

Selina Höllinger, Ekaterina Ivanova, Carolin Müller, Anne-Sophie Swagemakers & Susanne Daniel

Videotherapie in der Ausbildung

Erfahrungen von Studierenden der Logopädie in Aachen in der klinisch-praktischen Ausbildung bei Sprachentwicklungsstörungen

Einleitung

Die mit der Covid-19-Pandemie einhergehenden Kontaktbeschränkungen und Hygienevorgaben im ersten Lockdown im März 2020 stellten nicht nur logopädische Praxen, sondern auch die Ausbildungseinrichtungen vor eine „stark veränderte Versorgungssituation“ (Schwinn et al. 2020a, 18) und große Herausforderungen. Im April 2020 wurde eine „Sonderregelung aufgrund des Ausbruchs von SARS-CoV-2 (Corona)“ getroffen. Die Sonderregelung wurde mehrfach verlängert und hat mit Stand vom 16.09.2021 bis zum 31.12.2021 Geltung (GKV 2021).

So wurde auch zur Durchführung der praktischen Ausbildung in der Schule für Logopädie Aachen ein Konzept für die Durchführung von Videotherapie erarbeitet und es wurden die Rahmenbedingungen sichergestellt. Vier Studierende berichten gemeinsam mit ihrer Ausbildungssupervisorin über ihre praktischen Erfahrungen mit der Videotherapie – im vorliegenden Beitrag in Kurzform und in einer zum Download gestellten Langfassung ausführlicher anhand von drei Fallbeispielen.

Videotherapie bei SES: Grenzen und Möglichkeiten

Der Einsatz von Videotherapie in der logopädischen Versorgung wird durchaus kritisch bewertet, wie aus den Ergebnissen der Umfrage ViTal (Schwinn et al. 2020a, 20) hervorgeht, in der 69% der befragten Therapeuten Videotherapie für Kinder als ungeeignet vermuteten. Hier wurde insbesondere die therapeutische Interaktion mit Kindern als problematisch eingeschätzt, aber auch die Umsetzung von therapeutischen Methoden und Spielen.

Demgegenüber stellten die Studierenden im Laufe ihrer Arbeit mit den Kindern fest, dass sich die Umsetzung von Videotherapie „einfacher als gedacht“ (Schwinn et al. 2020b, 37) gestaltete und die praktischen Erfahrungen in vielerlei Hinsicht positiv waren. Es wurden viele neue methodische und technische Kenntnisse erworben, und die Anwendung der Videotherapie bei jüngeren Vorschulkindern erwies sich als gut machbar.

Technische Voraussetzungen

Videokonferenzplattformen wie z.B. Microsoft Teams oder Zoom unterscheiden sich in vielfacher Hinsicht. Die eingesetzte Plattform sollte auf jeden Fall die Möglichkeit bieten, interaktiv zusammenzuarbeiten, d.h. die Kinder sollten z.B. die Möglichkeit haben, interaktiv ein digitales Memory zu spielen oder digitale Reaktionen zu zeigen.

Die *technischen und räumlichen Voraussetzungen bei den beteiligten Familien* waren sehr unterschiedlich. Optimal war die Situation für eines der drei Kinder mit einem Laptop im eigenen Zimmer mit ruhiger Assistenz durch ein Elternteil. Ein weiteres Kind hatte wechselnde Standorte, mal zu Hause, mal bei den Großeltern mit wechselnder Assistenz der Bezugspersonen. Ein drittes Kind konnte die Videotherapie lediglich an einem Smartphone

durchführen, situationsbedingt nicht immer ruhig durch die Anwesenheit von zwei kleineren Geschwistern.

Methodisches Vorgehen in der Videotherapie

Das methodische Vorgehen der Präsenztherapie lässt sich nicht unmittelbar auf die Videotherapie übertragen, da das digitale Medium andere Möglichkeiten bietet, die im Folgenden in Kürze dargestellt werden (Tab. 1).

Die Bildschirm-Präsentation bietet z.B. mit PowerPoint-Präsentationen die Möglichkeit einer freien, flexiblen und sehr individuellen Gestaltung. Von einfacher Bildpräsentation bis hin zu kurzen sich bewegenden Bildern ist alles denkbar.

