



HOCHSCHULE OSNABRÜCK  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

Bachelorstudiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

### Bachelorarbeit

**Titel:** Subjektive Theorien erfahrener Logopäden zur Gestaltung und Wirkung der therapeutischen Beziehung in der Dysphagietherapie

Prüfer/in: Prof. Dr. Hilke Hansen  
Zweitprüfer/in: Prof. Dr. Barbara Schneider

Bearbeiter/in: Hellena Speck  
Matrikelnummer: 1029360

Ausgabedatum: 12. Januar 2024  
Abgabedatum: 23. Februar 2024

## **Gender-Erklärung**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit die Sprachform des generischen Maskulinums angewandt. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der maskulinen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

# Inhaltsverzeichnis

<b>GENDER-ERKLÄRUNG</b> .....	<b>II</b>
<b>INHALTSVERZEICHNIS</b> .....	<b>III</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS</b> .....	<b>V</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>VI</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VII</b>
<b>1 EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
1.1 ALLGEMEINE PROBLEMBESCHREIBUNG .....	1
1.2 ZIELE UND FRAGESTELLUNG .....	2
1.3 AUFBAU DER ARBEIT.....	3
<b>2 THEORETISCHER HINTERGRUND</b> .....	<b>4</b>
2.1 STÖRUNGSBILD DYSPHAGIE .....	4
2.1.1 Ursachen und mögliche Erkrankungen .....	5
2.1.2 Leitsymptome einer Dysphagie .....	7
2.1.3 Folgen einer Dysphagie .....	8
2.2 THERAPIEABLAUF, -INHALT UND –DAUER IN DER LOGOPÄDISCHEN DYSPHAGIETHERAPIE MIT ERWACHSENEN .....	10
2.3 THERAPEUTISCHE BEZIEHUNGEN IN DER LOGOPÄDISCHEN ERWACHSENENTHERAPIE .....	13
2.4 GRUNDLAGEN UND EINFLUSSFAKTOREN DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNGEN IN DER ERWACHSENENTHERAPIE .....	15
2.4.1 Einflussfaktor Patient.....	15
2.4.2 Einflussfaktor Therapeut .....	16
2.4.3 Einflussfaktor Angehörige und weitere Faktoren .....	18
2.5 FÖRDERNDE UND HEMMENDE EINFLUSSFAKTOREN.....	20
2.6 WIRKUNG EINER POSITIVEN BEZIEHUNG IN DER ERWACHSENENTHERAPIE .....	21
2.7 AKTUELLE FORSCHUNGS-LAGE ZUM THEMA .....	22
<b>3 METHODE</b> .....	<b>23</b>
3.1 DARSTELLUNG UND BEGRÜNDUNG DES FORSCHUNGSDESIGNS.....	23
3.2 FELDZUGANG UND FALLAUSWAHL.....	26
3.3 DATENERHEBUNG .....	28
3.3.1 Problemzentriertes Interview.....	28
3.3.2 Entwicklung des Interviewleitfadens .....	30
3.3.3 Durchführung der Interviews .....	31
3.3.4 Die Struktur-lege-Technik Siegener-Variante .....	33
3.4 DATENAUFBEREITUNG.....	35

---

3.5	DATENAUSWERTUNG .....	36
3.5.1	<i>Auswahl der Methode</i> .....	37
3.5.2	<i>Vorgehen bei der Auswertung</i> .....	38
3.6	ETHISCHE ASPEKTE.....	39
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE</b> .....	<b>40</b>
4.1	VORSTELLUNG DER PROBANDEN .....	40
4.2	SUBJEKTIVE THEORIE P1 .....	41
4.3	SUBJEKTIVE THEORIE P2 .....	51
4.4	VERGLEICH DER SUBJEKTIVEN THEORIEN P1 UND P2.....	60
<b>5</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>65</b>
5.1	METHODENDISKUSSION.....	65
5.2	ERGEBNISDISKUSSION .....	71
<b>I.</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>83</b>
<b>II.</b>	<b>ANHANG</b> .....	<b>89</b>
	<b>EIDESSTAATLICHE ERKLÄRUNG</b> .....	<b>124</b>

## Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: DARSTELLUNG DER EINSCHLUSSKRITERIEN UND VARIANZEN ZUR PROBANDENAKQUISE .....	28
TABELLE 2: HAUPTKATEGORIEN UND FARBLICHE ZUORDNUNG IM TRANSKRIPT.....	38
TABELLE 3: GEGENÜBERSTELLUNG DER PROBANDEN.....	41

## Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: DARSTELLUNG FÖRDERNDER UND HEMMENDER EINFLUSSFAKTOREN .....	20
ABBILDUNG 2: DARSTELLUNG DER SYSTEMATISCHEN RECHERCHE IN PUBMED.....	23
ABBILDUNG 3: ABLAUF DES FORSCHUNGSPROGRAMMS SUBJEKTIVE THEORIEN.....	26
ABBILDUNG 4: STRUKTURKARTEN.....	34
ABBILDUNG 5: DARSTELLUNG FÖRDERNDER UND HEMMENDER EINFLUSSFAKTOREN AUS DER LITERATUR UND DER SUBJEKTIVEN THEORIEN DER PROBANDEN .....	77

## Zusammenfassung

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema der Patient-Therapeut-Beziehung in der Logopädie mit Dysphagiepatienten. Die Gestaltung dieser Beziehung und ihre Auswirkungen stehen dabei im Fokus, wobei die aktuelle Literatur die Bedeutung der *Beziehungsgestaltung* betont, jedoch nur wenige Studien im Bereich Dysphagie existieren. Um diese Lücke zu ergänzen, wurden im Rahmen des Forschungsprogramms *Subjektive Theorien* nach Groeben, Wahl, Schlee und Scheele (1988) problemzentrierte Interviews durchgeführt und mittels deduktiver-induktiver Kategorienbildung analysiert. Die Probanden erstellten zudem Strukturbilder ihrer *Subjektiven Theorien*. Die Ergebnisse verdeutlichen einstimmig die Relevanz einer positiven Patient-Therapeut-Beziehung unter anderem als Voraussetzung für die Zielerreichung. Verschiedene Einflussfaktoren, sowohl positiver als auch negativer Art, wurden thematisiert. Aufgrund der geringen Probandenzahl können die Erkenntnisse nicht verallgemeinert werden, bieten jedoch eine wertvolle Orientierung für zukünftige Studien.

Schlüsselwörter: Patient-Therapeut-Beziehung, Beziehungsgestaltung, Dysphagie, Logopädie, Subjektive Theorien

## Abstract

This bachelor thesis deals with the topic of the patient-therapist relationship in speech and language therapy with dysphagia patients. The focus is on the design of this relationship and the effects, whereby the current literature emphasizes the importance of *relationship design* (Groeben, Wahl, Schlee & Scheele, 1988), but there are only a few studies on this in the field of dysphagia. In order to fill this gap, problem-centered interviews were conducted as part of the „*Subjective Theories*“ research program and analyzed using deductive-inductive category formation. The subjects also created structural images of their *Subjective Theories*. The results show the relevance of a positive patient-therapist relationship as a prerequisite for goal achievement, among other things. Various influencing factors, both positive and negative, were discussed. Due to the small number of subjects, the findings cannot be generalized, but offer valuable orientation for future studies.

Keywords: patient-therapist relationship, shaping of relationships, dysphagia, speech and language therapy, subjective theories

# 1 Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der *Beziehungsgestaltung* in der Dysphagietherapie. Im Folgenden werden damit verbundene Probleme beschrieben. Diese zeigen die Notwendigkeit der Erforschung des Themengebietes auf. Folgend findet eine Formulierung der Fragestellung statt, die als Leitfaden für die Untersuchung und Diskussion dient. Abschließend wird ein Überblick über die Struktur und den Aufbau der Bachelorarbeit gegeben, um dem Leser eine klare Orientierung zu bieten.

## 1.1 Allgemeine Problembeschreibung

Die vorliegende Problembeschreibung behandelt die Schluckstörung oder Dysphagie. Es handelt sich hierbei um eine komplexe Beeinträchtigung des Schluckvorgangs, die erhebliche Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen hat. Der menschliche Schluckvorgang ist als lebenswichtige Aktivität nicht nur essenziell für die Nahrungsaufnahme, sondern auch für die soziale Interaktion, unabhängig von kulturellen Unterschieden (Prosiegel & Weber, 2018). Die Dysphagie betrifft insbesondere Patienten, die einen Schlaganfall erlitten haben oder unter neurologischen Erkrankungen leiden (Warncke & Dziewas, 2018). Die Schwere der Dysphagien kann von Speichelproblemen bis hin zu lebensbedrohlichen Situationen wie Erstickenanfällen und Lungenentzündungen reichen. Langfristig können Schluckstörungen zu Unterernährung und Gewichtsverlust führen, wodurch die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt wird (Jungheim et al., 2014). Angesichts der demografischen Entwicklung und medizinischen Fortschritte ist zu erwarten, dass die Bedeutung von Dysphagien in den kommenden Jahren weiter zunehmen wird (Pflug et al., 2017). Trotz der weitverbreiteten Prävalenz von Dysphagien wird in einer systematischen Übersichtsarbeit (Hansen et al., 2023) betont, dass Forschungsarbeiten zum Thema therapeutische Beziehung und deren Wirkung fehlen, insbesondere im Bereich der Dysphagietherapie. Es gibt kein einheitliches Verständnis für die Definition der therapeutischen Beziehung in der Logopädie, obwohl diese eine zentrale Rolle im Behandlungserfolg spielt (ebd.). Aktuelle Forschungsarbeiten von Schulte (2020) und von Stührenberg (2021) wurden zur Thematik einer positiven *Beziehungsgestaltung* in der Logopädie durchgeführt. Die Forschungsarbeiten der ehemaligen Studenten haben das Ziel verfolgt, *Subjektive Theorien* erfahrener Logopäden zur positiven *Beziehungsgestaltung* in der Kindersprachtherapie und in der Aphasietherapie zu erheben und den Forschungsstand zu ergänzen. Die Bachelorarbeiten stimmen in dem Ergebnis überein, dass die *Subjektiven Theorien* der befragten Logopäden die Relevanz einer positiven Therapeut-Patient-Beziehung betonen und eine gelingende therapeutische Beziehung als Voraussetzung zur Zielerreichung für die

Patienten gesehen wird. Dabei wurden verschiedene fördernde und hemmende Einflussfaktoren thematisiert. Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Dysphagie-therapie soll in dieser Arbeit genauer untersucht werden und den jetzigen Forschungsstand durch die gezielte Auseinandersetzung mit den *Subjektiven Theorien* zur Bedeutung und Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der Dysphagie-therapie ergänzen.

## 1.2 Ziele und Fragestellung

Wie bereits erläutert, liegen keine empirischen Arbeiten zum Themengebiet der Therapeut-Patient-Beziehung in der logopädischen Dysphagie-therapie vor. Dass die *Beziehungsgestaltung* aus Sicht von Therapeuten und Patienten in der logopädischen Therapie ein wichtiger Wirkfaktor ist, wird in der vorhandenen Literatur jedoch nachdrücklich erwähnt (Dehn-Hindenberg, 2007; Ebert & Kohnert, 2010; Hansen et al., 2023; Hersh, 2010; Weigand, 2017). Es wird die Vermutung aufgestellt, dass die *Beziehungsgestaltung* in der logopädischen Therapie mit Dysphagiepatienten aus mehreren Gründen wichtig sein könnte. Dabei ist wichtig zu beachten, dass diese Vermutungen rein hypothetisch sind und aufgrund begrenzter Informationen über die tatsächlichen Überlegungen der Verfasserin dieser Bachelorarbeit basieren. Diese Überlegungen ergeben sich aus persönlichen schulischen sowie beruflichen Erfahrungen. Eine mögliche Hypothese könnte der Vertrauensaufbau sein. Da die Dysphagie oft zu einem Verlust an Kontrolle über eine lebensnotwendige Körperfunktion führt, kann eine starke therapeutische Beziehung das Vertrauen des Patienten stärken und ihm helfen, sich sicher und unterstützt zu fühlen. Eine weitere Hypothese könnte sein, dass die Beziehungsqualität wichtig für die Motivation und die Mitwirkung des Patienten ist. Eine positive Beziehung zwischen Therapeut und Patient könnte die Motivation des Patienten steigern, was wiederum die Einhaltung der Therapiepläne und Übungen verbessern und somit die Wirksamkeit der Behandlung erhöhen könnte. Neben den genannten Vermutungen könnten auch andere Faktoren und Gründe zur Bedeutung der *Beziehungsgestaltung* in der logopädischen Therapie von Dysphagiepatienten beitragen. Anhand von Expertengesprächen im Rahmen der Forschungsmethode *Subjektive Theorien* (Groeben et al., 1988) soll eine Orientierungshilfe für Therapeuten geschaffen werden, wie der Kontakt zu erwachsenen Dysphagiepatienten bestmöglich aufgebaut und aufrechterhalten werden kann, um einen möglichst optimalen Therapieverlauf zu gestalten. Beziehungen werden nur subjektiv wahrgenommen und sind schwer messbar, weshalb das Forschungsprogramm der *Subjektiven Theorien* angewandt wird. Da bisher keine empirischen Studien zu diesem Themenfeld vorliegen, erscheint der Zugang über Expertenmeinungen und -erfahrungen im Rahmen einer Bachelorarbeit als geeigneter Zugang.

Mit diesem Ziel als Ausgangslage ergibt sich folgende Fragestellung:

„*Welche Subjektiven Theorien haben zwei erfahrene Logopäden zur Gestaltung einer positiven Beziehung in der Dysphagietherapie mit Erwachsenen?*“

Folgende Unterfragen können hierzu abgeleitet werden, die sich auf die *Subjektiven Theorien* der erfahrenen Logopäden beziehen:

- *Was kennzeichnet eine positive Beziehung?*
- *Wie kann eine positive Beziehung erfolgreich gestaltet werden?*
- *Welche Faktoren wirken unterstützend oder hemmend auf den Verlauf der Beziehungsgestaltung?*
- *Welche Konsequenzen und Wirkungen hat eine positive Beziehung?*

Anschließend erfolgt ein Vergleich zwischen den *Subjektiven Theorien* der befragten Logopäden, wozu die folgende Forschungsfrage formuliert wurde:

- *Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede weisen die beiden Subjektiven Theorien der befragten Logopäden auf?*

### **1.3 Aufbau der Arbeit**

Die vorliegende Studie widmet sich der Thematik der *Beziehungsgestaltung* in der logopädischen Dysphagietherapie mit erwachsenen Patienten. Das Hauptziel besteht darin, die *Subjektiven Theorien* der Logopäden in diesem Kontext zu untersuchen. Die einführende Darstellung führt die bereits präsentierte Problembeschreibung und Fragestellungen ein, wobei letztere als Ausgangspunkt für die folgenden theoretischen Überlegungen dienen. Im theoretischen Hintergrund werden zunächst grundlegende Konzepte erläutert. Hierbei wird auf die Dysphagie als medizinische Störung und die Rolle der Logopädie in der Behandlung von Dysphagie eingegangen. Darüber hinaus wird ein Schwerpunkt auf die Bedeutung der *Beziehungsgestaltung* zwischen Therapeuten und Patienten gelegt.

Im Kapitel der Methodik wird das Forschungsprogramm der *Subjektiven Theorien* erläutert. Hierbei werden die verschiedenen Schritte, die im Rahmen dieser Methode durchgeführt werden, detailliert beschrieben. Es wird aufgezeigt, wie die *Subjektiven Theorien* der Logopäden erfasst und analysiert werden, um Einblicke in ihre Denkmuster und Herangehensweisen bei der *Beziehungsgestaltung* zu gewinnen. Zudem werden in diesem Abschnitt die Einschlusskriterien für die ausgewählten Probanden vorgestellt, um die Relevanz der erhobenen Daten sicherzustellen. Die Auswahl der Probanden wird begründet und deren Hintergrundinformationen werden präsentiert. Die Struktur-Lege-Technik und die Datenanalyse werden im Anschluss detailliert erläutert, um die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Forschungsmethodik sicherzustellen.

Im Abschnitt der Ergebnisse werden schließlich die *Subjektiven Theorien* der einzelnen Probanden vorgestellt. Hierbei werden die Erkenntnisse aus den Interviews und Analysen präsentiert, um einen Einblick in die unterschiedlichen Herangehensweisen und Denkmuster der Therapeuten bei der *Beziehungsgestaltung* zu bieten. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Theorien werden herausgearbeitet, um ein umfassendes Bild zu zeichnen. Im Anschluss folgen eine kritische Reflexion sowie die Diskussion erzielter Ergebnisse, wobei eine Erörterung potenzieller Perspektiven für zukünftige Forschungsprojekte integraler Bestandteil ist. Des Weiteren erfolgt ein Vergleich der *Subjektiven Theorien* der Probanden mit den bisherigen Bachelorarbeiten aus dem Bereich Kindersprache (Schulte, 2020) und dem Bereich der Aphasietherapie (Stührenberg, 2021). Nachfolgend schließt das Kapitel mit einer kritischen Auseinandersetzung der angewandten Methodik die Arbeit ab.

## 2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel erfolgt zunächst ein Überblick über das Thema Dysphagie in der logopädischen Therapie. Es folgen Definitionen der Dysphagie mit neurologischen Erkrankungen, nicht-neurologischen Erkrankungen, der Presbyphagie sowie der psychischen Dysphagie. Anschließend werden Therapieablauf, -inhalt und -dauer thematisiert. Nach der Darstellung der Rahmenbedingungen folgen erste Ansätze zur Definition der Therapeut- Patient- Beziehung in der logopädischen Therapie sowie Faktoren, die diese beeinflussen. Ebenso wird die Wirkung einer positiven *Beziehungsgestaltung* verdeutlicht. Der Überblick dient einer Einführung in das Themengebiet und ist die Grundlage für die Nachvollziehbarkeit des darauf aufbauenden Bachelorprojektes.

### 2.1 Störungsbild Dysphagie

Dysphagie, ein Begriff, der sich vom griechischen "dys-" für gestört und "phagien" für fressen ableitet, beschreibt eine "Irritation des Essens" oder auch eine "Schluckstörung" (Grau, 2014). Die von der Weltgesundheitsorganisation geförderte *International Classification of Diseases* (ICD-10) klassifiziert die Dysphagie als ein Symptom, welches das Verdauungssystem betrifft (R13) (World Health Organization, 2010). Dieser medizinische Zustand bezieht sich auf krankheitsbedingte Störungen, bei denen eine Person Schwierigkeiten hat, Nahrung oder Flüssigkeiten sicher und in ausreichender Menge von der Nahrungsaufnahme über die Nahrungsvorbereitung und den Transport in und aus der Mundhöhle durch den Rachen in die Speiseröhre zu befördern (Frank et al., 2021). Die Prävalenz von Dysphagie ist ein zunehmend wichtiges Thema in der aktuellen Fachliteratur, denn es zeigt sich, dass die Häufigkeit von Dysphagie mit zunehmendem Alter ansteigt (Warnecke &

Dziewas, 2019). Die genaue Epidemiologie dieser Störung in der allgemeinen Bevölkerung ist noch unzureichend erforscht, aber Schätzungen zufolge leiden in Deutschland etwa fünf Millionen Menschen an einer Dysphagie (Warnecke & Dziewas, 2018). Genauere Angaben werden zu den oropharyngealen Dysphagien gemacht. Oropharyngeale Dysphagien sind durch Krankheiten bedingte Schluckstörungen (Jungheim et al., 2014). Mindestens 13 % der Gesamtbevölkerung ab einem Lebensalter von 65 Jahren sind betroffen. In der Altersgruppe von 70 bis 79 Jahren steigt diese Rate auf 16 % an und erreicht bei Personen im Alter von 80 Jahren und älter sogar 33 %. Von besonderer Bedeutung ist die Tatsache, dass neurologische Erkrankungen wie Schlaganfälle zu den häufigsten Ursachen von Dysphagie gehören, wobei etwa die Hälfte der Betroffenen unter dieser Störung leidet (Warnecke & Dziewas, 2019).

### **2.1.1 Ursachen und mögliche Erkrankungen**

Die Ursachen für die Entwicklung von Dysphagien sind vielfältig und werden im Folgenden näher erläutert. In der logopädischen Fachliteratur wird unterschiedlich an die Einteilung der Ätiologie herangegangen. Die Autoren sind sich einig, dass neurologische Erkrankungen die häufigste Ursache von Dysphagien darstellen (Bartolome & Schröter-Morasch, 2022; Prosiegel & Weber, 2018; Stephan & Gröne, 2009; Warnecke & Dziewas, 2018). Folglich wird ein Überblick der bekanntesten Ursachen dargestellt.

Neurologische Faktoren sind die häufigste Grundlage für eine Schluckstörung (Warnecke & Dziewas, 2018). Der Begriff Neurogen bezieht sich auf Störungen, die auf das Nervensystem oder Beeinträchtigungen eines Nervs zurückzuführen sind (Stephan & Gröne, 2009). Eine der häufigsten Ursachen für neurogene Dysphagien ist die schlaganfallbedingte Dysphagie, wie unter anderem von Warnecke und Dziewas (2018) festgestellt. Je nach Definition der Dysphagie und der verwendeten Untersuchungstechnik können zwischen 30 % und 70 % der Patienten unmittelbar nach einem Schlaganfall von Schluckstörungen betroffen sein (Stephan & Gröne, 2009). Da der Schluckakt durch ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Hirnareale koordiniert wird, die sowohl die Ebene des Hirnstamms als auch des Großhirns umfassen (Frank et al., 2014), sind Patienten mit Schlaganfällen besonders häufig betroffen. Bei den meisten Patienten verbessert sich die Dysphagie innerhalb von vier Wochen erheblich (Stephan & Gröne, 2009). Nach Schätzungen leiden etwa die Hälfte aller neurologischen Patienten an einer neurogenen Dysphagie (Warnecke & Dziewas, 2018). Neben Schlaganfällen können auch andere neurologische Erkrankungen, wie Schädel-Hirn-Trauma (Prosiegel & Weber, 2018), Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose, Tumore oder Entzündungen sowie Muskelerkrankungen zu Schluckstörungen führen (Prosiegel & Weber, 2018; Stephan & Gröne, 2009). Bei Demenzen zeigen sich Beeinträchtigungen sowohl in der kognitiv-psychischen

als auch der somatischen Funktionen. Dies führt dazu, dass die Nahrung nicht mehr physiologisch aufgenommen, zerkleinert und geschluckt werden kann. Betroffene nehmen den Bolus intraoral nicht mehr wahr, was wiederum die Initiierung eines sicheren Schluckens behindern und somit eine Penetration oder Aspiration (siehe Kapitel 2.1.3) begünstigen kann (Bartolome & Schröter-Morasch, 2022). Neurogene Dysphagien können sich in einer, mehrere oder alle der vier Phasen des Schluckaktes manifestieren, je nachdem welche Teile des Nervensystems oder welche Nerven betroffen sind. Die vier Hauptphasen des Schluckens umfassen die orale Phase (im Mund), die pharyngeale Phase (im Rachen), die ösophageale Phase (in der Speiseröhre) und die gastrointestinale Phase (im Magen-Darm-Trakt) (Warnecke & Dziewas, 2018).

Strukturelle Erkrankungen können ebenfalls zu oropharyngealen Dysphagien führen, da sie Veränderungen der am Schluckvorgang beteiligten Anatomie hervorrufen. Beispiele hierfür sind Kopf-Hals-Tumore, angeborene Fehlbildungen wie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, sowie entzündliche Veränderungen (Frank et al, 2021). Bartolome und Schröter-Morasch (2022) teilen Dysphagien nicht-neurologischer Erkrankungen in drei Kategorien ein. Primäre strukturelle Erkrankungen, Schluckstörungen bei Kopf-Hals-Tumoren und Schluckstörungen nach chirurgischer, radiologischer und/oder chemotherapeutischer Tumorbehandlung. Primär strukturelle Erkrankungen sind unter anderem Entzündungen, die Schwellungen, Schleimhautbeläge und Schmerzen verursachen können und den Schluckakt erheblich beeinträchtigen. Traumatische Verletzungen durch Gewalteinwirkung, Verbrennungen oder Verätzungen können ebenfalls Schluckstörungen hervorrufen. Eine weitere bedeutende Ursache für Schluckstörungen ist die Langzeitintubation, bei der in zehn bis 84 % der Fälle Schluckprobleme auftreten können. Halswirbelsäulenerkrankungen und pulmonale Erkrankungen spielen ebenfalls eine Rolle (ebd.). Bei Kopf-Hals-Tumoren sind Lage und Ausdehnung des Tumors für das Ausmaß der Schluckstörung entscheidend. In fortgeschrittenen Stadien können bis zu 45-50 % der Patienten eine Aspiration erfahren, bei der Nahrung oder Flüssigkeit in die Atemwege gelangt und zu ernsthaften Komplikationen führen kann (Bartolome & Schröter-Morasch, 2022). Die Behandlung von Kopf-Hals-Tumoren erfordert häufig unausweichliche chirurgische, radiologische und chemotherapeutische Verfahren, die Gewebeschädigungen und Defekte im Bereich des Schluckens verursachen können. Kopf-Hals-Tumore stellen nach neurogenen Schädigungen die zweithäufigste Ursache für Dysphagien dar (ebd.).

Dysphagien spielen besonders aufgrund des demographischen Wandels und den damit einhergehenden älteren und morbidem Patienten eine wichtige Rolle (Jungheim et al., 2014). Diese altersbedingten Veränderungen werden als Presbyphagien bezeichnet (Prosiel & Weber, 2018). Im höheren Erwachsenenalter wird der Schluckakt oft langsamer und unzuverlässiger, begleitet von einer verminderten sensorischen Empfindlichkeit und

einer verlängerten Bolus-Transportzeit (Stephan & Gröne, 2009; Warnecke & Dziewas, 2018).

Können strukturelle und neurogene Grunderkrankungen diagnostisch ausgeschlossen werden, ist es wichtig, eine psychisch bedingte Dysphagie in Betracht zu ziehen. Stressoren wie Angst, Depression und erhöhte Sensibilität in zwischenmenschlichen Beziehungen können hierbei eine entscheidene Rolle spielen (Prosiegel, 2018). Psychische Dysphagie ist eine spezielle Form von Schluckstörung, die auf psychische Faktoren zurückzuführen ist. Bei dieser Art von Dysphagie liegt kein nachweisbares organisches Substrat vor und es sind keine anderen psychischen Störungen als Ursache identifiziert. Menschen, die an psychischer Dysphagie leiden, erleben oft eine starke Angst vor dem Schlucken. In der Anamnese zeigt sich häufig ein traumatisches Ereignis im Zusammenhang mit dem Schluckvorgang, dass diese Angst ausgelöst hat. Die Diagnosestellung von psychischer Dysphagie erfordert äußerste Vorsicht, da es wichtig ist, sicherzustellen, dass keine organischen Ursachen übersehen werden. Die Behandlung von psychischer Dysphagie konzentriert sich in der Regel auf psychotherapeutische Ansätze und/oder psychiatrische Interventionen. In einigen Fällen kann auch eine begleitende Schlucktherapie in Erwägung gezogen werden, um die physischen Aspekte des Schluckens zu verbessern (Prosiegel & Weber, 2018).

Wie bereits erwähnt, lässt sich keine einheitliche Ursache für Störungen des Schluckablaufs feststellen. Dysphagien sind oft multifaktoriell bedingt und stellen häufig lediglich ein Symptom einer zugrundeliegenden Grunderkrankung dar (ebd.).

### 2.1.2 Leitsymptome einer Dysphagie

Symptome, die auf Schluckstörungen hinweisen, resultieren aus biomechanischen Beeinträchtigungen, die in allen Schluckphasen auftreten können (Frank et al, 2021). Zur zeitlichen Einordnung von Krankheitszeichen werden Symptome in prä-, intra-, und postdeglutitiv unterteilt. Prädeglutitive Symptome treten vor dem Schlucken, intradeglutitive Symptome während des Schluckens und postdeglutitive Symptome nach Abschluss des Schluckaktes auf (Prosiegel & Weber, 2018). In der klinischen Praxis können pathologische Anzeichen mithilfe der flexiblen endoskopischen Evaluation des Schluckens, auch FEES genannt, identifiziert werden, wie in Kapitel 2.2 beschrieben wird (Warnecke & Dziewas, 2018). Das unbemerkte Ausfließen von Speichel aus dem Mund, auch als *Drooling* bekannt, kann auftreten, wenn Patienten die Kontrolle über ihre Mundmuskulatur verlieren. Ebenso kann *anteriores Leaking* auftreten, wobei Speisematerial aus dem Mund fließt, was auf gestörte Boluskontrolle oder unzureichenden Mundschluss hinweisen kann (Prosiegel & Weber, 2018). Während der oralen Phase können auch Probleme wie *posteriores Leaking* oder *Pooling* auftreten, bei denen der Bolus vor dem Schlucken unkontrolliert in den Rachen gelangt. Ein verzögerter Schluckreflex kann zur Penetration oder Aspiration führen, wobei

Flüssigkeiten für Patienten schwerer zu kontrollieren sind als festere Konsistenzen (Prosiegel & Weber, 2018). Ein weiteres mögliches Symptom ist die Bildung von *Residuen*, wobei Bolusreste nach dem Schlucken an verschiedenen Stellen zurückbleiben können. Im ungünstigen Fall können solche Residuen ebenfalls zu Penetration und Aspiration führen (Prosiegel & Weber, 2018). Eine *Regurgitation* ist der pathologische Rücktransport von Speisematerial aus der Speiseröhre in den Rachen oder sogar in die Nase (Frank et al., 2021). *Penetration* bezieht sich auf das Eindringen von Flüssigkeiten oder Nahrung in den Kehlkopfengang, wohingegen *Aspiration* weiter unter die Glottisebene in die Luftröhre gelangt. Während normale Schluckreaktionen wie Nachschlucken, Räuspern, Husten oder Niesen helfen, Fremdkörper zu entfernen (Frank et al., 2021), kann bei *stiller Aspiration*, bei der keine hörbaren klinischen Anzeichen vorhanden sind (Bartolome & Schröter-Morasch, 2022), die Sensibilität des Patienten eingeschränkt sein. Dies kann dazu führen, dass der Patient die Aspiration nicht bemerkt (Frank et al., 2021). In solchen Fällen kann eine instrumentelle Schluckuntersuchung, wie zum Beispiel eine fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckaktes, erforderlich sein, um eine stille Aspiration nachzuweisen (Bartolome & Schröter-Morasch, 2022). Da Penetration und Aspiration zu Entzündungen in der Lunge führen können und bei größeren Bolusteilen die Gefahr des Erstickens besteht, gelten sie als die gefährlichsten Komplikationen von Schluckstörungen (Bartolome & Schröter-Morasch, 2018).

### 2.1.3 Folgen einer Dysphagie

Beeinträchtigungen des Schluckvorgangs können zu komplexen medizinischen Mangelerscheinungen führen, die die orale Ernährungsfähigkeit, die Lungenfunktion, den Rehabilitationsverlauf und die Lebensqualität negativ beeinflussen (Frank et al., 2021).

Eine der häufigsten Folgen von Schluckstörungen ist die *Malnutrition*, ein Missverhältnis zwischen Nahrungsbedarf und aufgenommener Nahrungsmenge. Dies kann insbesondere im geriatrischen Bereich, die medizinische Spezialdisziplin für ältere Menschen, zu Mangelernährung führen und einen Teufelskreis darstellen, da eine Mangelernährung mit einem geschwächten Immunsystems einhergeht und die Entstehung von Aspirationspneumonien bei dysphagischen Patienten beschleunigen kann (Prosiegel & Weber, 2018). Darüber hinaus kann eine unzureichende Flüssigkeitszufuhr, auch *Dehydration* genannt, zusätzliche Komplikationen verursachen. Eine geringe Flüssigkeitszunahme kann zu trockenen Schleimhäuten führen, was die Gleitfähigkeit des Bolus sowie den sensorischen Input beeinträchtigt und die Dysphagiesymptomatik verstärkt (Bartolome & Schröter-Morasch, 2018). Eine besonders lebensbedrohliche Komplikation ist die *Pneumonie*, eine Entzündung, die Veränderungen im Lungengewebe, der Alveolen oder den kleinen Atemwegen verursacht. In Fällen, in denen Schutzmechanismen fehlen, kann die sichere Trennung von

Speise- und Luftweg gestört sein, was dazu führt, dass Speisematerial in die Lunge gelangt und Aspirationspneumonien auslösen kann (Frank et al, 2021). Auch die *Kosten*, die aufgrund von Dysphagien im Gesundheitssystem entstehen, sind von entscheidender Bedeutung. Langfristige Pflegeleistungen und Krankenhausaufenthalte resultieren aus Dysphagien und rezidivierenden respiratorischen Infektionen (Bartolome & Schröter-Morasch, 2022). Allerdings wurden genaue Zahlen zu diesem Thema in Deutschland bislang nicht systematisch erfasst (Prosiegel & Weber, 2018). Neben diesen genannten Faktoren verschlechtert sich auch die wahrgenommene *Lebensqualität*, da das Schlucken als Nahrungsaufnahme eine soziale Aktivität darstellt (Prosiegel & Weber, 2021). Der Erfahrungsbericht einer Patientin mit schwerer Dysphagie verdeutlicht die individuellen Einschränkungen im Alltagsleben sehr deutlich:

*„Unser Familienleben war nun durch meine Schluckstörung ganz anders: Gemeinsame Mahlzeiten mit meinem Mann, samstags schön kochen und ein Gläschen Wein trinken, Urlaube mit ausgiebigem Frühstück und Abendessen - das war alles nun vorbei. Mein Mann ging zum Essen immer zu unserer Tochter und bei Familienfeiern saß ich immer nur dabei und schaute den anderen beim Essen zu. Es war ganz schwer für mich und deprimierend.“ (Prosiegel & Weber, 2018, Seite 2)*

Essgewohnheiten strukturieren oft den Tag, gemeinsame Mahlzeiten fördern den Zusammenhalt der Familie und Kantinenessen, Kaffeekränzchen, Stammtisch oder Arbeitsessen ermöglichen einen informellen Austausch. Die Fähigkeit und Möglichkeit, sich ausreichend zu ernähren, sind somit wesentliche Bestandteile der Lebensqualität (Wagner-Sonntag, 2009). Schluckstörungen können negative Emotionen wie Angst und Scham hervorrufen, was zu sozialem Rückzug und Isolation führen kann (Jungheim et al., 2014). Miller et al. (2006) führten Tiefeninterviews mit qualitativer Inhaltsanalyse durch, um zu untersuchen, ob und inwieweit sich Veränderungen des Schluckens auf das Leben von Menschen mit Parkinson auswirken. In den Interviews stellte sich heraus, dass Schluckstörungen mit negativen psychosozialen Konsequenzen verbunden sind und die Partizipation einschränken können. Nicht nur die Patienten selbst leiden unter den veränderten Umständen, sondern auch Familienmitglieder und Partner, die für ihre Versorgung verantwortlich sind. Anpassungen der Nahrung und kompensatorische Maßnahmen bedeuten häufig einen erhöhten Aufwand für die Angehörigen im Alltag und können Schuldgefühle bei den Patienten auslösen (ebd.).

## 2.2 Therapieablauf, -inhalt und –dauer in der logopädischen Dysphagietherapie mit Erwachsenen

Um eine logopädische Therapie zu erhalten, wird eine Verordnung auf Grundlage der Heilmittelrichtlinie benötigt. Diese wird zumeist von dem zu behandelnden Arzt ausgestellt. Unter anderem ist die Logopädie als Heilmittel in der neurologischen und onkologischen Rehabilitation sowohl ambulant als auch stationär einsetzbar (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2023). In der aktuellen Übersicht der Heilmittelberichte wird aufgeführt, dass im Jahr 2021 deutschlandweit drei Millionen Heilmittelleistungen und somit 17,4 Millionen Einzelbehandlungen im Rahmen der logopädischen Therapie verschrieben wurden. Diese Zahl umfasst Störungen die das Sprechen, die Sprache, die Stimme und den Schluckakt betreffen und beziehen sich auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Unter den verschiedenen Diagnosen, die den Rahmen der sprachtherapeutischen Behandlung umfassen, belegte die Dysphagie mit einem Anteil von 4,9 % den dritten Rang unter den fünf häufigsten Diagnosen, von den bei der AOK versicherten Patienten (Waltersbacher, 2023).

Im Bereich der Logopädie gibt es grundsätzlich zwei unterschiedliche Beschäftigungsmodelle, welche den angestellten und den freiberuflich tätigen Logopäden darstellen. Angestellte Logopäden arbeiten in der Regel in logopädischen Praxen, in Kliniken oder anderen Gesundheitseinrichtungen. Innerhalb einer logopädischen Praxis üben sie ambulante Tätigkeiten aus. In Kliniken hingegen werden Logopäden sowohl ambulant als auch stationär eingesetzt, abhängig von den Bedürfnissen der Patienten und der medizinischen Fachrichtung. Abgesehen von Praxen und Kliniken können Logopäden auch in anderen Einrichtungen tätig sein, darunter Rehabilitationszentren, Sondereinrichtungen und Altenheime (Brauer & Tesak, 2014). Zu Beginn stehen immer eine ausführliche Anamnese sowie Diagnostik. Hierzu können verschiedene Tests herangezogen werden, um die Schwere der Beeinträchtigung festzustellen. Logopäden überprüfen die motorischen und sensiblen Funktionen des Gesichts sowie Muskulatur von Mund-, Zunge-, Hals- und Kehlkopfmuskulatur, einschließlich der Beobachtung des Schluckakts. Bei geringstem Verdacht auf eine Aspiration wird in der Regel ein Arzt für weiterführende Diagnostik hinzugezogen (ebd.). Zur Evaluation verwendet der Arzt die fiberendoskopische Evaluation des Schluckens. Sie ermöglicht eine direkte Beobachtung des Schluckaktes sowie möglicher auftretender Symptome. Mit Hilfe der Beobachtung können Hinweise zur Pathophysiologie, zum Schweregrad und zu möglichen Therapieinhalten erkannt werden (Birkmann & Kley, 2018; Hotzenköcherle, 2019). Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) bietet einen umfassenden Rahmen zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Körperfunktion, Körperstruktur, individuelle Aktivitäten bzw. Partizipation und Umweltfaktoren. Dieser Ansatz, der weltweit und in verschiedenen Fachrichtungen anerkannt ist, dient dazu, den

funktionalen Gesundheitszustand des Patienten zu erfassen. Informationen aus der Anamnese und diagnostischen Untersuchungen liefern wertvolle Erkenntnisse auf allen Ebenen, um daraus Inhalte und Ziele der logopädischen Therapie abzuleiten (World Health Organization, 2005). Prosiegel und Weber (2018) betonen, dass die therapeutische Grundhaltung in diesem Zusammenhang ermöglicht, nicht nur die Störungen des Patienten zu erkennen, sondern auch die Ressourcen zu identifizieren und zu fördern (ebd.). Insbesondere zu Beginn der Therapie, beispielsweise nach einem Schlaganfall im stationären Setting, hat die Sicherung vitaler Funktionen wie Atmung, Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr höchste Priorität (Bartolome & Schröter-Morasch, 2022). Sobald die vitalen Parameter stabil sind, hat ein konsequenter und frühzeitiger Einsatz logopädischer Schlucktherapie nachweislich positiven Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf (Dziewas & Pflug, 2020). Das Ziel der logopädischen Befundung besteht darin, dass der Patient ausreichend ernährt wird und seine Atemwege gleichzeitig geschützt sind (Brauer & Tesak, 2014). Schwerwiegende Folgen und Komplikationen sollen durch logopädische Intervention verhindert werden (Frank et al, 2021). In einigen Fällen kann es notwendig sein, die orale Ernährung einzustellen und auf künstliche Ernährungsmethoden, wie die Verwendung einer Nasensonde oder die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), umzusteigen. Es kann auch vorkommen, dass die Luftröhre von außen geöffnet wird und Atemwege durch eine künstliche Luftröhre (Tracheostoma) unterhalb des Kehlkopfes geführt werden müssen (Brauer & Tesak, 2014). Im Folgenden werden die bekanntesten logopädischen Therapieansätze im Bereich der Dysphagie erläutert. Es werden drei verschiedene Behandlungsstränge unterschieden, die parallel zum Einsatz kommen. Konkret sind dies die *restituierenden Verfahren*, auch bekannt als wiederherstellende Verfahren, die *kompensatorischen -ausgleichenden- Verfahren* sowie die *adaptierenden Verfahren*, auch bekannt als anpassende Verfahren (Bartolome & Schröter-Morasch, 2022).

Das *restituierende Verfahren* ist eine Methode, die ursächlich an der gestörten Muskulatur ansetzt. Das Ziel besteht darin, die beeinträchtigte Schluckfunktion wiederherzustellen oder Restfunktionen zu fördern. Eingesetzt werden beispielsweise thermische Reize als vorbereitende Stimulationstechnik, gefolgt von Mobilisationstechniken wie Zungendruck gegen Widerstand geben und automatisierte Bewegungsausführungen mit Hilfe verschiedenster Manöver (Warnecke & Dziewas, 2018). Gröne (2009) beschreibt als mögliches Manöver das Masako-Manöver. Der Patient wird aufgefordert, die Zunge herauszustrecken, diese mit den Zähnen leicht zu umschließen und zu halten, während er 30-mal hintereinander schlucken soll. Hierdurch wird ein verbesserter Druckaufbau im Rachen erreicht, um die schwache Funktion der Zunge auszugleichen (ebd.). Das *kompensatorische Verfahren* wird direkt während des Schluckens angewandt, sodass effizientes und aspirationsfreies Schlucken gelingt. Dazu gehören zum einen Haltungsveränderungen des Kopfes oder Körpers

(Warnecke & Dziewas, 2018), die laut Bartolome und Schröter-Morasch (2022) relativ einfach zu erlernen sind. Zum anderen sind Schlucktechniken Teil des Verfahrens, die für Patienten eine hohe kognitive Anforderung darstellen können, da sie sich diese merken und beim Essen regelmäßig anwenden müssen. Darunter lässt sich beispielsweise die Schlucktechnik Chin-tuck zuordnen, bei der das Kinn vor dem Schlucken so nah wie möglich an das Brustbein bewegt werden soll (ebd.). Das *adaptive Verfahren* stellt die Anpassung der Ernährungsbedingungen an die vorhandene Störung dar. Das Andicken von Speisen oder der Einsatz spezieller Trink- und Esshilfen sind Beispiele, die die Nahrungsaufnahme erleichtern und ein Aspirationsrisiko vermeiden sollen (Warnecke & Dziewas, 2018).

