

Handlungsempfehlungen für die ambulante logopädische Videotherapie

entstanden aus dem Modellprojekt
der Zukunftsregion Digitale Gesundheit (ZDG)
„**Videotherapie in der ambulanten
Logopädie/Sprachtherapie
in Berlin/Brandenburg (VitaminB)**“

Autor*innen:

Annika Hecht (M. Sc.)¹

Ina Wargers (M. Sc.)²

Prof. Dr. Bernhard Borgetto²

Prof. Dr. Juliane Leinweber¹

Unter Mitarbeit von:

Sarah Heinemann-Steinweh (B. Sc.)²

Milena Dörken¹

Pauline Neelen¹

HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst

¹Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit
Gesundheitscampus Göttingen
Annastr. 25
37075 Göttingen

²Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Goschentor 1
31134 Hildesheim

Inhalt

I. Einführung	4
II. Executive summary	6
III. Zentrale Ergebnisse	7
1. Indikation für Videotherapie	8
2. Gleichwertigkeit	9
IV. Rechtliche Implikationen	10
3. Investitionen	11
4. Zusätzliche Kosten in der Videotherapie	12
5. Vor- und Nachbereitungszeit.....	13
6. Methoden und Konzepte für Videotherapie	14
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung	15
8. Homeoffice	16
9. Versorgung in Stadt und Land	17
10. Netzausbau für stabile Internetverbindungen	18
11. Zertifizierung von Therapieplattformen	19
V. Digitale Implikationen	20
12. Entwicklung von Therapieplattformen.....	21
13. Digitales Material.....	23
14. Cloudbasierte Plattform für digitale Materialien	24
15. Unterstützung in der Techniknutzung	25
VI. Praktische Implikationen	26
16. Auswahl einer Therapieplattform	27
17. Technische Ausstattung bei Therapeut*innen	29
18. Technische Ausstattung bei Patient*innen	31
19. Gestaltung der Räumlichkeiten	33
20. Umgang mit technischen Problemen	34
21. Routinen und Gewohnheiten	35
22. Austausch und Wissensgenerierung	36
23. Therapeutische Beziehung.....	37
24. Umsetzung von Videotherapie	38
VII. Zusatznutzen einer implementierten Videotherapie	45
25. Einblicke.....	46
26. Zugang zu Spezialist*innen	47
27. Wartezeiten verkürzen	48
28. Terminliche Flexibilität	49
29. Gesundheitsschutz.....	50



30. Entlastungen durch Videotherapie.....	51
VIII. Fazit und Ausblick.....	52

I. Einführung

Hintergrund:

Während im internationalen Raum Videotherapien bzw. telemedizinische Leistungen¹ in der Logopädie seit mehreren Jahren etabliert sind, ist diese aktuell (Stand: 01.12.2022) noch nicht in der deutschen Regelversorgung verankert. In der Corona-Pandemie war Videotherapie durch Sondergenehmigungen mit mehrmaligen Unterbrechungen zwischen März 2020 und März 2022 möglich. Seit dem 01.09.2022 ist Videotherapie wieder erlaubt. Es wird davon ausgegangen, dass Videotherapie im nächsten Schritt in die Regelversorgung übernommen wird. Diskutiert wird, welche konkreten Rahmenbedingungen für eine qualitätsgesicherte Implementierung geschaffen werden sollten.

Ziel:

Das Forschungsprojekt „Videotherapie in der ambulanten Logopädie/Sprachtherapie² in Berlin/Brandenburg (VitaminB)“ wurde von der „Zukunftsregion digitale Gesundheit (ZDG)“ durch den Bund gefördert. Es hat das Ziel, Erkenntnisse zur Akzeptanz von und Zufriedenheit mit Videotherapie in der ambulanten Logopädie aus Sicht der Logopäd*innen, Patient*innen sowie deren Angehörigen zu gewinnen und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Methode:

In der qualitativen Studie wurden 30 episodische Interviews mit Patient*innen verschiedener logopädischer Störungsbilder (verbale Entwicklungsdyspraxie, Sprachentwicklungsstörung bei Down Syndrom, Stottern, phonologische Störung, orofaziale Dysfunktion, Aphasie und Sprechapraxie, Fazialisparese, Long Covid, funktionelle Dysphonie), deren Angehörigen sowie den behandelnden Logopäd*innen jeweils als Trias geführt. Die Interviews fanden im März 2022 statt. Die Teilnehmenden hatten zu diesem Zeitpunkt bereits bis zu zwei Jahre lang Erfahrung mit Videotherapie gesammelt. Die Interviews wurden i. A. an das einfache Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl transkribiert und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse i. A. an Kuckartz ausgewertet. Aus den Interviews wurden die Handlungsempfehlungen induktiv abgeleitet, im Sommer 2022 in einer Fokusgruppe und einem Fokusinterview vorgestellt, diskutiert und weiterentwickelt. Die an den einzelnen Schritten beteiligten Personen sind in der folgenden Abbildung noch einmal dargestellt.

¹ Im Weiteren wird der Begriff „Videotherapie“ verwendet

² Im Weiteren wird der Begriff „Logopädie“ verwendet

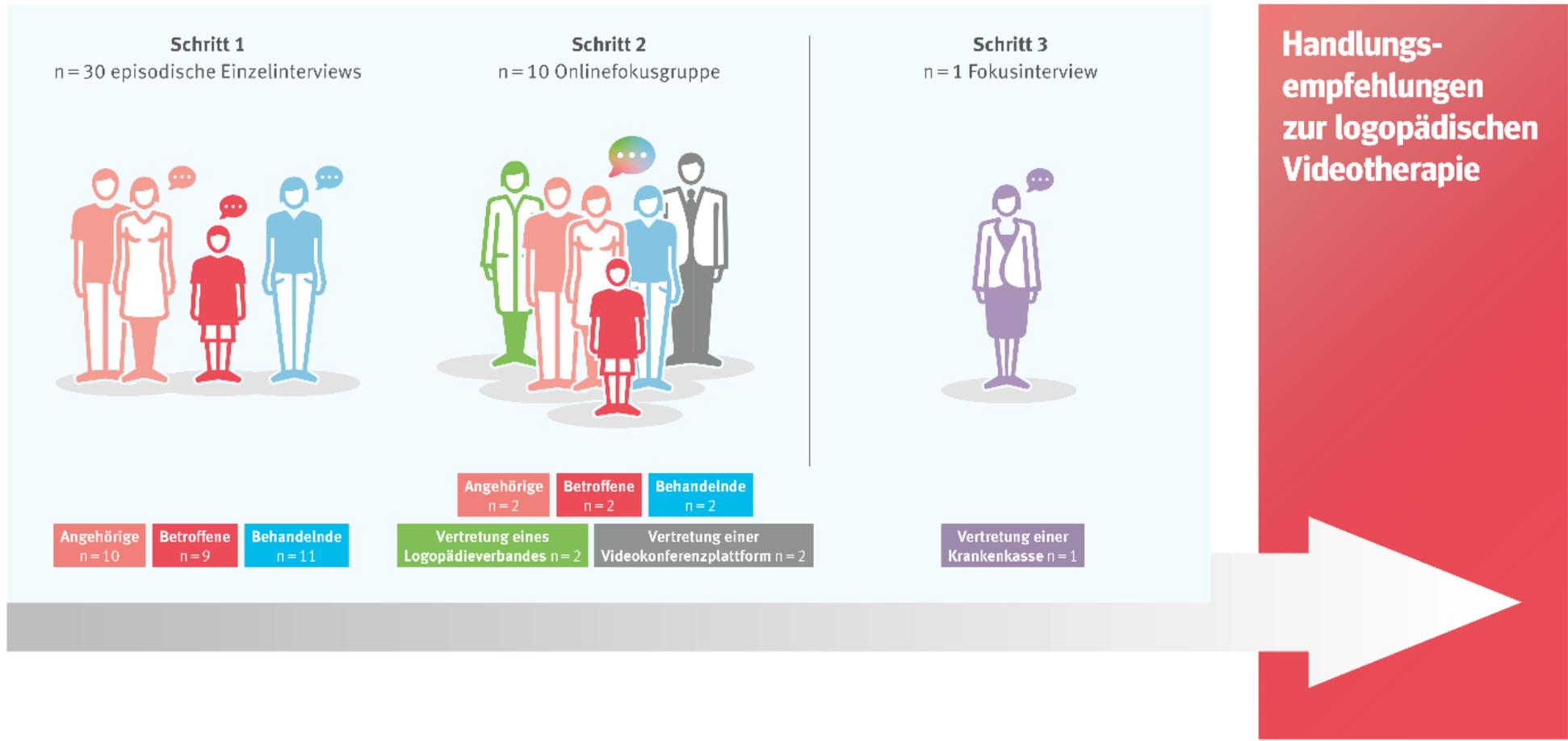


Abbildung 1 Methodisches Vorgehen VitaminB

II. Executive summary

Videotherapie kann für alle Personen, unabhängig vom Alter, dem logopädischen Störungsbild sowie der Technikkompetenz geeignet sein. Behandelnde, Betroffene und deren Angehörige sollten dies immer gemeinsam entscheiden. Videotherapie soll als gleichwertige Alternative zur Präsenztherapie in der Logopädie implementiert werden (vgl. Kap. III), da sie einen Zusatznutzen für die Gesundheitsversorgung bietet. Dies kann sich bspw. durch einen erleichterten Zugang zu Spezialist*innen oder eine Entlastung von Angehörigen zeigen (vgl. Kap. VII).

Die entwickelten Handlungsempfehlungen dienen der Überwindung bestehender Barrieren und der Schaffung adäquater Ressourcen, bspw. in Bezug auf die Finanzierung, die Bereitstellung von Therapieplattformen und digitalen Materialien sowie in fehlendem Wissen zur Umsetzung von Videotherapie. Auf (berufs-)politischer Ebene müssen daher Finanzierungsfragen geklärt und die Rahmenbedingungen für Videotherapie festgelegt, regelmäßig evaluiert und bei Bedarf fortlaufend angepasst werden (vgl. Kap. IV). Unternehmen, die digitale Therapieplattformen und Materialien anbieten, sollten diese nach Bedarfen, die sich aus einer logopädischen Videotherapie ergeben, weiterentwickeln (vgl. Kap. V). Logopäd*innen, Patient*innen und Angehörige müssen sich zum einen für die Videotherapie mit entsprechender Hard- und Software ausstatten. Zum anderen müssen sie für Veränderungen, die sich im videotherapeutischen Vorgehen im Vergleich zur Präsenztherapie ergeben, sensibilisiert werden, um die therapeutischen Maßnahmen sowie die Interaktion miteinander dahingehend anpassen zu können (vgl. Kap. VI).

Insgesamt sollen die 30 Handlungsempfehlungen dazu dienen, eine qualitativ hochwertige Videotherapie zu implementieren, damit die Bevölkerung vom Zusatznutzen der Videotherapie profitieren kann.

III. Zentrale Ergebnisse

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen beruhen auf den zentralen Studienergebnissen, dass **Videotherapie für jede Person geeignet** sein kann und **langfristig als gleichwertige Alternative zur Präsenztherapie** in der Logopädie implementiert werden sollte.

1. Indikation für Videotherapie

Handlungsempfehlung:

Es ist immer individuell zu prüfen, ob Videotherapie indiziert ist. Weder aus dem Alter, noch aus dem logopädischen Störungsbild oder der Technikkompetenz lassen sich eindeutige Kriterien für oder gegen die Videotherapie ableiten. Ob Videotherapie in Frage kommt, sollten Behandelnde, Betroffene und deren Angehörige daher immer gemeinsam entscheiden.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Insgesamt wurde in den Interviews deutlich, dass kein Alter und kein Störungsbild grundsätzlich von Videotherapie ausgeschlossen werden sollte. Die Erfahrungen und Annahmen bzgl. der Eignung von Patient*innen für die Videotherapie waren sehr heterogen. Störungsbilder oder Altersgruppen, die für die einen Befragten für Videotherapie nicht geeignet schienen, wurden von anderen Befragten mit Erfolg behandelt. Hier gilt es, viele Einflussfaktoren, die im weiteren Verlauf dieser Handlungsempfehlungen noch dargestellt werden, zu berücksichtigen und dann im individuellen Fall zu entscheiden. Als Einflussfaktoren sind hier bspw. die technische Ausstattung oder die methodische Umsetzung der Therapieinhalte zu nennen.

Auch die Technikkompetenz bzw. Technikaffinität können in diesem Zusammenhang Einflussfaktoren sein, wobei ein geringer Bezug zu Technik nicht automatisch bedeuten muss, dass diese Personen nicht für Videotherapie geeignet sind. Menschen, die bisher wenig Kontakt mit Technik hatten, benötigen beim Einstieg in die Videotherapie häufig Unterstützung. Im Laufe der Videotherapie können jedoch Routinen entwickelt und technische Kompetenzen erworben werden, sodass bspw. das Einloggen in die Videokonferenz störungsfreier gelingt. Die erworbene technische Kompetenz kann sich auch auf andere Bereiche im Alltag auswirken, bspw. auf das Durchführen privater Videoanrufe. Personen die technikaffin sind, hatten kaum Probleme beim Einstieg in die Videotherapie.

Ankerzitate:

Ich würde jetzt nicht sagen, das oder das Störungsbild da geht es nicht. (Interview L3, Pos. 130)

Aber anbieten sollte man es, egal welche Altersgruppe, weil manche Ältere sind auch richtig fit in solchen Sachen. (Interview A10, Pos. 509)

Na ja, das einfache Bedienen. Also, sagen wir es mal so, äh, früher hätte man gesagt, kinderleicht zu bedienen. Jetzt müsste man sagen (lachend) altengerecht. Ja, weil die Kinder ja in solchen Sachen viel fortgeschrittener sind als die älteren Generationen, und ja, damit aufgewachsen (Interview P10, Pos. 155)

Aber tatsächlich macht P3 das, wir hatten das nie erwartet, sehr selbstständig und wirklich gut und halt auch sehr, sehr gerne. (Interview A3, Pos. 85)

Ja zum Anfang war es halt immer noch nicht, weil sie ja von selber bedienen sollte oder wollte und das ist noch nicht so klappte, auch die Verbindungsherstellung [...] Aber mittlerweile kann wir uns selber auch ganz gut. (Interview L9, Pos. 94)

2. Gleichwertigkeit

Handlungsempfehlung:

Videotherapie soll als gleichwertige Alternative zur Präsenztherapie in der Logopädie implementiert werden.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Sowohl in den Interviews als auch in der Fokusgruppe und im Fokusinterview war Konsens, dass die Videotherapie als gleichwertige Alternative zur Präsenztherapie implementiert werden soll, da die Videotherapie und die Kombinationsmöglichkeit aus Präsenztherapie und Videotherapie für viele Logopäd*innen, Patient*innen und Angehörige einen großen Mehrwert bieten kann, der in Kapitel VII beschrieben wird.

