

## Teletherapie in der Intensivtherapie

### Erfahrungen aus der Praxis

Gabriele Scharf-Mayer

#### Zusammenfassung

Während des ersten Lockdowns im März 2020 haben Dr. Gabriele Scharf-Mayer und ihr Team sprachtherapeutische Intensivbehandlungen für neurologische Patient\*innen auch via Videotherapie angeboten und sich ausführlich mit den Möglichkeiten und Grenzen dieses Formats auseinandergesetzt. Über die erneute Zulassung der Videotherapie freut sich die Praxis – und wundert sich zugleich, dass die zeitliche Befristung seitens des G-BA bis Ende Januar 2021 wieder so eng gefasst wurde.

In diesem Beitrag schildert Gabriele Scharf-Mayer den Digitalisierungsprozess, der für die Durchführung der Videotherapien nötig war. Viele weitere Informationen finden sich auf der Homepage der Praxis [Spontansprache – Sprachtherapie intensiv](#).

#### Eckdaten der Durchführung von Videotherapien in der Intensivtherapie

Um an einer Intensivtherapie in unserer auf intensive Intervalltherapien spezialisierten Praxis teilnehmen zu können, reisen die Patient\*innen aus dem ganzen deutschsprachigen Raum an und die meisten von ihnen übernachten während des Therapieaufenthaltes in einem selbst gewählten Quartier vor Ort in Bad Wildbad. Zum Konzept unserer Intensivtherapien gehört die Kombination von täglichen Einzeltherapien mit täglicher Gruppentherapie.

Mit Beginn des Corona-Lockdowns im März 2020 haben wir den Praxisbetrieb unter neuen Hygiene-Richtlinien aufrecht erhalten, haben aber die Anzahl der Teilnehmer\*innen, die Präsenztherapie in unserer Praxis erhalten können, auf maximal drei Teilnehmer\*innen pro Therapieintervall begrenzt. Allen weiteren Teilnehmer\*innen haben wir ab dem 23. März 2020 die intensive Sprachtherapie per Videokonferenz angeboten.

Tatsächlich wollten auch während des Lockdowns immer einige Teilnehmer\*innen die Intensivtherapie vor Ort in Bad Wildbad wahrnehmen – etwa, weil sie selbst und/oder ihre Angehörigen der Meinung waren, dass die Videotherapie nicht für sie geeignet wäre oder dass sie stärker profitieren würden, wenn sie vor Ort wären. Diese Teilnehmer\*innen haben während ihres Aufenthaltes in Ferienwohnungen mit Selbstversorgung übernachtet.

In dem gesamten Zeitraum vom 23. März bis zum 30. Juni 2020 haben nur zwei Patient\*innen ihre Teilnahme generell abgesagt.

In den ersten Wochen nach Einführen der Videotherapie erhielten wir sogar mehrere Anfragen von externen Patient\*innen, die ausdrücklich nach einer Teletherapie fragten. Da wir mit den vorausgeplanten Patient\*innen jedoch bereits ausgelastet waren und kaum Lücken hatten, konnten wir diese Anfragen gar nicht alle im vollen Ausmaß bedienen.

Auf diese Weise hatte unsere Praxis erfreulich geringe Einbußen und wir mussten keine Mitarbeiter\*innen in Kurzarbeit schicken. Zum 01. Mai konnten wir sogar wie lange geplant eine neue Mitarbeiterin einstellen. Diese fand sich direkt zum Einstieg in der herausfordernden Situation wieder, Intensivtherapien mit Patient\*innen, die sie noch gar nicht kannte, per Video durchzuführen. Sie hat diese Herausforderung hervorragend gemeistert. Für sie wie für uns erfahrene Therapeutinnen war das wie ein Sprung ins kalte Wasser: Sehr erfrischend!



