Voraussetzungen für die vermehrte Nutzung von computergestütztem Heimtraining bei chronischer Aphasie

Bachelorarbeit II

Eingereicht von: **Julia Sindhuber**
Matrikelnummer: **0810385108**

am **Fachhochschul-Bachelorstudiengang Logopädie**

Erstbegutachter: **Mag. Angelika Jungwirth, MSc. BSc.**

Zweitbegutachter: **Mag. Doris Muhr**

Wiener Neustadt, am 13.05.2011

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen bedanken, die mich bei der Entstehung dieser Bachelorarbeit II und der vorangegangenen Bachelorarbeit I begleitet haben.

Dabei richte ich ein herzliches Dankeschön an meine Erstbetreuerin Frau Mag. Angelika Jungwirth und an meine Zweitbetreuerin Frau Mag. Doris Muhr, welche mich bei fachlichen und formellen Fragen beraten und unterstützt haben.

Die Verwirklichung der Interviews dieser zweiten Bachelorarbeit war nur dank der bereitwilligen und unkomplizierten Mithilfe der drei befragten Experten möglich – Danke dafür.

Besonderer Dank gilt meinen Eltern, ohne die meine gesamte bisherige Ausbildung niemals möglich gewesen wäre. Meiner Schwester Sonja danke ich für die guten Ratschläge und gewissenhaftes Korrekturlesen. Ich möchte auch meinem Freund Peter für die Geduld und liebevolle mentale Unterstützung sowie für das aufmerksame Korrekturlesen meiner Arbeiten danken.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere hiermit,

1. dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe, sowie
2. dass ich diese Bachelorarbeit bisher weder im Inland noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Wiener Neustadt,_____ _____

Datum Unterschrift

Kurzzusammenfassung:

Bei chronischer Aphasie wird zusätzliches supervidiertes Heimtraining am Computer als eine effiziente und ökonomische Möglichkeit zur Steigerung der Übungsintensität in der ambulanten Therapie gesehen. Leider finden solche Methoden in Österreich kaum Anwendung. Ziel dieser Bachelorarbeit war es daher, Voraussetzungen zu erarbeiten, die für eine vermehrte Nutzung dieser Therapieform erforderlich sein könnten.

Die Forschung dieser Arbeit basiert auf drei leitfadengestützten Experteninterviews, welche in einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Aufgrund der geringen Anzahl der Befragten sind die Ergebnisse nur qualitativ anzusehen und können nicht verallgemeinert werden.

Anhand der Ergebnisse wurden fünf Voraussetzungen formuliert: gleiche Wissensstände aller Beteiligten, Aus- und Fortbildung von Therapeuten, Kooperation der Krankenkassen, Angepasste Technik, und Supervisionsprinzip.

Schlagworte:

Aphasie, Nachsorge, Intensität, Heimtraining, Verbreitung, Voraussetzungen

Abstract:

Additional computer-assisted home training for patients with chronic aphasia is regarded as an efficient and economic option to increase therapy intensity in outpatient care. Unfortunately, such measures are rarely practiced in Austria. Therefore the present study aimed to identify the relevant preconditions for a more frequent use of this method.

The study is based on three expert interviews, which were analysed from a qualitative perspective. Due to the low number of interview partners it is unfortunately difficult to generalise the research results.

However, based on the experts' opinions, five relevant preconditions were identified: Equal information levels among all parties involved, training of speech and language therapists, cooperation of health insurance providers, technical equipment tailored to the needs of the clients, and the principle of supervision.

Keywords:

Aphasia, outpatient care, intensity, home training, popularity, preconditions

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG 1

1.1 PROBLEMSTELLUNG 1

1.2 FORSCHUNGSFRAGE 2

1.3 PERSÖNLICHER ZUGANG 2

1.4 ZIEL UND NUTZEN DER ARBEIT 3

1.5 AUFBAU 3

2. BEGRIFFSKLÄRUNG 4

2.1 COMPUTERGESTÜTZTES HEIMTRAINING BEI APHASIE 4

2.2 TELETHERAPIE 5

3. WISSENSCHAFTLICHE METHODE 9

3.1 DAS LEITFADENINTERVIEW 9

3.1.1 Das leitfadengestützte Experteninterview 10

3.2 ARBEITSSCHRITTE UND ABLAUF 10

3.3 TRANSKRIPTION DES INTERVIEWS 12

3.4 AUSWERTUNG 13

4. STUDIENDESIGN 15

4.1 DER INTERVIEWLEITFADEN 15

4.2 VORBEREITENDE SCHRITTE 16

4.3 DURCHFÜHRUNG DER BEFRAGUNG 17

4.4 QUALITATIVE INHALTSANALYSE NACH MAYRING 18

4.4.1 Ablauf und theoretische Vorbereitung der Auswertung 18

4.4.2 Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring 21

5. DATENANALYSE 24

5.1 DATENERHEBUNG 24

5.2 DATENAUSWERTUNG 25

5.2.1 Beantwortung der einzelnen Fragestellungen 25

5.2.2 Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring 33

6. ERGEBNISSE 37

6.1 INFORMATIONSBEDARF 37

6.2 AUS- UND FORTBILDUNG VON THERAPEUTEN 38

6.3 FINANZIERUNG 38

6.4 TECHNISCHE ASPEKTE 39

6.5 ZUKUNFTSVISIONEN 39

7. DISKUSSION DER ERGEBNISSE 40

7.1 BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGE 40

7.1.1 Gleiche Wissensstände aller Beteiligten 40

7.1.2 Aus- und Fortbildung von Therapeuten 40

7.1.3 Kooperation der Kassen 41

7.1.4 Angepasste Technik 41

7.1.5 Supervisionsprinzip 41

7.2 REFLEXION DER METHODIK 42

8. ZUSAMMENFASSUNG UND IMPLIKATION 43

LITERATURVERZEICHNIS IX

ANHANG XI

I.ABBILDUNGSVERZEICHNIS XI

II. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS XI

III. TABELLENVERZEICHNIS XI

IV. INTERVIEWLEITFADEN XII

V. TRANSKRIPTE XIV

INTERVIEW 1, INTERVIEWPARTNER A XIV

INTERVIEW 2, INTERVIEWPARTNER B XX

INTERVIEW 3, INTERVIEWPARTNER C XXVI

VI. RASTER DER ZUSAMMENFASSENDEN INHALTSANALYSEXXXI

INFORMATIONSBEDARF XXXI

AUS- UND FORTBILDUNG VON THERAPEUTEN XXXV

TECHNISCHE ASPEKTE XXXVIII

FINANZIERUNG XXXIX

PERSÖNLICHE ERFAHRUNGEN UND ZUKUNFTSVISION XLI

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Laut Forschungsergebnissen ist eine hohe Intensität der Aphasietherapie (ca. neun Stunden Therapie pro Woche über elf Wochen) für den Erfolg und Fortschritt des Aphasiepatienten sehr wichtig (vgl. Bhogal 2003, S. 991). In der Realität nimmt die Therapieintensität leider nach dem stationären Aufenthalt infolge eines Schlaganfalls für viele Aphasiker plötzlich stark ab. Denn in der ambulanten Nachsorge werden keine Intervalltherapien mit hochintensiven Phasen angeboten, die Therapieverordnungen umfassen im Durchschnitt ein Maximum von drei Stunden pro Woche und Langzeittherapien werden oft nicht mehr finanziert (vgl. Radermacher & Darkow 2010, S. 4).

Es gibt nun verschiedene Wege, die Therapie zu intensivieren. Einer dieser Wege ist begleitet von moderner Technologie, und zwar von computergestützten Therapiemethoden. In der vorangehenden Bachelorarbeit I (BA I) wurden im Rahmen einer Literaturrecherche computergestützte Therapiemethoden recherchiert, mit denen ein zusätzliches Heimtraining und somit eine Erhöhung der Übungsfrequenz durch therapeutisch begleitetes häusliches Üben erreichbar ist (vgl. Sindhuber 2011).

Es wäre wünschenswert, dass diese Form der Therapie jenen Aphasikern ermöglicht wird, welche die nötigen, in Bachelorarbeit I genannten, Kriterien erfüllen und somit für eine derartige Methode in Frage kommen.

Aus eigenen Erfahrungen in den absolvierten Praktika und durch Umhören wurde der Autorin bewusst, dass die in Bachelorarbeit I vorgestellten Programme und Methoden in der ambulanten logopädischen Nachsorge und Langzeitbetreuung chronischer Aphasiker wenig bis kaum zum Einsatz kommen.

Dies gab der Autorin Anlass zu hinterfragen, welche Voraussetzungen denn gegeben sein müssten, damit das computergestützte Heimtraining als logopädische Methode bei chronischer Aphasie vermehrt Anwendung findet.

1.2 Forschungsfrage

Was sind mögliche Voraussetzungen, damit computergestütztes Heimtraining vermehrt als Therapiemethode in der ambulanten logopädischen Nachsorge bei chronischer Aphasie angewendet wird?

1.3 Persönlicher Zugang

Der Autorin ist bewusst, dass die zu Beginn genannte Therapiefrequenz in der Realität nicht, oder nur vereinzelt, in Form von häufigen ambulanten Therapieeinheiten verwirklicht werden kann. Diese Annahme gründet sich einerseits auf die eigene Herkunft aus einer Gegend, wo ein Aphasiker teilweise ziemlich weite und, je nach Mobilität, mühsame Wege zurücklegen muss, um zu einer Logopädin zu gelangen. Andererseits ist es einleuchtend, dass auch Finanzierungsschwierigkeiten oder Personal- bzw. Therapieplatzmangel eine mehrmalige Therapie pro Woche meist unrealisierbar machen.

Vor diesem Hintergrund entstand das Interesse der Autorin an Methoden und Konzepten, die eine hochfrequente Therapie für mehr Aphasiker, zugänglich machen. Durch Recherchen zum Thema wurde der Autorin klar, dass manche repetitive Therapieinhalte zum Zwecke der Intensivierung der Therapie nach Hause ausgelagert werden könnten – so wie auch im Schulwesen Hausaufgaben zu erledigen sind, um den Stoff zu verinnerlichen. Es entstand schließlich die erste Bachelorarbeit zum Einsatz computergestützter Therapiemethoden bei chronischer Aphasie mit dem Ziel, geeignete Methoden für das zusätzliche PC-gestützte Heimtraining zu finden. Neben Sprachsoftwareprogrammen wurden auch Einzellösungen und alternative Methoden recherchiert, um die Therapie durch Heimtraining zu ergänzen und zu intensivieren, oder auch um Distanzen zu überwinden und Therapie zu Hause anzubieten (vgl. Sindhuber 2011. S. 30 f.).

Es zeigte sich der Autorin also, dass es durchaus Wege gab, um intensive und somit effiziente Therapie auch nach der stationären Behandlung zu ermöglichen. Doch es stellte sich die Frage, warum diese so wenig Anwendung in österreichischen Praxen finden und welche Bedingungen erfüllt sein müssten, damit mehr Therapien durch das zusätzliche Heimtraining intensiviert werden könnten. Daraus entstanden schließlich Thema und Fragestellung dieser zweiten Bachelorarbeit.

1.4 Ziel und Nutzen der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden, was nötige Voraussetzungen für eine vermehrte Anwendung von zusätzlichem computergestütztem Heimtraining in der ambulanten Therapie bei chronischer Aphasie sein könnten. Es sollen Bedingungen erfasst werden, damit neueste Forschungsergebnisse und moderne Sprachtherapiesoftware vermehrt "Platz im Regal" von Logopäden finden. Die Methode des computergestützten Heimtrainings sollte den Therapeuten als eine denkbare Therapieform, neben vielen anderen im Repertoire, zur Verfügung stehen.

1.5 Aufbau

Der Aufbau dieser Bachelorarbeit wird im folgenden Abschnitt kurz erklärt.

Nach der Einleitung, in der die Problemstellung, die Forschungsfrage, der persönliche Zugang sowie Ziel und Nutzen der Arbeit behandelt wurden, sollen in Kapitel 2 begriffliche Hintergründe geklärt werden.

Kapitel 3 enthält die wissenschaftlichen Grundlagen zu den verwendeten Methoden und Kapitel 4 beschreibt die Anwendung jener Methoden auf die Inhalte dieser Bachelorarbeit.

Die gewonnenen Materialien und Forschungsergebnisse werden in Kapitel 5, der Datenanalyse, dargestellt. In Kapitel 6 werden die Ergebnisse der Datenauswertung gebündelt beschrieben. Anhand dessen erfolgt in Kapitel 7 die Beantwortung der Forschungsfrage. In diesem Kapitel wird auch die Methodik reflektiert und kritisch betrachtet.

Schließlich folgt im letzten Kapitel die Zusammenfassung der durchgeführten Forschung.

Im Anhang sind der Interviewleitfaden, die transkribierten Interviews und ein die Auswertungs-Raster der zusammenfassenden Inhaltsanalyse einzusehen.

Um den Lesefluss zu erleichtern, wird in dieser Bachelorarbeit immer von dem Therapeuten /Logopäden, dem Patienten/Aphasiker, u.a. gesprochen. Gemeint sind hiermit selbstverständlich Personen beiderlei Geschlechts. Bei der Bezeichnung der Befragten/Experten wurde aus Gründen der Anonymität die männliche Form gewählt.

2. Begriffsklärung

Obgleich der Begriff „Computergestütztes Heimtraining" selbsterklärend, erscheint, soll er an dieser Stelle näher ausgeführt werden, um den theoretischen Bezugsrahmen der vorliegenden Arbeit abzugrenzen. Es wird anschließend auf den weitgehend gleichbedeutenden Begriff „Teletherapie" eingegangen, welcher, trotz methodischer Varianten, als Synonym angesehen werden kann.

2.1 Computergestütztes Heimtraining bei Aphasie

Der Begriff „Computergestütztes Heimtraining" bezieht sich im Rahmen dieser Bachelorarbeit auf das häusliche Sprachtraining mit Hilfe von Softwareprogrammen, wodurch der Aphasiker zeitlich und örtlich unabhängig vom Therapeuten trainieren kann. Als Methode zum selbstständigen Sprachlernen in der chronischen Phase einer Aphasie ist das computergestützte Heimtraining in Ländern wie England und Nordamerika bereits verbreitet (vgl. Petheram & Enderby 2008, zit. n. Nobis-Bosch et al. 2010. S.6).

In dieser Arbeit wird das häusliche Üben als Ergänzung der persönlichen Therapie mit dem Ziel, die Übungsfrequenz zu erhöhen, gesehen. Durch die Kombination mit logopädischen Therapieeinheiten bleibt die therapeutische Begleitung bestehen, und bezieht auch das Heimtraining mit ein. Sinn und

Zweck dieser Therapiemethode ist, wie in folgenden Zitaten formuliert, die Steigerung der Therapieeffektivität durch intensives Training.

> *„[…] Eine Möglichkeit, die Intensität und Effektivität logopädischer Therapie zu erhöhen, sind Heimtrainingsprogramme, die zusätzlich zur logopädischen Einzeltherapie unter Anleitung angeboten werden […] (Bilda et al. 2008, S. 23)*"

> *„[…] Ein supervidiertes Heimtraining, d.h. sprachliches Eigentraining unter logopädischer Anleitung, ist eine praktikable Option, um die Intensität und damit die Effektivität von Aphasietherapie zu erhöhen […] (Nobis-Bosch et al. 2010, S.6)*"

Über die Nutzung von zusätzlichem Sprachtraining zu Hause (Heimtraining) zum Zwecke der Festigung und Ergänzung von Therapieinhalten schreibt Radermacher (2009, S.167), dass es zwar selbstständig durchgeführt wird, aber im Idealfall therapeutisch begründet und durch Supervision begleitet sein sollte. Man spricht daher auch oft von „supervidiertem Heimtraining" (vgl. Nobis-Bosch et al. 2010, S.6).

Die Supervision kann im Sinne einer regelmäßigen (z.B. wöchentlichen) Kontrolle des Übungsverlaufs in den persönlichen Therapieeinheiten (vgl. Nobis-Bosch et al. 2010, S. 8) oder über netzwerkbasierte Lösungen (Internet) erfolgen. Einige Programme, die z.B. durch Therapieplanungsmodule und Statistiken zur Verlaufskontrolle ein computergestütztes Heimtraining mit Supervision erlauben, können in Bachelorarbeit I nachgeschlagen werden (vgl. Sindhuber 2011, S. 28). Vereinzelt sind Programme auch speziell für das selbstständige Üben ohne therapeutische Supervision konzipiert (vgl. VMS Gesellschaft für therapeutische Medien mbH (o.J), o.S.).

2.2 Teletherapie

> *„Teletherapie ist die Nutzbarmachung moderner Kommunikations- und Informationstechnologien für die Rehabilitation von behinderten Menschen mit neurologischen Erkrankungen (Schönle & Schönle-Lorek 2002, S. 157).*"

Die Teletherapie kann dem Begriff „Telemedizin" zugeordnet werden. Denn letzterer wird im Duden als der „[...] *Einsatz von Mitteln der Telekommunikation zu medizinischen Zwecken (z.B.: zur Diagnostik)[...] (Alsleben 2003, S. 1329)*" definiert.

In Ihrer Studie beschreiben Brennan et al. (2002) den amerikanischen Begriff "Telerehabilitation" als eine Methode, bei der Kommunikationstechnologien genutzt werden, um Patienten aus weiter Distanz mit Rehabilitationsmaßnahmen zu versorgen. Durch technologische Verbesserungen in Videokonferenzsystemen und Netzwerksystemen können therapeutische Dienste direkt zu den Patienten (nach Hause, Schule, Arbeitsplatz, Gemeinschaft) gebracht werden. Brennan et al. (2002) betonen außerdem, dass der Bereich der Sprachtherapie gut für die Telerehabilitation geeignet sei:

> *„[…] Telerehabilitation is the method of using communication technologies to provide rehabilitation at a distance. Advancements in videoconferencing and networking technologies present opportunities to deliver rehabilitation services to patients at home, at school, in the workplace, and in the community. Speech-language treatment is an area of rehabilitation well suited for Telerehabilitation […] (vgl. Brennan et al. 2002, S. 71)*"

Zu den wichtigsten Merkmalen der Teletherapie zählt die Möglichkeit, immobile Personen oder Patienten in unterversorgten Gebieten zu erreichen, indem erstmals die rehabilitative Behandlung in der häuslichen Umgebung ermöglicht wird. Außerdem können die Therapiekosten durch weniger Reisekosten reduziert und damit sekundäre Komplikationen vermieden werden. Es kann die medizinische Versorgung verbessert werden, da ein kontinuierlicher Übergang von Rehabilitation zur Nachsorge möglich wird (Vermeidung des Nachsorge- und Rehalochs) (vgl. Schönle & Schönle-Lorek 2002, S. 158; Brennan et al. 2002, S. 71).

Brennan et al. (2002) schreiben, dass Telerehabilitations-Einheiten meistens über interaktive Techniken, wie Videokonferenzen stattfinden. Laut den Autoren hat diese Therapieform in den USA in den letzten Jahren vor allem in der Sprachtherapie zugenommen. Jener Bereich basiert sehr

stark auf auditiver und visueller Interaktion zwischen Patient und Therapeut. Da die Videokonferenz sowohl den auditiven als auch den visuellen Kanal bedient, ist diese also gut für die Sprachtherapie geeignet (Brennan et al. 2002, S. 72f). Auch Schönle & Schönle-Lorek schreiben, dass für die Teletherapie alle therapeutischen Maßnahmen in Frage kommen, die visuell und akustisch vermittelt werden. Dementsprechend eignet sich die Teletherapie vor allem zur rehabilitativen Behandlung mentaler/kognitiver Funktionsstörungen (vgl. Schönle & Schönle-Lorek 2002, S. 155).

Der amerikanische Verband für Sprachtherapie ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) sieht in der Teletherapie („telepractice") großes Potenzial für die Sprachtherapie, da durch die Nutzung telemedizinischer Mittel auch Patienten betreut werden können, die aufgrund von zu großer Entfernung und Abgeschiedenheit oder durch eingeschränkte Mobilität nicht zur persönlichen Therapie kommen können (vgl. Brennan et al. 2002, S. 76).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass beide Quellen vom gleichen Konzept sprechen, bei dem Patient und Therapeut gleichzeitig vor dem Bildschirm sitzen und interaktive Therapie über die Ferne abgehalten wird.

Supervidierte Teletherapie

> *„Der Begriff supervidierte Teletherapie wird als eine Kombination von Face-to-face-Sitzungen mit einer hohen Anzahl von supervidierten Therapieeinheiten am via Datenfernübertragung vernetzten Computer verstanden. Die Logopäden führen die Patienten in begleitenden, wöchentlichen Sitzungen in die Arbeit am Übungsgerät zu Hause ein und kontrollieren die Übungsergebnisse zeitnah (Sünderhauf et al. 2008, S. 34)".*

Bei der „supervidierten Teletherapie" kommunizieren Therapeut und Patient nicht interaktiv, also gleichzeitig über den Bildschirm, sondern sehen sich einmal wöchentlich zur Therapie und in der restlichen Zeit übt der Patient selbstständig am Computer. Die Übungsergebnisse werden über Netzwerkverbindungen an den Therapeuten weitergleitet und von diesem

kontrolliert. Hier ist der Patient auch zeitlich unabhängig und wird dennoch über Datenaustausch vom Therapeuten supervidiert.

3. Wissenschaftliche Methode

In der qualitativ orientierten Forschung gibt es verschiedene Interviewformen, die oftmals als gemeinsamen Konsens die Offenheit der Frageformulierungen und die qualitative Auswertung haben (vgl. Mayring 2002, S. 67). Da der Strukturiertheitsgrad zwischen den Formen schwankt, wird im Groben meist zwischen einer stärker strukturierten Form, dem problemzentrierten Interview (Leitfadeninterview) und einer schwach strukturierten Form, dem narrativen Interview (Erzählung) unterschieden (vgl. Mayring 2002, S. 67; Mayer 2008, S. 37). Wenn die Datenerhebung auf konkrete Aussagen über einen Gegenstand abzielt, wird das Leitfadeninterview als Interviewform empfohlen (vgl. Flick 1999, S. 114; zit. n. Mayer 2008, S. 37).

Als qualitative empirische Methode für die Bearbeitung der Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit (siehe Kap. 1.2) wurde das leitfadengestützte Experteninterview gewählt.

3.1 Das Leitfadeninterview

Das Leitfadeninterview ist die gängigste Form qualitativer Befragungen (vgl. Bortz & Döring 2002, S. 315). Es zeichnet sich durch einen, der Befragung zu Grunde liegenden, Leitfaden mit offen formulierten Fragen, welche vom Befragten frei beantwortet werden können, aus. Wenn der Leitfaden konsequent eigesetzt wird, bietet diese Interviewform den Vorteil der Datenvergleichbarkeit und der automatischen Strukturierung der Daten anhand der Fragen.

Wichtig ist, dass der Leitfaden zwar als Orientierung dient und dem Interviewer hilft, wichtige Aspekte der Forschungsfrage im Auge zu behalten. Jedoch kann der Interviewverlauf auch von der zuvor festgelegten Reihenfolge der Fragen abweichen und der Interviewer kann selbst entscheiden, wann er detailliert nachfragt oder bei Ausschweifungen zum Leitfaden zurückführt (vgl. Flick 1999, S. 112ff.und Friebertshäuser 1997, S. 376f., zit. n. Mayer 2008, S. 37). Das Verhalten des Interviewers bei der Befragung soll in dieser Arbeit neutral sein und dessen Meinung

zum Untersuchungsgegenstand nicht durchscheinen lassen. Jener soll lediglich als Übermittler von Stimuli und Empfänger von Reaktionen fungieren. Dadurch soll die Vergleichbarkeit der Informationen erhöht werden (vgl. Atteslander 2008, S. 128).

3.1.1 Das leitfadengestützte Experteninterview

Eine spezielle Form der qualitativen Einzelbefragung bildet das Experteninterview. Dabei steht der Befragte nicht als Person, sondern im Hinblick auf seine Funktion als Experte für bestimmte Bereiche im Mittelpunkt. Der Befragte soll als Repräsentant einer Gruppe in die Untersuchung einbezogen werden (vgl. Mayer 2008, S.38). Unter Experten werden Personen verstanden, welche auf einem bestimmten Gebiet über klares und abrufbares Wissen verfügen, und deren Ansichten sich auf sichere Behauptungen gründen (vgl. Meuser & Nagel 1997, S. 484, zit. n. Mayer 2008, S.41).

3.2 Arbeitsschritte und Ablauf

In diesem Abschnitt werden die vorbereitenden Schritte und schließlich der Ablauf eines leitfadengestützten qualitativen Interviews behandelt. Die folgende Beschreibung der Vorgehensweise beim Interviewsaufbau erfolgt in Anlehnung an die von Bortz und Döring verfasste Auflistung der Arbeitsschritte qualitativer Interviews (vgl. Bortz & Döring 2002, S. 309-312):

INHALTLICHE VORBEREITUNG: Die inhaltliche Planung beginnt bei der Festlegung des zentralen Themas, geht über die Überlegungen zur Auswahl der zu befragenden Personen, sowie die Wahl der passenden Befragungstechnik bis zur Ausformulierung der Interviewfragen (vgl. Bortz & Döring 2002, S. 310). Die Erstellung des Interviewleitfadens erfolgt bei problemzentrierten Interviews anhand des zu Beginn formulierten und analysierten Problems. Davon ausgehend werden wichtige Themen für den Leitfaden generiert und eine logische Reihenfolge, sowie Formulierungsvorschläge, der Fragen festgelegt (vgl. Mayring 2002, S. 69). Es empfiehlt sich, den Leitfaden vor der eigentlichen Befragung im Rahmen

von Probeinterviews zu testen, um problematische oder unverständliche Formulierungen zu erkennen und verbessern zu können (vgl. Mayer 2008, S. 45).

ORGANISATORISCHE VORBEREITUNG: Es wird ein Kontakt mit den Interviewpersonen hergestellt und Termine für die Befragung vereinbart. Das Interview-Material, bestehend aus Aufnahmegerät, Ersatzbatterien, Interviewleitfaden, und evtl. Visitenkarte sowie Informationsmaterial zum Forschungsprojekt, wird zusammengestellt.

GESPRÄCHSBEGINN: Das Treffen beginnt mit gegenseitigem Vorstellen und sollte durch „Small Talk" in eine entspannte Atmosphäre gebracht werden. Mit geeigneten Einleitungsfragen soll das Interesse der zu befragenden Person geweckt werden und die Motivation zum konzentrierten Mitwirken gesteigert werden (vgl. Kromrey 2002, S. 371). Der Befragte muss über die vertrauliche Behandlung der Daten informiert und um Zustimmung für die Aufzeichnung des Gespräches auf Tonband gefragt werden. Die Geräte müssen selbstverständlich noch vor dem Interview, sowie währenddessen, auf ihre Funktionsfähigkeit hin kontrolliert werden.

DURCHFÜHRUNG UND AUFZEICHNUNG DES INTERVIEWS: Durch die Darstellung des Untersuchungsanliegens leitet der Interviewer das Gespräch ein. Seine Aufgaben bestehen außerdem darin, während des Interviews weiterführende Fragen zu finden bzw. etwaigen Abschweifungen vom Thema vorzubeugen. Der Interviewer sollte sich sowohl auf wortkarge, als auch auf besonders redselige Interviewpartner einstellen.

GESPRÄCHSENDE: Das Abschalten des Aufnahmegerätes markiert das offizielle Ende des Interviews. Es schließt eine Phase des informellen Gesprächs an, in welcher der Interviewer besonders aufmerksam sein sollte, da Befragungspersonen hier des Öfteren wichtige oder persönliche Äußerungen machen.

VERABSCHIEDUNG: Zur Verabschiedung sollte eine Visitenkarte oder Informationsmaterial zum Forschungsprojekt ausgegeben werden. Eine kurze Ergebnismitteilung des Projekts an die Untersuchungsteilnehmner kann bei Interesse angekündigt werden.

GESPRÄCHSNOTIZEN: Nützlich für spätere Validitätsbeurteilungen sind jegliche Art von Notizen zur Person, der Gesprächssituation und –atmosphäre, Unterbrechungen etc. . Nicht zu vergessen sind das Notieren von Datum und Uhrzeit des Gesprächs.

DOKUMENTATION EINER BEFRAGUNG: Um das gewonnene Datenmaterial auswerten zu können, muss dieses verschriftlicht (transkribiert) und aufbereitet werden. Die Audioaufzeichnungen sind mit dem übrigen Material, unter Beachtung des Datenschutzes, zu archivieren.

3.3 Transkription des Interviews

Ein Transkript beinhaltet laut Bortz und Döring (2002, S. 312) nicht nur den Interviewtext, sondern auch Informationen über prägnante Merkmale des Gesprächsverlaufes, die für die Interpretation interessant sein könnten, wie zum Beispiel gleichzeitiges Sprechen, Pausen, Lachen etc. . Inwieweit umgangssprachliche Wendungen, unvollständige Sätze und Füllwörter im Transkript „geglättet" werden, ist vom inhaltlichen bzw. theoretischen Interesse abhängig. Bortz und Döring (2002, S. 312) raten dazu, im Zweifelsfalle lieber zu viele als zu wenige Zusatzinformationen festzuhalten.

Die Textgestaltung betreffend, nennen Boehm et al. (1993, zit. n. Bortz & Döring 2002, S.312) einige Richtlinien:

- Ca. 50 Zeichen pro Zeile
- Einzeiliger Text
- Eine Leerzeile nach jedem Sprecherwechsel
- Kennzeichnung der Sprecher durch Großbuchstaben und Doppelpunkt
- Seiten- und zeilenweise Durchnummerierung des gesamten Textes

3.4 Auswertung

Als Auswertungsmethode für die vorliegende Arbeit wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. Mayring schlägt drei Grundformen des Interpretierens von sprachlichem Material vor. Die Zusammenfassung, die Explikation, und die Strukturierung.

Bei der Zusammenfassung ist die Reduktion des Materials das Ziel der Analyse. Das Material soll soweit abstrahiert und reduziert werden, dass die wesentlichen Inhalte als Abbild des Grundmaterials erhalten bleiben. Die Analyse mittels Explikation versucht einzelne fraglich Textteile (Begriffe, Sätze,…) durch das Herantragen von zusätzlichem Material verständlicher zu machen und zu erklären. Bei der Strukturierung zielt die Analyse darauf ab, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen, oder das Material anhand bestimmter Kriterien einzuschätzen (vgl. Mayring 2003, S.58).

Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse gegenüber anderen Interpretationsverfahren besteht eben in der Zerlegung der Analyse in einzelne, vorher festgelegte Interpretationsschritte. Somit wird die Datenanalyse für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar. Die Analyseform wird übertragbar auf andere Gegenstände, für andere benutzbar und wird so zur wissenschaftlichen Methode (vgl. Mayring 2003, S. 53).

