

# Das Potenzial virtueller Räume

## Bedingungen, Konzept und Durchführung einer Online-Stottertherapie

**Schlüsselwörter:** Onlinetherapie, Stottern, Stottertherapie, Therapiesoftware

**Zusammenfassung:** Die Onlinetherapie (OT) der „Kasseler Stottertherapie“ (KST) bietet seit mittlerweile zehn Jahren die Möglichkeit, Menschen aus ganz Deutschland beim Erlernen eines flüssigeren Sprechens zu begleiten. Die KST arbeitet nach dem Konzept der methodenintegrierenden Sprechrestrukturierung. Immer mehr Menschen mit Stotterersymptomatik interessieren sich für die Teilnahme am Onlineformat der KST. In diesem Artikel wird dargestellt, dass Inhalte, Struktur und Wirksamkeit

von Online- und Präsenztherapie der KST vergleichbar sind. Auch die therapeutische Beurteilung der Eignung einer Person für eine OT soll bedacht werden, denn sie erfolgt nie pauschal, sondern geschieht erst nach der individuellen Betrachtung der persönlichen Bedürfnisse der InteressentInnen. Es wird gezeigt, was die Durchführung einer OT im virtuellen Raum leisten kann und welche Besonderheiten diese Form der telemedizinischen Versorgung mit sich bringt.

### Einleitung

#### Onlinetherapie in der gesundheitlichen Versorgung

Während teletherapeutische Angebote im deutschsprachigen Raum v. a. durch die Covid-19-Pandemie in den Fokus rückten, sind diese in den USA und Australien bereits im Gesundheitssystem etabliert. In den USA wurden im Rahmen eines 2010 erlassenen Gesetzes der sog. „Affordable Care Act“ und die „Healthy People 2020 Agenda“ entwickelt, in welchen auch telemedizinische und therapeutische Angebote aufgenommen sind, um bspw. den Zugang zu medizinischen Leistungen zu vereinfachen (Weidner & Lowman, 2020). Die teletherapeutischen Angebote im deutschsprachigen Raum berufen sich daher auf internationale Wirksamkeitsnachweise der telemedizinischen Versorgung, welche darauf hindeuten, dass OT auch in der Logopädie bei verschiedenen Störungsbildern angewandt werden sollte und das Therapieoutcome mit der Vorgehensweise einer Präsenztherapie vergleichbar ist (vgl. Beushausen, 2021; Schwinn et al., 2020).

Unter Berücksichtigung der Perspektiven der TherapeutInnen und PatientInnen betrachtet Beushausen (2021) in ihrem Überblick über aktuelle Studienergebnisse zur Teletherapie in der Logopädie im deutschsprachigen Raum die mit der OT einhergehenden positiven Auswirkungen sowie die damit einhergehenden Belastungsfaktoren. Zahlreiche Studien zeigen, dass die Bedeutsamkeit der OT in den vergangenen Jahren zunehmend gestiegen ist (Beushausen, 2021). Durch die Covid-19-Pandemie wurde deutlich, dass digitale bzw. hybride Therapieangebote zentrale Bestandteile der logopädischen Versorgung in Deutschland sein sollten (Beushausen, 2021; Bilda et al., 2021; Richter et al., 2022; Wirmar et al., 2023), da teletherapeutische Angebote ein großes Potenzial als alternative Therapieformen haben (Richter et al., 2022). Durch die OT werden räumliche Distanzen überbrückt und somit auch Personen erreicht, die z.B. aufgrund von eingeschränkter Mobilität oder fehlender lokaler Versorgungsangebote keine Möglichkeit haben, eine ambulante

logopädische Behandlung zu erhalten. Der zunehmende Wunsch nach der Vereinbarkeit von Beruf und Familie lässt sich ebenso auf sprachtherapeutische Interventionen übertragen: Erst durch ein Online-Angebot wird die Teilnahme an einer Sprachtherapie für manche Familien attraktiv.

#### Die Kasseler Stottertherapie

Das Institut der „Kasseler Stottertherapie“ (KST) wurde 1996 von Dr. Alexander Wolff von Gutenberg gegründet. Er ist Facharzt für Allgemeinmedizin mit dem Schwerpunkt Stimm- und Sprachstörungen und stottert selbst. Die intensive Gruppentherapie für Erwachsene hat sich in den fast drei Jahrzehnten stetig weiterentwickelt und wurde auf verschiedene Altersgruppen ausgeweitet. Seit 2006 bietet die KST Kinderkurse für Neun- bis Zwölfjährige an (Euler et al., 2006). 2009 wurde das „Franka-Konzept“ (Euler et al., 2021) für sechs- bis neunjährige Kinder inklusive eines Elternteils erstmalig durchgeführt und 2020 fand der erste „Frankini“-Kurs statt, der sich an drei- bis

sechsjährige Kinder richtet. Die Erwachsenenkurse werden zudem als reine OT für Personen ab 16 Jahren durchgeführt. Alle Therapieangebote beginnen mit einer Intensivphase und umfassen insgesamt einen Zeitraum von zehn bis zwölf Monaten. Bei der KST unterteilen sich die Onlinesitzungen von Jugendlichen und Erwachsenen-Kursen (JuE) in die Nachsorgesitzungen nach einem absolvierten Präsenzkurs und die reine OT, wobei in dieser auch die Intensivphase vollständig online durchgeführt wird (Wolff von Gudenberg & Euler, 2017).