Patient*innen, Logopäd*innen und Angehörige sollen nach Therapieschwerpunkten und individuellen Bedürfnissen gemeinsam entscheiden, welche Form der Therapie genutzt wird. Dabei soll ein spontaner oder geplanter Wechsel zwischen Präsenztherapie und Videotherapie möglich sein. Als Grundlage wird angenommen, dass beide Formen gleichermaßen gut für alle Beteiligten funktionieren und als gleichwertig eingeschätzt werden. Daher ist es möglich, dass in bestimmten Therapien nur eine der beiden Optionen genutzt wird.

Ankerzitate:

Es kann sein, dass es Menschen gibt, denen es anders geht, aber für mich ist es eigentlich wirklich, also trotzdem es sozusagen etwas Virtuelles ist, also annähernd gleichberechtigt. (Interview P11, Pos. 68)

I2: Video? Oder in Präsenz? (...) Gibt es einen Unterschied?

P9: Nein. Nein.

I2: Keinen Unterschied?

P9: Nein. (Interview A9_P9, Pos. 133-135)

IV. Rechtliche Implikationen

Die rechtlichen Implikationen richten sich vorrangig an Entscheidungsträger*innen auf (berufs-)politischer Ebene.

Dies sind im Falle der logopädischen Videotherapie neben dem Gemeinsamen Bundesausschuss vor allem die Krankenkassen bzw. der GKV-Spitzenverband sowie die maßgeblichen logopädischen Berufsverbände. In den rechtlichen Implikationen wird auf Aspekte eingegangen, die weder von den logopädischen Praxen noch von Unternehmen von Therapieplattformen selbst angegangen werden können, sondern auf struktureller Ebene geregelt oder ausgebaut werden müssen.

Hierzu zählen folgende Punkte, die in diesem Kapitel thematisiert werden sollen:

- Investitionen
- Zusätzliche Kosten in der Videotherapie
- Vor- und Nachbereitungszeit
- Methoden und Konzepte für Videotherapie
- Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Homeoffice
- Versorgung in Stadt und Land
- Netzausbau für stabile Internetverbindungen
- Zertifizierung von Videokonferenzsoftware

3. Investitionen

Handlungsempfehlung:

In die Implementierung von Videotherapie muss Zeit und Geld investiert werden.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Um die Videotherapie in der Praxis zu implementieren, reicht es nicht aus, diese Therapieform gesetzlich zu erlauben. Es braucht Strukturen und Konzepte, Materialien, Erfahrungswerte, Hard- und Software, um langfristig eine gleichwertige Alternative zu schaffen. Es ist davon auszugehen, dass der Zeitaufwand sowie die Mehrkosten, die in der Anfangsphase in die Videotherapie investiert werden müssen, im weiteren Verlauf sinken, wenn die entsprechenden Rahmenbedingungen für die Videotherapie geschaffen sind. Aktuell bedarf es jedoch dieser Investitionen auf verschiedenen Ebenen. Dazu zählen Investitionen der einzelnen Praxen sowie der Krankenkassen. Darüber hinaus könnte diskutiert werden, wie Unternehmen motiviert werden können, um eine Entwicklung von verbesserter Software für die Videokonferenzen oder von digitalen Materialien attraktiver zu machen. Schlussendlich bedarf es der Bereitstellung von Drittmitteln zur Evaluation von Videotherapie, um Evidenzen für die Nutzung von Videotherapie zu schaffen.

Ankerzitate:

Ich kann mir vorstellen, wenn die Videotherapie als Option so ein bisschen bleibt, dass vielleicht irgendwie nach und nach da auch Sachen kommen, dem entsprechend man Sachen fertig kaufen kann und dann auch nutzen kann. Und ich denke, wenn das irgendwann mal kommt, dann würde sich das auch in etwa angleichen, weil man hat letztendlich ja wie gesagt dasselbe Prinzip, ich brauche ein Spiel, mit dem ich meinen Therapieinhalt irgendwie sinnvoll verpacke. Und wenn das irgendwann mal fertig da wäre, dann, glaube ich, wir das, denke ich, eins zu eins sein. Also das wäre dann kein Unterschied mehr. (Interview L6, Pos. 44)

Ja, also ich hätte mir gewünscht da noch mehr das Material anzupassen, aber ehrlich gesagt schreke ich auch ein bisschen davor zurück, ohne zu wissen, ob das dauerhaft möglich ist. Es ist ja immer noch ein Ausnahmezustand. (Interview L3, Pos.18)

4. Zusätzliche Kosten in der Videotherapie

Handlungsempfehlung:

Die Anschaffung adäquater Hard- und Software führt insbesondere auf Therapeut*innenseite zu Kosten, deren zumindest teilweise Übernahme durch die Krankenkassen und/oder andere mögliche Kostenträger geklärt werden muss.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Je mehr Ansprüche an die Qualität von Videotherapie gestellt werden, desto höher werden die Kosten bzgl. Hard- und Software. Diese erhöhten Kosten bestehen sowohl auf Seiten der Unternehmen, die die Soft- und Hardware entwickeln und mit den entsprechenden Funktionen ausstatten als auch für die Nutzer*innen von Videotherapie. Auf Therapeut*innenseite können hohe Kosten für Hard- und Software ein Hinderungsgrund sein, Videotherapie anzubieten und somit zur Implementierung dieser Therapieform beizutragen. Es sollte daher diskutiert werden, wie insbesondere für Therapeut*innen ein Zugang zu hochwertiger Soft- und Hardware geschaffen werden kann. Mögliche Lösungen könnten hier sowohl eine Anschubfinanzierung als auch eine dauerhafte Finanzierung sein. Die Ansprüche an Soft- und Hardware werden in den digitalen und praktischen Implikationen (vgl. Kapitel V und VI) konkretisiert. Es kann vermutet werden, dass die dort beschriebenen technischen Ausstattungsmerkmale dazu führen, dass die Videotherapie effektiver durchgeführt werden kann und dadurch möglicherweise durch ein schnelleres Erreichen von Therapiezielen an anderer Stelle Kosten für die Krankenkassen eingespart werden können. Diese Annahme sollte im Prozess der Implementierung von Videotherapie noch genauer überprüft werden.

Ankerzitate:

Die heutigen Geräte haben eine ausgezeichnete Klangqualität. Das muss man investieren, wenn man gute Videotherapie machen möchte. (Interview L11, Pos. 16)

Aber wenn du es eben KAUFST, jetzt bei Red Connect, dann kostet das 19 Euro pro Monat pro Therapeut. [...] Und dann kam von meiner Chefin schon so, dass sie sagte: „Ne, das können wir uns nicht leisten, da noch, das auch noch. Wo wir gar nicht wissen, haben wir jetzt die Leute oder haben wir die nicht. Oder nur für zwei. Das lohnt sich nicht, das können wir nicht machen.“ (Interview L2, Pos. 49)

Wenn es solche Plattformen gibt, die einen Haufen Geld kosten, ist dieser Kostenpunkt natürlich auch mit einzupreisen. (Fokusinterview KK1, Pos. 76)

5. Vor- und Nachbereitungszeit

Handlungsempfehlung:

Es ist zu prüfen, inwiefern eine durch Videotherapien entstehende erhöhte Vor- und Nachbereitungszeit durch die Krankenkassen refinanziert werden kann.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Therapeut*innen berichten, dass sie für die Videotherapie aktuell oft mehr Zeit benötigen als für die Präsenztherapie, bspw. aufgrund fehlenden digitalen Materials. Je mehr die Videotherapie implementiert ist und je mehr Material digital zur Verfügung steht, desto geringer wird vermutlich der Zeitaufwand. Dies zeigte sich auch in den Interviews. Ein leicht erhöhter Zeitaufwand bspw. für das Versenden von Zugangsdaten und Materialien blieb bei den meisten Teilnehmenden bis zum Zeitpunkt der Interviews bestehen. Die Therapeut*innen berichteten von einem zeitlichen Mehraufwand von 2 bis 30 Minuten pro Therapieeinheit. Hier sollte nach Lösungen gesucht werden, um diesen zusätzlichen Zeitaufwand zukünftig möglichst gering zu halten (vgl. Kap. V und VI). Bis diese Lösungen gefunden und in der Praxis verankert sind, besteht eine erhöhte Vor- und Nachbereitungszeit für Therapeut*innen. Dieser erhöhte Zeitaufwand kann, ohne eine finanzielle Gegensteuerung, als Hürde für die langfristige Implementierung von Videotherapie gesehen werden.

Ankerzitate:

Wer zu mir in die Praxis kommt, also muss man ganz klar sagen, die Präsenzbehandlung ist, was den zeitlichen Aufwand bei Vor- und Nachbereitung angeht, für mich bequemer. Weil ich einen etwas geringeren Zeitaufwand habe. Auch wenn ich da jetzt mittlerweile voll drin bin. Aber der Zeitaufwand für Videotherapie ist höher. (Interview L1, Pos. 41)

Da wir ja als Logopäden auch das Null vergütet bekommen. Das ist ja nur Arbeit darum herum noch, sich darum kümmern wie das geht und sich einarbeiten und das Material darauf einstellen, dass das eine Videotherapie ist und die Vergütung ist ja null. (Interview L3, Pos. 12)

6. Methoden und Konzepte für Videotherapie

Handlungsempfehlung:

Um eine möglichst wirksame Therapie zu gewährleisten, sollte gezielt erforscht werden, welche Anpassungen bei Ansätzen, die für die Präsenztherapie evaluiert sind, für die Videotherapie benötigt werden.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung gab es für die Videotherapie in Deutschland noch keine speziell angepassten Methoden oder Konzepte. In den Interviews wurde deutlich, dass viele Aspekte aus der Präsenztherapie übernommen werden können und auch per Video als umsetzbar und effektiv wahrgenommen werden. Es kann jedoch anhand der vorliegenden Daten keine Aussage zur Machbarkeit von einzelnen logopädischen Methoden und Konzepten getroffen werden. Dazu bedarf es weiterer logopädischer Forschung.

Ankerzitate:

Wir sind alle einfach einen neuen Weg der Therapie eingegangen mit der Videotherapie. Man muss ja doch Konzepte noch mal ein bisschen umstellen, umdenken. (Interview L8, Pos. 20)

Mein Konzept ist gleich würde ich sagen. Es wird halt nur teilweise so ein bisschen anders umgesetzt. (Interview L3, Pos. 48)

7. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Handlungsempfehlung:

Für die Implementierung der Videotherapie als logopädische Regelleistung bedarf es auf Seiten der Therapeut*innen eines erweiterten Wissens, welches in Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt werden sollte.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

In den Interviews wurde deutlich, dass die Logopäd*innen davon profitierten, wenn bereits in der Ausbildung Wissen über Videotherapie vermittelt wurde. Dies war bei zwei Interviewpartner*innen der Fall, die ihre Ausbildung während der Corona-Pandemie abschlossen. Daher ist es für eine langfristige Implementierung wichtig, die Videotherapie auch über die Corona-Pandemie hinaus in der Ausbildung curricular zu verankern. Des Weiteren sollten für bereits berufstätige Logopäd*innen mehr Fort- und Weiterbildungsangebote sowohl zu den Grundlagen als auch zu spezifischen Aspekten von Videotherapie geschaffen werden.

Ankerzitate:

Also zum einen wirklich dieses Strikte von der Ausbildung, dass man einen Therapieplan schreibt, weil das hat also die ersten Videotherapien schon sehr stark unterstützt, weil ich mir dann beim Schreiben direkt gedacht habe: „Aber wie mache ich das jetzt über Video?“ Und das musste ich dann ja auch in den Therapieplan reinschreiben. Also insofern war die Ausbildung unbewusst sehr hilfreich dafür. (Interview L5, Pos. 24)

Ich brauche jetzt nicht jemanden, der mir erstmal eine halbe Stunde erklärt, wie Zoom funktioniert. Und deswegen hatte ich so den Eindruck, dass die meisten Fortbildungen für mich auch einfach nicht interessant sind, weil wie gesagt, die Technik ist bei mir nicht das Problem. Und ich habe das Gefühl, die Technik ist bei vielen Logopäden noch das Problem. (Interview L6, Pos. 150)

Also dass wir schon natürlich auch für uns einen Schwerpunkt setzen, auch im Bereich der digitalen Weiterbildung. Das muss natürlich dann auch besucht werden. Da ist dann natürlich auch viel Eigenverantwortung gefragt bei den Therapeutinnen, sich zu reflektieren und zu entwickeln. Und das ist ein richtiger Auftrag, das kann man nicht einfach von alleine. (Fokusgruppe, K1, Pos. 31)

8. Homeoffice

Handlungsempfehlung:

Es ist zu prüfen, ob Videotherapie durch die Logopäd*innen im Homeoffice durchgeführt werden kann. Notwendig dafür sind ein ausreichender Zugang zu digitalisiertem Material, eine ausreichende technische Ausstattung sowie eine datenschutzkonforme Umgebung.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Die Coronapandemie führte in vielen Arbeitsbereichen zu der Möglichkeit, aus dem Homeoffice heraus zu arbeiten. Auch Logopäd*innen führten Videotherapien zum Teil aus dem Homeoffice heraus durch. Vorteile von Videotherapie aus dem Homeoffice sind bspw. wegfallende Arbeitswege und flexibler terminierbare Arbeitszeiten. Ein großer Nachteil kann, wie in anderen Berufen mit Homeofficeanteil auch, die Vermischung von Beruflichem und Privatem sein. Durch die Schweigepflicht müssen Therapeut*innen im Homeoffice besonders darauf achten, dass die Therapien oder Daten von Patient*innen nicht für Familienmitglieder oder Mitbewohner*innen einsehbar sind. Zudem spielt im Homeoffice der Zugang zu digitalisiertem Material, auf das Therapeut*innen ortsunabhängig zugreifen können, eine wichtige Rolle. Werden viele analoge Materialien in der Videotherapie eingesetzt, kann es leichter sein, die Videotherapien direkt aus der Praxis durchzuführen, da diese Materialien im Regelfall dort lagern. Darüber hinaus ist im Homeoffice genauso wie bei Videotherapien aus der Praxis heraus, auf eine ausreichende technische Ausstattung zu achten. Videotherapien sollten dabei aufgrund des Datenschutzes von einem Arbeitsgerät aus durchgeführt werden.