Neben der Instruktion der individuell angepassten Übungen ist die Evaluation der Fortschritte eine wesentliche Aufgabe der Therapeuten. Es geht nicht nur darum, die Patienten bei der Erreichung ihrer Ziele zu unterstützen, sondern auch sicherzustellen, dass die Ziele tatsächlich erreicht werden. Wurden in der Therapie kompensatorische und adaptive Verfahren verwendet und bestimmte Ziele erreicht, können diese Verfahren beispielsweise reduziert werden. Der Therapeut muss dabei besonders darauf achten, die Übungsschritte so anzupassen, dass sie für den Patienten gut zu bewältigen sind. Dies verhindert unnötige Frustration und trägt zur Motivation bei. Denn die Motivation und Eigenverantwortung des Patienten sind von entscheidender Bedeutung, um langfristige Erfolge zu erzielen (Hotzenköchele, 2019). Zu den therapeutischen Aufgaben zählen zudem Beratung und Aufklärung der Patienten und Angehörigen oder eine interdisziplinäre Zusammenarbeit (Bartolome & Schröter-Morasch, 2022). Eine logopädische Therapie nimmt zudem viel Zeit in Anspruch. Die Dauer logopädischer Therapien hängt von verschiedenen Faktoren ab und muss immer für den Einzelfall eingeschätzt werden (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2023). Einflussfaktoren sind unter anderem therapeutisch festgelegte Ziele, Art und Schweregrad der Störung sowie Mitarbeit des Patienten (Kraft, 2017). Je nach Krankheitsphase wird die Dysphagietherapie in unterschiedlicher Frequenz durchgeführt. In der ambulanten Dysphagietherapie findet diese in der Regel ein- bis zweimal pro Woche für 45 bis 60 Minuten statt. Gründe für das Abschließen der Therapie sind zum Beispiel das Erreichen des Therapieziels, das Erreichen eines Leistungsplateaus oder eine unzureichende Motivation des Patienten (Prosiegel & Weber, 2018). Größtenteils trägt die logopädische Therapie aber zu einer Verbesserung oder sogar Behebung der Störung bei (Kraft, 2017).

### 2.3 Therapeutische Beziehungen in der logopädischen Erwachsenentherapie

Bei der Betrachtung des Themengebietes der therapeutischen Beziehung wird schnell deutlich, dass sich insbesondere die Disziplin der Psychotherapie intensiv mit diesem Beziehungsgefüge auseinandergesetzt hat und ihm eine große Bedeutung zuschreibt. Die Relevanz des Wissens über die verschiedenen Aspekte möglicher *Beziehungsgestaltungen* sowie die Beherrschung verschiedener Formen der therapeutischen Handhabung der Beziehung sind für den Therapieerfolg von entscheidender Bedeutung (Lammers & Schneider, 2009). Die Psychotherapieforschung kann eine methodische Grundlage für die Forschung in der Logopädie bieten, da die Rahmenbedingungen und das Selbstverständnis der Logopädie denen der Psychotherapie ähnlich sind (Flückiger et al., 2018; Göldner et al., 2017). Im Rahmen ihrer Bachelorarbeit zum Thema *„Die Beziehung zwischen erwachsenem Patient und Therapeutin in der Sprachtherapie – eine Auseinandersetzung mit Konzepten und Wirkfaktoren im Spiegel der psychotherapeutischen Diskussion“* beschreibt Göldner (2017) auf Grundlage einer systematischen Literaturübersicht, dass Therapie immer im Kontext mit Wirkfaktoren steht. Dabei wird zwischen spezifischen Wirkfaktoren, wie beispielsweise typischen Merkmalen eines therapeutischen Verfahrens, die zum Erfolg führen und allgemeinen Wirkfaktoren, die als übergreifende Merkmale beschrieben werden, wie beispielsweise die therapeutische Beziehung unterschieden (ebd.). Im Bereich der Psychotherapie bewerteten Experten basierend auf zahlreichen systematischen Bewertungen und Metanalysen Beziehungselemente auf ihre Wirksamkeit (Norcross & Lambert, 2018). Dehn-Hindenberg (2007) führte im Rahmen ihrer Studie eine bundesweite Fragebogenerhebung durch, die die Bedürfnisse der Patienten hinsichtlich der Interaktion mit Therapeuten und der Bewertung zentraler Therapiekriterien darstellt. Die Ergebnisse beziehen sich auf 13 Praxen der Logopädie. Beide Studien zeigten, dass die Patient-Therapeut-Beziehung einen erheblichen Einfluss auf den Therapieerfolg hat und mindestens genauso viel zum Behandlungserfolg beiträgt wie spezifische Behandlungsmethoden (ebd.). In der Masterarbeit von Schneeberger (2018) wurde die qualitative Analyse von Patienten- und Therapeuteninterviews bezüglich allgemeiner Wirkfaktoren und der Patient-Therapeut-Beziehung in der Sprachtherapie untersucht. Sie betont, dass die Beziehungsebene und die Interaktionsqualität den Therapieerfolg bestimmen. Hierbei ist ein angemessen erlebter Kontakt und eine tragfähige Form von Kooperation grundlegend für das Erreichen der Therapieziele. In einer Studie von Hansen (2009) zur qualitativen Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse wird der Stellenwert der geleisteten Kontakt- und Kooperationsarbeit in logopädischen Therapieprozessen als besonders hoch eingeschätzt. Diese Aussage unterstützt Dehn-Hindenberg (2007) ebenfalls.

Weigand (2017) hebt auf Grundlage ihrer Master-Thesis hervor, dass ohne Interaktion eine therapeutisch-kommunikative Beziehung in der Logopädie nicht möglich ist und bezeichnet sie als Herzstück der Therapie. Eine erfolgreiche therapeutische Beziehung ist gekennzeichnet durch Einstellung des Therapeuten und Patienten, wie Respekt, Wertschätzung, Empathie, Fürsorge und Gefühle beider Parteien (ebd.). Auf der Basis der Ergebnisse eines Scoping Reviews, das einen Überblick über empirische Studien aufzeigt, die die therapeutische Beziehung zwischen Sprachpathologien, Klienten und Betreuern aller Altersgruppen und klinischen Bereichen untersucht, werden Kompetenzen wie Geduld, Flexibilität, Fürsorge, Freundlichkeit, Unterstützung, Aufgeschlossenheit, Authentizität und Verständnis ergänzt. Diese zwischenmenschlichen Kompetenzen in Verbindung mit theoretischem Wissen und methodisch-technischer Kompetenz ermöglichen eine wirksame Therapie (Hansen et al., 2023). Dehn Hindenberg (2008) legt das Augenmerk in ihrer Studie auf den Behandlungsprozess, indem sie die Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass das empathische Eingehen auf den Patienten und eine vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten entscheidende Kriterien für die Bewertung der Therapie, die Einschätzung der Therapiekompetenzen und den wahrgenommenen Therapieerfolg darstellen. Grundvoraussetzung ist eine innere positive Haltung des Logopäden für die er selbst zuständig ist (Weigand, 2017). Die Forschungslage in Bezug auf eine einheitliche Definition der Patient-Therapeut-Beziehung in der Logopädie bleibt dennoch unübersichtlich und uneinheitlich (Göldner et al., 2017; Hansen et al., 2023). Diese Beziehung ist im Vergleich zu gewöhnlichen menschlichen Beziehungen auf die Gesundheitsziele des Patienten ausgerichtet, zeitgleich begrenzt und durch vertragliche Vereinbarungen und institutionelle Kontexte geprägt (Hansen et al., 2023). Durch Forschungen von Hansen et al. (2023) wird aufgezeigt, dass in der Literatur verschiedene Begrifflichkeiten und Definitionsansätze zur therapeutischen Beziehung existieren, wie *Therapeutische Beziehung*, *Therapeutische Allianz* und *Rapport*. Speziell für Logopädie gibt es allerdings kein übergreifendes gemeinsames Verständnis (ebd.). Bürki et al. (2011) betonen in ihrem Diskussionsbeitrag zur Bestandsaufnahme und Perspektive von Logopädie und Wirksamkeit, dass die Logopädie zunehmend Nachweise ihrer Wirksamkeit erbringen muss, um die Erwartungen der Kostenträger zu erfüllen und den Erfolg der Therapie für Patienten sowie deren Angehörigen sicherzustellen (ebd.). Bisher wurde der Einfluss des Therapeuten als allgemeiner Wirkfaktor kaum untersucht (Göldner, 2017; Ebert & Kohnert, 2010). Ebert und Kohnert (2010) sammelten im ersten Teil ihrer Studie Daten mit Hilfe von offenen Fragen zum Wesen effektiver Kliniker. Diese wurden thematisch analysiert und im zweiten Teil der Studie in eine Online-Umfrage integriert. Faktoren wie "Rapport" und "Kommunikation zwischen Patient und Therapeut" wurden von den insgesamt 237 Therapeuten als be-

sonders wichtig für den Therapieerfolg bewertet, was darauf hindeutet, dass Beziehungsfaktoren auch in der Logopädie eine wesentliche Rolle spielen (Ebert & Kohnert, 2010). Göldner et al. (2017) betonen in ihrer strukturierten Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes, dass zunehmend gefordert wird, die Bedeutung der therapeutischen Beziehung stärker in die Forschung und Praxis der Logopädie einzubeziehen (ebd.).

## **2.4 Grundlagen und Einflussfaktoren der therapeutischen Beziehungen in der Erwachsenentherapie**

Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, hängt der Behandlungserfolg und die Behandlungsbewertung unter anderem von der Beziehung zum Therapeuten ab (Dehn-Hindenberg, 2008). In diesem Kapitel wird insbesondere die Relevanz der Einflussfaktoren dieser Beziehung näher erläutert. Qualitative Studien, die klinische Interaktionen und Prozesse untersuchten, zeigten, dass alle Beteiligten im therapeutischen Umfeld, einschließlich Klienten und Betreuer, kontinuierlich an der Gestaltung der therapeutischen Beziehung beteiligt sind (Hansen, 2009). Basierend auf diesen Erkenntnissen wird in dieser Untersuchung eine nähere Betrachtung der Rollen von Patienten, Therapeuten sowie Angehörige und andere relevante Faktoren vorgenommen.

### **2.4.1 Einflussfaktor Patient**

In der Psychotherapie werden neben der Methode und Technik der Interventionen auch Bedingungen und Veränderungen im Leben des Klienten, seine Erwartungshaltung gegenüber Therapie sowie allgemeine Wirkfaktoren als maßgebliche Einflussgrößen betrachtet (Lambert, 2013). Weigand (2017) verdeutlicht, dass jeder Patient seine eigenen Erfahrungen, Prägungen und Geschichten mitbringt, die eine wesentliche Rolle im Therapieprozess spielen. Die Gefühle und die innere Einstellung des Patienten wirken wesentlich auf die Interaktion der zwei Parteien (ebd.). Dabei heben Büttner und Quindel (2013) aus der Psychologie den Aspekt der Übertragung hervor, bei dem der Patient unbewusst seine Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen auf den Therapeuten projiziert. Diese Übertragungen können durch äußerliche Ähnlichkeiten und die therapeutische Beziehung verstärkt werden, was wiederum starke Auswirkungen auf den Therapieerfolg haben kann (ebd.). Lammers und Schneider (2009), ebenfalls aus dem Bereich der Psychologie, unterstreichen die Individualität jedes Menschen und betonen, dass unterschiedliche Individuen unterschiedliche Ansätze in der Therapie benötigen. Ein Patient mag Verständnis und Unterstützung benötigen, während ein anderer eher von Konfrontation oder ähnlichen Herangehensweisen profitiert. Interessanterweise kann derselbe Patient zu verschiedenen Zeit-

punkten von unterschiedlichen Therapieansätzen profitieren, was die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit der Therapie verdeutlicht. Aus dem Bereich der Logopädie zeigt Dehn-Hindenberg (2007), dass Patienten zwar unterschiedliche Bedürfnisse haben können, jedoch oft bestimmte Erwartungen haben. Beispielsweise wünschen sie eine gemeinsame Therapieplanung, gleichzeitig möchten sie, dass der Therapeut den Therapieverlauf und die Methodik bestimmt. Gemeinsam ist unter anderem das Verlangen nach dem empathischen Eingehen auf ihre persönlichen Bedürfnisse, nach Verständnis, nach Vertrauen und Ruhe (ebd.). Studien aus der Aphasie-Rehabilitation zeigten, dass die Schwere einer Kommunikationsstörung die Qualität der therapeutischen Beziehung beeinflussen kann. Klienten mit intensivem Rehabilitationsbedarf bevorzugten Empathie und Freude an der Therapie, Patienten mit leichter Aphasie hingegen professionelle Kompetenzen (Weigand, 2017). Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass der Patient bereit sein muss, sich selbst zu verändern und aktiv zu agieren. Außerdem muss er über einen möglicherweise langen Zeitraum anspruchsvolle, anstrengende Aufgaben bewältigen, welche sich über das Therapiesetting hinaus bis in den Alltag und das häusliche Umfeld erstrecken. Dabei muss er sich regelmäßig mit den eigenen Defiziten konfrontieren, was häufig als sehr belastend wahrgenommen wird (Hansen, 2016). Göldner et al. (2017) betonen diesbezüglich den Rollenwandel der Patienten, die verstärkt in die Pflicht genommen werden, aktiv an ihrer Genesung mitzuwirken. Ebenfalls fasst Göldner (2017) zusammen, dass Patienten im Kontakt mit ihren Therapeuten kommunizierte Wertschätzung, Einbindung, Unterstützung und Partnerschaftlichkeit benötigen, um motiviert zu sein, mitzuarbeiten und Erfolg wahrzunehmen (ebd.).

## 2.4.2 Einflussfaktor Therapeut

Wie bereits in Kapitel 2.4.1 erwähnt, kann es von Seiten des Patienten aus psychologischer Sicht zu einer Übertragung kommen. Die Projektion von Erfahrungen des Patienten kann durch äußere Ähnlichkeiten des Therapeuten verstärkt werden und die therapeutische Beziehung beeinflussen. Hierbei ist es von entscheidender Bedeutung, dass der Therapeut sich der möglichen Gegenübertragung bewusst ist. Durch eine Reflexion und Interpretation kann eine professionelle Interaktion gewährleistet werden (Büttner & Quindel, 2013).

Im Bereich der Logopädie sind kommunikative Fertigkeiten und Interaktion unabdingbar (Weigand, 2017). Die berufliche Identität wie Ansichten über sein persönliches und berufliches Selbst prägen die Beziehung, wie eine qualitative Studie aus dem Fachbereich der Aphasie von Hersh (2010) ergab. Eine achtvolle Kommunikation sollte demnach von Wertschätzung und Akzeptanz gegenüber dem Patienten geprägt sein. Dies erhöht gleichsam den Selbstwert des Gegenübers (Weigand, 2017). In einer explorativen Studie aus dem Bereich der Logopädie von Ebert und Kohnert (2010) über effektive Kliniker werden die Eigenschaften dessen, als das am meisten bewertete Thema identifiziert. Insbesondere

wird betont, dass ein wirksamer Kliniker eine starke Beziehung durch einfühlsames, geduldiges, flexibles, fürsorgliches, freundliches, vorurteilsfreies, leidenschaftliches, unterstützendes, aufgeschlossenes, authentisches und verständnisvolles Verhalten unterstützen sollte (ebd.). Auch Dehn-Hindenberg (2007) betont die Wichtigkeit dieser zwischenmenschlichen Kompetenzen (ebd.). Göldner et al. (2017) beschreiben personale und sozial-kommunikative Kompetenzen genauer. Personale Kompetenzen sind dabei Stabilität, Nähe-Distanz-Balance, ein überprüftes Menschenbild, Selbstvertrauen/ Furchtlosigkeit, Selbstwahrnehmung/ Internalität und persönliche wie gesellschaftliche Rollenreflexion. Die Autoren bezeichnen die sozial-kommunikativen Fähigkeiten als die *Brücke* zum Patienten. Diese sollten Gesprächsführungstechniken, Empathie und die präzise Verbalisierung der eigenen Wahrnehmung umfassen. Die Persönlichkeit des Therapeuten spielt dabei eine wichtige Rolle, wie Lammers und Schneider (2009) betonen. Eine innere positive Haltung des Logopäden ist Grundvoraussetzung für das Gelingen einer Therapie. Dafür ist der Therapeut selbst zuständig und kann dies durch Denken, Erfahrungen und das eigene, kritische Reflektieren positiv steuern und weiterentwickeln. Jeder Logopäde muss seinen persönlichen Weg finden, um sich in kommunikativen Fähigkeiten zu spezialisieren und diese im Sinne der eigenen Kongruenz und Authentizität zu integrieren. In einem Forschungsbericht von Logopäden zur Gestaltung und Aufrechterhaltung der therapeutischen Allianz mit Aphasie-Patienten wurden 22 ausführliche halbstrukturierte Interviews mit Logopäden geführt. Qualitative Daten wurden mittels induktiver thematischer Analyse erhoben und ergaben, dass die Aspekte *Persönlichkeit erkennen* und *auf die Beziehungsbedürfnisse des Patienten eingehen* als grundlegend hervorgehoben werden. Dabei wurden die Aspekte *echtes Interesse an jedem einzelnen Klienten*, *die Betrachtung des Klienten als normalen Menschen*, *der Glaube an die Veränderungsfähigkeit* sowie *der Glaube an den therapeutischen Prozess* als wichtige berufliche Einstellungen herausgestellt (Lawton et al., 2018). Die persönliche Nähe, die die therapeutische Beziehung kennzeichnen kann, wird auch als eine Fähigkeit beschrieben, die eine potenzielle Quelle von Spannungen darstellt und einen ständigen Austausch erfordert, um eine Abhängigkeit zu vermeiden (Hansen, 2009; Hersh, 2010). Eine stetige Reflexion ist deshalb unumgänglich (Weigand, 2017.). Die Fähigkeit zur interaktiven Reflexion, wie von Baum et al. (2018) aus dem Bereich der Logopädie beschrieben, ist von essenzieller Bedeutung. Diese interaktive Reflexion beinhaltet die kontinuierliche Auseinandersetzung des Therapeuten mit seinen eigenen Wahrnehmungen, Gefühlen und Motivationen. Dabei soll er für verbale und nonverbale Äußerungen des Patienten aufmerksam sein und zielgerichtet auf die Patientenreaktionen und das Umfeld reagieren (ebd.) Die Schulung dieser psychosozialen Fähigkeiten sollte ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung sein, um eine erfolgreiche Integration der Patienten in die Therapiegestaltung zu ermöglichen (Dehn-Hindenberg, 2007). Die aktuelle Literatur weist darauf hin, dass angehende

Logopäden oft unzureichend auf die vielschichtigen Herausforderungen im Zusammenhang mit therapeutischer Beziehung vorbereitet sind und in einigen Fällen sogar unter diesen Herausforderungen leiden. Es wird festgestellt, dass Unterstützungsstrategien im Rahmen der logopädischen Ausbildung nicht die erforderliche Priorität zu haben scheinen, um diesen Bedarf angemessen zu adressieren (Hansen et al., 2023). Dehn-Hindenberg (2007) betont, dass eine fachliche Kompetenz als Logopäde allein aber nicht ausreichend ist. Erst durch eine qualitativ gute Kommunikation können Akzeptanz und Motivation vermittelt werden, wodurch der Patient motiviert wird, mitzuarbeiten (ebd.). Der von Göldner et al. (2017) betonte Rollenwandel (siehe Kapitel 2.4.1) unterstreicht die Wissensvermittlung über die Erkrankung seitens des Therapeuten, um fundierte Entscheidungen treffen zu können. Somit ist die Transparenz des Therapeuten ebenfalls bedeutsam (Dehn-Hindenberg, 2017). Dieses dynamische Wechselspiel zwischen Nähe und Distanz unterstreicht die Herausforderungen, die bei der Aufrechterhaltung einer ausgewogenen und professionellen therapeutischen Beziehung auftreten können. Es betont die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Reflexion und Anpassung seitens des Therapeuten, um eine optimale Betreuung sicherzustellen. Insgesamt zeigen diese Erkenntnisse die hohen Anforderungen und Einflüsse, die eine qualitativ hochwertige therapeutische Arbeit mit sich bringt (Göldner et al., 2017).

### **2.4.3 Einflussfaktor Angehörige und weitere Faktoren**

Die Qualität des Kontakts zwischen Patient und Therapeut wird unter anderem auch von den Angehörigen des Patienten als grundlegend für den Therapieerfolg angesehen (Hansen, 2009). Insbesondere in der Aphasie-Rehabilitation scheinen die Bedürfnisse der Familienmitglieder die Nähe der Beziehung zu beeinflussen, wie Hersh (2010) auf Grundlage qualitativ fundierter Theoriestudien in seinem Artikel beschreibt (ebd.). In der palliativen Logopädie spielt die Arbeit mit Angehörigen eine wichtige Rolle, da sie als Hauptbezugspersonen einen essenziellen Faktor für die Motivation der Patienten spielen (Winterholler, 2020). Die Anwesenheit und Unterstützung der Angehörigen kann dazu beitragen, dass sich die Patienten weniger isoliert fühlen, was sich wiederum positiv auf den Heilungsprozess auswirken kann (Prosiegel & Weber, 2018). Insbesondere bei schwerwiegenden Fällen ist die Abhängigkeit der Patienten von ihren Angehörigen nicht zu unterschätzen. Daher ist es wichtig, dass Therapeuten Angehörige gezielt schulen und sensibilisieren, Anleitungen und Informationen weitergeben und die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Betreuung reflektiert betrachten (Nusser-Müller-Busch, 2015). Eine interessante These, die in der Literatur vorkommt, ist die schrittweise Einbindung der Angehörigen als Co-Therapeuten (Bartolome & Schröter-Morasch, 2006).

Borgetto und Siegel (2009) beschäftigen sich in einem Kapitel ihrer Arbeit mit der Betrachtung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Fachbereiche Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Dabei wird der Fokus auf den Einfluss dieser Rahmenbedingungen auf verschiedene Aspekte der therapeutischen Interaktion gelegt. Logopädie ist stets in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext eingebunden. Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten werden aufgrund ärztlicher Diagnosen und Verordnungen tätig (ebd.). Dies zeigt, dass auch andere Instanzen mit bestimmten Wünschen, Anforderungen und finanziellen Ressourcen beteiligt sind, wie beispielsweise Ärzte. Auf dessen Verordnung ist Logopädie meist erst möglich (Göldner et al., 2017). Der Patient geht zunächst zum Arzt, wird untersucht und erhält möglicherweise Behandlungen. Dabei ist zu beachten, dass der Patient bereits durch den Erstkontakt zum Arzt geprägt wurde, was ebenfalls Auswirkungen auf den Aufbau der Patient-Therapeut-Beziehung haben kann. Obwohl Therapeuten den Ärzten untergeordnet sind, wird ihnen gleichermaßen die Rolle der Experten zugeschrieben (ebd.). Laut Borgetto und Siegel (2009) stellt die Berufsgruppe der Logopäden selbst die Erwartungen, dass das Vertrauen zum Patienten nicht missbraucht werden soll und der Therapeut verpflichtet ist, zum Wohl des Patienten zu handeln. In Hersh (2010) berichten Logopäden, dass die emotionale Bindung an den Patienten auch von institutionellen Erwartungen oder dem Gesundheitssystem abhängt. Des Weiteren unterstreichen Borgetto und Siegel (2009) den Rollenwandel, dass Patienten zunehmend in Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Im Kontext der Heilmittelversorgung beziehen sich diese Entscheidungen sowohl auf den Rahmen der Therapie (Dauer, Ort, Frequenz, Einzel- oder Gruppentherapie) als auch auf Aspekte innerhalb der Therapie. Gegenwärtig beschränkt sich der gemeinsame Entscheidungsspielraum von Patient und Therapeut in der Logopädie ausschließlich auf die von Ärzten vorgegebenen Grenzen (ebd.).

Weigand (2017) hebt die Bedeutung des Therapieraums hervor, der eine fördernde, einladende und heilende Atmosphäre schaffen sollte. Ein geschützter Raum ermöglicht es dem Patienten sich zu öffnen sowie sich sicher und wohl zu fühlen. Diese Grundlage bildet die Voraussetzung für eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung und erleichtert den Dialog über persönliche Anliegen und Therapieziele (ebd.). Diese Wichtigkeit des Therapieraums spiegelt sich auch im Setting wider. Laut Therapeuten und Patienten im Bereich der Aphasie führen intensive institutionelle Kontakte, wie sie in Kliniken oder Schulen stattfinden, zu einer geringeren Qualität in der *Beziehungsgestaltung* (Lawton et al., 2018). Im Gegensatz dazu fördern Hausbesuche, die in persönlicher und natürlicher Umgebung stattfinden, eine engere Bindung zwischen Therapeut und Patient (Hersh, 2010).

## 2.5 Fördernde und hemmende Einflussfaktoren

Die vorliegende Darstellung wurde unter Berücksichtigung der gesichteten Literatur aus den Fachbereichen Psychotherapie und Logopädie sowie unter Einbezug eigener Erkenntnisse konzipiert. Sie dient als Zusammenfassung der Einflussfaktoren auf die therapeutische Beziehung. Das Modell konzentriert sich auf die Einflussfaktoren erwachsener Patienten in der Logopädie, da spezifische Erkenntnisse zur Dysphagietherapie fehlen (Hansen et al., 2023).

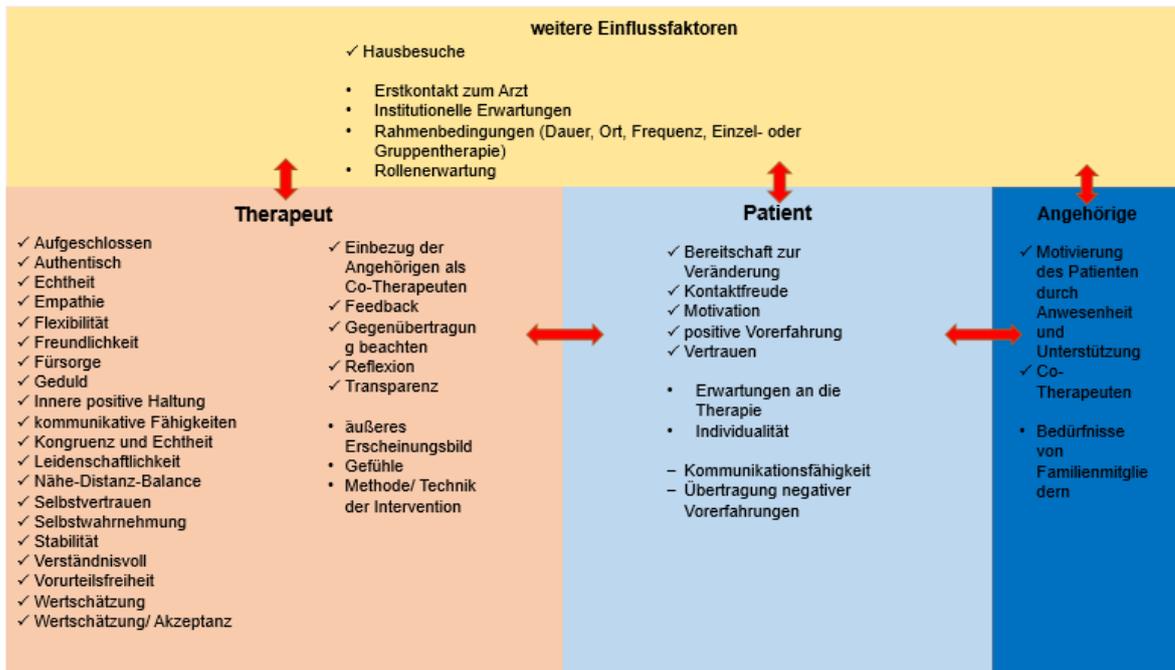


Abbildung 1: Darstellung fördernder und hemmender Einflussfaktoren

Quelle: Eigene Darstellung

Die Struktur des Modells orientiert sich an vier Hauptblöcke, die den Therapeuten und Patienten, Angehörige und weitere Einflussfaktoren einschließen. Dies spiegelt die Struktur aus dem theoretischen Hintergrund wider und unterstützt die Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit. Innerhalb des Modells werden fördernde (✓), hemmende (-) und fördernde als auch hemmende Faktoren (•) unterschieden, die sich auf die Therapeut-Patient-Beziehung auswirken können. Die roten Pfeile verdeutlichen die Einflüsse, Wechselwirkungen und Richtungen der verschiedenen Elemente. Es ist zu beachten, dass das Modell nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, da es lediglich auf Informationen aus der für diese Bachelorarbeit gesichteten Literatur basiert.

## 2.6 Wirkung einer positiven Beziehung in der Erwachsenentherapie

Bislang gibt es nur wenige Studien, die den Einfluss der therapeutischen Beziehung auf die Fortschritte und spezifischen Ergebnisse in der Logopädie untersucht haben. Diese Studien weisen insgesamt einen geringen Evidenzgrad auf und zeigen Zusammenhänge zwischen dem Behandlungsergebnis und der Qualität der therapeutischen Beziehung, die weitere Untersuchungen erfordern (Hansen et al., 2023). Die begrenzten Ergebnisse deuten darauf hin, dass die therapeutische Beziehung zwischen Patient und Therapeut sowohl negative als auch positive Auswirkungen haben kann. Negative Erfahrungen können sich auf die Arbeitszufriedenheit des Therapeuten und das sozial-emotionale Wohlbefinden des Patienten auswirken (Hansen et al., 2023).

Ein wichtiger Ausgangspunkt für die Betrachtung dieses Themas ist der Vergleich mit der Psychotherapie. In dieser Hinsicht ähneln sich Logopädie und Psychotherapie in ihren Rahmenbedingungen, wie von Göldner et al. (2017) festgestellt wurde. Lammers und Schneider (2009) stellen die Ergebnisse der Psychotherapieforschung zusammen und legen dar, dass verschiedene Studien und Meta-Analysen gezeigt haben, dass die Beziehung zwischen Patient und Therapeut einen erheblichen Einfluss auf den therapeutischen Prozess und dessen Effektivität hat (ebd.). Bachler (2020) legt eine Darstellung nahe, dass bis zu 30 % des Therapieerfolgs auf allgemeine Wirkfaktoren wie *die therapeutische Beziehung, die Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient in Bezug auf Ziele und Vorgehensweisen, Einsicht und Problemverständnis des Patienten* oder *Erwartungseffekte* zurückzuführen sind. 20% des Erfolgs wird dem *Therapeuteneffekt* wie die Selbstwirksamkeit zugeschrieben, 40% auf *extratherapeutische Faktoren* wie das soziale Umfeld und nur zehn Prozent des Erfolgs den tatsächlichen *Behandlungstechniken* (ebd.).

Die Bedeutung der Patient-Therapeut-Beziehung in der Logopädie ist ein Thema, über das es bisher nur Vermutungen gibt (Weigand, 2017). Einige Autoren unterstreichen die Bedeutung einer erfolgreichen Patient-Therapeut-Beziehung als essenzielle Grundlage für eine wirksame logopädische Therapie. Diese Beziehung wirkt sich auf die *Zufriedenheit* (Dehn-Hindenberg, 2008), die *Motivation und Kooperation* (Hersh, 2010), das *Therapieergebnis* (Ebert & Kohnert, 2010) und die *Compliance* des Patienten aus (Bartels & Voll, 2013). Logopäden bewerteten in einer explorativen Studie die Therapeut-Patient-Beziehung als eine der drei stärksten Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis (Ebert & Kohnert, 2010). Dehn-Hindenberg (2007) hebt hervor, dass psycho-soziale Kriterien entscheidend dafür sind, wie kompetent der behandelnde Logopäde wahrgenommen und wie die Therapie insgesamt bewertet wird. Das Verständnis für die Bedürfnisse des Patienten steht im Mittelpunkt und ein respektvolles Einfühlungsvermögen trägt zur Einhaltung der Therapie, zur Zufriedenheit des Patienten und somit zu einem erfolgreichen Behandlungsergebnis bei.

Katz-Bernstein (2003) benennt in ihrem Artikel zum therapeutischen Rahmen die Ziele und die Gestaltung von Sprachtherapieannahmen. Die aktive Mitarbeit des Patienten ist von entscheidender Bedeutung, um Sprachstörungen zu verändern, da diese einen Teil seines konstruierten Lebens- und Sinnzusammenhangs darstellen und die Qualität der therapeutischen Beziehung als zentraler Wirkfaktor angesehen wird (ebd.).

## 2.7 Aktuelle Forschungslage zum Thema

Das Scoping Review von Hansen et al. (2023) bietet eine umfassende Übersicht empirischer Studien, die therapeutische Beziehungen zwischen Logopäden und Patienten in der Sprachtherapie untersuchen. Das systematische Suchen in Datenbanken ergab insgesamt 44 einbezogene Artikel. In diesen wurde die Psychotherapie als Leitdisziplin für die theoretische Fundierung und Messung der Beziehungsqualität erkennbar. Unter den 44 Artikeln beschränkten sich die Untersuchungen auf Bereiche wie Aphasie und Stottern. Studien im Bereich Dysphagie konnten nicht gesichtet werden. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass das Forschungsinteresse an der therapeutischen Beziehung in der Sprachpathologie seit 2010 gestiegen ist. Dennoch existiert bisher noch kein übergreifendes gemeinsames Verständnis therapeutischer Zusammenhänge in der sprachtherapeutischen Forschung. Die Begrifflichkeiten wurden inkonsistent verwendet, wobei nicht durchgängig dieselbe Terminologie verwendet wurde. Ein ähnliches Verständnis war dennoch erkennbar. Die begrenzte Entwicklung der empirischen und theoretischen Untersuchungen zu den Zusammenhängen in der Sprachpathologie sowie das Fehlen von Diskussionen über Konzepte, Definitionen und Grundlagen in diesem Bereich tragen zur Vielfalt bei, die in diesem Feld beobachtet wird (Hansen et al., 2023). Des Weiteren wurde eine erneute Recherche nach empirischen Studien im Bereich der Dysphagie im Zusammenhang mit der *Beziehungsgestaltung* in der Logopädie in den Datenbanken PubMed und Livivo durchgeführt, basierend auf dem Suchvorgehen aus dem Scoping Review von Hansen et al. (2023). Diese Suche ergab ebenfalls keine neuen Erkenntnisse.

Search	Query	Records retrieved
#1	"professional patient relation"[Text Word] OR "therapeutic relation"[Text Word] OR "therapeutic process"[Text Word] OR "therapeutic interaction"[Text Word] OR "therapeutic bond"[Text Word] OR "emotional bond"[Text Word] OR "alliance"[Text Word] OR "client-clinician"[Text Word] OR "therapist-patient"[Text Word] OR "rapport"[Text Word] OR "trust"[Text Word] OR "professional-patient relations"[MeSH Terms] OR "professional-family relations"[MeSH Terms]	227564
#2	"speech language patholog"[Text Word] OR "speech language therap"[Text Word] OR "language therap"[Text Word] OR "speech therap"[Text Word] OR "audiolog"[Text Word] OR "speech-language pathology"[MeSH Terms] OR "Rehabilitation of Speech and Language Disorders"[MeSH Terms] OR "audiology"[MeSH Terms] OR "mutism"[Text Word] OR "deglutition disorders"[MeSH Terms] OR "swallowing"[Text Word] OR "dysphag"[Text Word] OR "fluency disorder"[Text Word] OR "stutter"[Text Word] OR "apraxia"[Text Word] OR "dysarthr"[Text Word] OR "aphasi"[Text Word] OR "myofunctional disorder"[Text Word] OR "articulation disorder"[Text Word] OR "language delay"[Text Word] OR "dysphonia"[Text Word] OR "voice disorder"[Text Word] OR "voice disorders"[MeSH Terms] OR "hearing disorder"[Text Word] OR "language disorder"[Text Word] OR "speech disorder"[Text Word] OR "language disorders"[MeSH Terms] OR "hearing disorders"[MeSH Terms] OR "communication disorders"[MeSH Terms]	263807
#3	#1 AND #2	1855
Limited to English and German Language		1720

Abbildung 2: Darstellung der systematischen Recherche in PubMed

Quelle: Hansen et al., 2023

Im theoretischen Hintergrund wurde daher auch auf Studien aus dem Bereich der Aphasie Bezug genommen, da dieses Störungsbild dem der Dysphagie in gewisser Weise ähnlich ist. Obwohl die Bereiche Pädagogik und Pflege ebenfalls in Betracht gezogen werden könnten, war dies aufgrund des zeitlichen und formalen Rahmens der Bachelorarbeit nicht möglich.

### 3 Methode

Im nachfolgenden Abschnitt werden die einzelnen Schritte aufgeführt, die im Zuge der Entwicklung der methodischen Vorgehensweise der Bachelorarbeit durchlaufen wurden. Hierbei wird zunächst auf das Forschungsprogramm der *Subjektiven Theorien* eingegangen, gefolgt von der Darstellung der Einschlusskriterien der Probanden. Anschließend folgt die Erläuterung der gewählten Interviewform sowie die Entwicklung des Interviewleitfadens. Zudem werden die Transkriptionsregeln erläutert, gefolgt von der Beschreibung des Struktur-lege-Verfahrens der Siegener-Variante und der Datenanalyse.

#### 3.1 Darstellung und Begründung des Forschungsdesigns

Diese Forschungsarbeit zielt darauf ab, ein tieferes Verständnis für die Vorstellungen und Handlungen der Logopäden im Hinblick auf den Beziehungsaufbau und dessen Einfluss auf die Therapie zu gewinnen. Die *Subjektive Theorie* nach Groeben, Wahl, Schlee und Scheele (1988) bietet hierbei einen Rahmen, um die individuellen Perspektiven und Überzeugungen der Logopäden besser zu verstehen. Zudem bietet die Auswahl dieses For-

schungsdesigns die Möglichkeit, die daraus resultierenden Ergebnisse mit den bereits verfassten Bachelorarbeiten zu dieser Fragestellung mit den Themengebieten Kindersprache und Aphasie, vergleichen zu können.

