



EUROPÄISCHE
FACHHOCHSCHULE

MASTERARBEIT

im Studiengang

Berufsbegleitender Master Logopädie

Jahrgang SS16

Vertiefung: Evidenzbasierung therapeutischen Handelns

Deutscher Titel:

**Qualitative Analyse von Patienten- und Therapeuteninterviews
bezüglich allgemeiner Wirkfaktoren und der Patient-Therapeut-Beziehung
in der Sprachtherapie**

Englischer Titel:

**Qualitative analysis of patient and therapist interviews
regarding common factors and the patient-therapist relationship
in speech therapy**

Betreuer:

Judith Beier M. Sc.

eingereicht von:

Sabine Schneeberger

Matrikel-Nummer:

16877007

am 15.08.2018

ABSTRAKT

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den allgemeinen Wirkfaktoren von Therapie, die federführend in der Psychotherapie untersucht und beschrieben werden. Bisher liegen keine Ergebnisse darüber vor, wie stark der Einfluss von allgemeinen Wirkfaktoren auch für den Erfolg von Sprachtherapien ist. Als ein besonders herausragender Faktor wird in dieser Arbeit die Patient-Therapeut-Beziehung (PTB)¹ betrachtet. Zunächst wird die sprachtherapeutische Literatur nach Wirkfaktoren für Therapieerfolg, Möglichkeiten der Wirksamkeitsmessungen und der Datengewinnung gesichtet. Anschließend wird der theoretische Bezugsrahmen für die Untersuchungsvorhaben festgelegt.

Die Arbeit umfasst zwei Studien. Ziel der ersten Untersuchung ist die Ermittlung der Einschätzung von Sprachtherapeutinnen² bzgl. des Einflusses von Kontextfaktoren und speziell der therapeutischen Beziehung (TB) auf den Therapieerfolg. Außerdem soll die aktuelle Praxis der Erhebung der Faktoren erfasst werden. Die zweite Studie ist ein Experiment. Dabei wird in einem Prä-Post-Design mit Kontrollgruppe die Beeinflussbarkeit der PTB durch eine ‚minimale Intervention‘ untersucht. Die Daten werden durch semistrukturierte Interviews aller beteiligten Patienten und Therapeutinnen vor und nach der Interventionsphase gewonnen. Zusätzlich wird in den Interviews nach allgemeinen Wirkfaktoren für Therapieerfolg gefragt.

Das erste Ergebnis ist eine umfangreiche Liste allgemeiner Wirkfaktoren für logopädische³ Therapien. Als zweites Ergebnis kann gezeigt werden, dass die TB durch eine ‚minimale Intervention‘ positiv beeinflussbar ist.

Beide Ergebnisse könnten durch nachgelagerte Studien optimiert und zur Verbesserung der Patient-Therapeut-Beziehung instrumentalisiert werden. Dabei könnte ein neuer forschungsperspektivischer Zugang notwendig sein, der in dieser Arbeit angerissen und skizziert wird.

¹ In dieser Arbeit werden die Begriffe ‚Patient-Therapeut-Beziehung‘ (PTB) und ‚therapeutische Beziehung‘ (TB) synonym verwendet.

² Aufgrund des hohen Frauenanteils innerhalb der Logopädie wird in dieser Arbeit für Logopädinnen und Therapeutinnen ausschließlich die weibliche Form verwendet. Männliche Therapeuten sind gleichermaßen einbezogen.

Bei Patienten dagegen wird, aus Gründen der Vereinfachung und besseren Lesbarkeit, ausschließlich die männliche Form verwendet, da sie häufig als Gruppe, im Plural oder ohne Artikel aufgeführt sind.

³ Die Begriffe ‚Logopädin/Logopädie‘ und ‚Sprachtherapeutin/Sprachtherapie‘ werden synonym verwendet.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG:.....	1
2	THEORIE	4
2.1	WOVON REDEN WIR, WENN WIR THERAPIEWIRKSAMKEIT SAGEN?	4
2.1.1	WIRKSAMKEITSDEFINITION IM SPANNUNGSGEFÜGE VON EBP UND	
	BIOPSYCHOSOZIALEN MODELL	5
2.1.2	SCHNITTSTELLE DER E ₃ BP UND DES BIOPSYCHOSOZIALEN MODELLS.....	7
2.2	EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE THERAPIEEFFEKTIVITÄT.....	8
2.2.1	EINFLUSS VON KONTEXTFAKTOREN DES PATIENTEN AUF THERAPIEEFFEKTIVITÄT	10
2.2.2	ROLLE DER THERAPEUTISCHEN METHODE UND ARBEITSKONZEPTION	11
2.2.1	ALLGEMEINE WIRKFAKTOREN	11
2.2.2	ERWARTUNGSHALTUNG DES PATIENTEN – EINE EIGENE KATEGORIE?	14
2.3	THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG.....	15
2.3.1	MODELLE FÜR DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG.....	16
2.3.2	VERSUCH EINER NEUEN RAHMENKONZEPTION VON PTB	17
2.3.3	BEEINFLUSSBARKEIT DER PTB	19
2.4	MÖGLICHKEITEN DER DATENGEWINNUNG ZUR BEURTEILUNG DER PTB.....	20
2.4.1	DATENGEWINNUNG DURCH RATING SCALES	20
2.4.2	DATENGEWINNUNG DURCH UMFragen	21
2.4.3	DATENGEWINNUNG DURCH INTERVIEWS.....	22
2.5	WIRKSAMKEITSMESSUNG DURCH QUALITATIVE INHALTSANALYSE	23
2.6	QUALITATIV EXPERIMENTELLES STUDIENDESIGN ZUR DATENGEWINNUNG.....	24
2.7	ZUSAMMENFASSUNG UND FRAGESTELLUNGEN	25
3	GRUNDLAGENDEFINITION DER STUDIE	26
4	EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG I.....	
	BEFRAGUNG VON SPRACHTHERAPEUTINNEN ZUR PTB	27
4.1	ENTWICKLUNG EINES FRAGEBOGENS	27
4.1.1	AUFBAU DES ONLINEFRAGEBOGENS	27

EINLEITUNG:

4.1.2	PILOTIERUNG DES FRAGEBOGENS	27
4.2	ZIELGRUPPE UND DURCHFÜHRUNG DER BEFRAGUNG	28
4.3	VORGEHEN BEI DER AUSWERTUNG DER ERHOBENEN DATEN	28
4.4	ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG	28
4.4.1	DARSTELLUNG DES WISSENS DER LOGOPÄDINNEN ÜBER KONTEXTFAKTOREN..	29
4.4.2	UMGANG MIT KONTEXTFAKTOREN IN DER THERAPEUTISCHEN PRAXIS	30
4.4.3	EINFLUSS VON KF UND TB AUF DIE WIRKSAMKEIT DER THERAPIE	33
4.5	DISKUSSION DER BEFRAGUNG	35
4.5.1	DISKUSSION DER METHODISCHEN UMSETZUNG DER BEFRAGUNG	36
4.5.2	DISKUSSION DER RESULTATE DER BEFRAGUNG.....	37
5	EXPERIMENT II.....	
	WIRKSAMKEITSMESSUNG EINER INTERVENTIONSSTUDIE ZUR PTB	40
5.1	DESIGN DES EXPERIMENTS	40
5.2	STUDIENANTEILNEHMER UND ZUORDNUNG ZU I-GRUPPE UND K-GRUPPE.....	40
5.3	METHODISCHES VORGEHEN DER INTERVENTION.....	41
5.3.1	ERSTELLUNG DES INTERVENTIONSMANUALS UND DURCHFÜHRUNGSPLAN	41
5.3.2	PILOTIERUNG UND ÜBERARBEITUNG DES INTERVENTIONSMANUALS	43
5.4	METHODISCHES VORGEHEN DES INTERVIEWS IM PRÄ-POST-DESIGN	43
5.4.1	ENTWICKLUNG DES SEMISTRUKTURIERTEN INTERVIEWLEITFADENS	43
5.4.2	PILOTIERUNG UND ANPASSUNG DES INTERVIEWLEITFADENS.....	45
5.4.3	METHODISCHES VORGEHEN DER INTERVIEWDURCHFÜHRUNG	46
5.4.4	FESTLEGUNG DER AUSWERTUNGSPARAMETER UND -DURCHFÜHRUNG	46
5.5	ERGEBNISSE DES EXPERIMENTS.....	50
5.5.1	TEILNEHMER DER STICHPROBE DES EXPERIMENTS	50
5.5.2	DURCHFÜHRUNG / INTERVENTIONSPHASE	51
5.5.3	DURCHFÜHRUNG INTERVIEWS	53
5.5.4	ANALYSEPHASE	54
5.5.5	ERGEBNISSE DER ANALYSE UND GEFUNDENE AUSSAGEN.....	56

EINLEITUNG:

5.6	DISKUSSION DES EXPERIMENTS.....	73
5.6.1	DISKUSSION DER STICHPROBE UND DER RANDOMISIERUNG	73
5.6.2	DISKUSSION DES MANUALS UND DER UMSETZUNG DER INTERVENTION.....	74
5.6.3	DISKUSSION DER METHODISCHEN UMSETZUNG DES INTERVIEWS	74
5.6.4	DISKUSSION DES ANALYSEPROZESSES	76
5.6.5	DISKUSSION DER ERGEBNISSE DES EXPERIMENTS ZU FRAGE 2	77
5.6.6	DISKUSSION DER ERGEBNISSE FRAGE 3.....	78
6	GENERELLE DISKUSSION	81
7	SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK.....	84
8	LITERATURVERZEICHNIS	86
9	ANHANG	93
	THEMENBESCHIED.....	160

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: GESAMTMODELL DER VORLIEGENDEN ARBEIT	3
ABBILDUNG 2: ZEITLICHE ENTWICKLUNG VON DER EBM ZUR E ₃ BP (EIGENER ENTWURF)	7
ABBILDUNG 3: DARSTELLUNG DER EINBETTUNG DES WIRKFAKTORENMODELLS (LAMBERT, 2013) IN DAS BIOPSYCHOSOZIALE MODELL (EIGENE DARSTELLUNG)	9
ABBILDUNG 4: RAHMENMODELL DER PTB (EIGENE DARSTELLUNG)	18
ABBILDUNG 5: NENNUNGEN DER VERSCHIEDENEN KONTEXTFAKTOREN IN ABSOLUTEN ZAHLEN	30
ABBILDUNG 6: NENNUNGEN ZU DEN VERÄNDERUNGSMÖGLICHKEITEN DER KONTEXTFAKTOREN IN ABSOLUTEN ZAHLEN.....	32
ABBILDUNG 7: VERLAUF UND STRUKTUR DER ANTWORTEN ZUR EINSCHÄTZUNG ‚EINFLUSS DER PTB AUF WIRKSAMKEIT‘	34
ABBILDUNG 8: RANKING DER EINFLUSSGRÖßEN VERSCHIEDENER FAKTOREN AUF DIE THERAPIEWIRKSAMKEIT	35
ABBILDUNG 9: ÜBERSICHT ALLER INTERVIEWKONZEPTIONEN	44
ABBILDUNG 10: AUFBAU DES EINGANGSINTERVIEWS	45
ABBILDUNG 11: ABLAUFSCHEMA EINER INHALTLICH STRUKTURIERENDEN INHALTSANALYSE (KUCKARTZ, 2016, S. 100).....	48
ABBILDUNG 12: CODEBAUM DER HAUPTKATEGORIEN	57
ABBILDUNG 13: AUSSAGEN DER TN ÜBER DIE WICHTIGKEIT VON REFLEXION	62
ABBILDUNG 14: AUSSAGEN DER TN ZUR WICHTIGKEIT VON ‚TRANSPARENZ‘ UND ‚GESPRÄCH‘	63
ABBILDUNG 15: VERÄNDERUNGEN DURCH DIE ‚MINIMALE INTERVENTION‘. ANGABEN VON THERAPEUTINNEN IN ROTER FARBE, ANGABEN DER PATIENTEN IN ORANGER FARBE.	72

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: UNTERSCHIEDLICHE DEFINITIONEN DES BEGRIFFS „WIRKSAMKEIT“ (EIGENE DARSTELLUNG)	4
TABELLE 2: VERGLEICH DER ALLGEMEINEN WIRKFAKTOREN NACH GRAWE (1995) UND GRENCAVAGE & NORCROSS (1990).....	12
TABELLE 3: ÜBERSICHT ÜBER DIE DEMOGRAFISCHEN ANGABEN DER TEILNEHMERINNEN DER ONLINEUMFRAGE	29
TABELLE 4: RANKING DER 3 WICHTIGSTEN PATIENTENORIENTIERTEN KF IN ABSOLUTEN ZAHLEN UND PROZENTEN.....	31
TABELLE 5: ÜBERSICHT ÜBER DIE AN DER STUDIE TEILNEHMENDEN THERAPEUT-PATIENT-PAARE.....	50
TABELLE 6: ERGEBNIS DER RANDOMISIERTEN GRUPPENZUTEILUNG DER PATIENTEN MIT LAUFENDER INTERVIEWNUMMER.....	51
TABELLE 7: INTERVENTIONSINSTRUKTION FÜR DIE THERAPEUTINNEN.....	52
TABELLE 8: VERGLEICH VON PATIENTEN UND THERAPEUTINNEN ZUR PROZENTUALEN GEWICHTUNG VON METHODE VS. PTB FÜR DEN THERAPIEERFOLG	61
TABELLE 9: MEINUNG DER TN ZUR BEEINFLUSSBARKEIT DER PTB.....	61
TABELLE 10: ÜBERSICHT DER PATIENT-THERAPEUT-PAARE DER I-GRUPPE UND DER K-GRUPPE.....	63
TABELLE 11: AUSSAGEN ZUR TB VON LK UND JD.....	64
TABELLE 12: AUSSAGEN ZUR TB VON MT UND AK.....	65
TABELLE 13: AUSSAGEN ZUR TB VON DM UND MF	65
TABELLE 14: AUSSAGEN ZUR TB VON WK UND RN.....	65
TABELLE 15: AUSSAGEN ZUR TB VON DW UND HN	66
TABELLE 16: AUSSAGEN ZUR TB VON AD UND NB.....	66
TABELLE 17: AUSSAGEN ZUR TB VON ED UND DS.....	67
TABELLE 18: AUSSAGEN ZUR TB VON MS UND CS	67
TABELLE 19: AUSSAGEN ZUR TB VON SS UND AS	68
TABELLE 20: AUSSAGEN ZUR TB VON AM UND AK	68
TABELLE 21: AUSSAGEN ZUR TB VON CN UND AK.....	69
TABELLE 22: AUSSAGEN ZUR TB VON MM UND DS.....	69
TABELLE 23: AUSSAGEN ZUR TB VON FH UND IT.....	70
TABELLE 24: AUSSAGEN ZUR TB VON MB UND CS	70
TABELLE 25: AUSSAGEN ZUR TB VON KL UND KS	70

TABELLE 26: VERÄNDERUNGEN, DIE VON DEN TN EMPFUNDEN UND
BESCHRIEBEN WERDEN. 71

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

CST	CLINICAL SUPPORT TOOLS
EBM	EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
EBP	EVIDENZBASIERTE PRAXIS
E ₃ BP	GLEICHWERTIGE GEWICHTUNG VON FORSCHUNGSBELEGEN, KLINISCHER EXPERTISE UND PATIENTENWÜNSCHEN
EUFH	EUROPÄISCHE FACHHOCHSCHULE
HAQ	HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE
ICF	INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH
ICF-CY	INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH - CHILDREN AND YOUTH
I-GRUPPE	INTERVENTIONSGRUPPE
KF	KONTEXTFAKTOREN
K-GRUPPE	KONTROLLGRUPPE
ORS	OUTCOME RATING SCALE
PBE	PRAXISBASIERTE EVIDENZ
PTB	PATIENT-THERAPEUT-BEZIEHUNG
QI	QUALITATIVE INHALTSANALYSE
QM	QUALITÄTSMANAGEMENT
RCT	RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL /
SGB V	SOZIALGESETZBUCH V
SRS	SESSION RATING SCALE
STA-R	SKALA THERAPEUTISCHE ALLIANZ - REVISED
TB	THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG
TE	THERAPIEEINHEIT
TN	TEILNEHMER

1 EINLEITUNG:

Immer wieder ist in den letzten Jahren versucht worden, aus der Logopädie heraus eine Standortbestimmung des eigenen Berufsbildes, der eigentlichen Aufgaben und der Zukunftsperspektiven zu entwerfen (Macha-Krau, 2013; Rausch, 2018; Rausch, Thelen & Beudert, 2014). Bürki Garavaldi, Kempe Preti, Kohler und Steiner (2011) beschreiben Logopädie nicht nur alleine als praktische Umsetzung von Theorie, sondern dass sie sich vielmehr „... als ein eigenständiges Gebiet der Lehre und Forschung mit entsprechendem wissenschaftlichen Anspruch und Auftrag“ versteht. In dieser Hinsicht ist ihr Selbstverständnis das „einer Handlungs- oder Integrationswissenschaft“ (S. 28 ebd.). Derzeit sieht sich die Sprachtherapie allgemein in einem Spannungsgefüge zwischen Forderungen nach evidenzbasierter Praxis (EBP) einerseits und den Forderungen der patientenorientierten Denkweise, die im biopsychosozialen Modell ihren Ausdruck findet. Dieses bietet eine umfassende Betrachtung von Gesundheit und Krankheit und bezieht den gesamten Menschen mit all seinen Kontextfaktoren ein. Resultat eines Gesundheitsdenkens auf Grundlage dieses Menschenbildes ist die Entwicklung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information DIMDI, 2005), die mit ihrer Codierung eine Kommunikation über Krankheit und Gesundheit auf internationaler Ebene ermöglicht. So treffen aktuell zwei unterschiedliche Denkansätze aufeinander und zwingen Forschung scheinbar dazu, sich zu positionieren. In vielen Veröffentlichungen werden Ergebnisse dargestellt, die die Suche nach Beweisen zur Wirksamkeit von Techniken und Methoden logopädischer Interventionen fokussieren. Ihre Ausrichtung basiert auf einer quantitativ ausgerichteten Evidenzhierarchie, die randomisierten Kontrollstudien (RCTs) mit einer hohen Standardisierung und einer großen Stichprobe die größte wissenschaftliche Beweiskraft zuspricht. Es mehren sich jedoch die Stimmen derer, die kritisieren, dass Einzelfallstudien oder die klinische Erfahrung von Expertinnen in diesem Denkraum praktisch keine Rolle spielen, obwohl die komplexen Prozesse, wie sie in logopädischen Therapien ablaufen, mit den Mitteln der EBP kaum gemessen werden können (Baum, Clausen-Söhngen & Tiessen, 2018; Beier, 2018; Bürki Garavaldi et al., 2011; Dehn-Hindenberg, 2007; Göldner, Hansen & Wanetschka, 2017; Weber, 2017; Weigand, 2017). Sie fordern eine Hinwendung zu qualitativen, deskriptiven und explorierenden Studiendesigns.

Um Fragen nach Wirkfaktoren und Beurteilungskriterien zu beantworten, bedient sich logopädische Forschung der Ergebnisse verwandter Bezugswissenschaften wie Pädagogik, Sprachwissenschaft, Medizin, Psychologie u.a. (Borgetto, 2012; Bürki Garavaldi

et al., 2011; Rausch, 2018). Besonders in der Psychotherapie wird schon länger nach den Wirkmechanismen und Einflussfaktoren von Therapie gesucht (Wampold, 2015). Dabei gerät ein Thema in den Fokus, dem sich die Logopädie bisher nur wenig theoretiegeleitet zugewendet hat: nämlich den allgemeinen Wirkfaktoren oder sog. Common Factors. Lambert (2013) schreibt diesen einen Einfluss von mindestens 30% für den Therapieerfolg zu. Unter ihnen wird auch die PTB als ein besonders einflussreicher Faktor hervorgehoben (Flückiger et al., 2012; Wampold, 2015; Znoj, 2014). In den letzten Jahren greift die Logopädie diese Diskussion über die TB ebenfalls auf (Baum et al., 2018; Bürki Garavaldi et al., 2011; Dehn-Hindenbergh, 2007; Göldner et al., 2017; Hansen, 2009; Pahn & Balogh, 2010; Weber, 2017; Weigand, 2017). Es scheint ein ‚stilles‘ Wissen über die Bedeutsamkeit der PTB auch unter den Praktizierenden zu geben, das als praxisbasierte Evidenz (PBE) bezeichnet wird. Diese wird bislang im Hinblick auf die TB seitens der Logopädie nicht gezielt erhoben und systematisch untersucht (Göldner et al., 2017). Es ist noch nicht geklärt, wie die PTB im therapeutischen Geschehen wirkt und wie groß ihr Einflussfaktor ist. Problematisch hierbei ist, dass dieser möglicherweise entscheidende Wirkfaktor in der Praxis wenig reflektiert und damit nur ungenügend genutzt wird. Studien aus der Psychotherapie zeigen, dass die TB durch minimale Intervention veränderbar ist und dies den Therapieerfolg beeinflusst (Flückiger et al., 2012; Hersoug, Høglend, Havik & Monsen, 2010).

In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, bisher beschriebene Einflussfaktoren auf Therapie aus der Literatur zu bündeln und hinsichtlich ihres Theoriebezugs einzuordnen und zu systematisieren. Zu Beginn der Arbeit wird der Begriff „Wirksamkeit“ definiert (Kap. 2.1). Verschiedene Wirksamkeitsfaktoren werden aus der Literatur der Psychotherapie dargestellt und in Bezug zur Logopädie gesetzt (Kap. 2.2). Die PTB wird dabei in einen besonderen Fokus genommen. Es wird ein neues Modell über die PTB erstellt, das als Bezugsrahmen für die gesamte Arbeit dient (Kap. 2.3). Bisher wird in der logopädischen Wirksamkeitsforschung nicht untersucht, in welcher Form Aussagen von Patienten und Therapeuten bezüglich der TB gewonnen und analysiert werden können. Im Bereich der Psychotherapie existieren Fragebögen zur Qualitätsbeurteilung aus Patienten- und Therapeutesicht hinsichtlich der PTB, sog. Rating Scales, schon länger. Sie werden bisher nicht auf die Bedürfnisse der Logopädie adaptiert. Vorteile und Limitationen von Rating Scales, Befragungen und Interviews werden hier vorgestellt und diskutiert (Kap. 2.4). Die Möglichkeiten der Wirksamkeitsmessung durch qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2010) wird dargestellt (Kap. 2.5). Es wird ein qualitativ-experimentelles Studiendesign vorgestellt, welches die Möglichkeit einer patientennahen Beschreibung von Ursache-Wirkungsbeziehung ermöglicht (Kap. 2.6). Sämtliche Erörterungen münden in die Fragestellungen (Kap. 2.8). Aus den

verschiedenen beschriebenen Patientenfragebögen und Wirkfaktorenlisten wird eine Arbeitsmatrix entwickelt, die als Grundlage der weiteren Arbeit dient (Kap. 3).

Die Arbeit beinhaltet zwei Studien. Ziele der ersten Studie sind die Erfassung der aktuellen Erhebungsmethoden von Kontextfaktoren (KF) in der Logopädie, die Einschätzung und Reflexion von Sprachtherapeutinnen hinsichtlich der KF und TB und ihrer Wahrnehmung dieser als Einflussfaktoren auf den Therapieverlauf und -erfolg (Kap. 4). Eine Onlinebefragung dient der Abbildung des IST-Zustands therapeutischer Praxis und der PBE von Logopädinnen. Dabei werden quantitative und qualitative Daten erhoben und dargestellt. Die gewonnenen Ergebnisse zeigen die Relevanz und bilden die Grundlage für die Hauptstudie, die wiederum vertiefende Erkenntnisse erbringen soll. Durch ein Experiment im Prä-Post-Design mit Interventionsgruppe und Kontrollgruppe wird erhoben und analysiert, inwiefern sich Aussagen einer Stichprobe innerhalb einer Interventionszeit von sechs Therapieeinheiten (TE) verändern. Dazu wird ein Interventionsmanual entwickelt und in der Interventionsgruppe eingesetzt. Semistrukturierte Interviews zur Therapeuten- und Patientensicht bezgl. der TB liefern die Daten, um einen Einfluss auf die TB mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring festzustellen (Kap. 5). Anschließend folgt die Diskussion der Ergebnisse (Kap. 5.5) und die generelle Diskussion (Kap. 6), bevor die Arbeit mit einem Fazit und Empfehlungen zukünftiger Veränderungen innerhalb der Logopädie endet (Kap. 7).

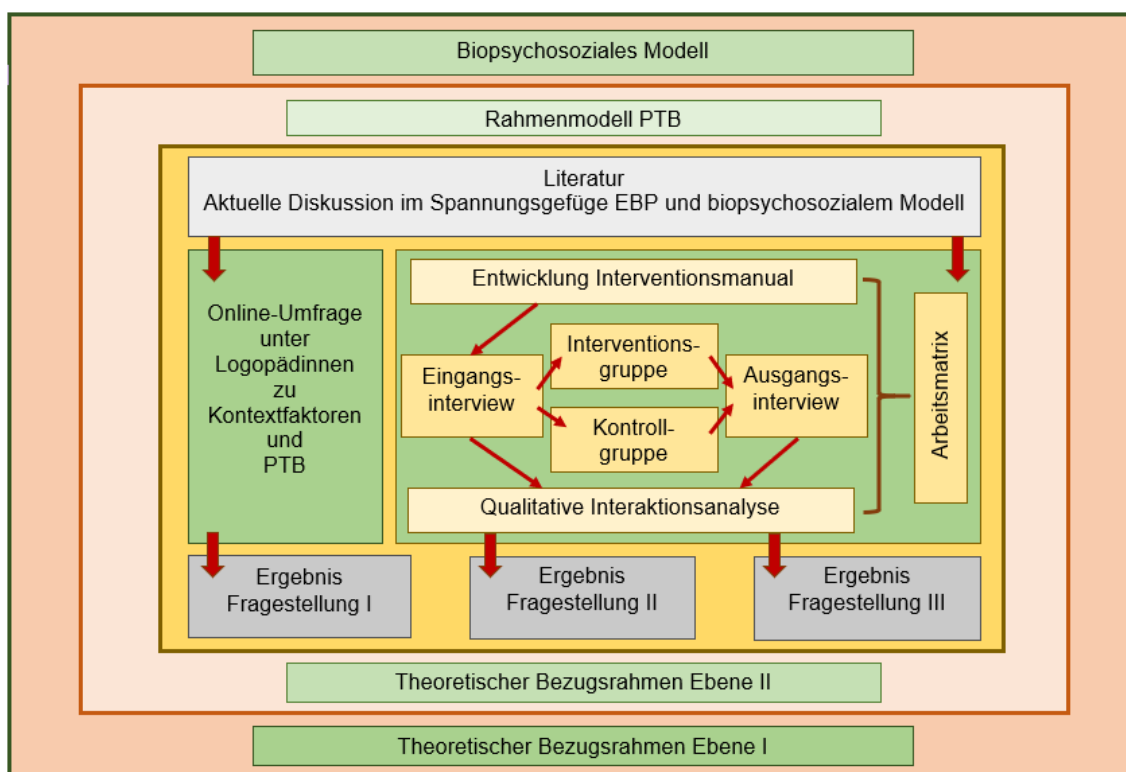


Abbildung 1: Gesamtmodell der vorliegenden Arbeit

2 THEORIE

2.1 Wovon reden wir, wenn wir Therapiewirksamkeit sagen?

Um Forschungsfragen wie in der Einleitung ausgeführt zu beantworten, muss zunächst geklärt werden, was Wirksamkeit ist. Im folgenden Abschnitt wird beschrieben, wie Therapiewirksamkeit aus unterschiedlicher Sichtweise beschrieben werden kann und welche Betrachtungsweise in der vorliegenden Arbeit zur Grundlage genommen wird.

Dem Duden zufolge wird der Begriff ‚Wirksamkeit‘ definiert als „das Wirksamsein“ oder „das Wirken“ (Duden online, o. J.). Als synonym gelten mehrere Begriffe, die eine größere Bandbreite an Interpretationsspielraum lassen, wie etwa: ‚Auswirkung, Durchsetzungskraft, Effektivität, Erfolg, Geltung, Leistung, Stärke‘. Im medizinischen Bereich wird unter dem Begriff ‚Wirksamkeit‘ das Vermögen medizinischer Maßnahmen verstanden, um Krankheiten günstig zu beeinflussen. In der englischsprachigen medizinischen Literatur werden differenziertere Begrifflichkeiten für Wirksamkeit verwendet: ‚Efficacy‘, ‚Effectiveness‘ und ‚Efficiency‘, wie Tabelle 1 verdeutlicht.

Tabelle 1: Unterschiedliche Definitionen des Begriffs „Wirksamkeit“ (eigene Darstellung)

<i>Efficacy</i>	<i>Effectiveness</i>	<i>Efficiency</i>
Wirkungsvermögen: Wirksamkeit einer Maßnahme in klinischen Studien unter kontrollierten Bedingungen.	Effektivität: Tatsächlicher Nutzen einer Maßnahme unter Alltagsbedingungen, unter Vergleich von Ziel und Ergebnis.	Effizienz: Wirkungsgrad einer Maßnahme als das Verhältnis von Nutzen und Aufwand (Wirtschaftlichkeitsaspekt).

Die Bedeutungsbereiche der drei Definitionen überschneiden sich. ‚Efficacy‘ bezieht sich eher auf das Wirkungsvermögen und steht für die Wirksamkeit einer Maßnahme in klinischen Studien unter kontrollierten Bedingungen (Ernst & Pittler, 2006). ‚Effectiveness‘ wird mit Effektivität übersetzt und damit wird der tatsächliche Nutzen einer Maßnahme unter Alltagsbedingungen verstanden. Dabei muss das definierte Therapieziel so aussagekräftig definiert werden, dass es Messbarkeit aufweist und mit dem tatsächlich erreichten Ergebnis verglichen werden kann (Beushausen & Grötzbach, 2011; Cochrane, 1999; Kim, 2013). Auf den Wirkungsgrad im wirtschaftlichen Sinn, als das Verhältnis von Nutzen und Aufwand einer Maßnahme, hebt der Begriff ‚Efficiency‘ ab (Cochrane, 1999; Shafrin, 2016). Die verschiedenen Wortbedeutungen werden im Kontext medizinischer Verfahren nicht einheitlich gefasst und uneindeutig verwendet. In der vorliegenden Arbeit wird unter Wirksamkeit einer Therapie grundsätzlich die Effek-

tivität verstanden. Es muss geklärt werden, ab wann eine therapeutische Maßnahme als effektiv zu verstehen ist. Ist es dann gegeben, wenn der Patient sich mit seinen Leistungen einer Norm annähert, wenn seine progredient verlaufende Erkrankung verlangsamt oder gestoppt werden kann oder wenn Alltagstauglichkeit erreicht wird? Wer beurteilt, ob und wann eine Therapie effektiv ist? Sind es die Therapeutinnen, die evaluieren oder sind es die Betroffenen, die subjektiv eine Veränderung ihrer Schwierigkeit feststellen und durch den Erwerb neuer Fähigkeiten ihre Lebensqualität verbessern? Ohne diese Fragen zu beantworten, kann über Wirksamkeitsnachweise nicht nachgedacht werden. Dabei stehen sich die beiden großen modellhaften Denkrichtungen gegenüber: Zum einen der aus der Medizin heraus begründete Ansatz, objektive und übertragbare Beweise für Therapieinterventionen zu fordern. Er mündet in der evidenzbasierten Medizin (EBM). Dem gegenüber steht der Ansatz aus dem biopsychosozialen Modell, das die Patienteninteressen und -ressourcen und die Auswirkungen für den Alltag des Patienten in den Mittelpunkt stellt. Im Folgenden werden diese beiden Sichtweisen dargestellt, verglichen und ein erstes Fazit gezogen.

2.1.1 Wirksamkeitsdefinition im Spannungsgefüge von EBP und biopsychosozialen Modell

Um die intuitive Praxis der Behandler zu systematisieren, fordern Cochrane und Kollegen in den 70er Jahren die Etablierung systematischer Reviews über RCT's. Sie sollen den Praktizierenden helfen, ihre Arbeit hinsichtlich der Wirksamkeit zu prüfen und zu reflektieren (Cochrane, 1999). Dabei wird Wirksamkeit quantitativ mit Vorher-Nachher-Vergleichen gemessen und bewertet. Die evidenzbasierte Medizin (EBM) unterliegt bei der Beurteilung ihrer Qualität einer Hierarchie: den Evidenzlevels. Zusätzlich zeigt sich ihre Qualität in der Replizierbarkeit und Signifikanzmessung. Ihre Gütekriterien lassen sich an der Objektivität, Validität und Reliabilität messen (Beushausen & Grötzbach, 2011). Für den therapeutischen Kontext beschreiben Bürki Garavaldi, Kempe Preti, Kohler und Steiner (2011) Evidenz als die Beweiskraft einer Intervention. Eine evidenzbasierte Praxis unterliegt einem „handlungsleitenden Modell“ und hat mit quantitativ erfassbaren und kontrollierten Elementen ihre Wirksamkeit bewiesen. Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes und Richardson (1996) beschreiben Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen folgendermaßen: “By best available external clinical evidence we mean clinical relevant research ..., the power of prognostic markers and the efficacy and safety of therapeutic, rehabilitative and preventive regimens” (S. 72) und bezeichnen die EBM als Goldstandard. Im Anwendungsbereich führt die EBP in den 90er Jahren dazu, dass Leitlinien entwickelt werden (AWMF, 2012) und im Sozialgesetzbuch V

(SGB V) zur verbesserten Versorgung der Patienten aufgenommen werden. Spätestens seit dem Beitrag von Rott (2013) manifestiert sich auch die Forderung der Krankenkassen nach Effizienz. Dieser Paradigmenwechsel in der Medizin durch die EBM zieht auch die Logopädie nach sich (Rausch, 2018).

Im Gegensatz dazu vollzieht sich mit dem biopsychosozialen Modell und der Neubewertung und Konkretisierung der Sichtweise auf Gesundheit, Krankheit und Behinderung durch die ICF ein Wechsel von Qualitätsbeurteilung, Evaluation und Prognose. Nicht mehr die Norm der Vergleichspopulation, sondern vielmehr die individuelle Bedeutung einer Störung und ihre Auswirkungen auf Aktivität und Teilhabe des Betroffenen geraten in den Fokus der Therapieplanung und Ergebnisbewertung (Grötzbach, Hollenweger Haskell & Iven, 2014). Durch die klaren Kriterien der ICF zur Beurteilung der konkreten Auswirkungen der Therapie und Zielevaluation, kann auf „selbstentworfenen Beurteilungsraster“ (S. 290 ebd.) verzichtet werden. Die Bewertung der Therapiewirksamkeit muss die subjektive Einschätzung des Patienten mit einbeziehen. Dies scheint zwar seit jeher Bestandteil eines sprachtherapeutischen Selbstverständnisses zu sein (S. 287 ebd.), wird jedoch aus Sicht der Forschung wegen fehlender Evidenzlevel weniger hoch eingeschätzt. Metaanalysen, so die Kritiker der EBP, erfassen zu wenig und zu ungenau die Individualität des einzelnen Patienten. Speziell in der Logopädie, mit vielen zusätzlichen Komorbiditäten, kann Therapiewirksamkeit nicht pauschal beurteilt werden (Beier, 2018; Bürki Garavaldi et al., 2011; Göldner et al., 2017; Hansen, 2009, 2018). Im Gegensatz zur Evidenzerhebung der EBP wird im biopsychosozialen Denkraum bei der Überprüfung von Wirksamkeit eher von Evaluation gesprochen. Sie definiert sich durch eine ganzheitliche Betrachtung der Wirksamkeit und bildet eine nicht messbare Dimension der subjektiven Einschätzung ab. Dabei können keine Quantitäten, sondern Qualitäten im Hinblick auf Alltagstauglichkeit des Gelernten erhoben werden. Beushausen fordert 2014 die Präferenzen und Werte eines (informierten) Klienten zu erheben. Der Maßstab für Therapieerfolg ist die kontextbezogene, individuelle und gemeinsam mit dem Patienten getroffene Zielvereinbarung. Die Verpflichtung gegenüber dem Patienten ergibt sich aus seinem konkreten Leben und nicht aus einer „überindividuellen Sprachnorm“ (Kempe Preti, 2013). Auf dieser Grundlage wird gefolgert, dass das Individuum der Maßstab für Wirksamkeitsmessung ist.

Mit der Einführung der E₃BP, deren Konzept im folgenden Kapitel genauer beschrieben wird, ist erkennbar, dass die Definition ihrer internen und sozialen Evidenz und das biopsychosoziale Modell sich ähneln. Interessen des Patienten, Alltagswirksamkeit in Funktion und umfassender gesellschaftlicher Teilhabe bilden jeweils die Grundlage und bieten die Möglichkeit einer Schnittstelle beider Modelle. Im folgenden Abschnitt wird diese Schnittstelle und ihre befruchtende Auswirkung dargestellt.

2.1.2 Schnittstelle der E₃BP und des biopsychosozialen Modells

Seit ihrem Aufkommen in den 70er durchläuft die EBM bis heute eine Entwicklung. Wie Abbildung 1 verdeutlicht, geht sie in die EBP über, indem sie für therapeutische Entscheidungsfindungen genutzt wird.



Abbildung 2: Zeitliche Entwicklung von der EBM zur E₃BP (eigene Darstellung)

Obwohl die Anwendung der EBP in der Medizin eine Erweiterung der medizinischen Kenntnisse und der Therapiemöglichkeiten forciert, bemängeln Kritiker, dass diese Sichtweise zu kurz greift. Greenhalgh, Howick und Maskrey (2014) sehen die EBP in einer Krise. Um dieser entgegenzuwirken fordern sie eine Fokussierung auf „verwendbare Evidenz“. Sie soll kombinierbar sein zwischen dem klinischen Kontext und der professionellen Expertise, um eine individuelle und optimale Behandlung der Patienten zu gewährleisten. Beushausen und Grötzbach (2011) bezeichnen die EBP als „ethische Grundhaltung“ (S. 4) indem sie sowohl externe, interne Evidenzen wie auch die individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt. Mit der Arbeit von Dollaghan (2007) wird die Gleichstellung dieser drei Komponenten manifestiert und in der Sprachtherapie als E₃BP selbstverpflichtend angenommen. Dem geht eine wissenschaftliche Grundhaltung in Form von Skepsis und ein „kritisch hinterfragender Berufsethos“ voraus (Beushausen & Grötzbach, 2011). Die Bestrebung nach einer gelingenden Partnerschaft zwischen Patient mit seinen subjektiven Interessen und Therapeutin mit ihrem Interesse nach EBP ist in den letzten Jahren gewachsen. Anlässlich der Neuauflage von Cochranes Werk „Effectiveness & Efficiency“ (1999) legt Silagy in ihrer Einleitung „The Post-Cochrane Agenda: Consumers and Evidence“ ihren Fokus auf „health outcomes that takes account of subjective individual experiences“ (1999, S. xxii). In dieser befruchtenden Wechselwirkung sieht Silagy die größte Herausforderung aber auch Chance. Hope (1997) geht noch einen Schritt weiter und bezeichnet die Verbindung der evidenzbasierten Medizin mit der patientenzentrierten Medizin als einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen. Dem stimmen Bürki und Steiner (2012) zu. Einzelfälle, so ihre Auffassung, können nicht mit Gruppenstudien verglichen werden und daher schaffen Metaanalysen und Leitlinien für sich gestellt keine Wirksamkeitssicherheiten. Die Individualität des Betroffenen und die Komplexität seiner Bindung an die Therapeutin beeinflussen den Therapieerfolg entscheidend. Fakten der externen Evidenz bilden daher lediglich die Basis für interne Evidenz (ebd. S. 186).

Bürki und Steiner (2012) definieren die EBP als einen „Denkansatz, der zur ‚besten Praxis‘ für die Betroffenen und zur ‚gerechtfertigten Investition‘ durch die Kostenträger führt“ (S. 185). In dieser Hinsicht können die externe und interne Evidenz als Vertreter zweier Interessen stehen, die miteinander agierend und komplementär eine Einheit ergeben. Sie bilden den „Kern des Fachgebietes Logopädie“ (ebd. S. 185). Sackett et al. betonen 1996, dass EBM keine „Kochbuchmedizin“ ist (S. 72). Demnach ist laut Kempe Preti (2013) „innerhalb einer Therapie von einem Prozess auszugehen, der gleichzeitig zielgerichtet und offen ist und in dessen Konzeption unerwartete Ereignisse mit dazugehören“ (vgl. Hansen 2009, S. 51). Vergleicht man die Ansichten und Hinweise der Forschenden in dieser Hinsicht, kann das Aufeinandertreffen der externen Evidenz auf der einen Seite und der Intention der internen und sozialen Evidenz auf der anderen Seite nicht nur als Schnittstelle, sondern sogar als ein Vorgang von Emergenz betrachtet werden. Dabei wird Emergenz als Entwicklungsprozess betrachtet, der Einflüsse aus zwei unterschiedlichen Richtungen bedarf, um dann zu unerwarteten höheren Ebenen aufzusteigen und gleichzeitig seine Wirkung auch auf die untergeordneten Hierarchien abzugeben und zu entfalten (Dedié, 2015, S.9). Laut Evans (2001) bedeutet Emergenz das Bestreben, aus dem instabilen und unflexiblen Zustand, in einen stabilen und auch flexiblen vorläufigen Endzustand zu gelangen. Im Fall der Wirksamkeitsnachweise wären die einseitigen Betrachtungen entweder nur aus der EBP heraus oder alleine aus dem biopsychosozialen Modell jeweils instabil und unflexibel. Eine Stabilität und Flexibilität könnte mit der Zusammenführung beider erreicht werden. Diese Ansicht ist Grundlage der weiteren Diskussion in der hier vorliegenden Arbeit. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der theoretische Rahmen von Forschung und Praxis und ihrer Positionierung bezüglich EBP oder biopsychosozialen Modell relevant ist, um Therapieerfolg zu bewerten.

Um die Wirksamkeit einer therapeutischen Intervention zu messen, müssen obligatorisch auch die unterschiedlichen Wirkfaktoren des Therapieerfolgs und deren Einfluss betrachtet werden. Im folgenden Abschnitt sind die verschiedenen größten Einflussfaktoren auf Therapiewirksamkeit dargestellt.

2.2 Einflussfaktoren auf die Therapieeffektivität

Therapien werden von verschiedenen Faktoren bestimmt, die den Erfolg der therapeutischen Intervention beeinflussen. In der Psychotherapie werden, mit Blick auf die komplexe Individualität des Patienten, neben der Methode und Technik der Intervention auch Bedingungen und Veränderungen im Leben des Klienten, seine Erwartungs-

haltung gegenüber der Therapie und schließlich die allgemeinen Wirkfaktoren⁴ als Einflussgrößen ausgemacht (Lambert, 2013). Innerhalb der Psychotherapie besteht ein Konsens darüber, dass Therapie grundsätzlich wirkt und dass die spezielle Technik und die allgemeinen Wirkfaktoren gemeinsam zum Erfolg führen (Pfammatter, 2014). Die, in der Psychotherapie erhobenen Wirkfaktoren, sind in Bezug auf die Logopädie durchaus reflexionswürdig (Kempe Preti, 2013) und übertragbar (Göldner et al., 2017; Nierhaus, 2015). Unklar ist, wie Lamberts Wirkfaktorenmodell (2013) im biopsychosozialen Modell abgebildet werden kann. Das biopsychosoziale Modell ist eine Konzeption, die Körper und Seele als eine Einheit versteht. In dieser Theorie können körperliche und psychische Anteile des Menschen gemeinsam verstanden werden. Da Intervention im Sinn von Therapie immer von „außen“ an den Patienten herangetragen wird, spielt sie sich im Bereich der Kontextfaktoren des biopsychosozialen Modells ab. Auch die allgemeinen Wirkfaktoren und die Faktoren, die sich im Leben des Patienten abspielen, liegen und wirken zunächst im Bereich der Kontextfaktoren des biopsychosozialen Modells. Einflüsse auf dieser Ebene entfalten ihre Wirkung anschließend auf der mittleren Ebene bei Aktivität, Funktion und Partizipation. Wie in Abbildung 3 dargestellt, kann das Wirkfaktorenmodell von Lambert (2013) auf der Ebene der Kontextfaktoren in das biopsychosoziale Modell integriert werden, was in der vorliegenden Arbeit zur Grundlage genommen wird.

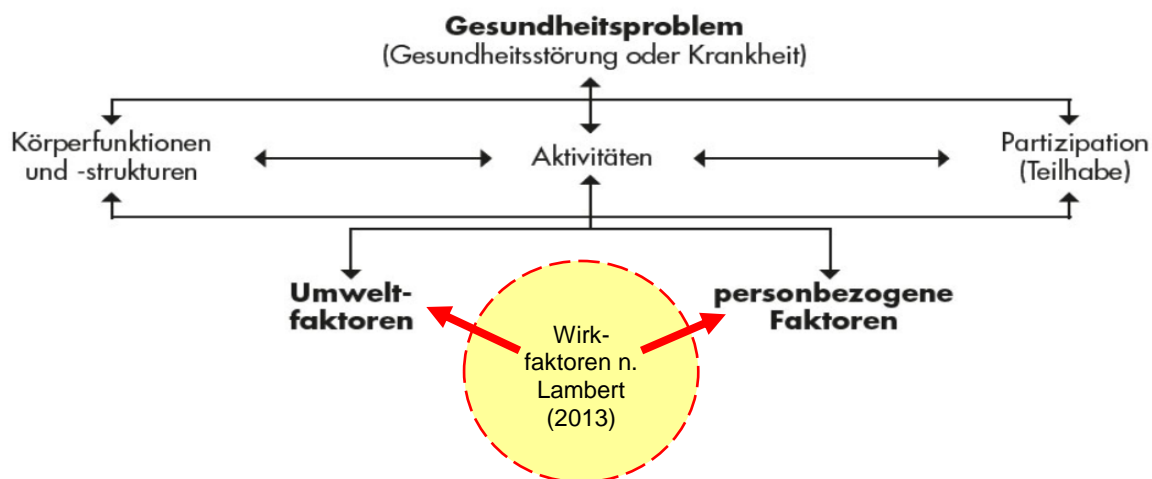


Abbildung 3: Darstellung der Einbettung des Wirkfaktorenmodells (Lambert, 2013) in das biopsychosoziale Modell (eigene Darstellung)

⁴ In der Literatur werden „allgemeine Wirkfaktoren“ und „übergeordnete Wirkfaktoren“ oft synonym verwendet. So geschieht dies auch in der vorliegenden Arbeit ohne Hierarchisierung.

Im folgenden Abschnitt werden diese Wirkfaktoren einzeln vorgestellt, in das biopsychosoziale Modell eingeordnet und hinsichtlich der Einflussgröße auf Therapiewirksamkeit diskutiert. Zunächst wird der Einflussfaktor ‚Bedingungen und Veränderungen im Leben des Klienten‘ unter der Rubrik ‚Kontextfaktoren des Patienten‘ betrachtet.

2.2.1 Einfluss von Kontextfaktoren des Patienten auf Therapieeffektivität

Die Komponenten des biopsychosozialen Modells beinhalten u. a. die KF, die wiederum in Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren aufgeteilt werden. Da das biopsychosoziale Modell das Übergeordnete ist, entscheidet sich die Autorin der vorliegenden Arbeit dazu, dem Kombinationsmodell (vgl. Abb. 3) folgend, den Einflussfaktor ‚Bedingungen und Veränderungen im Leben des Klienten‘ (Lambert, 2013) unter den KF einzuordnen. Sie können sich jeweils als förderlich im Hinblick auf das Gesundheitsproblem auswirken oder sich auch als hemmend und als Barriere zur Partizipation erweisen (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information DIMDI, 2005). Zu den Umweltfaktoren zählen die äußeren Lebensumstände eines Menschen wie etwa die Beschaffenheit der häuslichen Situation, des Arbeitsplatzes oder auch die soziale Eingebundenheit (Beier, 2018). Die personenbezogenen Faktoren werden von Cibis & Grothkamp (2011) als das individuelle und spezielle Leben eines Menschen beschrieben. Sie haben vermutlich erheblichen Einfluss auf den Therapieverlauf und -erfolg. Dazu gehören unveränderliche Merkmale, die physischen Faktoren wie Alter, Geschlecht, auch Lebenslage und sozioökonomische, kulturelle Faktoren, sozialer Hintergrund, Bildungs- und Berufsstatus. Zu den mentalen Faktoren, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten zählen bspw. die, aus der Sozialisation der Person entstandenen Verhaltensformen, Verarbeitungsstrategien, psychische Belastbarkeit, Ressourcen und Resilienz bezüglich der Krankheitsverarbeitung. Letzgenannte haben als veränderbare Faktoren das Potential positiv in der Therapie genutzt zu werden (Beier, 2018). Die Einflussgrößen der Kontextfaktoren auf den Therapieerfolg sind im positiven wie negativen bisher nicht erforscht. Beier fordert (2018) intensivere Anstrengungen und sieht einen Forschungsauftrag mit verändertem forschungsmethodischen Zugang seitens der Logopädie, „um Krankheitserleben, therapeutischen Verlauf und Behandlungserfolg abschätzen zu können“ (S. 203). Zu den Wirkfaktoren für Therapie werden die Methoden und Techniken gezählt, die im folgenden Abschnitt vorgestellt und diskutiert werden.

2.2.2 Rolle der therapeutischen Methode und Arbeitskonzeption

Wie schon oben erwähnt, trifft die Therapie und die methodische Umsetzung, als ein von außen wirkender Faktor, gleichermaßen auf die personenbezogenen und auch auf die Umweltfaktoren und entfaltet dort Wirksamkeit. Sowohl in den Heilmittelrichtlinien (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011) als auch im Kompetenzprofilpapier des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e. V. (Rausch et al., 2014), die als Handlungsempfehlungen für den Praktiker ausgewiesen sind, wird auf das sorgfältige Konzipieren des therapeutischen Vorgehens hingewiesen. Es ist erforderlich, die Therapieplanung theoretisch zu begründen und Entscheidungen im Rahmen des Clinical Reasonings im Abgleich mit den Patientenpräferenzen hinsichtlich der Effektivität abzuwägen (Beushausen, 2014). Dabei ist es obligatorisch eine Kongruenz zwischen Theorie und Handlung herzustellen, um einen sog. Frame Clash zu vermeiden (Duchan, 2004). Methode und Technik haben also einen hohen Stellenwert im Therapiesgeschehen. Pfammatter (2014) argumentiert jedoch, dass evidenzbasierte Methoden ihre Wirkung erst durch allgemeine Wirkfaktoren entfalten, wie bspw. durch die Qualität der PTB. So bilden allgemeine Wirkfaktoren die Basis, damit bestimmte therapeutische Techniken und Methoden erfolgversprechend wirksam werden können. Bürki Garavaldi und Kollegen (2011) bestärken dies und führen weitergehend an, dass es bei der Wirksamkeitsmessung weniger darum gehen darf, „ein bestimmtes kontrolliertes Vorgehen zu beweisen, sondern die wesentlichen Elemente eines komplexen Interaktionssystems klarer verständlich werden zu lassen“ (S. 31). Sie postulieren daher eine phänomenologische Herangehensweise an Evaluation mit dem offenen Blick für das tatsächlich zu evaluierende Geschehen. Damit würde, so die weitere Argumentation, die therapeutische Arbeit „dem spezifisch vorliegenden Phänomen gerecht werden“ (ebd. S. 32). Phänomene existieren unabhängig von Techniken und Methoden. Dies spräche, so ihre Argumentation weiter, dafür, dass der Fokus der Evaluation weg von den Methoden und stattdessen deutlich auf den allgemeinen Wirkfaktoren liegen sollte.

Dieses Argument lenkt den Blick auf die allgemeinen Wirkfaktoren. Therapien, die eine besonders gute Wirkung erzielen, weisen eine Reihe gemeinsamer Merkmale auf (Kempe Preti, 2013). Diese werden im Folgenden genauer beschrieben.

2.2.1 Allgemeine Wirkfaktoren

Neben den spezifische Faktoren existieren allgemeine Wirkfaktoren von denen angenommen wird, dass sie den Therapieerfolg maßgeblich mitbeeinflussen und als Prädiktoren für Therapieerfolg gelten (Pfammatter, Junghan & Tschacher, 2012). Sie bewirken therapeutische Veränderungen ohne dabei explizit in einem Therapiemodell

verankert zu sei. Sie sind nicht spezifisch für eine bestimmte Form von Therapie und nicht spezifisch wirksam bei einer bestimmten Form von Störung. Sie beziehen sich auf die Beziehungsebene, intrapersonelle Ebene und die Ebene therapeutischer Veränderungen (Pfammatter, 2014). In dieser Hinsicht bewegen sie sich ebenfalls auf der Ebene der Kontextfaktoren im biopsychosozialen Modell und entfalten hier ihre Wirkung. Wie bereits in Kap. 2.2.2 beschrieben, bilden sie die Grundlage für das Wirksamwerden einer Therapie.

