

Katholische Hochschule Mainz
Fachbereich Gesundheit und Pflege

Bachelor-Thesis

Vergütung und Arbeitsumfang angestellter LogopädInnen
Eine Online-Umfrage

Betreut durch M.A. Marion Riese

Juliana Lanvers
(geb. Siegburg)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Der Hintergrund zur Fragestellung	3
1.1 Logopädie – Ein sozialer Beruf im Gesundheitswesen	3
1.2 Die Situation der LogopädInnen	2
1.3 Vergütung logopädischer Leistungen	5
1.4 Vergütete und nicht vergütete Leistungen nach Heilmittelkatalog	6
2. Eine Forschungsfrage für die Logopädie	7
2.1 Von der Neugier zur Forschungsfrage	7
2.2 Das Festlegen der Zielgruppe	8
2.3 Eine Stichprobe aus der Grundgesamtheit	9
3. Methoden	10
3.1 Zugangswege	10
3.2 Die Online-Umfrage als Untersuchungsmethode	11
3.3 Der Fragebogen	12
3.3.1 Ausarbeitung und Eigenschaften	12
3.3.2 Kategorien mit Beispielfragen	15
3.3.3 Filterführung	17
3.3.4 Textbausteine	18
3.4 Der Pretest	19
3.5 Die Umfrage	20
3.6 Die Auswertungsmethoden	20
4. Ergebnisse	22
4.1 Zusammensetzung der Stichprobe	22
4.1.1 Alter und Geschlecht	22
4.1.2 Bundesländer	22
4.1.3 Berufsabschluss und –Bezeichnung	23
4.1.4 Beschäftigungsumfang	23
4.2 Daten zu Arbeitsumfang und Tätigkeiten	24
4.2.1 Arbeit am Patienten	24

4.2.2	<i>Patientenferne Tätigkeiten</i>	25
4.2.3	<i>Verhältnis der Arbeit am Patienten zu patientenferner Arbeit</i>	30
4.3	Daten zur Vergütung	31
4.3.1	<i>Vergütung patientenferner Tätigkeiten</i>	31
4.3.2	<i>Weitere Vergütungen</i>	33
4.3.3	<i>Gehalt</i>	37
4.4	Zusammenfassung	40
5.	Diskussion und Ausblick	41
5.1	Gehaltsvergleich	41
5.2	Verstöße gegen das Arbeitsrecht	42
5.3	Schlussfolgerungen	43
5.4	Reflexion der Vorgehensweise	44
5.5	Ausblick	46
	Literaturverzeichnis	48
	Anhang	

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 – Vergütung Logopädischer Leistungen	5
Tab. 2 – Anzahl TE und Therapiezeit nach Beschäftigungsumfang	24
Tab. 3 – Verhältnis Therapiezeit und patientenferne Arbeit nach Beschäftigungsumfang	30
Tab. 4 – Vergütung Patientenferner Tätigkeiten	43
Tab. 5 – Weitere Vergütungen	43

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 – Altersklassen	22
Abb. 2 – Berufsabschlüsse	23
Abb. 3 – Beschäftigungsumfang	23
Abb. 4 – Zeitaufwand freier Vor- und Nachbereitung	25
Abb. 5 – Zeitumfang Bürotätigkeiten	26
Abb. 6 – Bürotätigkeiten	27
Abb. 7 – Häufigkeit Teamsitzungen	27
Abb. 8 – Länge Teamsitzungen	28
Abb. 9 – Zeitumfang Wegstrecken	28
Abb. 10 – Menge bezahlter Bürozeit	30
Abb. 11 – Durchführung unbezahlter Bürotätigkeiten	32
Abb. 12 – Anzahl Fortbildungstage	35
Abb. 13 – Höhe Fortbildungszuschüsse	35
Abb. 14 – Bedingungen zur Entstehung von Minusstunden	36
Abb. 15 – Bruttomonatsgehalt insgesamt	37
Abb. 16 – Bruttomonatsgehalt Vollzeit	38
Abb. 17 – Bruttomonatsgehalt Teilzeit	38
Abb. 18 – Verteilung max. Stundenlohn gesamt	39
Abb. 19 – Verteilung max. Stundenlohn Teilzeit	39

Einleitung

„Es ist unbestritten, dass das Berufsprestige und Einkommen von Logopädinnen seit jeher zu gering und damit der Tätigkeit nicht angemessen sind“ schreibt Prof. Dr. Norina Lauer¹ in ihrem Artikel ‚Gestern Arbeit – heute Beruf – morgen Profession?‘, der 2014 in der Zeitschrift Forum Logopädie (S. 26) erschien.

Tatsächlich kämpft die Berufsgruppe der Heilmittelerbringer seit Jahrzehnten um eine bessere Vergütung. Zu ihnen gehören auch die LogopädInnen.

Angehörige dieses Gesundheitsfachberufes sind spezialisiert auf die Therapie und Beratung von Menschen mit kommunikativen Einschränkungen. Dazu gehören Störungen der Stimme, der Sprache, des Sprechablaufs und des Redeflusses. Auch Störungen der Nahrungsaufnahme und des Schluckablaufs zählen zum logopädischen Fachgebiet (vgl. dbl, 2013).

Innerhalb der letzten Jahre fanden zahlreiche Demonstrationen statt, bei denen LogopädInnen, SprachtherapeutInnen und vergleichbare Berufsgruppen auf die schlechte Vergütungssituation aufmerksam machten. In Gesprächen mit Politikern und in Verhandlungen mit Krankenkassen treten die Berufsverbände für ihre Mitglieder ein und fordern eine leistungsgerechte Entlohnung ihrer Arbeit. Daher ist es von Interesse, wie die Vergütung tatsächlich aussieht.

In dieser Bachelorarbeit soll die Arbeitssituation angestellter LogopädInnen untersucht werden. Dabei gilt es, Informationen zur Vergütung und zum Arbeitsumfang vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Situation zu beurteilen.

Die konkrete Fragestellung, die dieser Arbeit zugrunde liegt, lautet: ‚Wie gestalten sich das Arbeitsentgelt und der Arbeitsumfang angestellter LogopädInnen in freien Praxen des Rhein-Main-Gebiets?‘ und ‚In welchem Verhältnis stehen dabei patientenferne Tätigkeiten und die Arbeit am Patienten?‘

Um diese Fragen zu beantworten, wurde eine Online-Erhebung unter angestellten LogopädInnen, SprachtherapeutInnen u.Ä. im Rhein-Main Gebiet durchgeführt.

Die Ergebnisse dieser Umfrage werden in der vorliegenden Arbeit präsentiert.

Der erste Teil der Arbeit beschreibt den hier schon kurz umrissenen Hintergrund der Fragestellung genauer. Dabei wird das Berufsbild ‚Logopädie‘ kurz vorgestellt und schließlich die berufs-

¹ Studiendekanin des Studiengangs Logopädie an der Hochschule Fresenius in Idstein sowie Vorstandsmitglied des Hochschulverbundes Gesundheitsfachberufe (HVG)

politische Situation dargelegt. Darauf folgen zwei Kapitel zur Vergütung logopädischer Leistungen durch die Krankenkassen. Diese wird am Beispiel der Krankenkasse AOK und dem Verband der Ersatzkassen dargestellt.

Im nächsten Teil der Arbeit werden die Entwicklung der Forschungsfrage und die Festlegung der Stichprobe erläutert.

Das methodische Vorgehen wird im dritten Teil der Bachelorarbeit beschrieben. Dieser gliedert sich in fünf Kapitel, in denen die gewählten Zugangswege, die Untersuchungsmethode, die Konzipierung des Fragebogens und die Durchführung von Pretest und Umfrage dargestellt werden. Schließlich werden die Methoden, mit denen die Daten der Umfrage ausgewertet wurden, beschrieben.

Die endgültigen Ergebnisse werden im Anschluss an den Methodenteil präsentiert und deskriptiv erläutert, nachdem die Eigenschaften der Stichprobe vorgestellt wurden. Die Arbeit schließt mit einer Diskussion der Ergebnisse und des methodischen Vorgehens ab und gibt einen Ausblick auf weitere Fragestellungen und Untersuchungen.

1. Der Hintergrund zur Fragestellung

Dieses Kapitel gibt eine Einführung in die berufspolitischen Hintergründe der Umfrage. Dabei steht das Thema der Vergütung logopädischer Leistungen im Vordergrund.

1.1 Logopädie - Ein sozialer Beruf im Gesundheitswesen

Bei Störungen der menschlichen Kommunikation ist die Logopädie gefragt. Logopädische Maßnahmen dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache sowie den Schluckakt im Falle einer krankheitsbedingten Störung wieder herzustellen, zu verbessern oder einer Verschlechterung vorzubeugen. Dazu bedienen sie sich phoniatischer und neurophysiologischer Grundlagen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 22).

Die logopädische Arbeit erfordert Einfühlungsvermögen und hohe Aufmerksamkeit dem Patienten gegenüber (vgl. dbl, 2013, 5). Dabei müssen die Therapiemaßnahmen individuell auf dessen Bedürfnisse und Fähigkeiten abgestimmt werden. Menschen aller Altersgruppen werden logopädisch behandelt, wobei Kinder einen großen Anteil der Patienten ausmachen (vgl. ebd., 3). Durch den demografischen Wandel nimmt allerdings die Zahl der altersbedingten Erkrankungen zu, die mit Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen einhergehen (vgl. ebd., 7).

Etwa die Hälfte aller LogopädInnen arbeitet selbstständig in der eigenen Praxis. Zudem sind LogopädInnen u.a. in logopädischen Praxen, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, Ambulanzen, Förderzentren und Kindergärten angestellt (vgl. ebd., 7).

In den nächsten Jahren wird der Bedarf an LogopädInnen in Deutschland voraussichtlich noch weiter steigen. Teilweise ist die Versorgung in ländlichen Gebieten bereits unzureichend (vgl. ebd., 3).

1.2 Die Situation der LogopädInnen

Aufgrund der schlechten Vergütungssituation sind LogopädInnen und andere Heilmittelerbringer berufspolitisch aktiv. Bisher standen sie im Kampf um eine bessere Vergütung nur für ihre jeweilige Profession ein und wurden durch eigens gegründete Verbände vertreten. Nun beginnen sie allmählich, als geschlossene Gruppe mit den gleichen Forderungen aufzutreten. Unter anderem gehören zu den Heilmittelerbringern außer den LogopädInnen auch PhysiotherapeutInnen und ErgotherapeutInnen (vgl. Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V., 2014).

„In den therapeutischen Berufen brodelt es und man beginnt sich zusammen zu schließen.“ Äußerte sich Frank Aschoff, Chefredakteur der ‚Zeitschrift für Physiotherapeuten‘ (2015, 17) in diesem Zusammenhang.

Im Kampf um eine bessere Vergütung und höhere Anerkennung ihrer Arbeit, verhandeln Heilmittelerbringer einerseits mit den Krankenkassen, welche die Vergütungssätze festlegen, andererseits wenden sie sich auch an Politiker, um diese auf die Situation des Berufsstandes aufmerksam zu machen und ihre Unterstützung zu fordern. Dabei werden sie durch verschiedene Berufsverbände vertreten.

So fanden in den letzten Jahren zahlreiche Demonstrationen statt, bei denen unter anderem eine leistungsgerechte Vergütung therapeutischer Arbeit gefordert wurde.

Im Juni 2014 demonstrierten über tausend LogopädInnen in Berlin, eine Veranstaltung, die durch den Deutschen Bundesverband für Logopädie² initiiert wurde. Unterstützt wurden die Forderungen nach fairer Vergütung der LogopädInnen durch die Bundestagsabgeordnete und Mitglied des Gesundheitsausschusses Mechthild Rawers (vgl. Feit, 2014, 44). Im März 2015 nahmen ca. tausend Heilmittelerbringer verschiedener Berufe an einer Demonstration des Bundes vereinter Therapeuten³ in Leipzig teil. Diese wurde ebenso vom Physiotherapieverband VDB, vom Ergotherapeutenverband BED und einem Berufsverband der LogopädInnen ‚Logo Deutschland‘ unterstützt. (vgl. Aschoff, 2015, 17 f.). Auch im September 2015 in Essen (vgl. Aschoff, 2016, 20) und im April 2016 in Kiel (vgl. Schweitzer, 2016) fanden Demonstrationen der Heilmittelerbringer statt, die durch den BvT organisiert wurden. Die nächste Demonstration ist für das Frühjahr 2017 in Berlin angesetzt (vgl. Aschoff, 2015, 21).

Zudem waren bereits mehrere Online-Petitionen im Umlauf, in denen eine bessere Vergütung gefordert wurde; unter anderem eine Petition an den Deutschen Bundestag, die der dbl 2013 startete und die mit 23.000 Unterschriften viel Unterstützung fand (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V., 2013).

Die geringe Vergütung logopädischer Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen ist durchaus mit Folgen für das Gesundheitssystem verbunden. „Den logopädischen Praxen geht es schlecht.“ betont Lucas Rosenthal (2009, 40), Geschäftsführer des dbl. Einkommensverluste durch mangelnde Vergütung für logopädische Leistungen können durch Praxisinhaber kaum kompensiert werden. Etwa an den Personalkosten zu sparen ist nicht denkbar, denn Löhne für angestellte LogopädInnen sind bereits äußerst gering. Somit sind logopädische Praxen in ihrer Existenz bedroht, was Lücken in der Versorgung von Patienten mit ambulanter logopädischer

² Im Folgenden als ‚dbl‘ abgekürzt.

³ Im Folgenden als ‚BvT‘ abgekürzt.

Therapie zur Folge hat (vgl. ebd., 40). Zudem herrscht in den Gesundheitsberufen bereits Fachkräftemangel, wobei die Logopädie keine Ausnahme bildet (vgl. Bündnis Gesundheit 2000, 2013, 3).

1.3 Vergütung logopädischer Leistungen

Im Folgenden soll die Vergütung in der Logopädie näher betrachtet werden. Logopädische Leistungen, die im sogenannten Heilmittelkatalog einer Krankenkasse aufgeführt sind, können mit dieser Kasse abgerechnet werden.

In diesem Kapitel wird die Vergütung durch die Krankenkasse ‚AOK‘ und durch den Verband der Ersatzkassen⁴ herangezogen⁵.

	Rheinland(-Pfalz)		Hessen		Bayern	
	AOK ⁶	vdek ⁷	AOK ⁸	vdek ⁹	AOK ¹⁰	vdek ¹¹
45-minütige Einzelbehandlung	35,50 €	36,54 €	31,96 €	32,89 €	42,46 €	40,52 €
30-minütige Einzelbehandlung	25,82 €	25,33 €	23,20 €	22,78 €	31,97 €	29,46 €
60-minütige Einzelbehandlung	45,16 €	44,87 €	40,56 €	40,33 €	53,06 €	50,18 €
Hausbesuch	7,80 €	13,02 €	7,85 €	13,02 €	9,17 €	13,02 €
Wegegeld pro km	0,32 €		0,27 €		0,35 €	

Tabelle 1 - Vergütung logopädischer Leistungen

Betrachtet werden hier ausschließlich Einzelbehandlungen, da diese am häufigsten in der Praxis vorkommen und somit die übliche Einnahmequelle darstellen. Je nach verordneter Länge pro Therapiesitzung variieren auch die Preise. Hausbesuche jedoch werden pauschal vergütet. Hierbei fällt auf, dass die AOK Wegstrecken, die bei Hausbesuchen anfallen, nach Kilometern vergütet, während der vdek den Hausbesuch unabhängig von der Länge der Wegstrecke bezahlt.

⁴ Im Folgenden als ‚vdek‘ abgekürzt.

⁵ Preislisten siehe Anhang I

⁶ Gemäß Preisliste AOK 2015

⁷ Gemäß Preisliste Vdek 2014

⁸ Gemäß Preisliste AOK 2015

⁹ Gemäß Preisliste Vdek 2014

¹⁰ Gemäß Preisliste AOK 2016

¹¹ Gemäß Preisliste Vdek 2014

Nicht nur zwischen den Krankenkassen, auch zwischen den Bundesländern variieren die Preise, da diese jeweils einen eigenen Vertrag mit AOK und vdek geschlossen haben.

Die einzelnen Preise sind in Bayern am höchsten und in Hessen am niedrigsten. Eine Ausnahme bildet der Hausbesuch, da der vdek diesen in allen drei Bundesländern mit 13,02€ vergütet und der Hausbesuch in Rheinlandpfalz durch die AOK etwas niedriger vergütet wird als in Hessen.

Eine Einzeltherapie von 45 Minuten wird durch die AOK in Bayern mit 40,52€, in Rheinland-Pfalz mit 35,50€ und in Hessen mit 31,96€ vergütet.

Die Preise des vdek sind für 30-minütige und 60-minütige Therapieeinheiten geringer als die der AOK. 45-minütige Therapieeinheiten werden durch die AOK hingegen in Rheinland-Pfalz und Hessen etwas niedriger vergütet als durch den vdek.

Errechnet man pro Bundesland aus den Vergütungssätzen einen durchschnittlichen Preis für 45-minütige Einzeltherapien, so liegt dieser in Bayern bei 41,49 €, in Rheinland-Pfalz bei 36,02 € und in Hessen bei 32,43 €.

1.4 Vergütete und nicht vergütete Leistungen nach Heilmittelkatalog

Welche Leistungen eine Krankenkasse vergütet, ist in der Heilmittelrichtlinie und im entsprechenden Heilmittelkatalog festgelegt. Am Beispiel der AOK¹² soll dies kurz erläutert werden.

Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sind in Abhängigkeit vom Störungsbild und der Belastbarkeit als 30-, 45- und 60-minütige Behandlung mit der Patientin oder dem Patienten verordnungsfähig. Sie können einzeln oder in Gruppen verordnet werden. (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, 22).

Die AOK vergütet diagnostische und therapeutische Maßnahmen für eine festgelegte Auswahl an logopädischen Störungsbildern, die im Heilmittelkatalog aufgeführt sind. Für das jeweilige Störungsbild sind sowohl die Kodierung als auch Ziele und Umfang von Therapie und Diagnostik festgelegt.

Die folgenden Störungsbilder werden dabei berücksichtigt:

- Störungen der Stimme
 - Organisch
 - Funktionell
 - Psychogen
- Störungen der Sprache
 - vor Abschluss der Sprachentwicklung
 - Störungen der Artikulation

¹² Gemäß Heilmittelrichtlinie 2011

- bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit
- nach Abschluss der Sprachenentwicklung
- Störungen der Sprechmotorik
- Störungen des Redeflusses
- Störungen der Stimm- und Sprechfunktion
- Störungen des Schluckaktes

Somit ist das Spektrum logopädischer Störungsbilder weitestgehend abgedeckt. Was hierbei jedoch auffällt ist, dass die Heilmittelrichtlinie sowie der Heilmittelkatalog ausschließlich diagnostische und therapeutische Maßnahmen beschreiben. Notwendige Leistungen, die nicht unmittelbar am Patienten erfolgen, bleiben somit unberücksichtigt. Dazu zählt beispielsweise das regelmäßige Verfassen von Behandlungsberichten, die dem verordnenden Arzt vorgelegt werden müssen sowie jegliche administrative Arbeit, die notwendig ist, um Therapie und Diagnostik zu ermöglichen.

2. Eine Forschungsfrage für die Logopädie

Nun soll die Entwicklung der Forschungsfrage erläutert werden. Daraufhin wird die Festlegung von Zielgruppe und Stichprobe dargestellt.

2.1 Von der Neugier zur Forschungsfrage

Wie bereits erläutert soll die Arbeitssituation in Praxen angestellter LogopädInnen im Rhein-Main-Gebiet betrachtet werden.

Die Idee, diesen Sachverhalt zu untersuchen, entstand vor allem durch persönliches Interesse. Durch die eigene Ausbildung zur Logopädin und eine das Studium begleitende geringfügige Beschäftigung als angestellte Logopädin in einer Praxis waren persönliche Erfahrungen zur Arbeitssituation schnell gesammelt. Gespräche mit KollegInnen und KommilitonInnen über ihre Arbeitssituation entfachten zunächst die Neugierde für Unterschiede und Gemeinsamkeiten verschiedener Arbeitsverhältnisse. Durch die eigene Mitgliedschaft im BvT waren auch die zahlreichen Protestaktionen für eine bessere Vergütung der Heilmittelerbringer sehr präsent. Da im Rahmen des Studiums¹³ auch ein Modul zum Thema Arbeitsrecht stattfand, kam die Frage auf, inwieweit Ar-

¹³ BSc. Gesundheit und Pflege: ergänzender Studiengang zur logopädischen Ausbildung

beitsverhältnisse in der Logopädie geltendem Arbeitsrecht entsprechen. Letztendlich verdichteten sich die ersten intuitiven Fragen und Hypothesen bei der Suche nach einer neuen Anstellung. Im Zuge dessen wurden Bewerbungsgespräche mit verschiedenen Arbeitsgebern geführt. Vergütung und Bedingungen in den Arbeitsverträgen wichen je nach ArbeitgeberIn voneinander ab, waren jedoch im Großen und Ganzen wenig zufriedenstellend. Teilweise verstießen vertragliche Regelungen offenkundig gegen geltendes Arbeitsrecht. Der Versuch einen Richtwert für die Vergütung der Angestellten in logopädischen Praxen zu erhalten warf wieder neue Fragen auf, die dann letztendlich auch Hauptschwerpunkt dieser Bachelorarbeit wurden. Es schien keine Informationen darüber zu geben, was einer Vollzeitstelle in einer logopädischen Praxis üblicherweise entspricht. Auch Gespräche mit KollegInnen und KommilitonInnen legten nahe, dass der Arbeitsumfang und die damit inbegriffenen Tätigkeiten uneinheitlich sind. Gehaltsangaben waren stets schwer zu interpretieren, da der zugrundeliegende Arbeitsaufwand nicht einzuschätzen war. Das führte schließlich zu folgenden Fragen:

- *Wie gestalten sich das Arbeitsentgelt¹⁴ und der Arbeitsumfang angestellter LogopädInnen in freien Praxen?*
- *In welchem Verhältnis stehen dabei patientenferne Tätigkeiten und die Arbeit am Patienten?*

Um eine untersuchbare Forschungsfrage daraus abzuleiten, musste die Zielgruppe weiter eingegrenzt werden. Eine deutschlandweite Befragung hätte den Rahmen einer Bachelorarbeit gesprengt und somit wurde die Zielgruppe auf in Praxen angestellte LogopädInnen im Rhein-Main-Gebiet eingegrenzt.

2.2 Das Festlegen der Zielgruppe

Die Zielgruppe wurde in mehreren Schritten eingegrenzt. Zunächst wurde entschieden, nur solche LogopädInnen zu befragen, die in einer freien Praxis arbeiten. Da die Arbeitssituation in den Praxen Gegenstand des Interesses war, mussten andere Berufsfelder, wie z.B. die logopädische Arbeit in Kliniken, ausgeschlossen werden. Das Angestelltenverhältnis gehörte ebenfalls zu den Einschlusskriterien. Daher mussten andere Arbeitsverhältnisse ausgeschlossen werden. Hätten etwa in logopädischen Praxen tätige FreiberuflerInnen Angaben zu Vergütung und Tätigkeiten gemacht, wären diese vermutlich mit den Angaben angestellter LogopädInnen nicht vergleichbar gewesen.

Die Eingrenzung auf das Rhein-Main-Gebiet gründete sich auf folgenden Überlegungen:

¹⁴ „**Arbeitsentgelt**, Arbeitslohn, Entlohnung, Vergütung. Begriff für alle aus nichtselbstständiger Arbeit erzielten Einkünfte, d.h. aus einem Arbeits- oder Dienstverhältnis“ (Gabler Verlag, 2010, 24).

Zunächst einmal entstanden die ersten Ideen zu einer möglichen Forschungsfrage in Gesprächen mit LogopädInnen, die dort arbeiteten, und durch die eigene Anstellung in einer Praxis innerhalb des Rhein-Main-Gebiets.

Zudem ist das Rhein-Main-Gebiet ein wirtschaftlich betrachtet gut abzugrenzender Bereich und zählt zu den wirtschaftlich stärksten Regionen Deutschlands (vgl. Wirtschaftsförderung Region Frankfurt RheinMain e. V., 2013). Sieben kreisfreie Städte, 18 Landkreise und 468 Städte und Gemeinden gehören zum Rhein-Main-Gebiet, mit ca. einer Bevölkerung von 5,6 Millionen (vgl. ebd.). Teile der Bundesländer Rheinland-Pfalz, Hessen und Bayern bilden die Region (vgl. Regionalverband FrankfurtRheinMain). In der Gesundheitswirtschaft des Rhein-Main-Gebiets arbeiten insgesamt 340.000 Beschäftigte (vgl. Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V.).

2.3 Eine Stichprobe aus der Grundgesamtheit

Alle Individuen, die den Einschlusskriterien entsprechen, und somit der Zielgruppe zuzuordnen sind, können als Grundgesamtheit bezeichnet werden.

„Als Grundgesamtheit (Population) bezeichnen wir alle potenziell untersuchbaren Einheiten oder ‚Elemente‘, die ein gemeinsames Merkmal (oder eine gemeinsame Merkmalskombination) aufweisen“ (Bortz, 1999, S. 86).

Somit gehören alle LogopädInnen, SprachtherapeutInnen etc., welche in einer Praxis im Rhein-Main-Gebiet angestellt sind, zur Grundgesamtheit dieser Untersuchung.

Eine sogenannte Vollerhebung konnte wegen der schieren Größe der Grundgesamtheit von vornherein ausgeschlossen werden. Selbst wenn es theoretisch möglich gewesen wäre, alle zu der Zielgruppe gehörenden LogopädInnen zu befragen, so wäre es letztendlich daran gescheitert, dass deren genaue Anzahl nicht bekannt ist. Somit hätte es keine Möglichkeit gegeben zu kontrollieren, ob wirklich alle Personen erreicht wurden.

Daher musste eine Stichprobe gewählt werden.

In dieser Studie es sich dabei um ein sogenanntes ‚Convenience Sample‘, bei dem aus der Grundgesamtheit die Individuen in die Untersuchung aufgenommen werden, die dem Untersucher am leichtesten zugänglich sind (vgl. Saumure & Given, 2008, 562).

Das Convenience Sample eignet sich vor allem für explorative Studien und lässt eine deskriptive Analyse der Ergebnisse zu. Der Nachteil eines Convenience Samples besteht jedoch darin, dass Schlüsse von der Stichprobe auf die Grundgesamtheit ein hohes Irrtumsrisiko beinhalten, da diese Art von Stichprobe sehr anfällig für Verzerrungen (Bias) ist. (vgl. Leiner, 2014, 4). Somit kön-

nen bei der Auswertung eines Convenience Samples keine gültigen Aussagen über die Grundgesamtheit formuliert werden. Allerdings können die Ergebnisse genutzt werden, um die Stichprobe zu analysieren, Zusammenhänge zu beschreiben, daraus Hypothesen zu generieren und somit eine Vorlage für weiterführende Untersuchungen zu liefern (vgl. ebd., 5)

Das Convenience Sampling wurde für diese Umfrage in Kombination mit dem ‚Snowball Sampling‘ angewandt. Dabei werden durch TeilnehmerInnen, die bereits in der Stichprobe enthalten sind, wieder neue TeilnehmerInnen rekrutiert (vgl. Saumure & Given, 2008, 562).

Die letztendlich ausgewertete Stichprobe enthielt 66 Datensätze.

3. Methoden

Im Folgenden wird die genaue Vorgehensweise von Konzipierung des Fragebogens bis hin zur Auswertung beschrieben. Die einzelnen Schritte werden dabei erläutert.

3.1 Zugangswege

Dass die TeilnehmerInnen für die Umfrage durch Convenience und Snowball Sampling ausgewählt wurden, wurde bereits erläutert. Wie aber sah das konkrete Vorgehen aus?

Um Personen aus der Zielgruppe zu erreichen, wurden verschiedene Zugangswege gewählt. Da es sich um eine Online-Umfrage handelte, wurde sie hauptsächlich über das Internet verbreitet. Dazu wurde ein Zugangslink zur Umfrage auf Webseiten gesetzt, die Personen der Zielgruppe wahrscheinlich nutzen würden¹⁵. Dazu gehörte die offizielle Seite des Deutschen Bundesverbandes für akademische Sprachtherapeuten (DBS), die Seite des BvT, sowie Fachforen und das soziale Netzwerk Facebook. Dort existieren verschiedene geschlossene Gruppen, in denen sich LogopädInnen, SprachtherapeutInnen u.Ä. zu Fachthemen und zum beruflichen Alltag austauschen. Dort wurde der Link mit der Bitte um Teilnahme verbreitet.

Da bekanntermaßen eher jüngere Menschen die sozialen Netzwerke nutzen, wurden gezielt auch LogopädInnen mittleren Alters per E-Mail kontaktiert. Die Kontaktdaten wurden über die ‚Logopädensuche‘ der Webseite des dbl ermittelt sowie von Webseiten logopädischer und sprachtherapeutischer Praxen, die über eine Suchmaschine recherchiert wurden.

Zuletzt wurde der Link auch an geeignete private Kontakte per E-Mail oder Facebook verschickt. Zu diesen zählten (ehemalige) KommilitonInnen aus Ausbildung und Studium sowie KollegInnen aus zwei logopädischen Praxen.

¹⁵ Liste der entsprechenden Seiten in Anhang II.

Um zu gewährleisten, dass nur zur Zielgruppe zählende LogopädInnen und SprachtherapeutInnen teilnehmen würden, wurde diese im Aufruf zur Teilnahme beschrieben. Zusätzlich wurde im Fragebogen ein Teilnahmefilter eingebaut, um nicht zur Zielgruppe zugehörige TeilnehmerInnen auszuschließen. Darauf wird in Kapitel ‚Filterführung‘ noch näher eingegangen.

3.2 Die Online-Umfrage als Untersuchungsmethode

Die Online-Umfrage unterscheidet sich nicht zwingend von klassischen Umfragen mit gedruckten Fragebögen (vgl. Kuckartz et al. 2009, 12), abgesehen davon, dass ein anderer Zugangsweg gewählt wird. Das Prinzip der Umfrage bleibt das gleiche. Dennoch wäre es voreilig das Kapitel hiermit abzuschließen, denn die Natur der Online-Umfrage bringt sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Der größte Nachteil einer Online-Umfrage besteht in der fehlenden Eignung, für bevölkerungsrepräsentative Untersuchungen eingesetzt zu werden, da nicht die gesamte Bevölkerung einen Internetzugang besitzt. Zudem unterscheiden sich Internetnutzer von Nicht-Nutzern, was wiederum die Repräsentativität einschränkt (vgl. Zerback et al., 2009, 23).