Ankerzitate:

Und da sollte man mit ganz klaren Regeln ähm den Ort bestimmen, wo das stattfindet. Ob man das wirklich mitten in einem, ich sitze jetzt hier gerade bei mir im Esszimmer, hinter mir sehen Sie das Wohnzimmer. Ähm ich bin jetzt hier, wirklich mitten in der Wohnung. Und jeder, der jetzt reinkommt, bekommt sofort was MIT. Auch dafür muss man ja aufpassen, wenn man eine Videotherapie macht, dass das, wenn dann nur ein kleines Kind ist, was keine Daten weitergibt wie mein [Kind L8] ähm. Und sonst muss das einfach klar strukturiert sein, das denke ich, ist wichtig. (Interview L8, Pos. 86)

Ich bin dann doch irgendwann zurück in die Praxis, weil ich gesagt habe, ich will nicht immer das ganze Material hier hin, und dann muss ich es wieder zurückbringen. (Interview L2, Pos. 67)

Das ist sozusagen das Ritual geworden, um damit abzuschließen, dass der Arbeitstag jetzt vorbei ist. Weil zu Beginn ist mir schon recht schwergefallen, das zu trennen: Wie kann ich jetzt/? Ja, wie kann ich das voneinander trennen? Und da bin ich auch noch lange nicht fertig damit, ich glaube, das ist schon so der schwierigste Teil. (Interview L5, Pos.81)

9. Versorgung in Stadt und Land

Handlungsempfehlung:

Es ist in der Stadt und auf dem Land gleichermaßen möglich und erforderlich, Videotherapie zu implementieren.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

In den Interviews konnte kein Unterschied in der Nutzung von Videotherapie in städtischen und ländlichen Bereichen festgestellt werden. Dies zeigte sich in folgenden Punkten:

- Internetverbindung gleichermaßen ausbaufähig
- Spezialist*innen auf dem Land und in der Stadt bieten Videotherapie an
- Fahrtzeiten in der Stadt durch ein hohes Verkehrsaufkommen so hoch wie auf dem Land bei weiteren Entfernungen
- Fachkräftemangel: Auch in Berlin lange Wartezeiten auf Therapieplatz

Ankerzitate:

Die Netzstabilität ist für mich ein großes Problem gewesen. Ich bin extra hierher umgezogen, weil dies eins von zehn schönen Dörfern im Umkreis ist, in denen Videotherapie möglich ist. In den anderen Dörfern gibt es gar nicht die Leitungen, die eine Videotherapie ermöglichen. Da müsste man dann wirklich über Satellit oder so Internet ziehen und das ist mir dann auch zu umständlich. Aber, und da sehe ich ein großes aber, die Zukunft zeigt, dass die Netzstabilität ausgebaut wird, auch die Infrastruktur wird besser. Jetzt noch nicht gleichermaßen Stadt/Land, aber in ein paar Jahren hoffentlich. (Fokusgruppe L5, Pos. 67)

Auch in Berlin ist die Netzqualität unzuverlässig. Das ist schon mal passiert, das Bild bleibt stehen oder irgendwas. Ich glaub das ist ein Problem, das nicht nur auf dem Land passiert. Auch nach Rückmeldung aus dem Landesverband, manchmal klappt es, manchmal nicht. Sogar von Therapieraum zu Therapieraum variiert das. Wer weiß schon, woran das liegt. (Fokusgruppe K2, Pos. 69)

10. Netzausbau für stabile Internetverbindungen

Handlungsempfehlung:

Es bedarf eines verstärkten Netzausbaus, um eine stabile Internetverbindung standortunabhängig gewährleisten zu können.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

In den Interviews wurde deutlich, dass der Netzausbau in Deutschland an manchen Stellen bereits eine stabile Internetverbindung in der Videotherapie ermöglicht. Jedoch gab es sowohl in städtischen als auch in ländlichen Räumen Teilnehmende, deren Internetstabilität während der Therapien nicht immer gegeben war. Hier bedarf es in den kommenden Jahren einer Stabilität, die garantiert werden kann.

Ankerzitate:

Störungen habe ich selten, das klappt auch mit dem Internet ganz gut. (Interview L9, Pos. 52)

Also die Bandbreite, das funktioniert mit DEN Patienten hervorragend, die so wie ich mindestens hundert Mbit Glasfaserinternet haben. Alles, was da drunter liegt, die haben entweder immer wieder ein Standbild oder sehen mich verschwommen oder hören den Ton zwischen durch nicht gut. Und durch diese Mehrfachverschlüsselung brauchen wir da einfach eine viel stärkere Bandbreite. Und das muss verbessert werden. (Interview L1, Pos. 11)

Das ist aber wirklich-, das sind immer so Zeiten, wo wahrscheinlich viele Menschen ins Internet gehen und (Stadtname 1) Hinterhof vierter Stock. Das ist schwierig. (Interview A6, Pos. 18)

Die Netzstabilität ist für mich ein großes Problem gewesen. Ich bin extra hierher umgezogen, weil dies eins von zehn schönen Dörfern im Umkreis ist, in denen Videotherapie möglich ist. In den anderen Dörfern gibt es gar nicht die Leitungen, die eine Videotherapie ermöglichen. Da müsste man dann wirklich über Satellit oder so Internet ziehen und das ist mir dann auch zu umständlich. Aber, und da sehe ich ein großes aber, die Zukunft zeigt, dass die Netzstabilität ausgebaut wird, auch die Infrastruktur wird besser. (Fokusgruppe L5, Pos. 67)

Also dann haben wir sozusagen also ein strukturelles Problem, dass nicht jeder überall auch gerade in so Gegenden - Thüringen, südliches Thüringen, irgendwo nördlicher bayerischer Wald, wo es einfach beschissenes Netz da ist, und die würden gern, aber können nicht. Die haben einfach die Möglichkeit dann gar nicht, ja? Und dann liegt es irgendwie am Strukturausbau. (Fokusinterview KK1, Pos. 38)

11. Zertifizierung von Therapieplattformen

Handlungsempfehlung:

Bei der Zertifizierung sollten Therapieplattformen nicht nur hinsichtlich des Datenschutzes sondern auch hinsichtlich der für die logopädische Therapie notwendigen Funktionen geprüft werden. Diese sollten in der Übersicht der zertifizierten Plattformen klar erkennbar sein.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

In den Interviews wurde deutlich, dass für logopädische Videotherapien ein größerer Funktionsumfang benötigt wird, als dies bspw. bei einer ärztlichen Sprechstunde der Fall ist. Dies wird im Zertifizierungsverfahren aktuell noch nicht berücksichtigt. Hier werden hauptsächlich Aspekte des Datenschutzes und Grundfunktionen einer Videokonferenzsoftware (Video, Ton) beachtet. Für eine qualitativ hochwertige logopädische Therapie, in der Interaktion zwischen behandelnder und betroffener Person möglich sein muss und der Austausch sowie das gemeinsame Bearbeiten digitaler Materialien oft eine zentrale Rolle spielt, sind die bisher herangezogenen Kriterien nicht ausreichend. Das aktuelle Verfahren, sich als logopädische Therapieplattform zertifizieren zu lassen, wird daher als nicht ausreichend angesehen und bietet praktisch tätigen Logopäd*innen keinen Mehrwert bei der Suche nach einer geeigneten Therapieplattform. Dies sollte in kommenden Vertragsverhandlungen dringend berücksichtigt und angepasst werden. Kriterien, die von Seiten des VitaminB-Projektes als geeignet für eine Zertifizierung scheinen, werden in den Handlungsempfehlungen 8 und 12 genauer beschrieben.

Ankerzitate:

Das war schon irgendwie so ein Sprechstunden-Portal. Aber es war halt ziemlich holperig irgendwie. (Interview A3, Pos. 35)

Also bei Zoom wäre das ganz einfach. Nämlich die Möglichkeit, dass man seinen Bildschirm teilt. Beziehungsweise, dass eventuell jemand selbst was tippen kann. Bei RED Connect konnte ich den zwar teilen, aber dann konnte ich die Kinder nicht mehr sehen. (Interview L4, Pos. 41)

Also es hat/, erstens war es superkompliziert, sich da einzuloggen als Therapeut. Dann war es noch viel komplizierter, als Patient da reinzukommen, das hat ständig uns/, also entweder hat es uns rausgeworfen oder es hat dann gesagt: Ja, die E-Mail-Adresse existiert schon. Aber es hat uns nicht das Passwort ändern lassen. Also es war unglaublich nervig und kompliziert, da reinzukommen. [...] Also es ist einfach wirklich an der Technik ständig gescheitert. Wir haben das über mehrere Wochen immer mal wieder probiert, hat irgendwie überhaupt nicht funktioniert. Ja, deswegen haben wir uns dann relativ schnell dazu entschieden, das halt zu lassen. (Interview L6, Pos. 64)

V. Digitale Implikationen

Die digitalen Implikationen richten sich vor allem an Unternehmen, die Therapieplattformen oder (digitale) Therapiematerialien entwickeln und auf dem Markt anbieten.

Sie sind unterteilt in folgende Aspekte:

- Entwicklung von Therapieplattformen
- Digitales Material
- Cloudbasierte Plattform für digitale Materialien
- Unterstützung in der Techniknutzung

12. Entwicklung von Therapieplattformen

Handlungsempfehlung:

Es bedarf der nutzer*innenzentrierten Weiterentwicklung zertifizierter Therapieplattformen. Diese sollte neben den für die Zertifizierung bereits geforderten Aspekten nach folgenden Gesichtspunkten erfolgen:

Funktionen:

- Bildschirm teilen
- Bildschirm gemeinsam bearbeiten können (bspw. darauf schreiben, stempeln etc.)
- Mausfreigabe
- Whiteboard
- Video von Patient*in und Therapeut*in sollten während der Bildschirmteilung gut sichtbar sein
- Chatfunktion
- Möglichkeit zum Versenden von Dokumenten u. Ä.
- Reaktionsbuttons

Handhabbarkeit:

- Einfache Möglichkeit zum Einloggen, zum Versenden von Einwahldaten (wiederkehrend nutzbare Einwahldaten wünschenswert, wenn datenschutzrechtlich umsetzbar)
- Einfache, selbsterklärende Oberfläche
- Auf möglichst vielen Endgeräten/in möglichst vielen Browsern nutzbar
- Informationen und Support bereitstellen (siehe Handlungsempfehlung 15)

Bild-/Tonqualität:

- Stabile, flüssige Übertragung von Bild und Ton sicherstellen (bspw. durch ausreichende Serverkapazitäten)
- Nutzung mehrerer Kameras ermöglichen
- Individuelle Einstellung zur Rausregelung von Störgeräuschen, da ein zu hohes Rausregeln teilweise für die Logopädie wichtige Geräusche in der Stimm- und Artikulationstherapie herausfiltert

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

In den Interviews wurde deutlich, dass die zu diesem Zeitpunkt zertifizierten Therapieplattformen oft nicht ausreichend für eine qualitativ hochwertige logopädische Therapie waren. Die Teilnehmenden probierten verschiedenste Plattformen aus, berichteten jedoch übereinstimmend, dass sie diese meist als unzureichend für ihre Therapie empfanden. Verschiedenste Kritikpunkte, wie eine sehr instabile Verbindung oder zu wenig Funktionen wurden hier häufig genannt. Viele Teilnehmende wichen daher auf allgemein gebräuchliche Videokonferenzplattformen aus, da dies zum Zeitpunkt der Interviews noch nicht verboten war. Hier berichteten sie von technisch sehr gut umsetzbaren Videotherapien. Deutlich wurde, dass viele Programme ursprünglich für ärztliche Sprechstunden entwickelt wurden, in denen die reine Übertragung von Bild und Ton oft ausreichend ist. In der logopädischen Videotherapie hingegen muss es möglich sein, mit Patient*innen in Interaktion zu treten, indem digitale Materialien geteilt und miteinander genutzt werden können, die Kameraperspektiven bspw. durch mehrere Teilnehmende individuell einstellbar sind und die Programme zudem einfach handhabbar sind.

Ankerzitate:

Wir brauchen nicht mehr als das, was es schon gibt. Wir brauchen nur bei den Programmen, die es datenschutzkonform anbieten, die gleiche Qualität wie bei Microsoft Teams oder Zoom oder auch Facetime. Ähm selbst Skype hat eine bessere Qualität, wenn ich privat mit irgendwelchen Leuten skype, ja. Ähm also da müssen die Anbieter unbedingt nachziehen. (Interview L1, Pos. 11)

Also bei Zoom wäre das ganz einfach. Nämlich die Möglichkeit, dass man seinen Bildschirm teilt. Beziehungsweise, dass eventuell jemand selbst was tippen kann. Bei RED Connect konnte ich den zwar teilen, aber dann konnte ich die Kinder nicht mehr sehen. (Interview L4, Pos. 41)

13. Digitales Material

Handlungsempfehlung:

Es bedarf eines deutlichen Zuwachses an digitalen Spielen, Arbeitsblättern und weiteren Therapiematerialien.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

In der Präsenztherapie stehen Logopäd*innen eine Vielzahl an eigens für die Therapie entwickelten Spielen, Arbeitsblättern und weiteren Therapiematerialien zur Verfügung. Digitale Materialien werden von den gängigen logopädischen Verlagen aktuell (Stand 01.12.2022) nur in sehr geringem Maße angeboten und wurden von den Interviewten als nicht ausreichend erachtet. Viele Behandelnde scannen eine Vielzahl von Arbeitsblättern händisch ein, um diese in der Videotherapie nutzbar zu machen, was viele Ressourcen in den einzelnen Praxen bindet. Diese könnten sinnvoller genutzt werden, wenn es ein angemessenes Angebot an für alle Behandelnden zur Verfügung stehen digitalen Materialien gäbe, die bspw. die logopädischen Verlage zum käuflichen Erwerb bereitstellen.

