

Maria Barthel, Silke Schwinn, Bernhard Borgetto & Juliane Leinweber

Digitalisierungschancen – Spurensuche nach Evidenz

Ergebnisse der Videointeraktionsanalyse aus dem Forschungsprojekt „ViTaL“

Einleitung

Auf Grundlage einer Sondergenehmigung konnte Sprach-, Sprech-, Stimm- und bedingt Schlucktherapie vom 18.03. bis 30.06.2020 als Videotherapie angeboten werden. Dadurch konnte trotz pandemiebedingter Kontaktbeschränkungen und Hygienevorgaben die ambulante logopädische/sprachtherapeutische Versorgung fortgesetzt werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat auf seiner Sitzung am 15.10.2020 beschlossen, ein Beratungsverfahren zur „Überprüfung der HeilM-RL Ärzte bzw. Überprüfung der HeilM-RL Zahnärzte: Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung (Videotherapie)“ einzuleiten, um Videotherapie als Regelleistung im Heilmittelbereich zu prüfen. Darüber hat der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) berichtet (dbl 2020).

Des Weiteren beschloss der G-BA am 30.10.2020 die befristete bundeseinheitliche Sonderregelung der § 2a Heilmittel-RL Ärzte und § 2a Heilmittel-RL Zahnärzte, sodass Videotherapie als telemedizinische Leistung vom 02.11.2020 bis 31.01.2021 wieder durchgeführt werden kann (G-BA 2020a).

Videotherapie

Videotherapie als telemedizinische Leistung (G-BA 2020b) ist eine synchrone Therapieform, d.h. sie wird mithilfe einer Audio- und Videoverbindung in Echtzeit durchgeführt. Dadurch wird ein unmittelbarer persönlicher Kontakt geschaffen, der einer Face-to-Face-Therapie ähnelt (ASHA o.J.). Je nach ärztlich verordneter Heilmittelbehandlung kann Videotherapie grundsätzlich als Einzel- oder Gruppentherapie bzw. -beratung stattfinden (Schwinn et al. 2020).

Die systematische Literaturrecherche und -analyse im Projekt „ViTaL“ ergab auf der Grundlage u.a. von acht systematischen Reviews aus dem Zeitraum 2015-2020, dass Videotherapie bei Personen unterschiedlicher Störungsbilder (z.B. Aphasie, Dysphagie, Dysphonie, Stottern) und Erkrankungen (z.B. M. Parkinson, Autismus-Spektrum-Störung) in unterschiedlichen Altersspannen durchgeführt werden kann und eine hohe Zufriedenheit und große Akzeptanz seitens der PatientInnen bestehen (u.a. Coleman et al. 2015, McGill et al. 2019, Rangarathnam et al. 2015, Sutherland et al. 2018, Theodoros et al. 2019, Wales et al. 2017, Weidner & Lowman 2020).

Die in der videobasierten Therapie verwendeten Therapiemethoden glichen denen in der Face-to-Face-Therapie und konnten weitgehend gut durchgeführt werden (u.a. Ranga-

rathnam et al. 2015, Weidner & Lowman 2020). Deren Wirkung wurde als vergleichbar mit der Face-to-Face-Therapie eingeschätzt (u.a. McGill et al. 2019, Rangarathnam et al. 2015, Theodoros et al. 2019, Weidner & Lowman 2020).

Evidenzbasierte Praxis

Das Vorgehen einer evidenzbasierten Praxis zeichnet sich dadurch aus, dass Ergebnisse und Erkenntnisse aus wissenschaftlicher Forschung in die logopädische Versorgung integriert werden (Beushausen 2009). Dabei sollen die klinischen Entscheidungsprozesse und das therapeutische Handeln gleichwertig durch (1) die aktuell verfügbaren, bestmöglichen Evidenzen aus systematischer Forschung (externe Evidenz), (2) die fachliche Expertise und Fähigkeiten der LogopädInnen (interne Evidenz) sowie (3) die Präferenzen und individuellen (Krankheits-) Erfahrungen der PatientInnen (soziale Evidenz) beeinflusst werden (Dollaghan 2007).

Bisher ist ungeklärt, wie es LogopädInnen gelingt bzw. gelingen kann, alle drei Evidenzformen im Therapieprozess zu verbinden. Günther (2013) und Kraus (2018) weisen darauf hin, dass das therapeutische Entscheiden und Handeln meist durch das Fach- und Erfahrungswissen der TherapeutInnen geprägt ist. Insbesondere bei komplexen Krankheitsausprägungen sowie einer ICF-orientierten Therapieausrichtung und Zielsetzung können externe Evidenzen die Individualität von PatientInnen nicht umfassend aufgreifen (Günther 2013).