Wampold (2015) beschreibt deren Wichtigkeit mit folgenden Worten:

...although the common factors have been discussed for almost a century, the focus of psychotherapy is typically on the development and dissemination of treatment models. If not discounted, then the common factors are thought of as perhaps necessary, but clearly not sufficient. The evidence, however, strongly suggests that the common factors must be considered therapeutic and attention must be given to them, in terms of theory, research and practice. (S. 275)

Dazu führt er auch an: "one of the criticisms of the common factors is that they are an atheoretical collection of commonalities". Viele Autoren beschäftigen sich mit den allgemeinen Wirkfaktoren. Zwei Versuche zur Klassifikationen der Common Factors werden im Folgenden näher beschrieben und verglichen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Vergleich der allgemeinen Wirkfaktoren nach Grawe (1995) und Grencavage & Norcross (1990)

Grawe (1995)	Grencavage & Norcross (1990)
(1) Aktivierung der Ressourcen	(1) Patientenmerkmale
(1) Aktivierung der Ressourcen	(2) Therapeutenmerkmale
(2) Problemaktualisierung	(3) Veränderungsprozesse
(3) Aktive Hilfe z. Bewältigung	(4) Behandlungsstruktur
(4) Motivationale Klärung / Problemzusammenhänge	(5) Therapiebeziehung
(1/2) Aktivierung der Ressourcen	

Zum einen wird die Beschreibung von Grawe (1995) herangezogen, der eine Einteilung in vier Wirkfaktoren vornimmt: Unter der ‚Aktivierung der Ressourcen‘ (1) versteht Grawe das Ausnutzen der positiven vom Patienten mitgebrachten Möglichkeiten, indem die individuellen Eigenarten, Fähigkeiten und Motivation aktiviert werden. Der Patient kann sich in seinen Stärken erfahren. Dies geschieht u. a. durch die geschickte Anpassung der Therapie an den Patienten, durch Aufklärung über die Störung, durch Einbeziehung der sozialen Kontakte des Patienten und vor allem durch eine positive gute Therapiebeziehung. Durch das Prinzip der realen ‚Erfahrung des Problems im Therapiesetting‘ (2), tritt eine Veränderung in Denken, Fühlen und Verhalten und damit eine Problemaktualisierung ein. Der Wirkfaktor der ‚aktiven Hilfe zur Problembewältigung‘ (3) wird durch Vermittlung von Kompetenzen operationalisiert. Dem Patienten

soll ermöglicht werden seine Schwierigkeiten selbst zu bewältigen, Selbstvertrauen zu entwickeln und ein Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten soll generiert werden. Schließlich beschreibt Grawe den Wirkfaktor der ‚motivationalen Klärung‘ (4). Hierunter wird die Förderung zur Einsicht in problematische Erlebens- und Verhaltensweisen sowie Erkenntnisse über Problemzusammenhänge verstanden. Grawes Einteilung überschneidet sich mit den Ergebnissen einer Literaturanalyse von Grencavage und Norcross (1990). Sie teilen die in den 50 untersuchten Veröffentlichungen definierten Wirkfaktoren in fünf Kategorien ein: Patientenmerkmale, Therapeutenmerkmale, Veränderungsprozesse, Behandlungsstruktur und Therapiebeziehung. ‚Patientenmerkmale‘ (1) beschreiben Eigenschaften und Verhalten der Patienten. Die beiden am häufigsten genannten Faktoren dabei sind „positive expectation“ und „hope for improvement“ in denen der Patient aktiv Hilfe sucht. ‚Therapeutenmerkmale‘ (2) beziehen sich auf Eigenschaften und Kompetenzen im Hinblick auf Beziehungsgestaltung. Dazu zählen besonders „general description of beneficial therapists qualities“, „cultivates hope / enhances expectancies“, „warmth / positive regard“, „empathic understanding“, „socially sanctioned healer“ und „acceptance“. Die Kategorie der ‚Veränderungsprozesse‘ (3) schließt alle Faktoren ein, die durch allgemeine Theorien und spezifische Techniken eine therapeutische Veränderung beim Patienten bewirken, wie „opportunity of catharsis“, „acquisition and practice of new behaviors“ und „provision of a therapeutic rationale or psychological interpretation“. Zur Kategorie der ‚Behandlungsstruktur‘ (4) gehören „use of techniques / rituals“ und „focus on inner world / exploration of emotional issues“. Einer der am häufigsten genannten Wirkfaktoren ist die ‚Therapiebeziehung‘ (5). Sie bezieht „development of alliance / relationship between the client and therapist“ mit ein. Da diese Kategorie elementar zu sein scheint, wird ihr in Kapitel 2.3 mehr Betrachtungsraum gegeben.

In diesem Zusammenhang fordert Beier (2018) verstärkte Aktivität „auf dem Weg der Theoriebildung“ (S. 210) bezüglich der genaueren Untersuchung der komplexen Beziehungsprozesse. Daher kann gefolgert werden, dass ein Forschungsauftrag in der Sprachtherapie hinsichtlich der übergeordneten verbindenden Wirkfaktoren besteht: diese müssen aufgespürt, definiert und bezgl. ihrer Wirkfunktion untersucht werden.

Eine, unter den allgemeinen Wirkfaktoren beschriebene Kategorie, die eine tragende Rolle im Therapiegeschehen spielt, ist die Therapeutenvariable. Es sollte diskutiert werden, welche Eigenschaften Therapeuten aufweisen (sollen), um eine positive Auswirkung auf den Therapieeffekt zu haben. Auf der Suche nach einem spezifischen Persönlichkeitsprofil für Logopäden nennen Pahn und Balogh (2010) unter den Facetten der Leistungsmotivation die Attribute „Beharrlichkeit, Furchtlosigkeit, Internalität, Selbstkontrolle, Lernbereitschaft und Schwierigkeitspräferenz“. Auch Weber (2017)

stellt in seiner Studie, die u. a. die Persönlichkeitsfaktoren der Therapeuten untersucht, fest, dass genau diese Faktoren den Therapieerfolg bedingen. Es stellt sich die Frage, ob die Therapeutenvariablen von der PTB überhaupt zu trennen sind oder ob diese beiden Bereiche sich komplementär ergänzen und bedingen. Dazu sagt Weber (2017), dass ein therapeutisches Bündnis für eine erfolgreiche Therapie Voraussetzung ist. Aber dieses könne nur entstehen, wenn Fähigkeiten wie „Empathie, Respekt, Ressourcenorientierung, Zuversicht, Gelassenheit, Flexibilität, Authentizität“ und „Offenheit“ von der Logopädin verwirklicht würden. „Beziehung und Fachkompetenz“ stellen laut Weber (2017) die Säulen einer logopädischen Therapie dar, zwischen denen die Therapeutin mit „Struktur und Flexibilität“ eine gute Balance herstellen muss (ebd., S. 8). Diese Fähigkeiten der Therapeutin und das zugrundeliegende Wissen für solches Verhalten kann gerade bei einer Berufseinsteigerin aber noch nicht vorausgesetzt werden (Kempe Preti, 2013). Die gemachten Erfahrungen im Beruf generieren Wissen über Zusammenhänge und fördern das Können in Bezug auf die Umsetzung. Komponenten der Kognition, Metakognition, erfahrungsspezifisches Wissen und Strategien sind erforderlich und kennzeichnen eine Expertin (ebd.). Sie verfügt über einen weiter ausdifferenzierten Erfahrungsschatz, die PBE. Cochrane (1999) beschreibt die PBE mit den Worten: „It could be described as the simplest (and worst) type of observational evidence“ (S. 21). Da sie jedoch ‚nur‘ die Meinung des Kliniklers in Abhängigkeit von seinem Wissen und Fähigkeit wiedergibt, wird sie als die niedrigste Evidenz gewertet (Beushausen & Grötzbach, 2011). Laut Kraus (2018) findet ein wissenschaftlich geleiteter Prozess statt. Dabei entfaltet sich Evidenz sowohl von der Wissenschaft zur Praxis, als auch von der Praxis hin zur Wissenschaft. Dies unterstützt Günther (2013) indem er argumentiert, dass die PBE dem Therapeuten ermöglicht, theoretisches Wissen in der Praxis auf seine Verwendbarkeit hin zu überprüfen. Durch Supervision und kollegiale Beratungsgespräche wird sie gebündelt und gefördert (ebd.). Die PBE stellt keinen eigenen Bereich unter den Wirkfaktoren dar. Viele Forschenden betrachten die PBE jedoch als unverzichtbare Variable (Beier, 2018; Borgelt, 2015; Borgetto, Spitzer & Pfingsten, 2016; Günther, 2013; Löffler, Weiß & Marotzki, 2014; Weber, 2017).

2.2.2 Erwartungshaltung des Patienten – eine eigene Kategorie?

Die Erwartungshaltung des Patienten wird bei Lambert (2013) als eine eigene Kategorie unter den Wirkfaktoren aufgezählt. Bei Grenavage und Norcross (1990) zählt die Erwartungshaltung des Patienten, unter der Rubrik ‚patientenbezogenen Faktoren‘, zu den allgemeinen Wirkfaktoren. In der vorliegenden Arbeit wird der Faktor „expectancy“ daher ebenfalls bei den Kontextfaktoren des Patienten eingeordnet. Es bleibt offen,

inwiefern dieser Faktor als Placebo-Effekt zu betrachten ist, da eine Placebo-Wirkung primär auf Besserungserwartungen basiert. Dem widersprechen Pfammatter et al. (2012). Durch die Vermittlung eines „glaubwürdigen Therapierationalen“ sei der Aufbau von Besserungserwartungen nicht nur ein zufälliges Nebenprodukt (S. 22).

Als eine herausragende Kategorie der allgemeinen Wirkfaktoren wird die TB beschrieben. Diese nimmt einen so großen Stellenwert ein, dass ihr ein eigenes Kapitel gewidmet wird. Hier werden Merkmale der TB, verschiedene Modelle und ihre Beeinflussbarkeit genauer beschrieben und diskutiert.

2.3 Therapeutische Beziehung

Therapie steht immer im Kontext des allgemeinen Wirkfaktors der TB. Dieser Einfluss der Beziehung hinsichtlich der Therapiewirksamkeit wird von Pfammatter und Kollegen (2012) aus der psychologischen Richtung und von Dehn-Hindenberg (2007) für die Logopädie untersucht. Es stellt sich in beiden Studien heraus, dass die TB die stärkste Einflussgröße für den Therapieerfolg auszumachen scheint. Daraus lässt sich schließen, dass die Beziehungsebene und die Interaktionsqualität den Erfolg bestimmen. Grundlegend für das Erreichen von Zielen ist also ein als angemessen erlebter Kontakt und eine tragfähige Form der Kooperation. Um dies herzustellen, beteiligen sich alle Akteure im Therapieprozess daran. Sie schätzen den Stellenwert der geleisteten Kontakt- und Kooperationsarbeit für den Verlauf und das Ergebnis logopädischer Therapieprozesse als sehr hoch ein (Dehn-Hindenberg, 2007; Hansen, 2009). Die therapeutische Interaktion kann daher als eine Praxis verstanden werden, in der sich, unter der ethischen Verantwortung aller Beteiligten, „das gute, gelingende und richtige Leben ereignet“ (Rausch, 2018). Verschiedene Autorengruppen beschreiben Merkmale, in denen die gute Therapiebeziehung sichtbar wird. Dazu gehören nach einer Zusammenfassung von Znoj (2014), ‚emotionale Bindung, Empathie, Wertschätzung, Verständnis, Akzeptanz, Interesse, Aufmerksamkeit, Echtheit, Vertrauen, Sicherheit, Sympathie, Rollenklärung und Arbeitsverteilung, Engagement, Kooperation, Gemeinsame Zielsetzung, Erfüllung der Patientenbedürfnisse, Einlassen auf Veränderungsprozesse und Aktivierung von Ressourcen‘. Der Einfluss der TB kann, laut Znoj (2014), als einer der robustesten und am besten empirisch bestätigten Prädiktoren für das Therapieergebnis angesehen werden. Obwohl der positive Einfluss einer spezifisch gestalteten TB hinsichtlich des Therapieerfolgs nachgewiesen ist, werden diese Anteile sprachtherapeutischer Arbeit jedoch weitgehend nicht thematisiert (Hansen, 2018).

Wenn die TB einen derart großen Einfluss auf den Therapieerfolg hat, ist zu überlegen, diese als eigenständigen Wirkfaktor aus den allgemeinen Wirkfaktoren herauszulösen

und ihr einen eigenen Stellenwert zu geben. Möglicherweise ist sogar eine Umkehrung der Sichtweise dahingehend notwendig, dass die TB den Rahmen bildet, in dem sich alle anderen Faktoren wie Kontextfaktoren des Patienten, Methode, die weiteren allgemeinen Wirkfaktoren und die Erwartungshaltung des Patienten wiederfindet. Im Folgenden werden verschiedene Modelle von TB betrachtet um dann eine Antwortmöglichkeit auf diese Fragestellung anzubieten.

2.3.1 Modelle für die therapeutische Beziehung

Da die TB, anders als in der Psychotherapie, in der Logopädie ein wenig systematisch beforschter Bereich ist (Bartels et al., 2013), kann zur Annäherung und Generierung von Wissen, der Zugang folglich über die Psychotherapie gewagt werden. Sie ähnelt bezüglich der Rahmenbedingungen und des Selbstverständnisses der Sprachtherapie (Göldner et al., 2017). Hier stehen verschiedene Modelle zur Verfügung.

Ein konsistentes Strukturmodell zur Beschreibung der TB liefert Bordin (1979). Seiner Ansicht nach ist die PTB „...one of the keys, if not the key, to change process“ (S. 252). Die PTB wird hier als therapeutische Allianz, mit drei tragenden Säulen definiert: „Bond, Tasks“ und „Goals“. Unter ‚Bond‘ wird eine sich immer weiter entwickelnde, positive und vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Therapeut verstanden. Die Übereinstimmung zwischen beiden bezgl. des Vorgehens, der Rollen und der Aufgaben innerhalb der Therapie werden als ‚Tasks‘ bezeichnet. ‚Goals‘ sind die gemeinsam definierten Ziele der therapeutischen Arbeit. Dieses Modell lässt offen, ob und in welcher Form diese Säulen miteinander in Beziehung stehen oder aufeinander wirken. Schnell (2014) stellt ein deutlich erweitertes Modell vor. Er geht davon aus, dass die TB weitere Faktoren beeinflusst, die das Therapieergebnis in hohem Maße vorhersagen. Erst durch eine positiv geprägte PTB werden sowohl Arbeitsprozesse von Seiten des Patienten, als auch therapeutische Interventionen ermöglicht. Diese beeinflussen wiederum Klärungsprozesse und Problembearbeitung stark. Die TB ist ein laufender Prozess der, einmal hergestellt, nicht stabil funktioniert. Vielmehr ist sie eine kontinuierliche Aufgabe und muss immer wieder aktiv gestaltet werden (ebd.) (Anhang A1)⁵.

Auch das generische Modell von Orlinsky und Howard (Hermer & Röhrle, 2008) versucht in seiner Beschreibung des komplexen Therapieprozesses die zentrale Rolle der TB aufzuzeigen. Die Besonderheit hier ist die einseitige Wirkungsrichtung von Input über den Therapieprozess zum Outcome, wobei innerhalb des Prozesses ein komple-

⁵ Diese Arbeit beinhaltet zwei Anhänge: Anhang A liegt der Arbeit direkt im Papierformat bei. Anhang B befindet sich auf dem der Arbeit beiliegenden Stick. Er beinhaltet u.a. Audiodateien und Transkripte.

ner Wirkungskreislauf aufgezeigt wird. Die Qualität der therapeutischen Beziehung beeinflusst damit auch wiederum die therapeutische Intervention und Behandlung (Anhang A2).

Mit einer, mehr auf die Sprachtherapie ausgerichteten Sichtweise, präsentieren Göldner und Kollegen (2017) ein weiteres Modell der PTB (Anhang A3). Es entwickelt sich aus den aktuell in der logopädischen Literatur zu findenden Konzepten heraus. Hier wird das Zusammentreffen von Patient und Therapeutin dargestellt. Sie bewegen sich im Rahmen des gesellschaftlichen Kontextes und gleichzeitig im Spannungsfeld zwischen den persönlichen Voraussetzungen des Patienten und den persönlichen und fachlichen Voraussetzungen der Therapeutin. Ein Teil ihrer gesamten Beziehung ist die therapeutische Arbeitsbeziehung. Sie schließt das Symptom des Patienten sowie Anteile von Therapeutin und Patient mit ein. Die Arbeitsbeziehung wird in eine Beziehungs- und eine Handlungsebene unterteilt. Es bleibt an dieser Stelle unklar, worin sich diese beiden Ebenen unterscheiden. Durch die Kommunikation der beiden Akteure ist die Arbeitsbeziehung oder Allianz nach außen hin sichtbar und wird von der Therapeutin, etwa durch Gesprächstechniken, bewusst gesteuert. Es steht in Frage, ob die Arbeitsbeziehung, die sich im Modell zwar innerhalb der allgemeinen Beziehung befindet, generell von ihr abgekoppelt und separat beschrieben werden kann und folgernd, ob die Manipulation der Arbeitsbeziehung auch Einfluss auf die gesamte Beziehungssituation hat. Die Arbeitsgruppe um Göldner (2017) beschreibt, dass durch die gemeinsame Arbeitsbeziehung Veränderungen in den Persönlichkeiten der Akteure geschehen können. Die Frage nach der Beeinflussbarkeit der gesamten therapeutischen Beziehung durch die Veränderungsmöglichkeit der Kommunikationspartner bleibt offen. Mit diesem Konzept der PTB von Göldner et al. (2017) liegt ein erster Ansatz im Bereich der Sprachtherapie bei erwachsenen Patientinnen vor. Allerdings lässt es die Merkmale der TB und weitere allgemeine Wirkfaktoren vermissen.

2.3.2 Versuch einer neuen Rahmenkonzeption von PTB

Mit einem neuen Gesamtkonzept von TB, das in Anlehnung an das ‚Generische Modell‘ von Orlinsky und Howard (Hermer & Röhrle, 2008) und an das Modell von Göldner und Kollegen (2017) entwickelt wird, sich aber im Rahmen des biopsychosozialen Modells bewegt, können die offenen Fragen beantwortet werden. Dieses Modell nimmt eine neue Sichtweise ein, indem die TB den Rahmen für alle weiteren Wirkfaktoren bildet. Insofern wird sie als eigenständiger übergeordneter Faktor betrachtet. Wie Abbildung 3 zeigt, sind innerhalb des biopsychosozialen Modells die Kontextfaktoren explizit berücksichtigt und die weiteren Wirkfaktoren und die Merkmale der PTB ebenfalls

integriert. Somit wird die Gesamtheit aller, bisher bekannten Faktoren berücksichtigt, die auf den Therapieerfolg Einfluss nehmen. Da sich die PTB über Merkmale äußert, können hier Beeinflussungen und Veränderungen kenntlich gemacht und abgebildet werden (Anhang A4: ganzseitige Darstellung).

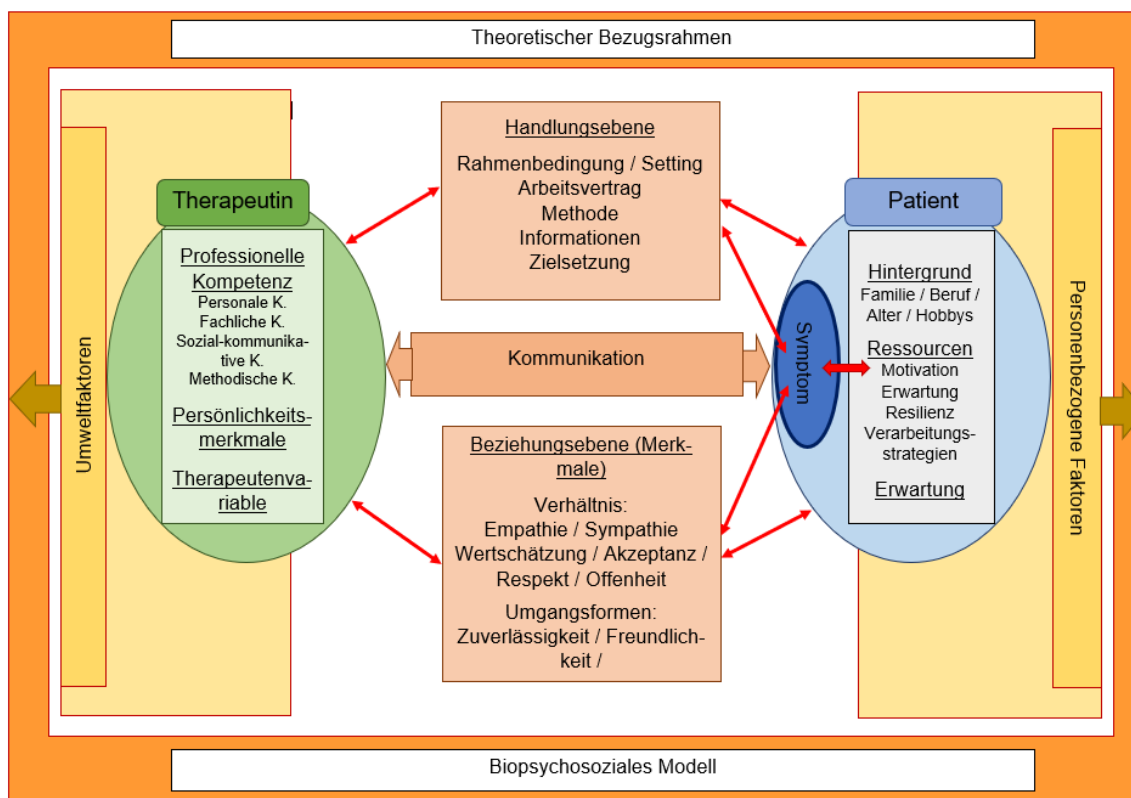


Abbildung 4: Rahmenmodell der PTB (eigene Darstellung)

Im Modell sind vier Blöcke erkennbar: Mit der ‚Handlungsebene‘ ist der Wirkfaktor ‚Methode‘ und weitere allgemeine Wirkfaktoren wie ‚Rahmenbedingungen‘ oder die ‚Arbeitsgestaltung‘ abgedeckt. Mit der ‚Beziehungsebene‘ sind die Merkmale der TB beschrieben. In der Person der ‚Therapeutin‘, die einerseits einen Teil der Umweltfaktoren ausmacht, sind andererseits auch die Wirkfaktoren der Therapeutenvariable und der professionellen Kompetenz (Clausen-Söhngen, 2009) abgebildet. Und schließlich sind in der Person des ‚Patienten‘ sein Leben und Erleben, seine personenbezogenen Kontextfaktoren und schließlich als Kernpunkt des Arbeitsauftrags das Symptom integriert. Auch an diesem und seiner, aus Patienten- und Therapeutesicht subjektiv betrachteten Größe und Gestalt, können Veränderungen dargestellt werden. Somit werden die allgemeinen Wirkfaktoren im gesamten Modell abgebildet und wirken innerhalb der TB auf allen Ebenen. Die roten Vektoren kennzeichnen die Einflüsse, Wechselwirkungen und Richtungen der verschiedenen Elemente.

Dieses Modell bildet die Grundlage der Konzeption und Überprüfbarkeit der beiden Studien der vorliegenden Arbeit und der Beantwortung der Forschungsfragen. Wenn die TB für den Therapieerfolg eine so entscheidende Rolle spielt, sollte überprüft werden, ob die PTB manipulierbar ist, um den Therapieeffekt zu optimieren. Im folgenden Abschnitt wird dem nachgegangen.

2.3.3 Beeinflussbarkeit der PTB

In der Literatur werden Möglichkeiten zur Einflussnahme auf die therapeutische Beziehung an sich beschrieben, wie die folgenden Beispiele zeigen. Znoj (2014) schlägt ein „Ressourcenpriming“ vor. Von Priming spricht man, wenn eine Voraktivierung eines neuronalen Erregungsmusters dessen Decodierung zu einem späteren Zeitpunkt erleichtert (ebd.). Grundlage dazu ist die, auf die Grundbedürfnisse des Patienten ausgerichtete komplementäre Verhaltensweise der Therapeutin. Die Intervention besteht aus der gezielten Aufmerksamkeitslenkung des Patienten durch die Therapeutin über fünf Sitzungen, die sog. „Primingphase“. Dabei werden die Ressourcen des Patienten gezielt aktiviert. Die Interventionsstudie stellt sich als erfolgreich hinsichtlich der TB und des Therapie-Outcomes heraus. In zwei weiteren Studien von Harmon, Hawkins, Lambert, Slade und Whipple (2005) und Probst und Kollegen (2013) wird die Beeinflussbarkeit der therapeutischen Qualität durch regelmäßige Reflexion bewiesen. In beiden Studien werden psychiatrische Patienten im Verlauf ihrer Therapie mit Fragebögen regelmäßig über ihre Zufriedenheit mit der Therapie befragt und es werden ihnen Rückmeldungen bezüglich ihres Therapiefortschritts gegeben. Faktoren, die für die Therapie relevant sind wie bspw. die Qualität der therapeutischen Beziehung, die Patientenmotivation und die Unterstützung des Patienten werden mit den Clinical Support Tools (CST) erfasst. Darunter ist auch der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) (Alexander & Luborsky, 1986; Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995), der zur Erfassung der Qualität der therapeutischen Beziehung und zur patientenseitigen Erfolgszufriedenheit eingesetzt wird. Ebenso werden die Therapeuten in diesen Studien angeleitet selbst regelmäßig die laufende Therapie zu reflektieren. In beiden Studien stellt sich eine Verbesserung der TB heraus. Die Autoren der Studien schließen auf einen positiven Einfluss bzgl. der Therapieeffizienz durch regelmäßige Reflexion und Feedback. Ein weiteres Beispiel für die Veränderbarkeit der TB ist eine Studie von Flückiger und Kollegen (2012). Hier wird mit einer ‚minimalen Intervention‘ gearbeitet. Dem Patienten wird die Anweisung gegeben, gelegentlich seiner (verblindeten) Therapeutin eine Rückmeldung über deren Verhalten und den erlebten Therapiefortschritt zu geben und somit eine proaktive Rolle im Therapieschehen einzunehmen. Diese Anweisung

erhalten die Patienten von fortgeschrittenen Psychotherapiestudenten. Eine positive Entwicklung der therapeutischen Allianz wird nachgewiesen.

Ein Mehr an fundiertem und explizitem Wissen um Faktoren, die eine therapeutische Beziehung positiv beeinflussen, könnte Sprachtherapeutinnen im klinischen Alltag darin unterstützen, diese gezielt und bewusst einzusetzen, um den Therapieerfolg zu steigern. Es kann keine Studie gefunden werden, die bisher eine Beeinflussung der PTB im logopädischen Kontext versucht hat. Dies scheint auf der Grundlage der in dieser Arbeit dargestellten Literatur eine lohnende Aufgabe sprachtherapeutischer Forschung zu sein. Die vorgestellten Studien geben Hinweise darauf, mit welchen Mitteln ein geeignetes Interventionsmanual zur positiven Beeinflussung erstellt werden könnte. Um sich dieser Herausforderung systematisch zu nähern, muss zunächst geklärt werden, wie Therapeuten und Patienten in der Praxis die PTB wahrnehmen und einschätzen. Im folgenden Kapitel werden Möglichkeiten der Datengewinnung beschrieben.

2.4 Möglichkeiten der Datengewinnung zur Beurteilung der PTB

Wahrnehmungen und Einschätzungen der TB können über verschiedene Formen der Befragung gewonnen werden. Dabei stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung, die im Folgenden vorgestellt werden.

2.4.1 Datengewinnung durch Rating Scales

In der Psychotherapie existieren verschiedene psychometrische Methoden und Mittel, um die interpersonalen Prozesse zwischen Therapeut und Patient zu diagnostizieren. Dies sind u. a. patientenorientierte Fragebögen, die in dyadischen Settings eingesetzt werden. Mit Hilfe dieser sog. Rating Scales werden durch mehrstufige Antwortskalen die TB aus Patienten- und Therapeutensicht eingeschätzt. Patienten werden in den Rating Scales zu ihrer Zufriedenheit mit der Therapie und der Zufriedenheit mit der Qualität der TB befragt (vgl. Kap. 2.3.3). Auch die Korrelation zwischen TB und Therapieergebnis soll dabei ermittelt werden. Einen Überblick über verschiedene Rating Scales bieten Hanke & Krampen (2008). Einer der bekanntesten Fragebögen dieser Art ist der HAQ (Alexander & Luborsky, 1986; Bassler et al., 1995). 2011 wird jedoch vom Forscherteam um Brockmann der HAQ in Frage gestellt. Sie entwickeln aus den gängigen patientenorientierten Fragebögen den 17-Item Fragebogen Skala Therapeutische Allianz-Revised (STA-R). Damit versuchten sie die Mehrdimensionalität der therapeutischen Beziehung genauer darzustellen und ihr damit eher gerecht zu werden. Es stehen noch zwei weitere Befragungsinstrumente zur Verfügung: der Outcome Ra-

ting Scale (ORS) (Miller, Duncan & Brown, 2003) und der Session Rating Scale (SRS) (Duncan et al., 2003), die für die weitere Verwendung innerhalb des vorliegenden Forschungsprojekts geeignet erscheinen. Sämtliche Fragebögen sind grundsätzlich so konzipiert, dass sie auch in anderen Kontexten bspw. auch im sprachtherapeutischen Setting eingesetzt werden könnten.

Zur Gewinnung qualitativer Daten bieten sich auch Befragungen in Form von Umfragen und Interviews an (Borgetto et al., 2016).

2.4.2 Datengewinnung durch Umfragen

Umfragen haben den Vorteil, ein großräumiges Meinungsspektrum abzubilden. Ihre Fragebögen befolgen eine Konzeption, die durch eine kurze Begrüßung und Einleitung und abschließenden Dank umrahmt sind. Fragestellung, Zielsetzung, Relevanz und der Umgang mit den gewonnenen Daten müssen transparent gemacht werden (Steiner, 2001). Bei der Diskussion um die Wissenschaftlichkeit von Befragungen steht vor allem die Form der Frage im Mittelpunkt. Offene Fragen, mit freien Äußerungsmöglichkeiten, stehen dem Erleben des Befragten näher und sind geeignet qualitative Daten zu erhalten (Kuckartz, Ebert, Rädiker & Stefer, 2009). Sie dienen der Feldforschung ohne Vorerwartungen. Schwierigkeit hierbei ist die fehlende Eindeutigkeit der Antworten. Durch mehrere Rater können die Antworten allerdings objektiviert und damit aufgewertet werden. Die Einordnung geschieht über Kategorienbildung. Dabei können die Antworten a priori grob festgelegten Kategorien zugeordnet werden, was einem deduktiven Vorgehen entspricht. Bei einer induktiven Konzeption wird das Kategorisieren im Nachhinein vorgenommen. Zur Gewinnung quantitativer Daten werden eher geschlossene Fragen eingesetzt. Sie engen den Blickwinkel ein, dienen eher der Überprüfung von Hypothesen und beinhalten daher bereits Vorerwartungen (Kuckartz et al., 2009; Steiner, 2001). Die Auswertung dieser Fragen ist eindeutig. Um allen Anforderungen gerecht zu werden, bietet sich ein Mix verschiedener Fragearten innerhalb eines Fragebogens an. Umfragen können auch online erfolgen. Dies ist effizient, weil sie schnell und in kurzer Zeit einen breiten Teilnehmerkreis in einem großen geografischen Gebiet erreichen. Ein Fragebogengenerator sichert die Anonymität der Teilnehmer. Die Beschränkung jeder Umfrage liegt bei der Gefahr, dass die Generierung des Fragebogens und die Art der Frageform verschiedene Bias enthalten und die Objektivität verzerren (Steiner, 2001, S. 221). Durch eine Pilotierung des Fragebogens können Fehlermöglichkeiten verringert werden. Da das Erleben immer mit Erwartungen verknüpft ist, bleibt jede Befragung subjektiv und ist keine Garantie für ein Abbild der Realität.

2.4.3 Datengewinnung durch Interviews

Schließlich besteht noch die Möglichkeit der Datengewinnung durch Interviews. Erzählungen und Narration eignen sich, um Einschätzungen über Sachverhalte, Gefühle und Vorgänge, aber auch um den Erfolg von Interventionen zu erfassen. So können relevante Fakten erhoben, analysiert und zu Aussagen formuliert werden (Beier, 2018; Kuckartz, Dresing, Rädiker & Stefer, 2008). Bei Fragen, die an sprachlich eingeschränkte Menschen im logopädischen Kontext gerichtet sind, scheinen sie ein adäquates Erhebungsinstrument zu sein, denn innerhalb eines Interviews kann schneller auf Missverständnisse, Abweichungen vom Thema und Irritationen reagiert werden (Spencer, Clegg & Stackhouse, 2010). Dabei eignen sich Face-to-Face-Gespräche, denn in den non-verbalen Reaktionen können verbale Aussagen besser eingeschätzt, verstärkt oder abgeschwächt werden. Gezielte Fragen, die als semistrukturiertes Interview aufgebaut sind, helfen die Kontrolle über den Gesprächsverlauf zu behalten. Es bietet sich an, einige wenige Hauptfragen zu formulieren, denen mehrere Unterfragen zugeordnet werden, um es der Interviewerin zu ermöglichen, im Gesprächsverlauf immer wieder auf das Kernthema zurück zu kommen, (Behrens, Arnold & Siebenhüner, 2005). Grundsätzlich stimmen Interviews im Aufbau und Struktur mit Erhebungen durch Fragebögen überein. Ebenfalls ist ein deduktives oder induktives Vorgehen möglich. Törnqvist, Thulin, Segnestam und Horowitz (2009) wählen für ihre Studie mit ehemaligen sprachentwicklungsgestörten Patienten einen Mix aus deduktivem und induktivem Vorgehen. A priori werden Kategorien vorgezeichnet, die das Vorgehen im Fragenkatalog erleichtern. Um Schwierigkeiten beim Beibehalten des „roten Fadens“ von Seiten der Probanden im Vorhinein zu begegnen, werden Fragen so konzipiert, dass neben offenen Fragen mit Spielraum für unerwartete Gesprächswendungen auch sehr spezifische Fragen vorbereitet werden. Damit können Probanden im Bedarfsfall zum Thema zurückgelenkt werden und das Interview gewinnt den Charakter einer normalen Unterhaltung (ebd.). Da sich Interviews als günstig zur Gewinnung qualitativer Daten herausstellen, können sie auch in weiteren Kontexten eingesetzt werden, bspw. auch zur Einschätzungsbefragung von Therapeutinnen und Patienten bezgl. der TB.

Fazit aus diesem Kapitel ist, dass es mehr Möglichkeiten gibt, Patienten und Therapeuten über ihre Beziehungsqualität zu befragen. Gemäß der Fragestellung des Projektes müssen Fragen sorgfältig geplant und strukturiert werden.

Im nächsten Schritt werden Möglichkeiten zur Auswertung und Analyse der, durch Interviews gewonnenen Daten, diskutiert.

2.5 Wirksamkeitsmessung durch qualitative Inhaltsanalyse

Nach der Befragung durch ein Interview müssen die gewonnenen Aussagen der Probanden nach einheitlichen Regeln transkribiert und analysiert werden. Dafür eignet sich die ‚Qualitative Inhaltsanalyse‘ (QI) nach Mayring (2010) und modifiziert nach (Kuckartz, 2016). Ziel ist es die schwer messbaren subjektiven Beschreibungen von Probanden reliabel zu machen, um die Forschungsfrage zu beantworten (Kuckartz, 2016; Kuckartz et al., 2008). Ein Problem besteht darin, dass sich in der Literatur zum Teil „inkonsistente Beschreibungen zu Ausführungen zur QI finden, was das eigentliche Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse ausmacht“ (Schreier, 2014). Die Begriffsverwirrung führt dazu, dass keine einheitliche Definition zu finden ist. Die vorliegende Arbeit orientiert sich an Mayring (2010) und Kuckartz (2016). In ihrer Definition verfolgt die QI den Anspruch, den wissenschaftlichen Anforderungen im Hinblick auf Transparenz, theoretischem Bezug und wissenschaftlichen Gütekriterien zu genügen und ermöglicht die Erkenntnis über Zusammenhänge zwischen mehreren Faktoren (Mayring, 2010). Damit eröffnet die QI einen Weg zu theorie- und regelgeleiteter sowie methodisch kontrollierter Auswertung qualitativer Daten. Ein systematisches Ablaufmodell kennzeichnet die QI (Kuckartz, 2016; Schreier, 2014). Dabei muss ein Kategoriensystem erstellt werden, das für jede einzelne Kategorie und Unterkategorie eine genaue Definition erfordert. Es ist obligatorisch, jede Kategorie exakt in ihrer Ausprägung, also disjunkt, zu beschreiben. Nur so kann eine spätere Zuordnung der Textbestandteile zu den ihnen entsprechenden Kategorien erfolgen. Gütekriterium hierfür ist die Trennschärfe, d. h. die Eindeutigkeit der Kategorienzuweisung. Mehrfachzuordnungen können dadurch vermieden werden. Bei der Zuordnung von Aussagen zu den entsprechenden Kategorien helfen Kodierregeln, besonders bei inhaltlich und thematisch verwandten Kategorien. In einem mehrstufigen Verfahren mit mehreren zirkulierenden Durchläufen werden die Kategorien gebildet und systematisiert. Zusätzliche Unterstützung bei der Auswertung bietet sog. QDA-Software, Programme zur computergestützten, qualitativen Datenanalyse (Kuckartz, 2016; Schreier, 2014).

Es stehen innerhalb der QI mehrere spezifische Analysetechniken zu Verfügung. Während Mayring (2010) die QI wesentlich als theoriegeleitetes Verfahren versteht, betont Kuckartz (2016) die Bedeutung der Entwicklung von Kategorien (auch) am Material. Daher modifiziert Kuckartz (2016) Mayrings Vorschläge. Dazu zählt auch das Verfahren der ‚inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse‘ (S. 97-122). Kern hierbei ist es, am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material im Hinblick auf solche Aspekte systematisch zu beschreiben. Diese Aspekte bilden zugleich die Struktur des Kategoriensystems. Ziel ist die Identifizie-

rung von Themen und Subthemen, deren Systematisierung und Analyse. In welchem Ausmaß Kategorien theoriegeleitet oder induktiv am Material entwickelt werden, kann laut Kuckartz (2016) offenbleiben, solange zumindest ein Teil der Kategorien aus dem Material stammt.

Bisher ist, im Unterschied zur Psychotherapie, im logopädischen Kontext ungeklärt, ob die TB beeinflusst werden kann und falls ja, ob dieser Einfluss hinsichtlich der Therapiewirksamkeit gemessen werden kann. Im folgenden Abschnitt werden Möglichkeiten verschiedener Studiendesigns vorgestellt.

2.6 Qualitativ experimentelles Studiendesign zur Datengewinnung

Um im logopädischen Kontext zu forschen, erweist sich die eindimensionale Evidenzhierarchie als ungeeignet (vgl. Kap.2.1.2). Da die externe Validität von der Maximierung der internen Validität stark eingeschränkt wird, schlagen Borgetto und Kollegen (2016) einen anderen Zugang vor. Mit ihrem Modell der „Forschungspyramide“ werden Evidenzen anders hierarchisiert und geordnet. Es kann zwischen vier Forschungsansätzen unterschieden werden: quantitativ-experimentellen, quantitativ-beobachtenden, qualitativ-beobachtenden und qualitativ-experimentellen Designs. In Form einer Pyramide werden diese vier Forschungsansätze durch die vier Seiten dargestellt (Anhang A5). Die beiden Bodenachsen bewegen sich zwischen den Polen quantitativ vs. qualitativ einerseits und experimentell vs. beobachtend andererseits. Je nach Forschungsfrage der durchzuführenden Studie kann ein Design, unter Berücksichtigung der Vor- und Nachteile gewählt werden. Um eine Ursache-Wirkungsbeziehung in einer Interventionsgruppe im Vergleich mit einer Kontrollgruppe zu untersuchen, bietet sich die Methode der qualitativ-experimentellen Studie an. „Durch diesen Vergleich besteht die Möglichkeit einer stärkeren Kausalinterpretation als in qualitativ-beobachtenden Studien“ (S. 27 ebd.). Der Nachteil ist die Beschränkung der Übertragbarkeit auf die konkrete Praxissituation. Die möglichst standardisierte Bedingung und festgelegte Zeitdauer des Experiments bewegt sich mehr im Laborsetting als im konkreten Alltag (Borgetto et al., 2016). Dieses Forschungsdesign bietet jedoch für die Forschungsfrage nach einer qualitativen Einschätzung von Patienten und Logopädinnen bezüglich der TB eine gute Alternative. Wird dabei ein vergleichender retrospektiver Studienaufbau gewählt, ist bereits eine Aufwärtsbewegung innerhalb der Pyramidenhierarchie beobachtbar und die interne Validität ist eher gewährleistet (ebd.). Es wurde bisher kein Versuch unternommen, der Frage nach der Einschätzung der TB aus Beteiligtersicht mit solch einem Forschungsaufbau nachzugehen und im sprachtherapeutischen Zusammenhang systematisch zu erforschen (Göldner et al., 2017).

2.7 Zusammenfassung und Fragestellungen

Fasst man die Ausführungen bis hierher zusammen, wird die Relevanz einer neuen Forschungsperspektive bei der Messung der Therapiewirksamkeit sichtbar. Die Forderung der Kostenträger im Gesundheitswesen nach Effizienz und die Erwartungen der Patienten nach bedürfnisorientierter und alltagsrelevanter Behandlung sollen erfüllt werden. Es kann aber, als neuartige Herangehensweise, ein emergenter Prozess des Zusammentreffens von E₃BP und der Betrachtungsweise des biopsychosozialen Modells genutzt werden. Auf der Ebene der Operationalisierung können daher Elemente der EBP genauso wie auch Methoden der qualitativen Forschung zum Einsatz kommen. Zusätzlich spitzt sich die Forderung im Bereich der Sprachtherapie nach Forschung über Kontextfaktoren, Wirksamkeitseinflüsse und speziell der TB zu. Die Relevanz ergibt sich durch spärliche Forschungsergebnisse zu diesem Themenkomplex und dem Stellenwert, den die beteiligten Akteure im Rahmen der Sprachtherapie speziell der PTB zuschreiben. Auch das implizit vorhandene Wissen der Therapeutinnen und der Patienten hinsichtlich der allgemeinen Wirkfaktoren und der TB ist kaum beforscht. Forschung in diesem Feld ist eine geeignete Grundlage, wenn nach Optimierungsmöglichkeiten für den Therapieerfolg gesucht wird. Als Konsequenz aus diesem Gedankengang ergeben sich folgende Fragen:

Erste Fragestellung:

Welche Einschätzungen bestehen aktuell bei Logopädinnen bezüglich der Kontextfaktoren, speziell der Patient-Therapeut-Beziehung und ihrer Einflussgröße auf die Therapiewirksamkeit?

Zweite Fragestellung:

Können allgemeine Wirkfaktoren in der Sprachtherapie, unabhängig von der Störung und der spezifischen Therapiemethode, durch Aussagen von Patienten und Therapeuten gefunden werden?

Dritte Fragestellung:

Kann die Patient-Therapeut-Beziehung im sprachtherapeutischen Kontext durch eine minimale Intervention positiv beeinflusst werden?

Kann ein möglicher Effekt der Intervention durch Patienten- und Therapeutenaussagen gemessen werden?

Da die vorliegende Arbeit im Rahmen qualitativer Forschung am Phänomen orientiert und ergebnisoffen ist, bedürfen die Fragen keiner Hypothesen.

3 GRUNDLAGENDEFINITION DER STUDIE

Um den Anforderungen an Konsistenz und Kohärenz von Forschungsvorhaben gerecht zu werden (Duchan, 2004), wird, auf der Grundlage der theoretischen Hintergründe und dem neuen Rahmenmodell der TB, eine Arbeitsmatrix entworfen. Dieser Arbeitsmatrix liegen die Bewertungsskalen HAQ, STA-R, ORS und der SRS (vgl. Kap. 4.2.1) zugrunde. Des Weiteren wird die Auflistung der Patientenerwartungen aus der Studie von Dehn-Hindenberg (2007) hinzugezogen. Sie bildet konkrete und bereits evaluierte Wünsche und Bedürfnisse von Patienten innerhalb der logopädischen Therapie ab. Merkmale für eine positive PTB nach Znoj (2014) werden schließlich auch in der Matrix eingesetzt (vgl. Kap. 2.3.2). Zunächst werden alle drei Konzepte nebeneinandergelegt und vergleichend in einer Tabelle eingetragen. Die Rating Scales werden dabei nicht jeweils einzeln verglichen, sondern als eine gesamte eigene Gruppe betrachtet und untereinander aufgelistet. Da die Konzepte unterschiedliche Zielintentionen, Formate und Konzeptionen aufweisen, können sie nicht optimal miteinander verglichen werden. Die vier Rating Scales dienen als Bewertungsskalen und sind daher fragend formuliert. Die beiden anderen Bewertungskategorien bestehen aus Stichwortlisten von Merkmalen. Ihre Formulierung ist beschreibend. Daher werden zunächst die Originalformulierungen übernommen und es wird versucht, die ursprüngliche Intention zu erfassen. Anschließend werden die von Dehn-Hindenberg (2007) und Znoj (2014) beschriebenen Merkmale den Fragen der Rating Scales zugeordnet. Dabei zeigt sich, dass es viele Überschneidungen bei den Intentionen gibt, wenngleich sie eine große Varianz an Formulierungen aufweisen (Anhang A6). Um diese so gewonnene Tabelle als Arbeitskonzept brauchbar zu machen, werden die unterschiedlichen Formulierungen zugespitzt und neu sortiert. Das Resultat bietet eine günstige Organisation der thematischen Schwerpunkte und bildet nun die endgültige Arbeitsmatrix (Anhang A7). Sie ist in vier Kategorien unterteilt: ‚Merkmale der TB‘, ‚Patient‘, ‚Therapeut‘ und ‚Therapie‘. Diese Kategorienaufteilung passt optimal zu dem neuen Rahmenmodell der TB. Jede Kategorie kann jeweils einem Block innerhalb des Modells zugeordnet werden. Mit diesem Arbeitskonzept ist eine Wirkfaktorenliste entstanden, die als Grundlage der beiden nachfolgenden Studien dient. Wenn in Studie I Logopädinnen zu ihrem Umgang und ihrer Meinung zu PTB befragt werden, können ihre Antworten hier eingeordnet und verglichen werden. Vor allem aber in Studie II, wo eine rein sprachtherapeutische Wirkfaktorenliste erstellt und die Auswirkung einer ‚minimalen Intervention‘ untersucht wird, können die Äußerungen der befragten Studienteilnehmer in dieser Arbeitsmatrix eingeordnet und bewertet werden. In den beiden Studien der vorliegenden Arbeit wird jeweils auf diese Arbeitsgrundlage Bezug genommen.

4 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG I

BEFRAGUNG VON SPRACHTHERAPEUTINNEN ZUR PTB

4.1 Entwicklung eines Fragebogens

Zur Erfassung der Einschätzung von Therapeutinnen hinsichtlich der allgemeinen Wirkfaktoren, der Kontextfaktoren und speziell der TB auf die Therapiewirksamkeit, wie in Fragestellung 1 formuliert, wird ein Fragebogen entworfen. Dabei werden Art und Intensität der Beschäftigung mit diesen Faktoren und deren Stellenwert ermittelt, um Rückschlüsse auf die Relevanz der Fragestellung für den klinischen Alltag zu erhalten.

4.1.1 Aufbau des Onlinefragebogens

Der Fragebogen wird auf der Grundlage der Arbeitsmatrix entwickelt und für die Onlinebefragung von Logopädinnen adaptiert. Er beinhaltet insgesamt 22 Fragen⁶ mit verschiedenen Unterfragen. Fragen 1-3 ermitteln das Wissen über KF, die Fragen 4-9 ermitteln, wie KF im Alltag erhoben und evtl. gezielt verändert werden und die Fragen 10-15 erheben, wie der Einfluss der KF speziell der TB auf die Therapiewirksamkeit eingeschätzt wird. So wird vom übergeordneten Thema ‚KF‘ zum Thema ‚PTB‘ hin getrichtert. Schließlich werden mit Fragen 16-22 demografische Daten erhoben. Die Zusammenstellung besteht aus einem Mix aus geschlossenen und offenen Fragen. Die offenen Fragen ermöglichen den Befragten eigene Beschreibungen zu nutzen. Das erhöht den Grad der Spezifität der Antworten und wird den individuellen Aspekten der Therapeutinnen gerecht. Die geschlossenen Fragen mit z. T. Skalierungen erleichtern den Befragten das Antworten. Außerdem lenken besonders die Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten die Aufmerksamkeit in Richtung der Frageintention.

4.1.2 Pilotierung des Fragebogens

Der erste Entwurf des Fragebogens wird mit zwei Sprachtherapeutinnen und einer Physiotherapeutin erprobt. Sie werden um Beurteilung der Instruktion, Frageverständlichkeit, Umfang, Schwierigkeit der Fragen und Handhabbarkeit beim Ausfüllen am PC befragt. Die Rückmeldungen erfordern ein Überarbeiten, besonders in Bezug auf den

⁶ In diesem Kapitel werden, zur Verbesserung der Lesbarkeit, alle Zahlen im Zusammenhang mit den Fragebögen als Ziffern geschrieben.

Umfang des Fragebogens. Es werden einige Fragen herausgenommen und andere umformuliert, um eindeutiger zu sein. Außerdem empfinden die Therapeutinnen der Pilotierungsphase die Beantwortung von Fragen bezüglich der konkreten TB als sehr schwer. Sie fühlen sich überfordert, missverstehen Fragen und betonen, dass zur Beantwortung solcher Fragen ein persönliches Gespräch sinnvoller erscheine. Daher werden Fragen nach diesem Bereich z. T. herausgenommen und deutlich reduziert. Das Anschreiben und der gesamte Fragebogen befindet sich in Anhang A8.

4.2 Zielgruppe und Durchführung der Befragung

Der Fragebogen richtet sich an alle Berufsgruppen, die sprachtherapeutisch tätig sind. Ein Link zum Fragebogen wird über den Verteiler des Studierendenverzeichnisses der Studenten und Alumni der Europäischen Fachhochschule Brühl, über das Email-Register des Berufsverbands im Regionalbereich Südhessen und über private Kontakte versendet. In einem Zeitraum von sechs Wochen kann der Fragebogen über den Fragebogengenerator ‚Make a Questionnaire‘ (maQ-online.de) (Ullmann, 2004) aufgerufen, online ausgefüllt und anonymisiert abgesendet werden.

4.3 Vorgehen bei der Auswertung der erhobenen Daten

Die gewonnenen Daten der Fragebögen werden gesichtet und analysiert. Es wird ein Mix aus deduktivem und induktivem Vorgehen gewählt. Quantitativ zu gewinnende Ergebnisse werden ausgezählt. Dazu gehören Antworten auf Fragen mit vorgegebenen Alternativen oder Skalierungen. Antworten auf offene Fragen werden den bereits a priori aufgestellten Kategorien zugeordnet (deduktiv) und es werden durch das Antwortspektrum neue Kategorien formuliert (induktiv) und zusammengefasst. Die Diversität der Antworten führt zu Ergebnissen und unterstützt die Formulierung der Aussagen.

4.4 Ergebnisse der Befragung

Den online-Fragebogen öffnen 58 Therapeutinnen. Etliche Fragebögen werden offensichtlich während der Befragung unterbrochen oder nur teilweise ausgefüllt gesendet. Sie werden in die Analyse nicht einbezogen. Es liegen 34 vollständig ausgefüllte Antwortbögen vor. Sie bilden die Grundlage für die folgenden Ergebnisdarstellungen. Die Auswertung der demografischen Daten (Tab. 3) zeigt, dass die Teilnehmer ausschließlich weiblich und zwischen 21 und 61 Jahren (\bar{x} 37,15) alt sind. Sie sind zwischen 1 und 35 Jahren sprachtherapeutisch berufstätig (\bar{x} 12,47). Die Berufsabschlüsse der

Teilnehmerinnen umfassen Berufsfachschulabschluss Logopädie (19) oder einen akademischen Abschluss in Logopädie und Sprachtherapie (14). Weitere Berufsgruppen sind einmal vertreten. Die Tätigkeitsbereiche liegen bei ambulanten Praxen (28), Klinik und Rehabilitationseinrichtungen (5) und Lehre (1). Die Therapeutinnen behandeln 24,82 verschiedene Patienten pro Woche. Die Zeiträume, in denen sie ihre Patienten bis zum Therapieabschluss behandeln, differieren sehr.

Tabelle 3: Übersicht über die demografischen Angaben der Teilnehmerinnen der Onlineumfrage

Datengrundlage	34 vollständig ausgefüllte Fragebögen
Alter der Befragten	21 -61 (Ø 37,15) Jahre
Dauer der Berufstätigkeit	1 - 35 (Ø 12,47) Jahre
Abschlussgrad der Ausbildung	Berufsfachschule Logopädie: 19 Akad. Abschluss Logopädie o. Sprachheilpädagogik: 14 Andere: 1
Arbeitsbereiche	Sprachtherapeutische ambulante Praxis: 28 Klinik / Rehabilitation: 5 Lehre: 1
Anzahl verschiedene Patienten pro Woche:	Ø 24,82
Dauer der Behandlungszeiträume	< 1 Monat: 1 1-6 Monate: 9 7 – 12 Monate: 11 13-18 Monate: 12 >18 Monate: 1

Im Weiteren wird detailliert aufgeführt, welche Einschätzungen die Teilnehmerinnen (TN) zu den KF und deren Auswirkung auf den Therapieerfolg haben. Da keine Fragen zwingend beantwortet werden müssen, lassen verschiedene TN die Beantwortung einiger Fragen aus. Dies findet bei der Analyse keine Berücksichtigung. Einmalnennungen bleiben weitgehend unberücksichtigt, wenn sie nicht anderen Kategorien zugeordnet werden können.

4.4.1 Darstellung des Wissens der Logopädinnen über Kontextfaktoren

Auf die Frage: „Ob sie auch ohne die ‚einführenden Worte bei der Einladung‘ zur Teilnahme am Fragebogen gewusst hätten, was Kontextfaktoren sind“ (Frage 1), antworteten 23 TN mit „Ja“, was 68% entspricht⁷. Somit fühlen sich rund 1/3 der TN nicht informiert darüber, was unter KF zu verstehen ist.

⁷ Prozentangaben werden auf ganze Zahlen ab- oder aufgerundet. Da Mehrfachnennungen möglich sind, ergibt die Summe der Prozentangaben mehr als 100.

Zur Frage 2, welche KF ihnen bekannt sind, nennen die TN zwischen 1 und 14 Faktoren. 4 TN differenzieren die KF explizit in zwei Kategorien, nämlich in solche von Patienten und solche von Therapeuten. Andere tun dies implizit, ohne Erklärung. Abbildung 5 veranschaulicht die häufigsten Nennungen der Faktoren. Nach der Kategorisierung werden vier Gruppen von Faktoren identifiziert, die in der Grafik farblich unterschieden werden. Mit der grünen Farbe sind die Rahmenbedingungen der Therapie markiert, in blau sind Faktoren dargestellt, die den Patienten und den Therapeuten gleichermaßen betreffen. Die hellbraune Farbe markiert die Faktoren des Patienten und die dunklere Tönung Faktoren, die alleine den Therapeuten betreffen (Anhang A9).

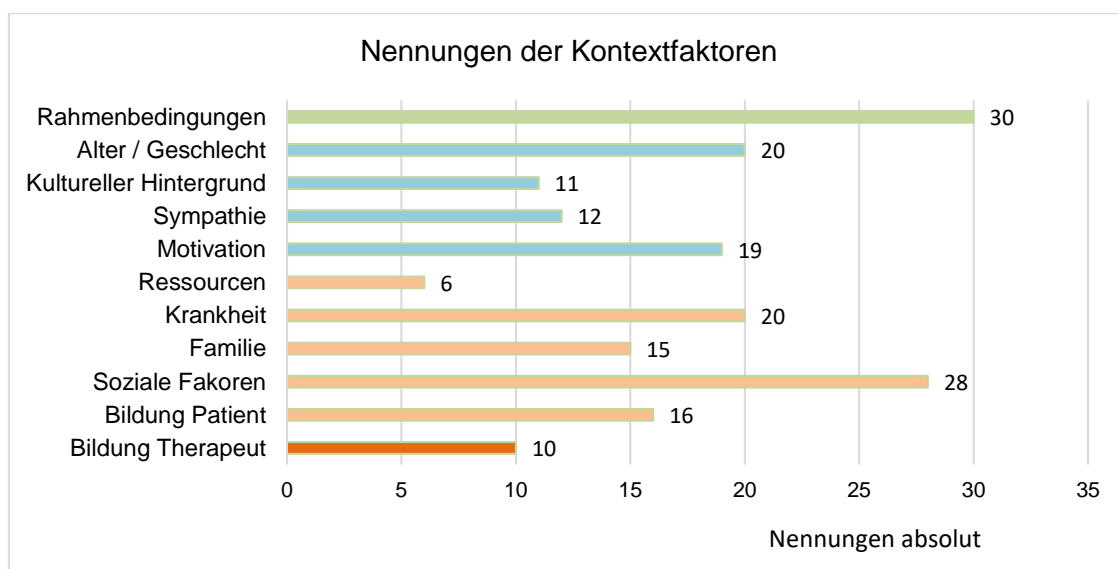


Abbildung 5: Nennungen der verschiedenen Kontextfaktoren in absoluten Zahlen

Auf die Frage, woher das Wissen über KF stammt (Frage 3), Mehrfachnennungen sind möglich, geben die TN an, dass ihr Wissen in erster Linie aus Lehrinhalten der Ausbildung bzw. dem Studium stammt (94%). Weitere Quellen sind Supervision, kollegiales Gespräch und Teamgespräch (44%). Auch aus Fortbildungen (24%) und Anderes (6%) werden Informationen zu KF gewonnen.