Ankerzitate:

Gerade digitale Spiele, die zweiseitig nutzbar sind, da ist ein sehr großer Mangel. (Fokusgruppe L5, Pos. 3)

ich würde mir wünschen mein Material wäre besser angepasst (Interview L3, Pos. 136)

Ja, ich weiß nicht, ob Spiele oder so, ob man das mehr. Vielleicht ist das auch möglich und die Logopädin macht es nicht, aber Spiele, mehr interaktiv, vielleicht mit dem PC. Ja, nicht nur Blätter oder so, dass es wirklich vielleicht Sachen mit dem Computer stattfinden. (Interview A8, Pos. 198)

14. Cloubasierte Plattform für digitale Materialien

Handlungsempfehlung:

Auf Materialien für die Videotherapie sollte über eine cloubasierte Plattform zugegriffen werden können.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Für die Präsenztherapie besteht bereits die cloubasierte Plattform „madoo“, welche frei zugänglich ist und es praktisch tätigen Logopäd*innen ermöglicht, ihr selbst erstelltes Material dort hochzuladen und mit anderen zu teilen. Andere Logopäd*innen können diese Materialien mithilfe einer Stichwortsuche finden und für die eigene Nutzung herunterladen. In den Interviews wurde mehrmals der Wunsch geäußert, eine solche Plattform speziell für die Videotherapie zu haben, um spezifisch dafür erstelltes Material zu teilen, zu finden und Inspirationen für die eigenen Videotherapien zu bekommen. Dies könnte zu einer schnelleren Verbreitung von bereits vorhandenen Materialien führen und den Zeitaufwand für die Vor- und Nachbereitung von Videotherapien senken. Ein weiterer Wunsch war, dass einschlägige logopädische Verlage ihre aktuell bspw. in Form von Ordnern oder Arbeitsheften vorliegenden Materialien ebenfalls digital zur Verfügung stellen. Auch hier wäre eine cloubasierte Plattform eine denkbare Lösung, die von den Unternehmen in Betracht gezogen werden sollte.

Ankerzitate:

Ja, ich würde mir wie gesagt wünschen, dass es noch sehr viel mehr Material für den deutschsprachigen Raum geben würde, dass man unkompliziert nutzen kann. Ich würde mir eigentlich auch wünschen, was natürlich total cool wäre, wenn mehr Leute das machen würden auch langfristig und man quasi wie so eine Art „madoo“, aber für die digitale Therapie wirklich noch parallel hätte. Wie gesagt, im englischsprachigen Raum gibt es ja dieses Teachers pay Teachers, das funktioniert super, das ist total klasse. Oder auch Boom Cards, bei Boom Cards, Boom Learning, das ist ja auch eigentlich eine super tolle Ressource, gibt, glaube ich, vier Materialien insgesamt für den deutschsprachigen Raum (lacht) insgesamt überhaupt nur. (Interview L6, Pos. 148)

Dass sich vielleicht die ganzen logopädischen Hersteller, also ProLog oder Trialogo oder so, dann halt auch die Materialien online zur Verfügung stellen, dass es da eine Möglichkeit gibt, da auch drauf zu zugreifen. (Interview L7, Pos. 155)

so eine Cloud zu haben, und dann kannst du Sachen rüberschicken. So was finde ich an sich eigentlich ganz spannend, wenn so diese Materialien abrufbar wären. Also gerade so auch bei Kindersachen und so. Dass ist nicht dieses Kopieren, Raussuchen, Scannen, irgendwo abspeichern, dann eine E-Mail schreiben, dann gucken. (Interview L2, Pos. 33)

15. Unterstützung in der Technikenutzung

Handlungsempfehlung:

Ein technischer Support sowie die Bereitstellung von Anleitungen und/oder Erklärvideos seitens der Therapieplattformen ist wünschenswert.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Mithilfe von leicht verständlichen (ggf. bebilderten) Anleitungen sowie Erklärvideos könnte der Einstieg in die Videotherapie für Nutzende erleichtert werden. Ein bspw. per Telefon oder Chat erreichbarer technischer Support könnte zudem hilfreich sein, wenn im weiteren Verlauf technische Probleme auftauchen.

Ankerzitate:

...ginge es sozusagen mit einem IT-Support, [...] der den Leuten da technisch auch diese Barriere nimmt. Ne, die Frage ist ja, was ist denn die Barriere. Will ich es nicht anbieten, weil ich die technische Hürde nicht nehmen will? (Fokusinterview KK1, Pos. 68)

Dass Versicherte so etwas wie einen Beipackzettel haben/ also brauchen. Für eine digitale Anwendung. Ich kann mir gut vorstellen, dass das auch für Therapeuten gilt. Dass die so etwas wie einen Beipackzettel brauchen für die Videotherapie, um diese Hürden auch zu nehmen. (Fokusinterview KK1, Pos. 118)

Aber wie gesagt, am Anfang lange diese technischen Probleme. Und dass ich auch von L3 weiß, dass sie da recht wenig Hilfe hatte und Support irgendwie und dass das ganz schön schwierig war, da irgendwie reinzukommen. (Interview A3, Pos. 31)

VI. Praktische Implikationen

Die praktischen Implikationen richten sich an die direkten Akteur*innen in der Videotherapie, also an Therapeut*innen, Patient*innen und deren Angehörige. Hierbei werden sowohl Empfehlungen zur für die Videotherapie notwendigen Ausstattung gegeben als auch Themen aufgezeigt, die sich in der Videotherapie im Vergleich zur Präsenztherapie verändern und deshalb besonderer Beachtung bedürfen.

Die praktischen Implikationen sind unterteilt in folgende Aspekte:

- Auswahl einer Therapieplattform
- Technische Ausstattung bei Therapeut*innen
- Technische Ausstattung bei Patient*innen
- Gestaltung der Räumlichkeiten
- Umgang mit technischen Problemen
- Routinen und Gewohnheiten
- Austausch und Wissensgenerierung
- Therapeutische Beziehung
- Umsetzung von Videotherapie
 - Möglichkeiten der Materialnutzung
 - Informationskanäle
 - Weiterentwicklung der Rollen und Aufgaben in der Videotherapie

16. Auswahl einer Therapieplattform

Handlungsempfehlung:

Therapeut*innen sollten für sich reflektieren, welche Therapieplattform für ihre Arbeit am besten geeignet ist.

Dies kann anhand folgender Kriterien geschehen:

- Handelt es sich um eine für Videotherapie **zertifizierte Plattform**?
- Welche **Funktionen** der Plattform sind für die Therapie relevant (werden bspw. ein geteilter Bildschirm, ein Whiteboard, Chat etc. benötigt?) und sind diese vorhanden?
- Welche **technischen Anforderungen** gibt es bei der Therapieplattform? (z. B. Nutzung eines bestimmten Browsers, herunterladen einer App, auf welchen Geräten möglich, welche Internetbandbreite erforderlich)
- **Wie viele Nutzer*innen** sollen sich hinzuschalten können? (Reicht eine Plattform für zwei Teilnehmende oder werden mehr Nutzer*innen bspw. für eine Gruppentherapie, die Hospitation von Praktikant*innen oder für die Möglichkeit, mehrere Kameraperspektiven gleichzeitig zu zeigen benötigt?)
- Welche **Unterstützungsangebote** bietet die Plattform bei **technischen Schwierigkeiten**?
- Was **kostet** die Nutzung der Therapieplattform?

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Handlungsempfehlungen gibt es noch nicht eine oder mehrere Plattformen, die sich uneingeschränkt für die Nutzung in der logopädischen Therapie empfehlen lassen. Deshalb wurden bereits Empfehlungen an die Unternehmen, die Therapieplattformen entwickeln und jene Stellen, die für die Zertifizierung dieser zuständig sind, formuliert (siehe digitale und rechtliche Implikationen).

Für praktisch tätige Logopäd*innen ist es daher wichtig, zu reflektieren, welche individuellen Anforderungen an eine Plattform ihnen besonders wichtig sind. Zu beachten ist, dass seit dem 01.09.2022 nur noch Plattformen verwendet werden dürfen, die für Videotherapien zertifiziert wurden. Eine entsprechende Liste mit zertifizierten Anbietern findet sich auf den Seiten der KBV und der logopädischen Berufsverbände. In den Interviews wurde deutlich, dass die Zuverlässigkeit, die Handhabbarkeit sowie der Funktionsumfang einer Plattform eine wichtige Auswirkung auf die Zufriedenheit sowohl auf Therapeut*innen- als auch auf Patient*innenseite haben kann. Daher sollte das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Therapieplattformen gut abgewogen werden. Kostengünstigere Angebote können für einzelne Beratungen möglicherweise ausreichend sein, sind jedoch hinsichtlich ihres Funktionsumfangs häufig eingeschränkt und bieten deshalb in längerfristigen Therapien oft wenig Möglichkeiten bspw. zum Einsatz digitaler Materialien.

Ankerzitate:

Bei Sprechstunde Online sind wir bereits vor Steuern bei 39,90 Euro. Steuern sind das dann nachher irgendwie, glaube ich, 47 Euro, was jeden Monat von meinem Konto abgebucht wird. Dafür schlechte Bildqualität und äh keine gute Tonübertragung, muss ich sagen, echt verdammt teuer ja. Next Level ist dann Clickdoc. Ich guck mir Sprechstunde Online jetzt noch einen Monat an, wenn die das auf die Reihe kriegen, fein. Wenn sie es nicht auf die Reihe kriegen, dann muss ich nochmal 10 Euro hoch vor Steuern, das ist dann Clickdoc. Und bin gespannt, ob es bei denen besser läuft. Aber da sind wir bei 49,90 Euro vor Steuer ja. Es ist das Bildschirm teilen, es ist die Tonqualität in der Übertragung, es ist die Bildqualität. Ähm das ist es aber auch. Also in dem Moment, wo ich Bildschirm teilen kann, und eine gute Bildqualität

und eine gute Tonqualität habe, äh kann ich jede Art von logopädischer Therapie erstklassig ohne Qualitätsverlust online anbieten. (Interview L1, Pos. 11)

da nutze ich ziemlich wenig. Als es ist wirklich so, dass ich halt, das ist ja auch keine Bezahlfunktion, da könnte ich das auch alles nicht. Aber bei RED hätte ich ja dann die Möglichkeit gehabt irgendwie den Bildschirm zu teilen und solche Sachen. Das sind tatsächlich Sachen, die ich leider viel zu wenig nutze. Das liegt aber genau, einmal an meiner kostenfreien Version und daran, dass ich da im Moment so gut klarkomme. (Interview L3, Pos. 22)

17. Technische Ausstattung bei Therapeut*innen

Handlungsempfehlung:

Therapeut*innen sollten reflektieren, welche technische Ausstattung in Bezug auf die Kosten und den Nutzen für sie in der Videotherapie sinnvoll ist.

Hierbei sind folgende Aspekte besonders relevant:

- Möglichst ein eigenes Endgerät für jede*n Mitarbeiter*in (bestenfalls Laptop)
- Ein gutes Mikrofon sowie gute Lautsprecher, z. B. in Form eines Headsets
- Eine geeignete Kamera (im Endgerät integriert oder extern)
- Die telefonische Erreichbarkeit bei technischen Problemen sicherstellen
- Eine dauerhafte Lademöglichkeit oder anderweitige Sicherstellung eines vollständig geladenen Akkus

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

In den Interviews zeigte sich, dass Videotherapie grundsätzlich auch mit geringer technischer Ausstattung möglich ist, wenn entsprechende technische Mängel (bspw. schlechter Ton) durch andere Aspekte kompensiert werden können (bspw. durch Heranziehen von Angehörigen als Co-Therapeut*innen). Für eine dauerhafte Nutzung von Videotherapie ist jedoch ein gewisser Standard an technischer Ausstattung sinnvoll, der durch die oben beschriebenen Punkte orientierend zusammengefasst wird. Darüber hinaus berichteten einzelne Logopäd*innen von weiteren technischen Möglichkeiten (siehe Ankerzitate). So lässt sich mithilfe einer externen Kamera, die durch den Raum bewegt werden kann, ein größerer Bildausschnitt zeigen, in welchem bspw. Therapiematerial aufgebaut werden kann. Eine Logopädin machte zudem gute Erfahrungen mit einer grünen Filzwand im Hintergrund, an welche sie über die Greenscreen-Technologie Bilder, Videos, Spielfelder u. ä. projizieren konnte.

Welche Anschaffungen für die jeweilige ambulante Praxis sinnvoll sind, muss individuell reflektiert werden. Dies hängt auch davon ab, mit welchen Therapieansätzen vorrangig per Video gearbeitet wird und mit welchen digitalen Möglichkeiten abgesehen von Videotherapie genutzt werden (z. B. digitales Praxismanagement, Appeneinsatz in der Präsenztherapie).