## Entwicklung

Zur Suche nach Lösungen für ein dauerhaft flüssigeres Sprechen berichtet Wolff von Gudenberg, dessen Stottern im Alter von vier Jahren mit heftigen Sprechblockaden begann, dass sprachtherapeutische, krankengymnastische und medikamentöse Behandlungsversuche genauso erfolglos blieben wie psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Behandlungen (Neitsch, 2024). Massives soziales und verbales Vermeidungsverhalten sowie Rückzugstendenzen bestimmten in diesen Jahren sein Leben. Durch die amerikanische Selbsthilfebewegung lernte er 1987 die sprechmotorische Intensivtherapie *Precision Fluency Shaping Program (PFSP)* nach Dr. Webster kennen. Diese brachte ihm erstmals zeitweilige Kontrolle über sein Sprechen, aber aufgrund mangelnder Nachsorge nicht den gewünschten langfristigen Erfolg. 1994 traf er auf der Konferenz der *International Fluency Association (IFA)* in München einen israelischen Anbieter der Fluency-Shaping-Software und reiste für sechs Monate nach Jerusalem. Dort übersetzte Wolff von Gudenberg die Software im Rahmen einer Arbeitsgruppe an der Hebräischen Universität, passte sie an die deutschen Notwendigkeiten an und entwickelte ein modifiziertes Fluency-Shaping-Konzept. Durch die mittlerweile mehrfach modifizierte Übungssoftware und das gemeinsame regelmäßige Üben mit ‚Leidensgenossen‘ gelang es ihm dann im zweiten Schritt, die erreichte Sprechflüssigkeit zu verbessern und langfristig aufrechtzuerhalten (Neitsch, 2024).

## Einordnung der (Online-)KST in die Therapielandschaft

Das Online-Therapieangebot der KST bietet seit mittlerweile zehn Jahren die Möglichkeit, KlientInnen international beim Erlernen eines flüssigeren Sprechens zu begleiten. Es wurden bereits Menschen aus Portugal, Kuwait und Kolumbien telemedizinisch nach dem Vorgehen der KST versorgt (Wolff von Gudenberg & Euler, 2017). Die Anzahl der Personen, die durch die KST erfolgreich onlinetherapeutisch versorgt werden konnten, ist seit 2020 deutlich gestiegen und seitdem auf einem konstant hohen Niveau geblieben. Während es im Jahr 2019 noch 23 vergebene Therapieplätze waren, waren es im Jahr 2021 schon 41 (Neitsch, 2024). Die Anzahl hat sich also nahezu verdoppelt. Seit 2022 werden jährlich 40 Therapieplätze für die OT eingeplant und für 2025 sind neun Intensivkurse geplant.

Die KST arbeitet nach dem Konzept der methodenintegrierenden globalen Sprechrestrukturierung. Dabei liegt der Schwerpunkt zu Beginn der Intensivphase auf sprechmotorischen Übungen, durch die weiche Stimmeinsätze und Silbenbindungen erlernt werden. Ein weiterer Fokus liegt auf bewussten Atempausen und einer deutlichen Reduktion des Sprechtempos. Zudem wird individuell an der Artikulation, Verständlichkeit und/oder Lautstärke gearbeitet. Diese Sprechrestrukturierung kann Menschen mit Stottersymptomen darin unterstützen, zu einem dauerhaft flüssigeren Sprechmuster und einer besseren Kontrolle dessen zu gelangen (Wolff von Gudenberg, 2015). Im Verlauf der Intensivphase bewältigen die KlientInnen im Gruppensetting für sie schwierige Sprechsituationen und bearbeiten ihre individuelle Angsthierarchie. Somit werden Elemente der Verhaltenstherapie effektiv genutzt, um positive Erfahrungen mit der Aktivität des Sprechens zu machen. Die KlientInnen erleben, dass sie ihre Sprechweise durch diese „Werkzeuge“ proaktiv verändern können und dadurch zu einer höheren Sprechsicherheit gelangen. Die Therapiesitzungen ermöglichen ein intensives Training der weichen Stimmeinsätze und der Silbenbindungen, die beim Sprechen von vornherein konsequent angewendet

werden sollten. Ausgehend von diesem Fluency-Shaping-Ansatz wird in der KST zunehmend thematisiert, dass weiche Stimmeinsätze immer auch korrigierend als Reaktion auf ein Stotterereignis, z. B. bei einer Blockade, genutzt werden können. Wie die Sprechtechnik nach dem Therapiejahr klingt bzw. angewendet wird, ist individuell. In der S3-Leitlinie zur Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen wird die globale Sprechrestrukturierung nach dem Konzept der KST stark empfohlen (Neumann et al., 2016, 116 f.). Ein tabellarischer Überblick bzw. ein Vergleich dieser Therapieform mit anderen OT-Ansätzen befindet sich bspw. bei Collasius und Beushausen (2022).

## Durchführung der Online-KST

### Technische Rahmenbedingungen

Für die Teilnahme an der OT benötigen die KlientInnen die entsprechende technische Ausrüstung, zuallererst jedoch einen ausreichend funktionsfähigen Computer und eine stabile Internetverbindung. Die Verwendung einer Webcam und eines Headsets ist genauso obligatorisch wie ein Telefon sowie ein Diktiergerät bzw. ein zweites Telefon mit einer Diktierfunktion. Zur Durchführung der Therapie nutzt die KST die eigens entwickelte und mit dem „E-Health-Award“ 2022/23 des Landes Hessen in der Kategorie „Versorgungsbeispiel mit hohem Patientenutzen“ ausgezeichnete Plattform „KST Freach“. Diese Online-Plattform für hybride Sprachtherapie dient als Portal zur Terminverwaltung und zur Bereitstellung der angegliederten Videokonferenz-Software „Vitero“ („Virtual Team Room“), die vergleichbar mit anderen Videokonferenzsoftwares ist und über verschiedene Moderationswerkzeuge verfügt, sodass die Therapiesitzungen abwechslungsreich und anschaulich gestaltet werden können. Während der OT sind die Webcam und das Mikrofon grundsätzlich eingeschaltet, sodass die KlientInnen jederzeit miteinander interagieren können. Je nach Altersgruppe kann das Mikrofon bewusst und individuell verteilt werden. Die TherapeutInnen haben in der OT eine moderierende Funktion, innerhalb de-

rer sie die Redebeiträge der KlientInnen strukturieren. Darüber hinaus können u. a. Textfelder und Klebepunkte verteilt werden, um bspw. Meinungsabfragen oder Einschätzungen zu bestimmten Fragen vorzunehmen. Weiterhin gibt es die Möglichkeit zum Screensharing und in den „Nebenräumen“ kann Arbeit in Kleingruppen stattfinden.