In der empirischen Sozialforschung wird zwischen qualitativer und quantitativer Forschungsmethodik unterschieden. Bei der qualitativen Forschung liegt der Fokus auf einer kleineren Stichprobe, die anhand gezielter Fallauswahl ausgewählt wird. Wie die Forschungsfrage impliziert - *Welche Subjektiven Theorien haben zwei erfahrene Logopäden zur Gestaltung einer positiven Beziehung in der Dysphagietherapie mit Erwachsenen?* - werden in dieser Bachelorarbeit *Subjektive Theorien* zu therapeutischen Beziehungen erfasst. Hansen et al. (2023) beschreiben, dass eine Herausforderung darin besteht, dass diese nur sehr eingeschränkt beobachtet werden können. Aus diesem Grund ist eine qualitative Herangehensweise für dieses Forschungsprojekt erforderlich. Das Hauptziel qualitativer Forschung besteht darin, soziale Phänomene tiefergehend und differenziert zu analysieren (ebd.). *Subjektive Theorien* zu therapeutischen Beziehungen sind, zumindest im ersten Schritt, nur über Interviews zugänglich. Interviews ermöglichen detaillierte, kontextbezogene Aussagen der Therapeuten, die in dieser Form beispielsweise durch einen Fragebogen nicht erfasst werden könnten (Misoch, 2019). Das Verständnis eines selbstreflexiven Menschen bildet den Ausgangspunkt für die theoretische Modellierung des Forschungsprogramms *Subjektive Theorien* (Kindermann & Riegel, 2016). Die Entwickler dieses Forschungsprogramms grenzen es zu einem behavioristischen Denken ab (Groeben et al., 1988). Beim Behaviorismus wird der Mensch als von außen gesteuert betrachtet (Kindermann & Riegel, 2016) und es stehen vor allem Verhaltensweisen des Erkenntnis-Objektes im Mittelpunkt, die aber eine Vernachlässigung von inneren Kognitionsaspekten bedeuten. Aus Sicht des Forschungsprogramms *Subjektive Theorie* stellt dies eine Reduktion um höhere geistige Prozesse und Fähigkeiten dar, da kognitive Prozesse des Erkenntnis-Objektes nicht erklärt werden können (Groeben & Scheele, 2010). Im Forschungsprogramm *Subjektive Theorien* wird der Mensch als ein selbstbestimmt handelndes Subjekt betrachtet, das die Fähigkeit besitzt, sich mit sich selbst und seiner Umwelt auseinanderzusetzen (Kindermann & Riegel, 2016). Dabei wird die komplexe kognitive Innensicht des Erkenntnis-Objektes, in diesem Fall der Logopäde, im Forschungsprogramm *Subjektive Theorie* in Parallelität zum Erkenntnis-Subjekt, dem Forschenden, als kognitive Erkenntnistätigkeit verstanden (Groeben & Scheele, 2010), die wiederum zu alltäglichem Theoretisieren führen können (Kindermann & Riegel, 2016). Das Erkenntnis-Objekt entwickelt ebenfalls Theorien, um sich selbst und die Welt zu verstehen. Diese dienen dazu, Vorhersagen zu treffen und aufgrund solcher Prognosen Handlungsentscheidungen zu treffen. Auf Basis dieser Überlegungen werden Handlungspläne abgeleitet und durchgeführt (Groeben et al., 1988). Ziel dieses Ansatzes ist es somit, die Selbst- und Weltperspektive der Logopäden

möglichst nahezukommen und diese durch Rückversicherung in einem Dialog zu rekonstruieren und zu beurteilen (Kindermann & Riegel, 2016). Die *Subjektive Theorie* unterscheidet zwischen Theorien geringer, mittlerer und großer Reichweite. In Bezug auf die vorliegende Fragestellung wird sich auf die mittlere Reichweite konzentriert, da bei dieser keine konkreten Handlungsebenen vorliegen und an abstrakten Konzepten angesetzt wird (Groeben & Scheele, 2010). In diesem Projekt geht es um die Vorstellung erfahrener Logopäden über den optimalen Beziehungsaufbau, dessen Aufrechterhaltung und Auswirkungen auf den Verlauf und das Ergebnis der Therapie. *Subjektive Theorien* mittlerer Reichweite zeichnen sich durch theoretische Konstrukte, Hypothesen und Argumentationsstrukturen der Erkenntnis-Objekte aus (Kindermann & Riegel, 2016). Der Ablauf des Forschungsprogramms *Subjektive Theorien* gliedert sich in zwei Phasen. Die erste Phase konzentriert sich auf die kommunikative Validierung, bei der die *Subjektiven Theorien* rekonstruiert werden. Dabei wird untersucht, wie die Logopäden ihre Vorstellungen und Theorien in Worte fassen und vermitteln, was in dieser Forschungsarbeit mit Hilfe von qualitativen Interviews erreicht werden soll. In der zweiten Phase, der explanativen Validierung, wird geprüft, inwieweit sich diese Theorien tatsächlich im Handeln der Logopäden widerspiegeln und ob sie tatsächlich handlungssteuernd wirken. Bei dem Forschungsprogramm *Subjektive Theorien* mittlerer Reichweite ist es nicht notwendig die explanative Validierung durchzuführen. Aus diesem und aus zeitlichen Gründen wird sich auf die erste Phase konzentriert (ebd.). Die kommunikative Validierung kann in zwei Hauptschritte unterteilt werden. Der erste Schritt ist die Erhebung der strukturellen Inhalte der *Subjektiven Theorien* (ebd.). Für dieses Projekt werden halbstandardisierte Interviews in Form des problemzentrierten Interviews durchgeführt (Witzel, 2000). Indem die Interviews persönlich durchgeführt werden, können individuelle Sichtweisen, Einstellungen und Bedürfnisse der Teilnehmer ermittelt werden (Misoch, 2019). Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, detaillierte Einblicke in ihre persönlichen Sichtweisen zu geben (Flick 2014). Die gesammelten Informationen werden anschließend analysiert und vorbereitet, um sie in einer folgenden Struktur-Lege-Sitzung zu präsentieren. In dieser Sitzung werden die Logopäden dazu eingeladen, ihre *Subjektiven Theorien* weiter zu vertiefen und zu erweitern. Die Struktur-Lege-Sitzung ist ein graphisches Verfahren, bei dem die Logopäden mit den Inhalten der zuvor durchgeführten Interviews ein Schaubild konstruieren. Es lassen sich mehrere Varianten identifizieren, nach denen diese Konstruktion vollzogen werden kann. Für dieses Projekt wurde die Siegener-Variante gewählt, auf die in Kapitel 3.3.4 eingegangen wird. Nach der Struktur-Lege-Sitzung werden die gesammelten Daten analysiert. Ziel ist es, ein tieferes Verständnis für die individuellen Überzeugungen und Vorstellungen der Logopäden zu gewinnen. Nachdem die strukturellen Inhalte der *Subjektiven Theorien* erfasst wurden, folgt der zweite Schritt, bei dem die strukturellen Beziehungen zwischen diesen Theorien untersucht werden. Dabei wird analysiert,

wie die *Subjektiven Theorien* miteinander in Beziehung stehen und was für Gemeinsamkeiten und Unterschiede vorliegen (Kindermann & Riegel, 2016). In der folgenden Darstellung wird die Abfolge des Forschungsdesigns der *Subjektiven Theorie* übersichtlich dargestellt.



Abbildung 3: Ablauf des Forschungsprogramms Subjektive Theorien

Quelle: Eigene Darstellung

### 3.2 Feldzugang und Fallauswahl

Zu Beginn einer Forschung ist es von entscheidender Bedeutung, festzulegen, welche Personen interviewt werden und aus welchen Gruppen sie stammen sollten (Flick, 2014). Um die Fragestellung angemessen zu beantworten, ist es notwendig, einige Einschlusskriterien der Probandenauswahl im Vorfeld festzulegen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die gewonnenen Informationen aus der Datenerhebung aussagekräftig sind und den aktuellen Forschungsstand sinnvoll ergänzen. Wird die Dauer der Berufserfahrung berücksichtigt, so zeigt sich in der aktuellen Literatur keine genaue Jahresanzahl zur Erfüllung des Expertenstatus. Laut Beushausen (2009) ist ein entscheidendes Stadium der Expertise nach etwa zehn Jahren praktischer Tätigkeit zu sehen (ebd.). In diesem Stadium sind klinische Fachkräfte in der Lage, Situationen intuitiv zu erfassen und sie benötigen keine strikten Regeln oder Richtlinien mehr. Ihr immenser Erfahrungsschatz ermöglicht es, ein tiefes Gefühl für das Richtig und Falsch zu entwickeln, wie von Klemme und Siegmann (2015) beschrieben. Die Zeitdauer gilt somit als entscheidend für das erreichte Fähigkeits- oder Kompetenzstadium (ebd.). Doch dies allein reicht nicht aus. Auch die Qualität beruflichen Handelns ist entscheidend (Beushausen, 2009). Wie die Fragestellung und die Auswahl der Interviewform bereits implizieren, müssen die Probanden über einen Expertenstatus verfügen. Der Weg zum Experten lässt sich in fünf aufeinanderfolgende Stadien gliedern,

angefangen bei unerfahrenen Novizen bis zum erfahrenen Experten. Der Prozess der Entscheidungsfindung belegt Unterschiede zwischen therapeutischen Anfängern und Experten im Bereich Kognition, Wissen, Metakognition und Strategien (Beushausen, 2009). Das Stadium der Experten markiert den Höhepunkt des Weges (Klemme & Siegmann, 2015). Es wurden zusätzliche Kriterien definiert, um die Teilnahmeberechtigung zu erfüllen. Um die gestellte Fragestellung präzise zu beantworten, ist es von Bedeutung, das Störungsbild einzugrenzen. In diesem Zusammenhang konzentriert sich die Untersuchung auf Dysphagien. Wie im theoretischen Hintergrund erläutert, wird sich auf Dysphagien bei neurologischen Erkrankungen, bei nicht-neurologischen Erkrankungen, psychischen Dysphagien und Presbyphagie bezogen. Im Arbeitskontext lassen sich die Formen und Ursachen schwer voneinander abgrenzen, weshalb keine ausgeschlossen wird. Ein Experte, der in der Lage ist, exakte Informationen zu liefern, sollte dementsprechend umfangreiche Erfahrungen und regelmäßigen Kontakt zu Patienten mit diesen spezifischen Störungsbildern haben. Damit die Experten authentische Einblicke aus deren Erfahrungen gewähren können, ist eine regelmäßige Interaktion mit diesen Patienten erforderlich. Daher wird empfohlen, eine wöchentliche Therapiesitzung einzuhalten, um die regelmäßige Frequenz logopädischer Therapiesitzungen abzubilden. Dies gewährleistet einen kontinuierlichen Austausch und eine verlässliche Grundlage für die Berichte über gesammelte Erfahrungen. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurde zudem das Kriterium der maximalen Variation als Leitprinzip für die Probandenauswahl festgelegt. Dies bedeutet, dass nur wenige, aber möglichst unterschiedliche Probanden ausgewählt werden (Zepke, 2016). Auswahlkriterien zur Untersuchung sind Alter, Geschlecht, Setting und Fortbildungen. Dieser Ansatz ermöglicht es, die Bandbreite an Variationen und Unterschieden zu erfassen, die im Feld existieren (ebd.). Durch die Berücksichtigung verschiedener Variationen spiegelt das Endergebnis ein breites Spektrum an Meinungen, Ansichten und Erfahrungen wider (Flick, 2014). Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass die Varianzkriterien einen direkten Vergleich zwischen den Probanden ermöglichen. Dies kann nützlich sein, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede in ihren Antworten und Meinungen zu identifizieren, was die Unterfrage - *Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede weisen die beiden Subjektiven Theorien der befragten Logopäden auf?* - impliziert. Ein solcher Vergleich kann dazu beitragen, tiefere Einblicke in die Gründe für Meinungsverschiedenheiten oder Übereinstimmungen zu gewinnen.

<u>Einschlusskriterien</u>	<u>Gezielte Variation</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expertenstatus</li> <li>- mindestens zehn Jahre Berufserfahrung im Bereich Dysphagie</li> <li>- mindestens eine wöchentliche Behandlung von Erwachsenen Dysphagie Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alter</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Setting (ambulanter vs. stationär)</li> <li>- Fortbildungen (Kommunikation vs. Dysphagie)</li> </ul>

Tabelle 1: Darstellung der Einschlusskriterien und Varianzen zur Probandenakquise

Quelle: Eigene Darstellung

Neben methodischen Überlegungen spielen auch pragmatische Überlegungen eine wichtige Rolle. Dementsprechend musste im Vorfeld überlegt werden, ob ein Zugang zu den potenziellen Forschungsobjekten - in diesem Fall Logopäden, die im Bereich der Dysphagie tätig sind - gegeben ist (Zepke, 2016). Der Feldzugang erfolgte in dieser Bachelorarbeit durch Vermittlung bereits etablierter Beziehungen. Die Entscheidung, zwei Experten zu befragen, ist eine überlegenswerte und praktische Herangehensweise. Im Rahmen einer Bachelorarbeit ist die Planung, Durchführung und Auswertung von vier Interviews als angemessen zu bewerten, insbesondere angesichts der zeitlichen Einschränkungen. Um die Freiwilligkeit und Zustimmung der Teilnehmer zu gewährleisten, wird der Kontakt über ein Informationsschreiben (siehe Anhang 1) hergestellt, das bewusst in einer nicht verpflichtenden Form verfasst wird (Flick, 2014). Die ausgewählten Probanden werden in Kapitel 4.1 eingehend vorgestellt.

### 3.3 Datenerhebung

Nachdem in den vorherigen Kapiteln das Studiendesign, einschließlich der qualitativen Forschungsmethodik und des Forschungsdesigns der *Subjektiven Theorien*, die Fallauswahl und der Feldzugang erläutert wurden, konzentriert sich dieses Kapitel auf das weitere Vorgehen der Datenerhebung. Es ist in der Auswahl des problemzentrierten Interviews (Witzel, 2000), die Entwicklung des Leitfadens, der Durchführung des Interviews und der Anwendung der Struktur-lege-Technik unterteilt (Kindermann & Riegel, 2016).

#### 3.3.1 Problemzentriertes Interview

Das problemzentrierte Interview (Witzel, 2000) stellt eine spezifische Form der leitfadengestützten Interviews dar, die vorwiegend theoriegenerierend und weniger theorieüberprüfend vorgehen. Durch die Verwendung eines Leitfadens werden vorherige Annahmen über das untersuchte Phänomen nicht ausgeschlossen, was ein Spannungsfeld zwischen dedukti-

vem Vorwissen und induktiver Ergänzung durch das gesammelte Material erzeugt. Im Zentrum des problemzentrierten Interviews steht das Einbeziehen des Befragten, der seine eigenen relevanten Aspekte des untersuchten Phänomens einbringt. Das vorhandene Vorwissen des Interviewers dient lediglich zur Gestaltung des Leitfadens und ermöglicht, das Phänomen aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten. Um dieses Spannungsfeld der Deduktion und Induktion in der praktischen Forschungsarbeit zu bewältigen, hat Witzel (2000) drei Grundprinzipien formuliert. Das erste Grundprinzip beinhaltet die Problemzentrierung, bei der der Fokus auf einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung liegt (Witzel, 2000). Diese Problemlage ist theoretisch verankert oder auf Vorannahmen gestützt und daher deduktiv (Misoch, 2019). In diesem ersten Schritt eignet sich der Interviewer theoretisches Vorwissen bezüglich der Forschungsthematik an, um anschließend adäquate, theoretische, vertiefende und problemzentrierte Fragen für den Interviewleitfaden zu entwickeln (Witzel, 2000). Das zweite Grundprinzip ist die Gegenstandsorientierung. Hierbei kann die Ausgestaltung des Interviews je nach Anforderung angepasst werden (Witzel, 2000). Die verschiedenen Methoden der Datenerhebung und die spezifischen Gesprächstechniken sollen flexibel angewandt werden, um den bestmöglichen Erkenntnisgewinn zu erzielen (Misoch, 2019). Das dritte Grundprinzip ist die Prozessorientierung, die sich auf den gesamten Forschungsablauf bezieht, insbesondere aber auf die Vorinterpretation (Witzel, 2000). Prozesshaftigkeit bedeutet hierbei das Sich-Einlassen des Interviewenden auf das prozesshafte Geschehen der sozialen Interaktion (Misoch, 2019). Ein Vertrauensverhältnis zwischen Interviewer und Interviewtem fördert die Erinnerungsfähigkeit und motiviert zur Selbstreflexion. Außerdem erweitert sich das Problemfeld potenziell durch das Gesagte (induktiv) (Witzel, 2000). Diese drei Grundprinzipien rahmen den gesamten Prozess der Konzipierung und Durchführung des problemzentrierten Interviews (Misoch, 2019). In diesem Forschungsprojekt wurde das problemzentrierte Interview bewusst anderen Interviewformen vorgezogen. So wird beispielsweise im Gegensatz zum narrativen Interview, bei dem ausschließlich induktiv vorgegangen wird, im Rahmen des problemzentrierten Interviews bewusst angestrebt, induktive und deduktive Schritte miteinander zu verknüpfen. Diese Verknüpfung geschieht durch die Integration theoretischen Wissens und neuer Erkenntnisse, die im Verlauf des Projekts gewonnen werden (Misoch, 2019). Es werden auch Fragen zu Einstellungen, Meinungen und Motiven gestellt, die im narrativen Interview vermieden werden (Scholl, 2018). Das problemzentrierte Interview geht somit einen entscheidenden Schritt weiter. Zudem ist das problemzentrierte Interview für dieses Forschungsprojekt passend, da die bereits vorhandenen Bachelorarbeiten (Schulte, 2020; Stührenberg, 2021) ebenfalls diese Form des Interviews genutzt haben, was eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse zum Vorteil hat.

### 3.3.2 Entwicklung des Interviewleitfadens

Leitfäden bei Interviews spielen eine entscheidende Rolle bei der Vorbereitung und Durchführung von Forschungsuntersuchungen. Sie dienen dazu, das Themenfeld der Untersuchung zu strukturieren und den Interviewenden eine klare Orientierung während des Erhebungsprozesses zu bieten (Misoch, 2019). Dadurch wird ein professionelles Auftreten gewährleistet und irrelevante Fragen können leichter vermieden werden (Flick, 2014).

Für das vorliegende Projekt wurde die Struktur des Leitfadens in Anlehnung an die Informationsphase, Einstiegsphase, Hauptphase und Abschlussphase nach Misoch (2019) gestaltet. Diese Struktur bestimmt den Ablauf der Fragestellungen und die Themenblöcke wurden entsprechend erstellt. Die inhaltliche Konstruktion der Themenblöcke ergab sich aus den Forschungsfragen und den bereits vorliegenden Informationen (siehe Kapitel 1.2 und Kapitel 2). In der Informationsphase werden die Probanden über die Studie, das Ziel sowie den vertraulichen Umgang mit ihren Daten informiert und es wird eine Einverständniserklärung unterzeichnet (ebd.). In der Einstiegsphase erleichtert eine offene einleitende Frage den Probanden den Einstieg in das Interview und dem Forschungsthema (Misoch, 2019). Das problemzentrierte Interview (Witzel, 2000) bezeichnet diese vorformulierte Einstiegsfrage als erzählgenerierende Frage. Sie liefert den thematischen Fokus des Interviews und fordert die Probanden zum freien Erzählen auf (ebd.). Im Vorfeld des Forschungsprojekts wurden die Probanden über die Einstiegsfrage informiert, die sich auf zwei konkrete Fallbeispiele aus ihrem beruflichen Alltag bezieht. Dabei handelt es sich um ein Fallbeispiel, in dem die *Beziehungsgestaltung* in der Dysphagietherapie als positiv erlebt wurde, und ein weiteres, in dem sie als herausfordernd empfunden wurde. Mit entsprechenden Nachfragen wird der rote Faden weitergesponnen und vertieft (Witzel, 2000). In der Hauptphase werden die relevanten Themen im kommunikativen Austausch erörtert und es sollen die Forschungsfragen des Projektes beantwortet werden (Misoch, 2019). Das vorliegende Projekt befasst sich mit den *Subjektiven Theorien* zur Gestaltung einer positiven Beziehung in der Dysphagietherapie sowie deren Einflüsse und Auswirkungen. Bei der Erstellung der Fragen für diese Phase wurden ebenfalls die Prinzipien des problemzentrierten Interviews berücksichtigt (Witzel, 2000), indem sowohl erzählgenerierende als auch Sondierungsfragen etabliert wurden. Erzählgenerierende Fragen werden weiterhin verwendet, um den Erzählfluss zu fördern und ein tieferes Verständnis der *Subjektiven Theorien* der Probanden zu ermöglichen. Im weiteren Verlauf der Kommunikation dienen allgemeine Sondierungsfragen einer sukzessiven Offenlegung der *Subjektiven Theorie* des Probanden. In der Abschlussphase wird das Ende des Interviews eingeleitet, um die Probanden langsam aus der Befragungssituation herauszuführen. Dabei wird ihnen Zeit gegeben, um bisher unerwähnte, aber relevante Informationen hinzuzufügen (ebd.). Bei der Entwicklung

der Fragen wurde sich zudem an den Interviewleitfaden der bereits fertiggestellten Bachelorarbeiten orientiert, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen (Schulte, 2020; Stührenberg, 2021). Der verwendete Leitfaden ist in Anhang 4 aufgeführt.

### 3.3.3 Durchführung der Interviews

Die Interviews für die vorliegende Studie wurden im Zeitraum von etwa 45 bis 115 Minuten ohne wesentliche Unterbrechungen durchgeführt. Ursprünglich war geplant, die Interviews persönlich abzuhalten. Aufgrund von Erkrankungen, insbesondere im Zusammenhang mit Covid-19, sowie aus persönlichen Gründen mussten beide Interviews jedoch über die Plattform Zoom geführt werden. Die Tonbandaufnahme wurde beendet, sobald alle Fragen des Leitfadens beantwortet waren.

Vor der Durchführung der eigentlichen Interviews wurde ein Pre-Interview durchgeführt, um sicherzustellen, dass die Fragen angemessen, präzise, verständlich und erzählgenerierend formuliert wurden. Dies ermöglicht die Anpassung des Interviewleitfadens bei Bedarf. Es wurden lediglich geringfügige Änderungen vorgenommen, wie etwa die erneute Betonung in der Einleitung, dass in den ersten beiden Fragen über zwei konkrete Fallbeispiele berichtet werden soll. Zudem wurde angepasst, erneut klarzustellen, dass sich die Antworten ab Frage drei auf alle Dysphagiepatienten in übergeneralisierender Weise beziehen sollen. Die Pre-Interviewerin berichtete zudem, dass mehr Zeit für die Überlegung zu den beiden Fällen gewünscht wurde. Aufgrund dieser Rückmeldung werden die Probanden vorab darüber informiert. Diese Maßnahme wird als angemessen beachtet, da sie das Ergebnis in keiner Weise verfälscht und sogar positiv wirken kann, indem mehr Zeit für tiefergehende Nachfragen zur Verfügung steht. Weitere Anpassungen waren nicht erforderlich, da alle relevanten Informationen mithilfe des Leitfadens erfasst werden konnten.

Das problemzentrierte Interview wird durch vier Instrumente unterstützt, die eine strukturierte und erkenntnisreiche Durchführung gewährleisten: der Kurzfragebogen, der Leitfaden (siehe Anhang 3 & 4), die Tonaufzeichnung des Gesprächs und das Postskriptum. Der Kurzfragebogen stellt das erste Instrument dar und dient der Ermittlung von Sozialdaten wie Alter, Beruf etc. Dies ermöglicht nicht nur einen einfachen Gesprächseinstieg (Witzel, 2000), sondern erlaubt den Interviewten auch, sich während des Interviews auf das Herausarbeiten ihrer *Subjektiven Theorien* zu konzentrieren (Misoch, 2019). Den Probanden wurden vorab ein Informationsschreiben und die Einverständniserklärung (siehe Anhang 1 & 2) per Mail zugesendet, in dem die rechtliche Lage und der Kontext des Projektes erläutert wurden. Bevor die Interviews starteten, sollten die Probanden die Einverständniserklärung unterschreiben, die besagt, dass die Informationen aus dem Aufklärungsschreiben verstanden wurden und freiwillig am Projekt teilgenommen wird (Flick, 2014). Das zweite Instrument ist der Leitfaden. Dieser fungiert als Gedächtnisstütze und Orientierungshilfe für

das Forschungsthema. Er beinhaltet vorformulierte Fragen zum Gesprächseinstieg sowie zur Einleitung verschiedener Themenbereiche (Witzel, 2000). Der Leitfaden dient als Strukturierungshilfe und ermöglicht eine Vergleichbarkeit der Interviews (Misoch, 2019). Im Leitfaden wurden erzählgenerierende Fragen verwendet, die aktiv die Narrationen und Erzählungen der Probanden fördern, bis einzelne Äußerungen allmählich ein Muster formen. Auf der anderen Seite wurden verschiedene verständnisgenerierende Fragetechniken verwendet, wodurch neue Muster des Sinnverstehens entstehen oder ältere Muster durch spätere Detailäußerungen oder Kontrollen des Interviewten korrigiert werden können (Witzel, 2000). Zu den verständnisgenerierenden Kommunikationsstrategien zählen zum Beispiel spezifische Sondierungen. Dabei nutzt der Interviewer das vorherige (Deduktion) oder im Interview selbst erworbene Wissen (Induktion) für Frageideen. Rückspiegelungen von Äußerungen unterstützen die Selbstreflexion und ermöglichen den Probanden, ihre eigene Sichtweise zu bestätigen. Klärende Verständnisfragen werden bei ausweichenden oder widersprüchlichen Antworten angewandt. Konfrontationen können weitere Details zu den Sichtweisen der Probanden fördern. Diese sollten jedoch nur angewandt werden, wenn ein gutes Vertrauensverhältnis hergestellt wurde, um keine Rechtfertigungen zu provozieren (Misoch, 2019). Die Interviewerin verwendete alle der genannten Strategien, die in Anhang 5 einzusehen sind. Die Tonaufzeichnung stellt das dritte Instrument dar und dient der Protokollierung für die spätere Transkription und Auswertung des Gesprächs (ebd.). Die Verwendung eines Aufnahmegeräts ermöglicht es dem Interviewer, sich auf das Gespräch zu konzentrieren und gleichzeitig subjektive Bedingungen und nonverbale Äußerungen zu beachten (Flick, 2014). Außerdem können die Interviews dadurch sehr genau dokumentiert und wörtliche Zitate entnommen werden. Kuckartz (2018) beschreibt, dass die Qualität eines Smartphones für die Aufnahme ausreicht (ebd.). Um das Übersehen von Informationen im Interviewprozess zu vermeiden, werden zusätzlich handschriftliche Notizen gemacht. Die Probanden werden somit in ihrem Erzählfluss nicht unterbrochen und die Interviewerin kann anschließend auf bereits gemachte Aussagen Bezug nehmen (Misoch, 2019). Das vierte Instrument, das Postskriptum, folgt unmittelbar nach dem Interview. Es umfasst eine Skizze der Gesprächsinhalte sowie Anmerkungen zu situativen und nonverbalen Aspekten und Schwerpunktsetzungen. Spontane Auffälligkeiten und Interpretationen werden ebenfalls festgehalten (Misoch, 2019; Witzel, 2000). Die Dokumentation der Interviewsituation ist notwendig, da sie das Interview beeinflussen kann. In der späteren Diskussion der Ergebnisse können diese Berücksichtigung finden (Gläser & Laudel, 2010).

### 3.3.4 Die Struktur-lege-Technik Siegenger-Variante

Die Struktur-lege-Technik ist ein ideographischer Zugang im Bereich der Dialog-Konsens Verfahren, bei dem die subjektive Sichtweise des Probanden als auch die Interpretation seiner subjektiven Struktur vom Forscher integriert wird. Der Proband ist nicht nur bei seinen Aussagen, sondern auch bei der Interpretation und strukturellen Verknüpfung aktiv und selbstbestimmt (Scholl, 2018). Hierfür werden zentrale Themen und Aussagen aus dem im Vorfeld durchgeführten Interview (siehe Kapitel 3.3.1) miteinander in Verbindung gesetzt, sodass am Ende die *Subjektive Theorie* anhand des gebildeten Modells nachvollzogen werden kann. Es werden zwei verschiedene Herangehensweisen verwendet, um die Struktur der *Subjektiven Theorie* zu erfassen. Die erste Möglichkeit besteht darin, dass der Proband selbst ein Strukturbild erstellt. Hierbei visualisiert er seine eigenen Gedanken und Vorstellungen in Form einer grafischen Darstellung. Die zweite Möglichkeit sieht vor, dass der Forscher ein Strukturbild erstellt, das dann vom Probanden validiert wird (Kindermann & Riegel, 2016). Um die Vergleichbarkeit mit bereits verfassten Bachelorarbeiten zu gewährleisten, wird die erste Methode unter Einbezug der Siegenger-Variante angewandt (ebd.). Zudem gewährleistet diese Vorgehensweise eine aktivere und explizitere Auseinandersetzung des Probanden mit seiner eigenen *Subjektiven Theorie* (Scholl, 2018). In der Struktur-lege-Sitzung werden den Probanden Inhaltskarten präsentiert, die aus den vorangegangenen Interviews stammen. Hier orientiert sich der Text der Inhaltskarten möglichst genau an der ursprünglichen Wortwahl der Untersuchten. Diese Inhaltskarten dienen als Grundlage für die Erstellung des Strukturbildes. Das Strukturbild selbst ist eine von der Forscherin rekonstruierte innere Ansicht des Probanden, in der die Struktur der *Subjektiven Theorie* abgebildet wird. Die Strukturkarten sind mit verschiedenen Kategorien gekennzeichnet, darunter "das ist/ das heißt", "Oberkategorie/ Unterkategorie", "zum Beispiel", "führt zu" und "Voraussetzung für". Zusätzlich gibt es die Strukturkarte "aber". In der Siegenger-Variante zeigen die Karten im oberen Bereich ein Symbol und im unteren Bereich die sprachliche Ausdrucksweise der strukturellen Beziehung, beispielsweise "das ist/ das heißt" (Kindermann & Riegel, 2016). Die Gestaltung der Strukturkarten ist in der folgenden Abbildung einzusehen.

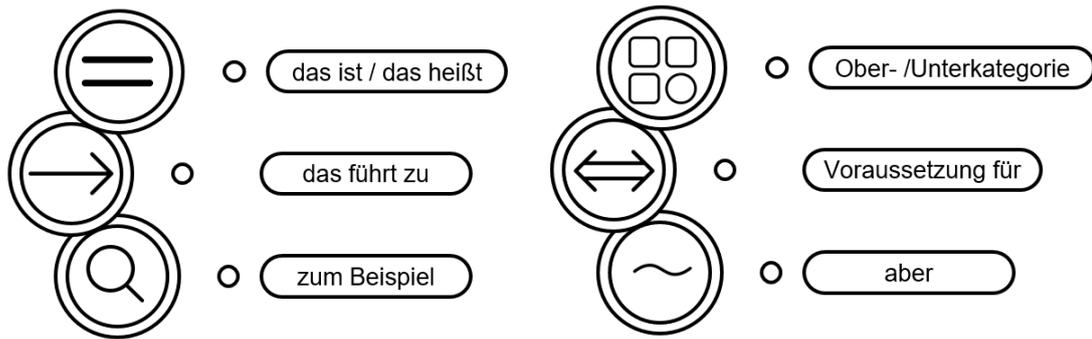


Abbildung 4: Strukturkarten

Quelle: Eigene Darstellung

Zusätzlich haben die Probanden Zugang zu blanko Inhalts- und Strukturkarten, die sie nutzen können, um ihre *Subjektive Theorie* sinnvoll zu ergänzen. Die blanko Inhaltskarte ermöglicht es, inhaltliche Ergänzungen im Strukturbild vorzunehmen, die der eigenen impliziten Gliederungs- und Argumentationslogik der Probanden am nächsten kommen. Die blanko Strukturkarten können genutzt werden, wenn keine angemessenen Verknüpfungsoptionen unter den vorgelegten Strukturkarten vorhanden sind. Zusätzliche Materialien wie farbige Karten und Wollfäden werden bereitgestellt, um die Strukturen im Schaubild visuell hervorzuheben. Dies eröffnet zusätzliche Möglichkeiten, die subjektive Logik des Probanden auszudrücken. Farbige Karten können beispielsweise für Überschriften oder besondere Betonungen genutzt werden, während Wollfäden dazu dienen, mehrere Karten miteinander zu verbinden. Ein besonderes Merkmal der Siegener-Variante besteht darin, dass nicht alle Inhaltskarten zwangsläufig mit den Strukturkarten verbunden werden müssen. Aufgrund dieser Möglichkeit können sämtliche erarbeitete Inhaltskarten in das Strukturbild integriert werden, ohne dabei Informationen aus dem Interview zu verlieren. Dies trägt zur umfassenden Darstellung der *Subjektiven Theorie* des Untersuchungspartners bei (Kindermann & Riegel, 2016).

Dieser Teil des Forschungsprojektes fand mit Probandin 1 fünf Wochen und mit Proband 2 drei Wochen nach dem jeweiligen Interview statt. Bei der Durchführung der Struktur-Legesitzung wurden Audioaufnahmen angefertigt, um mündliche Kommentare der Probanden festzuhalten und um diese für die Interpretation und Analyse des Schaubildes zu nutzen. Zudem wurden im Anschluss an die Sitzungen Postskripte erstellt, welche im Anhang 6 einzusehen sind. Hier wurden Ort, Datum, Zeit, Ablauf und die Verhaltensweisen der Probanden dokumentiert.

### 3.4 Datenaufbereitung

Ein bedeutender Zwischenschritt zwischen Datenerhebung und Datenauswertung ist die Datenaufbereitung. Aufgezeichnetes Material muss zunächst aufbereitet und geordnet werden, damit es entsprechend ausgewertet werden kann (Dresing & Pehl, 2018). Die Audio-Aufzeichnung aus dem problemzentrierten Interview, die im vorherigen Kapitel 3.1.1 beschrieben wurde, bildet die Grundlage hierfür. Bevor jedoch mit der eigentlichen Transkription begonnen wird, ist es erforderlich, klare Regeln zu etablieren, die bestimmen, wie die gesprochene Sprache in schriftliche Form übertragen wird. Im Vorfeld sollte dem Interviewer jedoch bewusst sein, dass während des Prozesses der Transkription Informationsverluste unvermeidlich sind (Kuckartz & Rädicker, 2022). Während der Kommunikation wirken zu viele Faktoren, die unmöglich alle erfasst werden können. Aus diesem Grund muss eine Fokussierung auf bestimmte Aspekte stattfinden (Dresing & Pehl, 2018). Die Fokussierung ist unter anderem abhängig von den spezifischen Zielen und Zwecken der geplanten Analyse. Ein hoher Zeitaufwand ist ebenfalls mit solchen Transkriptionsarbeiten verbunden. Angesichts dessen, greifen die meisten Forschungsprojekte auf vergleichsweise einfache Transkriptionssysteme zurück (Kuckartz & Rädicker, 2022). Einfache Transkripte ermöglichen einen schnelleren Zugang zu den Kerninhalten des Gespräches. Sie gewährleisten eine bessere Lesbarkeit, sind leichter zu erlernen und erfordern nicht eine allzu umfangreiche Umsetzungsdauer (Dresing & Pehl, 2018), was in Hinblick auf ein Bachelorprojekt grundlegend ist. Die Transkription selbst dient als Grundlage für die spätere Analyse der inhaltlichen Aspekte des Interviews (Witzel, 2000). Die Transkription erfolgte unter Beachtung der folgenden Regeln.

1. Absätze der interviewenden oder moderierenden Person werden durch ein „I“ oder „M“, die der befragten Person durch eindeutige Kürzel (z.B. „B“) eingeleitet.
2. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
3. Die Sprache wird leicht geglättet, das heißt an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so’n Buch genannt“ → „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Wortstellung, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
4. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
6. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen (“mhm”, “aha” etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der sprechenden Person nicht unterbrechen oder als direkte Antwort auf eine Frage zu verstehen sind.
7. Füllwörter wie “ähm” werden nur transkribiert, wenn ihnen eine inhaltliche Bedeutung zugemessen wird.
8. Störungen von außen werden unter Angabe der Ursache in Doppelklammern notiert, z.B. “((Handy klingelt))”.
9. Lautäußerungen werden in einfachen Klammern notiert, z.B. “(lacht)”, “(stöhnt)” und Ähnliches.
10. Nonverbale Aktivitäten werden wie Lautäußerungen in einfache Klammern gesetzt, z.B. “(öffnet das Fenster)”, “(wendet sich ab)” und Ähnliches.
11. Unverständliche Wörter und Passagen werden durch “(unv.)” kenntlich gemacht. Wörter und Passagen, bei denen der Wortlaut nur vermutet wird, werden eingeklammert und am Ende mit einem Fragezeichen versehen, z.B. “(Kobold)?” (Kuckartz & Rädicker, 2022 S. 200f.)

In Absprache mit der Erstprüferin wurde vereinbart, dass die wörtliche Rede der Probanden durch Anführungszeichen deutlich gemacht wird.

### 3.5 Datenauswertung

Nachdem im vorherigen Kapitel die Datenaufbereitung erläutert wurde, folgt nun eine genaue Darstellung der Datenauswertung. Im Fokus steht dabei die qualitative Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018), die durch ein deduktiv-induktives Vorgehen geprägt ist (ebd.). Im Folgenden wird erläutert, wie dieses methodische Vorgehen angewandt wird, um die gesammelten Daten effektiv zu analysieren und tiefere Erkenntnisse zu gewinnen.

### 3.5.1 Auswahl der Methode

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) stellt eine methodische Herangehensweise dar, Texte systematisch zu analysieren, indem Informationen aus ihnen extrahiert werden (Gläser & Laudel, 2010). Im Gegensatz zu anderen Methoden bleibt diese Analyse nicht ausschließlich dem Ursprungstext verhaftet, sondern extrahiert Informationen, die dann separat weiterverarbeitet werden. Der Bezug zum Text bleibt erhalten, jedoch erfolgen die weiteren Analyseprozesse auf Basis der aus dem Text entnommenen Informationen. Ein weiterer Unterschied zu anderen Methoden besteht darin, dass das Kategoriensystem bereits vor der eigentlichen Textanalyse festgelegt wird (ebd.).

Die Methode unterscheidet drei Arten von Kategorien: inhaltlich strukturierende, evaluative und typenbildende. Alle drei sind Kategorie basierte Auswertungsmethoden für die Analyse verbalen Materials. Transkripte werden durch Kategorienbildung zusammengefasst und reduziert. Die inhaltlich strukturierende Art umfasst sowohl induktive als auch deduktive Kategorienbildung. Die Kategorien können entweder am Material selbst oder im Vorfeld anhand von theoretischen Überlegungen gebildet werden. Schließlich folgt ein inhaltlicher Vergleich der Kategorien, um eine differenzierte, komplexe und erklärungskräftige Darstellung zu ermöglichen (Kuckartz, 2018). Für das vorliegende Projekt erscheint diese Methode besonders geeignet. Die gebildeten Kategorien können miteinander verglichen und kontrastiert werden, wodurch eine differenzierte Darstellung möglich wird (Kuckartz, 2018). Diese Vorgehensweise ist hier besonders relevant, da die verschiedenen Ansichten und Erfahrungen der Teilnehmer gegenübergestellt werden können, um ein umfassendes Verständnis zu entwickeln. Deduktive Kategorien dienen dabei als Ausgangspunkt und im Verlauf der Analyse werden induktiv Subkategorien entwickelt. Innerhalb der deduktiven Kategorienbildung wird mit einer begrenzten Anzahl von Hauptkategorien begonnen, die von der Forschungsfrage abgeleitet und auch bei der Konzipierung des Interviewleitfadens maßgebend waren. Diese dienen als vordefinierte Suchraster im Material. Ziel ist, das vorhandene Material in diese vorher festgelegten Hauptkategorien grob einzusortieren. Diese Phase dient dazu, einen ersten Überblick über das Material zu erhalten und die Ausgangspunkte für die weitere Analyse festzulegen. Bei der Bildung der deduktiven Hauptkategorien wurde sich an den bereits fertiggestellten Bachelorarbeiten orientiert, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten (Schulte, 2021; Stührenberg, 2021). Im nächsten Schritt erfolgt die induktive Bildung von Subkategorien. Hierbei wird nur das Material herangezogen, das eng mit den jeweiligen Hauptkategorien verbunden ist. Durch das genaue Durchsuchen des Materials auf das Vorhandensein spezifischer Inhalte, die in den Hauptkategorien verankert sind, können feinere Subkategorien induktiv entwickelt werden (Kuckartz & Rädicker, 2022). Die beschriebene Kategorienbildung wird im nächsten Kapitel näher erläutert.

### 3.5.2 Vorgehen bei der Auswertung

Im Zuge der datenbasierten Auswertung gliedert sich der Analyseprozess in mehrere aufeinander aufbauende Schritte. Um einen grundlegenden Zugang zu den Transkripten zu erhalten, erfolgt eine gewissenhafte Lese- und Markierungsphase. Das Hauptziel besteht darin, den subjektiven Sinn zu erfassen und ein erstes Gesamtverständnis der vorliegenden Texte zu entwickeln. Die zuvor formulierte Forschungsfrage wird parallel zu den Transkripten gelegt. Dadurch wird eine gezielte Fokussierung auf relevante Passagen ermöglicht, um spezifische Antworten der Probanden herauszuarbeiten. Wichtige Textstellen werden markiert und es werden Notizen am Rand der Transkripte angefertigt (Kuckartz, 2018). Diese dienen als erste Orientierung und Gedankenstütze im späteren Analyseprozess. Die zuvor markierten Textstellen werden den entsprechenden Hauptkategorien zugeordnet. Dieser Schritt strukturiert die Daten und ermöglicht eine übersichtliche Zusammenfassung. Jede Hauptkategorie erhält eine farbliche Kennzeichnung, um eine visuelle Unterscheidung zu erleichtern. Diese Farbcodierung trägt zur besseren Orientierung während der weiteren Analyse bei.

Farbe	Hauptkategorie
	Verständnis einer positiven Patient-Therapeut-Beziehung
	Gestaltung einer positiven Patient-Therapeut-Beziehung
	Fördernde Faktoren einer positiven Beziehungsgestaltung in der Logopädie
	Hemmende Faktoren einer positiven Beziehungsgestaltung in der Logopädie
	Wirkung einer positiven Patient-Therapeut-Beziehung

Tabelle 2: Hauptkategorien und farbliche Zuordnung im Transkript

Quelle: Eigene Darstellung

Mithilfe einer induktiven Kategorienbildung werden Subkategorien erstellt. Dieser Schritt dient der ausdifferenzierenden Analyse, um Nuancen und spezifische Aspekte innerhalb der bestehenden Hauptkategorien zu erfassen. Es wird betont, dass die induktive Kategorienbildung stark von dem aktiven Handeln und der Kompetenz des Forschenden abhängt. Hierbei besteht die Möglichkeit, dass unterschiedliche Forscher zu verschiedenen Ergebnissen gelangen, was die Methode als nicht reliabel im Sinne des Gütekriteriums der Reliabilität erscheinen lässt (ebd.). Der gesamte Auswertungsprozess wird im Anhang 7 verschriftlicht.

Im vierten Kapitel, das sich der Vorstellung der *Subjektiven Theorien* widmet, wurden aus den Interviews relevante Zitate ausgewählt, um das Strukturbild aus der Perspektive der Probanden zu veranschaulichen. Exemplarisch sind in den Anhängen 4 und 5 Ausschnitte

aus beiden Interviews zu finden. Die Struktur-lege-Sitzung wurde nicht transkribiert. Bei Abweichungen zwischen den Angaben der Probanden zu den Inhaltskarten und den im Interview dargestellten Aussagen wurde stets die in der Struktur-lege-Sitzung getätigte Aussage bevorzugt. Die Auswahl und Präsentation der Zitate erfolgte somit in Anlehnung an die Zielsetzung, um das Verständnis der Strukturbilder aus der Perspektive des Verfassers zu unterstützen. Dabei wurde wörtliche Rede in den Zitaten in kursiver Schrift hervorgehoben, um eine klare Abgrenzung zu gewährleisten. In eckigen Klammern wurden gegebenenfalls Ergänzungen oder Veränderungen an Zitaten vorgenommen, sei es zur Vervollständigung oder zur Fokussierung auf die wesentlichen Inhalte.

