

Norina Lauer*

Teletherapie – hat die Logopädie eine digitale Zukunft?

Ergebnisse eines qualitativen Forschungsprojekts des Studiengangs Logopädie der OTH Regensburg

Einleitung

„Was wir heute für eine Utopie halten, kann morgen schon unser Alltag sein“ (Bilda 2017, 6). Mit diesem Satz beschrieb Kerstin Bilda, dass die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen zu Veränderungen führen werde, die noch schwer vorhersehbar seien. Nicht vorzusehen war auch die COVID-19-Krise, die innerhalb kurzer Zeit die Nutzung digitaler Medien in allen Bereichen des Lebens erheblich forciert und unseren Alltag verändert hat. In der Logopädie ist es hierdurch erstmals möglich geworden, Videotherapien anzubieten. Während v.a. in den USA und Australien (Molini-Avejonas et al. 2015) teletherapeutische Angebote zunehmend erforscht werden, liegt das deutsche Gesundheitswesen bei der Erprobung und Nutzung digitaler Medien deutlich zurück. Neben quantitativen Forschungsansätzen zur Evaluation der Machbarkeit und Wirksamkeit von Teletherapie sind qualitative Forschungsansätze notwendig, um die Perspektiven der Teletherapie mit ihren Chancen,

Grenzen und Herausforderungen genauer zu untersuchen.

Im Rahmen eines qualitativen Projekts zum forschenden Lernen im Bachelorstudiengang Logopädie der OTH Regensburg haben Studierende untersucht, wie die Umsetzung der Videotherapie von TherapeutInnen der Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie auf der Basis ihrer aktuellen Erfahrungen mit diesem Medium wahrgenommen wird. Hierzu führten sie halbstrukturierte Interviews durch, die gemeinsam ausgewertet wurden. In diesem Artikel werden die Durchführung des Projekts und die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse vorgestellt.

Teletherapie

Teletherapie, im Englischen „Telepractice“, umfasst eine Vielzahl von Möglichkeiten der digitalen Versorgung von PatientInnen. Die *American Speech-Language-Hearing Association* (o.J.) unterscheidet synchrone, asynchrone und hybride Angebote:

- **Synchrone Angebote** beinhalten als zentralen Baustein die Videotherapie, die im Einzel- oder Gruppensetting durchgeführt werden kann. Ebenso können Informations- und Beratungsangebote sowie Befunderhebungen hierüber stattfinden.
- **Asynchrone Angebote** bedeuten den Transfer von Daten über digitale Medien wie E-Mail oder Foren, z.B. in Form von Dokumenten mit Testergebnissen, Audiodateien oder Bild- und Textmaterial für das häusliche Üben. Aber auch PC-Programme und Apps, die für das Heimtraining genutzt werden, gehören dazu.
- **Hybride Angebote** stellen eine Kombination synchroner und asynchroner digitaler Angebote dar, die häufig in Verbindung mit Face-to-Face-Therapie erfolgen. Hierunter fällt das supervidierte Heimtraining, bei dem PatientInnen Übungen, die in der Video- oder Face-to-Face-Therapie erarbeitet wurden, über ein digitales Training via PC oder Tablet eigenständig zu Hause trainieren.

So kann sichergestellt werden, dass das Niveau der Aufgaben kontinuierlich an die Bedürfnisse der PatientInnen angepasst werden kann.

Evidenzlage zur Teletherapie

Sünderhauf et al. konnten bereits 2008 zeigen, dass eine supervidierte Teletherapie bei Aphasie zu vergleichbaren Sprachverbesserungen führt wie eine konventionelle Face-to-Face-Therapie. Nobis-Bosch et al. (2010) wiesen für ein supervidiertes Heimtraining mit dem elektronischen Sprachtrainer B.A.Bar sowohl signifikante sprachliche und kommunikative Verbesserungen als auch eine Verbesserung der sprachlichen Teilhabe nach. Auch für das Tablet-basierte Verfahren „neolexon“ zur Aphasiotherapie, das für ein supervidiertes Heimtraining genutzt werden kann, liegen erste Hinweise auf signifikante Therapieeffekte vor (Jakob et al. 2018).

Internationale Arbeiten bestätigen die Relevanz der Auseinandersetzung mit teletherapeutischen Maßnahmen. Hall et al. (2013) zeigten anhand eines systematischen Reviews, dass Untersuchung, Behandlung und Beratung über teletherapeutische Maßnahmen sowohl machbar als auch effektiv sind und zu vergleichbaren Ergebnissen mit Face-to-Face-Angeboten führen. Rangarathnam et al. (2016) bestätigen dies für die Wirksamkeit von Stimmtherapie. Molini-Avejonas et al. (2015) legten in einem systematischen Review dar, dass die analysierten Studien sogar vielfach eine Überlegenheit teletherapeutischer Maßnahmen gegenüber anderen Ansätzen zeigen. Im Cochrane Review von Laver et al. (2013) wird allerdings auf die Limitationen bisher vorlie-

ZUSAMMENFASSUNG. Teletherapie beinhaltet vielfältige synchrone und asynchrone Möglichkeiten zur digitalen Versorgung von PatientInnen. Die Videotherapie stellt hierbei ein wichtiges synchrones Angebot dar, mit dem das therapeutische Angebot erweitert werden kann. Internationale Studien und auch Studien aus Deutschland bestätigen das Potenzial des Einbezugs digitaler Maßnahmen in die therapeutische Versorgung. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse einer qualitativen Studie präsentiert, in der die in der COVID-19-Krise gesammelten Erfahrungen von TherapeutInnen mit Videotherapie vorgestellt werden.

