

HOCHSCHULE OSNABRÜCK
University of Applied Sciences

**FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND
SOZIALWISSENSCHAFTEN**

Bachelorstudiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

Bachelorarbeit

Thema: Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter Therapie bei Patienten mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen in der ambulanten logopädischen Praxis

Erstprüferin: Frau Prof. Dr. Hilke Hansen
Zweitprüferin: Frau Prof. Dr. Barbara Schneider

Bearbeiterin: Anne Künzel
Matrikel-Nr.: 544289

Abgabedatum: 15.02.2018

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IV
TABELLENVERZEICHNIS	IV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	V
ZUSAMMENFASSUNG	VI
ABSTRACT	VI
1 EINLEITUNG	1
1.1 ALLGEMEINE PROBLEMBESCHREIBUNG	1
1.2 ZIEL DER ARBEIT UND FORMULIERUNG EINER FRAGESTELLUNG	2
1.3 AUFBAU DER ARBEIT	3
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	4
2.1 THERAPIEFREQUENZ IN DER LOGOPÄDIE.....	4
2.1.1 <i>Bedeutung</i>	4
2.1.2 <i>Leitlinien und Therapiestandards</i>	5
2.1.3 <i>Forschungsstand zur Realisierung hochfrequenter Therapie in der ambulanten logopädischen Praxis</i>	7
2.2 STUDIEN- UND EVIDENZLAGE ZUR RELEVANZ DER THERAPIEFREQUENZ	10
2.2.1 <i>Therapie von Aphasien</i>	10
2.2.2 <i>Therapie von Dysarthrien</i>	13
2.2.3 <i>Therapie von Sprechapraxien</i>	13
2.3 AKTUELLE VERSORGUNGSLAGE.....	14
2.4 GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER ERBRINGUNG AMBULANTER LOGOPÄDISCHER LEISTUNGEN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM	16
2.4.1 <i>Verordnung (VO) von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung</i>	16
2.4.1.1 Vorgaben der Heilmittelrichtlinie.....	17
2.4.1.2 Vorgaben des Heilmittelkatalogs bei neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen	20
2.4.1.3 Rahmenempfehlung für den Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	22
2.4.2 <i>Verordnung von Heilmitteln in der PKV</i>	24
3 METHODE	24
3.1 LITERATURRECHERCHE	24
3.1.1 <i>Recherche im öffentlichen Internet</i>	24
3.1.2 <i>Literaturrecherche in wissenschaftlichen Datenbanken</i>	25
3.1.3 <i>Literaturrecherche in Bibliotheken</i>	25

3.2	AUSWAHL UND BEGRÜNDUNG DER FORSCHUNGSMETHODE.....	26
3.3	FALLAUSWAHL.....	27
3.4	FELDZUGANG	29
3.5	DATENERHEBUNG	30
3.5.1	<i>Leitfadeninterview</i>	30
3.5.2	<i>Entwicklung des Leitfadeninterviews</i>	32
3.6	QUALITATIVE DATENAUFBEREITUNG.....	39
3.7	QUALITATIVE DATENAUSWERTUNG.....	40
3.8	ETHISCHE ASPEKTE.....	42
4	ERGEBNISSE	43
4.1	UMSETZUNG HOCHFREQUENTER THERAPIE IM PRAXISALLTAG.....	45
4.1.1	<i>Rahmenbedingungen des hochfrequenten ambulanten Therapieangebots (HK 1)</i> . 45	
4.1.2	<i>Information potenzieller Patienten (HK 2)</i>	47
4.1.3	<i>Eingangsdiagnostik und inhaltlich relevante Faktoren (HK 3)</i>	48
4.1.4	<i>Therapieplanung (HK 4) und Organisation der Therapeutenzuständigkeit (HK 5)</i> ... 49	
4.1.5	<i>Kommunikation zwischen den behandelnden Therapeuten (HK 6)</i>	52
4.1.6	<i>Zusammenstellung der Gruppentherapien (HK 7)</i>	53
4.1.7	<i>Gewährleistung von Qualität (HK 8)</i>	54
4.2	BEITRAG DER PATIENTEN UND ANGEHÖRIGEN	55
4.3	HERAUSFORDERUNGEN, DEREN UMGANG UND ÜBERWINDUNG	58
4.3.1	<i>Erfahrungen mit verordnenden Ärzten (HK 11)</i>	58
4.3.2	<i>Ursachen für Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten (HK 12)</i>	59
4.3.3	<i>Maßnahmen, um Verordnungen zu erhalten (HK 13)</i>	61
4.3.4	<i>Erfahrungen mit den Krankenkassen</i>	62
4.3.5	<i>Ressource Team (HK 15)</i>	65
4.3.6	<i>Herausforderung an die Therapeuten (HK 17 und HK 16)</i>	66
4.3.7	<i>Veränderungswünsche (HK 18 und HK 17)</i>	68
4.3.8	<i>Voraussetzungen zur Weiterempfehlung (HK 19)</i>	69
5	DISKUSSION	70
5.1	ERGEBNISDISKUSSION.....	70
5.2	METHODENDISKUSSION.....	80
6	FAZIT UND AUSBLICK	89
	LITERATURVERZEICHNIS	92
	ANHANG.....	96
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	141

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: EIGENE DEFINITION HOCHFREQUENTER THERAPIE DER BEFRAGTEN [N=257].....	8
ABBILDUNG 2: HINDERUNGSFAKTOREN FÜR DIE DURCHFÜHRUNG HOCHFREQUENTER THERAPIE [N=257].	9
ABBILDUNG 3: DAS SACHLEISTUNGSPRINZIP	23
ABBILDUNG 4: DAS KOSTENERSTATTUNGSPRINZIP	24

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: UMFRAGE ZUR THERAPIEFREQUENZ BEI DEN STÖRUNGSBILDERN APHASIE UND DYSARTHRIE [N=257].....	8
TABELLE 2: TRANSKRIPTIONSREGELN	40
TABELLE 3: ÜBERSICHT DER RELEVANTEN PERSONENBEZOGENEN DATEN DER PATIENTEN-PROBANDEN	45
TABELLE 4: ÜBERSICHT DER RAHMENBEDINGUNGEN DER BEIDEN LOGOPÄDISCHEN PRAXEN UND IHREM ANGEBOT HOCHFREQUENTER THERAPIE IN ANLEHNUNG AN HK1	46
TABELLE 5: HAUPTKATEGORIE 2 „INFORMATION POTENZIELLER PATIENTEN“.....	47
TABELLE 6: HAUPTKATEGORIE 3 „EINGANGSDIAGNOSTIK“ DES KATEGORIENSYSTEMS DER PRAXIS A	48
TABELLE 7: HAUPTKATEGORIE 3 „INHALTLICHE FAKTOREN“ DES KATEGORIENSYSTEMS DER PRAXIS B ...	48
TABELLE 8: HAUPTKATEGORIE 4 „THERAPIEPLANUNG“	49
TABELLE 9: HAUPTKATEGORIE 5 „ORGANISATION DER THERAPEUTENZUSTÄNDIGKEIT“	51
TABELLE 10: HAUPTKATEGORIE 6 „KOMMUNIKATION ZWISCHEN DEN BEHANDELNDEN THERAPEUTEN“.....	52
TABELLE 11: HAUPTKATEGORIE 7 „ZUSAMMENSTELLUNG DER GRUPPENTHERAPIEN“	53
TABELLE 12: HAUPTKATEGORIE 8 „GEWÄHRLEISTUNG VON QUALITÄT“	54
TABELLE 13: HAUPTKATEGORIE 9 „AUFGABEN UND ANFORDERUNGEN AN DIE PATIENTEN“	55
TABELLE 14: HAUPTKATEGORIE 10: „ROLLE DER ANGEHÖRIGEN“	57
TABELLE 15: HAUPTKATEGORIE 11: „ERFAHRUNGEN MIT VERORDNENDEN ÄRZTEN“	58
TABELLE 16: HAUPTKATEGORIE 12: „URSACHEN FÜR SCHWIERIGKEITEN MIT VERORDNENDEN ÄRZTEN“ .	59
TABELLE 17: HAUPTKATEGORIE 13: „MAßNAHMEN, UM VERORDNUNGEN ZU ERHALTEN“	61
TABELLE 18: HAUPTKATEGORIE 14: „ERFAHRUNGEN MIT DEN KRANKENKASSEN“	62
TABELLE 19: HAUPTKATEGORIE 15: „BEGRÜNDUNGEN ABGELEHNTER GENEHMIGUNGEN“ UND HAUPTKATEGORIE 16: „MAßNAHMEN, UM GENEHMIGUNGEN ZU ERHALTEN“ DES KATEGORIENSYSTEMS DER PRAXIS A	62
TABELLE 20: HAUPTKATEGORIE 15: „RESSOURCE TEAM“ DES KATEGORIENSYSTEMS DER PRAXIS B.....	65
TABELLE 21: HAUPTKATEGORIEN 17 (PRAXIS A) UND 16 (PRAXIS B): „HERAUSFORDERUNG AN DIE THERAPEUTEN“	66
TABELLE 22: HAUPTKATEGORIE 18: „VERÄNDERUNGSWÜNSCHE“	68

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
dba	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, Lehrvereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V.
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.
dbs	Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V.
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGNKN	Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DRV Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund
GAB	Gesellschaft für Aphasieforschung und –behandlung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HK	Hauptkategorie/Hauptkategorien
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
i. V. m.	in Verbindung mit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LSVT Loud	Lee Silverman Voice Treatment (LSVT Loud)
PKV	Private Krankenversicherung
SES	Sprachentwicklungsstörung
SGB V	Sozialgesetzbuch, fünftes Buch
SK	Subkategorie/Subkategorien
vdek	Verband der Ersatzkassen
VO	Verordnung/Verordnungen
WHO	World Health Organization
WiDO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Zusammenfassung

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurde qualitativ untersucht, wie hochfrequente Therapie bei Patienten mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen in der ambulanten logopädischen Praxis innerhalb des deutschen Gesundheitssystems in Bezug auf die Organisation, Struktur und Finanzierung erfolgreich realisiert wird. Anhand durchgeführter Leitfadeninterviews mit zwei Patienten - die hochfrequente ambulante Therapie erhalten – und zwei Praxisinhabern wurden die Vorgehensweisen zweier Praxen, die hochfrequente ambulante Therapie anbieten, beleuchtet und gegenübergestellt. Für die Datenauswertung wurde eine an das Forschungsvorhaben angepasste inhaltlich strukturierende, qualitative Inhaltsanalyse mit einer deduktiv-induktiven Kategorienbildung verwendet.

Die Ergebnisse zeigen zwei verschiedene Praxiskonzepte, die sich in ihrem Angebot und ihrer Definition hochfrequenter Therapie sehr voneinander unterscheiden. Beide Praxen verfolgen dabei eigene Organisationsstrategien. Die Organisation ist sehr aufwändig. Es wird ersichtlich, dass auftretende Herausforderungen durch ein hohes Maß an persönlichem Engagement der Logopäden überwindbar sind. Die Ergebnisse veranschaulichen, dass die erfolgreiche Umsetzung hochfrequenter Therapie nicht ausschließlich auf eine Art erfolgen kann.

Abstract

This bachelor thesis examined the successful implementation of high frequency therapy for patients with neurological speech disorders at an outpatient practice for speech and language therapy across the German health care system regarding to organisation, structure and financing by means of a qualitative analysis. The procedure of two practices who offer high frequency outpatient therapy were examined and compared by means of conducted guided interviews with two practice owners and two patients who receive high frequency outpatient therapy. A structured, qualitative content analysis adapted to the demands of this research project was used for the data evaluation. For this a category system was created using a combination of an inductive and a deductive approach.

The results show two different practice concepts. They vary widely in their tender and definition of high frequency therapy. Thereby both practices pursue their own organisational strategies. The organisation is very complex. It becomes obvious that occurring challenges are surmountable through a high level of personal commitment of the speech

therapists. The results illustrate that the successful implementation of high frequency therapy cannot be executed in one way only.

1 Einleitung

1.1 Allgemeine Problembeschreibung

In der ambulanten logopädischen¹ Praxis erhalten Patienten mit einer neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörung häufig eine Therapiefrequenz von maximal zwei Therapieeinheiten je 45 Minuten pro Woche. Aus der subjektiven Wahrnehmung und Betrachtung als Therapeutin² zeigen sich dabei über einen langen Zeitraum – vor allem bei chronischen Patienten – minimale oder gar keine sichtbaren Therapieerfolge. Dies führt sowohl beim Patienten – dessen Erwartung an die Therapie häufig eine vollständige Heilung oder eine deutliche Reduktion der Symptome darstellt – als auch in der Rolle als Therapeut mit dem Anspruch an eine wirksame Therapie – gelegentlich zu Frustration.

Laut den Leitlinien der Gesellschaft für Aphasieforschung und –behandlung (GAB) und der deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN) (2000:2) befinden sich Patienten mit Sprach- und Sprechstörungen ab zwölf Monaten nach der Hirnschädigung in der chronischen Phase. Eine spontane Verbesserung der Sprach- und Sprechstörung erfolgt dann nicht mehr (vgl. ebd.:2f). Durch intensives Üben können jedoch weitere Fortschritte erreicht werden (vgl. ebd.).

Besonders im Bereich der Aphasie-Therapie ist die Behandlungsfrequenz für den Therapieerfolg relevant, da hier bereits nachgewiesen werden konnte, dass eine Therapiefrequenz von weniger als 300 Minuten in der Woche ineffektiv ist (vgl. Grötzbach 2017:7).

Weiter wurde festgestellt, dass zwei Therapiestunden in der Woche auch dann unwirksam sind, wenn die Therapie ein halbes Jahr andauert (vgl. Grötzbach u. Beushausen 2017:16). In Hinblick auf die Kostenträger stellen unwirksame Therapien eine Verschwendung von Ressourcen dar. Dennoch ist die Umsetzung einer hohen Therapiefrequenz in der ambulanten Praxis selten. Eine Befragung von 257 logopädischen Praxen ergab, dass sich die durchschnittliche Therapiefrequenz bei Patienten mit einer Aphasie oder einer Dysarthrie auf ein bis zwei Einheiten pro Woche beläuft (vgl. Asmussen et al. 2013:16). Als Hinderungsfaktoren für die Durchführung hochfrequenter Therapie gaben die Befragten die Faktoren *Therapeut, Arzt, Praxis, Patient, Krankenkasse, Heilmittel-Richtlinien* und *Sonstiges* an (vgl. ebd.:17). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach dem Konzept der logopädischen Praxen, die hochfrequente Therapie ambulant anbieten. Wie wird diese organisiert, strukturiert und finanziert? Und wie gelingt es den Praxisinhabern

¹ Innerhalb dieser Arbeit werden die Begriffe „Logopädie“ und „Sprachtherapie“ bzw. „logopädisch“ und „sprachtherapeutisch“ als Synonyme verwendet.

² Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit bei Personen- und Berufsbezeichnungen die maskuline Form verwendet. Der Inhalt bezieht sich dabei immer auf beide Geschlechter. Dabei stellt die Person der Autorin/Untersucherin eine Ausnahme dar. Für diese wird die feminine Form genutzt.

die oben genannten Hinderungsfaktoren zu umgehen? Ein fundiertes Wissen über die organisatorischen, strukturellen und finanziellen Faktoren bzw. Möglichkeiten, durch die hochfrequente ambulante Therapie gelingen kann, könnte für andere Logopäden bei einer solchen Umsetzung hilfreich sein. So könnte eine Marktlücke geschlossen und wirtschaftliche Ressourcen sinnvoll genutzt werden. Des Weiteren könnte durch eine Erhöhung wirksamer Therapien der Therapieerfolg gesteigert werden, wovon die Patienten, aber auch die Kostenträger profitieren würden.

1.2 Ziel der Arbeit und Formulierung einer Fragestellung

In diesem Zusammenhang sollen im Rahmen dieser Arbeit die Organisation, die Struktur und die Finanzierung ambulanter hochfrequenter Therapie in zwei logopädischen Praxen mit Hilfe von Experteninterviews miteinander verglichen werden. Unter Organisation und Struktur sind innerhalb dieses Forschungsprojekts die organisatorische Bewerkstelligung und der Aufbau hochfrequenter Therapie zu verstehen. Die Finanzierung umfasst in diesem Zusammenhang die Verordnung hochfrequenter Therapie durch Ärzte und die Kostenübernahme durch Krankenkassen. Das Ziel dabei ist es, herauszufinden, welches Konzept die logopädischen Praxen verfolgen, die hochfrequente Therapie ambulant anbieten und wie es diesen gelingt, die in Kapitel 1.1 genannten Hinderungsfaktoren zu umgehen. Dabei soll das Thema sowohl aus Sicht der Praxisinhaber als auch aus Sicht der Patienten beleuchtet werden. In Bezug darauf soll sowohl der notwendige Beitrag der Praxen als auch der Anteil der Patienten und Angehörigen zur erfolgreichen Realisierung hochfrequenter ambulanter Therapie in den Blick genommen werden.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Wie wird hochfrequente Therapie bei Patienten mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen in der ambulanten logopädischen Praxis unter den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems organisiert, strukturiert und finanziert?

Um die Forschungsfrage weiter zu präzisieren, wurden folgende Unterfragen formuliert:

- Wie setzen Praxisinhaber und ihre Mitarbeiter hochfrequente ambulante Therapie im Praxisalltag um?
- Welchen Beitrag leisten Patienten und Angehörige zur Realisierung hochfrequenter ambulanter Logopädie?

- Welche Herausforderungen treten bei der Umsetzung hochfrequenter ambulanter Therapie im Praxisalltag auf und wie überwinden die einzelnen Akteure (Praxisinhaber, Praxismitarbeiter, Patienten und Angehörige) diese?

Obwohl anhand der Forschungsfrage vermutet werden kann, dass auch verordnende Mediziner oder Krankenkassen zu dieser Thematik befragt werden, beschränkt sich die Autorin aufgrund des begrenzten Rahmens dieses Forschungsprojekts auf Interviews mit Praxisinhabern und Patienten.

Die Intention dieses Projektes ist es, herauszufinden, wie hochfrequente Therapie in der logopädischen Praxis erfolgreich umgesetzt und gestaltet werden kann und wie sich diese Vorgehensweise zwischen zwei Praxen möglicherweise unterscheidet. Der Fokus in diesem Projekt liegt dabei auf den organisatorischen Aspekten der Umsetzung und nicht auf der inhaltlichen Therapigestaltung.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in mehrere Teile. Zunächst werden relevante theoretische Hintergründe erläutert, die eine grundlegende Basis für dieses Forschungsprojekt darstellen. Dabei wird ein Blick auf die Bedeutung der Therapiefrequenz in der Logopädie – insbesondere bei neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen – geworfen. Hier werden unter anderem auch Empfehlungen zur Therapiefrequenz medizinischer Leitlinien, sowie die Studienlage zur Therapiefrequenz vorgestellt. Zudem wird auf die aktuelle logopädische Versorgungslage von Patienten mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen eingegangen. Daran schließt sich eine Beschreibung der gesetzlichen Grundlagen der Erbringung ambulanter logopädischer Leistungen an. Dies geschieht zum einen allgemein und zum anderen speziell auf neurologisch bedingte Sprach- und Sprechstörungen bezogen.

Danach werden die verwendeten Methoden und Materialien beschrieben. Hier erfolgt zunächst eine schrittweise Veranschaulichung der Literaturrecherche mit einer Auflistung verwendeter Suchbegriffe und der genutzten Datenbanken. Anschließend erfolgen eine detaillierte Begründung und Erörterung der ausgewählten Forschungsmethoden. Hier wird die Thematik der qualitativen Datenerhebung, –aufbereitung und –auswertung sowie die Auswahl der teilnehmenden Probanden näher erfasst. Dabei werden folgend auch ethische Aspekte berücksichtigt und ausgeführt. Als nächstes werden die Untersuchungsergebnisse der durchgeführten Interviews dargelegt. Diese werden im weiteren Verlauf in der Ergebnisdiskussion kritisch reflektiert und diskutiert sowie der bestehenden Literatur gegenübergestellt und mit dieser verglichen. Daran schließt sich die kritische Reflexion

des methodischen Vorgehens und der entsprechenden Gütekriterien an. Hier werden auch mögliche Veränderungen und Verbesserungen näher beleuchtet. Abschließend erfolgt ein Fazit des Forschungsprojekts. Zudem werden Folgerungen für weitere Forschungsmöglichkeiten gezogen.

2 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden theoretische Hintergründe dargestellt, die für die Zielsetzung und Fragestellung dieses Forschungsprojekts relevant erscheinen. Aufgrund der Menge an verfügbaren Informationen handelt es sich dabei um ausgewählte Aspekte, sodass kein Anspruch auf Vollständigkeit besteht.

2.1 Therapiefrequenz in der Logopädie

2.1.1 Bedeutung

Warren et al. (2007:71ff) definieren die Therapiefrequenz als Anzahl von Therapien innerhalb einer Zeiteinheit (bspw. pro Tag/Woche/Monat). Sie bezeichnen die Therapiefrequenz dabei als eine von insgesamt fünf grundlegenden Variablen, die die Intensität einer Therapie vollständig erfassen (vgl. ebd.). Die Therapieintensität gehört zu den Elementen, die die Basis einer effektiven Therapie darstellen (vgl. Baker 2012:407). Die weiteren vier Faktoren der Therapieintensität nach Warren et al. (2007:71f) werden im Folgenden kurz erläutert:

- „Dosis“: Anzahl der ausgeführten Bestandteile pro Therapieeinheit. Sie umfasst drei Komponenten: die durchschnittliche Anzahl der Übungseinheiten pro Zeiteinheit, die Länge der Therapiesitzungen und die Aufteilung der Übungen innerhalb einer Therapie.
- „Dosierungsform“: Die Übungsart oder Übungsaufgabe in einer Therapie.
- „gesamter Therapiezeitraum“: Zeitperiode, in der eine spezifische Therapie stattfindet.
- „Kumulative Interventionsintensität“: Das Produkt von Dosis x Therapiefrequenz x gesamter Therapiezeitraum. Sie kann hilfreiche Kennzeichen der allgemeinen Therapieintensität bereitstellen.

Jede Intensitätsvariable kann dabei unabhängig voneinander variiert werden (vgl. Baker 2012:402f). Gemeinsam können sie jedoch das Ergebnis der Therapie positiv oder auch negativ beeinflussen (vgl. Grötzbach u. Beushausen 2017:11).

In diesem Zusammenhang fällt der Therapiefrequenz eine große Bedeutung zu und sie darf nicht zu gering oder zu hoch, sondern muss optimal gestaltet sein (vgl. ebd.). So können Ressourcen der sprachtherapeutischen Versorgung effizient genutzt werden. Jedoch müssen in Bezug auf das deutsche Gesundheitssystem bei der Therapiefrequenz, Therapiedauer und Therapiemenge Richt- und Leitlinien, Vorgaben des Heilmittelkatalogs, Therapiestandards und die Angaben ärztlicher Verordnungen berücksichtigt werden (vgl. ebd.:13ff). Des Weiteren stellt sich die Frage, welche Therapiefrequenz als optimal bzw. hochfrequent angesehen wird. Die im Rahmen dieser Arbeit erfolgte Literaturrecherche hat ergeben, dass sich die Angaben hochfrequenter Therapie unterscheiden und keine einheitliche Definition vorliegt. Detailliertere Ausführungen dazu finden sich in Kapitel 2.1.2 und 2.1.3.

Beushausen und Grötzbach (2017:29) weisen jedoch darauf hin, dass neben den dargestellten Intensitätsfaktoren, auch Therapie-Strukturmerkmale einen Therapieerfolg beeinflussen können. Hierunter fallen bspw. (vgl. ebd.):

- der Zielsetzungsprozess: partizipativ – gemeinsame Zielfindung vs. paternalistisch – Zielfindung durch Therapeut
- der Aufmerksamkeitsfokus: intern – Fokus liegt auf der Übungsdurchführung vs. extern – Fokus liegt auf dem Ergebnis einer Übung
- Feedback: sofort – vs. verzögert

Der Einfluss von Strukturmerkmalen ist jedoch bislang wenig erforscht (vgl. ebd.).

2.1.2 Leitlinien und Therapiestandards

Im deutschen Gesundheitswesen sind medizinische Leitlinien von großer Bedeutung. Diese sind systematisch definiert und dienen als Orientierung für Leistungserbringer und Patienten bei Entscheidungen, die die Vorgehensweise bei bestimmten gesundheitlichen Schwierigkeiten betreffen (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) 2016:2). Unter anderem enthalten die Leitlinien auch Empfehlungen bzgl. der Therapiefrequenz.

Im Bereich der Aphasie empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) in ihrer Leitlinie „Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall“ (2012a:1) in der frühen Phase der Spontanerholung – gemeint ist hierbei die Akutphase – mit logopädischer Therapie zu beginnen. Diese soll bei behandlungsbedürftigen Kommunikationsstörungen im besten Falle täglich stattfinden. Laut der Leitlinie liegt eine nachgewiesene Wirksamkeit bei einer Therapieintensität von fünf bis zehn Stunden pro Woche vor (vgl. ebd.). Des Weiteren empfehlen die Autoren je nach Therapiezielen auch 12 Monate nach dem Schlaganfall noch Intervallbehandlungen (vgl. ebd.).

Die DGN bezieht sich des Weiteren auf Bauer et al. (2002:66ff), die folgende Richtwerte für die Häufigkeit und Dauer von logopädischer Therapie, sowohl bei neurogenen Sprachstörungen (Aphasien), als auch bei neurogenen Sprechstörungen (Dysarthrien), angeben:

- Akutphase (0 – 1 Monate nach Insult): Es sollte – sofern der Allgemeinzustand des Patienten dies ermöglicht – täglich eine ca. 30 Minuten lange sprachliche Aktivierung stattfinden.
- Postakute Phase: In der frühen postakuten Phase (1 – 4 Monate nach Insult) sollten Patienten mit schwer- bis mittelgradigen Beeinträchtigungen ambulant mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche à 60 Minuten erhalten. Stationär werden über einen Zeitraum von mindestens sechs bis acht Wochen ein bis zwei Einheiten à 60 Minuten täglich empfohlen. In der späten postakuten Phase (5 – 12 Monate nach Insult) sollte die Therapie ambulant mindestens zweimal pro Woche für jeweils 60 Minuten durchgeführt werden. Hier empfiehlt sich auch eine Intervalltherapie mit einer täglichen Behandlung über einen Zeitraum von vier Wochen und einer anschließenden dreimonatigen Pause. Eine Wiederholung einer stationären Intensivtherapie ist ebenfalls sinnvoll.
- Chronische Phase (> 12 Monate nach Insult): Sofern stetige Verbesserungen der sprachlichen Fähigkeiten zu verzeichnen sind, sollten die ambulante und stationäre Behandlung kontinuierlich weitergeführt werden. Ambulant soll die Behandlung mindestens zwei Einheiten pro Woche à 60 Minuten enthalten. Zudem bieten sich ambulante oder stationäre Intervalltherapien von mindestens sechs bis acht Wochen mit täglich ein bis zwei Therapiestunden an. Sind keine Verbesserungen mehr erkennbar, wird eine Therapiefrequenz von einmal pro Woche geraten.

Des Weiteren stehen sogenannte Reha-Therapiestandards der deutschen Rentenversicherung (DRV) zur Verfügung. Hierbei steht nicht das individuelle Problem des Patienten, sondern die Gesamtheit aller Patienten mit einer bestimmten Indikation in einer Rehabilitationseinrichtung im Mittelpunkt der Betrachtung (vgl. DRV Bund 2016:2). Reha-Therapiestandards gehören zur Reha-Qualitätssicherung, indem sie die therapeutische Versorgung transparent machen, Defizite aufzeigen und eine angemessene, nachgewiesene wirksame, therapeutische Versorgung im Bereich der Rehabilitation fördern (vgl. ebd.:3). Anders als bei den medizinischen Leitlinien sind die Vorgaben der Reha-Therapiestandards verbindlich. Bei Abweichungen von diesen können Sanktionen erfolgen (vgl. Grötzbach u. Beushausen 2017:11). Der Reha-Therapiestandard für die Rehabilitation nach Schlaganfall – Phase D empfiehlt für die „Therapie kommunikativer Störungen und Schluckstörungen“ eine Mindestdauer von 300 Minuten pro Woche (DRV Bund 2016:12ff). Folglich umfasst dies die neurologischen logopädischen Störungsbilder Apha-

sie, Sprechapraxie, Dysarthrie und Dysphagie. Ferner soll diese Mindesttherapiefrequenz bei mindestens 10 % aller zu behandelnden Rehabilitanden durchgeführt werden (vgl. ebd.:4ff). Die Mindestdauer und der Prozentteil der zu behandelnden Rehabilitanden stellt hierbei die untere Grenze der Mindestanforderungen dar. Sie sollte nicht unterschritten werden, eine Überschreitung hingegen ist bei Möglichkeit erwünscht und häufig notwendig (vgl. ebd.:4).

In der logopädischen Abteilung einer neurologischen Rehabilitationsklinik wurde über einen Zeitraum von zwei Jahren überprüft, ob die Umsetzung hochfrequenter Therapie mit der oben dargestellten Mindestdauer bei einem Mindestanteil von 10 % aller Patienten der Reha-Einrichtung möglich ist (vgl. Beushausen u. Grötzbach 2017:30). Dabei handelte es sich um Aphasiepatienten mit einem minimalen Behandlungszeitraum von drei Wochen. Den Daten zufolge wurden von den gesetzlich Versicherten 11 % und von den rentenversicherten Patienten 13 % hochfrequent behandelt, wodurch die Angaben des Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation nach Schlaganfall – Phase D für die Aphasietherapie erfüllt werden konnte (vgl. ebd.). Für die Behandlungen von Dysarthrien und Dysphagien liegen hierzu jedoch keine Daten vor. Dadurch bleibt unklar, ob auch bei diesen beiden Störungsbildern der Mindestanteil hochfrequenter Therapie erreicht werden kann (vgl. ebd.).

Derzeit liegen keine Forderungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor, die mit denen der DRV vergleichbar wären (vgl. ebd.). Jedoch wurde von der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) ein Referentenentwurf für die Aphasietherapie entwickelt, der mindestens 300 Minuten Therapie pro Woche sowie zusätzliche Gruppentherapie im Rahmen von fünf bis zehn Stunden in der Woche umfasst (vgl. AOK 2016 zitiert nach Beushausen u. Grötzbach 2017:30). Beushausen und Grötzbach (2017:30) nehmen an, dass dieser Entwurf in naher Zukunft als Modellversuch in Kliniken umgesetzt und bei anschließend positiv ausfallender Evaluation in einen verbindlichen Standard modifiziert wird. Ist dies der Fall, wird zudem vermutet, dass die minimale Behandlungsfrequenz zukünftig sowohl Kliniken, als auch ambulante Praxen betreffen wird (vgl. ebd.).

2.1.3 Forschungsstand zur Realisierung hochfrequenter Therapie in der ambulanten logopädischen Praxis

Im Rahmen der Literaturrecherche wurde der aktuelle Forschungsstand zur Umsetzung hochfrequenter Logopädie in der ambulanten Praxis untersucht. In diesem Zusammenhang wurden zwei relevante Forschungsprojekte ermittelt, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

In einem Forschungsprojekt untersuchten Asmussen et al. (2013:12) die Therapiefrequenz und Realisierung von Intensivtherapie in der ambulanten logopädischen Praxis. Zunächst wurde über eine Online-Befragung der Ist-Zustand der Frequenz ambulanter logopädischer Therapie ermittelt. Dabei wurden die Störungsbilder Sprachentwicklungsstörungen (SES), Stottern, Dysarthrie und Aphasie einbezogen. An der Umfrage nahmen 257 Logopäden teil. Die Untersuchung ergab, dass die durchschnittliche Behandlungsfrequenz im Bereich der Aphasie und der Dysarthrie auf ein bis zwei Therapieeinheiten in der Woche beruht (vgl. Asmussen et al. 2013:15f). In der Aphasietherapie erhalten zudem nur jeweils 0,4 % eine Therapiefrequenz von fünf bzw. mehr als fünf Behandlungen in der Woche, während im Bereich der Dysarthrie vier Einheiten als höchste Frequenz angegeben wurden (siehe Tabelle 1; vgl. ebd.).

Tabelle 1: Umfrage zur Therapiefrequenz bei den Störungsbildern Aphasie und Dysarthrie [n=257]; Quelle: i. A. an Asmussen et al. (2013:16)

Therapiefrequenz (Therapie/Woche)	0	1	2	3	4	5	>5
Aphasie (%)	8	15	67	6	3	0,4	0,4
Dysarthrie (%)	11	42	41	4	2		

Als maßgebend für die Bestimmung der Behandlungsfrequenz nannten die Befragten für alle Störungsbilder vor allem die Faktoren *Arzt* (77%), *Patient* (62%), *Therapeut* (47%), *aktuelles Wissen* (39%) und *Praxis* (32%) (vgl. ebd.:16f).

Die Frage, welche Therapiefrequenz als optimal bzw. hochfrequent angesehen wird, stellte einen weiteren Aspekt der Untersuchung dar. Die befragten Logopäden bewerteten dies sehr unterschiedlich. 5 % gaben zwei, 63 % drei, 23 % vier und 8 % fünf Therapieeinheiten pro Woche an. 1 % definierte eine höhere Anzahl als fünf Therapieeinheiten pro Woche als hochfrequent (siehe Abbildung 1; vgl. ebd.).

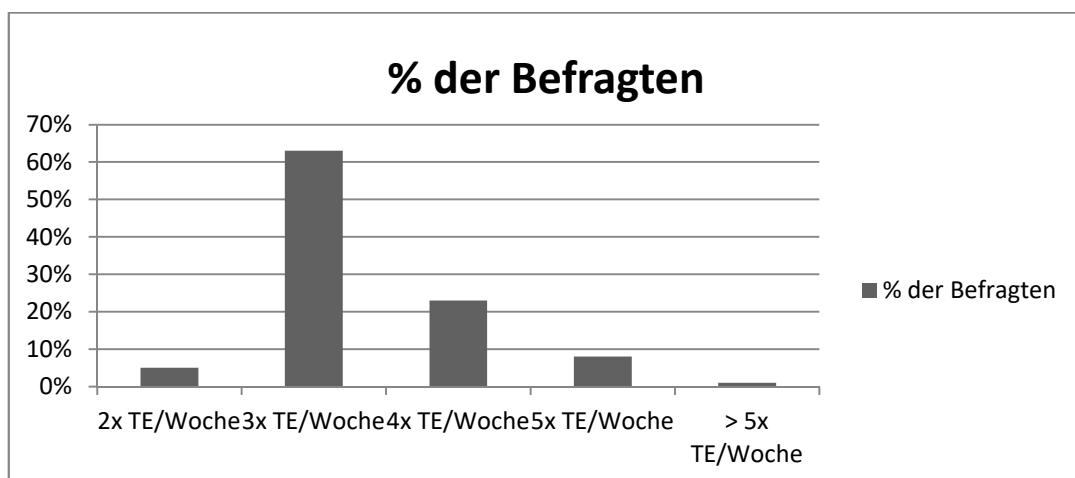


Abbildung 1: Eigene Definition hochfrequenter Therapie der Befragten [n=257], Quelle: Asmussen et al. (2013:16)

Die Umfrage ergab zudem, dass 79 % der Befragten sich wünschen, hochfrequente Therapie anzubieten und 65 % der Befragten ihrer Ansicht nach die Möglichkeit dazu hätten (vgl. Asmussen et al. 2013:16f). Als Hinderungsfaktoren für die Durchführung hochfrequenter Therapie gaben die Befragten die Faktoren *Therapeut*, *Arzt*, *Praxis*, *Patient*, *Krankenkasse*, *Heilmittel-Richtlinien* und *Sonstiges* an (siehe Abbildung 2; vgl. ebd.:17). Spezifische Angaben und Erläuterungen zu den aufgeführten Kriterien können der Darstellung des Forschungsprojekts nicht entnommen werden.

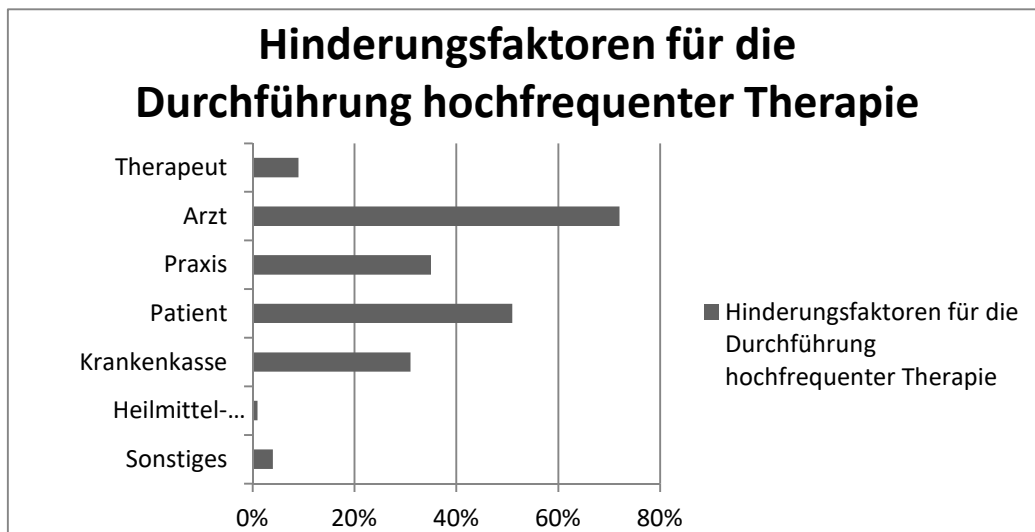


Abbildung 2: Hinderungsfaktoren für die Durchführung hochfrequenter Therapie [n=257], Quelle: Asmussen et al. (2013:17)

Neben der Online-Befragung fanden innerhalb des dargestellten Forschungsprojekts auch Experteninterviews mit drei Logopäden statt, die hochfrequente Therapie in ihrer Praxis anbieten, um Modelle und Einflussfaktoren zur Organisation und Durchführung hochfrequenter Therapie zu ermitteln (vgl. Asmussen et al. 2013:17). Die Autoren gaben als Einschlusskriterien der Praxen das Angebot einer Mindesttherapiefrequenz von fünf Therapieeinheiten je 60 Minuten in der Woche vor (vgl. ebd.). Die Datenauswertung ergab, auf welche Weise intensive Therapie erfolgen kann (bspw. im Intervall vs. durchgehend) und welche Voraussetzungen zur Umsetzung gegeben sein müssen. Darunter fallen: ein enger Austausch zwischen Arzt und Therapeut, Aufklärung von Krankenkassen und Ärzten hinsichtlich der Wirksamkeit intensiver Therapie, Berufserfahrung und Spezialisierung der Therapeuten, eine gute Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit des Patienten, die Betreuung der Patienten durch mehrere Therapeuten sowie ein paralleles Angebot hochfrequenter und regulärer Behandlungen und eine Anpassung des Angebots an die jeweilige zeitliche Kapazität der Praxis (vgl. ebd.:18).

In einem weiteren Forschungsprojekt von Müller (2015) wurden die Rahmenbedingungen zur Durchführung hochfrequenter Therapie im Bereich der Aphasie in der sprachtherapeutischen Praxis untersucht. Dafür wurde eine qualitative Studie in Form von Experteninterviews durchgeführt (Müller 2015:4). Es wurden vier Sprachtherapeuten aus Niedersachsen, die keine hochfrequente ambulante Therapie in ihrem Praxisalltag anbieten, zu den aktuellen Möglichkeiten, Voraussetzungen und Schwierigkeiten hochfrequenter Aphasie-therapie befragt (vgl. ebd.:4ff). Als Ergebnis der Studie wurde festgestellt, dass sich die Experten die Durchführung hochfrequenter ambulanter Therapie beim Vorliegen einer vertrauensvollen Therapeuten-Patienten-Beziehung, eines guten Materialrepertoires und bei Unterstützung des Patientenumfelds vorstellen können. Jedoch betrachten sie die Organisation hinsichtlich personeller und zeitlicher Gegebenheiten sowie die Finanzierung und Verordnung hochfrequenter Therapie aufgrund ihrer Erfahrungen mit Ärzten und Krankenkassen im Zusammenhang mit niedrigfrequenter Therapie als problematisch (vgl. ebd.:76f). Infolgedessen bestand ein weiterer Aspekt des Forschungsprojekts in der Anfertigung eines Anschreibens für Krankenkassen und Ärzte. Dieses enthält Informationen zur hochfrequenten Therapie sowie Darstellungen zur Effizienz in Form von Beispielrechnungen (vgl. ebd.:4). Mit Hilfe einer exemplarischen Jahresplanung werden zudem die organisatorisch mögliche Realisierbarkeit von Therapieintervallen und die damit einhergehende Überwindung aufgezeigter Schwierigkeiten für sprachtherapeutische Praxen dargestellt (vgl. ebd.).

2.2 Studien- und Evidenzlage zur Relevanz der Therapiefrequenz

Eine Literaturrecherche ergab, dass der Forschungsstand der Studien- und Evidenzlage zur Therapiefrequenz bei den Störungsbildern der neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen unterschiedlich weit fortgeschritten ist. Dementsprechend liegen keine einheitlichen Angaben für eine hohe Therapiefrequenz vor. In diesem Kapitel wird die Studienlage der Aphasie, der Sprechapraxie und der Dysarthrie in Bezug auf hochfrequente Therapie beleuchtet. Besonders im Bereich der Aphasie ist der Forschungsstand weit fortgeschritten (vgl. Grötzbach 2017:7), weshalb dieser einen Schwerpunkt innerhalb dieses Kapitels darstellt.

2.2.1 Therapie von Aphasien

In der Aphasietherapie kommt der Therapiefrequenz für den Therapieerfolg eine besondere Bedeutung zu (vgl. Grötzbach 2017:7). Obwohl zahlreiche Studien sich bereits dieser Thematik widmen, ist der Forschungsbedarf noch nicht ausgeschöpft. Aufgrund des be-

grenzten Umfangs dieser Arbeit werden lediglich ausgewählte Forschungsergebnisse dargestellt.

Bereits im Jahr 2003 wurde eine Meta-Analyse zum Verhältnis zwischen der Effektivität von Aphasietherapie in Form von sprachlichen Verbesserungen und ihrer Intensität bei Patienten nach einem Schlaganfall durchgeführt (vgl. Bhogal et al. 2003:987ff). Hierzu wurden acht qualitativ aussagekräftige Studien zur Wirksamkeit von Aphasietherapie untersucht (vgl. ebd.). Diese wurden zum Vergleich in jeweils zwei Gruppen unterteilt. Es wurden jeweils vier Studien mit einem positiven (Verbesserungen/wirksam) und vier mit einem negativen Ergebnis (keine Verbesserungen/unwirksam) zu einer Gruppe zusammengefasst (vgl. ebd.:990). Die durchschnittliche Behandlungsfrequenz pro Woche betrug in der Gruppe mit positivem Outcome 8,8 Stunden, während sie in der Gruppe mit negativem Outcome zwei Stunden in der Woche umfasste. Ferner betrug der durchschnittliche Behandlungszeitraum bei der Patientengruppe mit der hochfrequenten Therapie 11,2 Wochen, während sie in der Gruppe mit der niedrigfrequenten Therapie im Durchschnitt 22,9 Wochen betrug (vgl. ebd.). Die Meta-Analyse ergab, dass eine hohe Therapiefrequenz für sprachliche Verbesserungen nötig ist und niedrigfrequente Therapie auch über einen längeren Behandlungszeitraum hinweg zu keinen signifikanten Verbesserungen führt (vgl. ebd.:991). Allerdings ist zu beachten, dass die Patienten mit der hochfrequenten Therapie im Vergleich zu den Patienten mit der niedrigfrequenten Therapie in der Gesamtmenge mehr als das Doppelte an Therapieeinheiten erhalten haben (98,4 Stunden vs. 43,6 Stunden). Um einen eindeutigen Vergleich herstellen zu können, müsste deshalb die gleiche Anzahl an Therapieeinheiten – je Gruppe jeweils über einen kurzen und langen Behandlungszeitraum hinweg – durchgeführt werden (vgl. Baumgärtner 2017:43f).

Baumgärtner (2017:48) legt dar, dass sprachsystematische Verbesserungen mit positiven Auswirkungen auf das Selbstvertrauen und die Lebensqualität von Patienten mit einer Aphasie vereinzelt auch durch niedrigfrequente logopädische Therapie, mit ein bis zwei Stunden in der Woche, über einen längeren Zeitraum von Monaten oder Jahren erreicht werden können. Experimentell kontrollierte Studien weisen ebenfalls Vorteile hochfrequenter Behandlungen in den sprachsystematischen und kommunikativen Fähigkeiten sowie in Bezug auf die Lebensqualität auf (vgl. ebd.). Überdies bleibt die Wirkung intensiver Aphasietherapie über einen längeren Zeitraum stabil (vgl. ebd.).

In einer kürzlich veröffentlichten Studie zur Aphasieversorgung ergründeten Breitenstein et al. (2017:1528ff) die Effektivität intensiver Therapie bei chronischen³ Aphasiepatienten sowie die Nachhaltigkeit der erzielten Therapieergebnisse. Die Studie ist multizentrisch randomisiert kontrolliert und fand unter alltäglichen klinischen Verhältnissen statt (vgl.

³ *chronisch* meint in diesem Kontext: sechs Monate oder länger nach dem Schlaganfall (vgl. Breitenstein et al. 2017:1530)

Breitenstein et al. 2017:1529). Für das Forschungsprojekt wurden 158 Probanden zwischen April 2012 und Mai 2014 rekrutiert (vgl. ebd.:1533). Dabei handelte es sich um Schlaganfallpatienten zwischen 18 und 70 Jahren, die in 19 an dem Forschungsprojekt teilnehmenden stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtungen für Schlaganfall innerhalb Deutschlands behandelt wurden (vgl. ebd.:1529). Die Intervention wurde in Form von sprachsystematischen und kommunikativ-pragmatischen Übungen durchgeführt, wobei die individuellen Therapieschwerpunkte auf standardisierten Eingangsdagnostiken basierten (vgl. ebd.:1531). Für das Forschungsprojekt erhielt die Studiengruppe mindestens zehn Therapiestunden pro Woche über einen Behandlungszeitraum von drei Wochen. Diese gestaltete sich in Form von Einzeltherapien, Gruppentherapien und mindestens fünf Stunden pro Woche eigenständiges Computertraining (vgl. ebd.:1529ff). Die Studiengruppe wurde mit einer Kontrollgruppe, die im Anschluss an einen dreiwöchigen Behandlungsaufschub hochfrequente Therapie erhielt, verglichen (vgl. ebd.).

Die Studie zeigt, dass drei Wochen intensive Aphasietherapie zu signifikanten Verbesserungen der verbalen Kommunikationsfähigkeit bei Menschen mit einer chronischen Aphasie zwischen 18 und 70 Jahren führt. Ein Einflussfaktor bildete sich in der Schwere der Beeinträchtigung ab. Patienten mit geringeren Einschränkungen zeigten größere Therapieerfolge in Hinsicht auf ihre alltäglichen Kommunikationsfähigkeiten (vgl. Breitenstein et al. 2017:1536). Das Follow-up nach sechs Monaten wies anhaltende Therapieeffekte auf (vgl. ebd.:1537). Es wird allerdings darauf hingewiesen, dass die Kontrollgruppe während der dreiwöchigen Behandlungsverzögerung und beide Gruppen während der sechs Monate bis zum Follow-up die reguläre niedrigfrequente Therapie fortführen durften. Dadurch können möglicherweise entstandene Einflüsse nicht vollständig ausgeschlossen werden (vgl. ebd.:1537). Es wird zudem davon ausgegangen, dass auch der Therapiezeitraum einen bedeutsamen Aspekt für Behandlungserfolge darstellt und verlängerte oder wiederholte hochfrequente Therapie im chronischen Stadium nach einem Schlaganfall wirksam sind (vgl. ebd.:1536). Breitenstein et al. (2017:1528) merken an, dass zukünftige Studien notwendig sind, um die minimale Therapieintensität für die Realisierung aussagekräftiger Behandlungseffekte zu erfassen.

Baumgärtner (2017:63ff) geht in einem systematischen Review der Frage nach Risiken einer hochfrequenten Aphasietherapie nach. Hierbei wurden insbesondere die Krankheitsdauer, der Schweregrad der Aphasie, das Patientenalter und die Abbrecherquote der Therapie in Augenschein genommen. Baumgärtner (2017:63ff) kommt zu folgender Schlussfolgerung:

- hochfrequente Therapie wirkt unabhängig vom Schweregrad und Art der Aphasie
- Dauer der Erkrankung und Alter des Patienten beeinflussen hochfrequente Therapie nicht

- die Abbrecherquote der Patienten einer hochfrequenten Therapie ist nicht wesentlich höher als bei einer niedrigfrequenten Therapie

Somit können Risiken bzw. negative Einflüsse einer hochfrequenten Aphasietherapie ausgeschlossen werden.

2.2.2 Therapie von Dysarthrien

Aufgrund der Anzahl unterschiedlicher Ursachen und Erscheinungsbilder der Dysarthrie sind weit gefasste empirische randomisierte Studien zur Wirksamkeit von Dysarthrie-Therapien wenig geeignet (vgl. Ziegler u. Vogel 2010:100). Vorhandene Belege zur Effektivität der Behandlungen von Dysarthrien beschränken sich überwiegend auf Einzelfallstudien, Expertenmeinungen sowie Gruppenstudien mit geringen Fallzahlen (vgl. ebd.). Folglich liegen weder allgemeingültige Angaben bzgl. eines Einflusses einer hohen Therapiefrequenz, noch eine Definition hochfrequenter Therapie im Bereich der Dysarthrie vor. Die Behandlungsdauer hängt laut Ziegler und Vogel (2010:102) von der Zeit ab, die es braucht, um das jeweilige Therapieziel zu erreichen. Daher sind die Ermittlung der individuellen Ausprägung und Schwere der Dysarthrie sowie die Behandlungsfähigkeit für deren Therapie essenziell (vgl. ebd.). Besonders für das idiopathische Parkinson-Syndrom liegen Effektivitätsnachweise vor (vgl. ebd.:100). Bei dieser Erkrankung zeigen sich durch intensive Therapien Verbesserungen hinsichtlich der respiratorischen und phonatorischen Fähigkeiten. Vor allem für das Lee Silverman Voice Treatment (LSVT Loud) liegen Daten vor (vgl. DGN 2012b:1). Dabei wird von einer intensiven Therapie mit einer Therapiefrequenz von vier Einheiten pro Woche über einen Behandlungszeitraum von vier Wochen ausgegangen. Zudem führen die Patienten zusätzliche Übungen im Eigentraining außerhalb der Therapie durch (vgl. ebd.:4).

2.2.3 Therapie von Sprechapraxien

Sprechapraxien bestehen überwiegend in Kombination mit aphasischen Einschränkungen. Dadurch ist ihre Behandlung üblicherweise in der Aphasietherapie eingebunden (vgl. Aichert u. Staiger 2017:71). Des Weiteren müssen dysarthrische Anteile beachtet werden (vgl. ebd.). Es liegen keine Angaben zur optimalen Therapiefrequenz vor (vgl. ebd.:79). Derzeit ist ein expliziter Einfluss der Therapiefrequenz auf den Behandlungserfolg bei Sprechapraxien nicht empirisch belegt. Jedoch zeigt sich ein entscheidender Erfolgsaspekt in der Therapie von Sprechapraxien durch eine hohe Übungsfrequenz mit ausreichend vielen Wiederholungen einzelner Bewegungen und Bewegungsabfolgen, um eine Automatisierung sprechmotorischer Muster zu erreichen (vgl. ebd.:75). Aichert und Stai-

ger (2017:75) gehen davon aus, dass sich das erfolgreiche Konzept der hohen Übungsfrequenz auf die Therapiefrequenz übertragen lässt.

In einer Fallbeschreibung eines Patienten mit reiner Sprechapraxie in der chronischen Phase (9;5 Jahre post Mediainfarkt links; nach sechsjähriger Therapiepause) konnten Aichert und Ziegler (2010:6ff) die Effektivität einer Intervalltherapie aufzeigen. Diese verlief in Form von 20 Therapieeinheiten je 60 Minuten über eine Zeitspanne von 5 Wochen (vgl. ebd.:7ff). Es zeigten sich nach Abschluss der Intervalltherapie Verbesserungen der segmentalen und prosodischen Strukturen, im Suchverhalten sowie eine Verringerung der Sprechanstrengung. Im Anschluss an die Intervalltherapie wurde eine 17-wöchige Therapiepause mit einem anschließenden Follow-up durchgeführt. Dieses zeigte, dass die Verbesserungen auch über die Therapiepause hinweg überwiegend stabil blieben (vgl. ebd.:12).