## Biofeedback-Software „KST Flunatic“

Die Therapie wird von der webbasierten Therapiesoftware „KST Flunatic“ (siehe Abb. 1) begleitet, die eigens dafür vom Institut der KST in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Mustererkennung der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg entwickelt wurde. Sie ermöglicht ein computergestütztes Sprechtraining und erleichtert das Erlernen der weichen Sprechweise. „KST Flunatic“ stellt die Stimme als Kurve dar (Abb. 2) und gibt dadurch eine visuelle Rückmeldung über den weichen Stimmeinsatz und andere Faktoren des Sprechens. Die KlientInnen erhalten ein gezieltes Feedback, wieviel und mit welcher Qualität geübt wurde. Selbstverständlich kann das Gesprochene nicht nur in Form der Stimmkurven gesehen, sondern die Aufnahme auch angehört werden.

Im späteren Therapieverlauf dient „KST Flunatic“ als Basistraining und trägt dazu bei, dass sich die KlientInnen sprechmotorisch „aufwärmen“ können. TherapeutInnen vergleichen die Arbeit damit daher oft mit dem regelmäßigen Trainieren für eine Sportart oder dem Erlernen eines Musikinstruments. Das Programm wurde kontinuierlich weiterentwickelt und ist heute ein bewährter Baustein der Therapie. Die Software bietet die Möglichkeit,



Abbildung 1 Therapiesoftware „KST Flunatic“

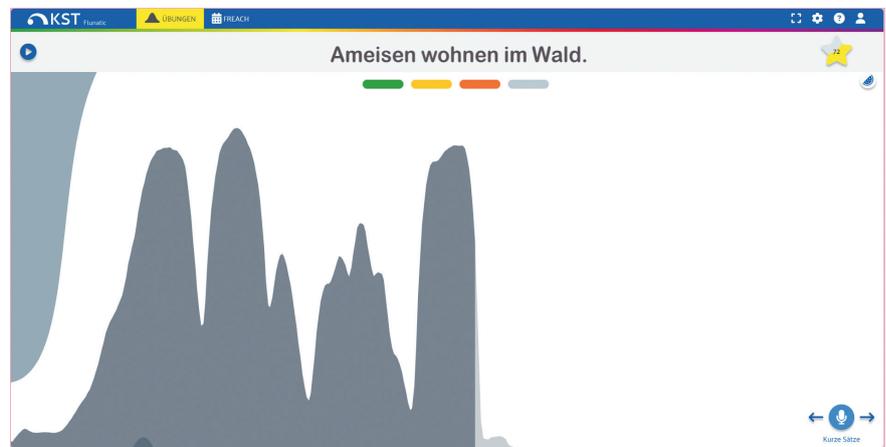


Abbildung 2 Darstellung der Stimmkurve bei „KST Flunatic“

selbst einzustellen, wie häufig und um welche Tageszeit geübt werden soll, um die Routine an individuelle Bedürfnisse anzupassen. Die Übungen sollen auf allen linguistischen Ebenen erfolgen, weshalb die Lektionen auf Satzebene in ihrer Komplexität variieren. In der Lektion „Freies Üben“ können auch eigene Inhalte erprobt werden, z.B. Vorträge, Diskussionen und Sprechspiele. Die KlientInnen werden dazu befähigt, das Üben mit „KST Flunatic“ alltagsnah und abwechslungsreich zu gestalten.

## Indikation für die Online-KST

Im Rahmen eines digitalen Infotages haben potenzielle KlientInnen die Möglichkeit, ein individuelles Vorgespräch mit TherapeutInnen der KST zu führen, innerhalb dessen ihnen das Konzept der KST vorgestellt und Informationen zum Aufbau und Ablauf der OT vermittelt werden. Die Elemente der Sprechrestrukturierung werden von den TherapeutInnen demonstriert, z. B. durch weiche Stimmeinsätze, Silbenbindungen und langsames Sprechen. Im Kennenlerngespräch wird darüber hinaus eine Anamnese durchgeführt, um die Stärke, Ausprägung und Sekundärsymptomatik des Stotterns zu beurteilen. Auf Grundlage dieser Informationen wird gemeinsam entschieden, ob die OT für die jeweilige Person geeignet ist. Weitere Beispiele zur Beantwortung der Frage der Passung sind:

- Wird ein Leidensdruck aufgrund des Stotterns empfunden?
- In welchen Lebensbereichen besteht ein Wunsch zur Veränderung?

- Was wäre ein potenzielles Therapieziel?
- Gibt es die Bereitschaft, eine Sprechtechnik zu erlernen, die besonders zu Beginn der Therapie auffällig klingt?
- Können Übungssituationen seitens der KlientInnen eigenverantwortlich geplant und durchgeführt werden?
- Wie war der bisherige Umgang mit dem Stottern und wie soll dieser zukünftig aussehen?
- Ist die Bereitschaft vorhanden, das Umfeld über die Therapie zu informieren?
- Welche Lebensumstände erfordern das Onlineformat?
- Welche Lebensumstände machen das Onlineformat besonders interessant bzw. gut durchführbar?

Die Entscheidung für oder gegen die OT erfolgt daher nie pauschal, sondern unter Berücksichtigung dieser individuellen Faktoren. Die Erwartungen an die OT sind, je nach Lebenssituation der KlientInnen, sehr unterschiedlich. Für diejenigen, die bereits über langjährige Therapieerfahrung verfügen, kann sie genauso geeignet sein wie für Personen, die einen ersten Schritt zur Enttabuisierung ihrer Stottersymptomatik wagen wollen. Dabei können sich die Ziele im Verlauf des Therapiejahres verändern bzw. weiterentwickeln. Im Vorgespräch ist eine erhöhte Sensibilität der TherapeutInnen für die Beweggründe der InteressentInnen gefordert, falls die Tabuisierung des Stotterns und ggf. auch der Therapie bei der Entscheidungsfindung eine Rolle spielt. Personen, die im Voraus nicht bereit sind, ihre Angehörigen zu informieren, werden

ausdrücklich darauf hingewiesen, dass deren Einbezug einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg haben kann.