Im folgenden Abschnitt wird anhand der Ergebnisse ermittelt, wie KF im logopädischen Praxisalltag erhoben und möglicherweise gezielt verändert werden.

4.4.2 Umgang mit Kontextfaktoren in der therapeutischen Praxis

97% aller TN der Umfrage erheben KF, zu 85% regelmäßig und zu 15% manchmal (Frage 4a). Dabei werden diese auf unterschiedliche und oftmals aus einem Mix an Verfahren gewonnen (Frage 4b). Im Rahmen eines schriftlichen Anamnesebogens tun

dies 50% der TN, zu 88% durch ein mündliches Anamnesegegespräch, zu 82% fortlaufend während der Therapie und zu 12% durch andere Verfahren wie Befragung der Erzieherin der Kita, der Angehörigen und beim interdisziplinären Austausch. Besonders interessante KF ihrer Patienten (Frage 5a) sind das ‚soziale Umfeld‘ der Patienten, der ‚soziale Hintergrund‘, die ‚Erkrankung und was damit zusammenhängt‘ sowie ‚Leidensdruck‘ und ‚Motivation‘ (Anhang A10). Bei den Antworten zur Frage 5b, bei der ein Ranking zu erstellen ist, ergeben sich, mit einer leichten Verschiebung im Vergleich zu den Antworten auf Frage 5a, zugespitzt auf die ersten 3 wichtigsten Faktoren folgende Schwerpunkte ‚Soziales Umfeld‘, ‚Motivation‘, ‚familiärer Hintergrund‘, ‚Alter‘ und ‚Krankengeschichte‘ (Tab. 4). Weitere Faktoren erhalten weniger Nennungen und können vernachlässigt werden (Anhang A11).

Tabelle 4: Ranking der 3 wichtigsten patientenorientierten KF in absoluten Zahlen und Prozenten

Soziales Umfeld	14	41%
Motivation	12	35%
Familiärer Hintergrund	11	32%
Alter	8	24%
Krankengeschichte	6	18%
Alltagsrelevanz; Herkunft / Sozialisation; Ressourcen; Erwartungshaltung / Ziele; Eigenwahrnehmung der Symptome / Störungsbewusstsein; Bildung / Beruf; Betreuung / Hilfen / Medikation; Vertrauen / Angstfreiheit / TB / Kontakt; Rahmenbedingungen / Zeit; Leidensdruck;	3	9%
Besondere Auffälligkeiten / Alltagsschwierigkeiten / Therapieerfahrung	1	3%

Befragt zu ihren eigenen KF (Frage 6a) geben 35% der Logopädinnen an, dass sie diese regelmäßig überdenken. 93% der TN tun dies manchmal, 9% nur wenn es Schwierigkeiten oder Konflikte gibt und 3% niemals. Überwiegend, mit 80%, findet die Reflexion durch Supervision, kollegiale Beratungs- oder Teamgespräche statt. Aber auch durch die eigene Stundenreflexion und beim Schreiben von Behandlungsberichten, mit jeweils 4%, reflektieren Therapeutinnen ihre eigenen KF. Drei Therapeutinnen geben auch weitere Situationen zur Reflexion an. Dazu gehören Feedback des Patienten, Gespräch mit dem eigenen Partner und Analyse von Audioaufnahmen von Therapiestunden (Frage 6b/c).

Auch die therapeutischen und organisatorischen Rahmenbedingungen werden von den Logopädinnen reflektiert (Frage 7a). Regelmäßig und manchmal tun dies jeweils 44% der Befragten und nie 12%. Die KF, die in diesem Zusammenhang überdacht werden, sind vor allem das ‚Zeitmanagement‘ (Frage 7b). Dazu gehören ‚Terminabsprachen‘, ‚Pünktlichkeit‘, ‚Therapiedauer, -pause und -frequenz‘ und ‚Termindruck‘ mit 14 Nennungen. Der weitere größere Faktor mit 8 Nennungen ist die Reflexion der ‚Rahmen-

bedingungen'. Dazu gehören u. a. ‚Hausbesuche‘, ‚Räumlichkeiten‘ und ‚Material‘. Auch die ‚Praxisorganisation‘ mit ‚Urlaubsvertretung‘, ‚Telefonaten‘, ‚Teamsitzungen‘, ‚Arbeitsabläufen‘ und ‚Qualitätsmanagement (QM)‘ bildet mit 7 Nennungen einen zu nennenden Faktor. Die ‚Therapiemethode‘ mit 5 Nennungen und die ‚Verordnungspraxis der Ärzte und deren Budgetierung‘ mit 5 bzw. 3 Nennungen sind noch zu erwähnen (Anhang A12). Antworten zu Frage 8a ergeben, dass Therapeutinnen KF gemeinsam mit ihren Patienten reflektieren. Dabei tun dies 30% regelmäßig, 61% manchmal und 9% niemals. Zeitpunkte der Reflexionen mit den Patienten sind überwiegend in Anfangssituationen und immer dann, wenn kritische und konflikträchtige Situationen entstehen. Zu den Gründen warum die Logopädinnen dies tun (Frage 8b), antworten die TN, dass die gemeinsame Reflexion vor allem der Klärung der Zielsetzung, der Beziehungsarbeit und der Organisation der Therapie dient (Anhang A13).

Die Fragen 9a-d beschäftigen sich mit der Frage der Veränderbarkeit von KF. 47% der TN sind der Meinung, dass dies grundsätzlich möglich ist, 50% halten dies manchmal für möglich. Faktoren, die besonders gut beeinflusst und verändert werden können (Frage 9b), fallen nach der Kategorisierung der Antworten unter die Rubriken ‚Zeitmanagement‘, ‚Setting‘, ‚fachliche Kompetenz‘, ‚Zielsetzung‘, ‚Motivation‘, ‚Organisation‘ und ‚Patientenalltag‘ bzw. ‚Partizipation‘ (Anhang A14). Auf die Frage (9c), „in welcher Art und Weise KF beeinflusst und verändert werden können“, sehen die TN Möglichkeiten zur Veränderung innerhalb dreier großer Kategorien (Abb. 6).

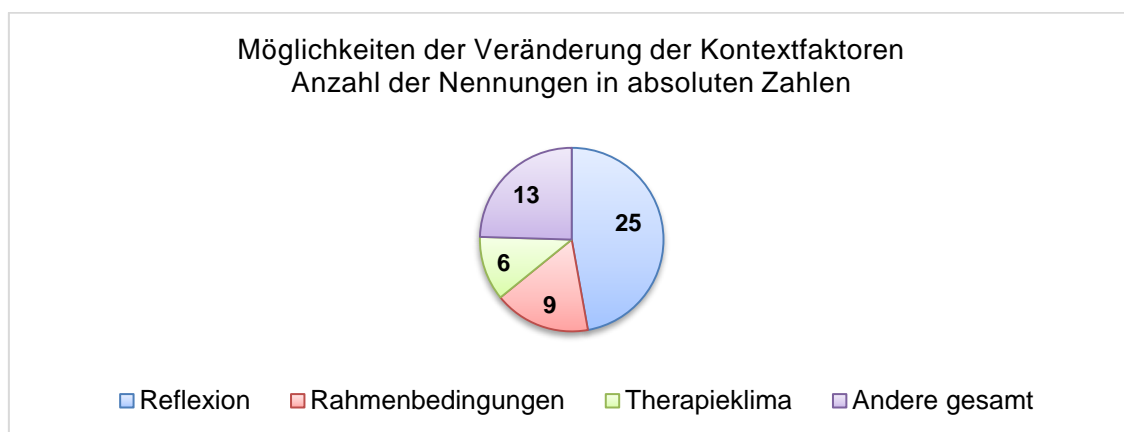


Abbildung 6: Nennungen zu den Veränderungsmöglichkeiten der Kontextfaktoren in absoluten Zahlen

Mit großem Abstand (76%) wird dazu die Kategorie Reflexion / Gespräch genannt. Dies scheint den TN besonders wichtig und auch im Alltag umsetzbar zu sein. Dazu gehören neben der Selbstreflexion auch Supervision und kollegiales bzw. Teamgespräch. Gespräche mit den Patienten und Angehörigen, die Beratung, Information, Zielklärung und gemeinsame Reflexion beinhalten, gehören ebenfalls zu dieser Kate-

gorie. Hier sehen die Antwortenden den größten Effekt und die größte Möglichkeit, aktiv KF zu verbessern und Einfluss zu nehmen. Mit deutlich weniger Nennungen fallen die Kategorien Veränderung der Rahmenbedingungen (26%) und aktive Veränderung des Therapieklimas (18%) aus, wobei auch hier Veränderungspotential gesehen wird. Zu den Anderen Veränderungen werden Veränderung des häuslichen Umfelds, Veränderung des Therapiesettings, Verbesserung der fachlichen Kompetenz, Veränderung der Therapieinhalte und Einsatz von Interdisziplinarität genannt (Anhang A15).

Die TN äußern sich in Frage 9d auch dazu, wann oder warum es notwendig sein könnte, KF zu verändern. Dabei zeigen die Antworten eine große Homogenität innerhalb von 4 Kategorien. Häufigste Nennung für die Notwendigkeit einer Veränderung ist, um eine Verbesserung der Therapieeffektivität und -effizienz bei Stagnation oder ungenügendem Erfolg (23%) zu erreichen. Mit 10 Nennungen (29%) folgt die Antwort, um eine Verbesserung der TB und der Zufriedenheit zu erlangen. Mit 9 Nennungen (26%) soll eine Veränderung die Steigerung der Motivation und Abwendung von Therapiemüdigkeit bewirken. Schließlich wird 5 Mal (15%) die Verbesserung des Transfers der Übungsinhalte in den Alltag und Erlangen von Partizipation als Veränderungsgrund genannt (Anhang A16).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die TN sich mit den verschiedenen KF auseinandersetzen, diese erheben und ggf. verändern.

4.4.3 Einfluss von KF und TB auf die Wirksamkeit der Therapie

Im letzten Abschnitt des Fragebogens werden die TN zur Einschätzung des Einflusses der KF auf die Therapiewirksamkeit befragt. Bei Frage 10a geben die TN an, dass sie vielfältige Möglichkeiten nutzen, um Therapiewirksamkeit zu messen und zu beurteilen. Dabei sind Mehrfachnennungen möglich. Durch Tests tun dies 91%, durch Analyse der Spontansprache 50%, durch Befragung des Patienten zu seiner Einschätzung und Zufriedenheit 94% und durch die eigene Einschätzung und das eigene Gefühl 85%. Drei TN geben an, auch die Einschätzung der Angehörigen und des interdisziplinären Teams hinzuzuziehen. Der Einfluss der KF auf die Therapiewirksamkeit (Frage 11) wird von 59% der TN als ‚deutlich‘ beurteilt. Zu je 21 % wird der Einfluss als ‚merkbar‘ oder als ‚sehr stark‘ eingeschätzt. Anschließend werden die TN in Frage 12 gebeten, jene KF anzugeben, die sie als besonders bedeutsam für die Therapie einschätzen. Drei Faktoren kristallisieren sich hier mit vielen Nennungen heraus: Motivation (47%), PTB (35%) und soziales Umfeld des Patienten (26%) (Anhang A17).

In Frage 13 werden die TN nach ihrer persönlichen Einschätzung zum Einfluss der PTB auf die Therapiewirksamkeit befragt. Hier ist Gelegenheit, mit eigenen Worten zu beschreiben, was die TN der Umfrage intensiv nutzen. Die frei formulierten Antworten gliedern sich fast durchgängig in drei Antwortteile (vgl. Abb.7): Zuerst wird nochmals bestärkt, dass die TB die Grundlage für die Therapie bildet. Danach werden beschreibende Worte für die positive PTB gefunden. Schließlich werden die konkreten Auswirkungen der positiven Merkmale der TB auf die Therapie dargestellt.

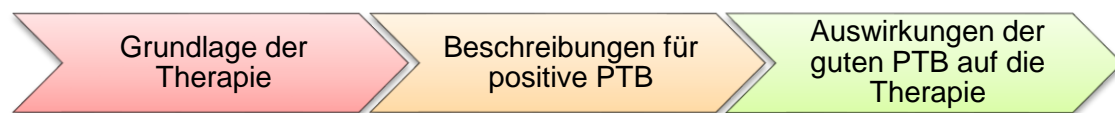


Abbildung 7: Verlauf und Struktur der Antworten zur Einschätzung ‚Einfluss der PTB auf Wirksamkeit‘

Die PTB ist nach der Einschätzung der TN die Grundlage jeder Therapie⁸. Fast durchgängig werden Beschreibungen gefunden wie: *„Basis jeder Therapie, Grundvoraussetzung, wesentlicher Bestandteil, elementar, ausschlaggebend, entscheidend, maßgeblich, das Allerwichtigste überhaupt.“* Somit kann festgestellt werden, dass nach Ansicht der TN erst auf der Grundlage einer gelingenden TB eine erfolgreiche Therapie stattfinden kann. Eine positive PTB wird vielfältig mit Beschreibungen dargestellt. Zu den Beschreibungen gehören u. a. *„Sympathie, Empathie, gute Beziehung, Verstehen, Ehrlichkeit, motivierende Atmosphäre, Offenheit, Freude, Spaß, Wohlgefühl, ‚gesehen und gehört fühlen‘, Ernstnehmen, Sicherheit, ‚Chemie muss stimmen‘, Vertrauen, Verbundenheit, Unterstützung, Freiheit, ...“*. Viele Steigerungsadjektive unterstreichen deren Bedeutsamkeit, bspw.: *„öfter, besser, verstärkter, effektiver, effizienter, leichter, schneller, mehr, größer...“*. Viele Therapeuten finden Begründungen dafür, in welcher Weise die Attribute der PTB auf den Therapieerfolg wirken. Sie bezeichnen eine gute PTB als ausschlaggebend für *„Erfolg, Fortschritt, Wirksamkeit, Effektivität, Effizienz, Entwicklung, Lernen“* und weitere. Dieser Bereich wird mit 47% am häufigsten aufgeführt. Mit 32% werden auch *„Bereitschaft zur Öffnung, sich auf die Therapie einlassen durch Vertrauen“* als Auswirkung einer gelingenden TB bezeichnet. Auch *„Spaß und Freude in und an der Therapie und dadurch Motivationssteigerung“* wird mit 26% als Ergebnis einer positiven PTB eingeschätzt. Andere Auswirkungen werden mit *„Schwierige Aufgaben können besprochen und gelöst werden, Bewältigung der Übungen / Hausaufgaben“*, *„Frustrationstoleranz steigt (weniger Abbruch innerhalb der Übungen), mehr Ein-*

⁸ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden alle Originalaussagen der Studienteilnehmer kursiv geschrieben.

lassen“, „Zusammenarbeit gelingt besser, Compliance steigt, Patienten kommen gerne“ beschrieben (Anhang A18).

Schließlich wird die Frage 14 gestellt, wie der Einfluss der verschiedenen Faktoren auf die Therapiewirksamkeit eingeschätzt wird. Die TN geben zu den verschiedenen Aspekten ein Ranking mittels einer 6-teiligen Skala zwischen ‚kein Einfluss‘ (Punktwert 1) bis ‚sehr starker Einfluss‘ (Punktwert 6) an, wie Abbildung 8 verdeutlicht. Der Einfluss der ‚Methoden‘ wird von den TN als ‚mittel‘ bis ‚stark‘ angenommen.

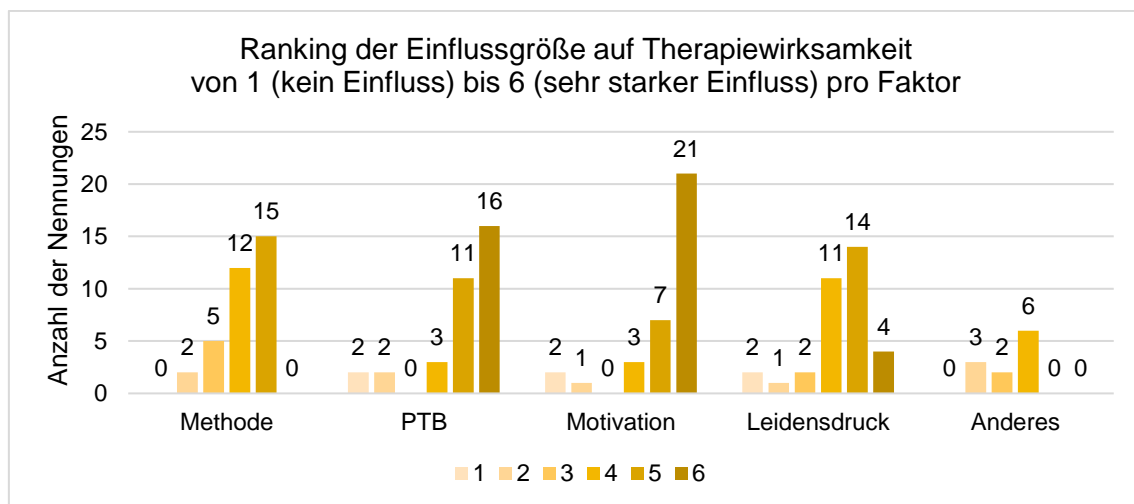


Abbildung 8: Ranking der Einflussgrößen verschiedener Faktoren auf die Therapiewirksamkeit

Die PTB wird, mit einer sechszehnmaligen Höchstbewertung von 6 (47%) und einer elfmaligen Bewertung von 5 (32%), als besonders großen Faktor für den Therapieerfolg angesehen. Die eindeutigste Bewertung eines KF für die Therapiewirksamkeit ist die Patientenmotivation. Hier erreicht die Höchstbewertung von 6 Punkten eine 21-fache Nennung. Das entspricht 62%. Die zweithöchste Bewertung mit 5 Punkten wird auch noch sieben Mal genannt (21%). Der Faktor ‚Leidensdruck‘ erhält dagegen eine mittlere Bewertung. Einige Einzelnennungen unter ‚Anderes‘ fallen nicht ins Gewicht. (Die gesamte Fragebogenauswertung befindet sich in Anhang B1).

4.5 Diskussion der Befragung

Nachfolgend sind die methodische Umsetzung der Befragung und die Ergebnisse hinsichtlich PBE Gegenstand der Diskussion. Dabei werden mögliche Auswirkungen im Praxisalltag diskutiert und als Grundlage für die weiterführende Arbeit besprochen.

4.5.1 Diskussion der methodischen Umsetzung der Befragung

Es erweist sich als erfolgreiche Methode in der Studie über eine online-Befragung an Informationen zur PBE zu gelangen. So können viele TN erreicht und zur Mitarbeit gewonnen werden. Aber obwohl Verteiler eine breite Streuung der Adressaten ermöglichen, werden hier vermutlich trotzdem nur bestimmte Gruppen unter allen Zielpersonen erreicht. Über den Hochschulverteiler werden überwiegend Studierende angesprochen. Die Listen des Berufsverbandes und die privaten Kontakte erreichen besonders häufig Praxisinhaberinnen. In dieser Hinsicht spiegelt die Stichprobe nicht die Realität der Zusammenstellung praktizierender Therapeutinnen wieder und die Generalisierbarkeit der Umfrage durch die Stichprobe selbst muss angezweifelt werden.

Insgesamt zeigt sich, dass der Fragebogen trotz der Pilotierung zu umfangreich konzipiert ist. Aus Rückmeldung einzelner TN wird deutlich, dass die Beantwortung wesentlich länger dauert, als dies in der Pilotierung gemessen wird. Zusätzlich geben einige TN an, dass sie sich bei den Fragen zur eigenen Meinung überfordert fühlen oder teilweise auch keine Meinung zu einzelnen Themen haben. Einige geben im Nachhinein an, sich noch nie mit solchen Themen befasst zu haben. So ist davon auszugehen, dass besonders jene TN, die wenig zu den Fragen zu sagen haben, mit 31% die große Gruppe der Abbrecher stellen. Da anzunehmen ist, dass überwiegend Therapeutinnen den FB beantworten, die sich mit dem Themenkomplex bereits beschäftigen, stellt sich die Frage, ob die gewonnenen Ergebnisse externe Validität besitzen. Da es keine obligatorisch zu beantwortenden Fragen gibt, überspringen einige TN große Bereiche, was die Aussagen zusätzlich verfälschen könnte. Der Mix aus offenen und geschlossenen Fragen erweist sich als gelungen. Geschlossene Fragen werden bei den in die Studie eingeschlossenen Fragebögen zu 100% beantwortet, vermutlich weil die Beantwortung leichter ist. Dies könnte als Ermutigung und Motivation zur Beantwortung der offenen Fragen führen. Im Verlauf des FB werden die Antworten der TN gezielter und sicherer. Sie „wachsen“ sozusagen mit den Fragen in den Themenkomplex hinein. Dies spricht grundsätzlich für den inhaltlichen Aufbau der Fragen und die Zuspitzung der Fragen hin zur TB (vgl. Antworten der Fragen 5b und 12 / 14). Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass die Formulierungen der Fragen die Antworten lenken und beeinflussen. Bei der Auswertung der Antworten zeigt sich, dass bei der Konzeption des FB versäumt wird, die Begriffe ‚allgemeine Wirkfaktoren‘ und ‚Kontextfaktoren‘ zu definieren. Die Fragen trennen nicht klar zwischen diesen beiden Begriffen, was bei den TN mutmaßlich zu Verwirrungen führt (vgl. Abnahme der Antworten bei den Fragen 5-12). Einige Punkte des FB stellen beinahe identische Fragen, z.B. Frage 5a, 5b und 12.

Dies scheint die TN im Verlauf der Befragung zu ermüden, denn es antworten zunehmend weniger TN und überspringen gegen Ende des FB immer häufiger Fragen. Andererseits zeigen die beinahe identischen Ergebnisse mit wenig Differenzen, dass die TN wahrheitsgemäß antworten und sich wenig Verfälschungen ergeben. Einige, nach der Pilotierung herausgenommene Fragestellungen, werden bei der Ergebnisauswertung vermisst. Fragestellungen hätten anders formuliert und dann im FB belassen werden sollen, z.B.: „Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der Beziehungsqualität zu der Mehrheit ihrer Patienten? Wie stellen sie diese Qualität her? Gibt es ein theoretisches Gerüst für Ihr Vorgehen in dieser Hinsicht? Wie schätzen Sie hinsichtlich dieser Fragen Ihr Ausbildungsniveau ein? etc..“, um die Ergebnisse zu vertiefen.

4.5.2 Diskussion der Resultate der Befragung

Die Antworten zum Wissensstand der Therapeutinnen über KF zeigen, dass zumindest bei den Logopädinnen, die den FB beantworten, größtenteils ein explizites Wissen vorhanden ist, wobei sich auch ein Drittel der TN weniger gut informiert fühlt. Sie hätten nicht auf Anhieb gewusst, was unter KF zu verstehen ist. Das einleitende Anschreiben liefert mit den Vorinformationen vermutlich diesen TN die entscheidenden Impulse zum Beantworten der Frage 2 im FB. Insgesamt decken sich die angegebenen Kategorien mit jenen aus der Literatur (Cibis & Grothkamp, 2011). Das lässt die Rückschlüsse zu, dass Therapeutinnen demnach ein Basiswissen über KF haben und dass die Quellen und theoretischen Bezüge der TN fundiert sind. Ob die Therapeutinnen ihr Wissen über KF und die TB auf ein theoretisches Modell stützen oder ob dies einer ethischen Grundhaltung oder Erfahrungen entspricht, ist nicht zu ermitteln, weil der Fragebogen nicht danach fragt. Da dieses Wissen zu einem erheblichen Teil aus Fachschulausbildung und Studium stammt, könnte davon ausgegangen werden, dass im aktuellen Fachschulcurriculum für Logopädie dieses Thema genügend intensiv angeboten wird. Die große Abbrecherquote bei der Umfrage und spätere persönliche Rückmeldungen einzelner TN stellen diese Annahme jedoch wieder in Frage.

Ein zusätzlicher Effekt ist beim Vergleich der Antworten zu Frage 2 und Frage 5a, die beide denselben Fokus haben, bemerkbar, denn die Antworten auf Frage 5a treffen vertiefende Aussagen. Ein möglicher ‚Lerneffekt‘ im Verlauf des Fragebogens kann nicht ausgeschlossen werden. Möglicherweise lenken die vorangehenden Fragen 4a und 4b den Blick der Therapeutinnen mehr auf Details. Auch die Bekanntheit der KT (Frage 2) ergibt nicht das gleiche Bild wie die Einschätzung ihrer Wichtigkeit in Frage 5b, was den Eindruck des Lerneffekts verstärkt.

Therapeutinnen erheben in einem erheblichen Maß KF und reflektieren diese alleine und auch mit ihren Patienten. Die Aussagen können dahingehend interpretiert werden, dass Erhebung und Reflexion von KF durchaus zum Praxisalltag gehören. Supervision und kollegiales Beratungsgespräch bilden dabei eine wichtige Grundlage. Antworten der Frage 6b unterstützen diese Vermutung. Hier geben 80% der TN an, ihre eigenen KF durch Supervision und kollegiales Gespräch zu reflektieren. Damit praktizieren die Logopädinnen bereits die Forderung der Arbeitsgruppen um Bürki Garavaldi (2011) und Göldner (2017) nach regelmäßiger und routinierter Reflexion und Supervision.

Besonders intensiv werden KF in Anfangssituationen und auch immer dann reflektiert, wenn Schwierigkeiten oder Störungen auftauchen. Gerät die therapeutische Routine ins Wanken, wird nach Lösungsmöglichkeiten gesucht und am ehesten zusätzlich etwas an den KF verändert. Interessant dabei ist, dass bei Stagnation oder ausbleibendem Therapieerfolg weniger die Veränderung der therapeutischen Methode in Betracht gezogen wird, als vielmehr zunächst die Eigenreflexion und das Gespräch mit dem Patienten gesucht wird. Von Letzterem versprechen sich Logopädinnen durch Beratung und Information die erneute Klärung der Zielsetzung. Zusätzlich wird die Verbesserung der Beziehungsebene und Veränderung der Organisation aus diesen Gesprächen erhofft. Diese Einflussfaktoren scheinen eine größere Rolle zu spielen als die Therapiekonzeption und -methode. Das ist deswegen bemerkenswert, weil die EBP der Therapiemethode den entscheidenden Einfluss für Therapieerfolg zugeschreibt. Therapeutinnen folgen demnach nicht den Forderungen der EBP, sondern vermutlich intuitiv mehr dem Konzept des patientenorientierten biopsychosozialen Modells. Nimmt man die PBE ernst, sind diese Ergebnisse richtungsweisend für die Zukunft und sollten in zukünftiger Forschung ein größeres Gewicht erhalten.

Im Hinblick auf den letzten Fragekomplex zur Einschätzung des Wirksamkeitseinflusses der KF messen die Logopädinnen ihnen einen besonders großen Einfluss zu. Am höchsten wird dabei die Therapiemotivation des Patienten und direkt danach die PTB eingeschätzt. Auch hier kommt der Therapiemethode eine minder starke Bedeutung zu und es bestätigt sich, dass Therapeutinnen die PTB als Einflussfaktor für Therapieerfolg als besonders bedeutsam einschätzen. Es könnte untersucht werden, in welcher Form Motivation und PTB zusammenhängen und ob sie voneinander überhaupt zu trennen sind. Da eine positive TB u.a. auch auf die Faktoren ‚Bereitschaft zur Öffnung, Vertrauen, Spaß, Freude, Motivationssteigerung, Steigerung der Frustrationstoleranz und Compliance‘ wirkt, ist sie geeignet, um die Therapiewirksamkeit möglichst optimal zu entfalten. Dies könnte in nachgelagerten Forschungsvorhaben intensiver untersucht werden. Die Definition des Begriffs ‚Wirksamkeit‘ wird im FB nicht gezielt geklärt und

daher bleibt die Interpretation, wie Therapeutinnen ‚Wirksamkeit‘ in diesem Zusammenhang einordnen, offen. Dennoch muss konstatiert werden, dass Patientenmotivation und die PTB aus Sicht der Therapeutinnen einen so hohen Stellenwert erhalten, dass sich daraus die Forderung für den Praxisalltag ergibt, aktiv und konstruktiv im Rahmen der Therapie an diesem Faktor zu arbeiten und ihn zu nutzen. Hiermit ergibt sich die Relevanz der Fragestellung 3 und der Grund für Experiment II dieser Arbeit.

Nach der Kategorisierung können die Antworten der Logopädinnen mit den Ergebnissen der Psychotherapie verglichen werden. Bezüglich der Einflussfaktoren auf die Therapiewirksamkeit zeigt der Vergleich weitgehende Übereinstimmung. Da die Logopädinnen im Verlauf der Bearbeitung des Fragebogens allgemeine Wirkfaktoren und Kontextfaktoren zunehmend vermischen (vgl. Kapitel 2.1.1), kommen ihre Einschätzungen zur Verteilung der Wirkfaktoren der Beschreibung Lamberts (2013) nahe. Logopädinnen geben die Wirkfaktoren ‚Motivation, PTB‘ und ‚Leidensdruck‘ als entscheidende an, die Lambert unter den ‚allgemeinen Wirkfaktoren‘ zusammenfasst. Die ‚Therapiemethode‘ dagegen wird sowohl von Lambert als auch von den Logopädinnen zwar als nicht unwesentlicher Faktor gewertet, fällt aber gegenüber den anderen Faktoren als weniger einflussstark deutlich ab. Da bei den offenen Fragen nicht alle eindeutig beantwortet werden, können sie nicht immer Kategorien zugeordnet werden. Das ist bedauerlich, weil hier evtl. mehr Potential verborgen ist und möglicherweise das Ergebnis einiger Antworten verfälscht. Die Größe des Formulierings-Bias bleibt offen.

Wie können diese Ergebnisse in das Rahmenmodell und in die Arbeitsmatrix eingebunden und hierin interpretiert werden? Der Stellenwert, den die Logopädinnen der PTB als Grundlage einer Therapie und für den Therapieerfolg zusprechen, bestätigt das Rahmenmodell. Auch hier bildet die PTB den Rahmen für das Geschehen. Die beschriebenen Wirkfaktoren können in den Block ‚Merkmale‘ eingeordnet werden. Sie entsprechen in vielen Punkten der Arbeitsmatrix. Die, von den TN beschriebene, Vorgehensweise mit Reflexion kann sowohl im Block ‚Handlungsebene‘ bei ‚Methode‘ untergebracht werden, als auch bei den Blöcken ‚Patient‘ und ‚Therapeut‘. In dieser Hinsicht helfen Rahmenmodell und Arbeitsmatrix, die Ergebnisse einzuordnen und zu bewerten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die befragten Logopädinnen den Kontextfaktoren, besonders der Patientenmotivation und der PTB, einen großen Einfluss auf die Therapiewirksamkeit zusprechen. Dabei halten sie die Kontextfaktoren durchaus für veränderbar was besonders in konflikträchtigen Situationen relevant ist. Die gewonnenen Ergebnisse bieten die Basis für die nachfolgende Interventionsstudie. Hier sollen die Erkenntnisse vertieft und weitergeführt werden.

5 EXPERIMENT II

WIRKSAMKEITSMESSUNG EINER INTERVENTIONSSTUDIE ZUR PTB

5.1 Design des Experiments

Zur Beantwortung der Forschungsfragen 2 und 3 wird ein Experiment mit einer Stichprobe aus Patient-Therapeut-Paaren durchgeführt. Ziel des Experiments ist es zu ermitteln, ob und wie die abhängige Variable PTB von Praktikern durch Reflexion, welche die unabhängige Variable ausmacht, bewusst beeinflusst werden kann und wie sie auf die TB wirkt. Zur Operationalisierung des Ziels kommen zwei Methoden zum Einsatz: Zum einen wird ein Interventionsmanual entwickelt und eine Manipulation der PTB erprobt. Zum anderen wird eine Evaluation der Intervention durch eine Befragung geplant. Dazu wird ein Interviewleitfaden konstruiert, der durch die Befragung führen soll. So werden mittels einer empirischen Vorgehensweise qualitative Daten gewonnen und Aussagen getroffen. Beides wird in der Pilotierung erprobt. Nach einer Modifizierung beider Instrumente wird das eigentliche Experiment durchgeführt und evaluiert. Um beide Methoden geschickt miteinander zu verbinden ist es nötig, die Entwicklung beider Vorgehensweisen parallel zu gestalten. Hier ergibt sich eine horizontale Achse. Die Durchführung selbst wird im Prä-Post-Design aufgebaut, was grundsätzlich einer vertikalen Ausrichtung entspricht. Die Durchführung der Interviews und der Intervention durch externe Therapeutinnen findet parallel innerhalb einer längeren Phase statt. Die Pfeile im Ablaufplan verdeutlichen, wie Interview und Intervention zusammenhängen (Anhang A19). Im Folgenden wird die Stichprobe beschrieben und deren Aufteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe (I-Gruppe und K-Gruppe).

5.2 Studienteilnehmer und Zuordnung zu I-Gruppe und K-Gruppe

Die Akquise der externen Therapeutinnen dieser Studie erfolgt ausschließlich über private Kontakte. Sie werden über die Zielsetzung der Studie informiert und gebeten, ein bis drei geeignete Patienten zur Teilnahme an der Studie zu rekrutieren. Die Teilnahme mit mehr als 3 Patienten ist ausgeschlossen, um einen Bias zu vermeiden. Eine Begleitung mit Supervision durch die Studienleiterin ist nicht obligatorisch, wird den teilnehmenden Logopädinnen aber angeboten. An der Studie können erwachsene Patienten aller Störungsbilder und aller Altersgruppen teilnehmen. Interventionen, die nur mit Kindern erfolgen, werden wegen der fehlenden Vergleichsmöglichkeit mit den Erwachsenen, ausgeschlossen. Eine teilweise Intervention mit Kind und Elternteil ist zu-

lässig. Das Interview kann nur mit dem Elternteil durchgeführt werden. Darüber hinaus unterliegt die Gruppe der teilnehmenden Patienten kaum weiteren Ausschlusskriterien. Teilnehmende Patienten müssen jedoch kognitiv in der Lage sein über ihre laufende Sprachtherapie zu reflektieren und dies sprachlich realisieren. Dazu wird kein Testverfahren durchgeführt, sondern dies beurteilen die Therapeutinnen.

Vor dem Start der Studie erhalten die Therapeutinnen das Anschreiben für sich und die Patienten. Hier werden die TN über Ziel und Ablauf der Studie und über die Datenschutzbestimmungen informiert. Die Therapeutinnen und Patienten unterschreiben jeweils eine Einverständniserklärung in der sie erlauben, dass Audioaufnahmen von den Interviews gemacht werden (Anhänge A20/21). Während und nach der Rekrutierung der Studienstichprobe, werden die Patient-Therapeut-Paare randomisiert der I-Gruppe und der K-Gruppe zugeordnet. Da die Zusagen zur Teilnahme an der Studie sukzessive eintreffen, verschiedene TN aber schon mit der Intervention starten müssen und möchten, wird folgendes Verfahren zur Randomisierung gewählt: Sobald vier Patient-Therapeut-Paare verbindlich zur Teilnahme bereit sind, werden diese je zur Hälfte der I- und der K-Gruppe zugelost. Die Patienten erhalten keine Information darüber, welcher Gruppe sie angehören. Die Stichprobe bezieht sich auf die Durchführung der Intervention und Interviews, die im Folgenden beschrieben werden.

5.3 Methodisches Vorgehen der Intervention

Ausgehend von der Annahme, dass in jeder sprachtherapeutischen Behandlung auch immer Anteile von Gespräch innerhalb der Therapieeinheit stattfinden, werden diese Gesprächsanteile durch das Interventionsmanual gezielt gelenkt, strukturiert und ritualisiert. Es findet folglich eine Intensivierung dessen statt, was obligatorisch zu logopädischen Behandlungseinheiten gehört und von den Therapeutinnen praktiziert wird. Daher kann die Manipulation als ein minimaler Eingriff in die Alltagspraxis aufgefasst werden. Im Folgenden wird die Planungsphase des Interventionsmanuals, Pilotierung- und Durchführung der Intervention beschrieben.

5.3.1 Erstellung des Interventionsmanuals und Durchführungsplan

Grundlage für die Intervention ist die Annahme, dass alleine durch Gespräch und Reflexion eine Bewusstseinsveränderung stattfindet und dies eine positive Verhaltensveränderung nach sich zieht (Flückiger et al., 2012; Wanetschka, 2010). Reflexion schafft Bedingungen, in denen die am Therapieprozess Beteiligten ihre inneren Arbeitsmodel-

le hinterfragen, Veränderungen neu strukturieren und bewerten können (Sonnenmoser, 2005). Basis dafür ist die Kommunikation im therapeutischen Gespräch (vgl. Göldner et al., 2017). Verschiedene Verfahren u.a. Supervision auf Seiten der Therapeuten oder Befragung / Fragebögen auf Seiten der Patienten eignen sich zur Reflexion. In Anlehnung an die schon zuvor beschriebene Arbeitsmatrix wird ein Interventionsmanual entwickelt. Es beinhaltet einen Durchführungsplan und eine inhaltliche Anweisung. Die Intervention soll so durchgeführt werden, dass zu Beginn und Ende jeder TE ein reflektierendes Gespräch zwischen Patient und Therapeut stattfindet, das eine Länge von ca. fünf bis sieben Minuten nicht überschreiten sollte. Die Inhalte und Fragestellungen dieses Gesprächs werden seitens der Therapeutin laut Anweisungen des Manuals initiiert. Im Schwerpunkt betrifft dies Fragen zur Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg und der TB. Es wird nicht zu jeder TE gelingen, alle Aspekte zu reflektieren. Das Manual dient daher lediglich als Gedankenstütze für die Therapeutin.

Die Durchführung wird nicht überprüft oder protokolliert. Die jeweilige Therapeutin verpflichtet sich, dieses Reflexionsgespräch zu jeder TE der Studienphase zu führen. Dabei hat sie Freiheit individuell auf ihren Patienten zugeschnitten vorzugehen und die geeigneten Fragen oder Anregungen auszusuchen. Durch das Manual soll die Therapeutin Sicherheit im Gespräch erhalten. Zusätzlich wird die Therapeutin angewiesen, in einer persönlichen kurzen schriftlichen Reflexion am Stundenende, ihre Einschätzung zur TB schriftlich festzuhalten. Ein Protokollbogen befindet sich im Manual. Diese Aufzeichnungen werden nicht kontrolliert. Sie dienen dazu, den Reflexionsprozess der Logopädin zu intensivieren und den Fokus verstärkt auf die PTB bezgl. dieses Patienten zu lenken. Die gesamte Interventionsphase erfolgt über sechs TE. Es wird darauf verzichtet, Zeitangaben für die Zeitspanne der Interventionsphase zu machen.

Der Grund dafür, keine Fragebögen einzusetzen, liegt in der Natur der sprachlichen Beeinträchtigung der Patienten. Das Risiko, dass Verfälschungen und Verzerrungen entstehen, weil die Probanden die Fragestellung nicht richtig verstehen, ist groß. Entscheidender Grund für ein Gespräch ist jedoch, dass durch die gemeinsame Reflexion die PTB zusätzlich gestärkt und positiv beeinflusst wird (vgl. Flückiger et al., 2012; Znoj, 2014). Die wertschätzende Haltung der Therapeutin ihrem Patienten gegenüber wird ausgedrückt und den individuellen Bedürfnissen des Patienten wird mehr Raum und Zeit gegeben. Eine subjektive Einschätzung der möglicherweise eintretenden Veränderungsprozesse und -parameter bei den Therapeutinnen und Patienten wird später durch eine Befragung erworben. Therapeutinnen der Kontrollgruppe führen die gewohnte Therapie mit ihren Patienten ohne Intervention durch.

5.3.2 Pilotierung und Überarbeitung des Interventionsmanuals

Ziel der Pilotierung ist es zu evaluieren, ob die Anweisungen angemessen, verständlich und praktikabel sind. Dazu werden mindestens drei Therapeutinnen, auch verwandter Berufsgruppen wie bspw. Ergo- oder Physiotherapie, akquiriert, die bereits über eine längere Berufserfahrung verfügen und als Expertinnen in ihrem Arbeitsbereich gelten. Sie sollen Teile des Manuals mit verschiedenen Patienten ausprobieren und / oder aus ihrer Expertise einschätzen, ob insbesondere die Interventionsfragen in dieser Form durchführbar und für potentielle Patienten akzeptabel sind. Nach der Pilotierungsphase kann das Manual durch die Rückmeldungen und Beobachtungen angepasst werden.

5.4 Methodisches Vorgehen des Interviews im Prä-Post-Design

Die Intervention soll evaluiert werden. Da dieser Theses eine Wirksamkeitsmessung ausgerichtet nach dem biopsychosozialen Modell zugrunde liegt, soll ein möglicher Wirkungsgrad der Intervention von Patienten- und Therapeutenseite beurteilt werden. Ergebnisse solcher Messungen sind qualitativ. Zur Operationalisierung dieses Vorhabens werden semistrukturierte Patienten- und Therapeuteninterviews geplant und durchgeführt. Durch Prä- und Postbefragung wird das Interventionsergebnis erhoben. Im Folgenden wird die Entwicklung des Interviewleitfadens, dessen Pilotierung, Überarbeitung und Durchführung beschrieben. Anschließend wird der Analyseprozess der gewonnenen Daten beschrieben.

5.4.1 Entwicklung des semistrukturierten Interviewleitfadens

Verschiedene Studien aus dem Bereich der Psychotherapie schlagen zur Erfassung der TB, neben den Rating Scales auch Interviews als Methode vor (Flückiger et al., 2012; Hersoug et al., 2010; Törnqvist et al., 2009). Nach diesem Vorbild werden für die vorliegende Studie Leitfäden für vier semistrukturierte Interviews⁹ konzipiert. Das sind, wie Abbildung 9 verdeutlicht, jeweils ein Eingangsinterview für die Patienten und die Therapeutinnen und für beide Gruppen jeweils auch ein Abschlussinterview. Die beiden Eingangsinterviews und auch die zwei bzw. vier Abschlussinterviews unterscheiden sich lediglich in einigen Details. In den Ausgangsinterviews sind für die I-gruppe

⁹ Die Begriffe ‚semistrukturiertes Interview‘ und ‚leitfadengestütztes Interview‘ werden in dieser Arbeit synonym verwendet.

noch zusätzliche Fragen eingebaut. Grundlage der inhaltlichen Gestaltung der Interviewfragen ist wiederum die Arbeitsmatrix.

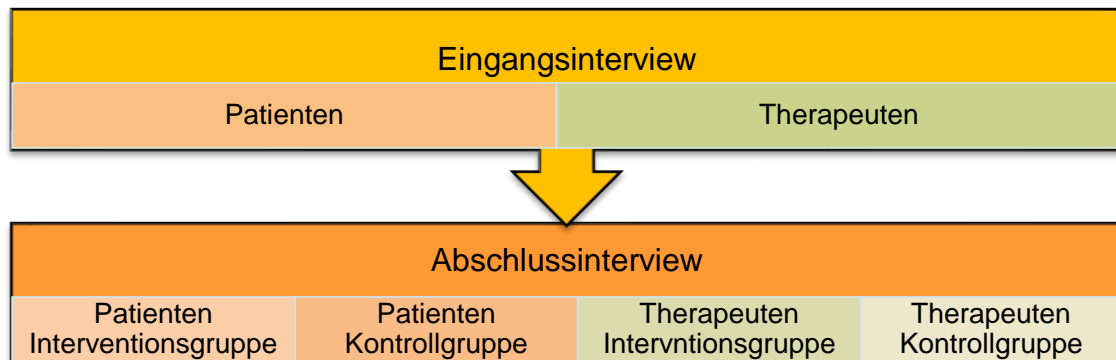


Abbildung 9: Übersicht aller Interviewkonzeptionen

Zunächst wird im Eingangsinterview nach einigen demografischen Daten gefragt. Die weitere Grundstruktur des Interviews besteht aus einer Initialfrage und weiteren Kernfragen mit mehreren Unterfragen. Sie sollen ein möglichst breites Spektrum an Antworten generieren. Hierzu sind die Fragen so aufgebaut, dass sie sukzessive immer tiefer ins Thema führen und den Fokus hinsichtlich der Fragestellung immer stärker einengen. Da die Annahme besteht, dass besonders Patienten nicht spontan Fragen nach der TB oder der Therapiewirksamkeit beantworten können, werden sie auf verschiedenen Ebenen durch das Interviewgespräch geführt. Das betrifft sowohl die Handlungsebene, als auch die Merkmale und die Komponenten der Patienten und Therapeuten des Rahmenkonzepts der TB. Die eigentlichen Fragestellungen werden jeweils mit zwei bis vier möglichen konkreten Formulierungen im Leitfaden eingeführt. Da die Form des semistrukturierten Interviews eine beinahe natürliche Unterhaltung ermöglicht, bieten die Formulierungen die Option, den Inhalten des bereits Gesagten zu folgen und, im Vergleich zu einer festgelegten Interviewstruktur, frei und unabhängig das Interviewgespräch zu gestalten. Die Initialfrage beabsichtigt eine Einführung und Aufmerksamkeitslenkung hinsichtlich des Themas. Dabei werden allgemeine Überlegungen zur TB angestellt. Die anschließenden 4 Forschungsfragen beschäftigen sich mit der ‚Betrachtung der PTB speziell in dieser Therapie‘, der ‚Erfassung der Vorstellungen über Wirksamkeit und den Einflussfaktoren‘, der ‚erweiterten Erfassung der PTB, u.a. Erfassung des Anlasses für kritische Therapiesituationen und der Umgang damit‘ und schließlich mit der ‚Einschätzung zur Veränderbarkeit der TB‘. Abbildung 10 skizziert grob die Fragen und Unterfragen.

Die überwiegende Frageform bilden offene Fragen. Sie sind erzählgenerierend formuliert, um die Gefahr der Beeinflussung der Antworten der Befragten durch Vorannah-

men oder vorgegebene Antwortmöglichkeiten zu minimieren. Außerdem ermöglicht diese Fragegestaltung den Projektteilnehmern, ihre individuellen und subjektiven Annahmen und Einstellungen ausführlich zu schildern.

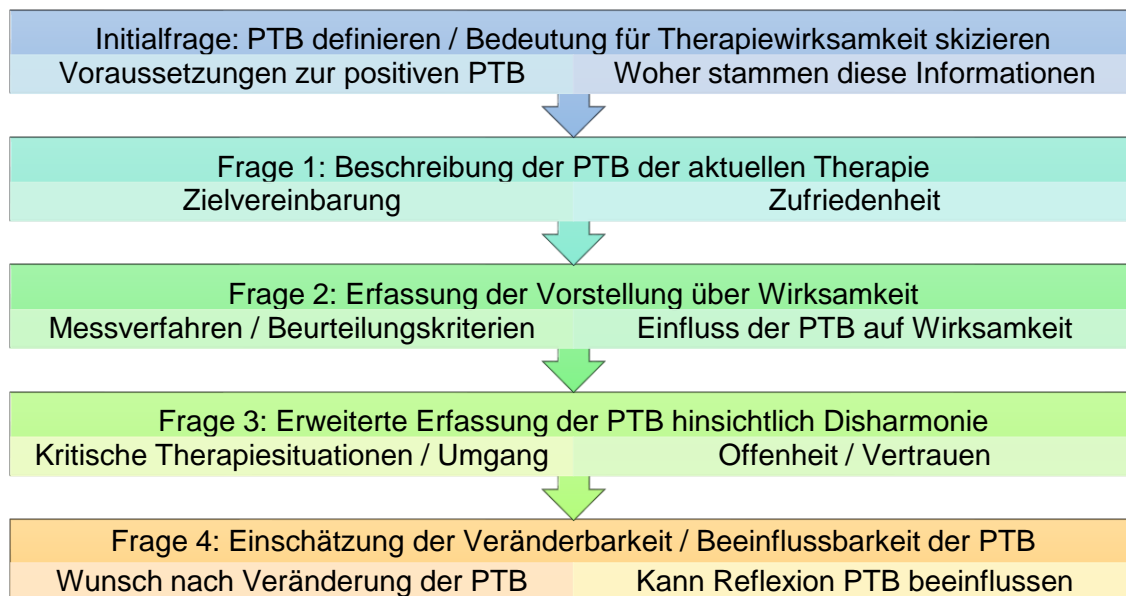


Abbildung 10: Aufbau des Eingangsinterviews

Da es sich bei den interviewten Patienten z. T. um Menschen mit einer Sprachstörung handelt, muss damit gerechnet werden, dass sowohl das Frageverstehen, als auch die Möglichkeit zur Antwort bei einem derart komplexen Thema erheblich erschwert ist. Daher werden auch im Rahmen der Unterfragen einige geschlossene Fragen formuliert und in den Interviewleitfaden eingebaut. Sie sind leichter zu beantworten und bieten damit die Chance Probanden zu motivieren und zur Fortsetzung zu ermuntern.

5.4.2 Pilotierung und Anpassung des Interviewleitfadens

Für das Interview ist ebenfalls eine Pilotierungsphase vorgesehen. Da die Interviews mit der tatsächlichen Stichprobe des Experiments zum größten Teil per Telefon geplant sind, wird dies auch in der Versuchs- und Erprobungsphase so durchgeführt. Neben der Überprüfung der Fragestellungen, Formulierungen, Länge, Dauer, Praktikabilität etc. dient die Pilotierung auch der Einübung mit der Interviewtechnik. Wegen der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit und weil mit den Pilotierungsprobanden keine Intervention durchgeführt werden kann, überprüfen sie lediglich das Eingangsinterview. Für diese Aufgabe werden drei Therapeutinnen der Berufssparte ‚Heilmittelerbringer‘ und

zwei Patienten aus der Praxis der Versuchsleiterin rekrutiert. Hinweise aus den Rückmeldungen der befragten Personen bieten die Chance zur Überarbeitung.

5.4.3 Methodisches Vorgehen der Interviewdurchführung

Die Rahmenbedingungen für die Durchführung der Interviews werden festgelegt. Die Datenerhebung erfolgte in Form leitfadengestützter Einzelinterviews mit der Stichprobe. Da die Stichprobe groß und deutschlandweit verteilt ist, sind grundsätzlich Telefoninterviews vorgesehen. Mit Patienten, die sprecherisch stark eingeschränkt sind, kann auch ein direktes Interviewgespräch eingeplant werden. Durch das Informationsanschreiben sind Patienten und Therapeutinnen vorab auch über Ziel und Ablauf der Interviews informiert. Die Dauer des eigentlichen Interviews ist mit etwa 20 Minuten angesetzt. Die Interviews werden alleine von der Versuchsleiterin durchgeführt. Dadurch wird eine vergleichsweise große Ähnlichkeit bei der Durchführung gewährleistet. Da der Versuchsleiterin die zu interviewenden Patienten und zum Teil auch die externen Therapeutinnen unbekannt sind, wird zusätzlich Zeit für ein kurzes Vorgespräch als ‚Warm-Up‘ eingeplant. Auch nach dem Interview ist Zeit für eine Verabschiedung vorgesehen. Im Rahmen dessen wird auch bereits beim Eingangsinterview das zweite Gespräch verabredet und beim Abschlussinterview die guten Wünsche auf dem weiteren Weg der Genesung ausgesprochen. Somit werden für jedes Interview ca. 45 Minuten veranschlagt. Alle Interviewgespräche werden mit einem digitalen Voice Recorder aufgenommen und anschließend nach vorher festgelegten Transkriptionsregeln verschriftet. Diese sind aus forschungspragmatischen Gründen vereinfachend formuliert (Anhang A22). Die Transkripte werden formatiert und in die Analysesoftware importiert. Zusätzlich werden Audioaufnahmen und Transkriptionen geordnet und extern gespeichert. Eine Sortierung und Ordnung der gegenüberzustellenden Gruppen wird geplant.

5.4.4 Festlegung der Auswertungsparameter und -durchführung

Durch die Größe der Stichprobe muss mit einer großen Datenmenge gerechnet werden. Es bietet sich an, diese inhaltsanalytisch auszuwerten mit dem Ziel, eine Struktur inhaltlicher Aspekte herauszufiltern (Mayring, 2010). Unter den verschiedenen Analyseverfahren fällt die Entscheidung auf die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (vgl. Kap. 2.5). Da das Projekt nicht hypothesengeleitet, sondern ergebnisoffen konzipiert ist, können auch am Datenmaterial inhaltliche Aspekte identifiziert und strukturiert werden. Anschließend können durch die Analyse Aussagen formuliert werden, die Allgemeingültigkeit haben und die die Forschungsfragen beantworten.

5.4.4.1 Deduktives u. induktives Vorgehen bei der Kategorisierung

Zentraler Bestandteil der QI ist ein Kategoriensystem. Kategorien sind die exakte Definition dessen, was erhoben bzw. gemessen werden soll, klassifizieren damit Einheiten und unterstützen die Strukturierung der Daten. Für das Kategoriensystem wird ein Mix aus deduktivem und induktivem Vorgehen gewählt. Grundlage für die a priori festgelegten Kategorien ist die Arbeitsmatrix. Sie liefert die Hauptkategorien, die die Bündelung von Aussagen und damit die Erkenntnis über Muster und Ordnungen ermöglicht. Sie entsprechen inhaltlich und thematisch dem im Interview eingesetzten Leitfaden. Alle Aussagen werden zunächst diesen deduktiv entwickelten thematischen Kategorien zugeordnet und kodiert. Während der Analyse kann das Kategoriensystem fortlaufend induktiv erweitert und ausdifferenziert werden.

