

Silke Schwinn, Maria Barthel, Juliane Leinweber & Bernhard Borgetto*

Digitalisierungschancen – Umsetzung von Videotherapie im Lockdown

Ergebnisse der Online-Befragung aus dem Forschungsprojekt „ViTaL“

Einleitung

In der vergangenen Ausgabe *forum:logopädie* wurde über das Projekt „Videotherapie in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung“ (ViTaL) berichtet (Schwinn et al. 2020). Videotherapie hat vielen in der ambulanten logopädischen Praxis tätigen TherapeutInnen ermöglicht, auch während der Corona-bedingten Ausgangsbeschränkungen logopädische Therapie mit ihren PatientInnen aufrechtzuerhalten.

Die Sondergenehmigung durch die Krankenkassenverbände auf Bundesebene sowie des GKV-Spitzenverbandes, Videotherapie durchführen zu können, endete zum 30.06.2020. In seiner Sitzung vom 17.09.2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einen Grundlagenbeschluss gefasst, durch den in Ausnahmen die Durchführung von Videotherapie räumlich und zeitlich befristet stattfinden kann. Der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (dbf) hat darüber berichtet (dbf 2020). Eine uneingeschränkte Möglichkeit zur Durchführung von Videotherapie besteht jedoch weiterhin nicht.

In der Durchführung von Videotherapie liegt jedoch die Chance, einen ergänzenden Zugangsweg in der logopädischen Versorgung zu erschließen und somit logopädische Versorgungslücken zu verringern. Die Ergebnisse der Online-Befragung im Forschungsprojekt „ViTaL“ verdeutlichen, wie Videotherapie von ambulant tätigen TherapeutInnen umgesetzt wurde. In diesem Beitrag wird über die aktuelle Umsetzung von Videotherapie auf Grundlage der Online-Befragung von 841 in der ambulanten logopädischen Praxis tätigen TherapeutInnen berichtet.

*) Unter Mitarbeit von Ann-Kathrin Einfeldt

ZUSAMMENFASSUNG. In der vergangenen Ausgabe *forum:logopädie* wurde das Projekt „Videotherapie in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung“ (ViTaL) vorgestellt. Das Projekt soll u.a. aufzeigen, wie Videotherapie im Zeitraum der Sondergenehmigung durch die Krankenkassenverbände und den GKV-Spitzenverband umgesetzt wurde. Dieser Beitrag berichtet über die Ergebnisse der durchgeführten Online-Befragung von 841 in der ambulanten logopädischen Versorgung tätigen TherapeutInnen. Die Ergebnisse zeigen Übereinstimmungen mit in der Literatur berichteten Untersuchungen zur Videotherapie. Grundsätzlich zeigen sich die befragten TherapeutInnen gegenüber einer zukünftigen Nutzung von Videotherapie aufgeschlossen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Videotherapie – ambulante logopädische Versorgung – Online-Befragung – Corona-Pandemie

Methodik

Der Fragebogen zur Online-Befragung wurde gemeinsam mit dem dbf entwickelt. Unter Einbezug von Literatur u.a. zu den Themen Technikfunktionalität, Nutzung von Technologien und Technikakzeptanz (u.a. Hastall et al. 2017, Molini-Avejonas et al. 2015) wurden Fragen zu sieben Kategorien formuliert. Die finale Online-Befragung umfasste 53 Fragen. Die Online-Befragung wurde mit dem Statistik-Programm SPSS (SPSS Statistics 26) ausgewertet. In die Auswertung wurden alle Fragebögen einbezogen, die bis zur letzten Seite beantwortet wurden (n=841). Ausgeschlossen wurden Fragebögen, die nicht den Einschlusskriterien entsprachen (n=3) und die Antworten von Personen, die die Datenschutzeinwilligung abgelehnt haben (n=22).

Anschließend wurde eine Inkonsistenzprüfung in Anlehnung an Schrepp (2016) durchgeführt. Dabei wurden zum einen inhaltliche (inkongruente Antworten) und zum anderen zeitliche Aspekte (Auffälligkeiten in der Bearbeitungszeit) auf deren Konsistenz überprüft. Bei Häufungen von Inkonsistenzen sind die betreffenden Datensätze laut Schrepp (ebd.) auszuschließen. In der vorliegenden Untersuchung traten Unregelmäßigkeiten nie gehäuft auf, weshalb nach Prüfung keine weiteren Daten ausgeschlossen wurden.