### **3.6 Ethische Aspekte**

In einem wissenschaftlichen Forschungsprojekt nimmt die Berücksichtigung ethischer Aspekte einen besonderen Stellenwert ein, um sicherzustellen, dass die Rechte und das Wohlbefinden der Probanden angemessen geschützt werden. Im Rahmen dieses Projektes wurden die folgenden ethischen Prinzipien und Maßnahmen befolgt. Gemäß der Richtlinie von Flick (2014) erhielten die Probanden ausführliche Informationen über das Ziel und die Methode der Studie. Sie wurden darauf hingewiesen, dass ihre Teilnahme an den Interviews freiwillig ist. Mit Hilfe von Aufklärungsschreiben und Einwilligungserklärungen wurden die Probanden über das Forschungsziel, den Ablauf der Interviews, die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Möglichkeit des Abbruchs und die Notwendigkeit der Datenaufnahme umfassend informiert (siehe Anhang 1 & 2). Vor Beginn der Interviews hatten die Probanden die Gelegenheit, zusätzliche Fragen zu stellen. Die Forscherin wies explizit darauf hin, dass die Informationen der Teilnehmer vertraulich behandelt und anonymisiert würden (ebd.). In Übereinstimmung mit den Vorgaben von Fuß und Kranbach (2014) wurden die gesammelten Daten zu jeder Zeit sicher verschlossen und aufbewahrt. Dies gewährleistet nicht nur den Schutz der Privatsphäre der Probanden, sondern auch die Integrität der Forschungsdaten (ebd.).

## 4 Ergebnisse

Das vorliegende Kapitel beginnt mit einer Vorstellung der Probanden P1 und P2 in Bezug auf die festgelegten Einschlusskriterien (siehe Kapitel 3.2). Es folgen die zentralen Ergebnisse aus den Interviews und den Struktur-Lege-Sitzungen von P1 und P2. Nach Vorstellung der *Subjektiven Theorien* mit den dazugehörigen Strukturbildern werden diese verglichen und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht. Die in Kapitel 4.2 und 4.3 benannten Zitate aus den Interviews und den Struktur-Lege-Sitzungen sind mit den Kürzeln PZI (Problemzentriertes Interview) und SLS (Struktur-Lege-Sitzung) gekennzeichnet.

### 4.1 Vorstellung der Probanden

*Probandin 1* ist weiblich, 38 Jahre alt und als Logopädin tätig. Ihr Bachelor-Abschluss im Interdisziplinären Studiengang Medizinische Fachberufe sowie der Master im Bereich neurogene Dysphagien legten den Grundstein für ihre 13-jährige Berufstätigkeit. Seit zwei Jahren ist sie im Klinikum tätig, nachdem sie zuvor elf Jahre ambulant tätig war. Probandin 1 bietet seit zwei Jahren zudem monatlich Online-Weiterbildungen in Bereich Dysphagie an und nimmt an Fortbildungen teil, um stets auf dem neusten Stand der evidenzbasierten Praxis zu bleiben. Ihre letzte bedeutende Fortbildung konzentrierte sich auf das Thema *Frühe Interventionen für Patienten auf der Intensivstation im Bereich des Ein- und Ausatemtrainings*. Im Bereich Kommunikation hat Probandin 1 eine Weiterbildung zur systematischen Beratung erworben. Mit einem Schwerpunkt auf neurogene Dysphagien behandelt sie wöchentlich etwa 15 Patienten. Gelegentlich befasst sie sich auch mit postextubationsbedingten Dysphagien auf der Intensivstation, Ösophagus-Dysphagien oder weiteren Erkrankungen. In Bezug auf die Bedeutung der *Beziehungsgestaltung* in der logopädischen Therapie mit Erwachsenen bewertet sie dies als hochgradig wichtig, mit einer Bewertung von 6 (1= nicht wichtig; 6= hochgradig wichtig). Ebenso erachtet sie die *Beziehungsgestaltung* zu den Angehörigen von Dysphagiepatienten als sehr wichtig und bewertet dies mit einer 5.

*Proband 2*, ein 56-jähriger männlicher Logopäde ist seit 19 Jahren berufstätig. Seine fachliche Laufbahn begann im Jahr 2003 mit dem erfolgreichen Abschluss seiner Ausbildung zum Logopäden. Die ersten drei Jahre verbrachte er als angestellter Logopäde in einer ambulanten Einrichtung, bevor er weitere vier Jahre im stationären Setting arbeitete. Seit nunmehr zwölf Jahren führt er seine eigene Praxis, die sich ausschließlich auf die Behandlung erwachsener Patienten spezialisiert hat. Proband 2 hat mehrere Fortbildungen im Bereich Dysphagie absolviert, darunter seine dreijährige Weiterbildung zum Fachtherapeuten im Bereich Dysphagie, Fortbildungen jeglicher Themengebiete wie beispielsweise FOTT, die Teilnahme an Prolog Symposien oder Hospitationen in verschiedenen Therapiezentren

zu Beginn seiner Berufstätigkeit. Zusätzlich verfügt er über eine dreijährige Weiterbildung in personenzentrierter Gesprächsführung und kann seit dem Jahr 2023 als personenzentrierter Berater tätig sein. Aktuell behandelt Proband 2 etwa 20 Dysphagiepatienten pro Woche, darunter primär neurogene Dysphagien, aber auch HNO-Tumor bedingte Dysphagien oder psychogene Dysphagien. Die Bewertung von Proband 2 hinsichtlich der Bedeutung der *Beziehungsgestaltung* in der logopädischen Therapie mit Erwachsenen bewertet er mit einer 5, also sehr wichtig (1= nicht wichtig; 6= hochgradig wichtig). Ebenso schätzt er die *Beziehungsgestaltung* zu den Angehörigen von Dysphagiepatienten mit einer Bewertung von 4 als wichtig ein, wobei er betont, dass dies stark von Fall zu Fall variieren kann. Da sich die Probanden in ihrer beruflichen Laufbahn und ihren Qualifikationen unterscheiden, folgt eine Tabelle, die einen klaren Überblick über die Profile der Probanden darstellt.

<u>Merkmal</u>	<u>Proband 1</u>	<u>Proband 2</u>
Geschlecht	weiblich	männlich
Alter	38 Jahre	56 Jahre
Berufserfahrung	13 Jahre	19 Jahre
Aktuelles Arbeitssetting	stationär	ambulant
Patientenzahl pro Woche	ca. 15	ca. 20
Fortbildungen im Bereich Dysphagie	- viele, jeglicher Themen - bietet monatliche online Fortbildungen an	- viele jeglicher Themen
Fortbildungen im Bereich Kommunikation	systematischer Personal-coach	personenzentrierter Berater

Tabelle 3: Gegenüberstellung der Probanden

Quelle: Eigene Darstellung

## 4.2 Subjektive Theorie P1

Die von P1 etablierten Grundlagen für eine positive *Beziehungsgestaltung* in der Dysphagietherapie sind in einem strukturierten Ablauf angeordnet, der sich vom Therapeuten auf der linken Seite zum Patienten auf der rechten Seite erstreckt. P1 betont die horizontale Anordnung der von ihr identifizierten Kernfaktoren, um ihre Wichtigkeit zu symbolisieren. In diesem Zusammenhang stellt sie die *Beziehungsgestaltung* als Start und die Transparenz als bedeutend dar, wobei diese beiden Aspekte als eng miteinander verbunden betrachtet werden können und nahtlos ineinander übergehen können (SLS). Der Übergang zur Therapie und Reflexion erfolgt unter Beibehaltung der *Beziehungsgestaltung* als Start und der Transparenz als unterstützendem Element während des gesamten Therapieprozesses. Die grafische Darstellung der Therapeut- und Patientenposition auf der linken bzw. rechten

Seite unterstreicht die Betonung individueller Voraussetzungen und Perspektiven. P1 hebt hervor, dass Therapeuten ihre berufliche Expertise einbringen, während Patienten möglicherweise mit schweren Beeinträchtigungen, Unsicherheiten und Sorgen konfrontiert sind, die ihr tägliches Leben bedrohen können. Das übergeordnete Ziel besteht darin, diese beiden Perspektiven zu einem kooperativen Team zu verbinden, das von Sicherheit und Gleichwürdigkeit geprägt ist, um die Therapieziele effizient und nachhaltig erreichen zu können. Die vertikale Anordnung möglich auftretender Schwierigkeiten hebt deren Charakter als eigenständige Faktoren hervor, die die therapeutische Dynamik beeinflussen können (SLS). Im Folgenden wird auf die einzelnen Hauptblöcke näher eingegangen.



### Was ist (das Besondere an) Dysphagietherapie?

Die Dysphagietherapie zeichnet sich durch mehrere wesentliche Merkmale aus, wie von P1 herausgearbeitet. Erstens fokussiert sie die Sicherung des Überlebens, was sie von anderen logopädischen Therapieformen, wie beispielsweise einer Artikulationstherapie, differenziert. Dies beinhaltet grundlegende Aspekte wie die Gewährleistung einer stabilen Atmung und Ernährung (PZI, Z. 522). Zweitens unterstreicht P1 die Einzigartigkeit der Dysphagie als eine verborgene Störung. Im Gegensatz zu Sprach- und Sprechstörungen, die für Außenstehende oft offensichtlich sind, bleibt die Dysphagie im Verborgenen (PZI, Z. 46ff.). Dies stellt eine Herausforderung dar, da viele Individuen möglicherweise im Vorfeld nicht über eine Schluckstörung nachgedacht haben, wenn sie mit dieser konfrontiert werden (SLS). Drittens hebt P1 die intime Arbeitszone der Dysphagietherapie hervor, die direkte Interventionen am Mund, wie Stimulation und Mundübungen, sowie einen Eingriff in die Biografie und Lebensqualität des Patienten beinhaltet (PZI, Z. 552ff.) Die Möglichkeit, am Mund des Patienten zu arbeiten, erfordert einen „außerordentlich [Hervorhebung im Original] respektvollen und würdigenden Umgang“ (ebd.).

### Therapeut\*in

Die Betrachtung des Therapeuten von P1 unterscheidet sich hinsichtlich der Kern-Kompetenzen (Persönlichkeit), therapeutischen Kompetenzen und fachlichen Kompetenzen. Primär richtet P1 den Fokus auf die Persönlichkeitsmerkmale, die Menschen unabhängig von ihrer therapeutischen Tätigkeit besitzen (SLS). Dabei unterstreicht P1 die Bedeutung von Individualität, positiven Erfahrungen, Emotionen, Kampfgeist und Freude über Erfolg als natürliche Persönlichkeitskompetenzen. Bei Patienten, die beispielsweise Anweisungen des Therapeuten nicht umsetzen möchten, verdeutlicht P1 die Notwendigkeit, flexibel auf die individuellen Bedürfnisse einzugehen. Hier bringt P1 zum Ausdruck: „Der will andicken nicht akzeptieren, dann bin ich hiermit doch raus aus der Therapie. NEIN. Dann ist dein Ziel das zu ermöglichen, dass er nicht andicken muss“ (PZI, Z. 494). P1 individuelle Sichtweise betont, dass therapeutische Interaktionen mit einer Vielzahl von Persönlichkeiten stattfinden und jeder Einzelne seine eigenen Ressourcen und Stärken mitbringt (PZI, Z. 258). Des Weiteren hebt P1 Schlüsselkompetenzen hervor, die als Bestandteil der Ausbildung erworben werden sollten (SLS). Hierzu gehört die Fähigkeit des Therapeuten, dem Patienten Fürsorge entgegenzubringen. P1 illustriert diesen Aspekt mit einem Beispiel, in dem sie betont, dass sie physische Zuwendung zeigt, indem sie den Patienten berührt und positiv feedbackt. „Dass ich dann auch mal gestreichelt habe (streichelt ihren Arm) und gesagt habe „*Ja, Sie machen das so so gut und es ist gar nicht einfach*““ (PZI, Z. 120). Diese Handlung soll dem Patienten vermitteln, dass der Therapeut sich um sein Wohlbefinden kümmert und empathisch handelt. Die Selbstfürsorge seitens des Therapeuten wird ebenso

betont, wobei P1 die Wichtigkeit von kleinen Selbstfürsorgepraktiken in stressigen Situationen unterstreicht. Hierzu gehört beispielsweise die Durchführung einer kurzen Atemübung als Selbstfürsorge sowie die bewusste Entscheidung, sich extra langsam zu verhalten und aktiv zuzuhören, um Stabilität und Achtsamkeit zu wahren (PZI, Z. 462). Zu weiteren Schlüsselkompetenzen gehören die Fähigkeit zur Selbstreflexion, die Anerkennung und Würdigung positiver als auch negativer Erfahrungen an unterschiedlichen Tagen sowie die Authentizität im Umgang mit den Patienten (PZI, Z.389). P1 betont die besondere Relevanz der Kompetenz, die individuellen Bedürfnisse und Anliegen der Patienten zu identifizieren, indem sie die Frage stellt „Was braucht dieser Mensch jetzt gerade in diesem Moment?“ (PZI, Z. 329f.). Diese Fähigkeit zielt darauf ab, potenzielle Konflikte infolge von Unsicherheit der Patienten zu vermeiden. Um dieser Anforderung gerecht zu werden, erfordert es eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit den eigenen Stärken und Schwächen (SLS).

Im Bereich fachlicher Kompetenz legt P1 besonderen Wert auf die Gewinnung von Informationen vor Therapiebeginn. Dies umfasst unter anderem die sorgfältige Analyse bildgebender Aufnahmen des Kopfes, der Blutwerte sowie das Verständnis von Befunden. Dieser Ansatz ist darauf ausgerichtet, dass im Denkprozess des Therapeuten Hypothesen entstehen, die unter Umständen förderlich sind. P1 erläutert diesen Aspekt mit folgendem Beispiel. „Dadurch können Dinge anders therapiert werden, weil wir sie wissen. Wir wissen, es ist nicht nur eine oropharyngeale Dysphagie, sondern er hat auch Sodbrennen und die Oberkörperhochlagerung nach dem Essen ist entscheidend wichtig. Es muss bedacht werden“ (SLS).

#### Der Start – „it`s all about Beziehung“

In ihrer individuellen Perspektive hebt P1 einen entscheidenden Faktor in Bezug auf die *Beziehungsgestaltung* als Basis in der Therapie hervor. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung fungiert für P1 als der Ausgangspunkt, der den Startpunkt der Therapie markiert (PZI, Z. 41ff.). P1 betont die fundamentale Rolle des Beziehungsaufbaus, unabhängig von der spezifischen Problematik. „Im Grunde genommen, egal was ich behandle, ist das immer der Startpunkt, Beziehungen aufzubauen. Immer.“ (PZI, Z. 545). Die Schlüsselkomponente für einen effektiven Aufbau einer therapeutischen Beziehung liegt nach P1 in der Fähigkeit, zunächst eine Verbindung zum Patienten zu etablieren (PZI, Z. 187). Diese Fertigkeit gelingt P1 insbesondere durch Offenheit, eine ausgeprägte Neugierde gegenüber dem Patienten als Individuum, begleitet von der Vermeidung voreiliger Bewertungen im Umgang mit dem Patienten. „Neugierde auf den Patienten. Neugierde. Neugierde auf den Menschen den man da vor sich hat. Nicht berufsblind zu werden und weiter weiter weiter. Neugierig sein auf den, den ich da vor mir habe“ (PZI, Z. 387ff.). Diese Herangehensweise befähigt

sie, eine Verbindung herzustellen. Dabei spielt die Wertschätzung der emotionalen Zustände der Patienten eine zentrale Rolle, insbesondere vor dem Hintergrund, dass viele von ihnen akut von einer Krankheit betroffen sind (PZI, Z. 122).

Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist, wie P1 betont, der Touch der Individualität (PZI, Z. 97). P1 erstellt individuelle Kurzportraits der Patienten, um diesen das Gefühl zu vermitteln, dass die angewandten Übungen und Techniken speziell auf ihre persönlichen Bedürfnisse zugeschnitten sind. Die Suche nach individuellen Ansätzen, die die Motivation des Patienten steigern, führt nach P1 zu einem effizienteren und nachhaltigeren Erreichen der Therapieziele im Vergleich zu einem allgemeinen Ansatz, der individuelle Aspekte außer Acht lässt (SLS).

### Transparenz gibt Sicherheit

Die Wichtigkeit der Transparenz in der therapeutischen Beziehung nimmt gemäß P1 einen fundamentalen Stellenwert ein. P1 betrachtet Transparenz in Kombination mit der Beziehung als Start, als Fundament der therapeutischen Arbeit. Für P1 umfasst Transparenz die Aspekte Offenheit und Verständlichkeit, insbesondere aufgrund der Unsichtbarkeit der vorliegenden Störung und der Herausforderung, diese als Therapeutin vollständig zu erfassen (SLS). P1 unterstreicht die Bedeutung, dem Patienten im Vorfeld umfassende Informationen bereitzustellen, wie sie im folgenden Zitat betont. „Sehr [Hervorhebung im Original] gut verständliche Informationen zu bieten, sodass diese Frau genau wusste am Ende, warum kann ich zurzeit nicht schlucken, was ist eigentlich unser konkretes Ziel, was wir erreichen wollen [...] und wie wir das erreichen können, welche Übungen wir dafür machen und warum“ (PZI, Z. 50f.). In diesem Kontext erachtet P1 es als entscheidend, die Sprache und das Kommunikationsniveau des Patienten zu berücksichtigen, um eine effektive Verständigung zu gewährleisten. „Also es gibt Patienten, den erkläre ich das ganz hochgestochen, medizinisch. Manche, die halt auch aus dem medizinischen Bereich kommen oder ein hohes Bildungsniveau haben. Und dann gibt es ganz andere Patienten, da wird ganz forsch und normal gesprochen. [...] Also das Sprachniveau ein bisschen zu bedienen, was derjenige selbst hat und damit die Ebene zu bekommen, auf die der Patient ist“ (PZI, 109ff.).

P1 betont die signifikante Relevanz patientenorientierter Ziele, indem sie darauf hinweist, dass individuelle Wünsche und Bedürfnisse sorgfältig berücksichtigt werden sollten. In ihren Worten „Herauszufinden, was ist dem gegenüber auch wichtig, wie Currywurst wieder essen können oder was weiß ich. So einzelne Ziele wie Cola wieder trinken können, Tasse Kaffee mit meiner Tante“ (PZI, Z. 286f.). Diese spezifischen Ziele integriert P1 aktiv in den Therapieprozess. Ein weiterer Aspekt, den P1 im Kontext der Transparenz hervorhebt, betrifft die visuelle Präsentation von Übungen. Sie fertigt beispielsweise Zeichnungen von

Therapieübungen an und positioniert sie im Sichtfeld des Patientenzimmers. Diese Maßnahme begründet sie mit der Überlegung, dass das Prinzip „aus den Augen aus dem Sinn“ gilt (PZI, Z. 92f.). Zusätzlich integriert P1 Angehörige aktiv in den Therapieprozess, indem sie sie umfassend informiert und gegebenenfalls als Co-Therapeuten einbezieht. P1 beschreibt diesen Ansatz, indem sie betont, dass sie in der Regel Angehörigen Informationen hinterlässt, etwa in Form von Hinweiszetteln. *„Achtung, Ihr Angehöriger hat eine Schluckstörung. Er darf nur das und das essen. Hier ist meine Telefonnummer, wir können gerne sprechen“* (PZI, Z. 133ff.). Dies dient dazu, die Angehörigen gründlich zu informieren, um Missverständnisse zu vermeiden, wie beispielsweise das Konsumieren von nicht erlaubten Nahrungsmitteln. P1 betrachtet Transparenz als den Weg zur Sicherheit für den Patienten. Durch präzise Informationen und ein umfassendes Verständnis sollen Unsicherheiten minimiert werden. P1 legt besonderen Wert darauf, gemeinsam mit dem Patienten klare Ziele zu definieren und diese zu erreichen. Ein von P1 häufig betontes Konzept besteht darin, dass am Ende einer Therapiesitzung überprüft wird, ob der Patient die erhaltenen Informationen verstanden hat. *„Wenn wir mit der Therapie fertig sind, wir sind im Begriff rauszugehen, dann drehen wir uns noch einmal um und fragen den Menschen: „Was habe ich Ihnen denn gerade erklärt?“* (SLS). Ein erfolgreicher Verständnissnachweis seitens des Patienten wird von P1 als Indikator für eine erfolgreiche Therapie betrachtet. Hingegen erfordert eine fehlende Erklärungsfähigkeit des Patienten eine Anpassung der therapeutischen Sprache seitens des Therapeuten.

### Die Therapie

Im Kontext der Oberkategorie Therapie betrachtet P1 die Zusammenarbeit, den Einbezug des Patienten und Raum für die Krankheitsverarbeitung als besonders relevant für die therapeutische Beziehung. Zusätzlich aufgeführte Faktoren werden von P1 als selbstverständlich erachtet und sollten für jeden Therapeuten klar und eindeutig sein (SLS). Patienten im stationären Bereich erfahren häufig eine akute Betroffenheit und haben möglicherweise noch keine umfassende Phase der Krankheitsverarbeitung durchlaufen. In dieser Situation wird alles, was geschehen ist, als gegenwärtiges Ereignis betrachtet (PZI, Z. 122ff.). P1 sieht als essentielle Aufgabe in der therapeutischen Beziehung an, sowohl im stationären als auch im ambulanten Kontext einen Raum für die Auseinandersetzung mit der Krankheitsverarbeitung zu bieten. Die Integration der Patienten erfolgt auf vielfältige Weise. P1 erläutert, dass sie beispielsweise durch die gezielte Auswahl von Musik, die dem persönlichen Geschmack des Patienten entspricht, eine positive und unterstützende Atmosphäre schafft. Dieses Vorgehen verfolgt das Ziel, etwas zu identifizieren, das dem Individuum Anreize gibt und förderlich für die aktuell durchzuführende therapeutische Maßnahme ist (PZI, Z. 299ff.).

Des Weiteren unterstreicht P1 die Relevanz eines regelmäßigen und zielgerichteten Übens. Insbesondere im stationären Setting führt sie tägliche Übungen mit den Patienten durch. Dabei legt sie Wert darauf, dass die Patienten auch Eigeninitiative zeigen und selbstständig üben. In dem Interview schilderte P1 ein beispielhaftes Verhalten einer Patientin, die selbstständig mit einem Ausatemtrainer geübt hat, selbst in Abwesenheit der Therapeutin. Diese konsequente Übungsfrequenz führte dazu, dass die Patientin, entgegen anfänglicher Prognosen, erfolgreich oralisierte Nahrung zu sich nehmen konnte, anstatt auf eine PEG-Sonde angewiesen zu sein (PZI, Z. 60ff.). Ein weiterer bedeutender Aspekt für P1 besteht in der Integration der Therapie in ein realistisches Setting. Sie erachtet es als wichtig, praxisnah am Thema zu arbeiten und realitätsnahe Situationen zu schaffen, die im alltäglichen Leben des Patienten auftreten könnten (PZI, Z.315).

### Die Reflexion

Die Bedeutung der Reflexion wird von P1 als eine unterstützende Ergänzung zur Therapie herausgestellt (SLS). Durch gezielte Fragen wie „*Haben Sie geübt? Wie hat es geklappt? Was ist Ihnen aufgefallen?*“ (PZI, Z. 107) zielt P1 darauf ab, die Patienten zu stärken, zu motivieren und die individuellen Erfolge zu betonen. Dabei ist eine engagierte Begleitung und kontinuierliche Rückmeldung im Verlauf der Therapie unabdingbar (ebd.). P1 befähigt die Patienten, Selbstversuche mit Flüssigkeiten durchzuführen, sofern keine potenzielle Gefahr besteht. Dabei beobachtet sie, dass Patienten bei verschiedenen Übungen weniger Ängste entwickeln, wenn sie die Möglichkeit haben, unterschiedliche Ansätze auszuprobieren, anstatt stets die Chin-down-Position beizubehalten (SLS). Betont wird zudem die Rolle der Spiegelung, wobei P1 die Patienten genau beobachtet und darauf achtet, wie die Person agiert und auf welcher Sprachebene sie sich befindet. Insbesondere bei Personen, die nicht sprechen können, reduziert P1 ihre eigene verbale Kommunikation und setzt verstärkt auf nonverbale Ausdrucksformen wie Mimik. Dieser Ansatz ermöglicht einen effektiven Bezug zum Patienten (PZI, Z. 293f.). Ebenfalls wird das Setting in Betracht gezogen, indem P1 darauf hinweist, dass der gewählte Therapieort vorteilhaft für den Transfer der erworbenen Fähigkeiten sein kann (PZI, Z. 433).

Die Rolle der Angehörigen gewinnt auch in der Reflexion an Bedeutung, da sie bestärkend wirken, wenn sie interessiert sind und aktiv Therapiemaßnahmen umsetzen (PZI, Z. 439). P1 unterstreicht, dass Familienangehörige häufig eine besondere Verbindung zu den Patienten haben und ihre Unterstützung die Motivation der Patienten steigern kann (PZI, Z. 441f.).

### Patient\*in

P1 hat bewusst entschieden, den Patienten auf der rechten Seite des Schaubildes zu platzieren, da dieser aus einem anderen Setting und Lebenspunkt stammt als der Therapeut mit seiner fachlichen Profession. Dies unterstreicht die zentrale Position des betroffenen Menschen im therapeutischen Kontext (SLS). P1 erkennt die Vielschichtigkeit des Patienten und berücksichtigt dabei auch mögliche zusätzliche Erkrankungen. Diese werden nicht in einer ausschließlich negativen oder positiven Perspektive betrachtet, sondern vielmehr als Bestandteil der individuellen Gesamtheit, die der Mensch mit sich bringt (SLS).

P1 identifiziert bestimmte Eigenschaften des Patienten, die die therapeutische Beziehung positiv beeinflussen können, darunter Motivation und Dankbarkeit. Sie betont, dass aktive, motivierte, offene und interessierte Patienten zweifellos immer einen positiven Einfluss haben können. Ebenso kann das Gefühl der Dankbarkeit eine förderliche Dynamik in der Beziehung schaffen (PZI, Z. 414). Um aus Patient und Therapeut ein effektives Team zu bilden, ist nach P1 Sicherheit erforderlich, die maßgeblich aus Transparenz resultiert. Ebenso spielt die Gleichwürdigkeit eine bedeutende Rolle, die stark von der Haltung des Therapeuten geprägt ist. P1 erklärt, dass dieses Team notwendig ist, um eine erfolgreiche Beziehung aufzubauen und nachhaltige Ziele zu erreichen (SLS).

### Trouble Points

P1 identifiziert potenzielle Herausforderungen und ordnet sie vertikal in das Schaubild ein, da sie zwar auftreten können, jedoch nicht zwangsläufig auftreten müssen. Die Betonung liegt dabei auf der Individualität der Patienten, und P1 lehnt vehement die Vorstellung ab, dass es ein universelles Behandlungsprogramm für verschiedene Individuen geben sollte. Dieser Standpunkt beruht darauf, dass die Patienten nicht alle wie Roboter nach einem festgelegten Muster funktionieren (SLS). Ein bedeutender Trouble Point kann in den Vorannahmen des Therapeuten liegen, die möglicherweise gegenüber den Patienten bestehen, beispielsweise in der Annahme *„ach der ist ja dement, der macht eh nicht richtig mit“* (PZI, Z. 485). Auch im Setting selbst können Ablenkungen auftreten, sei es durch eine als beängstigend und steril empfundene Umgebung oder durch Zeitdruck und Stress. Besonders im akut stationären Bereich, aber auch ambulant, kann sich dies als ablenkend für beide Seiten auswirken (PZI, Z. 494). Im Kontext von Zeit sieht P1 einen paradoxen Aspekt, der als entschiedene Brücke gelten kann. Die Investition von Zeit ist wichtig, um negative Gefühle aufgrund von Problemen im Setting oder zwischen den Menschen zu vermeiden (SLS). Bei Unsicherheiten und Nichtbefolgen von Anweisungen wird zusätzliche Zeit benötigt, um Transparenz und Sicherheit wiederherzustellen. P1 erklärt, dass selbst wenn Erklärungen bereits mehrfach erfolgten, es notwendig sein kann, sie auf verschiedene Weisen

zu wiederholen und zum grundlegenden Prinzip zurückzukehren „Transparenz gibt Sicherheit“ (SLS). Es ist wichtig herauszufinden, ob ausreichend aufgeklärt wurde oder verschiedene Perspektiven aufgezeigt wurden. Falls der Patient die Therapie dennoch beenden möchte, wird dies akzeptiert, jedoch betont P1, dass diese Entscheidung erst verstanden werden muss. Darüber hinaus hebt sie hervor, dass es von Bedeutung ist, zu akzeptieren und sich abzugrenzen, wenn ein Patient die Therapie ablehnt, ohne die eigene Professionalität in Frage zu stellen. Es geht darum, die Ablehnung zu akzeptieren, ohne sich selbst als Therapeut negativ zu bewerten (SLS). Ebenso ist es wichtig, klare Grenzen in Bezug auf die Forderungen des Patienten zu setzen und zu evaluieren, was realistisch erreichbar und was nicht (SLS). P1 betont, dass bestimmte übergreifende Anfragen, wie die Frage nach der privaten Telefonnummer, als absolute Grenzverletzung betrachtet werden und solche oder andere übergreifende Situationen das Ende der Patientenbeziehung bedeuten würden (PZI, Z. 505; 509). P1 lehnt ein zu persönliches Kennenlernen ab, da dies aus ihrer Sicht die professionelle Patientenbeziehung beeinträchtigen könnte.

#### ...und was fällt vom Tisch?

In der Zusammenfassung der gemeinsamen Diskussion wird für P1 immer deutlicher, dass die Therapiearbeit zahlreiche Feinheiten und vielfältige Bausteine beinhaltet. Es wurden sowohl mögliche Herausforderungen als auch potenzielle Brücken zur Erreichung der Therapieziele erörtert. In diesem Kontext äußert P1 ihr Bedauern darüber, dass diese wichtigen Aspekte nicht integraler Bestandteil der therapeutischen Ausbildung sind und daher vernachlässigt werden (SLS).

Insgesamt veranschaulicht die *Subjektive Theorie* von P1 die Vielschichtigkeit der diskutierten Aspekte. Sie betrachtet eine positive therapeutische Beziehung als eine Art Radar, das in verschiedene Richtungen ausschlägt. Dies unterstreicht die Bedeutung einer umfassenden Betrachtung dieser Aspekte aus verschiedenen Perspektiven, um effektive therapeutische Ergebnisse erzielen zu können. P1 hebt hervor, dass es wünschenswert wäre, diese Erkenntnisse verstärkt in der therapeutischen Ausbildung zu betonen und zu integrieren, um angehende Therapeuten besser auf die Realitäten und Herausforderungen ihrer Arbeit vorzubereiten (SLS). Die Schaffung einer stabilen Beziehung ist laut P1 entscheidend, da sie dazu beiträgt, dass therapeutische Konzepte besser verstanden und umgesetzt werden können, was letztendlich für den Erfolg der Therapie von Bedeutung ist (PZI, Z. 520f.). P1 betont darüber hinaus, dass sich die zu Beginn investierte Zeit in den Aufbau einer soliden Beziehung und die Vermittlung transparenter Informationen letztendlich als lohnend erweist. Obwohl es zeitaufwändig ist, Neugierde zu zeigen, offen zu sein, anato-

mische Bilder zu erklären und sowohl Patienten als auch Angehörige einzubeziehen, resultiert dies in einer effizienten und nachhaltigen Therapie, beispielsweise indem Pneumonie-Erkrankungen vermieden werden (PZI, Z. 561ff.).

### 4.3 Subjektive Theorie P2

P2 integriert aufgrund seiner Weiterbildung den personenzentrierten Ansatz als grundlegenden Baustein in seine logopädische Therapie bei Dysphagiepatienten, unter anderem mit dem Ziel, eine positive *Beziehungsgestaltung* zu erreichen. Er betont die Anerkennung der individuellen Fähigkeiten der Person und initiiert gemeinsam positive Prozesse (PZI, Z. 120). Dies impliziert, dass P2 nicht lediglich als Therapeut Anweisungen und Interventionen gibt, sondern darauf abzielt, die Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit des Patienten gemäß dem personenzentrierten Ansatz zu fördern (SLS). Dabei hat P2 im Schaubild Verbindungen zwischen mehreren Inhaltskarten hergestellt, um die Komplexität des Themas zu veranschaulichen. Diese Darstellung verdeutlicht, dass jedes Element entweder eine Voraussetzung für ein andere ist oder eine Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Aspekten besteht, was die gegenseitige Abhängigkeit und Verdingung der einzelnen Komponenten hervorhebt.



### Personenzentrierter Ansatz

#### *Angebot des Therapeuten in der äußeren Welt*

P2 erläutert, dass im personenzentrierten Ansatz äußere Umstände nicht unmittelbar thematisiert werden. Jedoch betont er, dass diese in der Betrachtung der *Beziehungsgestaltung* ebenfalls berücksichtigt werden sollte. Es wird darauf hingewiesen, dass dieser Bereich die Angebote des Therapeuten repräsentieren und als „harte Fakten“ betrachtet werden (SLS). Des Weiteren betont P2 die Bedeutung der Gestaltung des Therapieraums. Er beschreibt, wie er den Raum strukturiert und organisiert, um eine ruhige und angenehme Atmosphäre zu schaffen. Dabei bezieht er nicht nur die physische Einrichtung ein, sondern achtet auch auf die Wahrnehmung der Patienten bezüglich Barrierefreiheit und gezielter Orientierung (PZI, Z. 606). Der Proband legt Wert darauf, ein Setting zu schaffen, das den Bedürfnissen der Patienten gerecht wird oder zumindest entgegenkommt, indem es eine klare Ordnung und Orientierung bietet (PZI, Z. 609). Dies schließt auch die Auswahl von Kunstwerken ein, die dazu beitragen sollen, den Raum anregend zu gestalten (PZI, Z. 569). Die Gewährleistung fachlicher Kompetenz betrachtet P2 als einen zentralen Aspekt. Er unterstreicht nachdrücklich, dass alleinige Freundlichkeit nicht ausreicht und eine kompetente Begleitung und Therapie von großer Bedeutung sind (PZI, Z. 650). Hierbei wird deutlich, dass P2 einen klaren Fokus auf die Qualität und Fachkenntnisse seiner therapeutischen Arbeit legt. Hervorzuheben ist zudem, dass P2 besonders darauf achtet, ausschließlich Anfragen in Therapiegebieten anzunehmen, in denen er sich fachlich kompetent fühlt. Falls Anfragen zu Therapiebereichen wie Kindersprache eingehen, in denen sich P2 nicht ausreichend kompetent fühlt, verweist er bewusst an andere Praxen (SLS). Die Sorgfalt in Bezug auf das äußere Erscheinungsbild des Therapeuten, einschließlich der Kleidung, sowie persönliche Hygiene und Geruch, wird von P2 als relevant erachtet (PZI, Z. 561). Er betont, dass beispielsweise ein intensiver Schweißgeruch bereits Einfluss auf die Beziehung haben kann (PZI, Z. 567). Die Einhaltung von Zeitvorgaben, wie beispielsweise Pünktlichkeit, wird von P2 als ein Ausdruck der Wertschätzung gegenüber den Patienten betrachtet (PZI, Z. 560). Er hebt hervor, dass Pünktlichkeit einen bedeutenden Aspekt der Beziehung und Kongruenz darstellt. Unpünktlichkeit seitens der Patienten wird nicht verurteilt, sondern in einem konstruktiven Dialog thematisiert (SLS). Bereits während der Kontaktaufnahme, die häufig telefonisch erfolgt, nimmt P2 sich ausreichend Zeit für den Anrufer. In diesem Zusammenhang steht nicht nur der unmittelbare Einstieg in ausführliche Gespräche im Fokus, sondern auch das Bemühen, den Anrufer als individuelle Person besser kennenzulernen und seine Anliegen zu verstehen. Parallel dazu besteht das übergeordnete Ziel darin, sich adäquat zu präsentieren und eine erste persönliche Verbindung herzustellen (SLS).

Die Atmosphäre in der Praxis wird als bedeutend für den therapeutischen Erfolg angesehen. Insbesondere erkennt P2 an, dass eine positive Atmosphäre einen Beitrag zur Wirksamkeit der Therapie leistet. Dies betont er mit der Feststellung, dass die persönliche Erfahrung zeigt, dass die Bereitschaft zur Teilnahme an der Therapie steigt, wenn die Patienten die Praxis gerne aufsuchen, trotz ihrer schweren Erkrankung (PZI, Z. 244).

#### *Haltung/ Rolle des Therapeuten*

In seiner therapeutischen Haltung betont P2 grundlegende Elemente wie Wertschätzung, Authentizität und Ehrlichkeit als entscheidende Voraussetzungen für den Aufbau einer tiefen Verbindung zu seinen Patienten und das Gewinnen ihres Vertrauens. Er sieht diese Aspekte als Basis für eine erfolgreiche therapeutische Beziehung an (PZI, Z. 219). Dabei legt er Wert auf die Fähigkeit, sich einfühlsam in die Person hineinzusetzen und vorschnelle Urteile zu vermeiden (PZI, Z. 171, 642). P2 setzt sich das Ziel, die ganzheitliche Perspektive des Menschen zu berücksichtigen und nicht nur isoliert auf seine Probleme zu fokussieren (PZI, Z. 32). Dies unterstützt nach P2 dabei, die individuelle Situation der Person angemessen zu berücksichtigen und sie dort anzunehmen, wo sie sich aktuell befindet (PZI, Z. 59). Bei Herausforderungen in der Beantwortung bestimmter Fragestellungen zeigt P2 eine offene Haltung. Er betont Ehrlichkeit, indem er beispielsweise erklärt, dass er über bestimmte Fragen nachdenken muss oder dass er einige Aspekte im Team erörtern wird (PZI, Z. 482). Seine Rolle betrachtet P2 dabei nicht als Besserwisser, sondern als fachlicher Begleiter (PZI, Z. 469). Dabei zeigt er ein ehrliches und fachliches Interesse an die Anliegen der Patienten (PZI, Z. 641). Seine Haltung beinhaltet auch eine gewisse Hartnäckigkeit. Rückmeldungen von einem Patienten deuten darauf hin, dass er als unglaublich hartnäckig wahrgenommen wird und sich weiterhin bemüht, gemeinsam mit den Patienten Lösungswege zu finden (PZI, Z. 257). P2 zeigt im Kontext des personenzentrierten Ansatzes Interesse daran, auf kleine Signale und Eindrücke einzugehen und diese offen anzusprechen. In einem praxisnahen Beispiel beschreibt er, wie er die Befindlichkeit eines Patienten erkennt, der sich gestresst äußert. P2 reflektiert dies auf eine personenzentrierte Weise, indem er die emotionale Verfassung des Patienten anspricht und darauf Bezug nimmt, um dann die Therapie entsprechend anzupassen (PZI, Z. 469).

In seiner therapeutischen Praxis betont P2 die Wichtigkeit, transparent über mögliche Gefahren zu informieren und darin eine Verantwortung gegenüber dem Patienten zu haben (PZI, Z. 362). Zudem unterstreicht er die Relevanz von Körperkontakt und erkennt, dass die Logopädie in der Regel nicht stark auf Körperberührungen ausgerichtet ist. Seine Bereitschaft, sich den Patienten auch physisch zu nähern, deutet er als einen inneren Wandel und eine innovative Herangehensweise an, wobei er sich die Frage stellt, ob allein die Berührung bereits positive Veränderungen auslösen kann (PZI, Z. 236).

### Situation Patient

In der Patientensituation verdeutlicht P2, dass diejenigen, die seine Praxis aufsuchen, nicht nur mit den psychischen Herausforderungen ihrer Schluckstörung konfrontiert sind. Individuell bringen sie ihr altes Selbstbild mit, das von Gewohnheiten und Vorlieben geprägt ist und durch die Einschränkungen der Erkrankung auf den Prüfstand gestellt werden (SLS). Dies unterstreicht die Individualität der Patienten und zeigt, dass deren persönliche Situation und Lebensumstände maßgeblich Einfluss auf den Therapieverlauf haben (PZI, Z. 621). Die Patienten erkennen oft erst, dass das Schlucken gestört sein könnte, wenn der Schluckvorgang nicht mehr problemlos funktioniert (PZI, Z. 740). Der Mangel an Wissen über Schluckstörungen kann bei den Patienten einen Schockmoment auslösen, bei dem sie realisieren, dass die Nahrungsaufnahme konkret lebenserhaltend ist und für sie eine starke Einschränkung der Lebensqualität darstellen (PZI, Z. 741; 736). Der Bruch in ihrem Selbstwertgefühl ist unübersehbar (PZI, Z. 445). Oft streben sie danach, ein souveränes Bild zu vermitteln, selbst, wenn ihnen nicht immer bewusst ist, dass sie sich auf diese Weise präsentieren (PZI, Z. 23). Darüber hinaus berichtet P2, wie Patienten dazu tendieren, die Auswirkungen ihrer Erkrankung zu verharmlosen oder sich selbst zu täuschen (PZI, Z. 680). Auf die scheinbar einfache Frage, ob sie weiterhin alle Speisen und Getränke problemlos zu sich nehmen können, ergeben sich oft Antworten, die erst bei genauerem Nachfragen die tatsächlichen Schwierigkeiten offenbaren. Dies kann beispielsweise bedeuten, dass Salat im Hals haften bleibt oder das Schlucken von Fleisch als herausfordernd empfunden wird (SLS). Die gesellschaftlichen Auswirkungen sind erheblich und gehen mit Gefühlen von Scham, Unsicherheit oder gelegentlich Wut einher, insbesondere in gastronomischen Einrichtungen, in denen die Bewältigung eines aspirierten Bissens und die damit verbundene Manifestation von Husten als eine potenzielle Quelle emotionaler Belastung werden können (SLS). Diese Auswirkungen können sich bis hin zu existenziellen Ängsten erstrecken, beispielsweise auf das persönliche Leben oder den beruflichen Erfolg (PZI, Z. 152). Die Bedeutung des sozialen Umfelds betont P2 ebenfalls. Die Familie nimmt eine entscheidene Rolle ein, da die Auswirkungen nicht nur den Patienten selbst, sondern auch die Menschen in seinem direkten Umfeld betreffen können (PZI, Z. 541). Dieser Aspekt wird im weiteren Verlauf am Schaubild von P2 näher beleuchtet. Auch die Notwendigkeit, weitere Erkrankungen und emotionale Instabilität zu berücksichtigen, betont P2. Anhand eines Beispiels verdeutlicht er die schwerwiegenden psychischen Auswirkungen einer Schluckstörung, die zu einem tiefen Tal mit Depressionen und Krankenhausaufenthalten führten. Durch die gezielte Ansprache dieser Erkrankung konnte P2 das Verhalten des Patienten besser einordnen und verstärkt auf dessen individuellen Bedürfnisse eingehen (PZI, Z. 318).