In dem genannten Zeitraum von 15 Wochen zwischen dem 23. März bis 30. Juni 2020 haben in unserer Praxis fünf dreiwöchige Therapieintervalle stattgefunden. In zwei dieser fünf Intervalle hat eine/r von vier Teilnehmer\*innen, in zwei Intervallen haben zwei von fünf Teilnehmer\*innen und in einem Intervall haben alle sechs Teilnehmer\*innen per Videokonferenz teilgenommen. Zudem haben drei weitere ehemalige Teilnehmer\*innen einige Stunden niedrigfrequente Videotherapie ein- bis zweimal pro Woche in Anspruch genommen.

Es haben somit insgesamt 15 Patient\*innen Videotherapie erhalten, davon fünf Patient\*innen mit globaler Aphasie und teilweise schwerer Sprechapraxie, eine Patientin mit Broca-Aphasie, jeweils ein Patient mit Restaphasie und mit einer kognitiven Kommunikationsstörung und sieben Patient\*innen mit verschiedenen Dysarthrophonien – also Patient\*innen aus dem gesamten Spektrum an neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen, das wir behandeln.

## Technische Eckdaten der Videotherapie

Innerhalb von wenigen Tagen haben wir zum 20. März 2020 die Videotherapie implementiert. Nach Prüfung verschiedener verfügbarer Systeme haben wir uns für eine selbstgehostete Jitsi-Instanz entschieden. Jitsi ist ein Open-Source Videokonferenzsystem, welches die grundlegenden Anforderungen zur Durchführung von Teletherapien erfüllt (vergleichbar mit kommerziellen Closed-Source Systemen wie Zoom, Teams usw.) und mit vertretbarem Aufwand auf eigener bzw. gemieteter Hardware installiert und betrieben werden kann. Wir haben Jitsi auf einem kostengünstigen gemieteten Server installiert, der bei einem deutschen Anbieter gehostet wurde, mit dem bereits eine Vereinbarung zur Auftragsverarbeitung vorlag. In dieser Konstellation war die Jitsi-Instanz DSGVO-konform zu betreiben: Die Datenübertragung von und zum Server ist vollständig verschlüsselt und die Daten auf dem Server – inklusive der bei kommerziellen Anbietern unkontrolliert anfallenden Metadaten – wurden ausschließlich von uns verarbeitet. Durch die vollständige Kontrolle über die Installation konnten wir das gesamte System (Jitsi plus Server-Betriebssystem) so konfigurieren, dass sehr hohe Standards bezüglich Datenschutz und Datensicherheit eingehalten wurden. Die Anforderungen von Jitsi an die Bandbreite des Internetanschlusses sind moderat, ein Breitbandanschluss mit 16 Mbit/s ist für die Teletherapie ausreichend. Weitere technische Voraussetzungen auf Teilnehmer\*innenseite sind ein einigermaßen leistungsfähiges Endgerät mit guter, möglichst kabelgebundener Netzwerkanbindung und einfacher AV-Ausstattung sowie ein aktueller, WebRTC-fähiger Browser bzw. auf Tablets und Smartphones die kostenlose Jitsi-App. Diese Voraussetzungen sind in vielen Haushalten ohne weitere Investition erfüllt. Einzelne Teilnehmer\*innen bedurften jedoch der Unterstützung durch uns und/oder durch Angehörige, um die vorhandenen Komponenten optimal zu konfigurieren.

Bei der Durchführung von Teletherapien haben sich zumindest auf Seiten der Therapeutinnen externe Webcams als bessere Alternative gegenüber den eingebauten Laptop-Kameras bewährt. Da Jitsi derzeit noch keine Whiteboard-Funktion bietet, kann eine externe Webcam z. B. eingesetzt werden, um Bildmaterialien oder Gegenstände anzuzeigen. Auch in einem Gruppen-Setting mit Präsenz- und Tele-Teilnehmer\*innen erlaubt eine externe Webcam eine flexible Positionierung und Schwenks.