2.3 Aktuelle Versorgungslage

Die Recherche nach spezifischen Daten zur aktuellen logopädischen Versorgungslage bei neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen erwies sich als mühsam. Es wurde in den Datenbanken des Statistischen Bundesamtes, des wissenschaftlichen Institutes der AOK (WIdO) (Heilmittelberichte), des GKV-Heilmittel-Informationportals (Heilmittel-Informationssystem), des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), der Barmer GEK (Heil- und Hilfsmittelreporte) und des Verbands der Ersatzkassen (vdek) systematisch nach Informationen gesucht. Hierbei fanden sich vor allem Informationen zu den Heilmittelausgaben sowie zur Anzahl verordneter Therapien auf die einzelnen Heilmittelberufe verteilt, jedoch nicht zu einzelnen Störungsbildern oder Indikationsschlüsseln im Bereich der Logopädie.

44,08 Millionen Heilmittelleistungen wurden 2015 von Vertragsärzten für GKV-Versicherte verordnet. Davon fielen 2,12 Millionen in den Bereich der Logopädie zur Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen (vgl. Waltersbacher 2015:5). 8,1 % der Verordnungen enthielten die ICD-Kodierung R47 (Sprach- und Sprechstörungen). Dies entspricht 63.500 Leistungen, verteilt auf 23.000 logopädische Patienten (9,2 %). Somit erhielten im Jahr 2015 logopädische Patienten mit der Diagnose R47 im Durchschnitt 2,8 Leistungen (vgl. ebd.:6ff).

Durch einzelne Verweise und die Einsicht in die Literaturverzeichnisse relevanter Literatur konnten weitere spezifische Informationen in Hinblick auf die aktuelle logopädische Versorgungslage in stationären und ambulanten Einrichtungen herangezogen werden. Jedoch konnten bisher nur Angaben zum Störungsbild der Aphasie ermittelt werden.

Die Anzahl der von einem Schlaganfall betroffenen Menschen in Deutschland liegt jährlich bei ungefähr 260.000 Menschen (vgl. Korsukewitz et al. 2013:24). Nach einem Schlaganfall haben circa 30-40 % der Patienten eine Aphasie (vgl. Huber et al. 2006:7). Bei circa der Hälfte, die den Schlaganfall überleben, bleibt die Aphasie jahrelang oder auch lebenslang bzw. chronisch bestehen. Angesichts weiterer neurologischer Ursachen für Aphasien wird die Gesamtzahl an von Aphasien betroffenen Menschen in Deutschland stetig auf mehr als 100.000 Menschen geschätzt (vgl. ebd.). Chronische Aphasien haben häufig persönliche, psychische und soziale Folgen. Zudem wirken sie sich bei berufstätigen Patienten auf die Rückkehr in den Beruf aus (vgl. Korsukewitz et al. 2013:24). Folglich sind effektive Therapien sowohl für die persönliche und soziale Situation des Patienten als auch aus ökonomischer Sicht essenziell (vgl. Baumgärtner 2017:42). Damit kommt der logopädischen Versorgungslage eine besondere Bedeutung zu.

Laut Korsukewitz et al. (2013:24ff) entspricht die aktuelle Versorgungslage von Schlaganfallpatienten mit Aphasie weder im stationären noch im ambulanten Bereich annähernd den empfohlenen Therapiefrequenz-Richtwerten aus den Leitlinien. Nach Einschätzung von Korsukewitz et al. (2013:26) stellen die gesetzlichen Vorgaben für eine Behandlung gemäß der Leitlinien im Bereich der Aphasie dabei kein Hindernis dar. So zeigen Daten bzgl. Rehabilitationsmaßnahmen von 2011 der DRV Bund, dass Patienten bei einer durchschnittlichen Rehabilitationsdauer von 4,5 Wochen im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung⁴ durchschnittlich eine Therapiefrequenz von einer Zeitstunde erhielten. Bei nur 3 % betrug die maximale Frequenz durchschnittlich 3,8 Stunden pro Woche (vgl. ebd.:24). Patienten, die im Rahmen eines Rehabilitations-Antragsverfahrens (meist in der chronischen Phase) vorstellig wurden, erhielten ebenfalls größtenteils eine Therapiefrequenz von einer Zeitstunde pro Woche. Nur circa 2 % nahmen eine maximale Frequenz von durchschnittlich 4,2 Stunden pro Woche wahr (vgl. ebd.). Die angegebenen Therapiestunden berechnen sich dabei aus Einzel- und Gruppentherapien von Sprach- und Kommunikationstherapie (vgl. ebd.). Bei diesen Daten wurden nur Rehabilitationszentren berücksichtigt, in denen mehr als 50 Patienten mit Schlaganfall pro Jahr behandelt werden (vgl. ebd.).

Im ambulanten Bereich sieht es anders aus. Daten des Jahres 2012 aus dem AOK-Heilmittel-Informationssystem zeigen, dass Schlaganfallpatienten der AOK mit dem Indikationsschlüssel SP5 durchschnittlich je 28 Minuten Logopädie (Einzel- und/oder Gruppentherapie) pro Woche bekamen (vgl. Korsukewitz et al. 2013:25).

Einer Datenerhebung zur ambulanten Versorgung zufolge, wurde 38 % der stationär behandelten Patienten mit Schlaganfall bei Entlassung zu einer ambulante logopädischen

⁴ Anschlussheilbehandlung: findet in der akuten oder postakuten Phase nach dem Schlaganfall statt (vgl. Korsukewitz et al. 2013:24)

Therapie geraten. Sechs Monate später bekamen nur noch 18 % und 2,6 Jahre später 4 % ambulante Logopädie (vgl. ebd.).

2.4 Gesetzliche Grundlagen der Erbringung ambulanter logopädischer Leistungen im deutschen Gesundheitssystem

Die Gegebenheiten der Erbringung logopädischer Leistungen im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland unterliegen gesetzlichen Vorgaben. Logopädische Leistungen bzw. Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sind den Heilmitteln zugeordnet (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 2 Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL)). Heilmittel sind in der HeilM-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) als „persönlich zu erbringende medizinische Leistungen“ definiert (§ 2 Abs. 1 Satz 1).

Im Folgenden werden zunächst die Fakten und Rahmenbedingungen der Heilmittelversorgung für Versicherte der GKV im Allgemeinen und mit Bezug auf die Logopädie dargestellt. Da sich hinsichtlich der Heilmittelversorgung systematische Unterschiede zwischen der privaten Krankenversicherung (PKV) und der GKV feststellen lassen (vgl. Finkenstädt 2014:4), erfolgt im Anschluss daran eine knappe Übersicht der zur GKV bestehenden Unterschiede in der PKV.

Aufgrund der in Bezug auf die Heilmittelversorgung hohen Komplexität des deutschen gesundheitlichen Versorgungssystems und des eingeschränkten Umfangs dieser Arbeit, wurden innerhalb der folgenden Darstellung Schwerpunkte gesetzt. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

2.4.1 Verordnung (VO) von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

Bei der GKV stellen die Krankenkassen – selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts – die Träger dar. Diese haben mittelbare Staatsverwaltung und die Aufgabe der Ausführung staatlicher Sozialgesetzgebung, wobei sie selbst einer staatlichen Aufsicht unterliegen (vgl. Simon 2013:163ff).

Die VO von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung der GKV ist in der HeilM-RL des G-BA festgelegt und im fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) gesetzlich reguliert (vgl. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V).

Der Gemeinsame Bundesausschuss setzt sich aus den kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) zusammen und ist rechtsfähig (vgl. § 91 Absatz 1 Satz 1 u. 2 SGB V). Somit hat die HeilM-RL eine rechtsverbindliche Wirkung, wodurch sie für die Träger des G-BA, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, für die Versi-

cherten, für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sowie für ärztlich geleitete Einrichtungen⁵ und weitere Leistungserbringer verbindlich ist (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 1 HeiM-RL). Gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ist in den Richtlinien des G-BA Folgendes reglementiert (vgl. § 92 Abs. 6 Satz 1 SGB V):

1. der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel
2. die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen
3. die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer

2.4.1.1 Vorgaben der Heilmittelrichtlinie

Die HeiM-RL besteht aus zwei Teilen. Zum einen aus dem Richtlinienentwurf, der Grundsätze, Voraussetzungen und Regeln zur Verordnung von Heilmitteln für die Versicherten der GKV durch den Vertragsarzt enthält und zum anderen aus dem Heilmittelkatalog, der die verordnungsfähigen Heilmittel darlegt (vgl. § 1 u. § 4 HeiM-RL). Im Folgenden werden für das zugrundeliegende Forschungsprojekt relevante Informationen aus der HeiM-RL beschrieben.

Zunächst ist zu erwähnen, dass in der GKV das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 Abs. 1 SGB V gilt:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“

Demnach dürfen nicht notwendige, unwirtschaftliche Leistungen nicht von den GKV bewilligt und zu Lasten dieser abgerechnet werden (vgl. ebd.). Für dessen Gewährleistung ist eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V gesetzlich vorgeschrieben, welche auch für die Heilmittel gilt und ggf. mit einem Regress sanktioniert werden kann (vgl. Finkenstädt 2014:5:8f). Des Weiteren ist eine enge Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Therapeut und dem verordnenden Arzt notwendig, um eine effektive, wirtschaftliche Behandlung sicherstellen zu können (vgl. § 14 Satz 1 u. 2 HeiM-RL).

Außerdem dürfen Heilmittel nur zu Lasten der GKV abgegeben werden, sofern diese durch einen Vertragsarzt verordnet wurden (vgl. § 3 Abs. 1 Satz 1 HeiM-RL). Der Vertragsarzt muss sich zuvor von dem Zustand des Patienten überzeugen und diesen dokumentiert haben, bevor er eine VO von Heilmitteln ausstellen kann (vgl. § 3 Abs. 3 HeiM-RL). Eine weitere Voraussetzung ist die Notwendigkeit des Heilmittels. Diese liegt bei folgenden Aspekten vor (vgl. § 3 Abs. 2 HeiM-RL):

⁵ Diese werden in der HeiM-RL als „Vertragsärzte“ bezeichnet (§ 1 Abs. 3 Satz 1 HeiM-RL 2017).

- zur Heilung einer Krankheit, zum Entgegenwirken deren Verschlimmerung oder zur Linderung von Krankheitsbeschwerden
- zur Beseitigung einer Schwäche der Gesundheit, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Krankheit zur Folge hätte
- zur Vermeidung oder Verminderung einer Pflegebedürftigkeit
- zum Schutz der gesundheitlichen Kindesentwicklung

Ist keine dieser Voraussetzungen zutreffend, darf ein Heilmittel nicht auf Kosten der GKV verordnet werden (vgl. § 6 Abs. 2 Satz 1 u. 2 HeilM-RL).

Entscheidend für die Indikation der VO eines Heilmittels ist die Gesamtbetrachtung der funktionellen und strukturellen Beeinträchtigungen sowie Einschränkungen der Aktivitäten unter Einbezug individueller personen- und umweltbezogener Faktoren (vgl. § 3 Abs. 5 HeilM-RL).

Heilmittel dürfen parallel zueinander verordnet werden, wenn diese verschiedenen Maßnahmen des Heilmittelkatalogs angehören und auf verschiedenen Verordnungsformularen gedruckt sind, bspw. Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Maßnahmen der Ergotherapie (vgl. § 12 Abs. 8 HeilM-RL). Es dürfen grundsätzlich ausschließlich vereinbarte Vordrucke für die Heilmittelverordnungen verwendet werden.

Diese müssen folgende Angaben enthalten (vgl. § 13 Abs. 1 u. 2 HeilM-RL):

- Art der VO (bspw. Erst-VO oder Folge-VO)
- Hausbesuch, Therapiebericht (ja oder nein)
- Einzel- oder Gruppentherapie
- Spätester Zeitpunkt des Behandlungsbeginns
- das jeweilige Heilmittel
- Verordnungsmenge, Frequenzempfehlung, Therapiedauer
- der vollständige Indikationsschlüssel bzw. bei Maßnahmen der Ergotherapie und der Stimm-, Sprech-, und Sprachtherapie die Diagnosegruppe
- die Diagnose mit Therapiezielen sowie die Leitsymptomatik bei Maßnahmen der Ergotherapie und der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
- medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls
- für die Behandlung relevante Befunde

Der Therapeut ist grundsätzlich an die vom Vertragsarzt ausgestellte VO gebunden (vgl. § 3 Abs. 1 Satz 2 HeilM-RL).

Der Heilmittelkatalog gemäß § 92 Abs. 6 SGB V – auch *indikationsbezogener Katalog verordnungsfähiger Heilmittel* genannt – ist Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie des G-BA und wird entsprechend der anerkannten medizinischen Fortschritte regelmäßig überarbeitet (vgl. § 4 Abs. 1 HeilM-RL). Im Heilmittelkatalog sind einzelne Diagnosen übergeordne-

ten Gruppen zugeordnet. Zu jeder Diagnosegruppe sind die Leitsymptomaten, die Therapieziele, die jeweils verordnungsfähigen Heilmittel, die Gesamtverordnungsmenge und Therapieeinheiten je VO sowie weitere Hinweise zur VO aufgeführt (vgl. § 4 Abs. 2 HeilM-RL). Die Auswahl des jeweiligen Heilmittels und der jeweiligen Anwendungskriterien sind vom Ausmaß der Erkrankung und dem Behandlungsziel abhängig (vgl. § 12 Abs. 1 HeilM-RL). Es werden keine Kontra-Indikationen angegeben. Diese müssen vorab von dem jeweils verordnenden Arzt ausgeschlossen werden (vgl. § 12 Abs. 3 HeilM-RL).

Neue Heilmittel sind nur verordnungsfähig, sofern der G-BA deren therapeutischen Zweckmäßigkeit anerkannt und in der HeilM-RL verzeichnet hat (vgl. § 4 Abs. 4 Satz 1 HeilM-RL).

Die im Heilmittelkatalog angegebene Anzahl von Therapieeinheiten je VO und die Gesamtverordnungsmenge unterliegen dem Regelfall. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Therapieziel mit dem je nach Indikation vorgegebenen Heilmittel innerhalb der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls zu erreichen ist (vgl. § 7 Abs. 1 u. 2 HeilM-RL). Hierbei handelt es sich um eine Höchstverordnungsmenge des Regelfalls. Die tatsächliche Verordnungsmenge ist von dem Therapiebedarf des Einzelfalls abhängig und kann die Höchstverordnungsmenge durchaus unterschreiten (vgl. § 7 Abs. 3 HeilM-RL). Die Auslösung einer erneuten VO des Heilmittels im Regelfall ist nach einer Behandlungspause von zwölf Wochen möglich, wenn Rezidive oder neue Erkrankungsphasen auftreten (vgl. § 7 Abs. 5 Satz 1 HeilM-RL).

Im Regelfall gilt die erste VO innerhalb einer Gesamtverordnungsmenge als Erst-VO. Jede weitere gilt innerhalb desselben Regelfalls als Folge-VO, auch bei Änderung der Leitsymptomatik (vgl. § 7 Abs. 7 u. 8 Satz 1 HeilM-RL). Nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs sind Folge-VO ausschließlich nach einer erneuten Untersuchung des Patienten durch den behandelnden Vertragsarzt erlaubt (vgl. § 7 Abs. 11 Satz 1 HeilM-RL). Zudem muss der Vertragsarzt den Therapieverlauf in seine Entscheidung einbeziehen (vgl. § 7 Abs. 11 Satz 2 HeilM-RL). Gelingt der Abschluss einer Heilmittelbehandlung innerhalb der vom Heilmittelkatalog vorgegebenen Gesamtverordnungsmenge nicht, sind weitere VO möglich. In diesem Fall handelt es sich um VO außerhalb des Regelfalls, welche eine Begründung mit prognostischer Beurteilung benötigen (vgl. § 8 Absatz 1 Satz 1 u. 2 HeilM-RL). Bei VO außerhalb des Regelfalls ist nach dem Erreichen der vorgegebenen Gesamtverordnungsmenge keine Behandlungspause einzuhalten (vgl. § 8 Absatz 2 HeilM-RL). Für den Vertragsarzt ist in diesem Fall die Durchführung einer weiterführenden Diagnostik verpflichtend, sodass dieser den Therapiebedarf, die Therapiefähigkeit, die Therapieprognose und das Therapieziel festlegen und über die Fortführung der Heilmitteltherapie entscheiden kann (vgl. § 8 Absatz 3 HeilM-RL). Des Weiteren müssen VO außerhalb des Regelfalls vor Beginn von der jeweiligen Krankenkasse genehmigt werden (vgl. § 8 Abs. 4

Satz 1 u. 2 HeilM-RL). Sieht die Krankenkasse von einem Genehmigungsverfahren ab, ist dies ebenso rechtswirksam wie eine Genehmigung (vgl. § 8 Abs. 4 Satz 3 HeilM-RL).

Eine weitere Ausnahme, bei der VO nach der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls ausgestellt werden dürfen, liegt beim langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V vor. Dieser bedarf einer ärztlichen Begründung (vgl. § 8a Abs. 1 HeilM-RL). Die Heilmittel-Richtlinie enthält zum langfristigen Heilmittelbedarf eine Diagnoseliste nach § 32 Abs. 1a SGB V mit Diagnosen, bei denen gemeinsam mit der Diagnosegruppe aus dem Heilmittelkatalog von einem langfristigen Heilmittelbedarf ausgegangen werden kann, wodurch von einem Genehmigungsverfahren abgesehen wird (bspw. bei Erkrankungen des Nervensystems) (vgl. § 8a Abs. 2 HeilM-RL). Die Behandlungen können diesbezüglich außerhalb des Regelfalls verordnet werden, auch ohne vorher den Regelfall durchlaufen zu haben (vgl. § 8a Abs. 8 Satz 1 HeilM-RL).

Des Weiteren sind im Heilmittelkatalog Frequenzempfehlungen angegeben. Dabei handelt es sich um Mindestangaben, die überschritten werden dürfen (siehe Kapitel 2.4.1.2; vgl. Heilmittelkatalog 2017:36f). Die Behandlungen der Heilmittel können sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting verordnet werden (vgl. § 10 Satz 1 HeilM-RL). Gruppentherapien finden bei dem Therapeuten in der Praxis statt, wohingegen Einzeltherapien sowohl bei dem Therapeuten in der Praxis als auch in Form eines Hausbesuchs durch den Therapeuten durchgeführt werden können (vgl. § 11 Abs.1 HeilM-RL). Hausbesuche dürfen jedoch nur durchgeführt werden, wenn diese entsprechend verordnet sind. Verordnungen für Behandlungen außerhalb der Praxis sind ausschließlich beim Vorliegen medizinischer Gründe rechters, die dem Patienten den Besuch des Therapeuten unmöglich machen (vgl. § 11 Abs. 2 HeilM-RL). Die Behandlung muss in der Logopädie innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der VO begonnen werden, sofern kein anderes Datum als spätestes Behandlungsbeginn vom Vertragsarzt festgelegt wurde. Kann die Behandlung in dem vorgegebenen Zeitraum nicht begonnen werden, ist die VO ungültig (vgl. § 15 HeilM-RL). Die VO verliert außerdem ihre Gültigkeit, wenn die Therapie länger als 14 Kalendertage unterbrochen wird (vgl. § 16 Abs. 3 Satz 1 HeilM-RL).

2.4.1.2 Vorgaben des Heilmittelkatalogs bei neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen

Logopädische Leistungen bzw. Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sind für den Arzt in der Heilmittelrichtlinie festgesetzt (vgl. §§ 30 bis 34 HeilM-RL).

Ihr Nutzen ist folgendermaßen definiert (§ 30 Abs. 1 HeilM-RL):

„Maßnahmen der Stimm, Sprech- und Sprachtherapie entfalten ihre Wirkung auf phoniatischen und neurophysiologischen Grundlagen und dienen dazu, die Kommunikationsfäh-

higkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.“

Laut den Heilmittelrichtlinien müssen sowohl vor Erst-VO einer logopädischen Therapie als auch vor Folge-VO und VO außerhalb des Regelfalls eine Eingangs- bzw. Verlaufsdagnostik durch den Vertragsarzt durchgeführt werden (vgl. § 34 Abs. 1 u. 2 HeilM-RL). Die Vorgaben zu den Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sind im Heilmittelkatalog geregelt. Die Maßnahmen sind nach Störungen der Stimme, Störungen der Sprache, Störungen des Redeflusses, Störungen der Stimm- und Sprechfunktion und Störungen des Schluckaktes unterteilt (vgl. Heilmittelkatalog 2017:27).

Im Folgenden werden die Vorgaben des Heilmittelkatalogs hinsichtlich Indikationen, Zielen und deren verordnungsfähiger Menge im Bereich der Logopädie detailliert beschrieben. Im Rahmen dieses Bachelorprojekts liegt der Schwerpunkt auf der hochfrequenten ambulanten Therapie bei Erwachsenen mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen. Daher beschränkt sich die folgende Darstellung auf diesen Bereich.

Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung sind im Heilmittelkatalog mit dem Indikationsschlüssel SP5 gekennzeichnet. Hierunter fallen Aphasien und Dysphasien mit funktionellen Schädigungen in den Bereichen Wortfindung, Sprechen, Lesen, Schreiben, Artikulation, Satzbau und Sprachverständnis, die mit neurologischen oder neuropsychologischen Störungen einhergehen (vgl. Heilmittelkatalog 2017:36). Der Heilmittelkatalog (2017:36) gibt für die Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung als Zielformulierung des Heilmittels Sprachtherapie die „Verbesserung der sprachlichen Fähigkeit bis zur Normalisierung oder Erreichen einer sprachlichen Kommunikationsfähigkeit“ sowie „Erforderlichenfalls Schaffung nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten“ vor.

Störungen der Sprechmotorik sind im Heilmittelkatalog (2017:37) dem Indikationsschlüssel SP6 zugehörig und umfassen Dysarthrien und Sprechapraxien. Diese können bspw. bei zerebralen Durchblutungsstörungen, multipler Sklerose, amyotropher Lateralsklerose, Tumorerkrankungen oder Ataxien auftreten. Für eine logopädische Therapie mit dem Indikationsschlüssel SP6 sind Störungen der Stimmgebung, der Sprechatmung, der neuronalen Steuerungs- und Regelungsmechanismen hinsichtlich der Sprechmotorik (bspw. Schwäche, Verlangsamung, Fehlkoordination, veränderter Muskeltonus, hyperkinetische Symptome), der Prosodie und der Artikulation als Leitsymptomatik funktioneller bzw. struktureller Schädigungen entscheidend (vgl. ebd.).

Als Ziel des Heilmittels Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Störungen der Sprechmotorik definiert der Heilmittelkatalog (2017:37) eine „Verbesserung bzw. Normalisierung des Sprechens“ sowie das „Erreichen einer Kommunikationsfähigkeit“.

Innerhalb des Regelfalls darf der zuständige Arzt bei beiden oben aufgeführten Indikationsschlüsseln eine Gesamtmenge von 60 Therapieeinheiten verordnen. Erst-VO sind auf maximal zehn Therapieeinheiten begrenzt, während Folge-VO auf 20 Behandlungen je Verordnung erhöht werden können. Abhängig von der Belastbarkeit des Patienten kann der Arzt eine Dauer von 30, 45 oder 60 Minuten je Behandlung bei einer Therapiefrequenz von mindestens einer Einheit pro Woche verordnen (vgl. ebd.:36f).

Als weiterer Hinweis wird die Notwendigkeit einer weiterführenden ärztlichen Diagnostik nach 30 Sitzungen angegeben, um eine angemessene Entscheidung bezüglich einer Fortsetzung der Therapie oder eines Rehabilitationsbedarfs treffen zu können (vgl. ebd.).

Ein Überblick über die Heilmittelvorgaben bei Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung sowie bei Störungen der Sprechmotorik findet sich im Anhang dieser Arbeit (siehe Tab. 1 und Tab. 2 im Anhang, S. 97 u. 98).

2.4.1.3 Rahmenempfehlung für den Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Neben der Heilmittel-Richtlinie des G-BA müssen auch die Gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V berücksichtigt werden, die durch Vorgaben für eine bundesweit einheitliche und qualitativ hochwertige Versorgung mit Heilmitteln sorgen sollen (vgl. Rahmenempfehlung 2013:1; vgl. § 125 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Jeder Heilmittelbereich verfügt über eigene Rahmenempfehlungen. Diese werden vom GKV-Spitzenverband und den jeweils „für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene“ gemeinsam beschlossen (§ 125 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

In der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie liegen diese zwischen dem GKV-Spitzenverband und auf Bundesebene bestehenden Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer in der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Darunter fallen der Deutsche Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen bzw. die Lehrvereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba), der Deutsche Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl) und der Deutsche Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs) (vgl. Rahmenempfehlung 2013).

Unter Berücksichtigung der Heilmittel-Richtlinie wird in dieser Rahmenempfehlung folgendes normiert (vgl. § 1 Rahmenempfehlung 2013):

- Gegenstand der Heilmittel sowie deren Umfang und Behandlungszeit im Regelfall

- Auflagen zu Fortbildungen und der Qualitätssicherung der Behandlungs- und Versorgungsabläufe
- Zusammenarbeit der Heilmittelerbringer mit den jeweils verordnenden Vertragsärzten
- Wirtschaftliche Maßnahmen und Prüfung der Leistungen
- Vorgaben zur Vergütung

Laut der Rahmenempfehlung (§ 18 Abs. 5a Rahmenempfehlung 2013) sollen logopädische Therapien nur einmal pro Behandlungstag stattfinden. Dabei dürfen in Absprache mit dem Arzt Ausnahmen in Form von Doppelbehandlungen durchgeführt werden. Mehrmalige Therapieeinheiten pro Tag bedürfen einer Genehmigung der jeweiligen GKV (vgl. ebd.). Hat der verordnende Arzt keine Frequenzangabe auf der jeweiligen Verordnung verzeichnet, gilt die Mindestfrequenz des Heilmittelkataloges (vgl. ebd.).

Die Rahmenempfehlung enthält auch Grundsätze zur gesetzlichen Zuzahlung (vgl. § 5 Rahmenempfehlung 2013). In der GKV liegen hinsichtlich der Heilmittelvergütung vertragliche Vereinbarungen sowie amtliche Gebührenordnungen zwischen Kostenträgern (Krankenkassen) und Leistungserbringern (Berufsverbände) vor (vgl. Finkenstädt 2014:6f). Es besteht ein Sachleistungsprinzip (siehe Abbildung 3). Hierbei erhält der GKV-Versicherte die Behandlung durch den Heilmittelerbringer und die GKV übernimmt die Vergütung solcher Leistungen, die von der GKV im Rahmen der Heilmittelrichtlinie übernommen werden (vgl. ebd.). Ab dem 18. Lebensjahr müssen GKV-Versicherte zu den Heilmittelkosten eine gesetzliche Zuzahlung leisten (vgl. § 32 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit (i. V. m.) § 61 SGB V), sofern sie nicht zuzahlungsbefreit sind (vgl. Finkenstädt 2014:13). Diese beträgt zehn Prozent der Heilmittelkosten zuzüglich zehn Euro pro Verordnung und wird direkt an den Heilmittelerbringer gezahlt (vgl. § 61 Satz 3 SGB V).

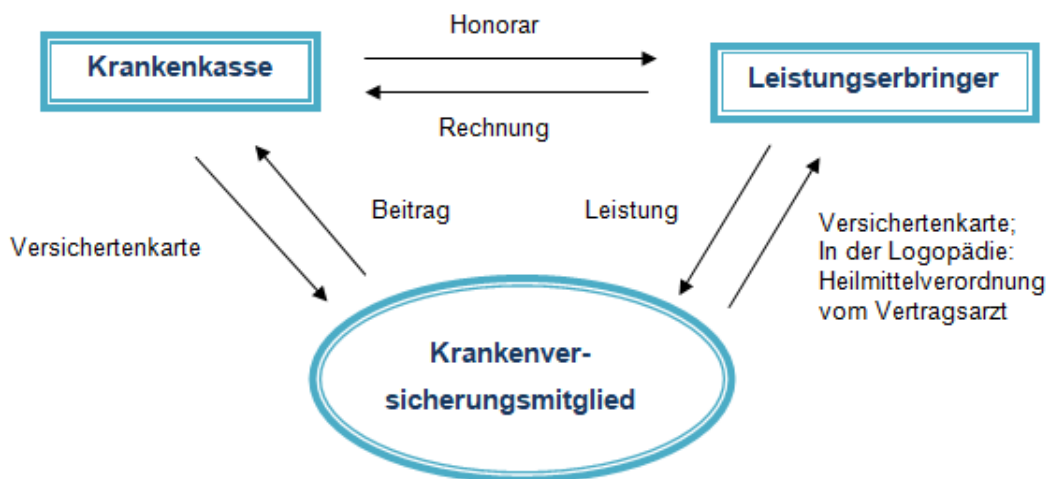


Abbildung 3: Das Sachleistungsprinzip; Quelle: i. A. an Simon (2013:111)

2.4.2 Verordnung von Heilmitteln in der PKV

Im Gegensatz zur GKV bestehen die PKV aus privatrechtlichen Wirtschaftsunternehmen (bspw. Aktiengesellschaften oder Versicherungsvereine), welche erwerbswirtschaftliche Ziele beabsichtigen (vgl. Simon 2013:164). Daher liegen im Vergleich zur GKV in der PKV für den Arzt keine Einschränkungen der Heilmittelverordnung vor, sodass dieser seine PKV-Versicherten mit den individuell bestmöglichen Therapien/Heilmitteln versorgen kann (vgl. Finkenstädt 2014:5). Auch bei der Finanzierung zeigen sich Unterschiede. In der PKV werden die Leistungsvergütungen zwischen Therapeuten und Patienten verhandelt, es gibt weder vertragliche Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern noch Gebührenordnungen (vgl. ebd.:5f). Es besteht das Kostenerstattungsprinzip (siehe Abbildung 4). Demnach erhält der Patient seine Heilmittelrechnung vom Therapeuten und reicht diese dann bei seiner Krankenversicherung ein. Eine mögliche Erstattung der Heilmittelkosten ist von dem jeweils gewählten Tarif des PKV-Versicherten abhängig (vgl. ebd.:5).

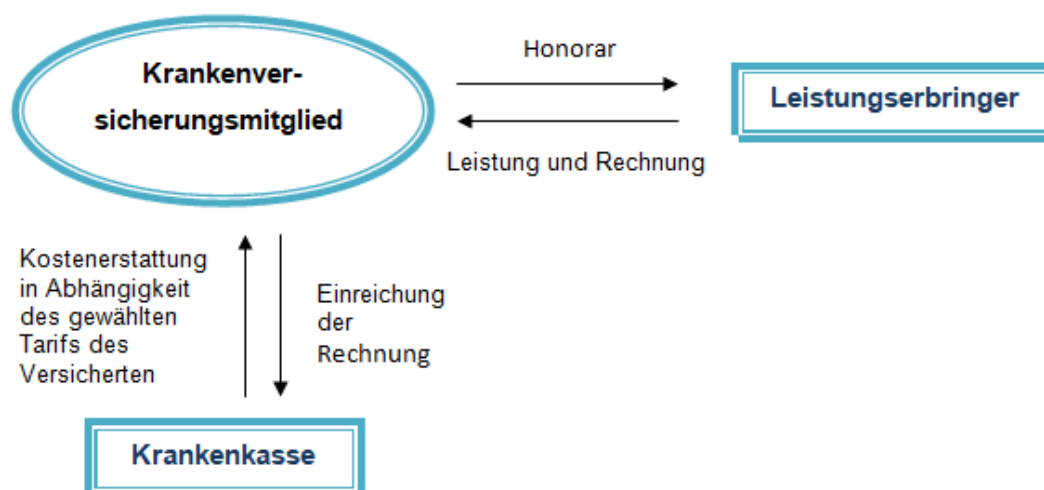


Abbildung 4: Das Kostenerstattungsprinzip; Quelle: i. A. an Simon (2013:112) u. Finkenstädt (2014:5f)

3 Methode

3.1 Literaturrecherche

3.1.1 Recherche im öffentlichen Internet

Mit Hilfe der öffentlichen Suchmaschinen *google* und *google scholar* konnte zunächst eine erste Übersicht über die Thematik hergestellt werden. Die Suche ergab vor allem relevan-

te Treffer im Bereich der Therapie-Intensität in der Logopädie zum Bereich der Intensivtherapie in der Aphasietherapie sowie zur Thematik der Heilmittelversorgung. Überdies wurde das öffentliche Internet genutzt, um über das BMG und über Internetseiten der GKV an weitere Informationen bezüglich des theoretischen Hintergrundes dieser Arbeit zu gelangen. Dies diente dem Erwerb von Berichten des Heilmittelinformationssystems der GKV und von Heilmittelberichten der AOK. Darüber hinaus fungierte die Internetrecherche zur Beschaffung von Leitlinien der DGN sowie der DGNKN.

3.1.2 Literaturrecherche in wissenschaftlichen Datenbanken

Um für den theoretischen Hintergrund des Forschungsthemas in den wissenschaftlichen Datenbanken gezielt nach deutsch- und englischsprachiger Literatur suchen zu können, wurden zunächst relevante MeSH-Terms ermittelt. Es wurde mit folgenden Begriffen gesucht:

„Neurologie“, „neurologische Erkrankungen“, „Therapie“, „therapy“, „language therapy“, „Aphasie“, „aphasia“, „Dysarthrie“, „dysarthria“, „Sprechapraxie“, „verbal apraxia“, „Sprachstörung“, „Sprechstörung“, „speech“, „speech disorder“, „speech therapy“, „Logopädie“, „ambulant“, „ambulante Therapie“, „rehabilitation“, „intensive therapy“, „Intensivtherapie“, „Therapieintensität“, „treatment intensity“, „Therapiefrequenz“, „frequency“, „hochfrequente Therapie“, „Leitlinien“, „guideline“, „Evidenz“, „Wirkfaktoren“, „Wirksamkeit“, „efficacy“. Die aufgelisteten Suchbegriffe wurden je nach Datenbank bzw. Suchmaschine sinnvoll und mit Hilfe von Booleschen Operatoren miteinander kombiniert. Eine vertiefende Suche erfolgte über die Literaturdatenbank *PubMed* sowie über die Datenbanken *ASHA* und *speechBITE* für Ergebnisse im logopädiespezifischen Bereich. Des Weiteren wurde die Plattform *evidenssst.org* des dbi auf mögliche Treffer untersucht. Durch zahlreiche Verweise und die Einsicht die Literaturverzeichnisse relevanter Literatur ergaben sich weiterführende Quellen.

3.1.3 Literaturrecherche in Bibliotheken

Zunächst sollte ein Überblick über die existierende, deutsche Fachliteratur in Form von Büchern und Zeitschriftenartikeln gewonnen werden. Dafür wurde die Suchmaschine *scinos* der Hochschule Osnabrück genutzt. Die in Kapitel 3.1.2 aufgelisteten Suchbegriffe wurden dazu in verschiedenen Konstellationen miteinander verknüpft. Auf diese Weise konnte vor allem Literatur zu den Themenkomplexen „Therapie-Intensität in der Logopädie“ sowie „hochfrequente Aphasie-Therapie und deren Wirksamkeit“ herangezogen werden. Des Weiteren wurde das Suchergebnis durch eine Handsuche in der Zentralbiblio-

thek der Hochschule Osnabrück erweitert, um Fachbücher zu den Themenkomplexen „Therapieintensität in der Logopädie“, „Aphasie“ und „evidenzbasierte Therapie“ zu finden. Über die Suchmaschine *scinos* und die Handsuche in der Zentralbibliothek erfolgte zudem die Recherche zur Methodik des Praxisprojekts. Hier konnte Literatur zur qualitativen Forschung, Experteninterviews und qualitativen Inhaltsanalysen ausfindig gemacht werden.

3.2 Auswahl und Begründung der Forschungsmethode

Als Methode für dieses Bachelorprojekt wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Die qualitative Forschung berücksichtigt durch individuell verschiedene Perspektiven und Hintergründe entstehende Unterscheidungen hinsichtlich der auf das Forschungsobjekt bezogenen Sichtweisen (vgl. Flick 2016:29). Somit werden die Subjektivität von Probanden und Untersuchern sowie die Kommunikation zwischen beiden zur Komponente des Forschungsprozesses, während dies in der quantitativen Forschung möglichst ausgeschlossen wird (vgl. ebd.). Ausgangspunkt und Ziel in der qualitativen Forschung sollten Menschen und Subjekte sein, die die jeweilige Forschungsfrage betreffen (vgl. Mayring 2016:20). In diesem wissenschaftlichen Forschungsprojekt sollten zwei logopädische Praxen, die hochfrequente ambulante Therapie anbieten, mit dem Fokus auf der Struktur, Organisation und Finanzierung, verglichen werden. Daher betrifft die in Kapitel 1.2 dargestellte Forschungsfrage Praxisinhaber, die hochfrequente ambulante Therapie anbieten, deren Angestellte und Patienten.

In diesem Zusammenhang wurde eine qualitative Datenerhebung in Form von leitfadengestützten Experteninterviews durchgeführt. Gläser und Laudel (2010:11ff) beschreiben Experten als Personen, die aufgrund ihrer Beteiligung über ein spezielles Wissen zu einem bestimmten Sachverhalt verfügen. In Experteninterviews steht die befragte Person als Experte für bestimmte Handlungsfelder im Mittelpunkt (vgl. Flick 2016:214). Die Interviews wurden daher im Rahmen dieser Arbeit sowohl mit den Praxisinhabern zweier logopädischer Praxen, die hochfrequente Therapien anbieten, als auch mit zwei dort behandelten Patienten durchgeführt.

Leitfadengestützte Interviews sind durch den Einsatz eines Leitfadens mit offenen Fragen, der als Orientierung dienen soll, gekennzeichnet (vgl. Mayer 2013:37). Auf diese Weise können alle relevanten Aspekte in Hinsicht auf die zugrundeliegende Forschungsfrage beachtet und das Übersehen wesentlicher Aspekte der Forschungsfrage vermieden werden (vgl. ebd.). Zudem sollen durch die Verwendung eines Leitfadens eine Vergleichbarkeit und eine Struktur der Daten erlangt werden (vgl. Flick 2006:19). Im Rahmen dieses Forschungsprojekts eigneten sich leitfadengestützte Experteninterviews, um von dem Wissen und den subjektiven Erfahrungen und Bewertungen der Praxisinhaber und Patien-

ten in Bezug auf die Organisation, Strukturierung und Finanzierung von hochfrequenter ambulanter Therapie profitieren zu können. Relevant war hier bspw. wie die Patienten die intensive Therapie in ihrem Alltag unterbringen oder welche Erfahrungen diese hinsichtlich deren Genehmigung von Ärzten und Krankenkassen gemacht haben. Die Durchführung von Interviews ermöglichte zudem offene, ergänzende Fragen nach Details mit direktem Kontextbezug. Dadurch konnten eventuell ungeklärte Fragen umgehend im Gespräch geklärt werden.

Eine mögliche Alternative zum qualitativen Forschungsdesign war innerhalb dieses Projekts die quantitative Datenerhebung mit Hilfe eines postalisch zu versendenden Fragebogens, wodurch eine größere Stichprobe an Praxisinhabern und Patienten hätte befragt werden können. Für die Erstellung eines Fragebogens ist jedoch die Entwicklung geschlossener Fragen notwendig (vgl. Mayer 2013:58). Hierfür wäre der Wissensstand der Autorin hinsichtlich der Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter ambulanter Therapie vor der Datenerhebung nicht ausreichend gewesen, um konkrete Fragen stellen zu können, die die zugrundeliegende Forschungsfrage ausreichend beantwortet hätten. Des Weiteren hätten kontextbezogene Fragen des Untersuchers oder ggf. auftretende Fragen des Probanden beim Ausfüllen des Fragebogens im Vergleich zu auftretenden Fragen während der Interviews nicht beantwortet werden können. Auch hätte eine Abhängigkeit an die Rücksendungen der Fragebögen durch die Probanden bestanden (vgl. Mayer 2013:99), wodurch sich die ursprüngliche Stichprobe hätte verringern können.

3.3 Fallauswahl

Bevor der Feldzugang für das in dieser Arbeit dargestellte Bachelorprojekt erfolgte, wurde zunächst überprüft, welche Personen über, für die Forschungsfrage relevanten Informationen verfügen und somit als Interviewpartner in Betracht kamen (vgl. Gläser u. Laudel 2010:117). Dafür wurden zunächst die nötigen Merkmale der Probanden sowie mögliche Ein- und Ausschlusskriterien konkretisiert. Dabei dienten folgende Fragestellungen als Hilfe:

- Welche Personen sollen interviewt werden?
- Welche Voraussetzungen müssen die Probanden erfüllen?
- Wie viele Interviews sollen durchgeführt werden?

Um im Rahmen dieses Forschungsprojekts einen Vergleich zwischen zwei Praxen, die hochfrequente ambulante Therapie anbieten, herstellen zu können, wurden Interviews mit zwei Praxisinhabern durchgeführt. Die ursprüngliche Planung sah vor, zusätzlich von beiden Praxen zwei bis drei Patienten zu befragen, um die Sichtweisen der Praxisinhaber und Patienten beider Praxen erfassen und vergleichen zu können. Aufgrund von Beden-

ken einer der beiden Praxisinhaber hinsichtlich einer zusätzlichen Belastung seiner Patienten durch die Interviews, konnten die Interviews der Patienten jedoch nur in einer der beiden Praxen durchgeführt werden. Die Interviewteilnehmer wurden durch ein zuvor festgelegtes, selektives Sampling ausgewählt. Dieses umfasst bei der Erhebung von Daten die Fallauswahl sowie die Fallgruppenauswahl (vgl. Flick 2016:154f). Die ausgewählte Fallgruppe seitens der Patienten bestand aus erwachsenen Patienten mit einer neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörung, die in den beiden ausgewählten Praxen hochfrequente, ambulante logopädische Therapie erhalten.

Für die Auswahl der logopädischen Praxen, deren Praxisinhaber als Interviewpartner bestimmt wurden, wurden folgende Einschlusskriterien festgelegt:

Einschlusskriterien für die logopädischen Praxen bzw. Praxisinhaber

- ambulante logopädische Praxis
- Angebot hochfrequenter Therapie, auch Intervalltherapien
- Regelmäßige Durchführung hochfrequenter Therapien (mindestens 30 Patienten im Jahr)
- Mindestens zwei Jahre Erfahrung mit hochfrequenten Therapien
- Spezialisierung auf neurologische Störungsbilder
- Standort innerhalb Deutschlands

Diese Vorauswahl trug dazu bei, dass die beiden ausgewählten Praxisinhaber die für die Forschungsfrage relevanten Fragen angemessen beantworten konnten. Überdies hinaus war dadurch bereits im Vorfeld eine Verallgemeinerbarkeit einschätzbar, wodurch ein gezielter Vergleich möglich war. Neben den für die Fragestellung relevanten Kriterien war besonders die zweijährige Praxis Berufserfahrung in der regelmäßigen Durchführung hochfrequenter Therapien mit mindesten 30 Patienten jährlich essenziell, um so über ausreichende Kenntnisse bezüglich deren Organisation, Strukturierung und Finanzierung zu verfügen.

Des Weiteren wurden Ein- und Ausschlusskriterien für die Patienten festgelegt:

Einschlusskriterien für die Patienten

- Neurologisch bedingte Sprach- oder Sprechstörung in der chronischen Phase (> 12 Monate)
- Mindestalter von 18 Jahren
- Mindestens 2 Wochen Erfahrung mit hochfrequenter Sprach- und/oder Sprechtherapie in der ambulanten logopädischen Praxis

Ausschlusskriterien für die Patienten

- Mittel- bis hochgradige Beeinträchtigung des Sprachverständnisses
- Mittel- bis hochgradige Beeinträchtigung der Sprachproduktion
- Mittel- bis hochgradige Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisleistungen

Diese Kriterien sollten gewährleisten, dass die Interviewteilnehmer die Interviewfragen mit adäquaten Informationen beantworten können. Daher war vor allem die mindestens zweiwöchige Erfahrung hochfrequenter Therapie von Bedeutung. Durch die aufgezählten Ausschlusskriterien sollten für den Patienten unangenehme Situationen sowie Überforderungen verhindert und der Erhalt aussagekräftiger Informationen sichergestellt werden. Zudem war für die Interviewdurchführung eine informierte Einwilligungserklärung nötig (vgl. Flick 2016:64), die ausreichende sprachliche und kognitive Fähigkeiten voraussetzte. Eine weitere Voraussetzung stellte die Volljährigkeit dar, da die Thematik dieses Bachelorprojekts auf erwachsene Patienten mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen eingegrenzt wurde und somit eine Datenerhebung mittels minderjähriger Patienten das Forschungsthema verfehlt hätte. Zusätzlich konnte dadurch ein Grundverständnis der Patienten für die Thematik dieser Arbeit gewährleistet werden.

3.4 Feldzugang

Der Feldzugang kann sich in der qualitativen Forschung im Vergleich zur quantitativen Forschung als schwieriger erweisen, weil ein offenes Interview bspw. mit mehr Aufwand für die Probanden verbunden ist als die Bearbeitung eines Fragebogens (vgl. Flick 2016:142f). Ferner gestaltet sich die Interaktion zwischen Untersucher und Proband intensiver, sodass vorausgesetzt wird, dass beide Beteiligten sich unbefangen auf das Projekt einlassen (vgl. ebd.).

In diesem Forschungsprojekt erfolgte der Feldzugang zu möglichen logopädischen Praxen zunächst durch eine Recherche im öffentlichen Internet. Hierbei wurde explizit nach Praxen gesucht, die auf ihrer Internetseite hochfrequente Therapie oder auch Intensivtherapie (v. a. im neurologischen Bereich) anbieten. Anschließend wurden die laut Internet infrage kommenden Praxen durch telefonische Kontaktaufnahme sowie durch ein Anschreiben per E-Mail kontaktiert. Hierbei erfolgten Anfrage und Darstellung des Forschungsvorhabens. Durch die vorher festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien konnten bereits nach der Kontaktaufnahme zahlreiche Praxen ausgeschlossen werden. Schließlich konnte eine logopädische Praxis für die Teilnahme an dem Projekt gewonnen werden, deren Praxisinhaber sich bereit erklärte an dem geplanten Interview teilzunehmen. Zur

zweiten logopädischen Praxis konnte der Erstzugang über Frau Prof. Dr. Hansen⁶ erfolgen. Im weiteren Verlauf wurden mit beiden Praxisinhabern Termine für die Durchführung der Interviews vereinbart. Dabei wurde mit einem der beiden Praxisinhaber ein Telefoninterview vereinbart, während mit dem anderen Praxisinhaber ein Besuch der Autorin in seiner logopädischen Praxis geplant wurde. Dieser Praxisinhaber diente im Laufe des Projekts auch als sogenannter Gatekeeper bei der Suche nach geeigneten Patienten für die Experteninterviews. Gatekeeper sind Personen, die beim Feldzugang helfen können, indem sie Empfehlungen aussprechen oder Kontakt-Hinweise liefern (vgl. Mieg u. Brunner 2001:12f). Dafür wurden die entsprechenden Ein- und Ausschlusskriterien für die Rekrutierung der Patienten-Probanden vorab an den Praxisinhaber weitergeleitet. Dieser übernahm als Gatekeeper die Kontaktaufnahme von Patienten und händigte diesen das für das Forschungsprojekt entwickelte Informationsschreiben aus (siehe Anhang, S. 104). Dieses informierte die Patienten über das Ziel und den Zweck des wissenschaftlichen Forschungsprojekts, den Ablauf und Inhalt der Untersuchung, die Art der Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datenauswertung sowie über Aspekte des Datenschutzes. Nachdem sich Patienten bereit erklärt hatten an der Durchführung eines Interviews teilzunehmen, vereinbarte der Praxisinhaber in Absprache mit der Untersucherin Termine für die Interviewdurchführung in seiner logopädischen Praxis. Es konnten zwei Patienten für die Teilnahme an dem Forschungsprojekt gewonnen werden. Aufgrund von Schwierigkeiten bei der Rekrutierung geeigneter Patienten, entsprachen diese jedoch nicht vollkommen den vorher festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien. Beide Patienten wiesen eine hochgradige Beeinträchtigung der Sprachproduktion bei intaktem Sprachverständnis auf. Aufgrund fehlender Alternativen wurden sie trotz vorher festgelegter Ausschlusskriterien nicht von der Teilnahme der Interviews ausgeschlossen, sondern zur Thematik der zugrundeliegenden Forschungsfrage befragt.

3.5 Datenerhebung

3.5.1 Leitfadeninterview

Die Datenerhebung wurde mit Hilfe von Leitfadeninterviews durchgeführt. Leitfadeninterviews sind besonders geeignet, um verschiedene Themen zu bearbeiten, die durch das Informationsziel des Forschungsprojekts ermittelt werden sollen (vgl. Gläser u. Laudel:111f). Sie sind durch einen Leitfaden gekennzeichnet, der als Orientierung dienen soll und vorstrukturierte Themen und offene Fragen enthält, „die in jedem Interview beantwortet werden müssen“ (Gläser u. Laudel 2010:42). Der Leitfaden soll sich an der zu-

⁶ Professur für Logopädie, Hochschule Osnabrück

grundlegenden Forschungsfrage orientieren und ist in einzelne Themenkomplexe und Nachfrage-Themen gegliedert, um die Befragung und den Vergleich der Ergebnisse zu erleichtern (vgl. Mayer 2013:45).

Das Leitfadeninterview war für die Bearbeitung der hier vorliegenden Forschungsfrage geeignet, weil ein vom theoretischen Hintergrund abgeleitetes Informationsbedürfnis bezüglich der Organisation, Strukturierung und Finanzierung hochfrequenter Therapie zugrunde lag. Diese gezielten Informationen wurden durch eine Befragung von Praxisinhabern und Patienten systematisch und vergleichbar eingeholt. Um möglichst alle relevanten Informationen zu erhalten, eigneten sich für den Leitfaden Faktfragen (vgl. Gläser u. Laudel 2010:123). Um trotz der Nutzung des Leitfadens als Erhebungsinstrument ein möglichst natürliches Gespräch anzuregen, konnten sowohl die Frageformulierungen des Leitfadens als auch deren Reihenfolge während des Interviews variiert und an den Gesprächsverlauf angepasst werden. Wie von Gläser und Laudel (2010:42) beschrieben, war es der Autorin auf diese Weise möglich, gezielte Nachfragen zu stellen. So sollte sichergestellt werden, dass die Forschungsfrage angemessen beantwortet wird und alle Unklarheiten und weiterführende Fragen unmittelbar während des Interviews beantwortet werden.

Durch die Verwendung offener Fragen übt der Untersucher wenig Einfluss auf die Antwort des Befragten aus (vgl. ebd.:131). Zudem war es den Praxisinhabern und Patienten innerhalb dieses wissenschaftlichen Projekts möglich, entsprechend ihres Wissens, ihrer Erfahrung und Möglichkeit adäquat auf die gestellten Fragen zu antworten und ggf. für sie thematisch relevante Informationen dem Thema beizutragen. Hierbei sind auch solche Informationen gemeint, die der Autorin bei der Entwicklung der Leitfragen nicht bewusst waren. Es wurde jeweils ein Interview mit zwei Praxisinhabern und zwei Patienten geführt. Aufgrund der zwei verschiedenen Blickwinkel auf die Thematik der Forschungsfrage, wurden entsprechend zwei Interviewleitfäden, die auf die jeweilige Fallgruppe abgestimmt wurden, entwickelt.

Infolge zeitlicher Engpässe wurde das Interview mit einem der beiden Praxisinhaber als Telefoninterview durchgeführt. Als Vorteil nennen Gläser und Laudel (2010:153) dabei die terminliche Flexibilität sowie eine Zeitersparnis. Allerdings benennen sie auch Nachteile, beispielsweise eine geringere Gesprächskontrolle durch fehlende visuelle Informationen sowie eine geringere Informationszufuhr, da Dokumente oder weitere Informationsquellen nicht eingesehen werden können (vgl. ebd.:153f). Alle weiteren Interviews wurden face-to-face durchgeführt. Gläser und Laudel (2010:154) schreiben diesen einen methodischen Vorteil zu, da der Untersucher den Gesprächsverlauf kontrollieren und leichter auf zusätzliche Informationen zugreifen kann. Obwohl das zweite Interview mit vorheriger Absprache ebenfalls nur mit dem Praxisinhaber angedacht war, sah die Autorin sich durch die

Initiative des Praxisinhabers in der ersten Hälfte des Interviews mit dem gesamten logopädischen Team (bestehend aus vier Personen) in Form eines Gruppeninterviews konfrontiert. Da die drei weiteren Therapeuten ebenfalls hochfrequent Patienten behandeln, waren sie nach Ansicht des Praxisinhabers ebenfalls für die Teilnahme an den Interviews geeignet. Ein positiver Effekt von Gruppeninterviews besteht darin, dass sich die Befragten durch Aussagen gegenseitig zu Erzählungen anregen. Dadurch entstehen Diskussionen und Ergänzungen der aufgeführten Informationen (vgl. ebd.:168f). Die zweite Hälfte des Interviews wurde mit dem Praxisinhaber alleine durchgeführt.

