

Katholische Hochschule Mainz
Fachbereich Gesundheit und Pflege

Masterthesis

Prof. Dr. Philipp Struck

Annika Hecht (M. Sc.)

Einstellung von Logopäd*innen gegenüber den Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen

Eine quantitative Bedarfsanalyse zu neuen Versorgungsstrukturen
in der Logopädie

Vanessa Rehfisch

Masterstudiengang Gesundheit und Pflege – Pädagogik

5. Semester

10027233

10027233@students.kh-mz.de

Abgabedatum: 06.07.2023

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	iv
Abstract	v
Tabellenverzeichnis	vi
Abbildungsverzeichnis	vii
Abkürzungsverzeichnis	viii
Einleitung.....	1
Hauptteil	3
1 Entwicklung der Logopädie als Profession	3
1.1 Historie der Logopädie.....	3
1.2 Interprofessionalität in der Logopädie	6
1.3 Logopädie als Engpassberuf	7
1.4 Rechtliche Rahmenbedingungen logopädischer Therapien	8
1.5 Rechtliche Rahmenbedingungen von Kindertherapien in Einrichtungen	9
2 Logopädie im Kindes- und Jugendalter	11
2.1 Ebenen der Sprach- und Sprechentwicklung	11
2.2 Meilensteine der physiologischen Sprachentwicklung des Deutschen	12
2.3 Sprach- und Sprechstörungen im Kindes- und Jugendalter	13
2.3.1 Terminologie von Sprachstörungen	13
2.3.2 Relevanz der logopädischen Versorgung bei Sprachstörungen.....	14
2.4 Einfluss von Umweltfaktoren auf die logopädische Versorgung	16
2.4.1 Demografischer Wandel der Arbeits- und Familienwelt.....	16
2.4.2 Kindliche Leistungsfähigkeit	18
3 Zielsetzung der Forschungsarbeit	20
4 Forschungsfrage und Hypothesen.....	21
4.1 Forschungsfrage.....	21
4.2 Konzeptspezifikation des theoretischen Konstrukts Einstellung	21
4.3 Herleitung der Hypothesen	22
5 Methodik	26
5.1 Forschungsdesign	26
5.2 Konzeptspezifikation und Operationalisierung der Hypothesen	27
5.2.1 Konzeptspezifikation und Operationalisierung: H1 & H2	27
5.2.2 Konzeptspezifikation und Operationalisierung: H3 & H4	29
5.2.3 Konzeptspezifikation und Operationalisierung: H5 & H6	30
5.2.4 Konzeptspezifikation und Operationalisierung: H7 & H8	31
5.2.5 Konzeptspezifikation und Operationalisierung: H9 & H10	32
5.2.6 Konzeptspezifikation und Operationalisierung: H11 & H12	33
5.3 Erstellung des Fragebogens	34
5.3.1 Klassifikation des Fragebogens	35
5.3.2 Konstruktion des Fragebogens	36
5.4 Datenerhebung.....	42

5.4.1	Fragebogen Pretest.....	42
5.4.2	Stichprobenziehung.....	44
5.4.3	Fragebogenrücklauf.....	46
5.5	Datenaufbereitung und -analyse.....	47
5.5.1	Datenaufbereitung.....	47
5.5.2	Datenanalyse	48
6	Ergebnisse.....	53
6.1	Unzufriedenheit mit §11 Abs. 2 der HMRL? – H1 & H2.....	53
6.2	Erweiterung des §11 Abs. 2 der HMRL gewünscht? – H3 & H4.....	54
6.3	Entlastung für Erziehungsberechtigte? – H5 & H6	55
6.4	Therapeutischer Mehrwert? – H7 & H8.....	56
6.5	Interprofessioneller Mehrwert? – H9 & H10	58
6.6	Mehrwert für die Patient*innen? – H11 & H12.....	59
7	Diskussion.....	62
7.1	Ergebnisdiskussion.....	62
7.1.1	Hohe Unzufriedenheit mit §11 Abs. 2 der HMRL – H1 & H2.....	62
7.1.2	Wunsch nach Ausdehnung des §11 Abs. 2 der HMRL – H3 & H4 ...	64
7.1.3	Enorme Entlastung von Familien – H5 & H6.....	68
7.1.4	Mehrwert für Therapeut*innen von geringem Umfang – H7 & H8	71
7.1.5	Bedeutsamkeit interprofessioneller Kooperation – H9 & H10.....	74
7.1.6	Disparater Mehrwert für Patient*innen – H11 & H12.....	76
7.2	Limitationen der Erhebung.....	78
7.2.1	Forschungsthema und Forschungsstand.....	78
7.2.2	Forschungsdesign	79
7.2.3	Operationalisierung	80
7.2.4	Stichprobenziehung.....	82
7.2.5	Datenerhebung, Datenaufbereitung und Datenanalyse	83
	Schlussteil: Zusammenfassung & Ausblick.....	85
	Literaturverzeichnis.....	89
	Glossar	100
	Anhang	i
	Anhang 1: Konzeptspezifikation des Begriffs Einstellung	i
	Anhang 2: Operationalisierung der Hypothesen	ii
	Anhang 3: Fragebogen.....	xvi
	Anhang 4: Berechnung des optimalen Stichprobenumfangs	xxix
	Anhang 5: Rücklauf-Statistik	xxx
	Anhang 6: Codeplan.....	xxxi
	Anhang 7: Post-hoc-Tests der Hypothese 10	lviii

Zusammenfassung

Hintergrund: Lange Wartezeiten prägen aktuell den Therapiealltag vieler Patient*innen, die dringend auf eine logopädische Heilmittelversorgung angewiesen sind (vgl. Institut für Gesundheitsökonomik München, 2020, 55). Versorgungsengpässe werden zunehmend spürbarer (vgl. Hilbert & Paulus, 2018, 4). Auf berufspolitischer Ebene wird daher seit Jahren diskutiert, die Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen an die aktuellen Gegebenheiten der Versorgung anzupassen. Zurzeit erlaubt die Heilmittelrichtlinie die Behandlung in Einrichtungen ausschließlich für Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13f.).

Ziel: Ziel dieser Arbeit war es, im Zuge des vorherrschenden Diskurses die Einstellung von Logopäd*innen gegenüber den Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen zu erheben.

Methode: Mittels eines quantitativen Online-Fragebogens wurde die Einstellung von Logopäd*innen gegenüber den Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen deutschlandweit erfasst. Insgesamt konnten 315 gültige Fälle in die Datenauswertung einbezogen und mit Hilfe der SPSS®-Softwareplattform sowohl deskriptiv als auch inferenzstatistisch ausgewertet werden.

Ergebnisse: Die Mehrheit der Logopäd*innen ist unzufrieden mit der aktuellen Regelung zu Kindertherapien in Einrichtungen. 89,8 Prozent der Befragten wünschen sich daher eine Ausdehnung der gültigen Vorschrift. Vor allem die Entlastung der Erziehungsberechtigten sowie die Simplifizierung interprofessionellen Zusammenarbeitens durch Kindertherapien in Einrichtungen wird von den Logopäd*innen positiv wahrgenommen. Ein Mehrwert dieses Therapiesettings für Therapeut*innen kann hingegen bislang kaum festgestellt werden. Patient*innen scheinen von der Möglichkeit einrichtungsbezogener Therapien lediglich unter gewissen Umständen zu profitieren.

Schlussfolgerung: Aus Sicht der Befragten bedarf es einer Adaption der Rahmenbedingungen, um einrichtungsbezogene Therapien realisierbar zu gestalten. Dabei sind innovative Kommunikationswege sowie neue Abrechnungsmöglichkeiten mit den Kostenträgern nötig, um Kindertherapien in Einrichtungen für die Heilmittelerbringer lukrativ und auf das Wohl der Patient*innen ausgerichtet anbieten zu können. Modellvorhaben könnten die Umsetzbarkeit einer solchen Adaption zukünftig prüfen.

Schlagwörter: Logopädie, Sprachtherapie, Kindertherapie, Einrichtungen, Kindertagesstätte, Kindergarten, Schule, Heilmittelrichtlinie, Inklusion, Deutschland

Abstract

Background: Long waiting times currently characterize the daily therapy routine of many patients who are in urgent need of logopaedic treatment (cf. Institut für Gesundheitsökonomik München, 2020, 55). Supply bottlenecks are becoming increasingly noticeable (cf. Hilbert & Paulus, 2018, 4). At the level of professional policy, it has therefore been discussed for years to adapt the framework conditions for the implementation of paediatric therapies in facilities to the present conditions of care. Currently, the German guideline on therapeutic work allows treatment in institutions exclusively for children and adolescents with special educational needs (cf. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13f.).

Aim: The aim of this study was to survey the attitude of speech therapists towards the framework conditions for the implementation of child therapy in institutions during the prevailing discourse.

Method: By means of a quantitative online-questionnaire the attitude of speech therapists towards the general conditions for the implementation of child therapies in institutions in Germany was recorded. A total of 315 valid cases could be included in the data evaluation and analysed both descriptively and inferentially using the SPSS® software platform.

Results: Most speech therapists are dissatisfied with the current regulation on child therapies in institutions. 89.8 percent of the respondents would therefore like to see the current regulation extended. Especially the relief of the parents as well as the simplification of interprofessional cooperation through child therapies in institutions is perceived positively by the speech therapists. An added value of this therapy setting for therapists, however, can hardly be determined so far. Patients seem to benefit from the possibility of facility-based therapies only under certain circumstances.

Conclusion: From the point of view of the interviewees, an adaptation of the framework conditions is necessary to make facility-based therapies feasible. Innovative ways of communication as well as new billing possibilities with the health insurance companies are necessary to be able to offer child therapies in institutions lucratively and oriented towards the well-being of the patients. Model projects could test the feasibility of such an adaptation in the future.

Keywords: speech therapy, language therapy, child therapy, facilities, day care center, kindergarten, school, guideline of therapeutic work, inclusion, Germany

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zwölf Hypothesen der Forschungsarbeit	25
Tabelle 2: Grobkonzept des Fragebogens	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ebenen des Spracherwerbs.....	11
Abbildung 2: Patient*innenrate der AOK bis 14 Jahre nach Leistungsbereichen.....	14
Abbildung 3: Häufigste Diagnosen von Kindern und Jugendlichen bis 14 Jahre.....	15
Abbildung 4: Realisierte Erwerbstätigkeit von Eltern in Deutschland (2018).....	17
Abbildung 5: Leistungskurve eines Erwachsenen über 24 Stunden	19
Abbildung 6: Rücklauf im Zeitverlauf.....	46
Abbildung 7: Häufigkeitsdiagramm und MWU-Ergebnis zu Hypothese 2.....	53
Abbildung 8: Häufigkeitsdiagramm und MWU-Ergebnis zu Hypothese 4.....	54
Abbildung 9: Häufigkeitsdiagramm und MWU-Ergebnis zu Hypothese 6.....	55
Abbildung 10: Ausgabe des Kuskal-Wallis-Test zu Hypothese 8.....	56
Abbildung 11: Ausgabe des Kuskal-Wallis-Test zu Hypothese 10.....	58
Abbildung 12: Ausgabe des Kuskal-Wallis-Test zu Hypothese 12.....	60
Abbildung 13: Schwacher Zusammenhang von Fachwissen und Unzufriedenheit.....	62
Abbildung 14: Unzufriedenheit mit §11 Abs. 2 der HMRL auf verschiedenen Ebenen..	63
Abbildung 15: Bewertung nach Klientel.....	65
Abbildung 16: Bewertung nach Einrichtungsart.....	66
Abbildung 17: Finanzierungswunsch einrichtungsbezogener Therapien.....	67
Abbildung 18: Aufwände der Erziehungsberechtigten.....	68
Abbildung 19: Entlastung von Erziehungsberechtigten	69
Abbildung 20: Entlastung des Therapieprozesses.....	70
Abbildung 21: Therapeutische Aufwände bei Kindertherapien in Einrichtungen.....	71
Abbildung 22: Aktuelle Vergütung einrichtungsbezogener Therapien.....	73
Abbildung 23: Auswirkungen auf die Interprofessionalität.....	74
Abbildung 24: Auswirkungen auf die Patient*innen.....	76
Abbildung 25: Allgemeine Beurteilung einrichtungsbezogener Therapien	85

Abkürzungsverzeichnis

BRD	Bundesrepublik Deutschland
ca.	circa
cf.	compare
dba	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V.
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
dbs	Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DGPP	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie
DM	Deutsche Mark
f.	folgend
ff.	folgende
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
H1/H2 ...	Hypothese 1 / Hypothese 2 ...
HMRL	Heilmittelrichtlinie
ICD	„International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
I-Kinder / I- Jugendliche	Kinder oder Jugendliche mit I-Status
I-Status	Inklusions-/Integrations-Status
LogAPro	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden
LogopG	Gesetz über den Beruf des Logopäden
MWU	Mann-Whitney-U-Test
SGB	Sozialgesetzbuch
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization

Einleitung

„Weil Sprache der Schlüssel zur Welt ist“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021a, 1) lautet der Slogan des aktuellen Flyers zur Bewerbung des Bundesprogramms Sprach-Kitas. Mit diesem möchte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die sprachliche Bildung in den Alltag der Kindertagesstätten integrieren, um zu gleichen Bildungschancen für alle Kinder von Anfang an beizutragen (vgl. ebd.).

Für Kinder ab dem dritten Lebensjahr besteht seit 1996 ein Rechtsanspruch auf eine Betreuung in einer Kindertageseinrichtung (vgl. §24 Abs. 3 SGB VIII). Um insbesondere junge Familien finanziell zu entlasten und die Chancengleichheit aller Kinder zu fördern, besteht in einigen Bundesländern bereits die Möglichkeit der Beitragsfreiheit sowie ein Betreuungsanspruch für den Besuch von Krippen und Kindergärten (vgl. Ministerium für Bildung Rheinland-Pfalz, 2021, o.S.). (Ganztags-) Betreuungsplätze in Kindertagesstätten und Kindergärten werden vor allem durch die stetig steigende Berufstätigkeit von Eltern und Erziehungsberechtigten immer begehrter (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 2022b, o.S.). Bundestag und Bundesrat haben aufgrund der steigenden Berufstätigkeit bereits im Jahr 2021 dem Rechtsanspruch auf eine Ganztagsbetreuung in Grundschulen zugestimmt (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021c, o.S.).

Sprachentwicklungsstörungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen im Kindesalter (vgl. Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. [DGPP], 2022a, 4). Die Prävalenz liegt bei 7,6 Prozent (vgl. Norbury, Gooch, Wray, Baird, Charman, Simonoff, Vamvakas & Pickles, 2016, 1253). Zusätzlich sind 2,3 Prozent der Kinder von einer Sprachstörung mit Komorbidität betroffen (vgl. ebd.). Der Bedarf an logopädischen Therapieplätzen ist aktuell besonders hoch (vgl. Waltersbacher, 2022, 4). Vor allem im Kindesalter ist eine frühestmögliche Behandlung logopädischer Störungen essenziell, da Sprachstörungen ungeachtet ihrer Ursache ohne therapeutische Intervention mit einer negativen Auswirkung auf die Schulleistung einhergehen können (vgl. Gallagher, Frith & Snowling, 2000, 210; DGPP, 2022a, 4).

Aktuell führt der erhebliche Fachkräftemangel im Bereich der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie zu extrem langen Wartezeiten, insbesondere bei nachmittäglichen Terminen (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2021, o.S.; Institut für Gesundheitsökonomik München, 2020, 55). Kindertherapien in Einrichtungen könnten den Versorgungsengpass in der Logopädie entzerren und eine unnötige Verzögerung der Therapie vermeiden (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. [dbl], 2019, 1-2).

Auf berufspolitischer Ebene wird daher bereits seit Jahren kontrovers darüber diskutiert, in Deutschland Kindertherapien in Einrichtungen grundsätzlich für alle Kinder und Jugendliche zu ermöglichen. Der dbl veröffentlichte bereits im Jahr 2019 ein Positionspapier, in dem die Ausweitung der einrichtungsbezogenen Therapiemöglichkeit auf alle Kinder und Jugendliche gefordert wurde (vgl. dbl, 2019, 1f.). Bisher erlaubt die Heilmittelrichtlinie (HMRL) diese Art des Therapiesettings ausschließlich für Kinder und Jugendliche mit festgestelltem Förderstatus (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13f.).

Im Rahmen dieser Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, welche Einstellung Logopäd*innen gegenüber den Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen vertreten. Es soll der Bedarf nach einer Aktualisierung der HMRL erhoben und mögliche Empfehlungen für zukünftige Anpassungen formuliert werden.

Im ersten Teil der Arbeit wird dazu zunächst der theoretische Hintergrund der Thematik beschrieben. Dabei wird zudem die Relevanz des Themas erläutert. Im Anschluss wird die Entwicklung des Forschungsziels detailliert dargestellt. Gleichzeitig erfolgt die Herleitung der Forschungsfrage sowie der zu prüfenden Hypothesen. Im Nachfolgenden wird die Forschungsmethodik erläutert, woraufhin anschließend die Ergebnisse der Studie visualisiert werden. Schließlich erfolgt die Darstellung der Erhebungslimitationen sowie ein ausführlicher Diskurs der aufgezeigten Forschungsergebnisse. Die Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse sowie der Darlegung eines Ausblicks ab.

Hauptteil

1 Entwicklung der Logopädie als Profession

Berufsgruppen, die Dienstleistungen für andere anbieten, werden im Allgemeinen als Professionen bezeichnet (vgl. Mitzkat, Berger, Reeves & Mahler, 2016, 8). Darunter fallen neben der Krankenpflege, Medizin oder Sozialarbeit auch neuere Berufsgruppen wie Pädagog*innen oder Therapeut*innen.

Die Logopädie hat sich erst in den letzten 100 Jahren zu einer immer eigenständigeren Profession entwickelt (vgl. Macha-Krau & Schrey-Dern, 2021, 99). Um der aktuellen berufspolitischen Diskussion über Kindertherapien in Einrichtungen folgen zu können, wird zunächst der Werdegang der Logopädie auf verschiedenen Ebenen beleuchtet.

1.1 Historie der Logopädie

Der Terminus Logopädie wurde erstmalig 1929 vom österreichischen Facharzt für Stimm- und Sprachstörungen Prof. Dr. Emil Fröschels auf dem ersten internationalen Kongress für Logopädie und Phoniatrie in Wien benannt (vgl. Macha-Krau & Schrey-Dern, 2021, 99). Darüber hinaus gründete sich 1924 zudem die „Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie“, um die Profession der Logopädie national sowie international mit verschiedenen anderen Berufsgruppen zusammenzubringen (vgl. ebd., 100).

Die Euphorie der 20er Jahre, die Logopädie immer weiterzuentwickeln und zu vernetzen, wurde jedoch wenig später durch den Nationalsozialismus ausgebremst. Der Fokus lag nun nicht mehr auf der Behandlung und Therapie, sondern vermehrt auf der „Ausmerzungen von Krankheitsanlagen“ (Roelcke, 2008, 79). Menschen mit Sprach- und Sprechstörungen wurden in dieser Zeit oftmals mit der Diagnose des Schwachsinn betitelt. Nicht selten führte diese Diagnosestellung zu Zwangssterilisationen (vgl. ebd., 113ff.). Im Fokus der Nationalsozialisten stand damals die sogenannte Sonder- oder Hilfsschule, die „Sammelbecken für diejenigen [war], die gegebenenfalls nicht in den Erbgängen des deutschen Volkes verbleiben können“ (Tornow, 1936, 321). Kinder und Jugendliche mit Sprach- und Sprechauffälligkeiten besuchten häufig ebendiese Hilfsschulen (vgl. Macha-Krau & Schrey-Dern, 2021, 116). Mit Ausbruch des zweiten Weltkrieges wurden sprach- und sprechgestörte Menschen von den Zwangssterilisationen ausgeschlossen und es wurde ihnen ein Minimum an Therapien zugesprochen. Diese Wendung war dadurch motiviert, dass das Reich Soldaten zur Führung des Krieges benötigte (vgl. ebd., 117). Mit dem Kriegsbeginn kam neben der Abkehr von Zwangssterilisationen auch

die Zuwendung zur Euthanasie, bei der beispielsweise Menschen mit „Idiotie sowie Mongolismus“ und „Missbildungen jeder Art“ (Friedländer, 1997, 92) systematisch getötet wurden. Weiterhin wurden jüdische Ärzt*innen und Therapeut*innen systematisch vertrieben und ermordet (vgl. Macha-Krau & Schrey-Dern, 2021, 126).

Die Wissenschaft und Forschung standen während der Zeit des Nationalsozialismus für zwölf Jahre still (vgl. ebd., 128). Fortbildungen und Tagungen im Bereich der Sprachheilkunde konnten während dieser Zeit nicht, wie noch in den 1920er Jahren gewohnt, stattfinden (vgl. Heindorf, 1962, 49). Auch nach dem zweiten Weltkrieg war es durch die Teilung in vier große Besatzungszonen mühsam, die bis dahin etablierte Struktur des Gesundheits- und Bildungswesens wiederaufzubauen (vgl. Macha-Krau & Schrey-Dern, 2021, 129). Erst durch die Entnazifizierung gelang es, dass Vertreter*innen des Gesundheitswesens wieder vermehrt an die jeweiligen Institutionen zurückkehrten (vgl. ebd.).

Nach der Teilung Deutschlands in West und Ost konnten in den 1960er Jahren die ersten Ausbildungsstätten für Logopädie in beiden Teilen Berlins eröffnet werden (vgl. Macha-Krau & Schrey-Dern, 2021, 139). Inhaltlich fokussierten sich diese Ausbildungen jedoch vermehrt darauf, die Inhalte anderer Professionen, beispielsweise der Medizin, Sonderpädagogik oder Germanistik, zu vermitteln (vgl. ebd., 143). Ein einheitliches Ausbildungsspektrum war in dieser Zeit nicht zu erkennen (vgl. ebd.).

Im Jahr 1974 wurde im Westen mit dem Rehabilitationsangleichungsgesetz die Verpflichtung für Krankenkassen eingeführt, die Kosten für logopädische Therapien zu übernehmen (vgl. ebd., 147). Daraufhin entstand im Westen zunehmend der Wunsch nach einer fortschrittlichen Logopädie (vgl. ebd., 145). Aus diesem Grund wurden 1980 weitere Gesetze im Bereich der Logopädie beschlossen, darunter das „Gesetz über den Beruf des Logopäden“ (LogopG) sowie die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Logopäden“ (LogAPro).

In der ehemaligen DDR wurden Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapien hingegen von akademisch ausgebildeten Diplomlehrer*innen, Diplomerzieher*innen, Diplomvorschulerzieher*innen oder klinischen Sprechwissenschaftler*innen angeboten (vgl. ebd., 161). Neben diesen akademischen Studiengängen gab es zusätzlich die Fachausbildung zu Audiologie-Phoniatrie-Assistent*innen (vgl. ebd.).

Durch die Wiedervereinigung am 03.10.1990 galt das für die BRD geltende LogopG ab diesem Zeitpunkt auch im Bereich der ehemaligen DDR. In der ehemaligen DDR existierte zu diesem Zeitpunkt keine offizielle Berufsbezeichnung für Logopäd*innen, was zu großer Besorgnis unter zahlreichen etablierten Berufsgruppen im Bereich der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie hinsichtlich der Zulassung und Anerkennung ihrer

beruflichen Qualifikation führte (vgl. ebd., 160ff.). Basierend auf der LogAPro wurde daher ein Anpassungslehrgang zur Anerkennung von Therapeut*innen aus den „neuen“ Bundesländern entwickelt, der ab Juni 1993 für einen Zeitraum von 18 Monaten durchgeführt wurde (vgl. dialog, 1993, 28).

Finanziell waren Logopäd*innen in den 1990er Jahren vor große Schwierigkeiten gestellt. Umgerechnet verdienten freiberufliche Logopäd*innen ca. 9,80 DM pro Stunde (vgl. Macha-Krau & Schrey-Dern, 2021, 163). Als Konsequenz wurden auf einem 1994 durchgeführten Sommersymposium der dbl-Landesverbände erstmals Forderungen nach einer Professionalisierung und Akademisierung des Berufsbildes sowie einer leistungsgerechten Bezahlung und eines Direktzugangs formuliert (vgl. ebd., 166).

Fast 30 Jahre später sind diese Forderungen nach wie vor aktuell. Erst 2019 wurde der Ost-West-Ausgleich vollzogen und freiberufliche Logopäd*innen werden seitdem bundesweit einheitlich vergütet (vgl. GKV-Spitzenverband, 2019, 1-14). Trotz stetig steigender Entgelte durch Verhandlungen der Berufsverbände mit der kassenärztlichen Bundesvereinigung, zeigt sich ein deutlicher Fachkräftemangel der Logopädie (vgl. LOGO Deutschland, 2020, o.S.). Neben der Forderung nach einer besseren Entlohnung ist auch der Appell nach einer Vollakademisierung der Logopädie zur Steigerung der Attraktivität und Professionalität des Berufsbildes nach wie vor präsent (vgl. Bündnis Therapieberufe, 2020, o.S.). Weiterhin setzen sich die Berufsverbände fortwährend für einen Direktzugang ein, der die logopädische Versorgung der Patient*innen deutlich verbessern und dem Fachkräftemangel entgegenwirken soll (vgl. dbl, 2021, 1-5).

Das Berufsfeld der Logopädie und Sprachtherapie ist aufgrund der historischen Vergangenheit sehr variantenreich. Insgesamt lassen sich heute zwölf Berufsbezeichnungen für Erbringer von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapien wiederfinden (vgl. GKV-Spitzenverband, 2022, 4f.). Um eine ausreichende Lesbarkeit dieser Studie zu gewährleisten, wird im Folgenden ausschließlich der Begriff „Logopäd*in“ oder „Logopädie“ verwendet. Dieser steht stellvertretend für die Berufe der Logopäd*innen, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*innen, staatlich anerkannten Sprachtherapeut*innen, Medizinischen Sprachheilpädagog*innen, Diplom-Sprechwissenschaftler*innen, Sprachheilpädagog*innen, Diplomlehrer*innen für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte, Diplomvorschulerzieher*innen für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte, Diplomerzieher*innen für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte, Klinischen Linguist*innen sowie Diplom-Patholinguist*innen. Allen aufgeführten Berufsgruppen ist gemein, dass sie die Erlaubnis führen, Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie durchzuführen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2022, 4).

1.2 Interprofessionalität in der Logopädie

Die Vergangenheit der Logopädie zeigt, in welchem Ausmaß sich angrenzende Berufsbilder auf die Professionsbildung der Logopädie ausgewirkt haben. So wurden in den ersten Ausbildungsstätten für Logopädie in Berlin in den 1960er Jahren hauptsächlich Inhalte anderer Professionen vermittelt (vgl. Macha-Krau & Schrey-Dern, 2021, 143).

Heute sieht die LogAPro einen Großteil an logopädiespezifischen Inhalten vor (vgl. Anlage 1 LogAPro). Inhalte angrenzender Professionen lassen sich berechtigterweise in der aktuell geltenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung fortwährend wiederfinden. Darunter fallen Themenfelder wie Anatomie und Physiologie, Phoniatrie, Psychologie oder Pädagogik (vgl. ebd.).

„Interprofessionelle Zusammenarbeit bezieht sich auf Gesundheits- und Sozialberufe, die sich in regelmäßigen Treffen austauschen, um auszuhandeln, wie komplexe Versorgungsprobleme gelöst oder Leistungen bereitgestellt werden können“ (Mitzkat et al., 2016, 7). Aktuell können in den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen noch keine spezifischen Regelungen zur Ausübung und Abrechnung der interprofessionellen Zusammenarbeit gefunden werden (vgl. LogopG; LogAPro; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 1-106). Dies trifft auch auf das interprofessionelle Zusammenarbeiten zwischen Logopäd*innen und pädagogischen Fachkräften zu. Eine zufriedenstellende Bearbeitung der interprofessionellen Schnittstelle zwischen Gesundheit und Bildung steht demnach nach wie vor aus (vgl. Jenni & Riemer-Kafka, 2011, 105-125).

„Gesundheit und Bildung stehen in einem Verhältnis des Nach-, Mit- und Nebeneinanders“ (Braun & Steiner, 2013, 21). Prinzipiell wird davon ausgegangen, dass weniger Kinder durch das sogenannte Beobachtungsnetz fallen, wenn stärker interprofessionell zusammengearbeitet wird (vgl. ebd.). Interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert jedoch „Flexibilität, Anerkennen von Kompetenzgrenzen und eine gute Kommunikation“ (ebd.).

Rietmann (2013, 41) bezeichnet interprofessionelle Netzwerke in der Tagesbetreuung von Kindern als „Zukunftsmodell“. Der interprofessionelle Austausch zwischen Erzieher*innen, Kinderärzt*innen, Psycholog*innen, Pädaudiolog*innen, Logopäd*innen und weiteren Fachleuten sei zwingend Voraussetzung dafür, dass problematische Entwicklungen der Sprache und des Sprechens frühzeitig erkannt und behandelt werden können (vgl. ebd.). Er zeigt auf, wie unterschiedlich professionelle und interprofessionelle Netzwerke aufgebaut sind. Durch den starken Fokus auf Kompetenzhoheiten und Spezialisierungen lassen sich im interprofessionellen Netzwerk Dienstleistungen stärker vernetzen. Dies führt zu einer spezifischen, kompetenten und tiefgründigen thematischen

Problemlösung durch ein komplexes und integratives Tätigkeitsangebot (vgl. ebd., 43). Folglich erfährt das Gesamtsystem durch die „koordinierte und interaktive Regulierung von Aufgaben und Ressourcen“ (ebd., 43) einen Mehrwert. Daraus ist resultierend, dass in der interprofessionellen Zusammenarbeit stetig voneinander zu lernen ist, um effektiv kollaborieren zu können und somit zu einer optimalen Patient*innenversorgung beizutragen (vgl. Paries, 2019, 1).

1.3 Logopädie als Engpassberuf

Interprofessionelles Arbeiten erfordert Eigeninitiative und ist häufig zeitaufwändig (vgl. Spielberg, 2020, 1). Aufgrund der aktuellen Versorgungslage mangelt es vielen Therapeut*innen jedoch an den erforderlichen Ressourcen, wie beispielsweise notwendigen Finanzierungsmitteln, um eine interprofessionelle Vernetzung umzusetzen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2021, 5ff.).

Die Berufe der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie stehen in der Bewertung der Engpassberufe Stand 2021 unter dem Anforderungsniveau der Spezialisten auf dem achten Platz (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2021, o.S.). Mit einer Gesamtbewertung von 2,4 liegt damit ein deutliches Anzeichen eines Engpasses vor. Auch die Relation von Arbeitssuchenden und verfügbaren Arbeitsstellen unterstreicht den vorliegenden Engpass. Die Vakanzzeit einer Stelle betrug im Jahr 2021 111 Tage (vgl. ebd.). Gründe für den Fachkräftemangel und die Abwanderung aus dem Berufsbild der Logopädie wurden sowohl international als auch national untersucht. In einer australischen Studie wurde eine Vielzahl an Gründen erhoben, die dort zur Abwanderung aus dem Beruf geführt haben, darunter immense Arbeitsbelastungen durch zu große Fallzahlen, Zeitdruck und verminderte oder eingeschränkte Effizienz sowie mangelnder Respekt, fehlende Wertschätzung oder Autonomie, eine unzureichende Personalausstattung und ein hoher Aufwand an Bürokratie (vgl. McLaughlin, Lincoln und Adamson, 2008, 160). Im deutschen Raum konnten geringe Verdienstmöglichkeiten, mangelnde Perspektiven, fehlende Lobbyarbeit, steigende Bürokratie sowie der Faktor Zeit als Hauptgründe für einen Berufswechsel festgestellt werden (vgl. Schwarzmann, Gerlach, Rohde-Schweizer, Straßler, Paul & Hammer, 2018, 24). Ebenso unterstreicht die Studie, dass bereits 50 Prozent der Befragten aus der Logopädie (n=433) über einen Ausstieg aus dem Beruf nachdenken (vgl. ebd.).

Die Auswirkungen des bestehenden Fachkräftemangels auf die logopädische Versorgung sind groß. Aufgrund der immer älter werdenden Gesellschaft steigt der Bedarf an Therapeut*innen stetig an (vgl. Schwarzmann et al., 2018, 22). Fehlendes Personal ge-

fährdet somit die adäquate und bedarfsgerechte Versorgung von Patient*innen. Versorgungsengpässe sind zu erwarten und auch heute bereits spürbar (vgl. Hilbert & Paulus, 2018, 4). Darüber hinaus klagen immer mehr ambulante Praxen, dass die Häufigkeit von gewünschten Nachmittagsterminen stetig steigt und Patient*innen somit oftmals langen Wartezeiten ausgesetzt sind (vgl. Institut für Gesundheitsökonomik München, 2020, 55).

Neben der Bestrebung nach einer Akademisierung der Logopädie lassen sich weitere Forderungen erkennen, die zu einer steigenden Attraktivität des Berufes beitragen sollen (vgl. Bündnis Therapieberufe, 2020, o.S.). So wird von Berufsverbänden auf eine Steigerung der Autonomie der logopädischen Profession sowie eine Erweiterung logopädischer Versorgungsstrukturen beispielsweise durch die Möglichkeit von Kindertherapien in Einrichtungen insistiert (vgl. dbl, 2021, 1-5; dbl, 2019, 1f.).

1.4 Rechtliche Rahmenbedingungen logopädischer Therapien

Rechtliche und gesetzliche Bestimmungen realisieren und formen die Ausübung einer Profession. Es ist daher von Bedeutung in der Betrachtung eines berufspolitischen Diskurses auch die Bestimmungen nach der formellen Rechtslage zu bedenken.

Eine Rahmenbedingung wird definiert als „Bedingung, die für etwas den äußeren Rahmen absteckt“ (Duden, 2023f, o.S.). Unter dem Begriff der rechtlichen Rahmenbedingungen werden im Folgenden alle Normen verstanden, die die Ausbildung sowie die Ausführung des Berufs der Logopädie rechtlich regeln.

Auf politischer Ebene prägen seit 1980 das LogopG und die damit einhergehende LogA-Pro die Rahmenbedingungen des Berufes. Während sich die LogA-Pro auf ausbildungsspezifische Inhalte wie beispielsweise Zulassungsbestimmungen (vgl. §4 LogAPro) oder Bestimmungen zum theoretischen und praktischen Unterricht fokussiert (vgl. Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 LogAPro), beschäftigt sich das LogopG hauptsächlich mit den Bestimmungen zum Tragen der Berufserlaubnis (vgl. §2 LogopG).

Leistungsbezogene Rahmenbedingungen lassen sich im Vertrag nach §125 Abs. 1 SGB 5 über die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und deren Vergütung wiederfinden (vgl. GKV-Spitzenverband, 2021b, 1-29). Dieser wurde zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den vier großen Berufsverbänden der Logopädie, darunter der dbl und LOGO Deutschland, geschlossen (vgl. ebd.). Ergänzend zu den gesetzlichen Bestimmungen regeln die Krankenkassen und Berufsverbände mit diesem Vertrag alle Grundsätze, die mit der Leistungserbringung in Verbindung stehen. Darunter fällt beispielsweise der Prozess der Leistungserbringung und deren Vergütung (vgl. ebd.).

1992 trat erstmals die HMRL in Kraft, um die Versorgung mit Heilmitteln in Deutschland zu regeln (vgl. Deutsches Medizinrechenzentrum, 2023, o.S.). Die HMRL ist in zwei Teile gegliedert (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 1-106). Der erste Teil umfasst die allgemeinen Grundsätze zur „ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 6). Dabei werden beispielsweise verordnungsfähige und nichtverordnungsfähige Heilmittel bestimmt, der Ort der Leistungserbringung festgeschrieben und der Ablauf der Heilmittelbehandlung dargelegt (vgl. ebd., 6-60). Ergänzend werden die Maßnahmen der in der HMRL inkludierten Therapieberufe aufgeführt (vgl. ebd., 20-42). Darunter zählt die Physiotherapie, die Podologie, die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie die Ergotherapie und Ernährungstherapie. Der zweite Teil der HMRL wurde 2001 ergänzt und umfasst seitdem einen Heilmittelkatalog, in welchem Einzeldiagnosen zu Diagnosegruppen zusammengefasst werden. Den Diagnosegruppen sind die jeweiligen Leitsymptomaten sowie verordnungsfähige Heilmittel, Verordnungsmengen und Empfehlungen zur Therapiefrequenz zugeordnet (vgl. ebd., 61-106).

1.5 Rechtliche Rahmenbedingungen von Kindertherapien in Einrichtungen

Die Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen lassen sich im ersten Teil der HMRL wiederfinden, da sie den rechtlichen Rahmen zum Ort der Leistungserbringung in §11 vorgibt (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13f.).

Während zunächst lediglich Therapien in der ambulanten Praxis oder bei medizinisch dringenden Fällen in der häuslichen Umgebung der Patient*innen erlaubt waren, dürfen seit 2011 in Ausnahmefällen auch Kindertherapien in Einrichtungen stattfinden (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13f.; LOGO Deutschland, 2021, 1). Dieser Beschluss wurde gefasst, um Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) Behinderung stärker unterstützen zu können (vgl. LOGO Deutschland, 2021, 1). Seitdem dürfen Kinder und Jugendliche mit einer „besondere[n] Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13f.) ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches außerhalb der Praxis behandelt werden.

Folglich steht die Therapie in Einrichtungen ausschließlich Kindern und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf zu. In Deutschland prüfen die zuständigen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste nach einer Antragsstellung durch die Erziehungsberechtigten, ob ein sonderpädagogischer Förderbedarf besteht (vgl. Zentrum für Kindesentwicklung e.V. Berlin, 2023, o.S.). Bundesweit trifft dies aktuell auf 6,8 Prozent der Kinder

und Jugendlichen zu (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2015, 6). Der sonderpädagogische Förderbedarf, auch Integrations- oder Inklusionsstatus (I-Status) genannt, ermöglicht es den Kindern und Jugendlichen außerdem, in ihrem Einrichtungsalltag zusätzlich durch eine speziell ausgebildete Fachkraft individuell gefördert zu werden (vgl. Zentrum für Kindesentwicklung e.V. Berlin, 2023, o.S.).

Inklusions-Kinder und -Jugendliche (I-Kinder und -Jugendliche) können demnach nach aktueller Rechtsprechung Therapien in Einrichtungen erhalten, „soweit die Versicherten ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen und die Behandlung in dieser Einrichtung stattfindet. Dies können auch Regelkindergärten (Kindertagesstätten) oder Regelschulen sein“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 14).

Unter dem Begriff der „Einrichtung“ werden in der folgenden Arbeit daher alle Institute verstanden, die eine Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf gewährleisten (vgl. ebd.). Darunter zählen neben Regelkindergärten und Regelschulen auch heilpädagogische, inklusive und integrative Kindergärten, Kindertageseinrichtungen und Schulen des Primär- und Sekundärbereichs sowie Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt (vgl. ebd.).

Weiterhin ist die einrichtungsbezogene Behandlung nur bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres oder bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung möglich (vgl. ebd.).

Der dbI kritisiert dies in einem 2019 veröffentlichten Positionspapier stark (vgl. dbI, 2019, 1f.). Die HMRL führe in der aktuellen Fassung zu einer Ungleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen, da nicht allen Betroffenen gleichermaßen die Möglichkeit, Therapien in Einrichtungen wahrzunehmen, zugesprochen werde. Dies ignoriere die Lebensqualität und Bedürfnisse vieler Familien und Sorge unter anderem für eine Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen mit Sprachentwicklungsstörungen ohne I-Status. Auf berufspolitischer Ebene wird daher gefordert, dass Behandlungen in Einrichtungen für alle Patient*innen bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr ermöglicht werden, sofern in der Einrichtung geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Weiterhin wird appelliert, dass die verantwortlichen Kostenträger die Finanzierung der Therapien in Einrichtungen inklusive des Mehraufwandes tragen sollten (vgl. ebd.).

2 Logopädie im Kindes- und Jugendalter

Die Versorgung mit Heilmitteln erfolgt bei Kindern und Jugendlichen im Gegensatz zu Erwachsenen nicht ausschließlich nach Unfällen oder Erkrankungen. Kinder und Jugendliche erhalten häufig therapeutische Unterstützung, um die allgemeine Entwicklung positiv zu beeinflussen (vgl. Waltersbacher, 2022, 28). Sprach- und Sprechstörungen zählen dabei zu den häufigsten Ursachen für logopädische Heilmittelerbringungen bei Kindern (vgl. ebd., 42).

Ein Kind ist nach dem deutschen Zivilrecht ein Mensch, welcher das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (vgl. §2 BGB). Unter dem Begriff „Kindertherapie“ werden in der folgenden Arbeit daher alle Heilmittelleistungen zusammengefasst, die für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres aufgrund vorliegender Sprach-, Sprech-, Stimm- oder Schluckstörungen, von Logopäd*innen erbracht werden.

2.1 Ebenen der Sprach- und Sprechentwicklung

Die physiologische Sprachentwicklung eines Kindes verläuft über viele Jahre auf verschiedenen Ebenen parallel (vgl. Saft, 2023, o.S.). Diese stehen, wie Abbildung 1 verdeutlicht, in gegenseitiger Abhängigkeit zueinander.

Auf phonologisch-phonetischer Ebene erwerben Kinder das Wissen über die Lautstruktur (vgl. Spillmann & Hufeisen, 2000, 57ff.). Sie lernen, inwiefern sich Laute unterscheiden, nach welchen Regeln

sich diese zu Wörtern zusammenstellen lassen und wie die akustischen Sprachlaute zu produzieren sind (vgl. Saft, 2023, o.S.).

Auf lexikalisch-semantischer Ebene werden Wortformen und sprachliche Ausdrücke gespeichert, die in Kombination mit einer Wortbedeutung zum Erwerb eines Wortes führen (vgl. ebd.).

Morphologisch-syntaktisch erwerben die Kinder Fähigkeiten zur Wort- sowie zur Satzbildung (vgl. Spillmann & Hufeisen, 2000, 99ff.). Dabei erfahren sie, wie Wörter gebildet

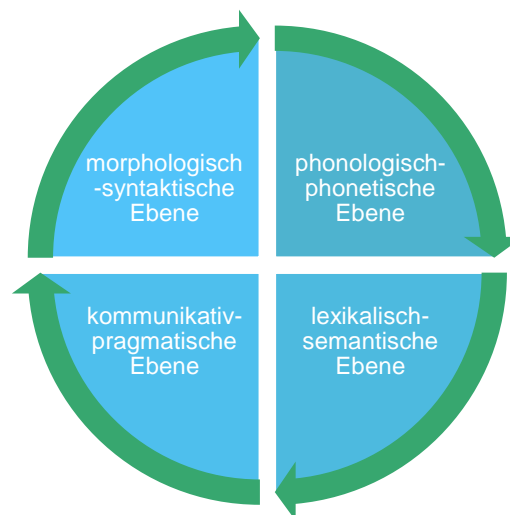


Abbildung 1: Ebenen des Spracherwerbs

Quelle: Eigene Darstellung (vgl. Saft, 2023, o.S.)

und flektiert werden und nach welchen grammatikalischen Regeln diese zu einem Satz zusammengesetzt werden können (vgl. Saft, 2023, o.S.).

Im Laufe der Zeit lernen Kinder so den Zweck der Sprache kennen. Sie verstehen, wie sie mit Sprache handeln können und wie Sprache ihnen als Mittel zur Kommunikation dienen kann (vgl. ebd.).

2.2 Meilensteine der physiologischen Sprachentwicklung des Deutschen

Die Sprachentwicklung ist auf den einzelnen Ebenen und im Zusammenspiel hochkomplex. Im Folgenden wird die physiologische Sprachentwicklung daher nur stark komprimiert chronologisch beschrieben.

Die Sprachentwicklung beginnt bereits im Mutterleib, indem die Kinder während der Schwangerschaft durch die vollkommene Heranreifeung des Gehörs sprachliche Reize aufnehmen (vgl. Kauschke, 2012, 18). Nach der Geburt kommunizieren die Kinder ausschließlich durch Schreien (vgl. ebd, 31ff.). Erst ab der sechsten bis achten Lebenswoche erwerben die Kinder durch zufällige orale Muskelbewegungen erste Laute. Dieser Spracherwerbsstand wird auch erste Lallphase genannt (vgl. dbl, 2023b, o.S.).

Im sechsten Lebensmonat prägt die zweite Lallphase das Kommunikationsverhalten der Kinder. Sie sind nun in der Lage, Laute absichtlich nachzuahmen und zu verdoppeln. Die Kinder zeigen nun erste Silbenketten und variieren diese in Tonhöhe und Lautstärke (vgl. ebd.).

Durch den Erwerb des triangulären Blickkontaktes, bei dem sich „zwei Personen durch den Blick auf ein Objekt und zurück zum Gesprächspartner darüber abstimmen, was im Zentrum der gemeinsamen Aufmerksamkeit steht“ (Kauschke, 2012, 100), erlernen die Kinder erstmals, dass es zwischen den gehörten Äußerungen der Bezugspersonen und den wahrgenommenen Gegenständen und Handlungen einen Bezug gibt. Die Kinder beginnen nun schrittweise verschiedene Wörter zu verstehen. Produziert werden die ersten Wörter in der Regel zwischen dem zwölften und 18. Lebensmonat (vgl. ebd., 100ff.).

Sobald die Kinder rund 50 Wörter äußern, setzt der Wortschatzspurt ein und der aktive Wortschatz steigt rasant an. Durch den schnellen Anstieg gesprochener Wörter werden erste Wortkombinationen gebildet. Mit der Zeit wächst die Äußerungslänge in zunehmendem Maß (vgl. dbl, 2023b, o.S.).

Zwischen dem zweiten und fünften Lebensjahr werden die gesprochenen Sätze der Kinder grammatisch immer vollständiger. Auch die Aussprache der Laute und Lautkombinationen nähert sich immer mehr der korrekten Wortäußerung an (vgl. ebd., 92).

Die physiologische Sprachentwicklung ist im fünften Lebensjahr weitgehend abgeschlossen, da die Kinder nun alle phonologischen, morphologischen, syntaktischen, semantischen und pragmatischen Fähigkeiten zur Kommunikation beherrschen (vgl. ebd.).

2.3 Sprach- und Sprechstörungen im Kindes- und Jugendalter

2.3.1 Terminologie von Sprachstörungen

Seit Jahren herrscht ein großer Diskurs und Wandel in Bezug auf die Terminologie von Sprachstörungen und Sprachentwicklungsstörungen (vgl. Scharff Rethfeldt & Ebbels, 2019, 24-31). In der aktuellen S3-Leitlinie zur Therapie von Sprachentwicklungsstörungen wird darauf hingewiesen, dass es zur Zeit keinen Konsens zur Definition und Terminologie gibt (vgl. DGPP, 2022b, 8).

Nach der aktuellen Klassifikation der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-11) sind Sprachentwicklungsstörungen „durch anhaltende Defizite beim Erwerb, Verstehen, Produzieren oder Verwenden von Sprache (gesprochen oder gebärdet) gekennzeichnet, die während der Entwicklungsphase, typischerweise in der frühen Kindheit, auftreten und zu erheblichen Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit [der] Betroffenen führen. Die Fähigkeit [der] Betroffenen, Sprache zu verstehen, zu produzieren oder zu verwenden, liegt deutlich unter dem, was angesichts des Alters [der] Betroffenen zu erwarten wäre. Die Sprachdefizite lassen sich nicht durch eine andere neurologische Entwicklungsstörung, eine sensorische Beeinträchtigung oder einen neurologischen Zustand, einschließlich der Auswirkungen einer Hirnverletzung oder Infektion, erklären“ (World Health Organization (WHO), 2013, o.S.). Im internationalen Kontext wird aktuell von einer „developmental language disorder“ gesprochen, wenn neben der Sprachstörung keine weiteren Komorbiditäten vorliegen (vgl. Bishop, Snowling, Thompson & Greenhalgh, 2017, 1075). Lassen sich Komorbiditäten finden, spricht man von einer „language disorder associated with X“ (vgl. ebd.). Es gibt bereits einige Empfehlungen, diese Definition auch für den deutschen Kontext zu übernehmen (vgl. Scharff Rethfeldt & Ebbels, 2019, 28; DGPP, 2022a, 9). Es wird daher geraten, den etablierten Begriff der „umschriebenen Sprachentwicklungsstörung“ für Sprachstörungen ohne Komorbiditäten im deutschen Kontext nicht mehr zu verwenden (vgl. ebd.; Krollner & Krollner, 2023, o.S.).

In dieser Arbeit wird eine Sprachstörung ohne Komorbidität gemäß der aktuellen Definition der ICD-11 als Sprachentwicklungsstörung bezeichnet (vgl. WHO, 2013, o.S.). Treten Sprachstörungen in Zusammenhang mit Komorbiditäten auf, wird auf die deutsche Fassung von Bishop et al. (2017, 1075) „Sprachstörung assoziiert mit X“ zurückgegriffen (vgl. DGPP, 2022a, 9).

2.3.2 Relevanz der logopädischen Versorgung bei Sprachstörungen

In Deutschland wurden im Jahr 2021 rund drei Millionen logopädische Leistungen für gesetzlich Versicherte abgerechnet (vgl. Waltersbacher, 2022, 4). Darunter fallen alle Leistungen zur Behebung von Störungen des Sprechens, der Sprache, der Stimme und des Schluckens (vgl. ebd., 18). Rund 1,6 Millionen Leistungen für Kinder und Jugendliche bis einschließlich 14 Jahre wurden im Jahr 2021 bei der AOK abgerechnet. Dies entspricht 9,4 Prozent aller Heilmittelleistungen. Die Patient*innenrate der AOK lag bei Fünf- bis Neunjährigen bei 117 je 1.000 Versicherte (vgl. ebd. 20).

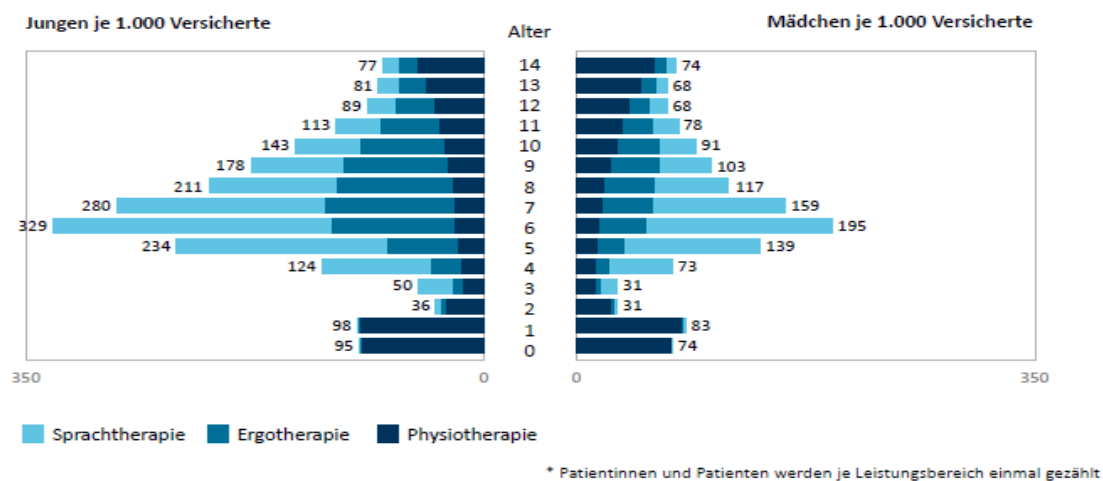


Abbildung 2: Patient*innenrate der AOK bis 14 Jahre nach Leistungsbereichen

Quelle: Waltersbacher, 2022, 29

Abbildung 2 verdeutlicht den hohen Bedarf logopädischer Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 14. Lebensjahr. Logopädische Leistungen bildeten dabei ab dem vierten Lebensjahr den therapeutischen Schwerpunkt und nahmen in den folgenden Lebensjahren weiter zu (vgl. ebd., 29). Bei sechsjährigen Kindern wurden logopädische Maßnahmen am häufigsten verordnet. Dabei wurden für 213 je 1.000 sechsjährige Jungen und für 142 je 1.000 sechsjährige Mädchen logopädische Leistungen abgerechnet (vgl. ebd.). Sprachentwicklungsstörungen gehören demnach zu den häufigsten Erkrankungen im Kindesalter (vgl. DGPP, 2022a, 4). Die Prävalenz liegt bei 7,6 Prozent (vgl.

Norbury et al., 2016, 1253). Zusätzlich sind 2,3 Prozent der Kinder von einer Sprachstörung assoziiert mit einer Komorbidität betroffen (vgl. ebd.).

