Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich
Bachelor Logopädie, Jahrgänge LOG 1821 VZ und LOG 1823 TZ
Bachelorarbeit
Begleitperson: Christin Zöllner (bis Ende 2020) / Susanne Kempe Preti (ab Anfang 2021)
Methodenberatung: Mireille Audeoud
HS 2020 / FS 2021

„Fernbeziehung“ in der Sprachtherapie

Qualitative Inhaltsanalyse eines Gruppeninterviews mit Logopädinnen zur Therapeutischen Beziehung in der Teletherapie

Eingereicht von:
Adrian Sommer
Rhea Tran
Karin Würmli

Abgabetermin:
19. Februar 2021

Abstract

Im logopädischen Kontext erfreute sich die Teletherapie innerhalb der letzten Monate immer grösserer Beliebtheit. Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit war es deshalb herauszufinden, wie sich wahrgenommene Veränderungen gegenüber einer klassischen logopädischen Therapie und daraus resultierende kommunikative und methodische Anpassungen auf die Therapeutische Beziehung auswirken. Dazu wurde ein teilstrukturiertes, leitfadenorientiertes Gruppeninterview mit vier Logopädinnen durchgeführt. Die Auswertung erfolgte anhand einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse. Es lassen sich sowohl positive als auch negative Auswirkungen feststellen, viele Faktoren wurden auch als gleichbleibend beschrieben. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Therapeutische Beziehung gewährleistet werden kann, insbesondere wenn kommunikative und methodische Anpassungen gemacht werden.

Titelblatt 1
Abstract 2
Inhaltsverzeichnis 3

1. Einleitung 5
1.1. Motivation 5
1.2. Fragestellung 5
1.3. Methodisches Vorgehen 6

2. Theoretischer Bezugsrahmen 8
2.1. Teletherapie 8
2.1.1. Begriffsdefinition 8
2.1.2. Die Teletherapie in der Psychotherapie 9
2.1.3. Aktueller Forschungsstand in der Logopädie 10
2.1.4. Kommunikation in der Teletherapie 12
2.2. Therapeutische Beziehung 14
2.2.1. Wirksamkeit der Therapeutischen Beziehung 14
2.2.2. Beschaffenheit der Therapeutischen Beziehung 15
2.2.2.1. Denkansätze zur psychotherapeutischen Beziehung 15
2.2.2.2. Die Therapeutische Beziehung in der Logopädie 17
2.2.2.3. Definition des Begriffes Therapeutische Beziehung 18
2.2.3. Wirkfaktoren der TB und deren Umsetzung in der Therapie 21
2.2.3.1. Wirkfaktoren der TB: Voraussetzungen Patient 21
2.2.3.2. Wirkfaktoren der TB: Voraussetzungen Therapeutin 22
2.2.3.3. Umsetzung der Wirkfaktoren in der Kommunikation 24
2.3. Die Therapeutische Beziehung in der Teletherapie 26

3. Praxisteil 29
3.1. Eingrenzung 29
3.1.1. Eingrenzung Fachbereich und Störungsbild 29
3.1.2. Eingrenzung vom Medium 30
3.1.3. (Thematische) Eingrenzung Forschungsgegenstand 30
3.2. Verwendete Methoden und Vorgehen 31
3.2.1. Forschungsdesign und verwendete Methoden 31
3.2.2. Erhebung und Aufbereitung der Daten 32

3.2.2.1. Auswahl der Teilnehmerinnen 32
3.2.2.2. Entwicklung des Leitfadens 33
3.2.2.3. Durchführung des Interviews 34
3.2.2.4. Transkription 34
3.2.3. Auswertung der Daten 35
3.2.3.1. Die qualitative Inhaltsanalyse 35
3.2.3.2. Die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse 36
3.2.3.3. Kategorienbildung, Codierung und Kategoriendefinitionen 38
3.2.3.4. Kategorienbezogene thematische Zusammenfassungen 38
3.2.3.5. Erstellen einer zusammenfassenden Matrix 39
3.2.3.6. Analysen und Darstellung der Ergebnisse 40
3.2.3.7. Gütekriterien bei der Qualitativen Inhaltsanalyse 40
3.3. Ergebnisse des Gruppeninterviews und Interpretation 41
3.3.1. Veränderungen bezüglich Beziehungsqualität allgemein 41
3.3.2. Beziehungsgestaltung bei Erstkontakt in LT 43
3.3.3. Beziehungsaufbau und -gestaltung bei Erstkontakt in TT 43
3.3.4. Therapieeinstieg und persönlicher Austausch (Small Talk) 44
3.3.5. Intime Themen und Gefühlsausbrüche in der Therapie 45
3.3.6. Einblick in die Privatsphäre 45
3.3.7. Veränderung der Sinneswahrnehmungen und des Agierens in Zeit und Raum 49
3.3.8. Feedback, Korrekturen und Anpassungen 50
3.3.9. Anpassung von Therapiemethoden und -planung 52
3.3.10. Überwindung technischer Anforderungen 52
3.3.11. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse 53

4. Diskussion und Reflexion 61
5. Fazit und Ausblick 64
6. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 65
6.1. Abbildungen 65
6.2. Tabellen 66
7. Literaturverzeichnis 67

Anhang separat

1. Einleitung

1.1. Motivation

Ist es möglich, trotz physischer Distanz Nähe herzustellen? Wie kann man eine Beziehung im virtuellen Raum aufbauen und pflegen? Wie kommuniziert man mit jemandem, der einem nur durch den Bildschirm sieht – und den man selber nur bei sich auf dem Screen hat? Wie passt man seine Verhaltensweisen an die Situation an?

Diese im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie und den von der Schweiz ergriffenen Massnahmen aufgetauchten Fragen brachten uns auf die Idee, uns in unserer Bachelorarbeit dem Thema *Therapeutische Beziehung*[1] *in der Teletherapie*[2] zu widmen. Unser Interesse an diesem Gebiet gründete in zwei Tatsachen:

Erstens war die Idee der technisch vermittelten Therapie, die ohne körperliche Nähe – und somit ohne Ansteckungsrisiko – auskommt, plötzlich überall im logopädischen Diskurs präsent (vgl. Schwinn et al. 2020). Zweitens war es das in der logopädischen Forschung erst in wenigen Beiträgen untersuchte Thema TB (vgl. Göldner 2017, 36), das uns reizte. Oftmals wurde in der Ausbildung die Wichtigkeit der Beziehung zwischen Therapeutin[3] und Patient[4] betont, was sich auch im wissenschaftlichen Diskurs widerspiegelt (vgl. ebd.). Dennoch blieb die TB für uns bis anhin ein formloses Etwas. Unsere zweite Motivation war also, die TB tiefer zu ergründen und zu verstehen.

1.2. Fragestellung

Unsere Forschungsfrage umkreist zwei Themenfelder. Ausgehend vom Thema *Teletherapie* stellten wir folgende Überlegungen an: Das Setting verzerrt kommunikative Signale durch die multi-mediale Vermittlung sowohl zeitlich als auch qualitativ, was zu einer veränderten Kommunikationssituation führt. Solche Veränderungen können als potentielles Problem wahrgenommen werden, d.h. bspw. als mögliches Missver-

---

[1] Im Folgenden wird der Begriff *Therapeutische Beziehung* im Lauftext weitestgehend mit dem Akronym TB abgekürzt.

[2] Im Folgenden wird der Begriff Teletherapie im Lauftext weitestgehend mit dem Akronym TT abgekürzt.

[3] Aus Gründen der Leserlichkeit beschränken wir uns in der ganzen Arbeit auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung. Männliche Therapeuten und – im Besonderen – Logopäden sind dabei genauso wie alle weiteren den logopädischen Beruf ausübenden Menschen, die sich keinem der beiden Geschlechter zuordnen, mitgemeint.

[4] Aus Gründen der Leserlichkeit beschränken wir uns in der ganzen Arbeit auf die männliche Form Patient. Weibliche Patientinnen sind dabei genauso wie alle weiteren eine Therapie aufsuchenden Menschen, die sich keinem der beiden Geschlechter zuordnen, mitgemeint.

ständnis oder als Unvermögen, in den gegebenen Umständen mit der aktuellen Kommunikationsstrategie ein kommunikatives Ziel zu erreichen. In der Regel versuchen die Kommunikationspartner sich so anzupassen, dass die Kommunikation bzw. das gemeinsame Ziel der Interaktion trotzdem erreicht werden kann[5]. Im Falle der Sprachtherapie geschieht dies durch Anpassungen der Kommunikation selbst oder aber durch Anpassungen in der therapeutisch-methodischen Vorgehensweise. Unsere Annahme ist nun, dass sich sowohl die sich aus der multi-medialen Vermittlung ergebenden Veränderungen wie auch die daraus resultierenden Anpassungen auf die TB auswirken – die Frage ist nur wie. Unsere Überlegungen ergeben somit zusammengefasst folgende Fragestellung:

> *Wie wirken sich wahrgenommene Veränderungen und daraus resultierende kommunikative und methodische Anpassungen, die sich durch die multi-mediale Vermittlung in der logopädischen Teletherapie ergeben, auf die therapeutische Beziehung aus?*[6]

1.3. Methodisches Vorgehen

Zunächst wollten wir uns einen Überblick über die beiden Kerngebiete der Arbeit verschaffen. Da der theoretische Abriss zu den Themen TT und TB eher eine Vorbereitung auf unsere eigentliche Forschungsarbeit darstellt und nicht den Kern unserer Arbeit ausmacht, erfolgte die Recherche nicht systematisch. Unsere Zusammenstellung des Forschungsstandes entspricht nach Ressing et al. (2009) einem *narrativen Review* bzw. einer *selektiven Literaturübersicht* (vgl. ebd.) und hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Ergebnisse der Literaturrecherche finden sich in Kapitel 2.

Die Daten für unsere Forschungsarbeit sollten möglichst aus einer praxisnahen Umgebung stammen, weshalb wir uns für die die Durchführung eines *Gruppeninterviews* mit praktizierenden Logopädinnen entschieden (siehe Kapitel 3.2.2). Für die Auswertung wählten wir die *qualitative Inhaltsanalyse* (siehe Kapitel 3.2.3). Ziel der Auswertung sollte eine Palette an durch die multi-mediale Vermittlung entstandenen *Verän-*

---

[5] Wir beziehen uns hier auf das Kooperationsprinzip sowie die Konversationsmaximen nach Grice, wie er sie in seinem Aufsatz *Logic and Conversation* von 1975 beschreibt (vgl. Grice 1979, 248ff).

[6] Die Fragestellung, wie sie hier steht, wurde im Verlauf der Auswertung angepasst. Dies ist aber bei Forschungsarbeiten im Bereich der *Qualitativen Inhaltsanalyse* kein abwegiges Vorgehen: So „ist die Formulierung von Hypothesen zu Beginn in der Planungsphase nicht zwingend, sondern im Bereich der qualitativen Inhaltsanalyse eher selten anzutreffen. Hier ist eher ein offenes Vorgehen, ohne vorab formulierte Hypothesen, die Regel“ (Kuckartz 2018, 46).

derungen sowie daraus resultierenden *Anpassungsleistungen* und deren *Auswirkungen auf die TB* sein. Die Begründung der Methodenwahl und eine genauere Erläuterung unserer Vorgehensweise findet sich in Kapitel 3.2. Die Erkenntnisse aus der Untersuchung und unsere Interpretation davon sind in Kapitel 3.3 zusammengefasst.

2. Theoretischer Bezugsrahmen

Im Folgenden werden die Ergebnisse unserer Literaturrecherche zu den Kernthemen *TT* und *TB* dargestellt. Da in der logopädischen Forschung nicht sehr viele relevante Artikel zu finden waren, nahmen wir für unsere Literaturdurchsicht zusätzlich Beiträge aus der psychotherapeutischen Forschung hinzu, in der die Thematik schon länger und wesentlich gründlicher diskutiert wird (vgl. Klasen et al. 2013). Diese sind klar von den Ergebnissen aus der logopädischen Forschung abgegrenzt dargestellt und werden auf ihre Nutzbarkeit für die logopädische Praxis geprüft.

Der Theorieteil gliedert sich in drei Teile. In Kapitel 2.1 wird auf den Begriff *Teletherapie* eingegangen: Was genau meinen wir damit? Was sind die Erkenntnisse aus anderen Disziplinen dazu und wie sieht es in der Logopädie aus? Das Kapitel 2.2 widmet sich der TB. Wir erläutern die in der Forschung diskutierte Grundannahme, dass die TB einen *wesentlichen Einfluss auf den Therapieerfolg* hat, gehen auf den *aktuellen Forschungsstand bezüglich TB* ein und formulieren anhand der gewonnen Erkenntnisse eine Definition der TB für die vorliegende Arbeit. Daraufhin beschäftigen wir uns mit der *Beschaffenheit der TB* und widmen uns schliesslich der Frage, *wie* diese Wirkfaktoren in der *Kommunikationssituation* umgesetzt werden können.

Eine Zusammenführung der theoretischen Erkenntnisse zu den beiden Kernthemen *Therapeutische Beziehung* und *Teletherapie* findet sich in Kapitel 2.3. Hier präsentieren wir auch, welche Erkenntnisse aus der Forschung die Grundlage für unsere Forschungsarbeit bilden.

2.1. Teletherapie

2.1.1. Begriffsdefinition

Der Begriff *Teletherapie* wird im weiteren und im engeren Sinne verwendet: Im weiteren Sinne meint TT die (logopädische) Therapie, die durch jegliche technischen Hilfsmittel vermittelt durchgeführt wird. Dies schliesst laut Eichenberg und Kühne (2014), die dafür den Begriff *E-Mental-Health-Angebote* verwenden, die Subtypen „internetbasierte Interventionsprogramme“, „internetgestützte therapeutische Software“, „Onlineberatung/-therapie (singulär oder als ergänzendes Setting im Rahmen einer traditionell geführten ‘Sprechzimmertherapie’ bzw. ‘Offline-Beratung’)“ sowie „Selbsthilfe“ mit ein (Eichenberg & Kühne 2014, 23f). In dieser weiteren Definition des Begriffs wird also unter anderem auch die Nutzung von für die Therapie konstruierten Apps oder die Kommunikation via schriftlicher Chats mit einbezogen.

Wir möchten den Begriff *Teletherapie* für die vorliegende Arbeit enger fassen und meinen ausschliesslich eine online stattfindende logopädische Therapie, wobei Patient und Therapeutin mittels synchroner Video- und Tonübertragung miteinander in Kontakt treten.

2.1.2. Die Teletherapie in der Psychotherapie

In der Psychotherapie ist die Online-Therapie seit längerem ein Thema und wird meist störungsspezifisch untersucht. Dabei werden nebst der TT, wie wir sie in Kapitel 2.1 definiert haben, auch „minimal-contact“ bzw. „guided self-help“ Therapien angeboten. Bei dieser Art der Online-Therapie nutzt der Patient ein Online-Selbsthilfeprogramm und wird vom Therapeuten via Mail oder Chats begleitet (vgl. Berger & Andersson 2009). Es handelt sich also um eine asynchrone Form der Teletherapie. Der Aufwand für die Therapeutin kann bei dieser Therapieform laut Berger und Andersson (2009) um das vier- bis fünffache reduziert werden. Patientenumfragen zeigen, dass in „minimal-contact“ Therapien eine vergleichbar gute TB wie in der Face-to-Face-Therapie entstehen kann. Das Unterschreiten eines gewissen Minimums an Kontakt zum Patienten scheint jedoch mit einer geringeren Wirksamkeit und einem häufigeren Therapieabbruch zu korrelieren (vgl. ebd.).

Eine kontrollierte Studie zur Videokonferenz-Therapie – also zu einer synchronen TT, wie wir sie untersuchen möchten – mit Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörungen berichtet, dass die „ursprüngliche, teilweise negative Einstellung der Studienteilnehmer gegenüber Videokonferenztechnologie keinen negativen Einfluss auf den Aufbau der therapeutischen Beziehung ausübt“ (vgl. Klasen et al. 2013). Im Gegensatz zu asynchronen Therapieformen führe das Zusammenspiel von (virtueller) räumlicher und sozialer Präsenz in der videobasierten TT dazu, dass Patienten den Kontakt zur Therapeutin gar nicht als medienvermittelt wahrnehmen, Kamera und Monitor sogar komplett ausblenden können und die Beziehung als sehr präsent erleben (vgl. ebd.).

Sowohl in der Online-Psychotherapie als auch in der Online-Beratung (asynchron und synchron) wurden positive Wirksamkeitsnachweise erbracht, die mit einer Face-to-Face-Therapie bzw. -Beratung vergleichbar sind (vgl. Eichenberg und Küsel 2016). Man muss jedoch hinzufügen, dass die Patienten gezielt online nach Hilfe gesucht haben und bereits mit dem Medium vertraut waren.

Ein Vorteil der Online-Therapie und -Beratung ist, dass die Vermittlung über die medialen Kommunikationskanäle gezielt ausgenutzt werden kann: So kann es dem Patienten bei sehr emotionalen, belastenden Themen selbst überlassen werden, ob er die Kamera lieber ausschalten möchte (vgl. Berninger-Schäfer 2020). Als negative Aspekte der Online-Therapie und Beratung werden technische Probleme genannt, welche zu Stress und Frustration führen können (vgl. Eichenberg & Küsel 2016).

2.1.3. Aktueller Forschungsstand in der Logopädie

Bis vor Beginn der Corona-Pandemie war die TT in Deutschland und der Schweiz wenig erforscht und kam für viele Logopädinnen gar nicht in Frage: „Für viele Logopäden und Sprachtherapeuten [war, Anm. d. Verf.] die konventionelle Einzeltherapie der Goldstandard in der klinisch-therapeutischen Versorgung und kann durch keine Technologie ersetzt werden“ (Bilda et al. 2017, 29). Die fehlende Bereitschaft und Akzeptanz auf Seiten der Therapeutinnen hat sich im Jahr 2020 notgedrungen geändert. Die im deutschsprachigen Raum bisher mangelhaft untersuchte logopädische TT wurde aufgrund der COVID-19-Pandemie Thema zahlreicher Fachartikel, Umfragen und Studien. Von besonderem Interesse ist die Qualität der TT, deren Outcome und die Gestaltung der TB im Vergleich zur Face-to-Face-Therapie.

Ende 2020 veröffentlichten Bilda et al. einen Artikel, in dem sie die Ergebnisse einer Online-Umfrage mit 328 Teilnehmerinnen zum aktuellen Stand der digitalen logopädischen Therapie vorstellen (vgl. Bilda et al. 2020). Der Umfrage zufolge ist die Einstellung der TT gegenüber in den letzten Monaten deutlich positiver geworden[7]. Im Rahmen des Forschungsprojekts *ViTaL* von Schwinn et al. (2020)[8] wurden 841 Therapeutinnen in der ambulanten Praxis in Deutschland nach ihrer Meinung zur TT und deren Umsetzung befragt. Als Vorteile, die ihnen zugutekommen, nennen sie unter anderem den gesundheitlichen Schutz, die Erweiterung des Therapieangebots und der Wegfall von Fahrtwegen (vgl. ebd., vgl. zudem Bilda et al. 2020). Bei den Patienten sei darüber hinaus eine höhere Therapiemotivation beobachtet worden und der Transfer in den Alltag sei besser gelungen (vgl. Schwinn et al. 2020). Letzteres könnte darauf zurückzuführen sein, dass Interventionen, die in einem vertrauten Umfeld stattfinden, effektiver sind als solche in einem klinisch-therapeutischen Setting: „Die

[7] 37% können sich TT als eine langfristige Ergänzung zur konventionellen Therapie vorstellen, 28% als Notlösung, und die Mehrheit (55%) kann sich TT bei einigen Patienten sogar als Ersatz zur Face-to-Face-Therapie vorstellen (vgl. Bilda et al. 2020).

[8] *VitaL* heisst *Videotherapie in der ambulanten logopädischen/sprachtherapeutischen Versorgung.*

positiven Effekte zeigen sich in einer Generalisierung geübter Therapieinhalte, Verbesserung des funktionellen Outcomes, der Zufriedenheit der Patienten und des Selbstmanagements“ (vgl. Bilda et al. 2017, 27).

Im Rahmen von ViTaL wurden die Teilnehmerinnen zudem gefragt, welche Störungsbilder sie in Zukunft via TT behandeln würden (vgl. Schwinn et al. 2020). Folgende Bereiche wurden genannt: Sprachentwicklungsstörungen, Dyslalien, Aphasie, Sprechmotorische Therapien (Dysarthrie, Dysarthrophonie, Sprechapraxie) und funktionelle Stimmstörungen[9]). Eine Nutzung von Videotherapie bei Dysphagie-Patienten kam für die Mehrheit nicht in Frage (vgl. ebd.). Dass sich das Störungsbild Aphasie gut für eine TT eignet, zeigt auch eine amerikanische Metastudie (vgl. Weidner & Lowman 2020). Das Review schafft einen Überblick über 31 Studien, welche sich mit sprachtherapeutischer TT für Erwachsene beschäftigen und zwischen 2014 und 2019 publiziert wurden. Der aktuelle Forschungsstand des Projektes zeigt die Durchführbarkeit, Effektivität und diagnostische Fehlerfreiheit der TT auf. Aphasie eigne sich aufgrund ihres audiovisuellen Charakters besonders gut für die TT. Weidner und Lowman (2020) weisen jedoch darauf hin, dass die meisten Studien keine Kontrollgruppen verwendet haben und weitere Untersuchungen nötig sind, bevor die Effektivität von TT im Erwachsenenbereich eindeutig bewiesen sei (vgl. ebd.). Zur Effektivität der TT wurden auch in der Umfrage von Bilda et al. (2020) Daten erhoben: Die Mehrheit der Befragten schätzte eine TT effektiver oder genauso effektiv ein wie eine Live-Therapie, wobei technikaffine Logopädinnen die Effektivität deutlich höher einschätzen (vgl. ebd.). Des Weiteren wird in der Umfrage ersichtlich, dass Vor- und Nachbereitung in der TT mehr Zeit beanspruchen: 74% schätzen den Zeitaufwand in der TT höher ein. Das kann unter anderem damit zusammenhängen, dass Arbeitsblätter und Unterlagen eingescannt und den Patienten per Post oder per Mail zugestellt werden (vgl. ebd.). Als gleichbleibend werden die intrinsische Motivation und die Konzentration wahrgenommen. Ein Teil der Logopädinnen sehen dafür einen Gewinn im engeren Kontakt zu den Patienten und ihren Familien und schätzen den Einblick in das häusliche Umfeld (vgl. ebd.). Als herausfordernd werden die Latenz zwischen Mundbewegung und Sprachübertragung genannt und – der Online-Psychotherapie und -Beratung entsprechend – die technischen Schwierigkeiten (vgl. ebd.).

[9] Wir gehen davon aus, dass die Lesenden mit den logopädischen Fachbegriffen vertraut sind. Die meisten in dieser Arbeit erwähnten Störungsbilder lassen sich im Buch von Schindelmeiser (2015) nachlesen.

Dies kann auch der Grund sein, warum trotz der Umstellung auf digitale Behandlungen weiterhin überwiegend analoge Materialien eingesetzt wurden. „Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass speziell für die logopädische Teletherapie entwickelte Trainingsprogramme und Apps in der Praxis wenig genutzt werden“ (ebd.).
Bilda et al. (2017) empfehlen für die Umsetzung der TT die Nutzung von Plattformen, die für den Bildungs- oder Wirtschaftssektor als Zielgruppen konzipiert worden sind. Bei diesen Plattformen sei der Datenschutz gesichert, und sie bieten Funktionen wie das Teilen des Bildschirms oder das gemeinsame Arbeiten an Whiteboards, was eine interaktive digitale Therapie ermöglicht. (vgl. Bilda et al. 2017, 28). In der aktuellen Umfrage von Bilda et al. (2020) zeigt sich aber, dass 80,3% (n=151) der Teilnehmerinnen nicht sämtliche Möglichkeiten und Funktionen, die teletherapeutische Programme und Apps bieten, auch nutzen (vgl. ebd.).