Ankerzitate:

Ein Router, Laptop oder Computer, der, wie meiner jetzt hier vor meiner Nase ist, eine GUTE Kamera- und Mikrofonsituation anbietet. Das reicht eigentlich völlig aus. (Interview L8, Pos. 48)

Das heißt, man hat einfach hinter sich tatsächlich eine grüne Wand so, wie die Streamer im Netz das auch haben, und zwar haben wir eine grüne Filzwand. Wir haben uns einfach einen grünen Filz gekauft [...] Genau, und ich kann eben in den Hintergrund quasi auf den Greenscreen Sachen projizieren mit dieser Greenscreen-Technik, die man aus dem Film ja auch kennt. Und wenn ich zum Beispiel ein Spielfeld dran projiziere und ich habe ja einen Filz und dann habe ich mir halt kleine Spielfiguren gebastelt einfach mit Klett, dann kann ich die da dran packen, und die sind ja dann trotzdem zu sehen. Das heißt, wenn ich ein Spielfeld habe, kann ich tatsächlich mit meinen Figuren real hinter mir darauf rumlaufen. Und ich kann auch Sachen verschwinden lassen. Wir haben also noch aus diesem grünen Filz so Taschen gebastelt und können da Sachen reinstecken, dann verschwinden die. Da können wir so eine große Katze hinter mir dran projizieren und dann frisst die eben die Sachen und dann verschwinden die halt tatsächlich. Und das hat einen Riesenvorteil, haben wir gemerkt, weil die Kinder mich ja trotzdem sehen. Also es ist anders, als wenn ich einen Bildschirm teile und zum

Beispiel da diese Lautlokalisierung mache mit Anfang, Mitte, Ende. Da kann ich natürlich hier einen Zug im Bildschirm teilen und dann irgendwie mit meiner Maus da drauf rumklicken und: Na, wo hörst du es denn? Wenn ich aber gleichzeitig den Zug hinter mir habe und das Kind sieht mein Mundbild, ich kann zeigen und dann auch noch das Bild da dran tun an die richtige Stelle, hat das Kind eine ganz andere Interaktion. Also wir haben gemerkt, die Kinder sind viel aktiver dabei, weil sie mich einfach sehen und nicht nur einen starren Bildschirm, wenn ich da irgendetwas erkläre. Und ich kann mit dem Hintergrund interagieren, die Kinder finden das superwitzig. Ich kann mich irgendwohin beamen, also ich kann irgendwie an den Strand. Ich kann ein Video auch hinter mir einblenden, dann bin ich plötzlich am Strand und dann können wir über den Strand sprechen. Das finden die Kinder ganz spannend. Die fragen auch immer: Bist du jetzt wirklich am Strand? Wow. (Lacht) Die Kleinen, die finden das total spannend. (Interview L6, Pos. 40)

L7: Wir haben das alles in so einem Kabelkanal, damit das auch sicher ist und jetzt haben wir die Kamera aus diesem Kanal raus. Ich habe wirklich eine ganz lange, ich glaube, das sind bestimmt zwei Meter, lange Leitung und kann wirklich durch den ganzen Raum. Und das haben wir jetzt auch erst seit wenigen Wochen, weil wir gesagt haben, das hätten wir gerne. Wir konnten die immer so ein kleines Stück vom Bildschirm hoch und runter, wie so eine normale Kamera auch, und jetzt haben wir so eine ganz lange Schnur und die ist mit ein paar Haken am Schreibtisch befestigt. Aber wenn wir sie brauchen, können wir sie halt nehmen, genau.

I1: Okay. Wofür nutzen Sie das zum Beispiel?

L7: Wenn ich meinen Raum zum Beispiel zeige, wenn ich Bewegung mache, also bei vielen Kindern baue ich immer ein bisschen Bewegung mit ein. Aber auch wenn ich meinen Tisch zeige, also, wenn ich es auf das Stativ setze, dann reicht das nicht, wenn das nur so ein kurzes Kabel ist. Manchmal auch, wenn ich irgendwas an der Wand habe oder so, manchmal hänge ich auch was auf, das zeige ich dann. Genau, dann bin ich einfach flexibel. (Interview L7, Pos. 77-79)

18. Technische Ausstattung bei Patient*innen

Handlungsempfehlung:

Mit Patient*innen sollte individuell abgesprochen werden, welche Endgeräte und Hilfsmittel vorhanden sind und unter welchen Voraussetzungen damit eine qualitativ hochwertige Videotherapie gewährleistet werden kann.

Hierbei sind folgende Aspekte besonders relevant:

- Endgerät sollte Patient*innen während der Therapie uneingeschränkt zur Verfügung stehen
- Telefonische Erreichbarkeit während der Therapie für evtl. auftretende technische Probleme
- Möglichkeit, Arbeitsblätter u. Ä. auszudrucken
- Ein geeignetes Mikrofon sowie gute Lautsprecher, z. B. in Form eines Headsets
- Eine geeignete Kamera
- Eine dauerhafte Lademöglichkeit oder anderweitige Sicherstellung eines vollständig geladenen Akkus

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

In den Interviews zeigte sich, dass Videotherapie grundsätzlich auch mit geringer technischer Ausstattung möglich ist, wenn entsprechende technische Mängel (bspw. schlechter Ton) durch andere Aspekte kompensiert werden können (bspw. durch Angehörige als Co-Therapeut*innen). Wie entscheidend eine gute Kamera oder ein gutes Mikrofon für die einzelne Therapie sind, muss mit den Patient*innen individuell abgesprochen werden. So gibt es Therapien, bei denen ein genauer visueller Eindruck bspw. von bestimmten Muskelbewegungen sehr entscheidend ist oder Therapien, bei denen es wichtig ist, auch kleine Veränderungen in der Lautproduktion oder der Stimmnutzung hörbar zu machen. Andersherum gibt es Therapien, bei denen auch mit geringerer Bild- und/oder Tonqualität eine Erreichung des Therapieziels möglich ist. Die Patient*innen sollten darüber aufgeklärt werden, welche Auswirkungen eingeschränkte technische Möglichkeiten auf die individuellen Therapieziele haben kann, um gemeinsam abwägen zu können, ob die Anschaffung einer höherwertigen Technik oder ein Wechsel in die Präsenztherapie nötig sein können. Auch auf Patient*innenseite gibt es neben den oben genannten technischen Aspekten noch weitere Ausstattungsmöglichkeiten. Genannt wurde hier bspw. ein Stift beim Tablet oder eine Dokumentenkamera, womit eine schnelle Übertragung von handschriftlichen Notizen und Eintragungen während der Therapie an die Therapeut*in ermöglicht werden könnte.

Ankerzitate:

Viele Patienten verwenden Laptops mit relativ alten Kameras oder Mikrofonen. Da sehe ich dann oft, dass die Bilder sehr verwaschen übertragen werden oder dass das Mikrofon sehr zielgerichtet aufnimmt, also, wenn ich jetzt zum Beispiel mich wegdrehe und spreche, dass das Laptop-Mikrofon, das dann schon nicht mehr erkennt. (...) Ja, in den Fällen aber empfehle ich dem Patient, eine Webcam zu besorgen. Die meisten machen das auch, die Teile kosten ja auch so 40, 50 Euro heutzutage, ist also völlig erschwinglich. (Interview L5, Pos. 98)

Ja, ja, gut, so aber es ist natürlich unterschiedlich die Ausstattung dort [bei Patient*innen], aber das scheint nicht so entscheidend zu sein. Entscheidend ist meine Ausstattung ja, dass es bei mir wirklich gute Qualität hat, ja. (Interview L11, Pos. 20)

Und da wäre es natürlich cool, wenn das Kind auch so ein interaktives, dass man so ein iPad hätte, wo man auch darauf schreiben kann. Also dass man dann, ja dass das halt auch direkt übertragen wird, zum Beispiel. Weil P3 kann nicht tippen richtig oder das hat sie einfach noch nicht richtig gelernt oder kann halt einfach mit dem Medium noch nicht so umgehen, wie wir das halt könnten. Und ich glaube, wenn sie halt so ein/, es gibt ja schon diese Tablets, wo man darauf schreiben kann, wo das direkt auf den Rechner geht, wenn man sowas natürlich hätte, würde es viel interaktiver irgendwie machen. Klar und das glaube ich so ein bisschen, das wäre für P3 auch das ultimativ coolste, wenn es sowas gäbe, irgendwie. (Interview A3, Pos. 293)

19. Gestaltung der Räumlichkeiten

Handlungsempfehlung:

Neben der technischen Ausstattung sollten die räumlichen Gegebenheiten in der Videotherapie unter folgenden Gesichtspunkten reflektiert werden:

- Gibt es eine gute Lichtquelle?
- Kann eine ergonomische Haltung während der Therapie gewährleistet werden?
- Welcher Ausschnitt des Raumes und des Körpers kann mit der Kamerapositionierung gesehen werden?
- Wie können Störgeräusche oder andere Störfaktoren minimiert werden, um eine ruhige Umgebung zu schaffen?

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Die Räumlichkeiten sind während der Videotherapie nicht zu vernachlässigen. So sorgt eine gute Lichtquelle neben einer guten Kamera dafür, dass ein möglichst präziser visueller Eindruck entstehen kann. Für eine ergonomische Haltung kann bspw. durch höhenverstellbares Mobiliar oder Stative für Kameras und Notebooks gesorgt werden.

Bei der Positionierung der Kamera sollte bspw. bedacht werden, ob es in der Therapie notwendig ist, den gesamten Körper der Beteiligten bei bestimmten Übungen zu sehen. Dafür sollte es vor dem Endgerät ausreichend Platz geben, um zurückzutreten und dadurch eine Ganzkörperansicht zu ermöglichen. Relevante Störgeräusche oder Störfaktoren können bspw. durch technische Geräte oder durch andere Personen verursacht werden. Hier sollte mit Patient*innen und Angehörigen kommuniziert werden, dass der Raum, in dem die Videotherapie stattfindet, möglichst ungestört genutzt werden kann.

Ankerzitate:

Ja und am Anfang so ein bisschen dieses, wie sitzt man, dass das Licht günstig ist, dass man sich wirklich gut sehen kann, dass man besonders Mund und Gesicht gut sehen kann ähm. Ja und das hat man so mit dem Patienten, mit dem die Therapie stattfand, dann kurz mal ausgeblendet oder am Ton noch mal was verstellt. Und dann ging das eigentlich ganz gut. (Interview L10, Pos. 15)

Was dann ziemlich schnell dazukam, war einmal Hardwaremäßig wurden wir alle ausgestattet mit so einem kleinen Ständer, sodass man das Notebook so hochstellen kann und dann auch ergonomischer eben ein bisschen besser (Interview L9, Pos. 12)

20. Umgang mit technischen Problemen

Handlungsempfehlung:

Es empfiehlt sich, insbesondere in den ersten Stunden einer videotherapeutischen Behandlung genug Zeit für eventuelle Störungen einzuplanen und sich im weiteren Verlauf Strategien für den Umgang mit technischen Störungen anzueignen.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Technische Probleme traten in unterschiedlicher Intensität bei den Anwender*innen immer wieder auf. Folgende Strategien beschrieben die Interviewpartner*innen in diesem Zusammenhang als hilfreich:

- Wechsel des Endgeräts, des Programms, des Browsers oder der Sitzung
- Neustart des Programms, der Sitzung oder des Endgeräts
- Kombination mehrerer Endgeräte (z. B. Handy/Telefon für Ton plus PC für Bild)
- Raumwechsel → Wo in der Wohnung/Praxis ist der Internetempfang am besten?
- Kolleg*innen oder Angehörige um Rat fragen
- Technischen Support der Therapieplattform kontaktieren
- Bei dauerhaft schlechter Verbindung: ggf. Wechsel des Internetanbieters oder des Programms

Technische Probleme können vor allem dann vermehrt auftreten, wenn die Anwender*innen noch nicht vertraut mit dem Medium der Videotherapie sind. Es zeigte sich jedoch in den Interviews, dass technische Störungen nicht unbedingt ein Grund dafür waren, dass Videotherapie abgebrochen wird. Mit Geduld, ggf. Hilfe von außen und der Aneignung von Routinen lassen sich die meisten Probleme mit der Zeit leichter beheben.

Ankerzitate:

Aber das hat sich jetzt langsam so alles eingeepegelt. Ich warne aber inzwischen auch die Eltern schon vor, dass ich sage: Die erste Stunde gucken wir in Ruhe, dass wir alles einrichten und dass wir alles schauen, dass alles geht. Die Zeit muss man sich nehmen, sonst funktioniert es nicht (Interview L6, Pos. 36)

Wir hatten auch schon mal so eine Störung, mittendrin, dass dann Standbild da war, eingefroren über zwei Minuten. Aber auch das haben wir dann wieder hinbekommen. Und das Gute ist, sie [die Patientin] kann das Gespräch selber einstellen und annehmen. Das heißt, habe ich auch wieder aufgelegt und dann noch mal wieder angerufen. Dann ist sie ja drangegangen und das dann wir konnten weitermachen. (Interview L9, Pos. 94)

21. Routinen und Gewohnheiten

Handlungsempfehlung:

Es ist zu empfehlen, sich angeeignete Gewohnheiten und Routinen in der Videotherapie bewusst zu machen und sie zu etablieren, um Abläufe zu vereinheitlichen und für sich zu vereinfachen

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Je mehr Erfahrungen mit Videotherapie gemacht werden, desto mehr Gewohnheiten und Routinen stellen sich ein. Diese kann es auf unterschiedlichen Ebenen in der Videotherapie geben. Dazu zählen organisatorische Aspekte (z. B. „Wann verschicke ich die Einwahldaten?“), methodische Aspekte (z. B. „Wie setze ich Therapieinhalte in der Videotherapie um?“) und technische Aspekte (z. B. „Welche Audio- und Videoeinstellungen gibt es?“).