Der allgemeine Ablauf der Inhaltsanalyse nach Mayring soll anhand von Abbildung 1 (Folgeseite) veranschaulicht werden:

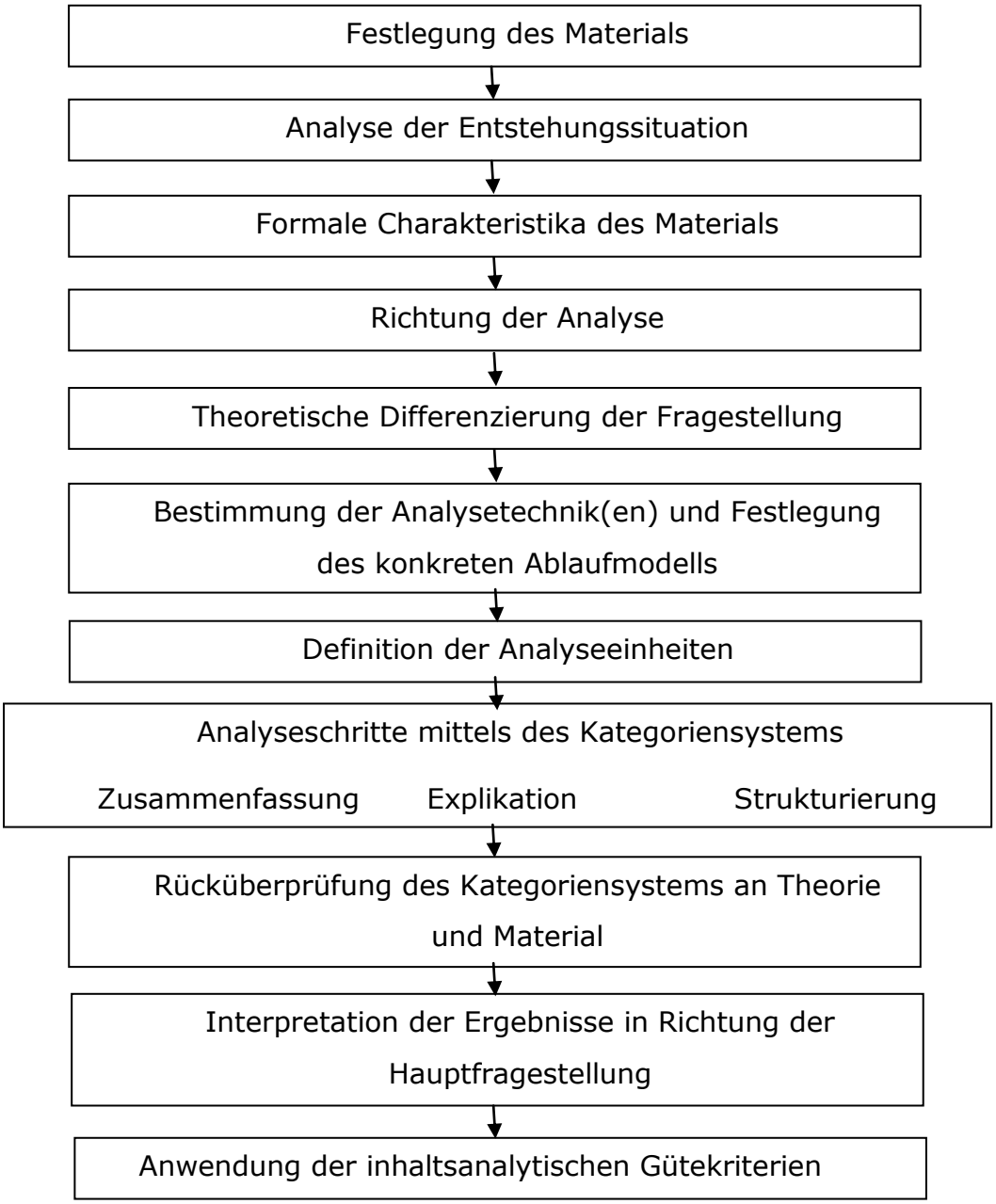

Abb. 1: Allgemeines Inhaltsanalytisches Modell (erstellt nach Mayring 2003, S.54)

4. Studiendesign

In dieser Arbeit erschien das Experteninterview als eine sehr naheliegende Methode, da Experten sich vermehrt mit dem Thema beschäftigen und es annehmbar ist, dass sie einer verbreiteten Anwendung des computergestützten Heimtrainings positiv gegenüber stehen. Desweiteren wäre – bei der geringen Nutzung der Methode in Österreich – die Anzahl der zu Befragenden für einen Fragebogen zu niedrig gewesen.

4.1 Der Interviewleitfaden

Für das Experteninterview wurde ein Leitfaden erstellt, welcher Bereiche aufgreift, die Antworten auf die Forschungsfragen bergen könnten. Zu den Bereichen wurden untergeordnete Fragen formuliert, welche im Interview nicht zwingend in dieser Reihenfolge gestellt und vom Interviewer nicht wörtlich gefragt werden müssen. Anhand dieser über- und untergeordneten Bereiche werden sich auch die in der Auswertung entwickelten Kategorien orientieren.

Die Fragen sind größtenteils offen gestellt und die Befragten können frei darauf antworten. Bei einigen Fragen finden sich Beispiele in Klammer, die nicht als Antwortalternativen gehandhabt werden. Da die Experten den Interviewleitfaden vor der Befragung per E-Mail erhielten, um sich besser auf das Interview einstellen zu können, wurden diese Beispiele zum besseren Verständnis der Frage hinzugefügt. In der eigentlichen Befragung wurden diese Beispiele jedoch nicht erwähnt, bzw. auch nur zum Zwecke der Erklärung herangezogen.

Der Interviewleitfaden ist im Anhang einzusehen. Folgende sind die erwähnten Bereiche, denen Fragen zugeordnet wurden, und mit denen versucht wird, die Fragestellung dieser Bachelorarbeit zu erforschen:

- *Informationsbedarf:* Mit diesem Interessenbereich sollte erforscht werden, ob die geringe Nutzung auf mangelnde Kenntnis der Methode zurückzuführen ist. Eine daraus abzuleitende Voraussetzung wäre dann der Ausgleich von Wissensständen unter den Fachleuten.

- *Aus- und Fortbildung von Therapeuten*: Es wird vermutet, dass in der fachlichen Bildung der Therapeuten ein Potenzial für eine später vermehrte Anwendung des computergestützten Heimtrainings liegt.
- *Technische Aspekte*: Voraussetzungen für einen reibungslosen und häufigeren Nutzen könnten auch im Bereich der Technik liegen.
- *Finanzierung:* Da die Kosten vieles beeinflussen können, wurde dieser Bereich erfragt, um auch hier Voraussetzungen für die Verbreitung der Heimtrainingsmöglichkeiten finden zu können.

Ein fünfter Bereich wurde schließlich den persönlichen Erfahrungen und Zukunftsvisionen der Experten gewidmet, um das Interview damit abzurunden.

4.2 Vorbereitende Schritte

Nach der inhaltlichen Vorbereitung, die mit der Festlegung von Thema, Forschungsfrage, sowie Leitfadenerstellung und Überlegungen zu den Befragten abgeschlossen war, erfolgten zwei Probeinterviews. Dabei ergaben sich keine groben Verständlichkeitsprobleme. Es konnten jedoch noch Verbesserungsvorschläge eingeholt und auf den Leitfaden angewendet werden.

Der nächste Schritt war die telefonische Kontaktierung der Experten, die Terminvereinbarung und die Sendung einer E-Mail, welche allgemeine Informationen und solche zum Datenschutz, sowie den Interviewleitfaden als Anhang enthielt. Es wurden fünf Experten kontaktiert, von denen vier sich gleich bereit erklärten, an der Befragung teil zu nehmen.

Es wurde ein Diktiergerät für die Interviews ausgeliehen. Für das Telefoninterview wurde ein kostenloses Programm für die digitale Aufnahme von Skype-Gesprächen vom Internet heruntergeladen.

4.3 Durchführung der Befragung

Das Interview wurde von der Autorin mit drei Experten durchgeführt. Davon fanden zwei Befragungen in Form eines persönlichen Treffens (in Österreich) statt. Nachdem im Inland ein Mangel an Experten zum Thema herrschte, wurde ein Experte aus Deutschland zur Teilnahme am Interview eingeladen. Dieses Gespräch erfolgte am Telefon.

Die Experten stammten aus verschiedenen Bereichen: ein im Bereich der Aphasietherapie tätiger Unternehmer, eine in der Forschung aktive Linguistin, eine in der Aphasietherapie tätige Logopädin und Linguistin. Eine weitere Person hatte sich ursprünglich bereit erklärt, die Fragen aufgrund von Zeitmangel schriftlich, per E-Mail, zu beantworten. Diese schriftliche Antwort wurde mehr als ein Monat lang erwartet. Trotz mehrmaliger Urgenz erfolgte seit dem Erstkontakt keine Rückmeldung mehr. Aus diesem Grund basiert die Forschung dieser Arbeit, anstatt auf vier, nur auf drei Experteninterviews.

Störungen und die Anwesenheit Dritter wurden vom Interviewer vermieden, konnten jedoch nicht in jedem Fall verhindert werden. Beim Telefongespräch waren auf Seiten des Interviewers keine weiteren Personen anwesend. Hingegen bei den persönlichen Gesprächen an Arbeitsstätte bzw. Eigenheim der Befragten waren kurzzeitig Arbeitskollegen bzw. Angehörige anwesend. Störungen konnten dennoch großteils vermieden werden.

Zum Einstieg wurden die Experten noch einmal über den Inhalt und die Forschungsfrage der Arbeit, sowie zum Datenschutz informiert und es wurde das Einverständnis für die Tonbandaufnahme eingeholt. Dieses wurde von allen Befragten gegeben. Alle drei Interviews hatten eine durchschnittliche Dauer von 30 Minuten.

4.4 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Als Auswertungsmethode wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring mit der Technik der Zusammenfassung gewählt.

Im folgenden Abschnitt wird die Vorbereitung auf die Auswertung beschrieben. Erst nach diesen Überlegungen wurde die Datenauswertung begonnen. Die verwendeten Kategorien wurden a priori (im Leitfaden) aufgestellt und sollen bei der Durchsicht des Materials ergänzt werden (vgl. Bortz & Döring 2002, S. 330).

4.4.1 Ablauf und theoretische Vorbereitung der Auswertung

Anhand des allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodells (siehe 3.4) werden nun die einzelnen Überlegungen vor der Auswertung bis zum Schritt der eigentlichen zusammenfassenden Analyse beschrieben:

- ✓ **Festlegung des Materials:**

  Als Material dienen 3 Experteninterviews zum Thema. Aus diesem Textmaterial sollen nun Aussagen herausgefiltert werden, welche die Hauptfragestellung bzw. die im Leitfaden gestellten Fragen beantworten. Einzelne wichtige Zusatzaussagen werden teilweise in das Kategorienraster mit hinein genommen.

- ✓ **Analyse der Entstehungssituation:**

  Interviewform: Es handelt sich um halb-strukturierte (Leitfaden, Fragen können in Reihenfolge und Fragestellung variiert werden) und offene Interviews (freies Antworten der Befragten).

  Verfasser: Befragt wurden 3 Experten zum Thema computergestützte Aphasietherapie (1 Logopädin & Linguistin, 1 Unternehmer im Bereich tätig, 1 Linguistin in Forschung zum Bereich tätig). Die Interviews wurden von der Autorin der Bachelorarbeit durchgeführt.

  Kognitiver Handlungshintergrund: Die Teilnahme am Experteninterview zur Bachelorarbeit war auf freiwilliger Basis.

Zielgruppe: Forschungs-, Logopädie-Interessierte, alle in der Aphasietherapie tätigen Berufe.

Konkrete Entstehungssituation: Experteninterview (2x persönliches Treffen – Besuch zu Hause bzw. am Arbeitsplatz, 1x am Telefon,).

Sozio-kultureller Hintergrund: Experten zum Thema Computergestütztes Heimtraining bei Aphasie.

- ✓ **Formale Charakteristika zum Material:**

Die Interviews wurden auf Diktiergerät aufgenommen und liegen nun in Form von transkribiertem Text vor. Die Transkription erfolgte sehr nahe am Gespräch, jedoch mit zugrunde liegendem inhaltlichem Interesse, weshalb teilweise stilglättend vorgegangen wurde.

Fragestellung der Analyse: Was sind mögliche Voraussetzungen, damit computergestütztes Heimtraining als Therapiemethode in der ambulanten logopädischen Nachsorge bei chronischer Aphasie vermehrt angewendet wird?

- ✓ **Richtung der Analyse:**

Gegenstandsbezogen; emotionale Faktoren nicht mit einbezogen

- ✓ **Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung:**

Die Interviews enthalten Meinungen von Experten zu 5 Bereichen, welche von der Autorin vorher festgelegt und mit Fragen belegt wurden.

Es geht um die nötigen Voraussetzungen, um eine verbreitete Anwendung von computergestütztem Heimtraining bei chronischer Aphasie (zum Zwecke der Intensivierung der Therapie) zu ermöglichen. Dazu wurden von der Autorin Bereiche aufgegriffen, welche eventuell von Bedeutung sein könnten und Voraussetzungen zum Thema bergen könnten. Im Rahmen der vorangegangenen Literaturrecherche in BA I (vgl. Sindhuber 2011), welche zum Einsatz von computergestützten Therapiemethoden bei chronischer Aphasie verfasst wurde, wurde keine Abhandlung gefunden, welche ausführlich analysiert, warum die Methoden zu wenig angewendet werden. Grund dafür kann sein, dass

die Erkenntnisse im deutschen und englischsprachigen Raum, wo die meiste Forschung stattfindet, auch bereits vereinzelt umgesetzt werden.

Da in Österreich relativ wenig zum Thema geforscht wird, gibt es hier vermutlich auch noch entsprechend wenig Anwendung. Das Interesse der Autorin gilt daher der vermehrten Anwendung der Methode „Computergestütztes Heimtraining" in österreichischen Logopädie-Praxen. Denn es geht um die Intensivierung der Langzeittherapie bei chronischer Aphasie und diese findet meist im ambulanten Setting (Praxen) statt.

Um die Voraussetzungen für die Verbreitung der Methode zu finden, wurden daher Fragen zu vier Bereichen gestellt: Informationsbedarf, Aus-und Fortbildung, technische Aspekte, Finanzierung. Zum Abschluss wurde noch eine Frage zur persönlichen Erfahrung der Experten gestellt um das Interview abzurunden.

- ✓ **Bestimmung der Analysetechnik und Festlegung der konkreten Ablaufmodells: Zusammenfassende Inhaltsanalyse:**

  Ziel ist die Abstraktion des Materials, sodass zwar die wesentlichen Anteile und somit ein Abbild des Grundmaterials erhalten bleiben, aber die Fülle reduziert wird. Mayring hat speziell für die Zusammenfassende Inhaltsanalyse noch ein eigenes Ablaufmodell aufgestellt, anhand dessen die Auswertung stattfinden soll (siehe Abb. 2).

- ✓ **Definition von Analyseeinheiten:**

  Um die Präzision der Inhaltsanalyse zu erhöhen, sollen laut Mayring (2003) sogenannte Analyseeinheiten festgelegt werden.

  - ❖ Die *Kodiereinheit* bestimmt, welches der kleinste, auszuwertende Materialbestandteil ist, d.h. welcher minimale Textteil unter eine Kategorie fallen kann (vgl. Mayring 2003, S. 53). Sie legt fest, welche Einheiten im ersten Materialdurchgang als Paraphrasen gewählt und der Zusammenfassung zugrunde gelegt werden (vgl. Mayring 2003, S. 62).

- Die *Kontexteinheit* legt fest, welches der größte Textbestandteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.
- Die *Auswertungseinheit* legt die Textteile fest, die jeweils nacheinander ausgewertet werden (vgl. Mayring 2003, S. 53).

Bei der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse fallen Kontext- und Auswertungseinheit zusammen (vgl. Mayring 2003, S. 62).

In dieser Bachelorarbeit ist die Einheit „Kontext- und Auswertungseinheit" im ersten Durchgang das einzelne Interview und im zweiten Durchgang das gesamte Material. Im dritten Durchgang wird innerhalb der gewonnenen Kategorien noch einmal gebündelt. Die Kodiereinheit ist in dieser Arbeit jede vollständige Aussage eines Experten, die als Antwort auf die Fragen des Leitfadens bzw. im Hinblick auf die Forschungsfrage als bedeutend erscheint. Das Kategoriensystem wird ausgehend von den vier Bereichen und den zugeordneten Fragestellungen, sowie im Wechselverhältnis mit dem konkreten Material aufgestellt.

✓ **Festlegung des Abstraktionsniveaus:**

Das Abstraktionsniveau des ersten Reduktionsdurchganges wird folgendermaßen festgelegt: es sollen möglichst allgemeine Aussagen zu den vier Bereichen Informationsbedarf, Aus- und Fortbildung, Technische Aspekte und Finanzierung sein. Fallspezifische, persönliche Erfahrungen werden nur mit einbezogen, falls diese als Vorschläge für allgemeine Voraussetzungen verwendet werden können.

4.4.2 Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring

Nach der Ausführung der grundsätzlichen Überlegungen (Kap. 4.4.1) vor der eigentlichen Analyse werden nun die einzelnen Schritte (vgl. Abb. 2, S.22) der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring erläutert.

Mayring (2003, S. 62) hat Zusammenfassungs-Regeln (Z1-4-Regeln) für die Schritte 2 bis 5, *Paraphrasierung, Generalisierung, Erste Reduktion, Zweite Reduktion,* aufgestellt, welche in der Auswertung beachtet und in folgender Beschreibung mit einbezogen werden.

Die Bestimmung der Analyseeinheiten wird hier nicht mehr erläutert, da diese bereits in Unterkapitel 4.4.1 definiert wurden.

Bei Schritt 2 werden bedeutende Textstellen paraphrasiert, wobei nicht, oder wenig inhaltstragende Textbestandteile, sowie ausschmückende, wiederholende und verdeutlichende Wendungen gestrichen werden. Paraphrasierungen sollen auf einer einheitlichen Sprachebene, sowie in grammatikalischer Kurzform (z.B.: stichwortartig, phrasenhaft) stehen.

Aufgrund des vorliegenden Materials erfolgt im nächsten Schritt die Festlegung des Abstraktionsniveaus der ersten Reduktion sowie eine Verallgemeinerung (Generalisierung) aller Paraphrasen, welche unter diesem Niveau liegen. Durch die Generalisierung der Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene werden die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert. Paraphrasen, welche über dem bestimmten Abstraktionsniveau liegen, werden so belassen.

Im Rahmen der ersten Reduktion können nun entstandene inhaltsgleiche Paraphrasen gestrichen und unwichtige Paraphrasen weggelassen werden (Auslassen). Jene Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend gesehen werden, können übernommen werden (Selektion).

In einem zweiten Reduzierungs-Durchgang werden nun über das Material verstreute Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand oder Aussage zu einer Paraphrase zusammengefasst (Bündelung). Paraphrasen, die mehrere Aussagen enthalten, werden zu einem Gegenstand zusammengefasst (Konstruktion, Integration). Solche Paraphrasen die den gleichen Gegenstand behandeln und verschiedene Aussagen haben, werden zu einer Paraphrase zusammen gefasst (Konstruktion, Integration).

Bei Zweifelsfällen müssen immer theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen werden.

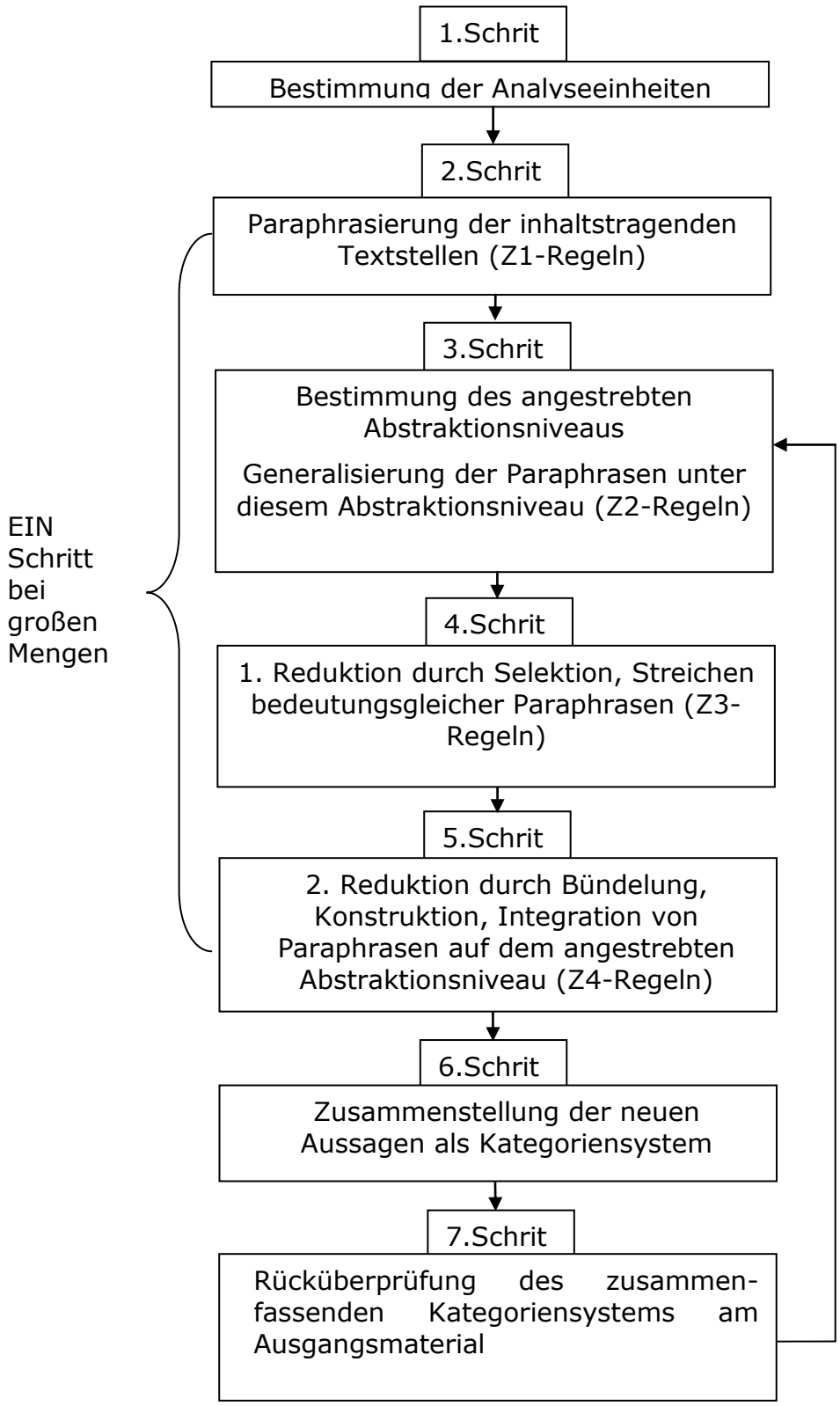

Abb. 2: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (erstellt nach Mayring 2003, S. 60)

5. Datenanalyse

In diesem Kapitel wird festgehalten auf welche Weise die Forschungsergebnisse entstanden. Es wird auf die Erhebung der einzelnen Interviews sowie auf die Auswertung der gewonnenen Daten eingegangen.

Aus Gründen der Anonymität wird in Transkription und Auswertung nur die männliche Form für die Experten bzw. Interviewpartner verwendet.

5.1 Datenerhebung

Es fanden drei Interviews statt, von denen zwei als persönliches Gespräch und das dritte als Telefongespräch zwischen Experte und Interviewer abgehalten wurden. Die persönlichen Gespräche fanden im Büro bzw. im Eigenheim der Befragten statt. Bei beiden persönlichen Gesprächen waren kurzzeitig andere Personen anwesend, welche sich jedoch nicht in das Interview einbrachten und dieses, bis auf kurze Unterbrechungen in einem Fall, nicht störten. Beim Telefongespräch waren auf Seiten der Autorin (Interviewer) keine weiteren Personen anwesend.

Vor den jeweiligen Terminen wurde den Interviewpartnern der Leitfaden per E-Mail geschickt, um Ihnen die Möglichkeit zu geben, sich auf das Interview und die offenen Fragestellungen einzustellen. Den Beginn der Interviews bildete die Informationen über Forschungsgegenstand der Arbeit und Datenschutz, sowie die Einverständniserklärung zur digitalen Aufnahme des Gespräches. Als Grundlage diente der in Kapitel 4.1 erklärte Interviewleitfaden, wobei die Reihenfolge der Fragen flexibel gehalten und dem Gesprächsverlauf angepasst wurde. Es kam auch zu Zwischenfragen, welche es erlaubten, spezielle Argumente näher zu erläutern. Am Schluss, nach Abschalten des Aufnahmegerätes, bedankte sich die Autorin für die Teilnahme am Interview und es wurden jeweils noch ein paar Worte vor dem Abschied gewechselt.

Das erste Interview (IP-A) fand am 18.02.2011 um 9 Uhr statt und hatte eine Zeitdauer von 32 Minuten. Das zweite (IP-B) fand am 01.03.2011 um 16 Uhr statt und betrug 36 Minuten. Das dritte Interview fand am 09.03.2011 um 17 Uhr statt und dauerte 24 Minuten.

5.2 Datenauswertung

Nach der Transkription der Aufnahmen erfolgte die Auswertung der Daten in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (siehe Kap. 3.4). Dabei wurde die Variante der Zusammenfassung gewählt (siehe Kap. 4.4). Dies erforderte das Paraphrasieren bedeutender Textteile und das anschließende Generalisieren der Äußerungen, um die Inhalte schließlich auf die essentiellen Aussagen reduzieren zu können. Die zusammenfassende Analyse erfolgte mit Hilfe eines Rasters. Darin wurde zu jeder Paraphrase der Interviewpartner (IP-A/-B/-C), sowie Seite und Zeile der umformulierten Textstelle notiert, um Einsicht in die Auswertung und Interpretation zu ermöglichen. Die Paraphrasen wurden zur besseren Übersicht nummeriert und als Antworten zu den jeweiligen Fragestellungen (1.a-5.b) gekennzeichnet. Bei Generalisierung und Reduktion wurde stückweise auf inhaltsgleiche oder unbedeutende Aussagen verzichtet und gleiche bzw. ähnliche Aussagen in Kategorien wurden zusammengefasst. Die vollständige Auswertung mit den ausgefüllten Rastern sowie die Interviewtranskripte sind im Anhang ersichtlich.

Die Kategorienbildung orientierte sich an den Fragestellungen des Interviewleitfadens und wurde flexibel durch bedeutende Aussagen der Befragten erweitert.

5.2.1 Beantwortung der einzelnen Fragestellungen

In diesem Abschnitt werden die Aussagen der drei Experten zu den einzelnen Fragestellungen kurz umschrieben. Die durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse abgeleiteten Kategorien werden im Kapitel 5.2.2 dargestellt.

5.2.1.1 Interessensbereich: **Informationsbedarf**

Fragestellung 1.: Sehen Sie im Bezug auf das computergestützte Heimtraining einen erhöhten Informationsbedarf?

Diese geschlossene Frage wurde von allen drei Experten bejaht.

Experte 2 schickte an diesem Punkt gleich voraus, dass ein vermutlicher Grund für die geringe Popularität des computergestützten Heimtrainings bei

Aphasie in Österreich die mangelnde Unterstützung seitens der Therapeuten sei. Die Angst, dadurch die Mensch-zu-Mensch-Beziehung abzuschaffen und Kundschaften zu verlieren stehe im Vordergrund. Man müsse den Therapeuten daher verdeutlichen, dass das computergestützte Sprachtraining kein Therapie-Ersatz sondern ein Zusatz sei, z.B. als Überbrückung bei Wartelisten, Alternative für chronische Patienten, die keine Therapie mehr bewilligt bekommen etc. In diesem Verständnis sei man in Österreich noch nicht so weit wie in Deutschland (vgl. Interview 2, Z. 4-37).

Fragestellung: 1.a: Wer muss über die Möglichkeit des computergestützten Heimtrainings Bescheid wissen, damit dieses Verwendung findet?

Der erste Experte, auch genannt Interviewpartner A (IP-A), sah einen erhöhten Informationsbedarf bei allen Beteiligten, und zwar bei Therapeut, Arzt, Patient sowie beim Kostenträger. Er ging dann auf das Verhängnis der verwendeten Begrifflichkeit „computergestütztes Heimtraining" ein, welche suggeriere, dass ein Computer den Therapeuten ersetze und der Patient damit ohne Begleitung zu Hause übe. Seiner Meinung nach sei dies nicht die richtige Vorgehensweise, sondern das Training am Computer sollte durch regelmäßige Supervision vom Therapeuten kontrolliert werden. Dadurch entstehe erst die Qualität der Methode, und eine Verordnungsfähigkeit derartiger therapeutischer Leistungen. Die Frequenz der Supervision solle idealerweise täglich stattfinden, könne jedoch vom Therapeuten individuell angepasst werden (vgl. Interview 1, Z. 4-40)

Experte 2, auch als Interviewpartner B (IP-B) bezeichnet, ging hier auf die Verbände ein. Sie sollen informiert werden, wobei nicht bekannt war, inwiefern dies der Fall sei. Als Verbände sollten sie auch die Informationsverbreitung übernehmen und über Programme sowie damit arbeitende Therapeuten am aktuellen Stand sein. Man solle, z.B. auf der Website der Verbände, Antworten auf Fragen wie die Eignung von Programmen bekommen, um sich nicht auf Verkäufer bestimmter Produkte verlassen zu müssen (vgl. Interview 2, Z. 40-79).

Experte 3 nannte Therapeut und Kostenträger als die Beteiligten, welche über computergestütztes Heimtraining Bescheid wissen müssen (vgl. Interview 3, Z. 8-9).

Fragestellung: 1.b: Wer ist Ihrer Meinung nach maßgeblich an der Informationsverbreitung beteiligt?

Experte 1 erwähnt hier, dass alle Ebenen informiert werden müssen. Therapeuten sollen informiert, oder besser sogar ausgebildet werden, und Ärzte über die neue Möglichkeit für effektive, intensive Aphasietherapie informieren. Neben Kostenträgern könne auch die Politik informiert werden und Selbsthilfegruppen seien nicht zu vergessen. Außerdem bevorzugte dieser Experte den Begriff „Teletherapie", welcher das supervidierte Heimtraining in ein besseres Licht bringe, und erzählte aus eigener praktischer Erfahrung über die Eigenschaften der verwendeten Geräte und die Wichtigkeit der Einschulung der Patienten in das Üben am Computer (vgl. Interview 1, Z. 45-85).