2.1.4. Kommunikation in der Teletherapie

Wie gestaltet sich nun die Kommunikation in der videobasierten TT? Was unterscheidet die TT von der Live-Therapie[10]? Welche Vor- und Nachteile gibt es?
In der TT sitzen beide Parteien räumlich getrennt vor einem Bildschirm. Einen grossen Unterschied zur LT bildet die *Reduktion bzw. Andersartigkeit der angesprochenen Sinneskanäle*: Bei der Videoübertragung funktioniert die Kommunikation grundsätzlich anhand von visuellen und auditiven Reizen. Dass Aufnahme und Digitalisierung von Bild und Ton zu Qualitätseinbussen führen und somit weniger Informationen übertragen werden, als es im Live-Setting der Fall wäre, ist selbsterklärend.
Zudem ist die Übertragung *zeitlich leicht verzögert* – je nach Qualität der Internetverbindung und genutzter Software mehr oder weniger stark. Folglich zählt die Kommunikation via TT zur *quasi-synchronen*, also zur *nahezu zeitgleichen Kommunikation* (vgl. Eichenberg & Kühne 2014, 81). Um dieser Verzögerung entgegenzuwirken und trotzdem ein flüssiges Gespräch aufrecht zu erhalten, empfiehlt es sich, den Gesprächspartner ausreden zu lassen. Man kann nicht sofort auf die Aussage des Gegenübers reagieren, sondern muss zuerst sicherstellen, dass dieser zu Ende gesprochen hat (vgl. Webarchiv ETH, n.d.).
Darüber hinaus sind in der TT die *visuellen Informationen* auf den von der Kameralinse erfassbaren Bereich *eingeschränkt*. Einerseits gehen dadurch Informationen

[10] Im Folgenden wird der Begriff *Live-Therapie* im Lauftext weitestgehend mit dem Akronym LT abgekürzt.

des Patienten verloren (z.B. was der Patient mit seinen Beinen macht o.ä.), andererseits ist man selbst im Bewegungs- und Handlungsraum eingeschränkt, da Kamera und Mikrofon entweder am Bildschirm fixiert oder durch ihre Kabel örtlich nur begrenzt einsetzbar sind.

Eine weitere Einschränkung der Videoübertragung ist der *Blickkontakt*. Dadurch, dass man den Blick auf den Bildschirm gerichtet hat, wo der Gesprächspartner abgebildet wird, und nicht in die Kamera schaut, kann *kein direkter Blickkontakt* hergestellt werden. Der fehlende Blickkontakt, die Irritation des eigenen Videos und die damit zusammenhängende Selbstreflexion, sowie potentielle Geschehnisse im Raum des Patienten, die für uns nicht sichtbar sind, können zu mangelnder Aufmerksamkeit und Ablenkbarkeit in der Therapie führen (vgl. Webarchiv ETH, n.d.).

Der grösste Unterschied ist aber definitiv der komplette *Wegfall der räumlich-körperlichen Dimension*. Weder Berührungen noch das unmittelbare Übergeben oder schlichtweg das Zeigen von Arbeitsmaterialien ist möglich. Die Unmöglichkeit der unmittelbaren körperlichen Interaktion hat u.E. unbestreitbar einen grossen Einfluss auf die kommunikativen und methodischen Verhaltensweisen in der Therapie. Dadurch, dass sich Therapeutin und Patient nicht am gleichen Ort befinden, entsteht kein gemeinsamer Kommunikationsraum.

Wie der Kontakt in der LT zählt auch der Kontakt in der TT zur Individualkommunikation, d.h. dass *ein* Sender mit *einem* Adressaten direkt kommuniziert, wie es auch via E-Mail, in einem Chat, per SMS oder per Telefon passiert (vgl. Eichenberg & Kühne 2014, 28). Der Unterschied dabei ist aber, dass der Kommunikationsraum nicht zwingend 'abgeschlossen' ist. Während im Therapiezimmer ein sogenannter *Safe Place*[11] entsteht, d.h. ein Ort in dem sich der Klient der Therapeutin bezüglich aller Themen öffnen kann, ohne Gefahr zu laufen, dass jemand mithört, ist es in der TT theoretisch jederzeit möglich, dass eine weitere Person, die sich bei einem der Kommunikationsteilnehmer im Raum befindet, sich in die Kommunikation einmischt. Gerade für Patienten, die sich wegen ihres Störungsbildes schämen, gewisse Übungen zu machen, oder gerne etwas Privates besprechen möchten, fehlt in der TT der geeignete Raum dazu.

Die durch die technische Vermittlung veränderten auditiven, visuellen und zeitlich-räumlichen Sinneswahrnehmungen und Interaktionsmöglichkeiten in der TT haben

[11] Wir beziehen uns mit dem Begriff *Safe Place* nicht auf das Konzept von Katz-Bernstein (1996), sondern verstehen ihn im weiteren Sinne als sicheren Ort für die Therapie.

unbestreitbar einen grossen Einfluss auf das Kommunikationsverhalten der Gesprächsteilnehmer.

2.2. Therapeutische Beziehung

2.2.1. Wirksamkeit der Therapeutischen Beziehung

In einem Interview mit der Zeitschrift DLV AKTUELL hält die Psychotherapeutin Jacqueline Frossard fest, wie grundlegend eine tragfähige Beziehung zwischen Therapeutin und Klient für die therapeutische Arbeit ist: Die TB sei deshalb so wichtig, weil sich in der Therapie ein Mensch mit seinen Schwächen zeigen soll, was sehr viel Vertrauen bedinge (vgl. Frossard 2019). So machen *allgemeine Wirkfaktoren* wie die TB einen beachtlichen Anteil von 30% am Therapieerfolg aus (vgl. ebd., sowie Lambert & Barley 2001)[12]. Göldner und Hansen (2019) betonen, dass die TB *in der Psychologie* schon lange ein wichtiges Thema sei: Schon seit Jahrzehnten werden in der psychologischen Forschung neben *spezifischen Wirkfaktoren* auch *allgemeine Wirkfaktoren* untersucht (vgl. Göldner & Hansen 2019). Dabei meinen erstere in direktem Zusammenhang mit einem therapeutischen Verfahren stehende Faktoren, die für den Therapieerfolg verantwortlich sind. Unter letzteren werden Faktoren verstanden, die unabhängig von der angewandten Therapiemethode im Kontext der psychotherapeutischen Intervention auftreten – wie bspw. die TB (vgl. Göldner et al. 2017). Zwar ist noch nicht genau erwiesen, „wie und unter welchen Voraussetzungen verschiedene allgemeine Wirkfaktoren jeweils wirksam werden“ (ebd.). Es konnte aber bestätigt werden, *dass* sie einen Einfluss auf das Therapiegeschehen haben:

> „In zahlreichen Meta-Analysen konnte hier unabhängig von Therapieansatz und Störungsbild ein moderater, aber robuster Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung (auch «Arbeitsallianz» oder «working alliance») und dem Ergebnis der Psychotherapie nachgewiesen werden“ (Göldner & Hansen 2019, 7).

In der *Logopädie* hingegen gibt es erst sehr wenig Forschung zu *allgemeinen Wirkfaktoren*. Deren Relevanz wurde aber erkannt und sie werden nun mehr und mehr erforscht (vgl. Göldner & Hansen 2019). Viele Beiträge nehmen dabei Bezug auf die Ergebnisse und Argumente aus der psychotherapeutischen Forschung (vgl. Göldner 2017, 37): So könne bspw. die Wirksamkeit von sprachtherapeutischen Interventio-

[12] Frossard (2019) bezieht sich hier auf „Lampert (2001)“, meint wohl aber eher Lambert und Barley (2001), deren Forschungsarbeit genau diesen Gegenstand hat und entsprechende Ergebnisse liefert. Allerdings muss hier noch gesagt werden, dass die 30% Anteil am Therapieerfolg laut ihnen nicht – wie Frossard (2019) fälschlicherweise behauptet – rein der *Therapeutischen Beziehung* zuzuordnen ist sondern insgesamt den *allgemeinen Wirkfaktoren* (bzw. *Common Factors*), zu denen die *Therapeutische Beziehung* gezählt wird.

nen nachgewiesen werden, wobei es scheinbar keine Rolle spiele, welche der untersuchten Methoden man anwende. Dies sei ein Hinweis darauf, dass allgemeine Wirkfaktoren auch in der Sprachtherapie existieren – so die Argumentation, analog zu derjenigen aus der Psychotherapie (vgl. ebd.). Insgesamt wird davon ausgegangen, dass Ergebnisse aus der Psychotherapie – dem therapeutischen Auftrag entsprechend gefiltert – auf die Logopädie übertragbar sind (vgl. Wanetschka 2019). Neben einer Handvoll solcher quantifizierten Aussagen gibt es vor allem qualitative Studien zum Thema Patient-Therapeutin-Beziehung (vgl. Göldner & Hansen 2019). Eine solche liefert Schneeberger (2018), die anhand der Befragung von Therapeutinnen unter anderem den Einfluss der TB auf den Therapieerfolg untersucht (vgl. Schneeberger 2018, 3): Die befragten Therapeutinnen finden, dass die TB die Grundlage für die Therapie bildet und neben der Motivation des Patienten den grössten Einflussfaktor auf die Therapiewirksamkeit darstellt; sie empfinden sie als wesentlich *relevanter* als die angewandte Methode (vgl. Schneeberger 2018, 34). Diese Relevanz nimmt auch Wanetschka (2019) mit einem Verweis auf die neurobiologische Forschung auf: Man habe herausgefunden, dass die Bedeutung der methodischen Herangehensweise kleiner sei als diejenige einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeutin und Patient. Letztere sorge aufgrund von biochemischen Vorgängen im Gehirn für Wohlbefinden und verbessere die Bindungsfähigkeit, was sich positiv auf Lernvorgänge auswirke (vgl. Wanetschka 2019). Entfaltung als Potenzial zur Veränderung ist also nur in einer Beziehung möglich, bei der die Therapeutin wirklich auf ihren Klient eingeht, bei der zugehört und akzeptiert wird, was die Klienten zu sagen haben (vgl. ebd.), wodurch ein starkes Vertrauensverhältnis geschaffen wird. Dieses Vertrauensverhältnis als Resultat einer gelungenen TB bietet die Grundlage für die therapeutische Arbeit und somit für den Erfolg einer Therapie.

2.2.2. Beschaffenheit der Therapeutischen Beziehung

2.2.2.1. Denkansätze zur psychotherapeutischen Beziehung

Die Wirkungsweise der psychotherapeutischen Beziehung wurde aus Sicht verschiedener Schulen beschrieben, wobei wir hier nur auf eine Auswahl eingehen. Dabei möchten wir darauf hinweisen, dass die Denkansätze heute oft gemischt und in einem allgemeineren Verständnis in die Therapie – und insbesondere auch in die Sprachtherapie – einfliessen (vgl. Göldner 2017, 28f).

Die *Tiefenpsychologie* geht davon aus, dass Beziehungen immer durch frühere Beziehungen beeinflusst sind und frühere Erwartungen und Konflikte in die neue Beziehung hineinprojiziert werden (vgl. Göldner 2017, 29):

> „Diese Reaktion macht sich die Psychoanalyse für den Heilungsprozess zunutze, indem die therapeutische Beziehung hier als Übertragungsbeziehung angesehen wird: Durch sie soll der Patient alte, ungelöste innerpsychische Konflikte bewusst neu erleben, um sie dann gemeinsam mit der Therapeutin zu reflektieren und zu bearbeiten“ (ebd.).

Neben dieser Übertragungsbeziehung besteht zwischen Therapeutin und Klient eine sogenannte Arbeitsbeziehung (bzw. Arbeitsallianz), ein geregeltes und mit Abmachungen fixiertes Arbeitsbündnis, welches die Arbeit an der zwischenmenschlichen Beziehung erst ermöglicht (vgl. Göldner 2017, 29f).

Ein Modell aus der *Verhaltenstherapie* „vereint drei Konzepte der therapeutischen Beziehung: die Arbeitsbeziehung, die Realbeziehung und die Schemabeziehung“ (Göldner 2017, 30). Die *Arbeitsbeziehung* ist dabei das zentrale Glied und auf das therapeutische Handeln ausgerichtet (vgl. ebd.). In der Verhaltenstherapie wird das Problem des Patienten nach aussen verlagert, wodurch Patient und Therapeutin in partnerschaftlicher Kooperation gegen das Problem auftreten können (vgl. Göldner: 31). Jedoch ist die Beziehung durch die Notlage des Patienten immer auch eine hierarchische (vgl. ebd.). Von der Arbeitsbeziehung zu trennen ist die *Realbeziehung* (vgl. Göldner 2017, 31): Sie umfasst alle zwischenmenschlichen Faktoren, die nicht direkt mit dem Vertrag zwischen Patient und Therapeutin zu tun haben (vgl. ebd.). Die *Schemabeziehung* schliesslich bildet eigentlich kein eigenständiges Konzept. Sie wird ähnlich der Tiefenpsychologie zum Bearbeiten von beziehungsbezogenen Problematiken verwendet (vgl. Göldner: 31f).

In der *Humanistischen Therapie* kommt der TB eine zentrale Rolle zu:

> „Ihr Gründer, Carl Rogers, konstatierte, dass es die Qualität des therapeutischen Kontakts ist, deren Bestehen über einen gewissen Zeitraum beim Klienten zur Persönlichkeits- und Verhaltensveränderung [...] führt“ (Göldner 2017, 32).

Der Klient als Hauptakteur lenkt den Prozess selbst, was aber nur funktioniert, wenn er sich innerhalb der therapeutischen Beziehung aufgehoben und sicher fühlt (vgl. ebd.). Die Grundelemente der therapeutischen Haltung sind dabei *Kongruenz* (Authentizität in Bezug auf die Gefühle der Therapeutin und deren Kommunikation), die *bedingungslose Wertschätzung* (Respekt, Akzeptanz sowie wertfreie Reflexion von Gefühlen und Verhalten des Patienten) und *Empathie* (exakte Wahrnehmung der

subjektiven Welt des Klienten und Ausrichtung der Therapie danach) (vgl. Göldner 2017, 32f). Die *individualisierte und flexible Verhaltensleistung* des Therapeuten bedingt eine starke Selbstbeobachtung und -reflexion (vgl. Göldner 2017, 33).
In der *Systemischen Therapie* kommt der TB aufgrund des Settings (i.d.R. Familien-, Paartherapie) eine veränderte Rolle zu: Klienten sind im selben Boot aber gleichzeitig in nicht-selbst-lösbarem Konflikt mit ihrem Umfeld (vgl. Göldner 2017, 34). Die Therapeutin fungiert als Moderatorin eines Kooperationsprozesses zwischen den Hilfesuchenden, die als autonome Wesen in einem sozialen Geflecht verstanden werden. Inputs der Therapeutin sind als konstruktives Beisteuern von Anregungen zu sehen, die den Klienten helfen sollen, ihre eigene Lösung zu finden (vgl. ebd.).

2.2.2.2. Die Therapeutische Beziehung in der Logopädie

Im Folgenden werden wir reflektieren, welche der aus der psychotherapeutischen Forschung entliehenen Konzepte der TB für die Logopädie nutzbar gemacht werden können. Zusätzlich nehmen wir einige der von Göldner (2017) zusammengetragenen Ideen aus der sprachtherapeutischen Forschung, die uns für unsere Definition sinnvoll erscheinen, auf.
Prozesse der Übertragung und Gegenübertragung, wie sie in der *Tiefenpsychologie* beschrieben werden, spielen in der Sprachtherapie keine übergeordnete Rolle, nehmen aber Einfluss auf jegliche zwischenmenschliche Beziehung, die auch bei jedem therapeutischen Kontakt mitschwingt.
Der Ansatz der *Systemischen Therapie* spielt in der Logopädie ebenfalls tendenziell eine Nebenrolle, da die Sprachtherapie i.d.R. meist (noch) in Einzeltherapie durchgeführt wird. Er wird in diesem Zusammenhang jedoch erwähnt, da der Kontext bzw. das (familiäre) Umfeld insbesondere in der Teletherapie einen grossen Einfluss haben kann. Viele Patienten – bspw. mit neurogenen Störungen – sind auf die Assistenz aus dem familiären Bereich angewiesen, um an der logopädischen (Tele-)Therapie teilzuhaben.
Die Aufteilung von Arbeitsbeziehung und Realbeziehung aus der *Verhaltenstherapie* überschneidet sich am deutlichsten mit der TB in der Logopädie: Die Arbeitsbeziehung, beschrieben als Mischung zwischen Partnerschaftlichkeit – gemeinsam gegen die Krankheit bzw. das Symptom – und hierarchischem Konstrukt – Experte über Laien –, zeigt sich deutlich neben der zwischenmenschlichen Beziehung in der logopädischen Therapie.

Aber auch der *humanistische Denkansatz* hat Einzug in die logopädische Therapie gefunden: Das Ziel des Empowerments wird auch in der Sprachtherapie mit den Mitteln des geschützten Raumes (*Safe Place*) und der therapeutischen Haltung (Kongruenz, Wertschätzung und Empathie) verfolgt. Kurz: Aus allen beschriebenen Schulen lassen sich Einfluss- und Wirkfaktoren für die TB in der Logopädie ableiten und die Beziehungsgestaltung in den beiden Berufsfeldern gleicht sich.

Dennoch gilt es zu beachten, dass die Logopädin einen anderen Arbeitsauftrag als die Psychotherapeutin hat: Während Symptome in der Psychotherapie häufig als Anlass für bahnbrechendere Veränderungen gesehen werden, geht es in der Logopädie primär um die direkte Fokussierung und Behandlung des (i.d.R.) sinnlich wahrnehmbaren Symptoms (vgl. Göldner 2017, 60). So definiert sich die Grenze zur psychotherapeutischen Beziehung insbesondere durch den vom Patienten definierten Auftrag und die Qualifikation der Sprachtherapeutin im Bereich der Behandlung tiefergehender psychischer Vorgänge. Während diese zwar nicht zum Auftrag der Logopädin gehört, hat sie dennoch eine wichtige Vermittlerrolle zwischen Patient und Psychotherapie, wenn ein Bedarf sich anzeigt (vgl. ebd.). Tauchen keine tieferliegenden psychischen Probleme in der Therapie auf, „sollten [Logopädinnen] ihre kommunikative Kompetenz durchaus im Rahmen ihres Auftrags nutzen. Dazu gehört beispielsweise die Beratungstätigkeit und der Umgang mit starken Emotionen des Patienten“ (ebd.). Die Logopädin hat also verschiedene Aufträge, und eine ganzheitliche Sicht auf den Patienten ist angemessen. In ihrem Rahmen fungiert die Logopädin durchaus „als wissende Kommunikations-Expert*in, und die Beziehungsgestaltung [ist] als notwendige Basis ihres symptomorientierten Handelns [zu sehen]“ (Göldner 2017, 60f). Das Gelingen dieser Beziehungsgestaltung ist stark abhängig von den kommunikativen Kompetenzen der Logopädin: So muss sie in der Lage sein, durch die Vermittlung von Akzeptanz ein den Heilungsprozess förderndes Klima herzustellen, bei der Bewältigung emotionaler Krisen und Entwicklungsprozessen Hilfe zu leisten sowie dem Patienten in Bezug auf die Krankheitsbewältigung Unterstützung, Beratung und Empowerment zu bieten (vgl. Göldner 2017, 59f). Dabei sind die grundlegenden Elemente der therapeutischen Haltung aus der *Humanistischen Therapie* (Kongruenz, bedingungslose Wertschätzung und Empathie) sowie das Beherrschen von Gesprächsführungstechniken und der systemische Blick wichtige Voraussetzungen der Logopädin (vgl. ebd.).

2.2.2.3. *Definition des Begriffes Therapeutische Beziehung*

Für unsere Definition beziehen wir uns zunächst auf Göldner (2017), welche ihre Erkenntnisse zum Schluss ihrer Arbeit in einem Modell bündelt, das die *Therapeutische Beziehung* zwischen Patient und Therapeutin in der Sprachtherapie grafisch wiedergibt (vgl. Göldner et al. 2017, 16):

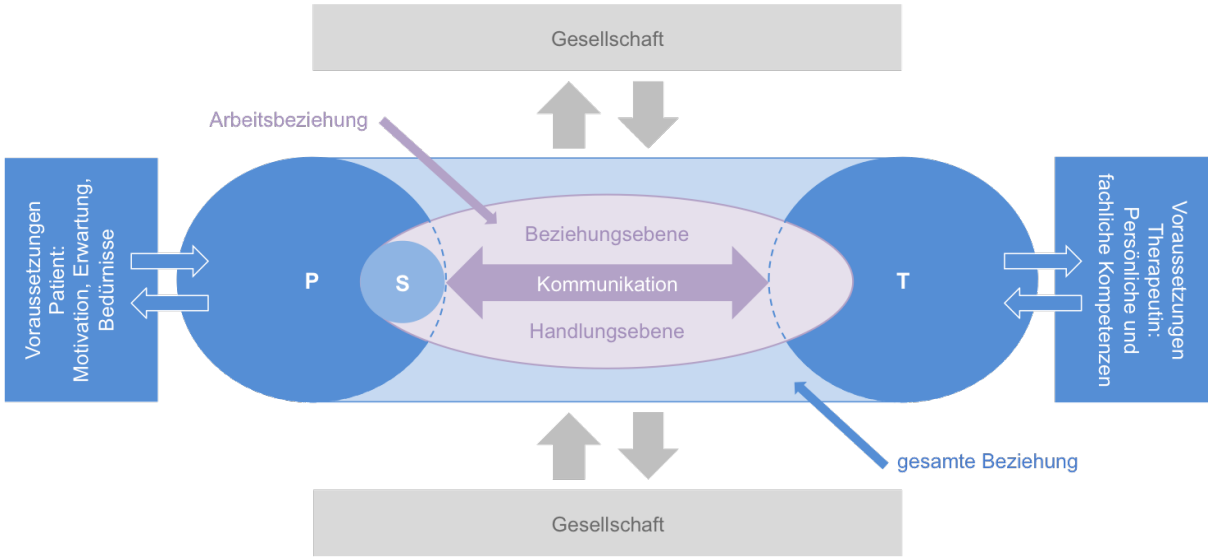


Abb. 1: Das Konzept der Therapeutischen Beziehung in der Logopädie (eigene Darstellung, inhaltlich und grafisch übernommen von Göldner 2017, 65, sowie Göldner & Hansen 2019, 8).

Die beiden Kreise links und rechts stellen den *Patient* (P) und die *Therapeutin* (T) dar, der kleine Kreis steht für das *Symptom des Patienten* (S) (vgl. Göldner 2017, 65). „Ihr Zusammentreffen findet im Rahmen des gesellschaftlichen Kontexts statt, der durch die Balken oben und unten dargestellt wird“ (Göldner 2017, 65f). Die *Gesellschaft* gibt dabei Rahmenbedingungen vor und stellt Ressourcen zur Verfügung (z.B. Modalitäten der Interaktion, Frequenz, Dauer, Rollenerwartungen und -pflichten), bekommt dafür aber auch etwas zurück (z.B. Leistungsfähigkeit des Patienten) (vgl. Göldner & Hansen 2019). Die Balken links und rechts stellen die *Voraussetzungen bzw. Einflussfaktoren* seitens Patient und Therapeutin dar: Der Patient bringt *Motivation, Erwartungen und Bedürfnisse* (*Voraussetzungen Patient*) in die Therapie ein, die durch eine empathische, auf seine Bedürfnisse eingehende Haltung der Therapeutin (*Voraussetzungen Therapeutin*) sowie gezielte *Kommunikation* beeinflusst werden können – beispielsweise durch das gemeinsame Festlegen von Zielen oder durch motivierende Gespräche (vgl. Göldner & Hansen 2019). Neben *fachlich-methodischen* sind also auch die *persönlichen und sozial-kommunikativen Ansichten und Kompetenzen der Therapeutin* relevant (vgl. ebd.).