## Organisatorisches

Zu Beginn der Einführung mussten viele Informationen auf die Website gestellt und zahlreiche Formulare erstellt werden. Dazu gehörte natürlich die von den Krankenkassen geforderte Einverständniserklärung des Patienten/der Patientin in die Teletherapie. Außerdem haben wir ein Infoblatt erstellt mit den wichtigsten Informationen, Vorzügen und Nachteilen der Teletherapie auf einen Blick als Entscheidungsgrundlage für Patient\*innen und Angehörige sowie eine Checkliste der notwendigen technischen und logistischen Voraussetzungen vom funktionsfähigen Drucker bis zum Glas Wasser auf dem frei geräumten Tisch, um geeignete Arbeitsbedingungen sicher zu stellen.





### Erfahrungen – Vorteile

Der erste und wichtigste Vorteil der Videotherapie ist und bleibt natürlich der, dass die Therapie stattfinden kann, ohne dass sich – für beide Seiten – das Ansteckungsrisiko erhöht. Dies gilt in besonderem Maße für die Intensivtherapie, für welche die Patient\*innen von extern und teilweise von weither anreisen, vor Ort übernachten und sich in einer fremden Umgebung aufhalten müssen. Da wir ausschließlich erwachsene Patient\*innen mit neurologischen Erkrankungen behandeln und zudem ein relativ hoher Anteil über 60 Jahre alt ist, gehören alle unsere Patient\*innen zur Risikogruppe von COVID-19. Die Angst vor Ansteckung ist natürlich unterschiedlich hoch, jedoch können wir Patient\*innen, die aus Angst vor einem erhöhten Ansteckungsrisiko nicht nach Bad Wildbad reisen möchten, ohne Videotherapie nicht behandeln.

Daneben waren einige, vorwiegend schwerer betroffene Teilnehmer\*innen und ihre Angehörigen auch dankbar dafür, dass sie die Anstrengungen von Anreise und Übernachtung einsparen und in ihrer gewohnten Umgebung bleiben konnten, um ihre Kräfte ganz auf die Sprachtherapie zu konzentrieren. Für einige unserer Teilnehmer\*innen bedeutet eine Behandlungseinheit eine so große Anstrengung, dass sie sich danach oft erst einmal hinlegen müssen, um sich wieder (für die nächste Einheit) zu erholen. Dies ist unter normalen Therapie-Bedingungen auch in unserem Aufenthaltsraum möglich, jedoch für manche, gerade auch durch Paresen oder weitere körperliche Handicaps eingeschränkte Patient\*innen und Rollstuhlfahrer\*innen unter Umständen entspannter und einfacher in der eigenen häuslichen Umgebung.

Eine Teilnehmerin, die an ALS erkrankt war und deren Kräfte und Reisefähigkeit in den letzten Wochen vor der Intensivtherapie sehr drastisch abgenommen hatten, konnte nur dank der Videotherapie teilnehmen. Sie hätte nicht mehr reisen und in fremder Umgebung übernachten können. Auch reichte ihre Belastbarkeit nur noch für 30-minütige Therapieeinheiten. Durch die Videotherapie konnte sie den Kraftaufwand durch Anfahrt und Übernachtung im Hotel sparen und alle ihre Kräfte tatsächlich in die Sprachtherapie investieren. Auf diese Weise hat sie zwei Behandlungseinheiten täglich über 3 Wochen sehr gut bewältigt, die Übungsinhalte sehr schnell umgesetzt, im häuslichen Umfeld sofort angewendet und in überdurchschnittlich hohem Maße von der Therapie profitiert.

Darüber hinaus haben wir schon Anfragen erhalten von Teilnehmer\*innen mit hohem Pflegebedarf, etwa aufgrund schwerer Paresen und Inkontinenz, für deren Angehörige eine außerhäusliche pflegerische Versorgung im Hotel ohne Pflegebett eine zu hohe Belastung darstellen würde und die nur teilnehmen könnten, wenn die Möglichkeit einer Videotherapie bestünde.