Ferner ist die Rekrutierung von TeilnehmerInnen mit Hindernissen verbunden. Meist werden Personen gewählt, die dem/der UntersucherIn einfach zugänglich sind (vgl. ebd., 24), wodurch ein Convenience-Sample entsteht, welches keine Schlussfolgerungen auf die Grundgesamtheit zulässt. Auch die Rücklaufquote ist bei einer Online-Erhebung kaum einzuschätzen (vgl. Baur & Florian, 2009 118), da die Anzahl rekrutierter Personen nicht nachzuvollziehen ist. Dies hängt damit zusammen, dass der/die UntersucherIn keine Kontrolle darüber hat, wer den Zugangslink zur Umfrage erhält. Selbst wenn Personen nur per E-Mail zur Teilnahme eingeladen wurden, ist es denkbar, dass diese den Zugangslink an andere weitergeleitet haben könnten.

Diesen Einschränkungen stehen jedoch einige Vorteile gegenüber, auf die sich der vermehrte Einsatz von Online-Erhebungen gründet (vgl. Zerback et al., 2009, 26).

Die Erhebung von qualitativen und quantitativen Daten wird durch Kosten- und Zeitersparnis erheblich vereinfacht (vgl. Kuckartz et al., 2009, 11), da eine Umfrage mit geringem Aufwand per E-Mail verschickt oder auf eine Webseite gestellt werden kann. „Große räumliche Distanzen und begrenzte zeitliche Ressourcen der potenziellen Befragten und Interviewpartner stellen keine Hindernisse bei der Befragung mehr dar“ (ebd. 2009, 12). Erhobene Daten sind am Ende des Befragungszeitraums unmittelbar verfügbar (vgl. Pötschke, 2009, 77) und können direkt in ein Analyseprogramm importiert werden. Der Schritt der Dateneingabe, der bei klassischen ‚Papier-und-

Bleistift-Erhebungen' unumgänglich ist, entfällt. Damit sind auch Fehler, die bei der manuellen Dateneingabe entstehen können, ausgeschlossen (vgl. Kuckartz et al., 2009, 11).

Auch die Konzipierung des Fragebogens ist bei einer Online-Erhebung flexibler. Dank komplexer Filter können TeilnehmerInnen in Abhängigkeit ihrer Antworten auf ausgewählte Fragen durch den Fragebogen geleitet werden. So werden ihnen nur solche Fragen präsentiert, die für sie relevant sind (vgl. ebd., 77 f.). Darüber hinaus kann die Fragenreihenfolge variiert werden (vgl. ebd., 109) und Fragen können so programmiert werden, dass paradoxe Auswahlen nicht möglich sind. Außerdem richten sich Befragte beim Ausfüllen eines Online-Fragebogens seltener nach sozialer Erwünschtheit der Antwortmöglichkeiten (vgl. ebd., 109).

Vor dem Hintergrund dieser Vorteile ist es nicht verwunderlich, dass der Online-Fragebogen immer wieder als Erhebungsinstrument gewählt wird.

Tatsächlich fand schon 1995 eine Professionalisierung der Online-Forschung statt (vgl. Welker & Matzat, 2009, 33). Mittlerweile werden Online-Erhebungen aufgrund verbesserter technischer Ausstattung und wachsender Online-Kompetenz der Bevölkerung zunehmend häufiger eingesetzt (vgl. ebd., 45). Vor allem in den Sozialwissenschaften und der Markt- und Meinungsforschung werden Online-Erhebungen verwendet (vgl. Kuckartz et al., 2009, 11).

Die flexiblen Gestaltungsmöglichkeiten von Online-Fragebögen und der weitaus geringere Erhebungs- und Auswertungsaufwand waren Hauptgründe dafür, dass diese Methode für die vorliegende Untersuchung gewählt wurde. Die Nachteile, die die Methode typischerweise mit sich bringt werden bei der Analyse erhobener Daten berücksichtigt, um eine höchstmögliche Gültigkeit der Aussagen zu gewährleisten.

3.3 Der Fragebogen

In diesem Kapitel soll die Ausarbeitung des Fragebogens erläutert und schließlich sein Inhalt – also Themen, Fragetypen, Antwortmöglichkeiten und Filterführung – dargestellt werden.

3.3.1 Ausarbeitung und Eigenschaften

Die Konzipierung des Fragebogens begann mit einem Brainstorming in dem zunächst alle Fragen gesammelt wurden, die interessant erschienen. Diese wurden in einem zweiten Schritt auf Tauglichkeit für die Forschungsfrage überprüft. Schließlich wurden sie in Themenblöcke unterteilt und in einer Tabelle zusammengefügt (vgl. Kuckartz et al., 2009, 32). An diesem Punkt entstand bereits ein erster Entwurf für die jeweiligen Antwortmöglichkeiten.

Über die Plattform ‚www.soscisurvey.de‘ wurde der Online-Fragebogen schließlich zusammengestellt. SoSci Survey ist ein online nutzbares Softwarepaket zur Erstellung von webbasierten

Umfragen und ist auf wissenschaftliche Befragungen ausgelegt. Registrierte Nutzer können dort Fragebögen zusammenstellen, Pretests und Umfragen durchführen und schließlich die erhobenen Daten herunterladen.

Der Fragebogen enthielt Fragen, die sich in insgesamt vier Kategorien gliedern lassen: Persönliche Daten, Daten zum Arbeitsverhältnis, Arbeitsumfang und Tätigkeiten sowie Vergütungsleistungen. Fragen zu Arbeitsumfang und Tätigkeiten bildeten den ersten Teil des Fragebogens. Darauf folgten die Fragen zur Vergütungssituation. Schließlich endete die Umfrage mit Fragen zum Arbeitsverhältnis und persönlichen Daten, wie z.B. Alter und Berufsabschluss. Diese Fragen wurden am Ende des Fragebogens platziert, da sie auch bei nachlassender Konzentration einfach zu beantworten sind (vgl. Kuckartz et al., 2009, 36). Zudem sind sie weniger gut geeignet, das Interesse der Befragten zu wecken und sollten daher nicht am Anfang des Fragebogens stehen (vgl. Porst, 2011, 143).

Es handelte sich um einen teilstandardisierten Fragebogen, da er flexible Filterführung und sowohl offene als auch geschlossene Fragen enthielt. Somit war ein teilweise gestaltbarer Ablauf vorhanden (vgl. Raab-Steiner & Benesch, 2010, 45).

Bei offenen Fragen kann der/die Befragte in einem dafür vorgesehenen Feld eine eigene Formulierung als Antwort auf die Frage eingeben. Geschlossene Fragen hingegen liefern als vorgegebene Antwortmöglichkeiten Kategorien, die angekreuzt werden sollen. Halb-offene Fragen, die eine Mischform der offenen und geschlossenen Frage darstellen, enthalten vorgegebene Kategorien. Eine dieser Kategorien besteht jedoch aus einem offenen Textfeld, sodass die Befragte Person eine eigene Formulierung eingeben kann. (vgl. ebd., 49).

Im Fragebogen dieser Untersuchung wurden alle drei Möglichkeiten genutzt, um die gestellten Fragen bestmöglich beantworten zu können. Vor- und Nachteile der entsprechenden Fragenart wurden dabei berücksichtigt.

Vor- und Nachteile offener Fragen:

Die befragte Person ist nicht an Vorgaben gebunden und kann so ihre Antwort selbst verbalisieren. Dies kann jedoch auch zu einer Überforderung beim Ausfüllen führen und so zu fehlenden oder ungenauen Antworten. Offene Antworten bringen darüber hinaus einen hohen Auswertungsaufwand mit sich (vgl. Raab-Steiner & Benesch, 2010, 48) und lassen sich häufig nur qualitativ auswerten (vgl. Kuckartz et al., 2009, 32).

Allerdings sind sie besonders sinnvoll, um etwas über Gefühle oder Motive der befragten Person zu erfahren (vgl. ebd., 33).

Vor- und Nachteile geschlossener Fragen:

Festgelegte Antwortkategorien schränken die befragte Person ein und können dazu führen, dass mögliche Antwortkategorien gar nicht erst erfasst werden. Um dies zu vermeiden, ist eine sorgsame Erstellung ausdifferenzierter Antwortkategorien geboten. Geschlossene Fragen sind äußerst nützlich, wenn eine genaue Zuordnung angestrebt wird. Sie lassen sich zudem quantitativ und mit weniger Aufwand auswerten (vgl. ebd., 33).

Vor- und Nachteile gemischter Fragen:

Der offene Teil gemischter Fragen muss qualitativ ausgewertet werden, die geschlossenen Kategorien quantitativ. Dies erhöht den Auswertungsaufwand.

Bei komplexen Fragestellungen sind gemischte Fragen jedoch sehr nützlich. Genaue Antwortkategorien sind vorgegeben, doch können solche, die im Vorhinein nicht bedacht wurden, durch die befragte Person ergänzt werden. Somit kann das Thema inhaltlich besser abgedeckt werden (vgl. Raab-Steiner & Benesch, 2010, 49).

Neben verschiedenen Fragenarten sind natürlich auch unterschiedliche Antwortformate einsetzbar. Diese überschneiden sich jedoch in ihren Eigenschaften, weshalb hier nur die Charakteristika erläutert werden, die nicht schon durch die Fragenart vorgegeben und für den hier beschriebenen Fragebogen relevant sind.

Ein offenes Antwortformat, das für den Fragebogen genutzt wurde, ist die Lückenvorgabe. Dabei wird der befragten Person beispielsweise ein Satz vorgegeben in dem ein Wort oder eine Zahl ergänzt werden muss (vgl. Raab-Steiner & Benesch, 2010, 52).

Gebundene Antwortformate können verschiedene Formen annehmen. Das dichotome Antwortformat enthält nur zwei Antwortmöglichkeiten, zwischen denen sich die befragte Person entscheiden muss, wie z.B. ‚ja‘ oder ‚nein‘ (vgl. ebd., 53).

Möglich ist auch die Auswahl einer Antwort aus einem vorgegebenen Kategorienset (Einfachantwort) oder die Auswahl mehrerer für die befragte Person zutreffenden Kategorien eines Antwortsets (Mehrfachantwort) (vgl. Porst, 2011, 27).

Alle drei, also das dichotome Antwortformat sowie Ein- und Mehrfachantworten im Kategorienset wurden im Fragebogen verwendet.

3.3.2 Kategorien mit Beispielfragen

Schließlich sollen einige Fragen des Fragebogens beispielhaft dargestellt werden. Dabei werden alle vier inhaltlichen Kategorien berücksichtigt.¹⁶

In der Kategorie Arbeitsumfang und Tätigkeiten wurden Fragen zum tatsächlichen zeitlichen Umfang bestimmter Tätigkeiten gestellt, wie z.B.:

Wie viele Therapieeinheiten führen Sie pro Woche durch, wenn alle geplanten stattfinden?

_____ TE/Woche.

Hierbei handelt es sich um eine offene Frage mit Lückenvorgabe als Antwortformat.

Durch eine genaue Angabe in Zahlen konnte gewährleistet werden, dass der Umfang an Therapieeinheiten genau erfasst wird. Die Länge der jeweiligen Therapieeinheiten wurde an anderer Stelle erfragt, um die tatsächliche Therapiezeit errechnen zu können.

Es wurden auch Fragen zu konkreten Tätigkeiten gestellt, die im Arbeitsalltag der Befragten vorkommen, wie z.B.:

Welche Bürotätigkeiten führen Sie regelmäßig durch?

Daraufhin folgte eine Liste möglicher Bürotätigkeiten, wie z.B. das Schreiben von Berichten, die Überprüfung von Rezepten auf Fehler, Terminabsprachen mit Patienten außerhalb der Therapieeinheit etc.

Hierbei handelt es sich um ein gebundenes Antwortformat für Mehrfachantworten im Kategorien-set. Die Befragten wurden darauf hingewiesen, dass Mehrfachantworten möglich seien.

Die Kategorie Vergütung enthielt verschiedene Fragen zu Vergütungsleistungen. Dabei war das Ziel herauszufinden, welche Tätigkeiten vergütet werden bzw. wie hoch die Vergütung im Sinne eines monatlichen Bruttogehalts ausfällt.

Dazu gehörten z.B. folgende Fragen:

Finden Ihre Teamsitzungen außerhalb der bezahlten Arbeitszeit statt?

Dazu gab es die Antwortmöglichkeiten ‚ja‘, ‚nein‘ und die Ausweichmöglichkeit ‚weiß nicht‘. Hierbei handelt es sich um ein gebundenes Antwortformat, wo nur eine der Optionen gewählt werden kann (Einfachantwort).

Welche finanziellen Zuwendungen erhalten Sie üblicherweise?

Antwortmöglichkeiten hierzu waren: Keine, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, 13. Monatsgehalt. Zusätzlich gab es eine Option ‚Andere‘ wo die Möglichkeit bestand, in einem kleinen Textfeld die finanzielle Zuwendung selbst zu benennen.

¹⁶ Eine Liste der Fragen nach Kategorien geordnet befindet sich in Anhang III.

Hier wurde also eine gemischte bzw. halboffene Frage gestellt, bei der Mehrfachnennungen im Kategorienset möglich waren und zusätzlich die Option bestand eine eigene Kategorie zu definieren.

Die mitunter wichtigste Frage des Fragebogens war folgende:

Wie hoch in etwa ist Ihr monatliches Bruttogehalt?

Diese Frage ist als ‚heikle Frage‘ einzustufen, da Sie ein Thema berührt, das den sozialen Normen zufolge eher nicht offen besprochen wird. Fragen zum Einkommen gehören typischerweise zu den heiklen Fragen und werden daher häufig nicht beantwortet. Dies resultiert in einer höheren Quote an fehlenden Antworten für die entsprechende Frage (vgl. Porst, 2011, 125).

Um dieses Risiko zu verringern, wurde keine offene Frage mit Textfeld gestellt, sondern ein gebundenes Antwortformat vorgegeben. Somit konnten die Befragten eine Option auswählen, die ihrem Gehalt am ehesten entspricht. Die niedrigste Gehaltskategorie, die zur Auswahl stand lautete: ‚bis zu 500€‘. Die höchste lautete ‚über 2.750€‘. Dazwischen lagen Kategorien im Abstand von jeweils 250€, um später eine möglichst genaue Zuordnung zu erlauben, ohne dass die befragte Person ihr tatsächliches Gehalt in Zahlen würde angeben müssen. Jede Option bestand aus einer Gehaltskategorie mit Obergrenze (z.B. ‚bis zu 2.250€‘), mit Ausnahme der höchsten Kategorie. Diese wurde so gewählt, dass Befragte die Möglichkeit hatten, eine zutreffende Antwort anzugeben, selbst wenn ihr monatliches Gehalt über der höchsten vorgegebenen Obergrenze liegt.

Um unfreiwillige und vor dem Hintergrund nicht zutreffende Antworten oder Testabbrüche zu verhindern, wurde die Ausweichoption ‚Keine Angabe‘ angeboten.

Die übrigen beiden Kategorien umfassten persönliche Daten und Daten zum Arbeitsverhältnis.

Für jede folgt eine Beispielfrage:

Bitte geben Sie Ihr Alter an.

Darunter konnte das Alter in Jahren in ein kleines Textfeld eingegeben werden. Alternativ konnte die Ausweichoption ‚Keine Angabe‘ gewählt werden. Somit handelte es sich um eine offene Frage mit Lückenvorgabe.

Wie lange arbeiten Sie bereits in dieser Praxis?

Als Antwortmöglichkeiten standen fünf Kategorien zur Auswahl, von denen höchstens eine ausgewählt werden konnte. Die erste Kategorie lautete: ‚weniger als 6 Monate‘ die letzte ‚über 10 Jahre‘.

Die Frage stand durch vorangegangene Fragen in einem verständlichen Kontext, sodass kein Zweifel bestand welche Praxis gemeint war – nämlich die, in der die befragte Person als Logopädin/Logopäde angestellt ist.

Die Befragten erhielten vor Beendigung der Umfrage die Möglichkeit, in einem offenen Textfeld Anmerkungen zu hinterlassen.

3.3.3 Filterführung

Da es sich um einen Online-Fragebogen handelte, konnten Filter programmiert werden, welche die Befragten abhängig von ihren bisherigen Antworten durch den Fragebogen führen (vgl. Kuckartz et al., 2011, 44). Damit ein Filter funktioniert, müssen Filterfragen ausgewählt werden. Je nachdem, wie diese beantwortet werden, greift der Filter und leitet die befragte Person entweder zu einer anderen Seite des Fragebogens oder lässt schlicht bestimmte Fragen im weiteren Verlauf nicht erscheinen.

Der mitunter wichtigste Filter in dem hier beschriebenen Fragebogen diente dazu, Personen auszuschließen, die nicht zur Zielgruppe gehörten und dennoch den Link öffneten. Dabei ging es primär darum, solche Personen auszusortieren, die nicht im Rhein-Main-Gebiet arbeiteten. Hierzu wurde auf der ersten Seite des Fragebogens eine Karte des Rhein-Main-Gebiets abgebildet. Die Befragten sollten ankreuzen, ob sie innerhalb dieses Gebietes arbeiteten. Diejenigen, die die Option ‚nein‘ ankreuzten, wurden durch den Filter auf eine spezielle Seite weitergeleitet. Diese teilte ihnen mit, dass sie sich außerhalb der Zielgruppe befänden und daher an der Umfrage nicht teilnehmen könnten.

Weitere Filter kamen zum Einsatz, um den Fragebogen individuell an die befragte Person anzupassen. Beispielsweise erhielten Personen, die angaben, dass ihre Arbeitszeit bzw. ihre geleisteten Therapiestunden nicht erfasst werden, keine weiteren Fragen zu Über- und Minusstundenregelungen.

Genauso verhielt es sich mit Personen, die angegeben hatten, keine feste Arbeitszeit für Vor- und Nachbereitung zu erhalten. Diese bekamen im weiteren Verlauf die Frage gestellt, wieviel Zeit die wöchentliche Vor- und Nachbereitung außerhalb der Arbeitszeit in Anspruch nimmt. Personen, die angegeben hatten eine festgelegte Vor- und Nachbereitungszeit einzuhalten, wurden hingegen befragt, wie lange diese pro Therapieeinheit sei. Einige weitere Filter wurden für ähnliche Fragen eingesetzt. So variierte auch die Anzahl der Fragen unter den Befragten. Die Größtmögliche Anzahl an Fragen betrug 46 und die geringstmögliche 25.

Diese geringe Anzahl kam dadurch zustande, dass einer der Filter bei der Zusammenstellung des Fragebogens fehlerhaft programmiert wurde. Dies resultierte darin, dass drei Personen der endgültigen Stichprobe durch den Filter fehlgeleitet und einige Fragen übersprungen wurden. Dieser Fehler konnte unglücklicherweise durch den Pretest nicht aufgedeckt werden, da sich Tester nicht darüber bewusst waren, dass ihnen ein paar Fragen nicht gestellt worden waren.

Im Idealfall hätte die geringstmögliche Anzahl an Fragen 40¹⁷ betragen sollen.

3.3.4 Textbausteine

Zum Großteil besteht ein Fragebogen natürlich aus Fragen mit entsprechenden Antwortmöglichkeiten. Ein jedoch nicht weniger essentieller Bestandteil sind die Textbausteine¹⁸. Bei dem beschriebenen Online-Fragebogen konnten diese getrennt verfasst und dann an geeigneter Stelle eingefügt werden. Der Fragebogen enthielt insgesamt fünf verschiedene Textbausteine, von denen jedoch entsprechend der Filterführung höchstens vier angezeigt wurden. Der erste Textbaustein war die Begrüßung, die jeder Person angezeigt wurde, die den Link zum Fragebogen aufrief. Die Einleitung des Fragebogens beeinflusst die Motivation der Befragten und sollte daher nicht zu lang ausfallen, muss aber einige wesentliche Informationen enthalten (vgl. Raab-Steiner & Benesch, 2010, 49).

Dazu gehören u.a.:

- Eine Darstellung der Person und der Einrichtung in dessen Namen die Befragung erfolgt.
- Eine kurze Darstellung der Fragestellung, zu der auch Informationen über die Weiterverarbeitung der Daten gehören.
- Die Bitte um aufrichtige und gewissenhafte Bearbeitung.
- Die Zusicherung, dass die Anonymität der Befragten gewahrt wird.

(vgl. ebd., 49 f.)

Diese Gesichtspunkte wurden bei der Formulierung der Einleitung berücksichtigt. Zusätzlich wurde noch einmal die Zielgruppe definiert, damit interessierte Personen besser einschätzen konnten, ob die Umfrage auch an sie gerichtet war.

Der zweite Textbaustein wurde nur den Personen angezeigt, die durch den ersten Filter umgeleitet wurden. Die Notiz klärte sie darüber auf, dass sie nicht zur Zielgruppe gehörten und leitete sie so aus dem Fragebogen hinaus. Dieser konnte von besagten Personen nicht weiter bearbeitet werden, da auf der entsprechenden Textseite kein ‚zurück-Knopf‘ angezeigt wurde, der es ermöglicht hätte, zur ersten Seite des Fragebogens zurückzukehren und die Angaben nachträglich zu verändern.

Zwei weitere Textbausteine wurden inmitten des Fragebogens platziert. Der erste klärte die Befragten nach dem ersten Teil der Umfrage darüber auf, dass Fragen zur Vergütung folgen würden. Dabei wurde den Befragten versichert, dass einige Angaben dazu freiwillig seien, die Beantwortung jedoch für die Auswertung der Fragestellung von großer Bedeutung sei. An dieser Stelle wurde den Befragten erneut die Anonymisierung ihrer Daten zugesichert.

¹⁷ Der erste Filter, der zum aussieben ungeeigneter Personen diente, wurde nicht einberechnet.

¹⁸ Die Textbausteine sind in Anhang IV einsehbar.

Der nächste Textbaustein sollte die Befragten dazu motivieren, die Umfrage nicht vorzeitig zu beenden, sondern vollständig abzuschließen. Dort wurde erklärt, dass der Fragebogen fast beendet sei, und nur noch ein paar letzte formale Fragen folgen würden.

Der letzte Textbaustein des Fragebogens sprach den Befragten einen Dank für ihre Mitarbeit aus. Zusätzlich wurde eine Kontaktmöglichkeit geboten, sollten die Befragten an den Ergebnissen der Umfrage interessiert sein.

3.4 Der Pretest

Der Konzipierung des Fragebogens folgte der sogenannte Pretest. Er dient dazu, Brauchbarkeit und Qualität des Fragebogens vor der eigentlichen Anwendung zu überprüfen (vgl. Raab-Steiner & Benesch 2010, 58).

Der Pretest wurde mit 13 Freiwilligen durchgeführt. Dabei konnten diese im Online-Fragebogen Notizen in dafür vorgesehene Textfelder eingeben. Zudem wurde eine Person beim Ausfüllen des Fragebogens mit der Anweisung zu ‚lautem Denken‘ beobachtet (vgl. ebd., 59), um mögliche Unklarheiten im Fragebogen zu entdecken.

Im Pretest zeigten sich ein paar Unklarheiten im Fragebogen, sowie eine fehlerhaft programmierte Antwortmöglichkeit.

Beispielweise war die auf der ersten Seite gezeigte Karte des Rhein-Main-Gebiets, zunächst missverständlich, da größere Städte farbig unterlegt waren. Somit waren die Befragten nicht sicher, ob Sie zur Zielgruppe gehörten, wenn sie außerhalb dieser Städte arbeiteten. Bei einer anderen Frage waren Mehrfachnennungen möglich, es fehlte jedoch der entsprechende Hinweis.

Die Frage zu finanziellen Zuwendungen hätte Mehrfachantworten zulassen sollen, war jedoch im Pretest so eingestellt, dass nur eine Option angekreuzt werden konnte.

Auf die Kommentare zum Pretest hin, wurden die betroffenen Fragen und die Karte entsprechend abgeändert.

Ein Filterfehler wurde, wie bereits erwähnt, durch den Pretest nicht aufgedeckt. Bei der Umfrage betraf dieser Fehler glücklicherweise nur fünf Personen, sodass die Daten dennoch brauchbar waren. Ein Filter leitete einige Befragte zu einer Seite weiter, die sich im Fragebogen recht weit hinten befand. Dadurch wurden mehrere Fragen zum Arbeitsumfang übersprungen, die für die Person dennoch relevant gewesen wären. Der Fehler kam bei der Zusammenstellung des Fragebogens zustande. Die Reihenfolge der Fragen wurde nach dem Programmieren des Filters abgeändert und der Filter hätte entsprechend umprogrammiert werden müssen.

3.5 Die Umfrage

Nachdem die Anregungen aus dem Pretest in den Fragebogen eingearbeitet wurden, konnte die eigentliche Umfrage durchgeführt werden. Sie war insgesamt 31 Tage im Umlauf und wurde in dieser Zeit 408-mal aufgerufen, d.h. der Link wurde 408-mal geöffnet. Die Zahl zeigt jedoch nicht, wie häufig er darauf hin auch bearbeitet wurde.

Bei Beendigung der Umfrage lagen 153 bearbeitete Fragebögen vor, von denen 60 vollständig bearbeitet worden waren. Die übrigen Befragten wurden entweder durch den Zielgruppen-Filter ausgesiebt oder brachen aus eigenem Ermessen den Fragebogen ab.

Die Rücklaufstatistik¹⁹ auf ‚soscisurvey.de‘ zeigte an, welche Seite des Fragebogens mit welcher Häufigkeit die letzte bearbeitete Seite war. Somit konnte nachvollzogen werden, wie viele Personen nach Bearbeitung der zweiten Seite den Fragebogen abbrachen. Auf der zweiten Seite befand sich die Filterfrage für die Zielgruppe. 71 Personen bearbeiteten diese Seite zuletzt. Viele davon wurden wahrscheinlich durch den Zielgruppenfilter ausgesiebt und konnten daher keine weiteren Seiten bearbeiten. Es ist aber durchaus möglich, dass manche der 71 Personen zufällig nach Bearbeitung der zweiten Seite die Entscheidung trafen, die Umfrage abzubrechen. Somit kann nicht sicher ausgesagt werden, wie viele Personen tatsächlich durch den Zielgruppenfilter ausgesiebt wurden. Die Zahl an Abbrüchen nach dieser Seite ist jedoch um ein vielfaches höher, als Abbrüche nach anderen Seiten des Fragebogens. Diese liegen ausnahmslos im einstelligen Bereich. Der Großteil der 71 Abbrüche ist also höchstwahrscheinlich auf den Zielgruppenfilter zurückzuführen.

3.6 Die Auswertungsmethoden

Die Datensätze aus dem Fragebogen wurden mit dem Programm SPSS[®] ausgewertet. Zuvor wurden sie von soscisurvey.de heruntergeladen. Dabei wurden Einstellungen getroffen, um die Datensätze entsprechend ihrer Qualität zu filtern.

‚SoSci Survey‘ errechnet die Qualität eines Datensatzes aus dem sog. ‚Degrade-Wert‘. In diesen fließen Maluspunkte für sehr schnelles ausfüllen sowie Maluspunkte für fehlende Antworten ein. Bei der Filterung kann zwischen verschiedenen Stufen gewählt werden. Für diese Stichprobe wurde die normale Filterung ausgewählt, bei der alle Datensätze mit einem Degrade-Wert über hundert ausgesiebt werden. Diese gelten als qualitativ minderwertig (vgl. SoSci Survey GmbH,

¹⁹ Eine Abbildung der Rücklaufstatistik befindet sich in Anhang V.

2016). Zusätzlich wurden Datensätze ausgesiebt, bei denen die Umfrage vor Bearbeitung der Seite 9 abgebrochen wurde, da solche Datensätze kaum auswertbare Ergebnisse geliefert hätten. Somit ergab sich zunächst eine Anzahl von 68 Datensätzen. Bei der Durchsicht dieser Daten wurden wiederum zwei Datensätze entfernt. Ein Datensatz stammte eindeutig von einer Person, die nicht im Angestelltenverhältnis, sondern freiberuflich arbeitete und daher nicht in die Zielgruppe fiel. Die betreffende Person hatte die Kontrollfrage für Angestellte („Führt Ihr Arbeitgeber Steuern und Beiträge von Ihrem Bruttolohn ab?“) entsprechend beantwortet und auch selbst eine Anmerkung dazu hinterlassen. Der zweite Fall, der aus der Datei entfernt wurde, wies widersprüchliche Angaben auf. Die Summe der wöchentlichen TE (unabhängig der Sitzungslänge) war hier geringer, als die wöchentliche Summe der 30-minütigen TE, 60-minütigen TE und Hausbesuche. Daher wurde davon ausgegangen, dass dieser Fall die Ergebnisse der Stichprobe durch falsche Angaben verzerrt hätte.

Nach Bereinigung des Datensatzes enthielt dieser also insgesamt 66 Fälle, die in die Auswertung eingingen.

Bevor die Daten in SPSS[®] analysiert werden konnten, wurden aus den vorhandenen Variablen einige neue Variablen²⁰ definiert. Beispielsweise wurde die angegebene Anzahl an TE mit der Anzahl von 30-minütigen und 60-minütigen TE verrechnet. Daraus entstand eine neue Variable, welche die Anzahl an wöchentlichen TE von je 45 Minuten Länge angab.

Nachdem alle notwendigen Variablen definiert waren, konnte die eigentliche Auswertung der Daten beginnen. Dabei wurde stets berücksichtigt, ob es sich um qualitative oder quantitative Variablen handelte (vgl. Benninghaus, 2007, 20) und welches Skalenniveau vorlag. Unter den Variablen befanden sich sowohl nominal- und ordinalskalierte als auch intervall- und ratioskalierte (vgl. ebd., 22-27).

