eine formlose Mitteilung. Das DEMOSTHENES -Institut gibt trotz einer Kündigung die Rückmeldung für bereits registrierte Therapien bzw. Patienten/Patientinnen an den Therapeuten/die Therapeutin zurück. Der Therapeut/die Therapeutin schickt trotz Kündigung alle Materialien der bis dahin angemeldeten Patienten und Patientinnen an das DEMOSTHENES -Institut.

Änderungen

Der Therapeut/die Therapeutin teilt dem DEMOSTHENES -Institut Änderungen der Adresse oder des therapeutischen Vorgehens/Settings rechtzeitig mit.

Köln, den _____, den _____

(DEMOSTHENES-Institut, Bundesvereinigung
Stotterer-Selbsthilfe e.V.)

(Therapeut/Therapeutin)

2c) Material-Anforderung / Adressenänderung

(Bitte dieses Formular für späteren Gebrauch kopieren)

DEMOSTHENES-Institut/PEVOS
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.
Zülpicher Straße 58
50674 Köln

⇒ Bitte schicken Sie mir Unterlagen zur Anmeldung neuer Patienten:

(bitte Anzahl Exemplare eintragen)

Für _____ Patienten (Kinder und Jugendliche bis einschließlich 16 Jahre)

Für _____ Patienten (Jugendliche ab 17 Jahre und Erwachsene)

An folgende Adresse:

Name: _____

Straße/Nr: _____

PLZ: _____ Ort: _____

⇒ Meine Adresse hat sich geändert:

(Therapeuten: Bitte neue Adresse eintragen)

Name: _____

Straße/Nr: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel: _____ Fax: _____

⇒ Ich habe eine Kollegin/einen Kollegen für PEVOS „geworben“.

Bitte schicken Sie die PEVOS-Infomappe an:

(Bitte Adresse der Kollegin/des Kollegen eintragen)

Name: _____

Straße/Nr: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel: _____ Fax: _____

3 Patienten-Anmeldung

3a) Informationen zu PEVOS für Eltern stotternder Kinder

Was ist PEVOS?

PEVOS steht für ein Programm, das die Wirksamkeit von Stottertherapien untersucht. Dieses Programm ist das Ergebnis einer Initiative von Betroffenen, Therapeuten und Forschern, die alle mit Stottern zu tun haben. Alle Mitglieder der Arbeitsgruppe PEVOS wünschen sich mehr und bessere Informationen über Therapieformen, Therapieangebote und ihre Wirkungen. Natürlich macht sich das Fehlen objektiver und brauchbarer Informationen besonders schmerzlich in der Beratungsarbeit der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe bemerkbar. Die Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe hat die Mitglieder von PEVOS zusammengebracht.

Die nun vorliegenden Materialien sind das Ergebnis einer intensiven Zusammenarbeit aller Mitglieder der Arbeitsgruppe PEVOS. Seit einem ersten Treffen im Jahre 1998 stehen die Mitglieder der Gruppe in regem Informationsaustausch. Es wurden Materialien erstellt oder weiterentwickelt. Außerdem wurde der organisatorische Ablauf und die Auswertung der Datenerhebungen in dieser Gruppe organisiert und beraten.

Wozu dient PEVOS?

Es gibt wenige Informationen darüber, wie wirksam die Stottertherapien sind, die im deutschsprachigen Raum angeboten werden. Dies hat auf allen Seiten Unsicherheit zur Folge: Die Therapeuten wissen nicht genau, was die Therapie dem stotternden Kind - vor allem auf längere Zeit gesehen - bringt, und die Eltern wissen nicht, welche Therapie ihrem Kind am besten hilft. Mit PEVOS sollen zum ersten Mal in diesem Umfang objektive Daten über die Wirksamkeit von Stottertherapien gesammelt werden, um hier Abhilfe zu schaffen.

Was erwartet uns und unser Kind?

Wenn Sie und Ihr Kind teilnehmen, werden Ihnen vor Beginn der Therapie, direkt im Anschluss sowie 1 und 2 Jahre nach der Therapie Fragebögen zugesandt, die Sie bitte ausfüllen und an das DEMOSTHENES-Institut zurückschicken. Für das Ausfüllen der Fragebogen benötigen Sie etwa 20 Minuten. Ist Ihr Kind älter als 6 Jahre, werden Sie von einem Mitarbeiter des DEMOSTHENES-Instituts angerufen und gebeten, Ihr Kind für ein kurzes Gespräch ans Telefon zu holen. Das Gespräch mit Ihrem Kind wird dann als Sprechprobe aufgezeichnet. Wenn Ihr Kind jünger als 7 Jahre ist, wird Ihre Therapeutin die Sprachaufnahmen erstellen und an das DEMOSTHENES-Institut schicken. Mit Hilfe dieser Aufnahmen wird die Sprechflüssigkeit Ihres Kindes ermittelt. Sämtliche Daten werden streng vertraulich behandelt und geschützt. Nur Sie selbst und Ihre Therapeutin bekommen die Auswertungsergebnisse zugeschickt. Dies wird Ihnen rechtsverbindlich zugesichert.

Was haben wir von einer Teilnahme?

Bei einer Teilnahme an dem Programm können Sie die Fortschritte, die Ihr Kind im Verlauf der Therapie macht, anhand der Ergebnisse objektiv beurteilen. Außerdem leisten Sie einen aktiven Beitrag dazu, die Therapien für stotternde Kinder im deutschsprachigen Raum zu verbessern.

Wie nehmen wir mit unserem Kind teil?

Ihre Therapeutin wird Ihnen ein Anmeldeformular geben, das Sie bitte ausfüllen und unterschreiben. Ihre Therapeutin wird Sie und Ihr Kind dann bei PEVOS anmelden. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie dieses wichtige Projekt durch Ihre Teilnahme unterstützen.

3b) Informationen zu PEVOS für Jugendliche und Erwachsene

Was ist PEVOS?

PEVOS steht für ein Programm, das die Wirksamkeit von Stottherapien untersucht. Dieses Programm ist das Ergebnis einer Initiative von Betroffenen, Therapeuten und Forschern, die alle mit Stottern zu tun haben. Alle Mitglieder der Arbeitsgruppe PEVOS wünschen sich mehr und bessere Informationen über Therapieformen, Therapieangebote und ihre Wirkungen. Natürlich macht sich das Fehlen objektiver und brauchbarer Informationen besonders schmerzlich in der Beratungsarbeit der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe bemerkbar. Die Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe hat die Mitglieder von PEVOS zusammengebracht.

Die nun vorliegenden Materialien zur ersten Erprobung sind das Ergebnis einer intensiven Zusammenarbeit aller Mitglieder der Arbeitsgruppe PEVOS. Seit einem ersten Treffen im Jahre 1998 stehen die Mitglieder der Gruppe in regem Informationsaustausch. Es wurden Materialien erstellt oder weiterentwickelt. Außerdem wurde der organisatorische Ablauf und die Auswertung der Datenerhebungen in dieser Gruppe organisiert und beraten.

Wozu dient PEVOS?

Es gibt wenige Informationen darüber, wie wirksam die Stottherapien sind, die im deutschsprachigen Raum angeboten werden. Dies hat auf allen Seiten Unsicherheit zur Folge: Die Therapeuten wissen nicht genau, was die Therapie dem Patienten - vor allem auf längere Zeit gesehen - bringt, und die Patienten wissen nicht, welche Therapie sie wählen sollen. Mit PEVOS sollen zum ersten Mal in diesem Umfang objektive Daten über die Wirksamkeit von Stottherapien gesammelt werden, um hier Abhilfe zu schaffen.

Was erwartet mich?