Als ein weiterer großer Vorteil erwies sich für einige Teilnehmer\*innen der Videotherapie die Möglichkeit, die Therapieinhalte sofort in der eigenen häuslichen Umgebung bzw. im eigenen sozialen Umfeld umsetzen zu können. Ein Teilnehmer mit globaler Aphasie etwa verabredete sich mit den ersten Floskeln, die er gelernt hatte, sofort mit einem Nachbarn über den Gartenzaun. Eine andere Teilnehmerin, welche neben globaler Aphasie und schwerer Sprechapraxie auch eine ausgeprägte ideomotorische Apraxie hatte, erhielt von uns den Anstoß, zur sprachlichen Aktivierung auch wieder mehr Alltagsaktivitäten zu übernehmen. Daraufhin begann sie sofort - zum ersten Mal seit dem Schlaganfall - beim Frühstück und Abendessen ihr Brot selbst zu streichen und mittags ihrem Mann beim Kochen mitzuhelfen, was neben einem ungeheuer motivierendem Effekt dazu beitrug, den Abruf zahlreicher alltäglicher Verben und Objekt-Verb-Phrasen zu aktivieren.

Auch die Einbindung von Angehörigen entpuppte sich als ein weiterer wichtiger Vorzug der Videotherapie. Im Rahmen der Videositzungen konnten wir unkomplizierter, häufiger, intensiver und mehr angehörige Personen in die Therapie einbinden als dies ohne die Videotherapie möglich ist. Dann ist ja meist maximal ein/e Angehörige/r als Begleitung vor Ort, der beraten und angeleitet werden kann. Von weiteren Angehörigen kann oft nicht verlangt werden, sich zumal für wenige Stunden ebenfalls auf den Weg nach Bad Wildbad zu machen. Im Rahmen der Videotherapie konnten wir jedoch in zahlreichen Fällen weitere Personen einbinden. Kinder und sogar Enkel, die in der Nähe wohnen, konnten ohne großen Aufwand zuschauen oder teilnehmen und in Therapieinhalte eingeführt werden. Kinder und enge Freund\*innen, die nicht in der Nähe wohnten, konnten als zusätzliche Teilnehmer\*innen der Videokonferenz zugeschaltet werden, wie etwa bei einem Teilnehmer mit fortgeschrittener Parkinson-Dysarthrie, bei dem im Laufe der dreiwöchigen Therapie seine Partnerin, ein Sohn sowie zwei enge Freunde, die allesamt nicht am selben Ort wohnten, auf diese Weise instruiert und angeleitet werden konnten, wie sie besser mit ihm kommunizieren können.

Hätten wir die Videotherapie von langer Hand geplant, ein Konzept am Reißbrett erstellt und in unserer Intensivtherapie eingeführt, dann hätten wir sicher mit einer Patient\*innengruppe mit leichteren Sprachstörungen begonnen oder mit jüngeren Patient\*innen, die den Umgang mit dem PC gewöhnt sind. Durch den Corona-Lockdown lief das ungeplanter ab und gleich unser erster Video-Patient, der sehr dankbar die Möglichkeit der Videotherapie angenommen hatte, war im Rentenalter und hatte eine ausgeprägte globale Aphasie sowie eine ausgeprägte Sprechapraxie. Jedoch schwanden unsere Bedenken schnell dahin, denn dieser Patient hat wie alle fünf Personen mit globaler Aphasie, die wir bisher per Video behandelt haben, in ausgesprochen hohem Maß von der Therapie profitiert. Warum?



Der appellative Charakter des Videoscreens zeigte sich auch in der Gruppe: In vier Therapie-Intervallen, also insgesamt zwölf Wochen lang, führten wir ja auch tägliche Gruppentherapien durch, an denen ein oder zwei Gruppenpartner\*innen auf dem Videoscreen zu sehen waren und die anderen drei Teilnehmer\*innen vor Ort um einen Tisch saßen. In jeder dieser Gruppen hatten die Teilnehmer\*innen am Videobildschirm eine hohe Bedeutung oder sogar Priorität für die anderen Gruppenmitglieder. Bei den Personen mit globaler Aphasie wurden mitunter erst die Gesichter am Bildschirm begrüßt, vor den anderen am Tisch. Es stellte sich auch heraus, dass viel mehr Teilnehmer\*innen als wir angenommen hatten, durch Skype, FaceTime oder andere Videokonferenzen im privaten oder beruflichen Kontext bereits positive Erfahrungen gemacht hatten und dies auf unsere Situation übertrugen.