Ankerzitate:

Ich wusste ja am Anfang gar nicht, wie mache ich das denn? Wie mache ich Hörübungen? Wie kann ich das Kind auf der anderen Seite mit der Konzentration bei mir behalten? [...] Also ich hatte keine Ahnung, wie ich das machen sollte. Und dann gab es einfach, habe ich gemerkt, ah, diese Spiele funktionieren. (Interview L2, Pos. 45)

Also man muss schon immer wieder irgendwie Zeit investieren. Was einscannen. Was kopieren. Was rüberschicken. Das sind, ja, Routinen, die sich dann schon entwickelt haben. Man ist recht schnell im, ah, okay, ich schicke das über die und die E-Mail. Gleich noch Anhänge dazu. Und weg ist es. Therapie vorbereitet. (Interview L4, Pos. 33)

22. Austausch und Wissensgenerierung

Handlungsempfehlung:

Wissen zur Videotherapie kann neben Aus-, Fort- und Weiterbildung durch den Austausch im eigenen Team, in Online-Foren, auf Kongressen sowie durch Eigenrecherche im nationalen und internationalen Raum generiert werden.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Die in VitaminB befragten Therapeut*innen hatten, als sie mit Videotherapie angefangen haben, häufig kein Vorwissen aus der Aus-, Fort- und Weiterbildung, da die Videotherapie in der Logopädie in Deutschland vor Beginn der Coronapandemie für Kassenpatient*innen nicht erlaubt war. Aus diesem Grund war auch das Angebot an Fort- und Weiterbildungen sehr gering, da es kaum Logopäd*innen gab, die Wissen in diesem Rahmen weitergeben konnten. Insbesondere dadurch erhielt der Austausch untereinander sowie die Recherche bspw. auf den Seiten der Berufsverbände oder im englischsprachigen Raum, in dem Videotherapie zum Teil schon länger verbreitet war, eine hohe Bedeutung für die Wissensgenerierung zum Thema Videotherapie.

Ankerzitate:

Und habe mir da vom Verband auch alle Informationen, die es gab, geholt. (Interview L4, Pos. 19)

Also einmal der Austausch vor allem mit Kollegen, die es schon viel gemacht hatten. Also wir haben zwei Kollegen, die schon viel videotherapiert haben, letztes Jahr. Und da habe ich einfach mich mit denen kurz ausgetauscht, wie die das so gestalten, was man so machen kann. Wir hatten auch einen kurzen Workshop von unserem Arbeitgeber, wo uns ein Kollege aus (Stadtname), der schon viel videotherapiert, also der hauptsächlich nur videotherapiert, einen Überblick gegeben hat, was so technisch möglich ist erstmal. Und dann habe ich einfach auch viel selber recherchiert. Wir hatten hier im Moment zum Glück noch die Zeit, weil wir noch nicht so viele Patienten hatten am Anfang, weil die Praxis ja neu ist, und da habe ich auch einfach sehr viel tatsächlich selber nachgelesen, viel YouTube interessanterweise. Auf YouTube gibt es sehr viele sehr gute Beispiele, allerdings eher aus dem englischsprachigen Raum. (Interview L6, Pos. 18)

Deshalb braucht es halt diesen Austausch. Also wer hat was entwickelt. (Fokusinterview KK1, Pos. 76)

23. Therapeutische Beziehung

Handlungsempfehlung:

Es sollen die individuellen Bedürfnisse, ob der Präsenz- oder Onlinekontakt für die Beziehungsgestaltung und insbesondere den Beziehungsaufbau präferiert wird, berücksichtigt werden.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Es wurde kein Unterschied in der Beziehungsqualität zwischen Präsenz- und Onlinetherapien erlebt. Sowohl der Beziehungsaufbau als auch das Halten einer guten Beziehung von Therapeut*innen und Patient*innen sowie den Angehörigen sind über das Medium Video grundsätzlich möglich.

Insgesamt schrieben die Interviewten einer guten Beziehung einen sehr hohen Stellenwert zu. Teilweise vermuteten die Teilnehmenden, dass ein Beziehungsaufbau per Video schwieriger sei, diese Vermutung konnte jedoch in keiner Trias tatsächlich bestätigt werden. Trotzdem wurde der Erstkontakt in Präsenz von vielen Teilnehmenden, unter anderem für den Beziehungsaufbau, als Goldstandard gesehen.

Ankerzitate:

Ich finde die Digitalisierung toll und Videotherapie auch, bin ja ein absoluter Fan. Bin aber trotzdem der Meinung, dass man die Anfangstermine schon in Präsenz braucht. Ich brauche Vertrauen zu meinem Logopäden und die Chemie muss stimmen, ich glaube die kann ich nicht am Bildschirm feststellen, die ersten zwei, drei Sitzungen. Da muss ich mit dem im Raum sein, um zu spüren, ob da was ist, ob ich mich da öffnen kann. Weil ein Patient, der sich seinem Logopäden nicht öffnet, das funktioniert so nicht, egal wie das Krankheitsbild aussieht. (Fokusgruppe P1, Pos. 58)

Das Vertrauen aufbauen ist eigentlich über Bildschirm auch möglich, man muss offen miteinander umgehen, das ist eine Voraussetzung. Und da ich ein offener Mensch bin, fällt mir das eigentlich auch nicht schwer. Und ich frage gleich und sage auch gleich, dass ich so rede, wie ich denke und meistens hats so auch funktioniert, also bei den Logopäden. Also der Funke springt dann schon über, man muss da nicht unbedingt im selben Raum sitzen. (Fokusgruppe P10, Pos. 60)

24. Umsetzung von Videotherapie

Nachfolgend werden drei Empfehlungen zur Sicherung der Qualität in der logopädischen Videotherapie gegeben, die in einem Schaubild (vgl. Abbildung 2) dargestellt werden. Hiermit wird aufgezeigt, welche Aspekte sich in der Umsetzung im Vergleich zur Präsenztherapie verändern bzw. auf welche Aspekte besonders geachtet werden soll.

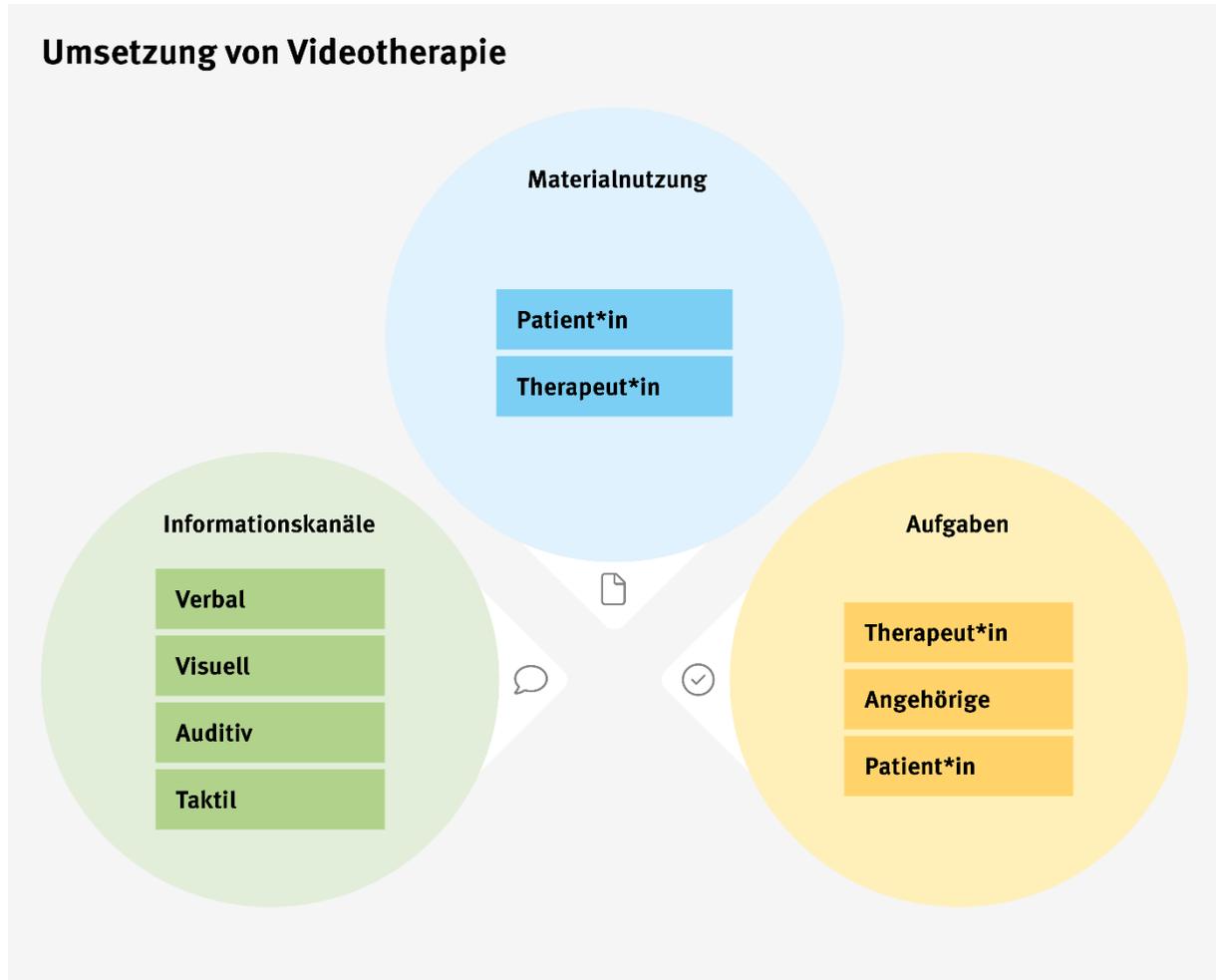


Abbildung 2 Umsetzung von Videotherapie

24.1 Möglichkeiten der Materialnutzung

Handlungsempfehlung:

Bezüglich der Materialnutzung soll reflektiert werden, wo sich das Material in der Therapie befindet, wie es dorthin kommt, wie es präsentiert wird und welche Möglichkeiten der Umsetzung von Therapieinhalten sich dadurch ergeben.

Je vielfältiger das vorhandene Material und die damit einhergehenden Möglichkeiten der Materialnutzung sind, desto größer werden die methodische und inhaltliche Flexibilität in der Therapie.

Materialnutzung 📄

Patient*in	Therapeut*in
Von Therapeut*in erhalten	Digitale Materialpräsentation
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 5px;">Per Post</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 5px;">Per E-Mail</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 5px;">Via Bildschirm teilen</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 5px;">Via Greenscreen</div> </div>
Bei Patient*in vorhanden	Analoge Materialpräsentation
Für Therapie gekauft	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 5px;">Über Kamera zeigen</div> <div style="font-size: 0.8em; margin-top: 5px;"> ⓘ Bewegliche Kameras erleichtern die analoge Materialpräsentation </div>

!

Die methodische und inhaltliche Flexibilität hängt mit der Verfügbarkeit von Materialien zusammen.

Abbildung 3 Möglichkeiten der Materialnutzung

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

In der Materialnutzung kann zunächst der Ort unterschieden werden, an dem sich das Material befindet, welches in der Therapie genutzt wird. Dies kann entweder analog bei den Patient*innen, analog bei der Therapeut*in oder digital vorhanden sein. Patient*innen können Material per Post oder digital von Therapeut*innen erhalten. Dies muss vor der Therapie organisiert werden. Darüber hinaus kann Material genutzt werden, was die Patient*innen bereits besitzen oder was diese sich für die Videotherapie anschaffen. Auch hier sollte im Vorhinein besprochen werden, welches Material vorhanden ist oder angeschafft werden soll, sodass der*die Therapeut*in das Vorgehen an das vorhandene Material anpassen kann. Befindet sich das analoge Material bei den Therapeut*innen, können diese das Material über die Kamera präsentieren. Von Vorteil sind eine bewegliche oder sogar mehrere Kameras, sodass bspw. eine Kamera das Material und eine Kamera zeitgleich die Therapeut*in zeigen kann. Dies ist jedoch nur möglich, wenn die Videokonferenzplattform die Teilnahme von mehr als zwei Teilnehmenden ermöglicht, sodass der*die Therapeut*in sich doppelt einloggen kann. Steht nur eine Kamera zur Verfügung, muss bedacht werden, dass der*die Therapeut*in während der Materialpräsentation möglicherweise nicht sichtbar ist. Zudem empfanden es die interviewten Therapeut*innen als hilfreich, das für die Videotherapie benötigte analoge Material vor der Therapie griffbereit zu positionieren, da die Hemmschwelle, während der Therapie den

Bildschirm zu verlassen, um weitere Materialien zu holen, oft hoch war. Die vorherige Bereitlegung verringerte jedoch die Flexibilität in der Therapie und führte zudem zu einem erhöhten Vorbereitungsaufwand.

Eine dritte Möglichkeit besteht darin, das Material digital zu zeigen. Hierbei kann entweder selbst digitalisiertes oder, sofern vorhanden, bereits digital verfügbares Material verwendet werden. Dieses kann, je nach technischen Möglichkeiten, über einen geteilten Bildschirm oder per Greenscreen für die Patient*innen sichtbar gemacht werden. Zudem gab es bei einigen Softwares die Möglichkeit, den Bildschirm gemeinsam zu bearbeiten, sodass bspw. digitale Spiele gemeinsam gespielt oder Arbeitsblätter gemeinsam ausgefüllt werden konnten.

Ankerzitate:

Und am Anfang ja habe ich so, mit so Kärtchen dann gezeigt, was wir jetzt als Nächstes machen müssen, wenn es um eine Abspannübung geht. [...] Man sieht jetzt am Staub, dass sie schon lange gar nicht mehr verwendet worden ist. Weil ich dann irgendwann umgestellt hat auf Bildschirmteilen und da drüber Patienten sehr schnell kommunizieren konnte, äh was wir, was wir als Nächstes für eine Übung machen. Ähm also entweder vormachen oder wirklich, wenn die das Schriftbild gebraucht haben, dann über Bildschirmteilen Schriftbild gezeigt. (Interview L1, Pos. 7)

Und wie ist die Box zu Ihnen gekommen? Also haben Sie die selber gekauft oder haben Sie die-?

A8: Nein, die hat mir die Logopädin per Post geschickt. (Interview A8, Pos. 97-98)

24.2 Informationskanäle

Handlungsempfehlung:

Es ist zu prüfen, welche Informationskanäle (visuell, auditiv, taktil, verbal) für die individuelle Therapie relevant sind und wie sich diese mit den jeweiligen Gegebenheiten in der Videotherapie umsetzen lassen.

Fehlende visuelle, auditive und taktile Informationen oder Reize können durch Patient*innen selbst oder Angehörige als Co-Therapeut*innen gesetzt bzw. rückgemeldet werden.