Konkret bedeutet dies, dass zunächst eine Situation, wie z.B. „Zoo“, „Schule“ oder „Spiel-

Tab. 1: Tipps und Tricks zum methodischen Vorgehen

Therapierahmen: Begrüßungs- und Abschiedsritual

- Anfang/Ende der Stunde deutlich markieren und rituell wiederholen: Wiedererkennen der Struktur der Therapie z.B. durch Begrüßungs- und Abschiedsfolie, Lieder etc.)
- Kamerafunktion fortwährend eingeschaltet lassen, um die Interaktion zwischen TherapeutIn und Kind zu gewährleisten

Bildschirm-Präsentationen

- Anpassung des visuellen Materials an die Interessen des Kindes, um Aufmerksamkeit und Motivation zu fördern, z.B. Charaktere und Helden, Freunde des Kindes, Familienmitglieder
- Auswahl von Themen, die das Kind beschäftigen
- Gestaltung:
 - Einsatz von Symbolen zur Kennzeichnung bestimmter Phasen der Therapiestunde
 - Lieblingsfarben oder -formen des Kindes
 - Abwechslung durch alternative oder parallele Nutzung von Realgegenständen oder von Material, das die Eltern vorbereitet haben
- Bildschirmübertragung: im Bearbeitungsmodus bleiben, um eine interaktive Nutzung der „Präsentation“ zu ermöglichen

Alltagsorientiertes Vorgehen

- Face-to-Face-Therapie: Kamera auf die TherapeutIn oder bestimmte Gegenstände richten, ggfs. Handpuppen bezogen einsetzen und ähnlich wie in der Präsenztherapie ins Gespräch kommen
- Auswahl eines neutralen Video-Hintergrunds, um Ablenkung zu minimieren

Selbstgedrehte Videos zu bestimmten Therapiethemen

- Vorteil: beliebig durch das Kind nutzbar
- Einsatz: als Transfer-/Hausaufgabe
- Gestaltung als Erklärvideo mithilfe von Hand-/Fingerpuppen, gezielte Integration von Gegenständen zur Sprachanregung
- Dauer: zwischen 2 und 3 Minuten

platz“ ausgewählt wird, die den Rahmen für die therapeutisch relevanten Laute, Items, morphologischen Markierungen oder syntaktischen Konstruktionen darstellen.

Die *alltagsorientierte klassische Videoübertragung* ist eine der Präsenztherapie sehr ähnliche Art des methodischen Vorgehens und erweist sich als unaufwendig, unkompliziert und direkt, wobei hier Flexibilität und Ideenreichtum gefordert sind.

Die *Kombination der Präsentations-Methoden* erlaubt es, eine Therapiestunde abwechslungsreicher zu gestalten, z.B. nach 20 Minuten PowerPoint-Präsentation Realgegenstände oder von den Eltern vorbereitetes Material zu nutzen.

Begrüßungs- und Abschiedsrituale sind wichtig, um einer Therapiestunde einen klaren Anfang und ein klares Ende zu geben.

Rolle der Eltern

Während der *Videotherapie* kommt den Eltern eine bedeutende und verantwortungsvolle Rolle zu, die dadurch bedingt ist, dass die digitale Therapieform die Interaktion zwischen Kind und TherapeutIn im Vergleich zur Präsenztherapie deutlich einschränkt. Daher ist in einem Gespräch mit den Eltern zu klären, welche Aufgaben ihnen während der Durchführung der Therapie zukommen:

- Mindestens ein Elternteil sollte während der Therapie anwesend sein.
- Die Eltern werden gebeten, Störfaktoren auszuschließen.
- Eltern sollten keine Hilfen geben oder Anmerkungen zu Fehlern oder zur generellen Bearbeitung der Übungen machen.
- Gegebenenfalls können die Eltern als SpielpartnerInnen eingesetzt werden.

Therapeutische Beziehung in der Videotherapie

In der Videotherapie besteht eine physische Distanz zwischen TherapeutIn und Kind. Einerseits bleibt das Kind dadurch in einer ihm vertrauten Umgebung, andererseits ist das Herstellen von zwischenmenschlicher Nähe im Gegensatz zur Präsenztherapie erschwert. Daraus ergibt sich die Frage: *Wie wirkt sich die physische Distanz auf die therapeutische Beziehung aus?*

Durch die mangelnde physische Präsenz haben TherapeutInnen keinen direkten Einfluss mehr auf die Handlungen des Kindes und stellen daher für das Kind nicht mehr eine vergleichbare „Respektsperson“ wie in der Präsenztherapie dar. Deshalb ist es unabdingbar, dass die Eltern eine unterstützende Funktion während der Therapie einnehmen und auf diese Weise den Ablauf der Therapie gewährleisten.