Ein weiterer wichtiger Wirkfaktor war sicher die Unterstützung des Ehepartners/der Ehepartnerin. Alle fünf genannten Patient\*innen mit globaler Aphasie wurden in hohem Maße von ihrem Ehepartner/ihrer Ehepartnerin unterstützt, der/die in den meisten Stunden auch während der Therapie anwesend war. (Die Angehörigen hatten sich ja ohnehin Urlaub genommen bzw. die drei Wochen freigeplant, um ihren Partner/ihre Partnerin nach Bad Wildbad zu begleiten.) Knifflige Situationen, zum Beispiel wenn die Internetverbindung plötzlich hakte, konnten so leicht aufgefangen werden, da der/die Ehepartner\*in für beide Seiten kurz erklären konnte, was los war. Auch die Auswahl des Bildmaterials, das wir per E-Mail zuvor geschickt hatten oder am Bildschirm zeigten, konnte unterstützt werden. Zeigte der/die Patient\*in auf ein Bild, konnten wir die Zeigehandlung in manchen Fällen leichter mithilfe des/der Angehörigen interpretieren. In anderen Fällen brachten uns Zeige-Aufgaben per Video aber auch auf neue Ideen. Wir nummerierten beispielsweise die Bilder durch und der/die Patient\*in musste die jeweilige Bild-Nummer mit den Fingern zeigen und lernte dabei neue Transferleistungen hinzu.

Bei allen fünf Personen mit globaler Aphasie fand auch ein großer Lerneffekt auf Seiten des/der Angehörigen statt, der so ausgeprägt nicht immer da ist, wenn die Therapie vor Ort meist ohne Anwesenheit des Partners/der Partnerin stattfindet. Durch das tägliche Zusehen beim vielfachen Wiederholen derselben Inhalte und Anwenden derselben Strategien gelangten die Angehörigen, insbesondere die, welche bisher ein noch unzureichendes Verständnis für die Störung ihres Partners/ihrer Partnerin hatten, zu neuen Erkenntnissen, etwa welche Bereiche wie schwer betroffen waren oder welches Verhalten sich günstig oder ungünstig auswirkt. Auch durch das häufige Einbeziehen oder Supervidieren kurzer Dialogsequenzen zwischen ihnen und ihrem/ihrer Partner\*in ergaben sich deutliche Aha-Effekte.

Es ist selbstverständlich auch in der Präsenztherapie ein grundlegendes Prinzip unserer Arbeit, die Angehörigen immer intensiv mit einzubeziehen, aber in der Videotherapie hat dies nochmal eine andere Dimension bekommen. Daraus haben wir gelernt, dass es möglicherweise oftmals nicht ausreicht, Angehörige in einer Stunde pro Woche über den aktuellen Stand zu informieren oder bestimmte Strategien einmal zu zeigen, sondern dass Angehörige durch häufiges und intensives Mitvollziehen der Übungen allmählich ein Gefühl für die Störung und den Umgang damit entwickeln müssen. Ein Aha-Effekt auch auf unserer Seite.

Eine recht spezielle, dennoch sehr positive Rückmeldung erhielten wir von einem Hochschullehrer mit Restdysarthrie, der von sich aus gezielt um einige Videotherapiestunden gebeten hatte, um die Durchführung von Vorlesungen per Video in der Corona-Zeit mit unserer Hilfe zu optimieren. Selbstverständlich war in diesem Fall die Durchführung per Video das einzig probate Mittel, um genau das zu üben, worauf es ihm ankam.