Die Beziehung zwischen Patient und Therapeutin kann unterteilt werden in eine *umfassende zwischenmenschliche Beziehung* und eine *Arbeitsbeziehung*, die vor allem das Symptom S (Anlass und Kern der therapeutischen Beziehung) fokussiert (vgl. ebd.). Diese *Arbeitsbeziehung* lässt sich wiederum in eine *Beziehungs-* und eine *Handlungsebene* aufteilen (vgl. ebd.). Mit *Handlungsebene* verstehen wir in Anlehnung an Schneeberger (2018) die Ebene, die den Rahmen der therapeutischen Intervention bildet: Hier verorten wir Beziehungsaspekte wie allgemeine Rahmenbedingungen und Setting, die zu Beginn der Therapie bestimmt werden, den Therapievertrag, der zwischen Therapeutin und Patient verhandelt wird, das fachlich-methodische Vorgehen in der Therapie, die Vermittlung von störungsrelevanten Informationen sowie die Zielsetzung (vgl. Schneeberger 2018, 18). „Mit der ‚Beziehungsebene' sind die Merkmale der TB beschrieben" (ebd.), hier verorten wir die Art und Weise, in der das Beziehungsverhältnis gestaltet wird, und wie Patient und Therapeutin miteinander umgehen (vgl. ebd.).

Die *Beziehungs-* und die *Handlungsebene* sind an ihrer Grenze durch die *nonverbale und verbale Kommunikation* verbunden (vgl. Göldner & Hansen 2019). „Sie [d.h. die Kommunikation, Anm. d. Verf.] bildet die konkrete, von außen wahrnehmbare Brücke zum Patienten, die die Therapeutin bewusst steuern kann, zum Beispiel durch Gesprächsführungstechniken und Beratung" (Göldner 2017, 66). Veränderungen in Bezug auf sein Symptom kann der Patient schliesslich nur innerhalb seiner Grenzen vollziehen, die Therapeutin fungiert in der Logopädie vorwiegend als Begleiterin, die dem Patienten Hilfe zur Selbsthilfe leistet (vgl. Göldner 2017, 67).

„Die Mehrzahl der [von Göldner (2017), Anm. d. Verf.] recherchierten Autor*innen fokussiert die Arbeitsbeziehung als zentralen Kern der therapeutischen Beziehung in der Logopädie" (Göldner & Hansen 2019, 8). Dies macht insofern Sinn, dass diese ausschliesslich um das Symptom als Anlass und Kern der TB kreist. Nun ist es aber zweifelsohne auch so, dass Veränderungen in der *umfassenden zwischenmenschlichen Beziehung* unausweichlich auch Veränderungen in der *Arbeitsbeziehung* mit sich bringen. Übertritt der Patient bspw. durch die Offenbarung einer intimen, für die Therapie irrelevanten Information (als Teil der *gesamten Beziehung*) die Grenzen der von der Therapeutin zugelassenen Nähe, kann dies weitreichende Folgen auf die *Arbeitsbeziehung* haben – und mitunter sogar zum Therapieabbruch führen. Aus diesem Grund folgen wir dem Modell von Göldner (2017) bzw. von Göldner und Hansen (2019) insofern, dass wir den Begriff *Therapeutische Beziehung* im Folgenden im

weiteren Sinne verstehen als *umfassende zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Therapeutin und Patient*, deren für die Therapie zentrale Teil die *Arbeitsbeziehung* bildet.

2.2.3. Wirkfaktoren der TB und deren Umsetzung in der Therapie

Wie gelingt eine optimale TB? Welche *Wirkfaktoren* sind zu beachten? Und wie können diese in der Therapie *umgesetzt werden*? Diese Fragen versuchen wir im Folgenden zu beantworten. Angelehnt an das Modell von Göldner (2017) unterteilen wir die Wirkfaktoren der TB in drei Bereiche:

Tabelle 1: Die drei Bereiche der Wirkfaktoren der Therapeutischen Beziehung.

Bereich	*Erläuterung*
Voraussetzungen Patient	Persönliche Haltung gegenüber der Therapie (Motivation, Erwartungen und Bedürfnisse), biografische Faktoren (Charaktereigenschaften, Krankheitsgeschichte und Störungsbild) und Rahmenbedingungen der Lebenswelt
Voraussetzungen Therapeutin	Persönliche Haltung (Empathie, Kongruenz, bedingungslose Wertschätzung, Persönlichkeit), soziale Kompetenzen (sozial-kommunikative Fähigkeiten, Gesprächsführungstechniken, systemischer Blick), fachliche Kompetenz und Rahmenbedingungen der Institution
Kommunikation auf Handlungs- und Beziehungsebene	Umsetzung von fachlich-methodischen und sozial-kommunikativen Kompetenzen (Shared Decision Making, motivierende Gespräche, Empowerment, Reflexion/Feedback) innerhalb der therapeutischen Intervention über den nonverbalen, paraverbalen und verbalen Kommunikationskanal

Zunächst gehen wir auf einzelne Wirkfaktoren der TB (Bereiche *Voraussetzungen Patient* und *Voraussetzungen Therapeutin*) ein und zeigen auf, welche Bedingungen sich positiv auf die TB auswirken (Kapitel 2.2.3.1 und 2.2.3.2). In Kapitel 2.2.3.3 schliesslich behandeln wir den Bereich *Kommunikation auf Handlungs- und Beziehungsebene* und beschäftigen uns mit der Frage, wie diese Wirkfaktoren in der Kommunikationssituation konkret umgesetzt werden können.

2.2.3.1. Wirkfaktoren der TB: Voraussetzungen Patient

Zunächst ist die Wirksamkeit einer Therapie vom Patienten abhängig: Nur wenn der Patient genügend *Motivation für die Therapie* mitbringt und seine *Erwartungen und Bedürfnisse* mit dem Angebot der Logopädin übereinstimmen, können Veränderungen überhaupt angegangen werden. Zudem spielen seine *Charaktereigenschaften* je

nach dem eine grosse Rolle: Wie gelingt es ihm, mit der Krankheit bzw. der Symptomatik umzugehen? Ist er aufgeschlossen für Veränderungen? Weiter sind die Faktoren *Krankheitsgeschichte* und *Störungsbild* zentral: Ist der Patient mit seinem aktuellen Krankheitsstatus bereit für eine Therapie im gegebenen Rahmen? Kann sein Störungsbild im Rahmen der vorliegenden Therapie (d.h. bspw. mit dem möglichen Setting und der Fachkompetenz der Therapeutin) überhaupt behandelt werden? Schliesslich spielt der *Lebenskontext* des Patienten eine wichtige Rolle: Hat er ein Umfeld, das sich förderlich auf seinen Heilungsprozess auswirkt und die Therapie unterstützt?

Wie bereits angetönt sind die Patientenvoraussetzungen von Person zu Person sehr verschieden und können von der Therapeutin nur indirekt beeinflusst werden. Manche Faktoren wie die *Charaktereigenschaften des Patienten* sowie die *biografischen Faktoren* sind weitestgehend unveränderbare Variablen. Bei anderen wie der *persönlichen Haltung des Patienten gegenüber der Therapie* oder den *Rahmenbedingungen der Umwelt* kann die Therapeutin aktiv mitwirken. Hier sind dann insbesondere die Voraussetzungen und die Kommunikation der Therapeutin gefragt: Schafft es die Therapeutin, so auf den Patienten einzugehen, dass dieser sich für die Intervention öffnet? Gelingt es der Therapeutin, den Patienten für die Therapie zu motivieren? Auch diese Faktoren sind allerdings – trotz bester fachlicher und sozial-kommunikativer Kompetenzen der Therapeutin – nur bedingt beeinflussbar. Dennoch sind es Wirkfaktoren, die u.E. unbestreitbar einen grossen Einfluss unter anderem auf die TB und somit auch auf den Therapieerfolg haben.

2.2.3.2. Wirkfaktoren der TB: Voraussetzungen Therapeutin

Wie oben (Kapitel 2.2.2) bereits beschrieben, bildet die Beziehungsgestaltung die Grundlage der therapeutischen Intervention:

> „Eine gute und heilungsfördernde Zusammenarbeit von Therapeuten und Patienten bedarf einer gemeinsamen und vertrauensvollen Verständigungs- und Vertrauensbasis als Voraussetzung für die Annahme therapeutischer Maßnahmen“ (Dehn-Hindenberg 2008, 266, zitiert nach Göldner 2017, 42).

Für die Herstellung einer solchen Vertrauensbasis „ist die fachliche Kompetenz der Therapeutin allein nicht ausreichend, denn nur durch deren qualitativ gute Kommunikation können Akzeptanz und Motivation vermittelt werden, wird der Patient mitarbeiten und den Therapieerfolg wahrnehmen“ (Göldner 2017, 43). Das *kommunikative*

Verhalten der Therapeutin und *ihre psychosozialen Kompetenzen* sind also zentral für den Beziehungsaufbau. So braucht die Therapeutin die Fähigkeiten, um dem als allgemeingültig angenommenen „Verlangen der Patienten nach dem empathischen Eingehen auf ihre persönlichen Bedürfnisse, nach Verständnis des Therapeuten für den Patienten, nach Vertrauen zum Therapeuten und nach Ruhe“ Rechnung zu tragen (Göldner 2017, 43).

Dabei bildet neben einer allgemeinen *Verlässlichkeit der Therapeutin* (vgl. Göldner 2017, 51), wie bereits in Kapitel 2.2.2 erwähnt, die therapeutische Haltung (*Kongruenz* bzw. *Authentizität*, *bedingungslose Wertschätzung* und *Empathie*) die Basis. Diese wird unter anderem durch ein *passendes Sprechverhalten*, durch eine *zugewandte und offene Körperhaltung*, durch *Blickkontakt* sowie durch die Anwendung von *Gesprächstechniken* vermittelt (vgl. Göldner 2017, 49). Die Umsetzung all dieser Anforderungen bedingt ihrerseits wieder Eigenschaften der Therapeutin wie *Spontaneität* und *Offenheit* (vgl. ebd.). Weitere wichtige Faktoren sind die *Einbindung des Patienten* in den gesamten Therapieprozess, *Unterstützung* bei der Krankheitsbewältigung und *Partnerschaftlichkeit*, wie sie in der *Verhaltenstherapie* beschrieben wird (siehe oben, vgl. zudem Göldner 2017, 44).

Im Zusammenhang mit dem Vertrauen und dem Bedürfnis nach Ruhe sei hier nochmals der *Safe Place* erwähnt. Dabei geht es darum, dem Patienten einen Raum anzubieten, in dem er und seine Geschichte geschützt ist und er bei Bedarf unterstützt wird. Hier ist als Teil des *institutionellen Rahmens* ein geeigneter Therapieraum, der die Privatsphäre des Patienten schützt, die Grundvoraussetzung. Für den Aufbau von Vertrauen setzen wir nebst dem *Safe Place* das *authentische Verhalten seitens der Therapeutin* voraus sowie die *Offenheit* dem Patienten Einblick in die eigene Persönlichkeit zu gewähren. Dabei sollten die eigenen Grenzen ebenfalls Beachtung finden, bzw. der eigene Bedarf an *Safe Place* sollte nicht unberücksichtigt bleiben. Der Patient muss sich stark öffnen, damit an seinen Problemen gearbeitet werden kann. Damit das möglich ist, ist ein *angemessener Kontakt* von hoher Bedeutung. Sowohl Patient als auch Therapeutin setzen sowohl sicht- als auch unsichtbare Aktivitäten ein, um einen solchen herzustellen. Neben *Offenheit und Nähe* spielt dabei bspw. auch eine *angemessene Distanz* eine Rolle: Angestrebt werden soll eine gute *Balance von Nähe und Distanz*, in der die Grenzen sowohl des Patienten als auch der Therapeutin respektiert werden (vgl. dazu auch Göldner 2017, 51).

Weiter sind personale Kompetenzen wie eine *ethische Grundhaltung*, ein gesundes *Selbstvertrauen* sowie eine gute *Selbstwahrnehmung* bezüglich Persönlichkeit, Wirkung und Verhalten förderlich für eine erfolgreiche Beziehungsgestaltung (vgl. ebd.). Letztere bildet die Basis für die *Selbstreflexion* bezüglich der Rolle aber auch dem Verhalten der Therapeutin (vgl. dazu auch ebd.), die es ihr erlaubt, ihren Auftrag professionell und effektiv auszuführen.

Es hat sich bereits abgezeichnet, dass eine die Therapie fördernde Beziehungsgestaltung neben der genannten Voraussetzungen des Patienten und der Therapeutin vor allem auch der kommunikativen Kompetenzen der Therapeutin bedingt. Damit die Wirkfaktoren des Bereiches *Voraussetzungen der Therapeutin* auch wirksam werden, muss eine Übereinstimmung zwischen ihnen und ihrer Umsetzung in der konkreten Kommunikationssituation bestehen: Die Wertschätzung seitens Therapeuten bspw. wirkt sich erst positiv auf die Therapie aus, wenn sie zum Ausdruck kommt bzw. den Empfänger erreicht. Erst mit der erfolgreichen kommunikativen Vermittlung kann zwischen Patient und Therapeutin ein Gefühl von Partnerschaftlichkeit entstehen, wirkt die Therapeutin authentisch oder kongruent. Alle drei Bereiche sind folglich ineinander verzahnt und stehen in einem wechselseitigen Prozess.

2.2.3.3. Umsetzung der Wirkfaktoren in der Kommunikation

Der Bereich *Kommunikation auf Handlungs- und Beziehungsebene* bezieht sich nun also auf das kommunikative Verhalten der Therapeutin in Bezug auf die Beziehungsarbeit. Wie in den vorangehenden Kapiteln bereits beschrieben, hat neben der *verbalen Kommunikation* auch das *nichtsprachliche Verhalten* wesentliche Auswirkungen auf die TB. Die *nichtsprachliche Kommunikation* nimmt u.E. sogar eine entscheidende Rolle in der Beziehungsgestaltung ein:

> „Das Verhältnis von Patient und Psychotherapeut und die Frage, wie sie ihr Verhältnis gestalten, können wichtiger sein, als die inhaltliche Bedeutung dessen, was mit Worten gesagt wird“ (Streeck 2009, 63).

Verständigung alleine mit Worten ist schwer. Worte sind immer in unbewusstes bzw. nur teilweise bewusstes und oft nicht aktiv steuerbares nichtsprachliches Verhalten eingebettet (vgl. Streeck 2009, 9f); dieses geht dem bewussten, kognitiv geplanten verbalen Handeln stets voraus (vgl. Streeck 2009, 30). Deshalb ist für die Deutung von Sprache der Einbezug des nichtsprachlichen Verhaltens unabdingbar.

Zum *nichtsprachlichen Verhalten* zählen wir *nonverbale Aspekte* wie körperliche Regungen und Vorgänge und (z.B. Kopfhaltung, Blickrichtung, Bewegungen der Hände, Erröten, Zittern) (vgl. dazu auch Streeck 2009, 35)[13], aber auch *paraverbales Verhalten* wie Stimmlage, Sprechtempo, Sprechpausen und Sprachmelodie. Dabei ist „[d]ie Bedeutung von nichtsprachlichem Verhalten [...] nicht dem Verhalten schon eingeschrieben, sondern wird interaktiv hervorgebracht" (Streeck, 2009, 25). Durch nonverbales und paraverbales Verhalten können also nur Kommunikationsangebote gemacht werden, die Interpretation liegt aber in grossem Masse beim Empfänger, was die nichtsprachliche Kommunikation fehleranfälliger macht als die sprachliche (vgl. dazu auch Streeck 2009, 40)[14]: Ist eine Geste beobachtbar, kann nicht immer eindeutig interpretiert werden, was damit gemeint ist. Hier kann eine genaue Beobachtung der Form, des Zeitpunktes und des Ablaufs von verbaler Äusserung und nonverbalem Verhalten Hinweise über deren Bedeutung geben (vgl. Streeck 2009, 40).
Die Bedeutung von nichtsprachlichem Verhalten lässt sich also nur schwer ohne die Bedeutung von Worten interpretieren, und umgekehrt lässt sich die Bedeutung von Worten oftmals nicht ohne die Bedeutung von non- und paraverbalem Verhalten entschlüsseln; die beiden Ebenen der Kommunikation bedingen einander und stehen somit in einem stetigen Wechselspiel miteinander. Für die Kommunikation in der Therapiesituation spielt hier folglich die *präzise Versprachlichung von Gedanken und Beobachtungen* eine wichtige Rolle (vgl. Göldner 2017, 51) – nonverbales Verhalten soll verbalisiert und somit auch thematisiert werden, damit Klarheit sowohl über die nichtsprachlichen Vorgänge als auch die sprachlichen Äusserungen der beiden Kommunikationspartner geschaffen werden kann.
Wie wir gesehen haben, sind für die Beziehungsgestaltung in der Therapie sowohl die *nonverbale* und die *paraverbale* als auch die *verbale Kommunikation* wichtige Faktoren, die nicht einfach getrennt voneinander behandelt werden können, da sie immer in einem Wechselspiel zueinander stehen. Im Folgenden gehen wir auf be-

[13] Nonverbale Kommunikation im weiteren Sinne – wie bspw. die Gestaltung der äusseren Erscheinung (Habitus) durch die Wahl von Kleidern, Frisur, Statussymbolen wie Uhren, Schmuck etc. – klammern wir hier bewusst aus, da dies einerseits den Rahmen dieser Arbeit nicht gerecht würde und dieser Anteil an nichtsprachlichem Verhalten andererseits u.E. in der Therapiesituation eine untergeordnete Rolle spielt, weil das Rollenverhältnis ohnehin schon klar definiert ist.
[14] Auch verbale Kommunikationsereignisse müssen natürlich immer interpretiert und können somit missverstanden werden. Sprachliche Zeichen haben aber Symbolcharakter und sind in einem Prozess der Verhandlung und Konvention an sich definierte Einheiten, währenddem nichtsprachliche Zeichen oft mehrdeutig sind – z.B. rot werden aus Scham, Wut oder Zuneigung – und sich zudem von Person zu Person weitestgehend stark unterscheiden. Sie sind in dieser Hinsicht also stärker von der Wahrnehmung des Gegenübers abhängig als verbale Äusserungen.

stimmte Faktoren auf beiden Ebenen ein, die die TB auf Ebene der Kommunikation beeinflussen.

An erster Stelle sei die *aktive Präsenz* genannt, die in erster Linie durch *nonverbale Faktoren* wie die *zugewandte und offene Körperhaltung* und den *bestehenden Blickkontakt* ausgedrückt wird (siehe oben) und u.E. die Grundlage für eine erfolgreiche Interaktion bildet. Ebenfalls fundamental ist das *kommunikative Vermitteln* – nichtsprachlich und sprachlich – *von Empathie, Authentizität* (vgl. dazu auch Göldner 2017, 51) und *Wertschätzung* (siehe oben). Dieses drückt sich neben *nichtsprachlichen Faktoren* vor allem durch *verbale Kommunikation* wie bspw. durch das *Eingehen auf die momentane Verfassung des Patienten* und ggf. die Anpassung der Therapie daran aus (vgl. Göldner 2017, 51).

Bereits im vorangehenden Kapitel erwähnt wurde das *adäquate Sprechverhalten*, d.h. dass die Logopädin dem Patienten Zeit lassen soll, seine Gedanken zu formulieren, dass sie auf relevante Inhalte eingehen und ihr Verständnis zu den Aussagen des Patienten durch Paraphrasen, Zusammenfassungen und Rückfragen sichern soll. Dabei soll der *Redeanteil* angemessen verteilt sein, und die *Art zu sprechen* (Äusserungslänge, Wortwahl, Sprechgeschwindigkeit) sollte patientengerecht gestaltet werden (vgl. ebd.).

Die oben erwähnte *präzise Versprachlichung von Gedanken und Beobachtungen* bildet die Basis für ein angemessenes, d.h. *ehrliches und konstruktives Feedback* (vgl. dazu auch Göldner 2017, 49). Dieses ist wesentlich dafür, dass sich der Patient aufgehoben fühlt und Entwicklungsmöglichkeiten sowie Lernfortschritte erkennt. Insgesamt hilfreich für den Umgang mit Patienten sind das Wissen über aber dann vor allem auch die *Anwendung von Gesprächsführungstechniken* (vgl. ebd.). Diese erleichtern es der Therapeutin, auf den Patienten einzugehen, ihn seine Problematik schildern zu lassen, das Verständnis in Bezug auf diese zu sichern und schliesslich gemeinsam Lösungen zu erarbeiten.

2.3. Die Therapeutische Beziehung in der Teletherapie

In den vorangehenden Kapiteln haben wir die Themen *Teletherapie* und *Therapeutische Beziehung* genauer beleuchtet. Wir haben definiert, dass wir uns in der vorliegenden Arbeit mit der *umfassenden zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Therapeutin und Patient*, deren für die Therapie zentrale Teil die *Arbeitsbeziehung* bildet, im Rahmen einer *online stattfindenden logopädische Therapie*, wobei Patient

und Therapeutin *mit einer synchronen Video- und Tonübertragung* miteinander in Kontakt treten, beschäftigen wollen. Folgende Tabelle soll eine Übersicht über die wichtigsten der gewonnenen theoretischen Erkenntnisse zur *Kommunikation in der TT* und den *Wirkfaktoren der TB* geben:

Tabelle 2: Übersicht über die gewonnenen Erkenntnisse bezüglich Kommunikation in der TT und Wirkfaktoren der TB.

Kommunikation in der TT	*Wirkfaktoren der TB*
● Verzerrung der visuellen und auditiven Informationen ● Zeitlich leicht verzögerte Sinneswahrnehmungen ● Einschränkung des Sichtfeldes auf den von der Kameralinse erfassten Bereich ● Fehlender Blickkontakt ● Wegfall der räumlich-körperlichen Dimension ● Veränderte Gestaltung und potentielle Abwesenheit des Safe Place	Voraussetzungen Patient: ● Motivation, Erwartungen und Bedürfnisse ● Charaktereigenschaften ● Krankheitsgeschichte und Störungsbild ● Lebenskontext
	Voraussetzungen Therapeutin: ● Therapeutische Haltung: Kongruenz bzw. Authentizität, bedingungslose Wertschätzung und Empathie sowie ethische Grundhaltung ● Persönlichkeit: Verlässlichkeit, Spontaneität, Offenheit und gesundes Selbstvertrauen ● Zusammenarbeit: Einbindung des Patienten, Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, Partnerschaftlichkeit ● Kontakt: Balance von Nähe und Distanz ● Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion ● Institutioneller Rahmen (Grundlage für Safe Place)
	Kommunikation auf Handlungs- und Beziehungsebene: ● Nonverbales und paraverbales Verhalten insgesamt ● Zugewandte und offene Körperhaltung und Blickkontakt ● Kommunikatives Vermitteln von Empathie, Authentizität und Wertschätzung ● Versprachlichung von Gedanken und Beobachtungen ● Adäquates Sprechverhalten ● Ehrliches und konstruktives Feedback ● Anwendung von Gesprächsführungstechniken

Unserer Fragestellung entsprechend gehen wir davon aus, dass der Medieneinsatz in der Therapie ein dem gewählten Medium angepasstes Sprachverhalten erfordert. Die TT und die LT können also nicht ohne Berücksichtigung der Vermitteltheit ersterer miteinander verglichen werden: Die TT als anderes Therapiesetting ist gekennzeichnet durch andere Charakteristika und Möglichkeiten. Nur mit deren Kenntnis und durch bewusste Reflexion kann die TT erfolgversprechend genutzt werden – sowohl bezüglich fachlich-methodischem Vorgehen als auch im Hinblick auf die TB.