3.5.2 Entwicklung des Leitfadeninterviews

Für die Erstellung der Interviewleitfäden wurde vorab eine detaillierte Literaturrecherche zum theoretischen Hintergrund der zugrundeliegenden Forschungsfrage sowie zur Methodik und Vorgehensweise für die Entwicklung eines Interviewleitfadens durchgeführt. Darauf aufbauend wurden für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignete und essenzielle Themenkomplexe bestimmt und zusammengetragen. Anhand dieser Ergebnisse wurden die Leitfäden anschließend erstellt. Bei der Erstellung der beiden Leitfäden wurde darauf geachtet, dass diese jeweils zwei Seiten nicht überschreiten, um innerhalb der Interviews nicht den Überblick zu verlieren (vgl. Gläser u. Laudel 2010:144).

Auf Basis der gesammelten Themen wurden die Leitfragen ausformuliert. Ein Vorteil in der Ausformulierung der Leitfragen ist zum einen, dass sie dem Untersucher Sicherheit verleihen können und zum anderen, dass die Fragen allen Befragten in ähnlicher Form gestellt werden können, wodurch die Interviews leichter vergleichbar sind (vgl. ebd.). Für die Auswahl und Formulierung der Fragen wurde sich an den Grundsätzen nach Gläser und Laudel (2010:144) orientiert. Die Leitfragen wurden als offene Fragen formuliert. Dadurch sollte die Erzählfähigkeit der Befragten angeregt werden. Einige Leitfragen wurden mit Unter- bzw. Stichpunkten als Checkliste zum Nachfragen versehen, falls der jeweilige Befragte diese Aspekte in seiner Beantwortung der Frage nicht bereits selbstständig erwähnen würde. Es handelte sich überwiegend um Faktenfragen, um die Forschungsfrage möglichst genau beantworten zu können. Um die Bewertungen der Befragten zur Umsetzung der hochfrequenten ambulanten Therapie einzuholen, wurden zum Schluss der Interviews Meinungsfragen gestellt. Die Leitfragen wurden den übergeordneten Themenkomplexen zugeordnet und so angeordnet, dass sie inhaltlich zusammengehören und aufeinander aufbauen. Dies sollte einen möglichst natürlichen Gesprächsverlauf ermöglichen. Nach der Entwicklung der Leitfäden wurde dieser anhand folgender Kriterien überprüft (vgl. Ullrich 1999:436f):

- Grund der Frage mit Hinblick auf die theoretische Relevanz oder die technische Funktion
- Inhaltliches Ziel der Frage mit einer Überprüfung der inhaltlichen Dimension und dem Spektrum möglicher Antworten
- Grund der ausgewählten Formulierung der Frage mit Hinblick auf den Fragetyp, die Verständlichkeit und Eindeutigkeit
- Grund der jeweiligen Positionierung einer Frage im Leitfaden mit Begründung der Grob- und Feinstruktur (Reihenfolge der Fragen und inhaltlich zusammenhängende Fragenkomplexe)

Um eine möglichst hohe Qualität der Interviewleitfäden zu erlangen, wurden diese nach der ersten Korrektur, mit Fokus auf ihre Praxistauglichkeit und Verständlichkeit, einer Diskussion und kritischen Reflexion mit Frau Prof. Dr. Hansen unterzogen. Die Leitfäden wurden daraufhin entsprechend der Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge überarbeitet und modifiziert. Gläser und Laudel (2010:150) raten dazu, Interviewleitfäden vor der Untersuchung in mehreren Probe-Interviews mit vergleichbaren Probanden auf ihre Eignung hin zu überprüfen. Die Überprüfung der Leitfäden durch vorherige Pre-Tests war innerhalb dieses Forschungsprojekts aufgrund fehlender zusätzlicher Probanden, die die vorgegebenen Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen, nicht möglich.

Im Folgenden werden zunächst die Themenkomplexe des Leitfadens für die Praxisinhaber und anschließend die Themengebiete des Leitfadens für die Patienten vorgestellt.

Der Interviewleitfaden für die Praxisinhaber wurde in folgende Themenkomplexe unterteilt (siehe Anhang, S. 108):

Themenkomplex 1: ‚Einführung‘

Der erste Abschnitt wurde als ‚Einführung‘ in das Leitfadeninterview entwickelt. Die Frage *„Welche Beweggründe haben dazu geführt, dass Sie in Ihrer Praxis hochfrequente Therapie anbieten?“* gehört nicht zum Gegenstand der Forschungsfrage, zielt aber dennoch als Einstieg des Interviews darauf ab, dem Interviewteilnehmer die Darstellung seiner Motive und Relevanzen für die Umsetzung hochfrequenter Therapie zu ermöglichen. Dadurch können Hintergrundinformationen erfasst werden, die für das Verständnis des Vorgehens in den beiden ausgewählten Praxen relevant sind.

Themenkomplex 2: ‚Rahmenbedingungen‘

Der Themenkomplex ‚Rahmenbedingungen‘ enthält als erste Leitfrage *„Über welchen Zeitraum (in Wochen) und mit welcher Frequenz erhalten Patienten hochfrequente Therapie?“*. Diese Frage ist vor dem Hintergrund unterschiedlicher Definitionen einer hohen

Therapiefrequenz relevant. So können die individuellen Definitionen hochfrequenter Therapie in beiden Praxen erfasst werden. Zu den Rahmenbedingungen gehört zudem die Frage, wie viele Patienten mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen in der ambulanten Praxis behandelt werden können. Um hierzu sowohl monatliche als auch jährliche Daten zu erfassen, wurden diese beiden Begriffe als Nachfrage-Notizen mit Gedankenstrichen unter der Frage notiert. Eine weitere Leitfrage lautet *„Welchen Zeitumfang haben die einzelnen Therapieeinheiten und wie sind diese gestaltet?“*

Diese Fragen dienen dazu, die strukturelle Form und Gestaltung der hochfrequenten Therapie in beiden Praxen einschätzen zu können.

Themenkomplex 3: ‚Patientenzugang‘

Der Abschnitt ‚Patientenzugang‘ wurde mit der Intention erstellt herauszufinden, auf welche Weise die Patienten auf die jeweiligen Praxen und das Angebot hochfrequenter Therapie aufmerksam gemacht worden sind sowie die Frage, ob sie angeworben wurden. Interessant ist hierbei bspw., ob die Praxen gezielte Werbung betreiben.

Themenkomplex 4: ‚Praxisalltag‘

Das Themengebiet ‚Praxisalltag‘ zielt vor allem auf Aspekte der Patientenrolle ab. Dabei geht es zunächst um den Aufwand und die Gestaltung der Anfahrt und des Aufenthalts der Patienten - sowohl für die Patienten, die praxisnah wohnen - als auch für Patienten mit einer weiteren Anreise. Ein weiterer Aspekt in diesem Abschnitt ist die Frage *„Was müssen die Patienten und Angehörigen einbringen, damit hochfrequente ambulante Therapie umgesetzt werden kann?“* Das Ziel ist es hier, herauszufinden, welche Rolle die Patienten, aber auch ihre Angehörigen im Therapieprozess für die erfolgreiche Realisierung hochfrequenter Therapie tragen, welchen Anforderungen sie gerecht werden müssen und inwieweit sie mögliche Hinderungsfaktoren darstellen können.

Themenkomplex 5: ‚Organisation‘

Der Abschnitt ‚Organisation‘ wurde mit dem Gedanken entwickelt, die organisatorische Umsetzung hochfrequenter Therapie in der Praxis zu erfassen. Hierzu erschien es zunächst relevant die Anzahl der behandelnden Logopäden zu erfassen. Eine weitere Leitfrage lautet *„Wie können die zahlreichen Therapieeinheiten in den Praxisalltag integriert und umgesetzt werden?“*. Sie zielt auf organisatorische Komponenten wie bspw. die Therapieplanung, Teamsitzungen oder patientenbezogene Absprachen ab und soll den Interviewpartner dazu anregen das Planungsvorgehen eingehender zu beschreiben. Auch die Frage nach der Zuordnung der behandelnden Logopäden zu den einzelnen Patienten ist hier relevant, um festzustellen inwieweit trotz hochfrequenter Therapie eine Therapeuten-

konstanz möglich ist und ob dem Patienten ein fester Ansprechpartner zur Verfügung steht. Vor dem Hintergrund der organisatorischen Maßnahmen stellt sich auch die Frage nach der Anzahl an Patienten, die zur selben Zeit versorgt werden können.

Mit einer weiteren Leitfrage soll der Fokus auf alle Aspekte gelenkt werden, die die Praxisinhaber für die Qualität und die erfolgreiche Umsetzung ihrer hochfrequenten Therapie als essenziell betrachten. Die Praxisinhaber sollen durch diese Frage dazu angeregt werden, einzelne Prozesse, aber auch an sich selbst gestellte Anforderungen zu beschreiben.

Themenkomplex 6: ‚Finanzierung/Verordnung‘

Der Themenkomplex ‚Finanzierung/Verordnung‘ ist vor allem im Bezug auf die zugrundeliegende Forschungsfrage relevant. Er hat den Zweck, erlebte Schwierigkeiten und Erfahrungen in Hinblick auf die Verordnung und Genehmigung hochfrequenter Therapie durch Ärzte und Krankenkassen zu ermitteln. Hierbei sind bspw. Unterschiede zwischen, aber auch innerhalb von Arztgruppen sowie zwischen den Krankenkassen von Bedeutung. Dabei sollen auch mögliche Unterschiede zwischen der PKV und der GKV erfasst werden. Eine Leitfrage bezieht sich auf Maßnahmen, die die Praxisinhaber möglicherweise durchführen müssen, um VO für hochfrequente Therapie für ihre Patienten zu bekommen.

Themenkomplex 7: ‚Herausforderungen‘

Der vorletzte Abschnitt befasst sich mit im Praxisalltag auftretenden Herausforderungen, die bei der Umsetzung hochfrequenter Therapie in Bezug auf die Organisation, Struktur und Finanzierung auftreten. Die erste Leitfrage dieses Themenkomplexes zielt darauf ab, die subjektiv empfundenen Herausforderungen hochfrequenter Therapie der Praxisinhaber zu erfassen. Eine zweite Leitfrage hat den Zweck die Bewältigungsstrategien dieser Herausforderungen der einzelnen Praxisinhaber zu beleuchten. Bei der dritten Leitfrage handelt es sich um eine hypothetische Frage: *Was würden Sie gerne verändern, wenn Sie könnten?* Durch diese Frage sollen erneut die Schwierigkeiten bei der Durchführung hochfrequenter Therapie, aber auch die individuellen Wünsche der Praxisinhaber in den Vordergrund gerückt werden.

Themenkomplex 8: ‚Schluss‘

Der letzte Abschnitt ‚Schluss‘ mit der Leitfrage *„Was würden Sie Kollegen und Kolleginnen empfehlen, die hochfrequente Therapie in ihrer Praxis einführen möchten?“* wurde erstellt, um die Praxisinhaber abschließend noch einmal auf das gesamte Konzept der hochfrequenten ambulanten Therapie blicken und individuelle Ratschläge für Kollegen äußern zu lassen. Zudem wird ihnen die Möglichkeit gegeben subjektive Erfahrungen zusammenzufassen und eigene Präferenzen darzustellen.

Für die Erstellung des Leitfadens für die Patienten wurden zunächst Informationen zur Interviewdurchführung für Patienten mit Sprach- und Sprechstörungen recherchiert. Die Durchführung von Interviews mit Aphasiepatienten ist mit Hilfe von, an die sprachlichen Beeinträchtigungen angepassten Kommunikationsstrategien möglich (vgl. Dalemans et al. 2009:948). Wie von Dalemans et al. (2009:951) empfohlen, wurden für die Leitfragen kurze Sätze mit einer einfachen Satzstruktur und möglichst hochfrequenten Wörtern formuliert, um das Verständnis der Patienten zu sichern. Des Weiteren wurden vorab mögliche Hilfestellungen aus der logopädischen Therapie für den Patienten - sowohl für das Verständnis der Leitfragen als auch für die Beantwortung eben dieser - erarbeitet. Eine durchgehend angewendete Strategie stellte hierbei – wie in der Literatur nahegelegt – die Vermeidung jeglichen Zeitdrucks dar (vgl. ebd.:950). Innerhalb der Befragung der Patienten traten keine Schwierigkeiten beim Verständnis der Leitfragen auf. Aufgrund von Abweichungen von den Ein- und Ausschlusskriterien bei der Rekrutierung von Patientenprobanden wiesen beide befragten Patienten eine hochgradige Beeinträchtigung der Sprachproduktion auf. Um dennoch möglichst viele relevante Informationen für die Beantwortung der zugrundeliegenden Forschungsfrage zu erlangen, wurde auf den Einsatz von nonverbaler Kommunikation wie bspw. Mimik und Gestik sowie den Gebrauch von Schriftsprache zurückgegriffen. Schienen die Patienten Schwierigkeiten bei der Beantwortung einer Frage zu haben, wurden diese dazu ermutigt, sich jeglicher kommunikativer Strategien zu bedienen. Eine Patientin nutze auch ihr Tablet als Mittel der unterstützten Kommunikation. Der Leitfaden für die Patienten wurde folgendermaßen aufgebaut (siehe Anhang S. 110):

Themenkomplex 1: ‚Individuelle Rahmenbedingungen‘

Der erste Abschnitt ‚Individuelle Rahmenbedingungen‘ bezieht sich auf die individuelle logopädische Therapie der Probanden und soll Faktoren wie den Grund, die Therapiefrequenz sowie die Therapiedauer des jeweiligen Patienten erfassen. Hierdurch soll ermittelt werden, welche Definition im Falle des einzelnen Patienten als hochfrequente Therapie gilt. Für die letzte Leitfrage zu dieser Kategorie *„Wie sieht Ihre logopädische Therapie aus?“* wird der Patient durch eine Einführung zunächst darauf hingewiesen, dass eine logopädische Therapie im Einzelsetting mit der Therapeutin, im Gruppensetting mit anderen Patienten sowie in Form von Computertraining erfolgen kann. Diese Erläuterung soll zum Verständnis der Leitfrage beitragen. Ziel eben dieser Leitfrage ist es, die Verteilung der Therapiesettings zu ermitteln.

Themenkomplex 2: ‚Beweggründe‘

Der Themenkomplex ‚Beweggründe‘ wird mit der Information für den Patienten eingeleitet, dass viele Patienten nur ein oder zwei Mal in der Woche logopädische Therapie erhalten

und er hingegen x^7 Behandlungen in der Woche erhält. Hiermit soll sichergestellt werden, dass der Patient über den Unterschied zwischen niedrigfrequenter und seiner hochfrequenten Therapie informiert ist. Die damit einhergehende Leitfrage „*Warum haben Sie sich dafür entschieden?*“ zielt auf die Entscheidung für eine hochfrequente Therapie ab. In erster Linie stellt diese Frage keinen Gegenstand der zugrundeliegenden Forschungsfrage dar. Sie soll dennoch die Beweggründe des Patienten erfassen und der Sicherstellung von zusätzlichen Informationen der hochfrequenten Therapie des Patienten dienen. Diese Leitfrage war ursprünglich als Einstiegsfrage in das Interview gedacht. Jedoch erschienen hierfür die Informationen des Themenkomplexes 1 ‚individuelle Rahmenbedingungen‘ als Hintergrundinformationen relevant, wodurch sie zurückgestellt wurde.

Themenkomplex 3: ‚Zugang zum Angebot hochfrequenter Therapie‘

Aufgrund des eher seltenen Angebots der hochfrequenten ambulanten Therapie in Deutschland soll im Abschnitt ‚Zugang zum Angebot hochfrequenter Therapie‘ zunächst ermittelt werden, woher der Patient von dem Angebot in der jeweiligen logopädischen Praxis weiß. Weitere Fragen zielen darauf ab zu ermitteln, wie der Patient sich ggf. selbst informiert hat und die jeweilige Praxis ausfindig machen konnte. Die abschließende Frage „*Haben Sie sofort einen Therapieplatz erhalten oder mussten Sie warten?*“ soll feststellen, ob es eine Warteliste gibt bzw. wie gefragt das Angebot hochfrequenter ambulanter Therapie ist. Falls eine Wartezeit vorlag, ist in diesem Zusammenhang interessant zu erfahren, wie lang der jeweilige Patient auf seinen ersten Termin warten musste.

Themenkomplex 4: ‚Finanzierung/Verordnung‘

Das Themengebiet ‚Finanzierung/Verordnung‘ wird zu Beginn mit der Erklärung eingeleitet, dass die Schwierigkeit Verordnungen für hochfrequente Therapie von den Ärzten zu erhalten, sowohl in der Literatur als auch seitens von Patienten häufig thematisiert wird.

Das Ziel dieses Abschnitts ist es zu erkunden, wer die hochfrequente logopädische Therapie des Patienten finanziert (GKV vs. PKV) und welche Erfahrungen die Patienten mit den jeweils behandelnden Ärzten hinsichtlich ihrer VO gemacht haben. Dabei liegt der Fokus bspw. auf den Schwierigkeiten, aber auch auf der Aufgabe und der Rolle der behandelnden Logopäden, die diese hinsichtlich dieser Thematik einnimmt. Eine Leitfrage dieses Themenkomplexes bezieht sich auf die Erfahrungen mit den Krankenkassen (GKV vs. PKV), die die Kosten für die Verordnungen übernehmen. Auch hier liegt das Ziel darin, die Erfahrungen wie bspw. Schwierigkeiten mit den Krankenkassen zu erfassen.

⁷ X : bezeichnet hier die individuelle Therapiefrequenz des Patienten

Themenkomplex 5: ‚Alltagsaufgaben‘

Der Abschnitt ‚Alltagsaufgaben‘ befasst sich mit den Aspekten, die der Patient im Zusammenhang mit der hochfrequenten ambulanten Therapie in seinem Alltag bewältigen muss. Die erste Leitfrage lautet: *„Wie schaffen Sie es, die vielen Therapiestunden in Ihren Alltag unterzubringen?“*. Diese Frage bezieht sich auf die Anfahrt, den Aufenthalt in der Praxis, die Hausaufgaben bzw. das selbstständige Eigentraining zu Hause sowie die Vereinbarung der logopädischen Therapie mit dem Alltag der Patienten (bspw. Hobbies, ggf. Beruf und weitere Verpflichtungen). Weitere Leitfragen zielen auf Informationen hinsichtlich der Unterstützung von Angehörigen oder Bekannten ab. Dies soll ermitteln, in welchen Aspekten die Patienten Hilfe brauchen und inwieweit die Angehörigen für die erfolgreiche Realisierung hochfrequenter ambulanter Therapie eine Unterstützung darstellen bzw. notwendig sind.

Themenkomplex 6: ‚Schluss‘

Der letzte Abschnitt wurde entwickelt, um die Probanden noch einmal auf den gesamten Prozess der hochfrequenten ambulanten Therapie zurückblicken zu lassen. So geht die erste Leitfrage auf die Herausforderungen der hochfrequenten logopädischen Therapie für den Patienten ein. Hiermit soll explizit auf eine der drei Unterfragen der zugrundeliegenden Forschungsfrage eingegangen und herausgefunden werden, was die Patienten zur erfolgreichen Realisierung hochfrequenter ambulanter Therapie beitragen müssen und welche Herausforderungen überwunden werden müssen. Überdies wird in diesem Abschnitt nach Verbesserungs- bzw. Änderungswünschen des Patienten in Bezug auf den organisatorischen Prozess der hochfrequenten ambulanten Therapie gefragt.

Die letzte Leitfrage *„Was würden Sie anderen Patienten empfehlen, die intensive logopädische Therapie (mehr als ein bis zwei logopädische Behandlungen in der Woche) haben möchten?“* beabsichtigt, die Probanden ihre Erfahrungen hinsichtlich hochfrequenter ambulanter Therapie abschließend noch einmal zusammenfassen zu lassen und für sie noch offen gebliebene und relevante Informationen einbringen zu können.

Zu jedem Interview wurde im Anschluss an die Durchführung ein Interviewbericht angefertigt. Gläser und Laudel (2010:192) weisen darauf hin, dass Interviews von der jeweiligen Gesprächsatmosphäre und –situation beeinflusst werden. Aus diesem Grund müssen diese Faktoren bei der Datenaufbereitung und -auswertung berücksichtigt werden (vgl. ebd.). Folglich ist eine Dokumentation der Interviewatmosphäre und –situation für die Datenerhebung essenziell (vgl. ebd.). Der im Rahmen dieser Bachelorarbeit erstellte Interviewbericht kann im Anhang eingesehen werden (siehe Anhang, S. 112). Er enthält Angaben wie bspw. Code-Nr., Datum und Dauer des Interviews sowie räumliche und zeitli-

che Besonderheiten des Interviews. Außerdem wurden hier Anmerkungen zum Grad der Bereitschaft des Interviewpartners zur Teilnahme an dem Interview, zur Erzählbereitschaft sowie zum Gesprächsverlauf vermerkt. Zudem wurde eine Checkliste beigefügt, um zu erfassen, ob das Informationsschreiben ausgehändigt und die Einverständniserklärung unterschrieben wurde.

3.6 Qualitative Datenaufbereitung

Die Interviews wurden nach mündlicher und schriftlicher Einwilligung der Probanden mit Hilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet.

Um einer, durch Abhören und Zusammenfassen entstehenden, unkontrollierten Reduktion der Interviewdaten vorzubeugen, soll die Datenaufbereitung in Form einer vollständigen Transkription der einzelnen aufgenommenen Interviews erfolgen (vgl. Gläser u. Laudel 2010:193). Die verbalen Sprachäußerungen werden dabei in die Schriftsprache übertragen, sodass anschließend eine angemessene Datenauswertung erfolgen kann (vgl. Fuß u. Karbach 2014:15). Derzeit liegen keine allgemein anerkannten Transkriptionsregeln vor. Die Art und Genauigkeit der Transkription hängt immer vom Forschungsziel ab und variiert daher (vgl. Gläser u. Laudel 2010:193).

Innerhalb dieses Forschungsprojekts stellt der Inhalt die Priorität der geführten Interviews dar. Aus diesem Grund wurde für die Aufbereitung der Interviews eine einfache Transkription gewählt, da diese eine leichte Lesbarkeit und einen schnellen Zugriff auf die Gesprächsinhalte bietet (vgl. Dresing u. Pehl 2012:22f).

Die Interviews wurden in diesem Zusammenhang wortgetreu verschriftlicht. Es fand jedoch eine Sprachglättung statt. Dies bedeutet, dass Dialekte ins Hochdeutsche übertragen, Wortverschleifungen an die Schriftsprache angepasst und Wort- und Satzabbrüche ausgelassen wurden. Füllwörter wie „also“ und Verständnissignale wie bspw. „mh“, „aha“ wurden in der Transkription ausgelassen, da diese für den Inhalt der Gespräche keine Bedeutung darstellten. Umgangssprache, fehlerhafte Ausdrücke und Satzkonstruktionen wurden jedoch übernommen. Auf diese Weise konnten alle essenziellen Informationen hinsichtlich der zugrundeliegenden Forschungsfrage erfasst werden. Zudem wurden einige klanglautliche Merkmale wie z. B. hervorgehobene Betonungen, auffällige Pausen und nonverbale Merkmale zu denen Lachen oder Seufzen zählen im Gespräch transkribiert, wenn sie für das Gesprochene relevant erschienen. Mit Zielfokussierung auf den Inhalt der Interviews wurden folgende Transkriptionsregeln für Interviews nach Fuß und Karbach (2014:61) für das zugrundeliegende Forschungsprojekt gewählt:

Tabelle 2: Transkriptionsregeln (vgl. Fuß u. Karbach 2014:61); eigene modifizierte Darstellung

Zeichen/Abkürzung	Bedeutung
I	Interviewerin
B1, B2, B3, usw.	Befragter/Interviewpartner
[Monat], [Ort], [Name]	Anonymisierte Angaben
<u>Unterstreichen</u>	Besonders betonte Wörter
(...)	Pause
(Art der nonverbalen Äußerung: seufzt, lacht, ...)	Nonverbale Äußerungen, nichtsprachliche Handlungen
(...?), (...??)	unverständliches Wort, mehrere unverständliche Wörter

Aufgrund der hochgradigen Beeinträchtigung der Sprachproduktion und dem damit einhergehenden Gebrauch nonverbaler bzw. alternativer Kommunikationsstrategien wurden die nonverbalen Äußerungen bei den Transkriptionen der Patienteninterviews, wie von Hansen (2009:409) beschrieben, durch nichtsprachliche Handlungen ergänzt, um trotzdem alle essenziellen Informationen erfassen zu können.

Gläser und Laudel (2010:194) sprechen sich für die Verwendung von eindeutigen Codes für die Dateinamen aus. Sowohl das transkribierte Interview als auch der Dateiname wurden daher während der Datenaufbereitung anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf die Probanden möglich sind. Innerhalb dieses Bachelorprojekts wurden für die Interviews mit den beiden Praxisinhabern die Codes „PIA“ und „PIB“ verwendet. „PI“ steht dabei für den Praxisinhaber und „A“ und „B“ stellen eine Art der Nummerierung dar. Für die Interviews mit den Patienten wurden die Codes „P1“ und „P2“ genutzt. Das „P“ steht für den Patienten, während die Ziffern für die Nummerierung der Fälle stehen.

Die vollständigen Transkriptionen wurden nach Fertigstellung mit der Tonaufnahme verglichen, auf Fehler überprüft und anschließend korrigiert. Beispielhafte Interviewauschnitte sind im Anhang einzusehen (siehe Anhang, S. 113).

3.7 Qualitative Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte mit Hilfe einer an das Forschungsvorhaben angepassten inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016:97ff). Der Zweck der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse besteht darin, an den erhobenen Daten „ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material im Hinblick auf solche Aspekte systematisch zu beschreiben“ (Schreier 2014:5). Dafür verwendete die Untersucherin ein mehrstufiges Kategorienbildungsverfahren mit einer Kombination aus einer deduktiven und induktiven Kategorienbildung nach Kuckartz (2016:97). Das erhobene Material wurde jeweils gründlich gelesen und sequen-

ziell durchgearbeitet. Wichtige Textstellen wurden markiert und mit Notizen zu Besonderheiten und Auswertungsideen versehen. Die thematischen Hauptkategorien (HK) wurden zunächst deduktiv aus der Forschungsfrage und dem Interview-Leitfaden abgeleitet. Anschließend wurde anhand der intensiven Auseinandersetzung mit den Daten das Material mit den HK kodiert. Dabei wurden bereits bestehende HK induktiv modifiziert und weitere HK aus dem Material entwickelt. Anschließend wurden die entwickelten HK mit Hilfe der paraphrasierenden Zusammenfassung nach Mayring (2015:69ff) induktiv anhand der Interviewdaten durch Subkategorien (SK) präzisiert (vgl. ebd.:100). Eine Ausnahme stellten die Fakteninformationen in Form der HK „Rahmenbedingungen“ zu den jeweiligen Praxen und ihrem Angebot der hochfrequenten ambulanten Therapie dar. Diese wurden zusammenfassend aus dem Material herausgefiltert.

Da innerhalb dieses Forschungsprojekts zwei logopädische Praxen mit unterschiedlichen Konzepten und Vorgehensweisen gegenübergestellt werden sollen, wurde das oben beschriebene Vorgehen zunächst für beide Interviews mit den Praxisinhabern separat durchgeführt. Anschließend wurde für beide Praxen ein separates Kategoriensystem entwickelt, um einen Überblick über die einzelnen Kategorien zu erhalten. Im Anschluss daran wurden die Patienteninterviews ebenfalls einzeln nach Kuckartz (2016:100) analysiert. Aufgrund der schweren Beeinträchtigung der Sprachproduktion beider Patienten waren die aus den Interviews erlangten Informationen jedoch deutlich weniger umfassend als die der Praxisinhaber. Dadurch erschien es sinnvoll auf ein separates Kategoriensystem für die Patienteninterviews zu verzichten und die angedachten Haupt- und Subkategorien für die Patienten stattdessen in das Kategoriensystem der Praxis, in der die Patienten behandelt werden, einzufügen. Die Kategoriensysteme beider Praxen können im Anhang eingesehen werden (siehe Anhang, S. 114 u. 127).

Ein Kategoriensystem enthält somit die Interviewdaten eines Praxisinhabers, während das andere Kategoriensystem die Daten der Interviews mit dem anderen Praxisinhaber und den Patienten enthält. Wie von Kuckartz (2016:67) beschrieben, wurde für jede HK und SK eine Bezeichnung und eine inhaltliche Beschreibung bzw. Definition erstellt und mit prägnanten Beispielzitate aus den Interviews veranschaulicht, um die Kategorien voneinander abgrenzen zu können. Schlussendlich wurde das vollständige Material den jeweils ausdifferenzierten Kategorien zugeordnet. Die Kategoriensysteme wurden gemeinsam mit Frau Prof. Dr. Hansen besprochen, überprüft und anschließend überarbeitet und optimiert. Klassischerweise wäre innerhalb der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse im Anschluss daran die Erstellung eines gemeinsamen Kategoriensystems notwendig (vgl. ebd.:97f). Da innerhalb dieses Forschungsprojekts jedoch zwei Alternativen zur Realisierung hochfrequenter ambulanter Therapie erfasst und gegenübergestellt werden, wurden die beiden Kategoriensysteme an dieser Stelle zunächst verglichen und in

Bezug auf die Fragestellung, ob die Entwicklung eines gemeinsamen Kategoriensystems sinnvoll erscheint, gegenübergestellt.

Aufgrund der Ansicht der Autorin, dass ein gemeinsames Kategoriensystem beider Praxen mit einer einheitlichen Kodierung für das Vorhaben dieses Forschungsprojekts im Verhältnis zum Arbeitsaufwand keinen entscheidend größeren Informationswert hat, wurde auf die Entwicklung eines gemeinsamen Kategoriensystems verzichtet. Um die Ergebnisdarstellung dieser Arbeit möglichst strukturiert, differenziert, eindeutig und informativ darzustellen sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Form eines Vergleichs und Kontrastes hinsichtlich der Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter ambulanter Therapie zwischen beiden logopädischen Praxen aufzuweisen, wurden die Kategoriensysteme beider Praxen verwendet.

3.8 Ethische Aspekte

Im Rahmen dieses Bachelorprojekts mussten einige forschungsethische Aspekte, denen im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsprojekte eine besondere Bedeutung zukommt, berücksichtigt werden. Es gilt das „Prinzip der informierten Einwilligung“ (Hopf 2015:591). Alle an den Interviews teilnehmenden Personen wurden vorab in Form eines ausführlichen Informationsschreibens über Forschungsziele und -vorgehen sowie den Grundsatz der Freiwilligkeit der Teilnahme informiert. Überdies wurden die Probanden unmittelbar vor der Interviewdurchführung mündlich erneut über das Forschungsziel, die Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung sowie den Datenschutz und die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert. Da die Teilnahme an dem Forschungsprojekt freiwillig war, wurden die Teilnehmer ebenfalls daraufhin gewiesen, dass sie ihre Entscheidung der Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne persönlichen Nachteil revidieren dürfen und ggf. bereits erhobenes Material vernichtet wird. Zudem wurden die Teilnehmer darüber aufgeklärt, dass sie die Ergebnisse des wissenschaftlichen Projekts jederzeit auf Wunsch erhalten können.

Anschließend wurde zur Absicherung und zur Bestätigung des Verständnisses der erhaltenen Informationen von den Betroffenen eine schriftliche Einverständniserklärung für die Teilnahme an den Interviews eingeholt. Die verwendeten Informationsschreiben und die dazugehörige Einwilligungserklärung können im Anhang dieser Arbeit gesichtet werden (siehe Anhang, S. 99 bis 107).

Des Weiteren gilt das „Prinzip der Nicht-Schädigung“ (Hopf 2015:594). Die erhobenen Daten unterliegen dem Datenschutz. Personenbezogene Angaben und Daten sowie die für das Projekt notwendigen Tonbandaufnahmen wurden während des gesamten Projektes vertraulich behandelt und anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf die befragten

Personen möglich sind. Daten wie bspw. Tonbandaufnahmen, Transkripte und Auswertungen sollen Flick (2016:66) zufolge verschlossen und gesichert aufbewahrt werden, um den Zugriff nicht befugter Personen zu vermeiden. Auch diese Maßnahmen der Sicherung wurden während der Untersuchung befolgt. Nach Abschluss des Forschungsprojekts wurden alle Daten gelöscht.

Die Patienten wurden in einem Einzelgespräch nach ihren Erfahrungen hinsichtlich der Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter ambulanter logopädischer Therapie befragt. Dabei mussten sie keine körperlichen Anstrengungen verrichten. Während der Durchführung der Interviews entwickelte sich eine Belastungssituation bei einem der Patienten durch Schwierigkeiten im Wortabruf. Das behandelte Thema wurde in dieser Situation abgebrochen. Durch einen Wechsel des Themenkomplexes aus dem Leitfaden konnte das Interview fortgeführt werden.

Zur Überprüfung der ethischen Grundlagen dieser Arbeit wurde das dargestellte Projekt vor Beginn zunächst im Rahmen eines ethischen Screening-Verfahrens der Hochschule Osnabrück untersucht und genehmigt.

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der erfolgten Datenauswertung mit Hilfe der erstellten Kategoriensysteme in Bezug auf folgende zugrundeliegende Forschungsfrage vorgestellt: **„Wie wird hochfrequente Therapie bei Patienten mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen in der ambulanten logopädischen Praxis unter den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems organisiert, strukturiert und finanziert?“**.

Um die Struktur der Ergebnisse möglichst übersichtlich zu gestalten, werden diese nach den in Kapitel 1.2 aufgeführten Forschungs- bzw. Unterfragen gegliedert und dargestellt. Innerhalb der forschungsfragenorientierten Kapitel sind die jeweiligen Hauptkategorien einzeln behandelt. Zudem wird der Fokus – bedingt durch den begrenzten Rahmen dieser Arbeit – auf die Aspekte gelegt, die für die Beantwortung der Fragestellungen relevant erscheinen. Deshalb werden nicht alle Subkategorien aus den Kategoriensystemen ausführlich beschrieben. Zur detaillierten Veranschaulichung sind jedoch beide Kategoriensysteme im Anhang einzusehen (siehe Anhang, S. 114 bis 140). Einige ausgewählte Ergebnisse werden mit Zitaten belegt. Für den besseren Überblick sind diese kursiv dargestellt.

In jedem Abschnitt werden zunächst die Ergebnisse für Praxis A⁸ (mit Hilfe des Kategoriensystems für den Praxisinhaber) und anschließend die Ergebnisse für Praxis B (mit Hilfe des Kategoriensystems für den Praxisinhaber und die Patienten) erläutert. Schließlich werden die wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen beiden Fällen hervorgehoben. Eine Ausnahme stellen die drei Kategorien zu den Erfahrungen mit den Ärzten dar (HK 11-13). Bei diesen werden die Ergebnisse gemeinsam dargestellt.

Für das Forschungsprojekt wurden zwei Praxisinhaber, die in ihrer Praxis hochfrequente ambulante Therapie anbieten, zu deren Organisation, Struktur und Umsetzung befragt. In der ersten Hälfte des Interviews mit Praxisinhaber B wurde auch dessen Team in Form eines Gruppeninterviews mit einbezogen. Die beiden logopädischen Praxen unterscheiden sich in Bezug auf ihr Konzept und ihr Angebot hochfrequenter Therapie und werden im folgenden Kapitel 4.1 genauer betrachtet.

Des Weiteren wurden insgesamt zwei Patienten, die hochfrequente ambulante Therapie erhalten, im Rahmen eines Interviews befragt (vgl. P1, P2). Es handelt sich um Frauen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten einen Schlaganfall mit diversen Folgen erlitten. Seitdem weisen beide eine schwergradige unflüssige Aphasie mit einer begleitenden Sprechapraxie auf. Das Sprachverständnis ist weitestgehend intakt. Aufgrund der schweren Beeinträchtigung der Sprachproduktion nutzten die Befragten innerhalb der Interviews nonverbale Äußerungen und Handlungen, um die gestellten Fragen bestmöglich beantworten zu können. Dennoch erschwerte dieser Umstand die Datenaufbereitung und –auswertung. Neben der mehrmals in der Woche stattfindenden logopädischen Therapie, finden in beiden Fällen auch ergotherapeutische und/oder physiotherapeutische Behandlungen statt. Der eine Patient ist gesetzlich versichert und erhält seit drei Jahren eine regelmäßige Therapiefrequenz von fünf Einzeltherapien und zwei Gruppentherapien in der Woche. Der zweite Patient ist hingegen privat versichert und wurde circa fünf Jahre mit einer Therapiefrequenz von drei Einzeltherapien in der Woche und einer Gruppentherapie alle zwei Wochen behandelt. Nun wurde eine intensive Therapie von fünf logopädischen Einzelbehandlungen in der Woche bewilligt. Relevante Daten der Patienten-Probanden lassen sich Tabelle 3 entnehmen.

⁸ Aus Gründen des einfacheren Verständnisses und der leichteren Lesbarkeit werden die beiden an diesem Forschungsprojekt teilnehmenden Praxen im Folgenden als Praxis A und Praxis B bezeichnet. Auch die Praxisinhaber werden dementsprechend mit A und B gekennzeichnet.

Tabelle 3: Übersicht der relevanten personenbezogenen Daten der Patienten-Probanden; eigene Darstellung

	Alter bei Befragung	Zeitpunkt des Schlaganfalls	Art der Sprach- bzw. Sprechstörung	Krankenkasse	Therapiefrequenz	Länge der Therapieeinheiten	Therapien	Angehörige
P1	30 Jahre	2014	Unflüssige Aphasie mit Sprechapraxie	GKV	5 x Einzeltherapie; 2 x Gruppentherapie/ Woche	60 Min. Einzeltherapie; 90 Minuten Gruppentherapie	Ergo, Logo, Physio	Ja
P2	54 Jahre	2012	Unflüssige Aphasie und Sprechapraxie	PKV	3 x Einzeltherapie/ Woche, derzeit Intervall mit 5x/ Woche; 1x Gruppentherapie/ 2 Wochen	60 Min.	Logo, Physio	Ja

4.1 Umsetzung hochfrequenter Therapie im Praxisalltag

4.1.1 Rahmenbedingungen des hochfrequenten ambulanten Therapieangebots (HK 1)

In Hinblick auf die erste Hauptkategorie (HK1) beider Kategoriensysteme werden zunächst die individuellen Rahmenbedingungen des hochfrequenten ambulanten Therapieangebots beider Praxen vorgestellt (vgl. PIA, PIB).

Bei Praxis A handelt es sich um eine ländlich gelegene Praxis mit dem Schwerpunkt der Behandlung erwachsener Patienten mit allen gängigen neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen. Die hochfrequenten Therapien werden hier ausschließlich im Rahmen von zwei bis vier Wochen andauernden Therapie-Intervallen und erst ab einem Zeitpunkt von sechs Monaten nach dem Ereignis durchgeführt. Ebenso wie der Zeitraum der Therapie-Intervalle ist auch die Therapiefrequenz individuell an den Patienten angepasst. Diese beruht auf ein bis vier Stunden am Tag. Die Einzeltherapien umfassen eine Zeitstunde, während die Gruppentherapien überwiegend 45 Minuten und in Ausnahmefällen auch 90 Minuten umfassen. Die Therapie-Intervalle werden von dem Praxisinhaber, einem Mitarbeiter und einer Honorarkraft durchgeführt. Während der logopädischen Therapie-Intervalle wird den Patienten dazu geraten, keine weiteren therapeutischen Anwendungen wahrzunehmen. Es werden Patienten aus ganz Deutschland behandelt. Das Konzept der Praxis sieht vor, den Rahmen der logopädischen Behandlung urlaubsähnlich zu gestalten. So übernachteten die Patienten, die eine weitere Anreise haben, bspw. in ei-

ner selbst gewählten Unterkunft (vgl. PIA, Z.1-712). Dies grenzt die ambulante Behandlung von einer stationären Behandlung in bspw. einer Reha-Klinik ab.

Praxis B liegt in einer Großstadt innerhalb Deutschlands. Ihre Schwerpunktsetzung liegt im Bereich der Neurologie. Es werden jedoch auch andere Störungsbilder aus dem Bereich Stimme und Kindersprache behandelt. Das Angebot hochfrequenter Therapie bezieht sich schwerpunktmäßig auf die Aphasietherapie mit einer kognitiv-sprachsystematischen Ausrichtung. Sie wird entweder durchgehend durchgeführt oder als Intervall in die niedrigfrequente Therapie eingebettet. Die Dauer sowie die Therapiefrequenz sind individuell an den Patienten angepasst und daher unterschiedlich. Die Mindestdosis stellt dabei in der Postakutphase eine Therapiefrequenz von drei Einheiten pro Woche dar. Die Einzeltherapien dauern 60 Minuten, während die Gruppentherapien 90 Minuten andauern. Dadurch, dass die hochfrequente Therapie in den herkömmlichen Praxisalltag integriert ist, wechselt die Anzahl hochfrequent behandelter Patienten. Neben der logopädischen Therapie sind zudem auch ergotherapeutische und physiotherapeutische Anwendungen möglich. Die Patienten kommen aus dem näheren Umkreis der Praxis (vgl. PIB, Z.1-880). In Tabelle 3 ist eine Gegenüberstellung beider Praxen dargestellt.

Tabelle 4: Übersicht der Rahmenbedingungen beider logopädischen Praxen und ihrem Angebot hochfrequenter Therapie in Anlehnung an HK1; eigene Darstellung

Subkategorien	Praxis A	Praxis B
Standort	Ländlich gelegen	Großstadt
Personelle Gegebenheiten	Zusätzlich zum Praxisinhaber ein Mitarbeiter und eine Honorarkraft	Zusätzlich zum Praxisinhaber ein Mitarbeiter in Vollzeit, drei Mitarbeiter in Teilzeit
Fachliche Ausrichtung	Ausschließlich neurologische Störungsbilder bei Erwachsenen	Neurologische Störungsbilder als Schwerpunkt neben anderen gängigen Störungsbildern
Art des Angebots hochfrequenter Therapie	Hochfrequente Therapie im Intervall; ausschließlich Logopädie	Hochfrequente Therapie durchgehend oder eingebettet in niedrigfrequente Therapie; Logopädie neben Ergotherapie und Physiotherapie möglich
Zeitraum und Frequenz der Therapie	Intervalle von 2 bis 4 Wochen; Individuelle Therapiefrequenz von 1 bis 4 Stunden am Tag	Unterschiedliche, individuell angepasste Therapiefrequenz
Zeitumfang der Therapieeinheiten	Einzeltherapie: 60 Minuten Gruppentherapie: 45 oder 90 Minuten	Einzeltherapie: 60 Minuten Gruppentherapie: 90 Minuten
Patientenzahl pro Zeiteinheit	2016: 66 Intervalle; 2017: 80 Intervalle	Wechselnde Anzahl neurologischer Patienten
Einzugsgebiet der Patienten	Deutschlandweit	Großstadt und Umkreis von bis zu 40 km

Eine Gemeinsamkeit zeigt sich hier vor allem in der individuellen Anpassung der Therapiefrequenz an den Patienten sowie in dem Zeitumfang der Einzeltherapien von 60 Minuten. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Praxen liegen im Konzept der jeweiligen

Praxis, bei der Art des Angebots hochfrequenter Therapie, bei der fachlichen Ausrichtung sowie beim Einzugsgebiet der Patienten (siehe Tabelle 2).

4.1.2 Information potenzieller Patienten (HK 2)

In der jeweils zweiten Hauptkategorie beider Kategoriensysteme „Information potenzieller Patienten“ sind alle Aussagen eingeschlossen, die daraufhin weisen, wie die jeweiligen Patienten auf das Angebot hochfrequenter Therapie aufmerksam gemacht werden bzw. was die jeweilige Praxis dafür unternimmt.

Tabelle 5: Hauptkategorie 2 „Information potenzieller Patienten“; eigene Darstellung

Information potenzieller Patienten						
SK	2a	2b	2c	2d	2e	2f
Praxis A	Empfehlungen von Kliniken und Therapeuten	Empfehlungen von anderen Teilnehmern	Internet	Messen und Vorträge	Postwurfsendung	Keine dauerhaften Kooperationen
Praxis B	Empfehlungen von Kliniken und Therapeuten					

Die Patienten von Praxis A erfahren über Empfehlungen (SK 2a und SK 2b), über das öffentliche Internet (SK 2c) oder auch durch Vorträge und Messestände auf verschiedenen Veranstaltungen (SK 2d) von dem Angebot der Praxis. Spezielle, dauerhaft bestehende Kooperationen, über die Patienten an die Praxis vermittelt werden können, liegen nicht vor (SK 2f). Praxisinhaber A begründet dies mit dem deutschlandweiten Einzugsgebiet der von seiner Praxis behandelten Patienten. Jedoch berichtet er von einem Neurologen, der an einer Zusammenarbeit mit der Praxis interessiert ist (vgl. PIA, Z.118-121). Eine zukünftig entstehende Kooperation wird nicht ausgeschlossen (vgl. PIA, Z.121).

Beide befragten Patienten von Praxis B geben an, durch die jeweils besuchte Reha-Klinik über das Angebot hochfrequenter Therapie der Praxis B informiert worden zu sein (SK 2a; vgl. P1, Z.94; P2, Z.88). Konkrete Informationen darüber, wie die Patienten auf das Angebot hochfrequenter Therapie der Praxis B aufmerksam gemacht werden, fehlen an dieser Stelle.

Insgesamt zeigt sich, dass in beiden Praxen Empfehlungen durch andere Patienten sowie durch Reha-Kliniken und anderen Therapeuten beim Patientenzugang von Bedeutung sind. In Praxis A nimmt zudem gezielte Werbung einen hohen Stellenwert ein. Ein detaillierter Vergleich ist aufgrund unvollständiger Informationen hinsichtlich des Patientenzugangs in Praxis B nicht möglich.

4.1.3 Eingangsdiagnostik und inhaltlich relevante Faktoren (HK 3)

Die HK 3 aus dem Kategoriensystem der Praxis A enthält relevante Informationen zur Eingangsdiagnostik, die in dieser Praxis ein wichtiges Element der Organisation und Struktur hochfrequenter Therapie darstellt. Demgegenüber enthält die HK 3 „Inhaltliche Faktoren“ aus dem Kategoriensystem der Praxis B essenzielle Informationen zum Inhalt hochfrequenter Therapie, die für das therapeutische Konzept der Praxis relevant sind.

Tabelle 6: Hauptkategorie 3 „Eingangsdiagnostik“ des Kategoriensystems der Praxis A; eigene Darstellung

Eingangsdiagnostik					
SK	3a	3b	3c	3d	3e
Praxis A	Zeitpunkt	Dauer	Bestimmung des Therapiebedarfs	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien

In Praxis A stellt eine ausführliche Eingangsdiagnostik, die aufgrund der begrenzten Zeit innerhalb des Therapieintervalls Wochen oder Monate vor dem jeweiligen Intervall stattfindet (SK 3a), eine Basis für die Organisation der hochfrequenten Therapie dar (vgl. PIA, Z.14-15). Diese dauert drei bis fünf Stunden, bei Patienten mit einer Aphasie meist vier (SK 3a; vgl. PIA, Z.20-23). Der Praxisinhaber berichtet, dass in der Eingangsdiagnostik die sprachlichen Fähigkeiten, die Belastbarkeit, die Konzentrationsfähigkeit, die Gruppenfähigkeit sowie Wünsche des Patienten erfasst werden. Darauf aufbauend werden der individuelle Therapiebedarf, die jeweiligen Therapieziele und Behandlungsschwerpunkte sowie eine angemessene Therapiefrequenz ermittelt (SK 3c; vgl. PIA, Z.16-23).

Als Voraussetzung für die hochfrequente ambulante Therapie muss in der Eingangsdiagnostik eine deutlich erkennbare Eigenmotivation des Patienten vorliegen (vgl. PIA, Z.187-188). Der Schweregrad der Beeinträchtigung ist für den Erhalt hochfrequenter Therapie irrelevant (vgl. PIA, Z.198-199).

Tabelle 7: Hauptkategorie 3 „Inhaltliche Faktoren“ des Kategoriensystems der Praxis B; eigene Darstellung

Inhaltliche Faktoren				
SK	3a	3b	3c	3d
Praxis B	Alltagsbegleitung und partizipationsorientierte Therapie	Entwicklung von Therapiezielen im Prozess	Nicht ausschließlich Ziel der Leistungssteigerung	Kognitiv-sprachsystematische Arbeit

Inhaltliche Faktoren sind auch für das Konzept von Praxis B relevant. Hinsichtlich der Therapiefrequenz gibt es wechselhafte Angebote und Variationen, die darauf zurückzuführen sind, dass die Therapieziele nicht nur auf der Leistungssteigerung beruhen (SK 3c; PIB, Z.22-24). Der Praxisinhaber hebt zudem die Relevanz der Umfeld- und Systemarbeit sowie Alltagsbegleitung innerhalb des Therapieprozesses hervor (SK 3a; vgl. PIB, Z. 64-

66; 81-84). Anhand der Rückmeldungen der Patienten aus ihrem Alltag werden partizipationsorientierte Ziele entwickelt und im Prozess überprüft und aktualisiert (SK 3b; PIB, Z.85-94): „(...) *es geht nicht nur um Funktion und Aktivität, uns geht es ganz wichtig, ganz ganz zentral darum, einerseits natürlich die sprachliche Wirksamkeit zu verbessern, aber dann auch immer wieder zu gucken: Wie geht es dem Menschen denn sonst mit seiner Sprachstörung?*“ (PIB, Z.95-97).

Bei beiden Praxen ist die Festlegung der Therapiefrequenz des jeweiligen Patienten eng mit dem Inhalt sowie mit den Faktoren, die der Patient mitbringt, verknüpft. Das Vorgehen der Praxis B orientiert sich dabei sehr an der Internationalen Klassifizierung der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (World Health Organization (WHO) 2001). Eine wesentliche Unterscheidung liegt in der Festlegung der Therapieziele. Praxis B passt die Therapieziele im Prozess regelmäßig an die Bedürfnisse des Patienten an, während Praxis A die Therapieziele anhand der Ergebnisse der Eingangsdagnostik festlegt und während des Therapie-Intervalls von zwei bis vier Wochen beibehält.

4.1.4 Therapieplanung (HK 4) und Organisation der Therapeutenzuständigkeit (HK 5)

Diese beiden Kategorien umfassen Aussagen zur Therapieplanung sowie zur Zuteilung der behandelnden Therapeuten zu den Patienten.

Tabelle 8: Hauptkategorie 4 „Therapieplanung“; eigene Darstellung

Therapieplanung			
SK	4a	4b	4c
Praxis A	Erstellung	Berücksichtigung individueller Gegebenheiten	Wartezeit
Praxis B	Individuelle veränderbare Therapiefrequenz mit Abpassung eines geeigneten Zeitpunkts für eine Intensivphase	Planung im Team	Neuaufnahmen

Die Therapieplanung ist in Praxis A mit einem erheblichen Aufwand verbunden: „*Die Pläne sind ein Riesen-Riesen-Aufwand und dauern wirklich jedes Mal Stunden, weil die einfach passen müssen.*“ (PIA, Z.263-265). Der Praxisinhaber hebt hervor, dass die Erstellung der Pläne nach den einzelnen Therapie-Intervallen ausgerichtet ist und für jedes Intervall von ihm „höchstpersönlich von Hand“ erfolgt (SK 4a; PIA, Z.256-257). Dies begründet er damit, dass kein Therapieplanungsprogramm die individuellen Bedingungen der Patienten berücksichtigt. Diese beinhalten bspw. Aufstehzeiten, Pflegezeiten, die Belastbarkeit, Länge der Mittagspause oder auch tageszeitabhängige Leistungsschwankungen (SK 4b; vgl. PIA, Z.257-263). Diese werden vom Praxisinhaber A in der Eingangsdagnostik erfragt und in seiner Planung berücksichtigt. Als Grund für dieses Vorgehen

nennt er die Steigerung der Effektivität hochfrequenter Therapie bei Berücksichtigung des Tagesrhythmus´ des jeweiligen Patienten (vgl. PIA, Z.265-268). Ein weiterer Aspekt, den der Praxisinhaber im Zusammenhang mit der Therapieplanung erläutert, ist das Vorliegen einer Warteliste mit einer grundsätzlichen Wartezeit von mehreren Monaten. Die Patienten werden nicht chronologisch nach Anmeldedatum, sondern nach der Zusammenstellung der Gruppentherapien behandelt. Deshalb sind die jeweiligen Wartezeiten individuell verschieden (SK 4c, Z.437-442). Aufgrund des hohen organisatorischen Aufwands wird dem Patienten pro Therapie-Intervall eine Pauschale in Rechnung gestellt, die den tatsächlichen Arbeitsaufwand jedoch nicht abdeckt (vgl. PIA, Z. 109-112).