## Erfahrungen – Nachteile

Die Videotherapie hatte selbstverständlich auch Nachteile. Wackelige Internet Verbindungen konnten nerven, wie viele Nicht-Sprachgestörte es ja auch in beruflichen Videokonferenzen oft erlebt haben. Das stundenlange auf den Bildschirm-Starren war für die Teilnehmer\*innen und die Therapeutinnen, ihre Augen und ihre Stimmen auf die Dauer anstrengend. Das Einscannen und Verschicken per E-Mail der nötigen Übungsunterlagen kostete Zeit. Und wenn den Patient\*innen doch kein funktionsfähiger Drucker zur Verfügung stand und die Unterlagen per Post geschickt werden mussten, war dies umständlich. Aber immer fand sich eine Lösung und dies förderte wiederum die Flexibilität und Kreativität aller Beteiligten.

Ein weiteres wichtiges Manko: Per Video fehlten einige für die Kommunikation wichtige Informationen und nonverbale Kommunikationswege, welche sonst im persönlichen Umgang da sind. Man erlebte Patient\*innen – zack – wenn sie schon am Bildschirm bereit saßen, nicht auf dem Weg dahin, der der Therapeutin oft schon aufschlussreiche Informationen zum Beispiel über die momentane Verfassung der Patient\*innen liefert. Man sah auch meist nicht die Angehörigen und bekam nicht immer sofort mit, was für Hilfen oder Ablenkungen von ihnen ausgingen. Und man sah von Patient\*innen meist nur das Gesicht oder einen Teil des Oberkörpers. Unruhige Füße oder Hände waren nicht immer im Bild, Gesten waren nicht immer vollständig zu sehen. Zeige-Handlungen konnten zu Verwirrung führen und die Blickrichtung war nicht immer eindeutig.

Vor allem die letzten beiden Tatsachen wirkten sich auch in der Gruppe deutlich und mitunter störend aus, insbesondere in jener Gruppe, an welcher alle Mitglieder per Videokonferenz teilnahmen: Dort merkten die anderen Gruppenteilnehmer\*innen oft nicht – etwa am Luftholen oder Straffen des Körpers oder am Blick - wenn jemand anderes gleich etwas sagen wollte. Dann sprachen mehrere Personen gleichzeitig und es bedurfte des Eingreifens der Therapeutin als Moderatorin. Auch empfanden es manche Gruppenmitglieder als störend, nicht genau erkennen zu können, wer gerade zu wem schaute. Zudem führten in dieser Gruppe Unterbrechungen der Internetverbindung bei einzelnen Teilnehmern\*innen stets zu störenden Unterbrechungen des Gesprächsflusses bei den übrigen Gruppenmitgliedern und mussten meist durch die Therapeutin aufgefangen werden.

Auch fallen in der Videotherapie neurologischer Patient\*innen selbstverständlich alle Arten von Hands-on-Therapieverfahren wie das Setzen von taktilen Reizen (TAKTKIN), die Anwendung manueller Verfahren wie die Anwendung verschiedener Stimulationsverfahren (Massage, Vibration, Schall etc.) oder die bei uns auf Wunsch auch eingesetzte transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS) weg, was einen weiteren wichtigen Nachteil darstellt.

Zudem gehört die Durchführung von PC-Training zu unserem standardmäßigen Therapieangebot. Hierzu werden den Teilnehmer\*innen in der Regel von uns entsprechende Übungs-Laptops zur Verfügung gestellt. Die Erprobung, Durchführung und Begleitung des Trainings mit verschiedenen PC-Trainingsprogrammen war in der Videotherapie jedoch sehr erschwert, da Patient\*innen diese Programme ja in der Regel nicht zu Hause zur Verfügung hatten. Sie war in unseren bisherigen Erfahrungen am ehesten dann möglich, wenn Patient\*innen das jeweilige Therapieprogramm doch zu Hause auf dem eigenen Laptop installiert hatten, möglichst sogar auf einem zweiten als auf dem, auf welchem die Videotherapie stattfand. Dann konnten Patient\*innen die Übung am PC durchführen und wir sahen zwar nicht den Bildschirm, erhielten hierzu jedoch meist Informationen von den unterstützenden Angehörigen und konnten die Patient\*innen bei der Durchführung beobachten und anleiten. Das Teilen des Bildschirms und der ständige Wechsel zwischen geteiltem Bildschirm und Gesicht der Therapeutin war für die schwerer betroffenen Patient\*innen häufig zu komplex, daher haben wir in den meisten Fällen darauf verzichtet.