Folglich muss in Bezug auf die TB geprüft werden, welche *Wirkfaktoren* vom veränderten Setting tangiert werden. Während es sich nun bei den Bereichen *Voraussetzungen Patient* und *Therapeutin* um relativ statische Faktoren handelt, die zwar in der TT unbestreitbar ihren Einfluss behalten, sich jedoch nicht direkt verändern, handelt es sich im Bereich *Kommunikation auf Handlungs- und Beziehungsebene* um Faktoren, die durch die technische Vermittlung direkt beeinflusst werden. Nichtsdestotrotz ist es sinnvoll alle drei Bereiche zu prüfen, da sich deren Wirkfaktoren – wie bereits erläutert – gegenseitig bedingen und beeinflussen.

Nach einem theoretischen Abgleich der *Wirkfaktoren der TB* mit der – teilweise einschränkenden – *Kommunikation in der TT* kommen wir auf folgende Faktoren, die wir im Hinblick auf unsere Forschungsarbeit im Auge behalten wollen:

- Motivation bzw. Eigeninitiative des Patienten im virtuellen Setting
- Wahrnehmung der Bedürfnisse des Patienten
- Vermittlung von Authentizität, Wertschätzung und Empathie
- Gestaltung der Partnerschaftlichkeit
- Balance von Nähe und Distanz in Bezug auf den Einblick in private Räume
- Reflexion und Feedback mit Einschränkungen bezüglich nonverbaler Kommunikation
- Non- und paraverbales Verhalten bzw. Kommunikation insgesamt
- Präsenz und Aufmerksamkeit bei fehlendem Blickkontakt im virtuellen Raum
- Umgang mit starken Gefühlsregungen ohne die Möglichkeit direkter Interaktion
- Missverständnisse aufgrund der eingeschränkten Kommunikationskanäle
- Therapieabbruch aufgrund der Einschränkungen in der TT

An dieser Stelle sei noch erwähnt, dass eine Problematik innerhalb von einem der Faktoren auch Auswirkungen auf andere Faktoren haben kann. So könnte bspw. die eingeschränkte Deutung nonverbaler Kommunikationsereignisse – insbesondere bei Patienten mit Sprachverständnisproblemen – zu Missverständnissen führen, was sich möglicherweise negativ auf die Motivation des Patienten auswirkt. Dies könnte seinerseits zu einem Therapieabbruch führen.

Mit diesem Grundwissen und den daraus gezogenen Annahmen wollen wir uns nun dem eigentlichen Forschungsprojekt zuwenden.

3. Praxisteil

Im Folgenden wird unsere Herangehensweise an das Forschungsprojekt im Detail aufgezeigt. Zunächst gehen wir darauf ein, wie wir unser Forschungsfeld eingegrenzt und aus welchen Gründen wir uns für die einzelnen Beschränkungen entschieden haben (Kapitel 3.1). In Kapitel 3.2 wird die methodische Vorgehensweise von der Auswahl der Probanden über das Erstellen eines Leitfadens für das Gruppeninterview, die Wahl des Settings *Zoom-Konferenz*, das Vorgehen bei Durchführung und Aufnahme und schliesslich das Aufbereiten der Daten für die Auswertung anhand einer Transkription bis hin zum Vorgehen bei der quantitativen Inhaltsanalyse genau beschrieben. Die Ergebnisse der Auswertung sowie deren Interpretation werden in Kapitel 3.3 präsentiert.

3.1. Eingrenzung

3.1.1. Eingrenzung Fachbereich und Störungsbild

Aus Interessensgründen legten wir für unsere Forschungsarbeit den Fokus auf den Erwachsenenbereich. Nun überlegten wir zusätzlich, ob wir uns auf ein bestimmtes Störungsbild beschränken sollten. Als wir dann aber nach Probandinnen für das Gruppeninterview suchten, wurde uns schnell klar, dass eine solche Eingrenzung kaum möglich ist: Die meisten Logopädinnen arbeiten mit diversen Patienten mit verschiedensten Störungsbildern; nur einzelne Störungsbilder zu erfragen – und die anderen Patienten für die Befragung komplett auszublenden – erscheint uns in diesem Zusammenhang sehr schwierig bis unmöglich.

Dennoch konnten wir bezüglich Fachgebiet und Störungsbild bestimmte Ein- und Abgrenzungen vornehmen: So schliessen wir für unsere Forschungsarbeit klar Störungsbilder aus, bei denen die verbale und nonverbale Kommunikation durch das Störungsbild selbst so weit eingeschränkt ist, dass sich die TB nur wenig bis gar nicht – bzw. auf einer komplett anderen Basis – bewerten lässt (z.B. Mutismus, Locked-in-Syndrom. Des Weiteren schliessen wir logopädische Störungsbilder aus, die als Sekundärstörung eines übergeordneten Störungsbildes gelten und nicht rein logopädisch behandelt werden können (z.B. Autismus-Spektrums-Störung, geistige, körperliche und Mehrfachbehinderungen). Schliesslich schliessen wir Störungsbilder aus, bei denen in der Therapie der psychologische Aspekt eine übergeordnete Rolle spielt (z.B. Redeflussstörungen, Stimmstörungen).

Neben den logopädischen Störungsbildern gibt es andere Faktoren, die einen Vergleich und unsere daraus resultierende Interpretation erschweren würden: So entschieden wir uns, zusätzlich Patienten mit starken kognitiven Einschränkungen auszuschliessen, da solche einen starken Einfluss auf die Beziehungsgestaltung haben und somit relativiert werden müssten.

3.1.2. Eingrenzung vom Medium

Wie bereits in den Kapiteln 2.1 sowie 2.1.4 und erläutert, beziehen wir uns mit *Teletherapie* auf den Begriff im engeren Sinne, d.h. auf die via Videoübertragung synchron stattfindende logopädische Therapie.

3.1.3. (Thematische) Eingrenzung Forschungsgegenstand

Da für uns die TB im Zentrum des Interesses steht, beschränkten wir den *Forschungsgegenstand* auf Inhalte wie Gegebenheiten, Voraussetzungen und Anpassungsleistungen, die sich *direkt* auf die TB auswirken. Andere Themen, die im Gruppeninterview aufgetaucht sind, werden ausgeklammert und nur am Rande erwähnt. In unser Kategorisierungssystem aufgenommen und somit in unserer Auswertung beachtet, haben wir:

- Grundlegende Einflussfaktoren auf die TB, die aus der Beziehungsgestaltung selbst hervorgehen (z.B. Dauer der Beziehung).
- Voraussetzungen für die TT, die auf den Seiten entweder der Patienten oder der Therapeutin zu verorten sind (z.B. Technische Ausgangslage der Therapeutin oder Störungsbild des Patienten).
- Veränderungen in den Kommunikations- und Therapiemöglichkeiten in der TT (z.B. Einschränkung der Sinneskanäle).
- Anpassungen in der Verhaltensweise, die in der TT bewusst oder unbewusst seitens Patienten oder Therapeutinnen vorgenommen wurden (z.B. Versand von Arbeitsmaterialien per Mail oder Post).
- Wahrnehmung und Umgang von bzw. mit in der TT gesehenen Grenzen des Therapiegeschehens (z.B. Therapiemethoden, die Berührungen voraussetzen, sind nicht möglich).
- Wahrnehmung und Kommentierung der Beziehungsgestaltung in der TT (z.B. Kommentare zu (emotionaler) Nähe).

Diese Kategorien werden in Kapitel 3.2.3 noch genauer begründet und im Detail dargestellt.

3.2. Verwendete Methoden und Vorgehen

In den folgenden Kapiteln wird die genaue Herangehensweise an unser Forschungsprojekt erläutert: In Kapitel 3.2.1 geht es um grundlegende Überlegungen zum Forschungsdesign: Was ist das grundsätzliche Ziel unseres Projektes? Mit welchen Methoden können wir unser Ziel in Angriff nehmen? Kapitel 3.2.2 behandelt die Beschaffung und Aufbereitung der Rohdaten: Nach welchen Kriterien haben wir unsere Probanden ausgewählt? Wie haben wir das gewählte Forschungsdesign umgesetzt? Im darauffolgenden Kapitel (3.2.3) erläutern wir die Vorgehensweise bei der Auswertung der Daten: Welche Auswertungsmethode haben wir verwendet? Wie kamen wir von Leitfaden und Transkript zu unserem Kategoriensystem? Wie haben wir die Daten analysiert? Wie kamen wir zur Darstellung der verarbeiteten Daten?

3.2.1. Forschungsdesign und verwendete Methoden

Da sich unsere Forschungsfrage *offen* gestaltet und kein bereits bekanntes Theoriekonstrukt überprüft, sondern neue theoretische Inhalte entdeckt werden sollen, eignet sich für unsere Fragestellung der *qualitative Zugang* (vgl. Moser 2015, 29). Die *induktive Vorgehensweise* schien uns passend, da man bei dieser in der Regel einen 'typischen' Fall untersucht, wahrgenommene Regelmässigkeiten ableitet, diese, da man sie für eine grösseren Kontext als ebenfalls gegeben annimmt, verallgemeinert und schliesslich in einem (neuen) theoretischen Konstrukt zusammenfasst (vgl. ebd.). Wir entschieden uns also für einen *qualitativen Forschungsansatz mit induktiver Vorgehensweise*.

Da wir einer sehr praxisorientierten Fragestellung nachgehen wollten, entschieden wir uns dazu, unsere Daten anhand von *Interviews* zu erheben (vgl. Kapitel 1.3). Diese sollten mit Personen durchgeführt werden, welche die fokussierten Aspekte der *Therapeutischen Beziehung in der Teletherapie* selbst miterlebt haben und somit als Expertinnen in diesem Gebiet gelten können, also mit Logopädinnen, die selbst schon vermehrt TT durchgeführt haben. Im Rahmen unserer Forschungsarbeit sollten also *qualitative Interviews* mit Logopädinnen analysiert werden, wobei „deren Aussagen auf allgemeine Motive und Einstellungen hin rekonstruiert" würden (Moser 2015, 117). Damit die Datenerhebung und -analyse nicht voreingenommen – also mit

einem bereits stehenden theoretischen Konstrukt – verlaufen würde, bei der Recherche aber auf Aspekte der TB stiessen, die wir als 'notwendigerweise zu thematisieren' klassifizierten, entschieden wir uns, unser Interview mit *unstrukturierten Fragen* anzufangen und darauf mit *halbstrukturierten Fragen* – also Fragen, die „bereits eine bestimmte Richtung vor[geben]" – fortzufahren (Moser 2015, 117).

Anstelle von Einzelinterviews entschieden wir uns, Gruppeninterviews durchzuführen (vgl. Kapitel 1.3). Sie haben den Vorteil, dass sie „das Prinzip der Erhebung verbaler Daten mit Prozessen der Gruppeninteraktion und der Gruppendynamik [verbinden]" (Misoch 2015, 137). Aufgrund der gleichzeitigen Befragung mehrerer Teilnehmerinnen können einerseits Redundanzen vermieden und durch die im Interaktionsprozess entstandenen Diskussionen andererseits tendenziell mehr Themen und Argumente aufgedeckt werden als in Einzelinterviews (vgl. Misoch 2015, 160). Diese Art von Interview ist zudem „zeitökonomischer" (vgl. ebd.) und die Diskussion ist für die Teilnehmenden interessant und bereichernd.

Für die Aufbereitung und Auswertung der Daten entschieden wir uns für eine *qualitative Inhaltsanalyse*, wobei wir die Vorgehensweise von Kuckartz (2018) als Vorlage nahmen. Das Vorgehen bei der Inhaltsanalyse wird in Kapitel 3.2.3 genauer erläutert.

3.2.2. Erhebung und Aufbereitung der Daten

Die Erhebung und Aufbereitung der Daten für die Auswertung bildete ein Prozess, den wir hier zur besseren Übersicht in einzelne Kapitel aufteilen. Die Reihenfolge ist nur in der Tendenz chronologisch zu verstehen, die einzelnen Aufgaben liefen teilweise parallel ab.

3.2.2.1. Auswahl der Teilnehmerinnen

Damit eine neue Diskussion entsteht, d.h. eine Diskussion, die unter den Teilnehmerinnen hier das erste Mal geführt würde, wollten wir für unser Gruppeninterview Logopädinnen zusammenbringen, die ansonsten nichts miteinander zu tun haben. Dies entspricht einer *Künstlichen Gruppe* (vgl. Misoch 2015, 137). Bei der *Auswahl der Gruppe* „darf die Gruppe der zu Interviewenden nicht zu groß (möglichst ca. 3–7 Personen) und nicht zu divers sein" (Misoch 2015, 164). Mit einer *Homogenen Gruppen* verspricht sich Misoch (2015) durch „die Ähnlichkeit der Teilnehmenden möglichst viele Anknüpfungspunkte für eine gemeinsame Diskussion" und „eine tiefer

gehende Analyse jener Situation, die von den Teilnehmenden geteilt wird“ (Misoch 2015, 138).

Die Grösse der Gruppe engten wir sogar auf 4–5 Personen ein; einerseits da wir drei Teilnehmerinnen etwas wenig fanden – unser Ziel war es schliesslich, eine möglichst grosse Palette an Veränderungen und Anpassungen zu erhalten –, andererseits da innerhalb des eineinhalb Stunden andauernden Termins doch möglichst alle mehrmals zu Wort kommen sollten. Um die *Homogenität* zu gewährleisten suchten wir nach Logopädinnen, die teletherapeutisch mit erwachsenen Patienten arbeiten, welche nicht unseren Ausschlusskriterien entsprachen. Damit wir sicher sein konnten, dass die Teilnehmerinnen unseren Kriterien entsprechen, entwickelten wir einen *Kurzfragebogen*. Die ausgefüllten Fragebögen sind aus Datenschutzgründen nicht in der Arbeit enthalten[15], der leere Kurzfragebogen findet sich im Anhang (Seite II). Nach einigen Recherchen im Internet und Anfragen an uns bekannte Logopädinnen hatten wir schliesslich vier geeignete Kandidatinnen gefunden.

3.2.2.2. Entwicklung des Leitfadens

Die nächste Aufgabe, die sich uns stellte, war das Entwickeln eines *Leitfadens*, der „die gesamte Situation thematisch strukturiert“ (Misoch 2015, 164) und „die wichtigsten Themenbereiche, die im Rahmen der konkreten Forschungsfrage in der Gruppensituation behandelt werden sollen, [enthält]“ (ebd.). Er sollte aber nur so viele Themen aufwerfen, dass das Gespräch den zeitlichen Rahmen von maximal zwei Stunden – gesetzt aufgrund der allmählichen Erschöpfung der Teilnehmenden – nicht sprengen würde (vgl. auch ebd.). Für die Beantwortung unserer Forschungsfrage fokussierten wir uns auf Fragen, die *Veränderungen und Schwierigkeiten in der TT* aufdecken, *kommunikative Anpassungsleitungen bezüglich Beziehungsgestaltung* reflektieren, *Schwierigkeiten/Hürden bezüglich TB und darauffolgende Lösungsstrategien* sammeln und über *Möglichkeiten und Anpassungsstrategien* reflektieren. Starten wollten wir mit einer offenen Aufwärmfrage[16], am Schluss

[15] Dies wurde von einer der Teilnehmerinnen ausdrücklich so gewünscht, weshalb wir es mit den Fragebögen aller Teilnehmerinnen so handhaben.

[16] Misoch (2015) empfiehlt, „mit einer eher breit angelegten Frage zu beginnen, die die Funktion des Warm-up hat und die dazu führen soll, dass alle Teilnehmenden einen ersten Redebeitrag zum Gruppeninterview leisten können“ (Misoch 2015, 14f). Wir stellten deshalb eine ‘Aufwärmfrage’, die ins Thema einführt, aber noch nicht spezifisch auf unsere Fragestellung abzielt.

konnten die Teilnehmerinnen ein freies Votum geben. Zudem wurden einige Fragen mit 'Denkanstössen' im Sinne von Anschlussfragen ergänzt (vgl. Misoch 2015, 165).
Um dem Interviewenden Sicherheit zu geben – Misoch (2015) erwähnt mehrmals, wie entscheidend und anspruchsvoll die Rolle des Interviewenden sei (vgl. Misoch 2015, 161f) – entschieden wir uns dazu, das ganze Gespräch (provisorisch) auszuformulieren. Da die Muttersprache aller Teilnehmenden Schweizerdeutsch ist und wir die natürliche Sprache als beste Basis für die Diskussion erachteten, verfassten wir den ganzen Leitfaden auf Schweizerdeutsch. Dieser findet sich im Anhang (Seite III).

3.2.2.3. Durchführung des Interviews

Aufgrund der unsicheren Pandemie-Lage beschlossen wir, das Interview nicht live sondern via Videotelefonie mit der Plattform Zoom durchzuführen. Dies reizte uns zusätzlich, da dieses Setting den Inhalt des Gesprächs widerspiegelt.
Die Verwendung von Zoom brachte zudem den Vorteil der Aufnahmefunktion, mit deren Hilfe wir bequem das ganze Interview aufnehmen konnten. Die *Einverständniserklärungen* der Teilnehmerinnen zur Videoaufnahme befinden sich in anonymisierter Form im Anhang (Seite VIII)[17].
Das Interview fand schliesslich am Mittwoch, 18. November 2020 von 19.30 bis 21.00 Uhr statt. Wir Forschenden trafen uns an einem Ort; wir waren für das Gruppeninterview alle im gleichen Raum. So konnte jemand das Interview leiten, währenddem die anderen inhaltlichen und technischen Support leisteten. Damit die Teilnehmenden zwecks besserem Gesprächsfluss das Mikrofon für die ganze Sitzung eingeschaltet haben konnten, ohne dass Rückkopplungseffekte entstehen, forderten wir alle auf, Kopfhörer zu tragen. Alle Beteiligten zeigten sich sehr wohlwollend und zuvorkommend und es ergaben sich keine Probleme bezüglich Verteilung der Gesprächsbeiträge.

3.2.2.4. Transkription

Zur Aufbereitung der Rohdaten für die Analyse, transkribierten wir die Aufnahme vollständig. Im *Transkript* ist für jeden Turn eine Nummer zugewiesen und der jeweilige Sprecher markiert (Teilnehmerin A, B, C und D bzw. I für Interviewer). Damit

[17] Die Originale liegen uns vor und können bei Bedarf in digitaler Form angefordert werden.

man eine Aussage bei allfälligen Unklarheiten im Nachhinein in der Aufnahme finden kann, ist am Ende jedes Turns dessen Endzeitpunkt angegeben.
Die Transkription erfolgte anhand des Programmes f4transkript[18]. Damit das Transkript einheitlich gestaltet ist, einigten wir uns auf bestimmte Transkriptionsregeln: Einerseits besprachen wir die Schreibweise der schweizerdeutschen Ausdrücke und glichen diese immer wieder untereinander ab, andererseits übernahmen wir von den Notationsformen nach Moser (2015) diejenigen, die sich für unsere Daten als hilfreich erweisen würden[19]. Eine Zusammenstellung der Transkriptionsdiakritika findet sich im Anhang (Seite XII), genauso die Version des Transkripts, die wir schliesslich für die Auswertung verwendeten (Seite XIII).

3.2.3. Auswertung der Daten

3.2.3.1 Die qualitative Inhaltsanalyse

Wie bereits in Kapitel 3.2.1 erwähnt, entschieden wir uns für eine *qualitative Inhaltsanalyse*, angelehnt an Kuckartz (2018). Dabei werden die Inhalte verschiedenen *Kategorien* zugeordnet, um „das empirische Material entlang dieser Kategorien zu analysieren“ (Kuckartz 2018, 51). Durch das Einordnen der *Textstellen* in *Fälle* (entspricht den einzelnen Forschungsteilnehmenden) und *Kategorien* und das Gegenüberstellen dieser Dimensionen in einer Matrix, lassen sich die *Kategorien* bzw. *Textstellen* systematisch miteinander vergleichen (vgl. Kuckartz 2018, 49). Man kann analysieren, inwiefern einzelne *Kategorien* und darin enthaltene *Textstellen* einander beeinflussen, miteinander übereinstimmen, einander widersprechen etc. (vgl. Kuckartz 2018, 50).
Nun existiert „[i]n der Praxis der Sozialforschung [...] eine Vielzahl von Methoden und Techniken qualitativer Inhaltsanalyse“ (Kuckartz 2018, 48). Unabhängig von der genauen Vorgehensweise lässt sich aber ein generelles Ablaufschema der *qualitativen Inhaltsanalyse* festmachen:

[18] Weitere Informationen zum Programm und die Möglichkeit zum Download findet man unter https://www.audiotranskription.de/f4.
[19] Da es bei unserem Gruppeninterview mehr um inhaltliche Informationen als um den Interaktionsprozess geht, verzichteten wir auf gewisse Notationsformen, da deren Umsetzung je nachdem sehr viel Zeit in Anspruch nimmt.

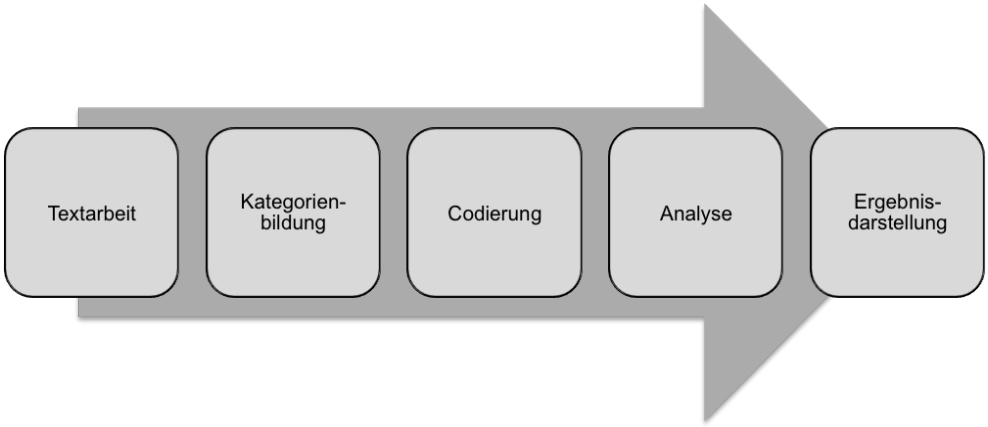


Abb. 2: Ablauf einer qualitativen Inhaltsanalyse (eigene Darstellung, inhaltlich übernommen von Kuckartz 2018, 45).

Als erstes verschafft sich die Forscherin mit der sogenannten *Textarbeit* einen Überblick über die vorliegenden Daten. Dieses „Gesamtverständnis" des Textes (vgl. Kuckatz 2018, 56) bildet die Grundlage für die *Bildung und Definition von Kategorien*, für die Zuordnung der einzelnen *Textstellen* zu bestimmten *Kategorien* (*Codierung*) sowie für die *Analyse* der systematisierten Daten. Zum Schluss folgt die Ergebnisdarstellung, die durch die Reduktion und Visualisierung der Daten erfolgt. Die einzelnen Schritte sind dabei nur in der Tendenz als chronologisch zu verstehen: So leitet bspw. „Textarbeit [...] nicht nur die Analyse ein, sondern findet in mehr oder weniger ausgeprägter Form in jeder Phase des Auswertungsprozesses statt" (Kuckartz 2018, 46). Innerhalb der *qualitativen Inhaltsanalyse* entschieden wir uns für die Methode der *inhaltlich-strukturelle qualitative Inhaltsanalyse, welche* im Folgenden genauer beschrieben wird.