Für die Informationsverbreitung nannte Experte 2 zuerst die Ausstellungen an Fachtagungen, sowie Workshops bzw. Seminare zu computergestützter Aphasietherapie. Außerdem wären Zeitungsartikel oder Fernsehbeiträge ideal, jedoch unwahrscheinlich. Die Verbreitung über Homepages, sei eine Möglichkeit und eben hier könne der Verband wichtige Fragen auf der Website anschneiden (vgl. Interview 2, 89-120).

Experte 3 ging bei dieser Frage auf das Informieren der Therapeuten ein, welches über Fachliteratur, und Aus- und Fortbildungen geschehe (vgl. Interview3, Z. 21-23).

Fragestellung: 1.c: Welche Medien erachten sie als sinnvoll für die Verbreitung der Informationen?

Für Experten 1 ist ein Medium wie das Fernsehen eher bei Projekten, die von der Staatsregierung begleitet werden, geeignet. Als die wesentlichen Informationsträger seien die Therapeuten durch Ausbildungsstätten bzw. Weiterbildung, Fachzeitschriften mit Publikationen bekannter Meinungsbildner, Fachverbände und Mundpropaganda zu informieren. Die Kenntnis der Fachleute sei auch wichtig, falls Patienten von

computergestütztem Heimtraining erfahren und danach fragen (vgl. Interview 1, Z. 311-377).

Da Experte 2 die Medien zur Informationsverbreitung schon bei der Beantwortung von Frage 1.b nannte, wurde Frage 1.c in diesem Interview übersprungen.

Experte 3 erwähnte Fachliteratur, Fortbildungen, Ausbildung und Internet als wichtige Medien (vgl. Interview 3, Z. 26-30). Im weiteren Gesprächsverlauf nach Frage 1.c wurde von Experten 3 auch erwähnt, dass Therapeuten in der Aus- bzw. Fortbildung über die richtige Auswahl von passenden Programmen, sowie über Kriterien für Eignung der Patienten zum computergestützten Heimtraining, lernen sollten. Einen solchen auf Studien basierenden Kriterienkatalog könne man schließlich den Kassen vorlegen, um aufzuzeigen, dass nur eine begrenzte Gruppe von Aphasikern die Voraussetzungen zum Heimtraining erfüllt und nicht jedem Patienten ein Programm verschrieben werden kann (vgl. Interview 3, Z. 39-55).

5.2.1.2 Interessensbereich: **Aus- und Fortbildung von Therapeuten**

Fragestellung: 2.a: Welchen Stellenwert sollte das Thema „computergestütztes Heimtraining bei chronischer Aphasie" in der Logopädie-Grundausbildung einnehmen?

Laut Experte 1 sollte das Thema Bestandteil der Grundausbildung sein. ES solle unbedingt in die Rahmen-Richtlinien des computergestützten Heimtrainings und ebenso in der Ausbildung vermittelt werden, dass diese Methode immer nur mit Supervision stattfinden dürfe und alles andere eben zur Kenntnis genommen werde. Denn ohne Supervision bestehe kein Einfluss auf den Therapieverlauf, wodurch Qualität und Verordnungsfähigkeit verloren gingen und die Gefahr bestehe, dass Kostenträger keine Therapierezepte mehr bewilligen (vgl. Interview 1, Z. 204-234).

Experte 2 sah den Stellenwert des computergestützten Heimtrainings in der Grundausbildung als zweitrangig. Es seien zuerst die grundlegenden Lehrinhalte zu vermitteln und die computergestützte Therapie, bei Vorhandensein von zusätzlichen Ressourcen, eher als verpflichtender

Workshop angeboten werden. Da Sprache das Gebiet der Logopäden ist, sollen dafür keinesfalls Lehrinhalte der Linguistik eingebüßt werden (vgl. Interview 2, Z. 233-257). Außerdem wurde vorgeschlagen, zu vermitteln, dass die therapeutischen Grundsätze der Aphasietherapie auf die Computertherapie (und den Aufbau von Therapiemodulen) übertragbar seien (vgl. Interview 2, Z. 347-356).

Für Experte 3 zählte das computergestützte Heimtraining zur Aphasie-Vorlesung. Dort solle es durchaus vorkommen, doch der Umfang sei abhängig von den Erfahrungen des jeweiligen Vortragenden mit der Methode (vgl. Interview 3, Z. 99-107).

Fragestellung: 2.b: Besteht Ihrer Meinung nach ein ausreichendes Fortbildungsangebot zu den Methoden des computergestützten Heimtrainings?

Experte 1 beantwortete diese Frage mit Nein. Es gebe kein Fortbildungsangebot. In Deutschland gebe es jedoch Ansätze, ein Teletherapie-Weiterbildungs-Konzept durchzusetzen. In diesem Zusammenhang erwähnte Experte 1, dass die Gedanken der Supervision unter Therapeuten noch nicht weit verbreitet seien, sondern, dass der DBL (Deutscher Bundesverband für Logopädie) Sprachtherapiesoftware ohne Supervision empfehle (vgl. Interview 1, Z. 239-262).

Laut Experte 2 würden Firmen sicher gerne in Workshops Ihre Produkte erklären, doch das betreffe nur die Anwendung. In Bezug auf die Basisinformationen zur Methode der computergestützten Sprachtherapie bestand die Vermutung, dass es keine Fortbildungen gebe. Doch Experte 2 meinte, dazu recherchiert zu haben (vgl. Interview 2, Z. 266-281).

Experte 3 meinte ein Fortbildungsangebot zum Thema wäre wünschenswert, vermutete aber, dass in Österreich keines vorhanden sei. Über die Lage in Deutschland war Experte 3 nicht informiert (vgl. Interview 3, Z. 117-120).

5.2.1.3 Interessensbereich: **Technische Aspekte**

Fragestellung: 3.a: Welche Rolle spielen technische Aspekte für die Verbreitung des computergestützten Heimtrainings?

Für Experten 1 war im Bezug auf technische Aspekte am wichtigsten, dass die Software so einfach wie möglich konzipiert sei, um Fehlbedienung durch den Patienten von vorn herein zu vermeiden (vgl. Interview 1, Z. 90-111).

Experte 2 schrieb den technischen Aspekten, die Grundausstattung betreffend, eine kleine Rolle zu, da heutzutage starke Computer zu niedrigen Preisen zu bekommen seien (vgl. Interview 2, Z. 205-209).

Für Experte 3 war die Rolle der technischen Aspekte insofern klar, dass ohne Technik ein computergestütztes Heimtraining nicht möglich wäre. In Einzelfällen, so Experte 3, sei durch hohe Konsequenz ein intensives Üben auch ohne Technik, also mit Übungszetteln möglich (vgl. Interview 3, Z. 123-142).

Fragestellung: 3.b: Vereinzelt sehen Heimtrainingskonzepte den Verleih von Computern zum Sprachtraining vor. Sehen Sie Probleme in der Vergabe von Leihcomputern? Wenn ja, welche?

Seit Experte 1 mit speziell für den Patienten- und Therapiebedarf angepassten Geräten arbeite, seien Leihcomputer kein Problem. Außerdem werde der Patient durch einen Abhol- und Lieferservice entlastet (vgl. Interview 1, Z. 119-125).

Experte 2 würde einen Leihcomputer gar keinem Computer vorziehen, sah jedoch ein Problem in der Finanzierung von Beschädigungen bei Leihgaben an finanziell schwache Patienten (vgl. Interview 2, Z. 216-222).

Experte 3 sah in der Vergabe von Leihcomputern eine gute Übungsmöglichkeit für intensives Üben, sowie eine Motivationsquelle durch den begrenzten Zeitraum. Eine Kaution sichere die Leihgabe laut Experte 3 ab (vgl. Interview 3, Z. 90-95; 161-174).

5.2.1.4 Interessensbereich: **Finanzierung**

Fragestellung: 4.a: Wie kann die finanzielle Unterstützung von Patienten bei der Anschaffung der nötigen Ausstattung (Hardware, Software) für das computergestützte Heimtraining gewährleistet werden?

Experte 1 ging hier darauf ein, dass sein Therapiekonzept nur über den Verleih von speziellen Geräten sowie Supervision funktioniere, und dass die Software alleine nicht verkäuflich sei (vgl. Interview 1, Z. 134-162).

Für Experten 2 gibt es keinen Grund zur Sorge, was die Anschaffung von Hardware betrifft, da heutzutage bereits die meisten Personen im Alter von 50/60 Jahren einen Computer im Haushalt zur Verfügung haben. Die Software hingegen sei in der Tat sehr teuer und müsse durch Selbstfinanzierung oder Unterstützung durch Angehörige oder andere Sponsoren finanziert werden (vgl. Interview 2, Z. 125-161).

Laut Experte 3 wäre eine Unterstützung durch die Krankenkasse ideal. Wenn diese von der Ökonomie des zusätzlichen Heimtrainings, aufgrund der Ersparnis eines Anteils persönlicher Therapieeinheiten, überzeugt werden solle, müsse mit Vorsicht vorgegangen werden. Man müsse den Kostenträger vermitteln, dass obgleich der Auslagerung einiger Einheiten immer noch die Begleitung und Supervision durch einen Therapeuten erforderlich bleibe. Außerdem sei diese Therapieform nicht für alle Aphasiker geeignet und manche brauchen dennoch die persönliche Therapiesitzung als Methode. Es müsse den Kassen ein Kriterienkatalog vorgelegt werden, der die geeignete Nutzergruppe beschreibt und eingrenzt. Dies erfordere jedoch aufwendige Studien. (vgl. Interview 3, Z. 178-225).

Fragestellung: 4.b: Welche Möglichkeiten und Alternativen sehen sie, wenn die Krankenkassen nicht zur Finanzierung beitragen?

Bei der Beantwortung dieser Frage sah Experte 1 als einige Möglichkeit die Selbstfinanzierung (vgl. Interview 1, Z. 165). Gehe es jedoch um die Frage, ob die Krankenkasse um Erlaubnis für die Anwendung dieser Methode gefragt werden müsse, so laute die Antwort Nein. Laut Experte 1

entscheide über die verwendete Methode immer noch der Therapeut und das computergestützte Heimtraining sei außerdem eine ähnliche Therapieform wie z.B. Bildkarten benennen, jedoch in modernerer Form. Von großer Wichtigkeit sei hier aber die Argumentation, dass es sich dabei um ein durch Supervision begleitetes Heimtraining handle, damit die Kostenträger es nicht als Finanzierung eines selbstbestimmten häuslichen Übens des Patienten missverstehen (vgl. Interview 1, Z. 173-199).

Eine Mitfinanzierung der Kasse sei laut Experte 2 am ehesten zu erwarten, wenn es sich um Artikel aus dem Hilfsmittelkatalog handle. Eine günstigere Möglichkeit könne das Leasing von Software bzw. Downloaden einzelner Übungen darstellen (vgl Interview 2, Z. 165-190).

Auch Experte 3 sah in diesem Fall den Weg der Eigenfinanzierung. Wenn vielleicht der Umlauf der Programme größer und die Software sehr günstig bzw. kein Kostenpunkt wäre, dann könnten eventuell Therapeuten Geräte/Programme erwerben und den Patienten leihen oder diese selbstständig in der Praxis üben lassen (vgl. Interview3. Z. 236-255).

5.2.1.5 Interessensbereich: **Persönliche Erfahrungen und Zukunftsvision**

Fragestellung: 5.a: Was können Sie aus Ihrer praktischen Erfahrung über die Nutzung des computergestützten Heimtrainings erzählen?

Experte 1 berichtete über positive Erfahrungen mit supervidiertem Heimtraining und dass in Deutschland dadurch eine Versorgungslücke, das sogenannte Reha-Loch ausgeglichen und die Personen schneller wieder an den Arbeitsplatz gebracht werden (vgl. Interview 1, Z. 289-305).

Über positive Erfahrungen konnte auch Experte 2 berichten. Systematische Studien zum einen Programm seinen in Planung (vgl. Interview 2, Z. 293-303).

Experte 3 hatte zum Zeitpunkt des Interviews noch wenige Erfahrungen mit computergestütztem Heimtraining gesammelt (vgl. Interview 3, Z. 271-278).

Fragestellung: 5.b: Wie sehen Sie das computergestützte Heimtraining in der Zukunft?

Für Experten 1 ist eine größere Nutzung der Heimtrainingsmöglichkeiten in der Zukunft ziemlich sicher, da der langfristige regelmäßige Übungsbedarf chronischer Aphasiker nicht allein in Kliniken/Praxen gedeckt werden könne. In Deutschland werde dadurch außerdem das sogenannte Reha-Loch ausgeglichen und somit dem Sozialsystem geholfen (vgl. Interview 1, Z. 266-287).

Experte 2 meinte, dass Heimtrainingsmöglichkeiten in Zukunft immer wichtiger werden, weil es zukünftig schwieriger werde, Therapiestunden bewilligt zu bekommen. Eine größere Nutzung sah Experte 2 auch aufgrund der Informationsverbreitung über Internet, der wachsenden Akzeptanz in der Gesellschaft und günstigeren Preisen von Programmen. Experte 2 betonte an dieser Stelle, dass das computergestützte Heimtraining nur eine Zusatzfunktion inne habe, und dass für die zukünftige Nutzung die therapeutische Kontrolle durch Supervision sehr wichtig sei. Experten sollten die Programme außerdem weiterhin verbessern und ideal wäre eine Aufnahme von Programmen für kognitives und sprachliches Training in den Hilfsmittelkatalog (vgl. Interview 2, Z. 360-388).

Experte 3 hoffte auf die zunehmende Bedeutung des computergestützten Heimtrainings in der Zukunft und erwähnte noch einmal wichtige Aufgaben, wie die Klärung des Kostenfaktors und auf die richtige Auswahl der Patienten zu achten (vgl. Interview 3, Z. 281-299).

5.2.2 Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring

In der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse wurden zu jedem Themenbereich anhand der Fragen und Antworten der Experten Kategorien gebildet (siehe Kap. 4.4). Nachdem in der ersten Reduktion innerhalb der einzelnen Interviews, und in der zweiten Reduktion fallübergreifend zusammengefasst wurde, enthält die dritte Reduktion eine nochmalige Zusammenfassung der Kategorien aus der zweiten Reduktion. Dieses Kapitel enthält nun das Ergebnis der dritten Reduktion (Tab.1).

Der Bereich Aus- und Fortbildung wurde dabei in die Informationsverbreitung unter Therapeuten integriert. Im letzten Bereich sind nur die Zukunftsvisionen zu finden, da die persönlichen Erfahrungen eine Ausnahme bilden und nicht als Kategorien für die Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit mit einbezogen wurden.

In folgender Auflistung wurde das computergestützte Heimtraining mit *CgHt* abgekürzt.

Tab. 1: Ergebnis der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring	
Informationsbedarf	**K1: Erhöhter Informationsbedarf bei allen Beteiligten**
	K2: Allgemein wichtige Informationen: <u>Begriffsdefinition/Vorgehensweise:</u> ▪ Patient ist nicht auf sich allein gestellt ▪ Kein Ersatz des Therapeuten, sondern Zusatz zur Therapie ▪ Qualität und Verordnungsfähigkeit durch Supervision
	K3: Medien zur allgemeinen Informationsverbreitung aller Beteiligten: ▪ Zeitungsartikel/Fernsehen unwahrscheinlich → nur bei großen, öffentlichen Projekten ▪ Mundpropaganda durch Therapeuten/Ärzte ▪ Publikationen bekannter Meinungsbildner ▪ Internet
	K4: Logopädieverband als Herz der Informationsverbreitung: <u>Auf Website des Verbandes</u> ▪ Aktuelle Informationen und Überblick über Programme ▪ Vor- und Nachteile der Programme ▪ Liste niedergelassener, im Bereich tätiger Logopäden ▪ Beantwortung wichtiger Fragen bzgl. Kauf/Auswahlkriterien
	K5: Wichtige Zusatzinformationen für Therapeuten: ▪ Möglichkeit der Überbrückung bei Wartelisten ▪ Alternativversorgung bei fehlender Therapiemöglichkeit ▪ Kriterien für richtige Patienten-/Programmauswahl
	K6: Medien zur Informationsverbreitung unter Therapeuten: ▪ Fachliteratur, Fachverbände, Fachtagungen

	▪ **K7: Notwendige Information in Grundausbildung/ Fortbildungen** In Grundausbildung: CgHt als Teil des Aphasieunterrichts, evtl. verpflichtender Workshop Inhalte: ▪ Supervisionsprinzip ▪ Mögliche Übertragung von Grundsätzen der Aphasietherapie auf Computertherapie In Fortbildung: momentanes Angebot nicht ausreichend, wäre wichtig für Therapeuten Inhalte: ▪ allgemein computergestützte Aphasietherapie ▪ Auswahlkriterien von Programmen und Patienten ▪ Setting (Pat. übt zu Hause am eigenen PC/am Leihgerät/ in der Praxis am Gerät der Therapeutin)
Finanzierung	**K8: Mögliche Bedingungen für Finanzierung der Therapie durch Kassen:** Informationen über: ▪ Ökonomie darlegen: Evidenzstudien und Fallbeispiele ▪ Supervisionsprinzip für Qualität und Verordnungsfähigkeit ▪ Begrenzte Nutzergruppe, Kriterienkatalog für Patientenauswahl
	K9: Möglichkeit bei fehlender finanzieller Unterstützung der Software-Anschaffung durch Kassen: ▪ Selbstfinanzierung ▪ Angehörige ▪ Sponsoren ▪ Leasing (z.B.: Fleppo) ▪ Evtl. selbstständiges Üben in logopäd. Praxis ▪ Software in Hilfsmittelkatalog bringen
Technische Aspekte	**K10: Gute Verfügbarkeit der Hardware:** ▪ Gute Grundausstattung heute leistbar ▪ Computer in fast allen Haushalten
	K11: Wichtige Faktoren für die Verwendung der Technik: ▪ Einschulung des Patienten in Anwendung ▪ Leicht zu bedienende Software
	K12: Bedingungen für positive Erfahrungen bei Leihgabe: ▪ spezielle, an Patienten-/Therapiebedarf angepasste Geräte ▪ Liefer-/Abholservice ▪ Kaution als Absicherung

Zukunftsvision	**K13: Gründe für größere Nutzung des CgHt in Zukunft:** ▪ Zur Deckung von langfristigem, regelmäßigen Übungsbedarf chronischer Aphasiker ▪ Aufgrund erschwerter Therapiebewilligung ▪ Programme günstiger ▪ Informationsverbreitung über Internet ▪ Wachsende Akzeptanz in Gesellschaft ▪ Interesse der Krankenkasse am Heimtraining wenn sie die erforderliche intensive Therapie nicht bieten können
	K14: Aufgaben für Nutzung in Zukunft: ▪ Verbesserung der Programme durch Experten ▪ Kostenfrage klären ▪ Klare Auswahlkriterien für Patienten ▪ Aufnahme von Programmen für kognitives und sprachliches Training in Hilfsmittelkatalog ▪ Supervision

6. Ergebnisse

Nachdem die Datenauswertung dargestellt und die Forschungsergebnisse der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse als Kategorien aufgelistet wurden, findet in diesem Abschnitt eine Beschreibung und Erklärung der Ergebnisse aus den Befragungen statt.

6.1 Informationsbedarf

In den drei Interviews gab es eine Einigkeit über den erhöhten Informationsbedarf aller am Rehabilitationsprozess Beteiligten. Laut den befragten Experten sollten diese über die Bedeutung des Begriffes „computergestütztes Heimtraining" aufgeklärt werden. Im Speziellen sollte klar gestellt werden, dass das Heimtraining weder Ersatz der Therapeuten noch der Therapie selbst ist, sondern eine Ergänzung der persönlichen Therapie sein soll. Der Patient ist dabei nicht auf sich allein gestellt, sondern wird vom Therapeuten durch Supervision begleitet. Diese Vorgehensweise hat somit Qualität und kann auch leichter verordnungsfähig gemacht werden.

Allgemeine Informationen, wie die obigen, können über das Internet oder über Publikationen bekannter Meinungsbildner zugänglich gemacht werden. Wichtige Informationsträger sind auch die Ärzte und Therapeuten selbst. Ein Experte bezeichnete die Logopädie-Verbände als „das Herz der Informationsverbreitung" (vgl. Interview 2, Z. 41). Diese müssten am aktuellen Stand sein und für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung stehen. Die Verbände könnten zum Beispiel auf der Website einen Überblick über die Programme sowie deren Pro und Kontra geben, und eine Liste damit arbeitender Logopäden aufstellen.

Bei Therapeuten bestehe, laut Experten, die Notwendigkeit der Aufklärung darüber, dass sie beim computergestützten Heimtraining nicht ersetzt, sondern für die Supervision gebraucht werden. Außerdem sei die Methode eine Ergänzung der persönlichen Therapie, und neue Möglichkeiten wie die Überbrückung bei Wartelisten oder die Alternativversorgung bei fehlender Therapiebewilligung seien nicht zu übersehen. Unter Therapeuten können

die Informationen über Fachliteratur, Fachverbände und Fachtagungen verbreitet werden.

6.2 Aus- und Fortbildung von Therapeuten

Den befragten Experten zufolge sollten Therapeuten bereits in der Grundausbildung von computergestützter Aphasietherapie hören. Dies könnte zum Beispiel als Teil des Aphasieunterrichts oder aber als zusätzlicher Workshop stattfinden, um keine Stunden grundlegenden Unterrichts dafür einbüßen zu müssen. Inhalt sollte laut einem Experten vor allem das Supervisionsprinzip sein. Es könnte auch vermittelt werden, dass die Grundsätze der Aphasietherapie auf die Computertherapie zu übertragen seien.

Ein ausreichendes Fortbildungsangebot ist laut einem der drei Experten nicht vorhanden. Die anderen beiden Befragten schätzten dies ebenso ein, hatten dazu aber nicht recherchiert. Über die Notwendigkeit von Fortbildungen waren sich die Experten einig. Darin sollte allgemein über computergestützte Aphasietherapie sowie über die richtige Auswahl von Programmen und Patienten für das computergestützte Heimtraining informiert werden. Ein Experte meinte, man sollte auch besprechen, in welchem Setting das computergestützte Heimtraining stattfinden sollte/könnte.

6.3 Finanzierung

Aus der Befragung zur Finanzierung ergaben sich wichtige Informationen für die Kassen: Durch Evidenzstudien und Fallbeispiele sollte die Ökonomie des ergänzenden Heimtrainings verdeutlicht werden. Informationen über das Supervisionsprinzip, und somit die Notwendigkeit des Therapeuten, sollen von der Qualität der Methode zeugen und die Verordnungsfähigkeit ermöglichen. Mit Hilfe eines Kriterienkataloges über die begrenzte Nutzergruppe unter den Aphasikern sollten Missverständnisse vorweg genommen werden.

Die finanzielle Unterstützung bei der Anschaffung von technischer Grundausstattung (Hardware) dürfte laut Experten kein Problem darstellen,

da heutzutage in den meisten Haushalten ein Computer zur Verfügung steht. Die Kosten für die Sprachtherapie-Software hingegen, sind oft hoch und könnten finanzielle Unterstützung erfordern. Eine Lösung dafür könnte die Registrierung der Software im Hilfsmittelkatalog sein. Alternativlösungen wurden im Leasing oder im selbstständigen ambulanten Üben an einem Gerät in der logopädischen Praxis gesehen. Ansonsten bleibe nur die Eigenfinanzierung und Unterstützung durch Angehörige oder Sponsoren.

6.4 Technische Aspekte

Für die Verwendung der Technik zum Heimtraining ist die Einschulung des Patienten unbedingt nötig und die Softwareprogramme müssen einfach zu bedienen sein. Ein Experte hatte Erfahrung mit der Vergabe von Leihcomputern und berichtete von wichtigen Parametern, wie zum Beispiel der Anpassung der Geräte an den Patienten- und Therapiebedarf und dem Liefer- und Abholservice der Leihgeräte. Als Absicherung ging einer der Experten von einer Kautionszahlung aus.

6.5 Zukunftsvisionen

Alle drei Befragten sprachen von einer größeren Nutzung des computergestützten Heimtrainings in der Zukunft, bzw. hofften darauf. Gründe dafür seien zukünftige Schwierigkeiten eine Therapiebewilligung zu bekommen und die Notwendigkeit den langfristigen, regelmäßigen Therapie- bzw. Übungsbedarf chronischer Aphasiker zu decken. Außerdem würden die Informationsverbreitung über das Internet, geringere Programmkosten und die wachsende Akzeptanz des Computers in der Gesellschaft zu einer häufigeren Anwendung führen. Wenn die Krankenkassen mehrmalige Therapien pro Woche nicht mehr bieten können, so meinte ein Experte, würde das Interesse am computergestützten Heimtraining steigen.

Wichtige Aufgaben für eine zukünftig häufigere Nutzung sind die Verbesserung der Programme durch Experten, die Klärung der Kostenfrage, die Erstellung von Auswahlkriterien von Patienten für Therapeuten und vor

allem Kassen, eventuell die Aufnahme von Software in den Hilfsmittelkatalog und die Verankerung des Supervisionsprinzips.

7. Diskussion der Ergebnisse

Aus den in Kapitel 6 beschriebenen Ergebnissen der Befragung sollen nun, zur Beantwortung der Forschungsfrage, Voraussetzungen für die vermehrte Anwendung des computergestützten Heimtrainings abgeleitet werden. Anschließend wird die Forschung reflektiert und kritisch betrachtet.

7.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews von der Autorin im Hinblick auf die Forschungsfrage interpretiert und als Voraussetzungen für die Verbreitung des computergestützten Heimtrainings formuliert.

7.1.1 Gleiche Wissensstände aller Beteiligten

Als erste Voraussetzung für die verbreitete Anwendung des computergestützten Heimtrainings kristallisierte sich die Verbreitung der wichtigsten Informationen unter allen Beteiligten, vom Patienten bis zur Krankenkasse, heraus. In Kapitel 6.1 sind auch Vorschläge nachzulesen, wie die Informationsverbreitung stattfinden könnte. Zum Ausgleich von Wissensständen zählt die Aufklärung über das Supervisionsprinzip, welche allen Befragten am Herzen lag. Denn ohne Supervision gehe nicht nur die Kontrolle über den Therapieverlauf und somit Qualität verloren, sondern auch die Finanzierung durch die Krankenkassen könnte erschwert werden.

7.1.2 Aus- und Fortbildung von Therapeuten

Als zentrale Informationsträger und Hauptagenten sollten Logopäden schon in der Ausbildung von der Methode gehört haben, damit sie diese später anwenden können. Für berufstätige Therapeuten sollten Fortbildungen angeboten werden. Durch die Vermittlung der richtigen Auswahl von Patienten und Programmen können Misserfolge und Enttäuschungen

vermieden werden. Näheres zur Aus- und Fortbildung ist in Kapitel 6.2 zusammengefasst.

7.1.3 Kooperation der Kassen

Durch Darlegung der Ökonomie und Vermittlung der Vorgehensweise nach dem Supervisionsprinzip können die Kassen überzeugt und die Basis für eine gute Zusammenarbeit geschaffen werden. Wichtig ist vor allem, Missverständnisse über die Anwendung (Methode nicht für alle Aphasiker geeignet; Pat. nicht auf sich allein gestellt etc.) durch die Aufklärung der Kassen zu verhindern (siehe 6.3). Sobald eine gute Kooperation der Krankenkassen vorhanden ist, können wichtige finanzielle Fragen geklärt werden.

7.1.4 Angepasste Technik

Da eine vom Patienten handhabbare Technik (Hardware und Software) die Basis einer erfolgreichen Durchführung des Heimtrainings ist, wird die Anpassung der Technik als Voraussetzung für die vermehrte Nutzung dieser Methode gesehen. Um Problemquellen auszuschalten sollte idealerweise bereits die Hardware patientengerecht sein [siehe 6.4 / 5.2.2 (K12)]. Durch eine einfach aufgebaute Software sollten Fehlbedienmöglichkeiten von Seiten der Patienten verhindert werden (siehe 6.4).

7.1.5 Supervisionsprinzip

Als eigene Voraussetzung wird das Supervisionsprinzip genannt, einerseits weil es allen Befragten ein großes Anliegen war, und andererseits weil dadurch einige einschränkende Faktoren aufgehoben werden können: Therapeuten brauchen keine Angst vor dem Ersatz durch eine Maschine oder vor einem Qualitätsverlust haben, und Finanzierungsdiskussionen können eventuell besser argumentiert werden. Eine Annahme der Autorin ist, dass es auch für die Patienten beruhigend und motivierend ist, zu wissen, dass ihr Tun (regelmäßig) therapeutisch begleitet und kontrolliert wird.

7.2 Reflexion der Methodik

Die Methode des Experteninterviews hat sich gut bewährt, da es im Umfeld der Autorin wenige Personen gibt, die sich mit dem computergestützten Heimtraining beschäftigen. Aufgrund des Umfanges der Bachelorarbeit und wegen Schwierigkeiten, Experten zu finden, waren nur vier Interviews vorgesehen. Da leider eines der geplanten Interviews nicht zustande kam, basiert die Forschung dieser Bachelorarbeit auf nur drei Interviews mit einer Dauer von je ca. 30 min. Aufgrund der niedrigen Anzahl der Befragten können die Ergebnisse daher nicht verallgemeinert werden.

Die leitfadengestützte Interviewmethode war sehr hilfreich bei der Moderation der Interviews, sowie um das Material in der Auswertung bereits in Anlehnung an die a priori aufgestellten Kategorien analysieren zu können.

In der Auswertung zeigte sich, dass die Formulierung mancher Fragen ungünstig gewählt bzw. der Ausgleich durch Interviewtechnik nicht erfolgreich war. Es wurde zum Beispiel nicht von allen Befragten immer genau auf die Fragestellung eingegangen. Manchmal wurden Fragen vorweggenommen, manchmal wurden sie aber auch missverstanden. Aufgabe des Interviewers wäre es, dies zu erkennen und richtig zu reagieren – was auch in manchen Fällen gelang. Bei anderen Antworten wurde aber erst bei der Nachbearbeitung bemerkt, dass der Experte keinen direkten Bezug auf die Fragestellung genommen hatte. Unsicherheiten in der Interviewführung sind auf mangelnde Erfahrung zurückzuführen und hätten eventuell durch mehr Probeinterviews aufgehoben werden können. Diese waren jedoch aufgrund der wenigen Experten im Umfeld der Autorin schwierig zu organisieren.