Wenn Sie sich zu einer Teilnahme entschließen, werden Ihnen vor Beginn der Therapie, direkt im Anschluss sowie 1 und 2 Jahre nach der Therapie Fragebogen zugesandt, die Sie bitte alleine ausfüllen und an das DEMOSTHENES-Institut zurückschicken. Für das Ausfüllen der Fragebögen benötigen Sie etwa 20 Minuten. Außerdem werden Sie von einem Mitarbeiter des DEMOSTHENES-Instituts angerufen. Er wird mit Ihnen eine Gespräch führen, was dazu dient, Ihre Sprechflüssigkeit zu beurteilen. Hierzu wird das Telefongespräch aufgezeichnet. Sämtliche Daten, die von Ihnen erhoben werden, werden streng vertraulich behandelt und geschützt. Nur Sie selbst und Ihre Therapeutin bekommen Ihre persönlichen Auswertungsergebnisse zugeschickt. Dies wird Ihnen rechtsverbindlich zugesichert.

Was habe ich von einer Teilnahme?

Sicherlich kennen Sie das: Obwohl Veränderungen spürbar sind, fällt es schwer, die eigenen Erfolge genau einzuschätzen. Bei einer Teilnahme an dem Programm können Sie die Fortschritte, die Sie im Verlauf der Therapie machen, anhand der Ergebnisse objektiv beurteilen. Außerdem leisten Sie einen aktiven Beitrag dazu, die Stottherapien im deutschsprachigen Raum zu verbessern.

Wie nehme ich teil?

Ihre Therapeutin wird Ihnen ein Anmeldeformular geben, das Sie bitte ausfüllen und unterschreiben. Ihre Therapeutin wird Sie dann bei PEVOS anmelden. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie dieses wichtige Projekt durch Ihre Teilnahme unterstützen.

3c) Anmeldeformular für den Patienten/die Patientin (Seite 1)

Rechtsverbindliche Zusicherung:

Das DEMOSTHENES-Institut versichert Ihnen, dass alle Sprach-Aufzeichnungen ausschließlich zur Ermittlung von Sprechflüssigkeitsdaten ausgewertet und nach der Rückmeldung anonymisiert werden. Alle über Sie bzw. Ihr Kind gespeicherten Daten werden ebenfalls nach der Rückmeldung der Ergebnisse anonymisiert. Die Veröffentlichung von Daten aus der Befunderhebung und Therapie erfolgt ausschließlich in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

DEMOSTHENES-Institut der
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe

e.V.

Für den/die Erziehungsberechtigten:

Ich bin damit einverstanden, dass Sprechproben meines Kindes aufgezeichnet werden.
Ich bin damit einverstanden, dass von mir/meinem Kind personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden.

Für den Patienten/die Patientin:

Ich bin damit einverstanden, dass Sprechproben von mir aufgezeichnet werden.
Ich bin damit einverstanden, dass von mir personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich hiermit bereit, an dem Programm zur Evaluation von Stottertherapien (PEVOS) des DEMOSTHENES-Instituts teilzunehmen. Ich verpflichte mich, die mir zugeschickten Fragebögen auszufüllen und an das DEMOSTHENES-Institut zurückzuschicken. Mir entstehen dabei keine Kosten (Freiumschläge liegen bei).

Erziehungsberechtigte/r: _____

Patient/in: _____ geboren am: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil-Telefon: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

ACHTUNG:

- Die Patienten-Anmeldung muss vor Beginn der Therapie erfolgen, damit die Fragebogen zugeschickt werden können und der Telefonanruf erfolgen kann!
- Bitte auch die 2. Seite des Anmeldeformulars mit den Zielvereinbarungen ausfüllen!

Name der Therapeutin/des Therapeuten: _____

3c) Anmeldeformular für den Patienten/die Patientin (Seite 2)

Wenn Sie an PEVOS nicht teilnehmen wollen, geben Sie hier bitte an, warum:

Wenn Sie an PEVOS teilnehmen wollen, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

Vor Beginn einer Therapie ist es üblich, gemeinsam die Erwartungen und Ziele abzuklären. Je nachdem, wie wichtig einzelne Veränderungswünsche sind, wird auf der Skala ein Kreuz in einen Kreis gesetzt.

Von der Therapie ...

...erwarte ich für mich (Patient):

...erwarte ich für mein Kind (Eltern):

Veränderungswünsche	Ich will/mein Kind soll...
Spaß am Sprechen	...mit anderen Menschen ohne Probleme sprechen können, alles sagen können, was ich/was mein Kind sagen will Nicht wichtig O----O----O----O----O----O----O Sehr wichtig
Weniger Sprechangst/Vermeidung	...ohne Angst, Zögern und Zweifeln sprechen können, keine Sprechsituationen vermeiden Nicht wichtig O----O----O----O----O----O----O Sehr wichtig
Überall sprechen können	...in jeder Situation möglichst fließend sprechen können, z.B. bei der Nennung des eigenen Namens, am Telefon, in einem Geschäft oder einem Restaurant Nicht wichtig O----O----O----O----O----O----O Sehr wichtig
Weniger Stottern	...allgemein seltener und weniger auffällig stottern mit dem Ziel, langfristig möglichst immer fließender sprechen zu können Nicht wichtig O----O----O----O----O----O----O Sehr wichtig
Natürlich Sprechen	...beim Sprechen möglichst natürlich klingen, sprechen können ohne auffällige Sprechhilfen Nicht wichtig O----O----O----O----O----O----O Sehr wichtig
	Nicht wichtig O----O----O----O----O----O----O Sehr wichtig
	Nicht wichtig O----O----O----O----O----O----O Sehr wichtig
	Nicht wichtig O----O----O----O----O----O----O Sehr wichtig

⇒ Wenn Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte nicht an PEVOS teilnehmen wollen, schicken Sie bitte diese Patienten-Anmeldung ohne Namensnennung an das DEMOSTHENES-Institut mit folgenden Angaben:

Geburtsjahr des Patienten/der Patientin: _____ weiblich männlich

Name der Therapeutin/des Therapeuten: _____

3d) Strichliste 1 für die Beratung/Einbeziehung der Bezugspersonen (Therapie-Einheiten 1 bis 25)

Bitte nach jeder Beratung oder Therapie-Sitzung in der Spalte der Therapie-Einheit mit Strichen markieren, welche Therapie-Bausteine verwendet wurden

Therapie-Einheit Nr.:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
Aufklärung/Information über Stottern																										
Verhaltensorientierung/Erziehungsberatung allgemein																										
Spezifische Beratung zur Interaktion mit dem Kind																										
Einbeziehung von z.B. Geschwistern, Freunden, Lehrern																										
Elternttraining zum Erziehungsverhalten allgemein																										
Spezifisches Elternttraining zur Interaktion mit dem Kind																										
Vermittlung therap. Interventionen (Eltern als Co-Therap.)																										

3d) Strichliste 1 für die Beratung/Einbeziehung der Bezugspersonen (Therapie-Einheiten 26 bis 50)

Bitte nach jeder Beratung oder Therapie-Sitzung in der Spalte der Therapie-Einheit mit Strichen markieren, welche Therapie-Bausteine verwendet wurden

Therapie-Einheit Nr.:	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	
Aufklärung/Information über Stottern																										
Verhaltensorientierung/Erziehungsberatung allgemein																										
Spezifische Beratung zur Interaktion mit dem Kind																										
Einbeziehung von z.B. Geschwistern, Freunden, Lehrern																										
Elternttraining zum Erziehungsverhalten allgemein																										
Spezifisches Elternttraining zur Interaktion mit dem Kind																										
Vermittlung therap. Interventionen (Eltern als Co-Therap.)																										