SCHLÜSSELWÖRTER. Teletherapie – Videotherapie – forschendes Lernen – Interviews – Digitalisierung – qualitative Inhaltsanalyse

*) Unter Mitarbeit von: Helen Cieslik, Larissa Gold, Francesca Jordan, Julia Kaiser, Veronika Kick, Maxine Klinck, Jacqueline Lemm, Magdalena Piller, Theresia Schneider, Daniela Uschold, Nadine Zirngibl

gender Studien und fehlende Evidenzen aus hochqualitativen Studien hingewiesen. Dies wird in einem aktuellen systematischen Review zur Teletherapie bei Erwachsenen von Weidner & Lowman (2020) bestätigt. Dass auch diagnostische Maßnahmen über Teletherapie durchführbar sein können, zeigten Hill et al. (2009) für die Untersuchung von Personen mit Sprechapraxie. Für das Lee Silverman Voice Treatment bei Dysarthrie gilt, dass Videotherapie und Face-to-Face-Therapie gleichermaßen zu signifikanten Effekten führen, die Videotherapie aber nicht so nachhaltig ist wie die Face-to-Face-Therapie (Griffin et al. 2018). Mashima & Doarn (2008) geben einen Überblick über den Einsatz von Teletherapie bei verschiedenen logopädischen Störungsbildern, wie neurologische Erkrankungen inkl. Dysphagien, Redeflussstörungen, Stimmstörungen sowie Sprach- und Sprechstörungen im Kindesalter.

Vor- und Nachteile der Teletherapie

Anhand der aktuellen Studienlage können Vor- und Nachteile der Teletherapie identifiziert werden (Mashima & Doarn 2008, Hall et al. 2013), die in Tabelle 1 zusammengefasst sind. Während die Vorteile vielfältige Bereiche betreffen, sind bei den Nachteilen fast ausschließlich technische Aspekte aufgeführt, die prinzipiell lösbar sind und sich im Zuge eines weiteren Ausbaus der digitalen Infrastruktur reduzieren lassen. Die Akzeptanz der Teletherapie durch die PatientInnen wird jenseits möglicher technischer Probleme als gut beschrieben (Mashima & Doarn 2008). Demgegenüber ist die initiale Akzeptanz der TherapeutInnen ge-

ringer. Positive Rückmeldungen der PatientInnen führen aber dazu, dass sich TherapeutInnen stärker mit der Anwendung der Teletherapie auseinandersetzen (ebd.). Einzelne therapeutische Techniken lassen sich allerdings schwerer über Videotherapien anwenden, wie taktile Stimulationen bei Dysphagien, und erfordern kreative Lösungen. Die fehlende physische Präsenz von TherapeutInnen beeinträchtigt laut bisheriger Studien aber weder den zwischenmenschlichen Kontakt noch die Effektivität von Videotherapien (Mashima & Doarn 2008). Munsell et al. (2020) berichten, dass PatientInnen nach einem Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma unabhängig von ihrem Alter digitale Therapien intensiv nutzen. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie in Regionen mit reduzierter therapeutischer Versorgung leben oder an chronischen Störungen leiden. Das Alter stellt somit keine grundsätzliche Barriere für die Nutzung von Teletherapie dar.

Einsatz der Teletherapie in Deutschland

Der GKV-Spitzenverband (2016) fordert in Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung, dass telemedizinische Anwendungen hinsichtlich ihrer Effektivität mindestens gleichwertig gegenüber der Versorgung ohne Telemedizin und wirtschaftlicher als eine Versorgung im direkten PatientInnenkontakt sein müsse. Vorteile der Telemedizin werden für die medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten gesehen. Auch werden „eine Verringerung von Wartezeiten, eine verbesserte Therapietreue oder eine höhere Kontinuität in der Betreuung“ erwartet (GKV-Spitzenverband 2016, 11).

Tab. 1: Vor- und Nachteile der Teletherapie

Vorteile
<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Therapie- und Übungsfrequenz • Betreuung in therapeutisch unterversorgten Regionen • Verkürzung von Krankenhausaufenthalten durch teletherapeutische häusliche Betreuung • Konsultation örtlich entfernter SpezialistInnen und Kliniken • postoperative Begleitung, z.B. nach Laryngektomie • Kostenreduktion durch Hausbesuche • Einsparung von Reisezeit und -kosten • positive Effekte durch multimediale Stimulation • hohe Therapietreue • zeitnahe Versorgung mit therapeutischen Leistungen
Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • mögliche Instabilität der Internetverbindung • Störungen der Kommunikation durch Verzögerungen bei der Übertragung • reduzierte Übertragungsqualität beim Einsatz von visuellen Hilfen und Stimuli • eingeschränkte Bewertung akustischer Parameter und ggf. auch von Sprechbewegungen • Bedenken von PatientInnen bezüglich Datenschutz und technischer Ausstattung • Bedenken von TherapeutInnen bezüglich Technik und Akzeptanz durch PatientInnen