Daraus resultiert, dass klinische Erfahrungen (praxisbasierte Evidenz) und aktuelles empirisches Wissen kontinuierlich miteinander verknüpft werden (müssen), um ein bestmögliches evidenzbasiertes Entscheiden und Handeln zu gewährleisten (Günther 2013, Kraus 2018). Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass Studien aus unterschiedlichen Forschungsansätzen berücksichtigt werden und der Blick nicht auf quantitativ-experimentelle Studien verengt wird (Borgetto et al. 2016, Hansen 2018, Kraus 2018, Weinrich & Zehner 2017).

ZUSAMMENFASSUNG. Eine Sondergenehmigung ermöglichte, Sprach-, Sprech-, Stimm- und eingeschränkt Schlucktherapie im Frühjahr 2020 auch als Videotherapie durchzuführen. Das Projekt „Videotherapie in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung“ (ViTaL) untersuchte die Chancen und Grenzen der für die Logopädie neuen Therapieform „Videotherapie“. Dafür zeichneten ambulant tätige LogopädInnen die von ihnen durchgeführten Videotherapien auf. Der Beitrag stellt das aus den Ergebnissen entstandene Prozessmodell der PatientIn-TherapeutIn-Interaktion vor und verknüpft es mit Prinzipien evidenzbasierter Praxis.

SCHLÜSSELWÖRTER: Videotherapie – logopädische Therapie – Prozessmodell der PatientIn-TherapeutIn-Interaktion – evidenzbasierte Praxis

Methodik

Vor der Datenerhebung wurde für das Projekt „ViTaL“ ein Votum der Kommission für Forschungsethik der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) eingeholt. Das Projekt zielte darauf ab, die (Nicht-)Nutzung von Videotherapie sowie deren Chancen und Grenzen in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Praxis während der Corona-Pandemie zu erfassen. Um dies zu erreichen, wurden drei verschiedene methodische Zugänge genutzt (Schwinn et al. 2020). Die Analyse videobasierter Therapien fokussierte insbesondere (evidenzbasierte) Entscheidungsprozesse in den PatientIn-TherapeutIn-Interaktionen und den Umgang mit der genutzten Hard- und Software. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der PatientIn-TherapeutIn-Interaktionen vorgestellt.

Sample

Über den dbl e.V. und fachspezifische Netzwerke der ForscherInnen wurden LogopädInnen aus der ambulanten Versorgung angefragt, von ihnen durchgeführte, videobasierte Therapien aufzuzeichnen. Nach einem digitalen Erstkontakt und der Projektvorstellung erhielten die potenziellen ProjektpartnerInnen eine schriftliche Projektbeschreibung, Einwilligungserklärung zur und Datenschutzbestimmung für die Projektteilnahme. Insgesamt willigten 8 LogopädInnen mit je 1 bis 7 PatientInnen zur Teilnahme am Projekt „ViTaL“ ein.

Aus den bereitgestellten Videoaufzeichnungen (n: 23) wurden fünf Videoaufzeichnungen anhand verschiedener Kriterien (z.B. Indikationsschlüssel, Anzahl bisheriger Videotherapien und Alter der PatientInnen, Berufserfahrung und Gesamtanzahl bisheriger Videotherapien der LogopädInnen) ausgewählt (Tab. 1). Die LogopädInnen (n: 5, weiblich) waren dual Studierende im 6. Semester (L1, L3), Angestellte in einer ambulanten Praxis für Logopädie (L2) und PraxisinhaberInnen (L6, L7), deren Berufserfahrung von 3 bis 29 Jahren reichte.

Videoaufzeichnungen

Die Aufzeichnungen der videobasierten Therapien, die für die Datenanalyse ausgewählt wurden, erfolgten am 28. und 29.05.2020. Die LogopädInnen zeichneten die Videotherapien entweder mit der verwendeten Videokonferenzsoftware oder über die kostenfreie Software OBS (www.obsproject.com/de) auf. Alle Videoaufzeichnungen entsprechen einer Therapiesitzung von 45 Minuten. Sie beginnen beim Eintreten der LogopädInnen in den digitalen Raum der Videokonferenzsoftware und enden bei der Verabschiedung (L1, L2, L3, L6) bzw. beim Abbruch aufgrund technischer Störungen (L7). Die PatientInnen befanden sich alle im häuslichen Umfeld und die LogopädInnen im Therapieraum oder im häuslichen Umfeld.