3d) Strichliste 2 für die Therapie mit dem Patienten/der Patientin (Therapie-Einheiten 1 bis 25)

Bitte nach jeder Beratung oder Therapie-Sitzung in der Spalte der Therapie-Einheit mit Strichen markieren, welche Therapie-Bausteine verwendet wurden

Therapie-Einheit Nr.:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Atemübungen																									
Entspannungsübungen																									
Information über Stottern																									
Identifikationsübungen																									
Wahrnehmungsübungen																									
Auditive Manipulationsverfahren (VAR, Masking)																									
Schattensprechen (Shadowing)																									
Dehnen, Prolongiertes Sprechen																									
Stimmführung (z.B. Tönen nach Hausdörfer)																									
Weicher Stimmeinsatz																									
Anblastechnik, Anhauchtechnik																									
Verbundenes Sprechen, Koartikulationsübungen																									
Deutlich artikuliertes Sprechen																									
Leichte Artikulationskontakte																									
Sprechrhythmustechnik ohne/mit Hilfen (Taktsprechen)																									
Stark verlangsamtes Sprechen (Zeitlupensprechen)																									
Desensibilisierung, Angstreduktion																									
Willentliches (Pseudo-) Stottern																									
Abstoppen/Pause																									
Cancellation/Pullout nach Van Riper																									
„Experimentieren“ mit dem Stottern nach Carl Dell																									
Belohnung für flüssiges Sprechen																									
Bestrafung von unflüssigem Sprechen																									
Übungen zu Selbstbehauptung, Problemlösestrategien																									
Behandlung anderer sprachl. Aspekte (z.B. SES-Behandl.)																									

3d) Strichliste 2 für die Therapie mit dem Patienten/der Patientin (Therapie-Einheiten 26 bis 50)

Bitte nach jeder Beratung oder Therapie-Sitzung in der Spalte der Therapie-Einheit mit Strichen markieren, welche Therapie-Bausteine verwendet wurden

Therapie-Einheit Nr.:	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	
Atemübungen																										
Entspannungsübungen																										
Information über Stottern																										
Identifikationsübungen																										
Wahrnehmungsübungen																										
Auditive Manipulationsverfahren (VAR, Masking)																										
Schattensprechen (Shadowing)																										
Dehnen, Prolongiertes Sprechen																										
Stimmführung (z.B. Tönen nach Hausdörfer)																										
Weicher Stimmeinsatz																										
Anblastetechnik, Anhauchtechnik																										
Verbundenes Sprechen, Koartikulationsübungen																										
Deutlich artikuliertes Sprechen																										
Leichte Artikulationskontakte																										
Sprechrhythmustechnik ohne/mit Hilfen (Taktsprechen)																										
Stark verlangsamtes Sprechen (Zeitlupensprechen)																										
Desensibilisierung, Angstreduktion																										
Willentliches (Pseudo-) Stottern																										
Abstoppen/Pause																										
Cancellation/Pullout nach Van Riper																										
„Experimentieren“ mit dem Stottern nach Carl Dell																										
Belohnung für flüssiges Sprechen																										
Bestrafung von unflüssigem Sprechen																										
Übungen zu Selbstbehauptung, Problemlösestrategien																										
Behandlung anderer sprachl. Aspekte (z.B. SES-Behandl.)																										

3e) Abschlussbericht des Therapeuten/der Therapeutin

Datum: _____

Name des/der Therapeuten/in: _____

Name des Patienten/der Patientin: _____

- Patient/Patientin wurde bei PEVOS angemeldet
 Die Therapie wurde durchgeführt

Die Therapie wurde nicht durchgeführt, weil Patient/Patientin:

- die Therapie abgesagt hat eine andere Therapie gewählt hat
 Sonstige Gründe: _____

Wenn die Therapie durchgeführt wurde, bitte folgende Fragen zur Therapie mit diesem Patienten/dieser Patientin beantworten:

(Bitte ausfüllen und/oder ankreuzen)

Zeitraum der Therapie:

Erstkontakt/Vorgespräch am: _____ Therapie-Beginn am: _____

Therapie-Ende (letzte therap. Sitzung/Ende der Intensiv-Phase) am: _____

Therapiesetting: ambulant (z.B. Logopädische Praxis)
 teilstationär (z.B. Sprachheilkindergarten)
 stationär (z.B. Klinik, Spracheinrichtung)
 Intensiv/Intervalltherapie (z.B. spezielle Kurse, Sommercamps)

■ **Bei Ambulanter Therapie** bitte nähere Angaben zum Ablauf:

Wie viele Therapieeinheiten wurden durchgeführt:

_____ Einheiten à _____ Minuten davon in Einzeltherapie: _____ Einheiten
davon in Gruppentherapie: _____ Einheiten

Gab es Pausen/Unterbrechungen während der Therapie?

Nein ja, wie viele? _____ Wie lange insgesamt? _____ Wochen
Pause(n) war(en) bedingt durch: _____

Gibt es Nachsorgeangebote?

Nein Ja wie viele? _____ Wie lange insgesamt? _____ Tage

■ **Bei Teilstationärer/Stationärer Therapie** bitte nähere Angaben zum Ablauf:

Sprachth./logop. Therapie: an _____ Tagen in der Woche, pro Tag _____ Therapieeinheit(en)

Pro Woche in Einzeltherapie: _____ Th.-Einheiten / in Gruppentherapie: _____ Th.-Einheiten

Die Therapieeinheit dauerte jeweils _____ Minuten

Gab es Pausen/Unterbrechungen während der Therapie?

Nein ja, wie viele? _____ Wie lange insgesamt? _____ Tage

Pause(n) war(en) bedingt durch: _____

Gibt es Auffrischungssitzungen/Nachsorgeangebote?

Nein ja, wie viele? _____ Wie lange insgesamt? _____ Tage

■ **Bei Intensiv/Intervalltherapie** bitte nähere Angaben zum Ablauf:

Anfangsblocks/Intensiv-Kurse: Anzahl: _____ Gesamt-Dauer: _____ Tage

Anteil Einzeltherapie (TherapeutIn & PatientIn): _____ Tage oder _____ %

Anteil Gruppentherapie (TherapeutIn & mehrere Patienten): _____ Tage oder _____ %

Anteil ohne TherapeutIn (Patientenübungen): _____ Tage oder _____ %

Geplante Auffrischungssitzungen: Anzahl: _____ Gesamt-Dauer: _____ Tage

sonstige Formen: _____

Angaben zum Therapie-Ende:

Die Therapie wurde beendet

Die Therapie wurde vorzeitig abgebrochen durch:

die TherapeutIn durch die PatientIn/Eltern

aus organisatorischen Gründen (z.B. Umzug, Entfernung)

Therapie wurde nach einer Pause nicht mehr aufgenommen

die Kostenerstattung z.B. durch die KV war nicht mehr gesichert

andere (nicht auf das Stottern gerichtete) Therapiemaßnahmen waren wichtiger

andere Gründe für den Abbruch: _____

Sonstige Bemerkungen zu dieser Therapie:

4 Patienten-Paket

Sandrieser, 2000

4a) für Kinder und Jugendliche

Heutiges Datum: _____

Bitte füllen Sie alle Fragebogen vollständig aus.

Ihre Angaben sind sehr wichtig für die gezielte Auswertung der Therapie.

Vor- und Nachname Ihres Kindes:

_____ geboren am: _____

Junge Die Muttersprache Ihres Kindes ist: Deutsch
 Mädchen Andere: _____

Entwicklung ihres Kindes

Selbständiges Sitzen mit _____ Monaten Freies Laufen mit _____ Monaten

Wie schätzen Sie die **allgemeine Entwicklung** Ihres Kindes im Vergleich zu Gleichaltrigen ein?

Es ist seiner Altersgruppe voraus normal etwas verzögert verzögert

Wie schätzen Sie die **sprachliche Entwicklung** Ihres Kindes im Vergleich zu Gleichaltrigen ein?