**EINFACH.
DIREKT.
KOMPETENT.**

**HANSEATISCH
ABRECHNEN.**

**Persönlicher
Ansprechpartner.**

**Keine
Vertragslaufzeiten.**

**Auszahlung bereits
ab 48 Stunden.**

**www.as-bremen.de
0421 303 83 149
info@as-bremen.de**

TherapeutInnen war es bislang nicht gestattet, teletherapeutische Maßnahmen wie Videotherapie einzusetzen. Dies hat sich mit der COVID-19-Krise geändert. Telemedizin und Teletherapie haben einen deutlichen Aufschwung erfahren (apoBANK 2020, Bilda et al. 2020). Die therapeutische Nutzung wurde aber nur für einen begrenzten Zeitraum zugelassen, was die Entwicklung zukunftsfähiger hybrider Therapieangebote hemmt. Generell fehlt die Einbindung der therapeutischen Berufe in die Entwicklung der medizinischen Telematik-Infrastruktur (Hilbert & Paulus 2018). Die Digitalisierung der Therapieberufe wird auch durch die schlechte Vergütung der Berufsgruppe behindert, die Investitionen in die für Teletherapie nötige technische Ausstattung erschwert (ebd.). Auch wenn es erste Hinweise auf die Machbarkeit und Wirksamkeit von Teletherapie gibt, ist sie international und insbesondere in Deutschland noch wenig erforscht. Daher bieten sich Methoden der qualitativen Forschung an, um erste Erfahrungen zu erfassen und auszuwerten. In dem hier beschriebenen Projekt wurden Interviews mit TherapeutInnen der Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie geführt, um deren aktuelle Erfahrungen mit Videotherapie zu erfragen.

Methodik

Fragestellung

Die Fragestellung lautete: Wie ist die subjektive Perspektive von TherapeutInnen auf die Videotherapie auf der Basis ihrer Erfahrungen in der COVID-19-Krise?

Stichprobenauswahl

Um entsprechend der Zielsetzung eines qualitativen Settings vielfältige Informationen zu erhalten, sollten ProbandInnen unterschiedlichen Alters und Geschlechts aus verschiedenen Therapieberufen interviewt werden. Alle Personen sollten aktuell Teletherapie durchführen. Zur Akquisition nutzten die Studierenden, die alle neben dem Vollzeitstudium einer stundenweisen Berufstätigkeit als Logopädin nachgehen, berufliche und private Kontakte. So konnten sie eigene KollegInnen, aber auch Personen einbeziehen, die sie über ihre Kontakte aus anderen Einrichtungen akquirierten.

Insgesamt wurden 11 TherapeutInnen (8 Frauen, 3 Männer) im Alter von 21-60 Jahren aus der Logopädie (7), Physiotherapie (3) und Ergotherapie (1) interviewt (Tab. 2). Die Berufserfahrung reichte von 1 bis 25 Jahren (MW=11,25; Median=10). Alle Personen haben eine Ausbildung absolviert und sind in einer Praxis tätig. Die Selbsteinschätzung der technischen Fähigkeiten ist breit gefächert, die Erfahrung mit Videotherapie umfasst 1 bis 9 Monate (MW=2,7; Median=2).

Die genutzten Plattformen zur Durchführung der Videotherapie sind aus Tabelle 2 ersichtlich. Etwa die Hälfte der Personen nutzte nur eine Plattform, die andere Hälfte zwei oder mehr Plattformen. Die Anzahl aktuell durchgeführter Videotherapien betrug 1-10 Therapien pro Woche, zwei Personen führten mehr als 20 Therapien pro Woche per Video durch.

Durchführung

Auf der Basis internationaler Literatur, die in einem Citavi-Team-Projekt gesammelt wurde, und eigener Videotherapie-Erfahrungen der Studierenden wurde ein Interviewleitfaden entwickelt und in zwei Pretest-Interviews überprüft. Anschließend führten alle Studierenden per Video je ein Interview durch (n=11). In Zoom-Meetings wurde ein Kodierleitfaden für die deduktive Kategorienbildung konsentiert, auf dessen Basis die Kodierungen vorgenommen wurden.

Auswertung

Die Auswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Hierzu wurde die von Fenzl & Mayring (2017) entwickelte webbasierte Software QCMap (www.qcmap.org) zur qualitativen Inhaltsanalyse verwendet. QCMap ist eine kostenfreie Webapplikation zur deduktiven bzw. induktiven Inhaltsanalyse. Nach der Registrierung wurde ein Projekt zur deduktiven Kategorienbildung angelegt. Danach wurden die Interviewdokumente über eine sichere Datenverbindung hochgeladen. An dem Projekt arbeiteten alle Studierenden gleichzeitig, indem sie unabhängig voneinander das von ihnen selbst geführte Interview kodierten. Nach Fertigstellung der Kodierungen wurden Excel-Dokumente zur weiteren Analyse heruntergeladen. Die darauf aufbauende Zusammenfassung und Strukturierung des Kategoriensystems als Basis für die vorliegende Ergebnisdarstellung erfolgte durch die Autorin. Die Studierenden werteten ihrerseits die Daten im Rahmen ihrer Studienarbeiten aus.