Bei den Antworten zu Frage 1.b kam zum Beispiel nicht klar heraus, WER die Informationsverbreitung übernehmen sollte. Hier wäre eine simplere und exaktere Formulierung der Frage von Vorteil gewesen. Fragestellung 4.b meinte die Finanzierung der Ausstattung, nicht der Therapie, wurde aber im Hinblick auf letztere beantwortet. Man hätte die beiden Fragen 4.a und 4.b außerdem zusammenfassen können.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring war eine hilfreiche Methode, um die Fülle von ca. 30 Seiten transkribiertem Text bearbeiten zu können. Durch die zusammenfassende Analyse konnte schließlich ein nachvollziehbarer Überblick über das Material und ein Abbild des Grundmaterials gewonnen werden.

8. Zusammenfassung und Implikation

Wie einleitend in der Problemstellung beschrieben wurde, findet das computergestützte Heimtraining, trotz Hinweisen aus der Forschung, dass die Aphasietherapie damit wirksamer und bezahlbarer gemacht werden könnte (vgl. Radermacher 2009, S. 166), nur wenig Anwendung. Die vorliegende Bachelorarbeit ging daher der Frage nach, welche Voraussetzungen für eine vermehrte Nutzung gegeben sein sollten. Dies wurde im Rahmen dreier leitfadengestützter Experteninterviews erforscht. Mithilfe der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wurden die Ergebnisse gebündelt und im Hinblick auf die Forschungsfrage als Voraussetzungen interpretiert.

In Kapitel 7.1 wurden fünf Voraussetzungen formuliert und erläutert:

- gleiche Wissensstände aller Beteiligten
- Aus- und Fortbildung von Therapeuten
- Kooperation der Kassen
- Angepasste Technik
- Supervisionsprinzip

Aufgrund der geringen Anzahl der Befragten können die Ergebnisse nicht als allgemein gültig angesehen werden. Dennoch deuten sie auf eine bestimmte Richtung hin, in die gearbeitet werden könnte, um den Weg für das computergestützte Heimtraining zu ebnen. Zum Beispiel könnten durch Gespräche mit den Krankenkassen Missverständnisse (siehe 7.1.3) vermieden und die Basis für eine gute Zusammenarbeit geschaffen werden. Folglich könnten durch die Kooperation der Kassen finanzielle Hindernisse

für Logopäden und Patienten, die ein zusätzliches supervidiertes Heimtraining durchführen möchten, verringert werden.

In weiteren Forschungsprojekten könnten die einzelnen Aussagen und Einschätzungen der Befragten durch quantitative Erhebungen belegt bzw. genauer erfasst werden. Zum Beispiel wäre es interessant, in einer weitläufigen Fragebogenerhebung aufzudecken, wie viele Logopäden tatsächlich über das computergestützte Heimtraining informiert sind und welche Informationen vorhanden sind bzw. fehlen. Darauf aufbauend könnten dann Projekte zur Informationsverbreitung gestartet werden.

Quantitative Umfragen oder Gespräche mit den Patienten könnten darüber Aufschluss geben, welches Ausmaß der Bedarf einer solchen Methode in Österreich hat.

Literaturverzeichnis

Alsleben, B. (2003): Duden – Das große Fremdwörterbuch, Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter, 3. Aufl., Mannheim [u.a.]: Dudenverlag

Atterslander, P. (2008): Methoden der empirischen Sozialforschung, 12. Aufl., Berlin: Erich Schmidt Verlag

Bhogal, S. K., Teasell, R., Speechley, M., Albert, M. L. (2003): Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery, in: Stroke, (34): S. 987-993

Bilda, K. et al. (2008): Videogestütztes Konversationstraining in der Aphasietherapie – eine Therapiestudie, in: Forum Logopädie, 5 (22): S. 22-27

Bortz, J., Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 3. Aufl., Berlin [u.a.]: Springer

Brennan, D., Georgeadis, A., Baron, C. (2002): Telerehabilitation Tools for the Provision of Remote Speech-Language Treatment, in: Topics in Stroke Rehabilitation, 8 (4): S. 71-78

Kromrey, H. (2002): Empirische Sozialforschung, 10. Aufl., Opladen: Leske + Budrich

Mayer, H., O. (2008): Interview und schriftliche Befragung – Entwicklung, Durchführung, und Auswertung, 4. Aufl., München [u.a.]: Oldenbourg

Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung – eine Anleitung zu qualitativem Denken, 5.Aufl., Weinheim [u.a.]:Beltz

Ders. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken, 8.Aufl., Weinheim [u.a.]: Beltz Verlag

Nobis-Bosch, R., Springer, L., Radermacher, I., Huber, W. (2010): Supervidiertes Heimtraining bei Aphasie: Sprachlernen im Dialog – Eine randomisierte parallele Gruppenstudie, in: Forum Logopädie , 5 (24): S. 6-13

Radermacher, I. (2009): Einsatz computergestützter Verfahren in der Aphasietherapie – Medienpädagogische und therapeutische Aspekte, in: Sprache-Stimme-Gehör, (33): S. 166-171

Radermacher, I., Darkow, R. (2010): PC-gestützte Aphasietherapie – Ein Einblick (Power Point Präsentation), Abgerufen am 20.04.2011 von der Homepage des Universitätsklinikums Aachen unter „Aktuelle Hinweise": URL[http://www.ukaachen.de/content/folder/1019042]

Schönle. P., W., Schönle-Lorek, L., M. (2002): Teletherapie in der Neurologischen Rehabilitation, in: W. Huber (Hrsg.): Computer helfen heilen, Bad Honnef: Hippocampus, S. 147-159

Sindhuber, J. (2011): Einsatz von computergestützten Therapiemethoden bei chronischer Aphasie, unveröffentlichte Bachelorarbeit I, Studiengang Logopädie, Fachhochschule Wr. Neustadt

Sünderhauf, S., Rupp, E., Tesak, J. (2008): Supervidierte Teletherapie bei Aphasie: Erlebnisse einer BMBF-Studie, in: Forum Logopäde, 1 (22): S. 34-37

VMS Gesellschaft für therapeutische Medien mbH (o.J): Logomedien – Sprache üben in eigener Regie, Homepage abgerufen am 20.04.2011: URL [http://www.logomedien.de]

Anhang

I. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Allgemeines Inhaltsanalytisches Modell 14
Abb. 2: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse 23

II. Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
d.h.	das heißt
ebd.	ebenda
et al.	et alii
etc.	et cetera
o. J.	ohne Jahr
o. S.	ohne Seite
vgl.	vergleiche
zit. nach	zitiert nach

III. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Ergebnis der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring 34-36

IV. Interviewleitfaden

Name des Interviewpartners:_____

Ort/ Datum des Interviews:_____/_____

Interviewfragen zur Bachelorarbeit II:	
1.	**Informationsbedarf**
Sehen Sie im Bezug auf das computergestützte Heimtraining einen erhöhten Informationsbedarf? Wenn ja: a. Wer muss über die Möglichkeit des computergestützten Heimtrainings Bescheid wissen, damit dieses Verwendung findet? (z.B.: Therapeuten, Patienten, Selbsthilfegruppe, Angehörige,…) b. Wer ist Ihrer Meinung nach maßgeblich an der Informationsverbreitung beteiligt? (z.B.: Vertreter von Firmen auf Fortbildungen, Messen, Kongressen; Selbsthilfegruppen…) c. Welche Medien erachten sie als sinnvoll für die Verbreitung der Informationen? (z.B.: Poster, Radio, Fernsehen, Internet, …)	
2.	**Aus- und Fortbildung von Therapeuten**
a. Welchen Stellenwert sollte das Thema „computergestütztes Heimtraining bei chronischer Aphasie" in der Logopädie-Grundausbildung einnehmen? b. Besteht Ihrer Meinung nach ein ausreichendes Fortbildungsangebot zu den Methoden des computergestützten Heimtrainings?	
3.	**Technische Aspekte**
a. Welche Rolle spielen technische Aspekte für die Verbreitung des computergestützten Heimtrainings? (z.B.: Besitz eines Computers, Internetzugang) b. Vereinzelt sehen Heimtrainingskonzepte den Verleih von Computern zum Sprachtraining vor. Sehen Sie Probleme in der Vergabe von Leihcomputern? Wenn ja, welche?	
4.	**Finanzierung**
a. Wie kann die finanzielle Unterstützung von Patienten bei der Anschaffung der nötigen Ausstattung (Hardware, Software) für das computergestützte Heimtraining gewährleistet werden? b. Welche Möglichkeiten und Alternativen sehen sie, wenn die Krankenkassen nicht zur Finanzierung beitragen?	

5.	**Persönliche Erfahrungen und Zukunftsvision**

a. Was können Sie aus Ihrer praktischen Erfahrung über die Nutzung des computergestützten Heimtrainings erzählen?

b. Wie sehen Sie das computergestützte Heimtraining in der Zukunft?

V. Transkripte

Interview 1, Interviewpartner A

Protokoll zum Interview 1, Zeitdauer 32 min.

A: Interviewer B: Experte

A:Gut, dann würd ich sagen können wir starten. Genau, zuerst hab ich Fragen zum Informationsbedarf. Und zwar: Sehen Sie im Bezug auf das computergestützte Heimtraining einen erhöhten Informationsbedarf?

B: Ja klar, selbstverständlich. Ich sag mal bei allen Beteiligten, sowohl beim Therapeuten, als auch beim Arzt, als auch beim Patienten, als auch beim Kostenträger. Vor allem weil, aber dazu kommen wir noch später – vor allem weil allein die Begrifflichkeit ist aus meiner Sicht wichtig. Weil wenn sie nur das Wort „computergestütztes Heimtraining" verwenden, suggerieren Sie, dass da einer sitzt, der am PC Übungen macht. Vielleicht meinen Sie sogar, dass es so ist. [lacht] Das ist aus meiner Sicht nicht die richtige Vorgehensweise, sondern wenn man über computergestütztes Training spricht, sollte man im Hinterkopf behalten, dass die Patienten nicht in die Lage versetzt werden sollen, sich nur durch eine Software den Therapeuten obsolet zu machen. Das sag ich aber nicht, um den Therapeuten Honig um den Bart zu schmieren, sondern: weil wenn das so nicht stattfindet, wie ich grade gesagt hab, dass man das unter Supervision macht, gibt's keine Qualität mehr im System. Und das ist ein generelles Thema, was ganz am Anfang den beteiligten Partnern klar gemacht werden muss.

A: Also, dass das Heimtraining auch supervidiert werden muss.

B:Muss. Alles andere ist vielleicht auch ein Heimtraining, ist im Bereich – ich sag mal – engagierter Hobbyist anzusehen, mit Hobbyist mein ich, man möchte an seiner sprachlichen Fähigkeit arbeiten, aber das kann keiner und zwar was ich grade sagen will, also wenn man derartige Leistungen unter der Verordnungsfähigkeit bringen will, das geht nur wenn das supervidiert wird, weil nur dann eine Qualität gewährleistet wird. Sonst haben sie einen Therapieroboter zu Hause stehen, und das ist, also das wollen wir nicht. Also ich will's nicht.

A: Ja, und dazu hätte ich dann eine Frage: Wie sollte die Supervision Ihrer Meinung nach aussehen? Wöchentlich? Oder noch regelmäßiger?

B:Idealerweise - also wir machen das ja – idealerweise machen wir's täglich. Also wirklich, dass täglich der Therapeut schaut: was hat der Patient gemacht, was macht der, was hab ich ihm verordnet, wie sieht sein Stundenplan aus, …Wenn Sie es täglich kontrollieren, wie er sich denn – ich sag mal-in der Bewältigung der jeweiligen Aufgaben entwickelt. Man kann davon abweichen, aber das liegt nicht in meiner Hand, darüber zu befinden, sondern das muss der jeweils behandelnde Therapeut entscheiden, für wie stabil er den Patienten hält. Wenn das ein instabiler, multimorbider ist, mit – ich sag mal – einer Neigung zur Depression, ist das sicher häufiger mal zu kontrollieren, oder derjenige auch sicher häufiger einzubestellen, als das – ich sag mal – bei einer – ist zwar jetzt fachfremd für Sie – bei einer Knieoperation ist, die schon vier Wochen nach der OP recht gut ausgeheilt ist. Also da muss man schon wirklich drauf achten, was hat denn der, was für ein Patient ist denn das.

A: Und, mal angenommen, die Supervision ist gegeben. Wie stellen Sie sich die Informationsverbreitung der Methoden des computergestützten Heimtrainings vor? Wer ist, Ihrer Meinung nach, maßgeblich daran beteiligt, diese Informationen weiterzugeben?

B. Dass man Teletherapie machen kann-generell? Das können Sie nur über – das hört sich so ein bisschen platt an – aber da müssen Sie alle Ebenen informieren. Das heißt, Sie müssen die Therapeuten darüber informieren – noch besser als informieren ist „ausbilden", das heißt Ausbildungsmaßnahmen anbieten, wie ich mich zum Teletherapeuten entwickeln kann. Sie müssen die Ärzteschaft darüber informieren, dass es neben diesen – ich kenn jetzt die Verhältnisse in Österreich nicht, aber in Deutschland ist es so, dass man klassischerweise ein Zehner-zwanziger-Rezept kriegt. Dass man die Ärzteschaft darüber informieren muss: aha, Freunde, es gibt jetzt auch intensive Therapie, wo man Aphasiker sehr viel besser auf trainieren kann, als man das bisher konnte. Sie müssen natürlich Selbsthilfegruppen informieren, …die Politik, wobei die Politik – muss ich dazu sagen – die kann sich eigentlich in dieser telemedizinischen Versorgung eher, ich sag mal in der Sonne der Telemedizin…ähm.. aalen, hätt ich fast gesagt [lacht] … Aber die wichtigen sind die Therapeuten, die Ärzte, die Kostenträger, Selbsthilfegruppen – hab ich glaub ich schon gesagt - auch ein wichtiger Punkt, weil grad im Bereich Sprachtherapie – wenn's auch nur, ich sag mal eine recht kleine Zielgruppe ist wie beispielsweise bei den Aphasikern, da wird viel in Selbsthilfegruppen getan, weil die

natürlich ein unheimliches Bedürfnis, auch ein lang anhaltendes Bedürfnis, ich sag mal an ihrer Wiederherstellung der verlorengegangenen Fähigkeiten zu arbeiten. Das ist beim Aphasiker viel schlimmer, als zum Beispiel bei einem orthopädischen Patienten, sogar schlimmer als in der Kardiologie, würd ich jetzt mal sagen.

A: Und Sie haben gerade den Begriff „Teletherapie" verwendet, meinen Sie da das supervidierte Heimtraining?

B:Ja genau, die Begrifflichkeiten, die wir hier verwenden, oder die wir auch geprägt haben, ist eben „Teletherapie" – weil das die Sache ganz gut trifft. So „computergestütztes Heimtraining" würde ich nicht verwenden – das bringt die Sache eher in so ein negatives Licht. Das ist meine Meinung.

A: Weil Sie meinen, dass es dann so aussieht, als würde der Patient nur alleine zu Hause üben.

B:Richtig, der ist dann alleine gelassen… Das was wir hier machen, ich sag mal, wir machen das ja schon seit zehn Jahren, das soll jetzt nicht heißen, dass wir total vollkritisch sind, sondern wir haben eher die Erfahrung gemacht: Wir haben anfangs wirklich mit der Begrifflichkeit begonnen, die Sie verwenden, nämlich, wir haben Computer hingestellt, die die Patienten bedienen konnten um Heimtraining zu machen. Heute sind das abgeschlossene Geräte, da steckt sicher Computertechnik drin, wie heut in fast allem Computertechnik drin steckt. Aber da muss kein Patient anfangen, Windows zu starten, Passwörter einzugeben, derartige Dinge zu tun, sondern der muss so ein Teil einfach, fast intuitiv bedienen können. UND, ist auch wichtig, er muss vorher beim Therapeuten gelernt haben, damit umzugehen. Sie können dem nicht irgendein Ding nach Hause stellen und sagen so nach dem Motto „Friss oder stirb", das wird der nicht annehmen.

A:Ja, das muss vorher dem Patienten näher gebracht werden. Aber weil Sie gerade sagen, das ist ein computergestütztes Eingabegerät. Da kommen wir gleich zu den technischen Aspekten. Welche Rolle spielen die technischen Aspekte, Ihrer Meinung nach, für die Verbreitung, dass es mehr Patienten…[Unterbrechung von B]

B:Einfachheit. Nur die Einfachheit. Das muss einfach und sicher sein. Sie dürfen den älteren, also ich will jetzt nicht auf ältere ab…, es geht generell um den Patienten, der ist … Also ich mach's mal anders rum. Wenn wir Geräte nach Hause geben… Oder bei uns ist das ja so: die landen erst bei uns im Therapiezentrum oder in der Klinik. Dann geben wir die Geräte mit nach Hause. Alles was der Patient heute tun können darf ist, einen einzigen Stecker in die Steckdose zu stecken. Und das ist der Stromstecker. Jede weitere Aktivität, die ich von dem erwarte, technischer Natur, ist zu viel erwartet.

A: Aber es setzt natürlich voraus, dass der Patient, ahm…Nagut, Internet muss er bei Ihnen nicht haben, haben Sie gemeint, gell…

B: Der muss gar nichts. Wenn Ihre Mutter oder ich weiß nicht, ob Sie eine Oma haben. Wahrscheinlich, keine Ahnung wie alt Sie sind, das spielt jetzt mal gar keine Rolle. Wenn Sie Ihre Oma bei uns ins Therapiezentrum setzen, braucht die eine halbe Stunde, um nach der therapeutischen Anweisung mit diesem Gerät umgehen zu können. Und wenn Ihre Oma noch nie PC oder Internet gemacht hat, dauert das genauso lange. Und das ist die Kunst, ich sag mal, das ist keine technische Herausforderung, oder vielleicht auch doch, die aber eigentlich genau andersrum ist, als wir das typischerweise haben. Normalerweise sind die Technologen ja geneigt, die Dinge extrem kompliziert und komfortabel in allen möglichen Richtungen zu entwickeln. Die Anforderung, die wir hier haben, ist genau andersrum. Die Anforderung ist: so einfach wie möglich zu arbeiten. Mögliche Fehlbedienmöglichkeiten ausschließen.

A: Und gibt es.. Sie verleihen ja diese Computer an die Patienten. Sehen Sie da Probleme in der Vergabe von Leihcomputern?

B: Nein, mittlerweile.. Anfangs hatten wir Probleme, mittlerweile überhaupt nicht mehr. Warum nicht? Wir haben, mittlerweile haben wir das so organisiert, dass erstens, wir sagen auch gar nicht mehr „Computer" dazu, sondern die Dinger heißen „EvoLino". Das ist auch kein PC, sondern das ist ein Gerät, das ist ziemlich teuer sogar, also teuer heißt, sagen wir mal, so übern Daumen um die 300.000 Euro. Den können Sie auch mal vom Tisch schmeißen, dann geht er nicht kaputt, der hat ordentliche Lautsprecher drin, für die Sprachtherapie wichtig, zweitens ist das ein Touchscreen, drittens ein Blechgehäuse, viertens hat er ein Handy hinten drin. Und da läuft eben, ich sag mal EvoCare drauf, wie so eine Art Betriebssystem, um das extrem einfach handhabbar zu machen. Was die, was die Logistik, oder was die Frage angeht, äh, haben wir so einen Prozess etabliert, der da heißt wir haben einen Bring-, also einen Liefer- und Abholservice. Das heißt die Patienten müssen da auch keine eigenen Kleberschienen mehr draufkleben, oder sonst irgendwas machen. Die kriegen das Ding geliefert, und das wird auch wieder abgeholt. Die müssen sich eigentlich, um gar nichts kümmern als, wie gesagt, den Stecker müssen sie noch reinstecken können und der Rest geht dann wie in der Klinik gelernt.

A:Gut. Und das führt uns auch zur Finanzierung. Wie kann die finanzielle Unterstützung von Patienten gewährleistet werden, wenn sie sich selbst einen Computer anschaffen müssen. Im Falle, dass sie zum Beispiel nicht bei Ihnen in Therapie sind und einen EvoLino bekommen?

B: Mm, ja da haben sie Pech gehabt. Ich sag das mal so frech. Ähm, wir verkaufen das nämlich nicht. Oder EvoCare ist nicht verkäuflich. Wir verkaufen auch keine

Software, sondern wir halten wirklich streng an dem Supervisionsprinzip fest. Die Geräte kann sich der Patient leihen, der kann sich keine Software kaufen. Weil, wenn er sich unsere Software kaufen könnte, dann würden wir ja dieses Supervisionsprinzip durchbrechen. Und das wollen wir nicht. Das haben wir zwar mal gemacht, das ist aber kontraproduktiv. Und da geht wirklich die Qualität verloren. Das heißt, also in Deutschland ist es so, die Patienten können das nutzen, erstens wenn's verordnet wird, zweitens wenn sie in der richtigen Klinik waren, also die EvoCare verwenden, und drittens wenn sie es selber zahlen im Sinne von… äh die kaufen aber keine Technik, sondern die kaufen, also der Patient zahlt letztlich seine therapeutische Behandlung. Wenn der Therapeut sagt, EvoCare würde ihm besonders gut helfen, dann kann er das im Rahmen seiner normalen Therapie erhalten. Fertig.

A: Sie meinen, dann kann er das Programm schon erwerben, bei Ihnen? Hab ich das richtig verstanden?

B: Nein.

A: Wenn der Therapeut sagt, EvoCare würde ihm nutzen,…

B: Ja klar, aber auch die Praxis kauft das nicht, die stellen das zur Verfügung.

A: Alles klar, ja.

B: Aber die, ich sag mal, die Basiskonzeption von EvoCare-Software , Hardware, Logistik, Konzept, Funk, der ganze Kram der dazu gehört, der wird nicht… das ist wie ein SAP-System. SAP kann man auch nicht kaufen, das kann man installieren und verwenden. So ist das mit EvoCare auch, das kann man installieren und verwenden, also installieren auf den Geräten, die wir liefern, und verwenden. Das wird aber nicht gekauft sondern einfach nur verwendet und dafür werden entsprechende Gebühren abgeführt. Beispielsweise von der Klinik an uns. Die Klinik verrechnet an die Patienten dann die üblichen Kostensätze, die im Rahmen der Verordnung dann gezahlt werden.

A: Ok. Und, jetzt wollte ich fragen: Welche Möglichkeiten gibt es, wenn die Krankenkassen nicht zur Finanzierung beitragen?

B: Selbst zahlen.

A: selbst zahlen.

B: Ja, ist doch so. Gibt leider keine andere Möglichkeit. [lacht]

A: Ahm, was die Therapeuten betrifft…

B: Ja Moment, also Entschuldigung. Ich glaub ich hab verstanden, was Sie eigentlich fragen? Weil was Sie grad gefragt haben ist, muss ich als Therapeut die Kasse fragen, ob ich's machen darf?

A: Ahm…

B: Und die Antwort da drauf ist, müssen Sie nicht. Warum nicht? Wenn Sie einen aphasischen, ich nehm immer dieses klassische Beispiel Aphasiker. Wenn Sie einen Aphasiker behandeln, oder ein Kind, dann machen Sie mit dem Kind Übungen, oder mit dem Aphasiker auch Übungen. Beispielsweise Karten aufdecken, um Wortfindungsprobleme stückweise neu zu trainieren. Dafür nutzen Sie ein System, ein Kartenspiel von irgendeiner Firma, ist ja mal egal. Da fragen Sie ja nicht vorher die Kassen, darf ich das, darf ich die Karten verwenden. Oft sind das auch selbst angefertigte Therapiematerialien, die sie verwenden. So. Ob Sie jetzt die Karten verwenden, oder EvoCare verwenden, hat nicht die Kasse zu entscheiden. Das stell ich immer wieder fest, dass da die Therapeuten Angst haben und dann die Kassen fragen, ob sie es machen dürfen. Das ist Ihre Kompetenz, das zu entscheiden. Wenn Sie sagen, der Patient ist mit EvoCare, anstelle von einem Kartenspiel, oder additiv zu einem Kartenspiel besser versorgt, und ich krieg den schneller auf ein funktionell höheres Niveau, dann ist das Ihre Entscheidung, das können Sie machen. Die Kasse darüber zu informieren, das führt nur deswegen zu Problemen, weil bei der Kasse eben keine Logopäden sitzen, die haben keinen Plan von der Sache. Bei der Kasse kommt dann nämlich nur an, und jetzt verstehen Sie vielleicht, warum ich auf die computergestützte Sache abfahr… Ähm, wenn Sie der Kasse sagen, ich würd was Computergestütztes gerne machen, dann geht für die ein ganz anderer Film los. Dann geht für die der Film los: jetzt machen die PC-Therapie und wollen die abrechnen. Und das ist falsch. Das heißt, die Argumentation, die ich führe heißt: Supervision ist die oberste Direktive. Sie haben zu entscheiden, was der Patient, was für den Patienten am besten ist – wenn das die Kartensache ist, okay – wenn‘s EvoCare ist, ist‘s auch okay – wenn‘s eine Kombination ist, ist es noch besser. Und dann haben Sie nicht diese Kassen-Diskussion, nämlich ist das denn zugelassen, ist das ein Heilverfahren, oder was auch immer. Sondern, das ist die Verwendung desselben Therapiematerials in einer, sagen wir mal, moderneren Form.

A: Ja, alles klar. Das, das leuchtet mir ein, dass man einfach diese Methode verwendet. Und, ähm, was generell computergestütztes Therapieren betrifft: Welchen Stellenwert sollte das, Ihrer Meinung nach, in der Logopädie-Grundausbildung einnehmen? Grundsätzlich dieses Thema..

B: …Da muss ich mal kurz drüber nachdenken…grundsätzlich in der Logopädie..Also grundsätzlich sollte, aber erst mal grundsätzlich…da bin ich wirklich davon überzeugt – ich arbeite ja auch mit Logo-Schulen zusammen, oder versuch das immer wieder.

…äh, sollte es ein Bestand der Ausbildung sein. Zumindest, die Differenzierung zu lernen, die ich grad versucht hab zu erklären. Also man muss und das halt ich sogar für mehr als wesentlich. Man muss verstehen dass, ich sag mal, so ein Computer gut sein kann und böse. Die Frage ist, wie man ihn einsetzt. Wenn man derartige Geräte, ich sag mal nach dem,[lacht]-da kommt der Geschäftsmann durch, nach dem EvoCare-Prinzip einsetzt, das heißt SUPERVISION, dann ist das ein..ein Segen. Warum? Weil, der Therapeut Herr des Geschehens ist. Wenn Sie einen Computer einsetzten, auf dem Sie eine Sprachsoftware installieren um dem Patienten zu zeigen, was er da machen soll, dann ist das – aus meiner Sicht – ein Fluch. Weil dem Therapeuten die Interventionsmöglichkeit verwehrt bleibt. Ich geh noch einen Schritt weiter, wenn das von Therap…– ich weiß, dass das viele Therapeuten in Deutschland so machen – einfach irgendeine Software installieren, weil die halt billig ist und dann irgendwelche Übungen mit dem Patienten machen, oder dem Patienten sogar empfehlen, sich die Software zu kaufen um zu Hause weitermachen zu können, das ist ein Weg. Ich weiß aber auch, dass Kassen, wenn die sowas sehen, [lacht] besonders entzückt sind, weil die kommen ja dann zum Beispiel auf die blöde Idee zu sagen „Naja, wenn die sowieso eine Software empfehlen, da können wir uns auch die 10er oder 30er-Rezepte sparen, dann kann der Patient das zu Hause machen". Das mein ich durchaus ernst. Also mit Fluch oder Segen mein ich Folgendes, es gibt zwei Wege in die Zukunft und das gehört in die Ausbildung, wie auch in die Politik. Äh, erstens: Supervision als oberstes Prinzip zu leben, das ist bei Ärzten Gang und Gebe, da kommt keiner auf die Idee, das….Bei Therapeuten, hab ich den Eindruck, verstehen das noch nicht alle Therapeuten oder haben sich in der Tiefe noch keine Gedanken darüber gemacht, was es für Auswirkungen hat. Berufspolitisch, würd ich sagen, muss das unbedingt in die Ausbildung und auch in die Rahmen-Richtlinien, dass WENN Teletherapie, oder in Ihrem Fall computergestützte Therapie gemacht wird, dass das immer nur supervidiert sein darf. Äh, und die andere Sache, ich sag mal, zur Kenntnis genommen wird.

A: Alles klar, ok.

B: Sie verstehen, was ich damit meine.

A: Ja. Und was jetzt die Fortbildungen betrifft, besteht Ihrer Meinung nach ein ausreichendes Angebot?

B: Nein. Es gibt keines. Es gibt eines, was hier in Deutschland aber erst in Prüfung ist, und das weiß ich auch nur, weil ich natürlich an vorderster Front da mitkämpfe. Also eine Ausbildung zum Teletherapeuten im Rahmen der Weiterbildung, in Deutschland gibt's so ein Punktesystem für Therapeuten – egal welcher Couleur, also Ergo, Logo, Physio- und da gibt's die ersten Ansätze, und das ist grad in der Genehmigung bei der AOK, äh.. so ein Teletherapie-Weiterbildungs-Konzept zu machen.

A: Und das kann jeder Therapeut machen, also für jede Sparte gibt's dann eine eigene Ausbildung?

B: Ja, das kann jeder Therapeut machen, richtig. Wir haben, äh, ich weiß Logo und Ergo ist in Vorbereitung, bei Physio weiß ich nicht genau, wie weit die da schon sind. Müsst ich nachfragen.

A: Interessant.

B: Das ist aber, ich sag's Ihnen, ich hab mit so vielen Logo-Schulen gesprochen, auch mit dem Bundes…, also hier mit dem DBL in Deutschland. Und äh, wenn Sie, ich mach's mal wirklich sehr ketzerisch: der DBL selber empfiehlt Sprachtherapiesoftware.

A: Ja…

B:… die ähm, von ähm, ich sag mal, Mitgliedern des, der Geschäftsleitung, oder damals war das, das ist schon ein paar Jahre her, im Unternehmen nebenbei mitgemacht wird. Äh, die mit Supervision nichts zu tun hat. Und sowas finde ich immer besonders amüsant, zu zu schauen, dass sowas gemacht wird. Ich hab das aber noch nicht geschafft, die Gedanken, die ich Ihnen da rüber bringe, auch den Therapeuten klar zu machen.

A: Wo wir wieder bei der Informationsverbreitung wären [lacht]…genau. Ähm, und zu Ihren persönlichen Erfahrungen, noch zum Schluss, was können Sie über die Nutzung erzählen? Und wie sehen Sie das Heimtraining in der Zukunft?