Zur Auswertung der Fragebögen wurde zunächst eine deskriptive Statistik durchgeführt. Dazu wurden die Antworthäufigkeiten zu den einzelnen Fragen ermittelt. Dieser Beitrag berichtet über die Ergebnisse der Häufigkeitsverteilung im Themenfeld „aktuelle Umsetzung“.

Ergebnisse

Beschreibung der StudienteilnehmerInnen

Über soziodemografische Daten der TeilnehmerInnen wurde bereits im vorhergehenden Artikel (Schwinn et al. 2020) berichtet. Es ist zu ergänzen, dass an der Befragung vorwiegend PraxisinhaberInnen (64 %) teilnahmen. Die weiteren Befragten sind als Angestellte (32 %) oder freiberuflich (2 %) tätig (Tab. 1).

Tab. 1: Soziodemografische Daten der Teilnehmenden

Merkmal	Ausprägung	Grundgesamtheit
Berufserfahrung	\bar{x} = 17 Jahre (\pm 10 Jahre)	n = 810
Beruflicher Status	PraxisinhaberIn 523 (64 %) Angestellte/r 259 (32 %) Freie/r MitarbeiterIn 20 (2 %) Andere 14 (2 %)	n = 816
Alter	\bar{x} = 44 Jahre (\pm 11 Jahre)	n = 816
Geschlecht	weiblich 770 (94 %) männlich 46 (6 %)	n = 816

In der Befragung sind TherapeutInnen aus allen 16 Bundesländern repräsentiert. 90% der Teilnehmenden führen die Berufsbezeichnung „LogopädIn“, aber auch akademische SprachtherapeutInnen (5%), Atem-, Sprech- und StimmlehrerInnen (1%), SprachheilpädagogInnen, klinische LinguistInnen, klinische SprechwissenschaftlerInnen, PatholinguistInnen (<1%) und andere (2%) beteiligten sich an der Online-Befragung.

Indikationsschlüssel

Während des Zeitraums der Sondergenehmigung wurde Videotherapie vorwiegend bei Personen mit den Indikationsschlüsseln (Der Heilmittelkatalog 2020) SP1 (80%), SP3 (68%) und SP5 (42%) durchgeführt. Hingegen halten TherapeutInnen Videotherapie bei Personen mit den Indikationsschlüsseln SC1 (53%), SP4 (42%) und SC2 (36%) für ungeeignet. 28% gaben an, dass sie Videotherapie für alle Indikationen geeignet halten. Auf die Frage, für Personen mit welchen Indikationsschlüsseln die Befragten zukünftig Videotherapie nutzen würden, wurden SP3 (74%), SP1 (71%) und SP5 (67%) am häufigsten genannt. Insgesamt zeigen die Antworten, dass sich die TherapeutInnen bei den meisten logopädischen Störungsbildern eine Therapie via Video vorstellen können. Jedoch würden 59% der Befragten zukünftig keine Videotherapie für PatientInnen der Indikationsschlüssel SC1 und 48% keine Videotherapie für PatientInnen des Indikationsschlüssels SP4 nutzen.

Tab. 2: Übersicht der zur Videotherapie aktuell und zukünftig genutzten und nicht genutzten Indikationsschlüssel, Mehrfachnennungen möglich

Indikationsschlüssel	Aktuelle Nutzung	Aktuelle Nicht-Nutzung	Zukünftige Nutzung	Zukünftige Nicht-Nutzung
	n=707	n=816	n=707	n=707
ST1	23%	17%	44%	23%
ST2	37%	15%	54%	20%
ST3	4%	29%	23%	39%
ST4	5%	27%	27%	36%
SP1	80%	17%	71%	17%
SP2	25%	25%	40%	27%
SP3	68%	13%	74%	12%
SP4	6%	42%	13%	48%
SP5	42%	9%	67%	9%
SP6	38%	11%	61%	11%
RE1	26%	11%	56%	15%
RE2	7%	11%	49%	13%
SF	5%	14%	28%	20%
SC1	-	53%	18%	59%
SC2	-	36%	18%	42%
SPZ	27%	7%	56%	9%
SCZ	38%	20%	59%	21%
OFZ	33%	13%	62%	14%
Nichts trifft zu	-	28%	6%	21%

Abb. 1: Positive Erfahrungen bei der technischen Umsetzung von Videotherapie



Die aktuell genutzten Indikationsbereiche zeigen Übereinstimmungen mit den zur zukünftigen Nutzung genannten Indikationsbereichen. Die Absicht, Videotherapie in Zukunft zu nutzen, liegt jedoch teilweise deutlich über den Häufigkeiten der aktuellen Nutzung. Eine Übersicht der Antworten zeigt Tabelle 2.