Tab. 2: Stichprobenmerkmale

ProbandIn	Berufserfahrung in Jahren	Ausbildung oder Studium	Arbeitsort	Eigene Einschätzung technischer Fähigkeiten	Erfahrungen mit Videotherapie in Monaten	Genutzte Plattformen	Anzahl momentaner Videotherapien pro Woche
LP1w41-50	25	Ausbildung	Praxis	weniger begabt	2	RED connect, Zoom, sprechstunde.online	> 20
LP2w31-40	10	Ausbildung	Praxis	eher begabt	2	WhatsApp, Skype	6-10
LP3w21-30	1	Ausbildung	Praxis	eher begabt	1,5	Skype	6-10
LP4w31-40	10	Ausbildung	Praxis	weniger begabt	1	sprechstunde.online	1-5
LP5w21-30	1,5	Ausbildung	Praxis	sehr begabt	2,5	sprechstunde.online	1-5
LP6w51-60	21	Ausbildung	Praxis	weniger begabt	1,5	WhatsApp, Skype, sprechstunde.online	> 20
LP7w21-30	5	Ausbildung	Praxis	weniger begabt	2	sprechstunde.online	1-5
ET1w41-50	24	Ausbildung	Praxis	eher begabt	2	sprechstunde.online	6-10
PT1m41-50	11	Ausbildung	Praxis	sehr begabt	3	Google Duo, Zoom, Skype, WhatsApp	1-5
PT2m21-30	4	Ausbildung	Praxis	eher begabt	3	sprechstunde.online, Physitrack	1-5
PT3m31-40	8	Ausbildung	Praxis	eher begabt	9	RED connect	1-5

LP = Logopädie, ET = Ergotherapie, PT = Physiotherapie, w = weiblich, m = männlich, Zeitspanne = Alter in Jahren

Tab. 3: Kategoriensystem

Kategorie	Subkategorie
Erfahrungen und Einstellungen	Vorerfahrungen
	Persönliche Einstellung
Aufwand	zeitlich
	technisch
	organisatorisch
	finanziell
	Informationsquellen
PatientInnen und KlientInnen	Anzahl
	Merkmale
	Störungsbilder
	Verhalten
	Rolle der Angehörigen
	TherapeutInnen-PatientInnen-Kontakt
Technik und Datenschutz	Datenschutz
	Technikprobleme
Chancen und Grenzen	Chancen
	Grenzen
Zukunftsszenario	

Ergebnisse

Das Kategoriensystem ist in Tabelle 3 abgebildet. Die deduktiv erstellten Kategorien wurden hinsichtlich thematischer Dopplungen überprüft und reduziert. Weitere Kategorien ergaben sich induktiv. Das Kategoriensystem zeigt Kategorien und Subkategorien, die im Folgenden erläutert und anhand von Ankerbeispielen verdeutlicht werden.

Erfahrungen und Einstellungen

Nur eine Person gibt eine punktuelle berufliche Vorerfahrung mit Videotherapie an, mehrere Personen berichten von persönlichen Vorerfahrungen von Videochats mit der Familie oder Freunden. „Am Anfang war ich skeptisch, das ist dann umgeschwenkt in – wow, es funktioniert und besser als gedacht...“ (LP4W31-40) berichtet eine Logopädin, die stellvertretend für viele Befragte ihre anfängliche Skepsis erläutert. Zunehmend stellten sich aber Routine und Sicherheit ein, sodass die Videotherapie als Bereicherung und aktuell wichtige Lösung gesehen wurde, nicht aber als grundsätzlicher Ersatz für die Face-to-Face-Therapie.

Aufwand der Videotherapie

Die Vorbereitung der Videotherapien wird übereinstimmend – vor allem zu Beginn – als aufwändig beschrieben, da Technik vorbereitet, ggf. besorgt und geprüft werden muss: „Ich habe fast (...) vier bis fünf Stunden Vorbereitung in diese ganzen Behandlungen gesteckt, mindestens“ (LP1W41-50). Ein Technik-Check ist

sowohl auf therapeutischer Seite als auch bei den PatientInnen erforderlich. Neben dem zeitlichen Mehraufwand kommt es zu einem höheren finanziellen Aufwand für das Vorhalten der Technik und z.B. den Versand von Therapiematerial. Die Therapiezeit von Videotherapie und Face-to-Face-Therapie hingegen wird als vergleichbar angesehen. Um sich über rechtliche, technische oder organisatorische Themen zu informieren, wurden Informationen von Berufsverbänden und Krankenkassen genutzt, aber auch KollegInnen gefragt oder Facebook-Foren besucht.