Wie in Abbildung 3 erkennbar, standen „F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ 2021 auf dem ersten Platz der zehn häufigsten Diagnosen von Kindern und Jugendlichen bis 14 Jahre (vgl. ebd., 30). Dabei handelt es sich um Störungen „bei denen die normalen Muster des Spracherwerbs von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt sind“ (Krollner & Krollner, 2023, o.S.). In der Gruppe der Drei- bis Fünfjährigen dominiert diese Diagnosestellung und verbleibt auch in den höheren Altersgruppen bis einschließlich der Elfjährigen auf dem ersten Platz (vgl. ebd., 31). Kinder und Jugendliche mit dieser Diagnosestellung nahmen im Durchschnitt jeweils 22,1 Therapieeinheiten in Anspruch (vgl. Waltersbacher, 2022, 30).

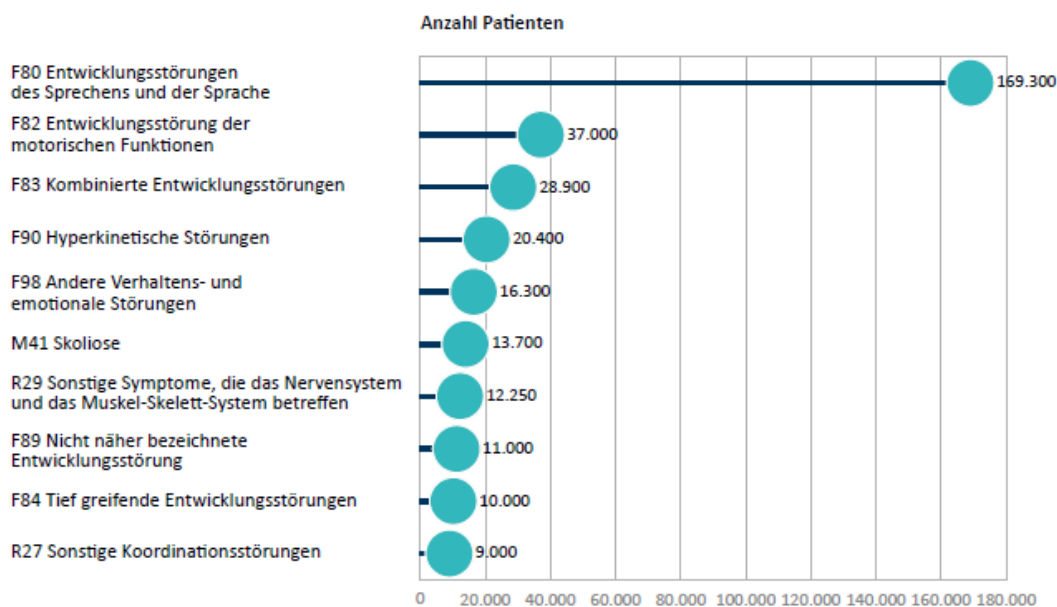


Abbildung 3: Häufigste Diagnosen von Kindern und Jugendlichen bis 14 Jahre

Quelle: Waltersbacher, 2022, 42

Trotz der hohen Verordnungszahlen gibt es zahlreiche Indikatoren aus dem internationalen Kontext, die auf eine Unterversorgung vieler Kinder und Jugendlicher mit Sprachstörungen hinweisen (vgl. McGregor, 2020, 982). Vor allem Mädchen sowie Kinder und Jugendliche, die keine zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten zeigen, werden potenziell in der Versorgung mit logopädischen Maßnahmen übersehen (vgl. ebd.). Es ist zudem erkennbar, dass Kinder und Jugendliche, die sprachlichen, kulturellen oder ethnischen Minderheiten angehören, weniger häufig mit logopädischen Maßnahmen versorgt werden (vgl. Morgan et al., 2017, 28).

Eine Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen kann verheerende Folgen für das jeweilige Individuum mit sich ziehen. Sprachstörungen haben ungeachtet ihrer Ursache

ohne therapeutische Intervention ein erhebliches Risiko, die Schulleistungen, vor allem die Lese- und Rechtschreibleistung von Kindern und Jugendlichen maßgeblich zu beeinflussen (vgl. Gallagher et al., 2000, 210). Häufig gehen Sprachstörungen daher mit langfristigen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen einher (vgl. Conti-Ramsden & Botting, 1999, 1203f.). Wird eine Sprachstörung nicht frühzeitig erkannt und therapeutisch behandelt, „bleiben individuelle Entwicklungspotenziale bzw. Entwicklungsressourcen eines derart gestörten Kindes ungenutzt, da die neuronale Plastizität, insbesondere die synaptische Plastizität als Basis für Lern- und Gedächtnisprozesse, im Kleinkindalter besonders hoch ist“ (Kiese-Himmel, 2022, 912). Es ist demnach essenziell, Kinder und Jugendliche frühzeitig auf Sprachstörungen zu untersuchen und bei Bedarf rechtzeitig mit logopädischen Heilmitteln zu versorgen (vgl. Gallagher et al., 2000, 210).

2.4 Einfluss von Umweltfaktoren auf die logopädische Versorgung

2.4.1 Demografischer Wandel der Arbeits- und Familienwelt

„Sie ist berechtigt, erwerbstätig zu sein, soweit dies mit ihren Pflichten in Ehe und Familie vereinbar ist“ (Bundeszentrale für politische Bildung, 2018, o.S.). Am 03.05.1957 bahnte sich durch das „Gesetz über die Gleichberechtigung von Mann und Frau auf dem Gebiet des bürgerlichen Rechts“ eine richtungsweisende Wende der deutschen Demographie an. Frauen war es ab diesem Zeitpunkt erlaubt, auch gegen den Willen des Mannes erwerbstätig zu sein, solange sie ihre familiären Pflichten nicht vernachlässigten. In den Folgejahren wurden die Rechte der erwerbstätigen Frau in zunehmendem Maß zugunsten ebendieser angepasst. Erst 1994 verpflichtete sich auch der Staat selbst, die Gleichstellung von Mann und Frau in ihrer Durchsetzung voranzubringen (vgl. §3 Abs. 2 GG). Heute, mehr als 30 Jahre später, liegt die Erwerbstätigenquote der Frauen in Deutschland bei 72,8 Prozent (Stand: 2019) (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 2022a, o.S.). Damit ist die Quote der erwerbstätigen Frauen zwischen den Jahren 1994 und 2019 um fast 18 Prozentpunkte angestiegen. Bei Männern ist ein Anstieg von 74,1 Prozent im Jahr 1994 auf 80,5 Prozent im Jahr 2019 zu verzeichnen (vgl. ebd.).

Dieser Zuwachs an Gleichstellung beruflicher Lebenswege zwischen Männern und Frauen spiegelt sich auch in der Statistik erwerbstätiger Mütter und Väter wider. Die Bundeszentrale für politische Bildung (vgl. 2022b, o.S.) meldete für das Jahr 2018 rund 10,6 Millionen Mütter und 8,8 Millionen Väter im Alter von 15 bis 64 Jahren mit mindestens einem Kind in einem gemeinsamen Haushalt. Die Quote der realisierten Erwerbs-

tätigkeit lag bei 71,1 Prozent der Mütter und 91,3 Prozent der Väter. Vor allem die Erwerbstätigkeit der Mütter stand dabei in starker Abhängigkeit zum Alter des jüngsten Kindes.

Wie Abbildung 4 illustriert, steigt mit zunehmendem Alter des Kindes auch die Erwerbstätigenquote der Mütter an. Ist das jüngste Kind im Kindergartenalter zwischen drei und fünf Jahren liegt die Erwerbstätigenquote der Mütter bereits bei 73,4 Prozent. Somit gehen rund drei Viertel dieser Mütter einer beruflichen Betätigung nach. Rund 27,2 Prozent arbeiten davon in Vollzeit. Ist das jüngste Kind im Grundschulalter so steigt die Erwerbstätigenquote der Mütter nur leicht an. Erst ab dem Jugendalter zeigt sich ein stärkerer Anstieg auf 82,8 Prozent, welcher sich bis zur Volljährigkeit auf 83,6 Prozent ausweitet. Mit steigendem Alter des jüngsten Kindes steigt auch die Vollzeitquote der Mütter auf bis zu 40 Prozent in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen. Die Väter gehen unabhängig vom Alter des jüngsten Kindes im Mittel zu 91,1 Prozent einer Erwerbstätigkeit nach und arbeiten dabei im Mittel zu 93,9 Prozent in Vollzeit.

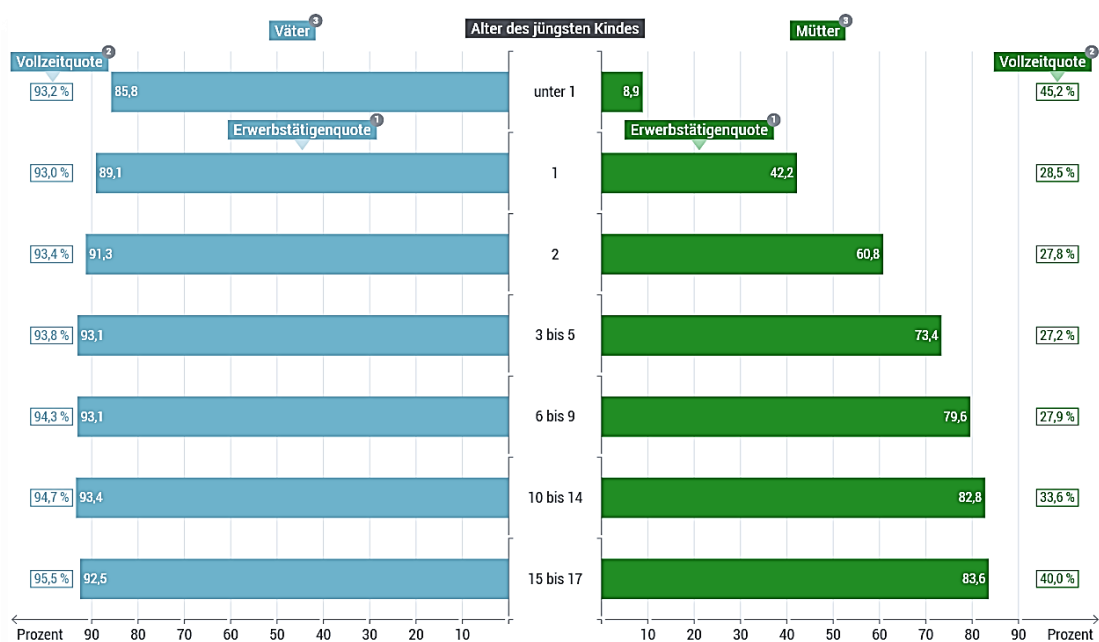


Abbildung 4: Realisierte Erwerbstätigkeit von Eltern in Deutschland (2018)

Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung, 2022b, o.S.

In Deutschland besuchten im Jahr 2022 rund 3,9 Millionen Kinder eine Kindertagesbetreuung (vgl. Statistisches Bundesamt, 2022, o.S.). Für Kinder ab dem dritten Lebensjahr besteht seit 1996 ein Rechtsanspruch auf eine Betreuung in einer Kindertageseinrichtung (vgl. §24 Abs. 3 SGB VIII). Die Betreuungsquote der drei bis sechs-Jährigen lag 2022 mit ca. 2,2 Millionen Kindern bei 91,7 Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt, 2022,

o.S.). Zusätzlich verzeichnete die siebte Ausgabe der Publikation „Kindertagesbetreuung Kompakt“ (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021, 3), dass der Betreuungsbedarf von Kindern das bisherige Angebot weiterhin übersteigt. Bereits jedes dritte Kind wird Stand 2020 ganztags betreut (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021, o.S.). Die Ganztagsbetreuungsquote stieg damit um zwölf Prozentpunkte binnen zehn Jahren.

Seit mehr als 200 Jahren besteht in Deutschland die Schulpflicht für Kinder ab dem sechsten Lebensjahr (vgl. Toyka-Seid & Schneider, 2022, o.S.). Aktuell besuchen 8,7 Millionen Schüler*innen die allgemeinbildende Schule (vgl. Statistisches Bundesamt, 2023b, o.S.). Diese wird in die Primarstufe und die Sekundarstufe gegliedert (vgl. Statistisches Bundesamt, 2022b, o.S.). 2,3 Millionen Schüler*innen verzeichnet Deutschland aktuell in beruflichen Schulen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2023b, o.S.). Dabei haben rund 1,6 von 11,1 Millionen Schüler*innen eine ausländische Staatsbürgerschaft. Die Wochenpflichtstunden der Schüler*innen variieren je nach Schulart und Bundesland (vgl. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2020, o.S.). Im Bundesland Rheinland-Pfalz sind beispielsweise zwischen 21 und 27 Wochenstunden in Primarstufe eins und zwischen 30 und 35 Wochenstunden in Sekundarstufe eins und zwei vorgesehen (vgl. ebd.).

2.4.2 Kindliche Leistungsfähigkeit

Lange Schultage führen oftmals dazu, dass Kinder und Jugendliche erst am Nachmittag therapeutische Termine wahrnehmen können (vgl. Institut für Gesundheitsökonomik München, 2020, 55). Spätes therapeutisches Arbeiten steht jedoch im Widerspruch zur Chronobiologie des Menschen. „Chronobiologie ist die Lehre vom zeitlichen Rhythmus biologischer Prozesse. Dies umfasst sowohl Jahres-, Monats- und Wochenrhythmen wie auch zirkadiane, etwa 24-stündige, und ultradiane Rhythmen mit einer kürzeren Periodenlänge“ (Rodenbeck, 2020, 1).

Abbildung 5 bildet die Leistungskurve eines Erwachsenen über einen Tagesverlauf von 24 Stunden ab (vgl. Seiwert, 2014, 70). Die optimale Leistungsphase liegt demnach zwischen acht und zwölf Uhr am Morgen. Zwischen 18 und 22 Uhr ist ein weiterer leichter Aufstieg des Leistungsniveaus wahrnehmbar.

Die von Seiwert (2014, 70) erstellte Leistungskurve bezieht sich jedoch auf die Leistungsfähigkeit von Erwachsenen und kann nicht bedenkenlos auf Kinder und Jugendliche übertragen werden. Kinder haben ein höheres Bedürfnis an Schlafstunden (vgl. Hol-

zinger & Klösch, 2018, 102). Im Alter von drei bis fünf Jahren schlafen Kinder durchschnittlich ca. elf Stunden am Tag, während Erwachsene für eine optimale Gesundheit lediglich sieben Stunden pro Nacht schlafen sollten (vgl. Price, Brown, Bittman, Wake & Quach, 2014, 122; Stiefelhagen, 2019, 10; Youngstedt & Kripke, 2004, 160). Jugendliche benötigen neun bis elf Stunden Schlaf (vgl. Weeß, 2018, 17).

Kindern und Jugendlichen steht aufgrund des erhöhten Schlafbedarfs weniger Zeit für eine effektive und effiziente Leistungserbringung zur Verfügung, als dies bei Erwachsenen der Fall ist. Die von Seiwert (2014, 70) erstellte Leistungskurve ist demnach im Übertrag auf die Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen über einen Tagesverlauf von 24 Stunden kritisch zu betrachten. Aus der vorliegenden Literatur lassen sich bislang keine weiteren Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von der Tageszeit ziehen. Daher gilt es, das vorliegende Modell zu modifizieren. Dieses lässt darauf schließen, dass Kinder und Jugendliche zwischen sieben und 13 Uhr den Höhepunkt ihrer Leistungsfähigkeit während des Tages erreichen (vgl. ebd.).

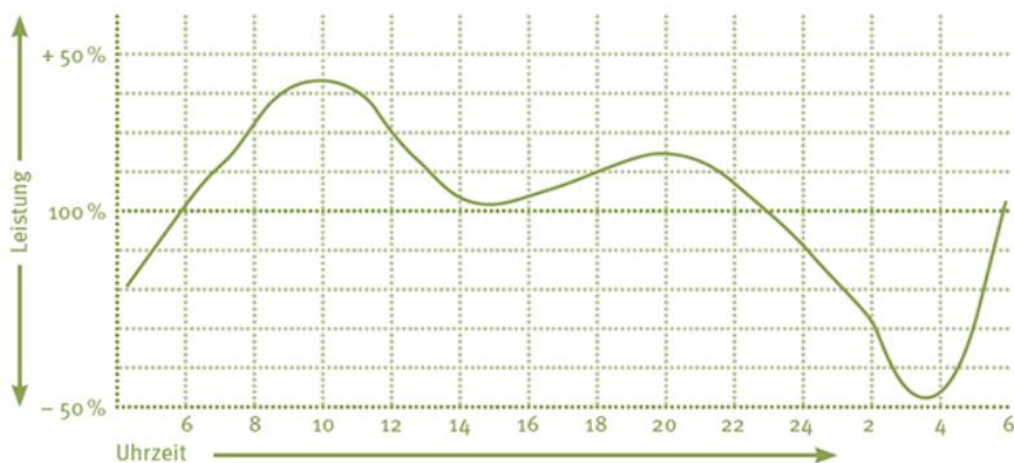


Abbildung 5: Leistungskurve eines Erwachsenen über 24 Stunden

Quelle: Seiwert, 2014, 70

3 Zielsetzung der Forschungsarbeit

Nachfolgend wird das Forschungsziel dieser Arbeit unter Berücksichtigung der im theoretischen Hintergrund aufgeführten Inhalte illustriert.

Lange Wartezeiten prägen aktuell den Therapiealltag vieler Patient*innen, die dringend auf eine logopädische Heilmittelversorgung angewiesen sind (vgl. Institut für Gesundheitsökonomik München, 2020, 55). Vor allem nachmittägliche Termine sind aufgrund der steigenden Berufstätigkeit von Eltern und Erziehungsberechtigten sehr begehrt (vgl. ebd.; Bundeszentrale für politische Bildung, 2022b, o.S.). Deutschland mangelt es jedoch an Logopäd*innen (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2021, o.S.). Der Fachkräftemangel hat ein Niveau erreicht, welches Versorgungsengpässe zunehmend spürbar macht (vgl. Hilbert & Paulus, 2018, 4). Zusätzlich ist bekannt, dass ein Behandlungsbedarf bei vielen Kindern oftmals unerkannt bleibt (vgl. McGregor, 2020, 982). Eine Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen kann mit verheerenden Folgen einhergehen. Sprachstörungen haben ungeachtet ihrer Ursache ohne therapeutische Intervention ein erhebliches Risiko, die Schulleistungen negativ zu beeinflussen (vgl. Gallagher et al., 2000, 210). Häufig gehen Sprachstörungen daher mit langfristigen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen einher (vgl. Conti-Ramsden & Botting, 1999, 1203f.). Eine frühestmögliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Heilmitteln kann jedoch zurzeit aufgrund der bestehenden Rahmenbedingungen nicht garantiert werden.

Die aktuellen Rahmenbedingungen von Therapeut*innen und Familien lassen sich in zunehmendem Maße nicht mehr miteinander vereinen. Die Möglichkeit, Kindertherapien in Einrichtungen für alle Kinder und Jugendliche flächendeckend zu erlauben, könnte die Rahmenbedingungen zugunsten aller Beteiligten adaptieren. Dazu bedarf es jedoch einer Aktualisierung und Erweiterung der gültigen Vorschrift (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13f.).

Um festzustellen, ob und inwiefern Logopäd*innen eine Aktualisierung der HMRL befürworten, soll im Rahmen dieser Arbeit erhoben werden, welche Einstellung Logopäd*innen in Deutschland gegenüber der aktuellen Regelung zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen einnehmen. Darüber hinaus ist es Ziel dieser Arbeit, die Wünsche und Ansprüche der Logopäd*innen an zukünftige Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen zu erheben. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse sollen hinreichende Empfehlungen für die Umsetzung einer Implementierung von einrichtungsbezogenen Kindertherapien formuliert werden.

4 Forschungsfrage und Hypothesen

4.1 Forschungsfrage

Aus dem beschriebenen Forschungsziel ergibt sich folgende Forschungsfrage, die es im Rahmen dieser Arbeit zu beantworten gilt:

Welche Einstellung vertreten Logopäd*innen gegenüber den Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen?

4.2 Konzeptspezifikation des theoretischen Konstrukts Einstellung

Es existieren zahlreiche Definitionen zum Begriff der Einstellung. So wird Einstellung definiert als eine „Meinung, Ansicht [oder ein] inneres Verhältnis, das jemand besonders zu einer Sache [oder] einem Sachverhalt hat“ (Duden, 2023b, o.S.). Weiter kann die Einstellung definiert werden als Affekt für oder gegen ein psychologisches Objekt (vgl. Thurstone, 1931, 261) oder „eine erlernte Neigung, Klassen von Gegenständen oder Menschen in Abhängigkeit von den eigenen Überzeugungen und Gefühlen ‚günstig‘ oder ‚ungünstig‘ zu bewerten“ (Zimbardo & Gerring, 1996, 521). Eagly und Chaiken (1997, 1) definieren Einstellung als „psychologische Tendenz, die dadurch zum Ausdruck gebracht wird, dass eine bestimmte Entität mit einem bestimmten Ausmaß an Zustimmung oder Ablehnung bewertet wird“ (vgl. Six, 2000, o.S.). Diese und weitere Definitionen des Begriffs Einstellung stimmen in der Regel in dem Punkt überein, dass es zu einer „summarischen Bewertung sozialer Sachverhalte“ (Six, 2000, o.S.) kommt. Durch das Fassen einer Einstellung findet also eine Bewertung in eine positive oder negative Richtung statt und Gefühle werden in Form von Lust oder Unlust ausgedrückt (vgl. ebd.). Eine Einstellung hat demnach einen evaluativen Charakter (vgl. ebd.). Anhang 1 illustriert die Bedeutung des Begriffs der Einstellung auf Basis der Literaturerkenntnisse.

Einstellungen unterscheiden sich demnach in Abhängigkeit der zu betrachtenden Einstellungsobjekte (vgl. Garms-Homolová, 2020, 7). Darunter fällt die Bewertung von „Sachverhalten, Menschen, Gruppen und anderen Arten von Objekten unserer sozialen Welt“ (Haddock & Maio, 2014, 198). Rosenberg (vgl. 1960, 1-14) unterscheidet dabei drei Einstellungskomponenten. Die affektive Einstellung ist durch gefühlsbetonte Bewertungen und Vorlieben geprägt, die sich häufig durch eine starke Reaktion des autonomen Nervensystems zeigen (vgl. ebd.). Weiter fasst die intellektuelle Einstellung Meinungen und Überzeugungen zusammen, die gegenüber verschiedenen Sachverhalten vertreten werden. Verhaltensabsichten und -tendenzen werden im Rahmen der handlungsorientierten Einstellung verkörpert (vgl. ebd.). Die Klassifizierung der drei Komponenten ist

jedoch fließend und kann nicht in starren Grenzen erfolgen (vgl. Garms-Homolová, 2020, 9f.).

Zur Beantwortung der Forschungsfrage, gilt es demnach die Einstellung der Logopäd*innen gegenüber dem sozialen Sachverhalt der Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen vor dem Hintergrund der von den Teilnehmenden gegenüber dieser Thematik gelebten Überzeugungen und Gefühle in Form von summarischen Bewertungen festzuhalten.

4.3 Herleitung der Hypothesen

Um die Einstellung von Logopäd*innen gegenüber den Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen untersuchen zu können, wurden einige Hypothesen aufgestellt, welche im Folgenden umfangreich logisch und literaturbegründet aufgeführt werden. Da einige Hypothesen eher deskriptiver Art sind und in engem Zusammenhang zu Hypothesen stehen, welche einen Gruppenunterschied oder Zusammenhang auf inferenzstatistischer Basis prüfen, wurden zur Auswertung Hypothesenpaare gebildet. Diese werden im Folgenden gemeinsam beschrieben und deduziert.

Auf berufspolitischer Ebene wird sich bereits umfangreich mit der Thematik von Kindertherapien in Einrichtungen auseinandergesetzt (vgl. dbl, 2019, 1-2; dbl, 2023, 1-4; LOGO Deutschland, 2021, 1). Vor allem der dbl betont als größter deutscher Berufsverband der Logopädie immer wieder die große Unzufriedenheit mit der aktuell gültigen Vorschrift (vgl. dbl, 2019, 1-2; dbl, 2023). Da das Thema von Kindertherapien in Einrichtungen seit Jahren kontrovers diskutiert wird, soll im Rahmen dieser Arbeit zunächst der Annahme nachgegangen werden, dass die Mehrheit der befragten Logopäd*innen eine Unzufriedenheit gegenüber der Vorschrift verspürt. Es ist davon auszugehen, dass das Wissen und die Auseinandersetzung mit diesem Diskurs nicht bei allen Logopäd*innen in gleichem Maße ausfällt. Vielmehr kann angenommen werden, dass teilweise große Unterschiede im Wissen über die Regelung der HMRL bestehen. Da Wissen die Meinungsbildung beeinflussen kann, soll im Rahmen dieser Studie der bivariaten Unterschiedshypothese nachgegangen werden, dass Logopäd*innen mit Fachwissen zu §11 Abs. 2 der HMRL eine größere Unzufriedenheit in Bezug auf ebendiese Vorschrift empfinden als Logopäd*innen ohne Fachwissen.

Ausgangspunkt für die weitere Untersuchung ist die Annahme, dass sich die meisten Logopäd*innen aufgrund des kontroversen Diskurses eine Aktualisierung und Erweiterung der bislang gültigen Vorschrift wünschen. Da ein Verband als ein „zur Durchsetzung gemeinsamer Interessen gebildeter größerer Zusammenschluss“ (Duden, 2023h, o.S.)

zu verstehen ist, lässt sich schlussfolgern, dass die verfolgten Interessen der Berufsverbände in der Regel mit den Interessen der Mitglieder übereinstimmen. Daher soll in dieser Arbeit der Hypothese nachgegangen werden, dass sich Logopäd*innen mit einer Verbandszugehörigkeit im Vergleich zu Logopäd*innen ohne Verbandszugehörigkeit eher für die auf berufspolitischer Ebene geforderte Erweiterung der Regelung nach §11 Abs. 2 der HMRL aussprechen.

Die Bundeszentrale für politische Bildung (vgl. 2022b, o.S.) zeigte für das Jahr 2018 auf, dass die Quote der realisierten Erwerbstätigkeit von Müttern bei 71,1 Prozent und bei Vätern bei 91,3 Prozent liegt. Familie und Beruf miteinander zu verbinden, stellt daher für Erziehungsberechtigte eine immer größere Herausforderung dar (vgl. Hochgürtel & Sommer, 2021, o.S.). Die Wahrnehmung regelmäßiger Termine kann für Familien demnach eine zusätzliche Belastung bedeuten. Dies kann dazu führen, dass nicht alle Kinder gleichermaßen logopädische Therapien in ambulanten Praxen wahrnehmen können, da nicht allen Erziehungsberechtigten die gleichen Ressourcen zur Verwirklichung der Therapie zur Verfügung stehen. Ein Settingwechsel der Kindertherapie in das Einrichtungsumfeld könnte die Erziehungsberechtigten folglich entlasten und zu einer Chancengleichheit im Sinne der Inklusion beitragen. Daher soll die Annahme untersucht werden, dass die Mehrheit der befragten Logopäd*innen eine Entlastung von Erziehungsberechtigten durch die Möglichkeit von Kindertherapien in Einrichtungen wahrnehmen. Darüber hinaus soll der Gruppenunterschied untersucht werden, ob Logopäd*innen mit eigenen Kindern aufgrund der eigenen Erfahrungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf die Entlastung von Erziehungsberechtigten durch Kindertherapien in Einrichtungen eher wahrnehmen, als dies bei Logopäd*innen ohne eigene Kinder der Fall ist.

Neben den Vorteilen für Erziehungsberechtigte sind auch die Vorzüge des Therapiesettings in Einrichtungen für die behandelnden Therapeut*innen von Interesse. So stellte der dbf beispielsweise in einem Positionspapier zu Therapien in Einrichtungen heraus, dass Engpässe bei der Vergabe von Nachmittagsterminen durch die Möglichkeit einrichtungsbezogener Kindertherapien minimiert und der Versorgungsengstand dadurch entzerrt werden könnte (vgl. dbf, 2019, 2). Ein weiterer Vorteil der einrichtungsbezogenen Kindertherapie stellt der enge Kontakt zu anderen Professionen dar (vgl. Hecht, Mayer, Mauer, Pagels & Gosse, 2020, 6). Durch die örtliche Nähe wird das interprofessionelle Zusammenarbeiten zwischen den Therapeut*innen und den pädagogischen Fachkräften somit möglicherweise simplifiziert. Daher soll in dieser Arbeit die Annahme geprüft werden, dass die Mehrheit der befragten Logopäd*innen einen Mehrwert von Kindertherapien in Einrichtungen für sich als Therapeut*in wahrnehmen. Es ist davon auszugehen, dass Logopäd*innen die therapeutischen Vorteile von Kindertherapien in Einrichtungen

stärker wahrnehmen, wenn diese viel Erfahrung mit dieser Arbeitsweise gesammelt haben. Es wird daher die Hypothese aufgestellt, dass der von Logopäd*innen persönlich wahrgenommene Mehrwert von Kindertherapien in Einrichtungen mit steigender Erfahrung in diesem Arbeitssetting zunimmt.

Erzieher*innen stoßen in ihrer Arbeit immer wieder an die Grenzen der eigenen fachlichen Kompetenzen und sind daher regelmäßig angehalten, sich fachliche Unterstützung einzuholen (vgl. Wulfekühler, 2013, 96). Auch im Falle der Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen ist ein enger Austausch zwischen pädagogischen Fachkräften und Logopäd*innen essenziell. Durch die Möglichkeit, Kindertherapien in Einrichtungen durchzuführen, kann die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Therapeut*innen und den pädagogischen Fachkräften möglicherweise simplifiziert werden. Im Rahmen dieser Arbeit soll daher die Annahme untersucht werden, ob die Mehrheit der befragten Logopäd*innen einen interprofessionellen Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen wahrnehmen. Interprofessionelles Arbeiten erfordert jedoch eine große Eigeninitiative sowie ständige Kommunikation und gegenseitige Wertschätzung (vgl. Spielberg, 2020, 1). Es ist daher abzuleiten, dass nicht alle Therapeut*innen in gleichem Maße den interprofessionellen Austausch suchen. Im Rahmen dieser Arbeit wird daher untersucht, ob Logopäd*innen, die einen hohen Stellenwert auf interprofessionelle Zusammenarbeit legen, im Vergleich zu denen, die einen niedrigen Stellenwert vertreten, einen signifikant größeren Mehrwert bei der Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen für interprofessionelles Arbeiten erkennen. Diese Hypothese lässt sich damit begründen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit in Einrichtungen niedrighwelliger stattfinden kann, da die verschiedenen Professionen in engerem Kontakt zueinander arbeiten. Logopäd*innen, die dem interprofessionellen Austausch einen hohen Stellenwert zuschreiben, könnten demnach auch die Vorteile der einrichtungsbezogenen Kindertherapie stärker wahrnehmen.

Lange Wartelisten der ambulanten Praxen deuten darauf hin, dass Kindertherapien oftmals am Nachmittag stattfinden (vgl. Hilbert & Paulus, 2018, 4). Die Leistungskurve nach Seiwert (vgl. 2014, 70) lässt jedoch Rückschlüsse darauf ziehen, dass Kindertherapien am Vormittag effektiver sein könnten als am Nachmittag. Darüber hinaus ist bekannt, dass Sprachstörungen frühestmöglich zu therapieren sind, da sie ungeachtet ihrer Ursache ohne therapeutische Intervention eine negative Auswirkung auf Schulleistungen haben können (vgl. Gallagher et al., 2000, 210). Wird die Kindertherapie in die Einrichtung und damit in den Vormittag verlagert, könnte sich dies demnach positiv auf den Therapieverlauf sowie auf die Leistungsfähigkeit und Motivation der Patient*innen aus-

wirken. Daher soll im Rahmen dieser Studie die Annahme geprüft werden, ob die Mehrheit der befragten Logopäd*innen einen Mehrwert durch einrichtungsbezogene Therapien für die Patient*innen wahrnehmen. Je höher die Berufserfahrung von Therapeut*innen, desto größer kann auch das Kompetenzprofil der Praktiker*innen angenommen werden (vgl. Benner, 2017, 63-71). Dementsprechend kann geschlussfolgert werden, dass Logopäd*innen mit steigender Berufserfahrung über ausreichend Wissen und therapeutische Expertise verfügen, um äußere Einflüsse auf den Therapieerfolg einschätzen zu können. Logopäd*innen mit einer hohen Berufserfahrung haben in ihrem bisherigen Arbeiten ggf. bereits vielfach solche beeinflussenden Faktoren erlebt und können daher die Vorteile der einrichtungsbezogenen Kindertherapie in diesem Bereich besonders bewusst wahrnehmen. Im Zuge dieser Arbeit wird daher die Hypothese untersucht, ob Logopäd*innen mit steigender Berufserfahrung auch den wahrgenommenen Nutzen von Kindertherapien in Einrichtungen für die Patient*innen höher wahrnehmen.

Unter Hinzunahme der Erkenntnisse der empirischen Forschung sowie grundlegender Theorien und Ansätze lassen sich somit die in Tabelle 1 dargestellten Hypothesen zur Forschungsfrage bilden.

Tabelle 1: Zwölf Hypothesen der Forschungsarbeit

Hypothese	
H1	Die Mehrheit der Logopäd*innen ist unzufrieden mit der aktuellen Regelung nach §11 Abs. 2 der HMRL.
H2	Logopäd*innen, die Fachwissen in Bezug auf §11 Abs. 2 der HMRL aufweisen, halten diese Regelung für unzufriedenstellender als Logopäd*innen ohne Fachwissen.
H3	Die Mehrheit der Logopäd*innen befürwortet eine Aktualisierung und Erweiterung der aktuellen Regelung nach §11 Abs. 2 der HMRL.
H4	Logopäd*innen, die einem Berufsverband angehören, befürworten eher eine Ausdehnung der Regelung nach §11 Abs. 2 der HMRL als Logopäd*innen ohne Verbandszugehörigkeit.
H5	Die Mehrheit der Logopäd*innen nimmt eine Entlastung von Erziehungsberechtigten durch Kindertherapien in Einrichtungen eher wahr.
H6	Logopäd*innen, die eigene Kinder haben, nehmen eher eine Entlastung von Erziehungsberechtigten durch Kindertherapien in Einrichtungen wahr als Logopäd*innen ohne eigene Kinder.
H7	Die Mehrheit der Logopäd*innen nimmt einen therapeutischen Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen wahr.
H8	Je erfahrener Logopäd*innen mit Kindertherapien in Einrichtungen sind, desto höher schätzen diese den dadurch gewonnenen therapeutischen Mehrwert ein.
H9	Die Mehrheit der Logopäd*innen nimmt einen interprofessionellen Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen wahr.
H10	Je höher der Stellenwert von Interprofessionalität bei Logopäd*innen ist, desto höher schätzen sie den interprofessionellen Mehrwert von Kindertherapien in Einrichtungen ein.
H11	Die Mehrheit der Logopäd*innen nimmt einen Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen für die Patient*innen wahr.
H12	Je höher die Berufserfahrung von Logopäd*innen ist, desto höher schätzen diese den Mehrwert von Kindertherapien in Einrichtungen für die Patient*innen ein.

Quelle: Eigene Darstellung

5 Methodik

5.1 Forschungsdesign

Im Folgenden wird das Forschungsdesign dieser Arbeit anhand der neun Klassifikationskriterien für Untersuchungsdesigns nach Döring und Bortz (vgl. 2016, 183) detailliert dargestellt.

Der wissenschaftstheoretische Ansatz ist quantitativer Art. Dabei sollen die oben genannten theoretisch abgeleiteten Hypothesen an möglichst vielen Untersuchungseinheiten mittels einer strukturierten Datenerhebungsmethode und einer anschließenden statistischen Auswertung untersucht werden (vgl. Döring & Bortz, 2016, 184). Als Datenerhebungsmethode wird ein Online-Fragebogen gewählt.

Erkenntnisziel der Studie ist die genauere Untersuchung der Einstellung von Logopäd*innen gegenüber den Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen. Demnach handelt es sich um eine Studie im Sinne der Grundlagenforschung (vgl. ebd., 185). Die Analyse soll zum wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt in der Logopädie beitragen.

Gegenstand der Studie ist die Bearbeitung der Forschungsfrage anhand neu erhobener Daten. Es handelt sich demnach um eine Originalstudie empirischer Art (vgl. ebd. 186f.).

Als Datengrundlage der Studie dient ein selbst erhobener Datensatz. Die Studie ist somit den Primäranalysen zuzuordnen (vgl. ebd., 191). Vorteilhaft ist dabei, dass das Forschungsdesign, die Stichprobe und die Datenerhebungsmethode genau auf die Fragestellung zugeschnitten werden können (vgl. ebd.).

Das Erkenntnisinteresse der empirischen Studie ist explanativer Art (vgl. ebd., 192). Die Gültigkeit, der in Tabelle 1 aufgeführten Hypothesen, soll dabei überprüft werden.

Die Untersuchungsgruppen werden nicht-experimentell gebildet und behandelt (vgl. ebd., 194). Es erfolgt keine Randomisierung. Die Studie greift stattdessen auf vorgefundene Gruppen zurück und untersucht diese nach Unterschieden. Dementsprechend findet keine aktive experimentelle Manipulation statt (vgl. ebd., 201). Dies ermöglicht es, ein breites Spektrum an Variablen und Untersuchungseinheiten zu berücksichtigen (vgl. ebd., 194).

Die Befragung erfolgt im Feld (vgl. ebd., 205f.). Die Studienteilnehmenden werden mittels eines Online-Fragebogens im häuslichen Umfeld befragt, um den Aufwand der Studienteilnahme möglichst gering zu halten.

Die Datenerhebung wird lediglich zu einem Untersuchungszeitpunkt durchgeführt. Es handelt sich demnach um eine nicht-experimentelle Studie im Sinne der Querschnittsstudie ohne Messwiederholung (vgl. ebd., 210).

Die Anzahl der Untersuchungsobjekte bildet sich aus einer Stichprobe von Untersuchungseinheiten aus der Grundgesamtheit (vgl. ebd., 214). Durch die Durchführung einer Gruppenstudie können somit bei einer ausreichenden Personenanzahl anhand der Stichprobenergebnisse Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit gezogen werden.

5.2 Konzeptspezifikation und Operationalisierung der Hypothesen

Auf theoretischer Ebene wurden bereits zwölf Hypothesen aufgestellt, welche in sechs Hypothesenpaare kategorisiert wurden. Es folgt nun eine Konzeptspezifikation mittels Nominaldefinition, die auf Grundlage einer dimensional Analyse erarbeitet wurde. Im Anschluss folgt die deduktive Operationalisierung, um die theoretischen Konzepte in messbare Variablen zu überführen (vgl. ebd.). Anhang 2 stellt die Operationalisierung tabellarisch dar.

5.2.1 Konzeptspezifikation und Operationalisierung: H1 & H2

Das erste Hypothesenpaar (H1 & H2) beschäftigt sich vorrangig mit der Zufriedenheit der befragten Logopäd*innen bezüglich der Vorschriften der HMRL zum Ort der Leistungserbringung. Die bivariate Unterschiedshypothese (H2) setzt erweiternd den Faktor Fachwissen mit der empfundenen Zufriedenheit in Verbindung (siehe Tabelle 1). Zu definierende Konzepte sind daher die Begrifflichkeiten *Fachwissen* und *Zufriedenheit*.

Der Begriff Wissen wird abhängig von der Wissenschaft, aus welcher er betrachtet wird, unterschiedlich definiert (vgl. Detjen, Massing, Richter & Weißeno, 2012, 29). Im Allgemeinen wird allerdings das satzförmige vom praktischen, phänomenalen und körperlichen Wissen abgegrenzt (vgl. El Kassar, 2021, o.S.). Das körperliche und phänomenale Wissen bezieht sich auf die Gefühle und Wahrnehmungen des Körpers. Das satzförmige Wissen kann in Sätzen ausgedrückt werden und findet sich meist in Enzyklopädien, Lehrbüchern oder Handlungsanweisungen wieder (vgl. ebd.). Praktisches Wissen wird erst erfahren, wenn Tätigkeiten in ihrer Durchführung nicht nur verbal wiedergegeben, sondern auch praktisch ausgeführt werden können (vgl. ebd.). Zur Prüfung dieser Hypothese soll Wissen in Bezug auf die HMRL, einer Handlungsanweisung für Therapeut*innen, erhoben werden (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 1-106). Es wird demnach satzförmiges Wissen erfragt.

Fachwissen bedeutet, Kenntnisse in einem gewissen Fachbereich aufzuweisen (vgl. Duden, 2023e, o.S.). Dabei lässt sich Fachwissen in Faktenwissen und konzeptuelles Wissen untergliedern (vgl. Detjen et al., 2012, 29). Während das Faktenwissen aus einzelnen Daten und Fakten besteht, bildet sich das konzeptuelle Wissen aus konkreten Erfahrungen (vgl. ebd.). Das konzeptuelle Wissen ermöglicht es somit, Wissen zu transferieren, miteinander in Bezug zu setzen und flexibel anzuwenden (vgl. ebd.). Übertragen auf die Taxonomie kognitiver Lernziele reicht konzeptuelles Wissen demnach über den Bereich des reinen Wissens im Sinne der Kenntnis hinaus und erfordert höhere Komplexitätsstufen (vgl. Schewior-Popp, 2005, 57).

Unter dem Begriff Fachwissen wird im Zuge dieser Hypothesenprüfung daher sowohl Wissen im Sinne der Kenntnis, als auch in Form des Verstehens und der Analysefähigkeit über die in §11 Abs. 2 der in der HMRL festgeschriebenen Regelungen zum Ort der Leistungserbringung verstanden (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 1-106). Die Komplexitätsstufe der Anwendung wird nicht in die Hypothesenprüfung eingebunden, da eine Anwendungsprüfung von satzförmigem Wissen nur schwer durchführbar scheint. Auch die Komplexitätsstufen der Synthese und Bewertung sind zur Prüfung dieser Hypothese nicht von Relevanz.

Aus dem Begriff des Fachwissens wird die gleichnamige unabhängige Variable abgeleitet. Zur Festlegung der formativen Indikatoren wird sich an den Taxonomien kognitiver Lernziele nach Schewior-Popp (vgl. 2005, 57) orientiert. Der Variable des Fachwissens lassen sich demnach drei Indikatoren zuordnen: die Kenntnis, das Verständnis und die Analysefähigkeit. Die Merkmalsausprägungen werden durch 5-stufige Ratingskalen abgebildet. Aus der Operationalisierung gehen die Fragebogenitems *B116_3*, *B116_09* und *B116_10* hervor (siehe Anhang 2 & Anhang 6).

Zufriedenheit wird in der Psychologie definiert als Übereinstimmung von Erwartung und Erleben eines Menschen (vgl. Online Lexikon für Psychologie & Pädagogik, 2023, o.S.). Das Ausmaß der Abweichung zwischen Erwartung und Erleben bildet die Grundlage des Zufriedenheitsgrades. Zufriedenheit entsteht daher immer dann, wenn das Erlebnis mindestens der Erwartung gleicht (vgl. ebd.). Demzufolge lässt sich ableiten, dass Unzufriedenheit immer dann vorherrscht, wenn das Ergebnis oder das Erleben negativ gerichtet von der Erwartung abweicht.

Aus dem Konzept der Zufriedenheit wird die abhängige Variable der Unzufriedenheit abgeleitet. Dabei lassen sich vier formative Indikatoren für Unzufriedenheit feststellen. Der erste Indikator bildet eine allgemeine negative Befindlichkeit in Bezug auf die HMRL (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 1-106). Weitere Indikatoren stellen

sprachliche Unverständlichkeit sowie ein unzureichendes inhaltliches Ausmaß der Regelung dar. Zuletzt wird der Wunsch nach Veränderung als Indikator angenommen (vgl. Wörwag, 2020, 89). Als Merkmalsangabe wird eine 5-stufige Ratingskala eingesetzt. Daraus resultieren die Fragebogenitems *B116_01*, *B116_02*, *B116_04*, *B116_07* und *B116_08* (siehe Anhang 2 & Anhang 6).

5.2.2 Konzeptspezifikation und Operationalisierung: H3 & H4

Das zweite Hypothesenpaar (H3 & H4) dieser Studie behandelt vorrangig den Wunsch der Logopäd*innen nach einer Ausdehnung der Regelung nach §11 Abs. 2 der HMRL. Die bivariate Unterschiedshypothese H2 untersucht darüber hinaus den Zusammenhang der gewünschten Ausdehnung mit einer potenziellen Verbandszugehörigkeit. Zu definierende Konstrukte sind daher der *Berufsverband* sowie der Begriff der *Ausdehnung*.

Ein Verband ist ein „zur Durchsetzung gemeinsamer Interessen gebildeter größerer Zusammenschluss“ (vgl. Duden, 2023h, o.S.). Im Bereich der Logopädie gibt es aktuell vier große Berufsverbände. Der dbl bildet dabei den größten Berufsverband für Logopädie mit fast 10.000 Mitgliedern (vgl. dbl, 2023c, o.S.). LOGO Deutschland vertritt die Selbstständigen der Logopädie (vgl. LOGO Deutschland, 2023, o.S.). Mit mehr als 3.000 Mitgliedern vertritt der Deutsche Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs) die Interessen akademisch ausgebildeter Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen (vgl. dbs, 2023, o.S.). Zusätzlich bildet der Deutsche Bundesverband für Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*innen der Lehrervereinigung Schläffhorst-Andersen e.V. (dba) den kleinsten der hier aufgeführten Berufsverbände (vgl. dba, 2023, o.S.).

Aus dem Konstrukt des Berufsverbandes wird daher die gleichnamige unabhängige Variable abgeleitet. Als Indikator gilt eine jeweilige Mitgliedschaft im dbl, dbs, dba oder bei LOGO Deutschland. Die Zugehörigkeit zu einem der Berufsverbände wurde zur Erfassung der Merkmalsausprägungen durch die Befragten direkt angegeben. Die Merkmalsangaben „keine/r“ und „Sonstige“ wurden gewählt, um eine fehlende Zugehörigkeit zu einem der vier führenden Berufsverbände der Logopädie festzuhalten. Aus dieser Operationalisierung resultiert das Fragebogenitem *C115* (siehe Anhang 2 & Anhang 6).

Unter der Ausdehnung einer Regelung versteht sich eine Erweiterung ebendieser (vgl. Duden, 2023a, o.S.). Die HMRL legt in §11 Abs. 2 den Ort der Leistungserbringung für Heilmittel fest (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13f.). In den Rahmenbedingungen werden verschiedene Aspekte festgeschrieben, darunter die betreffende Klienten-

tel, die zutreffenden Einrichtungen sowie die Finanzierung der Kindertherapien in Einrichtungen. Bezüglich der Klientel erlaubt die HMRL aktuell lediglich die einrichtungsbezogene Behandlung von „Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, gegebenenfalls darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung“ (ebd.). Zutreffende Einrichtungen sind Regelkindergärten und -kindertagesstätten, Regelschulen und weitere Tageseinrichtungen zur ganztägigen Förderung. Die Finanzierung erfolgt laut HMRL nicht über die Krankenkassen. Ein Hausbesuch wird nicht ausgestellt (vgl. ebd.).

Aus dem Konstrukt der Ausdehnung der Regelung des §11 Abs. 2 der HMRL wird die abhängige Variable der gewünschten Ausdehnung abgeleitet. Als erster Indikator wird der Wunsch nach Veränderung bestimmt (vgl. Wörwag, 2020, 89). In Anlehnung an die in der HMRL §11 Abs. 2 bisher festgelegten Rahmenbedingungen werden die Indikatoren Klientel, Einrichtungsarten, Versorgungsmodelle und Finanzierung bestimmt. Als Merkmalsangabe wird jeweils eine 5-stufige Ratingskala verwendet. Aus der Operationalisierung gehen die Fragebogenitems *B116_04*, *B120_01*, *B120_02*, *B120_03*, *B120_04*, *B120_05*, *B120_07*, *B120_08*, *B121_01*, *B121_03*, *B121_04*, *B121_07*, *B121_08*, *B121_09*, *B121_11*, *B121_12*, *B121_13*, *B121_14*, *B122_01*, *B122_02*, *B137_01*, *B137_02*, *B137_03* hervor (siehe Anhang 2 & Anhang 6).

5.2.3 Konzeptspezifikation und Operationalisierung: H5 & H6

Eine weiteres Hypothesenpaar (H5 & H6) dieser Arbeit bearbeitet die wahrgenommene Entlastung von Erziehungsberechtigten durch Kindertherapien in Einrichtungen. Die bivariate Unterschiedshypothese H6 setzt diese Entlastung in Zusammenhang mit dem Haben eigener Kinder. Zu definierende Begrifflichkeiten sind in diesem Fall zum einen das *Haben eines Kindes* sowie der Begriff der *Entlastung*.

Aus dem Konzept des Haben eines Kindes leitet sich die unabhängige Variable des Elterndaseins ab. Im Rahmen dieser Studie werden alle Eltern-Kind-Gemeinschaften umfasst. Als Indikatoren werden demnach leibliche Kinder, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder eingeschlossen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2023a, o.S.). Als Merkmalsangabe dient die Zustimmung oder Verneinung durch ja und nein. Es resultiert das Fragebogenitem *C103* (siehe Anhang 2 & Anhang 6).

Eine Entlastung stellt eine „Befreiung, Erleichterung [oder] Hilfe“ dar (Duden, 2023c, o.S.). Nach §7 SGB VIII sind Erziehungsberechtigte Personensorgeberechtigte und alle sonstigen Personen über 18 Jahre, die „aufgrund einer Vereinbarung mit dem Personensorgeberechtigten nicht nur vorübergehend und nicht nur für einzelne Verrichtungen

Aufgaben der Personensorge“ wahrnehmen. Darunter zählen beispielsweise leibliche Eltern, Adoptiveltern, Stiefeltern oder Erzieher*innen für Jugend- und Heimerziehung.

Aus dem Konzept der Entlastung wird die gleichnamige abhängige Variable abgeleitet. Als Indikatoren werden der allgemein erlebte Nutzen, finanzielle und zeitliche Aufwände, der Einfluss auf die Berufsausübung sowie die Wartezeit auf einen Therapieplatz gewählt. Als Merkmalsausprägung werden verschiedene 5-stufige Ratingskalen bestimmt. Aus der Operationalisierung gehen die Fragebogenitems *B102_02*, *B131_01*, *B131_02*, *B131_04*, *B131_05*, *B105_02* und *B105_11* hervor (siehe Anhang 2 & Anhang 6).

5.2.4 Konzeptspezifikation und Operationalisierung: H7 & H8

Eine weiteres Hypothesenpaar (H7 & H8) behandelt den empfundenen Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen für die Therapeut*innen. Die positiv gerichtete Zusammenhangshypothese H8 setzt diesen Mehrwert ergänzend mit dem Erfahrungswert von Logopäd*innen mit einrichtungsbezogenen Kindertherapien in Verbindung. Als Konstrukte dieser Hypothesen werden die *Erfahrung mit Kindertherapien in Einrichtungen* und der *persönliche therapeutische Mehrwert* bestimmt.

Erfahrung ist eine „bei praktischer Arbeit oder durch Wiederholen gewonnene Kenntnis [oder] Routine“ (Duden, 2023d, o.S.) oder „durch Anschauung, Wahrnehmung [oder] Empfindung gewonnenes Wissen als Grundlage der Erkenntnis“ (ebd.). Erfahrung mit Kindertherapien in Einrichtungen werden demnach gesammelt, sobald Logopäd*innen Therapien in Einrichtungen durchführen und dadurch Kenntnis und Wissen über diese Tätigkeitsausübung erhalten.

Aus dem Konzept der Erfahrung mit Kindertherapien in Einrichtungen wird die gleichnamige unabhängige Variable entwickelt. Als erster Indikator dient die subjektive Einschätzung der eigenen Erfahrung. Als Merkmalsangabe wird eine 6-stufige Ratingskala gewählt. Ein weiterer Indikator bildet die Anzahl der Einrichtungen, in denen bereits Therapien durchgeführt wurden. Als Merkmalsangabe fungiert der Einsatz von Zahlenwerten. Aus der Operationalisierung resultieren die Fragebogenitems *C117* und *C125* (siehe Anhang 2 & Anhang 6).

Die Frage nach dem persönlichen Mehrwert ersucht, welche Vorteile durch Kindertherapien in Einrichtungen für Logopäd*innen entstehen. Dabei handelt es sich um eine Abschätzung der Therapeut*innen, über den persönlichen Gewinn und Nutzen durch Kindertherapien in Einrichtungen (vgl. Duden, 2023i, o.S.).

