

# **Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Ärzten**

Evaluation der Ursachen von Problemen  
in der Umsetzung der Interdisziplinarität

- Hinsichtlich der praktischen Vorgehensweise in Bayern -

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität  
München

vorgelegt von  
**Martina Osswald**

März 2008

Referent: Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt

Koreferent: Prof. Dr. Franz Peterander

Tag der mündlichen Prüfung: 25.06.2008

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Die momentane Situation und die damit verbundenen Probleme.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Begründung des Forschungsinteresses.....</b>	<b>11</b>
<b>2 Das Thema der Interdisziplinarität.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Allgemeine Begriffsbestimmung der Interdisziplinarität.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Begriffe, die im Zusammenhang mit der Interdisziplinarität stehen.....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 Warum die Wissenschaft Interdisziplinarität benötigt.....</b>	<b>17</b>
<b>2.4 Interdisziplinarität - eine Darstellung des Individuums.....</b>	<b>19</b>
<b>2.5 Die Interdisziplinarität im therapeutisch-medizinischen Bereich.....</b>	<b>20</b>
2.5.1 Interdisziplinarität in der Medizin.....	21
2.5.2 Interdisziplinarität in der Sprachtherapie.....	24
<b>2.6 Probleme und Chancen .....</b>	<b>26</b>
2.6.1 Probleme eines interdisziplinären Vorgehens.....	26
2.6.2 Chancen eines interdisziplinären Vorgehens.....	29
<b>2.7 Einordnung der durchgeführten Umfrage in das Handlungsfeld der Interdisziplinarität.....</b>	<b>31</b>
<b>2.8 Fazit.....</b>	<b>33</b>
<b>3 Die endogenen Einflussfaktoren in der sprachtherapeutisch-medizinischen Interdisziplinarität.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1 Der medizinische Bereich mit Bedeutung für den sprachtherapeutischen Kontext.....</b>	<b>36</b>
3.1.1 Grundausbildung der Ärzte.....	37
3.1.2 Weiterbildung zum Facharzt.....	40
3.1.2.1 Gebiet Innere und Allgemeinmedizin.....	41
3.1.2.2 Gebiet Kinder- und Jugendmedizin.....	43
3.1.2.3 Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.....	47

3.1.2.4 Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.....	53
3.1.3 Das Menschenbild in der Medizin.....	54
3.1.4 Fazit.....	57
<b>3.2 Der sprachtherapeutische Bereich .....</b>	<b>60</b>
3.2.1 Sprachtherapeutische Berufsgruppen.....	60
3.2.2 Der historische Kontext.....	62
3.2.2.1 Die gemeinsamen Wurzeln von Logopädie und Sprachheilpädagogik .....	62
3.2.2.2 Die Entwicklung der Sprachheilpädagogik.....	64
3.2.2.3 Die Entwicklung der Logopädie .....	70
3.2.2.4 Fazit.....	73
3.2.3 Die Ausbildung in der Sprachtherapie .....	74
3.2.3.1 Die Sprachheilpädagogik.....	74
3.2.3.1.1 Studienstätten .....	74
3.2.3.1.2 Ausbildungsinhalt.....	76
3.2.3.1.2.1 Magister in Sonderpädagogik an der LMU in München.....	77
3.2.3.1.2.2 Der Abschluss des Bachelors in der Sprachtherapie.....	80
3.2.3.1.2.3 Exkurs Bachelor.....	80
3.2.3.1.2.4 Der Bachelor in Sprachtherapie an der Universität in München.....	81
3.2.3.1.3 Fazit: Die Notwendigkeit einer Vereinheitlichung .....	82
3.2.3.1.4 Exkurs Sprachheilpädagogik - Sprachbehindertenpädagogik.....	84
3.2.3.2 Die Logopädie.....	85
3.2.3.2.1 Die Ausbildungsstätten.....	85
3.2.3.2.2 Der Ausbildungsinhalt.....	86
3.2.3.2.3 Fazit.....	88
3.2.4 Zum Menschenbild in der Sprachtherapie.....	90
3.2.4.1 Das ganzheitlich-dynamische Menschenbild in der Sprachheilpädagogik.....	91
3.2.4.2 Das mechanistisch-statische Menschenbild in der Logopädie.....	92
3.2.4.3 Zusammenfassende Überlegungen zum Menschenbild.....	93
<b>3.3 Die Bedeutung der endogenen Einflussfaktoren für die hier durchgeführte Untersuchung .....</b>	<b>94</b>
<b>4 Die exogenen Einflussfaktoren in der sprachtherapeutisch-medizinischen Interdisziplinarität.....</b>	<b>96</b>
<b>4.1 Das System der gesetzlichen Krankenversicherung.....</b>	<b>97</b>
4.1.1 Geschichtliche Entwicklung der GKV.....	97

4.1.2 Die gesetzlichen Krankenkassen.....	99
4.1.3 Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) .....	101
4.1.4 Der Vertragsarzt und sein Abrechnungsmodell.....	102
4.1.5 Die Abrechnung in der Sprachtherapie.....	103
4.1.6 Fazit.....	104
<b>4.2 Das Budget der Kassenärzte und dessen Entwicklung .....</b>	<b>105</b>
4.2.1 Gesetzliche Grundlagen.....	105
4.2.2 Das ärztliche Budget sprachtherapeutischer Untersuchungen.....	107
4.2.3 Das ärztliche Budget für Heilmittel.....	109
4.2.3.1 Die gesetzlichen Richtlinien des Heilmittelbudgets.....	109
4.2.3.2 Der Heilmittelbericht.....	111
4.2.3.3 Das Heilmittelbudget in Bayern.....	112
4.2.4 Die Auswirkungen der gesetzlichen Vorgaben auf das Budget.....	115
4.2.5 Fazit.....	117
<b>4.3 Die Heilmittel-Richtlinien.....</b>	<b>119</b>
4.3.1 Der Heilmittelkatalog.....	121
4.3.2 Die Heilmittelverordnung.....	124
4.3.3 Fazit.....	128
<b>4.4 Die Schweigepflicht.....</b>	<b>129</b>
<b>4.5 Die Bedeutung der exogenen Einflussfaktoren für die hier durchgeführte Untersuchung .....</b>	<b>131</b>
<b>5 Die direkten Einflussfaktoren in der sprachtherapeutisch-medizinischen Interdisziplinarität.....</b>	
<b>5.1 Die Hörtests .....</b>	<b>133</b>
<b>5.2. Diagnostik.....</b>	<b>134</b>
5.2.1 Informelle und standardisierte Diagnostikverfahren.....	135
5.2.2 Diagnostikverfahren in der Praxis.....	136
<b>5.3 Berichte.....</b>	<b>147</b>
<b>5.4 Die Bedeutung der direkten Einflussfaktoren für die hier durchgeführte Untersuchung .....</b>	<b>149</b>

---

<b>6 Die Bedeutung der Einflussfaktoren für die Untersuchung.....</b>	<b>150</b>
---	------------

<b>7 Untersuchung.....</b>	<b>152</b>
----------------------------	------------

<b>7.1 Aufbau der Untersuchung.....</b>	<b>152</b>
---	------------

<b>7.2 Begründung und Aufbau des Untersuchungsdesigns.....</b>	<b>153</b>
--	------------

<b>7.3 Ableitung der Fragen aus der Theorie.....</b>	<b>154</b>
--	------------

7.3.1 Endogene Einflussfaktoren.....	154
--------------------------------------	-----

7.3.2 Exogene Einflussfaktoren.....	156
-------------------------------------	-----

7.3.3 Direkte Einflussfaktoren.....	157
-------------------------------------	-----

7.3.4 Themenübergreifende Zuordnung.....	159
--	-----

<b>7.4 Forschungsmethode.....</b>	<b>159</b>
-----------------------------------	------------

<b>7.5 Datenanalyse.....</b>	<b>160</b>
------------------------------	------------

7.5.1 Univariate Analysen.....	160
--------------------------------	-----

7.5.1.1 Häufigkeiten.....	160
---------------------------	-----

7.5.1.2 Binomial-Test.....	161
----------------------------	-----

7.5.2 Bivariate Analysen.....	161
-------------------------------	-----

7.5.2.1 Kreuztabellen mit Chi Quadrat und Phi-Koeffizienten.....	162
--	-----

7.5.2.2 Korrelationen.....	162
----------------------------	-----

7.5.2.3 U-Test nach Mann und Whitney .....	163
--	-----

7.5.2.4 H-Test nach Kruskal und Wallis.....	163
---	-----

7.5.2.5 Faktorenanalyse.....	163
------------------------------	-----

7.5.2.6 Scorebildung.....	164
---------------------------	-----

7.5.2.7 Varianzanalyse.....	164
-----------------------------	-----

<b>8 Hypothesen.....</b>	<b>165</b>
--------------------------	------------

<b>8.1 Hypothesen zur Gesamtgruppe Sprachtherapeuten.....</b>	<b>165</b>
---	------------

<b>8.2 Hypothesen zum Gruppenvergleich Sprachheilpädagogen – Logopäden.....</b>	<b>165</b>
---	------------

<b>8.3 Hypothesen zum Gruppenvergleich Kinderärzte - Sprachtherapeuten.....</b>	<b>166</b>
---	------------

<b>9 Auswertung.....</b>	<b>168</b>
--------------------------	------------

<b>9.1 Auswertung der Gesamtgruppe Sprachtherapeuten.....</b>	<b>168</b>
---	------------

9.1.1 Darstellung der demografischen Daten.....	168
---	-----

---

9.1.2 Zusammenfassung von Variablen mittels Faktorenanalyse.....	173
9.1.2.1 Faktorenanalyse.....	174
9.1.2.2 Einteilung der Variablen .....	177
9.1.2.3 Interpretation der Faktoren.....	178
9.1.3 Darstellung der Antwortverteilungen.....	180
H1: Sprachtherapeuten sind mit der Zusammenarbeit mit Ärzten nicht zufrieden.....	180
H2: Sprachtherapeuten bewerten die endogenen Einflussfaktoren negativ.....	182
H3: Sprachtherapeuten fühlen sich durch die exogenen Einflussfaktoren eingeschränkt .....	193
H4: Sprachtherapeuten bewerten die direkten Einflussfaktoren negativ.....	204
9.1.4 Darstellung der Zusammenhänge.....	218
H 5: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der endogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit.....	218
H 6: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der exogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit.....	220
H 7: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der direkten Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit.....	222
9.1.4.1 Signifikante Zusammenhänge einzelner Variablen in der Gesamtgruppe.....	225
9.1.4.2 Nicht signifikante Zusammenhänge in der Gesamtgruppe.....	227
<b>9.2 Auswertung Gruppenvergleich Sprachheilpädagogen - Logopäden.....</b>	<b>229</b>
9.2.1 Darstellung der demografischen Daten .....	229
9.2.2 Antwortverteilung der Berufsgruppen.....	233
H 8: Logopäden sind mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufriedener als Sprachheilpädagogen.....	234
H 9: Die Bewertung der endogenen Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachheilpädagogen und Logopäden signifikant.....	237
H 10: Die Bewertung der exogenen Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachheilpädagogen und Logopäden signifikant.....	238
H 11: Die Bewertung der direkten Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachheilpädagogen und Logopäden signifikant.....	240
9.2.3 Darstellung der Zusammenhänge zwischen den Gruppen.....	244
9.2.3.1 Zusammenhänge mit der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit.....	244
H 12: Der Zusammenhang hinsichtlich der endogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Sprachheilpädagogen und Logopäden.....	244

H 13: Der Zusammenhang hinsichtlich der exogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Sprachheilpädagogen und Logopäden.....	246
H 14: Der Zusammenhang hinsichtlich der direkten Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Sprachheilpädagogen und Logopäden.....	248
9.2.3.2 Zusammenhänge in den Gruppen.....	250
<b>9.3 Auswertung Gruppenvergleich Kinderärzte - Sprachtherapeuten.....</b>	<b>253</b>
9.3.1 Deskriptive Darstellung der Daten.....	255
9.3.2 Darstellung der Mittelwerte.....	256
H 15: Kinderärzte sind mit der Zusammenarbeit signifikant zufriedener als Sprachtherapeuten.....	256
H 16: Die Bewertung der endogenen Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachtherapeuten und Kinderärzten signifikant.....	259
H 17: Die Bewertung der exogenen Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachtherapeuten und Kinderärzten signifikant.....	262
H 18: Die Bewertung der direkten Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachtherapeuten und Kinderärzten signifikant.....	268
9.3.3 Darstellung der Zusammenhänge zwischen den Berufen.....	274
9.3.3.1 Zusammenhänge mit der Zufriedenheit in der Zusammenarbeit.....	274
H 19: Der Zusammenhang hinsichtlich der endogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Kinderärzten und Sprachtherapeuten.....	274
H 20: Der Zusammenhang hinsichtlich der exogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Kinderärzten und Sprachtherapeuten.....	276
H 21: Der Zusammenhang hinsichtlich der direkten Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Kinderärzten und Sprachtherapeuten.....	277
9.3.3.2 Zusammenhänge in den Berufsgruppen.....	279
<b>9.4 Vergleich der Antworten von Kinderärzten, Sprachheilpädagogen und Logopäden.....</b>	<b>280</b>
9.4.1 Vergleich der Mittelwerte.....	280
9.4.2 Vergleich der Zusammenhänge.....	287
<b>9.5 Qualitative Auswertung.....</b>	<b>289</b>

---

<b>9.6 Zusammenfassung der Ergebnisse.....</b>	<b>290</b>
<b>10 Interpretation.....</b>	<b>303</b>
<b>10.1 Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit.....</b>	<b>303</b>
<b>10.2 Interpretation der endogenen Einflussfaktoren.....</b>	<b>305</b>
10.2.1 Einfluss der Aus- und Weiterbildung der Ärzte.....	306
10.2.2 Einfluss der Ausbildung von Sprachtherapeuten.....	310
<b>10.3 Interpretation der exogenen Einflussfaktoren.....</b>	<b>315</b>
<b>10.4 Interpretation der direkten Einflussfaktoren.....</b>	<b>321</b>
<b>10.5 Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Logopäden, Sprachheilpädagogen     und Kinderärzten.....</b>	<b>325</b>
10.5.1 Sprachtherapeuten und Kinderärzte.....	325
10.5.2 Sprachheilpädagogen, Logopäden, Kinderärzte.....	328
<b>10.6 Interpretation der Vorschläge zur Zusammenarbeit.....</b>	<b>330</b>
<b>11 Fazit.....</b>	<b>332</b>
<b>12 Ausblick.....</b>	<b>335</b>
<b>13 Literaturverzeichnis.....</b>	<b>338</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>349</b>

# 1 Einleitung

## 1.1 Die momentane Situation und die damit verbundenen Probleme

In der Sprachtherapie steht der in seiner Sprache beeinträchtigte Mensch im Mittelpunkt. Um die Kommunikationsfähigkeit wieder herzustellen beschäftigen sich mehrere Disziplinen mit dem Thema der Sprachstörungen.

Die Therapie an sich wird durch den Sprachtherapeuten vorgenommen, wobei die Sprachheilpädagogik<sup>1</sup> und die Logopädie die beiden größten Disziplinen in diesem Umfeld darstellen.

Der Weg des Patienten zum Therapeuten führt über den Arzt, womit die Medizin eine weitere große Disziplin in diesem Rahmen darstellt.

Die Sprachtherapie und die Medizin stellen damit zwei Fachdisziplinen dar, die sich miteinander mit einem Thema beschäftigen.

Jede der Disziplinen hat sich dabei auf ihr Gebiet spezialisiert und wird damit zum Experten in ihrem Fach.

Um eine effektive und sinnvolle Sprachtherapie durchführen zu können ist es daher notwendig, dass die beiden Fachgebiete bestmöglich zusammenarbeiten.

Hierbei können jedoch eine Reihe von Problemen auftauchen.

Traditionell wurde der Sprachheilpädagogik ein pädagogisches Grundverständnis zugeschrieben und die Therapie sah man durch ein ganzheitliches Vorgehen geprägt an, während man der Medizin traditionell eher ein defizitorientiertes Verständnis zu Grunde legte, das die Krankheit an sich isoliert betrachtete.

Die Logopädie, die sich aus der Medizin entwickelt hat und noch ein medizinisches Grundverständnis besitzt, orientiert sich dabei eher an der medizinischen Vorgehensweise.

---

<sup>1</sup>In der vorliegenden Arbeit wird auf die Verwendung der weiblichen Form bei Berufsbezeichnungen verzichtet. Gemeint sind immer weibliche und männliche Personen. Des Weiteren werden unter dem Begriff „Sprachtherapeuten“ die im sprachtherapeutischen Handlungsfeld tätigen Berufe zusammengefasst. Speziell sind hier Sprachheilpädagogen und Logopäden gemeint. Der Begriff Sprachheilpädagoge wird synonym mit dem Begriff Sprachbehindertenpädagoge verwendet.

Auch die Bezeichnung „Sprachtherapie“ wird hier allgemein verwendet für „Sprach-, Sprech- und Stimmtherapien“ (analog für Sprachstörung). Falls eine anderweitige Darstellung in der Arbeit notwendig ist, wird dies gesondert genannt.

Zur Vereinheitlichung wird nachfolgend die Bezeichnung Patient gewählt, gleichbedeutend mit Klient.

Durch diese unterschiedlich geprägten Menschenbilder entstehen Reibungspunkte, die in der Praxis zu Unverständnis und Problemen führen können.

Obwohl sich die Disziplinen primär mit dem sprachbeeinträchtigten Menschen beschäftigen gibt es noch einen weiteren Faktor, der hier eine große Rolle spielt: Die gesetzlichen Krankenkassen.

Da die Therapien von den Krankenkassen bezahlt werden, haben diese die Möglichkeit, Gesetze und Richtlinien aufzustellen, die nach ihren Maßstäben eine Sprachtherapie regeln. Durch diese Vorgaben werden wiederum die Ärzte und die Sprachtherapeuten in ihrem Handeln beeinflusst und eingeschränkt.

Um in diesem Trias Arzt-Sprachtherapeut-Krankenkassen miteinander arbeiten zu können, ist eine Interdisziplinarität unumgänglich.

Ohne Interdisziplinarität besteht die Gefahr, dass eine einseitige Sichtweise vertreten wird und jede Disziplin bei ihrem Fachwissen bleibt. Dies würde dazu führen, dass die Konsequenzen daraus der Patient tragen muss.

Eine Kommunikation der einzelnen Disziplinen muss zum Wohle des Patienten bestmöglich statt finden.

## **1.2 Begründung des Forschungsinteresses**

Eine erfolgreiche Interdisziplinarität erscheint aufgrund dieser Konstellationen schwierig durchführbar zu sein.

Aus der persönlichen Erfahrung während der praktischen Tätigkeit hat sich immer wieder gezeigt, dass Unzufriedenheit bei der Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Ärzten aufgekommen ist. Eine Interdisziplinarität im eigentlichen Sinne war oftmals nicht vorhanden. In der Praxis scheint vermehrt ein Nebeneinander zu existieren, das sich auf einen nur notwendigen Kontakt beschränkt.

Die Handlungen und Angaben des Arztes erscheinen dem Therapeuten oft unverständlich und nicht nachvollziehbar.

Hieraus hat sich ein Grund für die Durchführung dieser Untersuchung ergeben. Es soll durch diese Arbeit herausgefunden werden, wo die Probleme in der Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Ärzten liegen. Durch das Aufzeigen der Problembereiche ist es dann möglich Ansatzpunkte zu finden, die sich verbessern lassen und damit eine bessere Interdisziplinarität ermöglichen.

Es soll dargestellt werden, inwieweit die Einstellungen des Arztes oder des Therapeuten für Handlungen verantwortlich sind und inwieweit es durch Richtlinien und Gesetze zur Unzufriedenheit kommt.

Ein weiterer Grund für die Durchführung dieser Arbeit ist eine vorausgegangene Untersuchung bei der die Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Ärzten aus Sicht der Ärzte, speziell Kinderärzte, untersucht wurde.

Mit dieser Arbeit soll die Sicht der Sprachtherapeuten dargestellt werden und dann beide Sichtweisen miteinander verglichen werden, um sehen zu können, welche Zusammenhänge es in der Einstellung zur Zusammenarbeit gibt und welche Unterschiede.

Die Arbeit positioniert sich damit thematisch in ein Gebiet, das noch relativ unerforscht ist. Es wird in der Theorie zwar immer wieder auf die Interdisziplinarität hingewiesen, Untersuchungen dazu wurden aber immer auf Teilbereiche bezogen, wie z.B. auf ein Diagnostikmittel oder ein spezielles Störungsbild. Eine grundlegende Untersuchung in der die Bereiche der Zusammenarbeit direkt abgefragt werden, gibt es bislang nicht.

Des Weiteren positioniert sich die Arbeit zeitlich in einen Rahmen, der von vorausgegangenen Veränderungen geprägt ist.

Reformen und Gesetzesänderungen im Gesundheitswesen wurden in den letzten Jahren durchgeführt und haben damit die Sichtweisen der Disziplinen mit beeinflusst.

Die Arbeit bietet somit die Möglichkeit die derzeitige, grundlegende Situation im Bereich der Interdisziplinarität im sprachtherapeutischen Alltag aufzuzeigen.

## 2 Das Thema der Interdisziplinarität

„*Es ist nicht Vermehrung, sondern Verunstaltung der Wissenschaften, wenn man ihre Grenzen ineinander laufen lässt*“ war noch Kants Meinung in seiner Vorrede zur zweiten Auflage der Kritik der reinen Vernunft aus dem Jahr 1787 (Kant 1968, S.8).

Heute scheint sich diese Aussage Kants nicht nur widerlegt, sondern sogar ins Gegenteil verkehrt zu haben. Der Ruf nach immer mehr Interdisziplinarität wird lauter. Nicht zuletzt um die steigende „Informationsexplosion“ weiterhin rezeptiv oder produktiv verarbeiten zu können. Ansonsten scheint nur noch die Möglichkeit zu bestehen von vielem wenig oder Ungenauem zu wissen oder von wenigem dafür aber Genauem in Erfahrung bringen zu können (Heid 1983).

Auch heute noch wird immer wieder der Verlust der Einheit der Wissenschaft beklagt, andererseits wird sie aber auch als Ausdruck wissenschaftlichen Fortschritts und einer Bereicherung menschlichen Wissens angesehen (Heid 1983).

Ob die Interdisziplinarität nun einen Verlust oder einen Gewinn für die Wissenschaft darstellt, ist wohl häufig auch eine subjektive Meinung und variiert je nach Betrachter oder nach Thema. Ziel dieser Arbeit ist es die subjektive Meinung in der Interdisziplinarität zwischen der Medizin und der Sprachtherapie herauszufinden.

### 2.1 Allgemeine Begriffsbestimmung der Interdisziplinarität

Noch vor der Darstellung, wie die Interdisziplinarität in den einzelnen Fachwissenschaften - der Sprachtherapie und Medizin - eingesetzt wird, bzw. wie diese unterschiedlichen Wissenschaften mit diesem Thema umgehen, muss die Frage geklärt werden, was man unter dem Begriff der Interdisziplinarität versteht.

Der Begriff der Interdisziplinarität wird lt. Klein (1990) erstmals Mitte der 20er Jahre von Sozialwissenschaftlern in New York verwendet. In Deutschland spricht man dagegen erstmals in den 60er/70ern im Zuge der Reformdebatten davon (Holzhey 1976).

*„Unter Interdisziplinarität versteht man die Eigenschaft einer Wissenschaft, Ansätze, Denkweisen oder zumindest die Methoden einer anderen Fachrichtung zu nutzen.“ (Wikipedia 2003a).*

*„Eine interdisziplinäre Arbeitsweise oder Forschung umfasst mehrere voneinander unabhängige Fachgebiete, die einer meist wissenschaftlichen Fragestellung mit ihren jeweiligen Methoden nachgehen. Es spielt hierbei eine untergeordnete Rolle, ob diese Fachgebiete selbst interdisziplinäre Ansätze verfolgen oder ob sich diese Ansätze erst durch eine Kombination dieser Fachgebiete ergeben.“ (Wikipedia 2003a).*

Diese doch zunächst einfache und klare Definition auf Grundlage einer freien Enzyklopädie ist zu hinterfragen, da es lt. Käbisch (2001), bereits bei der Definition selbst Schwierigkeiten geben kann. Dies beginnt mit der unterschiedlichen Bedeutung des Begriffes „Disziplin“.

Unter dem lateinischen Ursprung des Wortes „disciplina“ findet man diverse Übersetzungen, wie „Unterricht“, „Bildung“, „Sitte“, „Gewohnheit“ bis hin zu den Begriffen „Wissenschaft“ und „wissenschaftliches Fach“.

Mit der Bedeutung „wissenschaftliches Fach“ wird dabei die Erkenntnis zwischen oder inmitten von Wissenschaften gemeint (Käbisch 2001).

Nach Heid (1983) weist der Terminus „Disziplin“ auf die Wortfelder von Unterweisung und Schule hin. Die Bedeutung des Begriffes, die seit der Antike immer wieder wechselt, hat zur Grundlage den Vorgang, Inhalt und das Ergebnis einer Ausbildung, die primär Wissen vermittelt.

Diese unterschiedlichen Übersetzungen des Wortes weisen darauf hin, dass es durchaus auch zu vielfältigen Anwendungen des Wortes kommen kann, wobei sich die Gebrauchsmöglichkeiten nicht klar voneinander abgrenzen lassen (Käbisch 2001).

Die in dieser Arbeit vorliegende Problematik beschäftigt sich dabei als „wissenschaftliches Fach“ mit dem Thema der Interdisziplinarität und lässt damit bereits wieder diverse Bedeutungsmöglichkeiten zu:

Der Begriff der „Inter-Disziplinarität“ kann sowohl eine exakte Forschung mit eigenen Begriffen und Regeln meinen, aber auch die Zwischenstellung eines

Forschungsgegenstandes, bei dem nicht klar ist, welcher Richtung er zugeordnet werden kann (Käbisch 2001).

Lt. Käbisch (2001) kann die Interdisziplinarität aber auch bedeuten, dass man sich ohne speziellen Forschungsgegenstand bei anderen Wissenschaften umschaute, bzw. dass sich eine auseinandergefallene Wissenschaft inmitten einer eigentlichen einheitlichen Wissenschaft aufhält aber nur methatheoretisch erfasst werden muss.

Die Disziplinen an sich lassen sich dabei nach ihren Methoden unterscheiden.

Unter Methode versteht man den Weg, wissenschaftliche Behauptungen durch Tatsachen begründen zu können.

In der Naturwissenschaft kommt hauptsächlich die deduktiv-nomologische Methode zur Anwendung (*„Durch Gesetzesaussagen werden zwei Merkmale (Variablen) miteinander verknüpft, i. a. unter Annahme einer Ursache-Wirkungsbeziehung“* (Ludwig-Mayerhofer 2003)), in der Geisteswissenschaft bevorzugt man die hermeneutische Methode (*„Die Lehre vom Verstehen, Deuten oder Auslegen“* (Wikipedia (2003b)) (Käbisch 2001).

Des Weiteren werden die Disziplinen auch nach ihrem Erkenntnisinteresse unterschieden. In der Medizin lässt sich die Fragestellung dabei z.B. durch ihr Interesse an der Gesundheit erklären.

Eine eindeutige Zuordnung der Disziplinen und ihrer Grenzen ist kaum möglich. Die Bestandteile der Grenzen lassen sich, als *„Konstellation von gegenständlichen, methodischen, theoretischen und interessegeleiteten Komponenten“* (Käbisch 2001, S.18) die sich überschneiden können, durch die fließende Zuordnung nie absolut sondern nur relativ zu einem Zeitpunkt bestimmen.

Diese Überschneidungen mit anderen Disziplinen sind wiederum als interdisziplinäre Verknüpfungen anzusehen.

Letztendlich bedeutet dies, dass man dort von Interdisziplinarität spricht, wo sich die einzelnen Bereiche einzelner Wissenschaften überschneiden.

Probleme bei der Interdisziplinarität gibt es dabei, wenn diese Überschneidungen nur minimal oder gar nicht vorhanden sind (Käbisch 2001).

## 2.2 Begriffe, die im Zusammenhang mit der Interdisziplinarität stehen

Nachdem dargestellt werden konnte was Interdisziplinarität an sich bedeutet, ist es wichtig, auf weitere Begriffe im Rahmen dieses Bezugswortes hinzuweisen.

Spricht man von der Interdisziplinarität, gewinnen auch die Begriffe **System** und **Struktur** an Bedeutung.

Unter **Struktur** ist dabei das Beziehungsnetz und die Bauweise der Teile zum Ganzen, mit allen Relationen und Funktionen der Teile zueinander und zum Ganzen als System gemeint. Wichtig hierbei ist die Wechselbeziehung der Teile. Die Teile stehen in Abhängigkeit voneinander und sind in sich gegliedert. Lässt man dabei einzelne Teile weg oder fügt sie hinzu, verändert es die ganze Struktur.

Das **System** ist darauf aufbauend die Anordnung der Teile zu einem Ganzen (Behme 1993).

Neben dem System und der Struktur sind noch die Begriffe der **Multidisziplinarität** und der **Transdisziplinarität** von Bedeutung.

Die Beschäftigung verschiedener Disziplinen mit ihren eigenen, disziplinspezifischen Forschungs- und Handlungsmethoden wird als **Multidisziplinarität** bezeichnet. Hier definiert und bearbeitet jede Disziplin ihre Problemstellung weitgehend isoliert (Wikipedia 2006a). Die Sichtweise durch Perspektiven unterschiedlicher Disziplinen zu erweitern, ist in diesem Zusammenhang das multidisziplinäre Forschen. Eine qualitative Verbesserung erreicht man hier durch den Austausch zwischen den Disziplinen - der Interdisziplinarität (Motsch 1996).

Zu einer qualitativ andersartigen Form der Zusammenarbeit kommt es durch die **Transdisziplinarität**. Hier werden disziplinspezifische Erkenntnisse ausgetauscht und es entsteht eine neue Qualität von Ergebnissen durch eine disziplinübergreifende Planung (transdisziplinär) von Forschungsbemühungen über Theoriebildung bis zum Behandlungskonzept. Durch diese Art des Forschen kann man Resultate, Theorien und Methoden so aufeinander beziehen, dass man überfachliche Probleme lösen kann (Motsch 1996). Es gibt allerdings noch kein einheitliches Verständnis von Transdisziplinarität im wissenschaftlichen Gebrauch (Balsiger 2005).

Letztendlich gibt es hinsichtlich des Begriffes der Interdisziplinarität noch kein einheitliches Verständnis. Um aber eine effektive Zusammenarbeit gewährleisten zu können, muss man Begriffe eindeutig zuordnen können.

Eine eindeutige Grundlage dient dazu, einen Gegenstand beschreiben zu können. Durch eine Beschreibung ist es erst möglich, eine genaue Definition zu erhalten und eine Abgrenzung zu anderen Sachverhalten zu ermöglichen (Grohnfeldt 2000).

Die Gefahr hierbei ist jedoch, in unverständliche Fachsprachen zu verfallen. Es entsteht vermehrt eine „*Vortrags- und Publikationssprache der „Theoretiker“*“ (Motsch 1983, S. 331), die sich immer mehr von der Praxis entfernt. Der Notwendigkeit einer spezifischen Fachsprache wird hierbei nicht widersprochen, es zeigt sich aber ein Trend zu Wortneuschöpfungen. Es kommt immer mehr zu einer pseudowissenschaftlichen Profilierungssprache. Es sollte sich daher wieder vermehrt um eine Sprache bemüht werden, die der Allgemeinheit zugänglich ist, da sonst die Gefahr besteht, dass „*„bedeutsame Erkenntnisse“ im elitären Elfenbeinturm sprachkompetenter Insider*“ bleiben (Motsch 1983, S. 331).

## 2.3 Warum die Wissenschaft Interdisziplinarität benötigt

Die Interdisziplinarität ist eine Forschung die Fächer verbindet, die nahe beieinander liegen. Sie versucht bei fehlender Verständigung diese herzustellen und eine Verständnisbasis zu schaffen um eine Abgrenzung der Disziplinen voneinander zu vermeiden.

Wenn man davon ausgeht, dass jedes einzelne Wissen unvollständig ist, kann man auch davon ausgehen, dass jede Systematisierung in den einzelnen Wissenschaften unvollkommen und darauf angewiesen ist, sich mit anderen Wissenschaften auszutauschen und auseinanderzusetzen.

Durch die zunehmende Ausdifferenzierung und Zerklüftung der Wissenschaften entsteht daher die Notwendigkeit der Interdisziplinarität (Käbisch 2001).

Auch Heid (1983) sieht durch das Existieren von Einzel-Disziplinen das Auftreten des Problems der Interdisziplinarität.

Nach Köller (1991) nimmt die Bedeutung der Interdisziplinarität auch zu, weil die Einzeldisziplinen immer mehr aus ihrer eigenen Sichtweise herausgehen und die Gesamtsituation betrachten. Sie bedeutet dann nicht mehr nur, dass verschiedene Berufsgruppen nebeneinander her arbeiten, sondern dass eine Feinabstimmung untereinander statt findet, um Optimierungen erzielen zu können.

Häufig wird dabei auch das Wissen oder die Grundlagen anderer Disziplinen als Indikator für Sachverhalte benutzt, die zum theoretischen Integrationsniveau des eigenen Faches beitragen (Heckhausen 1987).

Dabei kann man nochmals zwei Ebenen unterscheiden:

- die *praktische Ebene* mit subjektiven Erfahrungswerten und Umsetzungsmöglichkeiten
- die *wissenschaftlich-fachliche Ebene*, basierend auf theoretischen, empirischen und experimentellen Erkenntnissen (Diller 1996).

Die Interdisziplinarität selbst ist dabei ein Prinzip, das aufgrund der verschiedenartigen Bedingungen jedes Fachansatzes in unterschiedlichem Maße und in unterschiedlicher Kooperationsdichte bzw. auf verschiedenen Ebenen wirksam wird.

Die Umsetzung im integrativen Sinn findet dort statt, wo ein ständiges Team zu einem unmittelbaren und ganzheitlichen Austausch und zu gemeinsamen Sichtweisen und Folgerungen kommt.

Leider ist es in der Praxis häufig der Fall, dass es nur zu einem bloßen informativen Austausch kommt, also nur zu einer Multidisziplinarität (Speck 1996).

Damit nicht nur professionelle Kenntnisse einzelner Fachdisziplinen addiert werden, ist es notwendig, dass die Kenntnisse integriert und aufeinander bezogen werden (Neuhäuser 1996).

Ziel einer Interdisziplinarität ist es nach Heitger (1984<sup>1</sup>), dass man eigene Voraussetzungen, Bedingungen, Zwecke und Absichten immer wieder überdenkt.

Man muss dazu bereit sein, sich auf alternative bzw. unbekannte Denkmodelle einzulassen, und eine gewisse Unsicherheitstoleranz dem gegenüber haben, was man nicht weiß. Der Idealfall der Interdisziplinarität besteht aus einem unideologischen Vorgehen (Grohnfeldt & Ritterfeld 2000).

Man sollte dabei jedoch bedenken, dass die Interdisziplinarität nur dann auf Dauer Erfolg haben kann, wenn sie vom Geist der Solidarität untereinander getragen wird (Allhoff 1989).

Ob die Interdisziplinarität tatsächlich dazu geeignet ist, die Nachteile der wissenschaftlichen Differenzierung und Spezialisierung auszugleichen, ohne dabei ihre eigenen Vorteile zu verlieren, hängt dann davon ab, warum man welche Disziplinabgrenzungen umsetzt, und was die Interdisziplinarität zu leisten vermag (Heid 1983).

## **2.4 Interdisziplinarität - eine Darstellung des Individuums**

Die Interdisziplinarität ist abhängig vom Geiste der Solidarität untereinander (Althof 1989). Dies drückt aus, dass die Zusammenarbeit davon abhängt, wie sich der Einzelne mit dem Thema auseinandersetzt, bzw. wie dieser darin involviert ist.

Da die Interdisziplinarität nach dieser Schlussfolgerung von einem Individuum abhängig ist, bedeutet dies auch, dass die Einstellung und der Blickwinkel der Personen maßgeblich ist und damit auch deren Ausbildung und Beeinflussung durch die Umwelt. Die unterschiedlichen Sichtweisen eines Individuums werden durch jeweilige Rahmenbedingungen beeinflusst (Grohnfeldt 2002b).

Die Unterschiede in der Interdisziplinarität bestehen darin, dass jeder aus einem Selbstkonzept heraus handelt, wie es sich aus seiner eigenen persönlichen und beruflichen Erfahrung herausgebildet hat (= Selbstreferenz). Zudem beurteilt man auch aus einem sozialen System heraus. Durch die Zugehörigkeit zu einem Berufsstand entsteht für den Einzelnen ein Bild beruflicher Wirklichkeit, wodurch die Zusammenarbeit bestimmt wird (Speck 1996).

Man muss von den unterschiedlichen Betrachtungsweisen des Einzelnen ausgehen - im subjektiven und objektiven Sinn. Als Subjekt kann der Mensch unterschiedliche Betrachtungsweisen haben und Weltanschauungen entwickeln, als Objekt kann er unter verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden (Kobi 1979).

Die Interdisziplinarität - erschwert durch die Abgrenzbarkeit und Definition der Begriffe - ist also stark von dem Individuum an sich und dessen Umwelteinflüssen abhängig und damit auch von dessen zu Grunde liegenden Menschenbildern.

Welche Einflüsse es in der Sprachtherapie und welche es im medizinischen Bereich geben kann, soll im folgenden geklärt werden.

## **2.5 Die Interdisziplinarität im therapeutisch-medizinischen Bereich**

Bezieht man das Thema der Interdisziplinarität auf die hier betroffenen Disziplinen - der Medizin und der Sprachtherapie - so erkennt man, dass die Multidisziplinarität bereits die Anfänge der Beschäftigung mit Sprechablaufstörungen im deutschsprachigen Raum kennzeichnet. Die Medizin diente dabei als Wissenslieferant für die Pädagogik, deren Aufgabe es war, ihre Handlungskonzepte aus den medizinischen Theorien abzuleiten.

Eine erste Begegnung dieser beiden Disziplinen findet man in der Zusammenarbeit von Albert Gutzmann, Direktor der Berliner Taubstummenschule, und dessen Sohn Hermann, Inhaber des medizinischen Lehrstuhles für Sprach- und Stimmheilkunde 1905.

Bereits seit Beginn der Zusammenarbeit von Medizin und Pädagogik kam es dabei aber immer wieder zu Abgrenzungsversuchen und Hierarchiebildungen (Motsch 1996).

Gerade in dem hier besprochenen Umfeld der Therapie, stellt die Interdisziplinarität einen Verzicht auf den Alleinvertretungsanspruch diagnostisch-therapeutischer Berufsgruppen dar, da alle das gleiche Ziel haben, einem Menschen helfen zu wollen. Damit dies zum Erfolg führen kann, muss es zu einem Miteinander sprechen, Miteinander austauschen und Aufeinander zugehen kommen und einem vorurteilsfreien Zusammenarbeiten der Disziplinen (Lotzmann 1999).

Im Zentrum des Interesses verschiedener Wissenschaften - hier der Medizin und Sprachtherapie - steht der sprachgestörte Mensch. Dabei beschäftigen sich die einzelnen Disziplinen jeweils mit dem für sie interessanten Teilbereich der Sprachstörung, aus ihrer

eigenen Sichtweise. Das Gesamtphänomen wird von den einzelnen Wissenschaften allein dabei unzureichend beschrieben (Grohnfeldt 1996<sup>b</sup>, Grohnfeldt 1984).

Eine Zusammenarbeit zur Optimierung eines Therapieergebnisses ist daher unabdingbar um nicht eine einseitige Sichtweise seines Disziplinbereiches darzustellen.

Die Interdisziplinarität ist allerdings nur möglich, wenn auf die oben genannten Abgrenzungsversuche und Hierarchiebildungen weitest gehend verzichtet wird und man zum zuvor erwähnten Geist der Solidarität findet.

### **2.5.1 Interdisziplinarität in der Medizin**

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln dargestellt, ist die Interdisziplinarität von Einflüssen wie Umwelt und Ausbildung abhängig, aber auch von der Sichtweise des Einzelnen und der Begriffsauslegung.

Um ein besseres Verständnis für den Blickwinkel der Medizin zu erhalten, nachfolgend eine Darstellung, was unter „Medizin“ verstanden wird.

Die Medizin ist etwas von außen Kommendes, das den Betroffenen helfen soll. Sie versteht sich des Weiteren als Wissenschaft von Erkrankungen, Diagnostik und Therapie. Die Heilkunst der Medizin basiert auf wissenschaftliche Erkenntnisse, aber auch auf der individuellen Erfahrung des Heilenden (Ptok 2000).

Aus Sicht der Mediziner bedeutet Medizin Therapeutika oder therapeutische Maßnahmen, deren Wirksamkeit bekannt sind und deren Kosten von den Krankenkassen übernommen werden. Unter Medizin versteht man die Maßnahme, deren Anwendung und Durchführung sich bei gleichen oder vergleichbaren Krankheitsfällen als wirksam erwiesen haben (Ptok 2000).

Die vom Arzt verordnete und von dem Therapeuten durchgeführte Maßnahme zur Sprachtherapie zählt für den Mediziner zu den medizinischen Maßnahmen, d.h. sie wird vom Arzt indiziert und von den Krankenkassen erstattet.

Um die Medizin interdisziplinär einordnen zu können, ist es wichtig, die Rolle des Arztes zu beachten. Dieser ist wiederum durch Organisationsformen, Kooperationsprinzipien, Berufsverbände, Krankenkassen, Budgetierungen uvm. eingeschränkt (Ptok 2000).

In der Medizin beschäftigt sich vor allem die Phoniatrie bzw. Pädaudiologie mit Kommunikationsstörungen. Diese Fachrichtungen streben ihrerseits Zusammenarbeiten mit der HNO-Heilkunde, Zahn-Mund-Kieferchirurgie, Humangenetik und Neuropädiatrie an (Ptok 2000). Diese Interdisziplinarität findet also im Bereich der eigenen Wissenschaft, der Medizin, statt.

Im „*nicht-ärztlichen Part*“ (Ptok 2000, S. 169) kommt es zu einer Zusammenarbeit mit der Logopädie und der Sprachheilpädagogik.

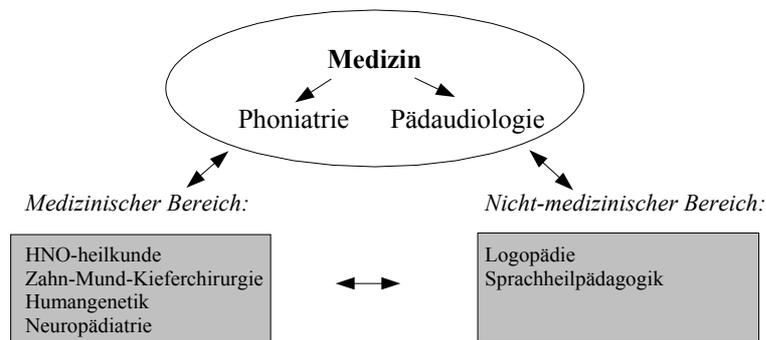


Abbildung 1: Veranschaulichung der Interdisziplinarität bei Sprachstörungen nach Ptok (2000)

Auf die sprachtherapeutische Praxis bezogen ist diese Darstellung noch unvollständig. In der Medizin beschäftigen sich neben der Phoniatrie und der Pädaudiologie vor allem Pädiater mit den Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen, aber auch Allgemeinärzte, HNO-Ärzte und Kinder- und Jugendpsychiater.

Zudem kommt es noch zu einem Austausch zwischen den einzelnen medizinischen Bereichen und der Sprachtherapie nicht nur zwischen der Phoniatrie/Pädaudiologie und der Sprachtherapie.

Im nicht-medizinischen Bereich nennt Ptok (2000) hier nur die beiden größten Berufsgruppen, die sich mit den Sprachstörungen beschäftigen. Zu den Logopäden und Sprachheilpädagogen (akademischen Sprachtherapeuten) zählen auch noch die Sprachheillehrer, klinischen Linguisten, Patholinguisten, Sprechwissenschaftler, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer nach Schlawffhorst-Andersen zu dieser Berufsgruppe (Grohnfeldt 2007).

Die Aufgabe der Mediziner, die die Interdisziplinarität betrifft, ist neben der Indikation und Durchführung von Maßnahmen, auch die Überwachung von Maßnahmen, die von Anderen durchgeführt werden.

Die Zusammenarbeit mit Pädagogen sieht der Mediziner bei physiologischen Lernvoraussetzungen gegeben, bei pathophysiologischen Voraussetzungen mit Heil- und Sonderpädagogen (Ptok 2000).

Nach Suchodoletz (2003) ist aus Sicht der Mediziner bei Sprachstörungen die Aufgabe von Sprachtherapeuten die Behandlung von Symptomen, während die kausale Therapie dem medizinischen Bereich zuzuordnen ist.

Bereits in der Approbationsordnung für Ärzte ist festgelegt, dass die Ausbildung zum Arzt die Bereitschaft fördern soll, mit anderen Ärzten zusammenzuarbeiten, aber auch mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens (Bundesärztekammer 2006).

Wie man sieht ist die Medizin grundsätzlich auf Interdisziplinarität ausgelegt. Da aber der verordnende Arzt an der Stelle mit der Entscheidungsbefugnis steht, ist die Zusammenarbeit von dessen subjektiver Meinung abhängig. Dies bedeutet er kann entscheiden ob z.B. eine Sprachtherapie notwendig ist, oder ob eine Abklärung durch einen weiteren Facharzt sinnvoll ist.

Die hier dargelegte Rolle der Medizin erweckt den Eindruck einer Hierarchiebildung, bei der die Medizin über der Sprachtherapie angesiedelt ist und diese nicht als gleichwertig erachtet. Dies wird auch durch die hier getroffene Aussage verstärkt, dass die Aufgabe der Mediziner die Überwachung der Durchführung einer Maßnahme ist (vgl. Kapitel: Weiterbildung der Ärzte).

Inwieweit sich dieser Eindruck auch in der Praxis wieder spiegelt wird im Rahmen dieser Arbeit geklärt.

Ptok (2000) erwähnt auch die Abhängigkeit der Mediziner von Krankenkassen, etc.. Wie diese im Einzelnen aussieht, wird in Kapitel 4 ausführlich dargestellt.

## 2.5.2 Interdisziplinarität in der Sprachtherapie

Sprachtherapeutisches Handeln ist grundsätzlich auf Interdisziplinarität angelegt. In der Umsetzung der Interdisziplinarität gibt es bei den beiden größten Berufsgruppen der Sprachtherapie - der Sprachheilpädagogik und der Logopädie - allerdings noch Unterschiede (Grohnfeldt/Ritterfeld 2000, Ritterfeld 2004).

Nachfolgend wird zunächst allgemein die Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten mit anderen Berufsgruppen dargelegt, um einen Überblick in das einzuordnende Thema zu erhalten.

Welche spezifischen Unterschiede es in diesen beiden Fachrichtungen gibt, wodurch sie entstanden sind und wie sich diese auf die Interdisziplinarität auswirken, wird in Kapitel 3.2 ausführlich behandelt.

Da Sprachtherapeuten in einem breiten Spektrum mit vielen Spezialgebieten tätig sind, kann man nicht erwarten, dass sie Experten für alles sind. Ein interdisziplinärer Austausch mit den Disziplinen, die sich mit den gleichen oder angrenzenden Phänomenen beschäftigen, ist daher von großer Bedeutung (Ritterfeld 2004).

Während die Logopädie sich ursprünglich aus der Medizin entwickelt hat, und sich durch diese definiert, ist die Sprachheilpädagogik grundlegend der Pädagogik verpflichtet (Grohnfeldt/Ritterfeld 2000). Beide Fächer verstehen sich als Integrations- und Handlungswissenschaften. Ergebnisse anderer Wissenschaften werden dabei herangezogen und auf ihren Erkenntnisgewinn hin überprüft. Es wird versucht Zusammenhänge herzustellen und zu transformieren (Grohnfeldt1996<sup>2b</sup>, Grohnfeldt 2000).

Die Hilfswissenschaften und die damit verbundenen Disziplinen mit denen sich die Logopädie und auch die Sprachheilpädagogik im interdisziplinären Austausch befinden sind in beiden sprachtherapeutischen Disziplinen gleich. Bedingt wird dies natürlich auch durch das im Grunde gleiche praktische Handlungsfeld von Sprachtherapeuten, und der Notwendigkeit des Austausches mit anderen Wissenschaften für konkretes diagnostisches und therapeutisches Handeln (Grohnfeldt1996<sup>2b</sup>).

Die Grundlage bildet dabei das „disziplinäre Trias“ (Grohnfeldt & Ritterfeld 2000, S. 28), bestehend aus der Linguistik, der Psychologie und der Medizin. Auf dieses Trias baut das

logopädische Wissen auf und stellt die Hilfsdisziplinen für die Sprachheilpädagogik dar. Die Soziologie dient in diesem Rahmen zwar auch als Hilfswissenschaft, liefert aber weniger Anwendungswissen.

Schnittstellen, die ebenfalls als Hilfsdisziplinen angesehen werden, stellen die Psycholinguistik und die Neuropsychologie dar.

Die Anwendungsbereiche der Logopädie und Sprachheilpädagogik sind die Diagnostik, Prävention, Evaluation, Therapie, Rehabilitation und Beratung. Ein zusätzlicher Bereich der Sprachheilpädagogik im Lehramt stellt noch der Unterricht und die Erziehung dar (Grohnfeldt & Ritterfeld 2000), auf den hier nicht näher eingegangen wird.

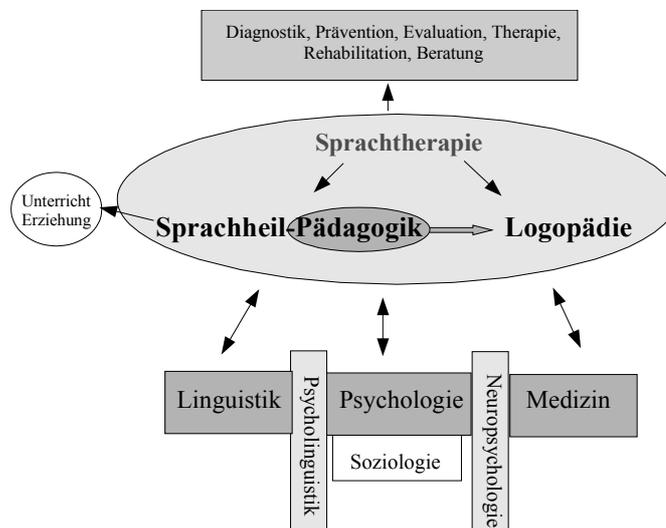


Abbildung 2: Interdisziplinarität in der Sprachtherapie in Anlehnung an Grohnfeldt & Ritterfeld 2000

Die Pädagogik, die einen wesentlichen Teil der Sprachheilpädagogik darstellt, findet auch in der Logopädie als Nachbardisziplin ihre Anwendung (Grohnfeldt/Ritterfeld 2000).

Die Logopädie und die Sprachtherapie können daher als praxeologische Disziplin zusammengefasst werden, die darauf angewiesen ist, aus den oben dargestellten Grundlagendisziplinen Erkenntnisse zu erhalten. Dabei ist die Sprachtherapie in der Lage, den anderen Disziplinen Fragen zu stellen, die die Entwicklung von Hypothesen anregen können (Ritterfeld 2004).

Die Sprachtherapie kann im interdisziplinärem Austausch sowohl als Teil wie auch als Ganzes gesehen werden.

Als Teil versteht sie sich, wenn es zu einem interdisziplinärem Austausch kommt. Als Ganzes ist die Sprachtherapie den anderen Wissenschaften übergeordnet, wobei sie das Fachwissen der anderen Disziplinen benötigt, um arbeiten zu können (Grohnfeldt 2000).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sprachtherapeutisches Handeln multidimensional angelegt sein muss und mit Medizinern - bzw. den anderen Disziplinen - abgestimmt werden muss (Grohnfeldt/Homburg/Teumer 1991).

In der hier vertretenen Auffassung, dass die Sprachtherapie auch als Ganzes gesehen werden kann, nimmt sie der Medizin ihre Hierarchiestellung ab, die im vorherigen Kapitel von Seiten der Medizin dargestellt wurde.

## **2.6 Probleme und Chancen**

### **2.6.1 Probleme eines interdisziplinären Vorgehens**

Beide Disziplinen - die Sprachtherapie und die Medizin - sind grundsätzlich auf Interdisziplinarität ausgelegt. Durch deren unterschiedliche Vorgehensweise bzw. Umsetzung kommt es aber immer wieder zu Problemen. Ein grundlegendes Problem sind sicher die unterschiedlichen Ansichten der beiden Berufsgruppen.

Die Sprachtherapeuten versuchen verstärkt die Ressourcen des betroffenen Menschen in einen ganzheitlichen Zusammenhang zu bringen, wohingegen die symptomorientierte Sichtweise der Ärzte zu eng ist. Hier kollidiert das medizinische, defizitorientierte Menschenbild häufig mit dem ganzheitlich-systemisch begründeten Menschenbild der Sprachheilpädagogik (Walter 2003).

Durch diese Sichtweisen gebunden, orientiert sich die klassische phoniatische und pädaudiologische Diagnostik fast ausschließlich an analytisch-naturwissenschaftlichen Maßstäben.

Die moderne fachärztliche Diagnostik ist aber zunehmend darum bemüht, auch phänomenologisch-ganzheitliche Aspekte mit einzubeziehen. Wie man sieht, liegt aber auch bereits hier ein grundsätzlich unterschiedliches Verständnis vom Menschen, der Gesundheit und der Krankheit zu Grunde, wodurch der Arzt täglich in ein Dilemma gerät.

Ein Ausweg besteht darin, dass er sich die Abhängigkeit zwischen objektiver Diagnostik und subjektiver Wahrnehmung klar macht (Braun 2002).

Ein Widerspruch besteht auch darin, dass Ärzte sich für die Bereiche von Sprachstörungen spezialisiert haben sollten. Aber je mehr Fachwissen sich ein Einzelner anhäuft, umso mehr klagt man über „Fachidioten“ und man sucht nach der Ganzheitlichkeit. Dies zeigt zwei gegenläufige Tendenzen, die unter einen Hut gebracht werden müssen (Bartsch 2002). Man beklagt sich bereits über die Vereinseitigung spezialisierter Einzelwissenschaften. Ihnen wird vorgeworfen, dass der Blick für das Ganze verloren geht (Käbisch 2001).

Ohne diese Spezialisierung kann es in der Praxis zu Fehldiagnosen und Fehlinterpretationen der vielseitigen Symptomatologie sprachgestörter Patienten kommen (Vosteen 1989/1990). Dies kann wiederum zu Missverständnissen zwischen Ärzten und Sprachtherapeuten führen, was sich negativ auf die Zusammenarbeit auswirkt.

Kobi (1979b) sieht das Problem der Zusammenarbeit mit Medizinern darin, dass man aus Sicht der Ärzte medizinische Kenntnisse und medizinale Paradigmata der Erfahrungsgewinnung benötigt, um über Medizin zu reden. Als Laien bezeichnet er alle Nicht-Ärzte, die in medizinischen Angelegenheiten zu schweigen haben. Kritik an der Medizin darf nur die Medizin selbst üben, da es sich ansonsten nur um Laienkritik handelt, die inadäquat und damit irrelevant ist.

Weiterhin sieht Kobi (1979b) die Zusammenarbeit von Medizinern und Nicht-Medizinern nur auf einer vertikalen Achse, d.h., dass es keine Gleichstellung aus anderen Wissenschaften neben der Medizin gibt und diese nur in Form von Subordination zusammenarbeiten kann. Er warnt deshalb davor, weil man dazu neigt, ein additives Nebeneinander bereits als partnerschaftliche Kooperation zu sehen.

Lt. Bach (1976) ist die Problematik in der Kooperation zwischen Medizin und Pädagogik die Okkupation. Unter Okkupation versteht er dabei in diesem Zusammenhang, dass die medizinische Seite die Kooperation kaum mehr anstrebt und die Pädagogik und die Psychologie dem Medizinalsystem einverleibt werden.

Kobi und Bach sehen damit die Gefahr der Selbstüberschätzung der Medizin, die als allein

gültige Meinung nur ihre eigene gelten lässt, was zur Folge hätte, dass eine Interdisziplinarität aus dieser Sicht zwischen Medizinerinnen und Nicht-Medizinerinnen (Therapeuten) nicht stattfinden kann.

Da die Aussagen von Kobi und Bach von 1976/1979 stammen, sollte man bedenken, dass sich die Medizin im Laufe der Zeit bereits einer Wandlung unterzogen hat. Häufig sind es auch Vorurteile und Missverständnisse, sowie alte Gewohnheiten oder strukturell bedingte Hindernisse, die eine Zusammenarbeit im Alltag erschweren (Speck 1996).

Dass es jedoch immer noch Probleme in dieser Richtung gibt, zeigt z.B. Heinemann (1996), der der Meinung ist, dass Sprachheilpädagogen in der Medizin nicht benötigt werden.

Auch Suchodoletz (2002) sieht die ärztliche Sichtweise als noch zu eng und zu stark auf Defizite konzentriert an. Er sieht die Gefahr der Etikettierung durch eine multiaxiale Klassifikation und eine Verwischung von individuellen Stärken und Schwächen. Die Probleme in der Zusammenarbeit ergeben sich dann daraus, dass Therapeuten gerade das Kind in seiner spezifischen Besonderheit behandeln wollen.

Speck (1996) sieht die Gefahren und Probleme der Interdisziplinarität in folgenden Bereichen:

- **Arbeitsorganisatorisch bedingte Kontaktschwierigkeiten:** Arbeitsstrukturen erlauben nur bedingt eine Kontaktaufnahme zu anderen Berufen, da normalerweise gar keine Kontaktzeit vorgesehen ist
- **Interprofessionelle Vorurteile:** Wie bereits erwähnt, sind die einzelnen Berufe von ihren Vorerfahrungen geprägt. Gefahr sieht er dabei jedoch in der persönlichen Einstellung dazu, den Persönlichkeitseigentümlichkeiten
- **Die Abwehr von Grenzüberschreitungen:** Man versucht das eigene Wissen, etc. zu schützen
- **Unangemessene Hierarchisierung:** Die Art der Zusammenarbeit verschiedener Professionen
- **Die Explosion des Fachwissens:** Es entstehen immer mehr Informationen zu den einzelnen Bereichen, die irgendwann unübersichtlich werden können
- **Auswirkung der Verrechtlichung:** Je mehr Regeln es gibt, umso unbeweglicher ist man für neue Modelle

– **Normative Differenzen:** Die unterschiedlichen Menschen- und Weltbilder, die bereits angedeutet wurden und auf die später noch eingegangen wird.

Wie man sieht stellen die Schwierigkeiten der Interdisziplinarität in erster Linie Herausforderungen dar. Wichtig ist es deshalb, miteinander im Gespräch zu bleiben, um Hindernisse und Missverständnisse beseitigen zu können. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass man offen gegenüber anderen ist und anderen den Zugang zur eigenen Sichtweise ermöglicht. Man muss erkennen, dass jeder nur Teil eines Ganzen ist und jeder auch etwas zum Ganzen beitragen kann bzw. muss, damit es funktioniert (Speck 1996).

Die Fachleute müssen sich bewusst machen, dass ihre Vorstellungen nicht die einzig möglichen sind, sondern dass andere auch richtig sein können (Suchodoletz 2002).

„*Wo nur ein fixierter Weg ist, ist eine Zusammenarbeit mit anderen unmöglich.*“ (Jetter 1996, S. 73).

## **2.6.2 Chancen eines interdisziplinären Vorgehens**

In der Praxis ist häufig von problematischen Therapeut-Arzt-Verhältnissen die Rede. Dadurch entsteht der Eindruck, dass für eine Interdisziplinarität im Sinne des ergänzenden Miteinanders und Aufeinanderzugehens kein Raum bleibt. Es ist daher wichtig auch die positiven Aspekte des interdisziplinären Vorgehens nicht aus dem Auge zu verlieren.

Interdisziplinarität ist darauf ausgelegt, durch eine gute Zusammenarbeit Vorurteile abzubauen, Brücken zwischen verschiedenen Berufsgruppen zu schlagen und eine gegenseitige Veränderung möglich zu machen. Dies wurde bereits mit Erfolg durchgeführt, indem die individuelle Zusammenarbeit gefördert wurde und das Spektrum des methodischen Herangehens an die sprachlich-sprecherischen Probleme vertieft wurde (Lotzmann 1999).

Durch Interdisziplinarität wird weiterhin der Gefahr des methodischen Festfahrens in einer Berufsgruppe entgegen gewirkt. Sie verhindert falsche Harmonisierungstendenzen, die ein Weiterdenken und – fragen blockieren könnten.

Durch die Zusammenarbeit werden neue Antworten eingebracht und so unsere Denkweise erweitert und geändert (Lotzmann 1999).

Gerade im Bereich der Sprach- und Sprechtherapie ermöglicht eine Interdisziplinarität ein ergänzendes Zusammenwirken aller Disziplinen zu einer qualitativen Therapievelfalt, mit der einer Verfestigung von Störungen auf längerer Sicht begegnet werden kann.

Gerade bei Kindern mit mehrfacher Symptomatik wurde durch interdisziplinärer Hilfe eine breitere Diagnostik und Behandlung möglich. Durch Rücksprachemöglichkeiten über Befunde und Beobachtungen bei Interventionen können so Überbewertungen von Detailergebnissen und -erfahrungen vermieden werden. Ziele können besser den Entwicklungsfähigkeiten von Kindern angepasst werden (Bertling 1992).

Auch die unterschiedlichen Denkansätze der beiden Fachrichtungen können sich als Vorteil erweisen. Ein kategorialer Denkansatz (wie er in der Medizin vorherrscht) und ein (multi-)dimensionaler Denkansatz (wie in der Sprachheilpädagogik) schließen sich nicht unbedingt aus. Eine kategorial gestellte Diagnose kann durch eine genaue Beschreibung der einzelnen Dimensionen ergänzt werden. Damit ist eine klare diagnostische Zuordnung gegeben, wie auch eine Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten (Suchodoletz 2003).

Eine Interdisziplinarität ist für die Zukunft nicht nur möglich, sondern im Sinne eines jeden Beteiligten auch ein Muss. In einem Bereich wie der Sprachtherapie ist ein Arbeiten ohne den Einbezug einer anderen Wissenschaft undenkbar. Aber auch für den Arzt kann durch das Wissen und Vorgehen des Therapeuten die Zusammenarbeit einen Gewinn darstellen.

Um aber weiter von beiden Seiten (Arzt und Therapeut) an einer Interdisziplinarität arbeiten zu können, die zukünftig mehr als nur ein notwendiges Zusammenarbeiten ist, ist mehr Verständnis für die jeweils andere Disziplin notwendig.

Der Arzt muss lernen den Therapeuten als gleichwertig anzusehen und seine Meinung hinsichtlich der Therapie von Sprachstörungen schätzen zu lernen, während der Therapeut Verständnis für die Situation des Arztes zeigen muss und dessen Handlungen hinsichtlich seiner Einschränkungen durch die Rahmenbedingungen interpretieren muss.

## 2.7 Einordnung der durchgeführten Umfrage in das Handlungsfeld der Interdisziplinarität

Wie bereits zuvor beschrieben, ist die Definition des Begriffes der Interdisziplinarität an sich schwierig. Es wurde dargestellt, was es mit dem Begriff der Disziplin auf sich hat und wie sich die Einzelwissenschaften zueinander verhalten.

Auf die vorliegende Umfrage bezogen sind mit den Einzelwissenschaften bzw. Disziplinen die Sprachtherapie und die Medizin gemeint, mit deren Überschneidungen in der Diagnostik, Überweisung und Behandlung von sprachbeeinträchtigten Patienten. Als wissenschaftliche Methode wurde die deduktiv-nomologische und hermeneutische Methode genannt.

In dieser Arbeit wird die hermeneutische Methode des Verstehens und Auslegens der Antworten des Fragebogens angewandt.

Ziel ist es von der vorher dargestellten Multidisziplinarität, die häufig in der Zusammenarbeit von Medizinerinnen und Therapeuten vermutet wird, zu einer Transdisziplinarität - mit einem disziplinübergreifenden Austausch in der Praxis - zu gelangen.

Die Gefahr einer „*pseudowissenschaftlichen Profilierungssprache*“ (Motsch 1983, S. 331) ist in dem interdisziplinärem Gebiet der Sprachtherapie/Medizin kaum gegeben. Durch genaue Vorgaben aus dem Heilmittelkatalog, sind die Störungsbilder genau definiert und eingeteilt. Sie bilden die Grundlage für die Wissenschaftssprache im direkten interdisziplinären Austausch einer Arztpraxis und einer Therapiepraxis.

Es besteht lediglich die Gefahr bei einem übergeordneten Austausch wie z.B. auf Tagungen, einer pseudowissenschaftlichen Profilierungssprache, da es dabei zu einem kommunikativen Austausch über den Therapiealltag hinaus kommt.

Diese Profilierungssprache kann dabei auch als Ausdruck gesehen werden, eine vermeintliche Hierarchiestellung auszubauen oder zu schaffen.

Wie zuvor beschrieben geht Grohnfeldt (2002b) davon aus, dass unterschiedliche Sichtweisen durch jeweilige Rahmenbedingungen beeinflusst werden. In dem hier vorliegendem Fragebogen soll daher geprüft werden, ob es unterschiedliche Sichtweisen

im Berufsfeld der Sprachtherapeuten untereinander gibt, bzw. wie die Sichtweisen von Medizinerinnen und Therapeuten auseinander gehen und welchen Einfluss die Rahmenbedingungen - hier hauptsächlich durch die Krankenkassen - haben.

Die Sprachtherapie steht mit diversen anderen Disziplinen im interdisziplinären Austausch. In der hier vorliegenden Untersuchung wird dabei der Fokus auf die Zusammenarbeit mit der Medizin gelegt, da diese einen bedeutenden Anteil in der Zusammenarbeit darstellt. Mit der Medizin muss der Sprachtherapeut in Austausch treten, da er, wie bereits erwähnt, nur so Patienten verordnet bekommt. Die Zusammenarbeit mit den anderen Wissenschaften sind im Gegensatz dazu auf freiwilliger Basis um eine Erweiterung des eigenen Wissens zu erlangen und Therapien zu optimieren.

Ebenso ist es Ziel dieser Arbeit herauszufinden welche Fachbereiche der Medizin mit der Sprachtherapie zusammenarbeiten und wie die Interdisziplinarität in diesen einzelnen Bereichen aussieht.

Ptok (2000) hat bereits angesprochen, dass die Medizin keine unabhängige Institution ist, sondern dem Einfluss von Organisationsformen, Krankenkassen, Budget uvm. ausgesetzt ist. Da dieser Einflussfaktor eine große Rolle in der Zusammenarbeit von Medizinerinnen und Sprachtherapeuten spielt, wird er im Laufe der Arbeit ausführlich erläutert und stellt einen wichtigen Teil der Umfrage dar.

Im Zuge der Interdisziplinarität wurden eine Reihe von Problemen aufgeführt die auftreten können, aber auch die Möglichkeiten, die eine Zusammenarbeit bietet.

Ziel der Untersuchung ist es herauszufinden, wie der Grundtenor in der Interdisziplinarität zwischen Sprachtherapeuten und Medizinerinnen aussieht. Ist dieser eher negativ und werden damit eher die Probleme in den Vordergrund gestellt, oder wird die Zusammenarbeit als etwas Positives angesehen und wird damit die Möglichkeit eines Miteinanders wahrgenommen.

Die Untersuchung geht dabei speziell auf einzelne Probleme ein, die in der Interdisziplinarität möglich sind, um eine Darstellung der Ist-Situation aufzeigen zu können und über diese Darstellung Denkansätze für eine positive Zusammenarbeit in der Zukunft zu bieten.

## 2.8 Fazit

Aus den bereits dargestellten Grundlagen der Interdisziplinarität im Allgemeinen und der Interdisziplinarität in der Sprachtherapie und der Medizin im Speziellen kann man folgendes folgern:

Eine wissenschaftliche Weiterentwicklung von Einzeldisziplinen ohne Interdisziplinarität ist nicht möglich, da sonst die Gefahr einer einseitigen Sichtweise besteht. Es gibt Möglichkeiten, die eigenen Wissensgrenzen zu überwinden und mit Hilfe der Einblicke in andere Wissenschaften sich weiterzuentwickeln. Nur durch den Einbezug von Hilfswissenschaften lassen sich alle möglichen Blickwinkel darstellen.

Gerade im Therapiebereich ist diese Weiterentwicklung notwendig, da der Mensch als Individuum im Mittelpunkt steht und nicht nur eine theoretische Hypothese. Eine erfolgreiche Therapie kann also nicht eine Therapie sein, die auf einer einseitigen Sichtweise beruht und die gleiche Grundlage für verschiedene Patienten bildet. Nur durch das Einbeziehen des Wissens aus den Hilfswissenschaften kann man sich immer wieder neu auf den jeweiligen Therapiefall einstellen.

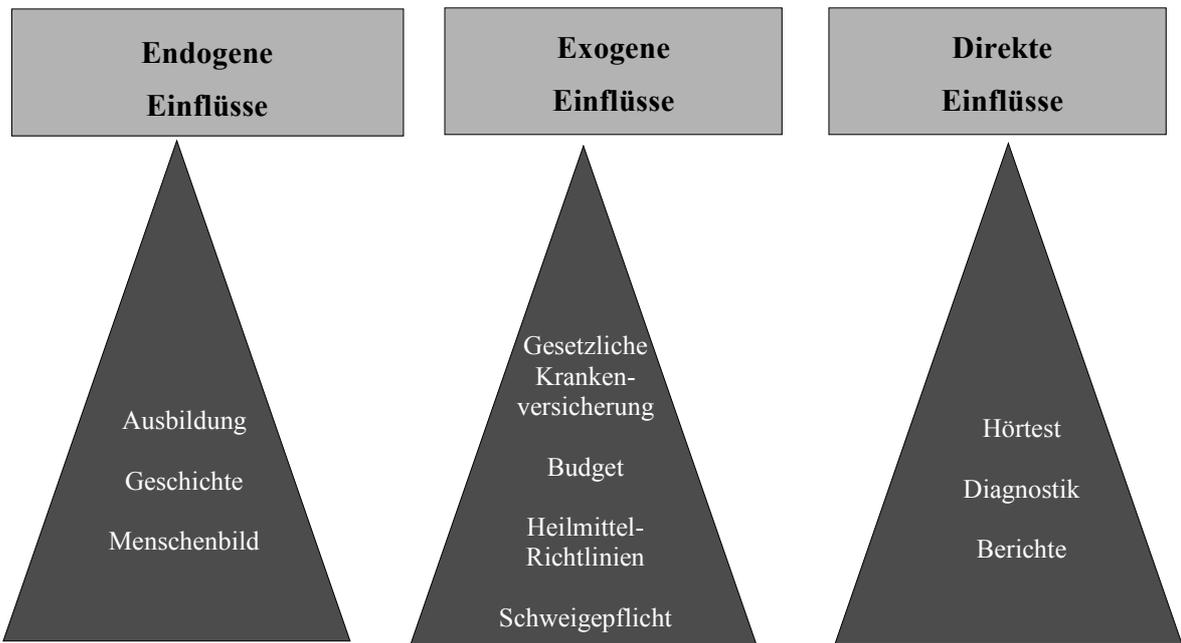
Genauso unumstritten wie die Notwendigkeit einer Interdisziplinarität ist aber auch, dass die Interdisziplinarität einer Abhängigkeit unterliegt.

Dies ist auf der einen Seite der Einfluss von Faktoren wie sie Ptok (2000) genannt hat, wie die Krankenkassen und anderen Organisationsformen. Auf der anderen Seite wird die Zusammenarbeit natürlich vom Individuum selbst beeinflusst, welches wiederum durch seine Umwelt und Ausbildung beeinflusst ist.

Genau auf diese beiden Punkte soll in der Arbeit genauer eingegangen werden, wobei die Einflüsse von Krankenkassen als exogene Einflussfaktoren beschrieben werden, da sie primär nichts mit der Einstellung des Einzelnen zu tun haben, sondern von außen auf den Einzelnen durch bestimmte Vorgaben einwirken und damit die Interdisziplinarität beeinflussen.

Die Einflüsse aus Umwelt und Ausbildung stellen dagegen eine Einwirkung auf das Individuum dar, die dessen Einstellung direkt verändern und sich in dessen freier Handlung, d.h. nicht durch Vorlagen erzwungen, ausdrückt. Daher werden diesen Einflüsse nachfolgend als endogene Faktoren bezeichnet.

Der dritte Bereich dieser Arbeit stellt die direkten Einflüsse dar, die durch gezielte Handlungen des Individuums gekennzeichnet sind.



## **3 Die endogenen Einflussfaktoren in der sprachtherapeutisch-medizinischen Interdisziplinarität**

In Kapitel 2.4 wurde bereits einleitend darauf hingewiesen, dass die Interdisziplinarität vom Einzelnen abhängig ist. Der Einzelne wiederum wird beeinflusst von seiner Einstellung und seinem Blickwinkel. Die persönliche Einstellung und der Blickwinkel des Individuums sind ihrerseits auf Beeinflussung durch die Umwelt und die Ausbildung zurückzuführen, d.h. ihre Sichtweisen werden durch die Rahmenbedingungen geprägt (Grohnfeldt 2002b). Diese Beeinflussung durch Einstellungen, Umwelt und Ausbildung werden hier als endogene Einflussfaktoren bezeichnet, da sie zunächst nicht offensichtlich erkennbar sind.

Um über eine Interdisziplinarität zwischen Sprachtherapeuten und Medizinern eine Aussage treffen zu können, ist es von Bedeutung, deren Einstellungen zu kennen. Da die Einstellung und damit die Form der Interdisziplinarität von der Ausbildung und der Umwelt abhängig ist, wird nachfolgend ein Blick auf die verschiedenen Ausbildungen im medizinischen und sprachtherapeutischen Bereich geworfen.

Der Schwerpunkt im medizinischen Bereich wird hierbei auf die Fachrichtungen gelegt, die vorrangig mit der Sprachtherapie zu tun haben.

Im sprachtherapeutischen Bereich werden die Ausbildungswege von Sprachheilpädagogen und Logopäden - den beiden größten Gruppen von Sprachtherapeuten- dargestellt und miteinander verglichen.

Die Einflüsse der Umwelt auf das Individuum unterliegen einem zeitlichen Wandel. Dies bedeutet, dass auch die geschichtliche Entwicklung in der Sprachtherapie nicht außer Acht gelassen werden darf. Gerade in der Logopädie und der Sprachheilpädagogik ist es wichtig, die Entwicklung von den gemeinsamen Wurzeln hin zu den unterschiedlichen Blickwinkeln darzustellen, die heute vorliegen. Nur so ist es möglich, deren unterschiedliche zu Grunde liegende Menschenbilder zu verstehen und dem daraus resultierenden unterschiedlichen Verhältnis zur Medizin.

## **3.1 Der medizinische Bereich mit Bedeutung für den sprachtherapeutischen Kontext**

Im Bereich der Sprachtherapie gibt es keine Vorgaben, welcher Arzt eine Heilmittelverordnung als Grundlage für eine Sprachtherapie ausstellen darf. So kann die Verordnung von einem Allgemeinmediziner ebenso ausgestellt werden, wie von einem Facharzt, wie z.B. einem Pädaudiologen.

Diese Verordnung stellt die Grundlage für die angewandten Therapien dar, da dort unter anderem z.B. eine Diagnose durch den verordnenden Arzt stehen muss, ebenso wie ein Tonaudiogramm. Dass dabei natürlich das Fachwissen - hier im Bereich der Sprach- und Sprechstörungen- eine große Rolle spielt, ist selbstverständlich.

Der Sprachtherapeut darf theoretisch keine Diagnose selbst erstellen, sondern ist mit der Behandlung an die ihm überreichte Heilmittelverordnung (mit der Diagnose des Arztes) gebunden.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass es immer wieder zur Unzufriedenheit mit den Diagnosen, bzw. mit den durchgeführten Tonaudiogrammen seitens der Sprachtherapeuten kommt.

Bevor man die hier durchgeführte Untersuchung diesbezüglich auswertet, soll geklärt werden, wie die Ausbildung der einzelnen Ärzte im Hinblick auf Sprachstörungen aussieht um später eine Aussage darüber treffen zu können, ob eine theoretische Grundlage für das Wissen oder Nichtwissen der Mediziner vorhanden ist.

Es werden hier lediglich die Fachrichtungen dargestellt, die in der Untersuchung erfasst werden, bzw. die in der Regel Heilmittelverordnungen für Sprach-, Sprech- und Stimmtherapien ausstellen.

### 3.1.1 Grundausbildung der Ärzte

Nach der Bundesärzteordnung, die im Bundesgesetzblatt Teil I veröffentlicht ist, darf derjenige den ärztlichen Beruf ausüben, der eine Approbation als Arzt besitzt. Die Ausübung des ärztlichen Berufes findet statt, wenn man die Heilkunde mit der Berufsbezeichnung Arzt ausübt.

Als „Arzt“ wiederum darf man sich in der Regel nur bezeichnen, wenn man als Arzt approbiert hat.

Voraussetzung für die Approbation ist neben definierter Landeszugehörigkeit auch die vorhandene Würde zur Ausübung des Arztberufes, die gesundheitliche Voraussetzung und eine entsprechende Ausbildung.

Die Ausbildung, die zur Erlangung einer Approbation nötig ist, ist ein medizinisches Studium an einer Hochschule von mindestens sechs Jahren und 3 Monaten.

Während dieser Zeit muss in einem Zeitraum von acht bis zwölf Monaten eine praktische Ausbildung in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen der ärztlichen Krankenversorgung statt finden (Ärzttekammer Bremen 2004).

Genau geregelt sind die Einzelheiten zur Erlangung der Approbation in der Approbationsordnung für Ärzte (=ÄAppO).

Die ÄAppO wird auf Basis der Bundesärzteordnung vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erlassen. Die Approbationsordnung wird dabei bundeseinheitlich festgelegt.

In ihr sind folgende Punkte festgelegt: Mindestdauer, Ablauf und Inhalte des Studiums und weitere Ausbildungsabschnitte (Wikipedia 2004).

Nach der ÄApprO 2002 §1 soll die ärztliche Ausbildung grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung notwendig sind. Die Ausbildung basiert dabei auf einer wissenschaftlichen Grundlage, die praxis- und patientenbezogen durchgeführt wird (Bundesärztekammer 2006).

Das vorgeschriebene Praktische Jahr nach ÄApprO 2002 §3 beinhaltet den Bereich der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Allgemeinmedizin oder einem anderen klinisch-praktischen Fachgebiet (Bundesärztekammer 2006).

Im zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ist genau geregelt, in welchen Fächern die Leistungen erbracht werden müssen. Die der hier vorliegenden Thematik relevanten Fächer sind hierbei:

„8. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ und „12. Kinderheilkunde“ (Bundesärztekammer 2006, ÄApprO, S. 14).

Die Details welche Anforderungen zum Erbringen dieser Leistungsnachweise nötig sind, regeln die Universitäten anhand der Studienordnungen.

Im Rahmen der Ausbildung ist nach ÄApprO §2 Abs. 8 zudem vorgegeben, dass ein Wahlfach belegt werden muss, das im ersten Abschnitt frei wählbar ist, im zweiten Abschnitt aus der Anlage der ÄApprO zu entnehmen ist - soweit es von der Universität angeboten wird.

In der Anlage 3 der ÄApprO lässt sich - themenbezogen auf diese Arbeit - als Wahlfach zu den Fächern Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Kinderheilkunde auch das Fach *Stimm- und Sprachstörungen* finden (Bundesärztekammer 2006).

Aus den Vorgaben der ÄApprO lässt sich demnach erkennen, dass bereits in der ersten grundlegenden Ausbildung die Möglichkeit gegeben ist, sich für Sprachstörungen speziell zu qualifizieren.

Wie dies in der Praxis aussieht, hängt dann davon ab, inwieweit sich der Einzelne für das Wahlfach der Stimm- und Sprachstörung im zweiten Abschnitt entscheidet und ob dies von der Universität überhaupt angeboten wird.

Stellvertretend soll am Beispiel der Ludwig-Maximilians-Universität in München - als größte Universität Bayerns - dargestellt werden, wie die Umsetzung vor Ort aussieht.

In der Studienordnung für den Studiengang Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität (Stand 03. Dezember 2003) heißt es dazu, dass zur medizinischen Ausbildung Vorlesungen der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (im 4. Studienjahr) und Kinderheilkunde (im 5. Studienjahr) gehören (wie von der ÄApprO auch vorgegeben wurde).

Im praktischen Bereich ist ein Blockpraktikum in der Kinderheilkunde vorgesehen, mit 24 Stunden Unterricht am Patienten (Studienordnung, S. 25).

Zudem wird laut Vorlesungsverzeichnis Wintersemester 05/06 auch ein Praktikum der Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde durchgeführt.

Themenbezogene Veranstaltungen lt. Vorlesungsverzeichnis sind dabei „*Anatomie, Physiologie und Pathologie des Ohres und der Stimm- und Sprechorgane sowie Diagnostik und Therapie der wichtigsten Krankheitsbilder*“ (CampusLMU 2007). Spezielle Seminare zum Thema Sprachstörungen lassen sich nicht finden.

Im Hinblick auf theoretische Grundlagen zum Thema Sprache kann man anhand der Skripten bzw. Literatur zur Vorlesung feststellen, dass hier am Rande auf dieses Thema eingegangen wird. So wird z.B. in dem Pädiatrie-Skript von Schmidt (2001b) lediglich auf die U-Untersuchungen eingegangen und dabei kurz erwähnt, in welcher sprachlichen Entwicklung sich das Kind bei der jeweiligen U-Untersuchung befindet.

Auch in diversen Pädiatriebüchern wird auf Vorsorgeuntersuchungen kurz eingegangen. Themen wie Sprachentwicklung sind dabei meist nur auf einer Seite besprochen, und dies oft nur in Bezug auf die soziale Entwicklung. Auf Sprachstörungen wird in den Büchern unterschiedlich eingegangen, hier schwankt der Umfang zwischen drei Sätzen und drei Seiten (vgl. dazu Inhalt der folgenden Kapitel: Sitzmann 2002<sup>2</sup>, Remschmidt, Quaschner & Wehmeier, 2002<sup>2</sup>, Ranke, & von Harnack, 2004<sup>12</sup> Schmidt, 2004<sup>12</sup>, Neuhäuser, 2002<sup>2</sup>, Michaelis, 2001, Warnke 2001, Federspil & Delb 2002<sup>2</sup>).

Auch Michaelis (2001) hat diese Problematik bereits angesprochen: „*Obwohl Entwicklungsbeurteilungen von kleinen Kindern heute zu einer der häufigsten und wichtigsten kinderärztlichen Aufgaben geworden sind, lassen sich in kaum einem Lehrbuch der Kinderheilkunde Informationen darüber finden.*“ (S. 18).

### 3.1.2 Weiterbildung zum Facharzt

Wie sich gezeigt hat, kann bereits während des grundlegenden Studiums eine Ausbildung hinsichtlich Sprachstörungen vorhanden sein, dies ist jedoch abhängig von der Umsetzung im Praktikum und der Wahl des zweiten Wahlfaches.

Der in der Praxis tätige Arzt ist aber in der Regel ein Facharzt mit entsprechender Weiterbildung.

Durch die ärztliche Weiterbildung nach §1 der Weiterbildungsordnung, die erst nach abgeschlossener Approbation möglich ist, soll der Arzt besondere Fähigkeiten und Fertigkeiten erlangen. Ziel ist es dabei, eine bestmögliche Versorgung von Patienten zu erreichen und eine Qualitätssicherung zu gewährleisten.

In der Weiterbildung sollen praktische Anwendungen ärztlicher Kenntnisse gezeigt werden. Zusätzlich ist es möglich, eine Spezialisierung oder Zusatz-Weiterbildung auf die Weiterbildung zum Facharzt aufzubauen.

Die Weiterbildungsinhalte und -zeiten sind vorgeschrieben und dienen als Mindestanforderungen. Durchgeführt wird die Weiterbildung während eines Arbeitsverhältnisses an zugelassenen Weiterbildungsstätten, die durch befugte Ärzte praktisch und theoretisch überwacht werden (Bayerische Landesärztekammer 2007b). Im Abschnitt B der Weiterbildungsordnung findet man die genauen Bestimmungen zu den einzelnen Fachgebieten hinsichtlich Definition, Weiterbildungsziel, -zeit und -inhalt (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

Erarbeitet wurde die neueste Weiterbildungsordnung auf dem 106. Deutschen Ärztetag in Köln 2003, verabschiedet 2004. Sie dient als Muster für die Umsetzung in den jeweiligen Ländern.

Neu dabei ist unter anderem, dass die Anzahl der Bezeichnungen von Fachärzten von 164 auf 103 gekürzt wurde (Bundesärztekammer 2007).

Inwieweit dies die hier beschriebenen Facharztgebiete betrifft, wird in den einzelnen Bereichen behandelt.

Da die hier vorgestellte Untersuchung in Bayern durchgeführt wurde, werden in den nachfolgenden Punkten zur Weiterbildung die Inhalte der bayerischen Weiterbildungsordnung dargestellt.

### 3.1.2.1 Gebiet Innere und Allgemeinmedizin

In der neuen Fassung der Weiterbildungsordnung von 2004 wird im Abschnitt B das Gebiet der Inneren Medizin und das Gebiet der Allgemeinmedizin zusammen unter Punkt 10 dargestellt.

Unter Punkt 10 gibt es noch acht Weiterbildungsrichtungen, von denen für die hier vorliegende Untersuchung lediglich 10.1 „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ relevant ist.

Die Definition dieses Fachgebietes wird einleitend, für die Spezialisierungen gemeinsam geltend, ausgeführt. Die Tätigkeiten dieser Fachärzte ist sehr breit gefächert. Interessant ist dabei, dass die Aufgaben dieses Gebietes auch die *„interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen ist, sowie die primäre Diagnostik, Beratung und Behandlung bei allen auftretenden Gesundheitsstörungen und Erkrankungen im unausgelesenen Patientengut“* (Bayerische Landesärztekammer 2007c, Punkt 10, Seite 1).

Die Weiterbildungsziele und -dauer ergeben sich aus den einzelnen Spezialisierungen.

Für das Gebiet 10.1 und 10.2 werden noch gemeinsame Inhalte vorgegeben, von denen für die Interdisziplinarität folgender Bereich bedeutend sein könnte:

„[...]“

*-Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen“* (Bayerische Landesärztekammer 2007c, Punkt 10, Seite 1).

Hinsichtlich der allgemeinen Vorgaben zu Untersuchungs- und Behandlungsverfahren lassen sich keine spezifischen Vorgaben zu Sprachstörungen finden (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

#### **Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)**

Die Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin wird unter Punkt 10.1 geregelt. Die Facharztbezeichnung hierfür lautet „Facharzt für Allgemeinmedizin“ oder „Allgemeinarzt“. „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ darf über den Ersatz der bisherigen Facharztbezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ geführt werden (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

### **Weiterbildungszeit**

Die Weiterbildungszeit zu diesem Facharzt beträgt 60 Monate wovon 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung abgeleistet werden. Hier können unter anderem auch Tätigkeiten in der Kinder- und Jugendmedizin oder auch der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde abgeleistet werden (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

### **Weiterbildungsinhalt**

Für den Bereich der Sprache sind folgende Weiterbildungsinhalte interessant:

*„Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in  
[...]*

*-Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen“* (Bayerische Landesärztekammer 2007c, Punkt 10.1, S. 4).

Die Weiterbildungen zu den Fachärzten im Bereich des „Internisten“, jeweils mit einem spezifischen Fachgebiet, sind unter 10.2.1 bis 10.2.8 geregelt. Die Weiterbildungszeiten betragen hier jeweils 72 Monate. In den Weiterbildungsinhalten lassen sich keine Hinweise auf Bereiche der Sprache finden.

Ein Bereich, in dem eine Überschneidung zu finden sein könnte, ist z.B. der „Internist und Pneumologe“ 10.2.7 der mit Atemwegserkrankungen zu tun hat, oder der „Internist und Hämatologe und Onkologe“ (10.2.4) der Tumorbehandlungen vorsieht (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

In der Weiterbildungsordnung von 1993 mit Stand von 2002 waren die Gebiete der „Allgemeinmedizin“ und der „Inneren Medizin“ noch getrennt aufgeführt.

### **Allgemeinmedizin nach der Weiterbildungsordnung von 2002**

Die Weiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin betrug 2002 ebenfalls 5 Jahre, wovon ½ Jahr in der Kinder- und Jugendmedizin abgeleistet werden musste und ½ Jahr wahlweise aus anderen Gebieten in der HNO-Medizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Inhalt waren auch hier die Vorsorgeuntersuchungen, dabei aber bezogen auf das Kindesalter (U-Untersuchung).

Hier hat sich zu der Weiterbildungsordnung in den spezifischen Bereichen die Sprache betreffend nichts grundlegendes geändert (Bayerische Landesärztekammer 2007d).

### **Innere Medizin nach der Weiterbildungsordnung von 2002**

Der 2002 unter Punkt 13. verfasste Weiterbildungsinhalt der „Inneren Medizin“ umfasste acht weitere Spezialisierungen, die aber anders als 2004 aufgeteilt waren.

Die Weiterbildungszeit betrug grundsätzlich 6 Jahre (wobei auch hier ein Bereich in der Kinder- und Jugendmedizin abgeleistet werden konnte) und dann nochmals bis zu zwei Jahre zusätzlich je nach Spezialisierung der Gebiete (Bayerische Landesärztekammer 2007d).

Zusammenfassend lässt sich in dem Bereich der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin feststellen, dass es lediglich zur Vorsorgeuntersuchung einen vorgegebenen Inhalt gibt, ansonsten aber keine speziellen Kenntnisse zu Sprachstörungen oder deren Diagnostik gefordert werden.

Trotz des geringen Anteils an Theorie im Bereich der Sprache verordnen Allgemeinärzte relativ viele Sprachtherapien. Der Bruttoumsatz der Allgemeinärzte an Sprachtherapien in Bayern lag 2006 bei ca. 26%. Auch die Internisten sind mit fast 4% an diesem Bruttoumsatz beteiligt (GKV Heilmittel Informations System 2007a).

#### **3.1.2.2 Gebiet Kinder- und Jugendmedizin**

Im Abschnitt B der Weiterbildungsordnung wird unter Punkt 11 der Bereich der Kinder- und Jugendmedizin behandelt.

Diese Weiterbildung beinhaltet laut Definition die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge diverser Erkrankungen, darunter auch die der Entwicklungsstörung, vom Säuglings- bis zum Jugendalter (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

Die Bezeichnung für dieses Gebiet lautet Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt).

In der Kinder- und Jugendmedizin sind noch die Schwerpunkte Endokrinologie und -Diabetologie, Hämatologie und -Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Neonatologie und Neuropädiatrie möglich (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

### **Weiterbildungszeit**

Die Weiterbildungszeit beträgt für die Kinder- und Jugendmedizin 60 Monate bei einem befugten Arzt (Weiterbilder) in einer dazu zugelassenen Einrichtung.

In der Weiterbildungsordnung ist noch eine Unterteilung dieser Weiterbildungszeit vorgegeben.

Es sollen sechs Monate davon in der intensivmedizinischen Versorgung getätigt werden, bis zu 12 Monate im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und/oder Kinderchirurgie oder sechs Monate in einem anderen anrechenbaren Gebiet, bis zu 12 Monate in den oben aufgeführten Schwerpunkten und bis zu 24 Monate im ambulanten Bereich (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

### **Weiterbildungsinhalt**

Im Bereich der Weiterbildungsinhalte gibt die Weiterbildungsordnung 31 Bereiche vor, in denen Erfahrungen und Fertigkeiten erlangt werden müssen, dazu kommen noch neun Bereiche mit definierten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren.

Zum hier behandelten Thema der Sprachstörungen lassen sich im Inhalt der Weiterbildungsordnung von 2004 folgende Bereiche finden:

- „Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsmaßnahmen einschließlich orientierende Hör- und Sehprüfung“
- „Durchführung und Beurteilung entwicklungs- und psychodiagnostischer Testverfahren und Einleitung therapeutischer Verfahren“
- „orientierenden Untersuchungen des Sprechens, der Sprache und der Sprachentwicklung“

- *„der Indikationsstellung und Überwachung logopädischer, ergo- und physiotherapeutischer sowie physikalischer Therapiemaßnahmen“*
- *„interdisziplinärer Koordination einschließlich der Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer und sozialer Hilfen in Behandlungs- und Betreuungskonzepte“* (Bayerische Landesärztekammer 2007c, Gebiet 11)

Im Bereich der definierten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren lassen sich die Bereiche der *„Kinder- und Jugendlichen-Vorsorgeuntersuchungen“* und *„orientierende Hör- und Seh-Screening Untersuchungen“* finden (Bayerische Landesärztekammer 2007c, Gebiet 11).

Wie man anhand dieser Weiterbildungsordnung von 2004 erkennen kann, sind Kenntnisse im Bereich der Sprachstörungen zur Erlangung des Titels „Kinderarzt“ vorgeschrieben bzw. untersuchende Maßnahmen in diesem Bereich. Ebenso wird der Interdisziplinarität ein spezieller Punkt gewidmet. Auch die Indikationsstellung und Überwachung logopädischer Maßnahmen lässt auf eine Grundkenntnis im Bereich der Sprachstörungen schließen.

Erstaunlich ist jedoch, wenn man einen Vergleich zur Weiterbildungsordnung von 1993 ( in dieser Arbeit jeweils auf die Fassung von 2002 bezogen) zieht:

Die Weiterbildung zum Kinderarzt betrug 2002 ebenfalls fünf Jahre.

Auffallend ist jedoch, das **kein einziger**, der oben speziell aufgeführten Bereiche zum Thema Sprache aus der Weiterbildungsordnung von 2004 in der Fassung von 2002 in Bayern zu finden ist.

Es wird hier lediglich allgemein auf Bereiche eingegangen, zu denen man die Sprachstörungen zählen könnte.

2002 wurden *„eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in*

*- der Beurteilung der körperlichen, sozialen, psychischen und intellektuellen Entwicklung des Kindes von der Geburt bis zum Abschluß der somatischen Entwicklung einschließlich Indikation und Bewertung der einschlägigen Testverfahren*

*- Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik und*

*Differentialdiagnostik angeborener und im Kindesalter auftretender Störungen und*

*Erkrankungen*“ (Bayerische Landesärztekammer 2007d unter Inhalt und Ziel der Weiterbildung) als Inhalt vorgegeben.

Eine Änderung, die sich auf die Kenntnisse bezüglich Sprachstörungen auswirken könnte, ist die Veränderungen der Schwerpunkte in diesem Fachgebiet.

In der Weiterbildungsordnung von 2002 gibt es lediglich die Schwerpunkte der Kinderkardiologie und der Neonatologie. In der Ordnung ab 2004 werden, wie zuvor aufgeführt, sechs Schwerpunkte aufgeführt (Bayerische Landesärztekammer 2007c und 2007d).

Während in der Fassung von 2002 keiner der Schwerpunkte das Thema der Sprachstörung beinhaltet, findet man dies in der Fassung ab 2004 im Bereich „*11.7 Schwerpunkt Neuropädiatrie*“ (Bayerische Landesärztekammer 2007c und 2007d).

Die Weiterbildung in einem Schwerpunktbereich findet aufbauend auf die Facharztweiterbildung statt.

Die Weiterbildungszeit für den Schwerpunkt Neuropädiatrie beträgt 36 Monate, wobei bis zu 12 Monate während der Facharztweiterbildung abgeleistet werden können (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

Hier ist Teil des Weiterbildungsinhaltes:

*„Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in [...]*

*- der Erstellung von Therapie-, Rehabilitations- und Förderplänen und deren Koordination, z.B. im medizinisch-funktionstherapeutischen, psychologisch-pädagogischen und sozialen Bereich*

*- der Bewertung der Anwendung von [...] Logopädie [...] (Bayerische Landesärztekammer 2007c, Gebiet 11)“*

Wie die tatsächliche Umsetzung nach der Weiterbildungsordnung von 2002 im Bereich der Weiterbildung bzgl. Sprachstörungen ausgesehen hat, ist durch die fehlende Präzisierung nicht nachvollziehbar und sicherlich individuell verschieden gewesen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die neue Fassung der Weiterbildungsordnung für Ärzte in Bayern für den Bereich der Sprachstörung einen Gewinn darstellt, da es nun zumindest Eckpunkte gibt, in denen diesbezügliches Grundwissen verlangt wird.