Mit SPSS[®] wurden zunächst für verschiedene Daten Häufigkeitsverteilung (vgl. ebd., 30) und Mittelwerte (vgl. ebd., 36 f.) errechnet, um die Charakteristika der Stichprobe zu erfassen. Dazu gehörten beispielsweise die Altersverteilung und die Häufigkeit verschiedener Berufsabschlüsse. Der nächste Schritt bestand darin, die Informationen zu Arbeitsumfang und Vergütung zu analysieren. Auch hierfür wurden vornehmlich Häufigkeitsverteilungen und – sofern geeignet – verschiedene Kennzahlen ermittelt. Alle Ergebnisse wurden deskriptiv ausgewertet.

²⁰ Eine vollständige Liste der neu definierten Variablen befindet sich in Anhang VI.

4. Ergebnisse

Im Folgenden sollen die Ergebnisse, die mittels SPSS aus der Stichprobe errechnet wurden, dargestellt werden. Häufigkeiten werden dabei in Prozent angegeben²¹. Zunächst wird die Zusammensetzung der Stichprobe erläutert und schließlich werden die weiteren Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfrage dargestellt.

4.1 Zusammensetzung der Stichprobe

Um die Ergebnisse der Umfrage einschätzen zu können, sind Kenntnisse über die Zusammensetzung der Stichprobe unerlässlich. Hier sollen die nötigen Details genannt werden, welche die Stichprobe charakterisieren.

4.1.1 Alter und Geschlecht

Etwa zwei Drittel der Befragten sind 20 bis 29 Jahre alt. Die Altersklasse 30 bis 39 ist am zweitstärksten vertreten und auf die übrigen Altersklassen entfallen ca. 13%.

Zudem sind 95% der Stichprobe weiblich. Dies mag auf den ersten Blick ungewöhnlich scheinen, liegt aber in der Natur des Berufes begründet. Bei-

spielsweise sind auch 90%

der Mitglieder des dbI weiblich (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V., 2013).

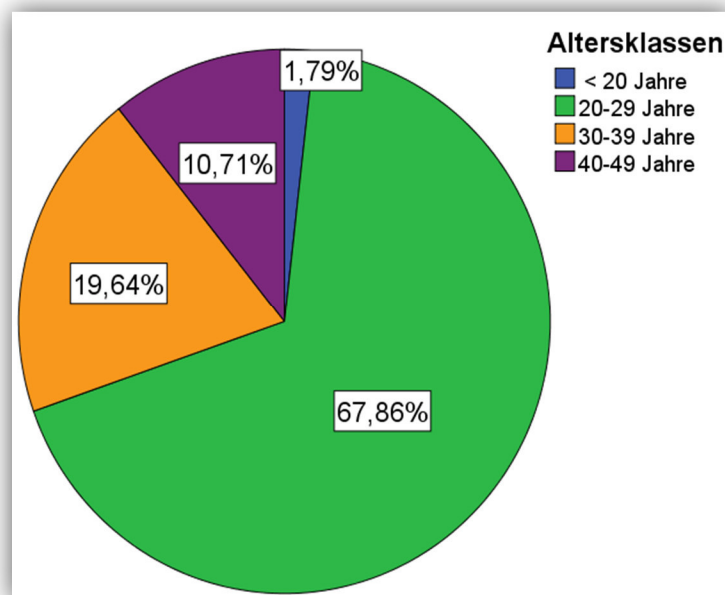


Abbildung 1- Altersklassen

4.1.2 Bundesländer

Mit etwa zwei Dritteln ist das Bundesland Hessen am stärksten in der Stichprobe vertreten, was sicherlich daran liegt, dass es auch den größten Teil des Rhein-Main-Gebiets ausmacht. In Rheinland Pfalz arbeitet etwa ein Viertel der Befragten und, da von Bayern nur ein kleiner Teil zum Rhein-Main-Gebiet zählt, entfallen darauf lediglich 4% der Stichprobe.

²¹ Im Fließtext zur besseren Lesbarkeit auf ganze Zahlen gerundet

4.1.3 Berufsabschluss und -bezeichnung

Befragte mit Berufsausbildung oder Bachelorabschluss machen den Großteil der Stichprobe aus, wobei auf die Berufsausbildung fast zwei Drittel der Stichprobe entfallen. Einen Masterabschluss oder einen Abschluss unter der Kategorie ‚Sonstiges‘ besaß nur ein geringer Teil der Stichprobe.

81% der Befragten sind LogopädInnen, 17% SprachtherapeutInnen und die restlichen 2% gaben sonstige Berufsbezeichnungen an.

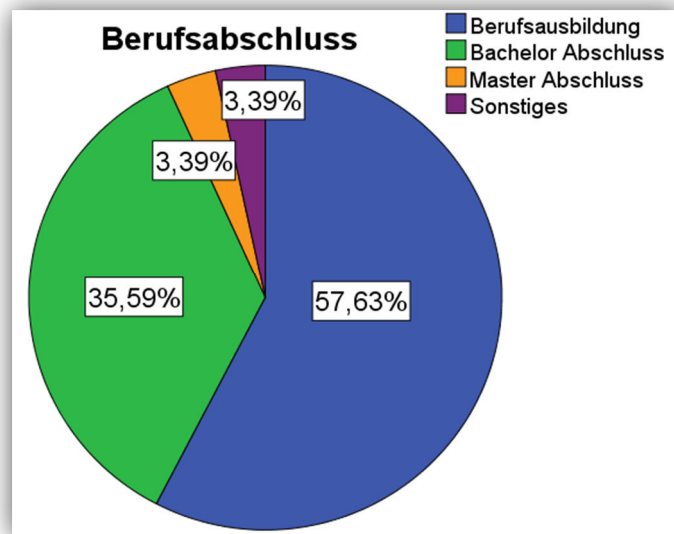


Abbildung 2 - Berufsabschlüsse

4.1.4 Beschäftigungsumfang

Ursprünglich wurde im Fragebogen der Beschäftigungsumfang abgefragt. Dabei gab es vier optionale Kategorien: ‚Minijob‘, ‚Teilzeit unter 50%‘, ‚Teilzeit über 50%‘ und ‚Vollzeit‘. Bei der Durchsicht der Daten stellte sich jedoch heraus, dass Befragte diese Kategorien sehr unterschiedlich

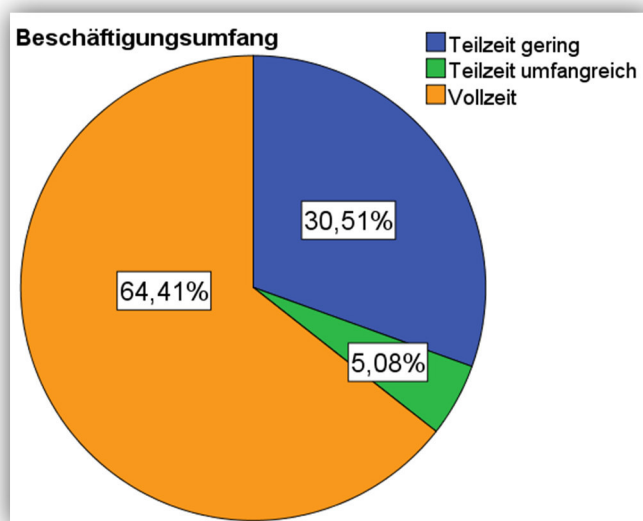


Abbildung 3 - Beschäftigungsumfang

verstanden und sie daher nicht vergleichbar waren. Beispielsweise gab eine Person, die wöchentlich 20 Therapieeinheiten²² leistet, an, in Vollzeit angestellt zu sein. Aus diesem Grund wurde eine eigene Variable für den Beschäftigungsumfang definiert, die sich an den wöchentlichen Therapieeinheiten²³ orientierte.

Die Kategorien wurden folgendermaßen definiert: Als Vollzeitkräfte wurden alle eingestuft, die mindestens 35 TE pro Woche leisten. Als Teilzeit mit höherem Umfang wurden 23 bis 34 TE pro Woche festgelegt. Personen, die

²² Im Folgenden als ‚TE‘ abgekürzt.

²³ Auf 45-minütige Therapieeinheiten umgerechnet

weniger als 23 TE pro Woche durchführen, wurden als Teilzeitkräfte mit geringem Umfang bezeichnet. Dies schließt auch Angestellte in geringfügiger Beschäftigung (Minijobs) mit ein.

Etwa zwei Drittel der Befragten sind demnach in Vollzeit eingestellt, die restlichen in Teilzeit, wobei nur 5% als Teilzeitkräfte in höherem Umfang gelten.

Insgesamt liegt also eine Stichprobe vor, in der die meisten Befragten zwischen 20 und 30 Jahren alt sind und der Großteil der Befragten in Vollzeit arbeitet. Die meisten sind LogopädInnen und haben eine entsprechende Berufsausbildung absolviert. Das Bundesland Hessen ist in der Stichprobe am stärksten vertreten.

4.2 Daten zu Arbeitsumfang und Tätigkeiten

Hier soll die Fragestellung zum Verhältnis von Arbeiten am Patienten und patientenfernen Tätigkeiten untersucht werden, nachdem die Tätigkeiten als solche betrachtet wurden.

4.2.1 Arbeit am Patienten

Die Arbeit am Patienten ist gleichbedeutend mit der reinen Therapiezeit bzw. der Menge an Therapieeinheiten, die eine Person leistet. Diese hängt vom Beschäftigungsumfang ab.

Zunächst soll die durchschnittliche TE-Anzahl pro Woche ermittelt werden. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurde die Variable für TE verwendet, die auf 45 Minuten pro TE umgerechnet wurde und nicht die tatsächliche angegebene Anzahl an TE.

Betrachtet man zunächst die gesamte Stichprobe, so ergibt sich ein Mittelwert von ca. 39 TE pro Woche. In diesem Fall wird der Median gewählt, da Extremwerte das arithmetische Mittel verzerren. Die kleinste Anzahl an TE pro Woche, die in der Stichprobe vorkommt beträgt 8, die größte beträgt 57. Die Tabelle zeigt die Mittelwerte entsprechend des Beschäftigungsumfangs. Die Teilzeitkräfte in geringerem und höherem Umfang werden dabei in einer Kategorie zusammengefasst.

Beschäftigungsumfang	TE pro Woche		Therapiezeit in h/Woche	
	Vollzeit	Teilzeit	Vollzeit	Teilzeit
Mittelwert	41,8	17,2	31,3	12,9
Standardabweichung	4,9	5,9	3,7	4,5

Tabelle 2 - Anzahl TE und Therapiezeit nach Beschäftigungsumfang

Die durchschnittliche Therapiezeit beträgt bei Vollzeitkräften mehr als das Zweifache der Therapiezeit bei Teilzeitkräften. Letztere variiert zwischen den Befragten jedoch auch etwas stärker als

die der Vollzeitkräfte. Es fällt auf, dass der Durchschnitt für die Anzahl der Therapieeinheiten bei Vollzeitkräften recht hoch ist. Bei Teilzeitkräften macht die durchschnittliche Anzahl etwas weniger aus als eine Halbtagsstelle.

4.2.2 Patientenferne Tätigkeiten

Patientenferne Tätigkeiten sind all solche, die außerhalb der Therapieeinheit, also außerhalb des direkten Patientenkontaktes stattfinden. Dazu gehören Vor- und Nachbereitung der Therapieeinheiten, Bürotätigkeiten, Fahrten zu Hausbesuchspatienten, Teamsitzungen und sonstige anfallende Tätigkeiten. Diese werden zunächst einzeln betrachtet. Schließlich wird die minimale Arbeitszeit für patientenferne Tätigkeiten dargestellt.

Vor- und Nachbereitung

Für den Umfang von Vor- und Nachbereitung liegen zwei Statistiken vor. Da der Umgang mit Vor- und Nachbereitungszeit zwischen den Praxen variiert, mussten dazu unterschiedliche Fragen gestellt werden. Die Personen, welche bezahlte Vor- und Nachbereitung innerhalb ihrer Arbeitszeit bekommen, wurden dazu befragt, wie lang diese Vor- und Nachbereitung pro TE sei. Diejenigen, die sich ihre Vor- und Nachbereitung nach eigenem Ermessen einteilen bzw. außerhalb der regulären Arbeitszeit durchführen, wurden zum wöchentlichen Zeitaufwand für diese Tätigkeit befragt.

Üblicherweise beträgt die durch die Krankenkassen vorgegebene Vor- und Nachbereitungszeit 15 Minuten pro Therapieeinheit.

Beim Großteil der Personen, die innerhalb der Arbeitszeit die Vor- und Nachbereitung durchführen, entspricht die Vor- und Nachbereitungszeit der Vorgabe der Krankenkassen. Allerdings gaben 29% an, weniger als 15 Minuten pro TE vor- und nachzubereiten.

Diejenigen, welche die Vor- und Nachbereitung außerhalb der regulären Arbeitszeit durchfüh-

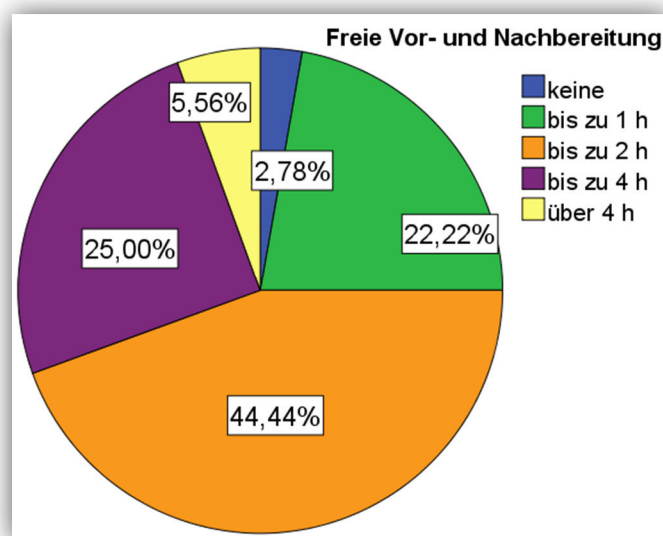


Abbildung 4 - Zeitaufwand freier Vor- und Nachbereitung

ren, benötigten zum Großteil zwischen einer und zwei Stunden pro Woche. Gar keine oder besonders viel Zeit beansprucht die Vor- und Nachbereitung bei weniger als einem Zehntel der Stichprobe. Etwas weniger als die Hälfte der Befragten benötigen entweder bis zu einer Stunde oder zwischen zwei und vier Stunden für die Vor- und Nachbereitung.

Es ist naheliegend, dass die große Spanne der benötigten Zeit auch mit der Anzahl wöchentlicher TE zusammenhängt.

Bürotätigkeiten

Zwischen einer und drei Stunden verbringen die meisten Befragten wöchentlich mit Bürotätigkeiten. Etwas über ein Viertel der Befragten benötigt dafür weniger Zeit. Einige Befragte gaben einen Büroumfang von zwischen drei und mehr als fünf Stunden an. Daraus lässt sich schließen, dass für die meisten Befragten der zeitliche Aufwand

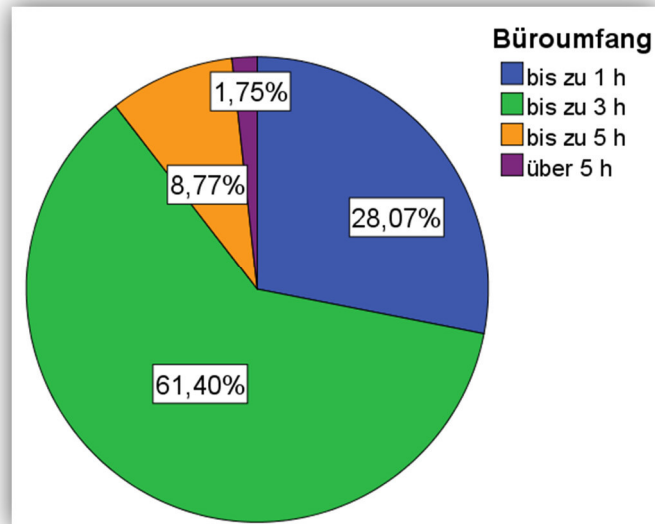


Abbildung 5 - Zeitumfang Bürotätigkeiten

für Bürotätigkeiten nicht unerheblich ist. Es ist davon auszugehen, dass der Umfang an Bürozeit sowohl mit dem Beschäftigungsumfang als auch der Menge an erforderlichen Bürotätigkeiten einhergeht. Auch hierzu wurde eine Frage gestellt. Ausnahmslos alle Befragte schreiben Patientenberichte, da dies von Seiten der Ärzte häufig gefordert wird und zu den Kernaufgaben der LogopädInnen gehört. Die drei Aufgaben, die, abgesehen von letzterer, am häufigsten ausgewählt wurden, sind Terminabsprachen außerhalb der Therapiesitzung, die Kommunikation mit medizinischen Berufsgruppen und das Überprüfen von Rezepten auf Formfehler.

Auch einige andere Tätigkeiten gehören für den Großteil der Stichprobe zum Arbeitsalltag; lediglich das Abrechnen von Rezepten, Kommunizieren mit Krankenkassen oder einer Abrechnungszentrale und die Kategorie ‚Sonstiges‘ wurden deutlich weniger häufig ausgewählt.

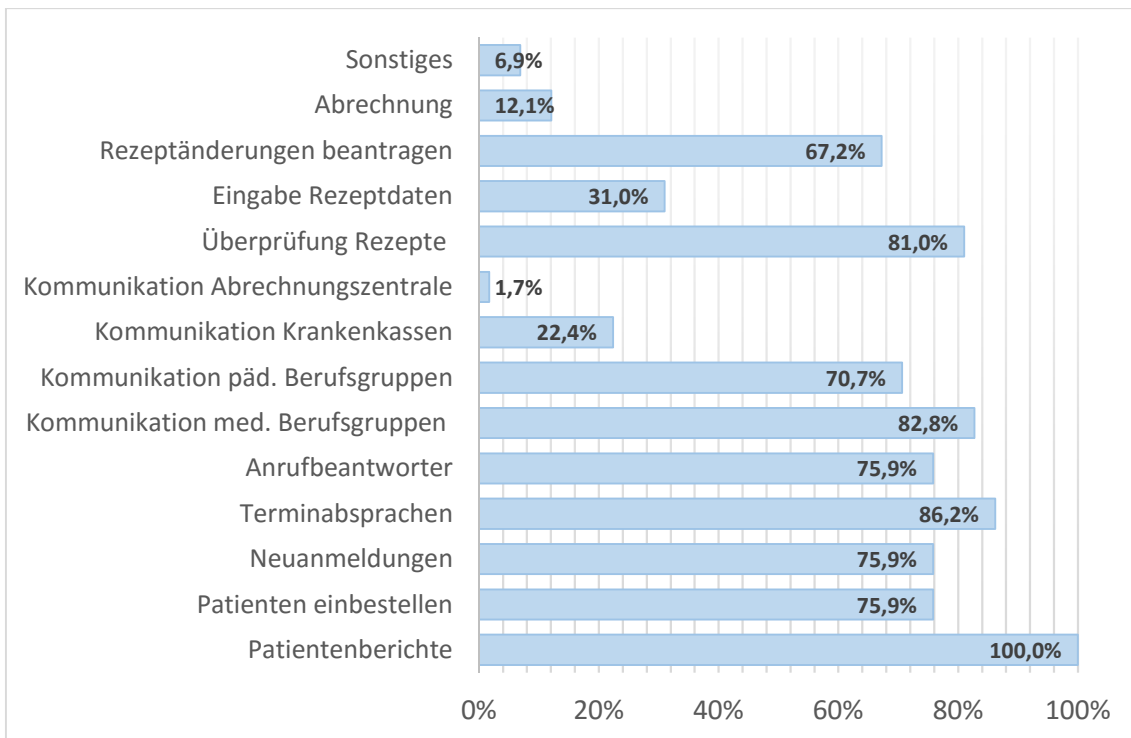


Abbildung 6 - Bürotätigkeiten

Teamsitzungen

Die Befragten gaben verschiedene Frequenzen für die Teamsitzungen an. Zumeist finden diese einmal pro Woche statt. Eine höhere Frequenz ist in der Stichprobe kaum vertreten. Bei etwa einem Drittel finden die Teamsitzungen seltener statt und einige Befragte gaben sogar an, dass sie höchstens einmal im Jahr veranstaltet wird.

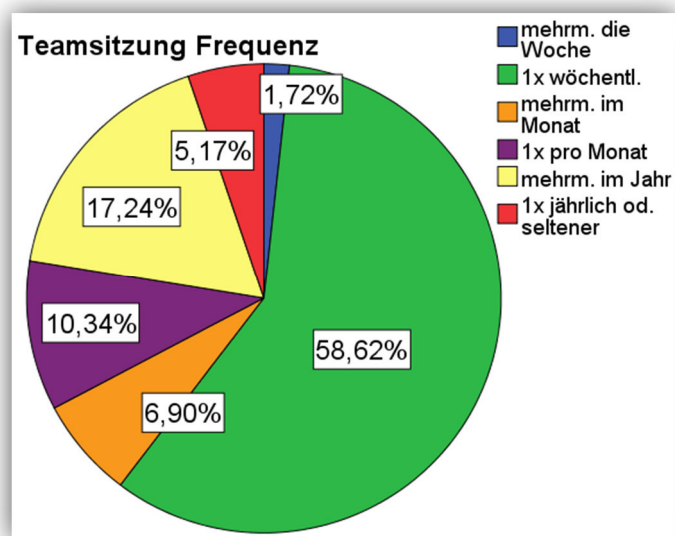


Abbildung 7 - Häufigkeit Teamsitzungen

Zusätzlich zur Häufigkeit der Teamsitzung soll auch der Zeitaufwand für einzelne Teamsitzungen betrachtet werden. Teamsitzungen unter 45 Minuten Länge sind selten. In der Regel sind sie 60

Minuten lang, bei einem Viertel der Befragten sogar noch länger. Somit ist auch die Teamsitzung relevant, wenn die patientenferne Arbeitszeit betrachtet wird. Bei Befragten, die Teamsitzungen seltener als einmal im Monat durchführen, wurde die Teamsitzung jedoch nicht zum üblichen Arbeitsaufwand dazu gerechnet.

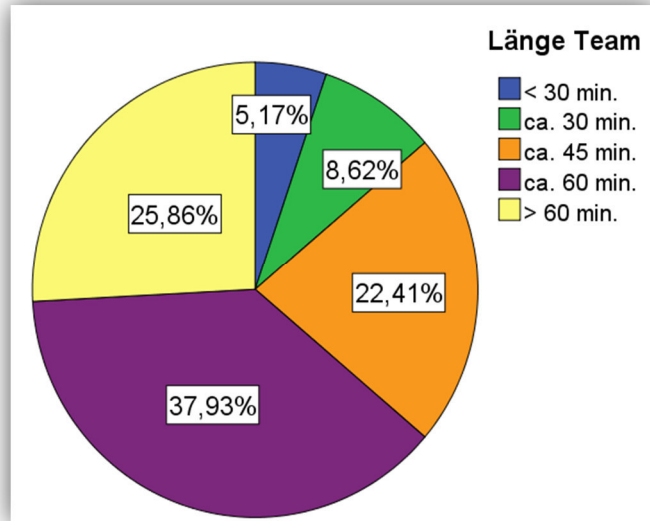


Abbildung 8 - Länge Teamsitzung

Wegstrecken

Der wöchentliche Zeitaufwand für Wegstrecken zu Hausbesuchen beträgt bei fast der Hälfte der

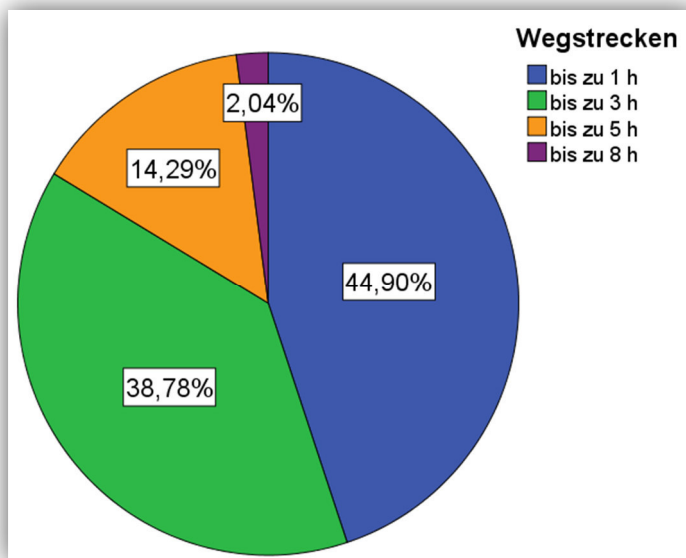


Abbildung 9 - Zeitumfang Wegstrecken

Befragten bis zu einer Stunde pro Woche. Doch auch zwischen einer und drei Stunden benötigt ein Großteil der Stichprobe dafür. Wegstrecken zwischen drei und acht Stunden kommen hingegen seltener vor.

Die meisten brauchen also zwischen unter einer Stunde und drei Stunden für Wegstrecken. Diese Zeit hängt so-

wohl von der Anzahl der wöchentlichen Hausbesuche, als auch von der Entfernung und den benutzten Verkehrsmitteln ab.

Angaben unter „Sonstiges“

Bei den Fragen zu Bürotätigkeiten, konnten Befragte in eine Kategorie „Sonstiges“ eine eigene Antwort eintragen. Eine Frage zu zusätzlichen Tätigkeiten, welche durch die Befragten beschrieben werden konnten, befand sich ebenfalls im Fragebogen. Diese Angaben wurden qualitativ aus-

gewertet. Sie wurden dazu zunächst zusammengetragen und in gemeinsame Kategorien eingeordnet. Angaben, die vor dem Hintergrund der Fragestellung als relevant gelten können, werden nun kurz vorgestellt.

Alternative Bürotätigkeiten, die genannt wurden, deckten sich teilweise mit Antworten zur offenen Frage nach weiteren Tätigkeiten. Die Antworten konnten folgenden Kategorien zugeordnet werden:

- Eigene Stunden- und Fahrtkostenabrechnung
- Materialpflege (überprüfen, aufstocken, sortieren)
- Pflege der Praxisräume (Putzen, Blumen gießen, Müll wegbringen etc.)
- Ordnung der Praxisräume (Aufräumen des Therapieraums, der Küche und des Wartezimmers)
- Einkauf von Lebensmitteln für die Praxis
- Archivarbeit

Minimale Arbeitszeit für patientenferne Tätigkeiten

Aus den Fragen zum Arbeitsumfang für patientenferne Tätigkeiten ließ sich die minimal mögliche Arbeitszeit für jeden Fall errechnen. Da die Angaben zum zeitlichen Umfang patientenferner Aufgaben in Kategorien angegeben wurden, lagen keine genauen Werte dafür vor. Um aus den Angaben den gesamten Arbeitsumfang errechnen zu können, wurden diese stets abgerundet. Gab eine Person z.B. an, zwischen drei und fünf Stunden für eine Tätigkeit zu benötigen, so wurde diese zur Berechnung auf drei Stunden abgerundet. Gab eine Person an, bis zu einer Stunde zu benötigen, wurde dies auf null Stunden abgerundet. So konnte sichergestellt werden, dass für keine Person ein zu hoher Zeitumfang angegeben wurde.

Durch diese Art der Berechnung entstand eine Variable, die den minimal möglichen Arbeitsumfang für jeden Fall angibt. Die im Folgenden dargestellten Werte beziehen sich auf diese Variable.

Für die gesamte Stichprobe beträgt der Mittelwert 5 Stunden pro Woche, bei einer Standardabweichung von 3,6. Der Median beträgt hingegen 4,5 Stunden. Der höchste Wert der Stichprobe liegt bei 13,5 Stunden pro Woche, der niedrigste bei 0 Stunden, was sich jedoch durch die bereits erläuterte Art der Berechnung ergeben hat.

Es ist also davon auszugehen, dass tatsächlich über 5 Stunden pro Woche durchschnittlich für patientenferne Tätigkeiten anfallen. Die Standardabweichung ist jedoch sehr hoch, was dafür spricht, dass die Werte stark streuen und somit von Fall zu Fall sehr unterschiedlich sind.

Nun soll der Zeitaufwand dem Beschäftigungsumfang entsprechend betrachtet werden. Bei Vollzeit beträgt der Zeitaufwand durchschnittlich 5,8 Stunden pro Woche bei einer Standardabweichung von 3,8. Der Median liegt bei 5 Stunden. Der Durchschnitt bei Teilzeit beträgt 3,9 Stunden pro Woche mit einer Standardabweichung von 2,8 und der Median liegt bei 3 Stunden.

Hier zeigt sich, dass der wöchentliche Umfang patientenferner Tätigkeiten vermutlich mit dem Beschäftigungsumfang in Verbindung steht, da der Durchschnitt bei Teilzeit um fast zwei Stunden niedriger ist. Zudem lässt sich sagen, dass patientenferne Tätigkeiten mit einem nicht unwesentlichen Zeitaufwand pro Woche verbunden sind.

4.2.3 Verhältnis der Arbeit am Patienten zu patientenferner Arbeit

Der Zeitaufwand für patientenferne Tätigkeiten wird umso interessanter, wenn man ihn mit der reinen Therapiezeit vergleicht. In der Tabelle wird der Zeitaufwand für Therapien und andere Tätigkeiten gegenübergestellt.

	Arbeit am Patienten	Minimum Patientenferner Arbeit	Arbeit am Patienten : Patientenferne Arbeit
Vollzeit	31,3 h / Woche	5,8 h / Woche	1 : 0,185 h
Teilzeit	12,9 h / Woche	3,9 h / Woche	1 : 0,302 h
Insgesamt	24,7 h / Woche	5,0 h / Woche	1 : 0,202 h

Tabelle 3 - Verhältnis Therapiezeit und patientenferne Arbeit nach Beschäftigungsumfang

Folgendes Verhältnis lässt sich also errechnen: Pro Stunde am Patienten fällt durchschnittlich ein Minimum von 11 Minuten patientenferner Arbeit an. Für Vollzeitbeschäftigung beträgt der Durchschnitt minimaler patientenferner Arbeit pro Stunde am Patienten 12 Minuten. Bei Beschäftigten in Teilzeit fallen pro Stunde am Patienten durchschnittlich mindestens 18 Minuten patientenferner Arbeit an. Daraus lässt sich vermuten, dass der Zeitaufwand für patientenferne Tätigkeiten bei Vollzeit im Verhältnis zur Therapiezeit etwas geringer ist und bei Teilzeit etwas höher.