Aus dem Konzept des persönlichen Mehrwerts wird die abhängige Variable des therapeutischen Mehrwerts abgeleitet. Als Indikatoren werden der allgemein erlebte Nutzen

sowie der zeitliche und finanzielle Aufwand gewählt. Als Merkmalsangabe werden verschiedene 5-stufige Ratingskalen verwendet. Es resultieren die Fragebogenitems *B102_01*, *B103_04*, *B103_07*, *B103_08*, *B103_09*, *B103_10*, *B138_01*, *B138_02*, *B138_03* und *B138_04* (siehe Anhang 2 & Anhang 6).

5.2.5 Konzeptspezifikation und Operationalisierung: H9 & H10

Das vierte Hypothesenpaar (H9 & H10) beschäftigt sich mit dem interprofessionellen Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen. Die positiv gerichtete Zusammenhangshypothese H10 setzt diesen Mehrwert mit dem von den Logopäd*innen erlebten Stellenwert interprofessioneller Zusammenarbeit in Verbindung. Zu definierende Konstrukte sind der *Stellenwert von Interprofessionalität* sowie der Begriff des *interprofessionellen Mehrwerts*.

„Interprofessionelle Zusammenarbeit bezieht sich auf Gesundheits- und Sozialberufe, die sich in regelmäßigen Treffen austauschen, um auszuhandeln, wie komplexe Versorgungsprobleme gelöst oder Leistungen bereitgestellt werden können“ (Mitzkat et al., 2016, 7). Ein Stellenwert bildet die Bedeutung einer Sache in einem bestimmten Bezugssystem ab (vgl. Duden, 2023g, o.S.). Der Stellenwert der Interprofessionalität schließt daher die Bedeutung, die Logopäd*innen dem Zusammenarbeiten mit anderen Professionen zusprechen, ein.

Aus dem Konzept des Stellenwerts der Interprofessionalität wird die gleichnamige unabhängige Variable abgeleitet. Als Indikatoren dienen die subjektiv erlebte Relevanz von Interprofessionalität sowie das Maß der Implementierung interprofessionellen Austauschs in das eigene therapeutische Handeln. Zur Erhebung werden verschiedene Ratingskalen verwendet. Aus der Operationalisierung resultieren die Fragebogenitems *C127* und *C126* (siehe Anhang 2 & Anhang 6).

Der interprofessionelle Mehrwert erschließt sich aus den Vorteilen, also dem Gewinn und Nutzen von Kindertherapien in Einrichtungen in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit (vgl. Duden, 2023i, o.S.).

Aus dem Konstrukt des interprofessionellen Mehrwerts wird die gleichnamige abhängige Variable erschlossen. Als Indikatoren dienen der allgemein erlebte Nutzen sowie Aspekte der Zusammenarbeit zwischen den Therapeut*innen und den pädagogischen Fachkräften. Darunter zählen die Frequenz und Qualität des Austauschs, das Maß der Partizipation der pädagogischen Fachkräfte am Therapieprozess sowie die Intensität der Beziehung zwischen den Therapeut*innen und den pädagogischen Fachkräften. Die Merkmalsangabe wird durch 5-stufige Ratingskalen getroffen. Die Fragebogenitems

B102_04, B134_01, B134_02, B134_03 und B134_04 gehen im Zuge der Operationalisierung hervor (siehe Anhang 2 & Anhang 6).

5.2.6 Konzeptspezifikation und Operationalisierung: H11 & H12

Die letzten Hypothesen (H11 & H12) untersuchen den wahrgenommenen Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen für die Patient*innen. Die positiv gerichtete Zusammenhangshypothese H12 untersucht dabei den Zusammenhang zwischen diesem erlebten Mehrwert und der Berufserfahrung der Therapeut*innen. Zu definierende Konstrukte sind die *Berufserfahrung* sowie der *Mehrwert für Patient*innen*.

Benner (vgl. 2017, 63-75) unterscheidet fünf Stufen der Kompetenz. Die im Kompetenzmodell erwähnten Stufen gliedern sich wie folgt:

- 1 Stufe: Neuling
- 2 Stufe: fortgeschrittene Anfänger*innen
- 3 Stufe: Kompetente
- 4 Stufe: Erfahrene
- 5 Stufe: Expert*innen

Die erste Stufe der Neulinge ist durch eine vorherrschende Unerfahrenheit geprägt (vgl. ebd., 63). Die jeweilige Person hat noch keine Erfahrungen mit konkreten Anwendungssituationen sammeln können und handelt in therapeutischen Situationen häufig inflexibel. Neulinge sind permanent auf zugewiesene Regeln angewiesen, da ihnen Wissen über größere Sinnes- und Kontextzusammenhänge fehlt. Theoretisches und praktisches Wissen wird von Neulingen kaum in Verbindung zueinander gesetzt (vgl. ebd.). Neulinge sind daher in der Regel Personen, die sich noch in der Ausbildung befinden oder in einem ihnen neu zugewiesenen Bereich arbeiten (vgl. Ostendorf, Antwerpes & Blaschke, 2019, o.S.).

Fortgeschrittene Anfänger*innen zeigen zunehmend mehr fachliche Erfahrung (vgl. Benner, 2017, 64). Sie reflektieren vergangene Erfahrungen vermehrt und binden diese in das eigene Handeln ein (vgl. ebd.). Auf dieser Stufe befinden sich häufig Berufsanfänger*innen mit bis zu einem Jahr Berufserfahrung (vgl. Ostendorf et al., 2019, o.S.).

Kompetente Personen nutzen vermehrt situatives Wissen im therapeutischen Handeln. Lediglich größere Handlungszusammenhänge werden bewusst geplant (vgl. Benner, 2017, 67). Dieser Stufe sind Personen mit zwei bis drei Jahren Berufserfahrung in einem bestimmten Bereich zuzuordnen (vgl. Ostendorf et al., 2019, o.S.).

Erfahrene Personen begreifen Situationen auf einer ganzheitlichen Ebene (vgl. Benner, 2017, 67). Sie handeln in Situationen spontan und benötigen keine vorausschauende Planung für ihr Handeln. Die Vorgehensweisen werden rein auf Grundlage der gesammelten Erfahrungen gewählt (vgl. ebd.). Personen mit einer Berufserfahrung von drei bis fünf Jahren werden dieser Kompetenzstufe zugeordnet (vgl. Ostendorf et al., 2019, o.S.).

Die letzte Stufe der Expert*innen zeichnet sich durch eine Vielzahl gesammelter und zur Verfügung stehender Erfahrungen aus (vgl. Benner, 2017, 71). Problematiken werden mithilfe von individuellen Erfahrungen intuitiv gelöst. Ein Handeln nach analytischen Prinzipien bleibt aus (vgl. ebd.). Dieser Stufe kann keine vorgeschriebene Tätigkeitsdauer zugewiesen werden. Nicht jede Therapeut*in erreicht die Stufe der Expert*in (vgl. Ostendorf et al., 2019, o.S.).

Aus dem Konzept der Berufserfahrung wird die gleichnamige unabhängige Variable abgeleitet. Als Indikator gilt dabei die Tätigkeitsdauer in Jahren. Zur Erhebung wird in Anlehnung an Benner (vgl. 2017, 63-75) der Einsatz von Zahlenwerten gewählt. Es resultiert das Fragebogenitem *C111* (siehe Anhang 2 & Anhang 6).

Der Mehrwert der Patient*innen erschließt sich ebenfalls aus den Vorteilen, also dem Gewinn und Nutzen von Kindertherapien in Einrichtungen für die Kinder und Jugendlichen (vgl. Duden, 2023i, o.S.).

Aus dem Konzept des Mehrwerts für die Patient*innen wird die gleichnamige Variable gebildet. Der allgemein erlebte Nutzen, zeitliche Aufwände sowie der Einfluss auf die Therapiemitarbeit und den Therapieerfolg bilden die Indikatoren. Als Merkmalsangabe werden mehrere 5-stufige Ratingskalen verwendet. Es resultieren die Fragebogenitems *B102_03*, *B131_04*, *B132_01*, *B132_02*, *B132_03*, *B132_06* und *B132_07* (siehe Anhang 2 & Anhang 6).

5.3 Erstellung des Fragebogens

Der Fragebogen gilt als wichtigstes Instrument zur Erfassung von Einstellungen (vgl. Garms-Homolová, 2020, 49). Durch die Verwendung von Fragebögen können die subjektiven Maßstäbe von Teilnehmenden auf optimale Weise erhoben werden. Somit kann durch das Erhebungsinstrument des Fragebogens eine zielgerichtete, systematische und regelgeleitete Generierung von Selbstauskünften in Bezug auf die Einstellung von Logopäd*innen gegenüber den Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen gewährleistet werden (vgl. Döring & Bortz, 2016, 398). Als Erhebungsinstrument dieser Studie wurde daher ein wissenschaftlicher Fragebogen hinzugezogen, welcher durch die Studienteilnehmenden selbstadministriert online ausgefüllt

wurde. Diese Art der Datenerhebung ist besonders effizient, da in kurzer Zeit viel Datenmaterial erhoben werden kann (vgl. ebd.). Darüber hinaus ist das eigenständige Ausfüllen eines Fragebogens diskret und anonym, sodass auch schwierige Themen angesprochen werden können (vgl. ebd.).

5.3.1 Klassifikation des Fragebogens

Es folgt zunächst eine Einordnung des Fragebogens anhand der sechs Klassifikationskriterien für wissenschaftliche Fragebögen nach Döring und Bortz (vgl. 2016, 399f.).

Der Fragebogen besteht aus geschlossenen Fragen, die durch das Auswählen von vorgefertigten Auswahlmöglichkeiten beantwortet werden können. Es handelt sich demnach um einen vollstandardisierten, quantitativen Fragebogen (vgl. ebd., 399). Der Fragebogen wird durch die Teilnehmenden selbstständig ausgefüllt. Der vollstrukturierte Fragebogen erfüllt demnach den höchsten Grad der Strukturierung (vgl. ebd.).

Der Modus der schriftlichen Befragung ist ein elektronischer Fragebogen, welcher digital vorliegt und auf einem Computermedium ausgefüllt wird. Die Antworten der Teilnehmenden werden sofort digital erfasst. Der Online-Fragebogen wurde mittels SoSci-Survey realisiert und den Teilnehmenden auf https://www.soscisurvey.de/Kindertherapien_in_Einrichtungen/ zur Verfügung gestellt (vgl. Leiner, 2019, o.S.).

Der Verbreitungsweg wurde in der Variante der Online-Streuung durchgeführt. Die Durchführung und Verbreitung war zusätzlich auch über mobile Endgeräte möglich (vgl. Döring & Bortz, 2016, 400). Die Stichprobenziehung erfolgte zunehmend passiv durch die Streuung in Foren, auf Webseiten, über Berufsverbände, Berufsfachschulen, Hochschulen und Universitäten sowie über Social Media Plattformen.

Die Befragten waren im Rahmen dieser Studie Betroffene der Thematik, da die Logopäd*innen alle in ihrem Handeln der HMRL (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 1-106) unterliegen, es jedoch nicht vorausgesetzt werden kann, dass sich alle Therapeut*innen gleichermaßen gut mit der Richtlinie auskennen. Der Status der Expert*innen konnte demnach nicht angenommen werden.

Der Fragebogen wurde durch Einzelpersonen unabhängig voneinander ausgefüllt. Die jeweiligen Antworten beziehen sich demnach auf das Verhalten und Erleben des jeweiligen Individuums (vgl. Döring & Bortz, 2016, 400).

Ein spezielles Ablageformat wurde nicht genutzt. Die Daten wurden auf deutschen Servern des Betreibers SoSci-Survey (vgl. Leiner, 2019, o.S.) gespeichert und zu Analyse-zwecken auf einem lokalen Speicherplatz gesichert.

5.3.2 Konstruktion des Fragebogens

Die Konstruktion des standardisierten und vollstrukturierten Fragebogens erfolgte nach den Elementen des Fragebogens nach Döring & Bortz (vgl. 2016, 406).

Zur besseren Übersichtlichkeit wird zunächst das Grobkonzept des erstellten Fragebogens in Tabelle 2 dargestellt. Anschließend erfolgt die Darstellung des Feinkonzepts.

Tabelle 2: Grobkonzept des Fragebogens

Fragebogentitel		Einstellung von Logopäd*innen gegenüber den Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen	
Teil	Seite	Inhalt	Frageblock/Item
Fragebogeninstruktion	01	Zielsetzung, Durchführungsdauer, Einschlusskriterien, Forschungsethik, Datenschutz, Kontaktmöglichkeit, Einverständniserklärung	A101 A102 A103
Begriffsklärung	02	Definition der Begrifflichkeiten <i>Kinder</i> und <i>Einrichtungen</i> , Einschluss	B112 B113
Teil 1: Erlebter Mehrwert von Kindertherapien in Einrichtungen	03	Einstiegsfrage: Allgemeine Einschätzung des Mehrwerts	B102
	04	Einschätzung des Mehrwerts für Therapeut*innen	B103 B138
	05	Einschätzung des Mehrwerts für die Erziehungsberechtigten	B131 B105
	06	Einschätzung des Mehrwerts für die pädagogischen Fachkräfte	B134 B124
	07	Einschätzung des Mehrwerts für die Kinder	B132
Teil 2: Zufriedenheit mit aktuell geltenden Rahmenbedingungen von Kindertherapien in Einrichtungen	08	Information zu §11 Abs. 2 der HMRL	B114 B115
	09	Allgemeine Zufriedenheit mit §11 Abs. 2 der HMRL	B116
	10	Aktualisierung der HMRL in Bezug auf die Klientel	B120
	11	Aktualisierung der HMRL in Bezug auf die Einrichtungsarten	B121
	12	Aktualisierung der HMRL in Bezug auf die Versorgungsmodelle	B122
	13	Aktualisierung der HMRL in Bezug auf die Finanzierung	B137 B135 B128
	14	Erfahrung und Einstellung zu interprofessionellem Arbeiten, Erfahrung mit Kindertherapien in Einrichtungen	C129 C127 C126 C117
Soziodemografische Daten	15	Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss, Institutionen, Verbandsmitgliedschaft, Tätigkeitsdauer, Elterndasein, einbezogene Einrichtungsanzahl	C122 C101 C102 C106 C109 C115 C111 C103 C125
Dank	16	Dank, Aufruf zur Verteilung	C128

Quelle: Eigene Darstellung

Als Fragebogentitel wurde die Überschrift „Einstellung von Logopäd*innen gegenüber den Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen“ gewählt. Diese Formulierung gibt bereits erste Anhaltspunkte zum Thema sowie zur gewünschten Zielgruppe. Darüber hinaus lassen sich durch die Verwendung allgemeiner

Oberbegriffe keine Rückschlüsse auf die Zielsetzung und Hypothesenrichtung der Arbeit ziehen (vgl. ebd.).

Die Fragebogeninstruktion machte die Teilnehmenden mit der Zielsetzung, der Durchführungsdauer sowie den Einschlusskriterien der Studie vertraut. Darüber hinaus wurde über relevante Aspekte der Forschungsethik, darunter die Freiwilligkeit, Anonymität und die ausschließliche Nutzung der Daten für wissenschaftliche Zwecke, aufgeklärt. Auf eine Kontaktmöglichkeit zur verantwortlichen Person per E-Mail-Adresse wurde verwiesen. Im Anschluss wurden die Befragten nach dem Einverständnis zur Teilnahme an der Studie (*A102*) gebeten. Dieses Item war filtergeführt, um bei Nichterfüllung dieses Einschlusskriteriums einen automatischen Studienabbruch zu generieren. So konnte sichergestellt werden, dass ausschließlich Teilnehmende, die eine Einverständniserklärung gegeben haben, in die Datenauswertung einbezogen wurden. Das Fragebogenitem *A103* erhob zusätzlich Daten zur zugehörigen Berufsgruppe der Teilnehmenden, um die Erfüllung dieses Einschlusskriteriums zu gewährleisten. Das Item *A103* war daher filtergeführt, sodass Teilnehmende, die keiner der eingeschlossenen Berufsgruppen angehörten, aus der Studie ausgeschlossen wurden. So konnte gewährleistet werden, dass ausschließlich Personen, die die Einschlusskriterien erfüllten, in die Datenauswertung einbezogen wurden.

Anschließend an die Fragebogeninstruktion wurden die inhaltlichen Frageblöcke entwickelt (vgl. ebd.). Der Fragebogen umfasste 65 Fragebogenitems in der Hauptbefragung sowie acht weitere Items zur Erhebung soziodemografischer Daten. Es gab keine weiteren filtergeführten Items. Alle Fragebogenitems waren so konfiguriert, dass ein Auslassen von Items nicht möglich war. Die Fragen, die möglicherweise ohne einen gewissen Erfahrungsschatz nicht von allen Therapeut*innen beantwortet werden konnten, wurden um die Ausweichoption „kann ich nicht beurteilen“ ergänzt. Vor jedem Frageblock stand eine Handlungsanweisung, um die Anzahl an wählbaren Antwortmöglichkeiten deutlich zu gestalten (vgl. Porst, 2014, 47ff.). Dabei wurde sichergestellt, dass sich die Befragten gut in die Thematik hineindenken und dem Fragebogen gedanklich folgen konnten. Die Fragebogenitems wurden durch überleitende Zwischenüberschriften voneinander abgegrenzt.

Um eine Beantwortung der Fragen hinsichtlich der in der Arbeit verwendeten Konzepte sicherzustellen, schloss an die Sicherung der Erfüllung der Einschlusskriterien eine Information zu wichtigen Begrifflichkeiten an (*B112*). Item *B112* klärte die Teilnehmenden darüber auf, inwiefern die Begriffe „Kinder“ und „Einrichtungen“ zur Bearbeitung des Fragebogens zu definieren waren. Darüber hinaus wurde darauf hingewiesen, dass sich die

Teilnehmenden bei der Beantwortung der Fragen auf die im Mittel am häufigsten erlebten Situationen in Einrichtungen beziehen sollten. Coronabedingte Änderungen sollten dabei außer Acht gelassen werden. Im Anschluss forderte Item *B113* die Teilnehmenden dazu auf, zuzusichern, dass sie die Informationen gelesen haben.

Anschließend folgte der erste Teil des Fragebogens. Dieser hatte zum Ziel, die erlebten Vor- und Nachteile von Kindertherapien in Einrichtungen in Bezug auf die Therapeut*innen, Erziehungsberechtigten und Kinder sowie das pädagogische Fachpersonal zu erfassen.

Im ersten Frageblock wurden nach Döring und Bortz (2016, 406) zunächst „möglichst unproblematisch, leicht und schnell zu beantwortende Fragen“ gestellt, um einen leichten Einstieg in die Befragung zu ebnet. Fragenblock *B102* umfasste daher die Frage nach einer allgemeinen Einschätzung gegenüber Kindertherapien in Einrichtungen. Dabei wurde der Fragenblock in vier Items untergliedert. Die einzelnen Items erfragten die empfundenen Vor- und Nachteile in Bezug auf Kindertherapien in Einrichtungen und beleuchteten die Perspektiven der Therapeut*innen, Erziehungsberechtigten, Kinder und des pädagogischen Personals. Als Antwortformat wurde eine 5-stufige intervallskalierte Ratingskala (nur Nachteile, eher Nachteile, Vor-/Nachteile in gleichem Maße, eher Vorteile, nur Vorteile) verwendet. Zusätzlich konnte eine Ausweichmöglichkeit (kann ich nicht beurteilen) gewählt werden.

Um die inhaltlichen Fragen weiterhin in thematisch zusammenhängenden Blöcken zu gliedern, wurden die oben genannten Akteure in den anschließenden inhaltlichen Frageblöcken erneut aufgegriffen (vgl. Döring & Bortz, 2016, 407). Im zweiten Fragenblock *B103* wurde daher zunächst an der persönliche Betroffenheit der Befragten angeknüpft. Die Items erfragten mithilfe einer 5-stufigen intervallskalierten Ratingskala (viel geringer, geringer, gleich, höher, viel höher), welche Auswirkungen die Logopäd*innen in der Rolle der Therapeut*innen durch logopädische Kindertherapien in Einrichtungen erlebten. Thematisch wurden dabei neben allgemeinen und zeitlichen Aufwänden auch Aufwände durch den Austausch mit Erziehungsberechtigten und dem interprofessionellen Team sowie Aufwände zur Vorbereitung des Therapieraumes abgedeckt. Eine Ausweichmöglichkeit (kann ich nicht beurteilen) war gegeben.

Im Anschluss erhob Frageblock *B138*, inwiefern aktuell verschiedene Leistungen, die mit Therapien in Einrichtungen einhergehen, vergütet werden. Die Items erfragten dabei teilweise auch Leistungen, deren Finanzierung gesetzlich aktuell in der HMRL bisher nicht vorgesehen sind (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13ff.). Es ist jedoch

möglich, dass einige Praxen von der gesetzlichen Regelung abweichen. Diesem Frageblock wurde daher eine zusätzliche Erklärung vorangestellt, um mögliche Missverständnisse verhindern zu können. Die Beurteilung der Fragen nach der Vergütung der Fahrzeit, der Fahrtkosten, des interprofessionellen Austauschs sowie der Vor- und Nachbereitungszeit der Therapien erfolgte auf einer 5-stufigen intervallskalierten Ratingskala (trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, unentschieden, trifft eher zu, trifft zu). Zusätzlich war auch hier eine Ausweichmöglichkeit (kann ich nicht beurteilen) gegeben.

Die Frageblöcke *B131* und *B105* beschäftigten sich mit den Auswirkungen von Kindertherapien in Einrichtungen auf die Erziehungsberechtigten.

Der Fragenblock *B131* gliederte sich in vier Items, welche auf einer 5-stufigen intervallskalierten Ratingskala (trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, unentschieden, trifft eher zu, trifft zu) beurteilt werden konnten. Zusätzlich war eine Ausweichmöglichkeit (kann ich nicht beurteilen) gegeben. Thematisch fragten die Items nach der allgemeinen Entlastung von Erziehungsberechtigten, dem Einfluss auf die Berufsausübung, der Wartezeit auf einen Therapieplatz sowie der Bevorzugung bei der Terminvergabe.

Der anschließende Frageblock *B105* ergänzte thematisch durch die Erfragung des zeitlichen und finanziellen Aufwands. Die Items waren dabei auf einer 5-stufigen intervallskalierten Ratingskala zu beurteilen (viel geringer, geringer, gleich, höher, viel höher). Zusätzlich war eine Ausweichmöglichkeit (kann ich nicht beurteilen) gegeben.

Anschließend folgten die Frageblöcke *B134* und *B124*. Diese bildeten die Auswirkungen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Therapeut*innen und den pädagogischen Fachkräften ab. Dabei wurde der Austausch, die Partizipation der pädagogischen Fachkräfte am Therapieschehen, die Qualität der Zusammenarbeit sowie die Intensität der Beziehung auf einer 5-stufigen intervallskalierten Ratingskala (viel geringer, geringer, gleich, höher, viel höher) bewertet. Weiterhin war eine Ausweichmöglichkeit (kann ich nicht beurteilen) gegeben.

Frageblock *B124* ermittelte anschließend, welche Frequenz interprofessioneller Zusammenarbeit von den Befragten gewünscht wird. Dazu wurde eine 4-stufige ordinalskalierte Ratingskala (einmal pro Woche, einmal pro Monat, einmal pro Verordnung, bei individuellem Bedarf) hinzugezogen.

Anschließend griff Frageblock *B132* den letzten in Frageblock *B102* angesprochenen Akteur auf. Die Items erfragten die Auswirkungen von Kindertherapien in Einrichtungen auf die Patient*innen. Dabei wurde die Motivation, Leistungsfähigkeit, die Therapiefrequenz, der Transfer von Therapieinhalten sowie der Leidensdruck der Kinder auf einer

5-stufigen intervallskalierten Ratingskala (viel geringer, geringer, gleich, höher, viel höher) bewertet. Auch bei dieser Beurteilung stand den Teilnehmenden eine Ausweichfunktion (kann ich nicht beurteilen) zur Verfügung.

Der zweite Teil des Fragebogens beschäftigte sich mit möglichen Aktualisierungswünschen des §11 Abs. 2 der HMRL (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13ff.). Dazu wurde zunächst ein weiterer Infotext eingeführt, um die Befragten über die Regelungen in §11 Abs. 2 der HMRL (vgl. ebd.) in Kenntnis zu setzen und einen annähernden Wissensgleichstand über die Regelung bei den Teilnehmenden gewährleisten zu können. Um sicherzustellen, dass die Teilnehmenden die Information gelesen haben, wurde um eine Bestätigung in Item *B115* gebeten.

Im direkten Anschluss beschäftigte sich Frageblock *B116* mit den gewonnenen Eindrücken zu der gelesenen Regelung. Dabei wurden auf einer intervallskalierten 5-stufigen Ratingskala (trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, unentschieden, trifft eher zu, trifft zu) verschiedene Fragen zum Wissenstand und zur Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der Regelung in §11 Abs. 2 der HMRL (vgl. ebd.) gestellt. Zusätzlich war eine Ausweichmöglichkeit (kann ich nicht beurteilen) gegeben.

Folgend beschäftigte sich Fragenblock *B120* mit möglichen Aktualisierungswünschen in Bezug auf die Klientel, für welche logopädische Therapien in Einrichtungen ermöglicht werden sollte. Dazu wurde zunächst der Begriff „I-Kind“ definiert. Die Items hinterfragten thematisch angelehnt an die aktuellen Regelungen in §11 Abs. 2 der HMRL (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13ff.) auf einer 5-stufigen intervallskalierten Ratingskala (stimme nicht zu, stimme eher nicht zu, unentschieden, stimme eher zu, stimme zu) verschiedene Kategorien der Klientel. Die Befragten konnten zusätzlich die Ausweichmöglichkeit (kann ich nicht beurteilen) wählen.

Anschließend thematisierte der Fragenblock *B121* mögliche Aktualisierungswünsche in Bezug auf die Einrichtungsarten. Dazu wurden alle von §11 Abs. 2 der HMRL berücksichtigten Einrichtungsarten separat abgefragt. Zusätzlich erfragte ein Item, inwiefern sich die Betreuungsdauer auf die Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen auswirken sollte. Item *B121_14* berücksichtigte ergänzend den durch die Einrichtung gewährleisteten Förderrahmen. Die Fragen wurden mittels einer 5-stufigen intervallskalierten Ratingskala (stimme nicht zu, stimme eher nicht zu, unentschieden, stimme eher zu, stimme zu) erhoben. Auch bei dieser Beurteilung stand den Teilnehmenden eine Ausweichfunktion (kann ich nicht beurteilen) zur Verfügung.

Frageblock *B122* ermittelte im Anschluss, um welche Versorgungsmodelle die Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen potenziell erweitert werden sollten. Dabei

wurde die Versorgung durch Logopäd*innen aus ambulanten Praxen von der Versorgung durch festangestellte Logopäd*innen abgegrenzt. Item *B122_03* erhob ergänzend, inwiefern eine Beschränkung auf eines der beiden Versorgungsmodelle erfolgen sollte. Die Teilnehmenden trafen dazu auf einer 5-stufigen intervallskalierten Ratingskala (stimme nicht zu, stimme eher nicht zu, unentschieden, stimme eher zu, stimme zu) eine Auswahl.

Daraufhin thematisierten die Frageblöcke *B137*, *B135* und *B128* die Einstellung zu zukünftigen Finanzierungsmöglichkeiten. Die Items *B137_02* und *B137_03* ermittelten auf einer 5-stufigen intervallskalierten Ratingskala (stimme nicht zu, stimme eher nicht zu, unentschieden, stimme eher zu, stimme zu), inwieweit gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für die Erbringung von Kindertherapien in Einrichtungen und den damit häufig einhergehenden interprofessionellen Austausch geschaffen werden sollten. Ergänzend erfragte Item *B137_01*, inwiefern der interprofessionelle Austausch innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen und somit finanziert werden sollte.

Frageblock *B135* ermittelte, durch welchen institutionellen Akteur die Kosten für Kindertherapien in Einrichtungen zukünftig getragen werden sollten. Die Teilnehmenden beurteilten dies anhand einer 5-stufigen ordinalskalierten Ratingskala (Kostenträger, Praxis, Einrichtung, Praxis und Einrichtung gleichermaßen, Sonstiges). Der Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ wurde ein Textfeld zur freien Antwortgabe beigelegt.

Frageblock *B128* erhob auf gleiche Weise und mit den gleichen Antwortmöglichkeiten, von welchem institutionellen Akteur die Kosten für den interprofessionellen Austausch getragen werden sollten.

Abschließend erhoben die Frageblöcke *C127*, *C126* und *C117* verschiedene Erfahrungseinschätzungen der Teilnehmenden. Item *C127* erfragte auf einer 5-stufigen intervallskalierten Ratingskala (unwichtig, eher unwichtig, neutral, eher wichtig, sehr wichtig), welche Bedeutung das interprofessionelle Arbeiten für die Befragten einnimmt. Ergänzend ermittelte Item *C126* auf einer 5-stufigen intervallskalierten Ratingskala (sehr gering, gering, neutral, hoch sehr hoch), in welchem Maß die Therapeut*innen interprofessionelles Arbeiten im eigenen therapeutischen Handeln einsetzen. Item *C117* erhob auf einer 6-stufigen intervallskalierten Ratingskala (keine Erfahrung, sehr gering, gering, neutral, hoch, sehr hoch) wie die Befragten ihre Erfahrung mit Kindertherapien in Einrichtungen einschätzen.

Zuletzt wurden statistische Angaben zur Beschreibung der befragten Stichprobe ermittelt (vgl. Döring & Bortz, 2016, 406).

Zur Erhebung soziodemografischer Angaben wurden mittels Item *C101* auf einer 9-stufigen Ordinalskala das Alter, auf einer 3-stufigen Nominalskala das Geschlecht (*C102*) und auf einer 6-stufigen Ordinalskala der bisher höchste Bildungsabschluss im Berufsfeld (*C106*) ermittelt. Zusätzlich wurde mittels einer 8-stufigen Nominalskala inklusive der Möglichkeit zur Freitextangabe unter dem Aspekt „Sonstiges“, erhoben, in welcher Institution die Teilnehmenden aktuell tätig sind (*C109*). Auf einer 6-stufigen Nominalskala, ebenfalls versehen mit einer Möglichkeit zur Freitextangabe unter dem Aspekt „Sonstiges“, wurde die Mitgliedschaft in einem Berufsverband ermittelt (*C115*). Mehrfachantworten waren bei den Items *C109* und *C115* möglich. Die Berufserfahrung (*C111*) wurde auf einer 7-stufigen Ordinalskala erhoben, während auf einer 2-stufigen Nominalskala erfragt wurde, ob die Teilnehmenden selbst Kinder haben (*C103*). Zuletzt wurden die Befragten auf einer 6-stufigen Ordinalskala gefragt, auf wie viele Einrichtungen sie sich in der Beantwortung der Fragen berufen haben (*C125*).

Der Fragebogen endete mit einem Wort des Dankes und der Bitte, die Umfrage mit Kolleg*innen zu teilen (*C128*). Der vollständige Fragebogen kann Anhang 3 entnommen werden.

5.4 Datenerhebung

Im Folgenden wird die Datenerhebung dieser Arbeit ausführlich dargestellt. Zur Erhebung der Daten wurde ein standardisierter und strukturierter Online-Fragebogen verwendet. Dieser ermöglichte es, direkt und anonym eine möglichst große Anzahl an Datensätzen zu generieren und galt vor allem hinsichtlich der Selbstadministration als effizienteres Datenerhebungsinstrument (vgl. Döring & Bortz, 2016, 398).

5.4.1 Fragebogen Pretest

Ein empirischer Pretest war im Rahmen dieser Studie besonders wichtig, da der zur Datenerhebung herangezogene Fragebogen eine Vielzahl selbst konstruierter Elemente umfasste (vgl. Döring & Bortz, 2016, 410). Dies ist dadurch begründet, dass bisher keine Fragebögen, Items oder psychometrischen Skalen in Bezug auf die in der Studie aufgegriffene Thematik vorliegen. Ziel des Fragebogen-Pretests war es daher, mögliche Probleme der Teilnehmenden bei der Bearbeitung des Fragebogens zu identifizieren und auf Basis dieser Erkenntnisse eine Optimierung des Erhebungsinstrumentes vorzunehmen.

Ein empirischer Pretest erfolgt in der Regel stufenweise (vgl. ebd., 411). Zunächst sollte ein qualitativer Pretest durchgeführt werden, um von etwa fünf bis zehn ausgewählten Personen der Zielpopulation eine umfangreiche Rückmeldung zu erhalten. Anschlie-

ßend wird eine Fragebogenkonferenz empfohlen, in der Fachkolleg*innen und Expert*innen Feedback zum Befragungsinstrument geben. Zuletzt sollte ein quantitativer Pretest erfolgen. Dabei füllt eine kleine Teilmenge der Zielpopulation den Fragebogen unter Realbedingungen aus. Ein reibungsloser Ablauf der gesamten Datenerhebung kann durch diese Vorgehensweise gewährleistet werden (vgl. ebd.).

Ein Pretest-Vorgehen nach Empfehlung der Literatur konnte im Rahmen dieser Studie aufgrund der vorgegebenen zeitlichen Rahmenbedingungen nicht erfolgen. Daher wurde der Pretest mit einer kleinen Anzahl speziell ausgewählter Personen durchgeführt.

Zunächst wurden die Mitglieder des Arbeitskreises „Kindertherapien in Einrichtungen“ des dbl darum gebeten, sich am Pretest des Fragebogens zu beteiligen, da die Mitglieder dieser Gruppe als Expert*innen für das in der Studie aufgegriffene Themengebiet angesehen werden können. Ein Mitglied des Arbeitskreises beteiligte sich am Pretest.

Um eine problemlose Durchführung des Fragebogens von Personen zu gewährleisten, die in Bezug auf das aufgegriffene Themenfeld nicht den Status der Expert*innen einnehmen, wurde der Pretest-Fragebogen zusätzlich mit Logopäd*innen geteilt, die sich laut eigener Aussage bislang nicht mit der Thematik von Kindertherapien in Einrichtungen beschäftigt haben. Daraus resultiert die Teilnahme von zwei weiteren Personen am Pretest.

Insgesamt wurde der Pretest von drei Freiwilligen durchgeführt. Diese füllten den Fragebogen online unter Realbedingungen aus und teilten ihr Feedback in dafür vorgesehenen Notizfeldern unter jedem Frageblock schriftlich mit.

Auf Basis der Anmerkungen aus dem Pretest erfolgte eine Bearbeitung und Optimierung des Fragebogens. Zum einen wurde die Fragebogeninstruktion gekürzt und um den Aspekt ergänzt, dass die Befragten sich in der Beantwortung der Fragen auf die Situationen in Einrichtungen berufen sollen, die sie im Mittel am häufigsten wahrgenommen und erlebt haben. Darüber hinaus wurden einige Fragen in ihrer Formulierung konkretisiert. Fragen, bei denen die Teilnehmenden Antwortmöglichkeiten vermissten, wurden dementsprechend ergänzt. Fragen, die die Teilnehmenden als nicht sinnvoll erachteten, wurden aus dem Fragebogen ausgeschlossen. Darüber hinaus wurden Anpassungen in Bezug auf Rechtschreibung und Grammatik vorgenommen. In Anhang 3 ist der vollständige Fragebogen einzusehen, der anschließend an den Pretest für die Umfrage im Feld genutzt wurde.

5.4.2 Stichprobenziehung

Im Folgenden wird die Rekrutierung der Stichprobe unter Berücksichtigung der festgeschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien und der einbezogenen Grundgesamtheit beschrieben.

Ziel der Studie war es, Logopäd*innen zu ihrer Einstellung gegenüber den Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen zu befragen. Durch die Ergebnisse sollten potenzielle Rückschlüsse auf den Bedarf neuer Versorgungsstrukturen in der Logopädie getroffen werden. Um den Bedarf von Logopäd*innen bezüglich neuer Versorgungsstrukturen zu erheben, war es wichtig, eine möglichst breite und große Stichprobe für die Datenauswertung zu rekrutieren. Als Einschlusskriterium wurde daher lediglich festgehalten, dass die Teilnehmenden die Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und deren Vergütung (vgl. GKV-Spitzenverband, 2021b, 4f.) erfüllen. Darunter fallen die Berufsgruppen der Logopäd*innen, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*innen, staatlich anerkannten Sprachtherapeut*innen, medizinischen Sprachheilpädagog*innen, Diplom-Sprechwissenschaftler*innen, Sprachheilpädagog*innen mit Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik, Diplomlehrer*innen für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte, Diplomvorschulerzieher*innen für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte, Diplomerzieher*innen für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte, Klinischen Linguist*innen und Diplom-Patholinguist*innen. Aus der Studie ausgeschlossen wurden alle Teilnehmende, die sich mit den Informationen der Fragebogeninstruktion nicht einverstanden erklärt haben oder fehlende Deutschkenntnisse zur Beantwortung des Fragebogens aufwiesen.

Die Grundgesamtheit umfasst alle Personen, die einer beruflichen Tätigkeit unter Berücksichtigung der Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V nachgehen. Eine genaue Beschreibung der Grundgesamtheit ist aufgrund der Heterogenität der eingeschlossenen Berufsgruppen nicht möglich. Bekannt ist jedoch, dass in Deutschland aktuell ca. 29.000 Logopäd*innen tätig sind (vgl. Statista, 2016, o.S.). Über 90 Prozent der Berufsangehörigen sind dabei weiblich (vgl. dbl, 2023a, o.S.). Weiter weisen 90 Prozent der Logopäd*innen eine Fachhochschulreife auf (vgl. Arbeitskreis Berufsgesetz, 2020, o.S.). Die Akademisierungsquote bei Lehrlogopäd*innen liegt bereits bei ca. 73 Prozent (vgl. ebd.). Weitere Merkmale über die Grundgesamtheit sind nicht bekannt. Eine vollständige Auflistung aller Elemente der Zielpopulation ist nicht möglich.

Die Stichprobenziehung erfolgte als Teilerhebung, indem eine Auswahl von Fällen aus der Grundgesamtheit untersucht wurde (vgl. Döring & Bortz, 2016, 294). Die Stichprobe ist nicht-probabilistischer Art. Eine Stichprobenauswahl nach einem statistischen Zufallsverfahren war nicht möglich, da die Grundgesamtheit nicht vollständig abgebildet werden konnte (vgl. ebd.). Die Auswahl der nicht-probabilistischen Stichprobe erfolgte willkürlich, jedoch unter Beachtung der Ein- und Ausschlusskriterien. Die Gelegenheitsstichprobe erfolgte als Selbstselektions-Stichprobe durch allgemeine Teilnahmeaufrufe über E-Mail-Verteiler von Berufsfachschulen, Hochschulen und Universitäten sowie Fachschaften, über Social Media sowie über Berufsverbände. Weiterhin wurde das Schneeballverfahren angewendet, um die persönlichen sozialen Netzwerke der Teilnehmenden für die weitere Rekrutierung zu nutzen (vgl. ebd., 308).

In Deutschland sind aktuell ca. 29.000 Logopäd*innen tätig (vgl. Statista, 2016, o.S.). Der Umfang der Grundgesamtheit wurde daher auf 29.000 Personen geschätzt ($N = 29.000$). Es wurde eine möglichst repräsentative Stichprobe angestrebt (vgl. ebd., 299). Die Stichprobe sollte daher möglichst merkmalspezifisch-repräsentativ sein und in ihrer Zusammensetzung den bekannten Merkmalen der Grundgesamtheit entsprechen (vgl. ebd., 298).

Der Datenerhebung vorangestellt, erfolgte die Berechnung des optimalen Stichprobenumfangs (vgl. Döring & Bortz, 2016, 814f., 841). Da im Zuge dieser Arbeit hauptsächlich der Mann-Whitney-U-Test (MWU) als nicht-parametrisches Äquivalent zum unabhängigen t-Test durchgeführt werden sollte, wurde die Berechnung des optimalen Stichprobenumfangs stellvertretend am Beispiel des t-Tests für unabhängige Stichproben vorgenommen. Zur Berechnung wurde die Software G*Power hinzugezogen (vgl. Buchner, Erdfelder, Faul & Lang, 2020, o.S.). Es wurde eine Teststärke von $1 - \beta = .80$ und ein Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ festgelegt. Da zur Schätzung der Effektstärke nicht auf bereits vorhandene Studien zurückgegriffen werden konnte, wurde ein standardmäßiger mittlerer Effekt nach Cohen angenommen (vgl. Cohen, 1992, 155–159; vgl. Döring & Bortz, 2016, 849). Aus der Berechnung mit G*Power ergab sich daher ein optimaler Stichprobenumfang von $n = 102$ Befragte (siehe Anhang 4).

Insgesamt wurden 315 gültige Fälle in die Datenauswertung eingeschlossen. Logopäd*innen bildeten mit 87,6 Prozent die am häufigsten vertretene Berufsgruppe. 98,4 Prozent der Teilnehmenden identifizierten sich mit dem weiblichen Geschlecht, während sich 1,6 Prozent mit dem männlichen Geschlecht identifizierten. Keine Befragungsperson gab an, sich mit einem diversen Geschlecht zu identifizieren. Das Alter der Stichprobe betrug im Median 30-35 Jahre ($Md = 4$). Von den Teilnehmenden der Stichprobe

wiesen 47,3 Prozent ein abgeschlossenes Examen, 31,1 Prozent einen Bachelorabschluss, 15,9 Prozent einen Masterabschluss, 5,1 Prozent ein Diplom und 0,6 Prozent eine abgeschlossene Promotion auf. Somit verfügten mindestens 52,7 Prozent der Teilnehmenden aus der Stichprobe über eine Hochschulzugangsberechtigung. 91,3 Prozent der Befragten, welche an einer Berufsfachschule, Hochschule oder Universität tätig sind, verfügten über einen akademischen Abschluss. Die meisten Studienteilnehmenden waren bereits seit 11-20 Jahren in der Logopädie tätig (Mod = 6). 80,3 Prozent der Teilnehmenden gaben an, unter anderem in einer ambulanten logopädischen Praxis tätig zu sein. Weitere 21,0 Prozent arbeiteten in einer inklusiven oder heilpädagogischen Bildungseinrichtung. Die meisten Teilnehmenden bezogen sich in der Umfrage auf zwei bis drei Einrichtungen (Mod = 2). 51,1 Prozent der Teilnehmenden waren Mitglied in einem der vier führenden Berufsverbände, wobei der dbl mit 85 Mitgliedern den am stärksten vertretenen Berufsverband in dieser Umfrage darstellte. 38,1 Prozent der Teilnehmenden gaben an, selbst Elternteil eines oder mehrerer Kinder zu sein.

5.4.3 Fragebogenrücklauf

Die Datenerhebung erfolgte vom 11.04.2023 bis zum 09.05.2023. Der Befragungszeitraum belief sich auf 29 Tage. Eine Teilnahmeerinnerung wurde am 25.04.2023 über Social Media sowie über Fachschaften geteilt. Abbildung 6 verdeutlicht den Rücklauf im Zeitverlauf. Die Rekrutierung erfolgte passiv durch eine breite öffentliche Streuung des Fragebogens. Eine Rücklaufquote kann aufgrund der Teilnahmeaufrufe über E-Mail-Verteiler von Berufsfachschulen, Hochschulen und Universitäten sowie Fachschaften, über Social Media sowie über Berufsverbände nicht berechnet werden (vgl. Döring & Bortz, 2016, 411f.).

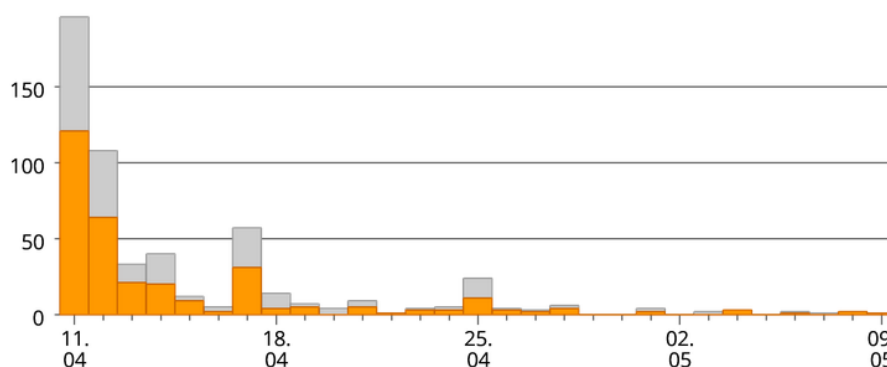


Abbildung 6: Rücklauf im Zeitverlauf

Quelle: Eigene Darstellung durch SoSci-Survey (vgl. Leiner, 2019, o.S.)

Insgesamt verzeichnete die Studie 1.105 Aufrufe, einschließlich versehentlicher doppelter Klicks und Aufrufe durch Suchmaschinen. Davon wurden 547 Interviews abgeschlossen. Die Studie verzeichnete 315 gültige Fälle, welche in die Datenauswertung eingeschlossen wurden. Ein Fall galt dann als gültig, wenn der Fragebogen bis zur letzten Seite lückenlos bearbeitet wurde. Interviews, die bereits zuvor abgebrochen wurden, flossen nicht in die Datenauswertung ein. Die gesamte Rücklauf-Statistik ist Anhang 5 zu entnehmen.

5.5 Datenaufbereitung und -analyse

Im Folgenden wird die Datenaufbereitung und -analyse dargestellt. Hierzu wurde die IBM® SPSS®-Softwareplattform hinzugezogen (vgl. IBM Deutschland GmbH, 2023, o.S.).

5.5.1 Datenaufbereitung

Um eine hohe Datenqualität zu gewährleisten, wurden die erhobenen Daten zunächst aufbereitet. Dabei wurden die Kriterien nach Schendera (vgl. 2007, 25-219) berücksichtigt. Darunter fallen die Vollständigkeit und Einheitlichkeit der Daten, der Ausschluss doppelter Werte, die sachgerechte Behandlung fehlender Werte, der Umgang mit Ausreißerwerten sowie die Plausibilität der Antwortmuster (vgl. ebd.).

Da die Datenerhebung elektronisch erfolgte, waren bereits alle Daten vercodet. Die jeweiligen Codes sind dem Codeplan in Anhang 6 zu entnehmen. Die Datenerhebung über SoSci-Survey (vgl. Leiner, 2019, o.S.) erfolgte anonym. Es wurden ausschließlich vollständig ausgefüllte Fragebögen in die Datenanalyse eingeschlossen. Der Ausschluss unvollständiger Fragebögen erfolgte über die Plattform SoSci-Survey (vgl. Leiner, 2019, o.S.). Im Rahmen der Datenbereinigung wurden zunächst die Wertebereiche geprüft (vgl. Döring & Bortz, 2016, 589). Da alle Fragebogenitems durch die Befragten bearbeitet werden mussten, konnten keine weiteren fehlenden Werte beobachtet werden. Imputationsbasierte Verfahren zum Umgang mit fehlenden Werten kamen demzufolge nicht zum Einsatz (vgl. Döring & Bortz, 2016, 591). Darüber hinaus konnten keine weiteren Werte, die nicht im zugelassenen Wertebereich lagen, festgestellt werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es im Zuge des Fragebogens ausschließlich offene Fragestellungen zur näheren Erklärung im Rahmen von gewählten Ausweichoptionen gab. Die Antwortgabe „kann ich nicht beurteilen“ wurde bei allen Fragebogenitems als Missing definiert. Im Anschluss erfolgte eine Anpassung der Skalenniveaus, da die von SPSS automatisch vergebenen Skalenniveaus teilweise fehlerhaft zugeteilt wurden. Zuletzt wurden die Wertelabels auf ihre Fehlerfreiheit und Verständlichkeit hin geprüft.

5.5.2 Datenanalyse

Im Folgenden wird die Datenauswertung im Hinblick auf die formulierten Hypothesen beschrieben. Neben deskriptiven Analysen wurden zur Überprüfung der Unterschieds- und Zusammenhangshypothesen auch inferenzstatistische Verfahren eingesetzt.

Die erlebte Unzufriedenheit mit §11 Abs. 2 der HMRL wurde mittels deskriptiver Verfahren bestimmt (H1). Dazu wurde zunächst Item *B116_04* umgepolt, da eine Messung dieses latenten Konstrukts mehrere Indikatoren verwendete, die ansonsten inhaltlich teils in positive und teils in negative Richtung verwiesen hätten (vgl. Döring & Bortz, 2016, 592). Der Wert -1 wurde als Missing definiert. Im Anschluss wurde aus den Items *B116_01*, *B116_02*, *B116_07*, *B116_08* und *B116_04_umkodiert* die neue Variable „Unzufriedenheit“ gebildet. Personen, die in dieser Variable Werte von drei bis fünf erreichten, wurden definitionsgemäß als unzufrieden eingruppiert. Um eine Mehrheitsangabe treffen zu können, wurde die „Gruppierungsvariable Unzufriedenheit“ angelegt. Teilnehmende, die bezüglich der Variable „Unzufriedenheit“ einen Wert von eins bis drei erreichten, empfanden der Definition zufolge eine Unzufriedenheit und erhielten in der Gruppierungsvariable den Wert zwei. Befragte, die in der Variable „Unzufriedenheit“ einen Wert von vier bis fünf erreichten, empfanden demzufolge keine Unzufriedenheit und erhielten in der Gruppierungsvariable den Wert 1. Aus der Gruppierungsvariable der „Unzufriedenheit“ wurde anschließend die prozentuale Verteilung entnommen.

Zur Berechnung der H2 wurden die Daten zunächst auf Normalverteilung geprüft. Die Unzufriedenheit war gemäß des Kolmogorov-Smirnov-Tests sowie des Shapiro-Wilk-Tests für Logopäd*innen ohne Fachwissen normalverteilt ($p = .20$), für Logopäd*innen mit Fachwissen hingegen nicht ($p < .001$). Daher wurde der MWU zur Berechnung herangezogen. Zunächst wurde aus den Items *B116_03*, *B116_09* und *B116_10* mittels SPSS die Variable „Fachwissen“ erstellt. Im Anschluss erfolgte die Bildung der „Gruppierungsvariable Fachwissen“. Befragte, die in der Variable „Fachwissen“ einen Wert von drei bis fünf erreichten, verfügten dabei gemäß der Definition über Fachwissen. In der „Gruppierungsvariable Fachwissen“ erhielten diese Fälle den Wert zwei. Teilnehmende, die in der Variable „Fachwissen“ einen Wert von eins bis zwei erreichten, erhielten in der Gruppierungsvariable den Wert eins. Die „Gruppierungsvariable Fachwissen“ bildete in der MWU-Rechnung die unabhängige Variable. Die zuvor berechnete Variable der Unzufriedenheit wurde als abhängige Variable hinzugezogen.

Zur Berechnung der prozentualen Verteilung der gewünschten Ausdehnung des §11 Abs. 2 der HMRL (H3) wurden die Items *B120_01*, *B120_03* und *B137_01* umgepolt. Der Wert -1 wurde für diese Variablen als Missing definiert. Anschließend wurde aus den

Items *B116_04*, *B120_01_umcodiert*, *B120_02*, *B120_03_umcodiert*, *B120_04*, *B120_05*, *B120_07*, *B120_08*, *B121_01*, *B121_03*, *B121_04*, *B121_07*, *B121_08*, *B121_09*, *B121_11*, *B121_12*, *B121_13*, *B121_14*, *B122_01*, *B122_02*, *B137_01_umcodiert*, *B137_02* und *B137_03* die Variable „gewünschte Ausdehnung“ gebildet. Teilnehmende, die in dieser Variable einen Wert von drei bis fünf erreichten, wünschten sich demzufolge eine Ausdehnung der Regelung der HMRL. In der „Gruppierungsvariable gewünschte Ausdehnung“ erhielten diese Fälle den Wert zwei. Befragungspersonen, die in der Variable „gewünschte Ausdehnung“ einen Wert von eins bis zwei erreichten, erhielten in der Gruppierungsvariable den Wert eins. Aus der Gruppierungsvariable der gewünschten Ausdehnung wurde anschließend die prozentuale Verteilung entnommen.

Zur Berechnung der H4 wurde der MWU herangezogen, da die gewünschte Ausdehnung sowohl für Mitglieder ($p < .001$) eines Berufsverbandes als auch für Nicht-Mitglieder ($p < .001$) gemäß des Kolmogorov-Smirnov-Tests und des Shapiro-Wilk-Tests keine Normalverteilung aufwiesen. Die Items *C115_01*, *C115_02*, *C115_03* und *C115_04* wurden zunächst in einer neuen Variable „Berufsverband“ durch Transformation zusammengefügt. Dabei wurde der Wert zwei vergeben, sobald die Befragten in den oben genannten Items die Zugehörigkeit zu einem der eingeschlossenen Berufsverbände mindestens einmal bestätigt hatten. Der Wert eins wurde zugewiesen, wenn die Teilnehmenden in allen Items eine Zugehörigkeit verneint hatten. Die Variable „Bundesverband“ bildete in der MWU-Rechnung die unabhängige Variable. Die zuvor berechnete Variable der „gewünschten Ausdehnung“ formte die abhängige Variable.