Es ist seiner Altersgruppe voraus normal etwas verzögert verzögert

Bitte kreuzen Sie an, welche der aufgeführten **Probleme** Ihr Kind hat bzw. hatte und geben Sie an, zu welchem Zeitpunkt:

Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Ja, im Jahr _____
Mumps	<input type="checkbox"/> Ja, im Jahr _____
Masern	<input type="checkbox"/> Ja, im Jahr _____
Röteln	<input type="checkbox"/> Ja, im Jahr _____
Gehirnhautentzündung (Meningitis)	<input type="checkbox"/> Ja, im Jahr _____
Gehirnentzündung (Enzephalitis)	<input type="checkbox"/> Ja, im Jahr _____
Unfall (Verletzung des Kopfes)	<input type="checkbox"/> Ja, im Jahr _____
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja, im Jahr _____
Körperbehinderung	<input type="checkbox"/> (welche?) _____
Lernbehinderung	<input type="checkbox"/>
Lese-Rechtschreib-Probleme	<input type="checkbox"/>

Von welchen der unten aufgeführten **Institutionen** wird oder wurde Ihr Kind betreut?

(bitte geben Sie, wenn möglich, den Zeitraum der Betreuung an)

von (Jahr)		bis (Jahr)
Ergotherapie:	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Therapie _____
Krankengymnastik:	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Therapie _____
Logopädie:	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Therapie _____
Frühförderung:	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Therapie _____
SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum):	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Therapie _____
Beratungsstelle:	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Therapie _____
Kinder- und Jugendpsychiatrie:	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Therapie _____
Heilpädagogik/Sonderpädagogik:	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Therapie _____
Sonstige:	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Therapie _____

Mein Kind besucht zur Zeit:

- Kindergruppe seit: _____
- Kindergarten seit: _____
- Integrativen Kindergarten: seit: _____
- Sprachheilkindergarten: seit: _____
- Vorschule seit: _____
- Schule (Welche Art?, Klasse?) _____ seit: _____
- Sprachheilschule: (Klasse?) _____ seit: _____

Sprachliche Entwicklung:

Bisheriger Verlauf der Sprachentwicklung:

Erste Wörter mit _____ Monaten 2 -3 Wortsätze mit _____ Monaten Längere Sätze mit _____ Monaten

Sind in Ihrer Familie oder Verwandtschaft Sprach- oder Sprechstörungen bekannt?
Wenn ja, welche?

Gibt es in ihrer Familie eine oder mehrere Personen die stottern oder früher einmal stotterten?

Bruder:	heute <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/>	Schwester:	heute <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/>
Vater:	heute <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/>	Mutter:	heute <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/>
Vater des Vaters:	heute <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/>	Vater der Mutter:	heute <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/>
Mutter des Vaters:	heute <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/>	Mutter der Mutter:	heute <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/>
Bruder des Vaters:	heute <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/>	Bruder der Mutter:	heute <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/>
Schwester des Vaters:	heute <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/>	Schwester der Mutter:	heute <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/>
Nichte/Neffe des Vaters:	heute <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/>	Nichte/Neffe der Mutter:	heute <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/>

Fragen zum Stottern Ihres Kindes:

Wie alt war Ihr Kind,
als Ihnen zum ersten Mal etwas ungewöhnliches aufgefallen ist? _____ Jahre und _____ Monate

Welche Art(en) von Unflüssigkeiten im Sprechen sind Ihnen zu diesem Zeitpunkt aufgefallen?

- Wiederholungen von kurzen Wörtern
- Wiederholungen von Silben
- Wiederholungen von einzelnen Lauten (Buchstaben)
- „Hängenbleiben“, Blockierungen
- Dehnen und „Lang-Ziehen“ von Lauten (Buchstaben)
- andere, nämlich _____
-
-

Gab es seither Veränderungen?

- Nein, es ist seither gleich geblieben.
- Ja, die Unflüssigkeiten im Sprechen sind stärker oder mehr geworden.
- Ja, die Unflüssigkeiten sind weniger geworden.
- Ja, manchmal scheinen die Unflüssigkeiten (fast) weg zu sein, und dann sind sie wieder da.

Sind Ihnen außer der Unflüssigkeiten noch andere Veränderungen aufgefallen?

- Nein
- Ja, und zwar:
 - Mitbewegungen des Körpers (z.B. Kopf, Arme)
 - Anstrengung beim Sprechen
 - Verkrampfungen im Gesichtsbereich
 - Vermeiden von Sprechen
 - andere, nämlich _____

Gibt es noch andere Dinge, die Ihnen am Sprechen Ihres Kindes auffallen?

- Nein
- Ja, nämlich:
 - Schwierigkeiten in der Grammatik (Satzbildung)
 - schnelles, hastiges Sprechen
 - durch die Nase sprechen
 - geringer Wortschatz
 - Probleme, andere zu verstehen
 - die ganze Sprachentwicklung scheint verspätet zu sein
 - Probleme, die richtigen Wörter zu finden
 - andere, nämlich _____

Sind sie bisher schon bezüglich des Stotterns Ihres Kindes beraten worden?

- Nein
- Ja,
Beratung durch
 - den Kinderarzt/die Kinderärztin
 - eine Logopädin/ eine Sprachtherapeutin
 - eine Erzieherin oder Lehrerin
 - eine andere Person, nämlich _____

War Ihr Kind in Therapie wegen des Stotterns?

- Nein
- Ja,
Therapie bei
 - einer Logopädin/einem Logopäden
 - einer Sprachtherapeutin/einem Sprachtherapeuten
 - einer Psychologin/einem Psychologen
 - einer Pädagogin/einem Pädagogen
 - einer Fachärztin/einem Facharzt (HNO, Phoniatrie, Psychiatrie)
 - einer anderen Person, nämlich _____

Fragebogen für Schülerinnen und Schüler (ab 11 Jahren)

FF-SS (Oertle, 1999)

Mit diesem Fragebogen soll herausgefunden werden, wie es Dir im Moment mit Deinem Sprechen geht. Es geht dabei nicht um früher, sondern darum, wie es heute ist.

Lies Dir bitte jeden Satz in Ruhe durch und mache ein Kreuz an der Stelle, die für Dich am besten zutrifft (**bitte nur eine Zahl ankreuzen!**)

Ein Beispiel:

Wenn Du zur Zeit Erdbeer-Eis magst, dann musst Du bei dem Satz „Ich esse gerne Erdbeer-Eis“ Dein Kreuz bei ⑤ (Stimmt genau) machen. Wenn Du aber Erdbeer-Eis nicht ausstehen kannst, musst Du ① (Stimmt nicht) ankreuzen. Wenn Deine Meinung zu Erdbeer-Eis irgendwo dazwischen liegt, kreuzt Du entweder ②, ③ oder ④ an.

	Stimmt nicht				Stimmt genau
1 Ich spreche überall ohne Stottern	①	②	③	④	⑤

Wenn Du ⑤ (Stimmt genau) angekreuzt hast, also nicht mehr stotterst, kannst Du die folgenden Sätze auslassen und gleich zu Nr. 16 gehen!

	Nie	Manchmal	Oft	Sehr oft	Immer
2 In der Familie stottere ich	①	②	③	④	⑤
3 In der Schule stottere ich	①	②	③	④	⑤
4 Wenn ich mit meinen Freunden spreche, stottere ich	①	②	③	④	⑤
5 Wenn ich mit fremden Leuten spreche, stottere ich	①	②	③	④	⑤
6 Ich werde gehänselt oder geärgert, weil ich stottere	①	②	③	④	⑤
7 Es fällt mir schwer, Freunde zu finden, weil ich stottere	①	②	③	④	⑤
8 Ich ärgere mich über mein Stottern	①	②	③	④	⑤
9 Ich werde benachteiligt, weil ich stottere (z.B. in der Schule)	①	②	③	④	⑤
10 Ich strengte mich sehr an, um nicht zu stottern	①	②	③	④	⑤
11 Außerhalb der Familie (z.B. in einem Geschäft) kann ich ohne Stottern sprechen	①	②	③	④	⑤

	Stimmt nicht				Stimmt genau
12 Mein Stottern ist mir peinlich	①	②	③	④	⑤
13 Wenn ich stottere, macht mir das nichts aus	①	②	③	④	⑤
14 Ich weiß über mein Stottern gut Bescheid	①	②	③	④	⑤
15 Ich mache mir Sorgen um meine Zukunft, weil ich stottere	①	②	③	④	⑤