5.4.4.2 Ablaufschema der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse

Das Kategoriensystem wird interpretativ erstellt und angewendet. Somit wird auch der latente Gehalt von Äußerungen miteinbezogen. Im Prozess der Kodierung werden die einzelnen Aussagen der TN den Kategorien anhand der Interviewtranskriptionen gezielt zugeordnet. Die Zuordnungsoptionen werden genau und trennscharf durch Kodierregeln formuliert und im Codebuch festgehalten. Dies ist notwendig, um Mehrfachnennungen oder Unklarheiten der Zuordnung zu vermeiden und um eine spätere Zuordnung der Textbestandteile zu den ihnen entsprechenden Kategorien zu ermöglichen und damit die Arbeit nachvollziehbar zu machen. Einzelne Zitate der Interviews werden als sog. „Ankerbeispiele“ ausgesucht und verdeutlichen beispielhaft den Zuordnungsprozess. Selbst wenn, wie im Fall der vorliegenden Arbeit, die Versuchsleiterin alleine die Auswertungen vornimmt, müssen die Kodierungen zwingend präzise sein. Es ist zwar keine Abstimmung mit einem Team notwendig, aber intersubjektive Nachvollziehbarkeit ist notwendig, um möglicherweise eingesetzte Rater auch in die Lage eindeutiger Zuordnungen zu versetzen und die beste zu erreichende Objektivität herzustellen. Die Phase der Kodierung durchläuft mehrere Stationen (Abb. 11). Zunächst werden die Transkripte gründlich gelesen und erste Fundstellen zu Kodiereinheiten bestimmt. Das sind in der Regel Sinnzusammenhänge, mindestens aber ein Teilsatz. Diese führen zur Definition der Kategorien und Entwicklung der Unterkategorien. Es ist aber auch schon beim ersten Durchlauf die Möglichkeit, ‚In-Vivo-Codes‘ zu generieren, die sich eng an das Datenmaterial und die Begrifflichkeiten im Material anlehnen. Das Kategoriensystem wird erprobt und modifiziert. In einem zweiten Materialdurchlauf werden die Daten

erneut kodiert und kategorienbasiert ausgewertet. Schließlich findet eine Ergebnisdarstellung und Interpretation statt und beantwortet die Forschungsfrage.



Abbildung 11: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016, S. 100)

Optimalerweise erfolgt der gesamte Analyse- und Auswertungsprozess im Team. Besonders die rekursive Aussagengenerierung erhält durch ein Forschungsteam und Rater des Kodiersystems eine höhere Aussagekraft, Zuverlässigkeit und Güte. Da das Kodieren von der Interpretationsleistung des Ausführenden abhängt und um insgesamt eine höchstmögliche Reliabilität sicherzustellen, wird auch immer wieder die Intrakodierer-Reliabilität überprüft.

5.4.4.3 Auswahl der zu untersuchenden Parameter

In dieser Arbeit werden gemäß der Fragestellung zwei Fragen in den Fokus genommen und auf unterschiedliche Analysearten angegangen.

Zum einen werden die allgemeinen Wirkfaktoren einer Sprachtherapie durch Aussagen der Beteiligten bestimmt. Dazu werden ausschließlich die Aussagen der Eingangsgespräche aller TN nach Kategorien systematisiert und geordnet. Anschließend wird der Vergleich angestellt, in welcher Hinsicht sich die, durch Aussagen von Akteuren inner-

halb logopädischer Behandlung, gefundenen Wirkfaktoren zu denen aus der Psychotherapie unterscheiden oder auch gleich sind.

In einem zweiten Analyseprozess steht die TB im Fokus. Im Eingangsinterview werden die TN gebeten eine prozentuale Einschätzung abzugeben, in welchem Maß die therapeutische Methode gegenüber der guten TB Einfluss auf den Therapieerfolg nimmt. Diese Einschätzung der Gewichtung von Methode und PTB im Therapieprozess könnte die spätere Analyse der Aussagen von Therapeuten und Patienten relativieren und unterstützen. Da im Ausgangsinterview nicht erneut nach der Einschätzung gefragt wird, ist der Vergleich zwischen I-Gruppe und K-Gruppe in dieser Hinsicht überflüssig. Der nächste Arbeitsschritt befasst sich konkret mit der Auswirkung der Intervention. Hier werden die Aussagen der I-Gruppe mit denen der K-Gruppe in den Abschlussinterviews verglichen. Das Kategoriensystem für diese Fragestellung wird extra neu entwickelt. Auch hier werden die deduktiven Vorannahmen durch induktive Codings im Arbeitsprozess ergänzt. Sämtliche Äußerungen der TN werden geordnet und gebündelt. Aussagen der I-Gruppe über die subjektiv empfundenen Veränderungen hinsichtlich der TB durch die Intervention können getroffen werden. Besonders im Fokus steht die Diversität der Antworten. Die K-Gruppe dient zur Kontrolle. So können möglicherweise auch in der K-Gruppe aufgetretene Veränderungen interpretiert und bei der Analyse der Aussagen der I-Gruppe berücksichtigt werden.

5.4.4.4 Analysesoftware

Bei der Auswertung wird in diesem Projekt das Programm MAXQDA (MAXQDA, 2018) eingesetzt. Dieses enthält verschiedene Funktionen und bietet Möglichkeiten zur Unterstützung der qualitativen kategoriengeleiteten Inhaltsanalyse. Vor allem die Kategorisierung des Datenkorpus selbst wird erleichtert, weil die Systematik des Programms nicht nur eine gute Übersicht bietet, sondern mit einer einfachen Handhabung auch Veränderungen und Erweiterungen zulässt. So korrigiert das Programm bspw. eine Veränderung einer Kodierung auch an allen anderen Fundstellen selbstständig. Auch der schnelle Zugriff auf einzelne Textstellen beim Zitieren ist erleichtert. Um das Programm möglichst optimal zu nutzen, nimmt die Forschungsleiterin an einem Online-seminar zum Erlernen der unterschiedlichen Funktionen statt. Die Audioaufnahmen können entweder direkt in die Analysesoftware transkribiert oder die fertigen Transkripte später dort eingefügt werden. Die a priori erstellten Kategorien der Arbeitsmatrix werden ebenfalls dort eingegeben. So kann beim Bearbeiten der Daten jeweils direkt darauf zugegriffen und die Fundstellen markiert werden.

5.5 Ergebnisse des Experiments

Das folgende Kapitel stellt die Ergebnisse des Experiments dar. Zunächst erfolgt die Beschreibung der Stichprobe, die Durchführungen der Interventionsphase, der Interviews und des Auswertungsprozesses. Die Darstellung der Ergebnisse der Inhaltsanalyse schließt sich an.

5.5.1 Teilnehmer der Stichprobe des Experiments

Durch die Akquise über private Kontakte können elf Logopädinnen und ein Logopäde zur Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Sie kommen aus den Bundesländern Berlin, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Hessen und praktizieren alle aktuell als Angestellte oder freiberuflich. Die Logopädinnen sind im Durchschnitt 42,5 Jahre alt und die meisten arbeiten mit Patienten aller Störungsbilder. Tabelle 5 stellt die Patient-Therapeut-Paare jeweils mit Initialen, Alter, Geschlecht, Störungsbild und Länge der bisherigen logopädischen Therapie dar.

Tabelle 5: Übersicht über die an der Studie teilnehmenden Therapeut-Patient-Paare

Nr.	Thp. Initialen	Thp. Alter	Pat. Initialen	Pat. Alter	Geschlecht	Störungsbild	Dauer der Therapie
1	AK	55	MT	73	m	Aphasie	6 Monate
2			AM	14	m	SES / WFS	8 Jahre
3			CN	59	w	Dysphonie	3 Monate
4	CS	52	MS	20	m	Stottern	3 Monate
5			MB	73	w	CI-Trägerin	2 Monate
6	DS	58	ED	66	w	Dysphonie	2 Monate
7			MM	46	w	Dysphonie	6 Monate
8	RN	25	WK	75	m	Parkinson	1 Woche
9	MF	48	DM	62	m	Aphasie/Dysphonie	4 Monate
10	AS	56	SS	47	w	Dysphonie	3 Monate
11	JD	30	LK	71	w	MS	6 Monate
12	KS	25	KL	76	m	Aphasie	4 Monate
13	IT	30	FH / (A)	37 / (5)	w / (m)	SES	1 Jahr
14	HN	66	DW	33	w	Aphasie	2 Wochen
15	NB	35	AD	23	w	Hirntumor/ Aphasie	4 Monate
16	RP (m)	30	TN	58	m	Restaphasie	5 Jahre
		Ø 42,5 Jahre		Ø 52 Jahre	7x m / 9x w		

Eine Therapeutin nimmt mit drei Patienten, drei weitere mit jeweils zwei Patienten und alle anderen mit einem Patienten, also mit insgesamt 16 Patienten, teil. Die Farben in

der Tabelle verdeutlichen, welche Therapeuten mit mehr als einem Patienten teilnehmen. Die Patienten sind 14 Erwachsene im Alter zwischen 20 und 76 Jahren (Ø 52 Jahre). Ein Patient ist ein Jugendlicher (Nr.2), der mit Einverständnis seiner Eltern an der Studie teilnimmt. Zusätzlich ist ein Kind unter den Studienteilnehmern (Nr.13), wobei hier die Intervention z. T. mit ihm selbst und z. T. mit seiner Mutter durchgeführt wird und die Interviews ausschließlich mit seiner Mutter erfolgen. Daher werden die Daten seiner Mutter und er nur in Klammern in der Tabelle aufgeführt. Keine der teilnehmenden Therapeutinnen beansprucht während der Interventionsphase eine Supervision. Gelegentlich telefoniert die Versuchsleiterin mit den TN, um zu erfahren, ob es Schwierigkeiten im Ablauf oder der Durchführung gibt. Dabei stellen sich bei zwei TN kleinere Ablaufprobleme heraus. Dies betrifft vor allem längere Unterbrechungen der Therapie wegen Krankheit und Urlaub. Dies ist auch der Grund, warum es bei der Paarung Nr. 16 kein Abschlussinterview gibt, was hierfür als ein Drop-out gilt. Durch die randomisierte Zuteilung kommen zwei gut gemischte Gruppen zustande (vgl. Tab. 6).

Tabelle 6: Ergebnis der randomisierten Gruppenzuteilung der Patienten mit laufender Interviewnummer

Interventionsgruppe				Kontrollgruppe			
Nr.	♀ / ♂	Alter	Störung	Nr.	♀ / ♂	Alter	Störung
1	m	73	Aphasie	2	m	14	SES / WFS
4	m	20	Stottern	3	w	59	Dysphonie
6	w	66	Dysphonie	5	w	73	CI-Trägerin
8	m	75	Parkinson	7	w	46	Dysphonie
9	m	62	Aphasie/Dysphonie	10	w	47	Dysphonie
11	w	71	MS	12	m	76	Aphasie
14	w	33	Aphasie	13	w	37	SES
15	w	23	Hirntumor/Aphasie	16	m	58	Dysphonie
	4 x m 4 x w	Ø 53			3 x m 5 x w	Ø 52	

Die Geschlechterverteilung ist mit je vier männlichen und weiblichem Patienten in der I-Gruppe und 3 männlichen und 5 weiblichen TN in der K-Gruppe ausgeglichen. Auch die Altersstruktur ist mit durchschnittlich 53 Jahren in der I-Gruppe und 52 Jahren in der K-Gruppe ausgewogen. Diese günstige zufällige Verteilung zeigt sich auch bei den Sprachstörungen.

5.5.2 Durchführung / Interventionsphase

Der folgende Abschnitt beschreibt die Pilotierung und Überarbeitung des Manuals und den tatsächlichen Einsatz und die Durchführung der Intervention.

5.5.2.1 Pilotierung und Überarbeitung des Manuals

An der Überprüfung des ersten Entwurfes des Manuals nehmen eine Physiotherapeutin, eine Sprachheilpädagogin und eine nicht mehr praktizierende Logopädin teil. Bei allen dreien handelt es sich um erfahrene und langjährig tätige Therapeutinnen. Es zeigt sich, dass die an der Pilotierung teilnehmenden Therapeutinnen vom Gesamtkonzept überzeugt und möglicherweise daher wenig kritisch sind. Sie erproben die Interventionsfragen mit jeweils ein bis zwei Durchgängen an insgesamt fünf Patienten. Aus den Rückmeldungen kann geschlossen werden, dass die Anweisungen insgesamt zielführend sind, sodass nur wenige Änderungen vorgenommen werden müssen. Als Reaktion auf die Rückmeldung der Probeintervention werden aus dem umfangreichen Katalog von Reflexionsfragen mehrere herausgenommen aber keine zusätzlichen hinzugenommen. Einige Formulierungen werden verändert. Nach der Anpassung des Manuals ergibt sich eine endgültige Interventionsanweisung (vgl. Tabelle 7). Das gesamte Manual befindet sich in Anhang A23.

Tabelle 7: Interventionsinstruktion für die Therapeutinnen

Zum Stundenanfang
<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es noch Reste aus der letzten Stunde? • Wie haben sie die Ergebnisse der letzten Stunde in den Alltag übertragen können?
<ul style="list-style-type: none"> • Wie geht es ihren Angehörigen / Freunden mit den Therapiefortschritten? Fallen Erfolge auf? Gibt es Ungeduld, Enttäuschung, Frustration oder im Gegenteil Freude, Stolz und erwartungsfrohe Zuversicht über den Therapiefortschritt?
<ul style="list-style-type: none"> • Haben sie nach der letzten Stunde über mich und unsere Beziehung nachgedacht?
<ul style="list-style-type: none"> • Hätten Sie, mit etwas Abstand betrachtet, etwas über meine Person gerne noch mal angesprochen oder verändert? Das könnte eine Reaktion von mir gewesen sein, ein Kommentar, eine Hilfestellung...?
<ul style="list-style-type: none"> • Wie schätzen sie meine Loyalität und Fürsorge ihnen gegenüber ein? • Wie zufrieden sind sie mit der Therapie und unserem therapeutischen Miteinander?
Zum Stundenende
<ul style="list-style-type: none"> • Wie ist es ihnen heute in der Stunde ergangen? • Haben sie den Eindruck, dass die Therapiemaßnahmen geeignet sind / waren? • Wie war heute aus ihrer Perspektive und Wahrnehmung unser Kontakt? • Konnten sie sich mir gegenüber öffnen? • Hatten sie den Eindruck, dass ich ihre Anliegen angehört und verstanden habe? • Hatten sie den Eindruck, dass mir ihre Anliegen wichtig sind? • Könnten sie diesen Satz sagen: „Als Ergebnis der Sitzung ist mir jetzt klarer, was ich selbst tun kann und wo der Weg hinführt“? • Haben sie den Eindruck, dass ich ihnen ein Stück weiterhelfen konnte? • Haben sie den Eindruck, dass wir an einem Strang ziehen und gemeinsam arbeiten? • Haben Sie Hilfe zur Selbsthilfe erhalten? Wie wird dies im Alltag gelingen? • Habe ich vergessen, etwas Wichtiges anzusprechen? • Was wünschen sie sich für die kommende Stunde?

5.5.2.2 Einsatz und Durchführung der Intervention

Mit der soeben vorgestellten Anweisung arbeiten die Logopädinnen der I-Gruppe nun für sechs Therapieeinheiten mit ihren Patienten. Laut Manual führen sie kurze Reflexionsgespräche mit ihren Patienten durch, während die K-Gruppe nichts an ihrer Therapie verändert. Durch kurze informative Zwischentelefonate zeigt sich, dass die Therapeutinnen insgesamt gut mit der Intervention zurechtkommen.

5.5.3 Durchführung Interviews

Das folgende Kapitel beschreibt die Pilotierung der Interviewleitfäden und die Interviewdurchführung.

5.5.3.1 Pilotierung und Überarbeitung des Interviewleitfadens

Wie in Kap. 5.3.1 beschrieben, werden die Interviewleitfäden entwickelt und ausgearbeitet. Die gleichen Therapeutinnen aus der Überprüfung des Interventionsmanuals übernehmen auch die Pilotierung des Eingangsinterviews. Sie lassen sich von der Versuchsleiterin mit dem Interviewleitfaden befragen und begutachten anschließend die Fragen hinsichtlich der Verständlichkeit, Stringenz und Aufbau des Leitfadens. Ebenfalls führt die Versuchsleiterin Interviews mit zwei ihrer eigenen Patienten durch. Für diese Pilotierung bleibt wenig Zeit, was naturgemäß das Ergebnis schmälert. Es zeichnen sich Bedenken gegenüber der dritten Fragestellung ab. Speziell die befragten Patienten äußern Befremden, weil sie angeben, niemals Missstimmungen innerhalb der Therapie erlebt zu haben und sich dies auch kaum vorstellen können. Die Initialfrage ist für Therapeutinnen und Patienten gleichermaßen schwierig zu beantworten. Einige TN äußern sogar Überforderung. Daher wird der Interviewleitfaden überarbeitet und angepasst. Als Ergebnis der Überarbeitung werden die Fragen jeweils zunächst mit einigen Erläuterungen eingeführt. Dies soll gewährleisten, dass die Befragten die Frage- richtung und -stellung möglichst optimal erfassen. Vor allem bei der Initialfrage erscheint diese Einführung wichtig. Nach Abwägung der Fragebogenintention und der Schwierigkeiten bei der Beantwortung verbleibt die dritte Fragestellung trotzdem im Fragebogen. Einzelne Fragen werden allerdings etwas abgeschwächt. Es bleibt die Option, im Interviewgespräch diesen Fragekomplex wegzulassen (Anhang A24). Das Abschlussinterview wird nicht pilotiert. Daher wird es nur um die Einleitungen erweitert, ansonsten unverändert übernommen. In einer Vergleichstabelle werden die beiden Eingangsbefragungen für Therapeuten und Patienten gegenübergestellt. Die beiden

Abschlussinterviews werden auf die gleiche Art abgebildet (Anhang A25). Die Zusatzfragen für die Interventionsgruppe werden farblich gekennzeichnet.

5.5.3.2 Durchführung der Interviews

Nach jeweiligen kurzen Terminabsprachen finden, bis auf drei Ausnahmen, alle Patienteninterviews telefonisch statt. Bei zwei der Ausnahmen wird ein direktes Gespräch geführt. Es handelte sich um Proband DM, der eine zu schwache Stimme zum Telefonieren hat und um die Patientin LK, die wegen einer fortgeschrittenen Multiple Sklerose den Telefonhörer nicht halten kann. Mit Patientin MB wird ein Schriftinterview per Email durchgeführt, da sie wegen ihrer Hörstörung nicht telefonieren kann. Zusätzlich werden zwei Abschlussinterviews mit den Logopädinnen MF und AK auf deren ausdrücklichen Wunsch Face-to-Face geführt. Es zeigt sich im Verlauf der Interviewphase ein deutlich spürbarer Lerneffekt der Interviewerin und zunehmend freier gestaltet sie die Interviews. Das unbemerkte Übergleiten von stringenten Fragen hin zu Gesprächen erleichtert den TN die Beantwortung. In der späteren Analysephase erschwert jedoch dieses Vorgehen die Einordnung und Codierung der Aussagen. Sämtliche Probanden bewältigen die Befragung. Wegen technischer Störungen mit der Telefonleitung werden einzelne Interviews kurz unterbrochen und die Verbindung muss neu hergestellt werden. Sie sind im Interviewverzeichnis (Anhang A26) mit Nummer a/b gekennzeichnet. Die angestrebte Zeit von 20-25 Minuten Interviewdauer wird weitgehend eingehalten (Audioaufnahmen: Anhang B2).

5.5.4 Analysephase

Die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse wird durchgeführt. Zunächst werden die Transkriptionen separat angefertigt (Anhang B3). Einige Stellen in den Aufnahmen können nicht mehr eindeutig erkannt und damit nicht transkribiert werden. Dies ist nach den Transkriptionsregeln markiert. Anschließend werden die Transkripte in das Softwareprogramm MAXQDA eingefügt. Es folgen nun zwei grundsätzlich verschiedene Analyseprozesse, die daher getrennt voneinander beschrieben werden.

5.5.4.1 Analyse der Äußerungen hinsichtlich der Wirkfaktoren

Zunächst werden alle Eingangsinterviews intensiv gelesen. Bezugnehmend auf Fragestellung 2 der Forschungsfragen zu den Wirkfaktoren werden die Aussagen der TN den zuvor im Codebaum eingegebenen Kategorien zugeordnet. Anhand der Pro-

bandenäußerungen wird fortlaufend codiert und es werden ständig neue Kategorien aufgestellt. Dadurch vervielfältigt und verzweigt sich das Kategoriensystem rasch. Etwa nach der Einordnung der Hälfte der Eingangsinterviews zu Kategorien, als scheinbar immer weniger neue Kategorien hinzukommen, erfolgt in einem weiteren Arbeitsschritt die Überarbeitung und Zusammenfassung der Kategorien. Einige Aussagen, die variantenreiche Formulierungen aufweisen, können zu schon bestehenden Kategorien zugeordnet und quasi subsumiert werden. Dies erweist sich als sinnvoll, weil die Übersichtlichkeit des Kategoriensystems, trotz Analysesoftware, nicht mehr gegeben ist. Die zweite Hälfte der Eingangsinterviews wird mit den überarbeiteten Kategorien weiter codiert. Der gesamte Prozess ist zeitintensiv, kann jedoch von Interview zu Interview zügiger durchgeführt werden. Kritisch bleibt es bei den Textpassagen, bei denen viel Interpretationsspielraum besteht und sorgfältig jede Äußerung abgewogen werden muss. Häufig kann die tatsächliche Intension der Befragten nicht eindeutig erkannt werden und muss daher interpretiert werden. Die Interpretation kann nur im Gesamtzusammenhang eines Interviews erfolgen, um möglichst die Persönlichkeit der Befragten zu erkennen und ihre Antworten entsprechend einzuordnen. Dies betrifft vor allem Interviews von Patienten mit Sprachstörungen.

Nach Abschluss dieses ersten Durchgangs aller Eingangsinterviews wird das Kategoriensystem nochmals überarbeitet und das Codebuch wird angelegt. Allen Kategorien werden dazu sog. Memos angeheftet. Sie beschreiben jeweils genau die Kategorie und es werden Abgrenzungen zu ähnlichen Kategorien vorgenommen. Alle Memos können von MAXQDA zusammengefasst und als Codebuch gespeichert werden. Für die Nachvollziehbarkeit der Codierungen ist dies unerlässlich. Die Expliztheit der aufgeführten Wirkfaktoren bedingt eine exakte Beschreibung und die jeweiligen Abgrenzungen zu ähnlichen Wirkfaktoren. So ist bspw. der Unterpunkt ‚Vertrauen‘ abzugrenzen zum Unterpunkt ‚Schutz‘. Da die einzelnen Äußerungen der Stichprobe zwar sehr vielfältig sind, können sie doch bei erkannten Gemeinsamkeiten zusammengefasst werden. Ankerbeispiele an den Kategorienbeschreibungen verdeutlichen die Intension der jeweiligen Kategorie. In einem zweiten Materialdurchgang werden nun, um die Intraraterreliabilität zu erhöhen, erneut alle Eingangsinterviews gesichtet und die Codierungen werden überprüft und ggf. überarbeitet. Das Codebuch selbst wird nur noch in Details verändert. Es befindet sich in Anhang B4. Am Ende dieses Prozesses steht ein Kategoriensystem mit den vier Hauptgruppen, die der Arbeitsmatrix entsprechen. Zwei Beschreibungen bei den Merkmalen einer guten PTB stammen in der Formulierung von den TN selbst. Das sind ‚Chemie stimmt‘ und ‚Geben und Nehmen‘. Beide feststehenden Begriffe werden immer wieder genannt und sind in ihrer Bedeutung zweifelsfrei.

5.5.4.2 Analyse der Äußerungen hinsichtlich der PTB

Um gemäß der Fragestellung 3 herauszufinden, ob eine Intervention Einfluss auf die Qualität der TB nimmt, werden Äußerungen der Eingangs- und Abschlussinterviews herangezogen. Ein neues Kategoriensystem wird, quasi als neues Projekt jedoch mit der Grundlage des gleichen Datenmaterials, bei MAXQDA erstellt. Anfangs ist wiederum eine intensive Sichtung und genaues Lesen der Interviews erforderlich. Dieses Mal erfolgt die Codierung weitgehend am Material. Das bedeutet, dass zunächst nur grob die Interviewfragen im Kategoriensystem eingegeben werden, dann aber die Aussagen der TN das Kategoriensystem entscheidender als im zuvor durchgeführten Analyseprozess beeinflussen und formen. Als Kernpunkt des gesamten Projekts werden die Äußerungen der I-Gruppe hinsichtlich der empfundenen Veränderung der PTB mit denen der K-Gruppe verglichen und analysiert. Zusätzlich werden Äußerungen aus den Eingangsinterviews zur Beeinflussbarkeit der PTB, der Vorstellung über eine gezielte Intervention und über die aktuelle Praxis mit Reflexion analysiert. Die Einschätzung der TN in den Eingangsinterviews bzgl. des Einflusses von Methode vs. PTB auf den Therapie-Outcome wird ebenfalls analysiert. Dies dient der Erfassung der Wichtigkeit, die die TN der PTB zuschreiben. Schließlich werden noch tatsächliche praktische Veränderungen innerhalb der Therapiedurchführung und Veränderungen der Zufriedenheit erfragt und zusammengestellt. Abschließend werden die Bildung eines Fazits und Ausblicke der TN hinsichtlich des gesamten Projektes erfasst.

5.5.5 Ergebnisse der Analyse und gefundene Aussagen

Im Folgenden werden die Ergebnisse bezüglich Fragestellung 2 und 3 jeweils getrennt voneinander dargestellt.

5.5.5.1 Ergebnisse übergeordnete Wirkfaktoren in der Sprachtherapie

Die Analyse und Kategorisierung der Äußerungen der TN ergibt ein Kategoriensystem in Form eines verzweigten Codebaumes mit höchstens vier Ebenen (Anhang A27). Die Liste der Codes bietet den Ausgangspunkt des, nach den vier Oberkategorien ‚Merkmale über Verhältnis und Umgangsformen einer PTB‘, ‚Patient‘, ‚Therapeut‘ und ‚Therapie‘ unterteilten Ordnungssystems der Arbeitsmatrix. Unter diesen vier Hauptkategorien verbergen sich bei den Patienten und Therapeuten das Ressort ‚Kompetenzen‘ und bei den Patienten zusätzlich der Bereich ‚ICF-orientierte Aspekte‘ wie ‚familiärer Hintergrund‘ und ‚Partizipation‘. Unter die ‚Kompetenzen‘ fallen für Patienten und

Therapeuten jeweils ‚Reflexion‘, ‚Zufriedenheit‘, ‚Kommunikation‘ und ‚Persönlichkeitsmerkmale‘. Bei den Patienten wird zusätzlich ‚Beziehungsgefüge‘ und bei den Therapeuten ‚Professionalität‘ aufgeführt. Unter den Bereich ‚Therapie‘ fallen ‚Veränderung‘, ‚Wirksamkeitsmessung‘, ‚Arbeitsvertrag‘ und ‚Ziele‘ (Abb.12). Dieses Ordnungssystem der Codierungen mit ‚Ankerbeispielen‘ zu jeder Kategorie wird in einer umfangreichen Vergleichstabelle den Wirkfaktoren der Arbeitsmatrix gegenübergestellt (Anhang B5). Der Umfang dieser Vergleichstabelle, die eine Ergebniszusammenfassung darstellt, erfordert zur besseren Übersichtlichkeit eine weitere Reduktion, indem die Ankerbeispiele weggelassen werden. Diese reduzierte Fassung findet sich in Anhang A28.

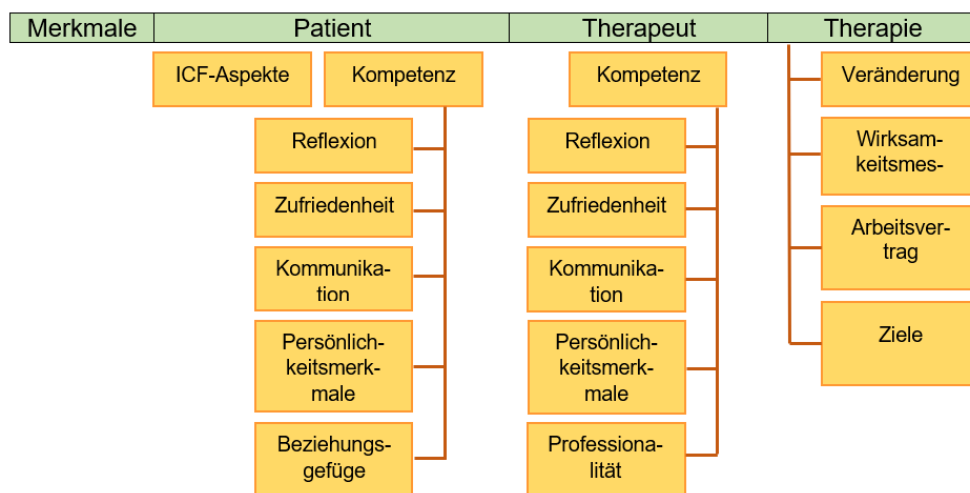


Abbildung 12: Codebaum der Hauptkategorien

Das Ergebnis zeigt, dass die Studienteilnehmer die Einflussfaktoren für Therapie sehr differenziert benennen und dass diese Wirkfaktoren eine große Diversität aufweisen. Daher ist die Liste der aufgeführten Wirkfaktoren der TN doppelt so umfangreich wie die der Arbeitsmatrix. Im Vergleich der beiden Wirkfaktorenlisten ist eine Ähnlichkeit festzustellen. Keiner der aufgeführten Wirkfaktoren einer Liste schließt einen der anderen Liste aus. Im Folgenden werden einige Kategorie beispielhaft betrachtet.

Unter der Rubrik ‚Merkmale‘ nennen die TN 15 zusätzliche Faktoren. Darunter sind zwei Kategorien als „Ausreißer“ mit besonders vielen Nennungen zu erkennen: mit 16 Nennungen von 14 unterschiedlichen TN ist dies die Kategorie ‚Nähe/Distanz‘ und mit 34 Äußerungen von 18 TN die Kategorie ‚Sich-Einlassen-Können‘. Bei ‚Nähe/Distanz‘ benennen die Probanden vor allem die erforderliche professionelle Distanz, um eine gute TB zu gewährleisten wie folgende Beispiele zeigen:

„Und wir haben immer noch, obwohl wir jetzt seit, ja ich glaube seit 5 Jahren, miteinander arbeiten, die nötige Distanz, sodass wir da auch beim Sie sind, aber bisschen freundschaftliches Sie“ (17 K T E RP 30 13.3.: 19 - 19)

„Mehr „Nähe“ scheue ich. Diese sachliche kleine Distanz macht es mir möglich, Misserfolg besser wegzustecken, denn ich sehe die Arbeit, die noch vor mir liegt und die Personen, die „den Karren mit mir zusammen ziehen“ (21 K P E MB 73 15.3.: 20 - 20).

Noch deutlicher benennen Patienten und Therapeutinnen gleichermaßen die Kategorie ‚Sich-Einlassen-Können‘. Hier betonen sie ihre Grundhaltung, die die TB und auch den Therapieerfolg ihrer Auffassung nach erleichtert und wahrscheinlicher macht, was folgende Beispiele zeigen:

„Ich denke an einen Patienten, der sich nur sehr schwer einlassen konnte, einen Stimmpatienten. Und das war wirklich auch schwieriger dann, die Übungen umzusetzen“ (10 K T E AS 56 3.3.: 7 - 7)

„Ich muss eine Chance geben, der Therapeutin. Weil, wenn ich mich sperre, passiert nichts“ (26 I P E LK 71 28.03.: 27 - 27)

„Und lässt sich auch auf lange Übungssequenzen ein, wenn er die schaffen kann“ (24 K T E IT 30 24.3: 31 - 31).

Die Beispiele zeigen, dass diesem Thema Gewicht gegeben wird und bei den Wirkfaktoren nicht fehlen darf.

Unter der Rubrik ‚Patient‘ haben 25 Kategorien keine Entsprechung in der Arbeitsmatrix. Auch hier können besonders häufig genannte Kategorien ausgemacht werden. Das ist zum einen die Kategorie ‚Motivation‘ mit insgesamt 31 Nennungen von 19 unterschiedlichen Personen. Die Beispiele zeigen, welche große Bedeutung die TN diesem Bereich beimessen:

„Wenn jetzt z. B. die Beziehung zwischen Therapeut und Patient nicht ganz so gut ist, dann sinkt hm... – also dann könnte vielleicht auch die Motivation des Patienten sinken“ (2 I T E RN 25 15.2.: 13 - 13)

„Das ist eine Grundvoraussetzung. Die Motivation, sowohl einen Therapeuten aufzusuchen als Patient, als auch die Motivation des Therapeuten, den Patienten helfen zu wollen“ (20 K T E KS 25 15.3.: 19 - 19)

„Aber ich glaube, wenn man generell mit Spaß an der Sache dabei ist, dann hat man ja auch so eine intrinsische Motivation für sich selber“ (16 K P E MM 46 12.3.: 23 - 23).

Die andere herausragende Kategorie ist ‚Wichtigkeit/Stellenwert der PTB‘, die 24 unterschiedliche TN 53 Mal aufführen. Hier geben sie ihrer Meinung Ausdruck, dass eine gute TB entscheidenden Einfluss auf die Wirksamkeit der Therapie hat. Das verdeutlichen die Beispiele:

„Ja, dass es sehr wichtig ist, dass sie aufeinander abgestimmt ist, dass das Ergebnis positiv beeinflusst wird, dass das Verhältnis gut funktioniert zwischen Therapeut und Patient“ (30 I P E DW 33 6.4.: 19 - 19)

„Positiv. Wenn die Chemie stimmt, wird die Therapie positiv beeinflusst“ (16 K P E MM 46 12.3.: 21 - 21)

„Ich hoffe, tatsächlich, dass dabei (Projekt) herausgearbeitet wird, wie wichtig die Therapeut-Patient-Beziehung ist. Weil es für mich das erste Mal ist, das was ich auch so extrem wichtig in der Therapie finde, vielleicht doch einmal ein Stück weit messbar gemacht werden kann. Und da auf die Relevanz hingewiesen werden kann“ (17 K T E RP 30 13.3.: 57 - 57).

In der nächsten Oberkategorie ‚Therapeut‘ finden 20 Kategorien keine Entsprechung in der Arbeitsmatrix. Dazu zählen auch die Kategorien ‚Individuell‘ mit 36 Nennungen von 17 TN und ‚Befragt Patienten‘, was von 18 unterschiedlichen Probanden insgesamt 25 Mal benannt wird. Bei der Kategorie ‚Individuell‘, die unter ‚professionelle Vorgehensweise‘ geführt wird, stellen vor allem die Patienten heraus, wie wichtig ihnen die Tatsache ist, in der Einzeltherapie patientenorientiert und hinsichtlich ihrer speziellen Bedürfnisse behandelt zu werden:

„Welche Methode wähle ich? Und wo bin ich in der Lage, sie auch mal zu Recht zu modifizieren bei meinem ganz individuellen Patienten?“ (29 I T E HN 68 6.4.: 7 - 7)

„Ich habe bei meinen Patienten bemerkt, wenn ich auf die individuellen Bedürfnisse eingehe und dann auch einmal fünf gerade sein lasse und nicht strikt an meinem Konzept festhänge, dass die Patienten das eher wertschätzen“ (17 K T E RP 30 13.3.: 9 - 9)

„Und wird jeder individuell irgendwie behandelt. Und auf den wird persönlich eingegangen“ (23b K P E CN 59 17.3.: 15 - 15)

„Aber das habe ich der Frau XX zu verdanken, weil sie sich einfach mit diesem Thema auseinandergesetzt hat. Mit meinen Wünschen“ (23b K P E CN 59 17.3.: 19 - 19).

Die Kategorie ‚Befragt Patienten‘ fällt unter ‚Reflexion‘ und stellt eine ganz konkrete Vorgehensweise dar:

„Also ich frage halt relativ oft nach. Also wir sprechen halt häufig in so expliziten Situationen“ (20 K T E KS 25 15.3.: 39 - 39)

„Ähm und frage ihn ja auch: war das jetzt so in Ordnung oder: wollen wir da jetzt noch welche machen oder eher nicht mehr? Oder ähm, auch wenn ich ihm jetzt Aufgaben für zu Hause dann aufgabe: Passt das so?“ (8 I T E CS 52 1.3.: 44 - 44)

„Weil Sie fragt mich immer wie das und das. Was ist gemacht zuhause. Ob ich, was ich empfinde und noch so was“ (15 I P E ED 66 9.3.: 57 - 57)

„Wenn der Therapeut auch mal fragt-. Mich mal fragt, vielleicht was man ändern könnte und dann natürlich auch was meine Ziele sind“ (31 I P E AD 23 9.4.: 2 - 2).

Die Beispieläußerungen zeigen, dass Patienten es schätzen, ihre Befindlichkeiten äußern zu können und dass Therapeuten für das weitere Vorgehen profitieren, wenn sie sich beim Patienten rückversichern. In dieser Hinsicht ist das ‚Befragen der Patienten‘ jeweils auch ein Teil der gemeinsamen neuen Ausrichtung und Zieldefinition, Anpassung des Therapieniveaus und Einordnung in die Bereiche ‚Aktivität‘ und ‚Alltagspartizipation‘.

Die letzte Hauptkategorie ‚Therapie‘ findet in 7 Unterkategorien keine Entsprechung in der Arbeitsmatrix. Hier ragt die Kategorie ‚Wirksamkeitsmessung subjektiv von Patient und Therapeut‘ mit 23 Nennungen von 13 TN heraus. Die Probanden bekunden hier ihre Ansicht, dass Therapiewirksamkeit und -erfolg hauptsächlich aus der Sicht der beteiligten Akteure definiert und beurteilt werden kann:

„Also dann ist die Therapie wirksam, wenn die Menschen zufriedener sind, sich verbessert haben. Sich bestimmte Dinge im Alltag, wenn die leichter gehen,..ja, wenn die zufrieden sind“ (14 I K T E DS 58 7.3.: 15 - 15)

„Dann ist das natürlich kein standardisierter Test, aber ich würde ja mit ihr besprechen können, wie sie zu dieser Thematik, „das Wort finden in einem bestimmten Zeitraum“, gesteigert hat. Sodass sie ein Feedback von mir hat, das zwar nicht unter diese ganz strengen Kriterien von Tests fällt“ (29 I T E HN 68 6.4.: 17 - 17)

„Und bin mit etwas völlig anderem herausgekommen, was aber letztendlich noch viel, naja, nicht messbar war, aber für beide Seiten viel befriedigender war“ (17 K T E RP 30 13.3.: 19 - 19)

„Also in dem Fall meiner Patientin ist es eher ein Gefühlsding und Beobachtungen, also es sind keine Tests oder irgendwelche Zahlen, sondern es ist eher das Gesamterscheinungsbild dessen, was wir mal besprochen haben, was wir bearbeiten möchten“ (27 I T E NB 35 28.3.: 41 - 41)

„Also die Logopäden zumindest-...Die hören das irgendwie, ob man mit einer kräftigen Stimme spricht oder eher verwaschen oder klar oder sowas. Ich denke, das hören die. Das hört man aber auch selber manchmal“ (31 I P E AD 23 9.4.: 48 - 48).

Die Beispiele zeigen, wie sehr eine subjektive Beurteilung gegenüber der objektiven durch Tests bevorzugt und für wichtiger erachtet wird. Grundsätzlich kann unter jeder Rubrik und unter jeder Kategorie die Relevanz für die TN mit den Äußerungsbeispielen gezeigt werden. Die durch MAXQDA erstellte Segmentmatrix (Anhang B6) bietet einen Überblick aller Äußerungen der TN zu den Wirkfaktoren. Dabei werden die Patientenaussagen den Therapeutenmeinungen zu jeder Kategorie einzeln gegenübergestellt. Weil allgemeine Wirkfaktoren, die unabhängig von den Sprach- und Sprechstörungen und den Therapiemethoden durch Aussagen von Patienten und Therapeutinnen gefunden, systematisiert und eingeordnet werden können, wird Forschungsfrage 2 positiv beantwortet.

5.5.5.2 Ergebnisse PTB

Zunächst werden die Ergebnisse des Eingangsinterviews vorgestellt. Hier werden die TN nach ihrer prozentualen Einschätzung der Wirkung von Methode und PTB hinsichtlich des Therapieerfolgs befragt. Es zeigt sich, dass Patienten und Therapeutinnen im

EXPERIMENT II

WIRKSAMKEITSMESSUNG EINER INTERVENTIONSSTUDIE ZUR PTB

Mittelwert gleichermaßen einen 50-50% Einfluss sehen. In der Tendenz liegt aber die Bewertung der Therapeutinnen bezgl. Bedeutsamkeit der PTB höher. Viele der Patienten der Stichprobe wollen sich bei dieser Frage zunächst nicht gerne festlegen. Einige scheinen diese Frage auch nicht zu verstehen. Erst durch Beispiele der Interviewerin erfassen sie, was gemeint ist. Tabelle 8 zeigt die Nennungen pro Prozentangaben „Gewichtung Methode vs. PTB“ zur Therapiewirksamkeit.

Tabelle 8: Vergleich von Patienten und Therapeutinnen zur prozentualen Gewichtung von Methode vs. PTB für den Therapieerfolg

Methode vs. PTB in %	Patienten	Therapeuten
75% M – 25% PTB		1
70% M – 30% PTB		
60% M – 40% PTB	1	2
50% M – 50% PTB	3	3
40% M – 60% PTB		
30% M – 70% PTB		2
25% M – 75% PTB		
Individuell zu gewichten	1	2
gesamt	5	10

Alle Probanden beantworten in der Eingangsuntersuchung die Frage, ob die PTB beeinflussbar ist. Die Therapeutinnen gehen geschlossen von einer Beeinflussbarkeit aus, wohingegen bei den Patienten das Meinungsbild breiter gefächert ist (Tab. 9).

Tabelle 9: Meinung der TN zur Beeinflussbarkeit der PTB

„Ist die PTB beeinflussbar?“	Patienten	Therapeuten
Ja	8	13
Nein	4	
Begrenzt	2	
Keine Meinung	2	
Gesamt:	16	13
Therapeutenwechsel	4	5

Das liegt sicherlich in der Natur der Sache, dass in therapeutischen Berufen Tätige immer um die Beziehung bemüht sind und eine PTB nicht so leicht aufgeben. Patienten ziehen möglicherweise schneller einen Therapeutenwechsel in Betracht:

„...nein, wenn die Beziehung „hakt“, lieber Rezept zu Ende bringen und weitersuchen“ (21 K P E MB 73 15.3.: 31 - 31)

„... , also wenn man sich wirklich überhaupt nicht riechen kann, dann kann man da auch nichts machen“ (25 K P E FH 37 27.03.: 55 - 55)

„...es hat momentan keinen Sinn, so können wir nicht weitermachen, weil es für niemanden was bringt“ (8 I T E CS 52 1.3.: 51 - 51).

Weitere Fragen im Eingangsinterview beschäftigen sich damit, durch was die TB beeinflussbar ist. Die genannten Einflussfaktoren sind vielfältig. Die genauen Angaben können in der Segmentmatrix nachgesehen werden. Die besonders herausragenden Einflussfaktoren bewegen sich alle im Bereich von ‚Gespräch mit dem Dialogpartner‘, nämlich ‚Reflexion‘, ‚Transparenz‘ und ‚Gespräch / Rückversicherung/Fragen‘.

Äußerungen zum Faktor ‚Reflexion‘ zeigen, dass die Studienteilnehmer mehrheitlich der Meinung sind, gemeinsames Reflektieren über das therapeutische Beziehungsgefüge beeinflusst dieses positiv (vgl. Abb. 13).

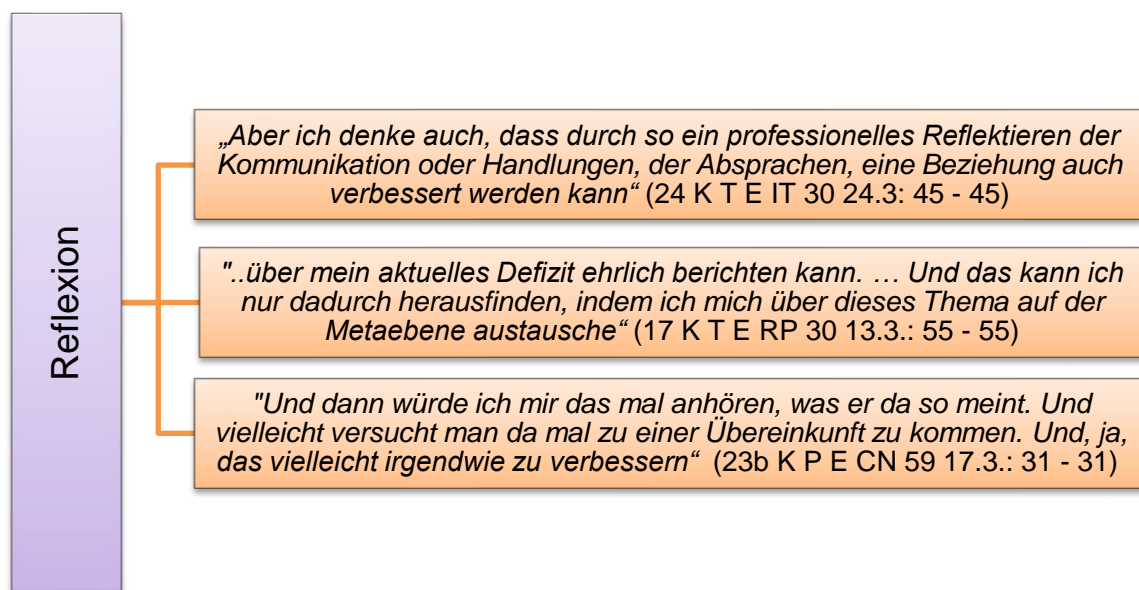


Abbildung 13: Aussagen der TN über die Wichtigkeit von Reflexion

Dabei kommen nur wenige Probanden, hauptsächlich aus der Gruppe der Therapeutinnen und aus der Gruppe jener Patienten, die in ähnlichen beruflichen Kontexten arbeiten, selbst auf die Idee mit der Reflexion. Die größere Gruppe der Probanden wird mit der Frage: „Können Sie sich vorstellen, dass man die TB durch Reflexion, also das gemeinsame ‚Drüber-Reden‘, positiv beeinflussen kann?“ gezielt auf diesen Faktor geführt. Eine größere Gruppe der Probanden äußert sich auch dahingehend, dass gemeinsames Reflektieren nicht grundsätzlich für jeden geeignet ist.

Auch die Kategorien ‚Transparenz‘ und ‚Gespräch/Rückversicherung/Fragen‘ werden zahlreich als möglicher Veränderungsfaktor der TB genannt: Die Befragten sind mehrheitlich der Ansicht mit kommunikativen Mitteln und grundsätzlicher Offenheit eine ungünstige oder verfahrenere PTB positiv verändern zu können (vgl. Abb. 14).

Dieses Ergebnis ist für die spätere Ergebniseinordnung wichtig, denn die Intervention baut auf den Faktor ‚Reflexion‘ auf. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die

Probanden dem Manipulationsversuch mit dem Instrument ‚Reflexion‘ grundsätzlich positiv gegenüberstehen.

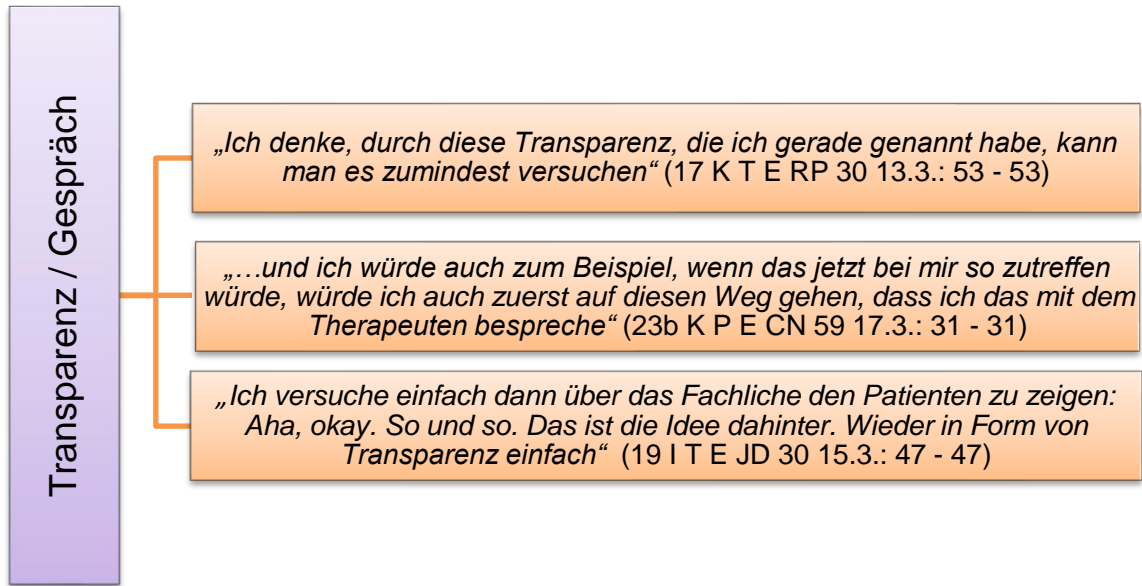


Abbildung 14: Aussagen der TN zur Wichtigkeit von ‚Transparenz‘ und ‚Gespräch‘

Nach der Interventionsphase findet die Postbefragung statt. Wegen eines Drop-outs sind noch 15 Paarungen mit 11 Therapeutinnen und 15 Patienten in der Befragung dabei. Diesmal werden die Äußerungen der I-Gruppe mit denen der K-Gruppe verglichen, um herauszufinden, ob die minimale Intervention nach Einschätzung der TN einen Einfluss auf die PTB hat. Tabelle 10 gibt einen Überblick über die Paarungen.

Tabelle 10: Übersicht der Patient-Therapeut-Paare der I-Gruppe und der K-Gruppe

Interventionsgruppe			Kontrollgruppe		
Nr.	Therapeutin	Patient	Nr.	Therapeutin	Patient
37/45	IK T AK 55	I P MT 73	45/47	IK T AK 55	K P AM 14
32/33	IK T CS 52	I P MS 20	42/45	IK T AK 55	K P CN 59
28/41	IK T DS 58	I P ED 66	33/34	IK T CS 52	K P MB 73
3/4	I T RN 25	I P WK 75	39/41	IK T DS 58	K P MM 46
38/40	I T MF 48	I P DM 62	43/44	K T AS 56	K P SS 47
50/51	I T JD 30	I P LK 71	46/49	K T KS 25	K P KL 76
35/36	I T HN 68	I P DW 33	48/52	K T IT 30	K P FH 37
53/54	I T NB 35	I P AD 23			

Legende: Nr.= Interviewnummern der Abschlussinterviews; I=Interventionsgruppe; K=Kontrollgruppe; IK=Interventions- und Kontrollgruppe (nur Therapeuten); T=Therapeut; P=Patient; Namenskürzel; Alter

Die Interviews werden nun im Einzelnen näher betrachtet und die TN- Äußerungen hinsichtlich der TB eingeordnet. Allen TN werden in den Interviews ähnliche Fragen wie im Eingangsinterview gestellt. Um die Forschungsfrage 3 zu beantworten, stehen

die Fragen zur empfundenen Veränderung der TB nach den 6 TE im besonderen Fokus der Analyse. Die TN sollen 3 Aspekte einschätzen: „Ob sich etwas verändert hat bezüglich ihrer Einstellung zu ihrer Therapeutin / ihrem Patienten?“, „Ob es eine Veränderung im Umgang miteinander gegeben hat?“ und „Ob sich die TB insgesamt verändert hat?“. Im Folgenden werden zunächst die 8 Patient-Therapeut-Paare der I-Gruppe betrachtet. Beispiele ihrer Äußerungen, die als der Kern ihrer Aussage zur TB identifiziert sind, werden dargestellt und eingeordnet¹⁰. Bei den ersten 3 vorgestellten Paaren verändert sich, laut Interviewaussagen, die TB nicht. Es zeigt sich bei ihnen aber jeweils eine veränderte Haltung der Therapeutin und eine Veränderung der Dosis der Reflexion.

(1) In diesem Beispiel sind sich Patientin und Therapeutin über die gute TB einig (Tab. 11).

Tabelle 11: Aussagen zur TB von LK und JD

„Ich finde einfach sie versteht mich. Ja und ich verstehe sie. Da ist irgendwie kein Loch dazwischen. Sie lacht schon immer, wenn sie Fragen stellt, weil sie kennt deren Antwort“ (51 I P A LK 71 12.6: 43 - 43)

„Also ich hätte es (Intervention) nicht gebraucht, um die ganze Therapie so weiterzuführen, wie sie ist, weil ich ja mit ihr sowieso schon ein sehr gutes Verhältnis habe“ (50 I T A JD 7.6.: 35 - 35)

Zusätzlich bestätigt diese Therapeutin:

„Andererseits sind dann schon nochmal andere Blickwinkel...gekommen...Und das war dann ganz schön...von ihr zu hören, dass es wirklich so ist“ (50 I T A JD 7.6.: 35 - 35).

Die Therapeutin drückt aus, dass die Interventionsfragen ihren subjektiven Eindruck über die Patientenzufriedenheit bestätigen und dadurch auch bei selbst eine größere Zufriedenheit eintritt.

(2) Bei einem weiteren Paar empfinden die Beteiligten keine Veränderung ihrer guten TB (Tab. 12). Die Therapeutin erklärt, dass sie im Therapiealltag sowieso die gleichen Fragen, wie das Manual sie vorgibt, stelle und sie daher auch keine Veränderung erwartet habe. Sie intensiviert jedoch die Dosis der Reflexion und benennt die positive Bedeutung.

„Das einzige, was sich vielleicht verändert hat, ist, dass ich es noch ein bisschen häufiger mache. Und die Patienten noch ein bisschen mehr dazu auffordere, ruhig auch mal Kritik zu üben...Aber es hat sich eher so an der Häufigkeit was verändert. Und nicht un-

¹⁰ Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit werden die Patientenäußerungen grün, die der Therapeuten orange hinterlegt.

EXPERIMENT II

WIRKSAMKEITSMESSUNG EINER INTERVENTIONSSTUDIE ZUR PTB

bedingt an dem, wie ich mit den Patienten die Therapie durchführe oder was ich frage“ (45 IK T A AK 55 15.5.: 7 - 7).

Tabelle 12: Aussagen zur TB von MT und AK

<i>„Nein, das ist genau, wie es war“ (37 I P A MT 73 24.4.: 3 - 3)</i>	<i>„Und (er) sagt dann so: „Das würde ich Ihnen sowieso sagen.“ So nach dem Motto „da brauchen Sie jetzt nicht noch mal nachzufragen“...Aber das hat er auch schon vorher gemacht... vor der Intervention“ (45 IK T A AK 55 15.5.: 45 - 45)</i>
--	---

(3) Das dritte Patient-Therapeut-Paar bestätigt ebenfalls eine gute TB, die sich nicht verändert habe (Tab. 13). Die Therapeutin gibt darüber hinaus an, etwas enttäuscht zu sein, dass sich so wenig verändert habe. Die Intervention empfindet sie nicht als Belastung. Sie drückt ebenfalls aus, dass sie ihre gewohnte Arbeit in der Dosis intensiviert.

Tabelle 13: Aussagen zur TB von DM und MF

<i>„Nein, hat sich nichts verändert“ (38 I P A DM 62 25.4.: 5 - 5)</i>	<i>„...ich habe nicht das Gefühl, dass ich viel anders gemacht habe und das sich viel verändert hat. Ich habe vielleicht nochmal anders darüber nachgedacht, aber in dem, was zwischen uns passiert ist und die Fragen, die ich ihm gestellt habe, hatte ich jetzt nicht den Eindruck, dass das einen großen Unterschied gemacht hat“ (40 I T A MF 48 4.5.: 15 - 15)</i>
--	--

Bei den folgenden zwei Patient-Therapeut-Paaren (4 und 5) geben die TN an, dass nur einer der Partner eine Veränderung wahrnimmt.