### OT und Präsenzformat im Vergleich

Jeder Onlinekurs besteht aus vier Personen und wird von ca. drei bis fünf TherapeutInnen betreut. Diese haben in allen Therapiephasen regelmäßige Teamsitzungen, in denen die bisherige Entwicklung der KlientInnen besprochen wird. Dabei wird z.B. betrachtet, ob und wie die Anwendung der weichen Stimmeinsätze gelingt, inwieweit die Information des persönlichen Umfelds erfolgt und wer ggf. weitere Unterstützung benötigt. Zwischen den Therapieformaten (online vs. Präsenz) gibt es keine inhaltlichen Unterschiede. Bei Einhaltung der technischen Bedingungen ist es in beiden Settings gleichermaßen möglich, das motorische Training intensiv durchzuführen und somit das weiche Sprechen zu erlernen. Verschiedene Sprechsituationen können im virtuellen Teamraum genauso geübt werden wie in Präsenz (Wolff von Gutenberg & Euler, 2017). Auch in der In-vivo-Arbeit mit der neu erlernten Sprechweise können die KlientInnen der OT per Telefonat oder Videoanruf begleitet werden. Jedoch verlangt dies ihre deutlich höhere Eigenverantwortung, weshalb dies im Vorgespräch zur OT besonders hervorgehoben wird. Der Präsenzkurs ist durch den gemeinsamen Tagesablauf strukturiert und die TherapeutInnen haben jederzeit die Möglichkeit, die KlientInnen bei Bedarf engmaschiger zu betreuen. Gemeinsame Mahlzeiten und Pausen, aber auch organisatorische Aspekte wie bspw. die Mobilitätsbedingung, der Fahrdienst zum (Stadt-)Transfer, sind im Präsenzformat essenziell. In der OT hingegen müssen die KlientInnen eigenverantwortlich zu den Therapiesitzungen erscheinen und Fahrten selbst organisieren. Außerdem fällt der Kontakt mit der Gruppe, in den Pausen oder am Abend, geringer aus und möglicherweise erscheint das Umsetzen von Übungen nach den Sitzungen schwieriger, da eine therapeutische Begleitung oder das gemeinsame Üben mit anderen KlientInnen fehlen. Jedoch zeigen Erfahrungen aus dem therapeutischen Alltag, dass die OT-Teilnehmenden von

dem Wissen profitieren können, dass sie mit ihren Stottersymptomen nicht allein sind und andere Gruppenmitglieder jederzeit um Rat fragen können. TherapeutInnen können diesen Prozess zusätzlich unterstützen, indem man die TeilnehmerInnen bspw. dazu ermutigt, ihre Mobilnummern auszutauschen und auch in der Zeit zwischen den Therapiesitzungen den Kontakt zueinander zu suchen. Konkrete Sprechaufträge sind dann z.B. das Versenden von Sprachnachrichten oder Verabredungen für Telefonate mit Updates zum Sprechstand. Im onlinetherapeutischen Format kann man sich das Phänomen der „Telepräsenz“ zunutze machen (Lombard & Ditton, 1998). KlientInnen einer OT erleben die medial vermittelte Interaktion wie das unvermittelte, aufeinander bezogene Handeln von Angesicht zu Angesicht. Es ist also trotz der räumlichen Distanz möglich, eine soziale und emotionale Nähe herzustellen, da der virtuelle Raum als Ort der Begegnung akzeptiert wird.

Eine Interventionsstudie zur OT der KST zeigt, dass es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit zur Präsenztherapie gibt (Euler, 2016). Onlinetherapeutisch behandelte Personen mit Stottersymptomatik wurden mit 215 in den Vorjahren präsenztherapeutisch Behandelten verglichen. Die Altersspanne der onlinetherapeutisch versorgten KlientInnen lag zwischen zwölf und 54 Jahren ( $M=28$  Jahre), das der in Präsenz versorgten Personen zwischen 13 und 64 Jahren ( $M=23$  Jahre). Es wurden in der OT 45 Männer (73%) und 17 Frauen (27%) untersucht sowie im Präsenzkurs 168 Männer (78%) und 47 Frauen (22%). Die behandlungsrelevanten Daten wurden zu vier Messzeitpunkten, folgend mit T abgekürzt, erhoben: Beginn des Intensivkurses (T1); sechs bis acht Wochen nach Ende des Intensivkurses (T2); zwölf (T3) und 24 (T4) Monate nach dem Intensivkurs, also am Ende der Erhaltungsphase. Dabei wurde sowohl die Prozentzahl der gestotterten Silben als auch die subjektive Beeinträchtigung durch das Stottern anhand des Fragebogens „Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering“ (OASES, Yaruss & Quesal, 2006) erfasst (vgl. Collasius & Beushausen, 2022). Der OASES-Fragebogen enthält

## KURZBIOGRAFIE

**Zora-Marie Marks** studierte Sprechwissenschaft in Halle (Saale) und erlangte 2022 ihren Masterabschluss. Seit 2021 ist sie als Sprachtherapeutin für die Kasseler Stottertherapie in verschiedenen Kursformen tätig. Zudem gibt sie Workshops zum Thema „Stimme und Sprechausdruck im Lehrberuf“ (LISA - Landesinstitut für Schulqualität und Lehrerbildung Sachsen-Anhalt). Aktuell ist sie als Sprachtherapeutin in einer logopädischen Praxis in Trier tätig.