	Nie	Manchmal	Oft	Sehr oft	Immer
16 Ich spreche gern	①	②	③	④	⑤
17 Ich kann alles sagen, was ich sagen will	①	②	③	④	⑤
18 Ich kann mich so steuern, dass ich fließend spreche	①	②	③	④	⑤
19 In der Schule melde ich mich im Unterricht	①	②	③	④	⑤
20 Für meine Eltern ist es in Ordnung, wie ich spreche	①	②	③	④	⑤
21 Ich versuche, bestimmte Wörter zu umgehen	①	②	③	④	⑤
22 Ich bin froh, wenn jemand anderes für mich spricht	①	②	③	④	⑤
23 Wenn ich etwas sagen muss, spreche ich ganz leise	①	②	③	④	⑤
24 Ich bin beim Sprechen innerlich sehr angespannt	①	②	③	④	⑤
25 Wenn ich gefragt werde, antworte ich möglichst kurz	①	②	③	④	⑤
26 Wenn das Telefon klingelt, melde ich mich gerne	①	②	③	④	⑤
27 In der Familie spreche ich gern	①	②	③	④	⑤
28 Um fließend zu sprechen, setze ich bestimmte Tricks oder Sprechhilfen ein	①	②	③	④	⑤

Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Fragebogen für Eltern

FF-E (Oertle, 1999)

Mit diesem Fragebogen soll herausgefunden werden, wie es Ihrem Kind im Moment mit seinem Sprechen geht. Es geht dabei nicht um früher, sondern darum, wie es heute ist.

Lesen Sie bitte jeden Satz in Ruhe durch. Machen Sie dann ein Kreuz an der Stelle, die Ihrer Meinung nach am besten zutrifft (**bitte nur eine Zahl ankreuzen!**)

Ein Beispiel:

Wenn Ihr Kind Erdbeer-Eis mag, dann müssen Sie bei dem Satz „Mein Kind isst gerne Erdbeer-Eis“ Ihr Kreuz bei ⑤ (Stimmt genau) machen. Wenn es aber Erdbeer-Eis nicht ausstehen kann, müssen Sie ① (Stimmt nicht) ankreuzen.
Wenn seine Vorliebe für Erdbeer-Eis nicht eindeutig ist, kreuzen Sie bitte entweder ②, ③ oder ④ an.

	Stimmt nicht				Stimmt genau
1 Mein Kind spricht überall ohne Stottern	①	②	③	④	⑤

Wenn Sie ⑤ (Stimmt genau) angekreuzt haben, Ihr Kind also nicht mehr stottert, können Sie die folgenden Sätze auslassen und gleich zu Nr. 16 gehen!

	Nie	Manchmal	Oft	Sehr oft	Immer
2 Mein Kind stottert in der Familie	①	②	③	④	⑤
3 Mein Kind stottert in der Schule	①	②	③	④	⑤
4 Wenn es mit seinen Freunden spricht, stottert es	①	②	③	④	⑤
5 Wenn es mit fremden Leuten spricht, stottert es	①	②	③	④	⑤
6 Mein Kind wird gehänselt oder geärgert, weil es stottert	①	②	③	④	⑤
7 Es fällt ihm schwer, Freunde zu finden, weil es stottert	①	②	③	④	⑤
8 Mein Kind ärgert sich über sein Stottern	①	②	③	④	⑤
9 Es wird benachteiligt, weil es stottert (z.B. in der Schule)	①	②	③	④	⑤
10 Mein Kind strengt sich sehr an, um nicht zu stottern	①	②	③	④	⑤
11 Außerhalb der Familie (z.B. in einem Geschäft) kann es ohne Stottern sprechen	①	②	③	④	⑤

	Stimmt nicht				Stimmt genau
12 Mir ist es peinlich, wenn mein Kind vor Anderen stottert	①	②	③	④	⑤
13 Meinem Kind macht es nichts aus, wenn es stottert	①	②	③	④	⑤
14 Ich weiß über das Stottern meines Kindes gut Bescheid	①	②	③	④	⑤
15 Ich mache mir Sorgen um seine Zukunft, weil es stottert	①	②	③	④	⑤

	Nie	Manchmal	Oft	Sehr oft	Immer
16 Mein Kind spricht gern	①	②	③	④	⑤
17 Es kann alles sagen, was es sagen will	①	②	③	④	⑤
18 Es kann sich so steuern, dass es fließend spricht	①	②	③	④	⑤
19 Es spricht auch von sich aus vor Anderen (z.B. in der Schule)	①	②	③	④	⑤
20 Für uns Eltern ist es in Ordnung, wie unser Kind spricht	①	②	③	④	⑤
21 Es versucht, bestimmte Wörter zu umgehen	①	②	③	④	⑤
22 Es ist froh, wenn jemand anderes für mein Kind spricht	①	②	③	④	⑤
23 Wenn es etwas sagen muss, spricht es ganz leise	①	②	③	④	⑤
24 Es ist beim Sprechen innerlich sehr angespannt	①	②	③	④	⑤
25 Wenn es gefragt wird, antwortet es möglichst kurz	①	②	③	④	⑤
26 Wenn das Telefon klingelt, meldet es sich gerne	①	②	③	④	⑤
27 In der Familie spricht mein Kind gern	①	②	③	④	⑤
28 Um fließend zu sprechen, setzt es bestimmte Tricks oder Sprechhilfen ein	①	②	③	④	⑤

Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Fragebogen für zusätzliche Therapien - Kinder und Jugendliche

Demosthenes-Institut/ PEVOS
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.
Zülpicher Straße 58
50674 Köln
Tel.: 0221-13911 06/07

An

Sehr geehrte Familie

Sie nehmen mit Ihrem Kind an PEVOS, dem Programm zur Evaluation von Stottertherapien, teil. Sie haben vor zwei Jahren bereits die 3. Fragebogenkombination ausgefüllt und es wurde damals auch die 3. telefonische Sprechprobe von Ihrem Kind erhoben. Für die Untersuchung von Therapieformen und deren Wirkung ist es besonders wichtig, die langfristigen Veränderungen nach einer Therapie zu erheben. Deshalb folgen nun, wie bereits angekündigt, der 4. Fragebogenversand und die 4. telefonische Sprechproben-Erhebung. Außerdem bitten wir Sie nun einen zusätzlichen Fragebogen auszufüllen, mit dem Sie uns über die von Ihrem Kind seit Beginn der Untersuchung besuchten Therapien informieren können.

Füllen Sie und Ihr Kind bitte alle Fragebögen vollständig aus, da das Auslassen von Antworten die Ergebnisse verfälschen würde. Kreuzen Sie bitte nicht zwischen den Antwortmöglichkeiten an, sondern wählen Sie die Antwort, die am ehesten zutrifft.

Schicken Sie die Fragebögen bitte **innerhalb einer Woche** mit dem beiliegenden frankierten Rückumschlag an das DEMOSTHENES-INSTITUT zurück.

Ihr Kind wird in den nächsten Tagen zum 4. Mal angerufen und gebeten, einige Fragen zu beantworten. Dieses Gespräch wird ebenfalls aufgezeichnet, um die Sprechflüssigkeit nach zwei Jahren nach Therapieende einschätzen zu können.

Wir möchten Sie nochmals darauf hinweisen, dass Ihre Angaben streng vertraulich und unter Wahrung des Datenschutzes behandelt werden.

Wir hoffen, dass Sie weiterhin mit uns zusammenarbeiten, obwohl die Therapie schon eine Weile zurückliegt. Die weitere Teilnahme Ihrer Familie an dem Programm PEVOS ist besonders wichtig, damit wir auch Informationen über die langfristige Wirkung des von Ihnen gewählten Therapieangebotes gewinnen können.

Vielen Dank für Ihre Mühe im voraus!