(4) Bei Paar 4 empfindet die Logopädin eine Veränderung (Tab. 14). Hier ist die Besonderheit, dass Patient und Therapeutin sich erst 2 TE vor der Interventionsphase kennenlernen und die ganze Intervention nur über 2 Wochen stattfindet. Daher haben es beide schwer die TB zu beurteilen.

Tabelle 14: Aussagen zur TB von WK und RN

<i>„Ja, da hat sich nichts geändert“ (3 I P A WK 75 22.2.: 3 - 3)</i>	<i>„Also, ich glaube, durch die Intervention hat er gemerkt, dass ich da auch Interesse dran habe, dass es besser wird, dass das für mich kein reines Abarbeiten ist, so“ (4 I T A RN 25 24.2.: 33 - 33)</i>
---	--

EXPERIMENT II

WIRKSAMKEITSMESSUNG EINER INTERVENTIONSSTUDIE ZUR PTB

(5) Bei Paar DW und HN erlebt die Therapeutin eine Veränderung der TB (Tab. 15). Da auch hier vor der Intervention erst wenige TE durchgeführt werden, kann die Patientin möglicherweise die PTB nicht einschätzen. Ihre Therapeutin äußert, dass sie durch die Reflexionsgespräche während der Intervention Eigenschaften der Patientin aufdeckt, die sonst unbemerkt geblieben wären. Dies sei lohnend und verändere die TB:

„Jetzt habe ich dann aber eben mal gesagt: Halt, stopp! Zeitdruck hin oder her - jetzt wird nochmal ganz sorgfältig nachgefragt und nachgehorcht. Und das habe ich sofort gemerkt, dass sich das lohnt“ (35 I T A HN 68 22.4.: 7 - 7).

Tabelle 15: Aussagen zur TB von DW und HN

<i>„Gut eigentlich, also ich habe nichts auszusetzen. Die motiviert mich immer, dass ich auch kleinere Fortschritte beachten soll, was ich alles schon kann. Also, dass ich-. Sie macht mir eher Mut und gibt mir Zuspruch. I: Hat sich da Ihr Gefühl irgendwie verändert in den letzten drei, vier Wochen? B: Nein auch nicht. Nein“ (36 I P A DW 33 24.4.: 23 - 25)</i>	<i>„Ich habe ja dann auch sofort nachgefragt: Ist sie jetzt nur in diesem Fall mit ihrer Aphasie skeptisch oder ist sie schon eher immer so ein vorsichtiger Mensch, der sagt, ich nehme mir da nicht zu viel vor und ich bin da eher vorsichtig? Und da kam dann eben raus, dass sie sagte, dass das eine Charaktereigenschaft von ihr ist...Und für mich war das jetzt ganz wichtig, dass ich das berücksichtigen kann. Wenn das eine Charaktereigenschaft von ihr ist, möchte ich die doch nicht permanent übersehen“ (35 I T A HN 68 22.4.: 19 - 19)</i>
---	--

Die drei letzten Patient-Therapeut-Paare empfinden, dass sich die PTB verändert.

(6) Bei diesem Patient-Therapeut-Paar besteht auch von vorneherein eine gute PTB (Tab.16). Im Verlauf der Interventionsphase kommt es zu einer Situation in einer TE, in der durch die Interventionsfragen ein unausgesprochener Wunsch der Patientin bezgl. der Therapieintensität aufgedeckt und anschließend positiv verändert werden kann:

„und es stellte sich heraus - wohl nicht direkt aber so zwischen den Zeilen - sie hätte sich glaube ich tatsächlich sehr gewünscht, dass es ein bisschen intensiver, also ein bisschen intensiver abgelaufen wäre“ (53a I T A NB 35 26.6: 17 - 17).

Tabelle 16: Aussagen zur TB von AD und NB

<i>„Und ich sehr wach bin dafür, dass man sich mehr wiederholt oder halt irgendwie macht, dass es mir ein bisschen besser gefällt“ (54b I P A AD 23 27.6.: 8 - 8)</i> <i>„Ja. Doch löst doch was aus. Macht mich glücklich ja. Ich bin dann zufriedener, wenn ich merke, die achtet darauf, was ich sage“ (54b I P A AD 23 27.6.: 36 - 36)</i>	<i>„Es war ‚ein Revuepassieren der Stunde‘, was ich nicht in dem Maße sonst gemacht hätte...war so ein „Ach-da-war-etwas-Effekt“ ...der sicherlich auch sehr hilfreich war und mich vielleicht auch noch einmal...ein bisschen aufmerksamer gemacht hat“ (53b I T A NB 35 26.6.: 13 - 13)</i>
---	---

EXPERIMENT II

WIRKSAMKEITSMESSUNG EINER INTERVENTIONSSTUDIE ZUR PTB

(7) Ein anderes Patient-Therapeut-Paar erlebt ebenfalls eine Veränderung und sie beschreiben dies folgendermaßen (Tab. 17):

Tabelle 17: Aussagen zur TB von ED und DS

<i>„Einmal haben wir...ja...habe ich auch was Privates... ja, ja hab ich was Privates erzählt, sie hat mich gehört“ (28 I P A ED 66 3.4.: 101 - 101). „Das stimmt, das stimmt. Aber vorher habe ich nicht so gedacht, so weitergedacht. (I: Also es ist doch irgendwas passiert-) Veränderung. Ja, ja, ja kann man sagen“ (28 I P A ED 66 3.4.: 136 - 139)</i>	<i>„weil sie inzwischen auch viel mehr von sich gibt, also auch Sachen, was die Wahrnehmung betrifft. Sie spricht jetzt viel mehr, was sie auch wahrnimmt, was sie fühlt. Ja, wenn es um Übungen geht oder auch mal irgendwelche anderen Dinge. Das hat sie vorher nicht gemacht, aber es ist natürlich auch eine Entwicklung, einfach durch die Länge der Zeit und die Stundenanzahl, entwickelt sich das ja auch“ (41 IK T A DS 58 6.5.: 51 - 51)</i>
--	---

Diese Patientin ist unsicher mit der deutschen Sprache und hält sich bis vor Beginn der Intervention mit Redebeiträgen in der Therapie sehr zurück. Ihrer Therapeutin fällt im Verlauf der Intervention diesbezüglich eine Veränderung auf: Die Therapeutin bemerkt eine Veränderung, gibt aber zu bedenken, dass sich Beziehungen auch durch die Dauer der Zusammenarbeit verändern. Die Veränderung wird von beiden Seiten als positiv empfunden.

(8) Auch beim letzten I-Gruppen-Paar wird Veränderung wahrgenommen (Tab. 18). Für die Therapeutin erweist sich besonders das gemeinsame Reflektieren, aber auch die Eigenreflexion, als wertvoll:

„Aber manchmal geht es mir schon so in der Therapie, dass ich spüre, ...da sind wir jetzt gerade an einem kritischen Punkt und ich spreche das dann häufig eben nicht an, sondern versuche das selber so in die Hand zu nehmen und zu gucken, wie setzen wir das jetzt um, ohne dass ich es konkret eben sage, weil ich so ein Harmoniemensch bin. Und da denke ich das (Intervention) hat mich manchmal angeregt, bei XX dann Dinge noch mal eben konkret anzusprechen“ (33 I T A CS 52 12.4.: 7 - 7).

Tabelle 18: Aussagen zur TB von MS und CS

<i>„Ich finde auf jeden Fall die Beziehung zwischen Therapeut und halt dem Therapierenden ist schon sehr wichtig. Und ich habe festgestellt, dass quasi nach Einführung sich was geändert hat. Also auf Seiten der Therapeutin“ (32 I P A MS 20 10.4.: 5 - 5)</i>	<i>„Und denke, dass durch die Anregung von dir her die Therapie anders gelaufen ist wie sie gelaufen wäre, wenn das nicht dazu gekommen wäre“ (33 I T A CS 52 12.4.: 3 - 3)</i>
---	---

EXPERIMENT II

WIRKSAMKEITSMESSUNG EINER INTERVENTIONSSTUDIE ZUR PTB

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Intervention bei allen Patient-Therapeut-Paaren etwas auslöst. Teilweise sind es lediglich Veränderungen der inneren Haltung der Therapeutinnen und Veränderung der Reflexionsdosis wie in den Beispielen 1-3 und teilweise sind es anders empfundene PTB von einem der Partner wie in den Beispielen 4 und 5. Aber es gibt, mit den Patient-Therapeut-Paaren 6, 7 und 8 auch die von beiden Partnern empfundene Veränderung der TB.

Um die Veränderungen der I-Gruppe durch die minimale Intervention auch tatsächlich zu bestätigen, müssen die Antworten der Probanden aus der K-Gruppe ebenfalls betrachtet werden. Im Folgenden werden die Kernaussagen bzgl. der TB dieser Probandenpaare dargestellt.

(1) Das Paar mit der Patientin SS und der Therapeutin AS äußert sich folgendermaßen (Tab. 19):

Tabelle 19: Aussagen zur TB von SS und AS

<i>„...ehrlich gesagt hat sich weniger dadurch verändert“ (44 K P A SS 49 9.5: 4 - 4)</i> <i>„Nein. Also es war ja schon optimal und ja fast freundschaftlich“ (44 K P A SS 49 9.5: 28 - 28)</i>	<i>„Ich würde mal sagen, das ist so gut geblieben wie es war. Es war von Anfang an sehr gut mit dieser Patientin, ...ich hatte ja schon immer das Gefühl, sie sagt,...wenn ihr was nicht so gut gefällt, wenn es ihr nicht so gut geht...Da hat sich jetzt gar nicht so viel verändert“ (43a K T A AS 56 8.5.: 19 - 19)</i>
---	---

Die Patientin nimmt, auch nach mehrfachem Nachfragen der Interviewerin, keine Veränderung wahr. Ihre Therapeutin äußert sich ähnlich. Ob der Ausdruck „nicht so viel“ bedeutsam ist, bleibt offen. Die Projektleiterin kann, das gesamte Interview betrachtend, keine Veränderung der TB feststellen.

(2) Das Paar mit dem Jugendlichen AM und der Therapeutin AK stellt ebenfalls keine Veränderung der TB fest (Tab. 20). Auch hier verändert sich diese Aussage nach mehrfachem Nachfragen nicht.

Tabelle 20: Aussagen zur TB von AM und AK

<i>„Nichts. So fällt mir nichts ein, außer dass wir beide älter werden, aber-“ (47 K P A AM 14 22.5.: 21 - 21)</i>	<i>„Ist eigentlich gleichgeblieben“ (45 IK T A AK 55 15.5.: 46 - 49)</i>
--	--

(3) Zur gleichen Zeit befindet sich AK auch mit der Patientin CN in der K-Gruppe (Tab. 21).

Tabelle 21: Aussagen zur TB von CN und AK

<p><i>„Und dann merkt man natürlich jetzt mal, auch wenn sich vielleicht was verändert hätte, man merkt das nicht, weil man ist eigentlich immer zufrieden. Man merkt das eigentlich erst recht nur, wenn man von der Zufriedenheit in die Unzufriedenheit wechselt oder auch umgekehrt. ...Also ich kann jetzt nicht sagen, dass sich das irgendwie groß verändert hatte“ (42 K P A CN 59 7.5.: 27 - 27)</i></p>	<p><i>„Nein, das hat sich auch nicht verändert. Ist jetzt nicht mehr oder weniger geworden“ (45 IK T A AK 55 15.5.: 49 - 49)</i></p>
---	--

Hier ist die positive TB Grundlage für die Bekundungen der Patientin, sich wohlfühlen. AK führt dies nicht auf etwas anderes zurück. Der Ausdruck *„irgendwie groß“* wird von der Interviewerin so gewertet, dass keine Veränderung stattgefunden hat.

(4) Bei einer weiteren Paarung scheint von der Patientin eine Veränderung festgestellt zu werden (Tab. 22). Allerdings legt MM sich nicht fest, ob das in der Interventionszeit geschieht. Nach nochmaligem Nachfragen kann davon ausgegangen werden, dass MM keine Veränderung wahrnimmt. Ihre Therapeutin, die mit einem anderen Patienten in der I-Gruppe teilnimmt, bemerkt ebenfalls keine Veränderung. Da die beiden Frauen sich privat kennen werden die therapeutische Ebene und die private Ebene miteinander vermischt.

Tabelle 22: Aussagen zur TB von MM und DS

<p><i>„Also mir ist nur aufgefallen, weil ich mich oft verspäte,...dass das schon eher jetzt so als Witz genommen wird, weil sie das von mir mittlerweile gewohnt ist...weil sie mich als Persönlichkeit kennt und bei mir immer was dazwischenkommt, gehen wir damit gut um“ (39 K P A MM 46 2.5.: 13 - 13). „Ich überlege. Dann habe ich es vielleicht nicht bewusst wahrgenommen.“ (39 K P A MM 46 2.5.: 29 - 29)</i></p>	<p><i>„Ich glaube, nicht so sehr. Also wir sprechen ja sowieso schon ganz viel über sie persönlich, über ihre Probleme, die sich bei ihr ganz stark auf die Stimme auswirken....Und ich glaube schon, dass wir da sehr viel auch über unsere, na ja, nicht direkt unsere Beziehung, ansprechen, aber dass unsere Beziehung viel damit zu tun hat, dass sie bestimmte Dinge auch einfach sagen kann und ansprechen kann“ (41 IK T A DS 58 6.5.: 33 - 33)</i></p>
--	---

(5) Das Patient-Therapeutin-Paar FH und IT stellt ebenfalls keine Veränderung fest (Tab. 23). FH ist die Mutter des kleinen eigentlichen Patienten, der aus schon beschriebenen Gründen nicht selbst befragt wird. Auch Nachfragen, ob sie Veränderungen an ihrem Sohn bemerkt habe oder ob dieser sich geäußert habe, verneint sie. Die

EXPERIMENT II

WIRKSAMKEITSMESSUNG EINER INTERVENTIONSSTUDIE ZUR PTB

Therapeutin ihres Kindes beschreibt eine besonders erfreuliche TB, die aber von Anfang an bestanden habe.

Tabelle 23: Aussagen zur TB von FH und IT

<i>„Also, es war freundlich wie immer und ich habe mich auch immer gut informiert gefühlt.“ (48 K P A FH 37 1.6.: 9 - 9)</i>	<i>„...ob es einfach so generell die Teilnahme an dem Projekt ist oder dass ich das Manual gelesen habe, dass ich auf das ganze Thema sensibilisiert bin. Ich würde sagen...hat jetzt keinen großen Einfluss gehabt auf meinen Umgang“ (52b K T A IT 18.6.: 11 - 11)</i>
--	--

Zwei Paare aus der K-Gruppe bemerken, jeweils nur von Seite eines Partners, eine Veränderung, die jedoch begründet werden kann.

(6) Beim Patient-Therapeut-Paar der Patientin MB und der Therapeutin CS, die mit einem anderen Patienten auch in der I-Gruppe teilnimmt, wird auf Seite der Patientin eine Veränderung festgestellt (Tab. 24). Sie gibt bereits selbst eine Einschätzung darüber, warum sich gefühlsmäßig von ihrer Seite eine Veränderung einstellt. Ihre Therapeutin CS dagegen empfindet keine Veränderung.

Tabelle 24: Aussagen zur TB von MB und CS

<i>„Hier merke ich eine Verbesserung: ich bin spontaner, wärmevoller, offener geworden und meine das von meiner Logopädin auch. Vielleicht war es die Situation“ Wir sind in einem gemeinsamen Experiment“?“ (34 K P A MB 73 12.4.: 19 - 19)</i>	<i>„Aber da hat sich tatsächlich jetzt auch nichts geändert und ich denke ich habe das so gemacht wie bisher“ (33 I T A CS 52 12.4.: 9 - 9)</i>
--	---

(7) Auch in der Therapiebeziehung von Patient KL und seiner Therapeutin KS werden unterschiedliche Wahrnehmungen gemacht (Tab. 25). Anscheinend empfindet KS eine Veränderung, hat aber ähnlich wie die Patientin MB die Erklärung des „gemeinsamen Projekts“ mit dem Patienten dafür.

Tabelle 25: Aussagen zur TB von KL und KS

<i>„Hat sich nichts verändert“ (49 K P A KL 76 5.6.: 3 - 3)</i>	<i>„Also wir hatten von Anfang an wirklich eine sehr gute Chemie. Ich glaube, es hat ihn selber auch sehr gefreut, an diesem Projekt teilzunehmen. Und ich glaube war nochmal ein bisschen eine Kompanie, irgendwie...ich glaube das hat uns dann</i>
---	---

	<p><i>doch nochmal eine Ebene mehr zusammengebracht. Hatte man nochmal so einen anderen gemeinsamen Punkt fürs Gespräch. Aber nicht wesentlich, nicht wesentlich füreinander würde ich jetzt sagen“ (46 K T A KS 25 19.5.: 51 - 51)</i></p>
--	---

Zusammenfassend wird festgestellt, dass sich die Beziehungen zwischen den Patienten und ihren Therapeutinnen in der I-Gruppe alle verändern, während die Patient-Therapeutin-Paare der K-Gruppe mehrheitlich keine Veränderung empfinden (vgl. Tab 26). Da bei allen Paarungen bereits ein besonders gutes Ausgangsniveau der TB besteht, können die TN direkte Verbesserungen der PTB nur in Nuancen feststellen. Verschlechterungen werden nicht registriert.

Tabelle 26: Veränderungen, die von den TN empfunden und beschrieben werden.

	I-Gruppe		K-Gruppe	
	Therapeutin	Patient	Therapeutin	Patient
Empfundene Veränderung von beiden Seiten	IK T DS 58 IK T CS 52 I T NB 35	I P ED 66 I P MS 20 I P AD 23		
Empfundene Veränderung von einer Seite	I T HN 68 I T RN 25	I P DW 33 I P WK 75	K T KS 25 IK T CS 52	K P KL 76 K P MB 73
Veränderung der Einstellung der Therapeutin	IK T AK 55 I T MF 48 I T JD 30	I P MT 73 I P DM 62 I P LK 71		
Keine Veränderung			IK T DS 58 K T AS 56 K T IT 30 IK T AK 55 IK T AK 55	K P MM 46 K P SS 47 K P FH 37 K P AM 14 K P CN 59

Bei allen TN steigt die Aufmerksamkeit hinsichtlich des Themas ‚TB‘. Dies geschieht weniger bzgl. der Wichtigkeit des Themas, sondern eher hinsichtlich der Beschäftigung mit der TB an sich. Dies betrifft besonders die Therapeutinnen aber auch einen Teil der Patienten in beiden Gruppen, wobei die TN der I-Gruppe deutlich stärker vertreten sind. Eine TN erläutert:

„dass es mehr in den Fokus gekommen ist, dass es mir bewusster geworden ist, in welchen Therapien es sich verändern könnte“ (40 I T A MF 48 4.5.: 19 – 19).

Es zeigen sich einige weitere Veränderungen ausschließlich bei der I-Gruppe, die hier beispielhaft vorgestellt werden (vgl. Abb. 15).



Abbildung 15: Veränderungen durch die ‚minimale Intervention‘. Angaben von Therapeutinnen in roter Farbe, Angaben der Patienten in oranger Farbe.

Zum einen steigt die Zufriedenheit, vor allem der Therapeutinnen. Sie merken, dass ihre Patienten sich mehr einbringen, Ergebnisse beim Reflektieren auch lobend erwähnen und die Therapiestunden konstruktiver unter Beteiligung aller gestaltet sind. Sie berichten auch, dass eine bessere Ergebniskontrolle stattfindet. Das liegt vor allem daran, dass intensiver nachgefragt wird, bspw. über das Gelingen der Hausaufgaben oder über die Empfindungen bei den therapeutischen Übungen. So erhalten die Therapeutinnen genauere Auskunft und können die nächsten Schritte gezielter planen. Einige Therapeutinnen empfinden auch eine erhöhte Therapiewirksamkeit, wobei keine standardisierten Tests eingesetzt werden. Während der Intervention, berichten Therapeutinnen, entdecken sie verstärkt Empfindungen und Einstellungen ihrer Patienten. Dazu gehört auch Skepsis der Patienten gegenüber der Therapie. Dies ist wichtig zu wissen und findet anschließend auch Berücksichtigung. Viele Therapeutinnen der I-

Gruppe geben an, dass sie wesentlich intensiver gemeinsam reflektieren und nachfragen, was nicht verwundert, da dies Inhalt der Interventionsanweisung ist. Dieses Verhalten erfährt allerdings, laut Aussagen der Therapeutinnen, einen Ausbreitungseffekt auf ihre anderen Therapien. Sie beginnen, bewusst und unbewusst, auch mit anderen Patienten intensiver über die Therapie und die TB zu reden. Als Konsequenz der Intervention verändern einige Therapeutinnen der I-Gruppe die Zeitstruktur innerhalb der TE. Sie nehmen sich mehr Ruhe für Gespräche und empfinden das als gut investierte Zeit. Ausschließlich aus der I-Gruppe geben sowohl Patienten als auch Therapeutinnen an, dass die Patienten ihre Therapie mehr mitgestalten und die Gleichwertigkeit von Therapeut und Patient innerhalb der TB steigt. Patienten der I-Gruppe geben außerdem an, dass ihre Eigenverantwortung für die Therapie wächst, sie eine größere Bewusstheit über Selbstwirksamkeit entwickeln und dass sie ihre Wünsche verstärkt äußern.

5.6 Diskussion des Experiments

Im folgenden Kapitel werden die verschiedenen Teile des gesamten Arbeitsprozesses aus Experiment II jeweils einzeln voneinander kritisch betrachtet und diskutiert.

5.6.1 Diskussion der Stichprobe und der Randomisierung

Obwohl keine Überprüfung der Normverteilung stattfindet, scheint die Gesamtzusammenstellung der Stichprobe geeignet zu sein, um Aussagen zu den Fragestellungen treffen zu können. Hinsichtlich der teilnehmenden Therapeutinnen zeigt sich eine gute Altersdurchmischung. Auch das Verhältnis von Angestellten und selbstständigen Therapeutinnen ist ausgewogen. Allerdings sind in der Gruppe der Logopädinnen keine mit Anstellung in einer Institution, was die Ergebnisse möglicherweise verfälscht, da nur eine teilnehmende Therapeutin eine Kurzzeittherapie durchführt, wie es in Krankenhäusern oder Rehaeinrichtungen üblich ist. Auch die Länge der Kontaktdauer und damit der Vertrautheit zwischen Logopädin und Patient könnte eine Rolle bei den Ergebnissen zu Fragestellung 3 bezgl. PTB spielen. Im Mittel ist die Dauer der gemeinsamen Therapie in der I-Gruppe kürzer. Eventuell hätte auch eine Überprüfung der Korrelation zwischen Alter und Berufserfahrung der Therapeutin und dem Umgang mit der Interventionsanweisung oder der Beziehungsqualität herausgefunden werden können.

Die Zusammenstellung der beteiligten Patienten ist in beiden Gruppen altersmäßig gut durchmischt. Auch die Art der jeweiligen Störungen scheinen gut verteilt zu sein. Aller-

dings befinden sich in der I-Gruppe vier Patienten mit einer (Rest-)Aphasie, was deren Aussagenqualität beeinflusst haben könnte. Dies wird in Kap. 5.6.6 diskutiert.

Die Methode der Randomisierung der Patienten ist geschickt gewählt, denn so können die Interviews sukzessive geführt werden, was eine Überlastung der Projektleiterin verhindert. Außerdem können die Interventionen in ihrer unterschiedlichen Dauer intensiv begleitet werden. Nachteil dieser Vorgehensweise ist, dass sich die gesamte Datenerhebung über einen mehrmonatigen Zeitraum erstreckt, was die anschließende Analyse, anders als geplant, erheblich nach hinten verschiebt.

Da es sich bei diesem Experiment um eine am Probanden durchgeführte Interventionsstudie durch Therapeutinnen handelt, ist eine Doppelblindstudie kaum möglich. Dies hätte nur stattfinden können, wenn die Therapeutinnen der K-Gruppe eine Anweisung erhalten hätten, deren Ineffektivität bewiesen ist und daher als Placebo-Intervention angesehen werden könnte. Da aber jede zusätzliche Anweisung das Potential einer Veränderung in sich trägt, wird auf eine zusätzliche Anweisung verzichtet.

5.6.2 Diskussion des Manuals und der Umsetzung der Intervention

Der Aufbau des Interventionsmanuals scheint angemessen zu sein. Dieser Rückschluss wird gezogen, da es wenig Rückfragen von Patienten und Therapeuten gibt. Die externen Therapeuten beurteilen im Abschlussinterview die Handhabbarkeit und Praktikabilität der Interventionsinstruktion positiv. Lediglich der Zeitaufwand bei der Protokollierung wird als zu viel beschrieben. In den Vergütungsvereinbarungen mit den Krankenkassen ist eine Vor- und Nachbereitung hinsichtlich der TB nicht vorgesehen. In den Anweisungen zur Intervention werden weder die Dosis noch die Frequenz der reflektierenden Fragen genau beschrieben. Ebenso wird die Durchführung nicht kontrolliert. Diese Frage wird in Kap. 5.6.6 diskutiert.

5.6.3 Diskussion der methodischen Umsetzung des Interviews

Die Pilotierungsphase der Interviews wird im Nachhinein von der Projektleiterin als zu kurz empfunden, da zu wenig Einübungszeit zur Verfügung steht. Außerdem sind die Pilotierungstherapeutinnen wenig kritisch und somit bleibt das angestrebte Korrektiv aus. Im Verlauf des Projektes fällt auf, dass sich alle TN in der Tendenz mehr, was die Quantität der Redebeiträge und lebhafter, was die Qualität der Äußerungen angeht, beteiligen. Dies wird auf die zunehmende Routine der Interviewerin und ihre steigende Freiheit im semistrukturierten Interview zurückgeführt. In den Interviews gibt sie mehr

Beispiele und verweilt im Gespräch bei Themen, die ihr interessant erscheinen. Das forciert die Freiheit der Befragten und lässt Spielraum für neue Gedanken. Die Vergleichbarkeit wird dadurch jedoch eingeschränkt.

Der Interviewerbias scheint nicht unerheblich zu sein. Einige Fragen sind so formuliert, dass sie evtl. sozial erwünschte Antworten provozieren. Das Gesamtergebnis kann dahingehend diskutiert werden. Nach nochmaliger Sichtung des Datenkorpus kommt die Projektleiterin zu dem Schluss, dass Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit so selten gegeben werden, dass sie zu vernachlässigen sind. Grundsätzlich entsteht der Eindruck, dass sich die Probanden mehrheitlich ehrlich und aufrichtig äußern. Durchgängig fallen die Antworten der Therapeutinnen unter den TN länger und komplexer aus. Das liegt in der Natur der Sache, da die Gruppe der Patienten erstens weniger intensiv mit dem Thema befasst ist und zum anderen durch ihre Sprachbehinderung eingeschränkt ist. Mehrere TN geben im kurzen Gespräch nach dem Interview an, sich ein persönliches und direktes Interviewgespräch gewünscht zu haben. Einige Therapeutinnen zweifeln ihre eigenen Aussagen an, bekunden auch im Interview Unsicherheit und Unzufriedenheit mit sich selbst. Sätze wie: *„Also so spontan fällt mir jetzt nichts anderes mehr ein“* verdeutlichen, wie unwohl sie sich in der Gesprächssituation fühlen. Der Druck der Therapeutinnen, ausgefeilte Antworten anbieten zu sollen und zu wollen, wird im Vorfeld der Planung von der Versuchsleiterin nicht einkalkuliert. Als sie diese Unsicherheit bemerkt leitet sie die weiteren Interviews mit beruhigenden Worten ein wie bspw.: *„Auf die Fragen, die ich jetzt stellen werde, gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Alles ist wichtig und wird wertungsfrei behandelt. Lassen sie sich Zeit beim Überlegen, fragen sie bei Bedarf nochmal nach. Wenn ihnen zu einer Frage nichts einfällt, ist das auch in Ordnung“*. Diese einleitenden Worte scheinen die Logopädinnen zu beruhigen. Dennoch wünschen sich zwei von ihnen für das Abschlussinterview ein direktes Gespräch.

Für die sprachlich eingeschränkten Patienten sind die Interviews anstrengend. Besonders gilt dies für jene, welche durch Wortfindungsstörungen eingeschränkt sind und ihre Antworten als ungenügend präzise empfinden. Die inhaltliche Qualität der Antworten der Patienten muss diskutiert werden. Es wird im Vorfeld kein Sprachverständnis-test durchgeführt was bei einigen der aphasischen Patienten sicherlich Konsequenzen auf die Güte der Antworten hat. Auch die Wortfindung wird im Vorfeld nicht überprüft, was bei den aphasischen Patienten, aber auch beim jugendlichen SES-Patienten und beim Patienten mit der Stottersymptomatik hinsichtlich der Qualität und Angemessenheit der Antworten eventuell eine Rolle spielt. Da die Möglichkeit zur Teilnahme an der Studie von den externen Therapeutinnen beurteilt wird, bleibt bei einigen Patienten

eine Fragwürdigkeit hinsichtlich ihrer Interviewergebnisse. Eine Überprüfung der Antwortangemessenheit als Kriterium, ob bestimmte Antworten von der Analyse auszuschließen sind, fehlt. Grundsätzlich ist für nachgelagerte Studien zu überdenken, in welcher Hinsicht die Interviewfragen mehr an die Patienten mit Sprachstörungen angepasst werden müssen. Auch für die Interviewsituation an sich müsste für die sprachgestörten Patienten ein angemessener Rahmen gefunden werden. Konsequenterweise sollte gerade in einem Forschungsprojekt über die PTB der Beziehungsebene im Interview mehr Raum geboten werden. Weiterführende Studien sollten diesen Faktor beachten und eine kleinere Stichprobe aber dafür Face-to-Face-Gespräche bevorzugen.

5.6.4 Diskussion des Analyseprozesses

Der Prozess der Analyse erweist sich als zeitintensiv. Das mehrfache Durcharbeiten der Transkriptionen macht ein ständiges Umsortieren der Kategorisierungen notwendig, was sich auf andere schon bereits kodierte Textstellen auswirkt. Da der große Datenkorpus unübersichtlich ist, profitiert der Auswertungsprozess vom Einsatz der QDA-Software. Auch das Anlegen eines Codebuchs zu Fragestellung 2 erweist sich als sinnvoll. Immer wieder ergeben sich im Analyseprozess Schwierigkeiten bei der Präzision der Kategorienbeschreibung. Daher kommt es im Kodierungsprozess zu Mehrfachzuordnungen von Textstellen. Dies ist zulässig, solange keine quantifizierte Ergebnisauswertung erfolgt, muss aber offengelegt werden.

Wie in Kap. 5.6.3 schon erwähnt, führt die Interviewerin mit zunehmender Routine die Interviews freier. Dies unterstützt auf der einen Seite das Wohlbefinden der Befragten und führt zu vertiefenden Aussagen. Auf der anderen Seite werden auf diese Weise Antworten generiert, für die es keine vergleichbaren Aussagen anderer Probanden und keine Entsprechung in der Arbeitsmatrix gibt. Sie stehen dann für sich und sind nicht gut interpretierbar. Solche Antworten beweisen zwar die Unterschiedlichkeit der Wahrnehmungen und Empfindungen, führen allerdings nicht zu gebündelten Ergebnisaussagen. Einzelne Ausprägungen von Antworten und Gewichtungen, aber auch die Festlegung, ob Ja/Nein-Antworten auch gewertet werden, wenn sie sich direkt auf eine zuvor gestellte Frage beziehen, werden im Codebuch festgelegt und müssen immer wieder neu beurteilt werden.

Der Einsatz von Ratern wird vermisst. Die qualitative Inhaltsanalyse erhebt den wissenschaftlichen Anspruch, valide und reliabel zu sein. Dazu sind Rater und im optimalen Fall ein ganzes Team notwendig. Im Rahmen des vorliegenden Projekts stehen jedoch dafür keine Ressourcen zur Verfügung.

5.6.5 Diskussion der Ergebnisse des Experiments zu Frage 2

Die, durch den Vergleich der Arbeitsmatrix mit den Interviewdaten gewonnene Ergebnistabelle bezgl. der Wirkfaktoren zeigt eine grundsätzliche Übereinstimmung und Vergleichbarkeit der beiden Disziplinen Psychotherapie und Logopädie, wobei die Wirkfaktorenliste des Studienergebnisses doppelt so lang und damit deutlich komplexer ist.

Die Teilnehmerantworten auf die Initialfrage sind durch ihren immer gleichen Aufbau bedeutsam. Genau wie bei den Antworten der Onlineumfrage der Studie I auf Frage 13 wird zunächst immer die Wichtigkeit der PTB betont worauf dann anschließend Merkmale und Faktoren für Therapiewirksamkeit benannt werden. Dies lässt darauf schließen, dass auch hier die Studienteilnehmer eine Hierarchisierung annehmen. Einige Interviewte benennen explizit, dass TB den Rahmen biete, innerhalb dessen alle Ereignisse einer Therapie stattfinden. Sie bezeichnen die TB als „*Fundament*“ und „*Basis*“. Dies entspricht dem, dieser Arbeit zugrundeliegenden Rahmenmodell und bestätigt die Ergebnisse aus Studie I der vorliegenden Arbeit. Betrachtet man die Interviewantworten der Studienteilnehmer in Bezug auf das Rahmenmodell zeigt sich, dass diese durch die vielfachen Verflechtungen und Bezüge ihrer Kommunikation und Beziehungsgestaltung, die im Modell durch Pfeile dargestellt sind, beeinflusst sind. Folglich führt dies zu Überschneidungen der Intentionen ihrer Antworten und beeinflusst damit wiederum die Interpretation der Äußerungen. Die Einordnung der Antworten ist daher trotz Codebuch erschwert. Mithilfe des Rahmenmodells gelingt jedoch die Interpretation der Äußerungen leichter. Eine zusätzliche Bestärkung erfährt das Rahmenmodell durch die inhaltliche Qualität der zusätzlich von den TN genannten Wirkfaktoren. Diese kommen schwerpunktmäßig aus dem Bereich der biopsychosozialen Betrachtungsweise. Die patientenorientierte und bedürfnisorientierte Haltung, mit der Zielrichtung Partizipation und Alltagstauglichkeit, steht für die Probanden im Mittelpunkt. Das legt den Schluss nahe, dass Patienten und Therapeutinnen intuitiv dieser Haltung folgen ohne einen expliziten theoretischen Bezugsrahmen. Kategorien wie bspw. ‚Individuell‘ unterstreichen diese Annahme. Natürlich ist die Themenstellung der gesamten Studie schon lenkend und hierfür verantwortlich und muss als Bias gewertet werden.

Auffällig ist, dass einige neu hinzugekommene Kategorien von den TN besonders häufig benannt werden. Dies könnte auf einen Interviewerbias schließen lassen, da einzelne Fragen den Fokus der Probanden auf bestimmte Antworten lenken. Plausibel scheint dies bei der Kategorie ‚Wichtigkeit/Stellenwert der PTB‘ zu sein. Hiernach wird explizit gefragt, woraufhin sich die Probanden auch dahingehend äußern. Da aber auch neue Wirkfaktoren benannt werden, die nicht erfragt oder zu denen nicht durch

die Frage selbst hingelenkt wird, wie bspw. ‚Nähe/Distanz‘ oder ‚Skepsis‘ kann dieser Bias zwar nicht ausgeschlossen werden, aber er gilt sicherlich nicht durchgängig.

Da nicht alle Interviews telefonisch, sondern einige direkt geführt werden und es ein schriftliches Interview gibt, kann die Vergleichbarkeit angezweifelt werden. Nach nochmaliger Überprüfung der Interviews kann dieser Einfluss vernachlässigt werden.

5.6.6 Diskussion der Ergebnisse Frage 3

Das Ergebnis in der Prä-Post-Befragung hinsichtlich der TB zeigt, dass es im Vergleich zur K-Gruppe eine messbare Veränderung der subjektiv empfundenen Wahrnehmung gibt. Die Beziehungen der TN der I-Gruppe sind verändert. Diese Veränderung muss als Verbesserung gewertet werden, da sich alle TN positiv dahingehend äußern. Allerdings sind die Veränderungen minimal, z. T. nur als Veränderung der inneren Einstellung bemerkbar oder werden teilweise nur von einem Therapiepartner wahrgenommen. Wenn die Intervention scheinbar wenig bewirkt, müssen die Fragen gestellt werden: Warum ist die Intervention so wenig wirksam? Ist diese Veränderung überhaupt relevant? Für das Ausmaß der Veränderung gibt es mehrere Erklärungen. Wichtigstes Argument ist sicherlich die gute Ausgangsbasis der TB der teilnehmenden Patient-Therapeut-Paare. Einige der TN äußern es direkt, indem sie sagen, dass es keine Steigerung der Zufriedenheit mit ihrer Therapeutin und der Beziehung geben kann. Genau dieses Argument begründet die besondere Relevanz des Ergebnisses. Wenn die Verbesserung eines Optimalfalls durch ein Experiment kaum zu provozieren ist, ist jede auch noch so kleine Veränderung besonders wertvoll. Im Vorfeld der Studie wird mit den externen Therapeutinnen nicht deutlich genug kommuniziert, dass die Studienteilnahme eine gute Gelegenheit zur Veränderung „schwieriger PTB“ bietet. Es ist jedoch verständlich, dass Patienten, mit denen eine gute TB besteht, eher für die Teilnahme an einer Studie überzeugt werden können. Eine weitere Erklärung für das geringe Veränderungsniveau ist die Interventionsdosis. Möglicherweise ist das Zeitintervall mit den 6 TE bzw. die Dauer in Wochen/Monaten zu kurz, bis die Intervention ihre Wirkung komplett entfaltet. Eine sog. ‚Übertragsphase‘ wie sie in einigen Bereichen der Sprachentwicklung angenommen wird, bis sich Kompetenz in Performanz wandelt, ist auch hier für wahrnehmbare Effekte denkbar. Die Frequenz der Therapiesitzungen, die Dauer einer TE von 45 Minuten oder auch die Interventionszeit innerhalb einer TE von 5-7 Minuten könnte nicht angemessen bzw. zu kurz gewählt sein. Vielleicht ist die geringe Kontrolle nicht günstig, weil sie den Therapeutinnen zu viele Freiräume ermöglicht. Keiner dieser Faktoren kann ausgeschlossen werden. Nachgelagerte Studien

könnten durch unterschiedliche Dosierungen in verschiedenen Interventionsgruppen überprüfen, welche Aspekte für das Ergebnis verantwortlich sind. Möglicherweise sind die Ingredienzien in Form der Interventionsinstruktion ungünstig gewählt und andere Fragen oder eine andere Herangehensweise zeigt ein anderes Ergebnis. Außerdem könnte es interessant sein eine Korrelation zwischen Berufserfahrung und Durchführungspraxis zu untersuchen oder die Auswirkungen auf das Interventionsergebnis, wenn die therapeutische Praxis von regelmäßiger Berufssupervision begleitet wird.

Für das Ergebnis der K-Gruppe ergibt sich eine Fragestellung bzgl. der häufigen, die Aussage einschränkenden Äußerungen. Zunächst behaupten die Probanden, dass sich die TB nicht verändert hat im Verhältnis zur Ausgangssituation vor 6 TE, relativieren ihre Aussage dann jedoch fast sämtlich mit solchen Aussagen: „*Ich glaube, nicht so sehr“ (DS), „hat sich da jetzt weniger dadurch verändert“ (SS), „Da hat sich jetzt gar nicht so viel verändert“ (AS), „dass sich das irgendwie groß verändert hatte“ (CN) und „hat jetzt keinen großen Einfluss gehabt auf meinen Umgang“ (IT). Jede dieser sprachlichen ‚Einschränkungen‘ lässt vermuten, dass eigentlich doch eine Veränderung empfunden wird, aber nur in geringem Ausmaß. Nach nochmaliger Betrachtung der jeweiligen einzelnen Interviews und einem wiederholten Vergleich mit den Aussagen der I-Gruppen-TN kommt die Projektleiterin zu dem Schluss, dass die TB in der K-Gruppe tatsächlich unverändert ist. Aussagen der I-Gruppen-TN sind durchgängig konkreter und sie verwenden Beispiele. Die in der K-Gruppe identifizierten Satzteile bleiben pauschal. Warum fügen die TN ihren Aussagen diese ‚Einschränkungen‘ an? Möglicherweise provozieren die zuvor, z.T. hartnäckig gestellten Fragen bei den Probanden den Eindruck, dass sich etwas verändert haben müsste und sie reagieren sprachlich einlenkend darauf.*

Das Gesamtergebnis zu bewerten ist schwierig, weil sich jede Beziehung immer und jederzeit im Wandel und Fluss befindet. Dieser Faktor kann nicht aus der Betrachtung herausgenommen werden. In diesem Zusammenhang wäre es interessant zu erforschen, ob sich die Interventionsergebnisse der Therapien, die schon über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden, von jenen unterscheiden, die grade begonnen haben und sich noch in der Anfangs- und Kennenlernphase befinden. Es ist wahrscheinlich, dass die minimale Intervention in der Erstphase einer Therapie den größten Einfluss entfaltet (vgl. Flückiger et al., 2012; Hersoug et al., 2010) aber von den Patienten am wenigsten gut wahrgenommen werden kann. Wie sollen sie Veränderungen bemerken, wenn sie annehmen müssen, dass das Verhalten ihrer Therapeutin zu deren Repertoire gehört und nicht durch eine Instruktion erfolgt. Das würde das Ergebnis der Paarungen ‚HN und DW‘ und ‚RN und WK‘ der I-Gruppe erklären, bei denen jeweils

nur die Therapeutin eine Veränderung empfindet. Diese hat, anders als die Patienten eine Vergleichsmöglichkeit zu ihren anderen Therapien und kann daher eine Aussage treffen. Das Paar ‚AK und CN‘ aus der K-Gruppe, die ebenfalls erst kurz vor dem Experiment mit der Therapie beginnen, kann dagegen auch von der Therapeutenseite keine Veränderung feststellen. Das spricht für den Versuchsaufbau und bestärkt das Ergebnis mit der Veränderung der TB in der I-Gruppe. Variationen der Ein- und Ausschlusskriterien könnten genauso wie eine geänderte Fragestellung bspw. in der Hinsicht: „Wie wirkt sich eine beziehungsgestaltende Intervention bei bereits länger dauernden Therapien aus?“ zu weiterführenden Erkenntnissen beitragen.

In welcher Hinsicht sich das Ergebnis dadurch verändert, dass in der I-Gruppe vier Patienten mit einer Restaphasie und damit einer stärkeren sprachlichen Einschränkung teilnehmen, bleibt offen. Ihre Äußerungen könnten Qualitätseinschränkungen haben. In welcher Hinsicht auch das Störungsbild selbst und das Krankheitsempfinden der Probanden die Aussagen beeinflusst, kann ebenfalls nicht beantwortet werden.

Bemerkenswert ist das Gesamtergebnis hinsichtlich der tatsächlichen Veränderungen in den einzelnen Therapien der I-Gruppe. Alle Beteiligten berichten von einem Mehr an Gespräch und Reflexion, an Einbezogen-Sein in die Therapiegestaltung, an von den Patienten empfundener Gleichberechtigung. Diese Veränderungen beeinflussen zwar weniger die ohnehin gute TB, wirken sich aber auf die Zufriedenheit aus. Eine verbesserte Zufriedenheit befördert Selbstwirksamkeit, eröffnet die Chance alle Ressourcen auszuschöpfen und steigert die Bewusstheit für das Anerkennen von Erfolgsschritten. Es ist anzunehmen, dass dies besonders bei vulnerablen Patientengruppen, die schwerwiegende Krankheitsverläufe zu verarbeiten haben, die Resilienz stärken kann. Dem Argument, ob das Gesamtergebnis des Experiments dadurch verfälscht sein könnte, indem drei Therapeutinnen mit mehr als einem Patienten teilnehmen, kann widersprochen werden, da die Randomisierung die Patient-Therapeutin-Paare so zuteilt, dass alle Therapeutinnen jeweils nur mit einem Patienten in der I-Gruppe teilnehmen. Es könnte eher angenommen werden, dass dies das Ergebnis der Studie abschwächt, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Interventionsinstruktion auch die Therapie mit einem anderen Patienten in der K-Gruppe beeinflusst. Die Therapeutinnen werden in den Abschlussinterviews gezielt danach befragt. Alle geben an, dies bewusst gesteuert zu haben, um einen solchen Einfluss zu vermeiden. Gleichzeitig berichten viele Logopädinnen, auch jene aus der K-Gruppe, von einem Ausbreitungseffekt auf ihre anderen Therapien. Besonders in schwierigeren PTB profitieren sie folglich von der Projektteilnahme. Hier wäre ein Follow-Up nach einem längeren Zeitraum interessant, um zu überprüfen, ob dieser Effekt nachhaltig ist.

6 GENERELLE DISKUSSION

In diesem Abschnitt wird die Relevanz der Forschungsfragen erörtert, eine mögliche Operationalisierung des Interventionsmanuals für die therapeutische Praxis vorgestellt und darüber hinaus versucht den Forschungsansatz zu verorten.

Wie die Onlineumfrage des ersten Untersuchungsschritts zeigt, beschäftigen sich Therapeutinnen mit dem Thema TB im Alltag intensiv und räumen nicht nur den allgemeinen Kontextfaktoren, sondern vor allem der TB einen hohen Stellenwert ein. Die Relevanz des Themas wird auch durch die Prozentangaben der Therapeutinnen und Patienten im Experiment der Studie II, bezüglich des Stellenwerts der PTB im Vergleich zur Therapiemethode unterstrichen. Für die meisten TN bildet die TB die Basis jeglicher Therapie. Viele betonen, dass ihre Teilnahme an dieser Studie aus der Relevanz dieses Themas heraus motiviert ist und dass sie die Forschung hierin unterstützen wollen. Sie empfinden den Themenbereich PTB im Forschungssektor unterrepräsentiert. Die Annahmen der Therapeutinnen stimmen mit den, aus der Literaturrecherche der Autorin gewonnenen Erkenntnissen überein. Jedoch zeichnet sich in der aktuellen Literatur ein Wandel von der, rein nach EBP ausgerichteten Forschung hin zu bedürfnisorientierten Bestrebungen, ab. Da der Einfluss der PTB für den Therapieerfolg so groß ist, müssen Therapeutinnen bei der Aufgabe, diese im Sinne von optimaler Patientenversorgung und QM gelingend herzustellen, unterstützt werden. Es ist die Absicht und Intension der vorliegenden Arbeit, den Bedürfnissen der praktizierenden Therapeutinnen nach mehr Forschung über den Einfluss der PTB nachzugehen und praktische Umsetzungsmöglichkeiten zur Optimierung der TB zu liefern. So sollten Instrumente entwickelt und ihnen an die Hand gegeben werden, die zum einen die Qualität der TB bewertbar machen und zum anderen bei Bedarf einen Veränderungsprozess unterstützen. Dafür sind Kriterien bzgl. einer gelingenden TB sinnvoll.

Mit den Aussagen von Patienten und Therapeutinnen liegt nun eine Wirkfaktorenliste vor, die den Reflexionsprozess von Therapeutinnen zur Beurteilung der Beziehungsqualität unterstützen kann. Dies ist bisher einzigartig im Bereich der deutschsprachigen Logopädie. Die Wirkfaktoren werden von unterschiedlichen Patienten mit verschiedenen Sprach- und Sprechstörungen gewonnen. Auch die beteiligten Logopädinnen kommen aus unterschiedlichen beruflichen Kontexten, arbeiten mit verschiedenen Personengruppen und verfügen über verschiedene Ausbildungsgänge und Berufserfahrung. In dieser Hinsicht kann behauptet werden, dass die aufgeführten Wirkfaktoren unabhängig von Störungsbild und der Therapiemethode tatsächlich allgemein und generalisierbar sind. Da sich die gesamte Stichprobe aus Patienten und Therapeutinnen im Bereich der Sprachtherapie zusammensetzt und ihre Aussagen sich auf ihre aktuel-

le Therapie beziehen, kann auch behauptet werden, dass diese Wirkfaktoren sehr spezifisch der Logopädie zugeordnet werden können. Da sich die Logopädie im Umgang mit Patienten ähnlich verhält wie andere Berufsgruppen der Heilmittelerbringer, etwa Physiotherapie und Ergotherapie, kann berechtigterweise die These aufgestellt werden, dass die aus der vorliegenden Arbeit gewonnene Wirkfaktorenliste auch in ähnlichen Kontexten verwandter Berufsgruppen Anwendung finden könnte.

Die Liste ist sehr differenziert und kann helfen, die TB aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten. Mit ihrer Hilfe können Arbeitsprozesse und die PTB geprüft werden. Bei Unstimmigkeiten oder Konflikten kann sie Hinweise auf Störpunkte liefern. Sie dient dazu, Gespräche mit Patienten zu steuern und bei Bedarf gezielt Veränderungen in die Wege zu leiten. Umgangsformen können bewusst gemacht, Wünsche und Vorgehensweisen transparent gemacht werden. In dieser Form kann die Wirkfaktorenliste gezielt in der therapeutischen Praxis eingesetzt werden. Wegen ihres Umfangs ist sie derzeit für diese Aufgabe nicht gut handhabbar. Weitere Studien könnten helfen die Liste zu verkleinern und bezüglich der Bedeutsamkeit zu ordnen, um die Praktikabilität zu erhöhen.

Um nun die PTB nicht nur zu begutachten, sondern gezielt zu manipulieren, wird in der vorliegenden Arbeit eine ‚minimale Intervention‘ entwickelt und evaluiert. Grundlage der Intervention ist die gemeinsame reflektierende Betrachtung der TB und weiterer Aspekte der Therapie. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob es ethisch vertretbar ist, Patienten und Therapeuten zum vermehrten Reflektieren zu ermutigen. Auf der einen Seite erscheint es sinnvoll auf Vorgänge im Therapiegeschehen schnell und gezielt zu reagieren und somit nicht durch das Ignorieren von Zuständen und Befindlichkeiten unter Umständen sogar die Wirksamkeit einer evidenzbasierten Therapieform zu riskieren. Außerdem liegt der Vorteil von gemeinsamer Reflexion gerade auch darin, Menschen mit wenig Gespür bzgl. der eigenen Wahrnehmung hierfür zu sensibilisieren. Auf der anderen Seite ist nicht absehbar wie stark hartnäckige Reflexionsbestrebungen von Seiten einer Therapeutin die Freiheitsrechte eingeschränkter Patienten verletzen könnten. Daher ist die, für alle therapeutischen Handlungsschritte, ethische Selbstverpflichtung notwendig. Im Vordergrund stehen dabei Werte wie bspw. ‚Würde‘, ‚Gesundheit‘ und ‚Selbstbestimmung‘, die ihren Ausdruck genau in den Wirkfaktoren finden, die von den TN genannt werden wie etwa ‚Schutz‘, ‚Verlässlichkeit‘ und ‚Respekt‘. Dabei müssen Maß und Form der Reflexion den Fähigkeiten des Patienten angepasst sein, was in der Verantwortung des Therapeuten liegt (EATA, 2007). Um die ‚minimale Intervention‘ zu optimieren und damit den Therapieablauf für Patienten und Therapeuten spürbar positiv zu verändern, sind nachgelagerte Studien mit Variationen von Dosis und Ingredienzien notwendig. Die so gewonnenen Erkenntnisse könnten dazu dienen,

Handlungsempfehlungen auszusprechen und ein Interventionsmanual langfristig in Therapien zu etablieren. Sollte der Gedanke aufgegriffen werden, die optimierte Form der ‚minimalen Intervention‘ anzubieten, mit der Auflage die Patientenressourcen im Blick zu haben, könnten methodische Wege bei der Nutzung mitgeliefert werden.

Es kann weiterführend diskutiert werden, wie die Ergebnisse dieser Arbeit klug mit Forschung im Bereich der EBP verknüpft werden können. Betrachtet man nochmals das Rahmenmodell, das den biopsychosozialen Rahmen zugrunde legt, könnte der Eindruck entstehen, EBP findet hier keinen Platz. Dem widerspricht die Autorin dieser Arbeit. Sie ist der Meinung, dass die Suche nach Evidenzen auch weiterhin erforderlich ist. Diese Bestrebung darf nur nicht isoliert für sich stehen oder gar mit der patientenorientierten Ausrichtung konkurrieren. In der vorliegenden Arbeit wird ein Rahmenmodell entwickelt, das erlaubt die Intensionen der EBP und gleichzeitig die des biopsychosozialen Denkens zu vereinen. So hat EBP die Möglichkeit vor allem auf der Handlungsebene mit Informationen, Methoden und Zielsetzung wichtige Ergebnisse zu liefern. Auch im Bereich ‚fachliche Kompetenz‘ des Rahmenmodells findet EBP auf der Therapeutenseite ihren Platz. Mit Hilfe dieses Modells verschmelzen die biopsychosoziale Denkweise und EBP zu einer sich gegenseitig befruchtenden Einheit gleich einem emergenten Vorgang. Die zukünftige Forschungsausrichtung kann von diesem emergenten Verschmelzungsvorgang profitieren. Es besteht nicht länger ein „Entweder - Oder“, sondern eine Kooperation beider Denkrichtungen wird befördert. Auf diese Weise entsteht ein neuer forschungsmethodischer Zugang, der die Forderungen von Bürki Garavaldi und Kollegen (2012) und Beier (2018) nicht nur bestätigt, sondern sogar in die Nähe der Realisation rückt.

So können die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in diesen Rahmen eingebettet werden. Die erarbeitete Wirkfaktorenliste kann auf der Ebene der Merkmale für PTB eingeordnet werden. Mit ihr ergibt sich ein Instrument zur Überprüfung und Bearbeitung der TB. Die ‚minimale Intervention‘ dagegen ist eine therapeutische Methode und kann auf der Handlungsebene eingeordnet werden. Beide Ergebnisse sind in erster Ebene umgeben von der PTB, in der jede Form der therapeutischen Handlung abläuft und in zweiter Ebene vom Denken im biopsychosozialen Modell.

7 SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK

Wie könnten die, aus der vorliegenden Studie gewonnenen Erkenntnisse übergreifend weitergeführt und operationalisiert werden?

Nach der Feststellung der Bedeutung der PTB für die Therapiewirksamkeit sollte die Konsequenz ein verbessertes Nutzen und Instrumentalisieren der PTB in der Logopädie sein. Möglicherweise könnten Methoden der aktiven Beziehungsgestaltung Eingang in die Ausbildungscurricula, als zentraler Bestandteil der Logopädieausbildung, finden. Auch das Erlernen von Reflexion und innerer Supervision könnte dabei förderlich sein. Der Grundstein dafür könnte bereits in der Ausbildungssupervision selbst gelegt werden. Zusätzlich könnten Anstrengungen im Bereich Fort- und Weiterbildung das Wissen der Logopädinnen vergrößern. Der Profit dabei wird, auch nach Aussagen der Studienteilnehmer, vor allem für die Novizen unter den Therapeutinnen gesehen. Hier liegt das Potential, den eigenen Berufs- und Lebensweg positiv und zügiger, als es das Leben selbst hervorbringt, zu beeinflussen.