Items zu Kommunikationsschwierigkeiten in verschiedenen Alltagssituationen, zur Lebensqualität sowie zehn Fragen zu negativen Empfindungen beim Stottern (Euler et al., 2016). Die mittlere Stotterrate lag bei den Personen in der Präsenztherapie ( $n=202$ ) zu Beginn bei  $M=11\%$ , bei den  $n=58$  Personen in der OT bei  $M=8.4\%$  gestotterter Silben pro Sekunde. Die OASES-Kennwerte beschreiben den Leidensdruck aufgrund des Stotterns anhand von 85 Fragen bei Jugendlichen und 100 Fragen bei Erwachsenen, die anhand einer fünfstufigen Skala beantwortet werden (1=leicht, 5=schwer). Bei Behandlungsbeginn zeigten die KlientInnen der teletherapeutischen Behandlung ( $n=57$ ) einen mittleren OASES-Kennwert von  $M=2.96$  und die der Präsenzbehandlung ( $n=202$ ) von  $M=3.06$ . Sowohl die Stotterstärke als auch die negativen Emotionen aufgrund des Stotterns konnten in beiden Gruppen reduziert werden (Euler, 2016). Diese Ergebnisse deuten auf eine vergleichbare Wirkung von Online- und Präsenztherapie der KST hin (Collasius & Beushausen, 2022; Euler 2016; Wolff von Gutenberg & Euler, 2017).

### Kostenübernahme

Entscheiden sich die KlientInnen nach dem Vorgespräch für die Teilnahme, erstellen die TherapeutInnen ein entsprechendes Gutachten, in dem die Symptomatik, der Leidensdruck sowie die Eignung für das Format der OT be-

geschrieben werden. Die Kosten der OT werden von allen gängigen Krankenkassen übernommen, davon ausgenommen sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung, welche von KlientInnen in der Präsenztherapie selbst getragen werden müssen; für KlientInnen der OT entfallen diese.

### Konzept

Die OT der KST umfasst ein Jahr, in dem insgesamt 43 virtuelle Sitzungen durchgeführt werden (Abb. 3). Diese können als Einzel- oder als Gruppensitzungen mit einer Dauer von je 60 bzw. 90 Minuten stattfinden. Die Gruppen bestehen aus denselben TeilnehmerInnen und werden denselben TherapeutInnen zugeordnet. Sollte es organisatorisch (terminlich oder inhaltlich) notwendig sein, kann im Einzelfall an Sitzungen anderer Online-Gruppen der KST teilgenommen werden. Die Therapieplattform „KST Freach“ ermöglicht den KlientInnen zudem, Termine selbstständig zu verschieben und Alternativsitzungen auszuwählen.

### Phase 1: Motorisches Training

Zu Beginn der Therapie ist der wichtigste Schritt, das weiche Sprechen mithilfe der TherapeutInnen und der Software „KST Flunatic“ motorisch zu erlernen. Die KlientInnen entwickeln eine Sensibilität dafür, was bei der Stimmgebung passiert und wie es zum Stottern kommt. Durch den weichen Stimmeinsatz werden die Stimmlippen kontrolliert in Schwingung gebracht, sodass einem Stottereignis vorgebeugt wird. Außerdem wird die in-

dividuelle Stottersymptomatik analysiert, um herauszufinden, welche Lautklasse besondere Aufmerksamkeit erfordert. Insbesondere bei Explosivlauten (z. B. /k/, /t/, /p/) treten häufiger Stottersymptome auf, ebenso bei Reibelauten (bspw. /sch/, /f/) oder Vokalen (z. B. /a/, /e/, /i/). Die Lautklassen werden systematisch geübt bzw. trainiert, sodass die KlientInnen am Ende der ersten Therapiephase sämtliche eingeübten Wörter weich sprechen können. Sie erhalten Informationen über die Struktur der deutschen Sprache und werden dazu angeleitet, auch schwierigere Komposita und Konsonantencluster zu trainieren. Die konsequente Reduktion des Sprechtempos und das Einhalten der Pausen sind entscheidend, um das Sprechen neu zu strukturieren. Die Therapiesoftware gibt neben den Rückmeldungen zum weichen Sprechen auch Feedback zur Angemessenheit des Sprechtempos und der Pausenlänge.

### Phase 2: Overlearning und Vertiefung

Das Üben mit „KST Flunatic“ sollte v. a. zu Beginn der Therapie täglich stattfinden, sodass die KlientInnen Sicherheit bei der motorischen Umsetzung entwickeln können. Wort- und Satzebene werden zunehmend vertieft und in verschiedenen Settings trainiert. In den Gruppentherapie-sitzungen wird das weiche und gebundene Sprechen immer wieder konsequent abgerufen, z. B. bei Vorstellungsrunden mit neuen TherapeutInnen, in Sprechspielen oder in Gesprächsrunden zu ausgewählten Themen, wie bspw. Urlaub oder Hobbys.

### Phase 3: In-vivo-Training

Sobald die KlientInnen das weiche und gebundene Sprechen motorisch beherrschen, beginnt das In-vivo-Training. Dieses umfasst Telefonate mit Angehörigen und Fremden sowie Transfersituationen in der Stadt. Dabei werden Aufnahmen vom eigenen Sprechen gemacht, die den KlientInnen dazu dienen, dieses nochmal „von außen“ zu hören und einzuschätzen, wie die Anwendung der weichen Stimmeinsätze und Pausen gewirkt hat. Dies ist ein essenzieller Baustein zur Schulung der Eigenwahrnehmung. Bei den Stadttransfers sind die TherapeutInnen telefonisch zugeschaltet, hören „live“ bei Verkaufsgesprächen zu und können anschließend adäquat Feedback geben.