Mit freundlichen Grüßen,

Projektleitung

Anlage:
PEVOS-Fragebögen

Fragebogen für zusätzliche Therapien - Kinder und Jugendliche

Sehr geehrte Familie,

für PEVOS, dem „Programm zur Evaluation von Stottertherapien“ wurden und werden Daten erhoben, die mit der Therapie zusammenhängen, die Ihr Kind wegen seines Stotterns durchgeführt hat.

Um abschätzen zu können, ob weitere Therapien die Veränderungen mit beeinflusst haben können, bitten wir Sie heute darum, uns zu informieren, ob Ihr Kind in der Zwischenzeit – abgesehen von der Therapie mit der es an PEVOS teilnimmt – noch andere Therapien wegen seines Stotterns durchgeführt hat. Für uns ist auch wichtig zu erfahren, ob Ihr Kind seit dem Abschluss der Therapie noch an „Auffrischungen“ bei seinem Therapeuten/ihrer Therapeutin teilgenommen hat.

Dafür bitten wir Sie, diesen Bogen ausgefüllt an uns zurück zu senden.

Wie alle Angaben, werden wir auch diese vertraulich behandeln und nicht ohne Ihr Einverständnis weitergeben.

1. Unser Kind hat keine zusätzlichen Therapieangebote in Anspruch genommen.

2. Unser Kind hat Therapiestunden zur „Auffrischung“ der Therapie wahrgenommen:
im Zeitraum von _____, insgesamt ____ Stunden
im Zeitraum von _____, insgesamt ____ Stunden
im Zeitraum von _____, insgesamt ____ Stunden.

3. Unser Kind hat wegen des Stotterns inzwischen noch eine weitere Therapie begonnen.
 logopädische Therapie
 Psychotherapeutische Beratung oder Therapie
 Therapie anderer Fachrichtung

im Zeitraum von _____, insgesamt ____ Stunden.

Wenn Ihr Kind eine neue Therapie begonnen hat und Sie uns über die Gründe informieren wollen, können Sie das hier tun:

Datum:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

4 Patienten-Paket

4b) für Jugendliche und Erwachsene

Bitte füllen Sie alle Fragebogen vollständig aus.

Ihre Angaben sind sehr wichtig für die gezielte Auswertung der Therapie.

Heutiges Datum: _____

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Familienstand: alleinstehend feste Partnerschaft/verheiratet

Muttersprache: deutsch andere: _____

Haben Sie Kinder (leibliche)? nein

ja: Alter (Jahre)

Geschlecht

Stottert Ihr Kind?

weiblich männlich

ja nein

weiblich männlich

ja nein

weiblich männlich

ja nein

weiblich männlich

ja nein

Stottern weitere Familienmitglieder oder haben sie früher einmal gestottert?

Schwester: heute früher Bruder: heute früher

Mutter: heute früher Vater: heute früher

Mutter der Mutter: heute früher Mutter des Vaters: heute früher

Vater der Mutter: heute früher Vater des Vaters: heute früher

Schwester der Mutter: heute früher Schwester des Vaters: heute früher

Bruder der Mutter: heute früher Bruder des Vaters: heute früher

Nichte/Neffe d. Mutter: heute früher Nichte/Neffe d. Vaters: heute früher

In welchem Alter hat das Stottern bei Ihnen begonnen? Mit ca. _____ Jahren

Ist zu Beginn des Stotterns etwas besonderes vorgefallen?

nein ja, nämlich: _____

Haben Sie vor der bevorstehenden Therapie schon andere Stottertherapien gemacht?

nein ja
Wenn ja, wie viele Therapien haben sie gemacht? _____

Wann hat die letzte Therapie stattgefunden? _____
(bitte Jahr angeben)

Nehmen Sie Medikamente ein, die gezielt gegen das Stottern eingesetzt werden?

nein ja, welche Art/Bezeichnung? _____

ja, früher; Art/Bezeichnung? _____

Wie schätzen Sie zum jetzigen Zeitpunkt Ihre Fähigkeit ein, flüssig zu sprechen?

sehr schlecht (sehr unflüssig)	Schlecht	mittelmäßig	Gut	sehr gut (sehr flüssig)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Verringerung Ihres Stotterns erwarten Sie von der Therapie?

keine (Stottern unverändert)	geringe Verringerung	Verringerung	deutliche Verringerung	vollständig (kein Stottern mehr vorhanden)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es einen Grund oder Anlass dafür, dass Sie gerade **jetzt** mit einer Therapie beginnen wollen?

- Ich habe von guten Erfolgen dieser Therapie gehört/gelesen.
- Ich möchte eine/n Partner/in finden oder behalten.
- Ich möchte beruflich/schulisch weiterkommen.
- Eine mir nahestehende Person wollte es bzw. hat darauf bestanden.
- Ich möchte mehr mit anderen Personen unternehmen bzw. sie kennenlernen.
- andere Gründe: _____
- Nein, es gibt keinen besonderen Grund.

Wie sind Sie auf diese Stottertherapie gestoßen?

- Telefonverzeichnis
- Informationsmaterial über die Therapie
- Empfehlung, durch wen ? _____
- anderweitig: _____

Freiwillige Angaben:

Schulabschluss: keiner Sonderschule Hauptschule
 Mittlere Reife Abitur

Studium abgeschlossen als: _____

Erwerbstätigkeit: ja, als: _____
 arbeitslos seit _____
 in Ausbildung zum/zur _____
 Hausfrau/-mann, seit _____
 anderes: _____

Krankenversicherung: gesetzlich privat
 Behindertenausweis: nein ja, Prozent: _____

Monatliches Netto-Einkommen: ca. DM _____ € _____

S24 (Erickson, 1967; übersetzt: Jehle, Kühn & Renner, 1989)

Sie finden im folgenden einige Aussagen über einzelne Verhaltensweisen und Einstellungen, die mit dem Stottern verbunden sind. Sie können jede entweder mit „stimmt“ oder mit „stimmt nicht“ beantworten. Setzen sie bitte ein Kreuz an die jeweils vorgesehene Stelle. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, sondern nur die, die im Augenblick für sie zutreffen. Bitte beachten sie folgende Punkte:

1. Überlegen Sie nicht erst, welche Antwort eventuell „einen guten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.
2. Mit diesen kurzen Aussagen können nicht alle Merkmale Ihrer Sprechbehinderung berücksichtigt werden. Vielleicht eignen sich daher nicht alle Feststellungen für Sie. Bitte kreuzen Sie dennoch stets eine Antwort an, und zwar die, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
3. Beantworten Sie die Fragen bitte so, wie es gegenwärtig für Sie zutrifft, nicht danach, wie es in der Vergangenheit war.
4. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Ich glaube, dass ich üblicherweise beim Sprechen einen guten Eindruck mache. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 2. Ich kann mit fast allen Leuten ganz gut reden. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 3. Es fällt mir sehr leicht, meine Zuhörer anzuschauen, während ich vor einer Gruppe spreche. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 4. Es fällt mir schwer, mit Leuten wie meinem/-er Lehrer/-in oder meinem/-er Vorgesetzten zu sprechen. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 5. Schon der Gedanke, in der Öffentlichkeit zu sprechen, erschreckt mich. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 6. Bei einigen Wörtern fällt mir das Aussprechen schwerer als bei anderen. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 7. Ich vergesse bald alles um mich herum, wenn ich mit meiner Rede begonnen habe. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 8. Ich bin auf Festen und Parties ein gesprächsfreudiger Mensch. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 9. Manche Leute scheinen sich nicht wohl zu fühlen, wenn ich mit ihnen spreche. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 10. Ich mag es nicht, Leute einander vorzustellen. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |

S24 (Erickson, 1967; übersetzt: Jehle, Kühn & Renner, 1989)