Videointeraktionsanalyse

Die aufgezeichneten Videotherapien wurden, angelehnt an das einfache Transkriptionssystem nach Dresing & Pehl (2015), verschriftlicht. Die Analyse der Videoaufzeichnungen erfolgte im ständigen Vergleich mit dem jeweiligen Transkript nach der interpretativen Videointeraktionsanalyse (Tuma et al. 2013). Die Videoaufzeichnungen dienten dabei als Forschungsmedium, um (non)verbal kommunikatives aufeinander bezogenes Handeln (= Interaktionen) zwischen PatientInnen, Angehörigen und LogopädInnen in sozialen Therapiesituationen zu untersuchen.

Ergebnisse

Für die Videotherapie wurde die Software RedConnect (L2, L7) bzw. Zoom (L1, L3, L6) verwendet. Die sozialen Interaktionen wurden weitgehend durch die PatientInnen und LogopädInnen gestaltet. Angehörige waren während der gesamten Therapiesitzung (L3) oder am Ende der Therapiesitzung (L2) involviert. Die Patienten P2 und P3 hatten ausschließlich videobasierte Therapie, da die Therapie im März/April 2020 begann (Tab. 1), wobei die Anamnese und Diagnostik (1. Sitzung) bei P3 in Präsenz stattfand. Bei den PatientInnen P1, P6 und P7 wurde die Therapieform von Präsenz auf online umgestellt, da sie bereits vor Inkrafttreten der Sondergenehmigung in logopädischer Therapie waren (Tab. 1).

Tab. 1: Sample

LogopädInnen	PatientInnen			Indikationsschlüssel (Symptomatik)	Aktueller Therapieinhalt	Therapie seit	Anzahl bisheriger Videotherapien			
	Alter (J.)	Berufserfahrung (J.)	Gesamtanzahl bisheriger Videotherapien					Alter (J.)	Geschlecht	
L1	23	3	11-20	P1	17	m.	RE1 (tonische Blockaden, Dehnungen und Wort- bzw. Satzteilerwiederholungen)	Desensibilisierung, Training der Sprechtechnik	01.2014	13
L2	30	7	31-40	P2	60	m.	SP5 (Wortfindungsstörung, Agraphie, Schwierigkeiten im Lesen von Texten)	Verbesserung des Wortabrufs, Minimierung der Agraphie, Verbesserung der Leseleistung	04.2020	21
L3	22	3	1-10	P3	6	m.	RE1 (klonische Laut-, Silben- und Wortwiederholungen, Dehnungen, tonische Blockaden)	Desensibilisierung, Training der Sprechtechnik	03.2020	10
L6	44	20	> 100	P6	78	w.	SP6 (Dysarthrophonie bei idiopathischem Parkinson-Syndrom)	LSVT zum Erhalt stimmlicher Lautstärke	04.2019	19
L7	53	29	21-30	P7	49	w.	ST2 (funktionelle Dysphonie, eingeschränkte Belastbarkeit der Stimme, Hypernasalität, faukale Enge, Atemkoordinationsstörung)	„Abspannen“, Nasalität, Tonhaldedauer, Atem-Stimm-Koordination	09.2019	6

Die Interaktionen und der Vorschlag eines daraus resultierenden Prozessmodells der PatientIn-TherapeutIn-Interaktion (Abb.1) müssen unter folgenden Bedingungen betrachtet werden:

- PatientInnen, Logopädinnen und Angehörige kannten sich seit mindestens 10 gemeinsamen Therapiesitzungen.
- Die PatientInnen befanden sich alle in der Therapiephase „Intervention“.
- Die Therapien fanden als Einzeltherapien statt.
- PatientInnen und Logopädinnen waren mit der technischen Umsetzung der Videotherapie vertraut.

Das Prozessmodell stellt die Interaktionen zwischen PatientInnen und LogopädInnen dar, da primär sie im logopädischen Handeln interagieren. Die Mensch-Technik-Interaktion wurde nicht in das Modell aufgenommen. Die aus dem empirischen Datenmaterial entwickelten Hauptkategorien „Situativ-inhaltliches Ankommen“, „Interaktiv-prozessuales Therapieren“ und „Situativ-inhaltliches Ausklingen“ (Abb.1) enthalten verschiedene Subkategorien, die in verschiedenen blaufarbenen Kästen dargestellt sind.