Die Ergebnisse müssen jedoch vorsichtig beurteilt werden, da die verrechneten Durchschnittswerte alle eine hohe Standardabweichung zeigen. Bei einzelnen Fällen in der Stichprobe können also erhebliche Abweichungen vom Durchschnitt vorkommen. Zudem handelt es sich um den minimal möglichen Arbeitsaufwand für patientenferne Tätigkeiten, der errechnet wurde. Es ist also davon auszugehen, dass er tatsächlich noch höher, aber gewiss nicht niedriger ausfällt.

4.3 Daten zur Vergütung

In diesem Kapitel soll die Vergütung der Befragten näher betrachtet werden. Es ist naheliegend, dazu das Bruttomonatsgehalt zu Rate zu ziehen, allerdings gehören zum Thema der Vergütung noch weitere Details. Diese werden nun erläutert, um schließlich das eigentliche Gehalt zu betrachten.

4.3.1 Vergütung Patientenferner Tätigkeiten

Um die Vergütung patientenferner Tätigkeiten darzustellen, werden die Tätigkeiten getrennt betrachtet. Ob und wie diese vergütet werden ist von Fall zu Fall unterschiedlich.

Vor-, Nachbereitung und Bürotätigkeiten

Obwohl Vor- und Nachbereitung ein wesentlicher Bestandteil logopädischer Arbeit ist, wird sie nicht immer bezahlt. In der Umfrage gaben sogar ganze 57% an, für Vor- und Nachbereitung nicht bezahlt zu werden. Bei nur 39% fällt die Vor und Nachbereitung in die bezahlte Arbeitszeit. 5% gaben an, sich nicht sicher zu sein. Dies kann dadurch zustande kommen, dass im Arbeitsvertrag die Vor- und Nachbereitungszeit in die bezahlte Arbeitszeit fällt, im gelebten Arbeitsverhältnis

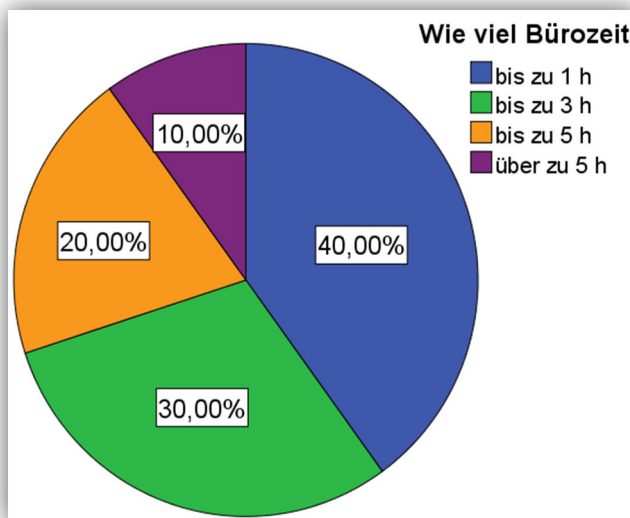


Abbildung 10 - Menge bezahlter Bürozeit

hingegen nicht vorhanden ist und im eigenen Ermessen der Angestellten liegt. Somit wird über die Hälfte der Befragten für diese Tätigkeit nicht vergütet.

Auch anfallende Bürotätigkeiten werden nicht zwangsläufig bezahlt. Ganze 81% der Befragten gaben an, keine bezahlte Arbeitszeit für Bürotätigkeiten zu erhalten. Diejenigen, die dafür bezahlte Arbeitszeit bekommen, erhalten

zumeist bis zu einer Stunde wöchentlich für Bürotätigkeiten. Etwa ein Drittel der Befragten erhält wöchentlich zwischen einer und drei Stunden dafür und ein weiteres Drittel sogar mehr.

Alle Personen, die keine bezahlte Bürozeit erhalten, müssen die anfallenden Tätigkeiten selbst einplanen. Dazu wurde eine Frage mit Mehrfachantworten gestellt.

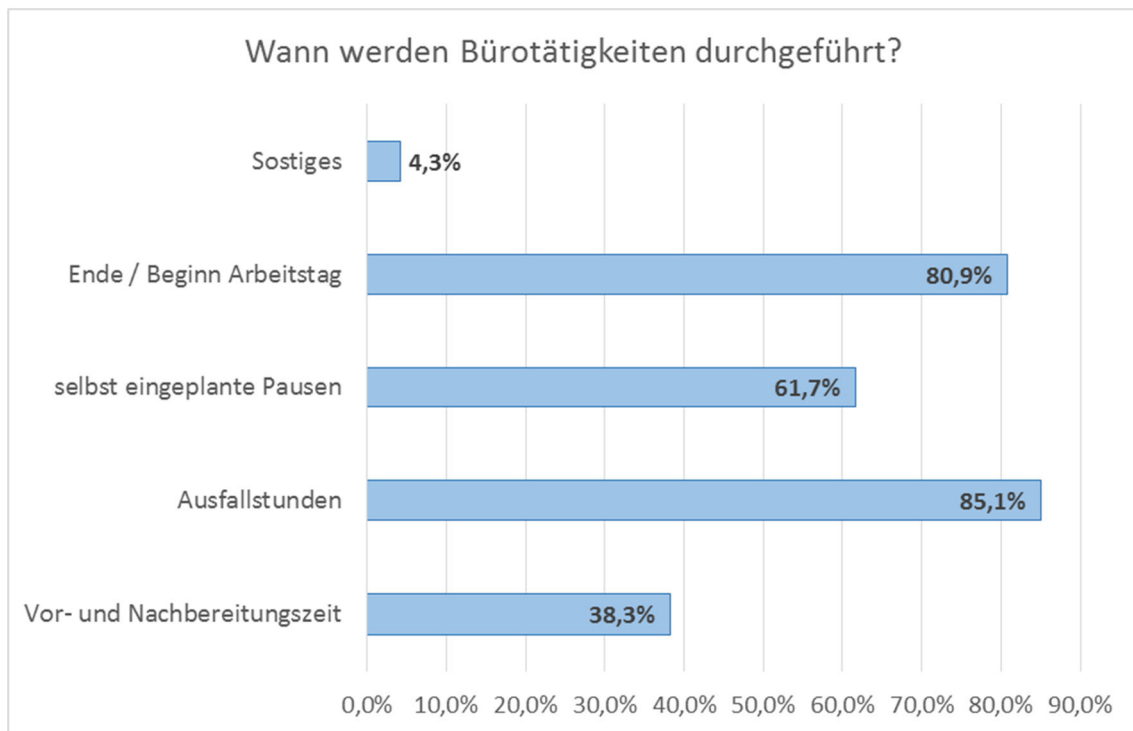


Abbildung 11 - Durchführung unbezahlter Bürotätigkeiten

Meistens werden sowohl in Ausfallstunden als auch zu Beginn oder am Ende des Arbeitstages unbezahlte Bürotätigkeiten durchgeführt. Über die Hälfte der Befragten plant für die Bürozeit vorsorglich Pausen in den Arbeitstag ein. Einige Befragte führen auch in der bezahlten Vor- und Nachbereitungszeit Bürotätigkeiten durch. Es zeigt sich also, dass durch unbezahlte Bürotätigkeiten der Arbeitstag durchaus verlängert wird, und anderen Tätigkeiten unter Umständen weniger Beachtung geschenkt wird, um die Büroarbeit zu bewältigen.

Teamsitzungen

Die Teamsitzungen, die wie bereits im vorherigen Kapitel erläutert unterschiedlich lang und unterschiedlich häufig sind, können sowohl in die bezahlte Arbeitszeit fallen als auch unbezahlte Treffen sein. Für die Teamsitzung werden 53% bezahlt, 45% nicht. 2% gaben an, sich nicht sicher zu sein, ob die Teamsitzung bezahlt sei. In der Stichprobe zeigt sich also, dass sowohl unbezahlte als auch bezahlte Teamsitzungen häufig vorkommen, wobei die bezahlte Sitzung etwas häufiger angegeben wurde.

Wegstrecken und Verkehrsmittel

Bei Hausbesuchen fallen unweigerlich Wegstrecken an. Der zeitliche Umfang wurde im vorherigen Kapitel betrachtet. Doch, wie steht es um die Vergütung dieser Zeit, die zwar außerhalb des Patientenkontaktes liegt, jedoch zum Arbeitsalltag dazu gehört?

Für die Vergütung von Wegstrecken gibt es unterschiedliche Berechnungsgrundlagen. Es kann sowohl eine Kilometerpauschale ausgezahlt als auch die Fahrzeit vergütet werden. Eine dritte Möglichkeit ist, für einen Hausbesuch bei der Stundenabrechnung mehr als eine Therapieeinheit anzurechnen.

Bei 46% wird die Fahrzeit überhaupt nicht bezahlt und bei 50% wird ein Hausbesuch bei der Stundenabrechnung stärker gewichtet. 4% gaben an, die Fahrzeit nach Minuten vergütet zu bekommen.

21% der Befragten gaben an, kein Kilometergeld zu erhalten. Bei 66% beträgt die Pauschale genau 30 Cent pro Kilometer. Bei 4% ist die Pauschale höher und 8% gaben hingegen an, weniger als 30 Cent zu erhalten.

Für diejenigen, deren Hausbesuche stärker gewichtet werden, gab es die Option, die Gewichtung in ein Textfeld einzutragen. Die Kommentare, die eindeutig waren, konnten miteinander verrechnet werden. Der Durchschnitt beträgt bei ihnen 1,28 TE pro Hausbesuch. Das Minimum liegt bei 1,1 und das Maximum bei 1,5. Der am häufigsten vorkommende Wert war 1,3 TE pro Hausbesuch. Einige Befragte fügten Kommentare hinzu, die auf eine andere Art der Berechnung schließen lassen. Eine Person gab an, dass ihr für jeden sechsten Hausbesuch beim gleichen Patienten eine zusätzliche TE angerechnet wird. Eine andere Person bekommt pauschal pro HB zwei Euro zusätzlich bezahlt.

Beinahe die Hälfte der Befragten wird also nicht für die Fahrzeit vergütet. Allerdings erhalten die meisten Befragten ein Kilometergeld in Höhe von 30 Cent pro Kilometer.

Weiterhin stellt sich die Frage, welche Verkehrsmittel für Hausbesuche gebraucht werden, da auch dies mit Kosten verbunden ist. Ihren privaten PKW nutzen 67% der Befragten, während nur 9% ein Dienstfahrzeug der Praxis zur Verfügung steht. Gar kein Verkehrsmittel nutzen 14% der Befragten. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass einige keine Hausbesuche durchführen. Eine weitere Möglichkeit ist, dass bei nahegelegenen Hausbesuchen die Befragten zu Fuß gehen. Sonstige Verkehrsmittel gaben 10% an und 7% nannten dazu im Textfeld öffentliche Verkehrsmittel.

Somit ist der private PKW das am häufigsten genutzte Verkehrsmittel bei Hausbesuchen und Dienstwagen werden nur selten gestellt.

4.3.2 Weitere Vergütungen

Zu weiteren Vergütungen, gehören der gesetzlich bezahlte Urlaub, sowie finanzielle Zuwendungen und die Vergütung von Überstunden.

Bezahlter Urlaub

Der gesetzliche Mindestanspruch für bezahlten Urlaub beträgt vier Wochen. Das bedeutet, dass Angestellte unabhängig von ihrem Beschäftigungsumfang und der Anzahl an Arbeitstagen Anspruch auf insgesamt vier Wochen Urlaub haben (vgl. § 3 Bundesurlaubsgesetz – BurlG).

In der Stichprobe erhalten 67% über vier Wochen Urlaub im Jahr. Bei 13% entspricht der Jahresurlaub dem gesetzlich festgelegten Minimum von vier Wochen. Allerdings gaben ganze 20% an, dass sie weniger als vier Wochen bezahlten Urlaub erhalten, was geltendem Arbeitsrecht widerspricht.

Somit scheint eine großzügigere Berechnung des Urlaubs gängig, demgegenüber steht der Verstoß gegen die Rechte der ArbeitnehmerInnen, der erschreckend häufig ist.

Finanzielle Zuwendungen

Finanzielle Zuwendungen sind nicht gesetzlich geregelt und liegen im Ermessen des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin. Dazu zählen z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld und ein dreizehntes Monatsgehalt. 42% der Befragten verzichteten auf die Aussage zu finanziellen Zuwendungen und kreuzten die Ausweichoption an.

Von den Befragten, die die Frage beantworteten, erhalten 52% keine finanziellen Zuwendungen. Weihnachtsgeld erhalten 33% und Urlaubsgeld 12% der Befragten. Ein dreizehntes Monatsgehalt bekommen 5% der Befragten. Somit ist Weihnachtsgeld die am häufigsten ausgezahlte finanzielle Zuwendung.

Einen im Arbeitsvertrag festgelegten Anspruch auf diese Zuwendungen haben jedoch nur 17%. Einen Anspruch auf manche der Zuwendungen, die sie erhalten, haben 7% der Befragten. 66% gaben an, keinen vertraglichen Anspruch auf die finanziellen Zuwendungen zu besitzen und 10% wussten nicht, ob ihre finanziellen Zuwendungen vertraglich geregelt sind. Über die Hälfte derer, die finanzielle Zuwendungen erhalten, kann also nicht damit rechnen, diese jedes Jahr zu bekommen. Ebenso wenig können finanzielle Zuwendungen vorausgesetzt werden, da sie nicht im Arbeitsvertrag festgelegt sind und allein im Ermessen des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin liegen.

Fortbildungszuschüsse und -tage

LogopädInnen nehmen in ihrer Berufslaufbahn häufig an Fortbildungen teil, um ihre Kompetenzen zu erweitern und zu vertiefen. Hierbei kann der Arbeitgeber sie durch die Gewährung von Fortbildungszuschüssen und Fortbildungstagen unterstützen.

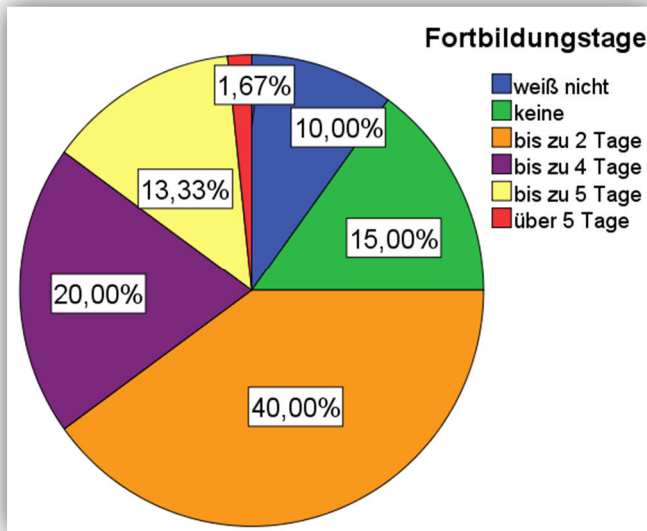


Abbildung 12 - Anzahl Fortbildungstage

Fast die Hälfte der Befragten erhält jährlich bis zu zwei Fortbildungstage. Etwas weniger als ein Drittel der Befragten erhalten mehr. Einige Befragte erhalten gar keine Fortbildungstage und müssen vermutlich den Erholungsurlaub dafür nutzen. 20% der Befragten gaben an, keine Fortbildungszuschüsse zu erhalten und weitere 20% konnten dazu keine Aussage treffen.

Von denjenigen, die Fortbildungszuschüsse erhalten, bekommen fast die Hälfte über 90% erstattet. Die zweithäufigste Kategorie entspricht der Erstattung von 50% der Kosten und wurde von einem Viertel der Befragten ausgewählt. Einige Befragte erhalten eine Erstattung von weniger als 50% und einige von zwischen 50% und 90% der Kosten. Es lässt sich also festhalten, dass es üblich ist, den Großteil der Kosten zu erstatten, falls generell Zuschüsse gewährt werden.

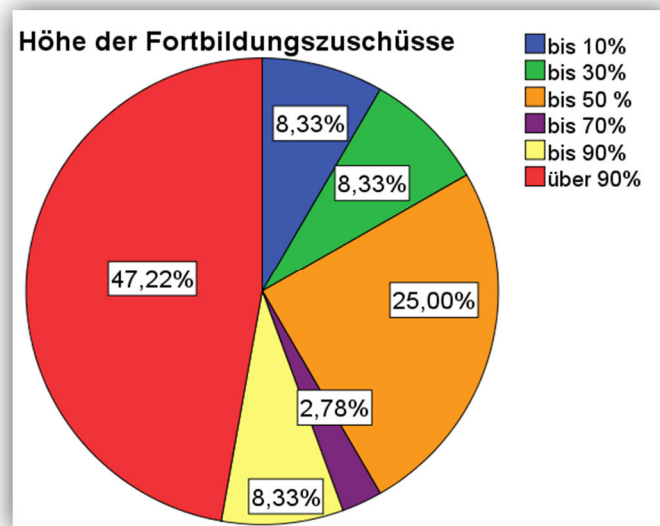


Abbildung 13 - Höhe Fortbildungszuschüsse

Über- und Minusstunden

Da in der Logopädie immer wieder Therapieausfälle vorkommen, werden häufig Stundenabrechnungen geführt, um zu dokumentieren wie viele Therapieeinheiten die Angestellten jeweils durchgeführt haben. Ausfallstunden werden dabei meist als Minusstunden gewertet. Einige Angestellte planen daher Pufferstunden ein, die im Bruttomonatsgehalt nicht berücksichtigt werden und dazu dienen, Minusstunden auszugleichen. Von den Befragten gaben 80% an, dass sie Pufferstunden einplanen. Nur 15% sind darauf nicht angewiesen und 5% sind sich nicht sicher, ob sie Pufferstunden leisten oder nicht. Bei 6% der Befragten gibt es keine Form der Stundenabrechnung. Die Abrechnung durch Auflistung geleisteter Therapieeinheiten wird bei 74% der Befrag-

ten praktiziert. Bei 18% gibt es eine Arbeitszeiterfassung, die nicht nur die Therapieeinheiten auflistet, sondern auch die Arbeitszeit außerhalb des Patientenkontaktes berücksichtigt. Eine Person gab an, die Stunden würden anders erfasst.

Es ist also festzustellen, dass die meisten Befragten Pufferstunden leisten und eine Auflistung der Therapieeinheiten führen, anhand derer Über- oder Minusstunden berechnet werden.

Unter welchen Umständen eine Minusstunde entsteht, kann je nach Praxis unterschiedlich geregelt sein. In der Stichprobe entstehen Minusstunden meistens durch eine fristgemäße Absage des Patienten, die nicht mit einem anderen Patienten besetzt werden kann. Am zweithäufigsten entstehen Minusstunden, wenn nach Beendigung der Therapie ein frei gewordener Termin nicht direkt an einen neuen Patienten vermittelt wird. Kurzfristige Absagen oder unentschuldigtes Fehlen führt auch bei über der Hälfte der Befragten zu Minusstunden. Beunruhigend ist, dass für manche sogar im Fall von Krankheit oder an Feiertagen Minusstunden notiert werden.

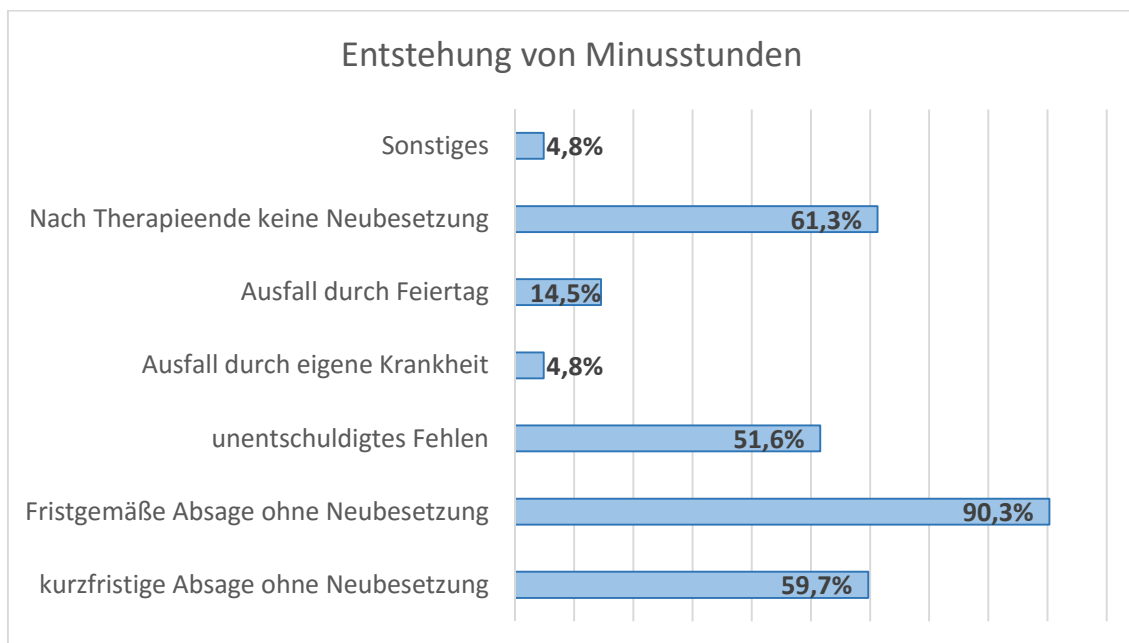


Abbildung 14 - Bedingungen zur Entstehung von Minusstunden

Welche Folgen für Angestellte entstehen, wenn Sie bei der Stundenabrechnung ins Minus geraten, soll nun auch betrachtet werden. Immerhin müssen 19% der Befragten keine Folgen befürchten. Bei den restlichen Befragten sind folgende Auswirkungen möglich: 61% müssen möglicherweise die Anzahl ihrer wöchentlichen TE aufstocken, um das Minus auszugleichen. Bei 24% der Befragten werden Minusstunden sogar vom Gehalt abgezogen. Sonstige Folgen gaben 5% der Befragten an. Dazu gehören laut den Befragten der Abzug von Urlaubstagen sowie ‚Ärger‘ mit dem/der Vorgesetzten, aber auch die Erstellung eines individuellen Zeitplans zum Ausgleich der Minusstunden.

Gelingt die Einplanung von Pufferstunden, so ist es möglich, dass Angestellte Überstunden sammeln. Die Ansprüche, die sie daraufhin geltend machen können, beinhalten für 79% das Abfeiern der Überstunden und für 66% die Auszahlung der Überstunden. Eine Reduktion der zu leistenden TE ist nur bei 18% der Befragten möglich. 7% derer, die Pufferstunden einplanen, können bei gesammelten Überstunden keine Ansprüche erheben.

Generell lässt sich festhalten, dass innerhalb der Stichprobe Minus- und Überstunden einige Bedeutung zukommt. Dies zeigt sich darin, dass 80% der Stichprobe Pufferstunden einplanen, um nicht ins Minus zu kommen und nur 19% der Befragten keine Folgen bei Minusstunden zu erwarten haben. Überstunden hingegen sind für den Großteil der Befragten mit Ansprüchen auf zusätzlichen Urlaub oder zusätzlichen Lohn verbunden.

4.3.3 Gehalt

Schließlich soll beleuchtet werden, wie viel die Befragten tatsächlich verdienen. Dazu wird das Bruttomonatsgehalt in Kategorien herangezogen und der maximal mögliche Stundenlohn aufgezeigt.

Bruttomonatsgehalt

Die Frage zum Bruttomonatsgehalt wurde von ca. 2% der Befragten nicht beantwortet. Für die übrigen Befragten werden nun die Ergebnisse dargestellt.

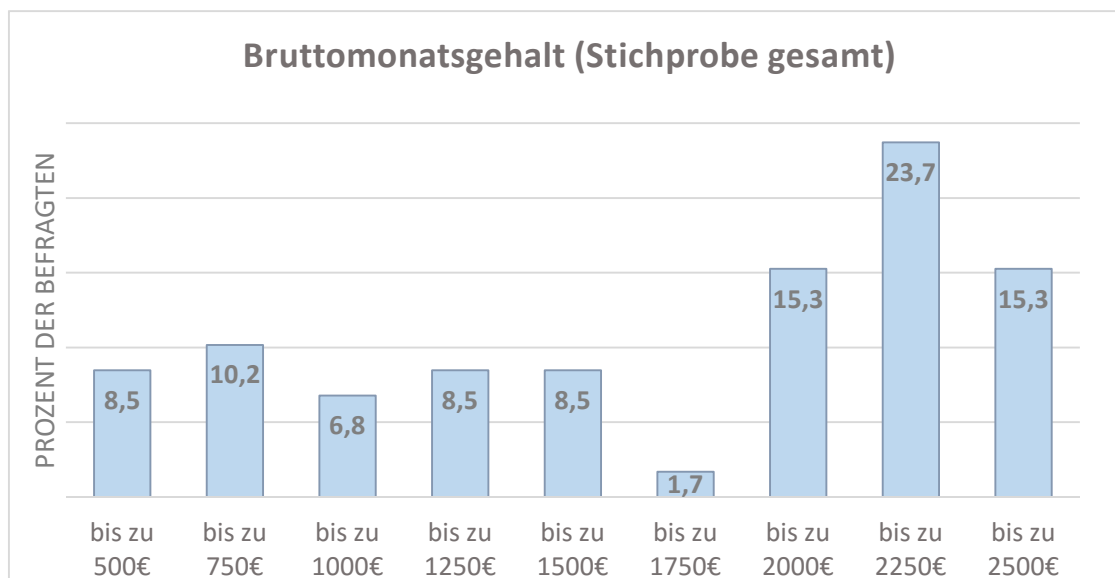


Abbildung 15 - Bruttomonatsgehalt insgesamt

Über die Hälfte der Befragten verdient zwischen 1.750€ und 2.500€ monatlich. Über 2.500€ verdient keiner der Befragten. Am häufigsten wurde ein Gehalt zwischen 2.000€ und 2.250€ angegeben.

Da der Beschäftigungsumfang das Monatsgehalt beeinflusst, sollen nun die Gehälter für Vollzeit- und Teilzeitkräfte gegenübergestellt werden.

Hierbei zeigt sich erwartungsgemäß, dass die Verteilung bei Vollzeit in Richtung höherer Gehälter und die für Teilzeit in Richtung niedrigerer Gehälter tendiert. Das geringste Gehalt für Vollzeit liegt zwischen 1.000€ und 1.250€, das höchste zwischen 2.250 und 2.500€. Beinahe die Hälfte der in Vollzeit Tätigen verdient zwischen 2.000 und 2.250€ monatlich.

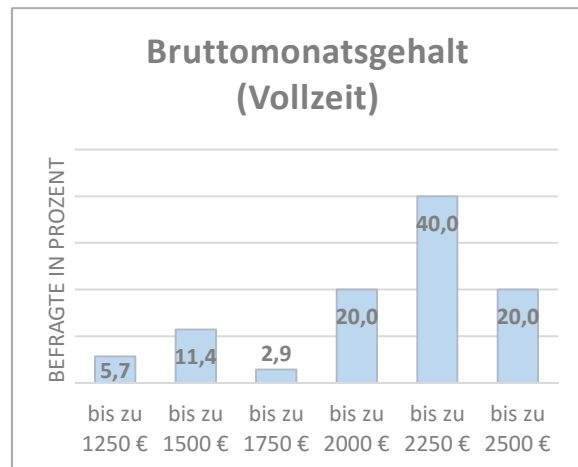


Abbildung 16 - Bruttomonatsgehalt Vollzeit

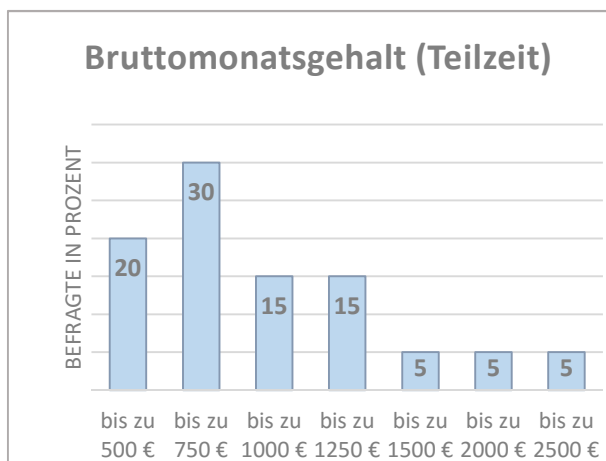


Abbildung 17 - Bruttomonatsgehalt Teilzeit

Die Spanne für Gehälter der Teilzeitkräfte ist größer, da hier auch eine größere Variation von wöchentlicher Stundenanzahl besteht; denn sowohl Personen, die auf Minijobbasis arbeiten, als auch Angestellte, die bis zu 30 TE pro Woche leisten, fallen in die Kategorie Teilzeitkräfte. Über die Hälfte der in Teilzeit Angestellten verdient zwischen 750€ und 1.250€ monatlich. Die Kategorie, die am zweithäufigsten gewählt

wurde, ist ‚bis zu 500€‘. Darin sind die Teilzeitkräfte auf Minijobbasis enthalten. Über 1.250€ verdienen nur 15% der Teilzeitkräfte.

Maximaler Stundenlohn

Um eine bessere Vergleichbarkeit innerhalb der Stichprobe herzustellen und den Arbeitsumfang bei Überlegungen zur Vergütung zu berücksichtigen, wird der maximale Stundenlohn betrachtet.

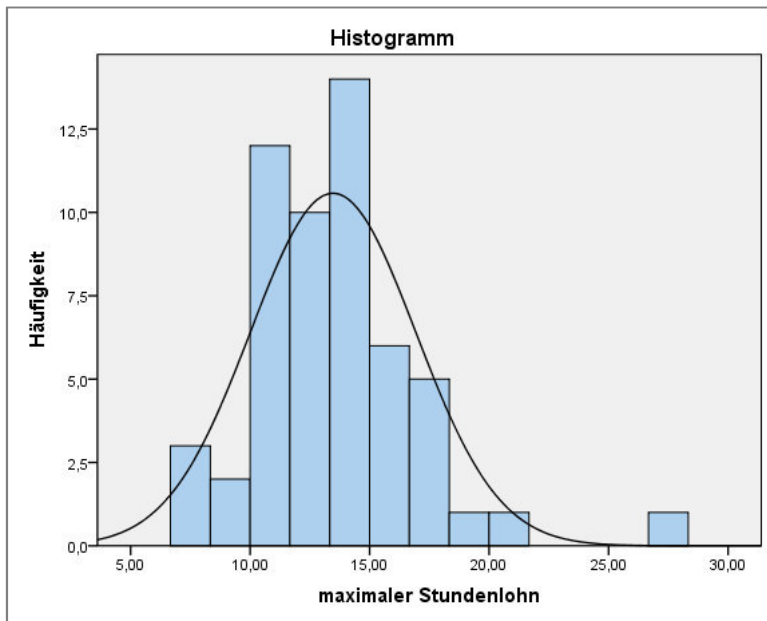


Abbildung 18 - Verteilung max. Stundenlohn gesamt

Der maximale Stundenlohn wurde aus dem minimalen Arbeitsumfang und dem maximalen Monatsgehalt errechnet und ist daher als Obergrenze zu bewerten. Es besteht also Spielraum nach unten und man kann davon ausgehen, dass der reale Stundenlohn niedriger ist, als die hier angegebenen Obergrenzen.