Das Fachwissen über Sprachstörungen bei Kindern hängt bei Kinderärzten nach der neuen Fassung nicht mehr von freiwillig oder zusätzlich angeeignetem Wissen ab und da die Kinderärzte mit fast 44 % den Großteil des Bruttoumsatzes an Sprachtherapien in Bayern 2006 (GKV Heilmittel Informations System 2007a ) ausmachten ist gerade in diesem Fachgebiet das spezifische Wissen wichtig.

### **3.1.2.3 Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

Eine weitere Fortbildung die mit dem Bereich der Sprachstörungen vertraut ist, ist die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

In der Weiterbildungsordnung für Ärzte in Bayern ist dieses Gebiet unter Punkt 6 aufgelistet. Nachfolgend zunächst die Ausführung der Fassung von 2004.

Die Aufgabe des Gebietes ist, neben Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Nachsorge von Erkrankungen, etc. im Hals-Nasen-Ohrenbereich, auch explizit der Bereich der Stimm-, Sprach-, Sprech- und Hörstörungen (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

Die Facharztkompetenz im Gebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ist in zwei verschiedene Richtungen unterteilt:

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (Hals-Nasen-Ohrenarzt) und Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen.

Um eine der beiden Facharztkompetenzen erlangen zu können, ist zuerst eine Basisweiterbildung in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde notwendig (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

#### **Basisweiterbildung**

Die **Weiterbildungszeit** für diese Basisweiterbildung beträgt 24 Monate, von denen bis zu 12 Monate in der Ambulanz getätigt werden können.

In den Vorgaben zum **Weiterbildungsinhalt** ist bereits in der Basisweiterbildung Grundwissen im Bereich der Sprachstörungen erforderlich.

Es wird der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten verlangt, in

„- [...]“

- *den Grundlagen der Diagnostik und Therapie von Schluck-, Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen einschließlich Stroboskopie und Stimmfeldmessung*

- *der Hör-Screening-Untersuchung* (Bayerische Landesärztekammer 2007c, Gebiet 6)“

Zu den relevanten definierten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren kann man folgende Punkte finden:

„- *audiologische Untersuchungen,*

*z.B. Tonschwellen, Sprach- Hörfeldaudiometrie, elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA), otoakustische Emissionen, Hörtests zur Diagnostik zentraler Hörstörungen [...]*

- *Sprachtests* (Bayerische Landesärztekammer 2007c, Gebiet 6)“.

### **Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (Hals-Nasen-Ohrenarzt)**

Die **Weiterbildungszeit** zur Erlangung dieser Facharztkompetenz beträgt, zusätzlich zur Basisweiterbildungszeit, nochmals 36 Monate.

Interessant hierbei ist, dass es in diesen 36 Monaten möglich ist, sich sechs Monate unter anderem aus dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin oder der Sprach-, Stimm- und kindlichen Hörstörung anrechnen zu lassen.

Im **Weiterbildungsinhalt** zum Hals-Nasen-Ohrenarzt wird das Thema der Sprachstörungen nicht mehr explizit genannt. Es sind natürlich Überschneidungen hinsichtlich der Diagnostik und Therapie von Stimmstörungen zu finden, wie z.B. Behandlung von Tumoren im Kehlkopfbereich (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

### **Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen**

Um die Facharztkompetenz für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen zu erlangen, ist eine **Weiterbildungszeit** von 36 Monaten, aufbauend auf die 24 Monate Basisweiterbildung, vorgeschrieben.

Dabei können sechs Monate angerechnet werden, die in den Bereichen „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ erbracht wurden (Bayerische Landesärztekammer 2007c, Gebiet 6.2).

Da dies der Facharzt ist, der die umfassendsten Kenntnisse im Bereich der Sprachstörungen erlangt, wird nachfolgend auf den vorgegebenen Weiterbildungsinhalt genauer eingegangen. Der Weiterbildungsinhalt lautet:

- „Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in*
- der Erkennung, konservativen Behandlung und Rehabilitation von organischen, funktionellen, peripheren und zentralen Funktionsstörungen der Stimme, des Sprechens, der Sprache, des Schluckens und des kindlichen Hörens, der Hörreifung, -verarbeitung und -wahrnehmung einschließlich psychosomatischer Störungen und der Beratung von Angehörigen*
  - Erkennung auditiver, visueller, kinästhetischer und taktiler Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen im Kindesalter einschließlich entwicklungsneurologischer und -psychologischer Zusammenhänge*
  - der Diagnostik der Grob-, Fein- und Mundmotorik im Zusammenhang mit Schluck-, Sprech- und Sprachstörungen [...]*
  - der alters- und entwicklungsgemäßen Kinderaudiometrie mit subjektiven und objektiven Hörprüfungen einschließlich Screening-Verfahren auch bei Neugeborenen und Säuglingen*
  - der Sprach- und Sprechtherapie einschließlich Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation auf phonetisch-phonologischer, morphologisch-syntaktischer, semantischer und pragmatisch-kommunikativer Ebene*
  - der funktionellen Schlucktherapie [...]*
  - der Stimmtherapie [...]*
  - der Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten im Kindesalter einschließlich Gebrauchsschulung*
  - der Rehabilitation nach Hörgeräteversorgung und Cochlea-Implantation im Kindesalter*
  - Stimmleistungsuntersuchungen [...]*

*Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:*

- *Ableitung akustisch und somatosensorisch evozierter Potenziale*
- *Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA) im Kindesalter*
- *Messung otoakustischer Emissionen im Kindesalter*
- *Hörschwellen-Bestimmung mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren im Kindesalter*
- *Subjektive und objektive Methoden zur Diagnostik zentraler Hörstörungen im Kindesalter*
- *Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter*
- *Entwicklungs-, neuro- und leistungspsychologische Testverfahren*
- *Instrumentelle Analysen des Stimm- und Sprachschalls in Frequenz-, Intensitäts- und Zeitbereich, z. B. Stimmfeldmessung, Grundtonfrequenzbestimmung, Spektral- und Periodizitätsanalysen*
- *Untersuchung der Phonationsatmung [...]*
- *Analyse der Stimmlippenschwingungen [...]*
- *Fachbezogene Elektromyographie und Elektroneurographie [...]* (Bayerische Landesärztekammer 2007c, Gebiet 6.2).

Wie man anhand dieser detaillierten Vorgaben erkennen kann, sind mit dieser Weiterbildung Fachärzte mit umfassenden Kenntnissen im Bereich der Sprachstörungen ausgestattet worden.

In diesem Fachgebiet hat sich die Bezeichnung des Facharztes geändert. Vor Änderung der Weiterbildungsordnung lautete die Bezeichnung „Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie“. Mit Neuerung der Weiterbildungsordnung können diese Fachärzte nun auch den Titel „Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“ führen (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

Verwunderlich ist dabei nur, dass zu Beginn des Fachgebietes 6 in der Definition noch von Stimm-, Sprach-, Sprech- und Hörstörung die Rede ist, während nach der Basisweiterbildung nur noch die Bezeichnung Sprach-, Stimm- und kindlichen Hörstörungen verwendet wird. Die Sprechstörungen werden dabei in der allgemeinen Formulierung des Aufgabengebietes außer Acht gelassen. Bei der Auflistung der

Weiterbildungsinhalte wird dann wieder auf Sprechstörungen eingegangen (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

Auch hier ist ein Vergleich der Weiterbildungsordnung der alten Fassung von 2002 und der neuen Fassung von 2004 interessant.

In der Weiterbildungsordnung für Ärzte in Bayern, Fassung 2002, wurde der Bereich Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Punkt acht - in zwei andere Fachrichtungen unterteilt:

- Fachkunde in Laboruntersuchungen in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Fakultative Weiterbildung Spezielle Hals-Nasen-Ohrenchirurgie (Bayerische Landesärztekammer 2007d, Punkt 8).

In der **Definition** des Aufgabengebietes lassen sich aber auch die Gebiete der Störungen von Stimme, Sprache und Sprechen beim Kind und Erwachsenen sowie die besondere Diagnostik und Therapie von kindlichen Hörstörungen finden.

Die **Weiterbildungszeit** betrug fünf Jahre, mit drei Jahren im Stationsdienst. Angerechnet werden konnten hier ein Jahr Weiterbildung in der Phoniatrie und Pädaudiologie oder ein halbes Jahr Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin (Bayerische Landesärztekammer 2007d).

Als **Weiterbildungsinhalt** wurden 2002 grundlegende Methoden der Diagnostik und Therapie von Stimm- und Sprachstörungen sowie der kindlichen Hörstörungen verlangt, soweit dies für die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde notwendig ist.

Es wurden zudem aber auch die Vermittlung und der Erwerb von Kenntnissen über die Phoniatrie und Pädaudiologie vorgeschrieben. Spezielle Angaben zu Sprachstörungen waren nicht angegeben (Bayerische Landesärztekammer 2007d).

### **Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie in der Fassung von 2002**

In der Weiterbildungsordnung für Ärzte in Bayern Fassung 2002, ist das Gebiet der Phoniatrie und Pädaudiologie unter Punkt 30 noch extra gelistet.

Die **Weiterbildungszeit** ist in der Fassung von 2002 gleich geblieben mit der Weiterbildungszeit zum Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (einschließlich der Basisweiterbildungszeit Hals-Nasen-Ohrenheilkunde).

Der **Weiterbildungsinhalt** weicht indessen wieder in beiden Fassungen voneinander ab. Während viele der Punkte aus dem Weiterbildungsinhalt für Phoniater und Pädaudiologen von 2002 in den Weiterbildungsinhalt zum Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen übernommen wurden, bzw. nur textlich verändert wurden, finden sich einige Punkte, die 2002 noch aufgeführt waren, 2004 aber nicht mehr zu finden sind:

*„- der Erhebung der biographischen Anamnese bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen sowie kindlichen Hörstörungen auch unter Erhebung der Fremdanamnese*

*[...]*

*- eingehender auditiver Beurteilung der Stimme, der Sprache und des Sprechens*

*[...]*

*- üben Verfahren einschließlich autogenem Training und Relaxationsbehandlung*

*[...]*

*- der Gesprächs- und Verhaltenstherapie im Zusammenhang mit den zum Gebiet gehörenden Stimm-, Sprach-, Sprech- und Hörstörungen,[...]*

*- der Rehabilitation von Kommunikationsstörungen*

*- den Präventivmaßnahmen zur Früherkennung von Stimm-, Sprach-, Sprech- und Hörstörungen“ (Bayerische Landesärztekammer 2007d, Punkt 30).*

In der neuen Fassung der Weiterbildungsordnung werden die Untersuchungs- und Behandlungsverfahren expliziter dargestellt. Dort werden z.B. auch speziell die Kenntnisse von Sprachtests verlangt. Inhaltlich sind aber keine neuen Punkte dazu gekommen.

Wie man aus dem Vergleich der beiden Fassungen sehen kann, sind in der aktuellen Weiterbildungsordnung zwar detailliertere Bezeichnungen von Behandlungen aufgeführt, dafür sind jedoch wichtige Punkte wie z.B. Präventivmaßnahmen oder die Anamnese nicht mehr aufgeführt. Erklärbar wäre dies dadurch, dass sich der Punkt Anamnese automatisch bei der Diagnostik von Störungen ergibt. Ein Wegfall der Präventivmaßnahmen ist nicht zu erklären.

Dennoch sind in beiden Fassungen umfassende Kenntnisse im Bereich der gestörten Sprache zu finden. Die HNO-Medizin stellt auch mit über 21% einen Großteil des Bruttoumsatzes an Sprachtherapien in Bayern 2006 dar (GKV Heilmittel Informations System 2007a). Leider ist aus der Statistik des GKV-HIS keine Unterscheidung nach Facharzt für Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen und HNO-Ärzten vorgenommen worden.

#### **3.1.2.4 Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Da in der Sprachtherapie immer wieder Verordnungen von Kinder- und Jugendpsychiatern ausgestellt werden (über 2% des Bruttoumsatzes an Sprachtherapien in Bayern 2006 (GKV Heilmittel Informations System 2007a)), wird hier auch auf diese Weiterbildung eingegangen.

#### **Weiterbildungszeit**

Die Weiterbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater beträgt in der Fassung von 2004 60 Monate, wovon 12 Monate in der Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie und/oder in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie abgeleistet werden. Sechs Monate können dabei aus der Neurologie oder Neuropädiatrie angerechnet werden. 24 Monate können durch eine Ambulanz geleistet werden (Bayerische Landesärztekammer 2007c).

#### **Weiterbildungsinhalt**

Auch im Weiterbildungsinhalt der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie findet man einen Punkt zur Sprachtherapie:

*„- der Indikationsstellung und Technik der Übungsbehandlung, z.B. [...] sprachtherapeutische [...] Maßnahmen [...]“* (Bayerische Landesärztekammer 2007c, Punkt 12).

In der Fassung der Weiterbildungsordnung für Ärzte in Bayern Stand 2002 findet man eine sehr viel kürzere Ausführung der Weiterbildungsinhalte. Der Qualifikationspunkt zu

sprachtherapeutischen Maßnahmen ist dabei nicht aufgeführt. Per Definition ist das Fachgebiet aber bereits für Entwicklungsstörungen im Allgemeinen zuständig. Die Weiterbildungszeit betrug 2002 ebenfalls fünf Jahre (Bayerische Landesärztekammer 2007d).

### **3.1.3 Das Menschenbild in der Medizin**

Wie bereits in Kapitel 2 beschrieben wurde, hängt die Interdisziplinarität vom Individuum ab, das durch seine Ausbildung und Umwelt beeinflusst wird und damit seinen individuellen Blickwinkel darstellt.

Nachdem zuvor auf die Ausbildung im ärztlichen Bereich eingegangen wurde, ist es in diesem Zusammenhang nun von Interesse, welche weiteren Einflüssen das Handeln von Mediziner\*innen prägt. Ausdruck des Handelns ist dabei das zu Grunde liegende Menschenbild, welches wiederum eng an die Ausbildung geknüpft ist.

Während in der Ausbildung zum einen theoretische Inhalte vermittelt werden, werden andererseits auch immer die der jeweiligen Wissenschaft begleitenden Einstellungen vermittelt, und damit deren Menschenbilder.

Um verstehen zu können, wie die Interdisziplinarität zwischen der Medizin und der Sprachtherapie aussieht, ist es daher auch wichtig zu wissen, welche grundlegenden Einstellungen die jeweils beteiligten Disziplinen mitbringen, inwieweit sich diese Einstellungen und Menschenbilder voneinander unterscheiden und welche grundlegenden Probleme alleine durch diese verschieden geprägten Ausbildungen und Menschenbilder entstehen können, vielleicht sogar müssen.

Das Menschenbild beeinflusst seinerseits die in der Praxis zu Grunde liegenden Zielsetzungen und Vorgehensweisen als Ausdruck des persönlichen Grundverständnisses und können durch die Wissenschaftssystematik Disziplinen beeinflussen (Grohnfeldt 1996<sup>2a</sup>).

Die Menschenbilder an sich darf man dabei nicht nur als eine Beschreibung des Menschen aus einer bestimmten Sichtweise sehen. Sie sind keine rein deskriptive Darstellung, sondern auch normativ und damit auch handlungsanleitend (Geisler 2005).

Da die moderne Medizin nach Geisler (2005) über kein konsistentes Menschenbild verfügt, sondern um ein konkurrierendes Ringen der Disziplinen um die Deutungsmacht über den Menschen, ist es interessant zu erfahren, woraus sich das grundlegend vorherrschende Menschenbild entwickelt hat.

Von Jaspers wurde 1958 ein Bild gezeichnet, welches einen Kranken darstellte, der von Apparaten umgeben war, die ihn verarbeiten, ohne dass er selbst den Sinn erkennen konnte und von Ärzten umgeben war, die er nicht kannte. Der Mensch und die Maschine beginnen eine Art Symbiose zu bilden.

Diese Darstellung versinnbildlicht einsteigend in etwa den Grundgedanken der Medizin. Die Grundlage des heutigen Menschenbildes in der Medizin lässt sich auf das cartesianische Denken zurückführen. Lebewesen werden als chemische Maschinen gesehen, deren Organismus lediglich eine Maschine ist, der sich selbst aufbaut. Der Mensch ist schlussfolglicherweise nichts als eine Maschine (Geisler 1993).

Der cartesianische Reduktionismus, der als philosophischer Ausgangspunkt gesehen wird, besagt die fundamentale Trennung von Geist und Materie. Der Körper ist somit nur eine Maschine.

Descartes sah keinen Unterschied zwischen handwerklich hergestellten Maschinen und dem Körper.

Es entstand eine Fremd- und Selbstwahrnehmung des Menschen als geniale und doch defektgefährdete Maschine. Dieses Modell spiegelt sich noch in der heutigen Medizin wieder, durch den krank gewordenen, defekten Körper (Geisler 1993).

Von Jean Jacques Rousseau wurde dazu erstmals die Bezeichnung *automaton* geprägt. Er bezeichnete damit Menschen, die Maschinen zu sein scheinen. Später wurde der Begriff für anthropomorphe Maschinen benutzt.

Needham prägte mit „Mechanismus und Materialismus“ 1928 die Grundlagen des heutigen wissenschaftlichen Denkens. Dies prägt auch das Handeln, die Ziele und Sprache der modernen Medizin (Geisler 1993).

Dieses beschriebene **Maschinenmodell** wird als das beherrschende Menschenbild in der Medizin angesehen. Krankheiten werden auf Organdefekte reduziert und die Krankheit selbst wird als ein reparierbarer Defekt angesehen (Geisler 1993).

Sprachstörungen werden aus dem Blickwinkel der Ärzte ebenfalls als Krankheit angesehen, und damit gilt das allgemein in der Medizin gültige Krankheitskonzept. Hier werden Störungen der Gesundheit kategorial in einzelne Krankheitsbilder unterteilt. Vorteil dieses Konzeptes ist es, dass es für die Sprachstörungen genaue Definitionen gibt. Durch diese eindeutige Einordnung soll dann auch die Verständigung zwischen Therapeuten verbessert werden und klare Handlungsstrukturen für den Alltag geschaffen werden (Suchodoletz 2003).

In der kurativen Medizin ist das Krankheitskonzept störungszentriert und geht vom einzelnen Patienten und dessen Symptomatik unter weitgehender Vernachlässigung der Wechselbeziehung mit dem sozialen Umfeld aus. Das Ziel einer Behandlung sollte immer die Heilung sein, d.h. die Beseitigung von Sprachproblemen und deren Ursachen (Suchodoletz 2003).

Der unumgängliche Ausgangspunkt der kurativen Medizin ist dabei das Vorliegen einer manifesten funktionellen Störung (Haas 1991).

Nur eine kompetente ärztliche Untersuchung kann dahingehend klären, ob eine Therapie erforderlich ist (Tigges-Zuzok et al. 2003).

Die Medizin ist nur für Störungen mit Krankheitswert zuständig, allenfalls noch für prophylaktische Maßnahmen, jedoch nicht für krankheitsunabhängige defizitäre Zustände (Heinemann 1996). Das bedeutet, dass die Medizin an kausale oder quasikausale Wirksamkeit gebunden ist, die Pädagogik dagegen ein Handeln beabsichtigt, das eine Selbstbestimmung fördert (Heitger 1984<sup>2</sup>).

Dies zeigt deutlich die symptomorientierte Sichtweise von Ärzten mit ihrem defizitorientierten Menschenbild.

Die Gefahr besteht dabei nun, dass der Mediziner den Menschen auf einen Objektstatus reduziert durch medizinale Totalitätsansprüche. Der Mediziner ist bei einer Behinderung am dahinter liegenden Defekt interessiert und fahndet nach den Ursachen (Kobi 1979a).

Lt. Kobi (1979a) ist der Arzt von einem totalitären medizinischen Weltbild erfüllt und gestattet sich methodische Kompetenzüberschreitungen. Er ist davon überzeugt, dass immer ein in seinem Wissen adäquates Problem vorliegt.

Zunehmend wird aber auch das Menschenbild in der Medizin verändert.

So geht z.B. die integrierte Medizin von einem veränderten Menschenbild aus, das den Menschen als autark definiert. Seine Umgebung sieht der Mediziner aber weiterhin als objektive, für alle gleiche Realität an, die technisch manipuliert werden kann und muss. Dazu zählt er auch seine Patienten. Für dieses Menschenbild sind Krankheit und Behinderung technische Probleme, die vom Arzt als außen stehender Experte behandelt werden (Bertram 2007).

### **3.1.4 Fazit**

Nach den hier dargestellten Aus- und Weiterbildungsinhalten kann man feststellen, dass es durchaus von Bedeutung ist, welche Aus- bzw. Weiterbildung ein Arzt hat, da sich diese stark voneinander unterscheiden.

Es ist daher nicht möglich eine allgemeine Aussage zu treffen, ob ein Arzt eine gute Grundkenntnis zum Thema Sprache hat oder nicht.

Während das diesbezügliche Wissen eines Allgemeinarztes noch stark von der Wahl seines Wahlfaches, bzw. den Studieninhalten der Universitäten abhängt, sind in den einzelnen Fachrichtungen durch explizite Vorgaben Grundlagen geschaffen worden.

Da in der neuen bayerischen Weiterbildungsordnung für Kinderärzte das Thema Sprache mit aufgenommen wurde, lässt dies zukünftig auf ein fundamentales Wissen bei Kinderärzten schließen, während es nach der alten Fassung von der individuellen Weiterbildungserfahrung abhing.

Im Bereich der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde kann indes schon durch die Basisweiterbildung von einer Grundkenntnis hinsichtlich Sprachstörungen ausgegangen werden. Die Facharzt Ausbildung für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörung verlangt eine umfassende Zusatzausbildung in diesem Bereich.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird zwar auf das Thema der Sprachtherapie eingegangen, das Wissen dazu hängt dabei jedoch von der individuellen Umsetzung ab.

Trotz dieser doch sehr unterschiedlich festgelegten Wissensinhalte, ist es einem Allgemeinmediziner genauso gestattet, eine Heilmittelverordnung für Sprachtherapie auszustellen, wie einem Facharzt, obwohl es so scheint, als ob die dafür notwendigen Grundlagen in der Ausbildung zum Allgemeinarzt nicht oder nur notdürftig vorhanden sind. Dennoch muss sich der Sprachtherapeut mit seinem Fachwissen an die Anordnungen des verordnenden Arztes halten.

Es muss jedoch festgehalten werden, dass die Aus- und Weiterbildungszeit für Ärzte und Fachärzte immens ist.

Dauert die Ausbildung zum Arzt bereits über sechs Jahre, so kommen nochmals fünf Jahre für die Weiterbildung zum Facharzt hinzu. Das bedeutet, dass die durchschnittliche Dauer zur Erlangung eines Facharztes ca. 11 Jahre beträgt. Da ein Arzt in dieser Zeit bereits viel praktisch tätig ist, muss man die Erfahrungen die er in dieser Zeit erwirbt anerkennen.

Mit Erneuerung der Weiterbildungsordnung für Ärzte in Bayern Stand 2004 wurden in vielen Bereichen detailliertere Angaben zum Thema Sprachstörungen und Sprachtherapie gemacht, die in der vorherigen Ordnung noch nicht aufgeführt waren. Die endgültige Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung wird aber - ausgehend von 60 Monaten Weiterbildungszeit - endgültig erst 2009 statt finden.

Bei Auswertung der durchgeführten Umfrage muss deshalb immer der Wissenshintergrund der Weiterbildungsordnung Stand 2002 (verfasst 1993) zu Grunde gelegt werden.

Hinsichtlich des Selbstverständnisses, das einem Mediziner zu Grunde liegt, kann festgestellt werden, dass die Ausbildung und die Einstellung von Medizinern noch weitgehend von einem Menschenbild geprägt ist, dass mechanistisch und defizitorientiert ist. Die Krankheit - und damit auch Sprachstörungen - wird als ein Mangel angesehen, der behoben werden muss, wobei der Blickwinkel auf die Krankheit selbst gerichtet ist und das Umfeld weitestgehend außer Acht gelassen wird.

Ein Wandel ist jedoch bereits bemerkbar, wie man an der Vorgehensweise der integrierten Medizin sehen kann.

Die Umsetzung in der Praxis ist mit Sicherheit auch noch von der individuellen Erfahrung des Arztes abhängig. So ist, wie bereits beschrieben, die Beratung der Angehörigen ein Inhalt der Weiterbildungsordnung zur Facharztkompetenz für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen. Dadurch ist es dem Arzt möglich, mehr als nur das Defizit des Einzelnen zu sehen und auf sein Umfeld mit einzugehen.

Die hierarchische Stellung des Mediziners im interdisziplinären Gefüge wird bereits in der Weiterbildungsordnung deutlich: So ist z.B. der Kinder- und Jugendarzt zur „Überwachung logopädischer Therapiemaßnahmen“ angehalten und wird damit als Kontrollinstanz eine Stufe über den Therapeuten gestellt (vgl. 3.1.2.1).

Um aber einem „Machtgehabe“ und „Autoritätsgefälle“ entgegenwirken zu können und eine Interdisziplinarität im bereits zuvor erwähnten Miteinander zu erhalten, ist eine Gleichberechtigung in der Zusammenarbeit erstrebenswert.

Auch Maihack (Vorsitzender des dbS) sieht es als zwingend notwendig an, dass die Sprachtherapie gegenüber der Medizin mehr Partnerschaft und Autonomie eingeräumt bekommt (Grohnfeldt/Ritterfeld 2004).

Eine sprachtherapeutische Arbeit ohne ärztliche Verordnung, d.h. eine Loslösung von der Medizin bei der Behandlung von Sprachstörungen, sieht aber Keilmann (Ärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie) im Sinne des Patienten als nicht sinnvoll an (in Grohnfeldt/Ritterfeld 2004).

Die Lösung scheint daher ein Zwischenweg zu sein, der weder dem Sprachtherapeuten noch dem Mediziner eine hierarchisch übergeordnete Stellung einräumt.

## 3.2 Der sprachtherapeutische Bereich

Im vorangegangenen Kapitel wurde ausgeführt, welche grundlegenden inhaltlichen Unterschiede es hinsichtlich der medizinischen Ausbildung im Bereich der Sprech- und Sprachstörungen gibt. Die Rahmenbedingungen variieren dabei von Gebiet zu Gebiet. Dadurch ist auch der Blickwinkel der einzelnen Fachärzte hinsichtlich Sprachstörungen während ihrer Aus- bzw. Fortbildung unterschiedlich geprägt worden. Obwohl das Menschenbild in der Medizin grundlegend defizit und mechanistisch orientiert ist, muss man auch die unterschiedlichen Fachausbildungen sehen, die die Interdisziplinarität beeinflussen können.

Auch in der Sprachtherapie ist die Ausbildung der Therapeuten nicht einheitlich. Es gibt mehrere Berufsgruppen, die sich mit dem sprachbeeinträchtigten Menschen beschäftigen. Der Schwerpunkt in dieser Arbeit liegt bei der Logopädie und der Sprachheilpädagogik, da diese in der vorliegenden Untersuchung - und auch in der sprachtherapeutischen Praxis (vgl. Grohnfeldt 1996<sup>2</sup>a) - den größten Anteil an Sprachtherapeuten darstellen. Um aber einen Überblick über das sprachtherapeutische Geschehen zu erhalten, werden nachfolgend kurz die einzelnen Berufsgruppen die in der Sprachtherapie tätig sind aufgeführt.

### 3.2.1 Sprachtherapeutische Berufsgruppen

In Deutschland gibt es derzeit<sup>1</sup> folgende Berufsgruppen, die sich mit der Sprachtherapie beschäftigen und die Möglichkeit haben, eine Kassenzulassung zu erlangen:

- Logopäden
- Staatlich anerkannte Sprachtherapeuten
- Staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer (Schlaffhorst-Andersen)
- Medizinische Sprachheilpädagogen
- Diplom-Sprechwissenschaftler (Ausbildung an der Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg, staatlicher Abschluss bis zum 3. Oktober 1990; auch mit vor dem

---

<sup>1</sup> Stand September 2007

3. Oktober 1990 begonnener Weiterbildung zum Klinischen Sprechwissenschaftler) (IKK Bundesverband 2007a, S. 14).

Folgende Berufsgruppen haben die Möglichkeit eine Zulassung von sprachtherapeutischen Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern und Poltern bei Kindern zu erlangen:

- Sprachheilpädagogen (Diplompädagogen und Sonderschullehrer nach der 2. Staatsprüfung jeweils mit dem Studienschwerpunkt 1. Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik bzw. Magister Artium [Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik])
- Diplomlehrer für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte <sup>1</sup>
- Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte <sup>1</sup>
- Diplomerzieher für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte<sup>1</sup>

Um weitere Störungsbilder behandeln zu können, müssen diese Berufsgruppen eine Zulassung bei der Krankenkasse beantragen, die im Einzelfall erteilt wird (IKK Bundesverband 2007a, S. 14).

### **Bachelor- und Masterstudiengang**

Für den noch relativ neuen Studiengang der Sprachtherapie im Bachelor-/Masterstudiengang (seit Wintersemester 2004/2005) können Zulassungen zur Therapie für alle oder einzelne Störungsbilder beantragt werden, sofern sie die Anforderungen erfüllen. In der noch in Arbeit befindenden Anlage (Stand Mai 2007) soll dargestellt werden, zur Therapie welcher Indikationen die einzelnen Studiengänge qualifizieren.

Unter Punkt vier der Zulassungsbedingungen findet man aber bereits die theoretischen und praktischen Anforderungen, sowie Angaben zu den Praktika.

Weitere Zulassungen für andere Störungsbilder können im Einzelfall erteilt werden, wenn ein praktischer und theoretischer Nachweis vorliegt (IKK Bundesverband 2007a).

<sup>1</sup> *Ausbildung nach dem Studienplan für die Ausbildung von Pädagogen für Sprachgeschädigte an der Humboldt-Universität, Berlin, zuletzt geändert am 1. September 1985*

Neben den hier aufgeführten Berufsgruppen gibt es noch eine Reihe von Berufen, die sich am Rande mit der gestörten Sprache beschäftigen, jedoch nicht zulassungsfähig sind.

Die Gemeinsamkeit in den sprachtherapeutischen Disziplinen besteht vor allem darin, dass der Mensch mit seiner Beeinträchtigung im Blickfeld steht. Trotz dieser bedeutenden Gemeinsamkeit gibt es aber immer noch Unterschiede in den Berufsbildern, die sich vor allem in den Handlungsfeldern zeigen und gerade in den hier relevanten Berufsgruppen der Logopädie und Sprachheilpädagogik historisch begründet sind (Ritterfeld 2004).

Gerade im Hinblick auf die Interdisziplinarität in der Sprachtherapie und der Medizin ist es wichtig zu wissen, welche epochalen Rahmenbedingungen vorhanden sind und wie sich diese im Laufe der Zeit geändert haben. Nur so lassen sich auch die mit der Zeit unterschiedlich ausgeprägten Richtungen in der Sprachheilpädagogik und Logopädie erklären und die ihnen jetzt zu Grunde liegenden Menschenbilder, die die Einstellungen der beiden Berufe widerspiegeln.

Erst auf dieser Grundlage ist es möglich, eventuell vorhandene Unterschiede im interdisziplinären Geschehen zwischen Logopäden und Medizinerinnen und Sprachheilpädagogen und Medizinerinnen richtig zu deuten und zu verstehen.

Grundlegend stellen sich daher die Fragen: Woher kommen wir? Wo stehen wir? Wohin gehen wir? (Grohnfeldt 2000).

## **3.2.2 Der historische Kontext**

### **3.2.2.1 Die gemeinsamen Wurzeln von Logopädie und Sprachheilpädagogik**

Um verstehen zu können, wie sich die einzelnen Berufsgruppen im sprachtherapeutischen Raum repräsentieren, muss man deren grundlegend verschiedenen Selbstverständnisse aus der Entwicklung des historischen Kontextes beachten. Die gegenwärtige Position muss im geschichtlichen Rahmen interpretiert werden. Nur so ist es möglich, die Denkkategorien offen zu legen und interpretieren zu können, aber auch Aussagen über mögliche Entwicklungen treffen zu können (Grohnfeldt 1996<sup>2a</sup>).

Eine entscheidende Rolle für die Auskristallisierung diverser sprachtherapeutischer Berufe spielt die Gründung von Fachzeitschriften, Arbeitsgemeinschaften und Berufsverbände, sowie die Einrichtung der Ausbildungsstätten (Grohnfeldt 1996<sup>2</sup>a).

Vor der Spezifizierung zu den Disziplinen Logopädie und Sprachheilpädagogik stehen gemeinsame sprachtherapeutische Wurzeln. Später haben sich in den einzelnen Bereichen unterschiedliche Schwerpunkte im Therapieansatz entwickelt (Braun & Macha-Krau 2000).

### **Die Anfänge der Therapien von Sprachstörungen**

Während es in der Antike noch kein Interesse an Therapien von Sprachstörungen gab, kamen im Mittelalter erste Therapieansätze auf, die sowohl medizinisch als auch didaktisch-rhetorisch orientiert waren (Braun & Macha-Krau 2000, Dupuis 1983).

In der frühen Neuzeit (16.-18. Jhrdt.) fand dann erstmals eine systematische Bestandsaufnahme des ärztlichen Wissens und Handelns bei kindlichen Sprachstörungen durch Hieronymus Mercurialis (1584) statt. Seine therapeutischen Behandlungsvorschläge kann man als Vorläufer für modernere, multifaktorielle Erklärungskonzepte und mehrdimensionale Therapiekonzepte sehen.

Die Therapie zu der Zeit war entweder operativ oder didaktisch, was zur Herausbildung zweier kontroverser Richtungen führte, der medizinisch-chirurgischen und der didaktisch-phonetischen.

In diesem Zeitraum wurde dann auch die erste Einrichtung in Paris durch den Staat eröffnet, eine Taubstummenanstalt für allgemeine Erziehungsaufgaben (1770).

Mit seiner Veröffentlichung "Das Stammeln und Stottern" von 1830 setzte R. Schulthess einen weiteren wichtigen Eckpunkt, da er über Sprechübungen zur Heilung des Stotterns berichtete (Braun & Macha-Krau 2000, Dupuis 1983, Orthmann 1980).

### **Veränderungen der therapeutischen Ansätze**

Nach dem Höhepunkt der medizinischen Therapie (ca. 1841) kommt es zu vermehrtem Misserfolg und das Interesse der Medizin an der Sprachtherapie sinkt. Die Betreuung wird zunehmend durch Taubstummenärzte und Sprachärzte übernommen, wodurch der funktionelle Charakter erkannt wird und didaktische Heilverfahren präferiert werden. Die von Wallis begründete Phonetik wird als Grundlage der didaktischen Therapie gesehen.

Die Eröffnung der ersten deutschen Taubstummenanstalt 1778 sah man als „Keimzelle des öffentlichen Sprachheilwesens in Deutschland“ (Braun & Macha-Krau 2000, Dupuis 1983).

Es folgte eine stürmische Entwicklung der didaktisch-phonetischen Therapie, wobei Fröbel (1826) als erster reiner Pädagoge galt (Veröffentlichung von „die Menschenerziehung“).

Eine wichtige Rolle in der Geschichte der Sprachheilpädagogik und der Logopädie spielen Albert Gutzmann (Taubstummenlehrer) und dessen Sohn Hermann Gutzmann (Mediziner). Seit 1883 wurden Kurse für stotternde Kinder angeboten, die auf A. Gutzmann zurück gingen.

Von Vater und Sohn wurde 1891 die „Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde“ gegründet (Braun & Macha-Krau 2000, Dupuis 1983).

Es gab somit schon zu diesem Zeitpunkt eine Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Medizin und Pädagogik.

#### **3.2.2.2 Die Entwicklung der Sprachheilpädagogik**

Neben den gemeinsamen Wurzeln der Sprachheilpädagogik und Logopädie gibt es Merkmale in der Geschichte, die signifikant für die Entwicklung der einzelnen Disziplinen sind. Wichtig in der Entstehung der Sprachheilpädagogik sind die Entwicklungen der Sprachheilschulen, da die Sprachheilpädagogik lange als Pädagogik ihre Umsetzung in den Schulen fand. Dazu kam ihre Etablierung in der Wissenschaft und die Entstehung von außerschulischen Handlungsfeldern.

### **Die Entwicklung der Sprachheilschulen**

Da das Handlungsfeld der Schule in der hier vorliegenden Untersuchung keine Rolle spielt, aber einen Teil der Sprachheilpädagogik ausmacht, wird sie nachfolgend kurz dargestellt. Die Anfänge wurden durch heilpädagogische Organisationsformen geschaffen, wie z.B. dem Unterricht in Taubstummenschulen und Sprachheilanstalten. Dadurch entstand ein eigenständiges öffentliches, schulisches Sprachheilwesen.

Zu Beginn wurde die Beschulung durch Taubstummenlehrer vorgenommen, später durch Sprachärzte und Heilkurse.

Durch die geringen Heilerfolge und die organisatorischen Mängel entstanden die ersten Sprachheilschulen (1910 in Halle). Zu der Zeit gelangte man zu der Erkenntnis, dass sprachtechnische Übungen allein nicht ausreichend sind, sondern dass ein spezielles Erziehungsbedürfnis vorhanden ist (Braun & Macha-Krau 2000).

Diese Gründungsphase der Sprachheilpädagogik wird dabei eher auf die Heilkursperiode als auf die Heilpädagogik zurückgeführt.

In der Nachkriegszeit haben in den 60er/70er Jahre die Sprachheilschulen verstärkt zugenommen. Zu dieser Zeit hat sich dann auch ein verstärktes Interesse am vorschulischen Bereich gezeigt (Orthmann 1980).

### **Die wissenschaftliche Entwicklung und Veränderung in der Sprachheilpädagogik**

Der Begriff der Heilpädagogik wurde 1861 von Georgens und Deinhardt eingeführt und hat damit das medizinische und pädagogische Denken verbunden (Braun & Macha-Krau 2000). Pädagogische Grundlagen schafften damals im sprachheilpädagogischen Bereich Fröschels und Rothe (Orthmann 1980).

Zur eigenständigen Wissenschaft wurde die Sprachheilpädagogik durch Albert Gutzmann, der eine spezielle Stottertherapie entwickelte.

Aus der zuvor bereits erwähnten Fachzeitschrift, die er mit seinem Sohn gründete, entwickelte sich die „Berliner Schule“, die wissenschaftstheoretisch als Organiker zu sehen war.

Dem gegenüber stand die „Wiener Schule“, repräsentiert von Fröschels, mit der Therapie als heilpädagogisch-psychotherapeutische Maßnahme und der ganzheitlichen „Umerziehung“ nach Rothe (1929) (Braun & Macha-Krau 2000).

Aktualisiert wurden Rothes Ausformulierungen dann durch Knura und Neumann (1980) durch den Begriff der „pädagogischen Sprachtherapie“ und durch Grohnfeldts Menschenbild (1987), wobei Knura/Neumann auf einen psychologischen und nicht pädagogischen Schwerpunkt setzen (Bahr 1994).

In Anlehnung an die empirische Psychologie versucht die Sprachheilpädagogik in den 60ern die „realistische Wende der Erziehungswissenschaft“ mitzuvollziehen. Dadurch wurden sprachbeeinträchtigte Kinder mit nichtsprachbeeinträchtigte Kindern hinsichtlich Verhalten, Leistung und Persönlichkeit, sowie sprachbeeinträchtigte Kinder untereinander verglichen. Die Ergebnisse bildeten in den 70ern die Grundlage der didaktischen Konzeptbildung (Braun & Macha-Krau 2000).

Orthmann stellte in der Nachkriegszeit den pädagogischen Aspekt in der sprachtherapeutischen Arbeit dar (Grohnfeldt 1996<sup>2b</sup>).

In der Eigenständigkeitsdebatte 1968 in München wurde eine Akzentuierung des pädagogischen Selbstverständnisses in der Sprachheilpädagogik dargelegt (Grohnfeldt 2002c).

### **Die Entwicklung der Ausbildung in der Sprachheilpädagogik**

Einen Schritt zur Professionalisierung machte die Sprachheilpädagogik mit der ersten Prüfungsordnung, die die Sprachheilpädagogik als Prüfungsgegenstand beinhaltete (1878). Kurz darauf wurden von Albert Gutzmann Lehrer für Sprachgestörte ausgebildet.

Im Jahre 1928 kam es dann zur Einrichtung der „*Heilpädagogischen Studienjahre zur Ausbildung von Hilfsschul- und Sprachheillehrern*“ (Braun & Macha-Krau 2000, S. 65).

In diesem Jahr gab es dann auch die erste amtliche Prüfungsordnung für das Lehramt an Sprachheilschulen. Damit wurde eine Hochschulausbildung von Sprachheillehrern gefordert.

Die in (Ost-) Berlin vorhandenen Studiengänge zu Diplomlehrern und -erziehern wurden 1990 aufgelöst und durch die Studiengänge Lehramt an Sonderschulen und Diplomstudiengang Rehabilitationspädagogik ersetzt.

In den anderen Bundesländern findet man eine universitäre Ausbildung zum Diplom-Pädagogen mit Schwerpunkt Sprachrehabilitation bzw. zum diplomierten Sprachheilpädagogen (Braun & Macha-Krau 2000) bzw. zum Sprachheilpädagogen M.A. in Bayern.

Vorreiter der ersten grundlegenden universitären Ausbildung war Nordrhein-Westfalen. Dort wurde 1969 eine Ausbildung von Sonderschullehrern in Heilpädagogik über acht Semester eingerichtet. Damit etablierte sich die Sprachheilpädagogik zu einem universitären Studium (Maihack 2001; Becker/Braun 2000; Dohse 1978; Dupuis 2000). Es folgten ab dem Jahre 1969 die ersten Diplomstudiengänge in Sprachheilpädagogik in Köln und Dortmund (Becker/Braun 2000).

Mit diesem Studiengang wurde eine erste „Konkurrenzsituation“ zur Logopädie geschaffen, da der diplomierte Sprachheilpädagoge nicht in Schulen tätig werden sollte, sondern außerschulisch in Heimen und Förderzentren (Maihack 2001; Zuckrigl 1982<sup>2</sup>).

1999 kam es zur Forderung nach einer bundeseinheitlichen Ausbildung auf Hochschulniveau mit einer Angleichung an europaweit bestehende akademisch ausgerichtete Ausbildungsstandards des IALP (International Organisation of Logopedics and Phoniatics) bzw. des CPLOL (Comité Permanent de Liason des Orthophonistes/Logopédés) und dem Bundessprachtherapeutengesetz (Grohnfeldt 2002c, Grohnfeldt 2007).

Mit einem Eckpunktepapier schaffte der dbl und der dgs/dbs 2000 die Grundlage für die spätere Aufstellung eines interdisziplinär angelegten Studienganges zum „Sprachtherapeuten“. Auch die Kooperationsvereinbarung 2002 des dbs und dbl hatte zum Ziel ein einheitliches Ausbildungs- und Berufsprofil auf akademischen Niveau festzulegen (Grohnfeldt 2002c; Grohnfeldt 2007).

Heute findet man in Deutschland universitäre Ausbildungen mit den Abschlüssen Magister, Diplom und Lehramt, bzw. seit dem Wintersemester 2004 den Bachelor. In Bayern wird an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, Institut für Sprachheilpädagogik, und an der Universität Würzburg, am Lehrstuhl für Sonderpädagogik III, ausgebildet (Verband Deutscher Sonderschulen 1999, LMU 2007).

Eine Darstellung der Studienstätten in Deutschland findet sich in Kapitel 3.2.3.1.1.

Seit dem Wintersemester 2004/2005 - und damit noch relativ neu - wird der Studiengang „Sprachtherapie“ (Abschluss Bachelor of Arts) an der Universität München angeboten.

Dieser wird gemeinsam von der Sprachheilpädagogik und der Germanistischen Linguistik ausgerichtet (LMU 2007).

### **Gründung von Fachzeitschriften, Arbeitsgemeinschaften und Berufsverbänden in der Sprachheilpädagogik**

Wie bereits einleitend erwähnt, spielt die Einrichtung von Berufsverbänden, Arbeitsgemeinschaften und Fachzeitschriften eine große Rolle in der Entwicklung der Sprachheilpädagogik.

Eine erste wichtige Instanz für die Sprachheilpädagogik war die Gründung der AfS = „*Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland*“ 1927. Diese prägte bis zu ihrer Auflösung 1933 das Sprachheilwesen in Deutschland (Grohnfeldt 2002c; Grohnfeldt 2007).

Mit dem „*Mitteilungsblatt der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland*“ gab es 1932 eine wichtige Veröffentlichung (Orthmann 1980).

Einen großen Einfluss auf die schulische Sprachheilpädagogik hatte die Gründung der KMK (Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder der Bundesrepublik Deutschland) 1949. Ziel war es, künftig das Schulwesen vergleichen und einheitlich gestalten zu können. Wichtig für den Ausbau von Sonderschulen und verantwortlich für den Anstieg der Sprachheilschulen Mitte der 70er waren die KMK-Empfehlungen von 1960 und 1972.

In der Nachkriegszeit rief man 1953 die AfS (Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland) wieder ins Leben und setzte dort an, wo man vor 20 Jahren aufhören musste. Eine Organisation wurde aufgebaut und erste Landesgruppen wurden ins Leben gerufen. Aus der AfS wurde 1968 die dgs = „*Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.*“.

Die erste Zeitschrift der Arbeitsgemeinschaft, die „Sprachheilarbeit“, erschien bereits 1956 (Grohnfeldt 2002c; Grohnfeldt 2007).

Da es in den 90ern zu einer deutlichen Aufteilung der schulischen und außerschulischen Sprachheilpädagogik kam, wurde 1993 die AGFAS = „*Arbeitsgemeinschaft der freiberuflichen und angestellten Sprachheilpädagogen*“ gegründet. Die AGFAS wurde

unter dem Dach der dgs gegründet und diente der Interessensvertretung außerschulisch tätiger Sprachheilpädagogen (Grohnfeldt 2002c; Grohnfeldt 2007).

Mit den Empfehlungen der KMK von 1994 kam es allerdings wieder zu einer Abnahme der Sprachheilschulen, da hier integrative Einrichtungen und Förderzentren vor den spezialisierten Sonderschulen, wie der Sprachheilschule, empfohlen wurden.

Mit dieser Empfehlung kam es aber auch zu einem Paradigmenwechsel. Es wurde eine personenbezogene Förderung einer institutionsbezogenen Förderung vorgezogen, was eine nachhaltige Veränderung der Sprachheilpädagogik mit sich zog.

Im Jahr 1999 wurde die AGFAS zu einem selbständigen Unterverband der dgs unter dem Namen dbs = „*Deutscher Bundesverband der Sprachheilpädagogen*“. Dieser nannte sich dann ab 2004 „*Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs)*“. Damit wurden auch die Interessen der Klinischen Linguisten, der Patholinguisten und der Sprechwissenschaftler mit vertreten (Grohnfeldt 2002c; Grohnfeldt 2007) .

### **Entwicklungen der kassenärztlichen Zulassung**

Ein Sprachtherapeut ist nur dann therapieberechtigt, wenn er eine Heilmittelverordnung durch einen ausstellenden Arzt erhält. Um diese Heilmittelverordnung abrechnen zu können, ist wiederum eine sog. Kassenzulassung notwendig, wie bereits unter 3.2.1 erwähnt (IKK Bundesverband 2007a, S. 14).

Diese Zulassung war jedoch nicht von Anfang an gegeben.

Mit den Heil- und Hilfsmittelrichtlinien von 1982 wurde noch festgelegt, dass ein Sprachheilpädagoge nur dann leistungsberechtigt ist, wenn kein Arzt oder Logopäde zur Verfügung stehe.

Erst 1994 gab es eine Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen, die die Sprachheilpädagogen als zulassungsfähige Behandler angaben.

Da die Logopäden im SGB V jedoch immer noch bevorzugt behandelt wurden, gab es 2001 ein Präzedenzsurteil, welches Sprachtherapeuten generell einen Anspruch auf eine Kassenzulassung zusprach. 2003 wurde dann auch durch den Bundestag die bis dahin notwendige zweijährige berufspraktische Erfahrung abgeschafft. Dies bedeutet, dass

Sprachtherapeuten sofort nach der Ausbildung eine Kassen(teil-)zulassung erlangen können (Grohnfeldt 2002c; Grohnfeldt 2007).

Dass es aber noch immer keine Gleichstellung zwischen den Sprachheilpädagogen und den Logopäden hinsichtlich der Kassenzulassung gibt, sieht man daran, dass Logopäden sofort eine Vollzulassung erhalten, während Sprachheilpädagogen (Diplom oder Magister) nur eine Teilzulassung erhalten und für eine Vollzulassung Therapiestunden nachweisen müssen (IKK Bundesverband 2007a, S. 14).

### **3.2.2.3 Die Entwicklung der Logopädie**

Neben der eigenständigen Entwicklung der Sprachheilpädagogik hat auch die Logopädie wichtige geschichtliche Schritte hinter sich gebracht, um sich zu dem heutigen Berufsbild zu entwickeln.

#### **Die Entstehung von logopädischen Einrichtungen**

Einer der ersten bedeutsamen Punkte in der Geschichte der Logopädie stellt die Entstehung des Gebietes Stimm- und Sprachheilkunde (später Phoniatrie) am Ende des 19. Jhdt. dar. Hermann Gutzmann sen. hatte zu dieser Zeit einen wichtigen Einfluss auf die weitere Entwicklung indem er 1805 eine Ambulanz für Sprachkranke einrichtete und 1905 Sprachheilkunde als eigenständiges Unterrichtsfach etablierte. In den Universitäten werden ab da die logopädischen Probleme theoretisch und praktisch erforscht (Braun/Macha-Krau 2000; Orthmann 1980).

Zur Sprachheilkunde kamen dann noch die experimentelle Phonetik und die Sprechkunde als akademisches Fach dazu.

Es gab jedoch noch lange keine klinisch-therapeutische Arbeit und wenn dann nur in Einzelfällen in der Großstadt (Braun/Macha-Krau 2000).

Der Begriff der „Logopädie“ wurde 1924 für den Begriff „medizinische Sprachheilkunde“ auf dem 1. Internationalen Kongress für Logopädie und Phoniatrie in Wien, der von Fröschels gegründet wurde, offiziell eingeführt (Orthmann 1980).

In den 60ern steigt die Anzahl ausgebildeter Logopäden immer mehr an und es entstanden die ersten logopädischen Praxen. An den Unikliniken wurden nach und nach Lehranstalten eingerichtet.

Während in den 60ern/70ern die Rehabilitation neurologischer Patienten den Sprachheilpädagogen zugeteilt wurde, wandelte sich dies in den 80ern und es wurde immer mehr zum Aufgabengebiet der Logopäden. Heute stellt der Bereich einen der größten in der Logopädie dar und es kommt zu einem großen Zuwachs an Praxen, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, da auch die Zahl der ausgebildeten Logopäden stark zunimmt (Braun/Macha-Krau 2000).

### **Die wissenschaftliche Entwicklung der Logopädie**

Die Wurzeln der Logopädie liegen in der medizinischen Sprachheilkunde, aus der sie sich entwickelt hat und deren Einfluss noch heute vorhanden ist. Die medizinische Sprachheilkunde wurde ihrerseits von Hermann Gutzmann sen. 1905 als wissenschaftliche Disziplin an der Universität in Berlin etabliert. Die pädagogische Sprachheilkunde und die Logopädie selbst konnten sich jedoch nicht als Wissenschaft durchsetzen.

Das Denken über Sprachstörungen stammt aus medizinischer Sicht. Dies zeigte sich daran, dass im 19. Jhdt., z.B. Kussmaul und Gutzmann sen. die Sprachstörungen an Hirnlokalisationen gekoppelt sahen.

Jahrzehnte blieb die Logopädie an die Medizin und Pädagogik gebunden und als Therapie galt die phonetische Therapie (Übungsbehandlungen) als üblich (Braun/Macha-Krau 2000). Die Logopädie wurde aber zu der Zeit noch als medizinische Disziplin gesehen, als medizinische Lehre von den Erkrankungen der Sprache (Motsch 1979).

In den 70ern kam es zu grundlegenden Veränderungen. Es erfolgten weitere Entwicklungen in den Wissenschaften Medizin, Pädagogik, Sprachwissenschaft und Psychologie. In der Logopädie kam es dadurch zu Erweiterungen ihrer theoretischen und praktischen Ansätze. Zusätzlich wurde sie durch die Entwicklung der Patholinguistik unterstützt und erweiterte so ihre Sichtweise um eine linguistisch-phänomenologische Sichtweise. Dabei kam es auch zur Hinwendung zur neurologischen Rehabilitation (Braun/Macha-Krau 2000).

Da es aber keine akademische Etablierung der Logopädie gab, fehlte es ihr an systematischer Forschung. Es wurde ein Schwerpunkt auf die historische Forschung gelegt. Die eigene Therapieforschung wurde jedoch gefordert und man hat ihre Wichtigkeit erkannt. Zudem hat man versucht, Therapieansätze aus unterschiedlichen Bereichen weiterzuentwickeln (Braun/Macha-Krau 2000).

## Die Entwicklung der Ausbildungssituation in der Logopädie

Zu Beginn des bewussten Auftretens von Sprechstörungen beschäftigten sich vor allem die Mediziner mit diesem Phänomen, die Interesse dafür hatten. Erst ab Mitte des 19. Jhdts. wurde dies zu einer Aufgabe von Taubstummenlehrern und schließlich Anfang des 20. Jhdts. die Aufgabe von Lehrern und Berufsgruppen aus privaten und unregelmäßigen Ausbildungsstätten.

Ab 1926 gab es dann bereits Forderungen nach einer speziellen Logopädieausbildung und -prüfung. Auf dem II. Kongress der IALP in Wien wurde auch bereits ein akademischer Abschluss gefordert.

Die Ausbildung in der Logopädie war jedoch bis Ende der 50er noch unregelmäßig.

Erst 1962 gab es von Hermann Gutzmann jun. eine erste Lehranstalt für Logopädie in Berlin mit einem prägenden Einfluss der Phoniatrie und einem Ausbildungscurriculum, das medizinisch orientiert war (Grohnfeldt 2007; Braun/Macha-Krau 2000).

In den 70ern zeichnete sich dann das logopädische Arbeiten durch experimentelles Arbeiten aus. Die Ausbildung dauerte damals zwei Jahre.

Eine einheitliche Ausbildung für Logopäden mit einem staatlichen Abschluss gab es erst 1980 (LogAPro). Der Inhalt und die Art der Ausbildung entsprechen dabei dem IALP Mindeststandard. 1998 wird der Berufsethos in der Berufsordnung schriftlich festgehalten (Braun/Macha-Krau 2000).

Das die Logopädie aber bereits auf dem besten Wege zur Akademisierung ist, daran lässt Schrey-Dern (1999) keine Zweifel, da die IALPC (International Organisation for Logopedics and Phoniatrics) und das CPLOL (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopédes) bereits europäische und internationale Mindeststandards aufgestellt haben, aus denen sich die Akademisierung der Logopädie ableiten lässt.

Die Akademisierung der Logopäden sehen Degenkolb-Weyers et al. (2005) in folgenden Möglichkeiten:

- *Ein gemeinsames Berufsbild mit anderen sprachheiltherapeutischen Berufsgruppen*
- *Ein Zusammenschluss mit anderen Medizinalfachberufen*
- *Additive Studiengänge mit Logopädenausbildung als Basis*

Eine Akademisierung steht jedoch bis heute noch aus (Braun/Macha-Krau 2000).

### **Entstehung und Entwicklung des Berufsverbandes**

Eine erste Organisation im Bereich der Logopädie wurde 1924 ins Leben gerufen. Mit Fröschels als Präsident wurde die „Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie“ = IALP gegründet (Dupuis 1983; Grohnfeldt 2007).

Als erster Berufsverband entstand 1964 der „Zentralverband für Logopädie“ = ZVL, der damals allerdings nur 14 Mitglieder hatte, und noch heute als dbf = „Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.“ tätig ist, mit mittlerweile über 2000 Mitgliedern. Ein großer Verdienst des dbf war, neben der bereits zuvor erwähnten einheitlichen Ausbildung, das sog. Rehabilitationsangleichungsgesetz. Damit wurde gesetzlich festgelegt, dass die Krankenkassen die Kosten für logopädische Behandlungen übernehmen (Braun/Macha-Krau 2000; Grohnfeldt 2007).

#### **3.2.2.4 Fazit**

Mit diesem kurzen Einblick in die Geschichte der Sprachheilpädagogik und Logopädie konnte nochmals verdeutlicht werden, dass sich beide Disziplinen, obwohl sie sich mit dem in seiner Sprache beeinträchtigten Menschen beschäftigen, in ihren Grundlagen unterscheiden.

Die Sprachheilpädagogik mit ihrer Entwicklung aus den Heilkursen und der schulischen Entwicklung aus den Taubstummenanstalten ist in der Pädagogik verwurzelt und hat sich aus dieser entwickelt, während die Logopädie sich aus der medizinischen Sprachheilkunde entwickelte und stets eng an die Medizin gebunden war und ist.

Wie sich die Unterschiede in ihren Wurzeln auf die heutige Ausbildung, das Menschenbild und ihr Selbstverständnis, und damit auf das interdisziplinäre Geschehen auswirken, wird nachfolgend erörtert.

### **3.2.3 Die Ausbildung in der Sprachtherapie**

Nach der Darstellung der medizinischen Ausbildung und deren Kenntnisse im sprachtherapeutischen Bereich, stellt sich nun die Frage, wie sich die sprachtherapeutische Ausbildung hinsichtlich der medizinischen Grundlagen verhält. Interessant ist auch, ob sich die beiden sprachtherapeutischen Disziplinen untereinander unterscheiden. Bleibt die Logopädie ihren medizinischen Wurzeln verbunden und spiegelt sich dies in ihrer Ausbildung wieder, und spielt die Pädagogik in der Sprachheilpädagogik heute noch eine tragende Rolle? Welche Auswirkungen hat dies auf den Blickwinkel des Individuums und beeinflusst damit die Interdisziplinarität?

#### **3.2.3.1 Die Sprachheilpädagogik**

##### **3.2.3.1.1 Studienstätten**

In Deutschland findet die Ausbildung zum Sprachheilpädagogen an universitären Ausbildungsstätten statt. Während einige Universitäten nur die Ausbildung zum Lehramt an Sonderschulen bzw. Förderschulen anbieten, bieten andere Universitäten zum Lehramtstudium noch die Ausbildungsmöglichkeit mit Abschluss Diplom oder Magister bzw. den Bachelorstudiengang an.

Die hier vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit dem Thema der Interdisziplinarität zwischen Sprachtherapeuten und Ärzten. Befragt wurden dabei lediglich Sprachtherapeuten, die in Praxen bzw. Kliniken tätig sind, nicht an Schulen. Daher werden nachfolgend die Universitäten vorgestellt, die Sprachtherapeuten für außerschulische Tätigkeiten ausbilden.

In *Berlin* wird der Studiengang Diplom-Rehabilitationspädagogik mit der Fachrichtung *Sprachbehindertenpädagogik* angeboten (Humboldt Universität zu Berlin 2007).

An der Universität *Bremen* ist ein Studium im Bereich der Erziehungswissenschaft möglich, mit der Studienrichtung Behindertenpädagogik und dort dem Schwerpunkt *Sprachbehindertenpädagogik*. Der Abschluss ist das *Diplom* (Homburg 2007).

In *Hannover* war es bislang möglich, einen Abschluss mit *Diplom* in *Sonderpädagogik* mit Schwerpunkt *Sprachbehindertenpädagogik* zu erlangen. Ab Wintersemester 2005/2006 geht dieser in den Bachelorstudiengang *Sonderpädagogik* über (Universität Hannover 2007).

An der Universität in *Dortmund* gab es einen Studiengang mit Abschluss des *Diploms* im Bereich der Rehabilitation und Pädagogik bei Behinderung mit Richtung *Sprachheilpädagogik*. Ab Wintersemester 2005/2006 wurde der Bachelor Studiengang im Bereich der Rehabilitationspädagogik mit Schwerpunkt Sprachtherapie eingeführt (Universität Dortmund 2007).

In *Köln* konnte man bisher im Bereich des erziehungswissenschaftlichen Studiums den Schwerpunkt *Sprachbehindertenpädagogik* wählen und mit dem *Diplom* abschließen (Universität Köln 2007a). Ab dem Wintersemester 2007/2008 wird dieser Studiengang durch den Bachelorstudiengang in Erziehungswissenschaft abgelöst. (Universität Köln 2007b). In der Auflistung der Schwerpunkte im Erziehungswissenschaftlichen Bachelor Studiengang ist die Sprachtherapie momentan noch nicht explizit aufgeführt (Universität Köln 2007c).

An der Universität *Koblenz-Landau* ist es möglich im Bereich der Erziehungswissenschaft das Wahlpflichtfach *Sprachbehindertenpädagogik* zu wählen und einen Abschluss mit *Diplom* zu erlangen (Kroppenberg 2000).

In *Leipzig* konnte man bisher an der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät am Institut für Förderpädagogik *Sprachbehindertenpädagogik* mit Abschluss *Magister* studieren. Mit Einführung des Bachelor Studienganges im Wintersemester 2006/2007 läuft dieser Studiengang aus (Universität Leipzig 2007).

An der Universität *Halle-Wittenberg* kann man an der Philosophischen Fakultät III im Bereich der Erziehungswissenschaft - Rehabilitationspädagogik den Schwerpunkt der *Sprachbehindertenpädagogik* wählen und im Hauptfach mit Abschluss *Magister* studieren. Dieses Studienangebot basiert auf ein erweitertes Studienangebot durch

Kooperationsverträge mit Nachbarunis. Hier wurde im Wintersemester 2006/2007 der Bachelorstudiengang Sprechwissenschaft eingeführt (Universität Halle 2007; dgs 2003).

In *Kiel* konnte im Bereich der Erziehungswissenschaft die Studienrichtung Sonderpädagogik mit Schwerpunkt *Sprachheilpädagogik* gewählt werden. Auch an dieser Universität ist ab Wintersemester 2007/2008 die Einführung des Bachelor Studienganges geplant. Eine Zuordnung der Sprachheilpädagogik hat sich bislang nicht finden lassen (Universität Kiel 2007).

Die Universität in *Würzburg* bietet das Studium im Bereich der Sonderpädagogik an. Dort kann mit dem Abschluss des *Magister* der Schwerpunkt auf die *Sprachbehindertenpädagogik* gelegt werden (Universität Würzburg 2007).

In *München* konnte man an der Ludwig-Maximilians-Universität ebenfalls mit dem Abschluss *Magister* den Schwerpunkt der *Sprachheilpädagogik* im Rahmen der Sonderpädagogik studieren (LMU 2007b). Seit dem Wintersemester 2004/2005 kann man den Bachelor Studiengang Sprachtherapie studieren. Eine letztmalige Einschreibung zum Magisterstudiengang war im Wintersemester 2007/2008 möglich (EBN 2006)<sup>1</sup>.

### 3.2.3.1.2 Ausbildungsinhalt

Die Studiengänge zur Ausbildung von Sprachtherapeuten variieren in ihren Bezeichnungen, aber auch hinsichtlich ihrer Abschlüsse (Diplom, Magister und jetzt auch Bachelor und später Master) und der Zugehörigkeit zu den Fakultäten. Aufgrund einer fehlenden bundeseinheitlichen Prüfungsordnung ist auch der Inhalt der Ausbildung unterschiedlich. Die Bundesländer entscheiden einzeln über den Inhalt der Ausbildung. Gemeinsam ist jedoch, dass der pädagogische Anteil der Ausbildung größer ist als der medizinische. Die Studienordnung und das Veranstaltungsangebot sind aber wieder sehr unterschiedlich (Grohnfeldt/Werner 1984; Grohnfeldt/Ritterfeld 2000).

---

<sup>1</sup> Die Auflistung der Studienstätten bezieht sich auf den Stand vom 11.12.07. Durch die Übergänge zum Bachelor kann es noch zu Umstrukturierungen an den Universitäten kommen.

Um eine Vorstellung von der Ausbildung in der Sprachheilpädagogik zu erhalten, wird nachfolgend das Studium an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in München dargestellt, da diese die größte universitäre Ausbildungsstätte in Bayern ist und damit für die in Bayern durchgeführte Umfrage relevant ist.

#### **3.2.3.1.2.1 Magister in Sonderpädagogik an der LMU in München**

In der Übersicht über die universitären Ausbildungsstätten wurde bereits dargestellt, dass es bis vor kurzem noch möglich war, an der LMU den Studiengang Sonderpädagogik zu studieren und als Richtung die Sprachheilpädagogik mit dem Abschluss Magister zu wählen.

Da zum Zeitpunkt der hier vorgestellten Umfrage noch keine in der Praxis tätigen Sprachtherapeuten mit dem Abschluss des Bachelor oder Master tätig sind, ist der Magisterstudiengang der für die vorliegende Untersuchung relevantere Abschluss.

Die Ziele, Inhalte und der Verlauf des Studiums werden in der Studienordnung geregelt.

Die Regelstudienzeit für das Fach Sonderpädagogik beträgt - einschließlich

Magisterprüfung - neun Semester mit einer Stundenzahl von 34-36

Semesterwochenstunden. Die Studenten haben in dieser Zeit die Möglichkeit die

Nachweise zu erwerben, die als fachliche Zulassungsvoraussetzung für die

Magisterprüfung notwendig sind (vgl. §3 Studienordnung, LMU 1995).

Laut §6 der Studienordnung für Sonderpädagogik unterteilt sich die Sonderpädagogik in sechs Fachrichtungen, darunter auch die Sprachbehindertenpädagogik.

Als Schwerpunkt wird eine der sechs Fachrichtungen gewählt und eine weitere sonderpädagogische Fachrichtung muss als Grundlage vorhanden sein.

Im Studiengang des Magisters werden zwei Nebenfächer gewählt. Als ein Nebenfach ist die Psychologie vorgeschrieben, als zweites Nebenfach kann ein Fach gewählt werden, das in der Magisterprüfungsordnung aufgeführt wird. Andere Nebenfächer müssen genehmigt werden (vgl. §7 Studienordnung, LMU 1995).

Im Grundstudium werden allgemeine pädagogische Grundlagen gelehrt und es werden die Hauptgebiete der Pädagogik und der Sonderpädagogik vermittelt. Das Hauptstudium dient der Vertiefung und der Beschäftigung mit der gewählten sonderpädagogischen Fachrichtung (vgl. § 13 Studienordnung, LMU 1995).

Im § 15 „Studieninhalte und Teilbereiche der sonderpädagogischen Fachrichtungen“ ist der Studieninhalt der einzelnen sonderpädagogischen Fachrichtungen dargestellt.

Das Studium der „Sprachbehindertenpädagogik“ umfasst dabei folgende Bereiche und Inhalte:

*„1. Bezugswissenschaftliche Grundlagen*

- a. Anatomie und Physiologie der Phonation und des Sprechens*
- b. Allgemeine und angewandte Phonetik einschließlich klinischer Phonologie*
- c. Sprachwissenschaft und Sprachpsychologie mit besonderer Berücksichtigung des Spracherwerbs*
- d. Stimm- und Sprachheilkunde*

*2. Grundlagen der Sprachbehindertenpädagogik*

- a. Theorie der Sondererziehung*
- b. Grundlegende Sprachbehindertenpädagogik*
- c. Fragen der Erziehung, Bildung und Therapie*
- d. Frühförderung und Elternarbeit*
- e. Sprachbehinderte Erwachsene*

*3. Sprachbehindertenpädagogische Diagnostik und Therapie*

- a. Störungen des Spracherwerbs*
- b. Störungen des Sprechens*
- c. Redeflußstörungen*
- d. Stimmstörungen*
- e. Psychogene Kommunikationsstörungen*
- f. Sprachliche Abbauerscheinungen*
- g. Schriftsprachstörungen*

*4. Sprachbehindertenpsychologie*

- a. Diagnostik*
- b. Intervention*

*5. Weitere Bereiche*

- a. Grundlagen der Neurologie und Neuropsychologie*
- b. Pädagogische Audiologie“*

(vgl. § 15 Studienordnung Sonderpädagogik, S. 11 -12, LMU 1995).

Neben den Vorgaben zu den Studieninhalten werden in der Studienordnung noch Angaben zu den Lehrveranstaltungen gemacht. Zu Beginn werden gesondert die zu besuchenden Pädagogikseminare aufgelistet. Dies zeigt den hohen Stellenwert der Pädagogik im Bereich der Sonderpädagogik nochmals auf. Nachfolgend wird dann auf die jeweiligen Fachrichtungen eingegangen.

Im Bereich der Lehrveranstaltungen findet man im Grundstudium die Grundlagen zur Sprachbehindertenpädagogik, zur Sprachwissenschaft und -psychologie, zur Phonetik, Anatomie und Physiologie. Ebenfalls im Grundstudium behandelt wird die Diagnostik und Therapie.

Im Hauptstudium werden nochmals grundlegende pädagogische Elemente, wie z.B. Erziehung und Bildung, durchgenommen. Hinzu kommen sprachwissenschaftliche Grundlagen in den Bereichen Phonetik, Phonologie und Sprachpsychologie (in Bezug auf die Patholinguistik).

Ein extra Punkt wird nochmals der *Diagnostik und Therapie* gewidmet, die dann in die einzelnen Bereiche der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Redeflussstörung unterteilt ist, und eine Veranstaltung zur Erfassung und Behandlung von Behinderungen enthält. Zusätzlich findet man noch als eigenen Bereich Veranstaltungen zu medizinischen Grundlagen, Neurologie und Neuropsychologie, Stimm- und Sprachheilkunde und pädagogische Audiologie (LMU 1995).

Der zuletzt genannte Bereich, der die *Medizin* betrifft - und damit auch das Thema der vorliegenden Untersuchung - beläuft sich in der Studienordnung Magister Sonderpädagogik an der LMU auf einen Zeitrahmen von *einer Semesterwochenstunde* im Grundstudium und *sechs Semesterwochenstunden* im Hauptstudium.

Im Bereich der *Pädagogik* findet man in den spezifischen Lehrveranstaltungen der Sprachbehindertenpädagogik *20 Semesterwochenstunden* im Grundstudium (als extra gelistetes Fach) und *fünf Semesterwochenstunden* im Hauptstudium.

Der *Diagnostik und Therapie* werden im Grundstudium *vier Semesterwochenstunden* gewidmet, im Hauptstudium *12 Semesterwochenstunden* (LMU 1995).

Während des Studiums sollen zwei Praktika mit insgesamt mindestens acht Wochen absolviert werden (§16 Studienordnung LMU 1995).

In Kapitel 2.5.2 wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Sprachheilpädagogik grundlegend auf Interdisziplinarität ausgelegt ist (Grohnfeldt & Ritterfeld 2000). Dies spiegelt auch die Studienordnung wieder. Anhand der Studieninhalte, vor allem aber anhand der Lehrveranstaltungen im Gebiet der Sprachbehindertenpädagogik, kann man

immer wieder Veranstaltungen zu den Bezugswissenschaften (Neuro-) Psychologie, Medizin und der (Psycho-) Linguistik finden.

Dies zeigt, dass die Sprachbehindertenpädagogik grundlegend in ihrer Ausbildung das Wissen aus den Gebieten des sog. „disziplinären Trias“ (Grohnfeldt & Ritterfeld 2000) und deren Hilfswissenschaften mit einbaut und nicht davon ausgeht, dass die eigene Wissenschaft alleine den Anspruch erfüllt, eine umfassende Kenntnis auf dem komplexen Gebiet der Sprachtherapie zu vermitteln. Sie gibt damit bereits einen Alleinstellungsanspruch auf und bezieht andere Wissenschaften mit ein.

Dass die Sprachbehindertenpädagogik der Pädagogik verpflichtet ist, wird aus der Bezeichnung der Disziplin sichtbar, aber auch durch den hohen Stellenwert, den die Pädagogik in den Veranstaltungen - vor allem im Grundstudium - einnimmt.

#### **3.2.3.1.2.2 Der Abschluss des Bachelors in der Sprachtherapie**

Hinsichtlich der universitären Ausbildung befindet sich momentan einiges im Umbruch. Dies zeigte bereits die Ausführung über die Studienstätten der Sprachheilpädagogik. Viele Universitäten befinden sich momentan in einer Übergangsphase.

Der neue Abschluss des Bachelors of Arts und darauf aufbauend künftig auch bald des Masters hat an den Universitäten Einzug genommen und löst dort den bisherigen Abschluss des Diploms oder Magisters ab.

Der Abschluss des Bachelors spielt in der vorliegenden Untersuchung noch keine Rolle, da die erste Einführung des Studienganges an der LMU in München 2004/2005 statt fand.

Damit sind die ersten Absolventen erst nach der Umfrage fertig und in der Praxis tätig. Da der Abschluss bereits an vielen Universitäten eingeführt wurde, soll er hier kurz dargestellt werden, um einen Vergleich zu den bisherigen Abschlüssen ziehen zu können und evtl. Prognosen hinsichtlich der Ergebnisse der Umfrage stellen zu können.

#### **3.2.3.1.2.3 Exkurs Bachelor**

Mit der Bologna-Erklärung von 1999 haben 29 europäische Staaten die Einführung gestufter Studiengänge und -abschlüsse eingeführt. Diese werden in der Regel mit *Bachelor* und *Master* bezeichnet. Damit soll die Grundlage zur Verwirklichung eines europäischen Hochschulraumes geschaffen werden. Ziel ist es, die Transparenz der

Studiengänge und Abschlüsse in Europa zu erhöhen, die studentische Mobilität zu erleichtern und vor allem die internationale Attraktivität und Wettbewerbsfähigkeit europäischer Hochschulen zu steigern.

Zu der Einführung des zweistufigen Studiensystems sollen damit auch die Abschlüsse vergleichbarer und verständlicher werden, ein Leistungspunktesystem nach ECTS (= Europäische Credit-Transfersystem) eingeführt werden, die europäische Zusammenarbeit der Qualitätssicherung verbessert werden und die Kooperation von Hochschulen gefördert werden, auch in Hinblick auf die Curriculumentwicklung (Alesi et al. 2005).

#### **3.2.3.1.2.4 Der Bachelor in Sprachtherapie an der Universität in München**

Da die Ludwig-Maximilians-Universität die erste Universität in Deutschland war, die den neuen Studiengang des Bachelors in der Sprachtherapie eingeführt hat, wird nachfolgend am Beispiel der LMU der neue Studiengang vorgestellt.

Der Studiengang zum akademischen Sprachtherapeuten an der LMU ist ein interdisziplinärer Studiengang der beiden Disziplinen Linguistik (Fakultät für Sprach- und Literaturwissenschaft) und Sprachheilpädagogik (Fakultät für Psychologie und Pädagogik) mit Grundlagen aus der Medizin und Psychologie, der zum Ziel hat, theoretisch-wissenschaftliche und praktische Kenntnisse zu vermitteln.

Der Bachelor (of Arts) stellt dabei einen ersten berufsqualifizierenden Abschluss in Sprachtherapie dar und kann mit dem Abschluss des Masters erweitert werden.

Die Studienzeit für den Bachelor beträgt *sechs Semester*, für den Master nochmals *vier Semester*.

Die Studieninhalte sind in sog. Module gegliedert, d.h. aus inhaltlich und zeitlich abgeschlossenen Lehr- und Lerneinheiten verschiedener Veranstaltungen.

Der Gesamtumfang der Lehrveranstaltungen beträgt beim Bachelor für Sprachtherapie *94 Semesterwochenstunden* und *20 Semesterwochenstunden* für Praktika.

Der Bachelor in Sprachtherapie gliedert sich in die Studienbereiche:

- Wissenschaftliche Grundlagen der Sprachtherapie
- Theorie und Praxis der Sprachtherapie (Grund- und Zusatzqualifikationen möglich) (LMU 2007a).

Die Leistungen werden mit ECTS-Punkten bewertet. Im Laufe eines Semesters sollen 30 ECTS-Punkte erworben werden, bis zum Bachelor 180 ECTS-Punkte (LMU 2007c).

Im Studienplan des Bachelors für Sprachtherapie findet man Vorgaben zu den zu besuchenden Veranstaltungen. Diese sind, im Gegensatz zum Studienplan für Magister, genauer definiert.

Beim Bachelor werden im Studienplan die Titel der Veranstaltungen genannt, die zu besuchen sind, während beim Magister die Inhalte angegeben sind zu denen Veranstaltungen besucht werden sollen.

Auf diese Weise wird beim Bachelorstudiengang genau vorgegeben, was vom Studierenden belegt werden muss, während beim Magisterstudiengang eine größere Auswahl an Fächern zu einem Thema vorhanden war. So findet man z.B. beim Bachelor die Veranstaltung „Entwicklungspsychologie“ während man dies beim Magister durch das zweite Nebenfach Psychologie frei aus den Lehrveranstaltungen der Psychologie wählen konnte.

Beim Bachelor wird viel Wert darauf gelegt, die ganze Bandbreite der in der Sprachtherapie vorkommenden Themen so gut wie möglich abzudecken. Es werden Grundlagen in den interdisziplinären Fächern (Sprachheilpädagogik, Linguistik, Phonetik, Psychologie, Medizin) gelegt und Vertiefungen in den spezifischen Themen der Sprachstörungen angeboten (LMU 2007a, LMU 2007b).

### **3.2.3.1.3 Fazit: Die Notwendigkeit einer Vereinheitlichung**

Wie selbst die dgs vermerkt hat, ist es für einen Sprachheilpädagogen zuweilen schwierig zu erklären, welcher Tätigkeit er nach geht und nimmt daher in der Öffentlichkeit gerne den Logopäden als Berufsbezeichnung zur Hilfe (dgs 2003).

Verwunderlich ist dies nicht. War es doch bislang so, dass selbst an den universitären Ausbildungsstätten die Titelbezeichnung zwischen Sprachheilpädagogik und Sprachbehindertenpädagogik schwankte (vgl. 3.2.3.1.1 Studienstätten), so wird dies nun vorübergehend noch verwirrender durch den neu dazu kommenden Sprachtherapeuten.

Der Logopäde dagegen ist mit seiner Berufsbezeichnung einheitlich geblieben und ist durch die größere Präsenz der logopädischen Praxen gegenüber den

sprachheilpädagogischen (sprachbehinderten bzw. sprachtherapeutischen) Praxen in der Öffentlichkeit bekannter geworden (Mitgliedszahlen dbl ca. 10.000, dbs ca. 2.600, Grohnfeldt 2007).

Wie soll es also möglich sein, sich als Disziplin in der Öffentlichkeit zu etablieren, wo ein Nicht-Sprachtherapeut bereits Probleme mit der Verständlichkeit der Berufsbezeichnung hat?

Was sagt es über das Bild eines Sprachtherapeuten / -heilpädagogen / -behindertenpädagogen aus, der sich über ein anderes Berufsbild definieren muss, wo er doch der Meinung ist, dass eine Akademisierung der Logopäden der einzig vernünftige Schritt wäre um einer gemeinsamen Zukunft entgegen zu treten?

Würde dies bedeuten, dass die Logopädie ihre Bezeichnung aufgibt? Heißen dann alle „Sprachtherapeuten“? Was aber ist mit den bereits fertig ausgebildeten Sprachheilpädagogen und -behindertenpädagogen?

Um zu einer einheitlichen Berufsbezeichnung zu gelangen würde dies selbst nach einer einheitlichen Bezeichnung der Logopäden und Sprachtherapeuten noch Jahrzehnte dauern, bis die bislang bestehenden Praxen und Bezeichnungen in Altersruhestand gehen und die Titel „aussterben“.

Auch im Sinne des Geistes der Solidarität, den Allhoff (1989) wichtig für die Interdisziplinarität sah, ist es in Zukunft wichtig, ein einheitliches Berufsbild nach außen zu vertreten und eine gemeinsame Lösung anzustreben.

Zu dem Wirrwarr der Berufsbezeichnungen kommt nun noch die Umstrukturierung in den neuen Studiengang. Eine Übersicht, ob und wer (Fakultät) und wozu (Titel) eine Universität gerade im Bereich der Sprachtherapie ausbildet, ist schwierig herauszufinden.

Es bleibt zu hoffen, dass durch die Einführung des neuen Bachelorstudiengangs „Sprachtherapie“ diesem Wirrwarr ein Ende gesetzt wird und eine Vereinheitlichung der Bezeichnungen geschaffen wird.

### 3.2.3.1.4 Exkurs Sprachheilpädagogik - Sprachbehindertenpädagogik

Sprachheilpädagogik oder doch Sprachbehindertenpädagogik?

Bislang gibt es immer noch unterschiedliche Berufs- und Disziplinbezeichnungen von Sprachheilpädagogik und Sprachbehindertenpädagogik.

Obwohl man diese Begriffe synonym verwenden kann und auch verwendet (Grohnfeldt/Ritterfeld 2000), nachfolgend eine kurze Historie, um etwas mehr Verständlichkeit zu schaffen.

Zu Beginn wurde noch der Terminus „Sprachheilpädagogik“ verwendet, wie man z.B. an der Gründung der AfS = „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland“ 1927 erkennen kann (Grohnfeldt 2007).

In den 70ern setzte sich dann der „Behinderungsbegriff“ in Deutschland in der Erziehungswissenschaft als übergreifende Kategorie für bestimmte Störungsbilder durch, wie z.B. Sprachbehinderung (Bleidick 1972). Die Sprachbehinderung bezeichnete dabei *„die sprachliche Beeinträchtigung (Sprachstörung) selbst und die durch sie bewirkte oder ihr zugrundeliegende personale und soziale Gesamtsituation des betroffenen Menschen“* (Knura 1980, S. 3; Grohnfeldt 1996<sup>2b</sup>, S. 21).

Damit wurde nicht nur das sprachliche Symptom gesehen, sondern der in seiner Ganzheit behinderte Mensch (Grohnfeldt, Werner 1984).

Diese Unterscheidung von Sprachbehinderung und Sprachstörung wurde in der Praxis jedoch oft nicht vorgenommen und führte so zu einer Verselbstständigung des Behindertenbegriffes. Dieser unterlag im letzten Jahrzehnt hinsichtlich Sprachbehinderung einem Wandel, der bis zur Vermeidung des Begriffes führte (Grohnfeldt 1996<sup>2b</sup>).

Der Terminus der Sprachheilpädagogik entstammt vermutlich aus der Heilpädagogik oder der (medizinischen) Heilkunde. Orthmann findet die Ursprünge des Begriffes in den Heilkursperioden (Orthmann 1982, Maihack 2001).

Hier sieht man wohl auch den Grund für die noch unterschiedlichen Berufsbezeichnungen an den einzelnen Universitäten.

Die Bezeichnungen stehen als Ausdruck für das vorherrschende Selbstverständnis: Ob man die Sprachbehindertenpädagogik vorzieht und damit zum Ausdruck bringt, dass man den in seiner Ganzheit behinderten Menschen sieht, oder ob man die Sprachheilpädagogik

vorzieht und damit dem Behinderungsbegriff einem negativen Klang zugesteht und das „*Heil(en)*“ als positives hervorhebt.

Eine Enzyklopädie sieht den Unterschied wie folgt: „*Sprachheilpädagogik ist gleichbedeutend mit Sprachbehindertenpädagogik, betont aber im Gegensatz zu den anderen sonderpädagogischen Richtungen wie z.B. der Geistigbehindertenpädagogik oder Lernbehindertenpädagogik, bei denen es keine entsprechende Pendant gibt, besonders ihren Heilanspruch, also nicht das was faktisch ist (Behinderung), sondern das was werden kann.*“ (Wikipedia 2006b).

### 3.2.3.2 Die Logopädie

#### 3.2.3.2.1 Die Ausbildungsstätten

In Deutschland gibt es die Möglichkeit die Ausbildung zum Logopäden an *staatlichen* und an *privaten* Logopädieschulen zu absolvieren.

Die Anzahl der privaten Schulen ist dabei dreimal so hoch wie die der staatlichen Schulen. Es gibt momentan ca. *20 staatliche* und *63 private Logopädieschulen* in Deutschland.

In Bayern gibt es *fünf* staatliche Schulen. Diese befinden sich in Augsburg, Erlangen, Ingolstadt, München, und Regensburg.

Neben den staatlichen Einrichtungen gibt es noch *sieben* private Ausbildungsstätten für Logopädie in Bayern<sup>1</sup>.

Der Unterschied zwischen den staatlichen und privaten Schulen liegt vor allem in den Kosten. Während die staatlichen Logopädieschulen durch das Kultusministerium finanziert werden und mit der medizinischen und weiteren Fakultäten der Universitäten in Kooperation stehen, erheben die privaten Logopädieschulen Lehrgangsgebühren.

Die Kosten für eine Ausbildung betragen für die Gesamtlaufzeit von drei Jahren zwischen ca. 20.000 und 25.000 Euro. Dementsprechend begehrt sind die Ausbildungsplätze der staatlichen Schulen mit 550 - 700 Bewerbern auf 15 Plätze (Bundesagentur für Arbeit 2007, Degenkolb-Weyers et al. 2005).

<sup>1</sup> Die Anzahl der Logopädenschulen steigt stetig an. Stand dieser Zahlen ist Dezember. 2007.

Noch relativ neu ist die logopädische Ausbildung an der „Europa Fachhochschule Fresenius“ (EFF) in Idstein. Die EFF wurde 2006 re-akkreditiert. Sie ist eine Hochschule in Deutschland, die *Logopäden auf Hochschulebene* ausbildet, mit einem berufsqualifizierenden Abschluss.

Der Abschluss der EFF ist der *Bachelor of Science* (an den Universitäten ist der Abschluss Bachelor of Arts), dessen Anerkennung über EU-Richtlinien geregelt ist.

Bei einem Vollzeitstudium wird eine Dauer von 48 Monaten angesetzt und es müssen hier 240 Credits erworben werden (einschließlich 66 Credits für das Praktikum) (FH-Fresenius 2007).

### 3.2.3.2.2 Der Ausbildungsinhalt

Seit 1980 gibt es in der Logopädie eine einheitliche Ausbildungs- und Prüfungsordnung, deren Ausarbeitung durch die Verabschiedung des „Gesetzes zum Beruf des Logopäden“ initiiert wurde. An der Ausarbeitung waren Logopäden, Phoniater und Juristen beteiligt.

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO) garantiert eine einheitliche, anspruchsvolle und fundierte Ausbildung in Theorie und Praxis/Therapie.

Die LogAPrO entspricht nach Art und Inhalt den europäischen und internationalen Mindeststandards für Ausbildung der Logopäden (IALP).

Die Ausbildung der Logopäden erfolgt durch die eigene Berufsgruppe, den Lehrlogopäden (Braun/Macha-Krau 2000).

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden wurde am 1. Oktober 1980 mit Zustimmung des Bundesrates verordnet und im Bundesgesetzblatt I, S. 1892 veröffentlicht. Dort wurde sie den Heilhilfsberufen unterstellt.

In der LogAPrO findet man unter anderem Vorgaben zu folgenden Bereichen:

- *Ausbildungsdauer* (3 Jahre inkl. erfolgreichem Nachweis an Ausbildungsveranstaltungen)
- *Staatliche Prüfung*
- *Prüfungsausschuss* (u.a. ein Medizinalbeamter und ein an der Schule unterrichtender Arzt)
- *Schriftliche Prüfung* (in Logopädie, Phoniatrie (mit HNO-Heilkunde), Audiologie und Pädaudiologie, Neurologie und Psychiatrie, Berufs-, Gesetz- und Staatsbürgerkunde und entsprechende Kenntnisse in Anatomie und Physiologie)

- *Mündliche Prüfung* (in Logopädie, Phoniatrie (mit HNO-Heilkunde), Pädagogik und Sonderpädagogik, Psychologie und klinische Psychologie, Phonetik und Linguistik und entsprechende Kenntnisse in Anatomie und Physiologie)
- *Praktische Prüfung* (mit Anamnese, Befunderhebung und Behandlungsdurchführung) (BGBI I 1980).

In der Anlage 1 des BGBI I 1980 S. 1895-1897 ist eine Aufstellung über Inhalte des theoretischen und praktischen Unterrichts verzeichnet mit Angaben der Stundenzahl.

Es werden dazu folgende Stunden empfohlen:

- *Berufs-, Gesetz- und Staatsbürgerkunde mit 60 Stunden*
- *Anatomie und Physiologie mit 100 Stunden*
- *Pathologie mit 20 Stunden*
- *Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde mit 60 Stunden*
- *Pädiatrie und Neuropädiatrie mit 80 Stunden*
- *Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 40 Stunden*
- *Neurologie und Psychiatrie mit 60 Stunden*
- *Kieferorthopädie und Kieferchirurgie mit 20 Stunden*
- *Phoniatrie mit 120 Stunden*
- *Aphasiologie mit 40 Stunden*
- *Audiologie und Pädaudiologie mit 60 Stunden*
- *Elektro- und Hörgeräteakustik mit 20 Stunden*
- *Logopädie mit 480 Stunden*
- *Phonetik und Linguistik mit 80 Stunden*
- *Soziologie mit 40 Stunden*
- *Pädagogik mit 60 Stunden*
- *Sonderpädagogik mit 80 Stunden*
- *Stimmbildung mit 100 Stunden*
- *Sprecherziehung mit 100 Stunden*

Die Gesamtstundenzahl beläuft sich auf 1.740 Stunden. Die hier genannten Unterrichtsgebiete stellen dabei nur die vorgegebenen Themengebiete dar. In der LogAPrO findet man noch zu jedem Gebiet eine Auflistung der Teilbereiche (nachzulesen im BGBI I 1980).

Zu diesen Unterrichtsstunden kommen dann nochmals 2.100 Stunden die in der praktischen Ausbildung vorgegeben sind. Hier findet man dann sogar einen interdisziplinären Punkt: „*Praxis in Zusammenarbeit mit den Angehörigen des therapeutischen Teams*“ auf den Gebieten (Päd-)Audiologie, Psychologie und Musiktherapie (BGBI I 1980, S. 1897).

Zu der bereits gut ausgearbeiteten LogAPro bzgl. des theoretischen und praktischen Unterrichts hat es in Bayern noch eine weitere Ausarbeitung gegeben.

Im September 2000 wurde ein Lehrplan für Logopädieschulen zugelassen, der in Auftrag und Kooperation von staatlichen und privaten Schulen und dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus erarbeitet wurde. Der Lehrplan umfasst dabei 205 Seiten und bietet eine detaillierte Aufstellung zu den einzelnen Inhalten der zu vermittelnden Fächer (Degenkolb-Weyers et al. 2005, Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2000).

### **3.2.3.2.3 Fazit**

Obwohl es eine Flut an Ausbildungsstätten im Bereich der Logopädie gibt, war die Logopädie der universitären Ausbildung bislang in einigen Bereichen einen Schritt voraus gewesen.

Die Logopädie hatte es bereits 1980 geschafft, eine einheitliche Ausbildungs- und Prüfungsordnung ins Leben zu rufen und damit ein einheitliches Erscheinungsbild erhalten. Dies mag wohl auch einer der Gründe sein, warum die Logopädie in der Öffentlichkeit bekannter ist als die universitär ausgebildeten Sprachtherapeuten.

Es bleibt zu hoffen, dass dies im universitären Bereich auf lange Sicht durch den Bachelor-Sprachtherapeuten gelingen wird.

Auch scheinen einige Vorteile des Bachelors durch die LogAPro bereits umgesetzt worden zu sein. So ist durch das bundesweite LogAPro eine Transparenz in der Ausbildung erfolgt. Eine studentische Mobilität, wie sie sich der Bachelor verspricht, wäre auch eher möglich. Auch die europäische Wettbewerbsfähigkeit und die Internationalität sind durch die Standards des CPLOL und der IALP verbessert worden.

Die hochschulische Ausbildung für Logopäden an der FH Fresenius (EFF) ist zwar im Hinblick auf die Logopädie ein Schritt Richtung universitärer Ausbildung, hinsichtlich der angestrebten sprachtherapeutischen einheitlichen Berufsausbildung jedoch keine Verbesserung. An der EFF werden Bachelor of Science ausgebildet, an den Universitäten Bachelor of Arts (bzw. in der Linguistik Bachelor of Science). Auch die Studieninhalte sind nicht identisch. Es kommt zu der bereits vorher erwähnten Vielfalt in den Berufsbezeichnungen noch eine zusätzliche Bezeichnung dazu und schafft nach außen eher Verwirrung als Einheit.

Zusammenfassend bleibt zu hoffen, dass die in Kürze verbleibenden Berufsgruppen der Logopäden und der Bachelor-Sprachtherapeuten einen gemeinsamen Nenner finden und zu einer Berufsgruppe zusammen finden.

Bestrebungen hierzu sind bereits im Gange und es wird von Seiten des dbS und des dbL mit Unterstützung der Professorenschaft nach Kooperationen gesucht. Die Akademisierung der Logopädie durch ein einheitliches Bundessprachtherapeutengesetz wird angestrebt.

Hier scheint aber bereits ein großer Nachteil der LogAPrO gegeben zu sein. Die Bundesregierung sieht durch die bereits bestehende verfassungsrechtliche Gegebenheit keine Möglichkeit, die Logopädie und die Sprachtherapie zu vereinheitlichen und sieht auch die Notwendigkeit einer Akademisierung der Logopädie nicht (Grohnfeldt 2007).

Hinsichtlich der Einbeziehung von Hilfswissenschaften scheint die logopädische Ausbildung der Sprachtherapie (hier stellvertretend für alle akademischen Sprachtherapeuten) nicht nachzustehen. In der LogAPrO finden sich in den Vorgaben zur theoretischen und praktischen Ausbildung ebenfalls die Bereiche der Pädagogik, Linguistik, Psychologie, Medizin und Soziologie. Jedoch erkennt man, dass in der Ausbildung der Logopäden der medizinische Bereich deutlich überwiegt, während bei den Sprachheilpädagogen der pädagogische Anteil (im Grundstudium) größer ist. Dies zeigt wieder die Positionierung der beiden Berufsgruppen auf.

Eine zwanghafte Abhängigkeit von der Medizin oder der Pädagogik sieht aber auch Tesak nicht mehr als gegeben an (in Grohnfeldt/Ritterfeld 2004), es ist vielmehr eine zunehmende Bestrebung der Annäherung zwischen den beiden Fächern zu beobachten (Ritterfeld 2004).

Vergleicht man die Ausbildungszeit der Logopädie und der Sprachheilpädagogik, so beträgt die Dauer der Ausbildung in der Logopädie *drei Jahre* und in der Sprachheilpädagogik *viereinhalb Jahre* (= neun Semester). Ein Vergleich der Anzahl der Stunden in der theoretischen Ausbildung zeigt, dass Sprachheilpädagogen mehr Stunden Theorie haben als Logopäden. In der zeitlichen Vorgabe zu den Praktika wird in der Logopädie deutlich mehr vorgegeben, während in der Ausbildung zum Sprachheilpädagogen die Praktika lediglich empfohlen werden.

### 3.2.4 Zum Menschenbild in der Sprachtherapie

Voranehend wurde dargestellt, dass trotz der im gleichen Tätigkeitsfeld der Sprachtherapie tätigen Logopäden und Sprachheilpädagogen, die Ausbildung hinsichtlich Inhalt und Dauer unterschiedlich ist. Auch die Akzentuierung der einzelnen Ausbildungen weicht voneinander ab, was zur Folge hat, dass die Sichtweise der dort ausgebildeten Therapeuten unterschiedlich geprägt wird.

Wichtig für die Sichtweisen eines Individuums, und damit deren Interaktion im interdisziplinären Geschehen, ist aber nicht nur der Inhalt der jeweiligen Ausbildung, sondern auch die dort vermittelten Menschenbilder und das daraus hervorgehende Selbstverständnis.

Das Selbstverständnis und die Zielsetzung in der therapeutischen Praxis erfolgen vor dem Hintergrund einer bestimmten Weltanschauung, welche sich im Laufe der Zeit durch die veränderten historischen Bedingungen gewandelt hat, die bereits im Vorfeld dargestellt wurden (Grohnfeldt 1996<sup>2</sup>a).

Auch Westrich (1995) sah die Bedeutung und die Notwendigkeit sprachtherapeutischer Maßnahmen in Abhängigkeit vom jeweiligen Verständnis des Menschenbildes, welches jedoch Wandlungen unterliegt. Lange wurde das Wesen des Menschen in seiner Sprachlichkeit gesehen und damit dem Ausdruck seiner Geistigkeit. Sprachliche Mängel wurden also als geistige Mängel gesehen, welche dadurch nicht fassbar waren. Das Verständnis der menschlichen Sprache und das Menschenbild veränderte sich mit den naturwissenschaftlichen Entdeckungen. Der Substanzbegriff wurde durch den Systembegriff ersetzt, d.h. alle Dinge sind Teile bestimmter Systeme.

Heute wird in Bezug zum *Menschenbild* das *Selbstverständnis* des Therapeuten, der *Therapiebegriff* und die *Zielsetzung* gesehen, wobei das Menschenbild als zentraler Punkt der einzelnen Variablen positioniert ist. Die Menschenbilder an sich sind dabei nicht objektiv, sondern subjektive Darstellungen der Personen durch die Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt (Grohnfeldt 1996<sup>2</sup>b).