B: Also ich glaube, und ich hätt schon fast gesagt, ich weiß, dass wir…diese diese, ja, Heimtrainingsmöglichkeiten immer mehr nutzen werden. Ähm, aus verschiedenen Gründen. Zum einen, und ich spring jetzt auch mal so ein bisschen durch die Fachbereiche… Ich mach mal ein ganz anderes Beispiel, machen wir mal die Kardiologie. Das ist, das haben wir auch grade in Österreich vor. In der Kardiologie ist es oft so, dass Sie unmittelbar nach einer Reha, wenn Sie entlassen sind, hatten eine Herz-OP, oder einen Infarkt oder sind sonst mit Medikamenten entsprechend eingestellt, hat der Patient Angst, ähm, zu trainieren, ich sag das einmal so platt. Warum? Weil er nicht genau weiß, macht er es richtig oder falsch. Er ist auch nicht mehr in der Klinik, hat auch keine ärztliche Führung mehr, da ist kein Therapeut, der mit dem die Treppen rauf und runter rennt, das machen die am Anfang. Da ist er allein gelassen. Das heißt diese Patienten sind wirklich dankbar, wenn sie über irgendeine Teletherapie verfügen können, die ihnen die Sicherheit gibt, dass sie jetzt keinen totalen Kokolores anstellen. Ein anderes Beispiel sind natürlich Ihr, oder eins

Ihrer Hauptklientel, nämlich Aphasiker, die ich sag mal, für Monate und Jahre immer wieder sowohl kognitives, als auch Sprachtraining machen müssen, damit sie immer mehr ein Stück besser werden, oder zumindest mal konstant bleiben. Die können ja nicht ihr halbes Leben in der Klinik sitzen, die müssen einfach Heimtraining machen. Das ist nur mal die Sicht der Patienten. Aus Sicht der Kostenträger haben wir in Deutschland zumindest jetzt mal, ich würd mal sagen, ein gutes Stück geschafft, ähm…weil ja unmittelbar nach der Reha haben wir in Deutschland so ein Reha-Loch, das wissen Sie vielleicht. Das heißt,… Kennen Sie das?

A: Nein, ich weiß jetzt nicht genau was Sie meinen.

B: Also ok, wenn die in der Reha-Klinik…aus der Reha-Klinik entlassen werden, dann braucht das in Deutschland, ich sag mal, so 8 Wochen, bis sie in die ambulante Versorgung kommen. Das heißt, also Versorgung heißt, bis sie einen Hausarzt sehen, der ihnen ein Logo-Rezept aufschreiben kann.

A: Alles klar.

B: So, das heißt in den 8 Wochen kriegen sie keine Versorgung. Das hat verschiedene Gründe: Entlassungsbericht-Erstellung, Arzttermin bekommen und so weiter. Das sind immer so 4-8 Wochen. Und was die Rentenversicherung - das ist das Pendant zur BVA bei Ihnen - jetzt hier entschieden hat, ist: okay, wir machen Teletherapie, zu Hause. Ich hab mich verpflichtet, die Patienten innerhalb von 3 Tagen nach Entlassung zu Hause weiter zu versorgen, und dann versorgen wir die 4 Wochen, unter Telesupervision. Und zwar so lange, bis der zum Arzt kommt. Das heißt, der ist in dieser Lücke, das heißt in Deutschland Reha-Loch, … diese Versorgungslücke wird ausgeglichen. Was hat die Rentenversicherung davon? Wir vermeiden dadurch Frühberentungen. Wir bringen die Leute wieder schneller an den Arbeitsplatz. Und das hilft dem Sozialsystem, und das ist, oder war der Rentenversicherung genug wert, um das Ganze zu bezahlen.

A: Das klingt wirklich gut.

B: Ja, ich fühl mich auch gut dabei. [lacht]

A: Gut, wir wären fast am Ende des Interviews angekommen. Eine Frage hab ich noch, die hab ich vorher vergessen zu stellen, und zwar: Welche Medien kämen für Sie in Frage für die Verbreitung dieser Informationen?

B: Das kommt drauf an in welchem Stadium man sich befindet. Wenn man jetzt, ich sag mal, so ein Projekt macht, das von der Staatsregierung begleitet wird, dann ist das Fernsehen bestimmt das richtige. Aber, ähm da geht's um Versorgungskonzepte. Sie interessiert ja eher, in welche Medien muss das rein, um Teletherapie für die Anwendung im Kreise der Logopäden bekannt zu machen? Ähm, das sind die Logoschulen, das sind die Fachzeitschriften, das sind die Fachverbände… Damit…äh, der wesentliche Informationsträger sind tatsächlich die Therapeuten. Da muss es bekannt sein, noch nicht einmal unbedingt die Ärzte. Kommt drauf an, wie das in Österreich strukturiert ist, das ist in jedem Land ein bisschen anders. In Holland ist zum Beispiel so, dass da die Therapeuten den Ärzten empfehlen, was sie tun sollen. Das ist kein Witz, das ist wirklich so…

A: lacht..

B: Ja, jaja! Ich hatte gerade eine holländische Delegation hier von zehn Therapeuten, Logo, Ergo, Physio, die sich Teletherapie angeguckt haben. Ähm, und die waren eigentlich eher so ein bisschen erschrocken darüber, wie das in Deutschland läuft, nämlich dass der Arzt sagt „Mach mal Therapie" und der Therapeut fängt dann an. Da ist es umgekehrt. Da gehen die Patienten zum Therapeuten – der guckt und sagt, das wär das richtige für dich. Der geht dann zum Arzt und der Arzt verordnet das. Das ist doch verrückt, also ich find's GUT. Aber..ähm… Jaja, das ist wirklich gut, die haben einen ganz anderen Stellenwert da. Ist ja auch übrigens..ähm.. ich glaub Sie sind an, an einer Fachhochschule..

A: Ja..

B: Ja, es gibt ja in, in… es gibt ja klinische Linguisten in Deutschland, aber die therapeutischen Berufe sind in Holland deutlich besser akademisiert, als in Deutschland. Ich hab selber sogar eine holländische Logopädin bei mir.

A: Wirklich…

B: Jaja,… Aber gut, Sie haben gefragt, wo wird's verbreitet.. Ähm die klassischen Instrumentarien sind die, die die Logopädin liest… UND: Schule. Also das gehört für mich dazu. Das in die Ausbildung zu bringen ist eine wichtige Herausforderung.

A: Und das würden Sie eher über Zeitschriften, wie Sie gesagt haben, verbreiten…

B: Zeitschriften… Ja wie geht das bei den Logopäden? Entweder im Rahmen des Studiums, oder der Ausbildung, oder die Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, Mundpropaganda oder Weiterbildung. Das sind hier so die Informationsmedien.

A: Genau, aber wenn jetzt auch die Selbsthilfegruppen, Aphasiker, Patienten vielleicht informiert werden sollten, ähm, würden Sie da andere Medien verwenden?

B: Jaja, doch das passt doch. Aber Sie müssen in beides gehen. Das ist eben das Problem. Machen wir mal ein Fallbeispiel. Angenommen Sie haben einen Aphasiker, der sagt, ich hab was von Teletherapie gehört. Da geht er dann in seine Selbsthilfegruppe und fragt, ob die schon einmal was davon gehört haben. Dann sagen die, das haben wir schon mal gehört. Wen fragen wir da? Nicht? Weil die

fragen immer zuerst einen Fachmann. Ein Fachmann ist ähm, entweder ein Sprachtherapeut oder /und ein Arzt, ein Neurologe. So, dann gehen die zum nächsten Therapeuten und sagen, hast du schon mal was davon gehört? Dann sagt der Therapeut vielleicht „brauchst du nicht". Dann ist das Thema durch. Naja, aber Sie müssen auf beiden Informationsfronten arbeiten, damit so ein Ding bekannt wird.

A: Das heißt, Sie würden eher Mundpropaganda sagen und nicht jetzt groß öffentlich verbreiten, was jetzt Fernsehen, Radio, Internet betrifft.

B: Nein, ist auch glaub ich verboten, oder? In Deutschland.

A: Nein, also keine Werbung…

B:Also ich kann nicht in Deutschland hingehen und sagen „kommt zum Hein und macht die Teletherapie von EvoCare!" [lacht]..das geht nicht.

A: …also die Information, dass es so etwas gibt.

B: Die Information, dass es sowas gibt in Fach-, ähm, in Fachzeitungen – Sie brauchen natürlich auch die entsprechenden Studien dafür, wissenschaftliche Berichte , und ein paar Professoren, die sagen das ist super. Äh, das haben wir ja, zumindest in Deutschland, das muss man in anderen Ländern ja auch machen, so wie jedes Land seine eigenen, ähm, ich sag mal, Meinungsbildner hat. Damit man mit dem Finger darauf verweisen kann und sagen, guck mal hier, der Professor XY oder wer auch immer, der hat das auch für gut befunden. Ähm, und dann können Sie so stückweise weiterarbeiten. Das ist übrigens auch ein Fehler, den ich gemacht habe. Weil wir machen das ja, also ich versuch oder kämpfe darum seit, sagen wir mal, gut zehn Jahren. Wir haben aber quasi überhaupt keine Werbung im klassischen Sinne gemacht, so wie die Anzeigenschaltung in Fachzeitschriften oder was auch immer. Aber das war auch schwierig, oder ist auch heut noch schwierig, weil, sagen wir mal, wir verdienen nicht so viel Geld, dass man da so viel Werbung machen kann.

A: Gut, soweit wär ich mit meinen Fragen durch. Ich danke Ihnen sehr für dieses informative Gespräch. Ich wünsche Ihnen Alles Gute und sag mal Danke für das Interview.

B: Ja, ich Ihnen ebenso. Es wär nett, wenn Sie mir Ihre Arbeit zukommen lassen würden.

A: Ja, das kann ich machen.

B: Die würd ich gern mal durchblättern.

A: Gut.

B: Vielen Dank und viel Erfolg.

Interview 2, Interviewpartner B

Protokoll zu Interview 2, Zeitdauer 36 min.

A. Interviewer , B: Experte (Interviewpartner B)

A: Wir können starten. Gut. Ich komm gleich zur ersten Frage. Sehen Sie im Bezug auf das computergestützte Heimtraining einen erhöhten Informationsbedarf?

B: Auf jeden Fall. Aber man muss von vorn herein sagen: der Grund, warum das computergestützte Heimtraining nicht so populär ist, auch in Österreich, ist, ich glaub viele Kolleginnen von Ihnen unterstützen das nicht. Weil, jedes Mal, wenn ein Artikel erscheint, auch wenn es nicht richtig zitiert ist… die denken schon, wir wollen die logopädische Mensch-zu-Mensch Betreuung aus dem Weg räumen. Und ich würde sagen, da auf der Basis müssen die anfangen, das zu akzeptieren, dass es kein Ersatz ist, für diese Art von Therapie, Person-zu-Person, sondern sie müssen das wirklich sehen, wenn sie eine Person nur einmal in der Woche dran nehmen können, für halbe Stunde bis 50 min., dass das keine Therapie ist. Und wenn die Patienten mehr brauchen, auch wenn sie vielleicht, zweimal in der Woche zu einem Therapeuten gehen, es ist eigentlich nur von Vorteil ist, wenn die Kollegen das unterstützen würden. Und ich glaub nicht, dass das in vielen Logopädie-Praxen an die große Glocke gehängt wird „Sie können Heimtraining mit dem Computer machen". Es ist aus Angst, dass sie Kundschaften verlieren. Da müsste man an der Basis im Verband…

A:… und Sie meinen da müsste man informieren, dass es ja trotzdem immer einen Therapeuten braucht?

B: Ich würde sagen, und das ist das, was ich immer sage, egal welche Frage Sie jetzt auch stellen werden, im Bezug auf computergestütztes Sprachtraining, dass es nie, nie allein zu sehen ist. Es ist wirklich nur für Patienten, die vielleicht nicht mehr die Möglichkeit haben, zu einem Sprachtherapeuten zu gehen, dass sie trotzdem was machen können. Weil es eigentlich von der Krankenkasse nicht mehr bewilligt wird, chronische Patienten… Ich mein, in Österreich sind wir noch nicht so weit, in Deutschland sind sie schon so weit. Aber, es ist immer eigentlich ein Zusatz. Es kann kein Ersatz sein, das ist das Problem, dass das nicht verstanden wird. Es wird immer gedacht, sobald man das in den Mund nimmt „Ah, die wollen die Therapeuten eigentlich nicht mehr mit den Patienten arbeiten lassen, es soll eine Maschine hingestellt werden." Blödsinn. Es kann nur wirklich miteinander, als Ergänzung zu dem, was man bekommen hat, oder überhaupt wenn sie gar nichts bekommen, eigentlich als eine Möglichkeit, dass diese Menschen versorgt sind. Weil es herrscht sowieso eine Unterversorgung bei den Schlaganfall-Patienten, auch wenn Wartelisten von sechs bis zwölf Monaten sind – `tschuldigung… sollten sie trotzdem dazwischen was machen können – das nimmt niemandem was weg… Ok, das wollt ich im Vorfeld sagen, okay.

A:Ja, und ahm, das haben wir eigentlich eh jetzt gerade angeschnitten: wer muss dann informiert werden?

B:Ja, ich würde sagen, wenn es um Informationen geht, sicher ist das Herz der Informationsverbreitung in diesem Bereich die Verbände. Die müssten eigentlich sehr auf dem Laufenden sein, und es müssten Personen sein, die einen Überblick haben, was zur Verfügung steht, für welche Art von Störungen, sowie auch ein Verzeichnis vorliegt, welche Logopädinnen sind für Kinder zuständig, oder für Stimmtherapie oder für Aphasietherapie. Das müsste auch in die Programme, es sind bestimmte Programme, die mehr für Kinder sein werden und mehr für Erwachsene. Aber es sollte schon eine Stelle sein, die sich gut auskennt. Und nicht die Firmen. Ich mein, die Firmen wollen verkaufen, was sie haben, das ist klar. Und die sind sicher wahrscheinlich besser informiert, darüber was es gibt und wofür die Programme geeignet sind. Weil die wollen Marktlücken füllen. Und das ist auch klar.

A: Also sehen Sie dann einen Informationsbedarf bei den Verbänden?

B: Ja schon. Ich kann, ich möchte nicht so kritisch sein, aber ich weiß nicht ob sie das haben. Da müssten Sie dann nachfragen, und schauen ob sie das haben…ich hab sicher keine Kontakte zu denen.

A: Aber es wär mal wichtig, dass an dieser Stelle informiert wird…

B: Ja auf jeden Fall. So wenn jemand anruft und fragt, wo es niedergelassene Logopädinnen gibt, und welche Programme gibt es als Zusatz zu der logopädischen Betreuung. Das wäre dann logisch, dass die das können oder? Weil die müssen wissen, was es da gibt. Und sie müssen es wissen, in dem Sinne, dass sie auch besser beurteilen können, ahm, ob das auch gut ist. Weil manche, es kommen sehr viele Programme wahrscheinlich auf den Markt, in der Zukunft - weil das ist etwas, was sich gut verkauft – die aber nicht geeignet sind. Und das sind dann die anderen Fragen, im Sinne von „usability" und „aphasia friendly" und so weiter, diese Schlagwörter… Aber ich glaub schon, dass die die Programme kennen, oder irgendwer, weil ich schon annehme, dass es bei DBL sicher ein Gremium gibt, das sich mit dieser Thematik auseinander setzt. Das wäre zum Beispiel eine Möglichkeit, an die DBL zu schreiben in Deutschland und zu fragen, gibt es extra eine Abteilung, wo sie sich auseinander setzen mit Programmen, die

geeignet wären für Aphasiker. Oder für Kinder, oder für was. Tun Sie das begutachten, in dem Sinne? Und Deutschland ist sicher viel geeigneter, das zu tun, weil sie viel größer sind, einfach. In Österreich ist es klein, aber trotzdem…es gibt genügend Patienten, die etwas machen möchten.

A: Also das…hauptsächlich sagen Sie, sollen die Verbände Bescheid wissen und informiert sein und dann…

B: Ja dann, dann sind sie bereit, wenn Anrufe kommen. Oder wenn sie es auf ihrer Webseite haben, dass man sie bei Fragen kontaktieren kann, dann müsste jemand am anderen Ende sein, der die Fragen adäquat beantworten kann. Also, ich glaube es erfolgt jetzt sehr viel über Internet, eben mit Frage-Antwort.

A: Das ist also die erste Stelle sagen sie…

B: Ich denke schon, weil, wie gesagt, also die Firmen werben das im eigenen Interesse aber das heißt nicht allgemein im, wenn es ein gutes Programm ist, das geht Hand in Hand, dann ist es eine Überlappung da. Ok, aber da würde ich sagen, dass es da.. eh sehr gut ist… bestimmte Firmen werden sicher Logopädinnen haben, die die Programme auch mit adaptieren oder schreiben oder..

A: Und das Verbreiten dieser Informationen, wer ist hier maßgeblich beteiligt, Ihrer Meinung nach?

B: Maßgeblich, … Also ich würde sagen, also die Ausstellungen bei den Fachtagungen. Besonders bei DBL, die haben wirklich gute Stände dort, und die sind immer gut besucht… Bei Linguadapt, andere Programme,… da sind die Leute vor Ort um die Fragen zu beantworten und die Demonstrationen zu geben, von den Programmen, wie sie funktionieren und so weiter. Und da setzen sie sehr viel um bei diesen Tagungen, zum Beispiel in Deutschland. Und ich glaub in Deutschland wird auch von jedem Bundesland wird auch die Tagung gegeben.

A: Das ist so, wo man jetzt Informationen her bekommt. Und generell, damit mehr Therapeuten und damit mehr darüber bekannt wird,…

B: Ich weiß jetzt nicht, ob auch Workshops angeboten werden. Es kann sein, …da müsste man extra bei DBL, oder Prolog schauen, ob Seminare jetzt genau zu computergestützter Aphasietherapie gibt. Das weiß ich nicht, das hab ich jetzt länger nicht nachgeschaut. Also ich nehme an, dass wenn es ein neues Programm gibt, versuchen die Leute auch Workshops darüber anzubieten. Würd ich denken. Also ich würde das jetzt bei uns, wenn wir fertig werden, dass es wirklich reif ist für den Markt, würde ich dann schon sagen, dass wir das machen müssen.

A: Ja aber, ich meinte ahm, generell, dass man weiß, dass es computergestütztes Heimtraining gibt. Wer sollte das verbreiten?

B: Ja, ok. Wenn man ein Glück hat, dann wird jemand das in einem Zeitungsartikel aufgreifen, oder in einem kurzen Beitrag im Fernsehen. Das wär das optimale natürlich. Aber das ist sehr schwer, dass das aufgegriffen wird. Und ahm, ja ich würde sagen, auf den verschiedenen Homepages. Zum Beispiel vom Verband, dass das eben, dass das Thema angeschnitten werden sollte…aktuelle Themen… und genau die Fragen, die Sie gestellt haben. Für welche Personen ist das geeignet und was sollte man beachten, wenn man Programme anschaffen möchte? Was sind die Grundbedingungen, die erfüllt werden müssen, dass jemand das kauft. Weil viele, ..nicht viele wir haben nicht so viele in unserer Gruppe….einige Patienten wollten gleich los ein Programm kaufen. Wir sagen immer: schauen Sie das Programm hier an. Wenn es Ihnen wirklich zusagt. Weil sie kaufen das, und sie machen, sie nehmen es zwei- oder dreimal durch und dann kommen sie drauf, das ist eigentlich nicht das, was sie wollen, dann…das ist viel Geld, das ist viel Geld.

A: Ja,… Ahm, da wären wir eh gleich beim Finanziellen. Ahm, wenn das zum Beispiel so der Fall ist. Wie kann die finanzielle Unterstützung gewährleistet werden für Patienten, wenn sie sich jetzt zum Beispiel die Hardware anschaffen müssen, also den Computer und die Software?.

B: Ja, ich würde sagen dass es, jetzt für die, besonders für die jüngeren Menschen, sagen wir, 50 bis 60, ahm, ist es sehr, sehr häufig, dass ein Computer in jedem Haushalt zu finden ist, oder ein Laptop.

A: Ja… und für die Software? Die kosten ja auch viel.

B: Ja die sind zum Teil sehr teuer, also da müsste man sehr genau wissen, ob man das wirklich benutzen wird… Ich würde sagen, dass sie selbst… Außer man hat viel Geld, aber viele von unseren Patienten haben nicht viel Geld. Die müssen wirklich versuchen, über die Runden zu kommen, mit Frühpension oder sonst was..

A:Und für die Unterstützung, für die finanzielle…

B: Ich glaube zum Beispiel, dass ahm….der Dr. K. hat versucht für,… Kennen Sie das Touch Speak aus Oberösterreich?

A: Ja…

B: Ich glaub fünf- oder sechstausend Euro kostet das. Und er hat versucht, dass das von der Krankenkasse bewilligt wird, als Hilfsmittel zum Kommunizieren… und ich glaube es wurde nicht bewilligt. Und dann glaub ich hat die Familie sich

zusammengetan als Geburtstagsgeschenk, alle Brüder und Schwestern..und die haben das angeschafft. Aber da müsst ich ihn extra fragen und dann könnt ich das richtig beantworten. … Es ist nicht einfach…wenn man Geld hat, dann kann man sich alles kaufen. Aber für die Patienten ist es nicht so einfach das zu tun. Deshalb bieten wir das immer an, auch wenn Leute nicht in den Aphasie Club kommen. Dass sie auch in diese Runde kommen können, um zu sehen, was für sie gut ist, oder in Frage kommt, dass sie das selber anschaffen. Ah, ich würde sagen dass, wenn bestimmte Leute das wirklich anschaffen wollen und sie haben Verbindungen zu Verbänden wie Lions Club, dann wird so etwas eher so gesponsert.

A: Ah, von Verbänden..

B: Ja, ich würde sagen von priva… ist das ein Verband oder ist das ein privater Verein,…

A: Ich weiß nicht.

B:.. das würd ich… Lions Club. Ich kann mich erinnern, oder Zonter, die Firma, ah Zonter ist auch eine Frauenorganisation international. Die haben zum Beispiel für einen Patienten, Wachkoma-Patienten, haben sie ein Set Fotokarten angeschafft. Das ist nicht Computer in dem Sinne, sondern… man findet jemanden, der bereit ist, für das aufzukommen, so als Spende.

A: Also Sie meinen, damit ich das richtig verstehe…

B: Sponsorentätigkeit.

A: Sponsoren, genau.

B: Das ist eine Möglichkeit. Es ist nicht einfach in Zeiten wie diesen…

A: …wenn die Kassen nicht zahlen.

B: Ja die Kassen, ich glaub damit etwas bezahlt wird, muss es in den Hilfsmittelkatalog kommen. Und ich weiß nicht wie einfach das ist, vielleicht können Sie sich da erkundigen. Es ist nicht so einfach nehm ich an. Es ist genauso wenn man irgendetwas haben möchte für die Schule, für die Kinder, dass es eben bewilligt wird. Da muss es durch eine Kommission gehen, und da sind auch private Interessen vertreten… was durchgeht und so weiter. Also, und ja, also es ist auch nicht einfach.

Also ich würde sagen, wenn es einem so wichtig ist, dass man das macht, dann wird es angeschafft. Wir haben es jetzt eben nicht in dieser Runde, es ist ein junger Mann; der hat jetzt für zu Hause mehr die, nicht die Sprachprogramme, sondern die Programme von der Firma Schuhfried – ich glaube auch über Leasing – bekommen. Und ich weiß jetzt nicht wie viele hundert Stunden für 180 Euro oder was… Und wenn das dann verbraucht wird, dann wird's wieder aufgeladen. Aber…

A: Meinen Sie, dass Leasing eine Möglichkeit wäre?

B: Ja, Leasing ist das was Sie erwähnt haben von LinguAdapt, dass man vom Server die Aufgaben und bestimmte Übungen hinunterlädt und bezahlt für das, was man verwendet. Also es gibt so eine Buchhaltung für jede Person und dann am Ende des Monats bekommt man eine, eine Rechnung. Das sind schon Möglichkeiten. Aber die Frage ist, ob die Programme die man braucht für genau die Störung vorhanden sind. Das ist die andere Frage.

A: Ja… Gut.

B: So, Leasing wird sicher zukunftsmäßig wenn Programme zur Verfügung stehen, von einem zentralen Server… das wird schon eine Möglichkeit, größere Möglichkeit. Natürlich glaub ich, wollen die Firmen, dass die Pakete gekauft werden.

A: Ahm, und was die technischen Aspekte betrifft, für die Verbreitung des computergestützten Heimtrainings, welche Rolle spielen da die technischen Aspekte?

B: Was meinen Sie jetzt mit den technischen Aspekten?

A: Eben, dass jemand einen Computer zu Hause hat, und Internet…

B: Sie meinen die Grundausstattung, ok…

A: Genau ja…

B: Ok, technisch, technisch wäre für mich mehr eben, wie der Computer eben ausgestattet ist, und so weiter…

A: Auch..

B: Ok. Ja okay, jedes Programm…

A: damit einfach viele Leute das verwenden können, ist die Technik ein wichtiger Aspekt?

B: Ich glaub dass die, …jetzt würd ich sagen spielt das nicht mehr so eine Rolle wie früher, weil jetzt sind die Computer so stark und die sind so im Preis hinunter gegangen, dass ahm,.. dass sogar die Jugend mit i-Phones und das, mit diesen i-Pads…. Dass sehr viele Spiele kostenlos auch für Kinder als Spielzeug

heruntergeladen werden können. Und da sind auch Sprachübungen und Sprachspiele dabei. Aber die.. das ist nicht so.

A: Das dürfte nicht das Problem sein…

B: Das ist sicher nicht das Problem…Ahm, weil, ja. Nein ich glaub nicht, dass das mehr eine Rolle spielt.

A: Es gibt ja auch Konzepte, die Computer her leihen, also Leihcomputer vergeben. Sehen Sie da Probleme bei der Vergabe von Computern, die halt speziell ausgerichtet sind?

B: Ja ich weiß nicht, wenn man nicht genügend Geld hat, sich das selbst anzuschaffen und das eine Möglichkeit ist, dann würde ich das sicher vorziehen bevor ich keinen hab. Okay? Aber alle diese, so für Hardware und so weiter, so genauso wie bei einem Autoleasing, das ist wahrscheinlich eine Einstellungssache ob man das machen will. Also ich wäre zum Beispiel nicht für Leasing. Weil wenn etwas was passiert, was geschieht dann? Ich weiß nicht, was die Bedingungen sind…

A: Ja… das wäre zum Beispiel ein Problem bei der Vergabe, oder beim Leasing…#

B: Und was, ahm gibt es viele Firmen, die das machen? Wissen Sie das?

A: Nein, ich weiß nur von einem Konzept, das spezielle Computer, die darauf ausgerichtet sind, verleiht.

B: Aha, ok, Sie meinen wirklich im therapeutischen Bereich jetzt. Okay. Also nicht ganz allgemein ein Computerleasing.

A: Ja genau. … Gut, ahm, die nächste Frage wäre zur Aus- und Fortbildung von Therapeuten. Und zwar, Ihrer Meinung nach: Welchen Stellenwert sollte das computergestützte Heimtraining bei chronischer Aphasie in der Logopädie-Grundausbildung einnehmen?

B: Ja… Da muss ich sagen, Sie haben so wenige Stunden in der Ausbildung. Wenn das, ..wenn das dann unter Linguistik fällt, dann würd ich sagen, das muss extra als Workshop angeboten werden. Weil ich glaub', Sie haben eh sowieso zu wenig Stunden in Sprachwissenschaft oder Linguistik in Ihrer Grundausbildung. Das wurde gekürzt. Und die Sachen, würde ich sagen, obwohl sie immer wichtiger werden… entweder muss aufgestockt werden, oder es muss eine andere Lösung gefunden werden.

A: okay..

B: Verpflichtende Workshops zusätzlich zum Curriculum. Es ist einfach zu wenig was ihr kriegt, muss ich ehrlich sagen. Okay und es ist auch die Möglichkeit auch nicht so gegeben, bestimmte Schwerpunkte auch anzubieten. Weil auch eben die Frau Jungwirth wollte dass ich was mit ihr zusammen mache,…ahm und das ist auch nicht bewilligt worden. Im Sinne von einer Therapie… Und nur LeMo anzubieten, als Therapie, das finde ich eigentlich nicht eben für die Grundausbildung das Ideale. Okay, es gehören die grundsätzlichen Methoden, die man anwenden kann, die auf einer wichtigen Basis… Dann,..dann kommt weiter weg Computertherapie…Weil das ist eigentlich…

A: Also nicht so einen großen Stellenwert vom…

B: ja.. Nein noch nicht. Weil, ich mein JA. Wenn alles andere gegeben ist, okay? Unter den Bedingungen.

A: Okay..

B: Ich finde mit dem Spielraum den Sie haben in Ihrer Ausbildung…es ist kaum Zeit, dass man Extra-Sachen unterbringt. Die wichtig wären! Ich will nicht sagen,…ich finde es sehr wichtig. Aber ich finde es wichtig, dass Sie eine gute linguistische Ausbildung haben, weil Sprache Ihr Gebiet ist. Also das sollte wirklich noch intensiver werden, okay… weil ich glaub die Stunden wurden geschnitten, wenn… von ahm.. von der Logopädie-Akademie wurden sie schon in letzter Zeit geschnitten, was ausgearbeitet wurde mit dem Bund, ah irgendeine Kommission im Ministerium, die für den Lehrplan zuständig ist… Und jetzt, glaub ich, bei der Fachhochschule sind noch weniger Stunden. Und das ist nicht gut. Das ist eigentlich ein Schritt zurück, nicht nach vorn.

A: Und was das Fortbildungsangebot betrifft, zu den Methoden des computergestützten Heimtrainings, ist das ausreichend?

B: Nein ich wüsste nichts von so vielen Fort… ich hab eben…wie gesagt, da müssen Sie nachfragen bei DBL. Also das weiß ich nicht eben. Die Personen, die Firmen haben, wenn sie einen guten, ah gute Beziehungen haben zu zum Beispiel ProLog… Ah, dann werden Sie wahrscheinlich Workshops unterbringen können, bei denen.

A: Genau..

B: Aber ich glaube, die meisten Angebote werden sein von Firmen aus…

A: Aber nicht vom grundsätzlich…vom DBL, mein ich.

B: Ja, es wird eigentlich wahrscheinlich mehr im Bezug auf Anwendung des Produkts. Und die Basisinformationen…ja die wären auch gut in der Akademie,

aber wie gesagt, die Stunden fehlen. Ich würde sagen das, ich würde eher was anderes vorziehen, als dann nur Stunden für computergestützte Sprachtherapie.

A: Aber finden Sie, dass es zu den Basisinformationen genügend Fortbildungsangebot gibt?