Betrachtet man zunächst die Verteilung des maximalen Stundenlohns für die gesamte Stichprobe, so ist festzustellen, dass sie einer Normalverteilung ähnelt.

Nimmt man nur die Vollzeitkräfte in die Statistik auf, so nähert sich die Verteilung der Normalverteilung weiter an.

Der Mittelwert für die gesamte Stichprobe ist also etwas weniger aussagekräftig als der Mittelwert für Vollzeitkräfte. Der Durchschnitt für den maximalen Stundenlohn beträgt für die gesamte Stichprobe 13,47€ bei einer Standardabweichung von 3,46. Der Median liegt bei 13,44€ und ist daher unwesentlich geringer, als der Durchschnittswert. Für die Vollzeitkräfte liegt der Durchschnitt bei 13,38€ mit einer Standardabweichung von 2,48.

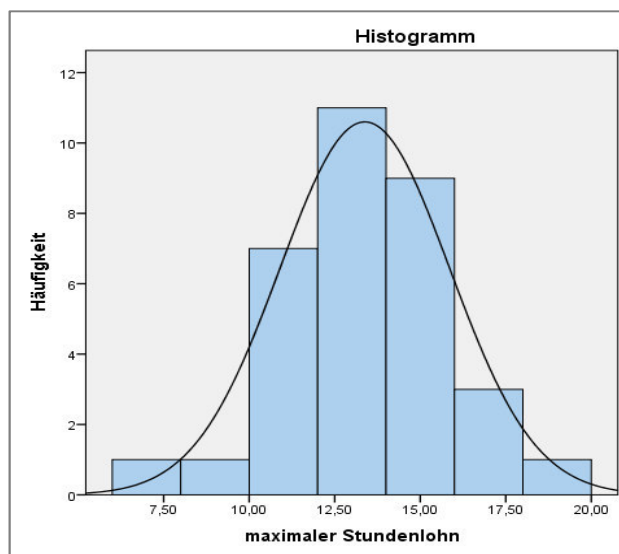


Abbildung 19 - Verteilung max. Stundenlohn Vollzeit

Das Minimum des Stundenlohns für die gesamte Stichprobe beträgt 6,27€, das Maximum beträgt 27,70€. Es ist davon auszugehen, dass der maximale Wert verfälscht ist und durch ungenaue oder fehlerhafte Angaben der befragten Person zustande kam, da es sich hier um einen Extremwert handelt. Das Minimum ist so gering, dass es unter dem gesetzlichen Mindestlohn liegt. Unter den Daten befinden sich in der Tat drei Fälle, deren Stundenlohn unter dem Mindestlohn liegt. Die

entsprechenden Personen verdienen ihren Angaben zufolge zwischen 1000€ und 1500€ Brutto bei einer Vollzeitbeschäftigung und führen zwischen 38 und 42 TE pro Woche durch.

Vergütung je Therapieeinheit

Eine weitere Möglichkeit, die Vergütung vergleichbar zu machen, besteht darin, das Monatsgehalt auf die monatlichen TE umzurechnen. Dabei wird jedoch die Arbeitszeit, die auf patientenferne Tätigkeiten entfällt, nicht berücksichtigt. Da aber die TE-Anzahl keine theoretische Größe ist, wie z.B. der minimale Arbeitsumfang, sind die errechneten Werte genauer.

Durchschnittlich verdienen die Befragten 12,37€ pro TE bei einer Standardabweichung von 3,56. Der Median beträgt 12,03€. Diese Werte legen nahe, dass der reale Stundenlohn im Durchschnitt deutlich geringer ausfällt als der errechnete maximale Stundenlohn, da die Arbeitszeit ja nicht nur aus der reinen Therapiezeit besteht. Der Lohn pro TE ist in der Stichprobe nicht normalverteilt.

4.4 Zusammenfassung

Die wichtigsten Daten der Stichprobe sollen hier noch einmal kurz aufgegriffen und zusammengefasst werden.

Im Schnitt arbeiten die Befragten in Vollzeitstellung wöchentlich 31 Stunden und 18 Minuten am Patienten. Befragte in Teilzeit verbringen damit durchschnittlich 12 Stunden und 54 Minuten pro Woche. Das durchschnittliche Minimum patientenferner Arbeit beträgt 5 Stunden und 48 Minuten pro Woche bei Vollzeit bzw. 3 Stunden und 54 Minuten pro Woche bei Teilzeit. Das Verhältnis der Arbeit am Patienten zu patientenfernen Tätigkeiten kann in Zeiteinheiten folgendermaßen beschrieben werden: Für 60 Minuten Arbeit am Patienten fallen bei einer Vollzeitbeschäftigung mindestens 12 Minuten patientenferner Arbeit an, sehr wahrscheinlich jedoch mehr. Bei einer Teilzeitbeschäftigung ist der Zeitaufwand für patientenferne Tätigkeiten im Verhältnis zur Therapiezeit höher als bei einer Vollzeitbeschäftigung.

Die patientenfernen Tätigkeiten beinhalten: Vor- und Nachbereitung, Bürotätigkeiten, Teamsitzungen, Wegstrecken, Pflege und Ordnung der Praxisräume und Materialpflege.

Für Vor- und Nachbereitung außerhalb der Arbeitszeit benötigen die meisten Befragten zwischen einer und zwei Stunden und für Bürotätigkeiten bis zu 3 Stunden pro Woche. Zu den am häufigsten angegebenen Bürotätigkeiten gehören das Schreiben von Patientenberichten, Terminabsprachen, die Kommunikation mit medizinischen Berufsgruppen und das Überprüfen von Rezepten auf Fehler sowie die Aufnahme von Neuanmeldungen, das Einbestellen neuer Patienten und das Abhören des Anrufbeantworters.

Teamsitzungen finden beim Großteil der Befragten einmal pro Woche statt.

Für Wegstrecken brauchen die meisten Befragten wöchentlich zwischen unter einer Stunde und vier Stunden.

Bezahlter Urlaub liegt bei den meisten Befragten über dem Mindestanspruch von vier Wochen, doch ganze 20% erhalten nicht einmal diesen.

Zu finanziellen Zuwendungen trafen nur 58% eine Aussage: Über die Hälfte davon erhalten keine. Die meisten Befragten erhalten Fortbildungstage, jedoch gaben nur 20% an, Fortbildungszuschüsse zu erhalten. Weitere 20% gaben an, keine finanzielle Unterstützung bei Fortbildungskosten zu bekommen und die übrigen 20% waren sich nicht sicher.

80% der Befragten planen Pufferstunden ein, um Minusstunden zu vermeiden. Diese entstehen bei den meisten Befragten durch Abwesenheit bzw. Absage des Patienten.

Letztendlich verdienen die meisten Befragten in Vollzeit zwischen 1.750€ und 2.500€ brutto im Monat. Daraus ergibt sich ein maximal möglicher Stundenlohn von durchschnittlich 13,38€. Somit kann davon ausgegangen werden, dass der reale Stundenlohn tatsächlich geringer ist als 13,38€. Dafür spricht auch der errechnete Lohn pro Therapieeinheit, dessen Median bei 12,03€ liegt.

5. Diskussion und Ausblick

Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert und das methodische Vorgehen im Hinblick auf die Forschungsfrage reflektiert. Darauf folgt ein Ausblick auf weitere Untersuchungen und die allgemeine Arbeitssituation der LogopädInnen.

5.1 Gehaltsvergleich

Das Bruttomonatsgehalt der Befragten in Vollzeit soll mit den Gehaltsstufen des TVöD²⁴ verglichen werden. Hierzu wird das Grundentgelt der entsprechenden Entgeltgruppen zu Rate gezogen.

LogopädInnen mit abgeschlossener Berufsausbildung würden beim TVöD in die Entgeltgruppen 5 bis 9 fallen. Für akademisierte LogopädInnen gelten die Gruppen 9 bis 15, abhängig von der Wertigkeit des akademischen Abschlusses (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2013).

²⁴ Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes

Im TVöD würde dies für LogopädInnen mit Berufsausbildung ein monatliches Grundentgelt zwischen 2.146€ und 2.680€ ergeben. Bei einem Bachelorabschluss läge das monatliche Grundentgelt zwischen 2.587€ und 3.469€ und bei einem Masterabschluss zwischen 3.490€ und 4.637€. In der Stichprobe erreichen 60% ein Gehalt zwischen 2000€ und 2500€. Damit befinden sie sich noch unterhalb des höheren Grundentgelts für ArbeitnehmerInnen mit Berufsausbildung. 40% der Befragten verdienen in Vollzeit sogar weniger als die unterste Grenze des Grundentgelts für ArbeitnehmerInnen mit Berufsausbildung im TVöD. Trotz vorhandener Bachelor- und Masterabschlüsse erreicht also keine einzige Person in der Stichprobe nur annähernd ein Gehalt, das im TVöD dem Entgelt für ArbeitnehmerInnen mit akademischem Abschluss entspricht.

5.2 Verstöße gegen das Arbeitsrecht

In den Ergebnissen der Befragung zeigten sich Verstöße gegen geltendes Arbeitsrecht. Dazu gehört zunächst einmal der Jahresurlaub von unter vier Wochen (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016, 57), den einige Befragte angaben. Diese Angaben legen den Schluss nahe, dass sowohl ArbeitgeberInnen, als auch ArbeitnehmerInnen über das Arbeitsrecht nicht ausreichend informiert sind. Dabei liegt es in der Pflicht der ArbeitgeberInnen, Arbeitsverträge in Übereinstimmung mit den geltenden Arbeitsgesetzen zu schließen und sich über das Arbeitsrecht zu informieren. Betrachtet man die 20% der Befragten näher, die nicht den gesetzlichen Mindesturlaub erhalten, stellt sich heraus, dass sie sowohl in Teil- als auch in Vollzeit tätig sind. Daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass in Bezug auf Urlaubsregelungen eine Diskriminierung von Teilzeitkräften zugrunde liegt.

Ein weiterer Verstoß besteht in der Berechnung von Minusstunden zu Lasten der ArbeitnehmerInnen. Dies betrifft einen sehr großen Teil der Stichprobe, denn 80% der Befragten gaben an, Pufferstunden einzuplanen. Diese dienen dazu, eben solche Minusstunden zu vermeiden.

Allerdings werden dadurch erstandene Überstunden meist auch abgefeiert bzw. ausgezahlt. Dennoch sollten den ArbeitnehmerInnen keine Minusstunden entstehen, wenn Therapien ausfallen. Dies liegt im Unternehmerrisiko des Praxisinhabers/ der Praxisinhaberin (vgl. ebd., 31) In der Stichprobe scheint es hingegen verbreitet zu sein, dieses Risiko auf die ArbeitnehmerInnen zu übertragen. Die Berechnung von Minusstunden an Feiertagen oder bei Erkrankung der ArbeitnehmerInnen ist ebenso gesetzeswidrig (vgl. ebd., 43 + 46) wie bedenklich und zeigt sich vereinzelt auch in der Stichprobe.

5.3 Schlussfolgerungen

Insgesamt sind die Angaben der Befragten sehr vielfältig, sodass keine generelle Tendenz erkennbar ist. Dennoch ist nicht zu übersehen, dass einige Tätigkeiten in der Vergütung häufig unberücksichtigt bleiben. Das Bruttomonatsgehalt als solches ist gering, wohingegen finanzielle Zuwendungen durchaus vorkommen und der bezahlte Jahresurlaub in den meisten Fällen die Mindestgrenze von vier Wochen übersteigt.

Die folgenden Tabellen fassen relevante Daten zur Vergütung zusammen, um einen Überblick zu gewährleisten²⁵.

	Vor- und Nachbereitung	Fahrtzeit	Teamsitzungen	Bürotätigkeiten
bezahlt	39%	54%	53%	19%
unbezahlt	57%	46%	45%	81%

Tabelle 4 - Vergütung patientenferner Tätigkeiten

Patientenferne Tätigkeiten werden zum Teil vergütet, zum Teil nicht. Es scheint, dass sich die fehlende Vergütung patientenferner Arbeit durch die Krankenkassen in vielen Arbeitsverträgen widerspiegelt. Vor allem Bürotätigkeiten werden selten vergütet. Die Vor- und Nachbereitung, die durch die Vergütungssätze der Krankenkassen für Therapieeinheiten mit abgedeckt sein sollte, ist dennoch in den meisten Fällen unbezahlt.

	Fortbildungstage	Fortbildungszuschüsse	Finanzielle Zuwendungen	Kilometergeld	Dienstfahrzeug
ja	75%	40%	48%	79%	9%
nein	15%	20%	52%	21%	77% ²⁶

Tabelle 5 - Weitere Vergütungen

Während Fortbildungstage und Kilometergeld den meisten Befragten gewährt werden, gilt dies nicht für Fortbildungszuschüsse und finanzielle Zuwendungen. Besonders fällt auf, dass kaum Angestellte über ein Dienstfahrzeug für Hausbesuche verfügen und damit lediglich durch die Kilometerpauschale finanzielle Unterstützung für die dadurch entstehenden Privatkosten erhalten. Diese Kosten beinhalten im Falle von Angestellten mit privatem PKW z.B. Benzinkosten, Versicherungsbeiträge und Instandhaltung des PKW. Für Personen, die die öffentlichen Verkehrsmittel nutzen, fallen Kosten für Tickets an.

²⁵ Einige der Prozente ergeben zusammengerechnet unter 100%. In diesen Fällen kreuzten einige Befragte eine dritte Option an, die nicht in der Tabelle dargestellt wird.

²⁶ Dies beinhaltet nur Befragte, die mit dem eigenen PKW oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu Hausbesuchen fahren.

Letztendlich ist es vielen Angestellten selbst überlassen für berufliche Fortbildungskosten aufzukommen und finanzielle Zuwendungen sind nicht selbstverständlich.

Es ist nicht klar, inwieweit die Ergebnisse der Stichprobe Aufschluss über die Grundgesamtheit aller LogopädInnen im Rhein-Main-Gebiet geben. Allerdings ist zu vermuten, dass die LogopädInnen der Stichprobe denselben Unmut über die Vergütungssituation empfinden wie die übrigen LogopädInnen in Deutschland. Kommentare, die einige Befragte im offenen Textfeld für letzte Anmerkungen hinterließen, machen dies deutlich.

Eine Person sprach ihre Hoffnung aus, dass die Umfrage sich positiv auf die Vergütung von LogopädInnen auswirken könne. Eine weitere merkte an, dass ihr die Freude am Beruf teilweise vergehe, wenn sie an die geringe Bezahlung denke. Auch Unmut über die Arbeitgeberin, die weniger Lohn bezahle als gerechtfertigt sei, wurde in einem Kommentar ausgesprochen. Besonders deutlich wird die Situation jedoch durch folgenden Kommentar:

„Krankenstand ist immer ein moralisches Problem, weil ich das Gefühl habe nicht krank sein zu dürfen, um die Praxis nicht in Geldnot zu bringen.“

Vor dem Hintergrund dieser Kommentare kann zumindest der Schluss gezogen werden, dass einige Personen in der Stichprobe mit der derzeitigen Situation unzufrieden sind. Die Ergebnisse zu Vergütung und Arbeitsumfang untermauern diesen Eindruck und lassen vermuten, dass die geschilderten individuellen Eindrücke auch auf eine größere Zahl von LogopädInnen übertragbar sind.

5.4 Reflexion der Vorgehensweise

Nachdem im letzten Kapitel die Ergebnisse der Umfrage zusammenfassend diskutiert wurden, sollen Überlegungen zur Vorgehensweise folgen. Dabei soll festgestellt werden, ob das methodische Vorgehen die Beantwortung der Fragestellung erlaubt. Vollständig lautete sie:

- *Wie gestalten sich das Arbeitsentgelt und der Arbeitsumfang angestellter LogopädInnen in freien Praxen des Rhein-Main-Gebiets?*
- *In welchem Verhältnis stehen dabei patientenferne Tätigkeiten und die Arbeit am Patienten?*

Um dies zu beurteilen, müssen einige Aspekte der Vorgehensweise in Betracht gezogen werden.

Das Convenience Sample wurde bereits erläutert, wodurch klar wurde, dass die Ergebnisse der Studie nicht auf die Grundgesamtheit übertragbar sind. Dies schränkt die Aussagen hinsichtlich

der Fragestellung natürlich ein, in der das Rhein-Main-Gebiet als Grundgesamtheit gewählt wurde.

Um fundierte Aussagen über die Grundgesamtheit zu ermöglichen, hätte eine andere Vorgehensweise gewählt werden müssen, die jedoch den Rahmen einer Bachelorarbeit gesprengt hätte. Um etwa Befragte nach dem Zufallsprinzip auswählen zu können, hätte eine Liste aller LogopädInnen im Rhein-Main-Gebiet vorliegen müssen. Eine solche Liste existiert jedoch nicht. Bestenfalls hätten also unvollständige Listen als Grundlage gedient. Hierfür käme beispielsweise das Verzeichnis des dbl in Frage. Dort sind allerdings nur Mitglieder des dbl zu finden, die ihre Kontaktdaten für das Verzeichnis frei gegeben haben. Um weitere LogopädInnen und auch SprachtherapeutInnen u.ä. zu erreichen, wäre eine Recherche im Internet und Branchenbüchern nötig gewesen. So hätte man allerdings auch nur diejenigen erreicht, die eine entsprechende Eintragung veranlasst haben.

Letztendlich wäre also eine Liste vieler möglicher Probanden entstanden, aus der zufällig Personen ausgewählt worden wären.

Dies hätte sicherlich die Repräsentativität der Ergebnisse erhöht. Schlüsse auf die Grundgesamtheit wären dennoch nicht sicher genug und die Rekrutierung von Befragten im Verhältnis sehr viel aufwändiger gewesen.

Ein weiterer Aspekt, der sich darauf auswirkt, wie eingehend die Forschungsfrage beantwortet werden kann, ist die Konzipierung des Fragebogens. Retrospektiv ist deutlich geworden, dass die Ausführlichkeit des Fragebogens im Ergebnisteil nicht abgebildet werden konnte. Dort wurden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst. Weitere Analysen der Daten hätten den Rahmen einer Bachelorarbeit gesprengt.

Der Fragebogen war also ergiebig und hätte noch weitere interessante Ergebnisse geliefert. Im gegebenen Rahmen wäre es aber durchaus möglich gewesen den Fragebogen kürzer zu gestalten, da einige Fragen bei der Auswertung keine Erwähnung fanden.

Die Inhalte des Fragebogens hätten also enger gefasst werden können, ohne die Beantwortung der Forschungsfrage zu gefährden. Allerdings fiel bei der Auswertung auf, dass einige Antwortformate den Befragten entgegen kamen, aber zu Ungunsten der Auswertung konzipiert waren. Manche Fragen, die in Kategorien beantwortet werden konnten, hätten womöglich genauere Ergebnisse geliefert, wenn stattdessen eine offene Texteingabe genutzt worden wäre. Dies hätte jedoch das Risiko beinhaltet, die Befragten zu überfordern.

Dies betraf vor allem Fragen zum zeitlichen Arbeitsumfang. Gab eine Person etwa an, zwischen einer und drei Stunden für eine Tätigkeit zu benötigen, so konnte daraus keine genaue Zeitangabe errechnet werden. Letztlich wurde das Problem gelöst, indem alle Angaben abgerundet wurden. Die Genauigkeit hätte durch kleinschrittigere Kategorien gesteigert werden können. Bei einer offenen Texteingabe hätten sowohl genaue Angaben als auch falsche Angaben zustande kommen können, da manche Befragte womöglich überfordert gewesen wären.

Bei der Einschätzung des Verhältnisses zwischen patientenfernen Arbeiten und der Arbeit im direkten Patientenkontakt sollten die Ergebnisse ergänzend betrachtet werden. Das numerisch beschriebene Verhältnis gibt nur Werte für den minimalen Arbeitsumfang patientenferner Tätigkeiten an. Dies lässt den sicheren Schluss zu, dass patientenferne Tätigkeiten in der Realität mehr Zeit beanspruchen. Allerdings ist nicht zu erkennen, wie viel mehr tatsächlich benötigt wird. Daher ist es unerlässlich, die Ergebnisse zu einzelnen Tätigkeiten ebenfalls zu berücksichtigen, und sich nicht auf den Gesamtwert für alle Tätigkeiten zu beschränken.

Für die Ergebnisse zur Vergütung gilt das gleiche. Auch hier ergibt sich ein differenziertes Bild, wenn alle Ergebnisse miteinander verglichen werden. Der maximal mögliche Stundenlohn als Variable lässt die Aussage zu, dass die Befragten definitiv weniger verdienen als den angegebenen Wert. Das in Kategorien angegebene Bruttomonatsgehalt zeichnet, unabhängig vom Arbeitsumfang, ein genaues Bild der Vergütungssituation.

Abschließend kann also festgestellt werden, dass die Ergebnisse für die Stichprobe, jedoch nicht mit ausreichender Sicherheit für die Grundgesamtheit gelten. Dennoch bieten sie eine interessante und impulsgebende Grundlage für weiterführende Untersuchungen zum gegebenen Thema.

5.5 Ausblick

Da die Fragestellung für die gegebene Stichprobe beantwortet werden konnte, bestünde der nächste Schritt darin, Hypothesen für die Grundgesamtheit zu formulieren und zu überprüfen. Diese müssten anhand einer repräsentativen Stichprobe überprüft werden. Mögliche Hypothesen könnten folgendermaßen lauten:

- Der Stundenlohn beträgt in der Grundgesamtheit weniger als 13,38€.
- In der Grundgesamtheit ist es verbreitet, patientenferne Tätigkeiten nicht zu vergüten.
- In der Grundgesamtheit führen Vollzeitkräfte durchschnittlich 42TE pro Woche durch.

- Der Arbeitsaufwand für patientenferne Tätigkeiten ist in der Grundgesamtheit für Teilzeitkräfte verhältnismäßig höher als für Vollzeitkräfte.
- Pro Stunde am Patienten fallen in der Grundgesamtheit über 12 Minuten patientenferner Arbeit an.
- Die Mehrzahl an LogopädInnen der Grundgesamtheit führt vielfältige Bürotätigkeiten durch.
- In der Grundgesamtheit bestehen gehäuft Verstöße gegen geltendes Arbeitsrecht.

Schließlich wäre es interessant, eine bundesweite Erhebung durchzuführen, um herauszufinden, ob für LogopädInnen in anderen Teilen Deutschlands eine ähnliche Arbeitssituation nachzuweisen ist.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Unzufriedenheit deutscher LogopädInnen weiter bestehen wird, wenn sich die Vergütungssituation nicht erheblich verbessert. Ferner ist es denkbar, dass auch Verstöße gegen das Arbeitsrecht weiterhin vorkommen, wenn diese nicht durch Vertreter der Berufsgruppe offen thematisiert werden.

Vermutlich stehen dem steigenden Bedarf an LogopädInnen (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V., 2013, 3) und der bereits lückenhaften Versorgung von Patienten (vgl. Rosenthal, 2009, 40) weiterhin schlechte Arbeitsverträge gegenüber.

Literaturverzeichnis

Aschoff, F. (2015a). Laut! Auch im Interesse unserer Patienten. Therapeuten gehen in Leipzig auf die Straße. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 15(67), 17-18.

Aschoff, F. (2015b). Therapeuten-Demo geplant – Gibt es Zusammenarbeit?. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 15(67), 20-21.

Baur, N. & Florian M. J. (2009). Stichprobenprobleme bei Online-Umfragen. In T. Zerback (Hrsg.), *Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung*. (109-128). Wiesbaden: VS Verlag.

Benninghaus, H. (2007). *Deskriptive Statistik. Eine Einführung für Sozialwissenschaftler. Studienskripten zur Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag.

Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Bundesministerium des Innern. (2014) *Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst*. Retrieved from http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/Moderne-Verwaltung/Dienstrecht/TVoeD-Tarifbeschaeftigte/Tarifvertragstexte/tarifvertragstexte_node.html [24.06.2016]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016). *Arbeitsrecht. Informationen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer*. Broschüre. Retrieved From <http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a711-arbeitsrecht.html>.

Bündnis Gesundheit 2000 (2013). *Resolution. Wichtige gesundheitspolitische Themen jetzt angehen*. Retrieved from <http://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/resolution-buendnis-gesundheit-2000-wichtige-gesundheitspolitische-themen-jetzt-angehen/> [24.06.16]

Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (2013a). *Kommunikation ist unser Leben*. Retrieved from <https://www.dbl-ev.de/kommunikation-sprache-sprechen-stimme-schlucken/kommunikation-ist-unser-leben.html> [24.06.2016]

Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (2013b). *Logopädie - Ausbildung und Beruf. Daten und Fakten*. Broschüre. Retrieved From <https://www.dbl-ev.de/service/links/ausbildung-und-studium.html> [24.06.2016]

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2013c). *Nach der Wahl geht's weiter. Petitionsausschuss soll sich mit der Petition von Christiane Schrick befassen*. Retrieved from <https://www.dbl-ev.de/service/meldungen/einzelansicht/article/das-thema-ist-nicht-vom-tisch.html?L=0&cHash=5a7ccd6be03f9d4fc30c0a6c51a11ebe> [24.06.2016]

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2013d). *Unsere Mitglieder*. Retrieved from <https://www.dbl-ev.de/der-dbl/der-verband/unsere-mitglieder.html> [24.06.2016]

Feit, M. (2014). Über 1000 LogopädInnen demonstrieren für faire Vergütung. *Forum Logopädie*, 14(28), 44.

Gabler (2010). *Gabler Kompaktlexikon Wirtschaft. 4500 Begriffe nachschlagen, verstehen, anwenden*. Wiesbaden: Gabler.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011a). *Heilmittelkatalog*. Retrieved from <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/heilberufe/heimmittelrichtlinien/> [24.06.2016]

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011b). *Heilmittelrichtlinie*. Retrieved from <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/heilberufe/heimmittelrichtlinien/> [24.06.2016]

Kuckartz, U., Ebert T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2009). *Evaluation Online. Internetgestützte Befragung in der Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag.

Lauer, N. (2014). Gestern Arbeit – heute Beruf – morgen Profession?. *Forum Logopädie*, 14(28), 25-27.

Leiner, D. J. (2014). *Convenience Samples from Online Respondent Pools: A Case Study of the SoSci Panel*. Retrieved From [https://www.researchgate.net/publication/259669050 Convenience Samples from Online Respondent Pools A case study of the SoSci Panel](https://www.researchgate.net/publication/259669050_Convenience_Samples_from_Online_Respondent_Pools_A_case_study_of_the_SoSci_Panel) [24.06.2016]

Netzwerk Deutsche Gesundheit e. V. (o.J.). *Rhein-Main Region. Zahlen, Daten und Fakten*. Retrieved from <http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/regionen/gesundheitswirtschaft-rhein-main/> [24.06.2016]

Porst, R. (2011). *Der Fragebogen. Ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden: VS Verlag.

Pötschke, M. (2009). Potentiale von Online-Befragungen: Erfahrungen aus der Hochschulforschung. In T. Zerback (Hrsg.), *Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung* (75-90). Wiesbaden: VS Verlag.

Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2010). *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS / PASW-Auswertung*. Wien: Facultas Verlag.

Regionalverband FrankfurtRheinMain (o.J.). *Die Region FrankfurtRheinMain in Zahlen und Fakten*. Retrieved from http://www.region-frankfurt-rheinmain.de/index.php?article_id=8 [24.06.2016]

Rosenthal, L. (2009). Erst fehlt das Geld, dann fehlen die Worte!. Freiberufliche LogopädInnen fordern faire Preise für gute Leistungen. *Forum Logopädie*, 09(23), 40.

Saumure, K. & Given, L. M. (2008). Nonprobability Sampling. In L. M. Given (Hrsg.), *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods: Volumes 1 & 2* (562). Los Angeles, London, New Dheli, Singapore: Sage.

Schweitzer, A. (2016). *Zusammenfassung der Demo in Kiel*. Retrieved from <http://bund-vereinter-therapeuten.de/zusammenfassung-der-demo-in-kiel/> [24.06.2016]

SoSci Survey GmbH (2016). *Zusätzliche Variablen in der Datenausgabe. Qualitätsindikatoren*. Retrieved from <https://www.soscisurvey.de/help/doku.php/de:results:variables> [24.06.2016]

Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (2014). *Heilmittel in Zahlen*. Retrieved from <http://www.shv-heilmittelverbaende.de/present-et-urna-turpis-sadips/> [24.06.2016]

Welker, M. & Matztat, U. (2009). Online-Forschung: Gegenstände, Entwicklung, Institutionalisierung und Ausdifferenzierung eines neuen Forschungszweiges. In T. Zerback (Hrsg.), *Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung*. (33-48). Wiesbaden: VS Verlag.

Wirtschaftsförderung Frankfurt RheinMain e. V. (2013). *Metropolregion*. Retrieved from http://www.region-frankfurt-rheinmain.de/index.php?article_id=8 [24.06.2016]

Zerback, T., Schoen, H., Jakob, N. & Schlereth, S. (2009). Zehn Jahre Sozialforschung mit dem Internet – Eine Analyse zur Nutzung von Online-Umfragen in den Sozialwissenschaften. In T. Zerback (Hrsg.), *Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung*. (15-32). Wiesbaden: VS Verlag.

Anhang I – Preislisten AOK und vdek nach Bundesländern.