Informationskanäle 💬

Verbal	Visuell	Auditiv	Taktil
Verbale Anleitung notwendig	Bildqualität entscheidend	Mikrofonqualität entscheidend	Reizsetzung nur durch Angehörige und Patient*in möglich
Verbale Rückmeldung wichtig	Bildausschnitt und Kameraeinstellung prüfen	Lautsprecherqualität entscheidend	Taktile Kontrolle nur durch Angehörige und Patient*in möglich
	Eigenes Video ermöglicht visuelle Eigenkontrolle	Filtereinstellung der Störgeräusche überprüfen	
	Veränderten Blickkontakt bewusst machen		

 Der verbale Informationskanal erhält in der Videotherapie einen besonders hohen Stellenwert. Fehlende visuelle, auditive und taktile Informationen oder Reize können durch Patient*innen selbst oder Angehörige als Co-Therapeut*innen nach verbaler Anleitung gesetzt bzw. rückgemeldet werden.

Abbildung 4 Informationskanäle

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Über diese vier Kanäle werden Informationen zwischen Therapeut*innen und Patient*innen gesendet und wahrgenommen. In der Videotherapie gewinnt der verbale Informationskanal häufig einen besonders hohen Stellenwert, da Anleitungen und Rückmeldungen zu Übungen oder anderen Inhalten häufig vorrangig verbal erfolgen und zum Teil die auf den anderen Kanälen ggf. fehlenden Informationen ausgleichen können. Die visuellen und auditiven Informationen sind vor allem von der technischen Ausstattung von Therapeut*innen und Patient*innen (Kamera, Mikrofon, Lautsprecher, verwendete Software) abhängig. Darüber hinaus spielen die Kamera- und Mikrofonpositionierung sowie der Lichteinfall eine Rolle. Bzgl. der Kamerapositionierung sollte bedacht werden, welcher Bildausschnitt für die Therapie relevant ist (z. B. detailliertes Mundbild, Ganzkörperansicht, Oberkörperansicht) und ob sich die Kameraposition bzw. die Position der Personen vor der Kamera dahingehend verändern lässt. Zudem sollte allen Beteiligten bewusstgemacht werden, dass bestimmte Veränderungen in der eigenen Haltung oder der Kameraposition dazu führen können, dass sie selbst nicht mehr gesehen wer-

den. Eine Besonderheit im visuellen Informationskanal kann in der Videotherapie darin bestehen, dass das eigene Video die ganze Stunde über als permanenter Spiegel dient. Dieser Umstand kann ggf. in die Umsetzung von Methoden mit einfließen. Auch der Blickkontakt sollte bedacht werden. Der direkte Blickkontakt ist in der Videotherapie erschwert, da der Blick in die Kamera gerichtet werden muss, damit das Gegenüber sich direkt angeschaut fühlt. Wenn der Blick auf die Videokachel des Gesprächspartners*der Gesprächspartner*in gerichtet ist, wird dies hingegen ggf. nicht als direkter Blickkontakt wahrgenommen. Der taktile Informationskanal zwischen Therapeut*innen und Patient*innen fällt in der Videotherapie weg. Taktile Reize und Kontrollen können entweder durch die Patient*innen selbst oder durch Angehörige Personen erfolgen. Der*die Therapeut*in nutzt dabei den verbalen und ggf. den visuellen Informationskanal, um Bewegungen und Handgriffe anzuleiten und Feedback dazu einzuholen.

Ankerzitate:

die erste Videotherapiestunde war spannend, weil wir uns ja erst annähern mussten wie das Ganze funktioniert und das was Anderes ist auf Anleitungen im eigenen Gesicht zu agieren. (.) Von daher. Aber es war gut, vor allem ich mache ja die Übungen auch so täglich oder meistens täglich und von daher wusste ich schon ein bisschen was zu tun ist, aber unter der Anleitung von der L1 war es dann (.) ja perfekter. (Interview P1, Pos. 13)

Viele Fehler in Sachen der Tonqualität, der Spracherkennung. Also ich verwende jetzt hier zum Beispiel, ja, das Headset mit dem Mikrofon, ich verwende aber auch gerne mal das Mikrofon von der Kamera als Ruummikrofon. Und man sollte sich immer bewusst sein, finde ich, dass viele Laute, wenn man sie jetzt einzeln ausspricht, von Zoom oder dergleichen gar nicht erkannt werden als Sprachlaute. Und das muss man dann in die Therapie mit einbinden. (Interview L5, Pos. 29)

I2: Fallen dir noch mehr Sachen ein, die vielleicht noch verbessert werden könnten an so einer Videotherapie?

P8: Also, an der Videotherapie, verbessern könnte man da eigentlich die Lautstärke. Aber das könnte man ja auch eigentlich, weißt, wäre halt cool, wenn man das nicht, weil ganz oft bei der L8 höre ich sie nicht wirklich gut. Dass man halt verlautern könnte. Aber das kann man halt irgendwie nicht, keine Ahnung, das geht irgendwie bei uns nicht wirklich.

I2: Mhm. Müsste es denn nur lauter sein, oder müsste es auch deutlicher sein?

P8: Es müsste deutlicher und lauter sein. Weil manchmal sagt sie halt so eigentlich ganz deutlich, glaube ich. Also man hört es ganz deutlich, wenn man präsent wäre. Aber so hört man es glaube ich nicht wirklich richtig gut. Zum Beispiel, wenn sie isst, sagt, iss hört man da. (Interview P8, Pos. 187-190)

24.3 Weiterentwicklung der Rollen und Aufgaben in der Videotherapie

Handlungsempfehlung:

Im Setting Videotherapie müssen die Beteiligten gemeinsam festlegen, wer welche Verantwortlichkeit in der Therapie hat und welche Aufgaben sich für die Beteiligten daraus ableiten.

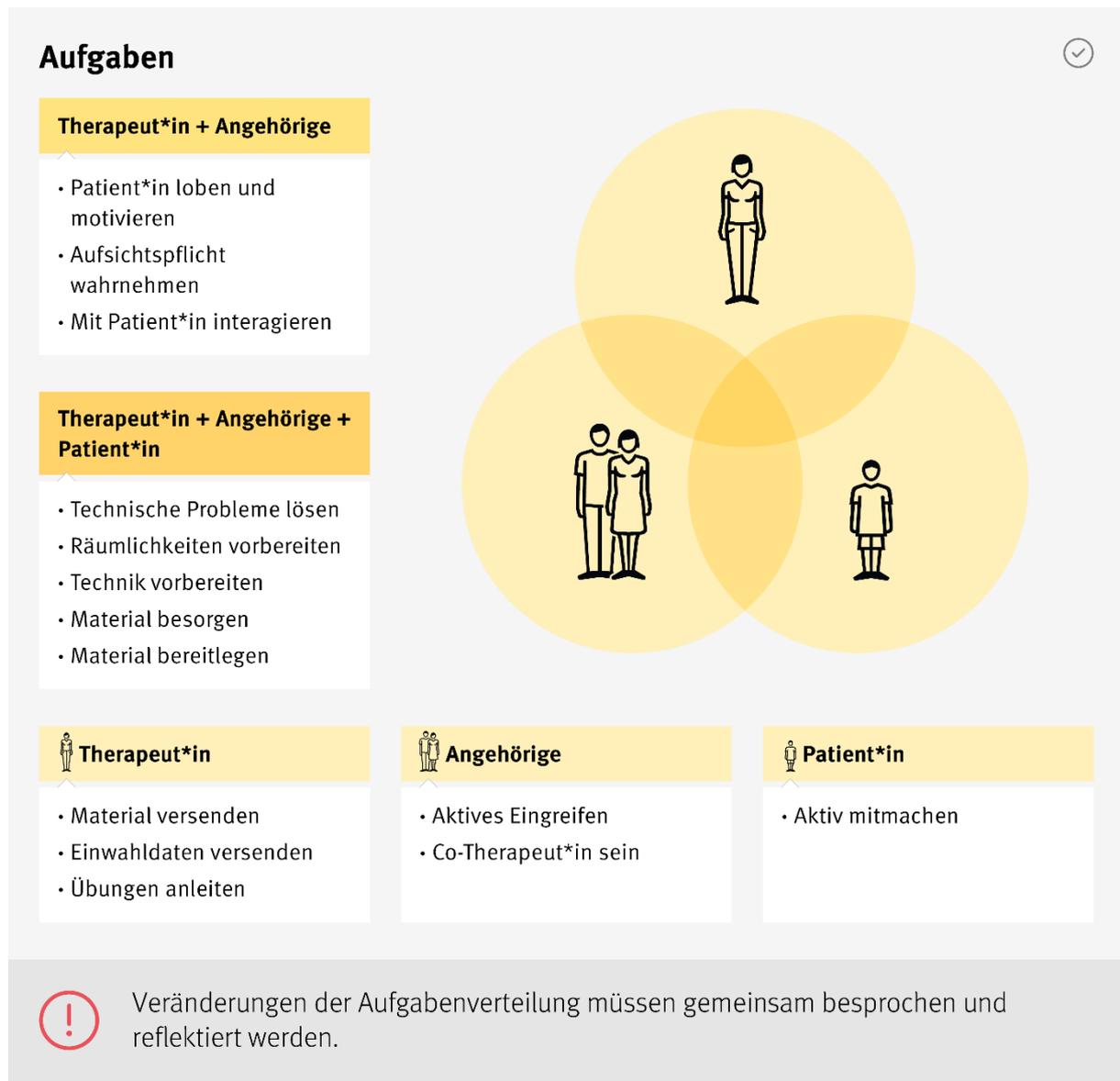


Abbildung 5 Aufgaben in der Videotherapie

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

In der Videotherapie zeigt sich eine Weiterentwicklung der Rollen der Logopäd*innen, Patient*innen und Angehörigen in Bezug auf die Verantwortungsübernahme. Es entstehen neue Erwartungen an die verschiedenen Rollen, die mit einer neuen Verteilung bestehender Aufgaben und die Übernahme neuer Aufgaben in der Therapie einhergeht.

Insbesondere bei Patient*innen, die schwer beeinträchtigt sind und bei Kindern soll eine angehörige Person während der Videotherapie in der Nähe sein und schnell tätig werden können. Dabei ist besonders zu beachten, dass die Aufsichtspflicht durch die Logopäd*innen nicht vollständig gewährleistet werden kann. Es bedarf einer individuellen Absprache, wie die Aufsicht

durch Angehörige und Logopäd*innen gemeinsam gewährleistet werden kann. Es wird deutlich, dass die Logopäd*innen einige Aufgaben, die sie in der Präsenztherapie allein übernehmen, aufgrund der physischen Distanz in der Videotherapie zum Teil an Angehörige oder die Patient*innen vollständig oder Teile der Aufgabe abgeben. Hierzu zählt bspw. das Bereitlegen von Materialien.

Für die Gewährleistung der Qualität der Videotherapie muss die Aufteilung der Aufgaben kommuniziert und im weiteren Verlauf regelmäßig reflektiert und ggf. angepasst werden. Eine Auflistung der Aufgaben zeigt Abbildung 5.

Ankerzitate:

Zum Anfang war es natürlich eine Herausforderung, einmal dieses Setting, dass man den Patienten, die Patientin nicht leibhaftig sieht und gerade mit Kindern, dass man sie eben nicht mit der schieren Präsenz einfangen kann, sondern dass sie mehr oder weniger machen können, was sie wollen, auf der anderen Seite und es schwierig ist, da zu intervenieren. Beziehungsweise war es auch ungewohnt, dass natürlich zum Teil auch dann die Eltern die Kinder auf dem Schoss hatten und mit denen man plötzlich so eine Dreierkonstellation hatte. (Interview L9, Pos. 10)

A6: Mmh. [...] am Anfang [...] habe ich L6s Rolle bei ähm Spielen mit Würfeln übernommen. Ich glaube, das war noch vor Zoom. Das kann gar nicht anders sein, weil, glaub ich, L6 mittlerweile alles, wo zwei Menschen miteinander spielen und würfeln und Bewegungen, also ähm ähm, na Spielsteine bewegen, das schon alles integriert hat da bei sich auf ihrem Greenscreen. Und das habe ich vorher übernommen. Also ich habe für L6 gewürfelt, habe gesagt, welche Zahl ich gewürfelt habe und hab ihre Spielsteine bewegt. Genau, das war so meine Aufgabe. Das ist ja jetzt quasi fast weggefallen.

I2: Ja. Und jetzt in den Stunden, gibt es da noch was, was Sie übernehmen?

A6: Mhm. Also so direkt die Therapie, was übernehmen. Ich muss kurz überlegen. Nein außer zuarbeiten nein. Aber direkt eine Rolle in der Therapie habe ich eigentlich gar nicht, nein. (Interview A6, Pos. 56-58)

VII. Zusatznutzen einer implementierten Videotherapie

In den Interviews wurden bestehende Barrieren und Förderfaktoren im Zusammenhang mit Videotherapie identifiziert. Lösungen für bestehende Barrieren (bspw. ein unzureichendes Angebot an qualitativ hochwertigen Therapieplattformen oder digitalen Materialien) wurden in den vorherigen Kapiteln in Form von Handlungsempfehlungen vermittelt. Darüber hinaus konnten in den Interviews jedoch auch einige Förderfaktoren identifiziert werden. Diese Förderfaktoren werden als Zusatznutzen verstanden, den Nutzer*innen von Videotherapie gegenüber Nutzer*innen einer Präsenztherapie haben können. Im nachfolgenden Kapitel soll daher aufgezeigt werden, welchen Zusatznutzen die Implementierung und Nutzung von Videotherapie sowohl für die einzelnen Patient*innen und deren Angehörigen als auch für die Gesundheitsversorgung insgesamt bieten kann.