3.2.3.2. Die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

Anhand der *inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse* versucht man, komplexe Inhalte so zu strukturieren, dass eine systematische Ordnung zwischen einzelnen Texteinheiten entsteht. Diese erlaubt es einem schliesslich, Zusammenhänge zu erkennen und Schlüsse zu ziehen, anhand derer eine Forschungsfrage beantwortet werden kann. Zudem eignet sich diese Methode für die Auswertung von Gruppeninterviews (vgl. Kuckartz 2018, 98).

Zunächst wird unsere Vorgehensweise, wie wir sie von Kuckartz (2018) übernommen haben[20] zusammengefasst, in den Kapiteln 3.2.3.3 bis 3.2.3.7 gehen wir ge-

[20] Wir folgen nicht in allen Punkten genau dem Vorgehen von Kuckartz (2018), sondern haben dieses so angepasst, dass es der Beantwortung unserer Fragestellung dient, wie es auch von ihm empfohlen

nauer auf einzelne Schritte der Analyse ein. Der Ablauf der von uns durchgeführten *inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse* lässt sich in acht Schritte aufteilen:

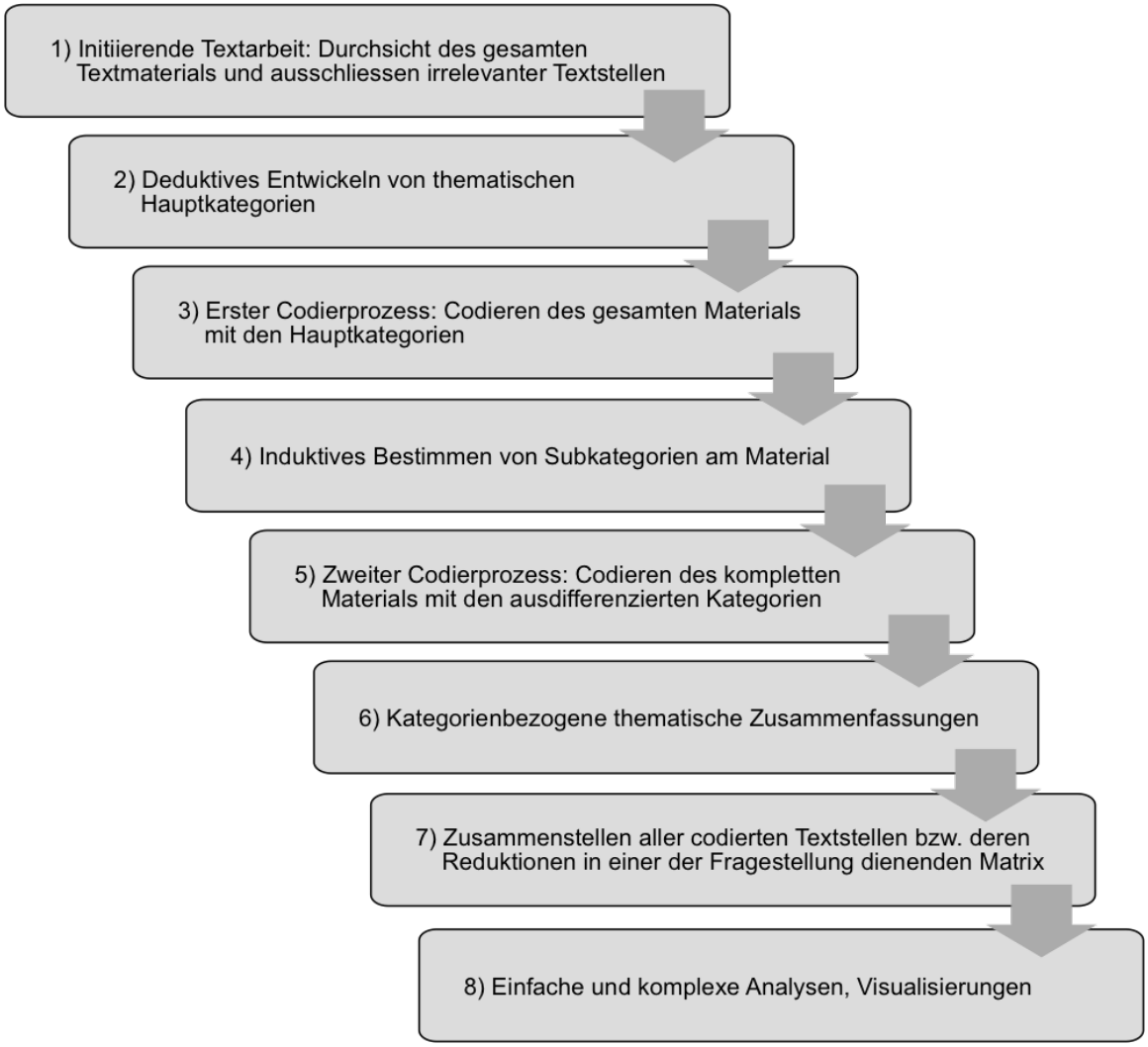


Abb. 3: Ablauf der durchgeführten qualitativen Inhaltsanalyse (eigene Darstellung, inhaltlich weitestgehend übernommen von Kuckartz 2018, 100).

Im ersten Schritt verschafften wir uns mittels *initiierender Textarbeit* einen Überblick über den gesamten Text. Dabei sortierten wir bereits Gesprächsbeiträge aus, die nicht in direktem Zusammenhang mit unserer Forschungsfrage stehen (1). Auf die weiteren Schritte wird nun in den nächsten Kapiteln im Detail eingegangen. Die einzelnen Schritte sind nur in der Tendenz chronologisch zu verstehen, teilweise liefen sie parallel ab und beeinflussten einander. Zur besseren Übersicht werden sie jeweils getrennt dargestellt.

---

wird (vgl. ebd, 24). Für eine detaillierte Darstellung der *inhaltlich-strukturellen qualitativen Inhaltsanalyse* siehe Kuckartz (2018, 97ff).

3.2.3.3. Kategorienbildung, Codierung und Kategoriendefinitionen (Schritte 2–5)

Die Haupt- und Subkategorien bildeten wir anhand der *deduktiv-induktiven Kategorienbildung.* Diese Vorgehensweise ist gerade bei inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalysen häufig: Im ersten Schritt wird eine grobe Vorstruktur geschaffen, im zweiten Schritt werden die Textstellen in inhaltlich engere Kategorien aufgeteilt (vgl. Kuckartz 2018, 96). Für uns eignet sich diese Mischform, da wir mit unserer Fragestellung bereits festgelegte Hauptthemen haben, was für eine *deduktive Kategorienbildung* spricht, aber auch Schlüsse aus den Inhalten des Interviews und den Erfahrungen der Teilnehmerinnen ziehen wollen, was für ein *induktives Vorgehen* spricht. Wir gingen also zuerst *theorieorientiert* vor; ausgehend von unseren Hauptthemen des Leitfadens bzw. von unserer Fragestellung bildeten wir *deduktiv* Hauptkategorien (vgl. Kuckartz 2018, 64).

Nach dem ersten *Codierungsprozess* hatten wir schliesslich folgende sechs *Hauptkategorien* gebildet:

1. *Einflussfaktoren/Voraussetzungen (Allgemein/Patient/Therapeutin)*
2. *Veränderungen*
3. *Anpassungen*
4. *Beschreibungen zur Therapeutischen Beziehung*
5. *Grenzen*
6. *Sonstiges*

Für den *zweiten Codierungsprozess* gingen wir *empirieorientiert* vor, d.h. wir bildeten „die Kategorien direkt an den empirischen Daten“ (Kuckartz 2018, 64). Dazu verglichen wir die den Hauptkategorien zugewiesenen Textstellen untereinander und generierten am Material *induktiv Subkategorien.* Um diese klar auseinanderhalten zu können, war es nötig, sie genauer zu definieren, Indikatoren festzulegen und teils sogar klare Abgrenzungskriterien zu formulieren. Die *Kategoriendefinition* und die vollständige *Codierung* finden sich im Anhang (Seite XXXII bzw. XLI).

3.2.3.4. Kategorienbezogene thematische Zusammenfassungen (Schritt 6)

Nun hatten wir die Daten systematisiert und in eine für unsere Fragestellung sinnvolle Ordnung gebracht. Um sich für eine zielgerichtete Analyse einen Überblick über die Daten zu schaffen, empfiehlt Kuckartz (2018) das *Formulieren thematischer Zusammenfassungen* (vgl. ebd., 111). Diese ‘Summarys’ dienen vor allem für das Erstellen einer der Fragestellung dienenden *Übersichtsmatrix* (vgl. ebd.). Dabei wird

das Originalmaterial in Bezug auf die Forschungsfrage zusammengefasst, d.h. „die konkreten Äusserungen [werden] quasi durch die Brille der Forschungsfrage betrachtet und entsprechend reduziert“ (Kuckartz 2018, 112). Dafür haben wir zunächst für jede Subkategorie die Äusserungen jeder Teilnehmerin paraphrasiert und in einem weiteren Schritt auf eine Hauptaussage reduziert. So hatten wir einen genauen Überblick, wer in welcher Subkategorie was zum Gespräch beigetragen hat. Eine vollständige Auflistung dieser *thematischen Zusammenfassungen* findet sich im Anhang (Seite CI).

3.2.3.5. Erstellen einer zusammenfassenden Matrix (Schritt 7)

Wir hatten nun eine genaue und einigermassen übersichtliche Darstellung, welchen Subkategorien welche Inhalte seitens welcher Teilnehmerin zugewiesen sind. Damit wir aber unsere Forschungsfrage, die nach den Zusammenhängen zwischen den einzelnen Subkategorien fragt, beantworten könnten, mussten wir eine Darstellungsform finden, in der sich die einzelnen Aussagen gegenüberstellen lassen. Dazu gingen wir von den definierten *Hauptkategorien* (vgl. Kapitel 3.2.3.3) aus:

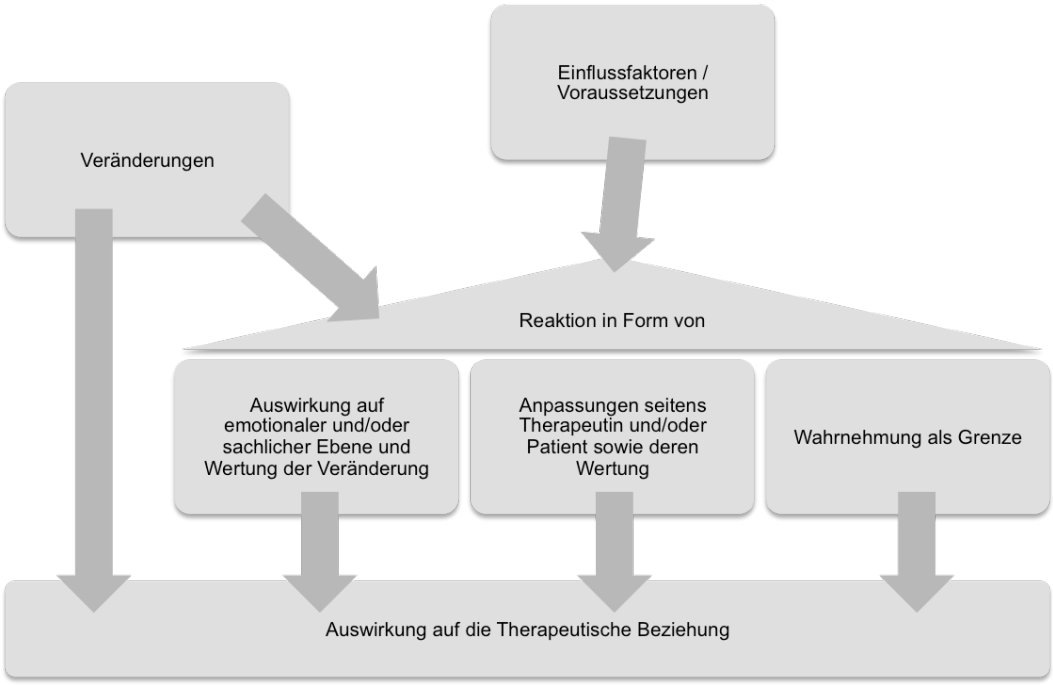


Abb. 4: Visualisierung der Fragestellung für die Erstellung einer geeigneten zusammenfassenden Matrix.

Da wir die verschiedenen den Subkategorien zugeordneten Äusserungsreduktionen in *einer* Tabelle zusammenfassen wollten, konnten wir die Zusammenhänge nicht so abbilden wie in der Visualisierung der Fragestellung (Abb. 4) dargestellt. Die mit Pfei-

len symbolisierten Verbindungen sind in der Analyse aber immer mitgedacht. Die in Schritt 6 formulierten Äusserungsreduktionen (vgl. Kapitel 3.2.3.4) waren nun aber immer noch so ausführlich, dass die *zusammenfassende Matrix* sehr unübersichtlich geworden wäre, hätte man sie so übernommen. Wir reduzierten sie also in *stichwortartige Kernaussagen*, die sich viel leichter vergleichen lassen und direkt auf unsere Fragestellung abzielen. Eine Tabelle, die die *Generalisierungen und Reduktionen der thematischen Zusammenfassungen* auflistet, findet sich im Anhang (Seite CXV). Diese stichwortartigen Kernaussagen übertrugen wir dann in unsere Matrix. Ein knapper *Leitfaden zur Erläuterung der Matrix* sowie die vollständige *zusammenfassende Matrix* finden sich ebenfalls im Anhang (Seite CXLVII bzw. CXLVIII).

3.2.3.6. Analysen und Darstellung der Ergebnisse (Schritt 8)

Unser Vorgehen bei der eigentlichen Analyse stützt sich auf die „[s]echs verschiedene Formen der Auswertung“ nach Kuckartz[21] (vgl. Kuckartz 2018, 117). Um unserer Fragestellung gerecht zu werden, würden wir sowohl die Haupt- als auch die Subkategorien im Hinblick auf die für unsere Fragestellung relevantesten *übergeordneten Themen* vergleichen (Analyseformen 1–3) und schliesslich die Zusammenhänge in einer schematischen Darstellung der Ergebnisse *visualisieren* (Analyseform 6). Im Ergebnisteil (Kapitel 3.3) findet sich somit zu den für die TB relevantesten Themen aus der Matrix jeweils ein Kapitel. Darin wird zum einen beschrieben, *was im Gruppeninterview zum Thema gesagt wurde*, zum anderen wurden die Aussagen der Logopädinnen in Bezug auf die Erkenntnisse aus dem Theorieteil (Kapitel 2) gestellt und es folgt unsere *Interpretation zum Thema*.

3.2.3.7. Gütekriterien bei der Qualitativen Inhaltsanalyse

Um die Qualität unseres Forschungsprojekts zu gewährleisten, ziehen wir die Perspektiven der *internen und der externen Studiengüte* nach Kuckartz (2018) zur Hilfe (vgl. ebd., 203f). Für die *interne Studiengüte* gibt dieser eine *Checkliste* vor, die einzelne Vorgehensweisen in den Bereichen *Datenerhebung* und *Auswertung* kritisch hinterfragt (vgl. ebd., 204). Anhand dieser *Checkliste* haben wir einen Katalog erstellt, der Qualitätskriterien und Kommentare in Bezug auf deren Umsetzung in unse-

[21] Die Analyseformen werden bei Kuckartz im Folgenden genau erläutert (Kuckartz 2018, 117ff). Wir lehnten uns an seine Vorschläge an und kreierten daraus unsere eigene, unserer Fragestellung dienende Form der Analyse.

rer Forschungsarbeit auflistet. Diese *Beurteilung der internen Studiengüte* findet sich im Anhang (Seite CLX).

Die Qualität der *externen Studiengüte* liegt in der „sorgfältige[n] Fallauswahl, beispielsweise nach dem Prinzip maximaler und minimaler Kontraste“ (Kuckartz 2018, 218) und deren Angemessenheit in Bezug auf die Fragestellung. Zusätzlich verweist Kuckartz „auf die Existenz einer Reihe von Strategien [...], die allgemein geeignet sind, die Verallgemeinerbarkeit von empirischen Befunden zu erhöhen“ (ebd.). Da diese Strategien – das sind u.a. „Diskussion mit Experten“, „Ausgedehnter Aufenthalt im Feld“ und „Einsatz von Mixed Methods“ (ebd.) – für unsere Forschungsarbeit zu weit greifen, beschränken wir uns auf die *Angemessenheit der Fallauswahl in Bezug auf unsere Fragestellung.* Die *Beurteilung unserer Forschungsarbeit* nach den in diesem Kapitel dargestellten Gütekriterien wird in Kapitel 4 (Diskussion und Reflexion) ausführlich behandelt.

3.3. Ergebnisse des Gruppeninterviews und Interpretation

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Auswertung dargestellt. Die Kapitel sind nach Relevanz, d.h. nach ihrem Einfluss auf die TB geordnet. Sich inhaltlich überschneidende Themen wurden wenn möglich, um Wiederholungen zu vermeiden, dem für unsere Fragestellung relevanteren Kapitel zugeordnet.

3.3.1. Veränderungen bezüglich Beziehungsqualität allgemein

Die Probandinnen stellen grundsätzlich keine Veränderungen im Verhalten oder in den Charakterzügen der Patienten durch die TT fest. So zeigen Patienten, die sich in der Live-Therapie um partnerschaftliche Zusammenarbeit bemühen und dazu neigen, direktes und offenes Feedback zu Therapieinhalten zu geben, dieses Verhalten auch in der TT. Insgesamt erhalten die Therapeutinnen in der TT zwar häufiger Rückmeldungen von den Patienten, was aber auf den erhöhten Mailverkehr bzw. schriftlichen Austausch zurückgeführt wird (vgl. 2.1.3):

> „Will mer hüfig i der Teletherapie verblibe si: „Guet, ich schick Ihne demfall no das und das Üebigsblatt ufs Mail“, und denn hend sie s'Mail übercho vo mir, wo sie süsch nöd hettet, und hend uf das Mail zrugg gschriebe was ihne bsunders guet da het oder was sie

bsunders lässig jetzt gfunde hend ähm Üebig oder was sie s'Gfühl hend, das hilft ne nid eso“ (65A)[22].

Während das Verhalten des Patienten mehrheitlich zwar als unverändert beschrieben wird, können sich bestimmte Charakterzüge wie Ordnungssinn oder Pünktlichkeit in der TT laut einer Probandin offenkundiger zeigen, da beispielsweise die Organisation bzw. die Dokumentenablage mehr Selbständigkeit der Patienten erfordert.

Die Mehrheit der Probandinnen macht die Erfahrung, dass der Therapietermin für die Patienten den gleichen Stellenwert hat wie in der LT. Die Wertschätzung durch die Patienten wird auch in der TT an der Art und Weise der Terminwahrnehmung festgemacht: Eine gute Vorbereitung und ein pünktliches Erscheinen gilt auch hier als Hinweis, dass der Termin für den Patienten Wichtigkeit besitzt.

Positive Emotionen werden in der TT häufig erlebt; die Beziehungsebene unterscheidet sich diesbezüglich nicht von der LT: „Glached händ mir aber glich. Das isch mir ufgfallä ... aso di positive Gfühlsregigä, find ich, hät’s gäh, i dä Teletherapie“ (90A, 92A).

Dabei zeigen sich häufig auch Emotionen, die durch die Anforderungen und Bedingungen der Technik ausgelöst werden, wobei die positiven klar überwiegen. Diese positive Gefühle im Zusammenhang mit der Technik fussen häufig in der erfolgreichen Überwindung technischer Probleme (vgl. dazu auch Kapitel 3.3.10). Negative Emotionen, insbesondere hervorgerufen durch die erschwerte Kommunikationsbedingungen, werden als möglicher Störfaktor für die Konzentration wie auch für die TB genannt.

Kontakt und Präsenz werden teils verändert, teils unverändert wahrgenommen:

„Aber jetzt au würkli nur uf de Beziehigsebeni han ich s'Gfühl gha isch das glichwärtig wie, ähm, es lives ((englisch)) präsent sii, bi ihm jetzte“ (22A).

„Eimal ischs mer sogar passiert, dass ich gschnell use bin öppis go kopiere und woni is Zimmer ine cho bi, denki, wo isch denn au d Frau Sowieso. Bisi gmerkt han, ja sie isch ja ufm Bildschirm, ufm iPad ((lacht)). Also ich han wie en Moment lang wie vergesse, dass sie gar nöd würkli da isch“ (6B).

Wahrgenommene Veränderungen im Kontakt werden sehr unterschiedlich beschrieben. Es wird von Veränderungen ohne Qualitätsunterschied aber auch mit leichten Qualitätseinbussen gesprochen. Um letzteren entgegenzuwirken empfehlen die Pro-

[22] Beiträge aus dem Transkript bzw. der Codierung werden mit der Nummer des Turns (65) und der Angabe der Teilnehmerin (A) zitiert (z.B. Turn 65, Teilnehmerin A: 65A).

bandinnen einen vorgängigen Beziehungsaufbau in der LT, wodurch sie gute Prognosen für den langfristigen Beziehungsaufbau in der TT stellen. Grundsätzlich ist die Mehrheit der Gruppe der Meinung, dass Kontaktherstellung und Beziehungsgestaltung fast immer möglich sind.

Bezüglich Empfinden von Empathie wurden keine Veränderungen festgestellt. Die Vermittlung von Empathie sei aber aufgrund der eingeschränkten Spontaneität erschwert. Das Vermitteln von Authentizität wird weniger in Frage gestellt als die gelungene Vermittlung von Empathie: „Ig, Ig ha, i däm Sinn nöd, dass mini Empathie sich jetzt veränderet hät, meh eso das wo, d'D ((Teilnehmerin D)) eigentli o hät gsait, das, das „Schnell-chönä-Handlä" eigentlich ebä o s'empathischä Handlä, das hät mir scho chli gfählt, ..." (106C).

3.3.2. Beziehungsgestaltung bei Erstkontakt in LT

Die Beziehungsebene bei bereits erfolgtem Beziehungsaufbau in der LT wird von allen als positiv bewertet. Gute Prognosen stellen die Probandinnen insbesondere bei Patienten mit Störungsbildern, bei denen die Therapie vorwiegend auf kommunikativer Ebene stattfindet wie bspw. bei Aphasie mit Schwerpunkt Wortfindungsstörung (vgl. dazu auch Weidner & Lowman 2020 in Kapitel 2.1.3). Aber auch Störungsbilder wie Parkinson können in der TT laut den Probandinnen gut behandelt werden, sofern vor Ort eine Assistenz zur Verfügung steht. Obschon die Kommunikation bei Sprachverständnisschwierigkeiten[23] aufgrund der erschwerten audiovisuellen Bedingungen und der eingeschränkten Gestik mehrfach als grobe Einschränkung für die TT genannt wird, gibt es vereinzelt – selbst bei schweren Aphasien – auch gute Erfahrungen, sofern der Erstkontakt in der LT erfolgt ist.

3.3.3. Beziehungsaufbau und -gestaltung bei Erstkontakt in TT

Zwei Probandinnen berichten von positiven Erfahrungen mit dem Beziehungsaufbau in der TT ohne vorgängigen Live-Kontakt, wobei eine davon nur von einer einmaligen Erfahrung berichten kann. Das Gelingen sei sowohl vom Störungsbild als auch von der technischen Ausstattung sowie technischen Grundkenntnissen bzw. der Offenheit, sich diese anzueignen, abhängig. Bei folgenden Störungsbildern wird von guten

[23] Im Folgenden wird der Begriff *Sprachverständnis* im Lauftext weitestgehend mit dem Akronym SV abgekürzt, z.B. in *SV-Schwierigkeiten*.

Erfahrungen berichtet: Stimmstörung ohne kognitiv-kommunikative Einschränkungen, Artikulationsstörung nach Tumorentfernung (HNO-Tumor), isolierter Wortfindungsstörung sowie grundsätzlich bei Patienten mit guten kognitiven Konditionen. Als einschränkend werden hier insbesondere SV-Schwierigkeiten genannt und zwar unabhängig davon, ob sie in einer SV-Störung oder in mangelhaften Deutschkenntnissen begründet sind. Der Hauptgrund für die Einschränkung ist das erhöhte Risiko von Missverständnissen.