Da die Wirkfaktoren der gewonnenen Wirkfaktorenliste allgemein sind, sollten sie bei allen Therapieformen und Störungsbildern angewendet werden können. Bisher ist jedoch noch nicht erforscht, in welcher Weise die Wirkfaktorenliste für Kindertherapien angepasst werden müsste. Es ist notwendig im Sinne der ‚Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen‘ (ICF-CY) (Hollenweger & Kraus de Camargo, 2017) für eine solche ‚Kinder-Wirkfaktorenliste‘ die Kinder, als Beteiligte im Geschehen, zu befragen. Ihre Vorstellungen sollten ebenfalls hier untergebracht bzw. eine neue Liste erstellt werden. Vermutlich hätten Kinder in kindgerecht angepassten Interviews diesbezüglich anders geantwortet. Für zukünftige Forschung wäre es interessant dieses Gebiet näher zu betrachten. Da Kindertherapien einen großen Teil logopädischer Praxis ausmachen, sollte dieser Bereich hinsichtlich der PTB, auch in der Verflechtung mit den Eltern, intensiver beforscht und die Ergebnisse mit denen der Erwachsenen abgeglichen werden.

Es wäre auch wünschenswert, die PBE stärker und konsequenter zu beforschen, vor allem auch um Ausgangsdaten oder Basisdaten für weiterführende Forschungsfragen zu erhalten und deren Relevanz zu prüfen. Wie die Ergebnisse der Onlineumfrage und der Interviews zeigen, besitzen Praktikerinnen Wissen, Kompetenzen und Ressourcen. Es ist langfristig eine Unterlassung, diese nicht zu nutzen. Dazu sollten geeignete Forschungsdesigns entwickelt werden, die nicht erst auf der Ebene der Machbarkeitsstudien greifen, sondern die externen Therapeutinnen früher mit einbinden. Damit würde den Praktikerinnen die Chance zur Mitgestaltung geboten, was dazu beitragen könnte, die empfundene Kluft zwischen Forschung und Praxis zu überwinden. So wäre Gele-

genheit gegeben, dass sich diese beiden Handlungsfelder als „an einem Strang ziehend“ empfinden, wo mit Respekt und Wertschätzung an den Erkenntnissen der anderen Seite Teilhabe möglich ist.

Um Verhaltensweisen und Reaktionen von Menschen zu beforschen und zu interpretieren, ist eindimensionales Denken nicht zielführend. Grundsätzlich sind kreative forschungsmethodische Zugänge notwendig, wenn verschiedene Perspektiven auf Therapie gewonnen werden sollen. Mit dem Grundgedanken von Emergenz und dem Zusammenwirken von EBP und biopsychosozialem Modell könnte ein solcher neuer Zugang gelingen. Der Forschungsbereich innerhalb der Logopädie sollte sich der Diskussion stellen, inwiefern er ein neues Forschungsparadigma zur Ausgangslage von weiterer Forschung nehmen sollte und Ergebnisse in ein solches komplexes Modell einordnen kann und will. Es wäre wünschenswert, Antworten auf die Frage nach den Konsequenzen dieser neuartigen Ordnung zu finden. Die Ergebnisse der Studie zeigen die tiefe Verankerung und Verwurzelung der Therapeutinnen im biopsychosozialen Modell. Die Patientenorientierung mit dem Mittelpunkt ihrer Bedarfe wird intuitiv praktiziert. Von verschiedenen Forschern wird dies als „tradierte und unreflektierte Herangehensweise“ bezeichnet. Jedoch kann Wissen, das aus Erfahrungen entstanden ist, auch wenn es hierfür keinen theoretischen Rahmen gibt, nicht wegen fehlender Evidenz der Wahrheitsgehalt und die Wirksamkeit abgesprochen werden. Bisher fehlt den Praktikerinnen ein geeignetes theoretisches Gerüst, in das die Annahmen der PBE eingefügt und dann auch begründet werden können. Die Entwicklung eines solchen Rahmens, der mit der vorliegenden Arbeit angerissen wird, ist notwendig.

Wichtigster und durch nichts zu ersetzender Punkt ist die Empfehlung für regelmäßige verpflichtende berufsspezifische Supervision. Um eine optimale Patientenversorgung und QM in der Logopädie zu fördern ist eine von außen initiierte Reflexion der therapeutischen Verhaltensweisen notwendig. Veränderungen der Rahmenempfehlungen durch das Sozialgesetzbuch V für Heilmittelerbringer könnten eine solche Verpflichtung durchführbar machen.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Alexander, L. B. & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L.S. Greenberg & W. Pinsof (Hrsg.), *The psychotherapeutic process: a research handbook* (S. 325–366). New York: Guilford.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2012). AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. Zugriff am 1.5.2018. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>
- Bartels, M., Fischer, K., Graf, F., Hammer, S., Jakob, K., Michel, C. et al. (2013). *Mein Patient macht nicht mit - was nun? Compliance als Schlüssel zum Therapieerfolg*. (S. Hammer, Hrsg.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23–32.
- Baum, K., Clausen-Söhngen, M. & Tiessen, A. (2018). Mit den Patienten und sich selbst in gelingendem Kontakt. *Forum Logopädie*, 32 (2), 28–33.
- Behrens, T., Arnold, M. & Siebenhüner, B. (2005). *Aspekte qualitativer Sozialforschung im GELENA-Projekt*. Oldenburg. Verfügbar unter: <http://www.gelena.uni-oldenburg.de/download/WP-05-01.pdf>
- Beier, J. (2018). Zur Beziehung von Befund und Befinden in der evidenzbasierten Logopädie - ein Plädoyer für die Betrachtung allgemeiner Wirkfaktoren. In R. Haring & J. Siegmüller (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen* (S. 197–214). Berlin: Springer Verlag.
- Beushausen, U. ; & Grötzbach, H. (2011). *Evidenzbasierte Sprachtherapie*. München: Elsevier GmbH.
- Beushausen, U. (2014). Chancen und Risiken einer evidenz-basierten Sprachtherapie. *LOGOS*, 22 (2), 96–104.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252–260.
- Borgelt, T. (2015). Wenn es keine Evidenz gibt *Forum Logopädie*, 29 (1), 24–29.
- Borgetto, B. (2012). Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen der Logopädie. *Forum Logopädie*, 26 (5), 6–11.
- Borgetto, B., Spitzer, L. & Pfingsten, A. (2016). Die Forschungspyramide. *Forum Logopädie*, 30 (1), 24–28.
-

- Brockmann, J., Kirsch, H., Hatcher, R., Andreas, S., Benz, S. & Sammet, I. (2011). Dimensionen der therapeutischen Beziehung aus Patienten-Perspektive - Entwicklung der „Skala Therapeutische Allianz-Revised STA-R“. *Psychother Psych Med*, 61, 208–215.
- Bürki Garavaldi, M., Kempe Preti, S., Kohler, J. & Steiner, J. (2011). Logopädie und Wirksamkeit. *Forum Logopädie*, 2 (25), 28–33.
- Bürki, M. & Steiner, J. (2012). Die vermessen(d)e Sprachtherapie: Anmerkungen zu einem adäquaten Rahmen für Wirksamkeit. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 81 (3), 185–190.
- Cibis, W. & Grothkamp, S. (2011). Personbezogene Faktoren der ICF – Ein Entwurf für den deutschen Sprachraum. *Personenbezogene Faktoren der ICF - Ein Entwurf für den deutschen Sprachraum*. Bochum: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Verfügbar unter: www.dgrw-online.de/files/9.icf-awk_2_beitrag_cibis.pdf
- Clausen-Söhngen, M. (2009). Auf Augenhöhe - das Vertragskonzept aus der Transaktionsanalyse in der logopädischen/sprachtherapeutischen Therapie. *Logos Interdisziplinär*, 17 (2), 100–105.
- Cochrane, A. (1999). *Effectiveness and efficiency. Random reflections on Health services*. (3. Auflage). London: Royal Society of Medicine Press Limited.
- Dedié, G. (2015). *Die Kraft der Naturgesetze* (2. Auflage). Hamburg: tredition GmbH.
- Dehn-Hindenberg, A. (2007). Patientenbedürfnisse in der Logopädie: Die Qualität der Kommunikation bestimmt die Therapiebewertung. *Forum Logopädie*, 21 (4), 26–33.
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information DIMDI. (2005). ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Zugriff am 23.1.2016. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/dimdi/impressum.html>
- Dollaghan, C. A. (2007). *The Handbook for Evidence-Based Practice in Communication Disorders*. Baltimore: Paul H. Books.
- Duchan, J. F. (2004). *Frame Work in Language and Literacy - How Theory informs Practice*. New York, London: The Guilford Press.
- Duden online. (o. J.). Wirksamkeit. Zugriff am 7.4.2018. Verfügbar unter: <https://www.duden.de/node/681626/revisions/1312887/view>
-

- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J. et al. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a "Working" Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*, 3 (1), 3–12.
- EATA. (2007). Handbuch zur Weiterbildung in Transaktionsanalyse. Zugriff am 29.7.2018. Verfügbar unter: <https://dsgta.ch/ausbildung/eata-handbuch/>
- Ernst, E. & Pittler, M. H. (2006). Efficacy or effectiveness? *Journal of Internal Medicine*, 260, 488–490. doi:doi:10.1111/j.1365-2796.2006.01707.x
- Evans, J. L. (2001). An emergent account of language impairments in children with SLI: implications for assessment and intervention. *Journal of Communication Disorders*, 34, 39–54.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Znoj, H., Caspar, F. & Jörg, U. (2012). Valuing clients' perspective and the effects on the therapeutic alliance: A randomized controlled study of an adjunctive instruction. *Journal of Counseling Psychology*, 59 (1), 18–26.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2011). *Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL*. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/>
- Göldner, J., Hansen, H. & Wanetschka, V. (2017). Die therapeutische Beziehung in der Sprachtherapie. *Forum Logopädie*, 31 (5), 12–19.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130–145.
- Greenhalgh, T., Howick, J. & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *British Medical Journal*. doi:10.1136/bmj.g3725
- Grencavage, L. M. & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21 (5), 372–378.
- Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J. & Iven, C. (2014). *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie* (2. Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Günther, T. (2013). Evidenz-basierte Praxis oder Praxis-basierte Evidenz. *Forum Logopädie*, 27 (1), 26–27.
- Hanke, P. & Krampen, G. (2008). Diagnostik der therapeutischen Beziehung. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung: Beziehungsgestaltung, Bündnisprobleme, Kontexte / Band 1* (S. 141–168). Tübingen: DGVT-Verlag.
-

- Hansen, H. (2009). *Therapiearbeit Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Hansen, H. (2018). Qualitativ-naturalistische Forschung als Zugang zur Entwicklung, Analyse und Evaluation sprachtherapeutischer Interventionen. In R. Haring & J. Siegmüller (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen* (S. 109–126). Berlin: Springer Verlag.
- Harmon, C., Hawkins, E., Lambert, M., Slade, K. & Whipple, J. (2005). Improving Outcomes for Poorly Responding Clients: The Use of Clinical Support Tools and Feedback to the Clients. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 175–185.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E. & Monsen, J. T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*, 83 (2), 145–159.
- Hollenweger, J. & Kraus de Camargo, O. (2017). *Icf-cy Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. (WHO-World Health Organization, Hrsg.) (2. Auflage.). Hogrefe AG.
- Hope, T. (1997). Evidence-based patient choice and the doctor-patient relationship. In Kings Fund (Hrsg.), *But Will It Work, Doctor?* (S. 20–24). London.
- Kempe Preti, S. (2013). EBP – eine Anleitung zum Therapieerfolg? Kritische Auseinandersetzung anhand eines Fallbeispiels. *SAL-Bulletin*, 148 (1), 5–16.
- Kim, S. J. (2013). Efficacy versus Effectiveness. *Korean Journal of Family Medicine*, 34 (4), 227.
- Kraus, E. (2018). Internationale Perspektiven auf die Voraussetzungen einer effizienten Diagnostik und Therapie unter dem Anspruch von Teilhabe und Partizipation. In R. Haring & J. Siegmüller (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen* (S. 127–146). Berlin: Springer Verlag.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U., Ebert, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2009). *Evaluation online*. Wiesbaden:
-

- VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Auflage, S. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy). New York: Wiley.
- Löffler, K., Weiß, K. & Marotzki, U. (2014). Partizipativ forschen - forschend partizipativ. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 53 (6), 27–31.
- Macha-Krau, H. (2013). Vom Beruf zur Profession: Zur Entwicklung der Logopädie. *Forum Logopädie*, 27 (1), 18–20.
- MAXQDA. (2018). MAXQDA, Software für qualitative Datenanalyse. Berlin: VERBI Software Consult Sozialforschung GmbH.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse* (11. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. & Brown, J. (2003). The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy*, 2 (2), 91–100.
- Nierhaus, I. (2015). *Die Dissemination der Evidenzbasierten Praxis in der Sprachtherapie*. Pädagogische Hochschule Heidelberg. Verfügbar unter: Dissertation_Nierhaus 2015_Veröffentlichung_Band 1.pdf
- Pahn, C. & Balogh, B. (2010). Gibt es ein spezifisches Persönlichkeitsprofil für Sprachtherapeuten? *Forum Logopädie*, 24 (1), 36–41.
- Pfammatter, M. (2014). Wirkfaktoren der Psychotherapie. Bern. Zugriff am 5.2.2018. Verfügbar unter: www.upd.unibe.ch/research/.../Vorlesung_Pfammatter_Wirkfaktoren_31_3_14.pdf
- Pfammatter, M., Junghan, U. M. & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und Synthese. *Psychotherapie*, 17 (1), 17–31.
- Probst, T., Lambert, M. J., Loew, T. H., Dahlbender, R. W., Göllner, R. & Tritt, K. (2013). Feedback on patient progress and clinical support tools for therapists: improved outcome for patients at risk of treatment failure in psychosomatic inpatient therapy under the conditions of routine practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 75 (3), 255–261.
- Rausch, M. (2018). Zum Wissenschaftsverständnis in Logopädie und Sprachtherapie.
-

- In R. Haring & J. Siegmüller (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen* (S. 1–16). Berlin: Springer Verlag.
- Rausch, M., Thelen, K. & Beudert, I. (2014). Kompetenzprofil für die Logopädie. Zugriff am 23.1.2016. Verfügbar unter: http://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Der_Verband/20140828_Kompetenzprofil_Langfassung_.pdf
- Rott, F. (2013). Das Gesundheitssystem der Zukunft aus der Perspektive der GKV. *Forum Logopädie*, 1 (27), 36–37.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine : what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 321, 71–72.
- Schnell, T. (2014). *Moderne Kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15 (1), Art. 18. doi:<http://dx.doi.org/10.17169/fqs-15.1.2043>
- Shafrin, J. (2016). Efficacy vs. Effectiveness vs. Efficiency. *Healthcare Economist*.
- Silagy, C. (1999). Introduction to the new edition: The Post-Cochrane Agenda: Consumers and Evidence. *Effectiveness & Efficiency* (3. Auflage, S. xix–xxx). London: Royal Society of Medicine Press Limited.
- Sonnenmoser, M. (2005). Feedback-Systeme für Psychotherapeuten: Früheres Eingreifen möglich. *Deutsches Ärzteblatt PP*, (6), 269–270.
- Sozialgesetzbuch V (SGB V). (o. J.). *Stand: Zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 17.8.2017 I 3214*. Zugriff am 1.5.2018. Verfügbar unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/>
- Spencer, T., Clegg, J. & Stackhouse, J. (2010). „I don't come out with big words like other people“: Interviewing adolescents as part of communication profiling. *Child Language Teaching and Therapy*, 26 (2), 144–162.
doi:10.1177/0265659010368757
- Steiner, J. (2001). Logopädisch-sprachheilpädagogische Forschung konkret: Der Fragebogen als Instrument einer qualitativen Forschung im Themenkreis „Menschen mit sprachlich-kommunikativen Beeinträchtigungen“. *Logos Interdisziplinär*, 9 (3), 4–11.
-

- Törnqvist, M. C., Thulin, S., Segnestam, Y. & Horowitz, L. (2009). Adult People With Language Impairment and Their Life Situation. *Communication Disorders Quarterly*, 30 (4), 237–254.
- Ullmann, T. D. (2004). maQ-Fragebogengenerator. Make a Questionnaire. *online*. Zugriff am 10.1.2018. Verfügbar unter: <http://maq-online.de>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14 (3), 270–277.
- Wanetschka, V. (2010). *Bremer Modell Band 2: Sherlock Holmes und Columbo in der logopädischen Therapie. Ein wissenschaftspraktischer Weg von der Diagnose zum Therapieabschluss*. Bremen: HarVe.
- Weber, B. (2017). Mit Struktur und Flexibilität zum Therapieerfolg. *Forum Logopädie*, 31 (6), 6–10.
- Weigand, N. (2017). Interaktionsqualität in der Logopädie. *Forum Logopädie*, 31 (6), 12–16.
- Znoj, H. (2014). Die therapeutische Beziehung aus verhaltenstherapeutischer Sicht. *Universität Bern*. Zugriff am 6.1.2018. Verfügbar unter: <https://lppkjp.de/wp-content/uploads/2014/09/Znoj.pdf>

9 ANHANG

Anhangsverzeichnis A:

Anhang A1	Konzept therapeutischer Beziehung (Schnell, 2014, S. 13)	16
Anhang A2	Das Generische Modell von Orlinsky und Howard (Hermer & Röhrle, 2008)	16
Anhang A3	Konzept der therapeutischen Beziehung in der Sprachtherapie (Göldner et al., 2017)	17
Anhang A4	Rahmenmodell der PTB	18
Anhang A5	Forschungspyramide (Borgetto et al., 2016)	24
Anhang A6	Gegenüberstellung Rating Scales, Kriterien, Merkmale der PTB	26
Anhang A7	Arbeitsmatrix	26
Anhang A8	Anschreiben und Online-Fragebogen	28
Anhang A9	Aufschlüsselung Fragebogenfrage 2	30
Anhang A10	Aufschlüsselung Fragebogenfrage 5a	31
Anhang A11	Aufschlüsselung Fragebogenfrage 5b	31
Anhang A12	Aufschlüsselung Fragebogenfrage 7b	32
Anhang A13	Aufschlüsselung Fragebogenfrage 8b	32
Anhang A14	Aufschlüsselung Fragebogenfrage 9b	32
Anhang A15	Aufschlüsselung Fragebogenfrage 9c	33
Anhang A16	Aufschlüsselung Fragebogenfrage 9d	33
Anhang A17	Aufschlüsselung Fragebogenfrage 12	33
Anhang A18	Aufschlüsselung Fragebogenfrage 13	35
Anhang A19	Ablaufplan Experiment	40
Anhang A20	Einverständniserklärung Patienten	41
Anhang A21	Einverständniserklärung Therapeuten	41
Anhang A22	Transkriptionsregeln	46
Anhang A23	Gesamtes Interventionsmanual	52
Anhang A24	Eingangsgespräch	53

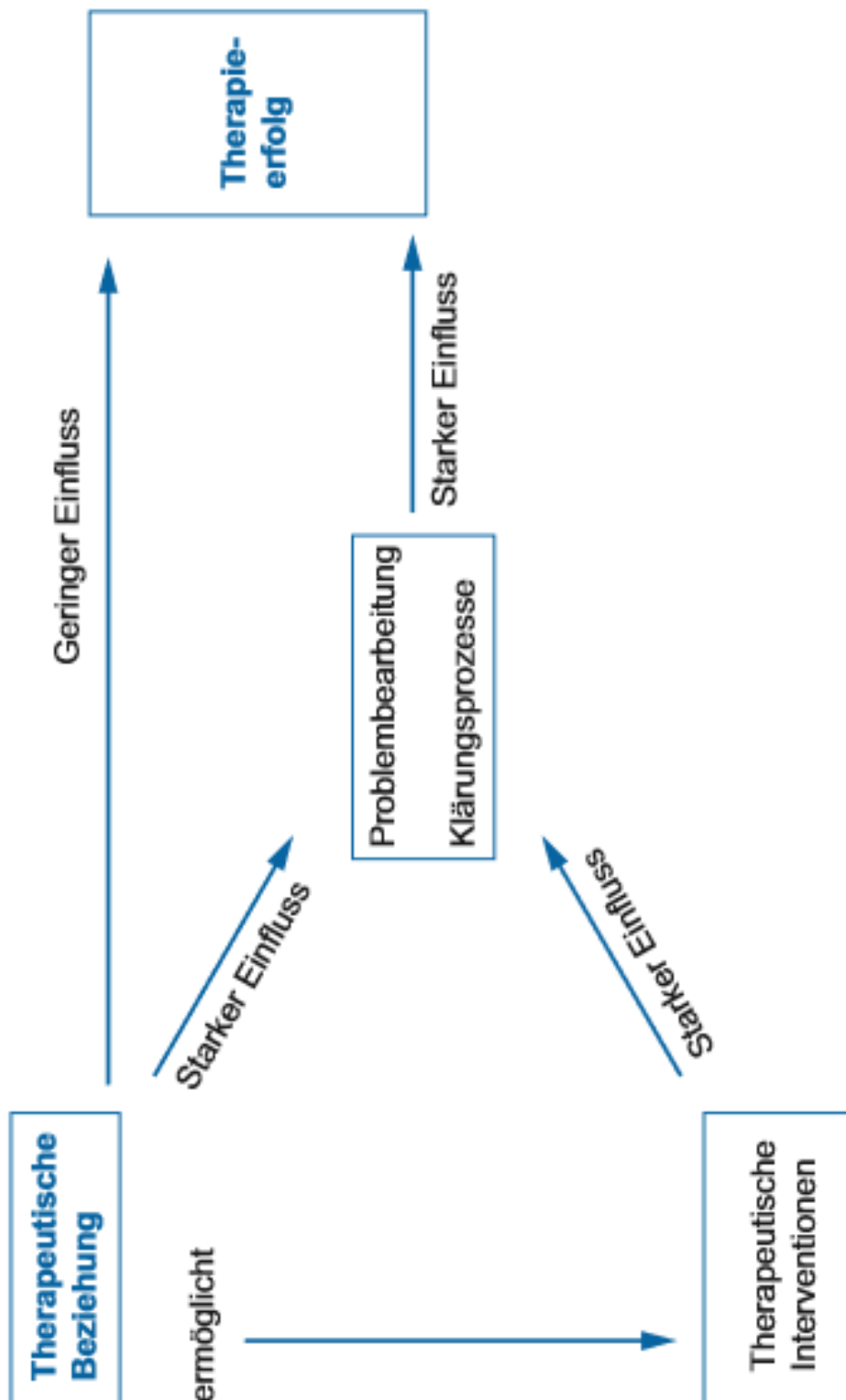
Anhang A25	Abschlussinterview	54
Anhang A26	Interviewverzeichnis	54
Anhang A27	Codebaum – Wirksamkeitsliste	56
Anhang A28	Reduzierte Fassung der Vergleichstabelle	57
Anhang A29	Eidesstattliche Versicherung	

Themenbescheid

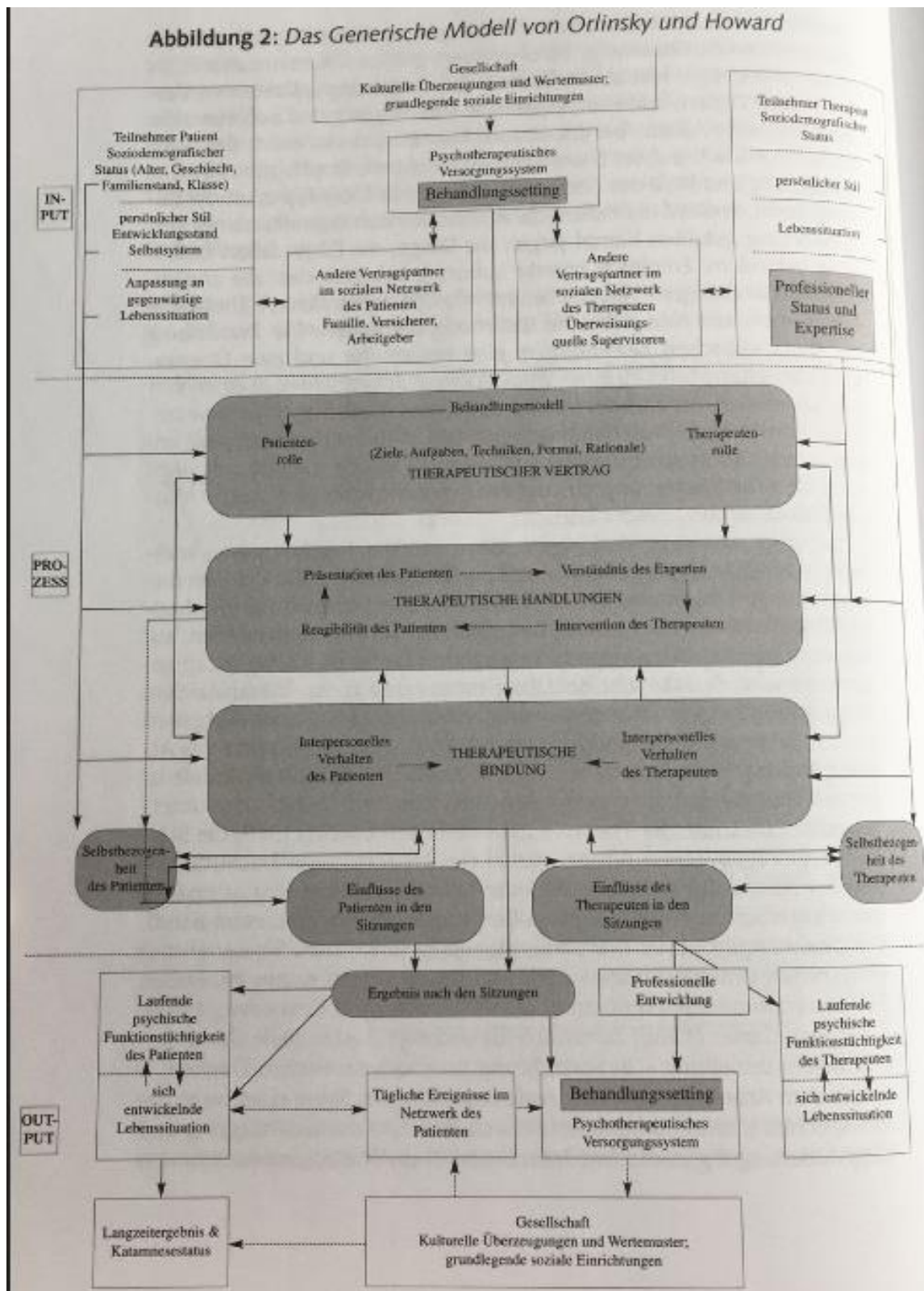
Anhang B befindet sich auf dem beiliegenden Stick:

Anhang B1:	Fragebogenauswertung	35
Anhang B2:	Audioaufnahmen der Interviews	54
Anhang B3:	Transkripte der Interviews	54
Anhang B4:	Codebuch über Analyse ‚Wirkfaktoren‘	55
Anhang B5:	Vergleichstabelle Arbeitsmatrix – Patientenäußerungen	57
Anhang B6:	Segmentmatrix Analyse ‚Wirkfaktoren‘	60

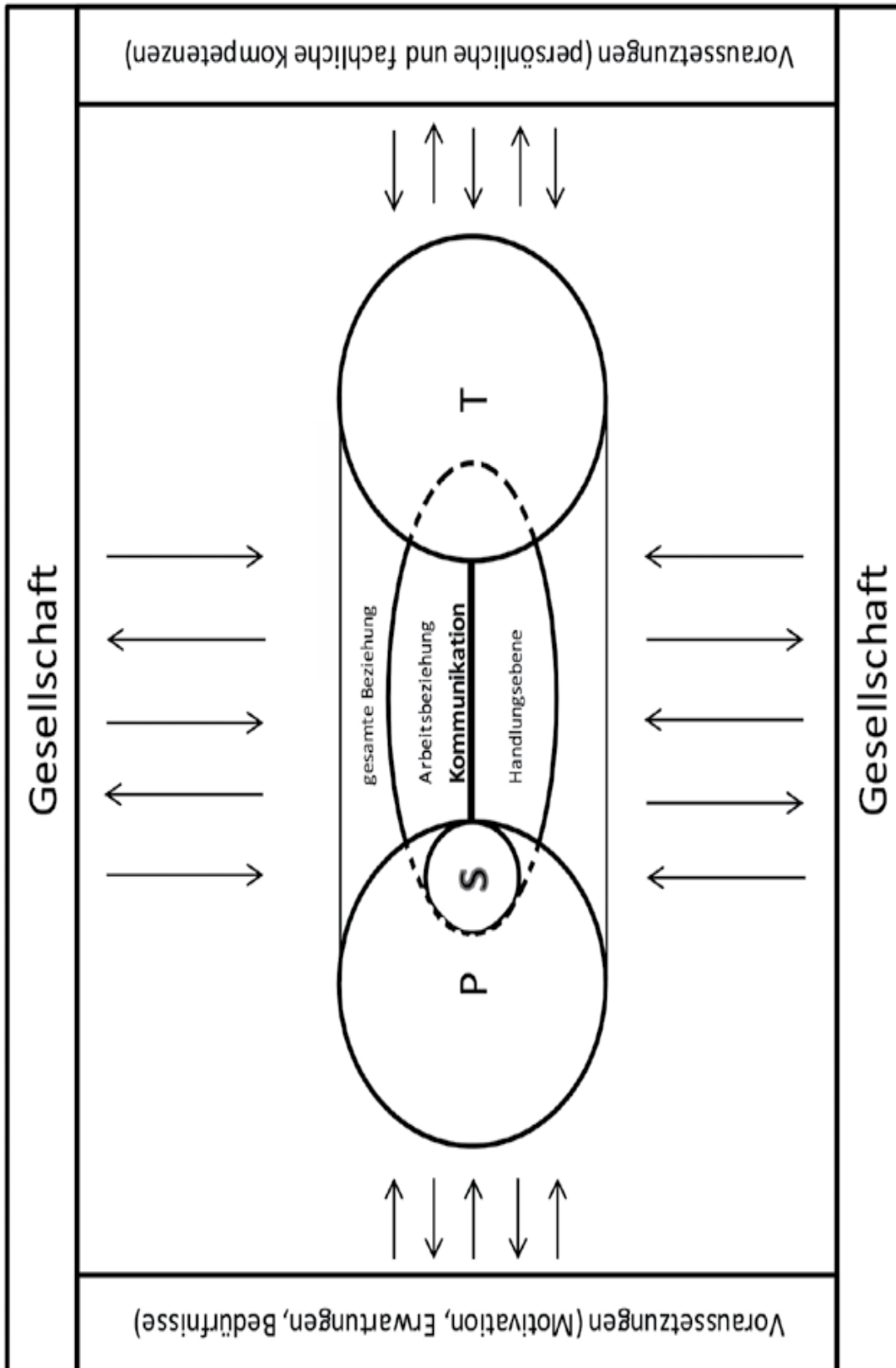
Anhang A1: Konzept therapeutischer Beziehung (Schnell, 2014, S. 13)



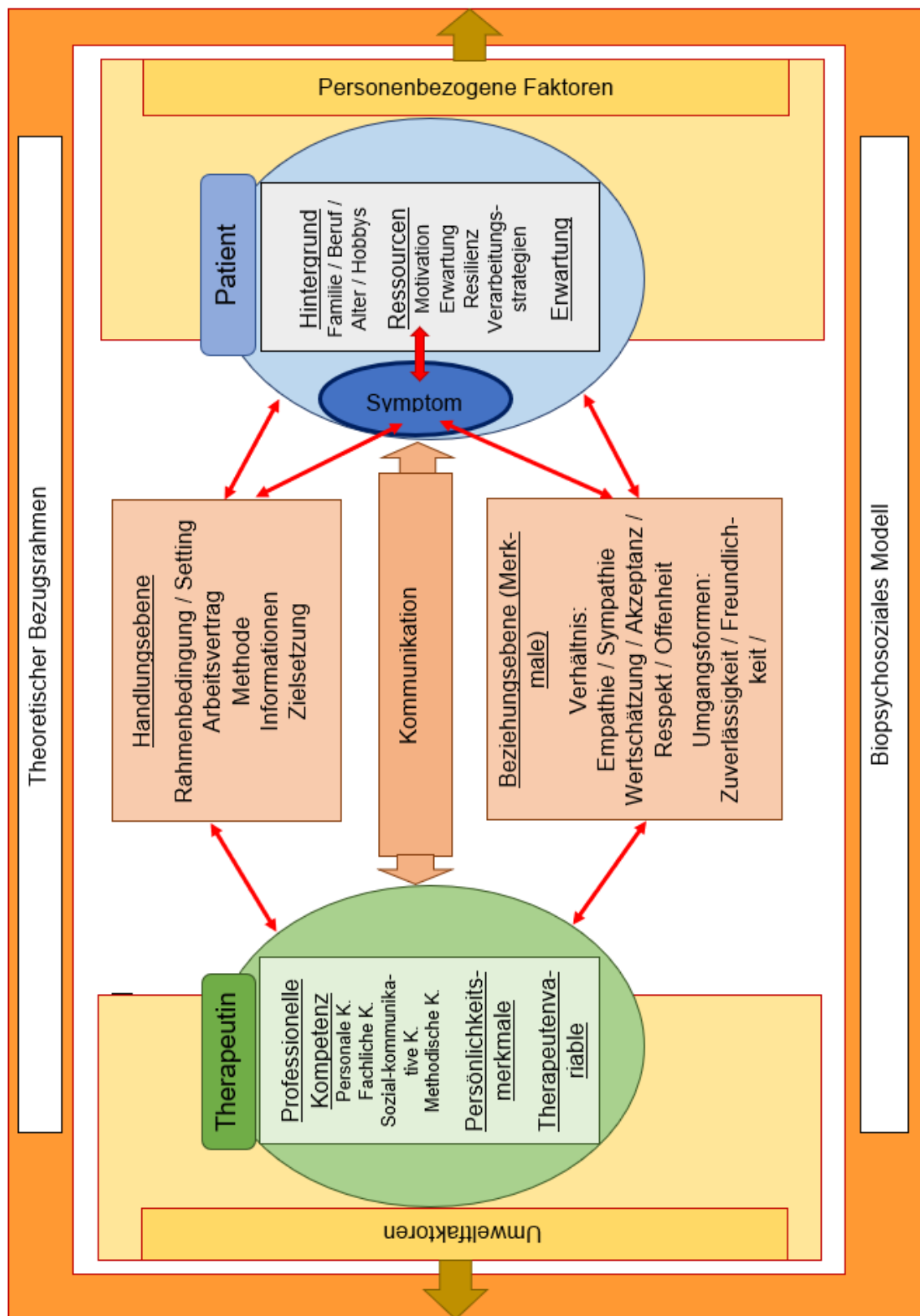
Anhang A2: Das Generische Modell von Orlinsky und Howard (Hermer & Röhrle, 2008)



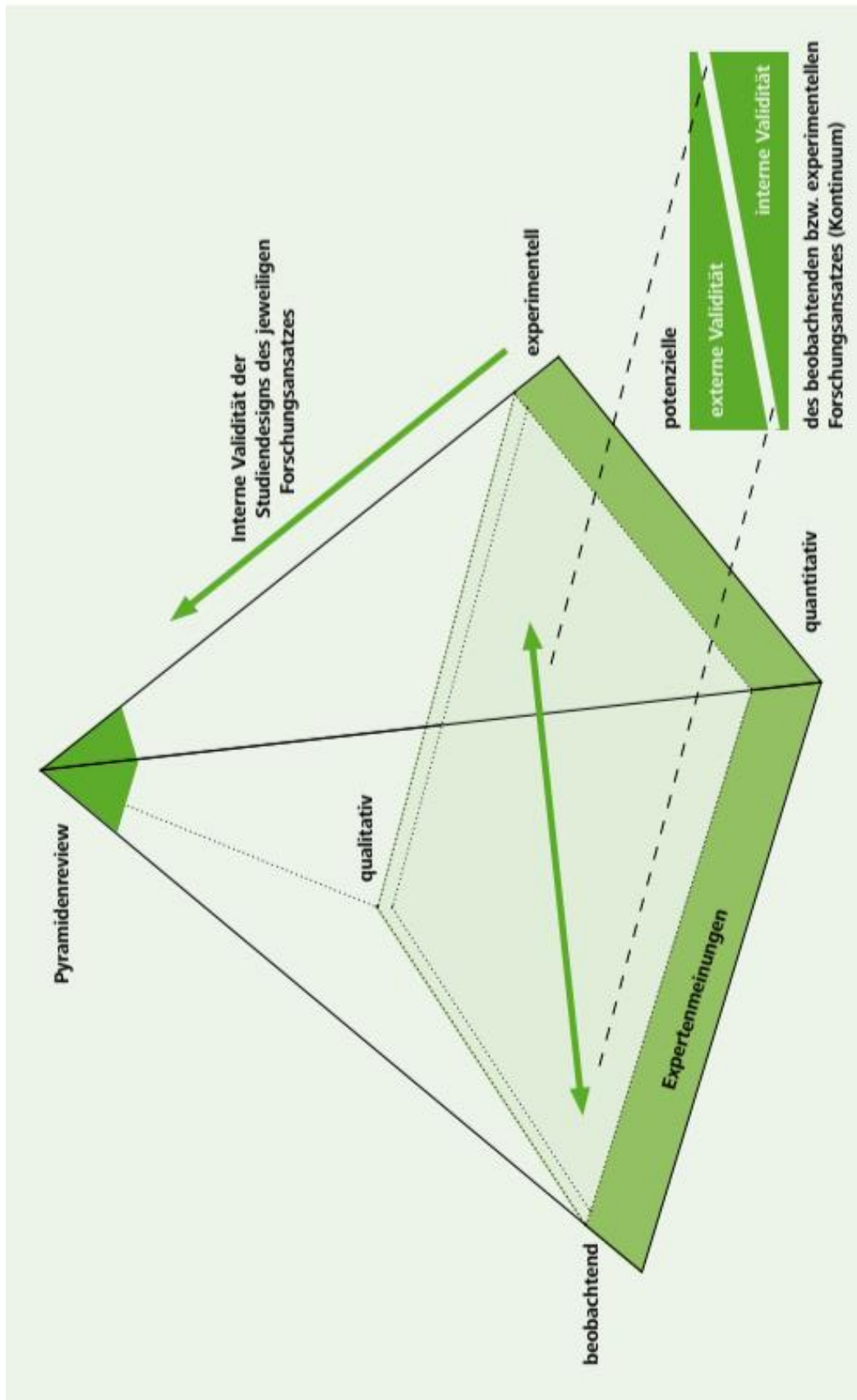
Anhang A3: Konzept der therapeutischen Beziehung in der Sprachtherapie (Göldner et al., 2017)



Anhang A4: Rahmenmodell der PTB



Anhang A5: Forschungspyramide (Borgetto et al., 2016, S. 26)



Anhang A6:

Gegenüberstellung der ‚Rating Scales‘, ‚Therapiekriterien für positive TB‘ (Dehn-Hindenberg, 2007) und Merkmale und Einflussfaktoren einer positiven PTB n. Znoj (2014)

Rating Scales HAQ, STA-R, ORS, SRS	Patientenbedürfnisse in der Logopädie Therapiekriterien n. Dehn- Hindenberg (2007)	Merkmale und Ein- flussfaktoren einer positiven PTB n. Znoj (2014)
HAQ		
Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft	Kompetenz /	Engagement
Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft	Information über Auswirkung / Information über Behandlungsmöglichkeit / Angepasstes Therapieziel	Arbeitsverteilung / Kooperation
Ich habe einige neue Einsichten gewonnen	Informationen über Behandlungsmöglichkeiten / Auswirkungen	Einlassen auf Veränderungsprozesse
Seit kurzem fühle ich mich besser	Effizienz / Verstanden fühlen /	Erfüllung der Bedürfnisse
Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam	Ermutigung / Angepasstes Therapieziel / Information Selbsthilfe	Aktivierung der Ressourcen
Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeuten verlassen zu können	Sich verstanden fühlen	Vertrauen / Sicherheit / Emotionale Bindung
Ich das Gefühl, dass mich der Therapeut versteht	Einfühlungsvermögen / sich verstanden fühlen	Verständnis / Interesse / Empathie
Ich habe das Gefühl, dass der Therapeut möchte, dass ich meine Ziele erreiche	Ermutigung / Angepasstes Therapieziel	Gemeinsame Zielsetzung
Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der Therapeut ernsthaft an einem Strang ziehen		Echtheit / Interesse
Ich glaube, dass ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen	Angepasstes Therapieziel	Gemeinsame Zielsetzung
Ich habe das Gefühl, dass ich mich jetzt selbst verstehen und mich selbstständig mit mir auseinandersetzen kann	Informationen Selbsthilfe	Aktivierung von Ressourcen / Arbeitsverteilung
Globale Erfolgseinschätzung	Therapieeffizienz	
STA-R		
Angst sich zu öffnen: Es ist mir peinlich, meinem Therapeut von manchen Gedanken und Gefühlen zu berichten. Es fällt mir schwer, mit meinem Therapeuten offen über Gedanken und Gefühle zu sprechen. Ich habe Angst, was mein Therapeut über mich denkt. Während der Sitzung halte ich meine Gefühle zurück. Wenn ich zur Therapie komme, habe ich nicht immer Lust, mich einzubrin-	Einfühlungsvermögen / sich verstanden fühlen / als Mensch akzeptiert	Vertrauen / Sicherheit / Echtheit / Wertschätzung / Engagement

gen.		
<p>Positive emotionale Beziehung: Ich glaube, dass meine Therapeutin mich schätzt. Ich glaube mein Therapeut mag mich. Mein Therapeut und ich verstehen einander. Meinem Therapeuten liegt an mir, auch wenn ich Dinge tue, die er nicht gutheißt.</p>	<p>Als Mensch akzeptiert / Respekt / Freundlichkeit / Zuhören / Berücksichtigung Bedürfnisse</p>	<p>Sympathie / Wertschätzung / Akzeptanz / Emotionale Bindung / Interesse / Empathie</p>
<p>Zuversichtliche Zusammenarbeit: Ich glaube, dass die Erfahrungen in der Therapie mir helfen werden, Veränderungen zu erreichen, die ich mir wünsche. Was ich in der Therapie erfahre erschließt mir neue Sichtweisen meiner Probleme. Als ein Ergebnis aus den Sitzungen ist mir jetzt klarer, wie ich mich ändern könnte. Ich bin zuversichtlich, dass ich durch die gemeinsamen Anstrengungen von mir und meinem Therapeuten von meinen Problemen entlastet werde.</p>	<p>Information Selbsthilfe / Therapieeffizienz / angepasstes Therapieziel / Informationen Auswirkungen / Erklärungen / Ermutigung / Angepasstes Therapieziel</p>	<p>Einlassen auf Veränderungsprozesse / Aktivierung von Ressourcen / Gemeinsame Zielsetzung /</p>
<p>Interferenz mit der Therapeutenpersönlichkeit: Mein Therapeut hält seine Gefühle zu stark zurück. Ich wünsche mir, mein Therapeut würde meine Anstrengungen und Fortschritte öfter anerkennen. Ich fühle mich im Therapieprozess nicht als gleichwertiger Partner. Mein Therapeut hat Wesenszüge, die die Therapie beeinträchtigen.</p>	<p>Als Mensch akzeptiert / Respekt / Freundlichkeit / Einfühlungsvermögen / Berücksichtigung Bedürfnisse</p>	<p>Rollenverteilung / Echtheit / Wertschätzung</p>
ORS		
<p>Wie haben sie sich gefühlt, rückblickend über die Woche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ganz persönlich - In Familie / nahe Beziehung - In Arbeit/Schule/Freundschaft - Insgesamt 		
SRS		
<p>Bitte bewerten sie die heutige Sitzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich fühle mich gehört, verstanden und respektiert - Wir haben daran gearbeitet und darüber geredet, woran ich arbeiten und worüber ich reden wollte - Die Herangehensweise des Therapeuten passt gut für mich - Insgesamt war die heutige Sitzung für mich angemessen 	<p>Respekt / als Mensch akzeptiert / sich verstanden fühlen / Angepasste Therapieziele / Berücksichtigung Bedürfnisse</p>	<p>Wertschätzung / Rollenklärung und Arbeitsverteilung / gemeinsame Zielsetzung / Erfüllung der Patientenbedürfnisse</p>

Anhang A7: Arbeitsmatrix

Hauptkategorie	Unterkategorie
Merkmale	
Umgangsformen	Zuverlässigkeit/Verlässlichkeit Freundlichkeit Lob Zuhören Ermutigung Entlastung Spaß / Freude
Verhältnis	Einstellung zum Patienten Verständnis Empathie Einfühlungsvermögen Respekt Wertschätzung Akzeptanz Offenheit Vertrauen Sicherheit Angstfreiheit Emotionale Bindung „Wir-Gefühl“ Sympathie Verstanden fühlen Verständnis Begleitung Zueinander passend
Patient	
Ressourcen	Ressourcenaktivierung Perspektivenwechsel Horizontenerweiterung Selbstbewältigungsstrategien Selbstsicherheit Selbstverständnis Familiäre Umgebung Einbeziehen des Umfelds Resilienz Selbstreflexion Selbstbewusstsein
Erwartungen Hoffnungen	Positive Erwartung Zuversicht
Befinden Veränderung	Besserungsgefühl Zufriedenheit
Therapeut	
Informationen über	Veränderungsmöglichkeiten Selbsthilfe Krankheitsauswirkungen Behandlungsmöglichkeiten Erklärungen
Therapeuten Kompetenz	Fachliche Kompetenz Methoden Persönlichkeitsmerkmale

Therapie	
Zielsetzungsprozess	Gemeinsame Zielsetzung Angemessenes Ziel Angepasstes Ziel Bedürfnisorientierung Effektivität Effizienz
Arbeitsvertrag Ausrichtung	Arbeitsverteilung Arbeitsverhältnis Rollenverteilung Engagement Interesse Zielstrebigkeit Ernsthaftigkeit Anwaltschaft für Patientenziele Zusammenarbeit Kooperation Ausgewogene gleichwertige Partnerschaft Gemeinsame Orientierung Bedürfniserfüllung

Anhang A8: Anschreiben und Online-Fragebogen

Liebe Logopädin, lieber Logopäde,

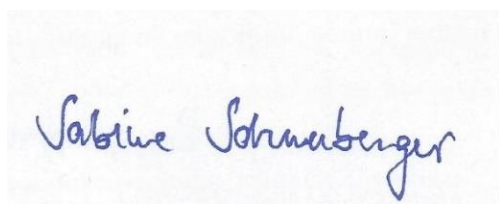
heute haben Sie die Möglichkeit direkt und konkret an Forschung in der Logopädie mitzuwirken und damit einen relevanten Beitrag für die zukünftige Patientenversorgung und -zufriedenheit zu leisten.

Im Rahmen meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit den Kontextfaktoren im therapeutischen Geschehen. Damit sind die persönlichen Bedingungen des Patienten wie z. B. Alter, familiärer Hintergrund, Beruf, Therapiemotivation..., die Bedingungen des Therapeuten etwa Berufserfahrung, Spezialisierung, etc. und die organisatorischen Bedingungen und institutionellen Gegebenheiten bspw. Arbeitsumfeld, Zeitrahmen... und weitere gemeint. Ich möchte dabei besonders die Beziehung zwischen Patient und Therapeut in den Fokus nehmen. Ergebnisse aus meinem Masterprojekt können ein Baustein in diesem Forschungsfeld sein.

Im **ersten Teil** des Masterprojekts möchte ich ermitteln, welches Wissen Logopädinnen /-en aktuell über Kontextfaktoren haben und welchen Stellenwert sie diesen einräumen. Dazu führe ich eine Umfrage durch, zu deren Teilnahme ich Sie hier einlade. Unter dem Link: <http://mag-online.de/evaluation/users/www.php?l=mag&u=WRZAKPv8aa&p=7hqiMKN8> kommen Sie direkt zum Fragebogen, der bis zum 17.2.18 freigeschaltet ist. Die gesamte Befragung wird etwa 10-15 Minuten dauern. Ihre Antworten gehen anonym ein. Ich freue mich, dass Sie an dieser Befragung teilnehmen. Wenn Sie Interesse an den Ergebnissen haben, schreiben Sie mir gerne eine e-mail.

Die Ergebnisse dieser Umfrage dienen als Basis für den **zweiten Teil** der Masterthesis. Hier möchte ich ein Interventionsexperiment zur Patient-Therapeut-Beziehung durchführen. Dafür suche ich noch Therapeuten-Patienten-Paare. Die Interventionsphase geht über 6 Therapieeinheiten der aktuell durchgeführten Therapie (unabhängig vom Störungsbild). Vorab so viel zur Intervention: Es soll, je Therapieeinheit, mit dem Patienten eine kurze gemeinsame Reflexion über die Patient-Therapeut-Beziehung und Befindlichkeit stattfinden. Dazu gibt es ein genaues Manual. Daher ist der Arbeitsaufwand der teilnehmenden Therapeuten gering. Die reguläre Therapie wird wie bisher durchgeführt und nicht von mir kontrolliert. Vor und nach der Interventionsphase befrage ich Patient und Therapeut getrennt voneinander in einem Interview zur Beziehung und Befindlichkeit. Dazu müssen natürlich alle Teilnehmer bereit sein. Wer Neugier und Interesse hat an dieser Interventionsstudie teilzunehmen, kann sich zunächst unverbindlich mit mir in Verbindung setzen: sabine.schneeberger@eufh-med.de

Vielen Dank und herzliche Grüße



Groß-Gerau 22.01.2018

Anhang A8: Online-Fragebogen:

Im folgenden Abschnitt möchte ich ermitteln, welches Wissen Sprachtherapeutinnen derzeit über Kontextfaktoren haben

1. Hätten Sie ohne die einführenden Worte bei der Einladung zur Umfrage auf Anhieb gewusst, was mit Kontextfaktoren gemeint ist?

	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ja Nein
--	--

2. Geben Sie bitte an, welche Kontextfaktoren Sie kennen (hier können Sie so viele Faktoren angeben wie Ihnen einfallen)

--

3. Woher haben Sie Ihr Wissen über Kontextfaktoren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Ausbildung / Studium
- Supervision / Kollegiales Beratungsgespräch / Teamgespräch
- Fortbildung
- Anderes



Anhang A8: Online-Fragebogen

Mit den nächsten Fragen möchte ich ermitteln, wie Kontextfaktoren im Alltag von Sprachtherapeutinnen erhoben und eventuell gezielt verändert werden

4a. Erheben Sie Kontextfaktoren des Patienten?

	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Ja Manchmal Nein

4b. Falls Sie mit *Ja* oder *Manchmal* geantwortet haben: *Wie* erheben Sie Kontextfaktoren des Patienten? (mehrere Antworten sind möglich)

- Im Rahmen eines schriftlichen Anamnesebogens
- Im Rahmen des mündlichen Anamnesegesprächs
- Fortlaufend während der Therapie
- Anderes

4c. Falls Sie mit *Anderes* geantwortet haben: Beschreiben Sie, wie Sie Kontextfaktoren des Patienten erheben

5a. Welche Kontextfaktoren des Patienten interessieren Sie besonders? (Hier können Sie alles nennen, was für Sie relevant ist)

5b. Geben Sie bitte in einem Ranking die ersten 3 wichtigsten Kontextfaktoren des Patienten an: 1:...2:...3:...

6a. Reflektieren Sie Ihre eigenen / persönlichen Kontextfaktoren?

- Ja

Anhang A8: Online-Fragebogen

- Nein
- Manchmal
- Nur wenn Schwierigkeiten / Konflikte auftauchen

6b. In welchem Rahmen findet eine Reflexion Ihrer persönlichen Kontextfaktoren statt?

- Stundenreflexion
- Schreiben der Behandlungsberichte
- Supervision / Kollegiales Beratungsgespräch / Teamgespräch
- Anderes

6c. Falls Sie mit *Anderes* geantwortet haben, beschreiben Sie bitte in welchem Rahmen Sie Ihre eigenen Kontextfaktoren reflektieren

7a. Reflektieren Sie Kontextfaktoren der organisatorischen und therapeutischen Rahmenbedingungen?

Ja Manchmal Nein

7b. Falls Sie mit *Ja* oder *Manchmal* geantwortet haben, geben Sie bitte an, welche Kontextfaktoren das in der Regel sind

8a. Thematisieren und reflektieren Sie alle oder einige der Kontextfaktoren mit ihren Patienten?

Ja Manchmal Nein

8b. Falls Sie mit *Ja* oder *Manchmal* geantwortet, beschreiben Sie bitte, wann und warum Sie das tun

Anhang A8: Online-Fragebogen

9a. Können Kontextfaktoren beeinflusst und verändert werden?

Ja Manchmal Nein

9b. Falls Sie mit *Ja* oder *Manchmal* geantwortet haben: Welche Kontextfaktoren sind das, die beeinflusst und verändert werden können?

9c. In welcher Art und Weise können Kontextfaktoren beeinflusst und verändert werden?

9d. Wann und / oder warum könnte es sinnvoll sein, Kontextfaktoren zu beeinflussen / zu verändern?



Anhang A8: Online-Fragebogen

Im letzten Abschnitt möchte ich ermitteln, wie der Einfluss der Kontextfaktoren auf die Therapiewirksamkeit eingeschätzt wird

10a. Wie messen und beurteilen Sie die Wirksamkeit Ihrer Therapie?