In unseren Intensivtherapien findet häufig auch eine intensive Auseinandersetzung mit der oft schon über lange Zeit bestehenden Störung und der aktuellen Situation statt. Die verschiedenen Aspekte der Störung sowie der bisherige Verlauf werden gemeinsam reflektiert und neue Verhaltensmöglichkeiten im Umgang damit aufgezeigt. Dies bedeutet auf Seiten der Patient\*innen wie der Angehörigen häufig das Anregen neuer Denk- und Verarbeitungsprozesse, die in unseren Präsenztherapien nicht selten auch recht emotional verlaufen können. Beim Begleiten dieser Prozesse per Video gehen einige Aspekte verloren oder können nicht im vollen Umfang berücksichtigt werden.

Ein großer Vorzug der Intensivtherapie besteht normalerweise auch darin, dass sich die Teilnehmer\*innen und oft auch die Angehörigen, die als Begleitpersonen vor Ort sind, in den Pausen austauschen oder in ihrer Freizeit etwas gemeinsam unternehmen können. Von dieser Möglichkeit wird oft rege Gebrauch gemacht und dies trägt natürlich sehr zur Motivation, zur Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten und zur Förderung der Selbstständigkeit bei. Es liegt auf der Hand, dass das Fehlen dieses Austausches vor Ort in den Pausen und der gemeinsamen Freizeitgestaltung der Teilnehmer\*innen wie auch der Angehörigen untereinander einen großen Nachteil der Therapie per Video darstellt. In einigen wenigen Fällen, in denen sich allerdings ein Teil der Teilnehmer\*innen von vorherigen Intervallen schon kannte, vereinbarten die Teilnehmer\*innen gemeinsame Videokonferenzen auch außerhalb der Therapiezeiten oder nach Beendigung der Therapie, um dies aufzufangen. Das war natürlich wiederum sehr erfreulich.

## **Bilanz und Ausblick**

Die Videotherapie stellt unserer Ansicht nach trotz technischer Hürden, trotz des Wegfalls mancher kommunikativer Kanäle und einiger therapeutischer Methoden eine Erweiterung des therapeutischen Spektrums dar und ist eine Bereicherung für bestimmte Patient\*innen, bestimmte Situationen und bestimmte Therapieziele. Dies gilt umso mehr für die intensive Intervalltherapie, wenn diese mit weiter Anreise und mehrwöchigem Übernachtungsaufenthalt verbunden ist.

Allerdings ist es uns derzeit noch nicht möglich, durch klare Kriterien im Vorfeld festzulegen bzw. einzugrenzen, für welche Patient\*innengruppe die Videotherapie infrage kommt oder nicht. Ob eine Videotherapie für Patient\*innen ganz oder teilweise sinnvoll ist, muss immer aufgrund von therapeutischen und individuellen Überlegungen im Einzelfall gewissenhaft geprüft werden. Es gibt Patient\*innen, die von der Situation am Videobildschirm überfordert wären, denen dieses Medium nicht liegt oder die es schlichtweg ablehnen. Es gibt Patient\*innen, für die der menschliche Kontakt unerlässlich ist und die einfach die menschliche Nähe brauchen, um zu kommunizieren und ihre volle Leistung erbringen zu können. Und es gibt natürlich Patient\*innen, bei denen die technischen Voraussetzungen oder die notwendige Unterstützung durch Angehörige nicht gegeben sind. Allerdings ist unserer bisherigen Erfahrung nach die Zahl der Ausschlüsse geringer als man denkt und es empfiehlt sich im Zweifelsfall, den Patient\*innen einige Probesitzungen per Video mit verschiedenen anderen Personen aufzutragen und evtl. auch selbst gemeinsame Probesitzungen per Video durchzuführen, bevor man endgültig entscheidet.