### Phase 4: Aufrechterhaltung

Im Verlauf der Therapie gewöhnen sich die KlientInnen an die neue Sprechweise und können immer mehr Gesprächssituationen erfolgreich bewältigen. Um dies aufrechtzuerhalten, bedarf es der Fortführung der Anwendung des weichen Sprechens, sodass die individuellen Ziele erreicht werden können. In den regelmäßigen Therapiesitzungen wird Raum zur Reflexion gegeben: Welche Strategien sind auf individueller Ebene besonders hilfreich, um auch im Alltag in stärkeren Stotterphasen zu einem flüssigeren Sprechen zu gelangen? Dies führt möglicherweise zu einer Anpassung der Therapieziele. Die KlientInnen machen die Erfahrung, dass sich die Akzeptanz für das Stottern steigern kann und das stotternde Sprechen im Vergleich zu Therapiebeginn als weniger belastend empfunden wird. Auch wenn das weiche Sprechen zunächst noch nicht in jeder Sprechsituation realisiert wird, erleben sich die KlientInnen als selbstwirksam, da sie entscheiden können, wann sie ihr Sprechen bewusst restrukturieren wollen. Ihnen wird die Gelegenheit gegeben, sich die eigenen Fortschritte immer wieder vor Augen zu führen und einen selbstbewussteren Umgang mit ihrem Stottern sowie den weichen Stimmeinsätzen zu finden.

### Phase 5: Abschluss

In den letzten vier Monaten der Therapie werden die festgelegten Ziele reflektiert

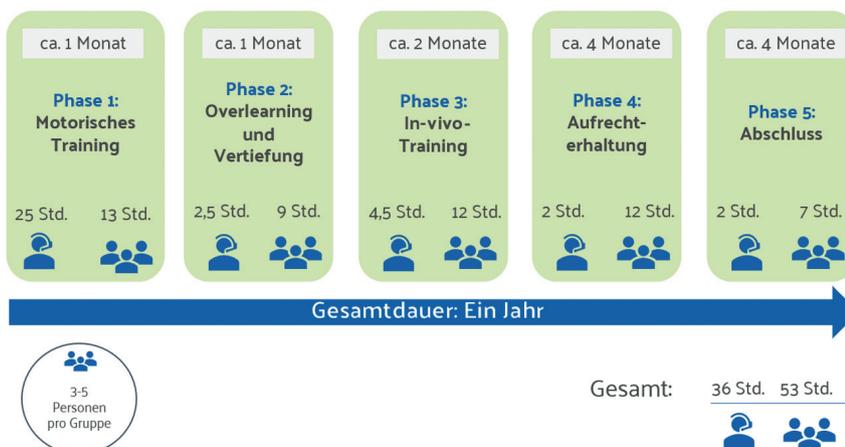


Abbildung 3 Aufbau der Onlinetherapie der KST im Oktober 2024

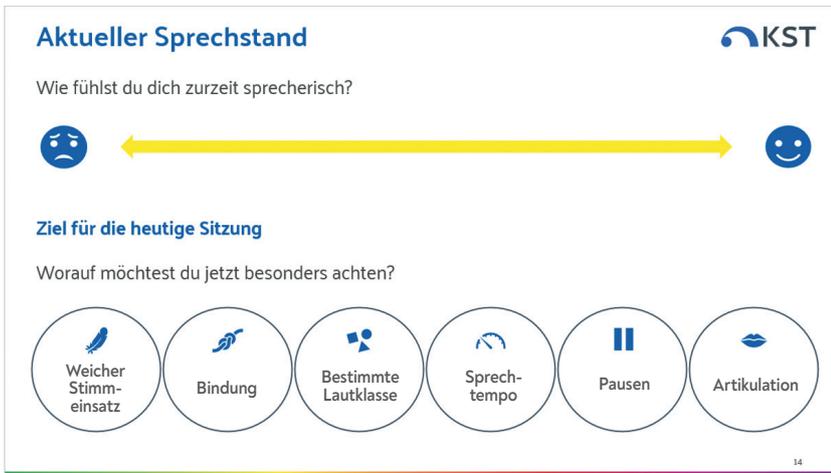


Abbildung 4 Abfrage des aktuellen Sprechstands zu Beginn der Sitzung

und bei Bedarf (erneut) aktualisiert. Im Fokus stehen dabei weiterhin die Anwendung der weichen Einsätze und der Transfer in nahezu alle für die KlientInnen relevanten Alltagssituationen. Sie entscheiden selbstständig, welchen Anwendungsgrad sie nutzen wollen. Die TherapeutInnen stehen beratend zur Seite und können Empfehlungen dazu geben, ob das Sprechen je nach Ziel der KlientInnen noch stärker restrukturiert werden sollte oder ob der Anwendungsgrad angemessen ist. Die KlientInnen werden dazu ermutigt, das Erlernte so oft wie möglich anzuwenden und mit der eigenen Sprechweise zu experimentieren. Gesprächssituationen, die zu Therapiebeginn als „sehr schwierig“ eingeschätzt wurden, können somit irgendwann als „eher einfach“ empfunden werden. Diese Fähigkeit zur Selbsteinschätzung und das Gefühl von Kontrolle sind wichtige Kompetenzen, die nach Therapieende fest bei den KlientInnen verankert sein sollten.

### Beispiel einer exemplarischen OT-Stunde

Zu Beginn einer Sitzung wird grundsätzlich erfragt, wie es den KlientInnen derzeit in Bezug auf ihr Sprechen ergeht (Abb. 4). Dies soll dazu dienen, die gegenwärtige Symptomatik einzuschätzen und die KlientInnen für Schwankungen im Stottern zu sensibilisieren. Manchmal können die KlientInnen ihre momentane Symptomatik sogar auf bestimmte Umstände zurückführen, z. B. auf besondere Ereignisse oder die eigene Verfassung.

Ausgehend vom Erzählten der KlientInnen, wird in der Therapie daran angeknüpft. Gemeinsam wird reflektiert, welche Faktoren das Sprechen positiv beeinflusst haben und/oder was (noch) nicht verändert werden konnte.