### Entwicklungsprozess Patient

Im vorliegenden Abschnitt legt P2 den Fokus darauf, welche therapeutischen Angebote er bereitstellt und welche Entwicklung er bei den Patienten beobachtet (SLS).

In der therapeutischen Beziehung erlebt P2 eine bedeutende Entwicklung, die sich in verschiedenen Facetten zeigt. Ein zentraler Aspekt ist die zunehmende Sensibilisierung der Patienten für ihre individuelle Lebenssituation (PZI, Z. 319). Durch die aufgebaute Vertrauensbasis zeigen die Patienten eine zunehmende Bereitschaft zur Öffnung. Ein konkretes Beispiel, das P2 anführt, umfasst Themen, die sich auf die tiefgreifenden Auswirkungen der Schluckstörung des Patienten beziehen. Im Verlauf des therapeutischen Prozesses sprach der Patient diese persönlichen Herausforderungen an, was darauf hindeutet, dass er diese nicht tabuisierte, sondern in Beziehung zu sich setzte (PZI, Z. 79). Als Resultat dieser Integration entwickelte P2 eine intensivere Verdingung zum Patienten. Er beschreibt diesen Prozess als ein tieferes Verständnis für die Themen der Patienten und deren Schwierigkeiten (PZI, Z. 775). P2 erörtert den Aspekt der Stärkung der individuellen Persönlichkeit der Patienten. Die Mitteilung, dass sie nicht schuld an ihrer Situation sind, führt zu einer Bestärkung der eigenen Person und schafft Raum für eine positive Selbstwahrnehmung (SLS). In den Rückmeldungen von P2 nimmt Kongruenz eine entscheidende Rolle ein. Er legt Wert darauf, die Patienten nicht nur zu ermutigen, sondern betont deutlich, dass regelmäßiges Üben essenziell ist, um Fortschritte zu erzielen. Bei aufkommenden Widerständen oder Unklarheiten bezüglich bestimmter Übungen zeigt P2 Aktivität, indem er gezielt nachfragt, um die zugrundeliegenden Schwierigkeiten zu kristallisieren und zu thematisieren, denn die emotionale Seite der Erkrankung zu verarbeiten ist ebenso relevant (SLS). P2 erkundigt sich nach dem Befinden der Patienten und schafft einen geschützten Raum für die Auseinandersetzung mit der Krankheit (PZI, Z. 625). Die regelmäßige Konfrontation im geschützten Rahmen, beispielsweise durch die Nutzung von Videoaufnahmen, bietet den Patienten die Möglichkeit, sich eingehend mit sich selbst und ihrer Situation auseinanderzusetzen. Die Akzeptanz der individuellen Situation ermöglicht es den Patienten letztendlich, ihre Situation zu akzeptieren und das Optimum aus dieser herauszuholen (PZI, Z. 201), wodurch zudem die physische und mentale Entwicklung der Patienten unterstützt wird (PZI, Z. 110). Das Erfordernis von Flexibilität zur angemessenen Berücksichtigung individueller Patientenbedürfnisse ist laut P2 unerlässlich (PZI, Z. 360). Dabei manifestiert sich diese Flexibilität in der Anpassung an individuelle Gegebenheiten, der Identifikation des Bedarfs an Unterstützung und der gemeinsamen Erarbeitung von Lösungsansätzen mit den Patienten (PZI, Z. 258). Die zentrale Zielsetzung besteht laut P2 in der Förderung der Selbstwirksamkeit (PZI, Z. 778). Mittels gezielter Therapieansätze und der Her-

vorhebung der Wirksamkeit des eigenen Handelns wird den Patienten die Erkenntnis vermittelt, dass sie Einfluss auf ihre Situation nehmen können und nicht unveränderlichen Einschränkungen ausgesetzt sind (SLS).

#### Veränderung in der Beziehung zum Therapeuten & zu sich selbst

Der Prozess der persönlichen Entwicklung des Patienten führt zu Veränderungen sowohl in der Beziehung zum Therapeuten als auch im Selbstverständnis (SLS). Dieser Entwicklungsverlauf resultiert in einer erhöhten Sensibilität des Patienten für individuelle Themen und fördert eine vertiefte Beteiligung am therapeutischen Prozess (PZI, Z. 519). Im Gegensatz zur bloßen Betrachtung des Patienten als defizitär erachtet P2 den Patienten als Ganzes, was eine offene und kooperative Zusammenarbeit im therapeutischen Prozess begünstigt (PZI, Z. 366). Die Hingabe zur Zusammenarbeit geht mit der Fähigkeit einher, angemessene Grenzen zu identifizieren und zu setzen. Im Falle auftretender Herausforderungen zieht P2 diese klaren Grenzen, wobei er gleichzeitig die Beschränkung seiner fachlichen Expertise eingesteht. Dies ermöglicht die Schaffung von Raum für erweiterte umfassendere Unterstützung des Patienten, beispielsweise in Form von psychotherapeutischen Interventionen (PZI, Z. 185). Ein zentraler Fokus seiner therapeutischen Tätigkeit liegt in der systematischen Exploration innerer Widerstände. Ziel ist, die Gründe hinter Schwierigkeiten, wie etwa mangelnder Regelmäßigkeit bei therapeutischen Übungen, zu verstehen. Nach Identifikation dieser Hindernisse engagiert sich P2 aktiv gemeinsam mit den Patienten, um Strategien zu entwickeln, die es ermöglichen, diese Widerstände zu mindern, aufzulösen oder zu umgehen, um eine zielgerichtete therapeutische Intervention zu ermöglichen (PZI, Z. 48). Im Rahmen des personenzentrierten Ansatzes betitelt sich dieser Prozess als Exploration des inneren Teams, wobei unterschiedliche Teammitglieder, wie die rationale Stimme oder die schambehaftete Stimme, identifiziert werden können (PZI, Z. 62). Diese Erforschung fördert nicht nur eine bewusstere Wahrnehmung der inneren Dynamik, sondern eröffnet Raum für interessante Entwicklungen im therapeutischen Prozess (PZI, Z. 72; 113). Die Aspekte der Akzeptanz und Annahme nehmen eine entscheidene Rolle ein, um den Patienten in seinem therapeutischen Fortschritt zu unterstützen. P2 betont, dass Patienten, welche bereits verschiedene therapeutische Werkzeuge kennengelernt und angewendet haben, eigenverantwortlich darüber entscheiden sollen, welche Übungen sie während der aktuellen Therapiesitzung durchführen möchten (SLS). Dieser Einbezug in Entscheidungsprozesse überträgt dem Patienten die Kontrolle über die individuelle therapeutische Ausrichtung (PZI, Z. 476). Eine solche Integration des Patienten trägt nicht nur zur Steigerung der Selbstempathie bei, sondern führt auch zu einer gesteigerten Motivation und Konsequenz bei der Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen (PZI, Z. 209). Gleich-

zeitig werden Entwicklungen initiiert, welche den Patienten erkennen lassen, dass ihre Wissensvermittlung fortschreitet und sie maßgeblich für ihren eigenen Erfolg verantwortlich sind (PZI, Z. 523). Dies unterstützt auch den Prozess der Selbstreflexion, indem sie aktiv ihre Beteiligung an ihrer Genesung erkennen (PZI, Z. 39). Die personenzentrierte Beratung trägt laut P2 insgesamt dazu bei, eine positive therapeutische Beziehung zu etablieren, was den gesamten Therapieprozess optimiert und somit zu einer effizienteren Zielerreichung führt (PZI, Z. 688). P2 betont, dass der Fokus nicht nur ausschließlich auf das beschleunigte Erreichen von Ergebnissen liegt, sondern vielmehr darauf, dass die Lebensqualität bis zu diesem Zeitpunkt gesteigert wird und insbesondere als verbessert wahrgenommen wird (SLS). Ein integraler Bestandteil besteht zudem in der Einbindung des sozialen Umfelds und der Angehörigen als unterstützendes und förderndes System (PZI, Z. 778). Die Mitwirkung der Familie zeigt sich nicht nur als alltägliche Unterstützung, beispielsweise indem die Ehefrau den Patienten zur Therapie begleitet, sondern ebenso als emotionale Stütze für den Patienten (PZI, Z. 622) sowie als bedeutsame Informationsquelle für Einschätzungen der aktuellen Situation (PZI, Z. 542). Laut P2 bewirkt die Übertragung der therapeutischen Inhalte in den Alltag und die Anpassung des Verhaltens (PZI, Z. 41) letztlich eine Transformation des Selbstbildes des Patienten (PZI, Z. 16). Im Kontext auf den personenzentrierten Ansatz strebt jedes Individuum danach, im Verlauf seines Lebens sein Selbstbild zu aktualisieren und zu vervollkommen (PZI, Z. 26). P2 erläutert diese Dynamik, bezogen auf den therapeutischen Prozess, mit den Worten „Ich glaube, dass ist so das Besondere, so der Weg von „*Mach mich wieder heil*“ zu „*Der Selbstannahme*““ (PZI, Z. 196). Dieser Prozess erfordert oft die Navigation durch anspruchsvolles Terrain, um eine authentische Selbstwahrnehmung zu ermöglichen und ein tiefes Verständnis für den eigenen Zustand zu entwickeln. Der Fokus verschiebt sich hierbei von rein symptomorientierten Zielen hin zu einer tiefgehenden Selbstexploration und -akzeptanz. Selbst wenn bestimmte Einschränkungen vorhanden sind, werden diese nicht mehr als schwerwiegendes Hindernis betrachtet, sondern vielmehr als Bestandteil eines neu akzeptierten Selbstbildes. Diese Entwicklung trägt nicht nur zur psychischen Genesung bei, sondern schafft zudem Raum für emotionales Wohlbefinden und psychische Ausgeglichenheit (SLS).

### Schwieriger Patient

Im Kontext eines schwierigen Patienten erörtert P2 potenzielle Herausforderungen im Umgang mit diesen. In einem Fallbeispiel schildert er einen Patienten mit erheblichen Schluckstörungen, der von seinen medizinischen Betreuern vorwiegend positive Rückmeldungen erhielt. Die Kollegen vermieden klare Informationsweitergabe aus Furcht vor möglichen beruflichen Konsequenzen. P2 hebt hervor, dass seine Verantwortung darin bestand, den Pa-

tienten personenzentriert zu begleiten, um sicherzustellen, dass keine weiteren Gefährdungen entstehen. Trotz anfänglicher Widerstände erkannte der Patient schließlich den Wert der Hartnäckigkeit von P2 und äußerte seinen Dank (PZI, Z. 393). Zusätzliche Herausforderungen können sich durch Unzuverlässigkeit, etwa kurzfristige Terminabsagen, ergeben, was die Kontinuität im therapeutischen Prozess beeinträchtigen kann (PZI, Z. 674). Des Weiteren berichtet P2 von Fällen, in denen die Anweisungen des Therapeuten missachtet wurden. „Also zum Beispiel hat er eigenständig Sachen gegessen, obwohl er nur im therapeutischen Rahmen erstmal was zu sich nehmen sollte. Ich erinnere mich, da hatte ich wirklich auch Sorge“ (PZI, Z. 338). In solchen Situationen appelliert P2, die Konsequenzen des Verhaltens klar zu kommunizieren und gegebenenfalls den Sinn der Therapie zu hinterfragen (PZI, Z. 365). Eine weitere Herausforderung könnte auftreten, wenn Patienten vehement an ihrem alten Selbstbild festhalten und widerwillig oder unfähig sind, sich unter Anleitung davon zu emanzipieren, um schrittweise eine realistischere Wahrnehmung ihrer aktuellen Situation zu entwickeln (PZI, Z. 677).

Die *Subjektive Theorie* von P2 verdeutlicht im Wesentlichen die Bedeutung des personenzentrierten Ansatzes in der logopädischen Therapie von Patienten mit Dysphagie. Insgesamt betrachtet P2 Kongruenz und den Aufbau von Vertrauen als fundamentale Elemente. Der Therapeut sollte kongruent und authentisch agieren, um eine positive Verbindung zum Patienten herzustellen. Die Entwicklung des Patienten im Therapieprozess wird von P2 als ein Weg der Selbstannahme beschrieben. Durch die Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre wird dem Patienten erleichtert, offen über seine Erfahrungen zu sprechen, was ihm ermöglicht, auch kritische Aspekte seines Zustandes zu erkennen. Mittels der Kommunikation und Akzeptanz dieser Aspekte durch die Erkundung des inneren Teams kann der Patient den Weg zur Selbstannahme beschreiten. Im Umgang mit schwierigen Patienten hebt P2 die Relevanz von Hartnäckigkeit und klaren Kommunikationsstrategien hervor. Die Integration des sozialen Umfelds kann einen bedeutenden Beitrag zum Therapieerfolg leisten. Der Fokus einer positiven therapeutischen Beziehung liegt laut P2 auf einem nachhaltigeren Erreichen der Ziele, aber vor allem auf der Selbstakzeptanz und -annahme sowie die Erfahrung einer gesteigerten Lebensqualität.

## 4.4 Vergleich der Subjektiven Theorien P1 und P2

Im folgenden Kapitel werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den *Subjektiven Theorien* von P1 und P2 herausgearbeitet und dargestellt. Die abgeleiteten Inhalte stammen aus den Transkripten der geführten Interviews sowie den Struktur-lege-Sitzungen. Obwohl die Probanden in vielen Aspekten Übereinstimmungen zeigen und deutliche Gemeinsamkeiten aufweisen, offenbaren sich auch einige Unterschiede, die im weiteren Verlauf näher erläutert werden. Eine verbesserte Strukturierung der Themen wird durch die Verwendung von Überschriften ermöglicht, die sich aus den Unterfragen des Kapitels 1.2 ableiten.

### Eine positive therapeutische Beziehung

Eine präzise Definition einer positiven therapeutischen Beziehung wird von beiden Probanden nicht explizit genannt. Stattdessen veranschaulichen sie ihre Herangehensweisen an die Gestaltung einer solchen Beziehung. Im Wesentlichen bezieht sich ihre Konzeption auf die nachfolgend dargelegten Aspekte, wobei weitere Faktoren, die im Anschluss beschrieben werden, einen Einfluss ausüben.

### Einflussfaktoren

#### *Therapeut*

P1 veranschaulicht die zentralen Kernkompetenzen, therapeutische Kompetenzen und fachliche Kompetenzen des Therapeuten. Diese Aspekte werden in sämtlichen anderen Abschnitten des Strukturbildes ebenfalls in Bezug auf das Verhalten des Therapeuten thematisiert. In ähnlicher Weise beschreibt P2 in einem eigenen Abschnitt des Strukturbildes die Haltung und Rolle des Therapeuten. Dabei bezieht er sich im weiteren Verlauf des Strukturbildes wiederholt auf die Person des Therapeuten. Beide Probanden unterstreichen die essenzielle Bedeutung fachlicher Kompetenz, wobei sie jedoch betonen, dass allein diese Fähigkeit nicht ausreichend ist. Dies lässt sich aus den Aussagen ableiten, in denen P1 und P2 einen klaren Fokus auf die Kernkompetenzen legen. In Bezug auf fundamentale Werte des Therapeuten manifestieren sich bei beiden Probanden der hohe Stellenwert der Authentizität (P1, PZI, Z. 392/ P2, PZI, Z. 171) sowie die unabdingbare Voraussetzung, die Person vorurteilsfrei zu betrachten (P1, PZI, 262/ P2, PZI, Z. 171f.). Eine weitere gemeinsame Ansicht besteht darin, die Bedürfnisse des Menschen zu erkennen und diese in den Fokus ihrer therapeutischen Arbeit zu stellen (P1, PZI, Z. 324ff./ P2, PZI, Z.89; 119; 502; 512). Beide Probanden legen zudem Wert auf authentisches Handeln seitens des Therapeuten, um eine offene Kommunikation zu ermöglichen und das Vertrauen des Patienten zu gewinnen (P1, PZI, Z. 50/ P2, PZI, Z. 78; 167; 449ff.). In diesem Kontext betont P1 mit Neugier auf den Patienten zuzugehen (P1, PZI, Z. 387f.) und sich selbst umfassend reflek-

tieren zu können (P1, PZI, Z. 389ff.). P2 hingegen legt seinen Schwerpunkt auf den personenzentrierten Ansatz und hebt die Kongruenz (P2, PZI, Z. 170, 219, 467, 658) sowie die eigene klare innere Haltung des Therapeuten hervor (P2, PZI, Z. 469, 645).

Ein übereinstimmendes Merkmal in den Äußerungen beider Probanden zeigt sich in der Priorisierung von Transparenz und klarer Kommunikation seitens der Therapeuten. P1 verweist explizit darauf hin. „Mein Fokus [war es] zunächst im Bereich *Beziehungsgestaltung* Vertrauen zu gewinnen, Transparenz zu schaffen und sehr gut verständliche Informationen zu bieten, sodass diese Frau genau wusste am Ende, warum kann ich zurzeit nicht schlucken, was ist eigentlich unser konkretes Ziel was wir erreichen wollen [...] und wie können wir das Erreichen, welche Übungen wir dafür machen und warum“ (P1, PZI, Z. 49ff.). P2 hingegen vermittelt diese Aspekte durch die Ergründung innerer Widerstände und die Darlegung des inneren Teams (P2, PZI, Z. 48; 62; 73; 87; 114). Er kommuniziert präzise über die emotionalen Zustände und Wahrnehmungen der Patienten sowie über seine eigene Beziehung zu diesen. Beiden Probanden ist es von signifikanter Bedeutung, das Vertrauen der Patienten zu gewinnen (P1, PZI, Z. 50/ P2, PZI, Z. 78; 167; 449ff.), da dies als Grundstein für eine positive Beziehung betrachtet wird. P1 setzt hierbei den Fokus auf Neugierde (P1, PZI, Z. 387ff.) und Authentizität (P1, PZI, Z. 392), während P2 die Sensibilisierung der Patienten für ihre Lebenssituation und die Stärkung der individuellen Persönlichkeit in den Vordergrund stellt (P1, PZI, 17; 28ff.).

Die angewandten Methoden und Techniken in der Therapie differenzieren sich ebenfalls. P1 hebt die Erstellung eines Kurzportraits (P1, PZI, Z. 56, 77f., 87f., 92ff) sowie die Betonung der Sichtbarkeit der Übungen hervor (P1, PZI, Z. 93ff.), um Transparenz zu gewährleisten und Unsicherheiten der Patienten abzubauen. P2 fokussiert sich auf die Integration emotionaler Verarbeitung in der Therapie, indem er aktiv auf innere Widerstände der Patienten eingeht und auf personenzentrierte Beratung setzt (P2, PZI, Z. 48, 62, 73, 87, 114). Hinsichtlich der Zusammenarbeit (P1, PZI, Z. 133ff., 145f., 381/ P2, PZI, Z. 367), des regelmäßigen Übens (P1, PZI, Z. 59ff, 69, 95/ P2, PZI, Z. 505) und der Reflexion, sowohl über die Therapieinhalte (P1, PZI, Z. 106f.) als auch die innere Sicht des Patienten (P2, PZI, Z. 48; 62; 73; 87; 114), besteht Einigkeit zwischen P1 und P2. Beide legen zudem Wert darauf, den Patienten in die Therapie einzubeziehen (P1, PZI, Z. 53f; 89f.; 270; 380/ P2, PZI, Z. 476; 481; 531), sei es durch den Einsatz von Musik und Material (P1, PZI, Z. 299/ Z. 61; 237) oder durch die Berücksichtigung des inneren Teams (P2, PZI, Z. 48; 62; 73; 87; 114). Sowohl P1 als auch P2 unterstreichen die Bedeutung, Raum für Krankheitsverarbeitung zu schaffen, da die emotionalen Werte in die Therapie einfließen können (P1, PZI, 122ff./ P2, PZI, Z. 628ff.). Aufgrund der Unvorhersehbarkeit therapeutischer Verläufe (P1, SLS) betonen beide die Wichtigkeit der Festlegung von klare Grenzen, insbesondere wenn das Verhalten des Patienten im Widerspruch zu den therapeutischen Prinzipien steht (P1, PZI, Z.

509f./ P2, PZI, Z. 186; 366). P2 legt zusätzlich Wert auf das äußere Erscheinungsbild und die Gepflegtheit des Therapeuten und betrachtet diese Aspekte als relevant (P2, PZI, Z. 561).

### *Patient*

Beide Probanden legen Wert auf Offenheit der Patienten (P1, PZI, Z. 411ff., 504, 565/ P2, PZI, Z. 519). Sowohl P1 als auch P2 betonen die Bedeutung von Aktivität und Engagement seitens der Patienten. P1 drückt dies unmittelbar aus, indem sie feststellt, dass „Offenheit, Interesse und Aktivität seitens des Patienten [...] positiv“ ist (P1, PZI, Z. 504). Bei P2 lässt sich dies aus seinen Erzählungen ableiten, insbesondere, wenn er betont, dass der Patient sich auf den therapeutischen Prozess einlassen muss (P2, PZI, Z. 519). Beide Probanden erläutern, dass Dankbarkeit der Patienten für die gemeinsame Arbeit eine positive Unterstützung für die therapeutische Beziehung darstellen kann (P1, PZI, 413/ P2, PZI, Z. 414). P1 und P2 erkennen die Möglichkeit, dass der Patient potenziell zusätzliche medizinische Befunde oder Erkrankungen aufweisen kann (P1, PZI, Z. 125, 190ff., 305ff., 316ff.). P1 bewertet dies weder als negativ noch als positiv (P1, SLS). P2 hingegen bezieht sich stark auf den emotionalen Aspekt und leitet gegebenenfalls an weiteres Fachpersonal weiter (P2, PZI, Z. 192, 318). Es existieren zugleich weitere Unterschiede in den *Subjektiven Theorien*. P1 hebt die potenzielle Problematik von Übergriffigkeit und Passivität seitens der Patienten hervor und stuft dies als nachteilig ein (P1, PZI, Z. 505ff.; 221ff). P2 warnt vor Unzuverlässigkeit im Kontext von Terminabsprachen (P2, PZI, Z. 674). Parallel dazu betont er die Ehrlichkeit der Patienten, beispielsweise im Hinblick auf das regelmäßige Üben zu Hause (P2, PZI., Z. 532). Ganzheitlich betrachtet sieht P1 den Patienten als den betroffenen Menschen, der aus einem anderen Setting und Lebenspunkt stammt als der Therapeut (P1, SLS). P2 legt besonderen Wert auf die Bereitschaft der Patienten, sich aktiv auf den therapeutischen Prozess einzulassen (P2, PZI, Z. 519) und die Therapie als Lernprozess zu begreifen (P2, PZI, Z. 523) mit dem Ziel, die Vervollkommnung ihres Selbstbildes zu erreichen.

### *Angehörige und weitere Einflussfaktoren*

Hinsichtlich der Angehörigen sind sich P1 und P2 darin einig, dass Engagement und Interesse der Angehörigen einen positiven Einfluss auf den Therapieprozess ausüben können. P1 beschreibt, dass Angehörige in gewisser Weise als Co-Therapeuten fungieren können (P1, PZI, Z. 138; 145; 440f.). P2 erklärt, dass Angehörige die Patienten sowohl praktisch als auch emotional im Alltag unterstützen können (P2, PZI, Z. 622ff.) und dass ihre Perspektive bei der Reflexion der Übungen als hilfreiche Sichtweise dienen kann (P2, PZI, Z. 544ff.).

Beide unterstreichen die Stärkung des Patienten durch aktive Beteiligung und Umsetzung von Maßnahmen seitens der Angehörigen (P1, PZI, Z. 439ff./ P2, PZI, Z. 633).

P1 und P2 erkennen gleichermaßen die Relevanz des therapeutischen Settings an. P1 bezieht sich dabei sowohl auf das ambulante als auch auf das stationäre Setting. In Bezug auf das stationäre Umfeld hebt P1 hervor, dass es von Patienten als beängstigend und steril wahrgenommen werden kann (P1, PZI, Z. 424f.). Stress, Zeitdruck und Umgebungslärm können sowohl für Patient als auch für Therapeut ablenkend wirken und die Aufmerksamkeit und somit die Beziehung zueinander beeinflussen (P1, PZI, Z. 449ff.). Im Gegensatz dazu könnten ambulante Settings einen Beitrag zum Transfer der Therapieerfahrungen in den Alltag leisten (P1, PZI, Z. 433f.). P2 konzentriert sich auf das ambulante Setting und unterstreicht die Wichtigkeit einer angemessenen Gestaltung der Praxisräume. Dabei sollten die Räumlichkeiten schlicht, ordentlich, vorbereitet und ruhig sein. Auch Hygienemaßnahmen sollten beachtet und Kunst als Dekoration genutzt werden, um eine angenehme Atmosphäre zu schaffen (P2, PZI, Z. 223f., 491, 544ff., 569ff., 594, 604f.).

#### Konsequenzen und Wirkung

Beide Probanden stimmen in der Hinsicht überein, dass eine positive Beziehung zwischen Patient und Therapeut signifikante Auswirkungen auf den Therapieerfolg haben kann. P1 beschreibt, dass diese zu einem besseren Verständnis führt, das nicht nur therapeutische Konzepte, sondern auch die Umsetzung und die im Verlauf der Therapie getroffenen Entscheidungen umfasst (P1, PZI, Z. 520f.). Dabei hebt P1 hervor, dass eine positive Beziehung vor allem das schnellere und nachhaltigere Erreichen der Therapieziele als ausschlaggebende Wirkung hat (P1, PZI, Z. 568). P2 erkennt ebenfalls die Auswirkungen auf das Erreichen der Therapieziele (P2, PZI, Z. 771), legt jedoch besonderen Wert auf den Wandel im Prozess und die Selbstannahme des Patienten (P2, PZI, Z. 17). Er betont den Übergang von der Haltung „Mach mich wieder heil“ zu „der Selbstannahme“ (P2, PZI, Z. 197). Dabei unterstreicht P2 die höher wahrgenommene Lebensqualität und die Bedeutung der personenzentrierten Beratung als Beitrag zur positiven therapeutischen Beziehung (P2, SLS).

#### Weitere Aspekte

Die subjektiven Ansichten beleuchten darüber hinaus weitere Aspekte, die sich aus den Interviews und der Struktur-lege-Sitzung ergeben haben. Ein besonders herausstechendes Thema ist die besondere Bedeutung der Therapieform, indem die Probanden diese als Mittel zur Überlebenssicherung betonen (P1, PZI, Z. 523/ P2, PZI, Z. 736). Beide erklären, dass viele Patienten zuvor noch nie mit dieser Form der Behandlung konfrontiert wurden (P1, PZI, Z. 48/ P2, PZI, Z. 740) und heben die Rolle hervor, die sie für die Steigerung der

Lebensqualität der Patienten innehat (P1, PZI, Z. 554/ P2, PZI, Z. 741ff.). P1 betont dabei zusätzlich den Aspekt der intimen Arbeitszone (P1, PZI, Z. 554), während P2 den Fokus vor allem auf die emotionale Belastung und mögliche psychische Erkrankungen legt, die bei der Therapie berücksichtigt werden müssen. P1 thematisiert zusätzlich zwei weitere Aspekte. In erster Linie betrachtet P1 Zeit als eine Brücke, die dazu beiträgt, Herausforderungen zu überwinden (P1, SLS). Die anfängliche Investition von Zeit wird dabei als langfristige Ersparnis betrachtet (P1, PZI, Z. 561ff.). Des Weiteren erklärt P1, dass das Thema *Beziehungsgestaltung* kein expliziter Bestandteil der Ausbildung ist (P1, PZI, Z. 330). Dies bedauert sie, da eine erfolgreiche Beziehung zum Patienten erhebliche Auswirkungen auf den Therapieerfolg haben kann (P1, SLS).

In der Gesamtbetrachtung unterstreichen beide Probanden die essenzielle Bedeutung einer positiven Beziehung, wobei sie gemeinsame Elemente wie Authentizität des Therapeuten, klare Kommunikation und den Einbezug des Patienten hervorheben. Die Rolle des Therapeuten wird von beiden als maßgeblicher Einflussfaktor betrachtet. Dabei betonen sie die Relevanz, den Patienten als Individuum zu sehen und transparente sowie verständliche Informationen bereitzustellen. Hinsichtlich der therapeutischen Methoden und Techniken differenzieren sich die *Subjektiven Theorien*. P1 legt Wert auf die Erstellung von Kurzportraits und die Sichtbarkeit von Übungen, während P2 sich auf die Integration emotionaler Verarbeitung und personenzentrierter Beratung konzentriert. Die Bedeutung von Offenheit, Engagement und Dankbarkeit seitens der Patienten wird von beiden betont. Sie erkennen an, dass der Patient zusätzliche Erkrankungen mitbringen kann, wobei P1 dies neutral betrachtet, während P2 den emotionalen Aspekt hervorhebt. Divergenzen zeigen sich in der Thematisierung von Herausforderungen. P1 nennt Aspekte wie Übergriffigkeit und Passivität seitens der Patienten, wohingegen P2 Unzuverlässigkeit in Bezug auf Terminabsprachen betont. Die Rolle Angehöriger als potenzielle Co-Therapeuten wird von beiden als positiv bewertet. Die Bedeutung des therapeutischen Settings wird von P1 unter Berücksichtigung ambulanter und stationärer Umgebung thematisiert, während P2 spezifisch auf die Gestaltung von Praxisräumen eingeht. In Bezug auf Konsequenzen und Wirkungen einer positiven Beziehung zwischen Patient und Therapeut sind sich beide Probanden einig. Durch aufgebautes Vertrauen öffnet sich der Patient, was wiederum zu positiven Auswirkungen auf das Verständnis der Therapieziele, die Umsetzung von Entscheidungen und den Therapieerfolg führen kann. P2 legt dabei einen besonderen Wert auf den Wandel des Patienten im therapeutischen Prozess und dessen Selbstannahme.

## 5 Diskussion

Dieses Kapitel beginnt mit der Methodendiskussion, bei welcher die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -aufbereitung und -analyse reflektiert und kritisch hinterfragt werden. Anschließend folgt die Ergebnisdiskussion in der ein Vergleich der *Subjektiven Theorien* der Probanden mit der aktuellen Literatur im Bereich der Dysphagie vorgenommen wird. Dieser Vergleich ermöglicht es, Gemeinsamkeiten, Unterschiede und potenzielle Erweiterungen der Erkenntnisse herauszuarbeiten und trägt zur weiteren Vertiefung des Verständnisses bei. Anschließend wird eine vergleichende Analyse der *Subjektiven Theorien* der Probanden aus dieser Bachelorarbeit mit Arbeiten aus den Bereichen der Kindersprache (Schulte, 2020) und der Aphasie (Stührenberg, 2021) vorgenommen. In jedem dieser Studien waren jeweils zwei Probanden involviert, weshalb insgesamt sechs *Subjektive Theorien* miteinander verglichen werden. Durch diese Gegenüberstellung sollen mögliche Parallelen sowie Besonderheiten in den Patient-Therapeut-Beziehungen verschiedener logopädischer Kontexte beleuchtet werden.

### 5.1 Methodendiskussion

#### Forschungsdesign

Die Auswahl des Forschungsdesigns erfolgte mit dem Ziel, soziale Phänomene auf eine tiefergehende und differenzierte Weise zu analysieren, insbesondere durch die Erforschung *Subjektiver Theorien* (siehe Kapitel 1.2). Das gewählte Forschungsdesign der *Subjektiven Theorien* (Groeben, Wahl, Schlee und Scheele, 1988) wird als angemessen betrachtet, da es eine alltagsnahe Perspektive auf das untersuchte Thema ermöglicht. Das Design besteht aus zwei Hauptschritten, der kommunikativen Validierung und der explanativen Validierung. Der erste Schritt beinhaltet die Erhebung der strukturellen Inhalte und die Struktur-lege-Sitzung, wobei in der weiteren Methodendiskussion detailliert auf diesen Schritt eingegangen wird. Auf die explanative Validierung wurde verzichtet, um den zeitlichen und strukturellen Rahmen der Bachelorarbeit einzuhalten. Es besteht jedoch die Notwendigkeit, die Auslassung dieses zweiten Schrittes kritisch zu hinterfragen. Dieser Schritt ist entscheidend, um zu überprüfen, ob die geäußerten Meinungen und letztlich das erstellte Struktur-bild realitätsnah und angemessen sind. Das Auslassen dieses Schrittes hinterlässt die Frage, inwieweit die *Subjektiven Theorien* tatsächlich handlungsleitend sind (Kindermann & Riegel, 2016). Die Gewichtung von zeitlichen und strukturellen Rahmenbedingungen gegenüber der notwendigen Überprüfung der Realitätsnähe könnte die Validität beeinflussen.

### Die Fallauswahl

Die Entscheidung für eine begrenzte Probandenzahl in dieser Bachelorarbeit war angesichts des Umfangs und der zeitlichen Rahmenbedingungen angemessen. Es ist jedoch wichtig anzumerken, dass die Ergebnisse nicht repräsentativ auf die gesamte Logopädie verallgemeinert werden können, weshalb für zukünftige Studien eine Einbeziehung einer größeren Anzahl von Probanden vielfältigere Meinungen, Erfahrungen und Ansichten aufdecken könnte. Dies könnte dahingehend zu einer umfassenderen und repräsentativeren Analyse der *Subjektiven Theorien* führen und wäre für mögliche weitere Studien interessant. Die Rekrutierung der Probanden erfolgte durch Vermittlung bereits etablierter Beziehungen, was sich als effektiv erwies. Dies ermöglichte der Forscherin, bereits im Vorfeld Hintergrundinformationen über die Probanden zu erhalten, was den Rekrutierungsprozess beschleunigte und effizient gestaltete. Es ist jedoch zu beachten, dass die Rekrutierung durch bestehende Beziehungen das Potenzial für Verzerrungen birgt, da persönliche Bindungen die Auswahl der Probanden beeinflussen können. Dies könnte Auswirkungen auf die externe Validität haben.

Die Fallauswahl für diese Bachelorarbeit erfolgte anhand zuvor festgelegter Kriterien, die darauf abzielten, eine gezielte Datenerhebung zur Beantwortung der Forschungsfrage zu gewährleisten (Flick, 2014). Die Auswahlkriterien wurden strategisch gewählt. Primär wurden Kriterien festgelegt, die direkt auf die Forschungsfrage abzielen. Zudem war von entscheidender Bedeutung, dass die ausgewählten Probanden Experten sind (Beushausen, 2009), die aktiv mit dem Störungsbild Dysphagie arbeiten. Nur so konnte gewährleistet werden, dass ihre *Subjektiven Theorien* relevante Einblicke und Informationen für die Forschungsfrage liefern. Zusätzlich wurden weitere Kriterien eingeführt, welche auf die maximale Variation abzielen (Zepke, 2016). Inbegriffen ist die Variation in Geschlecht, Arbeitssetting und Fortbildungen. Durch diese Kriterien wird ein direkter Vergleich der Probanden ermöglicht, wodurch Gemeinsamkeiten und Unterschiede in ihren *Subjektiven Theorien* festgestellt werden konnten. Diese Herangehensweise gestattet einen tiefgründigen Einblick in wiederkehrende Muster und individuelle Nuancen, was die Identifikation theoretischer Prinzipien und eine facettenreiche Betrachtung zulässt. Zudem ermöglicht die Auswahl der Probanden mit maximaler Variation eine umfassendere und facettenreichere Darstellung des Forschungsgegenstandes. Obwohl der Beruf der Logopädie vor allem von Frauen ausgeübt wird, ist die Sichtweise eines männlichen Logopäden beispielsweise im Sinne der Repräsentativität sinnvoll. Männliche Logopäden können aufgrund ihrer geschlechtsspezifischen Sozialisation andere Sichtweisen äußern und gegebenenfalls weitere hilfreiche Ergänzungen mitteilen. Angaben zu Personen, die sich mit dem diversen Geschlecht identifizieren, konnten nicht ausfindig gemacht werden. Der Aspekt des Settings ist ebenfalls interessant, da die Patienten im stationären Setting täglich und unter mehreren

Wochen in Kontakt mit ihren Logopäden stehen. Daher besteht ein intensiverer Therapiekontakt, in dem die Beziehung von hoher Bedeutung sein kann. Dies fördert ein tieferes Verständnis für komplexe soziale Phänomene. Die ausgewählte Probandin arbeitet aktuell im stationären Setting, war zuvor aber auch im ambulanten Setting tätig. Die Einbeziehung von Probanden, die ausschließlich im ambulanten oder ausschließlich im stationären Setting tätig sind, könnte in zukünftigen Studien weitere Erkenntnisse über die spezifischen Anforderungen und Dynamiken in den jeweiligen Settings liefern. Mit der Auswahl der Probanden bezüglich individueller Fortbildungen sind Unterschiede in den *Subjektiven Theorien* zu erkennen. P2 hat eine Fortbildung im personenzentrierten Ansatz absolviert. Der Proband integriert mehr pädagogische Elemente in seine Therapie und verfolgt möglicherweise einen stärkeren individualisierten Ansatz. Während dies die Vielfalt der Ergebnisse fördert, könnte es schwierig sein, die Auswirkungen einzelner Fortbildungen von anderen Einflussfaktoren zu trennen. Eine detaillierte Untersuchung der Auswirkungen bestimmter Fortbildungen wäre für zukünftige Studien von Interesse. Während die maximale Variation eine facettenreiche Darstellung ermöglicht, könnten andere relevante Kriterien möglicherweise übersehen worden sein. Die Festlegung von Kriterien ist immer mit einer gewissen Subjektivität verbunden und könnte zu einer Verzerrung führen. Es könnten auch weitere Faktoren wie der kulturelle Hintergrund relevant sein oder eine Variation in den Kriterien, indem ein Proband mit Fortbildungen aus dem psychotherapeutischen Bereich befragt wird. Die aktuelle Literatur, auf die im theoretischen Hintergrund Bezug genommen wurde, bezieht sich oft auf die Psychotherapie.

### Datenerhebung

#### *Problemzentriertes Interview*

Die Wahl des problemzentrierten Interviews (Witzel, 2000) als erste Methode der Datenerhebung erwies sich als vorteilhaft, da es die Möglichkeit bot, natürliche und freie Gespräche zu fördern, während gleichzeitig durch den Leitfaden Struktur gewährleistet wurde. Insbesondere für detaillierte Informationen zu einem spezifischen Thema wie der Dysphagie erwies sich diese Interviewform als äußerst nützlich, da es tiefe Einblicke in Erfahrungen, Meinungen und Perspektiven der Befragten bietet (ebd.). Die Auswahl dieser Methode trug auch dazu bei, die Vergleichbarkeit mit anderen Bachelorarbeiten (Schulte, 2020; Stührenberg, 2021) sicherzustellen, die ebenfalls dieses Erhebungsinstrument wählten.

Die Entwicklung des Interviewleitfadens erfolgte in sinnvollen Phasen (Misoch, 2019). Die Informationsphase ermöglichte es, die Probanden erneut über den Zweck des Interviews zu informieren und Vertrauen aufzubauen. Die Einteilung in Einstiegs-, Haupt- und Abschlussphase trug zur Schaffung einer positiven Atmosphäre, Struktur und einem zufried-

denstellenden Abschluss bei. Die erzählgenerierenden Fragen in der Einstiegsphase erwiesen sich als effektiv, um die Probanden angemessen ins Thema einzuführen und ihre Erzählbereitschaft zu fördern. Auch die vorherige Information, sich Gedanken über zwei konkrete Fälle zu machen, trug dazu bei. Ebenfalls erleichterte dies den Einstieg zu den theoriegeleiteten Fragen in der Hauptphase. Diesbezüglich sollte jedoch eine mögliche Beeinflussung der Forscherin bedacht werden, die die Fragen zuvor auf Grundlage der gesichteten Literatur verfasst hat. Insgesamt sind die Fragen als geeignet formuliert zu bewerten, da es keine unpassenden Antworten der Interviewten gab. Die Probanden zeigten während des Interviews unterschiedliche Formen des Erzählens und des Gesprächsverhaltens.

Die Durchführung der Interviews erfolgte über Zoom, was aufgrund persönlicher und krankheitsbedingter Gründe notwendig war. Jedoch wurde erkannt, dass virtuelle Interviews weniger persönlich und interaktiv sein können, insbesondere bei einem Thema, das die Gestaltung von Beziehungen thematisiert. Die Wahl des Mediums könnte möglicherweise die Offenheit der Probanden beeinflusst haben. Die Durchführung der Interviews an den Arbeitsplätzen könnte es den Befragten ermöglichen, in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben, was dazu beitragen kann, dass sich die Probanden offener gegenüber dem Interviewer äußern und wichtige persönliche Erfahrungen teilen (Scholl, 2018).