Zur Berechnung der H5 wurden die Items *B105_02* und *B105_11* umkodiert. Der Wert -1 wurde als Missing definiert. Aus den Items *B102_02*, *B131_01*, *B131_02*, *B131_04*, *B131_05*, *B105_02_umkodiert* und *B105_11_umkodiert* wurde anschließend die neue Variable „Entlastung“ gebildet. Befragungspersonen, die in der Variable „Entlastung“ einen Wert von drei bis fünf erreichten, empfanden demnach eine Entlastung der Erziehungsberechtigten durch die Möglichkeit, Kindertherapien in Einrichtungen durchzuführen. In der „Gruppierungsvariable Entlastung“ erhielten diese Fälle den Wert zwei. Teilnehmende, die in der Variable „Entlastung“ einen Wert von eins bis zwei erreichten, erhielten in der Gruppierungsvariable den Wert eins. Aus der Gruppierungsvariable der Entlastung wurde anschließend die prozentuale Verteilung bestimmt.

Zur Berechnung der H6 wurden die Daten zunächst auf Normalverteilung geprüft. Die Entlastung war gemäß des Kolmogorov-Smirnov-Test sowie des Shapiro-Wilk-Test für Logopäd*innen mit ($p < .001$) und ohne Kinder ($p = .001$) nicht normalverteilt. Zur Berechnung wurde daher der MWU-Test durchgeführt. Die 2-stufige unabhängige Variable

des Elterndaseins (*C103*) gliederte sich in die Merkmalsangaben ja (Wert = 1) und nein (Wert = 2). Zum besseren intuitiven Verständnis der Daten wurde die Variable zunächst in eine neue Variable *C103_umkodiert* transformiert, sodass der Wert zwei als Wert für Teilnehmende mit Kindern und der Wert eins für Befragungspersonen ohne Kinder definiert wurde. Die Variable *C103_umkodiert* bildete in der MWU-Rechnung die unabhängige, die zuvor erstellte Variable der „Entlastung“ die abhängige Variable.

Zur Beurteilung der prozentualen Verteilung des therapeutischen Mehrwertes (H7) wurden die Items *B103_04*, *B103_07*, *B103_08*, *B103_09* und *B103_10* umkodiert. Der Wert -1 wurde als Missing definiert. Aus den Items *B102_01*, *B138_01*, *B138_02*, *B138_03*, *B138_04*, *B103_04_umkodiert*, *B103_07_umkodiert*, *B103_08_umkodiert*, *B103_09_umkodiert* und *B103_10_umkodiert* wurde anschließend die Variable „therapeutischer Mehrwert“ gebildet. Je höher der erreichte Wert der Befragten, desto höher schätzte diese auch den therapeutischen Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen ein. Befragungspersonen, die in dieser Variable einen Wert von drei bis fünf erreichten, empfanden demnach einen Mehrwert für Therapeut*innen durch die Möglichkeit, Kindertherapien in Einrichtungen durchzuführen. In der „Gruppierungsvariable therapeutischer Mehrwert“ erhielten diese Fälle den Wert zwei. Teilnehmende, die in der Variable einen Wert von eins bis zwei erreichten, erhielten in der Gruppierungsvariable den Wert eins. Aus der Gruppierungsvariable des therapeutischen Mehrwertes wurde anschließend die prozentuale Verteilung bestimmt.

Zur Berechnung der H8 wurde der Kruskal-Wallis-Test herangezogen, da der therapeutische Mehrwert gemäß des Kolmogorov-Smirnov-Tests (gering: $p = .02$; mittel: $p = .02$) und des Shapiro-Wilk-Tests (sehr gering: $p = .02$; gering: $p = .03$) nicht für alle untersuchten Erfahrungsgruppen normalverteilt waren. Im Falle eines signifikanten Ergebnisses wurde ein Post-hoc-Test angeschlossen. Zum besseren Verständnis wurden die Items *C117* und *C125* in eine neue Variable transformiert, um den Wert 6 in den Wert 0 umzukodieren. Anschließend wurde mit den Items *C117_umkodiert* und *C125_umkodiert* die neue Variable „Erfahrung“ gebildet. Zur Berechnung des Kruskal-Wallis-Tests wurden die Werte der Variable „Erfahrung“ anschließend in einer neuen Variable „Gruppierung Erfahrung“ einzelnen Erfahrungsstufen zugeordnet (0,0 - 0,8 keine Erfahrung; 0,9 - 1,7 sehr geringe Erfahrung; 1,8 - 2,6 geringe Erfahrung; 2,7 - 3,2 mittlere Erfahrung; 3,3 - 4,1 hohe Erfahrung; 4,2 - 5,0 sehr hohe Erfahrung). Die Wertspanne der Stufe der mittleren Erfahrung wurde vorsätzlich verringert, um eine gleichmäßige Wertspanne bei den übrigen Stufen zu gewährleisten und die Tendenz zur Mitte stärker herauszurechnen. Die Variable „Gruppierung Erfahrung“ bildete in der Kruskal-Wallis-Rechnung die unabhängige, der zuvor berechnete „therapeutische Mehrwert“ die abhängige Variable.

Zur Beurteilung der prozentualen Verteilung des interprofessionellen Mehrwertes (H9) wurde aus den Items *B102_04*, *B143_01*, *B134_02*, *B134_03* und *B134_04* die Variable „interprofessioneller Mehrwert“ gebildet. Je höher der erreichte Wert der Befragungsperson, desto höher schätzte diese auch den interprofessionellen Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen ein. Befragte, die in dieser Variable einen Wert von drei bis fünf erreichten, empfanden demnach eine interprofessionellen Mehrwert durch die Möglichkeit, Kindertherapien in Einrichtungen durchzuführen. In der Gruppierungsvariable erhielten diese Fälle den Wert zwei. Befragungspersonen, die in der Variable einen Wert von eins bis zwei erreichten, erhielten in der Gruppierungsvariable den Wert eins. Aus der Gruppierungsvariable des interprofessionellen Mehrwertes wurde anschließend die prozentuale Verteilung bestimmt.

Auch H10 wurde mittels eines Kruskal-Wallis-Test geprüft, da sowohl gemäß des Kolmogorov-Smirnov-Tests (mittel: $p = .01$; hoch: $p = <0,001$; sehr hoch: $p < 0.001$) und des Shapiro-Wilk-Tests (mittel/hoch/sehr hoch: $p < 0.001$) nicht in allen untersuchten Gruppen eine Normalverteilung nachzuweisen war. Im Falle eines signifikanten Ergebnisses des Kruskal-Wallis-Tests, wurde ein Post-hoc-Test angeschlossen. Dazu wurde zunächst aus den Items *C127* und *C126* die neue Variable „Stellenwert“ gebildet. Zur Berechnung des Kruskal-Wallis-Tests wurden die Werte der Variable „Stellenwert“ anschließend in einer neuen Variable „Gruppierung Stellenwert“ einzelnen Stufen zugeordnet (1,0 - 1,8 sehr geringer Stellenwert; 1,9 - 2,7 geringer Stellenwert; 2,8 - 3,2 mittlerer Stellenwert; 3,3 - 4,1 hoher Stellenwert; 4,2 - 5,0 sehr hoher Stellenwert). Die Wertspanne der Stufe der mittleren Erfahrung wurde vorsätzlich verringert, um eine gleichmäßige Wertspanne bei den übrigen Stufen zu gewährleisten und die Tendenz zur Mitte stärker herauszurechnen. Die Variable „Gruppierung Stellenwert“ bildete in der Kruskal-Wallis-Rechnung die unabhängige Variable. Die Variable „interprofessioneller Mehrwert“ bildete die abhängige Variable.

Die prozentuale Verteilung des empfundenen Mehrwertes für die Patient*innen (H11) wurde deskriptiv bestimmt. Zur Berechnung wurde aus den Items *B102_03*, *B131_04*, *B132_01*, *B132_02*, *B132_03*, *B132_06* und *B132_07* die Variable „Mehrwert Patient*innen“ gebildet. Je höher der erreichte Wert der Befragungsperson, desto höher schätzte diese auch den Mehrwert für die Patient*innen durch Kindertherapien in Einrichtungen ein. Befragungspersonen, die in dieser Variable einen Wert von drei bis fünf erreichten, empfanden demnach eine Mehrwert für Patient*innen durch die Möglichkeit, Kindertherapien in Einrichtungen durchzuführen. In der „Gruppierungsvariable Mehrwert der Patient*innen“ erhielten diese Fälle den Wert zwei. Teilnehmende, die in der Variable einen Wert von eins bis zwei erreichten, erhielten in der Gruppierungsvariable den Wert eins.

Die prozentuale Verteilung wurde anschließend aus der Gruppierungsvariable des Mehrwerts der Patient*innen bestimmt.

Zur Berechnung der H12 wurde ebenfalls der Kruskal-Wallis-Test verwendet, da gemäß des Shapiro-Wilk-Tests für Logopäd*innen mit einer Berufserfahrung von sechs bis zehn Jahren ($p = .02$) und von über 20 Jahren ($p = .03$) keine Normalverteilung vorlag. Im Falle eines signifikanten Ergebnisses, wurde ein Post-hoc-Test angeschlossen. Die Merkmalsangaben der unabhängigen Variable „Berufserfahrung“ (C111) bildeten dabei die sieben Gruppen, die es im Zuge des statistischen Tests zu unterscheiden galt. Die Variable „Mehrwert Patient*innen“ bildete die abhängige Variable.

6 Ergebnisse

6.1 Unzufriedenheit mit §11 Abs. 2 der HMRL? – H1 & H2

Das erste Hypothesenpaar beschäftigte sich mit der erlebten Unzufriedenheit in Bezug auf die Regelung zum Ort der Leistungserbringung nach der HMRL (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13f.).

Da sich 73,7 Prozent der befragten Logopäd*innen den Berechnungen zufolge mit den aktuell gültigen Regelungen unzufrieden zeigten, kann H1 verifiziert werden. Die verspürte Unzufriedenheit wurde im Mittel als „hoch“ bewertet (MD = 2,4; MW = 2,6; SD = 1,0).

H2 lautete: Logopäd*innen, die Fachwissen in Bezug auf §11 Abs. 2 der HMRL aufweisen, halten diese Regelung für unzufriedenstellender als Logopäd*innen ohne Fachwissen. Zur weiteren Berechnung wurde der MWU für nicht-parametrische Tests hinzugezogen. Dabei stellte sich, wie Abbildung 7 illustriert, heraus, dass es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Logopäd*innen mit und ohne Fachwissen im Hinblick auf das Maß an erlebter Unzufriedenheit gibt ($U = 7622,50$; $p = 0,03$; $z = 2,09$; $r = 0,19$). Nach Cohen liegt demnach lediglich eine geringe Korrelation vor (vgl. Hemmerich, 2023, o.S.).

86,5 Prozent der Befragten ohne Fachwissen gaben an, eine Unzufriedenheit bezüglich der aktuellen Regelung der HMRL zu verspüren. Im Mittel wurde die Unzufriedenheit „hoch“ eingeschätzt (Md = 2,2; MW = 2,3; SD = 0,7).

Die Gruppe mit Fachwissen hat gleichermaßen eine mittlere Bewertung von „hoch“ angegeben (Md = 2,4; MW = 2,6; SD = 1,0). 71,1 Prozent der Teilnehmenden mit Fachwissen empfanden dabei eine Unzufriedenheit.

Zusammenfassung des Mann-Whitney-U-Tests bei unabhängigen Stichproben

Gesamtzahl	311
Mann-Whitney-U-Test	7622,500
Wilcoxon-W	42075,500
Teststatistik	7622,500
Standardfehler	576,458
Standardisierte Teststatistik	2,088
Asymptotische Sig. (zweiseitiger Test)	,037

Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben

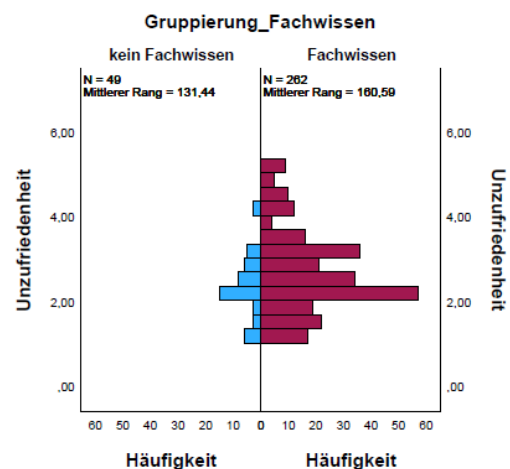


Abbildung 7: Häufigkeitsdiagramm und MWU-Ergebnis zu Hypothese 2

Quelle: Eigene Darstellung

H2 kann den Berechnungen zufolge nicht bestätigt werden. Ein Gruppenunterschied liegt vor. Es zeigt sich jedoch, dass diejenigen, die über kein Fachwissen verfügen, tendenziell unzufriedener mit der Regelung waren (MW = 2,3) als die Befragungspersonen, die angaben, über Fachwissen zu verfügen (MW = 2,6). Logopäd*innen, die Fachwissen in Bezug auf §11 Abs. 2 der HMRL aufweisen, hielten diese Regelung demnach nicht für unzufriedenstellender als Logopäd*innen ohne Fachwissen.

6.2 Erweiterung des §11 Abs. 2 der HMRL gewünscht? – H3 & H4

Das zweite Hypothesenpaar behandelte die mögliche Forderung einer Ausdehnung und Erweiterung der Regelung zum Ort der Leistungserbringung nach der HMRL (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13f.).

89,8 Prozent der Teilnehmenden befürworteten eine Ausdehnung der Vorschrift nach §11 Abs. 2 der HMRL. H3 kann demnach bestätigt werden. Der Wunsch nach einer Ausdehnung der Vorschrift wurde im Mittel als „sehr hoch“ bewertet (MD = 4,3; MW = 4,1; SD = 0,7).

Zur Berechnung der vierten zu untersuchenden Hypothese (Logopäd*innen, die einem Berufsverband angehören, befürworten eine Ausdehnung der Regelung nach §11 Abs. 2 der HMRL eher als Logopäd*innen ohne Verbandszugehörigkeit) wurde der MWU für nicht-parametrische Tests verwendet. Abbildung 8 visualisiert, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Mitgliedern und Nicht-Mitgliedern eines Berufsverbandes in Bezug auf eine gewünschte Ausdehnung der Richtlinie gibt (U = 11342,50; p = 0,21; z = 1,26; r = 0,07).

91,6 Prozent der Nicht-Mitglieder wünschten sich eine Ausdehnung des §11 Abs. 2 der HMRL. Die Gruppierung der Nicht-Mitglieder hegte im Mittel einen sehr hohen Wunsch, die geltende Vorschrift zu erweitern (Md = 4,3; MW = 4,1; SD = 1,2).

Zusammenfassung des Mann-Whitney-U-Tests bei unabhängigen Stichproben	
Gesamtzahl	315
Mann-Whitney-U-Test	11342,500
Wilcoxon-W	22368,500
Teststatistik	11342,500
Standardfehler	806,530
Standardisierte Teststatistik	-1,259
Asymptotische Sig. (zweiseitiger Test)	,208

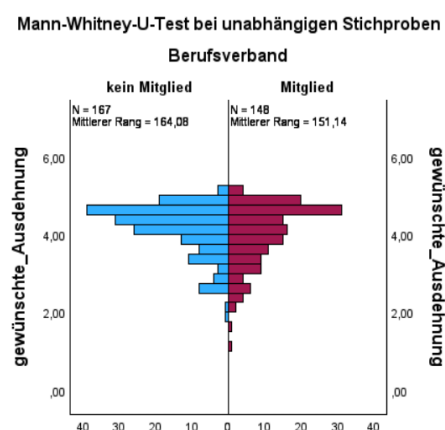


Abbildung 8: Häufigkeitsdiagramm und MWU-Ergebnis zu Hypothese 4

Quelle: Eigene Darstellung

Währenddessen forderten 87,8 Prozent der Mitglieder eine Erweiterung der gültigen Richtlinien. Die Gruppe der Mitglieder vertrat dabei gleichermaßen eine sehr hohe Nachfrage in Bezug auf eine mögliche Ausdehnung des Paragrafen (Md = 4,1; MW = 4,0; SD = 0,8).

H4 kann den Ergebnissen zufolge nicht bestätigt werden. Logopäd*innen, die einem Berufsverband angehören, befürworteten eine Ausdehnung der Regelung nach §11 Abs. 2 der HMRL nicht eher als Logopäd*innen ohne Verbandszugehörigkeit.

6.3 Entlastung für Erziehungsberechtigte? – H5 & H6

Das dritte Hypothesenpaar untersuchte die mögliche Entlastung von Erziehungsberechtigten durch die Möglichkeit, Kindertherapien in Einrichtungen durchzuführen.

Da 95,2 Prozent der befragten Logopäd*innen eine Entlastung von Erziehungsberechtigten durch Kindertherapien in Einrichtungen wahrnahmen, kann H5 verifiziert werden. Die verspürte Entlastung wurde im Mittel als „hoch“ bewertet (Md = 4,0; MW = 4,0; SD = 0,6).

H6 lautete: Logopäd*innen, die eigene Kinder haben, nehmen eine Entlastung von Erziehungsberechtigten durch Kindertherapien in Einrichtungen eher wahr als Logopäd*innen ohne eigene Kinder. Zur Berechnung wurde der MWU für nicht-parametrische Tests hinzugezogen. Dabei stellte sich, wie Abbildung 9 illustriert, heraus, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Logopäd*innen mit und ohne Kinder im Hinblick auf die Bewertung der Entlastung gibt (U = 10655,50; p = 0,21; z = 1,26; r = 0,07).

95,9 Prozent der Befragungspersonen ohne Kinder gaben an, eine Entlastung für Erziehungsberechtigte durch die Möglichkeit, Kindertherapien in Einrich-

Zusammenfassung des Mann-Whitney-U-Tests bei unabhängigen Stichproben

Gesamtzahl	314
Mann-Whitney-U-Test	10655,500
Wilcoxon-W	17915,500
Teststatistik	10655,500
Standardfehler	779,889
Standardisierte Teststatistik	-1,262
Asymptotische Sig. (zweiseitiger Test)	,207

Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben

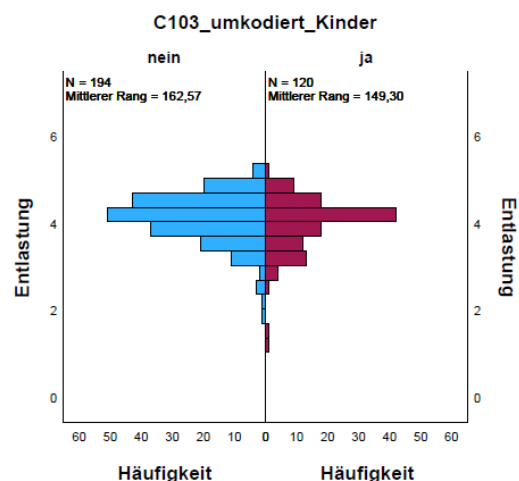


Abbildung 9: Häufigkeitsdiagramm und MWU-Ergebnis zu Hypothese 6

Quelle: Eigene Darstellung

tungen durchführen zu können, wahrzunehmen. Die Gruppe empfand dabei ein hohes Maß an Entlastung der Erziehungsberechtigten (Md = 4,0; MW = 4,0; SD = 0,5).

94,2 Prozent der Teilnehmenden mit Kindern empfanden eine Entlastung der Erziehungsberechtigten. Diese Gruppierung nahm ebenfalls ein hohes Maß an Entlastung wahr (Md = 4,0; MW = 3,9; SD = 0,6).

H6 kann den Ergebnissen zufolge nicht bestätigt werden. Logopäd*innen, die eigene Kinder haben, nahmen eine Entlastung von Erziehungsberechtigten durch Kindertherapien in Einrichtungen nicht eher wahr als Logopäd*innen ohne eigene Kinder.

6.4 Therapeutischer Mehrwert? – H7 & H8

Das vierte Hypothesenpaar untersuchte, inwiefern Kindertherapien in Einrichtungen einen Mehrwert für Logopäd*innen erzeugt.

32,4 Prozent der Teilnehmenden empfanden einen therapeutischen Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen. H7 kann demnach nicht bestätigt werden. Der therapeutische Mehrwert wurde lediglich als „gering“ bewertet (Md = 2,7; MW = 2,6; SD = 0,6).

Die achte zu untersuchende Hypothese (Je erfahrener Logopäd*innen mit Kindertherapien in Einrichtungen sind, desto höher schätzen diese den dadurch gewonnenen persönlichen Mehrwert ein) kann ebenfalls nicht bestätigt werden. Zur Berechnung wurde der Kruskal-Wallis-Test für nicht-parametrische Tests hinzugezogen. Dessen Ausgabe ist Abbildung 10 zu entnehmen.

Kruskal-Wallis-Test

		Ränge	
		Gruppierung_Erfahrung	
	Gruppierung_Erfahrung	N	Mittlerer Rang
therapeutischer_Mehrwert	0 keine Erfahrung	7	200,93
	1 sehr gering	13	150,81
	2 gering	93	153,90
	3 mittel	99	161,26
	4 hoch	85	151,86
	5 sehr hoch	17	170,68
	Gesamt	314	

therapeutischer_Mehrwert	
Kruskal-Wallis-H	2,681
df	5
Asymp. Sig.	,749

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Gruppierung_Erfahrung Gruppierung_Erfahrung

Abbildung 10: Ausgabe des Kruskal-Wallis-Tests zu Hypothese 8
Quelle: Eigene Darstellung

Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den fünf untersuchten Gruppen in Einrichtungen im Hinblick auf die Bewertung des therapeutischen Mehrwerts ($H(5) = 2,68$; $p = 0,75$; Eta-Quadrat = 0,01).

7 Befragungspersonen gaben an, keinerlei Erfahrung mit Kindertherapien in Einrichtungen zu haben. 25,0 Prozent der Teilnehmenden dieser Gruppe nahmen einen Mehrwert

durch Kindertherapien in Einrichtungen für die Therapeut*innen wahr. Im Mittel schätzte diese Gruppe den therapeutischen Mehrwert lediglich als „gering“ ein (Md = 2,9; MW = 2,9; SD = 0,2).

30,8 Prozent der Teilnehmenden mit einer sehr geringen Erfahrung mit Kindertherapien in Einrichtungen nahmen einen therapeutischen Mehrwert durch dieses Behandlungssetting wahr. In dieser Gruppe wurde ebenso ein geringer Mehrwert für Therapeut*innen wahrgenommen (Md = 2,8; MW = 2,5; SD = 0,6). 13 Befragungspersonen ordneten sich dieser Gruppe zu.

93 Befragte gaben an, eine geringe Erfahrung mit Kindertherapien in Einrichtungen zu haben. Diese Gruppe gab ebenfalls an, den therapeutischen Mehrwert lediglich als gering einzustufen (Md = 2,7; MW = 2,6; SD = 0,5). Insgesamt nahmen 28,0 Prozent der Befragungspersonen dieser Gruppe einen therapeutischen Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen wahr.

In der Gruppe der Teilnehmenden mit einer mittleren Erfahrung mit Kindertherapien in Einrichtungen wurde ebenfalls eine mittlere Bewertung von „gering“ abgegeben (Md = 2,6; MW = 2,7; SD = 0,6). 99 Teilnehmende ordneten sich dieser Gruppe zu. Insgesamt nahmen 36,4 Prozent der Teilnehmenden dieser Gruppe einen therapeutischen Mehrwert wahr.

85 Befragte gaben an, eine hohe Erfahrung mit Kindertherapien in Einrichtungen zu haben. 30,6 Prozent nahmen einen therapeutischen Mehrwert wahr. Diese Gruppe erlebte ebenfalls einen geringen therapeutischen Mehrwert (Md = 2,6; MW = 2,6; SD = 0,6).

In der Gruppe der Teilnehmenden mit einer sehr hohen Erfahrung mit Kindertherapien in Einrichtungen wurde ebenso eine mittlere Bewertung von „gering“ abgegeben (Md = 2,9; MW = 2,7; SD = 0,8). 17 Befragungspersonen ordneten sich dieser Gruppe zu. 47,1 Prozent der Teilnehmenden dieser Gruppe nahmen einen therapeutischen Mehrwert wahr.

H8 kann den Ergebnissen zufolge nicht bestätigt werden.

6.5 Interprofessioneller Mehrwert? – H9 & H10

Das fünfte Hypothesenpaar beschäftigte sich mit dem Zusammenhang von Kindertherapien in Einrichtung und dem interprofessionellen Zusammenarbeiten zwischen Therapeut*innen und pädagogischen Fachkräften.

Da 97,8 Prozent der befragten Logopäd*innen einen Mehrwert für das interprofessionelle Zusammenarbeiten durch Kindertherapien in Einrichtungen wahrgenommen haben, kann H9 verifiziert werden. Der interprofessionelle Mehrwert wurde im Mittel als „hoch“ bewertet (Md = 4,0; MW = 4,0; SD = 0,7).

H10 lautete: Je höher der Stellenwert von Interprofessionalität bei Logopäd*innen ist, desto höher schätzen sie den interprofessionellen Mehrwert von Kindertherapien in Einrichtungen ein. Zur Berechnung wurde der Kruskal-Wallis-Test für nicht-parametrische Tests hinzugezogen.

Es gibt, wie in Abbildung 11 ersichtlich, einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den fünf Gruppen des interprofessionellen Stellenwerts im Hinblick auf die Bewertung des interprofessionellen Mehrwerts durch Kindertherapien in Einrichtungen ($H(4) = 23,83$; $p < 0,00$; Eta-

Ränge			
	Gruppierung_Stellenwert	N	Mittlerer Rang
interprofessioneller_Mehrwert	1 sehr gering	1	35,00
	2 gering	7	102,64
	3 mittel	37	120,20
	4 hoch	129	145,85
	5 sehr hoch	141	182,65
	Gesamt		315

interprofessioneller_Mehrwert	
Kruskal-Wallis-H	23,831
df	4
Asymp. Sig.	<,001

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Gruppierung_Stellenwert

Abbildung 11: Ausgabe des Kruskal-Wallis-Tests zu Hypothese 10

Quelle: Eigene Darstellung

Quadrat = 0,09). Anschließend durchgeführte Post-hoc-Tests (Dunn-Bonferroni-Tests) zeigen, dass sich nur die Gruppen „mittel“ und „sehr hoch“ ($z = -3,75$; $p < 0,001$; $r = 0,28$) sowie „hoch“ und „sehr hoch“ ($z = -3,35$; $p = 0,01$; $r = 0,20$) signifikant unterscheiden (siehe Anhang 7). Es handelt sich in allen Fällen um einen schwachen Effekt nach Cohen.

Eine Befragungsperson gab an, einen sehr geringen Stellenwert von interprofessionellem Arbeiten zu vertreten. Diese Befragungsperson repräsentierte damit alleinstehend diese Gruppe. Sie gab eine mittlere Bewertung von „hoch“ in Bezug auf den interprofessionellen Mehrwert an (Md = 3,5).

In der Gruppe der Teilnehmenden mit einem geringen Stellenwert von interprofessioneller Zusammenarbeit wurde der interprofessionelle Mehrwert ebenfalls als „hoch“ angegeben (Md = 3,2; MW = 3,5; SD = 1,0). Sieben Befragungspersonen ordneten sich dieser Gruppe zu. 71,4 Prozent der Teilnehmenden dieser Gruppe nahmen einen interprofessionellen Mehrwert wahr.

In der Gruppe der Teilnehmenden mit einem mittleren Stellenwert für interprofessionelles Zusammenarbeiten wurde eine mittlere Bewertung von „hoch“ abgegeben (Md = 3,8; MW = 3,8; SD = 0,6). 37 Teilnehmende ordneten sich dieser Gruppe zu. 94,6 Prozent der Teilnehmenden dieser Gruppe nahmen einen therapeutischen Mehrwert wahr.

129 Befragungspersonen gaben an, eine hohen Stellenwert von interprofessioneller Zusammenarbeit zu vertreten. Diese Gruppe gab eine mittlere Bewertung von „hoch“ in Bezug auf den interprofessionellen Mehrwert an (Md = 4,0; MW = 4,0; SD = 0,5). Unter Betrachtung der Definition des interprofessionellen Mehrwerts nahmen 98,4 Prozent der Befragungspersonen dieser Gruppe einen interprofessionellen Mehrwert wahr.

In der Gruppe der Teilnehmenden mit einem sehr hohen Stellenwert von Interprofessionalität wurde eine mittlere Bewertung von „sehr hoch“ in Bezug auf den interprofessionellen Mehrwert abgegeben (Md = 4,2; MW = 4,2; SD = 0,5). 141 Befragte ordneten sich dieser Gruppe zu. 99,3 Prozent der Teilnehmenden dieser Gruppe nahmen einen interprofessionellen Mehrwert wahr.

H10 kann nicht vollständig verifiziert werden. Es lässt sich jedoch die Tendenz erkennen, dass der Stellenwert von Interprofessionalität bei Logopäd*innen und der erlebte interprofessionelle Mehrwert von Kindertherapien in Einrichtungen positiv gerichtet zusammenhängen könnte.

6.6 Mehrwert für die Patient*innen? – H11 & H12

Das letzte Hypothesenpaar untersuchte den Zusammenhang von Kindertherapien in Einrichtungen mit dem wahrgenommenen Mehrwert für Patient*innen.

64,9 Prozent der Teilnehmenden empfanden einen Mehrwert für Patient*innen durch Kindertherapien in Einrichtungen. H11 kann demnach bestätigt werden. Der Mehrwert für Patient*innen wurde im Mittel als „mittel“ bewertet (Md = 3,1; MW = 3,0; SD = 0,5).

Die zwölfte Hypothese lautete: Je höher die Berufserfahrung von Logopäd*innen ist, desto höher schätzen diese den Mehrwert von Kindertherapien in Einrichtungen für die Patient*innen ein. Zur Berechnung wurde der Kruskal-Wallis-Test für nicht-parametrische Tests hinzugezogen.

Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den sieben Gruppen der Berufserfahrung im Hinblick auf die Bewertung des Mehrwerts für die Patient*innen ($H(6) = 8,90$; $p = 0,18$; Eta-Quadrat = 0,03). Dies verdeutlicht Abbildung 12.

Ränge			
	C111 C111 Berufserfahrung	N	Mittlerer Rang
Mehrwert_Patienten	1 weniger als 1 Jahr	14	148,75
	2 über 1 Jahr aber weniger als 2 Jahre	25	124,66
	3 2-3 Jahre	37	187,28
	4 3-5 Jahre	56	170,52
	5 6-10 Jahre	65	154,10
	6 11-20 Jahre	79	154,11
	7 über 20 Jahre	39	151,32
	Gesamt	315	

Mehrwert_Patienten	
Kruskal-Wallis-H	8,892
df	6
Asymp. Sig.	,180

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: C111 C111 Berufserfahrung

Abbildung 12: Ausgabe des Kruskal-Wallis-Tests zu Hypothese 12

Quelle: Eigene Darstellung

14 Befragungsperson gaben an, eine Berufserfahrung von weniger als einem

Jahr zu haben. Diese Gruppe gab eine mittlere Bewertung von „mittel“ in Bezug auf den Mehrwert für die Patient*innen an (Md = 3,1; MW = 3,0; SD = 0,4). 57,1 Prozent der Befragungspersonen dieser Gruppe nahmen dabei einen Mehrwert für die Patient*innen wahr.

In der Gruppe der Teilnehmenden mit einer Berufserfahrung von über einem Jahr aber weniger als zwei Jahren wurde eine mittlere Bewertung von „mittel“ abgegeben (Md = 3,0; MW = 2,9; SD = 0,4). 25 Teilnehmende ordneten sich dieser Gruppe zu. 60,0 Prozent der Teilnehmenden dieser Gruppe nahmen einen Mehrwert für die Patient*innen wahr.

In der Gruppe der Teilnehmenden mit einer Berufserfahrung von zwei bis drei Jahren wurde eine mittlere Bewertung von „hoch“ abgegeben (Md = 3,3; MW = 3,3; SD = 0,6). 37 Befragte ordneten sich dieser Gruppe zu. 78,4 Prozent der Teilnehmenden dieser Gruppe nahmen einen Mehrwert für die Patient*innen wahr.

56 Befragungspersonen gaben an, eine Berufserfahrung von drei bis fünf Jahren vorzuweisen. Diese Gruppe gab eine mittlere Bewertung von „mittel“ in Bezug auf den Mehrwert für die Patient*innen an (Md = 3,1; MW = 3,2; SD = 0,5). Unter Betrachtung der Definition nahmen 66,1 Prozent der Teilnehmenden dieser Gruppe einen Mehrwert für die Patient*innen wahr.

In der Gruppe der Teilnehmenden mit einer Berufserfahrung von sechs bis zehn Jahren wurde eine mittlere Bewertung von „mittel“ abgegeben ($Md = 3,1$; $MW = 3,0$; $SD = 0,6$). 65 Befragungspersonen ordneten sich dieser Gruppe zu. 64,6 Prozent der Teilnehmenden dieser Gruppe nahmen einen Mehrwert für Patient*innen wahr.

79 Teilnehmende gaben an, eine Berufserfahrung von 11 bis 20 Jahren vorzuweisen. Diese Gruppe gab eine mittlere Bewertung von „mittel“ in Bezug auf den Mehrwert für die Patient*innen an ($Md = 3,0$; $MW = 3,0$; $SD = 0,6$). Unter Betrachtung der Definition nahmen 63,3 Prozent der Befragten dieser Gruppe einen Mehrwert für die Patient*innen wahr.

In der Gruppe der Teilnehmenden mit einer Berufserfahrung von über 20 Jahren wurde eine mittlere Bewertung von „mittel“ abgegeben ($Md = 3,1$; $MW = 3,0$; $SD = 0,6$). 39 Befragungspersonen ordneten sich dieser Gruppe zu. 61,5 Prozent der Teilnehmenden dieser Gruppe nahmen einen Mehrwert für Patient*innen wahr.

H12 kann demnach nicht bestätigt werden.

7 Diskussion

7.1 Ergebnisdiskussion

7.1.1 Hohe Unzufriedenheit mit §11 Abs. 2 der HMRL – H1 & H2

73,3 Prozent der befragten Logopäd*innen waren unzufrieden mit der aktuell gültigen Regelung nach §11 Abs. 2 der HMRL. Die Verteilung auf die jeweiligen Untersuchungsgruppen nach Maß des Wissens über die Vorschrift der HMRL zeigt, dass 71,1 Prozent der Logopäd*innen mit Fachwissen sowie 86,5 Prozent der Logopäd*innen ohne Fachwissen mit der aktuellen Richtlinie unzufrieden waren. Beide Gruppierungen unterscheiden sich dabei signifikant ($p = 0,04$), wobei die Gruppe ohne Fachwissen eine größere Unzufriedenheit verspürte ($Md = 2,2$; $MW = 2,3$; $SD = 0,7$) als die Gruppe mit Fachwissen ($Md = 2,4$; $MW = 2,6$; $SD = 1,0$). Der Korrelationskoeffizient nach Pearson bestätigt den gegenläufigen Verlauf der Variablen. Steigt die Variable „Fachwissen“, sinkt die Variable „Unzufriedenheit“. Entgegengesetzt der Erwartungen, führte ein gesteigertes Fachwissen über die HMRL demnach nicht zu einer gesteigerten Unzufriedenheit. Die erlebte Unzufriedenheit gegenüber §11 Abs. 2 der HMRL scheint vielmehr im Zusammenhang mit fehlendem Wissen und einem fehlendem Verständnis gegenüber der Regelung zu stehen. Allerdings ist auch dieser Zusammenhang nur schwach ($r = 0,2$). Das dargestellte Boxplot in Abbildung 13 unterstreicht diesen Zusammenhang und zeigt weiter auf, dass die Unzufriedenheit in beiden Gruppen als „hoch“ zu bewerten ist.

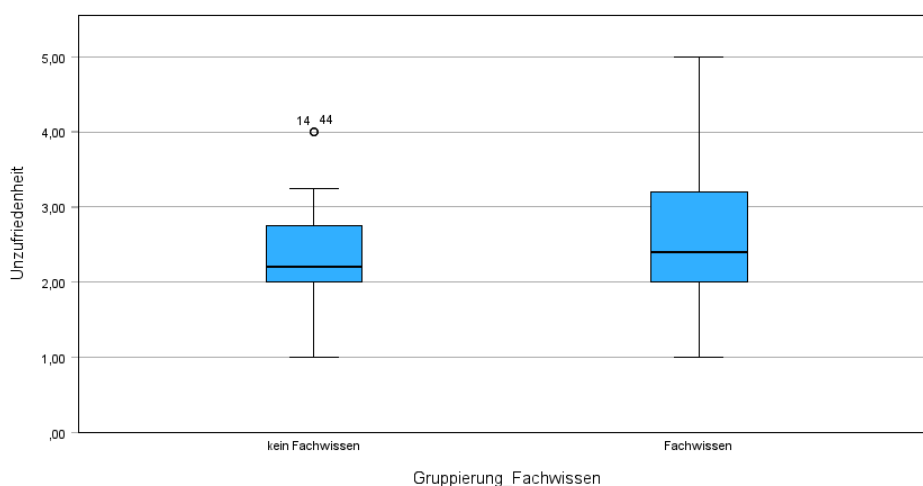


Abbildung 13: Schwacher Zusammenhang von Fachwissen und Unzufriedenheit

Quelle: Eigene Darstellung

Die Tatsache, dass insgesamt 73,3 Prozent aller befragten Logopäd*innen mit der HMRL unzufrieden waren, könnte ein Grund für den nur schwach festgestellten Zusammenhang zwischen den Gruppen darstellen. 53,1 Prozent der Befragten antworteten auf die Frage, ob die HMRL einen ausreichenden gesetzlichen Rahmen für Therapien in

Einrichtungen bildet mit „trifft (eher) nicht zu“. Die aktuell geltende Regelung der HMRL wurde dabei lediglich von 15,3 Prozent befürwortet, während sich 64,5 Prozent der Befragten deutlich für eine Aktualisierung der HMRL aussprachen. Dies visualisiert Abbildung 14.

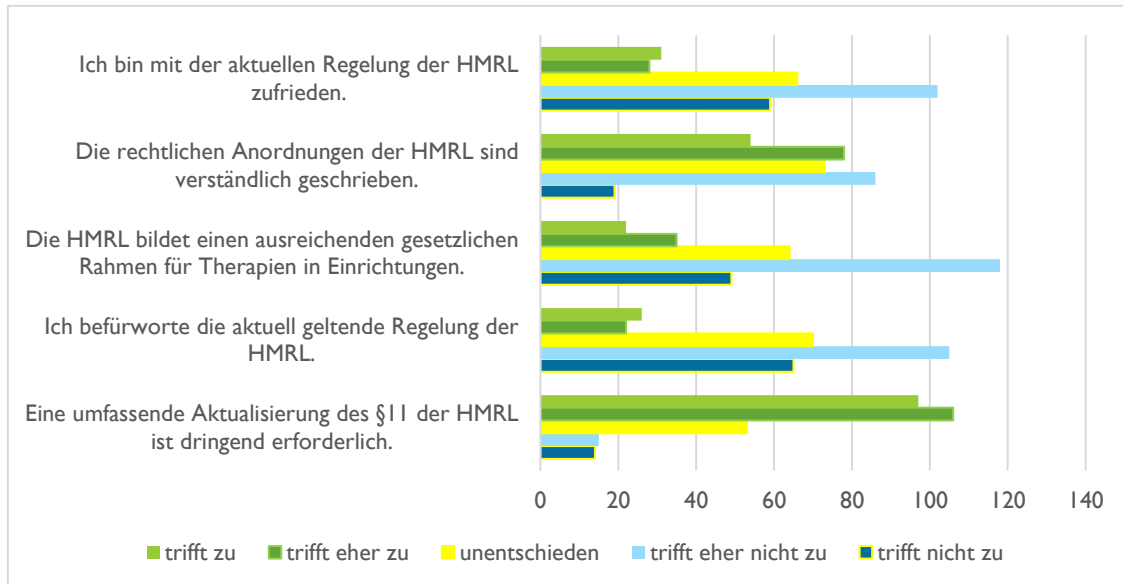


Abbildung 14: Unzufriedenheit mit §11 Abs. 2 der HMRL auf verschiedenen Ebenen

Quelle: Eigene Darstellung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die befragten Logopäd*innen insgesamt unzufrieden mit der aktuell geltenden Regelung waren (Md = 2,4; MW = 2,6; SD = 1,0). Viele Teilnehmende äußerten daher, eine Aktualisierung des Paragraphen sei dringend erforderlich (Md = 4,00; MW = 3,9; SD = 1,1). Der festgestellte Gruppenunterschied je nach Fachwissen der Befragten lässt auf einen schwachen Zusammenhang zwischen fehlendem Wissen und einer höheren Unzufriedenheit schließen. Die beiden Gruppen unterschieden sich besonders in der Variable *B116_01* („Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben“). Die Gruppe ohne Fachwissen antwortete im Mittel mit „trifft eher nicht zu“ (Md = 2,0; MW = 2,6; SD = 1,1), während die Gruppe mit Fachwissen im Mittel „unentschieden“ (Md = 3,0; MW = 3,3; SD = 1,2) antwortete. Es ist daher möglich, dass die Teilnehmenden, die wenig Fachwissen gegenüber der HMRL vorweisen, mit höherer Wahrscheinlichkeit auch Probleme im Verständnis des Gesetzestextes hatten. Das Ergebnis der Variable *B116_01* lässt demnach darauf schließen, dass der Gesetzestext vor allem für mit der HMRL unerfahrene Therapeut*innen nicht ausreichend nachvollziehbar und verständlich formuliert ist. Dabei muss berücksichtigt werden, dass sich die untersuchten Gruppen in ihrer Gruppengröße stark unterschieden (siehe Abbildung 7). Lediglich 49 von 311 Befragten gehörten der Gruppe ohne Fachwissen an. Ein Vergleich der beiden Gruppen wäre mit ansatzweise gleichen

Gruppengrößen in ihrer Aussagekraft höher zu bewerten gewesen. Positiv betrachtet zeigt die differierende Gruppenverteilung jedoch auch, dass sich bereits 83,5 Prozent der Befragungspersonen gut mit der HMRL auskannten. Es ist demnach unwahrscheinlich, dass sich die Unzufriedenheit der Teilnehmenden durch eine detailliertere Auseinandersetzung mit der HMRL deutlich verbessern lassen würde. Die Ergebnisse deuten vielmehr darauf hin, dass es neben verständlicheren Formulierungen auch eine grundlegende Aktualisierung des Paragraphen bedarf, um die Unzufriedenheit der Logopäd*innen in diesem Bereich zu senken.

Gründe für die Unzufriedenheit wurden im Zuge dieser Studie nur beiläufig erhoben. Sie werden in der Diskussion der weiteren Hypothesen wiederkehrend aufgegriffen. Im Zuge der Diskussion dieser Hypothesen können jedoch bereits Rückschlüsse auf formell begründete Gesichtspunkte geschlossen werden, die zu einer steigenden Unzufriedenheit mit der gültigen Vorschrift beitragen. So stimmen die Ergebnisse der Variable *B116_01* mit den Beschwerden des dbl über unpräzise Formulierungen innerhalb des Paragraphen überein (vgl. dbl, 2022, 3). Zum Beispiel sind weder die Indikationen für eine „besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen und strukturellen Schädigungen [...]“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 14) noch der Terminus „Ganztagsbetreuung“ (ebd.) einheitlich definiert (vgl. dbl, 2019, 5). Fehlende Vorgaben erhöhen dabei das Risiko freier Willkür in der Entscheidungsfindung, ob und inwiefern einem jeweiligen Kind oder Jugendlichen die Therapie in der Einrichtung gestattet wird. Es bedarf demnach dringend einer weiterführenden Klärung der in §11 Abs. 2 der HMRL aufgegriffenen Sachverhalte, um eine einheitliche Handhabung der Richtlinie zu gewährleisten.

7.1.2 Wunsch nach Ausdehnung des §11 Abs. 2 der HMRL – H3 & H4

Aus der im vorigen Kapitel beschriebenen hohen Unzufriedenheit von Logopäd*innen gegenüber den aktuell gültigen Regelungen der HMRL zu einrichtungsbezogenen Therapien, resultierte bei 89,8 Prozent der befragten Therapeut*innen der Wunsch, die festgeschriebene Klausel des §11 Abs. 2 der HMRL zu erweitern. Im Gruppenvergleich forderten 91,6 Prozent der Nicht-Mitglieder ($Md = 4,3$; $MW = 4,1$; $SD = 0,7$) sowie 87,8 Prozent der Verbandsmitglieder ($Md = 4,1$; $MW = 4,0$; $SD = 0,8$) eine Ausdehnung der HMRL. Ein Gruppenunterschied konnte nicht festgestellt werden ($p = 0,2$). Von allen Befragten lag die Quote derer, die eine Ausdehnung befürworteten, bei 89,8 Prozent ($Md = 4,3$; $MW = 4,1$; $SD = 0,7$).

Unter Betrachtung der Ergebnisse sowie der aktuell festgeschriebenen Bestimmungen der HMRL lassen sich weitere Tendenzen ableiten, die zu der festgestellten Unzufriedenheit der Teilnehmenden beitragen. Darüber hinaus lassen sich erste Rückschlüsse auf die Art und Weise der gewünschten Ausdehnung ziehen.

Zunächst soll dazu die zu behandelnde Klientel betrachtet werden. Aktuell begrenzt §11 Abs. 2 der HMRL, dass Therapien in Einrichtungen lediglich Kindern und Jugendlichen „bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, gegebenenfalls darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 14) vorbehalten ist, welche eine „besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten“ (ebd.) aufweisen. Die Befragten stimmten diesem Passus eher nicht zu ($Md = 2,0$; $MW = 2,7$; $SD = 1,5$), wie Abbildung 15 zu entnehmen ist.

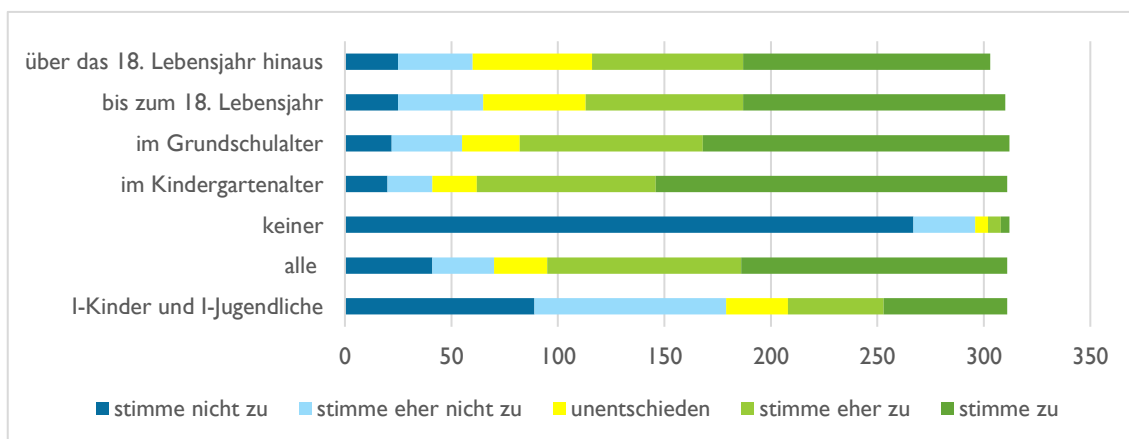


Abbildung 15: Bewertung nach Klientel

Quelle: Eigene Darstellung

Die Teilnehmenden differierten in ihrer Meinungsbildung kaum hinsichtlich verschiedener Altersgruppen der Klientel. Sie stimmten zu, dass es für Kinder im Kindergartenalter eine Möglichkeit geben sollte, Therapien in Einrichtungen zu erhalten ($Md = 5,0$; $MW = 4,1$; $SD = 1,2$). Darüber hinaus stimmten sie in Bezug auf Kinder im Grundschulalter ($Md = 4,0$; $MW = 3,9$; $SD = 1,3$), sowie auf Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr ($Md = 4,0$; $MW = 3,7$; $SD = 1,2$) und über das 18. Lebensjahr hinaus ($Md = 4,0$; $MW = 3,7$; $SD = 1,3$) eher zu. Zudem sprachen sich 68,6 Prozent der Teilnehmenden (eher) dazu aus, allen Kindern und Jugendlichen einrichtungsbezogene Therapien zu ermöglichen ($Md = 4,0$; $MW = 3,9$; $SD = 1,2$). Die Möglichkeit, Kindertherapien in Einrichtungen gänzlich abzuschaffen, lehnten die Befragten ab ($Md = 1,0$; $MW = 1,2$; $SD = 0,7$). Die Ergebnisse decken sich mit den gegenwärtigen Statuierungen der Berufsverbände. Die

aktuelle HMRL schränkt eine umfassende und an den Patient*innen orientierte Versorgung im Sinne der Inklusion ein (vgl. dbl, 2022, 3) und diskriminiert die Personengruppen ohne Inklusionsstatus, indem sie diesen Patient*innen den Zugang zu einrichtungsbezogenen Therapien verwehrt (vgl. dbl, 2019, 2).

Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Betrachtung der möglichen Einrichtungen. Nach der HMRL dürfen Therapien ausschließlich in Einrichtungen stattfinden, die den Versicherten eine Ganztagsbetreuung sowie eine individuell ausgerichtete Förderung ermöglichen. Darunter fallen auch Regelkindergärten, Kindertagesstätten und Regelschulen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13f.). Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass die Befragten einrichtungsbezogene Therapien sowohl in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Kindergärten, Kindertagesstätten und Schulen als auch in Regelkindergärten, -kindertagesstätten und -schulen mit und ohne Förderschwerpunkt befürworten. Diese Ergebnisse stimmen mit der geltenden Vorschrift der HMRL überein. Dennoch ist Abbildung 16 zu entnehmen, dass bei einigen Teilnehmenden eine Skepsis in Bezug auf die Einrichtungsarten der Regelkindergärten und -schulen besteht.

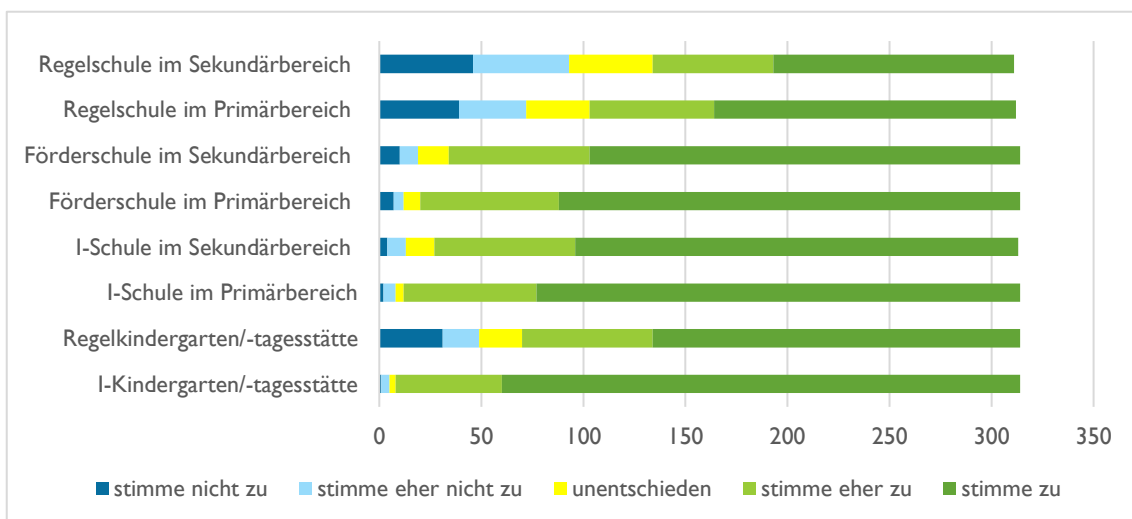


Abbildung 16: Bewertung nach Einrichtungsart

Quelle: Eigene Darstellung

Nichtsdestotrotz unterscheidet sich der Wunsch der Befragten auch im Hinblick auf die möglichen Einrichtungsarten von der aktuell geltenden Richtlinie. Die Teilnehmenden nahmen die Position ein, dass die einrichtungsbezogene Therapie dabei entgegengesetzt des Paragraphen unabhängig von der Betreuungsdauer ($Md = 5,0$; $MW = 4,0$; $SD = 1,3$) und vom möglichen Förderangebot der Einrichtung ($Md = 5,0$; $MW = 4,0$; $SD = 1,3$) ermöglicht werden sollte. Die Limitation der HMRL, dass Kindertherapien in Einrichtungen lediglich erlaubt sind, „soweit die Versicherten ganztägig eine auf deren Förderung

ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen [...]“ (ebd.) ist unter Beachtung der Ergebnisse damit nicht mehr haltbar.