Beim Beziehungsaufbau via TT tauschen sich Therapeutin und Patient intensiver über den schriftlichen Weg aus – vor dem ersten Termin aber auch während der Therapie (vgl. 2.1.3). Zusätzlich wird darauf geachtet, ein Bild von sich auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen, damit der Patient sich bereits im Vorfeld ein Bild von der Therapeutin machen kann.

3.3.4. Therapieeinstieg und persönlicher Austausch (Small Talk)

Beim persönlichen Austausch zu Beginn der Lektion (Small Talk) wurden von der Mehrheit der Teilnehmerinnen keine markanten Veränderungen in Bezug auf Qualität oder Inhalt festgestellt. Dennoch gibt es auch Unterschiede. So meint eine Probandin, dass der Austausch bei den Erwachsenen häufig gleichbleibend, bei den Jugendlichen aber definitiv karger ausgefallen sei (vgl. 87B, 89B). Dies lässt sich einerseits auf die Umstände in Bezug auf die COVID-19-Pandemie aber andererseits auch auf die Begegnung über den Bildschirm zurückführen. Als weiteren Grund nennt eine Probandin den zeitlichen Faktor: Das gemeinsame Einrichten der Technik kann das Einstiegsgespräch je nachdem sogar ersetzen. Die begrenzte Therapiezeit kann also einschränkend auf die Beziehungspflege wirken. Insgesamt stellt dies jedoch kein Hindernis dar: „... ja, dass ich s Gfühl han, es isch jetzt zum d'Beziehig ufboue nid sehr andersch, so ja, weder live. Ich han würkli nöd s'Gfühl gha, dass das e Hürde isch“ (49A).

Als verändert wird auch der erste Eindruck wahrgenommen, den Therapeutin und Patient in der Therapieeinheit voneinander erhalten: Vorgänge wie das Eintreten und Platznehmen können nicht mehr beobachtet werden, stattdessen öffnet sich lediglich ein Fenster am Computer und Therapeutin und Patient sitzen sich direkt gegenüber. Es wurden aber keine Aussagen gemacht, die das Fehlen des Ersteindrucks beim physischen Eintreten als negativ bewerten. Aufgefallen sind vielmehr die positiven Effekte: „Aso, weniger was fehlt ebä oder wie chömed’s dur Türä iä, sonder meh

eifach, wenn's Video agaht, wie's da sitzed, amigs vor allem di Älterä, wie so strahlendi wie Maiechäfer. Immer wieder vo Neuem erstuunt, dass es funktioniert. Ja, aso super, ja“ (95B).

Die Mehrheit der Probandinnen haben für die TT auf Programme wie doxy.me oder jeetsi.meet zurückgegriffen, bei denen ein virtueller Warteraum realitätsnah nachgebildet ist: Der Patient wartet virtuell und wird von der Therapeutin 'hereingelassen'. Damit haben sie gute Erfahrungen gemacht und empfinden die unabhängige Vorbereitung im virtuellen Warteraum als klaren Vorteil gegenüber der Live-Situation. Sie sind überzeugt, dass dies sowohl für die Therapeutin als auch für den Patienten ein Vorteil ist: Die Therapeutin kann entscheiden, wann sie den Patienten herein lässt, und der Patient kann sich so früh in den Warteraum begeben, wie er möchte, was ihm Sicherheit verschafft.

3.3.5. Intime Themen und Gefühlsausbrüche in der Therapie

Belastende Themen oder starke Gefühlsregungen wie bspw. Tränenausbrüche, die ansonsten in der Therapie häufig zu beobachten seien, sind bei den Probandinnen in der TT durchgehend nicht vorgekommen. Dies ist nicht allen Probandinnen sofort aufgefallen und wurde teilweise erst im Zuge des Interviews näher reflektiert (vgl. 90A).

Es werden verschiedene mögliche Gründe für das Fehlen intimer Themen aufgeführt. Zusammenfassend sind es der in der TT fehlende Safe Place (vgl. 2.1.4) sowie die Vorselektion der Patienten aufgrund von Störungsbild und Persönlichkeit, die sich gegenseitig beeinflussen, wobei letzterer aber klar überwiegt. Dazu kommt, dass die TT zwar allen Patienten angeboten, aber nicht von allen bezogen wurde. Diesbezüglich fällt auf, dass Patienten, die unter progredienten Krankheiten mit negativem Krankheitsverlauf und schlechten Prognosen (z.B. Amyotrophe Lateralsklerose oder Multiple Sklerose) leiden, aber auch Patienten, die persönlichkeitsbedingt Tendenzen zu offensiven, starken Gefühlsregungen zeigen, die TT weniger in Anspruch nahmen. Demgegenüber haben sich vermehrt Patienten mit unproblematischem Störungsbewusstsein, die einen reflektierten Umgang mit ihrer Situation zeigen, bzw. besonders resiliente Patienten für die Teletherapie entschieden. Man kann für die TT also von einer sich selbst regulierenden Patientenselektion ausgehen.

Bezüglich fehlendem geschützten Raum hat eine Probandin folgende Erfahrung gemacht:

„Aso villicht eben au well er weiss, dä Partner isch jetzt hinädra ((Warteraum gemeint)) und im Ruum ((Therapieraum gemeint)) det weiss er, das isch jetzt eusä Ruum. Was da inä abgliferet isch, das gaht niemert öppis ah, und diheimä isch das andersch und das [bezieht sich auf emotionale Themen] isch praktisch nöd vorcho“ (84C).

Hier spielt aber wiederum auch das Störungsbild mit rein, da berichtet wird, dass die Partnerschaft bei Patienten mit progredienten Krankheiten ein häufiges Thema ist.

Obwohl der Fakt, dass intime Themen weniger bis gar nicht angesprochen wurden und es nicht zu starken Gefühlsregungen kam, einstimmig als auffallend beschrieben wird, fällt eine Wertung grösstenteils aus. Somit bleibt unklar, wie die Probandinnen dazu stehen. Einzig eine Probandin äussert Bedenken und wertet diesen Umstand als mögliche Einschränkung. Ob diese Wertung positiv oder negativ ausfällt, steht u.E. in engem Zusammenhang mit der Ursache für das Ausbleiben der intimen Themen und Gefühlsausbrüche: Sind sie in der Patientenselektion (siehe oben) begründet, ist kein Patient in der TT direkt davon betroffen, weshalb man es u.E. als neutral bewerten kann. Ist das Ausbleiben jedoch im fehlenden Safe Place begründet, muss davon ausgegangen werden, dass dies negative Folgen für die TB hat. Die Patientenselektion wird in diesem Zusammenhang jedoch als häufigere Ursache (3 von 4 Probandinnen) genannt.

3.3.6. Einblick in die Privatsphäre

Ein häufig angesprochenes Thema ist der Einblick in die Privatsphäre: Durch die TT ist es möglich, dass sowohl Patient als auch Therapeutin Einblick in die Privaträume und das familiäre Umfeld (bei der Therapeutin aufgrund von Homeoffice) des Gegenübers bzw. in ihm unbekannte Therapieräume (verschiedene Arbeitsorte) erhalten. Somit bekommt die Therapeutin möglicherweise auch näheren Einblick in die Partnerschaft des Patienten. Dadurch entsteht neben einer intensivere Nähe zwischen Patient und Therapeutin teilweise auch ein grösserer Austausch zwischen Therapeutin und Sekundärbetroffenen[24], welche sich wiederum auf deren Beziehung auswirken dürfte. Dies löst ganz unterschiedliche Reaktionen und Emotionen aus, mehrheitlich positive. Insbesondere die Patienten geniessen es, ihre eigenen Privaträume zu zeigen und Einblick ins familiäre Umfeld des Therapeuten zu erhalten. Die Probandinnen wiederum geniessen die Vorteile, die sich für eine alltagsorientierte The-

[24] Als *Sekundärbetroffene* bezeichnen wir diejenigen, die indirekt durch das Krankheitsbild des Patienten betroffen sind. Im Folgenden wird der Begriff im Lauftext weitestgehend mit dem Akronym SB abgekürzt.

rapie ergeben. Auch bei Bilda et al. (2020) geben die Logopädinnen an, einen Gewinn im engeren Kontakt zu den Patienten und das Kennenlernen des häuslichen Umfelds zu sehen (vgl. ebd., siehe 2.1.3).

Der stärkere Einbezug der Familie oder des Partners wird unterschiedlich bewertet: Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass der vertiefte Einblick in die Therapie die Beziehung zwischen Patient und SB aber auch zwischen Therapeutin und SB stärkt, insbesondere wenn der Einbezug der SB vorher gering ausfiel oder nun neu weitere Familienmitglieder miteinschliesst. Auch scheint die Mithilfe durch SB beim Einrichten (Platzieren, Installieren, Einloggen) die Beziehungen nicht negativ zu beeinflussen: „Es isch irgendiwe au e Inklusion für die ganzi Famili. Wenn ebe Lüüt chömed go mithelfe“ (22A).

Anders jedoch sieht es aus, wenn SB als Assistenz während der ganzen Therapie fungieren. Beispielsweise kann die kleinste Haltungsänderung des Patienten vor der Kamera einen erneuten Eingriff eines SB notwendig machen, was die Beziehung erschweren kann: „Also was vorher bi de live-Therapie viellicht e Entlaschtig isch gsi für die Aghörige, isch nacher meh zure Zuesatzbelaschtgi worde …. Das het viellicht d'Beziehig dört, zu de Aghörige chli ((lacht)) strapaziert“ (54C).

Dies kann zu Belastungen der Beziehung sowohl zwischen SB und Patient, zwischen SB und Therapeutin, und schliesslich rückwirkend auch zwischen Therapeutin und Patient führen. Als Beispiel wird hier genannt, dass die Abhängigkeit des Patienten von SB, die als Assistenz fungieren, an sich negative Folgen auf die Beziehung haben kann. Mit der TT wird nun für die Therapeutin sichtbar, wie sich diese für die Partnerschaft negativen Auswirkungen bereits im gegenseitigen Umgang manifestieren:

> „Und bi eim Patient het d'Frau ghulfe und sie isch denn sochli i das Verhalte ine cho, dass sie so die non-verbale Sache gmacht het, wommer so ehner süsch bimne Chind macht, so. …. Und [ich] eifach so gfunde han es isch eigendlich nöd so guet, aber süsch hends die guet zeme und denn hanis eifach lah duregah und bin denn uf d'Therapie gstüüred. Ja, aber es sind denn so die Muschter cho, wo ja eigendlich nöd günschtig sind für erwachsni Patiente, d'Beziehig“ (55D).

Die Sorge, die SB und damit die Beziehung zwischen Patient und SB zu belasten, teilen Therapeutin und Patient. Hier scheint es hilfreich, wenn die Therapeutin auf die Einschätzung des Patienten bezüglich Belastungsgrenze der SB vertrauen kann (vgl. auch Kapitel 3.3.10).

Die TT lässt in weitere Lebensbereiche vertiefte Einblicke zu, was sowohl für den Patienten als auch für die Therapeutin unangenehm sein kann: Zum einen wird stärker sichtbar, wie die Bewältigung des Alltags gelingt.

> „Hend sie das Arbeitsblatt, wo ich letscht mal gschiickt ha?“ „Kei Ahnig meh wo“, nimmt da Biegene füre, mer mekt de het eifach es riese, es riese Chaos, oder, und da hani mängisch s'Gfühl gha äh, ähm, da hani s'Gfühl het sich chli öppis veränderet i de Beziehig zwüsche ihm und mier. Da isch viellicht de Iblick, wo ich übercho ha i sis Dihei fascht ächli, für sini Verhältnis, fascht ächli z'tiäf gsi“ (56A).

Eine charakter- oder krankheitsbedingte chaotische Arbeits- und Lebensweise lässt sich über die TT schlechter verbergen, was zu Schamgefühlen führen kann. Ebenso eine krankheitsbedingte Einschränkung der Selbständigkeit. Dies spielt insbesondere bei Patienten eine Rolle, welche die Folgen einer progredienten Erkrankung noch nicht akzeptiert haben bzw. eine schlechte Prognose des Krankheitsverlaufs noch nicht annehmen können (vgl. 60C).

Während in der LT Struktur und Ordnung bez. Organisation von Arbeitsmaterialien noch mehrheitlich von der Therapeutin unterstützt werden kann, fordert die TT mehr Selbstständigkeit vom Patienten. Die Offenbarung einer geringen Selbstständigkeit kann sehr schmerzhaft sein und damit belastend auf die TB wirken. Um schwierige Situationen zu entschärfen, nehmen die Probandinnen vereinzelt den Fehler auf sich, weichen auf eine andere Übung bzw. ein anderes Arbeitsblatt aus und kalkulieren mögliche Stolpersteine in ihre weitere Planung mit ein. Um die Patienten in Bezug auf technische Anforderungen zu unterstützen, üben sie nach Möglichkeit das Einrichten und Einloggen im Vorfeld in der LT auf dem Gerät des Patienten. Dies birgt jedoch wiederum das Risiko, zu tiefe Einblicke in den Medienkonsum oder das Surfverhalten und somit in die Privatsphäre des Patienten zu erhalten. Hier stellt eine Probandin fest, dass die häufige Nutzung von Digitalen Medien und Social Media noch lange nicht eine sichere Nutzung bedeuten. Die Ungewissheit, ob der Patient sich bewusst ist, welchen Einblick er bei der gemeinsamen Nutzung des Gerätes gewährt, wird als unangenehm beschrieben (vgl. 81A).

Obwohl der vertiefte Einblick in verschiedene Lebensbereiche der Patienten Situationen hervorbringen mag, welche die TB belasten, spricht sich die Mehrheit der Therapeutinnen für eine positive Auswirkung auf die TB aus, da die Einblicke grundsätzlich eine stärkere emotionale Nähe mit sich bringen und damit verbindend wirken. Dies wirkt sich auch auf den weiteren Therapieverlauf aus:

„U das isch denn o so öppis positivs, emotional positivs gsi. Ja, aso jetzt für diä, für diä Patientin sehr, sie hät, sie hät würklich nahär di ganz Ziit vo däm gredt ((lacht)) ..o di andärä Therapie ((lacht)). Sie hät das eifach sehr berührt, oder ja eifach gfreut, dä liblick dörfä z'ha. Hm ((bejahend))“ (93C).

3.3.7. Veränderung der Sinneswahrnehmungen und des Agierens in Zeit und Raum

Die Erfahrungen der Probandinnen zeigen, dass Veränderungen der audiovisuellen Sinneswahrnehmung sowie der zeitlich-räumlichen Aspekte insbesondere zu Beginn eine wichtige Rolle spielen und der Umgang damit stark von der Gewöhnung an das Medium abhängig ist. So sei zu Beginn des Wechsels auf die TT der Fokus verstärkt auf den Bildschirm gerichtet gewesen, und der Blickkontakt wurde vermisst (vgl. Kapitel 2.1.4):

„Am Afang han ich's extrem astrengend gfunde, wil ich immer öppis, ich han mich meh verchrampft oder eifach lüüter gredt ((schluckt)). Und inzwüsche isch das nüm so es Problem. Oder dassi sehr uf de Bildschrim fixiert gsi bin am Afang. Mit de Ziit hani denn meh agfange eimal ebe Notize nebet dra mache oder, ja so Sache. Und merke, dass d'Lüüt, ja, Patiente au wenn sie am studiere sind, oder sich öppis notieret, au nöd immer id Kamera lueget“ (25B).

Auch der eingeschränkte Einsatz von Gestik sowie deren eingeschränkte Wahrnehmung (vgl. 2.1.4) fehlte den Probandinnen – insbesondere bei der Behandlung von Wortfindungsstörungen. Um die fehlende Gestik zu ersetzen, achten die Probandinnen stärker auf eine verbale oder paraverbale Unterstützung.

Da bei den meisten Videokonferenz-Anbietern das eigene Abbild mit im Fenster erscheint, bildet die erhöhte Selbstbeobachtung ein weiteres Thema (vgl. 2.1.4): „Sie si so beschäftigät mit em Bildschirm … mä gseht sich ja o selber, villicht, dass das o no chli en Iifluss hät, oder das, ja, dass sie sich villicht fascht echli beobachtet füählä ((lacht)) vo sich selber“ (143C).

Auch die veränderte Akustik kann erschwerend für die Verständigung sein. Dies wird insbesondere im Zusammenhang mit Stimmstörungen wahrgenommen – ein häufigeres Nachfragen ist dabei die Folge. Dies wird von einer Probandin als belastend empfunden, weshalb sie die durch die Technik veränderte Akustik als Einschränkung für die TB einordnet. Zwei Probandinnen sprechen unbewusst lauter in der TT, sie sprechen sich jedoch gegen eine Belastung der TB durch die aufgrund der Technik veränderte Akustik aus.

Die zeitliche Verzögerung, die sich über die ungenügende Übertragungsgeschwindigkeit ergibt, als Teilthema der veränderten Akustik wird von einer Probandin als störend empfunden. In der Theorie soll ein flüssiges Gespräch durch Gesprächspausen und Ausreden lassen ermöglicht werden (vgl. Kapitel 2.1.4).

Als entscheidenden Qualitätsunterschied wird die erschwerte Wahrnehmung von para- und nonverbalem Verhalten (vgl. Kapitel 2.2.3.3) genannt. Sie wird von der Mehrheit der Therapeutinnen als Einschränkung, vereinzelt auch als Grenze betrachtet, insbesondere bei Patienten mit SV-Schwierigkeiten und Patienten mit kognitiven und kommunikativen Einschränkungen. Vereinzelt kann auch die TB davon betroffen sein, bspw. wenn der Patient einen zurückhaltenden Kommunikationsstil hat und ein direktes, offenes Ansprechen tendenziell gemieden wird.

Ein positiver Effekt der TT bez. Zeit und Raum ist, dass durch die synchrone Videoübertragung die Hin- und Rückreise zur Therapiestelle wegfällt (vgl. 139A). Dies wird auch von Schwinn et al. (2020) und Bilda et al. (2020) als Vorteil genannt (vgl. Kapitel 2.1.3). Dass die Schonung von körperlichen und zeitlichen Ressourcen geschätzt wird, verdeutlicht die Aussage einer Patientin mit langem Anfahrtsweg, die zur Einschätzung der Beziehungsqualität im TT-Setting gebeten wurde: „... was sie denn fändi dezue und sie het nurs positive ((schmuntzelt)) sie het gfunde es seg jetzt eifach, nur eifach guet“ (50B).

Der Wegfall von Hin- und Rückreise birgt jedoch das Risiko, dass die Patienten ohne mentale Vorbereitung in die Therapiestunde kommen. Dieser Umstand wird von zwei Probandinnen negativ bewertet, wobei der Umstand vor allem bereits bestehende Tendenzen zu verstärken scheint:

> „Dass er irgendwie das gar nöd gschafft het die füf Minute vor em Termin äso z'büschele, dass er naher ebe parat isch für de Termin. Und das het mit em Wäg wo er muess mache zwungenermasse, oder. Aber er isch au live ((englisch)) dä, wo denn ehnder zwei Minute zspat chunt“ (61A).

3.3.8. Feedback, Korrekturen und Anpassungen

Das Korrigieren und Anpassen von Übungen gestaltet sich in der TT schwierig. In der LT können Arbeitsblätter miteinander besprochen und Übungen schnell bez. Schwierigkeitsgrad angepasst werden. In der TT jedoch ist flexibles und spontanes Handeln durch die zeitliche und räumliche Distanz zwischen Patient und Therapeutin nur bedingt möglich, und es muss häufig auf verbale Anleitungen zurückgegriffen

werden. Die Probandinnen berichten, dass sich insbesondere das Korrigieren von Arbeitsblättern kompliziert gestaltet:

> „Ich find vor allem eifach nachher d'Ziit wo mä brucht, ähm, für die Kontrollä, äh, vill meh weder live ((englisch)), oder, aso das wo d'B ((Teilnehmerin B)) vorher gsait hät, schnell uf s'Wort zeigä oder „Achtung, da, lueget sie da nomol gnau", das isch idä Live-Therapie ä Sach vo äs paar wenigä Sekundä und bi dä Teletherapie, äh, bis mä mal das Blatt so hät, dass es diesä gseht und nachethär muss ich erklärä, dä wievielt ((Abbruch)). Es nützt nüt, wenn ich uf min Bildschirm zeigä dä wievillti Buechstabä oder wo nomol gnau luegä. Und dänn hät sie Sprachverständnisschwierigkeitä, [denn] hätt sie s'richtige Wort verstandä, dä lauft's druf usä, dass ich's ufschribä und ihrä anähebä, dä muess sie wieder luegä und das klappt, am Schluss findet sie's und hebt's nomol anä und dänn stimmt's wieder, oder, aber für das bruchemer 5 Minutä" (70A).

Hier wird deutlich, dass die Korrektur via TT für beide Parteien nervenaufreibend sein kann. Inwiefern sich dies auf die TB auswirkt, wird von keiner Probandin thematisiert, es wird nur ausgeführt, dass sie die Korrektur als zeitintensiver und anstrengender erleben. Die meisten arbeiten daher in der TT weniger mit schriftlichen Übungen, sondern legen den Fokus wenn möglich auf die mündliche Sprachproduktion. Die unmittelbare Anpassung von Übungen (sog. *Shaping*) wird von allen Probandinnen als nicht umsetzbar empfunden:

> „Ich cha ja nöd eifach über de Tisch lange und s'Blatt irgendwie apasse oder in Ordner und es neus go hole" (66D).

> „... das wo'd D ((Teilnehmerin D)) gsait hät, mit so, so chli däm, däm Shaping ((englisch)) vo dä Ufgab, find ich au, äh, da gaht vill verlore, vo dä Flexibilität, vo würklich ganz liächtä chli schwieriger machä oder irgendwie liechtä Hilfestelligä. … fallt alls e weg" (72A).

Die fehlende Spontaneität und Flexibilität werden beim *Shaping* besonders spürbar, zwei der Probandinnen äussern sich negativ dazu. Eine beschreibt, dass sie sich gefesselt fühle. Das Gleiche gilt für das direkte Feedback bei Therapien mit Fokus auf Körperarbeit: Durch die technische Vermittlung sind die Sicht auf den Körper wie auch das Erkennen von Feinheiten im Gesicht des Patienten eingeschränkt. Der in Kapitel 2.1.4 beschriebene *Wegfall der räumlich-körperlichen Dimension* führt dazu, dass gezieltes Feedback und aktives Eingreifen nicht möglich ist. So finden alle Therapeutinnen, dass Störungsbilder, die ganzheitliches und taktiles Arbeiten erfordern, nur begrenzt behandelt werden können. Einschränkungen in Spontaneität und Improvisation werden denn auch als Grenze genannt.

3.3.9. Anpassung von Therapiemethoden und Therapieplanung

Die Hälfte der Probandinnen berichtet, dass sie in der TT von Grund auf anders an die Therapieplanung herangegangen sind. Dennoch hat keine Probandin ein spezifisch für die Logopädie entwickeltes Programm oder App für die TT genutzt. Es lässt sich daraus schliessen, dass die Probandinnen – der Umfrage von Bilda et al. (2020) entsprechend – die Arbeit mit analogen Mitteln bevorzugten. So verschickten sie bspw. die Arbeitsblätter per Post oder per Mail (vgl. ebd. in 2.1.3). Teilweise legten sie beim Versand gleich Lösungsvorschläge bei.