PatientIn-TherapeutIn-Interaktion: Entscheidungsfindung

Die Analyse zeigt, dass das „interaktiv-prozessuale Therapieren“ stark von einem paternalistischen Interaktionsstil (Rehbock 2002) seitens der Logopädinnen geprägt war. Das therapeu-

tische Handeln der Logopädinnen war durch das Festlegen von Zielhandlungen, Handlungswiederholungen und -änderungen und der Handlungsbeendigung innerhalb einer Therapiesequenz, das Festlegen eines neuen Zielhandelns, um die nächste Therapiesequenz zu beginnen, bis zum Festlegen häuslichen Handelns gekennzeichnet. Das Festlegen der Logopädinnen erfolgte verbal sowie nonverbal über Gestik, das Zeigen der Körperhaltung bzw. das Durchführen der Körperbewegung. Die Logopädinnen begründeten teilweise das Zielhandeln der jeweiligen Übungssequenz, indem sie z.B. auf das Gesamtziel der Therapie hinwiesen, auf das aktuelle Befinden und bestehende Bedürfnisse der PatientInnen eingingen, Übungserfolge aus der vorherigen Therapiesitzung oder die aktuelle Therapiephase nannten. Die PatientInnen fragten sehr selten zum methodischen und nie zum inhaltlichen Zielhandeln nach und verweigerten nie ein vorgegebenes Zielhandeln.

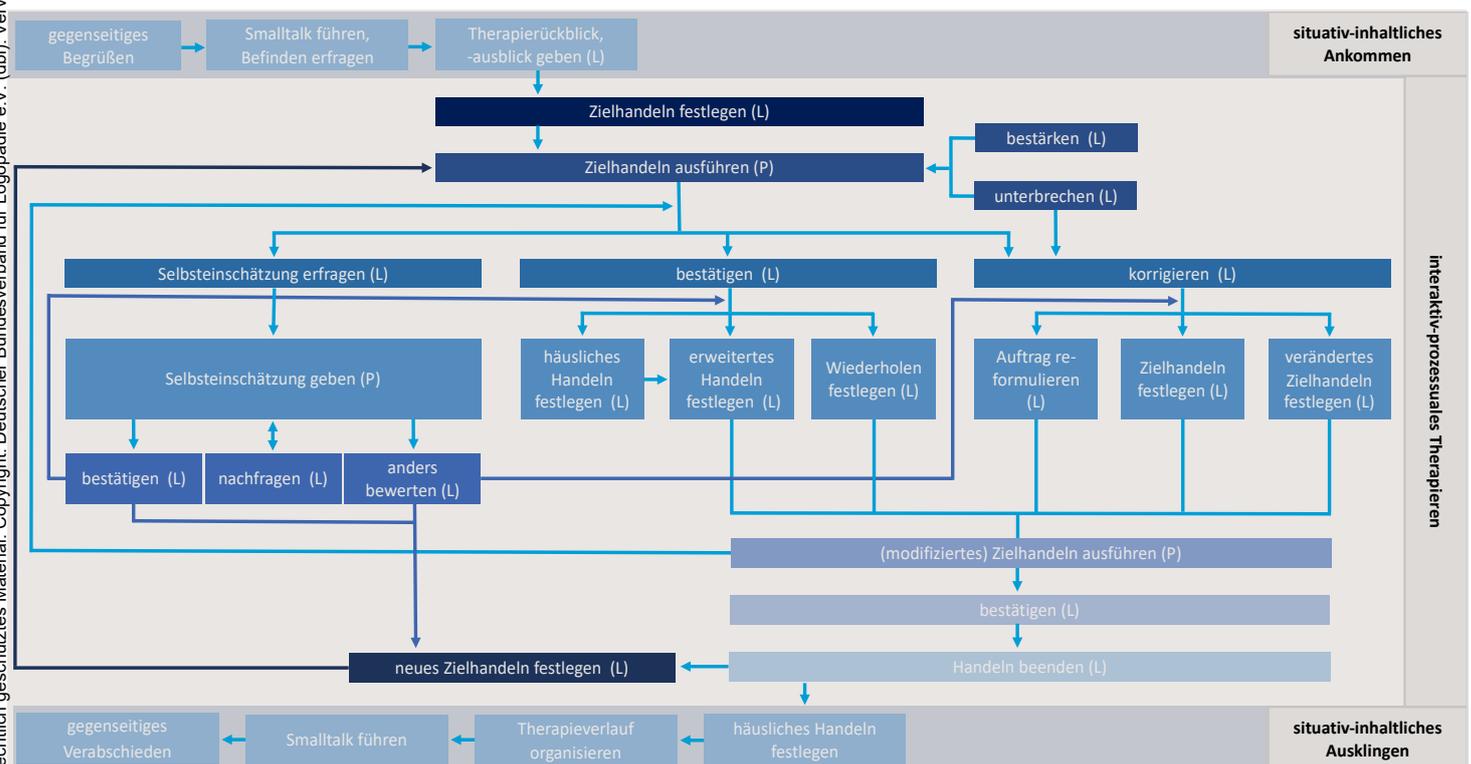
Bei strukturierten und standardisierten Therapiemethoden z.B. in der Therapie von Stottern und bei LSVT LOUD (Mallien et al. 2017) war das paternalistische Vorgehen stärker ausgeprägt als in Therapien, in denen verschiedene Einzelübungen miteinander verknüpft wurden, z.B. in der Stimmtherapie. Dies wurde u.a. dadurch deutlich, dass die Selbsteinschätzungen der PatientInnen das Übungsvorgehen in mehr partizipativ geführten Therapien prägte. Aufgrund der beschriebenen Wahrnehmung und der Bedürfnisse

der PatientInnen veränderten die Logopädinnen das jeweilige Zielhandeln oder führten ein neues Zielhandeln ein.