In Praxis B werden Neuaufnahmen nach der Kapazität bzw. nach freien Therapieeinheiten im Therapieplan der Praxis eingeladen (SK 4c). Daher kann unter Umständen eine Warteliste entstehen (vgl. PIB, Z.718-719). Beide der befragten Patienten geben an, dass sie umgehend nach dem Reha-Aufenthalt einen Therapieplatz in der Praxis erhalten haben (vgl. P2, Z.97-102). Jedoch weist einer der beiden daraufhin, dass ein Angehöriger ihn zwei Monate vor Beendigung des Reha-Aufenthalts angemeldet hat, wodurch die logopädische Therapie direkt fortgeführt werden konnte (vgl. P1, Z.111-116). Praxisinhaber B legt dar, dass die Therapieplanung ausgehend von der durchgeführten Diagnostik der Patienten im Team erfolgt (SK 4a; vgl. PIB, Z.708-710). Auf diese Weise kann die Therapiefrequenz des Patienten in gemeinsamer Absprache festgelegt und – wenn dies sinnvoll erscheint – an die Gegebenheiten des Patienten angepasst und verändert werden. So wird auch ein geeigneter Zeitpunkt für eine Intensivphase bestimmt (SK 4a). Laut des Praxisinhabers B ist dies aufgrund einer weiten Spanne der Therapiefrequenz auf den Verordnungen möglich: *„Wir lassen uns oft zwei bis fünf Mal die Woche verordnen. (...) Das erkläre ich den Ärzten auch und dann kann ich das variabel machen bei den wechselnden Bedingungen.“* (PIB, Z.308-310). Diese Aspekte werden folglich in der wöchentlichen Therapieplanung unter Berücksichtigung der Patienten mit herkömmlichen Behandlungen mit ein bis zwei Stunden in der Woche berücksichtigt (vgl. PIB, Z.715-719). Zudem ist zu erwähnen, dass die Gruppentherapien einen festgelegten regelmäßigen Termin in der Woche haben (vgl. PIB, Z.125, 181; P1, Z.20). Auch einer der beiden Patienten weist daraufhin, dass er gleichbleibend, regelmäßig stattfindende logopädische Termine in der Woche hat (vgl. P1, Z. 12-17).

Tabelle 9: Hauptkategorie 5 „Organisation der Therapeutenzuständigkeit“; eigene Darstellung

Organisation der Therapeutenzuständigkeit				
SK	5a	5b	5c	5d
Praxis A	Therapeutenkonstanz	Zuteilung nach Behandlungsschwerpunkten	Aufteilung von Therapieschwerpunkten	
Praxis B	Mehrere Therapeuten pro Patient	Anzahl der Therapeuten pro Gruppentherapie	Zuteilung nach Kapazität	Berufserfahrung bei Patienten mit einer Aphasie

Ein weiterer Blickpunkt hinsichtlich der Therapieplanung stellt die Therapeutenzuständigkeit dar. Praxisinhaber A befürwortet eine hohe Therapeutenkonstanz (SK 5a), sodass nur ein bis zwei Therapeuten einen Patienten behandeln. Er erklärt dies mit der Notwendigkeit permanenter inhaltlicher Absprachen bedingt durch die hohe Anzahl täglicher Therapien, welche bei drei zuständigen Therapeuten erschwert würde (vgl. PIA, Z.273-279). Seiner Ansicht nach agieren folglich beide behandelnden Therapeuten als Ansprechpartner für persönliche Anliegen oder das Thema der Krankheitsverarbeitung (vgl. PIA, Z.334-335). Auf diese Weise sind Urlaubs- und Krankheitsvertretungen geregelt, indem der jeweils andere Therapeut den Patienten übernimmt (vgl. PIA, Z.305-307). Zudem werden Behandlungsschwerpunkte bzw. Vorlieben der Mitarbeiter berücksichtigt (SK 5b). Pro Einzeltherapie des Patienten am Tag wird ein Therapieschwerpunkt festgelegt: *„Wenn wir zwei Einzeltherapien am Tag haben, dann gibt es auch zwei Therapieschwerpunkte.“* (PIA, Z.344-345). Diese werden zwischen den jeweils behandelnden Therapeuten aufgeteilt (SK 5c).

In Praxis B werden Patienten, die hochfrequente Therapie erhalten, von mehreren (mindestens zwei, überwiegend drei) Therapeuten behandelt (SK 5a). Der Praxisinhaber bewertet dies insofern als Vorteil, als dass sich die verschiedenen Logopäden im Team gegenseitig mit Erfahrungen und Wissen ergänzen, wodurch der Blickwinkel auf den Patienten erweitert und ressourcenorientierte Therapien durchgeführt werden können (vgl. PIB, Z.26-30). Durch die unterschiedlichen Persönlichkeiten der Therapeuten, deren individuelle Art der Gesprächsführung und Hilfestellungen, ermöglicht es zudem den Input des Patienten zu variieren und zu erweitern (vgl. PIB, Z.31-37). Ein weiterer Vorteil stellt die Handhabung bei Urlaubs- und Krankheitsvertretungen dar, weil der Patient die Vertretungen bereits kennt. Auch die Gruppentherapien werden nicht von einem Therapeuten alleine, sondern grundsätzlich von zwei Logopäden durchgeführt (SK 5b). Die Therapeutenzuständigkeit erfolgt dabei nach Kapazität im Terminplan (SK 5c). Jedoch betont der Praxisinhaber, dass Aphasiepatienten nur Mitarbeitern mit ausreichender Berufserfahrung zugeteilt werden (SK 5d). Er argumentiert dies folgendermaßen: *„Weil nach der Ausbildung, nach dem Studium kannst du noch keine anständige Aphasitherapie machen. Das dauert sehr lange.“* (PIB, Z.722-724).

Eine Gemeinsamkeit beider Praxen ist die Behandlung der Patienten durch mehr als einen Therapeuten, wodurch bereits die Urlaubs- und Krankheitsvertretungen geregelt sind. Jedoch liegt hier auch ein deutlicher Unterschied. Während Praxis A zwei zuständige Therapeuten pro Patient als maximale Anzahl ansieht, stellt diese bei Praxis B ein Minimum dar. Auch die Ursachen und Grundideen dahinter sind verschieden. Ein weiterer Unterschied liegt in der Wartezeit der Patienten auf einen Therapieplatz sowie in der Zuteilung der Therapeutenzuständigkeit und der Therapieplanung.

4.1.5 Kommunikation zwischen den behandelnden Therapeuten (HK 6)

Diese Kategorie umfasst Informationen darüber, wie Absprachen zu Patienten und Therapie-Inhalten zwischen den behandelnden Therapeuten gehandhabt werden.

Tabelle 10: Hauptkategorie 6 „Kommunikation zwischen den behandelnden Therapeuten“; eigene Darstellung

Kommunikation zwischen den behandelnden Therapeuten					
SK	6a	6b	6c	6d	6e
Praxis A	Relevanz von Absprachen	Schriftliche Dokumentationen	Fallbesprechungen	Teamsitzungen	Mündliche Absprachen
Praxis B	Fortlaufende Besprechungen der Therapien	Schriftliche Dokumentationen	Supervisionen	Teamsitzungen	

Praxisinhaber A betont die Relevanz von Absprachen und der Kommunikation zwischen den Kollegen (SK 6a) bei der hochfrequenten Therapie im Vergleich zur herkömmlichen Therapie – mit ein bis zwei Behandlungen in der Woche –, bei der mehrere Tage für Absprachen zur Verfügung stehen (vgl. PIA, Z.283-285). Aufgrund der vielen täglichen Besprechungen der Patienten und Therapie-Inhalte zwischen den Behandlungen und des kleinen Teams von drei Personen wird derzeit auf separate Fallbesprechungen und Teamsitzungen verzichtet (SK 6c; SK 6d). Jedoch merkt der Praxisinhaber an, dass eventuell Fallbesprechungen oder Teamsitzungen notwendig werden, sobald das Team wächst (vgl. PIA, Z.316-319).

Auch in Praxis B ist die Kommunikation zwischen den Logopäden in Form von fortlaufenden Besprechungen der Patienten relevant (SK 6a). Praxisinhaber B erläutert, dass die Ergebnisse der Diagnostik, die einzelnen Eindrücke, und die Therapieplanung wöchentlich im Team besprochen werden (vgl. PIB, Z.708-710). Dafür gibt es sowohl eine zweistündige Teamsitzung pro Woche (SK 6d) sowie eine Stunde Supervision (SK 6c). Ein Mitarbeiter der Praxis macht jedoch deutlich, dass auch darüber hinaus Zeit für Fragen und Besprechungen bleibt (vgl. PIB, Z. 52-54). Der Praxisinhaber befürwortet dieses Vorgehen: „Und das ist der große Vorteil, dass der Patient wirklich von dem Wissen von al-

len, die an der Therapie und an der Besprechung teilnehmen – nicht nur von den Therapeuten, die mit ihm arbeiten, die aber natürlich am meisten zu sagen haben, aber auch von den Anderen – profitieren kann.“ (vgl. PIB, Z.712-715).

Sowohl in Praxis A, als auch in Praxis B haben die Kommunikation zwischen den Therapeuten und die Besprechungen der einzelnen Patienten einen besonders hohen Stellenwert. In Praxis B finden diese zum großen Teil in Form von Teamsitzungen und Supervisionen statt, während die Besprechungen in Praxis A täglich, häufig zwischen den einzelnen Behandlungen stattfinden.

4.1.6 Zusammenstellung der Gruppentherapien (HK 7)

HK 7 beinhaltet Informationen zur Zusammenstellung der Gruppentherapien.

Tabelle 11: Hauptkategorie 7 „Zusammenstellung der Gruppentherapien“; eigene Darstellung

Zusammenstellung der Gruppentherapien						
SK	7a	7b	7c	7d	7e	7f
Praxis A	Gruppengröße	Homogene Gruppen	Motivierende Gruppenpartner			
Praxis B	Gruppengröße	Kommunikationsorientierte Gruppen	Gutes Miteinander als Kriterium der Gruppenzusammensetzung	Lang bestehende Gruppen	Wechselnde Gruppenteilnehmer im Prozess	Bildung neuer Gruppen

Praxisinhaber A betont, dass er sich viel Mühe bei der Zusammenstellung der Gruppen innerhalb der einzelnen Therapieintervalle gibt (PIA, Z.386-387). Er weist daraufhin, dass die Gruppen überwiegend aus zwei oder drei Patienten bestehen. Selten werden jedoch auch Gruppen mit vier oder fünf Teilnehmern gebildet (SK 7a; vgl. PIA, Z.47). Des Weiteren schildert er, dass die Gestaltung der Gruppen möglichst homogen in Bezug auf die Schwierigkeiten, Behandlungsschwerpunkte und -inhalte der Patienten erfolgt (SK 7b), jedoch im Einzelfall Ausnahmen vorgenommen werden (vgl. PIA, Z.50-51, 61-62): „Wir haben (...) zum Beispiel auch mal einen mit einer Broca-Aphasie mit einem mit einer Wernicke-Aphasie kombiniert. Der eine musste lernen gut hinzuhören und zu verstehen und der Andere musste lernen Fragen zu stellen.“ (PIA, Z. 52-55).

In Praxis B werden Gruppen mit mindestens drei bis maximal sechs Teilnehmern gebildet (vgl. PIB, Z.122). Die Gruppen sind kommunikationsorientiert aufgebaut (SK 7b). Daher werden in diesen Themen, die die Patienten interessieren, aber auch bspw. Sinnfragen behandelt (vgl. PIB, Z.101-102). Die Gruppenkonzepte können sich dabei durchaus unterscheiden: „Und es gab auch schon unterschiedliche Konzepte. (...) Es gab auch schon Projektgruppen zum Thema berufliche Eingliederung.“ (PIB, Z.124-127). Die Gruppenzusammensetzung orientiert sich dabei danach, wie gut sich die Personen verstehen (SK

7c) und ob sie sich kommunikativ bereichern können (vgl. PIB, Z.144-147). Jedoch stellen auch der Bildungsgrad, die Persönlichkeit und die Art der Sprachstörung relevante Faktoren dar (vgl. PIB, Z.140-141). Zudem wird berichtet, dass Praxis B derzeit zwei Gruppentherapien in der Woche anbietet, die bereits viele Jahre bestehen (SK 7d). Praxisinhaber B hebt hervor, dass innerhalb der Gruppe eine gute Vertrauensbasis herrscht, sodass der Wechsel von Gruppenteilnehmern (SK 7e) oder das Hinzukommen neuer Patienten problemlos gelingt (vgl. PIB, Z.131-134).

Ein Unterschied bei der Zusammenstellung der Gruppen zwischen Praxis A und B ist, dass Praxis A die Gruppen möglichst homogen nach Therapieschwerpunkten und –inhalten bildet, während Praxis B den Fokus unter anderem darauf legt, ob sich die Patienten menschlich gut verstehen. Ein weiterer Unterschied ist, dass die Gruppen in Praxis A alle paar Wochen neu organisiert und zusammengestellt werden müssen, während die Gruppen in Praxis B seit mehreren Jahren bestehen und neue Teilnehmer leicht hinzustoßen können.

4.1.7 Gewährleistung von Qualität (HK 8)

Die Hauptkategorie 8 umfasst Kriterien, die den Praxisinhabern zufolge für die Qualitätsgewährleistung hochfrequenter ambulanter Therapie relevant sind.

Tabelle 12: Hauptkategorie 8 „Gewährleistung von Qualität“; eigene Darstellung

Gewährleistung von Qualität						
SK	8a	8b	8c	8d	8e	8f
Praxis A	Berufserfahrung	Spezialisierung auf einen Störungsbereich	Ausführliche Eingangsdagnostik	Erkennen der Schlüsselstörung	Betrachtung der Patienten in seiner gesamten Situation	Großes Methoden- und Materialrepertoire
Praxis B	Berufserfahrung	Spezialisierung und Weiterentwicklung in einem Störungsbereich	Genaue Betrachtung des Patienten während der Therapie			

Praxisinhaber A hebt hervor, dass die Berufserfahrung der Logopäden ein essenzielles Qualitätskriterium darstellt (SK 8a): „Das erfordert eine *immens* große Erfahrung.“ (PIA, Z. 363). Zudem ist seiner Meinung nach eine Spezialisierung der logopädischen Praxis auf die Behandlung neurologischer Störungsbilder notwendig (SK 8b; vgl. PIA, Z.368-369): „Wenn man *kreuz und quer* alles Mögliche behandelt, dann wird man diesen *gezielten Erwartungen der Patienten in der Intensivtherapie* auch nicht gerecht.“ (PIA, Z.370-371). Des Weiteren beschreibt er die Eingangsdagnostik (SK 8c) und die Erkennung der

Schlüsselstörung (SK 8d) als relevante Qualitätsmerkmale, um Erfolge erzielen zu können. Dabei vertritt er die Überzeugung, dass eine hohe Therapiefrequenz alleine nicht als Qualitätskriterium ausreicht: „*Es ist nicht die Intensität alleine. (...) Aber die Intensität ist ein Faktor unter verschiedenen.*“ (PIA, Z. 399-403). Er verdeutlicht außerdem, dass der Patient in seiner gesamten Situation betrachtet werden muss, um die Therapie organisatorisch und inhaltlich effektiv gestalten zu können (SK 8e).

Auch Praxisinhaber B sieht die Berufserfahrung – vor allem im Bereich der Aphasietherapie – sowie die Spezialisierung auf einen Störungsbereich als Qualitätskriterium hochfrequenter Therapie an (SK 8a; SK 8b): „*(...) ich habe von Anfang an im neurologischen Bereich und auch im Bereich Stimme meinen Schwerpunkt gebildet und ich habe bestimmt zehn Jahre gebraucht bis ich gedacht habe: ‚Ja, jetzt habe ich den Eindruck, ich kann einigermaßen gute Therapien machen.‘*“ (PIB, Z.827-830). Als weiteres Kriterium führt er die Betrachtung des Patienten bspw. hinsichtlich seiner sprachlichen Fähigkeiten sowie seines Systems und Umfelds während des gesamten Therapieprozesses auf (SK 8c), um davon ausgehend die organisatorische und inhaltliche Gestaltung der Therapie bestmöglich vorzunehmen (vgl. PIB, Z.677-683).

Insgesamt lassen sich in dieser Kategorie einige Gemeinsamkeiten zwischen den Qualitätskriterien beider Praxen aufzählen. Beide bezeichnen sowohl die Berufserfahrung als auch die Spezialisierung auf einen Störungsbereich bzw. auf den neurologischen Bereich als essenziell. Zudem halten beide Praxisinhaber die Gesamtbetrachtung des Patienten für die organisatorische und inhaltliche Planung und Vorgehensweise der Therapie für notwendig.

4.2 Beitrag der Patienten und Angehörigen

In den HK 9 und HK 10 sind Informationen zum notwendigen Beitrag der Patienten für die erfolgreiche Realisierung hochfrequenter Therapie in Form von Aufgaben, Anforderungen und Herausforderungen sowie die Rolle der Angehörigen erfasst.

Tabelle 13: Hauptkategorie 9 „Aufgaben und Anforderungen an die Patienten“; eigene Darstellung

Aufgaben und Anforderungen an die Patienten			
SK	9a	9b	9c
Praxis A	Anfahrt und Aufenthalt	Herausforderungen	
Praxis B	Anfahrt und Aufenthalt	Organisation der Therapie im Alltag	Herausforderung in Form von Anstrengung

Praxisinhaber A stellt dar, dass die Patienten die Aufgabe haben ihren Aufenthalt sowie die Anfahrt zur Praxis zu organisieren (SK 9a). Da die Praxis Patienten aus ganz Deutschland für jeweils mehrere Intervallwochen behandelt, müssen viele von weiter Ent-

fernung anreisen, wodurch sie für die Zeit der Behandlung eine Unterkunft benötigen. Jedoch weist der Praxisinhaber darauf hin, dass die Organisation der Unterkunft für manche Patienten eine Herausforderung darstellt (vgl. PIA, Z.156-157). Zum Aufenthalt gehört auch die Finanzierung der Unterkunft, für die die Patienten selbst aufkommen müssen (vgl. PIA, Z.110). Auch eine Pauschale für die Verwaltung und den hohen Aufwand in Bezug auf die Planung und Organisation der hochfrequenten Therapie in Praxis A müssen die Patienten selbst finanzieren (vgl. PIA, Z. 109-112). Eine weitere Herausforderung stellt die Therapie als solche dar, die als „unheimlich fordernd und anstrengend“ bezeichnet wird (PIA, Z.193-194). Daher wird eine „ganz klar erkennbare eigene Motivation des Betroffenen selbst“ für eine hochfrequente Behandlung erwartet (PIA, Z.187-188). Zudem wird in Bezug auf die Therapie ein hoher Arbeitsaufwand vom Patienten abverlangt: „(...) *das ist nur für Leute, die unbedingt Verbesserungen erreichen wollen und bereit sind, dafür richtig was zu tun.*“ (PIA, Z.196-197). Zusätzlich zu den Therapieeinheiten ist während des Therapie-Intervalls ein selbstständiges Üben der Therapieinhalte abends zu Hause oder im Hotel vorgesehen (vgl. PIA, Z.73-76). Dies wird damit begründet, dass der Patient auf diese Weise während des Intervalls Rückfragen an die Therapeuten stellen kann und dadurch auch nach dem Therapieintervall selbstständig üben kann, um so den Therapieeffekt zu verlängern (vgl. PIA, Z.78-80).

Praxisinhaber B antwortet auf die Frage, was Patienten seiner Meinung nach für die Realisierung hochfrequenter Therapie einbringen müssen, mit: „*Die Frage, finde ich, ist eine falsche Frage.*“ (PIA, Z.670). Er begründet diese Aussage damit, dass der Therapie-Inhalt und die Therapiefrequenz an die jeweiligen Phasen des Patienten angepasst werden, wodurch auf den Patienten bezogen keine Hindernisse für hochfrequente Therapie entstehen können (vgl. PIB, Z.674-685). Ein notwendiger Beitrag ist jedoch auch hier die Anfahrt zur Praxis (SK 9a), welche mit den öffentlichen Verkehrsmitteln, Fahrdiensten, dem Taxi, dem Fahrrad, der Unterstützung von Angehörigen oder dem Auto erfolgt (vgl. PIB, Z. 619-620). Im Gegensatz dazu äußert ein Patient, dass die Anfahrt eine Herausforderung darstellt, wenn mehrere therapeutische Anwendungen zeitlich sehr nah beieinander liegen (vgl. P1 Z.211-212). Er weist zudem darauf hin, dass die Organisation der Therapien in den Alltag (SK 9b) für berufstätige Patienten schwierig sein könnte und auch durch hochfrequente Therapie bedingte Müdigkeit und Anstrengung eine Herausforderung darstellen (SK 9c): „*Mal Arm, mal Sprache. Und Müdigkeit. Das ist schwierig auch. Andere Patienten hat Müdigkeit und Lustlosigkeit teilweise auch.*“ (P1, Z.225-226). Diese variieren jedoch tagesabhängig (vgl. P1, Z. 232).

Tabelle 14: Hauptkategorie 10: „Rolle der Angehörigen“; eigene Darstellung

Rolle der Angehörigen			
SK	10a	10b	10c
Praxis A	Reisebegleitung	Beteiligung im Therapieprozess	Verhandlung mit Ärzten und Krankenkassen
Praxis B	SK 10a: Anleitung durch Therapeuten	SK 10b: Fahrdienst	

Auch die Rolle der Angehörigen ist laut Praxisinhaber A entscheidend. Zunächst stellt der Angehörige für einige Patienten (bspw. motorisch und kognitiv eingeschränkte Patienten) eine notwendige Reisebegleitung dar (SK 10a). So kann in manchen Fällen, in denen der Angehörige sich bspw. nicht mehrere Wochen frei nehmen kann, keine mehrwöchige hochfrequente Behandlung stattfinden (vgl. PIA, Z.206-208). Zudem wird der Angehörige in den Therapieprozess mit einbezogen (SK 10b). Die Diagnostik wird nach Möglichkeit in Anwesenheit eines Angehörigen durchgeführt (vgl. PIA, Z.89-90). Der Angehörige wird zudem für Anleitungen zu bestimmten Übungen und Therapie-Inhalten durch den Therapeuten (vgl. PIA, Z.91-93) sowie zum Abschluss jedes Therapie-Intervalls für eine abschließende Beratung hinzugezogen (vgl. PIA, Z.96-98). Als Hinderung für eine erfolgreiche hochfrequente Therapie sieht der Praxisinhaber die Angehörigen nicht: *„Die Angehörigen, die das auf sich nehmen, hierherzukommen und ihren Angehörigen zu begleiten, die halten die ganze Sache für so sinnvoll, dass sie sich dann eher produktiv verhalten.“* (vgl. PIA, Z.232-234). Des Weiteren übernehmen die Angehörigen häufig die Aufgabe, die Unterkunft für den Therapieaufenthalt zu buchen (vgl. PIA, Z.156-157) und agieren bei Auseinandersetzungen mit Ärzten und Krankenkassen hinsichtlich der Verordnung, Genehmigung und Kostenübernahme der hochfrequenten Therapie des Patienten (SK 10c). Auch Praxisinhaber B schildert, dass der Fahrdienst eine Anforderung an die Angehörigen ist (SK 10b). Dies wird von den beiden befragten Patienten bestätigt, vor allem wenn verschiedene Anwendungen zeitlich unmittelbar nacheinander folgen (vgl. P1, Z.211-212); P2, Z.148-149). Des Weiteren finden in Abhängigkeit der persönlichen Kapazität des Angehörigen Anleitungen durch die Therapeuten statt (SK 10a), wodurch therapeutische Übungen auch außerhalb der Praxis durchgeführt werden können (vgl. PIB, Z. 299-305). Es zeigt sich eine Gemeinsamkeit zwischen Praxis A und B in der Rolle der Angehörigen als Fahrdienst sowie als mitwirkende Rolle im Therapieprozess. Ein grundlegender Unterschied zeichnet sich bei den Aufgaben und den Anforderungen an die Patienten zwischen beiden Praxen ab. Während die Patienten aus Praxis A eine hohe Eigenmotivation und Arbeitsbereitschaft vorzeigen sollen, liegt laut Praxisinhaber B kein notwendiger Beitrag für die erfolgreiche Realisierung hochfrequenter Therapie vor. Laut Aussagen der Patienten aus Praxis B, können die Vereinbarung der hochfrequenten Therapie mit dem Beruf

sowie die hohe Anstrengung und der Umgang mit aufsteigender Müdigkeit eine Herausforderung für die Realisierung hochfrequenter Therapie darstellen.

4.3 Herausforderungen, deren Umgang und Überwindung

4.3.1 Erfahrungen mit verordnenden Ärzten (HK 11)

Diese Kategorie beinhaltet Aussagen zu Erfahrungen und Schwierigkeiten mit Ärzten in Bezug auf die Ausstellung von Verordnungen für eine hochfrequente ambulante Therapie.

Tabelle 15: Hauptkategorie 11: „Erfahrungen mit verordnenden Ärzten“; eigene Darstellung

Erfahrungen mit verordnenden Ärzten					
SK	11a	11b	11c	11d	11e
Praxis A	Individuelle Unterschiede	Problemlose Verordnung	Ablehnung einer VO	Schwierigkeiten nach erster Verordnung	Unterschiede zwischen den Arztgruppen
Praxis B	Hierarchie-Betrachtung	Problemlose Verordnung	Ablehnung einer VO	Weniger Probleme bei sichtbaren Fortschritten	

Für die Durchführung einer hochfrequenten ambulanten Therapie ist eine entsprechende Verordnung von einem Arzt notwendig. Die jeweiligen Erfahrungen mit den verordnenden Ärzten sind für beide Praxen sehr vielfältig (siehe Tabelle 12). Praxisinhaber A weist darauf hin, dass seine Erfahrungen mit dem Ordnungsverhalten der Ärzte individuell verschieden sind (SK 11a). Beide Praxen haben durchaus die Erfahrung gemacht, dass Ärzte problemlos Verordnungen für hochfrequente ambulante Therapie ausstellen (SK 11b), während andere Ärzte hochfrequente Therapie nicht verordnen (SK 11c). Praxisinhaber A ist der Ansicht, dass es auch Unterschiede zwischen den verschiedenen Arztgruppen gibt (SK 11e), mit der Tendenz, dass Allgemeinmediziner in ihrem Ordnungsverhalten kulanter sind als Fachärzte (insbesondere Neurologen) (vgl. PIA, Z.460-461). Allerdings räumt er ein, dass viele Probleme mit den Ärzten von den Angehörigen aufgefangen werden und ihm daher unbekannt bleiben (vgl. PIA, Z.469-471). Auch Praxisinhaber B schildert, dass häufig Neurologen in ihrem Ordnungsverhalten „*nicht gutwillig*“ sind (PIB, Z.339): „*Das sind die Neurologen, wo die Patienten dann leider aber am schnellsten einen Termin kriegen (lacht).*“ (PIB, Z.338-340). Des Weiteren hebt er hervor, dass es ab der zweiten VO häufig leichter wird, hochfrequente Therapie verordnet zu bekommen, wenn der Arzt gesehen hat, dass der Patient mit der ersten erkennbare Fortschritte erzielt hat (SK 11d; vgl. PIB, Z.328-330). Außerdem ist er der Auffassung, dass bei vielen Ärzten eine Hierarchie-Betrachtung vorliegt (SK 11a): „*Das kommt auch noch dazu, dieses berufsständige Betrachten der Hierarchie. Wir werden ja nicht als gleichberechtigte Akademiker*

oder was weiß ich angesehen.“ (PIB, Z.478-479). Dem schreibt er zu, dass bspw. Aufklärungsversuche der Therapeuten bei Schwierigkeiten mit unwissenden verordnenden Ärzten nicht beachtet werden (vgl. PIB, Z.476-477).

Einer der Patienten, der gesetzlich versichert ist, berichtet davon, dass er persönlich keine Schwierigkeiten mit den Ärzten erfahren hat. Jedoch erläutert er, dass Ärzte anderer Patienten aus seinem Bekanntenkreis diesen mitteilten, dass hochfrequente Therapie nicht verordnet werden kann und seine Bekannten somit keine entsprechende Verordnung erhalten haben (vgl. P1, Z.124-131). Auch der zweite Patient hatte das Bedürfnis etwas zu seinen Erfahrungen mit den Ärzten beizutragen, jedoch war es ihm aufgrund seiner sprachlichen Beeinträchtigung trotz der Verwendung von therapeutischen Hilfen nicht möglich, seine Botschaft zu äußern (vgl. P2, Z.111-121). Daher muss an dieser Stelle auf seinen Beitrag verzichtet werden.

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass die Erfahrungen mit den verordnenden Ärzten sehr vielfältig und unterschiedlich sind. So liegt ein großes Spektrum von problemlos verordnenden Ärzten bis zu Ärzten, die keine VO für hochfrequente Therapien ausstellen vor. Des Weiteren scheinen Unterschiede zwischen den einzelnen medizinischen Fachrichtungen vorzuliegen.

4.3.2 Ursachen für Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten (HK 12)

HK 12 enthält Ursachen für die Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten in Form von Argumenten, Begründungen und Hypothesen der behandelnden Logopäden.

Tabelle 16: Hauptkategorie 12: „Ursachen für Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten“; eigene Darstellung

Ursachen für Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten								
Praxis A	SK 12a: Angst um Budget	SK 12b: Unkenntnis	SK 12c: Unkenntnis neuester Forschungsergebnisse					
Praxis B	SK 12a: Angst um Budget und wirtschaftlicher Druck durch übergeordnete Instanzen	SK 12b: Unkenntnis	SK 12c: Unkenntnis neuester Forschungsergebnisse und Fachwissen	SK 12d: Hoher Aufwand Texte zu verstehen	SK 12e: Mangelnde Aufmerksamkeit und Kommunikation mit dem Patienten	SK 12f: Zeitmangel und Überforderung	SK 12g: Unklare individuelle Kommunikation	SK 12h: Fehlende ICF-Orientierung bei Schulmedizinern

Beide Praxisinhaber berichten, dass eine häufige Ursache für Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten deren Angst um ihr Budget darstellt (SK 12a). Praxisinhaber B geht dabei

näher auf den wirtschaftlichen Druck der Ärzte durch übergeordnete Instanzen ein. Er beschreibt das Instrument der Wirtschaftlichkeit und der Regress-Forderung als ein „ganz perfides“ (PIB, Z. 468-469). Seiner Meinung nach gehen die Schwierigkeiten jedoch vom Gesetzgeber, vom G-BA und der Kassenärztlichen Vereinigung aus (vgl. PIB, Z.760-761): *„Der Arzt ist letztendlich das letzte Glied in der Kette, wo sozusagen drauf gehauen wird von denen.“* (PIB, Z. 761-762). Als zusätzliches Problem nennt er den Zeitmangel: *„Und die haben im Alltag mit dem allem, was die als Manager der Gesundheit ihrer Patienten, ihrer Praxis und der Wirtschaftlichkeit zu tun haben, da keine Zeit für.“* (PIB, Z. 434-436). Dadurch sind seiner Ansicht nach viele Ärzte überfordert (SK 12f), weil sie die ihnen zuge-tragenen Aufgaben zeitlich und kompetenzmäßig nicht erfüllen können (vgl. PIB, Z. 794-795). Als weitere Ursache wird von beiden Praxisinhabern eine Unkenntnis bzw. ein „Nicht-Wissen“ der Ärzte dargestellt (SK 12b; PIA, Z.452; PIB, Z.379-380). Dieses bezieht sich zum einen auf den Begriff der Intensivtherapie, der oftmals für die hochfrequente Therapie verwendet wird und vielen Ärzten unbekannt ist, sodass diese häufig nicht nachvollziehen können, weshalb dementsprechend viele Therapieeinheiten in der Woche notwendig sein sollen (vgl. PIA, Z.452-453). Zum anderen erläutert Praxisinhaber B, dass viele Ärzte gar nicht wissen, was die Inhalte und Ziele der logopädischen Therapien sind und dass Logopädie Nutzen bringt und Patienten voranbringen kann (vgl. PIB, Z.411-413, 450). Unkenntnis wird zudem in Hinsicht darauf offengelegt, dass viele Ärzte nicht wissen, dass sie ein Jahr nach Eintritt einer Aphasie Logopädie budgetfrei verordnen dürfen (vgl. PIB, Z.384-387). Diese Unkenntnis führt Praxisinhaber B auf die – auch für Akademiker – schwer zu verstehenden Informationstexte der Ärzteverbände, des G-BA und den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie auf den damit einhergehenden hohen Aufwand, diese zu lesen und zu verstehen, zurück (SK 12d; vgl. PIB, Z.389-391). Auch die Unkenntnis neuester Forschungsergebnisse im Bereich der Neurologie und Logopädie weist ein Problem auf (SK 12c). In diesem Zusammenhang beschreibt Praxisinhaber A die Begründung von Ärzten, dass logopädische Therapie in der chronischen Phase keinen Nutzen mehr bringt (vgl. PIA, Z.463-465). Außerdem wird als potenzieller Grund darauf hingewiesen, dass bis vor kurzem Wirksamkeitsnachweise von Logopädie und Aphasie fehlten und die kürzlich veröffentlichten Studienergebnisse noch nicht ausreichend verbreitet sind (vgl. PIB, Z.482-485).

Auch die mangelnde Aufmerksamkeit und Kommunikation mit den Patienten wird als Ursache für Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten genannt (SK 12e). So schildert Praxisinhaber B, dass Patienten häufig von Ärzten nicht ernst genommen werden, diese sich den Patienten nicht genau anschauen und ihm nicht aufmerksam zuhören. Daraus resultiert, dass den Ärzten wichtige Informationen entgehen (vgl. PIB, Z.421-424).

Insgesamt lassen sich die Kriterien Wissens Einschränkungen, wirtschaftlicher Druck und Zeitmangel als Hauptursachen für Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten festhalten. Diese stehen in Wechselwirkung zueinander.

4.3.3 Maßnahmen, um Verordnungen zu erhalten (HK 13)

Diese Hauptkategorie enthält Informationen zu Maßnahmen, die durchgeführt werden, damit der Patient trotz Schwierigkeiten mit dem Arzt eine Verordnung für hochfrequente Therapie erhält.

Tabelle 17: Hauptkategorie 13: „Maßnahmen, um Verordnungen zu erhalten“; eigene Darstellung

Maßnahmen, um Verordnungen zu erhalten						
SK	13a	13b	13c	13d	13e	13f
Praxis A	Arztwechsel	Aufklärungsmaterial	Langfristgenehmigung	Direktes Gespräch	Genehmigung der Krankenkasse	
Praxis B	Arztwechsel	Aufklärungsmaterial und Wirksamkeitsstudien	Langfristgenehmigung	Empfehlung an bekannte Ärzte	Anschreiben	Heilmittel-Richtlinie

Beide Praxisinhaber verweisen als mögliche Maßnahme auf einen Arztwechsel (SK 13a). Praxis B empfiehlt ihre Patienten dafür oft an bekannte Ärzte weiter, von denen die Logopäden wissen, dass eine gute Zusammenarbeit möglich ist (vgl. PIB, Z.405-407). Als weitere Maßnahmen erwähnen beide Praxisinhaber die Herausgabe von Material und Wirksamkeitsstudien. Praxis A verfügt dafür über speziell für Ärzte entwickeltes Aufklärungsmaterial zu ihrem Angebot hochfrequenter Therapie (SK 13b). Allerdings wird darauf hingewiesen, dass das Aufklärungsmaterial meistens nicht ausreicht, um einen Arzt umzustimmen (vgl. PIA, Z.455-456), sondern eine Langfristgenehmigung mehr bewirkt (SK 13c). Diese ist laut Praxisinhaber A die einzige Möglichkeit den Arzt umzustimmen, wenn er aus Angst um sein Budget die Ausstellung einer VO ablehnt. Praxisinhaber B verweist zudem auf Anschreiben der Therapeuten mit entsprechenden Begründungen und Argumentationen mit Verweisen auf die Heilmittelrichtlinie (SK 13e; SK 13f) sowie auf selbst erstellte Informations- und Aufklärungstexte zum Thema der Langfristgenehmigung als Maßnahme zur Umstimmung von Ärzten (vgl. PIB, Z.394-395).

Eine Umstimmung des Arztes ist laut Praxisinhaber A auch bei einem direkten Gespräch mit dem jeweiligen Therapeuten möglich (SK 13d). Eine Kontaktaufnahme des Arztes mit der Praxis, beschreibt er allerdings als sehr selten: *„Die machen sich nicht die Mühe Sprachtherapeuten anzurufen. Das passiert sehr selten. Wenn das passiert, dann habe ich schon manche rumgekriegt.“* (PIA, Z. 481-483). Als weitere Maßnahme benennt Praxisinhaber A das Einholen einer schriftlichen Genehmigung von der Krankenkasse durch

den Patienten, die anschließend dem Arzt vorgelegt werden kann als Beweis dafür, dass die Krankenkasse die Kostenübernahme genehmigt hat (SK 13e; PIA, Z.499-502).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass den Praxisinhabern und Patienten einige Maßnahmen zur Verfügung stehen, um verordnende Ärzte umzustimmen bzw. trotz Schwierigkeiten mit dem jeweiligen Arzt eine Verordnung für hochfrequente Therapie für den Patienten zu bekommen. Jedoch scheinen ihre Wirkungsweisen unterschiedlich erfolgreich und zum Teil mit einem zusätzlichen Aufwand der Therapeuten und Patienten bzw. Angehörigen verbunden zu sein. Wenn ein Arzt nicht umgestimmt werden kann, stellt ein Arztwechsel eine mögliche Lösung dar.

4.3.4 Erfahrungen mit den Krankenkassen

Neben den Erfahrungen mit den Ärzten, sind auch die Erfahrungen mit den Krankenkassen für den Aspekt der Finanzierung hochfrequenter ambulanter Therapie von Bedeutung. Informationen diesbezüglich beinhalten HK 14 beider Kategoriensysteme sowie HK 15 und HK 16 des Kategoriensystems der Praxis A.

Tabelle 18: Hauptkategorie 14: „Erfahrungen mit den Krankenkassen“; eigene Darstellung

Erfahrungen mit den Krankenkassen							
SK	14a	14b	14c	14d	14e	14f	14g
Praxis A	Problemlose Genehmigung und Kostenübernahme	Eingeschränkte Genehmigung und Kostenübernahme	Schwierigkeiten bei PKV	Ablehnung von Genehmigung und Kostenübernahme	Individuelle Unterschiede	Einzelfallentscheidungen	Rolle des Alters
Praxis B	Problemlose Genehmigung und Kostenübernahme	Schwierigkeiten mit der Genehmigung mehrerer parallel stattfindenden therapeutischen Anwendungen	Schwierigkeiten bei PKV	Kostensparnis als Hypothese für abgelehnte Kostenübernahme	Maßnahmen dennoch eine Genehmigung zu bekommen		

Tabelle 19: Hauptkategorie 15: „Begründungen abgelehnter Genehmigungen“ und Hauptkategorie 16: „Maßnahmen, um Genehmigungen zu erhalten“ des Kategoriensystems der Praxis A; eigene Darstellung

Begründungen abgelehnter Genehmigungen					
SK	15a	15b	15c	15d	15e
Praxis A	Ereignis verjährt	Fortschritte auch in niedrigfrequenter Therapie	Neue Behandlungsmethode	Keine lebensbedrohliche Maßnahme	Heilmittel-Richtlinie
Maßnahmen, um Genehmigungen zu erhalten					
SK	16a	16b	16c		
Praxis A	Widerspruchsverfahren	Klagen	Unterstützung durch den Berufsverband		

Praxisinhaber A berichtet, dass er in seinen Erfahrungen mit den Krankenkassen große individuelle bzw. einzelfallabhängige Unterschiede erlebt hat (SK 14e). Die Unterschiede bestehen sowohl zwischen den einzelnen Krankenkassen, als auch innerhalb einer Krankenkasse (vgl. PIA, Z.630-631). Jedoch weist der Praxisinhaber daraufhin, dass nicht sicher ermittelt werden kann, ob die Unterschiede innerhalb einer Krankenkasse auf den jeweils zuständigen Sachbearbeiter oder auf andere Gründe zurückzuführen sind (vgl. PIA, Z.629-630). So gibt es Krankenkassen, die problemlos eine Genehmigung und Kostenübernahme für hochfrequente Therapie erteilen (SK 14a). Dabei ist auch einigen Krankenkassen gar nicht bekannt, dass hochfrequente Therapie bzw. mehr als eine Zeitstunde Therapie am Tag einer Genehmigung bedarf (vgl. PIA, Z.517-521). Zudem wird auf Krankenkassen hingewiesen, die ihre Genehmigung und Kostenübernahme hochfrequenter Therapie auf eine gewisse Anzahl pro Tag oder Woche begrenzen (SK 14b) sowie auf Krankenkassen, die diese grundlegend ablehnen (SK 14d). Dabei stellt vor allem die Genehmigung des ersten Therapie-Intervalls das Hauptproblem dar (vgl. PIA, Z.619), wohingegen Folgetherapien eher genehmigt werden (vgl. PIA, Z.621-624). Jedoch erörtert Praxisinhaber A, dass ihm Fälle aus anderen Einrichtungen bekannt sind, wo die Krankenkassen ab dem vierten Intervall keine weiteren Genehmigungen erteilen (vgl. PIA, Z.624-627). Er erläutert, dass auch Schwierigkeiten mit der PKV vorkommen (SK 14c). Diese äußern sich dadurch, dass die Kosten der Therapie nur anteilig erstattet werden (bspw. in Form der Erstattung eines gewissen Prozentsatzes oder einer bestimmten Anzahl an Therapie-Einheiten). Jedoch räumt er ein, dass er von diesen Vorfällen nicht immer erfährt, weil die Abrechnung zwischen dem Versicherten und der PKV stattfindet (vgl. PIA, Z.549-553). Er ist zudem der Auffassung, dass die Rolle des Alters einen Aspekt bei den Krankenkassen darstellt. So berichtet er, dass einige seiner Patienten, die um die dreißig Jahre alt sind, deutlich weniger Schwierigkeiten mit den Krankenkassen haben, als seine Patienten, die sechzig Jahre oder älter sind (PIA, Z.612-616).

Die Erfahrung einer problemlosen Genehmigung und Kostenübernahme der Krankenkassen trifft auch auf Praxis B zu (SK 14a). So wird erläutert, dass derzeit keinerlei Probleme mit den GKV hinsichtlich einer Genehmigung hochfrequenter Therapie bei Aphasiepatienten zu verzeichnen sind (vgl. PIB, Z.750-751). Diese übernehmen die Kosten, wenn die Ärzte die hochfrequente Therapie verordnet haben (vgl. PIB, Z.765-766). Praxisinhaber B führt dies auf die Langfristgenehmigung sowie auf die Festlegung zurück, dass ein Jahr nach Eintritt einer Aphasie beliebig viele Verordnungen budgetfrei ausgestellt werden können (vgl. PIB, Z.781-783). Jedoch wird auf Schwierigkeiten mit den PKV verwiesen (SK 14c). Praxisinhaber B beschreibt, dass diese seit zwei bis drei Jahren bei allen Aphasiepatienten – unabhängig von deren Fortschritten innerhalb der Therapie – nach einhalb bis zwei Jahren die Kostenübernahme der hochfrequenten Therapie einstellen und

ausschließlich die Kosten für eine Erhaltungsdosis (minimale Therapiefrequenz) übernehmen (vgl. PIB, Z.244-247). Dabei wird von Absprachen zwischen den einzelnen PKV berichtet sowie von Gutachtern, die ein entsprechendes Gutachten erstellen (vgl. PIB, Z.767-769). Auch Argumentationen der Therapeuten und Patienten werden als zwecklos beschrieben (vgl. PIB, Z. 247). Als Ursache für die Schwierigkeiten mit den PKV sieht Praxisinhaber B die Kostenersparnis (SK 14d).

Ein Patient, der neben der logopädischen Behandlung auch ergotherapeutische und intensive physiotherapeutische Maßnahmen erhält, erzählt, dass er hinsichtlich der Genehmigung hochfrequenter Logopädie keine Probleme mit seiner gesetzlichen Krankenversicherung gehabt hat. Allerdings nahm die GKV Kürzungen der Therapiefrequenz seiner parallel stattfindenden ergotherapeutischen und physiotherapeutischen Behandlungen vor (SK 14b, Z.135-138). Als Maßnahme, dennoch alle drei therapeutischen Anwendungen mit der gleichen Therapiefrequenz wie zuvor weiter zu erhalten, legte der Patient einen Widerspruch ein (SK 14e). Da dieser Schritt erfolglos blieb, kündigte und wechselte der Patient schließlich seine GKV (vgl. PIB, Z.141-143). Auch der andere Patient, welcher bei der PKV versichert ist, erwähnt auf die Frage nach Schwierigkeiten mit seiner Krankenkasse Probleme bei der Kostenerstattung (vgl. P2, Z.125-127). Vertiefende Informationen konnten jedoch an dieser Stelle aufgrund der sprachlichen Beeinträchtigung des Patienten nicht erfasst werden.

Im Zusammenhang mit abgelehnten Genehmigungen, erläutert Praxisinhaber A die jeweiligen Argumentationen und Begründungen der Krankenkassen (HK 15). Er weist darauf hin, dass die jeweiligen Begründungen sehr weitreichend sind. So beinhaltet ein häufiges Argument, dass die intensive Therapie unter Einhaltung der Vorgaben aus der Heilmittel-Richtlinie nicht möglich ist (SK 15e). Praxisinhaber A verweist zudem auf einen Patienten, der das Ziel der Wiedereingliederung in den Beruf und gute Chancen auf weitere Verbesserungen hatte. Mit dem Grund, dass er bereits mit herkömmlicher Therapie von ein bis zwei Therapieinhalten in der Woche Fortschritte erzielt hatte, wurde die Genehmigung und Kostenübernahme hochfrequenter Therapie von der Krankenkasse abgelehnt (SK 15b; PIA, Z. 564-572). Praxisinhaber A stellt dar, dass die intensive Therapie gelegentlich auch als „neue Behandlungsmethode“ von den Krankenkassen betitelt wird (SK 15c; PIA, Z.576). Diese dürfen nur bei lebensbedrohlichen Erkrankungen durchgeführt werden. Dementsprechend wurden Ablehnungen damit begründet, dass keine Lebensbedrohung vorliegt (SK 15d). Er führt die Schwierigkeiten insgesamt vor allem auf ein Nicht-Wissen zurück: „*Die wissen überhaupt nicht, was intensive Sprachtherapie ist und, ob das irgendwie legitim ist.*“ (PIA, Z.589-590).

Um trotz aller Schwierigkeiten mit den Krankenkassen eine Genehmigung und Kostenübernahme für eine hochfrequente Therapie von diesen zu erhalten, nennt Praxisinhaber

A einige Maßnahmen (HK 16). So leiten Patienten, die eine Ablehnung nicht akzeptieren wollen, Widerspruchsverfahren ein (SK 16a). Dieses ist laut dem Praxisinhaber häufig erfolgreich. In Fällen, wo es das nicht ist, reichen Patienten auch Klagen ein (SK 16b). Des Weiteren bekommt Praxis A Unterstützung vom Berufsverband dbS. Von diesem hat die Praxis eine schriftliche Stellungnahme erhalten, aus der hervorgeht, dass intensive Therapie keine neue Behandlungsmethode darstellt. Mit diesem Schreiben kann die Praxis bspw. das Argument der Intensivtherapie als neue Behandlungsmethode entkräften (SK 16c; vgl. PIA, Z.582-587). Des Weiteren unterstützt der Verband bei Bedarf auch mit Formulierungshilfen sowie mit einer Broschüre zur intensiven Sprachtherapie (vgl. PIA, Z. 603-606).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Erfahrungen mit den Krankenkassen, besonders in Hinblick auf die GKV, zwischen beiden Praxen deutlich unterscheiden. Während in Praxis B Genehmigungen von Krankenkassen problemlos erteilt werden, zeigen sich in Praxis A sämtliche Vorkommnisse, angefangen bei problemlosen Genehmigungen, über Genehmigungen mit Einschränkungen bis hin zur Ablehnung der Genehmigung und Kostenübernahme. Daraus resultiert die Vielzahl an Begründungen für Ablehnungen und Gegenmaßnahmen aus Praxis A im Vergleich zu Praxis B. Aus beiden Praxen werden Probleme mit der PKV berichtet.

4.3.5 Ressource Team (HK 15)

HK15 des Kategoriensystems der Praxis B beinhaltet Informationen, die das Team bei der Umsetzung hochfrequenter Therapie als Ressource betreffen.

Tabelle 20: Hauptkategorie 15: „Ressource Team“ des Kategoriensystems der Praxis B; eigene Darstellung

Ressource Team					
SK	15a	15b	15c	15d	15e
Praxis B	Motivierend	Entlastung	Regelmäßige gemeinsame Therapieplanung	Lernen	Bestätigung

Praxisinhaber B betont die Vorteile, die dadurch entstehen, dass zum einen die Patienten von jeweils zwei bis drei Therapeuten behandelt werden und zum anderen die Therapieplanung gemeinsam stattfindet (SK 15c). Auf diese Weise werden die Therapiefrequenz, die Therapieinhalte und –ziele aller Patienten im Team regelmäßig gemeinsam besprochen (vgl. PIB, Z.730-731). Er beschreibt, dass die Teammitglieder dadurch motiviert werden (SK 15a) und sich entlastet fühlen (SK 15b), weil sie sich gegenseitig austauschen und ergänzen können (vgl. PIB, Z.43-47). Dies ermöglicht zudem eine Förderung

des Wissenserwerbs der Teammitglieder und vor allem des Berufsanfängers im Team (SK 15d; vgl. PIB, Z.712-715).

Zusammenfassend beschreibt Praxisinhaber B die Arbeit im Team, vor allem in Bezug auf die gemeinsame Behandlung der Patienten und diesbezüglich gemeinsame Absprachen als sehr positiv.

4.3.6 Herausforderung an die Therapeuten (HK 17 und HK 16)

Die Kategorie 17 des Kategoriensystems der Praxis A und die Kategorie 16 des Kategoriensystems der Praxis B enthalten Informationen zu Herausforderungen an die Therapeuten im Zusammenhang mit der Umsetzung hochfrequenter ambulanter Therapie.

Tabelle 21: Hauptkategorien 17 (Praxis A) und 16 (Praxis B): „Herausforderung an die Therapeuten“; eigene Darstellung

Herausforderung an die Therapeuten							
SK	17a	17b	17c	17d	17e	17f	17g
Praxis A	Hohe Belastbarkeit	Schwierigkeiten in der Logistik	Zeitinvestition für Planung und Organisation	Intensive Beziehung zu den Patienten	Erwartungen des Patienten	Unterstützung der Patienten bei Genehmigungs- und Widerspruchsverfahren	Unterstützung der Patienten bei der Planung und Organisation des Therapieaufenthalts
SK	16a	16b	16c	16d	16e		
Praxis B	Kommunikation mit Patienten und Angehörigen	Umgang mit Folgen durch Fehlinformationen von Ärzten	Umgang mit Vorwürfen	Vermittlung von Fahrdiensten	Unterstützung der Patienten bei Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten		

Eine Herausforderung in Praxis A stellt eine hohe Belastbarkeit dar (SK 17a). Dies begründet Praxisinhaber A damit, dass die Organisation und Planung der hochfrequenten Therapie sehr zeitintensiv ist (SK 17c) und diese häufig nicht problemlos bleibt (SK17b). Zudem schildert er die Schwierigkeiten mit den Krankenkassen und die daraus resultierenden Genehmigungsverfahren als kompliziert (vgl. PIA, Z.654-655): „Das erfordert Nerven wie Drahtseile.“ (PIA, Z.655). Des Weiteren nennt er die Unterstützung der Patienten außerhalb der Therapieeinheiten. Diese findet zum einen bei der Planung und Organisation des Therapieaufenthalts statt (SK 17g). So unterstützen die Therapeuten den Patienten bspw. bei der Suche und Buchung einer Unterkunft oder sprechen Empfehlungen zu Unterkünften aus, die sie persönlich besucht und bspw. auf ihre Behinderteneignung ge-

prüft haben (vgl. PIA, Z.144-145). Der Praxisinhaber berichtet, dass er „im Notfall“ auch schon einmal die Buchung der Unterkunft für den Patienten übernimmt (PIA, Z.152-153). Zum anderen findet die Unterstützung auch bei Genehmigungs- und Widerspruchsverfahren mit den Krankenkassen statt (SK 17f). Hierbei werden häufig die Argumentationen mit den Krankenkassen bzw. die Widerspruchsschreiben von der Praxis übernommen: *„Damit haben wir wahnsinnig viel zu tun. Meine Stapel auf dem Schreibtisch – die Sachen, die am allermeisten liegen bleiben, neben den Berichten (räuspert, lacht) sind das. Diese Argumentationen mit den Krankenkassen.“* (PIA, Z.533-535). Praxisinhaber A erörtert, dass er den Patienten oder Angehörigen in manchen Fällen auch Briefe in Form von Anleitungen schreibt, in denen kleinschrittig erläutert ist, was der Patient zu welchem Zeitpunkt machen soll und welches Dokument wo beigelegt werden muss (vgl. PIA, Z.542-545). Eine weitere Herausforderung stellen die Erwartungen der einzelnen Patienten an die Therapie dar, denen die Therapeuten gerecht werden wollen (SK 17e; vgl. PIA, Z.365-368). Überdies hebt der Praxisinhaber die intensive Beziehung zu den Patienten hervor (SK 17d). Dies führt er auf die hohe Stundenzahl pro Tag, die er mit dem Patienten verbringt, sowie auf die jeweiligen Therapie-Inhalte zurück. Diese erfordern teilweise sowohl eine körperliche Nähe, als auch thematisch eine sehr enge Beziehung (bspw. Streitgespräche in Form von Rollenspielen) (vgl. PIA, Z.664-670). Er weist daraufhin, dass somit ein sehr sachliches Arbeiten erforderlich ist (vgl. PIA, Z.671-673).