PatientInnen / KlientInnen

Die Erfahrungen der Befragten reichen von 2-3 bis zu 20 Videotherapien oder mehr, die pro Woche durchgeführt wurden. „Alter ist eigentlich relativ Querbeet“ (LP5W21-30), wobei übereinstimmend angegeben wird, dass Videotherapien bei Kindern

erst ab einem Alter von 4-5 Jahren sinnvoll erscheinen. Bei Jugendlichen und Erwachsenen wird die Videotherapie als unproblematisch beschrieben, wobei Einigkeit darin besteht, dass jüngere und technikaffinere PatientInnen einen leichteren Zugang zur Videotherapie haben. Das Geschlecht scheint nicht relevant zu sein: „Männlich, weiblich ist kein Unterschied“ (PT1M41-50).

Im logopädischen Bereich werden myofunktionelle Störungen, Aussprachestörungen, Refluxstörungen, Dysarthrien, Stimmstörungen, Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen genannt, die über Videotherapie vielfach gut zu behandeln sind. Bei Stimm- und Zischlautstörungen ist aber die Tonqualität nicht immer für die akustische Beurteilung ausreichend, sodass man stärker auf das Feedback der PatientInnen angewiesen ist. Eine Logopädin berichtet von sehr positiven Erfahrungen bei Dysarthrien: „Bei Dysarthrien fand ich die Videotherapie teilweise sogar effektiver“ (LP6W51-60). Bei schweren Aphasien hingegen wird die Videotherapie als weniger sinnvoll angesehen.

Auch die PatientInnen zeigten sich zu Beginn der Therapie skeptisch, manche wollten zunächst keine Videotherapie, nutzen diese später aber doch: „Probieren wir es einfach aus (...). Und es gab welche (...) also ganz wenige. Nur (...) zwei, die gesagt haben: Wir können es uns nicht vorstellen“ (LP1W41-50). Kinder empfinden das neue Medium zunächst als spannend, später wird aber auch Videotherapie zur Routine. Bei manchen Personen kann es zum Prob-

lem werden, dass sie sich im Videochat nicht gerne selbst sehen wollen.

Die Rolle der Angehörigen wird ambivalent beschrieben. Gerade bei Kindern ist die Unterstützung der Eltern z.B. bei der Technik wichtig. Als positiv wird gesehen, dass die Eltern aufgrund des Homeoffice für Besprechungen gut verfügbar waren. Das häusliche Setting führt aber auch häufiger zu Störungen: „Es gibt Geschwisterkinder, die müssen unbedingt auch in diese Kamera einmal in der Stunde reingelotzt haben und zu mir ‚hallo‘ sagen. Und das, finde ich, stört schon so einen Safe Place, weil die dringen ja dann ein in dieses Setting“ (LP1W41-50).

Der Kontakt zwischen TherapeutInnen und PatientInnen wird als weniger persönlich, aber nicht als verschlechtert dargestellt. Die Videotherapie ist „ein bisschen ein anderer Safe Place“ (LP1W41-50), der mehr Empathie von TherapeutInnen fordert. Bei neuen PatientInnen gestaltet sich der Kontaktaufbau schwieriger: „Hab aber auch einen Patienten gehabt, den ich erst, also in der Teletherapie dann das zweite Mal quasi gehabt hab und da war der Kontakt dann schon irgendwie (...) ja schwierig dann aufzubauen..., weil einfach so durch die Distanz, die man durch die Teletherapie ja hat...“ (LP5W21-30). Generell fehlt der Körperkontakt, der als Hilfestellung nicht genutzt werden kann. Über das Video ist außerdem kein direkter Blickkontakt möglich, was die Kommunikation erschweren kann.

Technik und Datenschutz

Obwohl alle Befragten darlegen, dass die Beachtung des Datenschutzes eine hohe Relevanz hat, werden auch Videoplattformen verwendet, deren Datenschutz nicht gesichert ist – einerseits auf ausdrücklichen Wunsch von PatientInnen und andererseits wegen der Instabilität von als sicher geltenden Videoplattformen: „Wenn die Kunden ein schlechtes Internet haben, dann merkt man es dort stärker als bei Zoom. Zoom hatte bei mir, muss ich wirklich sagen, noch nie einen Wackler, Aussetzer“ (LP1W41-50).

Hinsichtlich der Technik wird eine stabile Internetverbindung als besonders wichtig erachtet. Gerade in ländlichen Gegenden gibt es hiermit Probleme. Nicht immer stehen den PatientInnen notwendige Geräte zur Verfügung oder sind für die Videotherapie einsetzbar. Auch wird von verschiedenen Hard- und Softwareproblemen berichtet, bei denen mitunter kreative Lösungen gefragt sind: „Eine lustige Situation: Da ging der Ton bei einer Patientin nicht und wir haben halt gleichzeitig mit dem Telefon gearbeitet und mit der Kamera und haben uns dann am Hörer verständigt und über das Bild gesprochen“ (LP7W21-30). Ein Technik-Check ist daher immer wieder erforderlich und

Technikprobleme können innerhalb der Therapie zu Störungen führen. „Technische Probleme gab's öfter mal, aber die waren eigentlich alle zu lösen“ (PT2m21-30).