(Auf nächster Seite)

Anlage 3

zum Rahmenvertrag gemäß § 125 Abs. 1 SGB V
über die Versorgung mit Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in Rheinland-Pfalz

vom 10.09.2003

zwischen

dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V., Frechen,
nachstehend **dbl** genannt,

dem Deutschen Bundesverband der akademischen
Sprachtherapeuten, Moers,
nachstehend **dbS** genannt

und

der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse, Eisenberg,

dem BKK-Landesverband Mitte, Hannover,

der IKK Südwest, Saarbrücken,

der Knappschaft, Bochum, vertreten durch die Regionaldirektion
Saarbrücken,

wird folgende

Preisvereinbarung

geschlossen:

**Schlüssel "Leistungserbringerguppe":
2309000**

Bundeseinheitliche Heilmittelpositionen-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung ab 01.07.2015
33010	<p>Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung</p> <p>Diese Position ist nur bei Behandlungsbeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich ohne gesonderte ärztliche Verordnung abrechenbar und vom Versicherten auf der Rückseite der Verordnung als Erstuntersuchung zu bestätigen.</p> <p>Am gleichen Tag kann keine therapeutische Behandlung durchgeführt und abgerechnet werden.</p> <p>Regelbehandlungszeit 60 Minuten</p>	54,36
33102	<p>Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung</p> <p>Einzelbehandlung (30 Minuten mit dem Patienten)</p>	25,82
33103	<p>Einzelbehandlung (45 Minuten mit dem Patienten)</p>	35,50
33104	<p>Einzelbehandlung (60 Minuten mit dem Patienten)</p>	45,16
33220	<p>Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung</p> <p>Zweier-Gruppe, je Patient (45 Minuten mit den Patienten)</p>	29,04
33223	<p>Zweier-Gruppe, je Patient (90 Minuten mit den Patienten)</p>	52,27
33222	<p>Gruppe mit 3 - 5 Patienten, je Patient (45 Minuten mit den Patienten)</p>	17,66
33224	<p>Gruppe mit 3 - 5 Patienten, je Patient (90 Minuten mit den Patienten)</p>	28,48
39933	<p>Hausbesuche in der Wohnung des Patienten</p> <p>Hausbesuchspauschale inkl. Wegegeld (Einsatzpauschale)</p> <p><u>Beschreibung:</u> Ärztlich verordneter Hausbesuch in der Wohnung des Patienten, sofern sich die Wohnung des Patienten nicht in einer Einrichtung i.S. der Beschreibung nach Pos.Nr.: 39934 und 39935 befindet.</p>	11,76
39901	<p>Hausbesuch bei großer Entfernung</p> <p><u>Beschreibung:</u> Ärztlich verordneter Hausbesuch in der Wohnung des Patienten i.S. der Beschreibung nach Pos.Nr.: 39933 Diese Position ist nur abrechnungsfähig, sofern die Entfernung von der Praxis zur Wohnung des Patienten mehr als 20 km beträgt und die Genehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt. Die zusätzliche Abrechnung der Pos.Nr.: 39933 ist in diesem Fall nicht möglich. Die Genehmigung der zuständigen Kasse ist aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes erforderlich. Eine Genehmigung kann prinzipiell nur erfolgen, wenn der nächstgelegene Therapeut aus wichtigen Gründen nicht in der Lage ist die Behandlung zu übernehmen.</p>	8,02

Bundeseinheitliche Heilmittelpositionen-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung ab 01.07.2015
39907	Wegegeld je km <u>Beschreibung:</u> Diese Position ist nur abrechnungsfähig, sofern die Entfernung von der Praxis zur Wohnung des Patienten mehr als 20 km beträgt und die Genehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt. Die Abrechnung ist nur in Verbindung mit der Position 39901 möglich.	0,32
39935	Hausbesuche in Einrichtungen Hausbesuchspauschale inkl. Wegegeld (Einsatzpauschale) <u>Beschreibung:</u> Ärztlich verordneter Hausbesuch. Diese Position ist abrechnungsfähig bei der Behandlung nur eines Patienten an einem Tag in einer Einrichtung (z.B. Altenheim, Behindertenwohnheim, Betreutes Wohnen etc.)	11,76
39934	Hausbesuchspauschale inkl. Wegegeld (Einsatzpauschale) <u>Beschreibung:</u> Ärztlich verordneter Hausbesuch. Diese Position ist abzurechnen bei der Behandlung mehrerer Patienten an einem Tag in einer Einrichtung (z.B. Altenheim, Behindertenwohnheim, Betreutes Wohnen etc.), je Patient. (Eine kombinierte Abrechnung mit der Position 39935 ist nicht möglich!)	7,80

§ 1

Allgemeine Bestimmungen

- (1) Die vorliegenden Preise gelten für alle ab dem 01.07.2015 ausgestellten vertragsärztlichen Verordnungen, soweit diese noch nicht abgerechnet wurden.
- (2) Die Beträge schließen die gesetzliche Mehrwertsteuer ein.
- (3) Mit den vereinbarten Preisen sind alle im Zusammenhang mit der logopädischen Behandlung erforderlichen Aufwendungen abgegolten.
- (4) Mit den vereinbarten Preisen sind zudem 10 Minuten Vor- und Nachbereitung, Dokumentation sowie die Beratung des Patienten und der Angehörigen mit abgegolten.
- (5) Bei einer Unterbrechung der Behandlung von mehr als 12 Wochen liegt ein neuer Behandlungsfall vor.
- (6) Der Zugelassene hat die von Versicherten gem. § 32 Abs. 2 SGB V zu leistende Zuzahlung einzuziehen.
- (7) Für Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sind die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 SGB V in der jeweiligen Fassung maßgeblich.

- (8) Die Abrechnung der Preise der Anlage 3 zum Rahmenvertrag vom 10.09.2003 setzt eine verbindliche Anerkennung des Rahmenvertrages mit allen Inhalten voraus. Sollte der Rahmenvertrag zum Zeitpunkt der erstmaligen Abrechnung nicht vorliegen, so kann er angefordert werden. Eine Unkenntnis der Bestimmungen kann nicht geltend gemacht werden.

§ 2
Geltungsbereich

Die Vereinbarung gilt für die Mitgliedskassen der im Rubrum dieser Vereinbarung aufgeführten Landesverbände.

§ 3
Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung vom 01.07.2015 in Kraft und kann mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende des Kalendervierteljahres frühestens zum 30.06.2016 durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.
- (2) Eine Kündigung des Rahmenvertrages vom 10.09.2003 berührt die Weitergeltung dieser Vereinbarung nicht.

Eisenberg, Frechen, Mainz, Moers, Saarbrücken, den 14.07.2015

Deutscher Bundesverband für
Logopädie e.V. (dbl)

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse
Dr. Irmgard Stippler, Vorstandsvorsitzende

Deutscher Bundesverband der
Akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs)

BKK-Landesverband Mitte
Regionalvertretung
Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz
Armin Schimsheimer

IKK Südwest
Prof. Dr. Jörg Loth, Vorstand

Knappschaft
Regionaldirektion Saarbrücken
Armin Beck, Leiter der Regionaldirektion

Anlage 3 zum Rahmenvertrag vom 01.01.2014

Vergütungsliste gemäß § 125 SGB V
für die Abrechnung stimm-, sprech-, sprachtherapeutischer
Leistungen

gültig vom 01.02.2016 bis 31.03.2017

für

Rheinland- Pfalz

zwischen

dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen,
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V., (dba) Hamburg

dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V., (dbl) Frechen

dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V., (dbs) Moers

(im Folgenden Berufsverbände genannt)

- einerseits -

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- DAK- Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V., Askanischer Platz 1,
10963 Berlin,
vertreten durch die Vorsitzende des Vorstandes

- andererseits -

Vergütungsliste nach § 125 SGB V

Schlüssel "Leistungserbringergruppe":

23 09 000

24 09 000 (vgl. Abrechnungshinweis Ziffer 8)

Bitte im maschinellen Datenaustausch angeben!!!

Pos.- Nr.	Leistungsbeschreibung (Za = Zuzahlungsanteil)	Preis in € ab 01.02. 2016	Za in €	Preis in € ab 01.05. 2016	Za in €
--------------	--	---------------------------------------	------------	---------------------------------------	------------

Erstbefundung

X3010	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung (nur einmal je Behandlungsfall abrechenbar)	66,43	6,64	66,43	6,64
-------	---	--------------	-------------	--------------	-------------

Einzelbehandlung

X3102	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung <u>Regelbehandlungszeit: 30 Min.</u> mit dem Patienten	24,36	2,44	25,33	2,53
X3103	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung <u>Regelbehandlungszeit: 45 Min.</u> mit dem Patienten	36,54	3,65	36,54	3,65
X3104	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung <u>Regelbehandlungszeit: 60 Min.</u> mit dem Patienten	44,29	4,43	44,87	4,49

Gruppenbehandlung

X3220	Stimm- , sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit bis zu 2 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 45 Min.</u> mit den Patienten	33,22	3,32	33,22	3,32
X3222	Stimm- , sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit 3 bis 5 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 45 Min.</u> mit den Patienten	22,14	2,21	22,14	2,21
X3223	Stimm- , sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit bis zu 2 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 90 Min.</u> mit den Patienten	45,40	4,54	49,98	5,00
X3224	Stimm- , sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit 3 bis 5 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 90 Min.</u> mit den Patienten	38,75	3,88	38,75	3,88

Sonstige Leistungen

X9933	Hausbesuch inkl. Wegegeld	13,02	1,30	13,02	1,30
-------	---------------------------	--------------	-------------	--------------	-------------

Erläuterungen zur Vergütungsliste

- (1) Die Beträge sind Bruttobeträge im Sinne des UStG. Mehrwertsteuer kann daher auch dann nicht zusätzlich berechnet werden, wenn der Zugelassene die Voraussetzungen des § 4 UStG nicht erfüllt.
- (2) In den umstehend aufgeführten Beträgen sind alle Nebenleistungen enthalten. Zusätzliche Forderungen oder Zuzahlungen dürfen nicht geltend gemacht werden.
- (3) § 32 Abs. 2 SGB V i.V. mit § 61 Satz 3 SGB V ist zu beachten. Die Zuzahlung beträgt 10 v. H. der Kosten der Heilmittel sowie 10 € je Verordnung (Rezept). Auch die Hausbesuchspauschale (X9933) ist zuzahlungspflichtig. Von der Zuzahlung ist nur der gesetzlich festgelegte Personenkreis befreit.
- (4) Die Vergütungssätze gelten ab 01.02.2016. Behandlungen auf Grundlage einer Erst- oder Folgeverordnung, die vor dem 01.02.2016 begonnen und nach dem 01.02.2016 beendet werden, können ebenfalls nach dieser Vergütungsliste abgerechnet werden.
- (5) Diese Vergütungsliste tritt am 01.02.2016 in Kraft. Sie kann durch die Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten, frühestens jedoch zum 31.03.2017 schriftlich gekündigt werden.
- (6) Alle zur Abrechnung bei den Ersatzkassen eingereichten ärztlichen Verordnungen (Muster 14, bei Zahnärzten/ Kieferorthopäden auch Muster 16) werden vom Zugelassenen in den Feldern "Gesamt- Brutto", "Heilmittel- Pos- Nr." und "Gesetzliche Zuzahlung" ausgefüllt. Kosten hierfür werden vom Zugelassenen nicht geltend gemacht.
- (7) Abhängig von der Art der Grundzulassung des Leistungserbringers ist das X in der ersten Stelle von der Heilmittelpositionsnummer wie folgt zu ersetzen:
 - "3" bei Logopäden, staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (Schule Schlaffhorst-Andersen) und staatlich geprüften Sprachtherapeuten
 - "4" bei den sonstigen Sprachtherapeuten.
- (8) Die Verwendung des Schlüssels "Leistungserbringergruppe" richtet sich nach der Grundzulassung des Therapeuten:
 - "23 09 000" bei Logopäden, staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (Schule Schlaffhorst-Andersen) und staatlich geprüften Sprachtherapeuten
 - "24 09 000" bei den sonstigen Sprachtherapeuten.
- (9) Mit der Vergütung der Erstbefundung (X3010) ist der im Einzelfall erforderliche Zeitaufwand abgegolten.
- (10) Mit der Hausbesuchspauschale (X9933) sind alle Kosten für den Hausbesuch einschließlich Wegegeld abgegolten. Weitere Kosten sind in diesem Zusammenhang nicht abrechenbar.

Unterschriftenseite zu der Vergütungsliste stimm-, Sprech- und sprachtherapeutischer Leistungen ab dem 01.02.2016

Berlin, Hamburg, Frechen und Moers, den

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Vorsitzende des Vorstandes

Deutscher Bundesverband der Atem-,
Sprech- und Stimmlehrer/innen,
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)

Deutscher Bundesverband für
Logopädie e.V. (dbl)

Deutscher Bundesverband der akademischen
Sprachtherapeuten e.V. (dbs)

Anlage 1
zum Rahmenvertrag vom 23. März 2015 über die Versorgung Berechtigter der Versicherungsträger mit Leistungen
der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in Hessen

Vereinbarung
über Vergütungssätze für stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Leistungen in Hessen

vom 23. März 2015

Zwischen

1. der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, Bad Homburg v. d. H.
2. dem BKK Landesverband Süd
Regionaldirektion Hessen, Frankfurt am Main
für die Betriebskrankenkassen
3. der IKK classic, Dresden

sowie

4. der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt
Frankfurt am Main

und

dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/ innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst - Andersen e.V. (dba)

dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)

dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs)

- in Vollmacht handelnd für ihre Mitglieder -

wird auf der Grundlage des § 125 Absatz 2 SGB V zum o. g. Rahmenvertrag folgende Vereinbarung geschlossen:

§ 1
Behandlungspreise

(1) Für die Behandlung von Berechtigten der Versicherungsträger gelten in Hessen ab **01. Mai 2015** folgende Höchstpreise:

**Abrechnungscode/ Tarifkennzeichen (kleines Schlüsselverzeichnis) 23 06 000 - Logopäden, Atem-, Stimm- und Sprechlehrer/ innen -
24 06 000 - Sprachheilpädagogen**

		<u>Gesamtbetrag</u>	<u>Kassenanteil</u>	<u>Versichertenanteil</u>
Pos. X3010	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung (Regelbehandlungszeit: 60 Minuten)	63,00 €	56,70 €	6,30 €
<u>Einzeltherapie</u>				
Pos. X3102	Einzelbehandlung (30 Minuten mit dem Patienten)	25,78 €	23,20 €	2,58 €
Pos. X3103	Einzelbehandlung (45 Minuten mit dem Patienten)	35,51 €	31,96 €	3,55 €
Pos. X3104	Einzelbehandlung (60 Minuten mit dem Patienten)	45,07 €	40,56 €	4,51 €
		<u>Gesamtbetrag</u>	<u>Kassenanteil</u>	<u>Versichertenanteil</u>
<u>Gruppentherapie - Vergütung je Patient -</u>				
Pos. X3220	Zweiergruppe (45 Minuten mit den Patienten)	30,88 €	27,79 €	3,09 €
Pos. X3222	Gruppe mit 3 – 5 Patienten (45 Minuten mit den Patienten)	15,44 €	13,90 €	1,54 €
Pos. X3223	Zweiergruppe (90 Minuten mit den Patienten)	61,76 €	55,58 €	6,18 €
Pos. X3224	Gruppe mit 3 – 5 Patienten (90 Minuten mit den Patienten)	30,88 €	27,79 €	3,09 €

<u>Ärztlich verordneter Hausbesuch</u>	<u>Gesamtbetrag</u>	<u>Kassenanteil</u>	<u>Versichertenanteil</u>
Pos. X9901 Zuschlag	8,72 €	7,85 €	0,87 €
Pos. X9902 bei Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (auch z. B. Altenheime) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang	4,40 €	3,96 €	0,44 €
Pos. X9907 Wegegebühr je Kilometer	0,30 €	0,27 €	0,03 €

- (2) Art und Umfang der Behandlung richten sich nach der Leistungsbeschreibung (Anlage 2 zu dem Rahmenvertrag).
- (3) Mit den in § 1 genannten Vergütungssätzen sind alle im Zusammenhang mit der stimm-, sprech- und sprachtherapeutischen Behandlung erforderlichen Aufwendungen (z. B. Vor- und Nachbereitung, Atemtherapie) abgegolten (Endpreis).
- (4) Die Position X3010 ist je Behandlungsfall (siehe Absatz 7) nur einmal abrechenbar und ist vom Versicherten auf der Rückseite der Verordnung unter Angabe des Datums als Erstbefundung (EB/BE) zu bestätigen.
Am gleichen Tag kann keine therapeutische Behandlung durchgeführt und abgerechnet werden.
- (5) Der Versicherte hat die Wahl zwischen den zwei nächsterreichbaren Leistungserbringern.
Für die Berechnung der Wegegebühren ist die Kilometerzahl der kürzesten Wegstrecke von der Praxis bis zum Patienten zugrunde zu legen.
Beträgt die Entfernung zwischen der Praxis des Leistungserbringers und der Stelle der Leistungserbringung bis zu 2 km, so sind die Wegegebühren mit dem Zuschlag (X9901) abgegolten.
- Werden im zeitlichen Zusammenhang mehrere Personen behandelt, so können nur die Wegegebühren für die tatsächlich gefahrenen Kilometer angesetzt werden; sie sind anteilig zu berechnen.
- Ist Sitz und Ort der Leistungserbringung der gleiche, entfällt die Hausbesuchspauschale inkl. des Wegegeldes.
- (6) Die Durchführung der Verordnung erfolgt aufgrund der jeweils gültigen Heilmittel-Richtlinie.

- (7) Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Heilmitteln als erneuten Regelfall/ Behandlungsfall auslösen, wenn nach einer Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von 12 Wochen abgelaufen ist.
- (8) Bei der Abrechnung der einzelnen Positionen ist der Tag der Leistungserbringung anzugeben.

§ 2 Leistungsbeschreibung

Die Anlage 2 zum Rahmenvertrag (Leistungsbeschreibung) gilt in der zum 01. Mai 2015 vereinbarten Fassung.

§ 3 Gültigkeit der Vereinbarung

Diese Vereinbarung gilt für alle Versicherten der unter Nrn. 1 - 4 (Rubrum) aufgeführten Krankenkassen.

§ 4 Datenschutz

Die Vertragspartner sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekanntzugeben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

§ 5 Abrechnung nach § 302 SGB V

Für die Abrechnung gelten die Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

§ 6
Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01. Februar 2015 in Kraft. Sie kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 3 Monaten, erstmals zum 31. Januar 2016 gekündigt werden. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.
- (2) Für die Zeit bis 30. April 2015 gelten die Preise der bisherigen Preisvereinbarung vom 05. Dezember 2013 in Verbindung mit dem Rahmenvertrag vom 16. Dezember 2005 weiter. Die Preise nach § 1 Abs. 1 gelten für alle ab dem 01. Mai 2015 ausgestellten Verordnungen.
- (3) Bis zum Abschluss einer neuen Preisvereinbarung gelten die Bestimmungen dieser Vereinbarung weiter fort.

Bad Homburg, Dresden, Frankfurt/Main, Frechen, Hamburg, Moers, den 23. März 2015

Deutscher Bundesverband der Atem- , Sprech- und Stimmlehrer/ innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)

BKK Landesverband Süd

Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs)

IKK classic, Dresden

Knappschaft
Regionaldirektion Frankfurt

Anlage 3 zum Rahmenvertrag vom 01.01.2014

Vergütungsliste gemäß § 125 SGB V
für die Abrechnung stimm-, sprech-, sprachtherapeutischer
Leistungen

gültig vom 01.02.2016 bis 31.03.2017

für

Hessen

zwischen

dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen,
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V., (dba) Hamburg

dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V., (dbl) Frechen

dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V., (dbs) Moers

(im Folgenden Berufsverbände genannt)

- einerseits -

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- DAK- Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V., Askanischer Platz 1,
10963 Berlin,
vertreten durch die Vorsitzende des Vorstandes

- andererseits –

Vergütungsliste nach § 125 SGB V

Schlüssel "Leistungserbringergruppe":

23 06 000

24 06 000 (vgl. Abrechnungshinweis Ziffer 8)

Bitte im maschinellen Datenaustausch angeben!!!

Pos.- Nr.	Leistungsbeschreibung (Za = Zuzahlungsanteil)	Preis in € ab 01.02. 2016	Za in €	Preis in € ab 01.05. 2016	Za in €
--------------	--	---------------------------------------	------------	---------------------------------------	------------

Erstbefundung

X3010	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung (nur einmal je Behandlungsfall abrechenbar)	66,43	6,64	66,43	6,64
-------	---	--------------	-------------	--------------	-------------

Einzelbehandlung

X3102	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung <u>Regelbehandlungszeit: 30 Min.</u> mit dem Patienten	24,36	2,44	25,31	2,53
X3103	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung <u>Regelbehandlungszeit: 45 Min.</u> mit dem Patienten	36,54	3,65	36,54	3,65
X3104	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung <u>Regelbehandlungszeit: 60 Min.</u> mit dem Patienten	44,29	4,43	44,81	4,48

Gruppenbehandlung

X3220	Stimm- , sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit bis zu 2 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 45 Min.</u> mit den Patienten	33,22	3,32	33,22	3,32
X3222	Stimm- , sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit 3 bis 5 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 45 Min.</u> mit den Patienten	22,14	2,21	22,14	2,21
X3223	Stimm- , sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit bis zu 2 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 90 Min.</u> mit den Patienten	45,40	4,54	56,31	5,63
X3224	Stimm- , sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit 3 bis 5 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 90 Min.</u> mit den Patienten	38,75	3,88	38,75	3,88

Sonstige Leistungen

X9933	Hausbesuch inkl. Wegegeld	13,02	1,30	13,02	1,30
-------	---------------------------	--------------	-------------	--------------	-------------

Erläuterungen zur Vergütungsliste

- (1) Die Beträge sind Bruttobeträge im Sinne des UStG. Mehrwertsteuer kann daher auch dann nicht zusätzlich berechnet werden, wenn der Zugelassene die Voraussetzungen des § 4 UStG nicht erfüllt.
- (2) In den umstehend aufgeführten Beträgen sind alle Nebenleistungen enthalten. Zusätzliche Forderungen oder Zuzahlungen dürfen nicht geltend gemacht werden.
- (3) § 32 Abs. 2 SGB V i.V. mit § 61 Satz 3 SGB V ist zu beachten. Die Zuzahlung beträgt 10 v. H. der Kosten der Heilmittel sowie 10 € je Verordnung (Rezept). Auch die Hausbesuchspauschale (X9933) ist zuzahlungspflichtig. Von der Zuzahlung ist nur der gesetzlich festgelegte Personenkreis befreit.
- (4) Die Vergütungssätze gelten ab 01.02.2016. Behandlungen auf Grundlage einer Erst- oder Folgeverordnung, die vor dem 01.02.2016 begonnen und nach dem 01.02.2016 beendet werden, können ebenfalls nach dieser Vergütungsliste abgerechnet werden.
- (5) Diese Vergütungsliste tritt am 01.02.2016 in Kraft. Sie kann durch die Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten, frühestens jedoch zum 31.03.2017 schriftlich gekündigt werden.
- (6) Alle zur Abrechnung bei den Ersatzkassen eingereichten ärztlichen Verordnungen (Muster 14, bei Zahnärzten/ Kieferorthopäden auch Muster 16) werden vom Zugelassenen in den Feldern "Gesamt- Brutto", "Heilmittel- Pos- Nr." und "Gesetzliche Zuzahlung" ausgefüllt. Kosten hierfür werden vom Zugelassenen nicht geltend gemacht.
- (7) Abhängig von der Art der Grundzulassung des Leistungserbringers ist das X in der ersten Stelle von der Heilmittelpositionsnummer wie folgt zu ersetzen:
 - "3" bei Logopäden, staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (Schule Schlaffhorst-Andersen) und staatlich geprüften Sprachtherapeuten
 - "4" bei den sonstigen Sprachtherapeuten.
- (8) Die Verwendung des Schlüssels "Leistungserbringergruppe" richtet sich nach der Grundzulassung des Therapeuten:
 - "23 06 000" bei Logopäden, staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (Schule Schlaffhorst-Andersen) und staatlich geprüften Sprachtherapeuten
 - "24 06 000" bei den sonstigen Sprachtherapeuten.
- (9) Mit der Vergütung der Erstbefundung (X3010) ist der im Einzelfall erforderliche Zeitaufwand abgegolten.
- (10) Mit der Hausbesuchspauschale (X9933) sind alle Kosten für den Hausbesuch einschließlich Wegegeld abgegolten. Weitere Kosten sind in diesem Zusammenhang nicht abrechenbar.

Unterschriftenseite zu der Vergütungsliste stimm-, Sprech- und sprachtherapeutischer Leistungen ab dem 01.02.2016

Berlin, Hamburg, Frechen und Moers, den

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Vorsitzende des Vorstandes

Deutscher Bundesverband der Atem-,
Sprech- und Stimmlehrer/innen,
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)

Deutscher Bundesverband für
Logopädie e.V. (dbl)

Deutscher Bundesverband der akademischen
Sprachtherapeuten e.V. (dbs)

Anlage 2

zum Rahmenvertrag über die Durchführung der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie vom 07.05.1992, in der Fassung vom 24.02.2016, gültig ab 01.04.2016

Vergütungsvereinbarung für stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Behandlung

Abrechnungscode: 23
Tarifkennzeichen: 02300

§ 1 Vergütungssätze

Nachstehende Vergütungssätze können für die Verordnungen abgerechnet werden, bei denen die erste Leistung nach dem 31.03.2016 stattfindet.

		Vergütung Euro	Zuzahlung 10 %
33010	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung (Regelbehandlungszeit: 60 Min.)	80,46	8,05

Die Durchführung der Befunderhebung (einschließlich Anamnese) erfolgt im Rahmen der Erstbefundung. Soweit im Verlauf der Behandlung weitere Befundungen notwendig sind, erfolgen diese im Rahmen der Therapie.
(Auszug aus der Leistungsbeschreibung).

Einzeltherapie

33102	Einzelbehandlung (30 Minuten mit dem Patienten)	31,97	3,20
33103	Einzelbehandlung (45 Minuten mit dem Patienten)	42,46	4,25
33104	Einzelbehandlung (60 Minuten mit dem Patienten)	53,06	5,31

Gruppentherapie - Vergütung je Patient -

33220	Zweiergruppe (45 Minuten mit den Patienten)	38,14	3,81
33222	Gruppe mit 3 – 5 Patienten (45 Minuten mit den Patienten)	19,08	1,91
33223	Zweiergruppe (90 Minuten mit den Patienten)	76,26	7,63
33224	Gruppe mit 3 – 5 Patienten (90 Minuten mit den Patienten)	33,68	3,37

Hausbesuche

39901	<p>Ärztlich verordneter Hausbesuch</p> <p>Grundsätzlich ist der (die) von der Patientenwohnung ausgehend nächstpraktizierende Vertragsbehandler(in) verpflichtet, die ärztlich verordnete Hausbehandlung durchzuführen. (Die Hausbesuchsgebühr kann pro Patient nur einmal am Tag berechnet werden).</p>	9,17	0,92
39915	<p>Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft</p> <p>(Kann nur einmal pro Tag und Patient - auch z.B. Altenheime - in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit einem Besuch nach der Position 39901 berechnet werden).</p> <p>Diese Position kann nicht neben den Pos.-Nr. 39901 und 39907 in Ansatz gebracht werden.</p>	3,48	0,35
39907	<p>Daneben Wegegebühr je gefahrenem km bei ärztlich verordnetem Hausbesuch</p> <p>Werden von dem (der) Behandler(in) an einem Tag in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mehrere Patienten, die</p> <p>a) zu einer Haushaltung gehören oder</p> <p>b) im selben Haus wohnen (dazu gehören z. B. auch Bewohner von Alten- und Pflegeheimen)</p> <p>behandelt, dann kann die Wegegebühr ohne Rücksicht auf die Zahl der an diesem Tag behandelten Patienten nur einmal berechnet werden.</p> <p>Diese Position kann nur neben der Pos. ärztlich verordneter Hausbesuch (39901) berechnet werden.</p> <p>- Die Anlieferung der gefahrenen km pro Behandlungstag erfolgt ohne Kommastellen (kaufmännisch gerundet auf volle Zahlen).</p>	0,35	0,04

§ 2

Vergütungsinhalt

- (1) Art und Umfang der Behandlung richten sich nach der Leistungsbeschreibung (**Anlage 1 zu den Rahmenempfehlungen**).
- (2) Mit den in § 1 genannten Vergütungssätzen sind alle im Zusammenhang mit der stimm- sprachtherapeutischen Behandlung erforderlichen Aufwendungen (z. B. Vor- und Nachbereitung, Atemtherapie) abgegolten (Endpreis).
- (3) Jeder Behandlungstermin ist durch den Anspruchsberechtigten auf dem Verordnungsblatt unter Angabe des Datums der Ausführung einzeln zu bescheinigen. Vorausbescheinigungen sind unzulässig.

§ 3

Abrechnung und bundeseinheitliche Schlüsselposition

- (1) Alle zur Abrechnung eingereichten kassenärztlichen Verordnungen werden vom Zugelassenen auf der Verordnung mit „Gesamt-Brutto“, „Gesetzliche Zuzahlung“, „Heilmittelpos.-Nr.“ und „Faktor“ ausgefüllt.
- (2) Die Ausführungen der Richtlinien zu § 302 SGB V sind in der jeweils gültigen Ausführung anzuwenden.
- (3) Sofern Leistungen nach bisherigen Vergütungsvereinbarungen bereits abgerechnet wurden, wird auf eine rückwirkende Korrektur verzichtet.

§ 4

Inkrafttreten

Die Preisvereinbarung tritt ab **01.04.2016** in Kraft. Die ab 01.04.2016 vereinbarten Vergütungen können für die Verordnungen abgerechnet werden, bei denen die erste Leistung nach dem 31.03.2016 stattfindet.

§ 5

Kündigung

- (1) Die Vergütungsvereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, **frühestens zum 30.04.2017** gekündigt werden. Die Kündigung erfolgt per Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern bzw. an die Berufsverbände.
- (2) Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Wirksamkeit des Rahmenvertrages.
- (3) Mit Ablauf der Kündigungsfrist gelten die bis dahin geltenden Preise weiter, soweit Vertragsverhandlungen aufgenommen und noch nicht beendet sind.