Dabei wurde deutlich, auf welche hohe Varianz an Handlungsmöglichkeiten LogopädInnen zurückgreifen, um das Therapieren stärker an den situationsspezifischen Bedürfnissen der PatientInnen auszurichten. Bei der Durchführung von standardisierten bzw. vorstrukturierten Therapiekonzepten bezogen sich die Logopädinnen mehr auf die korrekte Ausführung des Zielhandelns und die entsprechende Veränderung des Übungshandelns, bis das Zielhandeln korrekt umgesetzt wurde.

Die situationspezifische und individuelle Anpassung des Übungshandelns war durch verbale Aushandlungen geprägt. Deren Anlass waren die Selbsteinschätzungen der PatientInnen zum durchgeführten Zielhandeln. Die Logopädinnen fragten zur Verständnissicherung nach oder ließen sich die Eigenwahrnehmung und Selbsteinschätzung anhand bekannter Bewertungskriterien konkreter beschreiben. Darauf gingen die PatientInnen ein und verdeutlichten ihre Selbsteinschätzung durch Beschreibungen, die teilweise durch das Vormachen der einzelnen Übungspassagen unterstrichen wurden. Die Logopädinnen schlugen dann die Wiederholung des Zielhandelns, ein verändertes Zielhandeln oder ein neues Zielhandeln vor. Nach gemeinsamem Ausprobieren des veränderten bzw. neuen Zielhandelns entschieden die PatientInnen, welches Zielhandeln durchgeführt werden sollte.

Abb. 1: Prozessmodell der PatientIn-TherapeutIn-Interaktion (P: PatientIn, L: LogopädIn)



Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl). Vertriebsmöglichkeiten jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Schulz-Kirchner-Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Diese verbalen Aushandlungsprozesse traten immer als Reaktion auf die Selbsteinschätzung der PatientInnen auf. Sie kamen nie vor, um z.B. über das Übungsvorgehen in der Therapiesitzung oder über die Übungskomplexität zu entscheiden. Außerhalb des „interaktiv-prozessualen Therapierens“ wurden in der Subkategorie „häusliches Handeln vereinbaren“ (Abb. 1) z.B. Ideen von Angehörigen aufgegriffen, um das Zielhandeln in vorhandene Spiele zu integrieren, und in der Subkategorie „Therapieverlauf organisieren“ (Abb. 1) der nächste Termin so vereinbart, dass PatientInnen zeitlich ausreichend Abstand zu anderen Terminen hatten, um Erholungsphasen zu haben.

In den verbalen Aushandlungsprozessen hatten die PatientInnen und Logopädinnen vergleichbar umfangreiche Redeanteile. Dies zeigte sich auch in den eher partizipativ geprägten Interaktionen zwischen PatientIn und Logopädin. Dabei initiierten vor allem die Anforderungen zur Selbsteinschätzung und das diesbezügliche Nachfragen der Logopädinnen längere Redebeiträge der PatientInnen. Wohingegen in den mehr paternalistisch geprägten Interaktionen die Logopädinnen deutlich höhere Redeanteile als die PatientInnen hatten. Dadurch nahmen sie eine stärker dominierende und steuernde Rolle im „interaktiv-prozessualen Therapieren“ ein.

Außerhalb dessen hatten die PatientInnen in den Subkategorien „Smalltalk führen“ und „Befinden erfragen“ längere Redeanteile als die Logopädinnen, da diese den Smalltalk meist durch Fragen leiteten und wenig von sich selbst erzählten oder die PatientInnen in diesen Phasen der Therapiesitzung von sich aus erzählten und die Logopädinnen dies zuließen.

Gemeinsame Interaktionsbasis her- und sicherstellen

Als Basis für die Interaktionen zwischen PatientInnen, Angehörigen und Logopädinnen wurde die Videokonferenzsoftware von den Logopädinnen vorgegeben und deren unterschiedliche Funktionen (z.B. Bildschirmübertragung, Bildschirmfreigabe) für die Übungssequenzen in der Hauptkategorie „interaktiv-prozessuales Therapieren“ unterstützend verwendet. Die Therapien wurden immer mit Audio- und Videoübertragung durchgeführt, sodass über die Videoübertragung z.B. Übungsmaterial gezeigt werden konnte oder das Übungshandeln für die andere Person sichtbar war.