Chancen und Grenzen

Die Chancen der Videotherapie liegen nach Meinung der Befragten darin, dass PatientInnen auch über größere Distanzen und insbesondere in unversorgten Gebieten betreut werden können. Dies spart Fahrwege und Kosten und trägt zu einer Entlastung der PatientInnen bei. Auch lassen sich auf diese Weise SpezialistInnen konsultieren: „Wenn jemand im bayerischen Wald wohnt und zum Beispiel keinen LSVT-BIG-Therapeuten findet vor Ort. Und der das in der Reha beispielsweise schon kennengelernt hat und weiß, wie das geht, dann könnte ich ihn online betreuen und er müsste nicht zu mir kommen“ (ET1w41-50).

In der aktuellen COVID-19-Krise können RisikopatientInnen über Videotherapie sicher versorgt werden. Durch den dabei wegfallenden Mund-Nasen-Schutz ist die Kommunikation erleichtert. Zudem entfällt das Desinfizieren des Therapieraums. Auch bei bestimmten Störungsbildern und PatientInnen bringt die Videotherapie Vorteile mit sich. So wurde z.B. angegeben, dass sich manche Personen besser auf die Therapie fokussieren konnten.

Vor allem Beratungen lassen sich über Video gut durchführen: „Vorteile – eigentlich würd' rein theoretisch jedes Störungsbild gehen, wo man eben den Fokus erst mal auf Beratung hat, egal ob man jetzt irgendwie die Eltern beraten mag, wie sie halt ihr Kind dann sprachlich fördern könnten oder sei's jetzt Stimmhygiene bei Stimmpatienten“ (LP5w21-30).

Ein zusätzlicher Einsatz von Videotherapie kann zur Steigerung der Therapiefrequenz eingesetzt und damit zur Umsetzung von Intensivtherapien genutzt werden. Auch ein Einbezug des Umfelds der PatientInnen, zu Hause oder am Arbeitsplatz, ist über die Videotherapie möglich. Die Lebenssituation der Behandelten kann auf diese Weise integriert werden, sodass man „Kinder im häuslichen Umfeld mal sieht mit den Eltern. Wie die Eltern so damit umgehen“ (LP7w21-30). Generell führt die Videotherapie zu einer größeren zeitlichen und räumlichen Flexibilität für alle Beteiligten.

Grenzen werden dagegen darin gesehen, dass das Setting der Videotherapie sehr statisch ist und Wechsel des Settings schwerer möglich sind. Beim Üben im häuslichen Umfeld kann es zu Störungen durch Angehörige kommen, bei denen therapeutisch schlechter interveniert werden kann: „Da kann man bei manchen Sachen einfach nicht so einschreiten. Das ist schon etwas, was dann in der Praxis nicht der Fall wäre“ (LP3w21-30).

Auch Methoden, die ein Hands-on erfordern, können nicht eingesetzt werden. Aus der Sicht eines befragten Physiotherapeuten hat dies gleichzeitig auch einen positiven Aspekt, denn „was cooler oder was besser in der Teletherapie ist, die Leute erwarten keine passiven Behandlungen, können sie ja gar nicht (lacht)“ (PT2m21-30). Für die Logopädie oft relevante differenzierte akustische und visuelle Beurteilungen sind aufgrund technischer Aspekte nicht gut möglich. Generell wird die Technik als größter Störfaktor gesehen, denn das technische Equipment muss nicht nur bei allen Beteiligten vorhanden sein, sondern auch stabil funktionieren.

Zukunftsszenario

Abschließend wurden die InterviewpartnerInnen gefragt, wie sie sich die Zukunft der therapeutischen Berufe, z.B. in 20 Jahren, vorstellen. Hier wurde deutlich formuliert, dass die Face-to-Face-Therapie als wichtigste therapeutische Maßnahme gesehen und bevorzugt wird. Die Videotherapie wird als Zusatzmöglichkeit betrachtet, bei der eine Abrechnung als Kassenleistung möglich sein sollte: „Aber es muss irgendwie abrechnungsfähig werden, weil sonst nutzt das keiner“ (ET1w41-50).

Dabei wird davon ausgegangen, dass es zukünftig spezifische Methoden für Face-to-Face-Therapien bzw. Videotherapien geben wird. Tablets, Apps, digitales Material und digitale Übungsprogramme werden immer mehr Einzug in die Therapie halten: „Ganz moderne Therapeutinnen arbeiten bestimmt ganz viel schon mit dem iPad“ (LP1w41-50). Als Grund hierfür wird gesehen, dass jüngere Menschen digitale Medien viel selbstverständlicher nutzen und auch im Rahmen von Therapien nutzen werden. Des Weiteren werden Methoden wie Virtual Reality in der zukünftigen Versorgung gesehen. Letztlich wird von vielen Befragten eine Zukunft gesehen, die sowohl Face-to-Face- als auch Videotherapie beinhaltet: „Ja, ich glaube eine Kombination wird die Zukunft sein, auf jeden Fall, also eine Kombination aus offline und online“ (PT2m21-30).

Diskussion

Vergleich mit Studien

Vergleicht man die Ergebnisse der Interviews mit bisherigen Studienerkenntnissen, findet man viele Parallelen. Videotherapie ist generell in jedem Alter (Munsell et al. 2020) und für Beratungen ebenso wie für Behandlungen nutzbar (Hall et al. 2013). Sie lässt sich bei sehr unterschiedlichen Störungsbildern einsetzen, wobei sich für einzelne Störungsbilder sogar Vorteile der Videotherapie zeigen können (Molini-Avejonas et al. (2015), während bei anderen Störungs-

bildern, die z.B. Berührungen erfordern, die Face-to-Face-Therapie notwendig ist.