In Praxis B stellen Auswirkungen von Fehlinformationen der Ärzte auf die Patienten eine Herausforderung dar (SK 16b). Hier wird von Patienten mit einer „verminderten Krankheitseinsicht“ gesprochen (PIB, Z.374). Werden diese vom Arzt darüber aufgeklärt, dass sie keine Therapie benötigen, ist es schwierig diese erneut für eine Therapie zu motivieren (vgl. PIB, Z.373-376). Auch die Unterstützung der Patienten durch die Vermittlung bei Fahrdiensten (SK 16d) sowie bei Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten stellt eine Herausforderung an die Therapeuten und zusätzlichen Arbeitsaufwand dar (SK 16e). Hier erstellen die Therapeuten Schreiben für die Ärzte, Informationstexte oder senden ihnen bei Bedarf Studien zu, um diese umzustimmen und letztendlich eine Verordnung für den jeweiligen Patienten zu erhalten (vgl. PIB, Z.363-365, 394-395). Jedoch gelingen diese Aufklärungsversuche nicht immer (vgl. PIB, Z.476-478). Eine weitere Herausforderung stellt der Umgang mit Vorwürfen dar (SK 16c). Praxisinhaber B erläutert, dass es selten vorkommt, dass Angehörige und Patienten Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Ärzten und Krankenkassen entstehen, den Therapeuten aus der Praxis zum Vorwurf gemacht werden (vgl. PIB, Z.686-689). Er führt dies darauf zurück, dass diese denken, dass die Therapeuten nicht ausreichend kommuniziert und gehandelt hätten (vgl. PIB, Z.693). In diesen Situationen ist die Kommunikation mit den Patienten und Angehörigen „immer ganz wichtig“ (SK 16a; PIB, Z.696-697). Es wird zudem beschrieben, dass regelmäßige

Kommunikationstreffen mit Patienten und auch Angehörigen stattfinden, in denen nach Bedarf Abstimmungen, organisatorische Aspekte und auch Interessen der Teilnehmer verfolgt werden und Beratungen durchgeführt werden (vgl. PIB, Z.628-636).

Insgesamt stellt in beiden Praxen die Unterstützung der Patienten bei der Organisation, der Anfahrt und des Aufenthalts sowie bei der Auseinandersetzung mit Ärzten und Krankenkassen hinsichtlich der Finanzierung hochfrequenter ambulanter Therapie eine zusätzliche Herausforderung für die Therapeuten neben der logopädischen Therapie dar. In Praxis A sind zudem organisatorische Schwierigkeiten, der zeitliche Aufwand und eine intensive Beziehung zu den Patienten herausfordernd, während in Praxis B der Umgang und die Lösung systembedingter Schwierigkeiten thematisiert werden.

4.3.7 Veränderungswünsche (HK 18 und HK 17)

HK 18 des Kategoriensystems der Praxis A und HK 17 des Kategoriensystems der Praxis B beinhalten Veränderungswünsche der Praxisinhaber und der Patienten in Bezug auf die Struktur, Organisation und Finanzierung hochfrequenter ambulanter Therapie.

Tabelle 22: Hauptkategorie HK 18 des Kategoriensystems der Praxis A und HK 17 des Kategoriensystems der Praxis B: „Veränderungswünsche“; eigene Darstellung

Veränderungswünsche					
SK	18a	18b	18c	18d	18e
Praxis A	Verordnende Ärzte	Anerkennung von Intensivtherapie als Heilmittel	Keine Genehmigungsverfahren	Festlegung der Therapiefrequenz durch den Therapeuten	
SK	17a	17b	17c	17d	17e
Praxis B	Entlastung der Ärzte durch Verantwortungsübertragung auf Leistungserbringer	Sowohl leistungssteigernde als auch ICF-orientierte Festlegung der logopädischen Therapie durch den Therapeuten	Kontakt zwischen Klinik und ambulanter Praxis	Weniger Schwierigkeiten mit den Krankenkassen	Keine Veränderungswünsche

Praxisinhaber A wünscht sich vor allem positive Veränderungen in Bezug auf das Ordnungsverhalten der Ärzte (SK 18a) sowie die Aufhebung von Genehmigungsverfahren (SK 18c) für hochfrequente ambulante Therapie, sodass er selbst als Therapeut die wöchentliche Therapiefrequenz je Patient bestimmen kann (SK 18d).

Praxisinhaber B wünscht sich eine Entlastung der Ärzte durch die Übertragung der Verantwortung hinsichtlich der Verordnung logopädischer Therapien auf die Leistungserbringer (SK 17a). Die jeweiligen Therapeuten sollten seiner Ansicht nach selbst entscheiden können, wie viele Behandlungen jeweils notwendig sind. Er betont jedoch, dass diese

Entscheidungen mit Nachweis einer leistungssteigernden und ICF-orientierten Wirksamkeit belegt werden müssten. Ferner weist er auf notwendige sprachtherapeutische Instanzen hin, die dieses Vorgehen bewachen und überprüfen sollten, ob eine weiterführende Therapie ausreichend begründet ist (SK 17b; vgl. PIB, Z.442-449).

Einer der Patienten äußert, dass er in Hinblick auf das Angebot hochfrequenter Therapie der Praxis keine Veränderungswünsche hat (SK 17e). Jedoch hätte er sich in der Vergangenheit weniger Schwierigkeiten mit der Krankenkasse gewünscht (SK 17d). Er weist darauf hin, dass weitere therapeutische Anwendungen neben der Logopädie plötzlich reduziert wurden, ohne, dass sich ein Mitarbeiter der Krankenkasse nach seinem Zustand erkundigt hat, um herauszufinden, ob er diese weiterhin benötigt (vgl. P1, Z.264-271). Darüber drückt er seinen Ärger aus: „Ja. Das geht nicht. (...) Das ärgert mich schon.“ (P1, Z.272-275).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich beide Praxisinhaber mehr Freiheit und Selbstbestimmung der Logopäden bei der Bestimmung der Verordnungsmenge und Therapiefrequenz wünschen. Beide befragten Patienten benennen keine Veränderungswünsche für die Organisation und Struktur der hochfrequenten Therapie in Praxis B. Der einzig genannte Veränderungswunsch bezieht sich auf Schwierigkeiten mit der Krankenkasse.

4.3.8 Voraussetzungen zur Weiterempfehlung (HK 19 und 18)

Diese Kategorie beinhaltet Informationen der Praxisinhaber, inwieweit diese die Umsetzung hochfrequenter ambulanter Therapie in der eigenen logopädischen Praxis weiterempfehlen würden und welche Voraussetzungen sie für die erfolgreiche Realisierung sehen.

Tabelle 23: Hauptkategorie HK 19 des Kategoriensystems der Praxis A und HK 18 des Kategoriensystems der Praxis B: „Voraussetzungen zur Weiterempfehlung“; eigene Darstellung

Voraussetzungen zur Weiterempfehlung				
SK	19a	19b	19c	
Praxis A	Stabile Persönlichkeit	Fleiß	Spezialisierung auf neurologische Störungsbilder und Berufserfahrung	
SK	18a	18b	18c	18d
Praxis B	Gemeinsame Behandlung eines Patienten	Regelmäßiger Austausch mit anderen Therapeuten	Spezialisierung auf ein Störungsgebiet	Uneingeschränkte Weiterempfehlung

Praxisinhaber A empfiehlt die Umsetzung des Angebots hochfrequenter ambulanter Therapie anderen Kollegen, jedoch eingeschränkt mit Voraussetzungen, die seiner Meinung nach erfüllt sein müssen. Dazu gehören eine Spezialisierung auf neurologische Störungs-

bilder und eine notwendige Berufserfahrung (SK 19c). Zudem ist er der Ansicht, dass eine stabile Persönlichkeit von Nöten ist, um mit der hohen Belastung der hochfrequenten Therapie angemessen umgehen zu können (SK 19a; vgl. PIA, Z.681-682).

Praxisinhaber B spricht ebenfalls Empfehlungen für die Umsetzung hochfrequenter Therapie aus. Er hält eine Schwerpunktbildung in der jeweiligen logopädischen Praxis für sinnvoll (SK 18c). Seines Erachtens ist die Umsetzung mit mindestens zwei Therapeuten oder als Alternative ein regelmäßiger Austausch mit anderen Logopäden und Praxen notwendig (SK 18b; vgl. PIB, Z.819-822). Des Weiteren empfiehlt er Patienten mit mehreren Therapeuten zu behandeln (SK 18a).

Einer der Patienten empfiehlt die hochfrequente Therapie uneingeschränkt weiter (vgl. P2, Z.170-171). Der andere Patient gibt ebenfalls eine uneingeschränkte Empfehlung für die hochfrequente Therapie. Jedoch empfiehlt er zunächst mit den Ärzten über die Ausstellung einer entsprechenden Verordnung zu sprechen, um Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme vorzubeugen (vgl. P1, Z.253-255).

Abschließend lässt sich sagen, dass beide Praxisinhaber die Umsetzung hochfrequenter Therapie in der ambulanten logopädischen Praxis eingeschränkt unter den oben genannten Voraussetzungen weiterempfehlen. Beide befragten Patienten empfehlen die hochfrequente ambulante Logopädie uneingeschränkt weiter.

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden wichtige Ergebnisse der Datenauswertung und Informationen der interviewten Personen zusammengefasst und mit Hilfe von Literatur sowie eigenen Überlegungen und Deutungen interpretiert und diskutiert. Im Fokus steht insbesondere die Beantwortung der zugrundeliegenden Forschungs- und Unterfragen (siehe Kapitel 1.2). Anschließend folgt eine kritische Reflexion und Diskussion des methodischen Vorgehens innerhalb dieses Forschungsprojekts. In diesem Zusammenhang werden auch Grenzen des Forschungsprojekts dargestellt.

5.1 Ergebnisdiskussion

Die Umsetzung hochfrequenter ambulanter Therapie in der logopädischen Praxis bei Patienten mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen ist in Deutschland kaum verbreitet und stellt eine Ausnahme dar. Dies spiegelte sich auch im Feldzugang zu möglichen logopädischen Praxen innerhalb dieses Forschungsprojekts wieder. Dieser erfolgte über eine Suche nach logopädischen Praxen mit dem Angebot hochfrequenter Therapie

im neurologischen Bereich im öffentlichen Internet (siehe Kapitel 3.4). Diese Erfahrung stimmt mit den Studienergebnissen zur Therapiefrequenz und Realisierung von Intensivtherapie von Asmussen et al. (2013:12) überein (siehe Kapitel 2.1.3).

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die Umsetzung hochfrequenter Therapie in der ambulanten logopädischen Praxis trotz der in Kapitel 1.1 genannten Hinderungsfaktoren möglich ist. Dabei wird im Folgenden die erfolgreiche Realisierung zweier Praxen mit Orientierung an den zugrundeliegenden Forschungsfragen aus Kapitel 1.2 beleuchtet.

Wie setzen Praxisinhaber und ihre Mitarbeiter hochfrequente ambulante Therapie im Praxisalltag um?

Die Untersuchungsergebnisse zeigen zwei verschiedene Konzepte hochfrequenter Therapie, die einige Gemeinsamkeiten, aber auch wesentliche Unterschiede voneinander aufweisen.

Praxis A ist ländlich gelegen und bietet ausschließlich Therapieintervalle von zwei bis vier Wochen für Patienten aus ganz Deutschland an. Ihr Konzept ähnelt dem Angebot einer stationären Rehabilitationsklinik. Die Behandlungen werden jedoch in einer ambulanten Praxis durchgeführt. Patienten, die eine weite Anreise haben, wohnen während des Therapiezeitraums in einer selbst gewählten Unterkunft. Daher finden die Therapien nicht in einem stationären, sondern in einem urlaubsähnlichen Kontext statt. Praxis B liegt hingegen in einer Großstadt und ähnelt einer herkömmlichen Praxis. Die Patienten wohnen im Umkreis dieser. Die hochfrequente Therapie ist in den herkömmlichen Praxisalltag integriert. Sie wird entweder durchgehend oder auch in niedrigfrequente Therapie eingebettet, durchgeführt. Neben Patienten, die hochfrequent behandelt werden, werden auch Patienten mit einer Therapiefrequenz von ein bis zwei Zeitstunden in der Woche versorgt.

Eine Gemeinsamkeit beider Praxen besteht in der Relevanz der Schwerpunktbildung im neurologischen Bereich. Dabei stellt in beiden Praxen Berufserfahrung eine sehr wichtige Komponente dar. Anders als in Praxis A, in der ausschließlich Erwachsene mit neurologischen Erkrankungen behandelt werden, werden in Praxis B jedoch auch Therapien im Bereich Stimme und Kindersprache durchgeführt. Dies kann auf das vergleichsweise kleine Einzugsgebiet der Patienten zurückgeführt werden. Eine Übereinstimmung beider Praxis-konzepte findet sich außerdem in dem Zeitumfang der Einzeltherapien, die jeweils 60 Minuten betragen. Ein wesentlicher Unterschied besteht in der Höhe der Therapiefrequenz, wobei beiden Praxen gemeinsam ist, dass diese individuell an den Patienten angepasst wird. Die tägliche Therapiefrequenz in Praxis A liegt bei ein bis vier Stunden. Auf die Woche verteilt beträgt dies eine Therapiefrequenz von fünf bis zwanzig Zeitstunden. In Praxis B beträgt die Mindestdosis bei Aphasiepatienten drei Therapieeinheiten in der Woche. Die wöchentliche Therapiefrequenz einer Intensivphase beträgt häufig fünf Zeitstunden in der

Woche. Wenn davon ausgegangen wird, dass der jeweilige Patient an beiden angebotenen Gruppen teilnimmt, würde es sich um eine wöchentliche Therapiefrequenz von sieben Einheiten handeln. Jedoch gibt es auch Ausnahmen, in denen die Anzahl der Einzeltherapien höher liegt. Hier zeigt sich, dass derzeit keine festgelegte Definition hochfrequenter Therapie vorliegt. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Ergebnissen der quantitativen Studie von Asmussen et al. (2013:16), in der von 257 Befragten 8 % fünf Therapieeinheiten pro Woche und nur 1 % mehr als fünf Therapien in der Woche als hochfrequent definierten. Jedoch ist beiden Konzepten gemeinsam, dass sie in der Intensivphase die wöchentliche Therapiefrequenz von 300 Minuten erfüllen, für die die sprachsystematische Wirksamkeit in der Aphasietherapie nachgewiesen ist (vgl. Grötzbach 2017:7). Eine mögliche Ursache dieses Unterschieds könnte darin liegen, dass neben der logopädischen Therapie in Praxis B auch physio- und ergotherapeutische Maßnahmen mit mehreren Behandlungseinheiten in der Woche stattfinden, während in Praxis A die Empfehlung gilt, während des jeweiligen Therapieintervalls keine weiteren therapeutischen Anwendungen in Anspruch zu nehmen.

Um potenzielle Patienten auf sich aufmerksam zu machen, setzt Praxis A gezielte Werbung ein. Der Praxisinhaber weist zudem daraufhin, dass viele Patienten auch durch Empfehlungen von anderen Patienten und von in Klinik tätigen Therapeuten von dem Angebot der Intensivtherapie erfahren (vgl. PIA, Z.104-106). Dies deutet auf die Attraktivität des Angebots sowie auf eine hohe Nachfrage hin. Dass die Praxis derzeit keine dauerhaften Kooperationen pflegt, lässt sich vor allem aus dem deutschlandweiten Einzugsgebiet der Patienten und der damit einhergehenden Vielzahl an Ärzten, Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ableiten. Aufgrund methodischer Fehler (siehe Kapitel 5.2) sind an dieser Stelle die Daten für Praxis B unvollständig, wodurch kein vollständiger Vergleich zu Praxis A hergestellt werden kann. An den Ergebnissen der Befragung der Patienten zeigt sich allerdings, dass auch in Praxis B Empfehlungen von Kliniken und anderen Therapeuten von Bedeutung sind.

An den Untersuchungsergebnissen zeigt sich zudem, dass die Therapieplanung in beiden Praxen sehr patientenorientiert verläuft. In Praxis A stellt die Eingangsdagnostik die Basis für die Organisation und Planung der hochfrequenten Therapie dar. Diese findet Wochen oder Monate vor dem jeweiligen Therapie-Intervall statt und dauert drei bis fünf Stunden, wodurch eine sehr ausführliche Befunderhebung möglich ist. Die Therapieplanung muss für jedes Therapie-Intervall von Hand neu erstellt werden und berücksichtigt alle individuellen Bedingungen der jeweiligen Patienten (bspw. Aufstehzeiten, tagesabhängige Leistungsschwankungen, etc.). Diese Vorgehensweise fördert die Effektivität der Therapie, indem der Patient unterstützt wird, ist jedoch mit einem erheblichen Aufwand verbunden.

Im Gegensatz dazu stehen im Konzept der Praxis B neben der sprachsystematischen Wirksamkeit vor allem die Alltagsbegleitung der Patienten sowie eine partizipationsorientierte Zielfindung mit einer Funktion zur Selbsthilfe im Mittelpunkt. Diese werden in der Diagnostik erfasst, die in den ersten Therapiestunden durchgeführt wird, im Team besprochen und während des Therapieprozesses stetig an die Bedingungen des Patienten angepasst. Dementsprechend variiert auch die jeweilige Therapiefrequenz der Patienten in Abhängigkeit von deren Bedingungen und Kapazität. Im Vergleich zu Praxis A ist hier eine variable Therapiefrequenz möglich, da die Therapie häufig über mehrere Jahre durchgeführt wird.

In Praxis A besteht grundsätzlich eine Warteliste. Diese ist auf eine hohe Nachfrage von Patienten zurückzuführen. Zudem können aufgrund der hohen täglichen bzw. wöchentlichen Therapiefrequenz sowie der geringen Anzahl an behandelnden Therapeuten nur wenige Patienten innerhalb eines Therapie-Intervalls behandelt werden. Im Gegensatz dazu werden neue Patienten in Praxis B ähnlich wie in einer herkömmlichen Praxis nach der freien Kapazität im Therapieplan eingeladen. Dadurch ist ein Therapiebeginn ohne Wartezeit möglich. Der Unterschied zu Praxis A lässt sich damit erklären, dass sich die Behandlung in Praxis B nicht auf Therapie-Intervalle beschränkt. Dadurch finden erfolgreiche Abschlüsse von Behandlungen einzelner Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Folglich entstehen freie Termine bzw. Kapazitäten.

Besonders wichtig empfindet Praxisinhaber A die Therapeutenkonstanz in Form einer konstanten Betreuung des jeweiligen Patienten durch ein oder maximal zwei Logopäden in seiner Praxis (vgl. PIA, Z.270-721). Die Ursache dafür liegt in der Notwendigkeit ständiger Absprachen zwischen den einzelnen Therapien pro Tag, um über den aktuellen Therapiestand des jeweiligen Patienten informiert zu sein. Bei drei behandelnden Therapeuten würde die Notwendigkeit dieser Absprachen zunehmen und komplexer werden. Anders als in Praxis A liegt ein wichtiges Kriterium des Konzepts der Praxis B in der gemeinsamen Behandlung der Patienten durch mindestens zwei, meist drei Logopäden. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass sich die jeweiligen Therapeuten gegenseitig mit ihren Erfahrungen und ihrem Wissen ergänzen und sich dadurch entlasten können. Ein Vorteil der gemeinsamen Behandlung besteht zudem darin, dass Urlaubs- und Krankheitsvertretungen vorab geregelt sind, weil der jeweils andere behandelnde Therapeut die Behandlungen seines Kollegen übernimmt, der dem Patienten bereits bekannt ist. Diese Vorgehensweise entspricht der bei Urlaubs- und Krankheitsvertretungen in Praxis A, sofern der Patient von zwei Therapeuten behandelt wird.

Beiden Praxen ist außerdem eine hohe Bedeutsamkeit von Absprachen zwischen den behandelnden Therapeuten gemein. Die jeweilige Durchführung hebt sich jedoch voneinander ab. So finden Absprachen in Praxis B vor allem wöchentlich in Form einer zwei-

stündigen Teamsitzung und einer einstündigen Supervision statt. Auf diese Weise können alle Patientenfälle regelmäßig mit allen Logopäden der Praxis – auch Therapeuten, die den Patienten nicht behandeln – besprochen werden. Der Vorteil dabei liegt darin, dass der therapeutische Blickwinkel aller behandelnden Logopäden zugunsten des jeweiligen Patienten erweitert werden kann. Dass in Praxis A hingegen keine Team- oder Fallbesprechungen stattfinden, ergibt sich aus der Teamgröße sowie aus den vielen Besprechungen zwischen den Behandlungen, die aufgrund der hohen Therapiefrequenz mehrmals pro Tag notwendig sind. Jedoch hält Praxisinhaber A Teamsitzungen und Fallbesprechungen für sinnvoll, sobald das Team wächst (vgl. PIA, Z.316-319). Bei Betrachtung der Umsetzung der hochfrequenten Therapie in Praxis A, lässt sich daraus eine zukünftige Erhöhung des organisatorischen Zeitaufwands ableiten.

Auch bei der Organisation der Gruppentherapien zeigen sich Abweichungen zwischen beiden Konzepten. Die Gruppen in Praxis A werden möglichst homogen gestaltet. Hier wird ersichtlich, dass auch in diesem Aspekt die organisatorische Therapieplanung mit einem immensen Aufwand verbunden ist. So ist in der Eingangsdagnostik eine genaue Erfassung aller relevanten Aspekte notwendig, um die bestmöglichen Voraussetzungen für die Gruppenzusammenstellung zu erlangen. Das Gruppenkonzept der Praxis B sieht vor, die Gruppen jeweils zu zweit zu leiten, während in Praxis A ein Therapeut die Gruppenbehandlung durchführt. Die Ursache dafür kann auf die jeweilige Gruppengröße in beiden Praxen zurückgeführt werden. In Praxis B ist zwar auch eine Homogenität der Gruppen relevant, jedoch ist bei der Gruppenzusammenstellung wichtiger, ob sich die Teilnehmer verstehen. Dieser Aspekt kann daraus abgeleitet werden, dass die Patienten sich innerhalb der kommunikationsorientierten Gruppe etwas erzählen und miteinander in Kontakt treten sollen, während in Praxis A auch in den Gruppen an den jeweiligen Therapiezielen gearbeitet wird. Zudem bestehen die Gruppen über einen langen Zeitraum und werden nicht alle paar Wochen neu gebildet. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass die Patienten langjährig in Praxis B behandelt werden und der Patientenstamm weniger Veränderungen erfährt als in Praxis A.

Aus den Ergebnissen wird darüber hinaus ersichtlich, dass beide Praxen mehrere Kriterien verfolgen, um die Qualität ihrer hochfrequenten ambulanten Therapie gewährleisten zu können. Dabei betonen beide eine angemessene Berufserfahrung des Therapeuten mit einem großen Methoden- und Materialrepertoire, die Spezialisierung der Praxis auf den neurologischen Bereich, als auch die genaue Betrachtung des Patienten in seiner gesamten Situation als substanzielle Qualitätskriterien (vgl. PIA, PIB). Auch Grötzbach und Beushausen (2017:32) weisen daraufhin, dass wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise unter idealen Bedingungen ermittelt werden, wohingegen sich die Bedingungen im Praxisalltag anhand der individuellen Situation des Patienten verändern. Ferner wird darauf

hingewiesen, dass neben den Kriterien der Therapie-Intensität - zu denen die Therapiefrequenz gehört - auch die therapeutische Expertise den Therapie-Erfolg beeinflusst (vgl. ebd.:25). Hier wird ersichtlich, dass nicht ausschließlich organisatorische, sondern auch inhaltliche Kriterien für die erfolgreiche Realisierung hochfrequenter Therapie notwendig sind. Dies wird auch von beiden Praxisinhabern geäußert, die darauf hinweisen, dass eine hohe Therapiefrequenz als alleiniges Qualitätsmerkmal nicht ausreicht.

Zusammenfassend lässt sich das Angebot von Praxis A als „individuelle urlaubsnahe Intensivtherapie“ und das Konzept von Praxis B als „ressourcenorientierte, alltagsbegleitende Intensivtherapie“ namentlich bezeichnen.

Welchen Beitrag leisten Patienten und Angehörige zur Realisierung hochfrequenter ambulanter Logopädie?

An den Ergebnissen der Arbeit zeigt sich auch, welcher Beitrag der Patienten und Angehörigen für die Umsetzung hochfrequenter ambulanter Therapie nötig ist.

In Praxis A besteht eine Aufgabe der Patienten in der Planung des Therapieaufenthalts und ggf. in der Buchung einer entsprechenden Unterkunft. Zudem muss der Patient – wie es auch im Urlaub üblich ist – die Kosten der Unterkunft selbst aufbringen. Es ist davon auszugehen, dass dieser Faktor die Anzahl der jährlichen Therapie-Intervalle des jeweiligen Patienten maßgeblich beeinflusst. Überdies sind eine sichtbare Therapiemotivation sowie eine hohe Arbeitsbereitschaft vom Patienten gefordert, die über die einzelnen Behandlungseinheiten mit den Therapeuten hinausgeht. Dies weicht von den Studienergebnissen von Asmussen et al. (2013:18) ab. Diese kommen zu der Schlussfolgerung, dass prinzipiell jeder Patient für eine hochfrequente logopädische Behandlung geeignet ist und eine hohe Motivation sowie eine gute Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit jedoch förderlich sind (vgl. ebd.). Der Unterschied zu Praxis A könnte durch deren Praxis-konzept mit der hohen Therapiefrequenz pro Tag erklärt werden. Diese hält der Patient ohne hohe Eigenmotivation zu sprachlichen Verbesserungen und ohne eine angemessene Belastbarkeit möglicherweise nicht durch.

Praxisinhaber B hingegen beschreibt die Anfahrt zur Praxis als einzig notwendigen Beitrag der Patienten (vgl. PIB, Z.619-620). Durch den Patienten bedingte Hindernisse für die erfolgreiche Umsetzung hochfrequenter Therapie schließt er aus (vgl. PIB Z.681-685). Diese Aussage widerspricht der Ansicht der befragten Patienten, welche eine durch die hohe Therapiefrequenz bedingte Müdigkeit und Anstrengung als herausfordernd betrachten (vgl. P1, Z.225-229; P2, Z.158). Eine mögliche Hypothese für diese widersprüchlichen Aussagen könnte sein, dass beide befragten Patienten zusätzlich zur hochfrequenten Logopädie, ergo- und/oder physiotherapeutische Maßnahmen – teils ebenfalls hochfrequent – erhalten und sie diese möglicherweise in ihrer Gesamtbetrachtung einschließen, wäh-

rend Praxisinhaber B sich ausschließlich auf die logopädische Therapie bezieht. Zudem unterscheiden sich möglicherweise die subjektive Wahrnehmung der Patienten und die des Praxisinhabers. Auch Grötzbach und Beushausen (2017:22) merken an, dass die Bereitschaft der Patienten zur Teilnahme an einer hochfrequenten logopädischen Behandlung nicht unterschätzt werden darf. Mit Blick auf die Studienlage zur Abbruchrate bei hochfrequenten Aphasietherapien sind sie der Auffassung, dass die hohe Therapiefrequenz für einige Patienten eine Überforderung darstellt (vgl. Grötzbach u. Beushausen 2017:22). Jedoch ist die Ursache dafür bislang unklar, sodass hier weiterer Forschungsbedarf besteht (vgl. ebd.). Eine mögliche Herausforderung stellt zudem die Umsetzung hochfrequenter Therapie für berufstätige Patienten dar. An dieser Stelle wäre es interessant, Patienten, die hochfrequente Therapie neben ihrer beruflichen Tätigkeit wahrnehmen, zu befragen, inwieweit sich beides miteinander vereinbaren lässt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Aufgabe der Angehörigen sich vor allem im Bring- bzw. Fahrdienst der Patienten widerspiegelt. Darin sind sich sowohl die befragten Patienten, als auch die befragten Praxisinhaber einig. Diese Aufgabe erscheint besonders relevant, wenn zwei verschiedene therapeutische Anwendungen zeitlich nah beieinander liegen und der Patient zügig von einem Ort zum anderen gelangen muss. In Praxis A nehmen die Angehörigen zudem eine essenzielle Rolle als Reisebegleitung für die Zeit des Therapie-Intervalls – vor allem bei Patienten mit motorischen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen – ein. Dadurch lässt sich die Erkenntnis gewinnen, dass potenzielle Patienten mit motorischen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen - die keine Angehörigen haben, die sie für den Aufenthalt begleiten können - die Behandlung in Praxis A nicht wahrnehmen können. Überdies werden die Angehörigen in beiden Praxen in den Therapieprozess einbezogen und übernehmen oftmals auch einen aktiven Part bei der Auseinandersetzung mit verordnenden Ärzten und Krankenkassen in Bezug auf die Kostenübernahme der hochfrequenten Therapie. Es wird ersichtlich, dass die Unterstützung der Angehörigen für die erfolgreiche Realisierung hochfrequenter Therapie bei nicht-selbstständigen Patienten – vor allem für das Konzept der Praxis A – eine wichtige Rolle darstellt. Hierbei kann die Umsetzung beim Fehlen unterstützender Angehörige scheitern. Der Grund für den Unterschied zwischen den beiden Praxen kann darauf zurückgeführt werden, dass das Konzept der Praxis A häufig im Rahmen einer Reise stattfindet, wohingegen die Behandlung in Praxis B in den Patientenalltag integriert ist. Deshalb ist diese hinsichtlich der Planung und Anfahrt mit weniger Aufwand für den Patienten und seine Angehörigen verbunden.

Welche Herausforderungen treten bei der Umsetzung hochfrequenter ambulanter Therapie im Praxisalltag auf und wie überwinden die einzelnen Akteure (Praxisinhaber, Praxismitarbeiter, Patienten und Angehörige) diese?

Als Herausforderung bei der Umsetzung hochfrequenter ambulanter Therapie nennen die Befragten vor allem die finanziellen Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit hochfrequenter Therapie (vgl. PIA, PIB). Dies betrifft zunächst die verordnenden Ärzte, von denen die Patienten eine VO für hochfrequente Therapie benötigen, um diese in Anspruch nehmen zu können. Die Erfahrungen mit dem ärztlichen Ordnungsverhalten der Befragten sind sehr vielfältig und reichen von einem problemlosen Erhalt einer VO bis hin zur Ablehnung der Ausstellung einer VO. Auch Müller (2015:13) kommt in einem Forschungsprojekt zu der Schlussfolgerung, dass das Ordnungsverhalten der Ärzte ein Hindernis für die Implementierung hochfrequenter Therapie darstellt, weil viele Ärzte weder auf die Empfehlungen der Logopäden, noch auf die Wünsche der Patienten und ihrer Angehörigen eingehen. Als Ursache werden wirtschaftliche Gründe in Hinblick auf das Ordnungsbudget angeführt (vgl. ebd.). Im Einklang mit diesen Erkenntnissen benennen auch die befragten Praxisinhaber innerhalb dieses Forschungsprojekts als häufige Ursache für die Schwierigkeiten mit den Ärzten deren wirtschaftliche Angst, die sich aus dem System des Gesetzgebers ergibt (vgl. PIA, PIB). Zum gegenteiligen Ergebnis kommen Asmussen et al. (2013:17), die festhalten, dass die Ärzte im Zuge einer hochfrequenten Therapie die bestmögliche Behandlung verordnen und dementsprechend hohe Therapiefrequenzen bei guter Aufklärung der Ärzte unproblematisch sind. Dazu wird ein enger Austausch zwischen den behandelnden Ärzten und Logopäden über den Inhalt und Nutzen der Behandlung geraten (vgl. ebd.). Gegen diese Position sprechen die Aussagen der Befragten innerhalb dieser Arbeit. Diese referieren ein hohes Engagement der Therapeuten bei der Auseinandersetzung und dem Austausch mit verordnenden Ärzten in Bezug darauf, eine Verordnung für hochfrequente Therapie für den Patienten zu erhalten (vgl. PIA, PIB). Dennoch erweisen sich ihre Maßnahmen oftmals als nicht erfolgreich. So weist Praxisinhaber A darauf hin, dass bei Ärzten, die Angst um ihr Budget haben, nur eine Langfristgenehmigung wirkt, um diese umzustimmen, da diese frei von der Budgetierung gehandhabt werden (vgl. PIA, Z.483-485). Ein langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V liegt bei schwerwiegenden dauerhaften Schädigungen vor, wenn eine in Anlage 2 der HeilM-RL gelistete Diagnose vorliegt (vgl. § 8a Abs. 1 u. 2 HeilM-RL). Eine langfristige Genehmigung kann ebenfalls erfolgen, wenn eine ähnliche Beeinträchtigung vorliegt, ein entsprechender Antrag des Versicherten bei seiner Krankenkasse eingereicht und von dieser genehmigt wird (vgl. § 8a Abs. 3 HeilM-RL). Sind keinerlei Maßnahmen seitens der Patienten, Angehörigen oder der Therapeuten wirksam, kann die Herausforderung durch einen Arztwechsel des Patienten überwunden werden. Ein möglicher Lösungsansatz für die Schwierigkeiten mit dem Ordnungsverhalten der Ärzte könnte mehr Aufklärung der Ärzte durch die logopädischen, aber auch durch die ärztlichen Berufsverbände darstellen. Dadurch könnten die Logopäden, die die Patienten und

Angehörigen häufig bei Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten unterstützen, entlastet werden. Müller (2015:3) hat in einem Forschungsprojekt ein Anschreiben an Ärzte und Krankenkassen entwickelt. Dieses enthält Erläuterungen zur hochfrequenten Therapie und deren Effizienz in Form von rechnerischen Beispielen (vgl. ebd.). Vor allem der wirtschaftliche Druck der Ärzte erscheint ein großes Problem. Dieses hängt jedoch mit den Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems zusammen, woran der einzelne Therapeut wenig Handlungsspielraum hat. Es besteht zudem Forschungsbedarf in Hinblick darauf, weshalb sich das Ordnungsverhalten der einzelnen Ärzte, auch innerhalb einer Arztgruppe, derart unterscheidet und welche Maßnahmen durchgeführt werden müssten, um hier Veränderungen zu erzielen.

Eine weitere Herausforderung im Zusammenhang mit den finanziellen Rahmenbedingungen hochfrequenter Therapie stellen die Krankenkassen dar. Laut § 18 Abs. 5a der Rahmenempfehlung 2013 gemäß § 125 Abs. 1 SGB V sollen logopädische Behandlungen nur einmal pro Tag durchgeführt werden. Mehrere Therapien am Tag bedürfen einer Genehmigung der Krankenkasse. Daraus resultiert, dass vor allem Praxisinhaber A über große Unterschiede bei den gesetzlichen Krankenkassen – auch innerhalb einer GKV – und teils große Schwierigkeiten bei den Genehmigungsverfahren klagt (vgl. PIA, Z.508-509). Im Gegensatz dazu beruht die hohe wöchentliche Therapiefrequenz in Praxis B häufig auf fünf Einzeltherapien auf fünf Tage verteilt, wodurch eine Genehmigung durch die Krankenkassen entfällt. Daraus ergibt sich, dass Praxisinhaber B derzeit keine Schwierigkeiten mit den GKV zu verzeichnen hat, sofern die Ärzte eine variable Therapiefrequenz von bis zu fünf wöchentlichen Therapieeinheiten verordnen (vgl. PIB, Z.750-751). Jedoch bestehen Probleme bei der Kostenerstattung durch die PKV nach eineinhalb bis zwei Jahren der hochfrequenten Behandlung eines Patienten. Maßnahmen der Therapeuten und der Patienten dennoch eine Kostenerstattung zu erreichen, werden als erfolglos erörtert und mit einer Kostenersparnis der Aktiengesellschaften bzw. Versicherungsvereine begründet (vgl. PIB, Z.266-268). Unter Berücksichtigung, dass diese erwerbswirtschaftliche Ziele verfolgen, erscheint diese These plausibel (vgl. Simon 2013:14). In Praxis A treten Schwierigkeiten mit der PKV in Form von Kürzungen hinsichtlich der Kostenerstattung auf. Eine Vermutung für die Diskrepanz zwischen Praxis A und Praxis B in Hinblick auf die PKV liegt darin, dass es sich in Praxis A um Therapie-Intervalle handelt und die Patienten dadurch nicht eineinhalb bis zwei Jahre durchgehend in der Praxis behandelt werden. Zudem variiert die Anzahl der Inanspruchnahme der Therapie-Intervalle je Patient.

Bei Betrachtung der genannten weitreichenden Begründungen der Krankenkassen für die Ablehnung einer Genehmigung für hochfrequente Therapie besteht auch hier vor allem einheitlicher Aufklärungsbedarf in Hinblick auf den Inhalt der HeilM-RL und den Begriff der „intensiven Therapie“ (in Bezug auf Definition, Inhalt und Ziele). Damit trotz Schwierigkei-

ten mit den Krankenkassen eine Genehmigung für hochfrequente ambulante Therapie durch diese erfolgt, erscheinen Widerspruchsverfahren häufig erfolgreich. Bleiben schriftliche Stellungnahmen und andere Bemühungen der Therapeuten, Patienten und Angehörigen erfolglos, sind Klagen der Patienten in Erwägung zu ziehen. Auch ein Wechsel der Krankenkasse erscheint nutzbringend. Somit werden die Ergebnisse von Asmussen et al. (2013:17) bestätigt.

Eine weitere Herausforderung besteht in Praxis A in einer hohen Belastung der Therapeuten. Diese ergibt sich aus dem zeitintensiven organisatorischen Aufwand und der Überwindung von Schwierigkeiten bei der Umsetzung hochfrequenter Therapie sowie aus der Unterstützung der Patienten bei bspw. Genehmigungs- und Widerspruchsverfahren. Daraus lässt sich ein hoher zusätzlicher Arbeitsaufwand ableiten, der nicht zur direkten Aufgabe der Therapeuten gehört. Dementsprechend lässt sich daraus folgern, dass diese Aufgaben auf der Basis eines persönlichen Engagements erfolgen, da diese finanziell nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Auch die Erwartungen des Patienten stellen eine Herausforderung dar. Dieser Aspekt spricht dafür, dass die Erwartungen der Patienten im Rahmen der hochfrequenten Therapie deutlich höher sind als in einer herkömmlichen Therapie. Das legt den Schluss nahe, dass der Erfolgsdruck der Therapeuten relativ hoch ist. In Praxis A steigert die intensive Beziehung zum Patienten die Belastung der Therapeuten. Diese ergibt sich besonders aus der hohen Therapiefrequenz pro Tag. Daraus folgt die Anforderung an die Therapeuten, trotz dieser Umstände eine professionelle Distanz und Sachlichkeit zu sichern. Auch in Praxis B lässt sich ein hohes Maß an persönlichem Engagement der Therapeuten feststellen. Dies ergibt sich aus ihrer Unterstützung der Patienten bei der Vermittlung von Fahrdiensten sowie bei der Überwindung von Schwierigkeiten mit Ärzten und Krankenkassen. Probleme können zudem durch Fehlinformationen oder die mangelnde Bereitschaft der Ärzte und Krankenkassen, hochfrequente ambulante Therapie zu verordnen oder finanziell zu übernehmen, entstehen. Dies verdeutlicht die notwendige Kommunikation und Transparenz durch die Therapeuten sowie deren Position als Glied in einer Kette. Die Feststellung kann dadurch getroffen werden, dass die Probleme an anderer Stelle entstanden sind, aber in der Praxis letztendlich sichtbar und zum zusätzlichen Aufwand der Therapeuten werden.

Eine Ressource und ein Entlastungsfaktor bei auftretenden Herausforderungen zeigen sich in Praxis B in der Arbeit und Therapieplanung im Team bzw. in der gemeinsamen Behandlung eines Patienten mit zwei bis drei Therapeuten. Das lässt sich daraus ableiten, dass die Logopäden ihren Blick in Bezug auf die organisatorische und inhaltliche Therapieplanung erweitern und das Wissen jedes Teammitglieds nutzen können. Außerdem ergibt sich daraus, dass kein Teammitglied in der Behandlung seines Patienten auf sich allein gestellt ist, wodurch einer Überforderung vorgebeugt wird.

Ein Wunsch beider Praxisinhaber in Bezug auf die Umsetzung hochfrequenter ambulanter Therapie bezieht sich auf die finanziellen Rahmenbedingungen in Form von positiven Veränderungen hinsichtlich des Ordnungsverhaltens der Ärzte und einer Aufhebung der Genehmigungsverfahren durch die Krankenkassen. Zudem zeigt sich der Wunsch nach Selbstbestimmung der Therapeuten bei der Festlegung der wöchentlichen Therapiefrequenz mit einer Übertragung der Verantwortung von den Ärzten auf die logopädischen Leistungserbringer. Bei Betrachtung der oben genannten Herausforderungen, würde die Erfüllung dieser Wünsche viele Schwierigkeiten erleichtern bzw. aufheben. Jedoch erscheint diese Umsetzung mit Blick auf die gesetzlichen Hintergründe und Systembedingungen weit entfernt. Seitens der Patienten wird lediglich ein Veränderungswunsch geäußert, der ebenfalls auf die finanziellen Rahmenbedingungen zurückzuführen ist (vgl. P1, Z.258-267). So kann auf dieser Seite von einer hohen Zufriedenheit der Patienten in Bezug auf die Realisierung hochfrequenter Therapie ausgegangen werden. Allerdings ist hierbei die geringe Probandenzahl zu berücksichtigen, sodass an dieser Stelle weiterer Forschungsbedarf mit einer höheren Anzahl an Patienten-Probanden sinnvoll erscheint.

Um Herausforderungen bei der Realisierung hochfrequenter ambulanter Therapie möglichst gering zu halten, ist eine Spezialisierung auf neurologische Störungsbilder sowie eine angemessene Berufserfahrung in diesem Bereich erforderlich. Beide Kriterien werden auch in der Literatur als förderlich genannt (vgl. Asmussen et al. 2013:17). Für das Konzept der Praxis A sind zudem Fleiß und eine „stabile Persönlichkeit“ (vgl. PIA, Z. ...) der Therapeuten relevant. Dies resultiert vor allem aus dem hohen organisatorischen Mehraufwand und den oben genannten Belastungsfaktoren für den Therapeuten. Für das Konzept der Praxis B zeigt sich die gemeinsame Behandlung eines Patienten mit mehreren Therapeuten als Entlastungsfaktor.

5.2 Methodendiskussion

Für die Erhebung der Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter Therapie in der ambulanten logopädischen Praxis wurde die qualitative Forschungsmethode mit leitfadengestützten Experteninterviews gewählt. Rückblickend erwies sich dieses Forschungsdesign als angemessen. Mit Hilfe des qualitativen Forschungsdesigns konnte der Gegenstand (innerhalb dieses Forschungsprojekts die Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter ambulanter Therapie) in seiner Gesamtheit und Komplexität untersucht werden (vgl. Flick 2016:27). Bislang bestanden zum Thema der hochfrequenten Therapie in der ambulanten logopädischen Praxis eine quantitative und zwei qualitative Studien. Der Fokus dieser Arbeiten liegt jedoch auf der derzeitigen Verbreitung und dem Wunsch der Umsetzung hochfrequenter Therapie in der ambulanten logopädischen Pra-

xis, auf den Voraussetzungen, die für die Realisierung erfüllt sein müssen sowie auf den aktuellen Möglichkeiten und Schwierigkeiten bei der Umsetzung hochfrequenter Therapie aus Sicht von Sprachtherapeuten, die keine hochfrequente Therapie in ihrer Praxis anbieten und keine Erfahrung mit der Thematik haben (vgl. Asmussen et al. 2013; Müller 2015). In diesem Zusammenhang boten die Leitfadeninterviews die Möglichkeit neue Informationen in Bezug auf die zugrundeliegende Forschungsfrage zu ermitteln. Sie dienten der Erfassung der subjektiven Sicht- und Handlungsweisen der interviewten Teilnehmer, die Erfahrung mit der Organisation, Umsetzung und Finanzierung hochfrequenter ambulanter Therapie gemacht haben.

Eine mögliche Alternative hierzu hätte ein quantitatives Studiendesign in Form von postalisch zu versendenden standardisierten Fragebögen dargestellt. Ein Vorteil dieser Art der Datenerhebung wäre die Steigerung der Aussagekraft durch die Befragung einer größeren Stichprobe gewesen. Um für die Grundgesamtheit repräsentativ zu sein, wäre die Stichprobe innerhalb dieses Forschungsprojekts für ein quantitatives Forschungsdesign mittels standardisiertem Fragebogen jedoch nicht ausreichend gewesen. Die Werte werden umso repräsentativer für die Grundgesamtheit, je größer die Stichprobe ist (vgl. Mayer 2013:65). Aufgrund des eher seltenen Angebots der hochfrequenten ambulanten Therapie ist es jedoch fraglich, dass viele weitere geeignete Probanden hätten rekrutiert werden können. Als nachteilig für ein quantitatives Forschungsdesign kann aber der Wissensstand der Autorin zur Umsetzung hochfrequenter Therapie vor der Datenerhebung angesehen werden. Aufgrund unzureichender Informationen zu dieser Thematik in der Literatur, war der Wissensstand nicht ausreichend, um gezielte Fragen und vor allem angemessene Antwortmöglichkeiten entwickeln zu können, die die zugrundeliegende Forschungsfrage zielführend beantwortet hätten. Daher wäre ein quantitatives Design in Form der Befragung mittels Fragebögen rückblickend keine sinnvolle Alternative gewesen.

Ein Problem innerhalb dieses Forschungsprojekts stellte die Probandenrekrutierung zweier logopädischer Praxen, die hochfrequente ambulante Therapie anbieten, dar. Es konnten durch eine Recherche im öffentlichen Internet nur neun logopädische Praxen innerhalb Deutschlands ausfindig gemacht werden, die dieses Angebot auf ihrer Internetseite anbieten. Von diesen neun kontaktierten logopädischen Praxen meldeten sich lediglich drei zurück. Von diesen mussten zwei weitere Praxen von der Teilnahme ausgeschlossen werden, da sie hochfrequente Therapie anbieten, diese aber laut eigenen Angaben nur ein bis zwei Mal im Jahr durchführen. Dies deutet daraufhin, dass die hochfrequente ambulante Therapie bei neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen wenig verbreitet ist und bislang eine Ausnahme darstellt.

Der Zugang für die Rekrutierung von Patienten-Probanden wurde über die jeweiligen Praxisinhaber gesucht. Ein Praxisinhaber agierte als Gatekeeper (siehe Kapitel 3.4). Der Praxisinhaber kontaktierte Patienten, von denen er annahm, dass sie einen Beitrag zur Beantwortung der zugrundeliegenden Forschungsfrage leisten können, informierte Sie mit Hilfe eines zuvor entwickelten Informationsschreibens der Autorin und gewann sie für die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt. Dies stellte sich aufgrund der großen räumlichen Entfernung der Autorin zur logopädischen Praxis als sehr nützlich dar, da die Erreichbarkeit geeigneter Patienten für die Befragung andernfalls vermutlich nicht möglich gewesen wäre. Wie bereits in Kapitel 3.4 beschrieben, blieb aufgrund großer Bedenken des Praxisinhabers A hinsichtlich einer zusätzlichen Belastung für seine Patienten bei dieser Praxis der Patientenzugang verwehrt. Da es an Alternativen fehlte, hatte dies zur Folge, dass in Bezug auf die zugrundeliegende Forschungsfrage keine Gegenüberstellung der Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter Therapie beider Praxen aus der Sicht der Patienten möglich war.

Anstelle von zunächst drei geplanten Patienten-Probanden konnten jedoch nur zwei für das Projekt gewonnen werden. Die zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Kapitel 3.3) konnten daher nicht eingehalten werden. Beide Interviewteilnehmer wiesen eine schwere unflüssige Aphasie mit einem intakten Sprachverständnis und schweren Einschränkungen in der Sprachproduktion auf, wodurch sich die Datenauswertung beider Interviews erschwerte. Um innerhalb dieses Forschungsprojekts dennoch nicht vollständig auf die Sichtweise der Patienten verzichten zu müssen, wurden die beiden Patienten dennoch zur Thematik der hochfrequenten ambulanten Therapie befragt. Beide Patienten nutzten nonverbale Handlungen und Äußerungen als Unterstützung ihrer Kommunikation. Die Autorin verwendete eine verstärkte Verständnissicherung, um den Erhalt adäquater Informationen sicherstellen zu können. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Erfahrungen der Patienten mit den erhobenen Daten übereinstimmen. Dennoch ist dies kritisch zu betrachten, da nicht sichergestellt werden kann, dass durch die schwere Beeinträchtigung der Sprachproduktion beider Patienten für die Beantwortung der Forschungsfrage relevante Informationen nicht verloren gegangen sind bzw. nicht erfasst werden konnten. Bspw. brach einer der Patienten während einer Interviewsituation eine Äußerung ab, da es ihm trotz nonverbaler Hilfen nicht gelang die erfragten Informationen hinsichtlich seiner Erfahrungen mit Ärzten und seiner Krankenkasse auszudrücken. Daher musste bei der Datenauswertung auf diese Informationen verzichtet werden. Durch diese Aspekte sind Einschränkungen in der Aussagekraft beider Interviews zu verzeichnen.

Die Aussagekraft der Patienten-Interviews wird ebenfalls durch die geringe Anzahl von zwei Probanden vermindert. Für eine Steigerung der Aussagekraft der Interviews und um ein allgemeines Bild der Erfahrungen der Patienten, die hochfrequente ambulante Logo-

pädie erhalten, widerspiegeln zu können, wäre eine größere Stichprobe wünschenswert gewesen.

Kritisch zu betrachten ist zudem die Interviewdurchführung. Aus Zeitgründen und auf Wunsch der Befragten, wurde das Interview mit Praxisinhaber A telefonisch durchgeführt. Eine Gefahr von Telefoninterviews besteht jedoch darin, dass eine geringe Gesprächskontrolle und Informationsverluste – bedingt durch fehlende visuelle Informationen sowie eine fehlende Einsicht in Dokumente – entstehen können (vgl. Gläser u. Laudel 2010:153). Rückblickend kann dennoch festgehalten werden, dass eine Vielzahl an Informationen innerhalb des Interviews erfasst und kein nennenswerter Nachteil festgestellt werden konnte. Dokumente und Fachartikel, die der Praxisinhaber als für dieses Forschungsprojekt relevant einstufte, sendete dieser der Autorin im Anschluss an das Interview per E-Mail zu. Es kann jedoch nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass Informationen, die in einem face-to-face Interview hätten ermittelt werden können, durch die telefonische Datenerhebung verloren gegangen sind.