Um in der durchgeführten Untersuchung eine Interpretation der Ergebnisse durchführen zu können, ist es daher wichtig, die Einflussfaktoren zu kennen, die auf interdisziplinäres Handeln einwirken, d.h. welche Menschenbilder wirken sich auf die Zusammenarbeit aus

und welche Unterschiede gibt es hinsichtlich der Menschenbilder in der Sprachheilpädagogik und der Logopädie.

### 3.2.4.1 Das ganzheitlich-dynamische Menschenbild in der Sprachheilpädagogik

Durch ihre Entwicklung aus den ursprünglichen Wurzeln der Medizin und der Pädagogik war es für die Sprachheilpädagogik schwer, eine Selbst- und Fremdbestimmung zu finden. Mit den unterschiedlichen Einflüssen unterlag die Sprachheilpädagogik unterschiedlichen Sichtweisen und einem epochalen Wandel, der Einfluss auf das Selbstverständnis hatte (Grohnfeldt/Werner 1984; Braun 1980).

Die Grundlagen für eine Sprachtherapie im sprachheilpädagogischen Sinn ist ein pädagogisch-sozialpsychologisches Verständnis. Von Bedeutung dabei - hinsichtlich der Therapie - sind vor allem

„- die Bedeutung der Beziehung

- Mehrdimensionalität und Ganzheitlichkeit der menschlichen Entwicklung und

- die Interaktionalität und systemische Veränderung“.

Das Vorgehen in der Sprachheilpädagogik ist dabei ein *ganzheitlich-interaktionales* Vorgehen (Grohnfeldt 1996<sup>2b</sup>, S. 19).

Das dynamische Grundverständnis, das im Einklang mit dem ganzheitlich-interaktionalen Selbstverständnis steht, bezieht sich dabei auf das Grundverständnis, dass Sprachstörungen als relative Veränderungen angesehen werden, ohne Abgrenzung zu einer präskriptiven Erwartungsnorm (Grohnfeldt 1996<sup>2b</sup>).

Der *Therapiebegriff* in diesem Menschenbild sagt aus, dass der besondere Förderbedarf bei Sprachstörungen eine speziell darauf abgestimmte Maßnahme verlangt.

Der Therapeut sieht sich dabei in seinem *Selbstverständnis* als Begleiter mit einem partnerschaftlichen Grundverständnis. Die Sprachtherapie wird hier als ein gemeinsamer Kommunikationsprozess gesehen und die Therapeuten-Patienten-Beziehung ist von großer Bedeutung.

In der Therapie hat der Therapeut das *Ziel*, den Patienten zur Selbsthilfe anzuleiten, indem dieser seine Eigenaktivität erhöht und sich mit seiner Umwelt auseinander setzen soll. In der Therapie kommt es zu einer komplexen Persönlichkeitsbildung.

Die Lebensbedeutsamkeit für den Betroffenen ist für den Therapeuten von großer Wichtigkeit (Grohnfeldt 1996<sup>2b</sup>).

Zusammenfassend kann man sagen, dass das Menschenbild in der Sprachheilpädagogik davon geprägt ist, den Menschen einerseits als Ganzes zu sehen, nicht nur seine „Krankheit“, andererseits aber auch als Teil seiner Umwelt. Die Therapeut soll dabei den Menschen in diesem Teil-Ganzen-Komplex wahrnehmen, und begleitend in eine für den Patienten bedeutsame, neue Zukunft führen.

#### **3.2.4.2 Das mechanistisch-statische Menschenbild in der Logopädie**

Mit der einheitlichen Ausbildung und der staatlichen Anerkennung (vgl. dazu 3.2.2.3) hat sich die Logopädie als medizinischer Heil- und Hilfsberuf positioniert. Sie definiert sich damit über die Behandlung von Störungen und zu einem Behandlungsberuf aufgrund einer medizinischen Diagnose (Grohnfeldt/Ritterfeld 2000).

Dies drückt bereits das statische Grundverständnis aus. Die Sprachstörung wird als objektiv, eindeutig klassifizierbares Phänomen dargestellt, als Defizit, das nach mechanistischen Vorstellungen übungstherapeutisch behandelt wird (Grohnfeldt 1996<sup>2b</sup>).

Der *Therapiebegriff* in diesem Menschenbild bezieht sich daher auf das Heilen eines ausgewiesenen Defektes.

Der Therapeut versteht sich in seinem *Selbstverständnis* in diesem Menschenbild als „Operator“ oder „Macher“, der sich durch professionelles Dominanz- und Autoritätsgefälle auszeichnen kann.

*Ziel* in der Therapie ist es hier, die isolierten Defizite anhand von Sprachtrainingsprogrammen auf lerntheoretischer Grundlage zu korrigieren. Der Erfolg wird dabei an einem Kriterienkatalog gemessen (Grohnfeldt 1996<sup>2b</sup>).

Zusammenfassend kann man hier ein Menschenbild erkennen, das die Störung im Mittelpunkt der Behandlung sieht, nicht den Menschen. Die Therapie ist auf eine isolierte Störung ausgerichtet, die mit eingeübten Therapiemethoden behandelt wird.

### 3.2.4.3 Zusammenfassende Überlegungen zum Menschenbild

Die hier vorgestellten und zugeordneten Menschenbilder stellen die jeweilige extreme Sichtweise der genannten Berufsgruppen dar.

Sicherlich werden in der Logopädie auch Grundlagen vermittelt, die den Menschen als Ganzes sehen, nicht nur das vorhandene Defizit als zu behebende Störung, da auch in der Logopädenausbildung die Pädagogik einen Teilbereich einnimmt. Auch der Einfluss der Psychologie in der Logopädenausbildung wird dazu beitragen, den Menschen in seinem System zu sehen.

Andererseits werden auch in der Sprachheilpädagogik Einflüsse des mechanistisch-statischen Menschenbildes zu finden sein, da auch hier Vorlesungen von Mediziner\*innen gehalten werden (können). Somit hängt das Menschenbild auch wieder von den Lehrenden ab.

Durch das pädagogische Selbstverständnis in der Sprachheilpädagogik wird jedoch das systemische Denken im Vordergrund stehen bleiben. Durch den hohen medizinischen Anteil in der Logopädenausbildung wird hier das mechanistische Maschinenmodell aus der Medizin vorherrschend bleiben.

Da es aber in der Praxis mehr logopädische Einrichtungen als sprachtherapeutische Praxen gibt, findet ein Großteil der praktischen Ausbildung von Sprachheilpädagog\*innen auch durch Logopäden statt. Dadurch wird wieder das Menschenbild der Logopäden Einfluss auf den Sprachheilpädagog\*innen nehmen.

Wie man sieht, kann man die Menschenbilder nicht voneinander abgrenzen. Es soll auch keine Wertung abgegeben werden, welches das bessere Menschenbild darstellt.

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Sprachheilpädagogik und die Logopädie durch ihre unterschiedlichen historischen Entwicklungen und den Schwerpunkten in der Ausbildung zu den vorgestellten Menschenbildern tendieren. In der Praxis finden sich aber auch Einflüsse des jeweilig anderen Menschenbildes.

Nach Biesalski (1982) ist die Einteilung, dass Logopäden nur defizitorientiert therapieren und Sprachheilpädagog\*innen eine „höhere Therapie“ mit Betrachtung der gesamten Persönlichkeit praktizieren sogar falsch und unsachlich.

Offensichtlich scheint es aber immer noch notwendig zu sein, die sprachtherapeutischen Berufe gedanklich zu trennen. Es gibt noch Unterschiede hinsichtlich ihrer Ausbildung, ihres Menschenbildes und damit in ihrem interdisziplinären Vorgehen. Ritterfeld (2004) sieht es daher auch immer noch als Herausforderung an, die sog. „enge“ Interdisziplinarität, d.h. zwischen den sprachtherapeutischen Berufsgruppen, zu meistern.

### **3.3 Die Bedeutung der endogenen Einflussfaktoren für die hier durchgeführte Untersuchung**

Mit den endogenen Einflussfaktoren wurden im vorangehenden Kapitel die Merkmale dargestellt, die den Therapeuten und Mediziner in seiner Einstellung beeinflussen und die sich durch sein Handeln widerspiegeln. Einflüsse, die ihn durch seine Umwelt und Ausbildung geprägt haben, ohne dass ihm diese bewusst waren.

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Interdisziplinarität zwischen Sprachtherapeuten und Medizinern. Da die Interdisziplinarität von der Einstellung und dem Blickwinkel des Einzelnen beeinflusst wird, müssen die möglichen Einflussfaktoren bei der Auswertung der Untersuchung erkannt werden und die Interpretation dahingehend geführt werden.

Ein erster Punkt war die Ausbildung und Fortbildung der Ärzte.

In der Untersuchung soll diesbezüglich herausgefunden werden, ob es einen Unterschied macht, welche Fortbildung ein Arzt hat.

Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Empfinden die befragten Sprachtherapeuten die Interdisziplinarität mit den einzelnen Fachärzten unterschiedlich?
- Worauf kann man eventuelle Unterschiede in der Interdisziplinarität mit den Fachärzten zurückführen?
- Haben Sprachtherapeuten weniger Probleme in der Zusammenarbeit mit Ärzten, die während ihrer Fortbildung einen höheren Wissenstand bzgl. Sprachstörungen erlangt haben?

- Sind Sprachtherapeuten mit der Diagnostik von Medizinerinnen aufgrund deren Wissensstands zufrieden?

Vorausgehend wurde ein umfassender theoretischer Vergleich durchgeführt, um Unterschiede in den Antworten von Logopäden und Sprachheilpädagogen nachvollziehen zu können.

Hier stellen sich folgende Fragen:

Die historische Entwicklung zu zwei verschiedenen Disziplinen hat zu unterschiedlichen Standortbestimmungen bzgl. Menschenbilder und damit verbundenen Therapieeinstellungen geführt.

- Hat es eine Auswirkung auf die Untersuchung, dass die Logopädie ein medizinisches Grundverständnis besitzt und die Sprachheilpädagogik ein pädagogisches Grundverständnis?
- Haben Logopäden weniger Probleme mit der Zusammenarbeit von Ärzten als Sprachheilpädagogen, die sich aus der Pädagogik entwickelt haben?

## **4 Die exogenen Einflussfaktoren in der sprachtherapeutisch-medizinischen Interdisziplinarität**

Mit den endogenen Einflussfaktoren wurden im vorangehenden Kapitel die Bereiche dargestellt, die den Blickwinkel und die Einstellung eines Individuums während seiner Ausbildung/Entwicklung prägen. Welchen Einfluss die Umwelt und die geschichtliche Entwicklung auf das Verhalten von Sprachtherapeuten bzw. Mediziner hat und damit auf deren interdisziplinäres Verhalten untereinander. Die endogenen Einflussfaktoren waren damit die Bereiche, die zumeist unbewusst das Individuum geprägt haben und die dadurch auch unterbewusst dessen Handeln beeinflussen können.

Im interdisziplinären Gefüge von Sprachtherapeuten und Medizinern spielen neben den endogenen Einflüssen noch die hier genannten exogenen Einflussfaktoren eine Rolle. Unter exogene Einflussfaktoren werden von außen kommende Einflüsse verstanden. Ihnen sind die Ärzte und Therapeuten ausgesetzt, ohne selbst einen Einfluss darauf nehmen zu können. Diese Einflüsse werden durch Richtlinien, Gesetze etc. vorgegeben und spielen eine Rolle in der sprachtherapeutisch-medizinischen Interdisziplinarität.

In Kapitel 2.5.1 „Interdisziplinarität in der Medizin“ wurde bereits dargestellt, dass der Arzt die Therapien verordnet, die der Therapeut durchführt und von den Krankenkassen erstattet bekommt. Dadurch ist der Arzt und auch der Sprachtherapeut durch die Krankenkassen und die damit zusammenhängenden Strukturen beschränkt und abhängig (Ptok 2000). Diese Abhängigkeit beeinflusst wiederum die Interdisziplinarität, da beide Disziplinen durch Vorgaben an Richtlinien gebunden sind, die die Zusammenarbeit erschweren können. Für das Verstehen des interdisziplinären Gefüges ist es daher wichtig, die Strukturen der Krankenkassen und deren Verbindungen zu den Ärzten und Therapeuten zu verstehen.

## 4.1 Das System der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist der älteste Zweig der Sozialversicherung. Im Falle einer Krankheit oder einer gesundheitliche Vorsorge können die Versicherten Leistungen aus der gesetzlichen Krankenkasse in Anspruch nehmen.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Momentan sind ca. 90% der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (Herles/Quasdorf 2004).

Durch den hohen Anteil der Versicherten und der Kostenübernahme bei Leistungen, wie den Heilmitteln (Sprachtherapie), spielt die GKV eine bedeutende Rolle in der Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Ärzten.

Das Verhältnis der Ärzte zur gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Konstrukt, das bereits seit Beginn deren Zusammenarbeit mit Problemen belastet hat.

### 4.1.1 Geschichtliche Entwicklung der GKV

Die Ursprünge der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehen auf die Bismarcksche Sozialgesetzgebung (1883) zurück.

In dieser Anfangsphase wurden noch Einzeldienstverträge zwischen den einzelnen Krankenkassen und abschlussbereiten Ärzten abgeschlossen.

Da es viele Ärzte gab, waren die Krankenkassen in der Lage, Vertragsbedingungen vorzugeben und die Ärzte *finanziell von ihnen abhängig* zu machen.

Um 1900 haben sich die Ärzte zum *Verband der Ärzte Deutschlands* (Leipziger Verband, später Hartmannbund) zusammen geschlossen, um ihre Rechtsposition gegenüber den Krankenkassen wahrnehmen zu können. Dadurch kam es zu Streiks und einer Versorgungsgefährdung der Bevölkerung.

Mit dem „Berliner Abkommen“ 1913 sollte der soziale Frieden wieder gesichert werden.

Durch erneute Arbeitskämpfe kam es 1931 zur Notverordnung und damit zur Errichtung der *Kassenärztlichen Vereinigung* als Vertragspartner der Krankenkassen. Als Körperschaft

des öffentlichen Rechts sollte diese die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen wahren.

Während es im Nationalsozialismus zu einem Autonomieverlust der Selbstverwaltung kam und durch das sog. Führerprinzip ersetzt wurde, wurde 1951 die Voraussetzung dafür durch das *Selbstverwaltungsgesetz* wieder hergestellt. Durch das Grundgesetz wurde eine von den Verwaltungsbehörden getrennte Sozialgerichtsbarkeit eingeführt.

Mit dem Gesetz über das Kassenrecht wurde 1955 die *Kassenärztliche Vereinigung* wiedergeboren und eine *Kassenärztliche Bundesvereinigung*, als Selbstverwaltungskörperschaft auf demokratischer Basis, gebildet.

Zu einer Verabschiedung von *Kostendämpfungsgesetzen* kam es zwischen 1977 und 1983 mit Begrenzung der Kosten und Ausschluss einiger Leistungen, sowie der Einführung von Selbstbeteiligungen um dem Kostenanstieg im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Aufgrund des nur mäßigen Erfolges kam es zu einer grundlegenden Strukturreform.

Mit dem *Gesundheitsreformgesetz* (GRG) 1989 sollten zentrale Problem der GKV gelöst werden. Statt dessen werden Ärzte und Versicherte zusätzlich belastet.

Eine Sicherung der Beitragssatzstabilität und der finanziellen Grundlagen der GKV sollte das *Gesundheitsstrukturgesetz* 1993 gewährleisten (GSG).

Da die beiden Gesetze GRG und GSG die Finanzierungsprobleme der GKV nicht lösen konnten, wurde 1997 mit dem ersten und zweiten GKV-Neuordnungs- und Beitragsentlastungsgesetz die *Selbstverwaltung* der gesetzlichen Krankenkassen in den Vordergrund gestellt.

Das *GKV-Gesundheitsreformgesetz* 2000 sollte dann verhindern, dass die Krankenkassenbeiträge weiter steigen und mit dem *Modernisierungsgesetz* 2004 wurden die gesetzlichen Krankenkassen finanziell entlastet und die Verwaltungsausgaben beschränkt.

Die Einführung des *Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz* (ABAG) 2002 ist besonders für die vorliegende Arbeit von Interesse und wird im Rahmen des Budgets noch ausführlicher dargestellt (Quasdorf 2004, Herles/Quasdorf 2004).

Um einen Überblick über das Verhältnis der Krankenkassen im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten und deren Bezug zum Patienten und dem Arzt hier eine Darstellung lt. Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV 2006):



Abbildung 3: Das System der GKV (KBV 2006)

#### 4.1.2 Die gesetzlichen Krankenkassen

Der Bedeutung der gesetzlichen Krankenkassen als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung wurde bereits einleitend angesprochen (Herles/Quasdorf 2004).

Die Bedeutung für den Patienten ist über das Sozialgesetzbuch V (SGB) geregelt: Über die Krankenkassen erhalten Versicherte Leistungen als Sach- und Dienstleistungen. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen Verträge

mit den Leistungserbringern ab (§2 SGB V in SGB 2006<sup>33</sup>). Der Patient hat durch die Krankenkassen einen **Behandlungsanspruch**, den er geltend machen kann (s. Abb. 3). Dies bedeutet im hier vorliegenden Kontext, dass der Patient (Versicherte) durch die Krankenkassen eine Sprachtherapie (Dienstleistung) erhält und die Krankenkassen dazu mit dem Sprachtherapeuten (Leistungserbringer) einen Vertrag abschließt.

### Die Kopfpauschale

Die Krankenkasse (bzw. deren Landesverbände) zahlt ihrerseits eine *Kopfpauschale* an die Kassenärztliche Vereinigungen, bei denen alle Ärzte mit GKV-Patienten Mitglieder sind. Die Zahlung erfolgt als Gesamtvergütung pro Versicherten einmal pro Jahr.

Diese Gesamtvergütung stellt die Summe des Geldes dar, die die Krankenkassen für die ambulante Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen.

Die Summe wird als Kopfpauschale berechnet, die nach Beitragszahlern, nicht nach versicherten Mitgliedern berechnet wird (KBV 2006).

Die Höhe der Kopfpauschale variiert dabei je nach Krankenversicherung zwischen 240,- und 600,- Euro. Berechnet wird sie, indem die durchschnittlichen Ausgaben einer Kasse pro Versicherten im Jahr 1991 als Ausgabengrenze für die Zukunft festgelegt wurde. Selbst wenn der medizinische Bedarf steigt, wird die Pauschale nicht angepasst (Bratzke 2003).

In Deutschland gibt es derzeit acht Kassenarten und ca. 254 Krankenkassen, die bundesweit oder regional organisiert sind:

- 7 Angestellten-Krankenkassen
- 3 Arbeiter-Ersatzkassen
- 17 AOKn
- 199 BKKn
- 1 Knappschaft
- 16 IKKn
- 9 Landwirtschaftliche Krankenkassen
- 1 See-Krankenkasse

Die Krankenkassen sind auf Landes- und/oder Bundesebene zusammengeschlossen. Die Spitzenverbände der Kassen übernehmen die Vertretung auf Bundesebene und einigen sich gemeinsam und einheitlich über zu treffende Entscheidungen im Sozialgesetzbuch.

Eine der wichtigsten Aufgaben ist dabei die Weiterentwicklung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV 2007).

### 4.1.3 Die Kassenärztliche Vereinigung (KV)

In der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen Mitglieder. In den Kassenärztlichen Vereinigungen sind ca. 145.000 Ärzte und Psychotherapeuten organisiert und zur Abrechnung ihrer Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen zugelassen. Die KV untersteht der Aufsicht des zuständigen Gesundheitsministeriums als „Körperschaft öffentlichen Rechts“.

Die Aufgabe der KV ist es, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Sie gewährleistet gegenüber den Krankenkassen, dass die Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften entspricht (nach § 75 Abs. 1 SGB V).

Die Kassenärztliche Vereinigung schließt mit den Landesverbänden der Krankenkassen/Ersatzkassen die Verträge und gestaltet die vertragsärztliche Versorgung. Zudem ist die KV für Zulassungen und Bedarfsplanung von Ärzten und Psychotherapeuten zuständig. So sperrt sie bei einer Abdeckung von 110 Prozent den Bezirk für neue Praxen (KBV 2007a, Bratzke 2003).

Die Kassenärztliche Vereinigung ist für die *Honorarzählung der Ärzte* zuständig, d.h. sie übernimmt die Abrechnung der Behandlungskosten. Dafür errechnet sie aus dem Verhältnis von Gesamtvergütung und abgerechneten Leistungen (Punkten) der Ärzte den Wert eines Punktes. Danach wird das Honorar des Arztes quartalsweise ausgezahlt (KBV 2006, Bratzke 2003).

#### Der Punktwert

Die Krankenkassen zahlen an die Kassenärztliche Vereinigung unterschiedliche Kopfpauschalen. Der Betrag ergibt sich aus der gesetzlichen Vorgabe: Kopfpauschale x Hauptversichertenzahl = Vergütung. Diese Gesamteinnahmen einer KV werden, abzüglich der Verwaltungskosten, an die Ärzte ausgezahlt = *Gesamthonorar*.

Alle erbrachten medizinischen Leistungen der Ärzte eines KV-Bezirktes werden in Punkte umgerechnet und ergeben eine *Gesamtpunktzahl*. Pro Quartal wird das Gesamthonorar durch die Gesamtpunktzahl geteilt. Das Ergebnis ist der Punktwert.

$$\text{Gesamthonorar} / \text{Gesamtpunktzahl} = \text{Punktwert}$$

Für Primärkassen und Ersatzkassen gelten unterschiedliche Punktwerte. Im Durchschnitt zahlen Ersatzkassen für eine ärztliche Behandlung mehr als Primärkassen.

Jede Arztgruppe erhält einen anderen Punktwert. Der Punktwert liegt etwa zwischen 3 und 5 €-Cent (Bratzke 2003).

#### **4.1.4 Der Vertragsarzt und sein Abrechnungsmodell**

Der Arzt, der Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung ist, erhält durch diese sein Honorar auf Grundlage von Punktwerten. Für diese Abrechnungsgrundlage trägt der Arzt seine Leistungen auf dem Krankenschein oder der Chipkarte ein und erhält für diese Leistungsabrechnung seinen Anteil an der Gesamtvergütung. Die Umrechnung von Leistungen in Punkte geschieht mittels EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab).

#### **Einheitlicher Bewertungsmaßstab**

Im EBM (für alle Kassenärzte verbindlich) ist für jede Untersuchung und Behandlung eine Kennziffer (GOP) und eine Punktzahl festgelegt. Durch die Punkte soll es möglich sein, verschiedene medizinische Leistungen vergleichen zu können. Leistungen die nicht im EBM sind, dürfen nicht auf dem Krankenschein abgerechnet werden.

Am Ende eines Quartals werden alle von Ärzten erbrachten und abgerechneten Leistungen zusammengezählt und die Gesamtpunktzahl errechnet (Bratzke 2003). Seit 01.04.2005 gelten die Rahmenbedingungen des EBM 2000plus<sup>1</sup>.

#### **Fachgruppentöpfe**

Die Bezahlung der Ärzte erfolgt über sog. Gruppentöpfe. Die Gruppentöpfe sind in zwei große Gruppen unterteilt. Eine Gruppe stellen die Hausärzte dar (Praktische Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin, Kinderärzte und hausärztliche Internisten), die andere Gruppe die Fachärzte, Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Innerhalb dieser beiden Töpfe können pro Arztgruppe (z.B. Fachärzte für HNO-Heilkunde) Untertöpfe festgeschrieben werden = Fachgruppentopf.

---

<sup>1</sup> Stand September 2007

Alle Leistungen einer Fachgruppe werden dann daraus bezahlt, ein Ausgleich mit anderen Fächern gibt es nicht. Die Aufteilung der beiden großen Töpfe Hausärzte - Fachärzte ist bundesweit Gesetz, die Unterteilung ist dagegen Sache der einzelnen KVen (Bratzke 2003).

#### **4.1.5 Die Abrechnung in der Sprachtherapie**

Im Vergleich zum ärztlichen Abrechnungssystem gestaltet sich die Abrechnung von sprachtherapeutischen Behandlungen einfacher.

Grundlage für die Abrechnung einer Sprachtherapie ist eine Kassenzulassung. Welche sprachtherapeutischen Berufe berechtigt sind, eine Kassenzulassung zu erlangen - und in welchem Bereich - wurde bereits unter Punkt 3.2.1 behandelt.

Die Erteilung von Zulassungen zur Abgabe von Heilmitteln (hier von Behandlungen von Sprachstörungen) fällt in die Zuständigkeit der Landesverbände der Krankenkassen.

Die Anforderungen für eine Kassenzulassung sind in den Zulassungsempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 124 Abs. 4 SGB V fest gelegt worden, wodurch ein bundeseinheitliches Zulassungsverfahren gewährleistet werden soll (IKK Bundesverband 2007b).

Abgerechnet werden die sprachtherapeutischen Leistungen direkt mit den Krankenkassen.

Als Grundlage für die Abrechnung wurde zwischen den Berufsverbänden dbl, dba, dbs, DBKS, der Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen und den beiden großen Krankenkassenvertretern auf Bundesebene, der Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, eine „Vergütungsliste für logopädische/sprachtherapeutische Leistungen“ festgelegt.

In dieser Liste wurden Vertragspreise festgelegt. Es werden Preise angegeben für die Erstuntersuchung und die Befunderhebung, sowie unterschiedliche Preise je nach Dauer der Therapie. Auch die unterschiedlichen Therapieformen (Einzel- oder Gruppentherapie) werden unterschiedlich vergütet. Zusätzlich sind Preise für Wegpauschalen und Hausbesuche angegeben, sowie der Anteil der Zuzahlungen für nicht befreite Versicherte (dbl 2007).

Grundlage für die Abrechnung mit den Krankenkassen bildet die Heilmittelverordnung (HMV), die der Patient vom überweisenden Arzt erhält.

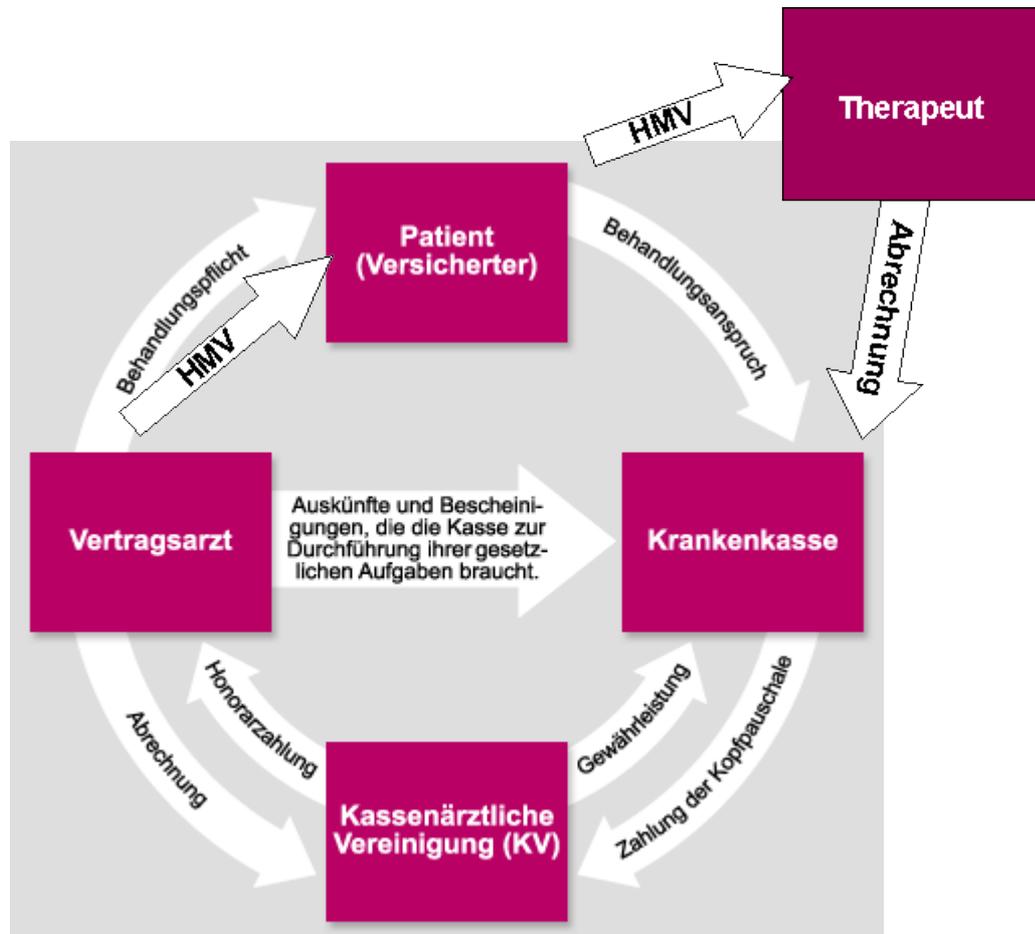


Abbildung 4: Das System der GKV einschließlich Therapeut

#### 4.1.6 Fazit

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist nur noch schwer zu überschauen. Die Abrechnung und die Bezahlung der Ärzte ist für Außenstehende nur noch schwer nachvollziehbar. Selbst nach der hier dargestellten Zusammenfassung und dem Versuch dies durch Grafiken zu verbildlichen, ist es schwierig, das Bezahlungssystem vollständig zu erfassen.

Vereinfacht kann man sagen, dass der Arzt seine Leistungen nach Punkten abrechnet. Diese bekommt er dann von der Kassenärztlichen Vereinigung bezahlt. Dabei darf jedoch ein gewisses Volumen nicht überschritten werden (siehe 4.2). Die Kassenärztliche Vereinigung erhält ihr Geld von den Krankenkassen, die ihrerseits das Geld durch Beiträge einkassieren. Durch neue Gesetzesänderungen, die die Finanzsituation verbessern sollen, scheint dieses System immer unübersichtlicher zu werden. Da das Gesundheitssystem sich bis heute finanziell noch nicht saniert hat, wird das System in Zukunft wohl weiter verändert werden.

## 4.2 Das Budget der Kassenärzte und dessen Entwicklung

Obwohl es durch ein nahezu undurchschaubares System bereits sehr genaue Regelungen hinsichtlich der Bezahlung von kassenärztlichen Leistungen gegeben hat, hat das Geld für viele Behandlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr ausgereicht.

Um einen größeren Anteil am Kassenhonorar zu erhalten, haben einige Praxen sinnvolle, aber nicht unbedingt notwendige Behandlungen durchgeführt.

Durch ein festes Gesamthonorar trotz steigender Arbeit, musste der Arzt für das gleiche Geld mehr arbeiten. Um dem Einhalt zu gebieten, wurde das Praxisbudget eingeführt.

*Das Praxisbudget ist eine beschränkte Bezahlung aller abrechnungsfähigen Leistungen.*

Für jeden Patienten hat ein Arzt eine begrenzte Punktmenge bezahlt bekommen. Weitere Leistungen für den Patienten wurden nicht bezahlt. Den Umsatz konnte ein Arzt nur noch über die Zahl der Patienten steigern, nicht mehr über die abgerechneten Leistungen eines Einzelnen. Das Praxisbudget war für jede Fachgruppe unterschiedlich (Bratzke 2003).

### 4.2.1 Gesetzliche Grundlagen

Abgelöst wurde diese Handhabung durch das *Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) 2002*. Damit sind die Budgets für Arznei- und Heilmittel abgeschafft worden und damit die Ausgabenobergrenze. Die Budgets werden ersetzt durch auf Ausgabenvolumina bezogene Zielvereinbarungen, die die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen umsetzen müssen.

Pro Praxis wird eine gruppenspezifische *Richtgröße* für das *Volumen ärztlicher Verordnungen* ermittelt. Die Richtgrößen stellen dabei die Durchschnittswerte für die Verordnung von Arzneimittel (und Heilmittel) je Jahr und Patient dar<sup>1</sup>.

Bei Überschreitung der Richtgröße wird der Arzt zunächst von der Kassenärztlichen Vereinigung hinsichtlich einer wirtschaftlichen Ordnungsweise beraten. Möglich sind aber auch Individualregresse im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung (AOK Bundesverband 2007).

---

<sup>1</sup> Stand September 2007

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung § 106 SGB V erfolgt mittels einer *Auffälligkeitsprüfung* oder einer *Zufälligkeitsprüfung*.

Die *Auffälligkeitsprüfung* findet bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 statt, die *Zufälligkeitsprüfung* findet durch Stichproben bei 2 von Hundert Ärzten je Quartal statt.

Geprüft wird dabei die *Indikation* (= Notwendigkeit), die *Effektivität*, die *Qualität* und die *Angemessenheit* der Kosten hinsichtlich des Behandlungsziels (SGB 2006<sup>33</sup>).

Mit dem *Gesamtvergütungsgesetz* (§85 SGB V) wird seit 01.04.2005 für ganz Deutschland unter dem Begriff *Regelleistungsvolumen* eine Honorarverteilung festgelegt, bei der eine Arztpraxis ihren Umsatz nur so weit ausweiten darf, wie es vorher festgelegt wurde. Dazu werden arztgruppenspezifische Grenzwerte festgelegt, bis zu denen die Leistungen mit festen Punktwerten vergütet werden. Bei Überschreitung des Grenzwertes, werden die überschreitenden Leistungen mit abgestaffelten Punktwerten vergütet (SGB 2006<sup>33</sup>, AOK Gesundheitspartner 2007).

Laut dem § 85 SGB V „Gesamtvergütung“ muss der *Honorarverteilungsvertrag* gemeinsam und einheitlich mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart werden.

Um eine gerechte Honorarverteilung zu gewährleisten, muss Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde gelegt werden. Zudem muss eine gleichmäßige Verteilung der Gesamtvergütung während des ganzen Jahres sicher gestellt werden.

Zur Berechnung wird ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde gelegt.

Durch den Verteilungsmaßstab soll sicher gestellt werden, dass keine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes statt findet.

Auf die Einhaltung des Kostenrahmens weist auch §2 SGB V hin: Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden (SGB 2006<sup>33</sup>).

## 4.2.2 Das ärztliche Budget sprachtherapeutischer Untersuchungen

Anhand der vorherigen Ausführungen über die Bezahlung der Ärzte und der Vorgaben zum Budget ist ersichtlich, dass das Budget<sup>1</sup> von Arztgruppe zu Arztgruppe variiert.

Im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) findet sich eine Auflistung darüber, wie viele Punkte für Diagnostiken und Therapien im Bereich Sprache vorgesehen sind.

Eine Umrechnung der Leistungen in Cent nach dem EBM ist nicht pauschal möglich, da der Punktwert nicht immer dem gleichen Centwert entspricht, sondern immer wieder neu ermittelt werden muss (vgl. dazu „Punktwert“ in vorangegangener Ausführung).

Der EBM ist ebenfalls nach Arztgruppen aufgeteilt, wobei die Kinder- und Jugendmedizin wie bereits bei den „Fachgruppentöpfen“ beschrieben, zu dem Bereich der Allgemeinmedizin zählt und nicht zu den Fachärzten.

Im Bereich der Sprachuntersuchungen, -diagnostiken und -therapien finden sich im EBM<sup>2</sup> folgende Punkte:

<b>Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen</b>			
<i>Leistungsnummer</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Obligatorischer Leistungsinhalt</i>	<i>Punkte</i>
<b>Hausärztlicher Versorgungsbereich</b>			
03351	Untersuchung der Sprachentwicklung	Standardisiertes Verfahren, Prüfung aktiver und passiver Wortschatz, Prüfung des Sprachverständnisses, Prüfung der Fein- und Grobmotorik	<b>445</b>
<b>Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin</b>			
04353	Untersuchung der Sprachentwicklung	siehe 03351	<b>445</b>
04332	Orientierende Audiometrie	Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig, Binaurikulare Untersuchung, Bestimmung(en) der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens 8 Prüffrequenzen Fakultativ: Otoskopie, kontinuierliche Frequenzänderung	<b>240</b>
<b>Hals-Nasen-Ohrenärztliche Leistungen</b>			
09330	Untersuchung der Stimme	Phonationsdauer, Erfassung psychovegetativer Stigmata,	<b>535</b>

<sup>1</sup> Der Begriff Budget wird hier synonym für das Regelleistungsvolumen verwendet.

<sup>2</sup> Stand EBM 2000 plus von 2007

<b>Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen</b>			
<i>Leistungsnummer</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Obligatorischer Leistungsinhalt</i>	<i>Punkte</i>
		Dauer mindestens 20 Minuten, Standardisierte Dokumentation, Differenzierende Beurteilung(en) von Stimmqualität, -leistung, Sprechstimmlage, Stimmumfang, Stimmintensität, Stimmeinsatz, Stimmresonanz	
09331	Untersuchung des Sprechens und der Sprache	Dauer mindestens 15 Minuten, Standardisierte Dokumentation, Prüfung der Sprachentwicklung, des aktiven und des passiven Wortschatzes, der Grammatik und Syntax, der Artikulationsleistungen, der prosodischen Faktoren, des Redeflusses, des Sprachverständnisses, der zentralen Sprachverarbeitung	<b>795</b>
<b>Phoniatische und pädaudiologische Leistungen</b>			
20330	Untersuchung der Stimme	siehe 09330	<b>535</b>
20331	Untersuchung des Sprechens und der Sprache	siehe 09331	<b>795</b>
20332	Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	Eingehende Untersuchung auf Aphasie und/oder Dysarthrie und/oder Dysphagie, Anwendung standardisierter Verfahren	<b>855</b>
20360	Stimm- und/oder Sprachtherapie in Einzelbehandlung	Stimmtherapie und/oder Sprachtherapie als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	<b>375 (je vollendete 15 Minuten)</b>
20361	Stimm- und/oder Sprachtherapie als Gruppenbehandlung	Stimmtherapie und/oder Sprachtherapie als Gruppenbehandlung, Dauer mindestens 60 Minuten, Mindestens 3, höchstens 4 Teilnehmer	<b>200 (je Teilnehmer, je 30 Minuten)</b>
20370	Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung	Erbringung standardisierter Hörtests zur Diagnostik zentral-auditiver Hörstörungen oder Prüfung des Richtungsgehörs mit mindestens 5 Lautsprechern oder Ergänzende sprachaudiometrische Untersuchung im Störschall mit mindestens 2 weiteren über den Leistungsinhalt der Leistung nach der Nr. 20321 hinausgehenden Schallpegeln oder Anwendung von Testverfahren (z. B. zeitkomprimierte Sprache, HLAD, binaurale Fusion)	<b>360</b>
20371	Eingangsdagnostik vor der Erstverordnung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie	Aachener Aphasietest (AAT), Schriftliche Dokumentation	<b>1035</b>

Tabelle 1: Abrechnung lt. EBM (KBV 2007b)

Die Abrechnung der Punkte unterliegen gewissen Vorgaben. So darf man z.B. nicht eine Untersuchung des Sprechens abrechnen, wenn diese im Rahmen einer U-Untersuchung statt findet und die U-Untersuchung ebenfalls abgerechnet wird (KBV 2007b).

Im EBM finden sich im Anhang, bezogen auf die einzelnen Positionen, Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen *Zeitaufwand* des Vertragsarztes.

Angegeben im EBM ist eine Kalkulationszeit in Minuten, der dem im Standardbewertungssystem verwendeten Zeitbedarf für die ärztliche Leistung entspricht, sowie eine Prüfzeit in Minuten.

Im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sind z.B. folgende Werte angegeben:

<i>Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand</i>			
<i>GOP</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Kalkulationszeit in Minuten</i>	<i>Prüfzeit in Minuten</i>
04353	Untersuchung zur Sprachentwicklung	16	14
04332	Orientierende Audiometrie	5	4

*Tabelle 2: KVB 2007b*

Wie man sieht, ist die Zeit für die einzelnen Untersuchung knapp kalkuliert, braucht ein Arzt länger als die vorgesehene Zeit, ist die Bezahlung trotzdem gleich.

## **4.2.3 Das ärztliche Budget für Heilmittel**

### **4.2.3.1 Die gesetzlichen Richtlinien des Heilmittelbudgets**

Während die Leistungen zur Untersuchung der Sprache über den EBM abgerechnet werden und damit dem Regelleistungsvolumen unterliegen, werden die Bezahlungen für Heilmittel gesondert geregelt.

Mit dem bereits beschriebenen *Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) 2002* wurden gruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen ärztlicher Verordnungen ermittelt. Die Richtgrößen stellen dabei die Durchschnittswerte für die Verordnung von Arzneimitteln je Jahr und Patient dar. Das ABAG stellt damit die rechtliche Grundlage für das Ausgabenvolumen der Heilmittel dar.

Geregelt werden die Vorgaben im Sozialgesetzbuch V § 84 „*Arznei- und Heilmittelbudget, Richtgrößen*“. Nach diesem Gesetz müssen die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen (im nachfolgenden Vertragspartner genannt) mit der Kassenärztlichen Vereinigung bis zum 30. November für das folgende Jahr eine Heilmittelvereinbarung treffen.

Diese Vereinbarung beinhaltet das *Ausgabevolumen, Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele* und *Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens*. Abweichende oder darüber hinausgehende Regelungen kann die Krankenkasse mit den Ärzten treffen (SGB V Abs. 1).

Um das Ausgabevolumen zu ermitteln, werden die Ausgaben arztbezogen durch die Krankenkassen erfasst, durch die Spitzenverbände zusammengefasst und den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Vertragspartnern übermittelt.

Die Kassenärztliche Vereinigung erhält zudem von den Spitzenverbänden monatlich Berichte über die Entwicklung der Ausgaben, die diese wiederum an die Landesverbände weiterleiten.

Um die Rahmenvorgaben zu ermitteln erhält die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Auswertung der Berichte (SGB V § 84 Abs. 5).

Bis zum 15. November werden dann durch die Vertragspartner arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen als Durchschnittswerte für das Folgejahr ermittelt (= *Richtgrößenvolumen*) (SGB V § 84 Abs. 6).

Um nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu handeln, muss der Arzt die Richtgrößen beachten, da er bei Überschreitung eine wie zuvor beschriebene Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V Abs. 5a auslöst (SGB V § 84 Abs. 6).

Die *Wirtschaftlichkeitsprüfung* in dem hier genannten Fall wird durchgeführt, wenn das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um *mehr als 15%* übersteigt und die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.

Bei einer Überschreitung um *mehr als 25%* hat der Vertragsarzt den Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, falls dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet werden kann.

Der Prüfungsausschuss soll vor seinen Entscheidungen und Festsetzungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann (SGB V § 106 Abs. 5a).

Im Falle wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorgesehen (SGB V § 106 Abs. 3).

Dies bedeutet, dass der Arzt pro Patient nur einen bestimmten Betrag in Euro an Heilmitteln verordnen darf. Überschreitet er den Betrag (Patientenzahl x Heilmittelrichtgröße), muss er mit einer Prüfung rechnen und dafür gerade stehen. Allerdings nur, wenn er Mehrverordnungen z.B. durch besonders problematische Patienten, nicht begründen kann<sup>1</sup>.

#### 4.2.3.2 Der Heilmittelbericht

Der Heilmittelbericht wird vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) herausgegeben. Er will Antworten auf folgende Fragen liefern:

- *Wer verordnet welche Heilmittel*
- *Wer erhält welche Heilmittel*
- *Was kostet die Heilmitteltherapie (WiDO 2006)*

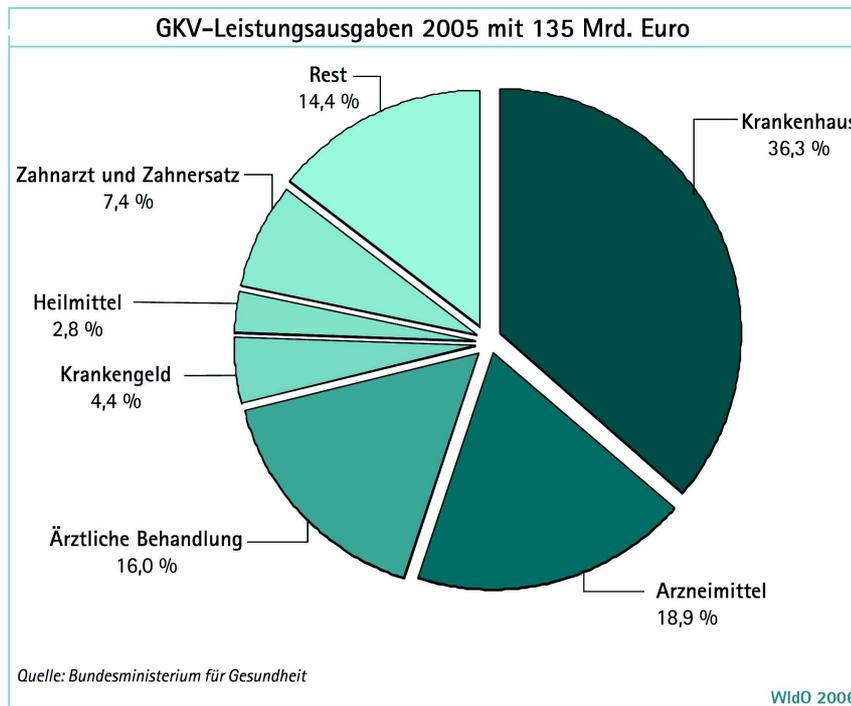
Zu diesem Zwecke werden die Heilmittelverordnungen von GKV- und AOK-Versicherten analysiert und kommentiert. Die Daten sind auf ganz Deutschland bezogen.

Neben den oben dargestellten Fragen umfasst der Heilmittelbericht eine Aufschlüsselung hinsichtlich alters- und geschlechtsspezifischen Therapieprofilen (WiDO 2006, 2007).

Eine Auswertung der Leistungsausgaben im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung hat nach der WiDO ergeben, dass die Ausgaben für Heilmittel 2005 einen Anteil von 2,8% ausmachten. Bei einem Gesamtausgabenvolumen im GKV Leistungsbereich von 135 Mrd. Euro sind dies 3,78 Mrd. Euro für Heilmittel 2005 in Deutschland.

---

<sup>1</sup> Stand September 2007



Der Anteil der Heilmittelpatienten unter den Versicherten der AOK lag im Jahr 2005 bei 16,7 %.

In der sprachtherapeutischen Behandlung ermittelte die WIdO für die AOK, dass besonders Jungen (46,5%) aller logopädischer Leistungen erhalten. Der Verordnungsgipfel der Logopädie liegt bei sechs Jahren (WIdO 2006).

#### 4.2.3.3 Das Heilmittelbudget in Bayern

Im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen stellt die ITSG (Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenkasse) je Quartal den Heilmittelmarkt je Bundesland dar. Dies geschieht im Hinblick auf die jeweiligen Entwicklungen im Heilmittelbereich. Grundlage dafür sind die Abrechnungsdatensätze der Leistungserbringer.

Veröffentlicht wird dies durch das *GKV Heilmittel Informations System (GKV-HIS)* (GKV Heilmittel Informations System 2007a).

Das GKV-HIS wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Steuerung der Heilmittelausgaben erstellt. Es wurde entwickelt, um den Heilmittelmarkt der GKV in der Bundesrepublik Deutschland quartalsweise transparent darzustellen zu können (KVB

2006). Das GKV-HIS dient auch dem Heilmittelbericht in einigen Bereichen als Grundlage (WIdO 2006).

Die GKV-HIS gibt z.B. Auskunft darüber, wie viel in der Sprachtherapie in einem bestimmten Quartal in Bayern umgesetzt wurde bzw. verordnet wurde.

Die KVen erhalten die Auswertungen aus dem GKV-HIS als Frühinformation zur Ausgabensteuerung (KBV 2007c).

Von den bayerischen Landesverbänden der Krankenkassen/Ersatzkassen und der KV Bayern wird das Ausgabevolumen für Heilmittel festgelegt. Hierbei handelt es sich um Euro-Beträge, bis zu deren Höhe der Arzt verordnen kann, ohne wirtschaftliche Nachteile zu befürchten. Die Verteilung des Ausgabenvolumens erfolgt lt. SGB V § 84 dann arztgruppenspezifisch und fallbezogen.

Das *festgelegte Ausgabevolumen* für Heilmittel in Bayern betrug 2006 528,55 Mio. Euro und 2007 549,90 Mio. Euro (KVB 2007).

Wie die Verteilung der einzelnen Heilmittel in der Umsetzung erfolgte, ist wiederum aus dem GKV-HIS zu ersehen.

Lt. GKV-HIS wurde in Bayern der anteilmäßig größte Umsatz für Sprachtherapien 2004, 2005 und 2006 (mit über 75%) für Therapien von 45 Minuten in einer Einzelbehandlung ausgegeben. Gefolgt von einer 60 minütigen Therapie in Einzelsitzung und der Sprachtherapeutischen Erstbefundung. Den geringsten Anteil am Budget hatte die Position „Sprachtherapie Einzelsitzung“ mit 30 Minuten, gefolgt von der anteilmäßig geringsten Position, dem Hausbesuch (siehe Tabelle 3).

<i>Ausgaben für Sprachtherapien in Bayern</i>						
<i>Sprachtherapie</i>	<i>Bruttoumsatz in Tsd. €</i>			<i>Anzahl Behandlungen</i>		
	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
45 Minuten, EB <sup>1</sup>	27.525	37.440	41.675	805.112	1.093.941	1.208.802
60 Minuten EB	12.276	5.550	4.972	291.966	131.116	116.772
Erstbefundung	3.185	3.625	3.580	161.230	76.993	69.443
30 Minuten EB	1.053	1.040	1.003	41.073	40.722	38.949
Hausbesuch	737	932	1.145	9.222	124.291	153.729
<b>Gesamt</b>	<b>44.776</b>	<b>48.587</b>	<b>52.375</b>	<b>1.308.603</b>	<b>1.467.063</b>	<b>1.587.695</b>

Tabelle 3: Zusammenfassung der 5 umsatzstärksten Heilmittel (GKV Heilmittel Informations System 2005, 2006a, 2007a)

<sup>1</sup> EB= Einzelbehandlung

Wie man aus Tabelle 3 erkennen kann, ist der Gesamtbruttoumsatz 2005 im Vergleich zum Vorjahr um ca. 8,5% gestiegen. 2006 ist er dann nochmals um ca. 7,8% angestiegen. Die Ausgaben für Sprachtherapien in Bayern steigen somit jährlich. Entsprechend ist ein Anstieg der Anzahl von Behandlungen zu verzeichnen.

Vergleicht man das 1. Quartal 2006 und das 1. Quartal 2007 miteinander, so kann man auch für 2007 in Bayern einen Aufwärtstrend in den Ausgaben für Sprachtherapien erkennen. Der Gesamtbruttoumsatz in Bayern der 5 umsatzstärksten Positionen betrug im 1. Quartal 2006 13.133 Tsd. €, im 1. Quartal 2007 13.749 Tsd. €.

Vergleicht man die drei größten Heilmittel *in Bayern* untereinander (Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie), so ist die Sprachtherapie die Therapie, für die am wenigsten Umsatz im Rahmen dieser Heilmittel getätigt wurde. Im Jahr 2006 lag der Anteil des Bruttoumsatzes für Sprachtherapie bei lediglich 8,47% und war damit das Heilmittel mit dem zweit geringsten Bruttoumsatz (hinter Podologische Therapie) (GKV Heilmittel Informations System 2006b, 2007a,b).

Das GKV-HIS ermittelte zudem die Kosten pro Versicherten für Heilmittel für das Jahr 2006 in Bayern:

<i>Heilmittelverordnungen und -umsätze Sprachtherapie in Bayern 2006 pro Versicherten</i>	
Bruttoumsatz pro Versicherten	5,14 Euro
Verordnungsblätter pro Versicherten	0,14

*Tabelle 4: GKV Heilmittel Informations System 2007c*

Dies bedeutet, dass in Bayern 2006 für jeden GKV Versicherten durchschnittlich 5,14 Euro für Sprachtherapien ausgegeben wurde und 0,14 Sprachverordnungen pro Versicherten ausgestellt wurden (GKV Heilmittel Informations System 2007c).

Zu den Umsätzen im Heilmittelmarkt ist im GKV-HIS auch noch der Umsatz nach Arztgruppen aufgeführt. Es wird dargestellt, welche Arztgruppe wie viele Ausgaben hinsichtlich Sprachtherapien getätigt hat und auch, wie viele Verordnungen ausgestellt wurden, bzw. was der Arzt pro Verordnung umgesetzt hat.

Da sich die Zahlen im Laufe der Jahre nur wenig ändern, soll hier am Beispiel von 2006 die Aufteilung der Umsätze nach Ärzten stellvertretend dargestellt werden:

<b>Verteilung der Ausgaben für Sprachtherapien nach Ärztegruppen in Bayern 2006</b>			
<i>Facharztgruppe</i>	<i>Bruttoumsatz in Tsd. €</i>	<i>Verordnungsblätter</i>	<i>Bruttoumsatz je Verordnungsblatt in €</i>
<b>Allgemeinmediziner / praktische Ärzte</b>	14.135	36.617	386,01
<b>Chirurgen</b>	17	50	342,94
<b>HNO-Ärzte</b>	11.499	31.790	361,71
<b>Internisten</b>	2.023	4.890	347,08
<b>Kinderärzte</b>	23.463	70.098	334,72
<b>Nervenärzte / Psychotherapeuten</b>	1.383	3.413	405,31
<b>Orthopäden</b>	8	36	214,92
<b>Sonstige</b>	949	2.599	365,03

Tabelle 5: Sprachtherapie: Heilmittelverordnungen und -umsätze nach Facharztgruppen (GKV Heilmittel Informations System 2007a)

Aus Tabelle 5 ist ersichtlich, dass die Kinderärzte die meisten Sprachtherapien verordnen, was sich dadurch erklären lässt, dass der Großteil der sprachtherapeutischen Patienten Kinder sind. Kinder erhalten aber ebenso Verordnungen für Sprachtherapien von Allgemeinmedizinern und von HNO-Ärzten, die auf Platz 2 und 3 der zahlenmäßig ausgestellten Verordnungen stehen.

Sehr gut erkennen lässt sich hier auch die unterschiedliche Bezahlung in den Ärztegruppen. So erzielen lt. Tabelle 5 die Nervenärzte/Psychotherapeuten den größten Umsatz je Verordnung einer Sprachtherapie, die Orthopäden den niedrigsten.

#### **4.2.4 Die Auswirkungen der gesetzlichen Vorgaben auf das Budget**

In der Tätigkeit die ein Arzt ausübt um Verordnungen, z.B. für die Sprachtherapie, auszustellen ist er durch zwei große gesetzliche Vorgaben in seinen Ausgaben eingeschränkt.

Vor der Verordnung muss der Arzt seine Untersuchung und Diagnose erstellen. Seit dem 01.04.2005 ist er in diesem Bereich durch das *Regelleistungsvolumen* eingeschränkt worden.

Um eine Verordnung ausstellen zu können, muss er aufpassen, dass er im vorgegebenen Richtwert für Heilmittel bleibt, das über das *Arznei- und Heilmittelbudget, Richtgrößen Gesetz* geregelt ist und damit die Heilmittelverordnung reglementiert.

Überschreitet er die Richtgröße, muss er mit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung und im schlimmsten Falle mit einer Honorarkürzung bzw. eigenem finanziellen Ausgleich rechnen (Regress). Dies ist jedoch nur der Fall, wenn er dies nicht durch Praxisbesonderheiten erklären kann (vgl. SGB V § 84, 85, 106, Korzilius 2006).

Die Androhung eines Regresses und der Wirtschaftlichkeitsprüfung, hat bei den Ärzten dazu geführt, dass Heilmittel restriktiver verordnet werden. Am schlimmsten betroffen ist die Region Nordrhein, in der die Verordnungen praktisch eingestellt wurden und damit negative Auswirkungen für Patienten und auch für Heilmittelversorger mit sich bringt. Lt. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist die Reaktion jedoch völlig übertrieben, da bei verantwortungsvollem Handeln das Ausgabevolumen eine sinnvolle Größe darstellt und das Ausgabevolumen zum Vorjahr gestiegen ist (Korzilius 2006).

Auch lt. Pressesprecherin der KV Nordrhein ist es nicht vertretbar, die Verschreibungen auf Null herunterzufahren. Die KV selbst habe bereits Ärzte gebeten, abzuwägen, was verschrieben werden soll und was nicht, da einige Ärzte beim Sparen „übers Ziel hinausgeschossen“ sind. Dieser Meinung ist auch der Pressesprecher des IKK Bundesverbandes, der zwar die Notwendigkeit des Sparens sieht, aber nicht wollte, dass die Anwendungen nicht geleistet werden.

Die Richtgrößen haben dort zu einem Verschreibungsverhalten geführt, das nicht gewollt und auch nicht sinnvoll ist (Ehrenputsch 2006).

Anhand der Daten des GKV-HIS erkennt man, dass die Verordnungen im Bereich der Sprachtherapie in Bayern noch nicht zurückgegangen sind, sondern weiterhin ansteigen. Für das Jahr 2005 wurden insgesamt 139.656 Verordnungen für Sprachtherapien ausgestellt, 2006 149.493 Verordnungen. Im ersten Quartal 2006 wurden 38.317 Verordnungen ausgestellt, im ersten Quartal 2007 wurden 38.868 Sprachtherapien verordnet (GKV Heilmittel Informations System 2006a, 2007a, 2006b, 2007b).

Dies ist allerdings nicht in jedem Bundesland der Fall. Einige Regionen haben von 2005 zu 2006 einen Rückgang des Bruttoumsatzes, und damit auch der Verordnungen, im Bereich

der Sprachtherapien zu verzeichnen. Rückläufig waren die Sprachtherapien in Bremen, Nordrhein und Schleswig-Holstein mit z.T. über 6 % (Nordrhein) (GKV Heilmittel Informations System 2006c, 2007c).

#### **4.2.5 Fazit**

Im Abrechnungsmodell der Ärzte wurde durch den EBM versucht, Leistungen vergleichbar zu machen. So ist es den Ärzten möglich zu vergleichen, wie viele Punkte für welche Leistung geltend gemacht werden können. Es ist aber auch möglich, einen Vergleich der Punkte für die gleiche Leistung bei unterschiedlichen Arztgruppen zu ziehen.

Das momentan vorherrschende Modell macht die Vergütung für die Ärzte, aber auch für Außenstehende, transparenter. Für Nicht-Ärzte allerdings nur, wenn man genügend Zeit investieren möchte, um sich durch den Komplex der Zahlungen und des Punktesystems zu kämpfen.

Für die vorliegende Untersuchung ist es in so weit interessant, da hier dargestellt werden konnte, welchen Anteil die Ausgaben der Ärzte für sprachtherapeutische Untersuchungen einnehmen und dass es durch ein Regelleistungsvolumen eine feste Größe gibt, die die Ärzte in ihrer Arbeit beeinflusst. Interessant ist es auch das System kennenzulernen, in das der Arzt eingebettet ist, um Interpretationen durchführen zu können.

Eine noch größere Rolle als das RLV hinsichtlich der Interdisziplinarität mit Sprachtherapeuten spielen mit Sicherheit die Heilmittelrichtgrößen.

Durch die Begrenzung der Verordnungen muss der Arzt abwägen, ob er eine Sprachtherapie für sinnvoll hält, da er sonst Gefahr läuft, bei anderen Verordnungen einsparen zu müssen, bzw. einer Überprüfung standhalten muss oder sogar selbst zahlen muss (Regress).

Vergessen wird aber wohl häufig, dass der Arzt immer verordnen darf, wenn er es begründen kann. So ist ein Nichtverordnen bei einer medizinischen Notwendigkeit ein Handeln gegen die ärztlichen Bestimmungen den Kranken zu helfen. Nicht vergessen werden darf auch, dass es kein festes Heilmittelbudget gibt, sondern dass die angegebenen Werte nur Richtgrößen darstellen.

Dass die Ärzte diesbezüglich überreagieren, wird auch durch die Presseinformation der KVB (Kassenärztliche Vereinigung Bayern) nochmals deutlich. Sie teilte mit, dass in neun von zehn Fällen, in denen es zu genaueren Untersuchungen des Ordnungsverhaltens kam, die Prüfeempfehlung zurückgenommen wurde (Analysen im Zeitraum 07/2001 - 06/2004). Nur in ca. 6% der Fälle kam es zu Regressforderungen. Hier hatten Ärzte über mehrere Quartale hinweg unwirtschaftlich verordnet. Lt. Vorstand der KVB haben Ärzte die vernünftig verordnen nichts zu befürchten (Eulitz 2006).

Nach den Auswertungen der Daten des GKV-HIS konnte festgestellt werden, dass die Ärzte in Bayern sich noch nicht durch die Regressandrohungen beeinflusst haben lassen, da die Ausgaben für Sprachtherapien weiterhin stetig ansteigen.

Wie sich gezeigt hat, können das System der GKV und die Gesetze des SGB V durch ihre Vorgaben einen großen Einfluss auf die Zusammenarbeit des Arztes und des Leistungserbringers, den Therapeuten, haben.

Auf die Ausgaben für Heilmittel und die ausgestellten Verordnungen hatte dies in Bayern bislang zwar noch keine Auswirkungen, wie allerdings die subjektive Einschätzung der Therapeuten dazu aussieht, wird die hier durchgeführte Umfrage zeigen.

Einen weiteren Einflussfaktor, der auch durch den EBM mit bestimmt wird, stellt der *Faktor Zeit* dar. Damit ist die Zeit gemeint, die sich ein Arzt oder Therapeut nehmen muss um in Kontakt mit den beteiligten Fachkräften zu treten, aber nicht bezahlt bekommt. Ohne sich die Zeit für einen Austausch zu nehmen, ist eine Interdisziplinarität nicht möglich. Da aber, wie aufgezeigt, das Budget der Ärzte durch die Gesundheitsreformen reglementiert wurde, ist es fraglich, wie viel Zeit noch für nicht bezahlte Leistungen wie den interdisziplinären Austausch unter Fachleuten investiert wird, da auch für die bezahlten Leistungen lt. EBM nicht viel Zeit einkalkuliert wurde.

Das Bereitstellen der Ressource Zeit ist heute leider keine Selbstverständlichkeit mehr (Steiner 2002).

### 4.3 Die Heilmittel-Richtlinien

Ein weiterer wichtiger Punkt, der die Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Ärzten von außen bestimmt, sind die genau festgelegten Vorgaben zu den Heilmitteln, nach denen sich der Arzt und der Therapeut richten muss.

Die Heilmittel flankieren die Heilmittelrichtgrößen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat 2004 die derzeit geltende Fassung der Heilmittelrichtlinien beschlossen (Korzilius 2006).

Unter Heilmittel versteht man Dienstleistungen, wie zum Beispiel die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, die dem Zweck dienen, die Behandlung des Patienten zu optimieren. Die Heilmittel sind persönlich zu erbringende, medizinische Leistungen. Geregelt werden die Heilmittel in den sog. Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. (Herles/Quasdorf 2004, IKK Bundesverband 2007c, G-BA 2004a).

Da die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen eine Verordnung durch einen Vertragsarzt voraussetzt (G-BA 2004a), ist hier ein Berührungspunkt zwischen Sprachtherapeuten und Ärzten vorgegeben.

Der Therapeut darf also, wie bereits in vorherigen Kapiteln erwähnt, nicht ohne die Verordnung eines Arztes therapieren, wenn er die Therapie bei den Krankenkassen abrechnen will. Der Arzt wird dabei dem Therapeuten in der Rangordnung übergeordnet, da er entscheiden darf, wann er eine Therapie pflichtgemäß für ermessens hält (G-BA 2004a, S. 4, Punkt 8).

Die Stellung des Arztes im Arzt-Therapeuten-Verhältnis wird auch nochmals im Punkt 10 der Heilmittel-Richtlinien dargestellt: „*Die Verordnung von Heilmitteln kann nur erfolgen, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand des Kranken überzeugt, diesen dokumentiert und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informiert hat oder wenn ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind*“ (S. 4, G-BA 2004a).

Zudem sind die Heilmittel, und damit auch die Sprachtherapie, nach Herles/Quasdorf (2004) als *medizinische Leistung* definiert worden.

Nach § 124 SGB V dürfen Heilmittel nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden. Welche sprachtherapeutischen Berufsgruppen eine Kassenzulassung erlangen können, wurde bereits unter 3.2.1 dargestellt.

Nach diesem Gesetz ist zuzulassen, wer die entsprechende Ausbildung und dazu gehörige Berufsbezeichnung besitzt, eine entsprechende Praxisausstattung hat und die geltenden Vereinbarungen anerkennt.

Der Versicherte hat nach § 32 SGB V einen Anspruch auf eine Versorgung mit Heilmitteln (SGB 2006<sup>33</sup>).

Im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit muss ein Arzt nach den Heilmittel-Richtlinien Punkt 13 vor Verordnung einer Therapie prüfen, ob das angestrebte Behandlungsziel kostengünstiger bei gleicher Qualität durch

- *eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten*
- *Hilfsmittelversorgung*
- *Verordnung eines Arzneimittels*

erreicht werden kann. Ist dies der Fall, so sind diese Maßnahmen einer Heilmittelverordnung vorzuziehen (G-BA 2004a, S. 8).

In den Heilmittel-Richtlinien werden im Kapitel IV die „*Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie*“ geregelt.

Nach den Heilmittel-Richtlinien wird die Therapie auf Basis der Phoniatrie und Neurophysiologie durchgeführt um die krankheitsbedingte Störung der Kommunikationsfähigkeit, der Stimmgebung, des Sprechens, der Sprache und des Schluckaktes wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlechterung zu verhindern (G-BA 2004a, S. 16).

Die Therapie darf 30, 45 oder 60 Minuten dauern. Sie kann als Einzeltherapie oder Gruppentherapie erfolgen.

Heilmittel dürfen nach diesen Richtlinien nicht verordnet werden, wenn deren therapeutischer Nutzen nach Maßgaben der BUB-Richtlinien nicht nachgewiesen ist und bei Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind.

Auch Maßnahmen, deren Nutzen nachgewiesen wurden, aber nicht im Heilmittelkatalog als Indikation anerkannt wurden, dürfen nicht als Heilmittel verordnet werden (G-BA 2004a, S. 16).

Des Weiteren ist in den Heilmittel-Richtlinien geregelt, welches Ziel die jeweilige Therapie verfolgen soll und welche Maßnahmen dies beinhaltet. Dies ist jeweils für die Bereiche Stimmtherapie, Sprechtherapie und Sprachtherapie zu finden.

Einen umfassenden Punkt im Bereich des IV. Kapitels nehmen die Angaben zur *Ärztlichen Diagnostik* ein. Es ist für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (die letzten beiden nochmals unterteilt nach Kindern und Erwachsenen) genau festgelegt, welche Bereiche bei der Eingangsdiagnostik und welche bei der weiterführenden Diagnostik untersucht werden. Dabei darf der Vertragsarzt entscheiden, welche Maßnahmen der weiterführenden Diagnostik er durchführt.

Als Eingangsdiagnostik für Sprech- und Sprachtherapien von Kindern und Jugendlichen wird beispielsweise ein *Tonaudiogramm*, ein *Organbefund* und ein *Sprachstatus* verlangt (G-BA 2004a).

### 4.3.1 Der Heilmittelkatalog

Nach Punkt 8 der Heilmittel-Richtlinien, werden die verordnungsfähigen Heilmittel im indikationsbezogenen Katalog (Heilmittelkatalog) geregelt.

Der Heilmittelkatalog macht Aussagen über

- die *Indikationen*, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind,
- die *Art* der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen,
- die *Menge* der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosegruppe und
- die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen (*Folgeverordnungen*) (G-BA 2004a, S. 4).

Um eine Aussage über die verordnungsfähige Menge machen zu können, liegt dem Heilmittelkatalog ein definierter Regelfall zu Grunde. Mit der angegebenen Gesamtverordnungsmenge soll im Regelfall das angestrebte Therapieziel erreicht werden können.

Diese Gesamtverordnungsmenge und die entsprechende Anzahl der Behandlungen je Verordnung sind im Heilmittelkatalog geregelt.

Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass nicht jede „*Schädigung / Funktionsstörung*“ die Höchstverordnungsmenge bzw. die Gesamtverordnungsmenge benötigt (G-BA 2004a, S. 5, Punkt 11).

Im Heilmittelkatalog werden Einzeldiagnosen zu sog. „Diagnosegruppen“ zusammengefasst. Eine Verordnung nach dem Regelfall liegt vor, wenn die im Heilmittelkatalog festgelegte Verordnungsmenge je Diagnosegruppe nicht überschritten wird.

Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sind nur in Ausnahmen zulässig. Kommt es zu neuen oder rezidiven Erkrankungen, kann nach einer Therapiepause von 12 Wochen ein neuer Regelfall ausgestellt werden. Ausnahmen werden im Heilmittelkatalog aufgeführt (G-BA 2004a, S. 5, Punkt 11.1).

Eine Folgeverordnung liegt lt. Punkt 11.2 der Heilmittel-Richtlinien dann vor, wenn nach der Erstverordnung die selbe Erkrankung (desselben Regelfalls) zu einer weiteren Verordnung führt, auch wenn sich die Leitsymptomatik ändert. Folgeverordnungen dürfen bis zur Gesamtverordnungsmenge ausgestellt werden (G-BA 2004a).

Eine Verordnung besteht in der Sprachtherapie in der Regel aus 10 Einheiten. Eine Folgeverordnung ist nur dann zulässig, wenn der behandelnde Arzt sich zuvor erneut vom Zustand des Patienten überzeugt hat. Der Arzt soll dann anhand von Therapieverlauf und erhobenen Befunden darüber entscheiden, ob eine Fortsetzung der Therapie sinnvoll ist.

Ist die Gesamtverordnungsmenge erreicht, ist eine Verordnung außerhalb des Regelfalls möglich. Dazu muss der Arzt erneut eine Diagnostik durchführen und bei begründungspflichtigen Verordnungen muss dies vorher von der Krankenkasse genehmigt werden (G-BA 2004a, S. 7, Punkt 11.4, 11.5).

Im Heilmittel-Katalog beschäftigt sich das Kapitel II mit den „Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“.

Der Heilmittel-Katalog unterscheidet die folgenden *Störungen* mit den jeweils genannten Unterteilungen:

- **Stimme**  
Organischen, funktionellen und psychogenen Störungen (Aphonie, Dysphonie)
- **Sprache**  
Störungen vor Abschluss der Sprachentwicklung (auditive Wahrnehmung), der Artikulation (Dyslalie), bei hochgradiger Schwerhörigkeit/Taubheit, Störungen nach Abschluss der Sprachentwicklung (Aphasie, Dysphasien), Störung der Sprechmotorik (Dysarthrie, Dysarthrophonie, Sprechapraxie)

- Redefluss (Stottern, Poltern)
- Stimm- und Sprechfunktion (Rhinophonie)
- Schluckakt (Dysphagie, Schädigung im Kopf-Hals-Bereich) (G-BA 2004b).

Zu jeder Störung gibt es genaue Erläuterungen:

Die Indikation ist unterteilt in *Diagnosegruppe* und *Leitsymptomatik*: Schädigung und Funktionsstörung. Neben der Indikation ist noch das *Ziel* der Therapie erläutert, das *Heilmittel* selbst und die *Verordnungsmenge*.

Im Bereich der *Diagnosegruppe* wird der Indikationsschlüssel angegeben, der später auch auf der Heilmittelverordnung zu finden ist (z.B. SP1 für Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung). Es werden zudem Beispiele aufgeführt, bei oder durch welche Krankheiten/Störungen dies der Fall sein kann (bei SP1 z.B. bei Entwicklungsstörungen, uvm.).

Die *Leitsymptomatik* zeigt auf, in welcher Form die Störung vorliegt (bei SP1 ist eine Möglichkeit die Wortfindungsstörung).

Als *Ziel* der Therapie wird die Verbesserung, Normalisierung oder Wiederherstellung der Fähigkeiten gefordert. Die Ziele der Störung des Redeflusses werden dabei etwas ausführlicher dargestellt.

Das *Heilmittel* ist die Stimmtherapie oder die Sprech- und/oder Sprachtherapie. Hier wird auch die Behandlungsdauer spezifiziert. Diese liegt in der Regel bei 30 oder 45 Minuten. Bei einzelnen Störungen werden auch 60 Minuten als mögliche Behandlungsdauer angegeben. Im Rahmen der „Störung der auditiven Wahrnehmung“ wird noch eine neuropsychologische Untersuchung und eine zentrale Hördiagnostik gefordert.

Die *Verordnungsmenge* bei der Erstverordnung beträgt bis zu 10 Einheiten. Ausnahme bildet hier die „Psychogene Erkrankung der Stimme“, bei der nur bis zu 5 Einheiten verordnet werden dürfen. Hier ist auch keine Folgeverordnung gestattet. Bei einer Folgeverordnung sind in der Regel ebenfalls bis zu 10 Einheiten angegeben. Eine Ausnahme mit 20 Einheiten bildet hier die „Störung bei hochgradiger Schwerhörigkeit/Taubheit“, „Aphasien/Dysphasien“ und „Dysarthrie / Dysarthrophonie / Sprechapraxie“.

Hier werden auch Angaben zur weiterführenden Diagnostik gemacht und zur Gesamtverordnungsmenge im Regelfall (zwischen 20 - 60 Einheiten).

Auch die Frequenzempfehlung wird hier aufgeführt, d.h. ob 1x oder 2x wöchentlich therapiert werden soll (G-BA 2004b).

### 4.3.2 Die Heilmittelverordnung

Zur Gewährleistung der Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer hinsichtlich einer gemeinsamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung, dürfen lt. Heilmittel-Richtlinien nur die vereinbarten Vordrucke verwendet werden. Das Nähere zum Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Vertragsarztes mit dem Heilmittelerbringer und den Gebrauch der Verordnungsvordrucke ist in den Kapiteln VI und VII der Heilmittel-Richtlinien bestimmt (G-BA 2004a, Nr. 9, S. 4).

In Kapitel VI „*Inhalt und Durchführung der Heilmittelverordnung*“ wird genau angegeben, was auf den Verordnungen ausgefüllt sein muss (siehe Abb. 5).

Diese müssen genau eingehalten werden, da es sonst Abrechnungsprobleme mit den Krankenkassen seitens der Sprachtherapeuten gibt, obwohl die Ärzte für das Ausfüllen der Verordnung zuständig sind.

Eine Verordnung darf nicht allein aufgrund einer Diagnose ausgestellt werden, sondern nur, wenn die Krankheit eine Heilmittelanwendung notwendig macht (G-BA 2004a).

In Kapitel VII der Heilmittel-Richtlinien ist die „Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Heilmittelerbringern“ geregelt.

Hier wird deutlich, dass auch der Gemeinsame Bundesausschuss, der die Heilmittel-Richtlinien herausgegeben hat, Wert auf die Zusammenarbeit legt. Unter Punkt 28 wird darauf hingewiesen, dass eine „*ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln*“ (G-BA 2004a, S. 23) nur gewährleistet werden kann, wenn der Arzt und der Therapeut eng zusammenwirken. Voraussetzung dafür ist die Kooperation beider Parteien, besonders bei Beginn und Durchführung der Heilmittelbehandlung.

Zur Zusammenarbeit sind noch Punkte hinsichtlich der Durchführung angegeben:

Die Behandlung muss innerhalb von 14 Tagen beginnen (ansonsten muss dies auf der Verordnung vermerkt sein) und darf nicht länger als 14 Tage unterbrochen werden.

Die angegebene Frequenz muss eingehalten oder neu abgesprochen werden und vom Therapeuten kenntlich gemacht werden.

Der Therapeut muss die Therapie abrechnen und den Arzt informieren, wenn das Therapieziel nicht erreicht werden kann. Der Arzt entscheidet dann über ein weiteres Vorgehen.

Führt der Therapeut eine Gruppentherapie als Einzeltherapie durch, muss er dies auf der Verordnung begründen.

Falls der Arzt einen Bericht über den Therapieverlauf möchte, kann er dies über die Verordnung beim Therapeuten anfordern (G-BA 2004a).

Die Heilmittelverordnung Nr. 14 „*Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie*“ besteht aus Vorder- und Rückseite.

Die Vorderseite wird vom verordnenden Arzt ausgefüllt und dient dem Therapeuten als Grundlage für seine Therapie.

Die Rückseite dient dem Patienten zur Unterschrift über erhaltene Leistungen und dem Therapeuten am Ende der Therapie zur Abrechnung mit den Krankenkassen.



1. Patientendaten (Adresse, Zuzahlungsbefreiung), Krankenversicherung, Arzt-Nr, Verordnungsdatum (wichtig, da innerhalb von 2 Wochen die Behandlung beginnen muss).
2. Bei einer Verordnung des Regelfalls muss angegeben werden, ob es sich um eine Erst- oder Folgeverordnung handelt.
3. Hier muss angekreuzt werden, falls eine Gruppentherapie verordnet wird.
4. Bei Verordnung außerhalb des Regelfalls anzukreuzen. Wichtig: Nr. 2 darf dann nicht angekreuzt werden. Bei Verordnung außerhalb des Regelfalls muss eine medizinische Begründung unter Nr. 16 angegeben werden. Einige Krankenkassen verlangen eine vorherige Genehmigung einer solchen Therapie.
5. Ist es nicht möglich die Therapie innerhalb von 2 Wochen zu beginnen, oder soll sie zu einem bestimmten Zeitpunkt beginnen, wird hier ein Datum eingetragen.
6. Ist ein Hausbesuch aus medizinischen Gründen notwendig, muss es hier vermerkt werden.
7. Falls ein Therapiebericht erwünscht wird, muss es hier angegeben werden.
8. Auswahl des zutreffenden Heilmittels nach Maßgaben des Heilmittelkatalogs.
9. Therapiedauer pro Sitzung, i.d.R. 30, 45 oder 60 Minuten.
10. Verordnungsmenge nach dem Heilmittelkatalog, i.d.R. 10 Einheiten.
11. Therapiefrequenz, d.h. wie oft pro Woche erhält der Patient Therapie.
12. Der Indikationsschlüssel ist im Heilmittelkatalog zu finden und ist nach Diagnosegruppe angegeben.
13. Damit der Therapeut möglichst nahtlos und effizient mit der Therapie beginnen kann, sollen die Diagnose, die Leitsymptomatik sowie Angaben über weitere relevante Befunde / Begleiterkrankungen auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden.
14. Neurologische oder pädiatrische Besonderheiten, falls diese für die Therapie relevant sind.
15. Spezifizierung der Ziele falls diese unter Nr. 13 nicht genau genug definiert werden konnten.
16. Begründung, bei Verordnung außerhalb des Regelfalls zwingend notwendig.
17. Bei der Erstverordnung folgender Verordnungen muss ein Tonaudiogramm erstellen werden:
  - Stimmtherapie
  - Sprech- und / oder Sprachtherapie bei Kindern und Jugendlichen
  - Sprech- und / oder Sprachtherapie bei Erwachsenen, wenn der Verdacht auf eine zusätzliche Hörstörung besteht.Das Tonaudiogramm ist bei Kindern in laufender Behandlung nach einem halben Jahr zu wiederholen.
18. Bei einer Erstverordnung folgender Verordnungen ist ein laryngologischer Befund zu erstellen:
  - Stimmtherapie
  - Sprechtherapie bei Erwachsenen (z.B. Dysarthrophonie)Gleichzeitig ist immer auch ein stroboskopischer Befund zu erstellen.
19. Da ein Tonaudiogramm nur unter Hinzuziehung des Trommelfellbefundes bewertet werden kann, muss dieser Befund bei den unter Nr. 17 angegebenen Verordnungen vorliegen. Der Trommelfellbefund muss bei Sprachstörungen im Kindesalter wie auch bei Sprachstörungen und Stimmstörungen im Erwachsenenalter dokumentiert werden, wenn diese mit einer Hörstörung verbunden sind.

20. Stempel und Unterschrift des Arztes.
21. Die Felder in diesem Bereich sind die einzigen, die vom Therapeuten zur Abrechnung auf der Vorderseite ausgefüllt werden müssen (Bothner 2004b).

Um eine reibungslose Abrechnung gewährleisten zu können müssen folgende Felder auf jeden Fall ausgefüllt werden, auch wenn sie mit „nein“ ausgefüllt werden:

1 (inkl. Datum), 2, 6-13, 17+19 (bzw. 18) + 20 + 21. Dies bezieht sich auf Regelfallverordnungen.

### 4.3.3 Fazit

Die Heilmittel-Richtlinien gehören zu den wichtigsten Vorgaben in der Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Ärzten, da der Therapeut nur auf Grundlage der dort geregelten Heilmittelverordnung therapieren darf und diese dann zur Abrechnung für die Krankenkassen benötigt.

In den Heilmittel-Richtlinien selbst wird sogar darauf hingewiesen, wie wichtig eine Zusammenarbeit von Ärzten und Therapeuten ist.

Obwohl dieser Zusammenarbeit Bedeutung zugesprochen wird, wird der Arzt in den Heilmittel-Richtlinien eindeutig über dem Therapeuten positioniert, da der Arzt derjenige ist, der die Entscheidungsbefugnis hat.

Der Arzt darf entscheiden ob eine Therapie statt findet, er stellt die Diagnose, gibt an wie viele Minuten eine Sitzung dauert, wie viele Sitzungen es insgesamt gibt und wie oft sie in der Woche statt finden. Außerdem darf der Arzt vom Therapeuten einen Bericht über die Therapie verlangen.

Der Therapeut empfängt dabei nur die Anweisungen. Änderungen darf er nur nach Absprache mit dem Arzt treffen. Er hat aber kein Recht - nach den Heilmittel-Richtlinien - z.B. einen Bericht über die Untersuchung oder die vorausgehende Diagnostik zu verlangen. Erhält er seitens des Arztes einen Bericht, so ist dies dem Wohlwollen des Arztes zuzuschreiben.

Mit den exakten Vorgaben im Heilmittelkatalog ist der Arzt und der Therapeut an enge Richtlinien gebunden. Störungsbilder die dort nicht gelistet sind dürfen theoretisch nicht verordnet und therapiert werden.

Die Heilmittelverordnung stellt die notwendigste Verbindung zwischen Arzt und Therapeut dar. Im schlechtesten Falle einer Zusammenarbeit beschränkt sich der Kontakt der beiden

Parteien auf diese Verordnung. Eine bessere Zusammenarbeit wäre sicherlich gegeben, wenn immer ein Bericht an den Arzt erfolgt - und dieser ihn auch liest. Besser wäre es, wenn bei Unklarheiten ein persönlicher Kontakt zwischen dem Arzt und dem Therapeuten statt finden kann, was einen erfolgreichen Schritt zur Interdisziplinarität darstellen würde. Die genauen Vorgaben, die auf der Heilmittelverordnung ausgefüllt sein müssen, beeinflussen ebenfalls die Zusammenarbeit von Arzt und Therapeut.

Der Therapeut ist an die Angaben der Verordnung gebunden, bzw. dienen sie ihm zur Information. Bei Abänderungen muss er Rücksprache mit dem Arzt halten.

Sind die Vorgaben auf der Verordnung anders als der Therapeut es für sinnvoll hält, kann dies zur Unzufriedenheit führen.

Die Heilmittel-Richtgrößen und -Richtlinien schnüren den Ärzten ein relativ enges Korsett. Einen Vorteil bieten diese Vorgaben aber auch, da z.B. die Richtgrößenvereinbarungen die Geltung der Heilmittel-Richtlinien nicht außer Kraft setzen können, d.h. die Ärzte können durch zu knappes Budget nicht zur Rationierung gezwungen werden und den Standard der Heilmittel-Richtlinien unterschreiten (Korzilius 2006).

## 4.4 Die Schweigepflicht

Neben den bereits dargestellten Einschränkungen durch exakte Vorgaben der Krankenkassen und KVen gibt es in der Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Ärzten noch einen weiteren Faktor der häufig übersehen wird, die Schweigepflicht.

Das Idealbild einer Zusammenarbeit im interdisziplinären Sinne ist der persönliche Kontakt mit anderen Fachleuten, um die Durchführung einer effektiven und qualitativen Therapie zu ermöglichen. Grundlage dieser Zusammenarbeit bildet dabei das Interesse am gemeinsamen Patienten.

Dies ist in der Praxis normalerweise nicht einfach durchführbar, da es eine Schweigepflicht gibt. Diese Schweigepflicht gilt nicht nur für Ärzte, sondern auch für andere Berufe, wie z.B. den Sprachtherapeuten. Dabei wird jeder Einzelne in die Pflicht genommen. Man muss in eigener Verantwortung prüfen, inwieweit man mit Ärzten über den Fall sprechen

darf und ab wann man eine Einverständniserklärung benötigt. Dies gilt auch bei interner Weitergabe von Informationen über einen Patienten (Thurmair/Naggl 2003<sup>2</sup>).

Grundlegend hat das Bundesverfassungsgericht eine Entscheidung dazu bekannt gegeben:

*„Wirksame Hilfen kann er (der Hilfesuchende) von ihnen (den Institutionen) meist nur erwarten, wenn er sich rückhaltlos offenbart und sie zu Mitwissern von Angelegenheiten seines privaten Lebensbereiches macht. Andererseits hat er ein schutzwürdiges Interesse daran, dass solche Tatsachen nicht zur Kenntnis Dritter gelangen.*

*Die grundsätzliche Wahrung dieses Geheimhaltungsinteresses ist notwendige Vorbedingung des Vertrauens, das er um seiner selbst willen aufbringen muss und Grundlage für die erfolgreiche Berufstätigkeit jener, vor denen er Beistand benötigt.“*  
(Thurmair/Naggl 2003<sup>2</sup>, S. 241).

Im Grundgesetz wird darauf spezieller eingegangen:

*„Schweigepflicht ist die Pflicht, vor allem der Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe, über die bei der Krankenbehandlung anvertrauten oder sonst bekannt gewordenen persönlichen und medizinischen Daten (Sozialdaten) des Patienten Verschwiegenheit zu bewahren. Die Einhaltung der Schweigepflicht wird durch das Strafrecht (§ 203 Strafgesetzbuch), das Sozialgesetzbuch I, verschiedene Datenschutzvorschriften und die ärztlichen Berufsordnungen garantiert...“*  
(Thurmair/Naggl 2003<sup>2</sup>, S. 242).

Eine generelle Entbindung von der Schweigepflicht ist dabei ungültig. Es muss in Bezug auf den Schweigepflichtigen persönlich erklärt werden und es muss der konkrete Zweck enthalten sein (Thurmair/Naggl 2003<sup>2</sup>).

Dies bedeutet, dass man an das Gesetz gebunden ist und nach korrekter Vorgehensweise nicht ohne Einwilligung des Patienten in interdisziplinären Austausch mit Ärzten oder anderen Fachkräfte treten kann, die den Patienten ebenfalls behandeln.

Eine Ausstellung einer einmaligen Erlaubnis zu Beginn einer Therapie ist auch nicht von Nutzen, da man sich nicht generell diese Erlaubnis einholen kann.

## 4.5 Die Bedeutung der exogenen Einflussfaktoren für die hier durchgeführte Untersuchung

Durch die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden den Ärzten viele Grenzen gesetzt und Richtlinien erlassen, die sie einschränken.

Ein Arzt ist in seiner Handlung sehr stark durch Einhaltung seines Budgets<sup>1</sup> und seinen Vorgaben durch die Heilmittelrichtlinien eingeschränkt worden. Er muss bei der Ausstellung einer Verordnung die medizinische Notwendigkeit prüfen, um einer Prüfung standhalten zu können, bzw. den Kostenrahmen im Auge behalten, der ihm zur Verfügung steht. Zudem muss er bei der Heilmittelverordnung die Vorgaben des Heilmittelkataloges erfüllen und die Verordnung nach Maßstäben der Heilmittelrichtlinien ausfüllen.

Dies zeigt, in welchem engem Rahmen sich ein Arzt bewegen muss. Der Sprachtherapeut auf der anderen Seite hat oft keine genauen Vorstellungen davon, was einen Arzt in seinen Handlungen einschränkt. Missverständnisse und Unzufriedenheit sind dadurch vorprogrammiert.

Welchen Einfluss diese exogenen Faktoren - und damit nicht vom Arzt selbst ausgelöst - auf die Interdisziplinarität von Sprachtherapeuten und Ärzten hat, soll die vorliegende Untersuchung klären. Hierbei kommen folgende Fragen auf:

- Haben die gesetzlichen Vorgaben Auswirkungen auf die Interdisziplinarität?
- Welche Bereiche der gesetzlichen Vorgaben haben Auswirkungen?
- Wird das Zusammenarbeiten durch das eingeschränkte Budget beeinflusst?
- Welche Auswirkungen hat der Heilmittelkatalog auf die Zusammenarbeit?
- Fühlen sich die Therapeuten durch die Heilmittelverordnungen in ihrer Arbeit eingeschränkt?
- Welche Bereiche der ausgefüllten Heilmittelverordnung führt zur Unzufriedenheit?

---

<sup>1</sup> Budget wird hier und im nachfolgenden synonym für das Regelleistungsvolumen bzw. das Richtgrößenvolumen für Heilmittel verwendet.

## **5 Die direkten Einflussfaktoren in der sprachtherapeutisch-medizinischen Interdisziplinarität**

Die Interdisziplinarität als eine Handlung eines Individuums unterliegt vielen Einflussfaktoren, die sich positiv oder negativ auswirken können.

Es wurden die endogenen Einflussfaktoren aufgezeigt, die die Handlungen eines Menschen prägen, wie die Ausbildung mit ihren historischen Wurzeln, das Menschenbild und die Standortbestimmung. All dies wird der Fachkraft auf ihren Weg in den Beruf mitgegeben und beeinflusst sie später unbewusst in ihrer Handlung.

Mit den exogenen Einflussfaktoren konnten die Bereiche aufgezeigt werden, die die Interdisziplinarität durch offensichtliche Vorgaben, Regelungen und Beschränkungen prägen, wie das Budget, die Heilmittel-Richtlinien mit dem Heilmittelkatalog und den Heilmittelverordnungen. Diese Faktoren sind dem interdisziplinären Team von außen, also von einer Instanz die nicht direkt am Arzt-Therapeut-Geschehen beteiligt ist, vorgegeben worden.

Im interdisziplinären Zusammenwirken der Sprachtherapeuten und Mediziner gibt es einen dritten Einflussfaktor, der durch die Handlungen der Beteiligten beeinflusst wird und hier als direkte Einflussfaktoren bezeichnet wird.

Die direkten Einflussfaktoren treten dort auf, wo der Arzt oder der Therapeut selbst agieren und damit die Zusammenarbeit beeinflussen können. In der Praxis ist dies der Fall, wenn der Arzt seine Diagnose stellt und dazu einen Hörtest durchführt worauf der Therapeut seine Therapie aufbauen soll. Seitens des Therapeuten ist dies der Fall, wenn er dazu Berichte an den Arzt verfasst.

Natürlich gibt es auch Bereiche, deren Zuordnung Interpretationssache ist, wie z.B. das Ausfüllen einer Verordnung. Durch die Handlung des Arztes kann das Ausfüllen zu den direkten Einflussfaktoren gezählt werden. Hier wird diese Tätigkeit aber zu den exogenen Einflussfaktoren gezählt, da die Verordnung selbst strengen Ausfüllrichtlinien unterliegt.

## 5.1 Die Hörtests

Im Rahmen der Ausführungen zum Thema Heilmittelrichtlinien und der Heilmittelverordnung wurde bereits darauf hingewiesen, dass durch die Heilmittelrichtlinien Vorgaben zur Durchführung eines Tonaudiogramms gemacht wurden. Danach müssen bei der Erstellung einer Erstverordnung vom verordnenden Arzt ein Tonaudiogramm bei der Verordnung von

- Stimmtherapie
- Sprech- und / oder Sprachtherapie bei Kindern und Jugendlichen
- Sprech- und / oder Sprachtherapie bei Erwachsenen, wenn der Verdacht auf eine zusätzliche Hörstörung besteht

durchgeführt werden.

Bei Kindern muss das Tonaudiogramm in laufender Behandlung sogar nach einem halben Jahr wiederholt werden (Bothner 2004b).

Abgerechnet werden Tonaudiogramme über den EBM z.B. unter der GOP 04332 (orientierende Audiometrie) (KBV 2007b).

Dies bedeutet, dass für die o.g. Fälle ohne den Hörtest keine Heilmittelverordnungen ausgestellt werden dürfen und damit keine Therapien durchgeführt werden können. Auch im Bereich der Diagnostik, die ebenfalls durch den Arzt erstellt wird, hat das Tonaudiogramm einen großen Einfluss, da die Diagnostik der Sprachentwicklung eine Überprüfung des Hörvermögens voraussetzt (Ärzte Zeitung 2005).

In Kapitel drei wurden die Aus- und Weiterbildungen von Ärzten dargestellt. Hier konnte man erkennen, inwieweit in der Weiterbildung bereits auf Hörtests eingegangen wurde. Grundlegend waren zwar im dargestellten Beispiel der Universität München Veranstaltungen im Bereich „*Anatomie, Physiologie und Pathologie des Ohres und der Stimm- und Sprechorgane sowie Diagnostik und Therapie der wichtigsten Krankheitsbilder*“ (CampusLMU 2007) gefordert, in den Weiterbildungsmaßnahmen kam die Audiometrie jedoch zu kurz (zumindest was an Inhalten gefordert wurde). In der Kinder- und Jugendmedizin wurde zumindest „*orientierende Hör- und Sehprüfung*“ als Weiterbildungsinhalt vorgegeben.

Lediglich das Gebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde befasste sich umfassend mit der Audiometrie (Bayerische Landesärztekammer 2007c, vgl. Kap. 3)

Trotz dieser eher mangelhaften Ausbildung hinsichtlich Hörtests, werden diese aber in die Hände der Mediziner (egal welcher Fachrichtung) gelegt und müssen für die Heilmittelverordnung der o.g. Bereiche durchgeführt werden. Wie exakt die Durchführung in der Praxis aussieht kann daher nur vermutet werden.

Erschwert wird die Durchführung der „orientierenden Audiometrie“ nach dem EBM dadurch, dass dort als fakultativer Leistungsinhalt ein Audiometer mit kontinuierlichem Frequenzgang angegeben wird (KBV 2007b).

Dies löste in der Arztpraxis zunächst Bestürzen aus, da diese speziellen Geräte nicht einmal bei HNO-Ärzten oder Pädaudiologen zu finden sind. Im Sinne der Regressverpflichtung kam es in diesem Rahmen zur Sorge, die notwendigen Untersuchungen nicht mehr durchführen zu können (Ärzte Zeitung 2005).

Da aber diese Anforderung lediglich fakultativ ist, sind diese Sorgen wohl eher unbegründet und die Hörtests werden in der Praxis weiterhin von jedem Arzt durchgeführt.

## **5.2.Diagnostik**

Die Grundlage einer Sprachtherapie stellt eine genaue Diagnose dar. In dem vorangegangenen Kapitel wurde dargelegt, dass der Arzt für die Diagnostik im Bereich der Sprachstörungen zuständig ist.

Die ärztliche Diagnostik nimmt einen umfassenden Punkt im IV. Kapitel der Heilmittel-Richtlinien ein. Dort wird genau festgelegt, welche Bereiche bei der Eingangsdiagnostik und welche bei der weiterführenden Diagnostik untersucht werden. Dabei darf der Vertragsarzt entscheiden, welche Maßnahmen der weiterführenden Diagnostik er durchführt (G-BA 2004a).

Der theoretische Hintergrund während der Aus- und Weiterbildung der Ärzte bzgl. der Diagnostik ist sehr unterschiedlich. Während in den meisten Fällen lediglich von allgemeiner Diagnostik oder Vorsorgeuntersuchungen die Rede ist, werden nur bei den

Fachärzten der HNO-Medizin und den Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen spezielle Kenntnisse im Bereich der Sprachdiagnostik gefordert. Auch hier ist daher der diesbezügliche Wissenstand einzelner Ärzte unterschiedlich (vgl. Kapitel 3).

### 5.2.1 Informelle und standardisierte Diagnostikverfahren

Grundlegend gibt es bei Diagnostikverfahren die Unterscheidung von *informellen* Prüfmethode und *standardisierten* Testverfahren.

Bei den *informellen Prüfverfahren*, die zur Beurteilung von Sprache eingesetzt werden, handelt es sich um Tests, die aus Erfahrungswerten heraus entwickelt wurden und sich an phonetisch-phonologischen Grundlagen orientieren. In der Regel handelt es sich bei diesen informellen Testverfahren um Bild-, Wort- oder Satzlisten und diese sind ökonomisch einsetzbar. Man spricht dabei auch oft von der Methode des Nachsprechens.

Hier liegen meist keine oder nur geringe valide Vergleichsmöglichkeiten mit altersadäquaten Sprechleistungen vor. Zudem werden selten alle Sprachebenen geprüft (Grohnfeldt 1982). Nach Schöler (1999) fehlen dazu meist die Anleitungen zur Auswertung und Interpretation.

Sie dienen daher lt. Hansen (1996) eher dazu, Beobachtungen zu systematisieren und Auffälligkeiten aufzuzeichnen. Die Einschätzung, ob die beobachteten Merkmale „noch normal“ sind, oder bereits als „pathologisch“ einzustufen sind, liegt im Ermessen des Durchführenden.