- Tests
- Spontansprachanalyse
- Befragung des Patienten nach dessen Einschätzung (Zufriedenheit)
- Eigene Einschätzung / Gefühl
- Anderes

10b. Falls Sie mit *Anderes* geantwortet haben, geben Sie Ihr Verfahren bitte an

11. Haben Kontextfaktoren allgemein Einfluss auf die Therapiewirksamkeit? Geben Sie Ihre Einschätzung auf einer Skala an: ganz oben bedeutet *Kein Einfluss* und ganz unten bedeutet *Sehr starker Einfluss*

- Kein Einfluss
 - Wenig Einfluss
 - Merkbarer Einfluss
 - Deutlicher Einfluss
 - Sehr starker Einfluss

12. Bitte geben Sie an, welche Kontextfaktoren Sie als besonders bedeutsam für die Therapie einschätzen

13. Welchen Einfluss hat Ihrer Meinung nach speziell die Patient-Therapeut-Beziehung auf die Therapiewirksamkeit? Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten

Anhang A8: Online-Fragebogen

14. Wie ist Ihrer Meinung nach der Einfluss verschiedener Faktoren auf die Therapiewirksamkeit zu gewichten? Vergeben Sie Ziffern: 1 bedeutet *Kein Einfluss* bis 6 bedeutet *Sehr starker Einfluss*

14a. Methode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5	6

14b. Patient-Therapeut-Beziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5	6

14c. Motivation des Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5	6

14d. Leidensdruck des Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5	6

14e. Anderes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5	6

15. Falls Sie mit *Anderes* geantwortet haben, beschreiben Sie bitte was Ihrer Meinung nach auch noch Einfluss auf die Therapiewirksamkeit hat



Anhang A8: Online-Fragebogen

Jetzt benötige ich nur noch ein paar persönliche Angaben

16. Bitte geben Sie Ihr Alter an

17. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weiblich	männlich	anderes

18. Geben Sie bitte Ihren Berufsabschluss an

<input type="radio"/> Logopäde/in
<input type="radio"/> Logopäde/in BA
<input type="radio"/> Logopäde/in MA
<input type="radio"/> Linguist/in / Patholinguist/in
<input type="radio"/> Sprachheilpädagoge/in
<input type="radio"/> Anderes

19. Ich bin berufstätig an / in

<input type="radio"/> Sprachtherapeutische / logopädische Praxis
<input type="radio"/> Klinik / Reha-Einrichtung
<input type="radio"/> Kindergarten / Schule
<input type="radio"/> Frühförderstelle / Sozial-Pädiatisches-Zentrum
<input type="radio"/> Lehre / Forschungseinrichtung
<input type="radio"/> Anderes

20. Bitte geben Sie die Jahre an, die Sie im o.g. Beruf tätig sind

21. Bitte geben Sie an, wie viele unterschiedliche Patienten Sie durchschnittlich pro Woche behandeln

Anhang A8: Online-Umfrage

22. Bitte geben Sie an, wie lange Sie durchschnittlich Ihre Patienten behandeln

- < 1 Monat
- 1 - 6 Monate
- 7 - 12 Monate
- 13 - 18 Monate
- > 18 Monate

Herzlichen Dank für die Teilnahme :)



Anhang A9: Aufschlüsselung Fragebogenfrage 2

2. Geben Sie an, welche Kontextfaktoren Sie kennen (hier können Sie so viele Faktoren angeben wie Ihnen einfallen)	
1	Alter des Therapeuten, Zusatzausbildungen, Empathie,
2	Alter Beruf Wohnungshintergrund soziales Umfeld Familie finanzieller Hintergrund
3	soziales Umfeld Krankheit-/ Vorgeschichte des Patienten Motivation Sympathie Zeit (Uhrzeit/Tag/Frequenz/Dauer) Eingebundenheit in den normalen Tagesablauf Wissensstand des Therapeuten Beruf Erfolg-saussichten vorherige Therapien/Therapeuten
4	Zeitfaktor Rahmenbedingungen Motivation Flexibilität Motivation
5	- Zeit(Therapiedauer) - Umgebung - Sympathie - Vorwissen des Patienten - Reha/ Praxis
6	Alter, Geschlecht, Herkunft, familiäre Verhältnisse, Beruf/Schule/KiGa allgemeines Krankheitsbild, Sozialisation, Lebensumstände, Motivation, soziale Eingebundenheit, Interessen/Hobbies, allgem.Tagesablauf, Umgang mit Medien
7	Alter, Geschlecht, Motivation, Einkommen, Erkrankungen, Ressourcen (persönlich) sozial eingebunden oder isoliert, Wohnumfeld,
8	- Beruf - Wohnort - Hobbys, Interessen - familiäre Situation - finanzielle Situation - institutionelle Situation
9	Soziales Umfeld, Sozialer Stand, Motivation
10	Persönliches Umfeld, Motivation, Alter, Familiensituation, Beruf; Berufserfahrung, Ausstattung; Zeitliche und finanzielle Ressourcen
11	vor allem das soziale Umfeld, in vielerlei Facetten
12	soziales Umfeld, Alter, Beziehungsstand, Beruf, Therapiemotivation, Krankheitsgeschichte
13	Soziales Umfeld/soziale Einbindung Vorerkrankungen Aktuelle Therapien Aktuelle Medikation Bildung Wieviel Sprachen, Erstsprache Motivation
14	Umweltbezogene Kontextfaktoren Personenbezogene Kontextfaktoren
15	Motivation
16	Setting, Material, therapeutisches Wissen, Kultur/Werte/Normen des Therapeuten oder Patienten, Angehörige des Patienten, Arbeitsumfeld,
17	soziales Umfeld Beruf/Ausbildung Kultur
18	Familiäres Umfeld, Motivation zur Therapie, Alter und Vorgeschichte des Patienten/Kindes, therapeutische Kompetenz, Ausbildung der Therapeutin, Arbeitsumfeld der Therapeutin.
19	Therapiedauer, -zeit, soziales Umfeld, Räumlichkeiten, Beruf
20	Familie, Kultur, Lebensrealität des Patienten, Versorgungsstrukturen
21	Patient: - Therapiemotivation - Äußere Umstände (z.B. Hausbesuch) - Zeit - Beziehung zum Therapeuten Therapeut: - eigene Befindlichkeit - Stress - Zufriedenheit mit Arbeitssituation - Kompetenzzempfinden in dem Störungsbild - Sympathie zum Patienten
22	Alter, Familie, Berufliche Situation, Krankheitsbildentwicklung, Auswirkung der Störung auf den Alltag, Krankheitsgewinn, Motivation
23	Umfeld Patient: Alter, Familienstand, familiäre Situation, berufliche Situation (Schule, Ausbildung, Berufsausbildung.., jetzige berufliche Situation), Anliegen, warum Patient zu mir kommt, Entstehung der logopädischen Diagnose, Vorinformationen zur Diagnose/Therapie, Therapeutisches Umfeld: Ausbildung, Fort- und Weiterbildungen, Berufserfahrung, Umgang mit Patienten.

24	Bildungsstand des Patienten bzw. seiner Eltern, auch, ob Kassenpatient oder privat Motivation zur logopädischen Therapie des Pat., Lebenssituation des Pat./seiner Familie -> Zeit und Energie/Konzentration für Therapie und ggf. für Hausaufgaben/Übertragung der Übungen, Lebenssituation der Logopädin (-> zB. alleinerziehend vs. "gut versorgt", Ausbildung der Logopädin: Engagement, an Fortbildungen teilzunehmen und das erlernte umzusetzen - auch, zur Evidenz von Therapiemethoden zu recherchieren. Lage der Praxis/Institution: ob gut erreichbar, ob ruhige Lage, ob Räume gut geeignet (zB. auch Platz, angenehme, für Kinder besonders ansprechend, Möglichkeiten, mit überweisenden Ärzten zusammenzuarbeiten und sich auszutauschen, Verordnungen zu erhalten zur Fortsetzung der Therapie (engagierte Ärzte vs. ablehnende)
25	organisatorische Bedingungen, Beziehung zum Patienten
26	Alter, Familienstand, Ausbildung, Beruf, Umfeld, Hobby
27	Lebensbedingungen d. Pat., Alter, familiäre Dispositionen, Vorerkrankungen,
28	Familiärer Hintergrund, Migration ? Traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit familiäres Aufgehobensein Körpergefühl und - Bewusstsein Verständnis Körper-Seele-Geist Abarbeiten von verordneten Therapieeinheiten vs. " Lust am Lernen"
29	Motivation des Patienten Therapeutische Beziehungsqualität Kognitive Fähigkeiten Alter Alltagsrelevanz
30	Alter, Beruf/schule/ Ausbildung, familiärer Hintergrund (Kinder, Verheiratet, Eltern), Krankheiten, familiäre Vorbelastung/ Belastung, Hobbies
31	Patient und Therapeut: Alter, Geschlecht, Motivation (extrinsisch vs intrinsisch, Ausstrahlung, Lebenserfahrung Überwiegend für Patienten: Berufstätigkeit, Berufsfeld, Schwerhörigkeit, Visusbeeinträchtigung, Allgemeinzustand, Ernährungszustand, kognitive Fähigkeiten - Lernfähigkeit, Therapeut: Berufs- und Lebenserfahrung, Motivation
32	Nur die in der Einladung beschriebenen
33	Personelle Angaben (Alter, Voraussetzungen, (Vor-)Kenntnisse Familiäres Umfeld Motivation Räumliche Verhältnisse Zeitliche Verhältnisse
34	Zeit, Terminmöglichkeit, Warteliste, Leidensdruck, Motivation, Erfahrung, Alter, Bildungsgrad, Sympathie, Chemie zw. Pat.-Thp.,

Anhang A10: Aufschlüsselung Fragebogenfrage 5a

5.a Welche Kontextfaktoren des Patienten interessieren Sie besonders? (Hier können Sie alles nennen, was für Sie relevant ist)	
1	Umfeld des Patienten, Umgang mit den Angehörigen (Patient wächst fast nur bei Oma auf),
2	familiäres Umfeld Alter Wohnraum Gesundheitliche Hintergrundmobilität
3	Krankheitsgeschichte, Motivation, Ziele/Wünsche, vorherige Therapien/Therapeuten,sofern Wechsel warum, Einstellung zur Therapie,soziales Umfeld, Störungsbild/-bewusstsein
4	Motivation Familiärer background Leidensdruck Erwartungshaltung zeitl. Machbarkeit
5	Alltagssituationen, die zu bewältigen sein sollten; Leidensdruck; Krankheitseinsicht;
6	Interessen, Lebensumstände, Umgang mit Medien, Motivation und Leidensdruck, familiärer Hintergrund,
7	Alter, soziales Umfeld, familiäre Situation, Krankengeschichte, Ressourcen und Schwierigkeiten im Alltag/Leidensdruck des Menschen
8	- Familie - soziale Kontakte - Interessen, Hobbys - Stärken des Pat. / Ressourcen - Verhalten (schlechtern, zugewandt..)
9	Vorgeschichte, Herkunft, soziales und familiäres Umfeld
10	
11	All jene, die Einfluss auf Entstehung, Verlauf und Prognose des Therapieanlasses haben.
12	Vorerkrankung Alter Beruf Therapiemotivation
13	S.o.
14	Einbettung in sein soziales Umfeld
15	Angst Leidensdruck
16	Werte/Normen/Kultur Bildung Lebenswelt des Patienten
17	Soziales u. kulturelles Umfeld, Ausbildung/Beruf, Sprachkenntnisse, Alter
18	Anamnese, Auffälligkeiten, andere bisher durchgeführte Therapien, wer hat die Therapie empfohlen.
19	häusliche Gegebenheiten, soziales Umfeld, familiäre Situation, berufliches Umfeld, ggf. finanzielle Situation
20	Umweltfaktoren: Familiensituation, gesprochene Sprachen; Patientenbezogene Faktoren: Ressourcen und Stärken des Patienten, Gewohnheiten, Alter, Erziehung, Bildung, Motivation
21	aktuelle Befindlichkeit zusätzliche Stressfaktoren
22	allgemeine und Sprachentwicklung, Krankheitsverlauf, Berufliche Situation, familiäre Situation, Auswirkungen im Alltag (hänseln z.B.)
23	siehe Vorne (Kontaxtfaktoren) und jeweils zu Beginn der Behandlung der aktuelle "Status", bzw. was hat sich verändert.
24	seine Lebenssituation, seine Motivation zur Therapie, seine Möglichkeiten, Übungen zu wiederholen/zu überbringen, bei Kindern: wie werden sie von den Eltern unterstützt? werengagiert sich sonst für das Kind und wie - auch: ggf Jugendamt/ Facharzt für Kinderpsychiatrie/ Lehrer, bzw auch bei älteren Patienten: ggf. wie unterstützt die Familie/Pfleger
25	Alter, familiärer Hintergrund, Motivation, Zeit für die Therapie
26	
27	

ANHANG

28	Gefühlswelt Verständnis für Zusammenhänge Medizin und Psyche Wie erlebt der Patient seine Erkrankung
29	Motivation Alltagsrelevanz d. Th.ziele
30	Alter, Beruf, Soziales Umfeld/ Familie, Name, Beruf, Alter der Eltern/ Geschwister, familienstand, Hobbies, medizinische Vorgeschichte und Krankheiten, Haustiere
31	1. Essgewohnheiten (Vorlieben, Abneigungen) 2. kognitive Fähigkeit /Lernfähigkeit 3. momentane Stimmung familiäre Einbindung
32	Interdisziplinäre Aufnahme bei uns im Haus zu Lebenssituation, Familienstand, Beruf, Hobbys, Therapiezielen,...
33	Personenbezogenen
34	Zielvorstellungen, Erwartungshaltung, Motivation, aktuelle Lebenssituation

Anhang A11: Aufschlüsselung Fragebogenfrage 5b

5b. Geben Sie bitte in einem Ranking die ersten 3 wichtigsten Kontextfaktoren des Patienten an: 1:...2:...3:...	
1	Therapiemotivation Familiärer Hintergrund Umfeld
2	1: Alter 2: Familie 3: Wohnsituation
3	Motivation soziales Umfeld Störungsbewusstsein
4	Motivation Erwartungshaltung Leidensdruck
5	1: Alltagssituationen, die zu bewältigen sein sollten; 2: Krankheitseinsicht; 3: Leidensdruck;
6	Geschlecht/Herkunft/Sozialisation Motivation Leidensdruck
7	Ressourcen, Schwierigkeiten, familiäres/soziales Umfeld
8	1. Familie/ soziale Kontakte 2. therapeutische Situation 3. institutionelle Rahmenbedingungen
9	1: Vorgeschichte 2: familiäres Umfeld 3: soziales Umfeld
10	
11	nahestehende Angehörige (und deren Einschätzung von Ressourcen, Problemen und Prognose), weiteres soziales Umfeld und medizinische Betreuung
12	1. Therapiemotivation 2. Vorerkrankung 3. Alter
13	1. Soziales Umfeld 2. Vorerkrankungen bzw. Chronische Erkrankungen 3. Medikation
14	
15	
16	1: Lebenswelt des Patienten 2: Bildung 3: Werte/Normen/Kultur
17	1. familiäres/soziales Umfeld 2. Alter 3. kulturelle Herkunft
18	1. Auffälligkeiten in der Anamnese. 2. Motivation zur Therapie. 3. Kontakt im Erstgespräch.
19	familiäre Situation, soziales Umfeld, bisherige Therapieerfahrung
20	1: Patientenbezogene Faktoren: Motivation 2: Patientenbezogene Faktoren: Alter 3: Umweltfaktoren: Familiensituation
21	
22	Krankheitsverlauf, familiäre und außerfamiliäre Situation
23	1. Eigenwahrnehmung der Symptome 2. Familiäres Umfeld 3. Berufliches Umfeld
24	1 Lebenssituation: Bedingungen (berufstätig/keine Arbeit/Bildungsstand) 2 Motivation zur Therapie und Umsetzung des Erarbeiteten 3 wer unterstützt noch und wie (s.o bei 5a)
25	Motivation Zeit Alter
26	
27	1: Einschränkungen durch Erkrankung 2: Familie 3: Alter
28	Vertrauensvoller Kontakt mit Therapeutin Bisheriges Verstehenkönnen seiner Symptome Angstfreiheit
29	Motivation Alltagsrelevanz d. Th.-ziele Kognitive Fähigkeiten
30	1. Alter 2. Beruf/Tätigkeit 3. soziales Umfeld/ Familie
31	
32	Für die Logopädie 1. Therapieziele 2. Hobbys/Interessen 3. Angehörige
33	1. Alter 2. Motivation 3. Umgebungsfaktoren
34	1. Ziel 2. Motivation 3. Zeitbudget

Anhang A12: Aufschlüsselung Fragebogenfrage 7b

„Reflektieren Sie Kontextfaktoren der organisatorischen oder therapeutischen Rahmenbedingungen?“

Die Tabelle zeigt Nennungen in absoluten Zahlen

Gründe	Nennungen
Zeitmanagement, Termindruck, Therapiepause, Terminabsprache, Frequenz, Therapiedauer, Pünktlichkeit	14
Rahmenbedingungen, Hausbesuch, Lagerung, Räumlichkeit, Material	8
Praxisorganisation, Urlaubsvertretung, Telefonate, Teamsitzungen, Arbeitsabläufe, QM	7
Methode	5
Verordnungspraxis, Budgetierung	3
Motivation	2
Akquise, Werbung	2
Finanzen, Gehalt	2
Weiterbildungen	2
Therapieerfahrung, fachliche Qualifikation	2
Einstellung / Werte / Normen, Emotionen der Thp.	2
Patientenverhalten	2
Familiäre Schwierigkeiten	1
Fortbildung bei Stagnation	1
Berufspolitik	1
Interdisziplinäre Vernetzung	1
Elterngespräche	1
Setting	1
Therapeutenwechsel	1
Eigenreflexion	1
Messbare Zielsetzung	1

Anhang A13: Aufschlüsselung Fragebogenfrage 8b

8b. Thematisieren und reflektieren Sie alle oder einige Kontextfaktoren mit Ihren Patienten? Wann und warum tun Sie das?	
1	Offenheit ist mir wichtig, gemeinsames Reflektieren hilft oft besser weiter,
2	Während der Therapiesitzung, meistens geht es darum das bestimmte Aufgaben zu Hause gemacht werden müssen, der Patient aber der Ansicht ist das es bei ihm keinen Sinn hat weil er das nicht alleine schafft. Ich appelliere dann an Freunde oder Familienmitglieder die ihn häufig besuchen.
3	für die Therapie bzw den Therapieerfolg relevante Themen, um Therapieziele zu erreichen bzw nicht zu gefährden oder zu stark zu verzögern
4	Ich halte diese Faktoren für mit am wichtigsten, um eine gute Therapie durchführen zu können
5	Um eine Bindung herzustellen und zu erklären, warum bestimmte Dinge so stattfinden
6	
7	Um einen reibungslosen Therapieablauf zu ermöglichen. Meist zu Beginn der Therapie oder wenn neue Verordnungen besorgt werden müssen
8	- organisatorische Faktoren - Patientenzufriedenheit erfragen, um Pat.-Thp.-Beziehung zu stärken
9	damit der Patient sich wohl fühlt und damit möglichst effektiv an der Therapie teilnehmen kann
10	
11	Wenn der Patient beispielsweise eine längere oder häufigere Behandlung wünscht.
12	
13	Am Anfang jeder Stunde, um Motivation zu erklären und damit die Aufmerksamkeitsfähigkeit von Patient/in und Therapeut/in zu sichern.
14	Das Aufzeigen und Besprechen der Kontextfaktoren führt oft den Grund auf, warum ein Problem da ist oder warum man etwas ändern möchte.
15	bei Stress und Konflikt
16	Ort/Setting der Therapie Frequenz der Therapie
17	Im Anamnesegespräch oder bei Veränderungen der Faktoren
18	
19	Bedingungen und Verhalten in sozialem und familiärem Umfeld - auch für häusliche Übungen
20	Bei organisatorischen Schwierigkeiten, Probleme bei Konzentration und Aufmerksamkeit seitens des Patienten...
21	z.B. in der Stimmtherapie, weil die eigene Befindlichkeit/ aktuelle Situation Auswirkungen auf die Stimme hat.
22	
23	Zu Beginn der Behandlung, um die Behandlung gegebenenfalls daran anzugleichen
24	
25	Motivation
26	Narraktive Therapie
27	
28	Sofort bei Missfallen, mein Nichtverstehen der Situation Ich frage frage frage
29	Bei Stagnation oder Störungen im Therapieprozess, um Erfolg der Therapie zu sichern

30	Manchmal irgendwann in einer der Therapien, manchmal am Ende. Um zu schauen, wo ich etwas Ändern kann und mehr auf die Patienten einzugehen und um ein generelles Feedback zu bekommen und dieses mit meiner Selbstreflexion abgleichen zu können.
31	bessere Fokussierung auf das Therapieziel
32	Bei Nachfrage des Patienten, innerhalb der interdisziplinären therapeutischen Aufnahme
33	Wenn es um Organisatorisches geht, damit Veränderung diskutiert werden kann
34	Zu Beginn der Therapie zur Vertragsgestaltung und Therapieplanung

Anhang A14: Aufschlüsselung Fragebogenfrage 9b

9b. Welche Kontextfaktoren sind das, die beeinflusst und verändert werden können?	
1	Termin, Fachwissen, Therapiepausen, Gespräche über zusätzliche Hilfe für den Patienten oder den Therapeuten
2	
3	Zeiten, wer Patient bringt bzw. bei der Therapie anwesend ist, Therapieumgebung, Motivation, Ziel(bewusstsein)
4	Event. Motivation Zeitfaktor
5	Räumlichkeiten; Materialien; Methoden
6	Familiäre Hilfe, soziale Einbindung
7	Therapiemotivation, Leidensdruck, Arbeitsumfeld.
8	- Verhalten, Motivation - Qualitätsmanagement in der Therapie und in der Institution
9	das Umfeld
10	
11	Meine persönliche Einstellung und den Austausch mit anderen Disziplinen kann ich direkt selbst beeinflussen.
12	Praxisbezogene Kontextfaktoren wie Digitalisierung oder Büroarbeit
13	Therapiezeit, z.B. Morgens besser als mittags Therapiedauer Therapiefrequenz Soziale Kontakte initiieren Medikation hinterfragen Etc.
14	Sowohl Umweltfaktoren also auch Personenbezogene Faktoren
15	Terminstress
16	Einstellungen zur Therapie Ort/Setting der Therapie Frequenz der Therapie Material
17	Änderung der Therapiezeit (vormittags zu nachmittags), Urlaubsvertretung, neue Praxisräume/neuer Therapieraum,...
18	Setting im Therapieraum, Therapiemethode, Therapiematerial, Tageszeit der Therapie,
19	Meiner Meinung nach die allermeisten, wenn man motiviert ist und etwas verändern möchte
20	Uhrzeit des Therapie-Termins, räumliche Gegebenheiten, Einsatz von Hilfsmitteln
21	- wir können einen zeitlich unstressigen Termin finden - wir können Störfaktoren besprechen (werden dann zwar nicht gelöst, aber nicht ignoriert)
22	Methoden, Setting, Zeit
23	sowohl organisatorischer, als therapeutischer Art
24	z. B. Kind, das wenig in der Familie gefördert wird: über Beratung Veränderung erreichen (z.B. gebe ich Empfehlung, eine Erziehungsberatung zu kontaktieren), bei wenig motivierten Patienten versuche ich über Information zu Folgen einer Nicht-Therapie (z.B. Stimmpat., MFT u.a.) dem Pat. zu erklären, wieso die Übungen/Veränderung notwendig ist. Organisatorischer Faktor: mit Lehrer absprechen, dass Schüler weniger Hausaufgaben machen muss wegen seiner Schwierigkeiten oder dass Schüler zur Therapie während der Unterrichtszeit kommen kann zur Logopädie, falls sonst zu lange Wartezeit auf besseren Termin
25	Motivation
26	Alle äußeren Hardfacts wie z.B. Alter.
27	Lebensumstände (Beispiel: Pat. stark eingeschränkt - Anschaffung eines Krankenhauses etc)

ANHANG

28	
29	Organisatorische Bedingungen, Motivation Fachliche Fähigkeit
30	Verhalten Rangehensweisen
31	Rahmenbedingungen
32	Therapeutenwechsel mgl., Einbeziehung von Angehörigen, alltagsnahe Therapie (Einkaufs-, Koch-, Fr��hst��cksgruppe), Wechsel von Einzel- und Gruppentherapie, Reduktion der Therapiemenge/ Absetzen der Logopädie bei mangelnder Motivation,...
33	Änderung des Therapieansatzes, falls der gewählte beim Patienten nicht greift. Terminänderung, falls Tageszeit für Therapie ungunstig
34	Zeitvorgaben / Termine, Zielvorstellungen, Motivation,

Anhang A15: Aufschlüsselung Fragebogenfrage 9c

	9c. In welcher Art und Weise können Kontextfaktoren beeinflusst und verändert werden?
1	Äußerer Gespräche, andere Denkweisen, supervision, Fortbildung bessere Orga-Bedingungen
2	persönliche Gespräche mit Freunden oder Angehörigen, Wohnraumoptimierung
3	Gespräche, Beratung, Veränderung der Therapiegestaltung/-situation/-umfeld
4	Veränderung der äußeren Rahmenbedingungen Gespräch evtl. Probleme transparent machen
5	Durch persönliche Anpassung auf den Patienten/ die Situation
6	Angehörigen Gespräch
7	Durch ein vertrauensvolles und angenehmes Therapieklima kann Motivation gefördert werden. Durch fehlende Empathie oder Desinteresse kann Motivation gehemmt werden. Durch Neuorientierung kann sich das Arbeitsumfeld ändern. Durch eine erfolgreiche Therapie / ein vertrauensvolles zugewandtes Verhältnis kann sich Leidensdruck mindern. Durch persönliche Ablehnung / nicht erfolgreiche Therapie kann Leidensdruck erhöht werden.
8	#NAME?
9	kommt auf den Kontextfaktor an
10	
11	Häufig geht ein kollegialer Austausch. Hin und wieder ein Gespräch mit dem Vorgesetzten oder Koordinator, z.B. um räumliche Veränderungen herbeizuführen.
12	
13	#NAME?
14	Reflexion Verbesserung der Selbstwahrnehmung
15	Gespräch, Umorganisation
16	Offenes Gespräch mit dem Patienten (für Verständnis der Situation sorgen) Änderung Ort /Setting/Material durch Therapeut Reflexion des Therapeuten (allein, in teamgespräch oder Supervision)
17	Zeitlich, personell, örtlich
18	Auswahl der Therapiemethoden und des Therapiematerials, Therapiezeit verändern
19	Durch die Therapie, durch Anregungen, durch spezifische Gespräche
20	Aufklärung und Information der Eltern hinsichtlich gefährdlicher Verhaltensweisen
21	Gespräch Organisation
22	?
23	Zeiten, bzw. Inhalte können dem momentanen "Zustand" des Patienten angeglichen werden
24	Gespräch mit Geben von Information Miteinbeziehung anderer beteiligter Berufsgruppen, ggf Unterstützung
25	Gespräche über Motivation
26	Durch Veränderung der Sichtweise.
27	Krankenkassen, Familie
28	Erklären Erklären, Aufklären mit Zeit und Wiederholungen
29	Fachliche Weiterbildung, Supervision/kollegialer Austausch, Therapie-

ANHANG

	ziele können motivationsfördernd und alltagsrelevant formuliert werden,
30	
31	Offenheit
32	Im Gespräch
33	Siehe 9b
34	Gespräch / Reflexion, Planung

Anhang A16: Aufschlüsselung Fragebogenfrage 9d

Warum könnte es sinnvoll sein, Kontextfaktoren zu beeinflussen?

Stagnation / Therapieerfolg gefährdet /bisheriges Vorgehen nicht zielführend / Steigerung von Effizienz und Effektivität / verbesserte Annahme v. Inhalten / Therapieziele in den Fokus nehmen	22
Therapiemüdigkeit / Motivation herstellen und erhalten / Schwierigkeiten / Pat.-Aufmerksamkeit	9
Transfer in den Alltag / Partizipation verbessern / Ressourcen aktivieren / Behinderungen im Ablauf	5
Verbesserung des Wohlbefindens / Zufriedenheit / Verbesserung TB / Pat. Wünsche berücksichtigen	10
Arbeitsklima verbessern / QM	1
Risikofaktoren minimieren / Kontextfaktoren verbessern (Jugendamt) /	2
„Wenn Therapeut keine gute Therapie durchführen kann“	1

Wann ist es sinnvoll KF zu verändern?

„Zu jeder Zeit“ 1

„Immer mal wieder“ 2

Anhang A17: Aufschlüsselung Fragebogenfrage 12

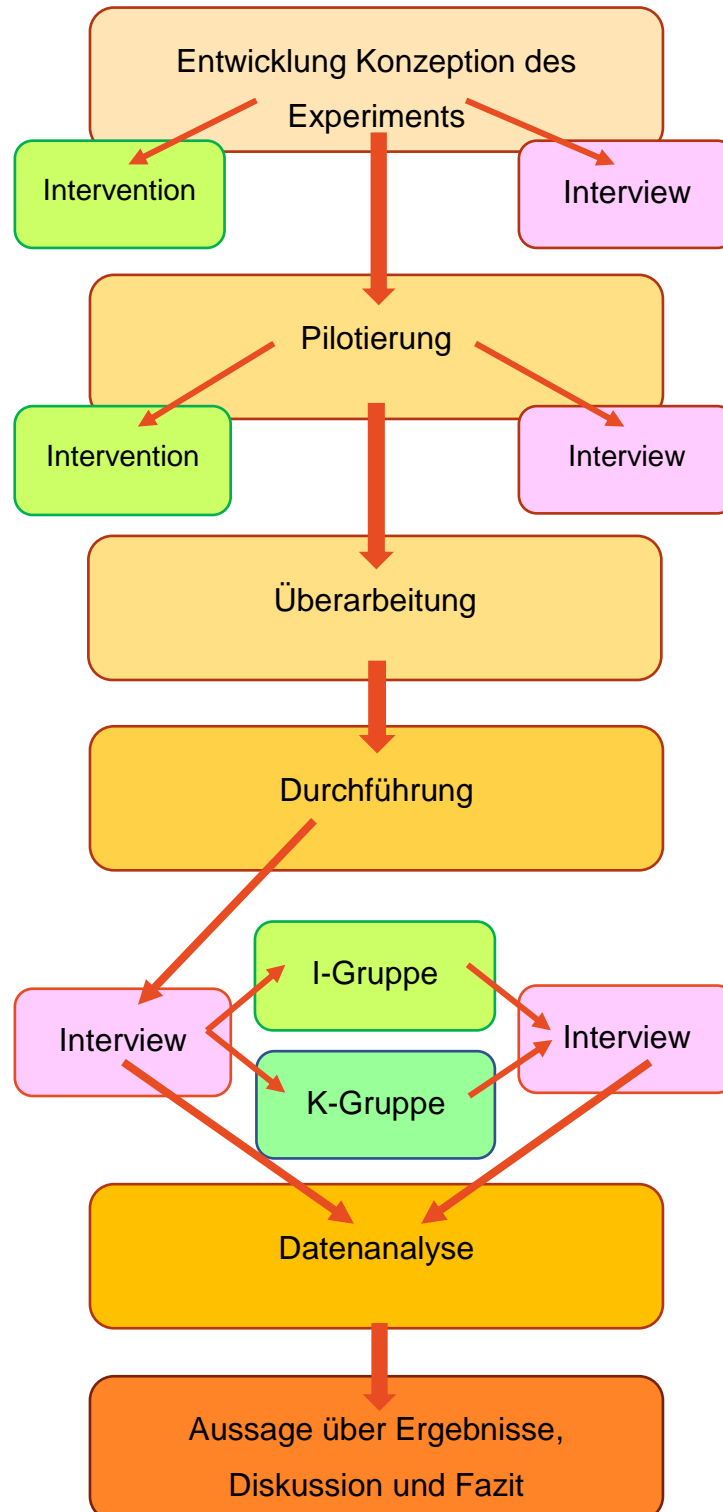
12. Bitte geben Sie an, welche Kontextfaktoren Sie als besonders bedeutsam für die Therapie einschätzen	
1	Sollte individuell eingeschätzt werden. Therapiemotivation ist oft durch einen passenden Termin zu beeinflussen
2	-
3	Sympathie, Kompetenz
4	
5	Sympathie/ Empathie; räuml. Gegebenheiten;
6	Motivation Sozialisation Selbstwert Eingebundenheit im soz. Umfeld
7	Vertrauensverhältnis, Qualifikation der Therapeutin, Motivation der Patienten
8	#NAME?
9	
10	Motivation von Patient + Therapeutin, Berufserfahrung
11	das soziale Umfeld des Patienten
12	Therapiemotivation Gute Arbeitsbedingungen in der Praxis
13	Soziales Umfeld
14	
15	Motivation
16	Kultur/Normen/Werte
17	Beziehung Therapeut-Patient, Zeit, evtl kultureller Hintergrund
18	Therapiemotivation, familiäres Umfeld, eigene therapeutische Kompetenz.
19	familiäre situation und Hilfen im sozialen Umfeld
20	Vertrauen und Offenheit der Eltern gegenüber der Therapeutin, positive Beziehung zwischen Patient und Therapeutin, organisatorische Rahmenbedingungen
21	Patient-Therapeuten-Beziehung
22	Motivation, Erfolge
23	die Beziehung zwischen Therapeut und Patient und die auf den Patienten abgestimmte Behandlung
24	Möglichkeiten des Patienten, Therapie motiviert und regelmäßig durchzuführen, Engagement der Logopädin zu regelmäßigen Fortbildungen und deren Umsetzung, Bezahlung der Logopädin(!) also weniger und bessere Therapien vs. viele Therapien, die weniger genau vorbereitet werden können, Warteliste bis Therapie beginnen kann, Engagement und auch Informationsstand der Überweisenden Ärzte, Lebenssituation des Patienten (zB. Kind, das gut gefördert wird oder nicht gut unterstützt)
25	Motivation, Beziehung zwischen Patient und Therapeut
26	Motivation und Teilhabe
27	Lebensumstände (wenn Pat. unter Depressionen leidet eher schwierig)
28	Vertrauen und Angstfreiheit
29	Therapiemotivation Therapeuten-Patient-Beziehung Fachliche Fähigkeit
30	soziales Umfeld, Alter
31	Motivation als Voraussetzung Zielsetzungen
32	Interessen des Pat., Alltagsnähe, "gutes Verhältnis" zwischen Therapeut und Patient
33	Motivation Therapeuten-Patientenbeziehung
34	Einstellung des Pat., Erfahrung d. Thp.

Anhang A18: Aufschlüsselung Fragebogenfrage 13

	13. Welchen Einfluss hat Ihrer Meinung nach speziell die Patient-Therapeut-Beziehung auf die Therapiewirksamkeit? Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten
1	Empathie. Eine gute Beziehung verstärkt das Fachwissen
2	Verstehen sich Therapeut und Patient gut können auch schwierige Aufgaben, bei denen andere Patienten gleich abgebrochen haben, besprochen und gelöst werden. Weiterhin bekommt man eine ehrlichere Rückmeldung über die Wirksamkeit der Therapie. Ich bin der Meinung das eine gute Patienten-Therapeuten-Beziehung ein wesentlicher Bestandteil einer Wirksamen Therapie ist.
3	eine sehr, sehr große. Sympathie ist sehr ausschlaggebend für die Erfolgsausichten
4	Ich halte die Patient- Therapeut-Beziehung für wichtiger als die Therapiemethode. Sie bildet die Basis für eine gelingende Therapie und ist elementar wichtig!
5	Sie hat einen hohen Einfluss, denn nur dadurch kann eine motivierende Atmosphäre geschaffen werden und der Patient kann sich wohlfühlen, bzw. in seinem Verhalten öffnen und sich der Bewältigung der Übungen hingeben.
6	Wenn sich Pat. verstanden/gehört fühlt, kann er/sie sich wiederum eher auf die Therapieinhalte einlassen
7	Die Patient-Therapeuten Beziehung ist entscheidend, weil Fortschritte nur mit Freude erzielt werden können. Macht die Therapie keinen Spaß, dauert der Erfolg länger oder bleibt vielleicht aus.
8	- die Pat-Thp-Beziehung hat einen deutlichen Einfluss auf die Wirksamkeit, wie ist die Sympathie untereinander (positiver Faktor) oder wie kann der Thp. motivieren und unterstützen oder auch anders herum - Einfluss der "common factors"
9	ich denke dies hat einen sehr großen Einfluss, da es die Motivation und die Bereitschaft des Patienten beeinflusst
10	deutlichen Einfluss
11	Besteht eine Sympathie zwischen Patient und Therapeut, kann diese zu einer Wirksamkeitssteigerung oder gar einem Placeboeffekt beitragen.
12	Einen großen Einfluss. Empathie ist wichtig, dass der Patient sich innerhalb seiner Stimmung ernst genommen, und sich sicher fühlt
13	Basis allen Handelns
14	Damit der Patient intrinsische Motivation aufbaut und sich auf die Übungen, die zur Zielerreichung führen sollen, einlässt ist eine gute Beziehung zwischen Therapeut und Patient wichtig. Das gute Verhältnis zwischen den beiden Individuen beeinflusst die Bereitschaft innerhalb der Therapie Fortschritte zu machen und z. B. Auch wie oft häusliche Übungen durchgeführt werden.
15	großer Einfluss
16	Beeinflusst die Therapie maßgeblich! Therapie wird effektiver und effizienter, Hausaufgaben/Übungen werden öfter durchgeführt, Verständnis für die Therapie ist vorhanden, Zusammenarbeit in der Therapiestunde gelingt besser, Patient kann sich besser öffnen und wichtige persönliche Details berichten, Motivation wird höher,
17	Die "Chemie" sollte stimmen, um Motivation, Aufmerksamkeit und Compliance zu unterstützen.
18	Einen sehr hohen Einfluss. Der Patient entwickelt sich leichter und schneller, wenn er sich in der Behandlung wohl und gut aufgehoben fühlt.
19	Meiner Meinung nach einen starken Einfluss. Es kommt natürlich darauf an wie sehr sich ein Patient auf die Therapie einlässt.
20	Ich denke, dass die Motivation des Patienten, insbesondere von Kindern, sehr stark steigt, wenn er mit jemandem zusammen ist, den er sehr gerne mag.

21	falls die Beziehung nicht gut ist, wird sich der Patient eventuell gegen das Angebot sträuben. Im Gegenzug engagiert sich der Therapeut evtl. stärker, wenn er sich mit dem Patient mehr verbunden fühlt.
22	Eine gute Beziehung lässt Patienten die Therapieinhalte besser annehmen, fördert die Motivation.
23	Sie ist meiner Meinung nach sehr hoch (mind. 50%), weil ein Patient, der sich "gut aufgehoben" fühlt, viel mehr auf die Behandlung und die Methode einlassen kann.
24	sehr wichtiger Faktor! -ich denke, dass besonders Kinder bei guter Beziehung zur Logopäden bessere Fortschritte machen können, sie erzählen auch offener von Sorgen u.Ä. fühlen sich unterstützt und kommen gern zur Therapie, lernen besser, wenn die Stunde Spaß macht. Bei Erwachsenen ist ebenso gut Beziehung wichtige und notwendige Basis für wirksame Therapie
25	hohen Einfluss
26	Absolut wichtig Ohne Beziehung keine Therapie
27	sehr wichtig für den Umgang und den Aufbau von Vertrauen
28	Das allerwichtigste überhaupt
29	Sie ist die Basis, auf der Veränderung stattfinden kann.
30	Einen sehr großen! Deswegen finde ich die freie Therapeutenwahl so wichtig und hebe diese bei jeder Neuanmeldung hervor! Wenn die Patienten-Therapeuten-Beziehung nicht gut ist, man sich gegenseitig nicht sympatisch ist, ist es schwer möglich eine erfolgreiche Therapie durchzuführen.
31	Grundvoraussetzung
32	hoch, beeinflusst Motivation und Erfolge in großem Maß.
33	Therapeuten-Patientenbeziehung hat einen großen Einfluss auf die Therapiewirksamkeit. Wenn die Beziehung zwischen Therapeut und Patient nicht stimmt, kann der Patient sich meiner Meinung nach nicht so gut auf die Therapie einlassen und der Therapeut kann therapeutische Maßnahmen nicht in vollem Umfang ausführen.
34	Wenn die "Chemie" stimmt geht alles besser, dann kommen Erfolge schneller, daher hat das besonders großen Einfluss

Anhang A19: Ablaufplan Experiment



Anhang A20: Anschreiben und Einverständniserklärung Patienten



Europäische Fachhochschule | Werftstraße 5 | 52057 Kitzloch

Liebe Patienten und Projektteilnehmer,

zunächst möchte ich mich kurz vorstellen: Ich bin Sabine Schneeberger und seit 30 Jahren Logopädin. Nach einem berufsbegleitenden Studium an der Europäischen Fachhochschule (eufh) in den letzten Jahren, stehe ich jetzt kurz vor dem Abschluss mit dem „Master of Science“ in Logopädie. Mit diesem Schreiben möchte ich Sie über mein geplantes Forschungsvorhaben im Rahmen meiner Masterarbeit informieren.

Wenn im Leben eines Menschen durch Erkrankung oder andere Ereignisse Probleme mit der Sprache, dem Sprechen oder dem Schlucken auftreten, die das bisher geführte Leben beeinträchtigen, ist das immer ein großer Einschnitt. Alle angebotenen Hilfsmaßnahmen und Therapien haben eine Verbesserung des Krankheitszustandes oder gar die Heilung zum Ziel.

Bisher ist aber, trotz der Forschung über verschiedene Methoden und Therapieansätze noch zu wenig darüber bekannt, welche übergreifenden Faktoren auch zusätzlich für die Wirksamkeit einer Therapie verantwortlich sind. Darauf soll im geplanten Projekt der Schwerpunkt gelegt werden.

Die Frage, ob es unabhängig von der Erkrankung und der nun bestehenden Schwierigkeit Therapiefaktoren gibt, die eine günstige Prognose erwarten lassen oder aufgrund derer sogar eine verbesserte Wirkung der Therapiemethode nachgewiesen werden kann, soll erforscht werden. Dazu benötige ich Ihre Hilfe und Mitarbeit.

Das ganze Projekt ist so aufgebaut, dass ihre Sprachtherapeutin die gewohnte Therapie wie bisher mit Ihnen durchführt. Sie wird aber einige zusätzliche Schritte in die Therapie einbauen, die Ihre Therapie nicht beeinträchtigen werden. Möglicherweise bemerken Sie dies nicht mal. Dabei wird sie vielleicht mit Ihnen über Ihre Ziele und Wünsche für die Therapie und über die therapeutische Beziehung sprechen. Zusätzlich wird sie dies dokumentieren.

Die Projektphase dauert 6 Therapieeinheiten. Ihre aktive Mitarbeit bezieht sich auf zwei Interviews, die ich mit Ihnen zu Beginn und am Ende der Projektphase führen möchte. Im ersten Interview möchte ich Ihnen Fragen zu Ihren Erwartungen und im zweiten Interview zu Ihrer Zufriedenheit mit den Therapieergebnissen stellen. Darunter fallen auch Fragen nach Ihrer Befindlichkeit während der Therapiephase und ihrem Verhältnis und der Zusammenarbeit mit ihrer Sprachtherapeutin.

Das Interview werde ich selbst telefonisch oder direkt mit Ihnen führen. Dafür plane ich pro Gespräch etwa 20 Minuten ein. Das gesamte Gespräch wird mit einem Diktiergerät aufgenommen. Ihre Antworten werden niedergeschrieben und dann wird die Aufnahme in der Datentransferstelle an der eufh anonymisiert archiviert. Natürlich werden Ihre Antworten vertraulich behandelt. Ihre Sprachtherapeutin erhält keine Einsicht in Ihre Antworten.

Die Ergebnisse des Projektes, also auch Ihre Antworten, werden in meiner Masterarbeit, natürlich ohne Originalnamen, sondern mit einem Code versehen, veröffentlicht. Möglicherweise werden sie später auch in Fachzeitschriften oder auf Fachkongressen dargestellt. Eine Rückverfolgung auf Ihre Person ist durch die Verschlüsselung unmöglich.



Großleche Fachhochschule | Wierßstraße 5 | 19037 Rostock

Eine Projektteilnahme ist nur mit Ihrem Einverständnis möglich. Sie können dies jederzeit zurückziehen. Dies hat keine Nachteile für Sie oder den Erfolg Ihrer Therapie.

Bei weiterführenden Fragen zum Projekt können Sie sich gerne an Ihre Sprachtherapeutin oder unter der eMail-Adresse: sabine.schneeberger@eufh-med.de an mich wenden.

Ich freue mich, dass sich Menschen finden, die bereit sind etwas ihrer Zeit für notwendige Forschung aufzuwenden. Für Ihre Hilfe und Mitarbeit danke ich Ihnen sehr.

Mit herzlichen Grüßen

Groß-Gerau im Februar 2018

Anhang A20: Einverständniserklärung Patienten



Europäische Fachhochschule | Werftstraße 3 | 53057 Kastell

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich

_____ *Vorname und Nachname*

an einer Studie zur Untersuchung der Kontextfaktoren und der Patient-
Therapeut-Beziehung, im Rahmen einer Masterarbeit an der Europäischen
Fachhochschule (eufh), teilnehme.

Ich wurde über das Ziel der Studie, über die geplanten Interviews und die
geplante Intervention aufgeklärt. Ich weiß, dass die Teilnahme an der Studie
freiwillig ist und jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden
kann. Ein Abbruch führt zu keinerlei Konsequenzen oder Nachteilen für mich.

Ich bin damit einverstanden, dass Sprachaufnahmen während der Interviews
gemacht werden. Ich weiß, dass diese Aufnahmen streng vertraulich behandelt
werden, anonymisiert und mit einem Kode versehen werden, sodass sie nicht
mehr auf mich zurückverfolgt werden können. Nach Beendigung der
Masterarbeit werden die Sprachaufnahmen an der Datentransferstelle der
EUFH archiviert.

Ich bin darüber informiert, dass Auswertungsergebnisse der Interviews auch in
Fachzeitschriften oder Fachtagungen veröffentlicht werden können. Diese
enthalten keine persönlichen Angaben von mir.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Aufklärung verstanden habe
und an der Studie teilnehme.

_____ *Ort Datum*

_____ *Unterschrift*

Anhang A21: Einverständniserklärung Therapeuten



**EUROPÄISCHE
FACHHOCHSCHULE**
Fachbereich Angewandte Gesundheitswissenschaften

Europäische Fachhochschule | Werftstraße 3 | 52057 Kostick

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich

Vorname und Nachname

dass ich bereit bin an einer Studie zur Untersuchung der Kontextfaktoren und der Patient-Therapeut-Beziehung, im Rahmen einer Masterarbeit an der Europäischen Fachhochschule (eufh), als ausführende Therapeutin teilzunehmen.

Ich wurde über das Ziel der Studie, über die geplanten Interviews und die geplante Intervention aufgeklärt. Ich weiß, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden kann. Ein Abbruch führt zu keinerlei Konsequenzen oder Nachteilen für mich.

Ich bin damit einverstanden, dass Sprachaufnahmen während der Interviews gemacht werden. Ich weiß, dass diese Aufnahmen streng vertraulich behandelt werden, anonymisiert und mit einem Kode versehen werden, sodass sie nicht mehr auf mich zurückverfolgt werden können. Nach Beendigung der Masterarbeit werden die Sprachaufnahmen an der Datentransferstelle der EUFH archiviert.

Ich bin darüber informiert, dass Auswertungsergebnisse der Interviews auch in Fachzeitschriften oder Fachtagungen veröffentlicht werden können. Diese enthalten keine persönlichen Angaben von mir.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Aufklärung verstanden habe und an der Studie teilnehme.

Ort Datum

Unterschrift

Europäische Fachhochschule Rhein/Erfurt GmbH | AG Köln HRB 45064 | www.eufh.de
Geschäftsführung: Dipl.-Kfm. Philipp Gülke | Prof. Dr. Birger Lang

Anhang A22: Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln

- Es wird wörtlich transkribiert
- Vorhandene Dialekte werden möglichst genau ins Hochdeutsch übersetzt
- Sprache und Interpunktion werden – zur besseren Lesbarkeit – leicht geglättet. Die Satzform und Wortwahl wird beibehalten, auch wenn sie Fehler enthält
- Zustimmungende / bestätigende Lautäußerungen „Mhm“, „Aha“ etc. werden transkribiert, wenn sie den Redefluss des anderen unterbrechen
- Lachen / Seufzen etc. werden notiert (in Klammern), wenn sie für die Aussage entscheidend sind
- Absätze der Interviewerin werden mit „I:“ gekennzeichnet, die des Befragten mit „B:“
- Jeder Sprechbeitrag wird durch einen neuen Absatz gekennzeichnet, aber ohne Leerzeile
- Kennzeichnung unverständlicher Äußerungen oder Passagen mit (unv.)
- Angabe längere Gesprächspause / Überlegen (Pause in Sek. oder „—“)
- Kennzeichnung bei gleichzeitigem Reden (I: Redebeitrag)
- Störungen werden in Klammern gekennzeichnet (z.B. Handyklingeln)
- Alle Angaben, die einen Rückschluss auf die befragte Person ermöglichen, (auch Ortsangaben) werden durch XX anonymisiert

Regeln inspiriert aus Kuckartz (2016)

Interventionsmanual

Sinn und Ziel der Intervention

Im Rahmen meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit den übergeordneten Wirkfaktoren von Therapie. Unabhängig von Störungsbild bzw. Therapieansatz und -methode soll herausgefunden werden, welche Bedingungen zusätzlich für einen Therapieerfolg verantwortlich sind. Die Relevanz dieser Fragestellung ist sowohl für die Patientenversorgung als auch für unsere Berufsgruppe gegeben.

Als mögliche Einflussfaktoren werden vor allem die Kontextfaktoren des Patienten, seine persönlichen Bedingungen und die seiner Umwelt angesehen. Besonders die Beziehung von Patient und Therapeut hängt von der Persönlichkeit, der Erwartungshaltung und der Grundeinstellung des Patienten aber auch von der Erfahrung und der Person des Therapeuten ab. Ob und wie stark dieser Faktor für die Wirksamkeit der Therapie ist, soll herausgefunden werden. Dabei soll auch untersucht werden, ob die Patient-Therapeut-Beziehung durch regelmäßige Reflexion beeinflussbar ist und ob sie den Therapie-Outcome positiv beeinflussen.

Ablauf der Intervention

Das Projekt ist in drei Bereiche aufgeteilt, wie in Abbildung 1 zu sehen ist. Zunächst führe ich selbst jeweils mit dem Patienten und dem Therapeuten unabhängig voneinander ein Interview. Dem Patienten werden im Eingangsinterview Fragen zu Erwartungen, Einstellungen, Zufriedenheit etc. gestellt. Der Therapeut wird ebenfalls zu Erwartungen und Einstellungen, aber auch zur Erfahrung im Beruf und seiner Einstellung bezüglich der Patient-Therapeut-Beziehung befragt. Die Interviewzeit wird mit etwa 20 Minuten veranschlagt. Das Interview könnte im Einzelfall aber auch etwas länger dauern. Das Interviewgespräch wird mit einem Diktiergerät aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Auswertung erfolgt anonymisiert. Therapeut und Patient erfahren die Antworten des jeweils anderen nicht.

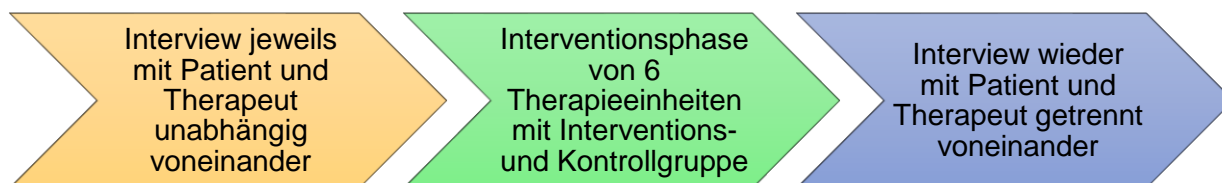


Abbildung 1: Verlauf der Interventionsphase

Dann erfolgt die Interventionsphase von 6 Therapieeinheiten, unabhängig davon, wie lange diese Phase dauert. Das variiert natürlich durch Therapiefrequenz pro Woche, Krankheiten etc. Alle Patient-Therapeut-Paare werden entweder zur Interventionsgruppe oder zur Kontrollgruppe zugewiesen.

Nach der Interventionsphase erfolgt nochmal jeweils mit Patient und Therapeut unabhängig voneinander ein Interview. Beim Abschlussinterview werden die Probanden zur Therapiezufriedenheit und -erfolg, zur Patient-Therapeut-Beziehung und zur Einschät-

zung bezüglich dessen Einfluss etc. von mir befragt. Die Therapeuten erhalten ähnliche Fragen.

Interventionsgestaltung und Inhalte

Während der eigentlichen Intervention befinden Sie sich mit ihrem Patienten entweder in der Interventionsgruppe oder in der Kontrollgruppe. Ihre Zuteilung erfolgte randomisiert durch ein Losverfahren.

Therapeuten haben als Teilnehmer der **Interventionsgruppe** die Aufgabe, zu Beginn und zum Ende jeder der 6 Therapieeinheiten gemeinsam mit dem Patienten über die Therapie und die therapeutische Beziehung zu reflektieren. Dabei sollen Reflexionsfragen gestellt werden. Es ist kein geeigneter Weg diese Fragen „abzuarbeiten“. Sinnvoller und für Sie angenehmer ist es, wenn Sie einige geeignete Fragen „herauspicken“ und ein kurzes Gespräch mit ihrem Patienten führen. Es könnten nach jeder Therapieeinheit auch immer andere Fragen im Fokus stehen.

Eine Auswahl der Fragen befinden sich gesondert im Anhang, damit sie dies als Gedankenstütze mitnehmen können. Verstehen Sie diese Fragen als Anregungen. Möglicherweise reicht es bereits eine einzige offene Frage zu stellen.

Das kurze Reflexionsgespräch zu Beginn der Therapieeinheit kann sicherlich im Rahmen des allgemeinen „Ankommens-Gesprächs“ geführt werden. Am Ende der Therapieeinheit sollte 5 Minuten vorher mit der eigentlichen Methode geendet werden, um Zeit für ein kurzes Reflexionsgespräch zu haben. Damit wird dann auch der Patient verabschiedet und entlassen. Die Gesamtreflexionszeit / Gesprächszeit pro Sitzung sollte 5-7 Minuten nicht überschreiten.

Nach der Therapieeinheit reflektiert der Therapeut zusätzlich kurz für sich alleine, wie er sich in der Stunde gefühlt hat und wie es ihm in der Patient-Therapeut-Beziehung geht. Diese Reflexion notiert der Therapeut für sich alleine auf einem Reflexionsbogen, den es ebenfalls im Anhang gibt.

Die Gespräche zwischen Patient und Therapeut und auch die Protokollbögen werden nicht kontrolliert, also nicht aufgenommen und nicht von mir begutachtet.

Therapeuten der **Kontrollgruppe** haben keine Aufgaben in der Interventionsphase. Sie verändern nichts bezüglich der Therapie und arbeiten wie gewohnt.

Die Patienten werden nicht darüber aufgeklärt, ob sie sich in der Interventions- oder in der Kontrollgruppe befinden.

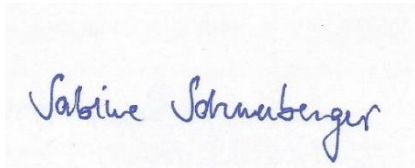
Grundsätzlich können alle Patienten, mit beinahe allen Störungsbildern, in die Intervention eingeschlossen werden. Ausgeschlossen werden aber Patienten, die nicht fähig sind, das Interview zu führen und die Fragen zu beantworten oder die noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind, über die Therapie und die Patient-Therapeut-Beziehung zu reflektieren. Das betrifft insbesondere Kinder unter 14 Jahren, Patienten mit globaler Aphasie, Patienten mit zusätzlichen psychiatrischen Auffälligkeiten und Patienten mit fortgeschrittener Demenz. Für die Studie suche ich erwachsene Patienten und Eltern von Kindertherapien. Das erhöht die Vergleichbarkeit. Wenn Sie unsicher sind, ob sich einzelne Patienten für dieses Projekt eignen, fragen Sie bitte bei mir nach.

Umgang mit Fragen und Problemen

Es könnte natürlich passieren, dass sich über die Reflexionen erst Probleme oder Schwierigkeiten auftun. Dann ist es erforderlich, dies mit dem Patienten anzusprechen. Sie sind aber dabei nicht alleine. Zu Ihrer Unterstützung ist es jederzeit möglich, Kontakt mit mir aufzunehmen und mit mir über Fragen und Schwierigkeiten zu sprechen unter meiner mail-Adresse: sabine.schneeberger@eufh-med.de

Ich freue mich und bin auch dankbar, dass es Therapeuten gibt die bereit sind, Zeit und Engagement für die Forschung aufzubringen.