Erfahrungen der TherapeutInnen bei der Umsetzung

Auf die Frage nach positiven Erfahrungen bei der Umsetzung von Videotherapie wurde am häufigsten genannt, etwas Neues gewagt (73%) und neue technische (68%) oder methodische (62%) Kenntnisse erworben zu haben (Abb. 1).

Abb. 2: Persönliche Schwierigkeiten der TherapeutInnen bei der Durchführung von Videotherapie



Abb. 3: Vorteile von Videotherapie für TherapeutInnen



Abb. 4: Vorteile von Videotherapie für PatientInnen



Bei der Durchführung von Videotherapie kam es jedoch auch zu Schwierigkeiten. Am häufigsten waren Schwierigkeiten durch die Technik (52%), durch eine hohe stimmliche Belastung (37%) und durch Kommunikationsschwierigkeiten mit dem Gegenüber (30%), z.B. durch einen missglückten Sprecherwechsel (Abb. 2). 28% der TherapeutInnen gaben im Freitext beispielsweise an, Schwierigkeiten durch hohe Anforderungen an die Konzentration, durch langes Sitzen sowie durch Einschränkungen in der Materialauswahl zu haben.

Weiterhin wurde nach dem Umgang mit auftretenden Schwierigkeiten gefragt. Von den Befragten gaben 45% an, technische Schwierigkeiten allein gelöst zu haben. 40% haben sich Unterstützung von anderen Personen geholt, während 16% angaben, sich an das Problem gewöhnt zu haben.

Vor- und Nachteile von Videotherapie

In der Durchführung von Videotherapie sahen 78% der TeilnehmerInnen Vorteile für die eigene Berufsgruppe. Vor allem gesundheitlichen Schutz (95%), eine Erweiterung des Therapieangebots und den Wegfall des Fahrtwegs zu PatientInnen gaben die TherapeutInnen als Vorteile für sich an (Abb. 3). 85% der teilnehmenden TherapeutInnen empfanden Videotherapie auch für die PatientInnen als vorteilhaft. Und auch hier wurden am häufigsten der gesundheitliche Schutz (97%), die Einsparung der Fahrzeit (87%) und der entstehenden Kosten für die Fahrt zur Praxis (56%) als Vorteile genannt (Abb. 4).

Ein geringerer Anteil der teilnehmenden TherapeutInnen sah Nachteile in der Durchführung von Videotherapie: 64% für sich selbst und 66% für ihre PatientInnen. Eine Begrenzung in der Methodenwahl (80%), die fehlende reale Begegnung zwischen TherapeutIn und PatientIn (75%), ein begrenzter Einfluss auf das Therapiesetting bei den PatientInnen vor Ort sowie Kommunikationsschwierigkeiten durch eingeschränkte Technikfunktionalität (jeweils 74%) wurden als häufigste Nachteile für die TherapeutInnen genannt (Abb. 5).

Für die PatientInnen empfanden sie die fehlende reale Begegnung (77%), Kommunikationsschwierigkeiten durch eingeschränkte Technikfunktionalität (69%) und die Ablenkung durch das Umfeld der PatientInnen (59%) als nachteilig (Abb. 6).

Optimale Durchführung

Um Videotherapie optimal durchführen zu können, benötigen die meisten Befragten (64 %) mehr Vorbereitungszeit, als sie im Rahmen ihrer Arbeitszeit zur Verfügung haben. Bei 36 % der Befragten trifft dies ebenso auf die Nachbereitungszeit zu. 28 % wünschen Programme zur Videotherapie, die sich intuitiv nutzen lassen. Nur wenige der TherapeutInnen gaben an, eine höhere Motivation zur Beschäftigung mit Technik (7%) oder mit Software (10%) zu benötigen. Die weiteren Aspekte zur optimalen Durchführung von Videotherapie sind in Abbildung 7 zusammengefasst.

Fazit und Ausblick

Der Vergleich der bisher genutzten und der zukünftig zur Nutzung via Videotherapie geplanten Indikationsschlüssel zeigt, dass sich viele TherapeutInnen nach den ersten Erfahrungen die Durchführung von Videotherapie bei vielfältigen logopädischen Störungsbildern vorstellen können. Es werden mehr Indikationen zur zukünftigen Nutzung als abgelehnte Indikationen genannt, was für eine grundsätzliche Aufgeschlossenheit der TherapeutInnen gegenüber der Nutzung von Videotherapie in der Zukunft spricht. Der systematische Review von *Mashima & Doarn* (2008) deckt sich mit der Einschätzung der befragten TherapeutInnen, dass Videotherapie für verschiedene Störungsbereiche anwendbar ist.