Zudem ist die Kindertherapie in Einrichtungen aktuell ausschließlich „ohne Verordnung eines Hausbesuches“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13f.) außerhalb der Praxis möglich. Daraus folgt, dass Praxen nach derzeitigen Vorgaben weder einen finanziellen Ausgleich für Fahrtkosten noch für die in Anspruch genommene Fahrtzeit zur Einrichtung oder die interprofessionelle Zusammenarbeit erhalten. 77,7 Prozent der befragten Logopäd*innen wünschten sich daher gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für die Erbringung von Kindertherapien in Einrichtungen (Md = 4,0; MW = 4,1; SD = 1,0). Die zurzeit gültige Vorschrift, die die Finanzierung der einrichtungsbezogenen Therapien vollständig auf die ambulanten Praxen überträgt, wurde von keiner Befragungsperson als präferierte Lösung angegeben. Dies unterstreicht die enorme Finanzierungslücke, die derzeit in Bezug auf Kindertherapien in Einrichtungen besteht. Es muss für ambulante logopädische Praxen rentabel und finanziell realisierbar werden, Therapien in Einrichtungen anzubieten. Dies ist ausschließlich durch eine Renovation der Richtlinie möglich. Auf verschiedenen Ebenen wird daher bereits eine Finanzierungsreform und ein Übertrag der finanziellen Verantwortung auf die Kostenträger gefordert (vgl. Institut für Gesundheitsökonomik München, 2020, 59; dbl, 2019, 2; dbl, 2022, 6). Dies wird, wie Abbildung 17 illustriert, auch im Rahmen dieser Studie von 91,1 Prozent der Befragten präferiert.

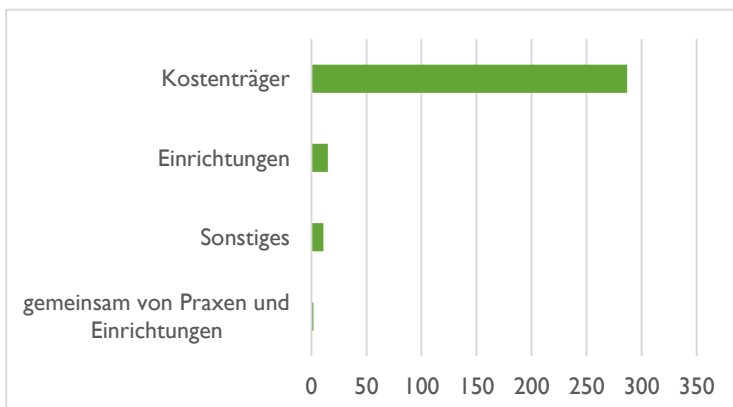


Abbildung 17: Finanzierungswunsch einrichtungsbezogener Therapien

Quelle: Eigene Darstellung

In der Realisierung einrichtungsbezogener Therapien lassen sich verschiedene mögliche Versorgungsmodelle unterscheiden. 80,9 Prozent der Teilnehmenden sprachen sich unter anderem für die einrichtungsbezogene Therapie durch Therapeut*innen aus ambulanten Praxen aus (Md = 5,0; MW = 4,3; SD = 1,0). Währenddessen vertraten 75,3

Prozent der befragten Logopäd*innen, dass die Versorgung in Einrichtungen durch festangestellte Logopäd*innen erfolgen dürfen sollte (Md = 5,0; MW = 4,1; SD = 1,2). Eine Beschränkung auf eines der obigen Versorgungsmodelle wurde nicht gewünscht (Md = 2,0; MW = 2,2; SD = 1,3). Vielmehr sollten die aufgezeigten Versorgungspotenziale koinzident genutzt werden.

In Bezug auf die Finanzierung des interprofessionellen Austauschs forderten 91,7 Prozent (Md = 4,0; MW = 4,1; SD = 1,0) gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten. Währenddessen präferierten lediglich 39,7 Prozent (Md = 3,0; MW = 3,0; SD = 1,5), dass der interprofessionelle Austausch innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen sollte. Auch in diesem Bereich existiert demnach eine große Finanzierungslücke, die es zu schließen gilt. 82,9 Prozent der Teilnehmenden zogen die Kostenträger in die Verantwortung. 10,2 Prozent forderten die jeweilige Einrichtung zur Kostentragung auf.

7.1.3 Enorme Entlastung von Familien – H5 & H6

„Die Vorgabe, dass Kinder und Jugendliche grundsätzlich nicht in Ganztageseinrichtungen wie Schule, Kita und Hort behandelt werden dürfen, ignoriert die Lebensrealität und Bedürfnisse vieler Familien [und] konterkariert das Modell der Ganztagschule, da Therapien in Praxen erst nach Unterrichtschluss möglich sind [...]“ (dbl, 2019, 2). Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen die Statuierung des größten Bundesverbandes für Logopädie in Deutschland.

95,9 Prozent der Befragten nahmen eine Entlastung der Erziehungsberechtigten durch Kindertherapien in Einrichtungen an (Md = 4,0; MW = 4,0; SD = 0,6). Ein Gruppenunterschied zwischen Logopäd*innen mit und ohne Kindern konnte nicht festgestellt werden ($p = 0,2$).

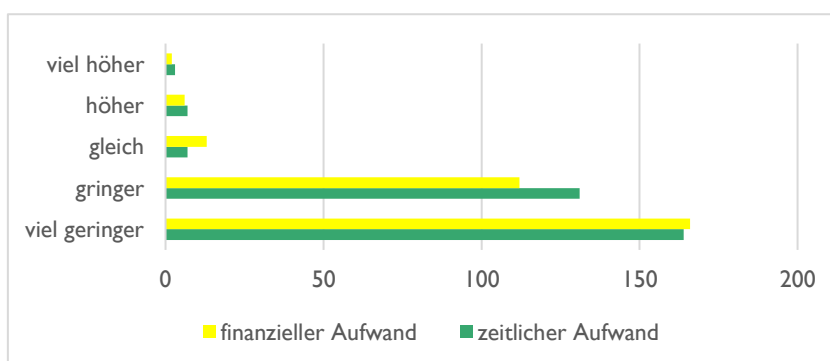


Abbildung 18: Aufwände der Erziehungsberechtigten

Quelle: Eigene Darstellung

Sowohl auf zeitlicher als auch auf finanzieller Ebene wurde eine große Entlastung der Erziehungsberechtigten durch einrichtungsbezogene Therapien wahrgenommen, wie

Abbildung 18 verdeutlicht. 93,6 Prozent der Teilnehmenden schätzten die zeitliche Belastung durch Kindertherapien in Einrichtungen im Vergleich zu Therapien in der Praxis als (viel) geringer ein (Md = 1,0; MW = 1,6; SD = 0,7), während 87,9 Prozent der Teilnehmenden auch die finanzielle Belastung beispielsweise durch Fahrtkosten und Arbeitsunterbrechungen als (viel) geringer wahrnahmen (Md = 1,0; MW = 1,5; SD = 0,7).

77,5 Prozent äußerten, dass Kindertherapien in Einrichtungen (eher) einen geringeren Einfluss auf die Berufsausübung von Erziehungsberechtigten ausüben als Therapien in der ambulanten Praxis (Md = 4,0; MW = 4,5; SD: 1,1). Dieses Ergebnis ist besonders vor dem Hintergrund des demographischen Wandels der letzten Jahrzehnte von enormer Relevanz. Die HMRL berücksichtigt bislang nicht die Lebensrealität vieler Familien durch eine steigende Berufstätigkeit beider Elternteile (vgl. ebd.; Bundeszentrale für politische Bildung, 2022b, o.S.) und konterkariert damit zudem das Modell der Ganztagschule (vgl. dbl, 2019, 2). Die Quote der realisierten Erwerbstätigkeit von Müttern und Vätern stieg in den letzten Jahren vermehrt an (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 2022b, o.S.). Mittlerweile sind rund 71,1 Prozent der Mütter und 91,3 Prozent der Väter berufstätig (vgl. ebd.). Die Durchführung von Kindertherapien in ambulanten Praxen stellen für diese Familien demnach eine Zusatzbelastung dar, die durch die Möglichkeit der einrichtungsbezogenen Therapien zu vermeiden bzw. zu vermindern wäre. Dies exemplifiziert Abbildung 19.

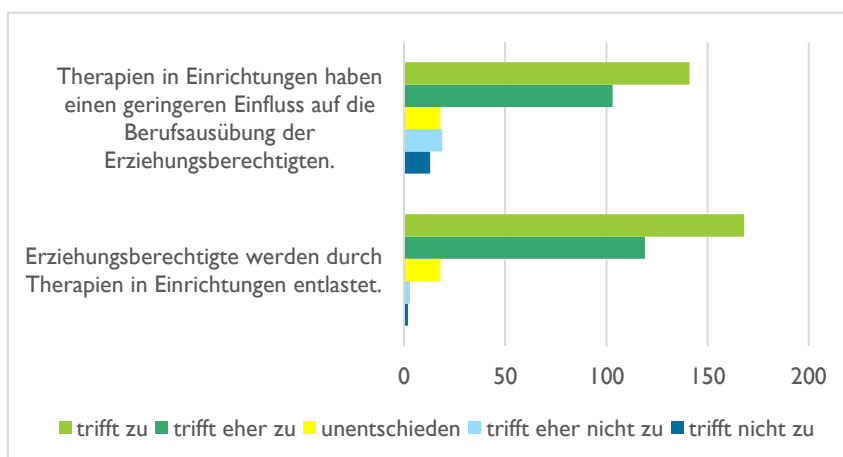


Abbildung 19: Entlastung von Erziehungsberechtigten

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 20 zeigt auf, inwiefern die aktuell geltende Regelung zu einer ausbleibenden Entlastung ambulanter Praxen in Bezug auf Engpässe in der Vergabe von Nachmittags-terminen sowie unnötig langer Wartezeiten führt (vgl. dbl, 2019, 2; Institut für Gesundheitsökonomik München, 2020, 55). 56,6 Prozent der Befragten bestätigten die Redu-

zierung von Wartezeiten durch einrichtungsbezogene vormittägliche Versorgungsangebote (Md = 4,0; MW = 3,5; SD = 1,3). Darüber hinaus statuierten 52,5 Prozent, dass Kinder und Jugendliche, die in Einrichtungen behandelt werden, bezüglich der Terminvergabe bevorzugt behandelt werden (Md = 4,0; MW = 3,4; SD = 1,2). Dieser Tatbestand ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass durch Kindertherapien in Einrichtungen zur Verfügung stehende vormittägliche Terminressourcen bedient werden können, ohne die bestehenden Engpässe bei der Vergabe von Nachmittagsterminen weiter zu verschärfen (vgl. ebd.).

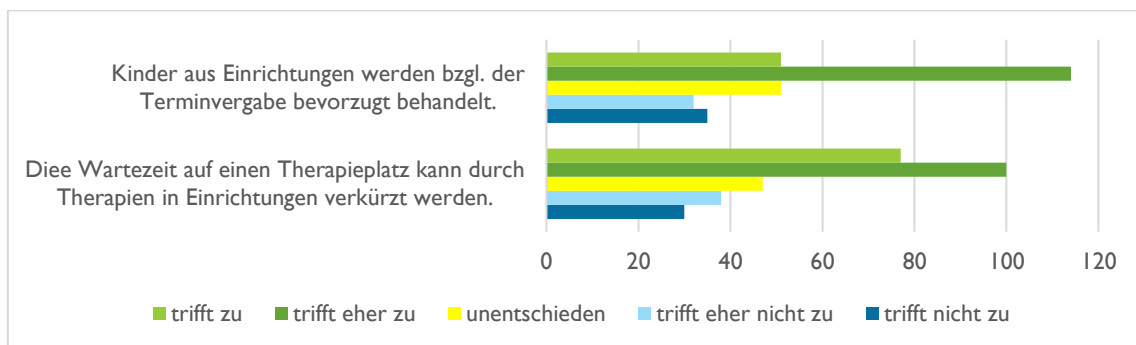


Abbildung 20: Entlastung des Therapieprozesses

Quelle: Eigene Darstellung

Durch die zunehmende Berücksichtigung von Teilhabe und Partizipation im Sinne der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) nehmen Erziehungsberechtigte mit steigender Tendenz eine stärkere Verantwortungsrolle im Therapiegeschehen ein (vgl. WHO, 2001, o.S.). Dies ist vor allem auch durch den verstärkten Fachkräftemangel und die damit einhergehenden knappen Ressourcen begründet (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2021, o.S.). Durch die Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen vermindert sich der direkte Kontakt zwischen den Therapeut*innen und den Erziehungsberechtigten jedoch oftmals (vgl. Hecht et al., 2020, 8). Um die Erziehungsberechtigten nichtsdestotrotz in den Behandlungsprozess einbeziehen zu können, greifen einige Therapeut*innen vermehrt auf alternative Kommunikationswege zurück (vgl. ebd.). Darunter fallen beispielsweise Austauschhefte und Telefonate sowie digitale Austauschmöglichkeiten wie Videosprechstunden oder Messengerdienste (vgl. ebd.). Inwieweit diese verschiedenen Kommunikationswege die nötige Partizipation der Erziehungsberechtigten am Therapieprozess gewährleisten können, ist bislang nicht ausreichend erforscht.

7.1.4 Mehrwert für Therapeut*innen von geringem Umfang – H7 & H8

Ein weiterer Ausgangspunkt für die Untersuchung dieser Arbeit war außerdem die Annahme, dass Logopäd*innen, die sehr erfahren mit Kindertherapien in Einrichtungen sind, auch einen dementsprechend hohen persönlichen Mehrwert dieser Behandlungsmöglichkeit für sich wahrnehmen.

Von allen Befragten erlebten lediglich 32,4 Prozent einen therapeutischen Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen. Dabei bildete das Maß an Erfahrung, welches Logopäd*innen mit Kindertherapien in Einrichtungen gesammelt haben, keinen Einflussfaktor auf den erlebten therapeutischen Mehrwert ($p = 0,7$). Die Mehrheit der Teilnehmenden empfanden durch Kindertherapien in Einrichtungen Vor- und Nachteile in gleichem Maße ($Md = 3,0$; $MW = 3,0$; $SD = 0,8$). Dabei zeigte sich besonders, dass der allgemeine Aufwand für Kindertherapien in Einrichtungen im Vergleich zu Therapien in der ambulanten Praxis als höher angesehen wird ($Md = 4,0$; $MW = 3,8$; $SD = 0,7$). Lediglich 6,6 Prozent aller Teilnehmenden ordneten den allgemeinen Aufwand bei Kindertherapien in Einrichtungen als (viel) geringer ein.

Der hohe allgemeine Aufwand, der mit Kindertherapien in Einrichtungen einherzugehen scheint, kann auf verschiedenen Ebenen genauer betrachtet werden, wie Abbildung 21 visualisiert.

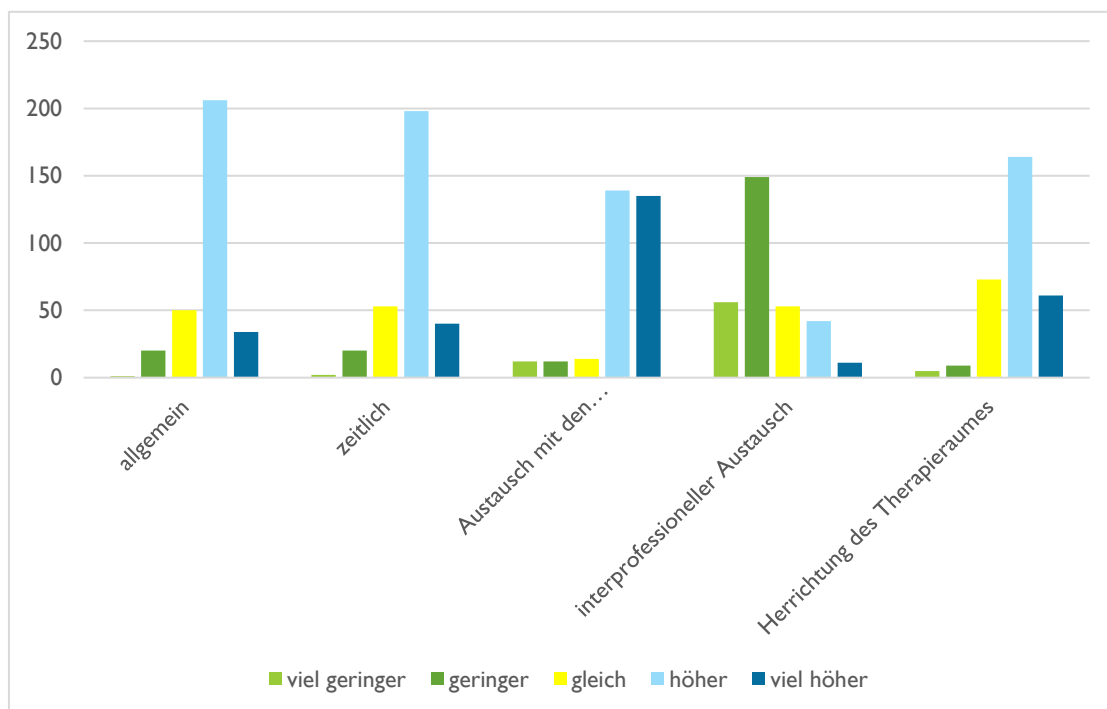


Abbildung 21: Therapeutische Aufwände bei Kindertherapien in Einrichtungen

Quelle: Eigene Darstellung

Der zeitliche Aufwand von Kindertherapien in Einrichtungen wurde von 75,6 Prozent der Befragten als (viel) höher empfunden (Md = 4,0; MW = 3,8; SD = 0,8). Am größten fällt dabei der zu erbringende Aufwand aus, um mit sich mit den Erziehungsberechtigten auszutauschen (Md = 4,0; MW = 4,2; SD = 1,0). Diese Ergebnisse stimmen mit den Erkenntnissen von Hecht et al. (vgl. 2020, 6) überein. Eltern und Erziehungsberechtigte sind immer Expert*innen für ihr Kind (vgl. Braun & Steiner, 2013, 22). Der Kontakt von Therapeut*innen zu den Erziehungsberechtigten ist demzufolge für den Therapieerfolg sehr wichtig. Therapeut*innen bevorzugen das persönliche Gespräch als Kommunikationsweg (vgl. Hecht et al., 2020, 7). Im Falle einrichtungsbezogener Therapien greifen die meisten Therapeut*innen in der Kommunikation mit Erziehungsberechtigten auf Telefonate oder Austauschhefte zurück. Asynchrone digitale Kommunikationswege, wie beispielsweise die Nutzung von Apps oder Messengerdiensten werden nach aktuellen Erkenntnissen kaum hinzugezogen (vgl. ebd.). Bislang fehlt es an Forschung, um beurteilen zu können, inwiefern digitale Kommunikationsmedien die zeitliche Belastung mindern könnten (vgl. ebd., 8).

Im Gegensatz zum Austausch mit den Erziehungsberechtigten wurde der Aufwand für die interprofessionelle Kommunikation bei Therapien in Einrichtungen von 65,1 Prozent der Teilnehmenden als (viel) geringer wahrgenommen (Md = 2,0; MW = 2,4; SD = 1,0). Diese Ergebnisse decken sich nicht mit den Erkenntnissen von Hecht et al. (vgl. 2020, 6). In der Veröffentlichung aus dem Jahr 2020 gaben die Befragten einen empfundenen zeitlichen Mehraufwand in der interprofessionellen Kommunikation bei Therapien in Einrichtungen an (vgl. ebd.). Die Ursache für die vorliegende Differenz der Forschungsergebnisse kann nicht bestimmt werden. Es ist jedoch möglich, dass die Abweichung durch eine unterschiedliche Fokussierung in der jeweiligen Fragestellung begründet liegt. So ist es möglich, dass der allgemein benötigte Aufwand, um in den interprofessionellen Austausch zu treten, durch die räumliche Verzahnung von Einrichtung und Therapiesetting reduziert wird. Durch diese Annäherung kann der zeitliche Aufwand des interprofessionellen Austauschs jedoch steigen, indem die Menge und Länge der interprofessionellen Begegnung vereinfacht und damit in höherem Maße in Anspruch genommen wird.

71,5 Prozent der Teilnehmenden erleben den Aufwand zur Herrichtung der Therapieräumlichkeiten in Einrichtungen als (viel) höher (Md = 4,0; MW = 3,9; SD = 0,8). Nichtsdestotrotz zeigen die Erkenntnisse von Hecht et al. (vgl. 2020, 6), dass die Therapeut*innen mit den in den Einrichtungen zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten zufrieden sind. Die Räumlichkeiten werden jedoch nur selten ausschließlich für die Therapie genutzt (vgl. ebd.). Demnach ist es wahrscheinlich, dass die Räumlichkeiten zur Erbringung

der Heilmittelbehandlung zunächst durch die Therapeut*innen hergerichtet werden müssen. Um diesen Aufwand möglichst gering zu halten, wird empfohlen, sich mit der Einrichtungsleitung, den Erzieher*innen sowie anderen Therapeut*innen oder Pädagog*innen über den gewünschten Zustand der Räumlichkeiten auszutauschen.

Neben zeitlichen Aufwänden sind auch finanzielle Aufwendungen vorhanden, die einen erwähnenswerten Einfluss auf den erlebten Mehrwert von Therapeut*innen durch Kindertherapien in Einrichtungen nehmen. Die HMRL erlaubt aktuell lediglich die Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen ohne die Ausstellung eines Hausbesuches (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13f.). Demzufolge tragen zurzeit allein die ambulanten Praxen die anfallenden Zusatzkosten. Die zuvor beschriebene Finanzierungslücke in Bezug auf Kindertherapien in Einrichtungen wird durch diese Richtlinie verstärkt aufrechterhalten. Abbildung 22 zeigt auf, in welchem Rahmen Logopäd*innen aktuell eine Erstattung der anfallende Zusatzkosten durch Therapien in Einrichtungen erhalten.

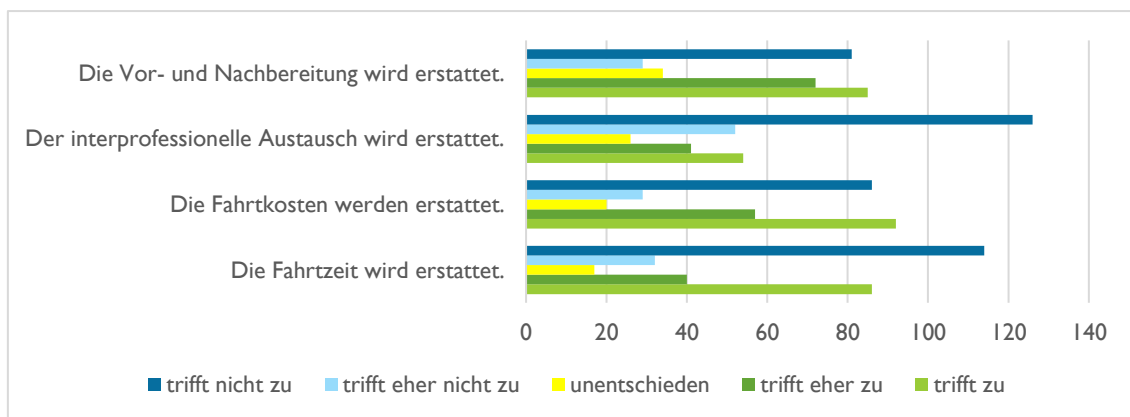


Abbildung 22: Aktuelle Vergütung einrichtungsbezogener Therapien

Quelle: Eigene Darstellung

Lediglich 40 Prozent der Befragten erhalten (eher) eine Entlohnung der Fahrtzeit zur Einrichtung (Md = 2,0; MW = 2,8; SD = 1,7). 47,3 Prozent erhalten eine Ausgleichszahlung für anfallende Fahrkosten, wie beispielsweise Sprit und Verschleiß (Md = 4,0; MW = 3,1; SD = 1,7). Den interprofessionellen Austausch bekommen lediglich 30,1 Prozent der Teilnehmenden (eher) vergütet (Md = 2,0; MW = 2,5; SD = 1,6). Weiter legen 49,9 Prozent dar, die Vor- und Nachbereitungszeit (eher) vergütet zu bekommen (Md = 4,0; MW = 3,2; SD = 1,6). Die Ergebnisse decken sich mit den bereits geschilderten Forderungen nach gesonderten Abrechnungsmöglichkeiten für Kindertherapien in Einrichtungen und den interprofessionellen Austausch.

Die Erkenntnisse zeigen, dass es einige Benachteiligungen durch Kindertherapien in Einrichtungen gibt, welche nicht durch eine steigende Erfahrung mit diesem Therapiesetting geschmälert werden können. Aufgrund der allgemein gültigen Bestimmungen der HMRL sind den Praxisinhaber*innen häufig die Hände gebunden. Möchten Praxen Therapien in Einrichtungen anbieten, sind sie oftmals dazu gezwungen, Gewinneinbußen hinzunehmen. Zumindest ist dies der Fall, wenn die Praxisinhaber*innen ihren Mitarbeitenden entstehende Zusatzkosten ausgleichen möchten. Ist dies nicht der Fall, tragen teilweise die angestellten Logopäd*innen selbst die Kosten zur Einrichtung der einrichtungsbezogenen Therapie. Die Ergebnisse von Hecht et al. (vgl. 2020, 7) lassen vermuten, dass viele Praxisinhaber*innen ihren Mitarbeitenden diese Kosten erstatten, obgleich eine Vergütung der Kosten durch die Kostenträger nicht vorgenommen wird. Die Forderung nach einer höheren Honorierung von Kindertherapien in Einrichtungen, die unter anderem durch die Wirtschaftlichkeitsanalyse ambulanter Therapiepraxen aufgestellt wurde (vgl. Institut für Gesundheitsökonomik München, 2020, 59), wird durch die dargestellten Ergebnisse untermauert.

7.1.5 Bedeutsamkeit interprofessioneller Kooperation – H9 & H10

Die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests mitsamt des angeschlossenen Dunn-Bonferroni-Tests haben aufgezeigt, dass es einen statistisch signifikanten Unterschied bezüglich des wahrgenommenen interprofessionellen Mehrwerts in Abhängigkeit vom Stellenwert des interprofessionellen Arbeitens der Therapeut*innen gibt. Signifikante Unterschiede konnten jedoch nur bezüglich der Gruppen „mittel“ und „sehr hoch“ ($z = -3,75$; $p < 0,001$; $r = -0,28$) sowie „hoch“ und „sehr hoch“ ($z = -3,35$; $p = 0,01$; $r = 0,20$) festgestellt werden.

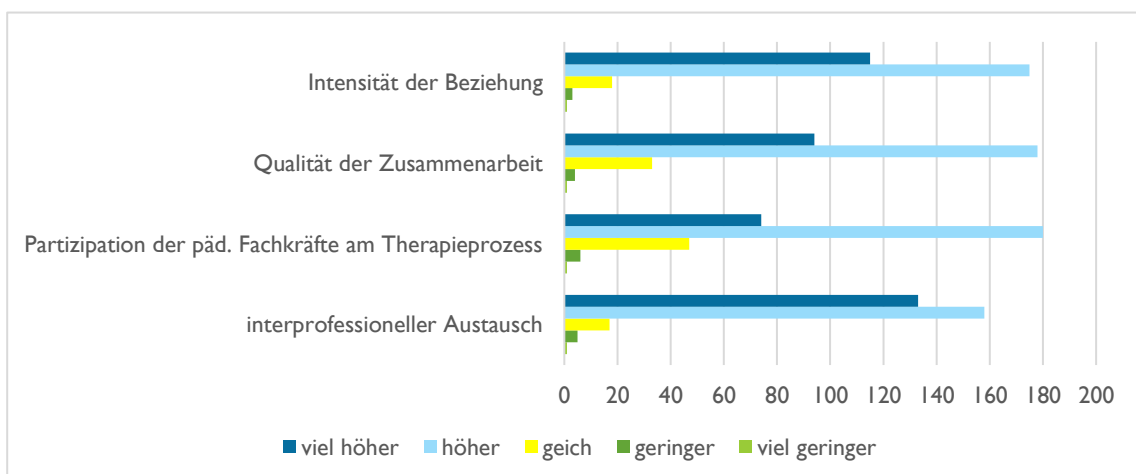


Abbildung 23: Auswirkungen auf die Interprofessionalität

Quelle: Eigene Darstellung

Der Stellenwert interprofessioneller Arbeit war bei allen Befragten im Mittel hoch (Md = 4,0; MW = 4,0; SD = 0,7). Auch der empfundene Mehrwert durch interprofessionelles Zusammenarbeiten wurde durch alle Teilnehmenden im Mittel als hoch bewertet (Md = 4,0; MW = 4,1; SD = 0,6). Abbildung 23 visualisiert, inwieweit sich Kindertherapien in Einrichtungen auf verschiedenen Ebenen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Therapeut*innen und den pädagogischen Fachkräften auswirken.

65,4 Prozent der Teilnehmenden empfanden durch einrichtungsbezogene Therapien (eher) Vorteile für die pädagogischen Fachkräfte (Md = 4,0; MW = 3,7; SD = 0,8). 92,4 Prozent der Befragten nahmen dabei wahr, dass der interprofessionelle Austausch durch Kindertherapien in Einrichtungen (viel) höher ist (Md = 4,0; MW = 4,3; SD = 0,7). Weiterhin schilderten 80,6 Prozent der Teilnehmenden, dass die Partizipation der pädagogischen Fachkräfte am Therapieprozess aufgrund der Therapiedurchführung in der Einrichtung (viel) höher ausfällt (Md = 4,0; MW = 4,0; SD = 0,7). Auch die Beziehung zwischen den Therapeut*innen und den pädagogischen Fachkräften konnte durch einrichtungsbezogene Therapien intensiviert werden (Md = 4,0; MW = 4,3; SD = 0,6). Gemäß den Teilnehmenden wird die Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die einrichtungsbezogene Therapie zusätzlich gefördert (Md = 4,0; MW = 4,2; SD = 0,7).

Der interprofessionelle Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen wurde demnach von allen Befragten im Mittel als hoch wahrgenommen. Ein signifikanter Gruppenunterschied konnte vor allem in Abgrenzung zur Gruppe mit sehr hohem interprofessionellem Stellenwert aufgezeigt werden. Es ist zu vermuten, dass sich die Gruppen mit sehr geringem und geringem Stellenwert nicht signifikant von der Gruppe mit sehr hohem interprofessionellem Stellenwert unterscheiden, da diese beiden Gruppen vergleichsweise durch eine sehr geringe Personenanzahl geformt wurden (sehr gering: 1 Person; gering: 7 Personen). Demzufolge konnten diese Gruppierungen möglicherweise nicht repräsentativ abgebildet werden. Da es zwischen den personenstärkeren Gruppierungen mittel – sehr hoch sowie hoch – sehr hoch einen signifikant festgestellten Unterschied des wahrgenommenen interprofessionellen Mehrwerts durch Kindertherapien in Einrichtungen gab, ist es möglich, dass bei ausreichender Personenanzahl auch ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen sehr gering – sehr hoch sowie gering – sehr hoch nachweisbar wäre. Dies gilt es in zukünftigen Forschungsarbeiten zu prüfen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass der interprofessionelle Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen besonders von denjenigen Teilnehmenden als signifikant höher eingeschätzt wird, welche der interprofessionellen Zusammenarbeit einen besonders

hohen Stellenwert zuschreiben. Dies ist möglicherweise dadurch begründet, dass Therapeut*innen mit einem sehr hohen interprofessionellen Stellenwert die Vorteile der professionsübergreifenden Arbeit eher wahrnehmen und daher die erforderliche Eigeninitiative zur Initiierung und Aufrechterhaltung des Austauschs eher erbringen (vgl. Spielberg, 2020, 1).

7.1.6 Disparater Mehrwert für Patient*innen – H11 & H12

64,9 Prozent der Befragten nahmen einen Mehrwert durch Kindertherapien in Einrichtungen für die Patient*innen wahr (Md = 3,1; MW = 3,0; SD = 0,5). Der erlebte Mehrwert für die betroffenen Kinder wurde dabei unabhängig von der eigenen Berufserfahrung und dem damit einhergehenden Kompetenzprofil der Therapeut*innen empfunden ($p = 0,2$).

42,3 Prozent der Teilnehmenden gaben an, (eher) Vorteile durch Kindertherapien in Einrichtungen für die Patient*innen wahrzunehmen. Dem gegenüber standen 15,3 Prozent der Teilnehmenden, die (eher) Nachteile für die Kinder verspürten (Md = 3,0; MW = 3,3; SD = 0,8). 41,9 Prozent nahmen Vor- und Nachteile in gleichem Maße wahr. Die Einstellung von Kindertherapien in Einrichtungen in Bezug auf die Patient*innen ist unter den befragten Therapeut*innen demnach sehr differierend.

Dies spiegelt sich auch in der Betrachtung weiterer eingeschlossener Items wider, wie Abbildung 24 verdeutlicht.

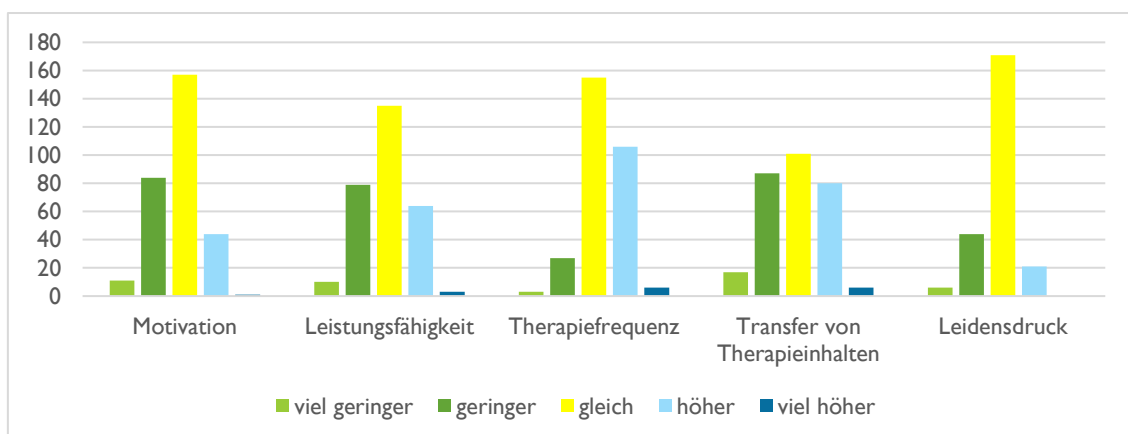


Abbildung 24: Auswirkungen auf die Patient*innen

Quelle: Eigene Darstellung

Ein positiver Einfluss von Kindertherapien in Einrichtungen konnte in Bezug auf die Leistungsfähigkeit und die Motivation der Patient*innen nur begrenzt festgestellt werden. Wie Abbildung 24 verdeutlicht, nahmen die Befragten sowohl die Motivation der Patient*innen (Md = 3,0; MW = 2,8; SD = 0,7) als auch deren Leistungsfähigkeit (Md = 3,0; MW =

2,9; SD = 0,8) im Mittel als nahezu identisch zur Therapiedurchführung in der Praxis wahr. Die Ergebnisse stehen zunächst im Widerspruch zu den nach Seiwert (vgl. 2014, 70) aufgezeigten Leistungsbereichen in Abhängigkeit der Tageszeit. Möglicherweise wird die Leistungsfähigkeit der Kinder in diesem Falle jedoch nicht ausschließlich durch die Chronobiologie beeinflusst. Die Therapie in Einrichtungen unterscheidet sich in verschiedenen Aspekten von der Therapie in der ambulanten Praxis. Die Leistungsfähigkeit der Kinder könnte demnach beispielsweise durch eine höhere Lautstärke in der Einrichtung verringert werden. Zusätzlich ist das Risiko des Kindes, abgelenkt zu werden, durch die Vielzahl in der Einrichtung anwesender Personen erhöht. Demzufolge sind sowohl die Leistungsfähigkeit als auch die Motivation der Kinder bei Therapien in der Praxis und in der Einrichtung relativ gleichartig zu bewerten, wobei die dahinterstehenden Gründe divergieren könnten.

Auch der von den Kindern empfundene Leidensdruck wurde von den befragten Therapeut*innen als nahezu identisch wahrgenommen (Md = 3,0; MW = 2,9; SD = 0,6). Lediglich 15,9 Prozent der Teilnehmenden schätzten den Leidensdruck bei Therapien in Einrichtungen als (viel) geringer ein. Dies ist gegebenenfalls abhängig vom vorliegenden logopädischen Störungsbild sowie von der Schwere der Störung. So kann ein Mitwirken der Therapeut*innen im Alltagsgeschehen einer Schule beispielsweise bei Stotterpatient*innen negative Reaktionen durch Mitschüler*innen vorbeugen (vgl. Prüß & Richardt, 2014, 10). Das nahe Arbeiten im Alltag der Kinder durch einrichtungsbezogene Therapien führt bei 27,3 Prozent der Befragten dazu, dass der Transfer der Therapieinhalte (viel) höher wahrgenommen wird als bei Therapien in ambulanten Praxen (Md = 3,0; MW = 2,9; SD = 0,9). Dem entgegengesetzt schilderten 33,0 Prozent jedoch auch, dass der Transfer (viel) geringer sei. Dies ist potenziell darauf zurückzuführen, dass Kindertherapien in Einrichtungen generell gute Voraussetzungen für in vivo Behandlungen bieten. Aktuell beziehen sich die gegebenen Antworten jedoch lediglich auf eine Patient*innenklientel mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der vorliegenden logopädischen Störung. Ein Transfer von Therapieinhalten ist bei Kindern mit I-Status vermutlich generell weniger zu erwarten als bei Kindern mit logopädischem Interventionsbedarf ohne zusätzlich vorliegende Einschränkungen. Demnach ist der in Item *B132_06* gezogene Vergleich unter Umständen weniger aussagekräftig, da in diesem Fall eher der Vergleich von Kindern mit und ohne Integrationsstatus vorgenommen wurde, als den Transfer von Therapieinhalten in Abhängigkeit des dargebotenen Versorgungssettings zu beleuchten. Ähnlich verhält es sich auch bei den Items zur Motivation und Leistungsfähigkeit. Um einen repräsentativen und aussagekräftigen Vergleich in diesem Bereich

tätigen zu können, sollte in zukünftigen Untersuchungen auf eine Differenzierung der Patient*innenklientel geachtet werden.

Von 52,4 Prozent der Teilnehmenden wurde angenommen, dass Kinder, welche in Einrichtungen therapiert werden, bezüglich der Terminvergabe bevorzugt behandelt werden (Md = 4,0; MW = 3,4; SD = 1,2). Durch den hohen Bedarf an Nachmittagsterminen der ambulanten Praxen (vgl. Hilbert & Paulus, 2018, 4; Institut für Gesundheitsökonomik München, 2020, 55) könnte die Wartezeit auf einen Therapieplatz für Kinder, welche in Einrichtungen therapiert werden können, demnach durch die Möglichkeit einrichtungsbezogener Therapien in einigen logopädischen Praxen reduziert werden. Es ist bekannt, dass Sprachstörungen frühestmöglich zu therapieren sind, da sie ungeachtet ihrer Ursache ohne therapeutische Intervention eine negative Auswirkung auf Schulleistungen, vor allem die Lese- und Rechtschreibleistung, haben können (vgl. Gallagher et al., 2000, 210). Eine Verlagerung der Therapie in den Vormittag und ein damit einhergehender frühzeitiger Therapiebeginn wirkt sich demnach positiv auf den zu erwartenden Therapieerfolg aus. Der Therapieerfolg wird außerdem durch eine hohe Therapiefrequenz positiv beeinflusst. In Bezug auf Therapien in Einrichtungen stellten 49,2 Prozent der Befragten dar, die Therapiefrequenz sei identisch zur Behandlung in der ambulanten Praxis. Lediglich 35,6 Prozent statuierten, dass die Therapiefrequenz in Einrichtungen (viel) höher ausfalle als in der Praxis. Dies ist womöglich darauf zurückzuführen, dass die Therapiefrequenz im Falle von Therapieausfällen bei Kindertherapien in Einrichtungen im Rahmen der verordneten Menge umstandslos variiert und Ausfälle somit unkompliziert aufgefangen werden können. Die Therapiefrequenz kann ansteigen, wenn die Praxis die jeweilige Einrichtung mehrmals pro Woche betreut und bei eventuellen Ausfällen Patient*innen als Ersatz spontan hinzugezogen werden können, die möglicherweise bereits in derselben Woche eine Therapie erhalten haben.

7.2 Limitationen der Erhebung

In der Bearbeitung der Forschungsfrage traten einige Limitationen auf, die im Folgenden anhand der neun Phasen des empirisch-quantitativen Forschungsprozesses (vgl. Döring & Bortz, 2016, 94) aufgezeigt und diskutiert werden.

7.2.1 *Forschungsthema und Forschungsstand*

In der Entwicklung des Forschungsthemas konnten keine Limitationen hinsichtlich der inhaltlichen Relevanz gefunden werden. Das Forschungsthema „Einstellung von Logopäd*innen gegenüber den Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien

in Einrichtungen“ war unter Berücksichtigung des beschriebenen theoretischen Hintergrunds als inhaltlich relevant anzusehen. Durch die steigende Berufstätigkeit von Erziehungsberechtigten (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 2022b, o.S.), den hohen Bedarf an logopädischen Therapiemöglichkeiten durch Sprachstörungen im Kindesalter (vgl. DGPP, 2022a, 4) und den starken Fachkräftemangel im Bereich der Logopädie (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2021, o.S.) wird auf berufspolitischer Ebene bereits seit einigen Jahren kontrovers darüber diskutiert, in Deutschland Kindertherapien in Einrichtungen grundsätzlich zu ermöglichen (vgl. dbl, 2019, 1f.).

In der Erarbeitung des theoretischen Hintergrunds waren trotz einer ausführlichen Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, PubPsych, PeDOCS, forum:logopädie online und evi-logo konkrete Studien zu Kindertherapien in Einrichtungen nur begrenzt auffindbar. Lediglich eine deutschsprachige Studie, die die Durchführung von Kindertherapien in der ambulanten Praxis im Vergleich zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen untersuchte, konnte im Zuge der Literaturrecherche gefunden werden (vgl. Hecht et al., 2020, 1-12). Dabei werden vor allem im amerikanischen Raum logopädische Therapien bereits standardmäßig in Kindergärten und Schulen durchgeführt (vgl. Lange, 2010, 34). Internationale Vergleichsstudien der beiden Versorgungsmodelle konnten jedoch nicht vorgefunden und in die Beschreibung des Forschungsstands inkludiert werden.

7.2.2 Forschungsdesign

Die interne Validität ist in der Durchführung des nicht-experimentellen Forschungsdesigns als gering einzuschätzen, da empirisch nicht nachweisbar ist, wie die aufgezeigten Zusammenhänge ursächlich zustande kommen (vgl. Döring & Bortz, 2016, 95). Die interne Validität dieser Arbeit ist daher so gering, dass kausale Zusammenhänge nicht festgestellt werden können (vgl. ebd., 204). Darüber hinaus sind potenzielle personen- gebundene Störvariablen kaum kontrollierbar (vgl. ebd.). Eine Erfassung von Kontrollvariablen zur statistischen Herausrechnung der Störvariablen war im Zuge dieser Studie nicht möglich, da nicht alle relevanten Störvariablen bekannt waren und eine Messung aller potenziell bekannten Kontrollvariablen aufgrund des damit verbundenen Aufwands für die Teilnehmenden nicht möglich war. Eine Messwiederholung wurde im Hinblick auf die Forschungsfrage als nicht sinnvoll eingeschätzt. Eindeutige intern valide Schlussfolgerungen über Ursache-Wirkungs-Relationen können folglich nicht getroffen werden. Die Durchführung des nicht-experimentellen Forschungsdesigns war jedoch notwendig, da die unabhängigen Variablen personengebundener Art waren und damit forschungspraktisch nicht variiert werden konnten. Darüber hinaus lag der Fokus dieser Arbeit auf

der Untersuchung einer nicht-kausalen Forschungsfrage. Durch die Wahl eines nicht-experimentellen Forschungsdesigns konnte daher ein breites Spektrum von Variablen und Untersuchungseinheiten ermöglicht werden (vgl. ebd., 205).

Aufgrund der Untersuchung im Feld kann die externe Validität als hoch bewertet werden (vgl. ebd., 208). Eine Messwiederholung fand nicht statt. Folglich ist eine Konfundierung von Alters- und Kohorteneffekten möglich (vgl. ebd., 211). Durch die Erfassung der Einstellung von Logopäd*innen als Momentaufnahme kann dementsprechend lediglich eine Aussage über die Situation zum Zeitpunkt der Datenerhebung getroffen werden. Potenzielle zukünftige Entwicklungen durch einen berufspolitischen oder gesellschaftlichen Wandel wurden im Zuge dieser Studie nicht erfasst. Durch die zusammenfassende Betrachtung mehrerer Fälle im Zuge der Gruppenstudie war es jedoch möglich, generalisierbare Erkenntnisse über die Grundgesamtheit zum Zeitpunkt der Datenerhebung zu gewinnen (vgl. ebd., 215). Die Größe der Stichprobe sowie das hohe Maß an Repräsentativität trugen ergänzend zu einer Erhöhung der externen Validität bei (vgl. ebd.).

7.2.3 Operationalisierung

Vor der Datenerhebung wurden die theoretischen Konzepte präzise ausgearbeitet. Dies hat einen positiven Einfluss auf die externe Validität. Auf Basis der deduktiven Definition der theoretischen Konzepte wurde anschließend das standardisierte Messinstrument entwickelt. Durch die Verwendung multipler Indikatoren konnte die Validität im Zuge der Operationalisierung erhöht und potenzielle Messfehler reduziert werden (vgl. Döring & Bortz, 2016, 229). Dies wirkte sich positiv auf die Reliabilität des Messinstruments aus (vgl. ebd., 229). Da dementsprechend häufig mehrere Fragebogenitems zur Erfassung einer Hypothese hinzugezogen wurden, kann die Kriteriumsvalidität als hoch eingestuft werden (vgl. Schmidt-Atzert, Amelang, Fydrich & Moosbrugger, 2012, 13ff.). Einige Variablen wurden jedoch lediglich mittels eines Einzelindikators und/oder einer einzelnen Frage im Fragebogen erhoben, um den Fragebogen nicht unnötig umfangreich zu gestalten (siehe Anhang 2). Den Einzelitems wurde Augenschein-Validität unterstellt (vgl. Döring & Bortz, 2016, 265). Auch bei der Messung von theoretisch anspruchsvollen latenten Variablen durch Einzelitems war die Erfüllung üblicher Testgütekriterien möglich (vgl. ebd.). Messfehler sind demnach möglich, aber nicht zwingend aufgetreten.

Die Konstruktvalidität ist auch aufgrund des Mono-Methoden-Bias als geringer einzuschätzen, da es im Rahmen dieser Studie nicht möglich war, die Operationalisierungen mit mehreren Datenerhebungsmethoden zu erfassen (vgl. Döring & Bortz, 2016, 100). Durch eine ausführliche Definition der Konstrukte sowie die Erhebung dieser mittels ei-

nes standardisierten Fragebogens ist davon auszugehen, dass die Inhaltsvalidität möglichst erfüllt wurde. Gestützt wird diese Annahme infolge der Durchführung verschiedener Pretests. Dies hat wiederum eine positive Auswirkung auf die Augenschein-Validität, welche einen Aspekt der inhaltlichen Validität darstellt (vgl. ebd., 265). Die interne Validität hätte jedoch durch eine erhöhte Anzahl von Teilnehmenden am Pretest erhöht werden können. Aufgrund der begrenzten Rahmenbedingungen dieser Studie war es jedoch nicht möglich, weitere Befragungspersonen für den Pretest zu gewinnen.

Weitere Verfahren zur Messung der Inhaltsvalidität konnten aufgrund der zeitlichen Limitierung der Forschungsdauer nicht durchgeführt werden. Auch eine weiterführende Berechnung der Diskriminanzvalidität, der Konvergenzvalidität sowie der nomologischen Validität waren aus diesem Grund nicht realisierbar. Über die Konstruktvalidität kann daher trotz der Operationalisierung der theoretischen Konstrukte keine abschließende Beurteilung stattfinden, da die Operationalisierungen der Variablen aufgrund der zeitlichen Limitation dieser Studie nicht in ihrer Güte bestätigt werden konnten (vgl. ebd.).

Da der Fragebogen unabhängig von der Untersucherin selbstständig durch die Teilnehmenden bearbeitet wurden, ist davon auszugehen, dass eine Wiederholung des Fragebogens zu gleichen Ergebnissen führen würde (vgl. Schmidt-Atzert et al., 2012, 132). Nichtsdestotrotz ist es möglich, dass Teilnehmende in der Befragung im Sinne der sozialen Erwünschtheit geantwortet haben. Dieser Bias war allerdings in der Durchführung der Forschungsarbeit nicht zu vermeiden, da persönliche Einstellungen und Meinungen erhoben werden sollten. Die Anonymisierung der Daten trug dazu bei, diesen Bias zu minimieren. Die Retest-Reliabilität kann daher als möglichst erreicht angesehen werden (vgl. Döring & Bortz, 2016, 465f.). Weitere Untersuchungen bezüglich der Reliabilität konnten aufgrund der limitierten Rahmenbedingungen dieser Studie nicht durchgeführt werden (vgl. ebd.).

Da mit einem standardisierten Messinstrument gearbeitet wurde, kann die Durchführungsobjektivität als hoch betrachtet werden. Weiterhin wurden alle Teilnehmenden durch möglichst gleiche Bedingungen geprüft, da alle Befragungspersonen den gleichen Fragebogen über die gleiche Online-Plattform bearbeitet haben. Auch die Angabe exakter Instruktionen hinsichtlich der Bearbeitung des Fragebogens trug zu einer Erhöhung der Durchführungsobjektivität bei. Die Auswertungsobjektivität konnte dadurch erhöht werden, dass die Datenaufbereitung und -analyse nach klaren Regeln erfolgte. Die Interpretationsobjektivität ist durch die ausschließliche Interpretation der Daten durch die Forschende geringer. Die Interpretation durch mehrere unabhängige Personen hätte zu einer Steigerung der Interpretationsobjektivität beigetragen. Dies war jedoch aufgrund der

Limitierung der verfügbaren Ressourcen während der Studiendurchführung nicht möglich. Die Forschende war daher in der Durchführung der Studie darauf bedacht, persönliche Empfindungen und Interessen nicht in den Forschungsprozess einfließen zu lassen, um die Befragungspersonen nicht zu beeinflussen und Ergebnisse der Forschungsarbeit nicht unwillkürlich zu manipulieren. Auch der zwischenmenschliche Kontakt zu den Teilnehmenden wurde bestmöglich vermieden, um die Forschung objektiv zu halten.

7.2.4 Stichprobenziehung

Aufgrund der zeitlich limitierten Rahmenbedingungen dieser Arbeit erfolgte die Rekrutierung über Gelegenheitsstichproben. Dies ermöglichte es, in kurzer Zeit viele Befragungspersonen für die Studie zu gewinnen. Gleichmaßen ist jedoch bekannt, dass diese Vorgehensweise mit Verzerrungen bezüglich des Populationsverhältnisses einhergehen kann (vgl. ebd., 307). Aus pragmatischen Gründen war es jedoch sinnvoll, an dieser Rekrutierungsart festzuhalten. Um Verzerrungen möglichst zu verringern, wurde daher das Schneeballverfahren ergänzend genutzt (vgl. ebd., 308f.).