Die Gefahr bei informellen Prüfverfahren besteht darin, dass durch eine einseitige Testung nur eine symptom-orientierte Behandlung durchgeführt wird und der ganzheitliche Aspekt dabei nicht berücksichtigt wird, bzw. der Klient nicht in seiner systemischen Beziehung gesehen wird (Grohnfeldt 1982 ).

Zu den informellen Prüfverfahren zählt man bei den hier besprochenen Verfahren die Lauttreppe nach Möhring, die Dokumentations- und Untersuchungsbögen nach Kottmann und das SEV.

Bei der Entwicklung von *standardisierten Prüfverfahren* sind drei Hauptgütekriterien von Bedeutung: Objektivität (Unabhängigkeit der Ergebnisse vom Untersucher), Reliabilität (Zuverlässigkeit, Genauigkeit der Messinstrumente, Wiederholungen müssen

zum gleichen Ergebnis führen) und Validität (Gültigkeit, Test soll messen, was er zu messen vorgibt; Interkorrelation mit anderen Verfahren oder Untertests).

Im Gegensatz zu informellen Verfahren ist es den standardisierten Verfahren wichtig, die Sprachleistung des Einzelnen auf eine durchschnittliche altersgemäße Sprachentwicklung beziehen zu können. Dadurch besteht die Möglichkeit der Skalierung und einer quantitativen Eingrenzung von Phasen des Sprachentwicklungsstandes.

Die Tests sind dabei unterschiedlich angelegt, entweder auf eine isolierte Prüfung einer Sprachebene oder auf eine Analyse aller Sprachbereiche bei einer umfangreichen theoretischen Fundierung.

Vorteil dabei ist, dass in der Praxis dadurch eine mehrdimensionale Förderung des Einzelnen möglich ist (Grohnfeldt 1982 ).

Der Nachteil standardisierter Tests besteht lt. Hansen (1996) darin, dass man damit keine Aussagen über linguistische Regelkompetenzen auf verschiedenen Struktur- und Inhaltsebenen der Sprache treffen kann. Auch sieht er die oft unnatürliche Kommunikationsstruktur, die durch solche Tests vorgegeben ist, als Nachteil an, da diese die Kinder zu sehr einschränken.

## **5.2.2 Diagnostikverfahren in der Praxis**

Nachfolgend werden einige Diagnostikverfahren vorgestellt. Ausgewählt wurden die Verfahren, die in der Sprachtherapie häufig eingesetzt werden, aber auch die Diagnostikverfahren, die in der Sprachtherapie selbst wenig oder gar nicht eingesetzt werden, dafür aber gehäuft von Kinderärzten eingesetzt werden (Funk 2004, Einsiedler 2004). Die nachfolgenden Testverfahren werden in der durchgeführten Untersuchung abgefragt.

### **SEV**

Das Screeningverfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen (SEV) (Heinemann & Höpfner 1993) wird laut Böhme (1997) und Suchodoletz (2002a) zur U8 empfohlen. Es überprüft in verschiedenen Teilbereichen den sprachlichen Entwicklungsstand von Kindern im Alter zwischen 3,5 und 4 Jahren und dauert ungefähr 15 bis 20 Minuten. Das SEV ist seit 1993 in Anwendung. Es wird darauf hingewiesen, dass

nach der Diagnose einer Sprachentwicklungsverzögerung eine eingehende phoniatische und logopädische Untersuchung erfolgen sollte (Testzentrale Göttingen 2002).

Das SEV besteht aus folgenden Tests:

- Sprachverständnis für Oberbegriffe
- Wortschatz
- Artikulation
- Nachsprechen von Sätzen
- Sprachverständnis für Aufforderungen

Eine Anleitung oder Auswertungsvorgaben gibt es nicht.

Von Sabine Gegenfurtner wurde modifiziertes Material für Kinderarztpraxen erarbeitet, das verwendet werden kann, um die Beurteilung zu standardisieren. Das Screening kann auch von einer geschulten Arzthelferin durchgeführt - und mit dem Zusatzmaterial ausgewertet - werden (Glück o. J.).

## **IDIS**

Das „Inventar diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten“ (IDIS) stellt eine „Zwischenstation“ auf dem Weg zu einer Vereinheitlichung der Differentialdiagnostik zwischen sprachauffälligen und sprachunauffälligen Kindern im Vorschulalter, sondern auch innerhalb sprachunauffälliger Kinder dar (Schöler et al. 1999).

IDIS ist vor allem ein Forschungsinstrument und damit sehr breit konzipiert, auch *„aufgrund unzureichender Kenntnisse über die Bedingungsgefüge verschiedener Störungsbilder“* (Schöler et al. 1999, S. 33). Es werden Informationen gesammelt, die *„auf der Basis des Forschungsstandes bzw. der klinischen Erfahrung als differentiell valide zu beurteilen sind“* (Schöler et al. 1999, S. 33).

IDIS muss für die Belange der diagnostischen Praxis reduziert und angepasst werden, was nach empirischen Erprobungen geschehen soll.

Der Test besteht aus 2 Teilen:

Erfassung biographischer und anamnestischer Daten (mit Einschätzung des Leidendrucks und der familiären Situation), Ergebnisse der medizinischen, sprachtherapeutischen und

psychologischen Untersuchungen (Aussprache, Semantik, Grammatik, sprachliche Entwicklung, Sprachverständnis, interaktive Kompetenz, Auffälligkeiten zu Sprechablauf und Stimme, Sekundärsymptomatiken und Vermeidungsstrategien; zudem kognitive Leistungsfähigkeit, auditive und visuelle Informationsverarbeitungskapazität, auditive und visuelle Wahrnehmung, Ordnungsschwelle, Grob-, Fein- und Mundmotorik und das Hörvermögen) (Schöler et al. 1999).

IDIS gibt einen sehr guten Überblick, woran im Zusammenhang mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten gedacht werden kann bzw. muss.

### **Psycholinguistischer Entwicklungstest - PET**

Der Psycholinguistische Entwicklungstest PET wurde 1974 von M. Angermaier entwickelt und ist eine deutsche Version des Illinois Test of Psycholinguistic Abilities ITPA. Er basiert auf dem Kommunikationsmodell von Osgood (1957). Das Testalter liegt bei diesem Test bei 3-10 Jahren. Die Durchführung dauert individuell verschieden, je nach Anzahl der durchgeführten Tests bis zu 1,5 Std. (Grohnfeldt 1982).

Im PET werden kognitiv-kommunikative Funktionen (rezeptiv, verarbeitend und expressiv), Informationskanäle (auditiv-vokal, visuell-motorisch) und das Niveau des funktionellen Ablaufs (automatisch vs. symbolisch repräsentiert) differenziert.

Diese drei Einheiten werden in zwölf Untertests getestet:

Wortverständnis, Bilder deuten, Sätze ergänzen, Bilder zuordnen, Gegenstände beschreiben, Gegenstände handhaben, Grammatik-Test, Wörter ergänzen, Laute verbinden, Objekte finden, Zahlenfolgen-Gedächtnis, Symbolfolgen-Gedächtnis (Schöler 2001).

Anhand von Prozenträngen und T-Werten kann man für drei- bis zehnjährige Kinder die Altersnormen ermitteln. Eine Unterscheidung nach Geschlecht ist möglich.

Ursprünglich wurde der PET zur Erfassung von Lernstörungen entwickelt und hilft bei dem Entwurf eines Trainingsprogrammes bei Lernschwierigkeiten, das für jedes Kind spezifisch ermittelt werden kann.

*„Jedoch fehlen auch hier theoretische Erörterungen; die Tatsache, daß fünf beliebige von insgesamt zwölf Untertests zwischen diesen Gruppen diskriminieren, reicht als Hinweis auf den PET als "valides Diagnostikum" keineswegs aus. [...] Die kritische Frage danach, was der PET eigentlich mißt und in welcher Weise er Beziehungen zu dem Osgood'schen Kommunikationsmodell aufweist, bleibt trotz weiterer Studien [...] unbeantwortet" (Filipp & Doenges, 1983, S. 288).*

Lt. Schöler (2001) sollte man den PET von daher eher als einen Intelligenztest ansehen, der einen hohen Anteil an verbalen Teilen enthält, als einen eigentlichen Sprachtest.

### **Lauttreppe nach Möhring**

Bei der Lauttreppe nach Möhring handelt es sich um eine bildhafte Darstellung von Ergebnissen aus einer Verarbeitung einer Materialsammlung von über 2000 Lautprüfungen bei Kindern mit einer Dyslalie.

Die Materialsammlung wurde in 31 Orten von 161 Protokollführern durchgeführt.

Ziel der Lauttreppe ist es unter anderem, der Forschung und Praxis zu dienen. Sie soll als Kontrolle und als Erziehungsmittel gleichzeitig dienen können (Wulff 1983).

Die Treppe ist in drei Schwierigkeitsgruppen unterteilt, die den jeweiligen Durchschnitt der Fehlleistungen darstellen.

Auf der unteren Hälfte des Formblattes sind der „Treppe“ Feldeinteilungen zugeordnet, mit deren Hilfe der Prüfer Prüfwörter erhält. Man kann dort gleichzeitig auch andere Prüfwörter ergänzen. In den Säulen wird farbig markiert, ob das Kind richtig gesprochen hat.

Weicht ein Kind von der Durchschnittskurve ab, so soll eine sog. Ortskurve erstellt werden. Dies soll dazu führen, dass man Abweichungen möglichst schnell erkennt (Wulff 1983).

Ziel der Lauttreppe von Möhring ist es, die Fehlerhäufigkeit bestimmter Laute und Lautverbindungen mit den individuellen Sprachleistungen des einzelnen Kindes zu vergleichen. Dadurch wird es möglich, Rückschlüsse über die Phase der jeweiligen Sprachentwicklung zu ziehen (Grohnfeldt 1982).

Sitzmann (2002) verweist explizit auf die Möhring-Lauttreppe bei der Erfassung der Sprachfähigkeit zur U9. Hier wird anhand bestimmter Bilder der Möhring-Lauttreppe die Artikulation getestet.

## **BUEVA**

Die BUEVA (Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter) wurde von G. Esser unter Mitarbeit von A. Wyszkon entwickelt und wird seit 2002 in der Praxis angewandt. Die Durchführungsdauer liegt zwischen 20 und 25 Minuten, je nach Alter des Kindes (Testzentrale Göttingen 2002).

Ziel des Tests ist es, Teilleistungsstörungen bereits vor dem Schulbeginn bei Kindern im Alter von 4 bis 5 Jahren, bzw. zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung zu erkennen, um eine frühzeitige Förderung zu ermöglichen.

In der BUEVA hat man versucht bereits vorhandene, aussagekräftige Untertests aus bewährten Testverfahren zusammenzustellen, um eine Prävention von Verhaltens- und Leistungsstörungen zu ermöglichen.

Die Tests wurden so modifiziert, dass er den Ansprüchen von Kindern im Vorschulalter entspricht (Testzentrale Göttingen 2002).

Die BUEVA ermöglicht es, bei Vierjährigen

- die allgemeine Intelligenz (anhand der Columbia Mental Maturity Scale von Eggert)
- die Artikulation (anhand des Möhring-Tests)
- die expressive und die rezeptive Sprache (anhand des Grammatiktests aus dem Psycholinguistischen Entwicklungstest)
- die Visumotorik (anhand Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung)

schnell zu erfassen.

Bei Fünfjährigen wird zusätzlich durch zwei Untertests (Konzentration und Zahlenfolgegedächtnis) die Aufmerksamkeitsleistung getestet (Waligora 2003).

Bereits bei Kindern mit 4,5 Jahren ist es mit BUEVA möglich, eine Vorhersage von späteren Schulleistungsproblemen im Bereich Rechnen sowie auch Rechtschreibung zu erkennen.

Anhand von Prozenträngen und T-Werten kann man auch hier wieder die Altersnormen ermitteln, wobei hier Werte für vier- und fünfjährige Kinder vorliegen, wie auch für Kinder im Rahmen der Einschulungsuntersuchung (Waligora 2003).

### **Dokumentations- und Untersuchungsbögen nach Kottmann**

Das Screening „Dokumentations- und Untersuchungsbögen nach Kottmann“ wurde von Frau Dr. med. Uta Kottmann zur Untersuchung der Sprache entwickelt.

Der Test ist für Kindern während der U 8 (43. - 48. LM) und der U 9 (60. - 64. LM) konzipiert worden.

Zu Beginn des Tests schlägt Frau Kottmann vier Durchführungsmöglichkeiten vor. Eine Möglichkeit besteht darin, die Mutter den Bogen zu Hause ausfüllen zu lassen, falls das Kind die Mitarbeit in der Praxis verweigert (Kottmann 2002).

Die Untertests sehen wie folgt aus:

- 1. Artikulation - aufgeteilt nach Artikulationszonen: Hier werden die Klassifizierungen Lippenlaute, Zungen-Zahnlaute und Gaumenlaute herangezogen. Es werden Angaben dazu gemacht, welche Zonen bei welchen U-Untersuchungen fehlerfrei sein müssen, da sonst Sprachheilbehandlungen angezeigt sind (Kottmann 2002)
- 2. Sprachverständnis anhand eines Spielplatz-Bildes
- 3. Satzbildung anhand des gleichen Spielplatz-Bildes mit Angaben dazu was bei der U8 / U9 entwicklungsbedingt und was als Störung gilt (Kottmann 2002)
- 4. Phonematische Diskrimination anhand von Minimalpaaren

Der Untersucher soll nach der Testung angeben, was die „vermutete“ Ursache der Sprachentwicklungsverzögerungen ist (Hörstörung, allgemeine Entwicklungsverzögerung, Unterförderung, schlechte Sprachvorbilder).

Des Weiteren hat er die Möglichkeit anzukreuzen, ob eine Redeflussstörung in Form von Poltern/Stottern oder ein Näseln (hier auch bezeichnet als Rhinolalia

aperta/clausa) vorliegt oder eine Sprachstörung nach einem Unfall.

Am Ende des Bogens kann sich der Tester noch mit einer ja/nein Antwortmöglichkeit dazu entscheiden, ob eine weitere Diagnostik oder eine Sprachbehandlung erforderlich ist (Kottmann 2002).

Zu diesem Verfahren gibt es keine Altersnormvorgaben. Es liegen auch keine Angabe zur Entwicklung des Verfahrens vor.

Das Screeningverfahren nach Kottmann ist ein Testverfahren, das in der Sprachtherapie nahezu unbekannt ist, aber von Kinderärzten in der Praxis häufig eingesetzt wird (Einsiedler/Funk 2004). In der vorliegenden Untersuchung wurde daher abgefragt, ob dieser Test auch unter Sprachtherapeuten bekannt ist.

### **Heidelberger Sprachentwicklungstest**

Der HSET = Heidelberger Sprachentwicklungstest wurde 1979 von Hannelore Grimm und Hermann Schöler entwickelt. Er eignet sich für Kinder von 3 bis 9.11 Jahren. Die Durchführung des Tests dauert etwa 60-80 Minuten.

Der HSET dient zur differenzierten Erfassung von sprachlichen Fähigkeiten und diagnostiziert den Sprachbereich umfassend mit 13 theoretisch und empirisch fundierten Untertests.

Der Test soll nicht nur Auskunft über die Sprachleistungen des Kindes geben, sondern auch über die zu Grunde liegende Regelkompetenz (Grohnfeldt 1982).

Die Untertests des HSET bestehen aus einer Überprüfung der:

- Satzstruktur (Verstehen grammatischer Strukturen, Imitation grammatischer Strukturen)
- Morphologischer Struktur (Plural-Singular-Bildung, Bildung von Ableitungsmorphemen, Adjektivableitungen)
- Satzbedeutung (Korrektur semantisch inkonsistenter Sätze, Satzbildung)
- Wortbedeutung (Wortfindung, Begriffsklassifikation)
- Interaktive Bedeutung (Benennungsflexibilität, In-Beziehung-Setzung von verbaler und nonverbaler Information, Enkodierung und Dekodierung gesetzter Intentionen)
- Integrationsstufe (Textgedächtnis) (Grimm & Schöler 1978).

Auch hier kann man anhand von Prozenträngen und T-Werten die Altersnormen ermitteln. Seit 1991 ist der HSET in einer 2. verbesserten Auflage lieferbar (Testzentrale Göttingen 2002).

Die Nachteile des HSET liegen wohl darin, dass er inzwischen veraltet ist. Die von den Autoren zugeordneten Namen wie z.B. Pussi für die Katze sind für ein Kind heute nicht mehr nachvollziehbar und von daher schwer in Zusammenhang mit den Figuren zu bringen. Auch ist der Untertest zum Textgedächtnis schwer auswertbar, da das Kind individuell nacherzählt und man Schwierigkeiten hat, es den Vorgaben zuzuordnen. Dadurch ist die Objektivität des Tests nicht mehr gewährleistet.

Auch Hansen sieht Teile des HSET als eher kritisch. *„So wird die Untersuchung syntaktischer Fähigkeiten beim HSET zum Beispiel auf Einzelaspekte des komplexen und umfangreichen Bereichs der Syntax reduziert und in nur zwei Untertests abgehandelt, was die im Handbuch deklamierten Ansprüche als geradezu vermessen erscheinen lässt.“* (Hansen 1996, S. 76).

Selbst Günther, der für die Verwendung und Entwicklung standardisierter Sprachentwicklungstests argumentiert, gesteht zu, dass *„die verfügbaren Tests wie etwa der HSET viel zu unspezifisch für die Erfordernisse der Dysgrammatismusdiagnose sind.“* (Günther, 1985 zitiert nach Hansen 1996, S. 216).

### **Elternfragebögen**

Der ELFRA = Elternfragebogen besteht aus zwei Untersuchungsinstrumenten:

Der *ELFRA-1* ist der Elternfragebogen für einjährige Kinder, der *ELFRA-2* ist der Elternfragebogen für zweijährige Kinder.

Der ELFRA-2 wurde um sechs Items ergänzt, um auch bei dreijährigen Kindern eine gute Differenzierung erzielen zu können.

Entwickelt wurde der ELFRA von Hannelore Grimm und Hildegard Doil als Screeninginstrument, das der Vorsorge dienen soll und zwischen Kindern mit normalem Entwicklungsverlauf und Risikokindern unterscheiden soll. Als Grundlage dazu diente eine umfangreiche Längsschnittstudie und mehrere Querschnittstudien (Grimm & Doil 2000).

Entwickelt wurden die Fragebögen primär für Kinderärzte. Sie sind schnell durchführbar (ca. 10 Minuten), benötigen kein aufwendiges Material und sind einfach und eindeutig

auswertbar.

In der Praxis ist der ELFRA seit 2001 in Anwendung. In den Fragebögen wird ausschließlich aktuelles und häufig auftretendes Verhalten abgefragt, um von den Müttern zutreffende Aussagen erhalten zu können. Dass die Aussagen der Mütter das tatsächliche Wissen der Kinder widerspiegeln, konnte in Untersuchungen nachgewiesen werden (Grimm & Doil 2000).

Der ELFRA-1 besteht aus drei Bereichen:

- Sprache (Produktiver und rezeptiver Wortschatz, Produktion von Lauten und Sprache, Reaktion auf Sprache)
- Gesten
- Feinmotorik (Grimm & Doil 2000)

ELFRA-1 ist von den Eltern einfach auszufüllen (Grimm & Doil 2000).

Der ELFRA-2 legt den Schwerpunkt auf Sprache und Kommunikation. Getestet wird dies durch die Untertests:

- Produktiver Wortschatz
- Syntax
- Morphologie (Grimm & Doil 2000).

Der ELFRA-2 ist für Eltern teilweise schwierig auszufüllen, da man abstrahieren und auch die Grundzüge der deutschen Grammatik kennen muss, um richtig antworten zu können.

*„Die beiden Elternfragebögen bilden sehr differenziert die erreichten Entwicklungsschritte mit 12 und 24 Monaten ab. Empirische Untersuchungen belegen die inhaltliche Validität, die Differenzierungsfähigkeit sowie die prognostische Validität. Ganz besonders wichtig ist, dass zweifelsfrei nachgewiesen werden kann, dass die Angaben der Mütter (bzw. Eltern) hoch valide sind.“* (Testzentrale Göttingen 2002).

## Sprachentwicklungstests für Kinder

Der SETK (Sprachentwicklungstest für Kinder) besteht ebenfalls aus zwei Untersuchungsinstrumenten, dem *SETK-2* = Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder und dem *SETK 3-5* = Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Entwickelt wurden die beiden Tests von Hannelore Grimm unter Mitarbeit von Maren Aktas und Sabine Frevert (Testzentrale Göttingen 2002).

### SETK-2

Der Sprachentwicklungstest für Zweijährige wurde zur Diagnose von rezeptiven und produktiven Sprachverarbeitungsfähigkeiten entwickelt. Der Test ist in der Praxis seit 2000 in Anwendung. Die Durchführungsdauer des Tests liegt bei ca. 25 Minuten.

Das Testalter liegt bei Kindern mit normaler Entwicklung von 2;0 – 2;11, er ist aber auch für ältere Kinder mit Entwicklungsstörungen geeignet.

Besonders eignet er sich zur Untersuchung des sprachlichen Entwicklungsstandes und zur Abklärung von Entwicklungsstörungen im sprachlichen Bereich.

Der SETK-2 besteht aus vier Subtests, wovon zwei das Sprachverständnis abprüfen („Verstehen von Wörtern“ und „Verstehen von Sätzen“) und zwei Untertests, die die expressiven sprachlichen Fähigkeiten abprüfen („Produktion von Wörtern“ und „Produktion von Sätzen“) (Süss-Burghart 2003).

Die Untertests sind wie folgt aufgebaut:

- Verstehen von Wörtern
- Verstehen von Sätzen
- Produktion von Wörtern
- Produktion von Sätzen (Süss-Burghart 2003).

Der SETK-2 lässt sich auch als Kurzform im Sinne eines Screeningsinstruments durchführen, um eine Identifikation von Risikokindern zu ermöglichen.

Mit Hilfe von Prozenträngen und T-Werten können die Altersnormen in zwei Halbjahresschritten ermittelt werden. Die Validität sowie auch die Differenzierungsfähigkeit des Tests wurde in Untersuchungen belegt. Anhand des SETK-2 ist es erstmals im deutschsprachigen Raum möglich, eine umfassende und valide Aussage über das Sprachniveau von Kindern in diesem Alter zu treffen (Testzentrale Göttingen 2002).

### SETK 3-5

Der Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder wurde zur Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen entwickelt.

Angewendet wird der Test seit 2001. Die Durchführung des SETK 3-5 dauert in etwa 20 bis 30 Minuten.

Das Testalter liegt hier zwischen 3;0 und 5;11 Jahren und wie bereits beim SETK-2 ist auch dieser für ältere Kinder mit Entwicklungsschädigungen geeignet.

Die Untertests sind nach Alter unterschiedlich. Für dreijährige Kinder sind vier Untertests vorgesehen, für vier- bis fünfjährige Kinder stehen fünf Untertests zur Verfügung.

Abgeprüft werden dabei die rezeptive und produktive Sprachverarbeitungsfähigkeit sowie die auditive Gedächtnisleistung.

Wichtig hierbei ist das phonologische Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter, das erstmals mit diesem Test standardisiert untersucht wurde.

Der SETK 3-5 ist als entwicklungslogische Fortsetzung des SETK-2 zu sehen (Grimm/Aktas/Frevert 2001).

Eingeteilt sind diese Untertests nach

- Sprachverstehen (Verstehen von Sätzen),
- Sprachproduktion (Enkodierung semantischer Relationen; Morphologische Regelbildung)
- Sprachgedächtnis (Phonologisches Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter; Gedächtnisspanne für Wortfolgen; Satzgedächtnis) (Grimm/Aktas/Frevert 2001).

Auch hier ist wieder mit Hilfe von Prozenträngen und T-Werten möglich, die Altersnormen zu ermitteln (Grimm/Aktas/Frevert 2001).

Wie bereits beim SETK-2 ist auch beim SETK 3-5 durch zahlreiche Untersuchungen die Validität und die Differenzierungsfähigkeit belegt (Testzentrale Göttingen 2002).

Anhand der Vorstellung der Diagnostikmaterialien kann man erkennen, dass es eine Vielzahl an Tests gibt, die eine gute Grundlage zur Diagnose von Sprachstörungen darstellen, wobei auch einige Tests vorgestellt wurden, die eher als Schnellverfahren dienen um dem Untersucher einen Eindruck vermitteln zu können, aber keine standardisierten Ergebnisse liefern.

Zu beachten ist hierbei aber, dass die Diagnostik in den Händen der Ärzte liegt und diese wiederum nur eine bestimmte Zeit zur Verfügung haben, die sie für die Diagnose von Sprachstörungen aufwenden können (z. B. im Rahmen „der Untersuchung der Sprachentwicklung“ wurde eine Kalkulationszeit von 16 Minuten angegeben (KBV 2007b)).

Der Großteil der hier vorgestellten Diagnoseverfahren, vor allem der standardisierten Tests, sind in dieser Zeit nicht durchführbar. Dazu kommt dann auch noch die Auswertung der Tests. In der Praxis scheinen sie daher für Ärzte nicht durchführbar zu sein. Für eine qualifizierte Diagnose, die nicht auf „Erfahrungswerte“ beruht, sind sie allerdings unabdingbar.

Im Sinne einer erfolgreichen Interdisziplinarität wäre eine Diagnostik anhand standardisierter Tests vorteilhaft, da damit der Arzt eine Grundlage für einer zweifelsfreie Diagnose bieten könnte und der Therapeut seine Therapie darauf aufbauen könnte.

## **5.3 Berichte**

Im Bereich der Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Ärzten wurden bislang viele Einflussfaktoren genannt, die primär die Ärzte betroffen haben und durch diese an die Therapeuten weitergegeben wurden (z.B. durch den Heilmittelkatalog).

Mit den Berichten, die ein Sprachtherapeut verfasst, haben hier die Therapeuten einen Einfluss auf die Zusammenarbeit.

Durch das Kapitel VII der Heilmittel-Richtlinien „Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Heilmittelerbringern“ wurde angegeben, dass ein Arzt, falls er einen

Bericht über den Therapieverlauf möchte, diesen über die Verordnung beim Therapeuten anfordern kann. Zur Anforderung des Berichtes muss der Arzt auf der Heilmittelverordnung den vorher beschriebenen Punkt 7 ankreuzen (siehe Kapitel 4.3.2) (G-BA 2004a).

Aus den Heilmittel-Richtlinien wird vorgegeben, dass der Arzt die Entscheidung darüber treffen kann, ob er einen Bericht möchte oder nicht. Es gibt seit den neuen Heilmittel-Richtlinien 2004 also nicht generell eine Berichterstattungspflicht des Therapeuten, sondern nur auf Wunsch des Arztes.

Andersherum hat der Sprachtherapeut allerdings keine Grundlage um einen Bericht, z.B. über die Diagnose vom Arzt zu erhalten. Der Arzt wird dem Therapeuten dadurch wieder übergeordnet. Zudem gibt es für Sprachtherapeuten keine Möglichkeit, die Berichte abzurechnen.

Der Bericht stellt aber ein Mittel dar, eine Interdisziplinarität zu fördern, da dadurch ein erster Kommunikationsweg zwischen den betroffenen Disziplinen stattfindet, auf den man aufbauen kann.

Wichtig ist dann natürlich auch, dass der Arzt den Bericht liest. Hier spielt mit Sicherheit wieder der Zeitfaktor eine Rolle.

Eine Hilfe stellt der Bericht aber dar, wenn es um die Verordnung von Folgebehandlungen geht. Der Arzt kann sich einen Überblick über die durchgeführte Behandlung verschaffen und der Therapeut hat auf diesem Wege eine Möglichkeit, eine Folgeverordnung zu begründen, falls er diese für nötig empfindet.

## 5.4 Die Bedeutung der direkten Einflussfaktoren für die hier durchgeführte Untersuchung

Mit den direkten Einflussfaktoren wurden Faktoren dargestellt, die die Interdisziplinarität durch die direkte Handlung der Beteiligten beeinflussen können.

Von den Sprachtherapeuten wird oft nicht unterschieden, welche Handlungen des Arztes durch Richtlinien getroffen werden und welche Handlungen von ihm selbst ausgehen. Für die vorliegende Untersuchung ist es deshalb interessant zu erfahren, ob sich diese Einflussfaktoren von den anderen unterscheiden, d.h. ob Bereiche die durch Richtlinien vorgegeben werden anders gesehen werden als die, die der Arzt durch sein Handeln weiter gibt.

Ein Teil der Untersuchung beschäftigt sich daraus folgernd mit den Themen der Berichte, Hörtests und Diagnosen.

In der praktischen Umsetzung sollen durch die Untersuchung folgende Fragen ermittelt werden:

- Wie zufrieden sind die Sprachtherapeuten mit den Hörtests?
- Welche Auswirkungen haben die von den Ärzten durchgeführten Diagnosen?
- Verlassen sich die Sprachtherapeuten auf die Diagnosen oder erstellen sie selbst welche?
- Therapieren sie anhand der Diagnosen?
- Halten Sprachtherapeuten die Berichte für sinnvoll?
- Haben Sprachtherapeuten das Gefühl, dass ihre Berichte etwas bewirken?

## 6 Die Bedeutung der Einflussfaktoren für die Untersuchung

Der Mensch in seiner Sprachbeeinträchtigung steht im Therapiegeschehen zwischen den Disziplinen Medizin und Pädagogik. Während beide Fächer das gemeinsame Ziel verfolgen, dem Menschen zu helfen, stehen der Umsetzung noch einige Hindernisse im Weg.

Aus der vorliegenden Darstellung konnte aufgezeigt werden, dass die Interdisziplinarität im Arzt-Therapeut-Geschehen durch drei große Faktoren beeinflusst wird.

Das Zusammenarbeiten wird dabei sowohl durch das Individuum selbst, wie auch durch Gegebenheiten von außen beeinflusst.

Der Arzt bzw. der Sprachtherapeut beeinflusst die Zusammenarbeit durch seine Handlungen, die ein Ausdruck seiner Werte sind. Diese Werte prägen den Einzelnen durch seine Ausbildung und dem damit einhergehenden Menschenbild ebenso wie die Einbettung in das epochale Geschehen seines Berufsbildes.

In der Interdisziplinarität von Sprachtherapeuten und Ärzten treffen verschiedene Menschenbilder aufeinander: Das ganzheitlich-dynamische Menschenbild in der Sprachheilpädagogik und das mechanistisch-statische Menschenbild in der Medizin und der Logopädie.

Die Menschenbilder werden durch die Ausbildungen geprägt, die sich in der Logopädie und der Sprachheilpädagogik wiederum durch eine Berufsfachschule und eine universitäre Ausbildung unterscheiden. Aber auch die Ausbildung in der Medizin unterscheidet sich hinsichtlich ihrer Vorgaben zu den Weiterbildungen zum Facharzt.

Eine Vermischung der Menschenbilder kann dabei durch Einflüsse der jeweilig anderen Fachrichtungen z.B. während Praktika stattfinden.

Auch die Einbettung in die Geschichte darf nicht außer Acht gelassen werden, da die Logopädie sich als medizinischer Hilfsberuf aus der Medizin entwickelt hat, während sich die Sprachheilpädagogik aus der Pädagogik entwickelt hat.

Einen sehr großen Einfluss auf die Interdisziplinarität haben die äußeren Rahmenbedingungen. Der Arzt ist durch strenge Richtlinien und Gesetze an Vorgaben

gebunden, die er einhalten muss. Obwohl er derjenige ist, der über eine Therapie entscheiden darf und muss, unterliegt er den Vorgaben der Krankenkassen.

Das Heilmittelbudget wurde zwar abgeschafft, es gibt aber immer noch Richtlinien zu den Ausgaben, an die sich ein Arzt halten muss. So muss er bei den Verordnungen sicher sein, dass eine medizinische Notwendigkeit vorliegt.

Zusätzlich ist er an genaue Vorgaben gebunden, was und wie viel er verordnen darf. Hier muss er sich an die Heilmittel-Richtlinien halten.

Die Umsetzung der Verordnung liegt wieder in der Hand des Einzelnen. Durch die gesetzlichen Vorgaben wird zwar die Einteilung der Störungsbilder vorgegeben, die dazu gehörende Diagnostik liegt aber wieder im Ermessen des Arztes. Auch die vorgeschriebenen Hörtests werden individuell umgesetzt und haben damit einen Einfluss auf die Zusammenarbeit.

Von Seiten der Sprachtherapeuten wird die Zusammenarbeit durch das Schreiben der Berichte beeinflusst, die von den Ärzten angefordert werden können.

Wie man sieht gibt es zahlreiche Einflüsse, die die Interdisziplinarität zwischen Ärzten und Sprachtherapeuten erschweren, aber vielleicht auch erleichtern können.

Wie sehen diese Einflüsse aber nun in der Praxis tatsächlich aus? Gibt es tatsächlich Probleme in der Interdisziplinarität und sind diese auf die hier beschriebenen endogenen, exogenen oder direkten Einflussfaktoren zurückzuführen?

Um Antworten auf diese Fragen erhalten zu können, wurde die nachfolgend beschriebene Untersuchung durchgeführt.

## 7 Untersuchung

### 7.1 Aufbau der Untersuchung

In der vorliegenden Untersuchung wird dargestellt, wie die Interdisziplinarität zwischen Sprachtherapeuten und Ärzten in der Praxis tatsächlich aussieht. Im Mittelpunkt des Interesses steht dabei die alltägliche allgemeine Situation des Zusammenarbeitens und nicht eine fallbezogene Darstellung.

Die Untersuchung erfolgte mittels einer Umfrage. Diese Umfrage hat zum Ziel, die Meinung der Sprachtherapeuten in Bayern zu erfassen. Erhoben wurden die Daten mittels Fragebogen.

Die gewonnenen Daten wurden mit SPSS erfasst, ausgewertet und anschließend interpretiert.

Der Fragebogen der Untersuchung wurde per Post an Sprachtherapeuten verschickt. Die Antwortmöglichkeit bestand aus einem Rückumschlag oder einer Faxantwort, wobei beide anonym zurückgeschickt werden konnten.

Adressat der Umfrage waren in der Sprachtherapie tätige Therapeuten in Bayern. Die Adressen wurden aus dem Datensatz der Berufsverbände des dgs und des dbl ermittelt und aus den gewonnenen Adressen 700 Stück randomisiert.

Der Response der Umfrage liegt bei 255 Stück, dies entspricht einem Anteil von 36,4%.

Der Anteil der männlichen Therapeuten in der Befragung beträgt 9,4% (= 66 Männer).

Die Möglichkeit per Fax zu antworten haben 51 Therapeuten genutzt (= 20%).

204 Therapeuten haben ihre Antwort im beiliegenden Rückumschlag zurück geschickt.

Der Zeitpunkt der Umfrage bzw. der Termin bis wann die Fragebögen ausgefüllt zurück geschickt werden sollten, war der 11.03.2006.

Einen weiteren Teil dieser Arbeit stellt ein Vergleich mit Antworten von Kinderärzten dar. Zu diesem Zweck werden die hier gewonnenen Daten mit den Daten aus der Umfrage von Funk/Einsiedler 2004 verglichen. 2004 wurden 500 Kinderärzte in Bayern zum Thema der Interdisziplinarität mit Sprachtherapeuten befragt.

## 7.2 Begründung und Aufbau des Untersuchungsdesigns

Für die hier durchgeführte Untersuchung wurde der Fragebogen als Erhebungsmethode ausgewählt.

Ein Grund für dieses Untersuchungsdesign ist, dass ein großer Personenkreis in ganz Bayern befragt werden sollte. Durch eine Befragung mittels Fragebogen ist eine Zusendung per Post möglich und schafft dadurch die Möglichkeit einer großflächigen Befragung.

Ein weiterer Vorteil des Fragebogens ist, dass die Befragung ohne Interviewer statt finden kann und dadurch keine Beeinflussung durch diesen vorhanden ist. Des Weiteren wird durch den Fragebogen gewährleistet, dass die Befragung jeder Person identisch aussieht (*Durchführungsobjektivität*). Zudem hat der Befragte die Möglichkeit, den Fragebogen zu einem beliebigen Zeitpunkt auszufüllen (innerhalb der Rücksendefrist) und ist damit nicht zeitlich unter Druck gesetzt.

Ein weiterer wichtiger Grund für die Wahl des Fragebogens als Untersuchungsdesign war auch, dass die Befragung anonym durchgeführt werden sollte. Dadurch sollte erreicht werden, dass der Befragte objektiv und nicht hinsichtlich sozialer Erwünschtheit antwortet. Dieses Untersuchungsdesign wurde auch ausgewählt, weil es typischerweise zur Erfassung von Einstellungen herangezogen wird.

Der Fragebogen selbst besteht aus 38 Fragen. 37 Items wurden mittels Antwortvorgaben (Multiple Choice) gestellt und dienen der quantitativen Auswertung der Daten. Damit ist auch die *Auswertungsobjektivität* gegeben. Das letzte Item wurde mittels offener Beantwortung gestellt (ohne Vorgaben) und wird somit qualitativ ausgewertet.

Grundlegend besteht damit die Antwortmöglichkeit des Fragebogens aus vorgegebenen Items. 21 Fragen sind 4-fach skaliert um einen Neutralbereich zu vermeiden und die Befragten zu einer Stellungnahme zu veranlassen.

Das Skalenniveau der 4-fach gestuften Antworten ist die Ordinalskala (= Ordnung der Zahlen).

14 Fragen des Fragebogens sind im Nominalskalenniveau gestellt worden. Da die Auswertung von nominalskalierten Variablen im Grunde lediglich eine Häufigkeitsdarstellung zulässt, wurden, wenn möglich, die nominalskalierten Fragen die nicht der demografischen Auswertung dienen, zusätzlich mit einer Ordinalskala erfasst.

Ein weiterer Grund für die Auswahl dieses Untersuchungsdesigns ist, dass die Ergebnisse mit den Ergebnissen aus der Umfrage von Einsiedler/Funk 2004 verglichen werden sollen, die ebenfalls mittels Fragebogen durchgeführt wurde. Um einen statistischen Vergleich zu ermöglichen, wurde ein Teil der Fragen identisch mit den Fragen aus der Umfrage 2004 (Einsiedler/Funk) gestellt.

Inhaltlich richten sich die Fragen des Fragebogens nach den Kapiteln der vorausgegangenen Theorie der endogenen, exogenen und direkten Einflussfaktoren, bzw. werden einleitend Fragen gestellt, um demografische Daten zu ermitteln.

### **7.3 Ableitung der Fragen aus der Theorie**

Zur Darstellung der Profile der befragten Personen werden im Fragebogen einleitend demografische Werte ermittelt. Hierzu werden die Befragten zu Alter, Geschlecht, Ausbildung, Arbeitsstelle, Beschäftigungsverhältnis und Größe der Stadt befragt. Die weiteren Fragen (ab Item sieben) beziehen sich direkt auf Bereiche der zuvor dargestellten Theorie.

In der Theorie wurden die Bereiche der endogenen, exogenen und direkten Einflussfaktoren beschrieben. Diese Bereiche finden sich entsprechend im Fragebogen wieder. Damit lässt sich ein direkter Bezug der vorangestellten Theorie zur durchgeführten Untersuchung herstellen.

#### **7.3.1 Endogene Einflussfaktoren**

In Kapitel drei der vorliegenden Arbeit wurden die *endogenen Einflussfaktoren* dargestellt. Hier wurde auf die Bedeutung der Ausbildung, des Menschenbildes und der geschichtlichen Entwicklung eingegangen, um einen Eindruck über die verschiedenen Sichtweisen der Disziplinen erlangen zu können.

Von zentraler Bedeutung für diese Einflussfaktoren ist die Frage drei des Fragebogens:

„3. Ausbildung: Logopäde - Sprachheilpädagoge - Sonstige“

Durch diese Frage ist es möglich einen Gruppenvergleich zwischen Logopäden und Sprachheilpädagogen darstellen zu können. Die Antworten der beiden Gruppen werden gegenüber gestellt und statistisch ausgewertet. Damit erhält man einen Einblick in die Unterschiede und die Gemeinsamkeiten der beiden Disziplinen und deren Bezug zu den Ärzten. Es lässt sich somit herausfinden, ob die unterschiedlichen Menschenbilder, die unterschiedliche Geschichte und Ausbildung eine Rolle in der Interdisziplinarität mit Ärzten spielen und wie sich diese auswirken.

In der Theorie wurde unter anderem dargestellt, dass die Ärzte während ihrer Ausbildung unterschiedliches Wissen zum Thema Sprachstörungen erlangen. Mit diesem Bereich beschäftigen sich im Fragebogen folgende Fragen:

*„11. Sind Sie mit der Diagnosestellung auf den Heilmittelverordnungen zufrieden?“*

*„12. Richten Sie Ihre Therapie nach der angegebenen Diagnose auf den Heilmittelverordnungen?“*

*„13. Führen Sie eigene Diagnosen durch?“*

*„14. Halten Sie Rücksprache mit den Ärzten falls die Diagnose Ihres Erachtens nicht zutreffend ist?“*

*„15. Richten Sie sich beim Schreiben von Berichten nach der Diagnose, die der Arzt erstellt hat?“*

*„16. Wie häufig halten Sie die Diagnose des Arztes für zutreffend?“*

*„17. Die Diagnose von Sprach- und Sprechstörungen sollte Ihrer Meinung nach am besten erstellt werden von: Ihnen - HNO-Ärzten - Pädaudiologen - Kinderärzten - Sonstigen.*

*21. Verweisen Sie zur genaueren Abklärung von Sprach- und Sprechstörungen an: HNO-Ärzte - Pädaudiologen - Kinderärzte - Psychiater - Sonstigen - keinen*

26. Die Probleme hinsichtlich der Zusammenarbeit betreffen hauptsächlich: Kinderärzte - HNO-Ärzte - Pädaudiologen - Psychiater - Allgemeinärzte.

27. Ihre Heilmittelverordnungen erhalten Sie hauptsächlich von: Kinderärzte - HNO-Ärzte - Pädaudiologen - Psychiater - Allgemeinärzte.

36. Eine Zusammenarbeit finden Sie wünschenswert mit: Ärzten - Psychologen - Erziehern - Sprachtherapeuten - Sonstigen.

37. Für wie kompetent halten Sie folgende Fachleute bzgl. kindlicher Sprachstörungen?

(Bitte Noten von 1-4 vergeben: 1 für sehr kompetent, 4 für nicht kompetent): Kinderärzte - HNO-Ärzte - Pädaudiologen - Psychiater - Allgemeinärzte.“

Durch die Antworten zu diesen Fragen soll herausgefunden werden, ob die Angaben der Sprachtherapeuten in Bezug zum Wissensstand der Ärzte gesetzt werden können. Sind die Sprachtherapeuten mit den Ärzten zufriedener bzw. halten sie diese für kompetenter, wenn die Ärzte grundsätzlich mehr Wissen über Sprachstörungen in ihrer Aus- bzw. Weiterbildung erlangt haben? Und sind die Sprachtherapeuten mit den Diagnosen der Ärzte unzufrieden, weil sie glauben, dass die Ärzte zu wenig über Sprachstörungen wissen?

### 7.3.2 Exogene Einflussfaktoren

In der Theorie wurde auf die exogenen Einflüsse in der Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Ärzten eingegangen. Die exogenen Einflüsse stellen dabei das System der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Kassenärztliche Vereinigung dar und damit verbunden die Abrechnungsmodelle des Kassenarztes und der Sprachtherapeuten. In diesem Zusammenhang stehen ebenfalls die gesetzlichen Richtlinien zu den Vorgaben bzgl. Budget bzw. Heilmittel-Richtlinien. Die Heilmittel-Richtlinien geben ihrerseits den Heilmittelkatalog und die Heilmittelverordnung vor. All diese Faktoren sind als Einflüsse von außen – und damit nicht von den Ärzten/Sprachtherapeuten beeinflussbar – dargestellt.

Im Fragebogen der Untersuchung wird das Thema der exogenen Einflussfaktoren aufgegriffen und durch folgende Items abgefragt:

8. *Ergeben sich aufgrund der Heilmittelverordnung Probleme mit Ärzten?*
10. *Sind Sie mit der Therapiezeit (Min.) auf den Heilmittelverordnungen zufrieden?*
28. *Fühlen Sie sich durch den Heilmittelkatalog bzw. Krankenkassen in Ihrer Therapie eingeschränkt?*
29. *Falls ja, durch Vorgaben zu: Therapiedauer – Stundenanzahl – Einteilung der Störungsbilder – Sonstiges*
30. *Willigen Sie ein, sich zur besseren Zusammenarbeit von Ihrer Schweigepflicht entbinden zu lassen?*
31. *Wie stark fühlen Sie sich durch Budget/Kosten der Ärzte in Ihrer Therapie eingeschränkt?*

Die Antwortmöglichkeit war bei diesen Fragen, falls nicht explizit genannt, 4-skaliert, von „sehr“ bis „gar nicht“.

### **7.3.3 Direkte Einflussfaktoren**

Die direkten Einflussfaktoren stellen den dritten Bereich dar. Hierzu zählen die Punkte, die der Arzt/Sprachtherapeut direkt durch seine Handlung beeinflussen kann.

Eine direkte Handlung führt der Arzt aus, wenn er Hörtests durchführt und diese dann als Therapievorgabe auf der Heilmittelverordnung einträgt, bzw. wenn er Sprachdiagnostiktests durchführt, auf die der Therapeut seine Therapie aufbauen soll. Aber auch das Ausfüllen der Heilmittelverordnung stellt einen direkten Einflussfaktor dar, da hier der Arzt selbst tätig wird und aufgrund seiner Diagnose die Heilmittelverordnung ausfüllt.

Der Sprachtherapeut beeinflusst die Zusammenarbeit in diesem Bezugsrahmen indem er Berichte schreibt, die der Arzt dann vorgelegt bekommt.

In Hinblick auf die vorliegende Umfrage haben sich daraus folgende Fragen ergeben:

*9. Erhalten Sie häufig Heilmittelverordnungen die falsch ausgefüllt sind?*

*18. Welche der folgenden Tests kennen Sie? SET-K – HSET – IDIS – PET – ELFRA – SEV- BUEVA – Lauttreppe nach Möhring – Dr. Kottmann*

*19. Welche Tests benutzen Sie? SET-K – HSET – IDIS – PET – ELFRA – SEV- BUEVA – Lauttreppe nach Möhring – Dr. Kottmann – Sonstige*

*20. Sind Sie mit den durchgeführten Hörtests zufrieden?*

*22. Halten Sie das Schreiben von Berichten für sinnvoll?*

*23. Erhalten Sie aufgrund Ihrer Berichte Feedback von den Ärzten?*

*24. Erleichtern Berichte das Erhalten von Folgeverordnungen?*

*25. Halten Sie Ärzte für interessiert an Ihren Berichten?*

*32. Halten Sie Kontakt (z.B. telefonisch) zu Ärzten?*

*33. Die Zusammenarbeit wird initiiert durch: Sie – Ärzte – Sonstige – Keinen*

*34. Die Zusammenarbeit mit Ärzten finde ich für meine Therapie hilfreich:*

*35. Sind Sie bereit für eine bessere Zusammenarbeit mit Ärzten Zeit zu investieren?*

Als Antwortmöglichkeit – soweit nicht direkt bei der Frage angegeben – waren wiederum 4 Items angegeben von „sehr“ bis „gar nicht“ bzw. von „sehr häufig“ bis „nie“.

### 7.3.4 Themenübergreifende Zuordnung

Eine Frage des Fragebogen zielt direkt auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ab. Diese Frage soll als Basis für die Zusammenhänge aus allen drei Bereichen herangezogen werden. Dadurch ist es möglich zu erfahren welche Items bzw. welche Einflüsse direkt mit der Zufriedenheit im Allgemeinen korrelieren:

*7. Sind Sie mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden?*

Die Antwortvorgabe ist hier wieder 4-fach gestuft von „sehr“ bis „gar nicht“.

Die in 7.3.1 bis 7.3.3 durchgeführte Zuordnung der Fragen ist eine Ableitung aus der vorangegangenen Theorie. Obwohl die Einteilung dadurch theoretisch begründet ist, lassen sich doch Fragen finden, die, je nach Standpunkt, auch einem anderen Theoriepunkt zugeordnet werden können. Die Einteilung unterliegt daher einem subjektiven Gesichtspunkt. Um diese subjektive Einteilung vermeiden zu können, wird mittels Faktorenanalyse ermittelt, welche Fragen sich sinnvoll zusammenfassen lassen.

## 7.4 Forschungsmethode

Der zweite Teil der vorliegenden Arbeit stellt eine statistische Untersuchung dar. Grundlegend kann man die Statistik in zwei Bereiche gliedern:

### **Deskriptive Statistik (beschreibende-, deduktive-)**

Mit der deskriptiven Statistik wird die beschreibende Darstellung der einzelnen Variablen bezeichnet. Anwendung findet diese meist in der Erstellung von Häufigkeitstabellen, aber auch bei der Berechnung statistischer Kennwerte und grafischer Darstellungen.

### **Analytische Statistik (induktive-, schließende-, beurteilende-)**

Neben der deskriptiven, beschreibenden Darstellung werden bei vielen statistischen Auswertungen passende Analyseverfahren (Signifikanztests) durchgeführt, bei denen die Berechnung der Irrtumswahrscheinlichkeit „p“ im Mittelpunkt steht<sup>1</sup>.

Häufige Verfahren der analytischen Statistik stellen die Kreuztabellen dar, aber auch die hier durchgeführten Berechnungen von Korrelationen, Faktorenanalyse oder Varianzanalyse zählen zur analytischen Statistik.

Die analytische Statistik findet immer dann Anwendung, wenn zwei oder mehr verschiedene Stichproben (Variablen) miteinander verglichen werden (Bühl/Zöfel 2005<sup>9</sup>). In der nachfolgenden Untersuchung wird sowohl die deskriptive wie auch die analytische Statistik in Anwendung kommen.

## **7.5 Datenanalyse**

Die durch den Fragebogen erhaltenen Antworten werden erfasst und mittels des Statistikprogrammes SPSS ausgewertet. Die Auswertung bzw. Analyse der Daten geschieht dabei mit verschiedenen Methoden bzw. Tests.

Die hier verwendeten Analysen werden nachfolgend kurz erläutert.

### **7.5.1 Univariate Analysen**

Zunächst werden die univariaten Analysen vorgestellt. Unter univariaten Analysen versteht man Analysen, die sich mit einzelnen Merkmalen bzw. einzelnen Variablen beschäftigen.

#### **7.5.1.1 Häufigkeiten**

Die Darstellung von Häufigkeiten gehört zu den ersten Schritten bei der Analyse der Daten. Die Anwendung der Häufigkeitsauszählung ist bei allen Skalenniveaus möglich, also auch bei der Nominalskala.

---

<sup>1</sup> Mit der Irrtumswahrscheinlichkeit  $p$  wird angegeben, ob ein auftretender Mittelwertsunterschied oder ein Zusammenhang zufällig zustande kommt oder nicht.  $p > 0.05$  = nicht signifikant;  $p \leq 0.05$  = signifikant;  $p \leq 0.01$  = sehr signifikant;  $p \leq 0.001$  = höchst signifikant (Bühl/Zöfel 2005<sup>9</sup>). Liegt eine gerichtete Hypothese vor, wird der Signifikanzwert bei einer 2-seitigen Testung halbiert.

Über diese Auswertung wird pro Zeile eine Merkmalsausprägung dargestellt. Neben der Häufigkeit wird die prozentuale Häufigkeit (Prozent) angegeben, die sich auf alle abgegebenen Antworten bezieht, d.h. inkl. der fehlenden Werte. Ohne fehlende Werte wird der gültige Prozentsatz dargestellt. Die kumulierten Prozente summieren zeilenweise die prozentuale Häufigkeit der gültigen Antworten auf (Bühl/Zöfel 2005<sup>9</sup>).

In der vorliegenden Untersuchung kann somit die Antwortverteilung der einzelnen Fragen dargestellt werden.

### **7.5.1.2 Binomial-Test**

Der Binomial-Test baut auf die Häufigkeiten auf. Während die Häufigkeitsdarstellung auch für die Nominalskala geeignet ist, ist der Binomial-Test nur bei der Ordinalskala sinnvoll. Mit dem Binomial-Test werden dichotome (zweistufig) Variablen daraufhin überprüft, ob es einen signifikanten Unterschied zwischen den Häufigkeiten der beiden Merkmalsausprägungen gibt. Sollten nichtdichotome Variablen vorliegen, wie in der vorliegenden Untersuchung, ist es möglich einen Trennwert anzugeben, der die Variablen dichotomisiert.

Durch diesen Test erhält man die absolute und relative Häufigkeit der beiden Kategorien sowie die erwartete relative Häufigkeit der ersten Kategorie. Mit der ausgegebenen Irrtumswahrscheinlichkeit wird angegeben, ob zwischen beobachteter und erwarteter relativer Häufigkeit ein signifikanter Unterschied besteht (Bühl/Zöfel 2005<sup>9</sup>).

Durch diesen Test ist es also möglich eine Aussage darüber zu machen, welche Antwortverteilungen zufällig sind und welche von Bedeutung sind.

### **7.5.2 Bivariate Analysen**

Neben den univariaten Analysen gibt es noch die bivariaten Analysen. Die bivariaten Analysen beschäftigen sich mit Zusammenhängen zwischen zwei oder mehr Variablen.

### 7.5.2.1 Kreuztabellen mit Chi Quadrat und Phi-Koeffizienten

Die beste Möglichkeit Zusammenhänge zwischen nichtmetrischen Daten (Nominal- oder Ordinalskala) darzustellen, die nicht zu viele Kategorien beinhalten, bietet die Kreuztabelle.

In der Kreuztabelle gibt es eine Spaltenvariable und eine Zeilenvariable, deren Merkmalsausprägung jeweils in den Spalten bzw. den Zeilen wiedergegeben werden.

Um den indirekten Zusammenhang der beiden Merkmale zu überprüfen wird der **Chi-Quadrat-Test** herangezogen. Damit wird die Unabhängigkeit der beiden Variablen der Kreuztabelle überprüft.

Bei vorliegen dichotomer Daten wird die Berechnung mit Hilfe des **Phi-Koeffizienten** durchgeführt. Dieser Koeffizient ist ein (perfektes) Zusammenhangsmaß für nominalskalierte Daten mit Beachtung der Richtung und einem Signifikanztest (Bühl/Zöfel 2005<sup>9</sup>).

### 7.5.2.2 Korrelationen

Mit einer Korrelation wird der Zusammenhang zwischen zwei Variablen dargestellt. Die Stärke des Zusammenhangs wird mit einer Maßzahl angegeben, dem Korrelationskoeffizienten „r“. Der Wert des Koeffizienten liegt zwischen -1 und +1. Ein Wert nahe 1 bedeutet einen starken Zusammenhang (positiv oder negativ), ein Wert nahe 0 einen schwachen Zusammenhang.

Wenn der Korrelationskoeffizient negativ ist, bedeutet dies einen gegenläufigen Zusammenhang: Je größer der Wert der einen Variablen ist, desto kleiner wird der Wert der anderen.

Die Stärke des Zusammenhangs wird durch den Betrag des Korrelationskoeffizienten angegeben:

bis 0,2 = sehr geringe Korrelation

bis 0,5 = geringe Korrelation

bis 0,7 = mittlere Korrelation

bis 0,9 = hohe Korrelation

über 0,9 = sehr hohe Korrelation.

Die Berechnung des Korrelationskoeffizienten hängt vom Skalenniveau ab.

Da die Daten in der vorliegenden Untersuchung nicht normalverteilt sind und als Skalenniveau die Ordinalskala vorliegt, wird die Rangkorrelation nach Spearman durchgeführt (Bühl/Zöfel 2005<sup>9</sup>).

### **7.5.2.3 U-Test nach Mann und Whitney**

Um zwei unabhängige Stichproben nichtparametrisch zu vergleichen wird der U-Test nach Mann und Whitney herangezogen. Er basiert auf einer gemeinsamen Rangreihe der Werte beider Stichproben. Dies bedeutet, dass hiermit z.B. ein Gruppenvergleich zwischen Logopäden und Sprachheilpädagogen hinsichtlich eines Merkmals durchgeführt werden kann.

Als Ausgabe erhält man hier den mittleren Rang der einzelnen Gruppen. Auch mit diesem Test wird das Signifikanzniveau berechnet (Bühl/Zöfel 2005<sup>9</sup>).

### **7.5.2.4 H-Test nach Kruskal und Wallis**

Bei einem Vorliegen von mehr als zwei unabhängigen Stichproben wird der H-Test nach Kruskal und Wallis durchgeführt. Dieser stellt eine Ausweitung des Mann-Whitney-U-Tests dar. Auch hier wird der mittlere Rang ermittelt und das Signifikanzniveau berechnet (Bühl/Zöfel 2005<sup>9</sup>).

### **7.5.2.5 Faktorenanalyse**

Um mehrere Variablen sinnvoll zusammenzufassen bietet sich die Faktorenanalyse als geeignetes Verfahren an. Hier wird eine größere Anzahl von Variablen anhand der gegebenen Fälle auf eine kleinere Anzahl unabhängiger Einflussgrößen (Faktoren) zurückgeführt.

Durch die Faktorenanalyse werden Variablen zusammengefasst, die untereinander stark korrelieren. Die Variablen einzelner Faktoren korrelieren dabei nur gering untereinander. Ziel der Faktorenanalyse ist es, Faktoren zu ermitteln, die die beobachteten Zusammenhänge zwischen den Variablen möglichst vollständig erklären (Bühl/Zöfel 2005<sup>9</sup>).

Die Variablen eines Faktors müssen dabei sinnvoll interpretiert werden, wobei die Variable, die am höchsten in einem Faktor lädt, den Faktor erklärt.

In der vorliegenden Untersuchung kann durch die Faktorenanalyse sinnvoll getestet werden, welche der Variablen zusammen gefasst werden können und inwieweit sich dies mit der vorangehenden Theorie überschneidet.

#### **7.5.2.6 Scorebildung**

Mittels Faktorenanalyse werden Variablen zusammengefasst, die untereinander stark korrelieren. Dies ist aber nur mit Variablen möglich, die in der Ordinalskala vorliegen. Um alle Variablen zusammenzufassen zu können, wird ein Score gebildet.

In der Untersuchung ist es so möglich, Variablen die nominalskaliert sind mit in die Analyse einzubeziehen.

#### **7.5.2.7 Varianzanalyse**

Um den Einfluss von einer oder mehreren unabhängigen Variablen auf eine abhängige Variable (univariate Analyse) zu untersuchen, wird die Varianzanalyse herangezogen. Die Varianzanalyse bietet verschiedene Modelle an. Hier wird das „Allgemeine lineare Modell“ angewandt. Grundlage dieses Modells ist die Korrelations- und Regressionsrechnung. Da es sich hier um mehr als eine unabhängige Variable dreht, spricht man von einer mehrfaktoriellen univariaten Varianzanalyse (Bühl/Zöfel 2005<sup>9</sup>).

## 8 Hypothesen

### 8.1 Hypothesen zur Gesamtgruppe Sprachtherapeuten

H 1: Sprachtherapeuten sind mit der Zusammenarbeit mit Ärzten nicht zufrieden.

#### Hypothesen zu den Antwortverteilungen

H 2: Sprachtherapeuten bewerten die endogenen Einflussfaktoren negativ

H 3: Sprachtherapeuten fühlen sich durch die exogenen Einflussfaktoren eingeschränkt

H 4: Sprachtherapeuten bewerten die direkten Einflussfaktoren negativ

#### Hypothesen zu den Zusammenhängen

H 5: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der endogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

H 6: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der exogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

H 7: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der direkten Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

### 8.2 Hypothesen zum Gruppenvergleich Sprachheilpädagogen – Logopäden

#### Hypothesen zur den Antwortverteilungen

H 8: Logopäden sind mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufriedener als Sprachheilpädagogen.

H 9: Die Bewertung der endogenen Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachheilpädagogen und Logopäden signifikant.

H 10: Die Bewertung der exogenen Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachheilpädagogen und Logopäden signifikant.

H 11: Die Bewertung der direkten Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachheilpädagogen und Logopäden signifikant.

### **Hypothesen zu den Zusammenhängen**

H 12: Der Zusammenhang hinsichtlich der endogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Sprachheilpädagogen und Logopäden

H 13: Der Zusammenhang hinsichtlich der exogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Sprachheilpädagogen und Logopäden

H 14: Der Zusammenhang hinsichtlich der direkten Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Sprachheilpädagogen und Logopäden

## **8.3 Hypothesen zum Gruppenvergleich Kinderärzte - Sprachtherapeuten**

### **Hypothesen zur den Antwortverteilungen**

H 15: Kinderärzte sind mit der Zusammenarbeit signifikant zufriedener als Sprachtherapeuten

H 16: Die Bewertung der endogenen Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachtherapeuten und Kinderärzten signifikant.

H 17: Die Bewertung der exogenen Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachtherapeuten und Kinderärzten signifikant

H 18: Die Bewertung der direkten Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachtherapeuten und Kinderärzten signifikant

---

**Hypothesen zu den Zusammenhängen**

H 19: Der Zusammenhang hinsichtlich der endogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich bei Kinderärzten und Sprachtherapeuten signifikant

H 20: Der Zusammenhang hinsichtlich der exogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich bei Kinderärzten und Sprachtherapeuten signifikant

H 21: Der Zusammenhang hinsichtlich der direkten Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich bei Kinderärzten und Sprachtherapeuten signifikant

## 9 Auswertung

### 9.1 Auswertung der Gesamtgruppe Sprachtherapeuten

#### 9.1.1 Darstellung der demografischen Daten

Die ersten sechs Fragen des Fragebogens beschäftigen sich mit den demografischen Daten der Befragten. Die Auswertung dieser Daten erfolgt mittels einer Häufigkeitsdarstellung und dem dazugehörigen Balkendiagramm in dem die prozentualen Werte angegeben sind. Weiterführend werden hier, falls thematisch sinnvoll, zwei Variablen mittels einer Kreuztabelle verglichen und mit einem Balkendiagramm veranschaulicht.

„1. Alter“

Die Frage 1 nach dem Alter wurde von 252 Personen beantwortet und lediglich von 3 Befragten nicht.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	20-30	61	23,9	24,2	24,2
	31-40	83	32,5	32,9	57,1
	41-50	80	31,4	31,7	88,9
	51-60	25	9,8	9,9	98,8
	über 60	3	1,2	1,2	100,0
	Gesamt	252	98,8	100,0	
Fehlend	keine Angabe	3	1,2		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 6: Altersverteilung gesamt

In der Tabelle 6 kann man erkennen, dass 61 Personen 20-30 Jahre alt sind (= 24,2%<sup>1</sup>), 83 Befragte sind 31-40 Jahre alt (= 32,9%), 80 Personen sind 41 – 50 Jahre alt (= 31,7%), 25 Personen sind 51 – 60 Jahre alt (9,9%) und 3 Befragte sind über 60 Jahre alt (= 1,2%). Zur Veranschaulichung der Werte sind die Daten prozentual in folgendem Diagramm wiedergegeben:

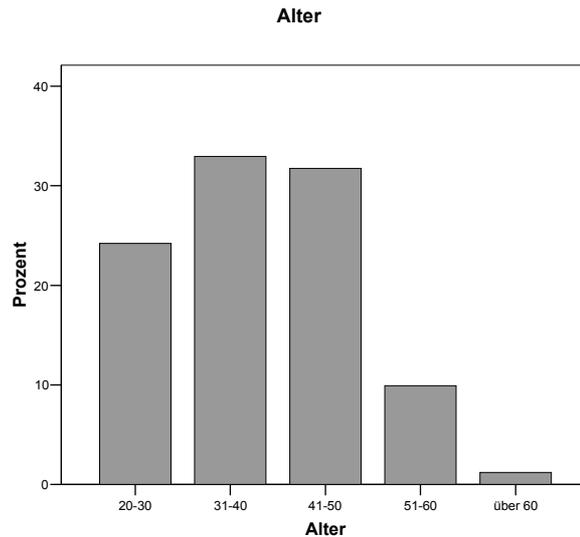


Abbildung 6: Altersverteilung gesamt

„2. Geschlecht“

In der Umfrage sind mit 227 Antworten der Großteil der Befragten weiblich. Lediglich 26 Männer nehmen an der Umfrage teil. Es gibt 2 Enthaltungen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	227	89,0	89,7	89,7
	männlich	26	10,2	10,3	100,0
	Gesamt	253	99,2	100,0	
Fehlend	keine Angabe	2	0,8		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 7: Geschlechtsverteilung gesamt

<sup>1</sup> Die angegebenen Prozentwerte beziehen sich in dieser Arbeit immer auf die gültigen Prozente, d.h. auf den Anteil der Befragten, die eine Antwort abgegeben haben.

Unter den 700 Befragten befinden sich 9,4% (= 66 Personen) Männer und 90,6% (= 634 Personen) Frauen. Der Anteil der Männer an den zurückgesandten Fragebögen beträgt 10,3%, der Anteil der Frauen 89,7%. Damit haben im Verhältnis mehr Männer geantwortet als Frauen.

### „3. Ausbildung“

Das Thema der Ausbildung nimmt im Bereich der endogenen Einflussfaktoren noch einen wichtige Stellung ein und wird deshalb in Kapitel 9.2 nochmals ausführlich dargestellt. Zur Übersicht hier die Antwortverteilungen der einzelnen Berufsgruppen.

Der Großteil der Befragten waren Logopäden mit 82,7% .

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Logopäde	210	82,4	82,7	82,7
	Sprachheilpädagoge	24	9,4	9,4	92,1
	Sonstige	6	2,4	2,4	94,5
	Logopäde+Sonstige	12	4,7	4,7	99,2
	Logopäde+SHP	1	0,4	0,4	99,6
	Sprachheilpädagoge +Sonstige	1	0,4	0,4	100,0
	Gesamt	254	99,6	100,0	
Fehlend	keine Angabe	1	0,4		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 8: Ausbildung gesamt

### „4. Arbeitsstelle“

Zur Frage nach ihrer Arbeitsstelle geben 254 Befragte eine Antwort ab. Damit gibt es nur einen Fragebogen ohne eine Antwort.

Die absolute Mehrheit der Befragten (87,0%) arbeitet in der Praxis, gefolgt von Tätigkeiten in einer Frühförderstelle/Einrichtung (3,9%).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Praxis	221	86,7	87,0	87,0
	Klinik	9	3,5	3,5	90,6
	Frühförderstelle/Einrichtung	10	3,9	3,9	94,5
	Sonstige	3	1,2	1,2	95,7
	Praxis+Klinik	4	1,6	1,6	97,2
	Praxis+Füfö	5	2,0	2,0	99,2
	Praxis+Sonstige	1	0,4	0,4	99,6
	Praxis+Klinik+Füfö	1	0,4	0,4	100,0
	Gesamt	254	99,6	100,0	
Fehlend	keine Angabe	1	0,4		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 9: Arbeitsstelle gesamt

### „5. Beschäftigungsverhältnis“

Um herauszufinden wie das Beschäftigungsverhältnis der befragten Sprachtherapeuten aussieht, wurde eine Frage gestellt, ob die Befragten angestellt oder selbstständig sind.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	angestellt	53	20,8	20,9	20,9
	selbstständig	195	76,5	76,8	97,6
	angestellt +selbstständig	6	2,4	2,4	100,0
	Gesamt	254	99,6	100,0	
Fehlend	keine Angabe	1	0,4		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 10: Beschäftigungsverhältnis allgemein

Mit 76,8% stellen die Selbstständigen den Großteil der Befragten dar (= 195 Personen). Neben den Angestellten gibt es auch 6 Personen (= 2,4%), die sowohl selbstständig als auch angestellt tätig sind.

Im Geschlechterverhältnis sind in der Umfrage prozentual mehr Männer selbstständig (92,3% der befragten Männer) als Frauen (75,3% der befragten Frauen).

„6. Die Praxis ist in einer Stadt mit einer Einwohnerzahl von“

Durch die Frage wie viele Einwohner die Stadt hat, in der sich die Praxis befindet, kann ermittelt werden, wie die Verteilung der Praxen in Klein- und Großstädten in Bayern aussieht.

Hier geben 16 Personen keine Antwort ab.

Die meisten Praxen liegen in der Umfrage in Städten mit 5.000 – 20.000 Einwohnern (34,7% der Befragten), die wenigsten Praxen in Städten mit Einwohner zwischen 50.000 und 100.000 Einwohnern (9,2%).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	< 5.000	47	18,4	19,7	19,7
	5.000-20.000	83	32,5	34,7	54,4
	20.000-50.000	46	18,0	19,2	73,6
	50.000-100.000	22	8,6	9,2	82,8
	über 100.000	41	16,1	17,2	100,0
	Gesamt	239	93,7	100,0	
Fehlend	keine Angabe	16	6,3		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 11: Einwohnerzahl gesamt

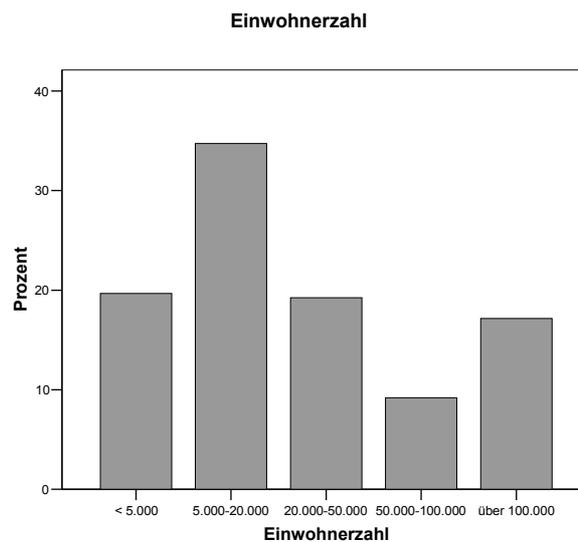


Abbildung 7: Einwohnerzahl gesamt

## 9.1.2 Zusammenfassung von Variablen mittels Faktorenanalyse

In der Theorie wird eine grundlegende Einteilung in endogene, exogene und direkte Einflussfaktoren vorgenommen. In Kapitel 7.3 wurden daraufhin die Fragen aus der Umfrage der vorangehenden Theorie zugeordnet. Wie sich dabei bereits gezeigt hat, ist eine Zuordnung der Fragen oftmals vom Blickwinkel des Betrachters abhängig und damit nicht mehr objektiv. Um eine statistische Zusammenfassung der Variablen zu erhalten, wird die Faktorenanalyse herangezogen.

Wie vorher beschrieben, werden Variablen zusammengefasst, die stark miteinander korrelieren. Ziel der Faktorenanalyse ist es, solche Faktoren zu ermitteln, die die beobachteten Zusammenhänge zwischen den Variablen möglichst vollständig erklären (Bühl/Zöfel 2005<sup>9</sup>).

Für die Faktorenanalyse können nur Variablen herangezogen werden, die mindestens Ordinalskalenniveau aufweisen. Dies bedeutet, dass nicht alle Fragen aus dem Fragebogen mittels der Faktorenanalyse zusammengefasst werden können, da einige im Nominalskalenniveau vorliegen.

Die Antworten nachfolgender Fragen liegen im Nominalskalenniveau vor:

- „17. Die Diagnose von Sprach- und Sprechstörungen sollte am besten erstellt werden von:“
- „18. Welche der folgenden Tests kennen Sie?“
- „19. Welche Tests benutzen Sie?“
- „21. Verweisen Sie zur genaueren Abklärung von Sprach- und Sprechstörungen an:“
- „26. Die Probleme hinsichtlich der Zusammenarbeit betreffen hauptsächlich:“
- „27. Ihre Heilmittelverordnungen erhalten Sie hauptsächlich von:“
- „29. Falls ja, durch Vorgaben zu:“
- „33. Die Zusammenarbeit wird initiiert durch :“
- „36. Eine Zusammenarbeit finden Sie wünschenswert mit:“
- „37. Für wie kompetent halten Sie folgende Fachleute bzgl. kindlicher Sprachstörungen?“

Um diese Fragen trotzdem analysieren zu können, werden, wenn möglich, zusätzliche Variablen angelegt, die dem Ordinalskalenniveau entsprechen.

Die Antwortverteilungen sehen in den neuen Variablen wie folgt aus:

Zu 17: Diese Frage wurde mit neuer Antwortverteilung erfasst, die aber auch wieder Nominalskalenniveau aufweist.

Zu 18: Wie viele Tests sind bekannt? Neue Antwortitems: „1“, „2“ ....., „9“

Zu 19: Wie viele Tests werden benutzt? Neue Antwortitems: „1“, „2“ ....., „10 und mehr“

Zu 21: Hier ergab es keine sinnvolle neue Variable im Ordinalskalenniveau, daher wird diese Frage in die Faktorenanalyse nicht mit einbezogen

Zu 26: Probleme bei der Zusammenarbeit mit Ärzten: Neue Antwortitems: „Mit einem Arzt“, „mit zwei Ärzten“ ....., „mit fünf Ärzten“

Zu 27: Erhalten Heilmittelverordnungen von mehreren Arztgruppen: Neue Antwortitems: „Von einer Arztgruppe“, „von zwei Arztgruppen, ....., „von fünf Arztgruppen“

Zu 29: Fühlen sich durch mehrere Punkte eingeschränkt: Neue Antwortitems: „Durch einen“, .... „durch vier“

Zu 33: Hier ergibt sich keine sinnvolle neue Variable im Ordinalskalenniveau, daher wird diese Frage nicht einbezogen

Zu 36: Möchten Zusammenarbeit mit Mehreren: Neue Antwortitems: „Mit einem“, .... „mit vier“

Zu 37: Da bereits bei Beantwortung zu jedem Item eine Stufe von 1-4 vorliegt, werden die einzelnen Items als Variable gewertet, die Ordinalskalenniveau aufweisen.

Durch diese neuen Einteilungen ist es möglich mit fast allen Variablen eine Faktorenanalyse durchzuführen. Lediglich die Fragen 17, 21, 33 und 37 werden nicht mit einbezogen. Diese müssen separat gewertet werden.

Die Frage 7 „Sind Sie mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden?“ wird ebenfalls nicht einbezogen, da diese als Basisfrage für die Analysen dient.

### 9.1.2.1 Faktorenanalyse

Anhand des Screeplots aus der Faktorenanalyse erkennt man, dass es sinnvoll ist, drei der Faktoren zu analysieren. Die Faktorenanalyse wird deshalb auf drei Faktoren begrenzt. Es werden nur Faktoren aus den Variablen errechnet, die einen Absolutwert größer 0,4 aufweisen.

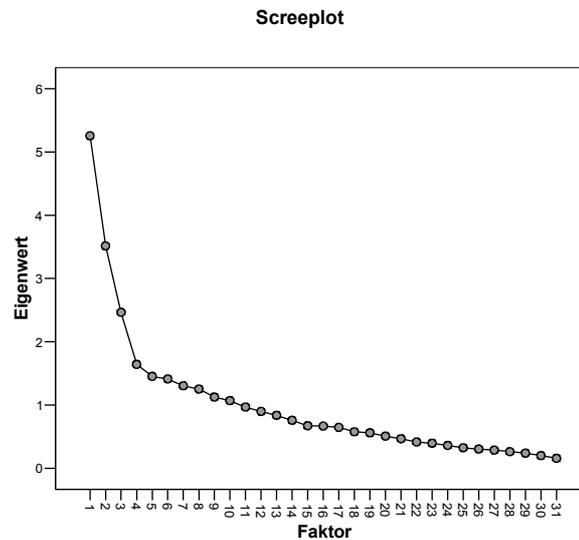


Abbildung 8: Screepplot aus der Faktorenanalyse

Aus der Analyse ergeben sich folgende Zusammenfassungen (unter Beachtung der Vorzeichen auf Grundlage der rotierten Komponentenmatrix):

#### **Faktor 1:**

- Sprachtherapeuten sind nicht mit der Diagnosestellung auf den Heilmittelverordnungen zufrieden.
- Sprachtherapeuten richten ihre Therapie nicht nach der Diagnosestellung auf den Heilmittelverordnungen.
- Sprachtherapeuten richten sich beim Schreiben von Berichten nicht nach der Diagnose, die der Arzt stellt.
- Sprachtherapeuten halten die Diagnose des Arztes für nicht zutreffend.
- Sprachtherapeuten halten Kinderärzte für nicht kompetent.
- Sprachtherapeuten halten HNO-Ärzte für nicht kompetent.
- Sprachtherapeuten halten Allgemeinärzte für nicht kompetent.

#### **Faktor 2:**

- Sprachtherapeuten haben Probleme aufgrund der Heilmittelverordnung.
- Sprachtherapeuten erhalten häufig Heilmittelverordnungen die falsch ausgefüllt sind.
- Das Schreiben von Berichten erleichtert nicht das Erhalten von Folgeverordnungen.

- Sprachtherapeuten haben Probleme bei der Zusammenarbeit mit mehreren Ärzten.
- Sprachtherapeuten erhalten ihre Heilmittelverordnungen von mehreren verschiedenen Arztgruppen.
- Sprachtherapeuten fühlen sich durch Heilmittelkatalog und Krankenkassen in ihrer Therapie eingeschränkt.
- Sprachtherapeuten fühlen sich durch mehrere Punkte eingeschränkt.
- Sprachtherapeuten fühlen sich durch das Budget der Ärzte in ihrer Therapie eingeschränkt.

**Faktor 3:**

- Sprachtherapeuten halten keine Rücksprache mit Ärzten, falls die Diagnose ihres Erachtens nicht zutreffend ist.
- Sprachtherapeuten kennen wenige Tests.
- Sprachtherapeuten benutzen wenige Tests.
- Sprachtherapeuten halten das Schreiben von Berichten für nicht sinnvoll.
- Sie erhalten kein Feedback von den Ärzten aufgrund ihrer Berichte.
- (Das Schreiben von Berichten erleichtert nicht das Erhalten von Folgeverordnungen<sup>1</sup>).
- Sprachtherapeuten halten keinen Kontakt zu Ärzten.
- Sprachtherapeuten finden die Zusammenarbeit mit Ärzten nicht hilfreich.
- Sprachtherapeuten würden für die Zusammenarbeit keine Zeit investieren.
- Sprachtherapeuten wollen keine oder wenig Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Zu beachten ist hierbei, dass die Aussagen der Variablen („nicht zufrieden...“) in den Faktoren nicht für die Aussagen der Gesamtgruppe stehen, sondern nur die Beziehungen der Variablen untereinander ausdrücken.

---

<sup>1</sup> Diese Variable lädt bereits in Faktor 2.

### 9.1.2.2 Einteilung der Variablen

Durch die Faktorenanalyse hat sich die in Kapitel 7.3 durchgeführte Zuordnung der Fragen zur Theorie weitestgehend bestätigt. In Kapitel 7.3.4 wurde bereits darauf hingewiesen, dass es Variablen gibt, die, je nach Interpretation, verschiedenen Theoriewerten zugeordnet werden können. Mittels der Faktorenanalyse hat sich für ein paar der Variablen eine Zuordnung zu einem anderen Einflussfaktor ergeben:

*„9. Erhalten Sie häufig Heilmittelverordnungen die falsch ausgefüllt sind?“*

Die Frage hierzu zählt zu den direkten Einflussfaktoren, da der Arzt für das Ausfüllen der Verordnungen zuständig ist. Die Auswertung der Faktorenanalyse hat gezeigt, dass auch die falsch ausgefüllten Heilmittelverordnungen zu den Problemen mit den Krankenkassen, dem Heilmittelkatalog und dem Budget gezählt werden. Diese Frage wird dadurch den exogenen Einflussfaktoren zugeordnet. Die Befragten sehen in den falsch ausgefüllten Heilmittelverordnungen offensichtlich eher den Bezug zu den gesetzlichen Vorgaben und nicht zur Kompetenz der Ärzte.

*„24. Erleichtern Berichte das Erhalten von Folgeverordnungen?“*

Das Schreiben der Berichte zählt zu den direkten Einflussfaktoren. Eine Folgeverordnung hat dagegen etwas mit den Vorgaben aus dem Heilmittelkatalog zu tun und zählt damit zu den exogenen Einflussfaktoren. Die Sprachtherapeuten sehen bei dieser Frage offensichtlich die Folgeverordnung im Vordergrund und dadurch den Bezug zum Heilmittelkatalog und Budget und nicht die Berichte, da die Frage durch die Faktorenanalyse hauptsächlich zu den exogenen Einflussfaktoren gezählt wird. Dass die Frage zwei Themengebieten (direkten und exogenen Einflussfaktoren) zugeordnet werden kann, wird auch in der Faktorenanalyse wiedergegeben, da dies die einzige Variable ist, die in zwei Faktoren lädt.<sup>1</sup> Da die Variable in den exogenen Faktor höher lädt, wird sie diesem zugeordnet.

*„26. Die Probleme hinsichtlich der Zusammenarbeit betreffen hauptsächlich:“*

Hier wurde von der Grundannahme ausgegangen, dass Sprachtherapeuten Probleme in der Zusammenarbeit haben, weil sie Ärzte für nicht kompetent halten. Die Zuordnung der Faktorenanalyse hat gezeigt, dass Sprachtherapeuten scheinbar Probleme mit der

<sup>1</sup> Eine Variable wird in zwei Faktoren berücksichtigt, wenn die Ladung in den beiden Faktoren relativ eng beieinander liegt.

Zusammenarbeit aufgrund der gesetzlichen Vorgaben wie der Heilmittelverordnung und dem Budget haben. Diese Frage wird daher nun zu den exogenen Einflussfaktoren gezählt.

*„27. Ihre Heilmittelverordnung erhalten Sie hauptsächlich von“*

Diese Frage wurde vorher den endogenen Einflussfaktoren zugeordnet, da die Vermutung zu Grunde gelegt wurde, dass Ärzte häufiger Verordnungen ausstellen, wenn sie sich mehr Wissen über Sprachstörungen angeeignet haben. Durch die Faktorenanalyse hat sich gezeigt, dass Sprachtherapeuten davon ausgehen, dass das Ausstellen der Heilmittelverordnungen etwas mit den gesetzlichen Vorgaben, wie dem Budget, zu tun hat. Diese Variable wird daher den exogenen Einflussfaktoren zugeordnet.

*„36. Eine Zusammenarbeit finden Sie wünschenswert mit:“*

Ursprünglich wurde davon ausgegangen, dass Sprachtherapeuten eine Zusammenarbeit mit den Ärzten möchten, die sie für kompetent halten. Die Faktorenanalyse hat gezeigt, dass Sprachtherapeuten die Zusammenarbeit an sich als direkte Handlung sehen und diese Variable wurde demnach den direkten und nicht den endogenen Einflussfaktoren zugeordnet.

### **9.1.2.3 Interpretation der Faktoren**

Auf Grundlage der einzelnen Variablen eines Faktors muss die gemeinsame Bedeutung herausgefunden werden, die diesen Faktor ausmacht und der Faktor dahingehend interpretiert bzw. bezeichnet werden.

Durch die Faktorenanalyse konnte die vorangehende Einteilung in endogene, exogene und direkte Einflussfaktoren grundsätzlich bestätigt werden.

Es darf dabei aber nicht außer Acht gelassen werden, dass in der Faktorenanalyse nicht alle Variablen herangezogen wurden. Es wurden nur Variablen ausgewählt, die in der Ordinalskala vorliegen und einen höheren Absolutwert als 0,4 besitzen.

Eine Interpretation der einbezogenen Variablen pro Faktor lässt sich wie folgt darstellen:

*Faktor 1*

Die Variablen in Faktor 1 stammen alle aus dem Bereich der endogenen Einflussfaktoren. Sie beschäftigen sich mit dem Thema der Diagnosen und der Kompetenz der Ärzte. Am höchsten lädt in diesem Faktor die Variable, dass Sprachtherapeuten die Diagnosen der Ärzte für nicht zutreffend halten (0,715). Man erkennt hier den Zusammenhang, dass Sprachtherapeuten an den Diagnosen der Ärzte aufgrund ihrer Kompetenz zweifeln.

*Faktor 2*

Die Variablen im zweiten Faktor beschäftigen sich mit dem Thema der Heilmittelverordnungen, Heilmittelkatalog und Krankenkassen und dem damit verbundenen Budget. Hier werden deutlich die exogenen Einflussfaktoren vertreten. Die Variable, die hier am höchsten lädt sagt aus, dass sich Sprachtherapeuten durch den Heilmittelkatalog und die Krankenkassen in ihrer Therapie eingeschränkt fühlen (-0,787). Der Faktor zeigt damit die Einschränkungen durch gesetzliche Vorgaben auf.

*Faktor 3*

Die Variablen die in Faktor 3 zusammengefasst werden, zählen zu den vorher eingestuften direkten Einflussfaktoren. Auffallend ist bei diesen Variablen, dass sie alle etwas mit dem direkten Kontakt zu tun haben, der zwischen Sprachtherapeuten und Ärzten statt findet, wie z.B. Berichte, oder Rücksprache halten, oder der Zusammenarbeit an sich. Die Variable, die hier am höchsten lädt ist die, dass Sprachtherapeuten keine Rücksprache mit Ärzten halten, falls sie die Diagnose für nicht zutreffend halten (0,628). Der Faktor macht also eine Aussage zur Kommunikation, bzw. zur direkten Zusammenarbeit.

Aus der Darstellung der Bedeutung der einzelnen Faktoren sieht man, dass hier die drei Theoriebereiche bestätigt werden und durch die Faktoren vertreten sind:

**Faktor 1: Endogene Einflüsse**

**Faktor 2: Exogene Einflüsse**

**Faktor 3: Direkte Einflüsse**

Bei der Auswertung der drei Bereiche werden die Variablen die nicht in die Faktorenanalyse eingeflossen sind, zusätzlich berücksichtigt und mit ausgewertet.

### 9.1.3 Darstellung der Antwortverteilungen

#### H1: Sprachtherapeuten sind mit der Zusammenarbeit mit Ärzten nicht zufrieden

**Ergebnis: Hypothese 1 wird verworfen:**

**Sprachtherapeuten sind mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden.**

Die Frage 7 des Fragebogens „Sind Sie mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden?“ (Antwortmöglichkeiten: sehr – ziemlich – wenig – gar nicht) stellt die Grundlage für viele weitere Auswertungen dar und beschäftigt sich direkt mit dem zentralen Thema der Arbeit.

Statistisch ausgedrückt bedeutet die Hypothese, dass ein signifikant größerer Anteil (> 50%) der Sprachtherapeuten mindestens „wenig“ oder „gar nicht“ zufrieden mit der Zusammenarbeit ist. Die Überprüfung dazu erfolgt mittels Binomialtest:

		Kategorie	N	Beobachteter Anteil	Testanteil	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	Gruppe 1	≤ 2,5	174	0,70	0,50	0,000(a)
	Gruppe 2	> 2,5	75	0,30		
	Gesamt		249	1,00		

Tabelle 12: Binomialtest auf Zufriedenheit mit Zusammenarbeit. Gruppe 1: „sehr“, „ziemlich“, Gruppe 2: „wenig“, „gar nicht“.  
a Basiert auf der Z-Approximation.

Als Trennwert wird 2,5 angegeben, da die Antworten mit den Zahlen von 1 – 4 erfasst wurden.

Es zeigt sich hier, dass 174 von 249 Befragten mit „sehr“ oder „ziemlich“ geantwortet haben (69,9%) und nur 75 Personen mit „wenig“ oder „gar nicht“ (30,1%).

Der Signifikanztest hat mit  $p = 0,000$  ein höchst signifikantes Ergebnis angezeigt, d.h. die Antwortverteilung<sup>1</sup> ist nicht zufällig entstanden.

**Damit kann die Hypothese H1 verworfen werden.**

<sup>1</sup> Zu beachten ist, dass sich die Signifikanz auf die Antwortverteilung bei einer Aufteilung in 2 Gruppen bezieht.

Die Verteilung der Antworten ergibt sich aus der Häufigkeitsdarstellung.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr	33	12,9	13,3	13,3
	ziemlich	141	55,3	56,6	69,9
	wenig	71	27,8	28,5	98,4
	gar nicht	4	1,6	1,6	100,0
	Gesamt	249	97,6	100,0	
Fehlend	keine Angabe	6	2,4		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 13: Häufigkeiten: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit gesamt

Aus der Tabelle kann man erkennen, dass 13,3% der gültigen Antworten „sehr“ mit der Zusammenarbeit zufrieden sind. 56,6% sind „ziemlich“ zufrieden. „Wenig“ zufrieden mit der Zusammenarbeit sind dagegen 28,5% und nur 1,6% sind „gar nicht“ mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden.

Insgesamt haben 2,4% (6 Personen) nicht auf diese Frage geantwortet.

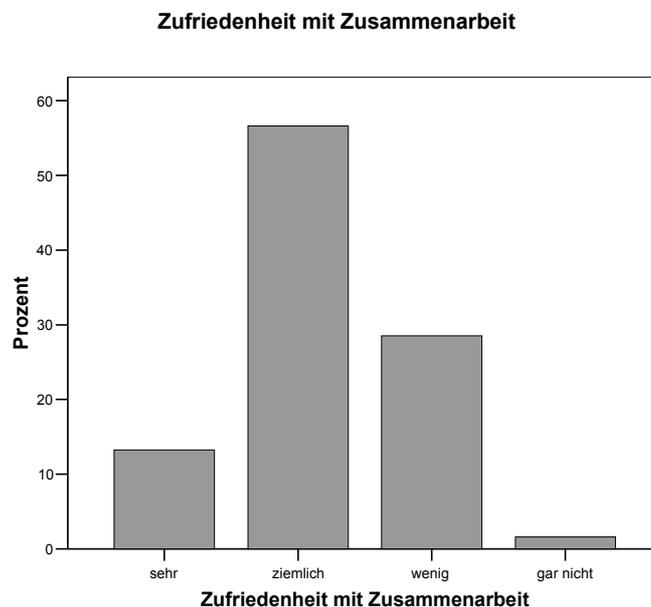


Abbildung 9: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

## H2: Sprachtherapeuten bewerten die endogenen Einflussfaktoren negativ

**Ergebnis: Hypothese 2 wird bestätigt.**

### **Sprachtherapeuten bewerten die endogenen Einflussfaktoren negativ**

Zur Beantwortung dieser Hypothese wurden die Variablen, die zu den endogenen Einflussfaktoren zählen, zu einem Score zusammengefasst.

Damit eine einheitliche Aussage möglich ist, müssen alle Variablen in die gleiche Richtung laden. Es werden daher für alle Scores die Variablen so umkodiert, dass ein hoher Wert eine negative Haltung der Befragten ausdrückt. Zudem wird jede Variable so angelegt, dass deren Trennwert bei 2,5 liegt<sup>1</sup>.

Aus der Faktorenanalyse (Faktor 1) haben sich zu den endogenen Einflussfaktoren folgende Variablen ergeben:

Frage Nr. 11, 12, 15, 16 und 37 (vgl. 9.1.2.1).

Da in der Faktorenanalyse nicht alle Variablen berücksichtigt wurden (nominalskalierte Variablen), werden für den Score noch folgende Variablen herangezogen:

*„13. Führen Sie eigene Diagnosen durch?“*

*„17. Die Diagnose von Sprach- und Sprechstörungen sollte Ihrer Meinung nach am besten erstellt werden von:“*

*„20. Sind Sie mit den durchgeführten Hörtests zufrieden?“*

*„21. Verweisen Sie zur genaueren Abklärung von Sprach- und Sprechstörungen an:“*

Diese Fragen werden dem Faktor 1 zugeordnet, da sich gezeigt hat, dass die Sprachtherapeuten die Diagnosestellung mit der Kompetenz der Ärzte verbinden und diese Fragen ebenfalls die Diagnose zum Thema haben.

<sup>1</sup> Dies gilt für alle Scores.

Im Score befinden sich nun folgende Variablen:

*Zufriedenheit mit Diagnosestellung; Therapie nach Diagnosestellung; führen eigene Diagnosen durch; von wem Diagnose erstellt werden soll; Berichte richten sich nach Diagnose; halten ärztliche Diagnose für zutreffend; Zufriedenheit mit Hörtests, an wen zur Abklärung verwiesen wird; Kompetenz der Ärzte*

Der Test auf Binomialverteilung ergibt für den Score „endogene Einflussfaktoren“ mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p = 0,000$  (höchst signifikant) an, dass die Mehrheit der Sprachtherapeuten die endogenen Einflussfaktoren negativ bewerten.

Das Ergebnis zeigt, dass insgesamt 85% der Befragten die endogenen Einflussfaktoren als negativ ansehen und 15% der Befragten sehen sie positiv.

		Kategorie	N	Beobachteter Anteil	Testanteil	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Score endogene Einflussfaktoren	Gruppe 1	$\leq 55$	23	0,15	0,50	0,000(a)
	Gruppe 2	$> 55$	126	0,85		
	Gesamt		149	1,00		

Tabelle 14: Binomialtest der endogenen Einflussfaktoren  
Gruppe 1: „Bewerten endogene Einflussfaktoren positiv“, Gruppe 2: „Bewerten endogene Einflussfaktoren negativ“

Die Antwortverteilung in den einzelnen Variablen der endogenen Einflussfaktoren wird nachfolgend dargestellt.

Da die Antworten nur dann repräsentativ sind, wenn sie nicht zufällig entstanden sind, werden die Daten der einzelnen Variablen, die im Ordinalskalenniveau vorliegen, mittels Binomial-Test analysiert und die Signifikanz ermittelt.

Nachfolgend werden nur die Fragen dargestellt, die sich in diesem Test als signifikant erweisen. Es werden dann die Häufigkeiten und ein Balkendiagramm in Prozent dargestellt.

Fragen mit Nominalskala werden mittels Häufigkeiten und Balkendiagramm veranschaulicht.

Die Fragen der 4-stufigen Antwortskala liegen in der Ordinalskala vor, während die Daten mit den mehrfachgestuften Antworten das Nominalskalenniveau aufweisen.

„12. Richten Sie Ihre Therapie nach der angegebenen Diagnose auf der Heilmittelverordnung?“

Nach Angaben der Sprachtherapeuten richtet sich die Mehrheit (60,5%) „wenig“ oder „gar nicht“ nach den Diagnosen auf den Heilmittelverordnungen.

Der Binomialtest ergibt hier ein höchst signifikantes Ergebnis und bestätigt damit, dass die Antwortverteilung in den zwei Gruppen („sehr“, „ziemlich“ und „wenig“, „gar nicht“) aussagekräftig ist.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr	10	3,9	4,0	4,0
	ziemlich	88	34,5	35,5	39,5
	wenig	110	43,1	44,4	83,9
	gar nicht	40	15,7	16,1	100,0
	Gesamt	248	97,3	100,0	
Fehlend	keine Angabe	7	2,7		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 15: Therapien erfolgen nach den Diagnosen auf der HVO

Auf diese Frage haben 7 Personen keine Antwort abgegeben.

Es richten sich mit 4 % nur 10 Personen „sehr“ nach den Diagnosen die auf den Heilmittelverordnungen angegeben sind. Die Mehrheit der Sprachtherapeuten richtet sich nur „wenig“ nach den vorgegebenen Diagnosen (44,4%).

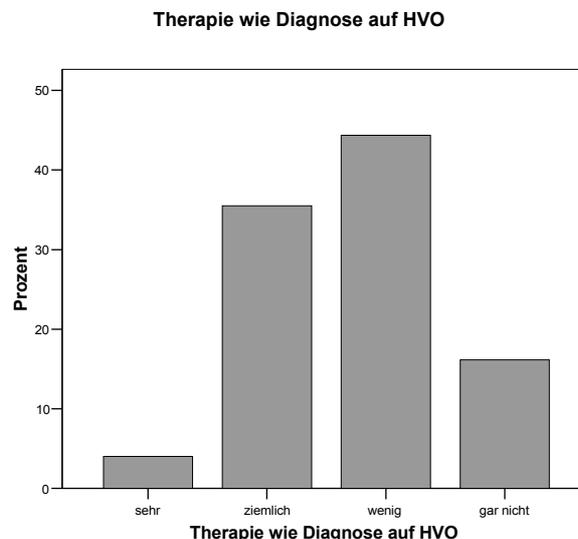


Abbildung 10: Therapien erfolgen nach den Diagnosen auf der HVO

„13. Führen Sie eigene Diagnosen durch?“

Die Testung auf Binomialverteilung ergibt bei dieser Frage ebenfalls ein höchst signifikantes Ergebnis und einen beobachteten Anteil von 1,00 (99,6%). Die zeigt, dass fast alle Sprachtherapeuten „häufig“ oder „sehr häufig“ eigene Diagnosen durchführen.