Technische Probleme z.B. in der Ton- und Bildübertragung traten durch eingeschränkte Internetkapazitäten auf und nicht durch die Nutzung der Hard- und Software. Die Logo-

pädinnen und PatientInnen, bei denen Probleme in der Ton- und/oder Bildübertragung auftraten, zeigten verschiedene Strategien, um mit diesen Störungen erfolgreich umzugehen (z.B. Vereinbarung, die Chatfunktion zu nutzen oder sich auf die Tonübertragung zu konzentrieren und die eingeschränkte Bildübertragung zu ignorieren).

Ebenso führten kommunikativ-pragmatische Interaktionsstrategien (z.B. sprechbegleitende Gestik, Sprechpausen) dazu, die Interaktionen sicherzustellen. Dabei war auffällig, dass der Blickkontakt teilweise unterbrochen wurde. So war dieser z.B. nicht gegeben, wenn Übungsmaterial vor die Kamera gehalten wurde und dadurch die PatientInnen bzw. Logopädinnen während der Übungssequenz nicht zu sehen waren, oder wenn PatientInnen beim Übungshandeln „Schreiben“ nach unten schauten und dabei mit der Logopädin sprachen bzw. die Logopädin ihnen etwas erklärte.

Diskussion

Das Prozessmodell der PatientIn-TherapeutIn-Interaktion (Abb. 1) soll die sichtbaren und hörbaren Interaktionen zwischen PatientInnen und LogopädInnen zeigen, die durch die Videoanalyse von fünf videobasierten Therapien rekonstruiert wurden. Mit dem Modell kön-

nen unterschiedliche Ausprägungen komplexer, (non)verbaler sozialer Interaktionsprozesse in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung abgebildet werden. In der Datenanalyse wurde deutlich, dass die Entscheidungsfindung der Logopädinnen in vielen Fällen in der therapeutischen Kommunikation nicht repräsentiert war. Auf welcher Basis Entscheidungen getroffen werden, um z.B. das durchgeführte Zielhandeln der PatientInnen zu bestätigen oder zu korrigieren oder neues Zielhandeln vorzugeben, wurde selten mit dem Übungsfortschritt und meist durch Übungsfrequenz, Übungszeit oder Wissen, Erfahrungen u.ä. aus vorherigen Therapiesitzungen begründet.

In partizipativ geprägten Interaktionen wurden die Selbsteinschätzungen der PatientInnen (soziale Evidenz) als Ausgangspunkt für verändertes oder neues Zielhandeln genutzt. Wissenschaftliche Belege, Forschungsergebnisse oder Leitlinien (externe Evidenz) waren hingegen nie expliziter Bezugspunkt der Entscheidungsfindung. Hierbei wäre interessant, welche implizite Rolle externe Evidenz, aber auch die soziale Evidenz der PatientInnen und Angehörigen und die interne Evidenz der Logopädinnen in den Interaktionsprozessen und in der Entscheidungsfindung spielten.

Wie die therapeutischen Erfahrungen, das therapeutische Fachwissen und aktuelle externe Evidenz miteinander und mit dem eigenen Fall verbunden werden und zu einem bestmöglichen Entscheiden und Handeln führen, konnte durch die Videoanalyse nicht aufgezeigt werden. Jedoch verdeutlichen die Ergebnisse der Videoanalyse, dass evidenzbasiertes Entscheiden und Handeln als prozesshaft verstanden werden muss und nicht immer explizit in PatientIn-TherapeutIn-Interaktionen wahrnehmbar ist.

Warum PatientInnen nicht inhaltlich zum Übungshandeln nachfragten, dieses nicht hinterfragten oder gar verweigerten, könnte u.a. daran liegen, dass ausschließlich ihnen bereits bekannte Übungen durchgeführt wurden, dass die Erklärungen und das (non)verbale Festlegen des Zielhandelns verständlich waren oder dass sich aufgrund der bisherigen Anzahl der Therapiesitzungen dieses Interaktionsmuster (un)bewusst ausgebildet hatte. Das Nachfragen und Verweigern könnte zur mehr inhaltlicher und zielbezogener Begründung von vorgegebenem Übungshandeln durch die LogopädInnen bzw. zu mehr Aushandlungsprozessen zwischen PatientInnen und LogopädInnen führen und würde Entscheidungsgrundlagen für Dritte nachvollziehbarer machen.