Die Stichprobe kann als repräsentativ angenommen werden, da sie hinsichtlich der aus der Literatur bekannten Merkmale bezüglich des Geschlechts, der Quote der erreichten Fachhochschulreife sowie der Akademisierungsquote von Lehrlogopäd*innen mit den Werten der Grundgesamtheit annähernd übereinstimmt. Darüber hinaus spricht die erreichte Größe der Stichprobe für eine bestmögliche Repräsentation der Grundgesamtheit. Nichtsdestotrotz kann die merkmalspezifisch-repräsentative Stichprobe durch nicht erfasste Merkmale von Verzerrungen betroffen sein, da von der Grundgesamtheit tendenziell wenige merkmalspezifische Informationen vorlagen (vgl. Döring & Bortz, 2016, 298). Darüber hinaus könnte ein möglicher Unterabdeckungsfehler bestehen, da die Rekrutierung der Teilnehmenden ausschließlich über digitale Teilnahmeaufrufe durchgeführt wurde (vgl. ebd., 295). Logopäd*innen, die möglicherweise wenige Berührungspunkte mit digitalen Medien haben, wurden daher ggf. nicht erreicht. Um diesen Fehler zu minimieren, wurden die Befragungspersonen darum gebeten, die Studie auch an ihnen bekannte Logopäd*innen weiterzuleiten. Um den Non-Response-Fehler möglichst zu verringern, wurden die vorgesehenen Stichprobenmitglieder mehrfach kontaktiert (vgl. ebd., 296). Die Rekrutierung einer Selbstselektionsstichprobe kann darüber hinaus dazu beigetragen haben, dass Logopäd*innen, welche dem Thema zugewandt oder allgemein an der Teilnahme von Studien interessiert sind, eher an der Befragung teilgenommen haben.

7.2.5 Datenerhebung, Datenaufbereitung und Datenanalyse

Die Brauchbarkeit der Daten ist durch die geforderte Selbsteinschätzung der Teilnehmenden mittels Ratingskalen zuweilen durch systematische Urteilsverzerrungen eingeschränkt (vgl. Döring & Bortz, 2016, 252). Merkmalsausprägungen wurden demnach in der Einstufung des eigenen Erlebens und Verhaltens durch die Befragungspersonen ggf. unabsichtlich über- oder unterschätzt (vgl. ebd.). Ein weiterer Effekt, der möglicherweise aufgetreten sein könnte, ist der Baseline-Error (vgl. ebd.). Dieser besagt, dass sich die Befragungspersonen in der Beurteilung von Situationen nicht an der objektiven Häufigkeit, sondern irrtümlich an prägnanten, im Gedächtnis gerade verfügbaren Ereignissen, orientiert haben. Um diesen Fehler möglichst zu minimieren, wurde zu Beginn des Fragebogens jedoch noch einmal darauf hingewiesen, dass sich die Befragungspersonen auf ebendie Situationen beziehen sollen, die sie im Mittel am häufigsten vorgefunden haben. Auch die zentrale Tendenz zur Mitte kann in Einzelfällen nicht ausgeschlossen werden, da den Teilnehmenden häufig ungeradzahlige Ratingskalen vorlagen (vgl. ebd., 253). Um diesen Fehler zu vermeiden, sollten zukünftig Ratingskalen mit geradzahligem Stufenzahl ohne Mittelkategorie bevorzugt werden. Darüber hinaus konnte ein mögliches stereotypes Ankreuzen durch die Teilnehmenden nicht vollständig vermieden werden (vgl. ebd., 255).

Die Teilnahme an einer Fragebogenstudie erfordert ausreichende Lese- und Schreibkompetenzen (vgl. ebd., 398). Dies schließt möglicherweise potenzielle Studienteilnehmende aus. Da es sich bei den Teilnehmenden um Logopäd*innen handelt, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit in der Regel über hohe Lese- und Schreibfähigkeiten verfügen, wurde dieser potenzielle Messfehler als sehr unwahrscheinlich eingeschätzt. Aufgrund der Selbstadministration des Fragebogens durch die Befragungspersonen, konnte die Befragung sehr effizient und ressourcenschonend durchgeführt werden. Allerdings sind die Umstände der Datenerhebung durch die Distanz zur Forschungsperson weniger transparent und vergleichbar (vgl. ebd., 399). Darüber hinaus wurden die erhebbaren Befragungsinhalte durch die Erhebung mittels eines Fragebogens stark eingeschränkt. Die forschungsgenerierten Daten sind daher in ihrem Umfang begrenzt und schränken gleichzeitig aufgrund des reaktiven Charakters die Aussagekraft der gewonnenen Daten potenziell ein (vgl. ebd.).

Der Fragebogen-Pretest wurde sowohl durch zeitliche als auch durch personelle Faktoren beschränkt. Aufgrund der Begrenzung der für diese Studie zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen, orientierte sich die Durchführung des Pretests nur in geringem Maße an den Empfehlungen der Literatur (vgl. ebd., 411). Die Fragebogenqualität hätte

demnach durch einen qualitativen Pretest nach der Methode des lauten Denkens potenziell stärker optimiert werden können. Des Weiteren hätte ein quantitativer Pretest mit einer höheren Anzahl an Beteiligten einen positiven Effekt auf die anschließende Datenerhebung ausüben können (vgl. ebd.).

Die Datenerhebung erfolgte sorgfältig und sachgerecht. Aspekte der Forschungsethik wurden während der gesamten Studiendurchführung eingehalten. Eine detaillierte Dokumentation der Rohdaten und ihrer Entstehungsbedingungen sowie die systematische und dokumentierte Datenaufbereitung trugen zu einer erhöhten Datenqualität bei. Die Datenbereinigung und -analyse konnte aufgrund personeller Limitationen im Rahmen dieser Arbeit nicht verblindet erfolgen. Um eine unbewusste Beeinflussung durch die Forschende zu vermeiden, wurde streng nach dem zuvor festgelegten Auswertungsplan gearbeitet. Zur Vereinfachung der Datenauswertung wurden ausschließlich vollständig bearbeitete Fragebögen in die Studie eingeschlossen. Aufgrund fehlender Werte durch ausgeschlossene Fragebögen sind Verzerrungen der Daten möglich. Eine Bearbeitung der Daten durch imputationsbasierte oder modellbasierte Verfahren war im Zuge der festgelegten Durchführungseinstellungen zur Fragebogenbearbeitung nicht sinnvoll. Ein Überspringen von Items war in der Fragebogenbearbeitung nicht möglich. Fehlende Werte entstanden ausschließlich durch Abbrechen der Gesamtbefragung.

Durch die hypothesenbasierte inferenzstatistische Datenanalyse konnte die statistische Validität positiv beeinflusst werden (vgl. ebd., 106). Die Voraussetzungen der verwendeten statistischen Verfahren wurden streng geprüft. Aufgrund fehlender Normalverteilungen konnten lediglich nicht-parametrische Tests hinzugezogen werden. Die Berechnung erfolgte jedoch mit einer sehr hohen Stichprobenanzahl, wodurch eine positive Beeinflussung der statistischen Validität zu erwarten ist. Eine Post-hoc-Teststärkenanalyse konnte jedoch aufgrund der zeitlichen Begrenzung der Studie nicht durchgeführt werden.

Schlussteil: Zusammenfassung & Ausblick

Ziel dieser Arbeit war es, die Einstellung von Logopäd*innen in Deutschland gegenüber den Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen zu untersuchen. Darüber hinaus wurden die Wünsche und Ansprüche der Logopäd*innen an zukünftige Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen erhoben. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse konnten hinreichende Empfehlungen für die Umsetzung einer grundlegenden Implementierung von einrichtungsbezogenen Kindertherapien formuliert werden. Die Implementierung unterliegt dabei einer Adaption der in §11 der HMRL festgelegten Beschlüsse (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 12f.).

Zusammenfassend zeigt sich, dass sich die kontroverse Diskussion des Themas einrichtungsbezogener Therapien auch innerhalb dieser Umfrage abbildet. Abbildung 25 verdeutlicht, dass die Befragungspersonen einrichtungsbezogene Therapien in Abhängigkeit der verschiedenen Akteure unterschiedlich bewerten.

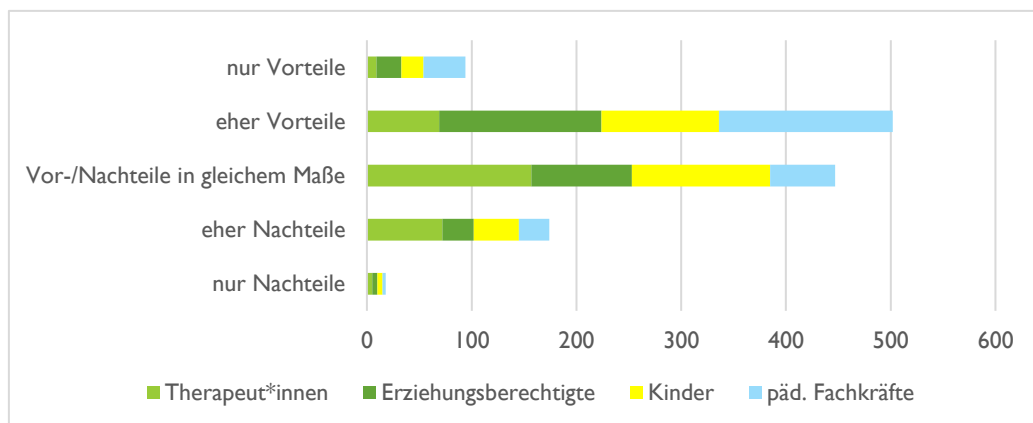


Abbildung 25: Allgemeine Beurteilung einrichtungsbezogener Therapien

Quelle: Eigene Darstellung

Die Datenerhebung konnte zeigen, dass diejenigen Logopäd*innen, die mit der aktuellen Regelung zum Ort der Leistungserbringung nach §11 der HMRL (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 13f.) eher unzufrieden sind, überwiegen. Die Verständlichkeit der rechtlichen Anforderung scheint vor allem für Logopäd*innen erschwert zu sein, welche sich bislang nur in geringem Umfang mit der HMRL auseinandergesetzt haben. Dies ist im Besonderen auf unpräzise Formulierungen innerhalb des Paragraphen zurückzuführen (vgl. dbl, 2022, 3). Eine vollständige Antwort auf die Frage, welche Aspekte der Vorschrift nur erschwert verstanden werden, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht gegeben werden.

Auf inhaltlicher Ebene lassen sich jedoch einige Erkenntnisse aus der vorliegenden Untersuchung ziehen.

89,8 Prozent der befragten Logopäd*innen forderten eine Aktualisierung der in der HMRL festgelegten Beschlüsse. Die Forderungen, welche Klientel die Möglichkeit auf einrichtungsbezogene Therapien erhalten sollten, ergab innerhalb dieser Umfrage kein homogenes Bild. 68,6 Prozent der befragten Logopäd*innen befürworteten eine Erweiterung der Regelung auf alle Kinder und Jugendliche. Eine Unterteilung der Klientel nach Altersgruppe ergab ein deutlicheres Bild zugunsten von Kindern im Kindergartenalter. Hier forderten 79,1 Prozent der befragten Logopäd*innen, einrichtungsbezogene Therapien für diese Altersgruppe (eher) zuzulassen. Die Behandlung sollte dabei unabhängig der Betreuungsdauer und des möglichen Förderangebots in den Einrichtungen erfolgen können. An dieser Stelle empfehlen sich weitere Untersuchungen zu den Bedingungen der einrichtungsbezogenen Therapie im Hinblick auf die Öffnung des Therapieangebots für Kinder ohne einen festgestellten Förderbedarf. Diese Studie zeigt jedoch, dass ein Großteil der Logopäd*innen den generellen Wunsch nach einer Erweiterung der Regelung vertritt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Kindertherapien in Einrichtungen vor allem für die Erziehungsberechtigten, die Patient*innen und die pädagogischen Fachkräfte (eher) vorteilhaft wären.

In 56,1 Prozent der Fälle nahmen die Befragten an, dass Patient*innen durch die Möglichkeit einrichtungsbezogener Therapien profitieren, da die Therapie durch die Verlagerung der Behandlung in den Vormittag häufig früher aufgenommen und die Wartezeit auf einen Therapieplatz demnach verkürzt werden konnte. Die frühestmögliche Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen ist essenziell, da somit negative Auswirkungen auf Schulleistungen minimiert werden können (vgl. Gallagher et al., 2000, 210). Eine Verlagerung der Therapie in den Vormittag und ein damit einhergehender frühzeitiger Therapiebeginn wirkt sich demnach positiv auf den zu erwartenden Therapieerfolg aus. Gleichzeitig können ambulante Praxen durch eine einheitlichere Verteilung von Vor- und Nachmittagsterminen entlastet werden (vgl. Institut für Gesundheitsökonomik München, 2020, 55). Der Einfluss einrichtungsbezogener Therapien auf die Leistungsfähigkeit und Motivation der Patient*innen konnte im Rahmen dieser Studie nur am Rande behandelt werden. Zur näheren Untersuchung werden weitere Experimentalstudien im Fall-Kontroll-Design empfohlen.

Zudem konnte aufgezeigt werden, in welchem hohem Maße die interprofessionelle Zusammenarbeit durch einrichtungsbezogene Therapien profitiert. Eine direkte Zusammenarbeit von Therapeut*innen und pädagogischen Fachkräften innerhalb einer Einrichtung führt laut den Befragten häufig zu einer erhöhten Beteiligung der pädagogischen Fachkräfte am Therapieprozess, einem erhöhten interprofessionellen Austausch und steigert die Qualität der interprofessionellen Kooperation. Zudem kann die Beziehung zwischen den Professionen in einigen Fällen intensiviert werden.

Kindertherapien in Einrichtungen verschaffen laut Ansicht der Befragten zudem einen enormen Vorteil für die Erziehungsberechtigten, da diese sowohl zeitlich als auch finanziell und beruflich durch die Verlagerung der Behandlung in die Einrichtung entlastet werden können. Dies ist vor allem vor dem Hinblick des demografischen Wandels ein elementarer Aspekt (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 2022b, o.S.).

Zur Realisierung einrichtungsbezogener Therapien sind für Therapeut*innen vor allem die hohen zeitlichen Aufwände, die hauptsächlich durch den Austausch mit den Erziehungsberechtigten sowie die Herrichtung des Therapieraumes anfallen, von wesentlicher Bedeutung. Die Ergebnisse werfen die Frage auf, inwiefern die zeitlichen Aufwände reduziert werden könnten. An dieser Stelle empfiehlt sich eine weitere Untersuchung zu Kommunikationswegen zwischen Erziehungsberechtigten und Therapeut*innen sowie zu den Ansprüchen von Logopäd*innen an einen Therapieraum.

Es zeigt sich, dass einrichtungsbezogene Therapien für Therapeut*innen häufig nicht lukrativ sind. Neben den hohen zeitlichen Aufwänden kann vor allem die enorme Finanzierungslücke, die es aktuell in Bezug auf die Vergütung von Kindertherapien in Einrichtungen sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit gibt, verantwortlich gemacht werden. 77,7 Prozent der Logopäd*innen forderten daher gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten, um vor allem die Kostenträger in die finanzielle Verantwortung zu ziehen und Kindertherapien in Einrichtungen für die ambulanten Praxen profitabel zu gestalten. Dies trifft auch auf die Finanzierung der interprofessionellen Zusammenarbeit zu. Berufsverbände sollten daher im Zuge einer Anpassung der HMRL dringend auch mit den Kostenträgern in Verhandlungen treten und die aufgezeigten Finanzierungslücken durch Ergänzungen des Vertrags nach §125 SGB V schließen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2021a, 1-29).

Die Ergebnisse dieser Arbeit können als Grundlage für eine Fortführung der berufspolitischen Bestrebungen zur Erweiterung der Rechtsgrundlage einrichtungsbezogener Therapien dienen. Es empfiehlt sich, auf Grundlage dieser quantitativen Forschungsarbeit Modellprojekte zur praktischen Untersuchung der Gegebenheiten und Bedingungen

der flächendeckenden Kindertherapie in Einrichtungen durchzuführen. Die Auswirkungen auf die verschiedenen Akteure könnten im Zuge der Modellvorhaben durch Interviews mit den Beteiligten erhoben werden. Darüber hinaus könnte eine Langzeitevaluation in Bezug auf die anfallenden Kosten aufgestellt werden, um die Finanzierungsmöglichkeiten sorgfältig abwägen zu können. Zuletzt ließe sich die Qualität der therapeutischen Arbeit durch genaue Beobachtung und Dokumentation beurteilen. Seit mehreren Jahren bleibt die Diskussion über einrichtungsbezogene Therapien auf einer rein theoretischen und spekulativen Ebene beschränkt. Eine vonseiten der Politik unterstützte und geduldete praktische Erprobung und Evaluation des Versorgungsmodells ist unter Berücksichtigung der bisherigen Forschungsergebnisse dringend notwendig. Darüber hinaus gilt es, interprofessionelles Zusammenarbeiten sowohl theoretisch als auch praktisch in die Lehrpläne der Ausbildungsstätten und Hochschulen sowie Universitäten aufzunehmen, um zukünftige Praktiker*innen auf ein interprofessionelles Arbeiten im Gesundheits- und Bildungssektor vorzubereiten.

Der Bedarf logopädischer Leistungen wächst (vgl. Waltersbacher, 2022, 22). Dabei bleibt der logopädische Behandlungsbedarf bei einer Vielzahl von Kindern häufig unentdeckt (vgl. McGregor, 2020, 982; Morgan et al., 2017, 28). Um im Sinne der Inklusion sicherzustellen, dass alle Kinder im Bildungs- und Gesundheitssektor die gleichen Chancen und Möglichkeiten haben, muss gewährleistet werden, dass sie gleichermaßen Zugang zu qualitativ hochwertiger logopädischer Therapie erhalten. Diese Unterstützung sollte nicht auf eine bestimmte Gruppe beschränkt, sondern für alle Kinder gleichermaßen verfügbar sein. Die uneingeschränkte Einbettung logopädischer Behandlungen in das Einrichtungssetting setzt ein Zeichen für eine inklusive und integrative Gesellschaft. Im Sinne der Inklusion verdient jedes Kind die bestmögliche Unterstützung, unabhängig von seinen individuellen Bedürfnissen und Ressourcen - „weil Sprache der Schlüssel zur Welt ist“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021a, 1).

Literaturverzeichnis

Arbeitskreis Berufsgesetz. (2020). *JETZT! Vollständige hochschulische Ausbildung für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie*. Retrieved from: <https://www.arbeitskreis-berufsgesetz.de/grundsatzpapiere-stellungnahmen-hintergrundinformationen> (abgerufen am: 03.03.2023)

Benner, P. E. (2017). *Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert*. Bern: Hogrefe.

Bertelsmann Stiftung. (2015). *Inklusion in Deutschland: Daten und Fakten*. Retrieved from: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/inklusion-in-deutschland-1/> (abgerufen am: 23.05.2023)

Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A. & Greenhalgh, T. (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068–1080.

Braun, W. G. & Steiner, J. (2013). Gemeinsame Sorge um den frühen Spracherwerb. *Psychiatrie & Neurologie*, 5(?), 21–24.

Buchner, A., Erdfelder, E., Faul, F. & Lang, A.-G. (2020). *G*Power*. Retrieved from: <https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower> (abgerufen am: 16.04.2023)

Bundesagentur für Arbeit. (2021). *Engpassanalyse*. Retrieved from: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Fachkraeftebedarf/Engpassanalyse-Nav.html?Bundesland_Engpass=Deutschland&Beruf_Engpass=8173+Berufe+in+der+Sprachtherapie&Anforderungsniveau_Engpass=Spezialisten (abgerufen am: 04.05.2023)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2021a). *Bundesprogramm "Sprach-Kitas: Weil Sprache der Schlüssel zur Welt ist"*. Retrieved from: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93442/6e6dd03a7120befc8a3fb06656cc1825/bundesprogramm-sprach-kitas-weil-sprache-der-schluesel-zur-welt-ist-flyer-data.pdf> (abgerufen am: 13.04.2023)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2021b). *Kindertagesbetreuung Kompakt. Ausbaustand und Bedarf 2021*. Retrieved from: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/zahl-der-kinder-in-der-kindertagesbetreuung-steigt-weiter-198574> (abgerufen am: 25.03.2023)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2021c). *Rechtsanspruch auf Ganztagsbetreuung für ab 2026 beschlossen*. Retrieved from: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/rechtsanspruch-auf-ganztagsbetreuung-fuer-ab-2026-beschlossen-178826> (abgerufen am: 04.03.2023)

Bundesministerium für Gesundheit. (2023). *Was sind ICD- und OPS-Codes?* Retrieved from: <https://gesund.bund.de/was-sind-icd-und-ops-codes> (abgerufen am: 11.03.2023)

Bundeszentrale für politische Bildung. (2018). *Gleichberechtigung wird Gesetz*. Retrieved from: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/hintergrund-aktuell/271712/gleichberechtigung-wird-gesetz/> (abgerufen am: 06.04.2023)

Bundeszentrale für politische Bildung (2022a). *Erwerbstätigenquoten nach Geschlecht und Alter*. Retrieved from: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61688/erwerbstaetigenquoten-nach-geschlecht-und-alter/> (abgerufen am: 23.03.2023)

Bundeszentrale für politische Bildung (2022b). *Erwerbstätigkeit von Eltern nach Alter des jüngsten Kindes*. Retrieved from: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61606/erwerbstaetigkeit-von-eltern-nach-alter-des-juengsten-kindes/> (abgerufen am: 01.04.2023)

Bündnis Therapieberufe. (2020). *Vollakademisierung jetzt! - Therapieberufe an die Hochschulen*. Retrieved from: <https://buendnis-therapieberufe.de/> (abgerufen am: 10.04.2023)

Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: a power primer. *Psychological Bulletin*, 112(2), 155–159.

Conti-Ramsden, G. & Botting, N. (1999). Classification of children with specific language impairment: longitudinal considerations. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1195–1204.

Detjen, J., Massing, P., Richter, D. & Weißeno, G. (2012). Kompetenzdimension Fachwissen. In J. Detjen, P. Massing, D. Richter & G. Weißeno (Hrsg.), *Politikkompetenz - ein Modell* (29–34). Wiesbaden: Springer VS.

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (2022). *S3-Leitlinie Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. Leitlinienreport*. Retrieved from: https://register.awmf.org/assets/guidelines/049-015m_S3_Therapie_von_Sprachentwicklungsst%C3%B6rungen_Text_2022-12.pdf (abgerufen am: 08.04.2023)

Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie. (2023). *Der dbs*. Retrieved from: <https://www.dbs-ev.de/verband/der-dbs/> (abgerufen am: 26.05.2023)

Deutscher Bundesverband für Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*innen. (2023). *Verband*. Retrieved from: https://www.dba-ev.de/Ueber_uns/Verband/Uebersicht.php (abgerufen am: 26.05.2023)

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2019). *Therapie in Einrichtungen. dbI - Positionspapier*. Retrieved from: https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Positionspapiere/Logopaedie_fuer_Kinder_in_Ganztageseinrichtungen_Stand_Oktober_2019.pdf (abgerufen am: 14.03.2023)

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2021). *Der Direktzugang zur Logopädie - für eine bessere Versorgung*. Retrieved from: https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Positionspapiere/Positionspapier_Direktzugang_Stand_Oktober_2021.pdf (abgerufen am: 14.03.2023)

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2022). *FAQ zum Akademisierungsprozess*. Retrieved from: <https://www.dbl-ev.de/bildung/ausbildung-und-studium/faq-zu-1-ausbildung-und-beruf-und-2-akademisierung/> (abgerufen am: 14.03.2023)

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2023a). *Logopädie*. Retrieved from: <https://www.dbl-ev.de/logopaedie/> (abgerufen am: 14.03.2023)

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2023b). *Sprachentwicklung*. Retrieved from: <https://www.dbl-ev.de/kinder-und-jugendliche/sprachentwicklung> (abgerufen am: 22.03.2023)

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2023c). *Der Verband*. Retrieved from: <https://www.dbl-ev.de/der-dbl/der-verband> (abgerufen am: 14.03.2023)

Deutsches Medizinrechenzentrum. (2023). *Der Heilmittelkatalog und die Heilmittel-Richtlinie – kompakt erklärt*. Retrieved from: <https://www.dmrz.de/wissen/ratgeber/heilmittelkatalog> (abgerufen am: 12.03.2023)

Dialog. (1993). Anpassungslehrgang für Diplomlehrer/innen, Diplomerzieher/innen und Diplomvorschulerzieher/innen für Sprachgestörte zur Erteilung der Berufsbezeichnung Logopäde/Logopädin. *Forum Logopädie*, ?(2), 28.

Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Duden. (2023a). *Ausdehnung*. Retrieved from: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Ausdehnung> (abgerufen am: 04.05.2023)
- Duden. (2023b). *Einstellung*. Retrieved from: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Einstellung> (abgerufen am: 04.05.2023)
- Duden. (2023c). *Entlastung*. Retrieved from: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Entlastung> (abgerufen am: 04.05.2023)
- Duden. (2023d). *Erfahrung*. Retrieved from: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Erfahrung> (abgerufen am: 04.05.2023)
- Duden. (2023e). *Fachwissen*. Retrieved from: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Fachwissen> (abgerufen am: 04.05.2023)
- Duden. (2023f). *Rahmenbedingung*. Retrieved from: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Rahmenbedingung> (abgerufen am: 04.05.2023)
- Duden. (2023g). *Stellenwert*. Retrieved from: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Stellenwert> (abgerufen am: 04.05.2023)
- Duden. (2023h). *Verband*. Retrieved from: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Verband> (abgerufen am: 04.05.2023)
- Duden. (2023i). *Vorteil*. Retrieved from: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Vorteil> (abgerufen am: 04.05.2023)
- Eagly, A. H. & Chaiken, S. (1997). The Psychology of Attitudes. *Journal of Marketing Research*, 34(2), 298.
- El Kassar, N. (2021). *Was ist Wissen?* Retrieved from: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/wissen-2021/325599/was-ist-wissen/> (abgerufen am: 04.05.2023)
- Friedländer, H. (1997). *Der Weg zum NS-Genozid: Von der Euthanasie zur Endlösung*. Berlin: Berlin Verlag.
- Gallagher, A., Frith, U. & Snowling, M. J. (2000). Precursors of Literacy Delay among Children at Genetic Risk of Dyslexia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(2), 203–213.
- Garms-Homolová, V. (2020). *Sozialpsychologie der Einstellungen und Urteilsbildung*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2011). *Heilmittel-Richtlinie*. Retrieved from: <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/> (abgerufen am: 02.03.2023)

GKV-Spitzenverband. (2019). *Höchstpreise nach § 125b SGB V zum 01.07.2019 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Anlage 3 zum Vertrag vom 01.04.2010*. Retrieved from: <https://cdn.svlfg.de/fiona8-blobs/public/svlfgonpremiseproduction/a4e1e702cb6fdf55/b0cba8d98577/preisliste-stimm-sprech-sprach-therapie-2019.pdf> (abgerufen am: 12.06.2023)

GKV-Spitzenverband. (2021). *Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech --, Sprach und Schlucktherapie und deren Vergütung*. Retrieved from: https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/heilmittel_vertraege/vertraege_ssst/20221201_vertrag_125_ssst_Lesefassung.pdf (abgerufen am: 12.06.2023)

GKV-Spitzenverband. (2021). *Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech --, Sprach und Schlucktherapie und deren Vergütung. Anlage 2 Vergütung*. Retrieved from: https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/20210330_Heilmittel_Anlage_2_Verguetung_Endfassung.pdf (abgerufen am: 12.06.2023)

GKV-Spitzenverband. (2022). *Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech --, Sprach und Schlucktherapie und deren Vergütung. Anlage 5 Zulassungsvoraussetzungen*. Retrieved from: https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/heilmittel_vertraege/vertraege_ssst/20221201_vertrag_125_ssst_Lesefassung.pdf (abgerufen am: 12.06.2023)

Haddock, G. & Maio, G. R. (2014). Einstellungen. In K., Jonas, W. Stroebe & M. Hewstone, (Hrsg.), *Sozialpsychologie*. (197-229). Berlin: Springer.

Hecht, A., Mayer, L., Mauer, M., Pagels, L. & Gosse, J. (2020). *Therapien in Kitas und Grundschulen. Erfassung des Ist-Zustandes*. Retrieved from: <https://www.forum-logopaedie.de/dokumenten-details/therapien-in-kitas-und-grundschulen-erfassung-des-ist-zustandes> (abgerufen am: 02.03.2023)

Heindorf, H. (1962). 50 Jahre Sprachheilschule Halle (Saale). *Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete*. ?(1), 48–51.

Hemmerich, W. A. (2023). *Mann-Whitney-U-Test: Effektstärke berechnen*. Retrieved from: <https://statistikguru.de/spss/mann-whitney-u-test/effektstaerke-berechnen-3.html> (abgerufen am: 27.05.2023)

Hilbert, J. & Paulus, W. (2018). Logopädie zwischen Digitalisierung und Unterfinanzierung: Ein Bericht aus der Praxis. *Forschung Aktuell*. doi: <https://www.econstor.eu/handle/10419/181181>

Hochgürtel, T. & Sommer, B. (2021). *Vereinbarkeit von Familie und Beruf*. Retrieved from: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/datenreport-2021/familie-lebensformen-und-kinder/329573/vereinbarkeit-von-familie-und-beruf/> (abgerufen am: 12.04.2023)

Holzinger, B. & Klösch, G. (2018). *Schlafstörungen. Psychologische Beratung und Schlafcoaching (Psychotherapie)*. Berlin, Heidelberg: Springer.

IBM Deutschland GmbH. (2023). *SPSS Statistics*. Retrieved from: <https://www.ibm.com/de-de/spss> (abgerufen am: 10.05.2023)

Institut für Gesundheitsökonomik München. (2020). Wirtschaftlichkeitsanalyse ambulanter Therapiepraxen - WAT Bericht Logopädie/Sprachtherapie. Retrieved from: https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/Service/Meldungen/2020/20200805_WAT_Bericht_LogopaedieSprachtherapie.pdf (abgerufen am: 15.03.2023)

Jenni, O. G. & Riemer-Kafka, G. (2011). Das Kind im Brennpunkt: über die notwendige Zusammenarbeit zwischen Medizin und Sonderpädagogik. In G. Riemer-Kafka (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche mit Behinderungen. Zwischen Sozialversicherung und Sonderpädagogik* (105-125). Zürich: Schulthess.

Kauschke, C. (2012). *Kindlicher Spracherwerb im Deutschen. Verläufe, Forschungsmethoden, Erklärungsansätze*. Berlin: De Gruyter.

Kiese-Himmel, C. (2022). Früherkennung primärer Sprachentwicklungsstörungen – zunehmende Relevanz durch Änderung der Diagnosekriterien? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 65(9), 909–916.

Krollner, B. & Krollner, D. M. (2023). *ICD-10-GM-2023*. Retrieved from: <https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F80.-.html?sp=Sf80> (abgerufen am: 23.04.2023)

Lange, H. (2010). Raus aus dem Therapiezimmer - rein in die Schule! Amerikanische Schullogopädie ein Modell für Deutschland? Erfahrungen eines deutschen Logopäden in den USA. *Forum Logopädie*, 3(24), 34–39.

Leiner, D. J. (2019). *SoSci Survey*. Retrieved from: <https://www.soscisurvey.de/> (abgerufen am: 20.03.2023).

LOGO Deutschland. (2020). *Fachkräftemangel trotz steigender Entgelte*. Retrieved from: <https://www.logo-deutschland.de/fachkraeftemangel-trotz-steigender-entgelte/> (abgerufen am: 15.03.2023)

LOGO Deutschland. (2021). *Ausnahmefall: Logopädie in Kita und Schule*. Verfügbar unter: https://logo-deutschland.de/wp-content/uploads/2021/05/20210521_Th_Einrichtungen_LD.pdf (abgerufen am: 15.03.2023)

LOGO Deutschland. (2023). *Wir über uns*. Retrieved from: <https://www.logo-deutschland.de/> (abgerufen am: 14.03.2023)

Macha-Krau, H. & Schrey-Dern, D. (2021). *Emanzipationsgeschichte der Logopädie in Deutschland. Wie wir's wurden - wer wir sind*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

McGregor, K. K. (2020). How We Fail Children With Developmental Language Disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 51(4), 981–992.

McLaughlin, E., Lincoln, M. & Adamson, B. (2008). Speech-language pathologists' views on attrition from the profession. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(3), 156-168.

Ministerium für Bildung Rheinland-Pfalz. (2020). *Rechtsanspruch & Beitragsfreiheit*. Retrieved from: <https://kita.rlp.de/de/themen/kita-gesetz/was-aendert-sich-themenbloecke/rechtsanspruch-beitragsfreiheit/> (abgerufen am: 20.03.2023)

Ministerium für Bildung Rheinland-Pfalz. (2021). *Beitragsfreiheit*. Retrieved from: <https://kita.rlp.de/de/themen/kita-gesetz/was-aendert-sich-themenbloecke/beitragsfreiheit/> (abgerufen am: 20.03.2023)

Mitzkat, A., Berger, S., Reeves, S. & Mahler, C. (2016). More terminological clarity in the interprofessional field - a call for reflection on the use of terminologies, in both practice and research, on a national and international level. *GMS Journal for Medical Education*, 33(2), 1-6.

Morgan, P. L., Farkas, G., Hillemeier, M. M., Li, H., Pun, W. H. & Cook, M. (2017). Cross-Cohort Evidence of Disparities in Service Receipt for Speech or Language Impairments. *Exceptional Children*, 84(1), 27–41.

Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E. et al. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 57(11), 1247–1257.

- Online Lexikon für Psychologie & Pädagogik. (2023). *Zufriedenheit*. Retrieved from: <https://lexikon.stangl.eu/6737/zufriedenheit> (abgerufen am: 04.05.2023)
- Ostendorf, N., Antwerpes, F. & Blaschke, J. (2019). *Dreyfus-Modell*. Retrieved from: <https://flexikon.doccheck.com/de/Dreyfus-Modell> (abgerufen am: 20.03.2023)
- Paries, C. (2019). Interprofessionalität leben. *ergopraxis*, 12(11/12), 1.
- Porst, R. (2014). Frageformulierung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (687–699). Wiesbaden: Springer VS.
- Price, A. M. H., Brown, J. E., Bittman, M., Wake, M., Quach, J. & Hiscock, H. (2014). Children's sleep patterns from 0 to 9 years: Australian population longitudinal study. *Archives of Disease in Childhood*, 99(2), 119–125.
- Scharff Rethfeldt, W. & Ebbels, S. (2019). Terminologie der Sprachentwicklungsstörung. *Forum Logopädie*, 33(4), 24-31.
- Prüß, H. & Richardt, K. (2014). Die Bonner Stottertherapie. Ein patientenorientierter Kombinationsansatz für Jugendliche und Erwachsene. *Forum Logopädie*, 28(2), 6-17.
- Rietmann, S. (2013). Interdisziplinäre Netzwerke als Zukunftsmodell in der Tagesbetreuung. In H. Wulfekühler, S. Wiedebusch, S. Maykus, S. Rietman & M. Renic (Hrsg.), *Interprofessionalität in der Tagesbetreuung* (41–49). Wiesbaden: Springer VS.
- Rodenbeck, A. (2020). Chronobiologie. In H. Peter, T. Penzel, J. H. Peter & J. G. Peter (Hrsg.), *Enzyklopädie der Schlafmedizin* (1–5). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Roelcke, V. (2008). Politische Zwänge und individuelle Handlungsspielräume: Karl Bonhoeffer und Maximilian De Crinis im Kontext der Psychiatrie im Nationalsozialismus. In S. Schleiermacher & U. Schagen (Hrsg.), *Die Charité im "Dritten Reich". Zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus*. Paderborn, München, Wien, Zürich: Ferdinand Schöningh.
- Rosenberg, M. J. & Hovland, C. I. (1960). Cognitive, Affective, and Behavioral Components of Attitude. In M. J. Rosenberg, C. I. Hovland, W. J. McGuire, R. P. Abelson, & J. W. Brehm (Hrsg.), *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency among Attitude Components* (1-14). New Haven, CT: Yale University Press.
- Saft, D. (2023). *Die linguistischen Ebenen der Sprachentwicklung*. Retrieved from: <https://www.heilpaedagogik-info.de/entwicklungsfoerderung-2/312-linguistische-ebenen-sprachentwicklung.html> (abgerufen am: 06.05.2023)

- Schendera, C. F. G. (2007). *Datenqualität mit SPSS*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Schewior-Popp, S. (2005). *Lernsituationen planen und gestalten. Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkontext*. Stuttgart: Thieme.
- Schmidt-Atzert, L., Amelang, M., Fydrich, T. & Moosbrugger, H. (2012). *Psychologische Diagnostik*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schwarzmann, A.-L., Gerlach, S., Rohde-Schweizer, R., Straßer, B., Paul, S. & Hammer, S. (2018). „Ich bin dann mal weg!“. Eine Studie zur Berufsflucht von LogopädInnen. *Forum Logopädie*, 32(3), 22–27.
- Seiwert, L. (2014). *Das 1 x 1 des Zeitmanagement*. München: Gräfe und Unzer Verlag GmbH.
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. (2020). *Wochenpflichtstunden der Schülerinnen und Schüler im Schuljahr 2020/2021*. Retrieved from: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Statistik/Dokumentationen/Wochenpflichtstunden_der_SchuelerInnen_2020.pdf (abgerufen am: 06.05.2023)
- Six, B. (2000). *Einstellungen*. Retrieved from: <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/einstellungen/3914> (abgerufen am 13.03.2023)
- Spielberg, P. (2020). Interprofessionelle Zusammenarbeit: Viel Eigeninitiative gefragt. *Deutsches Ärzteblatt*, 117(27-28), 1398–1399.
- Spillmann, H. O. & Hufeisen, B. (2000). *Einführung in die germanistische Linguistik*. Berlin, München, Wien, Zürich, New York: Langenscheidt.
- Statista. (2016). *Logopädie - Anzahl der Leistungserbringer in Deutschland nach Bundesländern bis 2015* Retrieved from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/641572/umfrage/logopaeden-in-deutschland-nach-bundeslaendern/> (abgerufen am 02.04.2023)
- Statistisches Bundesamt. (2021). *Jedes dritte Kind unter 6 Jahren wurde 2020 ganztags betreut*. Retrieved from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2021/PD21_35_p002.html (abgerufen am 02.04.2023)
- Statistisches Bundesamt. (2022a). *Kindertagesbetreuung in Deutschland*. Retrieved from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kindertagesbetreuung/_inhalt.html (abgerufen am 02.04.2023)

Statistisches Bundesamt. (2022b). *Schulen*. Retrieved from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Schulen/_inhalt.html (abgerufen am 02.04.2023)

Statistisches Bundesamt. (2023a). *Familien*. Retrieved from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Glossar/familien.html> (abgerufen am 02.04.2023)

Statistisches Bundesamt. (2023b). *Zahl der Schülerinnen und Schüler 2022/2023 um 1,9% gestiegen*. Retrieved from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_105_211.html (abgerufen am 02.04.2023)

Stiefelhagen, P. (2019). Schlafmangel raubt Lebensqualität und Lebenszeit. *Cardio-Vasc*, 19(3), 10–12.

Thurstone, L. L. (1931). The measurement of social attitudes. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26(3), 249–269.

Tornow, K. (1936). Die Mitarbeit des Sonderschullehrers bei der Verwirklichung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. *Die deutsche Sonderschule*, ?(3), 332–335.

Toyka-Seid, C. & Schneider, G. (2022). *Schulpflicht*. Retrieved from: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/das-junge-politik-lexikon/321098/schulpflicht/> (abgerufen am: 02.04.2023)

Waltersbacher, A. (2022). *Heilmittelbericht 2021/2022. Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie*. Verfügbar unter: <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/heilmittelbericht/> (abgerufen am: 14.03.2023)

Weeß, H.-G. (2018). *Die schlaflose Gesellschaft. Wege zu erholsamem Schlaf und mehr Leistungsvermögen*. Stuttgart: Schattauer.

World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Retrieved from: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> (abgerufen am: 14.03.2023)

World Health Organization. (2023). *ICD-11 in Deutsch - Entwurfsfassung*. Retrieved from: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=C31BAFED7811293EB3CE3C6BD6D5A447.internet272 (abgerufen am: 14.03.2023)

Wörwag, S. (2020). Gut zu wissen: Arbeitszufriedenheit und Wunsch nach Veränderung. In S. Wörwag (Hrsg.), *Zukunft der Arbeit - Perspektive Mensch. Aktuelle Forschungserkenntnisse und Good Practices* (89–102). Wiesbaden: Springer

Wulfekühler, H. (2013). Interprofessionalität in der Tagesbetreuung. Module zur Gestaltung von Netzwerkpraxis. Wiesbaden: Springer VS.

Youngstedt, S. D. & Kripke, D. F. (2004). Long sleep and mortality: rationale for sleep restriction. *Sleep Medicine Reviews*, 8(3), 159–174.

Zentrum für Kindesentwicklung e.V. Berlin. (2023). *Häufige Fragen - FAQ*. Retrieved from: <https://www.zentrum-kindesentwicklung.de/haeufige-fragen.html> (abgerufen am: 15.03.2023)

Zimbardo, P. G. & Gerring, R. J. (1996). *Psychologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

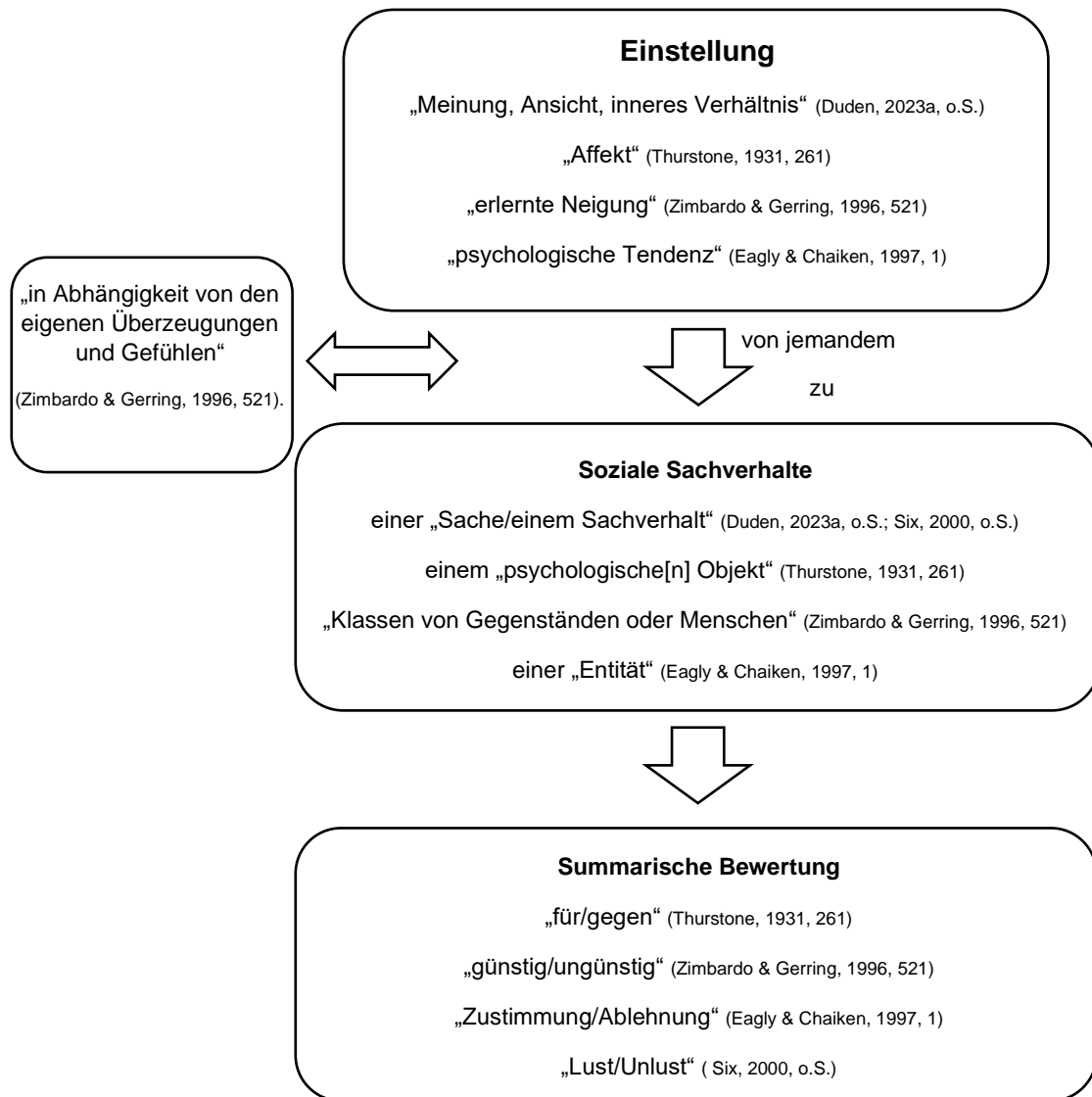
Glossar

<i>Aktiver Wortschatz</i>	Gesamtheit aller Wörter, die eine Person aktiv verwendet und produziert.
<i>Aphasie</i>	Sprachstörung aufgrund einer Hirnläsion, beispielsweise nach einem Schlaganfall, hauptsächlich gekennzeichnet durch den Verlust der Fähigkeit, Wörter zu verstehen oder zu produzieren.
<i>Auditive Wahrnehmung</i>	Sinneswahrnehmung von Hörereignissen
<i>Dysarthrie</i>	Sprechstörung aufgrund einer Hirnläsion, beispielsweise nach einem Schlaganfall, hauptsächlich gekennzeichnet durch eine verwaschene Artikulation.
<i>Dysphasie</i>	Sprachstörung aufgrund einer Hirnläsion, beispielsweise nach einem Schlaganfall, hauptsächlich gekennzeichnet durch beeinträchtigte Aufmerksamkeits-, Gedächtnis-, Wahrnehmungs- und Exekutivfunktionen
<i>ICD-10-Codes</i>	ICD-10-Codes sind Teil eines weltweit anerkannten Codesystems für die einheitliche Terminierung medizinischer Diagnosen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023, o.S.).
<i>Lexikon</i>	Linguistische Ebene, welche sich mit der Gesamtheit aller Wortformen, die eine Person aktiv verwendet oder versteht, befasst
<i>Morphologie</i>	Linguistische Ebene, welche sich mit den Wortformen befasst, beispielsweise der Flexion von Wörtern.
<i>Orofaziale Störung</i>	Dysfunktion muskulärer Funktionen des Gesichts, vor allem des Mundbereichs, beispielsweise ein fehlender Mundschluss, Mundatmung oder Schluckstörungen.
<i>Phonetik</i>	Linguistische Ebene, welche sich mit der Produktion, also der genauen Bildung, von Sprachlauten (Phon) befasst.
<i>Phonologie</i>	Linguistische Ebene, welche sich mit der Verwendung von Sprachlauten (Phonem) befasst.
<i>Pragmatik</i>	Linguistische Ebene, welche sich mit dem Kommunikationsverhalten und dem Handeln mit Sprache befasst.
<i>Primarstufe</i>	Schulform in Deutschland – Grundschule oder Förderschule
<i>Sekundarstufe</i>	Schulform in Deutschland: weiterführende Schule, beispielsweise Realschule, Hauptschule, Gymnasium, Gesamtschule oder Förderschule

<i>Sprachentwicklungsstörungen</i>	„durch anhaltende Defizite beim Erwerb, Verstehen, Produzieren oder Verwenden von Sprache (gesprochen oder gebärdet) gekennzeichnet, die während der Entwicklungsphase, typischerweise in der frühen Kindheit, auftreten und zu erheblichen Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit [der] Betroffenen führen. Die Fähigkeit [der] Betroffenen, Sprache zu verstehen, zu produzieren oder zu verwenden, liegt deutlich unter dem, was angesichts des Alters [der] Betroffenen zu erwarten wäre. Die Sprachdefizite lassen sich nicht durch eine andere neurologische Entwicklungsstörung, eine sensorische Beeinträchtigung oder einen neurologischen Zustand, einschließlich der Auswirkungen einer Hirnverletzung oder Infektion, erklären“ (WHO, 2023, o.S.) → Sprachstörung ohne Komorbidität
<i>Sprachstörungen mit Komorbidität</i>	Sprachstörungen aufgrund einer anderen (neurologischen) Entwicklungsstörung, einer sensorischen Beeinträchtigung, eines neurologischen Zustands, einer Hirnverletzung oder Infektion (vgl. WHO, 2023, o.S.), beispielsweise durch Down-Syndrom oder Autismus.
<i>Sprechapraxie</i>	Sprachstörung aufgrund einer Hirnläsion, beispielsweise nach einem Schlaganfall, hauptsächlich gekennzeichnet durch eine Störung sprechmotorischer Programmierungsprozesse.
<i>Syntax</i>	Linguistische Ebene, welche sich mit dem Zusammensetzen von Wörtern zu Sätzen befasst.