Aus Gründen der eingeschränkten Improvisation und der Anpassung von schriftlichen Aufgaben sowie deren komplizierter Korrektur verschieben einige Probandinnen den Therapiefokus auf mündliche Fortschritte des Patienten (vgl. Kapitel 3.3.8). So nutzten zwei Probandinnen den Umstand, vermehrt Einblick in das Zuhause des Patienten zu erhalten, für eine sehr alltagsorientierte Therapie:

> „[Schrifliches Arbeiten und Bildmaterial] hani praktisch alls wegglä̈h und würkläch ebä grad mit dä alltäglichä Sachä ... gschaffät …. Das grad s'Ziel isch gsi, ebä lehrä telefonierä u so sötigi Sachä, sehr alltagsorientiert, oder dass sie mir hei zeigt, wie sie hei kochäd und halt eifach alls hei ufzellt was sie döt hei gha und villicht hei sie's nächher ebä no müessä ufschriibä" (68C).

In der TT ist das Arbeiten mit allen Modalitäten schwer umsetzbar, gleichzeitig bietet sich eine alltagsorientierte Therapie aber sehr an. Wie oben bereits erwähnt sind Spontaneität und Flexibilität in der TT nur bedingt möglich, was dazu führt, dass Übungen gezielter geplant werden müssen. Eine Probandin empfand die Vorbereitung daher als aufwändiger, was sich auch in der Literatur bestätigt (vgl. Bilda et al., 2020 in 2.1.3).

3.3.10. Überwindung technischer Anforderungen

Voraussetzung für die TT sind eine genügende technische Grundausstattung sowie grundlegende technische Kenntnisse bzw. die Offenheit und Möglichkeit, sich diese anzueignen sowohl seitens der Therapeutin als auch seitens des Patienten (vgl. Kapitel 3.3.3). Dass dies in der Theorie einfacher klingt, als es in der Umsetzung ist, zeigen zum einen die zahlreichen Bezüge auf diesen Themenbereich im Interview, die uns darauf schliessen lassen, dass diese Thematik die Teilnehmerinnen sehr beschäftigt. Zum anderen wurden technische Schwierigkeiten auch in den Umfragen von Bilda et al. (2020) und Schwinn et al. (2020) häufig genannt (vgl. Kapitel 2.1.3).

Die einen Probandinnen haben sich während des Lockdowns im Homeoffice eingerichtet, die anderen führten die TT in ihrer Praxis durch. Mehrere haben die Erfahrung gemacht, dass die Patienten es sehr schätzen, wenn TT angeboten wird, was die TB wiederum positiv beeinflussen kann.
Die Probandinnen bevorzugen möglichst einfache und benutzerfreundliche Software, die keinen Download einer App erfordern. So nutzten die meisten die Programme doxy.me und jeetsi.meet (vgl. Kapitel 3.3.4), die vom DLV empfohlen wurden. Trotzdem führten erfolglose Instruktionen und immer wieder auftauchende technische Schwierigkeiten teilweise zu einem Gefühl der Hilflosigkeit seitens der Probandinnen. Dass solche technische Anforderungen aber auch positive Aspekte haben können, zeigen die Aussagen zweier Therapeutinnen. So erzählen sie, dass die gemeinsame Bewältigung technischer Schwierigkeiten einen positiven Effekt auf die TB hatte und eine neue Partnerschaftlichkeit entstehen liess:

> „i dr Live-Therapie isches villächt ender ebä mir si dr Therapeut und ... di anderä si d'Patientin oder dä Patient. ... D'Rollä isch gäh, und wenn mä beidi so [in der Teletherapie], mä sind vill meh ufenand agwiesä …. Mä chunt villicht ender uf än ähnlichi Ebeni" (78C).

3.3.11. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden fassen wir die in den vorhergehenden Kapiteln präsentierten Auswertungsergebnisse nochmals zusammen. Dabei wurden die Erkenntnisse zur besseren Übersicht in Grafiken überführt. Diese Transferleistung ist grundsätzlich nur anhand einer Quantifizierung der Daten möglich: Wir haben die Aussagen aufgrund der Parameter *Häufigkeit der Nennung insgesamt*, *Übereinstimmung der Teilnehmerinnen bez. der Thematik* sowie *von uns wahrgenommene Relevanz der Themen* bewertet und miteinander verglichen. Somit gründen die Visualisierungen teilweise in subjektiven Bewertungsmethoden, weshalb sie unter Vorbehalt zu geniessen sind.
Zunächst gehen wir auf die Auswirkungen der veränderten Therapiesituation in der TT ohne Einbezug der Anpassungsleistungen ein. Einen Überblick gibt folgende Darstellung:

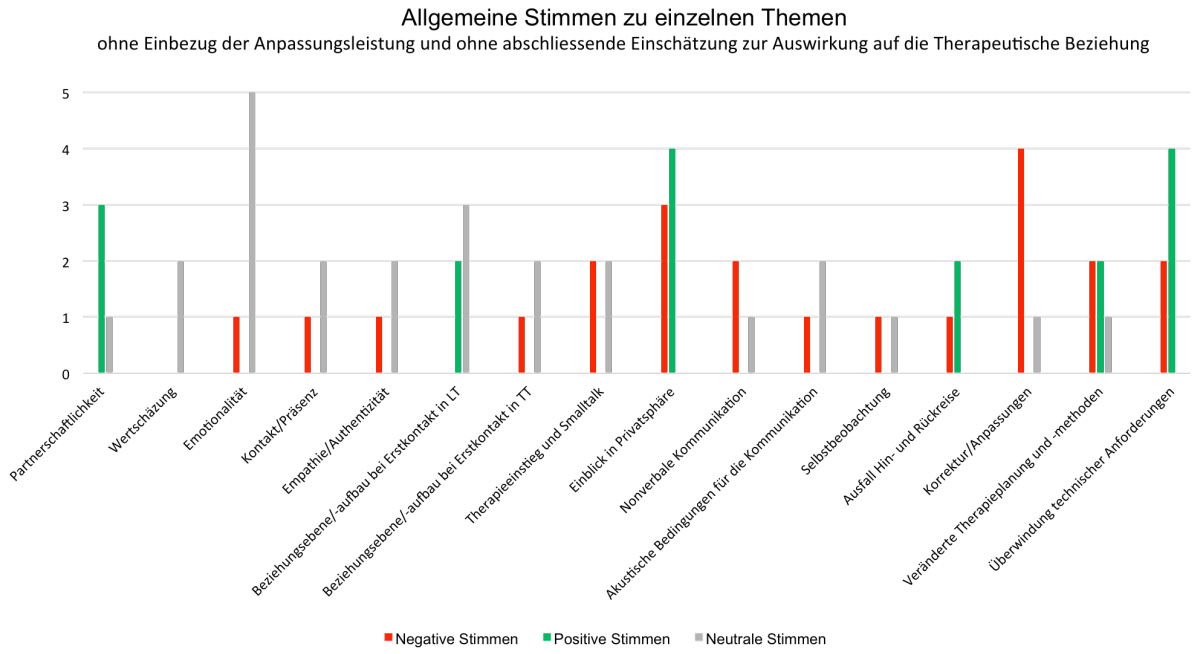


Abb. 5: Allgemeine Stimmen zu einzelnen Themen ohne Einbezug der Anpassungsleistung.

Die grünen Säulen in der Darstellung (Abb. 5) repräsentieren die *positiven Stimmen* zu bestimmten Interviewthemen. Gemeint sind Erfahrungen der Teilnehmerinnen, die sie – noch unabhängig von ihrer Wirkung auf die TB – *positiv* im Sinne von *besser als in der LT* werten. *Negative Stimmen* (rote Säulen) beziehen sich auf Erfahrungen, die *im Vergleich zur LT schlechter gewertet* werden. *Neutrale Stimmen* (graue Säulen) meinen entweder von den Probandinnen *wahrgenommene Veränderungen*, zu denen sie aber explizit *keine Wertung* vornehmen können, oder aber sie beziehen sich auf Faktoren, bei denen die Teilnehmerinnen *gar keine Veränderung im Vergleich zur LT* wahrgenommen haben. Teilweise gab es auch *doppelte Stimmen* (insgesamt 5 Stimmen), nämlich wenn eine Probandin zur selben Sachlage sowohl eine negative als auch eine positive oder neutrale Erfahrung gemacht hat. Dies erklärt auch, weshalb in Abb. 5 teilweise mehr Stimmen als Anzahl Probandinnen dargestellt sind.

In Abb. 5 wird ersichtlich, dass sich durch die TT insbesondere die Partnerschaftlichkeit und – durch den erhöhten Einblick in die Privatsphäre – die emotionale Nähe zwischen Therapeutin und Patient verbessern kann. Die *Partnerschaftlichkeit* wird gestärkt durch häufigere Feedbacks über den schriftlichen Weg aber auch durch den Fakt, dass die TT mehr Mitarbeit von beiden Seiten fordert und beide Parteien für eine erfolgreiche Durchführung stärker aufeinander angewiesen sind. Hier spielt ins-

besondere auch die *Überwindung technischer Anforderungen* mit rein, die ebenfalls die Zusammenarbeit stärkt und für eine Abflachung der Hierarchie in der TB sorgen kann. Eine erfolgreiche Überwindung dieser Anforderungen – jedoch wirklich nur die Überwindung – hat positive Effekte auf die TB, unabhängig davon, ob die Therapeutin oder der Patient mehr Technikkenntnisse besitzt bzw. wer von beiden unterstützend wirkt. Der *Einblick in die Privatsphäre* fördert die emotionale Bindung bzw. das Gefühl von Nähe. Der positive Effekt ergibt sich dabei vor allem bei gegenseitigem Einblick, es zeigen sich aber auch positive Auswirkungen, wenn nur der Patient Einblick in seine Privaträume gewährt. Dieser Faktor birgt auch Risiken – nämlich wenn zu tiefe, unbeabsichtigte Einblicke gewährt werden bzw. der Schutz der Privatsphäre nicht mehr gewährleistet werden kann. Mit 7 Stimmen, also 3 doppelten Stimmen, zeigt dieses Thema die höchste Anzahl Stimmen, was darauf hinweist, dass es am kontroversesten diskutiert wurde. Letztlich überwiegen aber die positiven Effekte.

Negative Stimmen zeigen sich – neben dem Einblick in die Privatsphäre – vor allem beim Thema *Korrektur und Anpassungen von Übungen*. Das flexible, spontane Handeln ist beeinträchtigt, weshalb das Vornehmen von Korrekturen und Anpassungen als sehr zeitaufwendig, einschränkend, nervenaufreibend und anstrengend beschrieben wird. Dabei ist davon auszugehen, dass sich dieser Umstand negativ auf die TB auswirkt: Die Probandinnen fühlen sich in ihrer Spontaneität eingeschränkt, es fehlt der Raum für Improvisation. Weniger negative Stimmen erhält die *nonverbale Kommunikation*. Hier muss jedoch zwischen der konventionalisierten Gestik und der unbewusst vollzogenen, die Beziehung regulierenden Gestik differenziert werden. Nur letztere erhält negative Stimmen; das sog. Zwischen-den-Zeilen-Lesen fällt in der TT schwer und wird vermisst.

Die *Emotionalität* ist ein sehr häufig thematisierter Aspekt, der eine auffallend hohe Anzahl *neutraler Stimmen* erhält. Das Erleben von positiven Emotionen in der Therapiesituation wird im Vergleich zur LT als gleichwertig empfunden, während das Vorkommen von und der Umgang mit „negativ“ gefärbten, d.h. schweren Emotionen zwar als verändert wahrgenommen, aber nicht bewertet wird[25].

Schaut man sich den Prozentanteil der *positiven*, *negativen* und *neutralen Stimmen* an, ergibt sich folgendes Bild:

[25] Negative Emotionen wie Frust und Ärger, die sich aus technikbedingten Kommunikationsproblemen ergeben, sind hier nicht mitgemeint. Sie sind dem Bereich *Akustische Bedingungen für die Kommunikation* zugeteilt.

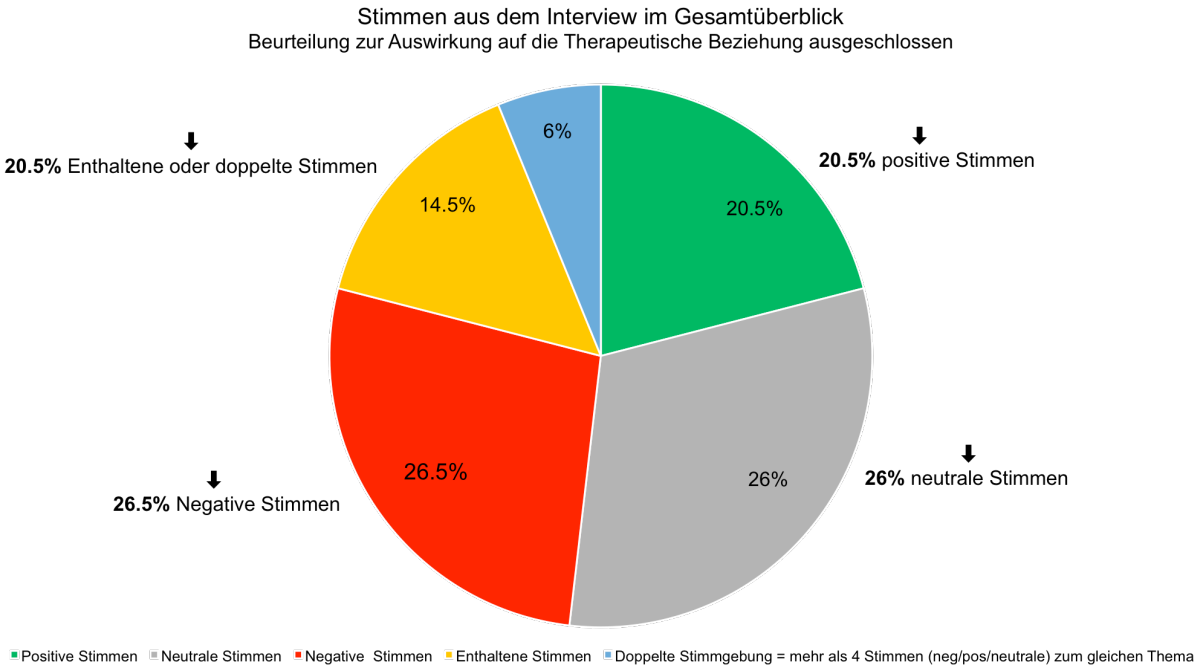
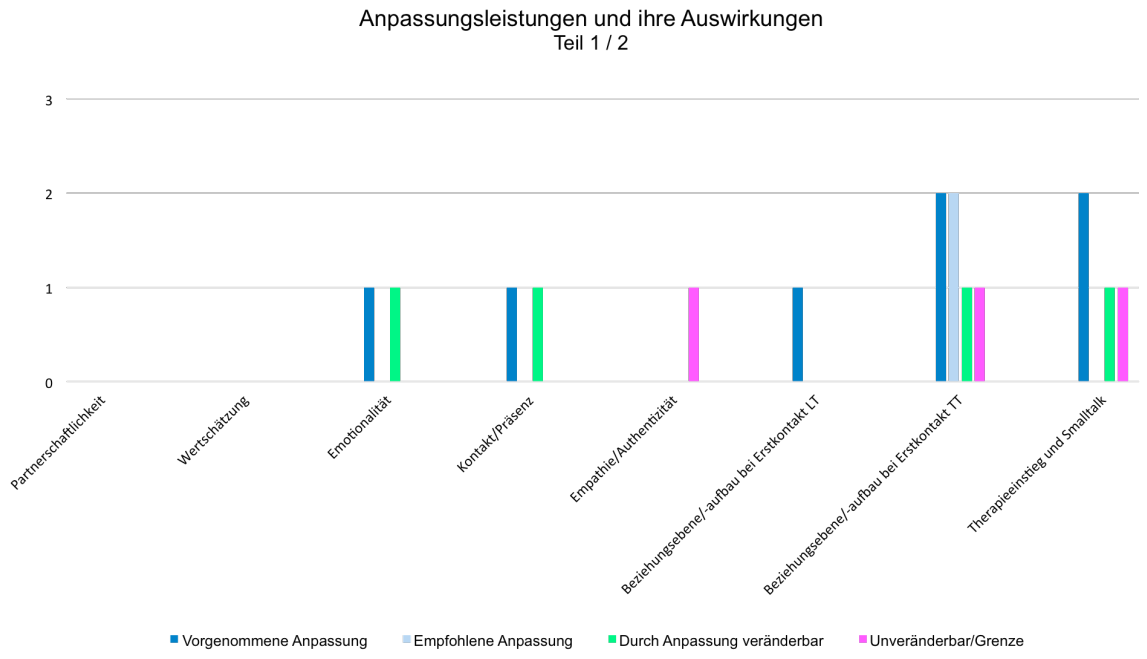


Abb. 6: Stimmen aus dem Interview im Gesamtüberblick.

Der Anteil neutraler und negativer Stimmen wirkt mit je rund einem Viertel im Vergleich zu den positiven Stimmen (20.5 %) relativ hoch (Abb. 6). Dabei muss aber beachtet werden, dass sowohl die positiven Stimmen, die für eine *Verbesserung in der TT verglichen mit der LT* stehen, als auch die neutralen Stimmen, die *in der TT und in der LT gleichwertig empfundene Faktoren* repräsentieren, grundsätzlich als positives Ergebnis für die TT gewertet werden können. Einen weiteren Fünftel machen *enthaltene* (14.5%) und *doppelte Stimmen* (6%) aus. Gemäss diesem Überblick erhält die TT also insgesamt eine gute Bewertung, positive und neutrale Aspekte überwiegen klar.

Was passiert nun, wenn sich die Therapeutin mit bewussten aber auch unbewussten Strategien an die neuen Bedingungen anpasst? Die empfohlenen und vorgenommenen Anpassungen sowie deren Auswirkungen auf das Therapiegeschehen haben wir in zwei Grafiken (vgl. Abb. 7a und 7b) zusammengefasst. Die hellgrünen Säulen stehen für erfolgreiche Anpassungen, d.h. für Anpassungen, die in besagtem Bereich zu positiven Veränderungen führen, die pinken Säulen für Anpassungen, nach denen die Situation unverändert bleibt. Die Höhe der Säulen gibt die Anzahl der genannten Anpassungen bzw. Veränderungen an.



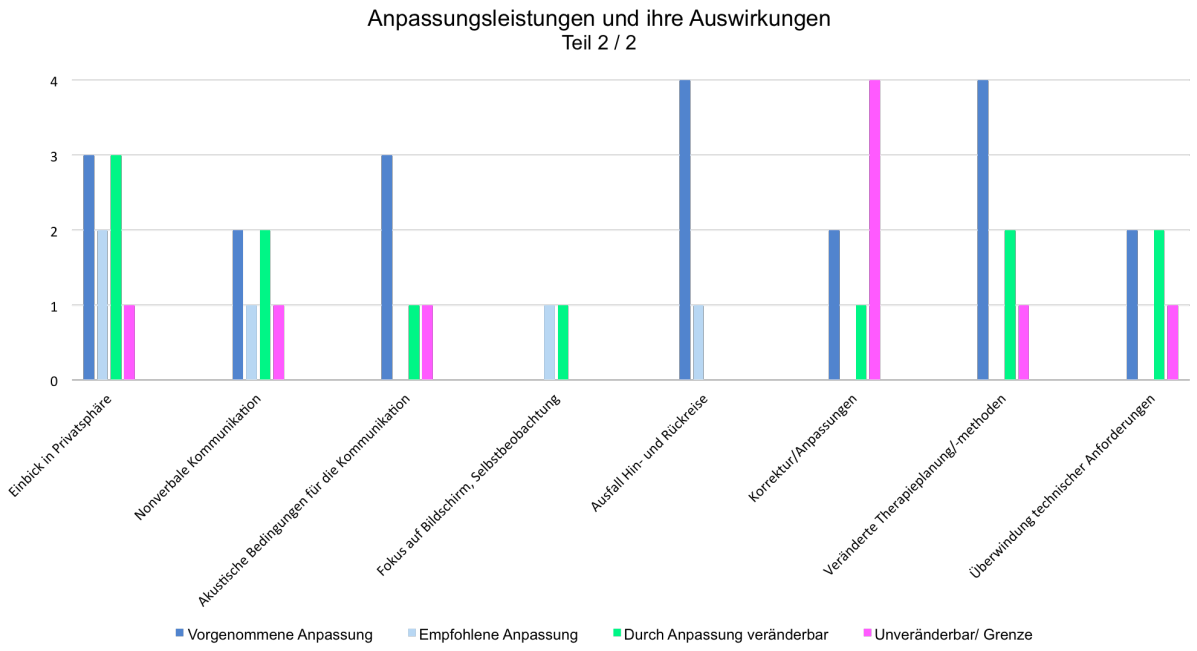


Abb. 7a und 7b: Anpassungsleistungen und ihre Auswirkungen.

Es ist selbsterklärend, dass Anpassungen insbesondere in denjenigen Bereichen gemacht werden, in denen Schwierigkeiten aufgetreten sind. Die meisten Anpassungsleistungen werden im Bereich *Therapieplanung und -methode* gemacht. Auch dies ist naheliegend, da die TT in bestimmten Bereichen eine grundlegend andere Herangehensweise verlangt. Die Anpassungen im Bereich *Ausfall Hin- und Rückreise* beziehen sich auf die fehlende mentale Vorbereitung. Vor allem die Anpassungen in den Bereichen *Einblick in die Privatsphäre* und die *akustischen Bedingungen für die*

Kommunikation sind wichtig für die Beziehungsregulierung: So sind bei Anpassungen in ersterem Bereich der Schutz der Privatsphäre und die Wahrung der Würde des Patienten zentral. Bei letzterem geht es um Anpassungen zur Vermeidung von Frust und Ärger, die sich aus durch die technischen Bedingungen (Tonqualität, Übertragungsgeschwindigkeit, technische Störungen) ausgelöste Kommunikationsproblemen ergeben.

Vergleicht man nun die höchsten Negativstimmen (Abb. 5) mit den vorgenommenen Anpassungen (Abb. 7a und 7b) ergibt sich folgendes Bild: Im Bereich *Korrektur und Anpassung von Übungen* zeigen sich die Anpassungsleistungen der Therapeutinnen am wenigsten erfolgreich. Die Einschränkungen in Spontaneität und Improvisation bleiben bestehen, ein einfaches, unmittelbares Shaping ist nicht möglich. Die Korrektur bleibt im Vergleich zur TT zeitintensiver und die Therapievorbereitung bedarf einer intensiveren Vorbereitung. Die Hürden, die einer ganzheitlichen, taktilen Therapie im Wege stehen, lassen sich gar nicht überwinden.

In den Bereichen *Einblick in die Privatsphäre* und *Nonverbale Kommunikation* hingegen führen die Anpassungen zu besseren Resultaten: Der Schutz der Privatsphäre kann durch Anpassungen gewährleistet werden. Der Einbezug von SB zur Unterstützung der Patienten während der TT lässt sich aber nicht immer verhindern, was sich im Falle einer Überbelastung der SB negativ auf die Beziehungen auswirken kann. Bei der nonverbalen Kommunikation bleibt die Deutung unbewusster Körpersprache erschwert, während die Vermittlung und Interpretation von konventionalisierten Gesten erfolgreich angepasst werden können.

Häufig als Anpassung empfohlen wird die Durchführung des Erstkontakts in der LT. Viele in engem Zusammenhang mit der TB gesehene Schwierigkeiten, die sich im Setting der TT ergeben, können über einen vorgängigen Beziehungsaufbau in der LT wenn nicht behoben, so doch abgeschwächt werden. Eine detaillierte Übersicht über weitere Anpassungen, die die Therapeutinnen vorgenommen und/oder empfohlen haben findet sich im Anhang (Seite CLXIII).

Die in den vorhergehenden Abschnitten beschriebenen Veränderungen und die daraus resultierenden Anpassungsleistungen haben gemäss unserer Definition der TB (vgl. Kapitel 2.2.2.3) immer auch Auswirkungen auf diese. Im Folgenden wollen wir darauf eingehen, inwiefern die Beziehungsgestaltung durch die TT beeinflusst wird. Einen Überblick dazu gibt Abbildung 8.