B: Ich glaub nicht, glaube nicht. Aber da hab ich nicht so recherchiert, muss ich ehrlich sagen. Das ist eine ehrliche Antwort. Ich kenne die, ah die meisten Programme, aber ich… eben wie die, ich weiß zum Beispiel nicht, was die in Aachen anbieten, weil die haben einen Schwerpunkt. Ahm, da müsste ich, müsste ich,… ich sehe Walter Huber wahrscheinlich bei den Würzburger Aphasietagen, ich frag ihn, und dann schick ich eine E-Mail. … Dass Sie nachschauen bei den australischen Kollegen. Wahrscheinlich haben Sie es für Ihre erste Arbeit gemacht, bei usability, aphasia friendly,… Es gibt ein ganzes Heft von Aphasiology über accessability…von Madeleine Cruise als Herausgeberin glaub ich…

A: aha… Als nächstes hatte ich noch Fragen zu Ihren persönlichen Erfahrungen. Wir sind eigentlich eh schon beim Schluss angekommen…Ahm, was können Sie aus Ihrer praktischen Erfahrung über die Nutzung des computergestützten Heimtrainings erzählen?

B: ahm, wir haben keine systematischen Studien durchgeführt.. Wenn wir bei unserem Programm die Module haben, werden wir sicher systematische Studien durchführen.

A: Und aus der Praxis?

B: Aus der Praxis würd ich sagen, ahm, die Computerrunde hier würd ich eher sagen, dass es eher eine soziale Funktion hat, und nicht eigentlich die Funktion, dass man systematisch computergestützte Sprachtherapie macht. Aber man sieht's eben wie sie eher miteinander kommunizieren…nicht alle. Manche, heute war sie nicht da, manche Patienten kommen und setzen sich, zu LinguAdapt zum Beispiel, und sie hat ihr Heft daneben und schreibt alles auf… Und da ist es, das ist dann schon ein Zusatz zur Sprachtherapie… Ahm, ich glaub Herr K. nimmt es sehr ernst, jede Übung die er macht ist für ihn wirklich zusätzlich zu dem, weil er Therapie bei uns bekommt. Und seine Lese- und Schreibfähigkeiten waren immer besser als die mündliche Produktion. Immer. Es ist nur die Frage des Verstehens im Vordergrund bei ihm… Also ich würde sagen, es hängt sicher von der Person ab, die in diese Runde kommt. Es könnte viel systematischer gemacht werden, aber da müsste man wahrscheinlich filtern. Also auch der Herr W. ist ein Grenzfall, in dem Sinne. Aber, es gibt ihm was, in dem Sinne, also das ist sicher nicht negativ. Also das alles müsste in Form von einer Studie aufgebaut werden, dass man das kontrollieren kann. Und das machen die Aachener. Also die Studien, die DIE durchführen sind sicher systematisch und da kann man schon glauben, was sie da schreiben, also das glaub ich schon. Und vielleicht diese EvoCare-Studie auch, weil das eben so, so von der wissenschaftlichen Seite angetrieben wird. Aber hier könnte ich wirklich nicht sagen, dass das systematisch… Wir bieten es an, also wie gesagt, dass die Patienten eine Möglichkeit haben, eben weil sie es aufgrund von Kosten nicht anschaffen können und … Also das computergestützte Heimtraining hat eine Funktion. Es hat nur die Zusatzfunktion.

In der Zukunft sehe ich das eher anders. Dass es immer schwieriger wird, eben ahm, viele Stunden bewilligt zu bekommen. Ich sehe das wahrscheinlich schon für Amerika, schon seit langem, dass das nicht der Fall ist, dass die das bekommen, was sie brauchen. Und da ist das computergestützte Heimtraining wichtig, dass das eben ausgebaut wird, ahm, dass man das auch kontrollieren kann. Also eben diese synchrone Geschichte und dass die eine, eine bestimmte… Ja, die haben einen Stellenwert, auf jeden Fall. Also das was man da macht. Aber das wird glaub ich mehr, also in der Zukunft wird das immer wichtiger werden, ich glaub schon. Die Zukunft ist auch dort, ahm… Aber die Qualität…. Das wird dann wichtig sein, dass Leute, die eine Ahnung haben, vom Aufbau und von normaler Therapie, dass sie das umsetzen auf den Computer. Wenn das nicht gegeben ist, dann bleiben es oberflächliche Programme, die… Ja, man macht sie halt, und so… Aber ich kann auch nicht sagen, dass das mit den Programmen, die wir haben… ich würde sagen, bestimmte Übungen sind ganz gut, aber ich würde sagen, dass es nie systematisch in Studien durchgeführt wird. Oder wir haben das noch nicht gemacht. Aber ich glaub schon, dass das kommen wird, mit unseren eigenen Programmen, sowie mit ELA, mit den Fotokarten. Und das, da machen wir seit Jahren wirklich systematische Therapie und das bringt viel. Okay, und wenn Patienten das zu Hause machen wollen, mit dem Computer MÜSSEN sie richtig eingeschult werden, worauf es ankommt. Und es müssen die Übungen ausgesucht werden für sie. Damit sie nicht irgendwas machen, und sinnlos hundertmal das gleiche machen. Sondern da muss man wirklich… und da kommt auch wieder das Testen ins Spiel. Also es müsste ein Klient getestet werden, dass man sehen kann was seine Leistungen sind. Dass man wirklich auf die Modalitäten… Das Schöne dran, am Computer, wo ich auch einen, wo ich finde, dass es sehr wichtig ist, dass eben durch die modalitätsspezifischen Aspekte, dass man wirklich aussuchen kann, dass es genügend Übungen gibt, die er auditiv da angeboten bekommt. Dass er trotzdem was machen kann. Und eben, das ist für jede Art von Therapie wichtig, das sind die Grundprinzipien, die aber nicht nur gelten also, hier könnte man das in der Ausbildung unterbringen, also… Wenn es eine Vorlesung gäbe an der Fachhochschule über Grundsatz-Prinzipien der Aphasietherapie.

A: Der Aphasietherapie am Computer oder generell?

B: Generell, weil die sind übertragbar auf den Computer. Also ganz primäre Dinge, wie man das dann anbieten soll, welche Art von Feedback es geben soll, wie viel Zeit man lässt, wie stellt man den Computer ein. All diese Dinge die man eigentlich schon gelernt hat von der Mensch-zu-Mensch Therapie – die müsste man dann berücksichtigen beim Aufbau von Therapiemodulen.

A: Und von, von der Information her oder von der Verwendung des computergestützten Heimtrainings – wie sehen Sie das in der Zukunft? Glauben Sie…

B: …dass die Informationen… Ich glaub, dass die Verbreitung durch Internet, ah ist sicher,..wird immer mehr werden. Das wird auf jeden Fall, dass mehr Leute dran kommen. Und dass man weiß, lernt, wie man bestimmte Schienen,… Zum Beispiel wenn man Revolutionen in Ländern durch Facebook-Kontakte eigentlich starten kann… Es hängt von der Wichtigkeit, also es muss jemand das als sinnvoll erachten und dann eben das rigide durchführen, dass er Leute anspricht und das, das kommt ins Rollen. Also ich glaube, durch Google, durch alle diese Möglichkeiten wird es schon bekannter werden. Aber ich weiß nicht, es ist nicht so groß jetzt. Das ist das Problem. Es ist eigentlich, und das ist das was ich am Anfang gesagt hab, nicht? Das spielt eine Rolle. Weil wenn es nicht so unter eigenen Kollegen, was es alles gibt, und wie man das wirklich sinnvoll einsetzen kann… Wie soll man als Laie, die mit Patienten oder ihren Angehörigen zu Hause zu kämpfen haben – wie sollen sie das tun? Okay, es muss schon von der Fachgruppe kommen, die sich mit dem beschäftigt. Das sind, das können auch Psychologen sein, aber das wird mehr in Richtung Gedächtnistraining, Aufmerksamkeit und all diese Dinge… Also, zum Beispiel die Firma Schuhfried… Ich weiß nicht ob sie Fortbildungen machen, also da muss man auch dort, ahm, anfragen. Weil die Programme sind sehr gut für kognitiv, eben für Patienten mit Aphasie, also die bauen die andere Seite auf. Es wär super eben, wenn die zwei Formen zusammen angeboten werden könnten, und so… Aber ich glaub schon, dass es in der Zukunft eben mehr geben wird. Einfach aus Kostengründen, die werden immer billiger die Programme, die Computer werden immer billiger, eben die Synchrone Teletherapie wird viel mehr ausgebaut werden, … Es ist auch die Akzeptanz – wird größer in der Gesellschaft und diese Dinge. Und vielleicht wird die Krankenkasse sehen, dass, wenn wir das andere nicht so bieten können, ist es nicht schlecht, ein Gerät, oder vielleicht auch Leihmöglichkeiten… dass die Leute zum Beispiel Rollstuhl, all diese Dinge bekommt man von einem Institut, so Krücken, all diese Hilfsmittel sozusagen.. Also warum nicht auch Sachen für das Kognitive, für Sprache und so?

A: Ja…

B: Ich weiß nicht, ob ich Ihre Fragen beantwortet habe…

A: Ja, auf jeden Fall, also ich hab jetzt auch viel gelernt in dem Interview. Und ich sag DANKE für das Gespräch!

B: Bitte.

Interview 3, Interviewpartner C

Protokoll zu Interview 3, Zeitdauer 24 min.

A: Interviewer, **B:** Experte (Interviewpartner C)

A: Also, es geht eben um die Voraussetzungen für die Verbreitung des computergestützten Heimtrainings bei chronischer Aphasie und da wollt ich als erstes gleich einmal fragen, ob Sie im Bezug auf das computergestützte Heimtraining jetzt einen erhöhten Informationsbedarf sehen.

B: Ah, Ja.

A: Und wer muss über die Möglichkeiten Bescheid wissen, damit das Verwendung findet, Ihrer Meinung nach?

B: Naja, sowieso Therapeutinnen, das ist sowieso klar. Und Kostenträger, würd ich sagen.

A: Ja..Und Patienten werden dann einfach von den Therapeutinnen informiert…

B: Ja genau, weil die können ja nicht schon vorher…

A: Und, Ihrer Meinung nach: Wer ist maßgeblich beteiligt an der Informationsverbreitung?

B: Dann gegenüber dem Patienten oder wie?

A: Genau, also damit es einfach bekannter wird und mehr Verwendung findet. Wer ist da beteiligt, damit es wirklich in Umlauf gerät?

B: Damit Therapeutinnen die Information bekommen, oder damit Patientinnen die Information bekommen?

A: Sowohl als auch, aber wenn Therapeutinnen mal Ihrer Meinung nach als erstes am Wichtigsten sind… dann: wie werden diese informiert?

B: Naja, ich denk mir wenn das, wenn noch mehr publiziert wird, wenn es Literatur darüber gibt, auch im…über Fortbildungen, in den Ausbildungen…Ja, und in Fachliteratur.

A: Und, wie, also mit welchen Medien ist es sinnvoll das zu verbreiten? Sie haben eh gesagt, also mit Fachliteratur, das ist schon mal das Eine…

B: Klar, selbstverständlich also,..das versteh ich auch nicht genau, was da mit Medien… Also über Fortbildungen… Natürlich wird das dann auch im Internet einen Auftritt haben, wenn Fortbildungen angeboten werden. Literatur, Internet,… Das ist auch heutzutage ohnehin überall wichtig. Ah, ja, Fachbücher und ja, Ausbildung. Weil, Fernsehwerbung wird wohl nicht nötig sein.. (lacht).

A: Nein, aber zum Beispiel kann es sein, dass man irgendwo Poster verbreiten kann…

B: Was meinen Sie mit Poster? Also Werbematerial und so?

A: Naja, Poster mit genereller Information..jetzt nicht von einem einzelnen Produkt…

[Unterbrechung]

B: Also damit es wirklich in Umlauf kommt, oder wie?

A: Ja, genau.

B. Ich glaube, es wäre einfach noch einmal wichtig, herauszufinden,….Also eine wichtige Aussage ist, dass es eine ganz tolle Möglichkeit ist, für chronische Aphasiepatienten, die die kognitiven Voraussetzungen bringen, ahm, die vielleicht nicht ganz schwer beeinträchtigt sind. Ich stell mir vor, dass Sprechapraxien auch hinderlich sind, also die wirklich die Kriterien erfüllen, welche ein selbstständiges Arbeiten erlauben. Ah..dass mit solchen Patienten einfach noch mehr Studien gemacht werden, erst mal Probegeräte zur Verfügung gestellt werden, und dass dann auch Kostenträger wissen, dass es ganz klar ist, dass das jetzt nicht für jeden Patienten ist „der hat eine Aphasie, so wir besorgen ihm jetzt so ein Gerät..", sondern dass da einfach eine sehr gezielte Auswahl nötig ist. Und ich kann das jetzt nicht sagen, aber ich schätze dass es, ich weiß nicht, vielleicht bei 20% der chronischen Aphasiker sehr gut einsetzbar ist. Das ist nur eine Hausnummer, ja. Und ich glaub da ist es einfach wichtig, das zu betonen und das herauszufinden, und dann in diesen Fällen aber wirklich diese Möglichkeit zu schaffen. Und dazu braucht man natürlich Fortbildungen diesbezüglich, welche Patienten sind geeignet für dieses Heimtrainingsprogramm. Weil ich glaub, da kann auch viel schief laufen, wenn man die Auswahl nicht gut trifft.

A: Also Sie meinen, es ist schon wichtig, dass die Therapeuten jetzt auch gut ausgebildet sind, in die Richtung? Verstehe ich das richtig?

B: Natürlich, ja. Dass die da gut ausgebildet sind, und dass man…ja, dass der Kostenpunkt, das kommt dann eh später noch bei Ihnen, wie gesagt, geklärt wird,

in welchem, dass man das einfach mal bespricht: also in welcher Form wäre das möglich? Und dass man einfach noch vielleicht mehrere Studien oder Fallbeschreibungen bräuchte.

A: …die man dann vorlegen kann…

B: Genau, die man zum Beispiel Kostenträgern vorlegen kann. Und ein Kriterienkatalog, irgendwie… Man muss es dann eh im Einzelfall entscheiden, aber dass man sagt, „Ok, bei diesem Patienten brauche ich es jetzt gar nicht probieren, aber bei anderen könnte ich es ausprobieren. Und dass man dann gezielt, was weiß ich, ein Ansuchen an die Krankenkassa schreibt. Aber dass das dann nicht irgendwie so läuft: „Der hat eine Aphasie" – und die Krankenkassa stellt ein Heimübungsprogramm hin… Das halt ich für wichtig. Und da sind natürlich Fortbildungen, ah, sinnvoll. Aber ahm, da muss man sich auch überlegen, in welcher Form das stattfinden kann. Ob das jetzt Therapeuten so ein Gerät bei sich haben und die Patienten kommen ambulant, täglich, und die Therapeutin sitzt nicht dabei. Oder ob die Patienten ein Leihgerät bekommen, oder ob die Patienten einen Computer haben, was sowieso Voraussetzung dafür ist, und….,jetzt sind die Programme ja nicht mehr so teuer, was ja auch sein kann, wenn der Umlauf groß ist, dass ah, sie einen gewissen Teil investieren würden, ja, wenn die Programme nicht zweitausend Euro kosten – also wenn das mehr im Umlauf ist. Ich weiß jetzt nicht, wie der Kostenpunkt ist. Aber das sind die wichtigen Punkte. Dazu muss man natürlich einmal Informationen haben, aber ich glaub, dass die Information allein glaub ich für die Realisierung noch nicht ausreicht.

A: Genau, darum hab ich jetzt auch noch Fragen. Zum Beispiel, Sie haben's gerade angesprochen: Leihcomputer, sehen Sie da Probleme in der Vergabe?

B: Wie?

A: Naja, dass… Kann sein, dass das einfach nicht funktioniert, weil die regelmäßig kaputt gehen oder sowas.

B: Na ich weiß gar nicht, wer Leihcomputer zur Verfügung stellen würde.

A: Wenn es, wenn es so wäre, quasi.

B: Wenn es so wäre, sehe ich eigentlich kein Problem darin. Weil man müsste selbstverständlich eine Kaution zahlen. Aber ich kenne da noch keine Stelle, oder die Krankenkasse stellt noch keine Leihcomputer. Aber wenn ja, dann stell ich mir das eigentlich, halt ich das für eine gute Möglichkeit. Dass man das dann für ein paar Wochen, oder drei Monate zum intensiven Üben als Leihgerät zur Verfügung gestellt bekommt.

A: Und was die Ausbildung betrifft, welchen Stellenwert soll es Ihrer Meinung nach in der Logopädie-Grundausbildung haben? Allgemein das Thema „computergestütztes Heimtraining bei chronischer Aphasie"?

B: Na, ich denk mir, das ist kein eigenes Fach, sondern das gehört zur Aphasievorlesung dazu..

A: …genau…

B: Ich mein, das sollte natürlich vorkommen und je nachdem wie die Vortragenden, wie viel Erfahrung die auch damit haben. Es gibt ja auch keine Vorgabe, welche Therapiekonzepte vorgetragen werden müssen. Aber ich denk mir in der Aphasievorlesung ist es auf jeden Fall wichtig. [LÄRM]

…Ja aber ich find es schon wichtig, dass das in der Aphasievorlesung vorkommt – find ich schon. Ich find das sehr gut. Also sehr gut find ich die Idee, dass chronische Patienten weniger sozusagen Stunden in Anspruch nehmen müssen, wenn sie selbstständig arbeiten können. Und selbstständig arbeiten, wenn sie das schon können, halt ich jetzt für sehr sehr sinnvoll. Also zu Hause und viele Stunden zu arbeiten.

A: Und, noch einmal zur Ausbildung zurück, was jetzt das Fortbildungsangebot betrifft zu den Methoden. Gibt es, ist es Ihrer Meinung nach ausreichend?

B: Zu diesem computergestützten… Ist glaub ich im Moment nicht, kein großes Angebot, in Österreich, würd ich sagen, oder?

A: Soweit ich weiß nicht…

B: Nein, nein. Ich weiß jetzt nicht wie das Angebot in Deutschland ist, aber ich glaub in Österreich gibt es da, fürcht' ich, nichts.

A: Wäre es wünschenswert?

B: Wäre sicher wünschenswert.

A: Ok. Ahm, meine nächste Frage wäre zu den technischen Aspekten. Welche Rolle spielen die? Damit es vermehrt angewendet werden kann, das Heimtraining?

B:Naja ohne technisches Gerät ist es nicht möglich, das computergestützte Heimtraining.

A: Ja, aber…

B: Ich mein man kann natürlich, ich denk es gibt auch Patienten, die in der Lage sind, manche Patienten, die in der Lage sind, wirklich, die auch tatsächlich so konsequent sind- zehn Stunden zu Hause zu üben. Also einen konkreten Fall hatte ich, der hat in der Woche ungefähr zwanzig Stunden geübt, ja. Und ich mein, der ist wirklich besser geworden. Der hat das halt mit Papier /Zetteln und Übungszetteln gemacht, ja. Also ich denk mir – das gibt's auch. Also das ist jetzt nicht die einzige Möglichkeit zu Hause zu trainieren. Es ist natürlich eine schöne Möglichkeit, aber wenn's natürlich um computergestütztes Heimtraining geht – dann ohne Technik geht's nicht. Aber man kann natürlich ohne, wenn man so gut ist, und so konsequent ist, zu Hause üben. Ich mein, der hat zwanzig Stunden in der Woche geübt. Der war sehr jung und motiviert und…das ist halt ohne Computer. Ich mein, er hat wohl seinen Computer auch verwendet, Sachen abgetippt und geschrieben. Aber kein konkretes Computerprogramm. Also ich glaub es ist nicht die einzige Möglichkeit, die Frequenz… Ich halt es für eine super Möglichkeit, und würd das auch gerne mit Patienten ausprobieren. Und es wird wahrscheinlich auch die Zukunft sein und das find ich auch sehr gut. Aber ich glaube, es ist nicht die einzige Möglichkeit, die Übungsfrequenz zu erhöhen.

A: Ja. Also wie Sie schon sagen, hat es Ihr Patient auch so geschafft…

B: Aber es ist wahrscheinlich auch eine Frage der Motivation, und halt auch irgendwie, in der Zeit wo jeder einen Computer hat - wenn die Programme nicht so teuer sind – möglich. Und wenn die Leute keinen Computer haben, wird's halt nicht gehen, außer sie können sich leisten, einen zu kaufen. Ist eh klar…

A: Ja.. Es ist einfach eine Möglichkeit. Es kann auch sein, dass man engagierte Angehörige hat. Aber wenn das nicht ist, hab ich mir eben angeschaut, ob das mit Computern geht…

B: Wie bitte?

A: Na, weil Sie gesagt haben, es ist nicht die einzige Möglichkeit. Das glaub ich auch nicht, aber…

B: Aber es ist natürlich eine super Möglichkeit und man hat wahrscheinlich auch mehr Motiva…, ich glaub es erhöht auch die Motivation. Weil man sieht, da ist ein Gerät und man bekommt vielleicht bei manchen Geräten ein Feedback, bei manchen Programmen auch wieder nicht, ja. Also es ist sicher eine bessere eigene Kontrolle, man kann's wahrscheinlich strukturierter machen und was ich auch glauben würde: wenn es zum Beispiel, ich stell mir das jetzt nur vor. Wenn man zum Beispiel ein Leihgerät hergibt…manche..zum Beispiel der B.A.Bar ist ja kein Computer, also kein, zumindest kein PC…dass man, wenn man das als Leihgerät hat, dass man in drei Monaten, im Zeitraum von drei Monaten wahrscheinlich motivierter übt, als wenn man weiß, man hat das jetzt zwei Jahre. Und man braucht sicher auch eine Kontrolle, weil sonst macht man auch weniger. Also so ist es auch bei Nicht-Aphasikern meistens der Fall. Und ich denk mir das ist halt auch, weil es ein Ansporn ist, wenn das irgendwie zeitlich begrenzt, und dann sehr intensiv mit Kontrollen… Ich glaub das ist auch für jeden Menschen irgendwie, oder für die meisten Menschen ein Ansporn. Als wenn ich mit Übungszetteln eine ganze Mappe zu Hause hab, die ich nicht mach, wenn ich nicht irgendwo die Kontrolle hab. Und diese, vielleicht auch dieses „Ah, ich darf jetzt drei Monate an diesem tollen Gerät üben und seh' dann eine Verbesserung". Ich glaub, das ist einfach eine irrsinnige Motivation. Und wenn man vielleicht, wenn diese Programme aufzeigen, vielleicht schon während der Übung, dass man sich verbessert – ich glaub das ist einfach ein besseres Feedback.

A: Mhm,… Und was die Finanzierung betrifft, wenn sich jetzt ein Patient sowas anschaffen muss, einen Computer – wie kann die Unterstützung irgendwie gewährleistet werden?

B: Ja das weiß ich nicht. Super wäre es, wenn die Kasse unterstützen würde, aber ich weiß nicht, ob das so… Also da…Was ich vorher vorweg genommen hab: Ich glaub, was das betrifft – wenn das jetzt kein Kostenpunkt wäre oder es sehr, sehr günstig diese Programme wären – dann denk ich mir, hätte man wahrscheinlich auch mehrere solche Geräte. Also ich hätte gerne den B.A.Bar, ja, wenn der jetzt 500 Euro kostet und ich hab fünf Patienten im Auge, wo ich denk, das könnte teilweise mit ihnen machen, dann würde ich es wahrscheinlich investieren und ihnen…sogar ICH borgen. Aber wenn das jetzt 1500/2000 Euro kostet, überlegt man sich die Investition. Weil man das vielleicht für einen selber ja auch nicht amortisieren kann, wenn ich das selber als Therapeutin kauf, ja.

Um aber die Kassa zu überzeugen, dass das für sie auch, also sozusagen auch eine Ersparnis ist, in dem Bereich, dass jetzt nicht mehr so viele Eins-zu-Eins Logopädiestunden bezahlt werden müssten, ja – aber da muss man sicher vorsichtig sein, dass die Logopädie… Also ich denk mir, das ist das was ich vorher gemeint hab. So wie Sie gesagt haben, ist natürlich die Logopädie nicht zu ersetzen. Und es gehört auch eine Supervision dazu und es ist auch nicht für jeden Aphasiker geeignet. Und dass man sich da nicht irgendwie ins eigene Fleisch schneidet, müsste man der Kasse wirklich vorlegen: für eine gewisse Patientengruppe, ja, der diese und diese Kriterien erfüllen muss: der muss im AAT das und das und das zeigen, er muss motiviert sein, er darf diese und diese neuropsychologische Beeinträchtigung nicht zeigen, er hat die Aphasie schon, ich

weiß nicht chronisch über ein Jahr,… Er ist motiviert und braucht dennoch irgendwo eine Supervision, ja. Aber wenn ich jetzt vergleiche, wenn er jetzt zweimal oder dreimal in der Woche Logopädie über ein Jahr weg hätte, ist das teurer als wenn er, ich weiß nicht, 15 Stunden hat in einem Zeitraum von vier Monaten plus das Übungsgerät verwendet, wenn es ihm geliehen wird. Ich denk mir das ist aber wirklich sehr viel Arbeit solche Studien vorzulegen, für die KASSE. Ich glaub für uns Logopädinnen ist es klar, und wenn man solche Studien liest zur Frequenz, ist es klar, dass sowas gut wäre. Aber wie man wirklich realistischerweise die Patienten damit versorgen kann, ja – Weil wir Logopäden können jetzt nicht um 10000 Euro Geräte kaufen und es uns dann vom Patienten holen, dass es sich amortisiert, ja. Und die Kassa wird's nicht machen, wenn man ihnen nicht auch zeigt, dass das ökonomisch auch für sie ist. Ohne uns selber sozusagen…einzuschneiden. Und ich glaub, das ist die Krux daran.

A: Mhm, die Ökonomie den Kassen…

B: Die Ökonomie den Kassen zu demonstrieren und sozusagen aber trotzdem differenzierter zu demonstrieren, dass das ja nicht für jeden Aphasiker ist, der davon nichts hat. Dass man sagt „Ok, der kriegt eh so ein Gerät und dafür bewilligen wir nur 15 Stunden…" obwohl der wirklich intensive Eins-zu-Eins Therapie bräuchte. Weils einfach nicht für jeden geeignet ist. Und ich glaub das ist genau der springende Punkt. Dass man da diese Patientenauswahl so genau trifft oder es der Kasse beschreibt, für welche Patienten es geeignet wäre. Und dass dann die Logopädin entscheidet „Mit den Patienten möchte ich das machen" und in diesem Falle gibt es Leihgeräte von der Krankenkasse, und die können dann ausgeliehen werden – und dann sagt man, insgesamt ist das dann auch eine Ersparnis für die Kasse. Ich glaub das ist das, das ist sozusagen das Wesentliche. Wenn diese Kostenfrage nicht wäre, wäre es wahrscheinlich auch schon mehr im Umlauf.

A: Vielleicht ja…

B: Glaub ich schon. Oder wenn das irgendwie schon mehr geregelt wäre. Dann denk ich mir spricht ja gar nichts dagegen, wenn ich einen chronischen Aphasiker hab, der motiviert ist, und ich betreue ihn einmal in der Woche, und ich sehe, wow der will 10 Stunden in der Woche üben.. ja super, da wird ja niemand etwas dagegen haben – wunderbar.

A:Ja..

B: Und ich glaub aber das ist das Schwierige daran.

A: Und wenn jetzt jemand keine Möglichkeiten hat, also wenn es die Kassen nicht finanzieren?

B: Ja. Wer sollte es machen? Die Patienten selber, wenn sie es sich leisten können – das werden sie vielleicht auch tun, wenn sie sich's leisten können und wenn das gute Sachen sind. Und wenn die Programme auch nicht zu – ich mein der B.A.Bar glaub ich kostet 1500 /2000 Euro, das ist vielleicht für manche Patienten leistbar, das ist jetzt nicht so eine Summe, wie 7000 Euro… Ich hab jetzt die Preisliste nicht im Kopf, ja. Aber wenn zum Beispiel das Lingware, oder wenn die Programme, wenn die auch mehr Umlauf haben, kann es ja auch sein, dass man irgendwie um 150 Euro Software-Programme kaufen kann. Es kann ja dann auch nicht so teuer sein, wenn der Umsatz größer ist. Die werden dann ja auch günstiger, und dann ist es ja auch wieder einmal für einen Patienten zumutbar, ja. Oder eine Logopädin – wenn sie jetzt gar nicht so teuer sind – hat's… Ich mein es ist ja dann auch nicht jedes Programm für jedes Störungsbild geeignet. Man muss ja dann auswählen „Welches Programm nehm ich jetzt wofür?". Man muss ja da einen guten Überblick haben, und das alles in einer logopädischen Praxis zu haben, ist wahrscheinlich schwierig. Aber wenn es nicht mehr so kostspielig ist, wenn ich jetzt, bevor ich - Therapiematerial kauft auch jeder - …dann könnt ich mir auch vorstellen, dass Logopädinnen einen Übungscomputer haben, ein paar Programme und dann kommt halt ein Aphasiker täglich in die Praxis, übt dort und kommt einmal in der Woche zur Logopädin. Und sie kann, während der Patient übt, eine andere Therapie durchführen. Also das wäre auch eine Möglichkeit.

A: Klingt schön…

B: Wäre schön, aber das ist sicher noch Zukunftsmusik. Nur, wenn diese Programme auch nicht so teuer sind, sondern – einen Computer hat ja jeder – dann ist das sicher auch eine… also, hab ich mir jetzt überlegt, wäre das sicher auch eine Möglichkeit. Aber das muss natürlich irgendwie auch zeitökonomisch möglich sein. Dass man da nicht wirklich dann daneben sitzt und so weiter, ja.

A: Genau.

B: Das ist dann halt wieder auch kein Heimübungsprogramm, sondern ein ambulantes Training halt auch auf dem Computer. Also das wäre eine Sache, oder ich weiß nicht, wer sonst, wer da noch Kostenträger ist. Ob es gemeinnützige Vereine gibt, die das… Aber da wüsst ich jetzt auch nicht wer. Also etwas anderes als selber zahlen oder die Therapeutin hat irgendwie ein Gerät [LÄRM] oder die Krankenkasse bezahlt es. Da wüsst ich jetzt nicht, wer.

A: Und was können Sie aus Ihrer praktischen Erfahrung über da computergestützte Arbeiten erzählen?

B: Ja zugegebenermaßen habe ich noch wenig Erfahrung damit. Also ich hab den B.A.Bar kennen gelernt, den hab ich mir einmal ausgeliehen, um mit einer Patientin damit zu arbeiten. Allerdings als Kommunikationshilfe, wofür er ja nicht, also ich weiß, er wird mehr als Übungsmittel eingesetzt. Es hat nicht so schlecht funktioniert, es war ihr aber dann… es war als Kommunikationshilfe nicht ideal – aber sie hatte eine ganz schwere Sprechapraxie und konnte gar nichts sagen. Also, selber damit üben ging nicht, weil sie einfach nicht nachsprechen konnte. Und insofern war das selbstständige damit nicht möglich.