Dieses eindeutige Ergebnis lässt sich auch in der Häufigkeitsdarstellung sehr gut erkennen. Hier antworten 89,7% der Befragten, dass sie „sehr häufig“ eigene Diagnosen erstellen. Lediglich eine Person gibt an, nur „manchmal“ eigene Diagnose durchzuführen. Keiner der Befragten antwortet mit „nie“.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr häufig	226	88,6	89,7	89,7
	häufig	25	9,8	9,9	99,6
	manchmal	1	0,4	0,4	100,0
	Gesamt	252	98,8	100,0	
Fehlend	keine Angabe	3	1,2		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 16: Sprachtherapeuten führen eigene Diagnosen durch

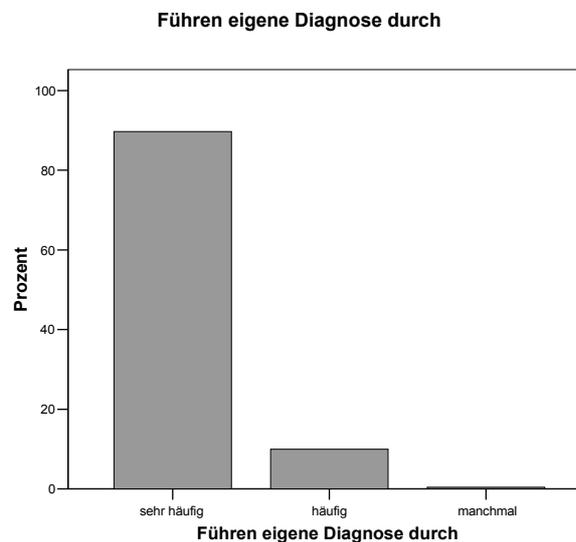


Abbildung 11: Sprachtherapeuten führen eigene Diagnosen durch

„15. Richten Sie sich beim Schreiben von Berichten nach der Diagnose, die der Arzt erstellt?“

Die Testung der Binomialverteilung ergibt auch hier, dass die Antwortverteilung aussagekräftig ist (höchst signifikant).

74,3% der Sprachtherapeuten geben an, dass sie ihre Berichte „wenig“ oder „gar nicht“ nach den ärztlichen Diagnosen richten.

Die Mehrheit mit 46,9 % (115 von 245 abgegebenen Antworten) gibt an, sich nur „wenig“ nach den Diagnosen beim Berichtschreiben zu richten. Hier haben 10 Personen nicht geantwortet.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
sehr	5	2,0	2,0	2,0
ziemlich	58	22,7	23,7	25,7
wenig	115	45,1	46,9	72,7
gar nicht	67	26,3	27,3	100,0
Gesamt	245	96,1	100,0	
Fehlend	keine Angabe	10	3,9	
Gesamt	255	100,0		

Tabelle 17: Berichte richten sich nach der ärztlichen Diagnose

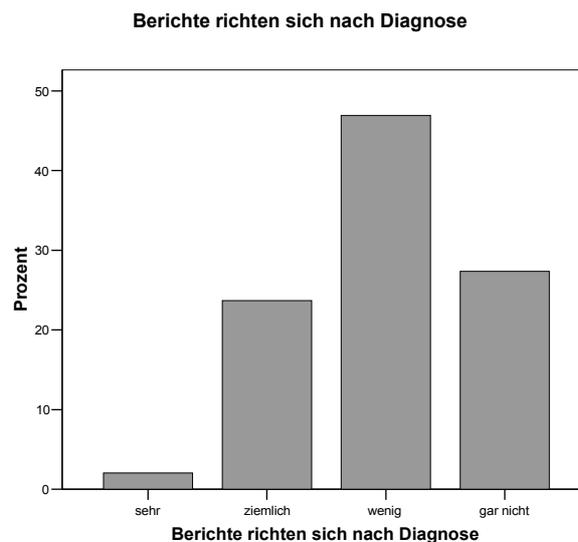


Abbildung 12: Berichte richten sich nach der ärztlichen Diagnose

„17. Die Diagnose von Sprach- und Sprechstörungen sollte am besten erstellt werden von:“

Die Frage von wem die Diagnosen von Sprach- und Sprechstörungen am besten erstellt werden sollten, liegt im Nominalskalenniveau vor. Die Antwortmöglichkeiten hierbei sind: „Ihnen“, „HNO-Ärzten“, „Pädaudiologen“, „Kinderärzten“ und „Sonstigen“.

Da bei der Beantwortung der Frage eine Mehrfachnennung möglich ist, werden die Antwortitems einzeln als Variablen erfasst und Antwortmöglichkeiten mit „ja“, wenn das Item angekreuzt wurde, oder „keine Angabe“, wenn das Item nicht angekreuzt wurde, vergeben. Dadurch soll eine Übersichtlichkeit gewährt werden, die sonst durch die hohe Anzahl an Items die erfasst werden müssten, nicht gegeben wäre.

In nachfolgender Tabelle sind die einzelnen mit „ja“ beantworteten Items zusammengefasst. Wie man erkennen kann, will der Großteil der Sprachtherapeuten die Diagnose selbst erstellen. Die Nennungen, welcher Facharzt die Diagnose erstellen soll, liegen relativ nahe beieinander.

<b>Die Diagnose sollte am besten erstellt werden von:</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Gültige Prozente</b>
Ihnen	223	87,5
HNO-Ärzten	53	20,8
Pädaudiologen	68	26,7
Kinderärzten	60	23,5
Sonstigen	10	3,9

Tabelle 18: Antwortverteilung von wem die Diagnose erstellt werden sollte

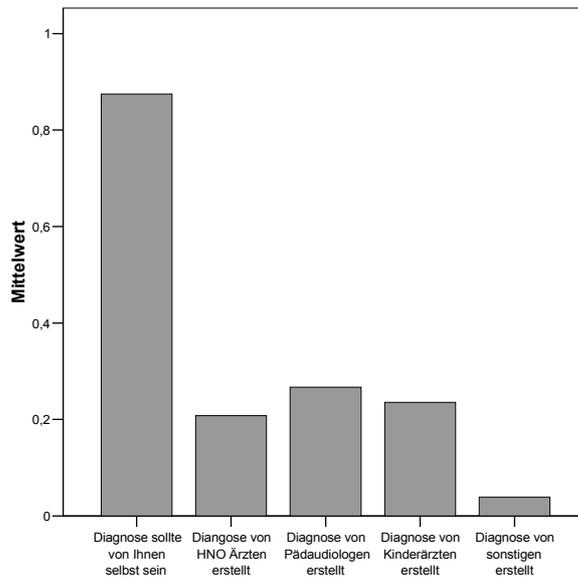


Abbildung 13: Antwortverteilung von wem die Diagnose erstellt werden sollte

Zusätzlich wurde diese Frage mit einer Variable erfasst, die als Antwort „Anderen“, „Ihnen und Anderen“ und „Ihnen“ beinhaltet. Dadurch ist eine Aussage möglich, wie viele Personen die Diagnosen ausschließlich selbst erstellen wollen (56,6%), wie viele Personen die Diagnosen selbst und von Anderen erstellt haben wollen (36,7%) und welcher Anteil der Befragten sich mit Diagnosen zufrieden gibt, die ausschließlich von Anderen als von ihnen selbst erstellt worden sind (6,8%)

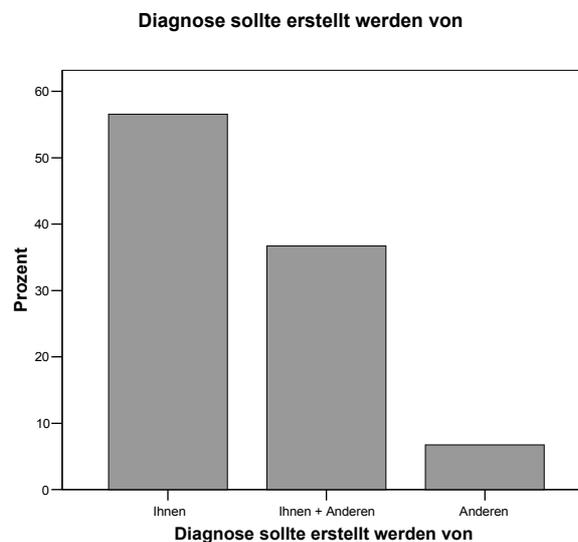


Abbildung 14: Diagnose sollte erstellt werden von:

„20. Sind Sie mit den durchgeführten Hörtests zufrieden?“

Der Binomialtest ergibt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p=0,010$  ein sehr signifikantes Ergebnis. Sprachtherapeuten sind mit den durchgeführten Hörtests „sehr“ oder „ziemlich“ zufrieden (58,4%).

Hinsichtlich der Verteilungen in den einzelnen Items lässt sich erkennen, dass über die Hälfte der Sprachtherapeuten (51,8%) „ziemlich“ mit den Hörtests zufrieden sind. 35,9% sind nur „wenig“ zufrieden.

Auf diese Frage haben 10 Personen nicht geantwortet.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr	16	6,3	6,5	6,5
	ziemlich	127	49,8	51,8	58,4
	wenig	88	34,5	35,9	94,3
	gar nicht	14	5,5	5,7	100,0
	Gesamt	245	96,1	100,0	
Fehlend	keine Angabe	10	3,9		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 19: Häufigkeiten: Zufriedenheit mit den Hörtests



Abbildung 15: Zufriedenheit mit den Hörtests

„21. Verweisen Sie zur genaueren Abklärung von Sprach- und Sprechstörungen an:“

Bei der Frage, an wen Sprachtherapeuten zur Abklärung verweisen, sind wieder Mehrfachnennungen möglich. Daher wurden die einzelnen Antworten der Frage wieder als selbstständige Variablen mit den Antworten „keine Angabe“ oder „ja“ erfasst.

Die Items dieser Frage liegen im Nominalskalenniveau vor.

In der Antwortverteilung ist ersichtlich, dass die meisten Sprachtherapeuten entweder an Pädaudiologen (68,6%) oder an HNO-Ärzte (63,9%) zur Abklärung von Sprach- und Sprechstörungen verweisen.

Zur Abklärung von Sprach- und Sprechstörungen wird verwiesen an:	Häufigkeit	Gültige Prozente
HNO-Arzt	163	63,9
Pädaudiologen	175	68,6
Kinderärzten	41	16,1
Psychiater	24	9,4
Sonstige	73	28,6
Niemanden	10	3,9

Tabelle 20: Häufigkeiten: Verweisen zur Abklärung an

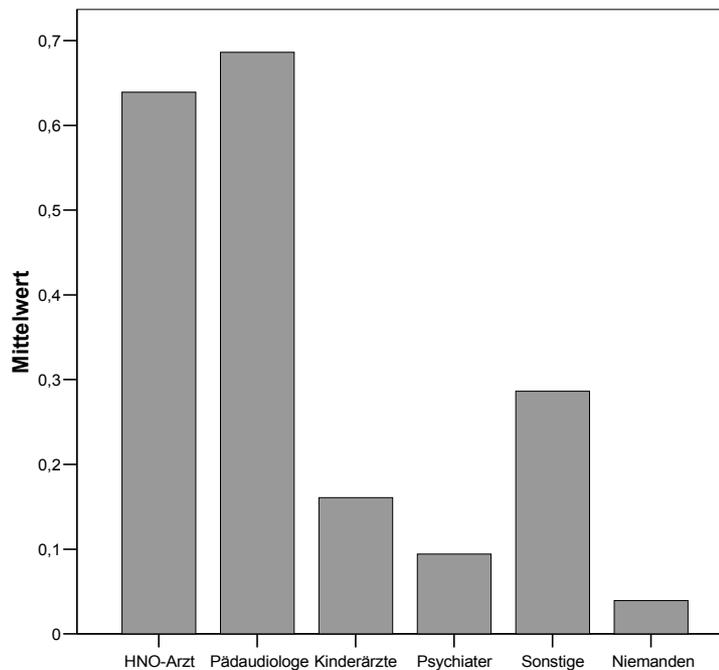


Abbildung 16: Verweisen zur Abklärung an

„37. Für wie kompetent halten Sie folgende Fachleute bzgl. kindlicher Sprachstörungen?

(Bitte Noten von 1-4 vergeben: 1 für sehr kompetent, 4 für nicht kompetent)“

Bei dieser Frage ist es möglich, bei jedem Antwortitem eine Zahl von 1-4 zu vergeben. Von daher werden auch hier die einzelnen Items als separate Variablen erfasst, mit den jeweils neuen Antwortitems von „1 für sehr kompetent“ bis „4 für nicht kompetent“.

Das Signifikanzniveau des Binomialtest zeigt unterschiedliche Ergebnisse.

Die dichotome Antwortverteilung zur Kompetenz der Kinderärzte, Pädaudiologen, Psychiater und Allgemeinärzte ist höchst signifikant. Die Antworten zur Kompetenz der HNO-Ärzte verfehlt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p=0,844$  das Signifikanzniveau und die Antwortverteilung kann somit zufällig entstanden sein.

Auch in der Richtung unterscheiden sich die Antworten.

Während die Mehrheit der Befragten angibt, dass sie die Kinderärzte (64%) und Pädaudiologen (83%) für „sehr“ oder „ziemlich“ kompetent halten, geben sie auch an, dass sie Psychiater (79%) und Allgemeinärzte (87%) für „wenig“ oder „gar nicht“ kompetent bzgl. kindlicher Sprachstörungen halten.

Aus der nachfolgenden Tabelle kann man erkennen, dass Sprachtherapeuten Kinderärzte anteilmäßig am häufigsten für „ziemlich kompetent“ halten (54,7%). Die Pädaudiologen werden von den Befragten am häufigsten mit „sehr kompetent“ bewertet (34,4%). Mit 43,0% wird den Psychiatern die wenigste Kompetenz zugesprochen.

		Kinderärzte	HNO-Ärzte*	Päd- audiologen	Psychiater	Allgemein- ärzte
sehr kompetent	Gültige %	9,4	8,2	34,4	1,7	0,9
	Häufigkeit	22	19	74	3	2
ziemlich kompetent	Gültige %	54,7	40,9	48,4	19,6	12,6
	Häufigkeit	128	95	104	35	28
wenig kompetent	Gültige %	29,9	41,4	14,0	35,8	47,1
	Häufigkeit	70	96	30	64	105
nicht kompetent	Gültige %	6,0	9,5	3,3	43,0	39,5
	Häufigkeit	14	22	7	77	88

Tabelle 21: Häufigkeit der eingeschätzten Kompetenz der Ärzte

\* Keine signifikante Antwortverteilung im Binomialtest

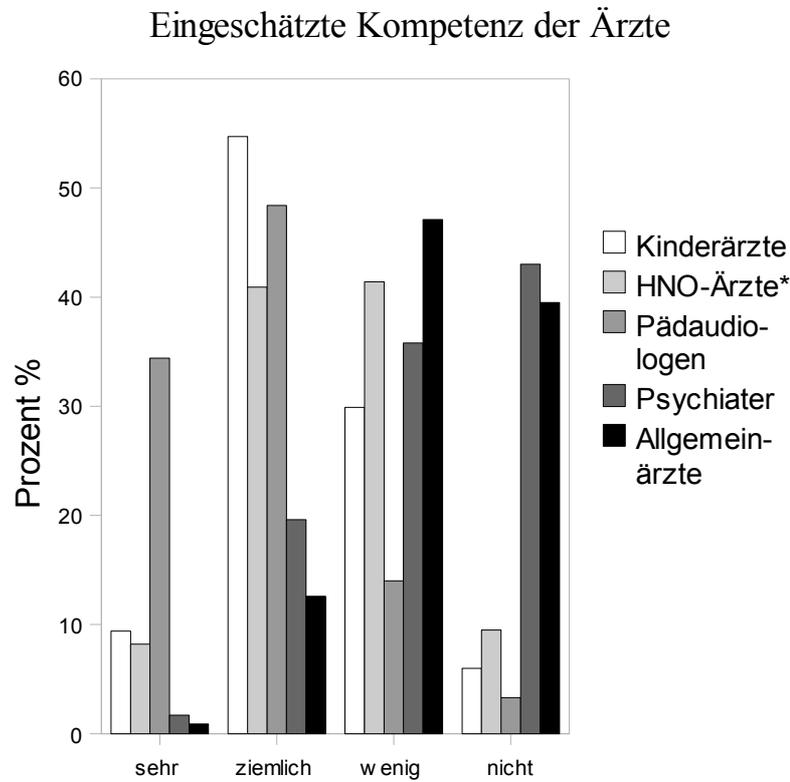


Abbildung 17: Eingeschätzte Kompetenz der Ärzte  
 \*Keine Signifikanz im Binomialtest

Einige Variablen der endogenen Einflussfaktoren weisen keine signifikante Antwortverteilung im Binomialtest auf und sind daher nicht ausführlich dargestellt worden.

Variablen	Irrtumswahrscheinlichkeit p
11. Sind Sie mit der Diagnosestellung auf den Heilmittelverordnungen zufrieden?	0,055*
16. Wie häufig halten Sie die Diagnose des Arztes für zutreffend?	0,568
37. Für wie kompetent halten Sie folgende Fachleute bzgl. kindlicher Sprachstörungen? Hier die Variable: Kompetenz der HNO-Ärzte	0,844

Tabella 22: Variablen die im Binomialtest nicht signifikant sind  
 \* Keine Signifikanz, da keine gerichtete Hypothese zu Grunde gelegt wird, sondern die Aussage, ob die Antworten ungleich verteilt sind oder nicht

### **H3: Sprachtherapeuten fühlen sich durch die exogenen Einflussfaktoren eingeschränkt**

**Ergebnis: Hypothese 3 wird verworfen.**

**Sprachtherapeuten fühlen sich durch die exogenen Einflussfaktoren nicht eingeschränkt.**

Zur Überprüfung dieser Hypothese werden die Variablen die die exogenen Einflussfaktoren betreffen zu einem Score zusammengefasst.

Mittels Faktorenanalyse (Faktor 2) wurden folgende Variablen ausgewählt:

Frage: 8, 9, 24, 26, 27, 28, 29, 31

Als Variable, die von der Faktorenanalyse außer Acht gelassen wurde wird noch thematisch hinzugezogen:

*„10. Sind Sie mit der Therapiezeit (Min.) auf den Heilmittelverordnungen zufrieden?“*

Diese Frage wurde hier zugeordnet, da sie sich, wie die meisten Variablen aus Faktor 2, auch mit der Heilmittelverordnung bzw. deren Vorgaben beschäftigt.

Damit befinden sich im Score zu den exogenen Einflussfaktoren folgende Variablen:

*Probleme aufgrund Heilmittelverordnungen; falsch ausgefüllte Heilmittelverordnungen; Zufriedenheit mit Therapiezeit auf Heilmittelverordnungen; mehr Folgeverordnungen durch Berichte; mit wem Probleme in der Zusammenarbeit auftreten; von wem Heilmittelverordnungen ausgestellt werden; eingeschränkt fühlen durch Heilmittelkatalog oder Krankenkassen; welche Bereiche des Heilmittelkataloges betroffen sind; eingeschränkt fühlen durch das ärztliche Budget.*

Bei nominalskalierten Variablen wurden die Antwortitems wieder als neue Variablen erfasst, um eine übersichtlichere Datenerfassung zu erlangen und die Auswertung sinnvoll zu ermöglichen.

Bei der Bildung des Scores muss man die Gewichtung der einzelnen Fälle beachten, da eine Frage sonst mehrfach gewertet wird. Betrifft dies eine Frage, bei deren Antwort es direkt um die Zusammenarbeit oder die Kompetenz der Ärzte geht, wird diese Frage mit den neuen einzelnen Variablen direkt in den Score übernommen. Falls aber neue Variablen zu einer Frage gebildet wurden, die thematisch dadurch zu viel Gewichtung bekommen würden, wird dies bei der Bildung des Scores beachtet und deren Antworten wieder als eine Frage gewertet.

Der Test auf Binomialverteilung zeigt in der Antwortverteilung der zwei Gruppen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit  $p=0,036$  ein signifikantes Ergebnis.

Die Antwortverteilung der Gruppe weicht hier nur leicht voneinander ab, ist durch das erreichte Signifikanzniveau aber von Bedeutung.

Die knappe Mehrheit (57%) der Sprachtherapeuten geben an, dass die exogenen Einflussfaktoren sie nicht bzw. nur wenig einschränken.

		Kategorie	N	Beobachteter Anteil	Testanteil	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Score exogene Einflussfaktoren	Gruppe 1	$\leq 32,5$	126	0,57	0,50	0,036(a)
	Gruppe 2	$> 32,5$	94	0,43		
	Gesamt		220	1,00		

Tabelle 23: Binomialtest der exogenen Einflussfaktoren

Gruppe 1: „Fühlen sich durch exogenen Einflussfaktoren nicht eingeschränkt“, Gruppe 2: „Fühlen sich durch exogenen Einflussfaktoren eingeschränkt“

a Basiert auf der Z-Approximation.

Die Häufigkeitsverteilungen der Antworten in den einzelnen Variablen zu den exogenen Einflussfaktoren werden, soweit signifikant, nachfolgend dargestellt.

„9. Erhalten Sie häufig Heilmittelverordnungen die falsch ausgefüllt sind?“

Die Mehrheit (71,3%) der befragten Sprachtherapeuten gibt an, dass sie Heilmittelverordnungen erhalten, die „sehr häufig“ oder „häufig“ falsch ausgefüllt sind. Der Signifikanztest der Binomialverteilung ergibt ein höchst signifikantes Ergebnis.

In der Häufigkeitsdarstellung kann man erkennen, dass die Antwortverteilung von „sehr häufig“ mit 32,3 % und „häufig“ mit 39,0% (der abgegebenen Antworten) auch relativ nah beieinander liegt.

Es gibt aber auch Sprachtherapeuten die noch nie eine falsch ausgefüllte Heilmittelverordnung erhalten haben (2,4% = 6 Personen). Insgesamt enthielten sich hier 4 Sprachtherapeuten ihrer Stimme.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr häufig	81	31,8	32,3	32,3
	häufig	98	38,4	39,0	71,3
	manchmal	66	25,9	26,3	97,6
	nie	6	2,4	2,4	100,0
	Gesamt	251	98,4	100,0	
Fehlend	keine Angabe	4	1,6		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 24: Häufigkeiten: Falsch ausgefüllte Heilmittelverordnungen

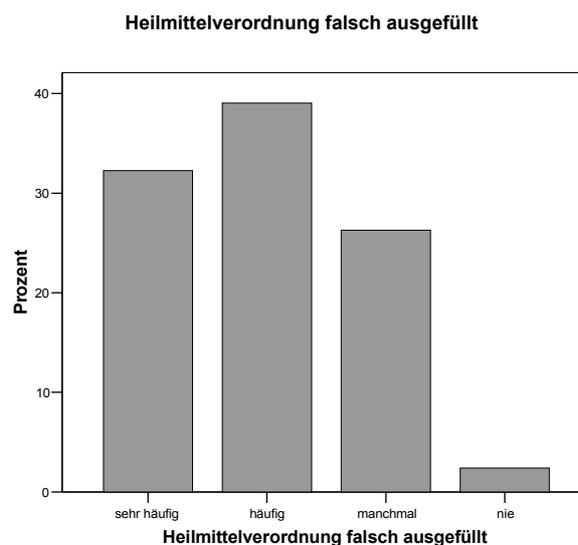


Abbildung 18: Falsch ausgefüllte Heilmittelverordnungen

„10. Sind Sie mit der Therapiezeit (Min.) auf den Heilmittelverordnungen zufrieden?“

Auf die Frage, wie zufrieden sie mit der Therapiezeit in Minuten sind, haben 82,4% der Sprachtherapeuten (201 von 244) geantwortet, dass sie „sehr“ oder „ziemlich“ zufrieden sind. Die Verteilung der Antworten ist lt. des Binomialtests auch hier höchst signifikant.

Hinsichtlich der Antwortverteilung in den einzelnen Items ist bei dieser Frage auffällig, dass über die Hälfte der Befragten (54,1% der abgegebenen Antworten) „ziemlich“ zufrieden sind. Es gibt hier auch nur einen geringen Anteil mit 3,7% der Antworten, der „gar nicht“ mit der Therapiezeit zufrieden ist.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr	69	27,1	28,3	28,3
	ziemlich	132	51,8	54,1	82,4
	wenig	34	13,3	13,9	96,3
	gar nicht	9	3,5	3,7	100,0
	Gesamt	244	95,7	100,0	
Fehlend	keine Angabe	11	4,3		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 25: Häufigkeiten: Zufrieden mit der Therapiezeit

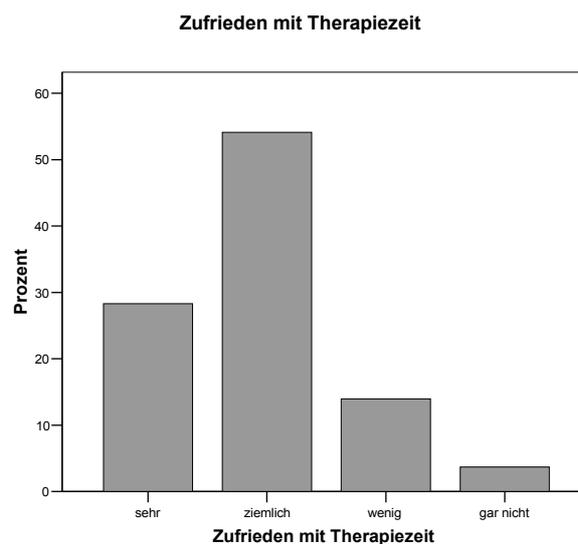


Abbildung 19: Zufrieden mit der Therapiezeit

„24. Erleichtern Berichte das Erhalten von Folgeverordnungen?“

Auch bei dieser Frage zeigt die Binomialverteilung ein höchst signifikantes Ergebnis, bei dem 75,1% der Sprachtherapeuten angeben, dass Berichte das Erhalten von Folgeverordnungen „sehr“ oder „ziemlich“ erleichtern.

Bei dieser Frage gibt es mit 7,1% (18 Personen) relativ viele Enthaltungen.

Die meisten Antworten findet man bei den Items „ziemlich“ mit 41,8%, gefolgt von „sehr“ mit 33,3%.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr	79	31,0	33,3	33,3
	ziemlich	99	38,8	41,8	75,1
	wenig	50	19,6	21,1	96,2
	gar nicht	9	3,5	3,8	100,0
	Gesamt	237	92,9	100,0	
Fehlend	keine Angabe	18	7,1		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 26: Häufigkeit des leichteren Erhaltens von Folgeverordnungen durch Berichte

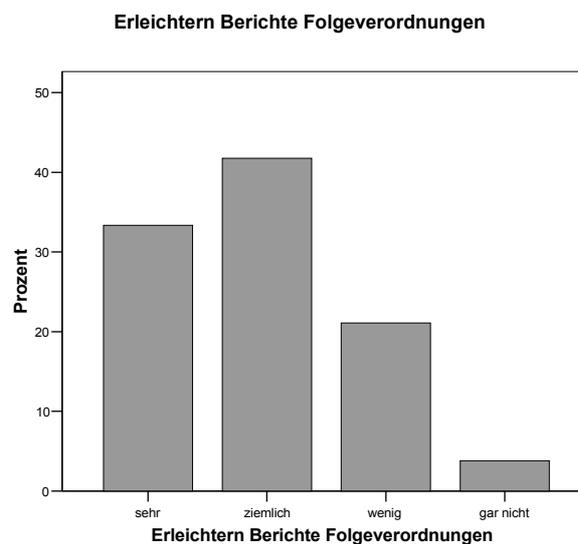


Abbildung 20: Häufigkeit des leichteren Erhaltens von Folgeverordnungen durch Berichte

„26. Die Probleme hinsichtlich der Zusammenarbeit betreffen hauptsächlich:“

Bei der Frage wen die Probleme mit der Zusammenarbeit hauptsächlich betreffen, ist wieder eine Mehrfachnennung möglich gewesen, daher wurden einzelne Variablen mit der Antwortmöglichkeit „ja“ und „keine Angabe“ erstellt. Auch hier liegt eine Nominalskala vor.

Am meisten Probleme in der Zusammenarbeit gibt es laut den Sprachtherapeuten mit Kinderärzten (47,1%), gefolgt von Problemen mit Allgemeinärzten (42,7%). Die wenigsten Probleme in der Zusammenarbeit gibt es mit Pädaudiologen (4,7%).

Probleme mit der Zusammenarbeit betreffen:	Häufigkeit	Gültige Prozente
Kinderärzte	120	47,1
HNO-Ärzte	66	25,9
Pädaudiologen	12	4,7
Psychiater	13	5,1
Allgemeinärzte	109	42,7

Tabelle 27: Häufigkeit der Probleme bei der Zusammenarbeit

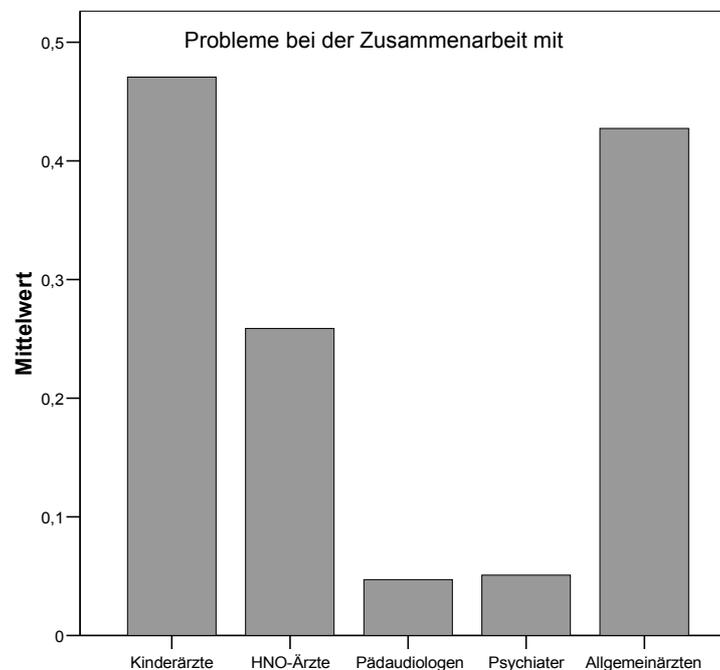


Abbildung 21: Häufigkeit der Probleme bei der Zusammenarbeit

Da hier eine Nominalskala vorliegt, werden diese Variablen wieder zu einer neuen Variable zusammengefasst, die mindestens Ordinalskalenniveau aufweist. Dazu wurden Antwortitems vorgegeben, die erfassen sollen, mit wie vielen Arztgruppen die Befragten Probleme haben.

Der Test auf Binomialverteilung zeigt hier ein höchst signifikantes Ergebnis in den beiden Gruppen „Probleme mit 3 oder mehr Arztgruppen“ und „Probleme mit 2 Arztgruppen oder weniger“.

Die Mehrheit von fast 89,8% gibt an, Probleme mit 2 oder weniger Arztgruppen zu haben. In der Verteilung der einzelnen Items haben die meisten Sprachtherapeuten angegeben, nur mit einer Arztgruppe Probleme zu haben (40%). 63 Personen (24,7%) geben hier nicht an, ob sie mit einer Arztgruppe Probleme haben.

*„27. Ihre Heilmittelverordnung erhalten Sie hauptsächlich von:“*

Auch bei dieser Frage sind Mehrfachnennungen möglich, daher wurden die Items wieder als einzelne Variablen mit „keine Angabe“ und „ja“ erfasst. Das Skalenniveau ist die Nominalskala.

In der Antwortverteilung kann man deutlich erkennen, dass die meisten Heilmittelverordnungen (91,8%) von Kinderärzten ausgestellt werden. Am wenigsten überweisen Psychiater an Sprachtherapeuten (2,0%).

<b>Sprachtherapeuten erhalten Heilmittelverordnungen von:</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Gültige Prozente</b>
Kinderärzten	234	91,8
HNO-Ärzten	165	64,7
Pädaudiologen	28	11,0
Psychiatern	5	2,0
Allgemeinärzten	101	39,6

*Tabelle 28: Häufigkeit der erhaltenen HVO von Ärzten*

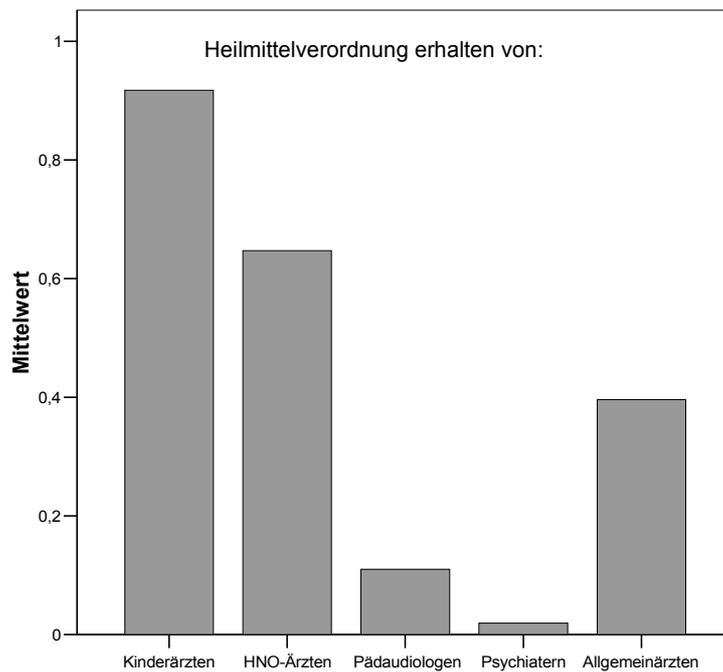


Abbildung 22: Häufigkeit der erhaltenen HVO von Ärzten

Da auch hier eine Mehrfachnennung möglich ist, werden diese Variablen zu der neuen Variable „Erhalten Heilmittelverordnung von mehreren Ärzten“ zusammengefasst. Damit kann dargestellt werden, von wie vielen verschiedenen Ärztegruppen Verordnungen ausgestellt werden.

Mit dem Test auf Binomialverteilung wird getestet, ob es eine Gleichverteilung der Antworten zwischen den Gruppen „von 2 Ärztegruppen oder weniger“ und „von 3 Ärztegruppen oder mehr“ gibt. Das Ergebnis ist höchst signifikant und zeigt eine Ungleichverteilung an, bei der die Mehrheit der Sprachtherapeuten (65%) ihre Verordnungen von 2 Ärztegruppen oder weniger erhalten.

In der Verteilung pro Item lässt sich erkennen, dass die meisten Sprachtherapeuten (37,3%) von zwei verschiedenen Arztgruppen Heilmittelverordnungen erhalten haben, gefolgt von drei verschiedenen Arztgruppen (30,2%).

„28. Fühlen Sie sich durch den Heilmittelkatalog bzw. Krankenkassen in Ihrer Therapie eingeschränkt?“

„29. Falls ja, durch Vorgaben zu:“

Die Irrtumswahrscheinlichkeit im Binomialtest der Frage 28 ergibt hier eine höchst signifikante Antwortverteilung. Die Mehrheit der Sprachtherapeuten (70,3%) fühlt sich „sehr“ oder „ziemlich“ durch den Heilmittelkatalog oder die Krankenkassen eingeschränkt. In der einzelnen Antwortverteilung erkennt man, dass die meisten Sprachtherapeuten (39,8%) sich „ziemlich“ eingeschränkt fühlen. Lediglich 3,3% fühlen sich „gar nicht“ durch den Heilmittelkatalog oder die Krankenkassen eingeschränkt. Auf diese Frage haben neun Personen nicht geantwortet.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr	75	29,4	30,5	30,5
	ziemlich	98	38,4	39,8	70,3
	wenig	65	25,5	26,4	96,7
	gar nicht	8	3,1	3,3	100,0
	Gesamt	246	96,5	100,0	
Fehlend	keine Angabe	9	3,5		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 29: Häufigkeit: Fühlen sich eingeschränkt durch Heilmittelkatalog bzw. Krankenkassen

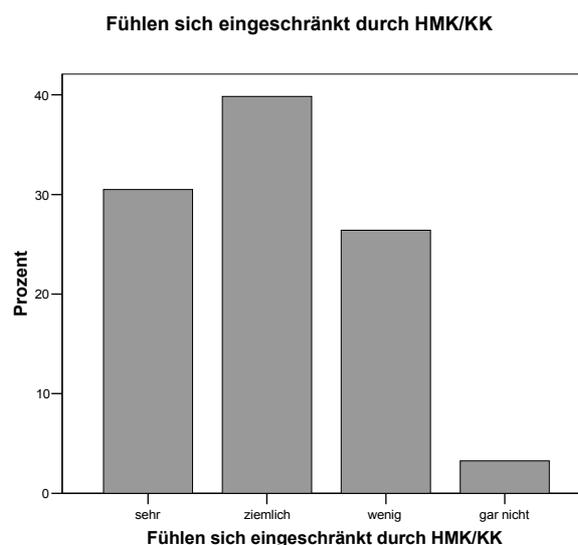


Abbildung 23: Fühlen sich eingeschränkt durch Heilmittelkatalog bzw. Krankenkassen

Bei Frage 29 gibt es wieder die Möglichkeit der Mehrfachnennung. Daher werden neue Variablen erzeugt und mit „ja“ bzw. „keine Angabe“ als Items versehen.

Die Antwortverteilung zeigt, dass sich die meisten Sprachtherapeuten durch die vorgegebenen Stundenzahlen eingeschränkt fühlen (65,5%).

Sprachtherapeuten fühlen sich eingeschränkt durch:	Häufigkeit	Gültige Prozente
Therapiedauer	86	33,7
Stundenzahl	167	65,5
Einteilung der Störungsbilder	93	36,5
Sonstiges	50	19,7

Tabelle 30: Häufigkeit: Fühlen sich eingeschränkt durch

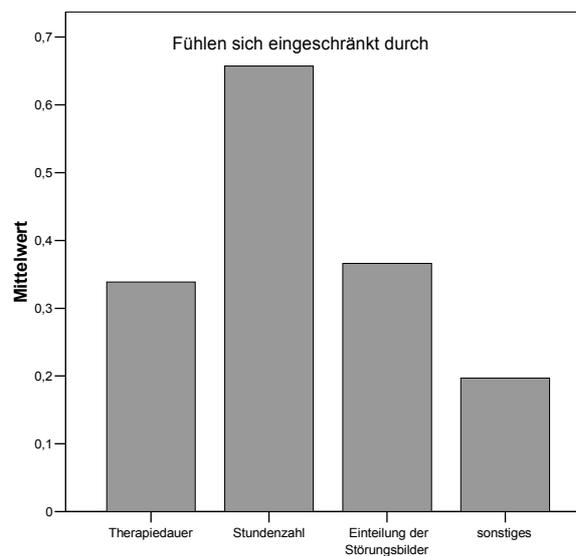


Abbildung 24: Häufigkeit: Fühlen sich eingeschränkt durch

Auch bei dieser Frage werden die Variablen wieder zu einer Variable zusammengefasst um herauszufinden, ob die Sprachtherapeuten sich durch einen oder mehrere Punkte eingeschränkt fühlen. Dadurch wird eine Variable im Ordinalskalenniveau gebildet.

Der Binomialtest ergibt hier ein höchst signifikantes Niveau. Die Mehrheit (83,5%) fühlt sich durch 2 Punkte oder weniger eingeschränkt.

In der Verteilung der einzelnen Items erkennt man, dass die meisten Sprachtherapeuten sich durch einen Punkt (36,1%) oder durch zwei Punkte (33,7%) eingeschränkt fühlen.

Es gibt hier auch 35 Befragte (13,7%), die keine Angaben dazu gemacht haben.

„31. Wie stark fühlen Sie sich durch Budget/Kosten der Ärzte in Ihrer Therapie eingeschränkt?“

Auch bei dieser Frage kann durch den Test auf Binomialverteilung eine höchst signifikante Antwortverteilung ermittelt werden. Die meisten Sprachtherapeuten (68,5%) fühlen sich „sehr“ oder „ziemlich“ durch das Budget/die Kosten der Ärzte eingeschränkt.

Betrachtet man die einzelnen Antworten, so erkennt man, dass die Mehrheit der Befragten (41,9%) sich „ziemlich“ durch das Budget/die Kosten eingeschränkt fühlen, während die Angaben zu „sehr“ eingeschränkt (26,6%) und „wenig“ eingeschränkt (28,2%) sich nur geringfügig unterscheiden. 3,3 % fühlen sich „gar nicht“ eingeschränkt.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr	64	25,1	26,6	26,6
	ziemlich	101	39,6	41,9	68,5
	wenig	68	26,7	28,2	96,7
	gar nicht	8	3,1	3,3	100,0
	Gesamt	241	94,5	100,0	
Fehlend	keine Angabe	14	5,5		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 31: Häufigkeit: Fühlen sich durch Budget/Kosten der Ärzte eingeschränkt

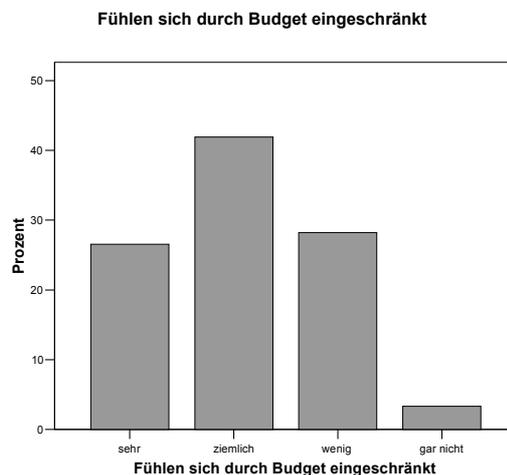


Abbildung 25: Häufigkeit: Fühlen sich durch Budget/Kosten der Ärzte eingeschränkt

Variablen der exogenen Einflussfaktoren die im Binomialtest nicht signifikant sind:

Variable	Irrtumswahrscheinlichkeit p
8. Ergeben sich aufgrund der Heilmittelverordnung Probleme mit den Ärzten?	0,526

Tabelle 32: Variablen die im Binomialtest nicht signifikant sind

#### H4: Sprachtherapeuten bewerten die direkten Einflussfaktoren negativ

**Ergebnis: Hypothese 4 wird verworfen.**

**Sprachtherapeuten bewerten die direkten Einflussfaktoren positiv.**

Auch zur Überprüfung der vierten Hypothese werden die Variablen zu einem Score zusammengefasst. Grundlage bilden wieder die Variablen, die durch die Faktorenanalyse generiert wurden: Frage Nr. 14, 18, 19, 22, 23, 32, 34, 35, 36

Thematisch dazu geordnet werden noch folgende Variablen:

„25. Halten Sie Ärzte für interessiert an Ihren Berichten?“

„30. Willigen Sie ein, sich zur besseren Zusammenarbeit von Ihrer Schweigepflicht entbinden zu lassen?“

„33. Die Zusammenarbeit wird initiiert durch:“

Wie in den Variablen des Faktors 3 der Faktorenanalyse wird auch hier direkt die Zusammenarbeit angesprochen bzw. die Auswirkung von Berichten.

Der neu gebildete Score enthält damit folgende Variablen:

*Rücksprache wegen Diagnose; kennen Tests; benutzen Tests; halten Berichte für sinnvoll; Feedback aufgrund von Berichten; halten Ärzte für interessiert an Berichte; Entbindung von Schweigepflicht; Kontakt halten; wer Zusammenarbeit initiiert; finden Zusammenarbeit hilfreich; würden Zeit investieren; mit wem sie Zusammenarbeit möchten.*

Der Test auf Binomialverteilung zeigt bei den direkten Einflussfaktoren mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p=0,000$  eine höchst signifikante Antwortverteilung. Die Mehrheit der Sprachtherapeuten (85%) bewertet die direkten Einflussfaktoren positiv.

		Kategorie	N	Beobachteter Anteil	Testanteil	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Score direkte Einflussfaktoren	Gruppe 1	$\leq 47,5$	171	0,85	0,50	0,000(a)
	Gruppe 2	$> 47,5$	31	0,15		
	Gesamt		202	1,00		

Tabelle 33: Binomialtest der direkten Einflussfaktoren  
Gruppe 1: „Bewerten direkte Einflussfaktoren positiv“, Gruppe 2: „Bewerten direkte Einflussfaktoren negativ“

„18. Welche der folgenden Tests kennen Sie?“ „19. Welche Tests benutzen Sie?“

Mit diesen Fragen wurden viele gängige Tests zur Sprachentwicklung abgefragt. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich. Die vorliegende Skala ist jeweils die Nominalskala. Zur leichteren Auswertung wurden auch bei diesen Fragen die Items als einzelne Variablen erfasst und mit „ja“ oder „keine Antwort“ als Items festgehalten.

Test	Häufigkeit der bekannten Tests	Gültige Prozente der bekannten Tests	Häufigkeit der benutzten Tests	Gültigen Prozente der benutzten Tests
SETK	185	72,5	122	47,8
HSET	232	91,0	136	53,3
IDIS	33	12,9	12	4,7
PET	210	82,4	98	38,4
ELFRA	104	40,8	57	22,4
SEV	86	33,7	38	14,9
BUEVA	11	4,3	2	0,8
Lauttreppe nach Möhring	106	41,6	37	14,5
Dr. Kottmann	11	4,3	4	1,6
Sonstige			221	86,7

Tabelle 34: Häufigkeiten der bekannten und benutzten Tests

Aus vorangehender Tabelle kann man deutlich erkennen, dass der Anteil der bekannten Tests über dem der benutzten Tests liegt. Der bekannteste und am häufigsten benutzte Test (außer Sonstige) in dieser Umfrage ist der HSET, gefolgt vom PET als bekanntester Test und dem SETK als benutzter Test. Am wenigsten bekannt und benutzt ist die BUEVA und der Test nach Dr. Kottmann.

Als Antwortmöglichkeit bei der Frage nach den benutzten Tests war auch „Sonstige“ möglich. Wie man erkennen kann, benutzen die meisten Befragten andere Tests als die hier vorgegebenen.

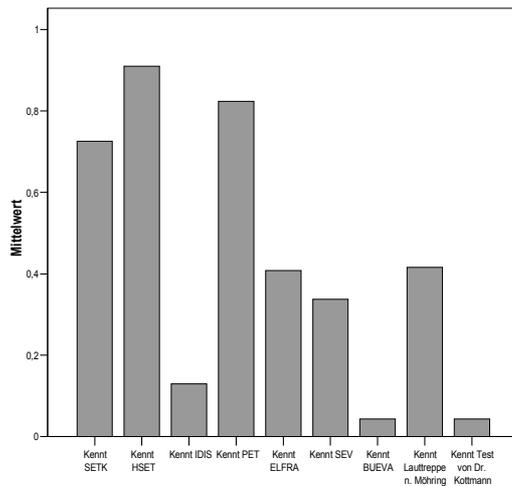


Abbildung 26: Bekannte Tests

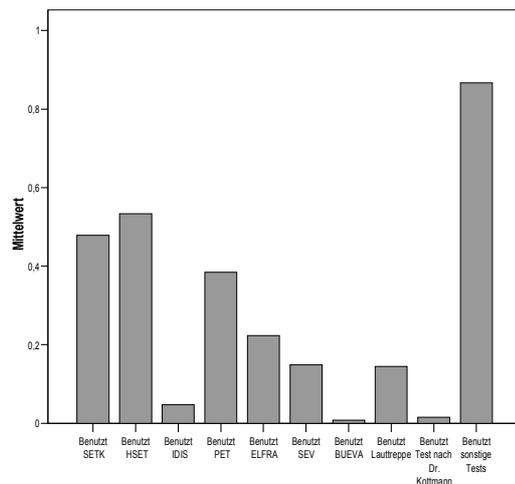


Abbildung 27: Benutzte Tests

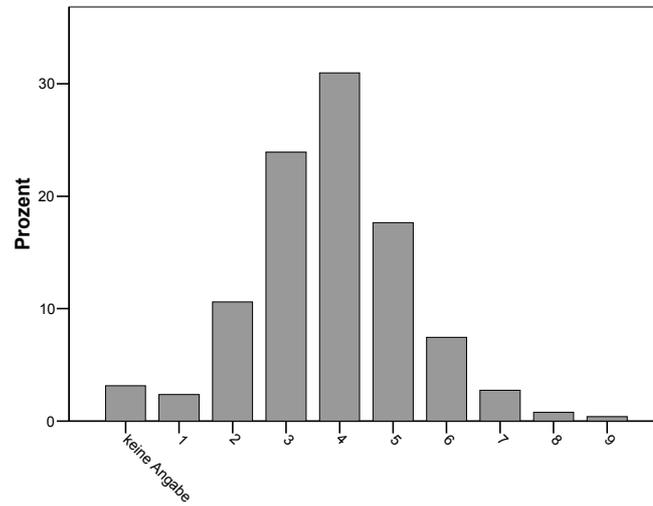
Bei diesen Fragen wurden ebenfalls neue Variablen ermittelt um mindestens eine Ordinalskala zu erhalten und damit später weitere Auswertungen durchführen zu können. Die neuen Variablen „Wie viele Tests sind bekannt“ bzw. „Wie viele Tests werden benutzt“ erfassen damit keine spezifischen Tests, sondern die Anzahl der abgegebenen Antworten. Der Binomialtest zeigt ein höchst signifikantes Niveau bei der Aussage, ob die Mehrheit der Sprachtherapeuten mindestens 5 Tests oder mehr *kennt*.

Das aussagekräftige Ergebnis zeigt an, dass über die Hälfte der Befragten *weniger* als 5 Tests kennt (71%). Mittels der Häufigkeitsverteilung erkennt man, dass die meisten Sprachtherapeuten 4 Tests kennen (31,0%).

Auch der Binomialtest der neuen Variablen „Wie viele Tests werden benutzt“ zeigt ein höchst signifikantes Ergebnis. Da hier die Itemverteilung bis „10 und mehr Tests“ möglich ist, besteht Gruppe 1 der Binomialverteilung aus: „Benutzt 5 Tests oder weniger“ und die Gruppe 2 aus „Benutzt 6 Tests oder mehr“. Die Binomialverteilung zeigt, dass die Mehrheit (67,8%) 5 Tests oder weniger benutzt.

Anhand der Häufigkeitsverteilung erkennt man, dass die meisten Sprachtherapeuten 3 Tests benutzen (18,8%). Die Benutzung von einem, zwei, vier, fünf oder sechs Tests liegt dabei relativ eng beieinander.

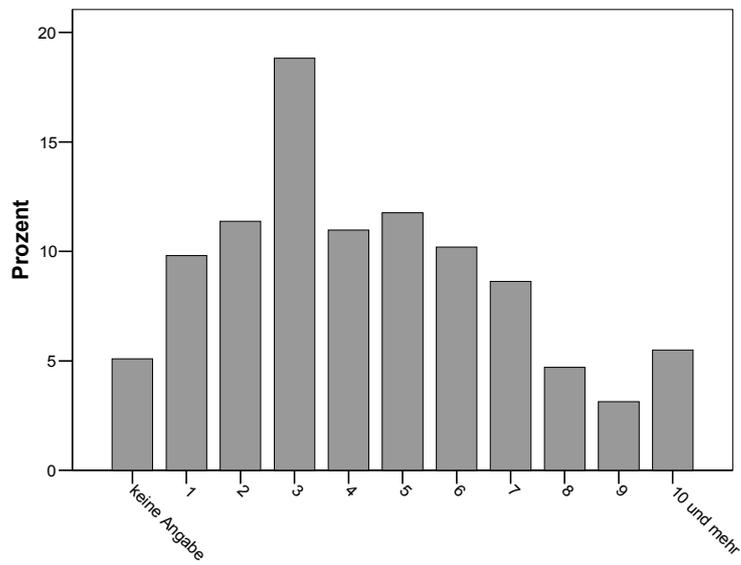
**Wie viele Test sind bekannt**



**Wie viele Test sind bekannt**

Abbildung 28: Häufigkeiten der bekannten Tests

**Wie viele Tests werden benutzt**



**Wie viele Tests werden benutzt**

Abbildung 29: Häufigkeiten der benutzten Tests

„22. Halten Sie das Schreiben von Berichten für sinnvoll?“

Der Test auf Binomialverteilung zeigt, dass die Angaben zu diesen Antworten höchst signifikant sind. Mit 82,9% der abgegebenen Stimmen geben Sprachtherapeuten an, dass sie Berichte für „sehr“ oder „ziemlich“ sinnvoll halten.

In der Antwortverteilung haben hier über die Hälfte der Befragten (54,2%) mit „sehr“ geantwortet.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr	136	53,3	54,2	54,2
	ziemlich	72	28,2	28,7	82,9
	wenig	40	15,7	15,9	98,8
	gar nicht	3	1,2	1,2	100,0
	Gesamt	251	98,4	100,0	
Fehlend	keine Angabe	4	1,6		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 35: Häufigkeiten: Halten Berichte für sinnvoll

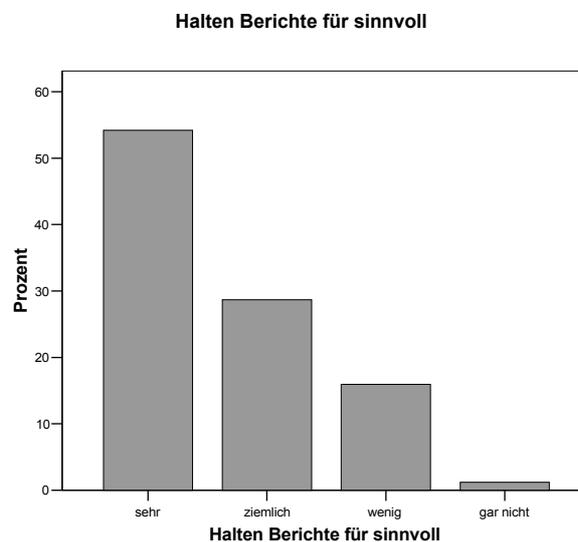


Abbildung 30: Halten Berichte für sinnvoll

„23. Erhalten Sie aufgrund Ihrer Berichte Feedback von den Ärzten?“

Mit einer höchst signifikanten Antwortverteilung im Binomialtest wird angegeben, dass der Großteil der Befragten (88,1%), „manchmal“ oder „nie“ Feedback von den Ärzten aufgrund ihrer Berichte erhält.

In der einzelnen Itemsbetrachtung gibt die Mehrheit an, dass sie „manchmal“ Feedback erhält (49,6%). Mit 38,5% geben aber auch viele Sprachtherapeuten an, dass sie „nie“ Feedback auf ihre Berichte bekommen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr häufig	9	3,5	3,6	3,6
	häufig	21	8,2	8,3	11,9
	manchmal	125	49,0	49,6	61,5
	nie	97	38,0	38,5	100,0
	Gesamt	252	98,8	100,0	
Fehlend	keine Angabe	3	1,2		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 36: Häufigkeit des Feedbacks nach Berichten

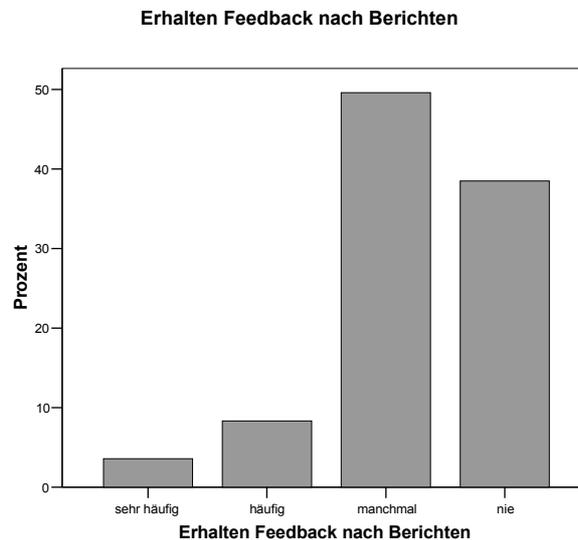


Abbildung 31: Häufigkeit des Feedbacks nach Berichten

„25. Halten Sie Ärzte für interessiert an Ihren Berichten?“

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p=0,04$  hat diese Frage das Signifikanzniveau noch erreicht. Die Antwortverteilungen im Binomialtest liegen hier näher beieinander. Für nur „wenig“ oder „gar nicht“ interessiert an ihren Berichten hält die Mehrheit von Sprachtherapeuten (56,8%) die Ärzte.

Die Antwortverteilungen liegen auch in den einzelnen Items relativ nahe zusammen mit 36,6% für „ziemlich“ interessiert und 49,8% mit „wenig“ interessiert halten an den Berichten.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr	16	6,3	6,6	6,6
	ziemlich	89	34,9	36,6	43,2
	wenig	121	47,5	49,8	93,0
	gar nicht	17	6,7	7,0	100,0
	Gesamt	243	95,3	100,0	
Fehlend	keine Angabe	12	4,7		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 37: Häufigkeit des interessiert Haltens von Ärzten an den Berichten

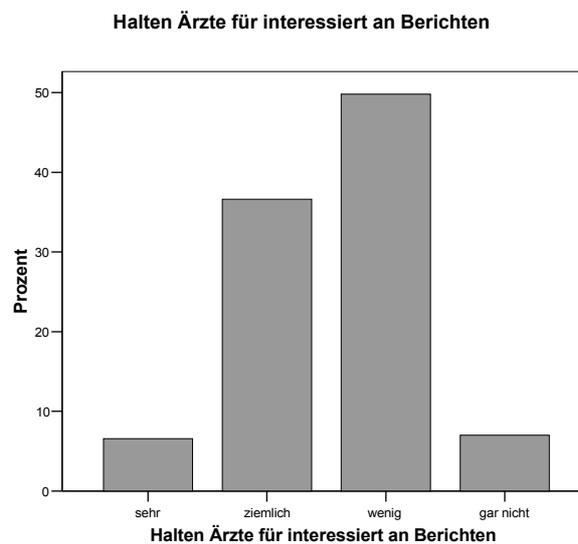


Abbildung 32: Häufigkeit des interessiert Haltens von Ärzten an den Berichten

„30. Willigen Sie ein, sich zur besseren Zusammenarbeit von Ihrer Schweigepflicht entbinden zu lassen?“

Mit 84,6% willigt die Mehrheit der Sprachtherapeuten ein, sich von ihrer Schweigepflicht für eine bessere Zusammenarbeit entbinden zu lassen. Der Test auf Binomialverteilung ergibt ein höchst signifikantes Ergebnis.

Hinsichtlich der Antwortverteilung in den Items erkennt man, dass auf diese Frage mit 13,3% viele Sprachtherapeuten (34 Personen) nicht geantwortet haben.

Mit 55,2% willigt die absolute Mehrheit der Befragten ein, sich „sehr“ häufig von der Schweigepflicht entbinden zu lassen.

**Entbindung von Schweigepflicht**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr	122	47,8	55,2	55,2
	ziemlich	65	25,5	29,4	84,6
	wenig	20	7,8	9,0	93,7
	gar nicht	14	5,5	6,3	100,0
	Gesamt	221	86,7	100,0	
Fehlend	keine Angabe	34	13,3		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 38: Häufigkeit: Entbindung von der Schweigepflicht

**Entbindung von Schweigepflicht**

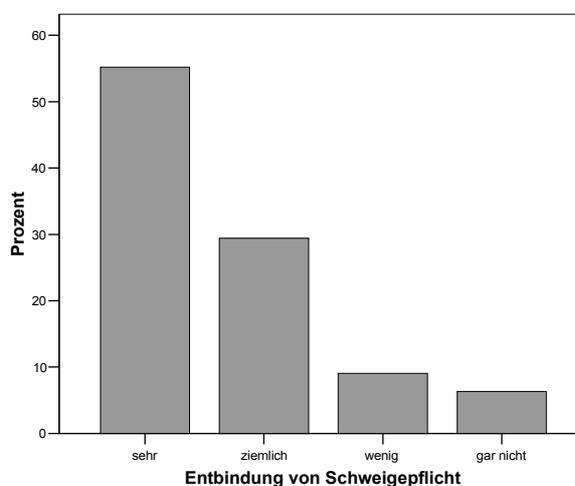


Abbildung 33: Häufigkeit: Entbindung von der Schweigepflicht

„32. Halten Sie Kontakt (z.B. telefonisch) zu Ärzten“

Zu dieser Frage ergibt der Test auf Binomialverteilung eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p=0,000$  und damit wieder ein höchst signifikantes Niveau. Die Mehrheit der Sprachtherapeuten (70,5%) gibt an, „sehr“ oder „ziemlich“ Kontakt zu Ärzten zu halten. Die Einzelauswertung sagt aus, dass keiner der Befragten gar keinen Kontakt zu den Ärzten hält. Die meisten halten „ziemlich“ Kontakt (39,4%). Die Antwortverteilung zwischen „sehr“, „ziemlich“ und „wenig“ liegt jedoch relativ nahe beieinander.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr	78	30,6	31,1	31,1
	ziemlich	99	38,8	39,4	70,5
	wenig	74	29,0	29,5	100,0
	Gesamt	251	98,4	100,0	
Fehlend	keine Angabe	4	1,6		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 39: Häufigkeit: Kontakt halten zu Ärzten

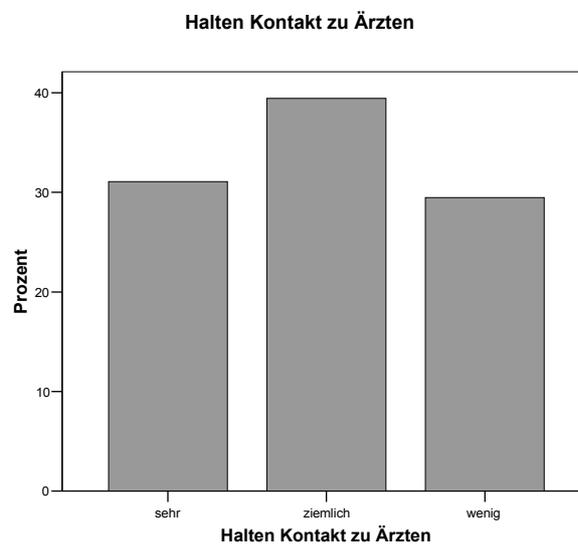


Abbildung 34: Häufigkeit: Kontakt halten zu Ärzten

„33. Die Zusammenarbeit wird initiiert durch:“

Da bei dieser Frage wieder Mehrfachnennungen möglich sind, werden die Antwortitems als neue Variablen gespeichert mit den jeweiligen Items „keine Angabe“ oder „ja“. Hier liegt wieder eine Nominalskala vor.

Die Antwortverteilungen zu dieser Frage zeigen, dass die Mehrheit der Sprachtherapeuten angibt, dass die Zusammenarbeit durch sie initiiert wird (96,1%).

Die Zusammenarbeit wird initiiert durch:	Häufigkeit	Gültige Prozente
Sprachtherapeuten (Sie selbst)	245	96,1
Ärzte	67	26,3
Sonstige	14	5,5
Keinen	5	2,0

Tabelle 40: Häufigkeit: Wer die Zusammenarbeit initiiert

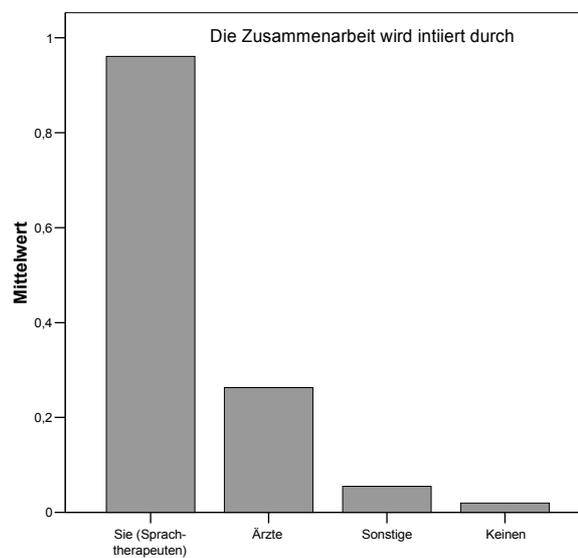


Abbildung 35: Häufigkeit: Wer die Zusammenarbeit initiiert

„34. Die Zusammenarbeit mit Ärzten finde ich für meine Therapie hilfreich.“

Die Mehrheit der Befragten (78,2%) findet die Zusammenarbeit mit Ärzten für ihre Therapie „sehr“ oder „ziemlich“ hilfreich. Der Binomialtest ermittelt hier wiederum ein höchst signifikantes Ergebnis.

Bei den Verteilungen in den einzelnen Items liegen die Antworten „sehr“ mit 38,3% und „ziemlich“ mit 39,9% eng beieinander. Nur 1,6% finden die Zusammenarbeit „gar nicht“ hilfreich.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr	95	37,3	38,3	38,3
	ziemlich	99	38,8	39,9	78,2
	wenig	50	19,6	20,2	98,4
	gar nicht	4	1,6	1,6	100,0
	Gesamt	248	97,3	100,0	
Fehlend	keine Angabe	7	2,7		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 41: Häufigkeit: Finden Zusammenarbeit hilfreich

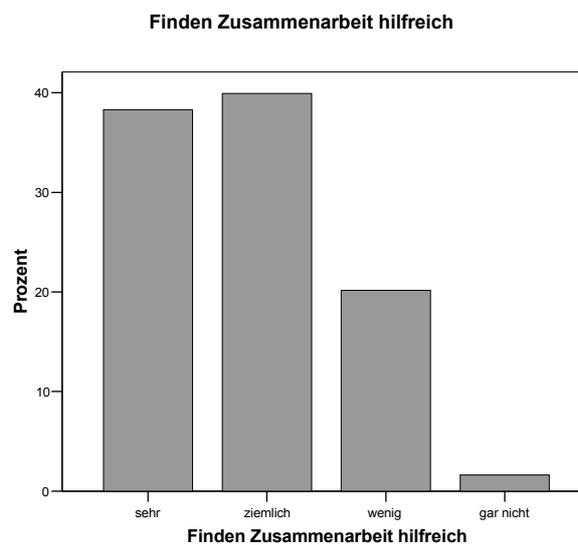


Abbildung 36: Häufigkeit: Finden Zusammenarbeit hilfreich

„35. Sind Sie bereit für eine Zusammenarbeit mit Ärzten Zeit zu investieren?“

Mit einem Anteil von 91,5% geben mit großer Mehrheit der Sprachtherapeuten an, dass sie „sehr“ oder „ziemlich“ viel Zeit für eine Zusammenarbeit investieren würden. Der Binomialtest zeigt hier ein höchst signifikantes Ergebnis.

Auch in der Einzelauswertung erkennt man diese deutliche Antwortverteilung. Lediglich 8,5% sind bereit nur „wenig“ Zeit zu investieren und keiner der Befragten würde gar keine Zeit investieren.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr	109	42,7	44,1	44,1
	ziemlich	117	45,9	47,4	91,5
	wenig	21	8,2	8,5	100,0
	Gesamt	247	96,9	100,0	
Fehlend	keine Angabe	8	3,1		
Gesamt		255	100,0		

Tabella 42: Häufigkeit: Bereitschaft Zeit zu investieren

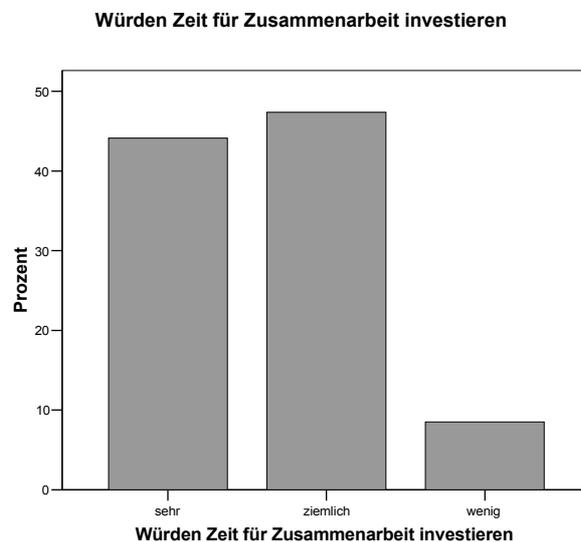


Abbildung 37: Häufigkeit: Bereitschaft Zeit zu investieren

„36. Eine Zusammenarbeit finden Sie wünschenswert mit:“

Diese Frage liegt wieder im Nominalskalenniveau vor und es ist eine Mehrfachnennung möglich. Daher werden die Antworten wieder als einzelne Variablen mit den neuen Items „keine Angabe“ und „ja“ erfasst.

In der Antwortverteilung ist zu sehen, dass die meisten Sprachtherapeuten eine Zusammenarbeit mit Ärzten wünschen (93,7%), dicht gefolgt von den Erziehern (92,2%). Die Zusammenarbeit mit anderen Sprachtherapeuten steht erst an vierter Stelle mit 58,4%.

Möchten Zusammenarbeit mit:	Häufigkeit	Gültige Prozente
Ärzten	239	93,7
Psychologen	180	70,6
Erziehern	235	92,2
Sprachtherapeuten	149	58,4
Anderen	98	38,4

Tabelle 43: Häufigkeit: Möchten Zusammenarbeit mit

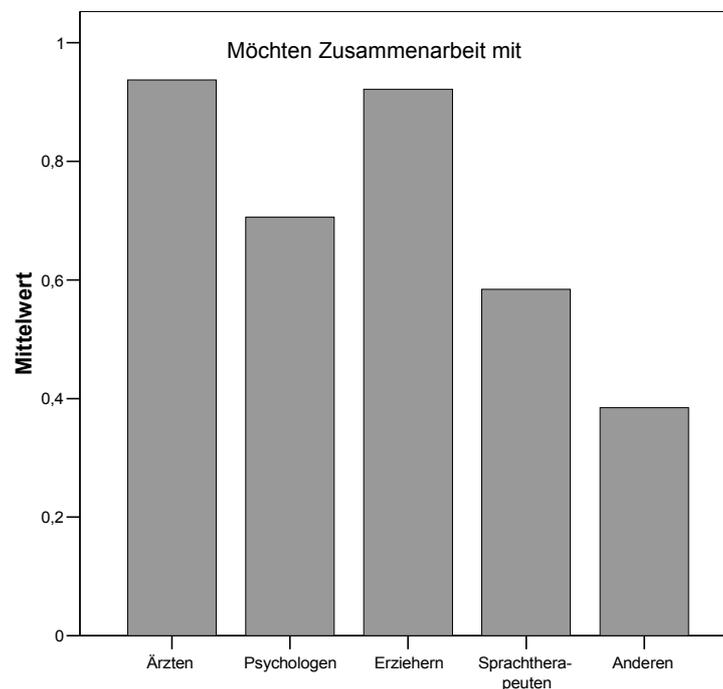


Abbildung 38: Häufigkeit: Möchten Zusammenarbeit mit

Die einzelnen Variablen wurden wieder in eine neue Variable zusammengefasst „Möchten Zusammenarbeit mit Mehreren“. Damit ist es wieder möglich eine Ordinalskala zu erhalten und die Daten später weiter zu analysieren.

Zur Dichotomisierung der Daten wurden sie in die Gruppe „keinen bis 2“ und „3 bis 5“ eingeteilt. Der Binomialtest ergibt hier wieder ein höchst signifikantes Ergebnis mit der Antwortverteilung, dass 80,8% der Befragten eine Zusammenarbeit mit mindestens drei oder mehr der angegebenen Berufsgruppen wünscht.

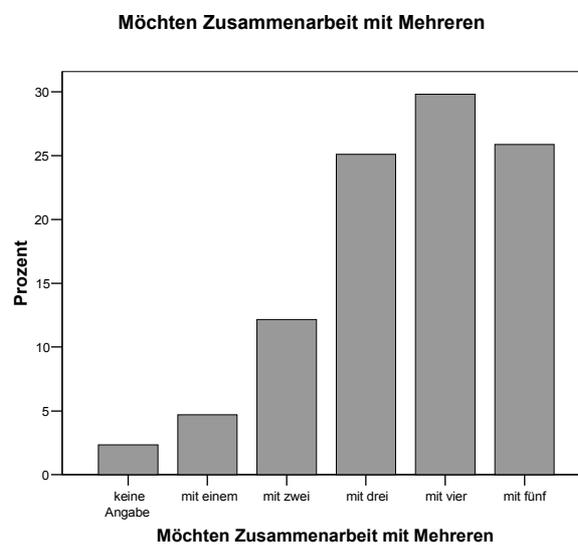


Abbildung 39: Häufigkeit mit wie vielen Berufsgruppen Zusammenarbeit gewünscht wird

Auch im Score „direkte Einflussfaktoren“ ist eine Variable aufgetreten, die keine signifikante Antwortverteilungen im Binomialtest erzielt.

Variablen	Irrtumswahrscheinlichkeit p
14. Halten Sie Rücksprache mit den Ärzten falls die Diagnose Ihres Erachtens nicht zutreffend ist?	0,569

Tabelle 44: Variablen die im Binomialtest nicht signifikant sind

### 9.1.4 Darstellung der Zusammenhänge

**H 5: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der endogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit**

**Ergebnis: Hypothese 5 wird bestätigt.**

**Es besteht ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der endogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit**

Die Überprüfung der Zusammenhänge erfolgt mittels Korrelationen nach Spearman-Rho. Da die Hypothese nicht gerichtet ist, wird eine zweiseitige Testung durchgeführt. Um eine Aussage über die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit durchführen zu können, wird Frage 7 „Sind Sie mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden?“ herangezogen.

Zur Überprüfung der Hypothese 5 wird der Score zu den endogenen Einflussfaktoren mit der Frage 7 nach der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit korreliert.

Die Korrelation zeigt ein höchst signifikantes Ergebnis ( $p=0,000$ ).

Mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,307 besteht ein geringer Zusammenhang zwischen den beiden Variablen.

			Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	Score endogene Einflussfaktoren
Spearman-Rho	Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	Korrelationskoeffizient	1,000	0,307(**)
		Sig. (2-seitig)	.	0,000
		N	249	147
Score endogene Einflussfaktoren	Score endogene Einflussfaktoren	Korrelationskoeffizient	0,307(**)	1,000
		Sig. (2-seitig)	0,000	.
		N	147	149

Tabelle 45: Korrelation nach Spearman-Rho: ZufriedenheitZusammenarbeit\*Scoreendogene  
 \*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Ergebnis: Je weniger Sprachtherapeuten mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden sind, desto negativer bewerten sie die endogenen Einflussfaktoren.

Zu beachten ist, dass Korrelationen<sup>1</sup> einen Zusammenhang ausdrücken. Die Darstellung könnte daher auch lauten: Je mehr... desto mehr... .

Interessant ist nun, wie sich die einzelnen Variablen zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit verhalten.

Nachfolgend werden die Aussagen der *signifikanten* Korrelationen dargestellt:

Je weniger die Sprachtherapeuten mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden sind,

- desto weniger sind sie mit der ärztlichen Diagnosestellung zufrieden ( $r = 0,323$ ,  $p = 0,000^2$ )
- desto weniger richten sie ihre Therapien nach der Diagnose auf der Heilmittelverordnung ( $r = 0,251$ ,  $p = 0,000$ )
- desto weniger richten sich ihre Berichte nach der Diagnosestellung ( $r = 0,219$ ,  $p = 0,001$ )
- desto weniger halten sie die ärztliche Diagnose für zutreffend ( $r = 0,376$ ,  $p = 0,000$ )
- desto weniger möchten sie Diagnosen von Kinderärzten erstellt haben ( $r = 0,152$ ,  $p = 0,016$ )
- desto weniger kompetent schätzen sie die Kinderärzte ein ( $r = 0,281$ ,  $p = 0,000$ )
- desto weniger kompetent schätzen sie die Psychiater ein ( $r = 0,245$ ,  $p = 0,001$ )
- desto weniger kompetent schätzen sie die Allgemeinärzte ein ( $r = 0,175$ ,  $p = 0,009$ ).

Es besteht *kein* Zusammenhang mit der Zufriedenheit in der Zusammenarbeit wenn

- eigene Diagnosen durchgeführt werden
- die Diagnose von HNO-Ärzten, Pädaudiologen oder Sonstigen erstellt wird
- Sprachtherapeuten mit den Hörtests (un-) zufrieden sind
- an Fachärzte, Sonstigen oder Niemanden zur Abklärung verwiesen wird
- es um die Einschätzung der Kompetenz der HNO-Ärzte und Pädaudiologen geht.

<sup>1</sup> Gilt für alle hier durchgeführten Korrelationen

<sup>2</sup>  $p$  = Irrtumswahrscheinlichkeit,  $r$  = Korrelationskoeffizient: bis 0,2 = sehr geringe Korrelation, bis 0,5 = geringe Korrelation, bis 0,7 = mittlere Korrelation, 0,9 = hohe Korrelation, über 0,9 = sehr hohe Korrelation

**H 6: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der exogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit**

**Ergebnis: Hypothese 6 wird bestätigt.**

**Es besteht ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der exogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit**

Zur Testung dieser Hypothese wird der „Score exogene Einflussfaktoren“ mit der Frage 7 „Sind Sie mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden?“ korreliert.

Die Korrelation nach Spearman zeigt einen höchst signifikanten ( $p=0,000$ ) aber geringen ( $r=0,417$ ) Zusammenhang:

Je weniger zufrieden die Sprachtherapeuten mit der Zusammenarbeit mit Ärzten sind, desto mehr fühlen sie sich durch die exogenen Einflussfaktoren eingeschränkt.

			Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	Score exogene Einflussfaktoren
Spearman-Rho	Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	Korrelationskoeffizient	1,000	0,417(**)
		Sig. (2-seitig)	.	0,000
		N	249	217
	Score exogene Einflussfaktoren	Korrelationskoeffizient	0,417(**)	1,000
		Sig. (2-seitig)	0,000	.
		N	217	220

Tabelle 46: Korrelation ZufriedenheitZusammenarbeit\*Scoreexogene

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Auch in diesem Fall wird analysiert, welche Variablen des Scores eine *signifikante* Korrelation mit der „Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit“ bilden:

Je weniger die Sprachtherapeuten mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden sind,

- desto mehr Probleme haben sie wegen Heilmittelverordnungen mit Ärzten ( $r=0,454$ ,  $p=0,000$ )
- desto häufiger erhalten sie falsch ausgefüllte Heilmittelverordnungen ( $r=0,274$ ,  $p=0,000$ )
- desto weniger sind sie mit der angegebenen Therapiezeit zufrieden ( $r=0,250$ ,  $p=0,000$ )
- desto weniger glauben sie, dass Berichte das Erhalten von Folgeverordnungen erleichtert ( $r=0,235$ ,  $p=0,000$ )
- desto mehr Probleme haben sie bei der Zusammenarbeit mit Kinderärzten ( $r=0,348$ ,  $p=0,000$ )
- desto mehr Probleme haben sie bei der Zusammenarbeit mit HNO-Ärzten ( $r=0,186$ ,  $p=0,003$ )
- desto mehr fühlen sie sich durch den Heilmittelkatalog oder die Krankenkassen eingeschränkt ( $r=0,271$ ,  $p=0,000$ )
- desto mehr fühlen sie sich durch die Einteilung der Störungsbilder eingeschränkt ( $r=0,176$ ,  $p=0,005$ )
- desto mehr fühlen sie sich durch das Budget eingeschränkt ( $r=0,266$ ,  $p=0,000$ ).

Es besteht *kein* Zusammenhang mit der Zufriedenheit in der Zusammenarbeit

- wenn die Probleme mit der Zusammenarbeit Pädaudiologen, Psychiater oder Allgemeinärzte betreffen
- und von welcher Berufsgruppe die Heilmittelverordnung ausgestellt wird
- wenn Sprachtherapeuten sich durch Therapiedauer, Stundenzahl oder Sonstiges eingeschränkt fühlen.

**H 7: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der direkten Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit**

**Ergebnis: Hypothese 7 wird bestätigt.**

**Es besteht ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der direkten Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit**

Zur Testung der siebten Hypothese bzgl. der direkten Einflussfaktoren, wird der „Score direkte Einflussfaktoren“ mit der Frage 7 „Sind Sie zufrieden mit der Zusammenarbeit mit Ärzten?“ korreliert.

Auch hier ergibt sich eine höchst signifikante ( $p=0,000$ ) aber geringe ( $p=0,330$ ) Korrelation. Es besteht damit ein aussagekräftiger Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Ärzten und der Bewertung der direkten Einflussfaktoren.

Je unzufriedener die Sprachtherapeuten mit der Zusammenarbeit mit Ärzten sind, desto negativer bewerten sie die direkten Einflussfaktoren.

			Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	Score direkte Einflussfaktoren
Spearman-Rho	Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	Korrelationskoeffizient	1,000	0,330(**)
		Sig. (2-seitig)	.	0,000
		N	249	199
	Score direkte Einflussfaktoren	Korrelationskoeffizient	0,330(**)	1,000
		Sig. (2-seitig)	0,000	.
		N	199	202

Tabelle 47: Korrelation ZufriedenheitZusammenarbeit\*Scoredirekte

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Als nächster Schritt wird wieder dargestellt, welche Variablen sich *signifikant* zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit verhalten.

Je weniger die Sprachtherapeuten mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden sind,

- desto weniger halten sie Rücksprache mit dem Arzt aufgrund der Diagnose ( $r=0,181$ ,  $p=0,004$ )
- desto weniger halten sie Berichte für sinnvoll ( $r=0,134$ ,  $p=0,037$ )
- desto weniger Feedback erhalten sie aufgrund ihrer Berichte ( $r=0,264$ ,  $p=0,000$ )
- desto weniger interessiert halten sie Ärzte an ihren Berichten ( $r=0,360$ ,  $p=0,000$ )
- desto weniger Kontakt halten sie zu Ärzten ( $r=0,294$ ,  $p=0,000$ )
- desto weniger wird die Zusammenarbeit durch Ärzte initiiert ( $r=0,250$ ,  $p=0,000$ )
- desto häufiger wird die Zusammenarbeit durch Keinen initiiert ( $r=0,143$ ,  $p=0,024$ )
- desto weniger hilfreich finden sie die Zusammenarbeit ( $r=0,225$ ,  $p=0,000$ )

Der Vergleich dieses Scores und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit hat einige nicht signifikante Zusammenhänge ergeben:

Es gibt *keinen* Zusammenhang in der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit, wenn

- Sprachtherapeuten den Test nach Dr. Kottmann<sup>1</sup> kennen oder benutzen
- Sprachtherapeuten mehrere Tests benutzen oder kennen
- Sprachtherapeuten sich von der Schweigepflicht entbinden lassen
- wenn die Zusammenarbeit durch Sprachtherapeuten oder Sonstige initiiert wird
- Sprachtherapeuten Zeit für die Zusammenarbeit investieren würden
- Sprachtherapeuten die Zusammenarbeit mit anderen (Fach-) Ärzten möchten.

Betrachtet man die Zusammenhänge aller Variablen zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Ärzten besteht der größte Zusammenhang der Scores zwischen der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit und den exogenen Einflussfaktoren ( $r=0,417$ ,  $p=0,000$ ).

Als einzelne Variable *korreliert* die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit am *stärksten* mit der Variable „Probleme mit Ärzten aufgrund der Heilmittelverordnung“ ( $r=0,454$ ,  $p=0,000$ ).

<sup>1</sup> Dieser Test wurde ausgewählt, da er von Medizinern entwickelt und häufig von Kinderärzten benutzt wurde (Einsiedler/Funk 2004). Ansonsten wurde allgemein getestet, ob es einen Zusammenhang zwischen den Tests und der Zufriedenheit gibt.

### Zusammenhänge zwischen den Scores

Nachdem nun die Korrelationen zwischen der Zufriedenheit in der Zusammenarbeit und den einzelnen Scores dargestellt wurde, ist es noch interessant, ob es einen Zusammenhang zwischen den einzelnen Scores gibt.

			Score endogene Einflussfaktoren	Score exogene Einflussfaktoren	Score direkte Einflussfaktoren
Spearman-Rho	Score endogene Einflussfaktoren	Korrelationskoeffizient	1,000	0,258(**)	0,200(*)
		Sig. (2-seitig)	.	0,002	0,022
		N	149	138	131
	Score exogene Einflussfaktoren	Korrelationskoeffizient	0,258(**)	1,000	0,142
		Sig. (2-seitig)	0,002	.	0,053
		N	138	220	185
	Score direkte Einflussfaktoren	Korrelationskoeffizient	0,200(*)	0,142	1,000
		Sig. (2-seitig)	0,022	0,053	.
		N	131	185	202

Table 48: Korrelation Scoreendo\*Scoreexo\*Scoredirekte

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

\* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Hieraus ergeben sich folgende signifikante Zusammenhänge:

Je negativer endogene Einflussfaktoren bewertet werden, desto negativer werden exogene ( $r=0,258$ ,  $p=0,002$ ) und direkte Einflussfaktoren ( $r=0,200$ ,  $p=0,022$ ) bewertet.

Es gibt also einen Zusammenhang zwischen den endogenen und den exogenen Einflussfaktoren und zwischen den endogenen und den direkten Einflussfaktoren.

Es gibt aber keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den exogenen und den direkten Einflussfaktoren.

#### 9.1.4.1 Signifikante Zusammenhänge einzelner Variablen in der Gesamtgruppe

Mit der Faktorenanalyse wurde bereits nachgewiesen, dass es Zusammenhänge zwischen den Variablen des jeweiligen Faktors gibt.

Voranehend wurden die Zusammenhänge zwischen den Variablen und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit herausgestellt.

Neben den schon dargestellten Korrelationen gibt es noch eine Vielzahl von Korrelationen zwischen den einzelnen Variablen der Gesamtgruppe.

Da viele dieser Korrelationen für die Auswertung ohne Bedeutung sind, bzw. logische Zusammenhänge ausdrücken, wird nicht auf alle Zusammenhänge eingegangen.

Nachfolgend werden die signifikanten Korrelationen dargestellt, die von Interesse sind:

*Je mehr Probleme sich aufgrund der Heilmittelverordnungen mit Ärzten ergeben,*

- desto weniger zufrieden sind Sprachtherapeuten mit der Diagnosestellung
- desto weniger halten sie die ärztlichen Diagnosen für zutreffend
- desto weniger möchten sie die Diagnosen von HNO-Ärzten oder von Kinderärzten erstellt bekommen
- desto mehr Probleme haben sie bei der Zusammenarbeit mit Kinderärzten und HNO-Ärzten
- desto mehr Heilmittelverordnungen haben sie von Kinderärzten erhalten
- desto weniger kompetent schätzen sie Kinderärzte ein.

Diese Zusammenhänge (bis auf Diagnose von HNO-Ärzten) haben sich auch gezeigt, *je öfter die Heilmittelverordnungen falsch ausgestellt waren.* Dafür schätzen Sprachtherapeuten, die öfter falsch ausgefüllte Verordnungen erhalten, HNO-Ärzte für weniger kompetent ein.

*Je zufriedener Sprachtherapeuten mit der Diagnosestellung sind,*

- desto eher möchten sie Diagnosen von HNO-Ärzten oder Kinderärzten und desto weniger Probleme hatten sie mit diesen beiden Berufen in der Zusammenarbeit und desto kompetenter schätzten sie diese und Allgemeinärzte ein
- desto weniger fühlen sie sich durch Heilmittelkatalog und Krankenkassen eingeschränkt.

*Je mehr sich Sprachtherapeuten mit ihrer Therapie nach den ärztlichen Diagnose richten,*

- desto mehr halten sie wegen der Diagnose Rücksprache mit den Ärzten
- desto häufiger wollen sie Diagnosen von Ärzten erstellt bekommen
- desto weniger Probleme haben sie mit der Zusammenarbeit mit Kinderärzten und HNO-Ärzten und umso kompetenter schätzen sie diese, aber auch Allgemeinärzte und Psychiater ein.

*Je häufiger Sprachtherapeuten die Diagnose von Ärzten für zutreffend halten,*

- umso kompetenter schätzen sie alle Ärzte ein.

*Je häufiger Sprachtherapeuten die Diagnosen von Kinderärzten erstellt bekommen wollen,*

- desto hilfreicher finden sie die Zusammenarbeit mit Ärzten
- desto kompetenter schätzen sie Kinderärzte ein.

*Je zufriedener Sprachtherapeuten mit Hörtests sind,*

- desto weniger Heilmittelverordnungen erhalten sie von Kinderärzten
- desto kompetenter schätzen sie Kinderärzte ein.

*Je sinnvoller Sprachtherapeuten Berichte halten,*

- desto mehr erleichtern diese das Erhalten von Folgeverordnungen, desto interessierter halten sie Ärzte daran und desto mehr Feedback erhalten sie darauf.

*Sprachtherapeuten die Probleme bei der Zusammenarbeit mit Kinderärzten haben,*

- fühlen sich durch Heilmittelkatalog/Krankenkassen, Therapiedauer, Stundenzahl und Budget eingeschränkt
- halten Kinderärzte für weniger kompetent.

*Sprachtherapeuten die Probleme bei der Zusammenarbeit mit Allgemeinärzten haben,*

- fühlen sich durch die Einteilung der Störungsbilder eingeschränkt
- halten Allgemeinärzte für weniger kompetent (ebenso der Zusammenhang von Probleme und Kompetenz bei HNO-Ärzten und Pädaudiologen).

*Sprachtherapeuten die ihre Heilmittelverordnungen hauptsächlich von Allgemeinärzten erhalten,*

- fühlen sich mehr durch Heilmittelkatalog/Krankenkassen, Stundenzahl, Sonstiges und Budget eingeschränkt.

*Je mehr sich Sprachtherapeuten durch das Budget eingeschränkt fühlen,*

- desto mehr möchten sie eine Zusammenarbeit mit Ärzten.

*Sprachtherapeuten die eine Zusammenarbeit hilfreich finden,*

- halten Kinderärzte und Allgemeinärzte für kompetent.

#### **9.1.4.2 Nicht signifikante Zusammenhänge in der Gesamtgruppe**

Neben den zuvor dargestellten interessanten Korrelationen der Gesamtgruppe der Sprachtherapeuten gibt es noch eine Anzahl an Zusammenhängen die nicht signifikant sind, obwohl man dies erwarten könnte.

Es besteht kein Zusammenhang zwischen:

*Sprachtherapeuten die Probleme mit Ärzten aufgrund der Heilmittelverordnung haben,*

- dem Kontakt halten mit Ärzten,

*Sprachtherapeuten die (nicht) zufrieden mit der Diagnosestellung von Ärzten sind*

- und dem Rücksprache halten mit dem Arzt aufgrund der Diagnose
- und der Meinung, dass die Diagnosen von den Sprachtherapeuten selbst sein sollten,

*Sprachtherapeuten die eigene Diagnosen durchführen*

- und der Aussage, dass die Diagnose von ihnen selbst erstellt werden sollte,

*Sprachtherapeuten die ihre Therapie nach der Diagnose auf der Verordnung richten*

- und der Angabe von wem sie die Heilmittelverordnung hauptsächlich erhalten,

*Sprachtherapeuten die Diagnosen für (nicht) zutreffend halten*

- und die an andere Fachärzte verweisen,

*Sprachtherapeuten die ihre Diagnosen selbst erstellen*

- und der Benutzung von mehreren Tests

*Sprachtherapeuten die ihre Diagnosen von HNO-Ärzten oder Pädaudiologen wünschen*

- und mit der Zufriedenheit mit Hörtests

*Sprachtherapeuten die mit den Hörtests nicht zufrieden sind*

- und zur Abklärung an HNO-Ärzte und Pädaudiologen verweisen

*Sprachtherapeuten die an Niemanden zur Abklärung verweisen*

- und Probleme mit einer der Arztgruppen in der Zusammenarbeit haben

*Sprachtherapeuten die Ärzte für interessiert an ihren Berichten halten*

- und dem Wunsch nach Zusammenarbeit mit einer anderen Berufsgruppe

*Sprachtherapeuten die Probleme bei der Zusammenarbeit mit Psychiatern haben*

- und der Einschätzung der Kompetenz der Psychiater

Eine Überprüfung der Korrelationen von dichotomen Variablen erfolgte mittels der Vierfelder Korrelation (Kreuztabelle, Signifikanztestung mit Phi-Koeffizienten), die die dargestellten Ergebnisse bestätigen.

## 9.2 Auswertung Gruppenvergleich Sprachheilpädagogen - Logopäden

In der vorausgegangenen Theorie wurde unter den endogenen Einflussfaktoren der Unterschied der beiden Berufsgruppen Sprachheilpädagogen und Logopäden hinsichtlich ihrer historischen Wurzeln, der heutigen Ausbildung und dem Menschenbild mit dem dazugehörigen Selbstverständnis dargestellt.

In der Umfrage wurde mit der Frage „3. Ausbildung“ die Zugehörigkeit zur Berufsgruppe erfragt. In diesem Kapitel werden nun die Unterschiede in den Antworten der beiden Berufsgruppen dargestellt.

### 9.2.1 Darstellung der demografischen Daten

In Kapitel 9.1.1 wurden die demografischen Daten der Gesamtgruppe dargestellt. Da es in diesem Kapitel um den Gruppenvergleich zwischen Logopäden und Sprachheilpädagogen geht, nachfolgend die Beschreibung der beiden Gruppen hinsichtlich ihrer demografischen Daten.

#### „3. Ausbildung“

Die Antworten zur Frage nach der Ausbildung wurden bereits in Kapitel 9.1.1 dargestellt. Nachfolgend zur Zusammenfassung nochmals die Tabelle mit Häufigkeitsverteilungen:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Logopäde	210	82,4	82,7	82,7
	Sprachheilpädagoge	24	9,4	9,4	92,1
	Sonstige	6	2,4	2,4	94,5
	Logopäde+Sonstige	12	4,7	4,7	99,2
	Logopäde+SHP	1	0,4	0,4	99,6
	Sprachheilpädagoge +Sonstige	1	0,4	0,4	100,0
	Gesamt	254	99,6	100,0	
Fehlend	keine Angabe	1	0,4		
Gesamt		255	100,0		

Tabelle 49: Ausbildung gesamt

In dem hier durchgeführten Gruppenvergleich der Ausbildungen werden lediglich die Logopäden und Sprachheilpädagogen miteinander verglichen, da diese zum einen den größten Anteil darstellen und zum anderen spezifische Einflüsse, wie z.B. das Menschenbild, bei Mehrfachausbildungen nicht mehr nachvollzogen werden können.

### „1. Alter“

Interessant, hinsichtlich der demografischen Werte ist hierbei, wie sich die Altersverteilung in den einzelnen Berufsgruppen verhält.

Insgesamt werden hier 252 Antworten gewertet und es gibt 3 Enthaltungen.

Die meisten Logopäden waren bei Beantwortung des Fragebogens im Alter von 31-40 Jahren (= 33,5% der befragten Logopäden), während die meisten Sprachheilpädagogen im Alter von 41-50 Jahren geantwortet haben (= 39,1% der befragten Sprachheilpädagogen).

Anhand des gruppierten Balkendiagrammes kann man die Altersverteilung in den einzelnen Berufsgruppen erkennen.

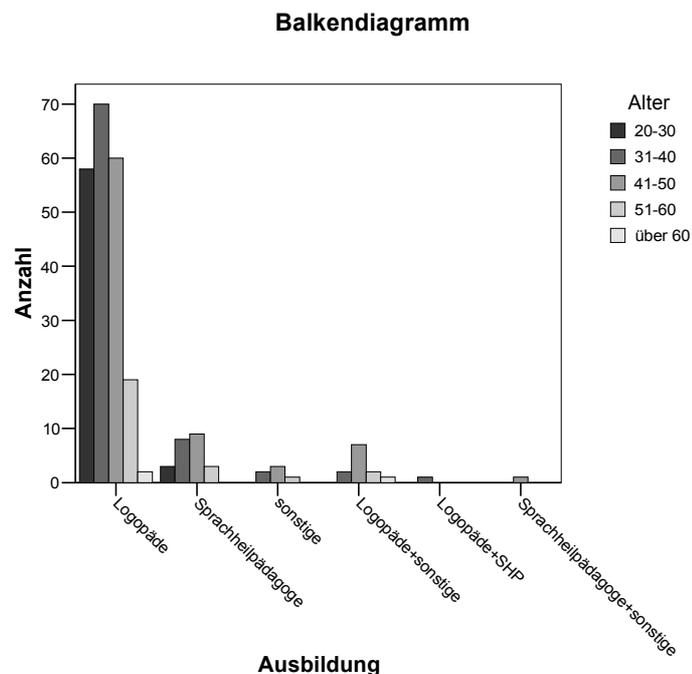


Abbildung 40: Gruppiertes Balkendiagramm Ausbildung/Alter

„2. Geschlecht“

Welcher Anteil an Männern und Frauen in der jeweiligen Berufsgruppe geantwortet hat, lässt sich aus nachfolgender Kreuztabelle entnehmen.