Um das Kind in diese ungewohnte Situation einzugewöhnen, wurde erst einmal ein offenes Gespräch, eine Art „Smalltalk“, geführt. Das

Kind konnte seine Spielzeuge oder Bücher zeigen und erzählen, was es zu Hause spielt und unternimmt, und dadurch immer mehr Sicherheit gewinnen. Gleichzeitig konnte ein Einblick in die Spontansprache des Kindes im gewohnten Umfeld gewonnen werden.

Die Akzeptanz der Kinder für diese Therapieform hing maßgeblich auch von der Unterstützung der Eltern ab, die als „Co-TherapeutInnen“ dafür gesorgt haben, dass Störfaktoren während der Therapie minimiert, Spiele und Materialien aus dem häuslichen Umfeld zur Verfügung gestellt und Hausaufgaben für die nächste Therapiestunde erledigt wurden.

Fazit und Ausblick

Unsere Erfahrungen mit der Videotherapie bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen haben gezeigt, dass auch bei Vorschulkindern mit Sprachentwicklungsstörungen Videotherapie gut durchführbar ist. Dies entspricht den Ergebnissen der ViTaLstudie (Schwinn et al. 2020b), in der sich die befragten TherapeutInnen Videotherapie bei den meisten logopädischen Störungsbildern zukünftig als Ersatz- oder Ergänzungsleistung zur logopädischen Präsenztherapie vorstellen können.

Die Durchführbarkeit und der Erfolg hängen dabei nach unserer Einschätzung von folgenden Rahmenbedingungen ab:

- TherapeutInnen arbeiten sich entsprechend in digitale Tools ein,
- technische Voraussetzungen sind gegeben,
- die Eltern kooperieren beim Handling der Technik,
- Eltern unterstützen als Co-TherapeutInnen die Therapie,
- die verwendeten Materialien sind auf die Interessen des Kindes bezogen.

Unser Fazit ist, dass die Videotherapie deutlich mehr von der organisatorischen und auch inhaltlichen Unterstützung der Eltern abhängig ist als die Präsenztherapie. Sind die beschriebenen Rahmenbedingungen erfüllt, sind der Lernerfolg, die Motivation und die Interaktivität in der Videotherapie unseren Erfahrungen nach vergleichbar gut herstellbar wie in der Präsenztherapie.

Zukünftig könnte eine hybride Therapiedurchführung mit abwechselnder Präsenz- und Videotherapie eine Möglichkeit sein, einerseits die Motivation der Kinder sowie die Therapiefrequenz zu steigern und andererseits, durch die stärkere Einbindung der Eltern und Anknüpfung an die Lebensumwelt des Kindes, den Transfer von geübten Sprachstrukturen in den Alltag noch besser zu unterstützen. Die Möglichkeit, Videotherapie in der logopädischen Versorgung einsetzen zu können, ist aus unseren Erfahrungen in der internen praktischen Ausbildung sehr wünschenswert und erfolgversprechend.

: LITERATUR

- GKV (2021). *Übersicht der Regelungen für den Heilmittelbereich gültig ab 01.01.2021*, Stand: 16.09.2021. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/20210916_Corona-Regelungen_Heilmittel_01.01.2021-31.12.2021.pdf (17.11.2021)
- Schwinn, S., Barthel, M., Leinweber, J. & Borgetto, B. (2020a). Digitalisierungschancen in der Krise. Erste Ergebnisse zur Umsetzung der Videotherapie in der Logopädie (ViTa). *forum:logopädie* 34 (5), 18-21
- Schwinn, S., Barthel, M., Leinweber, J. & Borgetto, B. (2020b). Digitalisierungschancen – Umsetzung von Videotherapie im Lockdown. Ergebnisse der Online-Befragung aus dem Forschungsprojekt „ViTaL“. *forum:logopädie* 34 (6), 36-40

► Die Langfassung dieses Beitrags steht online zur Verfügung: <http://download.schulz-kirchner.de> > Forum Logopädie > Fachartikel > Jahrgang > 2022 > Ausgabe 1 > Zusatzmaterial



Die Logopädinnen (v.l.) **Selina Höllinger, Ekaterina Ivanova, Carolin Müller** und **Anne-Sophie Swagemakers** absolvieren den Bachelorstudiengang Logopädie der RWTH Aachen.



Susanne Daniel ist seit 1986 Logopädin und als Dozentin an der Schule für Logopädie an der Uniklinik Aachen tätig. Sie betreut Bachelorarbeiten im Studiengang Logopädie der RWTH Aachen.



DOI 10.2443/skv-5-2022-53020220107

KONTAKT

Susanne Daniel
Uniklinik Aachen
Ausbildungsakademie FB Logopädie
Pauwelsstr. 30
52074 Aachen
sdaniel@ukaachen.de