Die Interviews mit Praxisinhaber B und seinen Patienten wurden in seiner Praxis face-to-face durchgeführt. Auch hier kam es zu einem unvorhergesehenen Problem. Das Interview war ursprünglich in Absprache im Einzelsetting mit dem Praxisinhaber geplant. Bei Beginn des Interviews wurde die Autorin jedoch damit konfrontiert, dass das Interview auf Wunsch des Praxisinhabers für die erste Zeitstunde mit dem gesamten Team (bestehend aus dem Praxisinhaber und weiteren drei Mitarbeitern) stattfinden sollte. Dies war zeitlich möglich, da diese Zeitstunde in den wöchentlichen Zeitraum der Teambesprechung fiel. Die Autorin ließ dies zu, da die Mitarbeiter nach Ansicht des Praxisinhabers B ebenfalls relevante Informationen zum Forschungsgegenstand beitragen konnten. Gläser und Laudel (2010:169) vertreten die Ansicht, dass Interviews mit mehreren Personen, die einen ungleichen Status haben (in diesem Fall Chef und Mitarbeiter) ungeeignet sind. Sie begründen dies damit, dass die asymmetrische Beziehung das Interview sowie das Antwortverhalten der Befragten beeinflussen können (vgl. ebd.). Im Rückblick kann der Effekt des Gruppeninterviews jedoch als positiv bewertet werden. Die Interviewpartner regten sich gegenseitig zu Erzählungen an und ergänzten sich mit Informationen, die ihrer Ansicht nach für das Forschungsprojekt relevant erschienen. Die zweite Hälfte des Interviews fand wie vorab geplant im Einzelsetting mit Praxisinhaber B statt.

Gläser und Laudel (2010:150) weisen daraufhin, dass entwickelte Fragen möglicherweise nicht das Beabsichtigte bewirken, weshalb die Leitfäden vor dem Einsatz in Probeinterviews mit vergleichbaren Probanden überprüft werden sollten. Aufgrund der geringen Anzahl von Probanden seitens der Praxisinhaber und Patienten sowie fehlender zusätzlicher vergleichbarer Patienten konnte kein Pre-Test vorab durchgeführt werden. Dadurch musste sich die Überprüfung der Praxistauglichkeit und Verständlichkeit der beiden Leitfäden

auf eine gemeinsame Diskussion mit Frau Prof. Dr. Hansen beschränken. Aufschlussreiche Informationen über die Eignung bzw. Handhabung des Leitfadens ergab die Anwendung im ersten Interview mit einer der beiden Praxisinhaber. Dabei erwies sich folgende Leitfrage als unklar und missverständlich: *„Was müssen die Patienten und Angehörigen einbringen, damit hochfrequente Therapie umgesetzt werden kann?“* Diese wurde zunächst als Frage nach den Ein- und Ausschlusskriterien der Patienten für hochfrequente ambulante Therapie verstanden und musste daher genauer erläutert werden. Für das Interview mit dem zweiten Praxisinhaber wurde die Formulierung der Leitfrage folglich zum besseren Verständnis angepasst und um eine kurze Erläuterung ergänzt.

Die beiden verwendeten Interviewleitfäden wurden in Orientierung an den Grundsätzen von Gläser und Laudel (2010:144) mit Hilfe von Fachliteratur entwickelt. Durch offene, leicht verständliche Faktenfragen war es möglich die Erzählfähigkeit der Befragten anzuregen. Sowohl die Formulierungen der Leitfragen, als auch deren Reihenfolge wurden innerhalb der einzelnen Interviews flexibel variiert und an den jeweiligen Befragten angepasst. Auf diese Weise konnte vertiefend auf Themen, die von den Interviewteilnehmern angesprochen wurden, eingegangen werden, auch wenn diese im Leitfaden erst zu einem späteren Zeitpunkt erfragt worden wären. Besonders bei den Befragungen der Praxisinhaber erwies sich dies als Vorteil. So beschrieb Praxisinhaber B zunächst das Konzept seiner logopädischen Praxis mit Hinblick auf sein Angebot hochfrequenter Therapie. Auf diese Weise wurden bereits einige Leitfragen beantwortet und Themenkomplexe beleuchtet, sodass diese bei der späteren Abarbeitung der Leitfragen ausgelassen werden konnten. Ein Nachteil bestand hierbei jedoch darin, dass die Autorin innerhalb des Interviews beantwortete Fragen nicht kennzeichnete. Dadurch wurde eine relevante Frage zum Patientenzugang (siehe Interviewleitfaden Praxisinhaber im Anhang, S. 108) versäumt, wodurch die Informationen für die Datenauswertung fehlten. Dieses Problem könnte zukünftig vermieden werden, indem abgearbeitete und beantwortete Leitfragen während des Interviews als solche gekennzeichnet würden. Weiterhin muss in Hinblick auf die Interviewdurchführung festgehalten und kritisch reflektiert werden, dass die Vorerfahrung der Untersucherin in der Durchführung von Interviews begrenzt war. Darauf lassen sich – trotz des verwendeten Interviewleitfadens mit vorgefertigten Fragen - einige Fehler bei der schlussendlichen Fragenformulierung während des Interviews zurückführen. So wurden unbeabsichtigt vereinzelt dichotome oder multiple Fragen oder Suggestivfragen gestellt. In diesem Zusammenhang wäre es wünschenswert gewesen genaue Frageformulierungen parat zu haben oder den Wortlaut der vorformulierten Leitfragen aus den Leitfäden zu übernehmen. In der Datenauswertung zeigte sich zudem, dass in manchen Situationen während der Interviews weitere Nachfragen sinnvoll gewesen wären, um vertiefende Informationen zu erlangen. Die Fähigkeit des adäquaten Nachfragens bedarf jedoch einiger

Übung, die durch die Übung der Analyse eigener Interviews erworben werden kann (vgl. Gläser u. Laudel 2010:190).

Für jedes Interview wurde vorab zusätzliche Zeit für die Information über das Forschungsprojekt, das Unterschreiben der Einverständniserklärung und eventuelle Fragen der Teilnehmer eingeplant. Um einen runden Abschluss der Interviews zu erlangen, wurde im Anschluss an diese ebenfalls Zeit eingeplant. So konnten weitere Fragen gestellt und freie Gespräche mit den Probanden geführt werden. Rückblickend erwies sich dies als sehr sinnvoll, da auf diese Weise das Gesprächsklima verbessert und Informationen über die Forschungsfrage hinaus erfasst werden konnten.

Die ursprüngliche Projektplanung sah eine zusätzliche Datenerhebung in Form einer Dokumenten- und Aktenanalyse vor. Wolff (2015:502) bezeichnet Dokumente als schriftlich festgehaltene Texte, die eine Aufzeichnung oder einen Nachweis für einen Vorgang oder eine Angelegenheit darstellen. In Bezug auf das in dieser Arbeit dargestellte Forschungsvorhaben sollten dafür bspw. Therapiepläne und Akten sowie Daten der beiden logopädischen Praxen analysiert werden, die Auskunft über die Organisation, Struktur und Finanzierung der hochfrequenten ambulanten Therapie geben. Dies war jedoch zum Einen aufgrund des Telefoninterviews und zum Anderen in Absprache mit Praxisinhaber B nicht möglich, sodass auf eine ergänzende Dokumenten- und Aktenanalyse - die eventuell zusätzliche Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage geliefert hätte - verzichtet werden musste.

Die Datenaufbereitung folgte in Form einer einfachen Transkription (siehe Kapitel 3.6). Da der Fokus der Interviews auf dem Inhalt der von den Teilnehmern geäußerten Aussagen beruhte, stellte sich diese Art der Transkription als passend dar. Um möglicherweise während der Transkription entstandene Fehler zu überprüfen, wurden die Tonaufnahmen mit den vollständig fertiggestellten Transkripten abgeglichen und nötigenfalls korrigiert. Dies erwies sich als vorteilhaft, da auf diese Weise Fehler behoben werden konnten und die Autorin zudem eine größere Vertrautheit mit dem Material aufbaute.

Die Datenauswertung erfolgte mit Hilfe einer an das Forschungsprojekt angepassten adaptiven, inhaltlich strukturierenden, qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016:97ff). Dafür wurden die Transkripte der Interviews mehrmals intensiv gelesen und durchgearbeitet, indem wichtige Stellen markiert oder mit Bemerkungen versehen wurden. Zudem wurden in diesem Schritt auch erste Ideen möglicher Kategorien festgehalten. Durch diese intensive Auseinandersetzung mit dem erhobenen Datenmaterial gewann die Autorin an Textverständnis und an Vertrautheit mit dem Material. Für die anschließende Kategorienbildung und Datenauswertung stellte dies im Nachhinein eine gute Basis dar.

Die deduktiv-induktive Kategorienbildung diente der Reduktion, der inhaltlichen Strukturierung und einer übersichtlichen Darstellung des Datenmaterials. Auf Basis der Forschungsfrage und den Leitfragen aus den Interviewleitfäden fand zunächst ein deduktives Vorgehen in Bezug auf die Bildung von Hauptkategorien (HK) statt. Im Zusammenhang mit der Kodierung des Materials mit den deduktiv entwickelten HK wurden einige bestehende HK induktiv modifiziert und weitere ergänzt. Die Entwicklung der Subkategorien (SK) wurde anschließend induktiv am Material vollzogen. Durch diese Vorgehensweise konnten die Kategorien sinnvoll ausdifferenziert und präzisiert werden.

Die Kategorienbildung war mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Dies kann unter anderem auch auf die Unerfahrenheit der Untersucherin hinsichtlich der Kategorienbildung und den Gegenstand der qualitativen Inhaltsanalyse zurückgeführt werden. Sowohl die Entwicklung der einzelnen Kategorien, als auch die Codierung der jeweiligen Textstellen stellten eine Herausforderung dar. Durch teils ähnliche, übergreifende Aussagen erschwerte sich die Trennschärfe zwischen den einzelnen Kategorien. Dies hatte zur Folge, dass die Kategorien mehrmals angepasst, zusammengeführt oder auch neu gebildet werden mussten. Trotz des Aufwands erfüllte die deduktiv-induktive Kategorienbildung mit Blick auf die Beantwortung der Forschungsfrage ihren Zweck.

Um die Qualität der Kategoriensysteme gewährleisten zu können, wurden diese mit der Erstprüferin besprochen und kritisch diskutiert. Anschließend wurden einige Änderungen vorgenommen. Die innerhalb dieses Forschungsprojekts entwickelten Kategoriensysteme für Praxis A und B wurden als in sich schlüssig bewertet. Die jeweiligen HK und SK wurden sorgfältig herausgearbeitet und als eindeutig beurteilt. Dies wurde durch klar formulierte Definitionen und Ankerbeispiele je Kategorie gewährleistet. Infolge der klassischen Inhaltsanalyse hätte anschließend die Erstellung eines gemeinsamen Kategoriensystems für Praxis A und B erfolgen müssen. Da innerhalb dieses Forschungsprojekts jedoch die Realisierung hochfrequenter ambulanter Therapie zweier Praxen gegenübergestellt werden soll, wurde die Datenauswertung entsprechend angepasst. Der Grund dafür ist, dass die Autorin nach einigen Überlegungen und Gegenüberstellungen entschied, dass ein gemeinsames Kategoriensystem im Verhältnis zum Arbeitsaufwand den Informationswert nicht entscheidend steigern würde. Folglich wurde darauf verzichtet. Rückblickend können dadurch keine Nachteile für die Ergebnisdarstellung verzeichnet werden. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede konnten in Form des Vergleichs und der Kontrastierung gut mit Hilfe der beiden Kategoriensysteme dargestellt werden.

Um diese Diskussion der Methode abzurunden, sollen an dieser Stelle die Gütekriterien des Forschungsprojekts sowie der qualitativen Inhaltsanalyse eingeschätzt werden. Es wird zwischen externer und interner Studiengüte unterschieden, wobei die interne eine essenzielle Voraussetzung für die externe Studiengüte verkörpert (vgl. Kuckartz

2016:203). Die interne Studiengüte beinhaltet bspw. Zuverlässigkeit, Verlässlichkeit, intersubjektive Nachvollziehbarkeit, und Glaubwürdigkeit, wohingegen sich die externe Studiengüte in der Übertragbarkeit und Verallgemeinerbarkeit auszeichnet (vgl. ebd.).

Die innere Studiengüte konnte innerhalb des beschriebenen Forschungsprojekts teilweise erfüllt werden. Die jeweiligen Vorgehensweisen wurden im Methodenteil dieser Arbeit detailliert beschrieben und die Methodenwahl begründet. Die Interviews wurden bspw. mit Hilfe von Audiodateien festgehalten. Zudem wurde unmittelbar nach jedem Interview ein Interviewbericht angefertigt, es wurden Transkriptionsregeln angewandt und erläutert, vollständige Interviewtranskriptionen erstellt und alle personenbezogenen Daten anonymisiert. Für die Transkription wurde allerdings keine spezifische Software genutzt.

Zudem wäre für das Codieren des Materials rückblickend zusätzlich die Technik des konsensuellen Codierens wertvoll gewesen, um die Qualität des Codierprozesses zu sichern sowie die Zuverlässigkeit der Codierungen zu steigern. Konsensuelles Codieren ist ein Verfahren, bei dem mehrere Teammitglieder ein Transkript unabhängig voneinander codieren und anschließend ihre Codierungen vergleichen und auswerten (vgl. Kuckartz 2016:105). Es repräsentiert ein Gütekriterium der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. ebd.:210). Aufgrund fehlender zur Verfügung stehender Personen und der begrenzten Zeit musste jedoch auf diese Technik innerhalb dieses Projekts verzichtet werden. Folglich wurde der Prozess des Codierens ausschließlich von der Untersucherin vorgenommen, wodurch Qualitätsverluste nicht ausgeschlossen werden können. Bei einem weiteren Forschungsprojekt sollte dieser Schritt unbedingt berücksichtigt und ausgeführt werden. Ein weiterer Kritikpunkt besteht darin, dass die Inhaltsanalyse nicht computergestützt durchgeführt wurde.

Der Ergebnisteil wurde mit Hilfe von Original-Zitaten aus den Interview-Transkripten unterstützt, um die Darstellungen möglichst transparent zu gestalten. Aus diesen genannten Aspekten folgt, dass viele Kriterien der internen Gütekriterien erfüllt, einige jedoch nicht erreicht werden konnten.

Allerdings soll auch die Qualität der externen Gütekriterien gewährleistet sein, damit die Ergebnisse verallgemeinert werden können und nicht ausschließlich situationsbedingt gelten (vgl. Kuckartz 2016:217). Um die Verallgemeinerbarkeit der Daten zu steigern, werden in der Literatur verschiedene Strategien genannt. Eine davon ist das sogenannte „peer debriefing“ und bezeichnet einen regelmäßigen Austausch über die Vorgehensweisen und Ergebnisse der Studie mit Personen, die nicht in das Forschungsprojekt involviert sind (vgl. ebd.:218). Diese Vorgehensweise wurde innerhalb des vorliegenden Projekts von der Autorin angewendet, indem sie einen regelmäßigen Austausch mit Frau Prof. Dr. Hansen pflegte. Auf diese Weise konnten Rückmeldungen zu einzelnen Schritten und Er-

gebnissen des Projekts und Hinweise auf einzelne Aspekte eingeholt werden, die ansonsten leicht übersehen worden wären.

Eine weitere Strategie ist die kommunikative Validierung bzw. „member checking“ (vgl. ebd.). Diese soll für die Bestimmung der Validität durchgeführt werden. Hierfür werden die Interviewteilnehmer hinzugezogen. Diesen sollen die Aussagen und erfassten Ergebnisse aus den mit ihnen geführten Interviews vorgelegt werden, damit sie diese auf ihre inhaltliche Richtigkeit überprüfen und ggf. inhaltliche Korrekturen vornehmen können (vgl. Flick 2016:495; Flick 2010:398). Stimmen die Interviewteilnehmer den vorgelegten Aussagen und Ergebnissen zu, ist dies als eine kommunikative Validierung der Daten der betreffenden Teilnehmer zu bezeichnen (vgl. Flick 2010:398). Aufgrund des organisatorischen Aufwands und der begrenzten Zeitkapazität für das Bachelorprojekt konnte die kommunikative Validierung nicht durchgeführt werden. Sie ist jedoch nach der Abgabe der Bachelorarbeit angedacht. Dabei sollen jedoch nur die beiden Praxisinhaber einbezogen werden.

Außerdem war eine Triangulation bzw. der Einsatz kombinierter Forschungsmethoden innerhalb dieses Projekts aufgrund der Komplexität dieses Gütekriteriums nicht möglich. Diese könnte die Verallgemeinerbarkeit dadurch erhöhen, dass dem Untersucher vielfältigere Ansichten auf den Untersuchungsgegenstand ermöglicht werden (vgl. Kuckartz 2016:218).

Innerhalb dieses Forschungsprojekts wurden insgesamt zwei Praxisinhaber, die hochfrequente Therapie bei Patienten mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen in ihrer ambulanten logopädischen Praxis anbieten, und zwei Patienten, die hochfrequente Therapie erhalten, befragt. Dies stellt in der qualitativen Forschung eine geringe Anzahl an Probanden dar. Dadurch ist die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der in Kapitel 4 dargestellten Ergebnisse nur eingeschränkt möglich. Vor allem für die Befragung der Patienten wäre eine höhere Probandenzahl wünschenswert gewesen, um eine höhere Repräsentation zu erhalten und die Aussagekraft der Ergebnisse zu steigern.

Abschließend zeigt sich durch die Beurteilung der Gütekriterien eine reduzierte Aussagekraft der Ergebnisse. Dennoch setzt sich diese Arbeit intensiv mit dem Forschungsthema auseinander. Die Ergebnisse können vor allem als Darstellungen zweier Fälle betrachtet werden, in denen die Realisierung hochfrequenter Therapie trotz der genannten Schwierigkeiten (siehe Kapitel 2.1.3) aus der Studie von Asmussen et al. (2013:17) erfolgreich gelingt.

6 Fazit und Ausblick

Das Ziel dieses Forschungsprojekts war die Exploration der erfolgreichen Realisierung hochfrequenter Therapie in der ambulanten logopädischen Praxis in Bezug auf die Organisation, Struktur und Finanzierung. Dabei sollte die Vorgehensweise zweier logopädischer Praxen, die hochfrequente Therapie anbieten, gegenübergestellt werden. Hierzu wurden leitfadengestützte Interviews mit zwei Praxisinhabern, die hochfrequente ambulante Therapie in ihrer Praxis anbieten, und zwei Patienten aus einer der beiden Praxen, die eine hochfrequente Behandlung erhalten, durchgeführt. Trotz der geringen Probandenzahl an Praxisinhabern und Patienten und einer damit einhergehenden Einschränkung der Aussagekraft der Ergebnisse, war eine intensive Auseinandersetzung mit dem Forschungsthema möglich. Sie weist relevante Ergebnisse zur Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter Therapie in Form von zwei Falldarstellungen auf. Die unterschiedliche Definition von hochfrequenter Therapie spiegelt sich in den unterschiedlichen Konzepten der beiden untersuchten logopädischen Praxen wider. Beide setzen das Angebot hochfrequenter Therapie in ihrem Praxisalltag unterschiedlich um. Dafür haben sie eigene Organisationsstrategien entwickelt, die sie bei der Umsetzung und Therapieplanung verfolgen. Darüber hinaus wird ersichtlich, dass keine einheitliche Definition einer hohen Therapiefrequenz vorliegt. Die beiden Falldarstellungen zeigen, dass mehr Herausforderungen mit dem Angebot der hochfrequenten Therapie verbunden sind, als in einer herkömmlichen Praxis. Diese zeigen sich insbesondere in Form von Schwierigkeiten bei der Ausstellung von Verordnungen durch Ärzte sowie bei Genehmigungsverfahren der Krankenkassen. Zudem werden sie durch einen organisatorischen Aufwand und Voraussetzungen therapeutischer Kompetenz (bspw. Berufserfahrung, eine gut ausgeprägte Methoden- und Materialkompetenz, etc.) sichtbar. Dies soll andere Logopäden bzw. Praxisinhaber jedoch bei dem Vorhaben der Umsetzung hochfrequenter Therapie in ihrer Praxis nicht entmutigen. Denn die Darstellungen der beiden Praxiskonzepte innerhalb dieser Arbeit zeigen, dass die auftretenden Herausforderungen überwindbar sind und hochfrequente ambulante Therapie realisierbar ist. Es wird zudem deutlich, dass die Umsetzung hochfrequenter Therapie nicht ausschließlich auf eine Art und Weise erfolgreich sein kann, sondern verschiedene Möglichkeiten bestehen. Die vorliegenden Beispiele hochfrequenter Therapie sind übertragbar. Sie können von anderen Logopäden umgesetzt werden und auch als Anregung bzw. Empfehlung für die Umsetzung hochfrequenter Therapie dienen. So sollten bspw. Praxisinhaber, die hochfrequente Therapie in ihrer logopädischen Praxis umsetzen möchten, darauf vorbereitet sein, dass möglicherweise Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten und Krankenkassen im Rahmen der Finanzierung hochfrequenter Therapie auftreten. Als mögliche Lösung dazu eignen sich Informationsschrei-

ben zu den Hintergründen und den Zielen hochfrequenter Therapie. Außerdem zeigt sich, dass die Organisation und Planung – wie sie in den beiden dargestellten Praxen durchgeführt wird – mit mehr Aufwand als in einer herkömmlichen Praxis verbunden ist. Zudem bedarf es ein hohes Maß an persönlichem Engagement der Praxisinhaber und Mitarbeiter. Auch die Rolle der Patienten und Angehörigen darf bei der erfolgreichen Realisierung nicht unterschätzt werden. So kann die hohe Therapiefrequenz mit einer hohen Belastung und Müdigkeit einhergehen. Dementsprechend bedarf es einer angemessenen Eigenmotivation des Patienten. Eine essenzielle Aufgabe der Angehörigen stellen der Fahrdienst der Patienten und deren Unterstützung im Therapieprozess und bei Schwierigkeiten mit Ärzten und Krankenkassen dar.

Die Auseinandersetzung mit dem Forschungsthema hat gezeigt, dass eine strikte Trennung organisatorischer und inhaltlicher Kriterien hochfrequenter ambulanter Therapie nicht möglich ist, sondern sich viele Komponenten überschneiden. Anhand des Aspekts von Wartelisten, ist erkennbar, dass die Angebote auf eine gute Resonanz stoßen und die Nachfrage von Patienten hoch ist. Zudem empfehlen beide befragten Patienten anderen Betroffenen eine hochfrequente ambulante Behandlung uneingeschränkt weiter. Dementsprechend wäre eine Ausweitung des Angebots hochfrequenter Therapie innerhalb Deutschlands sinnvoll. Vor dem Hintergrund, dass in der Aphasietherapie eine wöchentliche Therapiefrequenz von mindestens 300 Minuten notwendig ist, um eine sprachsystematische Wirksamkeit zu erzielen (vgl. Grötzbach 2017:7), könnte durch die Ausweitung des Angebots die Anzahl sprachsystematisch wirksamer Therapien erhöht werden und dadurch wirtschaftliche Ressourcen sinnvoll genutzt werden.

In einer weiteren Forschungsarbeit ist es sinnvoll, die Sicht der Patienten in Bezug auf die Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter Therapie zu vertiefen. Dadurch könnte bspw. herausgefunden werden, ob relevante Unterschiede oder Gemeinsamkeiten in den Erfahrungen mit verordnenden Ärzten und Krankenkassen sowie hinsichtlich der Organisation hochfrequenter Therapie zwischen den Patienten feststellbar sind. Dafür könnte erneut ein qualitatives Forschungsdesign in Form von Leitfadeninterviews mit einer größeren Probandenzahl oder ein quantitatives Studiendesign in Form von Fragebögen durchgeführt werden. Eine Voraussetzung ist dabei jedoch der Patientenzugang.

Zudem ist es in einer weiteren wissenschaftlichen Untersuchung, in Bezug auf den Aspekt der Finanzierung hochfrequenter ambulanter Therapie, denkbar, verordnende Mediziner zu befragen. Das Ziel könnte hierbei sein, herauszufinden, weshalb sich das Verordnungsverhalten der Ärzte – auch bei nicht bestehender Gefahr des Regresses – sehr unterschiedlich verhält und welche Maßnahmen dazu beitragen würden, diese Situation zu verändern. Des Weiteren erscheint besonders in Hinblick auf die Finanzierung hochfre-

quenter Therapie eine bessere Aufklärung der Ärzte und Krankenkassen in Bezug darauf, welche Maßnahmen im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie möglich sind, notwendig.

Aufgrund von Schwierigkeiten beim Feldzugang zu logopädischen Praxen, wäre es zudem denkbar, innerhalb eines weiteren Forschungsprojekts Informationsmaterial zur hochfrequenten ambulanten Therapie für Patienten mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen und ihren Angehörigen zu erstellen. Auf diese Weise könnte die Transparenz zum Angebot hochfrequenter ambulanter Therapie innerhalb Deutschlands gefördert werden.

Außerdem bedarf es weiterer Forschung in Bezug auf die Bedeutung der Therapiefrequenz. Hier erscheint die Frage relevant, inwiefern eine Sättigungsgrenze in Form von „zu viel Therapie“ bzw. eine maximale Therapiefrequenz besteht, ab der die sprachsystematische Leistungssteigerung nicht weiter erhöht werden kann oder sogar ein negativer Effekt erzielt wird. Diese Erkenntnisse könnten zu einer einheitlichen Begriffsdefinition beitragen. Ferner erscheinen Studien zur Wirksamkeit der Therapiefrequenz in den Bereichen der Sprechapraxie und Dysarthrie sinnvoll und die Exploration der Beeinflussung von Therapie-Strukturmerkmalen notwendig. In diesem Zusammenhang zeigt sich außerdem weiterer Forschungsbedarf zur Funktion von niedrigfrequenter Therapie.

Literaturverzeichnis

Aichert, I.; Staiger, A. (2017): Qualitative und quantitative Aspekte therapeutischer Maßnahmen bei Sprechapraxie. In: Grötzbach, H. [Hrsg.]: Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie. Idstein. Schulz-Kirchner, 69-83.

Aichert, I.; Ziegler, W. (2010): Therapie bei chronischer Sprechapraxie. Vorgehensweise am Beispiel eines Patienten mit reiner Sprechapraxie. In: Forum Logopädie. 3 (24), 6-13.

AOK (2016): AOK-pro Reha Schlaganfall. Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA). Freiburg: Universitätsklinikum Freiburg.

Asmussen, L.; Bremer, W.; Heldt, C.; Krüger, S. (2013): Therapiefrequenz in der logopädischen Praxis. Literaturstudie – Onlineumfrage – Experteninterviews. In: Forum Logopädie. 2 (27), 12-19.

Baker, E. (2012): Optimal intervention intensity. In: International Journal of Speech-Language Pathology. 14 (5), 401-409.

Bauer, A.; Langen-Müller, U.; Glindemann, R.; Schlenck, C.; Schlenck, K.-J.; Huber W. (2002): Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001. In: Aktuelle Neurologie. 29 (2), 63-75.

Baumgärtner, A. (2017): Intensität in der Aphasietherapie. In: Grötzbach, H. [Hrsg.]: Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie. Idstein. Schulz-Kirchner, 41-83.

Beushausen, U.; Grötzbach, H. (2017): „More is better!“ – Intensität in der Sprachtherapie/Logopädie“. Evidenzen zur Therapieintensität bei neurologischen und stimmtherapeutischen Interventionen. In: Forum Logopädie. 5 (31), 28-35.

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

Breitenstein, C.; Grewe, T.; Flöel, A.; Ziegler, W.; Springer, L.; Martus, P.; Huber, W.; Willmes, K.; Ringelstein, E. B.; Haeusler, K. G.; Abel, S.; Glindemann, R.; Domahs, F.; Regenbrecht, F.; Schlenck, K.-J.; Thomas, M.; Obrig, H.; de Langen, E.; Rocker, R.; Wigbers, F.; Rühmkorf, C.; Hempen, I.; List, J.; Baumgaertner, A. (2017): Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. In: Lancet. 389, 1528-1538.

Dalemans, R.; Wade, D. T.; van den Heuvel, W. J.; de Witte, L. P. (2009): Facilitating the participation of people with aphasia in research: a description of strategies. In: Clinical Rehabilitation. 23, 948-959.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2012a): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall. Federführend: Prof. Dr. rer. nat. Wolfram Ziegler. München. In: https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2012/pdf/030-090I_S1_Schlaganfall_Rehabilitation_aphasischer_Störungen_2013_verlaengert.pdf (letzter Zugriff: 12.02.2018).

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2012b): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Neurogene Sprech- und Stimmstörungen (Dysarthrie/Dysarthrophonie). Federführend: Prof. Dr. Hermann Ackermann. Bad Urach. In: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-103l_S1_Neurogene_Sprechst%C3%B6rung_Stimmst%C3%B6rung_Dysarthrie_Dysarthrophonie_2012_verl%C3%A4ngert.pdf (letzter Zugriff: 06.11.2017).

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) (2016): Reha-Therapiestandard Schlaganfall – Phase D. Berlin. Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation. In: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207092/publicationFile/32653/ll_schlaganfall_download.pdf (letzter zugriff: 06.02.2018).

Dresing, T.; Pehl, T. (2012): Praxisbuch Interview & Transkription. Regelsysteme und Anleitungen für qualitative ForscherInnen. 4. Auflage. Marburg. Eigenverlag.

Finkenstädt, V. (2014): Die Heilmittelversorgung der PKV- und GKV-Versicherten im Vergleich. In: Wissenschaftliches Institut der PKV. In: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/die-heilmittelversorgung-der-pkv-und-gkv-versicherten-im-vergleich.html> (letzter Zugriff: 11.10.2017).

Flick, U. (2006): Qualitative Evaluationsforschung zwischen Methodik und Pragmatik – Einleitung und Überblick. In: Flick, U. [Hrsg.]: Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden – Umsetzungen. Reinbek. Rowohlt, 9-29.

Flick, U. (2010): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Mey, G.; Mruck, K. [Hrsg.]: Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. 1. Auflage. Wiesbaden. VS, 395-407.

Flick, U. (2016): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7. Auflage. Reinbek. Rowohlt.

Fuß, S.; Karbach, U. (2014): Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung. Stuttgart. Budrich.

Gesellschaft für Aphasieforschung und –behandlung (GAB) u. Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN) (2000): Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie). Leitlinien 2000. In: http://www.aphasiegesellschaft.de/files/6013/6268/2690/LL_2000_GAB_DGNKN.pdf (letzter Zugriff am 06.02.2018).

Gläser, J.; Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden. VS.

Grötzbach, H. (2017): Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie. Idstein. Schulz-Kirchner.

Grötzbach, H.; Beushausen, U. (2017): Intensität in der Sprachtherapie: Grundlagen. In: Grötzbach, H. [Hrsg.]: Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie. Idstein. Schulz-Kirchner, 9-39.

Hansen, H. (2009): Therapiearbeit. Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse. Idstein. Schulz-Kirchner.

Heilmittelkatalog (2017): Zweiter Teil. Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen. In: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4452/HeilM-RL_2017-09-21_iK-2018-01-01_Heilmittelkatalog.pdf (letzter Zugriff: 06.02.2018).

Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) (2017): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1484/HeilM-RL_2017-09-21_iK-2018-01-01.pdf (letzter Zugriff: 06.02.2018).

Hopf, C. (2015): Forschungsethik und qualitative Forschung. In: Flick, U.; Kardoff, E.v.; Steinke, I.: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 11. Auflage. Reinbek. Rowohlt, 589-600.

Huber, W.; Poeck, K.; Springer, L. (2006): Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Eine Einführung für Therapeuten, Angehörige und Betroffene. In: Schrey-Dern, D.; Lauer, N. [Hrsg.]: Forum Logopädie. Stuttgart. Thieme.

Korsukewitz, C.; Rocker, R.; Baumgärtner, A.; Flöel, A.; Grewe, T.; Ziegler, W.; Martus, P.; Schupp, W.; Lindow, B.; Breitenstein, C. (2013): Wieder richtig sprechen lernen. In: Ärztliche Praxis Neurologie Psychiatrie. 4, 24-26.

Kuckartz, U. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse, Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3. Auflage. Weinheim. Beltz.

Mayer, H. O. (2013): Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6., überarbeitete Auflage. München. Oldenbourg.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim. Beltz.

Mayring, P. (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 6. Auflage. Weinheim. Beltz.

Mieg, H. A.; Brunner, B. (2001): Experteninterviews. Eine Einführung und Anleitung (MUB Working Paper 6). Professur für Mensch-Umwelt-Beziehungen, ETH Zürich. DOI: 10.3929/ethz-a-004218020.

Müller, M. (2015): Möglichkeiten der Implementierung hochfrequenter Aphasietherapie in der ambulanten Sprachtherapie. Ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen hin zu einer evidenzbasierten Praxis. Hannover. Leibniz Universität, Institut für Sonderpädagogik (Masterarbeit).

Rahmenempfehlung (2013): Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf der Bundesebene im Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie; 01.07.2013. In: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/heilmittel_logopaeden/2013-06-04_-_Empfehlungstext_U-Fassung.pdf (letzter Zugriff: 06.02.2018).

Schreier, M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research. 15 (1), 1-27.

- Simon, M. (2013):** Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern. Huber.
- Sozialgesetzbuch (SGB), fünftes Buch (V), Kapitel drei, zweiter Abschnitt, § 12 Abs. 1:** Wirtschaftlichkeitsgebot.
- Sozialgesetzbuch (SGB), fünftes Buch (V), Kapitel drei, fünfter Abschnitt, Titel eins, § 32 Abs.:** Heilmittel.
- Sozialgesetzbuch (SGB), fünftes Buch (V), Kapitel drei, neunter Abschnitt, § 61:** Zahlungen.
- Sozialgesetzbuch (SGB), fünftes Buch (V), Kapitel vier, zweiter Abschnitt, Titel sechs, § 91 Abs. 1:** Gemeinsamer Bundesausschuss.
- Sozialgesetzbuch (SGB), fünftes Buch (V), Kapitel vier, zweiter Abschnitt, Titel sechs, § 92:** Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- Sozialgesetzbuch (SGB), fünftes Buch (V), Kapitel vier, zweiter Abschnitt, Titel neun, § 106:** Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung.
- Sozialgesetzbuch (SGB), fünftes Buch (V), Kapitel vier, fünfter Abschnitt, § 125 Abs. 1:** Rahmenempfehlungen und Verträge.
- Ullrich, C. G. (1999):** Deutungsmusteranalyse und diskursives Interview. In: Zeitschrift für Soziologie. 28 (6), 429-447.
- Waltersbacher, A. (2015):** Heilmittelbericht 2016. Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie. Berlin. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). In: https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_heil_hilfsmittel/wido_hei_hmb16_1216.pdf (letzter Zugriff am 06.02.2018).
- Warren, S.F.; Fey, M.E.; Yoder, P.J. (2007):** Differential treatment intensity research: a missing link to creating optimally effective communication interventions. In: Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews. 13, 70-77.
- Wolff, S. (2015):** Dokumenten- und Aktenanalyse. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. [Hrsg.]: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek. Rowohlt, 502-513.
- World Health Organization (WHO) (2001):** International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Genf. World Health Organization.
- Ziegler, W.; Vogel M. (2010):** Dysarthrie: verstehen – untersuchen – behandeln. In: Springer, L.; Schrey-Dern, D. [Hrsg.]: Forum Logopädie. Stuttgart. Thieme.

Anhang

Tab. 1: Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung (SP5)	97
Tab. 2: Störungen der Sprechmotorik (SP6)	98
Informationsschreiben für die Praxisinhaber-Probanden	99
Einwilligungserklärung für die Praxisinhaber-Probanden	102
Informationsschreiben für die Patienten-Probanden	104
Einwilligungserklärung für die Patienten-Probanden	106
Interviewleitfaden Praxisinhaber	108
Interviewleitfaden Patient	110
Interviewbericht	112
Interviewausschnitte	113
Kategoriensystem Praxis A	114
Kategoriensystem Praxis B	127

Tabelle 1: Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen - Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung (SP5), in Anlehnung an den Heilmittelkatalog (2011:36)

2 Störungen der Sprache – 2.4 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung

Diagnosegruppe	Indikation		Ziel der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
	Leitsymptomatik: Funktionelle / strukturelle Schädigung	Störungen im Bereich		Heilmittel	Verordnungsmengen je Diagnose; weitere Hinweise
<p>SP5 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung Aphasien/Dysphasien z.B. durch</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ischämische Insulte ▪ intracerebrale Blutungen ▪ Subarachnoidalblutungen ▪ Hirnkontusionen ▪ Encephalitiden ▪ Hirntumoren ▪ Hirnoperationen ▪ degenerative Erkrankungen ▪ Schädel-Hirn-Traumata 	<p>Störungen im Bereich</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ der Wortfindung ▪ des Sprechens ▪ des Lesens ▪ des Schreibens ▪ der Artikulation ▪ des Satzbaus ▪ des Sprachverständnisses <p>in Begleitung von neurologischen, psychischen und neuropsychologischen Störungen</p>	<p>Verbesserung der sprachlichen Fähigkeit bis zur Normalisierung oder Erreichen einer sprachlichen Kommunikationsfähigkeit</p> <p>Erforderlichenfalls Schaffung nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten</p>	<p>Sprachtherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit des Patienten</p>	<p>Erst-VO: ➤ bis zu 10xVO Folge-VO: ➤ bis zu 20xVO Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: ➤ bis zu 60 Einheiten</p> <p>geeignete standardisierte Tests (z.B. AAT) zu Beginn und im Verlauf der Therapie erforderlich (Eingangstest bis spätestens zur 5. laufenden Therapiesitzung); weiterführende Diagnostik nach 30 Einheiten erforderlich; insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ audiologische Diagnostik ▪ neurologische Untersuchung ▪ neuropsychologische Diagnostik <p>zur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beendigung oder Fortsetzung der Therapie ▪ Abklärung einer Rehabilitationsnotwendigkeit <p>Frequenzempfehlung: ➤ mindestens 1 x wöchentlich</p>	

Tabelle 2: Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen - Störungen der Sprechmotorik (SP6), in Anlehnung an den Heilmittelkatalog (2011:36)

2 Störungen der Sprache – 2.5 Störungen der Sprechmotorik

Diagnosegruppe	Indikation		Ziel der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
	Leitsymptomatik: Funktionelle / Strukturelle Schädigung	Störungen der		Heilmittel	Verordnungsmengen je Diagnose; weitere Hinweise
<p>SP6 Störungen der Sprechmotorik</p> <p>Dysarthrie / Dysarthrophonie / Sprechapraxie</p> <p>z.B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • cerebralen Durchblutungsstörungen • Tumorerkrankungen • Entzündungen • Traumata infantilen • Cerebralparalysen • Bulbärparalysen • Choreaartigen Krankheitsbildern • Multipler Sklerosen • Amyotrophen Lateralsklerosen • Ataxien • Myasthenia gravis • Dystonien 	<p>Störungen der</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimmgebung • Sprechatmung • neuralen Steuerungs- und Regelungsmechanismen hinsichtlich der Sprechmotorik (z.B. Schwäche, Verlangsamung, Fehlkoordination, veränderter Muskeltonus, hyperkinetische Symptome) • Prosodie • Artikulation 	<p>Verbesserung bzw. Normalisierung des Sprechens</p> <p>Erreichen einer Kommunikationsfähigkeit (erforderlichenfalls Schaffung nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten)</p>	<p>Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</p> <p>30 / 45 oder 60 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit des Patienten</p>	<p>Erst-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ bis zu 10x/VO <p>Folge-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ bis zu 20x/VO <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ bis zu 60 Einheiten <p>geeignete standardisierte Tests (z.B. Frenchay-D-Test) zu Beginn und im Verlauf der Therapie erforderlich (Eingangstest bis spätestens zur 5. laufenden Therapiesitzung); weiterführende Diagnostik nach 30 Einheiten erforderlich; insbesondere: audiologische / endoskopische / neuropsychologische / elektrophysiologische Diagnostik zur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beendigung oder Fortsetzung der Therapie • Abklärung einer Rehabilitationsnotwendigkeit <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ mindestens 1 x wöchentlich 	



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Informationen zum Wissenschaftlichen Projekt

Name der Studierenden: Anne Künzel
Name Institut / Fakultät /
Fachbereich: Hochschule Osnabrück / Wirtschafts- und Sozialwis-
sen-schaften / Logopädie
Telefon: 0163 3232605
E-Mail: anne.kuenzel@hs-osnabrueck.de
Name der betreuenden Professorin: Frau Prof. Dr. Hilke Hansen

Liebe Untersuchungsteilnehmerin, lieber Untersuchungsteilnehmer,

mein Name ist Anne Künzel und ich studiere im 6. Semester im Studiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie an der Hochschule Osnabrück. Im Rahmen meiner Bachelor-Arbeit möchte ich ein wissenschaftliches Projekt zu folgendem Thema durchführen:

„Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter Therapie bei Patienten mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen in der ambulanten logopädischen Praxis unter den Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems“.

Ich freue mich, dass Sie ggf. bereit sind, an der Studie teilzunehmen. Dieses Schreiben dient dazu, Sie über das Ziel der Studie, sowie das Vorgehen in dem Forschungsprojekt zu informieren. Bitte lesen Sie sich den Text aufmerksam durch. Wenn Sie noch Fragen haben, beantworte ich Ihnen diese gerne. Abschließend werde ich Sie bitten, mir durch Ihre Unterschrift Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie zu geben und Ihre Kenntnisnahme der vorliegenden Informationen zu bestätigen.

1. Ziel und Zweck des Wissenschaftlichen Projekts

Das Ziel ist es die Erfahrungen zweier Praxisinhaber, wie hochfrequente Therapie in der ambulanten logopädischen Praxis erfolgreich realisiert werden kann, zu erfassen. Dabei

soll der Fokus auf der Organisation, Struktur und Finanzierung und nicht auf der inhaltlichen Gestaltung liegen (bspw. Erfahrungen/Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten und Krankenkassen, Umsetzung hochfrequenter Therapie im Praxisalltag, etc.).

In der ambulanten logopädischen Praxis erhalten Patienten mit einer neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörung häufig eine Therapiefrequenz von maximal zwei Therapieeinheiten je 45 Minuten pro Woche. Besonders im Bereich der Aphasie-Therapie ist die Behandlungsfrequenz für den Therapieerfolg relevant, da hier bereits nachgewiesen werden konnte, dass eine Therapiefrequenz von weniger als 300 Minuten in der Woche ineffektiv ist (vgl. Grötzbach 2017:7). Weiter wurde festgestellt, dass zwei Therapiestunden in der Woche auch dann unwirksam sind, wenn die Therapie ein halbes Jahr andauert (vgl. Grötzbach u. Beushausen 2017:16). In Hinblick auf die Kostenträger stellen unwirksame Therapien eine Verschwendung von Ressourcen dar. Dennoch ist die Umsetzung einer hohen Therapiefrequenz in der ambulanten Praxis selten. Eine Befragung von 257 logopädischen Praxen ergab, dass sich die durchschnittliche Therapiefrequenz bei Patienten mit einer Aphasie oder einer Dysarthrie auf ein bis zwei Einheiten pro Woche beläuft (vgl. Asmussen et al. 2013:16). Die Umfrage ergab zudem, dass 79 % der Befragten sich wünschen, hochfrequente Therapie anzubieten und 65 % der Befragten die Möglichkeit dazu hätten (vgl. ebd.). Als Hinderungsfaktoren für die Durchführung hochfrequenter Therapie gaben die Befragten die Faktoren *Therapeut, Arzt, Praxis, Patient, Krankenkasse, HeilmittelRichtlinien* und *Sonstiges* an (vgl. ebd.:17).

Vor diesem Hintergrund ist der Zweck dieses Projekts, ein fundiertes Wissen über die organisatorischen, strukturellen und finanziellen Faktoren bzw. Möglichkeiten, durch die hochfrequente ambulante Therapie gelingen kann, zu erlangen. Dieses könnte für andere Logopäden bei einer solchen Umsetzung hilfreich sein. Dadurch könnte möglicherweise das Angebot hochfrequenter ambulanter Therapie gesteigert werden, wodurch die Patientenversorgung verbessert, eine Marktlücke geschlossen und wirtschaftliche Ressourcen sinnvoll genutzt werden können.

Literaturangaben:

- Asmussen, L.; Bremer, W.; Heldt, C.; Krüger, S. (2013): Therapiefrequenz in der logopädischen Praxis. Literaturstudie – Onlineumfrage – Experteninterviews. In: Forum Logopädie. 2 (27), 12-19.
- Grötzbach, H. (2017): Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie. Idstein. Schulz-Kirchner.
- Grötzbach, H.; Beushausen, U. (2017): Intensität in der Sprachtherapie: Grundlagen. In: Grötzbach, H. [Hrsg.]: Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie. Idstein. Schulz-Kirchner, 9-39.

2. Ablauf und Inhalt der Untersuchung (Art, Ort, Dauer, Aufzeichnung)

Im Rahmen des Projekts soll jeweils ein einmaliges Interview mit zwei Praxisinhabern, die hochfrequente ambulante logopädische Therapie anbieten, durchgeführt werden. Die Interviews finden in einem zeitlichen Rahmen von ungefähr eineinhalb Stunden in Form von Einzelgesprächen statt.

Die Teilnahme an dem wissenschaftlichen Projekt ist freiwillig. Sie können die Teilnahme an dem Interview jederzeit beenden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

3. Art der Datenerhebung und der Datenverarbeitung, sowie der Datenverwendung und der Weiterleitung der Daten

Das Interview wird mit Hilfe eines Tonbandgerätes aufgezeichnet und auf einem Datenträger gespeichert. Anschließend wird es verschriftlicht und unter strenger Berücksichtigung des Datenschutzes ausgewertet. Personenbezogene Angaben und Daten (bspw. Personen, Orts- und Straßennamen) werden anonymisiert, wodurch keine Rückschlüsse auf Sie oder Ihre Praxis gezogen werden können. In der Verschriftlichung des Forschungsprojekts können einzelne ausgewählte Zitate dargestellt werden. Alle Informationen, die ich im Rahmen des wissenschaftlichen Projektes von Ihnen erhalte, werden vertraulich behandelt. Die Auswertung der Interviews dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Die Tonbandaufnahmen sowie alle weiteren Informationen werden nach Abschluss des Projekts, jedoch spätestens ein Jahr nach der Datenauswertung vollständig vernichtet.



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Einwilligungserklärung für Probandinnen und Probanden zur Einreichung bei der Ethik-Kommission der Hochschule Osnabrück

Name der Studierenden: Anne Künzel
Name Institut / Fakultät /
Fachbereich: Hochschule Osnabrück / Wirtschafts- und Sozialwis-
sen-schaften / Logopädie
Telefon: 0163 3232605
E-Mail: anne.kuenzel@hs-osnabrueck.de
Name der betreuenden Professorin: Frau Prof. Dr. Hilke Hansen

Einwilligungserklärung zur Mitwirkung am Projekt: „Organisation und Finanzia- rung hochfrequenter Therapie in der ambulanten logopädischen Praxis“

Frau Anne Künzel hat am _____ mit mir ein ausführliches Informationsgespräch über Art, Umfang und Bedeutung des oben genannten wissenschaftlichen Projektes geführt. Verantwortlicher Träger des Projektes ist die Hochschule Osnabrück.

Das wissenschaftliche Projekt soll der Erweiterung des logopädischen Forschungsstandes hinsichtlich der Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter Therapie in der ambulanten logopädischen Praxis dienen. Mir ist erläutert worden, zu welchem Zweck, in welchem Umfang und wie lange meine Daten gespeichert werden.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönlichen Nachteil widerrufen kann. Meine Daten werden dann vollständig gelöscht. Hierüber erhalte ich eine Nachricht. Sollte ich zur Speicherung meiner Daten Fragen haben oder Auskünfte benötigen, kann ich mich per E-Mail oder Telefon bei Anne Künzel unter 0163 3232605 (Telefon) oder anne.kuenzel@hs-osnabrueck.de (E-Mail-Adresse) wenden.

Ich erkläre mich bereit, an dem oben genannten Projekt teilzunehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Durchführung des Interviews mit Hilfe eines Tonbandgerätes aufgezeichnet und auf einem Datenträger gespeichert werden und zudem von Anne Künzel einsehbar sind. Ich bin darüber informiert, dass die Daten bei der Verschriftlichung des Projektes anonymisiert werden, sodass keine Rückschlüsse auf mich oder meine logopädische Praxis möglich sind. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass ausgewählte, anonymisierte Sätze aus dem Interview in der Abschlussarbeit von Frau Künzel und in Fachartikeln verwendet werden.

Die personenbezogenen Daten werden nur für dieses Forschungsvorhaben verwendet. Sobald es der Forschungszweck zulässt, werden die personenbezogenen Daten vernichtet. Dieses wird spätestens ein Jahr nach Auswertung der Daten sein. Das Aufklärungsschreiben vom _____ sowie ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Mitwirkenden

Unterschrift der Studierenden



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Name der Studierenden: Anne Künzel
Name Institut / Fakultät /
Fachbereich: Hochschule Osnabrück / Wirtschafts- und Sozialwis-
sen-schaften / Logopädie
Telefon: 0163 3232605
E-Mail: anne.kuenzel@hs-osnabrueck.de
Name der betreuenden Professorin: Frau Prof. Dr. Hilke Hansen

Liebe Untersuchungsteilnehmerin, lieber Untersuchungsteilnehmer,

mein Name ist Anne Künzel und ich studiere im 6. Semester im Studiengang Ergothera-
pie, Logopädie, Physiotherapie an der Hochschule Osnabrück. Im Rahmen meiner Ba-
chelorArbeit möchte ich ein Wissenschaftliches Projekt zu folgendem Thema durchführen:

„Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter Therapie in der ambulanten
logopädischen Praxis“.

Ich freue mich, dass Sie ggf. bereit sind, an der Studie teilzunehmen. Dieses Schreiben
dient dazu, Sie über das Ziel der Studie, sowie das Vorgehen in dem Forschungsprojekt
zu informieren. Bitte lesen Sie sich den Text aufmerksam durch. Wenn Sie noch Fragen
haben, beantworte ich Ihnen diese gerne. Abschließend werde ich Sie bitten, mir durch Ih-
re Unterschrift Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie zu geben und Ihre Kenntnis-
nahme der vorliegenden Informationen zu bestätigen.

1. Ziel und Zweck des Wissenschaftlichen Projekts

Das Ziel dieses Projekts ist es, zu erfassen, wie hochfrequente Therapie in der ambulan-
ten logopädischen Praxis erfolgreich umgesetzt und gestaltet werden kann. Hierfür sollen
sowohl zwei Praxisinhaber, die hochfrequente ambulante Therapie in ihrer logopädischen
Praxis anbieten, als auch Patienten, die diese erhalten, befragt werden. Dabei soll der
Fokus auf der Organisation, Struktur und Finanzierung liegen (z.B. Erfahrungen mit ver-

ordnenden Ärzten und Krankenkassen hinsichtlich hochfrequenter ambulanter Therapie oder die Integration hochfrequenter ambulanter Therapie in den Alltag).

2. Ablauf und Inhalt der Untersuchung (Art, Ort, Dauer, Aufzeichnung)

Im Rahmen des Projekts soll ein einmaliges Interview mit Patienten, die hochfrequente ambulante logopädische Therapie erhalten, durchgeführt werden. Die Interviews finden in einem zeitlichen Rahmen von ungefähr 30 Minuten in Form von Einzelgesprächen statt. Falls Sie Interesse an der Interviewteilnahme haben, werden Ihre Kontaktdaten mit Ihrem Einverständnis von Frau Dempfle an mich weitergeleitet. Anschließend können wir dann vereinbaren, ob das Interview in der Praxis von Frau Dempfle oder an einem anderen Ort stattfindet.

Die Teilnahme an dem Wissenschaftlichen Projekt ist freiwillig. Sie können die Teilnahme an dem Interview jederzeit beenden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

3. Art der Datenerhebung und der Datenverarbeitung, sowie der Datenverwendung und der Weiterleitung der Daten

Das Interview wird mit Hilfe eines Tonbandgerätes aufgezeichnet und auf einem Datenträger gespeichert. Anschließend wird es verschriftlicht und unter strenger Berücksichtigung des Datenschutzes ausgewertet. Personenbezogene Angaben und Daten (beispielsweise Personen, Orts- und Straßennamen) werden anonymisiert. Das bedeutet, dass diese verändert oder entfernt werden. In der Verschriftlichung der Ergebnisse des Forschungsprojekts können einzelne ausgewählte Zitate aus dem Interview dargestellt werden. Alle Informationen, die ich im Rahmen des wissenschaftlichen Projektes von Ihnen erhalte, werden vertraulich behandelt. Durch die Anonymisierung können keine Rückschlüsse auf Sie oder Ihre Familie gezogen werden. Die Auswertung der Interviews dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Die Tonbandaufnahmen und Verschriftlichungen werden nach Abschluss des Projekts gelöscht. Alle weiteren Informationen werden spätestens ein Jahr nach der Auswertung komplett vernichtet.