A: Ok, und meine letzte Frage wäre jetzt, wie Sie das computergestützte Heimtraining in der Zukunft sehen.

B: Ich glaub schon oder ich könnt mir schon gut vorstellen, oder hoffe es auch, dass das in der Zukunft mehr Bedeutung bekommt. Aber ich glaub es ist noch, doch noch einiges zu tun in der Zukunft. Einfach diese wichtigen Punkte der Kosten.., des Kostenfaktors zu klären und einfach, ja, klar auszuwählen. Also, dass man da wirklich klare Vorstellungen hat. Und ich weiß jetzt nicht, wie das in Deutschland ist, ob die auch mit dem B.A.Bar… Die haben glaub ich Kriterien, oder..für welchen Patienten das geeignet ist und manche wollen es auch nicht… Und ich glaub die Auswahl der Patienten ist das Wichtigste. Und darum ist eben die Logopädin nicht zu ersetzen, weil – also davor würde ich mich auch nicht fürchten – aber ich glaub, dass das schief laufen kann, wenn man eine falsche Auswahl trifft. Dass das dann nur herum liegt und nicht verwendet wird und das ist einfach auch schade. Und wenn’s aber, wenn man die richtige Auswahl trifft, dann ist das sicher eine tolle Möglichkeit. In dieser Studie von der, ich weiß nicht, von Aachen über den B.A.Bar, wo die 129 Patienten einmal angeschaut haben, da haben sie letztendlich für dieses B.A.Bar-Training waren dann 18 Leute für das Training geeignet…von 129. Das heißt es ist einfach…Ein wichtiger Prozentsatz, auch wenn es nur jeder 10te ist, ist es gut, den zu erfassen und dem die Möglichkeit zu geben. Aber ich glaub es ist halt nur ein gewisser Prozentsatz. Der gut ist, wenn er erfasst wird. Ja, und der das ruhig machen sollte, wenn es möglich ist.

A: Gut. Ja dann sage ich DANKE für das Gespräch.

B: Bitte.

VI. Raster der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse

Informationsbedarf

Informationsbedarf – Erste Reduktion der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse					
IP	**Z.**	Nr. **(Frage)**	**Paraphrase**	**Generalisierung**	**Erste Reduktion**
A	4-17	1 **(1, 1.a)**	Erhöhter Informationsbedarf bei allen Beteiligten (Therapeut, Arzt, Patient, Kostenträger)	Erhöhter Informationsbedarf vorhanden, bei Therapeut, Arzt, Patient, Kostenträger	Erhöhter Informationsbedarf vorhanden: -bei: ▪ Patient ▪ Selbsthilfegruppen ▪ Kostenträger ▪ Politik ▪ Therapeut: muss die Methode kennen, wenn Pat. danach fragt; auch ausbilden ▪ Arzt: Info über neue, effektivere Möglichkeit für intensive Aphasietherapie; Arzt muss es kennen, wenn Pat. danach fragt -über: ▪ Definition des Begriffes (Pat. nicht alleine mit Therapieroboter zu Hause; „Teletherapie" rückt es in besseres Licht) ▪ Richtige Vorgehensweise (Therapeut nicht zu ersetzen, tägliche Supervision je nach Ermessen des Therapeuten) ▪ Qualität und Verordnungsfähigkeit durch Supervision
A		2	Informationen wichtig um über Begrifflichkeit aufzuklären	Informationen über Definition des Begriffes wichtig	
A		3	Begriff „Computergestütztes Heimtraining" suggeriert Patienten der alleine am PC übt	Patient übt nicht alleine	
A		4	Im Hinterkopf behalten, dass Therapeut nicht ersetzt werden soll	Therapeut soll nicht ersetzt werden	
A		5	Allen Beteiligten muss klar gemacht werden, dass Supervision erst Qualität des Ganzen erzielt	Qualität erst durch Supervision	
A	19-24	6	Verordnungsfähigkeit erst möglich wenn die Leistung supervidiert wird weil nur dann Qualität gewährleistet	Verordnungsfähigkeit erst durch Supervision aufgrund Qualität	
A		7	Sonst Therapieroboter zu Hause	Kein Therapieroboter zu Hause	
A	28-34	8	Supervision idealerweise täglich	Supervision täglich	
A		9	Therapeut schaut was Pat. gemacht hat und wie er sich in der Bewältigung der Aufgaben entwickelt	Therapeut kontrolliert Übungsverlauf	
A		10	Abweichungen von täglicher Supervision liegen in der Hand der Therapeuten, für wie stabil er den Pat. hält	Therapeut kann Frequenz der Supervision individuell anpassen	
A	46-58	11 **(1.b)**	Da müssen Sie alle Ebenen informieren	Alle Ebenen informieren, Therapeuten auch ausbilden	
A		12	Therapeuten auch ausbilden		
A		13	Ärzteschaft über neue Möglichkeit der intensiven Therapie informieren, wo Aphasiker besser auftrainiert werden können	Ärzte über neue, effektivere Möglichkeit für intensive Aphasietherapie informieren	
A		14	Selbsthilfegruppen informieren	Selbsthilfegruppen informieren	
A		15	evtl. Politik informieren	Evtl. Politik informieren	
A		16	Die wichtigen sind Therapeuten, Ärzte, Kostenträger, Selbsthilfegruppen	Wichtig sind Therapeuten, Ärzte, Kostenträger, Selbsthilfegruppen	
A	68-71	17	Wir verwenden Begriff „Teletherapie" weil „CgHt" die Sache in ein negatives Licht bringt	Alternativbegriff „Teletherapie" rückt die Sache in ein besseres Licht	
A	311-313	18 **(1.c)**	Fernsehen sinnvoll, wenn Projekt von Staatsregierung begleitet	Verbreitungsmedium „Fernsehen" nur bei großen Projekten (z.B.: von Staatsregierung begleitet) sinnvoll	Medien zur Informationsverbreitung: -wenn Staatsregierung das Projekt begleitet: Fernsehen -für Logopäden: Ausbildungsstätten/Studium, Fachzeitschriften, Fachverbände, Fortbildung -Mundpropaganda: Therapeuten/Ärzte selbst als Informationsträger (1.b) -Studien und Stellungnahmen von bekannten Meinungsbildnern in Fachzeitungen
A	314-316	19	Medien um es für Logopäden bekannt zu machen: -Logopädieschulen -Fachzeitschriften Fachverbände	Verbreitungsmedien bei Logopäden: -Ausbildungsstätten -Fachzeitschriften -Fachverbände	
A	317	20	Wesentlicher Informationsträger sind die Therapeuten, nicht mal unbedingt die Ärzte, je nach Hierarchie/Struktur eines Landes	Therapeuten/Ärzte selbst als Informationsträger	
A	341-343	21	Im Rahmen des Studiums/Ausbildung, über Fachzeitschriften, Mundpropaganda oder Weiterbildung	Verbreitungsmedien: Studium /Ausbildung, Fachzeitschriften, Mundpropaganda, Weiterbildung	
A	346-356	22 **Medien, um Patienten u.a zu informieren?**	Man muss in beide Gruppen gehen. Wenn Pat. davon erfährt und den Therapeuten oder Arzt fragt, dann müssen Fachleute es auch kennen/gut finden damit es verwendet wird	Informationsbedarf an beiden Fronten (Pat. u. Fachleute) Fachleute müssen Pat. beraten können, wenn dieser danach fragt	
A	364-370	23	Fachzeitungen: -brauche entsprechende Studien und bekannte Meinungsbildner, die es für gut befinden	Studien und Stellungnahmen von bekannten Meinungsbildnern in Fachzeitungen	

B	34-37	32	Es herrscht Unterversorgung, Patienten stehen auf Wartelisten und sollen die Möglichkeit bekommen, dazwischen etwas machen zu können Das nimmt niemandem etwas weg	CgHt soll Überbrückungsmöglichkeit für Patienten auf Wartelisten sein	
B	40-51	34**(1.a)**	Herz der Informationsverbreitung sind Verbände: -müssten auf dem Laufenden sein und mit einem Überblick über passende Programme und im Bereich tätige Logopäden zur Seite stehen -Verbände sollten sich gut über Vor- u Nachteile der Programme auskennen, denn auf Firmen kann man sich nicht verlassen, weil die ja verkaufen wollen	Informationsverbreitung: Durch Verbände: sollten über -aktuelle Informationen und -Überblick, und Vor- und Nachteile der Programme sowie über -eine Liste der mit CgHt arbeitenden Logopäden verfügen	<u>Informationsbedarf Auf Homepage Des Verbandes Über CgHt</u>: -aktuelle Informationen /Überblick über Programme -Vor- und Nachteile der Programme -niedergelassene Logopäden, die damit arbeiten -wichtige Fragen zu Auswahlkriterien, Kaufbedingungen,...
B	53-54	35**Informationsbedarf bei Verbänden?**	Unklar ob es eine derartige Information bei und von den Verbänden gibt	Informationsbedarf bei Verbänden unklar	
B	57-63	36	Wenn jemand anruft und Informationen über niedergelassene Logopäden/Programme als Zusatz zur Therapie braucht → wäre logisch, dass Verband hier informiert	Verband sollte über niedergelassene Logopäden sowie Programme als Therapiezusatz (und deren Vor- und Nachteile) informieren	
B		37	Die Verbände müssen wissen was es gibt und ob das gut ist, da in Zukunft sicher auch ungeeignete Programme auf den Markt kommen		

B	4	24**(1.)**	Erhöhter Informationsbedarf besteht	Erhöhter Informationsbedarf vorhanden	<u>Erhöhter Informationsbedarf vorhanden:</u> Für Logopäden: <u>über CgHt</u>: ▪ kein Ersatz des Therapeuten durch Maschine sondern Zusatz und eine ▪ Chance für effektive Therapie; ▪ Alternativversorgung bei fehlender Möglichkeit zur Kostendeckung bzw. fehlender Therapiebewilligung der Kasse/ ▪ Ergänzung zur Therapie oder Überbrückung bei Wartelisten;
B	4-8	25	CgHt (in Österreich) nicht so populär, weil viele Logopäden es nicht unterstützen: -jedes Mal wenn Artikel (manchmal sogar falsch zitiert) erscheint glauben sie, man will die Mensch-zu-Mensch-Beziehung aus dem Weg räumen	CgHt (in Österreich) nicht so populär, weil viele Logopäden Angst vor Ersatz durch Computer haben	
B	9-15	26	Informieren wichtig weil: -Logopäden akzeptieren müssen, dass es kein Ersatz ist, sondern eine Chance für effektive Therapie	Informationsbedarf bei Logopäden: darüber dass CgHt kein Ersatz sondern eine Chance für effektive Therapie ist	
B	15-17	27	Glaube nicht, dass in vielen Praxen verkündet wird aus Angst, Kundschaften zu verlieren	Vermutung dass aus Angst vor Verlust von Kundschaften nur wenige Praxen über CgHt informieren	
B	21-23	28	Was ich immer sagen werde, ist, dass computergestütztes Sprachtraining nie allein zu sehen ist!	CgHt darf nie allein gesehen werden	
B	23-26	29	Ist wirklich nur für Patienten, die nicht zum Sprachtherapeuten gehen können und trotzdem was machen wollen, z.B.: chronische Patienten, die von der Krankenkasse nichts mehr bewilligt bekommen	**CgHt** ist Alternative für Patienten, die nicht zum Therapeuten gehen können (z.B.: bei chronischen Fällen, ohne weitere Therapiebewilligung der Kasse)	
B	27-31	30	Es ist immer ein Zusatz, und kein Ersatz, und das ist das Problem, dass das nicht verstanden wird Sobald davon die Rede ist, wird befürchtet dass eine Maschine den Therapeuten ersetzt, was Blödsinn ist	CgHt ist kein Ersatz des Therapeuten, nur Zusatz. Überflüssige Befürchtung, dass Therapeut durch Maschine ersetzt wird	
B	31-34	31	CgHt kann nur Ergänzung zur bewilligten Therapie oder als Möglichkeit irgendeiner Art von Versorgung wenn jemand nichts bewilligt bekam	CgHt ist Ergänzung zur Therapie oder Alternativversorgungbei fehlender Therapiebewilligung	

B	76-79	38	Die Verbände sollen informiert sein, um Fragen beantworten zu können, bzw. auf der Website Fragen beantworten. Ich glaube es erfolgt sehr viel über Internet	Verband sollte auf der Website informieren bzw. Fragen beantworten	
B	89-95	39**(1.b)**	Ausstellungen bei Fachtagungen für die Verbreitung: -DBL hat gute Stände Vertreter von Programmen sind vor Ort um Fragen zu beantworten	Gezielte Informationsverbreitung über die Programme: durch Aussteller auf Fachtagungen/Vertreter	<u>Informationsverbreitung über einzelne Programme:</u> -Vertreter auf Fachtagungen
B	98-101	40**damit mehr darüber bekannt wird?**	Müsste recherchieren ob auch Workshops/Seminare (für Therapeuten) zu computergest. Aphasietherapie angeboten werden	Informationsverbreitung möglicherweise durch Weiterbildungsangebote zu computergestützter Aphasietherapie	<u>Informationsverbreitung für Therapeuten:</u> durch Weiterbildungen zur computergestützten Aphasietherapie
B	107 - 115	41**(1.b)**	Mit Glück wird es in Zeitungsartikel oder in Fernsehbeitrag aufgegriffen – das wäre optimal. Ist aber sehr schwer. Sonst: auf versch. Homepages: -z.B.: Verband könnte das Thema auf Homepage anschneiden und wichtige Fragen beantworten (welche Personen geeignet, was sollte man beachten, wenn man es anschaffen möchte, welche Grundbedingungen…)→ damit Pat. nicht irgendetwas kaufen, das sie nicht brauchen	Medien zur Informationsverbreitung: -Zeitung oder Fernsehen wäre optimal aber unwahrscheinlich -Verbreitung auf div. Homepages -Verband könnte auf der Homepage versch. Fragen zum Thema beantworten (Auswahlkriterien, Kaufbedingungen,…)	<u>Informationsträger:</u> ▪ Zeitung /Fernsehen eher unwahrscheinlich ▪ div. Homepages ▪ Website des Verbandes
B	116 - 120	42	Pat. sollen sich das Programm vorher anschauen können, und erst kaufen wenn es ihnen zusagt.	Pat. sollen die Möglichkeit haben, das Programm vor dem Kauf auszuprobieren	
C	5	43 **(1.)**	Ja	Erhöhter Informationsbedarf vorhanden, bei Therapeuten und Kostenträgern	<u>Erhöhter Informationsbedarf</u> Bei Therapeuten und Kostenträgern
C	8-9	44 **(1.a)**	Therapeuten und Kostenträger		
C	21-23	45 **(1.b) Informationsverbreitung, bei Th.**	Publikationen, Literatur, in Fortbildung, Ausbildung, Fachliteratur	Informationsverbreitung bei Therapeuten durch: - Publikationen, Literatur, Fortbildung, Ausbildung, Fachliteratur	<u>Informationsverbreitung bei Therapeuten durch:</u> ▪ Publikationen ▪ Fortbildungen ▪ Ausbildung ▪ Fachliteratur ▪ Internet
C	26-30	46**(1.c)**	Fortbildungen → werden dann auch im Internet aufscheinen; Info zum Thema im Internet, Literatur; Fernsehwerbung nicht nötig	Medien zur Informationsverbreitung: -Fortbildungen -Internet -Literatur	
C	39-44	47	Aufklärung: Aussage, dass tolle Möglichkeit für die Patienten, die die Kriterien für das selbstständige Arbeiten erfüllen	Informationen über: Tolle Möglichkeit für bestimmte Patienten (Kriterien zum selbstständigen Arbeiten erfüllt)	
C	44-55	48	Wichtig: Studien, damit Auswahlkriterien an Kostenträger weitergeleitet werden können. Dazu: Fortbildungen nötig: welche Pat. geeignet für welches Programm → kann viel schief laufen wenn Auswahl schlecht getroffen	Informationen für Kostenträger: Auswahlkriterien für die Eignung der Pat. zum CgHt Informationen für Therapeuten: Fortbildungen über die richtige Auswahl von Programmen/Patienten zum CgHt	<u>Informationen für Kostenträger über:</u> ▪ Patienten-Auswahlkriterien für CgHt ▪ Kein Ersatz des Therapeuten wegen Notwendigkeit der Supervision aber dennoch ▪ Ökonomie (Durchführung von Studien erforderlich) <u>Informationen für Therapeuten über</u>: richtige Patienten- und Programm-Auswahl für CgHt
C	188 - 203	49	Vorsicht geboten, damit von Kasse nicht falsch verstanden und Logopädie einfach ersetzt wird. Supervision gehört dazu und nicht jeder Aphasiker geeignet: Müsste der Kasse Studien vorlegen: -für gewisse Patientengruppe die best. Kriterien erfüllen muss -Vergleich, dass angemessene Stundenzahl Logopädie über ein Jahr teurer ist als Kombination von weniger Stunden und Heimtraining (evtl. mit Leihgerät) über einige Monate.	Wenn Kasse falsch versteht könnte Logopädie ersetzt werden Wichtige Informationen für die Kostenträger: -Therapeut kann nicht ersetzt werden, Supervision wichtig -CgHt nur für best. Patientengruppe, die die Auswahlkriterien erfüllt -Vergleiche über die Ökonomie des CgHt (X Stunden Logopädie vs. Weniger Stunden Logopädie + CgHt)	
C	203	50	Sehr viel Arbeit, diese Studien vorzulegen	Informationen für Kasse mit Studien belegen sehr arbeitsintensiv	

Informationsbedarf – Zweite Reduktion der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse			
IP	**Kategorie**	**Generalisierung**	**Reduktion**
A	Erhöhter Informationsbedarf vorhanden: -bei: ▪ Patient ▪ Selbsthilfegruppen ▪ Kostenträger ▪ Politik ▪ Therapeut: muss die Methode kennen, wenn Pat. danach fragt; auch ausbilden ▪ Arzt: Info über neue, effektivere Möglichkeit für intensive Aphasietherapie; Arzt muss es kennen, wenn Pat. danach fragt -über: ▪ Definition des Begriffes (Pat. nicht alleine mit Therapieroboter zu Hause; „Teletherapie" rückt es in besseres Licht) ▪ Richtige Vorgehensweise (Therapeut nicht zu ersetzen, tägliche Supervision je nach Ermessen des Therapeuten) ▪ Qualität und Verordnungsfähigkeit durch Supervision	Erhöhter Informationsbedarf bei allen Beteiligten Fachleute müssen sich auskennen wenn Patient danach fragt Zu verbreitende Informationen: Begriffsdefinition/Vorgehensweise: ▪ Patient übt nicht alleine ▪ Therapeut nicht zu ersetzen ▪ tägliche Supervision führt zu Qualität und Verordnungsfähigkeit	**K1: Erhöhter Informationsbedarf Bei allen Beteiligten** **K2: Zu verbreitende Informationen: Begriffsdefinition/Vorgehensweise:** ▪ Patient übt nicht alleine ▪ Kein Ersatz des Therapeuten ▪ Qualität und Verordnungsfähigkeit durch Supervision ▪ Kein Ersatz der Therapie sondern Zusatz Für Therapeuten: ▪ Möglichkeit der Überbrückung bei Wartelisten ▪ Alternativversorgung bei fehlender Therapiemöglichkeit ▪ Kriterien für richtige Patienten-/Programmauswahl Für Kostenträger: ▪ Katalog mit Patienten-Auswahlkriterien für CgHt ▪ Weiterhin Notwendigkeit des Therapeuten für Supervision ▪ Studien zur Ökonomie des CgHt
A	Medien zur Informationsverbreitung: -wenn Staatsregierung das Projekt begleitet: Fernsehen -für Logopäden: Ausbildungsstätten/Studium, Fachzeitschriften, Fachverbände, Fortbildung -Mundpropaganda: Therapeuten/Ärzte selbst als Informationsträger -Studien und Stellungnahmen von bekannten Meinungsbildnern in Fachzeitungen	Medien zur Informationsverbreitung: ▪ Fernsehen nur bei großen, öffentlichen Projekten ▪ Mundpropaganda durch Therapeuten/Ärzte ▪ Publikationen bekannter Meinungsbildner Für Logopäden: ▪ Ausbildung ▪ Fachliteratur ▪ Fachverbände ▪ Fortbildungen	
B	Erhöhter Informationsbedarf vorhanden: Für Logopäden: über CgHt: ▪ kein Ersatz des Therapeuten durch Maschine sondern Zusatz und eine ▪ Chance für effektive Therapie; ▪ Alternativversorgung bei fehlender Möglichkeit zur Kostendeckung bzw. fehlender Therapiebewilligung der Kasse/ ▪ Ergänzung zur Therapie oder Überbrückung bei Wartelisten;	Erhöhter Informationsbedarf Zu verbreitende Informationen Für Logopäden: ▪ CgHt kein Ersatz des Therapeuten ▪ Chance für effektive Therapie durch Ergänzung ▪ Überbrückung bei Wartelisten ▪ Alternativversorgung bei fehlender Therapiemöglichkeit Auf Website des Verbandes: ▪ Aktuelle Informationen ▪ Überblick über Programme ▪ Vor- und Nachteile der Programme ▪ Liste niedergelassener, im Bereich tätiger Logopäden ▪ Beantwortung wichtiger Fragen bzgl. Kauf/Auswahlkriterien	Auf Website des Verbandes ▪ Aktuelle Informationen ▪ Überblick über Programme ▪ Vor- und Nachteile der Programme ▪ Liste niedergelassener, im Bereich tätiger Logopäden ▪ Beantwortung wichtiger Fragen bzgl. Kauf/Auswahlkriterien **K3: Medien zur Informationsverbreitung:** ▪ Fernsehen nur bei großen, öffentlichen Projekten ▪ Mundpropaganda durch Therapeuten/Ärzte ▪ Publikationen bekannter Meinungsbildner ▪ Internet(Verbands-Website) Unter Therapeuten: ▪ Ausbildung ▪ Fachliteratur ▪ Fachverbände ▪ Fortbildungen (über computergestützte Aphasietherapie) ▪ Fachtagungen
B	Informationsbedarf Auf Homepage Des Verbandes Über CgHt: -aktuelle Informationen /Überblick über Programme -Vor- und Nachteile der Programme -niedergelassene Logopäden, die damit arbeiten -wichtige Fragen zu Auswahlkriterien, Kaufbedingungen,...		
B	Informationsverbreitung über einzelne Programme: -Vertreter auf Fachtagungen	Medien zur Informationsverbreitung: Homepages Website des Verbandes Zeitung/Fernsehen unwahrscheinlich über Programme: Fachtagungen unter Therapeuten: Weiterbildungen im Bereich computergestützte Aphasietherapie	
B	Informationsverbreitung für Therapeuten: durch Weiterbildungen zur computergestützten Aphasietherapie		
B	Informationsträger: ▪ Zeitung /Fernsehen eher unwahrscheinlich ▪ div. Homepages Website des Verbandes		
C	Erhöhter Informationsbedarf Bei Therapeuten und Kostenträgern	Erhöhter Informationsbedarf bei Therapeuten und Kostenträgern	

		Zu verbreitende Informationen: Für Kostenträger: ▪ Patienten-Auswahlkriterien für CgHt ▪ Therapeut weiterhin gebraucht für Supervision ▪ Ökonomie von CgHt (durch Studien belegt) Für Therapeuten: Kriterien für Patienten-/Programmauswahl Medien zur Informationsverbreitung: Unter Therapeuten: ▪ Publikationen ▪ Fortbildungen ▪ Ausbildung ▪ Fachliteratur ▪ Internet	
C	Informationsverbreitung bei Therapeuten durch: ▪ Publikationen ▪ Fortbildungen ▪ Ausbildung ▪ Fachliteratur ▪ Internet		
C	Informationen für Kostenträger über: ▪ Patienten-Auswahlkriterien für CgHt ▪ Kein Ersatz des Therapeuten wegen Notwendigkeit der Supervision aber dennoch ▪ Ökonomie (Durchführung von Studien erforderlich)		
C	Informationen für Therapeuten über: richtige Patienten- und Programm-Auswahl für CgHt		

Aus- und Fortbildung von Therapeuten

Aus- und Fortbildung von Therapeuten – Erste Reduktion der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse					
IP	Z.	Nr. (Frage)	Paraphrase	Generalisierung	Erste Reduktion
A	47-49	1 (1.)	Therapeuten müssen nicht nur informiert sondern ausgebildet werden, Ausbildungsmaßnahmen anbieten, wie man sich zum Teletherapeuten entwickeln kann	Therapeuten brauchen Informationen und Fortbildungen zum CgHt	Fortbildungsangebot nicht ausreichend: -wäre wichtig für Therapeuten -DE: Ausbildung zum Teletherapeuten (auch für Ergo-/Physiotherapie) in Prüfung Stellenwert von CgHt in Grundausbildung: Grundsätzlicher Bestandteil →Inhalte/Informationen über Supervisionsprinzip: -Ohne Supervision: ▪ keine Qualität weil Einfluss auf Therapieverlauf ▪ evtl. keine Therapiebewilligungen von Kassen
A	205-207	2 (2.a)	Ich arbeite immer wieder mit Logopädie-Schulen zusammen und finde dass es grundsätzlich schon Bestand der Ausbildung sein sollte	CgHt sollte grundsätzlich Bestand der Ausbildung sein	
A	207-216	3	In Ausbildung wichtig zu lernen: -Differenzierung dass die Methode ein Fluch sein kann, wenn der Patient ohne und ein Segen, wenn er mit Supervision am Computer therapiert wird -weil ohne Supervision der Therapeut keinen Einfluss auf den Therapieverlauf hat	Inhalte: Supervision wichtig bei der Methode denn ohne S.: ▪ hat Therapeut keinen Einfluss auf Therapieverlauf ▪ Kassen könnten Bewilligungen streichen, wenn wir Pat. alleine üben lassen	
A	221-230	4	Gefahr sich ins eigene Fleisch zu schneiden: -wenn Kassen sehen, dass dem Pat. empfohlen wird alleine zu Hause zu üben, dann kommt ihnen die Idee die 10er/30er Rezepte zu streichen		
A	230-234	5	In Ausbildung und Politik gehört: - muss berufspolitisch in die Ausbildung und in die Rahmenbedingungen: WENN compgest. DANN nur supervidiert -zweiter Weg ohne Supervision wird zur Kenntnis genommen	Inhalte in Ausbildung und Rahmenbedingungen: CgHt MUSS supervidiert werden	
A	239	6 (2.b)	Kein ausreichendes Fortbildungsangebot. Gibt gar keines	Fortbildungsangebot nicht vorhanden	
A	239-245	7	In DE in Prüfung: Ausbildung zum Teletherapeuten für jede Sparte (Ergo, Physio, Logo)	DE: Ausbildung für CgHt in den Bereichen Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie in Prüfung	
A	254-262	8	DBL selber empfiehlt Sprachtherapiesoftware, die ohne Supervision ist Habe noch nicht geschafft, meinen Standpunkt den Therapeuten klar zu machen	Supervisionsprinzip sollte unter Therapeuten verbreitet werden	
A	338-339	9 (1.c)	Wichtige Herausforderung die Informationen über CgHt in die Ausbildung zu bringen	CgHt sollte in Ausbildung	

B	233-243	10 **(2.a)**	Bevor es unter Linguistik fällt, sollte es als extra Workshop angeboten werden, denn Sie haben so schon so wenige Stunden Linguistik in der Ausbildung. Es muss entweder aufgestockt werden, oder eine andere Lösung gefunden werden, z.B.: verpflichtende Workshops zusätzlich zum Curriculum Wichtig sind zuerst die grundlegenden Methoden, dann erst die Computertherapie Erst wenn alles andere gegeben ist	CgHt in Grundausbildung erst wenn nach den grundlegenden Methoden gereiht. Evtl. Aufstockung der Stunden oder als verpflichtender Workshop	<u>Stellenwert von CgHt in Grundausbildung:</u> ▪ Erst Grundlegendes dann Computertherapie (z.B.: als Workshop) ▪ Mögliche Übertragung von Grundsätzen der Aphasietherapie auf Computertherapie Fortbildungsangebot als nicht ausreichend vermutet, aber keine Informationen dazu
B	266-270	11 **(2.b)**	Da bin ich ehrlich gesagt nicht so informiert, aber ich glaube nicht, da müsste ich mich erkundigen. Firmen, die gute Beziehungen, z.B.: zu Prolog, werden dort wahrscheinlich Workshops machen können...	Keine Information zu Fortbildungsangeboten. Annahme, dass Firmen Workshops zu ihren Produkten anbieten wollen	
B	347-356	12	Man könnte Grundsatz-Prinzipien der Aphasietherapie gut lehren und die sind dann auf den Computer übertragbar (für den Aufbau von Therapiemodulen)	Ausbildungsinhalte: Grundsätze der Aphasietherapie für Therapiemodule am Computer übertragbar	
C	53-55	3	Fortbildungen über die Eignung von Patienten zu best. Heimtrainingsprogrammen; richtige Auswahl sehr wichtig	Therapeuten brauchen Fortbildungen für richtige Patienten- und Programmauswahl	Fortbildung von Therapeuten wichtig <u>Inhalte über CgHt in Fortbildung</u>: -Auswahlkriterien von Programmen und Patienten -Setting (Pat. übt zu Hause am eigenen PC/am Leihgerät/ in der Praxis am Gerät der Therapeutin) Fortbildungsangebot als nicht ausreichend vermutet, aber keine Informationen dazu <u>Stellenwert von CgHt in Grundausbildung:</u> ▪ Teil des Aphasieunterrichts ▪ Abhängig von Erfahrung des Vortragenden
C	58	14	Wichtig, dass Therapeuten gut ausgebildet	Gute Ausbildung wichtig	
C	59-76	15	Fortbildungen wichtig, um einen Kriterienkatalog für die Kasse erstellen zu können, damit nicht jeder Aphasiker automatisch Heimtraining bekommt. Überlegen, in welcher Form das Heimtraining stattfinden kann: -ob Therapeut ein Gerät in Praxis hat und Pat. ambulant kommen, alleine üben -ob Pat. ein Leihgerät bekommen bzw. zu Hause üben	Fortbildungen wichtig: -für die Erstellung der Auswahlkriterien zum Vorlegen bei der Kasse -für Überlegungen zum Setting (Benutzung von Gerät in Praxis/Leihgerät/eigenem PC)	
C	80-82	16	Man muss Informationen haben aber das alleine reicht für Realisierung noch nicht aus	Informationen reichen nicht für Realisierung	
C	99-105	17 **(2.a)**	Gehört zur Aphasievorlesung dazu, sollte vorkommen, aber auch von Erfahrungen der Vortragenden abhängig.	CgHt Teil der Aphasievorlesung, Gewichtung von Erfahrungen des Vortragenden abhängig	
C	114-120	18 **(2.b)**	Befürchte dass es in Österreich nichts gibt. (Weiß nicht wie es in DE ist) Wäre sicher wünschenswert.	Fortbildungsangebot in Österreich vermutlich nicht vorhanden – wäre wünschenswert	