Trotz der bei der Durchführung auftretenden Schwierigkeiten haben die befragten TherapeutInnen Möglichkeiten gefunden, mit diesen Schwierigkeiten umzugehen. Die wenigsten Befragten haben aufgrund der Schwierigkeiten die Durchführung der Videotherapie abgebrochen (6%). Übereinstimmend mit den Erkenntnissen des systematischen Reviews von *Hall et al.* (2008) sind die Schwierigkeiten häufig in der genutzten Technologie begründet.

Die von den befragten TherapeutInnen genannten Vor- und Nachteile der Videotherapie für sich und ihre PatientInnen zeigen ebenso Übereinstimmungen mit den in der Literatur genannten Vor- und Nachteilen (vgl. u.a. *Mashima & Doarn* 2008, *Hall et al.* 2013). Die fehlende reale Begegnung wird in der genannten Literatur nicht als Nachteil aufgeführt.

Das ViTaL-Projekt läuft noch bis zum 31.10.2020. In der nächsten Ausgabe *forum:logopädie* wird über weitere Ergebnisse berichtet.

Abb. 5: Nachteile von Videotherapie für TherapeutInnen



Abb. 6: Nachteile von Videotherapie für PatientInnen



Abb. 7: Aspekte zur optimalen Durchführung von Videotherapie



: LITERATUR

- Der Heilmittelkatalog (2020). *Heilmittel-Richtlinie und Heilmittelkatalog*. <https://heilmittelkatalog.de/> (22.09.2020)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl) (2020). Meldung: „G-BA-Beschluss zu Covid-19-Sonderregelungen“. <https://www.dbl-ev.de/service/meldungen/meldung/news/g-ba-beschluss-zu-covid-19-sonderregelungen/> (22.09.2020)
- Hall, N., Boisvert, M. & Steele, R. (2013). Telepractice in the assessment and treatment of individuals with aphasia: a systematic review. *International Journal of Telerehabilitation* 5 (1), 27-38
- Hastall, M.R., Dockweiler, C. & Mühlhaus, J. (2017). Achieving end user acceptance: Building blocks for an evidence-based user-centered framework for health technology development and assessment. In: Antona, M. & Stephanidis, C. (Hrsg.), *Universal access in human-computer interaction: Human and technological environments 2017 Part III, LNCS 10279* (13-25). New York: Springer
- Mashima, P.A. & Doarn, C.R. (2008). Overview of telehealth activities in speech-language pathology. *Telemedicine and e-Health* 14 (10), 1101-1117
- Molini-Avejonas, D.R., Rondon-Melo, S., Amato, C.A. & Samelli, A.G. (2015). A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences. *Journal of Telemedicine and Telecare* 21 (7), 367-376
- Schrepp, M. (2016). Datenqualität bei Fragebögen sicherstellen. In: Hess, S. & Fischer, H. (Hrsg.), *Mensch und Computer 2016 – Usability Professionals*, 4.-7. September 2016. Aachen: Gesellschaft für Informatik e.V. und die German UPA e.V.
- Schwinn, S., Barthel, M., Leinweber, J. & Borgetto, B. (2020). Digitalisierungschancen in der Krise. Erste Ergebnisse zur Umsetzung von Videotherapie in der ambulanten Logopädie (ViTaL). *Forum Logopädie* 34 (5), 18-21

SUMMARY. Chances of digitalization boost – implementation of videotherapy in lockdown: Results of the online survey from the research project "ViTaL"

In the last issue forum:logopädie the project "Videotherapy in outpatient logopedic/speech and language therapy" (ViTaL) was presented. Among other things, the project aims to show how videotherapy was implemented during the period of special permit by the health insurance associations and the GKV-Spitzenverband. This article reports on the results of an online survey of 841 therapists working in the field of outpatient speech and language therapy. The results show similarities with studies on videotherapy reported in the literature. In general, the therapists interviewed are open-minded about the future use of videotherapy.

KEY WORDS: Videotherapy – outpatient speech and language therapy – online survey – corona pandemic



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



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



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



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

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200605

KONTAKT

Silke Schwinn

HAWK Hildesheim/Holzminden/Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Goschendor 1
31134 Hildesheim
silke.schwinn@hawk.de