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Einwilligungserklärung für Probandinnen und Probanden zur Einreichung bei der Ethik-Kommission der Hochschule Osnabrück

Name der Studierenden: Anne Künzel
Name Institut / Fakultät /
Fachbereich: Hochschule Osnabrück / Wirtschafts- und Sozialwis-
sen-schaften / Logopädie
Telefon: 0163 3232605
E-Mail: anne.kuenzel@hs-osnabrueck.de
Name der betreuenden Professorin: Frau Prof. Dr. Hilke Hansen

Einwilligungserklärung zur Mitwirkung am Projekt: „Organisation und Finanzia- rung hochfrequenter Therapie in der ambulanten logopädischen Praxis“

Frau Anne Künzel hat am _____ mit mir ein ausführliches Informationsgespräch über Art, Umfang und Bedeutung des oben genannten wissenschaftlichen Projektes geführt. Verantwortlicher Träger des Projektes ist die Hochschule Osnabrück.

Das wissenschaftliche Projekt soll den Wissensstand hinsichtlich der Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter Therapie in der ambulanten logopädischen Praxis erweitern.

Mir ist erläutert worden, zu welchem Zweck, in welchem Umfang und wie lange meine Daten gespeichert werden.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönlichen Nachteil widerrufen kann. Meine Daten werden dann vollständig gelöscht. Hierüber erhalte ich eine Nachricht.

Sollte ich zur Speicherung meiner Daten Fragen haben oder Auskünfte benötigen, kann ich mich per E-Mail oder Telefon bei Anne Künzel unter 0163 3232605 (Telefon) oder anne.kuenzel@hs-osnabrueck.de (E-Mail-Adresse) wenden.

Ich erkläre mich bereit, an dem oben genannten Projekt teilzunehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Durchführung des Interviews mit Hilfe eines Tonbandgerätes aufgezeichnet, gemeinsam mit Patientendaten auf einem Datenträger gespeichert werden und von Anne Künzel einsehbar sind. Ich bin darüber informiert, dass die Daten bei der Verschriftlichung des Projektes anonymisiert werden, sodass keine Rückschlüsse auf mich oder meine Familie möglich sind. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass ausgewählte, anonymisierte Sätze aus dem Interview in der Abschlussarbeit von Frau Künzel und in Fachartikeln verwendet werden.

Die personenbezogenen Daten werden nur für dieses Forschungsvorhaben verwendet. Sobald es der Forschungszweck zulässt, werden die personenbezogenen Daten gelöscht bzw. vernichtet. Dieses wird spätestens ein Jahr nach Auswertung der Daten sein.

Das Aufklärungsschreiben vom _____ sowie ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Mitwirkenden

Unterschrift der Studierenden

Interviewleitfaden Praxisinhaber

„Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter Therapie bei Patienten mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen in der ambulanten logopädischen Praxis“

Vorspann

- Begrüßung und Vorstellung, Small-Talk
- Erlaubnis zum Start der Tonbandaufnahme einholen
- Vorinformationen zum Zweck und Ziel des Forschungsprojekts
- Hinweis zum Datenschutz und zur Anonymität der Befragung
- Hinweis zur Möglichkeit des Abbruchs der Befragung
- Einverständniserklärung unterschreiben lassen

1. Einführung

- Welche Beweggründe haben Sie dazu geführt, in Ihrer Praxis hochfrequente ambulante Therapie anzubieten?

2. Rahmenbedingungen

- Über welchen Zeitraum (in Wochen) und mit welcher Frequenz erhalten Patienten hochfrequente Therapie?
 - patientenabhängig?
 - von welchen Faktoren abhängig (Beispiel)?
 - Intervalltherapien?
- Wie viele Patienten mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen erhalten in Ihrer Praxis hochfrequente ambulante Therapie?
 - monatlich
 - jährlich
- Welchen Zeitumfang haben die einzelnen Therapieeinheiten und wie sind diese gestaltet?
 - Einzel- vs. Gruppentherapie
 - Computertraining
 - Hausaufgaben / Eigentraining zu Hause
 - Beratungsgespräche / Angehörigengespräche

3. Patientenzugang

- Wie kommen die Patienten, die hochfrequente Therapie bekommen, zu Ihnen?
 - Kooperationen mit Kliniken oder Ärzten?
 - wiederkehrende Patienten?
 - gezielte Werbung für Intensivtherapie?

4. Praxisalltag

- Wie werden die Anfahrt und der Aufenthalt der Patienten gestaltet?
 - für Patienten, die praxisnah wohnen
 - für Patienten, die praxisfern wohnen und einen weiten Anreiseweg haben

- Was müssen die Patienten und Angehörige einbringen damit hochfrequente Therapie umgesetzt werden kann?

5. Organisation

- Wie viele behandelnde Logopäden arbeiten in Ihrer Praxis?
- Wie können die zahlreichen Therapieeinheiten in den Praxisalltag integriert und umgesetzt werden?
 - Therapieplanung
 - Teamsitzungen
 - Absprachen bzgl. Therapeutenwechsel oder Urlaubsvertretung
- Auf welche Weise werden die behandelnden Logopäden den Patienten zugeordnet?
 - konstant behandelnder Logopäde?
 - mehrere Therapeuten pro Patient?
 - fester Ansprechpartner pro Patient bei Fragen, persönlichen Anliegen (bspw. Krankheitsbewältigung)?
- Wie viele Patienten können in diesem Umfang zur selben Zeit versorgt werden?
- Wie gewährleisten die Mitarbeiter die Qualität hochfrequenter Therapie?

6. Finanzierung / Verordnung

- Welche Erfahrungen haben Sie mit den behandelnden Ärzten hinsichtlich der Verordnung hochfrequenter Therapie gemacht?
 - Unterschiede zwischen den Arztgruppen?
 - Unterschiede innerhalb der Arztgruppen?
- Was müssen Sie tun, um Verordnungen für die Patienten zu bekommen?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit den Krankenkassen hinsichtlich der Finanzierung hochfrequenter Therapie gemacht?
 - Unterschiede zwischen den gesetzlichen Krankenkassen?
 - Unterschiede zwischen GKV und PKV?
 - Mit Angabe welcher Gründe wurden Anträge von Patienten bzgl. hochfrequenter ambulanter Therapie von Krankenkassen abgelehnt?

7. Herausforderungen

- Wo sehen Sie eine besondere Herausforderung bei der Umsetzung hochfrequenter ambulanter Therapie?
 - Planung
 - Patienten und Angehörige
 - Ärzte, Krankenkassen
- Wie werden diese Herausforderungen erfolgreich bewältigt?
- Was würden Sie gerne verändern, wenn Sie könnten?

8. Schluss

- Was würden Sie Kollegen und Kolleginnen empfehlen, die hochfrequente Therapie in ihrer Praxis einführen möchten?

Für die Teilnahme bedanken.

Interviewleitfaden Patient

„Organisation, Struktur und Finanzierung hochfrequenter Therapie bei Patienten mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen in der ambulanten logopädischen Praxis“

Vorspann

- Begrüßung und Vorstellung, Small-Talk
- Erlaubnis zum Start der Tonbandaufnahme einholen
- Vorinformationen zum Zweck und Ziel des Forschungsprojekts (Verdeutlichung der Relevanz der Befragung von Patienten)
- Hinweis zum Datenschutz und zur Anonymität der Befragung
- Hinweis zur Möglichkeit des Abbruchs der Befragung
- Einverständniserklärung unterschreiben lassen

1. Individuelle Rahmenbedingungen

- Seit wann erhalten Sie logopädische Therapie?
- Warum erhalten Sie logopädische Therapie?
- Wie oft erhalten Sie momentan Logopädie?
 - täglich
 - wöchentlich
- Wie lange dauert eine Stunde/Therapie?
- Einführung zur folgenden Leitfrage:
Logopädie kann alleine mit der Logopädin, am Computer und in Gruppen mit Anderen stattfinden.
Wie sieht Ihre logopädische Therapie aus?
 - Eigentraining zu Hause?

2. Beweggründe

- Einführung in den Themenkomplex:
Viele Patienten kommen nur 1 bis 2 Mal in der Woche in die logopädische Praxis. Sie kommen x Mal (Therapiefrequenz des Patienten).
Warum haben Sie sich dafür entschieden?

3. Zugang zum Angebot hochfrequenter Therapie

- Wie sind Sie über die Möglichkeit informiert worden in einer logopädischen Praxis mehr als ein oder zwei Mal die Woche behandelt zu werden?
- Wie haben Sie sich ggf. selbst informiert?
- Wie haben Sie eine Praxis gefunden, die x Mal (Therapiefrequenz des Patienten) in der Woche Therapie anbietet?
- Haben Sie sofort einen Therapieplatz erhalten oder mussten Sie warten?
 - bei Wartezeit: wie lange?

4. Finanzierung / Verordnung

Einführung in den Themenkomplex:

In der Literatur und auch seitens von Patienten wird die Schwierigkeit, Verordnungen von den Ärzten für hochfrequente Therapien zu bekommen, sehr oft thematisiert:

- Wer bezahlt Ihre logopädische Therapie?
 - GKV/PKV
- Welche Erfahrungen haben Sie mit den behandelnden Ärzten hinsichtlich der Verordnung mit x Behandlungen (Therapiefrequenz des Patienten) in der Woche gemacht?
 - Wie ist es Ihnen (trotzdem) gelungen, eine Verordnung zu bekommen?
 - Was haben Sie bei Schwierigkeiten gemacht (Beispiele)?
 - Welche Aufgaben muss ggf. die Logopädin bei Schwierigkeiten mit Ärzten übernehmen?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit den Krankenkassen hinsichtlich der Finanzierung der Verordnung gemacht?
 - Welche Aufgabe muss ggf. die Logopädin bei Schwierigkeiten mit Krankenkassen übernehmen?

5. Alltagsaufgaben

- Wie schaffen Sie es, die vielen Therapiestunden in Ihren Alltag unterzubringen?
 - Anfahrt
 - Zeit in der Praxis
 - Hausaufgaben/Eigentaining
- Wie gelingt Ihnen die Anfahrt?
- In welchen Aspekten benötigen Sie Unterstützung von Angehörigen oder Bekannten?

6. Schluss

- Wo sehen Sie eine besondere Herausforderung für die Patienten bei einer logopädischen Therapie mit x Behandlungen (Therapiefrequenz des Patienten) in der Woche?
- Denken Sie nochmal an Ihre logopädische Therapie mit x Behandlungen (Therapiefrequenz des Patienten) in der Woche.
Wo würden Sie sich ggf. Veränderungen wünschen?
- Was würden Sie anderen Patienten empfehlen, die intensive logopädische Therapie (mehr als 1 bis 2 logopädische Behandlungen in der Woche) haben möchten?

Für die Teilnahme bedanken.

Interviewbericht

Interview Code Nr.:

Interviewtyp: Leitfadeninterview

Name der Audiodatei: _____

Interviewer: _____

Geschlecht des Interviewten: _____

Datum: _____ Dauer (Minuten): _____

Grad der Bereitschaft des Interviewpartners/Teilnahmemotivation:

Räumliche/Zeitliche Besonderheiten:

Interviewdurchführung/Erzählbereitschaft:

Bemerkungen zum Gesprächsverlauf:

Check:Informationsschreiben abgegeben? Einverständniserklärung unterschreiben?

Interviewausschnitte

I: Mein Eindruck ist dennoch, dass das die wenigsten Ärzte und Therapeuten wissen.

B1: Ja, es ist schon verrückt, wie lange manche Sachen dauern. Bhogal 2003. Das sind vierzehn Jahre. Aber man muss wirklich sagen – ich weiß nicht, ob Sie schon beim Resümee angekommen sind. Es ist wirklich unglaublich anstrengend. Die Therapie an sich ist schon sehr – ich glaube das könnte deutlich geworden sein – schon sehr anspruchsvoll und sehr anstrengend. Aber die Logistik drum herum ist auch noch so furchtbar anstrengend. So dass das insofern auch kein Pappenstil ist. Jemandem mit schwachen Nerven kann ich das nicht empfehlen.

I: Und die Gruppe findet zwei Mal in der Woche statt?

B3: Ja. Heute und anderswo (schreibt ‚Do‘ auf den Tisch).

I: Donnerstags?

B3: Ja.

I: Wie lange dauert eine Gruppentherapie?

B3: Eins, halbe Stunde.

I: 30 Minuten?

B3: Nein. (Schreibt ‚90‘ auf den Tisch)

I: 90 Minuten?

B3: Ja. Ich habe alle zusammen, das raschelt.

B4: (nickt) Ja. (Zeigt in die Ecke des Raumes)

I: Was haben Sie entdeckt?

B4: Stühle neu.

I: Ja, genau. Die sind noch verpackt (lacht). Seit wann erhalten Sie logopädische Therapie?

B4: Schlaganfall und (zählt mit den Fingern) eins, zwei, drei, vier, fünf Jahre.

I: Vor fünf Jahren hatten Sie den?

B4: Ja.

Kategoriensystem Praxis A

Kategorie	Bezeichnung	Definition	Beispiel
HK 1	Rahmenbedingungen des hochfrequenten ambulanten Therapieangebots	Umfasst Aussagen zu den individuellen Rahmenbedingungen in der jeweiligen logopädischen Praxis sowie zu dem jeweiligen Angebot hochfrequenter Therapie. Dazu zählen beispielsweise die Lage der Praxis, die Mitarbeiterzahl oder die individuelle Definition hochfrequenter Therapie.	(vgl. Subkategorien)
SK 1a	Örtliche Gegebenheiten	Beinhaltet Aussagen zur örtlichen Lage der logopädischen Praxis (z. B. Großstadt, ländlich gelegener Ort).	Kein Zitat vorhanden
SK 1b	Personelle Gegebenheiten	Beinhaltet Aussagen zur Anzahl und Beschäftigungssituation der Mitarbeiter.	„Im Moment sind wir nur zu zweit. Eine dritte kommt erst im Frühjahr dazu. Und eine Honorarkraft habe ich noch.“ (PIA, Z.247-248)
SK 1c	Spezialisierung auf Störungsbilder	Beinhaltet Aussagen zu den in der jeweiligen logopädischen Praxis behandelten Störungsbildern sowie zu Schwerpunktsetzungen.	„Nur neurologisch. Aber da alles, ja. Nur Erwachsene.“ (PIA, Z. 330)
SK 1d	Zeitraum und Frequenz der Therapie	Beinhaltet Aussagen zur Definition hochfrequenter ambulanter Therapie in der jeweiligen Praxis. Dazu gehören Angaben zum Zeitraum der Therapie in Wochen sowie die tägliche und wöchentliche Therapiefrequenz der behandelten Patienten.	„Wir haben Intervalle von zwei, drei oder vier Wochen. Das bieten wir alles an. Und auch die Stundenzahl pro Tag vereinbaren wir sehr individuell, von ein bis vier Stunden am Tag.“ (PIA, Z. 9-10)
SK 1e	Zeitungsumfang der Therapieeinheiten	Beinhaltet Aussagen, die die Länge der einzelnen Therapieeinheiten (Einzeltherapien und Gruppentherapien) betreffen.	„Im Einzel machen wir sechzig Minuten und die Gruppe ist fünfundvierzig Minuten, wenn es Kassenpatienten sind, (...). In Ausnahmefällen haben wir auch schon neunzig Minuten gemacht, aber das hängt von dem Patienten ab, ob das sinnvoll ist.“ (PIA, Z. 42-45)
SK 1f	Patientenanzahl pro Zeiteinheit	Beinhaltet Aussagen zu der Anzahl von Patienten, die pro Tag, pro Woche und pro Jahr hochfrequente Therapie erhalten.	„Als Nachtrag noch die Anzahl der in unserer Praxis im vergangenen Jahr 2016 durchgeführten Intensivtherapie-Intervalle: 66. Die Anzahl der voraussichtlich im Jahr 2017 durchgeführten Intervalle: 80.“ (PIA, Z. 29-31)
HK 2	Information potenzieller Patienten	Umfasst Aussagen darüber, wie die Patienten auf die jeweilige logopädische Praxis aufmerksam gemacht werden bzw. auf welche Weise sie von dem Angebot hochfrequenter Therapie erfahren haben (bspw. gezielte Werbung, Kooperationen mit Ärzten und Einrichtungen, etc.).	(vgl. Subkategorien)

SK 2a	Empfehlungen von Kliniken und Therapeuten	Beinhaltet Aussagen zum Patientenzugang über Empfehlungen von Kliniken und Therapeuten, die von dem Angebot hochfrequenter ambulanter Therapie in der entsprechenden Praxis wissen und ihre Patienten bspw. bei Entlassung darauf hinweisen.	„Und wenn Logopäden in Kliniken – gerade in Reha-Kliniken – von uns wissen, die empfehlen uns dann manchmal auch weiter.“ (PIA, Z. 125-126)
SK 2b	Empfehlungen von anderen Teilnehmern	Beinhaltet Aussagen zum Patientenzugang über Empfehlungen von anderen Teilnehmern, die bereits hochfrequente Therapie in der jeweiligen Praxis erhalten haben.	„Und viele kommen mittlerweile über Mund-zu-Mund-Propaganda, durch Empfehlungen von Teilnehmern, die schon bei uns waren.“ (PIA, Z. 104-106)
SK 2c	Internet	Beinhaltet Aussagen zum Patientenzugang – wie Patienten auf die logopädische Praxis aufmerksam werden – über das Internet, wie z. B. die Suchmaschine <i>google</i> oder die eigene Website der logopädischen Praxis.	„Die Meisten finden uns über <i>google</i> , <i>google research</i> .“ (PIA, Z. 103)
SK 2d	Messen und Vorträge	Beinhaltet Aussagen über gezielte Werbung der logopädischen Praxis über Messestände und das Halten von Vorträgen auf bspw. Fachtagungen.	„Wir sind aber auch jedes Jahr auf den Würzburger Aphasietagen vertreten und wir halten Vorträge.“ (PIA, Z. 103-104)
SK 2e	Postwurfsendung	Beinhaltet Aussagen zu Werbung durch die Versendung von Broschüren.	„Wir haben für unsere Praxiseröffnung Broschüren verschickt, an ich weiß nicht wie viele therapeutische Einrichtungen in Deutschland.“ (PIA, Z. 134-136)
SK 2f	Keine dauerhaften Kooperationen	Beinhaltet Aussagen darüber, dass keine gezielten Kooperationen mit Ärzten und Kliniken für den Patientenzugang existieren.	„Nein. Das kann man so nicht sagen. (...) Aber sonst, da wir ganz Deutschland bedienen – mit wem man da kooperieren soll.“ (PIA, Z. 121-122)
HK 3	Eingangsdiagnostik	Umfasst Aussagen, die die Eingangsdiagnostik als wichtiges Element der Organisation und Struktur hochfrequenter ambulanter Therapie betreffen.	(vgl. Subkategorien)
SK 3a	Zeitpunkt	Beinhaltet Aussagen, die den Zeitpunkt der Eingangsdiagnostik betreffen.	„Wir machen eine Eingangsdiagnostik <u>vorab</u> . Die findet <u>vor</u> diesem Intervall statt, weil wir ja in diesem Intervall von zwei/drei Wochen nicht auch noch eine Diagnostik unterbringen.“ (PIA, Z. 14-15)
SK 3b	Dauer	Beinhaltet Aussagen, die die Dauer der Eingangsdiagnostik betreffen.	„(...), die dauert bei Aphasie vier Stunden, in der Regel.“ (PIA, Z. 21-22)
SK 3c	Bestimmung des Therapiebedarfs	Beinhaltet Aussagen, die die Analyse des Therapiebedarfs in der Eingangsdiagnostik betreffen. Davon ausgehend wird dann beispielsweise die Therapiefrequenz des einzelnen Patienten bestimmt. Dazu gehören bspw. die Einschätzung der Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit, die Gruppenfähigkeit, aber	„Und dann das Andere ist die Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit. Und das Nächste ist auch der Wunsch des Patienten, wie viele Stunden er denn möchte.“ (PIA, Z. 18-19)

		auch der Wunsch des Patienten.	
SK 3d	Einschlusskriterien	Beinhaltet Aussagen zu den Voraussetzungen in Form von Einschlusskriterien der Patienten für die hochfrequente ambulante Therapie, die in der Eingangsdagnostik überprüft werden.	„Die zwei Einschlusskriterien sind: eine Belastbarkeit über eine Therapieeinheit von einer Stunde und eine <u>ganz klar erkennbare</u> eigene Motivation des Betroffenen selbst.“ (PIA, Z. 186-188)
SK 3e	Ausschlusskriterien	Beinhaltet Aussagen zu den Kriterien, durch die Patienten von der Teilnahme an der hochfrequenten ambulanten Therapie ausgeschlossen sind.	„Das eine ist: es sollte keine Demenz vorliegen. Das ist ein Ausschlusskriterium.“ (PIA, Z. 185-186)
HK 4	Therapieplanung	Umfasst Aussagen, die die Therapieplanung betreffen. Hierunter fallen bspw. die organisatorische und patientenorientierte Erstellung der wöchentlichen Therapiepläne. Hierzu gehören aber auch die Einbestellung der Patienten sowie die Abarbeitung von Wartelisten.	(vgl. Subkategorien)
SK 4a	Erstellung	Beinhaltet Aussagen, die die Erstellung der Therapiepläne betreffen.	„Wir machen die Therapieplanung von Hand. Das Dumme an der Intensivtherapie ist, dass es kein Therapieverplanungsprogramm gibt, was diese individuellen Gegebenheiten berücksichtigt.“ (PIA, Z. 253-255)
SK 4b	Berücksichtigung individueller Gegebenheiten	Beinhaltet Aussagen, die die individuellen Gegebenheiten der Patienten in der Therapieplanung berücksichtigen.	„Dass ich wirklich gucke: ‚Aha, der braucht zwei Stunden am Vormittag und kann eine auch noch am Nachmittag, aber nicht so spät, weil er sich unbedingt hinlegen muss, sonst kann ich nachmittags nichts mehr von dem verlangen.‘ Und so weiter. Lauter solche Dinge, die berücksichtigen wir.“
SK 4c	Wartezeit	Beinhaltet Aussagen, die die Wartezeit der Patienten vom Anmeldezeitraum bis zum Behandlungsbeginn ihrer hochfrequenten ambulanten Therapie betreffen.	„Wir laden die Patienten nicht chronologisch nach Anfrage- oder Anmeldedatum ein, sondern wie sie inhaltlich in Gruppen zusammenpassen.(...) Mehrere Monate müssen sie aber eigentlich alle warten.“ (PIA, Z. 437-442)
HK 5	Organisation der Therapeutenzuständigkeit	Umfasst Aussagen, die die Zuteilung der einzelnen behandelnden Therapeuten zu den Patienten sowie die Therapeutenkonstanz betreffen.	(vgl. Subkategorien)
SK 5a	Therapeutenkonstanz	Beinhaltet Aussagen, die die Therapeutenzuständigkeit in Form der Therapeutenkonstanz betreffen.	„Da wir jetzt im Moment eigentlich nur zwei bis drei sind, haben wir eine relativ hohe Therapeutenkonstanz.“ (PIA, Z. 269-270)
SK 5b	Zuteilung nach	Beinhaltet Aussagen, die die Therapeutenzuteilung zu den ein-	„Es gibt auch inhaltliche Gesichtspunkte. Die

	Behandlungsschwerpunkten	zelen Patienten nach den Behandlungsschwerpunkten der behandelnden Therapeuten betreffen.	<i>Honorarkraft zum Beispiel behandelt ganz gerne Aphasiker, die kriegt dann gar nicht die Menschen mit Dysarthrie.“ (PIA, Z. 323-324)</i>
SK 5c	Aufteilung von Therapieschwerpunkten	Beinhaltet Aussagen zur Aufteilung von Therapieschwerpunkten zwischen den behandelnden Therapeuten innerhalb eines Behandlungsintervalls des Patienten.	<i>„Wir machen es auch meistens so, dass wir die Therapieschwerpunkte unter uns aufteilen.“ (PIA, Z. 342)</i>
HK 6	Kommunikation zwischen den behandelnden Therapeuten	Umfasst Aussagen, die den Austausch und die Absprachen zu Patienten und Therapieinhalten zwischen den einzelnen Therapeuten innerhalb der jeweiligen logopädischen Praxis betreffen.	(vgl. Subkategorien)
SK 6a	Relevanz von Absprachen	Beinhaltet Aussagen zur Relevanz der Kommunikation und Absprachen zwischen den behandelnden Therapeuten.	<i>„Aber wenn der Patient jeden Tag drei Stunden da ist, dann muss ich mich ständig mit dem Anderen absprechen. Die ganze Zeit, jeden Tag, wenn ich nicht wichtige Sachen verpassen will.“ (PIA, Z. 285-287)</i>
SK 6b	Schriftliche Dokumentationen	Beinhaltet Aussagen zur Kommunikation zwischen den behandelnden Therapeuten durch schriftliche Dokumentationen.	<i>„Sowohl, als auch. Wir schreiben es wirklich auch auf, weil manchmal gar nicht die Zeit ist. Da bräuchte man ja nach jeder Stunde eine Pause, in der man sich absprechen kann.“ (PIA, Z. 292-294)</i>
SK 6c	Fallbesprechungen	Beinhaltet Aussagen, die die Kommunikation zwischen den behandelnden Therapeuten in Form von Fallbesprechungen betreffen.	<i>„Wir besprechen uns sowieso so viel am Tag. Morgens und mittags. Wir besprechen fast jeden Patienten miteinander. Da braucht man nicht noch extra Fallbesprechungen.“ (PIA, Z. 314-316)</i>
SK 6d	Teamsitzungen	Beinhaltet Aussagen, die die Kommunikation zwischen den behandelnden Therapeuten in Form von Teamsitzungen betreffen.	<i>„Nein, das machen wir momentan nicht, weil wir nur zu zweit sind.(...) Aber wir werden wie gesagt im April noch eine Kollegin kriegen und dann werden wir sicher Fallbesprechungen oder Teamsitzungen machen.“ (PIA, Z. 314-318)</i>
SK 6e	Mündliche Absprachen	Beinhaltet Aussagen zur Kommunikation zwischen den behandelnden Therapeuten durch mündliche Absprachen.	<i>„Schon wenn wir einen Patienten auf zwei aufteilen, ist das manchmal grenzwertig, weil wir uns so oft besprechen müssen. ‚Wie war es bei dir?‘ – ‚Aha. Kann ich das weiter machen?‘ – ‚Nein, lieber etwas anderes.‘ Und so weiter.“</i>
HK 7	Zusammenstellung der Gruppentherapien	Umfasst Aussagen, die die organisatorische Planung und Zusammenstellung der Gruppeninterventionen betreffen.	(vgl. Subkategorien)

SK 7a	Gruppengröße	Beinhaltet Aussagen, die die Größe bzw. Anzahl der Teilnehmer der Gruppentherapien betreffen.	„Meistens zwei oder auch drei.“ (PIA, Z. 47)
SK 7b	Homogene Gruppen	Beinhaltet Aussagen, die die Homogenität der Gruppenzusammensetzung betreffen.	„Normalerweise versuchen wir die Gruppen eher homogen zu gestalten. Wer ähnliche Schwierigkeiten, ähnliche Störungsschwerpunkte und ähnliche Therapieinhalte/Übungsinhalte hat.“ (PIA, Z. 50-52)
SK 7c	Motivierende Gruppenpartner	Beinhaltet Aussagen, die die Relevanz motivierender Gruppenpartner bei der Gruppenzusammensetzung betreffen.	„(...) es müssen motivierende Gruppenpartner gefunden werden.“ (PIA, Z. 404-405)
HK 8	Gewährleistung von Qualität	Umfasst Einschätzungen der Praxisinhaber zu Kriterien, die für die Qualitätsgewährleistung der hochfrequenten ambulanten Therapie relevant sind.	(vgl. Subkategorien)
SK 8a	Berufserfahrung	Beinhaltet Aussagen zur Berufserfahrung als Qualitätskriterium hochfrequenter ambulanter Therapie.	„Aber erst einmal würde ich sagen, intensive Sprachtherapie kann <u>auf gar keinen Fall</u> von Anfängern gemacht werden.“ (PIA, Z. 361-363)
SK 8b	Spezialisierung auf einen Störungsbereich	Beinhaltet Aussagen zur Spezialisierung auf einen Störungsbereich als Qualitätskriterium.	„Zweitens bin ich der Meinung, ist eine Spezialisierung der Einrichtung auf neurologische Patienten erforderlich.“ (PIA, Z. 268-269)
SK 8c	Ausführliche Eingangsdiagnostik	Beinhaltet Aussagen zur Relevanz der Eingangsdiagnostik für die Planung und Organisation der hochfrequenten Therapie als Kriterium für die Gewährleistung ihrer Qualität.	„Und in dieser Diagnostik gucken wir dann, ist derjenige gruppenfähig oder nicht? Davon hängt dann ab, ob er eine Stunde Gruppe am Tag bekommt oder nicht.“ (PIA, Z. 16-17)
SK 8d	Erkennen der Schlüsselstörung	Beinhaltet Aussagen zur Relevanz der Erkennung der Schlüsselstörung des Patienten.	„Das Erkennen der Schlüsselstörung, das erscheint mir auch sehr wichtig. (...) Der hat ja tausend Baustellen. Und wenn sie jetzt aber sagen: ‚Na gut, jetzt mache ich mal das.‘ (...), aber das ist nicht seine Schlüsselstörung, weil das eigentlich nur der Nebenschauplatz ist. Es ist zwar auffällig, aber es ist nicht sein Hauptproblem. Dann behandle ich an dem Problem vorbei und der Patient fährt nach Hause und hat nicht so viel profitiert von der Intensivtherapie.“ (PIA, Z. 388-396)
SK 8e	Betrachtung des Patienten in seiner gesamten Situation	Beinhaltet Aussagen zur Relevanz der Betrachtung des Patienten in seiner gesamten Situation. Dabei müssen bspw. das Umfeld, die persönliche Situation, aber auch kognitive Defizite berücksichtigt werden.	„Und es muss der Patient in seiner gesamten Situation erkannt werden. Ein Patient ein, zwei Jahre nach Schlaganfall braucht was ganz anderes als ein Patient zehn oder fünfzehn Jahre nach Schlaganfall.“ (PIA, Z. 405-407)

SK 8f	Großes Methoden- und Materialrepertoire	Beinhaltet Aussagen, die das Methoden- und Materialrepertoire für die Qualitätsgewährleistung betreffen.	„Man braucht ein sehr großes Methodenrepertoire. Man muss ja genau wissen, welcher Patient braucht welche Methode.“ (PIA, Z. 372-373)
HK 9	Aufgaben und Anforderungen an die Patienten	Umfasst Aussagen zu den Aufgaben und Herausforderungen der Patienten in Bezug auf die Umsetzung hochfrequenter ambulanter Therapie.	(vgl. Subkategorien)
SK 9a	Anfahrt und Aufenthalt	Beinhaltet Aussagen zu der Gestaltung der Anfahrt und des Aufenthalts des Patienten. Hierzu gehören bspw. die Organisation und die Planung, aber auch die Finanzierung der Unterkunft.	„Das ist natürlich auch wieder individuell unterschiedlich, da sie ja bei uns auch ihre Unterkunft selbst zahlen.“ (PIA, Z.110-111)
SK 9b	Herausforderungen	Beinhaltet Aussagen zu Herausforderungen für den Patienten, die im Zusammenhang mit der hochfrequenten ambulanten Therapie auftreten. Dies betrifft zum einen Faktoren im Zusammenhang mit der Organisation (z. B. Selbstständigkeit), aber auch die Therapie als Herausforderung selbst.	„Man muss wirklich wissen, dass Intensivtherapie <u>unheimlich</u> fordernd und anstrengend ist und das machen wir in der Eingangsdiagnostik auch sehr deutlich.“ (PIA, Z. 193-194)
HK 10	Rolle der Angehörigen	Umfasst Aussagen zu dem Beitrag der Angehörigen hinsichtlich der Realisierung hochfrequenter ambulanter Therapie.	(vgl. Subkategorien)
SK 10a	Reisebegleitung	Beinhaltet Aussagen, inwieweit die Angehörigen als Reisebegleitung eine wichtige Rolle darstellen. Bspw. bei motorisch und kognitiv beeinträchtigten Patienten.	„Die spielen für die motorisch und kognitiv eingeschränkten Patienten insofern eine Rolle, dass sie wahrscheinlich ohne Begleitung gar nicht kommen könnten.“ (PIA, Z. 202-203)
SK 10b	Beteiligung im Therapieprozess	Beinhaltet Aussagen zur Rolle der Angehörigen während des Therapieprozesses, wie z. B. bei der Diagnostik oder im Zusammenhang mit Beratungen oder zum Therapieende hin.	„Wir machen die Diagnostik immer, wenn es irgendwie geht, in Anwesenheit eines Angehörigen, wenn es einen gibt.“ (PIA, Z. 88-90)
SK 10c	Verhandlung mit Ärzten und Krankenkassen	Beinhaltet Aussagen zur Rolle der Angehörigen bei Schwierigkeiten mit Ärzten und Krankenkassen bei den Verordnungen sowie bei Genehmigungsverfahren.	„Dagegen kann man höchstens als Angehöriger oder als Patient das unternehmen, dass man sagt: ‚Na gut, dann gehe ich halt erst zur Krankenkasse und kläre das mit der und wenn ich da eine Zusage habe, gehe ich wieder zum Arzt.‘“ (PIA, Z. 499-502)
HK 11	Erfahrungen mit verordnenden Ärzten	Umfasst Aussagen zu Erfahrungen und Schwierigkeiten mit Ärzten hinsichtlich der Ausstellung von Verordnungen für eine hochfrequente ambulante Therapie. Hierunter fallen bspw. auch Unterschiede zwischen und innerhalb der Arztgruppen beim Verordnungsverhalten.	(vgl. Subkategorien)
SK 11a	Individuelle Unterschiede	Beinhaltet Aussagen, die individuelle Unterschiede hinsichtlich Erfahrungen und Schwierigkeiten zwischen den einzelnen Ärzten betreffen.	„Es ist letztendlich immer individuell unterschiedlich.“ (PIA, Z. 460)
SK 11b	Problemlose	Beinhaltet Aussagen zu Erfahrungen mit Ärzten bei denen es	„Es gibt Ärzte, die wunderbar alles verordnen

	Verordnung	keine Schwierigkeiten mit der Verordnung für hochfrequente Therapie gab.	<i>ohne mit der Wimper zu zucken.</i> “ (PIA, Z. 446-447)
SK 11c	Ablehnung einer Verordnung	Beinhaltet Aussagen zu Schwierigkeiten beim Erhalt einer Verordnung für hochfrequente ambulante Logopädie von den Ärzten ab der ersten Verordnung.	<i>„Es gab auch schon Patienten, die es dann nicht geschafft haben ihren Arzt zu überreden (...).“</i> (PIA, Z. 449-450)
SK 11d	Schwierigkeiten nach erster Verordnung	Beinhaltet Aussagen zu Erfahrungen mit Ärzten in Bezug auf die Verordnung hochfrequenter Therapie, bei der die Ausstellung der ersten Verordnung problemlos lief und die Ärzte aber ab der zweiten Verordnung Schwierigkeiten bereiteten.	<i>„Dann gibt es die Ärzte, die ‚Naja gut, probieren wir mal eine Intensivtherapie.‘ sagen, diese verordnen und dann aber ab der zweiten Schwierigkeiten machen (...).“</i> (PIA, Z. 447-449)
SK 11e	Unterschiede zwischen den Arztgruppen	Beinhaltet Aussagen zu auffälligen Unterschieden beim Verordnungsverhalten zwischen verschiedenen Arztgruppen (bspw. Neurologen und Allgemeinmedizinern).	<i>„(...) Aber ich würde sagen es gibt die Tendenz, dass die Hausärzte eher unterstützen als die Fachärzte bzw. die Neurologen.“</i> (PIA, Z. 460-461)
HK 12	Ursachen für Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten	Umfasst Aussagen zu Argumenten und Begründungen, die von den behandelnden Therapeuten als Ursache für die Schwierigkeiten (bspw. Ablehnung der Ausstellung von Verordnungen) mit den verordnenden Ärzten genannt werden.	(vgl. Subkategorien)
SK 12a	Angst um Budget	Beinhaltet Aussagen, die die Schwierigkeiten mit den verordnenden Ärzten auf deren Angst um ihr Budget und mögliche Regress-Zahlungen zurückführen.	<i>„Dann gibt es Ärzte, (...) die dann ab der zweiten Schwierigkeiten machen, weil sie dann Angst um ihr Budget haben.“</i> (PIA, Z. 447-449)
SK 12b	Unkenntnis	Beinhaltet Aussagen, die die Schwierigkeiten mit den verordnenden Ärzten auf deren Unkenntnis in Bezug auf hochfrequente Therapie zurückführen. Hierbei fehlt den Ärzten bspw. das Wissen darüber, was intensive Therapie ist und wofür sie gut ist.	<i>„Das ist auch ein Problem mit den Ärzten. Aber häufig ist es auch ein <u>Nicht-Wissen</u>.“</i> (PIA, Z. 451-452)
SK 12c	Unkenntnis neuester Forschungsergebnisse	Beinhaltet Aussagen, die die Schwierigkeiten mit den verordnenden Ärzten auf deren Unkenntnis aktueller Forschungsergebnisse in Bezug auf die logopädische Therapie zurückführen. Dazu gehört bspw. das Argument, dass das Ereignis bzw. die Ursache für die Sprach- oder Sprechstörung schon weit zurückliegt und in der chronischen Phase keine Ergebnisse mehr zu erwarten sind.	<i>„Wir haben Neurologen, die sagen: ‚Ach, das ist bei Ihnen doch schon drei Jahre oder länger als drei Jahre her. Da bringt das doch sowieso nichts mehr. ‚Das ist natürlich höchst blamabel, weil die einfach nicht auf dem neuesten Stand sind.‘“</i> (PIA, Z. 463-465)
HK 13	Maßnahmen, um Verordnungen zu erhalten	Umfasst Aussagen zu Maßnahmen, die es dem Patienten trotz Schwierigkeiten mit dem Arzt ermöglichen, eine Verordnung für hochfrequente Therapie zu bekommen.	(vgl. Subkategorien)
SK 13a	Arztwechsel	Beinhaltet Aussagen zum Arztwechsel als Maßnahme des Patienten trotz Schwierigkeiten mit seinem Arzt eine Verordnung für hochfrequente Therapie zu erhalten.	<i>„Es gab auch schon Patienten, die es dann nicht geschafft haben ihren Arzt zu überreden, die dann versucht haben einen anderen Arzt zu fin-</i>

			<i>den, der die Intensivtherapie verordnet.“ (PIA, Z. 449- 451)</i>
SK 13b	Aufklärungsmaterial	Beinhaltet Aussagen zu Aufklärungsmaterial, das als Maßnahme bei Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten diesen ausgehändigt wird, damit der Patient trotzdem eine Verordnung für hochfrequente Therapie erhält.	<i>„Da ist dann natürlich die Intensivtherapie. Da denkt man: ‚Was ist das denn? Und so viel?‘ Aber wir haben da auch Aufklärungsmaterial, auch für die Ärzte.“ (PIA, Z. 452-454)</i>
SK 13c	Langfristgenehmigung	Beinhaltet Aussagen zur Langfristgenehmigung als Maßnahme bei Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten, damit der Patient trotzdem eine Verordnung für hochfrequente Therapie erhält.	<i>„Aber wenn die ganz fürchterliche Angst um ihr Budget haben, wenn das das Problem ist bei der Verordnung, dann kriegt man sie nur mit einer Langfristgenehmigung rum.“ (PIA, Z. 483-485)</i>
SK 13d	Direktes Gespräch	Beinhaltet Aussagen zu Gesprächen der behandelnden Therapeuten mit den jeweiligen Ärzten, durch die der verordnende Arzt umgestimmt werden konnte und eine hochfrequente Therapie schlussendlich verordnet hat.	<i>„Das ist dann aber natürlich nur möglich, wenn ein direktes Gespräch möglich war. Die meisten Ärzte sprechen aber nicht mit uns. Die machen sich nicht die Mühe Sprachtherapeuten anzurufen.“ (PIA, Z. 480-482)</i>
SK 13e	Genehmigung der Krankenkasse	Beinhaltet Aussagen, die darauf hinweisen, dass eine Genehmigung der Krankenkasse hilft, damit der Arzt dem Patienten eine hochfrequente Therapie verordnet.	<i>„Der ist erst zur Krankenkasse gegangen und hat gesagt: ‚Ich möchte intensive Sprachtherapie machen, mit der Stundenzahl.‘ Dann hat die Krankenkasse zu ihm gesagt: ‚Ja, gut. Das können Sie machen.‘ Das hat er sich schriftlich geben lassen und damit ist er dann zu seinem Hausarzt oder zu seinem Neurologen. Und der hat gesagt; ‚Na gut, wenn die Krankenkasse das sagt, dann verordne ich Ihnen das auch.‘“ (PIA, Z. 488-493)</i>
HK 14	Erfahrungen mit den Krankenkassen	Umfasst Aussagen zu Erfahrungen hinsichtlich der Genehmigung und der Kostenübernahme hochfrequenter ambulanter Therapie durch die Krankenkassen.	(vgl. Subkategorien)
SK 14a	Problemlose Genehmigung und Kostenübernahme	Beinhaltet Aussagen zu Erfahrungen mit Krankenkassen bei denen es keine Schwierigkeiten mit der Genehmigung und der Kostenübernahme hochfrequenter ambulanter Therapie gab.	<i>„Dann gibt es aber auch die Krankenkassen, die sogar sagen: ‚Nein, das ist ja überhaupt nicht genehmigungspflichtig, das unterliegt dem Genehmungsverzicht.‘ Was nicht stimmt, aber wenn die selber das sagen und uns das schriftlich geben, dann lassen wir das so stehen.“ (PIA, Z. 517-520)</i>
SK 14b	Eingeschränkte Genehmigung und Kostenübernahme	Beinhaltet Aussagen zu Erfahrungen mit Krankenkassen bei denen nur eine eingeschränkte Genehmigung vorliegt. Dabei liegt bspw. eine Maximalzahl an Therapien innerhalb eines Tages, einer Woche oder eines Jahres vor.	<i>„Dann gibt es eine Krankenkasse, die sagt, sie zahlt nur eine Stunde am Tag, aber mehr auf keinen Fall.“ (PIA, Z. 510-511)</i>

SK 14c	Schwierigkeiten bei PKV	Beinhaltet Aussagen zu Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme hochfrequenter Therapie bei der privaten Krankenversicherung.	„Darum bekomme ich nicht immer mit, wenn einer nicht alles von der PKV zurückerstattet bekommt. Es gibt schon immer wieder mal private Kassen, die nur anteilig bezahlen, bspw. nur siebzig Prozent übernehmen oder nur so und so viele Stunden.“ (PIA, Z. 550-553)
SK 14d	Ablehnung von Genehmigung und Kostenübernahme	Beinhaltet Aussagen zu Erfahrungen mit den Krankenkassen bei denen es große Schwierigkeiten bei der Genehmigung und Kostenübernahme hochfrequenter Therapie gegeben hat, weil diese bspw. vollständig abgelehnt wurde.	„Es gibt Krankenkassen, die sagen: ‚Nein, das machen wir schon mal überhaupt <u>gar nicht</u> .“
SK 14e	Individuelle Unterschiede	Beinhaltet Aussagen, die große Unterschiede bei der Erteilung von Genehmigungen und der Kostenübernahme hochfrequenter Therapie durch die Krankenkassen betreffen. Dazu gehören auch Unterschiede innerhalb einer Krankenkasse.	„Da nehmen Sie doch bitte zu Protokoll, dass es auch da alles gibt. Die Bandbreite ist das <u>gesamte Spektrum</u> , das man sich nur vorstellen kann.“ (PIA, Z. 508-509)
SK 14f	Einzelfallentscheidungen	Beinhaltet Aussagen zu Einzelfallentscheidungen der Krankenkassen in Bezug auf die Genehmigung und Kostenübernahme hochfrequenter Therapie.	„Dann gibt es sehr viele Einzelfallentscheidungen, sehr viele Krankenkassen, die sagen: ‚Das lassen wir vom MDK prüfen.‘ Dann gibt es daraufhin entweder ein ‚Ja‘ oder ‚Nein‘.“ (PIA, Z. 512-514)
SK 14g	Rolle des Alters	Beinhaltet Aussagen zur Rolle des Alters der Patienten für die Genehmigung und Kostenübernahme hochfrequenter ambulanter Therapie durch die Krankenkassen.	„Ansonsten habe ich bei Krankenkassen den Eindruck, dass auch das Alter eine Rolle spielt. Dass jüngere Patienten viel leichter intensive Sprachtherapie genehmigt kriegen als ältere.“ (PIA, Z. 608-610)
HK 15	Begründungen abgelehnter Genehmigungen	Umfasst Aussagen zu Begründungen der Krankenkassen für die Ablehnung von Genehmigungen und Kostenübernahmen hochfrequenter ambulanter Therapie.	(vgl. Subkategorien)
SK 15a	Ereignis verjährt	Beinhaltet Aussagen zur Begründung der Krankenkassen, dass das Ereignis zu weit in der Vergangenheit liegt und dadurch keine Therapiefortschritte mehr erreicht werden können.	„Die jeweiligen Begründungen sind auch <u>unglaublich weit</u> gefächert, bspw. weil es zu lange her ist (...).“ (PIA, Z. 514-515)
SK 15b	Fortschritte auch in niedrigfrequenter Therapie	Beinhaltet Aussagen zu Erfahrungen mit den Krankenkassen, bei denen die Ablehnung hochfrequenter Therapie damit begründet wurde, dass der Patient auch in der herkömmlichen Therapie mit einer niedrigen Frequenz von ein bis zwei Behandlungen in der Woche Fortschritte macht und dies ausreicht.	„(...) oder weil er doch auch in der ambulanten Sprachtherapie Fortschritte macht und da braucht er ja nicht noch eine intensive Sprachtherapie.“ (PIA, Z. 515-517)
SK 15c	Neue Behandlungsmethode	Beinhaltet Aussagen zu Erfahrungen mit den Krankenkassen, bei denen die Genehmigung hochfrequenter Therapie mit der Begründung einer neuen Behandlungsmethode abgelehnt wurde.	„Ganz übel ist natürlich, wenn die Intensivtherapie als neue Behandlungsmethode bezeichnet wird. Da gibt es bei den Krankenkassen nämlich eine Klausel. Wenn etwas eine <u>neue</u> Behand-

			<i>lungsmethode ist, <u>dann</u> darf die <u>nur</u> angewendet werden, wenn eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliegt.“ (PIA, Z. 574-577)</i>
SK 15d	Keine lebensbedrohliche Maßnahme	Beinhaltet Aussagen zu Erfahrungen mit den Krankenkassen, bei denen die Genehmigung hochfrequenter Therapie mit der Begründung abgelehnt wurde, dass es sich um keine lebensbedrohliche Maßnahme handelt.	<i>„Das hatten wir dann auch schon manchmal. Das etwas abgelehnt wurde mit der Begründung ‚Es ist ja keine Frage auf Leben oder Tod.‘ (lacht ungläubig).“ (PIA, Z. 577-579)</i>
SK 15e	Heilmittel-Richtlinie	Beinhaltet Aussagen zu Erfahrungen mit den Krankenkassen, bei denen die Genehmigung hochfrequenter Therapie mit der Begründung abgelehnt wurde, dass diese nicht mit den Vorgaben des Heilmittelkatalogs konform sei.	<i>„Ganz viele Ablehnungen haben einfach die Begründung, dass sie behaupten, dass sei innerhalb der Heilmittel-Richtlinie überhaupt nicht möglich. Dieses Argument lesen wir wirklich ständig.“ (PIA, Z. 590-592)</i>
HK 16	Maßnahmen, um Genehmigungen zu erhalten	Umfasst Aussagen zu Maßnahmen durch die der Patient trotz Schwierigkeiten mit den Krankenkassen eine Genehmigung und eine Kostenübernahme für die hochfrequente Therapie erhalten konnte. Dabei handelt es sich sowohl um Maßnahmen der Patienten und Angehörigen, als auch um Maßnahmen der Therapeuten.	(vgl. Subkategorien)
SK 16a	Widerspruchsverfahren	Beinhaltet Aussagen zu Widerspruchsverfahren als Maßnahme, um bei Schwierigkeiten mit der Krankenkasse dennoch eine Genehmigung für eine hochfrequente ambulante Therapie zu erhalten. Die Widerspruchsverfahren können sowohl von den Patienten und Angehörigen, als auch von den behandelnden Therapeuten übernommen werden.	<i>„Dann gibt es auch noch die, die es ablehnen und dann sind die Patienten aber nicht bereit das zu akzeptieren. Dann gibt es Widerspruchsverfahren und so weiter.“ (PIA, Z. 521-522)</i>
SK 16b	Klagen	Beinhaltet Aussagen zu Klagen der Patienten und Angehörigen als Maßnahme, um bei Schwierigkeiten mit der Krankenkasse dennoch eine Genehmigung für eine hochfrequente ambulante Therapie zu erhalten.	<i>„Das geht so weit bis hin zu Klagen. Die gibt es auch.“ (PIA, Z. 522-524)</i>
SK 16c	Unterstützung durch den Berufsverband	Beinhaltet Aussagen, die die Unterstützung des Berufsverbandes bei Schwierigkeiten mit der Krankenkasse betreffen, um so dennoch eine Genehmigung für eine hochfrequente Therapie für den Patienten zu erhalten. Die Unterstützung des Berufsverbandes ist hier in Form der Bereitstellung von Formulierungshilfen und Stellungnahmen des Berufsverbandes für die Widerspruchsschreiben der Therapeuten gemeint.	<i>„Aber es ist schon sehr hilfreich, dass der dbs sich sehr stark macht für die intensive Sprachtherapie und das man sich auch Formulierungshilfen vom dbs holen kann.“ (PIA, Z. 603-605)</i>
HK 17	Herausforderung an die Therapeuten	Umfasst Aussagen, die die Herausforderungen an die Therapeuten in Bezug auf die Umsetzung hochfrequenter Therapie betreffen. Dabei fällt auch dem persönlichen Engagement der Praxisinhaber und behandelnden Therapeuten eine wichtige Bedeu-	(vgl. Subkategorien)

		tung zu. Hierunter fallen Aufgaben, die übernommen werden, obwohl es nicht explizit zu ihrem Aufgabenbereich gehört und die bspw. außerhalb ihrer normalen Arbeitszeit erledigt werden. Dazu gehört des Weiteren die Unterstützung der Patienten bei Schwierigkeiten mit bspw. den Ärzten und Krankenkassen oder bei der Planung und Organisation ihres Therapieaufenthalts.	
SK 17a	Hohe Belastbarkeit	Beinhaltet Aussagen, die persönliche Herausforderungen in Form von Belastungen für die behandelnden Therapeuten im Zusammenhang mit der Umsetzung hochfrequenter Therapie darstellen.	„Man muss schon sehr belastbar sein. (...) Das erfordert Nerven wie Drahtseile.“ (PIA, Z. 653-655)
SK 17b	Schwierigkeiten in der Logistik	Beinhaltet Aussagen, die Schwierigkeiten in der Organisation und Planung als Herausforderungen für den behandelnden Therapeuten darstellen.	„Gerade, weil die Logistik nie bzw. sehr oft nicht glatt geht.“ PIA, Z. 653-654)
SK 17c	Zeitinvestition für Planung und Organisation	Beinhaltet Aussagen, die persönliches Engagement in Form von hoher Zeitinvestition für die Planung und Organisation bspw. bei der Erstellung der Therapiepläne und Berücksichtigung individueller Gegebenheiten der Patienten betreffen.	„Die Pläne sind ein RiesenRiesen-Aufwand und dauern wirklich jedes Mal Stunden, weil die einfach passen müssen.“ (PIA, Z. 263-265)
SK 17d	Intensive Beziehung zu den Patienten	Beinhaltet Aussagen, die die notwendige intensive Beziehung mit und zu den Patienten während der Behandlung als Herausforderung für den behandelnden Therapeuten darstellen.	„Wir arbeiten wirklich <u>sehr sehr</u> intensiv mit einem Patienten <u>drei</u> oder <u>vier</u> Stunden am Tag. Das ist wirklich der <u>halbe</u> Tag. (...) Und dann vielleicht noch TAKTIN mit sehr großer körperlicher Nähe und was weiß ich. Das ist mit ein und demselben Patienten schon eine sehr enge Geschichte.“ (PIA, Z. 664-671)
SK 17e	Erwartungen des Patienten	Beinhaltet Aussagen zu den Erwartungen der Patienten an die hochfrequente ambulante Therapie und somit an seine behandelnden Therapeuten.	„(...), da die Patienten (...). Die haben so große Erwartungen.“ (PIA, Z. 364-365)
SK 17f	Unterstützung der Patienten bei Genehmigungs- und Widerspruchsverfahren	Beinhaltet Aussagen, die das persönliche Engagement der Therapeuten in Form der Unterstützung der Patienten bei Schwierigkeiten mit der Genehmigung und Kostenübernahme hochfrequenter ambulanter Therapie der Krankenkassen betreffen. Dazu gehören bspw. die Genehmigungsverfahren und das Schreiben von Widersprüchen bei Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen.	„Im schlimmsten Fall übernehme ich das dann. Es kommt auch einfach drauf an, wie ich den Patienten einschätze. Wenn er selber einfach nicht dazu in der Lage ist und keine Angehörigen hat, die dazu in der Lage sind, dann machen wir das manchmal auch ganz kleinschrittig. Dann schreiben wir ihnen Briefe. Da steht dann drin: ‚Erstens, zweitens, drittens. Jetzt machen Sie das, da legen Sie dann das bei. Dann machen Sie das und da legen Sie dann das bei.‘ Oder wir vermitteln es den Angehörigen und so weiter.“ (PIA, Z. 539-544)