München, den 24.02.2016

.....
Deutscher Bundesverband der
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.
(dba)

.....
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

.....
Deutscher Bundesverband für
Logopädie e.V.
(dbl)

.....
BKK Landesverband Bayern

.....
Deutscher Bundesverband der
akademischen Sprachtherapeuten e.V.
(dbs)

.....
Knappschaft
- Regionaldirektion München -

.....
IKK classic

Anlage 3 zum Rahmenvertrag vom 01.01.2014

Vergütungsliste gemäß § 125 SGB V
für die Abrechnung stimm-, sprech-, sprachtherapeutischer
Leistungen

gültig vom 01.02.2016 bis 31.03.2017

für

Bayern

zwischen

dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen,
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V., (dba) Hamburg

dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V., (dbl) Frechen

dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V., (dbs) Moers

(im Folgenden Berufsverbände genannt)

- einerseits -

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- DAK- Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V., Askanischer Platz 1,
10963 Berlin,
vertreten durch die Vorsitzende des Vorstandes

- andererseits -

Vergütungsliste nach § 125 SGB V

Schlüssel "Leistungserbringergruppe":

23 02 000

24 02 000 (vgl. Abrechnungshinweis Ziffer 8)

Bitte im maschinellen Datenaustausch angeben!!!

Pos.- Nr.	Leistungsbeschreibung (Za = Zuzahlungsanteil)	Preis in € ab 01.02. 2016	Za in €	Preis in € ab 01.05. 2016	Za in €
--------------	--	---------------------------------------	------------	---------------------------------------	------------

Erstbefundung

X3010	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung (nur einmal je Behandlungsfall abrechenbar)	66,43	6,64	75,86	7,59
-------	---	--------------	-------------	--------------	-------------

Einzelbehandlung

X3102	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung <u>Regelbehandlungszeit: 30 Min.</u> mit dem Patienten	24,36	2,44	29,46	2,95
X3103	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung <u>Regelbehandlungszeit: 45 Min.</u> mit dem Patienten	36,54	3,65	40,52	4,05
X3104	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung <u>Regelbehandlungszeit: 60 Min.</u> mit dem Patienten	44,29	4,43	50,18	5,02

Gruppenbehandlung

X3220	Stimm- , sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit bis zu 2 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 45 Min.</u> mit den Patienten	33,22	3,32	36,54	3,65
X3222	Stimm- , sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit 3 bis 5 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 45 Min.</u> mit den Patienten	22,14	2,21	22,14	2,21
X3223	Stimm- , sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit bis zu 2 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 90 Min.</u> mit den Patienten	45,40	4,54	66,05	6,61
X3224	Stimm- , sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit 3 bis 5 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 90 Min.</u> mit den Patienten	38,75	3,88	38,75	3,88

Sonstige Leistungen

X9933	Hausbesuch inkl. Wegegeld	13,02	1,30	13,02	1,30
-------	---------------------------	--------------	-------------	--------------	-------------

Erläuterungen zur Vergütungsliste

- (1) Die Beträge sind Bruttobeträge im Sinne des UStG. Mehrwertsteuer kann daher auch dann nicht zusätzlich berechnet werden, wenn der Zugelassene die Voraussetzungen des § 4 UStG nicht erfüllt.
- (2) In den umstehend aufgeführten Beträgen sind alle Nebenleistungen enthalten. Zusätzliche Forderungen oder Zuzahlungen dürfen nicht geltend gemacht werden.
- (3) § 32 Abs. 2 SGB V i.V. mit § 61 Satz 3 SGB V ist zu beachten. Die Zuzahlung beträgt 10 v. H. der Kosten der Heilmittel sowie 10 € je Verordnung (Rezept). Auch die Hausbesuchspauschale (X9933) ist zuzahlungspflichtig. Von der Zuzahlung ist nur der gesetzlich festgelegte Personenkreis befreit.
- (4) Die Vergütungssätze gelten ab 01.02.2016. Behandlungen auf Grundlage einer Erst- oder Folgeverordnung, die vor dem 01.02.2016 begonnen und nach dem 01.02.2016 beendet werden, können ebenfalls nach dieser Vergütungsliste abgerechnet werden.
- (5) Diese Vergütungsliste tritt am 01.02.2016 in Kraft. Sie kann durch die Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten, frühestens jedoch zum 31.03.2017 schriftlich gekündigt werden.
- (6) Alle zur Abrechnung bei den Ersatzkassen eingereichten ärztlichen Verordnungen (Muster 14, bei Zahnärzten/ Kieferorthopäden auch Muster 16) werden vom Zugelassenen in den Feldern "Gesamt- Brutto", "Heilmittel- Pos- Nr." und "Gesetzliche Zuzahlung" ausgefüllt. Kosten hierfür werden vom Zugelassenen nicht geltend gemacht.
- (7) Abhängig von der Art der Grundzulassung des Leistungserbringers ist das X in der ersten Stelle von der Heilmittelpositionsnummer wie folgt zu ersetzen:
 - "3" bei Logopäden, staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (Schule Schlaffhorst-Andersen) und staatlich geprüften Sprachtherapeuten
 - "4" bei den sonstigen Sprachtherapeuten.
- (8) Die Verwendung des Schlüssels "Leistungserbringergruppe" richtet sich nach der Grundzulassung des Therapeuten:
 - "23 02 000" bei Logopäden, staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (Schule Schlaffhorst-Andersen) und staatlich geprüften Sprachtherapeuten
 - "24 02 000" bei den sonstigen Sprachtherapeuten.
- (9) Mit der Vergütung der Erstbefundung (X3010) ist der im Einzelfall erforderliche Zeitaufwand abgegolten.
- (10) Mit der Hausbesuchspauschale (X9933) sind alle Kosten für den Hausbesuch einschließlich Wegegeld abgegolten. Weitere Kosten sind in diesem Zusammenhang nicht abrechenbar.

Unterschriftenseite zu der Vergütungsliste stimm-, Sprech- und sprachtherapeutischer Leistungen ab dem 01.02.2016

Berlin, Hamburg, Frechen und Moers, den

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Vorsitzende des Vorstandes

Deutscher Bundesverband der Atem-,
Sprech- und Stimmlehrer/innen,
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)

Deutscher Bundesverband für
Logopädie e.V. (dbl)

Deutscher Bundesverband der akademischen
Sprachtherapeuten e.V. (dbs)

Anhang II – Zugangswege: Liste der Webseiten

- Facebook.de
 - Junge Therapeuten [Gruppe]
 - Kreative Logopäden [Gruppe]
 - Logopädie, die besten, schönsten und lustigsten Zitate [Gruppe]
 - Die Logos - Forum für Logopäden [Gruppe]
 - Logopädie-Austausch [Gruppe]
 - Logopädie Netzwerk Deutschland [Gruppe]
 - Katholische Hochschule Mainz Bc. of Sc. Gesundheit und Pflege SS 2012 [Gruppe]
- dbs-ev.de – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten
- Bund-Vereinter-Therapeuten.de
- Logo-Ausbildung.de
- Logoforum-Online.de
- LogopädieForum.de
- Paradisi.de (unter /Health_und_Ernaehrung/Heilberufe/Logopaeden/Forum)

Anhang III – Fragen nach Kategorien und Reihenfolge

Nach Kategorie

PD – Persönliche Daten (7 Fragen)		
01 Bundesland	09 Geschlecht	
06 Arbeitsdauer Logopädie	10 Alter	
07 Berufsabschluss	11 Rhein-Main-Gebiet	
08 Berufsbezeichnung		
DA – Daten Arbeitsverhältnis (6 Fragen)		
01 Anzahl LogopädInnen	04 Arbeit in anderer Praxis	
02 Arbeitsdauer Praxis	05 Verkehrsmittel	
03 Umfang Beschäftigung	06 Vertrag	
VG – Vergütung (15 Fragen)		
01 Urlaub	06 Finanzielle Zuwendungen	11 Vor/Nachbereitung
02 Kilometergeld	07 Anspruch Zuwendungen	12 Bezahlte Büroarbeit
03 Bezahlung Fahrtzeit	08 Festgehalt	13 Minusstunden
04 Fortbildungstage	09 Steuern und Beiträge	14 Überstunden
05 Fortbildungszuschüsse	10 Bruttolohn	15 Bezahlte Teamsitzung
AU – Arbeitsumfang (20 Fragen)		
01 TE pro Woche	10 Bürotätigkeiten	20 Teamsitzung
02 HB pro Woche	11 Andere Aufgaben	22 Länge Team
03 Wegstrecken	13 Wie viel Bürozeit	23 Bürumfang
04 TE je 30 min.	14 Wann Bürotätigkeiten	24 Andere Aufgaben Zeit I
05 TE je 60 min.	15 Pufferstunden	26 Andere Aufgaben Zeit II
07 Länge	16 Plus/Minusstunden	25 Andere Aufgaben
Vor/Nachbereitung	19 Bedingung	Häufigkeit
09 Freie	Minusstunden	
Vor/Nachbereitung		

Nach Reihenfolge: (Spaltenweise zu lesen)

PD11	Rhein-Main-Gebiet	AU03	Wegstrecken	VG04	Fortbildungstage
PD01	Bundesland	DA05	Verkehrsmittel	VG05	Fortbildungszuschüsse
DA03	Umfang Beschäftigung	AU20	Teamsitzung	VG01	Urlaub
DA06	Vertrag	AU22	Länge Team	VG06	Finanzielle Zuwendung.
AU01	TE pro Woche	VG15	Bezahlte Teamsitzung	VG07	Anspruch Zuwendungen
AU15	Pufferstunden	AU10	Bürotätigkeiten	VG08	Festgehalt
AU16	Plus/Minusstunden	VG12	Bezahlte Büroarbeit	VG09	Steuern und Beiträge
VG14	Überstunden	AU13	Wie viel Bürozeit	VG10	Bruttolohn
VG13	Minusstunden	AU14	Wann Bürotätigkeiten	PD08	Berufsbezeichnung
AU19	Bedingung Minusst.	AU23	Bürumfang	PD07	Berufsabschluss

AU04	TE je 30 min.	AU11	Andere Aufgaben	PD06	Arbeitsdauer Logopädie
AU05	TE je 60 min.	AU25	And. Aufg. Häufigkeit	DA01	Anzahl Logopädinnen
VG11	Vor/Nachbereitung	AU24	Andere Aufgaben Zt I	DA02	Arbeitsdauer Praxis
AU07	Länge Vor/Nachbereit.	AU26	Andere Aufgaben Zt II	DA04	Arbeit in anderer Praxis
AU09	Freie Vor/Nachbereit.	VG02	Kilometergeld	PD09	Geschlecht
AU02	HB pro Woche	VG03	Bezahlung Fahrtzeit	PD10	Alter

Anhang IV – Textbausteine

Begrüßung

Umfrage zur Arbeits- und Vergütungssituation angestellter LogopädInnen

Mein Name ist Juliana Siegburg und ich freue mich über Ihre Teilnahme!

Für meine Bachelorarbeit an der *Katholischen Hochschule Mainz* untersuche ich die Arbeits- und Vergütungssituation angestellter LogopädInnen im Rhein-Main-Gebiet.

Diese Umfrage richtet sich an alle, die in einer logopädischen Praxis als TherapeutInnen angestellt sind.

Es wird stets die Bezeichnung "Logopädin/Logopäde" verwendet, damit sind aber auch "SprachtherapeutInnen" u.ä. gemeint.

Bitte lesen Sie jede Frage aufmerksam durch, bevor Sie diese aufrichtig beantworten.

Alle Ihre Angaben sind anonym. Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich.

Außerhalb der Zielgruppe

Schade!

Leider gehören Sie nicht zur Zielgruppe für diese Umfrage. Daher können Sie den Fragebogen nicht weiter ausfüllen.

Fragen zur Vergütung

Gleich geht es weiter...

Es folgen ein paar Fragen über Ihre Vergütungssituation.

Einige Angaben dazu sind freiwillig.

Machen Sie bitte **möglichst viele Angaben**, da sonst die Vergütungssituation der LogopädInnen nicht abgebildet werden kann. Die Vergütungssituation zu erfassen ist berufspolitisch von hoher Wichtigkeit.

Alle Angaben sind anonym und können nicht auf Sie zurückgeführt werden.

Fragen zu persönlichen Daten

Fast geschafft!

Bitte beantworten Sie zuletzt noch ein paar formale Fragen.

Anhang V – Rücklauf

Rücklauf-Statistik

Bisher wurden 60 Interviews abgeschlossen.

Interviews: 153

Pretests: 13 (7 mit Anmerkungen)

Datensätze inkl. Testdaten: 279











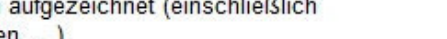
Stand: 05.05.2016, 11:03 Uhr

Fragebogen	Datensätze abgeschlossen / gesamt  / Klicks 			
 Fragebogen Logopädie Logopaedie	60	153	408	
Gesamt	60	153	408	

Einzelstatistik zu Ausstiegsseiten

Bitte oben den entsprechenden Fragebogen anklicken

Fragebogen Logopädie

Letzte bearbeitete Seite	Datensätze abgeschlossen / gesamt / kumulativ			
Seite 27	60	60	60	
Seite 21	0	1	61	
Seite 18	0	1	62	
Seite 15	0	1	63	
Seite 13	0	1	64	
Seite 10	0	2	66	
Seite 9	0	2	68	
Seite 7	0	3	71	
Seite 6	0	3	74	
Seite 3	0	8	82	
Seite 2	0	71	153	
Gesamt	60	153		

Insgesamt wurden 408 Aufrufe (Klicks) für diesen Fragebogen aufgezeichnet (einschließlich versehentlicher doppelter Klicks, Aufrufe durch Suchmaschinen, ...).



Anhang VI – Liste neu definierter Variablen

Variable	Erläuterung
TE je 45 min./Woche	Gesamtzahl wöchentlicher TE abzüglich Summe aus 30-minütigen und 60-minütigen TE
Therapiezeit min./Woche	Variablen für wöchentliche TE-Anzahl (je 45 min., je 30 min., je 60 min.) ergeben wöchentliche Therapiezeit in Minuten
Therapiezeit h/Woche	Therapiezeit min./Woche in h/Woche umgerechnet
Therapiezeit h/Monat	auf Monat hochgerechnet
wöchentl. TE auf 45 min. umgerechnet	Therapiezeit min./Woche : 45
monatl. TE auf 45 min. umgerechnet	auf Monat hochgerechnet
definierter Beschäftigungsumfang	Nach Anzahl wöchentl. TE (TE=45min.) in Kategorien
Altersklassen	individuelle Altersangaben in Kategorien geordnet
Minimum Wegstrecken in min./Woche	wöchentlicher Zeitumfang für Wegstrecken (abgerundet) und in Minuten umgerechnet
Minimum Vor- und Nachbereitung (unbezahlt) in min./Woche	wöchentlicher Zeitumfang für unbezahlte Vor- und Nachbereitung (abgerundet) und in Minuten umgerechnet
Vor- und Nachbereitung (bezahlt) Minimum pro TE	Zeitumfang für bezahlte Vor- und Nachbereitung pro TE (abgerundet) in Minuten
Minimum Vor- und Nachbereitung (bezahlt) in min./Woche	Zeitumfang pro TE (abgerundet) auf wöchentliche TE-Anzahl (TE = 45 min) hochgerechnet
Minimum Bürozeit (bezahlt) in min./Woche	Menge an wöchentlicher bezahlter Bürozeit (abgerundet) in Minuten umgerechnet
Minimum Büroumfang (unbezahlt) in min./Woche	tatsächlicher wöchentlicher Zeitumfang für Büroarbeit (abgerundet) in Minuten umgerechnet
Minimum Teamsitzungen/Woche	Anzahl wöchentlicher Teamsitzungen (abgerundet)
Minimum Teamsitzung in min.	Länge je Teamsitzung in Minuten (abgerundet)
Minimum Team in min./Woche	Mindestlänge mit Mindestanzahl verrechnet
Minimum Patientenferne Tätigkeiten in h/Woche	wöchentlicher minimaler Zeitaufwand für alle patientenfernen Tätigkeiten aufsummiert und in Stunden umgerechnet
Minimum Gesamtarbeitszeit in h/Woche	Patientenferne Tätigkeiten in h/Woche + Therapiezeit in h/Woche
Minimum Gesamtarbeitszeit in h/Monat	Auf Monat hochgerechnet
Maximum Monatsbruttogehalt Zahlen	Angaben Gehaltskategorien aufgerundet, numerisch
Maximaler Stundenlohn	Maximum Monatsbruttogehalt : Minimum Gesamtarbeitszeit in h/Monat

Anhang VII – Weitere Statistiken

Beschreibung der Stichprobe

Bundesland

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Hessen	46	69,7	69,7	69,7
	Rheinland-Pfalz	17	25,8	25,8	95,5
	Bayern	3	4,5	4,5	100,0
	Gesamtsumme	66	100,0	100,0	

Berufsbezeichnung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Logopädin/Logopäde	48	72,7	81,4	81,4
	Sprachtherapeut/in	10	15,2	16,9	98,3
	Sonstiges:	1	1,5	1,7	100,0
	Gesamtsumme	59	89,4	100,0	
Fehlend	System	7	10,6		
Gesamtsumme		66	100,0		

Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	weiblich	56	84,8	94,9	94,9
	männlich	3	4,5	5,1	100,0
	Gesamtsumme	59	89,4	100,0	
Fehlend	System	7	10,6		
Gesamtsumme		66	100,0		

Arbeitsumfang und Tätigkeiten

TE pro Woche, Therapiezeit pro Woche

		Therapiezeit h/Woche	Therapien auf 45min umgerechnet pro Woche
N	Gültig	60	60
	Fehlend	6	6
Mittelwert		24,65	32,86
Median		29,38	39,17
Minimum		6	8
Maximum		43	57

Länge Vor- /Nachbereitung (bezahlt)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	kürzer als 15 Minuten	7	10,6	29,2	29,2
	15 Minuten	17	25,8	70,8	100,0
	Gesamtsumme	24	36,4	100,0	
Fehlend	System	42	63,6		
Gesamtsumme		66	100,0		

Patientenferne Tätigkeiten

Mindestzeit/Woche in Stunden

N	Gültig	59
	Fehlend	7
Mittelwert		5,0816
Median		4,5000
Minimum		,00
Maximum		13,50

Vergütung

Vergütung Vor/Nachbereitung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	weiß nicht	3	4,5	4,8	4,8
	nein	35	53,0	56,5	61,3
	ja	24	36,4	38,7	100,0
	Gesamtsumme	62	93,9	100,0	
Fehlend	System	4	6,1		
Gesamtsumme		66	100,0		

Bezahlte Büroarbeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	nein	47	71,2	81,0	81,0
	ja	11	16,7	19,0	100,0
	Gesamtsumme	58	87,9	100,0	
Fehlend	System	8	12,1		
Gesamtsumme		66	100,0		

Pufferstunden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	weiß nicht	3	4,5	4,5	4,5
	nein	10	15,2	15,2	19,7
	ja	53	80,3	80,3	100,0
	Gesamtsumme	66	100,0	100,0	

Vergütung Teamsitzung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	mehrmals die Woche	1	1,5	1,7	1,7
	einmal wöchentlich	34	51,5	58,6	60,3
	mehrmals im Monat	4	6,1	6,9	67,2
	einmal pro Monat	6	9,1	10,3	77,6
	mehrmals im Jahr	10	15,2	17,2	94,8
	einmal jährlich oder seltener	3	4,5	5,2	100,0
	Gesamtsumme	58	87,9	100,0	
Fehlend	System	8	12,1		
Gesamtsumme		66	100,0		

Urlaub

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	weniger als 4 Wochen	12	18,2	20,0	20,0
	genau 4 Wochen	8	12,1	13,3	33,3
	mehr als 4 Wochen	40	60,6	66,7	100,0
	Gesamtsumme	60	90,9	100,0	
Fehlend	System	6	9,1		
Gesamtsumme		66	100,0		

Verkehrsmittel

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	gar keins	8	12,1	13,8	13,8
	Dienstfahrzeug der Praxis	5	7,6	8,6	22,4
	privater PKW	39	59,1	67,2	89,7
	Sonstiges:	6	9,1	10,3	100,0
	Gesamtsumme	58	87,9	100,0	
Fehlend	System	8	12,1		
Gesamtsumme		66	100,0		

Kilometergeld

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Ich mache keine Hausbesuche	7	10,6	11,5	11,5
	gar keins	11	16,7	18,0	29,5
	weniger als 30ct/km	4	6,1	6,6	36,1
	genau 30ct/km	37	56,1	60,7	96,7
	mehr als 30ct/km	2	3,0	3,3	100,0
	Gesamtsumme	61	92,4	100,0	
Fehlend	System	5	7,6		
Gesamtsumme		66	100,0		

Vergütung Fahrtzeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Ich mache keine Hausbesuche gar nicht nach Minuten: pro Hausbesuch wird mehr, als eine Therapieeinheit angerechnet:	7	10,6	11,5	11,5
		27	40,9	44,3	55,7
		2	3,0	3,3	59,0
		25	37,9	41,0	100,0
	Gesamtsumme	61	92,4	100,0	
Fehlend	System	5	7,6		
Gesamtsumme		66	100,0		

Stundendokumentation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	gar nicht	4	6,1	6,1	6,1
	Auflistung der geleisteten Therapieeinheiten	49	74,2	74,2	80,3
	Arbeitszeiterfassung	12	18,2	18,2	98,5
	Anders:	1	1,5	1,5	100,0
Gesamtsumme		66	100,0	100,0	

Folgen Minusstunden

		Antworten		Prozent der Fälle
		H	Prozent	
Folgen Minusstunden ^a	Minusstunden: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen	50	40,3%	80,6%
	Minusstunden: keine	12	9,7%	19,4%
	Minusstunden: Abzug der Minusstunden vom Gehalt	15	12,1%	24,2%
	Minusstunden: Übernehmen zusätzlicher Therapieeinheiten	38	30,6%	61,3%
	Minusstunden: andere	9	7,3%	14,5%
Gesamtsumme		124	100,0%	200,0%

a. Dichotomiegruppe tabuliert bei Wert 1.

Ansprüche Überstunden

	Antworten		Prozent der Fälle
	H	Prozent	
Ansprüche bei Überstunden ^a Überstunden: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen	27	20,5%	43,5%
Überstunden: keine	4	3,0%	6,5%
Überstunden: Auszahlung der Überstunden	41	31,1%	66,1%
Überstunden: Abfeiern der Überstunden	49	37,1%	79,0%
Überstunden: Reduzieren der Therapiestunden	11	8,3%	17,7%
Gesamtsumme	132	100,0%	212,9%

a. Dichotomiegruppe tabuliert bei Wert 1.

Finanzielle Zuwendungen

	Antworten		Prozent der Fälle
	H	Prozent	
Finanzielle Zuwendungen ^a Finanzielle Zuwendungen: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen	51	42,5%	85,0%
Finanzielle Zuwendungen: keine	31	25,8%	51,7%
Finanzielle Zuwendungen: Weihnachtsgeld	20	16,7%	33,3%
Finanzielle Zuwendungen: 13. Monatsgehalt	3	2,5%	5,0%
Finanzielle Zuwendungen: Urlaubsgeld	7	5,8%	11,7%
Finanzielle Zuwendungen: Andere	8	6,7%	13,3%
Gesamtsumme	120	100,0%	200,0%

a. Dichotomiegruppe tabuliert bei Wert 1.

maximaler Stundenlohn Vollzeit

N	Gültig	35
	Fehlend	3
Mittelwert		13,1451
Median		13,4436
Standardabweichung		2,61499
Minimum		6,72
Maximum		18,31

maximaler Stundenlohn gesamt

N	Gültig	55
	Fehlend	11
Mittelwert		13,4671
Median		13,4436
Standardabweichung		3,45802
Minimum		6,72
Maximum		27,70

Anhang VIII – Broschüre des dbl: Ausbildung und Beruf

(Auf nächster Seite)

Logopädie – Ausbildung und Beruf

Daten und Fakten

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., Stand: April 2013

Inhalt

1. Welches sind – in aller Kürze – die Aufgaben der LogopädInnen?	3
2. Wie viele LogopädInnen gibt es derzeit in Deutschland?	3
3. Wie hoch ist der Bedarf an LogopädInnen?	3
4. Wie ist die Ausbildung der LogopädInnen geregelt?	3 – 4
5. Wo findet die Ausbildung der LogopädInnen statt?	4
6. Welche Voraussetzungen muss man erfüllen?	4 – 5
7. Welche sonstigen Voraussetzungen gibt es?	5
8. Wie ist die Bewerbersituation?	5
9. Welche Rolle spielen externe Praktika?	5
10. Was kostet und wer zahlt die Ausbildung?	6
11. Wie lange dauert die Ausbildung?	6
12. Welches sind die Inhalte der logopädischen Ausbildung?	6 – 7
13. Wo kann man nach der Ausbildung arbeiten?	7
14. Wer wird von LogopädInnen behandelt und was beinhaltet die logopädische Tätigkeit?	7
15. Welche Fortbildungsmöglichkeiten bzw. berufliche Entwicklungsmöglichkeiten haben ausgebildete LogopädInnen?	7 – 8
16. Welche Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten haben LogopädInnen?	8
17. Wie sieht es mit dem Verdienst aus?	8 – 9
18. Ist es wichtig, sich als Logopädin/als Logopäde zu spezialisieren?	9
19. Welche Voraussetzungen muss man erfüllen, wenn man sich als Logopädin/als Logopäde selbständig machen möchte?	9 – 10
20. Mit welchen Kosten muss man rechnen, wenn man eine logopädische Praxis eröffnet?	10
21. Warum fordert der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl) die Akademisierung der Logopädieausbildung?	10 – 11

1. Welches sind – in aller Kürze – die Aufgaben der LogopädInnen?

Der Beruf der Logopädin/des LogopädInnen gehört zu den nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen. Die Aufgaben bestehen in der logopädischen Diagnostik und der Therapie von Kommunikations- und Schluckstörungen sowie in der Prävention und Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen.

Immer mehr LogopädInnen arbeiten auch im Bereich der Sprachförderung, insbesondere in der Beratung und Fortbildung von Eltern und Erziehern. Im präventiven Bereich sind LogopädInnen beispielsweise in der Stimmprophylaxe für Menschen in Sprechberufen tätig.

2. Wie viele LogopädInnen gibt es derzeit in Deutschland?

Im Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl), dem einzigen bundesweiten logopädischen Berufsverband in Deutschland, sind derzeit mehr als 11.500 angehende sowie ausgebildete angestellte und selbständige LogopädInnen organisiert. Mehr als 90% der dbl-Mitglieder sind weiblich.

3. Wie hoch ist der Bedarf an LogopädInnen?

Der Bedarf an LogopädInnen in Deutschland wird in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter steigen. Schon jetzt ist die Versorgung in ländlichen Gebieten teilweise unzureichend. Denn je älter die Menschen werden, desto häufiger treten Erkrankungen auf, die mit Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen einhergehen. Außerdem zeichnet sich ab, dass die Expertise von LogopädInnen auch im Bildungswesen zunehmend gefordert werden könnte (Sprachförderung).

4. Wie ist die Ausbildung der LogopädInnen geregelt?

Die Logopädieausbildung ist auf Bundesebene durch das Gesetz über den Beruf des Logopäden (LogopG) und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung (LogAPrO) geregelt. Diese Gesetze wurden 1980 erlassen und im Herbst 2009 durch die sogenannte Modellklausel (siehe unten) ergänzt (§ 4 Absatz 5 LogopG). Seitdem wird Logopädie auch an einigen Hochschulen als primärqualifizierendes Studium angeboten. Zurzeit (Stand: April 2013) gibt es somit zwei Ausbildungsformen, Logopädin/Logopäde zu werden: die Ausbildung an Berufsfachschulen und das Hochschulstudium.

Für beide Ausbildungsformen gilt, dass im 6. Semester das Examen durchgeführt wird. Es beinhaltet einen schriftlichen, einen mündlichen und einen praktischen Teil. Während die berufsfachschulische Ausbildung mit dem erfolgreich abgelegten Examen beendet ist, folgen bei den Studiengängen (je nach Studientyp) noch ein bis zwei Semester, in denen die Bachelorarbeit geschrieben wird. Nach dem Studium haben die Absolventen somit das staatliche Examen für LogopädInnen und den Bachelortitel erworben.

5. Wo findet die Ausbildung der LogopädInnen statt?

Die schulische Ausbildung der LogopädInnen ist nach dem Logopädengesetz den Berufsfachschulen zugeordnet. Derzeit gibt es in Deutschland über 80 staatliche oder private Ausbildungsstätten für Logopädie.

Der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl) als Fach- und Berufsverband der LogopädInnen hat zur Qualitätssicherung in der Logopädieausbildung ein spezifisch auf die Logopädieschulen ausgerichtetes Qualitätssicherungsverfahren initiiert. Schulen, die an diesem Verfahren erfolgreich teilgenommen haben, erhalten das dbl-Siegel „Geprüfte Qualität“.

Auf der Homepage www.dbl-ev.de › [der-dbl](#) › [Qualitätsmanagement](#) › [Qualitätssicherung in der Ausbildung](#) erhalten Sie Auskünfte über die unterschiedlichen Empfehlungen des dbl zur Qualitätssicherung für die berufsfachschulische Ausbildung.

Im Herbst 2009 hat der Gesetzgeber das Logopädengesetz um eine Modellklausel ergänzt. Die Bundesländer haben dadurch die Möglichkeit, die Ausbildung zum Logopäden bzw. zur Logopädin an den Hochschulen durchzuführen, wie es in den anderen europäischen Ländern selbstverständlich ist. Weitergehende Informationen zu den Themen Ausbildung und Studium finden Sie auf der dbl-Homepage www.dbl-ev.de › [Bildung und Wissenschaftsförderung](#).

6. Welche Voraussetzungen muss man erfüllen?

Nach dem Gesetz über den Beruf der Logopäden bestehen für die Berufsfachschulausbildung folgende Voraussetzungen: eine abgeschlossene Realschulausbildung oder eine andere, gleichwertige Ausbildung oder eine nach dem Hauptschulabschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer. Die Statistik zeigt jedoch, dass die überwiegende Mehrzahl der LogopädInnen über

eine Hochschulzugangsberechtigung verfügt, die auch für eventuell anschließende Aufbau- oder Weiterbildungsstudiengänge benötigt wird (siehe Frage 16).