Die Herausforderung des problemzentrierten Interviews, insbesondere die zeitaufwändige Vorbereitung und Durchführung, führten dazu, dass nur eine begrenzte Anzahl von Interviews durchgeführt werden konnte. Dies wirft die Frage zur Reliabilität der Ergebnisse auf. Zudem wurde betont, dass aufgrund der Tiefe und des spezifischen Fokus der Ergebnisse eine Verallgemeinerung auf die gesamte Logopädie problematisch ist und die Ergebnisse stark kontextabhängig sind. Die Persönlichkeit und das Verhalten der Forscherin wurden als potenzielle Einflussfaktoren auf die Antworten der Befragten erkannt, was die Vielfalt der Ergebnisse beeinträchtigen kann.

#### Struktur-Lege-Technik Siegener-Variante

Die Struktur-Lege-Sitzung der Siegener-Variante (Kindermann & Riegel, 2016) als zweite Methode des Forschungsprogramms erwies sich als effektives Instrument zur Verbesserung der Übersichtlichkeit und Verständlichkeit der gesammelten Informationen. Die Verwendung von Strukturkarten und Wollfäden ermöglichte eine klare Darstellung der Zusammenhänge und förderte ein besseres Verständnis. Beide Probanden nutzten aktiv Blankokarten, um Inhalte anzupassen oder zu ergänzen. Dies trug dazu bei, dass wichtige Informationen nicht übersehen wurden. P1 äußerte wiederholt, wie spannend die Sitzung ist und wirkte, als hätte sie einen genauen Plan. P2 schien zunächst von den vielen Inhaltskarten überwältigt zu sein, integrierte sie jedoch alle in das Strukturbild. Es könnte argumentiert

werden, dass die aktive Beteiligung der Probanden möglicherweise von deren individuellen Fähigkeiten oder Vorlieben abhängt. Manchen Probanden könnten sich bei dieser Methode weniger engagieren, was zu unterschiedlich aussagekräftigen Ergebnissen führen könnte. Es besteht auch die Möglichkeit einer kritischen Hinterfragung bezüglich der Eignung der gewählten Methode, die *Subjektiven Theorien* in ihrer Tiefe und Differenziertheit angemessen zu erfassen. Die Struktur-lege-Sitzung könnte anfällig für individuelle Unterschiede in der Ausdrucksfähigkeit der Probanden sein, was die Konsistenz und Tiefe der erhobenen Daten beeinflussen könnte. Trotz potenzieller Einschränkungen bietet die gewählte Methode eine alltagsnahe Perspektive, die *Subjektiven Theorien* der Probanden auf zugängliche Weise darzustellen.

Die Entscheidung, die Probanden in der ersten Herangehensweise ein eigenes Strukturbild erstellen zu lassen, erwies sich als sinnvoll. Dieser Ansatz förderte die aktive und explizite Auseinandersetzung der Probanden mit ihrer subjektiven Sicht, wodurch Authentizität und Genauigkeit gewährleistet wurden. Es wurde vermieden, dass der Forscher das Bild erstellt und somit die Gefahr besteht, dass es nicht genau die *Subjektive Theorie* der Probanden widerspiegelt. Unstimmigkeiten sowie Missverständnisse konnten vermieden werden.

Die Durchführung wenige Wochen nach den Interviews erwies sich als vorteilhaft, da sich die Probanden gut an ihre Aussagen im Interview erinnern konnten und die Inhaltskarten entsprechend leichter sortieren konnten. Es ist wichtig zu überlegen, ob dieses Timing für alle Themen oder Forschungsbereiche gleichermaßen geeignet ist. Einige komplexe Themen, wie auch dieses, erfordern möglicherweise eine längere Verarbeitungszeit. Eine erneute Sitzung könnte zwar zusätzliche Informationen liefern, jedoch besteht die Gefahr von Verzerrungen oder neuen Perspektiven, die nicht zwangsläufig die ursprüngliche *Subjektive Theorie* repräsentieren würde, weshalb das hier gewählte Vorgehen als angemessen zu bewerten ist.

Die Entscheidung, auf die Nutzung der Kamera zu verzichten und stattdessen ausschließlich eine Audioaufnahme der Gespräche zu verwenden, wurde aus technischen Gründen getroffen. Im retrospektiven Betrachtung wurde jedoch erkannt, dass die Aufzeichnung der Sitzungen durch eine Videoaufnahme hätte erfolgen sollen. Diese Maßnahme hätte die Möglichkeit zur detaillierten Nachvollziehbarkeit der Gedankengänge geboten und die Präzision der Ergebnisbeschreibung verbessert, da der Einsatz von Videoaufnahmen wichtige Nuancen in der Kommunikation und Interpretation bereitstellen kann. Die direkte Beobachtung von Gestik und Mimik könnte beispielsweise Aufschluss über das Verständnisniveau der vorgelegten Informationen geben. Zudem könnte ein anerkennender Gesichtsausdruck oder gestische Zustimmung auf positive Reaktionen hindeuten, während ablehnende Gesten oder besorgte Mimik auf mögliche Bedenken oder Unzufriedenheit hinweisen könnten.

### Die Datenaufbereitung

Die Datenaufbereitung wurde bewusst in einem vergleichsweise einfachen Transkriptionssystem durchgeführt. Dieser Ansatz legt den Fokus auf die anschließende Datenauswertung auf den inhaltlichen Aspekt, was das Ziel der Forschungsfrage unterstützt (Dresing & Pehl, 2018). Obwohl diese Einfachheit möglicherweise zu einer Vernachlässigung bestimmter Feinheiten in der sprachlichen Ausdrucksweise oder nonverbaler Kommunikation führen könnte, war dies im Kontext der Bachelorarbeit, in der der Fokus auf der inhaltlichen Analyse lag, vorteilhaft. Klar definierte Regeln trugen dazu bei, die Präzision und Genauigkeit der Datenanalyse zu verbessern, indem die ursprüngliche Intention der Teilnehmer korrekt wiedergegeben wurde (Kuckartz & Rädicker, 2022).

Die eigenständige Durchführung der Transkription ermöglichte der Forscherin bereits während des Prozesses ein intimes Verständnis der Daten. Dies erleichterte einen schnellen Zugriff auf bestimmte Textpassagen während der Datenauswertung. Trotz der verbesserten Effizienz birgt dieses Vorgehen das Potenzial für ein gewisses Bias, da die Forscherin möglicherweise bestimmte Aspekte priorisiert oder interpretiert, basierend auf ihrem individuellen Verständnis. Die selektive Auswahl von Textpassagen könnte zu einer Einschränkung führen, indem bestimmte Abschnitte bevorzugt und andere vernachlässigt werden. Da eine externe Durchführung möglicherweise die Anonymität der Probanden gefährden könnte, wird die Eigenverantwortung als angemessen bewertet.

### Die Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse, die durch ihre systematische Strukturierung und Organisation der Daten dazu beitrug, Muster und Themen in den Aussagen der Probanden zu identifizieren (Kuckartz, 2018). Dies ermöglichte eine umfassende und flexible Analyse, bei der neue Ideen und Themen während des Prozesses integriert werden konnten. Die Strukturierung ermöglichte eine tiefgreifende Erfassung der *Subjektiven Theorien*, wodurch eine präzise und detaillierte Auswertung möglich wurde.

Die deduktiv-induktive Kategorienbildung (ebd.) wurde angewandt, um Rückschlüsse zur Beantwortung der Forschungsfragen zu ziehen. Mit Hilfe des sequenziellen Durchgehens der Transkripte wurden keine wichtigen Inhalte übersehen. Allerdings stellte dies teilweise auch eine Herausforderung für die Forscherin dar. Die Reflexion über die Inhaltskarten zeigte, dass möglicherweise eine stärkere Zusammenfassung in Betracht gezogen werden sollte, insbesondere bei P2. Neben den Haupt- und Subkategorien hätten auch Subsubkategorien erstellt werden sollen, um häufig geäußerte Gedanken konkreter zusammenzufassen und den Umfang der Inhaltskarten zu minimieren. Ebenfalls als kritisch zu betrachten ist, dass die Kategorienbildung durch die Forscherin erstellt wurde, was zu einer subjektiven

Beeinflussung führen und die Reliabilität der Ergebnisse beeinträchtigen könnte. Die Gefahr einer subjektiven Einflussnahme und die Möglichkeit, dass die Analyse durch die Perspektive der Forscherin geprägt sein könnte, muss bedacht werden. Die Herausforderung der Forscherin bei der Katagoreinbildung deutet auf die Balance zwischen Detailreichtum und Übersichtlichkeit hin. Die Reflexion über die Notwendigkeit von Subsubkategorien zeigt, dass eine präzise Strukturierung wichtig ist, aber auch die Gefahr besteht, den Überblick zu verlieren.

Die Integration der Hauptkategorie „Besonderheiten“ erwies sich als sinnvoll, da sie die Berücksichtigung von Aspekten ermöglichte, die nicht eindeutig einzelnen Hauptkategorien zugeordnet werden konnten. Diese Herangehensweise erlaubte eine umfassendere Betrachtung der Vielfalt der Aussagen der Probanden.

## 5.2 Ergebnisdiskussion

### Vergleich der Subjektiven Theorien von P1 und P2 mit der aktuellen Literatur

In den *Subjektiven Theorien* der Probanden wird deutlich, dass eine präzise Definition einer positiven therapeutischen Beziehung nicht einheitlich vorliegt. Diese Unklarheit spiegelt sich ebenfalls in der Literatur wider, die betont, dass es in der Logopädie bisher an einer einheitlichen Definition mangelt (Hansen et al., 2023). Das Fehlen einer klaren Definition könnte auf die begrenzte Forschungstiefe in diesem Bereich zurückzuführen sein. Es wäre von Interesse zukünftige Studien zu initiieren, die sich explizit mit der Ausbildung einer präzisen Definition befassen. Die Existenz einer solchen Definition ist von entscheidender Bedeutung, da potenzielle Herausforderungen und Unklarheiten, die sich aus der fehlenden Einheitlichkeit ergeben, weitreichende Auswirkungen auf die Interpretation und Herangehensweise in der praktischen Anwendung haben könnten. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit einer eindeutigen Anwendung könnte somit dazu beitragen, mögliche Divergenzen in der Praxis zu minimieren und einen kohärenten Rahmen für therapeutische Interventionen in der Logopädie zu schaffen.

Die *Subjektiven Theorien* der Probanden P1 und P2 liefern bedeutende Erkenntnisse, insbesondere hinsichtlich der Bedeutung des Störungsbildes Dysphagie. Die Therapie wird von ihnen nicht allein als Mittel zur Überlebenssicherung betrachtet, sondern auch als entscheidend für die Verbesserung der Lebensqualität wahrgenommen. Diese Betonung wird durch die Literatur unterstützt, die die ernsthaften Konsequenzen von Schluckstörungen hervorhebt (Bartolome & Schröter-Morasch, 2018; Frank et al., 2021; Prosiegel & Weber, 2018). Ein weiterer herausragender Aspekt, der sowohl in den *Subjektiven Theorien* als auch in der Literatur deutlich wird, ist die emotionale Belastung die mit Schluckstörungen

einhergeht. Dabei wird auf mögliche soziale Rückzugerscheinungen hingewiesen (Jungheim et al., 2014; Miller et al., 2006). Die Probanden heben zudem hervor, dass viele Patienten bisher keine Erfahrung mit diesem speziellen Themenfeld gemacht haben. Aus diesem Grund erleben sie es als etwas völlig Neues und Unbekanntes, was mit Unsicherheit einhergehen kann. Die Perspektive, dass die Therapie nicht nur auf Überlebenssicherung abzielt, sondern auch stark die Lebensqualität beeinflusst, könnte erhebliche Auswirkungen auf die Therapieprioritäten und Ziele haben. Insbesondere die Unsicherheiten der Patienten bezüglich dieses Störungsfeldes könnten die therapeutische Beziehung beeinflussen. Dahingehend sollte eine eingehende Diskussion über mögliche Strategien erfolgen, um mit diesen Unsicherheiten konstruktiv umzugehen und somit die Effektivität der therapeutischen Intervention zu optimieren.

Eine positive therapeutische Beziehung in der Logopädie mit erwachsenen Dysphagiepatienten zeichnet sich laut P1 und P2 in Übereinstimmung mit der Literatur (Hansen, 2009) durch verschiedene Elemente aus, die sowohl den Therapeuten als auch den Patienten und sogar die Angehörigen einschließen. Die Zusammenarbeit aller Beteiligten ist wichtig und könnte aus mehreren Gründen heraus erfolgen. Eine kooperative Vorgehensweise kann eine ganzheitliche Begleitung und Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Patienten ermöglichen. Die Komplexität von Dysphagie erfordert oft einen interdisziplinären Ansatz, bei dem nicht nur der Logopäde, sondern auch Fachärzte involviert sind. Eine umfassende Zusammenarbeit könnte dazu beitragen, verschiedene Facetten der Dysphagie zu adressieren, angefangen bei medizinischen Aspekten bis hin zu emotionalen und sozialen Herausforderungen. Es ist allerdings wichtig zu beachten, dass die Koordination und Kommunikation zwischen den verschiedenen Disziplinen reibungslos verläuft, um eine kohärente und abgestimmte Versorgung sicherzustellen. Mögliche Herausforderungen könnten in unterschiedlichen Herangehensweisen liegen, was wiederum zu Inkonsistenzen oder Unklarheiten in der Therapie führen könnte. Es erfordert daher eine effektive Kommunikation und klare Rollendefinitionen, um sicherzustellen, dass die Zusammenarbeit aller Beteiligten letztendlich den bestmöglichen Nutzen für den Patienten gewährleistet.

Die Erkenntnisse der Probanden im Hinblick auf die Bedeutung der Individualität jedes Patienten spiegeln eine ganzheitliche Sichtweise wider, die nicht nur die spezifische Dysphagiestörung, sondern den Patienten als individuelles Gesamtsystem in den Mittelpunkt stellt. Diese Perspektive, die auch in der Literatur unterstützt wird (Lammers & Schneider, 2009), hebt hervor, dass unterschiedliche Individuen verschiedene therapeutische Ansätze benötigen. Sie betonen in diesem Kontext die fundamentale Rolle der *Beziehungsgestaltung* als Grundlage für ihre methodische Arbeitsweise. Die Bedeutung von Offenheit und Motivation des Patienten wird von P1 und P2 betont und findet Unterstützung in den Arbeiten von Göldner et al. (2017) und Weigand (2017), die auf den Rollenwandel in der therapeutischen

Interaktion hinweisen. Ein Proband beschreibt zudem die Erkundung des „inneren Teams“ des Patienten als Methode zur Analyse individueller Gefühle im therapeutischen Prozess. Diese Aspekte werden auch von Autoren, darunter Weigand (2017), aufgegriffen. Sie weisen darauf hin, dass innere Gefühle und Einstellung des Patienten die therapeutische Interaktion beeinflussen können. Die Betonung des Vertrauens zwischen Therapeut und Patient als grundlegende Voraussetzung für den Aufbau einer erfolgreichen Beziehung wird von Dehn-Hindenberg (2007) unterstützt. Die Probanden bringen dabei Aspekte ein, die in der wissenschaftlichen Literatur nicht explizit behandelt werden. Dies umfasst die positive Rolle von Dankbarkeit seitens der Patienten, die die Beziehung unterstützen kann, sowie potenzielle Herausforderungen wie die Gefahr von Übergriffigkeit und die Betonung der Wichtigkeit von Ehrlichkeit seitens der Patienten, insbesondere in Bezug auf die Regelmäßigkeit des Übens. Sie betrachten den Patienten als Menschen, der aus einem anderen Setting und Lebenspunkt stammt als die Therapeuten. Die Bereitschaft der Patienten, sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen, wird als entscheidend betrachtet, ebenso wie die Anerkennung der Therapie als Lernprozess zur Vervollkommnung des Selbstbildes. Die Betonung der fachlichen Kompetenz als grundlegende Voraussetzung für eine positive Patient-Therapeut-Beziehung, wie auch von den P1 und P2 herausgestellt, findet Unterstützung in den Erkenntnissen von Dehn-Hindenberg (2007). Jedoch verdeutlichen die Probanden, ebenso wie in der Literatur zu finden ist (Ebert & Kohnert, 2017; Göldner et al., 2017; Weigand, 2017), dass fachliche Kompetenz allein nicht ausreicht. Vielmehr betonen sie die Bedeutung persönlicher und sozial-kommunikativer Kompetenzen. Die von P1 und P2 genannten Fähigkeiten wie Authentizität, Aufgeschlossenheit und Verständnis finden Entsprechung in der Literatur, die darüber hinaus Wertschätzung, Akzeptanz, Empathie, Geduld, Flexibilität, Fürsorge, Freundlichkeit, Vorurteilsfreiheit, Leidenschaft, Unterstützung, Aufgeschlossenheit, Authentizität, und Verständnis als essentiell benennen (Ebert & Kohnert, 2010). Göldner et al. (2017) fügen weitere Aspekte wie Stabilität, die Balance zwischen Nähe und Distanz, ein überprüftes Menschenbild, Selbstvertrauen bzw. Furchtlosigkeit, sowie Selbstwahrnehmung und Internalität hinzu. Die Probanden betonen, dass die Fähigkeit des Therapeuten, authentisch, aufgeschlossen und verständnisvoll zu agieren, eine positive Grundlage schafft. Dies wird von Lawton et al. (2018) unterstützt, die die Relevanz der Erkennung der Persönlichkeit des Therapeuten und seiner Fähigkeit, auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen, hervorheben. P1 und P2 sowie Baum et al. (2018) unterstreichen die Bedeutung der Reflexion der eigenen therapeutischen Rolle und Person. Ein Unterschied zu den herangezogenen Literaturquellen besteht darin, dass die Probanden speziell die Neugierde des Therapeuten gegenüber dem Patienten und die Auseinandersetzung mit dem inneren Team als wesentliche Elemente betonen, um den Patienten als Ganzes zu betrachten. In gleicher Weise betonen sie die Notwendigkeit, Raum für

Krankheitsverarbeitung zu schaffen, klare Grenzen zu setzen und äußere Aspekte wie das Erscheinungsbild des Therapeuten zu berücksichtigen. Gleichzeitig wird die Bedeutung von Transparenz in jeglicher Hinsicht hervorgehoben, um Vertrauen aufzubauen, sodass sich der Patient öffnet. Zusätzlich nutzen die Probanden Musik als Instrument zur Motivierungssteigerung und greifen auf Aspekte der Pädagogik zurück, wohingegen die Literatur vor allem auf Erkenntnisse aus der Psychotherapie zurückgreift. Die Psychotherapie beschäftigt sich mit der Gestaltung von Beziehungen, was eine methodische Grundlage bietet, die als Vergleich für die Forschung in der Logopädie dienen kann (Flückiger et al., 2018; Göldner et al. 2017). In diesem Kontext bezieht sich die Literatur auf Aspekte wie Übertragung und Gegenübertragung zwischen Patient und Therapeut (Büttner & Quindel, 2013). Es ist jedoch kritisch zu betrachten, dass die Ausbildung in der Logopädie wenig Aufmerksamkeit auf die Entwicklung dieser persönlichen und sozial-kommunikativen Kompetenzen legt (Hansen et al., 2023). Dies könnte zu Herausforderungen bei der Entwicklung dieser Kompetenzen bei jedem Therapeuten führen. Die Auswirkungen könnten vielfältig sein, einschließlich einer möglichen Diskrepanz zwischen fachlicher Qualifikation und den Anforderungen einer effektiven Patient-Therapeut-Beziehung. Unzureichende Entwicklung dieser Kompetenzen könnte sich negativ auf den therapeutischen Prozess auswirken, da der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und die effektive Unterstützung des Patienten beeinträchtigt werden könnten. Es könnte daher von Bedeutung sein, in der Ausbildung verstärkt auf die Förderung dieser persönlichen und sozial-kommunikativen Fähigkeiten einzugehen, um die Qualität der therapeutischen Interaktion zu verbessern.

Die aktive Einbindung von Angehörigen stellt einen bedeutenden Aspekt dar, den die Probanden in ihrer Perspektive auf die Patient-Therapeut-Beziehung betonen. Sie unterstreichen die positive Wirkung, die entsteht, wenn Angehörige am Therapieprozess interessiert und aktiv beteiligt sind. Dieses Verständnis wird durch Hansen (2009) unterstützt, die darauf hinweist, dass die Anwesenheit und Unterstützung der Angehörigen dazu beitragen können, dass sich die Patienten weniger isoliert fühlen, was wiederum einen positiven Einfluss auf den Heilungsprozess haben kann (ebd.). P1 und P2 gehen einen Schritt weiter, indem sie Angehörige aktiv als Co-Therapeuten in den Therapieprozess einbeziehen, eine Vorgehensweise, die auch in der Literatur beschrieben wird (Bartolome & Schröter-Morasch, 2006). Dabei bringen die Probanden zusätzliche Aspekte ein, indem sie betonen, dass Angehörige nicht nur bei der Alltagsunterstützung, sondern auch in der emotionalen Unterstützung eine bedeutende Rolle spielen. Zudem heben sie hervor, dass die Reflexion der Übungen in Zusammenarbeit mit den Angehörigen förderlich sein kann. Es ist von besonderer Relevanz, kritisch zu hinterfragen, inwieweit die Einbindung der Angehörigen in die therapeutische Praxis tatsächlich immer positiv verläuft. Trotz der betonten positiven Auswirkungen

gen könnten Herausforderungen und mögliche Konflikte auftreten, insbesondere, wenn unterschiedliche Erwartungen und Perspektiven zwischen Therapeuten, Patienten und Angehörigen bestehen. Es wäre daher wichtig, die Dynamik dieser Triade sorgfältig zu managen, um sicherzustellen, dass die Einbindung der Angehörigen zu einer unterstützenden und förderlichen Komponente des Therapieprozesses wird, ohne dabei potenzielle Spannungen zu übersehen.

Die herausgearbeiteten Einflussfaktoren auf die Patient-Therapeut-Beziehung umfassen auch den Therapieraum, ein Aspekt, der sowohl von den Probanden als auch in der Literatur (Weigand, 2017), hervorgehoben wird. P1 und P2 vermitteln eine detaillierte Beschreibung des idealen ambulanten Therapieraums, der schlicht, ordentlich, vorbereitet und ruhig sein sollte. Die Betonung von Hygienemaßnahmen und die Verwendung von Kunst als Dekoration werden als wesentliche Elemente für die Schaffung einer angenehmen Atmosphäre genannt. Zudem unterstreichen sie die Bedeutung eines solchen Raums für den Transfer der Therapieerfahrungen in den Alltag. In Übereinstimmung mit der Literatur wird die Wirkung des Therapieraums auf die Patient-Therapeut-Beziehung hervorgehoben. Hausbesuche werden als Möglichkeit betrachtet, eine engere Bindung aufgrund der persönlichen und natürlichen Umgebung zu fördern (Hersh, 2010). Im Gegensatz dazu wird darauf hingewiesen, dass ein stationärer Therapieraum eine geringere Qualität in der *Beziehungsgestaltung* darstellen kann (Lawton et al., 2018). P1 bringt Vermutungen über mögliche Gründe für diese geringe Qualität ein und verweist auf die Sterilität und das potenzielle Gefühl von Angst, das mit einem stationären Raum verbunden sein könnte. Auch Stress, Zeitdruck und Umgebungslärm werden als hemmende Einflussfaktoren genannt. Obwohl die Probanden und die Befunde in der Literatur die Bedeutung des Therapieraums betonen, könnten individuelle Präferenzen und Wahrnehmungen variieren. Ein als ideal beschriebener Raum könnte von Patienten unterschiedlich wahrgenommen werden, was zu möglichen Diskrepanzen in der Effektivität der Therapie führen könnte. Die Vermutungen von P1 über mögliche negative Auswirkungen eines stationären Raums weisen darauf hin, dass externe Faktoren die Aufmerksamkeit und somit die Qualität der Beziehung beeinflussen könnten. Daher ist es wichtig, die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten in Bezug auf den Therapieraum zu berücksichtigen, um eine unterstützende Umgebung zu schaffen, die die Beziehungsgestaltung positiv beeinflusst.

Die Literatur weist auf weitere Einflussfaktoren auf die therapeutische Beziehung hin, die von den Probanden nicht explizit beachtet wurden. Dazu gehört die Beteiligung anderer Instanzen, wie Ärzte, die spezifische Wünsche, Anforderungen und finanzielle Ressourcen, einbringen können (Borgetto & Siegel, 2009). Die emotionale Bindung an den Patienten wird zudem von institutionellen Erwartungen beeinflusst (Hersh, 2010). Diese zusätzlichen Einflussfaktoren verdeutlichen die Komplexität der therapeutischen Beziehung und zeigen,

dass sie nicht ausschließlich auf die Interaktion zwischen Patient und Therapeut beschränkt ist. Die Einbringung verschiedener Akteure in den Therapieprozess erfordert daher eine koordinierte und kommunikative Herangehensweise. Die zeitliche Realisierbarkeit ist jedoch kritisch zu betrachten. Ebenfalls von Relevanz sind die Rahmenbedingungen der Therapie, darunter Dauer, Ort, Frequenz und die Entscheidung zwischen Einzel- oder Gruppentherapie (Borgetto & Siegel, 2009). Die Probanden haben möglicherweise diese Faktoren implizit berücksichtigt, wenn sie über ihre Erfahrungen sprachen. Jedoch ist es wichtig sich bewusst zu machen, dass die Rahmenbedingungen einen substanziellen Einfluss auf die Art und Qualität der therapeutischen Interaktion haben können. Kritisch betrachtet könnten Rahmenbedingungen auch Einschränkungen für die therapeutische Beziehung darstellen. Zeitliche Beschränkungen oder bestimmte Vorgaben könnten die Möglichkeit beeinträchtigen, eine tiefergehende Verbindung zwischen Therapeut und Patient aufzubauen. Es könnte daher entscheidend sein, dass Therapeuten bewusst mit den Rahmenbedingungen umgehen und diese bestmöglich nutzen müssen.

Die Bedeutung der Patient-Therapeut-Beziehung für den Therapieerfolg wurde bereits im theoretischen Hintergrund untermauert (Dehn-Hindenbergh, 2007; Hansen et al., 2023; Norcoss & Lambert, 2018, Schneeberger, 2018). Die Probanden bestätigen diese Perspektive und heben hervor, dass die Beziehung zwischen Patient und Therapeut nicht nur das Verständnis für die vorliegende Störung, therapeutische Konzepte und den Therapieverlauf positiv beeinflusst, sondern auch das Erreichen der Therapieziele beschleunigen kann. Im Vergleich zur Literatur betonen P1 und P2, dass die Patient-Therapeut-Beziehung einen persönlichen Wandel beim Patienten auslösen kann. Hierbei wird der Fokus auf den Prozess gelegt, der von einem ursprünglichen Verlangen nach „Mach mich wieder heil“ zu dem Zustand der Selbstannahme führt, wobei ein personenzentrierter Ansatz betont wird. Diese persönliche Veränderung geht über die bloße Symptomlinderung hinaus und reflektiert eine tiefgreifende Transformation in der Wahrnehmung des Selbst. Ein weiterer Aspekt, den die Probanden gegenüber der Literatur herausstellen, ist der Zusammenhang zwischen der positiven Beziehung und einer wahrgenommenen Steigerung der Lebensqualität seitens der Patienten. Diese positiven Effekte könnten darauf hinweisen, dass die Beziehung nicht nur die spezifischen therapeutischen Ziele beeinflusst, sondern auch einen breiteren Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden der Patienten hat. Kritisch zu betrachten ist, inwiefern die Betonung des persönlichen Wandels möglicherweise subjektiv und von individuellen Erfahrungen der Probanden geprägt ist.

Es folgt eine Darlegung, in welcher die identifizierten Einflussfaktoren aus der gesichteten Literatur (siehe Kapitel 2.5) dargelegt werden, wobei kursiv hervorgehobene Erkenntnisse spezifisch auf die *Subjektiven Theorien* der Probanden verweisen. Die Struktur des Modells

orientiert sich an vier Hauptblöcke, die den Therapeuten und Patienten, Angehörige und weitere Einflussfaktoren einschließen. Dies betont die Übereinstimmung mit der Struktur aus dem theoretischen Hintergrund und fördert die Lesbarkeit. Die Unterscheidung zwischen fördernden (✓), hemmenden (-) und fördernden als auch hemmenden Faktoren (•) innerhalb des Modells trägt dazu bei, die komplexen Dynamiken zu verdeutlichen. Die roten Pfeile visualisieren dabei die Einflüsse, Wechselwirkungen und Richtungen der verschiedenen Elemente. Es ist kritisch zu betrachten, dass die im Modell integrierten Ansichten, während sie wertvolle Einblicke in die Komplexität der Patient-Therapeut-Beziehung bieten, von subjektiven Wahrnehmungen der Probanden geprägt sind. Es besteht die Möglichkeit, dass persönliche Erfahrungen der Probanden bestimmte Aspekte der therapeutischen Interaktion beeinflusst haben können. Zudem sollte berücksichtigt werden, dass nicht alle Aspekte der Patient-Therapeut-Beziehung in der wissenschaftlichen Literatur explizit behandelt werden, was die Interpretation und Anwendbarkeit der Ergebnisse in einem breiteren Kontext beeinträchtigen könnte. Daher dient das Modell als eine prägnante Zusammenfassung der identifizierten Einflussfaktoren, sollte jedoch im Kontext der zugrundeliegenden Methodik und Limitationen interpretiert werden.

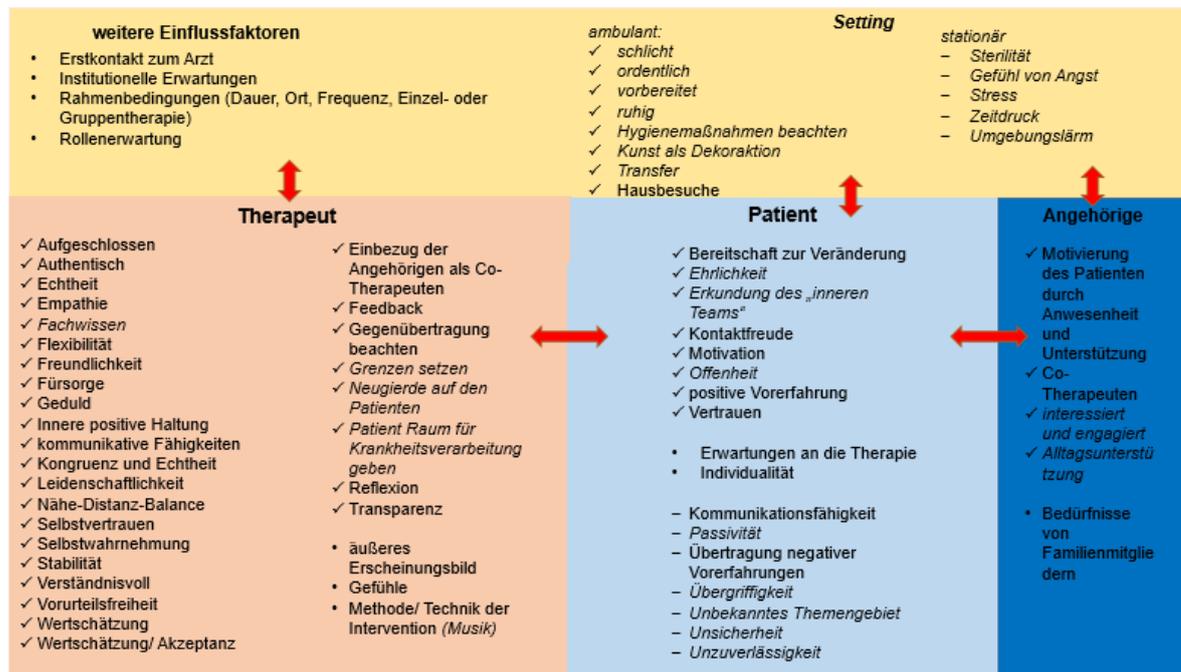


Abbildung 5: Darstellung fördernder und hemmender Einflussfaktoren aus der Literatur und der Subjektiven Theorien der Probanden

Quelle: Eigene Darstellung

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit eine bemerkenswerte Übereinstimmung zwischen den Aussagen der Probanden und der aktuellen Literatur. Die subjektiven Ansichten von P1 und P2 bieten dabei eine vertiefte Perspektive, die die bestehende Literatur in einigen Punkten sinnvoll ergänzt. Dies unterstreicht die Relevanz von persönlichen Erfahrungen und Einsichten im Verständnis der Patient-Therapeut-Beziehung. Die formulierten Forschungsfragen konnten größtenteils durch den Einbezug der *Subjektiven Theorien* der Probanden zufriedenstellend beantwortet werden. Die Vielschichtigkeit und Komplexität der Patient-Therapeut-Beziehung spiegelt sich dabei wider, insbesondere in der Unklarheit einer eindeutigen Definition einer positiven Beziehung. Dies legt nahe, dass die Dynamiken und Facetten dieser Beziehung möglicherweise nicht leicht in klare und einheitliche Definitionen zu fassen sind. Es ist wichtig, die Übereinstimmungen zwischen den Probandenaussagen und der Literatur als Stärke dieser Arbeit zu betonen, da die auf eine konsistente Perspektive hinweisen. Gleichzeitig sollte jedoch die Unklarheit bezüglich der Definition als Anlass gesehen werden, die Herausforderungen und Nuancen dieses Themas weiter zu erforschen. Es wäre interessant, zukünftige Studien darauf zu richten, wie verschiedene Fachdisziplinen oder Ansätze die Beziehung definieren und wie dies die praktische Umsetzung beeinflusst.

#### Vergleich der Subjektiven Theorien zwischen der Kindersprachtherapie, der Aphasietherapie und der Dysphagietherapie

Alle Probanden betonen die fundamentale Bedeutung einer positiven Patient-Therapeut-Beziehung. Eine bemerkenswerte Ausnahme stellt die Probandin aus dem Bereich der Aphasie dar, die eine klare Definition liefert. In ihrer Ausführung präzisiert sie, dass sowohl der Therapeut als auch der Patient ein Gefühl des Wohlbefindens erhalten sollen, sodass die Beziehung keinen negativen Einfluss auf den therapeutischen Prozess ausübt. Im Gegensatz dazu erfolgt in anderen Bereichen keine explizite Festlegung auf spezifische Definitionen. Diese Unterschiede könnten auf divergierende Herangehensweisen und unterschiedliche Wahrnehmungen der Probanden zurückzuführen sein. Jeder Proband bringt seine individuellen Erfahrungen, Perspektiven und Ansichten mit. Die Gründe dieser Unterschiede in der Definition und wie diese Unterschiede die therapeutische Praxis beeinflussen, könnte für zukünftige Studien lohnenswert sein.

Die Probanden aus den verschiedenen Therapiebereichen betonen in ihren Aussagen einheitlich die bedeutende Rolle des Therapeuten bei der Gestaltung und Entwicklung einer positiven therapeutischen Beziehung. Eine Gemeinsamkeit, die in allen drei Fachbereichen hervorsteicht, ist die zentrale Bedeutung zwischenmenschlicher Kompetenzen des Therapeuten. In diesem Zusammenhang wird der Therapeut als aktiver Gestalter der Verdingung

zum Patienten wahrgenommen. Diese gemeinsame Betonung der interpersonalen Fähigkeiten unterstreicht die Wichtigkeit von empathischem Verständnis, Kommunikationsfertigkeiten und Sensibilität für die Bedürfnisse des Patienten. Ein weiteres übergreifendes Element in den Aussagen der Probanden ist die Betonung einer ganzheitlichen Sichtweise auf den Menschen. Hierbei liegt der Fokus nicht nur auf der Symptombehandlung, sondern auch auf dem Verständnis des Patienten als Individuum. Die Betonung des Wohlbefindens und Vertrauens des Patienten als gemeinsamer Nenner in den verschiedenen Therapiebereichen unterstreicht die universale Bedeutung dieser Faktoren für eine erfolgreiche Beziehung. Ein patientenzentrierter Ansatz, der das Wohlbefinden des Patienten in den Mittelpunkt stellt, schafft eine unterstützende Umgebung für die therapeutische Interaktion. Die Motivation des Patienten ist entscheidend für den Erfolg der Therapie. Ein Patient, der sich wohl und respektiert fühlt, ist eher motiviert, aktiv am Therapieprozess teilzunehmen und seine Ziele zu erreichen. Die Betonung von Wertschätzung durch positives Feedback und Lob trägt dazu bei, das Selbstwertgefühl des Patienten zu stärken. Dabei ist das Vertrauen zwischen Therapeut und Patient grundlegender Bestandteil. Diese gemeinsamen Elemente könnten auf allgemeine Grundsätze der therapeutischen Praxis hinweisen, die über Fachgrenzen hinweg Gültigkeit haben.

Die einheitliche Hervorhebung der Probanden liegt auf der Notwendigkeit, Konflikte offen anzusprechen und aktiv zu kommunizieren, um eine positive therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten. Die unterschiedlichen Betonungen und Herangehensweisen der Probanden könnten auf spezifische Kontexte ihrer Fachbereiche und die individuellen Dynamiken in der Interaktion mit den Patienten zurückgeführt werden. In der Dysphagietherapie beschreibt ein Proband die Erkundung des „inneren Teams“ und bezieht sich auf den personenzentrierten Ansatz. Hier wird die Methode der Konfliktbewältigung in einem eher persönlichkeitszentrierten Raum betrachtet. Die Probandin aus dem Bereich der Dysphagie hebt besonders die Wichtigkeit von Akzeptanz und Annahme hervor, insbesondere wenn der Patient die Therapie beenden möchte. Hier wird die Flexibilität nicht nur in Bezug auf die Gestaltung der Therapie, sondern auch auf die Akzeptanz von Entscheidungen des Patienten betont. In der Kindersprache hebt eine Probandin die Bedeutung von Nicht-Nachtragendsein hervor, wenn es zu negativen Auseinandersetzungen kommt. Dies könnte darauf hinweisen, dass in der Arbeit mit Kindern und deren Eltern die emotionale Dynamik und Beziehungspflege eine besondere Rolle spielen, und eine nachsichtige Haltung gegenüber Konflikten notwendig ist, um eine positive Beziehung aufrechtzuerhalten. Die Therapeuten passen ihre Strategien an, um den individuellen Bedürfnissen und Besonderheiten ihrer Patienten gerecht zu werden.

Im Bereich Kindersprache betonen die Probanden den eigenen Spaß an der Arbeit und der Therapie sowie den Wert positiver Erfahrungen in schulischen und privaten *Beziehungsgestaltungen*. Der Einsatz von spielbasierten, kreativen Ansätzen in der Kindersprachtherapie ist zentral, um die Motivation der Kinder zu fördern, insbesondere vor dem Hintergrund langer Schultage und der Müdigkeit der Kinder. In der Aphasie- und Dysphagietherapie werden direkte Übungen angewandt. Es wird vermutet, dass Kinder besonders durch spielerische Elemente lernen, wohingegen erwachsene Patienten oft von gezielten und kognitiven Ansätzen profitieren. Das genannte professionelle Distanzverhalten könnte darauf hinweisen, dass Kinder leicht eine emotionale Abhängigkeit zu Erwachsenen entwickeln, insbesondere, wenn sie in einer unterstützenden Rolle wie der eines Therapeuten sind. Eine angemessene Distanz hilft, unnötige Abhängigkeiten zu vermeiden und fördert die Unabhängigkeit der Kinder.

Im Bereich der Aphasietherapie betonen die Probanden die Möglichkeit einer Therapiepause oder die Empfehlung eines Therapeutenwechsels. Dies könnte auf die komplexen Herausforderungen von Patienten mit Aphasie hinweisen, bei denen die Therapiefortschritte möglicherweise nicht kontinuierlich verlaufen und die Bedürfnisse sich im Verlauf der Behandlung ändern können. Die Offenheit für Therapiepausen oder Wechsel könnte darauf abzielen, den Patienten flexible Optionen zur Anpassung an ihre individuellen Bedürfnisse zu bieten.

In der Dysphagietherapie liegt der Fokus auf der Schaffung eines Raums für die Verarbeitung der Krankheit. Das Hervorheben des Raums für die Verarbeitung der Krankheit könnte darauf abzielen, einen unterstützenden Rahmen für die Patienten zu gestalten, um ihre Emotionen und Herausforderungen im Zusammenhang mit der Dysphagie zu bewältigen. Angehörige spielen in allen Therapiebereichen eine bedeutende Rolle und ihr Einfluss kann sowohl positiv als auch negativ wirken, abhängig von ihren Einstellungen zur Therapie. Dennoch lassen sich Unterschiede verzeichnen. In der Kindersprachtherapie werden Eltern oft stark in den Therapieprozess eingebunden. Die Beziehung erstreckt sich auf eine Art „dreifache Beziehung“ zwischen Therapeut, Kind und Eltern. Bei erwachsenen Patienten in der Aphasie- und Dysphagietherapie liegt der Fokus auf der direkten Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass Kinder in ihrer Entwicklung auf die Unterstützung und Anleitung ihrer Eltern angewiesen sind. Die Eltern übernehmen die Verantwortung für die Therapie. Erwachsene Patienten übernehmen eine höhere Selbstverantwortung für ihre eigene Gesundheit und die Therapie. Somit ist es auch mit dem Alter der Probanden zu begründen.