		Geschlecht		Gesamt	
		weiblich	männlich		
Ausbildung	Logopäde	Anzahl	186	23	209
		% von Ausbildung	89,0%	11,0%	100,0%
	Sprachheilpädagoge	Anzahl	24	0	24
		% von Ausbildung	100,0%	0,0%	100,0%
	Sonstige	Anzahl	4	2	6
		% von Ausbildung	66,7%	33,3%	100,0%
	Logopäde+Sonstige	Anzahl	11	1	12
		% von Ausbildung	91,7%	8,3%	100,0%
	Logopäde+SHP	Anzahl	1	0	1
		% von Ausbildung	100,0%	0,0%	100,0%
	Sprachheilpädagoge +Sonstige	Anzahl	1	0	1
		% von Ausbildung	100,0%	0,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	227	26	253
		% von Ausbildung	89,7%	10,3%	100,0%

Tabelle 50: Kreuztabelle Ausbildung/Alter

Der Anteil der Frauen liegt bei der Befragung erwartungsgemäß sehr hoch. Bei den Logopäden haben 89% Frauen und 11% Männer geantwortet. Bei den Sprachheilpädagogen haben nur Frauen geantwortet. Insgesamt werden hier 253 Fälle ausgewertet.

„4. Arbeitsstelle“

Logopäden sind auch prozentual in jeder Arbeitsstelle am häufigsten vertreten. Von den befragten Logopäden arbeiten 87,6%, von den befragten Sprachheilpädagogen 83,3% in einer Praxis. Betrachtet man den Anteil der Berufsgruppen die in der Praxis arbeiten, so sind 83,3% Logopäden und 9% Sprachheilpädagogen vertreten.

„5. Beschäftigungsverhältnis“

Es haben in beiden Berufsgruppen mehr selbstständige als angestellte Sprachtherapeuten geantwortet. Der Anteil der Selbstständigen bei den befragten Logopäden (79% der befragten Logopäden) liegt deutlich über dem Anteil der Sprachheilpädagogen (54,2% der befragten Sprachheilpädagogen).

„6. Die Praxis ist in einer Stadt mit einer Einwohnerzahl von:“

Durch die Aufteilung in Berufsgruppen wird deutlich, in welcher Stadtgröße wie viele Sprachheilpädagogen und Logopäden vertreten sind.

Die meisten Sprachheilpädagogen (42,9%) arbeiten in Praxen, die in einer Stadt mit über 100.000 Einwohnern stehen, während die Praxen von Logopäden prozentual am stärksten in Städten mit Einwohnern zwischen 5.000 und 20.000 vertreten sind (36,9%).

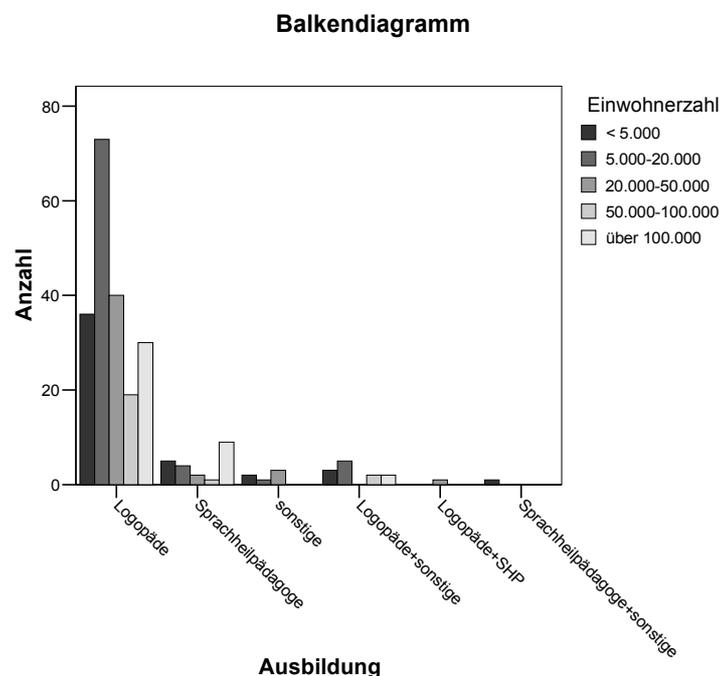


Abbildung 41: Anzahl der Berufsgruppen nach Stadtgröße

## 9.2.2 Antwortverteilung der Berufsgruppen

Wie in der Gesamtgruppe werden nachfolgend die einzelnen Hypothesen überprüft und die Antwortverteilungen in den einzelnen Fragen sowohl für Sprachheilpädagogen als auch für Logopäden analysiert und verglichen.

Ein Vergleich der zwei Gruppen erfolgt mit dem U-Test nach Mann und Whitney. Dieses Analyseverfahren ist ein nichtparametrischer Test für zwei unabhängige Stichproben. Als Aussage erhält man hier den mittleren Rang der beiden Gruppen sowie ein Signifikanzniveau. So kann festgestellt werden, wie die Antworten der Logopäden von den Antworten der Sprachheilpädagogen abweichen und ob diese Abweichung von Bedeutung (signifikant) ist.

Ergibt sich bei dem Mann-Whitney-U-Test kein signifikanter Unterschied in den Antworten der Gruppen können die Abweichungen in den Antwortverteilungen so gering sein, dass sie nicht aussagekräftig sind.

In diesem Fall unterscheiden sich die Gruppen nicht voneinander und man kann von einer Verteilung wie in der Gesamtgruppe ausgehen.

Nachfolgend werden daher, soweit es sich nicht um die Überprüfung einer Hypothese handelt, nur Antwortverteilungen dargestellt, die einen signifikanten Unterschied aufweisen.

**H 8: Logopäden sind mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufriedener als Sprachheilpädagogen.**

**Ergebnis: Hypothese 8 wird verworfen.**

**Sprachheilpädagogen sind mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufriedener als Logopäden.**

Im Gruppenvergleich der Logopäden und der Sprachheilpädagogen ergibt sich beim Mann-Whitney-U-Test eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p=0,057$ . Da die Testung 2-seitig erfolgt und die Hypothese 8 gerichtet ist, wird dieser Wert halbiert. Die Irrtumswahrscheinlichkeit für die Testung eines Gruppenunterschiedes liegt damit bei  $p=0,029$  und ist signifikant.

Mit dem Mann-Whitney-U-Test erhält man für die Aussagen der Logopäden hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Ärzten einen mittleren Rang von 117,48, bei den Sprachheilpädagogen einen Wert von 92,76. Der niedrigere mittlere Rang bedeutet in diesem Fall eine höhere Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Ärzten, da die Antwortverteilung der Variablen von 1 „sehr“ bis 4 „gar nicht“ gestuft ist. Sprachheilpädagogen sind damit signifikant zufriedener mit der Zusammenarbeit mit Ärzten als Logopäden.

	Ausbildung	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	Logopäde	206	117,48	24201,50	0,057
	Sprachheilpädagoge	23	92,76	2133,50	
	Gesamt	229			

Tabelle 51: Mann-Whitney-U-Test: Gruppenvergleich - Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

Bei der Deutung der mittleren Ränge ist zu beachten, dass dem kleinsten Wert der Rangplatz 1 zugeordnet wird, so dass kleine mittlere Ränge kleine Werte signalisieren. Um die Daten präzise darzustellen wird daher noch der Mittelwert berechnet<sup>1</sup>.

Ausbildung	Zufriedenheit mit Zusammenarbeit
Logopäde	2,21
Sprachheilpädagoge	1,96
Insgesamt	2,18

Tabelle 52: Mittelwerte

<sup>1</sup> Berechnung des Mittelwerts und Darstellung im Diagramm erfolgt nur bei signifikanten mittleren Rängen.

Der Mittelwert bestätigt die Aussagen zu den mittleren Rängen.

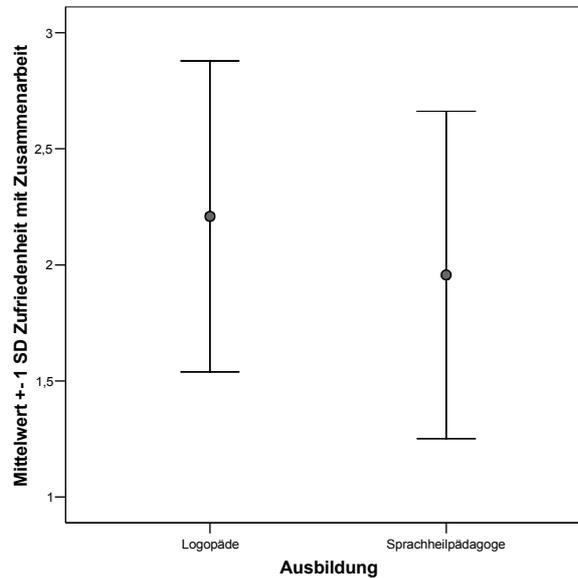


Abbildung 42: Fehlerbalken mit einer Standardabweichung

Zur Verdeutlichung der Antwortverteilung und zur Überprüfung der Signifikanz in den Gruppen wird der Binomialtest durchgeführt. Sowohl bei den Logopäden als auch bei den Sprachheilpädagogen sind die Mehrheit der Befragten mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden (68% der Logopäden, 87% der Sprachheilpädagogen). Die Antwortverteilung im Binomialtest ist in beiden Gruppen höchst signifikant ( $p= 0,000$ ).

		Kategorie	N	Beobachteter Anteil	Testanteil	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Zufriedenheit mit Zusammenarbeit Logopäden	Gruppe 1	$\leq 2,5$	140	0,68	0,50	0,000(a)
	Gruppe 2	$> 2,5$	66	0,32		
	Gesamt		206	1,00		
Zufriedenheit mit Zusammenarbeit Sprachheilpädagogen	Gruppe 1	$\leq 2,5$	20	0,87	0,50	0,000
	Gruppe 2	$> 2,5$	3	0,13		
	Gesamt		23	1,00		

Tabelle 53: Binomialtest: Sprachheilpädagogen\*Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Ärzten  
 Gruppe 1: „sehr“, „ziemlich“, Gruppe 2: „wenig“, „gar nicht“

In nachfolgender Kreuztabelle erkennt man, wie die Antwortverteilung der Berufsgruppen in den einzelnen Items aussieht.

So geben z.B. 12,6% der Logopäden und 21,7% der Sprachheilpädagogen an, „sehr“ mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden zu sein.

		Ausbildung		Gesamt	
		Logopäde	Sprachheilpädagoge		
Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	sehr	Anzahl	26	5	31
		% von Ausbildung	12,6%	21,7%	13,5%
	ziemlich	Anzahl	114	15	129
		% von Ausbildung	55,3%	65,2%	56,3%
	wenig	Anzahl	63	2	65
		% von Ausbildung	30,6%	8,7%	28,4%
gar nicht	Anzahl	3	1	4	
	% von Ausbildung	1,5%	4,3%	1,7%	
Gesamt	Anzahl	206	23	229	
	% von Ausbildung	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 54: Kreuztabelle: Gruppenvergleich Zufriedenheit mit Zusammenarbeit

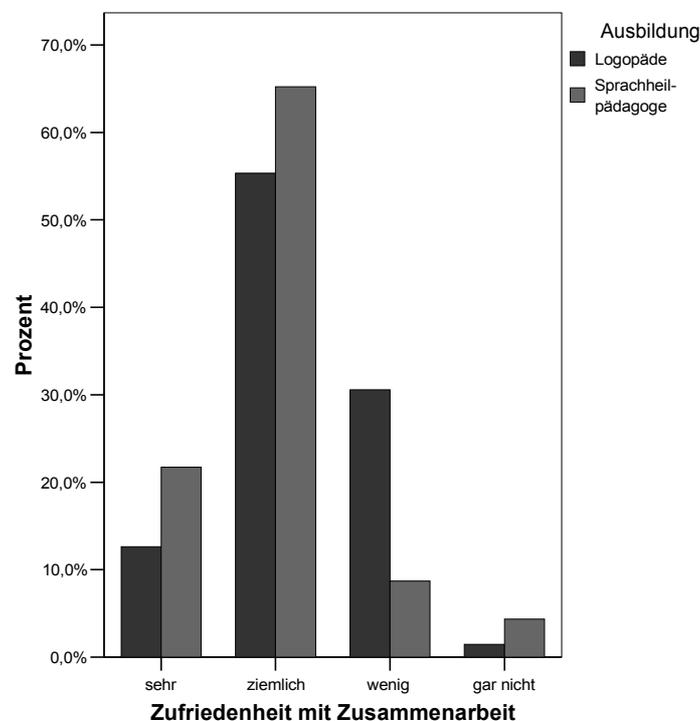


Abbildung 43: Gruppenvergleich: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

**H 9: Die Bewertung der endogenen Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachheilpädagogen und Logopäden signifikant**

**Ergebnis: Hypothese 9 wird verworfen.**

**Es gibt keinen signifikanten Unterschied in der Bewertung der endogenen Einflussfaktoren zwischen Sprachheilpädagogen und Logopäden.**

Zur Überprüfung der endogenen, exogenen und direkten Einflussfaktoren werden die Scores herangezogen, die in der Gesamtgruppe gebildet wurden. Durch die Faktorenanalyse wurde bereits die Zugehörigkeit der Variablen zu den einzelnen Faktoren ermittelt.

Der Mann-Whitney-U-Test zeigt, dass Logopäden die endogenen Einflussfaktoren mit einem mittleren Rang von 70,77 durchschnittlich nur geringfügig negativer bewerten als Sprachheilpädagogen mit einem mittleren Rang von 68,41. Aufgrund des fehlenden Signifikanzniveaus ( $p=0,826$ ) ist der Unterschied nicht von Bedeutung.

	Ausbildung	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Score endogene Einflussfaktoren	Logopäde	124	70,77	8775,50	0,826
	Sprachheilpädagoge	16	68,41	1094,50	
	Gesamt	140			

Tabelle 55: Mann-Whitney-U-Test: Gruppenvergleich Score endogene Einflussfaktoren

Obwohl die Antworten zum Score endogene Einflussfaktoren keinen signifikanten Unterschied in der Verteilung gezeigt haben, werden die zum Score gehörenden Variablen mit dem Mann-Whitney-U-Test einzeln getestet, um auch hier einen Vergleich zwischen Sprachheilpädagogen und Logopäden ziehen zu können.

Die einzelnen Testergebnisse des Mann-Whitney-U zeigen, dass es bei keiner Variable einen signifikanten Unterschied zwischen Sprachheilpädagogen und Logopäden gibt. Die Variable „Therapie wie Diagnose auf der Heilmittelverordnung“ ergibt eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p=0,061$ . Die Testung ist zwar 2-seitig, die vorausgegangene Hypothese zu den endogenen Faktoren allerdings nicht gerichtet. Der Wert bleibt damit stehen und ist nicht signifikant.

**H 10: Die Bewertung der exogenen Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachheilpädagogen und Logopäden signifikant.**

**Ergebnis: Hypothese 10 wird verworfen.**

**Es gibt keinen signifikanten Unterschied in der Bewertung der exogenen Einflussfaktoren zwischen Sprachheilpädagogen und Logopäden.**

Auch bei den exogenen Einflussfaktoren kann kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Antworten von Logopäden und Sprachheilpädagogen festgestellt werden.

Der Mann-Whitney-U-Test ermittelt für Logopäden einen mittleren Rang von 103,70 und für Sprachheilpädagogen von 82,52. Damit fühlen sich Logopäden durch die exogenen Einflussfaktoren mehr eingeschränkt. Durch die Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p = 0,116$  ist dies jedoch nicht signifikant.

	Ausbildung	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Score exogene Einflussfaktoren	Logopäde	181	103,70	18770,00	0,116
	Sprachheilpädagoge	21	82,52	1733,00	
	Gesamt	202			

Tabelle 56: Mann-Whitney-U-Test Gruppenvergleich exogene Einflussfaktoren

Auch hier werden die einzelnen Variablen des Scores exogene Einflussfaktoren separat betrachtet um mögliche Gruppenunterschiede herauszufinden. Die signifikanten Unterschiede werden nachfolgend dargestellt.

„27. Ihre Heilmittelverordnung erhalten Sie hauptsächlich von:“

Der Mann-Whitney-U-Test ergibt hier nur zur Antwort „HNO-Ärzte“ eine signifikante Verteilung ( $p = 0,018$ ).

Logopäden erhalten häufiger ihre Heilmittelverordnungen von HNO-Ärzten (mittlerer Rang 114,56) als Sprachheilpädagogen (mittlerer Rang 143,25). Während 66,2% der Logopäden angeben, dass sie ihre Verordnungen von HNO-Ärzten erhalten, sind es nur 41,7% Sprachheilpädagogen, die ihre Verordnungen von HNO-Ärzten erhalten.

		Ausbildung		Gesamt	
		Logopäde	Sprachheilpädagogin		
HVO hauptsächlich von HNO-Ärzten	ja	Anzahl	139	10	149
		% von Ausbildung	66,2%	41,7%	63,7%
	keine Angabe	Anzahl	71	14	85
		% von Ausbildung	33,8%	58,3%	36,3%
Gesamt		Anzahl	210	24	234
		% von Ausbildung	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 57: Kreuztabelle: HVO hauptsächlich von HNO-Ärzten\*Ausbildung

„28. Fühlen Sie sich durch den Heilmittelkatalog bzw. Krankenkassen in Ihrer Therapie eingeschränkt?“

„29. Falls ja, durch Vorgaben zu:“

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p=0,014$  (sehr signifikant) gibt der Mann-Whitney-U-Test hier an, dass sich Logopäden (mittlerer Rang 116,89) durch Heilmittelkatalog oder Krankenkassen mehr eingeschränkt fühlen, als Sprachheilpädagogen (mittlerer Rang 83,54).

Der Test auf Binomialverteilung zeigt bei den Logopäden mit  $p=0,000$  ein höchst signifikantes Ergebnis. Die Antwortverteilung der Sprachheilpädagogen ist nicht signifikant ( $p=1,000$ ).

Die Mehrheit der Logopäden (73%) fühlt sich „sehr“ oder „ziemlich“ eingeschränkt, während die nicht signifikante Mehrheit der Sprachheilpädagogen (52%) angibt, sich „wenig“ oder „gar nicht“ eingeschränkt zu fühlen.

Bei Betrachtung was die Berufsgruppen besonders einschränkt, ergibt nur die Vorgabe zu den Stundenzahlen einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen im Mann-Whitney-U-Test ( $p=0,06$ ; mittlerer Rang Logopäden: 120,84; Sprachheilpädagogen: 88,25). Damit fühlen sich die Logopäden stärker durch die Vorgaben zu den Stundenzahlen eingeschränkt als die Sprachheilpädagogen.

Die Mehrheit der Logopäden (70%) fühlt sich durch die Stundenzahl eingeschränkt, aber nur 42 % der Sprachheilpädagogen.

**H 11: Die Bewertung der direkten Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachheilpädagogen und Logopäden signifikant.**

**Ergebnis: Hypothese 11 wird bestätigt.**

**Logopäden bewerten die direkten Einflussfaktoren negativer als Sprachheilpädagogen.**

Die Antworten in den Gruppen zeigen im Mann-Whitney-U-Test ein sehr signifikantes Ergebnis ( $p=0,006$ ). Die Logopäden erzielen einen mittleren Rang von 97,47, während die Sprachheilpädagogen einen mittleren Rang von 59,29 aufzeigen.

Die Logopäden bewerten damit die direkten Einflussfaktoren negativer als die Sprachheilpädagogen.

	Ausbildung	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Score direkte Einflussfaktoren	Logopäde	170	97,47	16570,00	0,006
	Sprachheilpädagogin	17	59,29	1008,00	
	Gesamt	187			

*Tabelle 58: Mann-Whitney-U-Test: Gruppenverteilung direkte Einflussfaktoren*

Da der Mann-Whitney-U-Test ein signifikantes Ergebnis geliefert hat, werden hier wieder sinnvoller Weise die Mittelwerte berechnet.

Ausbildung	Score direkte Einflussfaktoren
Logopäde	43,42
Sprachheilpädagogin	40,31
Insgesamt	43,14

*Tabelle 59: Mittelwert*

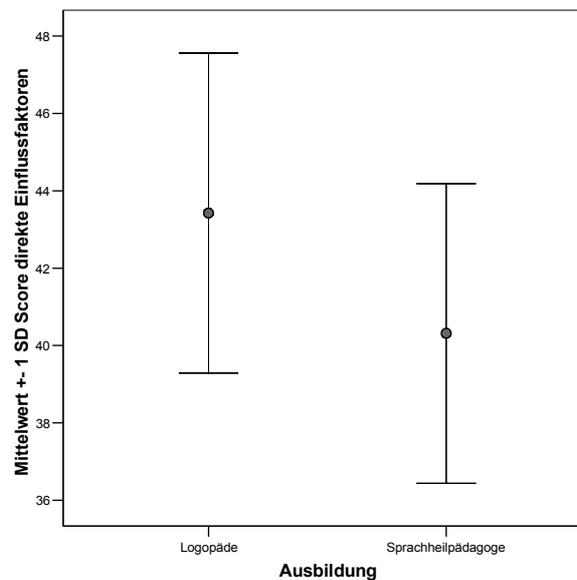


Abbildung 44: Fehlerbalken mit einer Standardabweichung

Aufgrund des signifikanten Ergebnisses im Mann-Whitney-U-Test werden die Antwortverteilungen der einzelnen Gruppen im Binomialtest auf Signifikanz getestet.

Sowohl bei den Sprachheilpädagogen, als auch bei den Logopäden sind die Antwortverteilungen bei einer dichotomen Aufteilung („bewerten positiv“ und „bewerten negativ“) höchst signifikant.

Die Mehrheit der Logopäden (85%) und alle Sprachheilpädagogen (100%) bewerten die direkten Einflussfaktoren eher positiv als negativ.

Es werden auch hier wieder die einzelnen Variablen, die zu den direkten Einflussfaktoren zählen, einzeln auf eventuelle Gruppenunterschiede getestet.

„18. Welche der folgenden Tests kennen Sie?“ „19. Welche Tests kennen Sie?“

Bei der Überprüfung welche der Tests von Sprachheilpädagogen oder Logopäden benutzt oder gekannt werden, konnten bei folgenden Tests signifikante Antworten im Mann-Whitney-U-Test ermittelt werden:

Test	Mittlerer Rang Antwort Logopäden	Mittlerer Rang Antwort Sprachheilpädagoge	Signifikanz (2-seitig)
Kennt IDIS	119,57	99,38	0,020
Kennt ELFRA	122,49	73,88	0,000
Kennt SEV	120,40	92,13	0,017
Benutzt SETK	121,13	85,75	0,005
Benutzt ELFRA	123,89	61,63	0,000
Benutzt SEV	120,69	89,63	0,000

Tabelle 60: Signifikante Unterschiede der Gruppen bei Tests. Ein hoher Wert bedeutet eine negative Antwort (keine Angabe)

Sprachheilpädagogen kennen und benutzen die hier genannten Tests häufiger als Logopäden. Die Antwortverteilung wer welche Tests kennt oder benutzt lässt sich aus folgender Tabelle erkennen:

Test	Antworten Logopäden in %	Antworten Sprachheilpädagogen in %
Kennt SETK	71,9	87,5
<i>Kennt HSET</i>	93,3	87,5
Kennt IDIS	11,9	29,2
<i>Kennt PET</i>	83,8	79,2
Kennt ELFRA	37,6	79,2
Kennt SEV	30,0	54,2
Kennt BUEVA	4,3	8,3
<i>Kennt Lauttreppe nach Möhring</i>	42,9	33,3
<i>Kennt Test nach Dr. Kottmann</i>	4,3	4,2
Benutzt SETK	44,8	75,0
Benutzt HSET	51,4	66,7
Benutzt IDIS	4,3	12,5
Benutzt PET	37,1	54,2
Benutzt ELFRA	17,6	70,8
Benutzt SEV	11,0	37,5
<i>Benutzt BUEVA</i>	1,0	0,0
<i>Benutzt Lauttreppe nach Möhring</i>	14,8	12,5
<i>Benutzt Test nach Dr. Kottmann</i>	1,4	0,0
Benutzt sonstige Tests	87,1	95,8

Tabelle 61: Häufigkeiten in Prozent: Kennt/Benutzt Tests.

Die Tests die Logopäden häufiger kennen oder benutzen sind in der Tabelle kursiv gekennzeichnet.

„23. Erhalten Sie aufgrund Ihrer Berichte Feedback von den Ärzten?“

Im Mann-Whitney-U-Test ergibt sich hier ein signifikanter Gruppenunterschied mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p=0,016$ . Die Logopäden erzielen hier einen mittleren Rang von 119,77, die Sprachheilpädagogen von 88,15. Die Sprachheilpädagogen erhalten demnach mehr Feedback von den Ärzten aufgrund ihrer Berichte.

Bei einem Vergleich innerhalb der Gruppen zeigt sich bei dieser Variable eine signifikante Antwortverteilung mit dem Binomialtest in beiden Gruppen.

Die Mehrheit der Logopäden (88%,  $p=0,000$ ), sowie die Mehrheit der Sprachheilpädagogen (79%,  $p=0,007$ ) gibt an, „manchmal“ oder „nie“ Feedback von Ärzten aufgrund ihrer Berichte zu erhalten.

In der Kreuztabelle wird die Antwortverteilung in den einzelnen Items ersichtlich:

			Logopäden	Sprachheilpädagoge	Gesamt
Erhalten Feedback nach Berichten	sehr häufig	Anzahl	6	2	8
		% von Ausbildung	2,9%	8,3%	3,4%
	häufig	Anzahl	18	3	21
		% von Ausbildung	8,7%	12,5%	9,1%
	manchmal	Anzahl	99	15	114
		% von Ausbildung	47,6%	62,5%	49,1%
	nie	Anzahl	85	4	89
		% von Ausbildung	40,9%	16,7%	38,4%
Gesamt	Anzahl	208	24	232	
	% von Ausbildung	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 62: Kreuztabelle: Erhalten Feedback nach Berichten\*Ausbildung

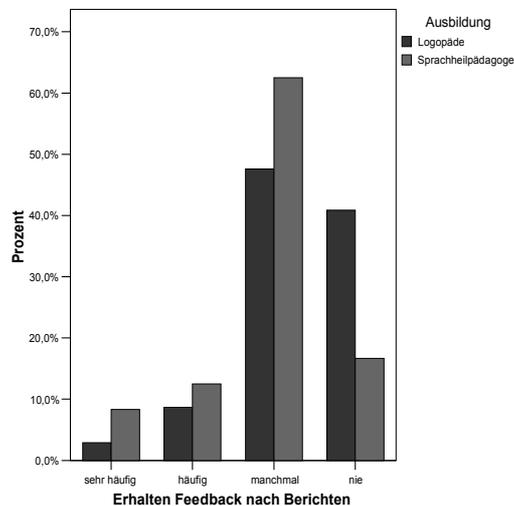


Abbildung 45: Erhalten Feedback nach Berichten\*Ausbildung

## 9.2.3 Darstellung der Zusammenhänge zwischen den Gruppen

### 9.2.3.1 Zusammenhänge mit der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

**H 12: Der Zusammenhang hinsichtlich der endogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Sprachheilpädagogen und Logopäden**

**Ergebnis: Hypothese 12 wird bestätigt.**

**Der Zusammenhang der endogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich bei Sprachheilpädagogen und Logopäden.**

Zur Darstellung des Zusammenhangs zweier Variablen zwischen den Gruppen wird die Varianzanalyse herangezogen. Mit der Varianzanalyse wird der Einfluss von mehreren unabhängigen Variablen (hier endogene Einflussfaktoren und Ausbildung, aufgeteilt in Logopäden und Sprachheilpädagogen) auf eine abhängige Variable (Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit) untersucht.

Die Varianzanalyse zeigt eine signifikante Wechselwirkung zwischen Ausbildung und dem Score der endogenen Einflussfaktoren ( $p=0,012$ ). Dies bedeutet, dass der Einfluss der endogenen Einflussfaktoren auf Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit signifikant von der Gruppenvariable Sprachheilpädagogen/Logopäden abhängt. Damit wird bestätigt, dass sich die Korrelation bei Sprachheilpädagogen und Logopäden signifikant unterscheidet.

Aus der Varianzanalyse erkennt man zudem, dass es keinen eigenständigen signifikanten Haupteffekt des Scores endogene Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit gibt ( $p=0,410$ ), aber einen eigenständigen signifikanten Haupteffekt bzgl. der Ausbildung auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ( $p=0,016$ ).

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	9,582(a)	3	3,194	8,468	0,000	0,159
Konstanter Term	0,615	1	0,615	1,630	0,204	0,012
Ausbildung	2,254	1	2,254	5,977	0,016	0,043
Scoreendo	0,258	1	0,258	0,684	0,410	0,005
Ausbildung * Scoreendo	2,455	1	2,455	6,509	0,012	0,046
Fehler	50,541	134	0,377			
Gesamt	761,000	138				
Korrigierte Gesamtvariation	60,123	137				

Tabella 63: Varianzanalyse: Test der Zwischensubjekteffekte  
 Abhängige Variable: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit  
 a R-Quadrat = ,159 (korrigiertes R-Quadrat = ,141)

Nachdem durch die Varianzanalyse die Hypothese bestätigt werden konnte, werden nachfolgend die Korrelationen nach Spearman-Rho im Einzelnen betrachtet. Hierzu ergeben sich zwischen den beiden Gruppen folgende Aussagen:

1. Der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Ärzten und dem Score endogene Einflussfaktoren ist in der Gruppe der Logopäden höchst signifikant ( $p= 0,000$ ) während er bei den Sprachheilpädagogen nicht signifikant ist ( $p= 0,342$ ).
2. Die Richtung der Korrelationen unterscheidet sich in den Gruppen:
  - Je weniger zufrieden Logopäden mit der Zusammenarbeit sind, desto negativer bewerten sie die endogenen Einflussfaktoren (bzw. je mehr, desto positiver).
  - Je weniger zufrieden Sprachheilpädagogen mit der Zusammenarbeit sind, desto positiver bewerten sie die endogenen Einflussfaktoren (bzw. je mehr, desto negativer). Dies ist jedoch nicht signifikant.

			Logopäden	Sprachheil- pädagogen
Spearman-Rho	Zufriedenheit mit Zusammenarbeit*	Korrelationskoeffizient	0,366(**)	-0,264
	Score endogene Einflussfaktoren	Sig. (2-seitig)	0,000	0,342
		N	123	16

Tabella 64: Korrelation Gruppeneinteilung Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit\*Score endogene Einflussfaktoren  
 \*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Betrachtet man die einzelnen Variablen der endogenen Einflussfaktoren, so erkennt man, dass durch den hohen Anteil der Logopäden in der Gesamtgruppe, die Zusammenhänge in der Gruppe der Logopäden und der Gesamtgruppe vergleichbar sind. Alle Korrelationen die in der Gesamtgruppe eine Signifikanz mit der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit aufweisen, sind auch in der Gruppe der Logopäden signifikant<sup>1</sup>. Die Höhe des Signifikanzniveaus weicht dabei nur minimal ab, ebenso der Korrelationskoeffizient.

Bei den Korrelationen der Sprachheilpädagogen lässt sich dagegen keine einzige signifikante Korrelation finden. Damit gibt es bei den Sprachheilpädagogen keine Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit und den einzelnen Variablen der endogenen Einflussfaktoren.

**H 13: Der Zusammenhang hinsichtlich der exogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Sprachheilpädagogen und Logopäden**

**Ergebnis: Hypothese 13 wird verworfen.**

**Der Zusammenhang der exogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich bei Sprachheilpädagogen und Logopäden nicht signifikant.**

Die Varianzanalyse zeigt keine signifikante Wechselwirkung zwischen Ausbildung und dem Score exogene Einflussfaktoren ( $p=0,529$ ). Dies bedeutet, dass der Einfluss der exogenen Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit nicht von der Gruppenvariable Sprachheilpädagogen/Logopäden abhängt.

Zudem erkennt man, dass es einen eigenständigen signifikanten Haupteffekt der exogenen Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit gibt ( $p=0,005$ ), aber keinen eigenständigen signifikanten Haupteffekt der Ausbildung auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ( $p=0,662$ ).

---

<sup>1</sup> vgl. Hypothese 5

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	15,545(a)	3	5,182	14,949	0,000	0,187
Konstanter Term	0,039	1	0,039	0,114	0,736	0,001
Ausbildung	0,066	1	0,066	0,191	0,662	0,001
Scoreexogen	2,783	1	2,783	8,028	0,005	0,040
Ausbildung * Scoreexogen	0,138	1	0,138	0,398	0,529	0,002
Fehler	67,591	195	0,347			
Gesamt	1056,000	199				
Korrigierte Gesamtvariation	83,136	198				

Tabelle 65: Varianzanalyse: Tests der Zwischensubjekteffekte  
 Abhängige Variable: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit  
 a R-Quadrat = ,187 (korrigiertes R-Quadrat = ,174)

Die einzelnen Variablen der exogenen Einflussfaktoren korrelieren in der Gruppe der Logopäden weitestgehend wie in der Gesamtgruppe hinsichtlich Korrelationshöhe und Signifikanzniveau.

Es gibt zwei Variablen, die in der Gruppe der Logopäden signifikant sind, in der Gesamtgruppe allerdings nicht:

Je zufriedener Logopäden hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Ärzten sind,

- desto weniger fühlen sie sich durch die Vorgaben zur Therapiedauer eingeschränkt ( $r= 0,141$ ,  $p= 0,043$ )
- desto weniger Heilmittelverordnungen erhalten sie von HNO-Ärzten ( $r= -0,138$ ,  $p= 0,048$ ).

In der Gruppe der Sprachheilpädagogen lassen sich zwei signifikante Korrelationen finden:

Je zufriedener Sprachheilpädagogen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Ärzten sind,

- desto häufiger erhalten Sie ihre Heilmittelverordnung hauptsächlich von HNO-Ärzten ( $r= 0,470$ ,  $p= 0,024$ )
- desto weniger Heilmittelverordnungen erhalten sie von Psychiatern ( $r= -0,419$ ,  $p= 0,047$ ).

**H 14: Der Zusammenhang hinsichtlich der direkten Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Sprachheilpädagogen und Logopäden**

**Ergebnis: Hypothese 14 wird verworfen.**

**Der Zusammenhang der direkten Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich bei Sprachheilpädagogen und Logopäden nicht signifikant.**

Die Varianzanalyse zeigt keine signifikante Wechselwirkung zwischen der Ausbildung und dem Score direkte Einflussfaktoren ( $p= 0,831$ ). Dies bedeutet, dass der Einfluss der direkten Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit nicht von der Gruppenvariable Sprachheilpädagogen/Logopäden abhängt.

Bzgl. der Haupteffekte erkennt man, dass der Score direkte Einflussfaktoren einen eigenständigen signifikanten Haupteffekt auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit hat ( $p= 0,018$ ), die Ausbildung aber keinen eigenständigen signifikanten Haupteffekt mit der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit aufweist ( $p= 0,804$ ).

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	11,218(a)	3	3,739	9,651	0,000	0,139
Konstanter Term	0,016	1	0,016	0,041	0,840	0,000
Ausbildung	0,024	1	0,024	0,062	0,804	0,000
Scoredirekte	2,216	1	2,216	5,721	0,018	0,031
Ausbildung * Scoredirekte	0,018	1	0,018	0,045	0,831	0,000
Fehler	69,739	180	0,387			
Gesamt	968,000	184				
Korrigierte Gesamtvariation	80,957	183				

*Tabelle 66: Varianzanalyse: Tests der Zwischensubjekteffekte  
 Abhängige Variable: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit  
 a R-Quadrat = ,139 (korrigiertes R-Quadrat = ,124)*

Auch in diesem Faktor repräsentieren die Logopäden die Aussage der Gesamtgruppe. Bei beiden sind die identischen Variablen signifikant und unterscheiden sich nur geringfügig in der Korrelationshöhe.

In der Gruppe der Sprachheilpädagogen gibt es nur eine einzige Variable die überhaupt signifikant ist:

Je zufriedener Sprachheilpädagogen mit der Zusammenarbeit mit Ärzten sind, desto mehr Tests sind ihnen bekannt ( $r= 0,414, p= 0,050$ ).

**Korrelationen zwischen den Scores**

Eine Analyse der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Scores, aufgeteilt in die Gruppen Sprachheilpädagogen und Logopäden ergibt folgendes Ergebnis:

Die Korrelationen zwischen den endogenen und den exogenen Einflussfaktoren sind in beiden Gruppen signifikant, jedoch mit unterschiedlicher Richtung.

Je *positiver* Logopäden die endogenen Einflussfaktoren bewerten, desto *weniger* fühlen sie sich durch die exogenen Einflussfaktoren eingeschränkt ( $r= 0,343, p= 0,000$ ).

Je *positiver* Sprachheilpädagogen die endogenen Einflussfaktoren bewerten, desto *mehr* fühlen sie sich durch die exogenen Einflussfaktoren eingeschränkt ( $r= -0,598, p= 0,014$ ).

In der Gruppe der Sprachheilpädagogen lässt sich weiter keine signifikante Korrelation finden. In der Gruppe der Logopäden gibt es noch eine weitere signifikante Korrelation: Je positiver Logopäden die endogenen Einflussfaktoren bewerten, desto positiver bewerten sie die direkten Einflussfaktoren ( $r= 0,239, p= 0,012$ ).

			Score endogene Einflussfaktoren		Score exogene Einflussfaktoren		Score direkte Einflussfaktoren	
			Logopäden	SHP	Logopäden	SHP	Logopäden	SHP
Spearman-Rho	Score endogene Einflussfaktoren	Korrelationskoeffizient	1,000	1,000	0,343(**)	-0,598*	0,239(*)	-0,219
		Sig. (2-seitig)	.	.	0,000	0,014	0,012	0,494
		N	124	16	113	16	111	12
	Score exogene Einflussfaktoren	Korrelationskoeffizient	0,343(**)	-0,598*	1,000	1,000	0,132	0,221
		Sig. (2-seitig)	0,000	0,014	.	.	0,102	0,412
		N	113	16	181	21	154	16
	Score direkte Einflussfaktoren	Korrelationskoeffizient	0,239(*)	-0,219	0,132	0,221	1,000	1,000
		Sig. (2-seitig)	0,012	0,494	0,102	0,412	.	.
		N	111	12	154	16	170	17

Tabelle 67: Korrelation Gruppeneinteilung Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit\*Score exogene Einflussfaktoren  
 \*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant. \* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant.

### 9.2.3.2 Zusammenhänge in den Gruppen

In Kapitel 9.1.4.1 und 9.1.4.2 wurden bereits die interessanten signifikanten und nicht signifikanten Korrelationen der Gesamtgruppe dargestellt.

In der Gruppeneinteilung werden im wesentlichen wieder diese Korrelationen aus Kapitel 9.1.4.1 bzw. 9.1.4.1.2 herangezogen und betrachtet, wie sich deren Aussagen bei den Logopäden und den Sprachheilpädagogen im Vergleich zur Gesamtgruppe unterscheiden.

#### Korrelationen in der Gruppe der Logopäden

Durch die zahlenmäßige Überlegenheit der Logopäden in der Umfrage repräsentieren diese größtenteils die Aussagen in der Gesamtgruppe. Es weichen auch hier meist lediglich die Höhe des Korrelationskoeffizienten bzw. der Irrtumswahrscheinlichkeit geringfügig voneinander ab.

Es gibt aber ein paar Korrelationen, die sich hinsichtlich ihrer Signifikanz deutlich unterscheiden und die hier aufgeführt werden.

In der *Gesamtgruppe signifikant*, in der Gruppe der *Logopäden* aber *nicht signifikant* sind folgende Zusammenhänge:

Falsch ausgefüllte Heilmittelverordnungen und der Einschätzung der Kompetenz der HNO-Ärzte, bzw. dass sie Heilmittelverordnungen hauptsächlich von Kinderärzten erhalten.

Der Zufriedenheit mit Hörtests und der Einschätzung der Kompetenz der Kinderärzte.

Probleme bei der Zusammenarbeit mit Allgemeinärzten und dass sie sich durch die Einteilung der Störungsbilder eingeschränkt fühlen.

Dass sie Heilmittelverordnungen hauptsächlich von Allgemeinärzten erhalten und sie sich durch den Heilmittelkatalog oder die Krankenkassen eingeschränkt fühlen.

Es gibt aber auch interessante Korrelationen, die in der *Gesamtgruppe nicht signifikant* waren und jetzt in der Gruppe der *Logopäden signifikant* sind:

Je zufriedener Logopäden mit der ärztlichen Diagnosestellung sind,

- desto mehr Rücksprache halten sie mit den Ärzten wegen der Diagnose ( $r= 0,141$ ,  $p= 0,046$ )
- desto eher wollen sie Diagnosen durch Pädaudiologen erstellt bekommen ( $r= 0,141$ ,  $p= 0,045$ ).

### **Korrelationen in der Gruppe der Sprachheilpädagogen**

In der Gruppe der Sprachheilpädagogen gibt es nur verhältnismäßig wenig signifikante Korrelationen. Aufgrund dessen werden nachfolgend die interessanten signifikanten Korrelationen dargestellt, auch wenn sie bereits in der Gesamtgruppe genannt wurden.

Je mehr Probleme Sprachheilpädagogen mit den Ärzten aufgrund der Heilmittelverordnung haben, desto seltener wurden die Diagnosen von HNO-Ärzten und Pädaudiologen erstellt (jeweils:  $r= 0,433$ ,  $p= 0,039$ ).

Je häufiger Sprachheilpädagogen Heilmittelverordnungen erhalten haben, die falsch ausgefüllt waren, desto seltener waren die Heilmittelverordnungen hauptsächlich von Pädaudiologen ( $r= 0,453$ ,  $p= 0,030$ ).

Je zufriedener Sprachheilpädagogen mit der Diagnosestellung sind, desto kompetenter schätzen sie Kinderärzte ( $r= 0,428$ ,  $p= 0,047$ ) und Allgemeinärzte ( $r= 0,553$ ,  $p= 0,009$ ) ein.

Je häufiger Sprachheilpädagogen an HNO-Ärzte verweisen,

- desto mehr Probleme haben sie bei der Zusammenarbeit mit Allgemeinärzten ( $r= -0,418$ ,  $p= 0,042$ )
- desto häufiger fühlen sie sich durch die Einteilung der Störungsbilder eingeschränkt ( $r= -0,434$ ,  $p= 0,034$ ).

Je mehr sie sich durch Heilmittelkatalog/Krankenkassen ( $r= 0,583$ ,  $p= 0,003$ ) oder Budget ( $r= 0,743$ ,  $p= 0,000$ ) eingeschränkt fühlen, desto mehr Probleme haben sie bei der Zusammenarbeit mit Kinderärzten.

Je mehr Probleme Sprachheilpädagogen bei der Zusammenarbeit mit Allgemeinärzten haben,

- desto häufiger fühlen sie sich durch die Einteilung der Störungsbilder eingeschränkt ( $r= 0,508$ ,  $p= 0,011$ )
- umso kompetenter halten sie Kinderärzte ( $r= -0,449$ ,  $p= 0,036$ ) und HNO-Ärzte ( $r= -0,598$ ,  $p= 0,003$ ).

Je mehr sich Sprachheilpädagogen durch die Einteilung der Störungsbilder eingeschränkt fühlen, umso kompetenter halten sie Kinderärzte ( $r= -0,433$ ,  $p= 0,044$ ).

Je häufiger Sprachheilpädagogen eine Zusammenarbeit mit Psychologen wünschen,

- desto hilfreicher finden sie die Zusammenarbeit mit Ärzten ( $r= 0,426$ ,  $p= 0,038$ )
- desto mehr Zeit würden sie für eine Zusammenarbeit investieren ( $r= 0,499$ ,  $p= 0,013$ )
- desto weniger kompetent schätzen sie Allgemeinärzte ein ( $r= -0,433$ ,  $p= 0,050$ ).

## 9.3 Auswertung Gruppenvergleich Kinderärzte - Sprachtherapeuten

In der bisherigen Analyse wurden Daten der zu diesem Zweck durchgeführten Untersuchung verarbeitet und ausgewertet. Neben der Gesamtgruppe der Sprachtherapeuten wurde eine Analyse durchgeführt, wie sich die Aussagen von Sprachheilpädagogen und Logopäden voneinander unterscheiden.

Der nächste Schritt der Auswertung ist ein Vergleich mit den Antworten aus der Untersuchung von Einsiedler/Funk 2004.

Die Daten aus der Umfrage 2004 wurden ebenfalls mittels Fragebogen erhoben. Befragt wurden 500 Kinderärzte in Bayern, u.a. zum Thema der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Sprachtherapeuten.

In der jetzigen Umfrage wurde ein Teil der Fragen aus dem Fragebogen identisch mit den Fragen aus dem Fragebogen 2004 gestellt, um sie hier vergleichen zu können.

Da 2004 das Thema der Interdisziplinarität nur einen Teil der Umfrage ausmachte und einige Frage aus dem jetzigen Fragebogen speziell für Sprachtherapeuten ausgelegt sind, kann nur ein Teil der Fragen gemeinsam ausgewertet werden.

Nachfolgend die auswertbaren, gemeinsamen Fragen. In Klammern der alternative Wortlaut in der Umfrage der Ärzte:

- „Alter“
- „Geschlecht“
- „Sind Sie mit der Zusammenarbeit mit Ärzten (Sprachtherapeuten) zufrieden?“
- „Ergeben sich aufgrund der Heilmittelverordnung (Rezepterstellung (Diagnose)) Probleme mit Ärzten (Sprachtherapeuten)?“
- „Die Diagnose von Sprach- und Sprechstörungen sollte Ihrer (meiner) Meinung nach am besten erstellt werden von.“

- „Welche der folgenden Tests kennen Sie? (Kennen Sie, neben der U-Untersuchung, auch andere Verfahren zur Diagnostik von Sprach- und Sprechstörungen? Wenn ja, welche?)“
- „Welche Tests benutzen Sie?“
- „Verweisen Sie zur genaueren Abklärung von Sprach- und Sprechstörungen an:“ (hier sind nur die Antworten „HNO-Arzt, Pädaudiologe, Sonstige, Keinen“ identisch und werden deshalb gewertet)
- „Halten Sie das Schreiben von Berichten für sinnvoll? (Halten Sie die Berichte von Sprachtherapeuten auf der Rückseite des Rezeptes für sinnvoll?)“
- „Fühlen Sie sich durch den Heilmittelkatalog bzw. Krankenkassen in Ihrer Therapie (Diagnose) eingeschränkt?“
- „Willigen Sie ein, sich zur besseren Zusammenarbeit von Ihrer Schweigepflicht entbinden zu lassen?“
- „Wie stark fühlen Sie sich durch Budget/Kosten der Ärzte in Ihrer Therapie (in der Erstellung eines Rezeptes) eingeschränkt?“
- „Halten Sie Kontakt (z.B. telefonisch) zu Ärzten (Sprachtherapeuten)?“

Um die Antworten statistisch vergleichen zu können, werden die Daten der entsprechenden Fragen aus der Umfrage 2004 mit den hier vorliegenden Daten zusammengefügt. Die zusammengefügteten Daten werden wieder analysiert und mittels Gruppeneinteilung verglichen.

### 9.3.1 Deskriptive Darstellung der Daten

„1. Alter“

Vergleicht man das Alter der Sprachtherapeuten und der Kinderärzte in den jeweiligen Umfragen, zeigt sich, dass der Altersschwerpunkt bei den Sprachtherapeuten bei 31-50 Jahren liegt, bei den Kinderärzten bei 41-60 Jahren.

		Beruf		Gesamt	
		Sprachtherapeuten	Kinderärzte		
Alter	20-30	Anzahl	61	0	61
		% von Beruf	24,2%	0,0%	14,2%
	31-40	Anzahl	83	16	99
		% von Beruf	32,9%	9,0%	23,1%
	41-50	Anzahl	80	60	140
		% von Beruf	31,7%	33,9%	32,6%
	51-60	Anzahl	25	69	94
		% von Beruf	9,9%	39,0%	21,9%
	über 60	Anzahl	3	32	35
		% von Beruf	1,2%	18,1%	8,2%
Gesamt		Anzahl	252	177	429
		% von Beruf	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 68: Kreuztabelle: Alter\*Beruf

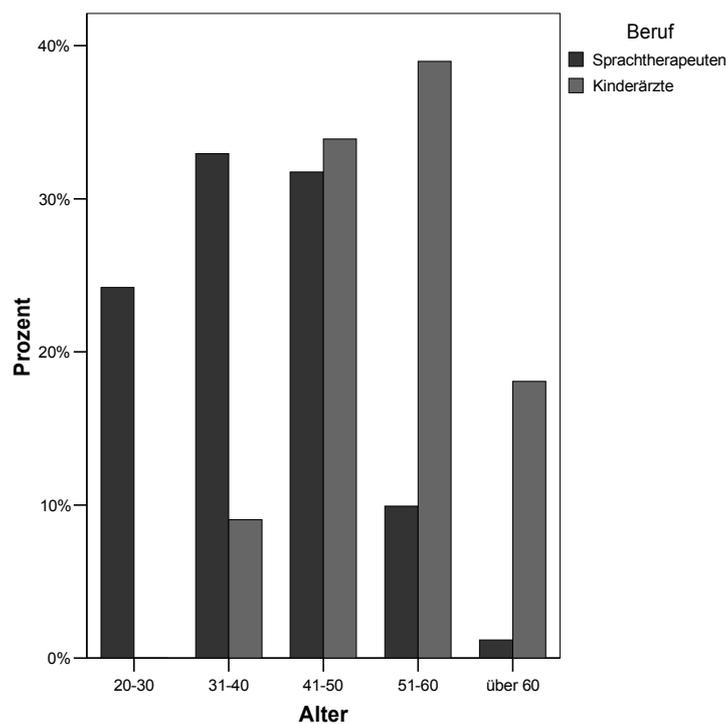


Abbildung 46: Altersverteilung in den Berufsgruppen

## „2. Geschlecht“

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung nahmen an den Umfragen 89,7% weibliche Sprachtherapeuten und 70,8% männliche Kinderärzte teil.

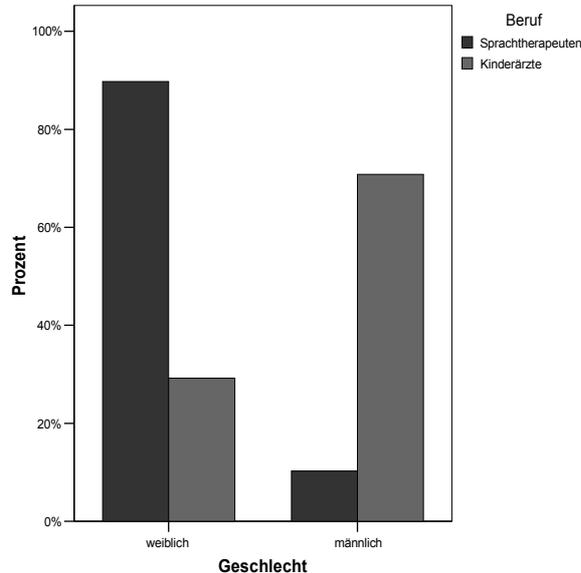


Abbildung 47: Geschlecht in den Berufsgruppen

### 9.3.2 Darstellung der Mittelwerte

Zur Darstellung der Mittelwerte, bzw. der signifikanten Unterschiede in den Gruppen der Kinderärzte und der Sprachtherapeuten, wird auch hier wieder der U-Test nach Mann und Whitney ausgewählt. Er liefert eine Aussage dazu, ob die Abweichungen der Antworten zwischen den Gruppen von Bedeutung sind.

**H 15: Kinderärzte sind mit der Zusammenarbeit signifikant zufriedener als Sprachtherapeuten**

**Ergebnis: Hypothese 15 wird bestätigt.**

**Kinderärzte sind mit der Zusammenarbeit signifikant zufriedener als Sprachtherapeuten.**

Die Antworten der Kinderärzte unterscheiden sich höchst signifikant ( $p=0,000$ ) im Mann-Whitney-U-Test von den Antworten der Sprachtherapeuten. Die Kinderärzte sind im

Durchschnitt zufriedener mit der Zusammenarbeit (mittlerer Rang 175,38) als die Sprachtherapeuten (mittlerer Rang 238,59)<sup>1</sup>.

	Beruf	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	Sprachtherapeuten	249	238,59	59408,00	0,000
	Kinderärzte	175	175,38	30692,00	
	Gesamt	424			

Tabelle 69: Mann-Whitney-U-Test: Zufriedenheit mit Zusammenarbeit \* Beruf

Aufgrund der Signifikanz wird hier wieder der Mittelwert berechnet und damit die Aussage der mittleren Ränge bestätigt.

Beruf	Zufriedenheit mit Zusammenarbeit
Sprachtherapeuten	2,18
Kinderärzte	1,79
Insgesamt	2,02

Tabelle 70: Mittelwert

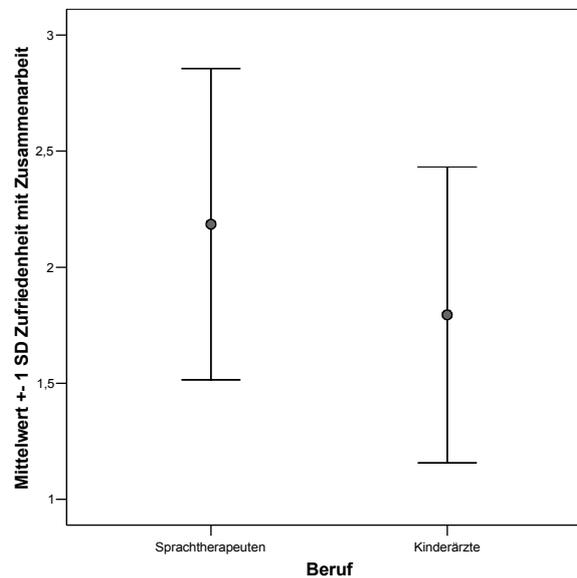


Abbildung 48: Fehlerbalken mit einer Standardabweichung

Auch die einzelnen Gruppen zeigen in ihren Antworten mittels des Binomialtests eine höchst signifikante Antwortverteilung.

Bei den Sprachtherapeuten antworten 69,9%, dass sie „sehr“ oder „ziemlich“ zufrieden mit der Zusammenarbeit sind, bei den Kinderärzten sind es 89,1%.

<sup>1</sup> Auch hier bedeutet ein hoher Wert eine negative Aussage der Befragten.

		Kategorie	Beobachteter Anteil Kinderärzte	Beobachteter Anteil Sprachtherapeuten*	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	Gruppe 1	≤ 2,5	0,89	0,70	0,000
	Gruppe 2	> 2,5	0,11	0,30	0,000
	Gesamt			1,00	

Tabelle 71: Binomialtest: Zufriedenheit mit Zusammenarbeit und Beruf  
 Gruppe 1: „sehr“, „ziemlich“, Gruppe 2: „wenig“, „gar nicht“  
 \*vgl. Hypothese 1

Eine Analyse der Antwortverteilungen in den einzelnen Items zeigt, dass deutlich mehr Kinderärzte mit der Zusammenarbeit „sehr“ zufrieden sind (32 %) als Sprachtherapeuten (13,3%).

		Beruf			Gesamt
		Sprachtherapeuten	Kinderärzte	Gesamt	
Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	sehr	Anzahl	33	56	89
		% von Beruf	13,3%	32,0%	21,0%
	ziemlich	Anzahl	141	100	241
		% von Beruf	56,6%	57,1%	56,8%
	wenig	Anzahl	71	18	89
		% von Beruf	28,5%	10,3%	21,0%
gar nicht	Anzahl	4	1	5	
	% von Beruf	1,6%	0,6%	1,2%	
Gesamt	Anzahl	249	175	424	
	% von Beruf	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 72: Kreuztabelle: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit\*Beruf

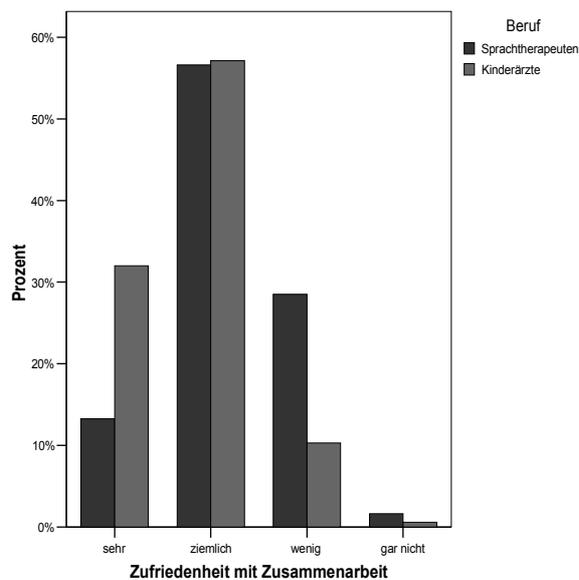


Abbildung 49: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit\*Beruf

**H 16: Die Bewertung der endogenen Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachtherapeuten und Kinderärzten signifikant.**

**Ergebnis: Hypothese 16 wird bestätigt.**

**Kinderärzte bewerten die endogenen Einflussfaktoren signifikant negativer als Sprachtherapeuten**

Auch bei dem Vergleich der Sprachtherapeuten mit den Kinderärzten werden die Variablen in endogene, exogene und direkte Einflussfaktoren eingeteilt und mit Bildung der Scores zusammengefasst.

Da in der Gegenüberstellung dieser beiden Gruppen weniger Variablen herangezogen werden können, werden auch die Scores beider Gruppen mit den hier verwendeten Variablen neu gebildet.

Grundlage der Scores bildet hier die Zuordnung der Variablen aus der Faktorenanalyse (siehe Kapitel 9.1.2). Da insgesamt wenige Variablen verglichen werden und davon ein Teil in der Nominalskala vorliegt, ist es nicht sinnvoll für diesen Gruppenvergleich eine erneute Faktorenanalyse durchzuführen.

Der Score „endogene Einflussfaktoren“ beinhaltet bei diesem Gruppenvergleich folgende Variablen:

„Diagnose sollte erstellt werden von.“ (hier mit Antwortitems: „Anderen“, „Ihnen und Anderen“, „Ihnen“, „Keine“), „Verweisen zur Abklärung an.“.

Ein Vergleich der Antworten mit dem Mann-Whitney-U-Test ergibt ein höchst signifikantes Ergebnis ( $p=0,000$ ). Der höhere mittlere Rang<sup>1</sup> der Kinderärzte zeigt, dass diese die endogenen Einflussfaktoren schlechter bewerten als Sprachtherapeuten.

	Beruf	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Score endogene Einflussfaktoren	Sprachtherapeuten	255	200,73	51187,00	0,000
	Kinderärzte	180	242,46	43643,00	
	Gesamt	435			

Tabelle 73: Mann-Whitney-U-Test: Endogene Einflussfaktoren\*Beruf

<sup>1</sup> Wie zuvor wurden auch hier die Variablen so umkodiert, dass ein hoher Wert eine negative Antwort bzgl. der Zusammenarbeit bedeutet.

Um die Werte zu verdeutlichen, nachfolgend die Berechnung der Mittelwerte:

Beruf	Score endogene Einflussfaktoren
Sprachtherapeuten	12,03
Kinderärzte	12,46
Insgesamt	12,21

Tabelle 74: Mittelwert

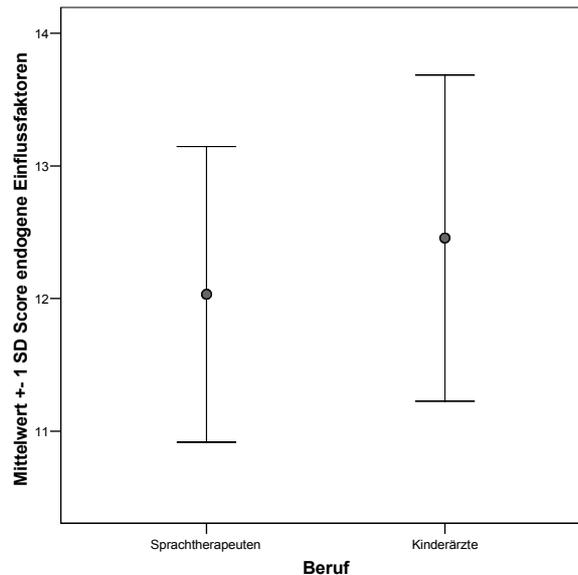


Abbildung 50: Fehlerbalken mit einer Standardabweichung

Bei Überprüfung der Signifikanz der Antwortverteilungen in den Gruppen, ergibt sich lediglich bei den Sprachtherapeuten ein höchst signifikantes Ergebnis im Binomialtest, während die Antwortverteilung der Kinderärzte kein Signifikanzniveau erreicht ( $p=0,263$ ) und damit nicht aussagekräftig ist<sup>1</sup>.

Untersucht man die einzelnen Variablen der endogenen Einflussfaktoren auf einen signifikanten Unterschied in der Antwortverteilung der Kinderärzte und der Sprachtherapeuten, so ergibt sich ein höchst signifikantes ( $p=0,000$ ) Ergebnis bei folgenden Variablen:

- Sprachtherapeuten wollen die Diagnosen von Sprach- und Sprechstörungen öfter selber erstellen (mittlerer Rang 240,07) als Kinderärzte (mittlerer Rang 186,74).
- Sprachtherapeuten verweisen zur Abklärung häufiger an HNO-Ärzte (mittlerer Rang 172,97) und an Sonstige (mittlerer Rang 196,74) als Kinderärzte (mittlerer Rang „HNO-Ärzte“ 281,79, „Sonstige“ 248,13)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Die Antworten werden wieder ausführlich dargestellt, wenn in beiden Gruppen das Signifikanzniveau erreicht wird.

<sup>2</sup> Ein hoher mittlerer Rang bei der Angabe, dass man die Diagnose selbst erstellen will bedeutet, dass mit „ja“ geantwortet wurde, bei „Verweisung an“ bedeutet ein hoher Rang die Antwort „nein“. Damit drücken die höheren Ränge jeweils eine negativere Haltung aus.

„Die Diagnose von Sprach- und Sprechstörungen sollte Ihrer (meiner) Meinung nach am besten erstellt werden von:“

Im Binomialtest ergibt sich für beiden Gruppen ein signifikantes Ergebnis.

Die Mehrheit der Sprachtherapeuten (60%) gibt an, dass die Diagnose von „Ihnen“ oder „Keinem“ erstellt werden soll, während die Mehrheit der Kinderärzte (58%) angibt, dass Diagnosen von „Ihnen+Anderen“ oder „Anderen“ erstellt werden sollen.

In der Auswertung der einzelnen Antwortitems wird ersichtlich, dass sowohl die Sprachtherapeuten mit 52,5% als auch die Kinderärzte mit 41,1% die Diagnosen am liebsten selbst erstellen.

			Sprachtherapeuten	Kinderärzte	Gesamt
Diagnose sollte erstellt werden von	Anderen	Anzahl	16	34	50
		% von Beruf	6,3%	18,9%	11,5%
	Ihnen + Anderen	Anzahl	87	71	158
		% von Beruf	34,1%	39,4%	36,3%
	Ihnen	Anzahl	134	74	208
		% von Beruf	52,5%	41,1%	47,8%
	Keinem	Anzahl	18	1	19
		% von Beruf	7,1%	0,6%	4,4%
Gesamt	Anzahl		255	180	435
	% von Beruf		100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 75: Kreuztabelle: Diagnose erstellt von\*Beruf  
Signifikant im Chi-Quadrat-Test

„Verweisen Sie zur genaueren Abklärung von Sprach- und Sprechstörungen an:“

Eine Auswertung der Variable zeigt, dass Sprachtherapeuten häufiger zur Abklärung an „HNO-Ärzte“, „Pädaudiologen“ oder „Sonstige“ als Kinderärzte verweisen.

Verweisen zur Abklärung an:	Angaben in % Sprachtherapeuten	Angaben in % Kinderärzte
HNO-Arzt	63,9	13,9
Pädaudiologen*	68,6	66,1
Sonstigen	28,6	5,0
Niemanden*	3,9	7,2
Kinderärzte	16,1	---
Sprachtherapeuten	---	48,3**

Tabelle 76: Ergebnisse aus der Kreuztabelle: Verweisen zur Abklärung an\*Beruf  
\* Nicht signifikant nach dem Phi Koeffizienten. \*\* Funk/Einsiedler 2004: Antworten aus Einzel- und Mehrfachnennungen

**H 17: Die Bewertung der exogenen Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachtherapeuten und Kinderärzten signifikant.**

**Ergebnis: Hypothese 17 wird bestätigt.**

**Kinderärzte bewerten die exogenen Einflussfaktoren signifikant positiver als Sprachtherapeuten**

Zu den exogenen Einflussfaktoren im Vergleich der Sprachtherapeuten und Kinderärzte zählen die Variablen:

*„Probleme aufgrund der Heilmittelverordnung“; „Fühlen sich durch Heilmittelkatalog bzw. Krankenkassen eingeschränkt“; „Fühlen sich durch das Budget eingeschränkt“.*

Anhand des mittleren Ranges im Mann-Whitney-U-Test ist ersichtlich, dass die Sprachtherapeuten (mittlerer Rang 249,54) die exogenen Einflussfaktoren negativer bewerten als die Kinderärzte (mittlerer Rang 138,66). Das höchst signifikante Ergebnis ( $p=0,000$ ) zeigt, dass die Verteilung aussagekräftig ist.

	Beruf	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Score exogene Einflussfaktoren	Sprachtherapeuten	235	249,54	58643,00	0,000
	Kinderärzte	170	138,66	23572,00	
	Gesamt	405			

*Tabelle 77: Mann-Whitney-U-Test: Exogene Einflussfaktoren\*Beruf*

Zur deutlicheren Darstellung der Werte, nachfolgend die Berechnung des Mittelwerts.

Beruf	Score exogene Einflussfaktoren
Sprachtherapeuten	8,59
Kinderärzte	6,43
Insgesamt	7,68

*Tabelle 78: Mittelwert*

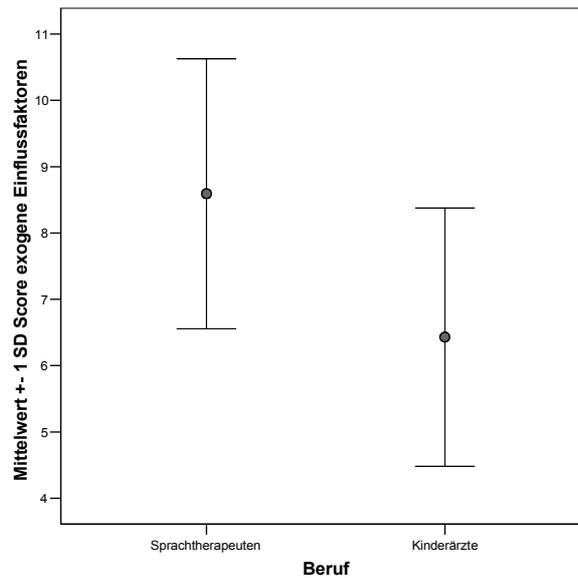


Abbildung 51: Fehlerbalken mit einer Standardabweichung

Auch im Binomialtest erweisen sich die Antwortverteilungen in den Gruppen als höchst signifikant ( $p= 0,000$ ). Während sich 69% der Sprachtherapeuten durch die exogenen Einflussfaktoren eingeschränkt fühlen, sind es bei den Kinderärzten nur 29%.

Beruf			Kategorie	N	Beobachteter Anteil	Test-anteil	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Sprachtherapeuten	Score exogene Einflussfaktoren	Gruppe 1	$\leq 7,5$	74	0,31	0,50	0,000
		Gruppe 2	$> 7,5$	161	0,69		
		Gesamt		235	1,00		
Kinderärzte	Score exogene Einflussfaktoren	Gruppe 1	$\leq 7,5$	121	0,71	0,50	0,000
		Gruppe 2	$> 7,5$	49	0,29		
		Gesamt		170	1,00		

Tabelle 79: Binomialtest: Exogene Einflussfaktoren\*Beruf  
 Gruppe 1= Fühlt sich nicht oder wenig eingeschränkt; Gruppe 2= Fühlt sich eingeschränkt

Ein Vergleich der Antworten von Sprachtherapeuten und Kinderärzten in den einzelnen Variablen der exogenen Einflussfaktoren zeigt auch hier jedes Mal ein höchst signifikantes Ergebnis ( $p= 0,000$ ) im Mann-Whitney-U-Test.

Anhand der mittleren Ränge erkennt man, dass Sprachtherapeuten im Durchschnitt mehr Probleme wegen Heilmittelverordnungen haben als Kinderärzte, und sich auch mehr durch Heilmittelkatalog/Krankenkassen und das Budget eingeschränkt fühlen (hoher Wert= negative Antwort).

	Beruf	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Asymptotisch Signifikanz (2-seitig)
Probleme aufgrund Heilmittelverordnung	Sprachtherapeuten	249	254,58	63389,50	0,000
	Kinderärzte	176	154,18	27135,50	
	Gesamt	425			
Fühlen sich eingeschränkt durch HMK/KK	Sprachtherapeuten	246	246,77	60706,50	0,000
	Kinderärzte	177	163,67	28969,50	
	Gesamt	423			
Fühlen sich durch Budget eingeschränkt	Sprachtherapeuten	241	242,79	58513,50	0,000
	Kinderärzte	175	161,27	28222,50	
	Gesamt	416			

Tabelle 80: Mann-Whitney-U-Test: Variablen exogene Einflussfaktoren\*Beruf

„Ergeben sich aufgrund der Heilmittelverordnung (Rezepterstellung) Probleme mit Ärzten (Sprachtherapeuten)?“

Das höchst signifikante Ergebnis im Mann-Whitney-U-Test sagt aus, dass Sprachtherapeuten (mittlerer Rang 254,58) mehr Probleme aufgrund der Heilmittelverordnung haben als Kinderärzte (mittlerer Rang 154,18).

Der Test auf Binomialverteilung zeigt bei dieser Variable unterschiedliche Ergebnisse: Während die Antworten in der dichotomen Aufteilung bei den Sprachtherapeuten nicht signifikant sind, erreichen die Kinderärzte hier ein höchst signifikantes Ergebnis ( $p= 0,000$ ).

Kinderärzte (82%) haben wenig oder keine Probleme mit Sprachtherapeuten aufgrund der Heilmittelverordnung.

Die Antwortverteilungen im Einzelnen ergeben im Chi-Quadrat Test dagegen ein höchst signifikantes Ergebnis. In der Kreuztabelle erkennt man, dass beide Berufsgruppen am häufigsten geantwortet haben, dass sie „wenig“ Probleme aufgrund der Heilmittelverordnung haben. Gar keine Probleme aufgrund der Heilmittelverordnung haben dagegen 31,8% der Kinderärzte aber nur 4% der Sprachtherapeuten.

		Beruf		Gesamt	
		Sprachtherapeuten	Kinderärzte		
Probleme aufgrund Heilmittelverordnung	gar nicht	Anzahl	10	56	66
		% von Beruf	4,0%	31,8%	15,5%
	wenig	Anzahl	109	89	198
		% von Beruf	43,8%	50,6%	46,6%
	ziemlich	Anzahl	90	24	114
		% von Beruf	36,1%	13,6%	26,8%
	sehr	Anzahl	40	7	47
		% von Beruf	16,1%	4,0%	11,1%
Gesamt		Anzahl	249	176	425
		% von Beruf	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 81: Kreuztabelle: Probleme wegen Heilmittelverordnung\*Beruf  
Im Chi-Quadrat-Test höchst signifikant

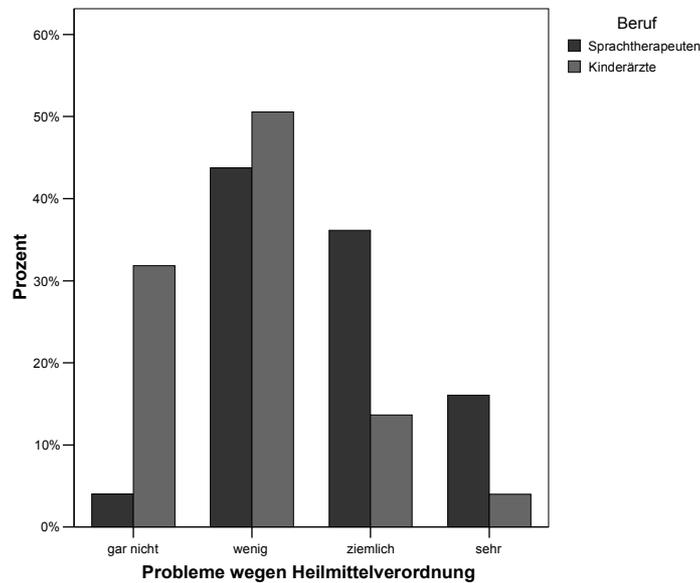


Abbildung 52: Gruppenvergleich: Probleme aufgrund Heilmittelverordnung

„Fühlen Sie sich durch den Heilmittelkatalog bzw. Krankenkassen in Ihrer Therapie (Diagnose) eingeschränkt?“

Auch hinsichtlich des Heilmittelkatalogs und der Krankenkassen fühlen sich lt. dem höchst signifikanten Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests Sprachtherapeuten (mittlerer Rang 246,77) mehr eingeschränkt als Kinderärzte (mittlerer Rang 163,67).

In diesem Fall hat sich sowohl für Sprachtherapeuten (p= 0,000) als auch für Kinderärzte (p= 0,007) eine signifikante Antwortverteilung im Binomialtest ergeben.

Während sich die Mehrheit der Sprachtherapeuten (70%) „sehr“ oder „ziemlich“ durch den Heilmittelkatalog oder die Krankenkassen eingeschränkt fühlt, fühlen sich die meisten Kinderärzte (60%) dadurch nur „wenig“ oder „gar nicht“ eingeschränkt.

Anhand der Kreuztabelle erkennt man die Antworten in den einzelnen Items. Hier zeigen sich nochmals die Unterschiede in der Verteilung von Kinderärzten und Sprachtherapeuten. Während sich die meisten Sprachtherapeuten ziemlich eingeschränkt fühlen (39,8%), fühlen sich die meisten Kinderärzte nur wenig eingeschränkt (39,0%).

		Beruf		Gesamt
		Sprachtherapeuten	Kinderärzte	
Fühlen sich eingeschränkt durch HMK/KK	gar nicht	Anzahl 8	38	46
		% von Beruf 3,3%	21,5%	10,9%
wenig	Anzahl 65	69	134	
	% von Beruf 26,4%	39,0%	31,7%	
ziemlich	Anzahl 98	50	148	
	% von Beruf 39,8%	28,2%	35,0%	
sehr	Anzahl 75	20	95	
	% von Beruf 30,5%	11,3%	22,5%	
Gesamt	Anzahl 246	177	423	
	% von Beruf 100,0%	100,0%	100,0%	

Tabella 82: Kreuztabelle: Eingeschränkt durch HMK/KK\*Beruf  
Im Chi-Quadrat-Test höchst signifikant

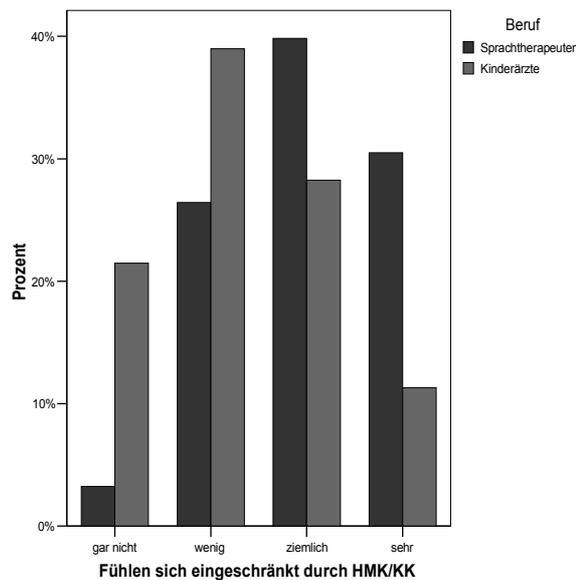


Abbildung 53: Gruppenvergleich: Eingeschränkt durch Heilmittelverordnung/Krankenkassen

„Wie stark fühlen Sie sich durch Budget/Kosten der Ärzte in Ihrer Therapie (in der Erstellung eines Rezeptes) eingeschränkt?“

Sprachtherapeuten (mittlerer Rang 242,97) fühlen sich durch das Budget mehr eingeschränkt als Kinderärzte (161,27). Dieses Ergebnis liefert der Mann-Whitney-U-Test mit einer höchst signifikanten Verteilung. Auch der Binomialtest ergibt ein höchst signifikantes Ergebnis für die Antwortverteilungen in den Gruppen.

Die Mehrheit der Sprachtherapeuten (68%) fühlt sich „sehr“ oder „ziemlich“ durch das Budget eingeschränkt, während sich die Mehrheit der Kinderärzte (62%) nur „wenig“ oder „gar nicht“ dadurch eingeschränkt fühlt. In den einzelnen Items antwortet die Mehrheit der Sprachtherapeuten mit „ziemlich“ (41,9%), der Kinderärzte mit „wenig“ (37,1%).

			Sprachtherapeuten	Kinderärzte	Gesamt
Fühlen sich durch Budget eingeschränkt	gar nicht	Anzahl	8	44	52
		% von Beruf	3,3%	25,1%	12,5%
	wenig	Anzahl	68	65	133
		% von Beruf	28,2%	37,1%	32,0%
	ziemlich	Anzahl	101	47	148
		% von Beruf	41,9%	26,9%	35,6%
sehr	Anzahl	64	19	83	
	% von Beruf	26,6%	10,9%	20,0%	
Gesamt	Anzahl	241	175	416	
	% von Beruf	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 83: Kreuztabelle: Eingeschränkt durch Budget\*Beruf. Im Chi-Quadrat-Test höchst signifikant

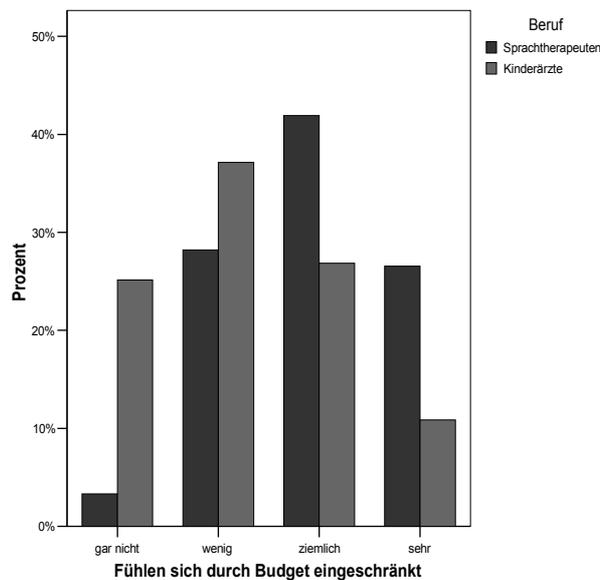


Abbildung 54: Gruppenvergleich: Eingeschränkt durch Budget

**H 18: Die Bewertung der direkten Einflussfaktoren unterscheidet sich bei Sprachtherapeuten und Kinderärzten signifikant**

**Ergebnis: Hypothese 18 wird bestätigt.**

**Kinderärzte bewerten die direkten Einflussfaktoren signifikant negativer als Sprachtherapeuten**

Zu den direkten Einflussfaktoren zählen in diesem Gruppenvergleich die Variablen: „*Kennen Tests*“; „*Benutzen Tests*“; „*Halten Berichte für sinnvoll*“; „*Entbindung von Schweigepflicht*“; „*Halten Kontakt*“.

Auch der dritte Score zeigt im Mann-Whitney-U-Test ein höchst signifikantes Ergebnis ( $p=0,000$ ) und ist damit aussagekräftig. Kinderärzte bewerten die direkten Einflussfaktoren (mittlerer Rang 222,55) negativer als Sprachtherapeuten (mittlerer Rang 173,84).

	Beruf	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Score direkte Einflussfaktoren	Sprachtherapeuten	220	173,84	38244,00	0,000
	Kinderärzte	169	222,55	37611,00	
	Gesamt	389			

Tabelle 84: Mann-Whitney-U-Test: Direkte Einflussfaktoren\*Beruf

Zur sinnvolleren Darstellung der Werte wird wieder der Mittelwert berechnet.

Beruf	Score direkte Einflussfaktoren
Sprachtherapeuten	10,39
Kinderärzte	11,29
Insgesamt	10,78

Tabelle 85: Mittelwert

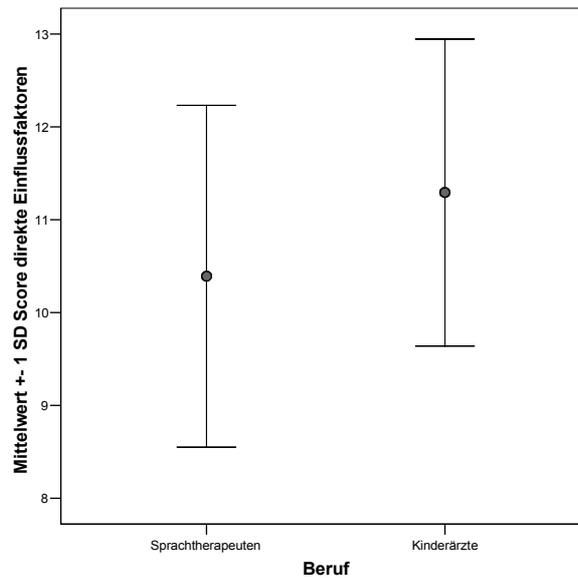


Abbildung 55: Fehlerbalken mit einer Standardabweichung

Auch hier zeigt sich im Binomialtest für beide Gruppen ein höchst signifikantes Ergebnis hinsichtlich der dichotomen Antwortverteilung.

Die Mehrheit der Sprachtherapeuten (90%) bewertet die direkten Einflussfaktoren positiv, ebenso wie die Mehrheit der Kinderärzte (73%).

Beruf			Kategorie	N	Beobachteter Anteil	Testanteil	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Sprachtherapeuten	Score direkte Einflussfaktoren	Gruppe 1	<= 12,5	197	0,90	0,50	0,000(a)
		Gruppe 2	> 12,5	23	0,10		
		Gesamt		220	1,00		
Kinderärzte	Score direkte Einflussfaktoren	Gruppe 1	<= 12,5	123	0,73	0,50	0,000(a)
		Gruppe 2	> 12,5	46	0,27		
		Gesamt		169	1,00		

Tabelle 86: Binomialtest: Direkte Einflussfaktoren\*Beruf

Bei Betrachtung der einzelnen Variablen des Scores erhält man unterschiedliche Ergebnisse bzgl. der Signifikanz im Mann-Whitney-U-Test.

„Welche der folgenden Tests kennen Sie? (Kennen Sie, neben der U-Untersuchung, auch andere Verfahren zur Diagnostik von Sprach- und Sprechstörungen? Wenn ja, welche?)“ „Welche Tests benutzen Sie?“

Vergleicht man die einzelnen Tests aus den direkten Einflussfaktoren in den Gruppen, so sieht man, dass die Kinderärzte im Mann-Whitney-U-Test im Durchschnitt weniger Tests kennen und benutzen (ein hoher Wert bedeutet wieder eine negative Antwort).

	Mittlerer Rang Sprachtherapeuten	Mittlerer Rang Kinderärzte	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Kennt SETK	177,21	275,79	0,000
Kennt HSET	147,12	318,42	0,000
Kennt IDIS	207,85	232,38	0,000
Kennt ELFRA	195,29	250,17	0,000
Kennt SEV	202,65	239,75	0,000
Benutzt SETK	188,94	259,17	0,000
Benutzt HSET	175,50	278,21	0,000
Benutzt IDIS	214,26	223,29	0,012
Benutzt ELFRA	208,38	231,63	0,004
Benutzt SEV*	213,59	224,25	0,133
Benutzt sonstige Tests	170,50	285,29	0,000

Tabelle 87: Mann-Whitney-U-Test: Variablen Kennt/Benutzt Tests\*Beruf  
\* Keine Signifikanz

Welche der Tests Sprachtherapeuten bzw. Ärzte kennen bzw. benutzen, zeigt sich in den Kreuztabellen, die nachfolgend zusammengefasst sind. Es ist deutlich zu erkennen, dass Sprachtherapeuten alle Tests häufiger kennen und öfter benutzen.

Tests	Beobachteter Anteil Sprachtherapeuten in %	Beobachteter Anteil Kinderärzte in %
Kennt SETK	72,5	27,2
Kennt HSET	91,0	12,2
Kennt IDIS	12,9	1,7
Kennt ELFRA	40,8	15,6
Kennt SEV	33,7	16,7
Benutzt SETK	47,8	15,6
Benutzt HSET	53,3	6,1
Benutzt IDIS	4,7	0,6
Benutzt ELFRA	22,4	11,7
Benutzt SEV*	14,9	10,0
Benutzt sonstige Tests	86,7	33,9

Tabelle 88: Häufigkeiten: Benutzt und kennt Tests  
\* Keine Signifikanz des Phi-Koeffizienten

„Halten Sie das Schreiben von Berichten für sinnvoll? (Halten Sie die Berichte von Sprachtherapeuten auf der Rückseite des Rezeptes für sinnvoll?)“

Kinderärzte (mittlerer Rang 202,10) halten Berichte für sinnvoller als Sprachtherapeuten (mittlerer Rang 225,06). Diese Aussage liefert der Mann-Whitney-U-Test mit signifikanter Verteilung ( $p=0,033$ ).

	Mittlerer Rang Sprachtherapeuten	Mittlerer Rang Kinderärzte	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Halten Berichte für sinnvoll	225,06	202,10	0,033

Tabelle 89: Mann-Whitney-U-Test: Berichte für sinnvoll halten\*Beruf

Die dichotome Verteilung im Binomialtest zeigt ebenfalls in beiden Berufen eine höchst signifikante Verteilung an. Die Mehrheit der Sprachtherapeuten (83%) und die Mehrheit der Kinderärzte (90%) halten Berichte für „sehr“ oder „ziemlich“ sinnvoll.

In der Verteilung der Antworten in den einzelnen Items geben sowohl die absolute Mehrheit der Sprachtherapeuten (54,2%), als auch der Kinderärzte (63,1%) an, Berichte für „sehr“ sinnvoll zu halten.

			Sprachtherapeuten	Kinderärzte	Gesamt
Halten Berichte für sinnvoll	sehr	Anzahl	136	113	249
		% von Beruf	54,2%	63,1%	57,9%
	ziemlich	Anzahl	72	48	120
		% von Beruf	28,7%	26,8%	27,9%
	wenig	Anzahl	40	17	57
		% von Beruf	15,9%	9,5%	13,3%
	gar nicht	Anzahl	3	1	4
		% von Beruf	1,2%	0,6%	0,9%
Gesamt		Anzahl	251	179	430
		% von Beruf	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 90: Kreuztabelle: Halten Berichte für sinnvoll\*Beruf  
Nicht signifikant im Chi-Quadrat-Test

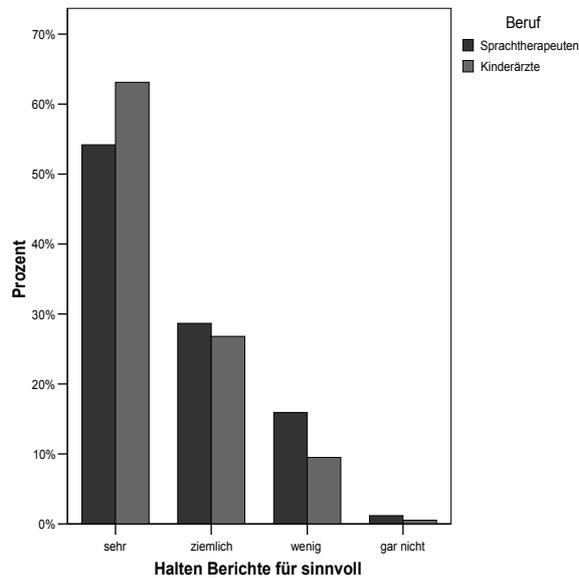


Abbildung 56: Berichte sinnvoll\*Beruf

„Willigen Sie ein, sich zur besseren Zusammenarbeit von Ihrer Schweigepflicht entbinden zu lassen?“

Sprachtherapeuten (mittlerer Rang 181,88) würden sich häufiger von der Schweigepflicht entbinden lassen als Kinderärzte (214,35). Die Ergebnisse im Mann-Whitney-U-Test sind sehr signifikant (p= 0,002).

	Mittlerer Rang Sprachtherapeuten	Mittlerer Rang Kinderärzte	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Entbindung von Schweigepflicht	181,88	214,35	0,002

Tabelle 91: Mann-Whitney-U-Test: Entbindung von Schweigepflicht\*Beruf

Auch im Binomialtest ergibt sich für beide Berufe ein höchst signifikantes Ergebnis (p= 0,000). Während 85% der Sprachtherapeuten sich „sehr“ oder „ziemlich“ häufig von der Schweigepflicht entbinden lassen würden, tun dies 72% der Kinderärzte.

Die Kreuztabelle zeigt an, dass sich die meisten Kinderärzte (42,4%) und die meisten Sprachtherapeuten (55,2%) „sehr“ häufig von der Schweigepflicht entbinden lassen würden.

		Beruf		Gesamt	
		Sprachtherapeuten	Kinderärzte		
Entbindung von Schweigepflicht	sehr	Anzahl	122	72	194
		% von Beruf	55,2%	42,4%	49,6%
	ziemlich	Anzahl	65	51	116
		% von Beruf	29,4%	30,0%	29,7%
	wenig	Anzahl	20	25	45
		% von Beruf	9,0%	14,7%	11,5%
	gar nicht	Anzahl	14	22	36
		% von Beruf	6,3%	12,9%	9,2%
Gesamt		Anzahl	221	170	391
		% von Beruf	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 92: Kreuztabelle: Entbindung von Schweigepflicht\*Beruf  
Signifikant im Chi-Quadrat-Test

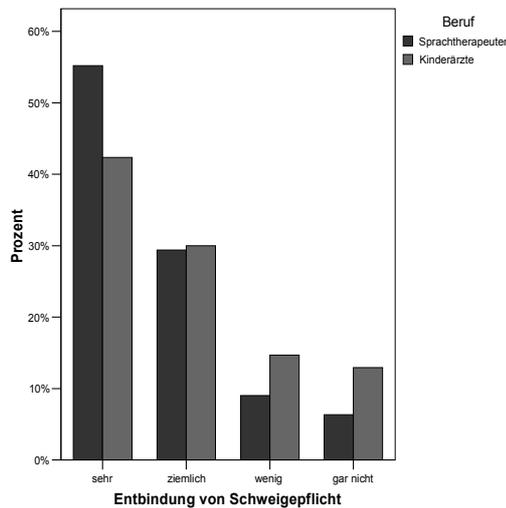


Abbildung 57: Schweigepflicht\*Beruf

„Halten Sie Kontakt (z.B. telefonisch) zu Ärzten (Sprachtherapeuten)?“

Die Antworten der Kinderärzte und Sprachtherapeuten ob sie Kontakt zu dem jeweilig Anderen halten, zeigt im Mann-Whitney-U-Test keine signifikanten Unterschiede.

	Mittlerer Rang Sprachtherapeuten	Mittlerer Rang Kinderärzte	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Halten Kontakt	208,71	226,17	0,125

Tabelle 93: Mann-Whitney-U-Test: Kontakt halten\*Beruf

Die Verteilungen im Binomialtest geben höchst signifikant an ( $p=0,000$ ), dass sowohl die Mehrheit der Sprachtherapeuten (71%) als auch die Mehrheit der Kinderärzte (70%) „sehr“ oder „ziemlich“ Kontakt hält.

### 9.3.3 Darstellung der Zusammenhänge zwischen den Berufen

#### 9.3.3.1 Zusammenhänge mit der Zufriedenheit in der Zusammenarbeit

**H 19: Der Zusammenhang hinsichtlich der endogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Kinderärzten und Sprachtherapeuten**

**Ergebnis: Hypothese 19 wird bestätigt.**

**Der Zusammenhang hinsichtlich der endogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Kinderärzten und Sprachtherapeuten.**

Zur Überprüfung eines signifikanten Zusammenhangs zwischen den Gruppen der Sprachtherapeuten und Kinderärzte hinsichtlich der Scores und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit wird die Varianzanalyse herangezogen.

Die Varianzanalyse zeigt eine signifikante ( $p= 0,008$ ) Wechselwirkung zwischen dem Beruf und den endogenen Einflussfaktoren bei der abhängigen Variable „Zufrieden mit der Zusammenarbeit“. Die Hypothese wird damit bestätigt. Der Einfluss der endogenen Einflussfaktoren auf Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit hängt von der Gruppenvariable Sprachtherapeuten/Kinderärzte (Beruf) ab.

Des Weiteren zeigt die Varianzanalyse, dass es keinen eigenständigen signifikanten Haupteffekt des Scores endogene Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit gibt ( $p= 0,643$ ), dafür aber einen eigenständigen signifikanten Haupteffekt des Berufes auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ( $p= 0,039$ ).

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	18,694(a)	3	6,231	14,615	0,000	0,095
Konstanter Term	17,055	1	17,055	40,001	0,000	0,087
Beruf	1,837	1	1,837	4,308	0,039	0,010
Scoreendo	0,092	1	0,092	,216	0,643	0,001
Beruf * Scoreendo	3,004	1	3,004	7,046	0,008	0,017
Fehler	179,070	420	0,426			
Gesamt	1934,000	424				
Korrigierte Gesamtvariation	197,764	423				

*Tabelle 94: Varianzanalyse: Zusammenhang Zufriedenheit Zusammenarbeit\*Beruf*  
 Abhängige Variable: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit  
 a R-Quadrat = ,095 (korrigiertes R-Quadrat = ,088)

Um das Ergebnis zu bestätigen, werden wieder die einzelnen Korrelationen nach Spearman-Rho betrachtet. Hierbei ergibt sich, dass nur bei den Kinderärzten ein signifikanter Zusammenhang auftritt.

Je zufriedener Kinderärzte mit der Zusammenarbeit mit Sprachtherapeuten sind, desto negativer bewerten sie die endogenen Einflussfaktoren.

		Score endogene Einflussfaktoren Sprachtherapeuten	Score endogene Einflussfaktoren Kinderärzte
Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	Korrelationskoeffizient	0,060	-0,173(*)
	Sig. (2-seitig)	0,344	0,022
	N	249	175

*Tabelle 95: Korrelation nach Spearman*  
 \* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Hinsichtlich eines Zusammenhanges der einzelnen Variablen des Scores und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit lässt sich in keiner Gruppe eine signifikante Korrelation ermitteln.

**H 20: Der Zusammenhang hinsichtlich der exogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Kinderärzten und Sprachtherapeuten**

**Ergebnis: Hypothese 20 wird bestätigt.**

**Der Zusammenhang hinsichtlich der exogenen Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Kinderärzten und Sprachtherapeuten.**

Auch in diesem Fall ermittelt die Varianzanalyse eine signifikante ( $p=0,046$ ) Wechselwirkung zwischen dem Beruf und den exogenen Einflussfaktoren. Die Hypothese wird damit bestätigt. Der Einfluss der exogenen Einflussfaktoren auf Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit hängt von der Gruppenvariable Sprachtherapeuten/Kinderärzte ab. Hier ergibt sich ein eigenständiger signifikanter Haupteffekt des Scores exogene Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ( $p=0,000$ ) aber kein eigenständiger Haupteffekt des Berufes auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ( $p=0,239$ ).

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	33,256(a)	3	11,085	29,491	0,000	0,183
Konstanter Term	41,641	1	41,641	110,780	0,000	0,219
Beruf	,522	1	,522	1,389	0,239	0,004
Scoreexogen	13,631	1	13,631	36,263	0,000	0,084
Beruf * Scoreexogen	1,511	1	1,511	4,020	0,046	0,010
Fehler	148,101	394	0,376			
Gesamt	1838,000	398				
Korrigierte Gesamtvariation	181,357	397				

Tabelle 96: Varianzanalyse: Abhängige Variable: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit  
a R-Quadrat = ,183 (korrigiertes R-Quadrat = ,177)

In der separaten Auswertung der Gruppen ergibt sich sowohl für die Kinderärzte als auch für die Sprachtherapeuten ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit und den exogenen Einflussfaktoren. Hier unterscheiden sich aber die Korrelationskoeffizienten in ihrer Höhe.

Je zufriedener Kinderärzte und Sprachtherapeuten mit der Zusammenarbeit sind, desto weniger fühlen sie sich durch die exogenen Einflussfaktoren eingeschränkt.

Der Zusammenhang ist bei den Sprachtherapeuten höher als bei den Kinderärzten.

		Score exogene Einflussfaktoren Sprachtherapeuten	Score exogene Einflussfaktoren Kinderärzte
Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	Korrelationskoeffizient	0,386(**)	0,211(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000	0,006
	N	231	167

Tabelle 97: Korrelation nach Spearman

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Während bei den Sprachtherapeuten alle drei Variablen des Scores höchst signifikant mit der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit korrelieren<sup>1</sup>, ergibt sich bei den Kinderärzten nur eine signifikante Korrelation:

Je mehr Probleme Kinderärzte mit den Sprachtherapeuten aufgrund der Heilmittelverordnung haben, desto weniger sind sie mit der Zusammenarbeit zufrieden ( $r = 0,317$ ,  $p = 0,000$ ).