Die Angehörigen wurden nicht in das Prozessmodell aufgenommen. Deren Interaktionen könnten in einem erweiterten Modell abgebildet werden, um z.B. das Anleiten von Angehö-

rigen für das häusliche Übungshandeln bei bestimmten Störungsbildern und Therapiemethoden oder deren Integration in Übungshandeln zu konkretisieren. Dadurch könnten ggf. gleiche oder andere Entscheidungs- und Aushandlungsprozesse deutlich werden.

Ausblick

Wie kommunikativ-pragmatische Faktoren (z.B. Redeanteile, Blickkontakt) von Rollenerwartungen, von der sich entwickelnden Beziehung zwischen PatientInnen und Logopädinnen oder von Symptomausprägungen des jeweiligen Störungsbildes usw. abhängen, konnte in dieser videobasierten Beobachtungsstudie im Querschnittsdesign nicht rekonstruiert werden. Um soziale Interaktionsprozesse, interaktionistische Wirkmechanismen und PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehungen besser zu verstehen, sind prospektive Folgestudien nötig. Ebenso ist es notwendig, das subjektive Erleben sowohl der Videotherapie als auch der verschiedenen Interaktionsstile aus der Perspektive von PatientInnen, Angehörigen und LogopädInnen zu untersuchen.

Des Weiteren sind Studien wichtig, die z.B. verschiedene Therapiephasen, unterschiedliche (mehr oder weniger standardisierte) Vorgehensweisen, Interaktionsstile oder verschiedene Phasen der Beziehungsarbeit in videobasierten Therapien und Face-to-Face-Therapien vergleichen. Daraus könnten weitere wesentliche Erkenntnisse zu Bedingungen und Handlungsmustern in digitalen und analogen evidenzbasierten Interaktionsprozessen zur Entscheidungsfindung gewonnen werden.

: LITERATUR

- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (o.J.). *Telepractice*. <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/telepractice/> (14.11.2020)
- Beushausen, U. (2009). *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie. Grundlagen und 14 Fallbeispiele*. München: Elsevier
- Borgetto, B., Spitzer, L. & Pflingsten, A. (2016). Die Forschungspyramide. Evidenz für die logopädische Praxis brauchbar machen. *Forum Logopädie* 30 (1), 24-28
- Coleman, J.J., Frymark, T., Franceschini, N.M. & Theodoros, D.G. (2015). Assessment and treatment of cognition and communication skills in adults with acquired brain injury via telepractice: A systematic review. *American Journal of Speech-Language Pathology* 24 (2), 295-315

- Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl) (2020). *Meldung: „Videobehandlung: Positive Signale für Ausnahmeregelungen.“* <https://www.dbl-ev.de/service/meldungen/meldung/news/videobehandlung-positive-signale-fuer-ausnahmeregelungen/> (16.10.2020)
- Dresing, T. & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: audiotranskription
- Dollaghan, C. (2007). *The handbook for evidenced-based practice in communication disorders*. Baltimore: Paul H. Books
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2020a). *Richtlinien über veranlasste Leistungen auf Basis des Grundlagenbeschlusses zu räumlich begrenzten und zeitlich befristeten Sonderregelungen vom 17.09.2020: COVID-19-Epidemie – Befristete bundeseinheitliche Sonderregelungen*. <https://www.g-ba.de/beschluesse/4531/> (02.11.2020)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020b). *Einleitung des Beratungsverfahrens: Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung (Videotherapie)*. <https://www.g-ba.de/beschluesse/4521/> (02.11.2020)
- GKV-Spitzenverband (2020). *Empfehlungen für den Heilmittelbereich aufgrund des Ausbruchs von SARS-CoV-2 (Corona), Stand: 31. März 2020/12.00 Uhr*. https://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel_Kassenempfehlungen_Coronavirus.pdf (14.11.2020)
- Günther, T. (2013). Evidenz-basierte Praxis oder Praxis-basierte Evidenz? *Forum Logopädie* 27 (1), 26-27
- Hansen, H. (2018). Qualitativ-naturalistische Forschung als Zugang zur Entwicklung, Analyse und Evaluation sprachtherapeutischer Interventionen. In: Haring, R. & Siegmüller, J. (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung* (109-126). Berlin: Springer
- Kraus, E. (2018). Internationale Perspektiven auf die Voraussetzungen einer effizienten Diagnostik und Therapie unter dem Anspruch von Teilhabe und Partizipation. In: Haring, R. & Siegmüller, J. (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung* (127-146). Berlin: Springer
- Mallien, G., Schroeteler, F.E. & Ebersbach, G. (2017). Amplitudenorientierte Therapien beim idiopathischen Parkinson-Syndrom: LSVT LOUD und LSVT BIG. *Neurologie & Rehabilitation* 23 (2), 144-152
- McGill, M., Noureal, N. & Siegel, J. (2019). Telepractice treatment of stuttering: a systematic review. *Telemedicine Journal and e-Health* 25 (5), 359-368
- Rangarathnam, B., Gilroy, H. & McCullough, G.H. (2015). 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