Aus- und Fortbildung von Therapeuten – Zweite Reduktion der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse			
IP	**Kategorie**	**Generalisierung**	**Zweite Reduktion**
A	Fortbildungsangebot nicht ausreichend: -wäre wichtig für Therapeuten -DE: Ausbildung zum Teletherapeuten (auch für Ergo-/Physiotherapie) in Prüfung	Fortbildungsangebot nicht ausreichend: -wäre wichtig für Therapeuten -DE: Ausbildung zum Teletherapeuten (auch für Ergo-/Physiotherapie) in Prüfung	Fortbildungsangebot nicht ausreichend: wäre wichtig für Therapeuten Inhalte über CgHt in Fortbildung: ▪ Auswahlkriterien von Programmen und Patienten ▪ Setting (Pat. übt zu Hause am eigenen PC/am Leihgerät/ in der Praxis am Gerät der Therapeutin) Stellenwert von CgHt in Grundausbildung: Teil des Aphasieunterrichts, evtl. verpflichtender Workshop Inhalte über CgHt in Ausbildung: ▪ Supervisionsprinzip ▪ Mögliche Übertragung von Grundsätzen der Aphasietherapie auf Computertherapie
A	Stellenwert von CgHt in Grundausbildung: Grundsätzlicher Bestandteil →Inhalte/Informationen über Supervisionsprinzip: -Ohne Supervision: ▪ keine Qualität weil Einfluss auf Therapieverlauf ▪ evtl. keine Therapiebewilligungen von Kassen	Stellenwert von CgHt in Grundausbildung: Grundsätzlicher Bestandteil →Inhalte/Informationen über Supervisionsprinzip	
B	Stellenwert von CgHt in Grundausbildung: ▪ Erst Grundlegendes dann Computertherapie (z.B.: als Workshop) ▪ Mögliche Übertragung von Grundsätzen der Aphasietherapie auf Computertherapie	Stellenwert von CgHt in Grundausbildung: Erst Grundlegendes dann Computertherapie (z.B.: als Workshop) Inhalte: Mögliche Übertragung von Grundsätzen der Aphasietherapie auf Computertherapie	
B	Fortbildungsangebot als nicht ausreichend vermutet, aber keine Informationen dazu	Fortbildungsangebot als nicht ausreichend vermutet, aber keine Informationen dazu	
C	Fortbildung von Therapeuten wichtig Inhalte über CgHt in Fortbildung: -Auswahlkriterien von Programmen und Patienten -Setting (Pat. übt zu Hause am eigenen PC/am Leihgerät/ in der Praxis am Gerät der Therapeutin) Fortbildungsangebot als nicht ausreichend vermutet, aber keine Informationen dazu	Fortbildungsangebot als nicht ausreichend vermutet, aber keine Informationen dazu → Fortbildung von Therapeuten wichtig Inhalte über CgHt in Fortbildung: -Auswahlkriterien von Programmen und Patienten -Setting (Pat. übt zu Hause am eigenen PC/am Leihgerät/ in der Praxis am Gerät der Therapeutin)	
C	Stellenwert von CgHt in Grundausbildung: ▪ Teil des Aphasieunterrichts Abhängig von Erfahrung des Vortragenden	Stellenwert von CgHt in Grundausbildung: ▪ Teil des Aphasieunterrichts Abhängig von Erfahrung des Vortragenden	

Technische Aspekte

Technische Aspekte – Erste Reduktion der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse

IP	Z.	Nr. (Frage-stellung)	Paraphrase	Generalisierung	Erste Reduktion
A	82-83	0	Pat. muss den Umgang mit dem Computer beim Therapeuten gelernt haben.	Therapeut muss den Pat. in das Üben am Computer einweisen	<u>Wichtig für Umgang mit Technik:</u> -Einschulung des Patienten -leicht bedienbare Software mit wenig Möglichkeit zur Fehlbedienung <u>Kein Problem in Vergabe von Leihcomputern:</u> -Geräte speziell für Patienten- bzw. Therapiebedarf angepasst -Liefer-/Abholservice als Erleichterung für Pat.
A	90-97	1 (3.a)	Einfachheit, alle Anforderungen über „Stecker rein stecken" ist zu viel erwartet	Einfachste Handhabung	
A	107-111	2	Normalerweise entwickeln Technologen komplexe Software mit verschiedensten Möglichkeiten. Hier ist die Anforderung so einfach wie möglich zu arbeiten um Fehlbedienmöglichkeiten auszuschließen.	Einfache Handhabung der Software Ausschluss von Möglichkeiten der Fehlbedienung	
A	114	3 (3.b)	Anfangs Probleme mit Verleih von Computern	Leihcomputer mittlerweile kein Problem: Gerät ist kein PC, sondern speziell für Therapie robust und zur einfachen Handhabung ausgestattet (Lautsprecher, Touchscreen, Blechgehäuse, inkludiertes Handy, eigenes Betriebssystem) Liefer-/Abholservice	
A	117-125	4	Mittlerweile: -kein PC, sondern spezielles Gerät, sehr teuer, aber sehr robust -gute Lautsprecher, Touchscreen, Blechgehäuse, Handy inkludiert, -eigenes Betriebssystem für einfache Handhabung -Liefer- u Abholservice, damit Pat um gar nichts kümmern müssen		
B	204-209	5	Jetzt spielt die Grundausstattung mit Computer nicht mehr so eine große Rolle wie früher, weil die Computer jetzt so stark sind und im Preis sinken, dass praktisch von Jugend an jeder mit technischen Geräten versorgt ist.	qualitative technische Grundausstattung heute günstig zu bekommen → nicht die Hauptrolle	Kleine Rolle der technischen Grundausstattung durch Verfügbarkeit von günstigen starken Computern
B	216-222	6 (3.b)	Wenn jemand kein Geld hat, sich einen Computer anzuschaffen ist ein Leihcomputer gar keinem Computer sicher vorzuziehen Aber persönlich bin ich nicht dafür, denn wenn etwas beschädigt wird, was dann?	Leihcomputer als Alternative bei starker Geldnot. Problem bei Vergabe von Leihcomputern: Finanzierung bei Beschädigung	Problem bei Vergabe von Leihcomputern an finanziell schwache Personen: Übernahme der Finanzierung bei Beschädigung
C	90-95	7 (3.b)	Wenn jemand Leihcomputer vergeben würde, sehe kein Problem. Man müsste selbstverständlich Kaution zahlen. Halte es für gute Möglichkeit dass das jemand für ein paar Wochen/Monate zum intensiven Üben bekommt.	Kein Problem bei Vergabe von Leihcomputern, wegen Absicherung durch Kaution Gute Übungsmöglichkeit für begrenzten Zeitraum	<u>Leihcomputer:</u> ▪ Gute Übungsmöglichkeit für intensives Üben ▪ Begrenzte Leihgabe fördert Motivation ▪ Kaution sichert Leihgabe ab CgHT ohne Technik unmöglich
C	123-124	8 (3.a)	Ohne techn. Gerät nicht möglich	Technik spielt fundamentale Rolle für CgHt	
C	154-174	10	Vorteil von Leihgerät: Man übt motivierter, weil man beschränkten Zeitraum hat. Programme geben gleich Feedback. Man braucht auch Kontrolle, weil man sonst weniger übt.	Vorteil des Leihgerätes: Begrenzter Zeitraum, direktes Feedback vom Programm und Kontrolle fördern die Motivation	

Technische Aspekte – Zweite Reduktion der Zusammenfassenden Analyse

IP	Kategorie	Generalisierung	Reduktion
A	<u>Wichtig für Umgang mit Technik:</u> -Einschulung des Patienten -leicht zu bedienende Software mit wenig Möglichkeit zur Fehlbedienung	<u>Wichtige Faktoren bzgl. Technik:</u> ▪ Einschulung des Patienten ▪ leicht zu bedienende Software	Technische Grundausstattung ist Basis, aber heutzutage erschwinglich <u>Wichtige Faktoren:</u> Einschulung des Patienten in Anwendung Leicht zu bedienende Software <u>Bedingungen für positive Erfahrungen bei Leihgabe:</u> ▪ spezielle, an Patienten-/Therapiebedarf angepasste Geräte ▪ Liefer-/Abholservice ▪ Kaution als Absicherung <u>Positive Aspekte von Leihcomputern:</u> ▪ Gute Möglichkeit für intensives Üben ▪ Zeitlich begrenzte Leihgabe fördert Motivation
A	<u>Kein Problem in Vergabe von Leihcomputern:</u> -Geräte speziell für Patienten- bzw. Therapiebedarf angepasst -Liefer-/Abholservice als Erleichterung für Pat.	<u>Positive Erfahrungen mit Leihcomputern:</u> ▪ spezielle, an Patienten-/Therapiebedarf angepasste Geräte ▪ Liefer-/Abholservice	
B	<u>Kleine Rolle der technischen Grundausstattung</u> durch Verfügbarkeit von günstigen starken Computern	gute technische Grundausstattung (Hardware) heutzutage erschwinglich	
B	<u>Problem bei Vergabe von Leihcomputern</u> an finanziell schwache Personen: Übernahme der Finanzierung bei Beschädigung	<u>Problem bei Vergabe von Leihcomputern</u> an finanziell schwache Personen: Übernahme der Finanzierung bei Beschädigung	
C	<u>Leihcomputer:</u> ▪ Gute Möglichkeit für intensives Üben ▪ Begrenzte Leihgabe fördert Motivation ▪ Kaution sichert Leihgabe ab	<u>Positive Einstellung zu Leihcomputern:</u> ▪ Gute Möglichkeit für intensives Üben ▪ Begrenzte Leihgabe fördert Motivation Kaution sichert Leihgabe ab	
C	CgHT ohne Technik unmöglich	Technik ist Basis	

Finanzierung

Finanzierung – Erste Reduktion der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse					
IP	Z.	Nr. (Frage)	Paraphrase	Generalisierung	Erste Reduktion
A	165	1 (4.b)	Wenn die Kasse nicht zahlt, muss der Pat. selber zahlen	Selbstfinanzierung bei fehlender Kostenerstattung der Kasse	<u>Möglichkeit bei fehlender finanzieller Unterstützung durch Kassen:</u> Selbstfinanzierung <u>Keine Einschränkung der Verbreitung durch Therapiebewilligung der Kassen:</u> - Definition von CgHt und Argumentation mit Supervision wichtig gegen Missverständnis seitens der Kassen -über Methode entscheidet Therapeut selbst -bei CgHt mit Supervision keine Diskussion über Abrechnung nötig
A	175-187	2	Kasse hat nicht zu entscheiden mit welcher Methode therapiert wird, ob mit CgHt oder Bildkarten	Ansuchen bei Kasse nicht nötig. Denn über passende Therapiemethode hat Therapeut zu entscheiden, nicht die Kasse	
A	187-199	3	Da bei der Kasse keine Logopäden sitzen, ist es problematisch wenn man über die Sache informiert -bei Kasse kommt etwas anderes an als gemeint, deshalb Begrifflichkeit wichtig -Kasse denkt wir lassen Pat alleine am PC üben und wollen das abrechnen -daher Supervision als wichtigstes Argument -Therapeut muss entscheiden; sobald CgHt in Kombination mit Supervision: → keine Diskussion ob das ein Heilverfahren ist, sondern es ist ähnliche Therapie in moderner Form	Information über CgHt /Ansuchen bei Kasse führt zu Missverständnis, da keine Fachleute: Kasse könnte unter CgHt verstehen, dass Therapeuten Geld dafür verlangen, dass Pat. alleine übt →Argumentation: Pat. übt nicht alleine sondern braucht Supervision, und dadurch geschieht eine ähnliche Therapie in modernerer Form, brauche nicht mit Kassen diskutieren → dadurch wird CgHt verordnungsfähig	
B	125-127	4 (4.a)	Personen von 50-60 J. haben heutzutage meist einen Computer im Haushalt	Hardware-Anschaffung nicht nötig: Großteil der Haushalte hat bereits PC	<u>Finanzielle Unterstützung bei Hardware-Anschaffung</u>: kein Problem, da PC in fast allen Haushalten <u>Software-Anschaffung:</u> Unterstützung nur bei Artikeln aus Hilfsmittelkatalog; <u>Möglichkeiten:</u> Selbstfinanzierung Angehörige Sponsoren Leasing (z.B.:Fleppo)
B	129-161	5	Software sehr teuer. Pat. müssen selbst kaufen, oder mit Hilfe von Familie/Sponsoren vielleicht	Software-Anschaffung teuer: keine Unterstützung von außen; nur Selbstfinanzierung/Angehörige/Sponsoren	
B	165-166	6	Glaube, damit etwas bezahlt wird, muss es in den Hilfsmittelkatalog, und weiß nicht wie einfach das ist	Unterstützung der Kasse nur bei Hilfsmittelkatalog	
B	172-173	7	Würde sagen, wenn es einem wichtig ist, dann kauft man es sich.	Selbstfinanzierung bei subjektiver Wichtigkeit	
B	180-182	8	Eine Möglichkeit wäre auch Leasing. Das Downloaden der Übungen von LinguAdapt (Fleppo) ist auch eine Art Leasing.	Leasing als Alternative (ähnlich Fleppo von LinguAdapt)	
B	187-190	9	Natürlich wollen die Firmen, dass die Pakete gekauft werden, aber Leasing wird eine Möglichkeit.	Leasing als Alternative	
C	59-61	10	Wichtig ist Klärung des Kostenpunktes: in welcher Form das computergestützte Heimtraining möglich wäre	Klärung von Setting und Kosten wichtig	<u>Erledigungen vor Ansuchen bei Kasse:</u> ▪ Evidenz durch Studien und Fallbeispiele ▪ Kriterienkatalog für Patientenauswahl <u>Ökonomie den Kassen demonstrieren:</u> ▪ Begrenzte Nutzergruppe (Therapiestundenreduktion in Kombination mit CgHt nur sinnvoll bei Pat. die Kriterien erfüllen) ▪ Insgesamte Ersparnis für Kassen <u>Hohe Programmkosten wirken Verbreitung entgegen:</u> Geräte-/Programmanschaffung durch Therapeuten zu kostspielig <u>Möglichkeit bei fehlender finanzieller Unterstützung:</u> ▪ Selbstfinanzierung ▪ Hoffen auf Kostenverringerung durch steigende Nachfrage ▪ Evtl. selbstständiges Üben in logopäd. Praxis
C	61-68	11	Studien/Fallbeispiele nötig, die den Kostenträgern vorgelegt werden können; Kriterienkatalog (man muss eh im Einzelfall entscheiden); Dann Ansuchen an Krankenkasse	Studien und Auswahlkriterienkatalog vor Ansuchen bei der Kasse erforderlich	
C	68-70	12	Wichtig dass nicht bei jeder Aphasie einfach ein Heimtrainingsprogramm von der Kasse hingestellt wird	Kasse soll nicht jedem Aphasiker ein Programm verordnen	
C	107-111	13	Finde Idee sehr gut, dass chron. Patienten weniger Stunden in Anspruch nehmen müssen, WENN sie selbstständig arbeiten können. Halte selbstständiges Arbeiten, zu Hause u viele Stunden, bei Pat. die es können für sehr sinnvoll	Reduzierung der Therapieeinheiten bei chron. Pat. sinnvoll und positiv, aber nur wenn selbstständiges intensives Üben zu Hause möglich	
C	178-179	14 (4.a)	Wäre gut, wenn Kasse unterstützen würde, weiß aber nicht ob das so ist.	Kasse sollte unterstützen	
C	180-182	15	Wenn keine Kostenfrage wäre und Programme sehr günstig, wäre sicher mehrere im Umlauf	Verbreitung der Programme vor allem durch Kostenfrage zurückgehalten	
C	207-210	16	Wir Logopädinnen können die Geräte/Programme nicht um 1000Euro kaufen und dann mehr Geld verlangen, damit die Investition abbezahlt wird. Und Kasse wird's nicht machen, wenn nicht von der Ökonomie überzeugt wird.	Geräteanschaffung für logopädische Praxis zu kostspielig Geräteanschaffung durch Kassen nur wenn von Ökonomie überzeugt	

C	213-217	17	Das Schwierige ist, den Kassen die Ökonomie zu demonstrieren und trotzdem differenzierter aufzuzeigen, dass nicht jeder Aphasiker davon profitiert und dafür geeignet ist.	Demonstration der Ökonomie und gleichzeitig der begrenzten Nutzergruppe (Auswahlkriterien) gegenüber Kassen schwierig	
C	217-223	18	Das Wesentliche ist, dass die Kasse über diese Patientenauswahl Bescheid weiß und dann kann die Logopädin entscheiden. Und insgesamt kann man von einer Ersparnis für die Kasse sprechen.	Kasse muss Auswahlkriterien kennen Logopädin entscheidet schließlich im Einzelfall Insgesamt Ersparnis für Kasse	
C	224-225	19	Wenn Kostenfrage nicht wäre, wäre es wahrscheinlich auch schon mehr im Umlauf.	Verbreitung der Programme vor allem durch Kostenfrage zurückgehalten	
C	236-245	20 (4.b)	Patienten müssen dann selber bezahlen, wenn sie es sich leisten können. Wenn die Programme einmal mehr im Umlauf sind, werden sie vielleicht weniger kosten und somit für den Patienten zumutbar sein.	Selbstfinanzierung bei fehlender finanzieller Unterstützung. Mögliche Kostenverringerung durch größere Nachfrage in Zukunft	
C	245-255	21	Wenn es nicht mehr so kostspielig ist, wäre es auch eine Möglichkeit, dass die Logopädin die Programme in der Praxis hat und Patienten dort regelmäßig alleine üben, zusätzlich zur wöchentlichen Therapieeinheit.	Alternative: selbstständiges Üben in logopäd. Praxis Geräteanschaffung für logopädische Praxis zu kostspielig	

Finanzierung – Zweite Reduktion der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse

IP	Kategorie	Generalisierung	Zweite Reduktion
A	Möglichkeit bei fehlender finanzieller Unterstützung durch Kassen: Selbstfinanzierung	Möglichkeit bei fehlender finanzieller Unterstützung durch Kassen: Selbstfinanzierung	Möglichkeit bei fehlender finanzieller Unterstützung durch Kassen: ▪ Selbstfinanzierung ▪ Angehörige ▪ Sponsoren ▪ Leasing (z.B.:Fleppo) ▪ Evtl. selbstständiges Üben in logopäd. Praxis Software müsste in den Hilfsmittelkatalog Unterstützung bei Hardware-Anschaffung kaum erforderlich, da PC in fast allen Haushalten Kassen richtig informieren: ▪ Evidenz durch Studien und Fallbeispiele ▪ Begrenzte Nutzergruppe, Kriterienkatalog für Patientenauswahl ▪ Ökonomie: Insgesamt Ersparnis für Kassen Hohe Programmkosten wirken Verbreitung entgegen: Geräte-/Programmanschaffung durch Therapeuten zu kostspielig
A	Keine Einschränkung der Verbreitung durch Therapiebewilligung der Kassen: - Definition von CgHt und Argumentation mit Supervision wichtig gegen Missverständnis seitens der Kassen -über Methode entscheidet Therapeut selbst -bei CgHt mit Supervision keine Diskussion über Abrechnung nötig	Verbreitete Anwendung nicht durch Kassen eingeschränkt: bei CgHt mit Supervision keine Diskussion über Abrechnung nötig → über Methode entscheidet Therapeut selbst	
B	Finanzielle Unterstützung bei Hardware-Anschaffung: kein Problem, da PC in fast allen Haushalten Software-Anschaffung: keine, nur bei Artikeln aus Hilfsmittelkatalog; Möglichkeiten: Selbstfinanzierung Angehörige Sponsoren Leasing (z.B.:Fleppo)	Finanzielle Unterstützung bei Hardware-Anschaffung: nicht nötig, da PC in fast allen Haushalten Software-Anschaffung: für Unterstützung müssten Artikel in den Hilfsmittelkatalog; Möglichkeiten: Selbstfinanzierung Angehörige Sponsoren Leasing (z.B.:Fleppo)	
C	Erledigungen vor Ansuchen bei Kasse: ▪ Evidenz durch Studien und Fallbeispiele ▪ Kriterienkatalog für Patientenauswahl Ökonomie den Kassen demonstrieren: ▪ Begrenzte Nutzergruppe (Therapiestundenreduktion in Kombination mit CgHt nur sinnvoll bei Pat. die Kriterien erfüllen) ▪ Insgesamt Ersparnis für Kassen	Erledigungen vor Ansuchen bei Kasse: ▪ Evidenz durch Studien und Fallbeispiele ▪ Kriterienkatalog für Patientenauswahl Ökonomie den Kassen demonstrieren: ▪ Begrenzte Nutzergruppe, Auswahlkriterien ▪ Insgesamt Ersparnis für Kassen	
C	Hohe Programmkosten wirken Verbreitung entgegen: Geräte-/Programmanschaffung durch Therapeuten zu kostspielig	Hohe Programmkosten wirken Verbreitung entgegen: Geräte-/Programmanschaffung durch Therapeuten zu kostspielig	
C	Möglichkeit bei fehlender finanzieller Unterstützung: ▪ Selbstfinanzierung ▪ Hoffen auf Kostenverringerung durch steigende Nachfrage ▪ Evtl. selbstständiges Üben in logopäd. Praxis	Möglichkeit bei fehlender finanzieller Unterstützung: ▪ Selbstfinanzierung ▪ Evtl. selbstständiges Üben in logopäd. Praxis	

Persönliche Erfahrungen und Zukunftsvision

Persönliche Erfahrungen und Zukunftsvision – Erste Reduktion der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse					
IP	Z.	Nr. (Frage)	Paraphrase	Generalisierung	Erste Reduktion
A	266-267	1 (5.a/b)	Bin ziemlich sicher dass die Heimtrainingsmöglichkeiten immer mehr genutzt werden	<u>Gründe für größere Nutzung von CgHt in Zukunft:</u> ▪ Langfristiger regelmäßiger Übungsbedarf der Aphasiker muss aus Klinik/Praxis ausgelagert werden ▪ In DE wird sogenanntes Reha-Loch mit supervidierter Versorgung zu Hause ausgeglichen → Frühpensionierung dadurch vermieden, beschleunigte Rückkehr ins Berufsleben	<u>Größere Nutzung von CgHt in Zukunft:</u> ▪ Zum Decken von langfristigem, regelmäßigen Übungsbedarf <u>Persönliche Erfahrungen:</u> DE: Ausgleich des Reha-Loches und rasche Wiedereingliederung in den Beruf durch supervidiertes CgHt
A	279-284	2	weil: Aus Sicht der Patienten -Aphasiker über sehr lange Zeit regelmäßig üben müssen um besser oder konstant zu bleiben -Aphasiker können in dieser Zeit nicht in Klinik sitzen, das muss als Heimtraining geschehen		
A	284-305	3	Aus Sicht der Kostenträger: -durch Ausgleichen der Versorgungslücke (DE: Rehaloch) zwischen Reha und ambulanter Betreuung mittels Telesupervision werden Frühberentungen vermieden und die Leute schneller wieder an Arbeitsplatz gebracht -das hilft dem Sozialsystem und darum wird es von der Rentenversicherung bezahlt		
B	293-295	4	Bisher haben wir bei unserem Programm noch keine systematischen Studien durchgeführt, haben dies aber vor.	Systematische Studien bei eigenem Programm in Planung	<u>Persönliche Erfahrungen:</u> ▪ Systematische Studien des eigenen Programms in Planung ▪ Computerrunde hptsl. Soziale Funktion ▪ CgHt nur Zusatzfunktion
B	297-298	5	Die Computerrunde hier hat eher soziale Funktion, und wird nur von manchen zum konsequenten Üben genutzt	Computerrunde eher soziale Funktion	
B	319	6	Das computergestützte Heimtraining hat nur die Zusatzfunktion.	CgHt nur Zusatz	
B	320-324	7	In Zukunft wird es immer schwieriger werden, viele Therapiestunden bewilligt zu bekommen. Und darum ist Ausbau des compgest.-Heimtraining wichtig und dass man es kontrollieren kann – Supervision eben	Größere Nutzung in Zukunft nötig wegen erschwerter Therapiebewilligung Supervision wichtig für Kontrolle des CgHt	<u>Größere Nutzung in Zukunft:</u> ▪ Wird immer wichtiger ▪ Aufgrund erschwerter Therapiebewilligung ▪ Programme günstiger ▪ Informationsverbreitung über Internet ▪ Wachsende Akzeptanz in Gesellschaft ▪ Interesse der Krankenkasse wenn intensive Therapie nicht zu bieten <u>Wichtig für Nutzung:</u> ▪ Supervision ▪ Verbesserung der Programme durch Experten ▪ Aufnahme von Programmen für kognitives und sprachliches Training in Hilfsmittelkatalog
B	327	8	In Zukunft wird das immer wichtiger werden	in Zukunft immer wichtiger	
B	328-331	9	Wichtig ist auch, dass Experten in Sachen Therapie Ihr Wissen auf dem Computer umsetzen, damit es keine oberflächlichen Programme bleiben	Experten der Aphasietherapie sollen Programme verbessern	
B	338-346	10	Wenn Patienten alleine zu Hause üben wollen, MÜSSEN sie richtig eingeschult werden, und die Übungen müssen für sie ausgesucht werden, damit sie nicht irgendwas machen und sinnlos 100x das gleiche machen Ein Patient müsste vorher getestet werden, um seine Leistungen zu sehen und dann modalitätenspezifische Übungen verordnet werden	CgHt muss von Therapeuten eingeschult, störungsspezifische Übungen ausgesucht werden	
B	360-362	11 (5.b)	Verbreitung über Internet wird immer mehr werden und so werden mehr Leute davon erfahren	Internet wird Informationen verbreiten Google würde bekannter machen, aber Thema nicht so groß	
B	366-368	12	z.B. durch Google könnte es bekannter werden. Aber das Problem ist, dass das Thema nicht so groß ist.		
B	379-381	13	Ich glaube, dass es in Zukunft immer mehr Programme geben wird, auch weil sie billiger werden	In Zukunft mehr Programme im Umlauf	
B	383	14	Auch die Akzeptanz in der Gesellschaft wird größer	Wachsende Akzeptanz in Gesellschaft	

B	383-385	15	Vielleicht wird die Krankenkasse sehen, dass diese Möglichkeit mit dem Computer oder Leihmöglichkeiten nicht so schlecht ist, wenn sie das andere nicht so bieten können	CgHt möglicherweise interessant für Krankenkasse wenn hochfrequente Therapie nicht leistbar	
B	385-388	16	Man bekommt ja auch Hilfsmittel wie Rollstuhl und Krücken, warum also nicht für das Kognitive, die Sprache?	Programme für kognitives und sprachliches Training sollten als Hilfsmittel gelten	
C	271-273	17 (5.a)	Zugegebenermaßen noch wenig Erfahrung damit -B.A.Bar kennen gelernt, aber als Kommunikationshilfe	Wenig Erfahrung mit CgHt	<u>Persönliche Erfahrungen:</u> Gering CgHt nicht einzige Möglichkeit für intensives Training <u>Zukunft des CgHt:</u> Hoffnung auf Wachstum <u>Aufgaben der Zukunft:</u> Kostenfrage klären Klare Auswahlkriterien für Patienten
C	281-282	18 (5.b)	Glaube und hoffe, dass es in Zukunft mehr Bedeutung bekommt	Hoffnung auf zunehmende Bedeutung des CgHt in Zukunft	
C	283-284	19	Noch einiges zu tun in Zukunft: -Kostenfrage klären -klare Auswahlkriterien	Aufgaben für Zukunft -Kostenfrage klären -klare Auswahlkriterien	
C	288-292	20	Glaube die Auswahl der Patienten ist das Wichtigste, darum ist Logopädin nicht zu ersetzen. Bei falscher Auswahl kann sein, dass Gerät dann gar nicht benutzt wird etc.	Richtige Patientenauswahl für CgHt essentiell → Logopädin nicht zu ersetzen	
C	134-142	21	Gibt Pat. die so konsequent sind, und mit Übungszetteln zu Hause üben – ist also nicht die einzige Möglichkeit zu Hause zu trainieren und die Übungsfrequenz zu erhöhen. Halt es für super Möglichkeit und würde gerne mit Pat. ausprobieren, wird die Zukunft sein. Aber nicht einzige Möglichkeit für intensive Therapie.	Intensives Training auch ohne CgHt möglich	

Persönliche Erfahrungen und Zukunftsvision – Zweite Reduktion der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse

IP	Kategorie	Generalisierung	Zweite Reduktion
A	<u>Größere Nutzung von CgHt in Zukunft:</u> ▪ Zum Decken von langfristigem, regelmäßigen Übungsbedarf Persönliche Erfahrungen: DE: Ausgleich des Reha-Loches und rasche Wiedereingliederung in den Beruf durch supervidiertes CgHt	<u>In Zukunft größere Nutzung des CgHt:</u> Zur Deckung von langfristigem, regelmäßigen Übungsbedarf chronischer Aphasiker <u>Persönliche Erfahrungen:</u> In DE: Ausgleich des Reha-Loches und rasche Wiedereingliederung in den Beruf durch supervidiertes CgHt	<u>In Zukunft größere Nutzung des CgHt: Gründe:</u> ▪ Zur Deckung von langfristigem, regelmäßigen Übungsbedarf chronischer Aphasiker ▪ Aufgrund erschwerter Therapiebewilligung ▪ Programme günstiger ▪ Informationsverbreitung über Internet ▪ Wachsende Akzeptanz in Gesellschaft ▪ Interesse der Krankenkasse wenn intensive Therapie nicht bieten können <u>Aufgaben für Nutzung in Zukunft:</u> ▪ Supervision ▪ Verbesserung der Programme durch Experten ▪ Aufnahme von Programmen für kognitives und sprachliches Training in Hilfsmittelkatalog ▪ Kostenfrage klären ▪ Klare Auswahlkriterien für Patienten
B	<u>Persönliche Erfahrungen:</u> ▪ Systematische Studien des eigenen Programms in Planung ▪ Computerrunde hpts. soziale Funktion CgHt nur Zusatzfunktion	<u>Persönliche Erfahrungen:</u> ▪ Systematische Studien des eigenen Programms in Planung ▪ Computerrunde hpts. soziale Funktion ▪ CgHt nur Zusatzfunktion	