**H 21: Der Zusammenhang hinsichtlich der direkten Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich signifikant bei Kinderärzten und Sprachtherapeuten**

**Ergebnis: Hypothese 21 wird verworfen.**

**Der Zusammenhang hinsichtlich der direkten Einflussfaktoren und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit unterscheidet sich nicht signifikant bei Kinderärzten und Sprachtherapeuten.**

Die Varianzanalyse zeigt keine signifikante Wechselwirkung ( $p = 0,131$ ) zwischen dem Beruf und den direkten Einflussfaktoren. Die Hypothese wird damit verworfen. Der Einfluss der direkten Einflussfaktoren auf Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit hängt nicht von der Gruppenvariable Sprachtherapeuten/Kinderärzte ab.

<sup>1</sup> Vgl. dazu Auswertung der Gesamtgruppe: Korrelationen

Obwohl sich hier keine signifikante Wechselwirkung zwischen Beruf und den direkten Einflussfaktoren ergeben hat, ergibt sich sowohl für den Score direkte Einflussfaktoren ( $p=0,000$ ) als auch für den Beruf ( $p=0,010$ ) einen eigenständigen signifikanten Haupteffekt auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit. Damit entfaltet sowohl der Score direkte Einflussfaktoren als auch der Beruf unabhängig voneinander eine Wirkung auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit.

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	24,123(a)	3	8,041	19,577	0,000	0,135
Konstanter Term	7,798	1	7,798	18,985	0,000	0,048
Beruf	2,729	1	2,729	6,644	0,010	0,017
Scoredirekte	10,004	1	10,004	24,354	0,000	0,061
Beruf * Scoredirekte	0,941	1	0,941	2,291	0,131	0,006
Fehler	154,853	377	0,411			
Gesamt	1715,000	381				
Korrigierte Gesamtvariation	178,976	380				

Tabella 98: Varianzanalyse: Abhängige Variable: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit  
a R-Quadrat = ,135 (korrigiertes R-Quadrat = ,128)

Sowohl bei den Sprachtherapeuten als auch bei den Kinderärzten erweisen sich die gleichen Korrelationen in den direkten Einflussfaktoren als signifikant:

Je sinnvoller Sprachtherapeuten oder Kinderärzte Berichte halten bzw. je mehr Kontakt sie halten, desto zufriedener sind sie mit der Zusammenarbeit.

### 9.3.3.2 Zusammenhänge in den Berufsgruppen

Eine Korrelation der einzelnen Scores untereinander ergibt für keinen der Scores in beiden Berufsgruppen einen signifikanten Zusammenhang.

			Score endogene Einflussfaktoren		Score exogene Einflussfaktoren		Score direkte Einflussfaktoren	
			ST	Kiä	ST	Kiä	ST	Kiä
Spearman-Rho	Score endogene Einflussfaktoren	Korrelationskoeffizient	1,000	1,000	-0,048	0,019	-0,004	-0,105
		Sig. (2-seitig)	.	.	0,463	0,804	0,954	0,173
		N	255	180	235	170	220	169
	Score exogene Einflussfaktoren	Korrelationskoeffizient	-0,048	0,019	1,000	1,000	0,011	0,105
		Sig. (2-seitig)	0,463	0,804	.	.	0,870	0,187
		N	235	170	235	170	208	160
	Score direkte Einflussfaktoren	Korrelationskoeffizient	-0,004	-0,105	0,011	0,105	1,000	1,000
		Sig. (2-seitig)	0,954	0,173	0,870	0,187	.	.
		N	220	169	208	160	220	169

Tabelle 99: Korrelation Gruppenaufteilung Scores

Auf die einzelnen Zusammenhänge der Variablen in der Gruppe der Sprachtherapeuten wurde bereits bei Betrachtung der Gesamtgruppe eingegangen.

Nachfolgend werden daher nur Korrelationen dargestellt, die aus der Gruppe der Kinderärzte von Interesse sind.

Je häufiger Kinderärzte Diagnosen von Anderen erstellen lassen,

- desto häufiger verweisen sie zur Abklärung an HNO-Ärzte ( $r= 0,190$ ,  $p= 0,011$ ) und an Pädaudiologen ( $r= 0,221$ ,  $p= 0,003$ )
- desto weniger Kontakt halten sie zu Sprachtherapeuten ( $r= -0,148$ ,  $p= 0,047$ ).

Je sinnvoller Kinderärzte Berichte halten, desto mehr geben sie an Kontakt zu Sprachtherapeuten zu halten ( $r= 0,279$ ,  $p= 0,000$ ).

Auffällig ist, dass es in der Gruppe der Kinderärzte nur allgemein wenig signifikante Korrelationen gibt.

## 9.4 Vergleich der Antworten von Kinderärzten, Sprachheilpädagogen und Logopäden

Die vorangegangenen Analysen haben gezeigt, wie sich die Antworten der Sprachheilpädagogen und Logopäden zueinander verhalten und wie sich die Antworten von Sprachtherapeuten und Kinderärzten zueinander verhalten.

Während die einzelnen Antworten der Gruppen (Sprachheilpädagogen, Logopäden, Kinderärzte) bereits hinsichtlich Häufigkeiten und Korrelationen ausführlich dargestellt wurden, ist nun interessant zu erfahren, wie sich die Antworten von Sprachheilpädagogen, Logopäden und Kinderärzten zueinander verhalten.

Es soll herausgefunden werden, ob die Antworten der Sprachheilpädagogen und Kinderärzte sich mehr ähneln, als die Antworten der Logopäden und Kinderärzte.

Zur Analyse der drei Gruppen werden die Daten der Kinderärzte wieder mit den Daten der Sprachtherapeuten zusammengefügt und anschließend nach den drei Berufen aufgeteilt.

Auch in diesem Fall beschränkt sich die Anzahl der Variablen auf diejenigen, die sowohl von den Kinderärzten als auch von den Sprachtherapeuten beantwortet wurden (vgl. Kapitel 9.3).

### 9.4.1 Vergleich der Mittelwerte

Um vergleichen zu können welche Gruppen (Sprachheilpädagogen, Logopäden, Kinderärzte) sich hinsichtlich ihrer Antworten mehr ähneln, werden die Mittelwerte bzw. mittleren Ränge der Einzelnen miteinander verglichen. Als statistisches Verfahren wird hierzu der H-Test nach Kruskal-Wallis herangezogen. Durch dieses Analyseverfahren wird der mittlere Rang der Gruppen dargestellt, sowie das Signifikanzniveau.

*„Sind Sie mit der Zusammenarbeit mit Ärzten (Sprachtherapeuten) zufrieden?“*

Ein Vergleich der Antworten von Logopäden, Sprachheilpädagogen und Kinderärzten hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ergibt im Kruskal-Wallis-Test ein höchst signifikantes Ergebnis<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Die Signifikanz im Kruskal-Wallis sagt aus, dass sich mindestens zwei der Gruppen signifikant unterscheiden.

Anhand der mittleren Ränge kann man die Zufriedenheit der einzelnen Berufsgruppen erkennen und vergleichen.

Die Logopäden sind mit der Zusammenarbeit am wenigsten zufrieden<sup>1</sup> (mittlerer Rang 232,68), während die Kinderärzte am zufriedensten sind (mittlerer Rang 168,63).

Da die Antworten der Sprachheilpädagogen zwischen den Logopäden und den Kinderärzten liegen, wird ersichtlich, dass die Sprachheilpädagogen eher wie die Kinderärzte antworten als die Logopäden.

	Ausbildung	N	Mittlerer Rang	Asymptotische Signifikanz
Zufriedenheit mit Zusammenarbeit	Logopäde	206	232,68	0,000
	Sprachheilpädagoge	23	189,91	
	Kinderarzt	175	168,63	
	Gesamt	404		

Tabelle 100: Kruskal-Wallis-Test

Zur besseren Darstellung der Werte werden auch in diesem Fall zusätzlich die Mittelwerte berechnet. Diese bestätigen die Verteilung der mittleren Ränge.

Ausbildung	Zufriedenheit mit Zusammenarbeit
Logopäde	2,21
Sprachheilpädagoge	1,96
Kinderarzt	1,79
Insgesamt	2,01

Tabelle 101: Mittelwert

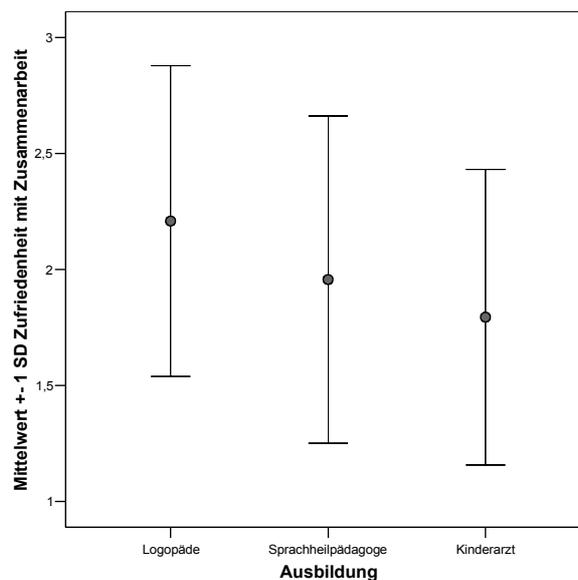


Abbildung 58: Fehlerbalken mit Standardabweichung<sup>#</sup>

<sup>1</sup> Je niedriger der Wert, desto zufriedener, je höher der Wert, desto unzufriedener

## Endogene Einflussfaktoren

Auch bei dem Score endogene Einflussfaktoren zeigt sich im H-Test nach Kruskal-Wallis, dass die Antworten von Sprachheilpädagogen und Kinderärzten sich ähnlicher sind als die Antworten von Logopäden und Kinderärzten.

Die Logopäden bewerten die endogenen Einflussfaktoren am positivsten (mittlerer Rang 187,24), während die Kinderärzte sie am negativsten bewerten (mittlerer Rang 229,09).

	Ausbildung	N	Mittlerer Rang	Asymptotische Signifikanz
Score endogene Einflussfaktoren	Logopäde	210	187,24	0,002
	Sprachheilpädagoge	24	215,17	
	Kinderarzt	179	229,09	
	Gesamt	413		

Tabelle 102: Kruskal-Wallis-Test

Aufgrund des erreichten Signifikanzniveaus erfolgt wieder die deutlichere Darstellung der Werte als Mittelwert.

Ausbildung	Score endogene Einflussfaktoren
Logopäde	12,02
Sprachheilpädagoge	12,25
Kinderarzt	12,46
Insgesamt	12,22

Tabelle 103: Mittelwert

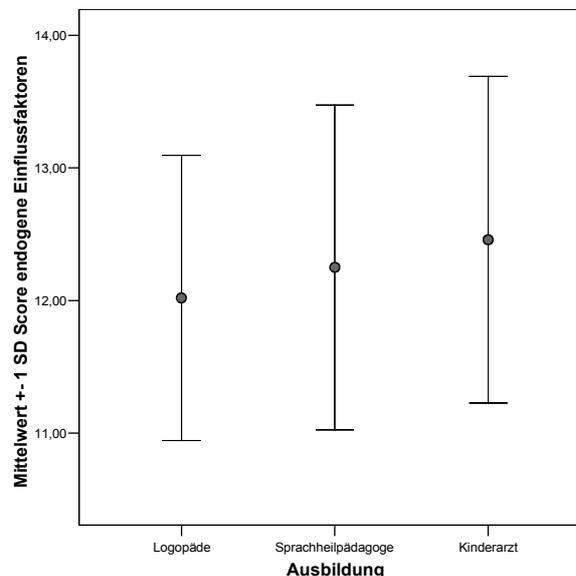


Abbildung 59: Fehlerbalken mit einer Standardabweichung

Betrachtet man die einzelnen Variablen des Scores, so erhält man unterschiedliche Aussagen im Kruskal-Wallis-Test.

Bei den Variablen „*Verweisen zur Abklärung an HNO-Arzt*“, „*Verweisen zur Abklärung an Sonstige*“ und „*Verweisen zur Abklärung an Niemanden*“ liegen die Antworten von Sprachheilpädagogen und Kinderärzten näher beieinander als die der Logopäden und Kinderärzte. Dabei verweisen Kinderärzte zur Abklärung am wenigsten an HNO-Ärzte und Sonstige und dementsprechend am häufigsten an Niemanden<sup>1</sup>.

In den Variablen „*Diagnose sollte erstellt werden von*“ und „*Verweisen zur Abklärung an Pädaudiologen*“ ähneln sich die Antworten von Logopäden und Kinderärzten mehr. Sprachheilpädagogen wollen dabei am häufigsten die Diagnose selbst erstellen oder von Keinem erstellt bekommen, und verweisen am häufigsten zur Abklärung an Pädaudiologen.

	Ausbildung	N	Mittlerer Rang	Asymptotische Signifikanz	Mittelwerte
Diagnose sollte erstellt werden von	Kinderarzt	179	178,38	0,000	2,23
	Logopäde	210	225,80		2,58
	Sprachheilpädagoge	24	255,94		2,79
	Gesamt	413			
Verweisen zur Abklärung an HNO-Arzt	Logopäde	210	160,77	0,000	2,35
	Sprachheilpädagoge	24	174,04		2,42
	Kinderarzt	179	265,66		2,86
	Gesamt	413			
Verweisen zur Abklärung an Pädaudiologe*	Sprachheilpädagoge	24	182,02	0,426	2,21
	Logopäde	210	207,83		2,33
	Kinderarzt	179	209,37		2,34
	Gesamt	413			
Verweisen zur Abklärung an Sonstige	Logopäde	210	185,48	0,000	2,72
	Sprachheilpädagoge	24	200,48		2,79
	Kinderarzt	179	233,12		2,95
	Gesamt	413			
Verweisen an Niemanden zur Abklärung*	Logopäde	210	203,38	0,209	2,03
	Sprachheilpädagoge	24	205,10		2,04
	Kinderarzt	179	211,50		2,07
	Gesamt	413			

Tabelle 104: Kruskal-Wallis-Test und berechnete Mittelwerte

\* Nicht signifikant

<sup>1</sup> Unterschiede der Gruppen nicht signifikant

## Exogene Einflussfaktoren

Bei der Einschränkung durch die exogenen Einflussfaktoren weisen die Antworten von Sprachheilpädagogen zu den Antworten der Kinderärzte mehr Ähnlichkeiten auf, als die Antworten von Logopäden und Kinderärzten. Kinderärzte fühlen sich dabei am wenigsten durch die exogenen Einflussfaktoren eingeschränkt (mittlerer Rang 134,48) und die Logopäden fühlen sich am stärksten durch diese eingeschränkt (mittlerer Rang 243,84).

	Ausbildung	N	Mittlerer Rang	Asymptotische Signifikanz
Score exogene Einflussfaktoren	Logopäde	195	243,84	0,000
	Sprachheilpädagoge	21	203,90	
	Kinderarzt	170	134,48	
	Gesamt	386		

Tabelle 105: Kruskal-Wallis-Test

Zur Überprüfung der mittleren Ränge und besseren Darstellung, nachfolgend die Berechnung der Mittelwerte.

Ausbildung	Score exogene Einflussfaktoren
Logopäde	8,65
Sprachheilpädagoge	7,81
Kinderarzt	6,43
Insgesamt	7,63

Tabelle 106: Mittelwert

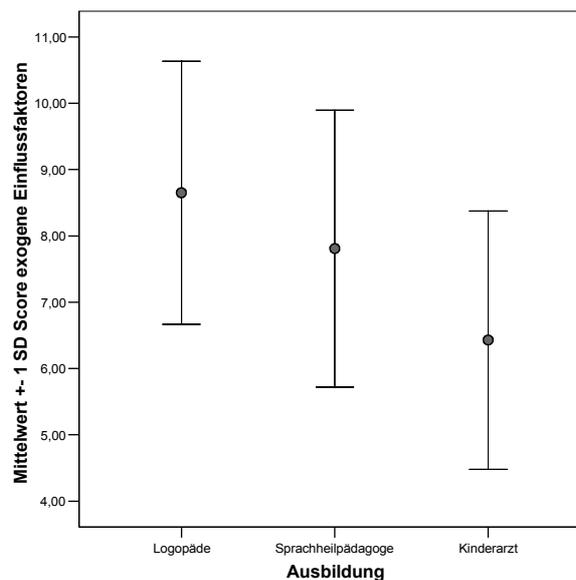


Abbildung 60: Fehlerbalken mit einer Standardabweichung

In der Betrachtung der einzelnen Variablen des Scores zeigen alle drei Variablen die gleiche Tendenz wie der Score selbst. Die Antworten von Sprachheilpädagogen und Kinderärzten ähneln sich hier am meisten. Die Kinderärzte fühlen sich am wenigsten durch Heilmittelkatalog, Krankenkassen oder Budget eingeschränkt und haben die wenigsten Probleme aufgrund der Heilmittelverordnung. Die Logopäden fühlen sich hier am meisten eingeschränkt und haben am häufigsten Probleme.

	Ausbildung	N	Mittlerer Rang	Asymptotische Signifikanz	Mittelwert
Probleme wegen Heilmittelverordnung	Logopäde	206	247,79	0,000	2,67
	Sprachheilpädagoge	23	213,80		2,35
	Kinderarzt	176	149,16		1,90
	Gesamt	405			
Fühlen sich eingeschränkt durch HMK/KK	Logopäde	203	242,41	0,000	3,01
	Sprachheilpädagoge	23	183,61		2,52
	Kinderarzt	177	158,05		2,29
	Gesamt	403			
Fühlen sich durch Budget eingeschränkt	Logopäde	199	235,20	0,000	2,93
	Sprachheilpädagoge	23	205,93		2,70
	Kinderarzt	174	155,54		2,24
	Gesamt	396			

Tabelle 107: Kruskal-Wallis-Test und Mittelwerte

### Direkte Einflussfaktoren

Bei den direkten Einflussfaktoren besteht erstmals in einem Score eine engere Verbindung zwischen den Antworten von Kinderärzten und Logopäden als von Kinderärzten und Sprachheilpädagogen.

Die Kinderärzte bewerten die direkten Einflussfaktoren am negativsten (mittlerer Rang 220,44), die Sprachheilpädagogen am positivsten (mittlerer Rang 101,16).

	Ausbildung	N	Mittlerer Rang	Asymptotische Signifikanz
Score direkte Einflussfaktoren	Sprachheilpädagoge	19	101,16	0,000
	Logopäde	185	164,45	
	Kinderarzt	168	220,44	
	Gesamt	372		

Tabelle 108: Kruskal-Wallis-Test

Neben der Darstellung der mittleren Ränge zur genaueren Abklärung nachfolgend die Mittelwerte.

Ausbildung	Score direkte Einflussfaktoren
Logopäde	10,39
Sprachheilpädagoge	9,29
Kinderarzt	11,28
Insgesamt	10,73

Tabelle 109: Mittelwert

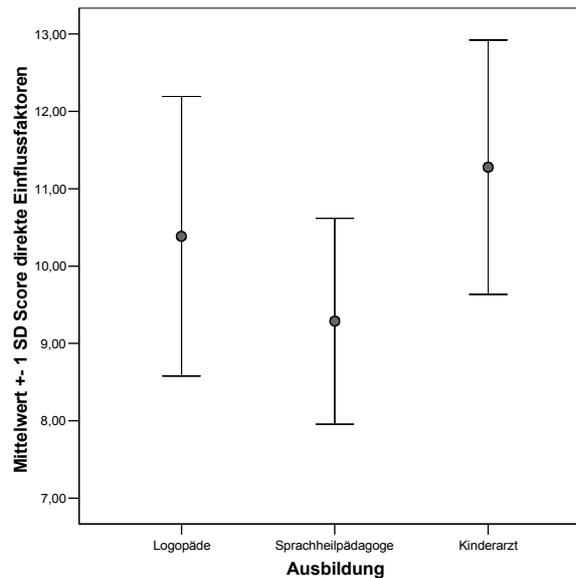


Abbildung 61: Fehlerbalken mit einer Standardabweichung

In den einzelnen Variablen des Scores ergeben sich unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich der Signifikanz<sup>1</sup>.

Bei den Variablen „*Entbindung von Schweigepflicht*“ und „*Halten Kontakt*“ ergibt sich ein signifikanter Unterschied. Die Antworten von Kinderärzten und Logopäden ähneln sich hier mehr.

Bei der Variable „*Berichte für sinnvoll halten*“ ähneln sich die Antworten von Kinderärzten und Sprachheilpädagogen mehr. Die Unterschiede in den Gruppen sind hier allerdings nicht signifikant.

Kinderärzte halten Berichte am sinnvollsten (mittlerer Rang 195,07), würden sich aber am wenigsten von der Schweigepflicht entbinden lassen (mittlerer Rang 206,15) und halten am wenigsten Kontakt (mittlerer Rang 216,80).

<sup>1</sup> Die einzelnen Analyseverfahren wie z.B. HSET, SETK, wurden aufgrund fehlender Interpretationsmöglichkeit nicht mittels Kruskal-Wallis getestet.

	Ausbildung	N	Mittlerer Rang	Asymptotische Signifikanz	Mittelwert
Halten Berichte für sinnvoll*	Kinderarzt	178	195,07	0,234	1,47
	Sprachheilpädagoge	24	210,10		1,54
	Logopäde	207	212,95		1,61
	Gesamt	409			
Entbindung von Schweigepflicht	Sprachheilpädagoge	19	165,58	0,004	1,47
	Logopäde	186	172,79		1,65
	Kinderarzt	169	206,15		1,98
	Gesamt	374			
Halten Kontakt	Sprachheilpädagoge	24	160,33	0,045	1,71
	Logopäde	207	200,96		1,99
	Kinderarzt	179	216,80		2,10
	Gesamt	410			

Tabelle 110: Kruskal-Wallis-Test und Mittelwerte  
 \* Nicht signifikant

### 9.4.2 Vergleich der Zusammenhänge

In Kapitel 9.2.3.1 wird nachgewiesen, dass es in der Untergruppe Sprachheilpädagogen keine signifikante Korrelation mit einem der Scores und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit gibt. Diese Aussage lässt sich auch für die neu gebildeten Scores (mit der geringeren Anzahl an Variablen aus beiden Fragebögen) bestätigen.

Eine statistische Aussage über Ähnlichkeiten der Korrelationen zwischen den drei Gruppen ist daher nicht möglich.

		Zufrieden mit Zusammenarbeit Kinderärzte	Zufrieden mit Zusammenarbeit Sprachheilpädagogen	Zufrieden mit Zusammenarbeit Logopäden
<b>Score endogene Einflussfaktoren</b>	Korrelationskoeffizient	-0,173*	-0,037	0,111
	Sig. (2-seitig)	0,022	0,866	0,111
	N	175	23	206
<b>Score exogene Einflussfaktoren</b>	Korrelationskoeffizient	0,211*	0,290	0,380*
	Sig. (2-seitig)	0,006	0,216	0,000
	N	167	20	192
<b>Score direkte Einflussfaktoren</b>	Korrelationskoeffizient	0,325*	0,260	0,227*
	Sig. (2-seitig)	0,000	0,298	0,002
	N	166	18	182

Tabelle 111: Korrelation nach Spearman  
 \* Signifikante Korrelationen

Bei Betrachtung aller Variablen in allen drei Gruppen erweisen sich lediglich drei Variablen sowohl bei den Kinderärzten, als auch bei den Logopäden und den Sprachheilpädagogen als signifikant. Bei diesen Variablen ist es daher möglich eine qualitative Aussage über Gruppenähnlichkeiten zu treffen.

Anhand des Korrelationskoeffizienten lässt sich erkennen, wie groß der Zusammenhang der beiden Variablen ist und welche Zusammenhänge in welchen Gruppen sich ähnlicher sind.

		<b>Kinderärzte</b>	<b>Sprachheilpädagogen</b>	<b>Logopäden</b>
<b>Eingeschränkt durch Budget*Probleme aufgrund HVO</b>	Korr.koeff.	0,270	0,475	0,538
	Sig. (2-seitig)	0,000	0,025	0,000
	N	0,171	22	197
<b>Verweisen zur Abklärung an Pädaudiologen*Verweisen zur Abklärung an Niemanden**</b>	Korr.koeff.	0,389	0,406	0,206
	Sig. (2-seitig)	0,000	0,049	0,003
	N	179	24	210
<b>Eingeschränkt durch Budget*Eingeschränkt durch HMK/KK</b>	Korr.koeff.	0,341	0,674	0,694
	Sig. (2-seitig)	0,000	0,001	0,000
	N	173	22	197

*Tabelle 112: Korrelation nach Spearman  
\*\* Keine sinnvolle Interpretation möglich*

Je mehr sich Kinderärzte, Sprachheilpädagogen und Logopäden durch das Budget eingeschränkt fühlen, desto mehr Probleme haben sie aufgrund der Heilmittelverordnung mit der anderen Berufsgruppe. Dieser Zusammenhang ist bei den Logopäden am höchsten und bei den Kinderärzten am niedrigsten ausgeprägt. Der Korrelationskoeffizient von Sprachheilpädagogen und Kinderärzten liegt näher beieinander als der von Logopäden und Kinderärzten.

Je mehr sich die drei Berufsgruppen durch das Budget eingeschränkt fühlen, desto mehr fühlen sie sich durch die Vorgaben des Heilmittelkataloges und die Krankenkassen eingeschränkt.

Logopäden zeigen hier den größten Zusammenhang auf, gefolgt von den Sprachheilpädagogen. Der Zusammenhang in diesen beiden Gruppen unterscheidet sich dabei kaum. Kinderärzte weisen einen niedrigeren Korrelationskoeffizienten auf und ähneln sich damit wieder mehr den Sprachheilpädagogen.

## 9.5 Qualitative Auswertung

Mit der letzten Frage des Fragebogens bestand die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge für eine Zusammenarbeit abzugeben. Diese Möglichkeit haben 175 Sprachtherapeuten (68,6%) genutzt. Da die Frage offen gestellt wurde, ist hier lediglich eine qualitative Auswertung möglich.

Bei dieser Frage gibt es 2 der 175 Antworten, die nichts an der Zusammenarbeit auszusetzen haben. Das zeigt, dass es trotz der allgemeinen Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit, wie durch Frage 7 herausgefunden wurde, viele Kritikpunkte bzw. Verbesserungsvorschläge gibt.

Am häufigsten wird hier der Wunsch nach regelmäßigen Treffen bzw. nach mehr Kontakt geäußert, z.T. wurde dies noch spezifiziert und ein Treffen in Form eines interdisziplinären Austausches (Teamsitzungen/Besprechungen) oder in Form von Fortbildungsveranstaltungen vorgeschlagen.

Ein weiteres Thema, das oft angesprochen wurde, ist die Bezahlung der Zusammenarbeit. Viele Sprachtherapeuten wünschen sich eine Vergütung der Zeit, die sie für eine Zusammenarbeit mit Ärzten investieren. Aber auch eine Bezahlung der Telefonate und der Zeit, die sie für das Schreiben von Berichten benötigen, wird gewünscht.

Die Berichte selbst werden zudem als Mittel für eine Zusammenarbeit genannt. Manche Therapeuten finden die Berichte für die Zusammenarbeit hilfreich, kritisieren jedoch, dass die Ärzte ihre Berichte nicht lesen.

Ein weiteres großes Anliegen der Sprachtherapeuten ist die Kompetenz.

Zum einen fühlen sich Sprachtherapeuten durch Ärzte nicht anerkannt und von diesen als nicht kompetent genug eingeschätzt, zum anderen schätzen Sprachtherapeuten aber auch die Ärzte für nicht kompetent genug ein und finden deshalb, dass Ärzte während ihrer Weiterbildung mehr Kompetenz bzgl. Sprach- und Sprechstörungen erlangen sollten, bzw. Fortbildungen dazu erhalten sollten.

Von vielen Sprachtherapeuten wird deshalb gefordert, dass sie die Diagnosen selbst erstellen dürfen.

## 9.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zur besseren Verständlichkeit und als Ausgangsbasis für die Interpretation werden nachfolgend nochmals die wichtigsten Ergebnisse der statistischen Auswertung zusammengefasst.

In der Zusammenfassung werden die Antworten in Mittelwerte aus der Gesamtgruppe in einem Fehlerbalkendiagramm dargestellt. In der Grafik wird ein Trennwert von 2,5 festgelegt. Antworten über 2,5 stellen eine negative Antwort bezüglich des jeweiligen Einflussfaktors dar, unter 2,5 bedeutet eine positive Antwort bezüglich der Einflussfaktoren.

Das bedeutet z.B. bei Kompetenz der Ärzte, dass ein Wert über 2,5 eine niedrige Kompetenzerwartung darstellt, bei Verweisung zur Abklärung bedeutet ein hoher Wert z.B. dass nicht zur Abklärung verwiesen wird.

### Zusammenfassung der endogenen Einflussfaktoren

Zunächst werden die Ergebnisse aus den endogenen Einflussfaktoren zusammengefasst. Dazu werden in nachfolgender Tabelle die prozentualen Antworten der Berufsgruppen wiedergegeben.

<i>Aussage</i>	<i>Antworten in den einzelnen Berufsgruppen in%</i>			
	Sprachtherapeuten	Sprachheilpädagoginnen	Logopäden	Kinderärzte
Sind mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden	70	87	68	89
Bewerten die endogenen Einflussfaktoren negativ	85	ksA	ksA	ksA
Richten ihre Therapie nicht nach der Diagnose auf Heilmittelverordnungen	61	ksA	ksA	na
Führen eigene Diagnosen durch	100	ksA	ksA	na
Finden dass sie die Diagnose erstellen sollen	88 (57*)	ksA	ksA	41
Richten sich beim Schreiben von Berichten nicht nach der Diagnose des Arztes	74	ksA	ksA	na
Wenn sie Diagnosen von Anderen wollen, dann am liebsten von	Pädaudiologen (27), Kinderärzten (24), HNO-Ärzten (21)	ksA	ksA	na
Sind mit den durchgeführten Hörtests zufrieden	58	ksA	ksA	na
Verweisen zur Abklärung von Sprach- und Sprechstörungen an	Pädaudiologen (69), HNO-Ärzte (64), Kinderärzte (16)	ksA	ksA	Pädaudiologen (66), (Sprachtherapeuten 48**), HNO-Ärzte (14)

<i>Aussage</i>	<i>Antworten in den einzelnen Berufsgruppen in%</i>			
	Sprachtherapeuten	Sprachheilpädagoginnen	Logopäden	Kinderärzte
Die Mehrheit hält folgende Ärzte für kompetent	Pädaudiologen (83), Kinderärzte (64)	ksA	ksA	na
Die Mehrheit hält folgende Ärzte für <i>nicht</i> kompetent	Allgemeinärzte (87), Psychiater (79)	ksA	ksA	na
Zufrieden mit der Diagnosestellung	ksA	ksA	ksA	na
Halten Diagnose für zutreffend	ksA	ksA	ksA	na

Tabelle 113: Antworten der einzelnen Berufsgruppen zu den Variablen der endogenen Einflussfaktoren in Prozent bei dichotomer Antwortverteilung

ksA= keine signifikante Antwortverteilung; na= nicht analysiert

\* Vergleichbarer Wert mit den Antworten der Kinderärzte bei einer Aufteilung der Antworten „Ihnen“, „Ihnen + Anderen“, „Anderen“ und „Keinen“

\*\* Aus: Einsiedler/Funk 2004

Da manche Variablen aufgrund fehlender Signifikanz zwischen den Gruppen nicht vergleichbar sind, werden nachfolgend nochmals die Mittelwerte der Berufsgruppen dargestellt.

<i>Variable</i>	<i>Mittelwertvergleich* der Berufsgruppen</i>		
	Sprachheilpädagoginnen	Logopäden	Kinderärzte
Zufrieden mit der Zusammenarbeit	1,96	2,21	1,79
Endogene Einflussfaktoren	12,25	12,02	12,46
Diagnose sollte erstellt werden von („Anderen“, „Ihnen +Anderen“, „Ihnen“, „Keinem“):	2,79	2,58	2,23
Verweisen zur Abklärung an HNO-Arzt („ja“-“nein“)	2,42	2,35	2,86
Verweisen zur Abklärung an Pädaudiologen	2,21	2,33	2,34
Verweisen zur Abklärung an Sonstige	2,79	2,72	2,95
Verweisen zur Abklärung an Niemanden	2,04	2,03	2,07

Tabelle 114: Mittelwerte der Berufsgruppen zu den vergleichbaren Variablen der endogenen Einflussfaktoren aus allen drei Gruppen

\* Trennwerte= 2,5; <2,5= positive Bewertung, >2,5= negative Bewertung

Mittelwertvergleich hier ohne Zusammenhang mit einer Signifikanz

In dem nachfolgenden Fehlerbalken sind die Mittelwerte der einzelnen Variablen der endogenen Einflussfaktoren in der Gesamtgruppe Sprachtherapeuten dargestellt. Da dies das erste Diagramm ist, wird hier die Variable zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit aufgenommen.

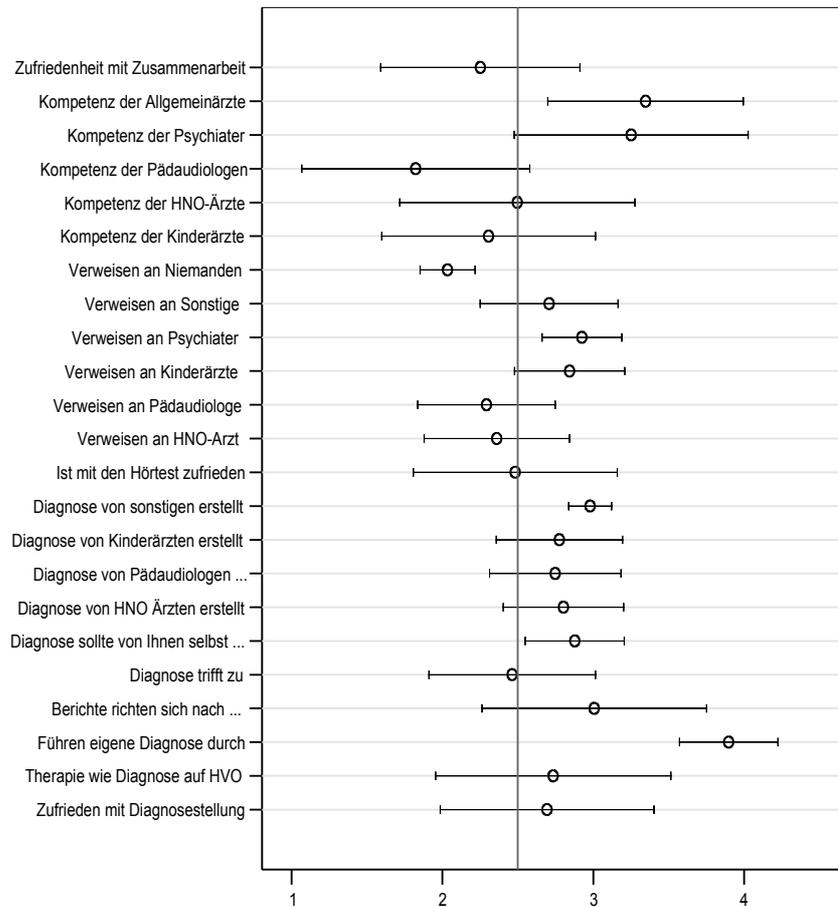


Abbildung 62: Mittelwerte der Gesamtgruppe Sprachtherapeuten: Variablen endogene Einflussfaktoren  
 <2,5: Positive Bewertung; >2,5: Negative Bewertung  
 \* Nicht signifikante Antwortverteilung im Binomialtest

Neben der Auswertung der Variablen hinsichtlich Häufigkeiten und Mittelwertsunterschiede wurden noch die Korrelationen analysiert. Als Zusammenfassung werden hier nur die wichtigsten Zusammenhänge aus der Analyse dargestellt.

### Zusammenhänge Sprachtherapeuten

Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Ärzten hängt bei den Sprachtherapeuten von einigen Variablen ab.

Je zufriedener<sup>1</sup> Sprachtherapeuten mit der Zusammenarbeit sind,

- desto positiver bewerten sie die endogenen Einflussfaktoren

<sup>1</sup> Auch hier wieder zu beachten, dass die Korrelation auch bedeuten kann, je unzufriedener, desto negativer, usw.

- desto zufriedener sind sie mit der ärztlichen Diagnose und halten diese für zutreffender
- desto mehr richten sie ihre Therapien und Berichte nach der Diagnosestellung des Arztes
- desto häufiger möchten sie Diagnosen von Kinderärzten
- desto kompetenter schätzen sie Kinderärzte, Psychiater und Allgemeinärzte ein

Es besteht dagegen kein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit und

- der Diagnosestellung durch sie selbst, HNO-Ärzte, Pädaudiologen oder Sonstige
- der Zufriedenheit mit Hörtests
- der Verweisung zur Abklärung einer Sprach- oder Sprechstörung
- der Einschätzung der Kompetenz der HNO-Ärzte oder Pädaudiologen.

### **Zusammenhänge Sprachheilpädagogen und Logopäden**

Die Korrelationen zwischen dem Score bzw. den einzelnen Variablen und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Ärzten sind bei den Logopäden und der Gesamtgruppe vergleichbar. Es gibt lediglich geringe Unterschiede in der Korrelationshöhe und in der Irrtumswahrscheinlichkeit.

Die Sprachheilpädagogen weisen bei den endogenen Einflussfaktoren keine signifikante Korrelation auf.

### **Zusammenhänge Kinderärzte und Sprachtherapeuten**

Bei dem neu gebildeten Score zum Berufsvergleich ergibt sich nur eine signifikante Korrelation:

Je zufriedener Kinderärzte mit der Zusammenarbeit sind, desto negativer bewerten sie die endogenen Einflussfaktoren.

Bei den Sprachtherapeuten konnte hier keine Signifikanz ermittelt werden.

In den einzelnen Variablen des Scores gab es keine signifikante Korrelation zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit.

### Zusammenfassung der exogenen Einflussfaktoren

Die Auswertung der exogenen Einflussfaktoren hat für Sprachtherapeuten und Kinderärzte folgende Ergebnisse gezeigt:

<i>Aussage</i>	<i>Antworten in den einzelnen Berufsgruppen in%</i>			
	Sprachtherapeuten	Sprachheilpädagoginnen	Logopäden	Kinderärzte
Fühlen sich <i>nicht</i> durch exogene Einflussfaktoren eingeschränkt	57 (31**)	ksA	ksA	71
Erhalten oft falsch ausgefüllte Heilmittelverordnungen	71	ksA	ksA	na
Sind mit der Therapiezeit auf den Heilmittelverordnungen zufrieden	82	ksA	ksA	na
Probleme aufgrund der Heilmittelverordnung	ksA	ksA	ksA	18
Berichte erleichtern das Erhalten von Folgeverordnungen	75	ksA	ksA	na
Die Probleme in der Zusammenarbeit betreffen hauptsächlich:	Kinderärzte (47) , Allgemeinärzte (43)	ksA	ksA	na
Erhalten ihre Heilmittelverordnungen von:	Kinderärzten (92), HNO-Ärzten ( 65)	Kinderärzten (92), HNO-Ärzten (42)	Kinderärzten (92), HNO-Ärzten (66)	na
Fühlen sich durch Heilmittelkatalog/ Krankenkassen eingeschränkt	70	48*	73	40
Hauptsächlich durch Vorgaben zur Stundenzahl:	66	42*	70	na
Fühlen sich durch Budget/Kosten eingeschränkt	68	ksA	ksA	38

Tabelle 115: Antworten der einzelnen Berufsgruppen zu den Variablen der exogenen Einflussfaktoren in Prozent bei dichotomer Antwortverteilung

ksA= keine signifikante Antwortverteilung; na= nicht analysiert

\* Antwortverteilung im Binomialtest nicht signifikant, im Vergleich zu den Antworten der Logopäden im Mann-Whitney-U-Test signifikant

\*\* Angaben aus dem Score exogene Einflussfaktoren, der mit den Kinderärzten verglichen wurde und dadurch weniger Variablen beinhaltet

<i>Variable</i>	<i>Mittelwertsvergleich* der Berufsgruppen</i>		
	Sprachheilpädagoginnen	Logopäden	Kinderärzte
Exogene Einflüsse	7,81	8,65	6,43
Probleme aufgrund der Heilmittelverordnung	2,35	2,67	1,90
Fühlen sich durch HMK/KK eingeschränkt	2,52	3,01	2,29
Fühlen sich durch Budget eingeschränkt	2,70	2,93	2,24

Tabelle 116: Mittelwerte der Berufsgruppen. zu den vergleichbaren Variablen der exogenen Einflussfaktoren aus allen drei Gruppen

\* Trennwerte= 2,5; <2,5= positive Bewertung, >2,5= negative Bewertung (außer Score exogene Einflüsse)

Mittelwertvergleich hier ohne Zusammenhang mit einer Signifikanz

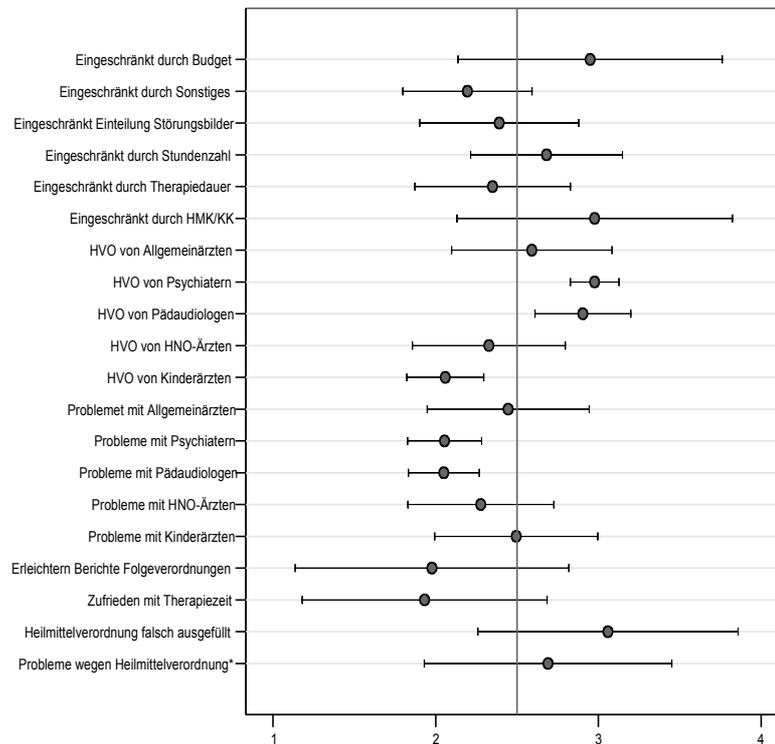


Abbildung 63: Mittelwerte der Gesamtgruppe Sprachtherapeuten: Variablen exogene Einflussfaktoren  
 <2,5: Positive Bewertung; >2,5: Negative Bewertung  
 \* Nicht signifikante Antwortverteilung im Binomialtest

## Zusammenhänge Sprachtherapeuten

Bei den Variablen der exogenen Einflussfaktoren haben sich folgende Korrelationen in Bezug zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ergeben:

Je zufriedener Sprachtherapeuten mit der Zusammenarbeit mit Ärzten sind,

- desto weniger fühlen sie sich durch die exogenen Einflussfaktoren eingeschränkt
- desto weniger Probleme haben sie aufgrund der Heilmittelverordnung
- desto seltener erhalten sie falsch ausgefüllte Heilmittelverordnungen
- desto mehr sind sie mit der angegebenen Therapiezeit zufrieden
- desto mehr glauben sie, dass Berichte das Erhalten von Folgeverordnungen erleichtert
- desto weniger Probleme haben sie bei der Zusammenarbeit mit Kinderärzten und HNO-Ärzten
- desto weniger fühlen sie sich durch den Heilmittelkatalog/Krankenkassen, die Einteilung der Störungsbilder und das Budget eingeschränkt.

Es besteht kein Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit und

- den Problemen bei der Zusammenarbeit mit Pädaudiologen, Psychiatern und Allgemeinärzten
- von wem die Heilmittelverordnungen ausgestellt werden
- Einschränkungen durch Therapiedauer, Stundenzahl oder Sonstiges.

### **Zusammenhänge Sprachheilpädagogen und Logopäden**

Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ergibt nur in der Gruppe der Logopäden einen signifikanten Zusammenhang mit dem Score der exogenen Einflussfaktoren:

Je zufriedener Logopäden sind, desto weniger fühlen sie sich durch die exogenen Einflussfaktoren eingeschränkt.

Die Korrelationen von Logopäden und der Gesamtgruppe Sprachtherapeuten sind wieder vergleichbar. Lediglich folgende Zusammenhänge sind bei den Logopäden zu finden, in der Gesamtgruppe jedoch nicht:

Je zufriedener Logopäden mit der Zusammenarbeit mit Ärzten sind,

- desto weniger fühlen sie sich durch Vorgaben zur Therapiedauer eingeschränkt
- desto weniger Heilmittelverordnungen erhalten sie von HNO-Ärzten

In der Gruppe der Sprachheilpädagogen gibt es lediglich zwei signifikante Korrelationen:

Je zufriedener Sprachheilpädagogen mit der Zusammenarbeit mit Ärzten sind,

- desto häufiger erhalten Sie ihre Heilmittelverordnung von HNO-Ärzten
- desto seltener von Psychiatern.

### **Zusammenhänge Kinderärzte und Sprachtherapeuten**

Auch Kinderärzte sind zufriedener mit der Zusammenarbeit, wenn sie sich durch die exogenen Einflussfaktoren weniger eingeschränkt fühlen.

Neben den zuvor schon erwähnten Korrelationen bei den Sprachtherapeuten gibt es bei den einzelnen Variablen lediglich einen Zusammenhang in der Gruppe der Kinderärzte:

Je zufriedener Kinderärzte mit der Zusammenarbeit mit Sprachtherapeuten sind, desto weniger Probleme haben sie aufgrund der Heilmittelverordnung mit Sprachtherapeuten.

### Zusammenfassung der direkten Einflussfaktoren

Für die direkten Einflussfaktoren ergeben sich für Sprachtherapeuten folgende Ergebnisse:

<i>Aussage</i>	<i>Antworten in den einzelnen Berufsgruppen in%</i>			
	Sprachtherapeuten	Sprachheilpädagogen	Logopäden	Kinderärzte
Bewerten die direkten Einflussfaktoren positiv	85 (90**)	100	85	73
Die bekanntesten Analyseverfahren sind:	HSET (91), PET (82), SETK (73)	SETK, HSET (je 88), ELFRA, PET (je 79)	HSET (93), PET (84), SETK (72)	SETK (27), SEV (17), ELFRA (16)
Die am häufigsten benutzten Analyseverfahren sind:	Sonstige (87), HSET (53), SETK (48), PET (38)	Sonstige (96), SETK (75), ELFRA (71)	Sonstige (87), HSET (51), SETK (45)	Sonstige (34), SETK (16), ELFRA (12)
Halten Berichte für sinnvoll	83	ksA	ksA	90
Erhalten wenig oder kein Feedback von Ärzten	88	79	88	na
Halten Ärzte für nicht interessiert an ihren Berichten	57	ksA	ksA	na
Lassen sich von ihrer Schweigepflicht entbinden	85	ksA	ksA	72
Halten zu Ärzten (Sprachtherapeuten) Kontakt	71	ksA	ksA	70
Initiiieren die Zusammenarbeit selbst	96	ksA	ksA	na
Finden die Zusammenarbeit mit Ärzten (bzw. Sprachtherapeuten) hilfreich	78	ksA	ksA	na
Würden Zeit für die Zusammenarbeit investieren	92	ksA	ksA	na
Möchten eine Zusammenarbeit mit:	Ärzten (94), Erziehern (92)	ksA	ksA	na
Halten Rücksprache mit Arzt wegen Diagnose	ksA	ksA	ksA	na

*Tabelle 117: Antworten der einzelnen Berufsgruppen zu den Variablen der direkten Einflussfaktoren in Prozent bei dichotomer Antwortverteilung. ksA= keine signifikante Antwortverteilung; na= nicht analysiert*

*\* Antwortverteilung im Binomialtest nicht signifikant, im Vergleich zu den Antworten der Logopäden im Mann-Whitney-U-Test signifikant*

*\*\* Angaben aus dem Score direkte Einflussfaktoren, der mit den Kinderärzten verglichen wurde und dadurch weniger Variablen beinhaltet*

<i>Variable</i>	<i>Mittelwertsvergleich* der Berufsgruppen</i>		
	Sprachheilpädagogen	Logopäden	Kinderärzte
Direkte Einflussfaktoren	9,29	10,39	11,28
Halten Berichte für sinnvoll	1,54	1,61	1,47
Entbindung von Schweigepflicht	1,47	1,65	1,98
Halten Kontakt	1,71	1,99	2,10

*Tabelle 118: Mittelwerte der Berufsgruppen zu den vergleichbaren Variablen der direkten Einflussfaktoren aus allen drei Gruppen*

*\* Trennwerte= 2,5; <2,5= positive Bewertung, >2,5= negative Bewertung*

*Mittelwertvergleich hier ohne Zusammenhang mit einer Signifikanz*

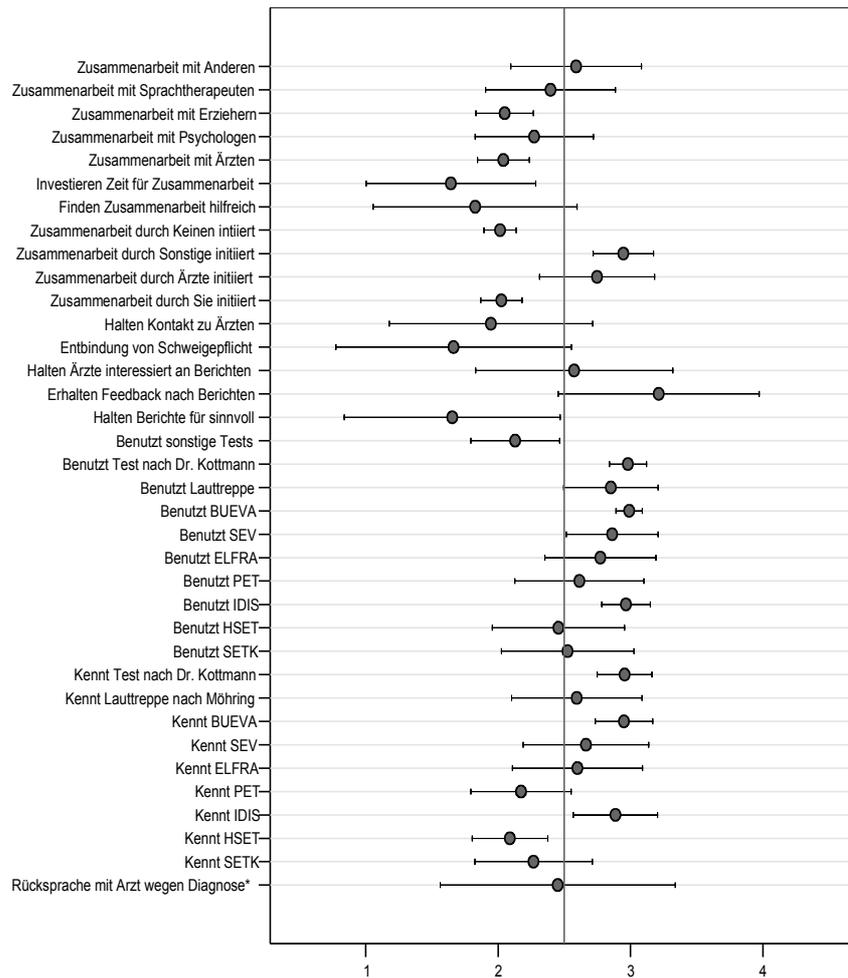


Abbildung 64: Mittelwerte der Gesamtgruppe: Variablen direkte Einflussfaktoren  
 <2,5: Positive Bewertung; >2,5: Negative Bewertung  
 \* Nicht signifikante Antwortverteilung im Binomialtest

## Zusammenhänge Sprachtherapeuten

In Bezug auf die direkten Einflussfaktoren hat sich gezeigt, dass Sprachtherapeuten zufriedener mit der Zusammenarbeit mit Ärzten sind, wenn sie die direkten Einflussfaktoren positiv bewerten.

Es haben sich dazu weitere signifikante Korrelationen in den einzelnen Variablen ergeben: Je zufriedener Sprachtherapeuten mit der Zusammenarbeit mit Ärzten sind,

- desto häufiger halten sie Rücksprache mit dem Arzt aufgrund der Diagnose
- desto sinnvoller halten sie Berichte, desto interessierter halten sie Ärzte daran und desto mehr Feedback erhalten sie darauf

- desto mehr Kontakt halten sie zu Ärzten
- umso häufiger wird die Zusammenarbeit durch Ärzte und umso weniger durch Keinen initiiert
- umso hilfreicher finden sie die Zusammenarbeit

Es gibt keinen Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit, wenn

- sie sich von der Schweigepflicht entbinden lassen und mehr Zeit investieren
- die Zusammenarbeit mit Fachärzten möchten oder die Zusammenarbeit durch Sprachtherapeuten oder Sonstige initiiert wird.

### **Zusammenhänge Sprachheilpädagogen und Logopäden**

Der Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit und dem Score „direkte Einflussfaktoren“ kann lediglich bei den Logopäden festgestellt werden. Sowohl beim Score, als auch bei allen Zusammenhängen der einzelnen Variablen sind die Korrelationen der Logopäden und der Gesamtgruppe Sprachtherapeuten wieder vergleichbar. Auch hier unterscheidet sich lediglich der Korrelationskoeffizient und die Höhe der Irrtumswahrscheinlichkeit.

Bei den Sprachheilpädagogen lässt sich nur eine signifikante Korrelation finden:

Je zufriedener Sprachheilpädagogen mit der Zusammenarbeit sind, desto mehr Test sind ihnen bekannt.

### **Zusammenhänge Sprachtherapeuten und Kinderärzte**

Sowohl Sprachtherapeuten wie auch Kinderärzte sind mit der Zusammenarbeit zufriedener, wenn sie die direkten Einflussfaktoren positiv bewerten.

Die Korrelationen zu den Variablen der Sprachtherapeuten wurden bereits vorher zusammengefasst. Bei den Kinderärzten gibt es noch folgende Zusammenhänge:

Je zufriedener Kinderärzte mit der Zusammenarbeit mit Sprachtherapeuten sind,

- desto mehr Kontakt halten sie zu Sprachtherapeuten
- umso sinnvoller halten sie Berichte.

### Zusammenhänge in allen Scores

#### *Sprachtherapeuten (Logopäden)*

Neben den Korrelationen mit der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit haben sich noch eine ganze Reihe von interessanten Zusammenhängen zwischen den einzelnen Variablen ergeben.

Nachfolgend nur die wichtigsten der ermittelten Korrelationen:

Je häufiger Heilmittelverordnungen falsch ausgefüllt sind, desto weniger wollen Sprachtherapeuten die Diagnosestellung von Kinderärzten, desto mehr Probleme haben sie mit diesen, umso weniger kompetent schätzen sie Kinderärzte ein und umso mehr Heilmittelverordnungen haben sie von Kinderärzten\* erhalten.

Je zutreffender Sprachtherapeuten die Diagnosen halten umso kompetenter schätzen sie HNO-Ärzte, Kinderärzte und Allgemeinärzte ein.

Je kompetenter Sprachtherapeuten Kinderärzte einschätzen, desto zufriedener sind sie mit den Hörtests\*.

Je mehr Probleme Sprachtherapeuten mit Kinderärzten haben, desto mehr fühlen sie sich durch Heilmittelkatalog/Krankenkassen\*\*, Therapiedauer, Stundenzahl und Budget\*\* eingeschränkt.

Sprachtherapeuten verbinden ihre Probleme mit Kinderärzten, Allgemeinärzten, HNO-Ärzten und Pädaudiologen mit deren Kompetenz.

Je mehr Heilmittelverordnungen von Allgemeinärzten ausgestellt werden desto mehr fühlen Sprachtherapeuten sich durch Heilmittelkatalog/Krankenkassen\*, Stundenzahl, Sonstiges und Budget eingeschränkt.

Je sinnvoller Sprachtherapeuten Berichte halten, desto mehr erleichtern diese das Erhalten von Folgeverordnungen und desto interessierter halten sie Ärzte daran.

\* Diese Variable ist in der Gruppe der Logopäden nicht signifikant.

\*\* Diese Variable ist in der Gruppe der Sprachheilpädagogen ebenfalls signifikant

Die Korrelationen der Logopäden entsprechen auch hier weitestgehend den Korrelationen der Gesamtgruppe. Abweichungen wurden entsprechend vermerkt.

### *Sprachheilpädagogen*

In der Gruppe der Sprachheilpädagogen gibt es allgemein nur wenig signifikante Korrelationen. Soweit diese mit den vorherig dargestellten übereinstimmen, wurde dies vermerkt.

Zudem haben sich noch folgende interessante Zusammenhänge in dieser Gruppe ergeben:

Sprachheilpädagogen sehen die Probleme mit Heilmittelverordnungen weniger bei Diagnosen von Pädaudiologen bzw. HNO-Ärzten.

Sprachheilpädagogen verweisen bei Problemen mit Allgemeinärzten an HNO-Ärzte.

Sprachheilpädagogen halten Kinderärzte und HNO-Ärzte für kompetenter, je mehr Probleme sie mit Allgemeinärzten haben.

Sprachheilpädagogen würden mehr Zeit für die Zusammenarbeit mit Psychologen investieren.

### *Kinderärzte*

Hinsichtlich der Zusammenhänge in der Gruppe der Kinderärzte haben sich folgende Korrelationen ergeben:

Je mehr Kontakt Kinderärzte zu Sprachtherapeuten halten, desto sinnvoller halten sie Berichte und je weniger lassen sie Diagnosen von Anderen erstellen.

Kinderärzte lassen ihre Diagnosen bevorzugt von HNO-Ärzten und Pädaudiologen erstellen.

*Sprachheilpädagogen und Logopäden und Kinderärzte*

Es gibt zwei sinnvolle Zusammenhänge, die in allen drei Berufsgruppen signifikant sind:

Je mehr sich Logopäden, Sprachheilpädagogen und Kinderärzte durch das Budget eingeschränkt fühlen,

- desto mehr Probleme haben sie aufgrund der Heilmittelverordnung
- desto mehr fühlen sie sich durch den Heilmittelkatalog und die Krankenkassen eingeschränkt.

**Zusammenfassung der qualitativen Auswertung**

Sprachtherapeuten haben für eine bessere Zusammenarbeit folgende Vorschläge:

- Regelmäßige Treffen/Kontakt mit Ärzten
- Bezahlung der Zeit, die für eine Zusammenarbeit aufgewendet wird
- Berichte, die auch gelesen werden
- Ärzte sollen die Kompetenz der Sprachtherapeuten anerkennen
- Ärzte sollen mehr Wissen bzgl. Sprach- und Sprechstörungen erlangen
- Die Diagnosen sollen von Sprachtherapeuten erstellt werden

# 10 Interpretation

Der erste Teil dieser Arbeit beschäftigt sich damit, wie die Ausgangsbasis der Berufsgruppen Ärzte und Sprachtherapeuten (Sprachheilpädagogen und Logopäden) im Hinblick auf eine Interdisziplinarität aussieht. Welche Voraussetzungen mitgebracht werden und welche Vorgaben und Einschränkungen bzw. Handlungsweisen bestehen. Im zweiten Teil wurden die Ergebnisse der Umfrage dargestellt, die ermitteln soll, wie die Interdisziplinarität in der Praxis momentan aussieht. Die Ergebnisse wurden statistisch ausgewertet.

Der folgende Teil verbindet die Auswertung der Daten mit den vorausgegangenen theoretischen Grundlagen.

## 10.1 Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

Als Basis für alle weiteren Fragen der Untersuchung wurde direkt abgefragt inwieweit Sprachtherapeuten mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden sind. Durch diese Frage wird zum einen eine direkte Aussage zum Thema möglich, zum anderen ist es möglich alle weiteren Fragen in Bezug zur Zufriedenheit zu setzen.

In den Kapiteln der einleitenden Theorie wurde der Eindruck vermittelt, dass es lediglich eine schlechte Zusammenarbeit zwischen Sprachtherapeuten und Ärzten geben kann und dass Sprachtherapeuten deshalb damit unzufrieden sein müssten.

Eine schlechte Voraussetzung für die Interdisziplinarität wurde in Kapitel 2.5.1 beschrieben: Der Arzt steht in der Hierarchie über dem Therapeuten. Dies wurde auch in Kapitel 4.3 nochmals verdeutlicht, da der Therapeut nur tätig werden kann, wenn der Arzt es für notwendig hält (GBA 2004a). Dadurch scheint ein gleichberechtigtes Miteinander nicht möglich zu sein.

In Kapitel 3.1 wurde gezeigt, wie mangelhaft häufig die Weiterbildung der Ärzte in Bezug auf Sprach- und Sprechstörungen ist und in Kapitel 4 wurden die vielen gesetzlichen Vorgaben aufgezeigt, die eine erfolgreiche Zusammenarbeit beeinflussen können.

Umso erstaunlicher ist das Ergebnis der Umfrage: Sprachtherapeuten sind mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden.

Auch in den Gruppen Sprachheilpädagogen und Logopäden hat sich gezeigt, dass beide Berufsgruppen für sich mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden sind, wobei Sprachheilpädagogen zufriedener mit der Zusammenarbeit mit Ärzten sind als Logopäden. Ein Grund dafür könnte möglicherweise die Ausbildung sein. Da Sprachheilpädagogen universitär ausgebildet sind, wäre es möglich, dass sie dadurch in den Augen der Ärzte ein höheres Ansehen als Logopäden erlangen und gleichberechtigter behandelt werden. Dies führt dann wiederum zu weniger Konfliktpotenzial und wirkt sich positiv auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit aus. Dementsprechend sehen sich auch Sprachheilpädagogen evtl. den Ärzten gegenüber eher als gleich gestellt an und treten diesen gegenüber selbstbewusster auf.

Aber auch der Vergleich mit den Kinderärzten hat gezeigt, dass die Kinderärzte mit der Zusammenarbeit mit Sprachtherapeuten zufrieden sind.

Im prozentualen Vergleich sind die Kinderärzte sogar von allen Berufsgruppen die, die am meisten mit der Zusammenarbeit zufrieden sind.

Dass die Kinderärzte am zufriedensten mit der Zusammenarbeit sind, kann dabei an der hierarchischen Stellung der Ärzte liegen, die über den Therapeuten angesiedelt ist. Durch ihre Befugnis generell über eine Verordnung entscheiden zu können und die Therapie zu überwachen (vgl. Kapitel über Weiterbildung Kinderärzte und Kapitel zu den Heilmittel-Richtlinien) entstehen von Seiten der Kinderärzte weniger Reibungspunkte, da sie dem Therapeuten gegenüber keine Rechenschaft schuldig sind.

Grundsätzlich hat sich aber gezeigt, dass alle drei Berufsgruppen mit der Zusammenarbeit zufrieden sind. Die vermeintlichen Einschränkungen und Einflüsse scheinen daher eine weit geringere Rolle in der Zusammenarbeit zu spielen, als angenommen.

Welche Bereiche welchen Einfluss auf die Zusammenarbeit haben können, wird nachfolgend diskutiert.

## 10.2 Interpretation der endogenen Einflussfaktoren

In Kapitel 3 wurden die endogenen Einflussfaktoren vorgestellt. Diese Faktoren stellen Einflüsse dar, denen das Individuum im Laufe der Zeit unbewusst ausgesetzt ist. Hierzu gehören das vermittelte Menschenbild und das Selbstverständnis während der Ausbildung. Aber auch die Ausbildung selbst spielt hier eine große Rolle, da damit unterschiedliche Wissensgrundlagen geschaffen werden, die sich auf die Zusammenarbeit auswirken können.

Interessant für die Untersuchung sind in diesem Zusammenhang vor allem, wie Sprachtherapeuten die Ärzte hinsichtlich deren Ausbildung zu Sprach- und Sprechstörungen einschätzen und welchen Einfluss dies auf die Zusammenarbeit hat. Des Weiteren wie sich Sprachheilpädagogen und Logopäden in ihren Einstellungen unterscheiden und wie sich deren Blickwinkel zu den Ärzten unterscheidet.

Die Fragen der Umfrage wurden aus der Theorie abgeleitet und in die drei Bereiche der endogenen, exogenen und direkten Einflussfaktoren eingeordnet. Durch die Faktorenanalyse hat sich gezeigt, dass ein paar Fragen mit anderen Bereichen als gedacht in Zusammenhang stehen.

Die Frage 26 *„Die Probleme hinsichtlich der Zusammenarbeit betreffen hauptsächlich“* wurde ursprünglich den endogenen Einflussfaktoren zugeordnet, da davon ausgegangen wurde, dass Sprachtherapeuten mehr Probleme mit den Ärzten haben, die von Sprachstörungen weniger Wissen besitzen. Es hat sich aber durch die Faktorenanalyse gezeigt, dass die Probleme mit der Zusammenarbeit eher mit Faktoren wie dem Budget oder den Heilmittelverordnungen zusammenhängen. Diese Frage wird daher den exogenen Einflussfaktoren zugeordnet.

Dies hat sich auch für die Frage 27 *„Ihre Heilmittelverordnung erhalten Sie hauptsächlich von“* gezeigt. Das Ausstellen der Heilmittelverordnungen hat nichts mit dem Wissen der Ärzte zu tun, sondern wird von den Sprachtherapeuten mit den gesetzlichen Vorgaben in Verbindung gebracht.

### 10.2.1 Einfluss der Aus- und Weiterbildung der Ärzte

Um eine allgemeine Aussage über die Einstellung der Befragten treffen zu können, wurden die jeweiligen Fragen eines Themengebietes zusammengefasst und ausgewertet.

Bei den endogenen Einflussfaktoren hat sich herausgestellt, dass die meisten Sprachtherapeuten diese negativ bewerten. Dies bedeutet im allgemeinen, dass Sprachtherapeuten Ärzten bzgl. deren Wissen zu kindlichen Sprach- und Sprechstörungen nicht vertrauen.

Dies hat wiederum einen direkten Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit. Wenn Sprachtherapeuten den Ärzten im allgemeinen mehr zutrauen, sind sie auch mit der Zusammenarbeit zufriedener.

Im Einzelnen ergeben sich zu den endogenen Einflussfaktoren folgende Aussagen:

Ein Großteil der Fragen zu den endogenen Einflussfaktoren beschäftigt sich mit dem Thema rund um die Diagnosestellung, d.h. wer diese durchführen soll, bzw. ob Sprachtherapeuten den Diagnosen vertrauen.

Dass Sprachtherapeuten die Diagnose in Bezug zum Wissen der Ärzte setzen, hat den Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Kompetenz der Ärzte und dem Zutreffen von Diagnosen gezeigt. Sprachtherapeuten halten die Diagnosen für zutreffender, wenn sie die Ärzte für kompetenter halten.

Die absolute Mehrheit der Sprachtherapeuten will die Diagnosen lieber selber erstellen und richtet ihre Therapien und Berichte nicht nach der ärztlichen Diagnose.

Wenn sie doch Diagnosen von Anderen wollen, dann nennen sie an erster Stelle die Pädaudiologen. In Kapitel 3.1.2 konnte bereits festgestellt werden, dass der Pädaudiologe derjenige ist, der auch am meisten Wissen über Sprach- und Sprechstörungen während seiner Ausbildung erlangt hat. Nicht verwunderlich ist daher, dass der Pädaudiologe auch derjenige ist, zu dem am meisten zur Abklärung verwiesen wird und der am kompetentesten eingeschätzt wird.

Verwunderlich ist aber, dass an zweiter Stelle in Bezug auf Kompetenz und Diagnosestellung der Kinderarzt noch vor dem HNO-Arzt genannt wird.

In Kapitel 3.1.2 wurde die Weiterbildungsordnung mit Stand 2002 und 2004 dargestellt.

Wie bereits erwähnt, muss man bei den Antworten der Untersuchung von dem Einfluss der Weiterbildungsordnung von 2002 ausgehen, da die Weiterbildung zum Facharzt in der

Regel 5 Jahre dauert (Umfragezeitpunkt= 2006) und dann erst die Tätigkeit in einer Praxis aufgenommen wird.

In der Weiterbildungsordnung 2002, mit der Umsetzung in Bayern, waren zur Weiterbildung zum Kinderarzt noch keine speziellen Punkte zum Thema Sprache vorgegeben worden.

Nach den Antworten im Fragebogen halten tatsächlich Sprachtherapeuten Kinderärzte für kompetenter als HNO-Ärzte und wollen häufiger die Diagnosen von diesen als von HNO-Ärzten erstellt bekommen.

Die Fachkenntnis der HNO-Ärzte ist aber aufgrund der Weiterbildungsordnung (von 2002 und von 2004) deutlich höher einzustufen, als die der Kinderärzte. Dies zeigt, dass man nicht allein die Weiterbildungsordnung als Grundlage für den Wissensstand der Ärzte nehmen darf, sondern auch die Zeit der praktischen Tätigkeit und damit die Erfahrung der Ärzte.

Da die Sprachtherapeuten die Kinderärzte in Bayern für kompetent halten, scheinen sich diese weit mehr Wissen über Sprach- und Sprechstörungen angeeignet zu haben, als es durch die Weiterbildungsordnung vorgegeben wurde.

Obwohl Pädaudiologen und Kinderärzte von den Sprachtherapeuten kompetent eingeschätzt werden, führen doch fast alle Sprachtherapeuten noch zusätzlich eine eigene Diagnose durch und vertrauen damit der Kompetenz der Ärzte nicht. Sprachtherapeuten halten sich damit eindeutig für am kompetentesten was die Erstellung von Diagnosen anbelangt.

In Bezug auf die Kompetenz von Sprach- und Sprechstörungen halten Sprachtherapeuten Allgemeinärzte für weniger kompetent als Psychiater, beide aber insgesamt weniger kompetent als Pädaudiologen, Kinderärzte und HNO-Ärzte.

Ein Grund für die Einschätzung der Kompetenz könnte sein, dass Sprachtherapeuten häufiger schlechte Erfahrungen mit Allgemeinärzten gemacht haben als mit Psychiatern, da diese weit mehr Verordnungsblätter ausgestellt haben als Psychiater (Allgemeinmediziner= 36.617 Verordnungsblätter<sup>1</sup>, Nervenärzte/Psychotherapeuten= 3.413 Verordnungsblätter<sup>1</sup>, vgl. Kapitel 4.2.3 (GKV HIS 2007a)). Es hat sich allerdings in der Untersuchung kein Zusammenhang zwischen dem Ausstellen der Heilmittelverordnungen und den Problemen bei der Zusammenarbeit mit diesen beiden Gruppen ergeben. Es muss daher bedacht

---

<sup>1</sup> 2006 in Bayern

werden, dass Psychiater Kenntnisse in Entwicklungsstörungen erlangt haben und daher auch Kompetenz im Bereich der Sprachstörungen erworben haben.

Die Einschätzungen zur Kompetenz der Ärzte deckt sich aber insoweit mit den Vorgaben zur Weiterbildung der Fachärzte, dass Allgemeinärzte und Psychiater, die kein oder wenig Wissen zu Sprach- und Sprechstörungen während der Weiterbildung vorgeschrieben bekommen, die wenigste Kompetenz zugesprochen bekommen und der Pädaudiologe mit der umfassendsten Weiterbildung am kompetentesten eingeschätzt wurde.

Es hat sich allerdings gezeigt, dass Sprachtherapeuten mit der Zusammenarbeit zufriedener sind, wenn sie Kinderärzte, Psychiater und Allgemeinärzte für kompetenter halten. Dies zeigt, dass Sprachtherapeuten genau bei den Berufsgruppen, die durch die Weiterbildungsordnung der Ärzte weniger (bzw. gar nichts) über Sprachstörungen vorgegeben bekommen haben, zufriedener mit der Zusammenarbeit sind, wenn sie diese für kompetenter halten. Die Kompetenz wird demnach bei diesen Ärzten nicht von vornherein abgestritten, sondern hängt von den jeweiligen Ärzten selbst ab, bzw. von deren Berufserfahrung. Möglich ist auch, dass Sprachtherapeuten die Kompetenz der Ärzte anders einschätzen, wenn sie aktiv mit diesen zusammenarbeiten.

Voranehend wurde darauf hingewiesen, dass die Probleme in der Zusammenarbeit mit den Ärzten zu den exogenen Einflussfaktoren gezählt werden, da dort mehr Bezug zu den anderen Fragen der exogenen Faktoren hergestellt wurde.

Es gibt aber dennoch eine Verbindung zu den endogenen Einflussfaktoren:

Sprachtherapeuten halten Kinder-, Allgemein-, HNO-Ärzte und Pädaudiologen für kompetenter, wenn sie weniger Probleme mit diesen in der Zusammenarbeit haben. Dies bedeutet, dass die Aus- bzw. Weiterbildung der Ärzte, und damit deren Wissensstand, sich auch durch Probleme in der Zusammenarbeit zeigen. Je mehr Probleme Sprachtherapeuten mit diesen Berufsgruppen haben, desto weniger kompetent schätzen sie diese ein.

Die Einschätzung der Kompetenz ist demnach eng an die Probleme in der Zusammenarbeit der jeweiligen Arztgruppe gekoppelt.

Zusammenfassend lässt sich hier erkennen, dass die eingeschätzte Kompetenz der Ärzte eine Auswirkung darauf hat, welche Einstellung Sprachtherapeuten zu den ärztlichen Diagnosen haben und wie zufrieden sie mit der Zusammenarbeit sind.

Eine direkte Aussage zur Zufriedenheit mit der Diagnosestellung und ob sie Diagnosen für zutreffend halten konnte allerdings aufgrund des fehlenden Signifikanzniveaus nicht nachgewiesen werden.

Erstaunlich ist, dass es keinen Zusammenhang mit der Zufriedenheit gibt, wenn die Diagnose von Pädaudiologen oder HNO-Ärzten erstellt wird, da diese beiden Berufe durch ihr Wissen während der theoretischen Weiterbildung die besten Diagnosen erstellen sollten. Es gibt hier auch keinen Zusammenhang zwischen der Kompetenz der Pädaudiologen und HNO-Ärzte mit der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit.

Eine Erklärung hierfür wäre, dass die Kompetenz der beiden Fachärzte allgemein als gut eingeschätzt wird und daher keinen großen Einfluss mehr auf die Zusammenarbeit nimmt.

Die Kompetenz selbst wird weitestgehend so eingeschätzt, wie auch Kenntnisse während der Weiterbildung vermittelt werden: Pädaudiologen mit viel Vorgaben zu Sprach- und Sprechstörungen sind kompetent, Allgemeinärzte und Psychiater mit keinen Vorgaben sind nicht kompetent. Der Einfluss der praktischen Arbeit bei Kinderärzten spielt dabei aber offensichtlich eine große Rolle.

Sprachtherapeuten vertrauen den ärztlichen Diagnosen allerdings nicht immer und würden daher lieber selbst diagnostizieren. Sie halten sich selbst für am kompetentesten was die Diagnose von Sprach- und Sprechstörungen betrifft.

Der Bereich der Hörtests wurde als Diagnostikmittel mit zu den endogenen Einflussfaktoren gezählt. Hier hat sich ein geringer Zusammenhang mit der Kompetenz der Kinderärzte gezeigt. Dies ist in so weit nicht verwunderlich, da Kinderärzte die meisten Verordnungen ausstellen. Sprachtherapeuten haben demnach Kinderärzte kompetenter eingeschätzt, wenn sie mit deren Hörtests zufrieden waren. In der Summe hat sich sogar gezeigt, dass knapp über die Hälfte der Therapeuten mit den Hörtests zufrieden waren. Dies zeigt, dass Kinderärzte trotz ihrer mangelnden Weiterbildung zum Thema Höruntersuchung offensichtlich viel in ihrer praktischen Tätigkeit dazu gelernt haben oder dass das Ergebnis eines Hörtests für Sprachtherapeuten keine so große Rolle in deren Therapie spielt. Da aber der Pädaudiologe derjenige ist, an den am häufigsten zur Abklärung verwiesen wird, kann eher angenommen werden, dass eine Zufriedenheit mit den Hörtests sich eher auf die Höruntersuchungen durch Pädaudiologen (bzw. HNO-Ärzten) bezieht.

## 10.2.2 Einfluss der Ausbildung von Sprachtherapeuten

In Kapitel 3.2 wurden die beiden größten Berufsgruppen in der Sprachtherapie, die Sprachheilpädagogen und die Logopäden, miteinander verglichen.

Beide Berufe beschäftigen sich mit dem in seiner Sprache beeinträchtigten Menschen, haben aber unterschiedliche Vorgehensweisen durch ihre Ausbildung erlangt.

Aus der Geschichte hat sich gezeigt, dass Logopäden und Sprachheilpädagogen einen gemeinsamen Ursprung aufweisen, sich dann aber in unterschiedliche Richtungen entwickelt haben.

Während die Logopädie der Medizin verbunden ist und noch heute als medizinischer Hilfsberuf bezeichnet wird, ist die Sprachheilpädagogik in der Pädagogik verwurzelt. Diese Richtungen werden auch noch in den Ausbildungen der beiden Disziplinen verdeutlicht, die sich zwar in vielen Bereichen überschneiden, ihre Schwerpunkte aber noch in der Medizin bzw. Pädagogik setzen.

Dementsprechend ist auch das Menschenbild der beiden Berufe unterschiedlich: Die Logopädie orientiert sich an dem mechanistisch-statischen Menschenbild der Medizin, während der Sprachheilpädagogik das ganzheitlich-dynamische Menschenbild zugrunde liegt.

Durch diese Untersuchung sollte nun gezeigt werden, ob die Sprachheilpädagogik und die Logopädie sich tatsächlich in ihren Einstellungen unterscheiden, und somit die Entwicklung aus der Geschichte, die Ausbildung und das Menschenbild einen so großen Einfluss auf die Disziplinen ausüben, dass dies in ihren Antworten ersichtlich ist.

Um eine Aussage dazu treffen zu können, wurden die Antworten nach den Berufsgruppen Logopädie und Sprachheilpädagogik getrennt ausgewertet und statistisch verglichen.

Das Ergebnis dazu ist erstaunlich:

Es hat sich bei fast keiner Frage ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Antworten von Sprachheilpädagogen und Logopäden ergeben. Dies bedeutet, dass bei fast allen Fragen die Antworten in den Berufsgruppen so ähnlich waren, dass die Unterschiede nicht aussagekräftig sind.

Wenn es doch eine aussagekräftige Unterscheidung in der Antwort gegeben hat, so waren die Antworten aber meist gleich gerichtet, nur von der Tendenz her stärker ausgeprägt.

Dies zeigt sich bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit: Hier waren die Sprachheilpädagogen eindeutig zufriedener mit der Zusammenarbeit mit Ärzten als es Logopäden waren. Aber beide Berufsgruppen waren prinzipiell zufrieden mit der Zusammenarbeit.

Eine Unterscheidung in der Beantwortung der zusammengefassten Fragen (Scores) gab es nur bei den direkten Einflussfaktoren. Hier bewerteten alle Sprachheilpädagogen die direkten Einflussfaktoren positiv, aber „nur“ 85% der Logopäden.

Daraus erkennt man, dass beide Berufsgruppen sich für eine Zusammenarbeit aussprechen und auch aktiv etwas für diese Zusammenarbeit tun würden. Dass sich Logopäden etwas weniger positiv für die direkten Einflussfaktoren aussprechen, kann daran liegen, dass sie etwas weniger zufrieden mit der Zusammenarbeit mit Ärzten sind als Sprachheilpädagogen und dadurch im direkten Kontakt zurückhaltender sind. Dies spiegelt auch der Zusammenhang der direkten Einflussfaktoren mit der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit bei Logopäden und Ärzten wieder.

In der gesamten Umfrage gibt es lediglich zwei Fragen bei denen sich die Antworten der Logopäden und Sprachheilpädagogen deutlich voneinander unterscheiden:

Die Mehrheit der Logopäden fühlt sich durch den Heilmittelkatalog/die Krankenkassen eingeschränkt und zwar speziell durch die Vorgaben zur Stundenzahl, während sich die Mehrheit der Sprachheilpädagogen dadurch nicht eingeschränkt fühlt. Die Antwortverteilung bei den Sprachheilpädagogen war in diesem Fall jedoch nicht signifikant.

Dies bedeutet, dass es diesen Unterschied zwischen den Gruppen gibt, bei den Sprachheilpädagogen aber dann die Antwortverteilung zwischen „eingeschränkt“ und „nicht eingeschränkt“ zu gering und damit nicht aussagekräftig ist.

Dass sich aber Sprachheilpädagogen trotz allem weniger durch den Heilmittelkatalog, speziell durch die Vorgaben zur Stundenzahl, eingeschränkt fühlen, kann daran liegen, dass sie sich evtl. dessen bewusst sind, dass die Stundenzahl an sich durch den Heilmittelkatalog vorgegeben und damit relativ unbeeinflussbar ist, bzw. ihre Therapien so ausrichten, dass ihnen die Stundenzahlen häufiger genügen. Logopäden scheinen dagegen häufiger mit ihren vorgegebenen Stundenzahlen für eine Therapie nicht auszukommen und sind deshalb mit diesen Vorgaben unzufriedener.

Möglich ist aber auch, dass der Arzt, der den Sprachheilpädagogen evtl. einen höheren Stellenwert durch deren Ausbildung einräumt, öfter eine Folgeverordnung ausstellt, bzw. sogar eine Verordnung außerhalb des Regelfalls und damit genügend Stunden für eine Therapie vorgibt.

Im Bereich der direkten Einflussfaktoren hat sich ein Unterschied zwischen Sprachheilpädagogen und Logopäden hinsichtlich der Analyseverfahren gezeigt. Sprachheilpädagogen benutzen deutlich mehr der angegebenen Tests als Logopäden. Am deutlichsten ist hier der Unterschied in der Benutzung des ELFRA. 71% der Sprachheilpädagogen benutzen den ELFRA aber nur 18% der Logopäden. Der ELFRA ist erst seit 2001 in der Praxis und wurde für Kinderärzte entwickelt.

Da Sprachheilpädagogen häufiger Tests benutzen liegt die Vermutung nahe, dass sie mehr zu den Analyseverfahren während ihrer Ausbildung erfahren haben. Eventuell sehen sie eine diagnostische Basis eher in der Durchführung von Tests als durch Erfahrungswerte. Es kann allerdings keine Aussage dazu gemacht werden, wer häufiger standardisierte oder informelle Analyseverfahren verwendet, da beide Gruppen aus beiden Bereichen Tests verwenden.

Betrachtet man die Zusammenhänge der einzelnen Fragen, so stellt man fest, dass die meisten Korrelationen der Sprachheilpädagogen nicht signifikant sind, während die Korrelationen der Logopäden den Korrelationen der Gesamtgruppe der Sprachtherapeuten entsprechen.

Dies könnte daran liegen, dass an der Befragung 210 Logopäden teilgenommen haben und nur 24 Sprachheilpädagogen. Bei Überprüfung der Zusammenhänge hat sich durch die geringe Anzahl der Sprachheilpädagogen in vielen Fällen kein signifikantes Ergebnis mehr ermitteln lassen, während die Aussagen der Logopäden durch ihren hohen Anteil (82,7% aller Teilnehmer) das Gesamtergebnis repräsentieren.

Es gibt aber dennoch ein paar wenige, interessante Unterschiede in den Korrelationen:

Sprachheilpädagogen sind mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufriedener, wenn sie ihre Heilmittelverordnungen hauptsächlich von HNO-Ärzten erhalten, während Logopäden zufriedener sind, wenn sie weniger Heilmittelverordnungen von HNO-Ärzten erhalten.

Wenn Sprachheilpädagogen Probleme mit Allgemeinärzten haben, verweisen sie an HNO-Ärzte, bzw. halten dann HNO-Ärzte für kompetenter. Diese Aussage lässt sich für Logopäden nicht treffen.

Hier erkennt man deutlich, dass Sprachheilpädagogen einen Bezug zu HNO-Ärzten haben, den man bei Logopäden nicht feststellen kann. Ein Grund dafür könnte sein, dass Sprachheilpädagogen häufiger Probleme mit den Hörtests von Allgemeinärzten haben und dann an den HNO-Arzt zur Abklärung verweisen. Da HNO-Ärzte während ihrer Weiterbildung eine umfassende Kenntnis zum Thema Hördiagnostik erlangen, vertrauen die Sprachheilpädagogen ihnen dahingehend mehr. Logopäden vertrauen dahingehend evtl. den Allgemeinärzten mehr.

Eine Möglichkeit wäre auch, dass Sprachheilpädagogen den Zusammenhang von Hören und Sprache höher einschätzen als Logopäden und daher mehr Bezug zu den HNO-Ärzten haben.

Zusammenfassend lässt sich aus diesen Darstellungen erkennen, dass es nur wenige Unterschiede zwischen Logopäden und Sprachheilpädagogen gibt.

Die wenigen Unterschiede lassen sich auch nicht durch die Einflüsse während der Ausbildung oder des Menschenbildes erklären. Lediglich die Tatsache, dass Sprachheilpädagogen mehr Analyseverfahren benutzen, könnte ein Hinweis auf Unterschiede in der Ausbildung sein.

Dass Logopäden sich mehr durch Heilmittelkatalog oder Krankenkassen eingeschränkt fühlen kann in keinem Zusammenhang dazu gesehen werden, dass die Ausbildung und das Menschenbild der beiden Berufsgruppen sich unterscheidet. Zudem ist die Antwortverteilung der Sprachheilpädagogen nicht signifikant und deshalb nur bedingt interpretierbar.

Auch die scheinbar höhere Affinität der Sprachheilpädagogen zu den HNO-Ärzten als die der Logopäden, lässt sich durch die endogenen Einflussfaktoren nur wage deuten. Hier wäre es evtl. möglich, dass Sprachheilpädagogen mehr über Hören in der Ausbildung erlernt haben als Logopäden. Da der medizinische Anteil in der logopädischen Ausbildung aber sehr hoch ist, ist dies unwahrscheinlich.

Schlussfolgernd muss daher erkannt werden, dass die unterschiedliche Entwicklung aus der Geschichte, sowie die Ausbildung von Logopäden und Sprachheilpädagogen und deren Menschenbild keinen so prägenden Einfluss auf die Therapeuten hat wie angenommen. Sprachheilpädagogen und Logopäden unterscheiden sich im Grunde nicht von ihren Aussagen und Einstellungen.

Ein Grund dafür ist sicherlich, wie bereits in Kapitel 3.2.4.3 erwähnt, dass es zu einer Vermischung der Menschenbilder und des Selbstverständnisses in der Theorie und Praxis kommt. Die Pädagogik und Psychologie ist ein Teil der Ausbildung in der Logopädie und medizinische Vorlesungen finden in der Sprachheilpädagogik durch Mediziner statt. Es kommt aber vor allem in den praktischen Tätigkeiten zur gegenseitigen Beeinflussung. Da der Großteil der praktizierenden Praxen von Logopäden geführt wird, werden die Praktika von Sprachheilpädagogen unter dem Einfluss der Logopäden durchgeführt. Dadurch nimmt das Menschenbild und Selbstverständnis der Logopäden Einfluss auf den Sprachheilpädagogen. Durch den Umgang der beiden Berufsgruppen wird dabei mit Sicherheit auch der Einfluss von Sprachheilpädagogen auf Logopäden zum Tragen kommen.

Dass dieser Einfluss größer ist als angenommen, zeigen die Ergebnisse der Untersuchung. Es kann nicht mehr von einem rein defizitorientierten Vorgehen der Logopäden mit einem mechanistisch-statischen Menschenbild gesprochen werden, oder von einem ganzheitlichen Vorgehen in der Sprachheilpädagogik mit einem ganzheitlich dynamischen Menschenbild. Die Menschenbilder vermischen sich und sind nicht mehr klar abtrennbar bzw. den einzelnen Berufsgruppen zuordenbar.

Damit wird auch die Aussage von Tesak (Grohnfeldt/Ritterfeld 2004) bestätigt, der bei der Logopädie keine zwanghafte Abhängigkeit mehr von der Medizin sieht.

## 10.3 Interpretation der exogenen Einflussfaktoren

In Kapitel 4 wurde auf die Vorgaben von außen, wie z.B. Gesetze, die auf die Interdisziplinarität wirken, eingegangen. Da 90% der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, spielt diese die größte Rolle in der Interdisziplinarität von Sprachtherapeuten und Ärzten.

Mit dem ABAG 2002 wurde das Budget für Arznei- und Heilmittel abgeschafft (Herles/Quasdorf 2004) und durch ein Richtgrößenvolumen lt. dem „Arznei- und Heilmittelbudget, Richtgrößen Gesetz“ ersetzt. Überschreitet der Arzt die Richtgröße bei der Verordnung von Heilmitteln, kann es zu einer Wirtschaftlichkeitsprüfung kommen, bei der es im schlimmsten Fall zu einem Regress kommt, falls die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten erklärbar ist (AOK Bundesverband 2007).

Mit dem Gesamtvergütungsgesetz 2005 wird das Regelleistungsvolumen geregelt und damit die Honorarverteilung (SGB 2006<sup>33</sup>, AOK Gesundheitspartner 2007).

Für die Ausstellung einer Heilmittelverordnung muss der Arzt allerdings nur das Richtgrößenvolumen für Heilmittel beachten. Das Regelleistungsvolumen bezieht sich in diesem Fall lediglich auf die dazu geleisteten Untersuchungen und deren Vergütung.

Wie in der Theorie bereits erwähnt, fühlen sich viele Ärzte bereits durch das Richtgrößenvolumen für Heilmittel eingeschränkt und es kommt in manchen Bundesländern zu geringeren Verordnungsmengen. Dies kann die Interdisziplinarität stark beeinträchtigen.

Neben den Vorgaben zu den Budgets gibt es weitere Vorgaben, die die Interdisziplinarität beeinflussen: Die Heilmittel-Richtlinien.

Die Heilmittel-Richtlinien (derzeitig gültige Fassung von 2004) beinhalten den Heilmittelkatalog, der eine Aussage zur Indikation, Art, Menge und Besonderheit der zu verordnenden Heilmittel macht (G-BA 2004a). Der Arzt bekommt hier vorgegeben, wie er die Heilmittelverordnung ausfüllen muss. Natürlich bleibt aber auch dabei ein gewisser Spielraum für den Arzt vorhanden.

Wie diese Vorgaben sich auf die Interdisziplinarität auswirken, bzw. ob die Vorgaben die Therapeuten wirklich so einschränken wie es den Eindruck macht, wurde durch die Auswertung der exogenen Einflussfaktoren ermittelt.

Bei der Einteilung der Fragen zu diesem Themengebiet hat sich durch die Faktorenanalyse wieder für ein paar Fragen eine andere Zuordnung ergeben.

Die Frage 9 „Erhalten Sie häufig Heilmittelverordnungen die falsch ausgefüllt sind?“ erhält durch die Faktorenanalyse den Bezug zu den exogenen Einflussfaktoren. Bei dieser Frage wird ein Bezug zu den Vorgaben durch den Heilmittelkatalog hergestellt und sie wird damit zu den gesetzlichen Vorgaben gezählt.

Die Frage 24 „Erleichtern Berichte das Erhalten von Folgeverordnungen?“ wurde ebenfalls den exogenen Einflussfaktoren zugeordnet. Dies zeigt, dass die Befragten bei Beantwortung dieser Frage das Thema der Folgeverordnung im Vordergrund gesehen haben und dadurch die Vorgaben aus dem Heilmittelkatalog.

Die Zuordnung der Frage 26 und 27 wurde bereits im vorherigen Kapitel besprochen.

Betrachtet man die Zusammenfassung aller Fragen zu diesem Themengebiet, so ist es erstaunlich, dass die knappe Mehrheit der Sprachtherapeuten sich nicht durch die exogenen Einflussfaktoren eingeschränkt fühlt.

Um eine Aussage dazu tätigen zu können, müssen die einzelnen Fragen dazu interpretiert werden.

Dass die knappe Mehrheit sich nicht eingeschränkt fühlt liegt daran, dass einige Fragen zu den exogenen Einflussfaktoren zählen, die durchaus positiv beantwortet wurden.

So sind die meisten Sprachtherapeuten mit der Therapiezeit (Minutenangaben) zufrieden und finden, dass sie durch Berichte leichter Folgeverordnungen ausgestellt bekommen.

Betrachtet man allerdings die Fragen, die direkt die gesetzlichen Vorgaben ansprechen, so fühlen sich die Sprachtherapeuten durchaus dadurch eingeschränkt.

Die Mehrheit fühlt sich durch den Heilmittelkatalog/die Krankenkassen (hier vor allem durch die Vorgabe zur Stundenzahl) und durch das Budget eingeschränkt.

Zudem geben Sprachtherapeuten an, häufig falsch ausgefüllte Heilmittelverordnungen zu erhalten. Die Angaben zu den Problemen aufgrund der Heilmittelverordnung waren allerdings nicht aussagekräftig.

Diese Aussagen lassen erkennen, dass, obwohl es durchaus positive Punkte gibt, sich die Sprachtherapeuten durch wesentliche gesetzliche Vorgaben wie den Heilmittelkatalog und das Budget durchaus eingeschränkt fühlen.

Ein Grund dafür ist sicherlich, dass Sprachtherapeuten das Budget der Ärzte dafür verantwortlich machen, wenn sie weniger Verordnungen ausgestellt bekommen, bzw. die Ärzte tatsächlich aufgrund des Budgets weniger verordnen. Dass dies aber nicht notwendigerweise der Fall sein muss, wurde bereits in der Theorie erwähnt. Ein Budget im eigentlichen Sinne ist nicht vorhanden, sondern nur eine Richtgröße. Verordnen Ärzte aufgrund der Richtgröße tatsächlich weniger ist fraglich, ob diese den Unterschied zwischen den Richtlinien für Heilmittel und dem Regelleistungsvolumen realisieren. Die Einschränkungen durch den Heilmittelkatalog sieht der Sprachtherapeut hauptsächlich durch die Vorgaben zu den Stundenzahlen. Dies bedeutet, dass die Therapeuten nicht damit zufrieden sind, wie viel sie therapieren dürfen. Dem Heilmittelkatalog wurde ein Regelfall zu Grunde gelegt, auf dessen Basis die Anzahl der Stunden für ein Heilmittel vorgegeben sind. Da es hier am häufigsten zur Unzufriedenheit kommt, kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrheit der Therapeuten zu wenig Stunden für eine Therapie erhalten und gerne mehr Zeit für ihre Therapien zur Verfügung hätten, bzw. dies lieber selbst bestimmen würden.

Die Vorgaben zu den Stundenzahlen zeigen keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Ärzten. Dies zeigt, dass Sprachtherapeuten diese Vorgabe als unbeeinflussbar von den Ärzten und von dem Heilmittelkatalog als vorgegeben sehen. Im Gegensatz dazu wirkt sich das Budget, der Heilmittelkatalog selbst (bzw. Krankenkassen) und die Einteilung der Störungsbilder auf die Zusammenarbeit aus.

Durch diesen Zusammenhang wird deutlich, dass Sprachtherapeuten die Einschränkungen durch das Budget durchaus auch auf den Arzt beziehen. Sie sehen eine Kürzung der Verordnungsmenge also nicht als eine reine Vorgabe durch die gesetzlichen Richtlinien an, sondern als eine ärztliche Handlung, der kein Geld mehr für Sprachtherapien ausgeben will. Würde der Sprachtherapeut die Einschränkungen durch das Budget als reine gesetzliche Vorgabe sehen, würden er zwar angeben, dass er sich dadurch eingeschränkt fühlt, es würde aber der Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit fehlen.

Die Zahlen aus dem GKV-HIS haben gezeigt, dass es in Bayern noch keine Rückläufe in der Anzahl der Verordnungsblätter bzw. den Ausgaben für Sprachtherapien gibt. Dies würde bedeuten, dass sich Sprachtherapeuten eher psychologisch davon eingeschränkt

fühlen, da das Thema der Kürzungen im Gesundheitswesen und das knappe Budget der Ärzte immer wieder zur Sprache kommt.

Der eigentliche Grund für das Gefühl der Einschränkung durch das Budget ist aber mit Sicherheit ein anderer:

Durch die hohe Anzahl an Sprachtherapeuten (vgl. Kapitel 3.2.3) die jedes Jahr ihre Ausbildung beenden, kommt es zu immer mehr praktizierenden Therapeuten. Durch die Zunahme der Sprachtherapeuten müssen die ausgestellten Verordnungen für Sprachtherapien auf mehr Therapeuten als vorher verteilt werden. Dies bedeutet, dass pro Sprachtherapeut weniger Verordnungen anfallen, es aber insgesamt trotzdem mehr Heilmittelverordnungen für Sprachtherapien gibt. Dies führt dazu, dass der einzelne Therapeut das Gefühl hat, dass es zu einem Rückgang des Verschreibungsverhaltens kommt.