Die Zugangsvoraussetzungen für die neuen primärqualifizierenden Logopädie-Studiengänge im Rahmen der Modellklausel entsprechen den allgemeinen Voraussetzungen für den Hochschulzugang.

7. Welche sonstigen Voraussetzungen gibt es?

Die hohen Ansprüche der theoretischen Ausbildung führen dazu, dass von den Schulen in der Regel Bewerber mit Abitur bevorzugt angenommen werden. Im Rahmen von Aufnahme- und Eignungsprüfungen und in einer ärztlichen Untersuchung werden die Bewerber zudem hinsichtlich ihrer persönlichen Eignung für diesen vielseitigen therapeutischen Beruf geprüft. Wichtige Aspekte sind: differenziertes mündliches und schriftliches Ausdrucksvermögen, keine Sprech- und Sprachfehler, eine gute Stimme, ein gutes Gehör, Musikalität, Einfühlungsvermögen, hohe Aufmerksamkeit, Teamfähigkeit sowie Interesse an Medizin, Psychologie und Pädagogik.

Bei den Modellstudiengängen kommt es zu unterschiedlichen Bewerbungsverfahren; zum Teil erfolgt die Zulassung über

einen Numerus Clausus, zum Teil über die o. g. Auswahlkriterien.

8. Wie ist die Bewerbersituation?

Aktuelle Zahlen zum Verhältnis Bewerber – Ausbildungsplätze liegen dem dbl derzeit nicht vor.

9. Welche Rolle spielen externe Praktika?

Die externen Praktika dienen der Möglichkeit zur Hospitation sowie der Erweiterung und Vertiefung der bereits an den Ausbildungsstätten erworbenen praktischen Fähigkeiten in den Bereichen logopädische Untersuchung, Befunderhebung, Therapieplanung und Therapiedurchführung. Darüber hinaus sollen die Studierenden einen Einblick in die Strukturen und Arbeitsabläufe unterschiedlicher logopädischer Arbeitsbereiche bekommen.

Die externen Praktika sind eine Ergänzung und bilden kein Ersatz für die interne praktische Ausbildung an der Berufsfachschule bzw. Hochschule. Auf der Homepage www.dbl-ev.de › [der-dbl](#) › [Qualitätsmanagement](#) finden Sie die Empfehlungen des dbl zur Qualitätssicherung in der Ausbildung, in denen auch auf das Thema Praktika eingegangen wird.

10. Was kostet und wer zahlt die Ausbildung?

Die Schulen in privater Trägerschaft erheben grundsätzlich Ausbildungs- und Prüfungsgebühren. Diese reichen von ca. 500 bis 1.000 Euro pro Monat.

Auch einige staatliche Schulen verlangen Ausbildungsgebühren, die allerdings in der Regel deutlich niedriger ausfallen. In manchen Schulen staatlicher Trägerschaft ist die Ausbildung für die angehenden LogopädInnen nach wie vor unentgeltlich. Für die Dauer der Ausbildungszeit kann Bundesausbildungsförderung beantragt werden.

Nähere Informationen hierzu erhalten Sie auf der dbl-Homepage www.dbl-ev.de › Bildung und Wissenschaftsförderung.

11. Wie lange dauert die Ausbildung?

Die schulische Ausbildung dauert in der Regel 6 Semester bzw. drei Jahre. Es handelt sich um eine Vollzeitausbildung mit etwa 12 Wochen Ferien pro Jahr. In diesem Zeitraum werden – entsprechend der Ausbildungs- und Prüfungsordnung – mindestens 1740 Stunden theoretische und 2100 Stunden praktische Ausbildung absolviert.

Die hochschulische Ausbildung umfasst weitere Studienzeiten. Je nach Gestaltung

des Studienganges schliessen sich den drei Jahren noch ein bis zwei Semester an, in denen u.a. die Bachelorarbeit geschrieben wird.

12. Welches sind die Inhalte der logopädischen Ausbildung?

Zu den Inhalten der **theoretischen und praktischen logopädischen Ausbildung** gehören:

- Theorie im medizinisch sprachpathologischen Bereich (Anatomie, Physiologie, Pathologie, Logopädie, Phoniatrie, Audiologie inkl. Pädaudiologie und Hörgeräteakustik, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Aphasie, Pädiatrie und Neuropädiatrie, Neurologie und Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kieferheilkunde)
- Theorie im sozial- und sprachwissenschaftlichen Bereich (Psychologie, klinische Psychologie, Pädagogik, Sonderpädagogik, Soziologie, Linguistik, Phonetik, Berufs- und Gesetzeskunde)

Die **praktische Ausbildung** untergliedert sich in:

- Hospitationen in Logopädie, Phoniatrie und anderen fachbezogenen Bereichen
- Praxis in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen des therapeutischen Teams auf den Gebieten der Audiologie und Pä-

audiologie und der Psychologie (einschließlich Selbsterfahrungstechniken)

→ Hinzu kommt noch das Fach Musiktherapie.

13. Wo kann man nach der Ausbildung arbeiten?

Etwa die Hälfte der LogopädInnen arbeiten als Selbständige in der eigenen Praxis. Daneben sind LogopädInnen als Angestellte in den logopädischen Praxen, in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, Ambulanzen, Förderzentren und Kindergärten, an Berufsfachschulen und Hochschulen tätig. Immer mehr LogopädInnen arbeiten auch im pädagogischen Sektor, zum Beispiel in der Therapie von Lese-Schreib-Schwäche oder im Bereich der Sprachförderung. Hier steht insbesondere die Beratung und Fortbildung von Eltern und Erziehern im Mittelpunkt ihrer Arbeit. Auch in der Prävention sind LogopädInnen tätig (z.B. Stimmprophylaxe für Menschen in Sprechberufen).

14. Wer wird von LogopädInnen behandelt und was beinhaltet die logopädische Tätigkeit im medizinisch-therapeutischen Bereich?

Behandelt werden Menschen aller Altersstufen, wobei Kinder einen großen Anteil

der Patienten ausmachen. Die Aufgabe der LogopädInnen besteht in der logopädischen Diagnostik sowie in der Therapie und Beratung bei Störungen der Stimme, der Sprache, des Sprechablaufs, des Redeflusses, des Schluckvorgangs und der Nahrungsaufnahme. Diesen liegen verschiedene Krankheitsbilder zugrunde: Stimmstörungen organischer, funktioneller oder seelisch bedingter Art, Störungen nach einer Kehlkopfoperation (mit Erlernen einer Ersatzstimme), Spezifische Störungen der Sprachentwicklung bei Kindern, Verzögerungen der Sprachentwicklung unterschiedlicher Ursachen, Sprach- und Sprechstörungen aufgrund von Hörstörungen, zentralbedingte Sprach- und Sprechstörungen, Störungen der Nahrungsaufnahme aufgrund neurologischer Erkrankungen, Störungen des Redeflusses (Stottern, Poltern), Schluckstörungen.

15. Welche Fortbildungsmöglichkeiten bzw. berufliche Entwicklungsmöglichkeiten haben ausgebildete LogopädInnen?

Für eine erfolgreiche logopädische Arbeit ist auch nach Abschluss der Berufsausbildung eine regelmäßige Fortbildung unumgänglich. Es werden zahlreiche Fortbildungsmaßnahmen in den verschiedenen Stö-

rungsbereichen angeboten. Diese beziehen sich beispielsweise auf spezifische Therapiemethoden oder auf wichtige neue Erkenntnisse in der logopädischen Forschung und in den wissenschaftlichen Grunddisziplinen. Relevant sind aber auch Fortbildungen zur Beratungsarbeit und Gesprächsführung. Für freiberuflich tätige LogopädInnen unentbehrlich sind darüber hinaus Fortbildungen zum Qualitäts- und Praxismanagement. Auch für Tätigkeiten außerhalb des medizinischen Bereichs werden zahlreiche einschlägige Weiterbildungen angeboten.

16. Welche Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten haben LogopädInnen?

Einige Hochschulen bieten Studiengänge an, die auf eine Berufsfachschulausbildung aufbauen und unterschiedliche Weiterqualifikationen ermöglichen. So bereiten manche Hochschulstudiengänge auf Leitungsfunktionen in der Lehre, in Krankenhäusern oder in Praxen vor. Andere Studiengänge sind interdisziplinär ausgerichtet und vertiefen dabei auch das logopädische Wissen.

Weitere Informationen über Studiengänge und Studienmöglichkeiten finden Sie auf der dbl-Homepage www.dbl-ev.de › Bildung und Wissenschaftsförderung.

Die Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs angestellter LogopädInnen sind insgesamt eher bescheiden und gehen über die relativ wenigen Leitungsstellen in klinischen Einrichtungen und im Bereich der Lehrlogopädie kaum hinaus. Der dbl ist davon überzeugt, dass zukünftige LogopädInnen mit primärqualifizierender Hochschulausbildung insbesondere durch ihren Zugang zur Forschung mehr Möglichkeiten haben werden, sich beruflich weiterzuentwickeln.

17. Wie sieht es mit dem Verdienst aus?

Angestellte LogopädInnen werden im Öffentlichen Dienst, bei kirchlichen Trägern und in vielen großen klinischen Einrichtungen nach entsprechenden tarifvertraglichen Vereinbarungen (TVöD, TV-L, AVR und Haustarifverträge) vergütet.

Der TVöD-Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes/Bund gilt als „Leittarif“ für die Entlohnung in anderen Bereichen, jedoch sind Abweichungen möglich.

Die Tarifverträge TVöD/TV-L (das „L“ steht für die Bundesländer, die einen eigenen Tarifvertrag entwickelt haben), werden insgesamt in 15 Entgeltgruppen unterteilt (E1 – E15). Mit diesen Gruppierungen soll eine erfahrungs- und leistungsorientierte

Vergütung ermöglicht werden. Für Fachberufe mit dreijähriger Ausbildung, darunter fallen auch LogopädInnen mit Berufsfachschulabschluss, gelten die Stufen 5 – 8 (€ 1977, 98 bis 2248,86), für Bachelor- oder Fachhochschulabsolventen sind die Stufen 9 – 12 vorgesehen (2402,50 bis 2924,88), für das wissenschaftliche Hochschulstudium/Master die Entgeltgruppen von 13 – 15 (€ 3.262,89 bis 3.908,18).

Die Beschäftigten erreichen die jeweils nächste Stufe - von Stufe 3 an in Abhängigkeit von ihrer Leistung – nach folgenden Zeiten einer ununterbrochenen Tätigkeit innerhalb derselben Entgeltgruppe bei ihrem Arbeitgeber (Stufenlaufzeit):

Stufe 2 nach einem Jahr in Stufe 1,
Stufe 3 nach zwei Jahren in Stufe 2,
Stufe 4 nach drei Jahren in Stufe 3,
Stufe 5 nach vier Jahren in Stufe 4
Stufe 6 nach fünf Jahren in Stufe 5 bei den Entgeltgruppen 2 bis 8.

Die entsprechenden Tarif Tabellen sind über den Personal-/Betriebsrat oder die Klinikleitung zu erfahren.

Die Entgelttabellen des TVÖD und TV-L finden Sie auf der Homepage www.oef-fentlicher-dienst.info › TVÖD

18. Ist es wichtig, sich als Logopäde/Logopädin zu spezialisieren?

Das außerordentlich breite logopädische Behandlungsspektrum, wissenschaftliche Fortschritte in den Bezugsdisziplinen der Logopädie, die wachsende logopädische Fachexpertise, der Trend zu medizinischen Versorgungssystemen (Stichwort: Disease Management) und die immer wichtiger werdende Qualitätssicherung befördern die berufliche Spezialisierung von LogopädInnen auf spezifische Therapieschwerpunkte.

Auch die Entwicklung der Fallzahlen in einzelnen Störungsbereichen (zum Beispiel die aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwartende wachsende Zahl von Patienten mit neurologisch bedingten Sprech- und Sprachstörungen) sprechen für eine zunehmende Spezialisierung in der Logopädie.

19. Welche Voraussetzungen muss man erfüllen, wenn man sich als Logopäde/In selbständig machen möchte?

Nach Abschluss der Ausbildung bzw. des grundständigen Studiums können sich LogopädInnen selbständig machen. Gemäß § 124 SGB V besteht für sie der Anspruch,

als Heilmittelerbringer zugelassen zu werden. Wer seine logopädischen Leistungen als Selbständige/r mit den Krankenkassen abrechnen will, braucht eine Kassenzulassung, deren Einzelheiten in den Zulassungsbestimmungen der Spitzenverbände der Krankenkassen geregelt sind. Die Zulassung wird von den verschiedenen Kas- senarten auf Landesebene erteilt.

20. Mit welchen Kosten muss man rechnen, wenn man eine logopädische Praxis eröffnet?

Zur Grundausstattung einer logopädischen Praxis gehören in der Regel neben geeigneten Räumen zwei Computer (für therapeutische Zwecke und für die Verwaltung), eine Videoanlage, ein gutes Gerät zur Wiedergabe sprachlicher Aufnahmen und die übliche Büroausstattung. Hinzu kommen die Kosten für logopädische Diagnos- tik- und Therapiematerialien, die, je nach Therapieschwerpunkt und ausgewähltem Material, unterschiedlich ausfallen.

21. Warum fordert der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl) die Akademisierung der Logopädieausbildung?

Die ständig wachsenden Anforderungen an eine qualitätsgesicherte patienten- orientierte Ausbildung, gerade auch in theoretischen Fächern, die rasante Wei- terentwicklung der wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen und die in allen Gesundheitsbereichen immer stärker in den Blickpunkt rückenden Qualitätsan- forderungen haben dazu geführt, dass der Deutsche Bundesverband für Logo- pädie seit Jahren fordert, die Ausbildung der LogopädInnen - wie in allen anderen Ländern der Europäischen Union - an den Hochschulen anzusiedeln.

Nur so kann den steigenden Anforderun- gen, mit denen dieser Beruf konfrontiert ist, im Ausbildungsbereich auch in Zukunft adäquat Rechnung getragen werden. Die Akademisierung der Ausbildung ist nicht zuletzt die zentrale Voraussetzung für die dringend notwendige Etablierung einer eigenständigen logopädischen Forschung

in Deutschland. Diese ist eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung einer evidenzbasierten Praxis, die insbesondere von den Kostenträgern im Gesundheitswesen zunehmend eingefordert wird.

Die Verabschiedung des Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Ergotherapeuten, Hebammen, LogopädInnen und Physiotherapeuten im Juli 2009 durch den Deutschen Bundestag hat die Logopädie diesem Ziel einen guten Schritt näher gebracht. Im Herbst 2009 fand diese Klausel Eingang in die Berufsgesetze. Damit kann nun auch im Bereich der Logopädie eine primärqualifizierende Hochschulausbildung erprobt werden. Die Modellklausel ist bis zum Jahr 2017 begrenzt und wird bis 2015 evaluiert. Neben den primärqualifizierenden Studiengängen bleibt die Berufsfachschulausbildung in den o. g. vier Berufsgruppen derzeit erhalten. Der dbf hat die Einführung der Modellklausel als ersten wichtigen und richtigen Schritt in Richtung einer unverzichtbaren Vollakademisierung der logopädischen Ausbildung begrüßt.

Weitere Informationen:

www.dbf-ev.de › Bildung und Wissenschaftsförderung.



**Deutscher Bundesverband
für Logopädie e.V. (dbf)**

Augustinusstr. 11a
50226 Frechen

Tel 0 22 34 . 37 95 -30

Fax 0 22 34 . 37 95 -313

info@dbf-ev.de

www.dbf-ev.de

Anhang IX – Der Fragebogen



0% ausgefüllt

Umfrage zur Arbeits- und Vergütungssituation angestellter LogopädInnen

Mein Name ist Juliana Sieburg und ich freue mich über Ihre Teilnahme!
Für meine Bachelorarbeit an der *Katholischen Hochschule Mainz* untersuche ich die Arbeits- und Vergütungssituation angestellter LogopädInnen im Rhein-Main-Gebiet.

Diese Umfrage richtet sich an alle, die in einer logopädischen Praxis als TherapeutInnen angestellt sind.
Es wird stets die Bezeichnung "Logopädin/Logopäde" verwendet, damit sind aber auch "SprachtherapeutInnen" u.ä. gemeint.

Bitte lesen Sie jede Frage aufmerksam durch, bevor Sie diese aufrichtig beantworten.

Alle Ihre Angaben sind anonym. Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich.

Weiter

Juliana Sieburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016



4% ausgefüllt

Sehen Sie sich bitte die Karte an. Befindet sich die Praxis in der Sie arbeiten in diesem Gebiet?

- ja
 nein



In welchem Bundesland befindet sich die Praxis?

- Hessen
 Rheinland-Pfalz
 Bayern

Zurück

Weiter

Schade!

Leider gehören Sie nicht zur Zielgruppe für diese Umfrage. Daher können Sie den Fragebogen nicht weiter ausfüllen.

Juliana Siegburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016

In welchem Umfang sind Sie in der Praxis angestellt?

- Minijob
- Teilzeit bis 50%
- Teilzeit über 50%
- Vollzeit

Haben Sie einen schriftlichen Arbeitsvertrag?

- ja
- nein

Wie viele Therapieeinheiten führen Sie pro Woche durch, wenn alle geplanten stattfinden?

TE/Woche

Zurück

Weiter

Juliana Siegburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016

Planen Sie standardmäßig mehr Therapieeinheiten pro Woche ein, als Sie mit dem Monatsgehalt bezahlt bekommen?

Sogenannte „Pufferstunden“

- ja
- nein
- weiß nicht

Wie werden Ihre Plus- und Minusstunden erfasst?

- gar nicht
- Auflistung der geleisteten Therapieeinheiten
- Arbeitszeiterfassung
- Anders:

Zurück

Weiter

Juliana Siegburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016

Sollten Sie Plusstunden/Überstunden gesammelt haben, welche Ansprüche hätten Sie?
(Mehrfachnennungen möglich.)

- keine
- Auszahlung der Überstunden
- Abfeiern der Überstunden
- Reduzieren der Therapiestunden

Sollten Sie mit Ihren Stunden bzw. Therapieeinheiten im Minus sein, welche Folgen hätte das für Sie?
(Mehrfachnennungen möglich.)

- keine
- Abzug der Minusstunden vom Gehalt
- Übernehmen zusätzlicher Therapieeinheiten
- andere:

In welchen Fällen können Ihnen Minusstunden entstehen?
(Mehrfachnennungen möglich.)

- Patient hat kurzfristig abgesagt und Therapiestunde konnte nicht anders besetzt werden
- Patient hat rechtzeitig abgesagt und Therapiestunde konnte nicht anders besetzt werden
- Patient fehlt unentschuldig
- Sie selbst können aufgrund von Krankheit nicht zur Arbeit
- Aufgrund eines Feiertages fallen Therapieeinheiten aus
- Nach Beendigung der Therapie konnte der freie Termin nicht neu besetzt werden
- Sonstiges:

Zurück

Weiter

Juliana Siegburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016

Innerhalb einer Woche, wie viele Ihrer geplanten Therapieeinheiten dauern 30 Minuten?
Ohne Vor- und Nachbereitung und ohne Wegstrecken.

TE/Woche

Innerhalb einer Woche, wie viele Ihrer geplanten Therapieeinheiten dauern 60 Minuten?
Ohne Vor- und Nachbereitung und ohne Wegstrecken.

TE/Woche

Erhalten Sie pro Therapieeinheit eine bestimmte Vor- und Nachbereitungszeit?
Innerhalb der bezahlten Arbeitszeit.

- ja
- nein
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Juliana Siegburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016

Wie lang ist bei Ihnen die Vor- und Nachbereitungszeit pro Therapieeinheit?

- kürzer als 15 Minuten
- 15 Minuten
- länger als 15 Minuten

Zurück

Weiter

Juliana Siegburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016

Wie viel Zeit kostet Sie pro Woche die Vor- und Nachbereitung durchschnittlich?

Außerhalb der bezahlten Arbeitszeit

- gar keine
- bis zu 1 Stunde
- bis zu 2 Stunden
- bis zu 4 Stunden
- über 4 Stunden

Zurück

Weiter

Juliana Siegburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016

Wie viele Hausbesuche machen Sie pro Woche, wenn alle geplanten stattfinden?

HB/Woche

Wie viel Zeit beanspruchen die Wegstrecken all Ihrer Hausbesuche einer Woche zusammengerechnet?

Ohne Heimweg und Weg zur Arbeit.

- bis zu 1 Stunde
- bis zu 3 Stunden
- bis zu 5 Stunden
- bis zu 8 Stunden
- über 8 Stunden: Stunden
- Ich mache keine Hausbesuche

Welches Verkehrsmittel benutzen Sie hauptsächlich für Hausbesuche?

- gar keins
- Dienstfahrzeug der Praxis
- privater PKW
- Fahrrad
- Sonstiges:

Zurück

Weiter

Juliana Siegburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016

Wie regelmäßig finden in der Praxis Teamsitzungen statt?

- mehrmals die Woche
- einmal wöchentlich
- mehrmals im Monat
- einmal pro Monat
- mehrmals im Jahr
- einmal jährlich oder seltener

Wie lang dauern Ihre Teamsitzungen üblicherweise?

- weniger als 30 Minuten
- ca. 30 Minuten
- ca. 45 Minuten
- ca. 60 Minuten
- länger als 60 Minuten

Finden Ihre Teamsitzungen außerhalb der bezahlten Arbeitszeit statt?

- ja
- nein
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Welche Bürotätigkeiten führen Sie regelmäßig durch?

(Mehrfachnennungen möglich.)

- Schreiben von Patientenberichten
- Einbestellen neuer Patienten
- Entgegennehmen von Neuanmeldungen
- Terminabsprachen mit Patienten (außerhalb der Therapieeinheit)
- Abhören des Anrufbeantworters
- Kommunikation mit medizinischen Berufsgruppen (Ärzte, Therapeuten etc.)
- Kommunikation mit pädagogischen Berufsgruppen (Lehrer, Frühförderung etc.)
- Kommunikation mit Krankenkassen
- Kommunikation mit einer Abrechnungszentrale
- Überprüfung der Rezepte auf Fehler
- Eingabe von Rezeptdaten in ein Verwaltungsprogramm
- Änderung fehlerhafter Rezepte beim Arzt beantragen
- Abrechnen von Rezepten
- Sonstige:

Erhalten Sie für Bürotätigkeiten bezahlte Arbeitszeit?

Vor- und Nachbereitungszeit zählt nicht dazu.

- ja
- nein

Zurück

Weiter

Wie viel bezahlte Arbeitszeit erhalten Sie wöchentlich für Bürotätigkeiten?

- bis zu 1 Stunde
- bis zu 3 Stunden
- bis zu 5 Stunden
- über zu 5 Stunden

Wie viel Zeit kostet Sie durchschnittlich die Büroarbeit pro Woche?

Hier ist der tatsächliche Zeitaufwand gemeint.

- bis zu 1 Stunde
- bis zu 3 Stunden
- bis zu 5 Stunden
- über 5 Stunden

Führen Sie regelmäßig noch andere Aufgaben durch?

Alles was weder zur Büroarbeit zählt noch zur Therapie eines Patienten.

- nein
- ja, folgende:

Zurück

Weiter

Juliana Sieburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016

Wann kommen Sie den angegebenen Bürotätigkeiten üblicherweise nach?

(Mehrfachnennungen möglich.)

- in der bezahlten Vor- und Nachbereitungszeit
- in Ausfallstunden
- in selbst eingeplanten Pausen
- am Ende / zu Beginn des Arbeitstages
- Sostiges:

Wie viel Zeit kostet Sie durchschnittlich die Büroarbeit pro Woche?

Hier ist der tatsächliche Zeitaufwand gemeint.

- bis zu 1 Stunde
- bis zu 3 Stunden
- bis zu 5 Stunden
- über 5 Stunden

Führen Sie regelmäßig noch andere Aufgaben durch?

Alles was weder zur Büroarbeit zählt noch zur Therapie eines Patienten.

- nein
- ja, folgende:

Zurück

Weiter

Juliana Sieburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016

Wie häufig führen Sie diese Aufgabe(n) durch?

- mindestens einmal pro Woche
- mindestens einmal im Monat
- seltener als einmal im Monat

Zurück

Weiter

Wie viel Zeit kostet Sie das durchschnittlich pro Woche?

(Wählen Sie die Option, die besser zu Ihrer Zeitangabe passt.)

- In Minuten:
- In Stunden:
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Wie viel Zeit kostet Sie das pro Monat?

Stunden

weiß nicht

Zurück

Weiter

Gleich geht es weiter...

Es folgen ein paar Fragen über Ihre Vergütungssituation.

Einige Angaben dazu sind freiwillig.

Machen Sie bitte **möglichst viele Angaben**, da sonst die Vergütungssituation der LogopädInnen nicht abgebildet werden kann. Die Vergütungssituation zu erfassen ist berufspolitisch von hoher Wichtigkeit.

Alle Angaben sind anonym und können nicht auf Sie zurückgeführt werden.

Zurück

Weiter

Wie viel Kilometergeld erhalten Sie für Hausbesuche?

Ohne Heimweg und Weg zur Arbeit.

- gar keins
- weniger als 30ct/km
- genau 30ct/km
- mehr als 30ct/km
- Ich mache keine Hausbesuche

Wie wird Ihnen die Fahrtzeit bei Hausbesuchen bezahlt?

- gar nicht
- nach Minuten: ct/min
- pro Hausbesuch wird mehr, als eine Therapieeinheit angerechnet:
- Ich mache keine Hausbesuche

Zurück

Weiter

Auf wie viele Fortbildungstage pro Jahr haben Sie Anspruch?

- keine
- bis zu 2 Tage
- bis zu 4 Tage
- bis zu 5 Tage
- mehr als 5 Tage
- weiß nicht

Wie hoch sind die Zuschüsse zu Ihren jährlichen Fortbildungskosten im Durchschnitt?

- 0%
- bis zu 10%
- bis zu 30%
- bis zu 50%
- bis zu 70%
- bis zu 90%
- über 90%
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Juliana Siegburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016

Wie viele Wochen bezahlten Urlaub haben Sie im Jahr?

Dazu zählt nicht das Abfeiern von Überstunden.

- gar keinen
- weniger als 4 Wochen
- genau 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

Welche finanziellen Zuwendungen erhalten Sie üblicherweise?

(Mehrfachnennung möglich.)

- keine
- Weihnachtsgeld
- 13. Monatsgehalt
- Urlaubsgeld
- Andere:

keine Angabe

Zurück

Weiter

Juliana Siegburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016

Haben Sie laut Arbeitsvertrag einen jährlichen Anspruch auf diese Zuwendungen?

- ja
- nein
- zum Teil
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Erhalten Sie ein monatliches Festgehalt?

- ja
- nein
- keine Angabe

Führt Ihr(e) Arbeitgeber(in) Steuern und Versicherungsbeiträge von Ihrem Bruttolohn ab?

- ja
- nein
- keine Angabe
- weiß nicht

Wie hoch in etwa ist Ihr monatliches Bruttogehalt?

Das mit dem Arbeitgeber vereinbarte Monatsgehalt ohne Abzüge.

- bis zu 500 €
- bis zu 750 €
- bis zu 1000 €
- bis zu 1250 €
- bis zu 1500 €
- bis zu 1750 €
- bis zu 2000 €
- bis zu 2250 €
- bis zu 2500 €
- bis zu 2750 €
- über 2750 €
- keine Angabe

Zurück

Weiter

Fast geschafft!

Bitte beantworten Sie zuletzt noch ein paar formale Fragen.

Zurück

Weiter

Was ist Ihre offizielle Berufsbezeichnung?

- Logopädin/Logopäde
- Sprachtherapeut/in

Sonstiges:

Was ist Ihr höchster Berufsabschluss?

Fachfremde Abschlüsse NICHT mit gerechnet.

- Berufsausbildung
- Bachelor Abschluss
- Master Abschluss

Sonstiges:

Wie lange arbeiten Sie bereits als Logopädin/Logopäde?

Abzüglich Pausen von mehr als 6 Monaten.

- weniger als 1 Jahr
- weniger als 5 Jahre
- weniger als 10 Jahre
- weniger als 20 Jahre
- weniger als 30 Jahre
- über 30 Jahre

Zurück

Weiter

Juliana Siegburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016

Wie viele LogopädInnen arbeiten in der Praxis in der Sie angestellt sind?

(Sie selbst und ArbeitgeberIn mitgerechnet.)

- bis zu 2
- bis zu 5
- über 5

Wie lange arbeiten Sie bereits in dieser Praxis?

- weniger als 6 Monate
- weniger als 1 Jahr
- weniger als 5 Jahre
- weniger als 10 Jahre
- über 10 Jahre

Arbeiten Sie zusätzlich in einer anderen Praxis als Logopädin/Logopäde?

- ja
- nein

Zurück

Weiter



90% ausgefüllt

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

- weiblich
- männlich
- keine Angabe

Bitte geben Sie Ihr Alter an.

keine Angabe

Zurück

Weiter

Juliana Siegburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016



95% ausgefüllt

Möchten Sie vor Beenden des Fragebogens noch etwas anmerken?

Zurück

Weiter

Juliana Siegburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Falls Sie an den Ergebnissen der Studie Interessiert sind, schreiben Sie eine Mail an julianasiegburg@gmail.com

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

Einladung zum SoSci Panel

Liebe Teilnehmerin,
lieber Teilnehmer,

das nicht-kommerzielle **SoSci Panel** würde Sie gerne zu weiteren wissenschaftlichen Befragungen einladen. Das Panel achtet Ihre Privatsphäre, gibt Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter und wird Ihnen pro Jahr maximal vier Einladungen zu qualitativ hochwertigen Studien zusenden.

E-Mail:

Am Panel teilnehmen

Sie erhalten eine Bestätigungsmail, bevor Ihre E-Mail-Adresse in das Panel aufgenommen wird (Double Opt-In). So wird sichergestellt, dass niemand außer Ihnen Ihre E-Mail-Adresse einträgt.

Der Fragebogen, den Sie gerade ausgefüllt haben, wurde gespeichert. Sie können das Browserfenster selbstverständlich auch schließen, ohne am SoSci Panel teilzunehmen.

Juliana Siegburg, Katholische Hochschule Mainz – 2016

Eidesstattliche Erklärung

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

Ort, Datum