Für jede Sitzung wird ein Ziel festgelegt, z. B. die Arbeit am weichen Stimm-einsatz bei Reibelauten oder das Sprechtempo. Die gemeinsam erstellte „Situationspyramide“ gibt einen Überblick darüber, welche Themen besonders relevant sind. Sie zeigt auch, was sich schon positiv verändert hat (Abb. 5).

Jeder Sitzung liegt ein bestimmtes Thema zugrunde, welches ausführlich bearbeitet wird, z. B. Vorlesen, Vorträge oder auch Diskussionsrunden. Beim Telefonieren werden die KlientInnen bspw. dazu aufgefordert, zu zweit in die digitalen Neben-

räume zu gehen und dort mindestens drei Telefonate mit Fremden durchzuführen. Vorab wird gemeinsam vorbereitet, wo angerufen, was gefragt und wie dabei gesprochen werden soll. Anhand einer Aufnahme des Telefonats erfolgt daraufhin die Einschätzung des Ziels und inwieweit dieses erreicht wurde. Jeder Anruf erfordert Konzentration und die Fähigkeit, gleichzeitig auf den Inhalt des Telefonats und auf die eigene Sprechweise zu achten. Je nach Therapiezeitpunkt, aktueller Symptomatik und Anforderung der Situation an die KlientInnen wird der Schwierigkeitsgrad entsprechend gesteigert: Von kurzen Fragen hin zu langen Beratungsgesprächen, aber auch von ruhigen Gesprächssituationen hin zu eher hektischen GesprächspartnerInnen. Bei einem Anruf im Café lässt sich die Kommunikation bei Hintergrundgeräuschen trainieren und bei einem Anruf im Fitnessstudio können KlientInnen auch schwierigere Wörter trainieren, wie bspw. „Kickboxen“ oder „Mitgliedsausweis“. Durch die vielfältigen Tools des Vitero werden anschließend Sprechspielrunden durchgeführt, die den KlientInnen zu mehr Freude und Leichtigkeit mit dem und beim Sprechen verhelfen können. Neben dem Aspekt der Sprechkontrolle können die KlientInnen kreativ werden und sich entweder kooperativ oder kompetitiv unter Beweis stellen. Die TherapeutInnen können mitspielen oder moderieren und fordern die KlientInnen immer wieder dazu auf, das weiche Sprechen umzusetzen. Die Komplexität richtet sich dabei nach der aktu-

Dialog

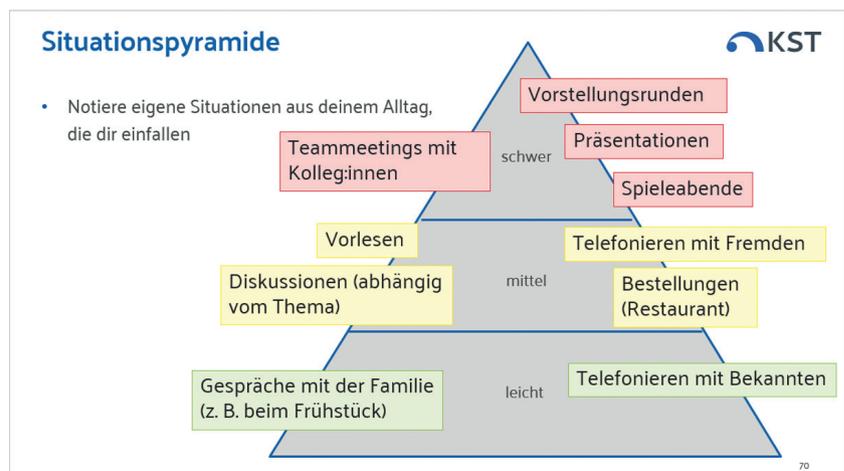


Abbildung 5 Erstellung der „Situationspyramide“

ellen Therapiephase und den Wünschen der KlientInnen. Typische Beispiele für „Lieblingsspiele“ der KST-KlientInnen sind „Stadt, Land, Fluss“, „Berufe raten“ oder kurze Rätselaufgaben. Am Ende einer Sitzung bekommen die KlientInnen nochmal die Möglichkeit, eine Zwischenbilanz zum Sprechen während der Therapie zu ziehen und zu beurteilen, welche Inhalte besonders relevant für ihren Alltag waren. Meistens gibt es bis zum nächsten OT-Termin eine Aufgabe, die individuell ausgestaltet wird. Geht es bspw. um die Information des persönlichen Umfelds, können die KlientInnen einen Vortrag vor einer oder mehreren Personen halten, Bekannte im Rahmen einer Sprachnachricht bzw. eines Telefonats aufklären oder andere eigene Ideen zur Information des Umfelds umsetzen. Dabei sollten sie ihre individuellen Ziele festlegen und eine Audioaufnahme zur nächsten Sitzung mitbringen, um dann zu erörtern, wie das Sprechen und dessen Restrukturierung erfolgte. Außerdem kann reflektiert werden, wie leicht oder schwer es den KlientInnen fiel, die Sprechweise bei Bekannten anzuwenden und ob sie ihre gesetzten Ziele bezüglich der Aufklärung des sozialen Umfelds bis zu dem Zeitpunkt umsetzen konnten.