Herzlichen Dank dafür

A handwritten signature in blue ink that reads "Sabine Schneeberger". The signature is written in a cursive style and is positioned to the left of the typed name and date.

Groß-Gerau im Februar 2018

Interventionsfragen – Erinnerungshilfe, was man fragen / ansprechen könnte:

Zu Beginn der Stunde

Das Folgende kann man, muss man aber nicht sagen:

Ich möchte und muss aus den Reaktionen meiner Patienten lernen. Es ist mein Ziel mich als Therapeutin immer weiter zu verbessern und zum Wohle der Patienten mein Verhalten und andere Aspekte zu verändern. Ich profitiere von ihrer Ehrlichkeit. Sie müssen keine Angst oder Sorge haben, dass sie mir mit Kritik „auf den Schlips treten“ oder dass das negative Konsequenzen für sie hat. Darum möchte ich mich gerne mit ihnen über verschiedene Fragen unterhalten und mit ihnen gemeinsam überlegen:

- Gibt es noch Reste aus der letzten Stunde?
- Wie haben sie die Ergebnisse der letzten Stunde in den Alltag übertragen können?
- Wie geht es ihren Angehörigen / Freunden mit den Therapiefortschritten? Fallen Erfolge auf? Gibt es Ungeduld, Enttäuschung, Frustration oder im Gegenteil Freude, Stolz und erwartungsfrohe Zuversicht über den Therapiefortschritt?
- Haben sie nach der letzten Stunde über mich und unsere Beziehung nachgedacht?
- Hätten Sie, mit etwas Abstand betrachtet, etwas an mir gerne noch mal angesprochen oder verändert? Das könnte eine Reaktion von mir gewesen sein, ein Kommentar, eine Hilfestellung...?
- Wie schätzen sie meine Loyalität und Fürsorge ihnen gegenüber ein?
- Wie zufrieden sind sie mit der Therapie und unserem therapeutischen Miteinander?

Zum Stundenende

Auch jetzt zum Stundenende möchte ich gerne noch Mal mit ihnen über die Stunde nachdenken. Sie dürfen ganz ehrlich ihre Eindrücke und Empfindungen sagen

- Wie ist es ihnen heute in der Stunde ergangen?
- Haben sie den Eindruck, dass die Therapiemaßnahmen geeignet sind / waren?
- Wie war heute aus ihrer Perspektive und Wahrnehmung unser Kontakt?
- Konnten sie sich mir gegenüber öffnen?
- Hatten sie den Eindruck, dass ich ihre Anliegen angehört und verstanden habe?
- Hatten sie den Eindruck, dass mir ihre Anliegen wichtig sind?
- Könnten sie diesen Satz sagen: „Als Ergebnis der Sitzung ist mir jetzt klarer, was ich selbst tun kann und wo der Weg hinführt“?
- Haben sie den Eindruck, dass ich ihnen ein Stück weiterhelfen konnte?
- Haben sie den Eindruck, dass wir an einem Strang ziehen und gemeinsam arbeiten?
- Haben Sie Hilfe zur Selbsthilfe erhalten? Wie wird dies im Alltag gelingen?
- Habe ich vergessen, etwas Wichtiges anzusprechen?
- Was wünschen sie sich für die kommende Stunde?

Zur Eigenreflexion

Datum	IV-Nr.	Was ist in der Stunde gelungen, was ist nicht gut gelaufen	Wie habe ich mich mit dem Patienten gefühlt, wie ist unser Verhältnis
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		

Anhang A24: Eingangsinterview

Bevor wir jetzt das Gespräch beginnen, versichere ich ihnen nochmal die absolute Verschwiegenheit ihrem Patienten / ihrem Therapeuten gegenüber und die Anonymisierung des Interviews. Haben sie noch Anmerkungen oder Fragen, die sie äußern möchten, bevor das Aufnahmegerät angestellt wird? Dann stelle ich jetzt das Telefon laut und das Aufnahmegerät an, in Ordnung?

Demografische Daten Therapeutin	Demografische Daten Patient
Alter / Ausbildung	Alter / Ausbildung
Seit wann im Beruf / Erfahrung	Jetziges Sprachproblem / -schwierigkeit
	Seit wann dauert die aktuelle Therapie

Ziel der Initialfrage: Allgemeine Hinführung zum Thema PTB	
Einführung Therapeutin	Einführung Patient
Kontextfaktoren können in zwei Bereiche eingeteilt werden: die personalen und die Umweltfaktoren. Zu den Umweltfaktoren gehört auch die Patient-Therapeut-Beziehung, die hier im Fokus steht. In meiner Onlineumfrage hat sich herausgestellt, dass viele Therapeuten der PTB einen hohen Stellenwert einräumen.	Menschen treten miteinander in Beziehung, wenn sie etwas gemeinsam machen. Auch in einer Therapie gibt es eine Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Die therapeutische Beziehung steht hier im Fokus meiner Studie. Ich habe eine Onlineumfrage unter Therapeuten zu diesem Thema gemacht. Jetzt interessiert mich natürlich auch die Meinung und Ansicht der Patienten dazu.
Formulierungen der Initialfrage für Therapeutin	Formulierungen der Initialfrage für Patient
Versuchen sie mal zu definieren, was in ihren Augen die Patient-Therapeut-Beziehung ist. Was bedeutet die Beziehung zwischen Patient und Therapeut für die Therapiewirksamkeit? Erzählen sie mal...	Welche Erfahrungen haben sie bisher mit Therapien gemacht? Können sie beschreiben, was in ihren Augen die Patient-Therapeut-Beziehung ist? Was bedeutet die Beziehung zwischen Patient und Therapeut für die Wirksamkeit der Therapie? Erzählen sie mal...
Weiterführende Fragen für Therapeutin	Weiterführende Fragen für Patient
Wurde in ihrer Ausbildung / Fortbildung / Supervision / Teamgespräch die Patient-Therapeut-Beziehung angesprochen? Was sind Grundvoraussetzungen, damit die therapeutische Beziehung gelingt? Was muss der Therapeut in seiner Persönlichkeit mitbringen, damit die PTB gelingt? Oder auch der Patient?	Haben sie darüber schon mal gelesen, gehört oder mit Freunden gesprochen? Was sind Grundvoraussetzungen, damit die therapeutische Beziehung gelingt? Was muss der Therapeut in seiner Persönlichkeit mitbringen, damit die Beziehung gelingt? Oder auch der Patient?

Ziel der Forschungsfrage 1: Betrachtung der PTB speziell in dieser Therapie	
Einführung Therapeutin	Einführung Patient
Denken Sie jetzt mal an den Patienten, mit dem sie an dieser Studie teilnehmen.	Denken Sie jetzt mal an ihre aktuelle Sprachtherapie
Formulierung Frage 1 für Therapeutin	Formulierung Frage 1 für Patient
Beschreiben sie, wie ihr Verhältnis zu diesem Therapeuten aussieht, ruhig auch mit Beispielen Was schätzen sie an ihrem Patienten? In welcher Hinsicht sind sie mit der Therapie bisher zufrieden? Wie zufrieden sind sie mit der therapeutischen Beziehung?	Beschreiben sie, wie ihr Verhältnis zu ihrer Therapeutin aussieht, ruhig auch mit Beispielen Was schätzen sie an ihrer Therapeutin? Warum würden sie ihre Therapeutin weiterempfehlen? In welcher Hinsicht sind sie mit der Therapie zufrieden ist? Sind sie auch mit der therapeutischen Beziehung zufrieden? Warum?
Weiterführende Fragen Therapeutin	Weiterführende Fragen Patient
Freuen sie sich auf ihren Patienten und den Therapietermin? Stimmt die Chemie zwischen Ihnen? Hört der Patient ihnen zu? Falls nicht warum? Haben sie den Eindruck, dass der Patient sie versteht? Falls nicht, woran könnte es liegen? Haben sie den Eindruck, dass der Patient mit der Therapie zufrieden ist? Woraus schließen sie das? Thematisieren sie Wünsche und Bedürfnisse mit ihrem Patienten? Wie leicht oder schwer fällt es ihnen, auf die Wünsche des Patienten einzugehen? Haben sie gemeinsame Zielvereinbarungen getroffen? Schätzen und mögen sie ihren Patienten? Weiß er das auch? Wie drücken sie das aus?	Freuen sie sich auf ihre Therapeutin und den Therapietermin? Hört ihre Therapeutin ihnen zu? Falls nicht warum? Haben sie den Eindruck, dass ihre Therapeutin sie versteht? Falls nicht, woran könnte es liegen? Thematisieren sie Wünsche und Bedürfnisse mit ihrer Therapeutin? Haben sie gemeinsame Zielvereinbarungen getroffen? Schätzen und mögen sie ihre Therapeutin? Weiß sie das auch? Wie drücken sie das aus? Meinen sie, dass die Zeit, die für gemeinsame Zielsetzungen und Gespräche über die therapeutische Beziehung angesetzt ist, ausreichend ist?

Ziel der Forschungsfrage 2: Erfassen der Vorstellungen über Wirksamkeit und den Einflussfaktoren	
Einführung für Therapeutin und Patient	
Wenn man eine Therapie macht, möchte man vermutlich, dass sie auch wirkt.	
Formulierung Frage 2 für Therapeutin	Formulierung Frage 2 für Patient
Wie messen sie die Therapiewirksamkeit? Glauben Sie, dass Therapiewirksamkeit auch anders zu messen ist? Wie? Welche Rolle spielt die Einschätzung des Patienten über die Wirksamkeit der Therapie? Erfragen sie die Einschätzung des Patienten? In welcher Hinsicht verbessert eine gute Patient-Therapeut-Beziehung die Wirk-	Was muss geschehen, damit sie ihre Therapie für wirksam einschätzen? Wie messen Therapeuten Wirksamkeit? Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der aktuellen Therapie ein? An was machen sie das fest? In welcher Hinsicht verbessert eine gute Patient-Therapeut-Beziehung die Wirksamkeit der Therapie?

samkeit der Therapie?	
Ziel der Forschungsfrage 3: Erweiterte Erfassung der PTB. Erfassung des Anlasses für kritische Therapiesituationen und der Umgang damit.	
Einführung für Therapeutin und Patient	
Manchmal stellen sich von Seiten des Patienten kritische Einstellungen zur Therapeutin ein. Manche Patienten haben auch Angst sich zu öffnen und zu viel Privates oder in ihren Augen Unbedeutendes zu sagen. Vielleicht schämen sie sich oder sind verunsichert.	
Formulierung Frage 3 für Therapeutin	Formulierung Frage 3 für Patient
Ist ihnen das mit diesem Patienten auch schon mal passiert, dass ihr Patient kritische Gefühle ihnen gegenüber hatte? Gab es einen Anlass? Wie hat sich diese Disharmonie gezeigt? Meinen sie, dass sich ihr Patient ihnen gegenüber öffnen und wichtige Anliegen äußern kann?	Ist ihnen das in ihrer Therapie auch schon mal passiert, dass sie kritische Gefühle ihrer Therapeutin gegenüber hatten? Gab es einen Anlass und wie hat sich das gezeigt? In welcher Weise können sie sich in der Therapie öffnen und wichtige Anliegen äußern? Fühlen sie sich dazu gut genug geschützt und respektiert?
Weiterführende Fragen Therapeutin	Weiterführende Fragen Patient
Halten sie selbst im Therapiesetting ihre Gefühle zurück? Variiert ihr Verhalten in diesem Punkt von Patient zu Patient? Wenn ja, woran liegt das? Was glauben sie, wie ihr Patient das einschätzt? Glauben sie, dass ihr Patient sich im Therapieprozess als gleichwertiger Partner fühlt? Haben sie darüber schon mal mit ihm geredet? Wenn ja, wie? Beschreiben sie ihre Worte, den Anlass... Könnte es sein, dass es ihrem Patienten schwerfällt, / peinlich ist, ihnen von seinen Gedanken und Gefühlen zu erzählen? Glauben sie, dass ihr Patienten manchmal nicht über seine Gefühle und Bedürfnisse spricht, weil er Angst hat, was sie über ihn denken könnten?	Halten sie selbst im Therapiesetting ihre Gefühle zurück? Fühlen sie sich im Therapieprozess als gleichwertigen Partner? Hat ihr Therapeut darüber schon mal mit ihnen geredet? Wenn ja, wie? Fällt es ihnen manchmal schwer / oder ist es ihnen peinlich, ihrer Therapeutin von ihren Gedanken und Gefühlen zu erzählen? Reden sie manchmal nicht über ihre Gefühle und Bedürfnisse, weil sie Angst haben, was ihre Therapeutin über sie denken könnte?

Ziel der Forschungsfrage 4: Einschätzung zur Veränderbarkeit der TB	
Einführung für Therapeutin und Patient	
Manchmal passen Patient und Therapeut nicht auf Anhieb zueinander.	
Formulierung Frage 4 für Therapeutin und Patient	
Glauben sie, dass die Beziehungsebene beeinflussbar ist? Wenn ja wie? Können sie sich vorstellen, dass gemeinsames Reflektieren und über die therapeutische Beziehung Reden, die Beziehung verändert?	
Weiterführende Fragen Therapeutin	Weiterführende Fragen Patient
Denken sie gelegentlich über die Beziehungsebene zu ihrem Patienten nach? Haben sie manchmal den Wunsch, einzugreifen und etwas am Beziehungsgefüge zu verändern? Wie könnte man das tun? Wie kann man Beziehungsgefüge beeinflussen? Spielen äußere Faktoren wie z. B. Zeit eine Rolle, bei der Beziehungspflege?	Denken sie gelegentlich über die Beziehungsebene zwischen ihnen und ihrem Therapeuten nach? Haben sie manchmal den Wunsch, etwas am Beziehungsgefüge zu verändern? Wie könnte man das tun? Wie kann man Beziehungsgefüge beeinflussen? Spielen äußere Faktoren wie z. B. Zeit eine Rolle bei der Beziehungspflege?

Abschließende Frage für Therapeutin und Patient
Wie fühlen sie sich jetzt nach dem Gespräch? Glauben sie, dass das Gespräch etwas in ihnen angestoßen hat?
Vereinbarung und Dank für Therapeutin und Patient
Wie vereinbart telefonieren wir nach den folgenden sechs Therapieeinheiten wiederum und führen das Abschlussinterview. Für heute bedanke ich mich sehr für ihre Mitarbeit, ihre ehrlichen Antworten und ihre eingesetzte Zeit. Alles Gute bis zum nächsten Gespräch.

Anhang A25: Abschlussinterview

Einführung zum Interview (für Therapeutin und Patient gleich)
Bevor wir jetzt das Gespräch beginnen, haben sie noch Anmerkungen oder Fragen, die sie äußern möchten, bevor das Aufnahmegerät angestellt wird? Dann stelle ich jetzt das Telefon laut und das Aufnahmegerät an, in Ordnung?

Ziel der Initialfrage: Allgemeine Hinführung zum Thema PTB	
Einführung Therapeutin und Patient	
Erinnern sie sich an unser letztes Gespräch? Da haben wir über die PTB geredet.	
Formulierungen der Initialfrage für Therapeutin und für Patient	
Formulierungen der Initialfrage	
Beim letzten Gespräch haben Sie gesagt, dass ihnen die PTB wichtig ist. Mich interessiert, wie sich diese Sichtweise in den letzten Wochen entwickelt hat. Hat sich etwas zur Ansicht hinsichtlich der PTB geändert hat? Erzählen sie mal...	
Weiterführende Fragen für Therapeutin und für Patient	
Haben sie mehr über die PTB nachgedacht? Hat ein bestimmter Kontextfaktor einen besonderen Stellenwert erhalten? Was sind ihrer Meinung nach Grundvoraussetzungen, damit die TB gelingt? Was muss der Therapeut mitbringen? Und was der Patient?	
Zusatzfrage Interventionsgruppe für Therapeutin	
Hatte die Intervention Auswirkungen auf die Therapiewirksamkeit oder den Therapieerfolg?	

Ziel der Forschungsfrage 1: Betrachtung der PTB speziell in dieser Therapie	
Einführung Therapeutin	Einführung Patient
Denken Sie jetzt mal an den Patienten, mit dem sie an dieser Studie teilnehmen.	Denken Sie jetzt mal an ihre aktuelle Sprachtherapie
Formulierung Frage 1 für Therapeutin	Formulierung Frage 1 für Patient
Wie geht es ihnen inzwischen mit ihrem Patienten? Hat sich ihr Gefühl ihm gegenüber verändert? Wenn ja, in welcher Hinsicht? Können sie das beschreiben?	Wie geht es ihnen inzwischen mit ihrer Therapeutin? Sie hatten gesagt, dass sie sich ganz gut mit ihr fühlen. Hat sich ihr Gefühl ihr gegenüber verändert? Wenn ja, in welcher Hinsicht?
Weiterführende Fragen Therapeutin	Weiterführende Fragen Patient
Freuen sie sich immer noch oder verstärkt auf ihren Patienten und den Therapietermin? Wie hat sich die Chemie zwischen Ihnen entwickelt? Hört der Patient ihnen anders zu? Haben sie den Eindruck, dass der Patient sie jetzt besser versteht?	Freuen sie sich immer noch oder verstärkt auf ihre Therapeutin und den Therapietermin? Wie hat sich die Chemie zwischen Ihnen entwickelt? Hört ihre Therapeutin ihnen jetzt anders zu? Haben sie den Eindruck, dass ihre Therapeutin sie inzwischen besser versteht? Thematisieren sie Wünsche und Bedürfnisse inzwischen anders / intensiver gegenüber ihrer Therapeutin? Meinen sie, dass die Zeit, die für gemeinsame Gespräche über die TB angesetzt

	ist, ausreichend ist?
Zusatzfrage Interventionsgruppe für Therapeutin	
Welchen Einfluss hatte die Intervention auf die TB zu diesem speziellen Patienten?	

Ziel der Forschungsfrage 2: Erfassen der Vorstellungen über Wirksamkeit und den Einflussfaktoren	
Einführung für Therapeutin und Patient	
Wir hatten im letzten Gespräch auch über Therapiewirksamkeit gesprochen. Ich möchte ermitteln, in welcher Hinsicht Gespräch und Reflexion die Einstellung zur Sprachschwierigkeit verändern. Nehmen diese auf die Wirksamkeit und Therapieerfolg Einfluss?	
Formulierung Frage 2 für Therapeutin	Formulierung Frage 2 für Patient
Wie schätzen sie die Wirksamkeit dieser Therapie inzwischen ein? Welchen Einfluss haben Gespräch und Reflexion darauf? Was hat das mit der TB zu tun? In welcher Hinsicht waren sie am Gelingen der TB beteiligt?	Wie schätzen sie die Wirksamkeit dieser Therapie inzwischen ein? Welchen Einfluss haben Gespräch und Reflexion darauf? In welcher Weise hat sich ihr Zufriedenheitsgefühl entwickelt?
Weiterführende Fragen Therapeutin	Weiterführende Fragen Patient
Haben sie den Eindruck, dass ihr Patient durch die Therapie in die Lage versetzt wird, Veränderungen aus eigener Kraft zu bewerkstelligen? Hat ihr Patient sich hinsichtlich der Einstellung zur Sprachschwierigkeit verändert? Glauben sie, dass sie mit ihrem Patienten an einem Strang ziehen?	Haben sie den Eindruck, dass sie durch die Therapie in die Lage versetzt werden, Veränderungen aus eigener Kraft zu bewerkstelligen? Hat sich ihre Einstellung hinsichtlich der Sprachschwierigkeit verändert? Glauben sie, dass sie mit ihrem Therapeuten an einem Strang ziehen?
Zusatzfrage Interventionsgruppe für Therapeutin	
Beschreiben sie bitte die Wirkung der zusätzlichen Intervention	

Ziel der Forschungsfrage 3: Erweiterte Erfassung der PTB. Erfassung des Anlasses für kritische Therapiesituationen und der Umgang damit.	
Einführung für Therapeutin und Patient	
Im letzten Gespräch haben wir auch über kritische Einstellungen von Seiten des Patienten gegenüber seiner Therapeutin gesprochen. Dass manche Patienten z. B. Angst haben, sich zu öffnen und zu viel Privates oder in ihren Augen Unbedeutendes zu sagen. Jetzt interessiert mich in welcher Hinsicht hier ihre Ansichten verändert haben.	
Formulierung Frage 3 für Therapeutin	Formulierung Frage 3 für Patient
Ist es ihnen während der Zeit der Studie passiert, dass sie von Seiten ihres Patienten Widerstände gegen sich gespürt haben? Hatte ihr Patient Probleme mit ihrer Persönlichkeit? Wie hat sich diese Dishar-	Ist ihnen während der Zeit der Studie passiert, dass sie kritische Gefühle oder Widerstände ihrer Therapeutin oder der Therapie gegenüber hatten? In welcher Weise können sie sich in der Therapie öffnen und wichtige Anliegen

monie gezeigt?	äußern?
Weiterführende Fragen Therapeutin	Weiterführende Fragen Patient
Glauben sie, dass sich ihr Patient im Therapieprozess als gleichwertiger Partner fühlt? Hatten sie manchmal Widerstände hinsichtlich dieser Therapie und waren froh, als der Termin vorbei war? Sind sie manchmal selbst frustriert, enttäuscht, traurig oder wütend aus dieser Therapie gekommen?	Sind sie vielleicht manchmal ungerne zur Therapie gegangen? Wenn ja warum? Sind sie manchmal frustriert, enttäuscht, traurig oder wütend rausgegangen? Wenn ja, woran lag das? Fühlen sie sich als gleichwertiger Partner in der Therapie?
Zusatzfrage Interventionsgruppe für Therapeutin	
Konnten durch die intensivere Reflexion Widerstände oder andere ungünstige Gefühle und Einstellungen aufgedeckt werden? Hatte dies Einfluss auf den weiteren Therapiefortschritt? Meinen sie, dass ihr Patient den erweiterten Raum zur Äußerung seiner persönlichen Anliegen wahrgenommen hat? Wie haben sie sich gefühlt, diese Erweiterung des Raumes auch für Kritik zuzulassen?	

Ziel der Forschungsfrage 4: Einschätzung zur Veränderbarkeit der TB	
Einführung für Therapeutin und Patient	
Wir haben im letzten Gespräch besprochen, dass man Beziehung, auch TB, verändern kann. Mich interessiert, in welcher Hinsicht sich diese Einstellung verändert hat.	
Formulierung Frage 4 für Therapeutin und Patient	
Glauben sie weiterhin, dass die Beziehungsebene beeinflussbar ist? Wenn ja wie? Sie hatten im letzten Gespräch gesagt, dass sie der Ansicht sind, dass gemeinsames Reflektieren und Reden über die therapeutische Beziehung, diese Beziehung verändern kann? Wie stehen sie heute dazu?	
Weiterführende Fragen Therapeutin	Weiterführende Fragen Patient
Denken sie intensiver über die Beziehungsebene zu ihrem Patienten nach? Haben sie verstärkt den Wunsch, einzugreifen und etwas am Beziehungsgefüge zu verändern? Welche weiteren Ideen haben sie, wie man das tun könnte? Spielen äußere Faktoren wie z. B. Zeit eine neue / veränderte Rolle, bei der Beziehungspflege? Fühlen sie sich im Bereich der Beziehung kompetent im Umgang mit ihrem Patienten? Was würden sie hier gerne zusätzlich noch können?	Haben sie mit ihrer Therapeutin intensiver über ihre PTB geredet? Haben sie verstärkt den Wunsch, etwas am Beziehungsgefüge zu verändern? Welche weiteren Ideen haben sie, wie man das tun könnte? Spielen äußere Faktoren wie z. B. Zeit eine veränderte Rolle bei der Beziehungspflege?
Zusatzfrage Interventionsgruppe für Therapeutin	Zusatzfrage Interventionsgruppe für Patienten
Glauben sie, dass ihr Patient die Inter-	Sie waren in der Interventionsgruppe der

<p>vention bemerkt hat? Wenn ja, wie? Was hat das in ihnen ausgelöst? Waren ihrem Patienten die Reflexionsgespräche angenehm? Waren ihnen die Gespräche über die PTB angenehm? Welche Fragen haben sie nie gestellt? Waren manche Fragen / Anregungen überflüssig oder unangemessen? Haben sie das Gefühl, dass das gut investierte Zeit ist? Gab es Ausbreitungseffekte auf andere Therapien? Haben sie Gedanken und Impulse aus der Intervention mit in andere Therapie genommen? Wie schätzen sie die Wirksamkeit <u>dieser</u> Therapie inzwischen ein? Ist der Einfluss der Intervention auf die Therapiewirksamkeit bemerkbar? Was hat das mit der TB zu tun? Glauben sie, dass sich das Zufriedenheitsgefühl ihres Patienten verändert hat?</p>	<p>Studie. Ihre Therapeutin hat öfter und intensiver mit ihnen über die Therapie, ihre Zufriedenheit, Fortschritte und die TB gesprochen und nachgedacht. Haben sie das bemerkt? Ist ihnen ein Unterschied aufgefallen. In welcher Weise war es anders? Was hat es bei ihnen ausgelöst? Waren diese Gespräche und Nachdenken über die TB angenehm? Haben sie das Gefühl, dass sich die TB in der Zeit verändert hat? Hatte die Intervention (Veränderung innerhalb der Therapie) Einfluss auf die Therapiewirksamkeit? Oder auf ihr Gefühl der Therapie oder der Therapeutin gegenüber? Haben sie das Gefühl, dass das gut investierte Zeit ist?</p>
---	---

Abschließende Frage für Therapeutin und Patient	
Wie fühlen sie sich jetzt nach dem Gespräch? Glauben sie, dass das Gespräch etwas in ihnen angestoßen hat?	
Zusatzfrage Interventionsgruppe für Therapeutin	Zusatzfrage Interventionsgruppe für Patienten
Würden sie die Intervention weiter in ihrer täglichen Arbeit anwenden? Werden sie Kollegen darüber erzählen?	Würden Sie zukünftige Therapeuten bitten, ähnlich viel Zeit für gemeinsame Reflexion einzuplanen? Wie sehen sie die aktuelle logopädische Therapie im Vergleich zu anderen Therapien (z. B. Physiotherapie) in dieser Hinsicht?

Vereinbarung und Dank für Therapeutin und Patient	
Wie vereinbart informiere ich sie gerne über die Ergebnisse der Studie. Nach Abgabe der Arbeit setze ich mich deswegen nochmal mit ihnen in Verbindung.	
Wünsche für Therapeut	Wünsche für Patient
Ich wünsche ihnen alles Gute, weiterhin Erfolg und Zufriedenheit bei ihrer therapeutischen Arbeit. Herzlichen Dank für ihre Zeit, ihr Vertrauen und die Kooperation. Ich hoffe, dass die Studienergebnisse die Forschung voranbringen. Daran haben sie mitgewirkt.	Ich wünsche ihnen alles Gute auf dem weiteren Lebensweg und so gut es geht gesundheitliche Stabilität / Verbesserung / Genesung Herzlichen Dank für ihre Zeit, ihr Vertrauen und Kooperation. Ich hoffe, dass die Studienergebnisse die Forschung voranbringen. Daran haben sie mitgewirkt.

Anhang A26: Interviewverzeichnis

Verschlüsselungscode der Probanden
der Interventionsstudie mit Kontrollgruppe im Prä-Post-Design

Durchlauf-Nummer	I-Gruppe K-Gruppe	P Patient T Therapeut	E Eingang- A Abschluss- Interview	Initialen Name	Alter	Datum	T 1	T 2
1	I	P	E	WK	75	14.2.	X	X
2	I	T	E	RN	25	15.2.	X	X
3	I	P	A	WK	75	22.2.	X	X
4	I	T	A	RN	25	24.2.	X	X
5	I	P	E	MT	73	27.2.	X	X
6	I	P	E	DM	62	28.2.	X	X
7	I	P	E	MS	20	1.3.	X	X
8	I/K	T	E	CS	52	1.3.	X	X
9	I	T	E	MF	48	2.3.	X	X
10	K	T	E	AS	56	3.3.	X	X
11	K	P	E	AM	14	4.3.	X	X
12	I/K	T	E	AK	55	4.3.	X	X
13	K	P	E	SS	47	5.3.	X	X
14	I/K	T	E	DS	58	7.3.	X	X
15	I	P	E	ED	66	9.3.	X	X
16	K	P	E	MM	46	12.3.	X	X
17	K	T	E	RP	30	13.3.	X	X
18	K	P	E	KL	76	13.3.	X	X
19	I	T	E	JD	30	15.3.	X	X
20	K	T	E	KS	25	15.3.	X	X
21	K	P	E	MB	73	15.3.	X	X
22	K	P	E	TN	58	17.3.	X	X
23a	K	P	E	CN	59	17.3.	X	X
23b	K	P	E	CN	59	17.3.	X	X
24	K	T	E	IT	30	24.3.	X	X
25	K	P	E	FH	37	27.3.	X	X
26	I	P	E	LK	71	28.3.	X	X
27	I	T	E	NB	35	28.3.	X	X
28	I	P	A	ED	66	3.4.	X	X
29	I	T	E	HN	66	6.4.	X	X
30	I	P	E	DW	33	6.4.	X	X
31	I	P	E	AD	23	9.4.	X	X
32	I	P	A	MS	20	10.4.	X	X
33	I/K	T	A	CS	52	12.4.	X	X
34	K	P	A	MB	73	12.4.	X	X
35	I	T	A	HN	66	22.4.	X	X
36	I	P	A	DW	33	24.4.	X	X
37	I	P	A	MT	73	24.4.	X	X
38	I	P	A	DM	62	25.4.	X	X
39	K	P	A	MM	46	2.5.	X	X
40	I	T	A	MF	48	4.5.	X	X
41	I/K	T	A	DS	58	6.5.	X	X
42	K	P	A	CN	59	7.5.	X	X
43a	K	T	A	AS	56	8.5.	X	x
43b	K	T	A	AS	56	8.5.	X	X

ANHANG

44	K	P	A	SS	47	9.5.	X	X
45	I/K	T	A	AK	55	15.5.	X	X
46	K	T	A	KS	25	19.5.	X	X
47	K	P	A	AM	14	22.5.	X	X
48	K	P	A	FH	37	1.6.	X	X
49	K	P	A	KL	76	5.6.	X	X
50	I	T	A	JD	30	7.6.	X	X
51	I	P	A	LK	71	12.6.	X	X
52a	K	T	A	IT	30	18.6.	X	X
52b	K	T	A	IT	30	18.6.	X	X
53a	I	T	A	NB	35	26.6.	X	X
53b	I	T	A	NB	35	26.6.	X	X
54a	I	P	A	AD	23	27.6.	X	X
54b	I	P	A	AD	23	27.6.	X	X

Die Farben markieren die Zusammengehörigkeit der Patient-Therapeut-Paarungen. Da einige Therapeuten zwei oder drei Patienten mit in der Studie hatten, haben ihre Farben entsprechend mehr Zeilen, bzw. gab es mehr Interviews.

Therapeutinnen, die mit Patienten sowohl in der I-Gruppe als auch in der K-Gruppe teilnehmen, tragen das Kennzeichen „I/K“.

Bei manchen Interviews gab es Unterbrechungen. Daher gibt es dann zwei Aufnahmen, die mit /a/ und /b/ gekennzeichnet sind.

Anhang A27: Codebaum

▼	☉	Merkmale: Verhältnis/Umgangsformen	0
▼	☉	Umgang miteinander eher aus Therapeutesicht	0
	☉	Kompromissbereitschaft	3
	☉	Umgang mit kritischem Patienten	5
	☉	Wechselseitigkeit	8
	☉	Akzeptanz/Toleranz/ Respekt	22
	☉	Diplomatie	1
	☉	entspannt Zeit/Gelassenheit	8
	☉	Motivierend	20
	☉	Sich zurück nehmen	8
▼	☉	Umgang miteinander eher aus Patientensicht	0
	☉	Ehrlichkeit	8
	☉	Verschlossenheit / Zurückhaltung	4
	☉	Nähe / Distanz	16
	☉	Freundlichkeit	18
	☉	Siezen / Duzen	10
	☉	freundschaftlich	8
	☉	Sich-einlassen-können	34
	☉	Sympathie	24
	☉	Unbefangenheit	6
	☉	Schutz	11
	☉	Zueinander passend	25
	☉	Interesse / Engagement	9
	☉	Chemie stimmt	12
	☉	Vertrauen	40
▼	☉	Offenheit	49

ANHANG

▼ <input checked="" type="checkbox"/> Patient		0
▼ <input checked="" type="checkbox"/> ICF-orientiert		0
▼ <input checked="" type="checkbox"/> Sozialer / familiärer Hintergrund	<input checked="" type="checkbox"/>	16
<input checked="" type="checkbox"/> Alltag fordert und fördert	<input checked="" type="checkbox"/>	2
<input checked="" type="checkbox"/> Therapieerfahrung	<input checked="" type="checkbox"/>	15
<input checked="" type="checkbox"/> Partizipation	<input checked="" type="checkbox"/>	9
▼ <input checked="" type="checkbox"/> Beziehungsgefüge / PTB		0
<input checked="" type="checkbox"/> PTB als Werkzeug	<input checked="" type="checkbox"/>	2
<input checked="" type="checkbox"/> Endliche / vorübergehende Beziehung	<input checked="" type="checkbox"/>	3
<input checked="" type="checkbox"/> Rat und Hilfe suchend	<input checked="" type="checkbox"/>	7
<input checked="" type="checkbox"/> Güte des Kontakts / persönliche Beziehung	<input checked="" type="checkbox"/>	26
<input checked="" type="checkbox"/> Motivation	<input checked="" type="checkbox"/>	31
<input checked="" type="checkbox"/> Grundlage schlechthin	<input checked="" type="checkbox"/>	11
<input checked="" type="checkbox"/> Patient und Therapeut kennen sich privat	<input checked="" type="checkbox"/>	6
<input checked="" type="checkbox"/> Freude / Spaß / positive Erwartungshaltung	<input checked="" type="checkbox"/>	50
<input checked="" type="checkbox"/> öffnet Möglichkeiten für Methoden	<input checked="" type="checkbox"/>	24
<input checked="" type="checkbox"/> Wichtigkeit / Stellenwert PTB für Therapieerfolg	<input checked="" type="checkbox"/>	53
<input checked="" type="checkbox"/> Vielschichtig	<input checked="" type="checkbox"/>	12
▼ <input checked="" type="checkbox"/> Kompetenz Patient		0
<input checked="" type="checkbox"/> informierter Patient	<input checked="" type="checkbox"/>	1
▼ <input checked="" type="checkbox"/> Zufriedenheit		0
<input checked="" type="checkbox"/> Zufriedenheit mit PTB	<input checked="" type="checkbox"/>	10
<input checked="" type="checkbox"/> Zufriedenheit mit Therapeutin	<input checked="" type="checkbox"/>	15
<input checked="" type="checkbox"/> Zufrieden mit Therapieinhalt	<input checked="" type="checkbox"/>	9
<input checked="" type="checkbox"/> Zufriedenheit mit Erreichtem	<input checked="" type="checkbox"/>	27
<hr/>		
▼ <input checked="" type="checkbox"/> Reflexion		0
<input checked="" type="checkbox"/> Patient fühlt sich schuldig	<input checked="" type="checkbox"/>	1
▼ <input checked="" type="checkbox"/> Wünsche		0
<input checked="" type="checkbox"/> Hoffnung / Zuversicht	<input checked="" type="checkbox"/>	10
<input checked="" type="checkbox"/> Patient bringt Wünsche ein	<input checked="" type="checkbox"/>	21
<input checked="" type="checkbox"/> Patient bringt Wünsche nicht ein	<input checked="" type="checkbox"/>	6
<input checked="" type="checkbox"/> Selbstreflexion	<input checked="" type="checkbox"/>	26
▼ <input checked="" type="checkbox"/> Kommunikation		0
<input checked="" type="checkbox"/> Dialog suchen	<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input checked="" type="checkbox"/> Kritik / kritische Einstellungen	<input checked="" type="checkbox"/>	27
<input checked="" type="checkbox"/> Gibt Thp. Feedback	<input checked="" type="checkbox"/>	13
▼ <input checked="" type="checkbox"/> Persönlichkeitsmerkmale		0
<input checked="" type="checkbox"/> Übertragungseffekt ähnlicher Menschen	<input checked="" type="checkbox"/>	3
<input checked="" type="checkbox"/> Dankbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	3
<input checked="" type="checkbox"/> Zielstrebigkeit / Mut	<input checked="" type="checkbox"/>	8
<input checked="" type="checkbox"/> Neugierig / Wissbegierig	<input checked="" type="checkbox"/>	6
<input checked="" type="checkbox"/> Bauchmensch / Impulsiv / emotional	<input checked="" type="checkbox"/>	8
<input checked="" type="checkbox"/> Skepsis	<input checked="" type="checkbox"/>	18
<input checked="" type="checkbox"/> Selbstbewusstsein / Selbstverantwortung	<input checked="" type="checkbox"/>	6
<input checked="" type="checkbox"/> Humor	<input checked="" type="checkbox"/>	3
<input checked="" type="checkbox"/> Zum Problem stehen / Akzeptanz	<input checked="" type="checkbox"/>	8

Therapeut		0
Kompetenz		0
Kommunikation		0
Anweisungen / Inhalte gezielt ausdrücken		3
Loben / Anerkennung		6
Zuhören		5
Zufriedenheit Therapeut		0
Zufriedenheit mit sich selbst		4
Zufriedenheit mit TB		3
Zufrieden mit Patientenengagement		3
Zufrieden mit Ergebnis		6
Persönlichkeitsmerkmale		0
Humor		2
Sich auf Patienten einstellen können		20
Empathie		35
Geduld		3
Kongruenz / Echtheit		3
Hilfsbereitschaft		1
Ernsthaftigkeit		1
Persönlichkeit schon vorhanden		22
Reflexionsbereitschaft		3
Gelassenheit		5
Reflexion		0
Reflexion zusammen mit Patient		14
Lernen von anderen		3
Selbstreflexion / Supervision / Intervention		10
Umgang mit Kritik / Konflikt		7
Verbalisiert Unstimmigkeit		6
Befragt Patienten		25
Professionell		0
Ganzheitlichkeit		10
Patientenkompetenzen fördern		11
Lebenslanges Lernen		6
Beziehungsgestaltung als expliziter Arbeitsauftrag		4
Professionelles Handeln		3
Transparenz		18
Individuell		36
Mitgestaltung		7
Interesse		5
Engagement		17
Begleiter		4
Therapeut kann den Patient / Fähigkeiten einzusc...		14
Ressourcen Pat. sehen		7
Methoden		22
aktuell		6
nachhaltig		7
Gute Tipps / Hinweise		5
Spezialist		6
Berufserfahrung / Menschenkenntnis		11
Fachwissen / Fachkompetenz		29

▼	☞ Therapie	■	0
▼	☞ Veränderung		0
	☞ Veränderung durch Placebo-Effekt	■	2
	☞ Veränderung durch Entwicklung	■	3
	☞ Engagement bei Übungen / HA	■	16
▼	☞ Wirksamkeitsmessung		0
	☞ Wirksamkeitsmessung objektiv	■	9
	☞ Einschätzung subjektiv v. Pat. und Thp.	■	23
	☞ Rahmenbedingungen / Zeit / Setting	■	11
▼	☞ Arbeitsvertrag		0
▼	☞ Ausgewogenheit der therapeutischen Partnerschaft		0
▼	☞ ausgewogen	■	17
	☞ Geben und Nehmen	■	5
	☞ unausgewogen: Therapeut ist vermeintlich komp...	■	26
	☞ Arbeitsplanung / Vorbereitung	■	7
	☞ Angemessene Forderungen	■	18
	☞ Gemeinsame Orientierung	■	5
▼	☞ Ziele		0
	☞ Unklarheit über Dauer bis Ziel erreicht ist	■	2
	☞ Angemessenes Ziel	■	7
	☞ Bedürfnisorientierung	■	2
▼	☞ Gemeinsame Zielsetzung		0
	☞ nicht eindeutig gemeinsam	■	5
	☞ gemeinsam	■	35
	☞ Therapeut definiert Ziele	■	4
	☞ Kompromisse	■	4
	☞ nicht durchgeführt	■	1
	☞ Effektivität/Effizienz gegeben oder nicht?	■	23

Anhang A28: Reduzierte Fassung der Vergleichstabelle
 Ergebnis: Wirkfaktorenliste der Logopädie

Gegenüberstellung Arbeitsmatrix und Ergebnisses der Inhaltsanalyse		
Hauptkategorie	Unterkategorie	Ergebnis des Eingangsinterviews bezüglich Fragestellung 2 zu den allgemeinen Wirkfaktoren
Merkmale		
Umgangsformen	Zuverlässigkeit / Verlässlichkeit	„Zuverlässig sein“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander/Vertrauen“
	Freundlichkeit	„Freundlichkeit“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“
	Lob	„Loben / Anerkennung“ unter: „Therapeut/ Kompetenzen/ Kommunikation“
	Zuhören	„Zuhören“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Kommunikation“
	Ermutigung	„Motivierend“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“
	Entlastung	„Zufriedenheit mit dem Erreichten“ unter: „Patient/Kompetenz/Zufriedenheit“ „Schutz“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“
	Spaß / Freude	„Spaß/Freude/Positive Erwartungshaltung“ unter: „Patient/Beziehungsgefüge/PTB“
Verhältnis	Einstellung zum Patienten	Keine Entsprechung – zu undifferenziert Möglicherweise unter „Wertschätzung“, „Rollenklärung“ oder „Interesse“
	Verständnis	Keine Entsprechung
	Empathie	„Empathie“ unter „Therapeut/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
	Einfühlungsvermögen	
	Respekt	„Akzeptanz/Toleranz/Respekt“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“
	Wertschätzung	
	Akzeptanz	
	Offenheit	„Offenheit“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“ Auch „über Privates reden“
	Vertrauen	„Vertrauen“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“
	Sicherheit	„Schutz“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“
	Angstfreiheit	
	Emotionale Bindung	->Sympathie
	„Wir-Gefühl“	->Gemeinsame Ausrichtung
	Sympathie	„Sympathie“: „Merkmale/Umgang miteinander“
	Verstanden fühlen	Keine Entsprechung
Verständnis	Keine Entsprechung	
Zueinander passend	„Zueinander passend“ unter:	
Keine Entsprechung	„Ehrlichkeit“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“	
Keine Entsprechung	„Verschlossenheit/Zurückhaltung“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“	
Keine Entsprechung	„Nähe/Distanz“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“	
Keine Entsprechung	„Siezen/Duzen“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“	
Keine Entsprechung	„Freundschaftlich“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“	
Keine Entsprechung	„Sich-einlassen-können“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“	
Keine Entsprechung	„Unbefangenheit“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“	
Keine Entsprechung	„Interesse/Engagement“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“	
Keine Entsprechung	„Chemie stimmt“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“	
Keine Entsprechung	„Kompromissbereitschaft“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“	
Keine Entsprechung	„Umgang mit kritischen Patienten“ unter: „Merkmale“	

		le/Umgang miteinander“
Keine Entsprechung		„Wechselseitigkeit“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“
Keine Entsprechung		„Diplomatie“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“
Keine Entsprechung		„Entspannt/Zeit/Gelassenheit“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“
Keine Entsprechung		„Sich-zurück-nehmen“ unter: „Merkmale/Umgang miteinander“
Patient		
Ressourcen	Ressourcenaktivierung	Keine Entsprechung
	Perspektivenwechsel	Keine Entsprechung
	Horizontenerweiterung	Keine Entsprechung
	Selbstbewältigungsstrategien	Keine Entsprechung
	Selbstsicherheit	Keine Entsprechung
	Selbstverständnis	Siehe „Selbstbewusstsein/Selbstverantwortung“
	Familiäre Umgebung	„Sozialer/familiärer Hintergrund“ unter: „Patient/ICF-orientiert“
	Einbeziehen des Umfelds	Auch: „Alltag fordert und fördert“ „Therapieerfahrung“ „Partizipation“ unter: „Patient/ICF-orientiert“
	Resilienz	Keine Entsprechung
	Selbstreflexion	„Selbstreflexion“ unter: „Patient/Kompetenz/Reflexion“
Selbstbewusstsein	„Selbstbewusstsein/Selbstverantwortung“ unter: „Patient/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“	
Erwartungen Hoffnungen	Positive Erwartung	„Wünsche/Hoffnung/Zuversicht“ unter: „Patient/Kompetenz/Reflexion“
	Zuversicht	„Wünsche/Hoffnung/Zuversicht“ unter: „Patient/Kompetenz/Reflexion“
Befinden Veränderung	Besserungsgefühl	„Zufriedenheit“ unter: „Patient/Kompetenz“
	Zufriedenheit	Auch: „Zufriedenheit mit PTB“ „Zufriedenheit mit Therapeutin“ „Zufriedenheit mit Therapieinhalt“ „Zufriedenheit mit Erreichtem“
Keine Entsprechung		„PTB als Werkzeug“ unter: „Patient/Beziehungsgefüge“
Keine Entsprechung		„Endliche/vorübergehende Beziehung“ unter: „Patient/Beziehungsgefüge“
Keine Entsprechung		„Rat und Hilfe suchend“ unter: „Patient/Beziehungsgefüge“
Keine Entsprechung		„Güte des Kontakts/persönliche Beziehung“ unter: „Patient/Beziehungsgefüge“
Keine Entsprechung		„Motivation“ unter: „Patient/Beziehungsgefüge“
Keine Entsprechung		„Grundlage schlechthin“ unter: „Patient/Beziehungsgefüge“
Keine Entsprechung		„Patient und Therapeut kennen sich privat“ unter: „Patient/Beziehungsgefüge“
Keine Entsprechung		„Öffnet Möglichkeiten für Methoden“ unter: „Patient/Beziehungsgefüge“
Keine Entsprechung		„Wichtigkeit/Stellenwert PTB für Therapieerfolg“ unter: „Patient/Beziehungsgefüge“
Keine Entsprechung		„Vielschichtigkeit“ unter: „Patient/Beziehungsgefüge“
Keine Entsprechung		„Informierter Patient“ unter: „Patient/Kompetenz“
Keine Entsprechung		„Patient fühlt sich schuldig“ unter: „Patient/Kompetenz/Reflexion“
Keine Entsprechung		„Patient bringt Wünsche ein“ unter: „Patient/Kompetenz/Reflexion“
Keine Entsprechung		„Patient bringt keine Wünsche ein“ unter: „Patient/Kompetenz/Reflexion“
Keine Entsprechung		„Dialog suchen“ unter: „Patient/Kompetenz/Kommunikation“
Keine Entsprechung		„Kritische Gefühle/Einstellungen“ unter: „Patient/Kompetenz/Kommunikation“
Keine Entsprechung		„Gibt Therapeutin Feedback“ unter: „Patient/Kompetenz/Kommunikation“

Keine Entsprechung		„Übertragungseffekt ähnlicher Menschen“ unter: „Patient/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
Keine Entsprechung		„Dankbarkeit“ unter: Patient/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
Keine Entsprechung		„Zielstrebigkeit/Mut“ unter: Patient/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
Keine Entsprechung		„Neugier/Wissbegierig“ unter: Patient/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
Keine Entsprechung		„Bauchmensch/Impulsiv/Emotional“ unter: Patient/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
Keine Entsprechung		„Skepsis“ unter: Patient/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
Keine Entsprechung		„Humor“ unter: Patient/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
Keine Entsprechung		„Zum Problem stehen/Akzeptanz“ unter: Patient/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
Therapeut		
Informationen über	Veränderungsmöglichkeiten	Keine Entsprechung
	Selbsthilfe	Keine Entsprechung
	Krankheitsauswirkungen	Keine Entsprechung
	Behandlungsmöglichkeiten	Keine Entsprechung
	Erklärungen	Keine Entsprechung
Therapeuten Kompetenz	Fachliche Kompetenz	„Spezialist“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“
		„Berufserfahrung/Menschenkenntnis“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“
		„Fachwissen/Fachkompetenz“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“
	Keine Entsprechung	„Ganzheitlichkeit“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“
	Keine Entsprechung	„Patientenkompetenzen fördern“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“
	Keine Entsprechung	„Lebenslanges Lernen“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“
	Keine Entsprechung	„Beziehungsgestaltung als expliziter Arbeitsauftrag“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“
	Keine Entsprechung	„Professionelles Handeln“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“
	Keine Entsprechung	„Transparenz“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“
	Keine Entsprechung	„Individuell“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“
	Keine Entsprechung	„Mitgestaltung“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“
	Keine Entsprechung	„Interesse“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“
	Keine Entsprechung	„Engagement“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“
	Keine Entsprechung	„Begleiter“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“
	Keine Entsprechung	„Therapeut kann Patient/Fähigkeiten einschätzen“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Professionell“ Auch: „Ressourcen d. Pat. Sehen“
	Methoden	„Methode“ unter „Therapeut/Kompetenz“
		„Aktuell“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Methoden“
		„Nachhaltig“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Methoden“
		„Gute Tipps/Hinweise“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Methoden“
	Persönlichkeitsmerkmale	„Humor“ unter: „Therapeut/Kompetenz“
		„Sich auf Patienten einstellen können“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“

		„Empathie“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
		„Geduld“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
		„Kongruenz/Echtheit“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
		„Hilfsbereitschaft“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
		„Ernsthaftigkeit“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
		„Persönlichkeit schon vorhanden“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
		„Reflexionsbereitschaft“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
		„Gelassenheit“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
	Keine Entsprechung	„Anweisungen/Inhalte gezielt ausdrücken“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Kommunikation“
	Keine Entsprechung	„Zufriedenheit mit sich selbst“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Zufriedenheit“
		„Zufriedenheit mit TB“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Zufriedenheit“
		„Zufriedenheit mit Patientenengagement“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Zufriedenheit“ Auch: „Zufriedenheit mit Ergebnis“
	Keine Entsprechung	„Reflexion zusammen mit Patient“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Reflexion“
	Keine Entsprechung	„Lernen von anderen“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Reflexion“
	Keine Entsprechung	„Selbstreflexion/Supervision/Intervision“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Reflexion“
	Keine Entsprechung	„Umgang mit Kritik/Konflikt“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Reflexion“
	Keine Entsprechung	„Verbalisiert Unstimmigkeit“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Reflexion“
	Keine Entsprechung	„Befragt Patienten“ unter: „Therapeut/Kompetenz/Reflexion“
Therapie		
Zielsetzungsprozess	Gemeinsame Zielsetzung	„Nicht eindeutig gemeinsame Zielsetzung“ unter: „Therapie/Ziele“
		„gemeinsam“ unter: „Therapie/Ziele“
		„Therapeut definiert Ziele“ unter: „Therapie/Ziele“
		„Kompromisse“ unter: „Therapie/Ziele“
		„Nicht durchgeführt“ unter: „Therapie/Ziele“
	Angemessenes Ziel	„Angemessenes Ziel“ unter: „Therapie/Ziele“
	Bedürfnisorientierung	„Bedürfnisorientierung“ unter: „Therapie/Ziele“
Effektivität	„Effektivität/Effizienz gegeben oder nicht?“ unter: „Therapie/Ziele“	
Effizienz		
		„Unklarheit über Dauer bis Ziel erreicht ist“ unter: „Therapie/Ziele“
Arbeitsvertrag Ausrichtung	Arbeitsverteilung	Keine Entsprechung
	Arbeitsverhältnis	Keine Entsprechung
	Rollenverteilung	Keine Entsprechung
	Engagement	->„Merkmale/Verhältnis/Umgangsformen“
	Interesse	->„Merkmale/Verhältnis/Umgangsformen“
	Zielstrebigkeit	->„Patient/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
	Ernsthaftigkeit	- >„Therapeut/Kompetenz/Persönlichkeitsmerkmale“
	Anwaltschaft für Patientenziele	Keine Entsprechung
	Zusammenarbeit	Keine Entsprechung
	Kooperation	Keine Entsprechung
Ausgewogene gleichwertige Partnerschaft	„ausgewogen“ unter: „Therapie/Arbeitsvertrag/Ausgewogenheit der therapeutischen Partnerschaft“	

		Auch: „Geben und Nehmen“
		„unausgewogen: Therapeut ist vermeintlich kompetenter“ unter: „Therapie/Arbeitsvertrag/Ausgewogenheit der therapeutischen Partnerschaft“
	Gemeinsame Orientierung	„Gemeinsame Orientierung“ unter: „Therapie/Arbeitsvertrag“
	Keine Entsprechung	„Arbeitsplanung/Vorbereitung“ unter: „Therapie/Arbeitsvertrag“
	Bedürfniserfüllung	Keine Entsprechung
	Keine Entsprechung	„Angemessene Forderungen“ unter: „Therapie/Arbeitsvertrag“
	Keine Entsprechung	„Veränderung durch Placebo-Effekt“ unter: „Therapie/Veränderung“
	Keine Entsprechung	„Veränderung durch Entwicklung“ unter: „Therapie/Veränderung“
	Keine Entsprechung	„Engagement bei Übungen / HA“ unter: „Therapie“
	Keine Entsprechung	„Wirksamkeitsmessung objektiv“ unter: „Therapie/Wirksamkeitsmessung“
	Keine Entsprechung	„Wirksamkeitsmessung subjektiv v. Pat. und Thp.“ unter: „Therapie/Wirksamkeitsmessung“
	Keine Entsprechung	„Rahmenbedingungen/Zeit/Setting“ unter: „Therapie“

Anhang A29: Eidesstattliche Versicherung

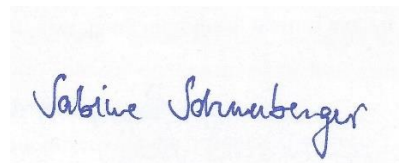
Eidesstattliche Versicherung

Hiermit versichere ich, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen in der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken und Quellen einschließlich der Quellen aus dem Internet entnommen sind, sind von mir/uns unter der Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht.

Mir ist bekannt, dass eine Arbeit, die nachweislich ein Plagiat darstellt, als schwerer Verstoß gegen die Studien- und Prüfungsordnung gewertet wird. Die Arbeit gilt in jedem Fall als mit „0 Punkte“ bzw. „nicht bestanden“ gewertet. Die EUFH behält sich in diesen Fällen weitere Maßnahmen vor, über die der Prüfungsausschuss entscheidet.

Rostock

13.08.2018



(Abgabedatum)

(Vollständige Unterschrift)

THEMENBESCHEID



Frau Sabine Schneeberger Hadrianstr. 2 64521 Groß-Gerau

Rostock, 20. Dezember 2017

Festlegung des Themas und des Bearbeitungsbeginns der Master-Arbeit

Name, Vorname:	Sabine Schneeberger
Studien-/Jahrgang:	BMALOG 16S
Bearbeitungszeitraum:	02.01.2018 – 28.08.2018
Bearbeitungsdauer:	34 Wochen
Bearbeitungsumfang:	80 +/- 6 Seiten (Hauptteil ohne Verzeichnisse und Anhang)
Thema:	Untersuchung der Therapiewirksamkeit in Bezug auf die Kontextfaktoren
I. Prüfer/Betreuer:	Frau J. Beier

Anke Schröder Leiterin Prüfungsamt