In der Regelmäßigkeit der Therapiesitzungen sind sich alle Therapiebereiche einig, dass regelmäßige Therapieeinheiten wichtig für das Erreichen der Ziele sind. Die Probanden der

Kindersprache und Dysphagie betonen auch das therapeutische Setting, das eine angenehme Atmosphäre schaffen soll. Eine Probandin aus der Dysphagietherapie bezieht sich sowohl auf ambulante als auch stationäre Settings. Die festgestellten Unterschiede können durch unterschiedlichen beruflichen Hintergründe und somit mit der Auswahl der Probanden zusammenhängen. Die Probanden aus der Kindersprachtherapie und der Aphasietherapie haben die gemeinsame Berufsgrundlage der Lehrlogopäden, was beispielsweise das stationäre Setting ausschließt. Lediglich die Probandin aus der Dysphagietherapie beleuchtet sowohl das ambulante als auch das stationäre Setting. Es wird angenommen, dass die Betrachtung beider Settings wichtig ist, da beide Umgebungen unterschiedliche Anforderungen und Dynamiken mit sich bringen. Ambulante Therapeuten müssen Kontinuität und Flexibilität in der Beziehung sicherstellen, während stationäre Therapeuten mit intensiveren, kurzfristigen Kontakten und spezifischen Umweltfaktoren umgehen müssen.

Eine positive Patient-Therapeut-Beziehung hat ein schnelleres Erreichen der Ziele als Auswirkung, darin sind sich alle Probanden einig. In der Aphasie- und Dysphagietherapie geht es zudem vermehrt um die Verbesserung der Lebensqualität, wobei die Dysphagietherapie sogar lebenserhaltende Aspekte berücksichtigt. Dies könnte darauf hindeuten, dass Erwachsene mit Sprach- und Schluckstörungen oft mit komplexeren gesundheitlichen Herausforderungen konfrontiert sind. Ein Vergleich der therapeutischen Beziehung in der Stimmtherapie mit den bereits betrachteten Bereichen der Kindersprachtherapie, Aphasie und Dysphagie könnte interessant sein, um zu erkunden wie die *Beziehungsgestaltung* in unterschiedlichen logopädischen Spezialgebieten variiert. Die Tatsache, dass eine Probandin aus der Kindersprachtherapie die Weiterempfehlung der Therapeutin als Auswirkung einer positiven therapeutischen Beziehung nennt, könnte bedeuten, dass Mundpropaganda in diesem Störungsfeld eine größere Rolle spielt. Eltern könnten ihre Erfahrungen und Erfolge in Gesprächen mit anderen Eltern teilen, was zu einer höheren Wahrscheinlichkeit von Weiterempfehlungen führen könnte. Insgesamt wird die Bedeutung der therapeutischen Beziehung sowie die Zusammenarbeit zwischen Therapeut, Patient und dem sozialen Umfeld in allen Therapiebereichen betont. Eine effektive logopädische Therapie ist ohne eine solide Therapeut-Patient-Beziehung und die enge Kooperation aller Beteiligten nicht möglich. Diese Beziehung bildet die Grundlage für die Motivation der Patienten sowie die methodisch und individuell patientenorientierte Arbeit. Alle Therapiebereiche weisen auf ein schnelleres und nachhaltigeres Erreichen der Ziele hin.

Mit diesem Forschungsprojekt wurde ein bedeutender Beitrag zur Erforschung einer positiven Patient-Therapeut-Beziehung in der Dysphagietherapie geleistet. Die Studie verdeutlicht, dass die Gestaltung dieser Beziehung äußerst vielschichtig erfolgen kann und erheblichen Einfluss auf die Therapieziele sowie die Lebensqualität der Patienten ausübt. Zudem

wurden Einflussfaktoren und Umstände identifiziert, die diese Dynamik beeinflussen können. Von besonderer Relevanz ist die Erkenntnis, dass dieses Themenfeld sowohl in der therapeutischen Ausbildung als auch in der Forschung unzureichend berücksichtigt wird. Die vorliegende Studie liefert grundlegende Erkenntnisse, die als Basis für weitere Forschungsaktivitäten dienen kann, um ein tieferes Verständnis der Faktoren zu entwickeln. Hieraus könnten Therapeuten befähigt werden, ihre Praktiken zu optimieren und eine effektivere sowie patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten. Die Integration dieser und zukünftiger Forschungsergebnisse in die Ausbildungsprogramme könnte dazu beitragen, dass Absolventen über die notwendigen Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung positiver Beziehungen verfügen.

## I. Literaturverzeichnis

- Bachler, E. (2020). Wirkfaktoren und Prozessfeedback in der Psychotherapie – Erfahrungen eines Psychoanalytikers. In K. Viol, H. Schöller & W. Aichhorn (Hrsg.), *Selbstorganisation – ein Paradigma für die Humanwissenschaften*. (S. 491-501). Springer Fachmedien. Wiesbaden.
- Bartels, M. & Voll, S. (2013). Welche Bedeutung hat das Patienten-Therapeutenverhältnis für die Compliance? In S. Hammer (Hrsg.), *Mein Patient macht nicht mit – was nun? Compliance als Schlüssel zum Therapieerfolg* (S. 77-108). Schulz-Kirchner. Idstein.
- Bartolome, G. & Schröter-Morasch, H. (2022). *Schluckstörungen – Diagnostik und Rehabilitation* (7. Aufl.). Urban & Fischer. München.
- Baum, K., Clausen-Söhngen, M. & Tiessen, A. (2018). Mit den Patienten und sich selbst in gelingendem Kontakt - interaktives Reasoning mit Functional Fluency. *Forum Logopädie*, 2(32), 28-33. DOI: 10.2443/skv-s-2018-53020180205
- Beushausen, U. (2009). *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie. Grundlagen und 15 Fallbeispiele*. Ernst Reinhardt GmbH & Co KG. München.
- Birkmann, U. & Kley, C. (2018). *FEES – Die funktionelle Schluckuntersuchung in der Neurologie – ein Videolehrgang*. (2. Aufl.). Hippocampus Verlag e. K. Bad Honnef.
- Borgetto, B. & Siegel, A. (2009). *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie - Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns*. Verlag Hans Huber. Bern.
- Brauer, T. & Tesak, J. (2014). *Logopädie – Was ist das?* (5. Aufl.). Schulz-Kirchner Verlag GmbH. Idstein.
- Bürki, M., Krempe, S., Kohler, J. & Steiner, J. (2011). Logopädie und Wirksamkeit – Bestandsaufnahme und Perspektive. *Forum Logopädie* 2(25). 28-33. DOI: 10.2443/skv-s-2011-53020110205
- Büttner, C. & Quindel, R. (2013). *Psychologische Grundlagen. Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient*. In: Thiel, M. (Hrsg.): *Gesprächsführung und Beratung. Sicherheit und Kompetenz im Therapiegespräch*.

- Dehn-Hindenberg, A. (2007). Patientenbedürfnisse in der Logopädie: Die Qualität der Kommunikation bestimmt die Therapiebewertung. *Forum Logopädie*, 4(21), 26-32. <https://www.forum-logopaedie.de/dokumenten-details/patientenbeduerfnisse-in-der-logopaedie-die-qualitaet-der-kommunikation-bestimmt-die-therapiebewertung>
- Dehn-Hindenberg, A. (2008). *Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. Schulz-Kirchner Verlag GmbH. Idstein.
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2023). *Verordnungswege und Kostenträger*. Zugriff am 09.08.2023. Verfügbar unter <https://www.dbl-ev.de/logopaedie/verordnungswege-und-kostentraeger>
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch. Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. (8. Aufl.). Eigenverlag. Marburg.
- Dziewas, R. & Pflug, C. (2020). Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrgs.), *Leitlinien für Diagnostik und Therapien in der Neurologie, Neurogene Dysphagie, S1 Leitlinie*. Zugriff am 15.09.2023. Verfügbar unter [https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-111\\_Neurogene-Dysphagie\\_2020-05.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-111_Neurogene-Dysphagie_2020-05.pdf)
- Ebert, K.D. & Kohnert, K. (2010). Common factors in speech-language treatment: An exploratory study of effective clinicians. *Journal of Communicative Disorders*, 43(2), 133-147. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2009.12.002>
- Flick, U. (2014). *Qualitative Sozialforschung - Eine Einführung*. (6. Aufl.). Rowohlt. Reinbek bei Hamburg.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>
- Frank, U., Pluschinski, P., Hogmayer, A. & Duchac, S. (2021). *FAQ – Dysphagie - Antwort prägnant und praxisnah*. Urban & Fischer. München.
- Fuß, S. & Karbach, U. (2014). *Grundlagen der Transkription - Eine praktische Einführung*. Barbara Budrich. Opladen & Toronto.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. (4. Aufl.). VS. Wiesbaden.

- Göldner, J. (2017). *Die Beziehung zwischen erwachsenen Patient und Therapeutin in der Sprachtherapie – eine Auseinandersetzung mit Konzepten und Wirkfaktoren im Spiegel der psychotherapeutischen Diskussion*. [Bachelorarbeit, Hochschule Osnabrück]. dbl-ev. DOI: 10.2443/skv-s-2017-53020170502
- Göldner, J., Hilke, H. & Wanetschka, V. (2017). Die therapeutische Beziehung in der Sprachtherapie - Strukturierte Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes. *Forum Logopädie* 5(31), 12-19.
- Grau, M. (2014). *Schluckstörungen – Basiswissen und Übungen für Betroffene, Angehörige, Pflegekräfte und Therapeuten - Ratgeber*. FON Fachverlag. Bolsterlang.
- Groeben, N. & Scheele, B. (2010): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 151-165). VS. Wiesbaden.
- Groeben, N., Wahl, D., Schlee, J. & Scheele, B. (1988): *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien*. Francke. Tübingen.
- Gröne, B. (2009). *Schlucken und Schluckstörungen – Eine Einführung*. Elsevier GmbH. München.
- Hansen, H. (2009). *Therapiearbeit - Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse*. Schulz-Kirchner Verlag GmbH. Idstein.
- Hansen, H. (2016). Kooperation in der Sprachtherapie. In: Grohnfeld, M. [Hrsg.]: *Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie*. Band 1: Sprachtherapeutische Handlungskompetenzen. Stuttgart. Kohlhammer, S. 213-231.
- Hansen, H., Erfmann, K., Göldner, J., Schlüter, R. & Zimmermann, F. (2023). Therapeutic relationship in speech-language pathology: A scoping review of empirical studies. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 1-17. <https://doi.org/10.1080/17549507.2023.2197182>
- Hersh, D. (2010). Aphasia therapists' stories of ending the therapeutic relationship. *Topics in Stroke Rehabilitation* 17(1), 30-38. <https://doi.org/10.1310/tsr1701-30>
- Holm-Hadulla, R. M. (2000). *Die therapeutische Beziehung*. Springer-Verlag. Heidelberg.
- Hotzenköcherle, S. (2019). *Funktionelle Dysphagie – Therapie. Ein Übungsprogramm*. (6. Aufl.). Schulz-Kirchner Verlag GmbH. Idstein.

- Jungheim, M., Schwemmler, C., Miller, S., Kühn, D. & Ptok, M. (2014). Schlucken und Schluckstörungen im Alter. *HNO* 62(9), 644-651.
- Katz-Bernstein, N. (2003). Therapie aus pädagogisch-psychologischer Sicht. In M. Grohnfeld (Hrsg.): *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie - Band 4. Beratung, Therapie und Rehabilitation*. (S. 66-90). Kohlhammer. Stuttgart.
- Kindermann, K. & Riegel, U. (2016). Subjektive Theorien von Lehrpersonen – Variationen und methodische Modifikation eines Forschungsprogramms [51 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, 17(2). Art. 1. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs160218>
- Klemme, B. & Siegmann, G. (2016). *Clinical Reasoning – Therapeutische Denkprozesse lernen*. (2. Aufl.). Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart.
- Kraft, U. (2017). *Logopädie*. Apotheken Umschau. Zugriff am 09.08.2023. Verfügbar unter: <https://www.apotheken-umschau.de/Logopaedie>.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Auflage. Beltz Juventa. Weinheim Basel.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. (5. Aufl.). Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz. Weinheim Basel.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl.). Wiley. New York.
- Lammers, C. & Schneider, W. (2009). *Die therapeutische Beziehung. Verfahrensübergreifende Aspekte*. Springer Medizin Verlag. Heidelberg. DOI: 10.1007/s00278-009-0701-7
- Lawton, M., Sage, K., Haddock, G., Conroy, P. & Serrant, L. (2018). Speech and language therapists' perspectives of therapeutic alliance construction and maintenance in aphasia rehabilitation post-stroke. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(3), 550-563. DOI: 10.1111/1460-6984.12368
- Miller, N., Noble, E., Jones, D. & Burn, D. (2006). Hard to swallow: dysphagia in Parkinson's disease. *Age and Ageing* 35(6), 614-618. Doi:10.1093/ageing/af1105

- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews*. (2. Aufl.). Walter de Gruyter GmbH. Berlin/ Boston.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Nusser-Müller-Busch, R. (2015). *Die Therapie des Facio-Oralen Trakts – F.O.T.T.* (4. Aufl.). Springer-Verlag. Berlin/ Heidelberg.
- Pflug, C., Flügel, T. & Nienstedt, J.C. (2018). Entwicklungen in der Dysphagiediagnostik. *HNO*, 66, 506-514.
- Prosiegel, M. & Weber, S. (2018). *Dysphagie – Diagnostik und Therapie. Ein Wegweiser für kompetentes Handeln*. (3. Aufl.). Springer Verlag GmbH. Berlin. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56132-4>
- Schneeberger, S. (2018). *Qualitative Analyse von Patienten- und Therapeuteninterviews bezüglich allgemeiner Wirkfaktoren und der Patient-Therapeut-Beziehung in der Sprachtherapie*. [Masterarbeit, Europäische Fachhochschule]. Forum Logopädie. <https://www.forum-logopaedie.de/dokumenten-details/qualitative-analyse-von-patienten-und-therapeuteninterviews-bezueglich-allgemeiner-wirkfaktoren-und-der-patient-therapeut-beziehung-in-der-sprachtherapie>
- Scholl, A. (2018). *Die Befragung*. (4. Aufl.). utb. München.
- Schulte, L. (2020). *Subjektive Theorien erfahrender Logopädinnen zur Gestaltung und Wirkung der therapeutischen Beziehung in der Kindersprachtherapie*. [Bachelorarbeit, Hochschule Osnabrück]. evilog. <https://www.forum-logopaedie.de/dokumenten-details/subjektive-theorien-erfahrender-logopaedinnen-zur-gestaltung-und-wirkung-der-therapeutischen-beziehung-in-der-kindersprachtherapie>
- Stephan, K. M. & Gröne, B. (2009). Schluckstörungen und deren Ursachen. In B. Gröne (Hrgs.), *Schlucken und Schluckstörungen – Eine Einführung* (S. 25-29). Elsevier GmbH. München.
- Stührenberg, C. (2021). *Subjektive Theorien erfahrener Logopädinnen zur Gestaltung und Wirkung der therapeutischen Beziehung zu erwachsenen Patient\*innen mit neurologischen Sprach- und Sprechstörungen*. [unveröffentlichte Bachelorarbeit]. Hochschule Osnabrück.

- Wagner-Sonntag, E. (2009). Dysphagie und Lebensqualität. In S. Seidel & S. Stanschus (Hrsg.), *Dysphagie- Diagnostik und Therapie - Ein Kompendium* (S. 315-320). Schulz Kirchner Verlag GmbH. Idstein.
- Waltersbacher, A. (2023). *Heilmittelbericht 2022/2023 – Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie*. Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin.
- Warnecke, T. & Dziewas, R. (2018). *Neurogene Dysphagien – Diagnostik und Therapie*. (2. Aufl.). W. Kohlhammer GmbH. Stuttgart.
- Warnecke, T. & Dziewas, R. (2019). Dysphagie. In W. Maetzler, R. Doedel, H. Jacobs (Hrsg.), *Neurogeriatrie - ICF-basierte Diagnose und Behandlung* (S. 173-192). Springer-Verlag GmbH. Berlin.
- Weigand, N. (2017). Interaktionsqualität in der Logopädie – Logopädischer Erfolg wird durch die Interaktionsqualität und die Beziehungsebene zum Patienten bestimmt. *Forum Logopädie* 6(31),12-16. DOI: 10.2443/skv-s-2017-53020170602
- Winterholler, C. (2020). *Palliative Logopädie – Band 3 - Angehörigenarbeit*. Springer Nature. Wiesbaden.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview [26 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]* 1(1), Art. 22. DOI: 10.1007/978-3-8349-9441-7\_29
- Wöller, W. (2016). *Der ausreichend gute Therapeut*. Überarbeitete Fassung eines Vortrags bei den 65. Lindauer Psychotherapiewochen 2015. Zugriff am 26.08. 2023. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00278-016-0086-3>.
- World Health Organisation (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Zugriff am 20.09.2023 unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/>
- Zepke, G. (2016). *Lust auf qualitative Forschung - Eine Einführung für die Praxis*. T.S.O. Texte zur Systematischen Organisationsforschung. Wien.

## **II. Anhang**

<b>ANHANG 1: INFORMATIONSSCHREIBEN .....</b>	<b>90</b>
<b>ANHANG 2: EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENZENTRIERTER DATEN ....</b>	<b>95</b>
<b>ANHANG 3: KURZFRAGEBOGEN .....</b>	<b>97</b>
<b>ANHANG 4: INTERVIEWLEITFADEN .....</b>	<b>99</b>
<b>ANHANG 5: EXEMPLARISCHER INTERVIEWAUSSCHNITT P1 .....</b>	<b>104</b>
<b>ANHANG 6: EXEMPLARISCHER INTERVIEWAUSSCHNITT P2.....</b>	<b>107</b>
<b>ANHANG 7: POSTSCRIPT P1 .....</b>	<b>110</b>
<b>ANHANG 8: POSTSCRIPT P2.....</b>	<b>112</b>
<b>ANHANG 9: EXEMPLARISCHER AUSSCHNITT DER DEDUKTIV-INDUKTIVEN KATEGORIENBILDUNG P1 .....</b>	<b>113</b>
<b>ANHANG 10: EXEMPLARISCHER AUSSCHNITT DER DEDUKTIV-INDUKTIVEN KATEGORIENBILDUNG P2 .....</b>	<b>116</b>
<b>ANHANG 11: TABELLARISCHE BEZUGNAHME ZU DEN EINZELNEN UNTERFRAGEN .....</b>	<b>119</b>

**Anhang1: Informationsschreiben****HOCHSCHULE OSNABRÜCK**

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Adresse Proband

Hellena Speck

Studierende der Hochschule Osnabrück

Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissen-  
schaftenAdresse: Meller Straße 6, 49074 Osnab-  
rück

Mobil: 0173 2018848

E-Mail: hellena.speck@hs-osnabrueck.de

**Informations- und Aufklärungsschreiben über ein Forschungsprojekt zur Fragestellung „Welche subjektiven Theorien haben zwei erfahrene Logopäd\*innen zur Gestaltung einer positiven Beziehung in der Dysphagietherapie mit Erwachsenen?“**

Sehr geehrter Frau/ Herr xy,

ich freue mich, dass Sie sich für meine Abschlussarbeit an der Hochschule Osnabrück interessieren und ggf. eine Teilnahme in Betracht ziehen. Dieses Schreiben dient dazu, Sie über das Ziel meiner Untersuchung sowie mein Vorgehen im Forschungsprojekt zu informieren. Bitte lesen Sie sich den Text aufmerksam durch. Wenn Sie noch Fragen haben, beantworte ich Ihnen diese gerne. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

**I. Information über die Studie**

Vorläufiger Name der Studie: „Welche subjektiven Theorien haben zwei erfahrene Logopäd\*innen zur Gestaltung einer positiven Beziehung in der Dysphagietherapie mit Erwachsenen?“

Fakultät: Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (WiSo)

Ziel der Studie: In meiner Studie möchte ich die logopädische Beziehungsgestaltung in der Dysphagietherapie näher beleuchten. Der Therapeut-Patient-Beziehung kommt vor allem im Bereich der psychotherapeutischen Intervention eine zentrale Bedeutung zu. In der Logopädie wird dieser Wirkfaktor kaum thematisiert. Vorherige Studien im Bereich der Kindersprache und Aphasietherapie konnten bereits nachweisen, dass erfahrene Logopäden die Relevanz einer positiven Therapeut-Patient-Beziehung betonen und eine gelingende therapeutische Beziehung als Voraussetzung zur Zielerreichung sehen. Für die Dysphagietherapie liegen noch keine Ergebnisse vor.

Was kommt auf Sie zu, wenn Sie teilnehmen?

- Zu Beginn wird ein Interview durchgeführt. Im Mittelpunkt stehen Ihre Erfahrungen und Einschätzungen und Ihre damit verbundenen subjektiven Theorien zum Thema Beziehungsgestaltung in der Dysphagietherapie.
- In einem zweiten Treffen werden Sie dazu eingeladen, ihre subjektiven Theorien weiter zu vertiefen und zu erweitern. Es ist ein graphisches Verfahren, bei dem die Inhalte des zuvor durchgeführten Interviews zu einem Schaubild konstruiert werden.
- Diese Ergebnisse möchte ich im Rahmen meiner Bachelorarbeit veröffentlichen. Die Ergebnisse werden anonym sein. Es wird kein Rückschluss auf Ihre Person möglich sein.

## **II. Datenschutz**

### **1. Allgemeine Informationen**

(1) *Verantwortlicher gem. Art. 4 Abs. 7 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) ist:*

**Hellena Speck**  
**Meller Straße 6**  
**49074 Osnabrück**

**Telefon: 0173 2018848**

**E-Mail: hellena.speck@hs-osnabrueck.de**

(2) Sie haben gegenüber dem Verantwortlichen folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung,
- Recht auf Löschung,
  
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

sofern diese Rechte nicht durch Gesetze im Rahmen der Datenverarbeitung zu wissenschaftlichen Zwecken eingeschränkt sind. Sie haben zudem das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit diesem Projekt zu beschweren.

(3) Bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen können Sie sich selbstverständlich auch jederzeit an die o.g. verantwortliche Person wenden.

(4) Im Rahmen des Abschlussprojektes werden alle angemessenen Schritte unternommen, um den Schutz Ihrer Daten gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und anderen Gesetzen zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert bzw. pseudonymisiert, sobald dies nach dem Zweck des Abschlussprojektes/ der Abschlussarbeit möglich ist, es sei denn berechnete Interessen der betroffenen Person stehen dem entgegen. Bis dahin werden die Merkmale gesondert gespeichert, mit denen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer Person zugeordnet werden können. Sie werden mit den Einzelangaben nur zusammengeführt, soweit der Forschungszweck dies erfordert.

(5) Ihre personenbezogenen Daten werden durch den Verantwortlichen nur verarbeitet, wenn Sie in die Verarbeitung ausdrücklich eingewilligt haben.

(6) Sie haben das Recht, ihre Einwilligung in die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung, nicht berührt.

## **2. Studienspezifische Informationen**

*Im Folgenden informiere ich Sie über die Erhebung personenbezogener Daten in Zusammenhang mit dem oben genannten Abschlussprojekt.*

### (1) Beschreibung und Umfang der Datenverarbeitung

Im Rahmen der Studie und der Abschlussarbeit werden folgende Daten erhoben und anonym im Rahmen der Bachelorarbeit veröffentlicht:

- Ihr Geschlecht
- Ihr Alter
- Berufsbezeichnung
- Berufstätigkeit in Jahren
- Fort- und Weiterbildungen
- Aktuelles Arbeitssetting
- Ergebnisse des Interviews
- Ergebnisse der Erstellung des Struktur-Bildes

Alle Daten werden aufgeschrieben und später in der Bachelorarbeit und darauf aufbauenden Publikationen veröffentlicht. Dabei werden personenbezogene Angaben so verändert, dass niemand erkennen kann, dass es sich um Sie handelt.

Die elektronischen Daten werden lokal auf der Festplatte der Studierenden gespeichert. Die Festplatte ist durch ein Passwort geschützt, das nur die Studierende kennt. Andere Daten, wie Einverständniserklärung, Informationsschreiben, Kurzfragebogen, Mitschriften aus den Interviews oder Transkripte in Papierform werden in einem abschließbaren Schrank in der Wohnung gelagert. Erstellte Audioaufnahmen werden umgehend gelöscht, sobald die Ergebnisse in der Bachelorarbeit verschriftlicht sind.

### (2) Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Rechtsgrundlage ist die Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 lit a) und Art. 9 Abs. 2 lit. A) DS-GVO.

### (3) Zweck der Datenverarbeitung

Ziel dieses Projektes ist die subjektiven Theorien erfahrener Dysphagie-Therapeuten zur Relevanz und zur Gestaltung einer positiven Patient-Therapeut-Beziehung zu erfassen. Zu diesem Zweck wird im ersten Schritt ein Interview durchgeführt, gefolgt von einem zweiten Treffen, in welchem gemeinsam ein Schaubild zu den ausgewerteten Daten erstellt wird.

(4) Dauer der Speicherung

Die personenbezogenen Daten (Einverständniserklärung und Informationsschreiben) werden gelöscht/ vernichtet, sobald sie zur Fertigstellung des Abschlussprojekts nicht mehr erforderlich sind oder Sie Ihre Einwilligung widerrufen und der Löschung keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen. Spätestens werden die personenbezogenen Daten mit endgültiger Fertigstellung der Bachelorarbeit im **März 2023** gelöscht, wenn die Note der Abschlussarbeit bekannt ist und nicht angefochten werden soll.

(5) Widerspruchs- und Beseitigungsmöglichkeit

Die Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie ohne Angaben von Gründen verweigern, ohne dass Sie deswegen Nachteile zu befürchten hätten. Sie können diese Einwilligung jederzeit per E-Mail, Telefon oder per Brief an die o.g. Absenderin (Verantwortliche) dieses Aufklärungsschreibens widerrufen. Im Fall des Widerrufs werden Ihre Daten nicht weiterverarbeitet und unverzüglich gelöscht. Es wird darauf hingewiesen, dass bereits anonymisiert bzw. pseudonymisiert Daten und Daten, die in wissenschaftliche Auswertungen eingeflossen sind, nicht mehr auf Wunsch gelöscht/ vernichtet werden können.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Spill', written in a cursive style.

## Anhang 2: Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten



**HOCHSCHULE OSNABRÜCK**  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Name der verantwortlichen Forscherin: Hellena Speck  
Name der Fakultät: Hochschule Osnabrück  
Kontaktadresse: Meller-Straße 6, 49074 Osnabrück  
E-Mail: hellena.speck@hs-osnabrueck.de

### **Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten für das Forschungsprojekt**

Subjektive Theorien erfahrener Logopäd\*innen zur Gestaltung einer positiven Beziehung in der Dysphagietherapie von Erwachsenen

Hellena Speck hat am \_\_\_\_\_ mit mir \_\_\_\_\_ ein ausführliches Informationsgespräch über Art, Umfang und Bedeutung des oben genannten Projektes geführt. Verantwortlicher Träger des Projektes ist die Hochschule Osnabrück. Das Projekt soll zur Ergänzung des aktuell in Deutschland geringen Forschungsstands im Bereich der Therapeut-Patient-Beziehung in der Logopädie dienen. Mir ist erläutert worden, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Mir ist insbesondere bekannt, zu welchem Zweck in welchem Umfang, auf welcher Rechtsgrundlage, wie lange meine Daten gespeichert werden und welche Rechte ich gegenüber der verantwortlichen Stelle hinsichtlich meiner personenbezogenen Daten habe. Ein entsprechendes Informationsschreiben habe ich erhalten.

**Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne persönliche Nachteil schriftlich oder mündlich widerrufen kann. Meine Daten werden dann vollständig gelöscht. Hierüber erhalte ich eine Nachricht.**

**Ich erkläre mich bereit, an dem Forschungsprojekt teilzunehmen und willige in die hiermit verbundene und mir bekannte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Soweit besondere personenbezogene Daten im Sinne des Art. 9 DS-GVO, wie etwa Gesundheitsdaten, erhoben werden, bezieht sich meine Einwilligung auch auf diese Angaben.**

Das Informationsschreiben vom \_\_\_\_\_ und ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Probandin

**Anhang 3: Kurzfragebogen****HOCHSCHULE OSNABRÜCK**

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**Kurzfragebogen für das Forschungsprojekt:**

*Subjektiven Theorien erfahrener Logopäd\*innen zur Gestaltung einer positiven Beziehung  
in der Dysphagietherapie mit Erwachsenen*

Name der verantwortlichen Forscherin: Hellena Speck  
 Name der Fakultät: Hochschule Osnabrück  
 Kontaktadresse: Meller-Straße 6, 49074 Osnabrück  
 E-Mail: hellena.speck@hs-osnabrueck.de

Angaben zur Person	
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Alter	<input type="radio"/> zwischen 30 und 35 <input type="radio"/> zwischen 36 und 41 <input type="radio"/> zwischen 42 und 47 <input type="radio"/> zwischen 48 und 53 <input type="radio"/> zwischen 54 und 59 <input type="radio"/> zwischen 60 und 65
Angaben zu Ihrem Beruf	
Berufsausbildung	Berufsbezeichnung:  Berufstätigkeit in Jahren:
Weiterbildung(en) im Bereich Dysphagie	
Weiterbildung(en) im Bereich Kommunikation/ Beziehungsgestaltung	

Aktuelles Arbeitssetting	<input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> stationär
Wie viele erwachsene Patienten mit einer Dysphagie behandeln Sie zurzeit pro Woche?	
Welche Form der Dysphagie behandeln Sie in der Erwachsenentherapie aktuell vorwiegend?	
Geben Sie bitte auf einer Skala von 1 bis 6 an: Für wie wichtig erachten Sie die Beziehungsgestaltung in der logopädischen Therapie mit Erwachsenen?	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 1=nicht wichtig; 6=hochgradig wichtig
Geben Sie bitte auf einer Skala von 1 bis 6 an: Für wie wichtig erachten Sie die Beziehungsgestaltung zu den Angehörigen in der logopädischen Erwachsenentherapie?	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 1=nicht wichtig; 6=hochgradig wichtig

## **Anhang 4: Interviewleitfaden**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der schriftlichen Form des Interviewleitfadens die Sprachform des generischen Maskulinums angewandt. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der maskulinen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

### **Einstieg:**

- Begrüßung des Probanden, Dank für die Teilnahme und kurzer Smalltalk (Themen: aktuelles Befinden etc.)
- Vorstellung der Interviewerin
- Rückfragen zur zuvor zugeschickten Einwilligungserklärung und zum Aufklärungsschreibens (falls noch nicht stattgefunden, Unterschreiben der Dokumente)
- Aufklärung über den Zeitplan und den Ablauf des Interviews
  - kurze Erklärung des Interviewablaufs
  - Aufklärung darüber, dass ausführliche Beispiele aus dem Praxisalltag erwünscht sind
  - nach Einverständnis fragen, das Tonbandgerät einzuschalten (Einstellen des Tonbandgeräts)
- Gemeinsames Ausfüllen des Kurzfragebogens

### **Einstiegsstatement:**

Bevor ich Ihnen die erste Frage stelle und wir mit unserem Interview beginnen, möchte ich Sie noch einmal über die Inhalte und Ziele meines Forschungsprojekts informieren. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit habe ich mich dazu entschlossen, über die Beziehungsgestaltung zwischen uns als Therapeuten und unseren erwachsenen Dysphagiepatienten zu schreiben. In der Forschung gibt es beispielsweise in der Disziplin der Psychotherapie bereits viele Informationen über die Beziehungsgestaltung und deren Wirkung. In unserem Fachgebiet sind noch viele Forschungslücken erkennbar. 2019 hat eine Kollegin bereits subjektive Theorien von Logopäden zur Beziehungsgestaltung mit Kindern erarbeitet und im Jahr 2021 befasste sich eine Kollegin ebenfalls mit diesem Thema im Bereich der Erwachsenen mit einer Aphasie. Diese Erkenntnisse würde ich gerne zum Störungsbild der Dysphagie mit Ihrer Hilfe ergänzen.

In dem Interview geht es nicht um falsche oder richtige Antworten. Wichtig sind Ihre persönlichen Erfahrungen in der Beziehungsgestaltung, Ihr Verständnis dieser und Ihre Meinung zur Wirkung positiver Beziehungsgestaltung in der logopädischen Therapie. Ich freue

mich über möglichst detaillierte Beschreibungen Ihrer Sichtweisen. Zu Beginn des Interviews stelle ich Ihnen Fragen, in denen es um spezifische Fallbeispiele geht. Zum einen ein Fallbeispiel, in dem die Beziehungsgestaltung ihrer Ansicht nach positiv verlaufen ist und zum anderen eins in dem die Beziehungsgestaltung ihrer Ansicht nach herausfordernd war. Anschließend geht es darum, übergreifende Antworten zu finden. Dies bedeutet nicht spezifisch auf einen Fall, sondern auf alle Dysphagie Patienten bezogen.

Wenn Sie noch Fragen bezüglich des Interviews oder des Forschungsprojekts haben, dürfen Sie diese jetzt gerne stellen.

1. Da Sie schon lange in der Logopädie arbeiten, haben Sie viele Erfahrungen im Hinblick auf die Beziehung zu Ihren Patienten gemacht. Erinnern Sie sich an eine Beziehung, die nach Ihrem Empfinden sehr positiv verlaufen ist? Erzählen Sie gerne ausführlich von dieser Behandlung.

Mögliche Nachfragen:

- Beschreiben Sie Ihren Patienten gerne noch etwas genauer  
(wenn keine Antwort gegeben wird, Fragen zu: Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Störungsbild, Störungsschweregrad)
  - Was hat dieser Patient bei Ihnen ausgelöst?
  - Was hat dazu beigetragen, dass diese Beziehung für Sie eine besondere Bedeutung hat(te)?
  - Was hat dazu beigetragen, dass die Beziehung so positiv war?
    - Welche Faktoren hatten einen positiven Einfluss?
    - Was haben Sie zu der Beziehung beigetragen?
    - Was hat Ihr Patient zu der Beziehung beigetragen?
    - Haben Angehörige bei der Beziehung eine Rolle gespielt?
  - Was meinen Sie, hat die positive Beziehung in der Arbeit mit dem Patienten bewirkt? Welche Auswirkungen und Konsequenzen haben sich beispielsweise ergeben?
  - Verlieft die Beziehung über den gesamten Therapieverlauf positiv?
    - Gab es auch Situationen oder Erlebnisse, in welchen die Beziehung schwierig war?
2. Sie haben gerade von einem Beispiel erzählt, bei dem die Beziehung positiv verlief. Haben Sie auch Erfahrungen mit negativen Beziehungen gemacht? Wenn ja, erzählen Sie gerne ausführlich von einem Patienten und Ihren Erfahrungen mit der Beziehung.

Mögliche Nachfragen:

- Beschreiben Sie Ihren Patienten gerne noch etwas genauer  
(wenn keine Antwort gegeben wird, Fragen zu: Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Störungsbild, Störungsschweregrad)
  - Was hat dieser Patient bei Ihnen ausgelöst?
  - Welche Gründe könnte der schwierige Verlauf dieser Beziehung haben? Haben Sie Ideen dazu?
  - Erzählen Sie gerne noch genauer, was Sie getan haben, um eine Verbesserung zu erzielen und wie ihr Patient reagiert hat.
    - Wenn Verbesserung: Können Sie sich vorstellen, weshalb genau...bei dem Patient geholfen hat?
    - Wenn keine Verbesserung: Können Sie sich vorstellen weshalb...bei dem Patient nicht hilfreich war?
      - Haben Sie daraufhin weitere Versuche vorgenommen, um eine Verbesserung der Beziehung zu erzielen? Wenn ja, welche und warum genau diese?
      - Haben sich die Schwierigkeiten im Laufe der Behandlung verändert? Wenn ja, in welcher Weise und woran haben Sie das gemerkt?
3. Nachdem Sie mir nun von zwei konkreten Fällen berichtet haben, möchte ich Sie gerne noch einmal übergreifend fragen: was kennzeichnet aus Ihrer Sicht eine positive Beziehung in der logopädischen Therapie mit erwachsenen mit Dysphagie.

Mögliche Nachfragen:

- Ab wann ist eine Beziehung „positiv“?
  - Woran merken Sie, dass eine Beziehung positiv ist?
4. Nachdem Sie gerade noch einmal Ihr Verständnis einer positiven Beziehung beschrieben haben. Was trägt zu einer positiven Beziehung mit Erwachsenen in der Dysphagie Therapie bei? Was ist aus Ihrer Sicht wichtig?

Mögliche Nachfragen:

- Welche Faktoren beeinflussen die Beziehungsgestaltung?

- In der Literatur wird der Persönlichkeit der Therapeuten bei der Beziehungsgestaltung eine wichtige Rolle zugeschrieben. Schätzen Sie das auch so ein?
    - Wenn ja: Was glauben Sie welche Eigenschaften des Therapeuten wichtig sind?
    - Wenn nein: Was ist aus Ihrer Sicht ein wichtiger Einfluss?
  - Bereiten Sie sich auf die Beziehung mit Ihren Patienten vor? Wenn ja, schildern Sie mir gerne ausführlich wie Sie sich vorbereiten.
  
  - Auch der Patient wird in der Literatur als ein Einflussfaktor beschrieben: Was glauben Sie welche Eigenschaften oder Verhaltensweisen eines Patienten positiv auf die Beziehungsgestaltung wirken?
  
  - In der Literatur werden neben dem Einfluss des Therapeuten und des Patienten auch externe Wirkfaktoren beschrieben.
    - Was könnte Ihrer Meinung nach von außen auf die Beziehungsgestaltung einwirken?
    - Welche Rolle spielen nach Ihren Erfahrungen die Angehörigen in Bezug auf die Beziehung?
    - Können bestimmte Rahmenbedingungen oder Settings einen Einfluss auf die Beziehung haben? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?
    - Welchen Einfluss haben die Ärzte, die die Verordnung ausstellen?
  
  - Welche der von Ihnen genannten Faktoren oder Strategien sind aus Ihrer Sicht besonders wichtig und welche sind eher weniger relevant?
5. Wir haben nun schon über einige Beispiele und Einflussfaktoren gesprochen. Wenn Sie noch einmal für sich zusammenfassen: Was fördert aus Ihrer Sicht eine positive Beziehung und was hemmt sie?

6. In ihren Beispielen haben Sie bereits von der Wirkung der jeweiligen Beziehung auf die logopädische Therapie berichtet. Wie glauben Sie wirkt die Qualität der Beziehung auf den Therapieprozess und das Ergebnis in der Dysphagietherapie?

Mögliche Nachfragen:

- Für welche Aspekte der Therapie ist die Beziehung besonders wichtig?  
(wenn keine Antwort gegeben wird, Fragen zu: häusliche Übungen, Aufklärung/ Beratung etc.)
- Nun haben Sie erzählt, welche Effekte die positive Beziehung für Ihre Patienten haben. Wie verhält sich das bei Ihnen? Was löst eine positive Beziehung bei Ihnen aus und welche Auswirkungen resultieren daraus?

7. Sie arbeiten ja auch mit erwachsenen Patienten mit anderen Erkrankungen zusammen. Gibt es aus Ihrer Sicht Ähnlichkeiten/ Besonderheiten in der Beziehungsgestaltung in der Dysphagietherapie?

Mögliche Nachfragen:

- Welche besondere Problematik oder Chance sehen Sie?
- Wenn Sie jetzt nochmal genauer über die Beziehung mit diesem Patientenklientel nachdenken, welche Anforderungen waren und sind Sie persönlich ausgesetzt? Erzählen Sie gerne ausführlich.
  - Sie haben erzählt, dass ... beschreiben Sie gerne genauer wie Sie damit umgegangen sind.

8. Wir sind nun am Ende des Interviews angekommen. Möchten Sie noch weitere Aspekte bzw. Erfahrungen mitteilen? Gibt es noch etwas, was Ihnen abschließend besonders wichtig ist?

- Gibt es ein Thema, das Ihnen wichtig ist, das noch gar nicht zur Sprache gekommen ist?

**Abschluss:**

- Dank für die Teilnahme
- Terminabsprache für die Struktur-Lege-Sitzung
- Verabschiedung

**Anhang 5: Exemplarischer Interviewausschnitt P1**

1 I: Okay. Sonst kannst du auch gerne zwischendurch Fragen stellen. Ansonsten starte ich  
2 mit der ersten Frage: Da du schon lange in der Logopädie arbeitest, hast du auch schon  
3 viele Erfahrungen bezüglich der Beziehung zu deinen Patienten gemacht. Erinnerst du dich  
4 an eine Beziehung, die nach deinem Empfinden sehr positiv verlief? Erzähl gerne ausführ-  
5 lich davon.