Dass es auch weiterhin eine Wahlmöglichkeit seitens der Patient\*innen geben muss, versteht sich von selbst. Auch in unserer Praxis hat die Mehrheit der Patient\*innen die Videotherapie als Alternative zweiter Wahl eingeschätzt und die Präsenztherapie bevorzugt.

Dennoch stellt die Durchführung von Videotherapien eine zeitgemäße Therapieform dar. Die Entscheidung der Krankenkassen, dies in Pandemie-Zeiten zu ermöglichen und noch dazu auf unbürokratische Art und Weise und mit sehr schneller Umsetzung, wurde nicht nur von uns Therapeutinnen, sondern auch von vielen unserer Patient\*innen als zeitgemäßer Schritt empfunden, begrüßt und entsprechend



nachgefragt. An unsere Sprachtherapie stellen wir neben der Intensität und Evidenzbasiertheit auch den Anspruch der zeitgemäßen Methodik.

Selbstverständlich ist und bleibt auch in der Intensivtherapie die Präsenztherapie weiterhin das Maß der Dinge und die wichtigste Therapieform, in welcher alle kommunikativen und therapeutischen Möglichkeiten in vollem Umfang zur Verfügung stehen. Selbstverständlich ist es der Wunsch von Therapeutinnen wie Patient\*innen, dass die allermeisten Therapien in dieser Form stattfinden. Da unter normalen Umständen auch die Therapeutinnen die therapeutische Arbeit im direkten persönlichen Kontakt bevorzugen, wird mit der alternativen Möglichkeit von Videotherapie sicher verantwortungsbewusst umgegangen werden, denn niemand, der die Möglichkeit der Teletherapie fordert, tut dies in der Absicht, die Präsenztherapie überflüssig zu machen.

Dennoch bietet die Videotherapie gerade in der Intensivtherapie die hervorragende Möglichkeit sowohl für Patient\*innen und Angehörige als auch für die Therapeut\*innen und weitere Praxismitarbeiter\*innen, das Ansteckungsrisiko zu reduzieren, sowie für manche Patient\*innen und Angehörige die Anstrengungen und Risiken der Organisation, der Reise und der Übernachtung in fremder Umgebung zu verringern. In Verantwortung für die Gesundheit der Patient\*innen und ihrer Familien sollte diese Möglichkeit daher aus unserer Sicht unbedingt weiterhin bestehen.

Darüber hinaus gibt es immer wieder schwer sprachgestörte Patient\*innen, die keine unterstützenden Angehörigen haben und daher eine Reise zum Zweck einer ambulanten intensiven Intervalltherapie überhaupt nicht organisieren oder aufgrund einer fehlenden Begleitperson nicht durchführen könnten. Anderen fehlen die finanziellen Mittel, um die Fahrt- und Übernachtungskosten während einer solchen Therapie aufzubringen. Für diese wäre - auch unabhängig von der Corona-Pandemie - die Videotherapie die einzige Möglichkeit, dennoch eine Intensivtherapie wahrnehmen zu können. Auch für diese Zielgruppe wäre in Zukunft die Möglichkeit einer Videotherapie eine wünschenswerte Ausweichmöglichkeit.

## **Kontakt**

Dr. Gabriele Scharf-Mayer  
Akademische Sprachtherapeutin  
Spontansprache – Sprachtherapie intensiv  
Wilhelmstraße 94  
75323 Bad Wildbad  
E-Mail: [info@sprachtherapie-intensiv.de](mailto:info@sprachtherapie-intensiv.de)