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| 11. Ich stelle in Gruppendiskussionen häufig Fragen. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 12. Es fällt mir leicht, beim Reden meine Stimme zu kontrollieren. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 13. Es macht mir nichts aus, vor einer Gruppe zu sprechen. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 14. Ich spreche nicht gut genug, um die Arbeit tun zu können, die ich wirklich möchte. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 15. Meine Stimme ist beim Sprechen recht angenehm und man kann ihr leicht zuhören. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 16. Manchmal bin ich darüber verwirrt, wie ich spreche. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 17. Ich stelle mich den meisten Sprechsituationen mit absolutem Selbstvertrauen. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 18. Es gibt nur wenige Leute, mit denen ich leicht sprechen kann. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 19. Ich spreche besser als ich schreibe. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 20. Ich bin häufig nervös, wenn ich spreche. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 21. Es fällt mir schwer zu sprechen, wenn ich mit neuen Leuten zusammentreffe. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 22. Ich bin ziemlich zuversichtlich wegen meiner Sprechfähigkeit. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 23. Ich wollte Dinge so klar aussprechen können wie andere Leute. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 24. Auch wenn ich die richtige Antwort wusste, konnte ich sie häufig nicht geben, weil ich Angst hatte, sie auszusprechen. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |

PSI-V (Woolf, 1967; übersetzt: Frischmuth, 1978)

Sie finden auf den folgenden zwei Seiten eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, die mit dem Stottern zu tun haben. Sie können jede Aussage mit „trifft für mich zu“ oder mit „trifft nicht für mich zu“ beantworten. Setzen Sie bitte ein Kreuz in das dafür vorgesehene Kästchen. Beachten Sie bitte folgende Punkte:

1. Auch wenn das beschriebene Verhalten nur gelegentlich oder nur in wenigen Situationen auftritt, kreuzen Sie bitte trotzdem unter trifft für mich zu an.
2. Die Antwort trifft für mich zu oder trifft nicht für mich zu bezieht sich nur darauf, was gegenwärtig für Ihr Stottern gilt, nicht auf das, was in der Vergangenheit war und was Sie jetzt nicht mehr tun.
3. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort vielleicht den besten Eindruck machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich gilt.

	trifft für mich zu	trifft nicht für mich zu
1. Es ist mir peinlich, fremde Leute nach Auskünften zu fragen (z.B. nach dem Weg oder der Zeit fragen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bevorzuge eine Arbeit oder ein Hobby danach, ob ich wenig sprechen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenn ich gefragt werde, antworte ich meistens kurz und benutze so wenig Wörter wie möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich versuche, mich möglichst aus Diskussionen und Unterhaltungen herauszuhalten (z.B. vorgeben, nicht zugehört zu haben, in Gedanken zu sein oder gelangweilt tun).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Es fällt mir schwer, Einkäufe in Geschäften zu machen, in denen ich meine Wünsche sagen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich zögere, neue Bekanntschaften zu machen (z.B. unternehme ich selten etwas mit Freunden, suche keine neuen Beziehungen zum anderen Geschlecht oder schließe mich ungern Gruppen oder Vereinen an).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es ist mir unangenehm, mich selbst oder andere mit Namen vorzustellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe große Schwierigkeiten, bestimmte Buchstaben oder Wörter auszusprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich benutze Ausreden, um nicht sprechen zu müssen (z.B. gebe ich Müdigkeit, fehlendes Wissen oder mangelndes Interesse vor).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PSI-V (Woolf, 1967; übersetzt: Frischmuth, 1978)

	trifft für mich zu	trifft nicht für mich zu
10. Ich habe das Gefühl, dass es nicht lange gelingen wird, wenn ich flüssig spreche, und dass ich früher oder später sowieso wieder stottern werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es ist mir unangenehm, vor vielen Zuhörern zu sprechen, und ich gehe solchen Situationen möglichst aus dem Weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Es fällt mir schwer, mich am Telefon mit Namen zu melden, und ich versuche, es möglichst zu umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich spreche ungern mit fremden Leuten, die in meinem Alter sind (männlich oder weiblich).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich gebe das Sprechen auf, wenn ich hängengeblieben bin oder wenn ich erwarte zu stottern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wenn ich vor dem Sprechen warten muss, mache ich mir Gedanken darüber, ob ich stottern werde und wie ich dann spreche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich spreche ungern mit meinen Eltern, weil ich dann mehr stottere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. In einer schwierigen Situation lasse ich möglichst eine andere Person für mich sprechen (ich lasse z.B. andere für mich telefonieren oder in einem Restaurant für mich bestellen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mein Stottern ist für mich ein Grund, manche Sprechgelegenheiten zu umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SSC (Brutten, 1973; übersetzt: Fiedler & Standop, 1986)

Bitte kreuzen Sie nur einmal pro Zeile an, wie häufig Stottern in bestimmten Situationen auftritt.

Situative Bedingungen	Stottern tritt auf			
	sehr häufig	weniger häufig	selten	Gar nicht
Telefonieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit einem Fremden reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich mit Namen vorstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit einem kleinen Kind reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etwas in einem Cafe bestellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu einem Tier sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit den Eltern diskutieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit einem engen Freund sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit einem Verkäufer reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An einer Diskussionsrunde teilnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritisiert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen nach einer scherzhaften Bemerkung über Stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich verabschieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Textstelle ohne Korrekturmöglichkeit laut vorlesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich von jemandem wegen des Stotterns nicht verstanden fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine bestimmte Frage beantworten müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskünfte erfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollen übernehmen/Theater spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOAI (Cooper & Cooper, 1998; übersetzt: Langefeld, 1999), Teile aus dem FBS (Schoenaker/Renner, 1995)

Bitte kreisen Sie bei den folgenden Behauptungen die am besten zutreffende Zahl ein!

1. Ich genieße es zu kommunizieren.

1	2	3	4	5	6	7
Völlige			neutral			völlige
Zustimmung						Ablehnung

2. Ich bin zufrieden damit, wie ich mit meinem Sprechen umgehe.

1	2	3	4	5	6	7
Völlige			neutral			völlige
Zustimmung						Ablehnung

3. Ich fühle mich wohl, wenn ich spreche.

1	2	3	4	5	6	7
Völlige			neutral			völlige
Zustimmung						Ablehnung

4. Ich schäme mich wegen meines Stotterns.

1	2	3	4	5	6	7
Völlige			neutral			völlige
Zustimmung						Ablehnung

5. Mein Stottern bedrückt mich.

1	2	3	4	5	6	7
Völlige			neutral			völlige
Zustimmung						Ablehnung

6. Ich vermeide bestimmte Wörter

1	2	3	4	5	6	7
nie	sehr selten	selten	häufig	oft	sehr oft	Immer

7. Ich vermeide Gesprächssituationen.

1	2	3	4	5	6	7
nie	sehr selten	selten	häufig	oft	sehr oft	Immer

8. Ich kann mich sprachlich erfolgreich ausdrücken.

1	2	3	4	5	6	7
Immer	fast immer	oft	manchmal	selten	fast nie	Nie

9. Ich kann Sprechtechniken und -strategien anwenden.

1	2	3	4	5	6	7
Immer	fast immer	oft	manchmal	selten	fast nie	Nie

FOAI (Cooper & Cooper, 1998; übersetzt: Langefeld, 1999), Teile aus dem FBS (Schoenaker/Renner, 1995)

10. Ich spreche, wann ich möchte.

1	2	3	4	5	6	7
Immer	fast immer	oft	manchmal	selten	fast nie	Nie

11. Ich verstehe, wie ich stottere und spreche.

1	2	3	4	5	6	7
Immer	fast immer	oft	manchmal	selten	fast nie	Nie

12. Mein Stottern hat einen negativen Effekt auf mein Privatleben

1	2	3	4	5	6	7
Immer	fast immer	oft	manchmal	selten	fast nie	Nie

13. Mein Stottern wirkt sich nachteilig auf mein Berufsleben aus.

1	2	3	4	5	6	7
Immer	fast immer	oft	manchmal	selten	fast nie	Nie

Wie schätzen Sie Ihr Sprechen zur Zeit ein?