6

7 B: Mh oke. Das war eine Patientin, sie kam auf unsere geriatrische Station direkt nach der  
8 Intensivstation. Hatte einen Schlaganfall im Bereich Medulla oblongata und somit eine  
9 schwerste Schluckstörung. Sie sprach schon ganz gut Deutsch, aber auch Deutsch als  
10 zweit Sprache und wurde mir übergeben mit Schluckendoskopie ehm konnten wir sehen  
11 das ausschließlich post-deglutitive Residuen bleiben im Bereich postcricoid Region. Sie  
12 kann also nicht effizient schlucken und kommt mit Nahrungskarenz mit nasogastraler Sonde  
13 und mit der Aussicht, dass das etwas ist was sehr lange bleiben wird und der Aussicht auch  
14 noch bei uns im Klinikum PEG-Sonde bekommen zu müssen, aufgrund der Schwere der  
15 Schluckstörung. Das war ein Fall in dem die Beziehungsgestaltung glaube ich einen sehr  
16 hohen entscheidenden Faktor darstellte im Bereich Ziel erreichen, denn unsere Bezie-  
17 hungsgestaltung war, auch wie eigentlich immer in meiner Arbeit, erstmal der ganze Start  
18 von allem. Das bedeutet, dass ich die Beziehung zu dieser Frau aufgebaut habe, dass ich  
19 ihr erklärt habe, in einfachen ganz verständlichen Wörtern, was eigentlich die Störung am  
20 Schlucken ist. Denn gerade bei den Schluckstörungen ist es ja so, das ist ja etwas, was im  
21 Unsichtbaren stattfindet. Das heißt ja im Verborgenen. Und es ist ja auch, noch viel mehr  
22 als eine Sprach- und Sprechstörung, womit sich höchstwahrscheinlich niemand vorher aus-  
23 einandergesetzt hat, wenn er oder sie diese Schluckstörung bekommt. Und deswegen war  
24 mein Fokus zunächst im Bereich Beziehungsgestaltung Vertrauen zu gewinnen, Transpa-  
25 renz zu schaffen und sehr gut verständliche Informationen zu bieten, sodass diese Frau  
26 genau wusste am Ende, warum kann ich zurzeit nicht schlucken, was ist eigentlich unser  
27 konkretes Ziel was wir erreichen wollen, nämlich wir wollen nicht die Magensonde, wir wol-  
28 len die Magensonde umgehen und schaffen, dass sie wieder selber essen kann, zumindest  
29 breiige Kost. Und wie können wir das erreichen, welche Übungen wir dafür machen und  
30 warum. Und das war der Kern der Beziehungsgestaltung und nachdem ich das anhand von  
31 Abbildungen und wirklich viel Zeit investiert habe, das gut zu erklären, dass meine Patientin,  
32 wenn ich rausgehe aus dem Zimmer noch immer wird sagen können, was ich da gerade  
33 eigentlich gemacht habe und von ihr wollte. Und sie hat es tatsächlich geschafft über tägli-  
34 ches Training, klar täglich einmal mit mir im akuten stationären Bereich kommen wir natür-  
35 lich täglich hin, aber auch wenn ich weg war, habe ich sie gehört, wie sie mit einem Ausa-  
36 temtrainer sich mal geübt hat. Immer wenn ich an diesem Zimmer vorbeigegangen bin,

37 hörte ich es pfeifen und pusten und diese Frau war wieder am Üben. Und dann hat sie es  
38 geschafft, tatsächlich, obwohl die Vorausschau ja eher war es läuft auf eine PEG hin auf-  
39 grund einer schwersten pharyngealen Dysphagie, ehm hat sie es geschafft auf pürierte  
40 Kost oralisiert zu werden und die PEG konnten wir stornieren und das war für mich ganz  
41 klar ein großer Teil von Beziehungserfolg. Das meldete die Patienten auch rück, sie nannte  
42 mich immer Ärztin und sagte „Ärztin Sie sind die Beste, danke dass sie mir so helfen“. Sie  
43 zeigte sich da super dankbar, aber ja klar auch zielgenaues üben war wichtig, aber hätte  
44 diese Person so oft und so zielgenau geübt, wenn diese Beziehungsgestaltung nicht der  
45 Kernfaktor gewesen wäre, das ist eben die Frage dahinter. Und ich sehe es ganz klar als  
46 positive Auswirkung der Beziehung für dieses Beispiel.

47

48 I: Okay. Du hast ja jetzt gerade schon ein bisschen beschrieben, am Anfang sehr transpa-  
49 rent zu sein, dass die Patienten ein Verständnis entwickeln können, und benutzt Abbildun-  
50 gen. Wie genau kann ich mir so eine Situation denn vorstellen?

51

52 B: Einfach verständliche Sprache. Ich habe immer eine Abbildung von den Schluckphasen,  
53 präoral, oral und so weiter dabei und das zeige ich tatsächlich erstmal. Also wie das normal  
54 läuft und dann zeige ich, was haben wir in der Bildgebung gesehen, erkläre das in einfacher  
55 Sprache, markiere das dann im Bild, in der jeweiligen Schlucksequenz, wo das Problem  
56 liegt. Und dann sagen wir gut, zum Beispiel war ja bei Medulla oblongata, eingeschränkte  
57 Hyolaryngeale Exkursion, infolgedessen verringerte Öffnungszeitdauer des oberen öso-  
58ophagealen Segmentes. Das war der Patomechanismus, deswegen konnte sie nicht schluck-  
59cken, weil es schlicht nicht wegging. Dann wird das in verständlich gesagt: Der Kehlkopf  
60 zieht sich nicht kräftig genug nach hoch und vorne, deswegen geht die Speiseröhre nicht  
61 gut genug auf und es bleibt alles liegen. Das ist das Problem gerade bei ihrem Schlucken.  
62 Ich versuche eben, konkret gesagt, durch ganz verständlich und bildhaftes zu erklären. Da-  
63 für nehme ich mir erstmal viel Zeit. Dann überlegen wir als nächstes, das Problem ist schwä-  
64che, also dass es nicht gut genug hoch geht, was müssen wir dann üben (macht die Augen  
65 groß, kurze Redepause), ja dann kommt schon oft „Ja dann müssen wir üben, dass das  
66 wieder hoch geht, die Speiseröhre sich wieder öffnet“. Genau und dann sage ich, hier habe  
67 ich zwei Übungen, die Sie machen dafür. Dann zeichne ich die Übung für die Patientin auf,  
68 hänge das in Sichtweite in ihrem Patientenzimmer, sodass sie es immer im Blick hat, weil  
69 aus den Augen aus dem Sinn und bei mir kriegen die Patienten das gezeichnet, sodass sie  
70 drauf gucken können und wissen „ah ja genau, da war ja was, das muss ich nochmal üben“.  
71 Ja, also es geht auch um Sichtbarkeit noch zusätzlich zur Transparenz, um Informationen.  
72 Es geht auch um den Tatsch Individualität, denn die Patienten zeichne ich dann auch im-  
73 mer, so als kleines Kurzportrait wie Sie die Übung oder die Schlucktechnik machen. Und

- 74 das hat diesen individuellen Tatsch. Oh, das ist was Besonderes, das ist nur für mich. Dann  
75 arbeiten Sie, aus meiner Erfahrung nach, damit sehr gut.

**Anhang 6: Exemplarischer Interviewausschnitt P2**

1 I: Da Sie ja schon lange in der Logopädie tätig sind, haben Sie auch viele Erfahrungen im  
2 Hinblick auf die Beziehung mit Patienten gesammelt. Erinnern Sie sich da eine Beziehung,  
3 die nach Ihrem Empfinden nach sehr positiv verlief, da können Sie mir gerne ausführlich  
4 von berichten.

5

6 B: Mhm. Ähm. Bezogen ja auf Dysphagietherapie? Das ist immer die Basis dessen?

7

8 I: Genau.

9

10 B: Ähm. (am Überlegen) Ja ich überleg gerade nochmal (Denkpause). Ein Patient der an  
11 Parkinson erkrankt ist. Ich glaube, der ist jetzt so Mitte 60 mittlerweile. Ich glaube vor zwei  
12 Jahren kam er zur Therapie mit sowohl Schluckproblemen als auch Sprach- und Sprech-  
13 problemen durch den Parkinson bedingt und der Patient ist Jurist. Er ist Rechtsanwalt und  
14 hat eine eigene Kanzlei, die auch sehr namhaft ist. Er war, ja vielleicht weiß nicht, ob das  
15 bei Juristen häufiger der Fall ist, ich glaube schon, so ein konservativer Typ und er war ja  
16 schon sehr mit seinem, ich hatte den Eindruck, dass es ein großes Thema während der  
17 Therapie auch, dass sich wandelnde Selbstbild von ihm ist oder die Veränderung und die  
18 in Einklang mit seinem Selbstbild zu bekommen bzw. sich von seinem alten Selbstbild zu  
19 verabschieden. Das schien mir ein großes Thema bei ihm so zu sein. Ja und er hat es auch  
20 so beschrieben, also natürlich auch was die Kommunikation angeht, dass es so im Ge-  
21 richtsverfahren im Gerichtssaal während einer Verhandlung es auch sehr darauf ankommt,  
22 wie präsent er ist und welche Wortwahl er hat, dass er auf Körperhaltung zum Beispiel  
23 aufgerichtet steht und auch bei Essen mit Mandaten etc. das er da ja eigentlich ein souve-  
24 ränes Bild abgeben möchte und muss auch und wo er dann gemerkt hat, dass ihm das  
25 zunehmend schwergefallen ist. So dieses, perfekt will ich es jetzt nicht nennen, aber ja so  
26 dieses souveräne Bild weiter zu verkörpern, sodass ich so den Eindruck hatte. Also die, ich  
27 bin ja in personenzentrierte Gesprächsführung weitergebildet und da ist ja der Ansatz, dass  
28 auch jeder Mensch nach ja Vervollkommnung seines Selbstbildes auch strebt und auch  
29 immer wieder sich aktualisieren kann, dass er nach dem Erhalt des Lebens und der Entfal-  
30 tung des Lebens strebt und da hatte ich den Eindruck das einerseits, da die Dysphagie und  
31 die Dysarthrie eine große Rolle spielt und da war es mir sehr wichtig, was ja auch dieser  
32 Ansatz der personenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers ist, den Menschen als  
33 Ganzes zu sehen und nicht nur isoliert seine Probleme mir anzugucken. Ja das führte zum  
34 einen, dazu das ich natürlich ganz konkret mit ihm auch, ich nenne es jetzt auch mal so im  
35 engen Sinne logopädische Schluckübungen gemacht habe und der Bereich, der ihm dann  
36 recht schwerfiel und auch noch fällt ist sein Verhalten entsprechend auch zu verändern und

37 anzupassen. Das heißt, das stelle ich ja auch generell bei immer mehr Patienten fest oder  
38 Menschen, die hier hierhinkommen, die Schwierigkeiten haben, dass was wir hier so als  
39 Übungen z.B. erarbeiten, was Ihnen selber, wo sie selber z.B. auch merken, dass Ihnen  
40 das hilft, meinetwegen sich weniger zu verschlucken, aber diese Übungen auch selber re-  
41 gelmäßig anzuwenden also den Transfer in den Alltag zu nehmen, dass das ein großes  
42 Thema auch ist. Und ich denke so im Vergleich zu früher ohne meine personenzentrierte  
43 Weiterbildung, werde ich da glaube ich, also das finde ich auch einen spannenden Punkt  
44 einerseits so direktiv aufzutreten und klar über den Verstand zu gehen und nochmal klar-  
45 zumachen, wenn Sie das jetzt regelmäßiger üben, dann ist der Effekt einfach viel höher  
46 und was weiß ich denken Sie an das Fitnessstudio einmal die Woche oder alle zwei Wo-  
47 chen hingehen, bringt nichts, das muss schon regelmäßig sein. Das ist so die eine Schiene,  
48 die ich früher glaube ich viel mehr gefahren bin und jetzt (überlegt) ja im Grunde versuch  
49 ich jetzt mit den Patienten die inneren Widerstände zu ergründen. Woran es liegt, dass sie  
50 nicht regelmäßig üben und wenn man das so ein Stück weit herausgearbeitet haben, auch  
51 so ein Stück weit zu gucken wie können sie diese Widerstände vielleicht abmildern oder  
52 auflösen oder sie umgehen in dem manche Übungen verbunden wird mit anderen Tätigkei-  
53 ten. Mein Standardsatz ist da häufig irgendwie Sie vergessen ja auch wahrscheinlich Zähne  
54 putzen nicht und irgendwie können Sie direkt dann Zähne putzen anknüpfen und die und  
55 die Übung machen, also so zu gucken wo man, wo wir gemeinsam einen Fuß in die Tür  
56 bekommen.

57

58 I: Mhm.

59

60 U: Ja und da hat Beratung finde ich und den Menschen als Ganzes sehen und nicht nur  
61 isoliert seine in diesem Fall seine dysphagischen Probleme, habe ich sehr den Eindruck,  
62 dass das hilft die Person auch damit tatsächlich abzuholen, wo sie ist und ja ihre Wider-  
63 stände vielleicht auch erstmals bewusst zu machen. Im personenzentrierten Ansatz gibt es  
64 ja das Modell des inneren Teams, wo ich auch durchaus mich mit den Patienten hinsetze  
65 und auf einem großen Blatt mir mal eine Stunde Zeit nehme. Ich frag immer, ob die Lust  
66 haben das mal zu ergründen und dann zu gucken, was gibt es denn dann für Stimmen. Die  
67 vernünftige Stimme, die sagt „Oh du musst regelmäßig üben, sonst bringt es nichts“, aber  
68 ähm z.B. ist mir bei diesem Patienten sehr klar geworden, dass auch wenn er sicherlich  
69 hochdotierter, hervorragender Jurist ist, dass er auch sehr im Hamsterrad drinsteckt, weil  
70 er ja auch andauernd Höchstleistung liefern muss. Zum Beispiel bis nachts auch an Ausar-  
71 beitungen sitzt und ja auch nicht immer steuern kann bei mehreren Mandanten, das mei-  
72 netwegen das Gericht oder verschiedene Gerichte ziemlich zeitgleich Stellungnahme ver-  
73 langen und dann sitzt er teilweise auch bis nachts drei, vier Uhr am Schreibtisch, um das

74 hinzubekommen. Ja und auch eine solche Information ist ja für mich auch ganz wichtig, um  
75 einschätzen zu können, wo sind da auch Probleme das könnte ja z.B. auch ein inneres  
76 Team Mitglied sein, die sagt ich muss meine Arbeit erfüllen und ein anderes Teammitglied  
77 sagt „Ich bin total müde, vergesse und schaffe es auch nicht und komme dabei aus dem  
78 Rhythmus raus.“. Ja, sodass da dann tatsächlich auch, sehr spannende Entwicklungen  
79 durchaus stattfinden. Bei diesem Patienten, war es dann so das er dann nach und nach,  
80 dass das Vertrauen einfach so gewachsen war, dass er sich doch auch schon mehr geöff-  
81 net hat und er zum Beispiel auch berichtet hat, dass er durch die Parkinson Erkrankung  
82 und die Medikation gegebenenfalls doch auch vermehrt unter Schlafstörungen leidet und  
83 dass auch die Beziehungsebene zuhause, also er ist verheiratet hat ein Kind, also das die  
84 Ehefrau ihm häufiger vorgeworfen hat, was weiß ich, dass er sich nicht genügend anstrenge  
85 ordentlich zu kauen und zu essen und sich deswegen verschlucken würde. Er hat die The-  
86 men dann immer mehr und mehr in den Therapieprozess miteingebracht, was ja einmal  
87 auch schon so ein Zeichen ist, das er die nicht tabuisiert, sondern durchaus auch in Bezie-  
88 hung zu sich setzt und ja das wir dann geguckt haben was können wir da auch im Kleinen  
89 verändern und auch die emotionale Ebene anzusprechen, das ist ja auch ein wichtiger  
90 Punkt in der personenzentrierten Beratung. Da haben sich meinerwegen in irgendeiner Si-  
91 tuation im Geschäftsessen, wo er auch unsicher war, dann auch so zu spiegeln „Da haben  
92 Sie sich ganz unwohl gefühlt, da ging es ihm gar nicht gut und da haben Sie sich geschämt“,  
93 um letztlich über die Emotionalität auch weiterer Entwicklung schämen zu lassen. Ich bin  
94 fast geneigt zu sagen abseits von den logopädischen Übungen (überlegt), wobei ich glaube,  
95 letztlich stimmt es gar nicht, das ist so eine künstliche Trennung, aber irgendwie muss ich  
96 es ja auch formulieren können.

## Anhang 7: Postscript P1

### Interview P1:

Ort: online (Zoom)

Datum: 09.11.2023

Zeit: 17:00-18:00 Uhr

- P1 äußert zu Beginn, dass Sie sich sehr freut, Teil dieses Forschungsprojektes zu sein
- es machte den Eindruck, dass P1 viel Freude daran hatte von ihren Erfahrungen zu berichten,
  - nutzte viel Mimik und Gestik (viel am Lächeln)
  - nutzte in ihren Erzählungen viel wörtliche Rede
- P1 bedankt sich am Ende nochmal für die Zusammenarbeit und erkundigt sich, ob ihr die Ergebnisse auch zur Verfügung gestellt werden können
- P1 lädt die Forscherin zudem ein, die Ergebnisse ihrer BA in einem online Seminar vorzustellen

### Struktur-lege Sitzung P1:

Ort: Hameln

Datum: 14.12.2023

Zeit: 09:30-10:30 Uhr

- P1 ließ sich alle Inhaltskarten durch und ordnete sie thematisch zusammen
- P1 sagt immer wieder, dass sie sich beim Durchlesen der Karten gut an das erinnern könne, was sie erzählt habe, und freut sich darüber
- P1 legt zunächst nur die Inhaltskarten zusammen und benötigt ca. 20 min.
- P1 formuliert folgende Inhaltskarte um: "hohes Bildungsniveau" zu "angepasste Sprache"; "Therapie nicht benötigen" zu "Akzeptanz & Annahme bei Ablehnen der Therapie"; "Bescheidenheit" zu "Gleichwürdigkeit": die Stichpunkte seien zu allgemein gefasst und sie formulierte sie präziser
- gemeinsam wird sich das Strukturbild angeschaut und die Verfasserin fordert P1 dazu auf, zu beschreiben was sie gemacht hat
- P1 ergänzt beim Beschreiben des Strukturbildes Inhaltskarten, ergänzt nach und nach bunte Karten mit Überschriften und am Ende nutzt P1 Verbindungskarten und Bänder

- 
- P1 begleitet ihr Legen der Karten stets verbal und integriert die Verfasserin durch gemeinsame Überlegungen wie “Wollen wir das mit dem Band darstellen?”
  - P1 wirkt seit Anfang an, als habe sie ein genaues Bild im Kopf, da sie sehr gezielt die Inhaltskarten zuordnen kann. Auf Nachfrage sei dies nicht der Fall. Die Probandin sei selber überrascht, dass Sie ihre Gedanken so gut sortieren könne

## Anhang 8: Postscript P2

### Interview P2:

Ort: online (Zoom)

Datum: 14.12.2023

Zeit: 13:30-14:45

- P2 hat sein persönliches Interesse an dem Thema vor und nach dem Interview angesprochen
- P2 berichtet während des Interviews, wie spannend es sei, was für Gedanken zusammenkommen
- P2 berichtete oft so ausführlich, dass er mögliche Nachfragen der Interviewerin bereits in seinem Gesprächsfluss beantwortete
- P2 berichtete sehr ruhig und bedacht, überlegte oft lange bevor er weitersprach
- P2 hielt im Erzählprozess wenig Blickkontakt, er war viel mit seinen Überlegungen "beschäftigt"

### Struktur-lege-Sitzung P2:

Ort: Köln

Datum: 20.12.2023

Zeit: 12:30- 14:30

- P2 wirkt während der gesamten Sitzung sehr ruhig, er überlegt viel & scheint mit seinen Gedanken ganz bei sich zu sein
- P2 spricht ca. während der Hälfte der Sitzung an, dass er vergessen habe, es sprachlich zu begleiten, er sei sehr mit seinen Gedanken beschäftigt
- P2 benötigt teilweise Textstellen aus dem Interview, da er sich nicht mehr genau erinnern kann, was er gesagt hat
- Als P2 die Verbindungskarten zum Ende hin nutzt betont er, dass es manchmal schwer zu sagen ist, ob es eine Voraussetzung oder eine Folge ist/ es umgekehrt ist oder sogar beides
- P2 berichtet, dass er zunächst dachte, dass er die Inhaltskarten nicht alle unterbekommen könne & etwas erschlagen wirkte, dass sich dieses Gefühl aber schnell behoben habe
- P2 sortiert keine der Inhaltskarten aus

## Anhang 9: Exemplarischer Ausschnitt der deduktiv-induktiven Kategorienbildung P1

### Hauptkategorie: Verständnis einer positiven Patient-Therapeut Beziehung

Definition: Diese Hauptkategorie umfasst die subjektiven Aussagen darüber, was die Probanden unter einer positiven Beziehung in der Logopädie versteht und welche Aspekte und Merkmale sich in einer positiven Beziehung wiederfinden.

#### Subkategorie mit Ankerbeispiel:

##### Beziehungsgestaltung als Start/ Ausgangspunkt/ Kernfaktor/ Fokus

- „Ja, also es zieht sich bei mir eigentlich genauso durch. Im Grunde genommen, egal was ich behandle, ist das immer der Start Punkt, Beziehungen aufzubauen. Immer.“ (Z. 545f.)
- Vgl. auch: (Z. 41f.; 43f.; 56; 70; 344)

### Hauptkategorie: Therapeutische Gestaltung positiver Beziehung

Definition: Umfasst Aussagen, wie der Therapeut die Beziehung gestaltet, um einen positiven Verlauf der Beziehung zu erreichen. Dazu können Strategien und Vorgehensweisen zählen.

#### Subkategorie mit Ankerbeispiel:

##### Verständliche Erklärungen/ Sprache

- „Das bedeutet, dass ich die Beziehung zu dieser Frau aufgebaut habe, dass ich ihr erklärt habe, in einfachen ganz verständlichen Wörtern, was eigentlich die Störung am Schlucken ist. Denn gerade bei den Schluckstörungen ist es ja so, das ist ja etwas, was im unsichtbaren stattfindet. Das heißt ja im Verborgenen.“ (Z. 44-47)
- Vgl. auch: (Z. 51; 57; 77; 79f.; 84; 87; 110; 115; 149; 233; 344)

**Hauptkategorie: Fördernde Faktoren einer positiven Patient-Therapeut Beziehung in der Logopädie**

Definition: Diese Hauptkategorie beinhaltet alle von den Probanden genannten Faktoren, welche fördernd auf eine positive Beziehungsgestaltung wirken. Unter anderem umfasst dies subjektive wahrgenommene, begünstigende Rahmenbedingungen, Verhaltensweisen oder persönliche Einflussfaktoren.

**Subkategorie mit Ankerbeispiel:**Neugierde auf den Patienten

- “Neugierde. Neugierde auf den Menschen den man da vor sich hat. Nicht berufsbblind zu werden und weiter weiter weiter. Neugierig sein auf den, den ich da vor mir habe. Jeder ist anders.” (Z. 387ff.)

**Hauptkategorie: Hemmende Faktoren einer positiven Patient-Therapeut Beziehung in der Logopädie**

Definition: Diese Hauptkategorie beinhaltet alle von den Probanden genannten Faktoren, welche hemmend auf eine positive Beziehungsgestaltung wirken. Unter anderem umfasst dies subjektive wahrgenommene, behindernde Rahmenbedingungen, Verhaltensweisen oder persönliche Einflussfaktoren.

**Subkategorie mit Ankerbeispiel:**Vorannahmen des Therapeuten:

- “Und was sie hemmt so gewisse Vorannahmen, die man vielleicht bei diesem Patienten hat. „Ach der ist ja dement, der macht eh nicht richtig mit. Ach Mensch der hat ja eine Aversion, bei dem was ich dem da zeigen will, der will sowieso bald sterben wegen seiner ALS.“ Solche Sachen, also Vorannahmen.” (Z. 485ff.)

**Hauptkategorie: Wirkung einer positiven Patient-Therapeut Beziehung**

Definition: Diese Hauptkategorie beinhaltet alle subjektiven Aussagen der Probanden über die Effekte einer positiven Patient-Therapeut-Beziehung auf unter anderem die Patienten, Therapeuten und den Therapieverlauf.

**Subkategorie mit Ankerbeispiel:***Schnelleres & nachhaltigeres Erreichen der Ziele*

- „Weil Dinge besser verstanden werden, aufgrund einer stabilen Beziehung. Weil sie besser umgesetzt werden und letztlich ist es ja entscheidend für den Erfolg jeder Therapie.“ (Z. 520-522).
- Vgl. auch: (Z. 41f.; 65f.; 167)

## Anhang 10: Exemplarischer Ausschnitt der deduktiv-induktiven Kategorienbildung P2

### Hauptkategorie: Verständnis einer positiven Patient-Therapeut Beziehung

Definition: Diese Hauptkategorie beinhaltet die subjektiven Aussagen der Probanden, welche Merkmale und Aspekte eine positive Patient-Therapeut Beziehung in der Logopädie umfassen.

#### Subkategorie mit Ankerbeispiel:

##### Vertrauen gewinnen

- „Wenn Patienten tatsächlich im Verlauf, das geschieht ja meist nicht von Anfang an, ja wenn sie wirklich auch freier über ihre Probleme sprechen können und auch nochmal Facetten von ihrer Thematik/ Problematik rauskommen, die ich so erstmal gar nicht geahnt hätte zum Beispiel.“ (Z. 449ff.)
- Vgl. auch: (Z. 78; 167)

### Hauptkategorie: Therapeutische Gestaltung positiver Beziehung

Definition: Umfasst Aussagen, wie der Therapeut die Beziehung gestaltet, um einen positiven Verlauf der Beziehung zu erreichen. Dazu können Strategien und Vorgehensweisen zählen.

#### Subkategorie mit Ankerbeispiel:

##### Innere Widerstände ergründen/ inneres Team:

- „Im personenzentrierten Ansatz gibt es ja das Modell des inneren Teams, wo ich auch durchaus mich mit den Patienten hinsetzte und auf einem großen Blatt mir mal eine Stunde Zeit nehme. Ich frage immer, ob die Lust haben das mal zu ergründen und dann zu gucken, was gibt es denn dann für Stimmen...“ (Z. 62ff.)
- Vgl. auch: (Z. 48ff; 73f.; 87; 114)

**Hauptkategorie: Fördernde Faktoren einer positiven Patient-Therapeut Beziehung in der Logopädie**

Definition: Diese Hauptkategorie beinhaltet alle von den Probanden genannten Faktoren, welche fördernd auf eine positive Beziehungsgestaltung wirken. Unter anderem umfasst dies subjektive wahrgenommene, begünstigende Rahmenbedingungen, Verhaltensweisen oder persönliche Einflussfaktoren.

**Subkategorie mit Ankerbeispiel:**

Klarheit, dass Veränderung notwendig ist:

- „Zum Beispiel als dieser Patient so große Schwierigkeiten hatte, die Übungen in den Alltag zu integrieren, ihm aber andererseits klar war, dass das schon eine Notwendigkeit ist, um Verbesserungen zu erzielen und auch zu erhalten.“ (Z. 110f.)

**Hauptkategorie: Hemmende Faktoren einer positiven Patient-Therapeut Beziehung in der Logopädie**

Definition: Diese Hauptkategorie beinhaltet alle von den Probanden genannten Faktoren, welche hemmend auf eine positive Beziehungsgestaltung wirken. Unter anderem umfasst dies subjektive wahrgenommene, behindernde Rahmenbedingungen, Verhaltensweisen oder persönliche Einflussfaktoren.

**Subkategorie mit Ankerbeispiel:**

bagatellisieren der Folgen:

- „Also ich fand, dass er auch diesen Schlaganfall schon ein Stück weit, so die Folgen bagatellisiert hat. Also, dass er da auch letztlich das Ausmaß der Erkrankung, diese Krankheitseinsicht, ein aktualisiertes Selbstbild „Ich kann nicht mehr so essen wie vor einer Woche oder so.“ Das ihm das total schwer fiel...“ (Z. 382ff.)

**Hauptkategorie: Wirkung einer positiven Patient-Therapeut Beziehung**

Definition: Diese Hauptkategorie beinhaltet alle subjektiven Aussagen der Probanden über die Effekte einer positiven Patient-Therapeut-Beziehung auf unter anderem die Patienten, Therapeuten und den Therapieverlauf.

**Subkategorie mit Ankerbeispiel:**Ergebnisse deutlich positiver erreichen:

- „Also wenn das eine tragfähige Beziehung ist, dann habe ich auf alle Fälle den Eindruck, dass das sowohl auch den Therapieprozess, also das es, ich würde fast sagen, so wie neue Räume nochmal eröffnet und auch auf die Ergebnisse sich nochmal deutlich positiv auswirken kann.“ (Z. 688ff.)

## Anhang 11: Tabellarische Bezugnahme zu den einzelnen Unterfragen

### Was kennzeichnet eine positive Beziehung in der logopädischen Therapie?

P1	P2
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Beziehungsgestaltung als Start/ Ausgangspunkt/ Kernfaktor/ Fokus (Z. 41f.;43f.; 56; 70, 344; 545f.)</li> <li>-Zusammenarbeit Therapeut, Patient, Angehörige (Z. 133; 135;145f.; 381)</li> <li>-Beziehungsgestaltung als Basis für methodisches Arbeiten (Z. 55)</li> <li>-einen Draht zum Patienten bekommen (Z. 187)</li> <li>-Vertrauen gewinnen (Z. 50)</li> <li>-Akzeptanz &amp; Annahme bei nicht „benötigen“ der Therapie (Z. 241; 265)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-den Menschen als Ganzes sehen (Z. 32; 59; 443)</li> <li>-Beziehungsgestaltung als Grundlage für methodisches Arbeiten (Z. 34)</li> <li>-Vertrauen gewinnen (Z. 78; 167; 449ff.)</li> <li>-ein Prozess von „Mach mich wieder heil“ zu „Der Selbstannahme“ (Z. 137ff.; 162; 197; 449)</li> <li>-Zusammenarbeit (Z. 367)</li> <li>-Wertschätzung (Z. 171; 178; 220; 442)</li> </ul>

### Wie kann eine positive Beziehung erfolgreich gestaltet werden?

P1	P2
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bescheidenheit (Z. 381)</li> <li>-Fürsorge (Z. 120)</li> <li>-Wertschätzung der Gefühle (Z. 122)</li> <li>-Bedürfnisse &amp; Sorgen erkennen (Z. 324; 329)</li> <li>-verständliche Erklärungen/ Sprache (Z. 45; 51; 57; 77; 79f.; 84; 87; 110; 115; 149; 233; 344)</li> <li>-Sicherheit geben (Z. 310)</li> <li>-positive Bestärkung/ Lob/ Ermutigung/ Bestärkung einzelner Erfolge des Patienten (Z. 107; 109 121f.; 154; 266; 344)</li> <li>-beraten /informieren von Patient &amp; Angehörigen (Z. 136; 223;344)</li> <li>-Abbildungen zur Erläuterung (Z. 56; 77ff.; 87; 92ff.)</li> <li>-gemeinsames Erarbeiten patientenorientierter Ziele (Z. 270; 344; 372f.)</li> <li>-Einbezug des Patienten (Z. 53f.; 89f.; 270; 380)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verhalten verändern/ anpassen (Z. 36)</li> <li>-Selbstreflexion (Z. 39; 423f.)</li> <li>-regelmäßiges üben (Z. 40; 209; 530)</li> <li>-Transfer in den Alltag (Z. 41)</li> <li>-innere Widerstände ergründen/ inneres Team (Z. 48; 62; 73; 87; 114)</li> <li>-Beratung (Z. 59)</li> <li>-Hoffnung (Z. 165)</li> <li>-Kongruenz (Z. 170; 219; 467; 658)</li> <li>-Authentizität (Z. 171)</li> <li>-(Selbst-) empathie (Z. 171; 208; 219; 256; 643)</li> <li>-Akzeptanz &amp; Annahme für die Therapie (Z. 181; 209; 316)</li> <li>-Grenzen erkennen &amp; setzten (Z. 186; 366)</li> <li>-Konfrontation im geschützten Rahmen (Z. 203)</li> <li>-Motivation zu üben (Z. 211)</li> <li>-Hartnäckigkeit (Z. 257)</li> <li>-mit Patient Lösungswege finden (Z. 258)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Transparenz über Störung/ methodische Vorgehen/ Ziele für Patienten &amp; Angehörige (Z. 45f.; 50f.; 55; 134ff; 151ff.; 380)</li> <li>-Aufgreifen der Interessen (Z. 301)</li> <li>-individuell ausgewählte Übungen (Z.91f.; 97f.)</li> <li>-Sichtbarkeit der Übungen (Z. 93ff.)</li> <li>-Reflexion der Übungsfrequenz/ Übungsdurchführung/ Übungserfolgs (Z. 106f.)</li> <li>-lösungsorientiertes Arbeiten (Z. 236)</li> <li>-Rückmeldungen geben (Z. 67; 109; 345; 414)</li> <li>-nicht bewerten der Person (Z. 262)</li> <li>-sich seiner Stärken bewusst sein (Z. 280; 331)</li> <li>-Verständnis für Störung/ methodisches Vorgehen/ Ziele (Z.51f.; 57f.; 349ff.)</li> <li>-zielgenaues und häufiges Üben (Z. 59; 61; 62f.; 69; 95)</li> <li>-Individualität (Z. 97)</li> <li>-Körperkontakt (Z. 121)</li> </ul> <p><i>Strukturqualitäten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Raum für Krankheitsverarbeitung (Z. 122ff.)</li> <li>-Musik (Z. 299)</li> <li>-realistisches Setting (Z. 315; 345)</li> <li>-Zeit investieren (Z. 57; 88; 568)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rückmeldungen geben/ bekommen (Z. 260)</li> <li>-Verständnis für Lebenssituation (Z. 319)</li> <li>-Anpassung des Verhaltens des Therapeuten/ Flexibilität (Z. 360)</li> <li>-Transparenz über Gefahren (Z. 363ff.)</li> <li>-Verantwortung für körperliches Wohl abgeben (Z. 368)</li> <li>-Dankbarkeit (Z. 403)</li> <li>-Ehrlichkeit (Z. 403; 482; 532)</li> <li>-eigene, klare, innere Haltung (Z. 469; 645)</li> <li>-fachlicher Begleiter (Z. 469; 475)</li> <li>-Patient Entscheidung über Weg überlassen/ Raum geben/ einbringen (Z. 476; 481; 531)</li> <li>-Bescheidenheit (Z. 484)</li> <li>-Entwicklung anstoßen/ gemeinsam an Zielen arbeiten (Z. 144; 493)</li> <li>-Verknüpfen mit logopädischen Übungen (Z. 505)</li> <li>-kleine Signale/ Eindrücke interpretieren, offen ansprechen, zurückspiegeln (Z. 89; 119; 502; 512)</li> <li>-Einlassen auf den Prozess (Z. 519)</li> <li>-offener Patient (Z. 79; 519)</li> <li>-Erfolge erkennen/ Erkennen, dass sie lernen (Z. 523)</li> <li>-Individualität (Z. 621)</li> </ul> <p><i>Strukturqualitäten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-gute Atmosphäre (Z. 244)</li> </ul>
--	--

Was unterstützt oder hemmt einen positiven Verlauf der Beziehungsgestaltung?

P1	P2
<p><i>Fördernde Faktoren:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vorinformationen zum Patienten einholen (Z. 397ff.)</li> <li>-Neugierde auf den Patienten (Z. 387ff.)</li> <li>-Authentizität (Z.392)</li> <li>-Selbstreflexion (Z. 389ff.)</li> <li>-Spiegelung (Z. 295)</li> <li>-Selbstfürsorge (Z. 462)</li> <li>-Grenzen setzten (Z. 509f.)</li> <li>-positive Erfahrungen &amp; Emotionen (Z. 175f.; 247)</li> <li>-motivierter Patient (Z. 69f.; 99; 157; 166; 413)</li> <li>-Kampfgeist/ guter Umgang mit Herausforderungen (Z. 38f.; 63f.; 260)</li> <li>-Dankbarkeit (Z. 68; 414)</li> <li>-hohes Bildungsniveau (Z. 112; 149)</li> <li>-Angehörige als Co-Therapeuten (Z. 138; 145; 440f.)</li> </ul> <p><i>Fördernde Faktoren Strukturqualitäten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-regelmäßige Therapieeinheiten (Z. 60; 108)</li> <li>-Material (Z. 61, 237)</li> <li>-Setting <ul style="list-style-type: none"> <li>o stationär: Sterilität (Z. 425)</li> <li>o ambulant: Transfer (Z. 433f.)</li> </ul> </li> </ul>	<p><i>Fördernde Faktoren:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vervollkommnung des Selbstbildes (Z. 28f.)</li> <li>-Klarheit, dass Veränderung notwendig ist (Z. 110f.)</li> <li>-sich selber stärken können (Z. 118)</li> <li>-manuelle Arbeit/ Körperkontakt (Z. 231; 235)</li> <li>-positive Emotionen; z.B. Freude (Z. 316; 717)</li> <li>-unterschiedliche Einschätzungen der Leistungen (Z. 544ff.)</li> <li>-Gepflegtheit/ äußeres Erscheinungsbild (Z. 561)</li> <li>-Verlässlichkeit (Z. 522; 604)</li> <li>-Angehörige unterstützen; Alltagsunterstützung (Z. 622ff.)</li> <li>-Raum für Krankheitsverarbeitung (Z. 628f.)</li> <li>-ehrliches, fachliches Interesse (Z. 641f.)</li> <li>-nicht verurteilen (Z. 643)</li> <li>-fachliche Kompetenz (Z. 650)</li> </ul> <p><i>Fördernde Faktoren Strukturqualität:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pünktlichkeit (Z. 560)</li> <li>-Therapieraum: schlicht, ordentlich, Ordnung/ Struktur, vorbereitet, Hygiene, ruhig, soll Patient entgegenkommen/ gerecht werden; Kunst als Dekoration (Z. 223f.; 491; 544ff.; 569ff.; 594; 604f.)</li> </ul>
<p><i>Hemmende Faktoren:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vorannahmen des Therapeuten (Z. 486)</li> <li>-Therapie „aufgeben“ (Z. 494)</li> <li>-negative Emotionen von Patient &amp; oder Therapeut (Z. 192; 220)</li> <li>-eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit (Z. 294)</li> <li>-Übergriffigkeit/ verbale Beschimpfungen (Z. 505ff.)</li> </ul>	<p><i>Hemmende Faktoren:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Existenzängste (Z. 69; 152)</li> <li>-souveränes Bild weiter verkörpern müssen (Z. 23f.)</li> <li>-isoliert Probleme betrachten (Z. 33)</li> <li>-Voreingenommenheit, Vorbedingungen und Kritik (Z. 171f.)</li> <li>-weitere Erkrankungen/ emotionale Instabilität (Z. 192; 318)</li> </ul>

<p>-keine Einsicht zur Veränderung/ Passivität (Z. 221ff.; 505)</p> <p>-weitere Erkrankungen/ kognitive Fähigkeit (Z. 125; 190ff.; 305ff.; 316ff.)</p> <p>-geringe Informationen &amp; fehlerhafte Vorstellungen (Z. 325)</p> <p>-Forderungen (Z. 328; 190ff.)</p> <p>-Unsicherheit (Z. 328)</p> <p>-Missachten von Anweisungen des Therapeuten (Z. 136f.)</p> <p><i>Hemmende Faktoren Strukturqualitäten</i></p> <p>-Zeitdruck/ Stress (Z. 449)</p> <p>-Umgebungslärm/ Ablenkungen (Z. 455)</p> <p>-Beziehungsgestaltung kein Inhalt in der Ausbildung (Z. 330)</p> <p>-Setting</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o stationär: beängstigend (Z. 424)</li> <li>o ambulant: fehlende Ernsthaftigkeit (Z. 431f.)</li> </ul>	<p>-negative Emotionen, z.B. Irritation/ Wut (Z. 293ff.; 414ff.)</p> <p>-fachlich wenig erreichbar/ nicht einlassen auf die Therapie (Z. 338; 677)</p> <p>-Missachten von Anweisungen des Therapeuten (Z. 341f.)</p> <p>-bagatellisieren der Folgen (Z. 382)</p> <p>-sich selber belügen (Z. 543; 680)</p> <p>-Unzuverlässigkeit (Z. 674)</p> <p><i>Hemmende Faktoren Strukturqualitäten:</i></p> <p>-soziales Umfeld (Z. 271ff.; 541f.)</p> <p>-Kollegen/ Fachärzte reden dem Patienten „nach dem Mund“ (Z. 393)</p>
--	---

Welche Konsequenzen und Auswirkungen hat eine positive Beziehungsgestaltung?

P1	P2
<p>-Freude über Erfolg (Z. 171)</p> <p>-mehr Energie für die Arbeit (Z. 530)</p> <p>-schnelleres &amp; nachhaltigeres Erreichen der Ziele (Z. 41f.; 65f.; 167; 520f.)</p>	<p>-gewandeltes Selbstbild (Z. 17)</p> <p>-Ergebnisse deutlich positiver erreichen (Z. 690)</p> <p>-besserer Umgang mit Erkrankung &amp; Motivation wird geschaffen (Z. 693)</p> <p>-Bestärkung der eigenen Person (Z. 717; 728)</p> <p>-näher am Patienten sein/ besseres Verständnis (Z. 775)</p> <p>-gezielt therapieren können (Z. 777)</p> <p>-Einbezug des Umfeldes (Z. 778)</p> <p>-Selbstwirksamkeit fördern (Z. 781)</p>

Sonstiges/ Herausforderungen

P1	P2
<ul style="list-style-type: none"><li>-Störung im Verborgenen (Z.48)</li><li>-unbekanntes Themengebiet für Patient &amp; Angehörige (Z. 48)</li><li>-Überleben sichern (Z. 523)</li><li>-intime Arbeitszone: nah am Mund; Eingriff in Biografie &amp; Lebensqualität (Z. 554)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Einbruch des Selbstwertgefühls (Z. 445)</li><li>-Lebenserhaltend (Z. 736)</li><li>-unbekanntes Themengebiet (Z. 740)</li><li>-Einschränkung der Lebensqualität (Z. 741ff.)</li></ul>

## Eidesstaatliche Erklärung

„Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.“

Osnabrück, 22.02.2024

Ort, Datum



Unterschrift