Der Heilmittelkatalog ist auch der Grund dafür, weshalb Sprachtherapeuten häufig falsch ausgefüllte Verordnungen erhalten. Im Katalog gibt es genaue Vorgaben, was auf den Verordnungen eingetragen werden muss (vgl. Abb. 5, Kapitel 4.3.2). Durch die vielen Vorgaben ist es für den Arzt schwieriger eine Verordnung korrekt auszufüllen. Da der Arzt die Verordnung allerdings nicht mit der Krankenkassen abrechnet sondern der Sprachtherapeut, hat der Sprachtherapeut dafür Sorge zu tragen, dass die Heilmittelverordnung richtig ausgefüllt ist und muss diese notfalls vom Arzt korrigieren lassen.

Dies hat auch einen weiteren Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit. Sprachtherapeuten sind zufriedener, wenn die Heilmittelverordnungen richtig ausgefüllt sind und wenn sie aufgrund der Verordnung weniger Probleme mit den Ärzten haben. Die Probleme entstehen mit Sicherheit dann, wenn der Sprachtherapeut die Verordnung korrigieren lassen muss und dadurch der Arzt bzw. die Arzthelferin wieder Zeit aufwenden muss.

Die Heilmittelverordnung nimmt damit eine zentrale Stellung in der Zusammenarbeit ein, da sie zumal, wie bereits erwähnt wurde, im schlechtesten Fall die einzige Kommunikation zwischen Ärzten und Therapeuten darstellt.

Die Heilmittelverordnung selbst erhalten Sprachtherapeuten am häufigsten von Kinderärzten, gefolgt von HNO-Ärzten. Dies entspricht in etwa den Angaben des Heilmittel Informations Systems: Lt. HIS 2007a werden die meisten Verordnungsblätter für Sprachtherapien (für 2006) von Kinderärzten ausgestellt. Hier steht an zweiter Stelle allerdings der Allgemeinarzt, knapp gefolgt vom HNO-Arzt (siehe Tabelle 5, Kapitel 4.2.3).

Die meisten Probleme bei der Zusammenarbeit betreffen die Kinderärzte, gefolgt von den Allgemeinärzten.

Gerade bei den Kinderärzten hat sich gezeigt, dass Sprachtherapeuten sich mehr durch den Heilmittelkatalog/Krankenkassen, das Budget, die Therapiedauer und Stundenzahl eingeschränkt fühlen, wenn sie Probleme mit diesen Ärzten haben.

Wenn sie allerdings viele Heilmittelverordnungen von Allgemeinärzten erhalten, fühlen sie sich mehr durch den Heilmittelkatalog/die Krankenkassen und die Stundenzahl, sowie das Budget eingeschränkt.

Dies zeigt, dass Sprachtherapeuten vor allem Kinderärzte und Allgemeinärzte mit den gesetzlichen Vorgaben in Verbindung bringen. Es scheint als würden diese beiden Arztgruppen die Verordnungen von Therapien restriktiver handhaben. Sowohl das Budget als auch die Stundenzahl können hier ein Indiz dafür sein, dass zu wenig Verordnungen ausgestellt werden, bzw. zu wenig Stunden für Therapien genehmigt werden.

Dementsprechend kann gefolgert werden, dass gerade Kinderärzte und Allgemeinärzte zu wenig verordnen. Dies ist dabei nicht auf die Gesamtverordnungsmenge bezogen, sondern auf die Verordnung pro Patient.

Da aber Sprachtherapeuten laut dem GKV-HIS am häufigsten die Verordnungen von diesen beiden Arztgruppen erhalten, könnte es auch sein, dass durch die hohe Anzahl der Verordnungen die Probleme in diesen Bereichen auffälliger sind.

Es gibt zudem einen Zusammenhang zwischen den falsch ausgefüllten Heilmittelverordnungen und der Diagnosestellung. Dies zeigt, dass Sprachtherapeuten die Diagnosen auf den Heilmittelverordnungen häufig als nicht richtig ansehen, und deshalb Probleme aufgrund der Verordnung mit Ärzten haben.

Da vorher festgestellt wurde, dass Sprachtherapeuten ihre Diagnosen am liebsten selbst erstellen möchten, kann hieraus gefolgert werden, dass Sprachtherapeuten nicht nur die Diagnosen erstellen möchten, sondern sogar die Heilmittelverordnungen selbst ausfüllen möchten. Dadurch würden dann auch die Probleme mit den Ärzten aufgrund der Verordnungen wegfallen.

Obwohl es einige Bereiche gibt, die eine positive Antwort erbracht haben, hat sich gezeigt, dass Sprachtherapeuten mit den wesentlichen gesetzlichen Vorgaben nicht zufrieden sind und sich durch diese auch hinsichtlich der Zusammenarbeit eingeschränkt fühlen, bzw. dadurch mit der Zusammenarbeit weniger zufrieden sind.

Es scheint dabei allerdings so, als ob die exogenen Einflüsse nicht ausschließlich auf Gesetze zurückgeführt werden, sondern die Einschränkungen durchaus auch durch die Ärzte bedingt angesehen werden, da sonst die Zusammenarbeit selbst nicht beeinflusst sein dürfte.

Allgemein hat sich jedoch die Vermutung bestätigt, dass sich Sprachtherapeuten sowohl durch das Budget als auch durch den Heilmittelkatalog in ihrer Arbeit eingeschränkt fühlen und das dies einen negativen Einfluss auf die Zusammenarbeit hat.

Wie bereits bei Beschreibung der Gruppenunterschiede Logopäden/Sprachheilpädagogen vermerkt, sind hier die einzigen unterschiedlichen Antworten zwischen den Gruppen zu finden: Logopäden fühlen sich mehr durch den Heilmittelkatalog/Krankenkassen, speziell durch die Vorgabe zur Stundenzahl, eingeschränkt als Sprachheilpädagogen.

## 10.4 Interpretation der direkten Einflussfaktoren

Mit den direkten Einflussfaktoren wurden in Kapitel 5 die Bereiche besprochen, die der Sprachtherapeut bzw. der Arzt durch seine Handlung direkt beeinflussen kann.

Im Gegensatz zur Diagnostik, die der Arzt auf Grundlage seines Wissens und damit seiner Ausbildung durchführt, werden Diagnostikverfahren den direkten Einflussfaktoren zugeordnet, da es sich hier um ein vorgegebenes Analyseverfahren handelt, das der Arzt zwar selbst durchführen muss, es dabei aber, je nach Analyseverfahren, weniger auf sein Wissen selbst ankommt.

Es hat sich zudem gezeigt, dass zu diesem Bereich die Fragen zugeordnet werden, die mit dem Kontakt zwischen dem Sprachtherapeuten und dem Arzt zu tun haben, wie den Berichten, die Zusammenarbeit selbst, aber auch die Schweigepflicht.

Insgesamt bewerten die Sprachtherapeuten mit 85% die direkten Einflussfaktoren positiv. Wie bereits bei den endogenen Einflussfaktoren erwähnt, hat sich hier der einzige signifikante Unterschied zwischen Sprachheilpädagogen und Logopäden in einem Score gezeigt. Fast alle Sprachheilpädagogen und 85% der Logopäden bewerten diesen Faktor in der Summe positiv.

Auch wenn der Grundtenor hier positiv ist, gibt es dennoch erstaunliche Ergebnisse, die sich zu widersprechen scheinen:

Die meisten Sprachtherapeuten halten Berichte für sinnvoll, erhalten aber so gut wie kein Feedback darauf und halten Ärzte für nicht interessiert an ihren Berichten.

Obwohl sich die Antworten scheinbar widersprechen, sind die Zusammenhänge hierzu wie erwartet: Je sinnvoller Berichte gesehen werden, desto mehr Feedback gibt es und desto interessierter halten sie die Ärzte.

Der größte Zusammenhang besteht allerdings zwischen dem sinnvoll Halten von Berichten und dem Erhalten von Folgeverordnungen. Demnach sieht der Sprachtherapeut den Sinn im Schreiben von Berichten darin, dass er durch diese leichter Folgeverordnungen erhält.

Nach den Angaben im Fragebogen scheint einer erfolgreichen Zusammenarbeit nichts mehr im Wege zu stehen, da ein sehr großer Teil der Sprachtherapeuten angibt, Kontakt zu den Ärzten zu halten, die Zusammenarbeit hilfreich findet und auch Zeit für die Zusammenarbeit investieren würde.

Durch diese Aussagen erkennt man die Bereitschaft für eine erfolgreiche Interdisziplinarität.

Die Sprachtherapeuten sehen die Zusammenarbeit durchwegs als etwas Positives und sind sogar bereit Zeit zu investieren, die sie jedoch nicht bezahlt bekommen.

Von fast allen Sprachtherapeuten wird allerdings angegeben, dass sie die Zusammenarbeit selbst initiieren müssen.

Hier muss man eventuell den Aspekt der sozialen Erwünschtheit beachten. Obwohl die Befragung anonym durchgeführt wurde, kann man nicht ganz ausschließen, dass Fragen hinsichtlich der sozialen Erwünschtheit beantwortet werden. Gerade bei dieser Frage, wird das Hauptthema, die Zusammenarbeit, angesprochen und wer etwas dafür tut.

Lässt man den Aspekt der sozialen Erwünschtheit jedoch außer Acht, so erkennt man eine sehr einseitige Initiative.

Es stellt sich hier die Frage, ob die hierarchische Stellung der Ärzte eine Rolle spielt. Entweder halten diese es nicht für nötig, den Sprachtherapeuten zu kontaktieren, oder es gibt für Ärzte im Grunde keine Notwendigkeit, mit den Sprachtherapeuten Kontakt aufzunehmen, da der Arzt die Verordnung ausgestellt hat und nun abwartet, wie das Ergebnis der Therapie aussieht, welches dem Arzt durch den Bericht mitgeteilt wird. Laut der Weiterbildungsordnung von 2004 ist es aber die Aufgabe der Kinderärzte (vgl. Kapitel 3.1.2.2) logopädische Maßnahmen zu überwachen. Auch wenn hier die Umsetzung der Weiterbildungsordnung Stand 2002 zum Tragen kommt, so verdeutlicht doch dies den Standpunkt der Ärzte.

Eine Möglichkeit, warum Ärzte die Zusammenarbeit nicht so häufig initiieren, könnte auch sein, dass sie es als ausreichend ansehen, wenn sie den Bericht des Therapeuten lesen.

Anzunehmen wäre auch, dass ihnen die Zeit fehlt, mit Therapeuten in Kontakt zu treten.

Zudem werden auch Ärzte für eine Zusammenarbeit nicht zusätzlich bezahlt. Es wäre daher unbezahlte Arbeit, die sie leisten müssten, ebenso wie die Sprachtherapeuten.

Man kann jedoch davon ausgehen, da die Ärzte immer wieder auf ihre zu geringe Bezahlung hinweisen, dass von der gesetzlichen Krankenkasse nicht mit einer Bezahlung für eine Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen gerechnet werden kann, auch wenn dies zum Wohle des Patienten wäre.

Obwohl Sprachtherapeuten angeben, dass 96% von ihnen die Zusammenarbeit initiieren, so halten aber lt. Umfrage der Kinderärzte 70% der Kinderärzte Kontakt zu den

Sprachtherapeuten. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass nur bedingt eine Aussage darüber möglich ist, wodurch der Kontakt gehalten wird, bzw. wer ihn initiiert.

Da es sowohl bei den Sprachtherapeuten als auch bei den Kinderärzten einen Zusammenhang mit den Berichten gibt, kann angenommen werden, dass viele unter „Kontakt halten“ verstehen, dass Berichte geschrieben bzw. gelesen werden.

Auf die Frage, mit wem eine Zusammenarbeit gewünscht wird, wird an erster Stelle der Arzt genannt. An zweiter Stelle, mit 92%, werden Erzieher angegeben. Dies zeigt zum einen, dass der Großteil der Patienten noch im Kindergartenalter ist, zum anderen aber auch, wie wichtig es den Sprachtherapeuten ist, dass ihre therapeutischen Maßnahmen nicht auf die eigene Praxis begrenzt bleiben, sondern ihre Umsetzung im Alltag finden.

Bei der Frage nach den Analyseverfahren, die am häufigsten benutzt bzw. gekannt werden, wurden der HSET, PET und SETK genannt. Bei den Sprachheilpädagogen wird noch der ELFRA angegeben.

Als positiv ist hier anzusehen, dass die am häufigsten genannten Analyseverfahren zu den standardisierten Tests zählen und dadurch nicht von der subjektiven Auswertung der Therapeuten abhängig sind. Auffallend ist dabei aber, dass der HSET, der an erster Stelle der benutzten Verfahren (nach Sonstige) genannt wird, bereits zu den älteren Verfahren zählt und es fragwürdig ist, wie zeitgemäß dieser noch ist. Der PET, der an dritter Stelle genannt wird, zählt lt. Schöler (2001) nicht zu den eigentlichen Sprachtests sondern ist eher als Intelligenztest zu sehen.

Der SETK, der an zweiter Stelle genannt wird, stellt dagegen ein zeitgemäßes, standardisiertes Analyseverfahren dar, das auch seine Anwendung in der Kinderarztpraxis findet.

Der ELFRA findet sich bei den Sprachtherapeuten lediglich bei den Sprachheilpädagogen unter den ersten drei Angaben zu den benutzten Analyseverfahren.

Den von den Kinderärzten häufig benutzte Test nach Dr. Kottmann benutzen dagegen nicht einmal 2% der befragten Sprachtherapeuten.

Die Angabe „Sonstige“ wurde am häufigsten bei den benutzten Tests der Sprachtherapeuten angegeben. Hier geben die meisten Sprachtherapeuten den „Aktiven Wortschatz Test für 3-5 Jährige“ (AWST) an. Logopäden geben zudem häufig an die „Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen“ zu benutzen, während

Sprachheilpädagogen häufig den „Psycholinguistischen Sprachverständnis- und Sprachentwicklungstest“ (PSST) benutzen. Während der AWST und die Patholinguistische Diagnostik zu den standardisierten Verfahren zählen, zählt der PSST zu den informellen Verfahren.

Bei den direkten Einflussfaktoren wirkt es sich positiv auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit aus, wenn mehr Kontakt gehalten wird und es häufiger zu Rücksprachen mit dem Arzt kommt. Aber auch wenn Berichte für sinnvoller gehalten werden, die Ärzte Feedback dazu geben und sich interessiert zeigen waren Sprachtherapeuten mit der Zusammenarbeit zufriedener.

Dies zeigt, dass eine gute Zusammenarbeit durch den direkten Kontakt statt finden kann, aber auch die Berichte einen Weg darstellen, eine Zusammenarbeit in die Wege zu leiten. Sicherlich sind die Berichte allein aber keine Zusammenarbeit im Sinne einer Interdisziplinarität, da es hier zu keinem Austausch kommt, sondern nur zur Weitergabe von Informationen. Sie können aber als Ausgangsbasis herangezogen werden auf die man eine Interdisziplinarität aufbauen kann.

Positiv zu vermerken ist auf jeden Fall die Tatsache, dass fast alle Sprachtherapeuten dazu bereit sind, Zeit für eine Zusammenarbeit zu investieren. Daran erkennt man, dass es den Therapeuten wichtig ist, sich mit den Ärzten auseinandersetzen zu können. Mit der Bereitschaft Zeit zu investieren ist es möglich, die Kommunikation über das reine Berichte schreiben hinaus fortzusetzen und eine Zusammenarbeit zu beginnen.

## **10.5 Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Logopäden, Sprachheilpädagogen und Kinderärzten**

### **10.5.1 Sprachtherapeuten und Kinderärzte**

Ein Teil der Untersuchung beschäftigt sich mit einer Gegenüberstellung der Berufsgruppen. Nachdem im Bereich der endogenen Einflussfaktoren bereits auf die Gemeinsamkeiten von Sprachheilpädagogen und Logopäden eingegangen wurde, werden nun die vergleichbaren Fragen aus der Umfrage der Kinderärzte (Einsiedler/Funk 2004) mit den Fragen der Sprachtherapeuten interpretiert.

Gleich zu Beginn wurde hier auch die Frage nach der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit analysiert. Wie bereits vorher erwähnt, hat sich gezeigt, dass Kinderärzte am zufriedensten mit der Zusammenarbeit sind. Dies kann daran liegen, dass sie durch ihre Positionierung über dem Therapeuten eine andere Sichtweise erhalten. Die Kinderärzte dürfen entscheiden, wann sie eine Therapie für sinnvoll halten (vgl. Heilmittel-Richtlinien), d.h. sie sind nicht, wie die Sprachtherapeuten, auf den anderen angewiesen. Trotzdem könnte eine Zusammenarbeit negativ ausfallen, wenn es häufig zu Beschwerden von Seiten der Therapeuten kommt. Dies scheint jedoch nicht der Fall zu sein.

Interessant im Bereich der endogenen Einflussfaktoren ist, dass weniger Kinderärzte ihre Diagnosen selber erstellen wollen als Sprachtherapeuten. Dies lässt die Vermutung zu, dass die Kinderärzte bislang die Diagnosen noch selbst erstellen, aber eher dazu bereit wären, die diagnostische Überprüfung in andere Hände zu geben als es Sprachtherapeuten sind. Dies bestätigt auch das Ergebnis, dass über 48% der Kinderärzte an Sprachtherapeuten zur Abklärung von Sprach- und Sprechstörungen verweisen.

Die Kompetenz der Pädaudiologen, die durch die Theorie aufgezeigt wurde, wird auch von den Kinderärzten als gut eingeschätzt, da sie ebenfalls am häufigsten an Pädaudiologen zur Abklärung verweisen. Mit 14% ist der HNO-Arzt an dritter Stelle allerdings bereits schon relativ wenig genannt worden. Da der Sprachtherapeut an zweiter Stelle genannt wird, an den zur Abklärung von Sprach- und Sprechstörungen verwiesen wird, zeigt dass der Stellenwert der Sprachtherapeuten bei den Kinderärzten doch relativ hoch ist.

Das erstaunlichste Ergebnis im Vergleich von Sprachtherapeuten und Kinderärzten ist wohl im exogenen Bereich zu finden. Es hat sich gezeigt, dass sich Kinderärzte weit weniger (nur 40%) von dem Heilmittelkatalog/den Krankenkassen und durch das Budget (nur 38%) eingeschränkt fühlen als Sprachtherapeuten (70% bzw. 68%).

Dieses Ergebnis lässt folgende Interpretationen zu:

Offensichtlich fühlen sich die Kinderärzte in Bayern wirklich weniger eingeschränkt als dies angenommen wird, obwohl lt. Kapitel 4.2.4 bereits ausgeführt wurde, dass in manchen Bundesländern (nicht in Bayern) bereits weniger verordnet wird und es zu nicht gewollten Rückgängen im Verschreibungsverhalten gekommen ist (Ehrenputsch 2006). Da es in Bayern noch keinen Rückgang der Heilmittelverordnungen gegeben hat, kann es durchaus sein, dass das Budget noch keine negativen Auswirkungen auf das Ordnungsverhalten der Ärzte hat. Die Umfrage der Kinderärzte stammt allerdings von 2004 und das Gesetz zum Regelleistungsvolumen stammt von 2005. Dies dürfte allerdings auch wenig Auswirkungen haben, da die Heilmittel dem Richtgrößenvolumen aus dem ABAG von 2002 unterliegen (Herles/Quasdorf 2004).

Eine andere Möglichkeit ist die, dass es für die Ärzte an sich keine so große Auswirkung hat, wenn sie weniger Heilmittel verordnen, da durch weniger Therapien lediglich die Existenz der Sprachtherapeuten bedroht ist. Eventuell wird bei Kindern häufiger darauf vertraut, dass sich eine Sprachstörung „auswächst“ und man wartet noch ab, bevor man zu schnell verordnet. Dadurch fühlen sich die Kinderärzte dann auch weniger durch das Budget eingeschränkt.

Eine weitere Möglichkeit ist aber auch, dass Kinderärzte sich dessen bewusst sind, dass es sich bei dem Budget für Heilmittel lediglich um ein Richtgrößenvolumen handelt. Solange man eine Verordnung aus medizinischen Gründen rechtfertigen kann, ist diese immer vertretbar.

Auch die Tatsache dass sich die Kinderärzte durch den Heilmittelkatalog bzw. die Krankenkassen weniger eingeschränkt fühlen kann daran liegen, dass sich die Kinderärzte zwar bei ihrer Diagnose nach dem Heilmittelkatalog richten müssen, dies aber für sie keine weiteren Auswirkungen hat (ebenso wie die Stundenanzahl, Therapiedauer...). Diese Vorgaben haben wieder lediglich auf den Sprachtherapeuten eine Auswirkung, da dieser sich an die Angaben auf der Verordnung halten muss und dafür verantwortlich ist, wenn

diese falsch ausgefüllt ist, da er selbst mit den Krankenkassen abrechnen muss, bzw. eigentlich seine Therapie nach der dortigen Diagnose richten sollte.

Dies zeigt auch der Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit. Kinderärzte sind zufriedener mit der Zusammenarbeit mit Sprachtherapeuten, wenn es weniger Probleme mit den Heilmittelverordnungen gibt. Wie bereits zuvor beschrieben wirkt es sich negativ auf die Zusammenarbeit aus, wenn Sprachtherapeuten häufiger etwas an den Verordnungen auszusetzen haben.

Bei der Umfrage der Kinderärzte wurde festgestellt, dass der Test nach Dr. Kottmann und der SETK die Tests waren, die am häufigsten unter „Sonstige“ angegeben wurden (je 16%) , gefolgt vom ELFRA mit 12% (Einsiedler/Funk 2004).

Bei den Sprachtherapeuten wurde neben den Sonstigen der HSET und der SETK als das Analyseverfahren angegeben, das am häufigsten verwendet wird.

Der momentan häufig benutzte Test bei den Kinderärzten, der Test nach Dr. Kottmann, wird von den Sprachtherapeuten so gut wie nicht benutzt. Als informelles Analyseverfahren hängt dieses von der Erfahrung der Ärzte ab und stellt damit keine ausreichende Basis für eine sinnvolle Diagnose dar, auf die der Sprachtherapeut seine Therapie aufbauen kann. Als gemeinsame Basis zwischen Sprachtherapeuten und Kinderärzten scheint daher der SETK eine sinnvolle Lösung darzustellen. Dieser Test wird bei beiden Berufen noch mit am häufigsten benutzt und ist durch die Standardisierung ein Analyseverfahren, das einen Vergleich mit einer Altersgruppe bietet.

Auffallend ist jedoch, dass allgemein nur wenig Kinderärzte Analyseverfahren benutzen, während fast alle Sprachtherapeuten Tests benutzen.

Hält man sich die Weiterbildungsordnung der Kinderärzte vor Augen (Stand 2002), so kann man feststellen, dass der Kinderarzt keine Vorgaben zur Diagnostik von Sprach- und Sprechstörungen erhalten hat. Ausgehend davon, dass er die meisten Diagnosen aufgrund seiner Erfahrungen durchführt, hängt die Diagnose dann davon ab, was der Kinderarzt während seiner praktischen Tätigkeit gelernt hat.

Daher ist es nicht verwunderlich, dass fast alle Sprachtherapeuten ihre Diagnosen selbst erstellen und auch in Zukunft am liebsten selbst erstellen möchten.

Bei den Antworten der Kinderärzte lassen sich nur wenige aussagekräftige Zusammenhänge finden. Dies liegt hauptsächlich daran, dass nur relativ wenig Fragen zum Vergleich mit den Sprachtherapeuten herangezogen werden konnten.

Es hat sich aber gezeigt, dass Kinderärzten die Berichte wichtig sind. Dies zeigt der Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit. Je sinnvoller sie Berichte halten, desto zufriedener sind sie mit der Zusammenarbeit mit Sprachtherapeuten.

Dies lässt die Vermutung zu, dass Kinderärzte zufriedener sind, wenn sie Berichte von Sprachtherapeuten erhalten und die Zusammenarbeit weitestgehend über Berichte statt findet. Dadurch kann man allerdings nicht von einer Zusammenarbeit im Sinne einer Interdisziplinarität sprechen.

### **10.5.2 Sprachheilpädagogen, Logopäden, Kinderärzte**

Ein letzter Vergleich der Untersuchungen sollte zeigen, wie sich die Antworten von Sprachheilpädagogen, Logopäden und Kinderärzten zueinander verhalten.

In Kapitel 3 wurde auf die Ausbildung und das Menschenbild einschließlich des Selbstverständnisses eingegangen.

Der Medizin liegt als Menschenbild traditionell ein Maschinenmodell zu Grunde, bei dem Krankheiten auf ein Organdefekt reduziert und als reparierbarer Defekt gesehen werden.

Die Logopädie als medizinischer Hilfsberuf hat sich aus der Medizin entwickelt und hat heute noch in ihrer Ausbildung einen medizinischen Schwerpunkt. Es wird bei der Logopädie von einem mechanistisch-statischen Menschenbild ausgegangen, dass das Heilen eines Defekts im Mittelpunkt hat.

Die Zusammengehörigkeit von Medizin und Logopädie ist unbestreitbar im Gegensatz zur Sprachheilpädagogik die sich aus der Pädagogik entwickelt hat und der traditionell das ganzheitlich-dynamische Menschenbild zur Grunde gelegt wird.

In Kapitel 10.2.2 hat sich aber bereits gezeigt, dass sich die Antworten von Logopäden und Sprachheilpädagogen in den meisten Fällen nicht signifikant unterscheiden.

Jetzt stellt sich die Frage, ob sich die Antworten von Logopäden und Kinderärzten mehr ähneln als die Antworten von Sprachheilpädagogen und Kinderärzten und ob sich dadurch zeigt, dass die Gemeinsamkeiten durch das Menschenbild/Selbstverständnis und der medizinischen Zugehörigkeit der Logopädie eine Rolle spielt.

Da die Antwortverteilungen der Sprachheilpädagogen aufgrund der geringen Anzahl häufig nicht signifikant waren, wird hier auf den Mittelwertsvergleich eingegangen.

Auch hier hat sich ein erstaunliches Ergebnis gezeigt:

Es lässt sich keine generelle Aussage darüber machen, wessen Antworten sich ähnlicher sind. Dies hängt von der jeweiligen Frage ab. Insgesamt ähneln sich aber mehr die Antworten von Sprachheilpädagogen und Kinderärzten.

Mit Beachtung des Signifikanzniveaus kann man erkennen, dass hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit die Sprachheilpädagogen und Kinderärzte ähnlicher antworten als Logopäden und Kinderärzte. Kinderärzte sind am zufriedensten mit der Zusammenarbeit, gefolgt von Sprachheilpädagogen. Logopäden erwiesen sich im Verhältnis am unzufriedensten.

Auch bei der Angabe wie eingeschränkt man sich durch Heilmittelkatalog bzw. Krankenkassen fühlt, ähneln sich die Aussagen von Sprachheilpädagogen und Kinderärzten mehr als die von Logopäden und Kinderärzten. Logopäden fühlen sich dabei am meisten, Kinderärzte am wenigsten eingeschränkt.

Zusammenfassend lässt sich hierzu folgende Interpretation machen: Die Aussagen von Sprachheilpädagogen und Logopäden unterscheiden sich in den meisten Fällen nicht voneinander. Hier beeinflusst also nicht das Menschenbild oder die Ausbildung bzw. die geschichtliche Entwicklung die Meinung der Therapeuten sondern vielmehr ihre gemeinsame Tätigkeit am beeinträchtigten Menschen.

Bei den wenigen Fragen die in allen drei Gruppen signifikant waren, haben die Sprachheilpädagogen ähnlicher zu den Kinderärzten geantwortet als die Logopäden. Es gibt daher offensichtlich keine größere Verbundenheit zwischen Logopäden und Kinderärzten aufgrund der Ähnlichkeit in ihrem Menschenbild und ihrer medizinischen Herkunft.

Woher die Ähnlichkeit in den Antworten von Sprachheilpädagogen und Kinderärzten kommt lässt sich nur vermuten. Die einzig erkennbare Gemeinsamkeit liegt darin, dass beiden Berufen eine universitäre Ausbildung zu Grunde liegt. Vielleicht hat dies einen Einfluss auf das Verhalten der Kinderärzte gegenüber den Sprachheilpädagogen und wirkt sich somit auf die Bereiche der Zufriedenheit und den Einschränkungen durch den Heilmittelkatalog, die Krankenkassen und das Budget aus.

## 10.6 Interpretation der Vorschläge zur Zusammenarbeit

Die Vorschläge die die Sprachtherapeuten für eine bessere Zusammenarbeit abgegeben haben, entsprechen den Antworten aus den Fragebögen.

Ein Faktor durch den sich viele eingeschränkt fühlen ist das Budget bzw. der Heilmittelkatalog und die Krankenkassen. Bei den Vorschlägen zur Zusammenarbeit wurde eine Bezahlung für die Zeit der Zusammenarbeit gefordert. Die Bezahlung ist ein Faktor, der von den Krankenkassen abhängt, da diese die Bezahlung durchführen, und dies in den Heilmittel-Richtlinien verankert werden müsste. Da aber bereits die Ärzte für ihre Arbeitszeit mehr Geld fordern, werden die Krankenkassen wohl in naher Zukunft nicht für Vorschläge offen sein, die eine Bezahlung für einen Bereich vorsieht, der in den Augen der Krankenkassen nicht unbedingt notwendig ist. Für die Krankenkassen funktioniert die Vorgehensweise bzgl. der Heilmittelverordnungen so wie sie ist. Eine Änderung wird daher nicht absehbar sein.

Auch der Wunsch, dass immer Berichte geschrieben und diese auch gelesen werden sollen, deckt sich mit den Aussagen der Umfrage. Die Mehrheit der Sprachtherapeuten hält das Berichte schreiben für sinnvoll. In der Umfrage hat sich zwar ein Bezug zu den Folgeverordnungen ergeben, es hat sich aber auch gezeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Kontakt halten und den Berichten gibt. Dies zeigt, dass die Sprachtherapeuten in dem Bericht tatsächlich ein Kommunikationsmittel mit dem Arzt sehen. Es wird hier allerdings wieder von einer einseitigen Kommunikation gesprochen, da viele Therapeuten davon ausgehen, dass ihre Berichte nicht gelesen werden. Allerdings hat die Umfrage der Kinderärzte ergeben, dass auch diese die Berichte für sinnvoll halten. Die Fragen die sich dabei stellen sind: Wieso Kinderärzte Berichte für sinnvoll halten auch wenn sie diese lt. Sprachtherapeuten angeblich nicht lesen. Stellen die Berichte für die Ärzte nur eine Kontrollfunktion dar?

Ein Punkt in der Meinungsäußerung war die Kompetenz, und zwar die Kompetenz der Sprachtherapeuten und die der Ärzte. Als Sprachtherapeut fühlen sich viele von den Ärzten nicht anerkannt. Hier würden die Vorschläge zu regelmäßigen Treffen eine Abhilfe schaffen können. Durch Teamsitzungen, Treffen etc. wäre es möglich in Kontakt zu treten und durch Gespräche mehr über die andere Disziplin zu erfahren.

Ein Problem ist sicherlich, dass die Logopädie noch als medizinischer Hilfsberuf gesehen wird. Durch die Bezeichnung „Hilfsberuf“ wird sie automatisch der Medizin untergeordnet und der Arzt sieht sich dadurch wieder als kompetenter und als weisungsbefugt an. Eine langfristige Möglichkeit hierzu wäre sicherlich eine bereits angestrebte Vereinheitlichung der Berufe der Sprachtherapeuten auf universitärer Ebene und eine Gleichstellung der Sprachtherapeuten mit den Medizinern.

Der Wunsch nach einem regelmäßigen Treffen wurde am häufigsten geäußert. Hier ist sicherlich viel Idealismus notwendig, da wie bereits erwähnt, eine Bezahlung der Treffen aller Wahrscheinlichkeit nach nicht möglich sein wird.

Erstaunlich ist aber, dass dieser Vorschlag zu einem Treffen so häufig geäußert wurde, eine Umsetzung aber scheinbar noch nicht statt findet. Hier sollte man nicht darauf warten, dass der Arzt auf den Therapeuten zukommt und um ein Treffen bittet, sondern man sollte sich als Sprachtherapeut engagieren und Treffen organisieren. Dies kann bei einfachen Gesprächskreisen beginnen, zu denen eingeladen wird, bis zu Seminaren oder Fortbildungen zu einem bestimmten Thema. Wichtig ist jedoch, dass nicht nur der Wunsch nach dieser Form von Zusammenarbeit geäußert wird, sondern auch dass die Umsetzung statt findet.

Ein weiteres wichtiges Thema der offenen Frage und auch der Ergebnisse aus der Umfrage ist die Kompetenz der Ärzte. In der Umfrage hat sich gezeigt, dass gerade die Diagnosen mit der Kompetenz der Ärzte in Verbindung gebracht werden und Sprachtherapeuten Ärzten in diese Hinsicht nicht vertrauen. Deshalb wollen Sprachtherapeuten die Diagnosen lieber selbst erstellen. Genau diese Vorschläge sind auch unterbreitet worden:

Sprachtherapeuten wollen Diagnosen selbst erstellen und möchten, dass Ärzte mehr Wissen während einer Weiterbildung erlangen.

Zu Bedenken ist hier, dass sich bereits durch Änderung der Weiterbildungsordnung von 2004 einiges getan hat. Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin gibt es nun auch in Bayern Vorgaben bzgl. Sprach- und Sprechstörungen. Wie die Umsetzung dazu aussieht, kann allerdings erst in einigen Jahren abgeschätzt werden. Man sollte jedoch berücksichtigen, dass z.B. ein Kinderarzt kein Experte für Sprach- und Sprechstörungen ist. Diese Thema ist nur Teil seiner Weiterbildung. Er muss sich zusätzlich noch in vielen anderen Bereichen der kindlichen Entwicklung auskennen. Eine Verallgemeinerung der fehlenden Kenntnisse darf man jedoch nicht treffen, da z.B. Pädaudiologen eine sehr umfassende Weiterbildung zu Sprach- und Sprechstörungen erlangt haben.

## 11 Fazit

Die Interdisziplinarität soll es ermöglichen, durch eine gute Zusammenarbeit gegenseitige Vorurteile abzubauen und Brücken zu schlagen um eventuelle Veränderungen zu ermöglichen. Diese Aussage von Lotzmann (1999) verdeutlicht am besten, was das Ziel dieser Untersuchung ist.

In den ersten Kapiteln wurde darauf eingegangen, welche Faktoren einen Einfluss auf die Interdisziplinarität zwischen Sprachtherapeuten und Ärzten haben. Dabei haben sich drei Bereiche herauskristallisiert:

Im Bereich der *endogenen Einflussfaktoren* wurde auf die Aus- bzw. Weiterbildung der Ärzte und Sprachtherapeuten eingegangen, deren Menschenbild und Selbstverständnis sowie die unterschiedliche Entwicklung der beiden Berufsgruppen Sprachheilpädagogik und Logopädie.

Die Untersuchung hat bei dem Vergleich der Berufsgruppen Sprachheilpädagogen und Logopäden das erstaunliche Ergebnis geliefert, dass sich die Antworten selten unterscheiden.

Es hat sich gezeigt, dass die unterschiedliche geschichtliche Entwicklung und das daraus resultierende Menschenbild und Selbstverständnis keinen Einfluss auf die jeweilige Berufsgruppe hat. Man kann hier vielmehr von einer Vermischung der Menschenbilder ausgehen. Eine reine Zuordnung der Logopädie zur Medizin und der Sprachheilpädagogik zur Pädagogik ist damit nicht mehr möglich.

Neben den Sprachtherapeuten wurden die Weiterbildungsinhalte der Ärzte besprochen um einen Eindruck zu erlangen, welches Wissen diese zu Sprach- und Sprechstörungen erlangt haben.

In der Untersuchung hat sich gezeigt, dass es durchaus einen Einfluss hat, welches Wissen die Mediziner während ihrer Weiterbildung erlangt haben. Sprachtherapeuten setzen die Kompetenz weitestgehend mit diesem Wissensstandard gleich. Aber auch die praktische Erfahrung hat einen Einfluss auf die Kompetenz, da Kinderärzte trotz des geringen Wissensstandes während der Weiterbildung als kompetent eingeschätzt wurden.

Einen Einfluss hat diese Kompetenz, und damit das Wissen der Ärzte, vor allem auf die Diagnosestellung. Im Großen und Ganzen vertrauen die Sprachtherapeuten den Diagnosen von Ärzten nicht. Sprachtherapeuten erstellen bereits ihre eigenen Diagnosen und würden diese auch in Zukunft lieber selber erstellen.

Es hat sich aber auch gezeigt, dass es mit kompetenter eingeschätzten Ärzten weniger Probleme in der Zusammenarbeit gibt.

Die *exogenen Einflussfaktoren* zeigten die Vorgaben auf, die den Ärzten und damit den Sprachtherapeuten auferlegt wurden. Es wurde auf die Bezahlung der Ärzte hingewiesen und die Richtgrößen für Heilmittel, sowie die Vorgaben durch die Heilmittel-Richtlinien.

Hier hat sich gezeigt, dass sich Sprachtherapeuten tatsächlich durch das Budget und den Heilmittelkatalog/die Krankenkassen (vor allem durch die Stundenzahl) eingeschränkt fühlen (Logopäden fühlen sich dabei mehr eingeschränkt als Sprachheilpädagogen). Aber auch die falsch ausgefüllten Heilmittelverordnungen belasten die Sprachtherapeuten. Die Einschränkungen durch das Budget wirken sich dabei direkt auf die Qualität der Zusammenarbeit aus und zeigen damit, dass der Sprachtherapeut den Arzt dafür verantwortlich macht, wenn er aufgrund seines Budgets keine Verordnungen mehr ausstellt. Da es aber in Bayern nicht zu einem Rückgang der Heilmittelverordnungen gekommen ist, muss das eingeschränkt Fühlen durch das Budget auf andere Faktoren zurückgeführt werden, wie den stetigen Zuwachs an ausgebildeten Sprachtherapeuten und die damit einhergehende Umverteilung der Heilmittelverordnungen.

Die Probleme mit den falsch ausgefüllten Heilmittelverordnungen beziehen Sprachtherapeuten ebenfalls auf die Diagnosestellung. Dies zeigt, dass vor allem die Diagnosen auf den Heilmittelverordnungen häufig als falsch angesehen werden. Da Sprachtherapeuten die Diagnose selbst erstellen möchten lässt dies die Vermutung zu, dass sie zukünftig auch die Verordnungen am liebsten selbst ausfüllen möchten.

Im Bereich der *direkten Einflussfaktoren* wurden die wichtigsten Analyseverfahren vorgestellt sowie die Bedeutung von Berichten.

Es hat sich gezeigt, dass Sprachtherapeuten den Zweck von Berichten darin sehen, dass sie eine Folgeverordnung ausgestellt bekommen.

Zudem wird das Kontakt halten mit der anderen Disziplin vor allem durch den Bericht gesehen. Der Bericht stellt damit einen Ausgangspunkt für die Zusammenarbeit dar, auf den noch aufgebaut werden kann.

Negativ ist hier zu sehen, dass die Zusammenarbeit meistens von Seiten der Sprachtherapeuten initiiert wird und es so noch nicht zu einem kommunikativen Miteinander gekommen ist.

Positiv ist, dass Sprachtherapeuten die Zusammenarbeit als hilfreich ansehen und auch bereit sind, Zeit dafür zu investieren.

Viele Faktoren beeinflussen die Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Ärzten. Es hat sich allerdings gezeigt, dass sowohl die Sprachtherapeuten als auch die Kinderärzte mit der Zusammenarbeit zufrieden sind.

Die Vorschläge, die direkt zur Verbesserung der Zusammenarbeit geliefert wurden, decken sich mit den Angaben aus dem Fragebogen. Wichtig ist dabei den Sprachtherapeuten von den Ärzten anerkannt zu werden, sich persönlich mit ihnen zu treffen idealerweise noch die Zeit dafür bezahlt zu bekommen.

Ein Gruppenvergleich von Sprachheilpädagogen, Logopäden und Kinderärzten hat nicht wie erwartet gezeigt, dass sich die Antworten von Logopäden und Kinderärzten ähneln. Vielmehr hat sich gezeigt, dass es zwar keine generelle Aussage dazu gibt, die Aussagen von Sprachheilpädagogen und Kinderärzten sich aber ähnlicher sind.

Es gibt demnach auch hier keine Auswirkungen des Menschenbildes, des Selbstverständnisses oder der Zugehörigkeit der Logopädie zur Medizin. Es sieht vielmehr danach aus, dass die universitäre Ausbildung der Sprachheilpädagogen eine Auswirkung auf die Zusammenarbeit hat und diese positiv beeinflussen könnte.

Dass die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit von allen Disziplinen positiv bewertet wird, stellt mit Sicherheit eine gute Ausgangsbasis für einen Ausbau der Zusammenarbeit dar. Da die Zusammenarbeit sich momentan meist auf das Schreiben und Lesen von Berichten reduziert, kann man noch nicht von einer Interdisziplinarität sprechen. Hier muss noch viel Zeit und Engagement investiert werden um zu einem Miteinander zu finden, von dem alle Seiten profitieren können.

## 12 Ausblick

Einer Zusammenarbeit im Sinne einer Interdisziplinarität scheint bei den Sprachtherapeuten und Ärzten zwar noch nicht vorhanden zu sein, aber die Voraussetzungen dafür sind bereits gegeben.

Es hat gezeigt, dass Aspekte wie die Diagnosestellung und das Budget bzw. die Heilmittelverordnung einen negativen Einfluss auf die Zusammenarbeit haben. Betrachtet man diese Bereiche so lässt sich eine sinnvolle Lösung finden:

Wie wäre es, wenn man genau diese Reibungspunkte der Zusammenarbeit direkt angeht? Ein Ablauf, der einen Gewinn für alle Parteien darstellt könnte wie folgt aussehen:

Der Patient kommt zum Arzt und dieser stellt eine Sprach- oder Sprechstörung fest. Aufgrund dieser Feststellung überweist der Arzt den Patienten zu einem Sprachtherapeuten. Hierbei wird aber keine Heilmittelverordnung mehr ausgefüllt, sondern es gibt lediglich eine Überweisung wie zu einem anderen Facharzt. Dabei gibt es aber auch keine Richtgröße mehr für den Arzt von Seiten der Krankenkassen. Die Aufgabe des Arztes besteht nun lediglich darin, eine Sprach- oder Sprechstörung festzustellen, diese aber nicht zu diagnostizieren, sondern an einen Therapeuten zu verweisen. Der Arzt spart dadurch Zeit für eine umfassende Diagnose und muss bei der Überweisung kein „Budget“ mehr im Hinterkopf haben.

Der Sprachtherapeut führt nun seine eigene Diagnose durch und füllt daraufhin die Heilmittelverordnung selbst aus, die er dann auch weiterhin direkt mit den Krankenkassen abrechnet.

Um einen Missbrauch von Seiten der Sprachtherapeuten zu vermeiden, bzw. um ein wirtschaftliches Vorgehen zu gewährleisten, gibt es in Zukunft das Richtgrößenvolumen für den Sprachtherapeuten. Dadurch muss dieser abwägen, wann er eine Therapie für sinnvoll hält und wann nicht.

Diese Vorgehensweise würde viel Zeit und Geld sparen. In der Praxis sieht es nach Angaben in dieser Umfrage momentan so aus, dass der Arzt eine Diagnose durchführt, die Heilmittelverordnung ausfüllt und zum Sprachtherapeuten schickt. Der Sprachtherapeut ist

mit den Diagnosen unzufrieden und führt nochmals seine eigenen Diagnosen durch. Dann bemerkt er, dass die Heilmittelverordnungen falsch ausgefüllt sind und muss diese wieder zum Arzt schicken und von diesem korrigieren lassen.

Es werden also zwei Diagnosen gestellt und es entsteht ein zusätzlicher Zeitaufwand durch das Korrigieren der Heilmittelverordnung.

Daher sollte man die Leistungen so verteilen, wie sie am sinnvollsten und effektivsten für den Patienten, den Therapeuten, den Arzt aber auch für die Krankenkassen sind.

Dass die Diagnosen in den Händen der Sprachtherapeuten sinnvoller sind, hat sich zum einen durch die Theorie gezeigt, die nachgewiesen hat, dass die meisten Ärzte zu wenig Wissen in Bezug auf Sprach- und Sprechstörungen haben. Zum anderen hat sich durch die Umfrage ergeben, dass Sprachtherapeuten häufiger Diagnostikverfahren benutzen und auch die Experten im Bereich von Sprach- und Sprechstörungen sind.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit würden dadurch sehr viele Reibungspunkte wegfallen. Der Sprachtherapeut ist für seine eigene Diagnose zuständig und muss selbst auf das Budget achten und hat es zudem in der Hand, wie die Heilmittelverordnung ausgefüllt ist. Man könnte die so gewonnene Zeit nutzen und Rücksprachen mit dem Arzt halten, was das ganzheitliche Krankheitsbild des Patienten angeht, oder auch weiterhin Berichte an den Arzt verfassen, damit dieser weiter über die Vorgehensweise in Kenntnis gesetzt wird. Ein erster Schritt in dieser Richtung lässt sich bereits durch das Früherkennungs- und Therapieprogramm des PaedNetz erkennen. Der teilnehmende Arzt überprüft die Sprachentwicklung des Kindes und leitet zur Diagnoseabklärung an einen Sprachtherapeuten weiter, der dann den SETK 3-5 durchführt. Der Therapeut meldet dem Arzt das Ergebnis und dieser stellt dann wieder eine Verordnung aus (dbs 2007).

Die Zusammenarbeit auf anderem Wege zu verbessern wird schwierig sein. Dadurch dass Ärzte häufig überlastet und unterbezahlt sind, wird es mit Sicherheit schwierig noch zusätzlich Zeit für eine Zusammenarbeit mit den Therapeuten zu investieren.

Abgehaltene, gemeinsame Seminare oder regelmäßige Treffen können zwar die Interdisziplinarität fördern indem der Kontakt generell verbessert wird, der direkte Austausch wird jedoch meist statt finden müssen, um über einen Patienten zu reden. Dies ist bei diesen allgemeinen Treffen nicht möglich. Durch Treffen kann aber eine Basis für Diagnosen gestellt werden und es können eventuelle Unklarheiten bzgl. der

Verordnungsmenge geklärt werden. Gegenseitige Ansichten können ausgetauscht werden und es kann das Verständnis füreinander verbessert werden. Die Schwierigkeit hier besteht aber wohl in erster Linie darin, dass sich niemand dafür zuständig fühlt, solche Treffen zu organisieren. Hier ist noch starker Handlungsbedarf vorhanden.

Durch die Umfrage hat sich nicht nur gezeigt wie die Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Ärzten aussieht, sondern auch das Verhältnis von Sprachheilpädagogen und Logopäden.

In Kapitel 3.2.3 wurde bereits darauf hingewiesen, dass eine gemeinsame Ausbildung der Berufe angestrebt wird. Wie man sieht sind bereits jetzt die Unterschiede zwischen Logopäden und Sprachheilpädagogen geringer als angenommen.

Vom Grundverständnis steht damit einer gemeinsamen Ausbildung nichts mehr im Wege. Hier stellt sich allerdings die Frage, inwieweit es noch Vorurteile untereinander gibt die so einer gemeinsamen Zukunft im Wege stehen. In der Interpretation wurde bereits die Vermutung geäußert, dass das Verhältnis von Ärzten und Sprachheilpädagogen besser ist, da die Sprachheilpädagogen durch ihre universitäre Ausbildung ein höheres Ansehen bei den Ärzten erhalten. Durch eine Vereinheitlichung der Ausbildung auf universitärer Ebene würde dies dann auch zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit mit Ärzten führen. Der Sprachtherapeut könnte dem Arzt als ebenbürtig gegenüber treten und müsste sich nicht mehr als Hilfswissenschaft sehen.

Dies würde dann auch einen Schritt in Richtung Interdisziplinarität bedeuten. Im Kapitel zu den Problemen eines interdisziplinären Vorgehens wurde auch auf Punkte wie eine Hierarchisierung hingewiesen. Dieser könnte dadurch entgegengewirkt werden.

Letztendlich ist der Schritt von einer Zusammenarbeit zur Interdisziplinarität zwischen Sprachtherapeuten und Ärzten noch nicht vollzogen worden. Um eine Interdisziplinarität im Sinne eines Austausches von Wissen in einem gegenseitigen Miteinander zu erhalten muss sowohl von Seiten der Sprachtherapeuten als auch von Seiten der Ärzte noch viel passieren. Bevor es aber zu einem Fortschritt in der Zusammenarbeit kommen kann, müssen die bestehenden Hürden abgebaut werden.

Das gemeinsame Ziel sollte ein Einklang der Disziplinen sein, von der alle Seiten profitieren können und nicht ein Ausklang gegenseitigen Bemühens.

## 13 Literaturverzeichnis

Alesi, B., Bürger, S., Kehm, B., Teichler, U. (2005). Stand der Einführung von Bachelor- und Master-Studiengängen im Bologna-Prozess sowie in ausgewählten Ländern Europas im Vergleich zu Deutschland. Kassel: Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Angermaier, M. W. F. (1974). Psycholinguistischer Entwicklungstest PET. Weinheim: Beltz

AOK Bundesverband (2007). Arzneimittel-Ablösungsgesetz (ABAG). Verfügbar unter: [http://aok-bv.de/lexikon/a/index\\_02128.html](http://aok-bv.de/lexikon/a/index_02128.html) (17.09.07).

AOK Gesundheitspartner (2007). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Verfügbar unter: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/by/arztundpraxis/verguetung/> (22.09.07).

Arbeitsausschuss „Interdisziplinäre Entwicklungsstörungen im Kindesalter“ der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. (Hrsg.) (1998), Interdisziplinäre Entwicklungsförderung im Kindesalter dargestellt am Beispiel der Länder Berlin und Brandenburg.

Ärztekammer Bremen (2004). Bundesärzteordnung. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/BAEO.pdf> (31.07.07).

Ärzte Zeitung (2005). Hörtests und Sprachdiagnostik mit EBM kaum zu vereinbaren. In: Ärzte Zeitung, 27.04.2005.

Bach, H. (1976). Aufgaben, Probleme und Prinzipien der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pädagogen. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (S. 256-259). Luzern.

Bahr, R. (1994): Therapie sprachentwicklungsgestörter Kinder aus pädagogischer Sicht. In: Sprache, Stimme, Gehör 1994, S. 61-67.

Balsiger, Phillip W. (2005). Transdisziplinarität. Systematisch-vergleichende Untersuchung disziplinübergreifender Wissenschaftspraxis. München/Paderborn: Fink.

Bartsch, E. (2002). Zur Interdisziplinarität von Sprechwissenschaft/-erziehung. In: Berg, R., Anders, L. C., Miethe, E. (Hrsg.), Interdisziplinäre Sorge um Kommunikationsstörungen (S. 26-...). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Bayerische Landesärztekammer (2004a). Ärztestatistik.Stand 05.01.04. o.O.: o.V.

Bayerische Landesärztekammer (2007b). Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 i.d. Fassung der Beschlüsse vom 28. April 2007. Abschnitt A. In Weiterbildungsordnung. Verfügbar unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) (06.08.2007).

Bayerische Landesärztekammer (2007c). Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 i.d. Fassung der Beschlüsse vom 28. April 2007. Abschnitt B. In Weiterbildungsordnung. Verfügbar unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) (06.08.2007).

Bayerische Landesärztekammer (2007d). Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns in der Neufassung vom 01. Oktober 1993 i.d. Fassung vom 13. Oktober 2002. Abschnitt I. In Weiterbildungsordnung. Verfügbar unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) (06.08.2007).

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (Hrsg.) (2000). Lehrpläne für die Berufsfachschule für Logopädie. München: Verlag Alfred Hintermaier.

- Becker, K.-P. und Autorenkollektiv (1991). Entwicklungsdynamik drei bis neunjähriger Kinder. Berlin: Verlag Gesundheit.
- Becker, K.-P./Braun, O. (2000). Geschichte der Sprachheilpädagogik in Deutschland 1945 – 2000. Rimpf: von freiesleben.
- Behme, H. (1993). Zur Theorie und Praxis des Sprechspiels unter besonderer Berücksichtigung interdisziplinärer Aspekte. München: iudicium Verlag.
- Bergmann A. (2002). Impressionen aus Inzinkofen. In: Berg, R., Anders, L. C., Miethe, E. (Hrsg.), Interdisziplinäre Sorge um Kommunikationsstörungen (S. 10-13). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bertling, R. et al (1992). Ambulante interdisziplinäre Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit Hausbesuch und Hometreatment – Projekt Weilerswist. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Interdisziplinäre Betreuung in Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater (S. 2-158). Baden-Baden: Nomos.
- Bertram, W. (2007). Was ist AIM? Verfügbar unter: <http://www.int-med.de/satzung/wasistdieaim.htm>(14.08.07).
- BGBI I (1980). Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO). In: Bundesministerium der Justiz (Hrsg.). Bundesgesetzblatt I. Bonn: Bundesanzeiger Verlag.
- Biesalski, P. (1982). Wer ist qualifizierter?. In: Sprache-Stimme-Gehör 6 (1982), 71-73.
- Bleidick, U. (1972). Pädagogik der Behinderten. Grundlinien einer Theorie der Erziehung behinderter Kinder und Jugendlicher. Berlin: Marhold.
- Borbonus, T. (1989a). Kompetenz, Krankheit, Kostenträger. In: Die Sprachheilarbeit 34 / 4, 149-150.
- Borbonus, T. (1989b). Was müssen Sprachheilpädagogen noch tun? In: Die Sprachheilarbeit 34 / 5, 230-231.
- Bothner, F. (2004a). Heilmittelrichtlinien (HMR) – Überblick. Verfügbar unter: [www.physio.de/hmr](http://www.physio.de/hmr) (04.06.2004).
- Bothner, F. (2004b). Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie - Der Verordnungsvordruck. Verfügbar unter: <http://www.heilmittelkatalog.de/> (02.10.07).
- Bratzke, B. (2003). Wie bekommt der Arzt sein Geld?. Verfügbar unter: <http://www.buschtelefon.de/geld8.htm> (12.09.07).
- Braun, O. (1980). Das Verhältnis von Theorie und Praxis in der Sprachbehindertenpädagogik, dargestellt am sprachtherapeutischen Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte. In: Die Sprachheilarbeit 25, S. 135-142.
- Braun, O. (1990). Anmerkungen zur interdisziplinären Kooperation zwischen Phoniatrie und Sprachheilpädagogik anlässlich der Verabschiedung von Prof. Dr. med. Otto von Arentsschild. In: Die Sprachheilarbeit 35 / 4, 203-209.
- Braun, O. (1996<sup>2</sup>). Psychologische Aspekte der Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 1. Grundlagen der Sprachtherapie (S. 32-50). Berlin: Spiess.
- Braun, O. (2002). Selbstverständnis förderdiagnostischen Vorgehens. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie – Band 3 Diagnostik, Prävention und Evaluation (S. 29-62). Stuttgart: Kohlhammer.
- Braun, O. & Macha-Krau, H. (2000): Geschichte der Sprachheilpädagogik und Logopädie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Band 1: Selbstverständnis und theoretische Grundlagen. S. 47-78. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bühl, A., Zöfel, P. (2005<sup>9</sup>). SPSS 12. München: Pearson Studium.

- Bundesagentur für Arbeit (2007). Kurzinfo - 10 - Veranstaltung(en). Logopäd(e/in) (B 8525-00). Verfügbar unter: <http://infobub.arbeitsagentur.de/>. Kursnet: Ausbildung Logopädie. Bayern. (07.09.07).
- Bundesärztekammer (2006). Approbationsordnung. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.101> (31.07.07).
- Bundesärztekammer (2007). Weiterbildungsordnung auf einem guten Weg. Verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.764.773.828&all=true> (06.08.2007).
- CampusLMU (Hrsg.) (2007). Wintersemester 2005/2006. Medizinische Fakultät. Verfügbar unter: [http://webinfo.campus.lmu.de/view\\_structure\\_tree.cfm?root=24913&cl=15&mode=gliederung&open=25086,24922,24923,24924,24925,24926,24927,24928,24929,24930,24931,24932,24934,24935,24936,24939,24940,24941,24942,24943,24944,24945,24946,24947,24949,24950,24951,24952,24953,24913](http://webinfo.campus.lmu.de/view_structure_tree.cfm?root=24913&cl=15&mode=gliederung&open=25086,24922,24923,24924,24925,24926,24927,24928,24929,24930,24931,24932,24934,24935,24936,24939,24940,24941,24942,24943,24944,24945,24946,24947,24949,24950,24951,24952,24953,24913) (06.08.07).
- Clausnitzer, V., Donczik, J. (1996). Workshop: Kinesiologie in der Stottertherapie. In: dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe (Hrsg.), Kongressbericht: Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? (S. 561-570). Hamm: Wilke.
- dbl (2007). VdAK-Gebühren gültig ab 01.05.2001. Frechen: Deutscher Bundesverband für Logopädie.
- dbs (2004). Infoschreiben -Neue Heilmittelrichtlinien. Moers.
- dbs (2007). Vereinbarung über ein Früherkennungs- und Therapieprogramm im Kindergartenalter. Verfügbar unter: <http://www.dbs-ev.de/mitglieder/index.htm>. vom 12.06.07 (20.02.08).
- Degenkolb-Weyers, S., Hollenbach, J., Nonn, K. (2005). Logopädieausbildung in Bayern: Qualifizierung auf hohem Niveau. In: Forum Logopädie 2 (19), S. 46-48.
- dgs (2003). Studienstätten für Sprachbehindertenpädagogik in der Bundesrepublik Deutschland. Verfügbar unter: <http://dgs-ev.de/index3.htm> (30.08.07).
- Diefenbacher, H., Frank, A. (2006). Einfach Lernen! Statistik. Hans Diefenbacher , Andreas Frank & Studentensupport: Studentensupport.de.
- Diller, G. (1996). Interdisziplinarität und Entwicklungsperspektiven bei frühkindlichen Hörstörungen. In: dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe (Hrsg.), Kongressbericht: Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? (S. 503-515). Hamm: Wilke.
- Dohse, W. (1978). Werdegang der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): 1927-1977. 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., Hamburg, 4-44.
- Dupuis, G. (1983). Sprachbehindertenpädagogik. In: Solarová, S. (Hrsg.): Geschichte der Sonderpädagogik. Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz.
- Dupuis, G. (2000). Ausbildung von Sprachheilpädagogen und Sprachtherapeuten an der Universität Dortmund. In: Die Sprachheilarbeit 45/ 3, 134-136.
- Ehrenputsch, U. (2006). Wir Patienten werden bestreikt. In: NRZ 21.02.06.
- Einsiedler, M., Funk, M. (2004). Aktuelle Umfrage in Bayern zum sprachentwicklungsbezogenen Wissensstand von Kinderärzten und deren praktische Vorgehensweise im Alltag. Schlingen/Kaufbeuren.
- Elmar B. (2002). Zur Interdisziplinarität von Sprechwissenschaft /-erziehung. In: Berg, R., Anders, L. C., Miethe, E. (Hrsg.), Interdisziplinäre Sorge um Kommunikationsstörungen (S. 26-30). München: Ernst Reinhardt Verlag.

ENB (2006). Übersicht über alle bestehenden Bachelor-Studiengänge an der LMU (Stand: November 2006). Verfügbar unter: [http://www.uni-muenchen.de/einrichtungen/zuv/uebersicht/sue/bologna/umsetzung\\_ba.pdf](http://www.uni-muenchen.de/einrichtungen/zuv/uebersicht/sue/bologna/umsetzung_ba.pdf) (03.09.07).

Eulitz, M. (2006). Presseinformation. Für die Fachmedien. KVB-Vorstand Schmidt: "Weder Prüforgie noch Regressflut bei der Verordnung von Heilmitteln". München: KVB.

FH-Fresenius (2007). Fachbereich Gesundheit\_ Logopädie (Bachelor). Verfügbar unter: <http://fh-fresenius.de/logopaedie-bachelor.233.html> (25.09.07).

Filipp, S.-H. & Doenges, D. (1983). Entwicklungstests. In K.-J. Groffmann & L. Michel (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. Serie Diagnostik, Band 2: Intelligenz- und Leistungsdiagnostik (S. 202-306). Göttingen: Hogrefe.

Fillbrandt, A. (2007). Schulen für Logopädie. Verfügbar unter: [http://www.logo-ausbildung.de/schulen/status\\_1.html](http://www.logo-ausbildung.de/schulen/status_1.html). (11.12.07).

G-BA (2004a). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien). In: Bundesanzeiger, Nr. 106a (Beilage). Bonn: Bundesanzeiger Verlag.

G-BA (2004b). Zweiter Teil. Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (Heilmittel-Katalog). In: Bundesanzeiger, Nr. 106a (Beilage). Bonn: Bundesanzeiger Verlag.

Geisler, Linus S. (1993). Nach uns die Maschine? In Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 178 v. 04.08.1993, S. N4.

Geisler, Linus S. (2005). Das Menschenbild in der modernen Medizin. Festvortrag anlässlich 75 Jahre Deutsches Hygiene Museum Dresden. Verfügbar unter: [http://www.linus-geisler.de/vortraege/0505dhmd\\_menschenbild.html](http://www.linus-geisler.de/vortraege/0505dhmd_menschenbild.html) (14.08.07).

GKV (2007). Die GKV - Aufgaben. Verfügbar unter: <http://g-k-v.de/gkv/index.php?id=72> (11.09.07).

GKV Heilmittel Informations System (2005). Der Heilmittelmarkt in der KV Bayern. Januar bis Dezember 2004. Rodgau: ITSG.

GKV Heilmittel Informations System (2006a). Der Heilmittelmarkt in der KV Bayern. Januar bis Dezember 2005. Rodgau: ITSG.

GKV Heilmittel Informations System (2006b). Der Heilmittelmarkt in der KV Bayern. Januar bis März 2006. Rodgau: ITSG.

GKV Heilmittel Informations System (2006c). Der Heilmittelmarkt in Deutschland. Januar bis Dezember 2005. Rodgau: ITSG.

GKV Heilmittel Informations System (2007a). Der Heilmittelmarkt in der KV Bayern. Januar bis Dezember 2006. Rodgau: ITSG.

GKV Heilmittel Informations System (2007b). Der Heilmittelmarkt in der KV Bayern. Januar bis März 2007. Rodgau: ITSG.

GKV Heilmittel Informations System (2007c). Der Heilmittelmarkt in Deutschland. Januar bis Dezember 2006. Rodgau: ITSG.

Gerrlich, V. (2000). Rechtsgrundlagen in der Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Stuttgart: Kohlhammer, 309-320.

Göllner, B. (2002). Qualität der Betreuung sprachentwicklungsgestörter Kinder aus Sicht der Eltern. In: Von Suchodoletz, W. (Hrsg.), Therapie von Sprachentwicklungsstörungen – Anspruch und Realität (S. 143-165). Stuttgart: Kohlhammer.

- Grimm, H., Aktas, M., Frevert, S. (2001). SETK 3-5 Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Grimm, H., Doil, H. (2000). ELFRA Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Grimm, H., Schöler, H. (1978). H-S-E-T. Göttingen: Georg Westermann Verlag.
- Grohnfeldt, M. (1982). Diagnose von Sprachbehinderungen. Berlin: Marhold Verlag.
- Grohnfeldt, M. (1983). Standortanalyse und Aufgabenstellungen der Sprachbehindertenpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 28 / 4, 129-143.
- Grohnfeldt, M. (1984). Problemfelder und Aufgabenbereiche der Sprachbehindertenpädagogik im Spiegel einer Meinungsfrage. In: Die Sprachheilarbeit 29 / 4, 157-166.
- Grohnfeldt, M. (1988). Das Studium der Sprachheilpädagogik zwischen Theorie und Praxis. In: Die Sprachheilarbeit 33 / 6, 265-271.
- Grohnfeldt, M. (1994). Die Sprachheilpädagogik im Spannungsfeld von Generalisierung und Spezialisierung, Einordnung und Abgrenzung. In: Die Sprachheilarbeit 39 / 4, 197-210.
- Grohnfeldt, M. (1996). Sprachheilpädagogische Förderung als interdisziplinäres Aufgabengebiet: schulische und außerschulische Handlungsfelder im Kontext. In: dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe (Hrsg.), Kongressbericht: Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? (S. 767-782). Hamm: Wilke.
- Grohnfeldt, M. (1996<sup>2a</sup>). Ziele, Schwerpunkte und Selbstverständnis sprachtherapeutischer Interventionen im historischen Kontext. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 1. Grundlagen der Sprachtherapie (S. 3-9). Berlin: Spiess.
- Grohnfeldt, M. (1996<sup>2b</sup>). Merkmale der pädagogischen Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 1. Grundlagen der Sprachtherapie (S. 13-30). Berlin: Spiess.
- Grohnfeldt, M. (2000). Strukturwandel der Sprachheilpädagogik in einem sich ändernden Kontext. In: Die Sprachheilarbeit 45 / 3, 4-10.
- Grohnfeldt, M. (2002a). Der spezifische Beitrag der Sprachheilpädagogik in der Betreuung sprachentwicklungsgestörter Kinder. In: Von Suchodoletz, W. (Hrsg.), Therapie von Sprachentwicklungsstörungen – Anspruch und Realität (S. 35-45). Stuttgart: Kohlhammer.
- Grohnfeldt, M. (2002b). Diagnostik, Prävention und Evaluation in der Sprachheilpädagogik und Logopädie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie – Band 3 Diagnostik, Prävention und Evaluation (S. 17-28). Stuttgart: Kohlhammer.
- Grohnfeldt, M. (2002c). Weichenstellungen in der Sprachheilpädagogik. Würzburg: edition von freisleben.
- Grohnfeldt, M. (2007). Veränderungen des Sprachheilwesens in Deutschland. In: Die Sprachheilarbeit 52 / 2, 63 - 70.
- Grohnfeldt, M., Homburg, G., Teumer, J. (1991). Ansatzpunkte einer veränderten Sprachheilpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 36 / 6, 252-269.
- Grohnfeldt, M., Orthmann, W. (1998). Sprachheilpädagogik als gelebte Geschichte. Zum 85. Geburtstag von Prof. Dr. Werner Orthmann. In: Die Sprachheilarbeit 43 / 6, 338-341.
- Grohnfeldt, M., Ritterfeld, U. (2000). Grundlagen der Sprachheilpädagogik und Logopädie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie – Band 1 Selbstverständnis und theoretische Grundlagen (S. 15-46). Stuttgart: Kohlhammer.

- Grohnfeldt, M., Ritterfeld, U. (2004). Sprachtherapie: Einheit in der Vielfalt? Eine berufspolitische Diskussion um Ausbildungsstandards, Interdisziplinarität und Internationalität. In: L.O.G.O.S. Interdisziplinär, 1. 4-16.
- Grohnfeldt, M., Werner, L. (1984). Ein Beitrag der Sprachbehindertenpädagogik im Rahmen interdisziplinäre Sprachförderung. In: Die Sprachheilarbeit 29 / 1, 1-20.
- Grohnfeldt, M., Romonath, R. (2000c). Sprachheilpädagogik und Logopädie im internationalen Vergleich. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Stuttgart. Kohlhammer, 251-273.
- Gundermann, H. (1996<sup>2</sup>). Die medizinischen Grundlagen der Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 1. Grundlagen der Sprachtherapie (S. 51-59). Berlin: Spiess.
- Haas, G. (1991). Aufgaben und Möglichkeiten der Medizin im Rahmen interdisziplinärer Frühförderung. In: Trost, R., Walthes, R., (Hrsg.), Frühe Hilfen für entwicklungsgefährdete Kinder (S. 79-90). Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Handler, P. (1984). Psychologisches Modelldenken – Hemmschuh oder Hilfe in der Sonderschule? In: Heitiger, M., Spiel, W. (Hrsg.), Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik, Bd. 1 (S. 27-46). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Haxthausen, J. (2001). Nach 14 Tagen verfällt das Rezept. ÄP Pädiatrie, Nr. 4 Juli/August, S. 32.
- Heckhausen, H. (1987). „Interdisziplinäre Forschung“ zwischen Intra-, Multi- und Chimären-Disziplinarität. In: Kocka, J. (Hrsg.), Interdisziplinarität Praxis – Herausforderung – Ideologie (S. 129-135). Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Heid, H. (1983). Interdisziplinarität. In: Lenzen, D. (Hrsg.) Pädagogische Grundbegriffe Bd. 1. Stuttgart: Rowohlt, 781-798.
- Heinemann, M. (1996). Erwartungen des Phoniaters an den Sprachheilpädagogen. In: dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe (Hrsg.), Kongressbericht: Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? (S. 977-982). Hamm: Wilke.
- Heitger, M. (1984a). Über den Bildungsauftrag gegenüber dem behinderten Menschen. In: Heitiger, M., Spiel, W. (Hrsg.), Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik, Bd. 1 (S. 18-28). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Heitger, M. (1984b). Zum Verhältnis von Pädagogik und Therapie aus der Sicht der Pädagogik. In: Heitiger, M., Spiel, W. (Hrsg.), Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik, Bd. 1 (S. 64-80). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hellbrügge, T. (1985). Die kinderärztliche Entscheidungskompetenz im Bereich der Heilpädagogik. In: Gerber, G., Kappus, H., Datler, W. Reinelt, T. (Hrsg.), Der Beitrag der Wissenschaften zur interdisziplinären Sonder- und Heilpädagogik (S. 33-49). Wien: Selbstverlag.
- Herles, D., Quasdorf, I. (2004). Die Gesetzliche Krankenversicherung. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Holtz, A.: Die Handlungstheorie als Grundlage sprachlicher Entwicklungsförderung. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie Band 1. Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin: Marhold 1989b, 96-112.
- Holzhey, H. (1976): Interdisziplinär. In: Ritter, J. (Hrsg.), Historisches Wörterbuch der Philosophie . Band 4: L-K (S. 475f.). Darmstadt: Schwabe.
- Homburg, G. (2007). Mit guten Voraussetzungen auf den Arbeitsmarkt - Der Studiengang Behindertenpädagogik an der Universität Bremen. Verfügbar unter: <http://dgs-ev.de/studienstaetten/bremen.htm> (01.09.07).

Horstmann, T. (1996). Die interdisziplinäre Arbeit des Zentrums für Frühbehandlung und Frühförderung e.V.. In: Leyendecker, C., Horstmann, T. (Hrsg.), Frühförderung und Frühbehandlung (S. 306-316). Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter.

Humboldt-Universität zu Berlin (2007). Institut für Rehabilitationswissenschaften. Verfügbar unter: <http://www.reha.hu-berlin.de/institut.php> (11.12.07).

IKK Bundesverband (Hrsg.) (2007a). Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden - in der Fassung vom 22. Mai 2007. Bergisch Gladbach: IKK Bundesverband.

IKK Bundesverband (2007b). Zulassungsempfehlungen. Verfügbar unter: <http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/fuer-medizinberufe/heilmittel/3502,i=1.html> (13.09.07).

IKK Bundesverband (2007c). Heilmittel. Verfügbar unter: <http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/fuer-medizinberufe/heilmittel/3494,i=1.html> (22.09.07).

Jetter, K. (1996). Die Zusammenarbeit mit der Familie eines behinderten Kindes als interdisziplinäre Aufgabe. In: dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe (Hrsg.), Kongressbericht: Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? (S. 63-74). Hamm: Wilke.

Käbisch, M. (2001). Sprachlogische Einheitskonzeptionen der Wissenschaft und Sprachvielfalt der Disziplinen. Überlegungen zu theoretischen und praktischen Ansätzen von Interdisziplinarität. In: Käbisch, M., Maß, H., Schmidt, S. (Hrsg.), Interdisziplinarität. Chancen, Grenzen, Konzepte (S. 13-31). Leipzig: Univeritätsverlag.

Kant, I. (1968). Kants Werke. Band III. Akademie Textausgabe. Berlin: Walter de Gruyter & Co.

KBV (2006). Das System der GKV. Verfügbar unter: [http://www.kbv.de/wir\\_ueber\\_uns/2146.html](http://www.kbv.de/wir_ueber_uns/2146.html) (11.09.07).

KBV (2007a). Mitglieder. Verfügbar unter: [http://www.kbv.de/wir\\_ueber\\_uns/107.html](http://www.kbv.de/wir_ueber_uns/107.html) (11.09.07).

KBV (2007b). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Verfügbar unter: <http://www.ebm2000plus.de/8156.html> (17.09.07).

KBV (2007c). Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 in Verbindung mit Abs. 8 SGB V für das Jahr 2007 - Heilmittel. Verfügbar unter: <http://www.kbv.de/themen/8549.html>.

Klein, J. T. (1990). Interdisciplinarity. History, Theory and Practice. Detroit: University Press.

Knura, G. (1980). Grundfragen der Sprachbehindertenpädagogik. In: Knur, G. & Neumann, B. (Hrsg.). Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 7: Pädagogik der Sprachbehinderten. (S. 3-67). Berlin: Marhold.

Kobi, E.E. (1979a). Zur Einführung. In: Kobi, E.E., Nuesch, M. Schreyvogel, K. (Hrsg.), Kinder zwischen Medizin und Pädagogik (S. 9-12). Luzern: Verlag der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik.

Kobi, E.E. (1979b). Zur strukturellen Problematik der Kooperation zwischen dem Medizinalsystem und dem Bildungssystem. In: Kobi, E.E., Nuesch, M. Schreyvogel, K. (Hrsg.), Kinder zwischen Medizin und Pädagogik (S. 15-25). Luzern: Verlag der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik.

Köllner, B. (1991). Intersubjektivität, Phantasmen und Realität. In: Trost, R., Walther, R., (Hrsg.), Frühe Hilfen für entwicklungsgefährdete Kinder (S. 101-111). Frankfurt/Main: Campus Verlag.

Korzilius, H. (2006). Heilmittel-Richtgrößen. Frust führt zu Überreaktionen. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 103, Heft 6, A303-A304.

Kottmann, U. (2002<sup>2</sup>). Dokumentations- und Untersuchungsbögen nach Kottmann. Aachen: Grüenthal.

- Kroppenberg, D. (2000). Institut für Sonderpädagogik der Universität Koblenz-Landau, Abteilung Landau. Verfügbar unter: <http://dgs-ev.de/studienstaetten/landau.htm>.
- Kühn, E. (1996). Logopäden/Sprachtherapeuten im therapeutischen Team. In: Sprache Stimme Gehör, 20. Stuttgart: Thieme, 46 – 49.
- KVB (2006). Heilmittel aktuell - August 2006. München: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns.
- KVB (2007). Heilmittelvereinbarung. Verfügbar unter: <http://www.kvb.de/servlet/PB/menu/1004668/index.html> (02.10.07).
- LMU (1995). Studienordnung der Ludwig-Maximilians-Universität München für das Fach Sonderpädagogik für das Studium zum Erwerb des akademischen Grades eines Magister Artium (M.A.) im Haupt- und Nebenfach (Studienordnung Magister Sonderpädagogik). Vom 12. Juli 1995. München: LMU.
- LMU (2007a). Sprachtherapie. München: Ludwig-Maximilians-Universität. Zentrale Studienberatung.
- LMU (2007b). Magister Sonderpädagogik. München: Ludwig-Maximilians-Universität. Zentrale Studienberatung.
- LMU (2007c). Bachelor. Verfügbar unter: <http://www.uni-muenchen.de/studium/studienangebot/studiengaenge/abschluesse/bachelor.html#top>. (07.09.07).
- Lotzmann, G. (1999). Das Modell der Inzirkofener Gespräche als Beitrag zur Interdisziplinarität von Medizin, Linguistik und Pädagogik, Soziologie und Sprecherziehung. In: Mönnich, A., Jaskolski, E.W. (Hrsg.), Kooperation in der Kommunikation (S. 119-126). München: Reinhardt Verlag.
- Ludwig-Mayerhofer, W. (2003). Deduktiv-nomologische Erklärung. Verfügbar unter: [http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ilm\\_d15.htm](http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ilm_d15.htm) (10.07.07).
- Maihack, V. (1998). Eine Entdeckungsreise durch die Sprachheilpädagogik oder: Vom Unsinn des Theorie-Praxis-Gegensatzes für die Therapie. In: Die Sprachheilarbeit 43 / 6, 326-33.
- Maihack, V. (2001). Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie. Zur historischen Entwicklung klinisch-therapeutischer Handlungsfelder von Sprachheilpädagogen unter besonderer Berücksichtigung der Zeit von 1945 bis 1990. Verfügbar unter: <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=963480502> (28.08.07).
- Motsch, H.-J. (1979). Logopädie zwischen Handwerk und Wissenschaft. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN) 48 / 4. 329-338.
- Motsch, H.-J. (1983). Wandlungen im Handlungsbereich der Logopädie. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN) 52 / 3. 321-334.
- Motsch, H.J. (1989). Sprach- oder Kommunikationstherapie? Kommunikationstheoretische Grundlagen eines geänderten sprachtherapeutischen Selbstverständnisses. In: GROHNFELDT, M.(Hrsg.): Grundlagen der Sprachtherapie. Handbuch der Sprachtherapie. Bd.1, 2. Aufl. Berlin (Spiess) 1996, 73-95.
- Motsch, H.-J. (1996). Interdisziplinarität bei Sprechablaufstörungen – der Traum von grenzenloser Kompetenz. In: dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe (Hrsg.), Kongressbericht: Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? (S. 573-587). Hamm: Wilke
- Müller, I. (1996). Ärztliche Versorgung im Zentrum für Frühbehandlung und Frühförderung e.V.. In: Leyendecker, C., Horstmann, T. (Hrsg.), Frühförderung und Frühbehandlung (S. 316 -xxx). Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter.
- Neuhäuser, G. (1996). Möglichkeiten und Grenzen der interdisziplinären Frühförderung. In: dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe (Hrsg.), Kongressbericht: Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? (S. 233-241). Hamm: Wilke.

- Neuhäuter, G. (1987). Neuropädiatrisch orientierte Diagnostik und Therapie im Rahmen der Frühförderung. In: Speck, O., Peterander, F., Innerhofer, P., Kindertherapie (S. 21-28). München: Reinhardt Verlag.
- Neumann, B. (1988). Das frühe diagnostische Inventar. In: Die Sprachheilarbeit 33 / 6, 271-275.
- Orthmann, W. (1980): Geschichte der Sprachbehindertenpädagogik. In: Bleidick, U.: Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 8: Knura, G./Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin.
- Ptok, M. (2000). Medizin. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie – Band 1 Selbstverständnis und theoretische Grundlagen (S. 169-183). Stuttgart: Kohlhammer.
- Quasdorf, I. (2004). Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Ritterfeld, U. (2004). Interdisziplinarität: Anspruch und Chance. In: L.O.G.O.S. interdisziplinär, 3, 213-218.
- Ritterfeld, U. (2005a). Interventionsparadigmen bei Spracherwerbsstörungen: Therapeutische Dilemmata und deren historische Begründung <[http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik\\_online\\_0205.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik_online_0205.pdf)> [Intervention paradigms in language impairment: Dilemmata and historic explanation]. Heilpädagogik online, 2, 4-26.
- Ritterfeld, U. (2005b). Interventionsprinzipien bei Sprachentwicklungsstörungen <[http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik\\_online\\_0305.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik_online_0305.pdf)> [Principles of intervention in specific language impairment]. Heilpädagogik online, 3, 4-29.
- Rohde, E.-R., (2006). Vertragsarztrecht Teil E. Verfügbar unter: <http://www.forum-med.de/anwalt/Studi/> (11.09.07).
- Schmid, R. G., Kühne, H. (2003). Diagnostik von umschriebenen Entwicklungsstörungen. Kinderärztliche Praxis, Nr. 4, S. 220 -230.
- Schmidt, S. (2001a). Die Wechselwirkung der Wissenschaften bei Schleiermacher als Programm wissenschaftlicher Interdisziplinarität. In: Käbisch, M., Maß, H., Schmidt, S. (Hrsg.), Interdisziplinarität. Chancen, Grenzen, Konzepte (S. 115-130). Leipzig: Universitätsverlag.
- Schmidt, S. (2001b). Pädiatrie-Script. In Scripts – Klinik – Pädiatrie. Verfügbar unter <http://www.medi-scripts.de/dl.php?file=klinik/paediatric/paediatric.pdf> (13.07.04).
- Schöler, H. (2001). Sprachleistungsmessungen im Schulalter. Ein Überblick. In Arbeitsberichte aus dem Forschungsprojekt Differentialdiagnostik. Verfügbar unter [http://www.ph-heidelberg.de/wp/schoeler/bericht\\_11.htm#3-1-1](http://www.ph-heidelberg.de/wp/schoeler/bericht_11.htm#3-1-1) (04.06.04).
- Schrey-Dern, L. (1999). Konzeption eines interdisziplinär ausgerichteten Studiengangs Logopädie. In: Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (Hrsg.). Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz - Plädoyer für eine Hochschulausbildung (S. 71-78). Idstein: Schulz-Kirchner.
- SGB (2006<sup>33</sup>). Sozialgesetzbuch. München: dtv Beck.
- Speck, O. (1987). Zielsetzung einer interdisziplinären Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder. In: Speck, O., Peterander, F., Innerhofer, P., Kindertherapie (S. 14-20). München: Reinhardt Verlag.
- Speck, O. (1996). Professionelle Kooperation und Interdisziplinarität – Herausforderung und Chance in der Rehabilitation Sprachbehinderter. In: dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe (Hrsg.), Kongressbericht: Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? (S. 37-52). Hamm: Wilke.
- Speer, C.P., Gahr, M. (2001). Pädiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Spiel, W., Datler, W., (1984). Zum Verhältnis von Therapie und Pädagogik aus der Sicht der Psychotherapie und Medizin. In: Heitiger, M., Spiel, W. (Hrsg.), Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik. Bd. 1 (S. 81-101). München: Ernst Reinhardt Verlag .

Spiess, W., Motsch, H.J. (1986). Heilpädagogische Handlungsfelder. In: Haeberlin, U. (Hrsg.), Einführung in die Heilpädagogik. Bd 3. Stuttgart: Haupt, 73-124.

Sprachheilpaedagogik (2003). Welche Berufsgruppen bieten Therapien an? Verfügbar unter: <http://www.sprachheilpaedagogik.de/berufe.htm>. (24.08.07).

Stachowiak, F. J. (1996). Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei neuronal bedingten Störungen. In: dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe (Hrsg.), Kongressbericht: Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? (S. 653-655). Hamm: Wilke.

Steiner, J. (2002). Zentrale Aspekte der Diagnostik bei Aphasie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie – Band 3 Diagnostik, Prävention und Evaluation (S. 241-255). Stuttgart: Kohlhammer.

Suchodoletz, W. von (2003). Therapie aus medizinischer Sicht. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie – Band 4 Beratung, Therapie und Rehabilitation (S. 42-65). Stuttgart: Kohlhammer.

Suchodoletz, W. von (2002). Ansprüche an eine Therapie sprachentwicklungsgestörter Kinder. In: Suchodoletz, W. von (Hrsg.), Therapie von Sprachentwicklungsstörungen – Anspruch und Realität(S. 11-34). Stuttgart: Kohlhammer.

Süss-Burghart, H. (2003). Der Sprachtest SETK-2. Frühförderung interdisziplinär, 22, S. 79-85.

Testzentrale Göttingen (2002). Testkatalog 2002/03. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Thurmair, M., Naggl, M. (2003<sup>2</sup>). Praxis der Frühförderung. München: Reinhardt Verlag.

Tigges-Zuzok, C., Kohns, U., Plath, P., Schuster, S. (2003). Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen. Kinder und Jugendarzt, Jg. 34, Nr. 5, S. 365-369.

Universität Dortmund (2007). Fakultät Rehabilitationswissenschaften. Studienangebote. Verfügbar unter: <http://www.fk-reha.uni-dortmund.de/Dekanat/Studienangebot/index.html#2> (03.09.07).

Universität Halle-Wittenberg (2007). Philosophische Fakultät III. Studium. Verfügbar unter: <http://www.philfak3.uni-halle.de/studium/> (03.09.07).

Universität Hannover (2007). Institut für Sonderpädagogik. Alle sonderpädagogischen Studiengänge im Überblick. Verfügbar unter: <http://www.ifs.phil.uni-hannover.de/studium/studiengaenge/> (03.09.07).

Universität Kiel (2007). Institut für Heilpädagogik. Pädagogik für Menschen mit Sprach- und Kommunikationsstörungen. Verfügbar unter: [http://www.uni-kiel.de/paedagogik-allg-I/Ordnungen/Diplom/studienordnung\\_neu.htm](http://www.uni-kiel.de/paedagogik-allg-I/Ordnungen/Diplom/studienordnung_neu.htm) (11.12.07).

Universität Köln (2007a). Humanwissenschaftliche Fakultät. Department Heilpädagogik und Rehabilitation. Kurzinformation zum Studium (Sprachbehindertenpädagogik -Diplom). Verfügbar unter: <http://www.hrf.uni-koeln.de/de/sp/content/229.htm> (03.09.07).

Universität Köln (2007b). Studierende - Studienreform. Die Bachelor-/Master-Studienreform. Verfügbar unter: [http://www.uni-koeln.de/uni/studium\\_reform.html](http://www.uni-koeln.de/uni/studium_reform.html) (04.09.07).

Universität Köln (2007c). Verwaltung - Zentrale Studienberatung - Studieninformation - Fächerübersicht (grundständiges Studium) - E - Erziehungswissenschaften. Verfügbar unter: [http://verwaltung.uni-koeln.de/abteilung21/content/e77/e83/e371/e15419/index\\_ger.html](http://verwaltung.uni-koeln.de/abteilung21/content/e77/e83/e371/e15419/index_ger.html) (04.09.07).

- Universität Leipzig (2007). Studium - Auswahl Studiengangsdatenbank - Studiengänge - Erziehungswissenschaft. Verfügbar unter: <http://www.uni-leipzig.de/~foepaed/> (11.12.07).
- Universität Würzburg (2007). Information für Studierende - Studienangebot - Studienfächer. Sonderpädagogik. Verfügbar unter: <http://www.uni-wuerzburg.de/fuer/studierende/studienangebot/faecher/> (03.09.07).
- Verband Deutscher Sonderschulen, Fachverband für Behindertenpädagogik (Hrsg.)(1999). Sonderpädagogische Förderung in der Bundesrepublik Deutschland. Würzburg: Verband Sonderpädagogik (S. 87-91).
- Vosteen, K.-H. (1989/1990). Kommunikation und ihre Störungen. In: Bundesärztekammer (Hrsg.), Fortschritt und Fortbildung in der Medizin, Bd. 13 (S. 25-26). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Waligora, K. (2003). Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Nr. 3/03, 52. Jahrgang.
- Walter, M. (2003). Der Einsatz von ELFRA-2 und SETK-2 in einer Kinderarztpraxis – Primäre Prävention von Sprachentwicklungsstörungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung U7. Unterföhring.
- Welling, A. (1996). Pädagogische Sprachheilarbeit und interdisziplinäres Denken – ein allgemeiner Impuls. In: dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe (Hrsg.), Kongressbericht: Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? (S. 75-87). Hamm: Wilke.
- Westrich, E. (1977). Zum Unterschied von Sprachheilpädagogik und Logopädie. In: Die Sprachheilarbeit 22 / 3, 75-86.
- Westrich, E. (1995). Zur Bedeutung der Sprachtherapie. In: Gieseke, T. (Hrsg.), Integrative Sprachtherapie. Tendenzen und Veränderungen in der Sprachheilpädagogik. Festschrift für Prof. Otto Braun zum 60. Geburtstag. Berlin 1995, 123-149.
- WIdO (2006). Heilmittelbericht 2006. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK.
- WIdO (2007). Heilmittelanalysen. Wer verordnet welche Heilmittel an wen, wer behandelt und was kostet dies? Verfügbar unter: <http://wido.de/heilmittelanalysen.html> (02.10.07).
- Wikipedia (Hrsg.) (2002). Arzt. Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Arzt> (31.07.07).
- Wikipedia (Hrsg.) (2003a). Interdisziplinarität. Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Interdisziplinarit%C3%A4t> (09.07.07).
- Wikipedia (Hrsg.) (2003b). Hermeneutik. Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Hermeneutik> (10.07.07).
- Wikipedia (Hrsg.) (2004). Approbationsordnung. Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Approbationsordnung> (31.07.07).
- Wikipedia (Hrsg.) (2006a). Multidisziplinarität. Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Multidisziplinarit%C3%A4t> (10.07.07).
- Wikipedia (Hrsg.) (2006b). Sprachheilpädagogik. Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Sprachheilp%C3%A4dagogik> (24.08.07).
- Wulff, H. (1983). Diagnose von Sprach- und Stimmstörungen. München: Reinhardt Verlag.
- Zuckrigl, A. (1982<sup>2</sup>). Organisationsformen des Sprachheilwesens. In: Knura, G./Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik Band 7. Berlin: Marhold (S. 95-121).

# Anhang

## Fragebogen

1. Alter:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich						
3. Ausbildung:	<input type="checkbox"/> Logopäde		<input type="checkbox"/> Sprachheilpädagoge		<input type="checkbox"/> sonstige				
4. Arbeitsstelle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. Beschäftigungsverhältnis:	<input type="checkbox"/> angestellt		<input type="checkbox"/> selbstständig						
6. Die Praxis ist in einer Stadt mit einer Einwohnerzahl von:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7. Sind Sie mit der Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gar nicht					
8. Ergeben sich aufgrund der Heilmittelverordnung Probleme mit Ärzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gar nicht					
9. Erhalten Sie häufig Heilmittelverordnungen die falsch ausgefüllt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nie					
10. Sind Sie mit der Therapiezeit (min.) auf den Heilmittelverordnungen zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gar nicht					
11. Sind Sie mit der Diagnosestellung auf den Heilmittelverordnungen zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gar nicht					
12. Richten Sie Ihre Therapie nach der angegebenen Diagnose auf den Heilmittelverordnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gar nicht					
13. Führen Sie eigene Diagnosen durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nie					
14. Halten Sie Rücksprache mit den Ärzten falls die Diagnose Ihres Erachtens nicht zutreffend ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nie					
15. Richten Sie sich beim Schreiben von Berichten nach der Diagnose, die der Arzt erstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gar nicht					
16. Wie häufig halten Sie die Diagnosen des Arztes für zutreffend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nie					
17. Die Diagnose von Sprach- und Sprechstörungen sollte Ihrer Meinung nach am besten erstellt werden von:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18. Welche der folgenden Tests kennen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Welche Tests benutzen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sonstige: <input type="checkbox"/>								

Bitte wenden.

20. Sind Sie mit den durchgeführten Hörtests zufrieden?	sehr <input type="checkbox"/>	ziemlich <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>		
21. Verweisen Sie zur genaueren Abklärung von Sprach- und Sprechstörungen an:	HNO-Ärzte <input type="checkbox"/>	Pädaudiologen <input type="checkbox"/>	Kinderärzte <input type="checkbox"/>	Psychiater <input type="checkbox"/>	sonstigen <input type="checkbox"/>	keinen <input type="checkbox"/>
22. Halten Sie das Schreiben von Berichten für sinnvoll?	sehr <input type="checkbox"/>	ziemlich <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>		
23. Erhalten Sie aufgrund Ihrer Berichte Feedback von den Ärzten?	sehr häufig <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>		
24. Erleichtern Berichte das Erhalten von Folgeverordnungen?	sehr <input type="checkbox"/>	ziemlich <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>		
25. Halten Sie Ärzte für interessiert an Ihren Berichten?	sehr <input type="checkbox"/>	ziemlich <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>		
26. Die Probleme hinsichtlich der Zusammenarbeit betreffen hauptsächlich:	Kinderärzte <input type="checkbox"/>	HNO-Ärzte <input type="checkbox"/>	Pädaudiologen <input type="checkbox"/>	Psychiater <input type="checkbox"/>	Allgemeinärzte <input type="checkbox"/>	
27. Ihre Heilmittelverordnungen erhalten Sie hauptsächlich von:	Kinderärzten <input type="checkbox"/>	HNO-Ärzten <input type="checkbox"/>	Pädaudiologen <input type="checkbox"/>	Psychiatern <input type="checkbox"/>	Allgemeinärzten <input type="checkbox"/>	
28. Fühlen Sie sich durch den Heilmittelkatalog bzw. Krankenkassen in Ihrer Therapie eingeschränkt?	sehr <input type="checkbox"/>	ziemlich <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>		
29. Falls ja, durch Vorgaben zu:	Therapiedauer <input type="checkbox"/>	Stundenanzahl <input type="checkbox"/>	Einteilung der Störungsbilder <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>		
30. Willigen Sie ein, sich zur besseren Zusammenarbeit von Ihrer Schweigepflicht entbinden zu lassen?	sehr <input type="checkbox"/>	ziemlich <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>		
31. Wie stark fühlen Sie sich durch Budget/Kosten der Ärzte in Ihrer Therapie eingeschränkt?	sehr <input type="checkbox"/>	ziemlich <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>		
32. Halten Sie Kontakt (z.B. telefonisch) zu Ärzten?	sehr <input type="checkbox"/>	ziemlich <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>		
33. Die Zusammenarbeit wird initiiert durch:	Sie <input type="checkbox"/>	Ärzte <input type="checkbox"/>	sonstige <input type="checkbox"/>	keinen <input type="checkbox"/>		
34. Die Zusammenarbeit mit Ärzten finde ich für meine Therapie hilfreich:	sehr <input type="checkbox"/>	ziemlich <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>		
35. Sind Sie bereit für eine Zusammenarbeit mit Ärzten Zeit zu investieren?	sehr <input type="checkbox"/>	ziemlich <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>		
36. Eine Zusammenarbeit finden Sie wünschenswert mit:	Ärzten <input type="checkbox"/>	Psychologen <input type="checkbox"/>	Erziehern <input type="checkbox"/>	Sprachtherapeuten <input type="checkbox"/>	sonstigen <input type="checkbox"/>	
37. Für wie kompetent halten Sie folgende Fachleute bzgl. kindlicher Sprachstörungen? (Bitte Noten von 1-4 vergeben: 1. für sehr kompetent, 4. für nicht kompetent)	Kinderärzte <input type="checkbox"/>	HNO-Ärzte <input type="checkbox"/>	Pädaudiologen <input type="checkbox"/>	Psychiater <input type="checkbox"/>	Allgemeinärzte <input type="checkbox"/>	
38. Welche Vorschläge haben Sie um eine Zusammenarbeit zu verbessern?	<hr/>					

Vielen Dank für Ihre Hilfe. Bitte senden Sie den Fragebogen ausgefüllt in beiliegendem Kuvert zurück, oder direkt an:  
Martina Oswald, Kennwort: LMU-Fragebogen, Schulstr. 15, 87600 Kaufbeuren. Gerne auch per Fax an: 08341/961822

Die erforderlichen statistischen Analysen sind bereits in die Arbeit integriert worden.  
Die komplette Statistik kann auf Wunsch bei der Autorin angefordert werden.

## Danksagung

Viele Menschen haben dazu beigetragen, dass diese Untersuchung durchgeführt werden konnte.

An erster Stelle möchte ich vor allem Herrn Prof. Dr. Grohnfeldt, Ludwig-Maximilians-Universität München, danken, der mir diese Dissertation ermöglicht hat und mich jederzeit freundlich beraten und unterstützt hat.

Des Weiteren danke ich allen Sprachtherapeuten, die sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen.

Auch den Kinderärzten möchte ich an dieser Stelle nochmals dafür danken, dass sie an der Umfrage 2004 teilgenommen haben und damit gezeigt haben, dass sie an diesem Thema interessiert sind.

Weiterhin danke ich Herrn Lehna für die statistische Beratung.

Ein großer Dank gilt meinem Mann, der mich immer wieder beraten hat und die Betreuung unseres Sohnes übernommen hat.

Martina Osswald

---

# MARTINA OSSWALD

---

## Lebenslauf

### Angaben zur Person

---

Geburtsdatum und –ort	21.03.1973, Coburg
Geburtsname	Funk
Kinder	Ben Osswald, geb. 28.01.2007
Staatsangehörigkeit	deutsch

### Ausbildung

---

1979-1984	Grundschule
1984-1993	Gymnasium mit Abschluss Allgemeine Hochschulreife
1993-1994	Bayerische Bereitschaftspolizei in Sulzbach-Rosenberg
1994-1996	Ausbildung zur Werbekauffrau, Fuhrmann Werbeservice, Weidhausen

### Beruflicher Werdegang

---

1996-1998	Mediafachkraft, Staatliche Lotterie-Einnahme Günther, Bamberg
1999	Innenkontakterin, vibrio, Unterschleißheim
1999-2000	Werbefachfrau, verlag moderne industrie, Landsberg am Lech

### Hochschulausbildung

---

10/00-02/05	Hochschulstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität zur Sprachheilpädagogin M.A. Nebenfächer: Psychologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie
03/05 - 06/08	Promotionsstudium in Sonderpädagogik, Hauptfach: Sprachheilpädagogik,

### Praktische Erfahrungen

---

seit 04/05	Sprachheilpädagogin M.A., Praxis für Logopädie Klaus Dopfer, Germaringen
------------	--