Rehbock, T. (2002). Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. Zur Kritik (medizin-)ethischer Grundbegriffe. *Ethik in der Medizin* 14, 131-150

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

Sutherland, R., Trembath, D. & Roberts J. (2018). Telehealth and autism: a systematic search and review of the literature. *International Journal of Speech-Language Pathology* 20 (3), 324-336

Theodoros, D., Aldridge, D., Hill, A.J. & Russell, T. (2019). Technology-enabled management of communication and swallowing disorders in Parkinson's disease: a systematic scoping review. *International Journal of Language & Communication Disorders* 54 (2), 170-188

Tuma, R., Schnettler, B. & Knoblauch, H. (2013). *Videographie – Einführung in die interpretative Videoanalyse sozialer Situationen*. Wiesbaden: Springer

Wales, D., Skinner, L. & Hayman, M. (2017). The efficacy of telehealth-delivered speech and language intervention for primary school-age children: a systematic review. *International Journal of Telerehabilitation* 9 (1), 55-70

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

Weinrich, M. & Zehner, H. (2017). *Phonetische und phonologische Störungen bei Kindern. Aussprachetherapie in Bewegung*. Berlin: Springer

SUMMARY. Chances of digitalization – search for evidence: Results of interpretive video analysis gained from the research project "ViTaL"

In spring 2020, a special permit allowed the use of video therapy of speech, language, voice and to some extent also swallowing disorders. The project "Videotherapy in outpatient logopaedic/speech and language therapy" (ViTaL) estimated chances and limitations of videotherapy as a new approach in speech and language therapy. For this purpose, outpatient therapy sessions were recorded and analysed. The paper presents a process model of patient-therapist-interaction that was developed from the results and links it to principles of evidence-based practice.

KEY WORDS: Videotherapy – speech therapy – process model of patient-therapist-interaction – evidence-based practice



Maria Barthel (M.Sc.) ist seit Januar 2020 an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzminden/Göttingen am Gesundheitscampus Göttingen der Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. Nach langjähriger Berufstätigkeit als Logopädin, dem Bachelorstudium an der Hochschule Emden/Leer und dem Masterstudium an der HAWK Hildesheim arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrbeauftragte an der HAWK, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit in Hildesheim. Sie koordiniert die Studie „Videotherapie in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung (ViTaL)“.



Silke Schwinn (M.Sc.) ist akademische Sprachtherapeutin. Sie absolvierte ihr Masterstudium 2018 in Hildesheim. Seit Februar 2019 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit am Standort Hildesheim an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzminden/Göttingen. Zuvor unterrichtete sie angehende LogopädInnen in der berufsschulischen Ausbildung. Neben der hochschulischen Tätigkeit arbeitet sie in der ambulanten logopädischen Versorgung mit dem Schwerpunkt auf der Behandlung von PatientInnen mit neurologischen Störungen.



Prof. Dr. habil. Bernhard Borgetto ist Medizin- und Gesundheitssoziologe. Er studierte Soziologie an der Universität Frankfurt/M., promovierte in Heidelberg und habilitierte sich 2004 an der Universität Bielefeld. Nach Tätigkeiten als wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Gießen und Freiburg ist er seit 2006 Professor für Gesundheitsförderung und Prävention an der HAWK Hildesheim und zzt. dort Prodekan der Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit. Gleichzeitig ist er Leiter des Instituts für gesundheits- und sozialwissenschaftliche Forschung und Beratung e.V., 1. Vorsitzender des Hochschulverbands Gesundheitsfachberufe e.V. und Ansprechpartner des BÜNDNIS Therapieberufe an die Hochschulen.



Prof. Dr. Juliane Leinweber ist Diplom-Logopädin und seit Herbst 2019 an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzminden/Göttingen am Gesundheitscampus Göttingen Professorin für Therapiewissenschaften an der Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit. Nach Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachgebiet Sprache und Kommunikation an der TU Dortmund und im Studienbereich Logopädie an der Hochschule für Gesundheit in Bochum war sie zuletzt Professorin für Logopädie im Fachbereich Informatik der Hochschule Trier. In Göttingen ist sie mit der Weiterentwicklung der therapiewissenschaftlichen Studiengänge betraut und als Studiendekanin in alle Studiengänge eingebunden.

DOI 10.2443/skv-s-2021-53020210105

KONTAKT

Maria Barthel
HAWK Hildesheim/Holzminden/Göttingen
Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit
Philipp-Reis-Straße 2a
37075 Göttingen
maria.barthel2@hawk.de