Anhang

Anhang 1: Konzeptspezifikation des Begriffs Einstellung



Anhang 2: Operationalisierung der Hypothesen

H1/H2				
Konzept	Variable	Indikator	Frage	Merkmalsangabe & Codierung
Fachwissen	Fachwissen	Kenntnis	Mir war die geltende Regelung bereits vor Teilnahme an dieser Studie bekannt. (B116_03)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen
		Verständnis	Ich verstehe die Regelung der Heilmittelrichtlinie auf inhaltlicher Ebene. (B116_10)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen
		Analysefähigkeit	Ich habe mich bereits kritisch mit dieser Regelung dieser Heilmittelrichtlinie auseinandergesetzt. (B116_09)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen
Zufriedenheit	Unzufriedenheit	Allgemeine negative Befindlichkeit	Ich bin mit der aktuellen Regelung der Heilmittelrichtlinie zufrieden. (B116_08)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Ich befürworte die aktuell geltende Regelung der Heilmittelrichtlinie. (B116_02)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen
		Sprachliche Unverständlichkeit	Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben. (B116_01)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen
		Unzureichendes inhaltliches Ausmaß	Die Heilmittelrichtlinie bildet einen ausreichenden gesetzlichen Rahmen für Therapien in Einrichtungen. (B116_07)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden

				4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen
		Wunsch nach Veränderung	Eine umfassende Aktualisierung des §11 der HMRL ist dringend erforderlich. (B116_04)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen kann ich nicht beurteilen

H3/H4				
Konzept	Variable	Indikator	Fragen	Merkmalsangaben
Berufsverband	Berufsverband (UV)	Mitgliedschaft im dbl	Sind Sie in einem/mehreren der folgenden Berufsverbände Mitglied? (C115)	dbl dbs dba LOGO Deutschland sonstige, keine/r (1 nicht gewählt/2 gewählt)
		Mitgliedschaft im dbs		
		Mitgliedschaft im dba		
		Mitgliedschaft bei LOGO Deutschland		
Ausdehnung der Regelung des §11 Abs. 2 der HMRL	gewünschte Ausdehnung (AV)	Wunsch nach Veränderung	Eine umfassende Aktualisierung des §11 der HMRL ist dringend erforderlich. (B116_04)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen kann ich nicht beurteilen
		Klientel	Die Therapie in Einrichtungen sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein. (B120_01)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Die Therapie in Einrichtungen sollte allen Kindern und Jugendlichen möglich sein. (B120_02)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Die Therapie in Einrichtungen sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein. (B120_03)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Die Therapie in Einrichtungen sollte für Kinder im Kindergartenalter möglich sein. (B120_04)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Die Therapie in Einrichtungen sollte für Kinder im Grundschulalter möglich sein. (B120_05)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen

		Die Therapie in Einrichtungen sollte für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr möglich sein. (B120_07)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
		Die Therapie in Einrichtungen sollte für Personen auch über das 18. Lebensjahr hinaus möglich sein. (B120_08)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
	Einrichtungsarten	Die Therapie in Einrichtungen sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Kindergärten/Kindertagesstätten erfolgen dürfen. (B121_01)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
		Die Therapie in Einrichtungen sollte in Regelkindergärten/Regelkindertagesstätten erfolgen dürfen. (B121_09)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
		Die Therapie in Einrichtungen sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen. (B121_03)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
		Die Therapie in Einrichtungen sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen. (B121_04)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
		Die Therapie in Einrichtungen sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen. (B121_07)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
		Die Therapie in Einrichtungen sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen. (B121_08)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden

				4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Die Therapie in Einrichtungen sollte in Regelschulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen. (B121_11)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Die Therapie in Einrichtungen sollte in Regelschulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen. (B121_12)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Die Therapie in Einrichtungen sollte unabhängig von der Betreuungsdauer (ganztags/halbtags/...) erfolgen dürfen. (B121_13)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Die Therapie in Einrichtungen sollte erfolgen dürfen, auch wenn diese keine auf das jeweilige Kind ausgerichtete Förderung anbietet (z.B. Unterstützung durch eine Inklusionskraft). (B121_14)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
		Versorgungsmodelle	Die Therapien in Einrichtungen sollten durch Logopäd*innen aus externen ambulanten Praxen erfolgen dürfen. (B122_01)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Die Therapien in Einrichtungen sollten durch festangestellte Logopäd*innen in den jeweiligen Einrichtungen erfolgen dürfen. (B122_02)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
		Finanzierung	Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für die Erbringung von Kindertherapien in Einrichtungen geben. (B137_03)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen

			Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für den interprofessionellen Austausch geben. (B137_02)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Der interprofessionelle Austausch sollte innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen. (B137_01)	1 stimme nicht zu 2 stimme eher nicht zu 3 unentschieden 4 stimme eher zu 5 stimme zu -1 kann ich nicht beurteilen

H5/H6					
Konzept	Variable	Indikator	Fragen	Merkmalsangaben	
Haben eines Kindes	Elterndasein (UV)	Leibliche Kinder	Sind Sie selbst Elternteil eines oder mehrerer Kinder? (C103)	1 ja 2 nein	
		Stiefkinder			
		Pflegekinder			
		Adoptivkinder			
Entlastung	Entlastung (AV)	Allgemein erlebter Nutzen	Aus meiner Sicht bieten Kindertherapien in Einrichtungen im Gegensatz zu Kindertherapien in der Praxis für die Erziehungsberechtigten ... (B102_02)	1 nur Nachteile 2 eher Nachteile 3 Vor- und Nachteile im gleichen Maße 4 eher Vorteile 5 nur Vorteile -1 kann ich nicht beurteilen	
			Erziehungsberechtigte werden durch Therapien in Einrichtungen entlastet. (B131_01)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen	
			Finanzieller Aufwand	Der finanzielle Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ... (B105_11)	1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen
			Zeitlicher Aufwand	Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ... (B105_02)	1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen
			Einfluss auf die Berufsausübung	Therapien in Einrichtungen haben einen geringeren Einfluss auf die Berufsausübung der Erziehungsberechtigten. (B131_02)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Wartezeit auf Therapieplatz	Die Wartezeit auf einen Therapieplatz kann durch Therapien in Einrichtungen verkürzt werden. (B131_04)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen

			Kinder aus Einrichtungen werden bzgl. der Terminvergabe bevorzugt behandelt, da sie die Vormittags- termine füllen. (B131_05)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen
--	--	--	--	---

H7/H8				
Konzept	Variable	Indikator	Fragen	Merkmalsangaben
Erfahrung mit Kindertherapien in Einrichtungen	Erfahrung mit Kindertherapien in Einrichtungen (UV)	Subjektive Einschätzung der Erfahrung	Wie beurteilen Sie Ihre Erfahrung hinsichtlich der Therapie von Kindern in Einrichtungen? (C117)	6 keine Erfahrung 1 sehr gering 2 gering 3 neutral 4 hoch 5 sehr hoch
		Anzahl der Einrichtungen	Auf wie viele Einrichtungen haben Sie sich in der Umfrage bezogen? (C125)	6: keine, 1: 1 2: 2-3 3: 4-5 4: 6-10 5: >10
Persönlicher Mehrwert	Therapeutischer Mehrwert (AV)	Allgemein erlebter Nutzen	Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ... (B103_04)	1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen
			Aus meiner Sicht bieten Kindertherapien in Einrichtungen im Gegensatz zu Kindertherapien in der Praxis für mich als Therapeut*in ... (B102_01)	1 nur Nachteile 2 eher Nachteile 3 Vor-/ und Nachteile im gleichen Maße 4 eher Vorteile 5 nur Vorteile -1 kann ich nicht beurteilen
		Finanzieller Aufwand	Die Fahrtzeit zur Einrichtung wird mir als Therapeut*in erstattet. (B138_01)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Die Fahrtkosten zur Einrichtung (Sprit, Verschleiß) werden mir als Therapeut*in vergütet. (B138_02)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Der interprofessionelle Austausch wird mir vergütet. (B138_03)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu

				<p>3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen</p>
			Die Vor- und Nachbereitung der Therapien werden mir vergütet. (B138_04)	<p>1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen</p>
		Zeitlicher Aufwand	Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ... (B103_10)	<p>1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen</p>
			Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ... (B103_07)	<p>1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen</p>
			Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ... (B103_09)	<p>1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen</p>
			Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ... (B103_08)	<p>1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen</p>

H9/H10				
Konzept	Variable	Indikator	Fragen	Merkmalsangaben
Stellenwert von Interprofessionalität	Stellenwert von Interprofessionalität (UV)	Subjektiv erlebte Relevanz	Welche Bedeutung hat interprofessionelles Arbeiten für Sie als Therapeutin? (C127)	1 unwichtig 2 eher unwichtig 3 neutral 4 eher wichtig 5 sehr wichtig
		Maß der Implementierung im eigenen therapeutischen Handeln	Wie schätzen Sie das Maß an interprofessioneller Zusammenarbeit in Ihrem praktischen Handeln als Therapeut*in ein? (C126)	1 sehr gering 2 gering 3 neutral 4 hoch 5 sehr hoch
Interprofessioneller Mehrwert	Interprofessioneller Mehrwert (AV)	Allgemein erlebter Nutzen	Aus meiner Sicht bieten Kindertherapien in Einrichtungen im Gegensatz zu Kindertherapien in der Praxis für die pädagogischen Fachkräfte ... (B102_04)	1 nur Nachteile 2 eher Nachteile 3 Vor- und Nachteile im gleichen Maße 4 eher Vorteile 5 nur Vorteile -1 kann ich nicht beurteilen
		Zusammenarbeit	Der Austausch zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ... (B134_02)	1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen
			Die Partizipation der päd. Fachkräfte am Therapieprozess ist bei Therapien in Einrichtungen ... (B134_01)	1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen
			Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ... (B134_03)	1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen
		Die Intensität der Beziehung zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ... (B134_04)	1 viel geringer 2 geringer	

				3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen
--	--	--	--	---

H11/H12				
Konzept	Variable	Indikator	Fragen	Merkmalsangaben
Berufserfahrung	Berufserfahrung (UV)	Tätigkeitsdauer in Jahren	Wie lange sind Sie bereits im Bereich der Logopädie tätig? (C111)	1: weniger als 1 Jahr 2: über 1 Jahr aber weniger als 2 Jahre 3: 1-3 Jahre 4: 3-5 Jahre 5: 6-10 Jahre 6: 11-20 Jahre 7: über 20 Jahre
Mehrwert für die Patient*innen	Mehrwert für die Patient*innen (AV)	Allgemein erlebter Nutzen	Aus meiner Sicht bieten Kindertherapien in Einrichtungen im Gegensatz zu Kindertherapien in der Praxis für die Kinder ... (B102_03)	1 nur Nachteile 2 eher Nachteile 3 Vor- und Nachteile im gleichen Maße 4 eher Vorteile 5 nur Vorteile -1 kann ich nicht beurteilen
		Zeitlicher Aufwand	Die Wartezeit auf einen Therapieplatz kann durch Therapien in Einrichtungen verkürzt werden. (B131_04)	1 trifft nicht zu 2 trifft eher nicht zu 3 unentschieden 4 trifft eher zu 5 trifft zu -1 kann ich nicht beurteilen
			Die Therapiefrequenz ist bei Therapien in Einrichtungen ... (B132_03)	1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen
		Einfluss auf Therapiemitarbeit	Die Motivation der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen ... (B132_01)	1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen
			Die Leistungsfähigkeit der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen... (B132_02)	1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen
		Einfluss auf Therapieerfolg	Der Transfer von Therapieinhalten ist durch Therapien in Einrichtungen ... (B132_06)	1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher

				5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen
			Der Leidensdruck ist durch Therapien in Einrichtungen ... (B132_07)	1 viel geringer 2 geringer 3 gleich 4 höher 5 viel höher -1 kann ich nicht beurteilen

Anhang 3: Fragebogen

Seite 01

1

Studieninformationen

A101

Einstellung von Logopäd*innen gegenüber den Rahmenbedingungen zur Durchführung von Kindertherapien in Einrichtungen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mein Name ist Vanessa Rehfish (26 J.). Ich bin Logopädin, studiere aktuell im Masterstudiengang Gesundheits- und Pflegepädagogik an der Katholischen Hochschule Mainz und bin seit Jahren ehrenamtlich berufspolitisch aktiv.

Im Rahmen meiner Masterarbeit beschäftige ich mich daher mit dem Thema **"Rahmenbedingungen zur Durchführung von logopädischen Kindertherapien in Einrichtungen"**. Ich möchte mit dieser Bedarfsanalyse herausfinden, welche Einstellung Therapeut*innen gegenüber der Therapie von Kindern in Einrichtungen haben.

Sie arbeiten aktuell in Deutschland als Therapeut*in im logopädischen/sprachtherapeutischen Bereich oder haben in diesem Bereich gearbeitet?

Dann würde ich mich sehr darüber freuen, wenn Sie diesen Onlinefragebogen ausfüllen.

Sie benötigen zur Beantwortung des Fragebogens ca. **15 Minuten** Zeit.

Datenschutzhinweise:

- Die Teilnahme basiert auf **Freiwilligkeit**.
- Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die Umfrage abubrechen und zu widerrufen.
- Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und ausschließlich für **wissenschaftliche Zwecke** genutzt.
- Im Rahmen der Studie werden Ihre Daten **anonym** gespeichert, wissenschaftlich ausgewertet und den gesetzlichen Bestimmungen entsprechend archiviert.
- Es werden keine Informationen erhoben, die Rückschlüsse auf Ihre Identität ermöglichen. Ihr Name, Ihre Adresse, Ihre IP-Adresse sowie Handy- oder Telefonnummern werden nicht erfasst.
- Datenschutzbestimmungen von SoSciSurvey finden Sie unter: <https://www.sosicisurvey.de/help/doku.php/de:general:privacy>.
- Die Betrachtung des Bundesdatenschutzgesetzes sowie der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ist in vollem Umfang sichergestellt.
- Die Daten werden nach Vorschrift der Hochschule für 2 Jahre gespeichert und sind nicht durch dritte Personen einsehbar.

Bei Rückfragen oder Interesse an den Ergebnissen wenden Sie sich bitte per Mail an mich unter 10027233@students.kh-mz.de.

Vielen Dank und herzliche Grüße

Vanessa Rehfish

Ich habe die Informationen gelesen und erkläre mich hiermit als einverstanden.

A102

Ja

A103

Information zu Begrifflichkeiten

B112

„Kinder“ werden im Folgenden definiert als Personen bis zum vollendeten **18. Lebensjahr**.

Der Begriff „**Einrichtungen**“ bezieht sich nachkommend sowohl auf Einrichtungen, die im Zuge einer Ganztagsbetreuung auch eine ganztägliche spezifische Förderung anbieten, wie beispielsweise

- **integrative, inklusive und heilpädagogische Kindergärten und Kindertagesstätten**
- **integrative, inklusive und heilpädagogische Schulen im Primär- und Sekundärbereich**
- **Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Primär- und Sekundärbereich**

als auch auf **Regelkindergärten, Regelkindertagesstätten und Regelschulen**.

Ich bitte Sie, sich bei der Beantwortung der Fragen auf **alle oben genannten Einrichtungen** zu beziehen, in denen Sie im Rahmen Ihrer Berufsausübung tätig waren oder tätig sind. Haben Sie in mehreren Einrichtungen gearbeitet, dann beziehen Sie Ihre Antworten bitte auf die Situation, die Sie **im Mittel am häufigsten vorgefunden** haben.

Bitte lassen Sie coronabedingte Änderungen dabei außer Acht.

Damit Ihre Angaben in die Auswertung einfließen können, ist es wichtig, dass Sie alle Fragen beantworten.

Ich habe die Informationen zu den Begrifflichkeiten gelesen.

B113

Ja

Ich erfülle das Einschlusskriterium und gehöre in Deutschland einer der folgenden Berufsgruppen an:

- Logopäd*in
- Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*in
- Staatlich anerkannte Sprachtherapeut*in
- Medizinische Sprachheilpädagog*in
- Diplom-Sprechwissenschaftler*in
- Sprachheilpädagog*in mit Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik
- Diplomelehrer*in für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte
- Diplomvorschulerzieher*in für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte
- Diplomerzieher*in für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte
- Klinische Linguist*in
- Diplom-Patholinguist*in

Ich gehöre keiner der oben genannten Berufsgruppen an.

1 aktive(r) Filter

Filter A103/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: -1
Dann nach dem Klick auf "Weiter" den Text C128 anzeigen und das Interview beenden

Zunächst soll es um Ihre allgemeine Einschätzung gegenüber Kindertherapien in Einrichtungen gehen.

8192

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.

Aus meiner Sicht bieten Kindertherapien in Einrichtungen im Gegensatz zu Kindertherapien in der Praxis ... für mich als Therapeut*in

nur Nachteile	eher Nachteile	Vor- und Nachteile im gleichen Maße	eher Vorteile	nur Vorteile	kann ich nicht beurteilen
---------------	----------------	-------------------------------------	---------------	--------------	---------------------------

Aus meiner Sicht bieten Kindertherapien in Einrichtungen im Gegensatz zu Kindertherapien in der Praxis ... für die Erziehungsberechtigten

nur Nachteile	eher Nachteile	Vor- und Nachteile im gleichen Maße	eher Vorteile	nur Vorteile	kann ich nicht beurteilen
---------------	----------------	-------------------------------------	---------------	--------------	---------------------------

Aus meiner Sicht bieten Kindertherapien in Einrichtungen im Gegensatz zu Kindertherapien in der Praxis ... für die Kinder

nur Nachteile	eher Nachteile	Vor- und Nachteile im gleichen Maße	eher Vorteile	nur Vorteile	kann ich nicht beurteilen
---------------	----------------	-------------------------------------	---------------	--------------	---------------------------

Aus meiner Sicht bieten Kindertherapien in Einrichtungen im Gegensatz zu Kindertherapien in der Praxis ... für die pädagogischen Fachkräfte

nur Nachteile	eher Nachteile	Vor- und Nachteile im gleichen Maße	eher Vorteile	nur Vorteile	kann ich nicht beurteilen
---------------	----------------	-------------------------------------	---------------	--------------	---------------------------

Bitte schätzen Sie nun ein, inwiefern sich Kindertherapien in Einrichtungen im Vergleich zu Therapien in der Praxis auf Sie als Therapeut*in auswirken. B103

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.

Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen

Bitte geben Sie nun an, inwiefern Ihnen folgende Leistungen vergütet wurden/werden. B138

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.

Zusatz: Gesetzlich ist eine Vergütung der unten stehenden Leistungen aktuell nicht vorgesehen, da kein Hausbesuch ausgestellt werden darf. Es gibt jedoch Praxen, die von dieser Regelung abweichen und ihren Mitarbeitenden die Aufwände finanzieren, bspw. durch erwirtschaftete Gewinne, Verlegung der Aufwände in die Therapiezeit etc. Diese Frage dient dazu, aufzuzeigen, wie die Finanzierung der Therapeut*innen bei Kindertherapien in Einrichtungen (I-Kinder) trotz bzw. mit der aktuell geltenden gesetzlichen Vorschrift umgesetzt wird. So kann später ein Vergleich des Ist-Zustands zum ggf. gewünschten Soll-Zustand gezogen werden. Die Umfrage ist anonym. Es können keine Rückschlüsse auf Ihre Identität gezogen werden.

Die Fahrtzeit zur Einrichtung wird mir erstattet.	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen
Die Fahrtkosten zur Einrichtung (Sprit, Verschleiß) werden mir erstattet.	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen
Der interprofessionelle Austausch wird mir vergütet.	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen
Die Vor- und Nachbereitung der Therapien werden mir vergütet.	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen

Nun soll es um die Erziehungsberechtigten gehen. Bitte beurteilen Sie jetzt, inwiefern sich Kindertherapien in Einrichtungen im Vergleich zu Therapien in der Praxis auf die Erziehungsberechtigten auswirken.

B131

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.

Erziehungsberechtigte werden durch Therapien in Einrichtungen entlastet.

trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen
-----------------	----------------------	---------------	----------------	-----------	---------------------------

Therapien in Einrichtungen haben einen geringeren Einfluss auf die Berufsausübung der Erziehungsberechtigten.

trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen
-----------------	----------------------	---------------	----------------	-----------	---------------------------

Die Wartezeit auf einen Therapieplatz kann durch Therapien in Einrichtungen verkürzt werden.

trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen
-----------------	----------------------	---------------	----------------	-----------	---------------------------

Kinder aus Einrichtungen werden bzgl. der Terminvergabe bevorzugt behandelt, da sie die Vormittagstermine füllen.

trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen
-----------------	----------------------	---------------	----------------	-----------	---------------------------

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.

B105

Der **zeitliche** Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...

viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
---------------	----------	--------	-------	------------	---------------------------

Der **finanzielle** Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...

viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
---------------	----------	--------	-------	------------	---------------------------

Bitte schätzen Sie nun ein, inwiefern sich Kindertherapien in Einrichtungen im Vergleich zu Therapien in der Praxis auf die interprofessionelle Zusammenarbeit mit pädagogischen Fachkräften (z.B. Erzieher*innen & Lehrer*innen) auswirken.

B134

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.

Der Austausch zwischen den Therapeut*innen und den **päd. Fachkräften** ist bei Therapien in Einrichtungen ...

viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
---------------	----------	--------	-------	------------	---------------------------

Die Partizipation der päd. Fachkräfte am Therapieprozess ist bei Therapien in Einrichtungen ...

viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
---------------	----------	--------	-------	------------	---------------------------

Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...

viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
---------------	----------	--------	-------	------------	---------------------------

Die Intensität der Beziehung zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...

viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
---------------	----------	--------	-------	------------	---------------------------

Der interprofessionelle Austausch sollte...

B124

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.

- ein Mal pro Woche erfolgen.
 ein Mal pro Monat erfolgen.
 ein Mal pro Verordnung erfolgen.
 bei individuellem Bedarf erfolgen.

B132

Bitte beurteilen Sie nun, inwiefern sich Kindertherapien in Einrichtungen im Vergleich zu Therapien in der Praxis auf die Kinder auswirken.

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.

Die Motivation der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen ...

viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
------------------	----------	--------	-------	---------------	---------------------------------

Die Leistungsfähigkeit der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen...

viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
------------------	----------	--------	-------	---------------	---------------------------------

Die Therapiefrequenz ist bei Therapien in Einrichtungen ...

viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
------------------	----------	--------	-------	---------------	---------------------------------

Der Transfer von Therapieinhalten ist durch Therapien in Einrichtungen ...

viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
------------------	----------	--------	-------	---------------	---------------------------------

Der Leidensdruck ist durch Therapien in Einrichtungen ...

viel geringer	geringer	gleich	höher	viel höher	kann ich nicht beurteilen
------------------	----------	--------	-------	---------------	---------------------------------

B114

Information zur aktuellen gesetzlichen Regelung logopädischer Therapien in Einrichtungen

Die Heilmittelrichtlinie sieht in §11 (2) aktuell folgendes vor:

"Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, gegebenenfalls darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung, ist ausnahmsweise **ohne Verordnung eines Hausbesuches** außerhalb der Praxis möglich, soweit die Versicherten **ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen** und die Behandlung in dieser Einrichtung stattfindet. Dies können auch Regelkindergärten (Kindertagesstätten) oder Regelschulen sein. Voraussetzung dafür ist, dass sich aus der Verordnung der Heilmittelbehandlung eine **besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen** sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt. Dies soll in der Regel bei einem **behördlich festgestellten Förderstatus** angenommen werden. § 6 Absatz 2 darf dem nicht entgegenstehen."

B115

Ich habe die Informationen zur Heilmittelrichtlinie gelesen.

Ja

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre allgemeine Meinung zu den aktuell geltenden rechtlichen Anordnungen in Bezug auf Kindertherapien in Einrichtungen nach der Heilmittelrichtlinie §11 (2).

B116

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.

Mir war die geltende Regelung bereits vor Teilnahme an dieser Studie bekannt.	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen
Ich verstehe die Regelung der Heilmittelrichtlinie auf inhaltlicher Ebene.	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen
Ich habe mich bereits kritisch mit dieser Regelung der Heilmittelrichtlinie auseinandergesetzt.	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen
Ich bin mit der aktuellen Regelung der Heilmittelrichtlinie zufrieden.	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen
Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen
Die Heilmittelrichtlinie bildet einen ausreichenden gesetzlichen Rahmen für Therapien in Einrichtungen.	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen
Ich befürworte die aktuell geltende Regelung der Heilmittelrichtlinie.	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen
Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	kann ich nicht beurteilen

Seite 10

10

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit einer möglichen Aktualisierung der Heilmittelrichtlinie im Zuge neuer Versorgungsstrukturen in der Logopädie.

B120

Bitte beurteilen Sie zunächst, für welche Klientel Therapien in Einrichtungen Ihrer Meinung nach möglich sein sollten.

Der Begriff „I-Kinder“ bezieht sich spezifisch auf alle Kinder mit Förder-/Integrationsstatus.

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.

Die Therapie in Einrichtungen sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme zu	kann ich nicht beurteilen
Die Therapie in Einrichtungen sollte allen Kindern und Jugendlichen möglich sein.	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme zu	kann ich nicht beurteilen
Die Therapie in Einrichtungen sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme zu	kann ich nicht beurteilen
Die Therapie in Einrichtungen sollte für Kinder im Kindergartenalter möglich sein.	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme zu	kann ich nicht beurteilen
Die Therapie in Einrichtungen sollte für Kinder im Grundschulalter möglich sein.	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme zu	kann ich nicht beurteilen
Die Therapie in Einrichtungen sollte für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr möglich sein.	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme zu	kann ich nicht beurteilen
Die Therapie in Einrichtungen sollte für Personen auch über das 18. Lebensjahr hinaus möglich sein.	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme zu	kann ich nicht beurteilen

Bitte beurteilen Sie nun, in welchen Einrichtungen Kindertherapien Ihrer Meinung nach möglich sein sollten.

B121

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.

Die Therapie in Einrichtungen sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Kindergärten/Kindertagesstätten erfolgen dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Therapie in Einrichtungen sollte in Regelkindergärten/Regelkindertagesstätten erfolgen dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Therapie in Einrichtungen sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Therapie in Einrichtungen sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Therapie in Einrichtungen sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Therapie in Einrichtungen sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Therapie in Einrichtungen sollte in Regelschulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Therapie in Einrichtungen sollte in Regelschulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Therapie in Einrichtungen sollte in Einrichtungen unabhängig von der Betreuungsdauer (ganztags/halbtags/...) erfolgen dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Therapie in Einrichtungen sollte erfolgen dürfen, auch wenn diese keine auf das jeweilige Kind ausgerichtete Förderung anbietet (z.B. Unterstützung durch eine Inklusions-Kraft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beurteilen Sie nun, welche Versorgungsmodelle Sie in Bezug auf Kindertherapien in Einrichtungen implementieren würden. B122

Versorgungsmodelle stellen verschiedene Formen der Leistungserbringung in der Gesundheitsversorgung dar.

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.

Die Therapien in Einrichtungen sollten durch Logopäd*innen aus externen ambulanten Praxen erfolgen dürfen.

stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme zu
-----------------	----------------------	---------------	----------------	-----------

Die Therapien in Einrichtungen sollten durch festangestellte Logopäd*innen in den jeweiligen Einrichtungen erfolgen dürfen.

stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme zu
-----------------	----------------------	---------------	----------------	-----------

Es sollte sich auf eines der obigen Versorgungsmodelle beschränkt werden.

stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme zu
-----------------	----------------------	---------------	----------------	-----------

Bitte beurteilen Sie nun, wie Kindertherapien in Einrichtungen Ihrer Ansicht nach finanziert werden sollten. B137

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.

Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für die Erbringung von Kindertherapien in Einrichtungen geben.

stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme zu
-----------------	----------------------	---------------	----------------	-----------

Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für den interprofessionellen Austausch geben.

stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme zu
-----------------	----------------------	---------------	----------------	-----------

Der interprofessionelle Austausch sollte innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen.

stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme zu
-----------------	----------------------	---------------	----------------	-----------

Kindertherapien in Einrichtungen sollten ... B135

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- von den Kostenträgern (Krankenkasse/Verordnung) finanziert werden.
- von der logopädischen Praxis finanziert werden.
- von der Einrichtung finanziert werden.
- gemeinsam von der Praxis und der Einrichtung finanziert werden.
- Sonstiges, nämlich ...

Der interprofessionelle Austausch sollte ... B128

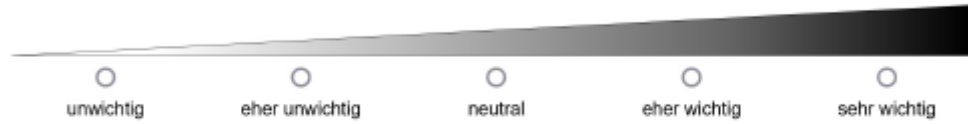
Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- von den Kostenträgern (Krankenkasse/Verordnung) finanziert werden.
- von der logopädischen Praxis finanziert werden.
- von der Einrichtung finanziert werden.
- gemeinsam von der Praxis und der Einrichtung finanziert werden.
- Sonstiges, nämlich ...

Nun möchte ich Sie bitten, Ihre Erfahrungen mit interprofessionellem Arbeiten und Kindertherapien in Einrichtungen zu bewerten. C129

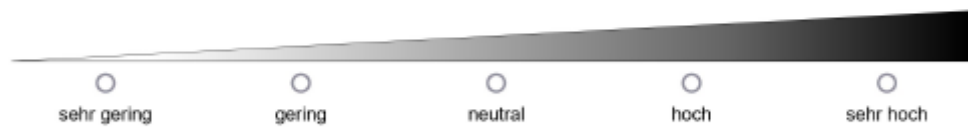
Welche Bedeutung hat interprofessionelles Arbeiten für Sie als Therapeut*in? C127

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.



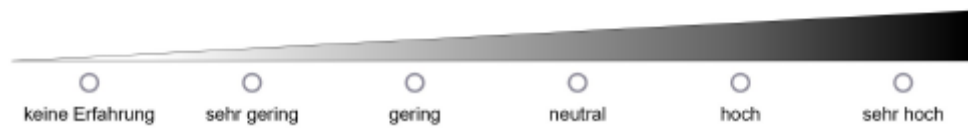
Wie schätzen Sie das Maß an interprofessioneller Zusammenarbeit in Ihrem praktischen Handeln als Therapeut*in ein? C126

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.



Wie beurteilen Sie Ihre Erfahrung hinsichtlich der Therapie von Kindern in Einrichtungen? C117

Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala an.



C122

Soziodemografische Daten

Zum Schluss möchte ich Sie bitten, einige soziodemografischen Fragen zu beantworten.

Bitte geben Sie Ihr Alter an.

C101

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- 18-23 Jahre
- 24-29 Jahre
- 30-35 Jahre
- 36-41 Jahre
- 42-47 Jahre
- 48-53 Jahre
- 54-59 Jahre
- 60-65 Jahre
- >66 Jahre

Bitte geben Sie an, welchem Geschlecht Sie sich zugehörig fühlen.

C102

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- weiblich
- männlich
- divers

Was ist Ihr bisher höchster Bildungsabschluss in Ihrem Berufsfeld?

C106

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- abgeschlossene Ausbildung / examiniert
- Bachelor-Abschluss
- Master-Abschluss
- Diplom-Abschluss
- Promotion
- Professur

C109

In welcher der folgenden Institutionen sind Sie aktuell beruflich tätig?

Mehrfachantworten sind möglich.

- Praxis
- Teilstationäres oder stationäres Rehasentrum
- Frühförderstelle
- Krankenhaus
- Inklusive oder heilpädagogische Bildungseinrichtung
- Berufsfachschule
- Hochschule/Universität
- Sonstiges, nämlich ...

Sind Sie in einem/mehreren der folgenden Berufsverbände Mitglied?

C115

Mehrfachantworten sind möglich.

- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbf)
- Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs)
- LogoDeutschland (LogoD)
- Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (dba)
- Sonstige, nämlich ...

- Keine/r

Wie lange sind Sie bereits im Bereich der Logopädie tätig?

C111

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- weniger als 1 Jahr
- über 1 Jahr aber weniger als 2 Jahre
- 2-3 Jahre
- 3-5 Jahre
- 6-10 Jahre
- 11-20 Jahre
- über 20 Jahre

Sind Sie selbst Elternteil eines oder mehrerer Kinder?

C103

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

*Zusatz: Im Rahmen dieser Studie werden alle Eltern-Kind-Gemeinschaften umfasst, d.h. leibliche Kinder, Stief-, Pflege- und Adoptivkinder.

- Ja
- Nein

C125

Auf wie viele Einrichtungen haben Sie sich in der Umfrage bezogen?

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- 0 keine
- 1
- 2-3
- 4-5
- 6-10
- >10

Vielen Dank für die Teilnahme!

C128

Wenn Sie diese Studie weiter unterstützen möchten, **teilen Sie die Umfrage** gerne mit Ihren Kolleg*innen.

Herzliche Grüße

Vanessa Rehfish

Letzte Seite**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Möchten Sie in Zukunft an interessanten und spannenden Online-Befragungen teilnehmen?

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse für das SoSci Panel anmelden und damit wissenschaftliche Forschungsprojekte unterstützen.

E-Mail:

Die Teilnahme am SoSci Panel ist freiwillig, unverbindlich und kann jederzeit widerrufen werden.

Das SoSci Panel speichert Ihre E-Mail-Adresse nicht ohne Ihr Einverständnis, sendet Ihnen keine Werbung und gibt Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter.

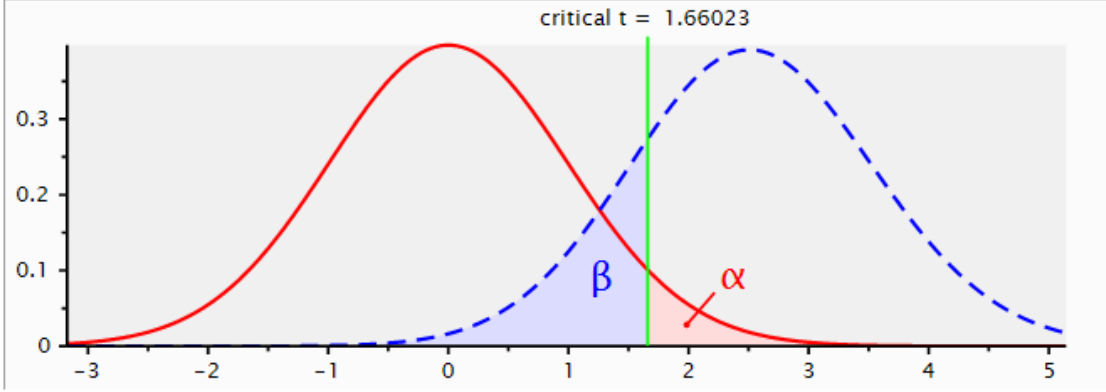
Sie können das Browserfenster selbstverständlich auch schließen, ohne am SoSci Panel teilzunehmen.

Anhang 4: Berechnung des optimalen Stichprobenumfangs

G*Power 3.1.9.4

File Edit View Tests Calculator Help

Central and noncentral distributions Protocol of power analyses



critical t = 1.66023

Test family: t tests

Statistical test: Means: Difference between two independent means (two groups)

Type of power analysis: A priori: Compute required sample size - given α , power, and effect size

Input Parameters

Determine =>

Tail(s): One

Effect size d: 0.5

α err prob: 0.05

Power ($1 - \beta$ err prob): 0.8

Allocation ratio N2/N1: 1

Output Parameters

Noncentrality parameter δ : 2.5248762

Critical t: 1.6602343

Df: 100

Sample size group 1: 51

Sample size group 2: 51

Total sample size: 102

Actual power: 0.8058986

X-Y plot for a range of values

Calculate

Anhang 5: Rücklauf-Statistik

Rücklauf-Statistik

Bisher wurden **589** Interviews abgeschlossen.

Interviews: 547

Gültige Fälle: 315 [Auswahlkriterien](#)

Pretests: 3

Datensätze inkl. Testdaten: 589

Stand: 10.05.2023, 09:26 Uhr

Fragebogen	Klicks	Datensätze abgeschlossen			Gültige Fälle (Download)
		Datensätze abgeschlossen	Interviews gesamt	Gültige Fälle (Download)	
Fragebogen base	1105	318	547	315	
Gesamt	1105	318	547	315	

Einzelstatistik zu Ausstiegsseiten

Fragebogen

Letzte bearbeitete Seite	Datensätze abgeschlossen / Interviews gesamt / kumulativ			
Seite 16	306	307	307	
Seite 15	0	8	315	
Seite 14	0	4	319	
Seite 13	0	1	320	
Seite 12	0	2	322	
Seite 11	0	6	328	
Seite 10	0	6	334	
Seite 9	0	12	346	
Seite 8	0	22	368	
Seite 7	0	4	372	
Seite 6	0	6	378	
Seite 5	0	10	388	
Seite 4	0	21	409	
Seite 3	0	42	451	
Seite 2	0	52	503	
Seite 1	12	44	547	
Gesamt	318	547		

Insgesamt wurden 1105 Aufrufe (Klicks) für diesen Fragebogen aufgezeichnet (einschließlich versehentlicher doppelter Klicks, Aufrufe durch Suchmaschinen, ...).

Anhang 6: Codeplan

Variable	Variablenname	Antwortcodierung	Antwortbeschriftung	Skalenniveau
CASE	Interview-Nummer (fortlaufend)			METRIC
STARTE D	Zeitpunkt zu dem das Interview begonnen hat (Europe/Berlin)			TIME
A102	A 102 Einverständnis: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen			METRIC
A102_01	A 102 Einverständnis: Ja	1	nicht gewählt	NOMINAL
A102_01	A 102 Einverständnis: Ja	2	ausgewählt	NOMINAL
A103	A103 Einschlusskriterien: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen	-1	Ich gehöre keiner der oben genannten Berufsgruppen an.	NOMINAL
A103_02	A103 Einschlusskriterien: Logopäd*in	1	nicht gewählt	NOMINAL
A103_02	A103 Einschlusskriterien: Logopäd*in	2	ausgewählt	NOMINAL
A103_03	A103 Einschlusskriterien: Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*in	1	nicht gewählt	NOMINAL
A103_03	A103 Einschlusskriterien: Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*in	2	ausgewählt	NOMINAL
A103_04	A103 Einschlusskriterien: Staatlich anerkannte Sprachtherapeut*in	1	nicht gewählt	NOMINAL
A103_04	A103 Einschlusskriterien: Staatlich anerkannte Sprachtherapeut*in	2	ausgewählt	NOMINAL
A103_05	A103 Einschlusskriterien: Medizinische Sprachheilpädagog*in	1	nicht gewählt	NOMINAL
A103_05	A103 Einschlusskriterien: Medizinische Sprachheilpädagog*in	2	ausgewählt	NOMINAL
A103_06	A103 Einschlusskriterien: Diplom-Sprechwissenschaftler*in	1	nicht gewählt	NOMINAL
A103_06	A103 Einschlusskriterien: Diplom-Sprechwissenschaftler*in	2	ausgewählt	NOMINAL
A103_07	A103 Einschlusskriterien: Sprachheilpädagog*in mit Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik	1	nicht gewählt	NOMINAL
A103_07	A103 Einschlusskriterien: Sprachheilpädagog*in mit Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik	2	ausgewählt	NOMINAL
A103_08	A103 Einschlusskriterien: Diplomlehrer*in für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte	1	nicht gewählt	NOMINAL
A103_08	A103 Einschlusskriterien: Diplomlehrer*in für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte	2	ausgewählt	NOMINAL
A103_09	A103 Einschlusskriterien: Diplomvorschulerzieher*in für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte	1	nicht gewählt	NOMINAL
A103_09	A103 Einschlusskriterien: Diplomvorschulerzieher*in für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte	2	ausgewählt	NOMINAL
A103_10	A103 Einschlusskriterien: Diplomerzieher*in für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte	1	nicht gewählt	NOMINAL
A103_10	A103 Einschlusskriterien: Diplomerzieher*in für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte	2	ausgewählt	NOMINAL
A103_11	A103 Einschlusskriterien: Klinische Linguist*in	1	nicht gewählt	NOMINAL
A103_11	A103 Einschlusskriterien: Klinische Linguist*in	2	ausgewählt	NOMINAL
A103_12	A103 Einschlusskriterien: Diplom-Patholinguist*in	1	nicht gewählt	NOMINAL

A103_12	A103 Einschlusskriterien: Diplom-Pathologin*in	2	ausgewählt	NOMINAL
B113	B113 Information verstanden	1	Ja	NOMINAL
B113	B113 Information verstanden	-9	nicht beantwortet	NOMINAL
B102_01	B102 Allgemeine Einstellung: für mich als Therapeut*in	1	nur Nachteile	METRIC
B102_01	B102 Allgemeine Einstellung: für mich als Therapeut*in	2	eher Nachteile	METRIC
B102_01	B102 Allgemeine Einstellung: für mich als Therapeut*in	3	Vor-/ und Nachteile im gleichen Maße	METRIC
B102_01	B102 Allgemeine Einstellung: für mich als Therapeut*in	4	eher Vorteile	METRIC
B102_01	B102 Allgemeine Einstellung: für mich als Therapeut*in	5	nur Vorteile	METRIC
B102_01	B102 Allgemeine Einstellung: für mich als Therapeut*in	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B102_01	B102 Allgemeine Einstellung: für mich als Therapeut*in	-9	nicht beantwortet	METRIC
B102_02	B102 Allgemeine Einstellung: für die Erziehungsberechtigten	1	nur Nachteile	METRIC
B102_02	B102 Allgemeine Einstellung: für die Erziehungsberechtigten	2	eher Nachteile	METRIC
B102_02	B102 Allgemeine Einstellung: für die Erziehungsberechtigten	3	Vor-/ und Nachteile im gleichen Maße	METRIC
B102_02	B102 Allgemeine Einstellung: für die Erziehungsberechtigten	4	eher Vorteile	METRIC
B102_02	B102 Allgemeine Einstellung: für die Erziehungsberechtigten	5	nur Vorteile	METRIC
B102_02	B102 Allgemeine Einstellung: für die Erziehungsberechtigten	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B102_02	B102 Allgemeine Einstellung: für die Erziehungsberechtigten	-9	nicht beantwortet	METRIC
B102_03	B102 Allgemeine Einstellung: für die Kinder	1	nur Nachteile	METRIC
B102_03	B102 Allgemeine Einstellung: für die Kinder	2	eher Nachteile	METRIC
B102_03	B102 Allgemeine Einstellung: für die Kinder	3	Vor-/ und Nachteile im gleichen Maße	METRIC
B102_03	B102 Allgemeine Einstellung: für die Kinder	4	eher Vorteile	METRIC
B102_03	B102 Allgemeine Einstellung: für die Kinder	5	nur Vorteile	METRIC
B102_03	B102 Allgemeine Einstellung: für die Kinder	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B102_03	B102 Allgemeine Einstellung: für die Kinder	-9	nicht beantwortet	METRIC
B102_04	B102 Allgemeine Einstellung: für die pädagogischen Fachkräfte	1	nur Nachteile	METRIC
B102_04	B102 Allgemeine Einstellung: für die pädagogischen Fachkräfte	2	eher Nachteile	METRIC
B102_04	B102 Allgemeine Einstellung: für die pädagogischen Fachkräfte	3	Vor-/ und Nachteile im gleichen Maße	METRIC
B102_04	B102 Allgemeine Einstellung: für die pädagogischen Fachkräfte	4	eher Vorteile	METRIC
B102_04	B102 Allgemeine Einstellung: für die pädagogischen Fachkräfte	5	nur Vorteile	METRIC
B102_04	B102 Allgemeine Einstellung: für die pädagogischen Fachkräfte	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC

B102_04	B102 Allgemeine Einstellung: für die pädagogischen Fachkräfte	-9	nicht beantwortet	METRIC
B103_04	B103 Therapeut*in: Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC
B103_04	B103 Therapeut*in: Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B103_04	B103 Therapeut*in: Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B103_04	B103 Therapeut*in: Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B103_04	B103 Therapeut*in: Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B103_04	B103 Therapeut*in: Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B103_04	B103 Therapeut*in: Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B103_10	B103 Therapeut*in: Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC
B103_10	B103 Therapeut*in: Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B103_10	B103 Therapeut*in: Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B103_10	B103 Therapeut*in: Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B103_10	B103 Therapeut*in: Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B103_10	B103 Therapeut*in: Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B103_10	B103 Therapeut*in: Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B103_07	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC
B103_07	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B103_07	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B103_07	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B103_07	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B103_07	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B103_07	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B103_09	B103 Therapeut*in: Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC
B103_09	B103 Therapeut*in: Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B103_09	B103 Therapeut*in: Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B103_09	B103 Therapeut*in: Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B103_09	B103 Therapeut*in: Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B103_09	B103 Therapeut*in: Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B103_09	B103 Therapeut*in: Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC

B103_08	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC
B103_08	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B103_08	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B103_08	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B103_08	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B103_08	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B103_08	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B138_01	B138 Therapeut*in: Die Fahrtzeit zur Einrichtung wird mir erstattet.	1	trifft nicht zu	METRIC
B138_01	B138 Therapeut*in: Die Fahrtzeit zur Einrichtung wird mir erstattet.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B138_01	B138 Therapeut*in: Die Fahrtzeit zur Einrichtung wird mir erstattet.	3	unentschieden	METRIC
B138_01	B138 Therapeut*in: Die Fahrtzeit zur Einrichtung wird mir erstattet.	4	trifft eher zu	METRIC
B138_01	B138 Therapeut*in: Die Fahrtzeit zur Einrichtung wird mir erstattet.	5	trifft zu	METRIC
B138_01	B138 Therapeut*in: Die Fahrtzeit zur Einrichtung wird mir erstattet.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B138_01	B138 Therapeut*in: Die Fahrtzeit zur Einrichtung wird mir erstattet.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B138_02	B138 Therapeut*in: Die Fahrtkosten zur Einrichtung (Sprit, Verschleiß) werden mir erstattet.	1	trifft nicht zu	METRIC
B138_02	B138 Therapeut*in: Die Fahrtkosten zur Einrichtung (Sprit, Verschleiß) werden mir erstattet.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B138_02	B138 Therapeut*in: Die Fahrtkosten zur Einrichtung (Sprit, Verschleiß) werden mir erstattet.	3	unentschieden	METRIC
B138_02	B138 Therapeut*in: Die Fahrtkosten zur Einrichtung (Sprit, Verschleiß) werden mir erstattet.	4	trifft eher zu	METRIC
B138_02	B138 Therapeut*in: Die Fahrtkosten zur Einrichtung (Sprit, Verschleiß) werden mir erstattet.	5	trifft zu	METRIC
B138_02	B138 Therapeut*in: Die Fahrtkosten zur Einrichtung (Sprit, Verschleiß) werden mir erstattet.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B138_02	B138 Therapeut*in: Die Fahrtkosten zur Einrichtung (Sprit, Verschleiß) werden mir erstattet.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B138_03	B138 Therapeut*in: Der interprofessionelle Austausch wird mir vergütet.	1	trifft nicht zu	METRIC
B138_03	B138 Therapeut*in: Der interprofessionelle Austausch wird mir vergütet.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B138_03	B138 Therapeut*in: Der interprofessionelle Austausch wird mir vergütet.	3	unentschieden	METRIC
B138_03	B138 Therapeut*in: Der interprofessionelle Austausch wird mir vergütet.	4	trifft eher zu	METRIC
B138_03	B138 Therapeut*in: Der interprofessionelle Austausch wird mir vergütet.	5	trifft zu	METRIC
B138_03	B138 Therapeut*in: Der interprofessionelle Austausch wird mir vergütet.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B138_03	B138 Therapeut*in: Der interprofessionelle Austausch wird mir vergütet.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B138_04	B138 Therapeut*in: Die Vor- und Nachbereitung der Therapien werden mir vergütet.	1	trifft nicht zu	METRIC
B138_04	B138 Therapeut*in: Die Vor- und Nachbereitung der Therapien werden mir vergütet.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B138_04	B138 Therapeut*in: Die Vor- und Nachbereitung der Therapien werden mir vergütet.	3	unentschieden	METRIC

B138_04	B138 Therapeut*in: Die Vor- und Nachbereitung der Therapien werden mir vergütet.	4	trifft eher zu	METRIC
B138_04	B138 Therapeut*in: Die Vor- und Nachbereitung der Therapien werden mir vergütet.	5	trifft zu	METRIC
B138_04	B138 Therapeut*in: Die Vor- und Nachbereitung der Therapien werden mir vergütet.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B138_04	B138 Therapeut*in: Die Vor- und Nachbereitung der Therapien werden mir vergütet.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B131_01	B131 Erziehungsberechtigte: Erziehungsberechtigte werden durch Therapien in Einrichtungen entlassen.	1	trifft nicht zu	METRIC
B131_01	B131 Erziehungsberechtigte: Erziehungsberechtigte werden durch Therapien in Einrichtungen entlassen.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B131_01	B131 Erziehungsberechtigte: Erziehungsberechtigte werden durch Therapien in Einrichtungen entlassen.	3	unentschieden	METRIC
B131_01	B131 Erziehungsberechtigte: Erziehungsberechtigte werden durch Therapien in Einrichtungen entlassen.	4	trifft eher zu	METRIC
B131_01	B131 Erziehungsberechtigte: Erziehungsberechtigte werden durch Therapien in Einrichtungen entlassen.	5	trifft zu	METRIC
B131_01	B131 Erziehungsberechtigte: Erziehungsberechtigte werden durch Therapien in Einrichtungen entlassen.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B131_01	B131 Erziehungsberechtigte: Erziehungsberechtigte werden durch Therapien in Einrichtungen entlassen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B131_02	B131 Erziehungsberechtigte: Therapien in Einrichtungen haben einen geringeren Einfluss auf die Berufsausübung der Erziehungsberechtigten.	1	trifft nicht zu	METRIC
B131_02	B131 Erziehungsberechtigte: Therapien in Einrichtungen haben einen geringeren Einfluss auf die Berufsausübung der Erziehungsberechtigten.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B131_02	B131 Erziehungsberechtigte: Therapien in Einrichtungen haben einen geringeren Einfluss auf die Berufsausübung der Erziehungsberechtigten.	3	unentschieden	METRIC
B131_02	B131 Erziehungsberechtigte: Therapien in Einrichtungen haben einen geringeren Einfluss auf die Berufsausübung der Erziehungsberechtigten.	4	trifft eher zu	METRIC
B131_02	B131 Erziehungsberechtigte: Therapien in Einrichtungen haben einen geringeren Einfluss auf die Berufsausübung der Erziehungsberechtigten.	5	trifft zu	METRIC
B131_02	B131 Erziehungsberechtigte: Therapien in Einrichtungen haben einen geringeren Einfluss auf die Berufsausübung der Erziehungsberechtigten.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B131_02	B131 Erziehungsberechtigte: Therapien in Einrichtungen haben einen geringeren Einfluss auf die Berufsausübung der Erziehungsberechtigten.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B131_04	B131 Erziehungsberechtigte: Die Wartezeit auf einen Therapieplatz kann durch Therapien in Einrichtungen verkürzt werden.	1	trifft nicht zu	METRIC
B131_04	B131 Erziehungsberechtigte: Die Wartezeit auf einen Therapieplatz kann durch Therapien in Einrichtungen verkürzt werden.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B131_04	B131 Erziehungsberechtigte: Die Wartezeit auf einen Therapieplatz kann durch Therapien in Einrichtungen verkürzt werden.	3	unentschieden	METRIC
B131_04	B131 Erziehungsberechtigte: Die Wartezeit auf einen Therapieplatz kann durch Therapien in Einrichtungen verkürzt werden.	4	trifft eher zu	METRIC
B131_04	B131 Erziehungsberechtigte: Die Wartezeit auf einen Therapieplatz kann durch Therapien in Einrichtungen verkürzt werden.	5	trifft zu	METRIC
B131_04	B131 Erziehungsberechtigte: Die Wartezeit auf einen Therapieplatz kann durch Therapien in Einrichtungen verkürzt werden.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B131_04	B131 Erziehungsberechtigte: Die Wartezeit auf einen Therapieplatz kann durch Therapien in Einrichtungen verkürzt werden.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B131_05	B131 Erziehungsberechtigte: Kinder aus Einrichtungen werden bzgl. der Terminvergabe bevorzugt behandelt, da sie die Vormittagstermine füllen.	1	trifft nicht zu	METRIC
B131_05	B131 Erziehungsberechtigte: Kinder aus Einrichtungen werden bzgl. der Terminvergabe bevorzugt behandelt, da sie die Vormittagstermine füllen.	2	trifft eher nicht zu	METRIC

B131_05	B131 Erziehungsberechtigte: Kinder aus Einrichtungen werden bzgl. der Terminvergabe bevorzugt behandelt, da sie die Vormittagstermine füllen.	3	unentschieden	METRIC
B131_05	B131 Erziehungsberechtigte: Kinder aus Einrichtungen werden bzgl. der Terminvergabe bevorzugt behandelt, da sie die Vormittagstermine füllen.	4	trifft eher zu	METRIC
B131_05	B131 Erziehungsberechtigte: Kinder aus Einrichtungen werden bzgl. der Terminvergabe bevorzugt behandelt, da sie die Vormittagstermine füllen.	5	trifft zu	METRIC
B131_05	B131 Erziehungsberechtigte: Kinder aus Einrichtungen werden bzgl. der Terminvergabe bevorzugt behandelt, da sie die Vormittagstermine füllen.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B131_05	B131 Erziehungsberechtigte: Kinder aus Einrichtungen werden bzgl. der Terminvergabe bevorzugt behandelt, da sie die Vormittagstermine füllen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B105_02	B105 Erziehungsberechtigte: Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC
B105_02	B105 Erziehungsberechtigte: Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B105_02	B105 Erziehungsberechtigte: Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B105_02	B105 Erziehungsberechtigte: Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B105_02	B105 Erziehungsberechtigte: Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B105_02	B105 Erziehungsberechtigte: Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B105_02	B105 Erziehungsberechtigte: Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B105_11	B105 Erziehungsberechtigte: Der finanzielle Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC
B105_11	B105 Erziehungsberechtigte: Der finanzielle Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B105_11	B105 Erziehungsberechtigte: Der finanzielle Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B105_11	B105 Erziehungsberechtigte: Der finanzielle Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B105_11	B105 Erziehungsberechtigte: Der finanzielle Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B105_11	B105 Erziehungsberechtigte: Der finanzielle Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B105_11	B105 Erziehungsberechtigte: Der finanzielle Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B134_02	B134 Interprofessionalität: Der Austausch zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC
B134_02	B134 Interprofessionalität: Der Austausch zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B134_02	B134 Interprofessionalität: Der Austausch zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B134_02	B134 Interprofessionalität: Der Austausch zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B134_02	B134 Interprofessionalität: Der Austausch zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B134_02	B134 Interprofessionalität: Der Austausch zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B134_02	B134 Interprofessionalität: Der Austausch zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B134_01	B134 Interprofessionalität: Die Partizipation der päd. Fachkräfte am Therapieprozess ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC

B134_01	B134 Interprofessionalität: Die Partizipation der päd. Fachkräfte am Therapieprozess ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B134_01	B134 Interprofessionalität: Die Partizipation der päd. Fachkräfte am Therapieprozess ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B134_01	B134 Interprofessionalität: Die Partizipation der päd. Fachkräfte am Therapieprozess ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B134_01	B134 Interprofessionalität: Die Partizipation der päd. Fachkräfte am Therapieprozess ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B134_01	B134 Interprofessionalität: Die Partizipation der päd. Fachkräfte am Therapieprozess ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B134_01	B134 Interprofessionalität: Die Partizipation der päd. Fachkräfte am Therapieprozess ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B134_03	B134 Interprofessionalität: Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC
B134_03	B134 Interprofessionalität: Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B134_03	B134 Interprofessionalität: Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B134_03	B134 Interprofessionalität: Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B134_03	B134 Interprofessionalität: Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B134_03	B134 Interprofessionalität: Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B134_03	B134 Interprofessionalität: Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B134_04	B134 Interprofessionalität: Die Intensität der Beziehung zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC
B134_04	B134 Interprofessionalität: Die Intensität der Beziehung zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B134_04	B134 Interprofessionalität: Die Intensität der Beziehung zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B134_04	B134 Interprofessionalität: Die Intensität der Beziehung zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B134_04	B134 Interprofessionalität: Die Intensität der Beziehung zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B134_04	B134 Interprofessionalität: Die Intensität der Beziehung zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B134_04	B134 Interprofessionalität: Die Intensität der Beziehung zwischen den Therapeut*innen und den päd. Fachkräften ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B124	B124 Interprofessionalität	1	ein Mal pro Woche erfolgen.	NOMINAL
B124	B124 Interprofessionalität	2	ein Mal pro Monat erfolgen.	NOMINAL
B124	B124 Interprofessionalität	3	ein Mal pro Verordnung erfolgen.	NOMINAL
B124	B124 Interprofessionalität	4	bei individuellem Bedarf erfolgen.	NOMINAL
B124	B124 Interprofessionalität	-9	nicht beantwortet	NOMINAL
B132_01	B132 Kinder: Die Motivation der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC
B132_01	B132 Kinder: Die Motivation der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B132_01	B132 Kinder: Die Motivation der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC

B132_01	B132 Kinder: Die Motivation der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B132_01	B132 Kinder: Die Motivation der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B132_01	B132 Kinder: Die Motivation der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B132_01	B132 Kinder: Die Motivation der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B132_02	B132 Kinder: Die Leistungsfähigkeit der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen...	1	viel geringer	METRIC
B132_02	B132 Kinder: Die Leistungsfähigkeit der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen...	2	geringer	METRIC
B132_02	B132 Kinder: Die Leistungsfähigkeit der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen...	3	gleich	METRIC
B132_02	B132 Kinder: Die Leistungsfähigkeit der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen...	4	höher	METRIC
B132_02	B132 Kinder: Die Leistungsfähigkeit der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen...	5	viel höher	METRIC
B132_02	B132 Kinder: Die Leistungsfähigkeit der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B132_02	B132 Kinder: Die Leistungsfähigkeit der Kinder ist bei Therapien in Einrichtungen...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B132_03	B132 Kinder: Die Therapiefrequenz ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC
B132_03	B132 Kinder: Die Therapiefrequenz ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B132_03	B132 Kinder: Die Therapiefrequenz ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B132_03	B132 Kinder: Die Therapiefrequenz ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B132_03	B132 Kinder: Die Therapiefrequenz ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B132_03	B132 Kinder: Die Therapiefrequenz ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B132_03	B132 Kinder: Die Therapiefrequenz ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B132_06	B132 Kinder: Der Transfer von Therapieinhalten ist durch Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC
B132_06	B132 Kinder: Der Transfer von Therapieinhalten ist durch Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B132_06	B132 Kinder: Der Transfer von Therapieinhalten ist durch Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B132_06	B132 Kinder: Der Transfer von Therapieinhalten ist durch Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B132_06	B132 Kinder: Der Transfer von Therapieinhalten ist durch Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B132_06	B132 Kinder: Der Transfer von Therapieinhalten ist durch Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B132_06	B132 Kinder: Der Transfer von Therapieinhalten ist durch Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B132_07	B132 Kinder: Der Leidensdruck ist durch Therapien in Einrichtungen ...	1	viel geringer	METRIC
B132_07	B132 Kinder: Der Leidensdruck ist durch Therapien in Einrichtungen ...	2	geringer	METRIC
B132_07	B132 Kinder: Der Leidensdruck ist durch Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B132_07	B132 Kinder: Der Leidensdruck ist durch Therapien in Einrichtungen ...	4	höher	METRIC
B132_07	B132 Kinder: Der Leidensdruck ist durch Therapien in Einrichtungen ...	5	viel höher	METRIC
B132_07	B132 Kinder: Der Leidensdruck ist durch Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B132_07	B132 Kinder: Der Leidensdruck ist durch Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B115	B115 Information gelesen	1	Ja	NOMINAL

B115	B115 Information gelesen	-9	nicht beantwortet	NOMINAL
B116_03	B116 HMRL Zufriedenheit: Mir war die geltende Regelung bereits vor Teilnahme an dieser Studie bekannt.	1	trifft nicht zu	METRIC
B116_03	B116 HMRL Zufriedenheit: Mir war die geltende Regelung bereits vor Teilnahme an dieser Studie bekannt.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B116_03	B116 HMRL Zufriedenheit: Mir war die geltende Regelung bereits vor Teilnahme an dieser Studie bekannt.	3	unentschieden	METRIC
B116_03	B116 HMRL Zufriedenheit: Mir war die geltende Regelung bereits vor Teilnahme an dieser Studie bekannt.	4	trifft eher zu	METRIC
B116_03	B116 HMRL Zufriedenheit: Mir war die geltende Regelung bereits vor Teilnahme an dieser Studie bekannt.	5	trifft zu	METRIC
B116_03	B116 HMRL Zufriedenheit: Mir war die geltende Regelung bereits vor Teilnahme an dieser Studie bekannt.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B116_03	B116 HMRL Zufriedenheit: Mir war die geltende Regelung bereits vor Teilnahme an dieser Studie bekannt.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B116_10	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich verstehe die Regelung der Heilmittelrichtlinie auf inhaltlicher Ebene.	1	trifft nicht zu	METRIC
B116_10	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich verstehe die Regelung der Heilmittelrichtlinie auf inhaltlicher Ebene.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B116_10	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich verstehe die Regelung der Heilmittelrichtlinie auf inhaltlicher Ebene.	3	unentschieden	METRIC
B116_10	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich verstehe die Regelung der Heilmittelrichtlinie auf inhaltlicher Ebene.	4	trifft eher zu	METRIC
B116_10	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich verstehe die Regelung der Heilmittelrichtlinie auf inhaltlicher Ebene.	5	trifft zu	METRIC
B116_10	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich verstehe die Regelung der Heilmittelrichtlinie auf inhaltlicher Ebene.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B116_10	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich verstehe die Regelung der Heilmittelrichtlinie auf inhaltlicher Ebene.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B116_09	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich habe mich bereits kritisch mit dieser Regelung der Heilmittelrichtlinie auseinandergesetzt.	1	trifft nicht zu	METRIC
B116_09	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich habe mich bereits kritisch mit dieser Regelung der Heilmittelrichtlinie auseinandergesetzt.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B116_09	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich habe mich bereits kritisch mit dieser Regelung der Heilmittelrichtlinie auseinandergesetzt.	3	unentschieden	METRIC
B116_09	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich habe mich bereits kritisch mit dieser Regelung der Heilmittelrichtlinie auseinandergesetzt.	4	trifft eher zu	METRIC
B116_09	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich habe mich bereits kritisch mit dieser Regelung der Heilmittelrichtlinie auseinandergesetzt.	5	trifft zu	METRIC
B116_09	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich habe mich bereits kritisch mit dieser Regelung der Heilmittelrichtlinie auseinandergesetzt.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B116_09	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich habe mich bereits kritisch mit dieser Regelung der Heilmittelrichtlinie auseinandergesetzt.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B116_08	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich bin mit der aktuellen Regelung der Heilmittelrichtlinie zufrieden.	1	trifft nicht zu	METRIC
B116_08	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich bin mit der aktuellen Regelung der Heilmittelrichtlinie zufrieden.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B116_08	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich bin mit der aktuellen Regelung der Heilmittelrichtlinie zufrieden.	3	unentschieden	METRIC
B116_08	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich bin mit der aktuellen Regelung der Heilmittelrichtlinie zufrieden.	4	trifft eher zu	METRIC
B116_08	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich bin mit der aktuellen Regelung der Heilmittelrichtlinie zufrieden.	5	trifft zu	METRIC
B116_08	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich bin mit der aktuellen Regelung der Heilmittelrichtlinie zufrieden.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B116_08	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich bin mit der aktuellen Regelung der Heilmittelrichtlinie zufrieden.	-9	nicht beantwortet	METRIC

B116_01	B116 HMRL Zufriedenheit: Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	1	trifft nicht zu	METRIC
B116_01	B116 HMRL Zufriedenheit: Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B116_01	B116 HMRL Zufriedenheit: Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	3	unentschieden	METRIC
B116_01	B116 HMRL Zufriedenheit: Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	4	trifft eher zu	METRIC
B116_01	B116 HMRL Zufriedenheit: Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	5	trifft zu	METRIC
B116_01	B116 HMRL Zufriedenheit: Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B116_01	B116 HMRL Zufriedenheit: Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B116_07	B116 HMRL Zufriedenheit: Die Heilmittelrichtlinie bildet einen ausreichenden gesetzlichen Rahmen für Therapien in Einrichtungen.	1	trifft nicht zu	METRIC
B116_07	B116 HMRL Zufriedenheit: Die Heilmittelrichtlinie bildet einen ausreichenden gesetzlichen Rahmen für Therapien in Einrichtungen.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B116_07	B116 HMRL Zufriedenheit: Die Heilmittelrichtlinie bildet einen ausreichenden gesetzlichen Rahmen für Therapien in Einrichtungen.	3	unentschieden	METRIC
B116_07	B116 HMRL Zufriedenheit: Die Heilmittelrichtlinie bildet einen ausreichenden gesetzlichen Rahmen für Therapien in Einrichtungen.	4	trifft eher zu	METRIC
B116_07	B116 HMRL Zufriedenheit: Die Heilmittelrichtlinie bildet einen ausreichenden gesetzlichen Rahmen für Therapien in Einrichtungen.	5	trifft zu	METRIC
B116_07	B116 HMRL Zufriedenheit: Die Heilmittelrichtlinie bildet einen ausreichenden gesetzlichen Rahmen für Therapien in Einrichtungen.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B116_07	B116 HMRL Zufriedenheit: Die Heilmittelrichtlinie bildet einen ausreichenden gesetzlichen Rahmen für Therapien in Einrichtungen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B116_02	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich befürworte die aktuell geltende Regelung der Heilmittelrichtlinie.	1	trifft nicht zu	METRIC
B116_02	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich befürworte die aktuell geltende Regelung der Heilmittelrichtlinie.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B116_02	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich befürworte die aktuell geltende Regelung der Heilmittelrichtlinie.	3	unentschieden	METRIC
B116_02	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich befürworte die aktuell geltende Regelung der Heilmittelrichtlinie.	4	trifft eher zu	METRIC
B116_02	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich befürworte die aktuell geltende Regelung der Heilmittelrichtlinie.	5	trifft zu	METRIC
B116_02	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich befürworte die aktuell geltende Regelung der Heilmittelrichtlinie.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B116_02	B116 HMRL Zufriedenheit: Ich befürworte die aktuell geltende Regelung der Heilmittelrichtlinie.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B116_04	B116 HMRL Zufriedenheit: Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	1	trifft nicht zu	METRIC
B116_04	B116 HMRL Zufriedenheit: Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	2	trifft eher nicht zu	METRIC
B116_04	B116 HMRL Zufriedenheit: Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	3	unentschieden	METRIC
B116_04	B116 HMRL Zufriedenheit: Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	4	trifft eher zu	METRIC
B116_04	B116 HMRL Zufriedenheit: Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	5	trifft zu	METRIC
B116_04	B116 HMRL Zufriedenheit: Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B116_04	B116 HMRL Zufriedenheit: Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	-9	nicht beantwortet	METRIC

B120_01	B120 HMRL Kinder: ... sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	1	stimme nicht zu	METRIC
B120_01	B120 HMRL Kinder: ... sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B120_01	B120 HMRL Kinder: ... sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	3	unentschieden	METRIC
B120_01	B120 HMRL Kinder: ... sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	4	stimme eher zu	METRIC
B120_01	B120 HMRL Kinder: ... sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	5	stimme zu	METRIC
B120_01	B120 HMRL Kinder: ... sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B120_01	B120 HMRL Kinder: ... sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B120_02	B120 HMRL Kinder: ... sollte allen Kindern und Jugendlichen möglich sein.	1	stimme nicht zu	METRIC
B120_02	B120 HMRL Kinder: ... sollte allen Kindern und Jugendlichen möglich sein.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B120_02	B120 HMRL Kinder: ... sollte allen Kindern und Jugendlichen möglich sein.	3	unentschieden	METRIC
B120_02	B120 HMRL Kinder: ... sollte allen Kindern und Jugendlichen möglich sein.	4	stimme eher zu	METRIC
B120_02	B120 HMRL Kinder: ... sollte allen Kindern und Jugendlichen möglich sein.	5	stimme zu	METRIC
B120_02	B120 HMRL Kinder: ... sollte allen Kindern und Jugendlichen möglich sein.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B120_02	B120 HMRL Kinder: ... sollte allen Kindern und Jugendlichen möglich sein.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B120_03	B120 HMRL Kinder: ... sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	1	stimme nicht zu	METRIC
B120_03	B120 HMRL Kinder: ... sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B120_03	B120 HMRL Kinder: ... sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	3	unentschieden	METRIC
B120_03	B120 HMRL Kinder: ... sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	4	stimme eher zu	METRIC
B120_03	B120 HMRL Kinder: ... sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	5	stimme zu	METRIC
B120_03	B120 HMRL Kinder: ... sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B120_03	B120 HMRL Kinder: ... sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B120_04	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder im Kindergartenalter möglich sein.	1	stimme nicht zu	METRIC
B120_04	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder im Kindergartenalter möglich sein.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B120_04	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder im Kindergartenalter möglich sein.	3	unentschieden	METRIC
B120_04	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder im Kindergartenalter möglich sein.	4	stimme eher zu	METRIC
B120_04	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder im Kindergartenalter möglich sein.	5	stimme zu	METRIC
B120_04	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder im Kindergartenalter möglich sein.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B120_04	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder im Kindergartenalter möglich sein.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B120_05	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder im Grundschulalter möglich sein.	1	stimme nicht zu	METRIC
B120_05	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder im Grundschulalter möglich sein.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B120_05	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder im Grundschulalter möglich sein.	3	unentschieden	METRIC

B120_05	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder im Grundschulalter möglich sein.	4	stimme eher zu	METRIC
B120_05	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder im Grundschulalter möglich sein.	5	stimme zu	METRIC
B120_05	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder im Grundschulalter möglich sein.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B120_05	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder im Grundschulalter möglich sein.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B120_07	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr möglich sein.	1	stimme nicht zu	METRIC
B120_07	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr möglich sein.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B120_07	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr möglich sein.	3	unentschieden	METRIC
B120_07	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr möglich sein.	4	stimme eher zu	METRIC
B120_07	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr möglich sein.	5	stimme zu	METRIC
B120_07	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr möglich sein.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B120_07	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr möglich sein.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B120_08	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Personen auch über das 18. Lebensjahr hinaus möglich sein.	1	stimme nicht zu	METRIC
B120_08	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Personen auch über das 18. Lebensjahr hinaus möglich sein.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B120_08	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Personen auch über das 18. Lebensjahr hinaus möglich sein.	3	unentschieden	METRIC
B120_08	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Personen auch über das 18. Lebensjahr hinaus möglich sein.	4	stimme eher zu	METRIC
B120_08	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Personen auch über das 18. Lebensjahr hinaus möglich sein.	5	stimme zu	METRIC
B120_08	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Personen auch über das 18. Lebensjahr hinaus möglich sein.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B120_08	B120 HMRL Kinder: ... sollte für Personen auch über das 18. Lebensjahr hinaus möglich sein.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B121_01	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Kindergärten/Kindertagesstätten erfolgen dürfen.	1	stimme nicht zu	METRIC
B121_01	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Kindergärten/Kindertagesstätten erfolgen dürfen.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B121_01	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Kindergärten/Kindertagesstätten erfolgen dürfen.	3	unentschieden	METRIC
B121_01	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Kindergärten/Kindertagesstätten erfolgen dürfen.	4	stimme eher zu	METRIC
B121_01	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Kindergärten/Kindertagesstätten erfolgen dürfen.	5	stimme zu	METRIC
B121_01	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Kindergärten/Kindertagesstätten erfolgen dürfen.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B121_01	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Kindergärten/Kindertagesstätten erfolgen dürfen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B121_09	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelkindergärten/Regelkindertagesstätten erfolgen dürfen.	1	stimme nicht zu	METRIC
B121_09	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelkindergärten/Regelkindertagesstätten erfolgen dürfen.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B121_09	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelkindergärten/Regelkindertagesstätten erfolgen dürfen.	3	unentschieden	METRIC
B121_09	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelkindergärten/Regelkindertagesstätten erfolgen dürfen.	4	stimme eher zu	METRIC
B121_09	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelkindergärten/Regelkindertagesstätten erfolgen dürfen.	5	stimme zu	METRIC
B121_09	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelkindergärten/Regelkindertagesstätten erfolgen dürfen.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC

B121_09	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelkindergärten/Regelkindertagesstätten erfolgen dürfen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B121_03	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	1	stimme nicht zu	METRIC
B121_03	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B121_03	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	3	unentschieden	METRIC
B121_03	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	4	stimme eher zu	METRIC
B121_03	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	5	stimme zu	METRIC
B121_03	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B121_03	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B121_04	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	1	stimme nicht zu	METRIC
B121_04	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B121_04	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	3	unentschieden	METRIC
B121_04	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	4	stimme eher zu	METRIC
B121_04	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	5	stimme zu	METRIC
B121_04	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B121_04	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in integrativen, inklusiven und heilpädagogischen Schulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B121_07	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	1	stimme nicht zu	METRIC
B121_07	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B121_07	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	3	unentschieden	METRIC
B121_07	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	4	stimme eher zu	METRIC
B121_07	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	5	stimme zu	METRIC
B121_07	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B121_07	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B121_08	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen	1	stimme nicht zu	METRIC
B121_08	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B121_08	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen	3	unentschieden	METRIC
B121_08	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen	4	stimme eher zu	METRIC
B121_08	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen	5	stimme zu	METRIC

B121_08	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B121_08	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Schulen mit besonderem Förderschwerpunkt im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen	-9	nicht beantwortet	METRIC
B121_11	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelschulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	1	stimme nicht zu	METRIC
B121_11	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelschulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B121_11	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelschulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	3	unentschieden	METRIC
B121_11	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelschulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	4	stimme eher zu	METRIC
B121_11	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelschulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	5	stimme zu	METRIC
B121_11	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelschulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B121_11	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelschulen im Primärbereich (Grundschule) erfolgen dürfen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B121_12	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelschulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	1	stimme nicht zu	METRIC
B121_12	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelschulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B121_12	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelschulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	3	unentschieden	METRIC
B121_12	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelschulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	4	stimme eher zu	METRIC
B121_12	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelschulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	5	stimme zu	METRIC
B121_12	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelschulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B121_12	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Regelschulen im Sekundärbereich (weiterführende Schule) erfolgen dürfen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B121_13	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Einrichtungen unabhängig von der Betreuungsdauer (ganztags/halbtags/...) erfolgen dürfen.	1	stimme nicht zu	METRIC
B121_13	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Einrichtungen unabhängig von der Betreuungsdauer (ganztags/halbtags/...) erfolgen dürfen.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B121_13	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Einrichtungen unabhängig von der Betreuungsdauer (ganztags/halbtags/...) erfolgen dürfen.	3	unentschieden	METRIC
B121_13	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Einrichtungen unabhängig von der Betreuungsdauer (ganztags/halbtags/...) erfolgen dürfen.	4	stimme eher zu	METRIC
B121_13	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Einrichtungen unabhängig von der Betreuungsdauer (ganztags/halbtags/...) erfolgen dürfen.	5	stimme zu	METRIC
B121_13	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Einrichtungen unabhängig von der Betreuungsdauer (ganztags/halbtags/...) erfolgen dürfen.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B121_13	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte in Einrichtungen unabhängig von der Betreuungsdauer (ganztags/halbtags/...) erfolgen dürfen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B121_14	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte erfolgen dürfen, auch wenn diese keine auf das jeweilige Kind ausgerichtete Förderung anbietet (z.B. Unterstützung durch eine Inklusions-Kraft)	1	stimme nicht zu	METRIC
B121_14	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte erfolgen dürfen, auch wenn diese keine auf das jeweilige Kind ausgerichtete Förderung anbietet (z.B. Unterstützung durch eine Inklusions-Kraft)	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B121_14	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte erfolgen dürfen, auch wenn diese keine auf das jeweilige Kind ausgerichtete Förderung anbietet (z.B. Unterstützung durch eine Inklusions-Kraft)	3	unentschieden	METRIC
B121_14	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte erfolgen dürfen, auch wenn diese keine auf das jeweilige Kind ausgerichtete Förderung anbietet (z.B. Unterstützung durch eine Inklusions-Kraft)	4	stimme eher zu	METRIC
B121_14	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte erfolgen dürfen, auch wenn diese keine auf das jeweilige Kind ausgerichtete Förderung anbietet (z.B. Unterstützung durch eine Inklusions-Kraft)	5	stimme zu	METRIC

B121_14	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte erfolgen dürfen, auch wenn diese keine auf das jeweilige Kind ausgerichtete Förderung anbietet (z.B. Unterstützung durch eine Inklusions-Kraft)	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B121_14	B121 HMRL Einrichtungen: ... sollte erfolgen dürfen, auch wenn diese keine auf das jeweilige Kind ausgerichtete Förderung anbietet (z.B. Unterstützung durch eine Inklusions-Kraft)	-9	nicht beantwortet	METRIC
B122_01	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Die Therapien in Einrichtungen sollten durch Logopäd*innen aus externen ambulanten Praxen erfolgen dürfen.	1	stimme nicht zu	METRIC
B122_01	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Die Therapien in Einrichtungen sollten durch Logopäd*innen aus externen ambulanten Praxen erfolgen dürfen.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B122_01	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Die Therapien in Einrichtungen sollten durch Logopäd*innen aus externen ambulanten Praxen erfolgen dürfen.	3	unentschieden	METRIC
B122_01	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Die Therapien in Einrichtungen sollten durch Logopäd*innen aus externen ambulanten Praxen erfolgen dürfen.	4	stimme eher zu	METRIC
B122_01	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Die Therapien in Einrichtungen sollten durch Logopäd*innen aus externen ambulanten Praxen erfolgen dürfen.	5	stimme zu	METRIC
B122_01	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Die Therapien in Einrichtungen sollten durch Logopäd*innen aus externen ambulanten Praxen erfolgen dürfen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B122_02	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Die Therapien in Einrichtungen sollten durch festangestellte Logopäd*innen in den jeweiligen Einrichtungen erfolgen dürfen.	1	stimme nicht zu	METRIC
B122_02	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Die Therapien in Einrichtungen sollten durch festangestellte Logopäd*innen in den jeweiligen Einrichtungen erfolgen dürfen.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B122_02	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Die Therapien in Einrichtungen sollten durch festangestellte Logopäd*innen in den jeweiligen Einrichtungen erfolgen dürfen.	3	unentschieden	METRIC
B122_02	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Die Therapien in Einrichtungen sollten durch festangestellte Logopäd*innen in den jeweiligen Einrichtungen erfolgen dürfen.	4	stimme eher zu	METRIC
B122_02	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Die Therapien in Einrichtungen sollten durch festangestellte Logopäd*innen in den jeweiligen Einrichtungen erfolgen dürfen.	5	stimme zu	METRIC
B122_02	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Die Therapien in Einrichtungen sollten durch festangestellte Logopäd*innen in den jeweiligen Einrichtungen erfolgen dürfen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B122_03	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Es sollte sich auf eines der obigen Versorgungsmodelle beschränkt werden.	1	stimme nicht zu	METRIC
B122_03	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Es sollte sich auf eines der obigen Versorgungsmodelle beschränkt werden.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B122_03	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Es sollte sich auf eines der obigen Versorgungsmodelle beschränkt werden.	3	unentschieden	METRIC
B122_03	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Es sollte sich auf eines der obigen Versorgungsmodelle beschränkt werden.	4	stimme eher zu	METRIC
B122_03	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Es sollte sich auf eines der obigen Versorgungsmodelle beschränkt werden.	5	stimme zu	METRIC
B122_03	B122 HMRL Versorgungsmodelle : Es sollte sich auf eines der obigen Versorgungsmodelle beschränkt werden.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B137_03	B137 HMRL Finanzierung : Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für die Erbringung von Kindertherapien in Einrichtungen geben.	1	stimme nicht zu	METRIC
B137_03	B137 HMRL Finanzierung : Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für die Erbringung von Kindertherapien in Einrichtungen geben.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B137_03	B137 HMRL Finanzierung : Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für die Erbringung von Kindertherapien in Einrichtungen geben.	3	unentschieden	METRIC
B137_03	B137 HMRL Finanzierung : Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für die Erbringung von Kindertherapien in Einrichtungen geben.	4	stimme eher zu	METRIC
B137_03	B137 HMRL Finanzierung : Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für die Erbringung von Kindertherapien in Einrichtungen geben.	5	stimme zu	METRIC
B137_03	B137 HMRL Finanzierung : Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für die Erbringung von Kindertherapien in Einrichtungen geben.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B137_02	B137 HMRL Finanzierung : Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für den interprofessionellen Austausch geben.	1	stimme nicht zu	METRIC

B137_02	B137 HMRL Finanzierung : Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für den interprofessionellen Austausch geben.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B137_02	B137 HMRL Finanzierung : Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für den interprofessionellen Austausch geben.	3	unentschieden	METRIC
B137_02	B137 HMRL Finanzierung : Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für den interprofessionellen Austausch geben.	4	stimme eher zu	METRIC
B137_02	B137 HMRL Finanzierung : Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für den interprofessionellen Austausch geben.	5	stimme zu	METRIC
B137_02	B137 HMRL Finanzierung : Es sollte gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten für den interprofessionellen Austausch geben.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B137_01	B137 HMRL Finanzierung : Der interprofessionelle Austausch sollte innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen.	1	stimme nicht zu	METRIC
B137_01	B137 HMRL Finanzierung : Der interprofessionelle Austausch sollte innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen.	2	stimme eher nicht zu	METRIC
B137_01	B137 HMRL Finanzierung : Der interprofessionelle Austausch sollte innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen.	3	unentschieden	METRIC
B137_01	B137 HMRL Finanzierung : Der interprofessionelle Austausch sollte innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen.	4	stimme eher zu	METRIC
B137_01	B137 HMRL Finanzierung : Der interprofessionelle Austausch sollte innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen.	5	stimme zu	METRIC
B137_01	B137 HMRL Finanzierung : Der interprofessionelle Austausch sollte innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B135	B135 HMRL Finanzierung	1	von den Kostenträgern (Krankenkasse/Verordnung) finanziert werden.	NOMINAL
B135	B135 HMRL Finanzierung	2	von der logopädischen Praxis finanziert werden.	NOMINAL
B135	B135 HMRL Finanzierung	3	von der Einrichtung finanziert werden.	NOMINAL
B135	B135 HMRL Finanzierung	4	gemeinsam von der Praxis und der Einrichtung finanziert werden.	NOMINAL
B135	B135 HMRL Finanzierung	5	Sonstiges, nämlich ...	NOMINAL
B135	B135 HMRL Finanzierung	-9	nicht beantwortet	NOMINAL
B135_05	B135 HMRL Finanzierung: Sonstiges, nämlich ...			TEXT
B128	B128 HMRL Finanzierung	1	von den Kostenträgern (Krankenkasse/Verordnung) finanziert werden.	NOMINAL
B128	B128 HMRL Finanzierung	2	von der logopädischen Praxis finanziert werden.	NOMINAL
B128	B128 HMRL Finanzierung	3	von der Einrichtung finanziert werden.	NOMINAL
B128	B128 HMRL Finanzierung	4	gemeinsam von der Praxis und der Einrichtung finanziert werden.	NOMINAL
B128	B128 HMRL Finanzierung	5	Sonstiges, nämlich ...	NOMINAL
B128	B128 HMRL Finanzierung	-9	nicht beantwortet	NOMINAL
B128_05	B128 HMRL Finanzierung: Sonstiges, nämlich ...			TEXT
C127	C127 Interprofessionalität Wichtigkeit	1	unwichtig	METRIC
C127	C127 Interprofessionalität Wichtigkeit	2	eher unwichtig	METRIC
C127	C127 Interprofessionalität Wichtigkeit	3	neutral	METRIC
C127	C127 Interprofessionalität Wichtigkeit	4	eher wichtig	METRIC

C127	C127 Interprofessionalität Wichtigkeit	5	sehr wichtig	METRIC
C127	C127 Interprofessionalität Wichtigkeit	-9	nicht beantwortet	METRIC
C126	C126 Interprofessionalität Maß	1	sehr gering	METRIC
C126	C126 Interprofessionalität Maß	2	gering	METRIC
C126	C126 Interprofessionalität Maß	3	neutral	METRIC
C126	C126 Interprofessionalität Maß	4	hoch	METRIC
C126	C126 Interprofessionalität Maß	5	sehr hoch	METRIC
C126	C126 Interprofessionalität Maß	-9	nicht beantwortet	METRIC
C117	C117 Erfahrung Einrichtung Skala	6	keine Erfahrung	METRIC
C117	C117 Erfahrung Einrichtung Skala	1	sehr gering	METRIC
C117	C117 Erfahrung Einrichtung Skala	2	gering	METRIC
C117	C117 Erfahrung Einrichtung Skala	3	neutral	METRIC
C117	C117 Erfahrung Einrichtung Skala	4	hoch	METRIC
C117	C117 Erfahrung Einrichtung Skala	5	sehr hoch	METRIC
C117	C117 Erfahrung Einrichtung Skala	-9	nicht beantwortet	METRIC
C101	C101 Alter	2	18-23 Jahre	ORDINAL
C101	C101 Alter	3	24-29 Jahre	ORDINAL
C101	C101 Alter	4	30-35 Jahre	ORDINAL
C101	C101 Alter	5	36-41 Jahre	ORDINAL
C101	C101 Alter	6	42-47 Jahre	ORDINAL
C101	C101 Alter	7	48-53 Jahre	ORDINAL
C101	C101 Alter	8	54-59 Jahre	ORDINAL
C101	C101 Alter	9	60-65 Jahre	ORDINAL
C101	C101 Alter	10	>66 Jahre	ORDINAL
C101	C101 Alter	-9	nicht beantwortet	ORDINAL
C102	C102 Geschlecht	1	weiblich	NOMINAL
C102	C102 Geschlecht	2	männlich	NOMINAL
C102	C102 Geschlecht	3	divers	NOMINAL
C102	C102 Geschlecht	-9	nicht beantwortet	NOMINAL
C106	C106 Bildungsabschluss	1	abgeschlossene Ausbildung / examiniert	ORDINAL
C106	C106 Bildungsabschluss	2	Bachelor-Abschluss	ORDINAL
C106	C106 Bildungsabschluss	3	Master-Abschluss	ORDINAL
C106	C106 Bildungsabschluss	4	Diplom-Abschluss	ORDINAL

C106	C106 Bildungsabschluss	5	Promotion	ORDINAL
C106	C106 Bildungsabschluss	6	Professur	ORDINAL
C106	C106 Bildungsabschluss	-9	nicht beantwortet	ORDINAL
C109	C109 Institution: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen			NOMINAL
C109_01	C109 Institution: Praxis	1	nicht gewählt	NOMINAL
C109_01	C109 Institution: Praxis	2	ausgewählt	NOMINAL
C109_02	C109 Institution: Teilstationäres oder stationäres Rehadzentrum	1	nicht gewählt	NOMINAL
C109_02	C109 Institution: Teilstationäres oder stationäres Rehadzentrum	2	ausgewählt	NOMINAL
C109_04	C109 Institution: Frühförderstelle	1	nicht gewählt	NOMINAL
C109_04	C109 Institution: Frühförderstelle	2	ausgewählt	NOMINAL
C109_05	C109 Institution: Krankenhaus	1	nicht gewählt	NOMINAL
C109_05	C109 Institution: Krankenhaus	2	ausgewählt	NOMINAL
C109_06	C109 Institution: Inklusive oder heilpädagogische Bildungseinrichtung	1	nicht gewählt	NOMINAL
C109_06	C109 Institution: Inklusive oder heilpädagogische Bildungseinrichtung	2	ausgewählt	NOMINAL
C109_09	C109 Institution: Berufsfachschule	1	nicht gewählt	NOMINAL
C109_09	C109 Institution: Berufsfachschule	2	ausgewählt	NOMINAL
C109_07	C109 Institution: Hochschule/Universität	1	nicht gewählt	NOMINAL
C109_07	C109 Institution: Hochschule/Universität	2	ausgewählt	NOMINAL
C109_08	C109 Institution: Sonstiges, nämlich ...	1	nicht gewählt	NOMINAL
C109_08	C109 Institution: Sonstiges, nämlich ...	2	ausgewählt	NOMINAL
C109_08a	C109 Institution: Sonstiges, nämlich ... (offene Eingabe)			NOMINAL
C115	C115 Berufsverband : Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen			NOMINAL
C115_01	C115 Berufsverband : Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	1	nicht gewählt	NOMINAL
C115_01	C115 Berufsverband : Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	2	ausgewählt	NOMINAL
C115_02	C115 Berufsverband : Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs)	1	nicht gewählt	NOMINAL
C115_02	C115 Berufsverband : Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs)	2	ausgewählt	NOMINAL
C115_03	C115 Berufsverband : LogoDeutschland (LogoD)	1	nicht gewählt	NOMINAL
C115_03	C115 Berufsverband : LogoDeutschland (LogoD)	2	ausgewählt	NOMINAL
C115_04	C115 Berufsverband : Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (dba)	1	nicht gewählt	NOMINAL
C115_04	C115 Berufsverband : Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (dba)	2	ausgewählt	NOMINAL
C115_05	C115 Berufsverband : Sonstige, nämlich ...	1	nicht gewählt	NOMINAL
C115_05	C115 Berufsverband : Sonstige, nämlich ...	2	ausgewählt	NOMINAL

C115_05a	C115 Berufsverband : Sonstige, nämlich ... (offene Eingabe)			NOMINAL
C115_06	C115 Berufsverband : Keine/r	1	nicht gewählt	NOMINAL
C115_06	C115 Berufsverband : Keine/r	2	ausgewählt	NOMINAL
C111	C111 Berufserfahrung	1	weniger als 1 Jahr	ORDINAL
C111	C111 Berufserfahrung	2	über 1 Jahr aber weniger als 2 Jahre	ORDINAL
C111	C111 Berufserfahrung	3	2-3 Jahre	ORDINAL
C111	C111 Berufserfahrung	4	3-5 Jahre	ORDINAL
C111	C111 Berufserfahrung	5	6-10 Jahre	ORDINAL
C111	C111 Berufserfahrung	6	11-20 Jahre	ORDINAL
C111	C111 Berufserfahrung	7	über 20 Jahre	ORDINAL
C111	C111 Berufserfahrung	-9	nicht beantwortet	ORDINAL
C103	C103 Kinder	1	Ja	NOMINAL
C103	C103 Kinder	2	Nein	NOMINAL
C103	C103 Kinder	-9	nicht beantwortet	NOMINAL
C125	C125 Anzahl Einrichtung	6	0 keine	METRIC
C125	C125 Anzahl Einrichtung	1	1	METRIC
C125	C125 Anzahl Einrichtung	2	2-3	METRIC
C125	C125 Anzahl Einrichtung	3	4-5	METRIC
C125	C125 Anzahl Einrichtung	4	6-10	METRIC
C125	C125 Anzahl Einrichtung	5	>10	METRIC
C125	C125 Anzahl Einrichtung	-9	nicht beantwortet	METRIC
TIME_SUM	Verweildauer gesamt (ohne Ausreißer)			METRIC

Variable	Variablenname	Antwortcodierung	Antwortbeschreibung	Skalenniveau
B105_02_umkodiert	B105 Erziehungsberechtigte: Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel geringer	METRIC
B105_02_umkodiert	B105 Erziehungsberechtigte: Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	geringer	METRIC
B105_02_umkodiert	B105 Erziehungsberechtigte: Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B105_02_umkodiert	B105 Erziehungsberechtigte: Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	höher	METRIC
B105_02_umkodiert	B105 Erziehungsberechtigte: Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel höher	METRIC
B105_02_umkodiert	B105 Erziehungsberechtigte: Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B105_02_umkodiert	B105 Erziehungsberechtigte: Der zeitliche Aufwand der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B105_11_umkodiert	B105 Erziehungsberechtigte: Der finanzielle Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel geringer	METRIC
B105_11_umkodiert	B105 Erziehungsberechtigte: Der finanzielle Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	geringer	METRIC
B105_11_umkodiert	B105 Erziehungsberechtigte: Der finanzielle Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B105_11_umkodiert	B105 Erziehungsberechtigte: Der finanzielle Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	höher	METRIC
B105_11_umkodiert	B105 Erziehungsberechtigte: Der finanzielle Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel höher	METRIC
B105_11_umkodiert	B105 Erziehungsberechtigte: Der finanzielle Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B105_11_umkodiert	B105 Erziehungsberechtigte: Der finanzielle Aufwand (Anfahrt, Unterbrechung der Arbeitszeit etc.) der Erziehungsberechtigten ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B116_01_umkodiert	B116 HMRL Zufriedenheit: Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	5	trifft nicht zu	METRIC
B116_01_umkodiert	B116 HMRL Zufriedenheit: Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	4	trifft eher nicht zu	METRIC
B116_01_umkodiert	B116 HMRL Zufriedenheit: Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	3	unentschieden	METRIC
B116_01_umkodiert	B116 HMRL Zufriedenheit: Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	2	trifft eher zu	METRIC
B116_01_umkodiert	B116 HMRL Zufriedenheit: Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	1	trifft zu	METRIC
B116_01_umkodiert	B116 HMRL Zufriedenheit: Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B116_01_umkodiert	B116 HMRL Zufriedenheit: Die rechtlichen Anordnungen der Heilmittelrichtlinie sind verständlich geschrieben.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B116_04_umkodiert	B116 HMRL Zufriedenheit: Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	5	trifft nicht zu	METRIC

B116_04_umkodiert	B116 HMRL Zufriedenheit: Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	4	trifft eher nicht zu	METRIC
B116_04_umkodiert	B116 HMRL Zufriedenheit: Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	3	unentschieden	METRIC
B116_04_umkodiert	B116 HMRL Zufriedenheit: Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	2	trifft eher zu	METRIC
B116_04_umkodiert	B116 HMRL Zufriedenheit: Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	1	trifft zu	METRIC
B116_04_umkodiert	B116 HMRL Zufriedenheit: Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B116_04_umkodiert	B116 HMRL Zufriedenheit: Eine umfassende Aktualisierung des §11 der Heilmittelrichtlinie ist dringend erforderlich.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B120_01_umkodiert	B120 HMRL Kinder: ... sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	5	stimme nicht zu	METRIC
B120_01_umkodiert	B120 HMRL Kinder: ... sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	4	stimme eher nicht zu	METRIC
B120_01_umkodiert	B120 HMRL Kinder: ... sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	3	unentschieden	METRIC
B120_01_umkodiert	B120 HMRL Kinder: ... sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	2	stimme eher zu	METRIC
B120_01_umkodiert	B120 HMRL Kinder: ... sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	1	stimme zu	METRIC
B120_01_umkodiert	B120 HMRL Kinder: ... sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B120_01_umkodiert	B120 HMRL Kinder: ... sollte weiterhin nur für I-Kinder und I-Jugendliche mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen möglich sein.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B120_03_umkodiert	B120 HMRL Kinder: ... sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	5	stimme nicht zu	METRIC
B120_03_umkodiert	B120 HMRL Kinder: ... sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	4	stimme eher nicht zu	METRIC
B120_03_umkodiert	B120 HMRL Kinder: ... sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	3	unentschieden	METRIC
B120_03_umkodiert	B120 HMRL Kinder: ... sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	2	stimme eher zu	METRIC
B120_03_umkodiert	B120 HMRL Kinder: ... sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	1	stimme zu	METRIC
B120_03_umkodiert	B120 HMRL Kinder: ... sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B120_03_umkodiert	B120 HMRL Kinder: ... sollte keinem Kind oder Jugendlichen möglich sein.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B137_01_umkodiert	B137 HMRL Finanzierung : Der interprofessionelle Austausch sollte innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen.	5	stimme nicht zu	METRIC
B137_01_umkodiert	B137 HMRL Finanzierung : Der interprofessionelle Austausch sollte innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen.	4	stimme eher nicht zu	METRIC
B137_01_umkodiert	B137 HMRL Finanzierung : Der interprofessionelle Austausch sollte innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen.	3	unentschieden	METRIC

B137_01_umkodiert	B137 HMRL Finanzierung : Der interprofessionelle Austausch sollte innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen.	2	stimme eher zu	METRIC
B137_01_umkodiert	B137 HMRL Finanzierung : Der interprofessionelle Austausch sollte innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen.	1	stimme zu	METRIC
B137_01_umkodiert	B137 HMRL Finanzierung : Der interprofessionelle Austausch sollte innerhalb der verordneten Therapiezeit erfolgen.	-9	nicht beantwortet	METRIC
B103_04_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel geringer	METRIC
B103_04_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	geringer	METRIC
B103_04_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B103_04_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	höher	METRIC
B103_04_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel höher	METRIC
B103_04_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B103_04_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der allgemeine Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B103_10_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel geringer	METRIC
B103_10_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	geringer	METRIC
B103_10_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B103_10_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	höher	METRIC
B103_10_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel höher	METRIC
B103_10_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B103_10_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der zeitliche Aufwand für Therapeut*innen ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B103_07_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel geringer	METRIC
B103_07_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	geringer	METRIC
B103_07_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B103_07_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	höher	METRIC
B103_07_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel höher	METRIC
B103_07_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC

B103_07_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, um sich mit Erziehungsberechtigten auszutauschen, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B103_09_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel geringer	METRIC
B103_09_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	geringer	METRIC
B103_09_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B103_09_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	höher	METRIC
B103_09_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel höher	METRIC
B103_09_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B103_09_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand für interprofessionellen Austausch ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
B103_08_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	5	viel geringer	METRIC
B103_08_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	4	geringer	METRIC
B103_08_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	3	gleich	METRIC
B103_08_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	2	höher	METRIC
B103_08_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	1	viel höher	METRIC
B103_08_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-1	kann ich nicht beurteilen	METRIC
B103_08_umkodiert	B103 Therapeut*in: Der Aufwand, die Räumlichkeit für die Therapie herzurichten, ist bei Therapien in Einrichtungen ...	-9	nicht beantwortet	METRIC
C103_umkodiert_Kinder	C103 Kinder	2	Ja	NOMINAL
C103_umkodiert_Kinder	C103 Kinder	1	Nein	NOMINAL
C103_umkodiert_Kinder	C103 Kinder	-9	nicht beantwortet	NOMINAL
C125_umkodiert	C125 Anzahl Einrichtung	0	0 keine	METRIC
C125_umkodiert	C125 Anzahl Einrichtung	1	1	METRIC
C125_umkodiert	C125 Anzahl Einrichtung	2	2-3	METRIC
C125_umkodiert	C125 Anzahl Einrichtung	3	4-5	METRIC
C125_umkodiert	C125 Anzahl Einrichtung	4	6-10	METRIC
C125_umkodiert	C125 Anzahl Einrichtung	5	>10	METRIC
C125_umkodiert	C125 Anzahl Einrichtung	-9	nicht beantwortet	METRIC
C117_umkodiert	C117 Erfahrung Einrichtung Skala	0	keine Erfahrung	METRIC

C117_umkodiert	C117 Erfahrung Einrichtung Skala	1	sehr gering	METRIC
C117_umkodiert	C117 Erfahrung Einrichtung Skala	2	gering	METRIC
C117_umkodiert	C117 Erfahrung Einrichtung Skala	3	neutral	METRIC
C117_umkodiert	C117 Erfahrung Einrichtung Skala	4	hoch	METRIC
C117_umkodiert	C117 Erfahrung Einrichtung Skala	5	sehr hoch	METRIC
C117_umkodiert	C117 Erfahrung Einrichtung Skala	-9	nicht beantwortet	METRIC

Variable/Variablenname	Antwortcodierung	Antwortbeschriftung	Skalenniveau
Fachwissen	1,0-1,9	sehr gering	ORDINAL
Fachwissen	2,0-2,9	gering	ORDINAL
Fachwissen	3,0	mittel	ORDINAL
Fachwissen	3,1-4,0	hoch	ORDINAL
Fachwissen	4,1-5,0	sehr hoch	ORDINAL
Gruppierung_Fachwissen	2	Fachwissen vorhanden	NOMINAL
Gruppierung_Fachwissen	1	Fachwissen nicht vorhanden	NOMINAL
Unzufriedenheit	1,0-1,9	sehr hoch	ORDINAL
Unzufriedenheit	2,0-2,9	hoch	ORDINAL
Unzufriedenheit	3,0	mittel	ORDINAL
Unzufriedenheit	3,1-4,0	gering	ORDINAL
Unzufriedenheit	4,1-5,0	sehr gering	ORDINAL
Gruppierung_Unzufriedenheit	2	Unzufriedenheit vorhanden	NOMINAL
Gruppierung_Unzufriedenheit	1	Unzufriedenheit nicht vorhanden	NOMINAL
Berufsverband	2	Mitglied	NOMINAL
Berufsverband	1	Kein Mitglied	NOMINAL
Gewünschte_Ausdehnung	1,0-1,9	sehr gering	ORDINAL
Gewünschte_Ausdehnung	2,0-2,9	gering	ORDINAL
Gewünschte_Ausdehnung	3,0	mittel	ORDINAL
Gewünschte_Ausdehnung	3,1-4,0	hoch	ORDINAL
Gewünschte_Ausdehnung	4,1-5,0	sehr hoch	ORDINAL
Gruppierung_Ausdehnung	2	Ausdehnung gewünscht	NOMINAL
Gruppierung_Ausdehnung	1	Ausdehnung nicht gewünscht	
Entlastung	1	sehr gering	ORDINAL
Entlastung	2	gering	ORDINAL
Entlastung	3	mittel	ORDINAL
Entlastung	4	hoch	ORDINAL
Entlastung	5	sehr hoch	ORDINAL
Gruppierung_Entlastung	2	Entlastung wahrgenommen	NOMINAL
Gruppierung_Entlastung	1	Keine Entlastung wahrgenommen	NOMINAL
Erfahrung	0-0,8	kaum wahrnehmbar	ORDINAL
Erfahrung	0,9-1,7	sehr gering	ORDINAL
Erfahrung	1,8-2,6	gering	ORDINAL
Erfahrung	2,7-3,2	mittel	ORDINAL
Erfahrung	3,3-4,1	hoch	ORDINAL

Erfahrung	4,2-5,0	sehr hoch	ORDINAL
Gruppierung_Erfahrung	0	Keine Erfahrung	ORDINAL
Gruppierung_Erfahrung	1	Sehr gering	ORDINAL
Gruppierung_Erfahrung	2	gering	ORDINAL
Gruppierung_Erfahrung	3	mittel	ORDINAL
Gruppierung_Erfahrung	4	hoch	ORDINAL
Gruppierung_Erfahrung	5	Sehr hoch	ORDINAL
Therapeutischer_Mehrwert	1,0-1,9	sehr gering	ORDINAL
Therapeutischer_Mehrwert	2,0-2,9	gering	ORDINAL
Therapeutischer_Mehrwert	3,0	mittel	ORDINAL
Therapeutischer_Mehrwert	3,1-4,0	hoch	ORDINAL
Therapeutischer_Mehrwert	4,1-5,0	sehr hoch	ORDINAL
Gruppierung_Therapeutischer Mehrwert	2	Mehrwert wahrgenommen	NOMINAL
Gruppierung_Therapeutischer Mehrwert	1	Kein Mehrwert wahrgenommen	NOMINAL
Interprofessioneller_Stellenwert	1,0-1,9	sehr gering	ORDINAL
Interprofessioneller_Stellenwert	2,0-2,9	gering	ORDINAL
Interprofessioneller_Stellenwert	3,0	mittel	ORDINAL
Interprofessioneller_Stellenwert	3,1-4,0	hoch	ORDINAL
Interprofessioneller_Stellenwert	4,1-5,0	sehr hoch	ORDINAL
Gruppierung_Stellenwert	1	sehr gering	ORDINAL
Gruppierung_Stellenwert	2	gering	ORDINAL
Gruppierung_Stellenwert	3	mittel	ORDINAL
Gruppierung_Stellenwert	4	hoch	ORDINAL
Gruppierung_Stellenwert	5	sehr hoch	ORDINAL
Interprofessioneller_Mehrwert	1,0-1,9	sehr gering	ORDINAL
Interprofessioneller_Mehrwert	2,0-2,9	gering	ORDINAL
Interprofessioneller_Mehrwert	3,0	mittel	ORDINAL
Interprofessioneller_Mehrwert	3,1-4,0	hoch	ORDINAL
Interprofessioneller_Mehrwert	4,1-5,0	sehr hoch	ORDINAL
Gruppierung_interprofessioneller Mehrwert	2	Mehrwert wahrgenommen	NOMINAL
Gruppierung_interprofessioneller Mehrwert	1	Kein Mehrwert wahrgenommen	NOMINAL
Mehrwert_Patienten	1,0-1,90	sehr gering	ORDINAL
Mehrwert_Patienten	1,91-2,81	gering	ORDINAL
Mehrwert_Patienten	2,82-3,18	mittel	ORDINAL
Mehrwert_Patienten	3,19-4,09	hoch	ORDINAL
Mehrwert_Patienten	4,10-5,00	sehr hoch	ORDINAL

Gruppierung_Mehrwert_Patienten	2	Mehrwert wahrgenommen	NOMINAL
Gruppierung_Mehrwert_Patienten	1	Kein Mehrwert wahrgenommen	NOMINAL

Anhang 7: Post-hoc-Tests der Hypothese 10

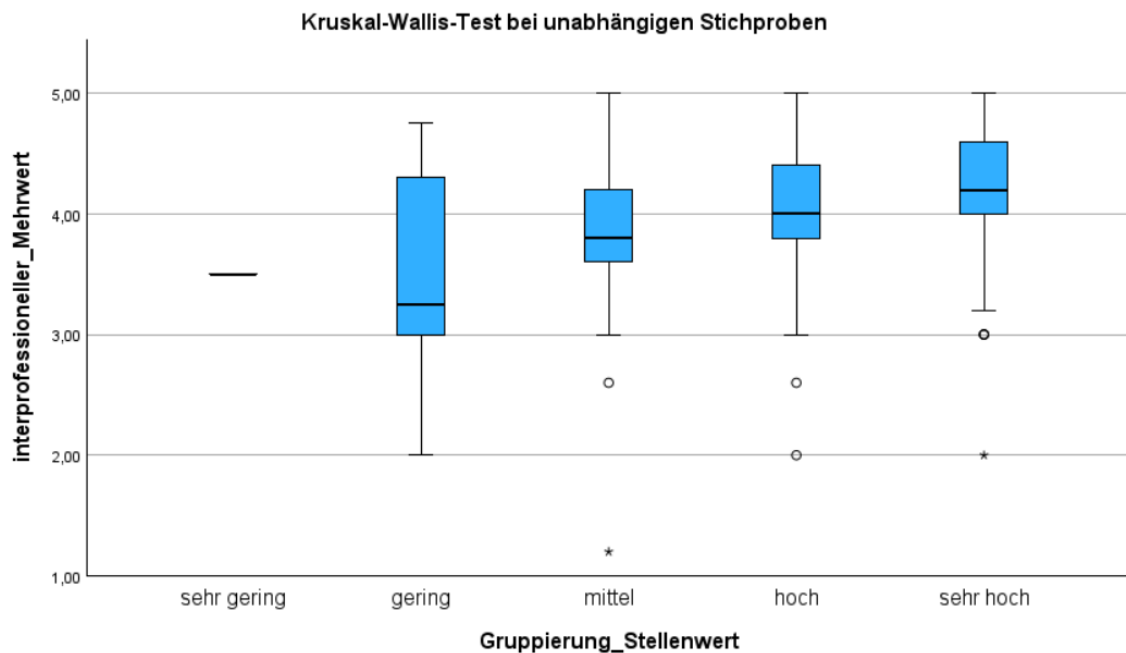
Paarweise Vergleiche von Gruppierung_Stellenwert

Sample 1-Sample 2	Teststatistik	Std.-Fehler	Standardteststatistik	Sig.	Anp. Sig. ^a
1 sehr gering-2 gering	-67,643	96,496	-,701	,483	1,000
1 sehr gering-3 mittel	-85,203	91,475	-,931	,352	1,000
1 sehr gering-4 hoch	-110,853	90,613	-1,223	,221	1,000
1 sehr gering-5 sehr hoch	-147,652	90,583	-1,630	,103	1,000
2 gering-3 mittel	-17,560	37,204	-,472	,637	1,000
2 gering-4 hoch	-43,210	35,030	-1,234	,217	1,000
2 gering-5 sehr hoch	-80,010	34,953	-2,289	,022	,221
3 mittel-4 hoch	-25,650	16,833	-1,524	,128	1,000
3 mittel-5 sehr hoch	-62,450	16,673	-3,746	<,001	,002
4 hoch-5 sehr hoch	-36,800	10,997	-3,346	<,001	,008

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (2-seitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,050.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.



Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, ganz oder in Teilen noch nicht als Prüfungsleistung vorgelegt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Wörtliche oder sinngemäße Zitate sind als solche gekennzeichnet.

Die Prüfungsleistung kann mittels geeigneter Plagiatserkennungssoftware auf möglicherweise nicht kenntlich gemachte übernommene Textpassagen oder sonstige Quellen überprüft werden.

Koborn-Gondorf, 06.07.2023

Vanessa Rehfisch

Vanessa Rehfisch