## Fazit und Ausblick

Seit 2014 hat die KST mittlerweile ca. 70.000 Stunden OT durchgeführt; Nachsorgesitzungen nach Präsenzkurs inklusive (Neitsch, 2024). Während die Umstellung von Präsenz- hin zu Onlineformaten zu Pandemiebeginn 2020 für viele Institutionen einen großen Aufwand beinhaltete, konnte die KST auf eine bereits ausgebaute digitale Infrastruktur zurückgreifen. Das Trainieren verschiedener Sprechsituationen in der OT wird in Zukunft vielfältiger, da die KlientInnen einen zunehmend intuitiven Umgang mit technischen Endgeräten mitbringen. Auch die Anwendung der Therapiesoftware „KST Flunatic“ ist für die meisten KlientInnen eine große Selbstverständlichkeit. Die Kommunikation im virtuellen Raum wird mittlerweile in vielen Unternehmen, Studiengängen und Ausbildungsberufen vorausgesetzt und das Arbeiten im Homeoffice geht mit

einer Veränderung der Sprechsituationen von der „Face-to-Face-Situation“ zur Telepräsenz einher. Menschen, die stottern, kommen immer häufiger mit dem Wunsch in die Therapie, gezielt an ihrem flüssigen Sprechen in Situationen wie Online-Präsentationen und Video-Calls zu arbeiten. Die OT der KST ist seit vielen Jahren auf genau diese Anforderungen ausgelegt. Eine erhöhte Sprechflüssigkeit im virtuellen Raum kann somit den Grundstein für eine erfolgreiche berufliche Laufbahn legen und Menschen zu mehr Sprechfreude verhelfen.

## Danksagung

Ein herzlicher Dank gilt dem Team der Kasseler Stottertherapie für die Bereitstellung der Informationen und die Entwicklung der Ideen für diesen Artikel.

## Literatur

- Anders, K., & Merkel, A. (2019). Die Kasseler Stottertherapie: Intensivtherapie mit Kindern und Jugendlichen in der Gruppe – Für mehr Sprechfreude und flüssigeres Sprechen. *Sprachförderung und Sprachtherapie*, 3, 153–161. <https://doi.org/10.25932/publishup-46947>
- Anders, K., Hente, K., & Merkel, A. (2023). Frankini Therapie für 3- bis 6-jährige Kinder und deren Eltern. Ein intensivtherapeutischer Behandlungsansatz in der Gruppe. *Sprachtherapie aktuell. Praxis – Beruf – Verband*, 5(3), 12–18.
- Beushausen, U. (2021). Teletherapie in der Logopädie im deutschsprachigen Raum: Ein Überblick über aktuelle Studienergebnisse. *Forum Logopädie*, 35(3), 6–10.
- Bilda, K., Dörr, F., Thurmann, A., & Tschuschke, B. (2021). Teletherapie in der Logopädie/Sprachtherapie. Zwei fiktive Fallbeispiele für Aphasie und phonologische Therapie bei Kindern. *Logos*, 29(2), 112–121.
- Collasius, V., & Beushausen, U. (2022). Videotherapie in der Behandlung des Stotterns. Wirksamkeit und Handlungsempfehlungen. *Logos*, 30(3), 164–173.
- Euler, H. A., Wolff von Gudenberg, A., & Neumann, K. (2006). Kasseler Stottertherapie für ältere Kinder schließt eine Behandlungslücke. *Forum Logopädie*, 20(5), 24–29.
- Euler, H. A. (2016). *Die Wirkung teletherapeutischer Stotterbehandlung im Vergleich zu herkömmlicher Präsenzbehandlung. Eine klinische Interventionsstudie*. PARLO Institut, 09/16, unveröffentlicht.
- Euler, H. A., Anders, K., Merkel, A., & Wolff von Gudenberg, A. (2016a). Kann eine methodenintegrierende globale Sprechrestrukturierung negative Emotionen mindern? *Logos*, 24(2), 84–93.
- Euler, H. A., Merkel, A., Hente, K., Neef, N., Wolff von Gudenberg, A., & Neumann, K. (2021). Speech restructuring group treatment for 6-to-9-year-old children who stutter. A therapeutic trial. *Journal of Communication Disorders* 89, 106073. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2020.106073>
- Lombard, M., & Ditton, T. (1997). At the heart

of it all: The concept of presence. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 3(2). <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.1997.tb00072.x>

- Neitsch, J. (2024). KST Marketing: <https://kasseler-stottertherapie.de/institut/aerztliche-leitung/>
- Neumann, K., Euler, H. A., Bosshardt, H. G., Cook, S., Sandrieser, P., Schneider, P., Sommer, M., & Thum, G. (2016). Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie, AWMF-Registernummer 049-013, Version 1. 2016; <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-013.html>. Gelesen am 19.10.2024.
- Richter, B., Wattenberg, I., Vollmer, A., Hornberg, C., Wrede, B., & Lätzsch, R. (2022). Die COVID-19-Pandemie als Chance für Teletherapie? – Eine Umfrage bei Vertreter\*innen von Gesundheitsfachberufen. *Gesundheitswesen* 2022, 84(4), 319–325. Thieme. <https://doi.org/10.1055/a-1537-8933>
- Schwinn, S., Barthel, M., Leinweber, J., & Borgetto, B. (2020). Digitalisierungschancen in der Krise. Erste Ergebnisse zur Umsetzung der Videotherapie in der ambulanten Logopädie (ViTaL). *Forum Logopädie*, 34(5), 18–21.
- Weidner, K., & Lowman, J. (2020). Telepractice for Adult Speech-Language Pathology Services: A Systematic Review. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(1), 326–338. [https://doi.org/10.1044/2019\\_PERSP-19-00146](https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00146)
- Wittmar, S., Barthel, M., Leinweber, J., & Borgetto, B. (2023). Videotherapie in der ambulanten Logopädie/Sprachtherapie in Deutschland während der COVID-19 Pandemie: Erfahrungen von Therapeut/innen. *International Journal of Health Professions*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2023-0001>
- Wolff von Gudenberg, A., & Euler, H. A. (2017). *Neue Technologien in der Sprachtherapie. Telemedizinische Internetplattform in der Stottertherapie*. Georg Thieme.
- Wolff von Gudenberg, A. (2015). Von der Präsenzbehandlung zur Online-Therapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 112(38), 10–13.
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 31(2), 90–115. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.02.002>



## Autorin

Zora-Marie Marks  
(M. A. Sprechwissenschaftlerin)  
MM Praxis für Logopädie  
Nikolausstraße 63, D-54290 Trier  
[zora.marks@gmx.de](mailto:zora.marks@gmx.de)