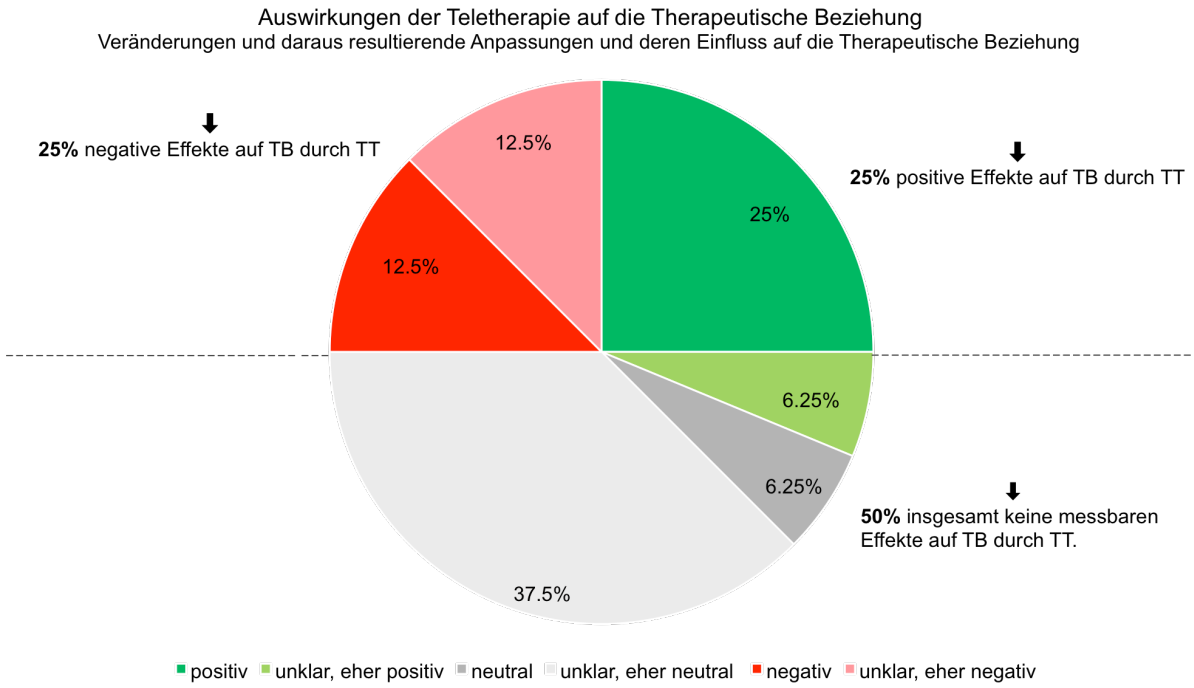


Abb. 8: Auswirkungen der Teletherapie auf die Therapeutische Beziehung

Gemäss unserer Interpretation haben insgesamt ein Viertel der im Gruppeninterview thematisierten Bereiche einen *positiven Effekt auf die TB* im Sinne einer Verbesserung (in Abb. 8 dunkelgrün eingefärbt): *Partnerschaftlichkeit*, *Einblick in Privatsphäre*, *Ausfall der Hin- und Rückreise* sowie *Überwindung technischer Anforderungen*. Bei letzterem gilt zu beachten, dass er sich nur positiv auswirkt, sofern technische Anforderungen erfolgreich überwunden werden (müssen). Sind sowohl Patient und Therapeutin technisch versiert und gut ausgestattet, wird dieser Faktor als neutral bewertet. Im Hinblick auf den Ausfall der Hin- und Rückreise zeigen insbesondere berufstätige Patienten aufgrund der damit einhergehenden Schonung körperlicher und zeitlicher Ressourcen hohe Wertschätzung, dieser Faktor wird teils aber auch von Patienten mit körperlichen Einschränkungen sehr geschätzt. Daneben gibt es möglicherweise andere Patienten, die den Hin- und Rückweg als Erlebnis bzw. als Erfahrung von Selbstständigkeit und -wirksamkeit wahrnehmen – gerade wenn sie ansonsten wenig Kontakt zur Aussenwelt haben. Die Stärkung der Partnerschaftlichkeit durch das gemeinsame Finden und Umsetzen von geeigneten Kommunikationsstrategien und die emotionale Bindung über den Einblick in die Privaträume hat die positivsten Effekte, die wir zudem als allgemeingültig annehmen. Im Bereich *Beziehungsebene bei Erstkontakt in LT* (hellgrün eingefärbt) gab es zwar positive Stimmen, er

wird jedoch dem neutralen Bereich zugerechnet, da sein Effekt auf die TB als gleichwertig wie in der reinen LT eingestuft wird.

Zu den *negativen Effekten* (12.5%, rot eingefärbt) zählen die unbewusst vollzogene Körpersprache und deren Deutung im Bereich *Nonverbale Kommunikation* und der Bereich *Korrektur und Anpassung von Übungen*. Obschon diese Faktoren auch neutrale Wertungen erhalten, dominieren die negativen klar. Im Gegensatz dazu überwiegen bei den *eher negativen Effekten* (ebenfalls 12.5%, rosa eingefärbt) die neutralen Wertungen. Als eher negativ werden die Bereiche *Akustische Bedingungen* und *Fokus auf den Bildschirm bzw. Selbstbeobachtung* eingestuft.

Mit mehr als einem Drittel macht der Bereich *eher neutrale Effekte* (hellgrau eingefärbt) den grössten Anteil aus. Dazu zählen alle Faktoren mit negativen, positiven und/oder neutralen Bewertungen, wobei die Gleichwertigkeit gegenüber der LT überwiegt. Drei Bereiche innerhalb des neutralen Anteils werden als gleichwertig wie in LT gewertet (*Kontakt/Präsenz*, *Empathie/Authentizität* und *Beziehungsgestaltung bei Erstkontakt in LT*), bei drei Bereichen (*Emotionalität*, *Beziehungsaufbau und -gestaltung bei Erstkontakt in TT* und *Therapieeinstieg und Small Talk*) wurden neben neutralen auch negative Wertungen abgegeben, die in engem Zusammenhang mit der TB stehen. Der Bereich *Anpassungen von Therapiemethoden und -planung* wird zwar ebenfalls zu diesem Bereich dazugezählt, steht jedoch in weniger starkem Zusammenhang mit der TB.

Zur *neutralen Wertung* (dunkelgrau eingefärbt) wird der Bereich *Wertschätzung* gezählt, der als einziger Bereich nur neutrale Stimmen erhält: Nach Einschätzung der Probanden ist die TT für die meisten Patienten ein gleichwertiger Termin wie die LT.

Zusammengefasst: Die positiven Effekte der TT auf die TB wiegen die negativen anteilsmässig auf, während die Therapeutinnen bei der Hälfte der Faktoren keine klar positiven oder negativen Effekte auf die TB wahrnehmen. Dabei wurde von den Probandinnen häufig keine konkrete Aussage zur Auswirkung auf die TB gemacht, was teilweise aus einseitiger Sicht auch nicht möglich ist. Um die aufgeführten Faktoren und deren Effekte auf die TB abschliessend zu klären, wäre eine Befragung der Patienten notwendig. Unsere Ergebnisse weisen aber darauf hin, dass die *Teletherapie* insgesamt keine negativen Effekte auf die *Therapeutische Beziehung* hat.

4. Diskussion und Reflexion

Wie in Kapitel 3.2.3.7. beschrieben haben wir unsere Forschungsarbeit auf deren *interne und externe Studiengüte* (vgl. Kuckartz 2018, 203) geprüft. Letztere bezieht sich auf die *Angemessenheit der Fallauswahl in Bezug auf unsere Fragestellung*. Diesbezüglich hatten wir Unterstützung von Mireille Audeoud, die uns in unserem Vorgehen beraten hat. Wir möchten uns in diesem Kapitel also vor allem auf die *interne Studiengüte* fokussieren, die sich auf die in Kapitel 3.2 beschriebene Vorgehensweise bezieht. Eine Übersicht zu den Gütekriterien mit Kommentaren in Bezug auf die vorliegende Forschungsarbeit findet sich im Anhang (Seite CLX). Im Folgenden wird unser Vorgehen kritisch reflektiert.

Bei der *Datenerhebung* konnten wir wie geplant vorgehen, sie entspricht den festgelegten Qualitätsmerkmalen: Während dem Interview zeigten sich alle Teilnehmerinnen wohlwollend, und der Redeanteil war in etwa ausgeglichen. Das Interview wurde via Zoom aufgezeichnet; anhand der Videoaufnahme konnte die Transkription unter Berücksichtigung non- und paraverbaler Parameter erfolgen. Die Daten wurden durch das Festlegen der Buchstaben A–D für die Teilnehmerinnen sowie das Ersetzen von Namen und Ortsangaben in den Gesprächsbeiträgen anonymisiert.

Die Wahl der Methode für die *Datenauswertung* wird in Kapitel 3.2.3 begründet und ist u.E. für die vorliegende Fragestellung angemessen: Die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse ordnet und systematisiert die erhobenen Daten und lässt Zusammenhänge erkennen und Schlüsse daraus ziehen. Zudem eignet sie sich laut Kuckartz (2018) auch gut für die Analyse von Gruppeninterviews (vgl. ebd., 98). Um den Grad an Subjektivität der Auswertung zu reduzieren, wurde die Codierung doppelt vorgenommen (alle drei Studierenden codierten zwei Drittel des Materials), worauf jeder codierte Abschnitt bis zum Finden eines gemeinsamen Konsens einzeln besprochen wurde. Dennoch zeigte sich unser Vorgehen bei der Inhaltsanalyse als störungsanfällig: Die Entscheidung, die Kategorisierung nicht in ganzen Gesprächsbeiträgen sondern in kurzen Abschnitten vorzunehmen, brachte zwar den Vorteil, dass Äusserungen aus jeglicher Perspektive betrachtet wurden, was eine vorschnelle Interpretation verhinderte. Allerdings birgt die Zerstückelung der Beiträge das Risiko für Fehlinterpretationen, da sie teilweise nicht mehr in direktem Zusammenhang zur vorherigen Aussage standen. Aus diesem Grund wurde darauf geachtet, die Sinneinheiten beim Import der Daten in die generalisierende Tabelle reduziert aber doch noch lesbar und sinngemäss zu übernehmen. Aufgrund der thematischen Über-

schneidungen wurden sie in allen betroffenen Themenfeldern eingefügt, was wiederum die Gefahr von Verdoppelungen in sich trägt. Dem versuchten wir durch die farbliche Abgrenzung der Urheber entgegenzuwirken, damit die Stimmen in der Schlusswertung nur einmal gezählt werden konnten. Insgesamt war dieses Vorgehen sehr zeitaufwändig, und es ist schwierig einzuschätzen, ob den einzelnen Beiträgen angemessen Rechnung getragen werden konnte. Zusätzlich erschwerend bei der Codierung in Sinneinheiten war, dass in der schweizerdeutschen Spontansprache das Satzende teilweise kaum erkennbar ist.

Eine weitere Schwierigkeit bei der Auswertung ergab der Fakt, dass die Aussagen zur TB teilweise schwer einschätzbar waren. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die Auseinandersetzung mit der TT noch frisch ist und die Therapeutinnen noch stark mit deren methodischer Umsetzung beschäftigt sind. So wurden im Verhältnis zu vielen Beiträgen bez. Veränderungen und Anpassungen in der TT nur wenige direkte Aussagen zu deren Auswirkung auf die TB gemacht. Die wahrgenommenen Gefühlsveränderungen können dennoch indirekt als Auswirkung auf die TB gelesen werden, auch wenn die konkrete Zuschreibung schwerfällt. Dass diese schwer fällt, zeigt auch die Widersprüchlichkeit in einzelnen Aussagen. So geben die Probandinnen auch ein anderes Schlussvotum zu den Auswirkungen der TT auf die TB ab, als ihre Beschreibungen während des ganzen Interviews vermuten lassen. Wie das Beispiel zeigt, hat eine Meinungsbildung zu dem Thema noch nicht abschliessend stattgefunden.

Ein weiterer Kritikpunkt an der vorliegenden Arbeit ist die Einseitigkeit der Datenerhebung: Da dies den Rahmen des Forschungsprojektes gesprengt hätte, wurde komplett ausgeblendet, wie *die Patienten* die TB in der TT einschätzen; unsere Ergebnisse beruhen lediglich auf den Aussagen der Logopädinnen. Dies fällt nicht bei allen Themen gleich stark ins Gewicht, führte jedoch in einigen Fällen dazu, dass die Wertung der TB neutral ausfiel. Hier wäre eine Befragung von Patienten, die das Angebot einer TT nutzen sehr aufschlussreich.

Zwei letzte Faktoren schliesslich, die einander aber auch unsere Ergebnisse stark beeinflussen, sind die ausserordentliche Lage aufgrund der COVID-19-Pandemie und die Selektionierung der Patienten. Die meisten Daten beruhen auf Erfahrungen mit TT, die während des Lockdowns im Frühjahr 2020 und darüber hinaus stattgefunden haben. Da durch die Pandemie eine LT eine Zeit lang gar nicht denkbar war, boten die Probandinnen ihren Patienten die Option der TT an, worauf die Mehrheit

der Patienten sehr dankbar reagierte. Aussagen, die ihre Gültigkeit ausserhalb der COVID-19 Situation verlieren, wie bspw. die Wertschätzung der TT mangels Alternative, wurden in der Interpretation jedoch nicht berücksichtigt.
Aufgrund der sich selbst regulierenden Patientenselektion (vgl. Kapitel 3.3.5) beziehen sich die Aussagen unserer Probandinnen auf eine mehr oder weniger homogene Gruppe von Patienten im Erwachsenenalter, mehrheitlich mit chronischen Erkrankungen, die in guter kognitiver Verfassung sind und sowohl genügende technische Kenntnisse für die TT haben, als auch eine genügende technische Ausrüstung besitzen. Somit ist nicht abschliessend geklärt, ob die wahrgenommenen bzw. ausbleibenden Veränderungen alle den Umständen der TT oder aber möglicherweise auch dieser Patientenselektion zuzuschreiben sind.

5. Fazit und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit gingen wir der Fragestellung nach, inwiefern sich im Setting *Teletherapie* ergebende Veränderungen im Therapiegeschehen und daraus resultierende kommunikative und methodische Anpassungen auf die *Therapeutische Beziehung* auswirken. Diese Frage konnte weitestgehend beantwortet werden: Die wahrgenommenen Veränderungen und Anpassungen können sowohl positive als auch negative Effekte auf die TB haben. Die meisten davon zeigen jedoch keine klar gepolten Effekte: So sind Veränderungen zwar häufig spürbar, aber erhalten keine Wertung bzw. werden bezüglich qualitativem Einfluss als gleichwertig eingestuft, weshalb mangels Notwendigkeit keine Anpassung vorgenommen wird.

An dieser Stelle möchten wir auf bestimmte Ergebnisse hinweisen, die direkt für die Therapie genutzt werden können: So erhielten die Logopädinnen in der TT mehr Rückmeldungen zur Therapie (vgl. 3.3.1). Möglicherweise fällt es den Patienten leichter, Feedback mit etwas zeitlichem Abstand auf dem schriftlichen Weg zu geben. Dies könnte auch für die LT genutzt werden. Zudem arbeiten viele Logopädinnen in der TT nach wie vor mit analogen Materialien. Hier stellt sich die Frage, ob diese besser auf die TT abgestimmt werden könnten oder ob es sogar ertragreicher wäre, komplett auf (bereits vorhandene) digitale Materialien umzusteigen.

Nun möchten wir einen Ausblick in zukünftige Forschungsprojekte wagen. Erstens bleiben beim Einflussfaktor *Patient* noch viele Lücken offen, da die vorliegende Arbeit die Thematik leider nur einseitig beleuchten konnte. Eine Befragung der Patienten wäre in dieser Hinsicht sicherlich sehr ertragreich. Zweitens ist die Repräsentativität der Resultate mit einer Gruppengrösse von vier Personen noch nicht gegeben. Eine auf den Ergebnissen dieser Arbeit basierende quantitative Analyse könnte hier Abhilfe schaffen. Drittens wäre eine weiterführende Untersuchung unabhängig von der COVID-19-Pandemie, die unverweigerlich einen Einfluss auf die Ergebnisse hat, sinnvoll. Aufgrund der uneindeutigen Ergebnisse im Bereich der *nonverbalen Kommunikation* würde sich schliesslich eine Untersuchung in diese Richtung anbieten.

Unsere Arbeit soll nicht zuletzt diejenigen Logopädinnen, die sich bisher noch nicht an die TT herangewagt haben, ermutigen, dieses neue Setting auszuprobieren. In diesem Sinne möchten wir unsere Arbeit mit einer letzten Empfehlung von einer unserer Probandinnen schliessen: „Ich würd villicht eifach gern mitgeh: Mut zum Scheitern...“ (147D).

6. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

6.1 Abbildungen

Abb. Titelblatt: Piktogramm Teletherapie. Eigene Darstellung, angelehnt an die Grafik von SirVectorr (2020). Online verfügbar unter https://www.istockphoto.com/de/vektor/online-chat-flachlinien-symbol-vektor-umriss-illustration-von-mann-und-frau-mit-gm1226927698-361664872

Abb. 1: Das Konzept der Therapeutischen Beziehung in der Logopädie. Eigene Darstellung (2020), inhaltlich und grafisch übernommen von Göldner (2017, 65) sowie Göldner & Hansen (2019, 8).

Abb. 2: Ablauf einer qualitativen Inhaltsanalyse. Eigene Darstellung (2020), inhaltlich übernommen von Kuckartz (2018, 45).

Abb. 3: Ablauf der durchgeführten qualitativen Inhaltsanalyse. Eigene Darstellung (2020), inhaltlich weitestgehend übernommen von Kuckartz (2018, 100).

Abb. 4: Visualisierung der Fragestellung für die Erstellung einer geeigneten zusammenfassenden Matrix. Eigene Darstellung (2020).

Abb. 5: Allgemeine Stimmen zu einzelnen Themen ohne Einbezug der Anpassungsleistung. Eigene Darstellung (2021).

Abb. 6: Stimmen aus dem Interview
im Gesamtüberblick. Eigene Darstellung (2021).

Abb. 7a und 7b: Anpassungsleistungen
und ihre Auswirkungen. Eigene Darstellung (2021).

Abbildung 8: Auswirkungen der Teletherapie auf die Therapeutische Beziehung. Eigene Darstellung (2021).

6.2 Tabellen

Tabelle 1: Die drei Bereiche der Wirkfaktoren der Therapeutischen Beziehung. Eigene Darstellung, inhaltlich angelehnt an Göldner (2017, 65)

Tabelle 2: Übersicht über die gewonnenen Erkenntnisse bezüglich Kommunikation in der TT und Wirkfaktoren der TB. Eigene Darstellung (2020).

7. Literaturverzeichnis

Berger, T. & Andersson, G. (2009). Internetbasierte Psychotherapien: Besonderheiten und empirische Evidenz. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 59*, 159-170. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Berninger-Schäfer, E. (2020). Online-Coaching – Mythen und Fakten. Coaching Magazin. Online verfügbar unter https://www.coaching-magazin.de/beruf-coach/online-coaching-fakten-mythen

Bilda, K., Dörr, F., Urban, K. & Tschuschke, B. (2020). Digitale logopädische Therapie. Ergebnisse einer Befragung zum aktuellen Ist-Stand aus der Sicht von LogopädInnen. *Logos 3/2020,* 176-183.

Bilda K., Mühlhaus J. & Ritterfeld, U. (2017). *Neue Technologien in der Sprachtherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Eichenberg, C. & Kühne, S. (2014). *Einführung Onlineberatung und -therapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag, UTB.

Eichenberg, C. & Küsel, C. (2016): Zur Wirksamkeit von Online-Beratung und Online-Psychotherapie. *Resonanzen, E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung, 2/2016*, 93-107.

ETH Webarchiv (n.d.). *Videokonferenz*. Online verfügbar unter www.e-work.ethz.ch/praesentationen/ws_00-01/gruppe_01b/Homepage%20Gruppe%201b/K1.htm#Hinweise

Frossard, J. (2019). Nachgefragt bei einer Psychotherapeutin. Berufsverband für Psychologie FSP. *DLVaktuell 3/2019*, 3.

Göldner, J. (2017). *Die Beziehung zwischen erwachsenem Patient und Thera-peutin in der Sprachtherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Göldner, J., Hilk, H. & Wanetschka, V. (2017). Die therapeutische Beziehung in der Sprachtherapie. Strukturierte Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes. *Forum Logopädie Heft 5 (31),* 12-19.

Göldner, J. & Hansen, H. (2019). Grundlegend und wenig erforscht. Die therapeutische Beziehung in der Logopädie. *DLVaktuell 3/2019*, 7-8.

Grice, H. P. (1979). Logik und Konversation. In G. Meggle (Hrsg.), *Handlung, Kommunikation, Bedeutung* (S. 243-265). Frankfurt am Main: Suhrkamp. [Original: Grice, H. Paul (1975). Logic and Conversation. In Cole, P. und Morgan, Jerry L. (Hrsg.), *Speech acts*. *Syntax and Semantics*, Bd. 3 (S. 41-58). New York: Academic Press].

Jenni, R. (2018). Eine starke Persönlichkeit als Ressource therapeutischer Kompetenz. In J. Steiner (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Logopädie* (S. 57–73). Bern: Hogrefe.

Katz-Bernstein, N. (1996). Das Konzept des „Safe Place“ – ein Beitrag zur Praxeologie integrativer Kinderpsychotherapie. In Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hrsg.), *Praxis der Integrativen Kindertherapie*, Bd. 2 (S. 111–142). Paderborn: Junfermann.

Klasen, M., Knaevelsrud, C. & Böttche, M. (2013). Die therapeutische Beziehung in internetbasierten Therapieverfahren. *Nervenarzt 84,* 823–831.

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

Lambert, M. und Barley, D. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 38 (4)*, 357–361.

Misoch, S. (2015). *Qualitative Interviews*. Berlin/München/Boston: de Gruyter.

Moser, H. (2015). *Instrumentenkoffer für die Praxisforschung*. *Eine Einführung* (6. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Ressing, M., Blettner, M. & Klug, S. J. (2009). Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen. *Deutsches Ärzteblatt 106 (27)*, 456-463.

Schindelmeiser, J. (2015). *Neurologie für Sprachtherapeuten* (3. Auflage). München: Urban & Fischer.

Schneeberger, S. (2018). *Qualitative Analyse von Patienten- und Therapeuteninterviews bezüglich allgemeiner Wirkfaktoren und der Patient-Therapeut-Beziehung in der Sprachtherapie*. Frechen: evidenssst.org.

Schwinn, S., Barthel, M., Leinweber, J. & Borgetto, B. (2020). Digitalisierungschancen – Umsetzung von Videotherapie im Lockdown. *Forum Logopädie*, 34(6), 36-40.

Streeck, U. (2009). *Gestik und die therapeutische Beziehung. Über nichtsprachliches Verhalten in der Psychotherapie.* Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Wanetschka, V. (2019): Einbezug verschiedener Disziplinen. Professionalität der logopädischen Beziehung. *DLVaktuell 3/2019*, 9–10.

Wanetschka, V., Toepffer-Huttel, C., Nerz, V. & Göldner, J. (2020). Die therapeutische Beziehung in der Krise? Gedanken in Zeiten von Corona. *Forum Logopädie*, 34(5), 6–11.

Weidner, K. & Lowman, J. (2020). Telepractice for Adult Speech-Language Pathology Services: A Systematic Review. *Perspectives of the ASHA Special Intrerest Groups Vol. 5*, 326-338.