Im Gegensatz zu Mashima & Doorn (2008) beschrieben die hier Befragten den Kontaktaufbau über Videotherapie nicht generell als positiv. Bei neuen PatientInnen wird der Kontaktaufbau als erschwert angegeben, bei bereits bekannten PatientInnen als anders, aber nicht verschlechtert dargestellt. Übereinstimmend werden aktuell technische Schwierigkeiten als die größte Herausforderung der Videotherapie gesehen, die viel Vorbereitung und Einarbeitung erfordert. Sowohl TherapeutInnen als auch PatientInnen benötigen die notwendige Hard- und Software sowie eine stabile Internetverbindung und eine sichere und konstante Videoplattform. Die technischen Probleme, die sowohl in der Literatur als auch in dieser Befragung als Nachteile gesehen werden, sind aber grundsätzlich lösbar und werden sich durch das Fortschreiten der Digitalisierung immer weiter minimieren, sodass sie einem künftigen Einsatz von Teletherapie immer weniger im Wege stehen werden.

Methodenkritische Diskussion

Wie bei jeder qualitativen Forschung besteht auch bei diesem Projekt kein Anspruch auf Repräsentativität der Daten. Die Interpretation der Aussagen ist auch aufgrund des erfolgten Convenience Samplings mit Vorsicht zu betrachten. Ein theoretisches Sampling mit sukzessiver Aufnahme von Studienteilnehmenden war aufgrund der Anbindung des Projekts an eine Lehrveranstaltung nicht möglich. Dennoch bieten die Aussagen von elf Studienteilnehmenden eine gute Basis dafür, erste Aussagen zur Thematik treffen zu können. Die Interviews wurden zwar alle von unterschiedlichen Personen durchgeführt, aber um Verzerrungen zu vermeiden, wurden der Interviewleitfaden gemeinsam entwickelt und die Interviewdurchführung in Zoom-Meetings besprochen. Hierzu wurden Erfahrungen aus den beiden Pretest-Interviews genutzt. Die Interviews wurden jeweils nur von einer Person kodiert, aber auf der Basis eines gemeinsam entwickelten Kodierleitfadens. Die Überprüfung der Kodierungen und die Überarbeitung des Kategoriensystems erfolgten durch die Autorin.

Die Stichprobe weist wie für eine qualitative Studie erforderlich unterschiedliche Merkmale auf. Es wurden zwar nur Personen aus ambulanten Praxen befragt, dies entspricht aber dem überwiegenden Tätigkeitsfeld von TherapeutInnen. Die Befragungsergebnisse werden auch durch die von Fischbacher (2020) dargestellten Umfrageergebnisse zur Videotherapie im Netzwerk *stimme.at* bestätigt (z.B. wenig Berührungssängste mit Technik, Kontaktaufbau besser als erwartet, Störungen im häuslichen Umfeld). Die hier dargestellten Interviews beruhen

auf der Befragung von TherapeutInnen aus Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie, die Ergebnisdarstellung wurde allerdings besonders auf logopädische Aspekte ausgerichtet, auch weil die Befragten überwiegend aus dem Bereich der Logopädie waren. Spezifische physio- und ergotherapeutische Aspekte wurden daher weniger thematisiert.

Fazit

Die Videotherapie bietet sehr gute und zukunftsweisende Möglichkeiten zur therapeutischen Versorgung von PatientInnen. Durch die krisenbedingten Erfahrungen mit Videotherapie ist es für TherapeutInnen leichter geworden, sich diese als eine Option zur Beratung und Behandlung vorzustellen. Konsens besteht darin, dass sie keinen generellen Ersatz für die Face-to-Face-Therapie darstellt, aber das Spektrum der Therapie erweitert und bei bestimmten Bedarfen gezielt eingesetzt werden kann, wie z.B. Beratungen, Betreuung über große Distanzen, hochfrequente Therapie. Allerdings ist die Videotherapie jenseits der vorübergehenden Bewilligung in der Zeit der COVID-19-Krise nicht zugelassen und damit auch nicht abrechnungsfähig. Dadurch bleibt das beschriebene Potenzial der digitalen Versorgung ungenutzt. Die Kostenträger sind dringend gefordert, die therapeutische Versorgung in den Ausbau der Telematik-Infrastruktur einzubinden. Die Digitalisierung wird sich auch generell immer stärker auf den therapeutischen Bereich auswirken. Hier gilt es, diesen Prozess aktiv mitzugestalten, um Chancen zu nutzen, aber auch Grenzen zu erkennen und Lösungen für eine ideale Verbindung von direktem therapeutischen Kontakt und teletherapeutischen Maßnahmen zu entwickeln.

SUMMARY. Telepractise – does speech and language therapy have a digital future? Results of a qualitative research project of the course of studies in speech and language therapy at the OTH Regensburg

Telepractise includes various synchronous and asynchronous possibilities for the digital care of patients. Online therapy represents an important synchronous offer, which can expand the therapeutic range of methods. International studies and even studies from Germany confirm the potential of including digital measures in therapeutic care. This paper shows the results of a qualitative study in which the experiences of therapists with online therapy collected during the COVID-19 crisis are presented.