Dabei wird auf folgende Aspekte eingegangen:

- Einblicke
- Zugang zu Spezialist*innen
- Wartezeiten verkürzen
- Terminliche Flexibilität
- Gesundheitsschutz
- Entlastungen durch Videotherapie

25. Einblicke

Zusatznutzen:

Videotherapie bietet das Potenzial, dass Angehörige einen besseren Einblick in die Therapie und Therapeut*innen einen Einblick ins häusliche Umfeld der Patient*innen erhalten.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

In der Praxis bringen die Angehörigen die Patient*innen zwar zum Teil zur Therapie und holen sie wieder ab, sind aber während der Therapie häufig im Wartezimmer oder außerhalb der Praxis. So bekommen sie vom eigentlichen Therapiegeschehen oft wenig mit. In der Videotherapie übernehmen Angehörige, insbesondere bei Kindern, häufig mehr Aufgaben und sind dadurch auch während der Therapiezeit präsenter. So können sie einen detaillierteren Einblick in den Therapieverlauf bekommen.

Therapeut*innen können in der Videotherapie zudem einen Einblick in das häusliche Umfeld erhalten, der in der Präsenztherapie, wenn diese nicht als Hausbesuch stattfindet, nicht möglich ist. Der Einblick in das häusliche Umfeld kann ggf. helfen, die Therapie stärker am Alltag der Patient*innen auszurichten.

Ankerzitate:

Das war auch toll, dass die das mal gesehen haben, denn so können sie tatsächlich auch mal eine Therapie mitverfolgen, wenn der Patient das zulässt und die Eltern vielleicht daneben sitzen. „Ach, jetzt weiß ich auch, wie Sie das machen.“ Wenn man die vorher irgendwie noch nicht in der Therapie dabei hatte. (Interview L7, Pos. 91)

Ist ja sonst auch nicht üblich. Die sitzen ja sonst vor der Tür und der Patient kann gar nicht erzählen, häufig, worum es da gerade ging. (Fokusinterview KK1, Pos. 118)

Dass man einen Einblick in das Zuhause kriegt von den Kindern. Ich finde, das macht tatsächlich schon mal viel aus, weil man eben mal merkt, in was für einer Umgebung die Kinder tatsächlich sind. Wenn ich eben merke, das ist eine Familie, für die ist es echt schon schwer, dass mal ein Raum mal 20 Minuten ruhig ist, weil also alle drei Minuten ist irgendwie Krach, ein Geschwisterkind reinkommt, die Leute auf engem Raum leben, es sehr laut ist, es sehr überfüllt ist, dann ist es ja auch für mich als Sprachtherapeut irgendwie schon eine wichtige Information. Dann weiß ich/, kann ich auch viel mehr beurteilen: Inwiefern haben diese Eltern Kapazitäten, mit einem Kind zu üben? (Interview L6, Pos. 154)

26. Zugang zu Spezialist*innen

Zusatznutzen:

Videotherapie bietet das Potenzial, Zugang zu Spezialist*innen in Bezug auf ein logopädisches Störungsbild, einen Therapieansatz oder eine bestimmte Sprache zu bekommen, auch wenn diese nicht in der Region der Patient*innen verortet sind.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Insbesondere bei selteneren Störungsbildern oder mehrsprachigen Patient*innen, die eine Therapie in ihrer Muttersprache wünschen, ist es nicht immer leicht, passende Logopäd*innen vor Ort zu finden. Durch die Videotherapie können Spezialist*innen ortsunabhängig aufgesucht werden.

Ankerzitate:

Was mir noch eingefallen ist, wenn jetzt eine spezielle Therapeutin notwendig ist, die es einfach vor Ort nicht gibt, also hier beim uns im ländlichen Raum gibt es wenige Therapeuten, die sich mit einer VED auskennen. Wenn man so dann überregional dann einfach jemanden suchen könnte, der spezialisiert auf dieses Krankheitsbild ist, nichts besser als das. Also, dass man einfach sagt, dann macht man das einfach online. Wenn das möglich ist, die Therapieform, dann wäre es natürlich spitze, wenn man das so nutzen könnte. (Interview A2, Pos. 145)

Was ist mit hier mit den ganzen was weiß ich türkisch sprechenden Patienten? Wo man, äh, wo man denkt, ja, der müsste eigentlich Therapie bekommen, aber finde mal eine türkisch sprechende Logopädin. (Interview L2, Pos. 71)

27. Wartezeiten verkürzen

Zusatznutzen

Videotherapie bietet aufgrund der überregionalen Nutzbarkeit die Möglichkeit, sich bei langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz vor Ort nach überregionalen digitalen Angeboten umzuschauen, um ggf. einen schnelleren Therapiestart zu erreichen.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Aufgrund des Fachkräftemangels kommt es in der ambulanten logopädischen Versorgung zu immer längeren Wartezeiten. Diese können, je nach Therapeut*innendichte vor Ort, variieren. Durch die Videotherapie können Patient*innen in Regionen mit geringer Therapeut*innendichte ggf. schneller einen Therapieplatz erhalten, wenn sie überregional nach freien Terminen suchen oder Praxen mit geringerer Auslastung ihre freien Termine überregional bewerben.

Ankerzitate:

Warum wir sind auf die Videotherapie, weil wir so überhaupt keinen Termin hier in unserer Gegend/. Also, es war immer sechs Monate Wartezeit, um einen Termin zu kommen. Und dann ist eine Bekannte von uns, genau. Die Logopädin, sie ist in (Stadtname 1), wir sind in (Stadtname 2). Und dann hat sie uns angeboten, das auf Video zu machen. (Interview A8, Pos. 16)

Also ich habe ähm in (Stadtname 1) ist alles sehr komprimiert und ich habe sehr lange auf diesen Platz gewartet. Also ich habe vier Monate in der Warteliste quasi gesessen. Ähm und hatte eigentlich gedacht, dass wir in das-, ähm direkt hingehen können zur Logopädie, weil die Praxis ist ganz wenige Gehminuten, fünf Gehminuten von uns entfernt. (...). Und dann wurde mir vorgeschlagen, Sie können gerne teilnehmen. Wir haben gute Erfahrungen mit der Videotherapie gemacht. (Interview A6, Pos. 12)

28. Terminliche Flexibilität

Zusatznutzen:

Wenn sowohl Patient*innen als auch Therapeut*innen mit dem Medium Videotherapie vertraut sind, können durch einen flexiblen Wechsel zwischen Präsenztherapie und Videotherapie Ausfälle vermieden und somit eine höhere Therapiekontinuität aufrechterhalten werden.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Eine hohe Therapiekontinuität kann sich positiv auf den Therapiefortschritt auswirken. Durch die Videotherapie besteht bspw. die Möglichkeit, dass die Therapie auch weiterlaufen kann, wenn Patient*innen aufgrund eines Urlaubs oder der Erkrankung eines Familienmitglieds nicht in die Praxis kommen können. Für die Therapeut*innen kann dies durch geringere Ausfallzeiten einen wirtschaftlichen Vorteil für die Praxis mit sich bringen.

Ankerzitate:

Also ich finde es ganz toll, dass man flexibel Termine anbieten kann in Zeiten, ähm wo natürlich Patienten auch noch mal flexibler sind. Das heißt, sie sind krank zu Hause und wir können Termine anbieten, die wir vielleicht als FREIE Termine sonst gehabt hätten an dem Tag, im Vormittagsbereich. Auf jeden Fall flexiblere Termine, wenn es denn für beide Seiten möglich ist. Ähm Ausfälle werden natürlich noch mal mehr vermieden. (Interview L8, Pos. 82)

Dass wenn einer krank ist oder dass, wenn mal hier was außer Plan läuft, dass wir spontan/. Also dass wir einfach Zeit sparen und dass wir auch in der Lage sind, P3 Therapie möglich zu machen, wenn hier im Haus halt jemand krank ist. Was mir halt auch viel wert ist, dass das nicht immer ausfällt, was schnell passiert, wenn die Geschwister nach und nach krank sind, dass mal zwei, drei Wochen keine Therapie stattfindet. So können wir P3 das tatsächlich dann auch spontan ermöglichen. Und das ist für mich tatsächlich ein Riesengewinn. (Interview A3, Pos. 309)

Und das sind also das sind tatsächlich erhebliche Vorteile, die auch zur Verbesserung der Versorgung beitragen werden. Diese terminliche Flexibilität. (Fokusinterview KK1, Pos. 11)

29. Gesundheitsschutz

Zusatznutzen:

Insbesondere dann, wenn für das Erreichen therapeutischer Ziele das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes nicht eingehalten werden kann, kann Videotherapie hilfreich sein, um die Ansteckungsgefahr in der Therapie zu minimieren.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Als die Videotherapie in der Logopädie eingeführt wurde, diente sie vor allem dem Gesundheitsschutz. Die Ansteckungsgefahr in den Therapien zu senken, war für viele Interviewpartner*innen die erste Motivation für die Durchführung von Videotherapie. Insbesondere dann, wenn das Mundbild für die Therapie unabdingbar war und deshalb nicht mit Mund-Nasen-Schutz gearbeitet werden konnte, war die Videotherapie häufig eine Alternative. Auch Patient*innen, die eigentlich in die Präsenztherapie zurückgekehrt waren, wurde bei leichteren Krankheitssymptomen Videotherapie angeboten. Somit dient Videotherapie dem beidseitigen Gesundheitsschutz nicht nur in Pandemiezeiten, sondern auch bei leichteren Krankheitssymptomen anderer Erkrankungen. Darüber hinaus kann Videotherapie einen besonderen Schutz für immunsupprimierte oder schwangere Personen bieten.

Ankerzitate:

Und wir waren ja durch Corona so eingeschränkt, dass wir hier hätten mit Abstand und mit Maske sitzen müssen. Dann war das tatsächlich auch wieder eine Erleichterung, dass man an den Bildschirm richtig nah rangehen konnte. Und dann habe ich eigentlich noch mehr gesehen als in der Therapie hier in der Praxis, wo wir uns irgendwie ständig vorsehen mussten. Genau. (Interview L10, Pos. 33)

Diese Therapie macht mit Maske keinen Sinn, so. Deshalb war ganz klar, da müssen wir was Anderes. Und ich habe dann der Mutter gesagt, wir probieren das aus. (Interview L2, Pos. 77)

Wir haben das momentan auch als spontane Lösung, wenn die Familie in Quarantäne ist, wenn sie an Corona erkrankt ist. Im seltensten Fall sind irgendwelche Symptome und die Kinder können trotzdem Therapie machen und dann biete ich sofort an, habt ihr Lust, Onlinetherapie, ist das möglich? (Interview L7, Pos. 49)

30. Entlastungen durch Videotherapie

Zusatznutzen:

Videotherapie, bzw. eine Kombination aus Videotherapie und Präsenztherapie kann zu einer Entlastung von Patient*innen und Angehörigen führt und dadurch z. T. leichter in den Alltag integriert werden.

Begründung oder weiterführende Erläuterung:

Es wurde beobachtet, dass der Zeitaufwand und die mit der Therapie verbundene Anstrengung auf Seiten von Angehörigen und Pat. aufgrund des wegfallenden Fahrtwegs geringer ist. Zusätzlich entfallen hier die Kosten für die Fahrt. Angehörige konnten, sofern sie nicht aktiv in die Therapie eingebunden sind, parallel andere Aufgaben ausüben. Patient*innen und deren Angehörige beschreiben Videotherapie insgesamt als „bequem“, „angenehm“ und „komfortabel“.

Ankerzitate:

Ich nehme wieder meine Schlaganfallklientel. Das sind Leute, die haben zweimal pro Woche Logopädie, dreimal pro Woche Krankengymnastik, zweimal pro Woche Ergotherapie. Wenn wir das zusammenzählen, ist klar, dass sie an mehr als einem Tag auf jeden Fall zwei Behandlungen haben. Und wenn sie da dann einen davon zu Hause durchführen können, ja super Vorteil. (Interview L1, Pos. 39)

Es ist auch so im Tagesablauf ist es einfach viel besser integrierbar. (Interview A7, Pos. 148)

Sehe ich eigentlich immer, vor allen Dingen den Weg dahin und zurück, und die Zeit die da darauf geht. Das ist so unnützer Kram irgendwie. Verschwendete Lebenszeit oder sonst irgendwas, oder, die man also wunderbar irgendwie anders nutzen kann (Interview A9, Pos. 247)

Und die dann auch sehr glücklich sind, wenn sie sagen, auch jetzt mit den steigenden Benzinpreisen, es muss nicht jedes Mal eine Präsenztherapie sein. (Interview L3, Pos. 40)

Ja, das ist sehr bequem. Das passiert zu Hause. (Interview L10, Pos. 111)

VIII. Fazit und Ausblick

Mit den vorliegenden Handlungsempfehlungen wurden Potenziale der Videotherapie verdeutlicht und Ansatzpunkte zur Überwindung bestehender Barrieren aufgezeigt. Nun gilt es, die rechtlichen, finanziellen und technischen Grundlagen zu schaffen, um Videotherapie zu einem dauerhaften Bestandteil der ambulanten logopädischen Versorgung zu machen. Potenzielle Nutzer*innen von Videotherapie müssen über den Mehrwert von Videotherapie aufgeklärt werden. Bestehende Barrieren müssen transparent gemacht und Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, um Nutzer*innen in der Umsetzung von Videotherapie bestmöglich zu unterstützen. Dazu sollen die 30 Handlungsempfehlungen einen Beitrag leisten. Darüber hinaus ist es ratsam, den Implementierungsprozess der Videotherapie weiter wissenschaftlich zu begleiten und in regelmäßigen Abständen zu evaluieren, wie sich das Nutzer*innenverhalten von Videotherapie entwickelt und welche Bedarfe für die Praxis, den Digitalisierungsprozess sowie den rechtlichen Rahmen daraus abgeleitet werden können.

Danksagung:

Wir bedanken uns bei allen, die das Projekt „VitaminB“ ermöglicht haben. Ein besonderer Dank gilt dem Bundesministerium für Gesundheit, welches das Projekt im Rahmen der „Zukunftsregion Digitale Gesundheit“ finanziell ermöglicht hat. Außerdem danken wir unseren Kooperationspartner*innen, dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V., Relearnlabs GmbH und BIG direkt gesund. Wir danken Jakob Piest für die Gestaltung der Schaubilder. Abschließend danken wir allen Teilnehmenden der Interviews, der Fokusgruppe sowie des Fokusinterviews herzlich für die Mitwirkung!