SK 17g	Unterstützung der Patienten bei der Planung und Organisation des Therapieaufenthalts	Beinhaltet Aussagen, die die Unterstützung der Praxisinhaber und der behandelnden Therapeuten bei der Organisation des Therapieaufenthalts der Patienten und ihrer Angehörigen betreffen. Dazu gehört bspw. die Buchung einer Unterkunft.	„Wenn der Patient alleine ist und keinen Angehörigen hat, der sich um das Quartier kümmern kann, dann werden wir schon auch aktiver.“ (PIA, Z. 150-152)
HK 18	Veränderungswünsche	Umfasst Aussagen zu Veränderungen, die sich die Praxisinhaber in Bezug auf die Umsetzung hochfrequenter Therapie wünschen würden.	(vgl. Subkategorien)
SK 18a	Verordnende Ärzte	Beinhaltet Aussagen, die die Veränderungswünsche hinsichtlich verordnender Ärzte betreffen. Dazu gehört die Aufhebung sämtlicher Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit der Verordnung hochfrequenter ambulanter Therapie mit den Ärzten auftreten.	„Ich hätte gerne lauter Ärzte, die das netterweise immer auf die Rezepte schreiben (...).“ (PIA, Z.692)
SK 18b	Anerkennung von Intensivtherapie als Heilmittel	Beinhaltet Aussagen, die den Wunsch des Wissens und der konsequenten Anerkennung von Intensivtherapie als Heilmittel durch die Krankenkassen betreffen.	„(...) und vor allen Dingen hätte ich gerne Krankenkassen, die die Intensivtherapie vielleicht sogar als ein Heilmittel kennen und anerkennen.“ (PIA, Z. 693-694)
SK 18c	Keine Genehmigungsverfahren	Beinhaltet Aussagen, die den Wunsch der Aufhebung von Genehmigungsverfahren hochfrequenter Therapie durch die Krankenkassen betreffen.	„Dieses Genehmigungsverfahren, wenn man das wegpusten könnte, das wäre schön.“ (PIA, 697-698)
SK 18d	Festlegung der Therapiefrequenz durch den Therapeuten	Beinhaltet Aussagen, die den Wunsch nach Freiheit und Selbstbestimmung bei der Festlegung der Therapiefrequenz des Patienten durch den Praxisinhaber betreffen.	„Dass es möglichst keine Genehmigungsverfahren mehr dafür gibt, sondern ich einfach entscheiden kann, ob ich mit zwei oder zehn oder fünfzehn Stunden in der Woche arbeite und dann wird das eingetragen und dann macht man das einfach.“ (PIA, Z. 694-697)
HK 19	Voraussetzungen zur Weiterempfehlung	Umfasst Aussagen der Praxisinhaber, inwieweit diese hochfrequente ambulante Therapie weiterempfehlen würden und welche Voraussetzungen sie dafür sehen.	(vgl. Subkategorien)
SK 19a	Stabile Persönlichkeit	Beinhaltet Aussagen der Praxisinhaber zur stabilen Persönlichkeit als Voraussetzung für die Weiterempfehlung zur Umsetzung hochfrequenter ambulanter Therapie.	„Ich würde das nur den Kolleginnen empfehlen, (...) die sich auch als stabile Persönlichkeiten ansehen, denen würde ich das empfehlen.“ (PIA, Z. 703-704)
SK 19b	Fleiß	Beinhaltet Aussagen der Praxisinhaber zu Fleiß und Freude an der Arbeit als Voraussetzung für die Weiterempfehlung zur Umsetzung hochfrequenter ambulanter Therapie.	„Wenn sie (...) 'arbeitsscheu' sind, dann würde ich davon abraten.“ (PIA, Z. 703-705)
SK 19c	Spezialisierung auf neurologische	Beinhaltet Aussagen zur Notwendigkeit der Spezialisierung auf neurologische Störungsbilder sowie Berufserfahrung als Vo-	„Ich würde das nur den Kolleginnen empfehlen, die sich für diese Störungsbilder als hochspezia-

	Störungsbilder und Berufserfahrung	oraussetzungen zur Weiterempfehlung hochfrequenter ambulanter Therapie. Zur Berufserfahrung gehört bspw. auch eine hohe Methodenkompetenz.	<i>lisiert ansehen und auch wirklich viel Erfahrung haben, (...).“ (PIA, Z. 701-702)</i>
--	------------------------------------	--	--

Kategoriensystem Praxis B

Kategorie	Bezeichnung	Definition	Beispiel
HK 1	Rahmenbedingungen des hochfrequenten ambulanten Therapieangebots	Umfasst Aussagen zu den individuellen Rahmenbedingungen in der jeweiligen logopädischen Praxis sowie zu dem jeweiligen Angebot hochfrequenter Therapie. Dazu zählen beispielsweise die Lage der Praxis, die Mitarbeiterzahl oder die individuelle Definition hochfrequenter Therapie.	(vgl. Subkategorien)
SK 1a	Örtliche Gegebenheiten	Beinhaltet Aussagen zur örtlichen Lage der logopädischen Praxis (z. B. Großstadt, ländlich gelegener Ort).	Kein Zitat vorhanden.
SK 1b	Personelle Gegebenheiten	Beinhaltet Aussagen zur Anzahl und Beschäftigungssituation der Mitarbeiter.	„Die [Name der Mitarbeiterin] arbeitet Vollzeit mit (...) fünfundzwanzig Therapien.“ (PIB, Z.569-570)
SK 1c	Spezialisierung auf Störungsbilder	Beinhaltet Aussagen zu den in der jeweiligen logopädischen Praxis behandelten Störungsbildern sowie zu Schwerpunktsetzungen.	„Ich habe die Praxis dann auch von Anfang an mit dem Schwerpunkt im Kern neurologische Patienten zu betreuen, aufbauen können.“ (PIB, Z. 8-10)
SK 1d	Wechselhafte individuell angepasste Therapieangebote	Beinhaltet Aussagen zum wechselhaften Therapieangebot (hochfrequenter) ambulanter Therapie in der jeweiligen logopädischen Praxis. Dies betrifft ein wechselhaftes individuelles Angebot zwischen den einzelnen Patienten sowie für den jeweiligen Patienten. Dazu gehören auch Angaben zum Zeitraum der Therapie sowie die wöchentliche Therapiefrequenz der behandelten Patienten. Ein weiterer Aspekt ist die Art des Angebots hochfrequenter Therapie. Diese kann beispielsweise durchgehend, aber auch in Verbindung mit niedrigfrequenter Therapie angeboten werden.	„Deswegen ist immer im Einzelfall abzuwägen, welche Dosis angezeigt ist. (...) Mindestdosis würde ich auch sagen zwei drei Mal auf jeden Fall.“ (PIB, Z.292-294)
SK 1e	Zeitungsfang der Therapieeinheiten	Beinhaltet Aussagen, die die Länge der einzelnen Therapieeinheiten (Einzeltherapien und Gruppentherapien) betreffen.	„Sechzig Minuten. Das ist ganz wichtig.“ (PIB, Z.295)
SK 1f	Unterschiedliche Anzahl neurologischer Patienten pro Woche	Beinhaltet Aussagen zu der Anzahl von neurologischen Patienten, die pro Woche hochfrequente Therapie erhalten.	„Das ist unterschiedlich. (...) Ich habe in der Regel dreißig Stunden Therapie. Das sind aber nicht alle neurologische Patienten.“ (PIB, Z.565-567)
SK 1g	Logopädie neben anderen	Beinhaltet Aussagen, die die parallele Durchführung meh-	„(Holt ihr Tablet hervor und öffnet ihren Termin-

	therapeutischen Anwendungen	erer therapeutischer Anwendungen in der Woche betreffen. Beispielsweise Logopädie und Ergotherapie oder Logopädie und Physiotherapie.	<i>plan). Eins, zwei, drei Doppelstunden (zeigt auf die Physiotherapie-Einheiten in ihrem Terminkalender). (...) Und hier: eins, zwei (zeigt auf den Terminplan) Einzel (schreibt mit dem Finger ‚E‘ auf den Tisch).“ (P1, Z. 168-172)</i>
SK 1h	Einzugsgebiet der Patienten	Beinhaltet Aussagen zu dem Einzugsgebiet, aus dem die zu behandelnden Patienten kommen.	<i>„Aber in der Regel ist es [Name der Großstadt] und dreißig Kilometer Umkreis.“ (PIB, Z.614-615)</i>
HK 2	Information potenzieller Patienten	Umfasst Aussagen darüber, wie die Patienten auf die jeweilige logopädische Praxis aufmerksam gemacht werden bzw. auf welche Weise sie von dem Angebot hochfrequenter Therapie erfahren haben (bspw. gezielte Werbung, Kooperationen mit Ärzten und Einrichtungen, etc.).	(vgl. Subkategorien)
SK 2a	Empfehlung durch (Reha-) Klinik	Beinhaltet Aussagen darüber, dass die Patienten über die jeweilige Reha-Klinik auf die Praxis sowie das Angebot hochfrequenter Therapie aufmerksam gemacht wurden.	<i>„Wahrscheinlich Reha sagen.“ (P2, Z.88)</i>
HK 3	Inhaltliche Faktoren	Umfasst Aussagen, die inhaltlich relevante Aspekte der hochfrequenten ambulanten Therapie betreffen. Dies beinhaltet beispielsweise die Art und Entwicklung von Therapiezielen und –inhalten.	(vgl. Subkategorien)
SK 3a	Alltagsbegleitung und partizipationsorientierte Therapie	Beinhaltet Aussagen, die eine partizipationsorientierte Therapie sowie die Relevanz der Alltagsbegleitung innerhalb der Therapie betreffen. Dabei können Therapieinhalte auf den Alltag und das Umfeld des Patienten bezogen und verknüpft werden. Therapieinhalte können so stetig daran angepasst werden, was der Patient gerade braucht. Dazu gehören beispielsweise die Krankheitsverarbeitung oder Gespräche über Themen, die den Patienten beschäftigen.	<i>„Und auch, dass wir die alltagsbegleitend vollziehen können, so wie wir arbeiten. (...) Diese Alltagsbegleitung ist etwas ganz <u>Wichtiges</u>.“ (PIB, Z.81-84)</i>
SK 3b	Entwicklung von Therapiezielen im Prozess	Beinhaltet Aussagen, die die Entwicklung von Teilhabezielen im Therapieprozess betreffen. Diese werden bspw. aus dem Alltag der Patienten abgeleitet und stets aktualisiert.	<i>„Und ich denke ein Vorteil unserer Arbeit hier ist, dass wir Teilhabeziele im Prozess entwickeln können und nicht die Patienten herausgelöst in der Intensivtherapie stationär sehen.“ (PIB, Z. 85-86)</i>
SK 3c	Nicht ausschließlich Ziel der Leistungssteigerung	Beinhaltet Aussagen, die darauf verweisen, dass die jeweiligen Therapieziele nicht ausschließlich in der Leistungssteigerung des Patienten bestehen.	<i>„Es gibt nicht nur das Ziel der Leistungssteigerung.“ (PIB, Z.23-24)</i>
SK 3d	Kognitiv-sprachsystematische Arbeit	Beinhaltet Aussagen, die den Fokus der kognitiv-sprachsystematischen Arbeit im Therapieprozess betref-	<i>„Aber was wichtig ist: Wir arbeiten im Kern kognitiv-sprachsystematisch.“ (PIB, Z.63-64)</i>

		fen. Dazu gehören bspw. die Berücksichtigung der individuellen Fähigkeitsstruktur des Patienten sowie der Komplexität des Sprachwissens.	
HK 4	Therapieplanung	Umfasst Aussagen, die die Therapieplanung betreffen. Hierunter fallen bspw. die organisatorische und patientenorientierte Erstellung der wöchentlichen Therapiepläne. Hierzu gehören aber auch die Einbestellung der Patienten sowie die Abarbeitung von Wartelisten.	(vgl. Subkategorien)
SK 4a	Individuelle veränderbare Therapiefrequenz mit Anpassung eines geeigneten Zeitpunkts für eine Intensivphase	Beinhaltet Aussagen, die die individuellen Gegebenheiten der Patienten bei der Festlegung der jeweiligen Therapiefrequenz sowie bei der Bestimmung eines geeigneten Zeitpunkts für die Durchführung einer Phase mit hochfrequenter ambulanter Therapie betreffen. Hierzu gehören die individuellen Lebensbedingungen, die sprachliche Entwicklung sowie die Belastbarkeit und die Motivation des Patienten.	<i>„Das sind alles so Entscheidungsgrößen: Wie sind die Umfeldbedingungen, wie ist das Fähigkeitsmuster, wie sind die Ressourcen, wie stark ist die Anstrengung aufgrund dieser ganzen Aspekte, die dann entscheiden: ‚Ich mache so und so viele Therapien.‘ Und ich kann das ja im Prinzip dann auch verändern.“ (PIB, Z.305-308)</i>
SK 4b	Planung im Team	Beinhaltet Aussagen, die die Therapieplanung (organisatorisch und inhaltlich) der einzelnen Patienten im Team betreffen.	<i>„(...)und ergänzen uns und unterhalten uns dann über die Ergebnisse, über unsere Eindrücke, über unsere Ideen zur Therapieplanung und stimmen das immer wieder neu ab.“ (PIB, Z. 708-710)</i>
SK 4c	Neuaufnahmen	Beinhaltet Aussagen, die die Vorgehensweisen bei Neuaufnahmen betreffen. Hierzu gehören bspw. auch die Kriterien der Warteliste sowie die Wartezeit der Patienten auf einen Therapieplatz. Diesbezüglich ist bspw. auch der Anmeldezeitpunkt des Patienten relevant.	<i>„Wir überlegen, ob wir jemand Neues aufnehmen können.“ (PIB, Z.718-719)</i> <i>I: „Haben Sie direkt einen Termin bekommen?“</i> <i>–</i> <i>B: „Ja.“</i> – <i>I: „Oder mussten Sie warten?“</i> – <i>B: „Nein.“ (P2, Z.97-100)</i>
HK 5	Organisation der Therapeutenzuständigkeit	Umfasst Aussagen, die die Zuteilung der einzelnen behandelnden Therapeuten zu den Patienten sowie die Therapeutenkonstanz betreffen.	(vgl. Subkategorien)
SK 5a	Mehrere Therapeuten pro Patient	Beinhaltet Aussagen, die die Zuständigkeit mehrerer Therapeuten pro Patient betreffen. Hierzu gehören auch die damit einhergehenden Vorteile (bspw. bei Krankheits- und Urlaubsvertretungen) und der Aspekt der Entlastung der Therapeuten. Dies beinhaltet bspw. den Austausch von Wissen und Erfahrungen, die Entwicklung gemeinsamer Behandlungskonzepte, sowie eine variable Therapiege-	<i>„Das Besondere was wir machen ist, dass die Patienten nicht nur von einer Therapeutin betreut werden, sondern das mindestens zwei, meistens drei Therapeutinnen die Patienten betreuen, wenn die hochfrequent kommen.“ (PIB, Z.24-26)</i>

		staltung durch unterschiedliche Persönlichkeiten durch die der Patient gefördert werden kann.	
SK 5b	Anzahl der Therapeuten pro Gruppentherapie	Beinhaltet Aussagen, die die Anzahl der behandelnden Therapeuten pro Gruppentherapie betreffen.	„Und wir machen die immer zu zweit.“ (PIB, Z.123)
SK 5c	Zuteilung nach Kapazität	Beinhaltet Aussagen, in denen die Therapeutenzuständigkeit der jeweiligen Patienten durch Kapazitäten bzw. freie Lücken im Behandlungsplan des jeweiligen Therapeuten bestimmt werden.	I: „Dann schauen Sie, wer gerade eine Lücke hat?“ B1: „Genau. Das ergibt sich daraus tatsächlich.“ (PIB, Z.717-718)
SK 5d	Berufserfahrung bei Patienten mit einer Aphasie	Beinhaltet Aussagen, die die Relevanz von Berufserfahrung in der Behandlung von Aphasiepatienten für die Therapeutenzuständigkeit darstellen.	„Und dann kann es schon mal sein, dass es Patienten gibt, Restaphasiker zum Beispiel. Die würde ich nie alleine meiner jungen Mitarbeiterin geben.“ (PIB, Z.719-720)
HK 6	Kommunikation zwischen den behandelnden Therapeuten	Umfasst Aussagen, die den Austausch und die Absprachen zu Patienten und Therapieinhalten zwischen den einzelnen Therapeuten innerhalb der jeweiligen logopädischen Praxis betreffen.	(vgl. Subkategorien)
SK 6a	Fortlaufende Besprechungen der Patienten	Beinhaltet Aussagen zu fortlaufenden Besprechungen jedes Patienten zwischen allen Therapeuten im Team. Hierbei werden beispielsweise die Diagnostik, die therapeutische Vorgehensweise und die Therapieziele mit allen besprochen.	„Wir teilen uns das mit der Diagnostik auf. Je nachdem wer gerade dran ist und ergänzen uns und unterhalten uns dann über die Ergebnisse, über unsere Eindrücke, über unsere Ideen zur Therapieplanung und stimmen das immer wieder neu ab.“ (PIB, Z.708-710)
SK 6b	Schriftliche Dokumentationen	Beinhaltet Aussagen zur Kommunikation zwischen den behandelnden Therapeuten durch schriftliche Dokumentationen	„Jeder führt stündlich Protokoll.“ (PIB, Z.725)
SK 6c	Supervisionen	Beinhaltet Aussagen, die die Kommunikation zwischen den behandelnden Therapeuten in Form von Supervisionen betreffen.	„Das ist hier das Besondere, dass wir zum einen ein zweistündiges Logo-Team haben und dann kommt noch eine Stunde Supervision/Intervision mit den Neuropsychologen und Psychotherapeuten hinzu.“ (PIB, Z.706-708)
SK 6d	Teamsitzungen	Beinhaltet Aussagen, die die Kommunikation zwischen den behandelnden Therapeuten in Form von Teamsitzungen betreffen.	„Und dass über dieses zweistündige Team pro Woche hinaus auch immer wieder Raum für Fragen ist, um Dinge zu klären und zu besprechen.“ (PIB, Z. 52-54)
HK 7	Zusammenstellung der Gruppentherapien	Umfasst Aussagen, die die organisatorische Planung und Zusammenstellung der Gruppeninterventionen betreffen.	(vgl. Subkategorien)
SK 7a	Gruppengröße	Beinhaltet Aussagen, die die Größe bzw. Anzahl der Teilnehmer der Gruppentherapien betreffen.	„Vier, fünf, sechs maximal. Wir machen die Gruppen ab drei Personen.“ (PIB, Z.122)

SK 7b	Kommunikationsorientierte Gruppen	Beinhaltet Aussagen, die die Art der Gruppentherapien in Form von alltagsorientierten kommunikativen Gruppen betreffen. Das Ziel dieser Gruppen ist es bspw. mit anderen Patienten über für sie interessante Themen zu sprechen. Hierzu gehören beispielsweise Sinnfragen, biografische Fragen, etc. Dazu gehören auch unterschiedliche Konzepte zur Gruppengestaltung wie bspw. Projektgruppen oder auch themenzentrierte Gruppen.	„Das sind kommunikative Gruppen. Kommunikationsorientierte Gruppen, wo es darum geht über Dinge zu sprechen, die die Menschen interessieren.“ (PIB, Z. 101-103)
SK 7c	Gutes Miteinander als Kriterium der Gruppenzusammensetzung	Beinhaltet Aussagen, die ein gutes Miteinander als relevantes Kriterium für die Gruppenzusammensetzung betreffen. Dazu gehört die menschliche Beziehung zwischen den Patienten, aber untergeordnet sind bspw. auch eine möglichst homogene Sprachstörung, Bildungsgrad und Persönlichkeit relevant.	„In dem Moment, in dem wir das Gefühl haben, die Personen könnten gut zusammenpassen, ist es nicht mehr so wichtig, dass der Eine eine stärkere Aphasie hat als der Andere.“ (PIB, Z.144-146)
SK 7d	Lang bestehende Gruppen	Beinhaltet Aussagen, die das zeitliche Bestehen der Gruppentherapien betreffen.	„Es gibt eine Gruppe, die besteht schon sehr lange, auch recht stabil. Ich glaube schon seit sechs Jahren.“ (PIB, Z.124-125)
SK 7e	Wechselnde Gruppenteilnehmer im Prozess	Beinhaltet Aussagen, die den Wechsel der Zusammensetzung der Gruppenteilnehmer im Therapieprozess betreffen.	„Es besteht eine Gruppe, (...). Da hat die Zusammensetzung immer mal wieder gewechselt.“ (PIB, Z. 131-133)
SK 7f	Bildung neuer Gruppen	Beinhaltet Aussagen, die die Entwicklung neuer Gruppen betreffen.	„Wenn wir neue Patienten aufnehmen, müssen wir gucken, ab welchem Zeitpunkt wir denken, dass für die eine Gruppe jetzt gut wäre. Dann gucken wir – je nachdem, ob wir eine Vermehrung machen, eine Abspaltung oder wie auch immer –, ob wir eine neue Gruppe bilden.“ (PIB, Z.183-186)
HK 8	Gewährleistung von Qualität	Umfasst Einschätzungen der Praxisinhaber zu Kriterien, die für die Qualitätsgewährleistung der hochfrequenten ambulanten Therapie relevant sind.	(vgl. Subkategorien)
SK 8a	Berufserfahrung	Beinhaltet Aussagen zur Berufserfahrung als Qualitätskriterium hochfrequenter ambulanter Therapie.	„Nach der Ausbildung, nach dem Studium kannst du noch keine anständige Aphasiotherapie machen.“ (PIB, Z.723)
SK 8b	Spezialisierung und Weiterentwicklung in einem Störungsbereich	Beinhaltet Aussagen zur Spezialisierung auf einen Störungsbereich und die eigene stetige Weiterentwicklung in diesem Bereich.	„Aber es ist nötig, dass man Lust hat sich wirklich in diesem Bereich weiter zu entwickeln.“ (PIB, Z.826-827)
SK 8c	Genauere Betrachtung des Patienten während der Therapie	Beinhaltet Aussagen zur Relevanz der genauen Betrachtung des Patienten während der Therapie sowie die Effekte der therapeutischen Maßnahmen (negative und positive).	„Es ist zum Einen die kommunikative Belastbarkeit, es ist zum Anderen aber auch eine sehr genaue Beobachtung von Nöten, was die thera-

		ve) als Qualitätskriterium hochfrequenter Therapie.	<i>peutischen Stimulationen bewirken.“ (PIA, Z.285-286)</i>
HK 9	Aufgaben und Anforderungen an die Patienten	Umfasst Aussagen zu den Aufgaben, den Anforderungen und zu den Herausforderungen der Patienten in Bezug auf die Umsetzung hochfrequenter ambulanter Therapie.	(vgl. Subkategorien)
SK 9a	Anfahrt und Aufenthalt	Beinhaltet Aussagen zu der Gestaltung der Anfahrt und des Aufenthalts des Patienten.	„ <i>Genau, die werden von den Angehörigen gefahren, kommen mit dem Taxi, mit Fahrdiensten oder kommen mit öffentlichen Verkehrsmitteln.“ (PIB, Z.619-620)</i> „ <i>Fahrrad und Chauffeur, mein Mann (lacht).“ (P2, Z.137)</i>
SK 9b	Organisation der Therapie im Alltag	Beinhaltet Aussagen zur Organisation und Realisierung der hochfrequenten Therapie und ggf. weiteren therapeutischen Maßnahmen in den Alltag des Patienten. Dazu gehören beispielsweise auch Schwierigkeiten, die in diesem Zusammenhang auftreten können.	„ <i>Ja, ich habe Rentner. Für andere weiß ich nicht. Teilweise, mit Job.“ (P1, Z.222)</i>
SK 9c	Herausforderung in Form von Anstrengung	Beinhaltet Aussagen, die das Kriterium der Anstrengung als Herausforderung der hochfrequenten ambulanten Therapie für den Patienten betreffen. Dies bezieht sich bspw. auf die Anzahl der Therapien pro Woche, aber auch auf inhaltliche Aspekte.	I: „ <i>Es ist nicht anstrengend?“ – B: „Doch, aber lernen.“ (P2, Z.157-158)</i>
HK 10	Rolle der Angehörigen	Umfasst Aussagen zu dem Beitrag der Angehörigen hinsichtlich der Realisierung hochfrequenter ambulanter Therapie.	(vgl. Subkategorien)
SK10a	Anleitung durch Therapeuten	Beinhaltet Aussagen, die die Anleitung von Angehörigen zur Durchführung von Übungen betreffen, wodurch der Patient zu Hause ergänzend zur Therapie Übungen durchführen kann.	„ <i>Und dann kann es sein, dass es gut ist (...) auch Angehörige anzuleiten, dann tatsächlich, Übungen ergänzend durchzuführen und die dann Häppchenweise zu machen, mehrmals am Tag.“ (PIB, Z.299-302)</i>
SK 10b	Fahrdienst	Beinhaltet Aussagen, die den Angehörigen als Fahrdienst für den Patienten betreffen.	„ <i>Das Bringen, wenn das notwendig ist, ist eine Anforderung an die Angehörigen.“ (PIB, Z.646-648)</i> „ <i>Aber das da (zeigt eine Lenkbewegung mit den Händen). Auto, Mann kommt.“ (P2, Z.148-149)</i>
HK 11	Erfahrungen mit verordnenden Ärzten	Umfasst Aussagen zu Erfahrungen und Schwierigkeiten mit Ärzten hinsichtlich der Ausstellung von Verordnungen für eine hochfrequente ambulante Therapie. Hierunter fal-	(vgl. Subkategorien)

		len bspw. auch Unterschiede zwischen und innerhalb der Arztgruppen beim Verordnungsverhalten.	
SK 11a	Hierarchie-Betrachtung	Beinhaltet Aussagen, die eine berufsständige Hierarchie-Betrachtung der Ärzte betreffen, wodurch Erklärungs- und Aufklärungsversuche bei bspw. Fehlinformationen fehl-schlagen.	„Und dann kommst du als Therapeutin und willst denen das erklären und dann machen die so (Wegwerf-Bewegung): ‚Du bist doch nur eine dumme Therapeutin!‘“ (PIB, Z.476-477)
SK 11b	Problemlose Verordnung	Beinhaltet Aussagen zu Erfahrungen mit Ärzten bei denen es keine Schwierigkeiten mit der Verordnung für hochfrequente Therapie gab.	„Es gibt Ärzte, die sind gutwillig, auch wenn sie nichts verstehen. (...) und sagen dann trotzdem: ‚Na gut, wenn Sie das sagen, dann vertrauen wir Ihnen und der Patient soll gut voran kommen.‘“ (PIB, Z. 327-329) I: „Hatten Sie denn schon einmal einen Arzt, der gesagt hat: ‚Nein, geht nicht.‘?“ B: „Nein.“ (P2, Z.122-124)
SK 11c	Ablehnung einer Verordnung	Beinhaltet Aussagen zu Schwierigkeiten beim Erhalt einer Verordnung für hochfrequente ambulante Logopädie von den Ärzten ab der ersten Verordnung.	„Ganz schlimm sind die Ärzte – und den hatten wir vor Kurzem – die nichts verstehen und nicht gutwillig sind. Das sind die Neurologen, wo die Patienten dann aber leider aber am schnellsten einen Termin kriegen (lacht).“ (PIB, Z.338-340)
SK 11d	Weniger Probleme bei sichtbaren Fortschritten	Beinhaltet Aussagen, die aufweisen, dass es ab einem Jahr nach dem Eintritt des Ereignisses kaum Schwierigkeiten mit den verordnenden Ärzten gibt, wenn diese in dem ersten Jahr, wo sie beliebig viele Verordnungen ausstellen können, Erfolge und Fortschritte des Patienten gesehen haben.	„Wenn es darüber hinausgeht, ist es wichtig, dass die Ärzte gesehen haben, dass es weitergeht mit der Therapie. Dass sie dann damit auch die Wirtschaftlichkeit begründen können (...).“ (PIB, Z.756-759)
HK 12	Ursachen für Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten	Umfasst Aussagen zu Argumenten, Begründungen und Hypothesen, die von den behandelnden Therapeuten als Ursache für die Schwierigkeiten (bspw. Ablehnung der Ausstellung von Verordnungen) mit den verordnenden Ärzten genannt werden.	(vgl. Subkategorien)
SK 12a	Angst um Budget und wirtschaftlicher Druck durch übergeordnete Instanzen	Beinhaltet Aussagen der behandelnden Therapeuten, die Schwierigkeiten mit den Ärzten dadurch begründen, dass diese Angst um ihr Budget haben sowie einen wirtschaftlichen Druck und einschränkende Verfahren durch übergeordnete Instanzen im Gesundheitswesen erfahren (bspw. durch Regressverfahren).	„Aber in der Praxis ist es ein ganz funktionsorientiertes Vorgehen und die Ärzte kriegen sozusagen, denen wird der Buhmann vorgeschoben. (...) Ich <u>bedauere</u> die in dieser Rolle, was die alles machen sollen. Und immer mit dieser Knute, dass es ihnen an ihre eigene Wirtschaftlichkeit geht.“ (PIB, Z.465-468)
SK 12b	Unkenntnis	Beinhaltet Aussagen, die die Schwierigkeiten mit den ver-	„Die Annahme, dass in der Logopädie etwas da-

		ordnenden Ärzten auf deren Unkenntnis in Bezug auf hochfrequente Therapie zurückführen. Hierbei fehlt den Ärzten beispielsweise das Wissen darüber, was intensive Therapie ist und wofür sie gut ist.	<i>für getan werden kann, dass die Leute vorankommen, die ist nicht besonders verbreitet.“ (PIB, Z.384, 411-412)</i>
SK 12c	Unkenntnis neuester Forschungsergebnisse und Fachwissen	Beinhaltet Aussagen, die Schwierigkeiten mit den verordnenden Ärzten auf deren Unkenntnis aktueller Forschungsergebnisse und Wissen in Bezug auf die logopädische Therapie zurückführen. Dazu gehört bspw. das Argument, dass das Ereignis bzw. die Ursache für die Sprach- oder Sprechstörung schon weit zurückliegt und in der chronischen Phase keine Ergebnisse mehr zu erwarten sind oder auch Aussagen von Ärzten, die auf ein veraltetes Wissen zur Logopädie hinweisen.	<i>„Und viele Ärzte haben wirklich noch im Sinn – leider – es gibt sensorische Aphasie und motorische Aphasie. Das ganze neuere Wissen, wobei neu ist das schon gar nicht mehr. Die ganze Entwicklung des sprachwissenschaftlichen Wissens, sprachpathologischen Wissens haben die nicht erfahren.“ (PIB, Z.431-434)</i>
SK 12d	Hoher Aufwand Texte zu verstehen	Beinhaltet Aussagen der behandelnden Therapeuten, die die Schwierigkeiten mit den Ärzten den komplex formulierten Informationstexten der Arztverbände und dem damit einhergehenden Aufwand des Textverständnisses zu schreiben.	<i>„Das liegt einfach daran, dass die Informationen speziell über die Ärzteverbände verklausuliert sind und, dass es den Ärzten oft zu anstrengend ist – das ist mein Eindruck – diese Texte zu lesen, die offenbar auch für Akademiker nicht leicht zu verstehen sind.“ (PIB, Z.389-391)</i>
SK 12e	Mangelnde Aufmerksamkeit und Kommunikation mit dem Patienten	Beinhaltet Aussagen der behandelnden Therapeuten, die die Schwierigkeiten mit den verordnenden Ärzten deren mangelnder Aufmerksamkeit und Kommunikation im Gespräch mit dem Patienten zuschreiben, wodurch sie relevante Informationen für den Behandlungsprozess nicht erfassen können.	<i>„Es hört Ihnen jemand zu, nimmt sie ernst und behandelt sie mit Respekt. Das ist nicht die Erfahrung, die sie mit den meisten Ärzten haben. Und daraus resultiert leider auch, dass die Ärzte nicht genau hingucken.“ (PIB, Z.421-422)</i>
SK 12f	Zeitmangel und Überforderung	Beinhaltet Aussagen der behandelnden Therapeuten, die die Schwierigkeiten mit den verordnenden Ärzten deren Zeitmangel und einer damit einhergehenden Überforderung zuschreiben.	<i>„Die Ärzte sind überfordert und das sagen die einem auch. Es gibt Ärzte, die sagen: ‚Ich bin überfordert, ich weiß eigentlich gar nicht, was Sie machen. Ich habe aber auch keine Zeit mich damit zu beschäftigen.‘ (PIB, Z.449-451)</i>
SK 12g	Unklare individuelle Kommunikation	Beinhaltet Aussagen, die die individuell gewünschte Kommunikation seitens der Ärzte als unklar darstellen, wodurch es auch zu Schwierigkeiten mit Verordnungen kommen kann. Hierzu gehört bspw. die Frage auf welchem Wege der jeweilige Arzt vorzugsweise mit den Therapeuten kommuniziert, welche Informationen er sich über seine Patienten wünscht und wie viel Zeit er dafür zur Verfügung hat.	<i>„Und manchmal ist gar nicht zu klären, auf welchem Wege der Arzt kommuniziert. Wie viel Zeit steht da zur Verfügung, welche Informationen hätte er gerne? Das ist sicher individuell sehr unterschiedlich.“ (PIB, Z.401-403)</i>
SK12h	Fehlende ICF-Orientierung	Beinhaltet Aussagen der behandelnden Therapeuten, die	<i>„Aber da sind die Ärzte noch gar nicht. Die ha-</i>

	bei Schulmedizinern	die Schwierigkeiten mit den Ärzten darauf zurückführen, dass ihr Fokus wenig ICF-orientiert und auf der Heilung von Krankheiten liegt.	<i>ben auch die ICF nicht. Aber das ist auch klar. Da geht es um das <u>Reparieren</u>, bei den Schulmedizinern.“ (PIB, Z.545-546)</i>
HK 13	Maßnahmen, um Verordnungen zu erhalten	Umfasst Aussagen zu Maßnahmen, die es dem Patienten trotz Schwierigkeiten mit dem Arzt ermöglichen, eine Verordnung für hochfrequente Therapie zu bekommen.	(vgl. Subkategorien)
SK 13a	Arztwechsel	Beinhaltet Aussagen zum Arztwechsel als Maßnahme des Patienten trotz Schwierigkeiten mit seinem Arzt eine Verordnung für hochfrequente Therapie zu erhalten.	<i>„Es hat dazu geführt, dass der Patient wie lange gewartet hat, bis er dann Therapie machen konnte? Er musste halt auf einen anderen Neurologen warten, weil die Hausärztin auch nichts kapiert hat. (PIB, Z.369-371)</i>
SK 13b	Aufklärungsmaterial und Wirksamkeitsstudien	Beinhaltet Aussagen, die die Aushändigung von logopädischen Wirksamkeitsstudien sowie von Aufklärungsmaterial und Informationstexten als Maßnahme, trotz Schwierigkeiten mit dem verordnenden Arzt eine Verordnung für hochfrequente ambulante Therapie zu erhalten, betreffen.	<i>„(...) ‚Oh toll, eine Studie. Da habe ich schon lange nach gesucht. Schicken Sie mir die doch mal.‘ Das habe ich dann gemacht.“</i>
SK 13c	Langfristgenehmigung	Beinhaltet Aussagen zur Langfristgenehmigung als Maßnahme bei Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten, damit der Patient trotzdem eine Verordnung für hochfrequente Therapie erhält.	<i>„Dadurch, dass es jetzt diese eindeutige Festlegung gibt mit diesem einen Jahr und, dass es auch noch das Instrument der Langfristgenehmigung gibt, was allerdings ganz problematisch zu handhaben ist.“ (PIB, Z.781-784)</i>
SK 13d	Empfehlungen an bekannte Ärzte	Beinhaltet Aussagen von behandelnden Therapeuten, die eine direkte Empfehlung des Patienten an einen ihnen bekannten, kooperierenden Arzt als Maßnahme sehen, eine Verordnung für hochfrequente Therapie zu bekommen.	<i>„Dafür muss man ihn kennen. Deswegen geht es oft so, dass wir Patienten dann oft zu Ärzten empfehlen, von denen wir schon wissen: mit denen können wir ganz gut zusammenarbeiten.“ (PIB, Z.405-407)</i>
SK 13e	Anschreiben	Beinhaltet Aussagen zu Anschreiben der behandelnden Therapeuten an den jeweiligen Arzt, um diese umzustimmen, sodass der Arzt schließlich eine hochfrequente Therapie verordnet.	<i>„Das Problem war, dieser Arzt war nicht belehrbar über freundliche Anschreiben mit Hinweis darauf, dass (...).“ (PIB, Z.363-365)</i>
SK 13f	Heilmittel-Richtlinie	Beinhaltet Aussagen, die darauf hinweisen, dass die Heilmittel-Richtlinie als Argument genutzt werden kann, damit der Arzt dem Patienten eine hochfrequente Therapie verordnet.	<i>„Dann gibt es Ärzte, die das nicht machen. Da versuche ich zu argumentieren, auch mit den Heilmittel-Richtlinien zu argumentieren.“ (PIB, Z.788-789)</i>
HK 14	Erfahrungen mit den Krankenkassen	Umfasst Aussagen zu Erfahrungen hinsichtlich der Genehmigung und der Kostenübernahme hochfrequenter ambulanter Therapie durch die Krankenkassen.	(vgl. Subkategorien)
SK 14a	Problemlose Genehmigung	Beinhaltet Aussagen zu Erfahrungen mit gesetzlichen	<i>„Ein ganz wichtiger Aspekt bei den GKV ist mo-</i>

	und Kostenübernahme	Krankenkassen bei denen es keine Schwierigkeiten mit der Genehmigung und der Kostenübernahme hochfrequenter ambulanter Therapie gab.	<i>mentan, dass es keine Probleme gibt.“ (PIB, Z.750)</i>
SK 14b	Schwierigkeiten mit der Genehmigung mehrerer parallel stattfindenden therapeutischen Anwendungen	Beinhaltet Aussagen, die Schwierigkeiten in Form von abgelehnten Genehmigungen oder Kürzungen bei der Therapiefrequenz bei mehreren parallel zu einander stattfindenden therapeutischen Anwendungen (beispielsweise Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie) betreffen.	<i>„Hier das geht. Aber Physio und Ergo streichen, hat mit gestrichen. (...) AOK bezahlt nicht mehr und das war es.“ (P1, Z.135-138)</i>
SK 14c	Schwierigkeiten bei PKV	Beinhaltet Aussagen zu Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme hochfrequenter Therapie sowie bei Fahrdiensterstattungen durch die private Krankenversicherung.	<i>„Sie ist privat versichert. Da trauen sich die Ärzte zwar zu verordnen, aber die privaten Kostenträger gehen seit zwei drei Jahren hin und sagen bei allen Aphasikern, egal wie gute Fortschritte die machen, nach eineinhalb bis zwei Jahren: ‚So jetzt reicht es. Jetzt nur noch Erhaltungsdosis.‘“ (PIB, Z.244-247)</i> <i>I: „Hat die Krankenkasse das schon gesagt, dass die Kostenübernahme nicht erfolgt?“ – B: „Ja, dann anklopfen.“ (P2, Z.125-127)</i>
SK 14d	Kostensparnis als Hypothese für abgelehnte Kostenübernahme	Beinhaltet Aussagen, in denen die behandelnden Therapeuten der Kostensparnis die Ursache für eine abgelehnte Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen für hochfrequente ambulante Therapie zuschreiben.	<i>„Aber das kann man den privaten Kostenträgern nicht vermitteln, denn da geht es nicht um Argumente. Da geht es einfach der Aktiengesellschaft darum Geld zu sparen.“ (PIB, Z.266-268)</i>
SK 14e	Maßnahmen dennoch eine Genehmigung zu bekommen	Beinhaltet Aussagen zu Maßnahmen, durch die es möglich ist, trotz Schwierigkeiten mit der Krankenkasse eine Genehmigung für hochfrequente Therapie zu erhalten und die Kostenübernahme erstattet zu bekommen. Dazu zählen beispielsweise Widerspruchsverfahren oder auch der Wechsel der Krankenkasse.	<i>„Ich habe Einspruch und nein.“ (P1, Z.138)</i>
HK 15	Ressource Team	Umfasst Aussagen, die das Team und die gemeinsame Arbeit am Patienten (bspw. gemeinsame Zielfindung und Besprechung der Vorgehensweise) als Ressource darstellen. Dazu gehören bspw. das voneinander Lernen oder das gegenseitige Motivieren.	(vgl. Subkategorien)
SK 15a	Motivierend	Beinhaltet Aussagen, die das Team und die gemeinsame Arbeit am Patienten als motivierend darstellen.	<i>„Ansonsten werden die Vorgehensweisen und Ziele halt gemeinsam abgestimmt und immer wieder auch neu abgestimmt. Das ist auch <u>total</u> motivierend.“ (PIB, Z.730-732)</i>

SK 15b	Entlastung	Beinhaltet Aussagen, die die gemeinsame Arbeit am Patienten im Team entlastend darstellen.	„Das ist nicht nur so, dass es entlastend ist (...).“ (PIB, Z.732)
SK 15c	Regelmäßige gemeinsame Therapieplanung	Beinhaltet Aussagen, die die gemeinsame Therapieplanung im Team als Ressource betreffen. Dazu gehören bspw. die Besprechung von Ergebnissen der Diagnostik, die Zielfindung und die regelmäßige Therapieplanung.	„Wir teilen uns das mit der Diagnostik auf. Je nachdem wer gerade dran ist und ergänzen uns und unterhalten uns dann über die Ergebnisse, über unsere Eindrücke, über unsere Ideen zur Therapieplanung und stimmen das immer wieder neu ab.“ (PIB, Z.708-710)
SK 15d	Lernen	Beinhaltet Aussagen, in denen das voneinander Lernen als Ressource der Arbeit im Team angesehen wird. Dies gilt bspw. insbesondere für Berufsanfänger.	„So kann sie das lernen. Dadurch, dass sie von uns die Assistenz hat.“ (PIB, Z.724)
SK 15e	Bestätigung	Beinhaltet Aussagen, in denen die Arbeit im Team als Möglichkeit gesehen wird, Bestätigung für gute Arbeit von Kollegen zu erhalten.	„Sondern es bringt auch gleichzeitig etwas mit sich, was uns in unserem Beruf auch sonst ganz oft fehlt. Wenn jemand, der versteht was wir da machen, eine Bestätigung gibt.“ (PIB, Z.733-735)
HK 16	Herausforderung an die Therapeuten	Umfasst Aussagen, die Herausforderungen an die Therapeuten in Bezug auf die Umsetzung hochfrequenter Therapie betreffen. Dabei fällt auch dem persönlichen Engagement der Praxisinhaber und behandelnden Therapeuten eine wichtige Bedeutung zu. Hierunter fallen Aufgaben, die übernommen werden, obwohl es nicht explizit zu ihrem Aufgabenbereich gehört und die bspw. außerhalb ihrer normalen Arbeitszeit erledigt werden. Dazu gehört des Weiteren die Unterstützung der Patienten bei Schwierigkeiten mit bspw. den Ärzten und Krankenkassen.	(vgl. Subkategorien)
SK 16a	Kommunikation mit Patienten und Angehörigen	Beinhaltet Aussagen, die die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen betreffen. Darunter fallen notwendige Gespräche mit dem Patienten oder auch dessen Angehörigen (z. B. wenn aufgrund von Problemen mit Ärzten und Krankenkassen Schwierigkeiten in der Therapeut-Patient-Beziehung auftreten) sowie regelmäßige Treffen mit ausgewählten Patienten oder auch Angehörigen, in denen Abstimmungen, Organisatorisches oder auch Interessen der Patienten kommuniziert werden.	„Das kann schon passieren und dann muss man darüber in den Dialog gehen und das ist immer ganz <u>wichtig</u> .“ (PIB, Z.695-697)
SK 16b	Umgang mit Folgen durch Fehlinformationen von Ärzten	Beinhaltet Aussagen zu Schwierigkeiten mit Patienten, die als Folge durch Fehlinformationen von Ärzten entstanden sind, bspw. ein vermindertes oder fehlendes Störungsbewusstsein.	„ Weil ich sage mal, wenn man einen Patienten hat, der auch eine verminderte Krankheitseinsicht hat als Folge seiner Hirnschädigung und so eine Information über einen Arzt bekommt, dass

			<i>da nichts notwendig ist. Den wieder für sich zu motivieren, nachdem er gerade kurzzeitig motiviert war. Das ist <u>sehr</u> schwer.“ (PIB, 373-376)</i>
SK 16c	Umgang mit Vorwürfen	Beinhaltet Aussagen, die den Umgang mit Vorwürfen von Patienten und Angehörigen gegenüber den behandelnden Therapeuten durch Schwierigkeiten mit Arzt und Krankenkassen betreffen.	<i>„Und da kann es dann passieren, dass Patienten – je nachdem, was für eine Art der Hirnschädigung sie haben und sonst für eine Persönlichkeitsstruktur – dass sie uns das dann zum Vorwurf machen. Das passiert nicht oft, aber das ist auch schon passiert. Das die dann annehmen, dass <u>wir</u> das nicht gut genug kommunizieren und machen oder tun.“ (PIB, Z.690-693)</i>
SK 16d	Vermittlung von Fahrdiensten	Beinhaltet Aussagen, die die Unterstützung der Patienten und Angehörigen in Form einer Fahrdienstvermittlung durch die behandelnden Therapeuten betreffen.	<i>„Da haben wir jetzt aber eine Assistenz, weil sie jetzt auch eine Erkrankung hat, die sie ins Ausmanövriert, sodass wir denen einen guten Taxidienst vermittelt haben.“ (PIB, Z.641-643)</i>
SK 16e	Unterstützung der Patienten bei Schwierigkeiten mit verordnenden Ärzten	Beinhaltet Aussagen, die das Verfassen von Informationstexten mit Erklärungen zu ordnungsrelevanten Themen (bspw. zur Langfristverordnung) betreffen.	<i>„Ich habe das dann irgendwann mal so gemacht, dass ich mich der Mühe unterzogen habe auch zum Thema Langfristverordnungs möglichkeit ein Text zu erstellen.“ (PIB, Z.394-395)</i>
HK 17	Veränderungswünsche	Umfasst Aussagen zu Veränderungen, die sich die Praxisinhaber und die Patienten in Bezug auf die Organisation und Umsetzung hochfrequenter Therapie wünschen.	<i>(vgl. Subkategorien)</i>
SK 17a	Entlastung der Ärzte durch Verantwortungsübertragung auf Leistungserbringer	Beinhaltet Aussagen, die den Wunsch der Praxisinhaber nach Entlastung der verordnenden Ärzte durch die Übertragung deren Verantwortung in Bezug auf die Verordnung von Heilmitteln auf die Leistungserbringer betreffen.	<i>„Sondern, dass die Verantwortung auf die Leistungserbringer übertragen wird, die sie ja durch ihre Expertise auch tragen können, nämlich auch von Sprachtherapeuten.“ (PIB, Z.796-798)</i>
SK 17b	Sowohl leistungssteigernde als auch ICF-orientierte Festlegung der logopädischen Therapie durch den Therapeuten	Beinhaltet Aussagen, die den Wunsch nach Freiheit und Selbstbestimmung bei der Festlegung der Therapie des Patienten durch die Therapeuten betreffen. Dabei soll die Therapie sowohl leistungssteigernd, als auch ICF-orientiert sein. Zudem soll ein Nachweis der Wirksamkeit erbracht werden sowie übergeordnete sprachtherapeutische Instanzen, die das Vorgehen überprüfen.	<i>„Eigentlich wäre es meines Erachtens wünschenswert und das muss nicht an der Akademisierung hängen, dass wir Therapeuten in die Lage versetzt werden, dass wir – mit Nachweis natürlich der Wirksamkeit, aber nicht nur leistungssteigernd, sondern ICF-orientiert, partizipationsorientiert – selber entscheiden können, was geben wir an Therapie. Und dann bräuchte es aber auch Instanzen und die sollten dann auch sprachtherapeutisch sein und nicht ärztlich, weil was macht es für einen Sinn, wenn die ärztlich sind.“ (PIB, Z.442-447)</i>

SK 17c	Kontakt zwischen Klinik und ambulanter Praxis	Beinhaltet Aussagen, die den Wunsch der Praxisinhaber nach einem guten Kontakt zwischen Klinik und ambulanter logopädischer Praxis betreffen, um auf diese Weise die Patienten bestmöglich versorgen zu können.	„Das ein Kontakt zwischen Klinik und ambulanter Praxis stattfindet und Qualitätszirkel, wo zum Beispiel auch beide zusammen arbeiten. Das wäre ein Wunsch, den ich hätte (...).“ (PIB, Z.849-851)
SK 17d	Weniger Schwierigkeiten mit den Krankenkassen	Beinhaltet Aussagen der Patienten und Therapeuten, die den Wunsch nach weniger Schwierigkeiten mit den Krankenkassen in Bezug auf Genehmigungsverfahren und Kostenerstattungen betreffen. Darunter fallen bspw. auch Wünsche, die sich die Patienten von ihrer Krankenkasse gewünscht hätten.	B: „Häufiger, ja. AOK. Ich habe nie gesehen.“ I: „Sie meinen, dass niemand von der AOK Sie je gesehen hat?“ B: „Ja. Und das geht nicht.“ I: „Sie meinen, dass die AOK die Genehmigung abgelehnt hat, ohne, dass sie gesehen haben, wie es Ihnen geht und was Sie an Behandlungen benötigen?“ B: „Ja, genau. Das geht nicht.“ (P1, Z.267-271)
SK 17e	Keine Veränderungswünsche	Beinhaltet Aussagen der Patienten, die den Wunsch keinerlei Veränderungen betreffen.	„Nein, überhaupt nicht. Super gelaufen. Hier Logo und Physio und so und dann nach Hause. Super.“ (P2, Z.164-165)
HK 18	Voraussetzungen zur Weiterempfehlung	Umfasst Aussagen der Praxisinhaber und Patienten, inwieweit diese hochfrequente ambulante Therapie weiterempfehlen würden und welche Voraussetzungen sie dafür sehen.	(vgl. Subkategorien)
SK 18a	Gemeinsame Behandlung eines Patienten	Beinhaltet Aussagen der Praxisinhaber, die die Empfehlung der Behandlung eines Patienten durch mehrere Therapeuten betreffen.	„Das Andere ist, dass ich unser Modell Patienten gemeinsam zu behandeln nur <u>sehr</u> empfehlen kann.“ (PIB, Z.822-823)
SK 18b	Regelmäßiger Austausch mit anderen Therapeuten	Beinhaltet Aussagen der Praxisinhaber zu einem regelmäßigen Austausch mit anderen Logopäden als Voraussetzung für die Weiterempfehlung zur Umsetzung hochfrequenter ambulanter Therapie. Dies können Mitarbeiter aus der eigenen Praxis, aber auch Therapeuten aus anderen logopädischen Praxen sein. Der Austausch kann bspw. in Form von Fortbildungen oder auch in Form eines Qualitätszirkels umgesetzt werden.	„Sondern, dass sie mit anderen <u>wirklich regelmäßig</u> im Austausch ist. Das ist <u>super</u> wichtig.“ (PIB, Z.820-821)
SK 18c	Spezialisierung auf ein Störungsgebiet	Beinhaltet Aussagen zur Notwendigkeit der Spezialisierung auf neurologische Störungsbilder sowie Berufserfahrung als Voraussetzungen zur Weiterempfehlung hochfrequenter ambulanter Therapie. Zur Berufserfahrung gehört bspw. auch eine hohe Methodenkompetenz.	„(...) und sie in der Praxis sozusagen versuchen eine Spezialisierung zu entwickeln.“ (PIB, Z.817-819)
SK 18d	Uneingeschränkte Weiterempfehlung	Beinhaltet Aussagen, die die uneingeschränkte Weiterempfehlung hochfrequenter ambulanter Therapie der Pa-	I: „Gibt es irgendwas, was Sie anderen Patienten empfehlen würden, wenn diese auch hoch-

		tienten betreffen.	frequente Therapie haben wollen würden?" - B: „Nein. Überhaupt nicht. Super gelaufen.“
--	--	--------------------	---

Eidesstattliche Erklärung

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

Ort, Datum

Unterschrift