KEYWORDS: Telepractise – video conferencing – inquiry-based learning – interviews – digitization – qualitative content analysis

: LITERATUR

- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (o.J.). *Telepractice*. <https://www.asha.org/practice-portal>
- apoBANK (2020). *apoBank-Umfrage: Heilberufler in Zeiten der Corona-Krise*. Pressemitteilung vom 30.04.2020. <https://newsroom.apobank.de>
- Bilda, K. (2017). Digitalisierung im Gesundheitswesen: Trends und neue Entwicklungen. *Forum Logopädie* 31 (3), 6-9
- Bilda, K. et al. (2020, angenommen). Teletherapie in der Logopädie: Eine Ist-Stand-Erfassung. *Logos*
- Fenzl, T. & Mayring, P. (2017). QCAmap: eine interaktive Webapplikation für Qualitative Inhaltsanalyse. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation ZSE* 37 (3), 333-340
- Fischbacher, A. (2020). „Dann also bis um 14:00 Uhr auf Zoom!“ *Logos* 28 (2), 148-150
- GKV-Spitzenverband (2016). *Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung – Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen*. Positionspapier. Berlin: GKV-Spitzenverband
- Griffin, M., Bentley, J., Shanks, J. & Wood, C. (2018). The effectiveness of Lee Silverman Voice Treatment therapy issued interactively through an iPad device: A non-inferiority study. *Journal of Telemedicine and Telecare* 24 (3), 209-215
- Hall, N., Boisvert, M. & Steele, R. (2013). Telepractice in the assessment and treatment of individuals with aphasia: a systematic review. *International Journal of Telerehabilitation* 5 (1), 27-38
- Hilbert, J. & Paulus, W. (2018). *Logopädie zwischen Digitalisierung und Unterfinanzierung: Ein Bericht aus der Praxis*. Forschung Aktuell 08/2018, Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0176-201808010> (09.07.2020)
- Hill, A.J., Theodoros, D., Russell, T. & Ward, E. (2009). Using telerehabilitation to assess apraxia of speech in adults. *International Journal of Language and Communication Disorders* 44 (5), 731-747
- Jakob, H., Görtz, K. & Späth, M. (2018). Evaluation des neuen Tablet-basierten Therapieverfahrens „neolexon“. *Sprachtherapie aktuell: Forschung – Wissen – Transfer*, e2018-07. doi: 10.14620/stadbs181207
- Laver, K., Schoene, D., Crotty, M., George, S., Lannin, N.A., & Sherinton, C. (2013). Telerehabilitation services for stroke. *Cochrane Database Systematic Review* 12, CD010255. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010255.pub2>
- Mashima, P. A. & Doarn, C.R. (2008). Overview of telehealth activities in speech-language pathology. *Telemed e-Health* 14, 1102-1117
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz
- Molini-Avejonas, D.R., Rondon-Melo, S., de La Higuera Amato, C.A. & Samelli, A.G. (2015). A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences. *Journal of Telemedicine and Telecare* 21 (7), 367-376
- Munsell, M., De Oliveira, E., Saxena, S., Godlove, J. & Kiran, S. (2020). Closing the digital divide in speech, language, and cognitive therapy: cohort study of the factors associated with technology usage for rehabilitation. *Journal of Medical Internet Research* 22 (2), e16286
- Nobis-Bosch, R., Springer, L., Radermacher, I. & Huber, W. (2010). Supervidiertes Heimtraining bei Aphasie. Sprachlernen im Dialog. *Forum Logopädie* 24 (5), 6-13
- Rangarathnam, B., Gilroy, H., McCullough, G.H. (2016). Do patients treated for voice therapy with telepractice show similar changes in voice outcome measures as patients treated face-to-face? *EBP Briefs* 11 (5), 1-6
- Sünderhauf, S., Rupp, E. & Tesak, J. (2008). Supervidierte Teletherapie bei Aphasie. Ergebnisse einer BMBF-Studie. *Forum Logopädie* 22 (1), 34-37
- 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



Prof. Dr. Norina Lauer studierte nach mehrjähriger Tätigkeit als Logopädin Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen. Danach war sie als Lehrlogopädin und Schulleiterin an Berufsfachschulen in Ludwigshafen und Karlsruhe tätig und promovierte an der RWTH Aachen. Von 2009 bis 2018 leitete sie den Bachelorstudiengang Logopädie der Hochschule Fresenius Idstein und wurde 2010 als Professorin berufen. Seit 2018 ist Professorin an der OTH Regensburg und leitet den ausbildungsintegrierenden Bachelorstudiengang Logopädie. Als Mitglied des Regensburg Center of Health Sciences and Technology (RCHST) führt sie Forschungsprojekte an der Schnittstelle von Logopädie und Digitalisierung durch.

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200502

KONTAKT

Prof. Dr. Norina Lauer
Ostbayerische Technische Hochschule
Regensburg
Fakultät Angewandte Sozial- und
Gesundheitswissenschaften
Seybothstr. 2
93053 Regensburg
norina.lauer@oth-regensburg.de