14. Meine Fähigkeit, flüssig zu sprechen ist:

1	2	3	4	5	6	7
Sehr Schlecht						Sehr gut

15. Ich schätze den Schweregrad meines Stotterns im Moment ein als:

1	2	3	4	5	6	7
Sehr Schwer						Sehr leicht

Wie sehr stört Sie Ihr Stottern zur Zeit?

16. Mein Stottern stört mich momentan:

1	2	3	4	5	6	7
Sehr Stark						Überhaupt nicht

17. Meine Fähigkeit, mich sprachlich auszudrücken (Kommunikationsfähigkeit) ist:

1	2	3	4	5	6	7
Sehr Schlecht						Sehr gut

Was glauben Sie, wie dringend für Sie heute eine Stottertherapie ist?

18. Eine Stottertherapie brauche ich:

1	2	3	4	5	6	7
Sehr Dringend						Überhaupt nicht

Fragebogen für zusätzliche Therapien - Jugendliche und Erwachsene

Demosthenes-Institut/ PEVOS
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.
Zülpicher Straße 58
50674 Köln
Tel.: 0221-13911 06/07

An

Sehr geehrte/r

Sie nehmen an PEVOS, dem Programm zur Evaluation von Stottertherapien, teil. Sie haben vor einem Jahr bereits die 3. Fragebogenkombination ausgefüllt und es wurde damals auch die 3. telefonische Sprechprobe erhoben. Für die Untersuchung von Therapieformen und deren Wirkung ist es besonders wichtig, die langfristigen Veränderungen nach einer Therapie zu erheben. Deshalb folgen nun, wie bereits angekündigt, der 4. Fragebogenversand und die 4. telefonische Sprechprobenerhebung. Außerdem bitten wir Sie nun einen zusätzlichen Fragebogen auszufüllen, mit dem Sie uns über die von Ihnen seit Beginn der Untersuchung besuchten Therapien informieren können.

Füllen Sie bitte alle Fragebögen vollständig aus, da das Auslassen von Antworten die Ergebnisse verfälschen würde. Kreuzen Sie bitte nicht zwischen den Antwortmöglichkeiten an, sondern wählen Sie die Antwort, die am ehesten zutrifft..

Schicken Sie die Fragebögen bitte **innerhalb einer Woche** mit dem beiliegenden frankierten Rückumschlag an das DEMOSTHENES-INSTITUT zurück.

Sie werden in den nächsten Tagen zum 4. Mal angerufen und gebeten, einige Fragen zu beantworten. Dieses Gespräch wird ebenfalls aufgezeichnet, um die Sprechflüssigkeit zwei Jahre nach Therapieende einschätzen zu können.

Wir möchten Sie nochmals darauf hinweisen, dass Ihre Angaben streng vertraulich und unter Wahrung des Datenschutzes behandelt werden.

Wir hoffen, dass Sie weiterhin mit uns zusammenarbeiten, obwohl die Therapie schon eine Weile zurückliegt. Ihre weitere Teilnahme an dem Programm PEVOS ist besonders wichtig, damit wir nun auch Informationen über die langfristige Wirkung des von Ihnen gewählten Therapieangebotes gewinnen können.

Vielen Dank für Ihre Mühe im voraus!

Mit freundlichen Grüßen

Projektleitung

Anlage:

PEVOS-Fragebögen

Fragebogen für zusätzliche Therapien - Jugendliche und Erwachsene

Sehr geehrte/r,

für PEVOS, dem „Programm zur Evaluation von Stottertherapien“ wurden und werden Daten erhoben, die mit der Therapie zusammenhängen, die Sie wegen Ihres Stotterns durchgeführt haben.

Um abschätzen zu können, ob weitere Therapien die Veränderungen mit beeinflusst haben können, bitten wir Sie heute darum, uns zu informieren, ob Sie in der Zwischenzeit – abgesehen von der Therapie mit der Sie an PEVOS teilnehmen – noch andere Therapien wegen Ihres Stotterns durchgeführt haben. Für uns ist auch wichtig zu erfahren, ob Sie seit dem Abschluss der Therapie noch an „Auffrischungen“ bei Ihrem Therapeuten/ihrer Therapeutin teilgenommen haben.

Dafür bitten wir Sie, diesen Bogen ausgefüllt an uns zurück zu senden.

Wie alle Angaben, werden wir auch diese vertraulich behandeln und nicht ohne Ihr Einverständnis weitergeben.

1. Ich habe keine zusätzlichen Therapieangebote in Anspruch genommen.

2. Ich habe Therapiestunden zur „Auffrischung“ der Therapie wahrgenommen:
im Zeitraum von _____, insgesamt ____ Stunden
im Zeitraum von _____, insgesamt ____ Stunden
im Zeitraum von _____, insgesamt ____ Stunden.

3. Ich habe wegen des Stotterns inzwischen noch eine weitere Therapie begonnen.
 logopädische Therapie
 Psychotherapeutische Beratung oder Therapie
 Therapie anderer Fachrichtung

im Zeitraum von _____, insgesamt ____ Stunden.

Wenn Sie eine neue Therapie begonnen haben und uns über die Gründe informieren wollen, können Sie das hier tun:

Datum:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

5. PEVOS Auswertungs-Standard für Sprechproben

Orientiert an dem Beitrag von YARUSS (1998)² erfolgt die Analyse der Sprechproben nach folgenden Richtlinien:

Von der ersten Antwort des Patienten ab werden ca. 500 Silben der Sprechprobe ausgezählt. Sie werden direkt von der Aufnahme (Real-Time) ohne Wiederholungen einzelner Passagen durch Symbole auf einem Zählformular registriert.

1. **Jede Silbe wird 1 mal gezählt, auch gestotterte Silben.**
2. **Verkürzungen von 2-silbigen Wörtern** werden dann als 1-Silber gezählt, wenn keine Silbenstruktur-Markierung bzw. kein Schwa-Laut hörbar ist (Sehen / Sehn), ansonsten als 2-Silber (Warten / Wartn).
3. **Eine Differenzierung der Unflüssigkeiten erfolgt nach stottertypischen (STU) vs. normalen (stotteruntypischen) Unflüssigkeiten (NU).**
Die Codierung wird festgelegt als:

(Punkt)	Flüssig gesprochene Silbe
(*X*)	Stottertypische Unflüssigkeit STU
(*O*)	Normale Unflüssigkeit NU
4. **Als stottertypische Unflüssigkeiten (STU) gelten:**
Wiederholungen von einsilbigen Wörtern
Silbenwiederholungen
Lautwiederholungen
Prolongationen
Blocks
5. **Als normale Unflüssigkeiten (NU) gelten:**
Wiederholungen von mehrsilbigen Wörtern
Satzteilwiederholungen
Unvollendete Wörter
Revisionen
Interjektionen
6. **Korrekturen, Starter und Floskeln zählen als Revisionen bzw. Interjektionen und damit als NU**
7. **Pausen im Wort werden dann als STU gezählt**, wenn die Pause geschätzt länger als 300 msec dauert oder eine hörbare Unterbrechung (Glottisgeräusch) der ansonsten durchgängigen Phonation eintritt.
8. **Unverständliche Äußerungen werden ausgelassen.**
9. **Isolierte Spiel-Äußerungen wie z.B. „Piep-piep“ werden ausgelassen**, im Kontext aber als flüssige Silben (nicht als Wortwiederholungen) gewertet

Die Zuverlässigkeit der Auswertung wird im Sinne der Intra-Rater-Reliabilität durch mehrfaches Auszählen einer Sprechprobe mit einer Toleranzgrenze von maximal 10% der Ereignisfrequenz gewährleistet.

² J. Scott Yaruss: Real-Time Analysis of Speech Fluency: Procedures and Reliability Training. American Journal of Speech-Language Pathology (1998), 7, 25-37